Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

‹‹ ΑΝΟΙΚΤΗ ΚΑΙ ΚΛΕΙΣΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ››



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΒΑΡΔΙΑΜΠΑΣΗ ΚΩΝ/ΝΑ
ΜΑΡΙΑ
ΚΟΡΔΑΚΗ ΧΡΥΣΟΒΑΛΑΝΤΟΥ
ΤΖΟΜΠΑΝΑΚΗ ΕΜΜΕΛΕΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:
Κα ΔΑΦΕΡΜΟΥ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

‹‹ΘΕΛΟΥΜΕ ΝΑ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΟΥΜΕ ΟΛΟΥΣ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΒΟΗΘΗΣΑΝ ΩΣΤΕ ΝΑ ΜΠΟΡΕΣΟΥΜΕ ΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΟΥΜΕ ΤΗΝ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΜΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΩΣ ΤΗΝ ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΜΑΣ Κα ΔΑΦΕΡΜΟΥ ΜΑΡΙΑ.››

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΕΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥΣ
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ..1
1.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ..2
1.3 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ..7
1.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ..8
1.5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ..9
1.6 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ..10
1.7 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ..12
1.8 ΑΡΧΕΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ..13
1.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ..14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΗΡΑΣ
2.1 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .20
2.2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .23
2.3 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .24
2.4 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .26
2.5 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΙΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ .30
2.6 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ .30
2.7 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΒΟΛΕΣ .32
2.8 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .35
2.9 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .38
2.10 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ .40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
3.1 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ .47
3.2 ΕΠΙΚΥΝΔΙΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ .50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
4.1 ΠΟΝΟΣ .51
4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΥΠΝΟΥ .54
4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ .57
4.4 ΠΤΩΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .60
4.5 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΝΥΚΤΟΥΡΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΥΡΙΑΣ .65
4.6 ΠΛΗΜΜΕΛΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ .69
4.7 ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ .72
4.8 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ .79
4.9 ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ .88
4.10 PARKINSON .94

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
5.1 ΜΟΝΑΞΙΑ .96
5.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .98
5.3 ΑΝΟΙΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ 101
5.4 ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ 103
5.5 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ 107

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
6.1 ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ 116
6.2 Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΑ 119
6.3 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ 123

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ
7.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ 128
7.2 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ 131

ΚΕΦΑΛΑΙΟ8: ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΤΙΚΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ
8.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ 133
8.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ 141
8.3 ΤΟΜΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ 141
8.4 ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ 145
8.5 ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ 151
8.6 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΚΑΠΗ 163
8.7 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ 165

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ 174
9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ 177

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ 3: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1:
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:

Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη διεθνή συνέλευση γήρατος που έγινε το 1982 επικράτησε ο όρος ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ και το χρονολογικό όριο 60 ετών.
Εξακολουθεί όμως να παραμένει η ηλικία των 65 ετών υποχρεωτικής συνταξιοδότησης κανένα επιστημονικό κριτήριο δεν οδήγησε σ' αυτούς τους περιορισμούς.
Σύμφωνα με τις θεωρίες που ισχύουν:
α) θεωρία κληρονομικότητας
β) θεωρία αυτοδηλητηριάσεως του ζώντα κυττάρου του οργανισμού
γ) θεωρία της κακής διατροφής ή ανθυγιεινού περιβάλλοντος
Οι βιοφυσικές και βιοχημικές αλλαγές οδηγούν σε μία μεταμόρφωση των κυττάρων, χάνουν την ικανότητα να πολλαπλασιάζονται, εξαντλείται η ειδική τους δραστηριότητα και έτσι το δέρμα χαλαρώνει χάνει την ελαστικότητα του.
Από την παρατήρηση των ηλικιωμένων διαπιστώνεται πως οι βιολογικές αλλαγές που παρουσιάζονται κατά την γήρανση αφορούν όλους τους ανθρώπους. Παρατηρείται όμως σε ατομική βάση μεγάλη διακύμανση ως προς τον ρυθμό και την ένταση που εμφανίζονται. Αυτό δηλώνει την ύπαρξη παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνιση του γήρατος στα διάφορα άτομα περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα.
Επίσης δεν υπάρχει παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών συμπτωματικών φαινομένων.
Η κάμψη των βιολογικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει από το 30 ο έτος της ηλικίας του και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.
Σχετικά με το γήρας έχουν γίνει δεκτά δύο όρια:

- το όριο του πρώιμου γήρατος που το φαινόμενο του γήρατος εμφανίζεται πριν από το 60 ο έτος
- το όριο του όψιμου γήρατος φαινόμενο όπου το γήρας εμφανίζεται μετά το 90 ο ή το 100 ο έτος.

Το γήρας επομένως τονίζεται ότι είναι σ' ένα μεγάλο μέρος βιολογικό φαινόμενο το οποίο δεν είναι παραδομένο άοπλο στο παράγοντα ΧΡΟΝΟ αλλά φαινόμενο το οποίο πρέπει να αντιμετωπίσει ο καθένας χωριστά και να το υπερνικήσει.
Η κατάσταση ενός ατόμου μπορεί να γίνει κατανοητή διαφορετικά από το άτομο ή τα άτομα. Το υποκειμενικό βίωμα μίας κατάστασης είναι αποφασιστικό γα τη συμπεριφορά του ατόμου και όχι η γενική κατάσταση.
Οι ερευνητές απέδειξαν ότι η υποκειμενική εντύπωση για την υγεία του καθ' ενός έχει μεγάλη σημασία. Δηλαδή:
-η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία σχετίζεται πολύ πιο έντονα με τη μακροβιότητα από ότι η αντικειμενική αντίληψη
-η αίσθηση της υγείας σχετίζεται με τη μεγάλη ενεργητικότητα, ενώ η αίσθηση της ασθένειας με μικρή ενεργητικότητα και παθητικότητα.
Η ενεργητικότητα λοιπόν αποδεικνύεται αποφασιστικός συντελεστής μακροβιότητας.
Επομένως το γήρας είναι πολυδιάστατο και οι διεργασίες του πρέπει να επηρεασθούν πολλά και διαφορετικά επίπεδα.

Ιατρικά και νοσηλευτικά μέτρα μόνα τους όσο σπουδαία και αν είναι δεν ωφελούν ή δε φτάνουν.
Η σωματική δραστηριότητα ή φαρμακευτική επίδραση μόνες τους δεν μπορούν να εγγυηθούν ποιότητα ζωής σε μεγάλη ηλικία αν ταυτόχρονα δεν πιστεύει το ίδιο το άτομο στο νόημα για τη ζωή.
Οι συντελεστές:

- Σωματική υγεία
- Ψυχική υγεία
- Πνευματική υγεία
- Κοινωνική υγεία αίσθηση αξίας της ζωής
- Προσωπικότητα του ατόμου
- Οικολογικοί συντελεστές
- Κοινωνική δομή
- Οικονομική κατάσταση

Αλληλοεξαρτόνται και αλληλοεπηρεάζονται στη διεργασία του γήρατος.
Η έννοια λοιπόν του γήρατος είναι γενικότερη και γι' αυτό καθορίζεται με διαφορετικό τρόπο από τους κοινωνιολόγους, τους μεταφυσικούς και ιατροβιολόγους.

1. οι κοινωνιολόγοι πιστεύουν ότι ένα άτομο γηράσκει όταν δεν παρουσιάζει πλέον κοινωνικοοικονομικό ενδιαφέρουν για τη ζωή
2. οι μεταφυσικοί πιστεύουν ότι η βιολογική καμπύλη της ζωής αποτελεί ένα συμβάν και η οποία καμπύλη αυξάνει τότε, όταν ακριβώς υποχωρεί η βιολογική εξέλιξη του ατόμου
3. οι ιατροβιολόγοι πιστεύουν στην εξέλιξη και στη φθορά όλων των οργάνων

1.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες με αυξημένη γεννητικότητα, το ποσοστό των νεογέννητων στο σύνολο του πληθυσμού είναι υψηλό και το αντίστοιχο ποσοστό των ηλικιωμένων Χαμηλό. Αυτό φαίνεται στην τυπική πληθυσμιακή πυραμίδα των αναπτυσσόμενων χωρών, στην παρακάτω εικόνα (1).

Η σύνθεση του πληθυσμού μιας χώρας ωστόσο μπορεί να υποστεί σημαντικές μεταβολές στο πέρασμα του χρόνου εξαιτίας αλλαγών που αφορούν τα ποσοστά των νεογέννητων, των μικρών παιδιών, των ενηλίκων και των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό.

Η γήρανση των εθνών

Μέχρι τώρα, οι βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες του Δυτικού κόσμου ήταν αυτές που ανησυχούσαν για την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στον πληθυσμό, κάτι που ονομαζόταν «γήρανση των εθνών». Ωστόσο τώρα πια οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες αποτελούν μάρτυρες της «γήρανσης» των δικών τους πληθυσμών. Η σύνθεση του πληθυσμού σε όλες τις χώρες αλλάζει ραγδαία με αποτέλεσμα ο αριθμός των ηλικιωμένων να αυξάνεται σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις χώρες του κόσμου. Σημαντικότερο ωστόσο είναι το γεγονός ότι με το πέρασμα του χρόνου ο αριθμός αυτός θα συνεχίζει να αυξάνεται με πολύ μεγαλύτερη ταχύτητα από

Η ΡΑΓΔΑΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟΥ ΖΩΗΣ.

αυτήν του συνολικού πληθυσμού.

Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται εξαιτίας δύο σημαντικών παραγόντων:

1. Ο δείκτης θνησιμότητας μειώνεται στις περισσότερες χώρες με αποτέλεσμα τα άτομα να ζουν πολύ περισσότερο χρόνο. Από την άλλη πλευρά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αυξάνεται σε όλες τις χώρες της περιφέρειας. Σήμερα, στις περισσότερες χώρες, ένα άτομο ηλικίας 60 ετών μπορεί να περιμένει να ζήσει τουλάχιστον 15 με 20 χρόνια ακόμη. Στο παρελθόν σπάνια συναντούσε κανείς αιωνόβιους (άτομα που έχουν ξεπερά-σει την ηλικία των 100 ετών) σε οποιαδήποτε χώρα ενώ τώρα αναφέρεται ότι πολλά τέτοια άτομα ζουν σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες.

2. Σε αρκετές χώρες παρατηρείται μια γενική μείωση του δείκτη γεννητικότητας, που σημαίνει ότι λιγότερα νεογνά γεννιούνται σήμερα σε σχέση με τον αντίστοιχο αριθμό των νεογνών πριν από 10 χρόνια. Στις μέρες μας εξάλλου το πιο συνηθισμένο μοντέλο για τις μεσαίες και ανώτερες κοινωνικές τάξεις του πληθυσμού, αφορά οικογένειες με ένα ή δύο παιδιά και αυτό συμβαίνει στις περισσότερες χώρες του κόσμου.

Σήμερα, στις περισσότερες χώρες αυτής της περιφέρειας, τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω αποτελούν το 4-5% του συνολικού πληθυσμού. Η Κύπρος είναι η μοναδική χώρα σ' αυτήν την περιφέρεια όπου το 14% του πληθυσμού

αποτελείται από άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Υπάρχουν λοιπόν 13 εκατομμύρια ηλικιωμένων και κάθε χρόνο ο αριθμός αυτός αυξάνεται Σε 10 χρόνια ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αναμένεται να αποτελείτο 8 με 10% του συνολικού πληθυσμού.

Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ ΡΑΓΔΑΙΑ ΣΕ ΚΑΘΕ ΧΩΡΑ. ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΥΤΟΥ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ ΕΠΙΣΗΣ.

Στις αναπτυγμένες χώρες, όπου το προσδόκιμο ζωής <75 με 80 έτη είναι πολύ υψηλότερο από ότι στις χώρες αυτής της περιφέρειας, οι δείκτες Θνησιμότητας και γεννητικότητας είναι πολύ χαμηλοί. Σε ορισμένες χώρες της Δυτικής Ευρώπης (Π.χ. Ελλάδα, Γερμανία, Γαλλία, Μ. Βρετανία και Σουηδία), ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών καλύπτει το 12-15% του συνολικού πληθυσμού, ενώ μέχρι το 2020 περίπου το 25% του πληθυσμού θα αφορά αυτήν την ηλικιακή ομάδα.

Υπάρχει μια βασική διαφορά ανάμεσα σε αυτές τις ,χώρες και τις χώρες αυτής της περιφέρειας. Ενώ η κυβέρνηση και οι άνθρωποι στις αναπτυγμένες χώρες είναι απολύτως προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν την πρόκληση που προκύπτει από την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, οι περισσότερες χώρες αυτής της περιφέρειας δεν είναι καν ενήμεροι για την ύπαρξη του φαινομένου καθώς και για τις κοινωνικές και οικονομικές του επιπτώσεις, αλλά και τις επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Είναι φανερό ότι πρέπει να δρομολογηθεί άμεση δράση για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης στο κοντινό μέλλον.

Είναι πολύ σημαντικό να δημιουργηθεί έγκαιρα ένα σχέδιο δράσης για το φαινόμενο της γήρανσης, πριν να οδηγηθούμε σε κάποια κρίσιμη κατάσταση, έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν να απολαμβάνουν μιαν ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή και να αποτελούν ενιαίο τμήμα της κοινότητας.

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ, ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΔΥΤΙΚΟ ΚΟΣΜΟ ΑΠΟ ΠΟΛΛΕΣ ΔΕΚΑΕΤΙΕΣ. ΕΙΝΑΙ ΚΑΙΝΟΥΡΙΟ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΟΥ. ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΜΕΝΕΣ ΝΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΝΑ ΠΑΡΕΧΟΥΝ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΛΛΩΝ ΜΟΡΦΩΝ.

Η ανάγκη για την παροχή ειδικής φροντίδας υγείας στους ηλικιωμένους

Οι ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων είναι παρόμοιες με αυτές των ατόμων μέσης ηλικίας. Οι επαγγελματίες υγείας παρέχουν τις ίδιες συμβουλές και υπηρεσίες υγείας στους ηλικιωμένους όπως σε οποιονδήποτε άλλον ενήλικα καθώς θεωρείται ότι ΟΙ ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν τους ίδιους παράγοντες κινδύνου όταν εκτίθενται σ' αυτούς, όπως είναι η μόλυνση ή η προσβολή, όπως και τα άτομα μέσης ηλικίας. Ωστόσο αυτή η αντίληψη είναι εσφαλμένη όπως θα δούμε παρακάτω.

ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.

Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ , ΣΩΜΑΤΙΚΗ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ, ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΣΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ.

Μελέτες σε διάφορες χώρες και ειδικά στις αναπτυγμένες, έχουν δείξει ότι το φυσιολογικό λειτουργικό πνευματικό και συναισθηματικό χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων είναι σαφώς διαφορετικό από αυτό των νέων ή ακόμη και των ατόμων μέσης ηλικίας. Οι μηχανισμοί νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι επίσης διαφορετικοί.

Δυστυχώς αυτά τα δεδομένα δεν έχουν μεταβιβαστεί στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής τους εκπαίδευσης. Η γνώση αυτών των δεδομένων μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας:

- να μεταβιβάσουν αυτά τα δεδομένα στους ηλικιωμένους και στα άτομα που τους φροντίζουν στις οικογένειες που ζουν και,

- να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να φροντίζουν τον εαυτό τους με καλύτερο τρόπο και να αποφεύγουν κινδύνους όπως για παράδειγμα τα ατυχήματα.

Σήμερα στις περισσότερες χώρες αυτής της περιφέρειας, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων δεν είναι αρκετά εμφανής όπως ο αντίστοιχος των παιδιών. Οι επαγγελματίες υγείας δεν έρχονται σε επαφή με αρκετούς ηλικιωμένους, είτε στα Κέντρα Υγείας είτε κατά τις κατ' οίκον επισκέψεις τους. Από την άλλη, καθώς τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από μειωμένη κινητικότητα, ο αριθμός τους στα κέντρα υγείας ή σε άλλους χώρους κοινωνικών συγκεντρώσεων είναι πολύ μικρότερος από αυτόν των παιδιών ή των ενηλίκων.

Η κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για την παροχή κατάλληλης φροντίδας υγείας στους ηλικιωμένους καθώς αυτοί χρήζουν της ανάγκης ειδικών υπηρεσιών υγείας. Πολλά ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν κάποια μορφή κλινικής διαταραχής ή κάποια μορφή ανικανότητας ή δυσλειτουργίας για την οποία χρειάζονται βοήθεια. Οι επαγγελματίες υγείας στην κοινότητα μπορούν να παρέχουν βοήθεια στους ηλικιωμένους αν εκπαιδευτούν κατάλληλα στον τρόπο με τον οποίο πρέπει να δράσουν (μέριμνα για χειρουργική επέμβαση στην περίπτωση καταρράκτη, παροχή γυαλιών από τον τομέα κοινωνικής πρόνοιας).

Το σύστημα ΠΦΥ αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις, το μοναδικό τομέα που παρέχει υπηρεσίες υγείας στα εκατομμύρια των ηλικιωμένων που ζουν στις αγροτικές περιοχές στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες. Τα καθήκοντα που το σύστημα αυτό αναμένει από τους επαγγελματίες υγείας να αναλάβουν, αφορούν κυρίως στην παροχή πληροφοριών στους ηλικιωμένους και στα άτομα που τους φροντίζουν μέσα στην οικογένεια. Στην ενδυνάμωση των ηλικιωμένων έτσι ώστε να είναι ικανοί να αυτοεξυπηρετούνται και να προσέχουν τον εαυτό τους καθώς και στην πρόληψη στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό των κινδύνων στους οποίους οι ηλικιωμένοι είναι ευάλωτοι Το μήνυμα που πρέπει να μεταφέρεται είναι ότι η γήρανση αποτελεί μια βιολογική διαδικασία και όχι μια νόσο και ότι αυτή η διαδικασία μπορεί να επιβραδυνθεί με την υιοθέτηση της κατάλληλης συμπεριφοράς και τρόπου ζωής. Οι επαγγελματίες υγείας στην κοινότητα μπορούν επίσης να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ενθάρρυνση και συνεργασία με επαγγελματίες άλλων τομέων και μη δημόσιων οργανισμών καθώς και θρησκευτικών και

κοινωνικών ηγετών με στόχο την εξεύρεση πόρων και την παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους.

Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΝΟΣΟΣ, ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ Η ΟΠΟΙΑ ΘΑ ΕΠΗΡΕΑΣΕΙ ΤΟΝ ΚΑΘΕΝΑ ΑΠΟ ΕΜΑΣ

1.3 ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η θεαματική σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής, η οποία είναι αποτέλεσμα των καλύτερων συνθηκών υγιεινής που επικρατούν, της καλύτερης διατροφής και της τεχνολογικής προόδου (π.χ. εμβόλια και αντιβιοτικά), συμβαδίζει με την αύξηση των χρόνιων παθήσεων και των ανικανοτήτων. Η συχνότητα εμφάνισης καρδιοπαθειών, καρκίνου, υπέρτασης, διαβήτη και αρθρίτιδας, αυξάνεται αξιοσημείωτα με την πάροδο της ηλικίας. Οι αναπηρίες που συνοδεύουν τα χρόνια αυτά νοσήματα, επίσης, παρουσιάζονται συχνότερα στους ηλικιωμένους. Στον πίνακα 1 π.χ. παρουσιάζεται η εκατοστιαία κατανομή των ατόμων με μειωμένη δραστηριότητα ως προς την ηλικία.

Πίνακας 1. Άτομα με περιορισμένη δραστηριότητα

Ηλικία	***Οποιοσδήποτε περιορισμός (%)***	***Μεγάλου βαθμού περιορισμός (%)***
Όλες οι ηλικίες	14,3	10,8
Άνδρες 65+	48,3	43,7
Γυναίκες 65+	43,3	36,4

Η αξία των στοιχείων αυτών έγκειται στο γεγονός ότι, αποτελούν τυπικούς δείκτες των ιατρικών αναγκών περίθαλψης του πληθυσμού. Η ιδιαίτερη θέση την οποία κατέχουν τα χρόνια νοσήματα στις ασθένειες που πλήττουν τους ηλικιωμένους, οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι οι ηλικιωμένοι έχουν πολύ μεγαλύτερες ανάγκες περίθαλψης από τις άλλες χρονολογικά νεότερες ομάδες. Παράλληλα όμως, οι ηλικιωμένοι, ως κοινωνική ομάδα, έχουν πολύ μικρές δυνατότητες αντιμετώπισης των αναγκών αυτών τόσο από την καθαρά οικονομική ή κοινωνική σκοπιά, όσο και από την σκοπιά της ψυχολογίας ή της

φυσιολογίας. Ακόμη πολλές από τις ανάγκες περίθαλψης των ηλικιωμένων, αν και είναι συνδεδεμένες με θέματα υγείας, ωστόσο δεν αποτελούν «ιατρικά προβλήματα» υπό την στενή έννοια του όρου και επομένως δεν καλύπτονται από τα υγειονομικά ασφαλιστικά προγράμματα.

1.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο «γκρίζος» πληθυσμός αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, που κάνει ακόμα και τις πιο αναπτυγμένες τεχνολογικά χώρες να βρίσκονται στο στάδιο της προσαρμογής. Κατά το παρελθόν και μέχρι τις πρώτες δεκαετίες του 200ύ αιώνα η μακροβιότητα εθεωρείτο προνόμιο. Σήμερα η προοπτική αυξήσεως των ηλικιωμένων, μολονότι επιθυμητή, φέρνει νέες προκλήσεις και απαιτήσεις, οι οποίες συνεπάγονται σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας όλων των χωρών.

Στις ΗΠΑ ΤΟ 1984 η ομάδα των ηλικιωμένων συνέθετε το 12% του πληθυσμού. Από αυτούς ένα μεγάλο ποσοστό 87% ζούσε στην κοινότητα, 5% στα διάφορα ιδρύματα και 8% χρειαζόταν κάποια βοήθεια. Παρά το γεγονός ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων ήταν σχετικά υγιής, ο ηλικιωμένος πληθυσμός στο σύνολό του αποτελούσε το μεγαλύτερο καταναλωτή υπηρεσιών υγείας, αφού οι δαπάνες που διετίθεντο για την ομάδα αυτή έφταναν στο 31 % των συνολικών δαπανών για την υγεία του αμερικανικού πληθυσμού. Το 1984 οι δαπάνες υγείας των ηλικιωμένων στις ΗΠΑ υπερέβαιναν τα 120δισεκατομμύρια δολάρια.

Στην Ελλάδα η γήρανση του πληθυσμού, με τον εξαιρετικά υψηλό ρυθμό μεταβολής της, θα φέρει καταλυτική επίδραση στην οικονομική και την πολιτιστική της ζωή, επιτείνοντας παράλληλα και τα εθνικά της προβλήματα. Αρκεί να λεχθεί ότι ενώ το 1950 σε 15 άτομα παραγωγικής ηλικίας αντιστοιχούσε 1 ηλικιωμένος 65+, σήμερα σε 7 άτομα αντιστοιχεί 1 και σε δύο γενεές σε 3 άτομα θα αντιστοιχεί 1 ηλικιωμένος. Επιπλέον η αλλαγή στη δομή του πληθυσμού επηρεάζει τη σχέση εργαζομένων-συνταξιούχων ή γενικότερα ενεργών και μη ενεργών ατόμων με όλα τα συνεπακόλουθα προβλήματα. Ειδικότερα οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν όχι μόνο λόγω αυξήσεως της αναλογίας των ηλικιωμένων, αλλά και εξαιτίας της πολλαπλάσιας δαπάνης που απαιτεί η σύγχρονη. περίθαλψή τους, σε σχέση με τη φροντίδα των

παιδιών. Οι δαπάνες για την περίθαλψη των ηλικιωμένων75+ είναι 7 φορές μεγαλύτερη ως προς το συνολικό μέσο όρο κατά άτομο, ενώ για τους νέους κάτω των 15 ετών ανέρχονται περίπου στο 1/3 του μέσου όρου. Σημειώνεται ακόμα ότι οι δαπάνες για τη νοσηλεία των ηλικιωμένων βαρύνουν κατά κανόνα τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ των νέων προστίθενται στις οικογενειακές δαπάνες.

1.5 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ – ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Οι δημογραφικές μεταβολές και τα προβλήματα που προκύπτουν από τη γήρανση του πληθυσμού ελκύουν το ενδιαφέρον της Νοσηλευτικής, η οποία ανταποκρίνεται με την υιοθέτηση σύγχρονων και πιο διευρυσμένων ρόλων, προκειμένου να αντιμετωπίσει τα ολοένα αυξανόμενα βιοψυχοκοινωνικά και οικονομικά προβλήματα που παρουσιάζει ο ηλικιωμένος πληθυσμός.

Τα προβλήματα υγείας των υπερηλίκων αποτελούν πρόκληση για την Νοσηλευτική, η οποία έχει την ευθύνη καλύψεως των νοσηλευτικών αναγκών όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως ηλικίας. Το ενδιαφέρον της επικεντρώνεται στην ταχεία αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, επειδή πιστεύεται ότι η πραγματική αξία και η αξιοπρέπεια του ανθρώπου δεν ελαττώνονται με τη συσσώρευση του χρόνου.

Άλλωστε πρωταρχικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι η πρόληψη της νόσου, η διατήρηση της υγείας και η ευημερία του ατόμου, της οικογένειας, των ομάδων και των πληθυσμών. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού με τη Νοσηλευτική παρακολουθείται και προστατεύεται το άτομο από το λίκνο, την παιδική και την ώριμη ηλικία, τη σεβαστή παλιά, το βαθύ γήρας, μέχρι και τον ειρηνικό του θάνατο.

Έτσι μια από τις πιο σημαντικές και ίσως μοναδική πρόοδος που συνέβη κατά τα τελευταία χρόνια είναι η στροφή του ενδιαφέροντος της επιστημονικής νοσηλευτικής για την ανάπτυξη του τομέα της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.

Η Γεροντολογική Νοσηλευτική ασχολείται με τη φροντίδα των υπερηλίκων. Με την άσκησή της δίνεται έμφαση στην πρόληψη της αναπηρίας, που χειροτερεύει με τη διεργασία του γήρατος, στη θεραπεία του αρρώστου και στην αποκατάσταση του ατόμου σε ικανοποιητικό επίπεδο, σύμφωνα με τους περιορισμούς που επιβάλλονται από τη διεργασία του γήρατος.

Για την άσκηση της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής απαιτείται η χρησιμοποίηση της σύγχρονης γνώσεως για το γήρας που είναι οργανωμένη σε ευρείες περιοχές και μπορεί να εξαχθεί από τις βιολογικές, τις φυσικές και τις ανθρωπιστικές επιστήμες.

Σε πολλές χώρες παρατηρούνται βάσιμες και αρκετά αισιόδοξες διαπιστώσεις σε σχέση με την υγιεινή κατάσταση και τη φροντίδα των υπερηλίκων. Οι μύθοι για το γήρας αμφισβητούνται. Οι υπερήλικες αναλαμβάνουν ευθύνη και δυναμικές πρωτοβουλίες για την περίθαλψή τους. Η προαγωγή και η διατήρηση της καταστάσεως υγείας των ηλικιωμένων μελετάται και σοβαρά και δημιουργικά σχήματα προληπτικής υγείας αναπτύσσονται. Η κοινότητα πρωτοστατεί σε πρωτοβουλίες για τη φροντίδα υγείας και η σημαία της ομαδικής προσεγγίσεως ανακτά τη θέση της. Επίσης παρατηρείται αυξανόμενη απαίτηση για τη διεπιστημονική εκπαίδευση των μελών της υγειονομικής ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την ανάπτυξη ομαδικής εργασίας με ανταλλαγή γνώσεων και παραδοχή της συμβολής της κάθε επιστήμης υγείας στη φροντίδα υπερηλίκων.

Άλλωστε το γήρας δεν είναι αρρώστια και πολλοί υπερήλικες δεν έχουν ανάγκη από ιατρικές υπηρεσίες και από φροντίδα. Οι υπερήλικες, όπως και άλλες ομάδες πληθυσμού στην κοινωνία, χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να επιτύχουν μια ποιότητα ζωής που να εξασφαλίζει σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας τη διατήρηση όσο το δυνατό μεγαλύτερης ανεξαρτησίας και αξιοπρέπειας.

Το ερώτημα κατά πόσον η Νοσηλευτική συμβάλλει στη βελτίωση της φροντίδας των υπερηλίκων εγείρεται όλο και πιο συχνά σήμερα. Γεγονός πάντως είναι ότι οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι το μεγάλο, ίσως και το πιο μοναδικό στοιχείο από όλες τις άλλες υπηρεσίες που χρειάζονται για την παροχή φροντίδας στους υπερήλικες.

Σήμερα η νοσηλευτική φροντίδα των υπερηλίκων αντιπροσωπεύει την προσαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης και τέχνης στις ανάγκες των υπερηλίκων.

1.6 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Οι ηλικιωμένοι που διανύουν την 8η και την 9η δεκαετία διαθέτουν πλούσια εμπειρία που έχει σχέση με κοινωνικά, πολιτισμικά, πολιτικά,

οικονομικά γεγονότα και καταστάσεις που γνώρισαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

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

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

Οι μεγάλες αλλαγές που συνέβησαν κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες συνετέλεσαν ώστε ένα μεγάλο μέρος του ηλικιωμένου πληθυσμού να αισθάνεται κοινωνικά αλλοτριωμένο, επειδή είναι αναγκασμένο να . περάσει το υπόλοιπο μέρος της ζωής του στα σύγχρονα ιδρύματα για την τρίτη ηλικία, με συντροφιά τη μοναξιά και ορισμένες φορές τη μόνωση, παράγοντες που οδηγούν στην επιδείνωση της φυσικής, και της πνευματικής καταστάσεως των ηλικιωμένων.

Άλλα στοιχεία είναι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, ο ασφαλιστικός τους φορέας, το μορφωτικό τους επίπεδο, το υποστηρικτικό

σύστημα, οι κοινοτικές παροχές και ενδεχομένως η απώλεια ενός εκ των δύο συζύγων. Τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά συνθέτουν προβλήματα υψηλού κινδύνου για τους ηλικιωμένους και πρέπει να εντοπίζονται, να αξιολογούνται προσεκτικά και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από τους νοσηλευτές 16.

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

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

1.7 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Οι αντικειμενικοί σκοποί της γεροντολογικής Νοσηλευτικής όπως διατυπώθηκαν από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ΑΣΝ) είναι οι ακόλουθοι:

1. Βοήθεια του ατόμου να επιτύχει την όσο το δυνατόν αυτοφροντίδα του.
2. Αξιολόγηση της ικανότητας του ηλικιωμένου και βοήθεια διατηρήσεως ή αποκαταστάσεως της λειτουργικής του ικανότητας.
3. Βοήθεια του ατόμου να αντιμετωπίζει της ανάγκες για ανεξαρτησία, καθώς και να διευθετεί τις εξαρτημένες του ανάγκες.
4. Προσαρμογή των νοσοκομειακών νοσηλειών σε αργότερο βαθμό για τους υπερήλικες αρρώστους.
5. Προσαρμογή των ιδρυματικών νοσηλειών και διαδικασιών που έχουν σχέση με τις βασικές φυσιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του υπερήλικα στο φυσιολογικό τύπο της ζωής ή των συνηθειών του.
6. Αναγνώριση της σημασίας του ενδιαφέροντος του υπερήλικα για της σωματικές του λειτουργίες και τα συμπτώματα που αισθάνεται.
7. Δημιουργία ευκαιριών για τον ηλικιωμένο να ερωτά και να κατανοεί όλες τις οδηγίες και τις εξηγήσεις.
8. Διατήρηση και προστασία της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας του υπερήλικα σε όλες τις σχέσεις νοσηλευτή-ασθενούς.
9. Πρόβλεψη ότι κάθε αλλαγή είναι δυνατό να αποτελέσει απειλή ή stress στον υπερήλικα.

1.8 ΑΡΧΕΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων περιλαμβάνει εκτός από τις βασικές αρχές που διέπουν τη φροντίδα όλων των αρρώστων και ειδικότερες αρχές για τους ηλικιωμένους, οι οποίες εντάσσονται στα πλαίσια της γεροντολογικής νοσηλευτικής. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

1. Το γήρας είναι φυσιολογική διεργασία κοινή για όλες τους ζώντες οργανισμούς.
2. Η κληρονομικότητα, η διατροφή, η κατάσταση υγείας, οι εμπειρίες της ζωής, το περιβάλλον, οι δραστηριότητες και το stress είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη διεργασία του φυσιολογικού γήρατος κατά τρόπο μοναδικό για κάθε άτομο.
3. Επιστημονικά δεδομένα που έχουν σχέση με το φυσιολογικό γήρας και μοναδικά βιοψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα ηλικιωμένα άτομα συνδυάζονται με γενικές νοσηλευτικές γνώσεις κατά την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στον ηλικιωμένο πληθυσμό.
4. Οι γενικές απαιτήσεις αυτοφροντίδας που παρουσιάζουν τα ηλικιωμένα άτομα είναι παρόμοιες με τις απαιτήσεις όλων των άλλων ατόμων.
5. Κάθε άτομο παρουσιάζει μοναδικές δυνατότητες και περιορισμούς αναφορικά με την ικανότητα του να εκπληρώσει τις γενικές απαιτήσεις αυτοφροντίδας.
6. Το επίκεντρο της γεροντολογικής και της γηριατρικής νοσηλευτικής εστιάζεται στο καλό σχεδιασμο και τη σωστή οργάνωση του νοσηλευτικού θεραπευτικού προγράμματος που έχει ως στόχο:

α) να ενισχύει τις δυνατότητες του ηλικιωμένου και να τον οδηγήσει στην αυτοφροντίδα,
β) να εξαλείψει ή να ελαχιστοποιήσει τους περιορισμούς που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα,
γ) να παρέχει άμεση φροντίδα στον ηλικιωμένο με κάθε τρόπο ή να βοηθάει στη φροντίδα του όταν οι γενικές απαιτήσεις αυτοφροντίδας ή οι θεραπευτικές ανάγκες δε μπορούν να πραγματοποιηθούν ανεξάρτητα.
Κατά τη πρώτη φάση της νοσηλευτικής προσέγγισης η εκτίμηση της γενικής καταστάσεως του ηλικιωμένου αποτελεί τον καλύτερο τρόπο για την εντόπιση των ποικίλων αναγκών και των προβλημάτων που η συχνότητα τους αυξάνεται με την ηλικία.
Κατά τη δεύτερη φάση οι ανάγκες και τα προβλήματα προγραμματίζονται κατά σειρά προτεραιότητας και οργανώνονται και προγραμματίζονται άμεσα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, ώστε να οδηγήσουν στην αυτοφροντίδα, στην αποκατάσταση και την ανεξαρτησία του ηλικιωμένου.
Η κυριότερη πλευρά της ανεξαρτησίας είναι η προαγωγή της αποκαταστάσεως, που ο βαθμός της ποικίλει και σε πολλές περιπτώσεις είναι δυνατό να μεταπέσει σε εξάρτηση. Οι νοσηλευτές γνωρίζουν πώς να θέτουν ρεαλιστικούς και πρακτικούς στόχους, ώστε

να εξασφαλίζεται, στο μέτρο που είναι δυνατόν, ποιότητα ζωής στους υπερήλικες που βιώνουν αυτές τις εμπειρίες, αλλά και στις οικογένειες τους που μοιράζονται τις συνέπειες αυτών των εμπειριών. Άλλωστε η ποιότητα ζωής οποιασδήποτε κοινωνίας κρίνετε από την ποιότητα της φροντίδας που παρέχει τους ηλικιωμένους της.

1.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΝΟΥ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση γίνεται με μια οργανωμένη, συστηματική και σκόπιμη συλλογή πληροφοριών, οι οποίες αναφέρονται στην τρέχουσα και τη μελλοντική υγεία του ηλικιωμένου.

Σκοπός της εκτιμήσεως του ηλικιωμένου είναι η καθιέρωση μιας βάσεως δεδομένων σε σχέση με το επίπεδο υγείας, τις πρακτικές υγείας, το ιστορικό παρελθόντων νόσων και εμπειριών, καθώς και με τους στόχους που οδηγούν στην αποκατάσταση και την αυτοφροντίδα του.

Η επαρκής πληροφοριακή βάση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο πάνω στον οποίο θα βασιστούν οι νοσηλευτικές διαγνώσεις και θα βοηθήσουν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι πληροφορίες παίρνονται από τον ίδιο τον ηλικιωμένο, τους συγγενείς του, καθώς και από το νοσηλευτικό και τον ιατρικό χώρο. Για το λόγο αυτό οι πληροφορίες καλύπτουν νοσηλευτικές και βιοιατρικές απόψεις, ανεξάρτητα από το μέρος που πραγματοποιείται η συνέντευξη (σπίτι, ίδρυμα ή νοσοκομείο).

Στο Κεφάλαιο αυτό δε θα ασχοληθούμε με τις βασικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τη λήψη του ιστορικού και τη σωματική εξέταση, αλλά θα επικεντρώσουμε την προσοχή μας σε προσαρμογές και τεχνικές απαραίτητες για τη συγκέντρωση που αφορούν σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Περίπου το 90%. του ηλικιωμένου πληθυσμού με τη βοήθεια των συγγενών του ή και μόνο του διευθετεί προβλήματα της καθημερινής ζωής και εφαρμόζει νοσηλευτικές και ιατρικές οδηγίες που αφορούν στην κατάσταση της υγείας του. Οι φυσιολογικές φθορές που δημιουργούνται με το πέρασμα του χρόνου, όταν εμπλακούν με παθολογικές καταστάσεις που είναι τόσο συνηθισμένες στους ηλικιωμένους, προξενούν δυσλειτουργίες και αναπηρίες. Βρέθηκε ότι το40-80% των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα παρουσιάζει κάποιου τύπου αναπηρία. Έτσι ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται και διευθετούνται τα διάφορα προβλήματα των ηλικιωμένων

διαμορφώνουν τον τρόπο της καθημερινής τους ζωής και καθορίζουν το βαθμό αυτοφροντίδας, ανεξαρτησίας και αποκαταστάσεως.

Η ευθύνη για τον προσανατολισμό των ηλικιωμένων προς την αυτοφροντίδα και την αντιμετώπιση των χρόνιων προβλημάτων τους αναλαμβάνεται συνήθως από τα μέλη της ομάδας υγείας και ιδιαίτερα από τους νοσηλευτές. Όμως το πλαίσιο συμφωνίας μεταξύ ηλικιωμένου-νοσηλευτή πολλές φορές δεν αποδεικνύεται αποτελεσματικό, επειδή στην πραγματικότητα οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι αποφασίζουν αν θα δεχτούν ή όχι το σχέδιο της φροντίδας τους. Συνήθως οι ηλικιωμένοι διατηρούν τον έλεγχο της φροντίδας τους ακόμα και όταν σημαντικές πηγές, όπως οικονομικές, ελέγχονται από άλλους.

Είναι λοιπόν ανάγκη για τους νοσηλευτές να γνωρίζουν το πλαίσιο συμφωνίας που ελέγχουν οι ηλικιωμένοι, προκειμένου να τους αντιμετωπίζουν κατά τρόπο ρεαλιστικό και εποικοδομητικό. Γι' αυτό οι γνώσεις, οι εμπειρίες, οι υποδομές και των δύο-ηλικιωμένων/νοσηλευτών- θα συντελέσουν στην ανάπτυξη μιας υπεύθυνης συνεργασίας, που θα οδηγήσει στην αποτελεσματικότερη κάλυψη των προβλημάτων τους.

Προσαρμογές κατά τη διεργασία της αξιολόγησης

Αρκετοί ηλικιωμένοι δέχονται τη διαδικασία της νοσηλευτικής αξιολογήσεως και της σωματικής εξετάσεως χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Αντίθετα ορισμένοι δεν μπορούν να την ανεχτούν. Ενδέχεται μάλιστα και να την αρνηθούν. Γι' αυτό το περιεχόμενο και ο χρόνος της εκτιμήσεως του ηλικιωμένου σχεδιάζονται προσεκτικά. Εκτιμάται ιδιαίτερα η αντοχή του, επειδή η κούραση μπορεί να ελαττώσει σημαντικά το μέγεθος των πληροφοριών που ζητούνται κατά τη συνέντευξη και την εξέταση.

Επιλογή κατάλληλου περιβάλλοντος

Ανεξάρτητα από το μέρος στο οποίο θα γίνει η συνέντευξη -σπίτι ή νοσοκομείο- το περιβάλλον στο οποίο θα πραγματοποιηθεί η εκτίμηση του ηλικιωμένου πρέπει να συμβάλλει στην επιτυχία της συλλογής των πληροφοριών. Για να επιτευχθεί όμως αυτό, ο χώρος που θα πραγματοποιηθεί η συνέντευξη θα πρέπει να εξασφαλίζει μοναχικότητα, να φωτίζεται καλά, να διαθέτει θερμοκρασία ανάλογη με την εποχή και άλλες

απαραίτητες ευκολίες, όπως λουτρό και τουαλέτα. Ακόμα πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια να εξαλειφθούν ή να ελαχιστοποιηθούν αιτίες που μπορεί να αποσπάσουν την προσοχή του, όπως τηλεφωνήματα, συχνή παρουσία τρίτων κ.ά.

Τρόποι και τεχνικές κατά την εκτίμηση του ηλικιωμένου

Πριν αρχίσει η συνέντευξη μια καλή εισαγωγή από το νοσηλευτή θα παίξει σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση του ηλικιωμένου. Ο νοσηλευτής οφείλει να γνωριστεί μαζί του και να του εξηγήσει τους λόγους και το σκοπό της συνεντεύξεως, ώστε να αντιληφθεί ο ηλικιωμένος ότι οι πληροφορίες που του ζητούνται θα χρησιμοποιηθούν για το σχεδιασμό της φροντίδας του.

Κατά τη διάρκεια λήψεως του νοσηλευτικού ιστορικού πολλές φορές ζητούνται πληροφορίες προσωπικού χαρακτήρα, γιατί μέσα από αυτές μπορεί να προκύψουν στοιχεία που σχετίζονται με τη στάση και τον τρόπο αντιμετωπίσεως των προβλημάτων του. Γι' αυτό η ανάπτυξη θετικού διαπροσωπικού κλίματος προάγει την αμοιβαία εμπιστοσύνη και κάνει τη συνέντευξη πιο αποτελεσματική. Είναι όμως δυνατό να αρνηθεί ο ηλικιωμένος να δώσει αυτού του είδους τις πληροφορίες, κι αυτό πρέπει να γίνει σεβαστό.

Η εκτίμηση των αισθητήριων οργάνων, ιδιαίτερα της οράσεως και της ακοής, γίνεται από την αρχή της συνεντεύξεως. Όταν μετά την αξιολόγηση διαπιστωθούν οπτικές και ακουστικές δυσλειτουργίες και ανεπάρκειες, τότε οι τεχνικές και το περιβάλλον τροποποιούνται, έτσι ώστε να διευκολυνθεί η εκτίμηση. Για παράδειγμα σε ακουστική βλάβη ο νοσηλευτής παίρνει τέτοια θέση, ώστε το φως να πέφτει στο πρόσωπό του για να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να διαβάσει τα χείλη του. Ακόμα του δίνει αρκετό χρόνο να απαντήσει στα διάφορα ερωτήματα που του απευθύνει, για να μη χαθεί καμιά πληροφορία λόγω χρονικού περιορισμού ή υπερβολικής βιασύνης.

Ορισμένες φορές σύζυγοι ή άλλα μέλη της οικογένειας συνοδεύουν τους ηλικιωμένους και μάλιστα στις ερωτήσεις απαντούν εκείνοι. Θα ήταν προτιμότερο, τουλάχιστον κατά την πρώτη συνέντευξη, ο ηλικιωμένος να είναι μόνος του. Για τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να προγραμματίζεται ιδιαίτερη συνάντηση.

Η εκτίμηση της διανοητικής καταστάσεως του ηλικιωμένου, δηλαδή ο έλεγχος της πρόσφατης και της παλιάς μνήμης, αξιολογείται ιδιαίτερα από

τους νοσηλευτές. Όταν ο ηλικιωμένος μεταπηδάει από το ένα θέμα στο άλλο, τότε χρησιμοποιείται η τεχνική της επανεπικεντρώσεως. Στα πολλαπλά παράπονά του θα βοηθήσει πολύ αν του ζητηθεί να καθορίσει ποιο απ' όλα τα προβλήματα νομίζει ότι τον ενοχλεί περισσότερο.

Αφού συγκεντρωθούν οι απαραίτητες πληροφορίες για το αρχικό πρόβλημα ο νοσηλευτή ς προοδευτικά επιστρέφει στα άλλα προβλήματα. Πολύ συχνά ο ηλικιωμένος με διάφορες υπεκφυγές προσπαθεί να μην απαντήσει σε διάφορα ερωτήματα. Κι αυτό το κάνει γιατί δεν επιθυμεί να αναφέρει ιδιαίτερες προβληματικές περιοχές, που όμως έχουν μεγάλη σημασία για το άτομο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις οι νοσηλευτές προσπαθούν να πάρουν.

Μετά τη συλλογή των πληροφοριών ο νοσηλευτής συνθέτει και οργανώνει τα δεδομένα σε ομάδες προβλημάτων. Στη συνέχεια ακολουθεί σύντομη περίληψη των μη προβληματικών περιοχών. Πριν τελειώσει η επικοινωνία μια τελευταία ερώτηση δίνει τη δυνατότητα στον ηλικιωμένο να συμπληρώσει κάτι που μπορεί να ξέχασε ή απέφυγε να αναφέρει κατά τη διάρκεια της συνεντεύξεως.

Περιοχές νοσηλευτικής αξιολογήσεως

Το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής αξιολογήσεως εστιάζεται περισσότερο στη συγκέντρωση πληροφοριών που σχετίζονται με τις συνθήκες και τους τρόπους της καθημερινής ζωής, καθώς και με διάφορες άλλες εσωτερικές και εξωτερικές πηγές που διαθέτει το άτομο και που μπορεί να επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά τα προβλήματά του. Τέτοιες περιοχές είναι:

1. Αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του.
2. Συνήθεις ή επιθυμητοί τρόποι καθημερινής ζωής.
3. Δραστηριότητες, γεγονότα και απαιτήσεις καθημερινής ζωής που επηρεάζουν ή επηρεάζονται από τη λειτουργική του κατάσταση.
4. Λειτουργική κατάσταση.
5. Κατάσταση εξωτερικών πηγών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συνθέτουν την καθημερινή του ζωή.

Και οι πέντε περιοχές αποτελούν το πλαίσιο για τη νοσηλευτική εκτίμηση του ηλικιωμένου. Πολλές φορές οι περιοχές αυτές ενδέχεται να

αλληλοσυγκρούονται ή να συμπεριφέρονται υποστηρικτικά στην κατάσταση της υγείας του.

Σχετικά με τη λειτουργική του κατάσταση οι πληροφορίες που συλλέγονται αφορούν στα ακόλουθα στοιχεία:

Κατηγορίες λειτουργικής κατάστασης

Αναπνευστικό: Δυσφορία, πόνος κατά το βήχα, συρίττουσα αναπνοή, ταχυκαρδία, αιματηρή απόχρεμψη.

Κυκλοφορικό: Καρδιά: πόνος, φύση πόνου, προκάρδιο βάρος, επεισόδια ταχυκαρδίας, σφυγμός φρούδος, ζάλη, συγκοπικά επεισόδια.

Επικοινωνία: Οποιαδήποτε προβλήματα προξενούν δυσκολίες στην επίτευξη επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΗΡΑΣ

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που αντιμετωπίζει η γεροντολογία είναι η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις αλλαγές που οφείλονται στο γήρας και σ' εκείνους που είναι αποτέλεσμα παθολογικών διαταραχών.

Ο Stehler πιστεύει ότι η γήρανση είναι γενική, προοδευτική εκπτωτική και εσωτερική. Ο ίδιος προσθέτει ότι, όπως η αύξηση και η ανάπτυξη είναι γενικά βιολογικά φαινόμενα, το ίδιο πρέπει να είναι και το γήρας, αν βέβαια ακολουθείται από φυσιολογική διεργασία. Το συστατικό της γενικότητας είναι εκείνο που μετακινεί το γήρας από την περιοχή της παθολογικής διεργασίας. Τελευταίες πληροφορίες ενισχύουν τον ισχυρισμό ότι κάποιες παθολογικές διεργασίες μπορεί να οφείλονται στην ατομική επιρρέπεια του ηλικιωμένου.

Κυτταρικές αλλαγές

Με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται προοδευτική απώλεια των κυττάρων. Η απώλεια αυτή τεκμηριώνεται από τις αλλαγές που συμβαίνουν στο αρχικό βάρος των διάφορων οργάνων, το συνολικό αριθμό των κυττάρων, την αλλαγή του ποσού του αζώτου σε σχέση με εκείνο που υπάρχει στους νέους οργανισμούς. Τα σωματικά κύτταρα μπορεί να χαρακτηριστούν ως

αναπαραγωγικά (γνωστά ως μετωπικά και μυϊκά κύτταρα, τα οποία όταν για οποιοδήποτε λόγο χαθούν δεν αντικαθίστανται, ενώ ο αριθμός τους μειώνεται με την πάροδο του χρόνου.

Άλλες αλλαγές αφορούν στη συσσώρευση της χρωστικής στην αποθήκη των κοκκίων του κυτταροπλάσματος, ενώ οι παρατηρήσεις στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο δείχνουν αλλαγές και σε άλλα κυτταρικά οργανίδια, όπως διαταραχή στη δομή και την ελάττωση του αριθμού των μιτοχονδρίων, διάσπαση των χρωμοσωμάτων κ.ά.

Για την ικανότητα διαιρέσεως των μιτωτικών και των μεταμιτωτικών κυττάρων έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες. Πολλές μάλιστα από αυτές βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο. Ο Goldman παρουσιάζει σχηματικά τις αλλαγές στην κατανομή των κυριοτέρων συστατικών του σώματος που συμβαίνουν με την ηλικία (σχήμα 1).

Αλλαγές στον εξωκυττάριο χώρο

Μια σειρά από ομοιόμορφες αλλαγές συμβαίνουν με την ηλικία και αφορούν στα εξωκυττάρια στρώματα του συνεκτικού ιστού. Πιο αξιόλογες είναι οι αλλαγές που συμβαίνουν στον κολλαγονικό ιστό, ο οποίος είναι μακρά μακρομοριακή αλυσίδα, σχετικά αδρανής, η οποία παράγεται από ινοβλάστες. Δεν υπάρχει προς το παρόν επαρκής απόδειξη που να βεβαιώνει ότι οι σχηματισμένες κολλαγονικές ίνες είναι είτε αλλαγμένες είτε έχουν επαναρροφηθεί. Οι νέες ίνες που παράγονται σχηματίζουν δεσμίδες με τις προηγούμενες ίνες με διασταυρωτή χημική σχέση.

Η αυξημένη πυκνότητα αυτού του είδους του ιστού αναμφίβολα επηρεάζει τη διάχυση των θρεπτικών συστατικών και την απομάκρυνση των αχρήστων, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η λειτουργία καθώς ελαττώνεται η πνευμονική αντίσταση και η ελαστικότητα των αγγείων. Η ελαστίνη, συστατικό του συνεκτικού ιστού, με την ηλικία καθίσταται εύθραυστη και αποτιτανώνεται, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ελαστικότητας των ιστών. Επίσης το στρώμα του χόνδρου γίνεται εύθραυστο και διασπάται εύκολα, γεγονός που συμβάλλει στην προοδευτική αύξηση της αρθρίτιδας. Οι αλλαγές στα οστά είναι σημαντικές, αλλά δε σχετίζονται άμεσα με τις ειδικές αλλαγές του στρώματος.

Αλλαγές στο εξωκυττάριο υγρό και τους διαλύτες

Καίτοι η μείωση του ενδοκυττάριου υγρού αντανακλά τις αλλαγές της κυτταρικής μάζας, εντούτοις οι αλλαγές αυτές δε σχετίζονται με το εξωκυττάριο υγρό το οποίο μένει σταθερό (βλ. σχήμα 1). Επιπλέον / υπάρχουν ελάχιστες αλλαγές στο περιεχόμενο των διαλυτών του εξωκυττάριου υγρού, ώστε να είναι δύσκολο να αξιολογηθούν στατιστικά. Υπάρχει, επίσης, μείωση του ορού του λευκώματος και αύξηση

της σφαιρίνης, με σχετικά σταθερή την ολική τιμή του λευκώματος. Η χοληστερόλη του ορού αυξάνει πολύ σιγά μέχρι την ηλικία των 65 ετών και στη συνέχεια η αύξηση σταθεροποιείται ή μειώνεται ελαφρά.

Ως προς τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, αυτά αυξάνουν προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου.

2.1 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αναφέρεται ότι το 40% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών θα πεθάνουν από καρδιακά νοσήματα, το 15% από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ το 5% από επιπλοκές των διάφορων ειδών αγγειακών επεισοδίων. Το ήμισυ των θανάτων από όλες τις αιτίες οφείλεται σε ανωμαλίες του Καρδιαγγεακού συστήματος.

Είναι πολύ σημαντικό να διαφοροδιαγνωστούν οι αλλαγές που έχουν σχέση με την ηλικία από εκείνες που έχουν παθολογική προέλευση.

Πιστεύεται πάντως ότι οι διάφορες επιπλοκές σχετίζονται με μαθηματική ακρίβεια με την ηλικία .

Μέγεθος καρδιάς

Η αντίληψη ότι η αύξηση του μεγέθους της καρδιάς κατά το γήρας υποδηλώνει παθολογική διεργασία έχει συσκοτίσει τον καθορισμό της πραγματικής αλλαγής που αποδίδεται στην ηλικία. Λέγεται δε ότι σε άτομα ηλικίας 80 ετών το πάχος της αριστερής κοιλίας είναι 25% μεγαλύτερο από το πάχος της αριστερής κοιλίας ατόμων ηλικίας 30 ετών. Σήμερα είναι γνωστό ότι η αύξηση του πάχους του τοιχώματος του καρδιακού μυός επέρχεται με την ηλικία. Στις περισσότερες μελέτες υποστηρίζεται ότι στον καρδιακό μυ παρατηρείται ίνωση και το σύνολο του κολλαγονικού ιστού αυξάνεται. Οι

καρδιακές βαλβίδες παχύνονται και τραχύνονται με την ηλικία. Και εφόσον ο καρδιακός μυς αποτελείται από μεταμιτωτικά κύπαρα, η αντικατάσταση των απολεσθέντων ινών καθώς και η αύξηση του συνόλου της μυϊκής μάζας της καρδιάς επιτυγχάνονται με υπερτροφία από εναπομείνασες δεσμίδες.

Καρδιακός ρυθμός

Ο ρυθμός της καρδιάς σε ηρεμία δεν αλλάζει με την ηλικία, αντίθετα με την καρδιακή παροχή που μειώνεται με την ηλικία κατά τη διάρκεια της κοπώσεως. Η μείωση αυτή αφορά και στα δύο φύλα, συμβαίνει μεταξύ τρίτης και όγδοης δεκαετίας της ζωής και αντιστοιχεί περίπου στο 49%, δηλαδή σε μείωση περίπου 1% το χρόνο.

Η μέγιστη κατανάλωση οξυγόνου ελαττώνεται με την ηλικία κατά τρόπο ανάλογο με την καρδιακή παροχή. Η πραγματική ελάττωση επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό από την παχυσαρκία, την ελαττωμένη δραστηριότητα και το κάπνισμα. Η πρόσληψη οξυγόνου στα ηλικιωμένα άτομα είναι ίδια με εκείνη των νέων, σε ίδιες εργασιακές δραστηριότητες.

Ανταπόκριση της καρδιάς στο stress

Παράγοντες που εμπλέκονται στην ανταπόκριση της καρδιάς στο stress είναι: η αύξηση του καρδιακού ρυθμού, η αύξηση της συσταλτικότητας της καρδιάς και η εμφάνιση του μηχανισμού Frank Starling. Η απάντηση της καρδιάς στο stress και η σχέση της με την ηλικία έχουν γίνει αντικείμενο πολλών μελετών. Πάντως οι αλλαγές που συμβαίνουν στον καρδιακό μυ με την πάροδο του χρόνου μειώνουν προφανώς την καρδιακή επάρκεια στο stress.

Στεφανιαία αγγεία

Για τα στεφανιαία αγγεία δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις που να στηρίζουν ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές. οφειλόμενες στο γήρας. Αντίθετα το μέγιστο ποσόν (86%) αποβολής οξυγόνου ήταν το ίδιο ανάμεσα στους νέους και τους ηλικιωμένους.

Ηλεκτροκαρδιογραφικές αλλαγές

Τ ο φυσικό ηλεκτροκαρδιογράφημα δείχνει ελάχιστες αλλαγές με την ηλικία

οι οποίες είναι: παράταση των διαστημάτων P-R και ΟΤ και διεύρυνση των QRS. Αν προστεθούν παθολογικές αλλαγές στον καρδιακό μυ, που θα διαταράξουν το ΗΚΓ, αυτές θα πρέπει να διαφοροποιηθούν.

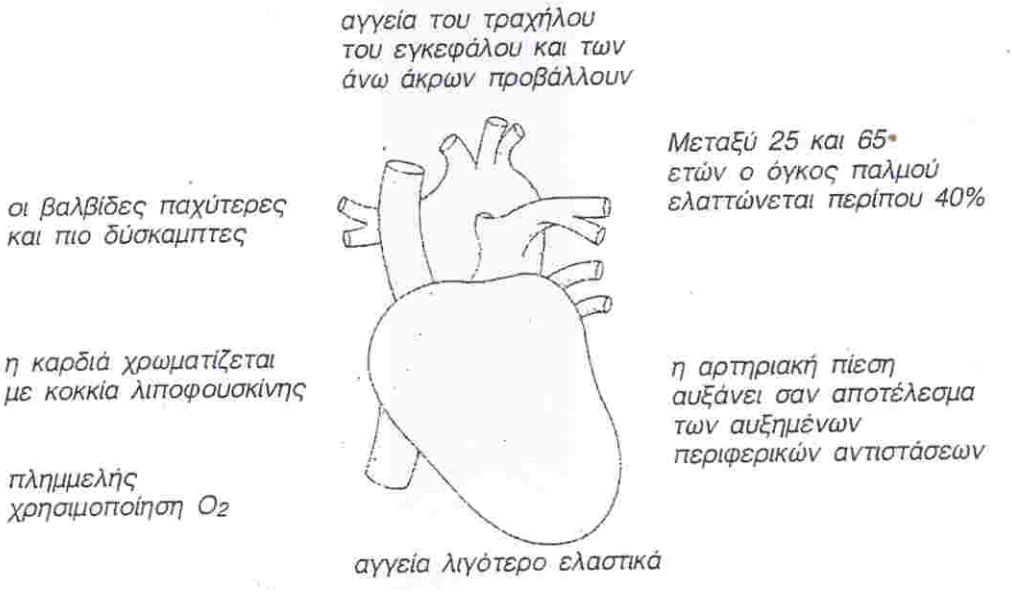
Αιμοφόρα αγγεία

Η ελαστίνη ουσία καθιστά τις αρτηρίες αθόρυβες, ιδιότητα η οποία ελαττώνεται με την ηλικία ανεξάρτητα από τις αθηρωματικές διεργασίες. Οι ελαστικέ ς ίνες σκληρύνονται προοδευτικά, φθείρονται, διαχωρίζονται και τελικά θρυμματίζονται. Αυτές δε οι αλλαγές συνοδεύονται από αυξημένη εναπόθεση ασβεστίου (elastocalcinosis), ελαστοασβέστωση. Ο μέσος χιτώνας των αρτηριών και ο ελαστικός υμένας των μυϊκών αρτηριών εμπλέκονται στις πιο πάνω αναφερόμενες διεργασίες.

Ταχύτητα κύματος παλμού

Η μείωση της ελαστικότητας του τοιχώματος των αγγείων έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κύματος παλμού. Πιο συγκεκριμένα σε παιδιά ηλικίας 5 ετών η ταχύτητα κύματος παλμού είναι 4.1 μέτρα ανά δευτερόλεπτο. Η αύξηση της ταχύτητας του κύματος παλμού είναι μεγαλύτερη στην κερκιδική αρτηρία μέχρι την ηλικία των 65 ετών και στη συνέχεια αντιστρέφεται. Η αλλαγή στην ταχύτητα του κύματος παλμού θεωρείται ανεξάρτητη από την αθηρωσκλήρωση, με αρκετές βέβαια επιφυλάξεις.

Η μείωση του όγκου παλμού έχει ως αποτέλεσμα την ελάττωση της παροχής του αίματος στα διάφορα όργανα, η οποία όμως δεν είναι συμμετρική για όλους τους ιστούς. Οι κυριότερες αλλαγές που συμβαίνουν με την ηλικία και επηρεάζουν το καρδιαγγειακό σύστημα παρουσιάζονται στο σχήμα 1.



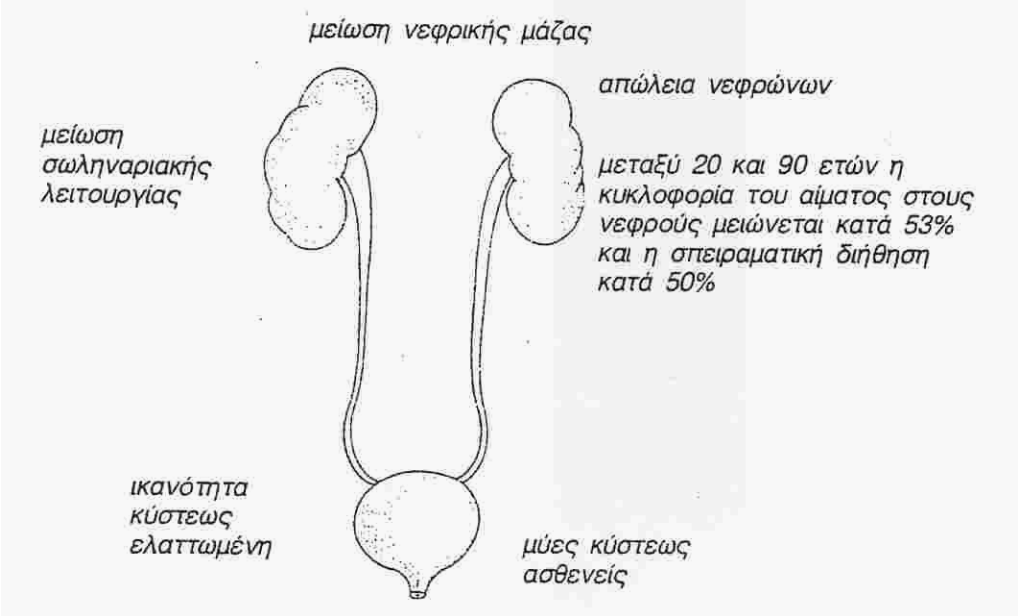
Σχήμα 1. Καρδιαγγειακές αλλαγές με την ηλικία.

2.2 Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα.

Ανατομικές και λειτουργικές νεφρικές μεταβολές.

Με την πάροδο της ηλικίας η νεφρική μάζα ελαττώνεται προοδευτικά. Το βάρος των νεφρών μειώνεται βαθμιαία από 250-270 γρ. στη νεαρή ηλικία σε 180-200 γρ. στην 8η δεκαετία. Η ελάττωση της νεφρικής μάζας είναι μεγαλύτερη στη φλοιώδη μοίρα και μικρότερη στη μυελώδη. Όταν δεν υπάρχουν νεφρικές βλάβες ή υπέρταση, τότε η λεία εξωτερική επιφάνεια του νεφρού διατηρείται. Ο αριθμός των νεφρικών σωματίων μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και το μεσάγγειο, που αποτελεί το 8% περίπου του συνολικού βάρους των νεφρών στο 450 έτος, αυξάνεται σε 12% μετά το 70ό έτος.

Η βασική μεμβράνη των τριχοειδών του αγγειώδους σπειράματος αυξάνεται σε πάχος, χωρίς να υποστεί ιδιαίτερη μεταβολή της διαβατότητάς της.



Σχήμα 2. Αλλαγές ουροποιητικού με την πάροδο της ηλικίας.

Παρατηρούνται επίσης πάχυνση της βασικής μεμβράνης των ουροφόρων σωληναρίων, σημαντικές μεταβολές του νεφρικού αγγειακού δικτύου, ενώ έχουν βρεθεί σκληρυντικές αλλοιώσεις στα μεγάλα νεφρικά αγγεία, ακόμα και όταν δεν υπάρχει υπέρταση. Σε άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση τα

μικρά αγγεία δεν επηρεάζονται μέχρι το 70ό έτος. Όμως μετά την 7η δεκαετία παρατηρούνται υπερτασικές αλλοιώσεις στο νεφρικό αγγειακό δίκτυο.

