

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΚΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΑΝΑΓΚΕΣ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ

ΑΡΓΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΜΑΝΩΛΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΟΡΦΑΝΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	367
----------------------	-----

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

Σελ.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ-ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1) Το γήρας •	1
2) Κοινωνική θεώρηση της τρίτης ηλικίας	5
3) Δημογραφική γήρανση-επιδημιολογικά στοιχεία	7

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Ο ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ

1α) Σωματική και πνευματική εξέλιξη του γήρατος •	13
1β) Αντιλήψεις και θεωρίες περί γήρατος •	14
1γ) Αίτια γήρατος •	15
1δ) Σημεία γήρατος •	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

2α) Βιολογικές μεταβολές κατά σύστημα	19
• 2β) Αλλαγές ψυχοδιανοητικής φύσεως •	29
• 2γ) Σωματικά προβλήματα	44
2δ) Διατροφή του υπερήλικα	50
2ε) Υπερήλιος και ατυχήματα	55
• 2στ) Κοινωνικά προβλήματα	58
2ζ) Οικονομικά προβλήματα	61
• 2η) Ανάγκες της τρίτης ηλικίας	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3α) Η Γεροντολογία ως επιστήμη	72
--------------------------------	----

3β) Γεροντολογική Νοσηλευτική	77
-------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

4.1 Ο υπερήλικας στο Νοσοκομείο-Νοσηλευτική παρέμβαση	85
4.2 Κλειστή ιδρυματική περίθαλψη	96
4.2.α Ιστορική εξέλιξη της κλειστικής ιδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων	96
4.2.β Νέες τάσεις και προγράμματα που επικρατούν σήμερα στην Ελλάδα	100
4.2.γ Φορείς κλειστής περίθαλψης στην Ελλάδα	103
4.2.δ Θεσμός Γηροκομείων-Οίκων ευγηρίας στην Ελλάδα	105
4.2.ε Διεθνή προγράμματα αντιμετώπιση υπερηλίκων	108
4.2.στ Γηριατρικό Νοσοκομείο-Γηριατρικές Νοσηλευτικές Μονάδες	113
4.2.ζ Εκκλησία και ιδρύματα	118
4.3 Οργάνωση και διοίκηση Γηροκομείων-Οίκων Ευγηρίας	122
4.3.α Λειτουργία Γηροκομείων-Οίκων Ευγηρίας	123
4.3.β Η διαδικασία της ιδρυματοποίησης	136
4.3.γ Εγκατάσταση του υπερήλικα στο ίδρυμα	141
4.3.δ Κοινωνική ζωή-Ψυχαγωγία του υπερήλικα στο ίδρυμα	144
4.3.ε Το πρόβλημα της προσαρμογής του υπερήλικα στο ίδρυμα	145
4.3.στ Ανάγκες και προβλήματα των υπερηλίκων στο ίδρυμα-Νοσηλευτικές δραστηριότητες	148
4.3.ζ Ο Υπερήλικας στο τελευταίο στάδιο της ζωής του	152
4.3.η Νέες προοπτικές για τα ιδρύματα	155

4.4 Νοσηλευτική παρέμβαση	156
4.4.α Νοσηλευτικά προβλήματα	156
4.4.β Γενική Νοσηλευτική παρέμβαση υπερηλίκων	158
4.4.γ Ο ρόλος του Νοσηλευτικού προσωπικού στην φροντίδα των υπερηλίκων	159
4.4.δ Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλευτικών παρεμβάσεων	163
4.4.ε Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.-Δραστηριότητες	164
4.5 Τα γηρατειά σε προοπτική	167

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό-Μέθοδος	174
Αποτελέσματα	179
Συζήτηση	207
Συμπεράσματα-Προτάσεις	216
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	227
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	228

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εργασία μας αυτή δεν αποβλέπει ούτε και υποδεικνύει καινούργιους τρόπους νοσηλευτικής φροντίδας των ηλικιωμένων ώστε να γίνουν οι ηλικιωμένοι νέοι και να αποκτήσουν ξανά το σφρίγος και την ζωντάνια της νιότης τους.

Δεν έχει σημασία η ηλικία για να χαρακτηρίσουμε κάποιον σαν γέρο. Έχει πολλές φορές ειπωθεί πως νιώθει κανείς πάντα νέος όταν εξακολουθεί να συγκινείται και να γοητεύεται από τα ερεθίσματα που δέχεται.

Ακόμα με την εργασία μας παρουσιάζουμε τον ηλικιωμένο, μέσα στα διάφορα ιδρύματα, τις βιοψυχοκοινωνικές του αλλαγές, τις ανάγκες και τα προβλήματα που εμφανίζει καθώς και τις Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την επίλυση των προβλημάτων και αναγκών.

Εμείς θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν για να γίνει αυτή η εργασία. Ιδιαίτερα όμως θέλουμε να ευχαριστήσουμε το προσωπικό των Ιδρυμάτων - τα οποία επισκεπτήκαμε - για την βοήθεια και την συμπαράσταση που έδειξαν, τους ίδιους τους ηλικιωμένους που με τις απαντήσεις τους βοήθησαν να διεκπεραιωθεί η έρευνά μας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους καθηγητές του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας και εξαιρέτως την προϊσταμένη της σχολής δ. ΚΥΡΙΑΚΗ ΝΑΝΟΥ καθώς και την υπεύθυνη καθηγήτρια δ. ΜΑΡΙΑ ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ.

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

<<Δεν γίνεται κανείς γέρος επειδή έζησε ένα ορισμένο αριθμό χρόνων, Γίνεται γέρος όταν χάσει τα ιδανικά του. Τα χρόνια ρυτιδιάζουν το δέρμα, αλλά η απάρνηση των ιδανικών ρυτιδιάζει την ψυχή.

Οι φόβοι, οι αμφιβολίες, τα άγχη και οι απελπισίες είναι οι εχθροί που μας κάνουν αργά να σιύβουμε προς τη γη και να γινόμαστε σκόνη πριν ακόμα πεθάνουμε.

Νέος είναι εκείνος που εκπλήσσεται, που ενθουσιάζεται. Ρωτάει σαν το ανυπόμονο παιδί <<και μετά;>>

Ζει τα γεγονότα ή βρίσκει χαρά στο παιχνίδι της ζωής. Είστε νέος όσο και η πίστη σας. Γέρος όσο και η αμφιβολία σας.

Νέος όσο και η εμπιστοσύνη σας στον εαυτό σας. Γέρος όσο και η εγκατάλειψή σας. Θα μένετε νέος όσο θα είστε δεκτικός.

Δεκτικός σε ό,τι θα είναι ωραίο, καλό και μεγάλο. Δεκτικός στα μηνύματα της φύσης, του ανθρώπου και του απείρου>>.

Η ηλικία δεν υπάρχει, λέγεται. Δεν είναι άλλο από μια εφεύρεση της σύγχρονης κοινωνίας που την κωδικοποίησε. Υπάρχει όμως το πέρασμα του χρόνου. Η βιολογία και η ιατρική, εξάλλου, μπορούν να προσδιορίσουν το νήπιο, το παιδί, τον έφηβο. Μετά υπάρχουν άνθρωποι λιγότερο ή περισσότερο ενήλικοι. Πρόκειται για ενήλικους που δεν βρίσκονται πάντοτε στο ίδιο στάδιο, οι μεν διαφορετικοί από τους δε, αλλά σε καμιά περίπτωση δεν είναι δυνατόν να χαράξουμε μια διαχωριστική γραμμή πέρα από την οποία θα αρχίζει η τρίτη ή και η τέ-

ταρτη ηλικία.

Υπάρχει όμως ένα ερώτημα: Μήπως ένα άτομο υγιές 70 ετών που μπορεί λογικά να ζήσει άλλα 10 χρόνια, είναι πιο <<γέρος>> από ένα άλλο 50 ετών, που η υγεία του του αφήνει περιθώριο μόνο 5 ετών;

Επομένως, η <<τρίτη ηλικία>>, υπάρχει, με τις μικρές ή μεγάλες επιπτώσεις ανάλογα με το άτομο και τη συσσώρευση των προβλημάτων του.

Δεν πρέπει να συγχέουμε το γήρας με τα γηρατειά. Αν τα γηρατειά πράγματι, χαρακτηρίζονται ύστερα από κάποια ηλικία, το γήρας αντίθετα υπάρχει από τη στιγμή της γέννησης, ακόμα και από εκείνη της γονιμοποίησης. Οι μελετητές, εξάλλου, σημειώνουν ότι είναι αδύνατο, ειτός από ανώφελο, να προσδιορίσουμε ποιά είναι αυτή η ηλικία στην οποία αρχίζουν τα γηρατειά, έστω και αν αρχίσουν λογικά γύρω στα 60, εποχή που θεωρείται ότι το άτομο μπαίνει στην όπως ονομάζεται, <<Τρίτη Ηλικία>>. Το γήρας είναι αυτό που συμβαίνει σ'αυτήν την περίοδο.

Πριν απ'όλα, υπάρχουν δύο γενικές απόψεις:

- Το γήρας είναι μια διαδικασία γενική, όπου αναμειγνύονται σε τρόπο εαμίλλο όλοι οι ιστοί και οι διάφορες λειτουργίες

- το γήρας μπορεί να προσβάλλει όργανα και προσδιορισμένες λειτουργίες σε διάφορες στιγμές και με διάφορους τρόπους.

Διακλύουμε την τελευταία δεκαετία του πολυδιαφημισμένου για την υλικοτεχνική πρόοδο και ανάπτυξη αιώνα μας και κάθε χρόνος που περνά, μας φέρνει μπροστά σε νέα προβλήματα.

Η σύγχρονη νεότητα, με το επαναστατικό πνεύμα και την περιφρόνηση κάθε αξίας, είναι ένα τεράστιο πρόβλημα που κα-

νείς δεν γνωρίζει ποιές επιπτώσεις θα έχει για το μέλλον της ανθρωπότητας.

Η κρίση της οικογένειας παίρνει τέτοιες διαστάσεις σε βάθος και πλάτος που ο σημερινός άνθρωπος δεν μπορεί να συλλάβει τις τρομακτικές συνέπειες.

Ανάμεσα στα μεγάλα προβλήματα που αντιμετωπίζει η σύγχρονη ανθρωπότητα είναι και αυτό της <<Τρίτης Ηλικίας>>. Είναι πια καιρός να αρχίσει να γίνεται λόγος όχι μόνο για τα δικαιώματα των νέων αλλά και για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων.

Είναι πλέον ανάγκη να συνειδητοποιήσουμε ότι τα γεράματα δεν υπάρχουν εκεί όπου ο άνθρωπος ξέρει να επωφελείται από την παράταση της μέσης διάρκειας ζωής.

Είναι γεγονός ότι με την πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα της ιατρικής, έχει αυξηθεί ο αριθμός των υπερηλίκων αλλάζοντας τη δημογραφική δομή της σύγχρονης κοινωνίας και δημιουργώντας οξύ κοινωνικό πρόβλημα.

Η λέξη <<γέρος>> σε όποια γλώσσα και αν ακουσθεί, κάνει όσους τη λένε αλλά και όσους την ακούν να αισθάνονται μια ολόκληρη σειρά συναισθημάτων, όπως συναισθήματα αγάπης, τρυφερότητας, ευγνωμοσύνης, σεβασμού, εκτίμησης, συμπάθειας και κατανόησης. Σ' όλο το κόσμο και κύρια στις χώρες που η νοσηλευτική επιστήμη βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο, ο νοσηλευτικός κόσμος στρέφεται με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην αναζήτηση, τη μελέτη, την ικανοποίηση και την επίλυση των νοσηλευτικών προβλημάτων του υπερήλικα, υγιούς ή αρρώστου.

Η γερωντική ηλικία, όπως και κάθε ηλικία έχει τα προβλήματα της, όπως προβλήματα ατομικά, οικογενειακά και κοινωνικά.

σ'αυτά τα προβλήματα θα αναφερθούμε εκτενέστερα στη συνέχεια της εργασίας μας, δίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ιδρυματοποίηση των υπερηλίκων καθώς και στις υπηρεσίες που προσφέρουν τα ιδρύματα στους γέροντες αλλά και στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι τρόφιμοι στη διάρκεια της διαβίωσής τους σ'αυτά.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η προστασία των γερόντων είναι πανάρχαια και παναθρώπινη προσπάθεια και αυτό φαίνεται αν ανατρέξουμε στο παρελθόν. Στην Αρχαία Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι ήταν σεβαστά πρόσωπα, τιμώντουσαν και προστατεύονταν. Η κοινωνία τους χρησιμοποιούσε για τη σοφία, την σύνεση, την ώριμη κρίση και τις πολύτιμες εμπειρίες της ζωής τους.

Κάποτε, ο σοφός και διάσημος νομοθέτης των Αθηναίων Σόλωνας, επισκέφτηκε στην Αίγυπτο και μίλησε με τους εκεί γέροντες ιερείς. Η συζήτηση μαζί του προξένησε εντύπωση στους Αιγύπτιους και ο γηραιότερος Αιγύπτιος ιερέας του είπε: «Ω Σόλων, Σόλων, Έλληνες αεί παίδες έστε, γέρων δε Έλλην ουκ εστιν» (Πλάτωνος τιμαίος). Δηλαδή: Ω, Σόλων, Σόλων. Οι Έλληνες είναι πάντοτε νέοι, δεν υπάρχει Έλληνας γέρος. Ήθελε να πει ότι οι ηλικιωμένοι Έλληνες διατηρούσαν τον τρόπο και την ζωτικότητα της σκέψης των νέων.

Ο πρώτος στον κόσμο ατομικός επιστήμονας Δημόκριτος, έλεγε: «Ισχύς και ευμορφία, νεότητος αγαθά γήραιος δε, σωφροσύνη άνθος». Δηλαδή, το σθένος και η ωραιότητα είναι αγαθά της νεότητας ενώ η σοφία και η φρόνηση είναι καρποί γήρατος.

Γενικά, στην Αρχαία Ελλάδα, η λέξη «Γέρων» ήταν τίτλος τιμής. Την πρώτη ευθύνη για τους γέροντες, την είχαν τα παι-

διά τους. Χαρακτηριστικό και συγκινητικό είναι το παράδειγμα του Αινεία, ο οποίος, όταν βιάστηκε να εγκαταλείψει την Τροία, διάλεξε σαν το πολυτιμότερο πράγμα γι' αυτόν να μεταφέρει στους ώμους του, τον γέροντα πατέρα του.

Στην Παλαιά Διαθήκη, ο σεβασμός προς τους γέροντες και προς τα γηρατειά γενικά αποτελεί εντολή Θεού και επιβάλλεται σαν ύψιστο καθήκον. Είναι η τέταρτη μεταξύ των 10 εντολών του Θεού: «Τίμα τον πατέρα σου και την μητέρα σου να ευ σοι γέννηται, και ένα μακροχρόνιος γένη επί της γης...» (Έξοδος Κ'12).

Με την εμφάνιση του χριστιανισμού και το κήρυγμα της κοινής εντολής της αγάπης, οι ηλικιωμένοι βρήκαν στοργική φροντίδα και ουσιαστική συμμετοχή σε όλες τις πτυχές της οικογενειακής και κοινωνικής ζωής. Ο Απόστολος Παύλος γράφει: «Πρεσβυτέρω μη επιπλήξεις, αλλά παρακάλει ως πατέρα» (Τιμοθ. Α', ε', 8, 1).

Ο Μ. Βασίλειος ίδρυσε το πρώτο γηροκομείο στην Βασιλειάδα, γι' αυτό και το σήμα της Ελληνικής γηριατρικής φέρει την εικόνα του Μ.Βασιλείου.

Έτσι λοιπόν στην πατρίδα μας, το γήρας, από αρχαιότατων χρόνων μέχρι σήμερα, δεν θεωρείται νόσημα, αλλά είναι μια διεργασία με βιοψυχοκοινωνικές παραμέτρους.

Σημαντικές είναι και οι αρχές της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας (Π.Ο.Υ.), οι οποίες δημοσιεύτηκαν κατά το 1983 το έτος των ηλικιωμένων. Αποσπασματικά αναφέρουμε τις ακόλουθες:

- Όλο το ανθρώπινο γένος υποβαθμίζεται, όταν οποιαδήποτε ομάδα ανθρώπων υποτιμάται για οποιοδήποτε λόγο, είτε για διαφορά φυλής, φύλου, κοινωνικής θέσης ή ηλικίας»

(ΑΡΙΟ, 1982)

και

- <<Σ'ένα αληθινά υγιή και πολιτισμένο κόσμο οφείλουμε να μεριμνούμε για τα άτομα όλων των ηλικιών από τα πολύ μικρά παιδιά μέχρι τους πολύ γέροντες>>

(FRANCESCHI, 1982)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η γήρανση ενός πληθυσμού είναι φαινόμενο πολλαπλής αιτιολογίας. Παρουσιάζεται στις εκβιομηχανισμένες δυτικές χώρες, προς ο παρόν, αλλά με ενδείξεις ότι και οι χώρες του ανατολικού κόσμου ακολουθούν. Η γήρανση των πληθυσμών τείνει να εξελιχθεί σε τραγωδία με πρωτοφανείς διαστάσεις σε παγκόσμια κλίμακα.

Ο όρος <<γήρανση>> έχει σχέση με το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων μέσα στο γενικό πληθυσμό μιας χώρας, δηλαδή με τη δομή του πληθυσμού, με τη σύνθεση του πληθυσμού. Το πρόβλημα δεν είναι λοιπόν ότι έχουμε σήμερα περισσότερους ηλικιωμένους σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες και τα ποσοστά συμμετοχής τους στη δομή του συγκεκριμένου πληθυσμού. Γηρασμός σημαίνει αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό.

Ηλικιωμένα άτομα θεωρούνται εκείνα που έχουν ξεπεράσει τα 65 χρόνια της ζωής τους (νομικό όριο). Υποτίθεται ότι γύρω σ'αυτή την ηλικία παρουσιάζεται εμφανής κάμψη του ανθρωπίνου οργανισμού. Χωρίς βέβαια να σημαίνει αυτό ότι η κάμψη αυτή δεν παρουσιάζεται νωρίτερα ή αργότερα κάτω από ορισμένες συνθήκες. Στην ηλικία αυτή σταματά η επαγγελματική δραστηριότητα (συντάξεις στα 65).

Τα Ηνωμένα Έθνη έχουν καθορίσει την ηλικία των χωρών όπου παρακάτω:

Νέα Χώρα	- ποσοστό των 65 και άνω	4%
Ώριμη χώρα	- ποσοστό των 65 και άνω	4-7%
Ηλικιωμένη Χώρα	- ποσοστό των 65 και άνω	7% και άνω

Όπως επομένως γερνά ένας άνθρωπος, γερνά και μια χώρα.

Νέες χώρες θεωρούνται οι χώρες του τρίτου κόσμου σε αντίθεση με τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης αλλά και της Ελλάδας όπου παρουσιάζεται χαρακτηριστική γήρανση των πληθυσμών την τελευταία 25ετία.

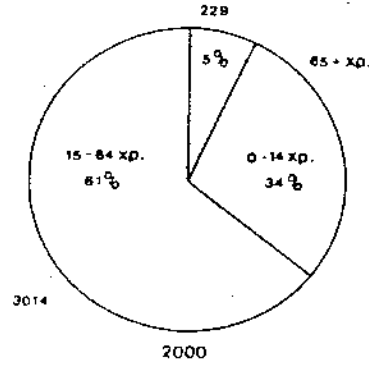
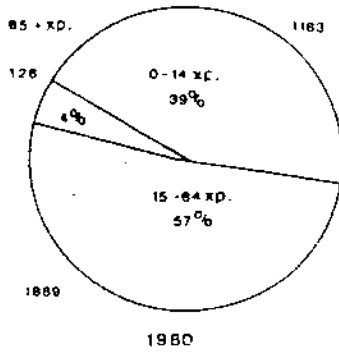
Σήμερα ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου κυμαίνεται από 70-75 χρόνια. Πριν από 34 χρόνια, το 1952, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων του κόσμου δηλαδή αυτός που τον αποτελούσαν άτομα ηλικίας 60 και άνω έφτανε τα 205.000.000.

Στα μέσα του 1970 ο αριθμός αυτός διαφοροποιήθηκε στα 305.000.000. Υπολογίζεται ότι το 2000 αν ο αριθμός της αριθμητικής διαφοροποίησης του πληθυσμού συνεχιστεί με τον ίδιο ρυθμό, ο πληθυσμός των υπερηλίκων θα φτάνει τα 585.000.000.

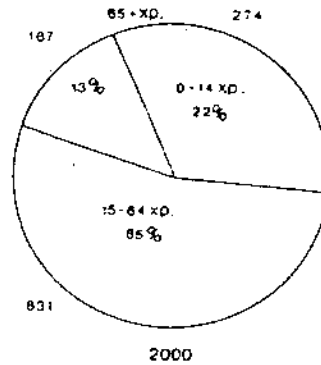
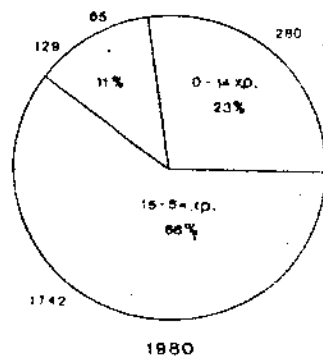
Το φαινόμενο της αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων παρουσιάζεται πιο έντονο στις ανεπτυγμένες χώρες, όπως έχει προαναφερθεί, αν και οι άλλες χώρες αρχίζουν να εμφανίζουν την ίδια δημογραφική τάση για πολλές αναπτυσσόμενες χώρες η μελλοντική αύξηση της κατηγορίας αυτής του πληθυσμού προβλέπεται να είναι πιο γρήγορη από αυτή που παρουσιάζεται σήμερα στις ανεπτυγμένες χώρες.

Σχήμα 'Ο πληθυσμός του κόσμου κατά ηλικίες.

Αναπτυσσόμενες χώρες:



Αναπτυγμένες χώρες:



Πηγή: Global Strategy for health for all by the year 2000 W.H.O. 1981.

Αναπτυσσόμενες :	3.284	4.927	50%
Αναπτυγμένες :	1.131	1.272	112,5%

Από τη μελέτη του παραπάνω σχήματος, βγαίνουν τα πιο κάτω δημογραφικά στοιχεία, για τις αναπτυσσόμενες χώρες:

- Μεγάλη μείωση του παιδικού πληθυσμού
- Μεγάλη αύξηση του πληθυσμού των ενηλίκων
- Μικρή αύξηση του πληθυσμού των υπερηλίκων
- Μείωση του αριθμού των γεννήσεων
- Αύξηση του μέσου όρου ζωής

Ενώ οι ανεπτυγμένες χώρες εμφανίζουν:

- Μικρή μείωση του παιδικού πληθυσμού
- Μικρή μείωση του πληθυσμού των ενηλίκων
- Αύξηση του πληθυσμού των υπερηλίκων

- Μείωση του αριθμού των γεννήσεων
- Αύξηση του μέσου όρου ζωής

Η Ελλάδα είναι η δεύτερη χώρα μετά τη Σουηδία στο χώρο της Ευρώπης, στην επιβίωση του πληθυσμού της άνω των 65 χρόνων τώρα πλησιάζει το 13%.

Ας δούμε όμως από πιο κοντά αυτό το γεροντικό πληθυσμό της Ελλάδας τα τελευταία 30 χρόνια.

Η αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας παρουσιάζεται σταθερή.

Το 1951 τα άτομα 65-74 ετών ήταν 349.836, ήτοι 4,58% στο συνολικό πληθυσμό 7,6 εκ.

Το 1961 τα άτομα 65-74 ετών ήταν 429.360 ήτοι 5,11% στο συνολικό πληθυσμό 8,3 εκ.

Το 1971 τα άτομα 65-74 ετών ήταν 626.328 ήτοι 7,14% στο συνολικό πληθυσμό των 8,7 εκ.

Το 1980 τα άτομα 65-74 ετών ήταν 791.571, ήτοι 8,2% στο συνολικό πληθυσμό 9,6 εκ.

Μέσα σε 30 χρόνια, ο πληθυσμός των ατόμων 65-74 ετών διπλασιάσθηκε. Δεδομένου ότι απ'αυτή την ηλικία αρχίζουν να εμφανίζονται φυσική κάμψη του οργανισμού αλλά και πολλά νοσήματα φθοράς ακόμη δε και δυσκολίες στην αντιμετώπιση κοινών για όλες τις ηλικίες νοσημάτων, μια και ο γηρασμένος οργανισμός δεν βοηθά, αναλογίζεται κανείς τις επιπτώσεις στην δημόσια υγεία και κύρια στην παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

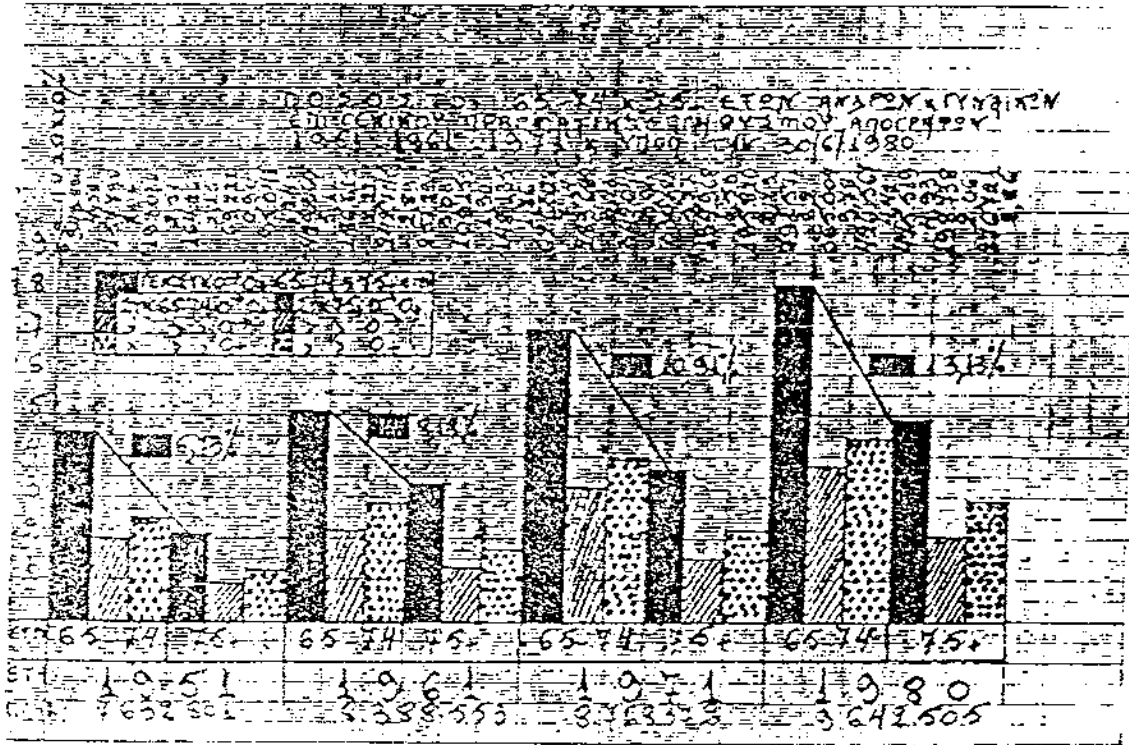
Και θα πρέπει να επισημάνουμε ότι στα 30 αυτά χρόνια δεν έχουμε ούτε διπλασιασμό πιστώσεων, ούτε διπλασιασμό κλινών και προσωπικού υγείας.

Είναι λοιπόν γεγονός ότι τον τελευταίο αιώνα, όλο και

ΔΕΛΤΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
30.6/1980 (έτηδες)

1-2+3+4 Ηλικίες	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΡΧΗΝΕΣ		ΘΗΛΕΣΣΕΣ		ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
		ΣΥΝΟΛΟ	%	ΣΥΝΟΛΟ	%	
0-4	964.2505	473.3337	49	490.9168	50,9	
5-9	717.589	371.024	51,67	346.565	48,18	
10-14	703.239	363.202	51,63	340.037	48,36	
15-19	778.954	402.246	51,60	376.708	48,39	
ΣΥΝΟΛΟ (1)	2.199.782	1.136.472	51,63	1.063.310	48,31	
20-24	724.776	373.789	51,44	350.987	48,41	
25-29	697.711	354.478	50,71	343.233	49,14	
30-34	649.570	329.364	50,69	320.206	49,30	
35-39	657.205	323.836	49,31	333.369	50,68	* Ηλικία όπου αρχίζει η δημογραφική υποχώρηση των γυναικών που συνεχίζεται σε όλες τις επόμενες ηλικίες
40-44	563.773	272.592	48,40	290.381	51,59	
45-49	552.924	311.472	47,69	240.552	52,30	
50-54	581.162	329.093	48,45	252.069	51,68	
55-59	645.343	311.053	48,21	333.290	51,78	
60-64	488.406	235.516	48,36	252.790	51,84	
ΣΥΝΟΛΟ (2)	415.363	191.470	45,91	224.493	53,84	
65-69	6.175.533	3.033.063	49,10	3.142.570	50,87	
70-74	438.139	202.284	46,11	235.855	53,88	* Υποχώρηση γυναικών ± 4%
75-79	353.432	162.720	46,17	190.712	54	
ΣΥΝΟΛΟ (3)	791.571	365.004	46,14	425.567	53,85	
80-84	254.247	110.065	42,90	141.181	56,59	* Υποχώρηση γυναικών από ± 7-11%
85 & άνω	136.550	55.818	41,17	80.732	59,55	
ΣΥΝΟΛΟ (4)	84.722	32.914	38,82	51.808	51,17	
ΣΥΝΟΛΟ (4)	475.514	198.798	41,53	275.721	58,31	

Πίνακας 1. Δομή Έλληνικού πληθυσμού - 1980 -



περισσότεροι άνθρωποι περνούν το κατώφλι της τρίτης ηλικίας. Έτσι έχουμε σημαντική άνοδο στον αριθμό των υπερηλίκων που συνοδεύεται με ένα μεγάλο αριθμό σοβαρών κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων που επιτείνονται ακόμα περισσότερο σε μια αναλογία που αυξάνεται με την ηλικία και που περιλαμβάνει άτομα ανήμπορα να φροντίσουν τον εαυτό τους και απόλυτα εξαρτημένα από τους άλλους.

Γ Ε Ν Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

Ο ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ

1α. Σωματική και πνευματική εξέλιξη του γήρατος

Η σωματική και πνευματική εξέλιξη του γήρατος χωρίζεται σε 3 στάδια:

Πρώτο στάδιο: Αυτό χαρακτηρίζεται από την βραδεία εξασθένηση της λειτουργικότητας των διαφόρων οργάνων που μπορεί να αντισταθμιστεί με την αποφυγή κόπωσης, με την σωστή διατροφή, με την ήρεμη διαβίωση.

Δεύτερο στάδιο: Αυτό εμφανίζεται άλλοτε απότομα και άλλοτε σιγά-σιγά. Η μείωση της ενεργητικότητας του ηλικιωμένου γίνεται εμφανής επειδή η φθορά του οργανισμού του δεν επανορθώνεται πια. Τα κύτταρα και οι ιστοί αλλοιώνονται, οι μύες χάνουν την ελαστικότητά τους, τα οστά γίνονται εύθραυστα, η κυκλοφορία του αίματος παρουσιάζει δυσχέρειες, ο εγκέφαλος και η καρδιά παρουσιάζουν βαθμιαία εξασθένηση της λειτουργικότητας, ενώ τα νεύρα και τα αισθητήρια όργανα χάνουν την ευαισθησία τους και υπολειτουργούν. Η οργανική αυτή εξασθένηση συνοδεύεται συχνά από ψυχικές αλλαγές.

Τρίτο στάδιο: Είναι και το τελευταίο στάδιο της ζωής. Οι άνθρωποι σπάνια πεθαίνουν από γηρατειά, συνήθως πεθαίνουν από κάποια αρρώστια που επιβαρύνουν την ηλικία αυτή. Η διάρκεια και η εξέλιξη της αρρώστιας εξαρτάται από την ηλικία και την γενική κατάσταση του οργανισμού.

Άλλα χαρακτηριστικά της γεροντικής ηλικίας που πρέπει να αντιμετωπίζονται με επιείκεια είναι: Το πείσμα, η επιμονή, η αδιαφορία για την τάξη και την καθαριότητα και ο φόβος. Για όλα αυτά θα αναφερθούμε αναλυτικότερα παρακάτω.

1β. Αντιλήψεις και θεωρίες περί γήρατος

Τα γηρατειά προσβάλλουν το μόριο, το κύτταρο, τους ιστούς, τα διάφορα συστήματα.

Το γήρας στο μόριο: προκαλεί αλλαγές του συμπλέγματος των μοριακών πρωτεϊνών, οι οποίες βρίσκονται σε αυξημένη τάση να ακινητοποιούνται μονίμως σχηματίζοντας σταυρωτές αλυσίδες.

Το γήρας των κυττάρων: Αποδίδεται κυρίως στην σωματική αλλαγή των γονιδίων. Τα γηρασμένα κύτταρα απενεργοποιούνται και έτσι τα ενεργά ελαττώνονται. Έχει παρατηρηθεί ότι ένα άτομο 6 ετών έχει τα ίδια κύτταρα που έχει ένα άτομο 60 ετών. Και ένα άτομο 2 ετών έχει τα ίδια κύτταρα που έχει ένα άτομο 80 ετών.

Το γήρας των ιστών: Είναι συνέπεια της συντελούμενης ελάττωσης του αριθμού των ενεργών κυττάρων, σε συνδυασμό με αλλαγές αντενεργών συστατικών τους, όπως η ελασίνη το κολлагόνο. Το γήρας ενός ιστού προκαλεί ελάττωση της ικανότητάς του και εξαφάνιση της νευρικής του δύναμης. Το σύστημα έτσι, χάνει την δύναμη της αναπροσαρμογής και δεν μπορεί να ανταποκριθεί με ικανή ταχύτητα και ελαστικότητα στις ανάγκες του.

Το γήρας του όλου οργανισμού: Οι αλλαγές του όλου οργανισμού λόγω του γήρατος προκαλούν μια ελάττωση προσαρμογής, ανταπόκρισης και μια απροθυμία ή ανικανότητα να αντιδρούν θε-

τικά σε ασυνήθεις καταστάσεις. Όλα τα παραπάνω χαρακτηρίζουν το φυσιολογικό γήρας.

1γ. Αίτια γήρατος

Ως προς τα αίτια του γήρατος δεν υπάρχουν σαφείς, γνώσεις υπάρχουν όμως διάφορες θεωρίες από τις οποίες θα αναφέρουμε μερικές:

1. Θεωρία κληρονομικότητας

Πολλοί πιστεύουν, ότι το γήρας επηρεάζεται από την κληρονομικότητα δηλ. όσο περισσότερο βεβαρυμένο είναι το ιστορικό των γονέων και γενικά των προγόνων τόσο νωρίτερα εμφανίζεται το γήρας. Κατά την θεωρία αυτή η ευπάθεια κληροδοτείται στους απογόνους σαν χρόνια και λανθάνουσα νοσηρή κατάσταση, η οποία με την επίδραση άλλων εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων αναζωπυρώνεται προκαλώντας εκφυλιστικές επεξεργασίες στα διάφορα όργανα γνωστές κατά τα γηρατειά.

2. Θεωρία της ανταλλαγής της ύλης (GREPPI)

Σύμφωνα με αυτή, υποστηρίζεται ότι το γήρας είναι αποτέλεσμα μεταβολικών, αναβολικών και βιομηχανικών επεξεργασιών διαφόρων ιστών.

3. Θεωρία της αυτοδηλητηριάσεως του ζώντιος κυττάρου και οργανισμού (MEFCHNICOFIT)

Σύμφωνα με αυτή το γήρας οφείλεται σε εκφυλιστικές επεξεργασίες λόγω της μακροχρόνιας δηλητηρίασης του οργανισμού από διάφορες επιβλαβείς ουσίες (ενδοτοξίνες κ.α.) οι οποίες δημιουργούνται κατά την ανταλλαγή της ύλης και οι οποίες είτε αποβάλλονται πλημμελώς ή δεν μετατρέπονται σε άλλες ωφέλιμες για τον οργανισμό ενώσεις.

4. Θεωρία της κακής διατροφής του ανθυγιεινού περιβάλλοντος

Πολλοί βιολόγοι υποστηρίζουν ότι η κακή διατροφή είναι η αιτία διαφόρων νόσων κυρίως της αρτηριοσκλήρωσης ή σκληροθηρωμάτωσης, η οποία είναι η πιο συχνή κατά το γήρας. Υποστηρίζουν ότι τα αίτια της αρτηριοσκλήρωσης δεν είναι τα λίπη όπως όλοι νομίζουν, αλλά τα σάκχαρα και κυρίως τα εκλεπτισμένα άμυλα της βιομηχανικής διατροφής του σημερινού ανθρώπου.

Πολλοί πιστεύουν ότι και το περιβάλλον παίζει μεγάλο ρόλο για την εμφάνιση του γήρατος καθώς και το είδος της ζωής. Στατιστικά έχει αποδειχτεί ότι αυτοί που ασχολούνται με ελεύθερα επαγγέλματα έχουν μέσο όρο ζωής 73 χρόνια, οι έμποροι 69, οι εργάτες 64, ενώ όσοι δουλεύουν στα ορυχεία 59. Επίσης και οι εκτεθειμένοι σε αναθυμιάσεις, θόρυβο, ταχύ ρυθμό ζωής, ακατάλληλα ωράρια και όρους εργασίας υφίστανται τις συνέπειες.

5. Κατά την γεροντολόγο Δρα ASLAN το γήρας αρχίζει αμέσως μετά την ανάπτυξη του οργανισμού δηλ. στα 21 χρόνια και αρχίζει να ειδηλώνεται στα 45 και προχωρώντας με ταχύτερο ρυθμό γίνεται πλέον καταφανές στα 65.

Και πάλι η χρονολογική τοποθέτηση δεν είναι απόλυτη γιατί βλέπουμε άλλους να είναι 60 ετών να νοιώθουν πολύ κουρασμένοι σχεδόν γέροι και άλλους 75 χρονών να είναι ζωτικότεροι και δημιουργικοί. Σ' αυτό βέβαια παίζει σπουδαίο ρόλο η κληρονομικότητα, ο τρόπος ζωής κάθε ανθρώπου, ψυχολογικοί παράγοντες, άγχος, υπερίκπωση, καταχρήσεις, πνευματική καλλιέργεια κ.λ.π.

Στην πραγματικότητα με τόσους ορισμούς και θεωρίες που υπάρχουν γύρω από την έννοια των γηρατειών μας οδηγούν χωρίς να το καταλαβαίνουμε να χρησιμοποιούμε πότε τον ένα και πότε τον άλλο.

Ρωτήσαμε μερικά άτομα που βρίσκονται στα 70 και 80 τους χρόνια τι θα σήμαινε αν χαρακτήριζαν τον εαυτό τους γέρο ή τους αποκαλούσαν γέρους. Οι απαντήσεις που πήραμε είναι:

<<θα ήταν σαν να έλεγα ότι δεν είμαι άνθρωπος πια>>

<<θα με πέταγαν σαν παλιοπάπουτσο>>

<<Μου έχει απομείνει αριετή αυτοεκτίμηση για να πω κάτι τέτοιο>>

<<θα ήταν σαν να ζητούσα οίκτο και συμπόνοια και φυσικά δεν είναι αυτό που θέλω>>.

Η ηλικία είναι τόσο μολυσμένη από αξιολογικά κριτήρια, που πολλές φορές διστάζουμε να ομολογήσουμε τα χρόνια μας ή να χαρακτηρίσουμε <<γέρο>> κάποιο αγαπημένο μας πρόσωπο από φόβο μήπως τον προσβάλουμε. Η ικανότητά μας να σκεφτούμε λογικά το θέμα της ηλικίας και να πάρουμε λογικές αποφάσεις επηρεάζεται κυρίως από αυτόν τον λόγο.

18. Σημεία γήρατος

Όπως είναι γνωστό η πορεία προς τα γηρατεία διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο. Αλλά και τα διάφορα οργανικά συστήματα του σώματος δεν γερνάνε συμμετρικά. Έτσι σε ένα άτομο γερνάει πρώτα το Κ.Ν.Σ. σ'ένα άλλο ο συνδετικός ιστός των αρθρώσεων και σ'ένα τρίτο οι μυς του σκελετού:

Έχουμε τα φυσιολογικά και βιολογικά κριτήρια του γήρατος τα οποία είναι:

1. Βραδεία αλλά σταθερή εκφύλιση και ατροφία του Κ.Ν.Σ.
2. Βαθμιαία αφυδάτωση των ιστών
3. Βαθμιαία επιβράδυνση της διαίρεσης και αύξησης των κυττάρων
4. Ελάττωση του βασικού μεταβολισμού
5. Ελάττωση της ελαστικότητας των ιστών, εκφύλιση του συνδετικού ιστού καθώς και λιπώδη διήθηση των κυττάρων
6. Ελάττωση του αριθμού των γαγγλιακών του Κ.Ν.Σ.
7. Βαθμιαία ελάττωση της ικανότητας της προσαρμογής
8. Ελάττωση της ταχύτητας, της έντασης και της διάρκειας των νευρομυϊκών αντιδράσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

2α. Βιολογικές μεταβολές κατά σύστημα

Σύμφωνα με τον BOUVLIEVE (1965) στην περιγραφή του για την φυσιολογία της ενηλικίωσης γράφει: «Η ενηλικίωση χαρακτηρίζεται με βαθμιαία μείωση της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου...τα περιθώρια της ασφάλειας των διαφόρων λειτουργιών σταδιακά μειώνονται με το πέρασμα του χρόνου. Αυτό έχει σαν συνέπεια να διαταράσσεται η ισορροπία του ατόμου με κάτι πολύ μηδαμινό.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

- Οι διάφορες λειτουργίες, καθώς το άτομο μεγαλώνει υποβαθμίζονται ανάλογα με τον ρυθμό που ελαττώνεται ο κατά λεπτό όγκος του αίματος που περνά από την καρδιά καθώς και με το ποσοστό ελάττωσης των κυττάρων στο κάθε όργανο ή σύστημα.

Η ενηλικίωση γίνεται σε όλα τα επίπεδα των λειτουργιών του σώματος, δηλ. στο επίπεδο του κυττάρου, του οργάνου του συστήματος και του όλου σώματος. Σχεδόν κάθε όργανο μετά το 30ο έτος της ηλικίας χάνει κάθε χρόνο σε ποσοστό 1% από την λειτουργική του ικανότητα.

- Υπάρχει μείωση της εφεδρικής ικανότητας του οργανισμού που οφείλεται στην πραγματική απώλεια κυττάρων στους ιστούς των διαφόρων οργάνων του σώματος.

- η διεργασία της ενηλικίωσης παρουσιάζεται με διαφορετικό ρυθμό στα διάφορα συστήματα του ίδιου του ατόμου.

- Γενικά η προσαρμογή στις βιολογικές αλλαγές γίνεται με περιορισμό των δραστηριοτήτων.

Ύστερα από την διατύπωση των γενικών βιολογικών αλλαγών που ο οργανισμός του ατόμου παρουσιάζει με την πρόοδο της ηλικίας, προχωρούμε σε μια σύντομη θεώρηση των αλλαγών που γίνονται στα σώματα κατά συστήματα ή λειτουργίες οργάνων.

1. Αιμοποιητικό σύστημα: Το σύστημα αυτό επηρεάζεται ελάχιστα όπως αποδεικνύεται από την γενική εξέταση του αίματος. Το ερυθροκύτταρο υγρό, ο όγκος του πλάσματος και ο αιματοκρίτης μένουν σταθεροί μεταξύ 15-95 ετών, ενώ το ολικό νερό του σώματος ελαττώνεται σημαντικά με την ηλικία (SHOCK 1961).

Σταθερά μένουν επίσης: Η ηλεκτρολυτική και οξεοβασική (PH) ισορροπία του αίματος, η θερμοκρασία του σώματος, η πυκνότητα στο πλάσμα ορισμένων στοιχείων θρέψης ή μεταβολισμού του κυττάρου (αμινοξέα, γλυκόζη, λευκώματα, ουρία) ο αριθμός αναπνοών και σφύξεων στο λεπτό. η αρτηριακή πίεση, ο όγκος εισπνεόμενου αέρα κ.α. Οι λειτουργίες αυτές είναι ζωτικής σημασίας για κάθε οργανισμό και απαιτούν βραδεία και συνεχή επέμβαση ρυθμιστικών μηχανισμών. Πάντως σε σύγκριση με νεώτερα άτομα ακόμα και οι σταθερές αυτές βιοχημικές και φυσιολογικές λειτουργίες διαταράσσονται ευκολότερα και επανέρχονται αργότερα στην αρχική του τιμή, μετά εξωτερική διαταραχή.

2. Λεμφικό σύστημα: Το σύστημα αυτό επηρεάζεται ελάχιστα από το γήρας, μόνο ο όγκος των αμυγδαλών και οι αδενοειδείς εκβλαστήσεις ελαττώνονται κατά το 45ο έτος της ηλικίας.

3. Σκελετικό σύστημα: Με την πάροδο της ηλικίας εμφα_

νίζεται μια χαρακτηριστική οστική αραίωση σε όλο το σκελετό η οποία ονομάζεται διεθνώς οστεοπόρωση. Η συμπαγής φλοιώδης μοίρα κυρίως των μακρών οστών περιορίζεται τόσο ώστε τα οστά στην διατομή τους να θυμίζουν κούφιο καλάμι. Τα σώματα των σπονδύλων παρουσιάζουν ακτινολογική διαφάνεια και ελαττωμένη μηχανική αντοχή. Κάτω από το βάρος του σώματος αναπτύσσονται εμβαθύνσεις των οριζοντίων επιφανειών των σπονδύλων, η δε πρόσθια επιφάνεια του σπογγώδους σώματος μπορεί να καθιζήσει και ο σπόνδυλος να πάρει σφηνοειδές σχήμα. Αποτέλεσμα είναι η κύφωση και η ελάττωση του ύψους με την ηλικία. Οι μεταβολές αυτές οφείλονται στο ότι με την ηλικία ελαττώνεται η οστική μάζα σε σχέση με την μονάδα όγκου του οστού, αλλά η σχέση αλάτων-οστεοειδούς είναι φυσιολογική. Η απώλεια δηλ. του οστού αφορά τόσο τα ανόργανα άλατα όσο και βασική οργανική ουσία· η ορθή δε ονομασία των μεταβολών αυτών είναι οστεοπενία της μεγάλης ηλικίας.

Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την ερμηνεία της γενικευμένης και προοδευτικής αυτής οστεοπενίας, κυριότεροι από τους οποίους θεωρούνται:

- Διαιτητικοί παράγοντες: Επιδημιολογικές μελέτες όπως το GARN 1970, σε πληθυσμούς διατρεφόμενους με ελάχιστο λεύκιμμα και πολύ ασβέστιο, καθώς και πειραματικές μεταβολές της δίαιτας από πλούσιες σε ασβέστιο σε ασβεστιοπενικές, δεν έδειξαν διαφορά στην σχετική απώλεια οστικής μάζας με την ηλικία. Αντίθετα το NORDIN 1968 βρήκε ότι η οστεοπενία της ηλικίας είναι πιο έντονη στην Ιαπωνία, χώρα με μικρή πρόσληψη ασβεστίου παρά στην Φιλανδία, όπου η πρόσληψη είναι μεγάλη.

- Ορμονικοί παράγοντες: Ένας σημαντικός ορμονικός πα-

οάγοντας ο οποίος σήμερα ενοχοποιείται για την οστεοπόρωση της ηλικίας είναι η παραθορμόνη. Μετεμηνοπαυσιακές γυναίκες με υπερθυρεοειδισμό εμφανίζουν πολύ εντονότερη απώλεια οστού ως προς τις γυναίκες με φυσιολογικό παραθυροειδή ή με υποπαραθυροειδισμό HOSSEIN 1970. Η παρατήρηση αυτή δηλώνει ότι η λυτική δράση της παραθορμόνης στα οστά γίνεται πιο έντονη μόλις αυτά πάφουν να προστατεύονται από τα οιστρογόνα.

- Σωματική δραστηριότητα: Έχει παρατηρηθεί ότι η πλήρης ακινησία καταλήγει σε σημαντική οστεοπενία. Η φυσιολογική οστεοπενία έχει συνδεθεί από διάφορους ερευνητές με την ελάττωση της κινητικότητας, χωρίς όμως να υπάρχει πειραματική απόδειξη της υπόθεσης αυτής. Ακόμα, δεν έχει κλινικά παρατηρηθεί αναστολή της οστεοπόρωσης σε υπερήλικα άτομα που γυμνάζονται μολονότι το ισχνό βάρος του σώματος μπορεί να αυξηθεί σημαντικά και να πλησιάσει το επίπεδο της μέσης ηλικίας.

4. Ενδοκρινικό σύστημα, Οι ενδοκρινικές μεταβολές με την ηλικία προέρχονται από 3 βασικούς λόγους: α) την ελάττωση της ικανότητας σύνθεσης και έκκρισης ορμονών κατά αδενικό κύτταρο, β) Διαταραχές της μεταφοράς προς τα όργανα στόχους, γ) Την μείωση της ικανότητας των οργάνων στόχων να απαντήσουν στο χημικό ερέθισμα. Παίρνοντας με την σειρά τους ενδοκρινείς αδένες παρατηρούμε τα εξής:

Θυροειδή: Ο αδένας αυτός κατά το γήρας παθαίνει ατροφία των κυττάρων και ελάττωση του όγκου του. Η λειτουργική του όμως ικανότητα δεν ελαττώνεται και ο αδένας είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες του οργανισμού μέχρι την προχωρημένη ηλικία.