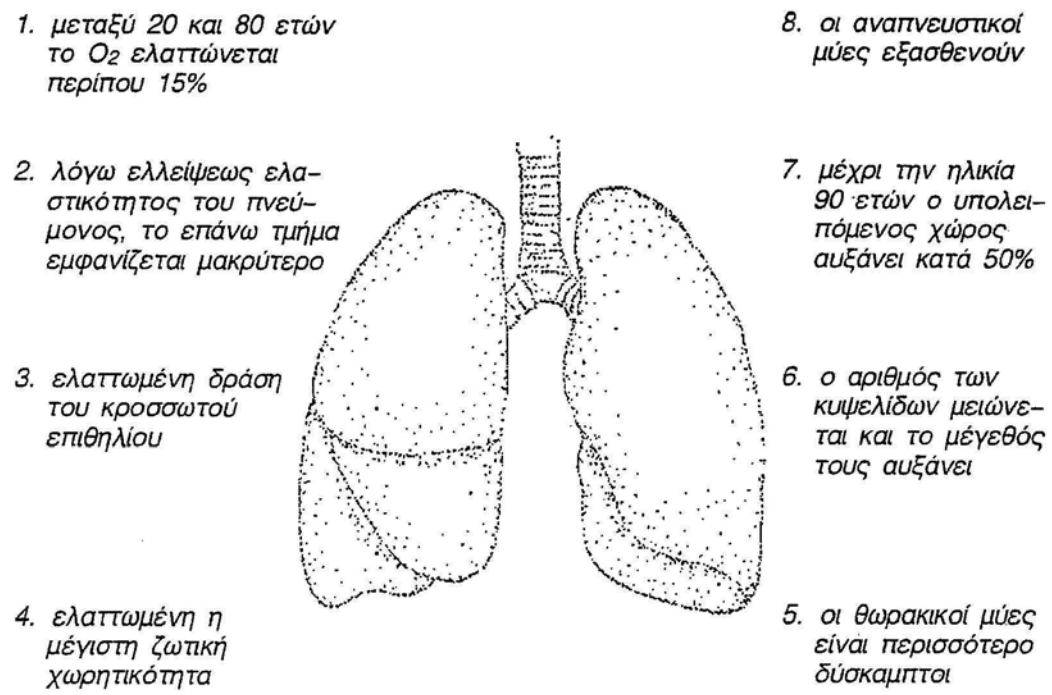
Μετά την 4η δεκαετία παρατηρείται προοδευτική ελάττωση της νεφρικής ροής του πλάσματος (περίπου 10% σε κάθε δεκαετία). Η ελάττωση αυτή είναι αποτέλεσμα των ανατομικών και των αιμοδυναμικών μεταβολών στο νεφρικό αγγειακό δίκτυο και της μειωμένης καρδιακής παροχής. Επίσης μειώνεται ο ρυθμός της σπειραματικής διηθήσεως και της επαναρροφητικής ικανότητας των ουροφόρων σωληναρίων με την πάροδο του χρόνου (Σχήμα 2).

Τελικά πρέπει να λεχθεί ότι η μείωση της νεφρικής μάζας αποδίδεται στην απώλεια των νεφρικών μονάδων. Η απώλεια του νεφρικού ιστού μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, ενώ η αρτηριοσκλήρυνση μπορεί να συμβάλει στην ατροφία των νεφρών. Οι αλλαγές αυτές μεταβάλλουν τη νεφρική λειτουργία με ποικίλους τρόπους. Ωστόσο η περιορισμένη ικανότητα των νεφρών να αντιμετωπίσουν τις αιμοδυναμικές διαταραχές καθώς και εκείνες του ισοζύγιου των υγρών και των ηλεκτρολυτών έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση κλινικών σημείων και συμπτωμάτων

2.3 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι επιδράσεις της προχωρημένης ηλικίας στην πνευμονική λειτουργία

Οι πνεύμονες στην προχωρημένη ηλικία χάνουν την ελαστικότητά τους επειδή μεταβάλλεται η σύσταση της ελαστίνης. Οι μεταβολές αυτές οδηγούν σε σημαντική κυψελιδική διάταση εύρημα πολύ συνηθισμένο στους ηλικιωμένους και γνωστό ως γεροντικό εμφύσημα,



Σχήμα 3. Αναπνευστικές αλλαγές με την ηλικία

Μεταβολές αναφέρονται επίσης και στη σύσταση του κολλαγόνου. Το κολλαγόνο υπάρχει σε μεγάλη πυκνότητα στους πνεύμονες και ευθύνεται για τη διατήρηση του φυσιολογικού σχήματος των πνευμόνων. Με την πάροδο όμως της ηλικίας αυξάνεται ο αριθμός των συνδέσμων ανάμεσα στις υπομονάδες του, με συνέπεια να καθίσταται δύσκαμπτο. Η δυσκαμψία αυτή ευθύνεται, σε κάποιο βαθμό, για τις μεταβολές στις μηχανικές ιδιότητες των πνευμόνων, με αποτέλεσμα τη διαταραχή της λειτουργίας τους και την παθολογική ανταλλαγή των αερίων που παρατηρούνται στην προχωρημένη ηλικία.

Η προχωρημένη ηλικία συνδυάζεται με προοδευτική μείωση πολλών ιδιαίτερων πνευμονικών λειτουργιών όπως φαίνονται στον πίνακα 1.

Οι λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος στους ενήλικες και τους ηλικιωμένους είναι λιγότερο συχνές σχετικά με τις λοιμώξεις που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία λόγω αναπτύξεως ανοσίας κατά την επαφή τους με κοινούς αιτιολογικους παράγοντες.

Παρατηρείται μία προοδευτική μείωση του αριθμού των λοιμώξεων από 5-6 το χρόνο στην παιδική ηλικία σε 2 περίπου στους ενήλικες και σε 1 στους

ηλικιωμένους. Λοιμώξεις όμως όπως η γρίπη παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα στους ηλικιωμένους, που φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία.

Πίνακας 1. Μεταβολές της πνευμονικής λειτουργίας με την πάροδο του χρόνου.

Πνευμονικές λειτουργίες	Μεταβολές
• Ζωτική χωρητικότητα	Ελαττώνεται
• Ταχέως εκπνεόμενος όγκος αέρα από 1^{o} δευτερόλεπτο.	Ελαττώνεται
• Ικανότητα ολικής παλινδρομήσεως	Ελαττώνεται
• Ικανότητα συγκλείσεως αεραγωγών	Αυξάνει
• Λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα	Αυξάνει
• Υπολειπόμενος όγκος αέρα	Αυξάνει
• Ολική πνευμονική χωρητικότητα	Αμετάβλητη
• Ικανότητα διαχύσεως αερίων	Ελαττώνεται
• Μερική αρτηριακή πίεση οξυγόνου	Ελαττώνεται
• Μερική αρτηριακή πίεση διοξείδιου του άνθρακα.	Ελαττώνεται

Με την πάροδο της ηλικίας παρουσιάζεται αύξηση της προσθιοπίσθιας διαμέτρου του θώρακα και προοδευτική κύφωση, που επιτείνεται από την ανάπτυξη οστεοπορώσεως, την καθίζηση της σπονδυλικής στήλης και την ασβεστοποίηση των πλευρικών χόνδρων και προκαλεί μείωση της κινητικότητας των πλευρών και μερική συρρίκνωση των εισπνευστικών μυών. Ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών προκαλεί ελάττωση της διατασιμότητας του θωρακικού τοιχώματος και της ικανότητας των εκπνευστικών μυών. Επίσης παρατηρείται βαθμιαία ελάττωση του αριθμού των κυψελίδων, λόγω προοδευτικής απώλειας των ενδοκυψελιδικών διαφραγμάτων. Οι υπόλοιπες κυψελίδες είναι μεγαλύτερες και υπάρχει διάταση των βρογχιολίων.

2.4 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Παρά τη μεγάλη ποικιλία των λειτουργικών μεταβολών που έχουν περιγραφεί οι ανατομικές αλλοιώσεις στο γαστρεντερικό σύστημα είναι

περιορισμένες. Στον οισοφάγο το εμβρυϊκό κυλινδρικό επιθήλιο αντικαθίσταται με πλακώδές επιθήλιο. Στους ηλικιωμένους η επανεμφάνιση κυλινδρικού επιθηλίου στο κατώτερο τμήμα του οισοφάγου είναι γνωστή. Η μεταβολή αυτή, αν και πολύ συχνή, δεν έχει ακόμα τεκμηριωθεί αν αντιπροσωπεύει παθολογική κατάσταση ή είναι επακόλουθο της τρίτης ηλικίας. Όμως η αύξηση της συχνότητας κοίλης του οισοφαγικού τρήματος μπορεί να έχει κάποια σχέση με την προχωρημένη ηλικία. Καταστάσεις όπως ατροφική γαστρίτιδα, εντερική μεταπλασία του γαστρικού βλεννογόνου και πολυποδίαση είναι πολύ συχνές στους ηλικιωμένους. Επίσης η εκκολπωμάτωση στο σιγμοειδές παρατηρείται στο 1/3 των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών.

Ως προς την κινητικότητα του οισοφάγου, στις διάφορες έρευνες βρέθηκε ότι η περισταλτικότητά του αντιστοιχεί στο 50% της καταπόσεως στους ηλικιωμένους συγκριτικά με το 90% στα νέα άτομα. Τα ευρήματα αυτά έδειξαν μείωση της καταπόσεως και χαλάρωση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα, καθυστέρηση στην εκκένωση του οισοφάγου, διαστολή του οισοφάγου και αύξηση των μη προωθητικών συστολών. Τ α ευρήματα αυτά αξιολογούνται ιδιαίτερα όταν ο ηλικιωμένος είναι αναγκασμένος να βρίσκεται σε ύπτια θέση, επειδή από την καθυστέρηση της κενώσεως του περιεχόμενου μπορεί να προκύψουν προβλήματα θρέψεως και το χειρότερο εισρόφηση τροφών.

Για την κινητικότητα του στομάχου, του λεπτού και του παχέος εντέρου και τη σχέση τους με την ηλικία υπάρχουν ελάχιστες αναφορές, παρά την επικρατούσα αντίληψη ότι η δυσκοιλιότητα οφείλεται, σε μεγάλο βαθμό, στη μείωση της περισταλτικότητας του παχέος εντέρου και του τόνου των κοιλιακών μυών.

Η συχνότητα ακράτειας των κοπράνων αυξάνεται με την ηλικία και μπορεί να παρατηρηθεί στο 20% των νοσηλευόμενων γηριατρικών ασθενών. Ακόμα βρέθηκε ότι το 1/3 αυτών των ασθενών παρουσίαζαν οργανικές νευρολογικές παθήσεις και συγχυτικές καταστάσεις χωρίς νευρολογική σημειολογία, Στους ηλικιωμένους τα αντανακλαστικά στον εσωτερικό σφιγκτήρα του εντέρου είναι φυσιολογικά, ενώ στον εξωτερικό απουσιάζουν. Ο παράγοντας αυτός θεωρείται υπεύθυνος για την ακράτεια των κοπράνων στους ηλικιωμένους.

Έκκριση σιέλου: Ο σίελος παράγεται ύστερα από ερέθισμα ή και χωρίς ερέθισμα. Στους ηλικιωμένους η ποσότητα του εκκρινόμενου σιέλου μειώνεται κατά το 1/3 από την έκκριση στους νέους. Το αποτέλεσμα είναι γλώσσα ξηρά με ελάττωση της αισθήσεως της γεύσεως του ενζύμου πτυαλίνης και με επακόλουθο την αδυναμία πέψεως των υδατανθράκων και ιδιαίτερα της δεξτρίνης.

Έκκριση γαστρικού οξέος: Με την πάροδο του χρόνου η έκκριση του γαστρικού οξέος μειώνεται. Όταν η μείωση αυτή είναι σημαντική, τότε μπορεί να συντελέσει στην εμφάνιση ατροφικής γαστρίτιδας, η οποία αυξάνεται με την ηλικία. Όμως η μείωση της παραγωγής του ενδογενή παράγοντα σπανίως προκαλεί κακοήθη αναιμία. Μεταξύ 40 και 60 ετών το ποσόν της γαστρική ς εκκρίσεως μειώνεται κατά το 1/5 σε σχέση με τιμές προηγούμενων ετών, ενώ στη συνέχεια σταθεροποιείται.

Παγκρεατικά ένζυμα: Δε φαίνεται με την πάροδο του χρόνου να παρατηρούνται σοβαρές διαταραχές στη λειτουργία των ενζύμων. Ακόμα και με την ελάττωση της αμυλάσης πτυαλίνης -του σιέλου η παγκρεατική αμυλάση επαρκεί για την πέψη των υδατανθράκων, παρά το γεγονός ότι η δίαιτα του ηλικιωμένου βασίζεται κυρίως στους υδατάνθρακες. Ακόμα η ελάττωση της παγκρεατική ς θρυψίνης δεν επηρεάζει την πέψη, επειδή η λιπάση παραμένει σταθερή, με αποτέλεσμα η πρόσληψη και η πέψη των τροφών να είναι φυσιολογικές. Καίτοι οι κλινικοί ερευνητές διατυπώνουν διαφορετικές απόψεις, εντούτοις μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν αρκετές αποδείξεις που να βεβαιώνουν ότι στα κόπρανα των ηλικιωμένων υπάρχουν άπεπτες πεπτικές ουσίες.

Απορρόφηση στοιχείων: Η απορρόφηση είναι η πιο σημαντική Λειτουργία του γαστρεντερικού σωλήνα. Ένας μεγάλος αριθμός πιθανών ή πραγματικών παραγόντων που σχετίζονται με την ηλικία μπορεί να επηρεάσει την απορροφητική λειτουργία, όπως είναι ο ρυθμός και ο βαθμός της πέψεως, η ολοκλήρωση της απορροφητικής επιφάνειας, η αποτελεσματικότητα των μηχανισμών μεταφοράς, η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα και οι

αλλαγές της αγγειακής εγχύσεως.

Σε μελέτες που έχουν σχέση με την απορρόφηση στοιχείων, όπως λεύκωμα, γλυκόζη, ασβέστιο, ξυλόζη, αμφισβητείται η σχέση ηλικίας με τη λειτουργία της απορροφήσεως. Ορισμένα συστατικά, όπως η βιταμίνη β1 και β12 παρουσιάζουν πλημμελή απορρόφηση με την ηλικία. Ώμως και σ' αυτήν την περίπτωση δεν μπορεί να τεκμηριωθεί, επειδή μπορεί να συνυπάρχει και κακοήθης αναιμία. *'Ηπαρ:* Σε έρευνα η οποία στηρίχτηκε σε 400 βιοψίες ήπατος

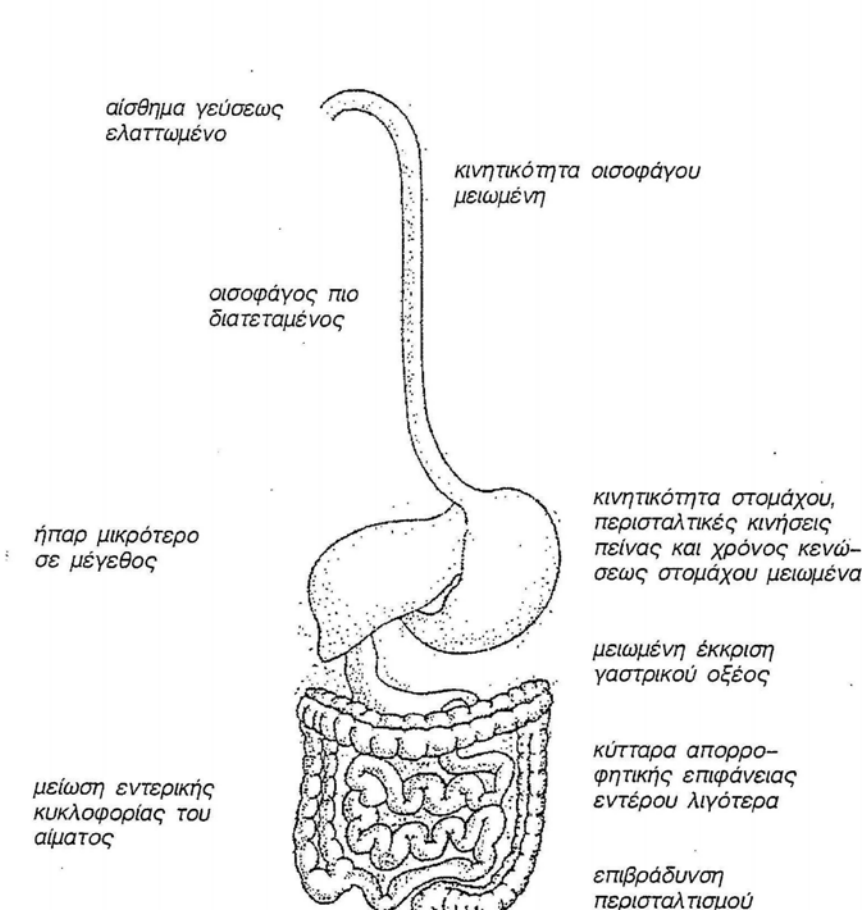
αναφέρεται ότι το μέγεθος του ήπατος μειώνεται με το χρόνο. Ακόμα σύμφωνα με τον Sherlock και τους συνεργάτες του η κατάσταση της σπλαχνικής κυκλοφορίας και η ικανότητα αποθηκεύσεως μειώνονται με το χρόνο. Με την ηλικία δεν παρατηρούνται αλλαγές στη χολερυθρίνη, στα ένζυμα SGOT, SGPT και στην αλκαλική φωσφατάση.

Πολύ μικρή μείωση παρατηρείται στο λεύκωμα από 7,40 σε 7,04g/100ml και πολύ μεγαλύτερη μείωση στο κλάσμα A/G. Δηλαδή από 4,03/3,06 g/100 ml στους νέους σε 3,26/3,76 g/100 ml στους ηλικιωμένους. Η ελάττωση της λευκωματίνης, προφανώς, αντιπροσωπεύει την αδυναμία του ήπατος να διατηρηθεί σε νεανικά επίπεδα, ενώ η άνοδος της σφαιρίνης τη συγκέντρωση ανοσοποιητικής εμπειρίας.

Πάγκρεας: Τ ο βάρος του παγκρέατος στους ενήλικες κυμαίνεται σε 95 g. Αν και σε αρκετές μελέτες αναφέρεται μείωση του μεγέθους του παγκρέατος με την πάροδο του χρόνου, σε άλλες υποστηρίζεται ότι δεν παρατηρείται σημαντική μείωση, άσχετα αν αυτή εκφράζεται ως απόλυτο βάρος ή ως εκατοστιαία αναλογία του συνολικού βάρους του σώματος. Πάντως η αύξηση του παγκρεατικού λίπους υποδηλώνει αξιοσημείωτη απώλεια του λειτουργικού ιστού του παγκρέατος. Ακόμα ευρήματα μελετών που έγιναν με τη βοήθεια ηλεκτρονικού μικροσκόπιου δείχνουν μεταπλασία και πολλαπλασιασμό σωληναριακών κυττάρων (ductile cells), ακανόνιστο κυτταρικό μέγεθος και διάταση, χρώση παρεγχυματικών κυττάρων και μεταβολές σε υποκυτταρικά οργανίδια γαστρεντερικές μεταβολές σε υποκυτταρικά οργανίδια.

Γενικά οι μελέτες δείχνουν μείωση του ποσού συγκεντρώσεως των ενζύμων ενζύμων, χωρίς όμως να επηρεάζουν τη λειτουργία της πέψεως. Οι

γαστρεντερικές μεταβολές φαίνονται στο σχήμα 5.



Σχήμα 5. Γαστρεντερικές αλλαγές με την ηλικία.

2.5-2.6 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΟΣΙΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Σημαντικές αλλαγές στο αίμα και τα συστατικά του δεν έχουν παρατηρηθεί Ακόμα δεν αναφέρεται μείωση του όγκου του αίματος, παρά τη μείωση των ενεργών κυττάρων του σώματος. Οι αλλαγές στα ερυθρά αιμοσφαίρια είναι ελάχιστες και η αναιμία που παρατηρείται είναι πολύ συχνά δευτεροπαθής. Η επιβίωση των ερυθροκυττάρων είναι φυσιολογική. Παρατηρείται όμως κάποια καθυστέρηση στην αναπλήρωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων μετά από αιμορραγία, αλλά αυτό μπορεί να αποδοθεί σε ένδεια σιδήρου. Ο σίδηρος του ορού και η δεσμευτική ικανότητα του σιδήρου του πλάσματος, καθώς και η απορρόφησή του είναι ελαττωμένες.

Ο αριθμός και ο τύπος των λευκοκυττάρων δε μεταβάλλονται. Τα πολυμορφοπύρηνα τείνουν να εμφανίζονται υπερτεμαχισμένα και με ελάχιστα

κοκκία. Ο αριθμός, η δομή και η λειτουργία των αιμοπεταλίων δεν επηρεάζονται, εκτός από μια πιθανή αύξηση στη συγκόλληση.

Η τιμή καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων μπορεί να παρουσιάζει αύξηση που έχει σχέση με την ηλικία, ακόμα και όταν δεν υπάρχει υποκείμενη νόσος (φυσιολογικά οι τιμές για τους άνδρες είναι 5mm και για τις γυναίκες 15 mm). Τιμές άνω των 40 mml ώρα (Westergren method) είναι συνηθισμένο εύρημα σε ηλικιωμένους και μπορεί να αποδοθεί στις μεταβολές των πρωτεϊνών του πλάσματος που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας και ιδιαίτερα του ινωδογόνου.

Η υποστροφή του θύμου αδένα και η παράλληλη ελάττωση της κυτταρικής του μάζας αρχίζουν από την ήβη και ολοκληρώνονται στο 45^{o} - 50^{o} έτος της ηλικίας. Η υποστροφή αυτή, που συμβαίνει στο πρώτο ήμισυ της ζωής, ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τις παρατηρούμενες μεταβολές της λειτουργίας του ανοσολογικού συστήματος.

Ο θύμος αδένας χρησιμεύει σαν ενδοκρινικό όργανο και σαν θέση κυτταρικής διαφοροποιήσεως. Συνθέτονται πολυπεπτιδικές ορμόνες, οι οποίες είναι σημαντικές για τη διαφοροποίηση των θυμοεξαρτώμενων Τ και μη Β λεμφοκυττάρων. Η πυκνότητα των θυμικών ορμονών διατηρείται στον ορό του ανθρώπου μέχρι το *20ό-30ό* έτος της ηλικίας του και στη συνέχεια ελαττώνεται Γι' αυτό θυμικές ορμόνες σε άτομα άνω των 60 ετών δεν ανιχνεύονται.

Τα άωρα Τ-λεμφοκύτταρα που προέρχονται από το μυελό των οστών μεταφέρονται στο φλοιό του θύμου αδένα. Με την πάροδο όμως της ηλικίας η μεταφορά των κυττάρων αυτών ελαττώνεται, ενώ η εκατοστιαία αναλογία τους μέσα στο θύμο αυξάνεται Επιπλέον άωρα Τ -λεμφοκύτταρα βρίσκονται στο αίμα των ηλικιωμένων ατόμων. Η αύξηση του αριθμού των άωρων Τ-λεμφοκυττάρων στο περιφερικό αίμα, αλλά και μέσα στον ίδιο το θύμο, δείχνει την ανεπάρκεια του αδένα να τα διαφοροποιεί με την πάροδο της ηλικίας.

Μεταβολές των λεμφοκυττάρων με την ηλικία: Σε πολλές μελέτες υποστηρίζεται ότι ο ολικός αριθμός των λεμφοκυττάρων γενικά και των Τ ή Β ειδικότερα δε μεταβάλλεται στο περιφερικό αίμα. Οι μελέτες αυτές, προφανώς, στηρίχτηκαν σε ποσοτικούς προσδιορισμούς, γεγονός που μπορεί να αποκρύπτει την ανακατανομή που συμβαίνει με την πάροδο της ηλικίας. Για

παράδειγμα υπάρχει ελάττωση των βλαστικών κέντρων στους λεμφαδένες και αύξηση των πλασματοκυττάρων και των λεμφοκυττάρων στο μυελό των οστών.

Μια άλλη εκδοχή είναι ότι κάποιος αριθμός Τ-λεμφοκυττάρων δε μεταβάλλεται με την πάροδο της ηλικίας. Έτσι τα κύτταρα αυτά που κυκλοφορούν ως «υπερώριμα», είναι βιώσιμα, αλλά στερούνται των απαραίτητων ικανοτήτων πολλαπλασιασμού για την ανοσολογική επάρκεια του οργανισμού. Η κατανομή των διάφορων υποομάδων των Τ-λεμφοκυττάρων στο περιφερικό αίμα μεταβάλλεται με την ηλικία. Στους ηλικιωμένους παρατηρείται αύξηση των άωρων Τ-λεμφοκυττάρων και σημαντική αύξηση όσων έχουν συνδεθεί με γ-σφαιρίνες. Επιπλέον ο αριθμός των βοηθητικών Τ-λεμφοκυττάρων, καθοριζόμενος με μονοκλωνικά αντισώματα Τ4, αυξάνεται, ενώ ο αριθμός των κατασταλτικών ή κυτταροτοξικών Τ-λεμφοκυττάρων, καθοριζόμενος με μονοκλωνικά αντισώματα Τ8, ελαττώνεται. Ακόμα υπάρχει ελάττωση κατά 50-80% της ανοσιακής απαντήσεως στα αντιγονικά ερεθίσματα.

Χημική ανοσία: Το συνολικό ποσόν της κυκλοφορούμενης ανοσοσφαιρίνης δεν παρουσιάζει αλλαγή. Όμως παρατηρείται αύξηση των IgA και IgG, ενώ ελαττώνονται οι IgM μακροσφαιρίνες. Επίσης παρατηρείται μείωση του ποσού των φυσικών αντισωμάτων και αύξηση των αντισωμάτων και των μονοκλωνικών ανοσοσφαιρινών. Η απάντηση του αντισώματος προς το αντιγόνο παρουσιάζεται μειωμένη και οφείλεται στην κατάλληλη επεξεργασία του αντιγόνου από τα Τ -λεμφοκύτταρα και ειδικότερα τα βοηθητικά Τ –λεμφοκύτταρα.

Κυτταρική ανοσία: Η κυτταρική ανοσία εξαρτάται από την άθικτη λειτουργικότητα των θυμοεξαρτώμενων Τ -λεμφοκυττάρων. Η ανοσία εναντίον των ιογενών λοιμώξεων εξαρτάται από την παραγωγή των κυτταροτοξικών Τ –λεμφοκυττάρων.

2.7 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Σε αρκετά προχωρημένη ηλικία ο αδένας της υποφύσεως μπορεί να μειωθεί μέχρι και 20%. Επειδή όμως το εύρημα αυτό προέκυψε από μελέτη

ατόμων με μακροχρόνια και καταληκτική νόσο δεν είναι δυνατό να υποστηριχτεί Πάντως αναφέρεται μείωση του αριθμού των πυρήνων, ελάττωση της αγγειώσεως, αύξηση του συνεκτικού ιστού, αλλαγή στην αναλογία του κυτταρικού τύπου και αποδιοργάνωση των κυτταρικών οργανιδίων.

Η συγκέντρωση της αδρενοκορτικοτρόπου ορμόνης (ACTH), της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH), της αυξητικής ορμόνης (GH) και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) δε φαίνεται να μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Η θυλακοτρόπος (FSH) και η LH αυξάνουν στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, ενώ στους άνδρες παραμένουν σταθερές.

Θυρεοειδής αδένας: Το βάρος του θυρεοειδή αδένα δεν αλλάζει με την ηλικία, καίτοι η συχνότητα εμφανίσεως κλινικώς μικρών όζων αυξάνεται Μικροσκοπικά υπάρχει ίνωση και κυτταρική διήθηση. Τόσο η ελεύθερη όσο και η δεσμευμένη θυροξίνη Τ4 του πλάσματος δεν επηρεάζονται με την ηλικία, ενώ η τριιδοθυρονίνη Τ3 ελαττώνεται 25% ως 40% μετά την έκτη δεκαετία.

Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH): Μείωση συγκεντρώσεως της TSH στο πλάσμα του αίματος δεν παρατηρείται με την πάροδο του χρόνου. Όμως ύστερα από ερεθισμό της TSH από εκλυτικό παράγοντα (ΤΑΗ) είναι δυνατό να παρατηρηθεί μείωση της απαντήσεως της TSH.

Αυξητική ορμόνη (GH): Η παχυσαρκία, συνήθως, συνοδεύεται με ελάττωση των επιπέδων της αυξητικής ορμόνης στο πλάσμα του αίματος. Ωστόσο δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί αν η μέτρια μείωση της αυξητικής ορμόνης στο πλάσμα των ηλικιωμένων ατόμων οφείλεται στην παχυσαρκία. Η GH μειώνεται σταδιακά με την πάροδο της ηλικίας και σήμερα είναι υπό συζήτηση αν αποτελεί μια από τις αιτίες του γήρατος.

Παραθορμόνη (PTH): Σε πρόσφατες μελέτες υποστηρίζεται ότι η PTH ελαττώνεται με την ηλικία, εκτός βέβαια από την περίπτωση της οστεοπορώσεως που βρίσκεται αυξημένη. Πιστεύεται ακόμα ότι τα οιστρογόνα προστατεύουν τον οργανισμό από την επίδραση της PTH, η

οποία συντελεί στην ταχεία μετακίνηση των αλάτων. Η μείωση των οιστρογόνων, που παρατηρείται με την εμμηνόπαυση, μπορεί να μεγιστοποιήσει τη φυσιολογική ευαισθησία της PTH.

Αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη (ACTH): Τα επίπεδα της ACHT στο πλάσμα του αίματος και στο φυσιολογικό κύκλο της ημέρας -με υψηλότερη τιμή τις πρωινές ώρες -δεν παρουσιάζουν μεταβολές μεταξύ νέων και ηλικιωμένων ατόμων.

Πάγκρεας: Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται σταθερή μείωση της ανοχής της γλυκόζης. Ύστερα από δύο ώρες η τιμή της γλυκόζης σε άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών ανέρχεται κατά μέσο όρο στο 30% συγκριτικά με τις τιμές της γλυκόζης των νέων ατόμων. Θεωρητικά όταν η γλυκόζη βρεθεί στο αίμα σ' αυτά τα επίπεδα τα άτομα θεωρούνται διαβητικά. Σε μελέτες υποστηρίζεται ότι υπάρχει κάποια καθυστέρηση στην απελευθέρωση της ινσουλίνης από τα βήτα κύτταρα, επειδή υψηλά επίπεδα γλυκόζης απαιτούν υψηλά επίπεδα ινσουλίνης στο αίμα.

Επινεφρίδια: Με την πάροδο του χρόνου αξιόλογες μεταβολές στα επινεφρίδια δε φαίνεται να συμβαίνουν. Στο μικροσκόπιο παρατηρούνται οζώδεις μεταβολές στη φλοιώδη μοίρα των επινεφριδίων, αύξηση του συνεκτικού ιστού, χρωστική ελάττωση των λιπιδίων και αλλαγές στα ενδοκυτταρικά οργανίδια. Επιπλέον βρέθηκε αγγειακή διάταση και αιμορραγία.

Γλυκοκορτικοειδή: Τα επίπεδα κορτιζόλης στο πλάσμα και ο φυσιολογικός κύκλος αυξημένα το πρωί και μειωμένα το βράδυ δε μεταβάλλονται με την ηλικία. Ο κύκλος αυτός μπορεί να διαταραχτεί ή και να καταργηθεί από τη μεγάλη ποικιλία των χρόνιων νοσημάτων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι Ο ρυθμός διαθέσεως της κορτιζόλης στους ηλικιωμένους βρέθηκε παρατεταμένος (40%), συμβατός με τα σταθερά επίπεδα αίματος και την ελάττωση της φυσιολογικής απεκκρίσεως.

Αλδοστερόνη: Τ όσο στα επίπεδα αίματος όσο και στην απέκκριση από το ουροποιητικό σύστημα ελαττώνεται μεταξύ νεαράς και προχωρημένης ηλικίας κατά 50%.

Επινεφρίνη -Νορεπινεφρίνη: Παρά τις διαφορές που υπάρχουν στην αυτόνομη δραστηριότητα των ορμονών, δεν υπάρχουν μελέτες που να τεκμηριώνουν μεταβολές της τιμής τους μεταξύ νέων και ηλικιωμένων ατόμων.

Οιστρογόνα: Μετά την εμμηνόπαυση και την ατροφία των ωοθηκών η παραγωγή των οιστρογόνων στις ωοθήκες σταματάει και τα εναπομείναντα οιστρογόνα είναι επινεφριδικής προελεύσεως. Στους άνδρες τα οιστρογόνα παράγονται από το φλοιό των επινεφριδίων και σχετίζονται πολύ λίγο με την ηλικία.

Προγεστερόνη: Αρχικά η προγεστερόνη παράγεται από τις ωοθήκες και τον πλακούντα και μόνον ένα μικρό μέρος παράγεται από το φλοιό των επινεφριδίων. Όμως μετά την αναπαραγωγική περίοδο η παραγωγή και η έκκριση της προγεστερόνης μειώνονται απότομα. Ακόμα ο ρυθμός παραγωγής της μεταξύ νέων και ηλικιωμένων ατόμων μειώνεται κατά 60%.

Τεστοστερόνη: Με το πέρασμα του χρόνου η τεστοστερόνη μειώνεται Η μείωση των επιπέδων της τεστοστερόνης στο αίμα δε φαίνεται να έχει καλά τεκμηριωθεί. Όμως υπάρχει απόλυτη συμφωνία στη μείωση του ρυθμού της μεταβολικής καθάρσεως και της παραγωγής της.

2.8 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η επιβίωση των μυών εξαρτάται από την παροχή νευρικών ερεθισμάτων που προέρχονται από ανέπαφο κινητικά νευρώνα. Χαρακτηριστικό της προχωρημένης ηλικίας είναι η προοδευτική μείωση της μυϊκής μάζας. Στις διάφορες μελέτες η μείωση αυτή περιγράφεται ως σημαντική γραμμική ελάττωση του αριθμού των μυϊκών κυττάρων, η οποία υπερβαίνει την απώλεια των ουσιωδών νευρικών συστατικών.

Η απώλεια της μυϊκής μάζας υπερβαίνει τη σχετική σωματική απώλεια, οποία καλύπτεται από την εξωκυττάριο αύξηση του διάμεσου υγρού, του λίπους και του κολλαγόνου. Οι δομικές μεταβολές είναι εκτεταμένες και πολύπλοκες. Ακόμα παρατηρείται αξιοσημείωτη εναπόθεση λιποφουσκίνης, ενώ η πυκνότητα των τριχοειδών αγγείων ανά κινητική μονάδα είναι ελαττωμένη.

Παρ' όλο που η χρησιμοποίηση οξυγόνου ανά μονάδα ιστού είναι ουσιαστικά αμετάβλητη, παράλληλα παρατηρείται σημαντική μείώση της δραστηριότητας του ημίσεος των ενζυμικών συστημάτων. Υπάρχει, επίσης, παράταση του χρόνου συστολή ς της λανθάνουσας περιόδου και της περιόδου χαλάσεως περίπου 13%, καθώς και μείωση της μέγιστης τιμής της μυϊκής εντάσεως. Οι αναφερόμενες μεταβολές σχετίζονται με τη μείωση της δραστηριότητας της Α μυοσίνη

Αρθρώσεις

Οι αρθρικές επιφάνειες των οστών καλύπτονται με χόνδρο, έναν ιστό ο οποίος υφίσταται σοβαρή αλλοίωση μετά την τρίτη δεκαετία της ζωής. Η αλλοίωση αυτή μπορεί να οφείλεται σε συνεχείς μικροτραυματισμούς. Καθώς οι χόνδροι εκφυλίζονται οι επιφάνειες των οστών έρχονται σε άμεση επαφή όπου προκαλείται τριβή, με αποτέλεσμα να εμφανιστεί εκφυλιστική αρθρίτιδα η οποία συνοδεύεται με πόνο, κριγμό και περιορισμό στην κίνηση. Παρατηρείται ακόμα απώλεια νερού από τους χόνδρους, με συνέπεια τη συρρίκνωση του χώρου της αρθρώσεως. Ειδικά όταν αυτό αφορά στους μεσοσπονδύλιους δίσκους, τότε έχουμε και απώλεια ύψους.

Ένας άλλος τύπος εκφύσεως της αρθρώσεως μπορεί να προκληθεί από νοσογόνο αίτιο. Σ' αυτές τις περιπτώσεις παρατηρείται ακανόνιστη αύξηση των οστείνων άκρων της αρθρώσεως, προφανώς στα σημεία της εισβολής. Όταν η κατάσταση αυτή συμβεί στις αρθρώσεις των δακτύλων, τότε μπορεί να περάσει απαρατήρητη, ενώ όταν αφορά στην κατ' ισχίον άρθρωση, τότε μπορεί να εκδηλωθεί με πόνο και περιορισμό της κινητικότητας, κοινές αιτίες που οδηγούν στην αντικατάσταση της κεφαλής του μηριαίου οστού. Όταν ακόμα συμβεί στη σπονδυλική στήλη, τότε μπορεί να πιέσει τα νεύρα που διέρχονται από τα σπονδυλικά τρήματα και να προκαλέσει πόνο και μυϊκή αδυναμία.

Οστά

Το οστούν είναι σύνθετος ιστός που υποβάλλεται σε μεταβολές σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι μεταβολές αρχίζουν από το 40^{o} έτος και για τα δύο φύλα. Αρχικά παρατηρείται αυξητική τάση της μάζας' *του* οστού, η οποία μειώνεται προοδευτικά. Η διεργασία αυτή χαρακτηρίζεται από απορρόφηση της εσωτερικής επιφάνειας των μακρών και των πλατέων οστών, καθώς και από βραδεία εμφάνιση ενός νέου οστού στην εξωτερική επιφάνεια. Έτσι τα μακρά οστά φαίνονται εξωτερικά διερυσμένα και εσωτερικά ρηχά. Επιπλέον λεπτύνονται οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι. Παράλληλα παρατηρείται απώλεια ινωδών δοκίδων που οδηγεί στην εξασθένιση του οστού και την πρόκληση καταγμάτων.

Η χαρακτηριστική ελάττωση της οστικής μάζας απεικονίζεται κατά την εξέταση με ακτίνες Roetgen, ενώ η απώλεια των αλάτων και του πρωτεϊνικού υποστηρικτικού συστήματος φαίνονται κατά τη μικροβιολογική εξέταση. Στις σύγχρονες πειραματικές μελέτες η απώλεια του οστού στους ηλικιωμένους χαρακτηρίζεται ως γενικό φαινόμενο και αναλογεί σε 25% στις γυναίκες και σε 12% στους άνδρες αντίστοιχα. Δηλαδή στις γυναίκες η απώλεια του οστού αντιστοιχεί σε 750 g από το αρχικό βάρος (3000 g) και στους άνδρες σε 450 g από το αρχικό βάρος (4000 g). 'Ετσι εξηγείται γιατί η οστεοπόρωση είναι περισσότερο συχνή στις γυναίκες.

Η οστεοπόρωση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της ακινησίας, της μειωμένης απορροφήσεως του ασβέστιου, της περίσσειας απώλειας του καλίου από τα έντερα ή τους νεφρούς ή άλλων ενδοκρινών διαταραχών. Εντούτοις από τα αναφερθέντα κανένα δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αιτία για την οστεοπόρωση των ηλικιωμένων. Η λέπτυνση του οστού προδιαθέτει σε κατάγματα, με προτίμηση της κεφαλής του μηριαίου οστού, της κεφαλής του βραχιονίου και του κάτω άκρου της κερκίδας. Σοβαρότερα είναι του ισχύου, τα οποία οδηγούν σε ακινησία με όλες τις συνέπειες που αυτή συνεπάγεται Ο αθροιστικός κίνδυνος των καταγμάτων σε άτομα ηλικίας 90 ετών υπολογίστηκε σε 32% στις γυναίκες και 17% στους άνδρες.

Η απώλεια του ύψους που παρατηρείται με την ηλικία είναι δύσκολο να εκτιμηθεί χωρίς τις παρατηρήσεις και τα δεδομένα μακροχρόνιων μελετών

απώλεια ύψους μεταξύ 5 και 74 ετών υπολογίστηκε σε 1,5 cm, ενώ στην ηλικία 85 ως 90 ετών σε 3 cm. Παράγοντες που συμβάλλουν στην απώλεια του ύψους είναι η μείωση των μεσοσπονδυλίων δίσκων, η οστεοπόρωση του σκελετού, η σύμπτωση των σπονδύλων, καθώς και η κύφωση που προκύπτει από τους πιο πάνω παράγοντες. Οι μεταβολές που συμβαίνουν στο μυοσκελετικό σύστημα με το πέρασμα του χρόνου συμβάλλουν πολύ στην αλλαγή της εμφανίσεως του ηλικιωμένου (σχήμα 6).

Η πολυπλοκότητα της δομής και της λειτουργίας του νευρικού συστήματος κάνει δύσκολη τη διατύπωση μιας περιεκτικής απόψεως που έχει σχέση με τη διεργασία του γήρατος.

Τα νευρικά κύτταρα, ως μεταμιτωτικά, όταν για οποιοδήποτε λόγο χαθούν, δεν αντικαθίστανται Σε μελέτες σχετικές με το βάρος του εγκεφάλου επισημαίνεται μικρή αλλά σταθερή απώλεια, η οποία υπολογίστηκε από την περίοδο της ωριμότητας μέχρι της προχωρημένης ηλικίας σε 6% ως 7% το ανώτερο. Το βάρος του εγκεφάλου επηρεάζεται από το μέγεθος του σώματος, ενώ το μέγεθος του σώματος αυξάνεται από γενεά σε γενεά. Σύμφωνα με την άποψη αυτή η σημαντικότητα της μειώσεως του βάρους του εγκεφάλου αμφισβητήθηκε, επειδή τα ευρήματα προέρχονταν από μικροσκοπικά άτομα.

Επίπονες μελέτες δείχνουν ότι σημαντικές απώλειες κυττάρων συμβαίνουν σε κάποιες περιοχές του φλοιού που ενδέχεται να φτάσουν μέχρι 45%. Ακόμα παρατηρήθηκε ότι ο ρυθμός απώλειας των κυττάρων δεν είναι πάντοτε ο ίδιος, μάλιστα δε σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου η απώλεια επιταχύνεται σε κάποιο συγκεκριμένο χρόνο. Ο Brody εντοπίζει τις μεγαλύτερες απώλειες που συμβαίνουν στην περιοχή του μετωπιαίου λοβού κατά την πέμπτη δεκαετία.

2.9 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η ταχύτητα αγωγής του νεύρου είναι μεγαλύτερη στις εμμύελες ίνες και σχεδόν αναλογική στη διάμετρο του νευρώνα. Η ταχύτητα αγωγής στη νηπιακή ηλικία είναι πολύ βραδεία, περίπου 30 μέτρα ανά δευτερόλεπτο. Στη συνέχεια αυξάνεται με ταχύ ρυθμό και μέχρι να φτάσει το άτομο σε ηλικία 5 ετών έχει επιτύχει τις χαμηλότερες και τις μέγιστες φυσιολογικές τιμές ενός ενηλίκου. Μεταξύ των ατόμων παρατηρούνται μεγάλες παραλλαγές.

Υπολογίζεται ότι η ταχύτητα αγωγής του νεύρου στα νέα άτομα φτάνει κατά προσέγγιση 60 μέτρα το δευτερόλεπτο. Από την περίοδο της ωριμότητας και μέχρι την πέμπτη δεκαετία η ταχύτητα αγωγής μειώνεται, για να φτάσει στην

Ο ύπνος είναι φαινόμενο μεγάλης κλινικής και βιολογικής σπουδαιότητας. Έχουν αναγνωριστεί τέσσερα στάδια αυξήσεως του βάθους Η σύγχρονη θεραπεία της καταθλίψεως βασίζεται στην υπόθεση ότι αυτή συνοδεύεται με ελαττωμένη διάθεση κατεχολαμινών στον εγκέφαλο, καθώς και με αδυναμία χρησιμοποιήσεως των αναστολέων της ΜΑΟ, οι οποίοι μπλοκάρουν την εξουδετέρωσή της. Η αντίστροφη αύξηση της ΜΑΟ και η μείωση της νορεπινεφρίνης μπορούν να εξηγήσουν την κατάθλιψη και την απάθεια, εκδηλώσεις που τόσο συχνά εμφανίζονται στα ηλικιωμένα άτομα. Η συχνότητα της νόσου του Parkinson's αυξάνεται με την ηλικία. Από τις διάφορες μελέτες βρέθηκε ότι σ' αυτούς τους ασθενείς η ντοπαμίνη, η οποία είναι πρόδρομη μορφή της επινεφρίνης, μειώνεται στο μεσεγκέφαλο. Γι' αυτό και η l Dopa που τα αποτελέσματά της είναι εντυπωσιακά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου χορηγείται μ' αυτήν τη λογική.

2.10 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Αλλαγές στα αισθητήρια όργανα

Η καθημερινή διεργασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς εξαρτάται από την αντίληψη και την ολοκλήρωση της πληροφορίας που προέρχεται από τα αισθητήρια όργανα, όπως τα μάτια και τα αυτιά. Επιπλέον οι νευρικές απολήξεις στο δέρμα, τούς μυς, τις αρθρώσεις και τα εσωτερικά όργανα στέλνουν συνεχώς ουσιώδεις πληροφορίες στον εγκέφαλο, Η απώλεια των αισθήσεων με την ευρύτερη έννοια παρατηρείται στα ηλικιωμένα άτομα65, Αναμφισβήτητα η οπτική οξύτητα μειώνεται με την ηλικία. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Friedenwald, αν η επιβίωση επεκτεινόταν στα *130* χρόνια, η τύφλωση θα ήταν γενική. Όμως το ακριβές μέγεθος της οπτικής απώλειας ποικίλλει.

Κατά τη νεογνική ηλικία η κόρη του οφθαλμού είναι πολύ στενή, στη νηπιακή και την παιδική διευρύνεται απότομα, για να στενέψει ξανά με το

χρόνο. Οι μεταβολές αυτές συμβαίνουν τόσο στο φως όσο και στο σκοτάδι και οφείλονται στην ελάττωση του βάθους του πρόσθιου θαλάμου, αλλά και σε μια σχετική παρασυμπαθητικοτονία.

Καθώς το μάτι υποβάλλεται σε μια ποικιλία δομικών και λειτουργικών αλλαγών με την ηλικία, τα βλέφαρα γίνονται λεπτότερα και εμφανίζονται ρυτίδες και πτυχές που ονομάζονται κοινά ως «σάκοι».

Ο επιπεφυκότας ερεθίζεται εύκολα και είναι πιο εύθραυστος. Η εμφάνιση του κερατοειδούς δείχνει ως να έχει επηρεαστεί από καπνό και είναι λιγότερο διαυγής και περισσότερο σφαιρικός. Ακόμα εναποτίθεται λίπος στο κερατοειδή και γκριζωπές πάκες στο σκληρό χιτώνα. Επίσης παρατηρείται σκλήρυνση στο σφιγκτήρα της κόρης, που και αυτή μικραίνει και απαντά με βραδύ ρυθμό στο φως. Και καθώς τα οπτικά πεδία στενεύουν, η περιφερειακή όραση γίνεται δυσκολότερη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:

Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας επηρεάζουν τη δράση των φαρμάκων. Από τις κλινικές παρατηρήσεις και τις βιβλιογραφικέ ς αναφορές εξάγεται πολύτιμη βοήθεια, η οποία συμβάλλει στην. κατανόηση των διαφορών που υπάρχουν μεταξύ φαρμάκων και ομάδων ηλικιών.

Επιπλέον η συχνότητα των διάφορων παθολογικών καταστάσεων αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, με αποτέλεσμα την πρόσληψη περισσότερων φαρμάκων. Η μεγαλύτερη πρόσληψη συνεπάγεται περισσότερους κινδύνους, κυρίως από την αύξηση των προβλημάτων που δημιουργούν οι φαρμακολογικέ ς αλληλεπιδράσεις. Βρέθηκε ότι η συχνότητα των παρενεργειών και των τοξικών επιδράσεων αυξάνεται 3-7 φορές περισσότερο στους ηλικιωμένους από τα νέα άτομα. Ακόμα οι παρενέργειες ορισμένων ομάδων φαρμάκων, όπως αντιπηκτικά, αντιβιοτικά, καρδιαγγειακά κλπ., συμβάλλουν στη θνησιμότητα των ηλικιωμένων

Ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε υπό την αιγίδα του WHO για τη μελέτη των φαρμάκων που χορηγούνται στους ηλικιωμένους αναφέρει ότι: το 50% των χορηγούμενων φαρμάκων καταναλίσκεται από άτομα 60 ετών και

άνω: ο μέσος αριθμός φαρμάκων με επίσημη συνταγογραφία αντιστοιχεί: 3,2 φάρμακα ανά άτομο που ζει σε κοινότητα του Καναδά, 4,6 φάρμακα ανά νοσοκομειακό ασθενή της Σκοτίας και 8 φάρμακα σε άτομο που ζει σε ίδρυμα χρόνιας φροντίδας στις ΗΠΑ .

Όροι που αναφέρονται στη συνέχεια σχετίζονται με τις φαρμακοκινητικές και τις φαρμακοδυναμικές ιδιότητες, τις παρ ενέργειες και την τοξικότητα των φαρμάκων που χορηγούνται στους ηλικιωμένους. Για πληρέστερη κατανόηση των όρων θεωρήθηκε σκόπιμο να περιγραφεί η σωστή τους σημασία.

Οι *φαρμακοκινητικές* ιδιότητες αναφέρονται στη διακίνηση ενός φαρμάκου στον οργανισμό και περιλαμβάνουν την πρόσληψη, την απορρόφηση, την κατανομή και τη μεταβολική μετατροπή του σε περισσότερο ενεργά ή αντίθετα σε αδρανή προϊόντα και την απομάκρυνσή του από τον οργανισμό, είτε αναλλοίωτο, είτε με τη μορφή των μεταβολικών του προϊόντων. Δηλαδή πρόκειται για όλες τις διαδικασίες που καθορίζουν την πυκνότητα του φαρμάκου στο σημείο ή στα σημεία της δράσεώς του.

Οι *φαρμακοδυναμικές* ιδιότητες αναφέρονται στην αλληλεπίδραση ενός φαρμάκου με το όργανο δράσεώς του (εκτελεστικό όργανο), η οποία καταλήγει σε κάποια μεταβολή της λειτουργικής καταστάσεως του τελευταίου, δηλαδή σε μια ανταπόκριση.

Οι *παρενέργειες* αναφέρονται στις ανεπιθύμητες δράσεις του φαρμάκου, οι οποίες όμως σχετίζονται με την κύρια φαρμακολογική του δράση. Για παράδειγμα ορισμένα αντιϋπερτασικά φάρμακα μειώνουν την αρτηριακή πίεση, παράλληλα όμως μειώνουν και τα απαραίτητα καρδιαγγειακά αντανακλαστικά για τη διατήρηση της αρτηριακής πιέσεως, σε όρθια θέση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ορθοστατικής πιέσεως.

Η *τοξικότητα* του φαρμάκου αφορά σ' εκείνη τη δράση που είναι ιδιαίτερα ανεπιθύμητη και δε σχετίζεται με την κύρια φαρμακολογική του δράση. Για παράδειγμα πρωταρχική δράση της προκαιναμίδης συντελεί στην αποκατάσταση του καρδιακού ρυθμού. Όμως σε περίπτωση μακροχρόνιας χρήσεως προκαλεί ένα σύνδρομο .παρόμοιο με τον ερυθηματώδη λύκο.

Η *απορρόφηση* του φαρμάκου αφορά στη διεργασία κατά την οποία το φάρμακο από το εξωτερικό περιβάλλον εισάγεται στον οργανισμό. Καίτοι η απορρόφηση των φαρμάκων, σε μεγάλο βαθμό, επιτελείται στο γαστρεντερικό σωλήνα, εντούτοις για ορισμένα φάρμακα μπορεί να γίνει και

από άλλα σημεία του σώματος, όπως το δέρμα, τους πνεύμονες, τον κόλπο, το ορθό και τα μάτια. .

Η απορρόφηση των φαρμάκων από το γαστρεντερικό σωλήνα είναι δυνατή με τρεις βασικά διαδικασίες:

1. Παθητική διάχυση.
2. Ενεργητική μεταφορά.
3. Πινοκύπωση. Δηλαδή την πρόσληψη των υγρών συστατικών και των στερεών σωματιδίων από τα κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου και στη συνέχεια τη μεταφορά τους στα λεμφικά και τα φλεβικά τριχοειδή.

Εκτός από τις προαναφερθείσες φαρμακολογικές ιδιότητες η ταχύτητα και ο βαθμός της απορροφήσεως από το γαστρεντερικό σωλήνα εξαρτώνται από ορισμένους βιολογικούς παράγοντες όπως:

1. Ο ρυθμός της γαστρική ς κενώσεως.
2. Ο χρόνος διόδου του περιεχόμενου από το λεπτό έντερο.
3. Ο βαθμός αναμείξεως στο στομάχι και το λεπτό έντερο, που επιτρέπει την επαφή με τις απορροφητικές επιφάνειες.
4. Η διαθέσιμη περιοχή για την απορρόφηση.
5. Η αιμάτωση του γαστρεντερικού σωλήνα, ώστε να είναι δυνατή η μεταφορά του στην κυκλοφορία

Με την πάροδο της ηλικίας φαίνεται ότι συμβαίνουν γενικότερες διαταραχές στο γαστρεντερικό σωλήνα. Ελαττώνεται ο αριθμός των κυττάρων των βλεννογόνων και μεταβάλλεται ο τύπος τους, με αποτέλεσμα να μειώνεται η απορροφητική επιφάνεια. Η κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα και η λειτουργικότητα των σφιγκτήρων εξασθενούν. Ακόμα ελαττώνεται η αιμάτωση του γαστρεντερικού σωλήνα, γεγονός που οδηγεί σε καθυστερημένη απομάκρυνση των διάφορων ουσιών από τον εντερικό αυλό. Οι πιο πάνω ανατομικές και λειτουργικές μεταβολές συντελούν στην πλημμελή και ίσως αναξιόπιστη απορρόφηση των φαρμάκων από τον οργανισμό

Η *κατανομή* του φαρμάκου αφορά στη διεργασία με την οποία το φάρμακο μέσω του κυκλοφορικού συστήματος φτάνει στους. ιστούς του σώματος. Το φάρμακο μπορεί να πάει σε ιστούς όπου ασκεί περισσότερη επίδραση (εκτελεστικό όργανο), σε περιοχές για αποθήκευση, για μεταβολισμό ή .για

απέκκριση. Η ιστική κατανομή των φαρμάκων επηρεάζεται από τη σύσταση του σώματος. Με την πάροδο της ηλικίας η ολική του περιεκτικότητα σε ύδωρ ελαττώνεται κατά10-15% (μεταξύ 30ού και 80ού έτους). Μειώνεται επίσης η μυϊκή μάζα, παράλληλα με το σωματικό βάρος, ενώ το υποδόριο λίπος αυξάνεται

Οι μεταβολές αυτές έχουν έντονη επίδραση στην κατανομή των φαρμάκων και στην πυκνότητά τους στα σημεία δράσεως. Δηλαδή κατά τη χορήγησή τους στους ηλικιωμένους παρατηρούνται χαμηλές συγκεντρώσεις υδατοδιαλυτών φαρμάκων στο αίμα -όπως το σύμπλεγμα της βιταμίνης Β- και υψηλές συγκεντρώσεις λιποδιαλυτών –όπως χλωροπρομαζίνη, διαζεπάμη, φαινοβαρβιτάλη κ.ά. τα οποία εναποθηκεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό στο λιπώδη ιστό των ηλικιωμένων, με αποτέλεσμα την παράταση και πιθανώς την επίταση των επιδράσεών τους. Ακόμα η ελαττωμένη αιμάτωση του γαστρεντερικού σωλήνα συμβάλλει στην καθυστερημένη απορρόφησή τους Ο *μεταβολισμός* του φαρμάκου είναι μια διεργασία κατά την οποία μεταβάλλεται το φάρμακο χημικά υπό την επίδραση των μικροσωματικών ενζυμικών συστημάτων. Τα περισσότερα φάρμακα μεταβολίζονται στο ήπαρ, αλλά και σε άλλα μέρη του σώματος, όπως είναι ο γαστρεντερικός σωλήνας και η κυκλοφορία του αίματος. Ο μεταβολισμός θεωρείται σαν ένας τρόπος τελικής δράσεως του φαρμάκου.

Αλλαγές που επέρχονται με το χρόνο είναι η μείωση της μάζας του σώματος του όγκου του ήπατος και η επιβράδυνση της περιφερειακής κυκλοφορίας του ήπατος. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η μεταβολική ικανότητα των ενζύμων του ήπατος μειώνεται με την ηλικία. Η επίδραση της ηλικίας στο μεταβολισμό των φαρμάκων δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί.

Η *νεφρική απέκκριση* αφορά στη διεργασία με την οποία ένα φάρμακο μεταφέρεται μέσω της κυκλοφορίας στους νεφρούς και απεκκρίνεται από τα ούρα. Η νεφρική απέκκριση των φαρμάκων από τον οργανισμό είναι ικανοποιητική μόνο στην περίπτωση των υδροδιαλυτών ενώσεων. Επομένως τα περισσότερα φάρμακα είναι δυνατό να αποβληθούν διαμέσου των ούρων, αρκεί να είναι υδροδιαλυτά, αλλά καθώς η νεφρική λειτουργία μεταβάλλεται με την πάροδο της ηλικίας μειώνεται και η απέκκρισή τους.

Όπως αναφέρθηκε στο ειδικό Κεφάλαιο, ο ρυθμός της σπειραματικής διηθήσεως μπορεί να μειωθεί μέχρι και 50% μεταξύ 20ού και 90ού έτους. Η

νεφρική ροή πλάσματος ελαττώνεται ετήσια κατά 1,9% περίπου μετά το 30ό έτος. Η ικανότητα συμπυκνώσεως των ούρων κατά τη διάρκεια στερήσεως ύδατος, καθώς και η κατακράτηση νατρίου μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας. Ακόμα παρατηρείται μεγαλύτερη ευαισθησία στην αύξηση της οσμωτική ς πιέσεως. Από όσα αναφέρθηκαν γίνεται φανερό ότι οι διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας με την πάροδο της ηλικίας οφείλονται σε μεταβολές τόσο των νεφρικών αιμοδυναμικών συνθηκών όσο και των ίδιων των νεφρώνων.

Η συνολική επίδραση της μειωμένης νεφρικής λειτουργίας καταλήγει σε λιγότερο αποτελεσματική κάθαρση των φαρμάκων, με επακόλουθη αύξηση σταθμίσεώς τους στο αίμα. Γι' αυτό επιβάλλεται κατάλληλη προσαρμογή της δοσολογίας τους για όσα φάρμακα απεκκρίνονται από τους νεφρούς.

Στον πίνακα 1 αναφέρονται συνοπτικά οι επιδράσεις των φυσιολογικών μεταβολών στη διάθεση του φαρμάκου στον ηλικιωμένο οργανισμό.

Πίνακας 1. Φυσιολογικές μεταβολές και η επίδρασή τους στη διάθεση του φαρμάκου στους ηλικιωμένους.

Συστατικά διαθέσεως φαρμάκου	Φυσιολογικές μεταβολές
Απορρόφηση φαρμάκου	• Ανύψωση γαστρικού pH • Ελάττωση γαστρικής αιματώσεως • Μείωση δραστηριότητας μεταφορικών μηχανισμών
Κατανομή φαρμάκου	• Ελάττωση συνολικού ποσού ύδατος • Ελάττωση μυϊκής μάζας ύδατος • Αύξηση λίπους σώματος • Μείωση λευκώματος ορού
Μεταβολισμός φαρμάκου	• Ελάττωση αιματώσεως ήπατος • Ελάττωση μεγέθους ήπατος • Πιθανή ελάττωση ενζυμικής δραστηριότητας
Απέκκριση φαρμάκου	• Ελάττωση ρυθμού σπειραματικής διηθήσεως • Ελάττωση νεφρικής αιματώσεως

	• Μείωση σωληνωριακής λειτουργίας
Δραστηριότητα φαρμάκου	• Μεταβολές στην ένταση της δράσεως του φαρμάκου – μειωμένη ή αυξημένη

Στον πίνακα 2 αναφέρονται οι αρχές που πρέπει να τηρούνται κατά τη διάρκεια της φαρμακοθεραπείας στους ηλικιωμένους.

Πίνακας 2. Αρχές της φαρμακολογικής θεραπείας στους ηλικιωμένους

- Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες φαρμακολογικές αντιδράσεις.

- Η ανταπόκριση στα φάρμακα αλλάζει με την πάροδο της ηλικίας, σαν αποτέλεσμα των μεταβολών στη διακίνησή τους απ' τον οργανισμό και στην ιστική ευαισθησία λόγω των επιδράσεων που ασκούν οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

- Η απορρόφηση των φαρμάκων ελαττώνεται και η κατανομή τους επηρεάζεται προφανώς από τις γνωστές μεταβολές στη σύσταση του οργανισμού. Ιδιαίτερα ο ρυθμός και η αποτελεσματικότητα της αποβολής τους ελαττώνονται σε μεγάλο βαθμό στην προχωρημένη ηλικία.

- Κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί είναι λιγότερο αποτελεσματικοί, επειδή οι λειτουργίες ομοιοστάσεως στους ηλικιωμένους εξασθενούν.

- Λόγω των αυξημένων κινδύνων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, η φαρμακολογική τους θεραπεία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.

- Πρέπει να γίνει σαφές ότι η φαρμακολογική θεραπεία δεν είναι απαραίτητη για όλες τις παθολογικές καταστάσεις των ηλικιωμένων.

- Για τον καθορισμό του είδους και της δόσεως των φαρμάκων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η ηλικία και η γενική κατάσταση των ηλικιωμένων.

- Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερη δοσολογία από τους νέους.

- Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη, επειδή τα σφάλματα και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις αυξάνονται με την υπερβολική χρήση τους.

- Απλά δοσολογικά σχήματα απομακρύνουν τα λάθη στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η βοήθεια συγγενικού, γειτονικού ή φιλικού προσώπου πρέπει να γίνεται ευχαρίστως δεκτή, επειδή συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμοστικότητα του ηλικιωμένου στη φαρμακευτική αγωγή.

3.1 ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ

Χρησιμοποίηση φαρμάκων από τους ηλικιωμένους

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν (ειδική) ομάδα η οποία κάνει ευρεία χρήση φαρμάκων. Ειδικότερα η ομάδα ηλικίας άνω των 60 ετών κάνει μεγαλύτερη .χρήση φαρμάκων. Ένας μεγάλος αριθμός περιπατητικών ηλικιωμένων χρησιμοποιεί φάρμακα τα οποία προμηθεύεται εκτός φαρμακείου και χωρίς ιατρική συνταγή. Τέτοια φάρμακα είναι οι ασπιρίνες, οι βιταμίνες, τα υπακτικά κ.ά. Άλλοτε πάλι αλληλοδανείζονται φάρμακα μεταξύ τους - αυτό παρατηρείται κυρίως σ' εκείνους που μένουν σε ιδρύματα - ή κάνουν αυτοδιάγνωση και αυτοθεραπεία.

Οι αναφερόμενες συνήθειες δεν προκαλούν πάντοτε ζημιά στους ηλικιωμένους, ενδέχεται όμως να αποβούν επιβλαβείς αν δεν εντοπιστούν και αντιμετωπιστούν εγκαίρως.

Διατήρηση φαρμάκων

Η πλημμελής διατήρηση των φαρμάκων μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματική τους δράση. Πολλά φάρμακα καταστρέφονται από την υγρασία, την υψηλή θερμοκρασία και το φως. Τ α φάρμακα, συνήθως, προστατεύονται με ειδικές συσκευασίες, γι' αυτό η μετακίνησή τους από το ένα κουτί στο άλλο μπορεί να συντελέσει στην αλλοίωση και την καταστροφή τους και παράλληλα να οδηγήσει σε σύγχυση και στην πρόκληση λάθους με τη χρήση άλλου αντί άλλου φαρμάκου. Αυτό μπορεί να συμβεί συχνότερα σε άτομα με μειωμένη όραση.

Συνήθως οι πιο κοινοί χώροι του σπιτιού για την τοποθέτηση των φαρμάκων είναι το μπάνιο και η κουζίνα. Και τα δύο αυτά μέρη εκθέτουν τα φάρμακα σε υγρασία και ακατάλληλη θερμοκρασία, με αποτέλεσμα ορισμένα από αυτά, όπως οι ταμπλέτες νιτρογλυκερίνης, να χάνουν την αποτελεσματική τους δράση πολύ σύντομα.

Άγνοια του σκοπού των φαρμάκων

Η ενημέρωση του ηλικιωμένου για το σκοπό, τη δράση και τις παρενέργειες του φαρμάκου θα συντελέσει στον περιορισμό της κακής χρήσεως ή της καταχρήσεώς του.

Όταν τροποποιηθεί η φαρμακευτική αγωγή, δηλαδή αν προστεθεί νέο ή

διακοπεί κάποιο φάρμακο από εκείνα που έπαιρνε ο ηλικιωμένος, εκτός από τη λεπτομερή ενημέρωση που πρέπει να του γίνει είναι απαραίτητο να αποσυρθεί το φάρμακο για το ενδεχόμενο λάθους.