Υπόφυση: Και ο αδέννας αυτός παρουσιάζει ελάττωση καθώς και ειδικές αλλοιώσεις των κυττάρων. Η λειτουργική του επάρκεια διατηρείται μέχρι το βαθύ γήρας.

Επινεφρίδια: Αυτά παθαίνουν αλλοιώσεις κατά το γήρας αλλά σε αντίθεση με παλαιότερες αντιλήψεις σήμερα πιστεύουν ότι τα επινεφρίδια δεν παίζουν σημαντικό ρόλο για την έναρξη του γήρατος.

Θύμος: Ο αδέννας αυτός παθαίνει τέλεια λιπώδη διήθηση κατά το γήρας.

5. Αισθητήρια όργανα: Η ευαισθησία του αισθητηρίου της όσφρησης, ελαττώνεται με την ηλικία π.χ. η οδός του ερεθίσματος για τον καφέ, το λεμόνι και άλλες ουσίες ανεβαίνει ώστε το ηλικιωμένο άτομο δεν διακρίνει συγγενείς οσμές. Οι οσμές φρούτων ξεχωρίζονται καλύτερα από τις οσμές άλλων τροφίμων (κρεάτων, σοκολάτας κ.α.) πράγμα που εξηγεί εν μέρει την προτίμηση των γέρων προς τα οπωρικά.

Οι ωτολογικές μεταβολές μπορούν να ταξινομηθούν σε 2 γενικές κατηγορίες: την πρεσβυακουσία που αποτελεί την κυριότερο παθοφυσιολογική μεταβολή του γήρατος και τις απώλειες της ακουστικής οξύτητας σαν επακόλουθο του τραυματισμού ηχητικών τραυμάτων, ωτοσκλήρυνσης, μέσης ωτίτιδας και της νόσου MENIERE. Οι διαταραχές της δεύτερης ομάδας δεν έχουν άμεση σχέση με την μεγάλη ηλικία, αλλά επιφέρουν μεγαλύτερη αναπηρία στην ηλικία αυτή απ'ότι σε μικρότερες.

Η κόρη του οφθαλμού πολύ στενή στην νεογνική περίοδο διευρύνεται απότομα κατά την νηπιακή, παιδική ηλικία και έπειτα ξαναστενεύει προοδευτικά με τα χρόνια.

Οι μεταβολές αυτές είναι εμφανείς τόσο στο φως όσο και

στο σκοτάδι και οφείλονται στην ελάττωση του βάθους του πρόσθιου θαλάμου αλλά και σε μια σχετική παρασυμπαθητικοτονία. Ακόμα όλα τα διαθλαστικά υγρά και ο φακός γίνονται λιγότερα διαφανή ο βολβός του οφθαλμού βυθίζεται μέσα στην κόγχη καθώς το οπισθοβολβικό λίπος περιορίζεται. Τέλος η κινητικότητα του κρυσταλλοειδούς, του υαλοειδούς και του βολβού γενικότερα περιορίζονται. Πρέπει να προσθέσει κανείς στα παραπάνω τις μεταβολές του διαθλαστικού συστήματος του οφθαλμού που ονομάζεται πρεσβυωπία. Η αλλοίωση αυτή οφείλεται στην σκλήρυνση του φακού του οφθαλμού που αρχίζει γύρω στην ηλικία των 45 ετών και παρατείνεται στα 60-65 χρόνια. Η σκλήρυνση του φακού προκαλεί ελάττωση της προσαρμοστικής ικανότητας του ματιού και γι' αυτό συνίσταται αύξηση του φωτισμού σε χώρους όπου εργάζονται άτομα μεγάλης ηλικίας. Άλλη διορθωτική επέμβαση είναι η χρήση πρεσβυωπικών φακών που συγκλίνουν περισσότερο τις ακτίνες τις επικεντρώνουν πάνω στον αμβληστροειδή μεγενθύνοντας ταυτόχρονα το είδωλό του.

6, Ουροποιητικό σύστημα: Οι νεφροί είναι μαζί με τους πνεύμονες τα 2 όργανα των οποίων η λειτουργική έκπτωση καθορίζει ένα μέγιστο όριο της διάρκειας της ζωής του ανθρώπου. Οι 2 κύριες αιμοδυναμικές λειτουργίες (η νεφρική πλασματική ροή και σπειραματική διήθηση) ελαττώνονται, Τα κυριότερα αίτια της ελάττωσης είναι τα ακόλουθα:

Κυκλοφοριακά: Η μείωση του Κ.Α.Ο.Α. και η ταυτόχρονη ανάπτυξη αθηροσκληρώσεως στην κοιλιακή αορτή ελαττώνουν σημαντικά την νεφρική αιματική ροή. Παράλληλα η ενδονεφρική νεφροσκλήρυνση περιορίζει την σπειραματική διήθηση.

Λοιμώξεις: Οι συχνές νεφρολοιμώξεις (περίπου 25% των ατόμων άνω των 60) συμβάλλουν στον περιορισμό της πειραματικής διήθησης ιδίως όμως της νεφρικής αιμάτωσης, ώστε άτομα με νεφρολοίμωξη έχουν ακόμα μεγαλύτερο διηθούμενο ποσοστό.

7. Κυκλοφοριακό σύστημα: Το κυκλοφοριακό σύστημα είναι εκείνο που εμφανίζει τις πιο χαρακτηριστικές μεταβολές με την ηλικία, τόσο ώστε η έκταση των αλλοιώσεων θεωρείται γενικά ότι καθορίζει και τον βαθμό γήρανσης του ατόμου. Νοσήματα του κυκλοφοριακού αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου σήμερα στον κόσμο.

Ποιές μεταβολές έχουμε στο κυκλοφοριακό σύστημα υγιών ατόμων με την πάροδο της ηλικίας;

- Ο όγκος της καρδιάς εμφανίζει προοδευτική μείωση λόγω ελαττωμένων αναγκών, έλλειψη άσκησης, ή κακής διατροφής

- Αύξηση καρδιακών διαμέτρων, όπου είναι και ένδειξη νόσου.

- Η αορτή εμφανίζει διάταση και η πορεία της είναι πιο ελικοειδής ενώ το αορτικό τόξο προβάλλει καθαρά.

- Ινώσεις και ασβεστάσεις βαλβίδων μυοκαρδίου, περικαρδίου, αορτικού τόξου και μεγάλων αρτηριών του θώρακα και της κοιλιάς είναι συνηθισμένα ευρήματα σε φυσιολογικά άτομα μεγάλης ηλικίας.

- Η συστολική αρτηριακή πίεση αυξάνει κάθε 10ετία κατά 3 MMHG στους άνδρες και 10 MMHG στις γυναίκες μέχρι την ηλικία των 70 ετών. η διαστολική πίεση ελάχιστη μόνο αύξηση παρουσιάζει μεταξύ 25-75 ετών.

- Η ολική καρδιακή παροχή (όγκος παλμού X καρδιακή συχνότητα) κατά την ίδια περίοδο ελαττώνεται κατά 0,8% περίπου

κατά το έτος.

- Παράλληλα με τις μεταβολές στο αρτηριακό σύστημα, η χωρητικότητα του φλεβικού συστήματος, μεγαλώνει και η συσταλτικότητα των φλεβών ελαττώνεται. Συνέπεια αυτού είναι το συνηθισμένο φαινόμενο της ορθοστατικής υπότασης.

- Η καρδιακή συχνότητα επιβραδύνεται κάπως με την ηλικία ώστε η μέση συχνότητα κυμαίνεται γύρω στις 60 σφύξεις το λεπτό.

- Τέλος το Η.Κ.Γ. εμφανίζει ποικίλες αλλοιώσεις καμιά όμως δεν θεωρείται απόλυτα χαρακτηριστική της μεγάλης ηλικίας.

δ. Αναπνευστικό σύστημα: μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα που να οφείλονται μόνο στην ηλικία δεν έχουν καθοριστεί επακριβώς διότι οι πνεύμονες υπόκεινται συνεχώς στην επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων. Σταθερά παραμένουν:

- Η συχνότητα των αναπνοών
- Ο όγκος του εκπνεόμενου αέρα
- Το PH
- Μερικές πιέσεις αερίων PO_2 και PCO_2 του αρτηριακού αίματος

Όμως οι πνεύμονες στην μεγάλη ηλικία εμφανίζουν σημαντικές ανατομοφυσιολογικές διαφορές από τους πνεύμονες του νέου ανθρώπου.

τα αίτια των διαφορών είναι τα εξής:

Μηχανικές αντιδράσεις: Προοδευτική κύφωση - ελάττωση της ελαστικότητας του θώρακα κ.α.

Διαταραχές τοπικής αιμάτωσης-αερισμού με αποτέλεσμα ανομοιογένεια στην οξυγόνωση του αίματος και αιμάτωσης περιούχων.

στο ιστολογικό τώρα επίπεδο παρατηρείται ελάττωση του

ύψους και αριθμού των κροσσωτών επιθηλίων και του αριθμού των βλεννοπαραγωγών αδένων και των βρόγχων. Οι αλλοιώσεις αυτές ελαττώνουν την δυνατότητα αυτοκαθαρισμού του βρογχικού δέντρου από τα εκκρίματα και τα κύτταρα στα οποία έχουν προσκολληθεί μικρόβια και έτσι δημιουργούνται συνθήκες κατάλληλες για την ανάπτυξη λοιμώξεων.

9. Πεπτικό σύστημα: Το αίσθημα της πείνας εξαρτάται από την ακεραιότητα των αισθητηρίων της γεύσης και της όσφρησης καθώς και την καλή κινητικότητα του ανωτέρω πεπτικού συστήματος.

Στην μεγάλη ηλικία σημαντικός αριθμός ατόμων, ίσως το 83% κατά ορισμένες μελέτες έχουν σοβαρή μείωση της ευαισθησίας ή πλήρη αναισθησία των δύο αυτών αισθητηρίων. Ακόμα παρατηρείται ατροφία των γευστικών θηλών της γλώσσας και έτσι το αίσθημα της γεύσης είναι πιο αμβλύ και το ηλικιωμένο άτομο δεν μπορεί να ξεχωρίσει εύκολα τις γεύσεις ή θεωρεί τα τρόφιμα άγευστα. Αυτά δικαιολογούν εν μέρει την προοδευτική ελάττωση του αισθήματος της πείνας και την κακή γενική διατροφή στην ηλικία αυτή. Εκτός από την όρεξη πάσχει και η ικανότητα κατεργασίας πέψης στο στόμα λόγω και της απώλειας των δοντιών. Στο στόμα η πυκνότητα της πτυαλίνης μπορεί να είναι ελαττωμένη με αποτέλεσμα την μείωση της πέψης του αμύλου. Η πιο συνηθισμένη πάντως <<φυσιολογική μεταβολή>> της πέψης στο στόμα είναι η ελάττωση της ποσότητας του σιέλου η ξηροστομία.

Στο στομάχο υπάρχει συχνότατα ελάττωση του HCl οξέος και του ενδογενή παράγοντα ιδίως σε χρόνιες γαστρίτιδες. Η περίνη και τα παγκρεατικά ένζυμα για την πέψη των λευκωμάτων

αμύλου και λίπους είναι μεν ελαττωμένα, αλλά φαίνονται ικανοποιητικά για τις ανάγκες του ηλικιωμένου. Η ακινησία του εντέρου είναι η κυριότερη από τις ποικίλες εκκριτικές απορροφητικές κ.λ.π. λειτουργίες του εντέρου, που είναι σαφώς ελαττωμένη κατά το γήρας. Σ' αυτό συμβάλει τόσο η ελαττωμένη σωματική δραστηριότητα, η ελάττωση της αιμάτωσης του εντέρου, η πολτώδης διατροφή που δεν περιέχει άπεπτες ίνες, τέλος και η συχνή χρήση καθαρτικών που ναι μεν διεγείρουν τον περισταλτισμό, αλλά προξενούν δευτερογενή μακροχρόνια ατονία με αποτέλεσμα την δυσκοιλιότητα που μπορεί ν'αντιμετωπιστεί νωρίς και σχετικά εύκολα με αλλαγή του τρόπου δίαιτας και ζωής.

10. Δέρμα και υποδόριος ιστός: Η επιδερμίδα λεπτύνεται σπάνια σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται πάχυνση. Το δέρμα αφυδατώνεται σχετικά και χάνει την ελασικότητά του και την αντοχή του στεγνώνει εύκολα και παρουσιάζει κνησμό. Ακόμα παρατηρείται απώλεια του υποδόριου λίπους η οποία δίνει την χαρακτηριστική εικόνα στο δέρμα (αναδιπλώσεις, γραμμές, ουτίδες).

Ευχνές κατά το γήρας είναι και οι εκχυμώσεις του δέρματος που οφείλονται στην ευθρασιότητα των αγγείων. Τέλος μειώνεται η αιμάτωση στην περιφέρεια και περιορίζεται η εφρίδρωση.

11. Νευρικό σύστημα: Παρατηρείται σταδιακή απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων και νεύρων ειδικότερα η απώλεια των εγκεφαλικών κυττάρων του μετωπιαίου και κροταφικού λοβού οδηγούν στον περιορισμό της ικανότητας του συντονισμού και της αντίληψης των φαινομένων.

Επίσης παρατηρείται προοδευτική υπετροφία των μηνίγγων που περιβάλλουν τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να διευρύνονται και να γίνονται πιο βαθειά τα διαστήματα μεταξύ των μηνίγγων. Χαρακτηριστικό της ηλικίας είναι και η μείωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου καθώς και η επιβράδυνση των αντιδράσεων. Το άτομο χρειάζεται τώρα περισσότερο χρόνο για να πάρει μια απόφαση. Προοδευτικά μειώνεται η μνήμη και ειδικότερα η πρόσφατη. Τέλος παρατηρούνται αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου, δηλαδή κοιμούνται λιγότερο και έχουν αυξημένες περιόδους εκγρήγορης, καθώς και αλλαγές στην προσωπικότητα.

12. Σύστημα αναπαραγωγής: Η σεξουαλική ικανότητα αν και διαφοροποιείται διατηρείται μέχρι τα τελευταία στάδια της ζωής. Η μείωση σε κάποιο βαθμό της σεξουαλικής ικανότητας οφείλεται στην κάμψη της φυσικής υγείας στον ένα ή και στους δύο συζύγους ή στον θάνατο του ενός.

2β. Αλλαγές ψυχοδιανοητικής φύσεως

Σχετικά με τους ηλικιωμένους μια πρώτη διαπίστωση είναι πως μπαίνουν στο περιθώριο και γι' αυτό υπεύθυνη είναι η κοινωνία. Η κατηγορία δεν είναι αβάσιμη αν και πολλές φορές φταίνε λίγο και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι. Δεν είναι δηλαδή μόνο η κοινωνία που τους αποκλείει αλλά και εκείνοι οι ίδιοι που δέχονται παθητικά αυτόν τον αποκλεισμό ενώ ελάχιστοι είναι εκείνοι που ετοιμάζονται ψυχολογικά για τα γηρατειά. Το πολύ-πολύ σκέφτονται μια μελλοντική οικονομική άνεση. αυτή η αυτάρκεια σπάνια δίνει στον ηλικιωμένο την αίσθηση πως είναι μέσα στην κοινωνία. Όποιος λοιπόν δεν έχει ούτε

φυσική ούτε οικονομική επάρκεια καταλήγει να βρεθεί <<έξω>> δηλαδή στο περιθώριο. Εδώ θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για μια <<συνεχόμενη εκπαίδευση>> τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για τους νέους και τους ενήλικες αλλά ίσως ούτε κι αυτό να αλλάζε την σημερινή κατάσταση μια και δεν υπάρχουν οι κατάλληλοι θεσμοί.

Είναι γνωστό ότι το γήρας προκαλεί αλλαγές της ψυχολογικής και πνευματικής κατάστασης του ατόμου. Οι αλλαγές έχουν σχέση και εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, όπως την προσωπικότητα του ατόμου, την φιλοσοφία της ζωής, την πίστη στην θρησκεία, την σωματική υγεία, την θέση του στην οικογένεια, την παρουσία και τον βαθμό της διανοητικής κατάστασης ή παρακμής, τις αισθητηριακές διαταραχές, την οικονομική και κοινωνική θέση του κ.α. Έτσι λόγω αυτών των ποικίλων παραγόντων είναι δύσκολο να γενικεύσει κανείς τις ψυχολογικές μεταβολές οι οποίες συμβαίνουν κατά το γήρας.

Οι κυριότερες ψυχολογικές αλλαγές είναι οι εξής:

1. Η μοναξιά:

Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν πως η μοναξιά (όχι για τους απροσάρμοστους, αλλά για εκείνους που η πικρή πραγματικότητα την επιβάλλει) είναι αυτή που προσβάλλει περισσότερο τους ηλικιωμένους. Μετά τα 65 ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν μόνοι αυξάνεται πολύ και ενώ παλιά με συντομότερη διάρκεια ζωής η αναλογία τους ήταν 20% τώρα είναι γύρω στο 60%.

Επαναστροφή, παθητικότητα, εσωστρέφεια, είναι σχεδόν πάντα αποτελέσματα και καταλήγουν σε αποξένωση από τον κόσμο σταδιακά. Μήπως θα μπορούσε να ήταν αλλιώς όταν μια πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι το 31,5% των συνταξιούχων στις ΗΠΑ δεν δέχεται ποτέ επισκέψεις. Το ποσοστό περιλαμβάνει και επισκέ-

φεις από φίλους που μέχρι τότε θεωρούνταν αχώριστοι. Αν λοιπόν στην μείωση των κοινωνικών σχέσεων προστεθεί και η απώλεια του συντρόφου και του τελευταίου αληθινού φίλου, επέρχεται η καταστροφή. Το βασικό φάρμακο κατά της μοναξιάς είναι η κοινωνική αφομοίωση που σε ορισμένες εξελιγμένες κοινωνίες πετυχαίνεται πιο εύκολα απ'ότι σε άλλες, όπου η έλλειψη ειδικευμένων λειτουργών και κατάλληλων θεσμών προτείνει σαν μοναδική λύση για την μοναξιά το κλείσιμο σε γηροκομείο. Βέβαια, η κοινωνική αφομοίωση πρέπει να γίνεται μέσα στην κοινωνία και όχι στα περιθώριά της, όπου ένας άνθρωπος μόνος συνεχίζει να νιώθει μόνος ανάμεσα σε πολλούς άλλους ανθρώπους <<μόνους>>.

2. Προβλήματα κατάθλιψης και απελπισίας:

Οι ταλαιπωρίες των ηλικιωμένων περνάνε καμιά φορά απαρατήρητες γιατί έχουμε την τάση να τις θεωρούμε κάτι το φυσικό. Παρερμηνεύουμε συχνά το ήρεμο αποτράβηγμα ή την απουσία παραπόνων ενός γέρου σαν φιλοσοφική αποδοχή, την στιγμή που ο ίδιος προσπαθεί όσο καλύτερα μπορεί να κρύψει μια βαθιά απογοητευτική ταπεινωτική ή τρομακτική κατάσταση. Και οι δύο υποθέσεις -ότι είναι φυσικό να νιώθουν δυστυχία ή ότι οι γέροι νιώθουν ευτυχισμένοι για το ότι είναι δυστυχισμένοι- μας εμποδίζουν να δούμε την πραγματική ψυχική κατάσταση του ατόμου. Οι ενδείξεις απελπισίας απαιτούν προσοχή στα γηρατειά, όπως και σε οποιαδήποτε ηλικία.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μία από τις πιο συνηθισμένες εκφράσεις συναισθηματικής απελπισίας. Τα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι παρόμοια σ'όλη την ενήλικη ζωή, αλλά στα γηρατειά δύσκολα μπορούμε να πούμε που στα

ματάει η σωματική κατάπτωση και που αρχίζει η κατάθλιψη.

Μερικές ενδείξεις κατάθλιψης είναι η μειωμένη όρεξη και η ανικανότητα του ατόμου να κοιμηθεί καλά την νύχτα. Οι γέροι μπορεί όμως να διαλέξουν να τρώνε λιγότερο και να έχουν προβλήματα ύπνου για λόγους που δεν οφείλονται στην κατάθλιψη. Μόνο όταν τα συμπτώματα αρχίζουν να εμφανίζονται οργανωμένα θα πρέπει να σκεφτούμε σοβαρά την πιθανότητα μιας καταθλιπτικής αντίδρασης.

Υπάρχουν κι άλλες ενδείξεις κατάθλιψης. Το άτομο μιλάει λιγότερο και σε βραδύτερο ρυθμό, σαν να σκέφτεται πιο αργά. Παύει να περιποιείται συστηματικά τον εαυτό του. Δεν διαθέτει πια ούτε την απαραίτητη ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες. Κυριαρχείται από ένα συναίσθημα απαισιοδοξίας και η ζωή του φαίνεται χωρίς νόημα.

Αναφέρει κατά καιρούς, ότι αισθάνεται μέσα του ένα κενό, ότι είναι άτομο άχρηστο, χωρίς αξία. Το μέλλον δεν έχει να φέρει τίποτα. Το παρελθόν δεν είναι πηγή ανακούφισης· το παρόν είναι αφόρητο. Το καταθληπτικό άτομο στρέφεται συνήθως ενάντια στον εαυτό του, καιιά φορά ξεσπάει τον θυμό του στους άλλους.

Σε μια τέτοια κατάσταση υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για την ζωή του ατόμου. Η αυτοκτονία είναι μια διέξοδος και το ποσοστό αυτοκτονίας στα γηρατειά είναι ψηλό, ιδιαίτερα στους λευκούς άντρες. Υπάρχουν όμως κι άλλοι τρόποι που το ηλικιωμένο καταθληπτικό άτομο βάζει σε κίνδυνο την ζωή του. Μπορεί να παραμελήσει κάποιο φάρμακο απαραίτητο για μιασοβαρή αρρώστεια όπως ο διαβήτης.

Μπορεί να περιοριστεί στο κρεβάτι και την καρέκλα πράγ-

μα που τον κάνει πιο ευάλωτο σε εκφυλιστικές παθήσεις και μολύνσεις. Η αντικοινωνική συμπεριφορά του, χαρακτηριστική της κατάθλιψης μπορεί να απομακρύνει από κοντά του, τους ανθρώπους που θα του παρείχαν ασφάλεια κάτω από άλλες συνθήκες. Η κατάθλιψη μπορεί να παρερμηνευτεί σαν ένδειξη γεροντικής άνοιας, που θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη κοινωνική απομόνωση και λαθεμένη αντιμετώπιση.

Το διαταραγμένο άτομο μπορεί να εμφανίσει κι άλλα συμπτώματα, είτε σε συνδυασμό, είτε σ'εναλλαγή με την κατάθλιψη. Για παράδειγμα ταραχή, σύγχυση, παράνοια, μανία. Μερικοί εκφράζουν έμμεσα τα συμπτώματά τους παραπονούμενοι για σωματικές ενοχλήσεις· αυτό εκτείνει τα σωματικά προβλήματα που ήδη υπάρχουν και δημιουργεί καινούργια προβλήματα εξαιτίας της συναισθηματικής τους αναστάτωσης. Για να αντιμετωπιστεί η πραγματική διαταραχή που εμφανίζεται σαν μίγμα ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων δεν χρειάζεται μόνο ένας ικανός γιατρός αλλά και ένα σοφό άτομο.

Η στενή σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ψυχολογική και σωματική διαταραχή που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι αποκαλύπτεται με πολλούς τρόπους. <<Γέρασε πιά>> ή <<του σάλεψε λέγο>> είναι οι ερμηνείες που αποδίδονται σε κάποιο επεισόδιο νοητικής σύγχυσης. Ωστόσο μπορεί να πρόκειται για συμπτώματα εμφράγματος του μυοκαρδίου ή συμφόρησης. Η συναισθηματική διαταραχή και η νοητική σύγχυση στα γηρατειά μπορεί να είναι ταυτόχρονα αντίδραση σε ψυχολογικά προβλήματα και σοβαρές σωματικές παθήσεις.

Αυτό ισχύει για ένα σύμπτωμα γνωστό σαν <<παλινδρόμηση>>. Η παλινδρόμη σκέψη και συμπεριφορά εμφανίζονται συχνότερα

στα γηρατειά. Ένας ευγενικός και αξιοπρεπής ηλικιωμένος εμφανίζει ξαφνικά ανάρμοστη συμπεριφορά. Κάποιος άλλος εκδηλώνει παιδιάστικη συμπεριφορά που δεν ταιριάζει στην κατάσταση. Όλα αυτά μπορεί να αποτελούν ένδειξη σταδιακού εκφυλισμού του κεντρικού νευρικού συστήματος. Μπορεί ωστόσο, να υποδηλώνουν ότι τα αποθέματα του ηλικιωμένου ατόμου έχουν επιβαρυνθεί με υπερβολική συναισθηματική ένταση. Η ενήλικη συμπεριφορά καταρρέει και η ψυχολογική ενέργεια δεν επαρκεί να συγκρατήσει κάτω από τον συνηθισμένο κοινωνικό έλεγχο ισχυρές ανάγκες και παρορμήσεις που ξεσπούν ασυγκράτητες με αποτέλεσμα να σκανδαλίζουν.

Πολλοί άνθρωποι περνούν τέτοια επεισόδια και έπειτα επιστρέφουν σ'ένα ικανοποιητικό ενήλικο επίπεδο λειτουργίας

- Αντιμετώπιση της απελπισίας: Τίποτε δεν μπορεί να εγγυηθεί, ότι ένα άτομο θα περάσει μέσα από τους κινδύνους και τις προκλήσεις μιας μακροχρόνιας ζωής χωρίς να νοιώσει απελπισία. Η απώλεια, ο πόνος, τ'ανθρώπινα λάθη, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ζωής. Παρ'όλα αυτά από εμάς εξαρτάται να περιορίσουμε το βάθος και την ένταση του πόνου και να βοηθήσουμε ο ένας τον άλλο όταν τ'αποθέματα εξαντλούνται παροδικά.

Στα γηρατειά η απελπισία είναι περισσότερο έντονη γιατί τα έμμεσοπροβλήματα υπενθυμίζουν παλαιότερες δυσκολίες. Το ηλικιωμένο άτομο κατατρέχεται από αναμνήσεις οδυνηρών γεγονότων και σχέσεων τόσο παλιών, όσο και τότε που ήταν παιδί. Ο άνθρωπος που βασανίζεται τόσο από το παρελθόν όσο και το παρόν μπορεί να νοιώσει κάποια στιγμή ανυπεράσπιστος. Η ανικανότητα ν'ανταπεξέλθει σε άμεσα προβλήματα μεγαλώνει, ενώ

ταυτόχρονα τ'αποθέματα που θα βοηθήσουν στο ξεπέραςμα των άμεσων προβλημάτων περιορίζονται λιγότεροι φίλοι, μικρότερος φυσικός και οικονομικός έλεγχος πάνω στο περιβάλλον κλπ.

Μπορούμε να βοηθήσουμε ένα τέτοιο άνθρωπο ενθαρρύνοντάς τον να χρησιμοποιήσει όλο τον έλεγχο, την ενεργητικότητα και τις ικανότητες που εξακολουθεί να διαθέτει. Να τον ακούσουμε προσεκτικά καθώς περιγράφει τις λύσεις και τους φόβους του. Αυτό θα τον βοηθήσει να συνειδητοποιήσει, ότι τα προβλήματα του παρελθόντος δεν είναι ανάγκη να τον βαρύνουν μέχρι σήμερα.

Μπορούμε ν'αλληλοβοηθιόμαστε προσφέροντας ασφάλεια και υποστήριξη, χωρίς να ζητάμε μεγάλο ψυχολογικό αντίτιμο. Όταν βοηθάμε ένα καταβλημένο ή συναισθηματικά διαταραγμένο ηλικιωμένο άτομο δεν πρέπει να ζητάμε κάτι σαν αντάλλαγμα ούτε να παρεμβαίνουμε άσκοπα στην ιδιωτική του ζωή. Δεν πρέπει να σθεσεριζόμαστε την ακεραιότητά του, να το προσβάλλουμε ή να στερούμε δικαιώματα στο όνομα της ευτυχίας που του προσφέρουμε.

Οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ζωή τους ή έχουν συναισθηματικά προβλήματα μπορούν να επωφεληθούν από την ψυχολογική βοήθεια που προσφέρει ένας ειδικός. Ωστόσο σπάνια το κάνουν γιατί πολλοί απ'αυτούς μεγάλωσαν την εποχή πριν την ψυχοθεραπεία. Επιπλέον ελάχιστοι είναι οι ψυχοθεραπευτές που πιστεύουν ότι μπορούν πραγματικά να συνεισφέρουν σ'αυτόν τον τομέα. Χρόνια ελόκληρα οι ηλικιωμένοι θεωρούνταν ακατάλληλα υποψήφιοι για ψυχοθεραπεία. Ευτυχώς όμως μερικοί γιατροί που αποφάσισαν να αντιμετωπίσουν αυτό το ενδεχόμενο ανακάλυψαν ότι η ψυχοθεραπεία μπο-

ρεί ν' αποδειχθεί το ίδιο αποτελεσματική τόσο για τους γέ-
ρους όσο και για τους νέους. Ελπίζουμε ότι οι ηλικιωμένοι
θα αποκτήσουν ολοένα και μεγαλύτερη πρόσβαση στην ατομική
και ομαδική ψυχοθεραπεία. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι το πο-
σοστό των ανθρώπων που υποφέρουν από ένα αίσθημα απελπι-
σίας είναι μεγαλύτερο στα γηρατειά απ' ότι σ' οποιαδήποτε
άλλη φάση της ενήλικης ζωής. Η επίσημη ωστόσο παροχή ψυχο-
λογικής βοήθειας στους ηλικιωμένους είναι σχεδόν ανύπαρκτη.
Το χάσμα ανάμεσα στην ανάγκη και την κατάλληλη φροντίδα κα-
λύπτεται συχνά με αμφίβολα μέσα όπως βαριές φαρμακευτικές
αγωγές.

3. Το πρόβλημα της ανασφάλειας:

Η αίσθηση της ασφάλειας που έχει ένα ηλικιωμένο άτομο
μπορεί εύκολα να υπονομευτεί. Η ίδια η αναμονή ότι η βασική
αίσθηση της ασφάλειας του θα κλονιστεί ανεπανόρθωτα δημιουρ-
γεί μεγάλη αναστάτωση. Ας πάρουμε για παράδειγμα το άτομο
που έχει συνηθίσει να καθορίζει με την γνώμη και τις επιθυ-
μίες του την ζωή της οικογένειάς του. Όταν έρθει η μέρα ό-
που κανένας πια δεν θα υπακούει στις προσταγές του - ίσως
μάλιστα και να μην τις ακούει - τότε σίγουρα θα νοιώσει άσχη-
μα. Η αίσθηση της ασφάλειας που πήγαζε από την ικανότητά
του να ελέγχει ή να επηρεάζει σημαντικά την ζωή των γύρω
του. Οποιοσδήποτε υπαινιγμός γύρω από την πιθανή απώλεια
του διαπροσωπικού ελέγχου δημιουργεί πανικό. Οποιαδήποτε
αλλαγή στην οικογενειακή ιεραρχία (ακόμη και η πιθανότητα
αλλαγής) μπορεί να οδηγήσει σε φοβερή ανασφάλεια.

Αυτή είναι μια πιθανή πηγή ανασφάλειας. Κάποιος άλλος
νοιώθεια ασφάλεια μέσα από την σταθερή συναισθηματική τρο-

φοδότηση που του παρέχει ο σύντροφός του. Άλλος πάλι βασίζει την ασφάλειά του σε οικονομικά στηρίγματα -λίγα λεφτά στην άκρη, κάποια σύνταξη- την αίσθηση ότι έχει την οικονομική δυνατότητα να καλύψει τωρινές και μελλοντικές ανάγκες.

Για μερικούς ανθρώπους η αίσθηση ασφάλειας είναι απτή και ορατή: Το μέρος όπου ζουν, τα οικεία αντικείμενα, η γειτονιά και φυσικά τα πρόσωπα που τους περιστοιχίζουν. Ωστόσο μπορεί πραγματικά να μην το απολαμβάνουν. Μπορεί να παραπονιούνται συνεχώς για την κακή θέρμανση, τον θόρυβο που κάνουν οι γείτονες κλπ. Καθετί, όμως που συμβάλλει στην συνέχιση της καθημερινής ζωής συμβάλλει και στην διατήρηση της ασφάλειάς τους. Το άτομο συνεχίζει να γνωρίζει και να εκτιμά τον εαυτό του στον βαθμό που οι οικείοι του εξακολουθούν να επιβεβαιώνουν την ταυτότητά του.

Μερικοί άνθρωποι επενδύουν την ασφάλειά τους στην δουλειά και την δραστηριότητά τους. Όταν λοιπόν χάνουν την δουλειά τους νοιώθουν απειλή γιατί στερούνται κάθε διέξοδο αυτοέκφρασης και εποικοδομητικής δραστηριότητας. Το άτομο δεν μπορεί πια να καθορίσει τον εαυτό του με βάση το επάγγελμά του. Ακόμα και η ανησυχία μήπως χάσει την δουλειά του ή κάποια άλλη αυτοκαθοριστική δραστηριότητα είναι αρκετή για να επισπεύσει μια εσωτερική κρίση.

Υπάρχει άλλη πιθανή απειλή για την ασφάλεια. Ένα άτομο μετά τα 50 χρόνια μπορεί να ζει μέσα από τα παιδιά και τα εγγόνια του στον ίδιο βαθμό που ζει μέσα από τις δικές του άμεσες εμπειρίες. Απαιτεί ελάχιστα για τον εαυτό του και καμιά αφρόστεια και οικονομική δυσκολία ή άλλη αντιξοότητα δεν μπορεί να υπονομεύσει την προσωπική αίσθηση ασφάλειας.

λειας του. Αν όμως συμβεί κάποιο κακό στην νεώτερη γενιά, ολόκληρη η ζωή του καταρρέει. Η ανησυχία μιας επερχόμενης καταστροφής μπορεί να αποτελεί μόνιμη πηγή αναστάτωσης.

Έχουμε την τάση να αποδίδουμε με ευκολία την κατάθλιψη ή αναταραχή ενός ηλικιωμένου στα γηρατειά. Όταν όμως γνωρίζουμε το άτομο και τις καταστάσεις απ' όπου εξαρτάται η συναισθηματική του ασφάλεια μπορούμε να καταλάβουμε την ψυχολογική του διαταραχή και να την θεωρήσουμε φυσική αντίδραση σε απειλές που δοκιμάζει. Πρωταρχική σημασία έχει το γεγονός ότι το άτομο βιώνει τις απειλές σαν πραγματικές.

4. Γεροντική άνοια:

Νοιώθουμε, συνήθως, απέραντη θλίψη στην θέα ενός ανθρώπου που έχει χάσει ένα μεγάλο μέρος από την παλιά του ακεραιότητα. Νοιώθουμε πόνο όταν βλέπουμε ένα αγαπημένο πρόσωπο να μην μας αναγνωρίζει, να μας αγνοεί, να κλαίει ή να θυμώνει για λόγους άγνωστους σε μας. Ο φόβος της γεροντικής άνοιας είναι πραγματικός γιατί είναι σε μια κατάσταση που μπορεί να κακοποιήσει το θύμα άσχημα και να βυθίσει στην απόγνωση την οικογένεια και τους φίλους του.

Η λέξη <<γεροντική άνοια>> χρησιμοποιείται από γιατρούς και γεροντολόγους σε συνδυασμό με ορισμένες διαταραχές και αρρώστιες του εγκεφάλου. Μερικοί γιατροί και ψυχολόγοι θεωρούν την <<γεροντική άνοια>> και την <<γεροντική ψύχωση>>. Ξεχωριστές καταστάσεις, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η γεροντική εγκεφαλική πάθηση αποτελεί βασική διαταραχή που εκδηλώνεται μέσα από μια ποικιλία συμπτωμάτων ανάλογα με το άτομο και τις συνθήκες της ζωής του.

Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου που οι πε-



Κι έν τό νοσοκομείο
κουρεύει τά μαλλιά,
παράχουν πάντα τά
γένια που
συμπληρώνουν τό
κάλος. Ο
τακτισμένος, όπως
και κάθε άνθρωπος,
δεν πρέπει να
κοιτάει από πην
επιφανειακή.

ρισσότεροι ειδικοί θα θεωρούσαν ότι υποφέρει από <<γεροντική άνοια>>; Τα φανερότερα στοιχεία αφορούν τον τομέα της σκέψης. Το άτομο έχει για παράδειγμα ακόμα την τάση να επαναλαμβάνει συνέχεια τις ίδιες φράσεις. Αυτό ονομάζεται <<εμμονή>> και συνδέεται στενά με πολλά άλλα γνωστικά προβλήματα όπως έλλειψη ιδεών και βραδύτητα σκέψης. Ένα από τα σημαντικότερα εφόδια του ανθρώπου είναι η ικανότητά του να δημιουργεί και να συλλαμβάνει αφηρημένες έννοιες. Το νοητικά υγιές άτομο βλέπει τόσο το δάσος, όσο και τα δέντα, κατανοεί λεπτές σχέσεις λύνει προβλήματα μαθηματικών και λογικής και δημιουργεί καινούργιες ιδέες μόλις βρεθεί μπροστά σε νέες προκλήσεις. Το άτομο που πραγματικά πάσχει από γεροντική άνοια <<έχει χάσει αυτό το είδος της γνωστικής ικανότητας. Σκέφτεται μόνο με συγκεκριμένο τρόπο, χάνει με άλλα λόγια τις σχέσεις και σημασίες που δίνουν πλουσιώτερο νόημα στην εμπειρία και βοηθούν στην επίλυση προβλημάτων.

Η <<γεροντική άνοια>> συνοδεύεται συχνά από προβλήματα μνήμης. Η εξασθένηση της μνήμης είναι ιδιαίτερα έντονη για πρόσφατα γεγονότα. Αντίθετα οι γέροντες θυμούνται καθαρά και με λεπτομέρειες γεγονότα, τα οποία συνέβησαν 30-40 ή και 50 χρόνια πριν και πολλές φορές επαναλαμβάνουν την ίδια ιστορία μετά από δέκα λεπτά γιατί έχουν ξεχάσει ότι την είπαν. Το χτες μπορεί να είναι ανύπαρκτο. Προβλήματα με την μνήμη μπορεί να έχουν και πολλοί ηλικιωμένοι που δεν πάσχουν από <<γεροντική άνοια>> ωστόσο η απώλεια της μνήμης είναι πιο ριζική και εκτεταμένη στην περίπτωση της <<γεροντικής άνοιας>>. μεμονωμένες αναμνήσεις μπορεί να επανέρχονται, αλλά η μνήμη σαν μέσο για την αντιμετώπιση της ζωής χάνεται οριστικά.

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα είναι η έλλειψη προσοχής. Το άτομο δεν μπορεί να διοχετεύσει καλά την προσοχή του, χάνει την ευστροφία και την δυνατότητα συγκέντρωσης που απαιτούνται για την καταγραφή νέων εμπειριών. Μπορεί να μην θυμάται τι του είπαμε πριν λίγα λεπτά, γιατί δεν κατάφερε να συγκεντρώσει την προσοχή του και να συγκρατήσει στο μυαλό του την πληροφορία.

Δεν είναι περίεργο που ένα τέτοιο άτομο δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει ακόμα και στα καθημερινά καθήκοντα και προβλήματα πόσο μάλλον σε καταστάσεις που δημιουργούν ιδιαίτερο άγχος ή προβάλλουν ιδιαίτερες απαντήσεις. Η <<γεροντική άνοια>> εκδηλώνεται τόσο στον τομέα της σκέψης όσο και της συμπεριφοράς. Το άτομο σαν αποτέλεσμα αποσύρεται από τις κοινωνικές του σχέσεις δυσκολεύεται να διατηρήσει τον εαυτό του καθαρό και ευπρεπή και υποφέρει από συχνά ατυχήματα που δημιουργούνται από δική του απροσεξία ή παρανόηση. Η συρρίκνωση του νοητικού του κόσμου προκαλεί σοβαρή μειονεξία στην σκέψη, στην συμπεριφορά και την σχέση του με τον υπόλοιπο κόσμο.

4α. Άρνηση παραδοχής αδυναμιών της ηλικίας: λόγω εγωισμού συνειδήτου ή και υποσυνείδητου, οι υπερήλικες έχουν μεγάλη δυσκολία να παραδεχτούν ότι η ικανότητα να αντιλαμβάνονται, να σκέπτονται και να αποφασίζουν γρήγορα είναι μειωμένη. Γι' αυτό πολλές φορές αποφεύγουν καταστάσεις, οι οποίες θα τους αναγκάσουν να δείξουν τις αδυναμίες τους. Δεν διαβάζουν γιατί δεν θέλουν να φορέσουν γυαλιά. Δεν ακούνε μουσική γιατί αρνούνται να φορέσουν ακουστικά. Δεν βγαίνουν έξω γιατί φοβούνται να διασχίσουν τους δρόμους λόγω των ο-

χημάτων.

4β. Αντιδράσεις καταστροφής: Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται για την αντίδραση των υπερηλίκων όταν βρεθούν ξαφνικά σε μια δύσκολη κατά την γνώμη τους περίσταση, όπως όταν τους γίνονται πολλές ερωτήσεις συγχρόνως, η αντίδραση αυτή ποικίλει. Ξύνουν το κεφάλι, τρίβουν τα μάτια, σταυρώνουν τα πόδια ή και χάνουν την αυτοκυριαρχία τους ενώ η σκέψη τους παραλύει εντελώς σε σοβαρότερες περιπτώσεις και κοκκινίζουν, ιδρώνουν και αρχίζουν να τρέμουν και πολλές φορές ξεσπούν σε κλάματα ή παθαίνουν και ακράτεια ούρων. Γι' αυτό οι υπερήλικες δεν πρέπει να προβληματίζονται.

5. Ελάττωση της συγκέντρωσης και διανοητικής λειτουργίας:

σύμφωνα με τις καθιερωμένες θεωρίες πάνω στην νοητική εξέλιξη και τις συνηθέστερες μεθόδους για την εκτίμηση της νοητικής λειτουργίας το άτομο φτάνει στην αιχμή του στην εφηβεία ή γύρω στα 20 παραμένει εκεί για ένα διάστημα και έπειτα αρχίζει να μπαίνει στην φάση της παρακμής.

Η εικόνα όμως αυτή αποδείχτηκε πολύ απλοϊκή. Η χρησιμοποίηση περισσότερο εκλεπτυσμένων ερευνητικών τεχνικών δείχνει ότι η εξέλιξη της νοητικής λειτουργίας είναι πιο πολύπλοκη και ενδιαφέρουσα απ' ό,τι πίστευαν παλαιότερα.

Πρώτα-πρώτα έχει σημασία να αναγνωρίσουμε την πολυδιάστατη φύση της νοημοσύνης. Κάθε άτομο είναι εξυπνότερο σε ορισμένους τομείς, ενώ σε άλλους όχι. Μπορεί, για παράδειγμα, να είναι ιδιαίτερα προικισμένο στο μαθηματικό συλλογισμό, μέτριο στην κατανόηση και την χρησιμοποίηση του λόγου και προβληματικό στην ικανότητα του να αντιλαμβάνεται νοερά σχέσεις στον χώρο.

Αυτός δεν είναι παρά ένας από τους πολλούς πιθανούς συνδυασμούς που μπορεί να χαρακτηρίσουν κάποιο άτομο επιπλέον, η σχέση ανάμεσα σε όλες τις διαστάσεις της νοητικής λειτουργίας μπορεί να τυποποιηθεί από την παιδική ηλικία ως τα γηρατειά.

Καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει, ορισμένες πλευρές της νοητικής του λειτουργίας μπορεί να βελτιώνονται αντί να εξασθενούν. Γνωρίζει περισσότερα γύρω από πολλά θέματα και γίνεται πιο έμπειρος στην χρησιμοποίηση των ικανοτήτων που έχει αναπτύξει με τα χρόνια,

6. Φόβος του θανάτου:

Χωρίς να είναι γενικό φαινόμενο σε προχωρημένη ηλικία πολλοί δείχνουν να φοβούνται το θάνατο, έστω και αν η υγεία τους είναι καλή. Αυτό παρουσιάζεται πιο συχνά σε νευρωτικούς αδύνατους και ασταθείς χαρακτήρες ενώ όσοι αντιμετώπισαν σθεναρά στις αντιξοότητες της ζωής δείχνουν το ίδιο σθένος και στα γηρατειά.

Οι ψυχολόγοι υποστηρίζουν πως η μοναξιά μεγαλώνει το φόβο του θανάτου και γι' αυτό συμβουλεύουν τους ηλικιωμένους να συνεχίζουν τις επαφές με τους φίλους, να δημιουργούν νέες φιλίες και να βρίσκουν καινούργια ενδιαφέροντα.

Ακόμα και το ότι κοιμούνται μόνοι μεγαλώνει το φόβο του θανάτου προπάντων σε ασθενείς ηλικιωμένους. Σε τέτοιες περιπτώσεις η νοσηλεύτρια ή οι συγγενείς πρέπει να κοιμούνται στο ίδιο δωμάτιο με τον ασθενή. Αν αυτό δεν γίνεται, καλό είναι ν' αφήνουν την πόρτα ανοιχτή για να νοιώθει πιο κοντά τους ο ασθενής.

Από τις σημαντικότερες επιπτώσεις του φόβου του θανά-

την είναι η αύπνία. Τότε οι ψυχολόγοι συμβουλεύουν τους ηλικιωμένους ασθενείς να κουβεντιάζουν με συγγενείς, φίλους και γιατρούς για να ξεχνούν τους φόβους τους. Φυσικά ένα ελαφρό υπνωτικό συμβάλλει αρκετά στην λύση του προβλήματος.

Μερικές συμβουλές για τους ηλικιωμένους που σκέφτονται πολύ συχνά τον θάνατο:

- Να τους ενθαρρύνουμε να κάνουν μια ζωή δραστήρια χωρίς να αποξενώνονται από τις ευθύνες
- Να ενημερώνονται για τα γεγονότα της επικαιρότητας, να κάνουν μελλοντικά σχέδια, έστω και μακροπρόθεσμα, ξεχνώντας το παρελθόν
- Να ενδιαφέρονται και να σκέφτονται τους άλλους, προπάντων εκείνους που χρειάζονται την συμβουλή τους για να θεωρούν τον εαυτό τους χρήσιμο
- Να κάνουν καινούργιες φίλιες κατά προτίμηση με εύθυμο χαρακτήρα.

Σχετικά με την προειδοποίηση ενός ηλικιωμένου για επικείμενο θάνατο οι ψυχολόγοι δεν συμφωνούν, πράγμαδύσκολο εξ άλλου, αφού το κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά. Σήμερα πάντως πολλοί υποστηρίζουν ότι καλό είναι να προειδοποιούνται ανοιχτά οι άνθρωποι για τον επικείμενο θάνατό τους. Αυτό βέβαια δεν ισχύει για τις περιπτώσεις ασταθών χαρακτήρων που θα ήταν ανίκανοι να ξεπεράσουν την κρίση και ν'αντιμετωπίσουν το τέλος τους.

2γ. Σωματικά προβλήματα:

1ο) Ακράτεια και επίσχεση ούρων: Η ακράτεια είναι ένα από τα σημαντικότερα κλινικά προβλήματα ηλικιωμένων αρρώστων

πολύ συχνότερο από την ακράτεια κοπράνων και ίσως η κυριότερη αιτία που εξαναγκάζει τους συγγενείς να μεταφέρουν τον ασθενή από το σπίτι του στο νοσοκομείο και στην έξοδό του να μην τον δέχονται πίσω αλλά να τον κατευθύνουν σε ίδρυμα και το αποτέλεσμα είναι να επιδεινώνεται αμέσως η κατάσταση του. Η ακράτεια ούρων είναι σύμπτωμα με ποικίλλα αίτια και όχι νόσημα, μπορεί να θεραπεύεται σχεδόν πάντοτε αν απομακρυνθούν νωρίς τα αίτια. Πρέπει να σημειωθεί ότι η ακράτεια ούρων είναι υπεύθυνη όσο και η αιμηροσία στο κρεβάτι για την δημιουργία ελκών. Άλλα δυσουρικά προβλήματα πέρα από την ακράτεια είναι: Η νυχτουρία (64% συχνότερη σε άντρες) η αιφνίδια έπειξη (40% ίση και στα δύο φύλα) η καυσουρία (11% συχνότερη σε γυναίκες), η διαφυγή ούρων σε αιφνίδιες αυξήσεις της ενδοκοιλιακής πύξης (9% συχνότερη σε γυναίκες).

Αίτια της ακράτειας: α) Ελαττωματική φλοιώδης αναστολή των εγκεφαλικών νευρών που αναστέλλουν το αντανακλαστικό της ούρησης. Κανονικά μόλις η κύστη φτάνει κάποιο βαθμό πληρότητας διεγείρονται αισθητικά νεύρα τα οποία ενεργοποιούν το κέντρο ούρησης στην ιερή μοίρα του νωτιαίου και διεγείρουν παρασυμπαθητικά νεύρα που προκαλούν μερικές συσπάσεις του τοιχώματός της. Όσο το άτομο έχει συνείδηση της διάτασης της κύστης στέλνει από τον φλοιό αντανακλαστικές ώσεις που σταματούν τις μικρές αυτές συσπάσεις και η ούρηση δεν γίνεται. Στην λεγόμενη ασταθή κύστη η αναστολή είναι ανεπαρκής για έναν από τους ακόλουθους λόγους

- 1) Η κύστη στέλνει περισσότερα ερεθίσματα από το κανονικό
π.χ. σε φλεγμονές

- 2) Η ενδοκυστική πίεση ξαφνικά γίνεται πολύ μεγάλη π.χ. σε βήχα, σε προσπάθεια ή σε ψυχρό περιβάλλον
- 3) Η κεντρική αναστολή είναι ανεπαρκής λόγω συγκίνησης, γέλιου ή αρρώστειας.

Γενικά στην προχωρημένη ηλικία η κύστη χάνει περισσότερες αυτόματες συσπάσεις ενώ παράλληλα έχει μειωμένη χωρητικότητα. Έτσι το άτομο αναγκάζεται να σηκώνεται συχνά τη νύχτα. Αν λόγω αρρώστειας η αινησίαις δεν μπορεί ο άρρωστος να πάει εγκαίρως στην τουαλέτα τότε ακολουθεί ακράτεια. Σ' αυτές τις περιπτώσεις το άδειςμα της κύστης είναι σχεδόν πλήρες. Η χορήγηση όμως μικρού ποσοστού αντιχολεργικών ουσιών βοηθά την διατήρηση της εγκράτειας.

Άτομα που περιποιούνται ηλικιωμένους ασθενείς πρέπει να έχουν υπόψη ότι η συχνή κένωση της κύστης είναι αναγκαία για να προληφθεί το αρχικό επεισόδιο ακράτειας μετά το οποίο η αυτόματη κένωση γίνεται πολύ συχνότερη.

β) Μυϊκή αδυναμία: Με την ηλικία οι μυς της βάσης της πυέλου και ο έσω σφυγκτήρας χάνουν την δύναμή τους. Σε περιπτώσεις αιφνίδιας ανόδου της ενδοπυελικής πίεσης η ανεπάρκεια αυτή συνοδεύεται από εκροή μικρών ποσών ούρων ιδίως σε γυναίκες που μπορούν έτσι να βραχούν αρικτά. Πρέπει να διαχωριστεί αυτή η κατάσταση από την προηγούμενη στην οποία μια αύξηση πίεσεως οδηγεί σε συστολή όλου του τοιχώματος της κύστης και μεγάλη απώλεια ούρων. Η θεραπεία στην περίπτωση επανορθώσεων βλαβών συνιστάται στην ριζική χειρουργική επέμβαση. Αναβολικές ορμόνες μπορούν να δοκιμαστούν σε περιπτώσεις γενικότερης μυϊκής ατροφίας ή καταβολικών καταστάσεων.

γ) Ατροφική ουριθρίτιδα: Σημαντικά ποσοστά ηλικιωμένων γυναικών έχουν ατροφική κολπίτιδα από έλλειψη οιστρογόνων. Επιθήλιο ανάλογο μ'εκείνο του κόλπου υπάρχει και στο τρίγωνο της κύστεως και την ουρήθρα.

Η ατροφική κολπίτιδα συνδυάζεται τότε με την ατροφική ουριθρίτιδα με δυσουρικά συμπτώματα στα οποία συμπεριλαμβάνεται και η ακράτεια ούρων. Τέτοια σύνδρομα δυσουρίας-συχνουρίας που θυμίζουν τις κοινές ουρολοιμώξεις σπάνια οφείλονται σε λοίμωξη από κοινά μικρόβια. Η θεραπεία της ατροφικής ουριθρίτιδας απαιτεί την χορήγηση οιστρογόνων σε μικρές δόσεις.

δ) Υπερτροφία του προστάτη: Μπορεί να καταλήξει σε σημαντική στένωση του έσω στομίου της ουρήθρας, διάταση της κύστης και ούρηση από υπερχύλιση. Σπανιότερα μπορεί να παραμορφωθεί το έσω στόμιο της ουρήθρας, ώστε η ακράτεια να συνοδεύεται από μικρή χωρητικότητα της κύστεως. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση του προστάτη· ελάχιστα είναι τα άτομα των οποίων η γενική κατάσταση δεν επιτρέπει να υποβληθούν στην σχετικά απλή επέμβαση.

ε) Έμπαξη κοπράνων στο απευθυσμένο: Είναι συχνό επίσης αίτιο ακράτειας ούρων, με κύστη είτε διατεταμένη, είτε μικρής χωρητικότητας. Τέλος η παρουσία λίθου ή καρκινώματος της κύστης είναι πιο σπάνια αλλά ευκολοδιάγνωστη αιτία ακράτειας ούρων και δέχεται συγκεκριμένη θεραπεία.

Επίσχεση: Η αιφνίδια επίσχεση ούρων είναι ένα μεγάλο και δραματικό επεισόδιο στην ζωή κυρίως αντρών μεγάλης ηλικίας, ατόμων που συχνά δεν έχουν δείξει συμπτώματα διαταραχής του ουροποιητικού. Για τον περιπατητικό ηλικιωμένο το

συμβάν αυτό τον οδηγεί αμέσως στο νοσοκομείο. Επίσχεση ούρων παρουσιάζεται συνήθως στον άντρα με καλοήγη υπετροφία του προστάτη μετά από οινοποσία ή μετά από λήψη φαρμάκων που αναστέλουν τις χολενεργιικές ίνες του παρασυμπαθητικού της πυέλου. Καμιά φορά φάρμακα για τελείως διαφορετική χρήση μπορούν να προκαλέσουν μυϊκή χαλάρωση του εξωστήρα ώστε ο υπερήλικας δεν μπορεί να ουρήσει, η κύστη μένει γεμάτη η δε διάτασή της συνοδεύεται από συχνούς πόνους στο υπογάστριο (π.χ. κινιδίνη για καρδιακή αρρυθμία) Κακοήθεις επεξεργασίες του προστάτη μπορούν να παρουσιαστούν σαν οξείες επισχέσεις μετά από μια ένεση σπασμολυτική για κωλικό του νεφρού. Η οξεία επίσχεση που δεν είχε μέχρι εκείνη την ώρα συμπτώματα δυσουρίας πρέπει να οδηγεί σε πλήρη έλεγχο όλου του ουροποιητικού.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της απόφραξης συνιστάται στην εισαγωγή μέσω της ουρήθρας καθετήρα FOLLEY και την κένωση μ' αυτόν τον τρόπο της κύστης. Αν η διόδος από την ουρήθρα είναι δύσκολη η υπερηβική παρακέντηση με λεπτή βελόνα μπορεί να αποσυμφορήσει την κύστη ελαττώνοντας έτσι την διάταση και ανακουφίζοντας άμεσα τον πόνο. Μετά την άρση της διάτασης συνήθως η κύστη μπορεί ν' αδειάζει πάλι μόνη της.

2ο) Ακράτεια κοπράνων: Η ακράτεια κοπράνων σε κατάκοιτους ασθενείς εμφανίζεται με δύο κλινικές μορφές,

α) Είτε σαν συχνό και μόνιμο λέρωμα των σεντονιών από ημιδαρή κόπρανα και

β) είτε σαν ανεξέλεγκτη κένωση σχηματισμένων κοπράνων μια ή δυό φορές την ημέρα.

Και στις δύο περιπτώσεις ο άρρωστος ενοχλείται από τα κόπρανα στο δέρμα του είτε έχει είτε δεν έχει επίγνωση της ακράτειας. Αν δεν έχει επίγνωση και δεν ζητήσει βοήθεια λερώνεται και μπορεί μέσα σε λίγα λεπτά να μεταβληθεί σε μια θάλασσα κακοσμίας και μόλυνσης.

Τα αίτια των δύο αυτών μορφών ακράτειας κοπράνων είναι συνήθως: 1ο) Η δυσκοιλιότητα, 2ο) η υπερβολή λήψη καθαρτικών ή οργανική πάθηση του παχέος εντέρου και 3ο) νευρογενείς διαταραχές.

Το πιο συνηθισμένο αίτιο ακράτειας ειδικά σε άτομα κατόικια και με κινητική αναπηρία είναι η χρόνια δυσκοιλιότητα. Ημίρυστα ή υδαρή κόπρανα σε διάφορες ποσότητες αποβάλλονται συχνά. Η θεραπεία συνίσταται στην κένωση όλου του ορθού και μεγάλου μέρους του παχέος εντέρου με υποκλυσμούς οι οποίοι πρέπει να συνεχιστούν για πολλές μέρες μέχρι να εικενωθεί τελείως το παχύ έντερο. Αν παρ'όλη την καλή κένωση εξακολουθεί η ακράτεια, πρέπει να ελεγχθεί ακτινολογικά όλο το παχύ έντερο για την πιθανότητα νεοπλασίας.

Δεύτερο αίτιο ακράτειας κοπράνων είναι η υπερβολική λήψη καθαρτικών. Η θεραπεία σ'αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται στην διακοπή του φαρμάκου ή την καταπολέμηση της βασικής νόσου.

Τρίτο αίτιο ακράτειας, είναι η νευρογενής ακράτεια λόγω μη αναστολής του γαστροκολικού αντανακλαστικού. Μετά από κάθε γεύμα σημαντική ποσότητα κοπράνων μετακινείται από το κατόν στο απευθυσμένο του οποίου ο έσω σφιγκτήρας χαλαρώνει. Εάν η επικοινωνία με το Κ.Ν.Σ. είναι αμέραια, τότε ο έσω σφιγκτήρας ξαναβρίσκει τον τόνο του. Αν όμως η επ

πικοινωνία είναι ατελής όπως σε διάχυτες εγκεφαλικές ανεπάρκειες η αναστολή αυτή δεν γίνεται και εμφανίζεται μετά από κάθε γεύμα μια κανονική κένωση σχηματισμένη. Σε άτομα με καλή επικοινωνία το συχνότερο αίτιο ακράτειας κοπράνων είναι η δυσκοιλιότητα, . σε ασθενείς χωρίς επικοινωνία, τόσο η δυσκοιλιότητα όσο και οι νευρογενείς διαταραχές.

Η θεραπεία πρέπει να βασίζεται στην επανειμάθηση του ανταναιλαστικού της απόδευσης μόνο σε ορισμένες ώρες, μετά από προσεκτική παρατήρηση του αρρώστου. Αν οι κενώσεις ακολουθούν το πρωινό ρόφημα τότε η καλύτερη μέθοδος είναι να τοποθετείται αναπαυτικά ο άρρωστος στην σκοραμίδα. Αν είναι τελείως απρόβλεπτες οι ώρες των κενώσεων τότε συμφέρει να δίνεται στον άρρωστο αντιδιαρροϊκό ώστε να σταματούν οι κενώσεις να γίνεται δε ένας καλός υποκλυσμός κάθε 2 ή 3 μέρες στο κρεβάτι.

Επίμονη και συνεχής απώλεια κοπράνων σε ηλικιωμένο άρρωστο σημαίνει σοβαρή τοπική ή γενική νόσο και ταυτόχρονα ελλειπή νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα. Δεν είναι συνοδό σύμπτωμα φυσιολογικού γήρατος.

26. Διατροφή του υπερήλικα:

Στην γεροντική ηλικία παρατηρείται κάποια τάση του οργανισμού σε παχυσαρκία καθώς και μυική δραστηριότητα και ο βασικός μεταβολισμός που ξοδεύουν μεγάλο μέρος από την ενέργεια έχουν ελαττωθεί (ο βασικός μεταβολισμός παρουσιάζει μείωση 10% μεταξύ 60-70 χρόνων, 20% μεταξύ 75-80 χρόνων και 25% μετά τα 85).

Έτσι ένας άντρας μέσης ηλικίας που έχει ανάγκη από

3.000 περίπου θερμίδες την ημέρα μετά από τα 65 χρειάζεται 1.800. Αν συνεχίζει τον ίδιο ρυθμό διατροφής από άποψη ποσότητας είναι αυτονόητο ότι το πλεόνασμα που μένει αχρησιμοποίητο θα μετατραπεί σε λιπώδη ιστό και θα αποταμιευθεί.

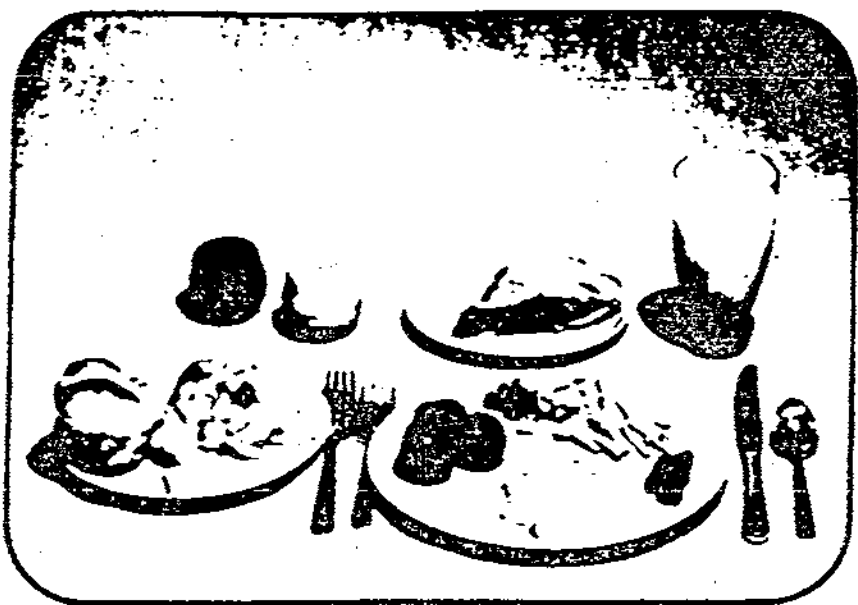
Η αμεσώτερη επομένως αλλαγή στον τρόπο διατροφής, πρέπει να είναι ο ποσοτικός περιορισμός και ειδικότερα ο περιορισμός των τροφών εκείνων που είναι πλούσιες σε θερμίδες (γλυκίσματα, λιπαρές ουσίες, άμυλα). Το μεγαλύτερο ποσοστό των θερμίδων πρέπει να προέρχεται από θερμίδες μεγάλης θερμιδικής αξίας και να ενισχυθεί η δίαιτα με τροφές πλούσιες σε άλατα (ασβέστιο, σίδηρο) βιταμίνες (ριβοφλαμίνη, ασκορβικό οξύ) και νερό. Σε καμιά περίπτωση δεν επιτρέπεται τροφική αποχή και περιορισμός των γευμάτων. Το βραδυνό τσάι ή χαμόμηλο με ένα μπισκότο, καταδικάζονται σήμερα από τους ειδικούς γιατί στερούν τον οργανισμό από ουσιώδη θρεπτικά στοιχεία και που οδηγούν σε αθρεψία και διαταραχή της υγείας. Λιγότερη βέβαια τροφή αλλά κανονικά και πλήρη γεύματα με όσο το δυνατό μεγαλύτερη ποικιλία και απλουστευμένους τρόπους μαγειρικής παρασκευής.

Η ανορεξία που παρουσιάζουν πολλά άτομα μετά τα 60 οείλεται σε βαθμιαία ποσοτική ελάττωση των γαστρικών εκκρίσεων και σε διαφοροποίηση της σύνθεσης τους πράγμα που δυσχεραίνει την πέψη. Η χρόνια χολοκυστίτιδα παρεμποδίζει το μεταβολισμό των λιπαρών και ο περιορισμός τους στερεί τον οργανισμό από τις λιποδιαλυτές βιταμίνες. Η ατροφία του βλεννογόνου των εντέρων έχει σαν συνέπεια ατελή απορρόφηση ενώ η απουσία της βλέννας και η μείωση του μυϊκού τόνου του γαστρεντερικού συστήματος, οδηγεί σε δυσκοιλιότητα. Συχνά οι ηλικιωμένοι απαιτούν ιδέες ή παρασύρονται από διαφημί-

ΜΑΤΡΙΩΣΕΙΣ ΕΣΤΙΩΣΕΩΣ ΤΡΟΠΩΝ
(Οι τιμές σε λίρες σελήνιας είναι σε 100 γραμμάρια τροφής)

	Μήνους	Μηνιαίο	Έτος	Πρωτεΐνες	Λιπαρά	Άμυλο	Σίδηρος	Βιταμίνη Α	Βιταμίνη Β	Ρεσβερόλη	Μέση	Απόδοση	Μηνιαίο
	αριθμ.	αριθμ.	αριθμ.	g	g	g	mg	μg	mg	mg	αριθμ.	αριθμ.	αριθμ.
Πολύς	20	20	1,20	3,200	20	1,8	20	5,000	1,8	1,8	21	21	21
	25	25	1,25	3,250	25	2,8	25	5,000	1,5	1,8	20	20	20
	30	30	1,75	2,500	30	0,8	30	5,000	1,3	1,3	19	19	19
Πολλός	25	25	1,20	3,200	25	2,8	25	5,000	1,8	1,3	17	17	17
	30	30	1,65	2,500	30	3,4	30	5,000	1,1	1,3	17	17	17
	35	35	1,65	2,500	35	2,9	35	5,000	1,0	1,3	17	17	17
	40	40	1,65	2,500	40	1,3	40	5,000	1,3	1,0	17	17	17
	45	45	1,65	2,500	45	1,3	45	5,000	1,3	1,0	17	17	17
Επιπλέον				320	20	1,3	15	5,000	1,3	1,0	17	17	17
Πολύς				1,000	40	1,3	15	5,000	1,3	1,0	17	17	17
Μηνιαίο	2012-2012	2	60	450,00		0,6	3	1,500	0,6	0,5	6	6	6
	2012-12-12	3	70	450,00		0,6	7	1,500	0,5	0,4	7	7	7
Μηνιαίο	1-3	12	41	1,200	40	1,0	7	2,000	0,7	1,0	8	8	8
	4-6	18	60	1,200	60	1,0	8	2,200	0,8	1,3	12	12	12
	7-9	27	89	1,200	80	1,0	10	2,500	1,1	1,5	14	14	14
	10-12	36	118	1,200	70	1,2	12	4,500	1,3	1,4	12	12	12
Έτησιο	13-15	19	1,63	1,100	95	1,4	15	5,000	1,8	2,1	21	21	21
	16-19	53	1,73	1,200	100	1,4	15	5,000	1,3	2,5	26	26	26
Επιπλέον	13-17	16	1,60	1,200	40	1,3	15	5,000	1,3	2,0	17	17	17
	18-19	24	1,60	1,200	75	1,8	15	2,200	1,7	1,8	16	16	16

* Έπιπλέον τροφή και υγιεινή.
L. H. Τροφή με αναπόληση σε σχέση με τις άλλες και προσαρμογή με τη συνθήκη της διατροφής.



Το διατολόγιο του υπερλίπια να είναι μικρής ποσότητας και υψηλής ποιότητας.

σεις και συρμούς για θαυματοργές τροφές και δίαιτες που εξασφαλίζουν την υγεία και οδηγούν σε μακροβιότητα. Δεν υπάρχει καμιά απολύτως τροφή που να μπορεί να κάνει θαύματα. Το <<θαύμα>> θα πραγματοποιηθεί μόνο με την κανονική και ισοζυγισμένη διατροφή σ'όλη την διάρκεια της ζωής. Άλλοτε πάλι σωματικές αναπηρίες, χρόνιες ασθένειες ή περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες οδηγούν τους ηλικιωμένους σε μονότονους και ανεπαρκείς τρόπους διατροφής που ενισχύονται από την εσφαλμένη αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι δεν έχουν ανάγκες από ποικιλία και ποιοτική επιλογή τροφής. Η μοναξιά και η κατάθλιψη οδηγούν επίσης σε χρόνια ανορεξία ή λαιμαργία. Ο πίνακας <<απαιτούμενη καθημερινή διατροφή>> δείχνει πως στα 60 μόνο τα ποσά των θερμίδων και της θειαμίνης ελαττώνονται ενώ των άλλων θρεπτικών στοιχείων παραμένουν στην ποσότητα της νεανικής και ώριμης ηλικίας. Θα μπορούσε επομένως κανείς να υποθέσει πως με τον ποσοτικό περιορισμό των θερμίδων το πρόβλημα της διατροφής της γεροντικής ηλικίας βρίσκει την λύση του. Κι όμως αν σκεφτεί κανείς τις οργανικές αλλαγές και τις ειδικές διατροφικές ανάγκες της ηλικίας, θα οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στον τρόπο διατροφής και στην οργάνωσή του καθημερινού διαιτολογίου.

Ένας πρακτικός υπολογισμός των θερμίδων είναι μείωση 5% των θερμίδων που απαιτούνται σε κάθε δεκαετία μετά τα 25 έτη ώστε στα 65 χρόνια η μείωση αυτή έχει φτάσει το 20%. Φυσικά η διατήρηση του κανονικού βάρους είναι το τελικό κριτήριο για τον καθορισμό των θερμιδικών απαιτήσεων. Οι ανάγκες του ορανισμού για πρωτεΐνη παραμένουν οι ίδιες δηλ. 1 GR

για κάθε KGR βάρους, τα δε 50-60% είναι απαραίτητο και στην ηλικία αυτή να έχουν ζωική προέλευση. Επειδή δεν χρειάζονται πολλές θερμίδες στην διατροφή των ηλικιωμένων οι υδατάνθρακες και τα λίπη περιορίζονται. Το άμυλο και η ζάχαρη είναι καλύτερα ν' αντικαθίστανται με μονοσακχαρίτες που είναι εύπεπτα και ευκολοαφομοιώσιμοι (γλυκόζη, μέλι, πετιμέτσι, μελάσα). Από τις λιπαρές ουσίες είναι προτιμότερες εκείνες που περιέχουν ακόρεστα λιπαρά οξέα και λιποδιαλυτές βιταμίνες. Τα βασικότερα ανόργανα άλατα για την γεροντική ηλικία είναι το ασβέστιο και ο σίδηρος. Γι' αυτό χρειάζεται ενίσχυση του διαιτολογίου με τροφές που περιέχουν τα 2 αυτά άλατα. Το γάλα είναι απαραίτητο όσο και στην παιδική ηλικία, όπως και τα πράσινα λαχανικά τα δημητριακά και το σικώτι.

Η κακή απορρόφηση και ο ατελής μεταβολισμός των βιταμινών έχουν σαν αποτέλεσμα διάφορες μορφές αποβιταμνώσεων στην γεροντική ηλικία. Οι πιο συνηθισμένες ενδείξεις των αβιταμνώσεων αυτών είναι δερματικές ενοχλήσεις, μυική ατονία, βλάβη στην όραση, ανορεξία, δυσκοιλιότητα, καταβολή δυνάμεων και μόνιμο αίσθημα κοπώσεως. Επομένως η δίαιτα πρέπει να ενισχυθεί με βιταμίνες ειδικότερα σε ριβοφλαμίνη και ασκορβικό οξύ. Το νερό και η κυτταρίνη είναι απαραίτητα στην γεροντική ηλικία επειδή διευκολύνουν την περίσταση των εντέρων, υποβοηθούν στις εσωτερικές λειτουργίες και προλαμβάνουν την δυσκοιλιότητα. Τα λαχανικά και τα φρούτα όπως και το μαύρο πιτυρούχο ψωμί επιβάλλονται περισσότερο από κάθε άλλη φορά.

Για να εξασφαλιστούν όλα τα ουσιώδη θρεπτικά στοιχεία που αναφέρθηκαν το διαιτολόγιο των ηλικιωμένων θα έπρεπε

περιέχει κάθε μέρα τα ακόλουθα είδη: 1) 1 κιλό γάλα, 2) ένα αυγό κάθε δεύτερη μέρα, 3) ένα σερβιρισμένο από κρέας ή ψάρι σε ποσότητα 120 γραμμάρια. Μια φορά την εβδομάδα καλό θα ήταν το κρέας να είναι συκώτι. 4) Ένα φρούτο ή λαχανικό κάθε μέρα από εκείνα που είναι πηγές βιταμίνης C (εσπεριδοειδή, ντομάτα), 5) 1 σερβίρισμα από πατατές κάθε 2η μέρα μαγειρεμένες με ποικίλους τρόπους, ποτέ όμως τηγανιτές, 6) 3 σερβιρίσματα δημητριακά, 7) 2 σερβιρίσματα φρούτα, 8) 1 σερβίρισμα λαχανικά.

2ε. Υπερήλικας και ατυχήματα

Τα ατυχήματα είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου στα ηλικιωμένα άτομα. Η μεγάλη συχνότητα των ατυχημάτων οφείλεται στους εξής παράγοντες.

1) Διανοητική επιβάρυνση: Η μνήμη και ο προσανατολισμός στον χρόνο, τον τόπο και τα πρόσωπα υποβαθμίζονται με αποτέλεσμα να ξεχνούν να κλείνουν την σόμπα, την συσκευή υγραερίου ή την ηλεκτρική κουζίνα όταν βγαίνουν έξω. Δεν θυμούνται το σκαλοπάτι της εξώπορτας του σπιτιού ή δεν κοιτάζουν δεξιά και αριστερά πριν διασχίσουν τον δρόμο κ.α.

2) Ελαττωμένη αντίδραση στα ερεθίσματα: Όπως το κορνάρισμα ενός αυτοκινήτου ή ξαφνική αντίδραση στην παρουσία κινδύνου κ.α.

3) Η αστάθεια και η ασθενικότητα: Αποτέλεσμα χρόνιων ασθενειών διευκολύνουν τις πτώσεις.

4) Η μείωση της όρασης και της ακοής: Όταν η όραση ελαττωθεί το ηλικιωμένο άτομο είναι περισσότερο ευαίσθητο

στους κινδύνους από χαμηλό φωτισμό ή ξαφνική λάμψη φωτός και ελαττωμένη νυκτερινή όραση. Και καθώς αυξάνεται η απώλεια της ακοής το ηλικιωμένο άτομο δεν αντιλαμβάνεται σημεία προειδοποίησης κινδύνου όπως θόρυβο, κορνάρισμα αυτοκινήτου κλπ.

5) Η προσκόλληση σε συνήθειες και αντικείμενα: Τα ηλικιωμένα άτομα φυλάνε στιδήποτε έχουν για να μην κοπούν από το παρελθόν ή γιατί δεν μπορούν να το αποχωριστούν και έτσι διατρέχουν τον κίνδυνο της φωτιάς και της πτώσης. Ακόμα διατηρούν συνήθειες που τους θυμίζουν το παρελθόν, η συνέχισή τους όμως τους θέτει σε κινδύνους λόγω της φυσιολογικής διαφοροποίησής τους.

6) Η οστεοπόρωση: με αποτέλεσμα τα συχνά κατάγματα. Αυτή είναι η φυσιολογική εξεργασία του γήρατος. Παρουσιάζεται ελάττωση της ολικής σκελετικής μάζας -χωρίς διαφοροποίηση του σχήματος- της σύνθεσης και της μορφολογίας των οστών. Το κέντρο βάρους των νοσηλευτικών παρεμβάσεων πρέπει να εντοπιστεί στην πρόληψη των ατυχημάτων και περιλαμβάνει τα πιο κάτω:

1. Εξακρίβωση των επικίνδυνων παραγόντων που υπάρχουν στο περιβάλλον του σπιτιού του ηλικιωμένου
2. Βεβαιότητα ότι υπάρχει επαρκής φωτισμός στο οίκημα που ζει
3. Απομάκρυνση όλων των επιπρόσθετων χαλιών από το δάπεδο και χρησιμοποίηση μόνιμων
4. Εξασφάλιση κατάλληλων χειρολαβών σε μέρη που χρειάζονται επιπρόσθετη βοήθεια
5. Περιορισμένη χρήση του παρκέ

6. Απομάκρυνση από το δάπεδο των μικρών αντικειμένων όπως, σκαμνάκια, καλάθια αχρήστων κ.α.
7. Ενθάρρυνση για την χρησιμοποίηση παπουτσιών με ανώμαλες σόλες
8. Ενθάρρυνση για την χρησιμοποίηση μαστουνιού
9. Παρότρυνση των ηλικιωμένων να έχουν στην διάθεσή τους περισσότερο χρόνο απ' αυτόν που συνήθως χρειάζονται για μια δραστηριότητα π.χ. ντύσιμο, για να περιορίζεται η ανάγκη να βιαστούν προκειμένου να την πραγματοποιήσουν
10. Αν η οδήγηση είναι απαραίτητη πρέπει να υπάρχει η βεβαιότητα ότι έχει κάνει έλεγχο όρασης. Η οδήγηση σε δρόμους μεγάλης ταχύτητας ν' αποφεύγεται γιατί δημιουργεί μεγάλη ένταση
11. Επειδή στα ηλικιωμένα άτομα διαφοροποιείται η αίσθηση της ζέστης ή του κρύου πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα στην χρήση ζεστών όπως η θερμοφόρα ή την έκθεση στο κρύο.
12. Πρέπει να διατηρείται το βάρος του σώματος τους στα φυσιολογικά όρια
13. Οργάνωση ημερήσιου προγράμματος δραστηριοτήτων για την ενίσχυση της φυσικής άσκησης
14. Χρησιμοποίηση νοσοκομειακών ή χαμηλών κρεβατιών καθώς και η χρήση περιορισμών (κάγκελα όταν χρειάζονται).
15. Οι συνθήκες του σπιτιού που μένει ο υπερήλικας (σκάλες κ.α.) πρέπει να εκτιμηθούν και να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές που θα προστατεύουν τον ηλικιωμένο από τα ατυχήματα
16. Πρέπει να γίνεται διδαχή στους τρόπους πρόληψης ατυχημάτων. Ανάλογα με την φύση των συνεπειών του ατυχήματος ό-

πως στην περίπτωση κατάγματος, εγκαύματος, τραύματος, η νοσηλεύτρια-της θα προχωρήσει σε εξειδικευμένες παρεμβάσεις και νοσηλευτικές δραστηριότητες αφού προηγουμένως γίνει η αξιολόγηση του αρρώστου, διαγνωστούν τα νοσηλευτικά προβλήματα και οι ανάγκες του και διατυπωθούν οι αντικειμενικοί σκοποί των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

2στ. Κοινωνικά προβλήματα (κακοποίηση υπερηλίκων)

Οφείλονται στο νέο τρόπο ζωής, στην ανατροπή των παραδοσιακών σχέσεων, στην αλλαγή της δομής της οικογένειας και στην κρίση που περνάει ο θεσμός.

Η σύγχρονη κοινωνική δομή δεν ευνοεί τη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων. Στην ανταγωνιστική αυτή κοινωνία δίνεται μεγάλη έμφαση στη νεότητα και στην παραγωγικότητα και έτσι οι υπερήλικες αισθάνονται ότι είναι οικονομικά άχρηστοι ή βάρος της κοινωνίας, παρακεφάλαιό της.

Στις αστικές περιοχές, ο τύπος της οικογένειας που επικρατεί είναι της <<πυρηνικής>> εκείνης δηλαδή, που αποτελείται από ένα ζευγάρι και τα παιδιά τους. Σ' αυτό το τύπο οικογένειας η σχέση μεταξύ γονιών (παπούδων-γιαγιάδων) και παιδιών είναι διαφορετική. Οι δεσμοί έχουν χαλαρώσει, ενώ όπως ξέρουμε, ο ηλικιωμένος χρειάζεται περισσότερο παρά ποτέ την ασφάλεια των αρμονικών σχέσεων με την οικογένειά του, την αγάπη και την τρυφερότητά τους.

Όπως συμβαίνει σε όλες τις κοινωνίες, η στάση απέναντι στους υπερήλικες, διαμορφώνεται με τρόπο τυχαίο και ιδιαίτερο σε κάθε περίπτωση. Η μοίρα των ηλικιωμένων εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από τις ικανότητές τους και στη συνέχεια από

την κοινωνική θέση και τον πλούτο που απέκτησαν. Χρησιμοποιώντας τις ικανότητες αυτές, η μοίρα των προνομιούχων δεν είναι ίδια με αυτή των <<κοινών>> ανθρώπων. Οι διαφοροποιήσεις υπάρχουν μέσα στην ομάδα καθώς και στην οικογένεια. Θεωρία και πράξη δεν συμφωνούν πάντα. Οι γέροντες μπορεί να περιγελούνται στα κρυφά από τους ίδιους τους ανθρώπους που δημόσια τους φέρονται με σεβασμό, Συχνά βλέπουμε και το αντίθετο: επαινούμε τους γέροντες με λόγια και ταυτόχρονα τους αφήνουμε να μαραζώσουν.

Οι νέοι άνθρωποι κυριαρχούνται από ανάμεικτα συναισθήματα σεβασμού για τους υπερήλικες ως κατόχους σοφίας και ώριμης σκέψης και αντιπάθειας γι' αυτούς, ως σύμβολα συντηρητισμού και ως επικριτέστης νεότητας.

Οι δυσκολίες που συναντούν οι ηλικιωμένοι, στην κατανόηση των στάσεων και της συμπεριφοράς των νεώτερων κοινωνικών ομάδων που τους περιβάλλουν, ακόμη και των ίδιων των συγγενών και των φίλων τους, τους δυσκολεύει να δημιουργήσουν ικανοποιητικές σχέσεις και τους καταδικάζει στην αποξένωση και στην απομόνωση.

<<Το σύνδρομο κακοποίησης ηλικιωμένων αναφέρεται σε άτομα, τα οποία έχουν υποστεί σωματική, ψυχολογική ή ιατρική κακοποίηση, έχουν κακοποιηθεί κατ'επανάληψη και είναι τουλάχιστον 60 χρονών>>.

Οι υπερήλικες κακοποιούνται στα σπίτια τους από οικείους ή στα ιδρύματα όπου διαμένουν (<<οίκους ευγηρίας>> - γηροκομεία) από το προσωπικό. Στο σύνδρομο κακοποίησης ηλικιωμένων περιλαμβάνονται διάφορες μορφές οι οποίες όμως δεν απαντώνται όλες με την ίδια συχνότητα, ούτε έχουν τα ίδια καταστρεπτικά αποτελέσματα για το θύμα.

Τις μορφές αυτές τις ταξινομούμε σε επτά τύπους,

1. Την οικονομική κακοποίηση, που συμπεριλαμβάνει κλοπή χρημάτων, χρυσαφικών ή άλλων κειμηλίων οικονομικής αξίας, κακή χρήση της περιουσίας και των εισοδημάτων του ηλικιωμένου από τους οικείους του.

2. Την εγκατάλειψη - παραμέληση του ηλικιωμένου. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται καταστάσεις χρόνιας αδιαφορίας των οικείων από τους οικείους του υπερήλικα. Εκδηλώνεται αδιαφορία για την καλή διατροφή του υπερήλικα και τις ιδιαίτερες ανάγκες για περιποίηση π.χ. τακτικό χτένισμα, μπάνιο, πλύσιμο των ρούχων. Σε ακραίες περιπτώσεις, περιλαμβάνεται και η στέρηση του φαγητού σαν τιμωρία, η απομόνωση στο δωμάτιο, πράγμα που βέβαια επιταχύνει την κατάρρευση των ψυχοσωματικών λειτουργιών του οργανισμού του ηλικιωμένου.

3. Την ψυχολογική κακοποίηση και σαρκασμό, την έντονη ή συνεχή προσβολή και επίθεση με λόγια, τις απειλές, εκφοβισμό μέχρι την τρομοκράτηση και εξουθένωση της βούλησης του θύματος. Οι απειλές συνήθως αναφέρονται σε κλείσιμο σε ιδρύματα, σε στέρηση φαγητού κ.λ.π.

Άλλη μορφή ψυχολογικής κακοποίησης είναι όταν φέρονται στους ηλικιωμένους σαν να είναι βρέφη.

4. Παραμέληση - εγκατάλειψη του φυσικού περιβάλλοντος. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνεται η ακαθαρσία του σπιτιού, υπερβολική σιόνη, ακαθαρσίες από γάτες-σκυλιά, τρομερή δυσσομία. Μέσα σ' ένα τέτοιο παραμελημένο οίκημα, υπάρχει ο κίνδυνος της μόλυνσης και τελικά της ασθένειας.

5. Στέρηση ατομικών - κοινωνικών δικαιωμάτων. Σ' αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται περιπτώσεις ελέγχου της αλληλο-

γραφίας του ηλικιωμένου, βίαιη έξωση ή εγκλεισμό σε ίδρυμα παρά τη θέλησή του και τη δυνατότητά του να διαλέξει που και με ποιόν θέλει να συγκατοικήσει.

Μια άλλη μορφή τέτοιας κακοποίησης είναι η παραβίαση του εκλογικού δικαιώματος. Αυτή η μορφή κακοποίησης συναντάται σε μικρό βαθμό, δεν παύει όμως να αποτελεί μια ξεχωριστή μορφή κακοποίησης.

6. Σωματική κακοποίηση. Η μορφή αυτή μπορεί να γίνει αντιληπτή από τρίτους. Περιλαμβάνει τον τακτικό ξυλοδαρμό, χτυπήματα, κατάγματα, σχίσσιμο του δέρματος, απότομα σπρωξίματα. Επίσης η σωματική κακοποίηση περιλαμβάνει το δέσιμο του θύματος στο κρεβάτι ή στην καρέκλα του.

7. Ιατρική κακομεταχείριση. Αυτή η μορφή είναι επικίνδυνη γιατί μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο του θύματος. Συνίσταται κυρίως στην υπερβολική χρήση φαρμάκων που άλλοτε μεν ναρκώνουν το θύμα και περιορίζουν τις απαιτήσεις για φροντίδα από τους οικείους ή το προσωπικό των ιδρυμάτων, άλλοτε δε χρησιμοποιείται για να ελέγχεται η συμπεριφορά ιδίως των γερόντων που είναι απαιτητικοί ή πάσχουν από ψυχικές νόσους, γεροντική άνοια κλπ.

2ζ. Οικονομικά προβλήματα

Πενία (φτώχεια): Τα γηρατειά και η φτώχεια είναι αλληλένδετα και σχεδόν τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος, και παρ'όλες τις προσπάθειες ο κρίκος αυτός δεν έχει σπάσει.

Όπως αναφέραμε κάθε άτομο που μπαίνει στα 65 σταματά να εργάζεται και συνταξιοδοτείται. Απ'αυτή την ηλικία και

μετά το μηνιαίο του εισόδημα ελαττώνεται σημαντικά, αφού παύει να είναι η αμοιβή της καθημερινής του εργασίας και προέρχεται από τις εισφορές που όλα τα χρόνια της ενεργητικότητάς του παρείχε στο ταμείο που είχε ασφαλιστεί.

Όμως με την συνεχή άνοδο του κόστους ζωής οι συντάξεις δεν εξασφαλίζουν μια ικανοποιητική αγοραστική ικανότητα.

Ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων (ανασφάλιστοι) δεν διαθέτουν τα απαραίτητα οικονομικά μέσα για να ζήσουν ανεξάρτητοι, και στηρίζονται για την επιβίωσή τους είτε στα παιδιά τους, είτε στην κρατική βοήθεια η οποία κυρίως προσφέρεται με την μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης.

Επομένως πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε συνθήκες οικονομικής ανέχειας και εξαθλίωσης.

Συνταξιοδότηση: Οι άνθρωποι γερνούν ο καθένας σε διαφορετικό από τη γέννησή του χρόνο. Η κοινωνία όμως αγνοεί την επιστημονική αυτή αλήθεια και προχωρεί στην αυτόματη συνταξιοδότηση των ατόμων που κάλυψαν τον προβλεπόμενο από την ειδική νομοθεσία, όριο ηλικίας ή χρόνια υπηρεσίας. Και έτσι παρατηρείται καθημερινά το παράδοξο φαινόμενο άτομα ικανά, γεμάτα σφρίγος να είναι συνταξιούχοι. Η αναγκαστική όμως αυτή αποχώρηση από την εργασία ατόμων με δυνατότητες να την συνεχίσουν αποδοτικά, προσκρούει στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων αυτών και κυρίως των ατόμων που ζουν στα μικρά διαμερίσματα της μεγαλούπολης που φαίνεται ότι παίζει κάποιο ρόλο με το άγνωστο απρόσωπο περιβάλλον. Είναι αμφισβήτητα φοβερό, την μια μέρα να είναι κανείς απαραίτητος στο περιβάλλον του, να ζητιέται η γνώμη του από

συναδέλφους και συνεργάτες του και ξαφνικά από την άλλη μέρα να έχει αντικατασταθεί από άλλον και ο ίδιος να βρίσκεται σε μια τόσο σκληρή πραγματικότητα, στο περιθώριο της ζωής.

Σύμφωνα με τη στατιστική του ROTH 1962 στην Αγγλία, ενώ στο τέλος του περασμένου αιώνα είχαν απασχόληση πάνω από το 66% του όλου αριθμού των ηλικιωμένων, στα μέσα του 20ου αιώνα το ποσοστό έφτασε μόνο το 43%. η ανακούφιση από την σκληρή πραγματικότητα του παρόντος οδηγεί τον συνταξιούχο ηλικιωμένο στην αναπόλυση του παρελθόντος, κατάσταση που τον σπασύρει σε ψυχολογική απομόνωση. Πολύ συχνά όμως εμφανίζονται οι τόσο γνωστές πένθιμες σκέψεις <<...Πέρασαν τα νειάτα...>>, <<...τώρα τελείωσαν για μένα όλα...>>, κ.α. που θολώνουν το νου και εξουθενώνουν τον άνθρωπο.

Αποτελεί σήμερα πραγματικότητα το γεγονός, ότι ζουν άτομα μετά την συνταξιοδότησή τους, τόσα χρόνια όσα εργάστηκαν μέχρι τη θεμελίωση του δικαιώματος αυτού και αυτό γιατί ο μέσος όρος ζωής έχει αυξηθεί. Έτσι εμφανίζεται το ερώτημα. Πως περνούν τον καιρό τους οι άνθρωποι αυτοί; Διατηρούν δραστηριότητες ώστε να μην μεταπέσουν από την περίοδο της έντονης δράσης στην περίοδο της άνεργης ζωής. Είναι γεγονός ότι η εργατική απασχόληση των υπερηλίκων είναι μάλλον αδύνατη, τη στιγμή που το ποσοστό ανεργίας των νέων ατόμων συνεχώς διογκώνεται. Όπως όμως, τα άτομα των άλλων ηλικιών, έτσι και οι υπερήλικες έχουν ανάγκη να αισθάνονται ότι δεν είναι άχρηστοι.

Το αίσθημα αυτό βρίσκει την ικανοποίησή του στην απασχόληση και στην ανάπτυξη ενδιαφέροντος ερασιτεχνικής απασχόλη-

σης (HOBBY).

Επίσης η ενεργός συμμετοχή του σε δραστηριότητες επαγγελματικών, πολιτιστικών και φιλανθρωπικών συλλόγων, προγράμματα που και οι εκκλησίες αναπτύσσουν αλλά και το κράτος οργανώνει, συμβάλλει ώστε τα άτομα μετά την συνταξιοδότηση να μην πέσουν στην ατέρμονη μανία και στην αβάσταχτη μελαγχολία ακόμα δε και στην απελπισία που μερικές φορές οδηγεί τα βήματά τους στο δρόμο της αυτοκαταστροφής. Είναι επομένως αποδεκτό, πως μια απασχόληση με προσωπικό ενδιαφέρον, μπορεί να αποτρέψει την εκδήλωση των αναμενόμενων ψυχικών δυσκολιών.

Η προετοιμασία του ατόμου για να ακτικρύσει την συνταξιοδότηση πρέπει να αρχίζει από την βασική εκπαίδευση και να ενισχυθεί ιδιαίτερα όταν περνάει την κρίση της μέσης ηλικίας, ώστε να βγει δυναμωμένο και ανανεωμένο για μια καινούργια ζωή σε επίπεδα κυρίως πνευματικά.

Ακόμη πολλοί υπερήλικες μετά την περιθωριοποίησή τους, χάνουν σε κάποιο βαθμό και την οικονομική τους ανεξαρτησία. Κατά συνέπεια περιορίζουν τις απαιτήσεις και τις ικανοποιήσεις τους από τη ζωή, και έτσι τραυματίζονται ψυχικά.

Βέβαια, υπάρχει και ένα άλλο ποσοστό υπερηλίκων που φθάνουν στην σύνταξη με αρκετή οικονομική άνεση της ζωής στην οποία βρίσκουν έντονα ενδιαφέροντα που τους ίδιους γεμίζουν ικανοποίηση αλλά και την κοινωνία επηρεάζουν θετικά. Παράλληλα με την συνταξιοδότηση η απελευθέρωση από την σκλαβιά του ωραρίου, της καθημερινής εργασίας, με τα δυσβάσταχτα πολλές φορές βάρη και ευθύνες, τους δίνει το αίσθημα της άνεσης και τους ανοίγει ορίζοντες κοινωνικών δραστηριοτήτων και πολύτιμης κοινωνικής προσφοράς που με την εργασία

τους δεν μπόρεσαν να αναπτύξουν. Ο ATCELEY 1975 περιγράφει 7 φάσεις που περνάει το άτομο που συνταξιοδοτείται.

Αυτές είναι,

1. Η απομακρυσμένη φάση: Στην αρχή της επαγγελματικής σταδιοδρομίας το άτομο διαπιστώνει πως κάποτε θα συνταξιοδοτηθεί. Σπανίως όμως αρχίζει από τη φάση αυτή και η ανάλογη προετοιμασία για την συνταξιοδότηση.

2. Η εγγύς φάση: Όταν πλησιάζει συνταξιοδότηση, ο υποψήφιος συνταξιούχος αρχίζει να προετοιμάζεται για την απομάκρυνση από την εργασία του. Ταυτοχρόνως, με τη φαντασία, οραματίζεται το ρόλο του σαν συνταξιούχος.

3. Η φάση του μήνα του μέλιτος: Αμέσως μετά τη συνταξιοδότηση αρχίζει η περίοδος της ευφορίας. Το άτομο πιστεύει πως θα απολαύσει αυτά που ονειρεύτηκε στην προηγούμενη φάση. ο συνταξιούχος τώρα, προσπαθεί να κάνει αυτό που ποτέ δεν μπόρεσε να κάνει. Διάφοροι όμως παράγοντες (οικονομικοί, υγείας κ.α.) δεν του επιτρέπουν να τα πραγματοποιήσει και οδηγείται σε ένα μονότονο τρόπο ζωής.

4. Η φάση της αφύπνισης: Όσο προχωρούν τα χρόνια, το ηθικό του συνταξιούχου μειώνεται και γίνεται εμφανής η κατάθλιψη. Οι βαθμοί της κατάθλιψης έχει άμεση σχέση με το πόσο εξωπραγματικά ονειρεύτηκε τη ζωή του συνταξιούχου.

5. Η φάση του επαναπροσανατολισμού, Καθώς το άτομο αναζητάει στη ζωή υλοποιήσιμους τρόπους ικανοποίησης, ανακαλύπτει τρόπους ζωής που του προσφέρουν ικανοποίηση, ο βαθμός της οποίας ποικίλει.

6. Η φάση της σταθερότητας: Το άτομο κατανόησε τον ρόλο του σαν συνταξιούχος. Αυτό του προσφέρει τη βάση για να

αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα στη ζωή. Μερικοί φτάνουν σ' αυτή τη φάση απευθείας από τη φάση του μήνα του μέλιτος και μερικοί δεν φθάνουν ποτέ.

7. Η φάση του τέλους: Στη φάση αυτή το άτομο είναι δυνατόν είτε να αναπτύξει καινούργιο ρόλο με νέα εργασιακή απασχόληση, είτε από μια αρρώστια ή αναπηρία να γίνει εξαρτημένο από το έμμεσο περιβάλλον.

Πέρα λοιπόν απ' όλα αυτά όταν ο άνθρωπος εκτιμήσει τα πνευματικά αγαθά στη ζωή, τότε ζει εσωτερικές πνευματικές χαρές, που δεν επηρεάζονται από εξωτερικούς παράγοντες όπως το γήρας και η συνταξιοδότηση. Τον άνθρωπο αυτό μέχρι τα βαθειά του γηρατειά, τον συνοδεύει αδιάκοπα η ανανεωτική δύναμη του πνεύματος. Πιστεύει πως το παρόν προσφέρεται για την διόρθωση αλλά και την συμπλήρωση του παρελθόντος αλλά και την κατάκτηση της αιωνιότητας. Στην περίοδο της συνταξιοδότησης βρίσκει νέα ενδιαφέροντα και επιδίδεται σε αγώνες που τον οδηγούν στην κατάκτηση της ζωής.

2η. Ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας

Οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκες υλικές, πνευματικές, ψυχικές που βρίσκονται σε εξάρτηση με την ηλικία τους και με την κοινωνική τάξη από την οποία προέρχονται.

Οι βασικότερες από τις υλικές ανάγκες είναι το εισόδημα, η κατοικία, η σωστή διατροφή και η ενδυμασία.

Σχετικά με το ~~ε~~εισόδημα, είναι γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι, σε ~~ο~~πόσοι πλησιάζουν το τέρμα της εργάσιμης περιόδου αισθάνονται φόβο και αγωνία, αναλογιζόμενοι την πιθανή εξάρτησή τους από τους οικείους ή από οποιονδήποτε φιλανθρω-

πικό παράγοντα.

Όσοι από τους συνταξιοδοτούμενους ηλικιωμένους έχουν εξασφαλίσει εισόδημα ικανό για την αντιμετώπιση των ατομικών τους αναγκών μπορούν να διατηρήσουν την οικονομική τους ανεξαρτησία.