Όταν οι ηλικιωμένοι χειρίζονται μόνοι τους τα φάρμακα, η πιθανότητα να πάρουν διπλή δόση είναι μεγάλη. Ιδιαίτερα δε τα άτομα που δεν έχουν καλή μνήμη ενδέχεται να πάρουν διπλή δόση ή να μην πάρουν καθόλου φάρμακα. Καθορισμός εκ των προτέρων της καθημερινής δόσεως των φαρμάκων θα βοηθήσει στην αποφυγή λήψεως διπλής δόσεως.

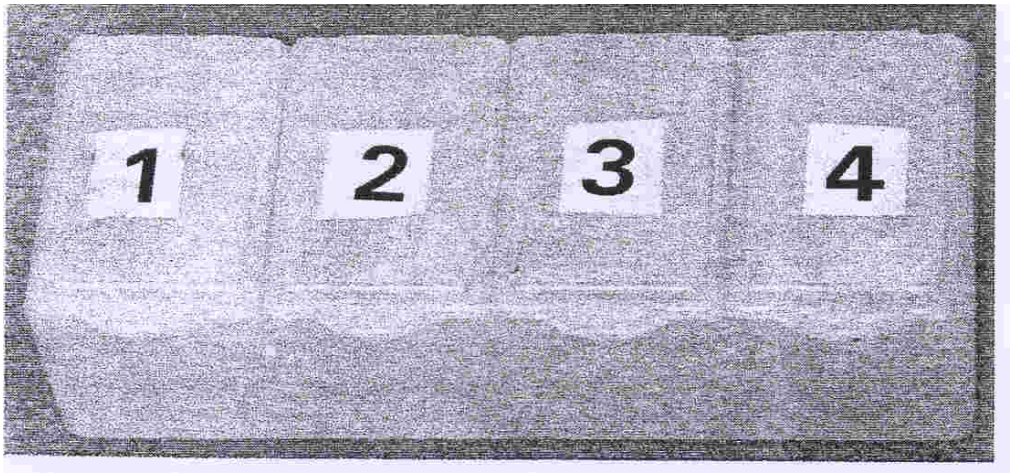
Ο στόχος διαπαιδαγωγήσεως του ηλικιωμένου πρέπει να αποβλέπει στην ενημέρωσή του για το σκοπό, τη δράση, τις παρενέργειες του φαρμάκου και για τη συνέπεια που πρέπει να τον διακρίνει ως προς τη δόση, το χρόνο και τον τρόπο λήψεώς του.

Όμως οι αποκλίσεις στους ηλικιωμένους δεν είναι σπάνιες και μπορεί να εκδηλωθούν με προσκόλληση στη φαρμακευτική αγωγή, με αδιαφορία ή και με πλήρη άρνηση να την ακολουθήσουν

Έλεγχος γνώσεων για τα φάρμακα	Να ελέγχετε τις γνώσεις του ηλικιωμένου για τα φάρμακα τόσο συχνά όσο χρειάζεται. Οι πληροφορίες που θα δίνονται πρέπει να είναι απλές και κατανοητές για το συγκεκριμένο άτομο. Να ενημερώνετε τον ηλικιωμένο για τα σημεία, τα συμπτώματα και τις παρενέργειες κάθε φαρμάκου.
Συνεχής επαγρύπνηση για παρενέργειες	Να ενημερώνετε τον ηλικιωμένο για τα σημεία, τα συμπτώματα και τις παρενέργειες κάθε φαρμάκου. Να τον προτρέπετε να σας ενημερώνει για τα σημεία και τα συμπτώματα που ενδέχεται να παρατηρήσει. Να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στη χορήγηση νέων φαρμάκων ή στην αλλαγή των δόσεων.
Απλούστευση του τρόπου χορηγήσεως των φαρμάκων	Να συνεργάζεστε με τον ηλικιωμένο για τον καθορισμό ενός κατορθωτού σχήματος λήψεως φαρμάκων. Να συνεργάζεστε με το γιατρό για τον καθορισμό εφικτού χρόνου χορηγήσεως του φαρμάκου. Να

	προτείνετε συνδυασμούς φαρμάκων. αλλαγές ή διακοπές όπου είναι δυνατόν.
Μελέτη του κόστους των φαρμάκων	Να συζητείτε με το γιατρό το ενδεχόμενο χορηγήσεως φτηνών και αποτελεσματικών φαρμάκων, κυρίως όταν αντιμετωπίζονται οικονομικά προβλήματα.
Διευθέτηση φυσικών εμποδίων	Να αποφεύγετε, αν είναι δυνατό, συσκευασίες φαρμάκων που δυσκολεύουν τον ηλικιωμένο.
Έλεγχος βοηθητικών μέσων μνήμης.	Να συγκεντρώνετε πληροφορίες για το τρέχον σύστημα μνήμης που χρησιμοποιείται από τον ηλικιωμένο.
Καθιέρωση καταλόγου	Να καταγράφετε σε κατάλογο το φάρμακο με το εμπορικό του όνομα, τη μορφή, τη δόση και το χρόνο με τις σχετικές οδηγίες. Το ημερολόγιο να παραμένει δίπλα στο φάρμακο, για να σημειώνεται εύκολα η κάθε χορήγησή. του γραπτώς ή με κάποιο σημάδι.
Τοποθέτηση φαρμάκων σε ειδικά κουτάκια	Να χρησιμοποιείτε ειδικά κουτάκια για την τοποθέτηση του φαρμάκου σε μια θήκη για την ημερήσια δόση ή σε επτά θήκες για ολόκληρη την εβδομάδα. Όταν χορηγούνται περισσότερα από ένα φάρμακα να χρησιμοποιείτε θήκη με υποδιαιρέσεις.
Τοποθέτηση κωδικών στα ειδικά κουτάκια φαρμάκων	Για την αποφυγή λάθους και για τη διευκόλυνση του ηλικιωμένου να τοποθετείτε κωδικούς στα κουτάκια, που μπορεί να είναι. χρωματιστά πλαστικά σύμβολα, γράμματα με τα αρχικά των ημερών της εβδομάδας, Π.χ. Κ.Δ.Τ.Τ.Π.Π.Σ., και ολογράφως ή με αριθμούς σε αντιστοιχία με τις ημέρες της εβδομάδας, π.χ. 1, 2, 3, 4, 5, 6 και 7. Ακόμα είναι δυνατό να προσδιορίζεται η ημερήσια δόση με τα σύμβολα πρωί, μεσημέρι, απόγευμα και βράδυ ή 1, 2, 3 και 4.

	. Να τοποθετείτε το κουτάκι σε προσιτό για τον ηλικιωμένο μέρος, όπως είναι το τραπέζι του φαγητού (εικόνα 1).



3.2 ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Δύσκολα φάρμακα είναι αυτά που μεταβολίζοντια από τους νεφρούς. Π.χ. διγοξίνη – λίθιο – σουλφροναμίδες – κεφαλοσπορίνες αμινογλυκοσίδες (γεταμίνη – στρεπτομυσίνη – καναμικίνη). Ο συνδυασμός με ένα διουρητικό μπορεί να επιδεινώσει όλα τα προβλήματα.

Την ομοιοστασία του οργανισμού διαταράσσουν τα: αντιυπερτασικά – αντιπυρετικά – τα διουρητικά και τα αντιχολινεργικά (αντισταμινικά – αντιπαρκισονικά).

Τα αντικαταθλιπτικά επιδεινώνουν την υπερτροφία του προστάτη και τη δυσκοιλιότητα.

Εξωπυραμιδικές αντιδράσεις έχουν τα μείζονα ηρεμιστικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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

4.1 ΠΟΝΟΣ

Η δυσμενής επίδραση που ασκεί *ο* πόνος στην άνεση του ηλικιωμένου επέβαλε την ανάγκη σύντομης θεωρήσεως του φαινόμενου, προκειμένου να κατανοείται και να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά από τους νοσηλευτές. Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συγκινησιακή εμπειρία, η οποία προκύπτει από την αντίληψη
οδυνηρού ερεθίσματος. Ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο, γι' αυτό. παρουσιάζει δυσκολία στον καθορισμό του με την απλή λογική. Τον πόνο συνθέτουν τρία βασικά συστατικά:

α) Το συστατικό της αισθητηριακής διακρίσεως, δηλαδή η αναγνώριση ενός οδυνηρού αισθήματος από το άτομο. Είναι η υποκειμενική εκτίμηση του πόνου.

β) Το συστατικό της συναισθηματικής κινητοποιήσεως. Το άτομο αντιδρά συγκινησιακά, ως απάντηση στην εμπειρία του πόνου. Είναι η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου.

γ) Το γνωσιακό συστατικό περιλαμβάνει παρελθούσες εμπειρίες του πόνου, συμπεριφορές, ανταποκρίσεις προς τον πόνο, καθώς και ποια η σημασία του πόνου για το άτομο.

Η προαναφερθείσα περιγραφή υποδηλώνει ότι ο πόνος ως μοναδική πολυδιάστατη υποκειμενική εμπειρία ερμηνεύεται με βάση τα παρόντα και τα παρελθόντα γεγονότα και τις εμπειρίες τα οποία το άτομο βιώνει. Επιπλέον η πολιτισμική του υποδομή, οι πεποιθήσεις, τα πιστεύω του, η σωματική και η ψυχολογική του προσαρμογή, η εντόπιση και η ένταση του πόνου, καθώς και η αντίδραση όλων όσων το περιβάλλουν είναι δυνατό να επηρεάσουν την προσωπική του αντίληψη και την ανοχή του στον πόν05.

Σύμφωνα με τον ορισμό της Mc Caffery ο πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο λέει ότι είναι πόνος και οπουδήποτε λέει ότι υπάρχει ο πόνος6. Παρά την πληθώρα των ορισμών που έχουν διατυπωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία για τον πόνο, ο ορισμός της Mc Caffery, αν και αρκετά απλός στη διατύπωσή του, έχει πλήρη ανταπόκριση στον ασθενή, διότι τον θεωρεί δικό του. Η νοσηλευτική βιβλιογραφία προσανατολίζεται περισσότερο προς τον ορισμό αυτό, όχι μόνο γιατί τον βρίσκει αρκετά λειτουργικό, αλλά και γιατί πιστεύει ότι πραγματική γνώση του πόνου έχουν μόνον εκείνοι που τον βιώνουν.

Αναφέρεται ότι η «ουδός» του πόνου στους ηλικιωμένους έχει μεγαλύτερο εύρος από εκείνη των νεοτέρων. Αν και η ευαισθησία του πόνου είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ποσοτικά, εντούτοις υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πόνος ελαττώνεται μετά το 70ό έτος της ηλικίας. Για παράδειγμα στην κλινική πράξη τα θρομβωτικά επεισόδια των στεφανιαίων αγγείων συνήθως περνούν αθόρυβα, το ανώδυνο κάταγμα του μηριαίου οστού, καθώς και ο ύπουλος τύπος πόνου που συνοδεύει τα σοβαρά προβλήματα της κοιλιάς που παρουσιάζουν τα ηλικιωμένα άτομα, μπορούν εύκολα να διαφύγουν της προσοχής του κλινικού. Η επώδυνη αντίδραση στους ηλικιωμένους συχνά εξασθενεί και άλλοτε
απουσιάζει. Έτσι εξηγείται γιατί πολλές φορές ο πόνος δεν .εκτιμάται ορθά, με αποτέλεσμα άλλοτε να αποδίδεται στη διεργασία του γήρατος και άλλοτε σε κάποια προϋπάρχουσα διαταραχή.

Εξαιτίας των πολλαπλών χρόνιων νοσημάτων που παρουσιάζουν οι υπερήλικες ο χρόνιος πόνος εμφανίζεται πολύ συχνά. Αναφέρεται ότι περισσότεροι από το 85% των ηλικιωμένων έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα που μπορεί να τους δημιουργήσει πόνο. Ο πόνος ως ατομική εμπειρία απαιτεί πολυδιάστατη προσέγγιση. Η εκτίμηση του πόνου περιλαμβάνει

αντικειμενικές και υποκειμενικές πληροφορίες, οι οποίες καλύπτουν βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους.

Η αξιολόγηση του ηλικιωμένου γίνεται πολύ προσεκτικά από τους νοσηλευτές, οι οποίοι διαχωρίζουν τις υποκειμενικές πληροφορίες που τους δίνει ο ίδιος ή οι συγγενείς του και από τις αντικειμενικές πληροφορίες που παίρνουν οι ίδιοι με την κλινική εξέταση και τη λήψη ζωτικών σημείων. Το ιστορικό της υγείας του ηλικιωμένου, το ιστορικό των φαρμάκων και οι τρόποι αντιμετωπίσεως του πόνου από τον ίδιο προσθέτουν πολύτιμες πληροφορίες στην αξιολόγηση του πόνου.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Για να είναι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελεσματικές *οι* νοσηλευτές αρχικά επιδιώκουν;

- Να συνεργαστούν με τον ηλικιωμένο για την εξεύρεση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετωπίσεως του πόνου.
- Να ενημερωθούν για πρακτικές που ανακουφίζουν τον ηλικιωμένο από τον πόνο.
- Να εντοπίσουν τους περιορισμούς της κινητικότητας, ώστε κάθε μετακίνηση να μην επιδεινώνει τον πόνο.
- Να εξηγήσουν ποιο είναι το προτεινόμενο νοσηλευτικό πρόγραμμα και ποια τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

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

Ο στόχος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων περιλαμβάνει μεθόδους που προάγουν την ξεκούραση και τον ύπνο του ηλικιωμένου. Στις διάφορες μελέτες τονίζεται ότι άτομα που στερούνται το βαθύ ύπνο ή τον ύπνο τύπου REM εμφανίζονται ευερέθιστα, κουρασμένα και με αυξημένη ευαισθησία στον πόνο. Όταν τα αναφερόμενα νοσηλευτικά μέτρα δεν αποδώσουν, τότε συνδυάζονται με την ορισθείσα για την κάθε περίπτωση φαρμακευτική αγωγή.

Όταν ο πόνος αφορά στο μυοσκελετικό σύστημα, η χορήγηση του φαρμάκου πρέπει να προηγείται και να έπονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Μια από τις πιο σημαντικές, νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι η επικοινωνία.

Επιπλέον μέτρα για την ανακούφιση του ηλικιωμένου από τον πόνο περιλαμβάνουν διάφορες τεχνικές, όπως θεραπεία της συμπεριφοράς, περιλαμβανόμενης και της χαλαρώσεως, γνωστικές στρατηγικές κ.ά. Μια από τις πιο σημαντικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι η επικοινωνία. Όταν η ανάπτυξη σχέσεως μεταξύ νοσηλευτή-ηλικιωμένου πραγματοποιείται με τη φιλοσοφία του ολιστικού μοντέλου προσεγγίσεως του ανθρώπου, τότε μεταβιβάζει ενδιαφέρον, εμπιστοσύνη, αξιοπρέπεια και ειλικρινή αγάπη στα πονεμένα γηρατειά. Με τον τρόπο αυτό, πολλές φορές, μετριάζεται ή και υποχωρεί ο πόνος ανεξάρτητα από την προέλευσή του.

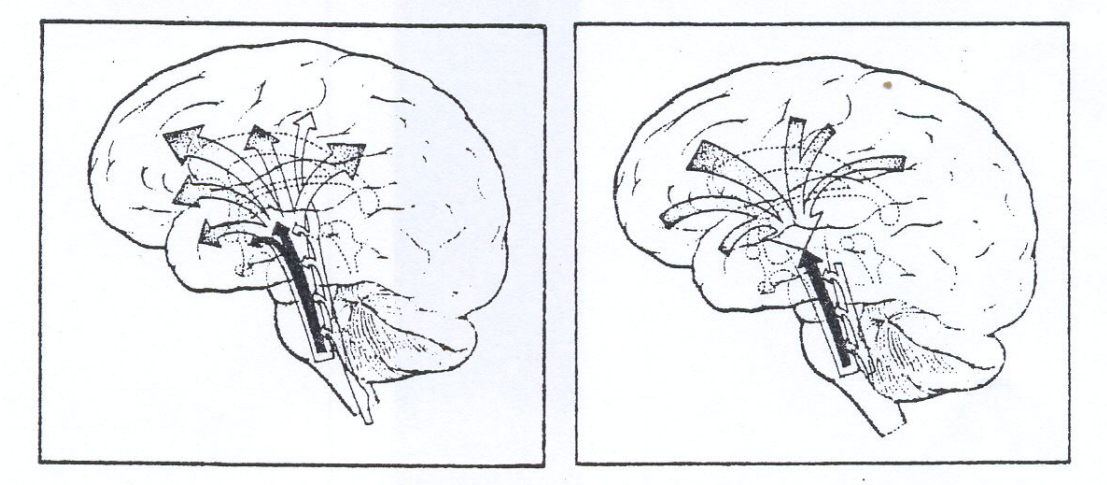
4.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

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

Με τον ορισμό του ύπνου έχουν ασχοληθεί αρκετές επιστήμες όπως η ανθρωπολογία, η βιολογία, η φυσιολογία, η φιλοσοφία, χωρίς προς το παρόν να έχει αναπτυχθεί ικανοποιητικός ορισμός. Με έναν' ιστορικό ορισμό περιγράφεται ο ύπνος ως περίοδος χαλαρώσεως που είναι όμοια με την κωματώδη κατάσταση. Σύγχρονα κλινικοί ερευνητές βρήκαν ότι το άτομο δεν είναι αναίσθητο. Δέχονται ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου η αντίληψη του περιβάλλοντος είναι ελαττωμένη, αλλά *όχι* απούσα. *Ο* ύπνος θα μπορούσε να οριστεί ως προσωρινή, περιοδική παύση ή διακοπή της αφυπνιστικής καταστάσεως η οποία επικρατεί σε υγιή ενήλικα.

Η εναλλαγή ύπνου-αφυπνίσεως στον καθορισμένο κύκλο του 24ώρου ονομάζεται βιολογικό ωρολόγιο του ανθρώπου «Cicardia cycle». Η αδυναμία πραγματοποιήσεως αυτού του κύκλου είναι γνωστή ως αϋπνία, που τα συμπτώματά της προκαλούν δυσφορία στους περισσότερους ηλικιωμένους. Η ανατομική θέση του βιολογικού ωρολογίου δεν έχει ακόμα καθοριστεί. Με διάφορες θεωρίες προτείνονται ως πιθανά ανατομικά σημεία η υπόφυση, ο

υποθάλαμος, τα επινεφρίδια, καθώς και η περιοχή προς το βάθος της εσωτερικής πλευράς των δύο ημισφαιρίων. Ο δικτυωτός σχηματισμός στον εγκέφαλο φαίνεται ότι ελέγχει την κατάσταση της αφυπνίσεως. Ο σχηματισμός αυτός αποτελείται από νευρίτες κατανεμημένους στο μυελό, τη γέφυρα, το μεσεγκέφαλο και σε μέρη του διγκεφάλου (σχήμα 2).



Σχήμα 2. Δικτυωτός σχηματισμός

Η νευρική δόμηση του δικτυωτού σχηματισμού είναι γνωστή ως δικτυωτή δραστηριότητα και πιστεύεται ότι ευθύνεται για τη φυσιολογική αφύπνιση.

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

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

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

Περιβαλλοντικά:	Θόρυβος, θερμοκρασία, φωτισμός.
Ψυχολογικά:	Άγχος, υπερένταση, μελαγχολία, θυμός, φόβος.
Σωματικά:	Πόνος, πείνα, δίψα, δυσφορία, ουροδόχος κύστη πλήρης ούρων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Αρχικά οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της αϋπνίας αιτιολογικά. Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος, με κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία και με καλό αερισμό και χαμηλό φωτισμό. Η καθαρή και ασφαλής κλινοστρωμνή και η προσεγμένη ατομική υγιεινή προάγουν την ευεξία και προδιαθέτουν το άτομο για ύπνο. Διερευνούνται πιθανές φυσιολογικές αιτίες, όπως άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη και αντιμετωπίζονται με την ανάπτυξη σχέσεως μεταξύ νοσηλευτή-ηλικιωμένου και θετική διαπροσωπική επικοινωνία. Όταν εντοπιστούν βιολογικές ανάγκες, όπως πείνα, δίψα, πόνος, καλύπτονται. Η δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστεως, άλλοτε με τη μορφή της δυσκοιλιότητας και της επισχέσεως των ούρων και άλλοτε με την ακράτεια και των δύο, δημιουργεί ή επιτείνει το υπάρχον πρόβλημα της αϋπνίας. Ο έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου και της κύστεως έχει μεγάλη σημασία για την εξασφάλιση του ύπνου.

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

φάση περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή που θα οριστεί και την παρακολούθηση του ηλικιωμένου για παρενέργειες.

4.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

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

Έρευνα σε κοινοτικό νοσοκομείο των ΗΠΑ έδειξε ότι το 33% των ασθενών ήταν περιορισμένο στο κρεβάτι, το 39% χρειαζόταν βοήθεια κατά την ώρα του φαγητού, το 42% παρουσίαζε αδυναμία ελέγχου του εντέρου και της κύστεως και το 52% χρειαζόταν βοήθεια στο ντύσιμο. Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένο πληθυσμό χρόνιων νοσημάτων έδειξε ότι το 28% των ηλικιωμένων περπατούσε ανεξάρτητα, το 26% με βοήθεια, το 40% ήταν περιορισμένο στην πολυθρόνα και το 7% καθηλωμένο στο κρεβάτι Για τους ηλικιωμένους που ζούσαν στην κοινότητα βρέθηκε ότι το 19% περπατούσε με δυσκολία, το 8% κυκλοφορούσε έξω από το σπίτι δύσκολα και το 10% ήταν περιορισμένο μέσα στο σπίτι.

Μεταβολές της κινητικότητας φαίνεται ότι παρατηρούνται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες από τους άνδρες. Στην Ελλάδα το 1971 το ποσοστό των αναπήρων άνω των 75 ετών βρέθηκε σε 15-20% να είναι ακίνητο μέσα στο σπίτι. Από αυτούς το 8% αντιστοιχούσε στους άνδρες και το 11 % στις γυναίκες. Σε συλλογικές κατοικίες βρέθηκαν 22 ως 23 χιλιάδες άτομα24, ενώ στα διάφορα άσυλα ζούσαν 4-5 χιλιάδες.

Η κινητικότητα είναι μια σύνθετη λειτουργία η οποία εξαρτάται από την καλή λειτουργία πολλαπλών φυσικών, γνωστικών και άλλων παραγόντων οι οποίοι αντιδρούν με το περιβάλλον. Η Midle25 ορίζει την επιδεινωμένη κινητικότητα ως κατάσταση κατά την οποία το άτομο αποκτά εμπειρία

περιορισμού της ικανότητάς του για ανεξάρτητη φυσική κίνηση.

Στο θεωρητικό πλαίσιο της Hogue η κινητικότητα θεωρείται ως επακόλουθο αντιδράσεως μεταξύ επάρκειας ατόμου και περιβαλλοντικών πηγών. Στον όρο επάρκεια ατόμου περιλαμβάνεται η κινητικότητα η οποία επηρεάζεται από τη βιολογική υγεία, την αισθητηριακή κατάσταση, τις κινητικές δεξιότητες, τη γνωστική ικανότητα και τη δύναμη του «εγώ», ενώ στις περιβαλλοντικές πηγές περιλαμβάνονται τα φυσικά και τα αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά, το θεραπευτικό σχήμα της νόσου, η αναπηρία, η συγκατοίκηση, τα χαρακτηριστικά του προσωπικού και η διαθεσιμότητα του κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες πιστεύεται ότι ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τη δημιουργία ιατρογενών επιπλοκών και την ακινησία.

Τα φυσικά και τα αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα είναι σκαλοπάτια, ανώμαλα ή γλιστερά δάπεδα, εμπόδια στο δωμάτιο και το διάδρομο, ανεπαρκής φωτισμός, έλλειψη ειδικών συσκευών βαδίσεως κ.ά.

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

Σύμφωνα με τη Hogue η τακτική του θεραπευτικού προγράμματος προσδιορίζει την ισορροπία μεταξύ προσωπικής ελευθερίας ηλικιωμένου και πολιτικής του ιδρύματος. Και τούτο γιατί συμβαίνει πολλές φορές η πολιτική του νοσοκομείου να επηρεάζει την ελευθερία του ατόμου σε σχέση με την περιβαλλοντική επιλογή και τον έλεγχο, με επακόλουθο την επιδείνωση της κινητικότητας.

Ο ηλικιωμένος που ζει στα ιδρύματα χρόνιας φροντίδας είναι δυνατό να επηρεαστεί από τα χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά των συγκατοίκων του. Στην προσπάθειά του να προσαρμοστεί με την πλειονότητα των άλλων, ως προς τα επίπεδα δραστηριότητας και λειτουργικότητας, αλλάζει συμπεριφορά και αξίες, γεγονός που μπορεί να έχει δυσμενή επίδραση στην κινητικότητά του.

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

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

Η γνώση των βασικών μηχανισμών που σχετίζονται με τους αναφερόμενους παράγοντες, το πλαίσιο χρόνου στο οποίο αναπτύσσονται, οι μεταβολές που συνοδεύουν την προχωρημένη ηλικία, καθώς και η συνεχής αξιολόγηση της γενικής καταστάσεως του ηλικιωμένου αποτελούν τη βάση για τον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

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

- Τροποποίηση αρχιτεκτονικών εμποδίων, όπως σκαλοπάτια, ανώμαλο έδαφος, ανεπαρκής φωτισμός κ.ά.
- Απομάκρυνση εμποδίων από το χώρο που διέρχεται ο ηλικιωμένος, όπως έπιπλα, κουβάδες, ταπέτα κλπ.
- Τροποποίηση θεραπευτικού προγράμματος -όπου είναι δυνατόν π.χ. αντί της συνεχιζόμενης Ε.Φ. φαρμακοθεραπείας χρησιμοποίηση της μεθόδου Heparin lock. Αντί μόνιμου καθετήρα διακεκομμένος

καθετηριασμός.

- Αποφυγή φυσικών ή χημικών περιοριστικών μέτρων και χρησιμοποίησή τους *μόνο σε αυστηρά απόλυτη ένδειξη.*
- Εξασφάλιση βοηθητικών μέσων βαδίσεως, όπως μπαστούνι, πατερίτσες, αναπηρική καρέκλα.
- Τοποθέτηση ειδικού τραπεζίδιου στο κρεβάτι, στηρίγματα στο
- διάδρομο, την τουαλέτα και το λουτρό.
- Σχολαστική φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων.
- Φυσιοθεραπεία για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων.
- Περιοδική αξιολόγηση της ψυχολογικής καταστάσεως.
- Εξασφάλιση αναγκαίου αριθμού και κατηγοριών προσωπικού.
- Προσαρμογή του τύπου της νοσηλευτικής φροντίδας στις ειδικές ανάγκες του ηλικιωμένου.
- Κατάρτιση προγράμματος εκπαιδεύσεως για τον ηλικιωμένο και τους συγγενείς του.

4.4 ΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Ο όρος πτώση σημαίνει την αιφνίδια και χωρίς έλεγχο μετατόπιση του κέντρου βάρους του σώματος από υψηλότερο σε χαμηλότερο επίπεδο, με αποτέλεσμα το σώμα να πάρει μια νέα στάση ισορροπίας.

Η αιτιολογία των πτώσεων είναι πολύ παραγοντολογική. Οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε φυσικούς – ψυχολογικούς και περιβαλλοντολογικούς.

Από πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο των Αθηνών προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα:

α) Το μεγαλύτερο ποσοστό των πτώσεων ανήκει στην ομάδα ηλικίας άνω των 60 ετών και ως προς το φύλο υπερτερούν άνδρες.

β) αναφορικά με τον τόπο της πτώσης οι περισσότεροι αναφέρουν πτώση από το κρεβάτι.

γ) Ως προς τον χρόνο της πτώσης η μεγαλύτερη συχνότητα πτώσεων παρατηρείται μεταξύ της $5^{ης}$ και $6^{ης}$ πρωινής ώρας.

δ) Οι ασθενείς που παρουσίασαν μώλωπες είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό.

Παράγοντες που εντοπίστηκαν είναι:

α. Μετεγχειρητικοί.

β. Νεοπλασματικός επεξεργασίας

γ. Ασθενής με ηρεμιστικά / υπνωτικά φάρμακα.

δ. Ασθενείς με αναιμίες

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι:

Νοσηλευτική ευθύνη για άτομα υψηλού κινδύνου πτώσεων.

Αίτια πτώσεων

1) Περιβαλλοντολογικά: έπιπλα – χαλαρά πατάκια – ακατάστατο περιβάλλον – ανεπαρκής φωτισμός – ύψος κρεβατιού.
2) Ψυχολογικά: stress – κατάθλιψη φόβος – σύγχυση – επανειλημμένες πτώσεις.
3) Αισθητηριακά: Μειωμένη οπτική οξύτητα – δυσλειτουργία αιθουσαίου νεύρου.
4) Νευρολογικά: Εγκεφαλικά επεισόδια, επιληπτική κρίση – Parkinson's.
5) Καρδιολογικά: Συγκοπτικά επεισόδια ορθοστατική υπόταση – καρδιακή αναπνοή.
6) Μεταβολικά: Υπογλυκαιμία – υπερκαλιαιμία – υπορθυρεοειδισμός.
7) Μυοσκελετικά: Αυχενικό σύνδρομο – μυική αδυναμία

Οι πτώσεις είναι η πιο συνηθισμένη αιτία ατυχήματος στα ηλικιωμένα άτομα. Η «προδιάθεση για ατύχημα» στους ηλικιωμένους είναι ένας περιεκτικός όρος, ο οποίος περιλαμβάνει όλους τους προσωπικούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση των ατυχημάτων, περιλαμβανομένων των συνεπειών των γηρατειών, των οξέων ή χρόνιων ασθενειών, των ψυχολογικών χαρακτηριστικών και των φαρμάκων που παίρνει ο ασθενής. Παρά την υψηλή συχνότητά τους (πτώσεις συμβαίνουν κάθε μέρα σε οποιοδήποτε ίδρυμα για ηλικιωμένους) υπάρχουν ακόμη μεγάλα περιθώρια για την επιστημονική τους μελέτη. Ακόμα και κάτω από τις καλύτερες συνθήκες, η αιτία για μια δεδομένη πτώση μπορεί να μην είναι δυνατόν να προσδιοριστεί και η σημασία μιας συγκεκριμένης πτώσης μπορεί δύσκολα να εκτιμηθεί. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να επιχειρείται η διαφορική διάγνωση των λόγων οι

οποίοι οδήγησαν στην πτώση, έτσι ώστε να μη διαφεύγουν αίτια τα οποία μπορούν να αποκατασταθούν, όπως μια αναιμία ή μια αρρυθμία. Το κεφάλαιο αυτό περιέχει παρατηρήσεις και γνώμες, οι οποίες προέρχονται από μακρά εμπειρία σε ένα ίδρυμα για ηλικιωμένους, όπου υπήρξε και εξακολουθεί να υπάρχει συνεχές ενδιαφέρον στη μελέτη του προβλήματος των πτώσεων.

Η πτώση ενός ηλικιωμένου ατόμου συχνά διαφέρει σημαντικά από την πτώση ενός νεότερου ατόμου. Η πτώση στους ηλικιωμένους μοιάζει με ήπιο σώριασμα ή με κατάρρευση στο πάτωμα η οποία συχνά είναι ασυμπτωματική, περνάει απαρατήρητη και δεν την θυμάται το άτομο. Τις πιο πολλές φορές οφείλεται σε παράγοντες που έχουν σχέση με τον ασθενή και όχι σε παράγοντες που έχουν σχέση με το περιβάλλον, όπως π.χ. ένα χαλί που μπερδεύεται επικίνδυνα στα πόδια του. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο οι πτώσεις που συμβαίνουν σ' ένα ίδρυμα συχνά χαρακτηρίζονται ως συμβάντα και όχι ως ατυχήματα. Η απώλεια της ισορροπίας, η ζάλη, η μειωμένη όραση και η αδυναμία στα γόνατα αποτελούν τα κυριότερα αίτια, στα οποία αποδίδουν οι ηλικιωμένοι την πτώση τους.

Το 1977 στις ΗΠΑ οι πτώσεις ήταν η αιτία 1997 θανάτων σε άτομα μεταξύ 65 Και 74 ετών και 8123 θανάτων σε άτομα 75 ετών και άνω. Οι αριθμοί αυτοί αντιστοιχούν σε 14 θανάτους ανά *100.000* άτομα ηλικίας 65 έως 74 ετών και σε 93 θανάτους ανά *100.000* άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών. Οι 10.120 θάνατοι από πτώσεις οι οποίες αναφέρονται για το 11% του πληθυσμού που είναι άνω των 65 ετών αποτελούν το 72% του συνόλου των 14.136 θανάτων από πτώσεις για όλο τον πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών!.

Οι πτώσεις των ηλικιωμένων αφορούν ένα δυσανάλογα μεγάλο αριθμό τραυματισμών, που επιφέρουν αναπηρία και οδηγούν στο νοσοκομείο, όπως επίσης μπορούν να θεωρηθούν ως η αιτία παρατεταμένης νοσηλείας σε νοσοκομεία ή σε άλλα ιδρύματα. Ωστόσο αυτές οι επικίνδυνες πτώσεις αποτελούν μόνο ένα μικρό ποσοστό του συνολικού αριθμού των πτώσεων, που συμβαίνουν σε άτομα προχωρημένης ηλικίας. Στην πλειοψηφία τους οι πτώσεις, και αυτό σημαίνει περίπου το 90% των πτώσεων σε άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, δεν οδηγούν σε σοβαρό τραυματισμό. Επειδή οι προδιαθετικοί παράγοντες έχουν τάση να επαναλαμβάνονται είναι συνηθισμένο φαινόμενο το ίδιο άτομο να πέφτει επανειλημμένα.

-Παράγοντες που έχουν σχέση με τον ασθενή

1) Οστεοπόρωση
2) Ψυχολογικοί παράγοντες
3) Όραση
4) Ορθοστατική Υπόταση
5) Ίλιγγος και Ζάλη
6) Απότομες πτώσεις
7) Διαταραχές του βαδίσματος στους ηλικιωμένους
8) Συνυπάρχουσες Ασθένειες
9) Εγκεφαλική Ισχαιμία
10) Χρόνια Νοσήματα
11) Φάρμακα

-Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Νοσοκομείο

Οι ηλικιωμένοι οι οποίοι νοσηλεύονται είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στις πτώσεις. Μέχρι και το 90% όλων των ατυχημάτων που συμβαίνουν στους υπερήλικες στα νοσοκομεία αφορούν πτώσεις, οι περισσότερες δε από τις μισές είναι πτώσεις από το κρεββάτι. Πέρα από τους πολλούς ενδογενείς κινδύνους για ατυχήματα, οι οποίοι σχετίζονται με το περιβάλλον του νοσοκομείου και αυτούς που οφείλονται σε αμέλεια του προσωπικού, πολύ παράγοντες σχετιζόμενοι με το γήρας αυξάνουν τη πιθανότητα ατυχήματος.

Οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στο νέο περιβάλλον, την ελαττωμένη αισθητική οξύτητα, την ευερεθιστότητα, την κακή μνήμη, την αμνησία και αδιαλλαξία, τις περιπλανήσεις τη νύχτα, και τη νυχτερινή σύγχυση την αυξημένη ευαισθησία στα φάρμακα και την πολυφαρμακία. Πολύπλοκα και σοβαρά χρόνια νοσήματα που έχουν ως αποτέλεσμα την ελάττωση της ικανότητας αντίληψης του περιβάλλοντος και την ελαττωμένη διανοητική ικανότητα, διαταραχή του βαδίσματος και απώλεια της φυσικής δύναμης, παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι με ελαττωμένη την ικανότητα του κυκλοφορικού συστήματος και

μυϊκή αδυναμία, μη αντίληψη ενός οξέος νοσήματος, και τέλος η οστεοπόρωση με μειωμένη την οστική αντίσταση στα κατάγματα, αποτελούν επίσης περιβαλλοντολογικούς παράγοντες κινδύνου πτώσεων.

Οι πτώσεις αποτελούν ένα μείζον πρόβλημα στα ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας με άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών, τα οποία παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό επίπτωσης από χρόνια νοσήματα, προηγηθέντα κατάγματα των ισχίων, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και γεροντική άνοια. Οι περισσότερες συμβαίνουν στο μπάνιο, στην κρεβατοκάμαρα, στην τραπεζαρία' στο δρόμο και από αναπηρικές πολυθρόνες. Οι περισσότερες πτώσεις συμβαίνουν στο μπάνιο, στην κρεββατοκάμαρα, στην τραπεζαρία, στο δρόμο και από αναπηρικές πολυθρόνες. Οι περισσότερες πτώσεις έχουν ως αποτέλεσμα ελάχιστη ή και καθόλου βλάβη και οφείλονται μάλλον σε ενδογενείς ατομικούς παράγοντες παρά σε περιβαλλοντολογικούς λόγους.

-Ιδρύματα για Μακροχρόνια Φροντίδα

Οι πτώσεις αποτελούν ένα μείζον πρόβλημα στα ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας με άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών, τα οποία παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό επίπτωσης από χρόνια νοσήματα, προηγηθέντα κατάγματα των ισχίων, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και γεροντική άνοια. Οι περισσότερες συμβαίνουν στο μπάνιο, στην κρεββατοκάμαρα, στην τραπεζαρία, στο δρόμο και από αναπηρικές πολυθρόνες. Οι περισσότερες πτώσεις έχουν ως αποτέλεσμα ελάχιστη ή και καθόλου βλάβη και οφείλονται μάλλον σε ενδογενείς ατομικούς παράγοντες παρά σε περιβαλλοντολογικούς λόγους.

-Κατοικία

Όλοι οι παράγοντες που σχετίζονται με τις πτώσεις σε ιδρύματα μπορούν επίσης να προκαλέσουν πτώσεις στο σπίτι. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την επίπλωση, αντικείμενα που είναι εμπόδια, παγωμένα σκαλοπάτια και ο αυτοκινητόδρομος, η ακαταστασία και ο κακός φωτισμός μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες.

-Θάνατοι που οφείλονται σε πτώσεις

Οι θάνατοι που αποδίδονται σε πτώσεις στους ηλικιωμένους συχνότερα οφείλονται στην επιβάρυνση μιας προϋπάρχουσας νόσου, όπως καρδιακή

ανεπάρκεια, πνευμονία που επιδεινώνεται με την παραμονή στο κρεβάτι, σε νοσοκομειακές λοιμώξεις, στην χειρουργική αντιμετώπιση ή και στην επίδραση της αναισθησίας.

4.5 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Η ακινησία, η σύγχυση και η απώλεια ούρων και κοπράνων συνθέτουν τις πιο κοινές αιτίες που οδηγούν τα ηλικιωμένα άτομα στην ιδρυματοποίηση. Ειδικότερα η απώλεια ελέγχου του εντέρου και της κύστεως επιφέρει στον ηλικιωμένο και στην οικογένειά του τεράστιες παθολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Τα άτομα που υφίστανται αυτή την κατάσταση νιώθουν ανάμεικτα αισθήματα ντροπής και κοινωνικής απόρριψης, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως δυσφορία, απομόνωση ή και κατάθλιψη, ενώ όσοι ασχολούνται με τη φροντίδα τους αισθάνονται ότι εκτελούν δυσάρεστο και στρεσογόνο έργο. Σε σχετικά πρόσφατη μελέτη 102 αναφέρεται ότι από τα 1,4 εκατομμύρια των ηλικιωμένων που ζουν στα διάφορα ιδρύματα των ΗΠΑ περισσότερο από το 50% παρουσιάζουν καθημερινά τουλάχιστον ένα επεισόδιο ακράτειας. Στην ίδια μελέτη το κόστος που αντιστοιχεί στο προσωπικό και στα είδη νοσηλείας υπολογίστηκε σε 1 δισεκατομμύριο δολάρια, ενώ σε πιο πρόσφατη μελέτη 103 ανέρχεται σε 2 δισεκατομμύρια δολάρια. Με άλλη μελέτη δείχτηκε ότι το 40% ως 60% των ηλικιωμένων που ζούσαν στα διάφορα ιδρύματα παρουσίαζαν απώλειες ούρων και κοπράνων104. Σε όλες τις μελέτες η συχνότητα ακράτειας ούρων και κοπράνων για τους ηλικιωμένους που ζουν στα διάφορα ιδρύματα κυμαίνεται μεταξύ 40-65%, ενώ για εκείνους που βρίσκονται στην κοινότητα το 20% και άνω 105.

Ως *ακράτεια σύρων* μπορεί να χαρακτηριστεί η ακούσια διαφυγή ούρων από το κατώτερο τμήμα του ουροποιητικού συστήματος.

Δυναμική της φυσιολογικής εκκενώσεως της κύστεως

Η φυσιολογική εκκένωση της κύστεως πραγματοποιείται με τη δράση αντανακλαστικού, το οποίο βρίσκεται υπό τον εκούσιο έλεγχο του εγκεφαλικού φλοιού.

Η ακράτεια των ούρων παρουσιάζει πολυπλοκότητα από το γεγονός ότι

20 αντανακλαστικοί μηχανισμοί σχετίζονται με την ούρηση. Η φυσική βάση της ακράτειας των ούρων αποδίδεται στην υψηλή ενδοκυστική πίεση παρά στην αντίσταση της ουρήθρας. Ο αυχένας και το στόμιο της ουρήθρας, πλησίον του αυχένος, γνωστά ως έσω σφιγκτήρας, αρχικά είναι υπεύθυνα για τη συγκράτηση των ούρων.

Σε φυσιολογικά άτομα η ενδοουρηθρική πίεση είναι υψηλότερη από την ενδοκυστική όταν η κύστη βρίσκεται σε ανάπαυση. Η τάση της κύστεως αυξάνει καθώς γεμίζει με ούρα, ενώ της ουρήθρας παραμένει στο μηδέν. Έτσι στη μέγιστη ενδοκυστική επάρκεια οι κολλαγόνες ίνες του τοιχώματος της κύστεως ανθίστανται στην παραπέρα διάταση, με αποτέλεσμα η διάταση να σταματήσει, ενώ πολύ γρήγορα αυξάνεται η ενδοκυστική πίεση. Στο σημείο αυτό η συγκράτηση των ούρων επιτυγχάνεται από τη διαφορά της πιέσεως που υπάρχει μεταξύ ουρήθρας και κύστεως. Στη συγκράτηση των ούρων συμμετέχουν οι σκελετικοί μύες του έξω σφιγκτήρα, οι οποίοι κατευθύνονται από τον εκούσιο έλεγχο του πυελικού εδάφους.

Η επιθυμία για εκκένωση της κύστεως είναι ένα αίσθημα που γίνεται αντιληπτό στο βρεγματικό λοβό του εγκεφαλικού φλοιού. Το αίσθημα μεταβιβάζεται με ώσεις που προκλήθηκαν από την τεταμένη κύστη. Οι ώσεις περνούν μέσω της πυέλου και των σπλαχνικών νεύρων (Σ2, Σ3 και Σ4) κατά μήκος του νωτιαίου σωλήνα και ανέρχονται στο εγκεφαλικό στέλεχος και τον υποθάλαμο.

Η αναχαίτιση των ώσεων φαίνεται να καταστέλλεται στην περιοχή των βασικών γαγγλίων ασυνείδητα και στη συνέχεια στον εγκεφαλικό φλοιό. Η ακύρωση της ουρήσεως εξαρτάται:

- Από την κατάσταση των σχετικών διεγερτικών ώσεων από το Σ2, Σ3 τμήμα του νωτιαίου μυελού.
- Από τη μεταβίβαση του ερεθίσματος στον εγκεφαλικό φλοιό.
- Από την εκτίμηση της σημαντικότητας του ερεθίσματος μέσα στον εγκεφαλικό φλοιό.
- Από την ικανότητα του εγκεφαλικού φλοιού να παρέχει απαραίτητη επιπρόσθετη εκούσια αναχαίτιση.

Η επίδραση της ηλικίας στην ακράτεια

Η ηλικία καθ' εαυτή δεν προκαλεί ακράτεια. Όμως είναι δυνατόν να

αυξήσει τα περιθώρια μεταξύ συγκρατήσεως και ακράτειας. Με το πέρασμα του χρόνου η επάρκεια της κύστεως μειώνεται χωρίς προφανή ανατομική αλλαγή. Η συχνότητα και ο όγκος του υπολείμματος ούρων αυξάνονται και η αίσθηση εκκενώσεως της κύστεως γίνεται περισσότερο διαβλητή. Σε νέο άτομο η έπειξη προς ούρηση μπορεί να συμβεί όταν τα ούρα βρίσκονται στη μέση της κύστεως, ενώ στον ηλικιωμένο μπορεί να μη συμβεί και όταν ακόμα η κύστη είναι γεμάτη με ούρα. Η καθυστέρηση αυτού του αισθήματος οδηγεί στην αύξηση του ιζήματος, ενώ η συγκράτηση των ούρων στην κύστη είναι δυνατή 108. Παράγοντες που συμβάλλουν ή ευθύνονται για την εμφάνιση απώλειας ούρων προέρχονται από:

1. Φυσικά προβλήματα

- Επιδεινωμένη βάδιση.
- Επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες.
- Επιδεινωμένη δυνατότητα μεταφοράς.

2. Γνωστικά / Αισθητικά προβλήματα

- Αδυναμία αναγνωρίσεως και χρησιμοποιήσεως αντικειμένων.
- Διαταραχές μνήμης
- Αποπροσανατολισμός
- Αδυναμία για επικοινωνία
- Ανικανότητα εκτελέσεως γνωστών έργων

3. Ψυχολογικά προβλήματα

- Καμιά διάθεση να απαλλαγεί από την ακράτεια
- Θυμός και απογοήτευση από την ούρηση
- Κατάθλιψη

4. Ιατρογενή προβλήματα

- Απρόσιτη τουαλέτα
- Έλλειψη προσωπικού υγείας
- Περιβαλλοντικά εμπόδια
- Φάρμακα που προκαλούν φυσικές, γνωστικές ή ψυχολογικές επιπτώσεις.

Αξιολόγηση ηλικιωμένου

Κατά την αξιολόγηση του ηλικιωμένου συγκεντρώνονται πληροφορίες που αφορούν στις ακόλουθες περιοχές.

Ιστορικό υγείας Διερευνάται αν η απώλεια ούρων είναι οξεία,

	χρόνια ή περιστασιακή. Αν ο ηλικιωμένος αναφέρει:
Delirium	Αμβλύνει το αίσθημα για ούρηση
Αφυδάτωση	Συγκεντρώνει ούρα, ερεθίζει το τοίχωμα της κύστεως και το καθιστά επιρρεπές στα ατυχήματα.
Υπόλειμμα ούρων:	Μπορεί να είναι αποτέλεσμα αγωγής ή διογκώσεως προστάτη.
Κοπρόσταση:	Προσθέτει πίεση στην ήδη εξασθενημένη κύστη και προκαλεί εμπόδιο στο κατώτερο τμήμα του ουροποιητικού, με αποτέλεσμα ούρηση από υπερπλήρωση ή και απώλειες.
Ουρολοίμωξη:	Ερεθίζει το βλεννογόνο της κύστεως και της ουρήθρας.
Ατροφική κολπίτιδα:	Φλεγμονή που μπορεί να προκαλεί διαφυγή ή απώλεια ούρων.
Φάρμακα:	Διουρητικά, υπνωτικά, ηρεμιστικά.
Stress:	Αντιχολινεργικά, αντιυπερτασικά.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις στρέφονται στην άρση του αιτίου.

- Ενθαρρύνεται ο ηλικιωμένος να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό.
- Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφοράς και ποιο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.
- Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πυέλου και με τη χρησιμοποίηση προς το τέλος και της συσκευής της βιοεπανατροφοδοτήσεως του Kegel. Συνεχίζονται με την επανεκπαίδευση της κύστεως, την αναχαίτιση του αισθήματος για ούρηση κ.ά.
- Τελικά όταν τα αναφερόμενα μέσα δεν αποβούν αποτελεσματικά, τότε τοποθετείται εξωτερικός ή εσωτερικός καθετήρας Folley μόνιμος. Το

μέτρο αυτό χρησιμοποιείται εφόσον αποκλείεται η χειρουργική παρέμβαση ή ο διακεκομμένος καθετηριασμός. Η τοποθέτηση καθετήρα κύστεως σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη ουρολοιμώξεως.

4.6 ΠΛΗΜΜΕΛΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Η απόκτηση ικανοποιητικής υγείας εξαρτάται, σε κάποιο βαθμό, από συγκεκριμένες πρακτικές που το άτομο εκτελεί προκειμένου να διατηρήσει φυσική, ψυχολογική, κοινωνική, πνευματική και πολιτισμική ευεξία.

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

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

Κατά την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής του ηλικιωμένου πρωταρχικό στοιχείο θεωρείται ο καθορισμός της λειτουργικής του καταστάσεως, καθώς και η ικανότητά του να εκτελεί απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται αφορούν στην αντίληψή του για την ανάγκη καλύψεως των αναγκών της υγείας του, την ικανότητά του για αυτοφροντίδα, αν δέχεται βοήθεια για την εκτέλεσή της, από ποιον και μέχρι ποιου βαθμού τη δέχεται κι αν τη θεωρεί απαραίτητη.

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

Η νοσηλευτική εκτίμηση της ατομικής υγιεινής του υπερήλικα περιλαμβάνει

τα ακόλουθα στοιχεία:

- Κατάσταση στοματικής κοιλότητας.
- Κατάσταση των κάτω άκρων.
- Κατάσταση του δέρματος.

Κατάσταση στοματικής κοιλότητας: Έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων είναι ανίκανο να πραγματοποιήσει ένα παραδεκτό επίπεδο υγιεινής του στόματος εξαιτίας της ψυχικής και της φυσικής τους αδυναμίας. Εκτεταμένη μελέτη του Εθνικού Ιδρύματος Οδοντικής Έρευνας των ΗΠΑ έδειξε ότι υπάρχει μεγάλος αριθμός ενηλίκων χωρίς φυσικά δόντια. Αναφέρεται ακόμα ότι το 60% των ατόμων ηλικίας 55-64 ετών έχουν χάσει τα φυσικά τους δόντια.

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

Οι τοπικές βλάβες και η ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος μπορεί να αντανακλούν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως αφυδάτωση, αναιμία, λευχαιμία κ.ά. Η νοσηλευτική παρέμβαση αποβλέπει στην τοπική φροντίδα των φυσικών ή των. τεχνητών οδοντοστοιχιών και στη φροντίδα του στόματος με ανάλογες για το στοματικό βλεννογόνο αντισηπτικές ουσίες, ενώ παράλληλα γίνεται και αιτιολογική θεραπεία, όπως ενυδάτωση, καλή θρέψη, φαρμακευτική αγωγή όπου χρειάζεται και επίσκεψη σε οδοντίατρο όταν κρίνεται απαραίτητο.

Κατάσταση των κάτω άκρων: Φαίνεται ότι τα κάτω άκρα και ειδικότερα τα δάχτυλα και τα - νύχια των ποδιών δεν τα σκέπτεται κανείς όσο πρέπει, τα παραμελεί, εκτός κι αν πληγωθούν και προκαλέσουν πόνους κατά το περπάτημα. Η καλή παρατήρηση των κάτω άκρων, απαιτεί καλή όραση και κινητικότητα των αρθρώσεων, λειτουργίες που υποβαθμίζονται με το πέρασμα του χρόνου. Αναφέρεται ότι και αυτοί που ασχολούνται με τη φροντίδα της υγείας δε δίνουν προτεραιότητα στη φροντίδα των κάτω άκρων.

Η διατήρηση της καλής καταστάσεως των κάτω άκρων συμβάλλει ουσιαστικά στη διατήρηση της ισορροπίας και της κινητικότητας του ηλικιωμένου.

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

Όταν απλές παρεμβάσεις, όπως καθαριότητα, κόψιμο νυχιών, παπούτσια κατάλληλα για κάθε περίπτωση, δε βελτιώσουν το πρόβλημα, τότε η επίσκεψη σε ειδικό για τη φροντίδα των άκρων είναι επιβεβλημένη.

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

Η παρατήρηση και η ψηλάφηση είναι βασικές τεχνικές κατά την εκτίμηση του δέρματος. Από τις πιο συχνές βλάβες που παρατηρούνται στο δέρμα είναι οι κατακλίσεις. Για την εκτίμηση των κατακλίσεων χρησιμοποιούνται διάφορες κλίμακες, όπως της Shea, της Norton, της Braden, Surface Scale (κλίμακα επιφάνειας) (πίνακας 6).

Πίνακας 6. Μεθοδολογία μέσα για την εκτίμηση των κατακλίσεων.

Μεθοδολογικό εργαλείο	Σκοπός	Εφαρμογή	Εγκυρότητα / Αξιοπιστία
Κλίμακα Shea	Σοβαρότητα Επουλώσεως	Εύκολη	Μέτρια
Κλίμακα επιφάνειας Κλίμακα Norton	Επούλωση	Μέτριο-Δύσκολη	Μέτρια-Καλή
Κλίμακα Braden	Εντόπιση κινδύνου	Εύκολη	Μέτρια-Καλή
	Εντόπιση κινδύνου	Εύκολη-Μέτρια	Μέτρια-Καλή

Για τη διατήρηση και την προαγωγή της ατομικής υγιεινής του υπερήλικα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

- Διδασκαλία και παρότρυνση του ατόμου να διατηρεί το δέρμα καθαρό, μαλακό και ακέραιο, καθώς και τους βλεννογόνους που αποτελούν συνέχεια του δέρματος.
- Παροχή μερικής βοήθειας όταν το άτομο είναι μερικώς εξαρτημένο.
- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας όταν παρουσιάζει πλήρη εξάρτηση.
- Ως προς την προσωπική εμφάνιση του υπερήλικα ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην ενδυμασία, η οποία πρέπει να είναι απλή, καθαρή και κατάλληλη για την εποχής μας.

4.7 ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ

Παρά την ανάπτυξη των ιατρικών γνώσεων και την πρόοδο της νοσοκομειακής τεχνολογίας οι κατακλίσεις παραμένουν σύνθετο πρόβλημα, με σοβαρές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για τον άνθρωπο.

Η δημιουργία των κατακλίσεων στους αρρώστους, σε κάποιο βαθμό, αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολογήσεως της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται Συνεπώς η πρόληψη και η θεραπεία των κατακλίσεων αποτελεί νοσηλευτικό μέτρο μεγάλης σπουδαιότητας. Ιδιαίτερα δε για τους αρρώστους που έχουν υψηλό κίνδυνο να κάνουν κατακλίσεις το μέτρο αυτό πρέπει να μπαίνει στις προτεραιότητες του θεραπευτικού τους προγράμματος. Η παρουσία των κατακλίσεων στους αρρώστους εκτός από τον πόνο και την ανησυχία που τους προκαλεί δημιουργεί και προβλήματα μεγάλης ιατρονοσηλευτικής και κοινωνικοοικονομικής σπουδαιότητας για τους εξής λόγους:

1. Οι κατακλίσεις απαιτούν αυξημένη νοσηλευτική φροντίδα, με συνέπεια να απαιτείται η εντατικοποίηση της νοσηλείας.

2. Καθυστερούν την ανάρρωση και την έξοδο των αρρώστων από το νοσοκομείο με τα ακόλουθα: α) ανεβαίνει ο μέσος όρος των αρρώστων στο νοσοκομείο, β) αυξάνεται η ζήτηση για νοσοκομειακά κρεβάτια και γ) μεγαλώνει το κόστος της νοσηλείας τους.

3. Μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στο θάνατο οι απορροφήσεις των τοξικών ουσιών όταν οι κατακλίσεις είναι εκτεταμένες.

Τα τεράστια ποσά που διατίθενται κάθε χρόνο για τις κατακλίσεις επιβαρύνουν τον τομέα της υγείας και προβληματίζουν την εθνική οικονομία πολλών χωρών. Το κόστος των κατακλίσεων στην Αγγλία το 1974 υπολογίστηκε σε 60.000.000 λίρες και το 1977 σε *100.000.000* λίρες. Στην Αμερική μόνο για το 1984 δαπανήθηκαν *9.000.000.000* δολάρια, ενώ από το 1960 ως το 1988 30.000.000 ασθενείς υπόφεραν από κατακλίσεις και δαπανήθηκαν περισσότερα από 100 δισεκατομμύρια δολάρια.

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των κατακλίσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ο πόνος, η ανησυχία και η ψυχοτραυματική εμπειρία που δοκιμάζουν οι άρρωστοι, καθώς και η αγωνία των συγγενών τους που τους βλέπουν να υποφέρουν, απομακρύνουν την προσδοκία για ποιότητα ζωής.

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

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πάρα πολλοί ερευνητές που ασχολήθηκαν με τους παράγοντες ή τις αιτίες που τις προκαλούν, με το μηχανισμό αναπτύξεως της κατακλίσεως και την εντόπιση alfG διάφορα μέρη του σώματος, με τον τρόπο αξιολογήσεως, τον καθορισμό του δείκτη συχνότητας, καθώς και την πρόληψη και τη θεραπεία τους.

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

- Η επιδεινωμένη γενική κατάσταση του ασθενούς.
- Η παρατεταμένη άσκηση της εξωτερικής πιέσεως του δέρματος σε συνδυασμό με τις δυνάμεις τριβής.
- Η ηλικία.
- Η υγρασία από απώλειες ούρων και κοπράνων.
- Η ελαττωμένη θρέψη (υπολευκωματιναιμία).
- Η ελάττωση της μυϊκής μάζας.
- Η απώλεια αισθητικότητας.
- Τ ο ατροφικό δέρμα σε συνδυασμό με την απώλεια της ελαστικότητας και του υποδόριου λίπους.
- Οι περιφερειακές αγγειοπάθειες, όπως Π.χ. σε σακχαρώδη διαβήτη.
- Τα καταβολικά φάρμακα, π.χ. κορτικοστεροειδή.

- Οι κωματώδεις καταστάσεις.
- Τα delirium, οι συγχυτικές καταστάσεις κ.ά.

Οι μεταβολές που υφίσταται το δέρμα με το πέρασμα του χρόνου.

Όπως είναι γνωστό το δέρμα υπηρετεί το σώμα με ποικίλους τρόπους: προστατεύει το εσωτερικό περιβάλλον του σώματος, ρυθμίζει τη θερμοκρασία, αποθηκεύει το χλωριούχο νάτριο, τη γλυκόζη, το νερό, απομακρύνει άχρηστα προϊόντα, παράγει βιταμίνη Ο και παρέχει

αισθητική επανατροφοδότηση για την εξασφάλιση ισορροπίας, ευχαριστήσεως και προστασίας από τις κακώσεις. Τ ο δέρμα αποτελείται

από τρεις στιβάδες: την επιδερμίδα, το δέρμα και τον υποδόριο ιστό. Τα κύτταρα της επιδερμίδας ανανεώνονται συνεχώς. Το δέρμα περιέχει συνεκτικό ιστό, αιμοφόρα αγγεία, νεύρα, υποδοχείς νεύρων, θύλακες τριχών, ιδρωτοποιούς και σμηγματογόνους αδένες. Η υποδόρια στιβάδα αποτελείται από ελαστικό και ινώδη συνεκτικό ιστό, περιέχει λίπος, αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία καθώς και νεύρα.

Με το πέρασμα του χρόνου το δέρμα υφίσταται φυσιολογικές αλλαγές, οι οποίες το καθιστούν ευάλωτο κατά την ανάπτυξη των κατακλίσεων. Γι' αυτό και θα αναφέρουμε τις κυριότερες μεταβολές.

Η επιδερμίδα δείχνει γενικευμένη εκλέπτυνση και το δέρμα μπορεί να φανεί λεπτότερο, ωχρό και με περισσότερη στιλπνότητα. Οι κολλαγόνες ίνες του δέρματος υποβάλλονται σε αλλαγές, οι οποίες μειώνουν την ισχύ και την ελαστικότητά του. Η λέπτυνση της επιδερμίδας συντελεί στον εύκολο τραυματισμό, ενώ η πλημμελής αιμάτωση του δέρματος καθυστερεί την επούλωσή του.

Όμως οι περισσότερο ορατές αλλαγές είναι: η ρυτίδωση του δέρματος, η μεταβολή της θερμοκρασίας εξαιτίας της απώλειας του υποδόριου λίπους και του νερού, η μείωση της σπαργής του δέρματος και η αυξημένη ευθραυστότητα λόγω απώλειας των ελαστικών ινών. Επίσης η μείωση των σμηγματογόνων αδένων του ηλικιωμένου προκαλεί ξηρότητα του δέρματος, φολίδωση και κνησμό. Οι ιδρωτοποιοί αδένες εμφανίζονται ως προς το μέγεθος ανώμαλοι και με συγκέντρωση λιποφουσκίνης στο κυπαρόπλασμα. Σε πολύ προχωρημένη ηλικία οι ιδρωτοποιοί αδένες αντικαθίστανται με ινώδη ιστό, ενώ η μείωση της παραγωγής του ιδρώτα διαταράσσει την

ομοιόσταση της διατηρήσεως τις θερμοκρασίας του σώματος. Επιπλέον η αντίληψη του πόνου ελαττώνεται εξαιτίας της μειώσεως των υπεύθυνων δερματικών οργάνων για την πίεση και την αίσθηση τις ελαφράς αφής.

Έλλειψη ικανότητας και δραστηριότητας

Η ακινησία και η έλλειψη δραστηριότητας είναι σοβαροί παράγοντες κινδύνου, επειδή η πρώτη σχετίζεται με τη μεταβολή του ποσού και του ελέγχου των κινήσεων, ενώ η δεύτερη με τη μεταβολή της ανεξάρτητης βαδίσεως. Ειδικότερα οι ηλικιωμένοι άνω των 70 ετών όταν ακινητοποιούνται τείνουν να αναπτύξουν κατακλίσεις. Η πίεση θεωρείται ως η πιο σημαντική αιτία δημιουργίας των κατακλίσεων. Η παρατεταμένη εξωτερική πίεση που ασκείται στο δέρμα προκαλεί διακοπή της μικροκυκλοφορίας, με επακόλουθο την παρεμπόδιση προς και από τους ιστούς θρεπτικών ουσιών. και άχρηστων προϊόντων, με συνέπεια την ανοξία και τη νέκρωση των ιστών της περιοχής.

Σε παλαιότερες μελέτες υποστηριζόταν ότι για να θεωρηθεί η εξωτερική πίεση παράγοντας σχηματισμού κατακλίσεως θα πρέπει να διαρκεί μία ως δύο ώρες και να είναι μεγαλύτερη από 35 mmHg. Σε πρόσφατες όμως εργασίες αναφέρεται ότι για να εμποδιστεί η ροή του αίματος και να προκληθεί ισχαιμία απαιτείται πίεση 300-350 mmHg.

Η θέση της κατακλίσεως σχετίζεται με την τοποθέτηση του σώματος στο κρεβάτι ή στην καρέκλα. Η μεγαλύτερη συχνότητα των κατακλίσεων παρατηρείται συνήθως στην ιερά χώρα και τους γλουτούς, ως τα πλέον προεξέχοντα μέρη του σκελετού του σώματος. Άλλα σημεία είναι η ωμοπλάτη, τα σφυρά, οι φτέρνες, το ινίο και τα αυτιά.

Υποσιτισμός

Ο υποσιτισμός σχετίζεται θετικά με το σχηματισμό των κατακλίσεων. Η κακή διατροφή ειδικά, η ανεπάρκεια της βιταμίνης C και η υπολευκωματιναιμία σχετίζονται με το σχηματισμό των κατακλίσεων. Η βιταμίνη C βοηθάει στην απορρόφηση και τη χρησιμοποίηση του σιδήρου, ενώ η συμβολή της στο σχηματισμό της πρωτεΐνης του κολλαγόνου είναι ουσιώδης. Η επαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης είναι απαραίτητη για τη διατήρηση θετικού ισοζύγιο

αζώτου για τη φυσιολογική αύξηση και την αντικατάσταση των ιστών. Επίσης η αναιμία θεωρείται υψηλός κίνδυνος για το σχηματισμό της κατακλίσεως, εξαιτίας του οιδήματος το οποίο μειώνει την ελαστικότητα του δέρματος καθώς και την επαρκή μεταφορά αίματος.

Άλλα θρεπτικά συστατικά του δέρματος είναι το θείο, η ριβοφλαβίνη, η νιασίδη και η βιταμίνη Α. Η επαρκής πρόσληψη των υδατανθράκων είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της γλυκόζη ς στα φυσιολογικά επίπεδα και τη συγκράτηση των πρωτεϊνικών ιστών. Αν και η ακινησία μειώνει τη μεταβολική δραστηριότητα, εντούτοις η ανάγκη να διατηρούνται όλα τα θρεπτικά στοιχεία σε καλά επίπεδα είναι απαραίτητη. Το ίδιο ισχύει και για τα υγρά του οργανισμού.