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, κατά τις οποίες αυτοί που αποχωρούν από την εργασία τους λόγω ηλικίας, δεν παίρνουν καμιά σύνταξη ή και δεν έχουν κανένα άλλο ατομικό εισόδημα για να ζήσουν, οπότε αναγκάζονται να καταφεύγουν στη βοήθεια των παιδιών τους, των συγγενών, του κράτους ή διαφόρων φιλανθρωπικών οργανισμών. Στις τελευταίες αυτές περιπτώσεις αν και παρέχεται σ'αυτούς και στα παιδιά τους κάθε δυνατή εξασφάλιση, αυτοί σκεπτόμενοι ότι έχασαν την οικονομική τους ανεξαρτησία και ότι έγιναν βάρος στο περιβάλλον τους αισθάνονται δυστυχείς.

Το συνηθισμένο αυτό σύμπλεγμα των ηλικιωμένων, δηλαδή της σωματικής παρακμής, της οικονομικής αδυναμίας και της επιβολής άλλων προσώπων στις συνήθειες της ζωής τους, προκαλεί πολύ συχνά διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται συνήθως με μελαγχολία, κατάθλιψη, ανάρμοστη συμπεριφορά κλπ.

Ως προς την κατοικία του υπερήλικα, αυτή θα πρέπει να του παρέχεται άνετη ζωή. Ο κάθε ηλικιωμένος θα πρέπει να έχει το δικό του δωμάτιο και θα πρέπει να ισχύουν ορισμένες προϋποθέσεις πχ. υγιεινό περιβάλλον, φως στο δωμάτιο, τουλάχιστον κοντά σ'αυτό.

Άλλη βασική ανάγκη των υπερηλίκων είναι η κατάλληλη διατροφή, η οποία θεωρείται σαν ένα από τα βασικά προληπτικά μέτρα του γήρατος.



Η απασχόληση και τα ενδιαφέροντα για τη ζωή δίνουν ζωντάνια στο ηλικιωμένο άτομο και το κάνουν ανεξάρτητο.

Ωρισμένες κατηγορίες γερόντων, που έχουν κακή διατροφή, είναι αυτοί που ζουν μόνοι, όσοι δεν είναι σε θέση να κάνουν οι ίδιοι τα ψώνια τους ή να μαγειρεύουν, όσοι πάσχουν από ψυχικές νόσους κ.α.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν πολλοί ηλικιωμένοι που επιδίδονται στην πολυφαγία, νομίζοντας ότι εξασφαλίζουν μακροζωία.

Άλλη ανάγκη, αλληλένδετη με τη διατροφή και που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας του ηλικιωμένου, είναι οι σωματικές ασκήσεις και η φυσική ζωή.

Η καλή λειτουργία και η ισχυροποίηση των μυών, του κυκλοφορικού και του νευρικού συστήματος συντελεί στην αρμονία σώματος και πνεύματος.

Οι μεγάλες πορείες π.χ. η ορειβασία, το κυνήγι, το σκάψιμο ή η κολύμβηση ισχυροποιούν την κυκλοφορία του αίματος και τα νεύρα, εμπλουτίζουν με οξυγόνο τον οργανισμό, θέτουν σε κίνηση όλα τα συστήματα: τους μυς, το σκελετό, τα όργανα, τις αισθήσεις κλπ. Έτσι το άτομο αναπτύσσεται φυσιολογικά, διατηρεί την ευλυγισία του και με ευχέρεια προσαρμόζεται σε διαφορετικές καταστάσεις και αντιδρά στις φθορές.

Μια άλλη ανάγκη την οποία πρέπει να καλύπτουν οι ηλικιωμένοι είναι η ενδυμασία. Πρέπει να φροντίζουν για την εξωτερική τους εμφάνιση, να ντύνονται με ευαρέσκεια. Δεν πρέπει να δίνουν την εντύπωση χρεωκοπημένων υπάρξεων, αλλά ατόμων που έμαθαν να υποτάσσουν την ύλη και να ακτινοβολούν ψυχικά. Η περιποιημένη εμφάνιση των υπερηλίκων είναι απαραίτητη για πολλούς λόγους, ιδιαίτερα γιατί ξαναζωντανεύει την χαμένη αυτοπεποίθηση και προετοιμάζει το έδαφος για το

νέο τρόπο ζωής τους.

Περιγράφοντας τις πνευματικές ανάγκες των γερόντων θα πρέπει αρχικά να αναφερθούν οι διανοητικές ικανότητες αυτών. Με την πάροδο της ηλικίας αρχίζει να εμφανίζεται η ελάττωση του βαθμού αντίληψης των ηλικιωμένων. Επίσης με την πάροδο της ηλικίας μειώνεται και η ικανότητα για εκμάθηση. Ως προς την ικανότητα εκμάθησης, έχει διαπιστωθεί, ότι είναι δυνατόν να φθάσει σε πολύ εντυπωσιακό σημείο, με την συνεχή και συστηματική διανοητική και σωματική εξάσκηση.

Αποτελεί απαραίτητη ανάγκη για τους υπερήλικες να καταστρώνουν έγκαιρα σχέδια για το πως θα απασχοληθούν τον ελεύθερο χρόνο τους μετά την αποχώρησή τους από το επάγγελμα.

Η έλλειψη νέων ενδιαφερόντων στους διάφορους τομείς της ζωής, φθάνει να οδηγεί τον υπερήλικα στην τέλεια διανοητική στείρωση, που τον αναγκάζει να καταφεύγει σε τετριμένες και ανιαρές ενέργειες και συζητήσεις. Η πνευματική φτώχεια δε, καλλιεργεί την τάση να ανατρέχει συνέχεια στα περασμένα-ιδιαίτερα στα ευχάριστα περιστατικά- και να τρέφεται με την ανάμνησή τους.

Όπως οι λειτουργίες του πνεύματος, έτσι και του σώματος, είναι πολυποίκιλες. Πρέπει και αυτές να γυμνάζονται ισοδύναμα για να διατηρούνται ανθηρές.

Μια από τις ψυχικές ανάγκες τους ηλικιωμένου είναι και η ανάγκη για ψυχαγωγία. Είναι πραγματική ανάγκη γι' αυτόν να συμμετέχει σε ομαδικές εκδηλώσεις, να αναλαμβάνει κοινωνικοπνευματικές ευθύνες και να διατηρεί όσο γίνεται επαφή με τους νέους.

Από τις κυριότερες ψυχικές ανάγκες του ηλικιωμένου εί-

ναι να αισθάνονται τους οικείους τους, ψυχικά κοντά τους, γιατί όσο περνούν τα χρόνια τόσο η ανάγκη του συγγενικού δεσμού της συμπάθειας των άλλων, της επικοινωνίας καθώς και της συμμετοχής στις φροντίδες των άλλων γίνονται εντονότερες.

Φαίνεται πως με την πάροδο του χρόνου οι υπερήλικες αισθάνονται ακόμη μια άλλη ανάγκη, της σκέψης, του στοχασμού. Και αυτό όχι για να κάνουν προβλέψεις για τα «γεράματα» τους ή το τέλος της ζωής τους. Κάτι τέτοιο άλλωστε αποφεύγουν και να το συζητούν για να μην δημιουργούν γύρω τους στενόχωρη ατμόσφαιρα. Αλλά για να φιλοσοφήσουν ως προς τη σημασία της ζωής και της ζωής των άλλων. Με άλλα λόγια για να βρουν τα αίτια των πραγμάτων.

Ο ηλικιωμένος έχει πάνω απ'όλα την ανάγκη της στοργής της αγάπης, του χαμόγελου και της ευγενικής συμπεριφοράς απέναντί του. Ποθεί να νιώσει ότι δεν έχει λησμονηθεί και ότι του αναγνωρίζεται η προηγούμενη προσφορά του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

3α. Η Γεροντολογία ως επιστήμη

Από τους αρχαίους χρόνους οι άνθρωποι ερευνούν και αναζητούν διάφορα φάρμακα και τρόπους θεραπείας, από τα μαγικά φίλτρα, τις μαγανείες και τους εξορισμούς μέχρι και τα τελευταία επιστημονικά μέσα για να αναστέλλουν την αδυσώπητη επέλευση του φθοροποιού χρόνου, ο οποίος εξαφανίζει το σφρίγος, τη δράση και τέλος τη ζωή των ανθρώπων.

Κατά τους περασμένους αιώνες πολλές Μήδειες και Θάουστ προσπάθησαν να κατανικήσουν το θάνατο και να διατηρήσουν τη ποθητή νεότητα. Το πανάρχαιο και ανεπίτευκτο όραμα της κατάργησης των γηρατειών, κατόπιν πολλών προσπαθειών τελευταία, όπως φαίνεται θα καταστεί δυνατό να υπερνικηθεί από την επιστήμη, οι δε άνθρωποι χάρη στις προσπάθειες αυτές απενρίζουν ελπιδοφόρα το μέλλον, το οποίο θα τους δώσει τη δυνατότητα να διατηρήσουν τη νεανικότητα, το σφρίγος και τη μακροζωία. Είναι όμως αυτό δυνατό και κατορθωτό;

Το να διακηρύττουμε δογματικά ότι τα γηρατειά σί όλες τις περιπτώσεις της ζωής είναι σύμφωνα προς τους νόμους της φύσης είναι πράγμα το οποίο δείχνει αρκετή ημιμάθεια, αφού και σήμερα ακόμα ελάχιστους νόμους της φύσης γνωρίζουμε. Είναι πλάνη να πιστεύουμε ότι το παρελθόν πρέπει να αποτελεί απαράβατο κανόνα για ότι θα συμβεί στο μέλλον.

Οι γνώμες των ειδικών Γεροντολόγων σχετικά με τα γηρατειά είναι μάλλον ενθαρρυντικές. Γι' αυτό σήμερα οι επιστήμονες καταβάλλουν μεγάλες προσπάθειες για να καταλήξουν στο

ποθητό επίτευγμα της παράτασης της ζωής του ανθρώπου. Για την πραγματοποίηση όμως αυτού οι ασχολούμενοι με τα προβλήματα των γηρατειών, οπλισμένοι εκτός των άλλων και από το καταπληκτικό κίνητρο της πίστης και από το αξίωμα ότι «η θέληση είναι δύναμη» επιστρατεύουν όλη τους την πείρα, τα επιστημονικά και πνευματικά μέσα, για να πραγματοποιήσουν και να επιτύχουν την επιβράδυνση της επέλευσης των γηρατειών και της γεροντικής νοσηρότητας.

Στις προσπάθειες αυτές τίποτα δεν θεωρούν αδύνατο και ακατόρθωτο γι' αυτό με επιμονή, μεθοδικότητα και αποφασιστικότητα συνεχίζουν τις έρευνές τους για την επίτευξη της ευζωίας και μακροζωίας.

Η νεότητα και τα γηρατειά δεν πρέπει να εκλαμβάνονται αυστηρά σαν περίοδος ζωής αλλά και σαν ψυχικές καταστάσεις.

Πρέπει πάντοτε, προκειμένου για τα γηρατειά να σκεπτόμαστε ότι, ναι μεν το δέρμα κάνει ρυτίδες και χάνει την ελαστικότητά του, η ψυχή όμως μαραίνεται και παρακμάζει, όταν χάνει την δύναμη την ελπίδα και τον ενθουσιασμό της. Είμαστε νέοι όταν έχουμε πίστη και ελπίδες, γερνάμε όταν η ζωή είναι αμφίβολη, γεμάτη απελπισία, πικρία, απογοήτευση.

Στα παραπάνω οι δύσπιστοι και θετικιστές πιθανώς να απαντήσουν ότι όλα αυτά αποτελούν ονειροπολήσεις, αγνοώντας όμως πως η ύπαρξη της πίστης είναι συχνά γεννήτορες των απίστευτων θαυμάτων.

Η προστασία των γερόντων δεν είναι μόνο μια πανάρχαια και παναθρώπινη προσπάθεια, αλλά ταυτόχρονα και ένα βαθύ και πηγαίο ένστικτο, το οποίο απαντάται σ' όλα τα έμψυχα όντα.

Αυτό παρατήρησαν και διαπίστωσαν ο Αριστοτέλης, ο Αιλιανός κ.α., οι οποίοι αναφέρουν και χαρακτηριστικά παραδείγματα.

Οι πρόγονοί μας θεωρούσαν το σεβασμό και τα γηρατειά όχι απλώς σαν ηθικό χρέος αλλά και σαν την κυριότερη απόδειξη του ευγενούς και αγαθού ανθρώπου. Στις διάφορες εποχές και πολιτισμούς τα γηρατειά αποτέλεσαν αντικείμενο μέριμνας. Σε ορισμένους πρωτόγονους όμως λαούς π.χ. τους Εσκιμώους, οι γέροντες αντί άλλης μέριμνας εγκαταλείπονταν στην τύχη τους ή φονεύονταν όταν πλέον έφταναν στο σημείο να μην είναι ικανοί να αυτοεξυπηρετηθούν.

Στους Μαλαισίους επικρατούσε η συνήθεια να θάβουν ζωντανούς τους γέροντες επειδή ήταν ανίκανοι να εργάζονται. Αυτή δε η <<μέριμνα>> των πρωτόγονων λαών δεν θεωρείτο δείγμα σκληρότητας αλλά ζήτημα ανάγκης και ευθανασίας. Αντίθετα, σ' άλλους λαούς, οι γέροντες απολάμβαναν εξαιρετικές τιμές σαν αρχηγοί φυλών, θρησκευτικοί ηγέτες, θεραπευτές κλπ.

Σε μερικές φυλές της Αυστραλίας κυριαρχούσε συστηματικά η Γεροντοκρατία και κάθε άτομο της τρίτης ηλικίας ενέπνεε σεβασμό και φόβο.

Οι Αζτέκοι και οι Ίνκας είχαν θεσπίσει ένα υποτυπώδες σύστημα κοινωνικής προστασίας των γερόντων.

Στους Κινέζους ο σεβασμός και η τυφλή υπακοή προς τους γέροντες θεωρούνταν θρησκευτικό καθήκον. Οι Κινέζοι όπως αναφέρει η παράδοση είχαν ασχοληθεί ιδιαίτερα με τα προβλήματα των γερόντων είχαν επίσης διατυπώσει διάφορους κανόνες υγιεινής για την πρόληψη του γήρατος.

Πολλοί Έλληνες ιατροφιλόσοφοι ασχολήθηκαν επίσης με

τα γηρατειά και την παράταση της ζωής. Θεμελιωτής όμως των κανόνων των ειδικών προβλημάτων των γηρατειών, υπήρξε ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης και ο Γαληνός.

Απ' τα πρώτα γνωστά βιβλία της αρχαιότητας τα οποία διαπραγματεύονταν τα προβλήματα του γήρατος ήταν: το <<Περί γήρατος>> του Κιέρωνα στο οποίο επαναλαμβάνονταν κατά μεγάλο μέρος οι διδασκαλίες του Πυθαγόρα και του Ιπποκράτη.

Γενικά οι Αρχαίοι Ιατροφιλόσοφοι πίστευαν ότι τα γηρατειά οφείλονται κυρίως στηναπόλεια της θερμοκρασίας του σώματος συμβούλευαν δε για την αποκατάσταση αυτής, την καλή διατροφή, σωματικές ασκήσεις, χλιαρά λουτρά, μαλάξεις σώματος.

Ένας από τα πλέον ενδιαφέροντα βιβλία της παλαιάς εποχής γράφτηκε από τον AVICENNA το 1181 φέροντας τον τίτλο <<Γενικές σημειώσεις επί της διαίτης των γερόντων>>. Στο βιβλίο αυτό αναφέρονται πολλές παρατηρήσεις και κανόνες υγιεινής σχετικά με τα γηρατειά. Επίσης τονίζεται ο' αυτό ότι η χειρότερη εποχή του έτους για τους γέροντες είναι ο χειμώνας. Στην εκτίμηση αυτή συγκλίνουμε και σήμερα.

Άλλο παρόμοιο και ενδιαφέρον βιβλίο γράφτηκε κατά τους χρόνους της Αναγέννησης από τον ROGER BACOU φέροντας τον τίτλο <<Η θεραπεία του γήρατος και η διατήρηση της νεότητας>> στο οποίο αναφέρονται κυρίως οι γνώμες των Αρχαίων ελλήνων και Αράβων Ιατροφιλοσόφων.

Κατά το Μεσαίωνα η φιλοσοφία του γήρατος βασίζονταν σχεδόν απόλυτα στο μυστικισμό και στην Μαύρη Μαγεία.

Στα 1470 ο MARICIVIO MICINIS έγραψε ένα ενδιαφέρον βιβλίο στο οποίο διαπραγματεύονταν τους τρόπους, με τους

οποίους ήταν δυνατόν οι άνθρωποι να παρατείνουν τη ζωή τους, δίνοντας διάφορες συμβουλές.

Παρόμοιες συμβουλές για την παράταση της ζωής έδινε και ο CARNARO (1558) ο FRANCOTS RAUCHIN, ο SCHAKESPEAR κ.α.

Κατά τον 17ο και 18ο αιώνα γράφτηκαν και άλλα βιβλία που αναφέρονταν στα ίδια προβλήματα του γήρατος και κυρίως στην πρόληψη αυτού και την παράταση της ζωής. Όλα αυτά δεν πρόσθεσαν κάτι σημαντικό ή νεώτερο στις γνώσεις που υπήρχαν μέχρι εκείνη την εποχή.

Κατά το τέλος του 18ου αιώνα όταν η ιατρική και οι φυσικές επιστήμες απελευθερώθηκαν από τον στείρο δογματισμό, άρχισαν οι επιστήμονες να επωφελούνται από τα αποτελέσματα των διαφόρων επιστημονικών πειραμάτων και ν' αναπτύσσουν τις αντιλήψεις τους για τα διάφορα προβλήματα των γηρατειών επί επιστημονικών βάσεων: (FARBER, DYMANGE, GFEY κ.α.). Κατά τον 19ο αιώνα με τις προόδους της φυσιολογίας και παθολογίας, τα κλινικά ζητήματα που αφορούν τη Γεροντολογία τέθηκαν σε ακόμα επιστημονικότερες βάσεις και δημοσιεύθηκαν πολλά συγγράματα και εργασίες (<<Ασθένειες της προμεχωρημένης ηλικίας>>, <<Το γήρας>>, <<Επί των ασθενειών του γήρατος εν σχέσει προς την πληθωρικήν κατάστασιν>> κ.α.).

Κατά τον 20ο αιώνα και μέχρι στον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο δημοσιεύτηκαν βέβαια πολλές επιστημονικές εργασίες χωρίς όμως να αισθάνεται κανείς μέχρι τότε την ανάγκη για μια πιο σημαντική μελέτη και έρευνα αυτών των θεμάτων επειδή τα γηρατεία θεωρούνταν σαν φυσική εξέλιξη και δεν αποτελούσε σημαντικό παράγοντα από κοινωνικής και οικονομικής πλευράς.

Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο επειδή επήλθαν σημαντικές

μεταβολές στη σύνθεση των πληθυσμών από απόψεως ηλικίας άρχισε η συστηματική μελέτη και έρευνα των διαφόρων προβλημάτων της γεροντικής ηλικίας, ιδίως στις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης στις Η.Π.Α. και σε όλες σχεδόν τις πολιτισμένες χώρες.

Προς το σκοπό αυτό, μάλιστα, το ενδιαφέρον των λαών εκδηλώθηκε ζωηρότερα με την ίδρυση της <<Διεθνούς Οργανώσεως Γεροντολογίας>>, μεγάλων νοσηλευτικών γεροντολογικών ιδρυμάτων και ενστιτούτων έρευνας των γεροντικών προβλημάτων, Διεθνών Γεροντολογικών Συνεδρίων, Πανεπιστημιακών εδρών κλπ.

Γενικά σήμερα μπορούμε να πούμε ότι παρατηρείται <<Διεθνής Οργανισμός και αρμονική συνεργασία>> για την έρευνα και προαγωγή των προβλημάτων της γεροντικής ηλικίας από επιστημονικής, κοινωνικής και οικονομικής πλευράς.

Ειδικότερα οι έρευνες των νεώτερων γεροντολόγων στρέφονται κυρίως στον καθορισμό της αιτιολογίας, την πρόληψη των γηρατειών και των νοσημάτων που τα συνοδεύουν, τη διατήρηση της ζωτικότητας και των πνευματικών δυνάμεων του ανθρώπου.

3β. Γεροντολογική Νοσηλευτική

Η φιλοσοφία της Γεροντολογικής νοσηλευτικής αποβλέπει στη συμβολή της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης στην αναστολή ή στην επιβράδυνση της διεργασίας του γήρατος που αποτελεί συνεχιζόμενο φαινόμενο της ζωής και στη μετάγγιση ζωής, δηλαδή νοήματος και χαράς στα ώριμα χρόνια της ζωής

του ανθρώπου.

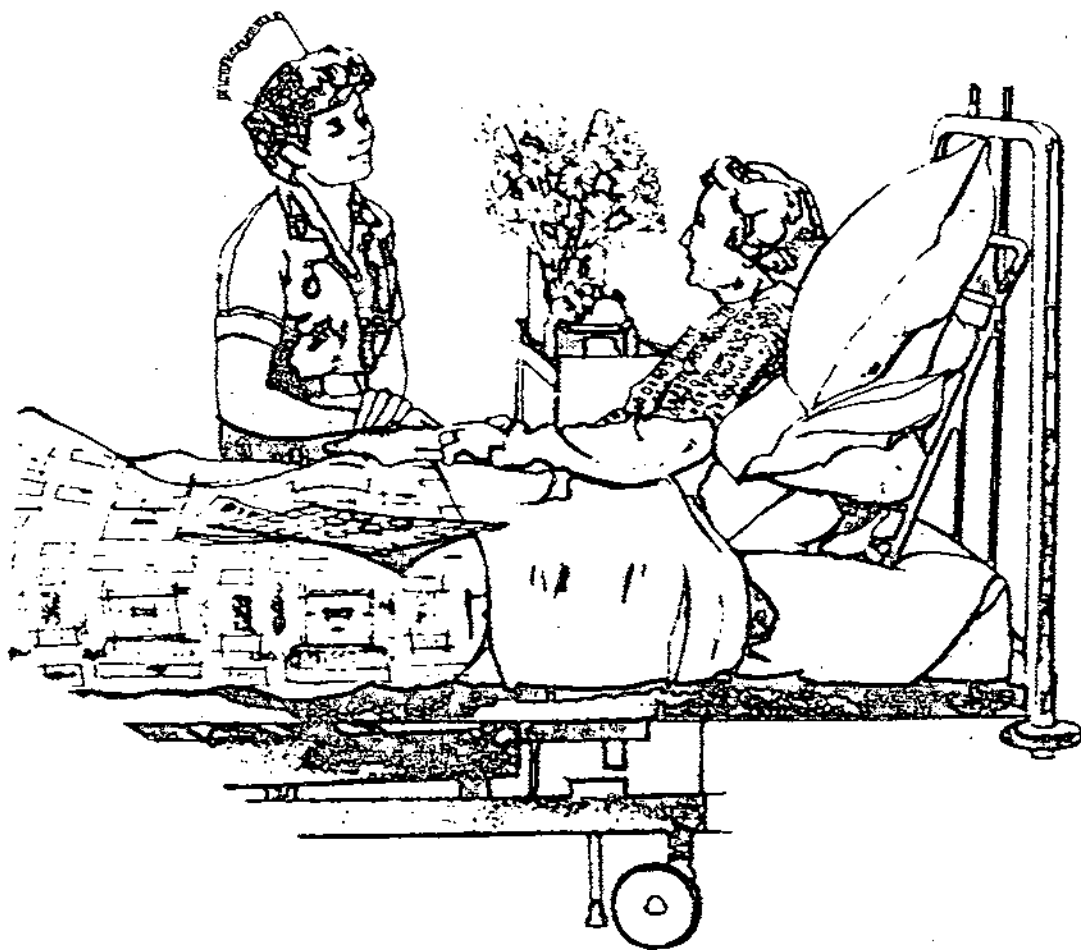
Η φιλοσοφία της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής υλοποιείται με την πιο κάτω προσφορά της νοσηλεύτριας προς τον υπερήλικα

Διατήρηση της ανεξαρτησίας και Ενίσχυση της Αυτοφροντίδας του Ηλικιωμένου Ατόμου

Πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθεί πως για το ηλικιωμένο άτομο η αυτοφροντίδα δεν απέχει και πολύ από την αυτοπαραμέληση, προς την οποία έχει αξιόλογη ροπή, και πως βασική προϋπόθεση να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος στο σπίτι του είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας του και της αυτοφροντίδας του σε ικανοποιητικό βαθμό.

Βασικός στόχος της νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα, η οποία πρέπει πάντοτε να εξατομικεύεται, είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας του στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό και η ενίσχυση της αυτοφροντίδας με σκοπό όχι μόνο να διατηρηθεί στη ζωή, αλλά και να ζει τη ζωή, δηλαδή να είναι γερός, σε κατάσταση ευεξίας και ικανοποιημένος από τη ζωή. Η εξατομικεύση της βοήθειας συντελεί στην ανάπτυξη επικοινωνιακών διαπροσωπικών σχέσεων που προσφέρουν στον υπερήλικα ευκαιρίες και κίνητρα για να αναπτύξει και πάλι δραστηριότητες, συνεργασία, επικοινωνία, αλλά και έλεγχο της πραγματικότητας. Η συνεχής επικοινωνία που εξασφαλίζεται με την εξατομικεύση της νοσηλευτικής φροντίδας στον υπερήλικα προλαμβάνει την ψυχική ατροφία η οποία είναι μια μορφή εκφύλισης και θανάτου.

Στην προσπάθεια αυτή ο νοσηλευτής-τρια βοηθείται και



Η ζεστή, εγκάρδια και γεμάτη ενδιαφέρον επαφή με τον άρρωστο υπερήλικα αποτελεί την πιο θετική βοήθεια σ' αυτόν.

από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, Κρατικής, Εκκλησιαστικής και ιδιωτικής πρωτοβουλίας, τις οποίες και θέτει στη διάθεση των ηλικιωμένων.

Ο νοσηλευτής-τρια στη προστατευτική φροντίδα που προσφέρει στον υπερήλικα προσπαθεί να τον διατηρήσει σε υγιή κατάσταση, λειτουργική ικανότητα και να του μεταγγίσει νόημα και περιεχόμενο για τη ζωή με,

1. Τη δημιουργία θετικής στάσης προς το γήρας.
2. Την υποκίνηση θετικών αισθημάτων για την υγεία του
3. Την εκπαίδευση που θα συμβάλλει στην διατήρηση της υγείας του
5. Την κατανόηση της ανάγκης για περιοδική αξιολόγηση της υγείας, για την πρόληψη της αρρώστιας και την παρεμπόδιση της φθοράς της υπάρχουσας κατάστασης
5. Την προσφορά ανάλογης βοήθειας για την πρόληψη ατυχημάτων
6. Την χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, τόσο για θεραπεία όσο και για αποκατάσταση
7. Την προστασία των ατόμων από μεταδοτικά νοσήματα με ανάλογους εμβολιασμούς (ιδιαίτερα κατά της γρίπης)
8. Την ενίσχυση της κοινωνικοποίησης για την παρεμπόδιση της διανοητικής αναπηρίας και της κατάθλιψης και τη διατήρηση ενδιαφέροντος για τη ζωή
9. Τον προγραμματισμό συστηματικών επισκέψεων από κάποιον της ομάδας υγείας (νοσηλευτής-τρια, κοινωνική λειτουργός, οικιακή βοηθός κ.α.) σε άτομα ηλικίας πάνω από 70 χρόνων που ζουν μόνα τους
10. Τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών που είναι στη διάθεση του υπε-

ρήλικα (π.χ. διαγνωστικά κέντρα, προγράμματα φροντίδας στο σπίτι, υπηρεσίες οικιακής βοήθειας, υπηρεσία γευμάτων, φιλικό επισκέπτες, ημερήσια κέντρα, υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής, θετοί παπούδες και γιαγιάδες κ.α.).

11. Την μετάδοση σ' αυτόν του ενδιαφέροντος, της αγάπης, του σεβασμού και της κατανόησής της.

Εκείνο όμως που αναστέλλει την ανεξαρτησία και αυτοφροντίδα του υπερήλικα είναι η ψυχική παλινδρόμηση.

Η συμπεριφορά ψυχικής παλινδρόμησης στην παιδική ηλικία περιορίζει την ανεξαρτησία και την αυτοφροντίδα του υπερήλικα. Η συμπεριφορά αυτή συνήθως αποτελεί αντίδραση σε αρρώστεια σωματική ή ψυχική, αλλά και αντίδραση σε κάθε κρίση και απειλή που αντιμετωπίζει το κάθε άτομο, έχει δε σχέση με την δυνατότητα του ατόμου να διατηρήσει ψυχική ισορροπία.

Η ψυχική παλινδρόμηση εκδηλώνεται με ποικιλία μορφών, όπως απόλυτο εγωκεντρισμό, τέλεια εξάρτηση από τους άλλους (επιστροφή στην παιδική ηλικία), τέλεια απάθεια, απομόνωση και αποξένωση από τον έξω κόσμο. Εάν η παλινδρόμηση δεν αντιμετωπισθεί σωστά, μπορεί να οδηγήσει βαθμιαία στην αποδυνάμωση της προσωπικότητάς του.

Ποιά είναι η σωστή νοσηλευτική προσέγγιση του ατόμου αυτού; Πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ενήλικας ή σαν παιδί; Η απάντηση είναι θετική στην πρώτη περίπτωση. Δηλαδή, το άτομο που βρίσκεται σε κατάσταση παλινδρόμησης στην παιδική ηλικία, πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ενήλικας. Η αντίθετη αντιμετώπιση οδηγεί σε μεγαλύτερη παλινδρόμηση, γιατί μεγαλώνει την εξάρτηση και εξαλείφει την αυτοπεποίθηση, υ-

χυροποιεί τα λανθασμένα αισθήματα, αδυναμίες και υποσκάπτει τα στοιχεία της δύναμης και της αξιοπρέπειας του ενήλικα που έχουν απομείνει (JAEGER AND SIMMONS 1970). Όλα τα παραπάνω με την προϋπόθεση ότι δεν θα παραλείπεται ευκαιρία να εκδηλώνεται προς αυτούς η στοργή και το ενδιαφέρον μας που τόσο έχουν ανάγκη.

Νοσηλευτικά μέτρα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την πρόληψη της παλινδρόμησης και την διατήρηση της ανεξαρτησίας και αυτοφροντίδας είναι τα ακόλουθα:

Η νοσηλεύτρια-της,

1. Βοηθάει τον υπερήλικα να παραμείνει το πρόσωπο αξίας
2. Δημιουργεί ερεθίσματα για σωματική και ψυχική δραστηριότητα
3. Εμπνέει θάρρος, αυτοεξυπηρέτηση, ανεξαρτησία στα όρια των ικανοτήτων της (RUDD 1952)
4. Βοηθάει την οικογένειά του ή το περιβάλλον του να κατανοήσουν την ανάγκη εφαρμογής των πιο πάνω μέτρων και να συνειδητοποιήσουν και την προσωπική τους ευθύνη στην πρόληψη της παλινδρόμησης και διατήρηση της ανεξαρτησίας και αυτοφροντίδας του.

Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να γνωρίζει και να κατανοεί την κρίση που περνάει ο υπερήλικας στη περίοδο της συνταξιοδότησης ή στο θάνατό του ή της συζύγου του, σε μετακίνηση από την μονοκατοικία επαρχιακής πόλης ή χωριού στο διαμέρισμα πολυκατοικίας κ.α. Επίσης ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να γνωρίζει πως οι πιο πάνω καταστάσεις έντονης κρίσης, που τις περισσότερες φορές είναι υπεύθυνες για την ψυχική παλινδρόμηση του ατόμου, μπορούν να προληφθούν με την εφαρμογή των μέ-

τρων που ήδη αναφέρθηκαν.

Διαφώτιση

Είναι γνωστό από μελέτες πως μεγάλο μέρος της κοινωνίας, με τη σύγχρονη δομή της, φοβούνται τις βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που εμφανίζονται στη διεργασία της ενηλικίωσης. Γι' αυτό είναι ιδιαίτερη ανάγκη η διαφώτιση και η ενημέρωση του πληθυσμού, σε εθνικό επίπεδο για (α) τις βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που υφίσταται το άτομο σε μια πορεία φυσιολογικού γήρατος, (β) την ενηλικίωση και τις δυνατότητες που έχει το άτομο στη διάθεσή του, για την πρόληψη του <<γήρατος νόσου>>, (γ) τον περιορισμό ή την πρόληψη των αναπηριών από το γήρας, (δ) τις δυνατότητες αποκατάστασης των αναπήρων.

Το εξειδικευμένο στα πιο πάνω θέματα νοσηλευτικό προσωπικό που έχει την ευθύνη της ενημέρωσης των μελλοντικών υπερηλίκων θα προετοιμάσει τα άτομα για να αποδεχθούν την ενηλικίωση σαν μια επιτυχία.

Ο VON MONAKOW στα 80 του χρόνια βεβαίωνε πως μόνο το γήρας του πρόσφερε όλη την πληρότητα της <<ψυχολικής του ορχήστρας>>.

Ο προγραμματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού στον τομέα της διαφώτισης των ηλικιωμένων ατόμων της κοινότητας, αλλά και του περιβάλλοντος στο οποίο ζουν περιλαμβάνει τα πιο κάτω,

1. Προαγωγή και διατήρηση της υγείας
2. Πρόληψη ανικανότητας
3. Διδασκαλία του υπερήλικα και της οικογένειάς του για ενίσχυση της αυτοφροντίδας του.

Το νοσηλευτικό προσωπικό καταβάλλει προσπάθεια για τη δημιουργία ατμόσφαιρας μάθησης, γιατί γνωρίζει πως συναισθηματικοί και βιολογικοί παράγοντες, παράλληλα με την ενηλικίωση, μπορεί να παρεμποδίσουν μερικές φορές την γρήγορη αλλά και ικανοποιητική μάθηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

4.1 Ο υπερήλικας στο Νοσοκομείο - Νοσηλευτική παρέμβαση

Η προδιάθεση για αρρώστια είναι αυξημένη κατά την γεροντική ηλικία και αυτό λόγω της ελάττωσης της αντίστασης του οργανισμού των γερόντων της ελάττωσης της λειτουργικής ικανότητας των οργάνων κλπ. Γι' αυτό το ποσοστό των ασθενών πάνω από 65 χρόνων στα νοσοκομεία είναι μεγαλύτερο από τις άλλες ηλικίες.

Ο υπερήλικας εισάγεται στο νοσοκομείο με τα προβλήματα κι τις δυσκολίες της ηλικίας του (μόνωση, απώλεια της κοινωνικής θέσης, ανάμνηση του παρελθόντος, εσωστρέφεια, ανασφάλεια). Ο σύνδεσμος με τους δικούς του, καθώς και η αγάπη και κατανόηση του νοσηλευτή/τριας θα βοηθήσουν να περάσει τις δυσκολίες του. Νοιώθει έντονη την ανάγκη της παρουσίας των δικών του, καθετί που έχει σχέση με το σπίτι, τους δικούς του είναι πολύτιμο και θέλει να το κρατήσει. Γι' αυτό πολλές φορές, θέλει να κρατήσει κάτι που του έφεραν, έστω κι αν είναι χαλασμένο, π.χ. δεν θέλει να πεταχτούν τα λουλούδια που του θυμίζουν την αγάπη των δικών του.

Αλλά και οι κανονισμοί του νοσοκομείου για τις τακτές ώρες επισκέψεως πρέπει να επιτρέπουν ελαστικότερα όρια για τους συγγενείς των υπερηλίκων. Σκοπός είναι πάντοτε η διατήρηση του δεσμού του ασθενούς με την οικογένειά του και τους φίλους του.

Αν η εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελεί λύση εκλογής, τότε η νοσηλευτική φροντίδα επιδιώκει:

- α. Την προστασία του ηλικιωμένου από τα ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται από την σωματική ασθένεια και το ιατρικό περιβάλλον
- β. Την τόνωση και προστασία του ηλικιωμένου, δίνοντας έμφαση στις αξίες της ζωής που δεν σταματά όταν αρχίζουν τα γηρατειά.

Η ασθένεια και η περίθαλψη στο νοσοκομείο επιβάλλουν στον υπερήλικα έναν τρόπο ζωής εξαρτημένου. Μια εξάρτηση πολυπρόσωπη. Εξάρτηση από το γιατρό, που όχι σπάνια δημιουργεί μια σχέση υπεροχής, εξάρτηση από τις απαιτήσεις της ίδιας της ασθένειας, που συνήθως επιβάλλει πλήρη αλλαγή των συνηθειών της ζωής. Η βοήθεια των άλλων είναι απαραίτητη ακόμα και για την προσωπική φροντίδα που στο παρελθόν ήταν αυτονόητη.

Το κλίμα αυτό μπορεί να προκαλέσει ψυχολογική πάλη και να οδηγήσει σε απομάκρυνση από τα κοινωνικά του ενδιαφέροντα, με αποτέλεσμα τον εγωκεντρισμό και την ψυχολογική παλινδρόμηση. Και παλινδρόμηση είναι η <<διεργασία>> ανακούφισης του άγχους ή φυγής από την ψυχολογική ένταση (STRESS) με την επιστροφή στις σκέψεις και τα συναισθήματα δηλ. στη συμπεριφορά που αποδείχτηκε επιτυχής στην <<προηγούμενη ζωή>>.

Η παλινδρόμηση εμφανίζεται ποικιλότροπα σαν απόλυτος εγωκεντρισμός, απόλυτη εξάρτηση από τους άλλους, πλήρη απάθεια, απομόνωση ή αποξένωση από το περιβάλλον. Η εξάρτηση πάλι συμβαίνει συχνότερα σε συνθήκες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης, που ευνοεί την αποδιοργάνωση της ανθρώπινης προσωπι-

κότητας των ασθενών οι οποίοι πάσχουν από χρόνιες παθήσεις.

Η διατήρηση στενής διαπροσωπικής σχέσης συμβαδίζει με την καλή ψυχική υγεία και το αιμαίο ηθικό. Η οικογενειακή και κοινωνική απομόνωση είναι πρόδρομο ψυχικών προβλημάτων που σε συνδυασμό με ταυτόχρονα σωματικά προβλήματα, οδηγούν τον ασθενή σε αποκοπή από τον οικογενειακό περίγυρο.

Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να εκδηλώνει θερμό και ειλικρινές ενδιαφέρον για τον άρρωστο σαν εξατομικευμένη προσωπικότητα και να τον βοηθήσει ώστε να συνειδητοποιήσει και ο ίδιος τις δυνατότητες που έχουν απομείνει. Υπερβολική εξάρτηση και παλινδρόμηση του ηλικιωμένου μπορεί να προληφθεί με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα. Νοσηλευτικές κλινικές μελέτες έδειξαν ότι η εξειδικευμένη για κάθε ασθενή νοσηλεία επηρεάζει ευνοϊκά το επίπεδο προσανατολισμού και τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης.

Περιβάλλον που δημιουργεί ευκαιρία για καλλιέργεια διαπροσωπικών σχέσεων μπορεί να προκαλέσει θετική βιοψυχοκοινωνική ανάπτυξη. Νοσηλεία χωρίς σταθερότητα επαφής κινδυνεύει ν'αποβεί κοινωνική και απρόσωπη παρά θεραπευτική.

Κανόνες Καλής Νοσηλευτικής Φροντίδας Υπέρηλικων

Όπως αναφέρθηκε ένας άλλος σπουδαίος παράγοντας της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ικανότητα του νοσηλευτή/τριας να επικοινωνεί κατάλληλα με τον ασθενή γέροντα. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να γνωρίζει τι θα ακούει και τι πληροφορίες χρειάζεται να πάρει για να βελτιώσει τη νοσηλευτική φροντίδα.

Πρώτα απ'όλα πρέπει με τη βοήθεια των συγγενών, του γιατρού και των φίλων να γνωρίσει την προσωπικότητα, τις δραστηριότητες, τις επιθυμίες και τις διάφορες ανάγκες του ασθενή (σωματικές και ψυχολογικές). Βέβαια η νόσος επηρεάζει το χαρακτήρα του ασθενή αλλά δεν τον αλλάζει και επομένως οι πληροφορίες του παρελθόντος θα βοηθήσουν στην κατανόηση της παρούσας κατάστασης. Το αίσθημα ασφάλειας, το οποίο μπορεί να αναπτυχθεί από μια καλή επικοινωνία, αποτελεί πρωταρχική ανάγκη του υπερήλικα ασθενή.

Η συμβολή των συγγενών στην θεραπεία του ασθενή εξαρτάται από τον σύνδεσμο και την επαφή τους μ'αυτόν. Ο νοσηλευτής/τρια με την παρατηρητικότητα, μπορεί ν'ανακαλύψει τη σχέση μεταξύ των μελών της οικογένειας και του ασθενή. Η θέση του υπερήλικα στην οικογένεια γίνεται φανερή από τις επισκέψεις και τον τρόπο παροχής βοήθειας στον ασθενή π.χ, συναισθήματα τα οποία αντανακλούν στα πρόσωπα αντικρύζοντας ο ένας τον άλλον, ο τρόπος με τον οποίο βοηθούν τον ασθενή να φάει, ο τόνος ή ο τρόπος με τον οποίο συζητούν μαζί του κ.α. δείχνουν το βαθμό της αγάπης τους. Για να διατηρηθεί σταθερή η επικοινωνία και η υποστήριξη του υπερήλικα, απαιτείται μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο νοσηλευτής/τρια όταν εργάζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε τμήμα υπερηλικίων μαθαίνει πολλά γι'αυτούς και μπορεί να προσφέρει πολλά.

Ασθενείς χωρίς συγγενείς

Ιδιαίτερη φροντίδα πρέπει να παρέχεται στους ασθενείς αυτούς χωρίς βέβαια να δημιουργείται ζηλοτυπία στους άλλους. Ενδιαφέρον σε μικρά πράγματα καθώς και ένα θερμό πλησίασμα

είναι δυνατόν να δημιουργήσουν ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και ο ασθενής να βρει στήριγμα και ν'απαλλαγεί από τα δυσάρεστα αποτελέσματα του αισθήματος της μοναξιάς. Ακόμα τους ασθενείς αυτούς ο νοσηλευτής/τρια συστήνει σε κυρίες οι οποίες εθελοντικά επισκέπτονται ασθενείς στα νοσοκομεία μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Έτσι ο ασθενής περιμένει τον επισκέπτη του σε συχνά χρονικά διαστήματα, πράγμα το οποίο βοηθάει ψυχολογικά τον ίδιο.

Επισκέψεις παιδιών σε υπερήλικες

Οι ωφέλειες, οι οποίες προέρχονται από την επίσκεψη των παιδιών είναι δύσκολο να περιγραφούν. Φαίνεται, οι πολλές ομοιότητες και οι πολλές αντιθέσεις δημιουργούν σημείο επαφής των δύο ηλικιών και ευχάριστη ατμόσφαιρα. Γι'αυτό ενθαρρύνονται οι συχνές επισκέψεις των παιδιών. Ακόμα, έχει παρατηρηθεί ότι το νέο σε ηλικία προσωπικό έχει καλύτερη επαφή με τους υπερήλικες. Οι νέοι άνθρωποι εμπνέουν την ελπίδα.

Α. Προσέγγιση Υπερήλικα αρρώστου. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να παρουσιάζει απλά και να διατηρεί την αξιοπρέπεια του ασθενή φωνάζοντάς τον με το όνομά του. Να μην του μιλάει στον ενικό και να μην προσπαθεί να κρύψει τυχόν αμηχανία του με κοροϊδευτική στάση ή με υπεροπτική αλαζονική συμπεριφορά ή και υπερβολική οικειότητα.

Να ακούει με προσοχή, σημαίνει ότι πρέπει να αφιερώσει χρόνο.

Όλοι οι ασθενείς έχουν ανάγκη να εκφραστούν. Οι ηλικιωμένοι επαναλαμβάνουν τα ίδια, χάνονται στις λεπτομέρειες

ξεχνώντας άλλα σημαντικά.

Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να κατατοπίζει χωρίς βία, χωρίς να θέτει ωμές ερωτήσεις και χωρίς να απαιτεί άμεσες και ακριβείς απαντήσεις. Η πρώτη προφορική επαφή είναι πάντα ατελής και αυτό πρέπει να το γνωρίζει.

Να καθισχύαζει το περιβάλλον του, που έχει έως απαισιόδοξη γνώμη για την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο και τη θεωρεί συχνά τελειωτική, να εξηγεί σε τι συνίσταται η κλινική εξέταση και οι συμπληρωματικές εξετάσεις. Αν οι ασθενείς δεν ξέρουν τι τους έχει συμβεί, είναι γιατί δεν θέλησαν να τους εξηγήσουν. Η συζήτηση πρέπει να γίνεται με τακτ και να δείχνεται το ανάλογο ενδιαφέρον.

B. Προσέγγιση Υπερηλίκων Με προβλήματα

α) Ακοής: Ο νοσηλευτής/τρια για να προσεγγίσει τον άρρωστο με προβλήματα ακοής πρέπει αρχικά να έχει υπόψιν του ότι τα άτομα αυτά τραυματίζονται ψυχικά από την απομόνωσή τους. Έτσι, πρέπει να καθήσει αντικρυστά με τον ασθενή για να τον διευκολύνει να διαβάσει τα χείλη του/της.

Να εκφράζεται με σοβαρή κανονική φωνή, αργά, και με καλή άρθρωση.

Να μην μιλάει ποτέ δυνατά γιατί ο ασθενής το αντιλαμβάνεται, οργίζεται και παύει να έχει ενδιαφέρον για τη συζήτηση. Έμφαση επίσης πρέπει να δίνεται και στις χειρονομίες, οι οποίες βοηθούν όταν είναι εκφραστικές.

Σε τελευταία ανάγκη, όταν η επικοινωνία με τον υπερήλικα είναι αδύνατη, καλό είναι ο νοσηλευτής/τρια να επικοινωνεί μαζί του γραπτώς

β) Καταιλίσεις: Οι εσχάρες προκαλούνται στα ηλικιωμένα άτομα

που νοσηλεύονται στο Νοσοκομείο, όταν λείπει το αναγκαίο Νοσηλευτικό προσωπικό που θα τους αλλάξει θέση στο κρεβάτι, θα τους σηκώσει και θα τους αλλάζει τακτικά. Σίενα ακίνητο και υποσιτιζόμενο ασθενή η στήριξη δεν γίνεται σε όλη την επιφάνεια του σώματος αλλά σε ορισμένα σημεία: πτέρνες, ιερό οστούν, ή τροχαντήρες και σφυρά. Η παρατεταμένη αυτή πίεση στα παραπάνω σημεία προκαλεί τοπική ισχαιμία που εκδηλώνεται με την απώλεια της επιλογής αισθήσεως, το οίδημα και ερύθημα. Η εξέλιξη των περιοχών αυτών ευνοείται από την διαβροχή του δέρματος από τον ιδρώτα και τις απώλειες ούρων και κοπράνων. Η τοπική μόλυνση οδηγεί στη βαθύτερη νέκρωση, στη γάγγραινα, την οστεΐτιδα και τη σηψαιμία.

Ο νοσηλευτής/τρια να φροντίζει για την διατήρηση του δέρματος ξηρού και στεγνού - στην ανάγκη τοποθετείται μόνιμος καθετήρας που θα μένει κλειστός, ώστε να είναι δυνατή η εκκένωση της κύστης σε τακτές ώρες. Κυρίως όμως φροντίζει για την αλλαγή των σεντονιών μόλις λερωθούν. Ακόμα φροντίζει για τη διακοπή της παρατεταμένης στήριξης στα ίδια σημεία, που επιτυγχάνεται με τη στροφή του αρρώστου κατά 90° κάθε 3 ώρες σε όλη την περίοδο της κατάκλισής του. Η χρησιμοποίηση ειδικών στρωμάτων κατά των κατακλίσεων δεν απαλλάσσει από την ανάγκη αλλαγής της θέσης του αρρώστου.

Καλό είναι να γίνεται έντονη μάζαξη (μασάζ) των απειλούμενων περιοχών για να διατηρηθεί καλή κυκλοφορία. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να θυμάται ότι η παραμέληση αυτών των καθηκόντων προκαλεί τις εσχάρες εμποδίζει την epούλωσή τους και μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο.

Πρόληψη των κακών στάσεων

Και πάλι ο νοσηλευτής/τρια καλείται να γνωρίζει ότι η ακινητοποίηση σε κακή στάση, συνεπάγεται ταχεία καθήλωση σ' αυτή, του κατακεκλιμένου ηλικιωμένου ασθενή. Ακολουθούν αρθρικές παραμορφώσεις, επώδυνες και αντιαισθητικές, που δυσχεραίνουν την κινητική λειτουργία μέχρι πλήρη ανικανότητα. Γι' αυτό πρέπει να τοποθετείται άνετα ο ασθενής στο κρεβάτι απ' την πρώτη μέρα. Συγκεκριμένα τα ισχία να τοποθετούνται σε έκταση χωρίς καμιά στροφή, τα γόνατα σε έκταση και το άκρο πόδι σε ορθή γωνία (προς αποφυγή λιποποδίας). Ο κορμός τοποθετείται τελείως επίπεδος χωρίς κύρτωση, ενώ οι βραχίονες σε ελαφριά έκταση, οι αγκώνες σε ημικιάμψη, ο καρπός σε ελαφρά έκταση και η άκρα χείρα σε λειτουργική θέση. Μέλημα του νοσηλευτή/τριας είναι να χρησιμοποιήσει το κατάλληλο υλικό, όπως στρώμα κανονικό, αρκετά στερεό, ειδικό κατά των κατακλίσεων, στεφάνη στα πόδια του ασθενή που θα υποβαστάζει το βάρος των κλινοσκεπασμάτων, μαξιλάρια που θα βοηθούν στην διατήρηση των φυσιολογικών στάσεων. Τέλος, πρέπει να φροντίζει για την ανύψωση κινητικότητας και του εύρους των κινήσεων με κινηματοποιήσεις: παθητικές με μεγάλη προσοχή αν ο ασθενής είναι σε κώμα, αδιάφορος ή παράλυτος. Ακολουθούν οι ευεργετικές βοηθούμενες και ύστερα οι ενεργητικές. Οι κινηματοποιήσεις αυτές πρέπει να γίνονται 2 φορές την ημέρα, αργά, άρθρωση προς άρθρωση στο μέγιστο εύρος, ήπια χωρίς τραυματισμούς και συγκρατώντας τις μεγάλες αρθρώσεις.