Απώλειες ούρων και κοπράνων

Περίπου το 10% των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα και το 20% στα διάφορα ιδρύματα παρουσιάζουν απώλεια ούρων. Επίσης 10% ως 23% των. ηλικιωμένων που ζουν στα ιδρύματα υποφέρουν από απώλεια κοπράνων. Η απώλεια ούρων και κοπράνων έχει επισημανθεί ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη κατακλίσεων. Η υγρασία που προκαλείται από την απώλεια ούρων πιστεύεται ότι διαποτίζει το δέρμα και το καθιστά ευάλωτο σε τραυματισμούς. Κατά την απώλεια κοπράνων μπορεί να προκληθεί αποφλοίωση δέρματος λόγω των πεπτικών ενζύμων που αυτά περιέχουν.

Εκφυλιστικές αλλαγές που συμβαίνουν στην κύστη μπορεί να περιλαμβάνουν: αύξηση του ινώδους συνεκτικού ιστού, εξασθένιση των μυών της κύστεως, μείωση της ικανότητας εξωθήσεως του περιεχομένου και αύξηση της συχνότητας της ουρήσεως. Καίτοι το παχύ έντερο αντισταθμίζει αυτές τις αλλαγές με την αυξημένη αιμάτωση, η οποία αποδίδεται στη στροφή των αγγείων, εντούτοις οι συνήθειες της κενώσεως του εντέρου δεν αλλάζουν. Η απώλεια ούρων και κοπράνων δεν πρέπει να θεωρείται ως φυσιολογική αλλαγή που συνδέεται με το γήρας. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία τους, όπως φάρμακα, ουρολοιμώξεις υπερτροφία του προστάτη ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, άνοια), καθώς και περιβαλλοντικά.

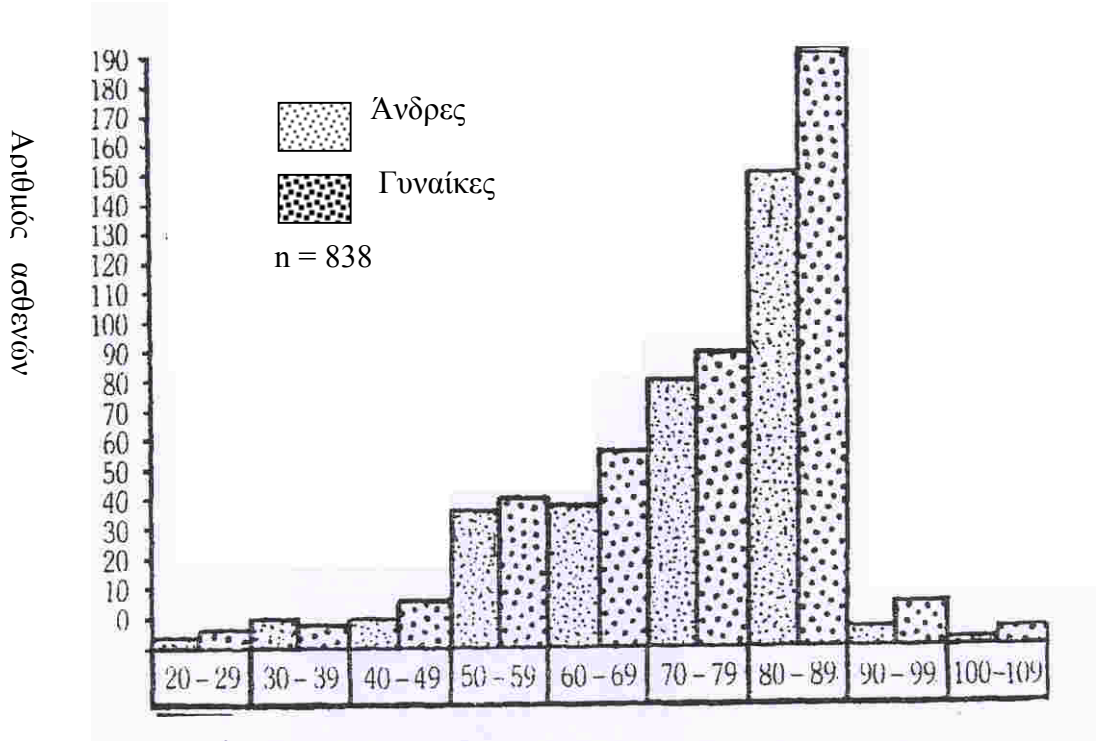
Μείωση του επιπέδου της συνειδήσεως

Η προληπτική φροντίδα του δέρματος του ηλικιωμένου -υπάγεται στον ανεξάρτητο ρόλο των νοσηλευτών. Η Νοσηλευτική προσπαθεί να μειώσει την επίπτωση και την επικράτηση των "κατακλίσεων με την εντόπιση των παραγόντων κινδύνου.

Για την αξιολόγηση του ηλικιωμένου εκτός από τις γνωστές τεχνικές χρησιμοποιούνται και επιπρόσθετα μέσα, όπως είναι οι διάφορες κλίμακες. Ενδεικτικά αναφέρονται οι κλίμακες των Norton, Braden και Gosnell. Στις κλίμακες αυτές περιέχονται τα στοιχεία που αναφέρθηκαν, όπως η ακινησία και η έλλειψη δραστηριότητας, ο υποσιτισμός, η απώλεια ούρων και κοπράνων, καθώς και η μείωση του επίπεδου της συνειδήσεως.

Η ταξινόμηση των κατακλίσεων ανάλογα με το βαθμό της βαρύτητας στις διάφορες μελέτες ποικίλλει. Τα επικρατέστερα βαθμολογικά σχήματα ταξινομήσεως των κατακλίσεων είναι τριών ή τεσσάρων βαθμών.

Σε γνωστές νοσηλευτικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε γενικά νοσοκομεία των Αθηνών χρησιμοποιήθηκε η τροποποιημένη κλίμακα της Norton και -με βαθμολογική ταξινόμηση τριών βαθμών. Οι ερευνητές ασχολήθηκαν με τον καθορισμό της συχνότητας των κατακλίσεων, κατά φύλο και ομάδα ηλικιών (σχήμα1).



Σχήμα1. Κατανομή κατακλίσεων κατά ομάδα ηλικιών και κατά φύλο (περίοδος

1985-1987)

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ορισμένοι *από* τους αναφερόμενους παράγοντες υψηλού κινδύνου, όπως είναι η ηλικία και η μείωση του επίπεδου της συνειδήσεως, δεν είναι δυνατό να εξαλειφθούν. Πολλοί *από* τους παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη των κατακλίσεων μπορεί να αντιμετωπιστούν με απλές σχετικά παρεμβάσεις, όπως π.χ.

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

αντιμετώπιση του προβλήματος με ψυχραιμία και θάρρος.
Πρέπει να λεχθεί ότι η πρόληψη των κατακλίσεων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη νοσηλευτική φροντίδα. Επειδή οι κατακλίσεις συνθέτουν τον πιο ευαίσθητο δείκτη καθορισμού της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, η πρόληψή τους αποτελεί συλλογική ευθύνη.
Στον πίνακα 1. σχέδιο ταξινομήσεως των κατακλίσεων.

Βαθμός 1:	Ερυθρότητα που επιμένει περισσότερο από 30΄λεπτά μετά την ανακούφιση του δέρματος από την πίεση.
Βαθμός 2:	Ερυθρότητα που επιμένει μετά την πίεση που ασκήθηκε με το δάχτυλο, λύση της συνέχειας της επιδερμίδας και του δέρματος.
Βαθμός 3:	Καταστροφή που εκτείνεται στο υποδόριο λίπος, τους μυς και βαθύτερα. Παρατηρείται έλκος με έκκριση, που μπορεί να περιέχει νεκρωτικό ιστό.
Βαθμός 4:	Σχηματισμός σπηλαίου που εκτείνεται προς τους μυς, τις αρθρώσεις, τα οστά. Μπορεί να περιέχει νεκρωτικές ιστούς και κάκοσμες εκκρίσεις.

4.8 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

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

Πολύ συχνά εξασθενημένα άτομα δε διαθέτουν κινητικές δεξιότητες, ενέργεια ή ικανότητα να πάρουν μόνοι τους το φαγητό και εξαρτώνται από τους άλλους. Παράλληλα οι φυσικές αλλαγές. Που συμβαίνουν με το πέρασμα του χρόνου καθιστούν επισφαλή τη χορήγηση του φαγητού.

Φυσικές αλλαγές

Ένας μεγάλος αριθμός καταστάσεων ή παραγόντων επηρεάζουν την ικανότητα του ηλικιωμένου να σιτίζεται μόνος του. Αναφέρονται χρόνιες καταστάσεις όπως αρθρίτιδα, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του Parkinson's, ποικίλες νευρολογικές διαταραχές, κατάγματα του καρπού, του αγκώνα, της ωμοπλάτης κ.ά. Όλα αυτά εμποδίζουν τον ηλικιωμένο να χρησιμοποιήσει σκεύη φαγητού, όπως μαχαιροπήρουνα, ποτήρια και φλιτζάνια. Επιπλέον όταν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες και δεν εφαρμόζουν καλά στο στόμα προκαλούν δυσκολία στη μάσηση ορισμένων φαγητών. Αναφέρεται ότι αυτός που φοράει οδοντοστοιχίες για τη μάσηση του φαγητού χρειάζεται τέσσερις φορές περισσότερο χρόνο από εκείνον που έχει φυσιολογικά δόντια. Κοινές ανατομικές αλλαγές που επηρεάζουν τη σίτιση σε πολύ ηλικιωμένα άτομα είναι:. .

α) Ελαττωμένη ικανότητα κατανοήσεως εξαιτίας της μειώσεως του ποσού. του σιέλου και της υπάρχουσας αφυδατώσεως.

β) Διάταση του οισοφάγου.

γ) Μειωμένη περισταλτικότητα του οισοφάγου.

δ) Μειωμένη. ποσότητα οξέων του στομάχου.

ε) ΄Υπαρξη οισοφαγοκήλης (ιδίως σε παχύσαρκα ηλικιωμένα άτομα και κυρίως σε γυναίκες).

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

Αίτια υποσιτισμού

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μεταβολή της θρέψεως μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις ομάδες: Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής.

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

Α΄ Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής

1. Ποσότητα τροφής:

- μηχανικά προβλήματα σιτίσεως: οδοντοστοιχίες, βλάβες στόματος, ανικανότητα στην κατάσταση,
- ανορεξία, νόσος, μεταβολή της γεύσεως λόγω φαρμάκων, συναισθηματικά προβλήματα.

2. Ποιότητα τροφής:

- περιβαλλοντικοί περιορισμοί, ακινησία, αλλεργία στα φαγητά, έλλειψη εκπαιδεύσεως, κοινωνικοπολιτιστικές συνήθειες, οικονομικές δυσχέρειες, τύπος και συνήθεια φαγητού.

Β΄ Αυξημένες διατροφικές ανάγκες

1. Αυξημένες μεταβολισμός, πυρετός, λοιμώξεις, κακοήθης νόσος, υπερθυρεοειδισμός, καχεξία:

- χειρουργική επέμβαση,
- stress,
- τραύματα,
- εγκαύματα

2. Αυξημένη απώλεια θρεπτικών ουσιών:

- έμετος, εντερική απόφραξη, πόνος, παρενέργειες φαρμάκων,
- διάρροια, κατάσταση νόσου, υπακτικά, ακτινοβολία, σύνδρομο Dumping.

Γ΄ Πλημμελής πέψη σιτίων

1. Συμμετοχή φαρμάκων στην πέψη.
2. Νοσήματα παγκρέατος.
3. Νοσήματα ήπατος
4. Χειρουργικές διαδικασίες
5. Σακχαρώδης διαβήτης.

Δ΄ Ανεπαρκής απορρόφηση τροφής

1. Συμμετοχή φαρμάκων.
2. Μεταβολή του βλεννογόνου του πεπτικού συστήματος από διάφορα νοσήματα.
3. Χειρουργική επέμβαση σε τμήμα εντέρου.

Αξιολόγηση ηλικιωμένου

Η εκτίμηση της θρεπτικής καταστάσεως του ηλικιωμένου είναι ουσιαστικής σημασίας και πρέπει να είναι απολύτως εξατομικευμένη, αφού οι ικανότητες, οι δυνατότητες και τα επίπεδα λειτουργικότητας ποικίλλουν μεταξύ των ηλικιωμένων. Η διατροφική αξιολόγηση περιλαμβάνει:
φυσική εξέταση, ιστορικό δίαιτας, ανθρωπομετρικές (σωματικές) μετρήσεις, βιοχημικές μετρήσεις, κοινωνικοπεριβαλλοντικές εκτιμήσεις, καθώς και εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας του ηλικιωμένου.
Οι νοσηλευτές αναζητούν παράγοντες και αιτίες που ευθύνονται ή συμβάλλουν στη διαταραχή της θρέψεως του ηλικιωμένου. Διερευνούν αν ο ηλικιωμένος παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, σύγχυση, αν έχασε ή πήρε βάρος, την κατάσταση του στόματος, τα δόντια, τη μάσηση, το αντανακλαστικό της καταπόσεως, τη γεύση, την πέψη, τις διατροφικές του συνήθειες και τις κινητικές δεξιότητες σε σχέση με τη σίτιση. Επίσης εξετάζεται ποιος προμηθεύει και μαγειρεύει το φαγητό και ποια η οικονομική του κατάσταση, ώστε να μπορεί να τρέφεται καλά.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Διδάσκεται ο ηλικιωμένος ή οι συγγενείς του να χορηγούν τροφή σε ποσότητα και ποιότητα ανάλογη με τις ανάγκες του ηλικιωμένου.
- Προσαρμόζονται τα σιτία με την κατάσταση του στόματος και των δοντιών και γενικότερα του πεπτικού συστήματος.
- Δίνεται άνεση στον ηλικιωμένο να πάρει το φαγητό του χωρίς χρονικούς περιορισμούς.
- Οι επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες, Π.χ. αρθρίτιδα, διευκολύνονται με ειδικά μαχαιροπήρουνα και άλλα είδη φαγητού τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα να μη σπάνε εύκολα, να μη μετακινούνται και να είναι εύχρηστα.
- Σε περίπτωση ανορεξίας το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό, ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να του αλλάξει τη διάθεση.
- Ελέγχεται η σχέση της δράσεως των φαρμάκων που παίρνει ο ηλικιωμένος με την πέψη και την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών.
- Ελέγχεται η θερμοκρασία του φαγητού αν είναι κανονική.
- Λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ηλικιωμένου, εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες του.

- Όταν ο υποσιτισμός οφείλεται σε ψυχογενή αίτια, τότε διατίθεται χρόνος για επικοινωνία και θεραπευτικό διάλογο.
- Όταν για τον υποσιτισμό ευθύνονται παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις είναι αιτιολογικές και ακολουθούν την ιατρική οδηγία.

Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αδυνατεί να τραφεί από το στόμα, η τροφή χορηγείται μέσω καθετήρα σιτίσεως.

-Διατροφή ηλικιωμένου με καθετήρα σιτίσεως

Τα τελευταία 20 χρόνια η αναγνώριση των θρεπτικών αναγκών των ηλικιωμένων αξιολογείται όλο και περισσότερο. Και τούτο διότι η κακή διατροφή ή η στέρηση είναι δυνατό να καθυστερήσουν την επούλωση των τραυμάτων, να επιταχύνουν την καταστροφή των ιστών και να μειώσουν τη λειτουργία των μυών, συμπεριλαμβανομένων των σκελετικών και των αναπνευστικών.

Εξαιτίας των αυξημένων αναγκών και των αναφερόμενων επιπλοκών η απαίτηση για οικονομικότερα και αποτελεσματικότερα θρεπτικά συστήματα αυξάνει συνεχώς. Σήμερα υπάρχει στο εμπόριο ποικιλία θρεπτικών ουσιών και συστημάτων. Τα διάφορα σκευάσματα μπορούν να χορηγηθούν με καθετήρες είτε δια της παρεντερικής οδού με παρεντερική σίτιση είτε δια της εντερικής οδού από διάφορα σημεία του γαστρεντερικού σωλήνα (ρινογαστρική, γαστρική, εντερική σίτιση).

Η εσωτερική θρέψη με καθετήρες σιτίσεως χρησιμοποιείται σε ασθενείς που δεν μπορούν να πέψουν αποτελεσματικά τις θρεπτικές ουσίες από το στόμα λόγω πλημμελούς λειτουργίας μέρους του γαστρεντερικού σωλήνα. Τα εσωτερικά. θρεπτικά συστήματα είναι τώρα απλούστερα, οικονομικότερα και πλέον προσαρμόσιμα στο νοσοκομείο και στο σπίτι. Η εσωτερική σίτιση με καθετήρα είναι η πιο συχνή εναλλακτική μέθοδος που χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένα άτομα, όταν αυτά αδυνατούν να πέψουν ικανοποιητικά τα θρεπτικά στοιχεία από το στόμα. Αναμφίβολα ο προτιμότερος τρόπος σιτίσεως είναι από το στόμα. Όταν ο τρόπος αυτός δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί, τότε η σίτιση γίνεται μέσω καθετήρα.

-Ρινογαστρική σίτιση

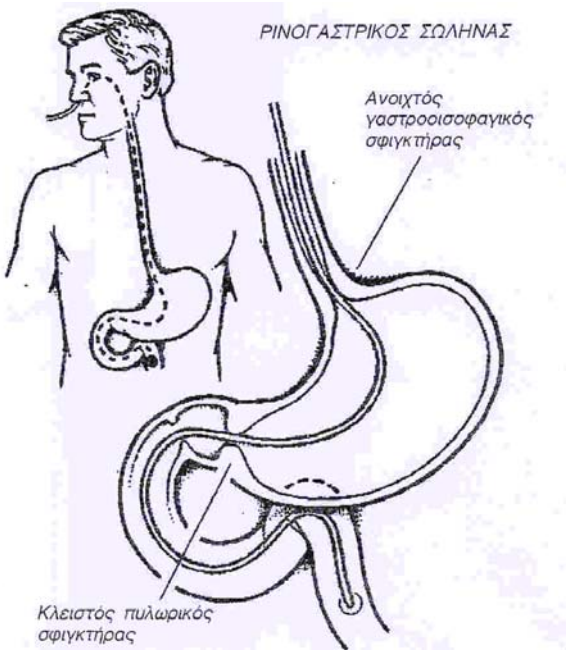
Η σίτιση του ηλικιωμένου με ρινογαστρικό καθετήρα μπορεί να είναι

εύκολη, ασφαλής και αποτελεσματική όταν χρησιμοποιηθεί ο κατάλληλος καθετήρας και ακολουθηθεί η σωστή διαδικασία κατά την τεχνική της τοποθετήσεως. Η βραχυπρόθεσμη σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα σε ασθενείς με καλή επαφή και καλή λειτουργία του αντανακλαστικού της καταπόσεως είναι μια καλή επιλογή. Οι κυριότερες ενδείξεις για την τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα είναι: η αδυναμία του ατόμου να σιτιστεί από το στόμα λόγω βλάβης του γαστρεντερικού σωλήνα, όπως διαταραχές της καταπόσεως και του οισοφάγου, η μεταβολή του επίπεδου και της συνειδήσεως, η μεγάλη ανορεξία, οι αυξημένες μεταβολικές απαιτήσεις που παρατηρούνται συνήθως σε μεγάλες επεμβάσεις, σε σηψαιμίες και σε εκτεταμένα τραύματα, εγκαύματα κ.ά.
Τοποθετούνται όμως και σε ασθενείς που μπορούν να σιτιστούν από το στόμα, αλλά το ποσόν των θερμίδων που καταναλίσκουν υπερβαίνει το προσλαμβανόμενο.

Η επιλογή ρινογαστρικής σιτίσεως για ηλικιωμένα άτομα συνεπάγεται υψηλό κίνδυνο εισροφήσεως. Παράγοντες που θέτουν τον ηλικιωμένο στον κίνδυνο εισροφήσεως είναι:

- Μείωση του επίπεδου της συνειδήσεως.
- Βλάβη του αντανακλαστικού της καταπόσεως.
- Έλλειψη βήχα.
- Γενική εξασθένιση και αδυναμία.
- Ιατρικό γαστροοισοφαγικής ανάρριας.
- Τεχνητός αεραγωγός.
- Ιστορικό πνευμονίας εξ εισροφήσεως.

Η ρινογαστρική σίτιση είναι περισσότερο επικίνδυνη για εισρόφηση, επειδή με την τοποθέτηση του καθετήρα στο στομάχι ο γαστροοισοφαγικός σφιγκτήρας διατηρείται ανοιχτός. Από τις διάφορες μεθόδους σιτίσεως η ρινογαστρική παρουσιάζει τη μεγαλύτερη;) συχνότητα εισροφήσεως (σχήμα 1).



Σχήμα 1. Σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα.

Στη συνέχεια αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ρινογαστρικής σιτίσεως.

Πλεονεκτήματα: Επιτυγχάνεται εύκολη πρόσβαση. Το στομάχι είναι η φυσική δεξαμενή των θρεπτικών ουσιών. Μπορεί το άτομο να σιτίζεται κατά διαστήματα. Το γαστρικό υγρό του στομάχου εξουδετερώνει τους μολυσματικούς οργανισμούς.

Μειονεκτήματα: Υπάρχει υψηλός κίνδυνος εισροφήσεως. Η εντόπιση και η θέση του καθετήρα παρουσιάζουν δυσκολία. Η τοποθέτησή του συνήθως μειώνει την άνεση του ασθενή. Η μακροχρόνια ρινογαστρική σίτιση είναι ανεπιθύμητη για τον ασθενή

.

Κριτήρια αξιολογήσεως της τοποθετήσεως του ρινογαστρικού καθετήρα

Αρχική εκτίμηση

Η ακτινογραφία του στομάχου επιβεβαιώνει την αρχική θέση του καθετήρα. Επειδή ο καθετήρας ενδέχεται να μετακινηθεί, η συνεχής εκτίμηση είναι αναγκαία. Η αναρρόφηση του γαστρικού περιεχόμενου μπορεί να δείξει: υγρό διαυγές, κίτρινο ή με πρόσμειξη αίματος. Αν ο καθετήρας εισχωρήσει 'στον πνεύμονα, τότε μπορεί κατά την αναρρόφηση να έχουμε πλευριτικό υγρό. Ο έλεγχος του pH μπορεί να καθορίσει τον τύπο του υγρού.

Συνεχιζόμενη εκτίμηση

Η αναπνευστική κατάσταση του ηλικιωμένου εκτιμάται συνεχώς για αυξημένη δυσφορία, βήχα, αλλαγή πνευμονικών ήχων και ειδικότερα ρόγχων ή τριζόντων, για αλλαγή αποχρέμψεως και για σημεία υποξίας, όπως σύγχυση και ανησυχία.

Επιπλοκές

Οι κυριότερες επιπλοκές που παρατηρούνται κατά τη σίτιση με ρινογαστρικό καθετήρα προέρχονται από τις ακόλουθες περιοχές:

Αναπνευστικό σύστημα: με πνευμονία εξ εισροφήσεως, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, κυάνωση, βήχα, πνευμονικό οίδημα, ρόγχους, συριγμό, σύγχυση, ανησυχία και διέγερση.

Γαστρεντερικό σύστημα: με ναυτία, έμετο, διάρροια, εντερικούς ήχους, τυμπανισμό, αίσθημα πληρότητας, κοπρόσταση, παρενέργειες φαρμάκων, βακτηριακές λοιμώξεις κ.ά.

Λευκωματιναιμία: αποδίδεται κυρίως στην ύπαρξη της διάρροιας και της μεγάλης καχεξίας που προκύπτουν από τον υποσιτισμό και την κακή απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών.

Διαταραχή ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών: με οξεία μετακίνηση των υγρών και του μεταβολισμού του φωσφόρου, του καλίου, της γλυκόζης και του μαγνησίου.

Περίσσεια υγρών μπορεί να συμβεί όταν χορηγηθούν ισότονα σκευάσματα και πολλά υγρά. Συνήθη σημεία είναι το οίδημα, η αύξηση του σωματικού βάρους και η ανάπτυξη ψευδούς υπονατριαιμίας.

Αντίθετα ασθενείς που πάσχουν από νεφρική νόσο ή χάνουν υπερβολικό νάτριο, όπως κατά τη λήψη των διουρητικών φαρμάκων, είναι επιρρεπείς σε πραγματική υπονατριαιμία, η οποία εκδηλώνεται με λήθαργο, ανορεξία, ναυτία, έμετο και κράμπες στο υπογάστριο. Οι ασθενείς αυτοί ενδέχεται να παρουσιάσουν μείωση του όγκου των υγρών και απώλεια βάρους.
Σε ασθενείς που παίρνουν υψηλής περιεκτικότητας υπερτονικά πρωτεϊνικά σκευάσματα και μικρή ποσότητα υγρών για την πέψη τους ο κίνδυνος είναι τόσο υψηλός που μπορεί να απειλήσει ακόμα και τη ζωή τους. Στις περιπτώσεις αυτές αναπτύσσεται το *σύνδρομο της σίτισης με καθετήρα* και

χαρακτηρίζεται από έλλειμμα του όγκου των υγρών, υπερνατριαιμία, υπερχλωραιμία και αζωθαιμία. Τ α ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από νεφρική σωληναριακή ανεπάρκεια ή νεφρική αρτηριοσκλήρυνση αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη απειλή.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Για την πρόληψη των λοιμώξεων

Σε όλες τις διαδικασίες της σιτίσεως εφαρμόζονται τα γνωστά μέτρα αντισηψίας και ασηψίας, καθώς και η τεχνική πλύσεως των χεριών.

- Για την αποφυγή εισροφήσεως

Σε μια συνεχή σίτιση το κεφάλι διατηρείται στο ύψος των 300-450, ενώ σε μια διακεκομμένη ως και μία ώρα μετά τη σίτιση. Ελέγχεται η διαβατότητα του καθετήρα με εισαγωγή 30 ml χλιαρού νερού πριν από τη σίτιση και μετά τη σίτιση για να ξεπλυθεί ο καθετήρας. .

Για τη χορήγηση της τροφής (σε διακεκομμένη σίτιση) χρησιμοποιείται σύριγγα των 50 ml.

Ελέγχεται η υπερφόρτωση του στομάχου με την αναρρόφηση γαστρεντερικού υγρού πριν από κάθε γεύμα.

- Για τη διατήρηση του ισοζύγιου υγρών-ηλεκτρολυτών

Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

Συχνή μέτρηση του ειδικού βάρους, του σακχάρου και της οξόνης των ούρων.

Παρακολούθηση του σωματικού βάρους με συχνό ζύγισμα. Συχνός βιοχημικός έλεγχος δειγμάτων αίματος για την παρακολούθηση των ηλεκτρολυτών και άλλων στοιχείων του οργανισμού. Διόρθωση των ελλειμμάτων με τα αντίστοιχα στοιχεία.

- Για την πρόληψη φαρμακευτικών παρενεργειών

Αποφεύγεται η ανάμειξη των φαρμάκων με τα θρεπτικά στοιχεία.

Αποφεύγεται η ανάμειξη πολλών φαρμάκων μαζί.

Διακόπτεται το φάρμακο όταν παρουσιάσει παρενέργειες.

- Για την αποφυγή της διάρροιας

Ελέγχεται το αίτιο που την προκάλεσε.

- Διάρροια από βακτηριακή λοίμωξη

Αυστηρή τήρηση των αρχών ασηψίας-αντισηψίας.

Αποστολή δείγματος κοπράνων για καλλιέργεια.

Έλεγχος του σκευάσματος ή του καθετήρα σιτίσεως.

- Διάρροια από τη φαρμακοθεραπεία (αντιβιοτικά)

Διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου.

Χορήγηση φαρμάκου για την επαναφορά της εντερικής χλωρίδας.

- Διάρροια από τροφές με υπόλειμμα

Διακοπή των τροφών που περιέχουν ίνες.

Χορήγηση τροφών με χαμηλό υπόλειμμα.

Ίσως η πιο σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση των νοσηλευτών.
είναι η συνεχής αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων του ηλικιωμένου, καθώς και η άγρυπνη παρακολούθηση των διάφορων επιπλοκών που έχουν αναφερθεί.
Η σωστή αντιμετώπιση των επιπλοκών εξαρτάται από τις γνώσεις, τις δεξιότητες και το ενδιαφέρον των νοσηλευτών για τους ηλικιωμένους που βρίσκονται στη δυσάρεστη θέση να σιτίζονται μερινογαστρικό σωλήνα.

4.9 ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση προκύπτει από τα ελληνικά ουσιαστικά «πόρος» και «οστούν», χαρακτηρίζεται από επιδείνωση της δομής και λειτουργίας του οστού, με αποτέλεσμα την αυξημένη επιρρέπεια σε κατάγματα.
Η πρωτοπαθής οστεοπόρωση είναι περισσότερη κοινή και άσχετη με οποιαδήποτε υποκείμενη νόσο ή κατάσταση. Η δεύτεροπαθής συνοδεύεται με καταστάσεις όπως υπερπαθαροειδισμός ή με μακροχρόνια χρήση φαρμάκων όπως στεροειδή κ.ά.
Η νόσος αρχίζει αρκετά χρόνια, ίσως και δεκάδες πριν διαγνωστεί. Η οστεοπόρωση πολύ χαρακτηριστικά ονομάστηκε σιωπηρός κλέπτης “silent thief’’, επειδή διαδράμει ύπουλα χωρίς συμπτώματα έως ότου συμβεί το κάταγμα. Τελικά διάγνωση τίθεται μόνο όταν η οστεοπόρωση και τα κατάγματα εντοπιοστούν στις ραδιολογικές μελέτες. Δυστυχώς η εντόπιση της οστεοπόρωσης επιβεβαιώνεται, όταν το 30% των οστικών αλάτων έχει χαθεί.
Καίτοι η οστεοπόρωση έχει παραδοσιακά θεωρηθεί ως νόσος των γυναικών και οι άνδρες επηρεάζονται από τη νόσο. Μια απλή θεώρηση της

επιδημιολογίας της οστεοπόρωσης δείχνει ότι μόνο στις ΗΠΑ περισσότερα από 25 εκατομμύρια άνδρες και γυναίκες υποφέρουν από τη νόσο. Συνολικά αναφέρονται περισσότερα από 75 εκατομμύρια ατόμων στις ΗΠΑ, την Ευρώπη και την Ιαπωνία, που επηρεάστηκαν από την οστεοπόρωση. Από αυτούς το 80% ανήκει στις γυναίκες. Υπολογίζεται μια στις δυο γυναίκες και ένας στους πέντε άνδρες άνω των 65 ετών σε κάποιο διάστημα της ζωής τους, θα υποφέρουν από κάταγμα που σχετίζεται με τη νόσο.
Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που πλήττεται από τη νόσο αποδίδεται κυρίως σε δυο λόγους, α) τη λεπτομερή οστική μάζα του γυναικείου σκελετού και β) σε ορμονικούς παράγοντες.
Η ηλικία των ανδρών με ιδιοπαθή οστεοπόρωση κυμαίνεται από 23-86 ετών, με μέση ηλικία το μέσον του 60. Οι Riggs Melton όρισαν τη γεροντική οστεοπόρωση (τύπου ΙΙ) ότι συμβαίνει και στα δυο φύλα μετά την ηλικία των 70 ετών. Ο ορισμός αυτός δεν αποκλείει τη δυνατότητα παθοφυσιολογικής επικάλυψης μεταξύ νεοτέρων και ηλικιωμένων.

Μεταβολισμός οστού

Σε όλη τη διάρκεια της ζωής ο οστίτις ιστός βρίσκεται σε συνεχή αναδόμηση με δυναμικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν τη συμμετοχή του στην ομοιοστασία του ασβεστίου. Η διπολική διεργασία της αναδόμησης περιλαμβάνει τον οστικό σχηματισμό και την οστική απορρόφηση. Ο σκοπός της αναδόμησης αποβλέπει στην διατήρηση της αντοχής και ολοκλήρωσης του σκελετού, παράλληλα λειτουργεί ως ζωτική πηγή αλάτων ειδικότερα ασβεστίου, που είναι απαραίτητο για την ομοιόσταση των αλάτων.
Η πυκνότητα των αστικών αλάτων αυξάνει κατά τη διάρκεια της αύξησης και ανάπτυξης και ολοκληρώνεται κατά την τρίτη δεκαετία της ζωής.
Η διαδικασία της οστικής αναδόμησης έχει ως ακολούθως. Με την ενεργοποίηση των βασικών πολυκυτταρικών μονάδων και τη δράση των οστεοκλαστών αυξάνεται η απορρόφηση η οποία ακολουθείται από αυξημένη δραστηριότητα των οστεοβλαστών, οι οποίοι συντελούν στην αύξηση της οστεοπλασίας. Και οι δυο λειτουργίες βρίσκονται σε σύζευξη. Δηλαδή, η μεταβολή του ενός σκέλους συμπαρασύρει και το άλλο προς την ίδια κατεύθυνση, με αποτέλεσμα το τελικό ισοζύγιο του οστού να μένει αμετάβλητο. Σε παθολογικές καταστάσεις η παραπάνω ισορροπία

διαταράσσεται και τούτο γιατί ο ένας εκ των δυο πόλων υπερισχύει ποσοτικά σε διάφορους σχηματισμούς. Σχετικό παράδειγμα είναι ο τύπος 1 μετεμμηνοπαυσιακής οστεοπόρωσης, όπου ο ρυθμός της οστικής απορρόφησης αυξάνει, εξαιτίας της πτώσεως των οιστρογόνων. Στην προκειμένη περίπτωση το σκέλος της οστικής απορρόφησης υπερισχύει έναντι του αντίστοιχου σκέλους της οστεοπλασίας, με αποτέλεσμα τη μείωση της οστικής μάζας.

Ο φυσιολογικός σκελετός συντίθεται από φλοιώδες συμπαγές οστούν σε ποσοστό 70-80% και από δοκιωτό-σπογγώδες οστούν σε ποσοστό 20-30% το δεύτερο αποτελείται από δοκίδες με διάταξη ανάλογη της οστικής φόρτισης του σκελετού. Οι βασικές πολυκυτταρικές μονάδες του οστού αποδομούν τα «παλαιωμένα» οστά του σκελετού με ταυτόχρονη προσαρμογή της αρχιτεκτονικής του δοκιδώδους οστού στις νέες φορτίσεις. Η παραπάνω διεργασία, δηλαδή η δράση των οστεοκλαστών διαρκεί περίπου 30-40 ημέρες, ακολουθεί μια παύλα και στη συνέχεια αρχίζει η δράση των οστεοβλαστών για τη σύνθεση του οστεοειδούς, η επιμετάλλωση του οποίου αρχίζει 12 ημέρες μετά το σχηματισμό του. Η συνολική διεργασία της ανακατασκευής του οστού ανέρχεται σε 90-100 ημέρες.

Διάκριση οστεοπόρωσης

Η οστεοπόρωση είναι συνδυασμός μειωμένης οστικής μάζας και μικροβλάβες στη δομή του οστού, με αποτέλεσμα την επιρρέπεια σε κατάγματα. Η οστεοπόρωση διακρίνεται σε τύπο Ι και τύπο ΙΙ, καθώς και σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή (πίνακας 1).

Μεταξύ της οστεοπενίας και του κλινικού συνδρόμου της οστεοπόρωσης μεσολαβεί υποκλινικό χρονικό διάστημα άλλοτε άλλης διάρκειας. Η υπέρβαση του καταγματικού οδού αποτελεί την αιτία αυτόματων καταγμάτων ή της επιρρέπεια σε κατάγματα.

Πίνακας 1. τύποι οστεοπόρωσης

Πρωτοπαθείς	
- Ιδιοπαθείς	
- μετεμμηνοπαυσιακή	(τύπος Ι)
- γεροντική	(τύπος ΙΙ)
Δευτεροπαθής	
- Ενδοκρινική	
- Νοσήματα πεπτικού	
- Νεοπλάσματα	
- Ακινησία	
- Φάρμακα	

Στην εμφάνιση του κατάγματος συχνά συμμετέχουν εκλυτικοί παράγοντες όπως πτώσεις, απότομη ανύψωση βάρους κ.ά. Η αυξημένη θνησιμότητα που προκύπτει από τις αναπνευστικές λοιμώξεις και τις καρδιαγγειακές επιπλοκές, αποδίδεται κυρίως στην παραμόρφωση του θώρακος. Πάντως εκτός από τη μείωση της οστικής μάζας εμπλέκονται στην οστεοπόρωση ενδογενείς, παράγοντες όπως η αρχιτεκτονική των δοκίδων, η σύσταση της οστικής μεσοκυτταρίου ουσίας, καθώς και ο βαθμός διάταξης των αλύσεων του κολλαγόνου.

Κλινική εικόνα

Ο μεγαλύτερος αριθμός των περιπτώσεων έκδηλης οστεοπόρωσης ανευρίσκεται σε άτομα άνω των 60 ετών. Το πρώτο ορατό κλινικό εύρημα της οστεοπόρωσης συχνά, είναι ένα κάταγμα μηριαίου οστού ή σπονδυλικής στήλης.

Η μείωση της οστικής μάζας ειδικότερα του δοκιδωτού οστού, συντελεί στην παραμόρφωση ή και την καθίζηση των σπονδύλων, εξαιτίας των επακόλουθων καταγμάτων. Οι παραμορφώσεις που αφορούν στο σφηνοειδή και αμφίκοιλο σπόνδυλο ευθύνονται για την απώλεια ύψους, η οποία μπορεί να φθάσει τα 10-20 εκατοστά με χαρακτηριστική κύφωση. Δευτεροπαθώς εξαφανίζεται η γραμμή της μέσης το υπογάστριο προεξέχει και οι θωρακικές πλευρές φέρονται εγγύτερα προς τη λεκάνη.

Ο οξύς και χρόνιος πόνος αποτελεί το κύριο σύμπτωμα της οστεοπόρωσης. Ο οξύς πόνος συνήθως οφείλεται στο κάταγμα και ο χρόνιος στην παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης με επακόλουθο την αλλαγή της στατικής, συνοδευόμενη από μυϊκό σπασμό. Όταν η ενότητα της οστεομυώδους μονάδας, διαταραχθεί όπως για παράδειγμα συμβαίνει στο κάταγμα, τότε η φορά της κατάφυσης διαφόρων μυϊκών ομάδων μεταβάλλεται.

Τρόπος μέτρησης της οστικής μάζας

Για τη μέτρηση της οστικής πυκνότητας χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη οι ακόλουθες μέθοδοι.

1. Απορρόφηση φωτονίων. Η μέθοδος στηρίζεται στη σχέση μεταξύ περιεκτικότητας οστού σε άλατα και της απορροφούμενης ενέργειας από τη δέσμη φωτονίων. Η εξέταση πραγματοποιείται με δυο μεθόδους.

   α. Απορρόφηση φωτονίων με μια δέσμη (single photon absrptiometry SPA)

   β. Απορρόφηση φωτονίων με δυο δέσμες (Dual Photon Absortiometry DPA). Η εφαρμογή των δυο δεσμών παρέχει τη δυνατότητα διαχωρισμού των μαλακών μορίων από το οστούν που περιβάλλουν.
2. Ποσοτική υπολογιστική τομογραφία. Η μέθοδος παρέχει πληροφορίες σχετικές με την περιεκτικότητα του οστού σε άλατα και τη μορφολογία του. μειονεκτήματα της μεθόδου αποτελεί το υψηλό κόστος και η υψηλή ποσότητα ακτινοβολίας (100-300mRem).
3. βιοχημικές παράμετροι. Αφορούν στη δραστηριότητα ενζύμων και στις στάθμες των πεπτιδίων ή χημικών στοιχείων, που υπεισέρχονται είτε στην οστική σύνθεση, όπως είναι η αλκαλική φωσφατάση, οστεοκαλτσίνη, πρόδρομα πεπτίδια του τύπου Ι κολλαγόνου είτε στην οστική απορρόφηση του ασβεστίου όπως η υδροξυπρολίνη, ανθεκτική προς το τρυγικό οξύ, όξινη φωσφατάση.
4. ιστολογική διερεύνηση. Πραγματοποιείται με βιοψία της λαγονίου ακρολοφίας και αποσκοπεί.

   α. Στη διαφορική διάγνωση της οστεοπόρωσης από άλλες οστικές

παθήσεις.

β. Στην εκτίμηση του βαθμού της οστεοπόρωσης από άλλες οστικές παθήσεις.

γ. Στην εκτίμηση της δραστηριότητας της οστεοπόρωσης και

δ. Στην παρακολούθηση της θεραπευτικής αγωγής.

Ο ρόλος των οιστρογόνων στην πρόληψη της οστεοπόρωσης

Επειδή τα οιστρογόνα παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση και ολοκλήρωση του σκελετού, οσάκις το επίπεδο των οιστρογόνων πέφτει συμβαίνει απώλεια οστού. Αρχικά κατά το $5^{ο}$ και $6^{ο}$ έτος μετά την εμμηνόπαυση. Δηλαδή, οι γυναίκες χάνουν σε διπλάσιο ρυθμό την οστική μάζα. Μετά από παρέλευση 10 έως 15 χρόνων ανεπάρκειας οιστρογόνων, η ετήσια τιμή της οστικής απώλειας μειώνεται. Όμως στο χρόνο αυτό η γυναίκα θα έχει χάσει το 1/3 ή και περισσότερο της αρχικής μάζας του οστού.

Η φθορά των οστών αφήνει ένα σημαντικό αριθμό γυναικών σε υψηλό κίνδυνο για κατάγματα (πίνακας 1). Μια στις 4 γυναίκες μέχρι την ηλικία των 60 ετών παρουσιάζει κάταγμα σπονδυλικής στήλης ενώ στην ηλικία των 75 ετών η αναλογία φθάνει 1:2 γυναίκες.

Πίνακας 1. παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση

- Φύλο γυναίκες
- Προχωρημένη ηλικία
- Αρεία ή Ασιατική φυλή
- Λεπτό, μικροσκοπικό σώμα
- Οικογενειακό ιστορικό
- Ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου
- Πρόωρη εμμηνόπαυση (πριν από τα 50)
- Παρατεταμένη κατάκλιση
- Καπνιστές
- Υπερβολική πρόσληψη αλκοόλης ή καφεΐνης
- Μεγάλη πρόσληψη πρωτεϊνών
- Μεγάλη πρόσληψη φωσφόρου

- Μακροχρόνια λήψη φαρμάκων όπως κορτικοειδή, θυρεοειδικά κ.ά.

Η επίπτωση των καταγμάτων του μηριαίου οστού διπλασιάζεται κάθε 5 χρόνια μετά τα 60 έτη. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος των γυναικών 15% έχει την πιθανότητα να πάθει κάταγμα μηριαίου οστού κατά τη διάρκεια της ζωής του. Τα οιστρογόνα επιβραδύνουν την τύπου Ι μετεμμηνοπαυσιακή απώλεια οστού και ελαττώνουν τον κίνδυνο του κατάγματος. Υποστηρίζεται ακόμη ότι η χορήγηση οιστρογόνων πρέπει να αρχίσει με την έναρξη της εμμηνόπαυσης, προτού αρχίσει η σημαντική απώλεια της οστικής μάζας του σκελετού. Εξαιτίας των ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων τους η χορήγησή τους θα πρέπει να περιορίζεται σε γυναίκες που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για οστεοπόρωση, σ' εκείνους που δεν υπάρχει απόλυτη ή σχετική αντένδειξη για τη χορήγησή τους (πίνακας 12) και ότι αυτές που πρόκειται να ακολουθήσουν με συνέπεια ένα προσεκτικό θεραπευτικό πρόγραμμα.

4.10 ΝΟΣΟΣ PARKINSON

Τι είναι;

Η νόσος του Parkinson είναι μια διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος, του εξωπυραμιδικού συστήματος, που προσβάλλει τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου στις εγκεφαλικές περιοχές που καλούνται βασικά γάγγλια και μέλαινα ουσία. Τα νευρικά κύτταρα στη μέλαινα ουσία παράγουν ντοπαμίνη, ένα νευροδιαβιβαστή που δρα σαν χημικός μεταβιβαστής σε εγκεφαλικά κυκλώματα που είναι σημαντικά για τον καθορισμό και τον έλεγχο των κινήσεων του σώματος. Για λόγους όχι κατανοητούς, τα νευρικά αυτά κύτταρα νεκρώνονται. Έτσι όταν χαθεί το 80% της ντοπαμίνης εμφανίζονται **συμπτώματα** όπως:

1. Βραδυκινησία: αργή κινητικότητα, μειωμένη επιδεξιότητα, ανέκφραστο προσωπείο.
2. Τρόμος, ακούσιος τρόμος (τρεμούλα), περισσότερο έντονος στην ηρεμία, που μειώνεται κατά την εκούσια κίνηση.
3. Δυσκαμψία ή ακαμψία: προκαλείται από την αύξηση του μυϊκού τόνου.
4. Αστάθεια: αίσθημα αστάθειας, τάση για πτώση.
5. Άλλα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν ή να μην εμφανιστούν:

- Ακινησία
- Μικρογραφία
- Σύρσιμο ποδιών
- Αϋπνία
- Άκαμπτη στάση
- Κατάθλιψη

Όσοι πάσχουν από τη νόσο σταδιακά εμφανίζουν δυσκολία στις κινήσεις των μυών που επηρεάζουν την ισορροπία, τη φωνή τους και τον τρόπο που γράφουν.

Η όψη τους αλλάζει και φαίνονται σαν να φορούν μια ανέκφραστη μάσκα. Πολύ συχνά, εκτός από τις διαταραχές των μυϊκών κινήσεων, ο ασθενής εμφανίζει κατάθλιψη η απώλεια της μνήμης. Τα συμπτώματα στην αρχή της νόσου μπορεί να είναι πολύ ήπια και όχι χαρακτηριστικά. Ο νευρολόγος κάνει τη διάγνωση βασιζόμενος στην εικόνα και στην κλινική εξέταση του ασθενούς. Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες εξετάσεις που θα βοηθήσουν στη διάγνωση της νόσου.

Η συχνότητα της νόσου άρχεται σε 0,5-1% στο γενικό της νόσου συνήθως εμφανίζεται μετά την $5^{η}$ δεκαετία. Σπάνια η νόσος εμφανίζεται σε νεανική ηλικία. Τα δυο φύλα προσβάλλονται σχεδόν εξίσου.

Αίτια:

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη. Η ανακάλυψη ότι η τοξίνη MPTP προκαλεί εκλεκτικά βλάβη στη μέλαινα ουσία και προκαλεί παρκινσονισμό τόσο στον άνθρωπο όσο και σε πειραματόζωα, έχει στηρίξει τη άποψη ότι εξωγενείς τοξίνες παίζουν σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της νόσου, αλλά τίποτε δεν έχει αποδειχθεί ακόμα. Άλλες τοξικές ουσίες όπως το μαγγάνιο, διάφοροι ιοί και η πρόωρη γήρανση των νευρώνων που έχουν προταθεί για την αιτιολογία της νόσου. Οικογενείς περιπτώσεις υπάρχουν, αλλά η ύπαρξη κληρονομικής επιβάρυνσης στη νόσο δεν έχει αποδειχθεί και δεν φαίνεται πιθανή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

5.1 ΜΟΝΑΞΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό συζητούνται ορισμένα από τα προβλήματα των ηλικιωμένων και περιγράφονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή τους.

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 εγκαταλείψεως και δυσαρέσκειας. Ορισμένες φορές συμβάλλει στην ανάπτυξη άγχους και άλλοτε προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Η μοναξιά δημιουργείται από απουσία ανθρώπινης επαφής και οικειότητας ή από αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει κάποια σχέση. Ο Meer την περιγράφει ως δυναμική ή κυκλική διεργασία που μπορεί να δημιουργήσει ή να συμβάλει στη δημιουργία αναρίθμητων προβλημάτων υγείας. Επιπλέον η μοναξιά καθιστά το άτομο επιρρεπές προς τη νόσο, ενώ η νόσος το οδηγεί προς τη μοναξιά. Οι μελετητές της μοναξιάς συμφωνούν σε τρία βασικά σημεία:

1. Προκύπτει από την αδυναμία του ατόμου να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις.
2. Είναι υποκειμενική και πολύ συχνά σχετίζεται με κοινωνική απομόνωση.
3. Δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα.

Με αξιόπιστες εκτιμήσεις υπολογίζεται ότι το ένα τέταρτο του αμερικανικού πληθυσμού, σε κάποιο χρόνο μέσα στο μήνα, αισθάνεται μοναξιά. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στους ενήλικες, ενώ αποτελεί το μεγαλύτερο κοινωνικό πρόβλημα, επειδή το 10% ως 20% από αυτούς υποφέρουν από σοβαρή μοναξιά, η οποία μειώνεται κάπως με την πάροδο του χρόνου, για να σταθεροποιηθεί στην 7η δεκαετία της ζωής.

Η μοναξιά είναι συχνότερο φαινόμενο σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε ιδρύματα, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές με ανεπαρκή μέσα

συγκοινωνίας, σε πολυθόρυβες πόλεις όπου επικρατούν το απρόσωπο' και η αδιαφορία, σε άτομα με μειωμένες αισθήσεις-κυρίως οράσεως και ακοής- αλλά και σ' εκείνα τα άτομα που παρουσιάζουν αδυναμία ελέγχου του εντέρου και της κύστεως. Επιπλέον ο χρόνιος πόνος που προκαλείται από διάφορες καταστάσεις, όπως οσφυαλγίες, ημικρανίες, αρθραλγίες, κεφαλαλγίες κ.ά., ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου, δημιουργεί έντονο αίσθημα απομονώσεως από τους άλλους, μοναξιάς ή και εγκαταλείψεως5 (σχήμα 1).

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν το άτομο στη μοναξιά και την απομόνωση είναι ο θάνατος προσφιλών προσώπων, όπως συζύγου, αδελφού, παιδιών και φίλων. Η απομάκρυνση του ανθρώπου από το περιβάλλον του είναι επίσης ένας άλλος παράγοντας που τον κάνει άθελα να επικοινωνεί μόνο με αλληλογραφία ή με λίγες τηλεφωνικές συνδιαλέξεις κλπ. και οι δύο αυτοί παράγοντες συνεισφέρουν στη μοναξιά, γιατί δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τη χαρά που νιώθει ο ηλικιωμένος όταν επικοινωνεί προσωπικά με τα αγαπημένα του πρόσωπα και απολαμβάνει τη ζεστασιά της παρουσίας τους και την αγάπη και τη στοργή τους που εκδηλώνονται με πολλούς άλλους σημαντικούς μη λεκτικούς τύπους επικοινωνίας.

Ο Moustakos, αναφερόμενος στη μοναξιά των ηλικιωμένων, παρατηρεί ότι οι ηλικιωμένοι επηρεάζονται ιδιαίτερα από τις κοινωνικές και τις πολιτιστικές αλλαγές, όπως τον αποχωρισμό από τα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος και την αλλοτρίωση και τον αυτοματισμό της σύγχρονης εποχής μας. Και προσθέτει: σήμερα δεν υπάρχει πλέον μέρος για τους ηλικιωμένους μας, η αίσθηση οργανικής συνδέσεως με τα υπάρχοντά τους ελαττώθηκε, ενώ ο σεβασμός στην υπόληψη, τη σοφία και το ταλέντο τους τείνει να εξαφανιστεί. Οι ηλικιωμένοι μας αισθάνονται ότι είναι άχρηστοι και η εμπειρία της ζωής τους ανωφελής. Ο ίδιος συγγραφέας παρομοιάζει την προχωρημένη ηλικία σαν γόνιμη γη για την ανάπτυξη της μοναξιάς. Ακόμα ο φόβος μήπως εγκαταλειφθούν στην τελική φάση της ζωής τους ζυγίζει περισσότερο από το φόβο του θανάτου. Για τους, ηλικιωμένους η απώλεια φίλων και γνωστών είναι πραγματικότητα, ενώ το πένθος και η βαθιά αίσθηση της απώλειας είναι αναπόφευκτα. Τελικά η μοναξιά και η κατάθλιψη που συνοδεύουν το πένθος είναι αποτέλεσμα του κενού και της απελπισίας που νιώθουν οι ηλικιωμένοι. Αυτό είναι και το βασικό μέτρο εκτιμήσεως του μεγέθους της μοναξιάς και του άγχους που παρατηρείται στην εποχή μας.

Με την πάροδο του χρόνου οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν χαρακτηριστική συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές που γνωρίζουν τη φυσιολογική διεργασία του γήρατος παρεμβαίνουν με κατάλληλες τεχνικές, που αποβλέπουν στην ανάπτυξη φιλικής σχέσεως η οποία βοηθάει τον ηλικιωμένο να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του. Η θεώρηση του παρελθόντος είναι διεργασία της σκέψεως κατά την οποία ο άνθρωπος αναπολεί. Η διεργασία αυτή είναι γενική στους ηλικιωμένους καθώς αντιμετωπίζουν τον επερχόμενο θάνατο. Ακόμα τους διευκολύνει να ξαναθυμηθούν το παρελθόν τους και οδηγεί σε προσωπική ολοκλήρωση, αφού αναβιώνουν συνειδησιακά τις κρίσεις της ζωής τους που δεν είχαν διέξοδο.

Οι νοσηλευτές που γνωρίζουν την ευεργετική επίδραση αυτής της διεργασίας δίνουν αρκετό χρόνο στους ηλικιωμένους για να περιγράψουν γεγονότα, μέρη και άτομα που συνέβαλαν στην αλλαγή της ζωής τους και της έδωσαν πραγματικό νόημα. Για να είναι όμως αποτελεσματική αυτή η βοήθεια οι νοσηλευτές πρέπει πρώτα να είναι ενήμεροι των δικών τους συναισθημάτων μοναξιάς. Κι αυτό γιατί όταν οι ίδιοι δοκιμάζουν αισθήματα μοναξιάς αναζητώντας την ταυτότητά τους μεταβιβάζουν αρνητικά μηνύματα στους ηλικιωμένους που κατέχονται από αμοιβαία αισθήματα. Η ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών-ηλικιωμένων μπορεί να καλύψει το κενό, πριν προλάβει η μοναξιά να εγκατασταθεί και ορισμένες φορές να εξελιχθεί σε ψυχική διαταραχή και μάλιστα μη αναστρέψιμη.

5.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ο καθένας μας μπορεί να αισθάνεται λίγο στεναχωρημένος πότε πότε. Είναι μέρος της ζωής μας. Όταν όμως η ίδια στεναχώρια υπάρχει και μετά από μια καλή ταινία ή από μία επίσκεψη σε συγγενείς, το πρόβλημα μπορεί να είναι λίγο σοβαρότερο.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Δοκιμάζει τους ηλικιωμένους που πολλές φορές παραμένουν αδιάγνωστοι, και επιβαρύνει τις οικογένειες τους και το κοινωνικό σύνολο. Αυτό που κάνει την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, *τόσο* "ύπουλη" είναι το ότι συχνά τα ηλικιωμένα άτομα πάσχουν και από άλλες παθολογικές

καταστάσεις, με αποτέλεσμα να μη αναγνωρίζονται εύκολα τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Επίσης η θλίψη που αποτελεί το πιο τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης μπορεί να απουσιάζει ή να είναι λιγότερο έντονη. Ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη στα οποία απουσιάζει το αίσθημα της θλίψης, παραπονούνται για σωματικές ενοχλήσεις, που δεν μπορούν εύκολα να εξηγηθούν, έχουν άγχος και μπορεί να δηλώνουν ένα αίσθημα έλλειψης ευχαρίστησης στην καθημερινή τους ζωή, που σε έντονο βαθμό μπορεί να πάρει διαστάσεις απελπισίας. Επίσης μπορεί να παρουσιάζουν επιβράδυνση στις κινήσεις τους καθώς και στις γνωσιακές τους λειτουργίες. Τα ηλικιωμένα άτομα επειδή μπορεί να έχουν οικογενειακά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, θεωρείται από πολλούς ότι η κατάθλιψη είναι "φυσιολογικό αποτέλεσμα" όλων αυτών των προβλημάτων και έτσι υποβαθμίζεται ακόμα περισσότερο η αναγνώριση και η καταπολέμηση της.

Συμπτώματα της κατάθλιψης

Τα ηλικιωμένα άτομα πολλές φορές δεν παρουσιάζουν τα τυπικά σημεία και συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι μπορεί να έχουν λιγότερα συμπτώματα και το κυριότερο να μην παραπονούνται για θλίψη ή καταθλιπτική διάθεση αλλά να προβάλλουν κυρίως έντονες σωματικές ενοχλήσεις που δεν μπορούν να εξηγηθούν από τη συνύπαρξη άλλων παθολογικών καταστάσεων. Συνήθως οι ασθενείς αυτοί είναι πολύ λιγότερο διατεθειμένοι να αναφέρουν ψυχολογικά συμπτώματα στους ιατρούς που επισκέπτονται και τείνουν να εμμένουν στις σωματικές ενοχλήσεις. Η συνύπαρξη πολλαπλών παθολογικών καταστάσεων συνήθως αυξάνει τον κίνδυνο της μη αναγνώρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Δηλώσεις όπως "καλύτερα να μη ζούσα" ή "τίποτα δεν ωφελεί πια" πρέπει να οδηγούν σε μια ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενή παρά να μένει κανείς σε μια απλή διαβεβαίωση "μην ανησυχείς όλα θα πάνε καλά". Οι ασθενείς πρέπει να ρωτούνται πως αντιμετωπίζουν τα καθημερινά τους προβλήματα, τις υπόλοιπες παθολογικές του καταστάσεις, αν είναι αισιόδοξοι ή όχι για το μέλλον. Το άγχος μπορεί επίσης να αποτελεί ένα σύμπτωμα κατάθλιψης.

Δημογραφικά στοιχεία

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι συμπτώματα κατάθλιψης παρουσιάζονται σε ποσοστό 10%-15% σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Η συχνότητα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής στην ίδια ηλικιακή ομάδα είναι 3%-5%. Τα ποσοστά αυτά είναι κατά πολύ αυξημένα, 15%-25%, σε πληθυσμούς γηροκομείων. Οι κυριότεροι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι: γυναικείο φύλο, έλλειψη οικογένειας, χηρεία, άγαμοι, τα άτομα που βιώνουν καθημερινά ιδιαίτερα στρεσσογόνα γεγονότα, τα άτομα με έλλειψη κοινωνικού δικτύου, καθώς και η συνύπαρξη πολλαπλών παθολογικών καταστάσεων (π.χ. υπέρταση, διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνος, άνοια)

Τι μπορούμε να κάνουμε;

Είναι λάθος να θεωρείται μια καταθλιπτική διαταραχή ως "φυσιολογική και αποδεκτή" της ηλικίας. Οι στόχοι της θεραπείας συμπεριλαμβάνουν 1) Μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης,
2) Μείωση του κινδύνου επανεμφάνισης,
3) Καλυτέρευση της ποιότητας ζωής
4) Μείωση της θνησιμότητας
5) Μείωση του κόστους θεραπείας.

Οι δύο κυριότερες κατηγορίες θεραπείας περιλαμβάνουν τις βιολογικές θεραπείες (π.χ. φαρμακοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία), και τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι με την φαρμακοθεραπεία ένα ποσοστό γύρω στο *60%* βελτιώνεται κλινικά σε σημαντικό βαθμό. Τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δείχνουν να είναι σχεδόν το ίδιο αποτελεσματικά στη θεραπεία της οξείας φάσης. Εκεί που διαφέρουν είναι στο φάσμα των παρενεργειών. Πολλοί ιατροί χρησιμοποιούν τώρα πια τα καινούργιας γενιάς αντικαταθλιπτικά που έχουν πολύ καλύτερο προφίλ παρενεργειών, χορηγούνται με ευκολότερα δασολογικά σχήματα, και δεν απαιτείται η παρακολούθηση των επιπέδων τους στο αίμα. Η αντικαταθλιπτική δράση των φαρμάκων συνήθως καθυστερεί να επέλθει στα ηλικιωμένα άτομα σε σύγκριση με νεότερους ασθενείς, και απαιτείται συνήθως 6 με 10 εβδομάδες θεραπείας. Ένας άλλος παράγοντας που παίζει αρνητικό ρόλο είναι ότι τα ηλικιωμένα άτομα πολλές φορές ξεχνούν να πάρουν την φαρμακευτική αγωγή σε καθημερινή βάση.

Ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Πολλές φορές οι βιολογικές θεραπείες από μόνες τους δεν είναι ικανές να επιλύσουν όλα τα προβλήματα που σχετίζονται με την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Για παράδειγμα άτομα με σημαντικά προβλήματα υγείας, άτομα χωρίς οικογένεια, ή κοινωνική υποστήριξη, χρειάζονται ψυχοκοινωνlκή υποστήριξη σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. Οι κυριότερες ψυχοθεραπείες που εφαρμόζονται στα ηλικιωμένα άτομα είναι η γνωσιακή, συμπεριφοράς, διαπροσωπική και η βραχείας διαρκείας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Η δυνατότητα να σκέπτεται κανείς, να αισθάνεται να έρχεται σε επαφή με τους γύρω τους, να νιώθει χρήσιμος να χαίρεται την καθημερινή ζωή, να αγαπά και να προσφέρει, να αισθάνεται υπεύθυνος για τον εαυτό του, αποτελούν πολύτιμα στοιχεία ανθρώπινης συμπεριφοράς που οι ηλικιωμένοι πασχίζουν με κόπο να διατηρήσουν. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης μειώνει τα συμπτώματα, συνεισφέρει στη μείωση του πόνου σε συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, κάνει πιο λειτουργικό το άτομο, τόσο σε ατομικό, οικογενειακό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, μειώνει τις γνωσιακές δυσλειτουργίες και διευκολύνει τον ιατρό στην αντιμετώπιση των συνοδών παθολογικών καταστάσεων.

5.3 ΑΝΟΙΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Ο όρος «άνοια» (dementia) σημαίνει παραφροσύνη, δηλαδή άτομο ανίκανο να χρησιμοποιήσει το νου του. Τις άνοιες συνθέτουν ομάδες νοσημάτων τα οποία συντελούν βαθμιαία στην εμφάνισή της με πνευματική υποβάθμιση, ανικανότητα εκτελέσεως καθημερινών ασχολιών και προοδευτική απομόνωση. Η άνοια ποτέ δεν είναι επακόλουθο της προχωρημένης ηλικίας. Ανεξάρτητα όμως από την αιτιολογία που την προκάλεσε, τελικά αναμένεται διάχυτη και μόνιμη απώλεια νευρώνων σε όλες τις περιοχές του εγκεφάλου.

Σύμφωνα με τον Grumbach η άνοια είναι σύνδρομο και αποτελείται από πολλές άνοιες. Από ανατομική και κλινική άποψη το σύνδρομο αυτό ορίζεται ως διανοητική εξασθένιση, επίκτητη, καθολική και τις περισσότερες φορές

έντονη. Ο Pitt και οι συνεργάτες του περιγράφουν την άνοια ως ποικιλία διαταραχών που συντελούν στη διανοητική ή τη γνωστική υποβάθμιση. Αναφέρεται ακόμα ότι η άνοια, περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο ψυχιατρικό πρόβλημα, ευθύνεται για το μεγαλύτερο αριθμό εισαγόμενων ηλικιωμένων ασθενών στο νοσοκομείο.

Ορισμένοι τύποι άνοιας είναι αναστρέψιμο και θεραπεύσιμοι, πολύ συχνά όμως ο βαθμός δυσλειτουργιών που προκαλούν - βαριά διαταραχή ή απώλεια πρόσφατης μνήμης με όλες της τις συνέπειες, διαταραχή της κρίσεως με τις επώδυνες εκδηλώσεις της κ.ά. - μπορεί να παρατηρηθεί σε μη αναστρέψιμη άνοια, όπως εκείνη του Alzheimer.

Στις ΗΠΑ η ομάδα ηλικίας άνω των 65 ετών παρουσιάζει 5% σοβαρής μορφής άνοια και 10% ως 15% μέτρια ως ήπια διανοητική υποβάθμιση. Ακόμα *580.000* άτομα που πάσχουν από άνοια ζουν σε γηριατρικά ιδρύματα, ενώ άλλα 2,5 εκατομμύρια αντιμετωπίζονται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον τους στην κοινότητα. Σύμφωνα με τον Prochazka και τους συνεργάτες του η συχνότητα της άνοιας στον πληθυσμό της Αυστραλίας αντιστοιχεί σε 5% στην ομάδα 75-79 ετών και σε 23,6% σε άτομα μεγαλύτερα των 85 ετών.

Ο πιο κοινός τύπος άνοιας στους ηλικιωμένους είναι η νόσος του Alzheimer, η συχνότητα της οποίας κυμαίνεται μεταξύ 35% και 55% στο σύνολο των ανοιών. Ο Brown και οι συν. υπολογίζουν τα θύματα της άνοιας Alzheimer στην Αυστραλία σε 110.000, ενώ μέχρι το 2001 φρονούν ότι θα ανέλθουν σε 210.000 και με την επιμήκυνση του χρόνου ζωής αναμένεται ότι θα αυξηθούν περισσότερο.