Πρόληψη της αφυδάτωσης των Ηλικιωμένων

Το ποσοστό 60-70% ύδατος του οργανισμού του ενήλικα ελαττώνεται, για να φτάσει στο 50% στο φυσιολογικό ηλικιω-

μένο άτομο. Η αφυδάτωση στον ηλικιωμένο ασθενή είναι ο μεγαλύτερος και σταθερός κίνδυνος των εμπύρετων παθήσεων, των διαρροϊών και των μεγάλων εμμέτων, του κόματος και κάθε εξασθένισης. Η αξιολόγηση της αφυδάτωσης κατά την διάρκεια μιας νόσου είναι δυνατόν να γίνει με την καθημερινή μέτρηση του βάρους και τον υπολογισμό των προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.

Χειρουργική Νοσηλευτική

A. Προεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Η ψυχολογική κατάσταση του υπερήλικα παίζει σπουδαίο ρόλο στην επιτυχία της επέμβασης και στην ομαλή εξέλιξη της νόσου. Προεγχειρητικά απαιτείται ο πλήρης κλινικός, εργαστηριακός και ακτινολογικός έλεγχος.

Επίσης, η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια σε θερμίδες, κυρίως δε σε πρωτεΐνες και βιταμίνες. Εάν παραστεί ανάγκη ενισχύσεως με φάρμακα, ορρούς και μεταγγίσεις. Επιπλέον γίνονται όλες οι απαραίτητες -γνωστές σε μας- προεγχειρητικές νοσηλευτικές φροντίδες.

B. Διεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα

Και να ο υπερήλικας τοποθετήθηκε σ'ένα φορέο, μεταφέρθηκε μέσα από μεγάλους διαδρόμους, μπήκε και βγήκε στο μεγάλο ασανσέρ και τώρα περνάει από το γνωστό κόσμο, σ'ένα άγνωστο, τον κόσμο του χειρουργείου.

Οι οδοντοστοιχειές του, τα γυαλιά του, τα ακουστικά του, το ρολόι του, το δακτυλίδι του, ένα κομμάτι του εαυτού του έχει μείνει πίσω. Ο ηλικιωμένος ζει ακόμη μια επώδυνη εμπειρία. Βρίσκεται σ'ένα χώρο που από τη φύση του, κομμα-

τιάζει την συνολικότητα του ατόμου και παραδίνει το σώμα του, στην άσηπτη χειρουργική τεχνική.

Υπάρχει όμως περιθώριο για νοσηλευτική φροντίδα, σ' αυτό τον ψυχρό χώρο που καλείται χειρουργείο. Οι περισσότεροι ισχυρίζονται πως η νοσηλευτική σ' αυτό το χώρο είναι έργο χειρωνακτικό, εξαντλητικό μιν, αλλά έργο ρουτίνας. Ο χειρουργημένος υπερήλικας παρουσιάζει μια δραματική επικαιρότητα.

Ένα μεγάλο ποσοστό του καθημερινού προγράμματος του χειρουργείου είναι άτομα τρίτης ηλικίας, γιατί η μεγάλη ηλικία έπαψε πια να αποτελεί χειρουργική αντένδειξη. Στους ώμους του νοσηλευτή/τριας του χειρουργείου πέφτει εξ ολοκλήρου το βάρος της ευθύνης μιας και η απρόσωπη χειρουργική αποκατάσταση πρέπει να γίνει προσωπικό ενδιαφέρον για την αποκατάσταση των προβλημάτων του υπερήλικα. Η μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται στην άμεση νοσηλευτική φροντίδα. Αποτελεί καθήκον μας η συστηματική προσπάθεια για διερεύνηση, συλλογή και ερμηνεία όλων των πληροφοριών που είναι απαραίτητες για την δημιουργική προσέγγιση των αναγκών που προκύπτουν. Οι πληροφορίες που απαιτούνται για μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση του ηλικιωμένου, πρέπει να αναφέρονται στην εκτίμηση φυσικών, βιολογικών, σωματικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών αναγκών, γιατί όλες παίζουν το ρόλο τους στην ισορροπία και αποκατάσταση του ασθενούς.

Γι' αυτό ο νοσηλευτής/τρια του χειρουργείου πρέπει να διαθέτει νοσηλευτική κριτική σκέψη και επιστημονικές γνώσεις και να έχει την ικανότητα να προσαρμόζει και να εξατομικεύει την νοσηλευτική φροντίδα.

Γ. Νάρκωση στον Υπερήλικα

Το είδος της νάρκωσης και του αναισθητικού καθώς και οι δόσεις του εξαρτώνται από την κατάσταση και την ευαισθησία του οργανισμού καθώς και από την διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης. Γι' αυτό επιβάλλεται καλή τεχνική και μεγάλη προσοχή στη χορήγηση αναισθησίας.

Δ. Μετεγχειρητική Φρονίδα

Ο κίνδυνος των επιπλοκών είναι μεγαλύτερος στους υπερήλικες. Όπως έχει διαπιστωθεί το 70% περίπου των ατόμων που πέθαναν από πνευμονική εμβολή μετεγχειρητικά, ήταν άνω των 60 ετών. Για να προλάβουμε εμείς τις μετεγχειρητικές επιπλοκές συνιστούμε κινήσεις στο κρεβάτι καθώς και πρόωμη έγερση.

Επειδή μετεγχειρητικώς, λόγω ανορεξίας, παρουσιάζονται προβλήματα διατροφής χορηγούνται ορροί, βιταμίνες, πρωτεϊνικές ουσίες κλπ. ακόμη, η ενίσχυση του οργανισμού είναι απαραίτητη γιατί τα τραύματα γενικά αργούν να επουλωθούν και έτσι έχουμε μόλυνσή τους. Γι' αυτό και τα ράμματα του δέρματος αφαιρούνται μετά από πολλές μέρες. Τέλος, η ανάρρωση του υπερήλικα απαιτεί περισσότερο χρόνο απ' ότι ενός νέου.

4.2 Κλειστή ιδρυματική περίθαλψη

4.2.α Ιστορική εξέλιξη της κλειστής - Ιδρυματικής περίθαλψης των ηλικιωμένων

Ιστορική Αναδρομή

Η άσκηση της Κοινωνικής Πρόνοιας στην Γεροντική Ηλικία εμφανίζεται κατ' αρχήν στο Βυζάντιο και συνεχίζεται στο Μεσαίωνα.

Νωρίτερα απ' αυτή την χρονική περίοδο λόγω της πατριαρχικής μορφής της οικογένειας, οι υπερήλικοι περιθάλπονται μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον (δηλαδή αυτοί μεν οι οποίοι έχουν παιδιά από τα παιδιά τους, αυτοί δε οι οποίοι ήταν άκληροι από το πλησιέστερο οικογενειακό τους περιβάλλον).

Ήταν μεγάλη ντροπή να μην περιθάλλει μια οικογένεια τον υπερήλικα συγγενή της ο οποίος είχε ανάγκη γι' αυτό δεν υπήρχε το πρόβλημα πρόνοιας των υπερηλίκων.

Έτσι τον Μεσαίωνα αρχίζει να εμφανίζεται η κοινωνική πρόνοια της γεροντικής ηλικίας, η οποία παρέχονταν μόνο μέσω της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης.

Τα Γηροκομεία (Γεροντοκομεία, Γηροτροφεία) ενισχύονταν οικονομικά ή από τους ιδρυτές τους από κληροδοσίες (Πηγάτα κτήματα δηλαδή που πρόσφεραν οι ηλικιωμένοι στο Γηροκομείο με την συμφωνία να τους φροντίζει το ίδρυμα όσο βρίσκονται στη ζωή) ή από τον αυτοκράτορα (δια των Χρυσοβούλων) ή από το Κράτος, από τους γενικούς δηλαδή πόρους του.

Τα περισσότερα απ' αυτά τα ιδρύματα είχαν μεγάλη ακίνη-

νητη και κινητή περιουσία και εισοδήματα (από τα κτήματα).

Τη διαχείριση αυτής της περιουσίας αναλάμβανε υπεύθυνα ο Διευθυντής κάθε Ιδρύματος ο οποίος είχε και τον τίτλο του Γηροκόμου.

Η ιδιότητα του Διευθυντή των ανωτέρω ιδρυμάτων ανήκε στα Πολιτειακά αξιώματα. Οι διευθυντές των ιδρυμάτων διορίζονταν ή από τους ιδρυτές ή από τους Επισκόπους.

Πάντως στον Επίσκοπο ανήκε η ανώτατη εποπτεία των ιδρυμάτων της περιφέρειάς τους και η μέριμνα για το αν η Διοίκηση πράττει σωστά το κάθε τι.

Οι Διευθυντές των Ιδρυμάτων είχαν την υποχρέωση να λογοδοτούν στον Επίτροπο για την διαχείρισή τους και αυτός είχε την εξουσία ακόμα και στο να απολύσει ή να αντικαταστήσει αυτούς. Για τον τρόπο που ο Επίσκοπος ασκούσε την εποπτεία του, ελέγχονταν από τον Οικονόμο και τον Γενικό Επόπτη. Αυτοί δε ονομάζονταν -Μεγάλος κουράτωρ- και -Οικονόμος Ενάγων Σεικρετων-.

Προς αποφυγή δε καταχρήσεων απαγορεύονταν ή υποβάλλονταν σε αυστηρή διαδικασία η πώληση ή ανταλλαγή κτημάτων των ιδρυμάτων. Τα Ιδρύματα ήταν τις πιο πολλές φορές μικτού χαρακτήρα π.χ. ήταν ενωμένα μέσα στο ίδιο ίδρυμα, Νοσοκομείο, Ξενοδοχείο, Πτωχείο, Γηροκομείο, Ψυχιατρείο.

Σχετικά με τις μεθόδους λειτουργίας των ανωτέρω ιδρυμάτων δεν υπάρχουν λεπτομερείς πληροφορίες. Πάντως είναι βέβαιο ότι αυτά είχαν κανονισμούς λειτουργίας.

Πιστεύεται ότι θα λειτουργήσουν σαν Ιδρύματα κλειστής περίθαλψης κλασσικού τύπου (Μεγάλες αίθουσες ύπνου, φαγητού, ομοιόμορφη ενδυμασία, αυστηρά ομαδική ζωή κλπ. ανάλο-

γα άλλωστε με τον τρόπο και τις συνθήκες εκείνης της εποχής).

Πολλά απ'αυτά τα ιδρύματα αποκτούσαν τόσο έκταση ώστε ν'αποτελούν συγκροτήματα υπηρεσιών περίθαλψης πολυάριθμων ατόμων. Όπως π.χ.: - Η Βασιλείας- το μεγάλο κέντρο υπηρεσιών και ιδρυμάτων κοινωνικής βοήθειας που ίδρυσε ο Μέγας Βασίλειος κοντά στην Καισαρεία, αποτελεί τρανό παράδειγμα κατά την εποχή εκείνη (4ος και 5ος αιώνας μ.Χ.).

Από το ίδρυμα αυτό μικτού χαρακτήρα, προοδευτικά αναπτύχθηκε ολόκληρη πόλη 30.000 κατοίκων.

Τα πλέον ονομαστά Γηροκομεία από το επώνυμο του Δωρητού Φλωρεντίου, Ευγενίου, Δεξιοκράτους, Επισκόπου μαρκιανού και στην Αλεξάνδρεια του Αγ.Ιωάννη του Ελεήμονος. Επίσης Βασιλείς ίδρυσαν Γηροκομεία όπως ο Μέγας Κωνσταντίνος, ο Τιβέριος, ο Κωνσταντίνος ο Μοναχός, ο Βασίλειος ο Μακεδών, και όλοι σχεδόν οι αυτοκράτορες του Βυζαντίου ίδρυσαν Γηροκομεία.

Το ενδιαφέρον των βασιλέων για τα Γηροκομεία ήταν τόσο, ώστε συχνά τα επισκέπτονταν με σκοπό να μοιράσουν στους ηλικιωμένους δώρα (κυρίως την Μ.Πέμπτη και την Μ.Παρασκευή).

<<Το 1833 αμέσως με την σύσταση του Ελληνικού Κράτους στο πρώτο Διάταγμα της 3ης Απριλίου του 1833 <<Περί σχηματισμού των Υπουργείων>> περιλήφθηκε στις αρμοδιότητες του Υπουργείου Εσωτερικών, και η σύσταση Γηροκομείων. Σύντομα το νεοσύστατο Ελληνικό Κράτος ιδρύθηκαν με πρωτοβουλία ομογενών, Συλλόγων, κοινοτήτων, τα πρώτα ιδρύματα περίθαλψης ηλικιωμένων.

Η πρώτη κρατική μέριμνα για τους υπερήλικες ήταν η παροχή βοηθημάτων σε άπορους ηλικιωμένους.

Περίθαλψη <<των απροστατευτών και ευδεδωγμένων γερόντων>>.

Το τμήμα αυτό μεταφέρθηκε αργότερα με το ν.δ.13/12/22 στο νεοσύστατο Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως όπου αποτέλεσε Διεύθυνση Δημόσιας Αντίληψης έχοντας παράλληλα και άλλες αρμοδιότητες>>(1).

<<Η <<Επιτροπή Προστασίας Γήρατος>> του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών με έκθεσή της το έτος 1959 χαρακτηρίζει το Γηροκομείο σαν <<αναγκαίο κακό>>, που έχει την ανάγκη εκσυγχρονισμού και προτείνει την εισαγωγή του θεσμού της επιδότησης των ηλικιωμένων στις οικογένειές τους>>(2).

Ατυχώς όμως τα μέτρα αυτά δεν αναπτύχθηκαν.

<<Το Ν.δ.1118/72 αναφέρεται στις ιδιωτικές επιχειρήσεις περίθαλψης ηλικιωμένων ατόμων ή ατόμων που πάσχουν από κινητική αναπηρία.

Πρέπει να σημειωθεί ότι τα κρατικά ιδρύματα καθώς και τα Ιδρύματα της αγαθοεργού πρωτοβουλίας καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες των απόρων υπερηλίκων και μικρό μόνο μέρος της κατηγορίας των συνταξιούχων ή αυτών που είχαν άλλους πόρους.

Το Ν.δ. 162/73 είναι το πρώτο στη χώρα μας νομοθέτημα το οποίο αναφέρεται ειδικά στα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και προβλέπει τη δυνατότητα οργανώσεων <<παντοειδών>> υπηρεσιών υπέρ των ηλικιωμένων ανάλογες προς εκείνες οι οποίες ιδρύθηκαν και λειτουργούν σε διάφορες προηγμένες χώρες.

Πρόκειται περί νόμου πλαισίου ο οποίος θεσπίζει τις βασικές αρχές και κατευθύνσεις της κρατικής πολιτικής η οποία αφορά την ιδρυματική και εξωιδρυματική προστασία των γηρατειών αναθέτει στο Υπουργείο Κοιν. Υπηρεσιών την καθολική ευθύνη του χειρισμού του θέματος αυτού και καθορίζει ότι το

Υπουργείο μας είναι αρμόδιο για να αναπτύξει και εφαρμόσει διάφορα προγράμματα για τους ηλικιωμένους και να συντονίζει τις κρατικές και μη δραστηριότητες σχετικά μ'αυτό»(3).

Από το Σεπτέμβριο του 1976 άρχισε η λειτουργία της Διεύθυνσης Προστασίας Υπερηλίκων με σκοπό την διεύρυνση της παρεχόμενης προστασίας με την εφαρμογή των νέων προγραμμάτων προσαρμοσμένων στις σημερινές αντιλήψεις.

4.2.β Νέες τάσεις και προγράμματα που επικρατούν σήμερα στην Ελλάδα

Σήμερα η κατάσταση εμφανίζεται πολύπλευρη, πολύπλοκη και σε διαστάσεις που συνεχώς διευρύνονται γιατί βρίσκονται σε απόλυτη συνάρτηση με τις σημειούμενες μεταβολές σε όλους τους τομείς της ζωής.

Μπροστά σ'αυτή την διαμορφωμένη κατάσταση έγινε επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης νέων θεσμών, σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις που απευθύνονται στο σύνολο και όχι σε ορισμένες ομάδες (με κριτήρια και διακρίσεις).

Σήμερα η κυρίαρχη αντίληψη στο χώρο της κοινωνικής φροντίδας για τον ηλικιωμένο είναι η παραμονή στο σπίτι.

Η νέα αντίληψη τον θέλει στο ανοιχτό περιβάλλον μέσα στη γειτονιά, στην κοινότητα, στο σπίτι που μπορεί να είναι δικό του, των παιδιών του ή των συγγενών του.

Το γηροκομείο εκπροσωπεί μια ιδεολογία πατερναλιστικής προστασίας, εξάρτησης, διαχωρισμού των ηλικιών, ενώ η «παραμονή στο σπίτι», εκφράζει τις σύγχρονες ιδέες κοινωνικοποίησης, δραστηριότητας, αλληλεγγύης των γενεών, ελευθερία, αξιοπρέπεια, που καθιστούν το άτομο, μέλος ενταγμένο στην κοι-

νότητα, ενεργό, αυτόνομο, ισοτίμο.

Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά ο θεσμός αυτός, απαιτείται ένα ευρύ πλέγμα υπηρεσιών που θα καλύπτουν τις ανάγκες και θα δίνουν λύσεις στα προβλήματα του ηλικιωμένου που προέρχονται κυρίως από: α) την απομόνωση, β) το φόβο και την ανησυχία για την υγεία του, γ) την αδράνεια στον απεριόριστα ελεύθερο χρόνο του.

Αυτόματα διαγράφονται και οι στόχοι του νέου θεσμού οι οποίοι αντίστοιχα με τα παραπάνω προβλήματα είναι: η κοινωνικοποίηση, η προληπτική υγιεινή, η ενεργοποίηση.

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

Τα ΚΑΠΗ είναι κρατικά προγράμματα στην εξυπηρέτηση του θεσμού <<Παραμονή στο σπίτι>>. Το 1979 στήθηκε πειραματικά το πρώτο Κέντρο και μέχρι το τέλος του 1981 είχαν λειτουργήσει συνολικά 8 προγράμματα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις.

Στη συνέχεια, τα ΚΑΠΗ, μέσα στα πλαίσια κρατικού πάντα προγραμματισμού πέρασαν στην τοπική Αυτοδιοίκηση, πολλαπλασιάστηκαν και έφτασαν -στις αρχές του 1984- τα 80 σε όλη τη χώρα (τα 30 εκ των οποίων στο νομό Αττικής).

Από τότε έως σήμερα, έχουν γίνει αργά αλλά σταθερά βήματα που αποσκοπούν στην ανάπτυξη και επέκταση του όλου θεσμού σε όλους τους δήμους αλλά και τις μεγάλες κοινότητες της χώρας μας.

Σκοπός τους είναι: α) Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισοτίμα και ενεργά μέλη του κοινωνι-

κού συνόλου.

β) Τη διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων

γ) Η έρευνα, σχετικών με τους ηλικιωμένους, θεμάτων.

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι:

α) Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές, γιορτές κ.λ.π.) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, εργασία με ομάδες κλπ)

β) Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη

γ) Κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους

δ) Φυσιοθεραπεία

ε) Εργασιοθεραπεία

στ) Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης

ζ) Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις

η) Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά κ.λ.π. και όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.

2. Στεγαστικά προγράμματα

Η Πολιτεία προβλέπει την κατάρτιση και εφαρμογή προγράμματος στέγασης ηλικιωμένων.

Τα στεγαστικά προγράμματα εξυπηρετούν την παραμονή του ηλικιωμένου στο κοινοτικό του περιβάλλον. Ακόμη και οι υπερήλικες που δεν είναι πλήρως αυτοεξυπηρετούμενοι, θα βοηθούνται να μένουν όσο είναι δυνατόν στο σπίτι τους και στην κοινότητα.

Όλο το πνεύμα του προγραμματισμού, είναι ο περιορι-

σμός των ιδρυματικής περίθαλψης εκεί όπου έχει εξαντληθεί κάθε δυνατή λύση ανοιχτής προστασίας. Ένα ισχυρό κίνητρο για την επιλογή της ιδρυματικής προστασίας από τον αυτοεξυπηρετούμενο ηλικιωμένο, είναι οι κακές στεγαστικές συνθήκες διαβίωσης.

Αντίθετα ένα μικρό σπιτάκι ή διαμέρισμα με βασικές ανέσεις, δημιουργεί ουσιαστικές προϋποθέσεις για την παραμονή του στην κοινότητα. Μέχρι το τέλος του 1987 -στη χώρα- υπήρχαν μόνο 220 κρατικά, μονοδωμάτια διαμερίσματα, των 3 στεγών ηλικιωμένων -Καρέα, Ρέντη και Μελισσίων- που παρέχουν ισόβια οίκηση σε ηλικιωμένα αυτοεξυπηρετούμενα άτομα.

Όμως και η λύση αυτή δεν θεωρείται ικανοποιητική γιατί έχουμε και πάλι την γκετοποίηση των ηλικιωμένων.

Με πρόσφατη υπουργική απόφαση καθιερώνεται δικαίωμα στη στεγαστική συνδρομή και αυτών που διένυσαν το 65ο έτος της ηλικίας. Τους αναγνωρίζεται δικαίωμα ισόβιας οίκησης. Την κυριότητα κρατά το υπουργείο για να έχει τη δυνατότητα διαδοχικών παραχωρήσεων. Πρέπει να διευκρινισθεί ότι, προ της υπουργικής απόφασης, ο ηλικιωμένος δε είχε καμμία δυνατότητα απόκτησης στέγης, μέσω των προγραμμάτων του υπουργείου, ούτε με αγορά.

Με εγκύκλιο προβλεπόταν η εισαγωγή του ηλικιωμένου σε γηροκομείο.

Η νέα αυτή ρύθμιση, απηχεί τις σύγχρονες αντιλήψεις για ένταξη στην κοινότητα των ηλικιωμένων και καθιερώνει την ισόβια οίκηση, λύση απλή και αποτελεσματική γιατί είναι αυτονόητο ότι στην ηλικία αυτή, η κτήση κυριότητας με αγορά πολύ λίγες περιπτώσεις θα ικανοποιήσει.

Ανάλογη ρύθμιση μελετάται να καθιερωθεί και από τον Οργανισμό Εργατικής Κατοικίας, για τους δικαιούχους του οργανισμού αυτού όπως προκύπτει από την συνεργασία στελεχών του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και του Οργανισμού Εργατικής Κατοικίας

3. Ξενώνες ενηλίκων

Για κάθε άτομο ενήλικο που έχει να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα στέγης, πρόσκαιρα ή κάποιας διάρκειας το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με Προεδρικό διάταγμα που προωθεί, υ-δρύνει τους κοινωνικούς Ξενώνες, για φιλοξενία ατόμων χωρίς διάκριση ηλικίας και φύλου.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του Ξενώνα επιδιώκει την επανένταξη των ενοίκων των Ξενώνων στο προγενέστερο τρόπο ζωής του.

Στους Ξενώνες μπορούν να φιλοξενηθούν ηλικιωμένοι, όταν η σύζυγος, τα παιδιά τους ή άλλα μέλη της οικογένειάς τους πηγαίνουν διακοπές, όταν περνούν κάποια κρίση, δηλαδή κάθε ένας σε κάποια φάση της ζωής του στερήθηκε το οικογενειακό περιβάλλον.

Στους Ξενώνες παρέχεται μόνο πρωινό και υπηρεσίες κα-ντίνας. Οι φιλοξενούμενοι έχουν τη δυνατότητα να παίρνουν ένα κύριο γεύμα από συμβεβλημένο εστιατόριο της γειτονιάς. Η ρύθμιση αυτή δίνει κάποιο ανάλαφρο τόνο στο Ίδρυμα και αποφεύγεται η βαρειά ατμόσφαιρα του Ιδρυματισμού.

4.2.γ Φορείς Κλειστής Περίθαλψης στην Ελλάδα

Όταν λέμε φορέα εννοούμε την οργάνωση προσώπων και μέ-σων κάτω από ενιαία διοίκηση, που έχει σκοπό την πραγμάτωση

ορισμένων αντικειμενικών επιδιώξεων. Αυτές οι επιδιώξεις μπορεί να αποβλέπουν την κάλυψη κοινωνικών αναγκών με παροχή αγαθών και υπηρεσιών στο κοινωνικό σύνολο, χωρίς να προκύπτει όφελος για τον φορέα του έργου ή να αποβλέπουν στη παροχή αγαθών και υπηρεσιών προς ένα μέρος του κοινωνικού συνόλου με αντάλλαγμα την ωφέλεια για τον φορέα του έργου.

Η κλειστή περίθαλψη υπερηλίκων παρέχεται από φορείς και των δύο κατηγοριών, δηλαδή από φορείς που δεν αποβλέπουν στο κέρδος και από κερδοσκοπικές εκδηλώσεις.

Οι φορείς οι οποίοι στη χώρα μας αναπτύσσουν δραστηριότητες για την προστασία των ηλικιωμένων γενικά και ειδικότερα για τη κλειστή περίθαλψη αυτών, είναι: α) το κράτος, β) η εκκλησία, γ) η οργανωμένη ιδιωτική πρωτοβουλία, δηλαδή φιλανθρωπικά σωματεία και οργανισμοί μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και δ) η ιδιωτική πρωτοβουλία κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Ο κύριος σκοπός των φορέων αυτών είναι η όσο το δυνατόν επαρκής κάλυψη των βασικών αναγκών του ηλικιωμένου, όταν δεν μπορεί να τις καλύψει μόνος του ή όταν το άμεσο περιβάλλον δημιουργεί προβλήματα, επιτυγχάνεται με την εφαρμογή προγραμμάτων που έχουν στόχο κάθε είδους υλική ή ηθική βοήθεια.

Αρμόδιος φορέας για την ανάπτυξη και τον συντονισμό των δραστηριοτήτων για την προστασία του γήρατος γενικά, που μία μορφή της είναι η κλειστή περίθαλψη, είναι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στο οποίο έχει ανατεθεί η αρμοδιότητα αυτή από το Κράτος που αντλεί την εξουσία αυτή από το Σύνταγμα, το Υπουργείο δηλαδή είναι όργανο εκτέλεσης εξουσίας.

Ειδικότερα όσον αφορά την κλειστή περίθαλψη υπερηλίκων

αυτή παρέχεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με Κρατικά ιδρύματα της μορφής Ν.Π.Δ.Δ. σε συνεργασία με την ιδιωτική πρωτοβουλία δηλαδή φιλανθρωπικά σωματεία και οργανισμούς με ιδρύματα της μορφής των Ν.Π.Δ.Δ. και την εκκλησία με εκκλησιαστικά ιδρύματα.

Η ιδιωτική αφιλοκερδής πρωτοβουλία ξεκίνησε πρώτη την ιδρυματική προστασία υπερηλίκων, ταυτόχρονα με την εκκλησία. Αργότερα ανέπτυξε δραστηριότητα και το Κράτος.

Επειδή όμως η ιδιωτική πρωτοβουλία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και τα ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ. κάλυπταν μικρό ποσοστό ηλικιωμένων, αναπτύχθηκε η ιδιωτική πρωτοβουλία κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

4.2.δ. Θεσμός Γηροκομείων-Οίκων Ευγηρίας στην Ελλάδα

Κλειστή ιδρυματική περίθαλψη είναι η κοινωνική προστασία της τρίτης ηλικίας που παρέχεται με τη λειτουργία ειδικών ιδρυμάτων, όπου περιβάλλονται άτομα άνω των 65 ετών.

Σήμερα λειτουργούν στη χώρα μας 103 γηροκομεία από τα οποία 5 έχουν τη νομική μορφή Ν.π.Δ.Δ., από τα μη κρατικά ιδρύματα, 54 έχουν την Νομική μορφή του ιδρύματος, 7 αποτελούν σωματεία, 30 είναι εκκλησιαστικά και 7 δημοτικά.

Στον τομέα των χρόνιων παθήσεων έχουμε 16 θεραπευτήρια (πρώην άσυλα ανιάτων) από τα οποία τα 10 είναι Ν.Π.Δ.Δ. Στα πιο πάνω ιδρύματα, ανεξάρτητα από την νομική τους μορφή, παρέχεται στέγη, τροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και εξυπηρέτηση. Σε περίπτωση ασθένειας, με ευθύνη του Ιδρύματος οι περιθαλπόμενοι μεταφέρονται στο νοσοκομείο, όταν δε αποθεραπευτούν επανέρχονται στο ίδρυμα. Καταβάλλεται προσπά-

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΤΟ 1980

A/A	ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΘΥΛΟ
1.	75ετ. - 79	254.247	*Ανδρες+Γυναίκες
2.	80ετ. - 84	136.556	" "
3.	85ετ. και πάνω	84.722	" "

Πίνακας 1.

A/A	ΕΙΔΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΔΥΝΑΜΙΚΟ ΚΛΙΝΩΝ
1.	ΙΔΙΩΤ. ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΤΑΚΤΙΚΑ	86	3.559
2.	ΙΔΙΩΤ. ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ ΕΠΙΧΟΡΗΓ. ΕΚΤΑΚΤΑ	3	12
3.	ΙΔΙΩΤ. ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ ΜΗ ΕΠΙΧΟΡ.	15	1.540
4.	ΚΡΑΤΙΚΑ	5	173

Πίνακας 2.

θεια ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες των διαφόρων ιδρυμάτων για παροχή ψυχαγωγίας και εργασιοθεραπείας.

Οι ιδιώτες και η οργανωμένη ιδιωτική αγαθοεργία καθώς και η Εκκλησία με τη δημιουργία των προαναφερθέντων φορέων επέδειξαν μια πολύτιμη πρωτοβουλία στον τομέα της προστασίας των υπερηλίκων και των χρόνια πασχόντων ατόμων. Το Κράτος αναγνώρισε πάντοτε αυτή τη συμβολή και την ενίσχυσε με ποικίλους τρόπους ώστε σήμερα ένας μεγάλος τομέας της κρατικής προστασίας προς τα γηρατειά και τη χρόνια αναπηρία, να παρέχεται από το κράτος αλλά δια μέσου των φορέων αυτών κατά τα ακόλουθα:

Από το κρατικό προϋπολογισμό επιχορηγούνται περισσότερα από τα μισά μη κρατικά ιδρύματα.

Από το προϊόν του Ειδικού Κρατικού Λαχείου ενισχύονται στο έργο τους για την αντιμετώπιση εξόδων συντήρησης κτιρίων, επισκευών, κτιριακών επεντάσεων, βελτίωσης εξοπλισμού.

Επίσης ενισχύονται και από το πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων για παρεμφερείς σκοπούς.

Ένας άλλος τρόπος ενίσχυσης των Ν.π.Ι.Δ. είναι η σύναψη σύμβασης μεταξύ των ιδρυμάτων και του Υπουργείου σύμφωνα με τις οποίες το υπουργείο καταβάλλει αποζημίωση για την δωρεάν περίθαλψη οικονομικά αδυνάτων υπερηλίκων και χρόνια πασχόντων ατόμων. Έχουμε 335 συμβατικά κρεβάτια χρόνια πασχόντων και 210 υπερηλίκων.

Σήμερα επικρατεί η τάση για ενίσχυση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και καταβάλλονται προσπάθειες για ενθάρρυνση του έργου της. Δεν επιδιώκεται η κρατικοποίηση των ιδρυμάτων ακόμα και όταν είναι αίτημα των διοικητικών συμβουλίων αυτών,

αν και η νομοθεσία παρέχει αυτή την ευχέρεια. Και αυτό από τη μια για να ενθαρρύνει τα άτομα στην προσφορά και την συμμετοχή σε έργο κοινωνικής αλληλοβοήθειας και από την άλλη για να διαφυλάξει την ευελιξία που υπάρχει στην λειτουργία γενικά των ιδιωτικών αυτών φορέων.

Σήμερα η δύναμη κλινών στους οίκους ευγηρίας των Ν.Π. Δ.Δ. και Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ανέρχεται σε 6000 περίπου. Στο τομέα αυτό, ειτός από τη περιοχή του νομού Αττικής, οι ανάγκες καλύπτονται. Σε ορισμένες περιοχές μάλιστα υπάρχει και ο αριθμός κενών κλινών.

Οι κλίνες στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων ανέρχονται σε 1755 περίπου ενώ βρίσκονται υπό κατασκευή κτίρια δυναμικότητας 850 κλινών. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των οικονομικά αδυνάτων ανιάτως πασχόντων που έχουν ανάγκη άμεσης εισαγωγής σε ιδρύματα ανέρχεται σε 5.000 περίπου. Ακριβή στοιχεία για τους χρόνια πάσχοντες δεν υπάρχουν σήμερα.

Κλειστή ιδρυματική περίθαλψη παρέχεται ακόμα σε 55 ιδιωτικές επιχειρήσεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα που διαθέτουν 2.000 περίπου κλίνες σ'ολόκληρη τη χώρα. Το σύνολο σχεδόν των επιχειρήσεων αυτών βρίσκεται στο νομό Αττικής. Έτσι ενώ το σύνολο περιθαλπόμενων υπερηλίκων σε ιδρύματα σ'όλη την χώρα σε σύγκριση με τον γεροντινό πληθυσμό, ανέρχεται σε 0,5% το ποσοστό αυτό στο νομό Αττικής ανέρχεται σε 1%.

4.2. Ε Διεθνή Προγράμματα Αντιμετώπισης Υπερηλίκων

Πολλές χώρες, κυρίως οι ανέπτυγμένες, προσπαθούν να βρουν εναλλακτικές λύσεις στην ιδρυματική φροντίδα των υπερηλίκων.

Επίσης στόχους τους είναι να μείνει ο ηλικιωμένος στην κοινότητά του ή ακόμα και μέσα στην οικογένειά του.

Έτσι εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα, τα οποία θα παρουσιάσουμε στη συνέχεια συνοπτικά.

Θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στο σύστημα περίθαλψης των ηλικιωμένων και τα μέσα κοινωνικής πολιτικής που λαμβάνει το Αγγλικό Κράτος. Προτιμήσαμε την Αγγλία, διότι διαθέτει ένα από τα πιο οργανωμένα συστήματα υγείας, που δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων.

Το κράτος παρέχει δωρεάν υπηρεσίες στους ηλικιωμένους στις περιπτώσεις που δεν τις παρέχει η οικογένεια π.χ. τροποποίηση του σπιτιού τους, χορήγηση οικιακής βοήθειας, αποστολή νοσηλεύτριας, αποστολή έτοιμου φαγητού στο σπίτι, δανειστική βιβλιοθήκη, υπηρεσίες πλυντηρίου, απογευματινά μαθήματα, οργανωμένες φθηνές εκδρομές κ.λ.π.

Τα κυριότερα προγράμματα τα οποία εφαρμόζονται είναι:

1. <<Προστατευόμενη στέγαση>> (SHELTERED HOUSLUG). Προσφέρει στον υπερήλικα ανεξαρτησία, αλλά και ασφάλεια σε πολυκατοικίες που κτίζονται με ειδική αρχιτεκτονική για την κάλυψη των βιολογικών περιορισμών της τρίτης ηλικίας. Αυτές αποτελούνται από μικρά, ανεξάρτητα διαμερίσματα, που επιπλώνονται από τους ίδιους τους υπερήλικες με τα προσωπικά τους έπιπλα, ώστε να διατηρούν την ατομικότητά τους. Στην κάθε πολυκατοικία υπάρχει μεγάλη αίθουσα συγκέντρωσης και ψυχαγωγίας. Όλα τα διαμερίσματα συνδέονται με το διαμέρισμα του θυρωρού για να τον καλέσουν σε περίπτωση ανάγκης. Η <<προστατευόμενη στέγαση>> αποτελεί τον καλύτερο τρόπο στέγασης, γιατί προσφέρει στον υπερήλικα πλήρη ανεξαρτησία αλλά και α-

σφάλεια.

2. Γηροκομεία. Σ' αυτά παραπέμπονται οι υπερήλικες που η φυσική τους κατάσταση είναι πολύ εύθραυστη και η διανοητική τους κατάσταση δεν τους επιτρέπει να ζουν μόνοι τους.

Αυτή η μορφή φροντίδας προσφέρεται για υπερήλικες που έχουν σοβαρότερα προβλήματα από εκείνους της προηγούμενης κατηγορίας. Με αποτέλεσμα να έχουν λιγότερη ανεξαρτησία, δηλαδή ζουν με άλλους ανθρώπους σ' ένα ορισμένο χώρο, συμμορφώνονται με κάποιο πρόγραμμα κ.λ.π.

3. Εντευκτήριο υπερηλίκων. Αυτά είναι παρόμοια με τους δικούς μας <<οίκους Γαλήνης>> της αρχιεπισκοπής στους οποίους θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στη συνέχεια.

Οργανώνονται από την Κοινότητα ή από διάφορους φιλανθρωπικούς οργανισμούς. Προσφέρουν μόνιμη απασχόληση κοινωνική δραστηριότητα, συντροφιά και ένα ζεστό φαγητό.

Στους χώρους αυτούς μπορούν επίσης να παρακολουθήσουν διάφορα μαθήματα μουσικής ή ψυχαγωγικές εκδηλώσεις κλπ.

Για την λειτουργία των εντευκτηρίων χρειάζεται απλώς μια οποιαδήποτε μεγάλη αίθουσα συγκεντρώσεων και ελάχιστο μόνιμο προσωπικό. Η πελατεία τους είναι συχνά μόνιμη και προέρχεται από την τοπική κοινότητα ή ενορία.

4. Γεροντικά κέντρα Οργανώνονται από την κοινωνική υπηρεσία του δήμου. Αυτά προσφέρουν, εκτός απ' όλες τις εξυπηρετήσεις που προαναφέραμε στα εντευκτήρια, και διάφορες μορφές απασχολησιοθεραπείας π.χ. βιοτεχνική εργασία, ερασιτεχνικό θέατρο κλπ.

Επίσης προσφέρουν και υπηρεσίες παραϊατρικών επαγγελματιών π.χ. φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία κλπ.

(Επίσης προσφέρουν και υπηρεσίες παραϊατρικών επαγγελμάτων π.χ. φυσικοθεραπεία, εργασιοθεραπεία κ.λ.π.)

Τα γεροντικά κέντρα δεν χρειάζονται μόνιμο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

5. <<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.

- A. Νοσοκομείο ημέρας
- B. Σταθμός υπερηλίκων
- Γ. Υποσταθμός υπερηλίκων

Η πρώτη μορφή είναι υπηρεσία κάποιου νοσοκομείου, η δεύτερη οργανώνεται από τις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου και η τρίτη της Κοινότητας.

A. Νοσοκομείο Ημέρας. Προσφέρει την πιο πλήρη μορφή ημερήσιας φροντίδας. Είναι συνήθως ένα ανεξάρτητο, ισόγειο κτίριο μέσα στο οικόπεδο του Γενικού Νοσοκομείου, Έχει στενή επικοινωνία με το κυρίως κτίριο για να τροφοδοτείται απ' αυτό με υλικά, μηχανήματα, τρόφιμα, προσωπικό κλπ.

Εδώ έρχεται ο υπερήλικας που νοσηλευόταν στο Νοσοκομείο πριν ακόμη αποθεραπευθεί τελείως, για να συνεχίσει την 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, φι-

λική ου τροφιά, ένα ζεστό γεύμα και επιπλέον να επιστρέφει το βράδυ στο περιβάλλον του και στην οικογένειά του.

Το Νοσοκομείο Ημέρας παρέχει <<ενεργητική θεραπεία>> για την οποία χρειάζεται μόνο εξειδικευμένο προσωπικό και συντελεί στην μείωση ζήτησης νοσοκομειακών κλινών από τους υπερήλικες, το 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. Χρειάζεται ειδικό κτίριο και εξοπλισμό για να λειτουργήσει.

Το ακριβό όμως κόστος του αντισταθμίζεται από το ότι η φύση των υπηρεσιών του είναι τέτοια ώστε μπορεί να εξυπηρετεί μεγάλο πληθυσμό. Και αυτό γιατί η θεραπεία που γίνεται εκεί είναι τόσο εντατική, ώστε ο γεροντικός οργανισμός δεν αντέχει να παρακολουθεί περισσότερο από 2-3 φορές την εβδομάδα και για διάστημα όχι μεγαλύτερο από μερικές εβδομάδες.

Έτσι ένα Νοσοκομείο Ημέρας 30 θέσεων μπορεί να εξυπηρετεί 250 διαφορετικά άτομα το μήνα.

Ο υπερήλικας που νοσηλεύεται σε νοσοκομείο για μία α-

σθένεια μόλις καλυτερέψει, θα σταλεί σπίτι του για το τελικό στάδιο της αποθεραπείας του. Έτσι θα συνεχίσει την εντατική του παρακολούθηση και θεραπεία στο Νοσοκομείο Ημέρας, έως ότου αποκατασταθεί τελείως η υγεία του.

Β. Σταθμός Υπερηλίκων. Προσφέρει τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου Ημέρα, εκτός από την επιστημονική ενεργητική θεραπεία και γι' αυτό δεν χρειάζεται προσωπικό όπως φυσικοθεραπευτές.

Γ. Υποσταθμός Υπερηλίκων. Είναι η πιο απλή μορφή υπηρεσίας Ημερήσιας Φροντίδας και δεν χρειάζεται μόνομο 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 τις 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.

Σχεδόν όλα τα ανεπτυγμένα κράτη εφαρμόζουν παρόμοια προγράμματα στην προσπάθειά τους να μείνει ο υπερήλικας μέσα στην Κοινότητα. Επίσης γίνονται πολλά πειραματικά προγράμματα εξυπηρετώντας τον παθιπάνω σκοπό.

4.2.στ. Γηριατρικό Νοσοκομείο-Γηριατρικές Νοσηλευτικές Μονάδες

Οι σύγχρονες τάσεις προσφοράς νοσηλευτικής φροντίδας στους υπερήλικες είναι η δημιουργία Γηριατρικών νοσηλευτικών μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία και όχι η ίδρυση Γηριατρικών Νοσοκομείων.

Ο άρρωστος υπερήλικας με προβλήματα υγείας που χρειάζεται άμεση ιατρονοσηλευτική πατακολούθηση και παρέμβαση πρέπει να νοσηλεύεται σε Γηριατρικό Νοσοκομείο ή Νοσηλευτικές μονάδες υπερηλικίων. Γιαυτό όμως ο διαχωρισμός της ηλικίας αυτής; Μήπως από κοινωνικής πλευράς δεν θέλουμε να νοσηλεύονται οι ηλικιωμένοι μας άρρωστοι με άρρωστους άλλων ηλικιών; 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 ακάλυπτο 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 μαστούνι του να γλιστρήσουν

1.3 Τοποθετούνται χειρολαβές σε χώρους όπως λουτρά, τουαλέτες, διαδρόμους, σκάλες, βεράντες κ.α. για τον περιορισμό των ατυχημάτων και την ενίσχυση της ανεξαρτητοποίησης τους

- 1.4 Χώροι όπως φυσικοθεραπευτήριο, βιβλιοθήκη, αίθουσα ψυχαγωγίας κ.α. θεωρούνται απαραίτητοι ιδιαίτερα σε Νοσηλευτικά ιδρύματα που νοσηλεύονται άρρωστοι με χρόνιες παθήσεις
 - 1.5 Εγκατάσταση κυλιόμενων διαδρόμων, για την άκοπη μετακίνηση των υπερηλίκων από τον ένα 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 δύο στοιχεία:
- 2.1 Έξοδος 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.α.) στη Γεροντολογία, Γηριατρική και Γηριατρική - Γεροντολογική Νοσηλευτική
 - 3.2 Άλλες κατηγορίες προσωπικού όπως φυσικοθεραπευτές διαιτολόγοι κ.α.
4. Οικονομικός. Δηλαδή οι γηριατρικές μονάδες, αν εξαιρέσουμε τη διαγνωστική, είναι πιο απλές σε εξοπλισμό από την μονάδα Γενικού Νοσοκομείου.

5. Βελτίωσης της απόδοσης της νοσηλείας. Οι ηλικιωμένοι, εκτός από τις ειδικές ανάγκες που δημιουργούν οι διάφορες ασθένειες από τις 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.λ.π. 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 ανήκει σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Στη περίπτωση αυτή το Γηριατρικό Νοσοκομείο αποτελείται από τέσσερις ειδικά διαρθρωμένες νοσηλευτικές μονάδες, τη μονάδα Διάγνωσης και Θεραπείας την μονάδα αποκατάστασης, την μονάδα αυτοεξυπηρέτησης και τη μονάδα μακράς Παραμονής.

Η μονάδα Διάγνωσης και Θεραπείας βρίσκεται σε άμεση επαφή και στενή συνεργασία με τις 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 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 Μακράς Παραμονής που είναι ένα είδος ασύλου ανάτων νοσημάτων. Εδώ η αναλογία προσωπικού προς άρρωστο είναι πολύ αυξημένο, το μεγαλύτερο μέρος απ' αυτό είναι βοηθητικό.

Οι μονάδες αυτές δεν είναι απαραίτητο να είναι μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο αφού δεν έχουν να ωφεληθούν τίποτε 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 δεν θεωρεί καμιά περίπτωση εκ των προτέρων ανάτη. Πολλοί ασθενείς που παλαιότερα χαρακτηρίζονταν ανάτοι και θα δοκιμάζονταν 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 επισημοπτήριο 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 το κόσμο της πραγματικότητας.

4.2.ζ. Εκκλησία και ιδρύματα

Η εκκλησία μας, πιστή στα ύψιστα ιδανικά και ιδεώδη που

την διέπουν, ήταν αδύνατο να λείψει από τη μεγάλη προσπάθεια που γίνεται από όλους τους φορείς για την επίλυση των προβλημάτων των υπερηλίκων.

Η υπηρεσία χριστιανικής Αλληλεγγύης, η οποία αποτελεί τον φορέα μέσω του οποίου πραγματοποιούνται τα έργα φιλαλληλίας της Αρχιεπισκοπής έχει δημιουργήσει ειδικό τμήμα, το οποίο ασχολείται με την επίλυση των προβλημάτων των γερόντων.

Οι υπερήλικες, οι οποίοι αποτελούν μια μεγάλη μερίδα ίσως τη μεγαλύτερη, από τα άτομα που καταφεύγουν στην Εκκλησία έχουν αποκτήσει το σεβασμό, την εκτίμηση και την αγάπη μας. Πάνω σ' αυτές τις θεμελιακές αρχές έχουν αναπτυχθεί και τα προγράμματα των φορέων της Ελλάδας.

Οι γέροντες είναι άτομα με μικρά ή και ανύπαρκτα εισοδήματα. Οι ανάγκες τους όμως είναι και ανάγκες ψυχολογικές όπως το αίσθημα της μοναξιάς και της εγκατάλειψης. Για το λόγο αυτό και τα προγράμματα της εκκλησίας δεν περιορίζονται μόνο στην απλή οικονομική ενίσχυση με κάποιο επίδομα, αλλά φροντίζουν και για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναγκών των υπερηλίκων.

Για τους γέροντες οι οποίοι δεν θέλουν ή και δεν μπορούν να εισαχθούν σε ανάλογο ίδρυμα έχουν εφαρμοσθεί ειδικά προγράμματα, τα οποία εξασφαλίζουν αφ' ενός την ελευθερία στις κινήσεις τους και την παραμονή στο γνωστό τους περιβάλλον, αφ' ετέρου έχουν την συνεχή επίβλεψη και παρακολούθηση των υπευθύνων για τη λειτουργία των προγραμμάτων.

Αυτά τα προγράμματα εφαρμόζονται στις ενορίες ανάλογα με τις ανάγκες των ηλικιωμένων που κατοικούν εκεί και ανάλογα με τις δυνατότητες από πλευράς οικονομικού και έμφυχου

υλικού που διαθέτει η καθεμία.

Οι κατευθύνσεις βέβαια δίνονται από την υπηρεσία της Χριστιανικής Αλληλεγγύης, η οποία έχει και την όλη επίβλεψη.

Τα προγράμματα που εφαρμόζονται στις ενορίες είναι:

1. Σε 40 ενορίες λειτουργούν ισάριθμα <<Σπίτια Γαλήνης Χριστού>>. Τα σπίτια αυτά είναι ιδρύματα ανοικτής περίθαλψης. Είναι χώροι κατάλληλα διαμορφωμένοι και σε κατάλληλο χώρο μέσα στην ενορία από πλευράς αποστάσεων, όπου οι γέροντες εξασφαλίζουν την καθημερινή τροφή τους.

Καθημερινά υπάρχουν εθελόντριες κυρίες οι οποίες ετοιμάζουν και προσφέρουν το μεσημβρινό φαγητό, μερικές φορές μάλιστα ουσκευασμένο και το βραδυνό, ενώ τα απογεύματα γίνονται συγκεντρώσεις και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις.