Πάντως προς το παρόν μοναδικός τρόπος ομαδοποιήσεως των διάφορων μορφών άνοιας δεν κατέστη δυνατός. Συνήθως διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και σε δευτεροπαθείς οι άνοιες. Στις πρωτοπαθείς περιλαμβάνονται η πρωτοπαθή ς εκφυλιστική άνοια (τύπου Alzheimer), η πολυεμφρακτική, η νόσος του Pick, του Huntington και των Creutzfeldt-Jakob. Στις δευτεροπαθείς περιλαμβάνονται η φυσιολογική πίεση υδροκεφάλου, η άνοια του Parkinson, η ψευδοάνοια, οι μεταβολικές διαταραχές και διάφορες άλλες νευρολογικές διαταραχές.

Επειδή τα κλινικά χαρακτηριστικά και η πορεία της άνοιας τύπου Alzheimer προσελκύουν το ενδιαφέρον των σύγχρονων ερευνητών, αλλά και

επειδή παρουσιάζει εξαιρετικό νοσηλευτικό ενδιαφέρον από τις 100 περίπου άνοιες που έχουν αναφερθεί, γι' αυτό θα ασχοληθούμε περισσότερο με αυτήν και με τον τρόπο αντιμετωπίσεώς της.

5.4 Η πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια τύπου Alzheimer

Η άνοια τύπου Alzheimer είναι η πιο κοινή από τις άνοιες και η πλέον υπεύθυνη για το 50% όλων των άλλων ανοιών. Η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από το Alzheimer το 1406. πρόκειται για προοδευτική μη αναστρέψιμη νόσο, που χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού.

Παραδοσιακά οι κλινικοί τη διέκριναν σε γεροντική και προγεροντική άνοια, με ενδεικτικό κριτήριο το χρόνο ενάρξεώς της. Παλιότερα η νόσος του Alzheimer ανήκε στην προγεροντική άνοια. Σήμερα όμως αναφέρεται και στη γεροντική, και μάλιστα με μεγαλύτερη συχνότητα, αφού 2-4% του πληθυσμού άνω των 65 ετών πλήττεται από τη νόσο. Ως προς το φύλο, μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στις γυναίκες.

Στις ΗΠΑ, μέχρι το 2030, τα θύματα της νόσου θα ανέλθουν σε 4,8 εκατομμύρια, ενώ ένας στους τρεις νέους που θα έχει γονείς άνω των 65 ετών θα ασχολείται με τη φροντίδα τους εξαιτίας της νόσου.

Η νόσος είναι προοδευτική και παρουσιάζει επιδείνωση που μπορεί να διαρκέσει πιο πολύ και από 10 χρόνια και με κατάληξη πάντοτε το θάνατο.

Διάγνωση της νόσου. Αντικειμενικά ευρήματα δεν υπάρχουν παρά μόνο στο τελικό στάδιο της νόσου, και αυτά είναι μη παθογνωμονικά. Κατά την αυτοψία ανευρίσκονται με ιστοπαθολογικές μεθόδους γεροντικές πλάκες – μικροσκοπικές βλάβες του εγκεφαλικού φλοιού που αποτελούνται από νευρώσεις, κοκκιοκενοτοπιώδης εκφύλιση των νευρικών κυττάρων. Παρόμοια ευρήματα έχουν παρατηρηθεί και σε φυσιολογικούς εγκέφαλους ηλικιωμένων ατόμων, αλλά σε μικρότερο βαθμό.

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της, στην προοδευτική επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτίων που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ύστερα από προοδευτική εκτίμηση οι κλινικοί μπορούν να φτάσουν στη διάγνωση, αρκεί να αξιολογήσουν σωστά την κλινική, τη νευρολογική, την ψυχιατρική, τη νευροφυσιολογική

κατάσταση και το ιστορικό του ασθενή.

Αίτιο της *νόσου.* Παρά τις εντατικές και τις επίμονες επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν είναι άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν μεγάλη ποικιλία ύποπτων παραγόντων, όπως, βιοχημικές διαταραχές, ανοσιακές-διαταραχές, λοιμογόνους παράγοντες, καθώς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι το αλουμίνιο.

Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου, σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψεως των μύθων και της βαθύτερης κατανοήσεως της νόσου. Έτσι σήμερα γνωρίζουμε ότι:

- η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γηράνσεως,
- δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηρίων, ούτε από υποξία του εγκεφάλου,
- δεν είναι μεταδοτική,
- δε σχετίζεται με τον αλκοολισμό και την ανεπαρκή διατροφή,
- είναι νόσος του εγκεφάλου και
- δε θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας.

Συμπτώματα της νόσου. Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι: προοδευτική απώλεια μνήμης, ελάττωση της ικανότητας εκτελέσεως απλών καθημερινών ασχολιών, διαταραχή της κρίσεως και του προσανατολισμού, αλλαγή της προσωπικότητας, αλλαγή της συμπεριφοράς, δυσκολία μαθήσεως, απώλεια λεκτικών ικανοτήτων και έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Κατά τη διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλλουν από άρρωστο, ώσπου η νόσος να καταστήσει τα θύματά της ανίκανα για αυτοφροντίδα.

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν τη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από τη νόσο του Alzheimer είναι δύσκολο να περιγραφούν, και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:

α) τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα, β) τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος. Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:
Πρώτον: Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
Δεύτερον: Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.
Τρίτον: Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται.
Ανάμεσα στις τόσες απώλειες που υφίστανται τα θύματα της νόσου του Alzheimer η απώλεια της επικοινωνίας με τους άλλους είναι ίσως η μεγαλύτερη. Πολύ χαρακτηριστικά λέγεται: «Φαντάσου να ζεις σε έναν κόσμο όπου κάθε λεπτό της ζωής σου σβήνεται από τη μνήμη σου καθώς το λεπτό αυτό περνάει. Φαντάσου πως η μνήμη σου σβήνεται τελείως, ώστε αρχίζεις να ξεχνάς πώς να μιλάς, πώς να φέρεσαι δημόσια, πώς να ντύνεσαι, ακόμα και πώς να τρως. Φαντάσου πως θα ήταν η ζωή σου αν ό,τι έμαθες κατά τη διάρκεια της εξασθενούσε στη μνήμη σου».
Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρουσιάζουν οι ανοϊκοί ασθενείς είναι κοινά. Η ομιλία είναι αόριστη, κενή νοήματος και συνήθως αυτόματη, ενώ στην τελική φάση της νόσου το άτομο μπορεί να μη μιλάει καθόλου.
Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο η τροφή και το νερό. Σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία ανοικών ασθενών – νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνον το 10% του χρόνου τους για επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ δαπανούν πολύ περισσότερο χρόνο για συζητήσεις μεταξύ τους.
Τα επίπεδα απομονώσεως στους ανοϊκούς ασθενείς είναι προφανή σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους. Η μειωμένη κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και τη φυσική του αποκατάσταση.
Οι νοσηλευτές στην προσπάθεια τους να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα,

σχέδια κ.ά.

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

1. Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
2. Να χρησιμοποιείται γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
3. Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοιχτές ερωτήσεις.
4. Να αποφεύγετε το απαγορευτικό ‘’μη’’ και να δίνετε θετικές οδηγίες.
5. Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
6. Να δίνετε απλές οδηγίες, που δεν απαιτούν να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μια πράξεις.
7. Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
8. Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.

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

με τον ασθενή.

Οι αναμνήσεις είναι ανακουφιστικό μέσο επικοινωνίας για τον ασθενή. Η υπενθύμιση γεγονότων που έχουν αποθηκευτεί στη μνήμη του λειτουργούν - με δύο τρόπους: α) Διαπιστώνουμε τι μπορεί να θυμηθεί ο ασθενής και β) πώς αντιλαμβάνεται τη φάση του κύκλου της ζωής του.

Το άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει τη λεκτική ικανότητα του ασθενή.

Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται με κινήσεις και θωπείες, όπως ένα χάδι, ένα απαλό χτύπημα της πλάτης, ένα θερμό σφίξιμο του χεριού και τόσες άλλες μικρές αλλά τόσο σημαντικές πράξεις, που όμως προϋποθέτουν εμπιστοσύνη για να είναι αποτελεσματικές.

Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ανοϊκού ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία του ασθενή γίνεται περισσότερο σύνθετη, και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα του - σύζυγοι, αδέλφια -, στην προσπάθειά τους να του παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση. Γι' αυτό καθήκον του νοσηλευτή είναι:

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

Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα των θυμάτων της νόσου του Alzheimer είναι αναγκαίο να διαθέτουν ψυχικό σθένος και ηρωισμό. Και τούτο γιατί πολλές φορές δοκιμάζουν βαθιά οδύνη όταν βλέπουν ανθρώπινα πλάσματα να παλινδρομούν και χωρίς αναστολές να συμπεριφέρονται κατά τρόπο που ποτέ δε θα τον ενέκριναν.

Επομένως στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών πρέπει να περιληφθεί ειδική μέριμνα και για εκείνους που παρέχουν τη φροντίδα.

5.5 Ο ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Ο καρκίνος, σύνθετος και ευρύς στο στόχο του, μπορεί να προσβάλει κάθε ιστό, όργανο και σύστημα του ανθρώπινου σώματος.

Στις ΗΠΑ ο καρκίνος είναι η δεύτερη αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Καίτοι η ομάδα αυτή αντιπροσωπεύει το 12% του αμερικανικού

πληθυσμού, το *60%* των θανάτων που συμβαίνουν *από* όλους τους καρκίνους αντιστοιχεί σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος

(ΕΣΥΕ) το 1986 οι θάνατοι *από* καρκίνο κατείχαν τη δεύτερη θέση. Σε σχετική εργασία της Κατσουγιάννη και των συνεργατών της βρέθηκε ότι το 65,2% των θανάτων *από* όλους τους καρκίνους που παρατηρήθηκαν το 1985 στη χώρα μας αντιστοιχούσε σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και με επικράτηση τους άνδρες (πίνακας 2).

Από μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας γίνεται φανερό ότι στις περισσότερες εργασίες γίνεται αναφορά πολύ γενικά στην αύξηση της συχνότητας των νεοπλασματικών νοσημάτων που έχουν σχέση με την ηλικία, ενώ δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη συχνότητα, στην εντόπιση, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των καρκινοπαθών. Εξάλλου παρατηρήθηκε ότι κατά τη μελέτη των ηλικιωμένων καρκινοπαθών ασθενών η στάση των λειτουργών υγείας είναι πολύπιο διαφορετική *από* εκείνην που εκδηλώνεται σε μικρότερες ομάδες ηλικίας που παρουσιάζουν το ίδιο πρόβλημα. Ειδικότερα όταν ο καρκίνος πλήξει την παιδική και τη νεαρά ηλικία, αισθήματα αγανακτήσεως, θυμού και οργής στρέφονται εναντίον του. Στην περίπτωση των ηλικιωμένων τα αισθήματα αυτά ατονούν ή διαφοροποιούνται, ενώ επικρατεί η τάση της αποδοχής και της υποταγής στην αναπόφευκτη παρουσία του καρκίνου. Επιπλέον η διαβλητότητα που παρατηρείται κατά τη διαγνωστική διαδικασία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων καρκινοπαθών ασθενών σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την προχωρημένη ηλικία.

Αιτιολογικοί παράγοντες

Παρ' όλο που η συχνότητα του καρκίνου αυξάνεται με την ηλικία μέχρι σήμερα, εντούτοις οι ακριβείς αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν την κακοήθεια δεν είναι γνωστοί για καμιά ομάδα ηλικίας. Με την αιτιολογία του καρκίνου ασχολήθηκαν πολλοί ερευνητές. Μέχρι σήμερα κανείς δεν κατάφερε να δώσει οριστική απάντηση στο πρόβλημα. Έχει αναγνωριστεί ότι ειδικές κακοήθειες σχετίζονται με διάφορους παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικοί με τα πολλά καρκινογόνα, ο τρόπος ζωής κ.ά.

Από τις ποικίλες αιτιολογικές θεωρίες η αύξηση της συχνότητας του καρκίνου με την ηλικία φαίνεται αρκετά λογική και τούτο γιατί οι ηλικιωμένοι

έχουν υποστεί μακροχρόνια έκθεση σε ύποπτα καρκινογόνα, όπως η ακτινοβολία και τα χημικά. Επίσης η φθορά και η ανάπλαση της παραγωγής των ορμονών, καθώς και η μακροχρόνια εμπειρία που διαθέτει ο γηρασμένος οργανισμός στην καταστροφή και την ανάπλαση των χρωμοσωμάτων. Άλλοι παράγοντες που βοηθούν στη δημιουργία του καρκίνου είναι οι πολλές λύπες και απογοητεύσεις που ένιωσαν οι ηλικιωμένοι κατά τη διάρκεια της ζωής τους και ειδικότερα η μείωση της ανοσοποιητικής ανταποκρίσεως. Όλα αυτά είναι δυνατό να αυξήσουν την πιθανότητα της κακοήθειας στους ηλικιωμένους.

Οι παράγοντες που ακολουθούν προέρχονται από τη θεωρία της ενότητας, που φαίνεται να είναι και η επικρατέστερη.

1. Χρωμοσωματική καταστροφή συμβαίνει σε λοιμώξεις, σε καρκινογόνα, σε γενετικούς παράγοντες και σε έκθεση περιβαλλοντικής ακτινοβολίας την οποία δέχονται κατά τη διάρκεια της ζωής τους οι άνθρωποι.

2. Τ α κύτταρα αναπλάθονται με τη βοήθεια ενός ενζυματικού μηχανισμού. Στην περίπτωση που ο μηχανισμός αυτός αποτύχει, τότε προκύπτουν ανώμαλα κύτταρα τα οποία καταστρέφονται από ανταγωνιστικό ανοσολογικό σύστημα. Για την ταχεία καταστροφή των ανώμαλων κυττάρων ευθύνονται τα Τ και Β λεμφοκύτταρα.

3. Όταν το σύστημα ή μέρη του συστήματος δε λειτουργούν επιθυμητά, τότε τα ανώμαλα κύτταρα αναπαράγονται μόνα τους, πολλαπλασιάζονται πολύ γρήγορα και σχηματίζουν ανώμαλη μάζα η οποία είναι ασυντόνιστη και αναπαράγει κύτταρα σε μικρό χρονικό διάστημα

που είναι εξαρτώμενα από την αρχική εστία. Αυτό ονομάζεται καρκίνος.

4. Ο θύμος αδένας, όργανο του ανοσοποιητικού συστήματος, αρχίζει προοδευτικά να ατροφεί μέχρι το 350 έτος. Το ανοσοποιητικό σύστημα στους ηλικιωμένους γενικά δεν είναι ανταγωνιστικό. Μετά το 540 έτος της ηλικίας παρατηρείται προοδευτική μείωση της αναπλαστικής ικανότητας των κυττάρων.

5. Εκτός από την ηλικία υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την ανταγωνιστικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Π.χ. η μακροχρόνια έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες, οι παρατεταμένες αλλαγές του βιολογικού ωρολογίου, η ανεπαρκής θρέψη κλπ.

Δυναμικές του καρκίνου

Ο καρκίνος δεν είναι μια νόσος, αλλά πολλές μαζί, οι οποίες ποικίλλουν σε συμπτώματα, ρυθμό αυξήσεως, ανταποκρίσεως στη θεραπεία, στην ταχύτητα της μεταστάσεως, καρκίνος δεν είναι μία μόνο νόσος, αλλά πολλές μαζί, σι οποίες ποικίλλουν σε συμπτώματα, ρυθμό αυξήσεως, ανταποκρίσεως στη θεραπεία, στην ταχύτητα της μεταστάσεως, στην πρόγνωση η οποία

εξαρτάται από το όργανο και τον ιστό που περιλαμβάνει. Άλλες παράμετροι είναι το φύλο, η ηλικία και οι φυσικές πηγές.

Ο καρκίνος δεν είναι εντοπισμένη νόσος που προσβάλλει μόνον ένα συμπαγές όργανο, όπως ο καρκίνος του μαστού, αλλά συστηματική, που μπορεί να προσβάλει όλους τους ιστούς. Πριν ακόμα αναπαραχθούν τα κακοήθη κύτταρα στην καρκινική μάζα ή πριν αναπαραχθούν τα λεμφοκύτταρα ή τα κοκκιοκύτταρα της λευχαιμίας μια συστηματική ανοσολογική λειτουργία του σώματος φαίνεται ότι αδυνατεί να εμποδίσει την αναπαραγωγή των κακοήθων κυττάρων από την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη της καρκινικής μάζας.

Όταν εξαρτώνται από αυτούς τους ειδικούς παράγοντες είναι δύσκολο να γενικευθούν πολλές δυναμικές στον παράξενο καρκίνο των ηλικιωμένων. Ακόμα ο καρκίνος στην αρχική του φάση αναπτύσσεται περισσότερο σιωπηλά και πιο ύπουλα στα ηλικιωμένα άτομα.

Γενικά στους ηλικιωμένους η αύξηση του αρχικού όγκου μπορεί να έχει τον ίδιο χρόνο διπλασιασμού όπως και στα νέα άτομα. Αυτό μπορεί να μην έχει εφαρμογή σε ορισμένα όργανα ή ιστούς. Π.χ. πιστεύεται ότι ο καρκίνος του μαστού περιλαμβάνει αδενώδη ιστό (αδενοκαρκίνωμα). Το αδενοκαρκίνωμα της γυναίκας πριν την εμμηνόπαυση είναι πολύ διαφορετικό από το αδενοκαρκίνωμα που παρατηρείται σε γυναίκα μετά την εμμηνόπαυση. Και βέβαια δεν μπορεί να συγκριθεί.

Γενικά η μετάσταση του καρκίνου από οποιοδήποτε σημείο του σώματος μπορεί να είναι πιο βραδεία στα ηλικιωμένα άτομα, αλλά και σ' αυτό υπάρχουν πολλές εξαιρέσεις. Ο ηλικιωμένος συνήθως είναι λιγότερο ικανός να δεχτεί τη μέγιστη δόση ακτινοβολίας ή χημειοθεραπείας, ενώ είναι περισσότερο ευάλωτος στην τοξικότητα της θεραπείας. Επίσης παρουσιάζει μεγαλύτερο όγκο ιστικής καταστροφής(μεγάλη καταστροφή καρκινικών και υγιών κυττάρων) ως αποτέλεσμα του θεραπευτικού σχήματος. Πρέπει ακόμα να τονιστεί ότι η ανταγωνιστικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος είναι

απαραίτητος παράγοντας για την ύφεση της νόσου ή τη συνέχιση της θεραπείας. Επειδή, όπως έχει αναφερθεί, το ανοσοποιητικό σύστημα του ηλικιωμένου δεν είναι ικανό να εμποδίσει την ανάπτυξη του καρκινικού όγκου στην αρχική εστία, ο ηλικιωμένος βρίσκεται σε μειονεκτικότερη θέση έναντι των νέων ατόμων. Θα μπορούσε να λεχθεί ότι ο καρκίνος στους ηλικιωμένους «ανευρίσκεται» σε αρκετά προχωρημένη φάση, γι' αυτό και η αγωγή περιορίζεται στον έλεγχο παρά στη θεραπεία της αρχικής κακοήθους εστίας, αν και η φροντίδα δεν αποκλείει τη θεραπεία.

Σημεία και συμπτώματα

Στα αναφερόμενα σημεία και τα συμπτώματα ενδέχεται να δοθούν διαφορετικές ερμηνείες και τούτο γιατί δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά ως προειδοποιητικά σημεία κακοήθειας στους ηλικιωμένους. Επιπλέον ο αυξημένος αριθμός εκφυλιστικών νοσημάτων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι τείνει να περιοριστεί ή να αποκρύψει την παρουσία συνήθων συμπτωμάτων κακοήθειας, όπως είναι Π.χ. η εκφυλιστική αρθροπάθεια, η αποφρακτική πνευμονοπάθεια και η επιδεινωμένη λειτουργία του εντέρου και της κύστεως. Ακόμα ο ηλικιωμένος μπορεί να ζει πολλά χρόνια με έλκη που δεν επουλώνονται, με χαλαρές οδοντοστοιχίες που τραυματίζουν ή με αναιμίες που υποβάλλονται σε θεραπεία. Με βάση αυτά τα δεδομένα είναι δύσκολο να αναγνωριστεί η σπουδαιότητα των. νέων σημείων σε σχέση με τα όμοια σημεία ή τα συμπτώματα που προϋπάρχουν.

Η συστηματική αξιολόγηση του ηλικιωμένου, η τεκμηρίωση των συνυπαρχόντων σημείων και των συμπτωμάτων που πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα βοηθούν στην εκτίμηση ενδεχόμενης επιδεινώσεως η οποία μπορεί να προκύψει από την εμφάνιση νέων συμπτωμάτων.

Θεραπεία της νόσου

Η σύγχρονη θεραπεία του καρκίνου βασίζεται στη μείωση της καρκινικής μάζας με διάφορα θεραπευτικά σχήματα τα οποία περιλαμβάνουν τη χειρουργική, την ακτινοβολία και τη χημειοθεραπεία. Η ανοσοθεραπεία είναι ένας άλλος τύπος θεραπείας που σπάνια χρησιμοποιείται στους ηλικιωμένους. Γενικά τα θεραπευτικά σχήματα είναι όμοια με εκείνα των νέων

ατόμων.

Αξιολόγηση του ηλικιωμένου

Οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση του ηλικιωμένου βασίζονται στο ιστορικό της υγείας, το οποίο αφού αναλυθεί δίνει μια εικόνα της καταστάσεως του ασθενούς και ένα πλαίσιο των αναγκών και των προβλημάτων του. Η ανάπτυξη κατάλληλου νοσηλευτικού σχεδιασμού εξαρτάται από την προσεκτική εκτίμηση η οποία πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις πλευρές της φροντίδας.

Οι νοσηλευτές σχεδιάζουν τις νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις με πλήρη γνώση των αναγκών και των προβλημάτων του ηλικιωμένου καρκινοπαθούς. Στη συνέχεια αξιολογούν το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή, το αλλάζουν ή το τροποποιούν, με στόχο την παρεμπόδιση εξελίξεως της νόσου, τον έλεγχο των επιπλοκών και την προώθηση του ασθενή προς την αυτοφροντίδα και την αποκατάσταση όπου αυτή είναι δυνατή. Η νοσηλευτική παρέμβαση στη φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών επικεντρώνεται στις εξής περιοχές:

- στην παρεμπόδιση εξελίξεων της νόσου,
- στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των συγγενών του,
- στον τρόπο αντιμετωπίσεως της νόσου από τον ασθενή,
- στον έλεγχο των συμπτωμάτων,
- στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή.

Παρεμπόδιση της εξελίξεως της νόσου

Η πρώιμη αναγνώριση της πορείας της νόσου και των επιπλοκών της εγγυάται ευνοϊκότερη πρόγνωση για τον ασθενή. Ασθενείς με γνωστό καρκίνο, με τη σκέψη ότι μπορεί να εντοπιστεί η εξάπλωση του καρκίνου και σε άλλα όργανα, φοβούνται να υποβληθούν στον καθιερωμένο διαγνωστικό έλεγχο.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των οικείων του για την έγκαιρη εφαρμογή του διαγνωστικού ελέγχου στον καθορισμένο χρόνο, ή όταν προκύψει ανάγκη και ενωρίτερα, συμβάλλει στην εντόπιση των προειδοποιητικών σημείων και κατά συνέπεια στην αντιμετώπιση και την αναστολή εξελίξεως της νόσου.

Διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των συγγενών του

Η πληροφόρηση είναι καταλυτική στη λήψη των αποφάσεων και στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Η ζωή του ανθρώπου είναι μια δυναμική διεργασία που συγκεντρώνει πληροφορίες μέσω των αισθήσεων, τις επεξεργάζεται, τις ερμηνεύει και ενεργεί ανάλογα.

δυναμική διεργασία που συγκεντρώνει πληροφορίες μέσω των αισθήσεων, τις επεξεργάζεται, τις ερμηνεύει και ενεργεί ανάλογα.

Στη νοσηλευτική φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών είναι η πληροφόρησή τους και των συγγενών τους σχετικά με την αιτιολογία της νόσου, τις εκδηλώσεις της, το θεραπευτικό σχήμα, τις παρενέργειες, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τα εφαρμοζόμενα προληπτικά μέτρα, τη χρησιμοποίηση των κοινοτικών πόρων κ.ά.

Καταστάσεις που εμποδίζουν τη διδασκαλία και πρέπει να προσεχθούν ιδιαίτερα από τους νοσηλευτές είναι: ο *πόνος,* η *σύγχυση* και η *μεταβολή της ψυχικής λειτουργίας.*

Σημαντικοί συντελεστές για την επιτυχία διαπαιδαγωγήσεως των ατόμων είναι η πνευματική κατάσταση και η ψυχική σταθερότητα. Κατά συνέπεια οι αναφερόμενες οντότητες πρέπει να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται πριν από τη διαδικασία της διαπαιδαγωγήσεως.

Τρόπος αντιμετωπίσεως της νόσου από τον ασθενή

Ο καρκίνος ταυτίζεται συνήθως με την απώλεια της υγείας, των μελών του σώματος, της ψυχολογικής λειτουργίας, της προσωπικής εμφανίσεως, της αυτοεκτιμήσεως, των διαπροσωπικών σχέσεων και τελικά της ζωής. Ορισμένες από τις αναφερόμενες εμπειρίες συναντώνται σε πολλά χρόνια νοσήματα. Όμως στους ασθενείς με καρκίνο ενδέχεται να παρουσιαστούν όλες μαζί και να διαταράξουν την ψυχολογική ισορροπία τους. Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική ισορροπία του καρκινοπαθούς είναι:

1. Η σοβαρότητα της νόσου και η θεραπεία της.

2. Η χρονική διάρκεια και οι επιπλοκές της νόσου.

3. Η αξία της απώλειας του οργάνου.

4. Οι μηχανισμοί αντιμετωπίσεως του ασθενή.

5. Οι διαθέσιμες πηγές.

Σε σχέση με τους αναφερόμενους παράγοντες, η αξιολόγηση του ασθενή και των συγγενών του παρέχει στους νοσηλευτές τις αναγκαίες γνώσεις για να εντοπίσουν τις αδυναμίες και τις δυνατότητες, αλλά και την ικανότητα των ατόμων να προσαρμοστούν σ' αυτούς.

Στη συνέχεια αναφέρονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις που βοηθούν τα άτομα να επιτύχουν ικανοποιητική προσαρμοστικότητα στη νόσο, όπως π.χ.:

1. Χρησιμοποίηση των μηχανισμών αντιμετωπίσεως του ασθενή που στο παρελθόν είχαν αποδειχτεί αποτελεσματικοί.
2. Ενθάρρυνση του ασθενή για αλλαγή συμπεριφοράς και πρόταση τεχνικών που βοηθούν στη λύση του προβλήματος.
3. Τροποποίηση των προβλημάτων, όπου είναι δυνατό, για να διευκολυνθεί η λύση τους (Π.χ. χρησιμοποίηση προσθέσεων).
4. Εφαρμογή στρατηγικών που συμβάλλουν στην αναστολή της κρίσεως.
5. Διευκόλυνση των διαδικασιών που σχετίζονται με τη χρησιμοποίηση των πηγών.

Έλεγχος συμπτωμάτων

Τα κυριότερα συμπτώματα που συνήθως παρουσιάζονται σε ασθενείς με καρκίνο είναι ο πόνος, η εξάντληση, η αϋπνία η ανορεξία, η κακοσμία και η θρέψη, τα οποία τους αποθαρρύνουν να συμμετέχουν ενεργά στις δραστηριότητες της ζωής.

Η αξιολόγηση και η αντιμετώπιση αυτών των συμπτωμάτων αποτελούν νοσηλευτική πρόκληση, επειδή μπορεί να υποδηλώνουν σημεία επιδεινώσεως της νόσου ή παρενέργειες από την εφαρμογή της θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Το θέμα της ελαστικότητας της ηλικίας συνταξιοδότησης και γενικότερα της αναδιάρθρωσης του χρόνου εργασίας απασχόλησε τα τελευταία χρόνια πολλές ανεπτυγμένες χώρες ως ,ένα βασικό κοινωνικό πρόβλημα, στο βαθμό που η προοπτική αύξησης του ποσοστού του εργαζόμενου πληθυσμού που επιλέγει την πρόωρη συνταξιοδότηση εντείνει το πρόβλημα της χρηματοδότησης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.

Η τάση για πρόωρη συνταξιοδότηση ενισχύθηκε με τη θεσμοθέτηση κανόνων που έδιναν τη δυνατότητα ευελιξίας, ελαστικότητας στην επιλογή του χρόνου αποχώρησης για ειδικές ομάδες εργαζομένων.

Η αύξηση της ανεργίας έδωσε επίσης έναυσμα για μια κρατική πολιτική πρόωρης συνταξιοδότησης, στο βαθμό που παρότρυνε τους μεγαλύτερης ηλικίας εργαζόμενους να επιλέξουν την πρόωρη συνταξιοδότηση με σκοπό να κενωθούν θέσεις εργασίας για νεότερους.

Η πετρελαϊκή κρίση στις αρχές της δεκαετίας του '70 και στη συνέχεια η διεθνής οικονομική ύφεση και ο στασιμοπληθωρισμός επιβάρυναν τα κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα που έπρεπε να πληρώνουν, λόγω της πρόωρης συνταξιοδότησης, συντάξεις σε μεγαλύτερο αριθμό συνταξιούχων.

Η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και η υγιεινή διαβίωση συνέβαλαν στην παράταση του χρόνου ζωής, αλλά και στη διατήρηση των φυσικών και πνευματικών ικανοτήτων των ανθρώπων επί μακρύτερο χρονικό διάστημα, γεγονός που έκανε οξύτερο το πρόβλημα της χρηματοδότησης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, αφού έπρεπε να πληρώνουν συντάξεις για περισσότερα χρόνια.

Η όξυνση του δημογραφικού προβλήματος, λόγω της υπογεννητικότητας που παρατηρείται στα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη, συνέβαλε στην περαιτέρω έξαρση του προβλήματος, στο βαθμό που το κοινωνικό σύνολο δεν Φαίνεται να είναι διατεθειμένο να δεχθεί αυξήσεις των ασφαλιστικών εισφορών και Φορολογικών επιβαρύνσεων. Η επιδείνωση της αναλογιστικής σχέσης μεταξύ συνταξιούχων και εργαζομένων υπονομεύει τις θεμελιώδεις αρχές του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος και αναιρεί το φιλοσοφικό θεμέλιο του συνταξιοδοτικού συστήματος, την αρχή της αλληλεγγύης των γενεών (intergenerational equity).

Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι οι σημερινοί εργαζόμενοι επωμίζονται το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της χρηματοδότησης των συντάξεων γήρατος και ότι καλούνται να δώσουν στους συνταξιούχους περισσότερα από αυτά που θα πάρουν οι ίδιοι όταν θα συνταξιοδοτηθούν.

Στη δεκαετία του '80, λόγω των τεραστίων ελλειμμάτων των κοινωνικών ταμείων, μεταξύ άλλων διορθωτικών μέτρων, αρκετά ανεπτυγμένα κράτη καθιέρωσαν είτε την αύξηση των ορίων της ηλικίας συνταξιοδότησης, είτε την επιδότηση όσων εργαζομένων παρέμεναν στην εργασία τους πέραν της κανονικής ηλικίας συνταξιοδότησης.

6.1 ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ

Κανονική ηλικία συνταξιοδότησης

Προσδιορισμός ηλικίας συνταξιοδότησης

Ως κανονική ηλικία συνταξιοδότησης θεωρείται, σύμφωνα με τη Διεθνή Σύμβαση Εργασίας 162 του *1980,* που αναφέρεται στους ηλικιωμένους εργαζόμενους, η ηλικία μετά τη συμπλήρωση της οποίας προβλέπεται η καταβολή της σύνταξης γήρατος.

Ο προσδιορισμός των ηλικιών συνταξιοδότησης στα κράτη της Δυτικής Ευρώπης έγινε πριν από αρκετά χρόνια όταν το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν μικρότερο από το σημερινό. Στη Δυτική Γερμανία η ηλικία συνταξιοδότησης στα 65 χρόνια καθιερώθηκε το 1916. Στην Ιταλία η ηλικία 60 για τους άνδρες και 55 για τις γυναίκες ίσχυε από το 1939 και άλλαξε μόλις το Σεπτέμβριο του 1992 σε 65/60, αντίστοιχα. Στην Ελλάδα ως κανονική ηλικία συνταξιοδότησης για το ΙΚΑ ίσχυε το 65ο έτος για τους άνδρες και το 60ό έτος για τις γυναίκες από το 1951 (α.ν. 1846/51 άρθρο 28) και έγινε 65 για όλους τους νεοεισερχόμενους με το ν. 2084/92.

Η ηλικία συνταξιοδότησης δεν αλλάζει εύκολα, δεν προσαρμόζεται στις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες των κρατών και παραμένει ίδια για μακρά διαστήματα. Σήμερα ίσως να μην ανταποκρίνεται μια προκαθορισμένη ηλικία συνταξιοδότησης στον προσδιορισμό ενός ατόμου ως ηλικιωμένου, δεδομένων των επιτευγμάτων της ιατρικής επιστήμης και της υγιεινής διαβίωσης που επιμήκυναν σημαντικά τη ζωή του ανθρώπου και διατήρησαν για περισσότερα χρόνια ακμαίες τις Φυσικές και πνευματικές ικανότητές του. Η «ηλικία απόδοσης», όμως, ως εναλλακτική λύση, είναι εξίσου αυθαίρετη

επιλογή και αποτελεί περισσότερο αφηρημένη εννοια για να χρησιμοποιηθεί.

Στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης οι ηλικίες συνταξιοδότησης κυμαίνονται περί τα 65 χρόνια με διαφορά συν πλην 5 χρόνια.

Κοινή ή διαφοροποιημένη ηλικία λόγω φύλου;

Ήδη, από το 1986, η έκθεση του Ευρωβουλευτή Ciancaglini σχετικά με τη θέση των ηλικιωμένων στα κράτη-μέλη της ΕΟΚ έθετε το ζήτημα της άνισης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών όσον αφορά την ηλικία συνταξιοδότησης. Ο Ciancaglini συμπεραίνει ότι, δεδομένου του σαφώς χαμηλότερου προσδόκιμου επιβίωσης των ανδρών έναντι των γυναικών (3-10 χρόνια), η διάκριση σε βάρος των ανδρών είναι ουσιαστικά μεγαλύτερη απ' αυτή που προκύπτει από τη διαφορά στην ηλικία συνταξιοδότησης αν μετρηθούν τα χρόνια που τελικά οι άνδρες επωφελούνται από τη σύνταξή τους σε σχέση με τις γυναίκες.

Από κοινωνιολογική άποψη, η ύπαρξη διαφοράς στην ηλικία συνταξιοδότησης μεταξύ ανδρών και γυναικών αφενός επιβραβεύει τη γυναίκα για το διπλό ρόλο της στην κοινωνία και αφετέρου, λόγω της διαφοράς ηλικίας που παρατηρείται στα παντρεμένα ζευγάρια, η πρόβλεψη για διαφοροποιημένη ηλικία συνταξιοδότησης δίνει τη δυνατότητα στο. ζευγάρι να συνταξιοδοτείται σχεδόν ταυτόχρονα. Στη συνηθισμένη περίπτωση της ηλικίας συνταξιοδότησης 65 ετών για τον άνδρα και 60 για τη γυναίκα, ένα ζευγάρι που παντρεύτηκε το 1960 σε ηλικίες 30 και 25 ετών, αντίστοιχα, το 1995 μετά από συμπλήρωση 35 χρόνων εργασίας, θα συνταξιοδοτηθεί μαζί.

Στα ανταποδοτικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, οι συνταξιοδοτικές απολαβές των γυναικών είναι συνήθως χαμηλότερες απ' αυτές των ανδρών, στο βαθμό που εξαρτώνται τόσο από το χρόνο ασφάλισης όσο και από το ύψος των αποδοχών. Επειδή όμως οι γυναίκες συνταξιοδοτούνται για περισσότερα χρόνια απ' ό,τι οι άνδρες, τελικά επιβαρύνουν τα ασφαλιστικά ταμεία περίπου όσο και οι άνδρες.

Από τον πίνακα της έκθεσης Ciancaglini, και λαμβάνοντας υπόψη τις μεταγενέστερες αλλαγές, παρατηρούμε ότι από τα 12 κράτη-μέλη της Κοινότητας, 8 έχουν θεσπίσει ενιαία ηλικία συνταξιοδότησης για άνδρες και γυναίκες: Δανία 67, Γαλλία 60, Γερμανία 65, Ιρλανδία 66, Λουξεμβούργο 65, Ολλανδία 65, Ισπανία 65 και Βέλγιο 60.

Έτσι, διαφοροποιημένη ηλικία συνταξιοδότησης έχουν 4 χώρες: Ελλάς

Α 65 - Γ 60, Αγγλία Α 65 - Γ 60, Πορτογαλία Α 65 - Γ 62 και Ιταλία Α 65 - Γ 60.

Ελαστική ηλικία συνταξιοδότησης

Ελαστική συνταξιοδότηση, στην πλέον απλή μορφή, σημαίνει ότι ένα στοιχείο ατομικής επιλογής επηρεάζει τον καθορισμό της ηλικίας και των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης.

Κατά καιρούς διάφορες χώρες έλαβαν μέτρα ελαστικοποίησης των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης και ανέτρεψαν τη «φυσική» ωρίμαση των κοινωνικο-ασφαλιστικών τους συστημάτων. Ειδικότερα, για την καταπολέμηση της ανεργίας χρησιμοποιήθηκε η μείωση της ηλικίας συνταξιοδότησης, η πρόωρη συνταξιοδότηση με ανάλογα μειωμένη σύνταξη, η μερική συνταξιοδότηση σε συνδυασμό με μερική απασχόληση, η διευκόλυνση των συντάξεων αναπηρίας κ.λπ..

Σύμφωνα με σχετική έκθεση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου,10 το ελαστικό σύστημα συνταξιοδότησης ανταποκρίνεται περισσότερο στους σημερινούς τρόπους ζωής και εργασίας. Ανταποκρίνεται στην ελαστικότητα που απαιτούν οι επιχειρήσεις, οι οποίες αφενός δεν υποχρεώνονται να καταβάλλουν αποζημιώσεις για απολύσεις εργαζομένων και αφετέρου συμπιέζουν το εργατικό κόστος, προσλαμβάνοντας νέους χαμηλόμισθους εργαζόμενους στη θέση γηραιοτέρων υψηλόμισθων, όπως και στην ολοένα εντονότερη επιθυμία των γυναικών να μπορούν να εναλλάσσουν περιόδους εργασίας και περιόδους κατάρτισης ή εκπαιδευτικής άδειας, καθώς και να μπορούν να αφιερώνονται για ορισμένα διαστήματα στην ανατροφή των παιδιών ή την περιποίηση των οικείων σε περίπτωση ανάγκης,1! χωρίς να υπάρχει κίνδυνος να χάσουν τη δουλειά τους ή την ασφάλεια που παρέχει η δυνατότητα συνταξιοδότησης στα γεράματά τους.

Στον αντίποδα της άποψης αυτής βρίσκεται βέβαια ο ισχυρισμός ότι η ελαστική συνταξιοδότηση αυξάνει το οικονομικό βάρος που Φέρουν οι παραγωγικοί εργαζόμενοι, όταν οι συνταξιούχοι δεν αντικαθίστανται με νέους εργαζόμενους, διότι, εκτός από την επιδείνωση της οικονομικής θέσης των ασφαλιστικών Φορέων με νέες συντάξεις, δεν αναπληρώνονται τα έσοδά τους από ασφαλιστικές εισφορές ή και, όταν αντικαθίστανται, οι αποδοχές και συνακόλουθα και οι εισφορές των νεοπροσλαμβανομένων είναι μικρότερες

από εκείνες του προσωπικού που αντικαθίσταται.

Παράλληλα, αν δεν υπάρχει αντικατάσταση μειώνεται η Φορολογική βάση, η οποία πρέπει και να στηρίξει οικονομικά τους συνταξιούχους. Ο παράγοντας αυτός θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη διαμόρφωση πολιτικής αναφορικά με τα όρια ηλικίας αποχώρησης, όπως και τα πορίσματα των δημογραφικών μελετών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αναλογία των εργαζομένων ηλικίας 55 ετών και άνω μειώθηκε μεταξύ 1950 και 1985 σημαντικά για την Ευρώπη, από 51,2% σε 20,5%.14 Η ανάπτυξη και η αύξηση της παραγωγικότητας μέσω της απασχόλησης νέων εργαζομένων μπορούν να αντισταθμίσουν τις πρόσθετες δαπάνες υποστήριξης των συνταξιούχων που προκύπτουν από την πρόωρη συνταξιοδότηση. Η προοδευτική μείωση της ανεργίας, εξάλλου, ως επακόλουθο και αυτή της ανάπτυξης, εξισορροπεί τις πιέσεις από την πρόωρη συνταξιοδότηση, ενώ έχει ως παράλληλο αποτέλεσμα την αύξηση των θέσεων μερικής απασχόλησης που κυρίως καλύπτονται από γυναίκες ή άτομα προχωρημένης ηλικίας.

Με το πνεύμα αυτό εκδόθηκε το 1982 η Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την προώθηση της ελαστική ς συνταξιοδότησης.

Η πρόταση οδηγίας του Συμβουλίου για την πλήρη εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών στα εκ του νόμου και στα επαγγελματικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, 16 που προαναφέρθηκε, προβλέπει μερικές περιπτώσεις ελαστική ς συνταξιοδότησης που καλύπτουν και την αρχή της ίσης μεταχείρισης όσον αφορά την ηλικία χορήγησης σύνταξης.

Έτσι, στο άρθρο 9 § 3 αναφέρεται η περίπτωση συνταξιοδοτικών καθεστώτων που δεν ορίζουν συγκεκριμένη ηλικία συνταξιοδότησης, οπότε, είτε παρέχεται δυνατότητα επιλογής της ηλικίας στους ίδιους τους ενδιαφερόμενους για μια ορισμένη χρονική περίοδο της ζωής τους (π.χ. μεταξύ 65 και68 ετών), είτε το δικαίωμα σύνταξης ή άλλης παροχής εξαρτάται αποκλειστικά από τη συμπλήρωση ορισμένου αριθμού ετών ασφάλισης, ίδιου και για τα δύο φύλα.

Συνταξιοδοτικά καθεστώτα με μειωμένα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης

Η δυνατότητα συνταξιοδότησης σε μικρότερη ηλικία τόσο των ανδρών

όσο και των γυναικών θεωρήθηκε ότι αποτελεί έναν ανώδυνο τρόπο για ανακούφιση της ανεργίας, όπως αναγνώρισε και η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων σε σχετικό έγγραφό της.

Έτσι, χώρες της Δυτικής Ευρώπης μείωσαν την ηλικία συνταξιοδότησης ανδρών και γυναικών (η Γαλλία μείωσε το 1983 το όριο από 65 σε 60), συνήθως σε εθελοντική βάση, παροτρύνοντας δηλαδή τους μεγαλύτερης ηλικίας υψηλόμισθους εργαζομένους να επιλέξουν την «πρόωρη πλήρων αποδοχών συνταξιοδότηση» με σκοπό να κενωθούν χαμιλόμισθες θέσεις εργασίας για νεότερους. Η χορήγηση μάλιστα ειδικών- επιδομάτων, η βελτίωση του ύψους των συνταξιοδοτικών παροχών και η εζασφάλιση των συντάξεων από τον πληθωρισμό (π.χ. Αυτόματη Τιμαριθμική Αναπροσαρμογή - ΑΤΑ) ενίσχυσε την τάση για πρόωρη αποχώρηση από την εργασία.

Στην ίδια περίοδο δόθηκε η δυνατότητα, υπό προϋποθέσεις, στους εργαζόμενους άλλων χωρών (π.χ. στο Βέλγιο), εργασίας με μερική απασχόληση - συνταξιοδότηση. Εννέα από τις χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας δίνουν δυνατότητα πρόωρης συνταξιοδότησης με πλήρη ή μειωμένη σύνταξη. Στην Ελλάδα πρόωρη συνταξιοδότηση με μειωμένη σύνταξη δίδεται σε ηλικία Α 60 - Γ 55. Από τα ευρωπαϊκά κράτη, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Ολλανδία δεν πρόβλεψαν δυνατότητα πρόωρης συνταξιοδότησης.

Η χαμηλότερη ηλικία συνταξιοδότησης δεν σημαίνει πάντως αναγκαστικά περισσότερες θέσεις εργασίας για τους νεότερους, στο βαθμό που δεν υπάρχει παράλληλη οικονομική ανάκαμψη και αύξηση της παραγωγικότητας. Άλλωστε, οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι δεν μπορεί να κατηγορούνται αποκλειστικά για την αύξηση της ανεργίας στη χώρα τους, όπως χαρακτηριστικά λέχθηκε από τον εκπρόσωπο του γκρουπ της BangKock στην Παγκόσμια Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών για την τρίτη ηλικία, που έγινε στη Βιέννη το καλοκαίρι του 1982.

Πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί και πάντως Φειδωλοί απέναντι στη μείωση των ορίων της ηλικίας συνταξιοδότησης ως μέτρο για την ανακούφιση της ανεργίας των νέων, στο βαθμό που αποτελεί ένα μέτρο ανελαστικό, βραχυπρόθεσμο, που μερικά μόνο λύνει το πρόβλημα, ενδεχομένως το μεταθέτει από μια κοινωνική ομάδα σε μια άλλη, ενώ ίσως παράλληλα να

δημιουργεί και άλλα προβλήματα οικονομικά (χρηματοδότηση του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος, στο βαθμό που χορηγούνται συντάξεις για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα) και κοινωνικά (προσαρμογή των νέων σε ηλικία συνταξιούχων). Επιπλέον, το μέτρο της μείωσης των ορίων της ηλικίας συνταξιοδότησης είναι δύσκολα αναστρέψιμο.

Εξάλλου, δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε και την πιθανότητα ν' αποτελέσουν οι εργαζόμενοι της τρίτης ηλικίας ένα πολύτιμο οικονομικό κεφάλαιο, εξαιτίας του οξέος δημογραφικού προβλήματος, δηλαδή του συνεχώς μειούμενου αριθμού γεννήσεων στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης .

Ειδικές περιπτώσεις πρόωρης συνταξιοδότησης

Η τάση για πρόωρη συνταξιοδότηση ενισχύθηκε με τη θεσμοθέτηση κανόνων που έδιναν τη δυνατότητα ελαστικότητας (ευελιξίας) στην επιλογή του χρόνου αποχώρησης, για ομάδες εργαζομένων όπως οι εργαζόμενοι σε βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα, οι μακροχρόνια άνεργοι κάποιας ηλικίας, οι μερικώς ανίκανοι προς εργασία, οι εργαζόμενες πολύτεκνες μητέρες, οι μοναχικές άπορες γυναίκες Κ.λπ.. Ειδικότερα:

Είναι γεγονός ότι η παροχή, ειδικά στις γυναίκες, δυνατότητας για πρόωρη συνταξιοδότηση είναι δυνατόν να θεωρηθεί και ως μία μορφή αναγνώρισης της οικιακής εργασίας που επί χρόνια αυτές εκτελούν δωρεάν, προς το συμφέρον της κοινωνίας και παράλληλα με την εξωοικιακή τους απασχόληση.

Έτσι, στη Γαλλία από τον Ιούλιο του 1976, μητέρες που έχουν 3 παιδιά και εργάζονταν επί 15 χρόνια από τα οποία σε χειρωνακτική εργασία τα 5 τελευταία, μπορούν να αποχωρήσουν και να συνταξιοδοτηθούν όταν θα έχουν πληρωμένες εισφορές κοινωνικής ασφάλισης -για 30 χρόνια και συμπληρωμένη την ηλικία των 60 ετών.28 Στην ίδια χώρα το 1979, δικαίωμα πλήρους συνταξιοδότησης δόθηκε στις γυναίκες ηλικίας 60 ετών που ανέθρεψαν 3 τουλάχιστον παιδιά και ήταν ασφαλισμένες για τουλάχιστον 37,5 χρόνια.

Στη Δανία, μέχρι το 1984, οι ανύπανδρες, χήρες, διαζευγμένες άπορες γυναίκες 62 ετών και άνω είχαν δικαίωμα σε πρόωρη συνταξιοδότηση.

Στη Δυτική Γερμανία μετά το 1973, όσες γυναίκες είναι ασφαλισμένες 121 μήνες κατά τη διάρκεια των 20 τελευταίων ετών μπορούν ν' αποχωρήσουν στην ηλικία των 60 αντί των 65 ετών.

Στην Ελλάδα η 15ετία των γυναικών δημοσίων υπαλλήλων θεσπίστηκε με διάταγμα στις 31.10.1935. Το άρθρο 19 §1 του τελευταίου ασφαλιστικού νόμου 2084/92 ορίζει: «Για τις μητέρες υπαλλήλους οι οποίες έχουν προσληφθεί μέχρι και την 31.12.1982 και είναι χήρες με άγαμα παιδιά ή διαζευγμένες με άγαμα παιδιά ή άγαμες μητέρες με άγαμα παιδιά, καθώς και για τις γυναίκες που είναι έγγαμες, αρκεί η συμπλήρωση δεκαπενταετούς πλήρους πραγματικής συντάξιμης υπηρεσίας μέχρι την 31.12.1992, για όσες δε συμπληρώνουν τη δεκαπενταετία από 1.1.1993 και μετά προστίθεται ένα εξάμηνο για κάθε ημερολογιακό έτος..» Στην τρίτη παράγραφο του ίδιου άρθρου καθορίζονται τα όρια ηλικίας για τις διάφορες κατηγορίες γυναικών' δηλαδή, για - τις μητέρες με ανήλικο παιδί σωματικώς ή πνευματικώς ανίκανο κατά ποσοστό 50% και άνω με ανάπηρο σύζυγο με ποσοστό 67% και άνω ορίζεται το 420 έτος και για τις έγγαμες γυναίκες με ή χωρίς παιδιά ή χήρες ή διαζευγμένες και μητέρες άγαμες με ενήλικα και άγαμα παιδιά ορίζεται το 530 έτος ηλικίας συμπληρωμένο. Αν η γυναίκα δημόσιος υπάλληλος έχει 3 παιδιά μπορεί να συνταξιοδοτηθεί μετά από 20ετή πλήρη συντάξιμη υπηρεσία ανεξάρτητα από την ηλικία της.

Για την ήδη ασφαλισμένη στο ΙΚΑ μητέρα ανήλικου παιδιού δίνεται η δυνατότητα με το άρθρο 27 §1 του ν. 1902/90 να πάρει πλήρη σύνταξη στα 55 έτη αν έχει συμπληρώσει 5500 ημέρες εργασίας ή μειωμένη στα 50.

Για τους νεοασφαλισμένους όμως από 1.1.93, ο ν. 2084/92 ορίζει ότι οι μητέρες με ανήλικα ή ανίκανα παιδιά που είναι πολιτικοί δημόσιοι υπάλληλοι μπορούν να συνταξιοδοτηθούν μετά από 15 χρόνια ασφάλισης, αλλά σε ηλικία 55 ετών, ενώ αν έχουν 3 παιδιά μετά από 20 χρόνια πλήρους ασφάλισης και σε ηλικία 56 ετών μειωμένη κατά 3 χρόνια για κάθε επιπλέον παιδί (δηλ. με 4 στα 53, με 5, 6, 7, κ.λ.π. στα 50). Για τις γυναίκες μητέρες στρατιωτικούς που έχουν ανίκανα παιδιά ή τουλάχιστον 3 παιδιά παρέχεται το δικαίωμα συνταξιοδότησης μετά από 20ετή πλήρη ασφάλιση ανεξάρτητα από ηλικία. Τέλος, για τις μητέρες εργαζόμενες νεοασφαλιζόμενες στο ΙΚΑ που έχουν παιδιά ορίζεται ότι μπορούν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα αν έχουν 20ετή πλήρη ασφάλιση ή 6500 ημέρες εργασίας και ηλικία 56 ετών για τρία παιδιά, 53 για τέσσερα, 50 για πέντε κ.λ.π. άγαμα παιδιά ορίζεται το 530 έτος ηλικίας συμπληρωμένο. Αν η γυναίκα δημόσιος υπάλληλος έχει 3 παιδιά μπορεί να συνταξιοδοτηθεί μετά από 20ετή πλήρη συντάξιμη υπηρεσία

ανεξάρτητα από την ηλικία της.

Για την ήδη ασφαλισμένη στο ΙΚΑ μητέρα ανήλικου παιδιού δίνεται η δυνατότητα με το άρθρο 27 §1 του ν. 1902/90 να πάρει πλήρη σύνταξη στα 55 έτη αν έχει συμπληρώσει 5500 ημέρες εργασίας ή μειωμένη στα 50.

Για τους νεοασφαλισμένους όμως από 1.1.93, ο ν. 2084/92 ορίζει ότι οι μητέρες με ανήλικα ή ανίκανα παιδιά που είναι πολιτικοί δημόσιοι υπάλληλοι μπορούν να συνταξιοδοτηθούν μετά από 15 χρόνια ασφάλισης, αλλά σε ηλικία 55 ετών, ενώ αν έχουν 3 παιδιά μετά από 20 χρόνια πλήρους ασφάλισης και σε ηλικία 56 ετών μειωμένη κατά 3 χρόνια για κάθε επιπλέον παιδί (δηλ. με 4 στα 53, με 5, 6, 7, κ.λπ. στα 50). Για τις γυναίκες μητέρες στρατιωτικούς που έχουν ανίκανα παιδιά ή τουλάχιστον 3 παιδιά παρέχεται το δικαίωμα συνταξιοδότησης μετά από 20ετή πλήρη ασφάλιση ανεξάρτητα από ηλικία. Τέλος, για τις μητέρες εργαζόμενες νεοασφαλιζόμενες στο ΙΚΑ που έχουν παιδιά ορίζεται ότι μπορούν να συνταξιοδοτηθούν πρόωρα αν έχουν 20ετή πλήρη ασφάλιση ή 6500 ημέρες εργασίας και ηλικία 56 ετών για τρία παιδιά, 53 για τέσσερα, 50 για πέντε κ.λπ..

Μεγάλη αύξηση του αριθμού των συνταξιούχων οφείλεται στη σταδιακή επέκταση του καταλόγου των βαρέων και ανθυγιεινών επαγγελμάτων(ΒΑΕ) και στη μείωση της ηλικίας συνταξιοδότησης των αντίστοιχων ασφαλισμένων. Αυτό συνέβη σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, αλλά στην Ελλάδα, κυρίως μεταξύ 1977-1979 και 1984-1985, περιλήφθηκαν στον κατάλογο των ΒΑΕ επαγγέλματα τα οποία σε καμία άλλη χώρα δεν χαρακτηρίζονται ως ανθυγιεινά, και σε πολλές περιπτώσεις μειώθηκε σε αδικαιολόγητα επίπεδα η ηλικία συνταξιοδότησης (π.χ. για ορισμένες κατηγορίες ηθοποιών, μουσικών, χορευτών, το όριο ηλικίας κατεβαίνει στο 480-50

Για τους ασφαλισμένους μέχρι 31.12.92 στο ΙΚΑ που έχουν υπαχθεί στα ΒΑΕ, ο ν. 1902/90, άρθρο 27 § 1 δίνει δικαίωμα πλήρους συντάξεως στα 60 για τους άνδρες και στα 55 για τις γυναίκες, υπό προϋποθέσεις. Δίδεται όμως η δυνατότητα σε εργαζόμενους σε υπόγειες στοές ή υποθαλάσσιες εργασίες να συνταξιοδοτηθούν, υπό προϋποθέσεις, στο 550 ή και στο50ό έτος (ν. 2084/92, άρθρο 48 § 2).

Τα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης αλλάζουν όμως για τους νεοασφαλιζόμενους από 1.1.93, οπότε, σύμφωνα με το άρθρο 24 § 3-4 του ν. 2084/92, θα δικαιούνται πλήρη σύνταξη μετά τη συμπλήρωση του 60ού έτους

ηλικίας και υπό προϋποθέσεις, άνδρες και γυναίκες που ασκούν βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα και στα 55 όσοι εργάσθηκαν σε μεταλλεία και λιγνιτωρυχεία ή σε εναέριες ή υποθαλάσσιες εργασίες.

Αγρότες

Η κοινοτική οδηγία 76/160 αποσκοπούσε στη μείωση του γεωργικού πληθυσμού των έξι ιδρυτικών κρατών-μελών της ΕΟΚ. Στα πλαίσια της μεταρρύθμισης της Κοινής Αγροτικής Πολιτικής (ΚΛΠ) 'εγκρίθηκε ο κοινοτικός κανονισμός 1096/88 περί ενθαρρύνσεως της παύσεως της γεωργικής δραστηριότητας, με στόχο την αναδιάρθρωση ή και τη μείωση της αγροτικής παραγωγής. Ο κανονισμός προέβλεπε και τη διαδοχή στην εκμετάλλευση από νέους καλλιεργητές-αγρότες, μετά από πρόωρη συνταξιοδότηση των εν ενεργεία αγροτών.

Στην Ελλάδα, δικαιούχοι της πρόωρης συνταξιοδότησης ήταν οι κατά κύριο επάγγελμα αγρότες, ηλικίας 55-65 ετών, που παραχωρούσαν την εκμετάλλευση στα παιδιά τους ή σε τρίτους. Επίσης, μπορούσαν να ενταχθούν στο καθεστώς της πρόωρης συνταξιοδότησης και οι εν ενεργεία μικροεπαγγελματίες, εφόσον τα εξωγεωργικό τους εισόδημα ήταν μικρότερο από το 50% ,του συνολικού τους εισοδήματος και ζούσαν σε δήμους ή κοινότητες με πληθυσμό κάτω των 10.000 κατοίκων. Ο θεσμός λειτούργησε, αλλά υπήρξαν αρκετές περιπτώσεις αντικανονικής υπαγωγής.

Συντάξεις αναπηρίας

Στην αύξηση του αριθμού των συνταξιούχων συνετέλεσε και η αύξηση των αναπηρικών συντάξεων, που δίνουν δυνατότητα πρόωρης αποχώρησης, από το σύστημα για λόγους όχι μόνο πραγματικής φυσικής ή πνευματικής αναπηρίας, αλλά και για λόγους κοινωνικής πολιτικής (<<κοινωνικά κριτήρια» ή «κριτήρια αγοράς εργασίας», όπως αποκαλούνται), σε περιπτώσεις υγιών ατόμων, ανίκανων όμως να διαθρέψουν τον εαυτό τους.

Στην Ελλάδα, και ειδικότερα στο ΙΚΑ, όπου περίπου το 27% των συνταξιούχων λαμβάνει τέτοιες συντάξεις, συνέρρεε μεγάλος αριθμός ασφαλισμένων από τις αγροτικές περιοχές που, αδυνατώντας να συμπληρώσει τις προϋποθέσεις της σύνταξης γήρατος, επεδίωκε την απονομή

σύνταξης αναπηρίας.33

Έτσι, στην Ελλάδα, λόγω των αναπηρικών συντάξεων, έπεσε η μέση ηλικία συνταξιοδότησης, μεταξύ 1974 και 1984, από τα 54 στα 52 χρόνια, ενώ οι πρόωρες αναπηρικές συντάξεις του ΟΓΑ που χορηγήθηκαν το 1974 ήταν 39.000, το 1980 ήταν 114.000 και το 1985 ήταν 150.000.

Οι νεότεροι ασφαλιστικοί νόμοι 1902/91, 1976/91 και 2084/92 προσπάθησαν να θέσουν σε νέα βάση το καθεστώς της απονομής των συντάξεων αναπηρίας και την περιστολή των καταγγελλόμενων καταχρήσεων. Υπάρχει μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της δημογραφικής εξέλιξης και του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος μιας χώρας. Από τη μια πλευρά, η ζήτηση ασφαλιστικών παροχών επηρεάζεται από τη δημογραφική εξέλιξη αλλά και, αντίστροφα, οι μεταβολές στα κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα επηρεάζουν τη δημογραφική εξέλιξη.

Δημογραφική εξέλιξη και κοινωνική ασφάλιση

Υπάρχει μια σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της δημογραφικής εξέλιξης και του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος μιας χώρας. Από τη μια πλευρά, η ζήτηση ασφαλιστικών παροχών επηρεάζεται από τη δημογραφική εξέλιξη αλλά και, αντίστροφα, οι μεταβολές στα κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα επηρεάζουν τη δημογραφική εξέλιξη.

Η κυριότερη δημογραφική επίδραση στα κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα συνδέεταί με τη γήρανση του πληθυσμού. Η γήρανση αυτή απειλεί ιδιαίτερα τα κοινωνικο-ασφαλιστικά συστήματα των χωρών της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνει λόγω μακροημέρευσης και το ποσοστό των οικονομικά ικανών και ενεργά εργαζομένων μειώνεται λόγω υπογεννητικότητας. Το 2025 στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, τα άτομα με ηλικία πάνω από τα 65 θα αυξηθούν κατά21.000.000, ενώ ο ενεργός πληθυσμός θα μειωθεί κατά 15.000.000.

Σημειωτέον, ότι η Ελλάδα είναι η περισσότερο γηρασμένη χώρα στα Βαλκάνια και η 5η κατά σειρά γήρανσης μεταξύ των δώδεκα κρατών μελών της Ε.Κ..37 Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τις προβλέψεις του ΟΟΣΑ,38 οι άνω των 65 ετών πολίτες που το 1990 αντιπροσώπευαν το14,4% του πληθυσμού της Ε.Κ. και το 12,7% του ελληνικού πληθυσμού, το 2020 θα αντιπροσωπεύουν το 19,1% και 16,1%, αντίστοιχα, δηλαδή αυξήσεις της

τάξης του 30-35%.

Η γήρανση του πληθυσμού αφενός αυξάνει τις κοινωνικές δαπάνες (συντάξεις γήρατος, δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης) και αφετέρου μειώνει τις ασφαλιστικές εισφορές. Η γήρανση του πληθυσμού ανάγεται έτσι σε βασικό πρόβλημα των κοινωνικών ασφαλίσεων, με την έννοια ότι για να συγκρατηθούν οι παροχές στα σημερινά επίπεδα πρέπει να αυξάνονται σταθερά τα έσοδα, δηλαδή οι ασφαλιστικές εισφορές και οι κρατικές επιχορηγήσεις.

Συνταξιοδοτικά καθεστώτα με αυξημένα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης

Η επιδείνωση της αναλογίας ασφαλισμένων προς συνταξιούχους δεν οφείλεται όμως μόνο στη δημογραφική γήρανση αλλά και στην ελαστικότητα των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης. Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ για το 1982, ο κύριος όγκος των συνταξιούχων γήρατος αφορούσε δικαιούχους με λιγότερα από 25 χρόνια ασΦάλισης. Σημειωτέον, ότι το άρθρο 29 § 2 της ΔΣΕ 102 υποχρεώνει τα κράτη να χορηγούν μειωμένη παροχή σε όσους το επιθυμούν και έχουν συμπληρώσει 15 χρόνια ασφάλισης ή απασχόλησης, δηλαδή 4.500 ημέρες εργασίας.

Οι περισσότερες χώρες της Ε.Κ. έλαβαν, ως ήδη αναφέραμε, μέτρα ελαστικοποίησης των προϋποθέσεων συνταξιοδότησης (μείωση της ηλικίας συνταξιοδότησης), κυρίως στην προσπάθειά τους να καταπολεμήσουν την ανεργία, τα οποία όμως ανέτρεψαν τη φυσική ωρίμαση των κοινωνικοασφαλιστικών συστημάτων.

Υπό το βάρος της καθίζησης της οικονομίας τους, λόγω κυρίως των τεραστίων ελλειμμάτων που αντιμετώπιζαν τα κοινωνικο-ασφαλιστικά τους συστήματα, οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης άρχισαν μια προσπάθεια τόνωση ς της αγοράς εργασίας με αύξηση του εργατικού δυναμικού και παράλληλης ανακούφισης και εξυγίανσης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Ανάμεσα σε άλλα διορθωτικά μέτρα θεσμοθέτησαν και μέτρα αύξησης της μέσης ηλικίας συνταξιοδότησης, ώστε να βελτιωθεί ο λόγος μεταξύ εργαζομένων και συνταξιούχων.

Μερικές χώρες αύξησαν γενικά τα όρια της ηλικίας συνταξιοδότησης, όπως η Ιταλία και η Δανία. Άλλες έδωσαν στους εργαζόμενους κάποιας ηλικίας τη δυνατότητα παραμονής στην εργασία τους πέραν της κανονικής ηλικίας

συνταξιοδότησης, με ή χωρίς πρόσθετη επιδότηση, όπως η Γαλλία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Αγγλία, η Δυτική Γερμανία και η Δανία. Στην Ελλάδα, με το ν. 2084/92, άρθρο 27, δόθηκε στους δημοσίους υπαλλήλους, οι οποίοι επιθυμούν να παραμείνουν στην εργασία τους πέραν της 35ετίας και μέχρι 40 έτη, πέραν του 80% του μισθού τους ως σύνταξη και πρόσθετη επιδότηση 1/50 για κάθε επιπλέον έτος υπηρεσίας. Για τους ασφαλισμένους στο ΙΚΑ, που εξακολουθούσαν να εργάζονται και είναι 58 ετών με 10.500 ημέρες εργασίας, ο ν. 2084/92, άρθρο 70 § 2 κατήργησε την προβλεπόμενη από το ν. 825/78, άρθρο 10 § 3 πρόσθετη προσαύξηση της σύνταξής τους εφεξής, τους επιτρέπει όμως να εργάζονται και πέραν της συνταξιοδότησής τους λόγω 35ετίας.