Υπεύθυνος του <<Σπιτιού>> είναι ένας ιερέας της ενορίας και μια κυρία εθελόντρια, εντεταλμένη από το κέντρο. Τις όλες υπηρεσίες προσφέρουν 25-30 εθελόντριες κυρίες της ενορίας.

Ο αριθμός των γερόντων κυμαίνεται από 25-30 και ποτέ δεν είναι μεγαλύτερος των 35. Κριτήρια εντάξεως των υπερηλίκων σε κάθε <<Σπίτι Γαλήνης>> είναι να βρίσκονται μόνοι τους στη ζωή, χωρίς σημαντικούς οικονομικούς πόρους, κάτοικοι της περιοχής, άνδρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών.

Οι κυρίες της ενορίας παράλληλα με τις υπηρεσίες τους στο <<Σπίτι Γαλήνης>> έχουν αναλάβει και την παρακολούθηση των γερόντων στα σπίτια τους. Τους επισκέπτονται συχνά και αναλαμβάνουν την εισαγωγή και την παρακολούθησή τους στο

Νοσοκομείο όταν παρίσταται ανάγκη. Την ιατρική παρακολούθηση των γερόντων την έχουν αναλάβει εθελοντικά ιατροί της ενορίας.

Κάθε <<Σπίτι Γαλήνης>> παρακολουθείται από Κοιν.Λειτουργό που βρίσκεται σε άμεση επικοινωνία με τον υπεύθυνο ιερέα, την εντεταλμένη και τις εθελόντριες κυρίες και είναι υπεύθυνος για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που θα εμφανισθούν.

2. Σε 26 ενορίες λειτουργούν ισάριθμες <<Ομάδες Ελευθέρως Διαβιούντων Υπερηλίκων>>. Στις ομάδες αυτές οι γέροντες συγκεντρώνονται 2 ως 5 φορές την εβδομάδα, σε ειδικό χώρο, παίρνουν γεύματα ή παρακολουθούν ειδικές ψυχαγωγικές εκδηλώσεις.

Και στις Ομάδες απασχολούνται εθελόντριες κυρίες των ενοριών με υπεύθυνο ένα ιερέα και με τη καθοδήγηση ενός Κοινωνικού Λειτουργού. Τα κριτήρια συμμετοχής των γερόντων είναι όμοια με αυτά που ισχύουν στα <<Σπίτια Γαλήνης>>. Τα δύο αυτά προγράμματα αφορούν τους υπερήλικες που μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν ενώ για τους μη αυτοεξυπηρετούμενους λειτουργούν δύο άλλα προγράμματα: Οι Κινητές Μονάδες Βοήθειας Κατάτοικων και οι Στέγες Υπερηλίκων.

1) Δια των κινητών μονάδων, οι οποίες αποτελούνται από δύο ή τρεις εθελόντριες κυρίες, ειδικά εκπαιδευμένες, από αρμόδια γι' αυτό πρόσωπα και μια Κοινωνική λειτουργό, φροντίζουν για την κατ'οίκον νοσηλεία, πραγματοποιώντας επισκέψεις στα σπίτια των υπερηλίκων μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Με τις επισκέψεις αυτές, περιποιούνται τους υπερήλικες και τους παρέχουν την απαιτούμενη για κάθε περίπτωση νοσηλεία, σύμφωνα με τις υποδείξεις των γιατρών και συγχρόνως

φροντίζουν για την ψυχική τόνωση και την ηθική ανάταση των γερόντων. Η μετακίνηση των ομάδων στις διάφορες περιοχές γίνεται με αυτοκίνητο της Αρχιεπισκοπής. Αρχικά οι Κινητές Μονάδες εξυπηρέτησαν γέροντες που δεν μπορούσαν να εισαχθούν σε Νοσοκομεία ή Άστυλα. Αντιμετώπισαν ακόμη και σοβαρότατες περιπτώσεις κατακλίσεων.

2) Στις <<Στέγες υπερηλίκων>> τα οποία είναι ιδρύματα κλειστής περίθαλψης, εισάγονται οι κάτοικοι κυρίως υπερήλικες. Είναι οι υπερήλικες οι οποίοι εξαιτίας της καταστάσεώς τους δεν μπορούν να εισαχθούν σε γηροκομεία, διότι έχουν την ανάγκη ειδικής περίθαλψης. Τους υπερήλικες εξυπηρετεί έμμεσο προσωπικό (ιατρός, νοσηλεύτριες, καθαρίστριες) και εθελοντικό.

Με τα προγράμματα αυτά, που προαναφέρθησαν, η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών αντιμετωπίζει τις ανάγκες των υπερηλίκων ενώ ανάλογα προγράμματα λειτουργούν σε όλη τη χώρα.

Με όλο αυτό το έργο που επιτελείται, καταβάλλεται προσπάθεια να καλυφθούν όλες οι ανάγκες των υπερηλίκων, βιοτικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ώστε σε συνδυασμό με το έργο της πολιτείας και άλλων Οργανώσεων-Φορέων να αντιμετωπισθούν επιτυχώς τα προβλήματα των υπερηλίκων.

4.3 Οργάνωση και Διοίκηση Γηροκομείων-<<Οίκων Ευγηρίας>>

Ο σκοπός της οργάνωσης αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία κτίζεται η δομή της, γίνεται η εκλογή των τρόπων και μέσων με τα οποία θα επιχειρήσει να πετύχει τους σκοπούς της, καθορίζεται ο αριθμός και οι ειδικότητες του ανθρώπινου δυναμικού που χρειάζεται, αποφασίζεται το είδος του τεχνικού εξο-

πλισμού που είναι αναγκαίος και υπολογίζονται οι οικονομικοί πόροι που θα χρειαστούν για να λειτουργήσει. Με βάση το σκοπό διατυπώνεται ο καταστατικός χάρτης της οργάνωσης, το νομικό πλαίσιο (καταστατικό, οργανισμός) που καθορίζει την ταυτότητά της.

Διοίκηση είναι η διαδικασία μέσω της οποίας διατυπώνονται οι σκοποί μιας οργάνωσης, η πολιτική της, καταστρώνονται τα σχέδια, γίνονται τα προγράμματα, βρίσκονται οι πόροι, δηλαδή τα χρήματα, το ανθρώπινο δυναμικό (στελέχωση) και ο τεχνικός εξοπλισμός και η διαχείριση των πόρων η οποία περιλαμβάνει ηγεσία, οργανωτική δομή, εξέλιξη προσωπικού, επικοινωνία, συντονισμό, έλεγχο για εξασφάλιση απόδοσης ποιοτικής και ποσοτικής καθώς και έλεγχο της διαχείρισης των οικονομικών.

Σήμερα στη χώρα μας υπάρχουν τρία είδη Γηροκομείων - <<Οίκων Ευγηρίας>> με διαφορετική νομική μορφή: α) μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, β) δημόσια και γ) ιδιωτικά κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

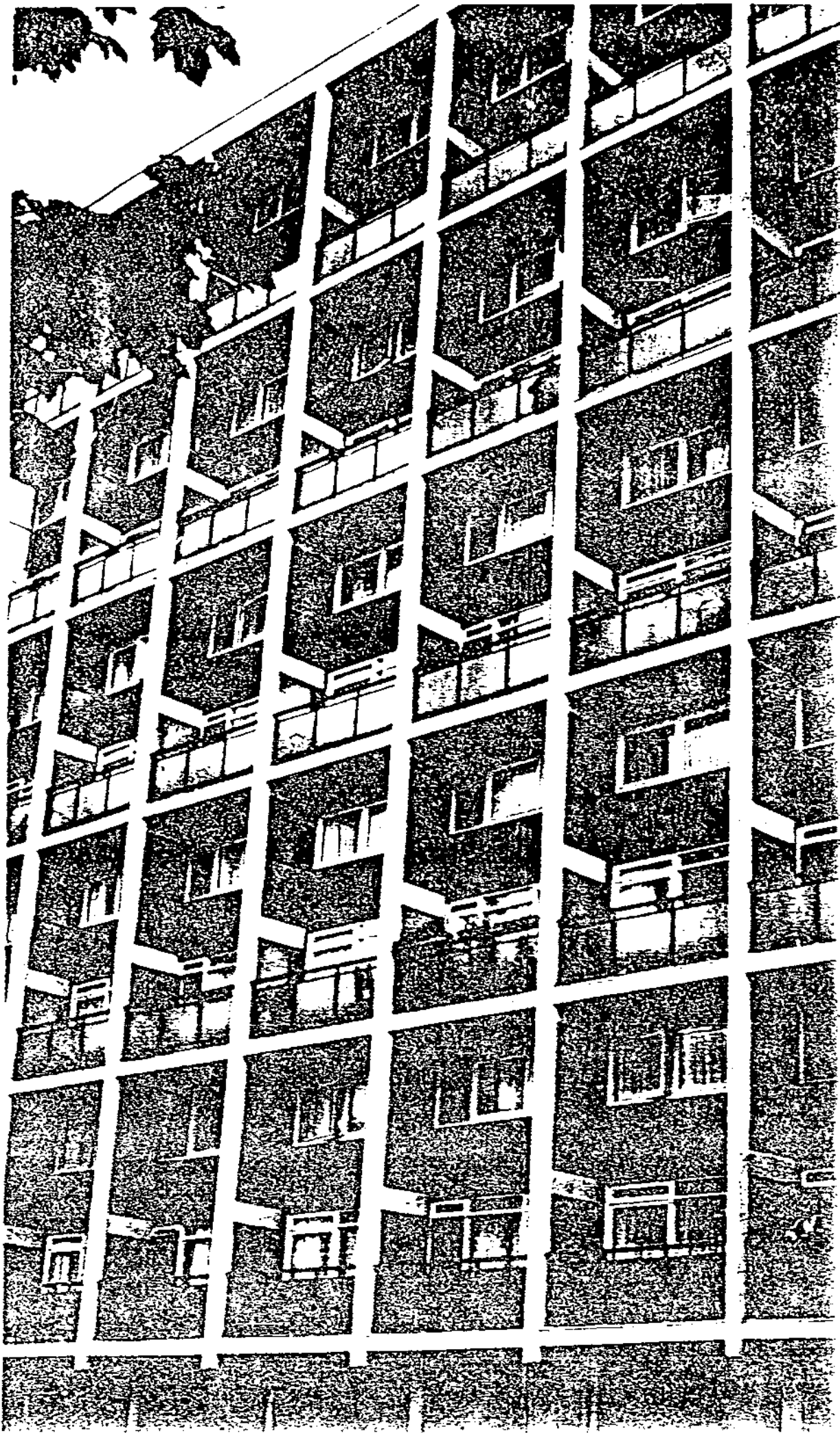
Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στο τρόπο λειτουργίας των Γηροκομείων- <<Οίκων Ευγηρίας>> καθώς και στην απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή και στο κατάλληλο προσωπικό που πρέπει να διαθέτουν τα παραπάνω ιδρύματα για την προσφορά όσο το δυνατόν καλύτερων υπηρεσιών και φροντίδων προς τους υπερήλικες, τροφίμους τους.

4.3.α Λειτουργία Γηροκομείων-<<Οίκων Ευγηρίας>>

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 υπερήλικες όμως που δεν έχουν οικογένεια, σύζυγο ή παιδιά -με τους οποίους να μένουν- ή οι συνθήκες της οικογένειας των παιδιών τους δεν τους δίνουν τη 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. Στο Γηροκομείο ή στους <<Οίκους Ευγηρίας>> παραμένουν υπερήλικες που έχουν ανάγκη από περίθαλψη, που είναι ικανοί να αυτοεξυπηρετούνται, να κυκλοφορούν και που η αρρώστεια από την οποία πιθανόν να πάσχουν δεν απαιτεί συχνή ή συνεχή παρακολούθηση.

Η αλλαγή στη σύνθεση της οικογένειας -οικογένεια δύο γενεών- αποτέλεσμα κοινωνικών αλλαγών, αλλά και απόψεων των σημερινών νέων γι' αυτήν, καθώς επίσης και η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού 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 ιατρο-νοσηλευτικο-φαρμακευτική περίθαλψη σε εξασθενημένους υπερήλικες που δεν μπορούν να ζήσουν σε <<ανεξάρτητη στέγη>>. 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.



20240000
202400
20240000 - 2024
20240000 - 2024
20240000 - 2024

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 επαριές τόσο αριθμητικά, όσο και ποιοτικά για την κάλυψη των αναγκών των τροφίμων.

ΚΤΙΡΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ

Αρχίζουμε με σύντομη ανασκόπηση των προϋποθέσεων που πρέπει να πληρεί το κτίριο και του απαιτούμενου εξοπλισμού του. Στην κατασκευή του κτιρίου 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 την ημέρα, 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 το 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.

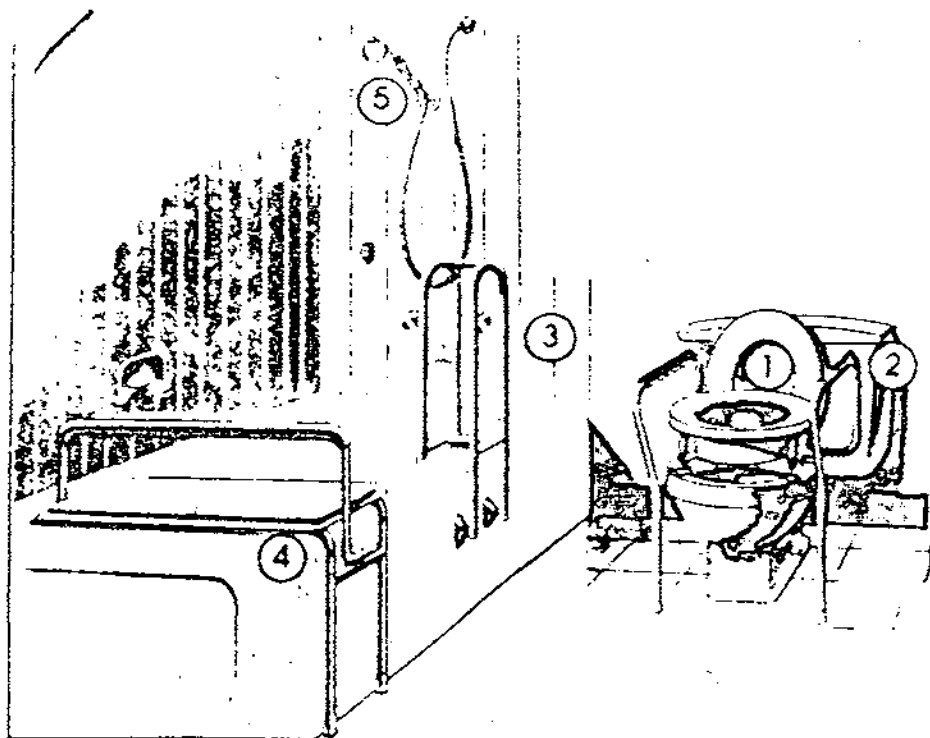
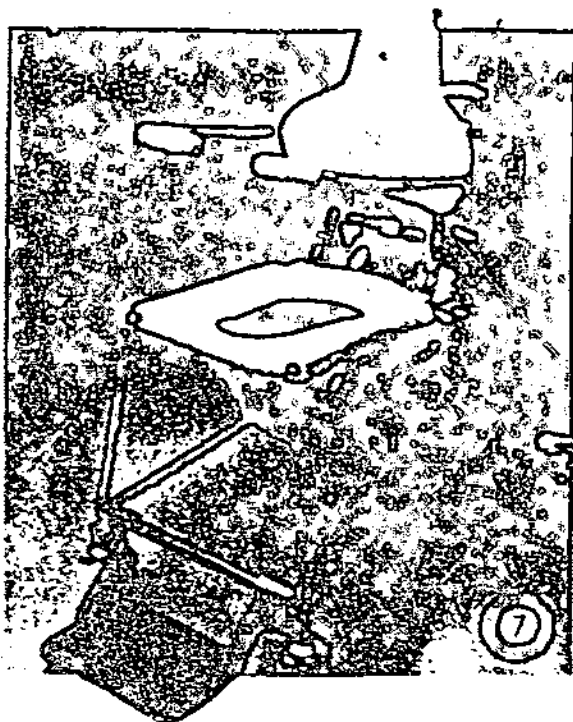
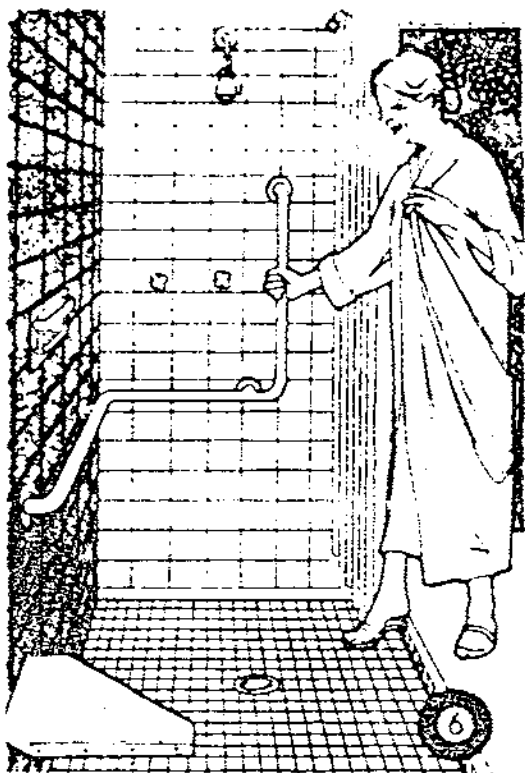
το κτίριο μπορεί να είναι κάθετης ή οριζόντιας αρχιτεκτονικής. Προτιμάται το κτίριο οριζόντιας αρχιτεκτονικής, για να μπορούν οι κάτοικοι να βγαίνουν εύκολα στον ελεύθερο χώρο. Είναι καλύτερα τα μικρά κτίρια, γιατί είναι φιλικά, βοηθούν στην ανάπτυξη οικογενειακής ατμόσφαιρας, είναι ξεκούραστα και άνετα στη διαμονή, βοηθούν στην καλύτερη 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 στις οποίες θα μπορεί να δημιουργηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό, οικογενειακή και προσωπική σχέση και ατμόσφαιρα.

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

Οι απαραίτητοι χώροι για τη 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 ευ-



Μέσα για πρόληψη ατυχημάτων και ανεξαρτητοποίησης του υπερήλικα:

1. Ανυψούμενη τουαλέτα.
2. Βραχιόνες ασφαλείας.
3. Κάγκελα για τη βοήθεια του υπερήλικα να στηρίζεται στο μπάνιο.
4. Κινούμενο κάθισμα λουτρού.
5. Ντους που μπορεί να πάρει διάφορες θέσεις.
6. Οι χειρολαβές στο λουτρό ή ντους δίνουν στον υπερήλικα που το χρησιμοποιεί αίσθημα ασφάλειας και μειώνουν τ' ατυχήματα.
7. Πολυθρόνα - καρέκλα που μεταφέρει τον άρρωστο επάνω στη λεκάνη της τουαλέτας.

χερής 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 στη τουαλέτα, όσο και στους τούτους του λουτρού, του τύπου ντους, που είναι εύχρηστα από τους υπερήλικες, τοποθετούνται χειρολαβές για την ασφάλεια και βοήθεια των ατόμων που τα χρησιμοποιούν.

Τα 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 τουαλέττα σε 5 άτομα, να είναι δε η διαρρύθμιση του χώρου με τέτοιο τρόπο, ώστε οι τουαλέττες και τα λουτρά να μην απέχουν πολύ από τα δωμάτια των ηλικιωμένων. Το μπάνιο και η τουαλέττα πρέπει να έχουν σύστημα επικοινωνίας, για να μπορούν οι υπερήλικες να ζητούν βοήθεια σε περίπτωση ανάγκης.

Η ύπαρξη ανυψωμένων τουαλέττας 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 στη τουαλέτα 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 χρησι-

μοποιούν 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 και 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 και 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.λ.π. 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 σιγνή και ανάλογο εξοπλισμό, πιάνο, μηχανήματα για προβολές, πικ-απ κ.α. Εάν δεν υπάρχει ξεχωριστή αίθουσα ψυχαγωγίας, συνιστάται να επικοινωνούν η τραπεζαρία και το σαλόνι με πτυσσόμενες πόρτες ώστε να μετατρέπονται οι δύο χώροι σε μια αίθουσα ψυχαγωγίας.

5. Αναρρωτήριο: Η νοσηρότητα στα ηλικιωμένα άτομα είναι μεγάλη και για καλύτερη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη των τροφίμων είναι απαραίτητη η πρόβλεψη αναρρωτηρίου με θαλάμους δύο 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 καμιά βοήθεια και είναι καλύτερα να κλείσουν ταμάτια στο γνώριμο 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 <<NUSTING STATION>>, αίθουσα αναμονής και βοηθητικός χώρος για το προσωπικό καθαριότητας. Το ιατρείο του αναρρωτηρίου χρησιμοποιείται και για τις περιοδικές εξετάσεις υγείας και 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 προσω-

πικό. 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. Εργασιοθεραπευτήριο: 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 εργοθεραπευτηρίου, τόσο περισσότερο ελευθερώνει τον υπερήλικα από τα δεσμά του ατομισμού του, διατηρεί και αυξάνει την κοινωνικότητά του, του δίνει την αίσθηση ότι είναι χρήσιμος και ευεργετικός στο κοινωνικό σύνολο κ.α.

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 τις 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 συμπληρώματα 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.λ.π. 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 και 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 φορείς, αμαξίδια, τρόφιμα απορρίματα κλπ είναι απαραίτητοι.

Στους διαδρόμους και στις 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, ειτός από το αναρρωτήριο, πρέπει να μοιάζει με αυτή του σπιτιού, να είναι χαρούμενη, για να απαλύνει στο σκούρο πλέπλο των πολλών χρόνων της ζωής. Να επιτρέπεται να χρησιμοποιούν ατομικά έπιπλα, εφόσον είναι κα-

τάλληλα, για να περιορίζεται το αίσθημα της αλλαγής περιβάλλοντος και να διευκολύνεται ο ηλικιωμένος στην προσαρμογή του στο νέο του περιβάλλον.

Πάρια με ποικιλία λουλουδιών και αναπαυτικά παγκάκια προσφέρουν ευχαρίστητη και δημιουργούν γαλήνη στον ένοικο του ιδρύματος.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

Το προσωπικό που εργάζεται στον <<Οίκο Ευγηρίας>>-Γηροκομείο χωρίζεται σε δύο 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, διαφορετικά έχει μερική απασχόληση.

2. Γηρύατρος: Ασχολείται με τα ιατρικά προβλήματα υγείας των τροφίμων. Εάν το ίδρυμα έχει λίγους τροφίμους, ο γηρύατρος 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 προφορά νοσηλευτικής βοήθειας, για διαφήμιση σε θέματα υγείας για πρόληψη αναπηριών και αποκατάσταση, όταν αυτές έχουν κάνει την εμφάνισή τους για ψυχολογική υποβάσταξη κ.α.

Από αυτή την κατηγορία του προσωπικού προτιμάται να προέρχεται ο Διευθυντής του Ιδρύματος.

4. Διοικητικό προσωπικό: μεταξύ αυτών ο οικονόμος, ο διαχειριστής κ.λ.π. 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 βοηθός 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 σύμπρωξη 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 <<θεραπευνίδες>> 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. εργασιοθεραπευτής
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-πνευματικο-κοινωνικών αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων των ατόμων που έχουν ξεπεράσει το 65 έτος της ηλικίας τους.

4.3.β Η διαδικασία της ιδρυματοποίησης

ο όρος υποδηλώνει κάτι βαρύ και επιβλητικό. Πραγματικά η διαδικασία της ιδρυματοποίησης σημαίνει πολύ περισσότερα από την απλή μετακίνηση ενός ατόμου από ένα φυσικό χώρο σε κάποιον άλλο.

Σε πρώτη φάση, ο ηλικιωμένος πρέπει να συμβιβαστεί με όλες τις πλευρές του καινούργιου περιβάλλοντος. Το γεγονός ότι η διαδικασία αυτή είναι γνωστή σαν ιδρυματοποίηση και όχι εξατομίκευση, δηλώνει καθαρά ότι το άτομο είναι εκείνο που πρέπει να προσαρμοστεί στο <<σπίτι>> και όχι το <<σπίτι>> προς το άτομο. Η διαδικασία είναι δύσκολη σε οποιαδήποτε ηλικία.

Η αναστάτωση συνήθως αρχίζει πολύ πριν από τη στιγμή που το ηλικιωμένο άτομο καταφθάνει στο καινούργιο του σπίτι. Κάτι κακό πρέπει να έχει προηγηθεί, διαφορετικά δεν θα μετακόμιζε. Ίσως η απώλεια κάποιου προσώπου ή του σπιτιού όπου ζούσε πρωτύτερα. Κάτι δυσάρεστο έχει συμβεί ή απειλεί να συμβεί. Αυτό σημαίνει ότι τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η οικογένειά του μπορεί να είναι ευάλωτοι και αναστατωμένοι. Το άγχος και ο τρόμος είναι δυνατές λέξεις, που ωστόσο μπορούν θαυμάσια να χρησιμοποιηθούν σ' αυτή την περίπτωση. Παρ'όλο που η ιδρυματοποίηση αντιμετωπίζεται σαν μοναδική λύση, αυτή δεν απαλλάσσει την οικογένεια και τις ενοχές και το ηλικιωμένο από ένα αίσθημα εγκατάλειψης. Όλα αυτά, ωστόσο, μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν την αντικειμενική αλήθεια.

Η οικογένεια μπορεί να έχει καταβάλει υπεράνθρωπες προσπάθειες να βοηθήσει τον ηλικιωμένο. Κι αυτός μπορεί να νιώθει απελπισία στην αίσθηση ότι αποτελεί βάρος. Παρ'όλα αυτά

τα συναισθήματα παραμένουν.

Μετά από τόσα χρόνια ζωής σαν αναπόσπαστο μέλος της οικογένειας, ο υπερήλικας δοκιμάζει τώρα τον πόνο του αποχωρισμού. Κοντά σ' αυτό το άγχος υπάρχει και ο φόβος του τι θα αντιμετωπίσει στο ίδρυμα. Θα είναι ένας χώρος για να ζήσει ή ένα μέρος για να πεθάνει; Πως θα αντέξει να περάσει τα τελευταία χρόνια της ζωής του ανάμεσα σε ξένους, μέσα σε έναν ξένο χώρο;

Πολλές μελέτες πάνω σ' αυτό το θέμα δείχνουν πόσο σημαντικές είναι οι ψυχολογικές αλλαγές που συμβαίνουν πριν από τον εγκλεισμό στο ίδρυμα. Οι Σέλντον Τόμπιν και Μόρτον Λίμπερμαν μελέτησαν 100 άτομα που περίμεναν τη σειρά τους για να γίνουν δεκτοί σε έναν <<Οίκο Ευγηρίας>> κάποιας μεγάλης μητροπολιτικής περιοχής. Σαν μέτρο σύγκρισης χρησιμοποιήθηκαν δύο ομάδες ηλικιωμένων: μία ομάδα 35 υπερηλίκων που δεν αντιμετώπιζαν την προοπτική εισόδου τους σε ίδρυμα και μία άλλη 37 ατόμων που ζούσαν ήδη σε ίδρυμα.

Οι ερευνητές ανακάλυψαν, ότι πολλά από τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που ζουν σε ίδρυμα ήταν ήδη φανερό σε εκείνους που περίμεναν τη σειρά τους να γίνουν δεκτοί. Μεταξύ αυτών που περίμεναν, οι Τόμπιν και Λίμπερμαν βρήκαν: <<...τάση για απάθεια, παθητική αποδοχή της κατάστασης, κάπως αρνητικά συναισθήματα για τα επιτεύγματά τους, καθώς και τάσεις αυτοκριτικής, κατάθλιψης, πικρίας ή οξυθυμίας>>. Δύο είναι οι πιθανοί λόγοι, που ουσιαστικά δεν διαφέρουν μεταξύ τους. Τα δεινά που αντιμετωπίζει στη ζωή του ο ηλικιωμένος και επιπλέον να αυξήσουν τις πιθανότητες εισόδου του σε ίδρυμα. η ίδια η προοπτική της ζωής σε ίδρυμα μπο-

καλέσει κατάθλιψη.

Οι ερευνητές ανακάλυψαν ακόμη, ότι οι άνθρωποι στο κατάλογο αναμονής είχαν περισσότερα προβλήματα και περιορισμούς από εκείνους που ζούσαν σε Ιδρύματα πάνω από ένα χρόνο. Αυτοί που είχαν μείνει ήδη για αρκετό διάστημα, παρουσίαζαν πιο έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, λιγότερο άγχος και καλύτερη νοητική λειτουργία από τους ηλικιωμένους που περίμεναν ακόμα τη σειρά τους για να μουν στο ίδρυμα.

Οι Λίμπερμαν και Τόμπιν κατέληξαν: «Τα περισσότερα από τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που αποδίδονται στις δυσμενείς επιπτώσεις της εισαγωγής και της διαβίωσης σε ίδρυμα ήταν ήδη φανερά στους ανθρώπους, που ήταν γραμμένοι στους καταλόγους αναμονής». Τα στοιχεία αυτά αντικρούουν την άποψη ότι η είσοδος σε ίδρυμα υποσκάπτει μόνιμα και σταθερά τη διάθεση και τη νοητική λειτουργία.

Το άτομο που εισέρχεται για πρώτη φορά σε ένα Ίδρυμα νιώθει το άγχος και το φόβο του να κορυφώνονται, ακόμη και αν έχει πάρει την απόφαση να συμπεριφερθεί καλά και να αποφύγει τις σκηνές. Αργότερα παρ'όλες τις καλές προθέσεις του, μπορεί να αρχίσει να κλαίει στα κρυφά, να κοιτάει με βλέμμα απλανές τον τοίχο, να χάσει την όρεξή του.

Οι επιπτώσεις της μετακίνησης σε Ίδρυμα μπορούν να απαλυνθούν με πολλούς τρόπους. Σε ορισμένα μέρη, τα μέλη του προσωπικού του ιδρύματος επισκέπτονται τον ηλικιωμένο στο σπίτι του, πρώτου εισαχθεί στο Ίδρυμα για να τον γνωρίσουν και να απαντήσουν σε ερωτήσεις του. Συχνά, τον προσκαλούν να επισκεφθεί το ίδρυμα.

Ο υπερήλικας μπορεί να πάρει μαζί του αγαπημένα αντικεί-

μενα που του δίνουν μια αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας. Το προσωπικό του ιδρύματος μπορεί να καταβάλει ιδιαίτερες προσπάθειες να καθησυχάσει τον νεοφερμένο και οι συγκαίτιοι να δημιουργήσουν ένα φιλικό κλίμα υποδοχής. Απλά μέτρα σαν αυτά δεν αλλάζουν τη σημασία της μετακόμησης. Ωστόσο, βοηθούν τον ηλικιωμένο να νιώσει λιγότερο απομονωμένος.

Δυστυχώς, το καλοπροαίρετο προσωπικό μπορεί να ενισχύσει την απόγνωση του νεοφερμένου με υπερβολικές ειδηλώσεις οικειότητας. Δεν αντιλαμβάνονται πλήρως τη κρίση ταυτότητας που βιώνει ο υπερήλικας. Έχει χάσει ήδη μερικά στοιχεία του συνηθισμένου τρόπου ζωής του και ένα από τα λίγα σταθερά στοιχεία που του απόμειναν για την ταυτότητά του είναι το όνομά του. Κι όμως ένας τελείως άγνωστος μπορεί να αγνοήσει το επώνυμο του νεοφερμένου και να χρησιμοποιήσει κατευθείαν το μικρό του όνομα. Η κύρια ντόναλτσον γίνεται Ελίζαμπεθ ή ακόμα απρόσωπο: <<Αγάπη μου>>, ή <<Χρυσή μου>>. Όλα αυτά φαίνονται ίσως ασήμαντα, ωστόσο δείχνουν τον τρόπο που η ιδρυματοποίηση μπορεί να καταρρακώσει την προσωπικότητα του ατόμου. Στο ίδρυμα υπάρχει μια μόνο κυρία Ντόλαντσον, αλλά δεκάδες <<αγάπες>> και <<χρυσές>>. Το όνομα αποσυνδέεται από το άτομο και αντικαθίσταται από ένα γενικευμένο όρο, που δεν αναγνωρίζει την μοναδικότητα του ατόμου. Το μήνυμα είναι ολοφάνερο: <<Το ποιός ήσουν παλιότερα δεν πολυμετράει εδώ, Συμβιβάσου με την ταυτότητα που σου δίνουμε για να τα πάμε καλά>>.

Οι <<Οίκοι Ευγηρίας>> δεν είναι τα μόνα ιδρύματα που ασκούν πίεση στο άτομο. Ο κοινωνιολόγος Έρβινγκ Γκρόφμαν έχει αποδείξει ότι ανάλογα πράγματα συμβαίνουν σε κάθε περί-

πτωση, που το άτομο ελέγχεται ολοκληρωτικά από το περιβάλλον: σε φυλακές, ψυχιατρεία, στο στρατό κ.λ.π.

Παρ'όλο που αυτά τα ιδρύματα διαφέρουν σημαντικά από τα Γηριατρικά ιδρύματα, έχουν, ωστόσο, πολλά κοινά σημεία. Η προηγούμενη ταυτότητα του τροφίμου αντικαθίσταται από έναν αριθμό ή βαθμό. Τα σύμβολα του παλιότερου εαυτού, όπως τα ρούχα και τα προσωπικά αντικείμενα, αντικαθιστώνται από άλλα που παρέχει το ίδρυμα. Το καθημερινό πρόγραμμα σχεδιάζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του ιδρύματος και όχι του ατόμου. Η ιδιωτική ζωή και η ανάπτυξη στενών σχέσεων δεν ενθαρρύνονται. Αντίθετα καλλιεργούνται η ομαδική συμπεριφορά, η υπακοή και η στενή παρακολούθηση.

Ο ηλικιωμένος που μπαίνει για πρώτη φορά σε ένα Ίδρυμα -και ξέρει πως μόνο νεκρός θα βγει από εκεί- είναι φυσικό να βιώνει αυτές τις πλευρές της ιδρυματικής ζωής σαν απειλή ενάντια στην ακεραιότητά του. Η απειλή, φυσικά, είναι συνήθως αρκετά απρόσωπη: είναι ο ίδιος ο τρόπος λειτουργίας του συστήματος. Τα μέλη του προσωπικού μπορεί να επιδιώκουν ολόθερμα την ευημερία των ηλικιωμένων: ωστόσο δεν παύουν να λειτουργούν με βάση τα μηχανικά κανάλια ενός <<ολοκληρωτικού>> ιδρύματος. <<Ολοκληρωτικό>> είναι το ίδρυμα, που υποχρεώνει τους τροφίμους του να ζουν ομοιόμορφα στον ίδιο πάντα χώρο και δεν προσφέρει ευκαιρίες διαφυγής τους σε ένα περιβάλλον που θα τους επιτρέψει να ξαναποκτήσουν μια αίσθηση ατομικής ταυτότητας. Αν και παρέχει την απαραίτητη ασφάλεια για την επιβίωση, ταυτόχρονα υποσικιάπει την ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου μέσα από τον καθολικό έλεγχο που ασκεί πάνω του.

4.3.γ Εγκατάσταση του υπερήλικα στο Ίδρυμα

Η κοινωνική γεροντολόγος Ρουθ Μπένετ και οι συνεργάτες της ανακάλυψαν, ότι οι νέοι τρόφιμοι των ιδρυμάτων δέχονται ελάχιστη βοήθεια στην προσπάθειά τους να συμβιβάσουν τις παλαιότερες συνήθειές τους με τη δομή του ιδρύματος. Οι κανονισμοί σπάνια διατυπώνονται καθαρά από την αρχή. Καμιά φορά μοιάζουν ανύπαρκτοι, παρ'όλο που κάθε ίδρυμα πρέπει να έχει κάποιους κανονισμούς. Ο νεοφερμένος αισθάνεται, ότι το ίδρυμα περιμένει ελάχιστα απ'αυτόν και προσφέρει λιγοστούς ρόλους, που μπορούν να δημιουργήσουν προσωπική ικανοποίηση και κοινωνική αποδοχή. Στις περισσότερες περιπτώσεις όσο λιγότερα κάνει το άτομο, τόσο καλύτερα. Αυτή είναι μια πολύ δύσκολη κατάσταση, για να μάθε και να προσαρμοστεί κανείς σε οποιαδήποτε κατάσταση.

Έτσι οι πρώτες μέρες της εισόδου σε ίδρυμα μπορεί να χαρακτηρίζονται από σύγχυση, υπερβολική επιφυλακτικότητα (<<Τι θα γίνει αν κάνω κάτι κακό, και τους θυμώσω;>>) και μικροπεριστατικά, που οδηγούν, άδικα στη δημιουργία κάποιας <<ετικέτας>> (<<Είναι πεισματάρης!>>, <<Είναι συγχυσμένος!>>).

Μερικοί προσαρμόζονται εκολότερα στην ομαδική ζωή, προτιμώντας να αφήνουν στους άλλους τις ευθύνες. Αυτό τους δίνει μια αίσθηση ασφάλειας και τους επιτρέπει να χαλαρώσουν. Τέτοιοι άνθρωποι έχουν, συνήθως, παλιότερες εμπειρίες διαβίωσης σε ιδρυματικό περιβάλλον και ξέρουν πως να μαθαίνουν <<τα κόλπα>> και πως να αντιμετωπίζουν όσο το δυνατό καλύτερα την κατάσταση. Εκείνοι, όμως, που είχαν ζήσει μια περισσότερο ιδιωτική ζωή δεν είναι σωστά προετοιμασμένοι ούτε από την πείρα τους ούτε από την ιδιοσυγκρασία τους

η ζωγραφική κ.α. Ο νοσηλευτής-τρια πρέπει να διαγνώσει τις δυνατότητες, τα ενδιαφέροντα και τα talέντα καθενός και να δώσει την ευκαιρία στον κάθε τρόφιμο να απολαύσει τη χαρά της δημιουργίας. Όλες αυτές οι ευκαιρίες είναι δυνατόν να εμποδίσουν την εμφάνιση της παλινδρόμησης, του παιδισμού, της ζήλειας κλπ.

Γενικά οι ωφέλειες της απασχόλησης μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Δημιουργείται ευχάριστη ατμόσφαιρα και ο υπερήλικας αισθάνεται ότι είναι μέλος μιας ομάδας, στην οποία μπορεί να εκφέρει γνώμη και να εκφράσει τα συναισθήματά του. Έτσι αποσπάται από τον εαυτό του και απασχολείται με τα ζητήματα της ομάδας· συνεχίζει δηλαδή να ζει μια κοινωνική ζωή.

- Ο υπερήλικας ενεργοποιείται πνευματικά και αναπτύσσει καινούργια ενδιαφέροντα. Έτσι διατηρείται σε πνευματική εγρήγορση και επιβραδύνεται η μείωση της πνευματικής οξύτητας.

- Δημιουργείται ευχάριστη ατμόσφαιρα στο ίδρυμα η οποία διευκολύνει την εγγραφή του νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού.

Τέλος, με την στενή συνεργασία και την αγάπη του ιδρύματος της κοινωνίας και της οικογένειας, ο ηλικιωμένος θα βρεθεί στο ίδρυμα και θα έχει αυτό που ζητά ο κάθε άνθρωπος μετά από το άγχος και το μόχθο που του γέμισε τη ζωή και που τώρα έχει το δικαίωμα να ξεκουραστεί και να χαρεί με κάθε τρόπο, αυτό που δεν τον άφησαν τα προβλήματα της ζωής. Και μάλιστα κοντά στους δικούς του χωρίς να γίνεται βάρος σε κανέναν.

διατηρηθεί το ενδιαφέρον του υπερήλικα για τη ζωή. Στη διατήρηση της κοινωνικής ζωής και των δραστηριοτήτων των υπερήλικων βοηθάει πολύ η στενή επικοινωνία με τους συγγενείς τους. Στο Γηροκομείο πρέπει να δημιουργούνται διάφορες δραστηριότητες.

Μερικές από αυτές είναι:

α. Θρησκεία: Για όσους πιστεύουν δίνει δύναμη και αποτελεί σπουδαία πραγματικότητα. Οι διάφορες ακολουθίες της εκκλησίας, οι κύκλοι μελέτης της Αγίας Γραφής κ.α. στις οποίες οι υπερήλικες λαμβάνουν μέρος ενεργό δίνουν σκοπό και νόημα στη ζωή τους. Ταυτόχρονα τους δίνει την ικανότητα να αντιμετωπίσουν το θάνατο με περισσότερη ψυχραιμία και με την ελπίδα της αιωνιότητας.

β. Γιορταστικές εκδηλώσεις και δεξιώσεις: Ο εορτασμός των εθνικών και θρησκευτικών εορτών δίνει την ευκαιρία στους υπερήλικες να συμμετέχουν στη κοινωνική ζωή. Ενώ η διοργάνωση δεξιώσεων στα ιδρύματα, δίνει σπουδαίες ευκαιρίες για ανταλλαγή σκέψεων και απόψεων. Η δεξίωση μπορεί να διοργανωθεί για έναν άλλο «οίκο ευγηρίας», ή για μια ομάδα ατόμων της κοινωνίας. Στην όλη εργασία για την δεξίωση θα πρέπει να συμμετέχουν ενεργά οι ίδιοι οι υπερήλικες.

γ. Εκδρομές: Οι υπερήλικες έχουν ανάγκη από αλλαγή περιβάλλοντος. Μια εκδρομή τους δίνει την ευκαιρία να βρεθούν μακριά από το ίδρυμα όπου περνούν όλες τους τις ημέρες και όλες τους τις ώρες.

δ. Διάφορες άλλες απασχολήσεις. Υπάρχουν και πολλές άλλες ευκαιρίες απασχόλησης και δημιουργίας για τους υπερήλικες, όπως η απασχόληση στον κήπο, το κέντημα, το πλέξιμο,

για αυτού του είδους τη συνθήκη.

Οι πρώτες μέρες της ζωής σε ένα ίδρυμα είναι κρίσιμες. Το άγχος του ηλικιωμένου για την απομάκρυνση από το σπίτι του και ο φόβος για το τι τον περιμένει, μπορεί να εντείνουν τα ήδη υπάρχοντα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Είναι μια εποχή που το καινούργιο <<σπίτι>> πρέπει να τον αντιμετωπίσει με ιδιαίτερη φροντίδα και κατανόηση. Ο ηλικιωμένος έχει έντονη την αίσθηση αποκοπής από την προηγούμενη ζωή του, και το αίσθημα, ότι δεν υπάρχει δρόμος επιστροφής είναι οξύ και δικαιολογημένο. Όταν, λοιπόν, αντιμετωπίζουμε την πιθανότητα να βάλουμε κάποιον σε ένα ίδρυμα, είναι σημαντικό να διαλέξουμε το πιο κατάλληλο. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να παρέχουμε άφθονη κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη στην κρίσιμη περίοδο μετά από την εισαγωγή.

4.3.6 Κοινωνική Ζωή-Ψυχαγωγία του υπερήλικα στο Ίδρυμα

Οι υπερήλικες όπως όλοι οι άνθρωποι, θέλουν να είναι μέλη ομάδας με δραστηριότητες και σκοπούς. Θέλουν να είναι χρήσιμα μέλη της οικογένειας και της κοινωνίας, γιατί μπορεί να υστερούν σε πρωτοβουλία, ζωτικότητα και ταχύτητα, υπερτερούν όμως σε σύνεση, πείρα και γνώση. Η ζωή τους έχει διδάξει πολλά και μπορούν να έχουν σωστές ιδέες για πολλά ζητήματα, με τα οποία ασχολήθηκαν στο παρελθόν (πολιτικά, θρησκευτικά). Με τις δυνατότητες αυτές που διαθέτουν θέλουν να συνεχίσουν την κοινωνική τους ζωή, γι' αυτό πρέπει να δοθούν ευκαιρίες κατάλληλες για τον καθένα ξεχωριστά. Έτσι είναι δυνατόν να δημιουργηθεί ατμόσφαιρα ευχάριστη και να

4.3.ε. Το πρόβλημα της προσαρμογής του υπερήλικα στο ίδρυμα

Εκείνοι που είναι εγκατεστημένοι για καιρό σε οίκους ευγηρίας, δημιουργούν συχνά φιλίες με συγκατοίκους και μέλη του προσωπικού, με αποτέλεσμα να τους βλέπουν σαν οικογένεια. Αυτό είναι ένα πολύ ενδιαφέρον φαινόμενο.

Συμβαίνει, συνήθως, όταν οι οικογενειακές επισκέψεις αραιώνουν ή σταματούν ή όταν η σταθερότητα στη σύσταση του προσωπικού προσφέρει τον απαραίτητο χρόνο για την ανάπτυξη προσωπικών σχέσεων. Έτσι, οι ηλικιωμένοι ανακουφίζονται στην ιδέα της καινούργιας τους οικογένειας, και το προσωπικό καταλήγει να ενδιαφέρεται για μια <<γιαγιά>> ή ένα <<θείο>> πέρα από τα όρια του επαγγελματικού καθήκοντος. Η ανθρωπιά θριαμβεύει, τελικά, πάνω στηναπρόσωπη ιδρυματική νοοτροπία.

Παρ'όλα αυτά, πολλοί ηλικιωμένοι, μετά από μακριά περίοδο ιδρυματοποίησης, νιώθουν μοναξιά, κοινωνική προμόνωση και ανία. Αυτό συμβαίνει, συνήθως, στην περίπτωση μεγάλων <<οίκων ευγηρίας>>. Από τη μεριά της ψυχολογικής προσαρμογής, η διαφορά ανάμεσα σε <<οίκους ευγηρίας>> 100 και 500 άτομα μπορεί να είναι μικρότερη από τη διαφορά ανάμεσα σε ιδρύματα με 25 και 50 άτομα. Αυτό το ξέρουν καλά πολλοί διοικητικοί υπεύθυνοι και σήμερα γίνονται προσπάθειες για τη δημιουργία μικρότερων <<οίκων ευγηρίας>>, που προσφέρουν στον ηλικιωμένο τη δυνατότητα να νιώθει πραγματικά σαν στο σπίτι του.

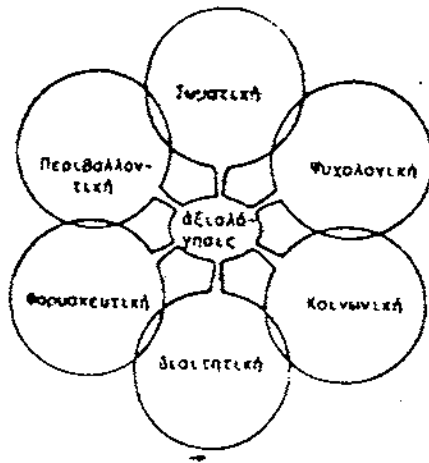
Η έρευνα των Λίμπερμαν-Τόμπιν, που αναφέραμε πρωτύτερα, βάσει το ερώτημα τι ακριβώς σημαίνει φυσιολογική προσαρμογή. Άλλωστε όπως υποστηρίζουν οι ίδιοι, οι ηλικιωμένοι σε ένα ίδρυμα αναγκάζονται να προσαρμοστούν σε ένα <<κόξ-

ομο γεμάτο αρρώστια και θάνατο>>. Ένας ηλικιωμένος γεμάτος ζωντάνια μπορεί να νιώθει κατάθλιψη ακόμα και όταν η προσαρμογή του στο ίδρυμα είναι επιτυχημένη. Η προσαρμογή αυτή, είναι προσαρμογή σε καθορισμένα όρια. Πρόκειται για ταυτοποίηση με τον ασθενικό και ανήμπορο. Είναι αποδοχή του επερχόμενου θανάτου <<Δεν είμαι νεκρός>> είπε κάποιος. <<Αλλά δεν θα χαρακτηρίζα και ζωντανό τον εαυτό μου>>. Το άτομο που δεν δείχνει να προσαρμόζεται στην ιδρυματική ζωή, μπορεί τουλάχιστον να προκαλέσει τη προσοχή με τη μη-προσαρμοστικότητα του.

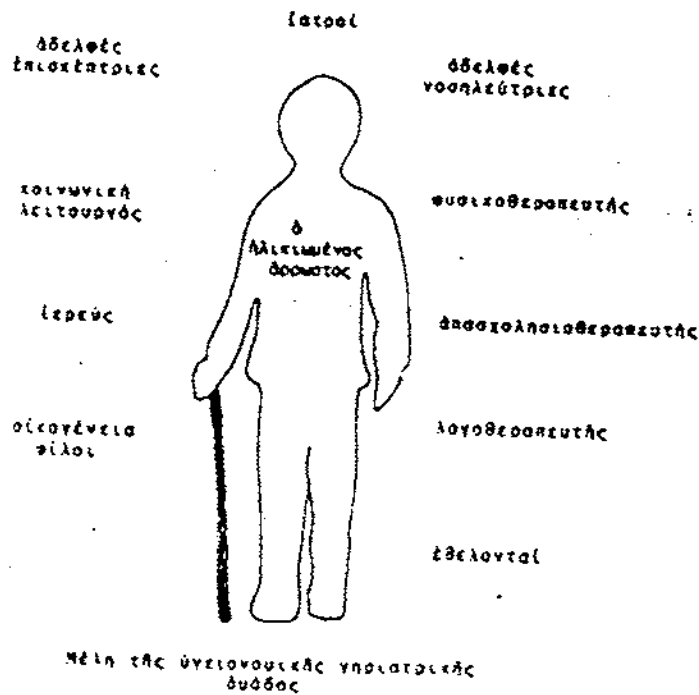
Δεν θα πρέπει, λοιπόν, να θεωρούμε τόσο απλή την προσαρμογή στη ζωή ενός ιδρύματος για ηλικιωμένους. Και, φυσικά, οι σχέσεις που αναπτύσσονται εκεί είναι το ίδιο πολύπλοκες με τις ανθρώπινες σχέσεις οπουδήποτε αλλού. Η ευτυχία μπορεί να εξαρτάται από τις αυξομειώσεις στη διάθεση ενός ή δύο στενών φίλων ή άσπονδων εχθρών.

Ένας μεσήλικας μπορεί να γυρίσει από τη δουλειά πικραμένος ή απογοητευμένος, γιατί κάποιος άλλος συνάδελφος πήρε το γραφείο με τη θέα, τη προαγωγή ή την άδεια στην καλύτερη εποχή. Παρόμοια, ο ηλικιωμένος γονιός του στο ίδρυμα, μπορεί να είναι θυμωμένος ή χαρούμενος για το καινούργιο του δωμάτιο, την επιλογή του συγκατοίκου ή οποιοδήποτε άλλο γεγονός επηρεάζει τη μέρα του. Μερικά πράγματα δεν εξαφανίζονται απλά και μόνο γιατί το άτομο μπαίνει σε ένα ίδρυμα. Είναι ευκολότερο να καταλάβουμε τη χαρά ή τη λύπη ενός ηλικιωμένου, όταν κατανοούμε τη σημασία των καθημερινών γεγονότων, που συνδέονται με φυσικές δυσκολίες και ίσως μια νοσταλγία για τον έξω κόσμο.

ΠΟΣΗΑΣΤΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΙΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ



(Anderson et al., 1982)



4.3.στ. Ανάγκες και προβλήματα των υπερηλίκων στο ίδρυμα- Νοσηλευτικές δραστηριότητες

Τα συνηθέστερα αίτια που οδηγούν έναν ηλικιωμένο σε <<Όικο Ευγηρίας>>-Γηροκομείο είναι:

α. Προβλήματα υγείας συνοδευόμενα από αδυναμία αυτοεξυπηρέτησής

β. Μη αποδοχή από τον ηλικιωμένο της αλλαγής που συμβαίνει στον ίδιο (ψυχολογικής, σωματικής, διανοητικής).

γ. Αδυναμία της οικογένειας να αντιμετωπίσει την αλλαγή αυτή, ώστε αναγκάζεται να αναθέσει την αντιμετώπιση και φροντίδα του υπερήλικα σε κάποιο ίδρυμα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία αισθήματος ενοχής γι' αυτή της την απόφαση.

Όταν αποφασισθεί η μεταφορά του ηλικιωμένου στον <<Όικο ευγηρίας>> πρέπει να του δοθεί χρόνος ώστε να συνηθίσει την ιδέα να γνωρίσει με προηγούμενες επισκέψεις, όπως έχει προαναφερθεί, το καινούργιο περιβάλλον, δηλαδή να καταβληθεί προσπάθεια αποφυγής του ψυχολογικού SHOCK που θα επέφερε μια απότομη, βιαστική και άκαιρη μεταφορά του.

Η νοσηλευτική φροντίδα των υπερηλίκων έχει ιδιαίτερη μορφή. Σήμερα δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στο πως να γηράσκουμε ομαλά, πως να ζει ο ηλικιωμένος ευτυχισμένος, να έχει δραστηριότητες ώστε να μην επέρχεται ο θάνατος από συνταξιοδότηση όπως ονομάζεται. Η νοσηλευτική φροντίδα που πρέπει να προσφέρεται στα ηλικιωμένα άτομα δεν διαφέρει και πολύ από αυτή των άλλων ασθενών, αλλά απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια. Οι γέροντες δεν έχουν μόνο ιατρικά προβλήματα αλλά έχουν επίσης ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά. Ο νοσηλευτής/τρια για να μπορέσει να καταλάβει τους γέροντες

εκτός που πρέπει να τους αγαπά, πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαφή μαζί τους να συνομιλεί για να συγκεντρώνει πληροφορίες χρήσιμες στο σχέδιο Νοσηλευτικής Φροντίδας.

Τα σημεία που πρέπει να εξετάσει είναι:

1. Φυσική κατάσταση, δηλαδή:

α. Βαθμός αυτοεξυπηρέτησης

β. Έλεγχος της όρασης και της ακοής

γ. Συνήθειες, φαγητού, ύπνου, HOBBIES

2. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση δηλαδή:

α. Πληροφορίες για την οικογενειακή του κατάσταση και τις σχέσεις του με τα άλλα μέλη της οικογένειας

β. Πληροφορίες για το κοινωνικό περιβάλλον, για τους φίλους του, για τον τρόπο ζωής του

γ. Την οικονομική του κατάσταση

3. Ψυχολογική κατάσταση, δηλαδή:

α. Τι προβλήματα αντιμετωπίζει και πως νομίζει ότι μπορούν να επιλυθούν

β. Τι ενδιαφέροντα έχει και τι θα τον ευχαριστούσε περισσότερο.

Όλα τα παραπάνω στοιχεία πρέπει να τα έχει υπόψη του ο νοσηλευτής-τρια, γιατί τι περισσότερες φορές είναι το μοναδικό πρόσωπο στο οποίο ο ηλικιωμένος θα εμπιστευθεί το πρόβλημά του και θα ζητήσει βοήθεια.

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες στους οποίους το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να δώσει έμφαση γιατί έχουν άμεση επίδραση στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Περιβαλλοντικοί π.χ. ο θόρυβος, τα ρεύματα αέρος, συ-

νήθειες ύπνου. Η αϋπνία είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και γι' αυτό πρέπει να φροντίζουμε να εξασφαλίζουμε ένα ήσυχο περιβάλλον για να αναπαυθεί. Το λουτρό πρέπει να γίνεται με προσοχή.

2. Διατροφή: Πρέπει να είναι πλούσια και να περιέχει όλα τα συστατικά. Έχει αποδειχθεί ότι τα γεύματα των ηλικιωμένων είναι φτωχά σε ασβέστιο, ασκορβικό οξύ και ριβοφλαβίνη. Η τροφή να μην είναι μαλακή ή ρευστοποιημένη, εκτός αν υπάρχει ειδικός λόγος. Επειδή έχουν ελαττωμένη όρεξη πρέπει το φαγητό τους να είναι ελκυστικό.

3. Σωματικοί παράγοντες: Η απώλεια κοπράνων και κυρίως ούρων είναι πολύ συνηθισμένο φαινόμενο. Εάν είναι κληνίηρες πρέπει να γίνεται συχνή αλλαγή για να αποφύγουμε την δημιουργία κατακλίσεων. Επίσης μπορούμε να διδάξουμε ορισμένες ασκήσεις για την κύστη και το ορθό. Πρέπει να προτρέπουμε τους ηλικιωμένους να μην μένουν πολλές ώρες στην ίδια θέση ή να μην είναι συνέχεια ξαπλωμένοι στο κρεβάτι αλλά να κινούνται. Εάν δεν μπορεί να κινηθεί μόνος η αδερφή ή θεραπευ_ νίδα πρέπει να τον βοηθήσει.

4. Φυσική άσκηση: Είναι το μυστικό για την προφύλαξη από το πρόωρο γήρας. Βοηθά στην τόνωση της κυκλοφορίας, στην ψυχική ηρεμία και επιβραδύνει την διαδικασία της αρτηριοσκληρώσεως.

Ένα μεγάλο πρόβλημα των υπερηλίκων είναι τα ατυχήματα. Τα ατυχήματα αυτά, είναι σε ένα ποσοστό 26% θανατηφόρα και ένα 10% καθλώνουν το άτομο στο κρεβάτι του. Η κυριώτερη αιτία τους είναι η πτώση. Στους <<οίκους ευγηρίας>> αλλά και στα νοσοκομεία που νοσηλεύονται ηλικιωμένα άτομα πρέπει

να παίρνονται προφυλάξεις για την πρόληψή τους.

Αυτές είναι:

1. Να υπάρχει κιγκλίδωμα στις σκάλες
2. Να υπάρχουν χειρολαβές στο μπάνιο, την τουαλέτα (SLIDS)
3. Να δένονται καλά τα παπούτσια και οι παντούφλες να μην είναι μεγάλο νούμερο.
4. Τα προσωπικά τους αντικείμενα να τοποθετούνται σε τέτοιο ύψος ώστε να μην χρειάζεται σκαμπό ή καρέκλα για να τα φτάσουν.

Ένα άλλο σημαντικό σημείο που πρέπει να προσέξουμε είναι η ψυχαγωγία των γερόντων. Σύμφωνα με την έκφραση των PIERSOL AND ROLTS η κοινωνία που ενισχύει την έρευνα για τη διάσωση της ζωής δεν μπορεί να αποφύγει την ευθύνη για τη ζωή που παρατείνει. Είναι υποχρέωσή της επίσης όχι μόνο να προσθέτει χρόνια στη ζωή αλλά το πιο σπουδαίο να προσθέτει ζωή στα χρόνια. Με τη λέξη ψυχαγωγία δεν εννοούμε τον ευχάριστο τρόπο ζωής μόνο, αλλά την σωματική και πνευματική υγεία. Ανεξάρτητα του πόσο ηλικιωμένο είναι ένα άτομο, πάντα έχει την επιθυμία να έχει μια χρήσιμη δραστηριότητα.

Υπάρχει ένας καταστατικός χάρτης του Ηλικιωμένου Πολίτη στον οποίο αναφέρονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του. Το χάρτη αυτό πρέπει να τον σεβόμαστε και να τον τηρούμε.

Πάντως, σήμερα, στην Ελλάδα όσον αφορά τη Νοσηλευτική φροντίδα των υπερηλίκων στα γηροκομεία, η κατάσταση δεν είναι ενθαρρυντική. Στα ιδρύματα αυτά η νοσηλευτική φροντίδα και η επάνδρωση σε Νοσηλευτικό προσωπικό είναι μηδαμινή και κατά συνέπεια η τήρηση και η εφαρμογή των όσων αναφέρθηκαν

ανύπαρκτη. Η μη ύπαρξη ειδικευμένου προσωπικού σε θέματα γηριατρικής νοσηλευτικής, καθώς και η γενική έλλειψη νοσηλευτών-τριών, οδηγεί στην επάνδρωση με άτομα που ουδεμία σχέση έχουν με το επάγγελμα του νοσηλευτή. Αποτέλεσμα είναι να μην μπορούν να κατανοήσουν την ειδική ψυχολογία των γερόντων και η αντιμετώπισή τους να είναι τις περισσότερες φορές απαράδεκτη, η δε συμπεριφορά τους, πληγώνει και καταρρακώνει τους γέροντες.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι στους οίκους ευγηρίας έχουν το αίσθημα της εγκατάλειψης και της ανθρώπινης μοναξιάς. Νιώθουν φυλακισμένοι μέσα στα δωμάτια της κάθε πολυκατοικίας που έχει μετατραπεί σε <<οίκο ευγηρίας>> χωρίς χώρο να κάνει ένα μικρό περίπατο χωρίς κεντρίσματα και ενδιαφέροντα.

Υπάρχουν διάφορες υπουργικές αποφάσεις στις οποίες αναφέρονται οι όροι που πρέπει να πληρούν τα ιδρύματα αυτά και πως πρέπει να είναι επανδρωμένα, αλλά ελάχιστα τηρούνται. Γίνεται κατά καιρούς έλεγχος από επιτροπές και πολλοί οίκοι που λειτουργούσαν κάτω από απαράδεικτες συνθήκες έκλεισαν.

4.3.ζ Ο Υπερήλικας στο Τελευταίο Στάδιο της Ζωής του

Ο θάνατος είναι η μεγαλύτερη θλίψη που δοκιμάζει ο άνθρωπος. Στην εξαιρετικά δύσκολη αυτή φάση της ζωής η προσφορά του νοσηλευτή/τριας είναι πολύτιμη και μοναδική εκεί, όπου και η πιο περίπλοκη και υπερσύγχρονη θεραπεία αδυνατεί να βοηθήσει και ίσως διακόπτεται.

Η προσφορά του νοσηλευτή/τριας όμως συνεχίζεται και πραγματοποιεί ανώτερους και υψηλούς σκοπούς, την ανακούφιση και την υποστήριξη του ασθενούς, την προστασία των δικαιωμάτων

του και την εκπλήρωση των αναγκών του (SORENSENS & JUKERINANN 1979).

Ανάγκη από την προσφορά νοσηλευτικών υπηρεσιών έχει και ο υπερήλικας αλλά και η οικογένειά του όταν αυτός βρίσκεται στην προθανάτια φάση, όταν πεθαίνει, αλλά και μετά τον θάνατο. Έτσι, για το άτομο που βρίσκεται στις τελευταίες φάσεις της ζωής του ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας είναι η προσφορά συνεχούς και αδιάκοπης ανθρώπινης συμπαράστασης και νοσηλευτικής φροντίδας. Το σκληρό αυτό μέρος της ζωής, η τραγωδία της αγωνίας του θανάτου -αποχωρισμός από τα πρόσωπα και μετάβαση στην αιωνιότητα για όσους πιστεύουν στην μετά θάνατον ζωή ή το τέλος των πάντων για τους μηδενιστές- απαλύνεται με το θερμό ενδιαφέρον και τη συμπαράσταση, την ψυχολογική στήριξη την ανακούφιση από τον φυσικό πόνο και από την δυσφορία.

Για να μπορέσει ο νοσηλευτής/τρια να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ανθρώπου που πεθαίνει, πρώτα πρέπει να συμφιλιωθεί ο ίδιος ή η ίδια με το μυστήριο -φαινόμενο- του θανάτου δηλ. να βρει τον τρόπο για την προσέγγισή του, να τον αποδεχθεί για τον εαυτό του (της), να ξεπεράσει την άρνηση και επομένως την απώθησή του πιο πραγματικού γεγονότος της ζωής όλων των ανθρώπων. Η ψυχολογική προετοιμασία του νοσηλευτή/τριας αλλά και η γνώση μαζί με την πείρα αποτελούν πηγή δύναμης για την υλοποίηση του ρόλου αυτού.

ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

1. Αποδέχεται την συμπεριφορά του οποιαδήποτε κι αν είναι αυτή, δηλ. αποδέχεται τη σιωπή του, την απόσυρση, την πλήρη εξάρτηση από την φροντίδα του(της) ή την απόρριψη της

βοήθειάς του(της) την λύπη και τις αντιδράσεις του, την συναισθηματική αποσύνδεση από ανθρώπους και πράγματα. (ABRAUS 1979, SUMERS, 1974).

2. Προσφέρει συνεχή και ανθρώπινη φροντίδα ικανοποιώντας τόσο τις φυσικές, όσο και τις συναισθηματικές, τις ψυχικές και πνευματικές ανάγκες του. Με την προσφορά της φροντίδας του(της) μπορεί να κάνει την τελευταία περίοδο της ζωής και πολύτιμη, γιατί μέσα από αυτή την εμπειρία ανακαλύπτει το νόημα και την αξία της ζωής. Διδάσκεται αιώνια διδάγματα.

3. Τον προστατεύει από απάνθρωπες και πολλές φορές εξευτελιστικές εμπειρίες και από την πολύ μεγάλη ψυχική και φυσική ταλαιπωρία που δημιουργούν οι ώρες αυτές στο άτομο.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι έτοιμο και να έχει αναπτύξει την ικανότητα του διαλόγου με τον υπερήλικα όσον αφορά το θάνατο, ώστε να τον βοηθήσει να τον αποδεχθεί και να προετοιμαστεί γι' αυτόν.

Ο νοσηλευτής/τρια έχει καθήκον να ενημερώσει τον άρρωστο ότι υπάρχει ιερέας στο ίδρυμα ή στο νοσοκομείο -όταν υπάρχει- ή να αναζητήσει ιερέα, για την καλύτερη ψυχική προετοιμασία του μελλοθανάτου δεδομένου ότι η ειρηνική αποδοχή του θανάτου είναι ουσιαστική.

Δεν διαφεύγει ποτέ από τον νοσηλευτή/τρια, να προσφέρει στον υπερήλικα που πεθαίνει τις καλύτερες συνθήκες περιβάλλοντος π.χ. να του εξασφαλίσει λίγη απομόνωση.

Ο άνθρωπος που πεθαίνει ίσως ποτέ δεν θα μπορέσει να πει στον νοσηλευτή/τρια πόσο τον ανακούφισε η παρουσία του (της) η συνομιλία μαζί του και η ακρόαση των όσων εκείνος/είπε. Και όμως αισθάνεται κάθε πλησίασμά μας, γι' αυτό και αισθάνεται

απέραντη ευγνωμοσύνη.

Το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας θα περιλαμβάνει, όπως προαναφέρθηκε, βοήθεια από τους οικείους -συγγενείς- φίλους του αρρώστου που πεθαίνει και περιλαμβάνει:

- α) Την δημιουργία ευκαιριών επαφής τους με τον ασθενή, όσο βέβαια μπορεί να πραγματοποιηθεί και
- β) Την προσφορά βοήθειας, ώστε να δουν ρεαλιστικά το γεγονός που αντιμετωπίζουν.

Έτσι λοιπόν, απ'όλους γίνεται αποδεκτό, πως η νοσηλευτική φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς απαιτεί τις πιο υψηλές δεξιότητες. Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια καλείται και πάλι να είναι επιδέξιος-α, επιτήδειος-α, λεπτομερειακός-ή, παρατηρητικός-ή, άγρυπνος-η, ευαίσθητος-η και δεκτικός-ή προς τις αντιδράσεις και ανάγκες του ασθενούς και των συγγενών του, που εκφράζονται με λόγια ή χωρίς λόγια.

Και όλα αυτά γιατί ο θάνατος αναπόφευκτα θα συμβεί.

Ένας όμως <<καλός θάνατος>> μπορεί μόνο να επιτευχθεί.

4.3.η Νέες προοπτικές για τα ιδρύματα

Τα ιδρύματα για τους ηλικιωμένους αλλάζουν. Το προσωπικό είναι καλύτερα καταρτισμένο και οι ευκολίες περισσότερες. Τα καλύτερα ιδρύματα δείχνουν σεβασμό για τον προσωπικό τρόπο ζωής των ηλικιωμένων, όσο τουλάχιστο είναι δυνατό, Μερικοί μάλιστα, προσπαθούν να εισάγουν στοιχεία από τον έξω κόσμο, όπως προστατευμένα εργαστήρια, μπυραρίες και λέσχες για ανθρώπους με κοινά ενδιαφέροντα.

Μελετώνται ακόμα εναλλακτικές λύσεις για την ιδρυματοποίηση. Υπάρχουν οργανισμοί, που βοηθούν τους ηλικιωμένους να

παραμείνουν στην κοινότητά τους και τους φροντίζουν χωρίς να τους ζητάνε να μεταφερθούν στο ίδρυμα. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι απλούστατες, όπως βοήθεια στα ψώνια ή το φαγητό. Οι δυνατότητες παροχής τέτοιων μέσων βοήθειας στους ηλικιωμένους, για να διατηρήσουν τον τρόπο ζωής τους, δεν έχουν ακόμα εξερευνηθεί τελείως. Στο μέλλον, είναι πολύ πιθανό, ότι ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι θα δέχονται τόση πρακτική βοήθεια που θα τους επιτρέπει να αποφύγουν την ιδρυματοποίηση.

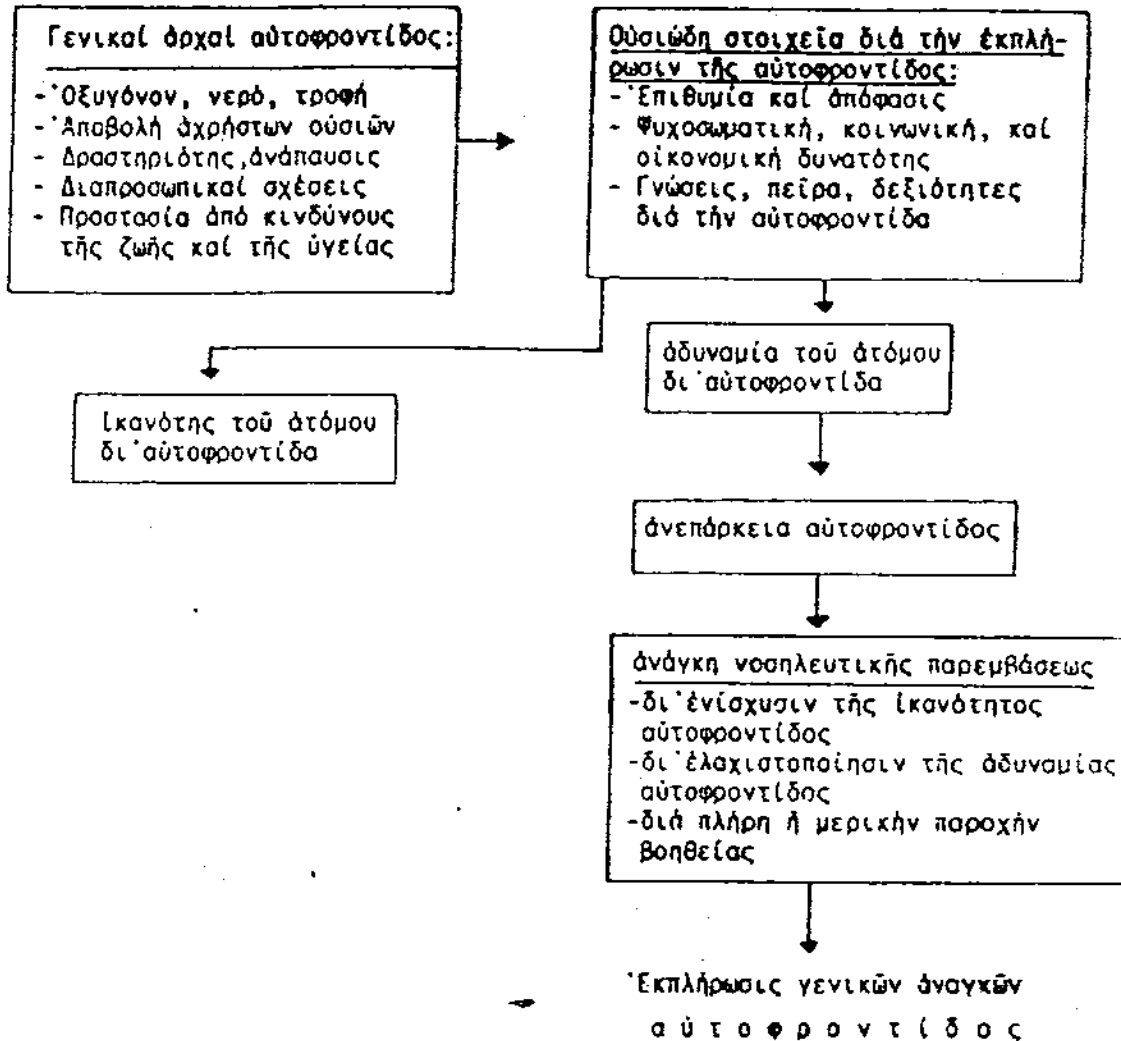
Παρ' όλα αυτά, έρχεται κάποια στιγμή στη ζωή μερικών ηλικιωμένων που η σωματική εξασθένηση ξεπερνάει τα όρια της ατομικής ή κοινωνικής αντιμετώπισης. Οι πολύ ηλικιωμένοι ή ασθενικοί άνθρωποι πιθανόν πάντα θα έχουν την ανάγκη κάποιου ιδρύματος. Από ένα σημείο και μετά, οι <<οίκοι ευγηρίας>> θα δέχονται μόνο ανθρώπους που χρειάζονται αποκλειστική φροντίδα. Παρ' όλη την πρόοδο που προβλέπεται στους τομείς της ψυχολογικής, κοινωνικής και ιατρικής νοσηλευτικής βοήθειας, πάντα θα υπάρχουν ηλικιωμένοι, που έχουν ανάγκη από πολύ βασική φροντίδα.

4.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ παρέμβαση

4.4.α Νοσηλευτικά προβλήματα

Στη φυσιολογική διεργασία της ενηλικίωσης εμφανίζονται στα ηλικιωμένα άτομα πιθανά, λανθάνοντα και πραγματικά νοσηλευτικά προβλήματα, που γίνονται αντιληπτά με την αξιολόγησή του και από τα οποία φαίνονται οι ανάγκες του υπερήλικα για νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΙΣ ΕΙΣ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ



(Ελιόπουλος 1980)

Αυτά είναι :

1. Παχυσαρκία/απλόσχηναση
2. Κακοσιτισμός
3. Αφυδάτωση
4. Δυσκοιλιότητα
5. Ακράτεια ούρων και κοπράνων
6. Προδιάθεση του δέρματος στη δημιουργία κατακλίσεων
7. Μείωση ενεργητικότητας
8. Βραδύτητα ή και περιορισμός κινήσεων
9. Αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου
10. Ατυχήματα
11. Περιορισμός της αντοχής να υποφέρει
12. Περιορισμένη ικανότητα να δημιουργεί εντυπώσεις
13. Απομόνωση
14. Απώλεια αγαπητών προσώπων

(Σημείωση *) - Πιθανά προβλήματα είναι αυτά που δεν καθορίζονται σαφώς από τα δεδομένα και μπορεί να χρειασθούν συμπληρωματικές πληροφορίες.

- Λανθάνοντα προβλήματα είναι αυτά που έχουν μεγάλη πιθανότητα να εμφανιστούν, η δε εμφάνισή τους επηρεάζεται από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Πραγματικά προβλήματα είναι αυτά που υπάρχουν σε μια δεδομένη χρονική περίοδο.

4.4.β Γενική Νοσηλευτική Παρέμβαση Υπερηλίκων

Ο παππούς και η γιαγιά αποτελούν ένα ζωτικό μέλος της

οικογένειας τόσο σημαντικό και πολύτιμο όσο και οι γονείς. Ο παππούς και η γιαγιά δεν είναι σεβαστοί μόνο μέσα στην οικογένεια αλλά το ίδιο καταξιωμένοι. βρίσκονται και στην κοινωνία, χάρη στις γνώσεις τους και την πολύτιμη πείρα που απέκτησαν απ'τη ζωή.

Η πραγματικότητα σήμερα, έρχεται σκληρή και η θέση του γέροντα στην σημερινή οικογένεια έχει ανεπανόρθωτα μειωθεί ενώ η συμβολή και συμβουλή του στην κοινωνία, έχει περιοριστεί. Το φαινόμενο αυτό, όπως πιστεύεται, είναι αποτέλεσμα της επίδρασης απόψεων στα νεαρά άτομα πως η γνώση η πείρα και η επιρροή των ηλικιωμένων δεν είναι απαραίτητη στη σύγχρονη γενιά. Ακόμη, για το φαινόμενο αυτό ενοχοποιείται η συνεχώς αυξανόμενη αστικοποίηση του πληθυσμού., η περιορισμένη έκταση των διαμερισμάτων και χώρων στις μεγαλουπόλεις καθώς και η οικονομική εξάρτηση των ηλικιωμένων από την πενιχρή σύνταξη.

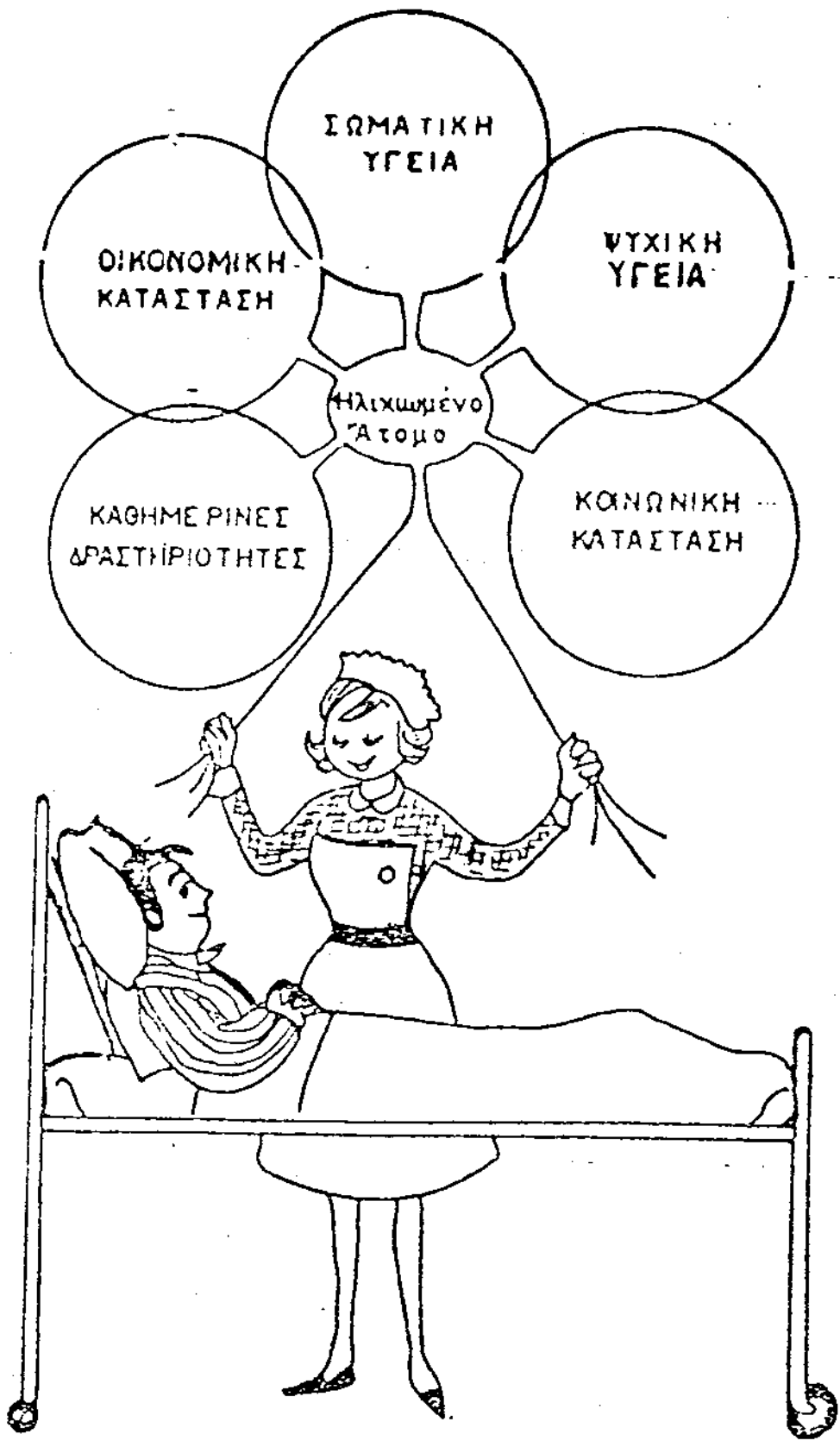
Αποτέλεσμα των παραπάνω και των κοινωνικών μεταβολών είναι η βαθμιαία εμφάνιση της οικογένειας που αποτελείται από τους γονείς και τα παιδιά με τον <<γέρο>> ή μόνο του στο χωριό ή στο γηροκομείο για τους κατοίκους της πόλης.

Η κατάσταση αυτή οριστικοποιεί την απομάκρυνση του υπερήλικα από την οικογένεια και την σταδιακή απομόνωσή του με μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα την δημιουργία μιας νέας κατηγορίας εξαρτημένων ατόμων.

4.4.γ Ο ρόλος του Νοσηλευτικού προσωπικού στην Φροντίδα των υπερηλίκων

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην βοήθεια των

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ



υπερηλικών είναι ο ίδιος μ'αυτόν των άλλων ηλικιών. Όμως ο νοσηλευτής/τρια για να προσφέρει στον υπερήλικα την κατάλληλη νοσηλευτική βοήθεια χρειάζεται ψυχικό σθένος, υπομονή, κατανόηση, εσωτερικά δυνατά κίνητρα.

Συνοπτικά ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να αποδοθεί με τα εξής:

1. Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών του υπερήλικα
2. Οπρογραμματισμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής βοήθειας που έχει προγραμματιστεί και τέλος η αξιολόγηση της προσφερόμενης νοσηλευτικής φροντίδας
3. Η συνεργασία με άλλα επαγγέλματα που ασχολούνται με τον υπερήλικα -ασθενή ή υγιή- και την οικογένειά του για την υλοποίηση των αναφερομένων, όταν χρειάζεται
4. Η προαγωγή της τέχνης και επιστήμης της Γεροντολογικής και γηριατρικής νοσηλευτικής με την έρευνα και την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Οι βασικές αρχές που διέπουν την νοσηλευτική βοήθεια και φροντίδα των υπερηλικών είναι οι εξής:

1. Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να εξατομικεύεται παίρνοντας υπ'όψιν το παρελθόν και το παρόν του υπερήλικα, τις ανάγκες του και τις προσωπικές του επιδιώξεις.
2. Η κατανόηση ρεαλιστικών και πραγματοποιήσιμων επιδιώξεων που αποβλέπουν στην βοήθεια του υπερήλικα ν'αποκτήσει την αίσθηση της επίτευξης και της ανάπτυξης σκοπού όπως είναι η συμμετοχή του στη διαμόρφωση των στόχων της φροντίδας του
3. Ο υπερήλικας πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή στον όλο προγραμματισμό της βοήθειάς του, γι'αυτό ο νοσηλευτής/

τρια ωφείλει να μάθει κάτι γι' αυτόν, πριν από την πρώτη επικοινωνία μαζί του. να ανακαλύψει τις δυνατότητές του, να ακούσει τις προτιμήσεις του, να επικεντρωθεί σ' αυτό που μπορεί να κάνει, να ρωτάει τη γνώμη του, να τον ενισχύει να επιλέγει μόνος και να παίρνει αποφάσεις, όταν χρειάζεται.

Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να αποφεύγει να παίρνει αποφάσεις για τον υπερήλικα γιατί μ' αυτόν τον τρόπο τον μειώνει, τον κάνει να νιώθει εξαρτημένος και μελαγχολικός.

4. Η διατήρηση και προαγωγή της φροντίδας.
5. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες πρέπει να γίνονται με τον υπερήλικα και όχι για τον υπερήλικα
6. Επιβάλλεται να γίνονται απαραίτητες τροποποιήσεις και συμβιβασμοί στην προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα, όταν αυτό απαιτούν οι φυσιολογικοί περιορισμοί του
7. Πρέπει να ενισχύεται η ατομικότητα του υπερήλικα, να διατηρείται η ακεραιότητά του και η αίσθηση του ελέγχου τα οποία ο νοσηλευτής/τρια επιτυγχάνει με το να τον ενισχύει να χρησιμοποιεί οτιδήποτε βοηθά στην γεφύρωση του χάσματος μεταξύ του παρελθόντος και του παρόντος. να διαθέτει χρόνο στον υπερήλικα για να εκφράσει τα αισθήματά του, να τον βοηθήσει να διατηρήσει την κοινωνική του εκτίμηση
8. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διατηρούνται στο ρεύμα της εποχής, ώστε να παρεμποδίζεται η φυσική, η συναισθηματική και η διανοητική επιβάρυνσή τους
9. Βοηθείται ο υπερήλικας να χρησιμοποιεί τις δυνατότητές του και να διατηρεί το ενδιαφέρον του για την ζωή δημιουργώντας του ευκαιρίες να ακούσει να μάθει, να ζει στο παρόν

10. Ο νοσηλευτής/τρια γνωρίζει πως κάθε αλλαγή αποτελεί απειλή ή πηγή άγχους για τον υπερήλικα

11. Η ικανοποίηση της ανάγκης της επικοινωνίας με τον υπερήλικα στο σπίτι ή στο ίδρυμα

Έτσι ο νοσηλευτής/τρια κοντά στον υπερήλικα προσπαθεί:

- Να ακούσει με κατανόηση τις ανησυχίες που συνεχώς τον περιβάλλουν
- Να διαθέτει χρόνο για να ακούσει τον υπερήλικα που ζει στο ίδρυμα ή μόνος στο σπίτι του και συχνά δεν έχει άλλο επισκέπτη
- Να τον ενθαρρύνει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών πάντα σε ρεαλιστική βάση.
- Να εφαρμόζει νοσηλευτικά μέτρα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών ή να εξασφαλίζει ιατρική βοήθεια όταν αυτή χρειάζεται
- Να τον μεταχειρίζεται πάντα σαν ενήλικα και ποτέ σαν παιδί έστω κι αν έχει παλινδρομήσει στην παιδική ηλικία
- Τέλος, να του δείχνει ένα αμείωτο ενδιαφέρον καθώς και αγάπη, σεβασμό και κατανόηση.

4.4.6 Αντικειμενικοί Σκοποί Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων

Οι αντικειμενικοί σκοποί των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αποσκοπούν σε:

- Διατήρηση της υγείας του υπερήλικα σε ιδεώδη επίπεδα και πρόληψη διαταραχής της
- Διατήρηση και αύξηση της δραστηριότητάς του
- Βελτίωση της διατροφής και διατήρηση του βάρους του σώματος σε φυσιολογικά όρια.

- Διατήρηση του ενδιαφέροντός του για τη ζωή
- Χρησιμοποίηση νοσηλευτικών παρεμβάσεων που μειώνουν την απειλή της υγείας και τον προσδιορισμό παραγόντων που μπορούν να τη διαταράξουν

4.4.ε Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις Δραστηριότητες

Οι Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις/Δραστηριότητες που υιοθετούνται σε σχέση με τα νοσηλευτικά προβλήματα (πιθανά, λανθάνοντα και πραγματικά), του υπερήλικα, είναι τα πιο κάτω:

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- Καλή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας
- Χρησιμοποίηση ξένης οδοντοστοιχίας που εφαρμόζει καλά, ειδικά αίτερα τις ώρες των γευμάτων
- Οι τυφλοί υπερήλικες πρέπει να προσανατολίζονται για τη θέση των ειδών στο δίσκο
- Όταν η μοναξιά περιορίζει τη διάθεση του υπερήλικα για φαγητό, η συντροφιά και η κοινωνικοποίηση κατά τα γεύματα βοηθάει στη μείωση της κατάθλιψης και διεγείρει τη διάθεση για φαγητό
- Η διδασκαλία θα πρέπει να επικεντρώνεται στη βοήθεια του ηλικιωμένου να οργανώνει το καθημερινό διαιτολόγιο, ώστε να είναι περιεκτικό σε θρεπτικά συστατικά, ευχάριστο στη γεύση και να ανταποκρίνεται στις οικονομικές του δυνατότητες

ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ ΑΙΣΘΗΤΑ ΚΑΙ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΩΝ

- Όταν ο υπερήλικας παρουσιάζει επιβάρυνση της ακοής ο/η νοσηλεύτης μιλά σιγά, αποφεύγει την έντονη φωνή, τον βλέπει την ώρα που μιλάει και ενθαρρύνει τη χρησιμοποίηση βοηθητικών μέσων ακοής

- Ενισχύεται η εκτίμηση της οπτικής οξύτητας και η χρησιμοποίηση κατάλληλων γυαλιών
- Ενισχύουμε τον υπερήλικα να κοιμάται λίγο το μεσημέρι και να αποφεύγει τη χρήση καφεΐνης ή άλλων διεγερτικών πριν από το νυχτερινό ύπνο. Το ζεστό γάλα πριν το νυχτερινό ύπνο προκαλεί χάλαση και βοηθάει το άτομο να κοιμηθεί
- Η δημιουργία ήσυχης και ήρεμης ατμόσφαιρας μειώνει την υπερφόρτωση των αισθήσεων και τους παράγοντες που δημιουργούν σύγχυση και άγχος.
- Ο υπερήλικας πρέπει να προστατεύεται από τις αλλαγές της θερμοκρασίας. Παρατηρούνται τα μέλη του σώματος για εγκαύματα, ύστερα από την εφαρμογή θερμού ή ψυχρού μέσου, τα οποία μπορεί να μην γίνουν αντιληπτά από τον ίδιο με την μείωση της αισθητικότητας που παρουσιάζει

ΑΣΦΑΛΕΙΑ

- Τα μέλη της οικογένειας και ο ίδιος ο υπερήλικας θα πρέπει να κατανοήσουν πως μειώνεται ο χρόνος της αντίδρασής τους στα ερεθίσματα. Ακόμη οι υπερήλικες, για να πραγματοποιήσουν δραστηριότητες, πρέπει να έχουν περισσότερο από το συνήθη χρόνο στη διάθεσή τους και να μην τους ασκείται πίεση από το περιβάλλον. Γι' αυτό η συνεχής υποστήριξη από το νοσηλευτή/τρια και την οικογένεια είναι πολύ ουσιαστική
- Δεν τοποθετούνται πρόσθετα χαλιά, αποφεύγεται το γυάλισμα του δαπέδου στους χώρους που μένουν οι υπερήλικες για την αποφυγή πτώσεων. Τα χαλιά στις σκάλες να είναι στερεωμένα
- Κάγκελα στους διαδρόμους και τις σκάλες βοηθούν την ασφαλή μετακίνηση του υπερήλικα και την ανεξαρτοποίησή του
- Φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται για πρόληψη πτώσεων στο λου-

τρό. Σ' αυτό βοηθούν οι χειρολαβές και το ανώμαλο δάπεδο του λουτρού

- Η οστεοπόρωση κάνει τους ηλικιωμένους επιρρεπείς σε κατάγματα, γι' αυτό λαμβάνονται μέτρα για την πρόληψη πτώσεων
- Η εκμάθηση ορθών τεχνικών μετακινήσεων, κατάλληλων ασκήσεων και την τοποθέτηση του σώματος σε ορθές θέσεις είναι απαραίτητα για την ασφάλεια και τη διατήρηση της κινητικότητας του υπερήλικα.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗ/ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

- Ενθαρρύνουμε το ηλικιωμένο άτομο να προγραμματίζει ημερήσιες δραστηριότητες και ασκήσεις γιατί αυξάνουν το μυϊκό τόνο και βελτιώνουν τη λειτουργία της καρδιάς και των πνευμόνων. Για τον ίδιο λόγο τα ηλικιωμένα άτομα ενθαρρύνονται να κάνουν σπορ όσο βέβαια μπορούν
- Συγκεκριμένες ασκήσεις συντελούν στη βελτίωση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων και την ανεξαρτητοποίηση του ατόμου. Όταν οι αρθρώσεις του υπερήλικα δεν τον βοηθούν, διδάσκονται νέες δεξιότητες που του δίνουν τη δυνατότητα να δραστηριοποιηθεί
- Παράλληλα με τις ασκήσεις προγραμματίζεται και περίοδος ανάπαυσης για να αποφεύγεται η υπερβολική άσκηση και επομένως η κόπωση

ΑΠΕΚΚΡΙΣΕΙΣ

- Η επαρκής λήψη υγρών είναι βασικός παράγοντας για το φυσιολογικό μεταβολισμό και απέκκριση των άχρηστων ουσιών. Ενισχύουμε τον υπερήλικα να παίρνει νερό με το φάρμακό του και πολλά υγρά μεταξύ των γευμάτων
- Θα πρέπει να προλαμβάνεται η αφυδάτωση με την οποία συνή-

θως συνοδεύονται επεισόδια διάρροιας ή οξείας φλεγμονής.

Έγκαιρη αποκατάσταση του ισοζυγίου νερού και ηλεκτρολυτών είναι βασική.

- Τα πολλά υγρά πριν από τον ύπνο αποφεύγονται για την αποφυγή της νυκτουρίας
- Σωστό διαιτολόγιο βοηθάει την πρόληψη δυσκοιλιότητας
- Η πλούσια σε κυτταρίνη τροφή και τα υγρά στο διαιτολόγιο στη φυσιολογική λειτουργία του εντέρου. Σε περιπτώσεις δυσκοιλιότητας ενισχύεται η συνεργασία του υπερήλικα με διαιτολόγο

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

- Στα ηλικιωμένα άτομα δεν συνιστάται καθημερινά λουτρό, γιατί μειώνει τη λιπαρότητα του δέρματος. Λουτρό συνίσταται μία ή δύο φορές την εβδομάδα. Πλύσιμο του προσώπου και περιοχής έξω γεννητικών οργάνων και περιναίου γίνεται καθημερινά
- Σε μεγάλη τριχόπτωση χρησιμοποιείται περούνα για τη βελτίωση της εμφάνισης
- Στο δέρμα που βρέχεται από απώλειες ούρων και κοπράνων τοποθετείται προστατευτική αλοιφή για την πρόληψη του ερεθισμού και των κατακλίσεων
- Ο νοσηλευτής-τρια θα πρέπει να ενισχύει τον υπερήλικα στη διατήρηση ή τη βελτίωση της εμφάνισής του.

4.5 Τα Γηρατειά σε Προοπτική

Η κοινωνία σήμερα αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους σαν να έχουν λιγότερη αξία από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Πολλοί προσπαθούν να αστελευτούν ότι <<τους πήραν τα χρόνια>> ή να

κρύψουν σημάδια που αποκαλύπτουν την ηλικία τους. Ο όρος <<γέρος>> αποτελεί στίγμα και κατηγορία.

Η προκατάληψη, ότι τα γηρατειά είναι μια ανάξια, αξιολογήσιμη κατάσταση, δηλητηριάζει τους ανθρώπους σ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Τι αξία έχει τότε η ενήλικη ζωή αν είναι να παραχωρήσει τη θέση της σε μια τόσο άχρηστη κατάσταση; Είναι απαραίτητο ν' αποκτήσουμε μια θετικότερη άποψη πάνω τα γηρατειά για να μην περάσουμε το μεγαλύτερο μέρος της νεότητας μας κάτω από ένα φάσμα φόβου και κατάθλιψης.

Στη ζωή μας επιδιώκουμε όχι μόνο τον αυτοσεβασμό αλλά και το σεβασμό των άλλων. Θέλουμε να νιώθουμε χρήσιμοι, θέλουμε να μπορούμε να απολαμβάνουμε καινούργιες χαρές, να δεχόμαστε νέες προκλήσεις, να αποτελούμε μέρος του παρόντος, του μέλλοντος αλλά και του παρελθόντος.

Θέλουμε να εκμεταλλευόμαστε στο έπακρο τις δυνατότητές μας, γεγονός που πηγάζει από πανίσχυρες φυσικές ανάγκες, όσο και από υπερβολικό άγχος και ένταση.

Καμιά φορά οι ηλικιωμένοι φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο μερίδιο σ' αυτά τα προβλήματα απ' ότι τους αναλογεί. Ανάλογα μεγαλύτερο είναι ωστόσο και το μερίδιο τους στην προσφορά ψυχολογικής βοήθειας.

Πραγματικά κάθε μέθοδος για την ανακούφιση των ανθρώπων από τα προβλήματά τους εφαρμόζεται με επιτυχία και στους ηλικιωμένους - ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία κ.λ.π. Είναι αλήθεια ότι πολλών ειδών θεραπείες μπορούν ν' αποδειχθούν χρήσιμες με την προϋπόθεση πως υπάρχουν τόσο ένας ικανός και ευαίσθητος θεραπευτής, όσο και η προθυμία να προσφέρουμε βοήθεια στον ηλικιωμένο.

Υπάρχουν μελέτες για οικιστικές διατάξεις που προβλέπουν την συνεργατική συγκατοίκηση με νεώτερους ανθρώπους, πράγμα που δημιουργεί αμοιβαία ωφέλη.

Τα πρόγραμματα που χρησιμοποιούν τους ηλικιωμένους σαν ανάδοχους -παππούδες και γιαγιάδες- είναι ικανοποιητικά για τους ίδιους και τους συμμετέχοντες.

Για πολλούς αιώνες, σε πολλά μέρη του κόσμου οι ηλικιωμένοι είχαν την ευθύνη για την μετάδοση της ιστορίας των αξιών και του πολιτισμού. Χωρίς την παράδοση οι γενιές θα ταλατεύονταν στην προσπάθεια να δημιουργήσουν ξανά από την αρχή ένα ν καινούργιο κόσμο. Σήμερα, παρ'όλα τα σύγχρονα μέσα επικοινωνίας στο χώρο και στο χρόνο, ο ρόλος του ηλικιωμένου σαν διαβιβάστή πληροφοριών παραμένει σημαντικός. Τα βιβλία, οι ταινίες, οι ηλεκτρονικοί εγκέφαλοι συσσωρεύουν και μεταδίδουν πληροφορίες.

Ωστόσο, μόνο ένα αληθινό άτομο μπορεί να μας μεταδώσει ξεχωριστά την αίσθηση μιας συγκεκριμένης γενιάς. Ένας αληθινός άνθρωπος έχει την ικανότητα να φέρει το παρελθόν στο παρόν και να μας βοηθήσει να καταλάβουμε τη θέση μας σαν μέλη της πανάρχαιας διαδικασίας της ζωής. ο άνθρωπος αυτός διαμορφώνει ακόμα, τις δυνατότητες και των δικών μας γηραιών.

Το παρελθόν δεν παρουσιάζεται τυποποιημένο από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, αλλά μέσα από ένα ανθρώπινο ον του οποίου η ύπαρξη εκτείνεται από το παρελθόν, στο παρόν και στο μέλλον. Αυτός είναι ίσως ένας από τους λόγους που τόσα πολλά παιδιά και νέοι στην κοινωνία μας αναζητούν την συντροφιά των ηλικιωμένων με την προϋπόθεση ότι τους δίνεται η ευκαι-

ρία να συμμετάσχουν σ'ένα ευχάριστο περιβάλλον. Σήμερα, κάθε παιδί ρωτά συνεχώς για το καθετί <<αν είναι αληθινό>> καθώς βρίσκεται αντιμέτωπο μ'ένα κόσμο γεμάτο αυταπάτες.