Πάντως, μια αύξηση της ηλικίας συνταξιοδότησης συναντά μεγάλες δυσκολίες στη θεσμοθέτησή της εκ μέρους των κοινωνικών εταίρων, οι οποίοι θεωρούν ότι έτσι προσβάλλονται κεκτημένα δικαιώματά τους, οπότε θα πρέπει αφενός να γίνεται σταδιακά και αφετέρου κατά το δυνατόν σε εθελοντική βάση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, για πολλούς λόγους, οι σπουδαιότεροι των οποίων είναι:

Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την παρουσία ατόμων με πολλαπλά χρόνια προβλήματα και ανάγκες.

Η συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στα νοσοκομεία που επιβάλλεται από την πίεση του υψηλού κόστους νοσηλείας, η οποία αυξάνει τον αριθμό ατόμων όλων των ηλικιών που χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι για κάποιο χρονικό διάστημα.

Η ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι (ιδιαίτερα στις χώρες που οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές).

Η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών (όπως χημειοθεραπεία ή αιμοκάθαρση) στον χώρο του σπιτιού δίδει την ευκαιρία στα άτομα αυτά να

παραμείνουν ή να επιστρέψουν στο σπίτι τους συνεχίζοντας την θεραπεία στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Επειδή ο πληθυσμός που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας στο σπίτι ποικίλλει σε ηλικία και σε ανάγκες και οι τομείς που συμπεριλαμβάνει είναι πολλοί, την ομάδα νοσηλείας στο σπίτι αποτελούν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων: νοσηλευτές, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, διάφοροι εργαστηριακοί, λογοθεραπευτές καθώς και βοηθητικές υπηρεσίες στο σπίτι. Ακόμη υπηρεσίες που προμηθεύουν βοηθητικά μέσα, ειδικά μέσα μεταφοράς κλπ. Γενικά οι υπηρεσίες διακρίνονται σε δύο μεγάλες ομάδες. Τις επιστημονικές και τις υποστηρικτικές.

Η Νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί ουσιαστικό και ζωτικό τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μαζί δε με την Αγωγή Υγείας αποτελούν την πεμπτουσία της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

Οι δυο αυτές νοσηλευτικές δραστηριότητες αλληλοσυμπληρώνονται και συνεργάζονται άμεσα στην κοινότητα.

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι η κατεξοχήν δραστηριότητα που διεκπεραιώνεται στον χώρο που ζει το άτομο, δηλαδή στο σπίτι του. Ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος και ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών δίδουν τον πιο κάτω ορισμό για τη νοσηλεία στο σπίτι.

Η Νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί το σύνολον των δραστηριοτήτων εκείνων, με βάση τις οποίες οι υπηρεσίες υγείας μεταφέρονται στα άτομα και στην οικογένεια στο χώρο που ζουν με αντικειμενικό σκοπό την διατήρηση, την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας τους. Η νοσηλεία στο σπίτι βοηθεί τα άτομα να αυξήσουν το επίπεδο ανεξαρτησίας, περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της αρρώστιας.

Οι υπηρεσίες που είναι απαραίτητες προγραμματίζονται ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας. Επιβλέπονται και προσφέρονται από το ειδικό κατά περίπτωση προσωπικό ή με τη χρησιμοποίηση ανάλογων μέσων και υπηρεσιών.

7.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύνδεσμο η νοσηλεία στο σπίτι παρέχει τις πιο κάτω υπηρεσίες:

1. Μερική ή κατά χρονικά διαστήματα νοσηλευτική φροντίδα που

παρέχεται από πτυχιούχο νοσηλευτή ή υπό τη δική του επίβλεψη.

2. Φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, λογοθεραπεία, που προσφέρεται από τους ειδικούς επιστήμονες στον κάθε τομέα.
3. Ιατρική φροντίδα από τον γιατρό ή υπό την επίβλεψή του. Μερική ή κατά χρονικά διαστήματα βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι.
4. Παροχή νοσηλευτικών και ιατρικών μέσων (φάρμακα, οροί, εμβόλια και βοηθητικά μέσα).
5. Άλλες ειδικές ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες από ειδικούς ανάλογα με την περίπτωση για θεραπεία ή διδασκαλία.

Η νοσηλεία στο σπίτι περιλαμβάνει σειρά υπηρεσιών που μπορούν να μεταφερθούν στο σπίτι ξεχωριστά η κάθε μια ή σε συνδυασμό, με σκοπό να βοηθήσουν τα άτομα όλων των ηλικιών να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκύπτουν μετά από ξαφνική αρρώστια, υποτροπή χρόνιας αρρώστιας ή μακροχρόνια αναπηρία και ανικανότητα, διατηρώντας το υψηλότερο δυνατό ε-πίπεδο της υγείας, της δραστηριότητας και της ανεξαρτησίας τους, ανάλογα με την περίπτωση.

Όλοι οι ορισμοί που δόθηκαν συμπίπτουν ως προς το περιεχόμενο και τον σκοπό. Οι διαφορές παρουσιάζονται ως προς τον τρόπο της πρακτικής λειτουργίας των υπηρεσιών, αλλά και ως προς την ερμηνεία που δίδεται στους ορισμούς αυτούς, τόσο από την πλευρά του επιστήμονα που υπηρετεί στις υπηρεσίες αυτές όσο και από την πλευρά του αποδέκτη.

Η οικογένεια αποτελεί ουσιαστικό πυρήνα της νοσηλείας στο σπίτι. Ο όρος οικογένεια εδώ χρησιμοποιείται με πολύ ευρεία έννοια και περιλαμβάνει κάθε άτομο που αναλαμβάνει να βοηθήσει στη φροντίδα του ατόμου στο σπίτι. Στα καθήκοντα του ατόμου αυτού περιλαμβάνεται η επίβλεψη και η βοήθεια προς το άρρωστο άτομο, η υποστήριξή του σε κάθε νοσηλεία, όπως ατομική περιποίηση και καθαριότητα, διατροφή, λήψη φαρμάκων, κινητοποίηση του ατόμου και σε κάθε δραστηριότητα που συντελεί στην βελτίωση της υγείας του. Το άτομο αυτό στον χώρο της οικογένειας είναι πολύτιμο, διότι εξασφαλίζει την συνέχεια της φροντίδας στα μεσοδιαστήματα μεταξύ των επισκέψεων των ειδικών επιστημόνων (νοσηλευτών, γιατρών, φυσιοθεραπευτών κλπ.).

Οι σκοποί στην φροντίδα του ατόμου βασίζονται στις αρχές της διατήρησης προαγωγής και αποκατάστασης της υγείας ανεξάρτητα και

άσχετα με το ποιος δίδει την φροντίδα στο σπίτι. Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την φροντίδα του ατόμου στο σπίτι *βοηθούν Το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο να δραστηριοποιηθεί,* στο ανώτερο δυνατό επίπεδο, με σκοπό να προληφθεί η εξάρτησή του από τους άλλους και να αυξηθεί το επίπεδο ανεξαρτησίας και αυτοφροντίδος. Η νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να έχει την μορφή διδασκαλίας και επίδειξης ή να αποτελεί προσπάθεια σύνδεσης του ατόμου αυτού με ανάλογες υπηρεσίες της κοινότητος, που προσφέρουν περιορισμένη, συγκεκριμένη βοήθεια, με σκοπό να βοηθήσουν το άτομο να παραμείνει στο σπίτι του. Η προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση *βοηθεί στην πρόληψη επιπλοκών από την χρονιότητα της νόσου,* με αποτέλεσμα να περιοριστούν οι αναπηρίες και οι διάφορες παρενέργειες. Αμέτρητες είναι οι επιπλοκές των χρόνιων νοσημάτων, οι οποίες μπορούν να προληφθούν με τη σωστή παρέμβαση στον χώρο του σπιτιού. Μπορεί ακόμη να προσφερθεί *φροντίδα στο άτομο, που βρίσκεται στα τελικά στάδια* της ζωής, διατηρώντας έτσι τον άρρωστο στο δικό του περιβάλλον μέχρι το τέλος, με την προϋπόθεση βέβαια ότι θα υπάρχει η ανάλογη διάθεση και συμμετοχή της οικογένειας. Η ανακούφιση του ατόμου από τον πόνο επίσης είναι δυνατή στον χώρο της οικογένειας. Η ρύθμιση των φαρμάκων συντονίζεται και επιβλέπεται από τον νοσηλευτή ο οποίος αξιολογεί και παρακολουθεί τον άρρωστο συνεργαζόμενος στενά με τον γιατρό, ο οποίος στη συνέχεια μπορεί να μετατρέψει, να αυξήσει ή να ελαττώσει την ποσότητα του φαρμάκου που χορηγείται, ανάλογα με τη νοσηλευτική έκθεση για την πορεία και τις παρενέργειες που παρουσιάζονται.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στο σπίτι είναι ανάλογες με την ανάγκη ή το πρόβλημα του ατόμου. Όσο το επίπεδο ανεξαρτησίας του ατόμου αυξάνεται, τόσο οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που προσφέρονται σταδιακά περιορίζονται.

Υπάρχουν διάφορες μορφές και προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι ανάλογα με τον οικονομικό φορέα που τις συντηρεί και τη διοικητική τους οργάνωση.

1. <u>Κρατικές ή Δημόσιες Υπηρεσίες</u> νοσηλείας στο σπίτι ονομάζονται οι υπηρεσίες εκείνες που κατευθύνονται και συντηρούνται από το Κράτος. Οι διάφοροι ασφαλιστικοί οργανισμοί μπορεί να συμβληθούν με το κράτος και να καλύπτουν έτσι το σύνολο ή μέρος των εξόδων των ατόμων που

υπηρετούνται.

2. Ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί μπορεί επίσης να διαθέτουν υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι, οι οποίες να επιχορηγούνται και από το κράτος ή την κοινότητα την οποία υπηρετούν. Μια τέτοια υπηρεσία είναι ο Ερυθρός Σταυρός.

3. Υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι που ανήκουν ή ξεκινούν από ένα μεγάλο νοσοκομείο. Από το 1970 και μετά τέτοια προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι ξεκίνησαν από μεγάλα νοσοκομεία με σκοπό να εξασφαλίσουν στους αρρώστους την συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας και να περιορίσουν το μεγάλο κόστος της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Το πλεονέκτημα των υπηρεσιών αυτών είναι ότι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις ήδη υπάρχουσες πηγές και μέσα του νοσοκομείου για να καλύψουν τις ανάγκες των ατόμων.

4. Υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι που ανήκουν σε κάποιο συγκεκριμένο Δήμο ή κοινότητα και συντηρούνται από αυτόν.

Συνήθως οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι λειτουργούν σαν τμήμα και τομέας του Κέντρου Υγείας ή του Κέντρου Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τα οποία κατά πολύ μεγάλο ποσοστό είναι Κρατικά, ανάλογα βέβαια πάντοτε και με το σύστημα και την πολιτική που ακολουθεί η κάθε χώρα σχετικά με την οργάνωση και το σύστημα Υγείας. Σε πολλές χώρες μπορούν να λειτουργήσουν και τα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σαν Ιδιωτικοί ανταγωνιστικοί οργανισμοί, όπως συμβαίνει στις ΗΠΑ.

7.2 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

1. Να οργανώσει και εφαρμόσει υψηλής ποιότητος νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη σε επιστημονικές θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες, με τον σκοπό:
   - Να προσφέρει επιδέξια νοσηλευτική φροντίδα στα άρρωστα άτομα της κοινότητος.
   - Να αξιολογεί τις άμεσες και μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας των άρρωστων και των οικογενειών τους.
   - Να προσφέρει υποστήριξη, βοήθεια και κατεύθυνση στους συγγενείς των ατόμων που συμμετέχουν στην φροντίδα.

- Να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.
- Να είναι σε θέση να βοηθήσει στον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης της υγείας των ατόμων της κοινότητος.

2. Να προσφέρει την εξειδικευμένη νοσηλευτική γνώση και συμβολή του στην εργασία όλης της ομάδος ΠΦΥ.

- Επιβλέποντας και συντονίζοντας την εργασία της νοσηλευτικής ομάδος.
- Συνεργαζόμενος τόσο με το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και με τα άλλα μέλη της ομάδος ΠΦΥ για να εξασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδος.

3. Να συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα σε όλους τους τομείς και ομάδες της κοινότητος.

4. Να προσφέρει γνώμη και προτάσεις σχετικά με τα νοσηλευτικά θέματα και τις προοπτικές του νοσηλευτικού έργου στην Κοινότητα.

Οι νοσηλευτές στα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι ασχολούνται με αναρρωνύοντες από οξέα παθολογικά νοσήματα και χειρουργικούς αρρώστους μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, και πολύ περισσότερο, με χρόνια πάσχοντες και ηλικιωμένους που παρουσιάζουν ποικιλία προβλημάτων. Εφαρμόζουν κάθε είδους νοσηλευτική φροντίδα, που δεν απαιτεί απαραίτητα .ιδιαίτερο νοσοκομειακό εξοπλισμό. Ο σκοπός των νοσηλευτών είναι να διδάξουν τους συγγενείς των αρρώστων και να τους βοηθήσουν, ώστε σταδιακά να αναλάβουν να φροντίζουν με ασφάλεια τον άρρωστο. Ο ρόλος τους στην αγωγή υγείας είναι σημαντικός και οι ευκαιρίες για ατομική διδασκαλία και ενημέρωση είναι ατελείωτες.

Επειδή τα άρρωστα από χρόνια νοσήματα άτομα αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα πληθυσμού που έχει ανάγκη των υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι, κρίνεται σκόπιμο να γίνει κάποια σχετική αναφορά στα άτομα αυτά καθώς και στον ρόλο του νοσηλευτή στην κάλυψη των αναγκών της υγείας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8:

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΤΙΚΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

8.1 Νοσηλευτική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου στην κοινότητα

Σύμφωνα με την Carnevali ο πρωταρχικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο (και την οικογένεια) να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες. Τούτο διότι τόσον οι απαιτήσεις όσο και οι δραστηριότητες επηρεάζουν και επηρεάζονται από την υγεία και την αρρώστια, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τον γενικότερο τρόπο ζωής του ατόμου.

Ο ορισμός αυτός καθορίζει σαν φροντίδα του νοσηλευτή την εξασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ των δραστηριοτήτων που διεκπεραιώνονται και αυτών που απαιτούνται από την μια πλευρά και από την άλλη πλευρά των μηχανισμών προσαρμογής και του υποστηρικτικού συστήματος του ατόμου. Στο Σχήμα 29 φαίνεται η ισορροπία αυτή γραφικά, η οποία επιτυγχάνεται βέβαια από το υγιές νέο άτομο.

Ο τρόπος ζωής του ατόμου μπορεί να βαρύνει στη μία ή την άλλη πλευρά αυξάνοντας τις απαιτήσεις ή εν ισχύοντας τους μηχανισμούς προσαρμογής, αλλά και το αντίθετο.

Στο ηλικιωμένο άτομο η ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται. Μερικές δραστηριότητες περιορίζονται, αλλά και πολλές εξακολουθούν να υπάρχουν. Οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής λόγω της εκπτώσεως των διαφόρων λειτουργιών αυξάνονται. Από την άλλη πλευρά, πηγές και μηχανισμοί υποστηρικτικοί επίσης περιορίζονται (Σχήμα 30). Πολλές βασικές φυσιολογικές λειτουργίες δεν μπορούν να διεκπεραιωθούν ικανοποιητικά. Ο σύζυγος ή η σύζυγος, τόσο σπουδαίος παράγων υποστήριξης, γηράσκει ή πεθαίνει, τα παιδιά δραστηριοποιούνται με δικά τους ζητήματα και είναι πολύ απησχολημένα για

να δώσουν βοήθεια και υποστήριξη στον ηλικιωμένο. Το εισόδημα μένει στάσιμο ή μειώνεται και οι απαιτήσεις της ζωής αυξάνονται. Οι τρόποι μεταφοράς και τα μέσα συγκοινωνίας δεν είναι επαρκή για να καλύψουν τις ανάγκες του ηλικιωμένου και έτσι αρχίζουν να γίνονται δύσχρηστα ή και ά-χρηστα γι'αυτόν. Κατά ανάλογο τρόπο και άλλες πηγές και μέσα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ηλικιωμένο, με αποτέλεσμα να υφίσταται πολλές απώλειες και να περιοριστεί πολύ η υποστηρικτική του ικανότητα. Το άτομο που ήταν μέχρι τώρα ανεξάρτητο σε όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, αναγκάζεται να στηριχθεί σε άλλους για τα ψώνια ή την τακτοποίηση του σπιτιού του, παραιτείται από τη δυνατότητα που είχε να οδηγεί το αυτοκίνητό του ή να φροντίζει τον κήπο του ή ακόμα δεν έχει τη δυνατότητα να μείνει άλλο στο δικό του σπίτι. Όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν στην ισορροπία του ατόμου. Η ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων/αναγκών και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται και είναι δύσκολο γ ι' αυτόν να ανταποκριθεί ακόμη και όταν δεν έχει κάποια επιπρόσθετη αρρώστια ή ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας, χωρίς παρέμβαση και βοήθεια από το περιβάλλον.

Η αρρώστια μειώνει ακόμη περισσότερο τις ψυσιι1λογικές και ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του ηλικιωμένου ατόμου, ακόμη εξαντλεί και τις οικονομικές πηγές. Προσθέτει δε περισσότερο βάρος στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής,. διότι ο άρρωστος ηλικιωμένος αναγκάζεται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες:

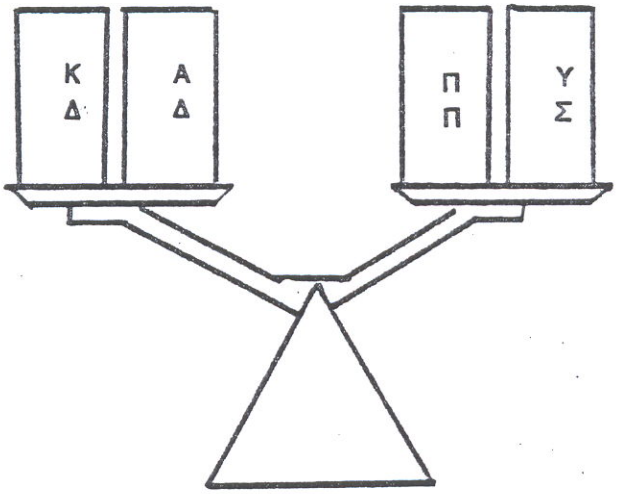
- Νέα συμπτώματα και προβλήματα
- Διαγνωστικές εξετάσεις
- Διάφορες θεραπείες για αντιμετώπιση προβλημάτων

Παρενέργειες θεραπειών και φαρμάκων

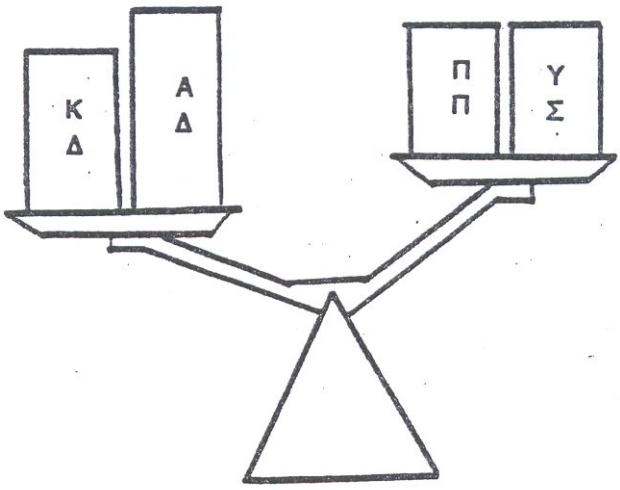
- Αλλαγή περιβάλλοντος
- Αλλαγές στο διαιτολόγιο
- Παραβίαση της ατομικότητός του
- Απαιτήσεις για νέες γνώσεις και δεξιοτεχνίες.

Η Νοσηλευτική φροντίδα παρεμβαίνει για να βοηθήσει την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, αυξάνοντας τις υποστηρικτικές πηγές. Η

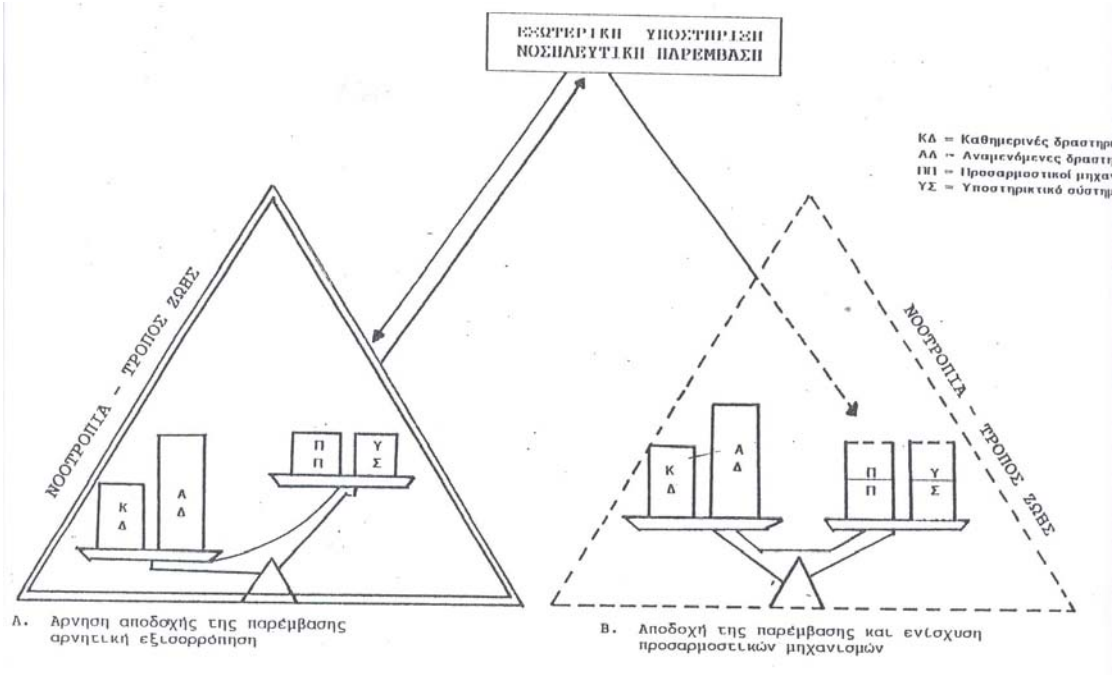
προσαρμοστική του δυνατότητα θα εξαρτηθεί από το βαθμό "συνθηκολόγησης" ή συμμόρφωσης στα μέσα που προτείνονται για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση πράγμα που και πάλι εξαρτάται από τον μέχρι τότε συνήθη τρόπο ζωής του ηλικιωμένου.



Σχήμα. Υγιές νέο άτομο (Carnevali and Patrick, 1979)



Σχήμα. Ηλικιωμένο άτομο (Υγιές) (Carnevali and Patrick, 1979)



Σχήμα. Νοσηλευτική παρέμβαση για την ενίσχυση της προσαρμοστικότητας του ηλικιωμένου.

Όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στον ηλικιωμένο, σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες, που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, στην αποκατάστασή της σε περίπτωση αρρώστιας ή ακόμη και σε ένα ειρηνικό όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές μπορούσε να διεκπεραιώσει το άτομο μόνο του, εάν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση και γνώση.

Στη φροντίδα του ηλικιωμένου ιδιαίτερα υπάρχουν τέσσερεις σπουδαίοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σαν βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της Νοσηλευτικής φροντίδας:

1. Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου

Ο καθένας στην κοινωνία του 20ου αιώνα τακτοποιεί τον εαυτό του και τα δικά του θέματα όπως ο ίδιος νομίζει καλύτερα, επιλέγει τον τόπο διαμονής καθώς και τον τρόπο της ζωής του. Ότι,δήποτε έχει σχέση με τον εαυτό του, από την εμφάνιση και την ενδυμασία μέχρι την επιλογή των τροφίμων στην αγορά και τον τρόπο ετοιμασίας της τροπής αλλά και το πώς χρησιμοποιεί τον

ελεύθερο χρόνο του, αποτελούν θέματα δικής του προσωπικής επιλογής. Όλα αυτά δείχνουν κάτι από την προσωπικότητά του και τον χαρακτήρα του.

Η ηλικιωμένος κινδυνεύει να χάσει αυτήν την ατομικότητά του, για δύο κυρίως λόγους: Διότι με τη διεργασία του γήρατος και τις διάφορες ασθένειες που το συνοδεύουν αισθάνεται φυσική ή πνευματική αδυναμία και ανικανότητα διεκπεραίωσης των δραστηριοτήτων αυτών της καθημερινής ζωής, χωρίς βοήθεια' η απομάκρυνσή του από τον χώρο της εργασίας και δρατηριότητος με τη συνταξιοδότηση του, μπορεί να του δημιουργήσει το αίσθημα ενός πολίτη δεύτερης κατηγορίας, εάν αισθάνεται ότι δεν είναι πια χρήσιμος και αποδοτικός οικονομικά, επαγγελματικά και κοινωνικά.

Οι δύο αυτοί παράγοντες πρέπει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, ώστε ο ηλικιωμένος να μπορέσει να διατηρήσει την ατομικότητα και αξιοπρέπειά του. Εάν ο ηλικιωμένος παραμείνει στο δικό του περιβάλλον, στο σπίτι και στην κοινότητα που συνήθισε να ζει, η ατομικότητά του είναι περισσότερο σεβαστή. Για να μπορέσει όμως να διατηρήσει αυτή την ανεξαρτησία, πρέπει να εξασφαλιστούν οι εξής προϋποθέσεις:

- Ισορροπία στην υγεία του, ώστε να μη χρειάζεται εντατική φροντίδα ή 24ωρη κάλυψη.
- Κατάλληλο περιβάλλον το οποίο να προσαρμόζεται στις αδυναμίες του.
- Κοινωνική υποστήριξη, ιδιαίτερα αναγκαία όταν, ο ηλικιωμένος ζει μόνος του.

2. Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα

Η αρχική αξιολόγηση του ηλικιωμένου θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες σε σχέση με την κάλυψη των άμεσων ατομικών του αναγκών (καθαριότητα, διατροφή, ενδυμασία) καθώς και των ευρύτερων αναγκών του (ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα περιβάλλοντος). Η φροντίδα θα προγραμματιστεί έτσι, ώστε να ενισχύει τις δυνατότητες και να περιορίσει τις αδυναμίες.

Δυσκολίες στην αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου πρέπει να αναμένονται τόσο από την πλευρά του ίδιου όσο και του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος που βοηθεί στη φροντίδα. Πολύ συχνά τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν έχουν την υπομονή να περιμένουν τον

ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει σε αργό ρυθμό και με αρκετές ελλείψεις, κάποια δραστηριότητα (π.χ. ξύρισμα, ντύσιμο, φαγητό) και προτιμούν να την τελειώσουν οι ίδιοι πιο γρήγορα, με αποτέλεσμα βέβαια, η δυνατότητα του ίδιου του ατόμου για αυτοφροντίδα να περιορίζεται και να γίνεται συνεχώς και περισσότερο εξαρτημένο από τους άλλους.

Στο θέμα της αυτοφροντίδος και της σημασίας της τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η οικογένεια έχουν ανάγκην ενημέρωσης. Χρειάζεται να αντιληφθεί η οικογένεια ότι η πλημμελής έστω διεκπεραίωση ορισμένων δραστηριοτήτων δίδει στον ηλικιωμένο το αίσθημα της χρησιμότητος και της ικανοποίησης. Το θέμα γίνεται πιο δύσκολο, όταν ο ίδιος ο ηλικιωμένος δεν έχει την διάθεση και τη θέληση να δραστηριοποιηθεί, οπότε χρειάζεται προσεκτική μελέτη να διαπιστωθούν τα αίτια της αδυναμίας αυτής, τα οποία τις πιο πολλές φορές είναι οργανικά, οφειλόμενα δηλαδή στην ίδια την αρρώστια, αλλά και σε ποικίλους άλλους λόγους, ψυχολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς.

Η αυτοφροντίδα ενισχύεται περισσότερο σε ένα περιβάλλον γνωστό και οικείο στον ηλικιωμένο, όπως είναι το σπίτι του, όπου νοιώθει και περισσότερη ασφάλεια, αφού βέβαια προηγηθούν κάποιες μεταβολές ή αναπροσαρμογή του περιβάλλοντος, όπου χρειάζεται.

3. Διδασκαλία - Αγωγή Υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας

Το πρώτο βήμα στην οργάνωση προγράμματος διδασκαλίας στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια αποτελεί η αξιολόγηση της ετοιμότητος για μάθηση. Χωρίς αποδοχή του προβλήματος της χρόνιας αδυναμίας ή αναπηρίας, δεν είναι δυνατό να είναι έτοιμος να δεχθεί αποτελεσματικά το πρόγραμμα διδασκαλίας.

Χρειάζεται λοιπόν η προσαρμογή του ατόμου και της οικογένειας στην νέα κατάσταση. Τόσο οι συγγενείς όσο και το ίδιο το άτομο είναι δυνατόν να δυσκολεύονται πάρα πολύ να αντιμετωπίσουν και να περιποιηθούν την κολοστομία, ή τον μόνιμο τραχειοσωλήνα ή ακόμη δυνατόν να μην είναι σε θέση να κάνουν στον εαυτό τους ή στον ηλικιωμένο τις ενέσεις ινσουλίνης, και οποιαδήποτε άλλη νοσηλεία χρειαστεί. Και τούτο παρά το ότι παραδέχονται την κατάσταση σαν υπαρκτό γεγονός.

Το δεύτερο βήμα αποτελεί η αξιολόγηση της δυνατότητας για μάθηση. Παράγοντες που συντελούν σ'αυτό είναι το μορφωτικό επίπεδο, η επίδραση

της αρρώστιας στο επίπεδο αντίληψης του ατόμου και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Η φυσική κατάσταση επίσης επιδρά. Η αρθροπάθεια ή η ημιπληγία είναι δυνατό να εμποδίζουν τον ηλικιωμένο να περιποιηθεί μόνος του την κολοστομία, να κάνει στον εαυτό του την ένεση ινσουλίνης ή να αναλάβει την ατομική του καθαριότητα. Μερικές καταστάσεις περιορίζουν τη δεξιοτεχνία και τη δυνατότητα να το κάνει, όσο και αν το επιθυμεί. Κατάσταση που δημιουργεί μεγάλη δυσκολία στην εφαρμογή τεχνικών είναι η νόσος του Parkinson καθώς και οι εκφυλιστικές καταστάσεις του εγκεφάλου που περιορίζουν την δυνατότητα για αντίληψη.

Πόσα και ποιά είναι αυτά που θα διδάξει ο νοσηλευτής στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια; Ο ηλικιωμένος. και η οικογένεια πρέπει να μάθουν όσα τους χρειάζονται, για να μπορούν να αντιμετωπίζουν με ασφάλεια και εμπιστοσύνη την δυσκολία και αδυναμία τους στο περιβάλλον του σπιτιού. Λαμβάνεται βέβαια υπόψη και το πόσο ζητεί και τι δυνατότητες έχει ο ηλικιωμένος να αντιληφθεί τις πληροφορίες που του προσφέρονται. Μερικοί ζητούν να μάθουν πολύ περισσότερα για την αρρώστιά τους, άλλοι περιορίζονται στα πολύ βασικά και απαραίτητα.

Βασική στην αρχή είναι η **αξιολόγηση των γνώσεων που ήδη υπάρχουν** σχετικά με το συγκεκριμένο -πρόβλημα και όσα σχετίζονται με τη θεραπεία και τις παρενέργειες. Με αυτή την αξιολόγηση είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν προκαταλήψεις, φόβοι ή λανθασμένες γνώσεις σχετικά με το θέμα, οι οποίες καλόν είναι να επισημανθούν από την αρχή.

Με βάση τις υπάρχουσες γνώσεις ο νοσηλευτής προχωρεί στην επιπλέον ενημέρωση που κρίνει ότι είναι απαραίτητη, προσφέροντας στην αρχή βασικές εξηγήσεις του μηχανισμού και τη θεραπείας που εφαρμόζεται. Δίδει απλές εξηγήσεις όπως: "Ο οργανισμός σας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη και έτσι τον βοηθάμε χορηγώντας του φάρμακα". Διαγράμματα, σχέδια και εικόνες πρέπει να είναι ευμεγέθη για να μπορεί να τα βλέπει και το άτομο με την περιορισμένη όραση. Όταν το άτομο διδάσκεται τεχνικές, πρέπει να βλέπει τα συγκεκριμένα αντικείμενα να τα πάρει στα χέρια του και να ασκηθεί στην χρησιμοποίησή τους. Ο διαβητικός και τα μέλη της οικογένειας να πάρουν την σύριγγα, να ασκηθούν στη μέτρηση της ινσουλίνης, στην χρήση των μετρητών σακχάρου και σε οποιαδήποτε άλλη τεχνική, ανάλογα με την περίπτωση.

Όπου είναι δυνατόν, η χρησιμοποίηση απλών μέσων οικιακής χρήσεως είναι πολύ πιο αποτελεσματική. Η άσκηση στην χρήση των διαφόρων αντικειμένων με επίβλεψη, πολλές φορές, όσες χρειάζεται, για να αισθάνεται το άτομο ασφάλεια, είναι απαραίτητη. Το άτομο ενισχύεται να απευθύνει ερωτήσεις και να εκφράζει την δυσκολία του. Η διδασκαλία- ενημέρωση έχει τρεις βασικούς σκοπούς:

- Την διατήρηση ισορροπίας στην υγεία του ηλικιωμένου.
- Την πρόληψη διαφόρων επιπλοκών τόσο από την αρρώστια όσο και από τα διάφορα φάρμακα και θεραπείες.
- Την πρόληψη ατυχημάτων μέσα στο χώρο του σπιτιού, και εκτός
- αυτού.
- Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδος υγείας

Οι ποικίλες ανάγκες υγείας του ηλικιωμένου απαιτούν την συνεργασία πολλών επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων. Η αποτελεσματικότητα της ομάδος εξαρτάται από το κατά πόσον κάθε μέλος της ομάδος υγείας σέβεται και υπολογίζει τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των άλλων μελών.

Κάθε μέλος της ομάδος πρέπει να έχει πρόσβαση στις γραπτές πληροφορίες που καταχωρούν τα άλλα μέλη, ώστε όλοι να είναι ενήμεροι για την πορεία της υγείας του ατόμου και να είναι έτοιμοι να προσφέρουν αποτελεσματικά την συμβολή τους στις συναντήσεις που γίνονται σε συχνά, τακτά χρονικά διαστήματα.

Την ηγεσία της ομάδος αναλαμβάνει κάθε φορά κάποιος από τους επιστήμονες ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου, που δέχεται τις υπηρεσίες και τις άμεσες ανάγκες του. Ο γιατρός έχει το προβάδισμα και ηγείται της ομάδος σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος έχει ένα έντονο πρόβλημα υγείας, το οποίον ζητεί ρύθμιση και αντιμετώπιση. Ο φυσιοθεραπευτής έχει πρωταρχικό ρόλο στην περίπτωση αποκατάστασης αρρώστου με ρευματοειδή αρθρίτιδα ή μετά από ένα διατροχαντήριο κάταγμα. Ο νοσηλευτής έχει τον κύριο ρόλο και κατευθύνει την φροντίδα του ατόμου, που βρίσκεται στα τελικά στάδια της ζωής, και των μελών της οικογενείας του, ή αναλαμβάνει την διδασκαλία και ενημέρωση σε νέο διαγνωσθέντα διαβητικό και την οικογένειά του.

8.2, 8.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ – ΤΟΜΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.

Σπουδαιότατο ρόλο στη σωστή οργάνωση της φροντίδας του ηλικιωμένου παίζει το Νοσηλευτικό ιστορικό με το οποίον γίνεται η αξιολόγηση της γενικής του κατάστασης, που καλύπτει την κοινωνική και ψυχολογική όσο και την οργανική διάσταση της υγείας του.

Ασφαλώς ιδεώδης χώρος στον οποίο θα γίνει η αξιολόγηση του ηλικιωμένου είναι το σπίτι του εφόσον ο κοινοτικός νοσηλευτής έχει αυτήν την δυνατότητα. Μπορεί να συναντήσει το άτομο στο δικό του περιβάλλον, μέσα στο οποίον, ο ίδιος νοιώθει περισσότερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Έτσι μπορεί να παρατηρήσει τις τυχόν δυσκολίες και αδυναμίες σχετικά με τον χώρο αλλά και τις δυνατότητες που προσφέρει. Ακόμη του δίδεται η ευκαιρία να παρακολουθήσει τον τρόπο επικοινωνίας, και τις σχέσεις του με το οικογενειακό περιβάλλον και να επισημάνει προβλήματα, που μπορεί. έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με αυτό. Η πρώτη επίσκεψη είναι φυσικό να μην δώσει πλήρεις πληροφορίες, οι οποίες όμως μπορούν να συμπληρωθούν στις επόμενες επισκέψεις.

Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να εξηγήσει στον ηλικιωμένο ότι το ιστορικό λαμβάνεται με σκοπό να οργανωθεί καλύτερα η φροντίδα του, διαφορετικά είναι δυνατόν να τον προβληματίσουν οι λεπτομερείς και συχνά πολύ προσωπικές ερωτήσεις που του απευθύνει. Αφού βέβαια δημιουργηθεί ένα φιλικό κλίμα και ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, μεταξύ νοσηλευτή και ατόμου, στην συνέχεια πιο εύκολα συγκεντρώνονται οι πληροφορίες σε μια ελεύθερη συζήτηση κατά την διάρκεια μιας νοσηλείας ή άλλης οποιασδήποτε επικοινωνίας. Ο ηλικιωμένος, περισσότερο από 0-ποιόνδήποτε άλλον, χρειάζεται τις ελεύθερες ανοικτές ερωτήσεις, με τις οποίες του δίδεται η δυνατότητα να περιγράψει πρόσωπα και καταστάσεις από τις οποίες ο νοσηλευτής μπορεί να οδηγηθεί σε πολύτιμα συμπεράσματα.

Επειδή ο ηλικιωμένος συχνά παρουσιάζει προβλήματα στην όραση και στην ακοή, ο νοσηλευτή ς πρέπει να βεβαιωθεί ότι χρησιμοποιεί τα ανάλογα βοηθητικά μέσα, ώστε η επικοινωνία να μην είναι προβληματική. Χρειάζεται

ιδιαίτερη δεξιοτεχνία και υπομονή για να επικοινωνήσει με τον ηλικιωμένο που δεν ακούει, 'ή αυτόν που έχει περιορισμένη όραση. Στις περιπτώσεις που παρουσιάζει πρόβλημα στην έκφραση και στην ομιλία, χρειάζεται πολλή προσοχή και υποστήριξη του ατόμου ώστε να μην αισθάνεται άσχημα. Πρέπει να του δοθεί χρόνος να εκφραστεί με τον τρόπο που εκείνος μπορεί.

Ο νοσηλευτής στην επικοινωνία του με τον ηλικιωμένο πρέπει να χρησιμοποιεί απλό και κατανοητό λεξιλόγιο, χωρίς επιστημονικές και πομπώδεις εκφράσεις, ανάλογο δε τόσο με το μορφωτικό του επίπεδο όσο και με τις δυνατότητές του γενικότερα.

Το νοσηλευτικό ιστορικό του ηλικιωμένου πρέπει να περιλαμβάνει την αξιολόγησή του σε επτά βασικούς τομείς:

1. Ατομικά χαρακτηριστικά.
2. Οικογενειακές συνθήκες - Υποστηρικτικό σύστημα.
3. Συνθήκες κατοικίας και περιβάλλοντος.
4. Πηγές και μέσα που χρησιμοποιεί.
5. Κοινωνικές δραστηριότητες στο σπίτι και στην κοινότητα.
6. Ιστορικό Υγείας - Παρούσα κατάσταση.
7. Καθημερινές δραστηριότητες - Συνήθειες.

1. ***Ατομικά χαρακτηριστικά****:* Στον τομέα αυτό συμπεριλαμβάνονται όλα τα ατομικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου όπως: Όνομα, ηλικία, διεύθυνση, θρήσκευμα, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση κλπ. .

2**.** ***Οικογενειακές συνθήκες - Υποστηρικτικό σύστημα****:* Συμπεριλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το άτομο σαν μέλος μιας οικογένειας. Διερευνάται αν μένει μόνος ή με άλλα μέλη της οικογένειας.

Εάν υπάρχει οικογένεια, ποια είναι η σύνθεσή της, πού βρίσκονται τα άλλα μέλη της οικογένειας και ποια η σχέση τους μαζί του. Πληροφορίες, σχετικά με την ηλικία και το επάγγελμα των άλλων μελών της οικογένειας καθώς και την δυνατότητα και την διάθεσή τους για υποστηρικτική φροντίδα του ηλικιωμένου. Διαπιστώνονται οι όποιες δυσκολίες υπάρχουν στον τομέα αυτόν.

3. ***Συνθήκες κατοικίας και περιβάλλοντος****:* Στην αξιολόγηση της κατοικίας και του περιβάλλοντος, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του τις πιο κάτω ερωτήσεις:

- Κατά πόσον οι συνθήκες κατοικίας συμβάλλουν ή υποβοηθούν στην δημιουργία ή την επιδείνωση του προβλήματος ή της αναπηρίας που παρουσιάζεται. Υπάρχουν κίνδυνοι ατυχήματος από το περιβάλλον του σπιτιού; (σκάλες, ελλιπής φωτισμός, πολύ ψηλό κρεβάτι κλπ.) ή ανθυγιεινές συνθήκες (όπως πολύ κρύο, υγρασία, έλλειψη κεντρικής θέρμανσης).
- Ποιές μετατροπές ή τροποποιήσεις μπορούν να γίνουν στα έπιπλα ή στον χώρο που θα διευκολύνουν τον ηλικιωμένο και θα περιορίσουν την αδυναμία ή την ανικανότητά του;
- Ποιές άλλες αλλαγές μπορούν να γίνουν με σκοπό να αυξήσουν την ανεξαρτησία και την δυνατότητα αυτοφροντίδος του ηλικιωμένου;

4. ***Πηγές και μέσα που χρησιμοποιεί****:* Συγκεντρώνονται και καταγράφονται πληροφορίες σχετικά με τα μέσα που χρησιμοποίησε στο παρελθόν ή εξακολουθεί να χρησιμοποιεί ο ηλικιωμένος από διάφορες πηγές. Διαπιστώνεται με την αξιολόγηση:

- Εάν ο ηλικιωμένος έχει οικογενειακό γιατρό ή χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη υπηρεσία (Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας, Ιδιωτικό ιατρείο). Η επικοινωνία της Νοσηλευτικής υπηρεσίας με τις υπηρεσίες αυτές θα δώσει χρήσιμες πληροφορίες για την κατάσταση υγείας του ατόμου..
- Κοινωνικές υπηρεσίες που χρησιμοποιεί. Βοηθητικά μέσα (καροτσάκι, πατερίτσες, κλπ.).
- Οικονομική ενίσχυση από οποιανδήποτε πηγή ή οργανισμό (φιλόπτωχα ταμεία, φαγητό ενορίας κλπ.).
- Άλλες υπηρεσίες (νοσηλευτική υπηρεσία με αμοιβή, φυσιοθεραπεία κλπ.).
- Οικιακή βοηθό.

5. ***Κοινωνικές δραστηριότητες****:* Στις κοινωνικές δραστηριότητες καταγράφονται:

- Τα ενδιαφέροντα του ατόμου, η χρησιμοποίηση του χρόνου μέσα στο σπίτι, οι ενασχολήσεις όπως: μελέτη βιβλίων, εργόχειρο, μουσική και ο,τιδήποτε τον ενδιαφέρει.
- Η συμμετοχή του σε κοινωνικές εκδηλώσεις μέσα και έξω από το σπίτι.

- Η συμμετοχή σε κοινοτικές, αθλητικές και άλλες ομάδες.

6. ***Ιστορικό Υγείας:*** Το ιστορικό υγείας του ηλικιωμένου περιλαμβάνει:

- Πληροφορίες για προηγούμενες αρρώστιες, τον τρόπο αντιμετώπισής τους, την νοσηλεία σε νοσοκομεία, τις εμπειρίες του ατόμου από αρρώστιες ή ατυχήματα.
- Τρόπος αντίδρασης του ατόμου στις αρρώστιες. .
- Χρόνιες αρρώστιες (διαβήτη, καρδιοπάθεια, αρθρίτιδα κλπ.).
- Πληροφορίες για την παρούσα κατάσταση της υγείας του.
- Περιγραφή λειτουργίας των συστημάτων του οργανισμού.
- Συγκεκριμένα προβλήματα υγείας.
- Γνώσεις του ατόμου σχετικά με τα προβλήματα της υγείας του.
- Τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος.
- Βαθμός συμπαράστασης της οικογένειας. Άλλα υποστηρικτικά συστήματα, εάν υπάρχουν.

7. ***Καθημερινές δραστηριότητες:*** Καταγράφονται όλες οι καθημερινές δραστηριότητές του και σε ποιό βαθμό είναι σε θέση να τις διεκπεραιώσει:

- Δίαιτα
- Ύπνος
- Κινητικότητα.
- Δυνατότητα αυτοφροντίδος
- Λειτουργία διαφόρων συστημάτων του οργανισμού. Ακοή, όραση, δυνατότητα προφορικής και γραπτής επικοινωνίας.
- Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης του ατόμου σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής (ψώνια, νοικοκυριό, μαγείρεμα, ατομική καθαριότητα).

Η προσεκτική αξιολόγηση οδηγεί στην διαπίστωση των νοσηλευτικών αναγκών του ηλικιωμένου και **τον προγραμματισμό της φροντίδος** για την κάλυψη των αναγκών αυτών, Με τις πληροφορίες και τις προσεκτικές παρατηρήσεις διαπιστώνονται τόσο οι αδυναμίες όσο και οι δυνατότητες και ικανότητες του ηλικιωμένου ατόμου. Οι προσεκτικές **νοσηλευτικές παρεμβάσεις** σκοπεύουν να βοηθήσουν τον ηλικιωμένο να χρησιμοποιήσει και να αξιοποιήσει τις δυνατότητές του και να ξεπεράσει τις αδυναμίες και τις

ελλείψεις του. Όλες οι παρεμβάσεις προγραμματίζονται και διεκπεραιώνονται μαζί με το άτομο και με την
δική του συνεργασία, στο βαθμό που αυτή είναι δυνατή.

Αντικειμενικός σκοπός της νοσηλευτικής φροντίδος του ηλικιωμένου στην κοινότητα είναι να τον οδηγήσει στην "αυτοφροντίδα", να μπορέσει δηλαδή ο ηλικιωμένος να αποκτήσει τον μεγαλύτερο δυνατόν βαθμό ανεξαρτησίας στην. φροντίδα του. Η συμμετοχή των ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος τόσο στη φροντίδα όσο και στο πρόγραμμα αγωγής υγείας, αποδεικνύεται πολύτιμη. Όσο περισσότερο ενημερωμένα είναι τα άτομα, τόσο περισσότερο συνεργάζονται και συμμετέχουν. Η εφαρμογή του μοντέλου αυτοφροντίδος της Orem είναι πολύ αποτελεσματική στην φροντίδα του ηλικιωμένου.

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων της φροντίδος που δίδεται, οδηγεί στη βελτίωση και στην επαναπροσαρμογή του προγράμματος στις ανάγκες που προκύπτουν, καθώς και στην αναζήτηση νέων τρόπων και παρεμβάσεων για τη λύση των προβλημάτων του ηλικιωμένου.

8.4 ΚΡΑΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Η κοινωνική πρόνοία στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται:

Από ιδρυματική κυρίως περίθαλψη. Πρόσφατα άρχισαν προγράμματα παροχής υπηρεσιών στην κατοικία ώστε να διευκολυνθούν οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν στο στενό οικογενειακό περιβάλλον και ευρύτερο κοινωνικό της κοινότητας που ζουν.

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια είναι χαμηλές, σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης και Αμερικής. Περίπου το 1% των ηλικιωμένων διαμένουν σε ιδρύματα τα οποία είναι τουλάχιστον εξολοκλήρου με ανειδίκευτο προσωπικό. Οι ηλικιωμένοι δεν θέλουν ή δεν χρειάζονται ιδρυματική περίθαλψη αλλά δεν έχουν δυνατότητες να ζήσουν μόνοι τους στην κοινότητα.

Περίπου το 90% των θέσεων σε ιδρύματα ανήκουν σε κερδοσκοπικές επιχειρήσεις ή σε ιδρύματα ιδιωτικής πρωτοβουλίας, επιδοτούμενα αποκλειστικά από το κράτος.

Η χωροταξική κατανομή των ιδρυμάτων είναι απρογραμμάτιστη.

Όλα τα ιδρύματα ιδρύθηκαν από ιδιωτική πρωτοβουλία και την εκκλησία.

Αποτέλεσμα λοιπόν μερικά ιδρύματα να υπολειτουργούν ενώ σε άλλες περιοχές να υπάρχουν μεγάλες ανάγκες που δεν αντιμετωπίζονται.

Είναι όμως το ίδρυμα το πραγματικό καταφύγιο των γερόντων όπου μπορούν να βρουν ότι του χρειάζεται για την συνέχιση της ζωής του.

Γενικά οι άνθρωποι που μπαίνουν σε ιδρύματα είναι 82+ ετών. Η ιδρυματοποίηση γίνεται πιο αναγκαία για τους γέροντες και δεν θα αργήσει η ιδέα ίδρυμα-σπίτι να γίνει και δική μας – είτε το θέλουμε είτε όχι.

Η διαδικασία της ιδρυματοποίησης είναι κάτι το πολύ βαρύ και επιβλητικό. Πράγματι για να μπει ο ηλικιωμένος σ' ένα ίδρυμα είναι πολύ σημαντικό και διαφορετικό από το να μετακομίσει από το ένα σπίτι στο άλλο.

Η διαδικασία είναι πολύ δύσκολη. Η αναστάτωση του ηλικιωμένου αρχίζει πριν να πάει στο ίδρυμα. Το άγχος και ο τρόμος είναι σκληρός λέξεις ωστόσο μπορούν να χρησιμοποιηθούν εδώ θαυμάσια.

Το ίδρυμα είναι η μοναδική λύση, αλλά αυτό δεν απαλλάσσει την οικογένεια από τις ενοχές και τον ηλικιωμένο από το αίσθημα της εγκατάλειψης.

Η οικογένεια μπορεί να καταβάλλει υπεράνθρωπες προσπάθειες για να βοηθήσει τον ηλικιωμένο και αυτός μπορεί να νοιώσει το αίσθημα ότι φέρνει βάρος στην οικογένεια αλλά παρ' όλα αυτά τα αισθήματα δεν αλλάζουν.

Μετά από τόσα χρόνια ζωής με τα παιδιά του ο ηλικιωμένος δοκιμάζει τον πόνο του χωρισμού. Μέσα σ' αυτό το αίσθημα είναι και ο φόβος του τι θα αντιμετωπίσει εκεί που θα πάει.

Άραγε είναι ένας χώρος για να περάσει όμορφα τα υπόλοιπα χρόνια σ' ένα περιβάλλον άγνωστο ή «ένας τόπος για να πεθάνει;» «Πώς θα είναι μαζί του άραγε οι ξένοι άνθρωποι;».

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι πολύ πριν μπει ο τρόφιμος στο ίδρυμα πρέπει να τον επισκέπτονται στο σπίτι του το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό του ιδρύματος δηλαδή η επισκέπτρια Νοσ/α ή Κοινωνική λειτουργός, ο Γεροντολόγος ιατρός, ο Φυσιοθεραπευτής. Ο καθένας απ' αυτούς με τον δικό τους τρόπο θα του δώσει να καταλάβει ότι στο ίδρυμα θα βρει εκτός από φίλους τον Γιατρό του και άτομα κατάλληλα εκπαιδευμένους που θα του συμπαρασταθούν και θα τον βοηθούν σε κάθε πρόβλημά του. έτσι ο ηλικιωμένος θα έρθει στο ίδρυμα χωρίς φόβο και μελαγχολία.

Ας δούμε τώρα τι μπορεί να κάνει το ίδρυμα για να περάσει ο ηλικιωμένος όμορφα και ξένοιαστα σαν το σπίτι του.

1) Ο ηλικιωμένος μπορεί να πάρει μαζί του αγαπημένα αντικείμενα που θα του δίνουν την αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας.
2) Το προσωπικό θα πρέπει να καταβάλλει ιδιαίτερες προσπάθειες για να καθησυχάσει τον νεοφερμένο και οι συγκάτοικοι να δημιουργήσουν ένα κλίμα φιλικό υποδοχής. Απλά μέτρα σαν και αυτά δεν αλλάζουν τη σημασία της μετακόμισης.

Ωστόσο βοηθούν ώστε ο ηλικιωμένος να νιώσει λιγότερο ξένος. Το προσωπικό του ιδρύματος πρέπει με οικειότητα αλλά χωρίς να αλλοιώσει τα χαρακτηριστικά της ταυτότητας του να πλησιάσει τον νεοφερμένο. «Το κύρια Μαρία» «Κυρία Καίτη» «το χρυσή μου» ή «γλυκιά μου» ακόμα το «παππού» ή «γιαγιά». Δίνουν την ευκαιρία να ξεχασθεί η προσωπικότητα του ατόμου. Έτσι περνά το μήνυμα: Δεν ξέρω ποιος ήσουν και τι ήσουν. Αυτά ξέχασε τα εμείς σου δίνουμε αυτή την ταμπέλα και για να τα πάμε καλά κράτησε την. «Ο ηλικιωμένος που μπαίνει στο ίδρυμα ξέρει καλά πως μόνο νεκρός θα φύγει πια από εδώ.

Έχει έντονα το αίσθημα της αποκοπής από την προηγούμενη ζωή και ότι δεν υπάρχει δρόμος επιστροφής.

Από έρευνες έχει προκύψει ότι πιο κατάλληλα ιδρύματα είναι αυτά που έχουν λιγότερους ηλικιωμένους και αποτελούν όλοι μαζί μια οικογένεια ακόμη και τα μέλη του προσωπικού πέρα από τα όρια που δημιουργεί το επαγγελματικό καθήκον και δημιουργούν τέτοια ατμόσφαιρα που προσφέρετε η δυνατότητα στον τρόφιμο να ζει σαν στο σπίτι του.

Το ίδρυμα πρέπει να προσφέρει στους ηλικιωμένους:

1) Σιγουριά ότι οι επείγουσες ανάγκες του θα καλυφθούν σύντομα η ημέρα θα περνά ευχάριστα με καθημερινές απασχολήσεις που θα τους δίνουν τη δυνατότητα να αυτοεξυπηρετούνται (εάν μπορούν). Να δημιουργούν, να αισθάνονται παραγωγικοί και όχι άχρηστοι.
2) Σε ολόκληρο το ίδρυμα δεν πρέπει να υπάρχουν σκαλοπάτια ούτε εμπόδια. Οι πόρτες πρέπει να ανοίγουν προς τα έξω και

χωρίς περισσότερη δύναμη από ότι διαθέτουν αυτά τα άτομα. Οι πόρτες του ανσασέρ να ανοίγουν αργά και χωρίς θόρυβο. Χειρολαβές και κιγκλιδώματα να υπάρχουν παντού για να βοηθούν όσους νιώθουν ανασφάλεια στην ισορροπία τους.

3) Το ίδρυμα προσπαθεί να προσφέρει στοιχεία απ'την καθημερινή ζωή της κοινωνίας όπως: καφενείο – περίπτερο – για εφημερίδες ηλικία – αίθουσα βιβλιοθήκης – μουσική – ζωγραφική, χειροτεχνία. Έτσι ο καθένας να επιδοθεί σε κάτι που τον ενδιαφέρει ή τον ενδιέφερε και που δεν μπορούσε να το αναπτύξει στην προηγούμενη ζωή του επειδή η υπηρεσία του και η οικογένεια δεν τον άφηναν χρόνο για να το αναδείξει. Έτσι ανάλογα με το χόμπυ του ο καθένας γίνονται ομάδες με κοινά ενδιαφέροντα που φέρνουν πολύ κοντά τον ένα στον άλλο.
4) Φροντίζει το ίδρυμα για την ψυχαγωγία. Οι εκδρομές το καλοκαίρι στη θάλασσα και το χειμώνα τις καλές ημέρες στην ύπαιθρο γεμίζουν με αισιοδοξία και κέφι κάθε ηλικιωμένο. Τα παγκάκια οι ποικιλίες λουλουδιών στα πάρκα προσφέρουν γαλήνη στην κουρασμένη ψυχή των.
5) Φυσικά το εκκλησάκι με το καμπαναριό και τα χρωματιστά τζάμια, τα τρεμοσβύνοντα κεριά γεμίζουν την ψυχή παρηγοριά και γαλήνη.
6) Από τους επισκέπτες εξαρτάται να μη νοιώθουν απομονωμένοι και αποκομμένοι από την κοινωνία. Με συχνές επισκέψεις –με το να τους παίρνουν στο σπίτι τους στις μεγάλες γιορτές οι ηλικιωμένοι διατηρούν την ψυχική τους ισορροπία.

Σήμερα υπάρχουν 4.500 θέσεις για ηλικιωμένους χωρίς προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και 210.000 για άτομα με χρόνιες παθήσεις ανεξαρτήτου ηλικίας. Η εισαγωγή των ηλικιωμένων στα ιδρύματα εξαρτάται από τους όρους τους οποίους προβλέπει ο εσωτερικός κανονισμός κάθε ιδρύματος.

Κατά γενικό κανόνα τα κριτήρια που ακολουθούν όλα τα ιδρύματα είναι:

α) Οι εισαγώμενοι να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται

β) Να μην είναι πάνω από 67 ή 70 ετών.

γ) Να μην πάσχουν από μεταδοτικό νόσημα

δ) Να έχουν εισόδημα ανάλογο με αυτό που ορίζει το ίδρυμα ή εφ όσον

είναι άποροι να έχουν πιστοποιητικό απορίας.

Την διαδικασία αυτή ακολουθούν τα Γηροκομεία του Δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα εκτός των οίκων ευγηρίας των οποίων τα κριτήρια δεν είναι και τόσο αυστηρά ως προς την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων αλλά η διαμονή σ' αυτά είναι πολύ δαπανηρή και το κυριότερο αίτιο που οδηγεί στο Γηροκομείο είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων για να ζήσει μόνος του.

Σήμερα λόγω βελτίωσης των ασφαλιστικών συστημάτων – των συντάξεων και των ιατροκοινωνικών παροχών μειώνονται συνεχώς ο αριθμός των αυτοεξυπηρετούμενων που ζει στα Γηροκομεία.

Το θέμα της εισαγωγής στο ίδρυμα απασχολεί την οικογένεια από τη στιγμή που ένα μέλος της χάσει την σωματική ή πνευματική του υγεία. Και αυτό γιατί όπως είναι σήμερα οργανωμένη η οικογένεια με όλο και περισσότερα μέλη της να έχουν εμπλακεί στην παραγωγική διαδικασία δεν υπάρχει ο χρόνος να ασχοληθεί με το χρόνια πάσχοντα μέλος της.

Η θεραπευτική φροντίδα θεραπευτηρίων χρόνιων παθήσεων. Αυτά είναι κρατικά με προσφορά υπηρεσιών φυσιοθεραπείας – κοινωνικής εργασίας – ιατρικής φροντίδας πρόσφατα ιδρύθηκαν δυο μονάδες με δυναμικότητα 330 κλινών στην περιοχή Αττική, (Σκαραμαγκά – Παλάσια 1) και στην Εύβοια.

Στην περιφερειακή Ελλάδα λειτουργούν οκτώ θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων στη Θεσσαλονίκη – Ιωάννινα – Σέρρες – Ζάκυνθο – Χανιά – Ρόδο – Μυτιλήνη. Κύριο χαρακτηριστικό αυτών είναι η ανάμιξη των ηλικιών γιατί παρέχεται περίθαλψη σε κάθε ενήλικο άτομο από 18 ετών και πάνω.

Η συνύπαρξη των ηλικιών σε κοινά θεραπευτήρια δίνει τη δυνατότητα στους νεώτερους να αισθάνονται χρήσιμοι απέναντι στους ηλικιωμένους οι δε ηλικιωμένοι να φέρονται με στοργή και τρυφερότητα προς τους νεώτερους.

Επίσης στην Αγιάσο της Λέσβου συγχωνεύτηκε το σανατόριο με το ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και στη Νιγρίτα έγινε μετατροπή του Πρεβεντορίου σε θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων.

Επίσης έχουν κατασκευασθεί κτίρια δυναμικότητας 850 κλινών περίπου. Παράλληλα η κυβερνητική στάση σήμερα στην Ελλάδα είναι η ενίσχυση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και η ενθάρρυνση προσπάθειας του έργου της. Δεν επιδιώκονται δηλαδή η κρατικοποίηση ιδρυμάτων και όταν αυτό είναι αίτημα των συμβουλίων τους αν και η νομοθεσία παρέχει αυτή την ευχέρεια.

Αυτό για να ενθαρρύνει τον ιδιωτικό παράγοντα στην προσφορά και την

συμμετοχή σε έργα Κοινωνικής αλληλοβοήθειας και επίσης να διαφυλάξει την ευελιξία που υπάρχει γενικά στη λειτουργία των ιδιωτικών φορέων.

Μια ενδιάμεσα μορφή κοινωνικής προστασίας μεταξύ ανοικτής και κλειστής προστασίας είναι οι τέσσερις στέγες ηλικιωμένων.

Στις στέγες αυτές προσφέρονται μόνιμη κατοικία σε μικρά μονά δωμάτια – διαμερίσματα για μοναχικό ηλικιωμένο ή ζευγάρι ηλικιωμένων. Οι προϋποθέσεις για την παραχώρηση στέγης είναι: η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και οι οικονομική αδυναμίας για στεγαστικές δυνατότητες.

Στα ιδρύματα αυτά ζουν 300 περίπου άτομα στη διάθεση των ηλικιωμένων είναι κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές και γιατροί.

Προτάσεις και μέτρα για τη βελτίωση του προγράμματος αυτού.

α) Η βελτίωση των γηροκομείων και η επάνδρωση τους με αρκετό Νοσηλευτικό – Ιατρικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς και βοηθητικό προσωπικό.

β) Λέσχη ημερησίας απασχόλησης που θα είναι στην υπηρεσία αυτοεξυπηρετουμένων υπερηλίκων. Να συνδυάζει νοσηλευτική φροντίδα από βοηθητικό προσωπικό και περιορισμένη ιατρική βοήθεια.

γ) Δημιουργία Γηριατρικής κλινικής που θα εξυπηρετεί οξέως πάσχοντες ηλικιωμένους για να προσφέρει ενεργό νοσηλεία.

δ) Σπίτι το Σαββατοκύριακο πίσω τη Δευτέρα. Πρόταση που συνδυάζει νοσηλευτική φροντίδα και περιορίζει τα πολλά προβλήματα των ηλικιωμένων με την μόνιμη παραμονή τους στο ίδρυμα.

Είναι απαραίτητο για τη σωστή επίλυση των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας να δούμε όχι μόνο πως αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος μας τα διάφορα αυτά προβλήματα της τρίτης ηλικίας να δούμε όχι μόνο πως αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος μας τα διάφορα αυτά προβλήματα αλλά και πως η κοινωνία τα αντιμετωπίζει, μιας και αυτά δίνει σε εκείνον τον ρόλο και τη θέση του υπολογίζοντας την ατομική του κατάσταση (αρρώστιες – φθορά του οργανισμού – εμπειρίες) οικονομική και κοινωνική κατάσταση. Είναι φυσικό που το άτομο επηρεάζεται από τη θέση που παίρνει απέναντι του η κοινωνία. Είναι παραδεκτό από όλους μας πως η μέχρι τώρα αντιμετώπιση των ηλικιωμένων είναι απογοητευτική.

Γιατί όμως άραγε η κοινωνία ανέχεται αυτήν την κατάσταση τόσο εύκολα; (Δηλαδή την απογοήτευση). Γιατί μια σωστή αντιμετώπιση της τρίτης ηλικίας

θα προϋπόθετε πολύ δουλειά και περισσότερο χρόνο – χρήμα, πράγματα που δύσκολα προσφέρονται αν τα οφέλη δεν είναι φανερά στην καταναλωτική κοινωνία που ζούμε και που όλα μετρούνται με την απόδοση.

Πολλαπλασιάζονται τα νοσοκομεία – τα Γηροκομεία οι οίκοι ευγηρίας – δημιουργούνται οικισμοί ολόκληρα χωριά που μπορούν να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι με ιατρική βοήθεια – Νοσηλευτές – κοινωνικούς λειτουργούς υποχρεωμένοι από την κατάσταση να δεχθούν μια θέση στο ίδρυμα.

Και βέβαια δεν θα είχαμε καμιά αντίρρηση γι' αυτά τα ιδρύματα αν προσέφεραν σωστή δουλειά στη μεγάλη αυτή υπόθεση που λέγεται τρίτη ηλικία. Γιατί δεν είναι αρκετό να προσθέσουμε χρόνια στη ζωή αλλά ποιότητα ζωής στα χρόνια.

8.5 ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

Το φυσικό και ιδεώδες περιβάλλον για να ζήσει ο υπερήλικας, όπως είναι γενικά αποδεκτό, αποτελεί η οικογένεια. Ο πιο καλός από κάθε πλευρά «Οίκος Ευγηρίας» είναι αδύνατο να αναπληρώσει την οικογένεια. Τους υπερήλίκες όμως που δεν έχουν οικογένεια, σύζυγο ή παιδιά - με τους οποίους να μείνουν - ή οι συνθήκες της οικογένειας των παιδιών τους δεν τους δίνουν την δυνατότητα να κατοικήσουν μαζί και που η παρουσία κάποιου ανθρώπου κοντά τους αποτελεί ανάγκη, ο «Οίκος Ευγηρίας» ή το Γηροκομείο απαλλάσσει από το καθημερινό άγχος και μπορεί να λεχθεί πως αποτελούν κάποια λύση στο πρόβλημά τους. Στα Γηροκομεία ή στους «Οίκους Ευγηρίας» παραμένουν υπερήλικες που έχουν ανάγκη από περίθαλψη, που είναι ικανοί να αυτοεξυπηρετούνται, να κυκλοφορούν και που η αρρώστια από την οποία πιθανόν να πάσχουν δεν απαιτεί συχνή ή συνεχή παρακολούθηση.

Η αλλαγή στη σύνθεση της οικογένειας - οικογένεια δυο γενεών - αποτέλεσμα κοινωνικών αλλαγών, αλλά και απόψεων των σημερινών νέων γι' αυτήν, καθώς επίσης και η έλλειψη ικανοποιητικό αριθμό Καταστημάτων και Υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας και Περίθαλψης για τον υπερήλικα, τα οποία θα μπορούσαν να κρατήσουν και τον μοναχό υπερήλικα στο σπίτι του, οδηγεί στη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση των Γηροκομείων ή των «Οίκων Ευγηρίας» ιδιωτικά Γηροκομεία. Στα ιδρύματα αυτά προσφέρονται στέγη, τροφή, περιποίηση και Ιατρονοσηλευτικό-φαρμακευτική περίθαλψη σε εξασθενημένους υπερήλικες που δεν μπορούν να ζήσουν σε «ανεξάρτητη

στέγαση». Αναγκαία προϋπόθεση (α) μπορούν να κινούνται, να τρώνε και να ντύνονται μόνοι τους ή με την βοήθεια μηχανημάτων, (β) δεν έχουν ακράτεια ούρων/κοπράνων και (γ) δεν παρουσιάζουν πνευματικές διαταραχές ενοχλητικές για τους άλλους.

Για την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων της τρίτης ηλικίας που θα Ζήσουν στους «Οίκους Ευγηρίας», Γηροκομεία και για να μην αποτελέσουν τα ιδρύματα αυτά τον προθάλαμο του θανάτου, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα, ώστε να πληρούν ορισμένες κτιριακές προϋποθέσεις, να έχουν ανάλογο εξοπλισμό και τέλος, χωρίς να είναι και το τελευταίο στην ιεράρχηση, να είναι επανδρωμένα με προσωπικό που θα είναι επαρκές τόσο αριθμητικά, όσο και ποιοτικά για την κάλυψη των αναγκών των τροφίμων.

Στην κατασκευή του κηρίου πρέπει να ληφθούν υπόψη οι αναπηρίες των ατόμων, ΟΙ δυσχέρειες που τα χρόνια της ζωής προκαλούν, οι ανάγκες της ηλικίας αυτής, μεταξύ των οποίων είναι και η της ατομικότητας και ιδιαιτερότητας.

Αρχικά το οικόπεδο θα πρέπει να:

1. Εξασφαλίζει καλή θέα, να είναι υπήνεμο και μεγάλο σε έκταση, για να υπάρχει αρκετά μεγάλος ακάλυπτος χώρος, όπου οι υπερήλικες θα μπορούν να περνούν μερικές ώρες τη μέρα, όταν οι καιρικές συνθήκες το επιτρέπουν ή ακόμη και να καλλιεργούν οι ίδιοι κήπο.

2. Βρίσκεται κοντά σε αγορά, να μην απέχει πολύ από την εκκλησία και το ταχυδρομείο. Η παρουσία σχολείου και μάλιστα νηπιαγωγείου κοντά στο σπίτι των ηλικιωμένων ανθρώπων, με δυνατότητα των τροφίμων να βλέπουν και να έχουν επικοινωνία με τα παιδιά, αλλά και ενεργό ανάμιξη με τον πληθυσμό της περιοχής, αναπληρώνει σε κάποιο βαθμό την απομάκρυνσή τους από το οικογενειακό περιβάλλον, και τα εγγόνια.

3. Βρίσκεται κοντά σε καλό συγκοινωνιακό δίκτυο, για να μπορούν οι ίδιοι να κυκλοφορούν, όταν ΟΙ φυσικές τους ικανότητες και η υγεία τους το επιτρέπουν, αλλά και οι συγγενείς και οι φίλοι να τους επισκέπτονται, χωρίς να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα.

Το κτίριο μπορεί να είναι κάθετης ή οριζόντιας αρχιτεκτονικής. Προτιμάται το κτίριο οριζόντιας αρχιτεκτονικής, για να μπορούν ΟΙ κάτοικοι να βγαίνουν εύκολα στον ελεύθερο χώρο. Είναι καλλίτερα τα μικρά κτίριο, γιατί είναι φιλικά, βοηθούν στην ανάπτυξη οικογενειακής ατμόσφαιρας, είναι ξεκούραστα. και

άνετα στην διαμονή, βοηθούν στην καλλίτερη προσαρμογή και περιορίζουν τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Οι αρνητικές επιπτώσεις του απρόσωπου μεγάλου κτιρίου (οριζόντια ή κάθετη αρχιτεκτονική) μειώνονται με την εσωτερική διαρρύθμισή του *σε* μικρές αυτοτελείς κατοικίες σης οποίες θα μπορεί να δημιουργηθεί *σε* ικανοποιητικό βαθμό, οικογενειακή και προσωπική σχέση και ατμόσφαιρα.

Τα μειονεκτήματα τόσο της οριζόντιας αρχιτεκτονικής όσο και των μικρών κηρίων είναι ότι απαιτούν μεγάλο οικόπεδο.

Οι απαραίτητοι χώροι για την σωστή λειτουργία ενός γηροκομείου ή «Οίκου Ευγηρίας» είναι οι εξής:

1. Δωμάτια: (για τη διαμονή των υπερηλίκων) συνιστώνται μονόκλινα και σε μεγάλη ανάγκη δίκλινα δωμάτια, γιατί η ηλικία αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες συγκατοίκησης.

Οι πόρτες των δωματίων και γενικά όλου του κτιρίου, αλλά και οι διάδρομοι πρέπει να είναι άνετοι για να είναι ευχερής η χρήση της φορητής πολυθρόνας από τους ίδιους τους υπερήλικες. Ακόμη τα δωμάτια πρέπει να είναι φωτεινά, να έχουν ικανοποιητικό αερισμό και ανοικτό ορίζοντα. Το καλυμμένο με μοκέτα δάπεδο εξασφαλίζει ακίνδυνο βάδισμα. Σε καμιά περίπτωση το δάπεδο δεν πρέπει να είναι γλιστερό. Το ατομικό μπάνιο εξυπηρετεί πολύ τον υπερήλικα. Τόσο δίπλα στην τουαλέτα, όσο και στους τοίχους του λουτρού, του τύπου ντους, που είναι εύχρηστα από τους υπερήλικες, τοποθετούνται χειρολαβές για την ασφάλεια και βοήθεια των ατόμων που τα χρησιμοποιούν (βλέπε εικ. 3, *σελ* 49). Το δάπεδο του ντους δεν πρέπει να είναι γλιστερό. Σε περίπτωση που το λουτρό (τουαλέττα, μπάνιο) δεν είναι ατομικό, για κάθε δωμάτιο πρέπει να αναλογεί τουλάχιστον 1 λουτρό *σε* 6 άτομα και 1 τουαλέτα σε 5 άτομα, να είναι δε η διαρρύθμιση του χώρου με τέτοιο τρόπο, ώστε οι τουαλέτες και τα λουτρά να μην απέχουν πολύ από τα δωμάτια των ηλικιωμένων. Το μπάνιο και η τουαλέτα πρέπει να έχουν σύστημα επικοινωνίας, για να μπορούν οι υπερήλικες να ζητούν βοήθεια *σε* περίπτωση ανάγκης.

Η ύπαρξη ανυψούμενων τουαλεττών και κατάλληλων για να περνάει φορητή πολυθρόνα που θα φέρνει τον ανήμπορο υπερήλικα πάνω στην τουαλέττα συμβάλλει στη μείωση των συνεπειών της αναπηρίας και συντελεί στην αυτοεξυπηρέτησή του. Ακόμη τοποθετείται καθρέπτης μεγάλου

μεγέθους στην τουαλέττα για την βοήθεια του υπερήλικα να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του μετά τη χρησιμοποίηση του χώρου.

2. Τραπεζαρία: Αυτή χρησιμοποιείται από τους περιπατητικούς υπερήλικες, αλλά και από αυτούς που μπορούν να χρησιμοποιούν φορητή πολυθρόνα και συνιστάται να είναι σε τύπο εστιατορίου που είτε σερβίρεται το φαγητό από τους σερβιτόρους είτε αυτοσερβίρονται. Το εστιατόριο χρησιμοποιείται σε ιδρύματα με μεγάλο αριθμό τροφίμων, ενώ η διαμόρφωση του χώρου σε μικρά διαμερίσματα Βοηθάει στη μείωση των απρόσωπων συναισθημάτων, που δημιουργεί η μεγάλη αίθουσα εστιατορίου. Η τραπεζαρία σε τύπο σπιτιού προτιμάται όταν οι κάτοικοι του ιδρύματος είναι λίγοι.

Ο χώρος *αυτός* πρέπει να είναι χαρούμενος, ανάλογα εξοπλισμένος και διακοσμημένος. Η ώρα του φαγητού πρέπει να είναι ευχάριστη για κάθε άνθρωπο, ιδιαίτερα όμως για τον υπερήλικα που ζει σ' ένα ίδρυμα και οι ευκαιρίες κοινωνικής αναστροφής είναι πολύ περιορισμένες.

Για το σερβίρισμα του φαγητού, το πλύσιμο των πιάτων κ.ά. χρειάζεται ειδικός χώρος συνεχόμενος με το εστιατόριο. Η εργασία αυτή μπορεί να γίνεται και σε βοηθητικό χώρο της κεντρικής κουζίνας. Απαραίτητος επίσης χώρος, κοντά στο εστιατόριο είναι οι τουαλέτες.

3. Σαλόνι στο οποίο οι κάτοικοι του ιδρύματος μπορούν να δέχονται τους επισκέπτες τους και να έχουν μεταξύ τους μια άνετη και ευχάριστη αναστροφή.

Ανάλογα με την αρχιτεκτονική του κτιρίου και τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν σ' αυτό προγραμματίζεται και ο αριθμός των σαλονιών.

Το σαλόνι, πρέπει να έχει κατάλληλη επίπλωση και διακόσμηση, για να δημιουργεί άνεση *αλλά* και ευχαρίστηση στα άτομα που το χρησιμοποιούν και να είναι εξοπλισμένο με είδη ψυχαγωγίας όπως τηλεόραση, video, Radio, pic-Up κ.λπ. Η χρήση της τηλεόρασης περιορίζεται, ώστε να επικοινωνούν οι υπερήλικες μεταξύ τους και με τους επισκέπτες τους.

4. Αίθουσα ψυχαγωγίας: Αυτή πρέπει να είναι μεγάλη με ειδικές εγκαταστάσεις ψυχαγωγίας όπως σκηνή και ανάλογο εξοπλισμό, πιάνο, μηχανήματα για προβολές, Pic -Up κ. ά. Εάν δεν υπάρχει ξεχωριστή αίθουσα ψυχαγωγίας συνιστάται να επικοινωνούν η τραπεζαρία και το σαλόνι με πτυσσόμενες πόρτες ώστε να μετατρέπονται οι δυο χώροι σε μια αίθουσα

ψυχαγωγίας.

5. Αναρρωτήριο: Η νοσηρότητα στα ηλικιωμένα άτομα είναι μεγάλη και για καλλίτερη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη των τροφίμων είναι απαραίτητη η πρόβλεψη αναρρωτηρίου με θαλάμους δυο ή τριών κρεβατιών, ο καθένας. Στο αναρρωτήριο νοσηλεύονται περιπτώσεις που και η οικογένεια θα κρατούσε στο σπίτι, δηλαδή ελαφρές ασθένειες με στοιχειώδη νοσηλεία, ή περιπτώσεις ετοιμοθανάτων στους οποίους *το* νοσοκομείο δεν έχει να προσφέρει καμία βοήθεια και είναι καλλίτερα να κλείσουν τα μάτια στο γνώριμό τους περιβάλλον.

Το αναρρωτήριο είναι ένα χωριστό διαμέρισμα που διαθέτει δωμάτια με ατομικό λουτρό και τους πιο κάτω χώρους ανάλογα εξοπλισμένους: ιατρείο, φαρμακείο, λινοθήκη, βοηθητικός νοσηλευτικός χώρος, office, στάση προσωπικού «Nursing station», αίθουσα αναμονής και Βοηθητικός χώρος για το προσωπικό καθαριότητας. Το ιατρείο του αναρρωτηρίου χρησιμοποιείται και για ης περιοδικές εξετάσεις υγείας των υγιών και την ιατρική ή νοσηλευτική παρακολούθηση των ασθενών, την παροχή πρώτων βοηθειών και οποιασδήποτε νοσηλείας χρειασθούν οι υπερήλικες.

6. Φυσικοθεραπευτήριο: Χώρος με ειδικές εγκαταστάσεις και εξοπλισμό σε όργανα και μηχανήματα και ειδικευμένο προσωπικό. Στο τμήμα αυτό μπορούν να περνούν οι υπερήλικες αρκετό Χρόνο για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση μικροαναπηριών, τη διατήρηση των περιορισμένων δυνάμεων και ικανοτήτων, καθώς και λειτουργικότητας των οργάνων τους.

7. Εργοθεραπευτήριο: Η θέση του χώρου αυτού μέσα στο κτίριο, η αρχιτεκτονική του, ο εξοπλισμός του και η επάνδρωσή του με το ανάλογο προσωπικό επηρεάζουν τον βαθμό της χρήσης του. Όσο μεγαλύτερη είναι η χρήση του εργοθεραπευτηρίου, *τόσο* περισσότερο ελευθερώνει τον υπερήλικα από τα δεσμά του ατομισμού του, διατηρεί και αυξάνει τα ενδιαφέροντά του για την ζωή, περιορίζει την απομόνωση, αυξάνει την κοινωνικότητά του, του δίνει την αίσθηση ότι είναι χρήσιμος και ευεργετικός στο κοινωνικό σύνολο κ. ά.

8. Βιβλιοθήκη: Η βιβλιοθήκη πρέπει να πληρεί προϋποθέσεις, όπως άπλετο φωτισμό, άνεση, καλό εξοπλισμό και εμπλουτισμό σε βιβλία που να καλύπτουν τα ενδιαφέροντα όλων των τροφίμων. Η καλά οργανωμένη βιβλιοθήκη συγκεντρώνει τους ενοίκους του Ιδρύματος σ' αυτή.

9. Ναός: Ο Ναός βρίσκεται μέσα στο κτίριο του Ιδρύματος ή είναι ανεξάρτητο κτίριο στον ακάλυπτο χώρο του. Ο Ναός, με τον Ιερέα, καλύπτει ης ψυχικές και πνευματικές ανάγκες των ηλικιωμένων και αποτελεί το στήριγμα και την πηγή της ελπίδας τους στα βαριά από την ηλικία χρόνια.

10. Γραφείο Διοίκησης: Το γραφείο της Διευθύντριας του Ιδρύματος, η γραμματεία με το γραφείο προσωπικού και η οικονομική υπηρεσία αποτελούν τα γραφεία διοίκησης.

11. Κεντρική κουζίνα: Σ' αυτήν παρασκευάζεται το φαγητό και με ειδικές θερμοτράπεζες ή ψυχοτράπεζες, μέσα σε ειδικά δοχεία, μεταφέρεται το κυρίως φαγητό με τα συμπληρώματά του στο Office της τραπεζαρίας /εστιατορίου για το σερβίρισμα των γευμάτων. Στο αναρρωτήριο το φαγητό μεταφέρεται από την κουζίνα, σερβιρισμένο σε δίσκους, μέσα σε θερμοτράπεζες. Σε περίπτωση που όλα τα σκεύη φαγητού πλένονται στην κεντρική κουζίνα, τότε πρέπει να υπάρχει ανάλογος χώρος με εγκαταστάσεις όπως πλυντήρια πιάτων κ.λπ. κοντά στην κεντρική κουζίνα υπάρχουν δωμάτια - ψυγεία διαφόρων θερμοκρασιών για τη διατήρηση των τροφίμων καθώς και αποθήκη τροφίμων.

12. Πλυντήριο, σιδηρωτήριο, ραφείο και λινοθήκη είναι απαραίτητοι χώροι για την κάλυψη των αναγκών του Ιδρύματος.

13. Τεχνική Υπηρεσία με τα ανάλογα εργαστήρια, εφόσον οι διαστάσεις του Ιδρύματος το απαιτούν, είναι απαραίτητη για τη συντήρησή του και την καλή λειτουργία των υδραυλικών, ηλεκτρικών θερμαντικών και άλλων εγκαταστάσεων.

14. Αποθήκες: Είναι απαραίτητες για την κάλυψη των διαφόρων αναγκών του Ιδρύματος.

Ανελκυστήρες, σε διάφορα μεγέθη, για τη μεταφορά όχι μόνον ατόμων αλλά και των ειδών όπως φορεία, αμαξίδια, τρόφιμα, απορρίμματα κλπ. είναι απαραίτητοι.

Στους διαδρόμους και σης σκάλες, που πρέπει να είναι χαμηλές, με μεγάλα πλατύσκαλα - για την ξεκούραση των υπερηλίκων - τοποθετούνται χειρολαβές για να στηρίζονται, όταν χρησιμοποιούν τους χώρους αυτούς.

Η επίπλωση και η διακόσμηση των δωματίων και όλων των χώρων *του* Ιδρύματος, εκτός από το αναρρωτήριο, πρέπει να μοιάζει με αυτή *του*

σπιτιού, να είναι χαρούμενη, για να απαλύνει στο σκούρο πέπλο των πολλών χρόνων της ζωής. Να επιτρέπεται να χρησιμοποιούν ατομικά έπιπλα, εφόσον είναι κατάλληλα, για να περιορίζεται το αίσθημα της αλλαγής περιβάλλοντος και να διευκολύνεται ο ηλικιωμένος στην προσαρμογή στο νέο *του* περιβάλλον.

Πάρκα με ποικιλία λουλουδιών και αναπαυτικά παγκάκια προσφέρουν ευχαρίστηση και δημιουργούν γαλήνη στον ένοικο *του* Ιδρύματος.

συνεχίζουμε με το προσωπικό που πρέπει να έχει το Ίδρυμα για την καλή *του* λειτουργία.

Το προσωπικό που εργάζεται στον «Οίκο Ευγηρίας», - Γηροκομείο χωρίζεται σε δυο κατηγορίες:

Το προσωπικό με πλήρη απασχόληση.

Το προσωπικό με μερική απασχόληση.

Προσωπικό πλήρους απασχόλησης είναι:

1. Ο Ιερέας: Εφόσον το Ίδρυμα είναι μεγάλο, πρέπει να έχει πλήρη απασχόληση για κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ενοίκων *του* Ιδρύματος, άλλως έχει μερική απασχόληση.

2. Γηρίατρος: Ασχολείται με τα ιατρικά προβλήματα υγείας των τροφίμων. Εάν το Ίδρυμα έχει λίγους τροφίμους, ο γηρίατρος μπορεί να ανήκει στην κατηγορία *του* προσωπικού μερικής απασχόλησης.

3. Νοσηλευτικό: Η κατηγορία αυτή *του* προσωπικού απασχολείται στο αναρρωτήριο για την κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών των αρρώστων και τους χώρους) κατοικίας των τροφίμων για προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας, για διαφώτιση σε θέματα υγείας, για πρόληψη αναπηριών και αποκατάσταση, όταν αυτές έχουν κάνει την εμφάνισή τους, για ψυχολογική υποβάσταξη κά. Από αυτή την κατηγορία του προσωπικού προτιμάται να προέρχεται ο Διευθυντής *του* Ιδρύματος.

4. Διοικητικό προσωπικό: Μεταξύ αυτών ο οικονόμος, ο διαχειριστής κλπ. ανάλογα με τον αριθμό τροφίμων. Και η κατηγορία αυτή *του* προσωπικού, σε ιδρύματα με μικρή δύναμη ασθενών, μπορεί να εργάζεται με μερική απασχόληση.

5. Μάγειρος και βοηθοί μαγείρου: Αυτή η κατηγορία προσωπικού μπορεί να μην υπάρχει αλλά η οικονόμος να έχει την ευθύνη της κουζίνας που η εργασία της διεκπεραιώνεται με τη σύμπραξη βοηθητικού προσωπικού, όταν βέβαια το

ίδρυμα έχει λίγους ενοίκους.

6. Βοηθητικό προσωπικό: Στην κατηγορία αυτή υπάγεται το προσωπικό για την παροχή ξενοδοχειακών υπηρεσιών και αποτελείται από καμαριέρες «θεραπαινίδες», τραπεζοκόμες και καθαρίστριες. Ο αριθμός του προσωπικού αυτού εξαρτάται από τη δύναμη των οικοτρόφων.

Προσωπικό μερικής απασχόλησης μπορεί να είναι αυτό που αναφέρθηκε πιο πάνω καθώς και

1. διαιτολόγος,
2. ψυχολόγος,
3. φυσικοθεραπευτής,
4. εργοθεραπευτής,
5. τεχνικοί,
6. κοινωνική λειτουργός.

Όλο το προσωπικό που αναφέρθηκε πιο πάνω πρέπει να έχει αγάπη και ενδιαφέρον για το ηλικιωμένο άτομο, ανάλογη εκπαίδευση για την κάλυψη των βιο - ψυχο - πνευμαπκο - κοινωνικών αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων των ατόμων που έχουν ξεπεράσει το 650 έτος της ηλικίας τους. Από έρευνα που έγινε σε ιδρύματα αυτού του είδους φαίνεται ότι καλλίτερη προσαρμογή έχουν τα άτομα που Χρησιμοποιούν ιδρύματα με λίγους τροφίμους όπου και αναπτύσσεται οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Οι σύγχρονες τάσεις προσφοράς νοσηλευτικής φροντίδας στους υπερήλικες είναι η δημιουργία Γηριατρικών νοσηλευτικών μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία και *όχι* η ίδρυση Γηριατρικών Νοσοκομείων.

Η «**Προστατευόμενη στέγαση**» για την οποία ήδη έχουμε αναφερθεί αποτελεί τον καλύτερο τρόπο στέγασης, γιατί προσφέρει στον υπερήλικα πλήρη ανεξαρτησία αλλά και ασφάλεια.

Ο άρρωστος υπερήλικας, με προβλήματα υγείας που χρειάζεται άμεση ιατρο - νοσηλευτική παρακολούθηση και παρέμβαση πρέπει να νοσηλεύεται σε Γηριατρικό Νοσοκομείο ή Νοσηλευτικές μονάδες υπερηλίκων. Γιατί όμως ο διαχωρισμός της ηλικίας αυτής; Μήπως από κοινωνικής πλευράς δεν θέλουμε να νοσηλεύονται οι ηλικιωμένοι μας άρρωστοι με άρρωστους άλλων ηλικιών; Η απάντηση στο δεύτερο ερώτημα είναι κατηγορηματικά αρνητική. Γιατί όμως συναντάται ο διαχωρισμός της ηλικίας αυτής, στο χώρο του Νοσηλευτικού Ιδρύματος;

Στη συνέχεια αναφέρονται οι λόγοι που επιβάλλουν ξεχωριστά **Νοσοκομεία ή Νοσηλευτικές μονάδες** για τους υπερήλικες. Αυτοί είναι:

1. Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλων κτιριολογικών συνθηκών. Ειδικότερα:

1.1 Προτιμάται η οριζόντια αρχιτεκτονική. Αυτή διευκολύνει τον υπερήλικα να βγαίνει εύκολα στον χώρο και να επικοινωνεί με την κοινότητα.

1.2. Τοποθετούνται Ειδικά δάπεδα στους χώρους που κυκλοφορούν οι ηλικιωμένοι - θάλαμοι, διάδρομοι, σαλόνια κλπ. - που δεν αφήνουν τον υπερήλικα ή το μπαστούνι του να γλιστρήσουν.

1.3. Τοποθετούνται χειρολαβές σε χώρους όπως λουτρά, τουαλέττες, διαδρόμους, σκάλες, βεράντες κ. ά. για τον περιορισμό των ατυχημάτων και την ενίσχυση της ανεξαρτοποίησής τους.

1.4. Χώροι όπως φυσικοθεραπευτήριο, βιβλιοθήκη, αίθουσα ψυχαγωγίας κ.ά. θεωρούνται απαραίτητοι, ιδιαίτερα σε Νοσηλευτικά ιδρύματα που νοσηλεύονται άρρωστοι με χρόνιες αρρώστιες.

1.5 Εγκατάσταση κυλιόμενων διαδρόμων, για την άσκοπη μετακίνηση των υπερηλίκων από τον έναν χώρο στον άλλο.

1.6 Οι σκάλες συμπληρώνονται και με ράμπες, για να κινούνται αναπηρικές καρέκλες.

2. Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος. Το κατάλληλο για τους υπερήλικες περιβάλλον αναφέρεται σε δυο στοιχεία:

2.1 Εξοπλισμός που να ανταποκρίνεται στις φυσικές αδυναμίες τους, που είναι πολύ μεγαλύτερες λόγω του βάρους των χρόνων της ζωής.

2.2 Εξοπλισμός που να προσεγγίζει σε κάποιο βαθμό τις συνθήκες του σπιτιού τους, ώστε η προσαρμογή στο νέο περιβάλλον να περιορίσει τις αναμενόμενες επιπτώσεις.

3. Η επάνδρωση του Γηριατρικού Νοσοκομείου ή της Νοσηλευτικής μονάδας με,

3.1. Εξειδικευμένο προσωπικό (Ιατρικό-Νοσηλευτικό κ.ά.) στη Γεροντολογία, Γηριατρική και Γηριατρική-Γεροντολογική Νοσηλευτική.

3.2. Άλλες κατηγορίες προσωπικού όπως φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγοι κ.ά.

4. Οικονομικός. Δηλαδή οι γηριατρικές μονάδες, αν εξαιρέσουμε τη διαγνωστική, είναι πιο απλές σε εξοπλισμό από την μονάδα Γενικού

Νοσοκομείου.

5. Βελτίωση της απόδοσης της νοσηλείας. Οι ηλικιωμένοι, εκτός από ης ειδικές ανάγκες που δημιουργούν ΟΙ διάφορες ασθένειες από ης οποίες πάσχουν, έχουν όλοι κοινές ανάγκες που εκδηλώνονται από το γεγονός ότι η αποκατάσταση της υγείας τους ακολουθεί βραδύ ρυθμό που δεν ταιριάζει με το κλίμα έντασης που επικρατεί στις μονάδες ενός Γενικού Νοσοκομείου. Το προσωπικό ενός Γενικού Νοσοκομείου έχει να κάνει κάτι πιο επείγον από το να περιμένει τον υπερήλικα να φάει, να ντυθεί, να κατεβεί από το κρεβάτι του κ.λπ. και για λόγους ταχύτερης διεκπεραίωσης της εργασίας βοηθάει τον υπερήλικα, πριν ακόμη χρειασθεί βοήθεια, ή τον μεταχειρίζεται *σαν* βρέφος αναλαμβάνοντας εκείνος, να κάνει αυτό που έπρεπε να κάνει μόνος του. Η αντιμετώπιση όμως αυτή επιταχύνει την κατάπτωσή του, τον στερεί θεραπευτικής αγωγής και τον μετατρέπει *σε* εξαρτημένο από τους άλλους άτομο.

Η σχέση του Νοσηλευτικού προσωπικού προς τον άρρωστο πρέπει να προσεγγίζει αυτή των παιδιατρικών Νοσοκομείων, γιατί αν και καταβάλλεται προσπάθεια διατήρησης του αρρώστου υπερήλικα ανεξάρτητου, εν τούτοις η εξάρτησή του πολλές φορές προσεγγίζει την παιδική, νηπιακή και Βρεφική ακόμη ηλικία.

Το γηριατρικό Νοσοκομείο οργανωμένο και με την φιλοσοφία της προοδευτικής θεραπείας είναι δυνατό, διοικητικά να ανήκει σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Στην περίπτωση αυτή το Γηριατρικό Νοσοκομείο αποτελείται από τέσσερις ειδικά διαρθρωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τη μονάδα Διάγνωσης και Θεραπείας, την μονάδα Αποκατάστασης, την μονάδα Αυτοεξυπηρέτησης και την μονάδα Μακράς Παραμονής.

Η μονάδα Διάγνωσης και Θεραπείας Βρίσκεται σε άμεση επαφή και στενή συνεργασία με ης διαγνωστικές υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου. Σ' αυτή τη μονάδα μπαίνει ο άρρωστος και παραμένει, ωσότου γίνουν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις για τη διάγνωση της νόσου, και αποφασιστεί η θεραπεία, η οποία και αρχίζει να εφαρμόζεται. Στη μονάδα αυτή υπάρχει αυξημένη αναλογία προσωπικού προς άρρωστο που πρέπει να είναι υψηλής και εξειδικευμένης κατάρτισης.

Η μονάδα Αποκατάστασης δέχεται τον άρρωστο από την μονάδα Διάγνωσης και Θεραπείας για να συνεχίσει τη θεραπεία, εάν χρειάζεται, και

κυρίως να εφαρμοσθεί η αγωγή της φυσικοθεραπείας. Εδώ η αναλογία προσωπικού προς άρρωστο είναι μικρότερη σε σχέση με την προηγούμενη μονάδα, και πρέπει να έχει προσανατολισμό στην αποκατάσταση. Η μονάδα αυτή χρησιμοποιεί το τμήμα φυσικοθεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου.

Η μονάδα Αυτοεξυπηρέτησης δέχεται τον άρρωστο από την προηγούμενη μονάδα. Εδώ ο υπερήλικας βοηθείται, καθοδηγείται και ενθαρρύνεται για αυτοεξυπηρέτηση. Αισθάνεται αυτοδύναμος και προετοιμάζεται ψυχολογικά αλλά και φυσικά για την έξοδό του από το Νοσοκομείο. Το ηθικό του υπερήλικα τονώνεται στη μονάδα αυτή, αφού διαπιστώνει πως μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και αισθάνεται αυτοδύναμος. Ακόμη τονώνεται το ηθικό των συγγενών, γιατί μειώνεται το άγχος της φροντίδας του. Εδώ το προσωπικό είναι πολύ λίγο και κυρίως ασχολείται με την επίβλεψη και ενθάρρυνση του ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση.

Όλοι όμως οι άρρωστοι που μπαίνουν στο Γηριατρικό Νοσοκομείο δεν ακολουθούν την ίδια πορεία αποθεραπείας. Σε πολλούς η ενεργητική θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν στη μονάδα Αποκατάστασης δεν απέδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα και δεν υπάρχει ελπίδα να ανεξαρτοποιηθούν. Αυτοί μεταφέρονται στη μονάδα Μακράς Παραμονής που είναι ένα είδος ασύλου ανίάτων νοσημάτων. Εδώ η αναλογία προσωπικού προς άρρωστο είναι πολύ αυξημένη, το μεγαλύτερο μέρος απ' αυτό είναι βοηθητικό.

Οι μονάδες αυτές δεν είναι απαραίτητο να είναι μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο, αφού δεν έχουν να ωφεληθούν ή ποτέ από τον επιστημονικό εξοπλισμό του. Η εγκατάστασή τους μακριά από την αγχώδη, βιαστική ζωή του Νοσοκομείου, σε περιβάλλον ήσυχο, με άφθονο πράσινο έχει ευεργετική επίδραση στους νοσηλευόμενους.

Το σύστημα οργάνωσης γηροκομείων με τη φιλοσοφία της Προοδευτικής Θεραπείας έχει το πλεονέκτημα πως δε θεωρεί καμιά περίπτωση εκ των προτέρων ανίατη. Πολλοί ασθενείς που παλαιότερα χαρακτηρίζονταν ανίατοι και θα διακομίζονταν χωρίς συζήτηση σε άσυλο, τώρα έχουν την ευκαιρία να δοκιμάσουν τουλάχιστον πρώτα την ενεργητική θεραπεία στο Νοσοκομείο και μόνον όταν αποδειχθεί εκ των πραγμάτων πλέον ότι δεν αντιδρούν, τότε θα σταλούν στο άσυλο. Αυτός ο τρόπος θεραπείας συντείνει έμμεσα στην ελάττωση της ζήτησης κλινών σε άσυλο, πράγμα ευχάριστο και επιθυμητό σε

μια κοινωνία.

Τέλος, ο κανονισμός των Γηριατρικών Νοσοκομείων σχετικά με το επισκεπτήριο πρέπει να δίνει περισσότερα προνόμια στους νοσηλευόμενους. Ο σκοπός είναι πάντα η διατήρηση στενού δεσμού του αρρώστου με την οικογένεια και τους φίλους, δηλαδή του δεσμού με τον κόσμο της πραγματικότητας.

Ημερήσια φροντίδα είναι η υπηρεσία που προσφέρει στον υπερήλικα μέσα για «συντήρηση» και «ενεργητική θεραπεία» με σκοπό την επιβράδυνση της κατάπτωσης του οργανισμού και τη μείωση της ζήτησης κρεβατιών στα νοσοκομεία.

Η Υπηρεσία της ημερήσιας φροντίδας παρουσιάζεται με τρεις διαφορετικές μορφές:

1. Νοσοκομείο ημέρας
2. Σταθμός υπερηλίκων
3. Υποσταθμός υπερηλίκων.

Η πρώτη μορφή είναι υπηρεσία κάποιου Νοσοκομείου, η δεύτερη οργανώνεται από ης κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου και η τρίτη της Κοινότητας.

Την πιο πλήρη μορφή Ημερήσιας Φροντίδας την προσφέρει το Νοσοκομείο Ημέρας το οποίο συνήθως είναι ανεξάρτητο, ισόγειο κτίριο μέσα στο οικόπεδο του Γενικού Νοσοκομείου. Έχει στενή επικοινωνία με το κυρίως κτίριο για να τροφοδοτείται με υλικό, μηχανήματα, τρόφιμα κ.λπ. εδώ έρχεται ο υπερήλικας που νοσηλευόταν στο Νοσοκομείο, πριν ακόμη αποθεραπευτεί τελείως για να συνεχίσει τη θεραπεία του. Καταφεύγει πάλι εδώ και από το σπίτι του, όταν χρειάζεται κάποια βοήθεια από την ομάδα υγείας.

Στο Νοσοκομείο Ημέρας ο υπερήλικας έχει το πλεονέκτημα να έχει ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση, κάποια υποβάσταξη και ακόμη κοινωνική δραστηριότητα, ψυχαγωγία, φιλική συντροφιά, ένα ζεστό γεύμα και επί πλέον να επιστρέφει το βράδυ στο περιβάλλον του και στην οικογένειά του.

Το Νοσοκομείο Ημέρας παρέχει «ενεργητική θεραπεία» για την οποία χρειάζεται μόνιμο ειδικευμένο προσωπικό και συντελεί στην μείωση ζήτησης νοσοκομειακών κλινών από τους υπερήλικες, τον περιορισμό του χρόνου παραμονής των στο νοσοκομείο και την μείωση του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι εσωτερικοί χώροι του Νοσοκομείου αυτού είναι η υποδοχή, χώροι ατομικής θεραπείας, ιατρείο γηριάτρων, ειδικό λουτρό αναπήρων, χώροι για ειδικές θεραπείες, όπως δωμάτια για εξάσκηση σε οικιακές δραστηριότητες, παθητική φυσικοθεραπεία, μικρή κουζίνα - office για τη διανομή του φαγητού,- μεγάλος χώρος ομαδικών δραστηριοτήτων δηλαδή καθιστικό, τραπεζαρία, αίθουσα εργοθεραπείας και φυσικοθεραπείας με την αποθήκη των οργάνων τους, κομμωτήριο, γραφείο Νοσηλεύτριας, Κοινωνικού Λειτουργού, βοηθητικοί χώροι και χώροι προσωπικού.

Ο Σταθμός υπερηλίκων προσφέρει ης υπηρεσίες του Νοσοκομείου Ημέρας, εκτός από την επιστημονική ενεργητική θεραπεία και γι' αυτό δεν Χρειάζεται προσωπικό όπως φυσικοθεραπευτές.

Ο **Υποσταθμός** υπερηλίκων είναι η πιο απλή μορφή υπηρεσίας ημερήσιας φροντίδας και δεν Χρειάζεται μόνιμο εξειδικευμένο προσωπικό. Στον υποσταθμό βρίσκει ο υπερήλικας συντροφιά και ένα γεύμα.

Το σύστημα Ημερήσιας φροντίδας λειτουργεί αποτελεσματικά, όταν παρατηρείται συνεχής διακίνηση υπερηλίκων από τη μια μορφή ημερήσιας φροντίδας στην άλλη. Αυτό σημαίνει πως με την επίδραση των υπηρεσιών της διαφοροποιούνται οι ανάγκες αυτού που δέχεται ης υπηρεσίες και έτσι επιτυγχάνεται η διακίνησή του στην επόμενη μορφή ημερήσιας φροντίδας. Θεωρείται αποτυχία, αν η μια μονάδα δουλεύει απομονωμένη και ανεξάρτητη από την άλλη, χωρίς συντονισμό μεταξύ τους και έχει στατικό πληθυσμό.

8.6 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ Κ.Α.Π.Η.

Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας παρέχουν υπηρεσίες σε ηλικιωμένα άτομα για την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων τους, ώστε να παραμείνουν ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Επίσης, συνεργάζονται με ειδικούς φορείς για την επίλυση των προβλημάτων και των αναγκών των μελών τους καθώς και διεξάγουν έρευνες για όλα τα θέματα εκείνα που αφορούν την γ΄ ηλικία. Τα Κ.Α.Π.Η. είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Το κάθε ένα διοικείται από 7μελές Διοικητικού Συμβούλιο και επιχορηγείται από τον Δήμο.

Μέλη

Μέλη εγγράφονται άτομα από 60 ετών και άνω, άνδρες και γυναίκες που

κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το Κέντρο, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων. Μπορούν να γραφτούν και νεώτερα άτομα, όταν κρίνεται σκόπιμο από την Κοινωνική Υπηρεσία. Τα μέλη κατά την εγγραφή τους πληρώνουν συμβολική συνδρομή. Η εγγραφή ανανεώνεται κάθε χρόνο.

Κοινωνική υπηρεσία

α. Ο Κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με τα μέλη και το οικογενειακό τους περιβάλλον, για την επίλυση προβλημάτων προσωπικών, οικογενειακών, οικονομικών (ενέργειες για συντάξεις, επίδομα κ.λ.π.).

β. Δημιουργεί ομάδες μέσα στο χώρο του Κ.Α.Π.Η., με σκοπό την ψυχαγωγία, την επιμόρφωση, την δημιουργική απασχόληση, την καλλιέργεια διαφόρων δεξιοτήτων των μελών του Κέντρου.

γ. Συνεργάζεται με διάφορους φορείς της κοινότητας και άλλες υπηρεσίες, και κάνει επισκέψεις *σε* σπίτια μελών, όταν υπάρχει πρόβλημα.

δ. Είναι υπεύθυνος για το πολιτιστικό πρόγραμμα που εφαρμόζεται στο Κέντρο, το οποίο καταθέτει για έγκριση στο Διοικητικό Συμβούλιο (ομιλίες, εκδρομές, θέατρο, μουσεία, κ.λ.π.).

Ιατρική υπηρεσία

Το Ιατρείο του Κ.Α.Π.Η. λειτουργεί δύο φορές την εβδομάδα. Εξυπηρετεί όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και δίνεται η δυνατότητα στα μέλη να κάνουν καρδιολογική εξέταση και τεστ σακχάρου. Ο Επισκέπτης Υγείας εφαρμόζει προγράμματα προληπτικής ιατρικής, ομιλίες, επισκέψεις κατ' οίκον, πληροφορίες για σωστή διατροφή και για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας, μέτρησης πίεσης και παραπομπής σε κατάλληλες ειδικότητες ιατρών.

Τμήμα φυσικοθεραπείας

Καθημερινά λειτουργεί το φυσικοθεραπευτήριο του Κ.Α.Π.Η. προσφέροντας θεραπεία σε νευρολογικά και ορθοπεδικά περιστατικά. Τα μέλη που κάνουν φυσικοθεραπεία έχουν προσκομίσει χαρτί ιατρού στον φυσικοθεραπευτή τους.

Ομάδες δραστηριοτήτων

Στο Κ.Α.Π.Η. λειτουργούν οι πιο κάτω ομάδες σε συνεργασία με τον Κοινωνικό Λειτουργό:

α. Ομάδα θεάτρου και ομάδα χορωδίας.

β. Ομάδα παραδοσιακού χορού.

γ. Ομάδα πολιτιστικών εκδηλώσεων και εκδρομών.

δ. Ομάδα εφημερίδας Κέντρου.

ε. Ομάδα χειροτεχνίας.

στ. Ομάδα αλληλοβοήθειας (επισκέψεις σε σπίτια άλλων μελών που έχουν πρόβλημα).

Τα μέλη δηλώνουν στην Κοινωνική Υπηρεσία την συμμετοχή τους στις διάφορες ομάδες. Το πρόγραμμα του κάθε μήνα ανακοινώνεται στον πίνακα ανακοινώσεων του Κέντρου.

8.7 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Η έλλειψη ειδικών μονάδων παροχής εξω-νοσοκομειακών υπηρεσιών, η ανεπαρκής κοινωνική πολιτική και η μοναξιά έχουν οδηγήσει μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων να αναζητήσουν καταφύγιο στα Κέντρα Κλειστής Περίθαλψης της χώρας. Η έρευνα έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι που διαβιώνουν σε τέτοιους χώρους αποτελούν μία ιδιαίτερη ομάδα που χρήζει ουσιαστικής και εξειδικευμένης βοήθειας. Καθώς τα Ιδρύματα είναι μία αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα και είναι δύσκολο να αποϊδρυματοποιηθούν τα άτομα που επιζητούν την ασφάλεια και τη σιγουριά που αυτά τους προσφέρουν, είναι ευκολότερο να βρεθεί τρόπος βελτίωσης της λειτουργίας των Ιδρυμάτων, ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες και απαιτήσεις όσων κατοικούν σε αυτά.

Από το 1990 διεξάγεται έρευνα πεδίου στην Αθήνα, στην περιοχή του Ρεθύμνου και στη Σύρο, χρηματοδοτούμενη από την Επιτροπή Ερευνών του Πανεπιστημίου Κρήτης, με θέμα: *«Γηρατειά και απασχόληση»,* συγκεκριμένα: «ο *ρόλος της απασχόλησης στο Βαθμό μεταβολής της ψυχοκοινωνικής ταυτότητας μοναχικών ατόμων τρίτης ηλικίας».* Στόχος της έρευνας είναι η διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων που θα οδηγήσουν στην ατομική προσαρμογή του ατόμου στα γηρατειά καθώς και η δυναμική προσαρμογή τους είτε στα Κέντρα Κλειστής και Ανοιχτής Περίθαλψης, είτε στο Νοσοκομείο,

μέσω της παραγωγικής απασχόλησής τους. Η έρευνα βρίσκεται, μετά τη συλλογή βιβλιογραφίας και την έρευνα-πιλότο που διεξήχθη στο χώρο της Πρωτεύουσας κατά τα έτη 1989-1990, στην τρίτη φάση της, που αφορά στη μελέτη της ψυχοκοινωνικής κατάστασης περιπτώσεων ηλικιωμένων και των δύο φύλων (75-85 ετών), οι οποίοι ζουν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης ή Φιλοξενούνται για μικρό χρονικό διάστημα μέσα στο χώρο του Νοσοκομείου. Κατά τη φάση αυτή η μελέτη διεξήχθη στο ΚΑΠΗ Ρεθύμνου καθώς και στα εξής Ιδρύματα:

α) Γηροκομείο Ρεθύμνου,

β) Γηροκομείο Αθήνας,

γ) Ιδιωτικά Ιδρύματα Περιθάλψεως και Περιποιήσεως ηλικιωμένων ατόμων «Βασιλάκειο» και «Κηφισός» (περιοχή Ν. Φαλήρου),

δ) Γηροκομείο Σύρου (Άγιος Παντελεήμονας και Ησυχαστήριο Παναγία ς της Ελπίδος) και, τέλος

ε) στη Γενική Κλινική των υπαλλήλων της Εθνικής Τραπέζης, στο Υγείας Μέλαθρον.

Η προσέγγιση των ηλικιωμένων έγινε με ημι-κατευθυνόμενες συνεντεύξεις, βασισμένες σ' ένα βιογραφικό θεματικό οδηγό και αρθρώθηκε μέσα από το λόγο τους και μέσα από την καταγραφή των παρατηρήσεων του ερευνητή στην αλληλεπίδρασή του με το υποκείμενο. Η δόμηση του οδηγού αυτού ήταν η ακόλουθη:

α) Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία,

β) Αναμνήσεις εν γένει για τα στάδια της ζωής του ηλικιωμένου ατόμου,

γ) Κατοικία και Συγκατοίκηση,

δ) Επαφές/Κοινωνικές σχέσεις,

ε) Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης,

στ) Κατάσταση υγείας,

ζ) Εικόνα που έχει το ίδιο το ηλικιωμένο άτομο για τον εαυτό του,

η) Τωρινή απασχόληση (δραστηριότητες).

Η έρευνα αυτή με το πέρας της ευελπιστεί ότι θα είναι σε θέση να αρθρώσει συγκεκριμένες προτάσεις, βάσει των πορισμάτων της και με κύρια κατευθυντήρια γραμμή την επαφή και όχι παραχάραξη των ηλικιωμένων και την ανάπτυξη μίας δημιουργικής, όχι αναγκαστικά επαγγελματικής, απασχόλησής τους.

Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 100 συνεντεύξεις με ηλικιωμένα άτομα. Το πρώτα αποτελέσματα, όπως αυτά διαμορφώθηκαν από τη γενικότερη επισκόπηση των απαντήσεων, καθώς και από την προσωπική επαφή και ανάλυση του λόγου των ηλικιωμένων ατόμων, είναι τα ακόλουθα:

Συγκριτικά, συσχετίζοντας τα ηλικιωμένα άτομα που κατοικούσαν σε Ιδρύματα με εκείνα που κατοικούσαν σε δικό τους χώρο και σύχναζαν στο χώρο των ΚΑΠΗ, θα μπορούσαμε να ισχυρισθούμε ότι στην πρώτη ομάδα συγκαταλέγονται κυρίως μοναχικά άτομα, συνήθως άτεκνα, που είτε δεν απέκτησαν ποτέ σύντροφο είτε τον έχασαν νωρίς. Αξιοσημείωτο είναι ότι δεν τους συνέδεε καμία στενή φιλική ή συγγενική σχέση με άτομα έξω από το περιβάλλον του Γηροκομείου, γεγονός που αποτέλεσε μία από τις κινητήριες δυνάμεις για να καταφύγουν τα ηλικιωμένα αυτά άτομα στο Γηροκομείο, αναζητώντας την κάλυψη του συναισθηματικού τους κενού. Γενικά, 3 κυρίως κατηγορίες ηλικιωμένων ατόμων παρατηρήθηκε ότι αποτελούσαν τον πληθυσμό των ανωτέρω Ιδρυμάτων:

α) άτομα που οικειοθελώς επέλεξαν το Γηροκομείο ως χώρο μόνιμης διαμονής, καθώς αναζήτησαν την ασφάλεια και τη συντροφικότητα που τους προσφέρει η αναγκαστική συγκατοίκηση με άλλους ανθρώπους, κάτω από την επίβλεψη ενός ειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού,

β) άτομα που αναγκάσθηκαν να καταφύγουν στο Γηροκομείο, καθώς δεν μπορούσαν τα ίδια να αυτοσυντηρηθούν λόγω οικονομικών ή άλλων δυσχερειών, ενώ τα παιδιά τους δεν αποδέχονταν την ευθύνη της φροντίδας τους ή δεν υπήρχαν άλλα συγγενικά πρόσωπα που θα την αναλάμβαναν και

γ) άτομα που λόγω προβλημάτων υγείας είχαν ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης από ειδικευμένο προσωπικό, φροντίδα που είτε τα ίδια δεν ήθελαν να εναποθέσουν σε στενά συγγενικά τους πρόσωπα, είτε τα πρόσωπα αυτά ένιωθαν ανεπαρκή για την παροχή της.

Σύμφωνα με τις απόψεις ορισμένων ερευνητών, η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες εξακολουθεί να διατηρεί τις στενές οικογενειακές σχέσεις, με αποτέλεσμα το ποσοστό ηλικιωμένων που διαμένουν σε Ιδρύματα να είναι μικρότερο εκείνου που ζει μαζί ή κοντά σε συγγενικά πρόσωπα (συνήθως α' βαθμού συγγένειας).

Παρά ταύτα η έρευνα κατέδειξε τα παρακάτω αποτελέσματα, που κάνουν να Φαντάζει η διατήρηση των παραδοσιακών οικογενειακών δεσμών ως μύθος περισσότερο, παρά ως πραγματικότητα (σύμφωνα με τα δεδομένα της δικής μας μελέτης):

α) ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν υποβάλει αίτηση στα περιφερειακά Γηροκομεία (περιοχών πέραν της Αττικής) είναι πολύ μεγάλος, αν και κατά παράδοση στις περιοχές αυτές θεωρείται δεδομένη «η συμπαράσταση» των παιδιών προς τους ηλικιωμένους γονείς και «η συγκατοίκηση πολλών γενεών μέσα στο ίδιο σπιτικό» (Δ. Παναγιωτακόπουλος, 1989)

β) μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων στα Γηροκομεία της Αθήνας προέρχονταν από την περιοχή της υπόλοιπης Ελλάδας, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί με τη συρροή του ενεργού πληθυσμού από την ύπαιθρο προς τα μεγάλα αστικά κέντρα (Καββαδίας Γ., 1981).

Πίνακας 1

Εισαγωγή σε Γενικά Νοσοκομεία ή άλλα ιδρύματα κατά το έτος 1980

Είδος Περίθαλψης	Συχνότητά %
Γενικό Νοσοκομείο	19,0
Άλλα Ιδρύματα	4,9
Εκτός Ιδρυμάτων	76,1
Σύνολο	100,0

(Στοιχεία από Γ. Παπαευαγγέλου - Α. Δοντά, «Προβλήματα υγείας των υπερηλίκων στην Ελλάδα», Ομιλία στο Διεθνές Συμπόσιο με θέμα *Τρίτη Ηλικία: Ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας στην Ελλάδα και τις άλλες χώρες).*

Αποτέλεσμα αυτής της μετακίνησης ήταν η ερήμωση της υπαίθρου - ακόμα και από ηλικιωμένα άτομα - που, προκειμένου να βρίσκονται κοντά στα παιδιά ή άλλα συγγενικά τους πρόσώπα, αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τον τόπο διαμονής τους. Δεδομένου όμως του φόρτου εργασίας και του γρήγορου ρυθμού ζωής στην πόλη, που δεν επιτρέπει τη διοχέτευση

ενέργειας και Φροντίδας εκ μέρους των νεοτέρων παρά μόνο στα απολύτως απαραίτητα (σπίτι-παιδιά-εργασία), αναπόφευκτη κατάληξή τους ήταν τα Κέντρα Κλειστής Περίθαλψης. Συγκεκριμένα υπήρχαν περιπτώσεις που ενώ ο ηλικιωμένος κατοικούσε στο Γηροκομείο της Αθήνας, η υπόλοιπη οικογένειά του βρισκόταν σε άλλη απομακρυσμένη πόλη, γεγονός που έθεσε πολλά ερωτηματικά στους ερευνητές: πιθανώς υποδηλώνει την αυξανόμενη ανάγκη της περιφέρειας για χώρους διαμονής των ηλικιωμένων, καθώς και το πόσο κλονισμένη είναι πια η συνοχή της «παραδοσιακής ελληνικής οικογένειας» (Κατάκη Χ., 1984).

Η κοινωνική αναπαράσταση της έξω ομάδας για το Ίδρυμα Κλειστής Περίθαλψης φέρει το στίγμα του «γκέτο» και της «περιθωριοποίησης». Όμως στην ουσία και στο Γηροκομείο προσφέρεται δυνατότητα κοινωνικοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων, δεδομένο που εμφανίζεται μέσα στα ίδια τους τα λόγια, όπως δηλαδή οι ίδιοι χαρακτηρίζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις έξω από το χώρο του ιδρύματος ως «υποκείμενες σε συμφέροντα και ιδιοτέλειες (π.χ. θέματα κληρονομιάς), κάτι που λείπει από τις σχέσεις που αναπτύχθηκαν μεταξύ εκείνων που «μοιράζονται έναν κοινό χώρο και μία καθημερινότητα μέσα στο Γηροκομείο». Υπάρχουν οι διαφωνίες στις απόψεις και οι συγκρούσεις στους χαρακτήρες, αλλά, «αισθανόμενοι ότι είναι όλοι ίσοι μεταξύ τους, υπόκεινται στην ίδια μοίρα και, συνειδητοποιώντας πόσο απαραίτητη είναι η αλληλοβοήθεια για την επιβίωσή τους», αποκτούν την ικανοποίηση ότι «δεν αντιμετωπίζουν μόνοι το φόβο του θανάτου». Δεδομένου ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι φέρουν βιώματα από το παρελθόν επώδυνα, αυτά τους έχουν δημιουργήσει απώθηση προς τον έξω κόσμο (εκτός Ιδρύματος), προς εκείνους δηλαδή που ζουν μέσα στη δραστηριοποίηση, στην ένταση, στη δημιουργία αλλά και στο φθόνο, στο στρες και στην απληστία (όπως οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται πια τον έξω κόσμο). Έτσι η εισαγωγή τους στο Ίδρυμα διαχωρίζει τον κόσμο τους αυτόματα σε δύο κατηγορίες, στους «μέσα» και στους «έξω», στην εντός και εκτός ομάδα.

Η αίσθηση της διαφοροποίησης που ήταν αμφίπλευρη, τόσο από μέρους της ερευνητικής ομάδας, όσο και από την ομάδα των ηλικιωμένων του Γηροκομείου, σηματοδοτεί ένα ακόμα στοιχείο που διακρίνει τον κόσμο των Κέντρων Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων από τα Γηροκομεία. Τα **ΚΑΠΗ**

είναι ενσωματωμένα στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, αποτελούν ένα κίνητρο δημιουργικής απασχόλησης και συνεύρεση ατόμων που δε νοιώθουν αποκομμένοι από την κοινωνία. Αντίθετα, οι ηλικιωμένοι των Γηροκομείων αποκτούν τη νοοτροπία του τροφίμου, περιχαρακώνονται πίσω από τους τοίχους του Ιδρύματος σε μία προσπάθεια ίσως να ξεχάσουν ότι οι έξω εξακολουθούν να κινούνται και να εξελίσσονται, μη λαμβάνοντας υπόψη τη δική τους αναπόφευκτη στασιμότητα (Ντε Μποβουάρ Σ., 1980).

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι ομάδες των ηλικιωμένων της μελέτης μας στα **ΚΑΠΗ** έδιναν την εντύπωση της «παρέας», ενώ οι ομάδες των ηλικιωμένων στα Γηροκομεία «της οικογένειας», αποδεικνύοντας έτσι πόσο εξαρτημένοι είναι από το χώρο και πόσο δεμένοι είναι μεταξύ τους. Κατ' αυτό τον τρόπο, το Ίδρυμα Κλειστής Περίθαλψης λειτουργεί ως ένα είδος υποκατάστατου της οικογένειας (λόγω έλλειψης πραγματικής οικογένειας), γι' αυτό και πολλοί ηλικιωμένοι αρνούνται να φύγουν, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα, ακόμα και όταν έχουν τη δυνατότητα να το πραγματοποιήσουν.

Στην προσαρμογή του συμβάλλει και ο χώρος στον οποίο βρίσκονται χτισμένα τα Γηροκομεία π.χ., στις περιπτώσεις του Γηροκομείου του Ρεθύμνου και της Αθήνας, τα Ιδρύματα Κλειστής Περίθαλψης βρίσκονται όχι πολύ μακριά από το κέντρο της πόλης, αλλά ουσιαστικά απομονωμένα: στο Ρέθυμνο λόγω απόστασης και στην Αθήνα λόγω αρχιτεκτονικής. Το Γηροκομείο της Αθήνας βρίσκεται σε έναν πολυσύχναστο δρόμο, αλλά οι ψηλοί πέτρινοι τοίχοι που χαράζουν με απόλυτη ακρίβεια τα σύνορα μεταξύ των δύο κόσμων δρουν απαγορευτικά για τον υπόλοιπο κόσμο και Φαντάζουν σαν μία προσπάθεια ελαχιστοποίησης της βοής του προς τα έξω και τα δύο οικήματα περιστοιχίζονται από πολλά δένδρα και αποτελούν ιδανικό χώρο για περίπατο. Ουσιαστικά δεμένα με τον περιβάλλοντα χώρο ήταν τα Γηροκομεία της Σύρου, που βρίσκονταν μέσα στην πόλη και ταυτόχρονα είχαν το πλεονέκτημα μιας πανέμορφης θέας προς τη θάλασσα. Κατ' αυτό τον τρόπο οι ηλικιωμένοι αποκτούσαν «την αίσθηση της συνέχειας» καθώς δεν αποκόπτονταν από το περιβάλλον μέσα στο οποίο είχαν ζήσει τα προηγούμενα χρόνια.

Ένας πιθανός τρόπος προσέγγισης των δύο κόσμων (μέσα-έξω) θα μπορούσε να γίνει μέσω της εκμετάλλευσης αυτού του χώρου από όλες τις ηλικίες, έτσι ώστε να επικρατεί ποικιλοπροσωπία και ποικιλοχρωμία,

ερεθίσματα απαραίτητα για να αποφευχθεί ο γεροντικός μαρασμός (άνοια).

Γενικά, εμφανίσθηκε έντονη η ανάγκη των ηλικιωμένων «συνέχειας» για την ενεργό ζωή (δραστηριότητες), με την έννοια της ομαλής μεταπήδησης από τη μία φάση της σε μία άλλη. Καθ' όλη τη διάρκεια της ομιλίας τους, οι ηλικιωμένοι που προσεγγίσαμε ως κύριο σημείο αναφοράς τους είχαν τις αναπολήσεις/αναμνήσεις από .το παρελθόν. Η αδυναμία να συνεχίσουν τον ίδιο τρόπο ζωής, να ασκήσουν τις ίδιες εργασίες όπως παλαιότερα, ελαχιστοποιούσε το αυτό συναίσθημά τους. Πολύ περισσότερο στις περιπτώσεις ηλικιωμένων που αντιμετώπιζαν πρόβλημα αναλφαβητισμού, περιορίζοντας έτσι κατά πολύ τις δυνατότητες ενασχόλησή ς τους με κάτι δημιουργικό (όπως το διάβασμα). Η διατήρηση του παρελθόντος μέσα στο παρόν, η προσπάθεια να μην οροθετηθεί η είσοδος του ηλικιωμένου ατόμου στο Ίδρυμα, από την παύση κάθε εποικοδομητική ς ενασχόλησή ς του, αλλά αντίθετα να ενθαρρύνεται η συνέχισή. της ή η αντικατάστασή της με κάτι εξίσου ενδιαφέρον, *εκφράσθηκε εκ μέρους τους ως άμεση ανάγκη.* Η ενεργοποίηση των δυνάμεών τους στον ανώτερο δυνατό βαθμό πρέπει να αποτελεί το στόχο λειτουργίας κάθε Κέντρου, κλειστής ή ανοιχτής περίθαλψης, καθώς, όπως υποστηρίζει η U. Lehr, «η καλύτερη παροχή βοήθειας σε ένα ηλικιωμένο άτομο είναι μέσω απαιτήσεων».

Από όλες τις ομάδες των ηλικιωμένων ατόμων ήταν κοινή η αρνητική αντιμετώπιση των λέξεων «γέρος» ή «γριά» καθώς και του ρήματος «γερνάω». Οι λέξεις αυτές προέρχονται ετυμολογικά από τη λέξη γη (Παναγιωτακόπουλος Δ., Ρήγα Α. Β., 1991). Συγκεκριμένα η λέξη «γέρος» στο εξωτερικό ασυνείδητο φέρεται ως εκείνος προς τον οποίο γερνώντας αποδίδονται τιμές, «γη και ύδωρ», ενώ η λέξη «γριά» δείχνει τη γυναίκα γερνώντας να οδεύει προς τη γη, δηλαδή προς τη Φθορά και το θάνατο. Το ίδιο και το ρήμα «γηράσκω» σημαίνει κινούμαι Φθειρόμενος προς τη γη, προς το θάνατο. Η Φθορά εμφανίζεται ετυμολογικά και σε λέξεις άλλων γλωσσών, που εκφράζουν την έννοια του «γηράσκω» : «vieillir» (γαλλικά, και σημαίνει χάνω τη Φρεσκάδα μου), «altern» (γερμανικά, και σημαίνει παλιώνω), «I grow old» (αγγλικά, και σημαίνει καθίσταμαι παλιός). «Καθρεπτίζεται λοιπόν το ασυνείδητο κοινωνικό σκέπτεσθαι, μέσα στη δόμηση των λέξεων που κατασκευάζει» (Παναγιωτακόπουλος Δ., Ρήγα Α.Β., 1991).

Οι ηλικιωμένοι της έρευνάς μας, ενώ συμμετείχαν στην κοινή Κοινωνική

αναπαράσταση για τις έννοιες «γέρος» ή «γριά» θεσπίζοντας ότι κάποιος χαρακτηρίζεται με αυτά τα επίθετα όταν έχει περάσει το 60ό ή 650 έτος ηλικίας, αρνήθηκαν να επιλέξουν το χαρακτηρισμό αυτό για τον εαυτό τους, μολονότι είχαν ξεπεράσει και οι ίδιοι το ηλικιακό αυτό όριο. Επίσης ήταν έκδηλο ότι απέφευγαν να αναφερθούν στις σωματικές δυσλειτουργίες τους, δίνοντας έμφαση περισσότερο σε αυτά που καταφέρνουν να κάνουν από ό, τι στις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν.

Τα γηρατειά αντικατοπτρίζουν όλη την προηγούμενη πορεία ενός ανθρώπου, είτε σε σχέση με τις εμπειρίες του, είτε σε σχέση με την προσωπικότητά του, τονίζοντας τις θετικές και κυρίως τις αρνητικές πλευρές της ζωής, καθώς μειώνεται η δυνατότητα αυτοελέγχου (Kastenbaum R., 1982). Αν έχει αποκτηθεί η πληρότητα στα προηγούμενα χρόνια ζωής, αν το άτομο έχει μάθει να αγαπάει τον εαυτό του όπως είναι, να αποδέχεται τα ελαττώματά του χωρίς όμως και να εθελοτυφλεί, ως ηλικιωμένο πια άτομο έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να προσαρμοσθεί στο νέο κοινωνικό του ρόλο, σε οποιονδήποτε χώρο κι αν διαβιώνει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9:

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η διατήρηση της ανεξαρτησίας του ηλικιωμένου, η πρόληψη της εμφάνισης ανικανοτήτων, η ενίσχυση και προαγωγή της αυτοφροντίδας, η παροχή βοήθειας υπό την κάλυψη των φυσικών και ψυχολογικών αναγκών, όταν χρειάζεται, είναι παράγοντες *πολύ* ουσιαστικοί για τη βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων και την προσφορά νοήματος χαράς στ*α χ*ρόνια. Η επιτυχία τους απαιτεί χειρισμό από άτομα με ειδικό προσανατολισμό, γνώσεις και δεξιότητες. Αλλά ποια άτομα χρειάζεται να έχουν τον ειδικό αυτό προσανατολισμό; Η απάντηση στο πιο πάνω ερώτημα είναι: *«Όλα* το άτομα που αποτελούν την κοινότητα, *αλλά* κυρίως αυτά που ανήκουν στο προσωπικό των επαγγελμάτων υγείας».

Σήμερα, σε πολλές χώρες του κόσμου συνήθως προσφέρουν φροντίδα στους ηλικιωμένους τα Λιγότερο εκπαιδευμένα άτομα στο χώρο των επαγγελμάτων υγείας. Όσοι όμως ασχολούνται με τη φροντίδα του. ηλικιωμένου, για να επιτύχουν στο ρόλο τους, πρέπει να έχουν εξειδικευμένες

γνώσεις στο αντικείμενο αυτό (Γεροντολογία, Γηριατρική, Γεροντολογική και Γηριατρική Νοσηλευτική), ενδιαφέρον για τον ηλικιωμένο άνθρωπο, δεξιότητες να εργάζονται με επιτυχία κοντά σ' αυτόν και να τους απασχολεί η ποιότητα φροντίδας που προσφέρεται στον υπερήλικα. Εφόσον όλες σχεδόν οι χώρες αντιμετωπίζουν την έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού για τη φροντίδα του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, η καλ6τερηπροσφορά που μπορεί να γίνει στον τομέα αυτό είναι η βελτίωση της προσφερόμενης ειδικής εκπαίδευσης στο προσωπικό των επαγγελμάτων υγείας, η υιοθέτηση του θεσμού του συμβούλου για τα θέματα των υπερηλίκων, η προαγωγή της έρευνας και η προσφορά υποστηρικτικής βοήθειας στις υπηρεσίες υγείας σε επίπεδο περιφερειακό και τοπικό (νομού, κοινότητας) για την αντιμετώπιση θεμάτων των υπερηλίκων.

Σε πολλές χώρες του κόσμου επικρατεί ακόμη η λανθασμένη ιδέα ότι η Νοσηλευηκή κατά βάση προσφέρει ης υπηρεσίες της στον περιορισμένο χώρο του Νοσοκομείου. Αυτό, με την απόλυτα διαχωριστική γραμμή που σχεδόν πάντα υπάρχει μεταξύ Νοσοκομείου και Κοινότητας, δεν βοήθησε στην ανάπτυξη του πολυδιάστατου ρόλου της νοσηλεύτριας για την κάλυψη των Νοσηλευτικών αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων.

Σήμερα, υπάρχει επείγουσα ανάγκη για τη μόρφωση ενός τύπου γενικής νοσηλεύτριας, που να μπορεί να ασκεί το επάγγελμά της αποτελεσματικά τόσο στο Νοσοκομείο, *όσο* και στην κοινότητα, και να καλύπτει ης Νοσηλευτικές ανάγκες όλων των αρρώστων στο χώρο του Νοσοκομείου, και των πολιτών στο χώρο της κοινότητας.

Ένα μεγάλο όμως πρόβλημα, ειδικά για τον τόπο μας, είναι η ουσιαστική έλλειψη υπηρεσιών υγείας στο χώρο της κοινότητας. Αυτό σημαίνει ότι οι Νοσηλευτικές δραστηριότητες στο χώρο αυτό είναι σχεδόν ανύπαρκτες.

Για να φθάσει όμως το Νοσηλευτικό προσωπικό στο χώρο της κοινότητας απαραίτητες είναι οι πιο κάτω προϋποθέσεις:

1. Το ζωντάνεμα αυτών που υπάρχουν και η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών υγείας στο χώρο της κοινότητας,
2. Η επάνδρωσή τους με επαρκή σε αριθμό και ανάλογα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό που να ανταποκριθεί στον πολυδιάστατο *ρόλο* του και τέλος.
3. Η κατοχύρωση της νοσηλεύτριας, δηλ *ο* προσδιορισμός του ρόλου της και

η κατοχύρωση των αρμοδιοτήτων της.

Οι Διπλωματούχες νοσηλεύτριες σ' *όλο* τον κόσμο έχουν αναλάβει δραστηριότητες στην εκπαίδευση, στον προγραμματισμό, στη διοίκηση και την έρευνα (βλέπε πίνακα 12) και επομένως ευθύνες στη διδασκαλία, επίβλεψη, υποβάσταξη, αξιολόγηση και ενθάρρυνση των εργαζόμενων στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, κάτι που επιβάλλεται να φθάσει σύντομα και στον τόπο μας. Για την υπεύθυνη όμως άσκηση των ρόλων αυτών χρειάζεται ανάλογη προετοιμασία, δηλ καλύτερη εκπαίδευση. Αυτό θα συντελέσει στην ποιοτική επάρκεια του προσωπικού για το θέμα όμως αυτό θα αναφερθούμε στη συνέχεια.

9.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η προσφορά ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον άνθρωπο προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλα προετοιμασμένου προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό στη βασική εκπαίδευση της ανώτερης βαθμίδας, με την θεωρητική, εργαστηριακή και πρακτική κατάρτιση, προετοιμάζεται να ασκήσει το επάγγελμα σε όλους τους τομείς του. Για την καλύτερη όμως απόδοσή του σε εξειδικευμένους τομείς όπως της Εντατικής Νοσηλείας, της Ψυχιατρικής, Γηριατρικής, Παιδιατρικής, Νοσηλευτικής κ. ά., πρέπει να έχει παρακολουθήσει βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα *σε* ανάλογους κλάδους.

Η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό, μεταξύ άλλων απαιτεί αναθεώρηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων της βασικής και της μεταβασικής εκπαίδευσης. Στην αναθεώρηση πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες του ανθρώπου, όπως διαμορφώνονται σήμερα, η αξία της υγείας, η φύση αλλά και η οργάνωση' της σημερινής κοινωνίας, η σύνθεση του πληθυσμού με ιδιαίτερη υπογράμμιση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, το σύστημα των υπηρεσιών υγείας της χώρας και Οι αντικειμενικοί σκοποί του και τέλος *ο* προσδιορισμός των ρόλων όλων, όσων συμμετέχουν στην προσφορά υπηρεσιών στο σύστημα υγείας.

Ειδικότερα για τη Νοσηλευτική εκπαίδευση, αυτή όπως ήδη αναφέρθηκε, διακρίνεται στη βασική και μεταβατική. Για την κάθε μια από αυτές αναφερόμεθα στη συνέχεια.

Δραστηριότητες προσωπικού

Πίνακας 12. Δραστηριότητες Νοσηλευτικού Προσωπικού που Σχετίζονται με τη Φροντίδα Υγείας των Υπερηλίκων.

Προσόντα Νοσηλευτικού προσωπικού	**ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**	**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗ**	**ΕΡΕΥΝΑ**	**ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**
Συμπεριφορά	• Είναι απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση για διατήρηση ποιότητας Ν.Φ. (νοσηλευτική φροντίδα) • Κάθε άτομο έχει δυνατότητες για μάθηση • Η νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη να προσδιορίζει τις προσωπικές της ανάγκες για μάθηση και να επιδιώκει να τις ικανοποιεί.	• Η νοσηλεύτρια συνεργάζεται με άλλους για εκτίμηση αλλά και συμπλήρωση υπηρεσιών. • Ο υπερήλικας και η οικογένεια του πρέπει να συμμετέχουν σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας. • Η Νοσηλευτική είναι πρωτεύον επάγγελμα στην ομάδα επαγγελμάτων υγείας.	• Οι νοσηλεύτριες είναι υπεύθυνες για την συνεισφορά στο σώμα των Νοσηλευτικών γνώσεων και των Νοσηλευτικών θεωριών. • Η έρευνα στην κλινική Νοσηλευτική είναι ουσιαστική για την παραγωγή της Ν.Φ. και την αιτιολόγηση στη λήψη αποφάσεων.	• Η νοσηλεύτρια ασκεί υπεύθυνα το έργο της στον προσερχόμενο για τις υπηρεσίες της και ευθύνεται για το ποιόν των προσφερομένων Νοσηλευτικών υπηρεσιών. • Η νοσηλεύτρια είναι συνήγορος του προσερχόμενου στο σύστημα φροντίδας υγείας. • Η κάθε νοσηλεύτρια έχει ευθύνη για την προαγωγή της ποιότητας της Ν.Φ.
Γνωρίζει	• Τις αρχές μάθησης • Για τη μάθηση των υπερηλίκων • Για τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους για υγειονομική διαφώτιση. • Τα νοσηλευτικά προγράμματα	• Για τη διαμόρφωση της πολιτικής φροντίδας υγείας. • Για τη νομοθεσία σχετικά με τους υπερήλικες. • Τις υπηρεσίες που ασχολούνται με τα ηλικιωμένα άτομα και τις οικογένειές τους. • Πρότυπα υπηρεσιών που υπάρχουν στη διάθεση των υπερηλίκων.	• Ανάγκες υγείας της κοινότητας • Διεργασία ενηλικίωσης • Επιδημιολογικά και δημογραφικά στοιχεία για τους ηλικιωμένους • Νοσηλευτικές και επιστημονικές διεργασίες • Τη συμπεριφορά ατόμου σε κατάσταση υγείας και τρόπους ζωής.	• Το νοσηλευτικό σύστημα • Σύστημα φροντίδας υγείας • Ανάπτυξη Νοσηλευτικών γνώσεων και θεωριών • Νοσηλευτική Νομοθεσία, κώδικα καθηκόντων και επαγγελματικούς συλλόγους. • Γεροντολογικά Νοσηλευτικά προγράμματα και ειδικότητες Νοσηλευτικής.
Δεξιότητες στην/στον	• Ανάπτυξη προγραμμάτων • Εκπαίδευση Νοσηλευτικού Προσωπικού • Χρήση εποπτικών μέσων διδασκαλίας • Ομαδική εργασία • Αξιολόγηση	• Λήψη αποφάσεων • Διοίκηση / Διαχείριση • Επικοινωνία • Ανάπτυξη και προγραμματισμό ανθρώπινου δυναμικού • Τέχνη του Αρχηγού	• Προσδιορισμό ερωτημάτων για έρευνα σε θέματα Ν.Φ. του ηλικιωμένου • Σχεδιασμό κεφαλαίων και βοήθειας • Αναγραφή ευρημάτων έρευνας	• Ομαδική εργασία • Τέχνη του αρχηγού • Συναρμονισμό φροντίδας

Βασική Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Το βασικό πρόγραμμα της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης πρέπει να προσφέρει γνώσεις που προετοιμάζουν την σπουδάστρια να εργασθεί με όλες ης ηλικίες, συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ειδικότερα η *Γ*εροντολογική νοσηλευτική αποβλέπει στη βοήθεια σπουδαστή/μαθητή να αποκτήσει ειδικές γνώσεις, διαθέσεις και δεξιότητες, για να προσεγγίζει και κατανοεί τον ηλικιωμένο σαν άτομο και να συμβάλλει θετικά στη φροντίδα της υγείας του. Για την υλοποίηση η νοσηλεύτρια του ρόλου της αυτού πρέπει να αποκτήσει γνώσεις γύρω από τις θεωρίες της ανάπτυξης και ενηλικίωσης του ανθρώπου, την προαγωγή της υγείας του ατόμου και της κοινότητας, τη βιολογική ανικανότητα και την κοινωνική δυσλειτουργία των υπερηλίκων, για την ειδική φροντίδα και την αποκατάστασή τους και ακόμη για την αυτοφροντίδα.

Επίσης πρέπει να δίνονται ευκαιρίες στους σπουδαστές να αποκτήσουν προσωπικές εμπειρίες με ηλικιωμένα άτομα στο Νοσοκομείο, στην οικογένεια και την κοινότητα αγροτικών, ημιαγροτικών και αστικών περιοχών. Εφόσον παρέχονται τέτοιες εμπειρίες μάθησης στο βασικό πρόγραμμα, εντυπώνεται στη νοσηλεύτρια ο ρόλος της κοντά στο ηλικιωμένο άτομο μέσα στο Νοσοκομείο. Την οικογένεια και την κοινότητα.

Οι σπουδαστές πρέπει ακόμη να συμμετέχουν *σε* εκπαιδευτικές εργασίες με άλλα επαγγέλματα υγείας, για να μπορούν να εκτιμούν το ρόλο άλλων επαγγελμάτων στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Τέλος, από το επίπεδο της βασικής Νοσηλευτικής εκπαίδευσης η/ο σπουδαστής αναπτύσσει γενικές τεχνικές δεξιότητες στην επικοινωνία και τη διδασκαλία με άτομα όλων των ηλικιών και τους υπερήλικες.

Μεταβασική, Μεταπτυχιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Μεταβασική ή μεταπτυχιακή Νοσηλευτική εκπαίδευση *στον* τομέα της φροντίδας υγείας για τον ηλικιωμένο, αποβλέπει στην προετοιμασία ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού για να ασκήσει το επάγγελμα, να διδάξει, να επιβλέψει, να διοικήσει, να ασχοληθεί με έρευνα στη Γηριατρική και Γεροντολογική Νοσηλευτική και ακόμη να γίνει σύμβουλος σε θέματα

Γηριατρικής και Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.

Σε πολλές περιπτώσεις οι ανάγκες των ηλικιωμένων ανθρώπων δεν απαιτούν άμεση Νοσηλευτική φροντίδα που να προσφέρεται από επιστήμονα νοσηλεύτρια αλλά από ομάδα που την αποτελούν σπουδαστές/μαθητές Νοσηλευτικών Σχολών και Πρακτικοί Νοσοκόμοι Η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια που θα είναι η αρχηγός αυτής της ομάδας χρειάζεται μεταβασική εκπαίδευση.

Πριν κλείσουμε το κεφάλαιο «Προγραμματισμός Νοσηλευτικού Προσωπικού» θεωρείται σκόπιμο να μπουν οι πιο κάτω σκέψεις για την Νοσηλευτική Έρευνα.

9.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Εάν η Νοσηλευτική πρόκειται να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις νέες κοινωνικές ανάγκες, όπως είναι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον υπερήλικα, πρέπει να συνεχίσει να προσθέτει γνώσεις στο σώμα των ήδη υπαρχουσών με την Νοσηλευτική έρευνα.

Οι νοσηλεύτριες πρέπει να αναλύουν την εργασία τους και να προσδιορίζουν ης γενικές αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται κάθε ειδική Νοσηλευτική δραστηριότητα. Πρέπει να μπορούν *να* χρησιμοποιούν τα ευρήματα της έρευνας για να βελτιώνουν την άσκηση και να διαμορφώνουν τη Νοσηλευτική πολιτική.

Οι νοσηλεύτριες που έχουν ταλέντο *αλλά* και τη δύναμη να κάνουν έρευνα πρέπει να σπουδάσουν, για να μπορούν να κάνουν ανεξάρτητη Νοσηλευτική έρευνα και να συμμετέχουν σε έρευνες όπου συμπράττουν περισσότερα από ένα επαγγέλματα και που έχουν σχέση με τους υπερήλικες.

Πριν κλεισθεί η τελευταία παράγραφος της περιορισμένης μελέτης που ασχολήθηκε με την νοσηλεύτρια κοντά *στο* ηλικιωμένο άτομο τοποθετούνται σαν μια ανακεφαλαίωση αλλά και υπογράμμιση της αξίας της μεγάλης ηλικίας οι πιο κάτω σκέψεις γραμμένες από την Joan Jenny.

Η νοσηλεύτρια που εργάζεται κοντά *στους ηλικιωμένους το πιο σπουδαίο μάθημα που μπορεί να πάρει απ' αυτούς είναι ότι* ο ηλικιωμένος*, περισσότερο από* κάθε *άλλη ηλικία είναι πιο πολύ ξεχωριστό άτομο* και *όχι πιο λίγο. Το άτομο είναι το άθροισμα των ημερών της* Ζωής *του,* και στο

στάδιο αυτό της Ζωης- τ*ρίτη ηλικία - το άθροισμα αυτό είναι μεγαλύτερο απ' ότι στην πρώτη* ή στην *δεύτερη* - μέση – *ηλικία.* Ακόμη η *διεργασία της ενηλικίωσης αποτελεί μεγάλη προσφορά* στη *μοναδικότητα του ανθρώπου».*

Ε Ν Ο Τ Η Τ Α 2

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το θέμα της εργασίας μας βασίζεται στην ‹‹ανοικτή και κλειστή περίθαλψη των ηλικιωμένων››. Συγκεκριμένα ερωτήθηκαν 200 ηλικιωμένοι σε ΚΑΠΗ και γηροκομεία του Ηρακλείου με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου.

Η έρευνα ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2003 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2004 στα εξής ΚΑΠΗ: στον Άγιο Δημήτριο, στην Αγία Τριάδα, στο Πόρο και στις Αρχάνες όπως επίσης και στα εξής γηροκομεία: στον Άγιο Ιωάννη, στο γηροκομείο Ήρα και στην Αγία Ειρήνη τη Χρυσοβαλάντου. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 14 ερωτήσεις οι όποιες αφορούσαν τα προβλήματα υγείας και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις των ηλικιωμένων.

Ερωτηματολόγιο σχετικά με τα προβλήματα υγείας των υπερηλίκων & οι νοσηλευτικές φροντίδες.

Α/Α……
ΕΠΩΝΥΜΟ…….
ΟΝΟΜΑ……...
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ……..
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ…….
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ…….

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Έγγαμος/η…
Άγαμος/η….
Χήρος/α…..
Διαζ/νος/η….
Αριθμός παιδιών….

1.ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.
Μονοκατοικία…….
Πολυκατοικία…….
Ιδιοκτητη……
Ενοικιαζόμενη……
Άστεγος……..

2.ΜΕΝΕΤΕ ΜΟΝΟΣ / Η ;
Ναι……
Όχι……

3.ΑΝ ΟΧΙ ΜΕ ΠΟΙΑ / ΟΝ;
Με την / τον σύζυγο……..
Με τα παιδιά…….
Με τους άλλους συγγενείς…….
Σε οίκο ευγηρίας……

4.ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ / Η ΝΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙΣΤΕ ;
Ναι……
Όχι……

5.ΑΝ ΟΧΙ ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ ;

Οικιακή βοηθός : Αλλοδαπή…..
Ελληνίδα……
Τα παιδιά σας…….
Άλλοι συγγενείς…….
Άλλο……...

6.ΤΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΕΧΕΤΕ ;

ΟΓΑ…….
ΙΚΑ……..
ΤΕΒΕ…...
ΔΗΜΟΣΙΟΥ…….
ΚΑΝΕΝΑ…….
ΑΛΛΟ……...

7.ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΣΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ;

Οικιακά……
Καφενείο……..
ΚΑΠΗ……..
Αγροτικές ασχολίες…….
Συμμετοχή σε συλλόγους……..
Άλλα ενδιαφέροντα……...

8.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΧΕΤΕ ;

Αναφέρετε :

…….
…….
…….
…….
…….

9.ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ;

Σε ιδιωτικό γιατρό……..
Σε ΚΑΠΗ……...
Σε κέντρο υγείας……
Σε νοσοκομείο……...
Αλλού (που)……

10.ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ / Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΟΤΑΝ ΤΗΝ ΕΧΕΤΕ ΑΝΑΓΚΗ ;

Ναι……..

Όχι……..

11.ΠΟΙΟΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ / ΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ;

Θεραπευτικός…….

Συμβουλευτικός…….

Υποστηρικτικός…….

Λειτουργικός……..

Όλα τα παραπάνω……..

12.ΤΙ ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΣΑΤΕ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ;

Νοσηλεία στο σπίτι……

Νοσηλεία στο νοσοκομείο……..

13.ΑΝ ΗΤΑΝ ΝΑ ΜΕΝΑΤΕ ΣΕ ΟΙΚΟ ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΤΙ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ;

Τροφή & στέγη……..

Ασφάλεια……

Αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας……..

Δημιουργική απασχόληση…….

Συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις…….

Άλλο (τι ;)……...

……..

14.ΠΩΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΠΕΡΑΣΕΤΕ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΖΩΗ ΣΑΣ ;

Στο σπίτι σας με βοήθεια……..

Στο σπίτι των παιδιών σας ……...

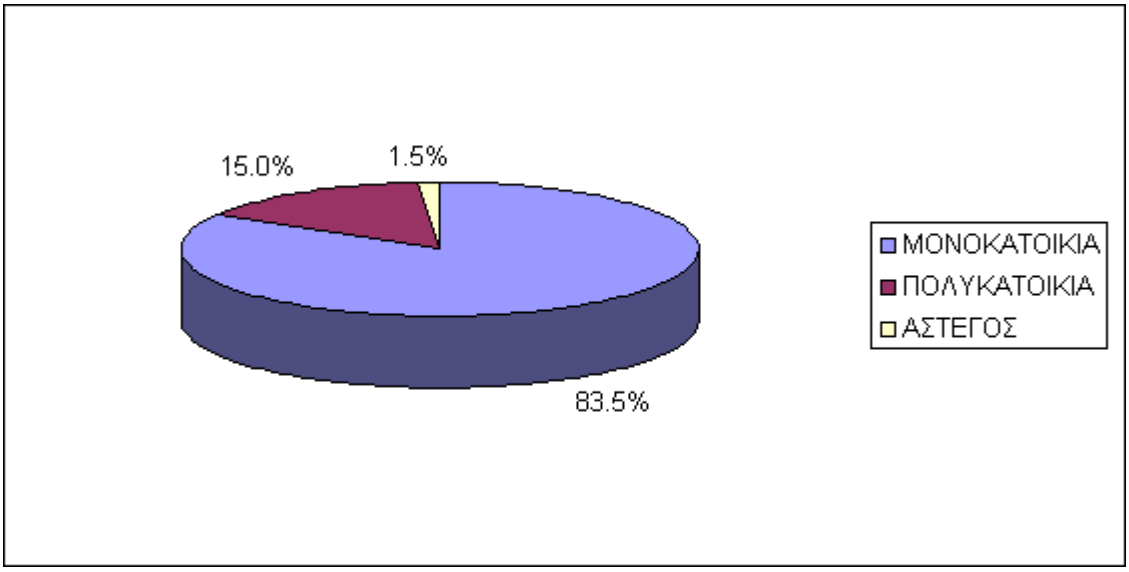
Σε οίκο ευγηρίας……

Κάπου αλλού (που ;)……

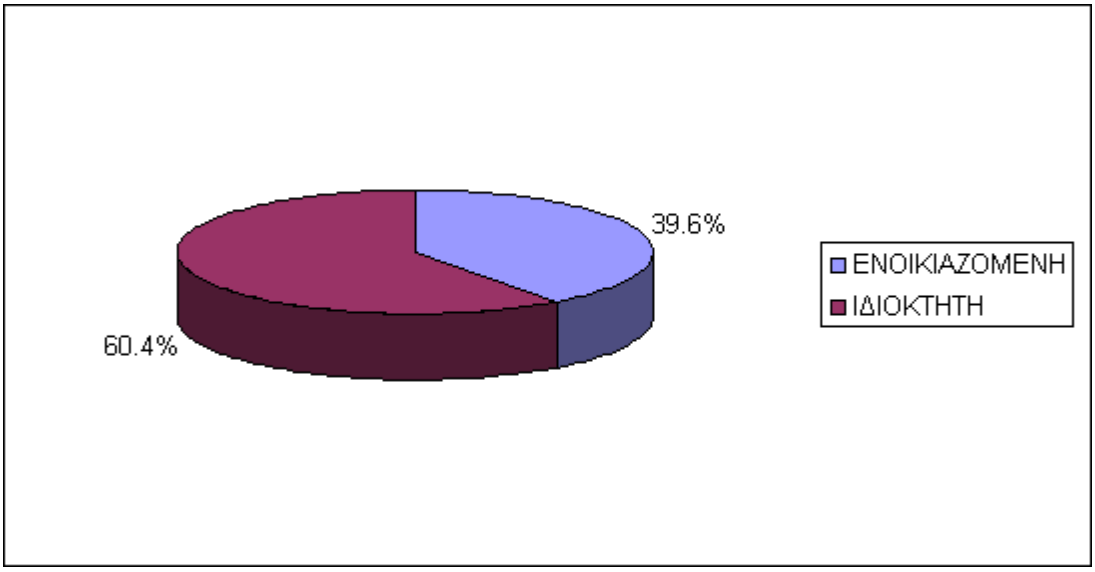
……...

1. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**
ΜΟΝΟΚΑΤΟΙΚΙΑ	83.5	167
ΠΟΛΥΚΑΤΟΙΚΙΑ	15	30
ΑΣΤΕΓΟΣ	1.5	3
ΣΥΝΟΛΟ	100	200

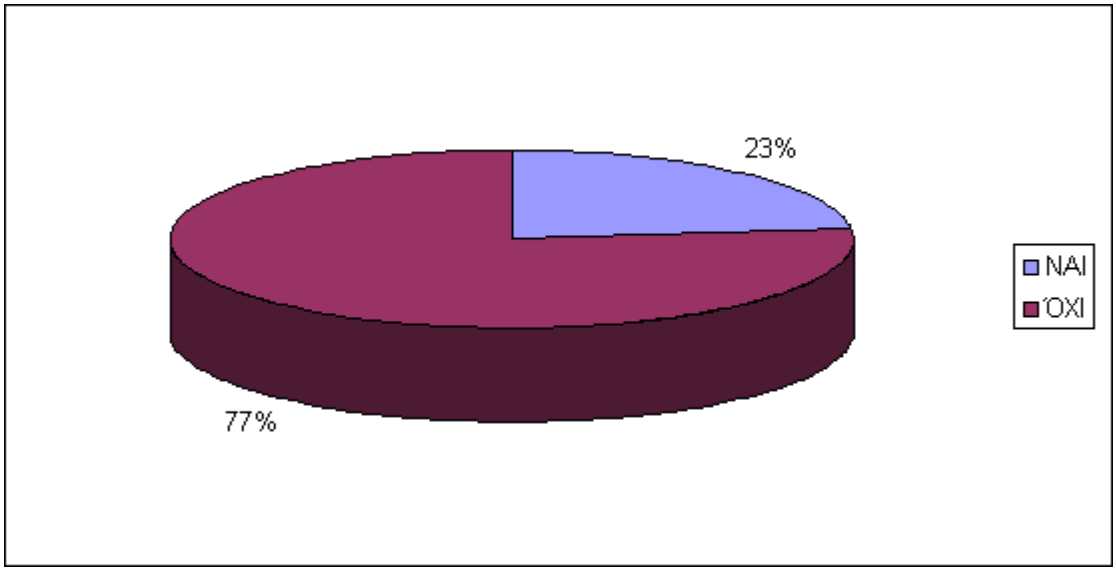


	ΠΟΣΟΣΤΟ %	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**
ΕΝΟΙΚΙΑΖΟΜΕΝΗ	39.6	78
ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ	60.4	119
ΣΥΝΟΛΟ	100	197



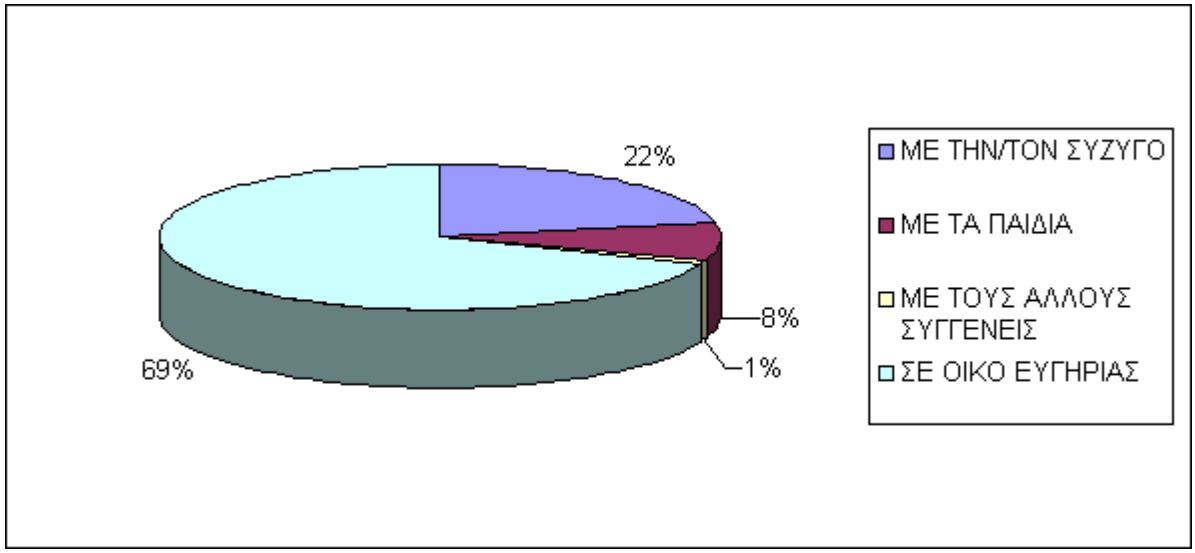
2. ΜΕΝΕΤΕ ΜΟΝΟΣ/Η;

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ	**ΠΟΣΟΣΤΟ%**
ΝΑΙ	46	23
ΌΧΙ	154	77
ΣΥΝΟΛΟ	200	100



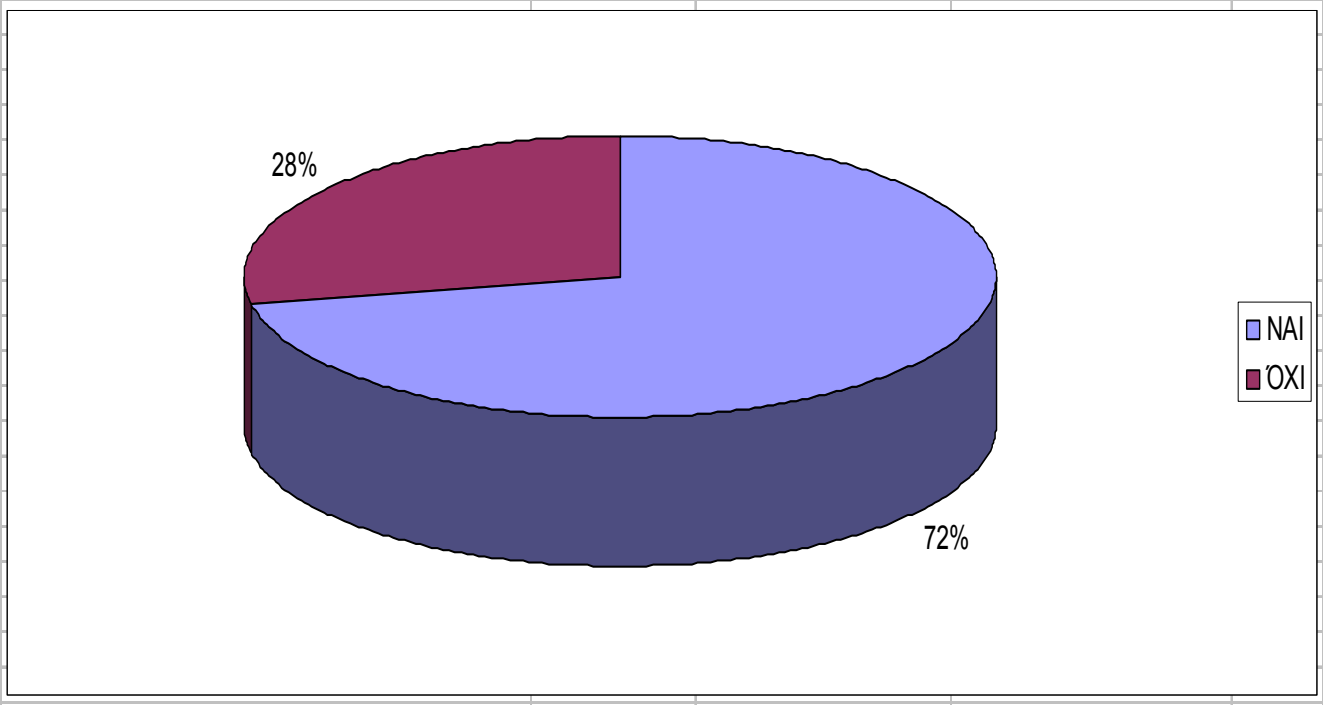
3. ΑΝ ΟΧΙ ΜΕ ΠΟΙΟΝ/Α ;

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**
ΜΕ ΤΗΝ/ΤΟΝ ΣΥΖΥΓΟ	22	34
ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	8	12
ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	1	2
ΣΕ ΟΙΚΟ ΕΥΓΗΡΙΑΣ	69	106
ΣΥΝΟΛΟ	100	154



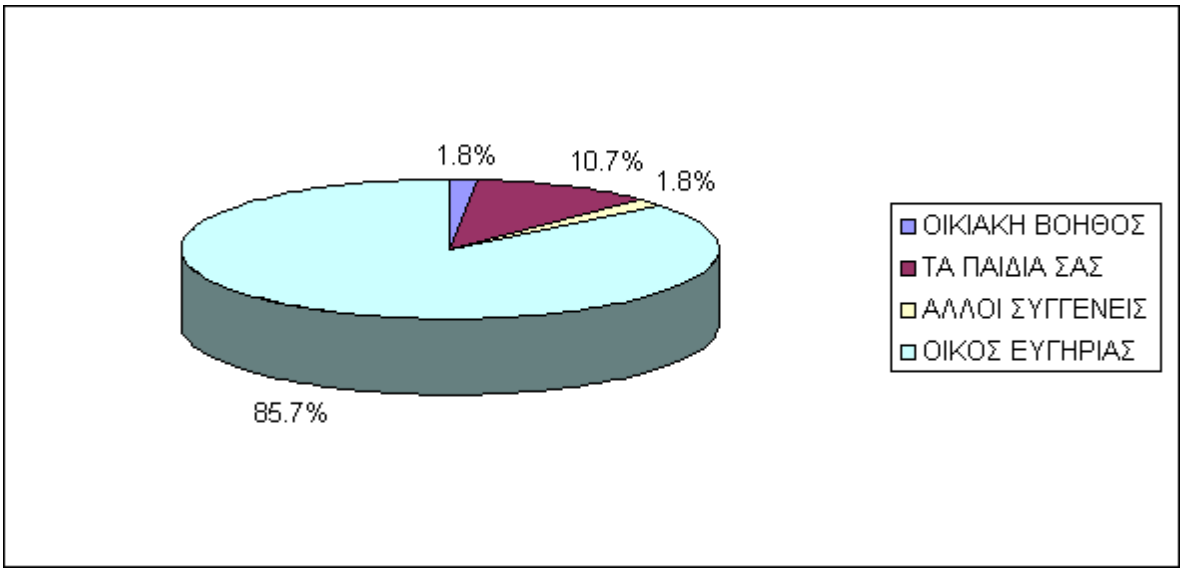
4. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΣ/Η ΝΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙΣΤΕ;

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ
ΝΑΙ	72	144
ΌΧΙ	28	56
ΣΥΝΟΛΟ	100	200



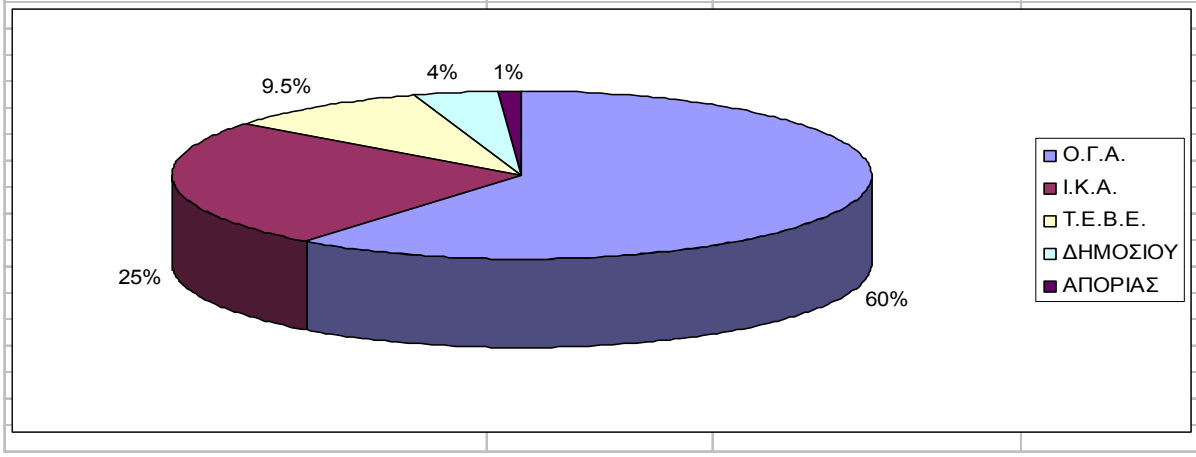
5. ΑΝ ΌΧΙ ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ;

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**
ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ	1.8	1
ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ	10.7	6
ΑΛΛΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	1.8	1
ΟΙΚΟΣ ΕΥΓΗΡΙΑΣ	85.7	48
ΣΥΝΟΛΟ	100	56



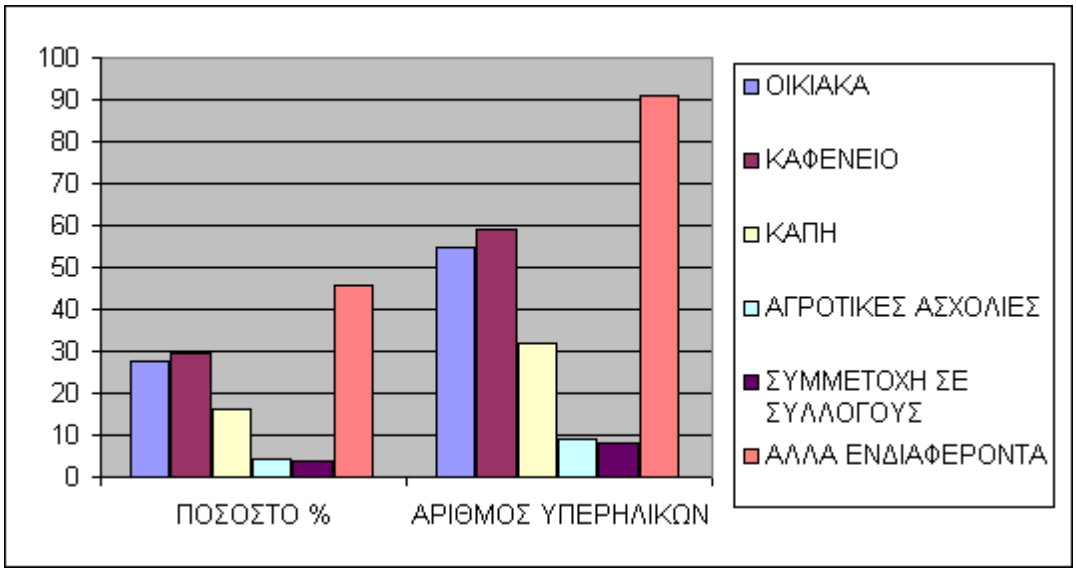
6. ΤΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ ΕΧΕΤΕ;

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ
Ο.Γ.Α.	60.5	121
Ι.Κ.Α.	25	50
Τ.Ε.Β.Ε.	9.5	19
ΔΗΜΟΣΙΟΥ	4	8
ΑΠΟΡΙΑΣ	1	2
ΣΥΝΟΛΟ	100	200



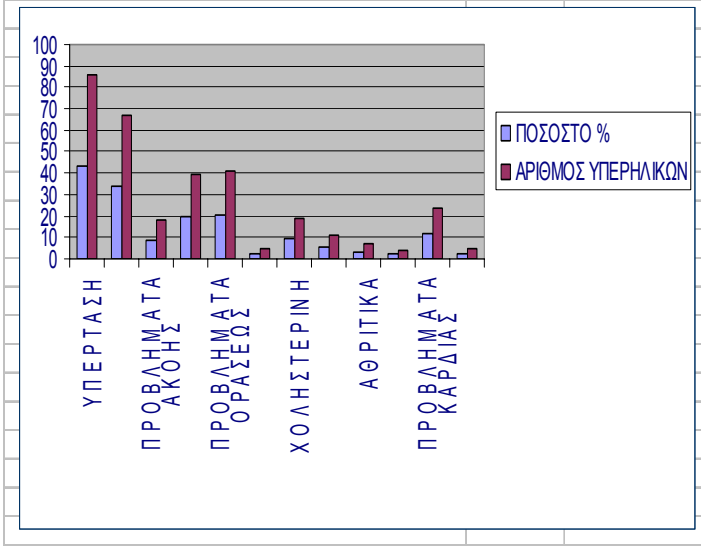
7. ΠΟΙΑ ΕΊΝΑΙ Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΣΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ;

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**
ΟΙΚΙΑΚΑ	27.5	55
ΚΑΦΕΝΕΙΟ	29.5	59
ΚΑΠΗ	16	32
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΑΣΧΟΛΙΕΣ	4.5	9
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΣΥΛΛΟΓΟΥΣ	4	8
ΑΛΛΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ	45.5	91



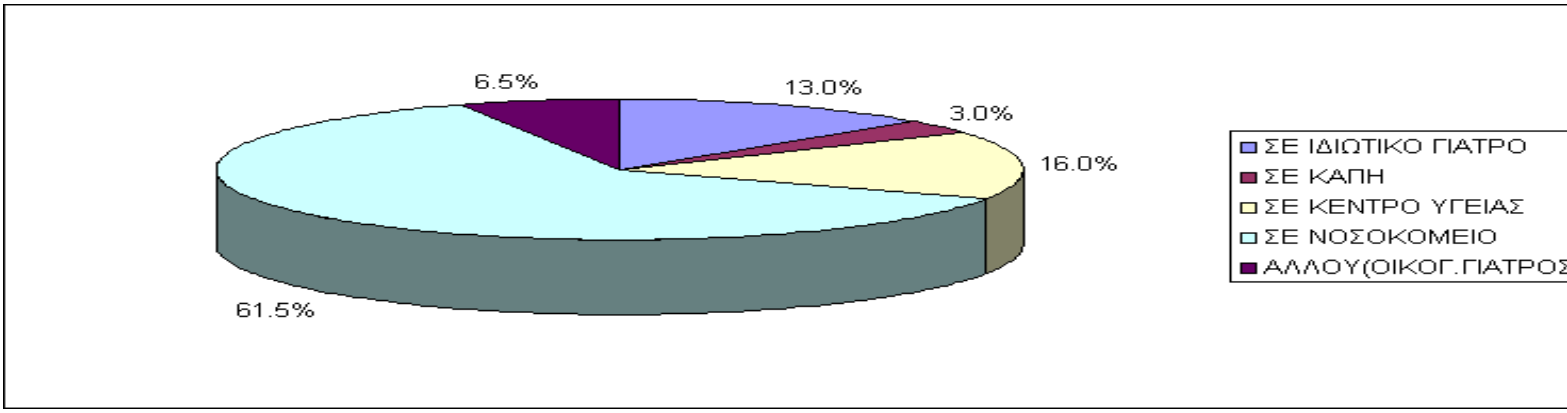
8. ΠΡΟΒΛΗΜΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΧΕΤΕ;

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ
ΥΠΕΡΤΑΣΗ	43	86
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	33.5	67
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ	9	18
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ)	19.5	39
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΕΩΣ (ΜΥΩΠΙΑ,ΠΡΕΣΒΥΩΠΙΑ)	20.5	41
ΟΣΤΕΩΠΟΡΩΣΗ	2.5	5
ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	9.5	19
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ-ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ (ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ,ΑΥΠΝΙΑ,PARKIS	5.5	11
ΑΘΡΙΤΙΚΑ	3.5	7
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ (ΑΣΘΜΑ,ΔΥΣΠΝΟΙΑ)	2	4
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΣ	12	24
ΤΙΠΟΤΑ	2.5	5



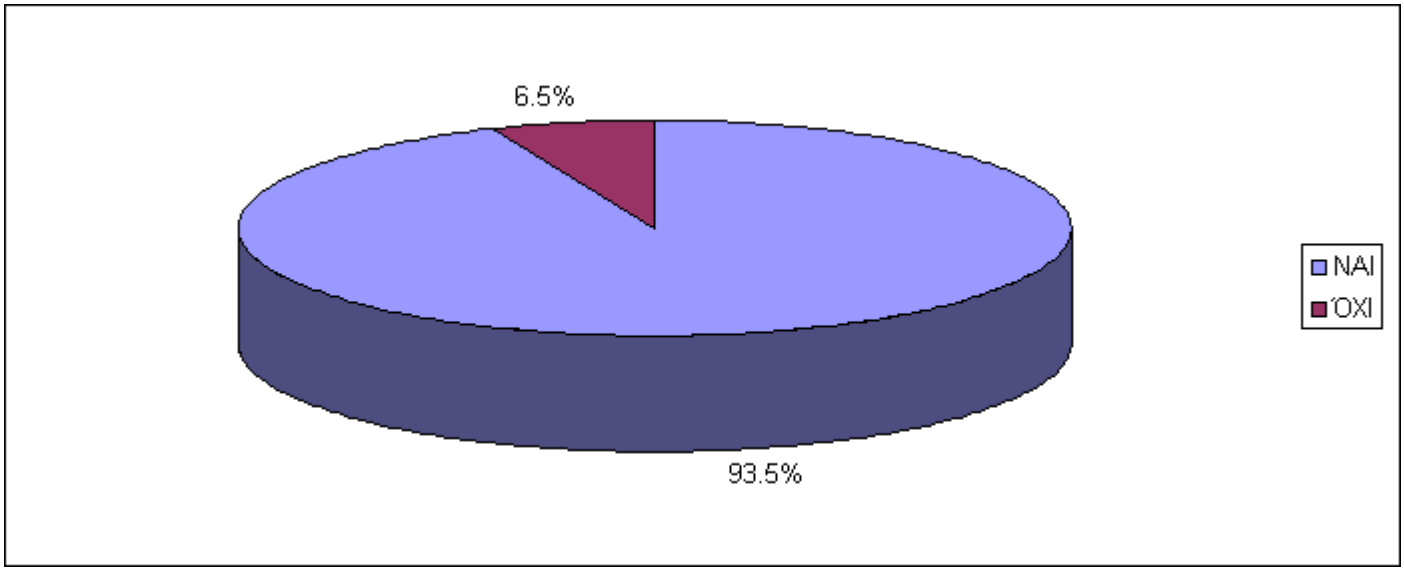
9.ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ
ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΓΙΑΤΡΟ	13	26
ΣΕ ΚΑΠΗ	3	6
ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	16	32
ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	61.5	123
ΑΛΛΟΥ(ΟΙΚΟΓ.ΓΙΑΤΡΟΣ)	6.5	13
ΣΥΝΟΛΟ	100	200



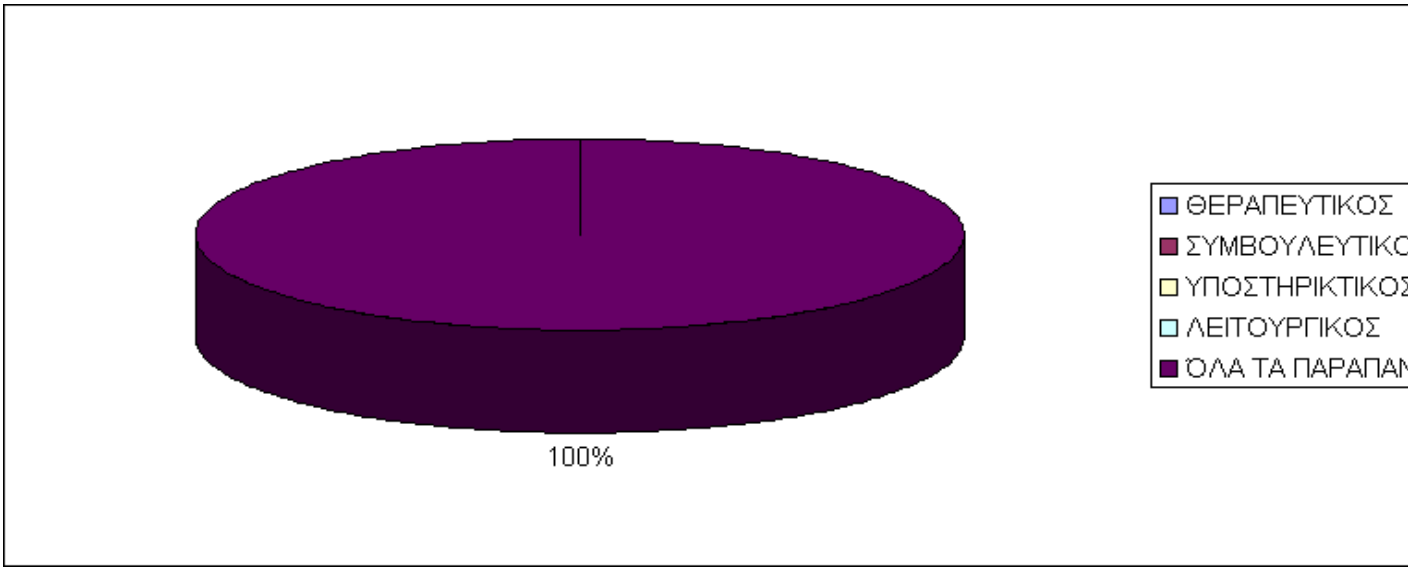
10. ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΌΤΑΝ ΤΗΝ ΕΧΕΤΕ ΑΝΑΓΚΗ

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**
ΝΑΙ	93.5	187
ΌΧΙ	6.5	13
ΣΥΝΟΛΟ	100	200



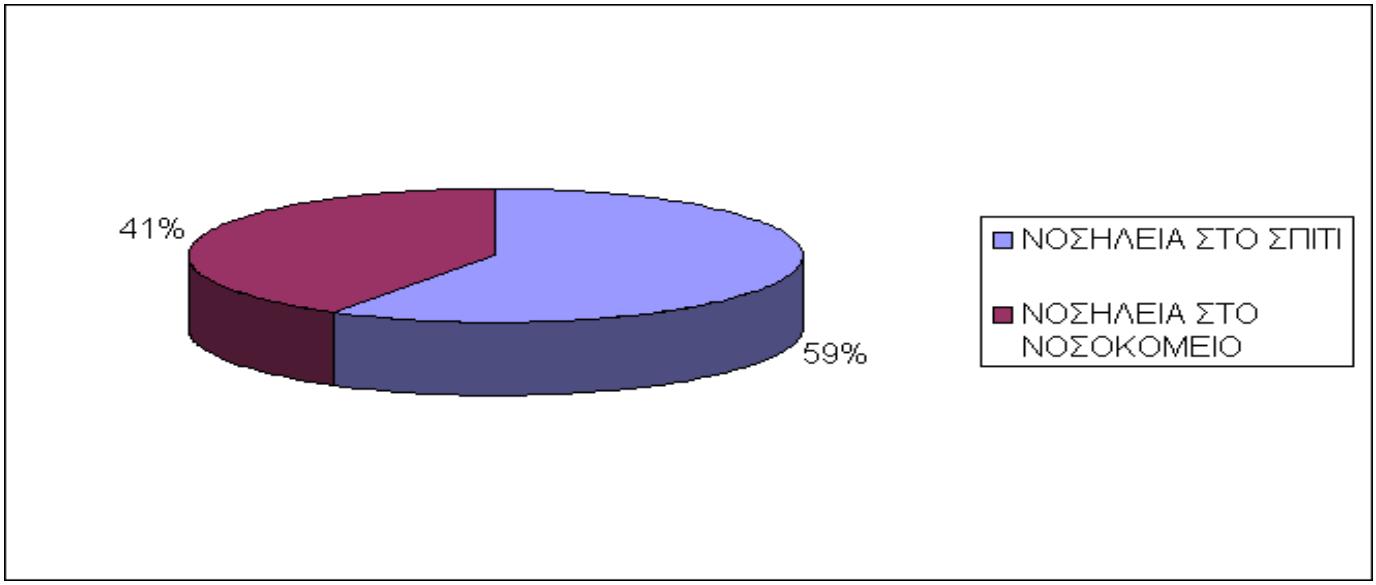
11. ΠΟΙΟΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ	0	0
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ	0	0
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΣ	0	0
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ	0	0
ΌΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	100	200
ΣΥΝΟΛΟ	100	200



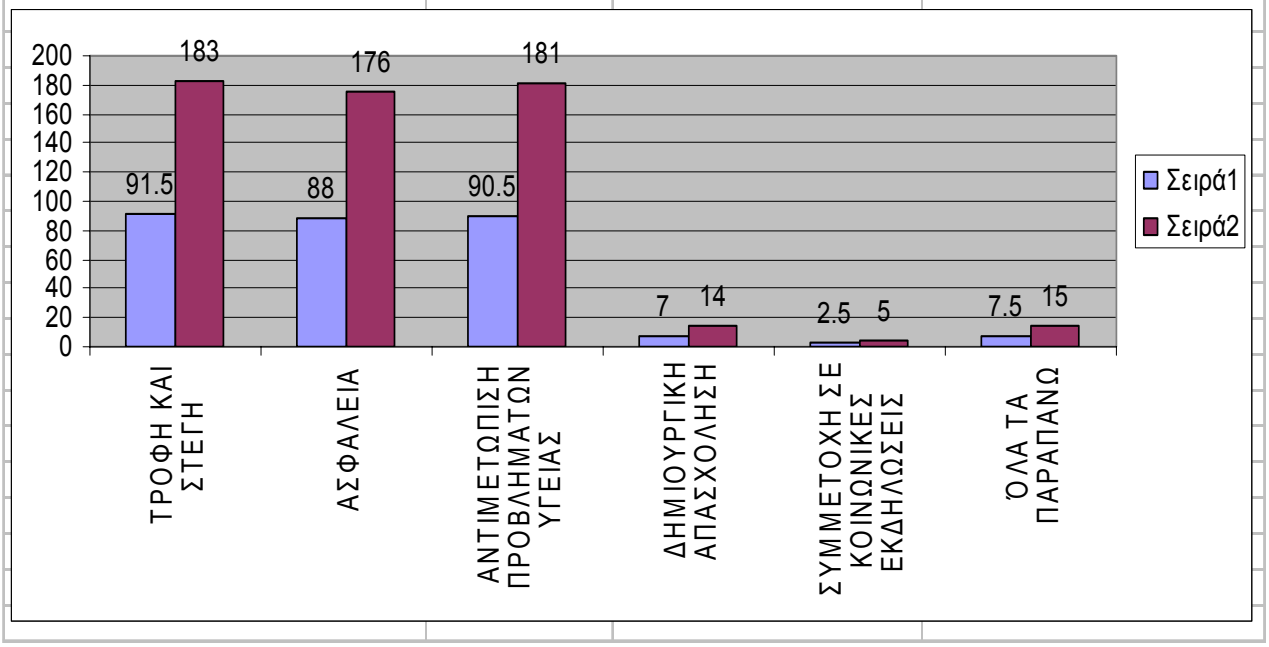
12. ΤΙ ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΣΑΤΕ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ;

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	59	118
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	41	89
ΣΥΝΟΛΟ	100	200



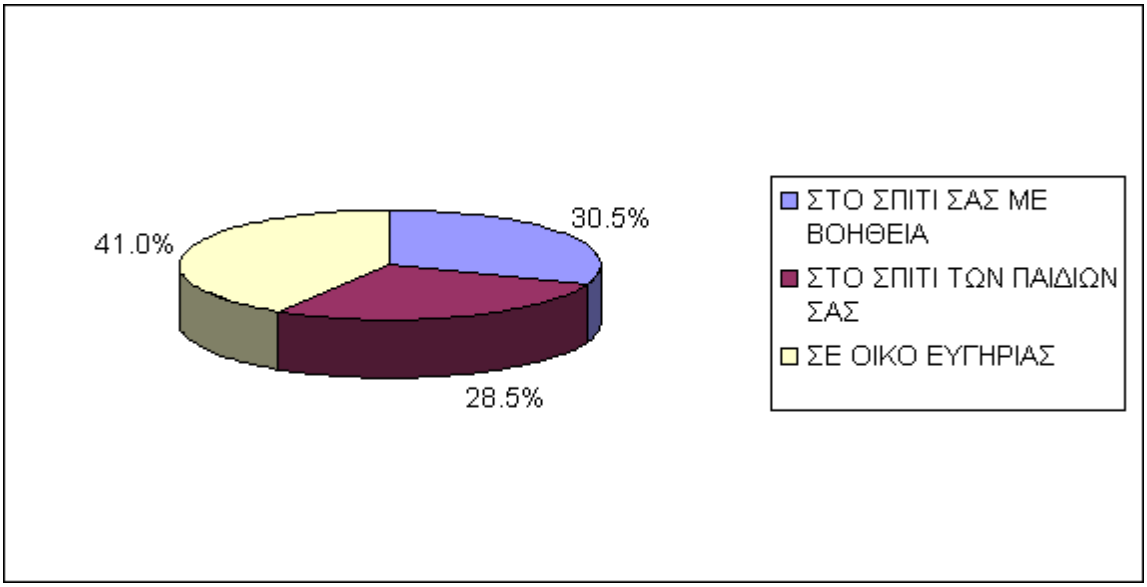
13. ΑΝ ΗΤΑΝ ΝΑ ΜΕΝΑΤΕ ΣΕ ΟΙΚΟ ΕΥΓΗΡΙΑΣ ΤΙ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ
ΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΤΕΓΗ	91.5	183
ΑΣΦΑΛΕΙΑ	88	176
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓ	90.5	181
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	7	14
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗ	2.5	5
ΌΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	7.5	15



14. ΠΩΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΠΕΡΑΣΤΕ ΤΗΝ ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΖΩΗ ΣΑΣ

	ΠΟΣΟΣΤΟ %	**ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ**
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ	30.5	61
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΑΣ	28.5	57
ΣΕ ΟΙΚΟ ΕΥΓΗΡΙΑΣ	41	82
ΣΥΝΟΛΟ	100	200



ΕΝΟΤΗΤΑ 3:

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας βασίζεται στην ανοικτή και κλειστή περίθαλψη των ηλικιωμένων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 200 ηλικιωμένοι από διάφορα ΚΑΠΗ και γηροκομεία του Ηρακλείου, η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 14 ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν τα προβλήματα υγείας των υπερηλίκων και τις νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερώτησης 2.1 που αφορά την κατάσταση κατοικίας, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ατόμων, το 83.5% δηλαδή, μένουν σε μονοκατοικία σε αντίθεση με το 15% που ζουν σε πολυκατοικία. Ενώ οι άστεγοι εκπροσωπούν το 1%. Από αυτά τα άτομα το 60.4% μένουν σε ιδιόκτητη κατοικία ενώ το 39.6% σε ενοικιαζόμενη. Παρατηρούμε λοιπόν ότι τα περισσότερα άτομα μένουν σε δικιά τους μονοκατοικία.

Σύμφωνα με την ερώτηση 2.2 και 2.3 που αναφέρει στο αν μένουν τα ηλικιωμένα άτομα μόνα τους το 77% μας απάντησαν πως δεν μένει μόνο του αλλά: με τον/την σύζυγο τους το 22%, με τα παιδία τους το 8%, με άλλους συγγενείς το 1% και σε γηροκομεία το 69%. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων καταφεύγουν στα γηροκομεία.

Στην ερώτηση 2.4 για το αν είναι ικανοί να αυτοεξυπηρετούνται, βλέπουμε ότι το 72% είναι ικανό να αυτοεξυπηρετείται σε αντίθεση με το 28% όπου δεν μπορεί με αποτέλεσμα να χρειάζονται φροντίδα και αυτό το συμπεραίνουμε και από το αποτέλεσμα της ερώτησης 2.5 όπου στο 85.7% τους παρέχουν φροντίδα σε οίκο ευγηρίας, στο 10.7% τους φροντίζουν τα παιδία τους, και το 1.8% τους φροντίζουν άλλοι συγγενείς όπως και κάποιοι οικιακοί βοηθοί. Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να δούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό διαμένει στα γηροκομεία λόγω έλλειψης φροντίδας και ενδιαφέροντος από τους δικούς τους ανθρώπους.

Στην ερώτηση 2.6 που αναφέρεται ο ασφαλιστικός φορέας. Το 60.5% έχει ασφαλιστικό φορέα ΟΓΑ, το 25% ΙΚΑ, το 9,5% ΤΕΒΕ, το 4% δημοσίου και το 1% απορίας.

Στην ερώτηση 2.7 που αναφέρεται στο ποια είναι η καθημερινή τους απασχόληση. Με τα οικιακά ασχολούνται το 27.5%, στο καφενείο πηγαίνει το 29.5%, στα ΚΑΠΗ το 16%, με αγροτικές εργασίες ασχολείται το 4.5%, συμμετοχή σε διάφορους συλλόγους το 4% και διάφορες ασχολίες όπως: διάβασμα, πλέξιμο, τηλεόραση

και βόλτες το 45.5%. ορισμένα άτομα μας ανέφεραν ότι πολλές φορές δεν ασχολούνται και με τίποτα.
Σύμφωνα λοιπόν με τις απαντήσεις που δόθηκαν καταλαβαίνουμε ότι τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων είναι περιορισμένα.
Στην ερώτηση 2.8 όπου αναφέρονται τα προβλήματα υγείας, οι απαντήσεις των ηλικιωμένων επικεντρώθηκαν στα εξής προβλήματα: υπέρταση 43%, σακχαρώδη διαβήτη 33.5%, προβλήματα ακοής 9%, προβλήματα κινητικότητας 19.5%, προβλήματα οράσεως 20.5%, οστεοπόρωση 2.5%, χοληστερίνη 9.5%, νευρολογικά – ψυχολογικά 5.5%, αρθριτικά 3.5%, αναπνευστικά 2%, προβλήματα καρδιάς 12% και με χωρίς κανένα πρόβλημα υγείας το 2,5%. Παρατηρούμε λοιπόν ότι η πλειοψηφία παρουσιάζουν υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη.
Στην ερώτηση 2.9 η οποία αναφέρεται στο που απευθύνονται οι ηλικιωμένοι για παροχή φροντίδας υγείας, μας απάντησαν: το 61.5% σε ιδιωτικό γιατρό, το 13% σε ΚΑΠΗ, το 6.5% σε οικογενειακό γιατρό, ενώ σε κέντρο υγείας το 16%. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι τα περισσότερα άτομα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους απευθύνονται κατά κύριο λόγο στα νοσοκομεία.
Στην ερώτηση 2.10 όπου αναφέρετε στο αν οι ηλικιωμένοι είναι ευχαριστημένοι από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα όταν την έχουν ανάγκη, το 93.5% μας απάντησαν ναι, και ένα μικρό ποσοστό το 6.5% απάντησαν όχι.
Στην ερώτηση 2.11 η οποία αναφέρετε στο ποιος θα ήθελαν να είναι ο ρόλος του νοσηλευτή /τριας στο μέλλον, το αποτέλεσμα ήταν ότι το 100% θέλει ο ρόλος του νοσηλευτή /τριας στο μέλλον να είναι θεραπευτικός, συμβουλευτικός, υποστηρικτικός και λειτουργικός.
Στην ερώτηση 2.12 όπου αναφέρουμε στο τι είδους νοσηλεία θα προτιμούσαν απάντησαν: το 59% νοσηλεία στο σπίτι και το 41% νοσηλεία στο νοσοκομείο. Βλέπουμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό προτιμάει τη νοσηλεία στο σπίτι για το λόγο ότι στο αισθάνεται ποιο άνετα στο δικό του χώρο.
Η ερώτηση 2.13 αναφέρετε στο αν τα ηλικιωμένα άτομα θα έμεναν σε οίκο ευγηρίας τι θα ήθελαν να τους προσφέρει, οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι: το 91.5% απάντησε τροφή και στέγη, το 88% ασφάλεια, το 90.5% αντιμετώπιση στα προβλήματα υγείας, το 7% δημιουργική απασχόληση, το 2.5% συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις και το 7.5% σε όλα όσα έχουν αναφερθεί. Το αποτέλεσμα λοιπόν είναι ότι όπως όλοι μας έτσι και τα πιο μεγάλα σε ηλικία άτομα έχουν ανάγκη ασφάλειας, τροφής, στέγης και αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας τους.
Τέλος στην ερώτηση 2.14 στην όποια αναφέρετε στο πως θα ήθελαν να περάσουν την υπόλοιπη ζωή τους απάντησαν: το 30.5% στο σπίτι τους με βοήθεια, το 28.5% στο σπίτι των παιδιών τους

και το 41,1% σε οίκο ευγηρίας. Παρατηρούμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων καταφεύγει σε οίκο ευγηρίας λόγω της έλλειψης φροντίδας και συμπαράστασης των δικών τους ανθρώπων.

Από όλη την έρευνα συμπεραίνουμε ότι τα ηλικιωμένα άτομα αρκούνται και από τα λίγα που τους προσφέρουν στα ΚΑΠΗ και στα γηροκομεία. Γι' αυτό έχουν ανάγκη από αγάπη, φροντίδα, κατανόηση και στοργή από όλους μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Μαρία Μαλγαρινού – Ειρήνη Γούλια
  Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα.
  Έκδοση Ιεραπ. Ένωσης Αδερφών νοσηλευτών Αθήνας «Η Ταβιθά»
  Αθήνα 1986

- Χρυσάνθη Δ. Πλατή
  Γεροντολογική νοσηλευτική
  Αθήνα 1993

- Ronald D.T. Cape, M.D.
  Ronald M. Coe, Ph. D. Isadore Rossman Rh. D.
  Βασικές αρχές της γηριατρικής
  Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών
  Θεσσαλονίκη 1990.

- Πρακτικά πανελλήνιου συνεδρίου Εθνικού Κέντρου κοινωνικών ερευνών
  Γήρανση και κοινωνία
  Αθήνα 1996

- Σημειώσεις Δαφέρμου Μαρία, Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηρακλείου.

- INTERNET