Το παιδί που απολαμβάνει την συντροφιά ενός ηλικιωμένου, γνωρίζει πως αυτός αντιπροσωπεύει την πραγματικότητα.

Οι ηλικιωμένοι δεν είναι πολύτιμοι μόνο για μας, αλλά και για τον ίδιο τον εαυτό τους. Εκείνοι που παραβλέπουν την αρνητική στάση της κοινωνίας, αναπτύσσουν συνήθως, έντονη την αίσθηση της αξίας τους. Πολλοί ηλικιωμένοι κατορθώνουν σήμερα να ξεπερνούν σημαντικές δυσκολίες, να φροντίζουν την οικογένεια τους κάτω από αντίξοες συνθήκες, ν'ανοίγουν νέους δρόμους, να ιδρύουν επιχειρήσεις, να προσφέρουν ενέργεια και ιδέες που βοηθούν στη διαμόρφωση του παρόντος και του μέλλοντος. Τα επιτεύγματά τους είναι πραγματικά, αξίζουν λοιπόν τόσο τον αυτοσεβασμό τους, όσο και το σεβασμό των άλλων. Νιώθουν ιδιαίτερη ικανοποίηση, όταν βλέπουν τα παιδιά και τα εγγόνια τους να υψώνουν το φυσικό και πνευματικό τους ανάστημα. Τα παιδιά άλλωστε, αντιπροσωπεύουν την ανανέωση και συνέχιση των αξιών που διατηρούν οι ηλικιωμένοι.

Ένας ηλικιωμένος δεν χρειάζεται να είναι αποκλειστικά στραμμένος στο παρελθόν. Συχνά του προσφέρονται ευκαιρίες για ευχαρίστηση και αυτοπραγμάτωση. Οι καθημερινές πρακτικές ευθύνες, μπορεί να μην του άφηναν παλαιότερα το περιθώριο ν'ασχοληθεί με κάποιο ενδιαφέρον ή ταλέντο του. Έτσι ο ηλικιωμένος αρχίζει να εκτιμά σιγά-σιγά την απελευθέρωσή του από το πλεστικό ωράριο, την ένταση του ανταγωνισμού και την μονοτονία της καθημερινής ρουτίνας, που τον καθηλώνουν στη δουλειά ή στο σπίτι. Εφοδιασμένος με την πολύχρονη πείρα και

γνώση του είναι σε θέση να εκμεταλλευτεί το χρόνο του καλύτερα και αποδοτικότερα απ'ότι τότε που ήταν νέος.

Οι ηλικιωμένοι αντλούν ικανοποίηση κι από άλλους τομείς πέρα από το φιλοσοφικό ή δημιουργικό. Η ευχάριστη σωματική δραστηριότητα που βοηθάει επιπλέον στη διατήρηση της υγείας, είναι τομέας προσιτός για πολλούς ανθρώπους στα ύστερά τους χρόνια.

Οι ηλικιωμένοι έχουν καμιά φορά περισσότερο ανεπτυγμένο το αίσθημα ελευθερίας στην έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων τους.

Εκφράζουν το θυμό τους, για παράδειγμα, με μια ευθύτητα που εκπλήσσει τους άλλους. Το ίδιο συμβαίνει με συναισθήματα τρυφερότητας και χαράς.

Υπάρχουν φορές που ο ηλικιωμένος ακτινοβολεί από αγάπη γιατί τη νιώθει βαθιά μέσα του. Ένα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων είναι η ικανότητά τους να μεταδίδουν τρυφερότητα και χαρά χωρίς να οχυρώνονται πίσω από <<λογικά πλαίσια>>. Είναι σαν να καταργούνται ξαφνικά μερικές από τις πολύπλοκες και άχρηστες ψυχολογικές τελετουργίες, που περιορίζουν την έκφραση των αισθημάτων σ'όλη τη διάρκεια της ζωής μας. Μ'αυτό τον τρόπο, τα συναισθήματα κάθε είδους και οι αξίες της ζωής αναδύονται με εξαιρετική καθαρότητα.

Κάποτε ίσως αναρωτιόμασταν τι αξία έχει η ζωή όταν γερνάμε. Τώρα πια όχι. Επιθυμούμε να ζήσουμε τα ύστερά μας χρόνια με την ίδια πληρότητα που ζήσαμε τα παιδικά μας χρόνια και την εφηβεία.

Θα πρέπει να αισθανόμαστε, ωστόσο, ένα αυξημένο αίσθη-

μα ευθύνης απέναντι σ' αυτό το μελλοντικό μας εαυτό και σ' όλους εκείνους που η ζωή τους θα διασταυρωθεί κάποια στιγμή με την δική μας.

<<Πως θα είμαστε όταν γεράσουμε;>>

Η απάντηση σ' αυτό το ερώτημα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το ποιοί είμαστε σήμερα. Γιατί τα γηρατειά δεν είναι παρά το επιστέγασμα της ολοκλήρωσης, που αγωνιστήκαμε να πετύχουμε σ' ολόκληρη τη ζωή μας.



ιέ χέρι. αυτό
κιωμένο
ρι δείχνει ότι
τρόγυνο που
μένει ένωμένο
υογει τό δικό

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Οι ηλικιωμένοι (μητέρες, πατέρες) είναι αυτοί που μας έφεραν στον κόσμο, μας μεγάλωσαν, μας προστάτευσαν και μας έδωσαν όλα τα απαραίτητα εφόδια ώστε να μεγαλώσουμε σωστά και να γίνουμε χρήσιμα και ωφέλιμα άτομα μέσα στην κοινωνία.

Είναι αυτοί που μας μετέδωσαν την ορθόδοξη πίστη και μας δίδαξαν την ιστορία μας ώστε από πολύ μικρή ακόμα ηλικία να γίνουμε γνώστες της ένδοξης καταγωγής μας.

Τέλος είναι αυτοί που μας στηρίζουν συνεχώς με την αγάπη τους, μας βοηθούν στις κρίσιμες στιγμές της ζωής μας, μας βοηθούν με την πείρα και μας παραδειγματίζουν με την υπομονή τους.

Ευαισθητοποιημένοι λοιπόν από όλα αυτά αποφασίσαμε να ασχοληθούμε -μέσω της πτυχιακής εργασίας μας και συγκεκριμένα μέσω της έρευνας- με τα προβλήματα των ηλικιωμένων - υπερηλίκων, να δούμε το πως σκέπτονται και το πως αντιμετωπίζουν τη ζωή τους είτε μέσα στα ιδρύματα είτε έξω από αυτά.

Σκοπός της έρευνάς μας δεν είναι μόνο να εντοπίσουμε τα προβλήματα των ηλικιωμένων αλλά αντιμετωπίζοντάς τα με κριτικό πνεύμα να κάνουμε δικές μας προτάσεις και σκέψεις με σκοπό να ευαισθητοποιήσουμε ανθρώπους που τυχόν έχουν ξεχάσει την προσφορά των ηλικιωμένων σ'αυτούς και γενικότερα στον κόσμο.

Μετά από την επιλογή του θέματός μας και την διατύπωση του σκοπού της έρευνας κάναμε μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Από την βιβλιογραφία είδαμε ότι παρόμοιες έρευνες δεν χρησιμοποιούν ούτε την ιστορική ούτε την πειρα-

ματική μορφή αλλά την περιγραφική. Αυτή την μορφή αποφασίσα_
με και μεις να εφαρμόσουμε -με κάποια κριτική επισκόπηση ό-
πως αναφέρθηκε παραπάνω- γιατί περισσότερο μας ενδιαφέρει
το παρόν, οι σημερινές ανάγκες και τα τρέχοντα προβλήματα.

Σαν μέθοδο συλλογής πληροφοριών διαλέξαμε το ερωτημα-
τολόγιο που θα συμπληρώνεται με συνέντευξη. Και αυτό γιατί
έτσι ερχόμαστε σε άμεση επαφή με τον ηλικιωμένο και έτσι αυ-
ξάνουν τα πλεονεκτήματα και λιγοστεύουν τα μειονεκτήματα που
θα είχε άλλη μέθοδος πληροφοριών.

Μεγάλο πλεονέκτημα θεωρούμε το ότι μ'αυτόν τον τρόπο
ήρθαμε σ'επαφή με τους ηλικιωμένους κατάκοιτους _τυφλούς που
με άλλο τρόπο δεν θα μπορούσαν να συμπληρώσουν γραπτά το ερω-
τηματολόγιο.

Άλλο ένα πλεονέκτημα είναι και το ότι μπορούμε να εξη-
γούμε περιφραστικά -όπου ήταν δυνατό- τις ερωτήσεις, και να
αποφεύγονται λανθασμένες απαντήσεις λόγω μη κατανόησης των
ερωτήσεων.

Τέλος ένα άλλο πλεονέκτημα είναι και το ότι είχαμε την
ευκαιρία να παρατηρούμε συγχρόνως τον ηλικιωμένο και να επα-
ληθεύουμε κατά κάποιο τρόπο αυτά που μας έλεγε.

Πρέπει να επισημάνουμε πως τις πληροφορίες και την έ-
ρευνα δεν την κάναμε τυπικά μόνο και μόνο για να τελειώσου-
με γρήγορα την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και να φύγου-
με αλλά κάναμε και διάλογο με τον ηλικιωμένο, διάλογο που
παίνόταν πως τον είχε ανάγκη έντονα

Επειδή το ερωτηματολόγιο το διατυπώσαμε εμείς και δεν
χρησιμοποιήσαμε άλλο προηγούμενης έρευνας πειραματικά το
χρησιμοποιήσαμε σ'ένα μικρό αριθμό ατόμων. Στην συνέχεια -

πάντα ομαδικά- επισημάναμε ασαφείς ερωτήσεις, απουσία στοιχείων που έπρεπε να συμπληρωθούν και τέλος τι επιθυμούσαν οι ηλικιωμένοι τι μας έλεγαν που εμείς δεν είχαμε προγραμματισμένο στο ερωτηματολόγιο. Κάναμε τις αναγκαίες διορθώσεις και ξαναγράψαμε το ερωτηματολόγιο στην τελική του μορφή.

Αφού κάναμε όλα τα παραπάνω το προωθήσαμε για εκτύπωση. Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απευθυνθήκαμε σε 371 ηλικιωμένους που υπήρχαν σε ΚΑΠΗ, Γηροκομεία (επίσκεψη στο πτωχοκομείο Πατρών <<Ο Απόστολος Ανδρέας>> στο Γηροκομείο Ναυπλίου και Σπάρτης) και οίκους ευγηρίας (Ξένιος Ζεους, ΕΥΦΑΤΤΙΚΟΣ ΟΙΚΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, επίσκεψη στον οίκο ευγηρίας στο Νέο ψυχικό) καθώς και σε ηλικιωμένους που ζούσαν σε χώρο εκτός Ιδρύματος. Πάντοτε ενημερώναμε για τον σκοπό της επικοινωνίας και μετά ζητούσαμε την συγκατάθεσή τους. Αυτό που μας έκανε εντύπωση είναι το ότι δεν συναντήσαμε καμιά άρνηση.

Εργαστήκαμε με βάση ένα ερωτηματολόγιο που περιέχει ερωτήσεις σωστά φραστικά διατυπωμένες και χώρο για καταχώρηση των απαντήσεων. Ένα από τα βασικά στοιχεία που φροντίσαμε ήταν ο τόπος και ο χρόνος της συνέντευξης διαμορφωμένα έτσι ώστε ο ηλικιωμένος να αισθάνεται άνετα. Ιδιαίτερη προσοχή δώσαμε ακόμα ώστε η συνέντευξη να μην πάρει την μορφή ανάκρισης. Προσπαθήσαμε γι' αυτό να αποκτήσουμε σχέση εμπιστοσύνης με τον ηλικιωμένο. Τον ακούγαμε προσεκτικά και του δίναμε την ευκαιρία να λέει και άλλα πράγματα. Μερικές φορές που ο ηλικιωμένος ξέφευγε από το θέμα τον επαναφέραμε σ' αυτό με την κατάλληλη ερώτηση.

Η συνέντευξη άρχιζε με ερωτήσεις που αναφέρονταν σε απλά θέματα (ηλικία, χρόνος γέννησης, εθνικότητα, θρήσκευμα) που δεν προκαλούν άρνηση εκ μέρους του ηλικιωμένου. Τις συναισθηματικές ερωτήσεις τις αφήσαμε γι'αργότερα.

Στην συνέχεια του ερωτηματολογίου υπήρχαν ερωτήσεις που αφορούσαν την οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του ηλικιωμένου (έγγαμος, άγαμος, χήρος, διαζευγμένος, παιδιά, συγγενείς).

Κατόπιν υπήρχαν ερωτήσεις στις οποίες ο ηλικιωμένος προσδιόριζε την οικονομική του κατάσταση, την πηγή των εισοδημάτων του και το επάγγελμά του καθώς και την εκπαίδευσή του.

Πιο κάτω υπήρχαν ερωτήσεις που αφορούσαν την σωματική υγεία του ηλικιωμένου και ερωτήσεις σχετικές με την παθησή του και το ενδιαφέρον που δείχνει ο ηλικιωμένος για την πάθησή του (παρακολουθείται από γιατρό, πόσο συχνά επισκέπτεται τον γιατρό του κ.α.) καθώς και χώρος για κρίσεις δικές μας σχετικά με το πως βλέπαμε εμείς την κατάσταση του υπερήλικα και τις ανάγκες του (υπάρχει αναπηρία, αυτοεξυπηρετείται).

Κατόπιν με κατάλληλες ερωτήσεις προσπαθούσαμε να βρούμε την κατάσταση κατοικίας του υπερήλικα και να κρίνουμε οι ίδιοι κατά πόσο η κατοικία του κάλυπτε τις ανάγκες του.

Στην συνέχεια το ερωτηματολόγιό μας απευθυνόταν μόνο σε ηλικιωμένους οι οποίοι έμεναν σε ίδρυμα και με κατάλληλες ερωτήσεις βρίσκαμε (ποιά ήταν η αιτία που εισήχθη στο ίδρυμα, ποιος τον οδήγησε στο ίδρυμα, αν είναι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που του προσφέρονται στο ίδρυμα, πως περνά τον ελεύθερο χρόνο του στο ίδρυμα, αν έχει συντροφιάς,

αν το ίδρυμα εξυπηρετεί τις ανάγκες του, καθώς και αν είναι ευχαριστημένος από την εν γένει ζωή του στο ίδρυμα.

Ανάμεσα όμως σ'αυτές τις ερωτήσεις παρεμβάλλονταν και ερωτήσεις συναισθηματικής φύσεως, ερωτήσεις δηλαδή που είχαν σχέση με τα αισθήματα των ηλικιωμένων απέναντι στα παιδιά τους όταν αυτά τους έχουν οδηγήσει στο ίδρυμα, τι τους στενοχωρεί περισσότερο από το ότι βρίσκονται στο ίδρυμα, και τέλος ερωτήσεις που σχετίζονται με τις προσωπικές εμπειρίες του υπερήλικα.

Θα τελειώσουμε λέγοντας πως αυτή η έρευνα απέβει πολύ χρήσιμη για μας σε πολλούς τομείς. Πρώτα-πρώτα ο σεβασμός, η εκτίμηση και η πίστη στην αξιοπρέπεια του κάθε ανθρώπου αυξήθηκαν κατά πολύ. Με την τήρηση των χρονικών ορίων που βάσαμε για την ολοκλήρωση της έρευνας μάθαμε ότι είμαστε συνεπείς και ακριβείς.

Ακόμα επειδή συνεργαζόμασταν σαν ομάδα μάθαμε να συνεργαζόμαστε αρμονικά και εντατικά. Γνωρίσαμε πραγματικά την αξία της συναδελφικότητας και της φιλίας. Επίσης η συνεργασία έφερε και την διαπροσωπική μάθηση μέσα στην ομάδα με την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών. Τέλος καλλιεργήθηκε ξεχωριστά το αίσθημα ευθύνης του καθενός και η υπευθυνότητα αυξήθηκε σε μεγάλο βαθμό πράγμα σημαντικό για την μετέπειτα πορεία μας.

Ελπίζουμε όλη η προσπάθεια αυτή να μην πάει χαμένη αλλά όπως εμείς, έτσι και άλλοι άνθρωποι να ευαισθητοποιηθούν για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων μιας ομάδας ανθρώπων που είναι τόσο, μα τόσο ευαίσθητοι.

Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α

1) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με το φύλο

ΠΙΝΑΚΑΣ:1

Φύλο	Αριθμός	Ποσοστά
Άνδρες	177	47,7%
Γυναίκες	194	52,3%
Σύνολο	371	100%

Όπως φαίνεται απ' τον πίνακα 1 δεν υπάρχει μεγάλη διαφορά στο δείγμα, όσον αφορά το φύλο. Διαπιστώνουμε μόνο μια μικρή υπεροχή των ανδρών.

2) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με την εθνικότητα.

* Το σύνολο του δείγματος είναι Έλληνες, όσον αφορά την εθνικότητά τους

3) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με το ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ

* Το σύνολο του δείγματος είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι όσον αφορά το θρήσκευμα

4) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με την ΗΛΙΚΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ: 2

ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
60-64	61	16,4%
65-69	73	19,7%
70-74	103	27,8%
75-79	82	22,2%
80-84	32	8,4%
85+	20	5,5%
Σύνολο	371	100%

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του πίνακα 2, η ηλικία των ερωτώμενων στο μεγαλύτερο ποσοστό (27,8%) κυμαίνεται μεταξύ 70-74 χρόνων. Αξιόλογο ποσοστό παρουσιάζει επίσης και η ηλικία των 75-79 χρόνων (22,2%). Οι υπόλοιπες ομάδες ηλικιών κατέχουν μικρότερα ποσοστά με πιο μικρό απ'όλα το 5,5% του δείγματος, το οποίο έχει ηλικία μεγαλύτερη των 85 χρόνων.

5) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με την ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥΣ.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 3

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Έγγαμοι	197	53,1%
Άγαμοι	12	3,3%
Διαζευγμένοι	25	6,7%
Χήροι	137	36,9%
Σύνολο	371	100%

Η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων έχει μεγάλη σημασία για τον προσδιορισμό των αναγκών των προβλημάτων τους. Επίσης εξηγεί σε μεγάλο ποσοστό τα ψυχολογικά τους κυρίως προβλήματα.

Όπως προκύπτει απ' τον παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (53,1%) είναι έγγαμοι, ενώ σημαντικό ποσοστό του δείγματος (36,9) κατέχουν οι χήροι. Μια προσεκτικότερη παρατήρηση των αριθμών δείχνει πως από το σύνολο του δείγματος 173 άτομα -ποσοστό 46,9%- ζει χωρίς σύντροφο.

Μεταφράζοντας τα παραπάνω στοιχεία, βρισκόμαστε αντιμέτωποι με το μείζον πρόβλημα της μοναχικής τρίτης ηλικίας. Οι ζώντες χωρίς σύντροφο έχουν ανάγκη συντροφιάς, συμπαράστασης και ιδιαίτερης φροντίδας για την εκπλήρωση των καθημερινών τους αναγκών.

6) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με το αν έχουν παιδιά

ΠΙΝΑΚΑΣ: 4

	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Ηλικιωμένοι με παιδιά	283	76,2%
Ηλικιωμένοι χωρίς παιδιά	88	23,8%
Σύνολο	371	100%

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Φύλο παιδιών των ερωτώμενων

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Αγόρια	116	41%
Κορίτσια	167	59%
Σύνολο	283	100%

Αναλύοντας τους δύο παραπάνω πίνακες, παρατηρούμε πως η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (76,2%) έχει παιδιά, ενώ απ' τα παιδιά αυτά το μεγαλύτερο ποσοστό είναι κορίτσια (59%).

Οι πίνακες των αποτελεσμάτων αυτών, έχουν ιδιαίτερη σημασία για την έρευνά μας, αφού τα παιδιά είναι εκείνα που αναλαμβάνουν την φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών τους, αλλά και εκείνα, που πολλές φορές, αρνούμενα το ιερό τους καθήκον τους οδηγούν στα διάφορα ιδρύματα, αποφεύγοντας την ευθύνη της φροντίδας τους.

7) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με το αν έχουν ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΠΟΛΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ: 6

Ηλικιωμένοι που έχουν συγγενείς στην ίδια πόλη	315	84,9%
Ηλικιωμένοι που δεν έχουν συγγενείς στην ίδια πόλη	56	15,1%
ΣΥΝΟΛΟ	371	100%

Οι απαντήσεις των ερωτώμενων, όπως αποτυπώνονται στον πίνακα 6, δείχνουν πως η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος (84,9%) έχει συγγενείς στην ίδια πόλη. Τούτο εξηγείται απ' το γεγονός ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα-Πάτρα) και έχει ιδιαίτερο ειδικό βάρος, όσον αφορά την προσφορά φροντίδας στους ηλικιωμένους απ' τους συγγενείς τους, που μάλιστα τυχαίνει να ζουν κοντά τους.

8) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με την υποκειμενική αξιολόγηση της οικονομικής τους κατάστασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 6

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΚΑΛΗ	97	26,1%
ΚΑΚΗ	81	21,8%
ΜΕΤΡΙΑ	193	52,1%
ΣΥΝΟΛΟ	371	100%

Όπως γίνεται φανερό απ' τον παραπάνω πίνακα, οι ηλικιωμένοι του δείγματός μας, σ' ένα υψηλό ποσοστό (52,1%) λοχυρίζονται πως η οικονομική τους κατάσταση πρέπει να θεωρείται μέτρια. Όμως μόνο το 21,8% του συνόλου εκτιμά ως κακή την οικονομική του κατάσταση.

τούτο μας επιτρέπει να βγάλουμε το συμπέρασμα πως η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων ηλικιωμένων δεν αντιμετωπίζει πλεστικό οικονομικό πρόβλημα.

9) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με την πηγή του εισοδήματός τους

ΠΙΝΑΚΑΣ: 7

ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Εργασία	18	4,85%
Περιουσία	35	9,43%
Επίδομα(Πρόνοια)	24	6,46%
Βοήθημα	6	1,61%
Καμιά	11	2,96%
Σύνταξη	277	74,69%

↓

ΤΑΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Ι.Κ.Α.	89	32,12%
Ο.Γ.Α.	138	49,83%
Τ.Ε.Β.Ε.	50	18,05%

Οι απαντήσεις των ηλικιωμένων που αφορούν την πηγή του εισοδήματός τους, δείχνουν πως οι περισσότεροι απ'αυτούς, έχουν σαν μόνιμο και σταθερό εισόδημά τους τη σύνταξη (κρατική-ασφαλιστική) -(74,69%).

Πρέπει επίσης να σημειώσουμε, πως το 2,96% του δείγματος, δηλώνει πως δεν έχει εισόδημα από κάποια πηγή, ενώ οι ηλικιωμένοι που έχουν εισοδήματα από την περιουσία τους αποτελούν μόλις το 9,43%.

Όσον αφορά τους συνταξιούχους παρατηρούμε πως τα τρία μεγάλα κρατικά ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ-ΟΓΑ-ΤΕΒΕ) είναι αυτά

πού καλύπτουν με τις χορηγούμενες συντάξεις, το σύνολο των ερωτώμενων συνταξιούχων

10. Α) Κατανομή των εργαζομένων ατόμων του δείγματος σε σχέση με το επάγγελμά τους πριν αποκτήσουν Σύνταξη, Επίδομα ή άλλο Βοήθημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 8 Επαγγέλματα των ηλικιωμένων πριν αποκτήσουν Σύνταξη, επίδομα ή άλλο βοήθημα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Εργάτης	16	4,7%
Μάγειρας	4	1,2%
Αγρότης-Κτηνοτρόφος	138	40,3%
Δημ. Υπάλληλος	51	14,9%
Ιδιωτ. Υπάλληλος	38	11,1%
Ναυτικός	4	1,2%
Οικοδόμος	22	6,4%
Ψαράς	3	0,9%
Σιδηρουργός	5	1,5%
Οδηγός	9	2,6%
Έμπορος	23	6,7%
Οικιακά	29	8,5%
ΣΥΝΟΛΟ	342	100%

Αναλύοντας τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε πως οι ερωτώμενοι ηλικιωμένοι, πριν αποκτήσουν σύνταξη, επίδομα ή άλλο βοήθημα ασχολούνταν με διάφορα επαγγέλματα. Πλειοψηφία αποτε-

λούν βέβαια οι αγρότες (40,3%) καθώς και οι υπάλληλοι που ασχολούνταν στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα (14,9 και 11,1% αντίστοιχα).

Ο αριθμός αυτών που απάντησαν είναι βέβαια μικρότερος απ'τον συνολικό αριθμό του δείγματος μιας και 18 άτομα δεν παίρνουν σύνταξη, ενώ αντίθετα απασχολούνται ακόμη σε διάφορες εργασίες που θα δούμε παρακάτω, και επίσης αφαιρούμε τους υπόλοιπους 11 που δήλωσαν, πως ούτε είχαν ούτε έχουν κάποιο εισόδημα από εργασία.

β) Κατανομή σε σχέση με το επάγγελμα των ατόμων του δείγματος που σήμερα δεν έχουν άλλη πηγή εισοδήματος εκτός της εργασίας

ΠΙΝΑΚΑΣ: 9 Απασχολούμενοι σε διάφορα επαγγέλματα ηλικιωμένοι χωρίς σύνταξη, επίδομα ή άλλο βοήθημα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Εργάτες	7	38,9%
Οδηγοί	3	16,7%
Υπάλληλοι σε γραφεία αιτήσεων-Φωτοτυπιών	2	11,1%
Οικοδόμοι	3	16,7%
Νεοκόροι	2	11,1%
Κηπουροί	1	5,5%
ΣΥΝΟΛΟ	18	100%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που καταγράφονται στον πίνακα παρατηρούμε πως οι ηλικιωμένοι που εργάζονται ακόμη, ασχολούνται σε διάφορες δουλειές, η πλειοψηφία τους όμως εργάζεται σε σκληρά επαγγέλματα (Εργάτες το 38,9%, Οδηγοί και Οικοδόμοι από 16,7%).

11) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο και το επίπεδο εκπαίδευσής τους

ΠΙΝΑΚΑΣ:10

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ	%
Αγράμματος-η	138	37,2
Δημοτικό σχολείο	173	46,6
Γυμνάσιο-Λύκειο	31	8,4
Τεχνική Εκπαίδευση	9	2,4
Ανωτέρα Εκπαίδευση	14	3,8
Παν/κή εκπαίδευση	6	1,6
Άλλη	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	371	100

Το επίπεδο εκπαίδευσης του κάθε ατόμου επηρεάζει ή ακόμα και καθορίζει την ικανότητα να ενημερωθεί, να δεχθεί καινούργιες ιδέες και γενικά να έχει μια ικανοποιητική προσαρμογή στο περιβάλλον στο οποίο ζει.

Το επίπεδο εκπαίδευσης ακόμα, καθορίζει και τον τρόπο ζωής τους, δηλαδή την απασχόλησή του, το επάγγελμά του, τις συναλλαγές με τους συνανθρώπους του.

Σύμφωνα με την έρευνά μας λίγο περισσότερο από το ένα

τρίτο των ηλικιωμένων είναι τελείως αγράμματοι (37,2%) ενώ οι περισσότεροι έχουν συμπληρώσει τα έξι χρόνια της εκπαίδευσης του δημοτικού σχολείου (46,6%). Αρκετοί τέλος έχουν γνώσεις από γυμνάσιο-λύκειο (8,4%) από τεχνική εκπαίδευση (2,4%) από ανωτέρα (3,8%) και πανεπιστημιακή εκπαίδευση (1,6%).

Η έρευνα όπως είδαμε έδειξε ένα μεγάλο ποσοστό αγράμματων. Μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί κατά την γνώμη μας, στην πληροφόρηση και στην ενημέρωσή τους. Οι γνώσεις αυτές πρέπει να δίνονται με τρόπο που να είναι αποδεικτός από τον υπερήλικα. Λαϊκή επιμόρφωση και ελεύθερα Πανεπιστήμια μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο. Ακόμα ορισμένοι κλάδοι επιστημών θα μπορούσαν να συμβάλλουν εθελοντικά στην επιμόρφωση των υπερηλίκων.

12) Κατανομή 371 ατόμων τρίτης ηλικίας σε σχέση με την κατάσταση της υγείας τους

ΠΙΝΑΚΑΣ: 11

	Αριθμός ατόμων	%
Καλή	75	20,2
Μέτρια καική	296	79,8
ΣΥΝΟΛΟ	371	100

Η υγεία του πληθυσμού αποτελεί βασικό τομέα κοινωνικής μέριμνας και πολιτικής. Ιδιαίτερα όμως για την ομάδα ηλικίας 60 ετών και άνω αποτελεί πρωταρχικό αντικείμενο μελέτης.

Σχετικά με την κατάσταση υγείας οι ερωτώμενοι δίνουν

τις απαντήσεις: Το (20,2%) λέει ότι έχει καλή υγεία και το μεγαλύτερο ποσοστό (79,8%) λέει ότι έχει μέτρια-κακή υγεία.

* ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΚΑΤΑΝΟΜΕΣ *

Α) ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ:12

	ΑΡΙΘ.ΑΤΟΜΩΝ	%
Πεπτικό	45	15,2
Κυκλοφορικό	123	41,5
Αναπνευστικό	54	18,2
Νευρικό	8	2,7
Ουροποιητικό	82	27,7
Ενδοκρινολογικό-Μεταβολικά νοσήματα	63	21,2
Μυοσκελετικό-Ρευματικές παθήσεις	96	32,4
Παθήσεις αισθητηρίων οργάνων	107	36,1
Γεννητικό	6	2,02
Ψυχική υγεία (Αϋπνίες, άγχος, αίσθημα μοναξιάς)	85	28,7
ΣΥΝΟΛΟ	669	

Τα σύνολα των ατόμων και των % αναλογιών υπερβαίνουν τον συνολικό αριθμό του δείγματος, επειδή κάθε ηλικιωμένος απαντούσε σε περισσότερα από ένα στοιχεία.

Από την έρευνα φαίνεται ότι πρώτη θέση στις παθήσεις μ' ένα αρκετά ψηλό ποσοστό (41,5%) κατέχουν οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος. Στην συνέχεια ακολουθούν οι παθήσεις

που έχουν να κάνουν με την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων (άγχος, αίσθημα μοναξιάς, φόβος θανάτου) σε ποσοστό (28,7%), οι παθήσεις των αισθητηρίων οργάνων σε ποσοστό (36,1%) οι ρευματικές παθήσεις και οι παθήσεις που συνδέονται με το μυοσκελετικό σύστημα σε ποσοστό (32,4%) οι παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος σε ποσοστό (27,7%) τα μεταβολικά νοσήματα και οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος με ποσοστό (21,2%) και (18,2%) αντίστοιχα.

Στην συνέχεια ακολουθούν παθήσεις διαφόρων άλλων συστημάτων με μικρότερα ποσοστά.

Β) ΠΩΣ ΑΝΑΚΑΛΥΨΑΝ ΤΗΝ ΠΑΘΗΣΗ ΤΟΥΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ: 13

	Αριθμός ατόμων	%
Τυχαία	19	6,5
Μετά από ιατρική εξέταση	277	93,5
ΣΥΝΟΛΟ	296	100

Γ) ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟ

ΠΙΝΑΚΑΣ: 14

	Αριθμός ατόμων	%
ΝΑΙ	285	96,3
ΟΧΙ	11	3,7
ΣΥΝΟΛΟ	296	100

Δ) ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ

ΠΙΝΑΚΑΣ, 15

	Αριθμός ατόμων	%
1 φορά το μήνα	203	68,5
περισσότερο από 1 φορά το μήνα	23	7,7
1 φορά το τρίμηνο	27	9,2
1 φορά το εξάμηνο	43	14,6
ΣΥΝΟΛΟ	296	100

Βλέπουμε λοιπόν ότι η έρευνα μας αποδεικνύει πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ενδιαφέρεται πολύ για την διατήρηση της υγείας του και για την αντιμετώπιση των παθήσεών του με το να παρακολουθείται από γιατρό σε ποσοστό συντριπτικό (96,3%) και σε συχνότητα επισκέψεων μικρή 1 φορά τον μήνα σε ποσοστό (68,5%).

13) Κατανομή του δείγματος των ηλικιωμένων σε σχέση με την ύπαρξη αναπηρίας, το είδος της και με το αν οι ερωτώμενοι αυτοεξυπηρετούνται

ΠΙΝΑΚΑΣ: 16

	Αριθμός ατόμων	%
ΟΧΙ	248	83,7
ΝΑΙ	48	16,3
ΣΥΝΟΛΟ	296	100

ΠΙΝΑΚΑΣ: 17

ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ	%
Τύφλωση	6	12,5
Κώφωση	15	31,2
Αναπηρία άνω ή κάτω άκρων	27	56,3
ΣΥΝΟΛΟ	48	100

Όσον αφορά το ερώτημα της αναπηρίας προκύπτει ότι το (83,7%) του δείγματος δεν παρουσιάζει καμιά αναπηρία. Το ποσοστό των ηλικιωμένων με αναπηρία είναι σχετικά μικρό (16,3%)

Οι αναπηρίες άνω ή κάτω άκρων κατέχουν την πρώτη θέση σε ποσοστό (56,3%). Ακολουθούν οι παθήσεις που σχετίζονται με την ακοή (κώφωση) σε ποσοστό (31,2%). Τρίτες κατά σειρά έρχονται οι αναπηρίες που σχετίζονται με την όραση (12,5%).

Β) ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΑΙ:

ΠΙΝΑΚΑΣ: 18

	Αριθμ. ατόμων	%
ΝΑΙ	345	93
ΟΧΙ	26	7
ΣΥΝΟΛΟ	371	100

Από την έρευνα φαίνεται καθαρά πως η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτημένων αυτοεξυπηρετείται σε ποσοστό (93%). Μόνο ένα μικρό σχετικά ποσοστό (7%) δεν αυτοεξυπηρετείται.

14) Κατανομή 371 ατόμων της τρίτης ηλικίας σε σχέση με την ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ τους πριν εισαχθούν σε κάποιο ίδρυμα

ΠΙΝΑΚΑΣ:19

Α. Κατάσταση κατοικίας		Αριθμός	Ποσοστά
Ιδιότητα		164	44,2%
Με παραχώρηση		-	-
Ενοίκιο		<u>207</u>	<u>55,8%</u>
		371	100%
Β. Δωμάτια	1	21	5,6%
	2	118	31,8%
	3	176	47,4%
	4	<u>56</u>	<u>15,2%</u>
		371	100%
Γ. Αποχωρητήριο	ΝΑΙ	371	100%
	ΟΧΙ	-	-
	Εσωτερικό	336	90,5%
	Εξωτερικό	<u>35</u>	<u>9,5%</u>
		371	100%
Δ. Μπάνιο	ΝΑΙ	347	93,5%
	ΟΧΙ	<u>24</u>	<u>6,5%</u>
		371	100%
Ε. Πολυκατοικία		233	62,8%
Μονοκατοικία		<u>138</u>	<u>37,2%</u>
		371	100%

Από τα παραπάνω στοιχεία παρατηρούμε ότι οι ηλικιωμένοι ζουν σε ενοικιαζόμενες κατοικίες σε ποσοστό 55,8%. Αναφορικά με τον αριθμό των δωματίων της κατοικίας τους, το μεγαλύτερο ποσοστό εντοπίζεται στις κατοικίες με 2 και 3 δωμάτια,

με 31,8% και 47,4% αντίστοιχα.

Εδώ παρατηρούμε ότι οι κατοικίες με 1 δωμάτιο είναι σχετικά λίγες και αντιστοιχούν στο 5,6% του συνολικού ποσοστού. Τις κατοικίες αυτές τις εντοπίσαμε στις αστικές περιοχές και ιδιαίτερα στην Αθήνα και την Πάτρα.

Επίσης διαπιστώσαμε ότι όλες οι κατοικίες διαθέτουν αποχωρητήριο και μάλιστα εσωτερικό σε ποσοστό 90,5%. Ενώ ένα ποσοστό 9,5% των ερωτωμένων δήλωσε ότι έχει εξωτερικό αποχωρητήριο. Εδώ να επισημάνουμε ότι σ' αυτό το ποσοστό περιλαμβάνονται στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι αγροτικές κατοικίες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτωμένων 93,5% απαντά ότι διαθέτει μπάνιο. Και σ' αυτή τη περίπτωση το μικρό ποσοστό 6,5% αντιστοιχεί στις αγροτικές κατοικίες. Ενώ στην τελευταία ερώτηση για το είδος της κατοικίας, μονοκατοικία_πολυκατοικία, το μεγαλύτερο ποσοστό 62,8% αντιστοιχεί στις πολυκατοικίες και αυτό, γιατί όπως προαναφέραμε, το δείγμα μας είναι κυρίως από την Αθήνα και τη Πάτρα.

Από τα παραπάνω, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο χώρος διαμονής των ηλικιωμένων κάλυπτε σε γενικές γραμμές τα προβλήματα και τις ανάγκες τους που σε αντίθεση με τις άλλες ηλικίες, παρουσιάζουν πολλές ιδιαιτερότητες και διαφοροποιήσεις.

15) Κατανομή 371 ατόμων της τρίτης ηλικίας σε σχέση με το αν βρίσκονται σε γηροκομείο. ΚΑΠΗ ή άλλα ιδρύματα

ΠΙΝΑΚΑΣ: 20

A. Βρίσκονται σε ΙΔΡΥΜΑ	Αριθμός	Ποσοστά
ΝΑΙ	326	87,8%
ΟΧΙ	<u>45</u>	<u>12,2%</u>
	371	100%

B. ΕΙΔΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ	Αριθμός	Ποσοστά
ΚΑΠΗ	52	16%
Ιδιωτ.Οίκους Ευγηρίας	63	19,3%
Γηροκομείο	<u>211</u>	<u>64,7%</u>
	326	100%

Στο πιο πάνω ερώτημα, το μεγάλο ποσοστό 87,8% των υπερηλίκων που ζουν ή περνούν ορισμένες ώρες τους στα παραπάνω ιδρύματα είναι αποτέλεσμα του ότι το δείγμα μας έχει ληφθεί από τα συγκεκριμένα ιδρύματα. Κατά παρόμοιο τρόπο επεξηγείται και το γεγονός ότι το 64,7% των ερωτημένων βρίσκεται στα γηροκομεία και βέβαια ότι οι ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας συναντώνται κυρίως στην πρωτεύουσα, ενώ τα ΚΑΠΗ αποτελούν ένα θεσμό που βρίσκεται ακόμα στα πρώτα του βήματα και παρουσιάζει πολλά προβλήματα ιδιαίτερα στο τομέα της οργάνωσης, του προγραμματισμού και των στόχων που τάχθηκε να υπηρετήσει.

16) Κατανομή των ατόμων του δείγματος που έχουν εισαχθεί σε κάποιο ίδρυμα σε σχέση με τα ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ που ένιωσαν όταν τους έγινε γνωστό πως θα εισαχθούν σ' αυτό.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 21

<u>Αισθήματα</u>	<u>Αριθμός</u>	<u>Ποσοστά</u>
Ανακούφιση	25	7,7%
Θλίψη-μελαγχολία	182	55,8%
Θυμό	159	48,8%
<u>Αίσθημα Εγκατάλειψης</u>	<u>264</u>	<u>80,1%</u>

* Σημείωση: Τα σύνολα των ατόμων και των % αναλογιών υπερβαίνουν αντίστοιχα τον συνολικό αριθμό του δείγματος (326) και το 100 επειδή κάθε ηλικιωμένος απαντούσε σε περισσότερα από ένα στοιχεία.

Παρατηρώντας τα παραπάνω στοιχεία συμπεραίνουμε, ότι ο υπερήλικας, όταν του γνωστοποιήθηκε πως θα εισαχθεί σε κάποιο ίδρυμα, διακατέχεται από ανάμικτα συναισθήματα. Με λύπη διαπιστώσαμε ότι το <<αίσθημα της εγκατάλειψης>> καταλαμβάνει τη πρώτη θέση στις απαντήσεις των υπερηλίκων και μάλιστα με το εντυπωσιακό ποσοστό του 80,1%.

Εκείνο όμως που μας προκάλεσε ιδιαίτερη εντύπωση ήταν ότι ένα μικρό βέβαια ποσοστό 7,7% των ερωτηθέντων, δήλωσε ότι αισθάνεται ανακούφιση από την επικείμενη εισαγωγή του σε κάποιο ίδρυμα. Αιτιολογώντας την απάντησή τους, οι περισσότεροι υποστήριξαν ότι κατ' αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν να περάσουν καλύτερα τα τελευταία χρόνια της ζωής τους, διότι οι συνθήκες επιβίωσής τους στην κοινωνία ήταν πολύ άσχημες

εξαιτίας διαφόρων καταστάσεων (φτώχεια, μοναξιά, προβλήματα με παιδιά κλπ).

17) Κατανομή των ατόμων του δείγματος που έχουν εισαχθεί σε κάποιο ίδρυμα σε σχέση με τα ΑΙΤΙΑ που τους οδήγησαν σ' αυτό

ΠΙΝΑΚΑΣ: 22

ΑΙΤΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
-άσχημο οικογενειακό κλίμα	194	59,5%
-σωματική και ψυχική κατά- σταση του υπερήλικα	45	13,8%
-αίσθημα μοναξιάς-ανάγκη κοινωνικότητας	19	5,8%
-οικονομική κατάσταση	68	20,9%
	326	100%

Η ερώτηση αυτή θα λέγαμε ότι συνδέεται και κατά κάποιο τρόπο αποτελεί συνέχεια και συμπλήρωμα της προηγούμενης. Στο συγκεκριμένο ερώτημα διαπιστώσαμε ότι το κύριο αίτιο της εισαγωγής του υπερήλικα στο ίδρυμα και μάλιστα με ποσοστό 59,5% είναι το άσχημο οικογενειακό κλίμα. Το παραπάνω ποσοστό αποδεικνύει για μια ακόμα φορά πως στη σημερινή εποχή της πρόοδου και του πολιτισμού οι πανανθρώπινες ηθικές αξίες διέρχονται μεγάλη κρίση και ιδιαίτερα ο θεσμός της οικογένειας. Αντίθετα το αίσθημα της μοναξιάς και η ανάγκη κοινωνικότητας, αντιστοιχούν στο 5,8% των απαντήσεων των ερωτωμένων γεγονός που μας προξένησε ιδιαίτερη απορία, διότι πι-

στεύαμε ότι αυτά αποτελούν ένα από τα κυριώτερα αίτια της εισαγωγής των υπερηλίκων σε κάποιο ίδρυμα.

18) Κατανομή των ατόμων του δείγματος που έχουν εισαχθεί σε κάποιο ίδρυμα σε σχέση με τα πρόσωπα ή τους φορείς που τους οδήγησαν σ' αυτό.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 23

	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Κοιν. υπηρεσίες (γιατρός, νοσηλεύτρια, κοιν. λειτουργός)	69	21,2%
Τα παιδιά σας	187	57,3%
Γνωστοί-συγγενείς	55	16,8%
Μόνος	15	4,7%
Άλλος	-	-
	326	100

Τα παραπάνω ποσοστά αποτελούν μια επιπρόσθετη επιβεβαίωση των συμπερασμάτων που διατυπώσαμε στην προηγούμενη ερώτηση. Τώρα για το συγκεκριμένο ερώτημα το 57,3% των ερωτημένων δήλωσε ότι τα παιδιά τους ήταν αυτά που τους οδήγησαν στο ίδρυμα ενώ μόνο το 4,7% δήλωσε ότι εισήχθη με δική του πρωτοβουλία σε κάποιο ίδρυμα γεγονός που επιβεβαιώνει την αρνητική θέση των υπερηλίκων απέναντι σ' αυτά.

19) Κατανομή των ατόμων του δείγματος που βρίσκονται σε κάποιο ίδρυμα, σε σχέση με τα ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ που νιώθουν απέναντι στα παιδιά τους, όταν αυτά τους έχουν οδηγήσει εκεί

ΠΙΝΑΚΑΣ: 24

ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Κατανόηση	23	12,4%
Απορία	113	60,4%
Εχθρικότητα	51	27,2%
	187	100%

Σ' αυτό το ερώτημα, η απορία, με ποσοστό 60,4% υποδηλώνει την κατάσταση που χαρακτηρίζει την πλειοψηφία των υπερηλίκων, σε σχέση με τα αισθήματά τους απέναντι στα παιδιά τους όταν αυτά τους έχουν οδηγήσει στο ίδρυμα. Και είναι εύλογη αυτή η απορία των ηλικιωμένων, διότι, όπως μας αποκάλυψαν στις κατ'ιδίαν συζητήσεις μας, αναλογιζόμενοι την προσφορά τους απέναντι στην κοινωνία και ιδιαίτερα απέναντι στα παιδιά τους (κόποι και θυσίες ετών), δεν μπορούν να κατανοήσουν τη συλλογιστική τους να τους οδηγήσουν -να τους πετάξουν_ όπως μας είπαν χαρακτηριστικά, σε κάποιο ίδρυμα.

20) κατανομή των ατόμων του δείγματος που ζουν σε κάποιο ίδρυμα σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησής τους από τις προσφερόμενες εκεί υπηρεσίες

ΠΙΝΑΚΑΣ: 25

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	213	65,6%
ΟΧΙ	113	34,4%
	326	100%

Από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων καθώς και από τις δικές μας εκτιμήσεις διαπιστώσαμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 65,6% των ερωτημένων είναι ικανοποιημένο, σε γενικές γραμμές, από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο ίδρυμα. Αξιολογητέο είναι, το ότι η πλειοψηφία από τους ερωτηθέντες που απάντησαν αρνητικά στη συγκεκριμένη ερώτηση, δεν κατόρθωσε να συγκεκριμενοποιήσει τα παράπονά του, για τις παρεχόμενες υπηρεσίες όπως επίσης δεν μπόρεσε να κάνει συγκεκριμένες προτάσεις γι'αυτά που θα ήθελε να προσφέρονται.

21) Κατανομή των ατόμων του δείγματος που ζουν σε κάποιο ίδρυμα σε σχέση με το αν έχουν συντροφιάς μέσα σ'αυτό.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 26

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΝΑΙ	285	87,4%
ΟΧΙ	<u>41</u>	<u>12,6%</u>
	326	100%

Σ'αυτή την περίπτωση επιβεβαιώνεται για μια ακόμα φορά η ρήση του Αριστοτέλη ότι <<ο άνθρωπος είναι κοινωνικό ον>> Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 87,4% απαντά θετικά στην παραπάνω ερώτηση γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη του ανθρώπου για συντροφιά και φιλία. Ενώ οι ηλικιωμένοι που απάντησαν αρνητικά (12,6%) στην ερώτησή μας έφεραν έντονα τα σημάδια της μελαγχολίας, της κούρασης και <<της άρνησης των πάντων>>.

22) Κατανομή των ηλικιωμένων του δείγματος που ζουν σε κάποιο ίδρυμα σε σχέση με το αν ο χώρος διαμονής ικανοποιεί τις ατομικές τους ανάγκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 27

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
ΝΑΙ	207	63,4%
ΟΧΙ	<u>119</u>	<u>36,6%</u>
	326	100%

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, η πλειοψηφία των ερωτημένων και με ποσοστό 63,4% είναι ικανοποιημένοι από το χώρο διαμονής της. Αυτό είναι κάτι που διαπιστώσαμε και εμείς από την επίσκεψή μας στους χώρους διαμονής των ηλικιωμένων. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι οι χώροι αυτοί διαθέτουν όλα τα σχετικά μέσα που είναι απαραίτητα για την εξυπηρέτηση των ατομικών αναγκών των ηλικιωμένων.

23) Κατανομή των ηλικιωμένων του δείγματος που ζουν σε ίδρυμα σε σχέση με την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους μέσα σ' αυτό

ΠΙΝΑΚΑΣ: 28

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΑ
Ειδηρομές	241	73,9%
Χόμπι (διάβασμα, περίπατος, σπορ, κηπουρική κλπ)	97	29,8%
Εργόχειρο	14	4,3%
Επισκέψεις συγγενών-φίλων	82	25,1%
Ψυχαγωγικά προγράμματα	93	28,5%
Τηλεόραση	88	26,9%
Μορφωτικά προγράμματα	50	15,3%
Εκκλησία	33	10,1%

* Σημείωση: Το σύνολο των ατόμων και των % αναλογιών υπερβαίνουν αντίστοιχα τον συνολικό αριθμό του δείγματος και το 100, επειδή κάθε ηλικιωμένος απαντούσε σε περισσότερα από ένα στοιχεία.

Από τον παραπάνω πίνακα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα, ότι οι ηλικιωμένοι στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν το τεράστιο πρόβλημα της μοναξιάς, συμμετέχουν με μεγάλη μαζικότητα στις διάφορες εκδηλώσεις των ιδρυμάτων, έχοντας ιδιαίτερη προτίμηση στις εκδρομές με ποσοστό 73,9%.

Ένα σημαντικό ποσοστό, το 25,1% δηλώνει ότι περνά τον ελεύθερο χρόνο του με τις επισκέψεις που δέχεται από τους συγγενείς και τους φίλους του. Αξιοπρόσεκτο είναι το ότι οι περισσότεροι από αυτούς χαίρονται ιδιαίτερα από την επίσκεψη των παιδιών τους και πολύ περισσότερο των εγγονών τους. Γεγονός που αποδεικνύει την ανάγκη του ηλικιωμένου για την οικογένειά του. επίσης αξιοσημείωτη είναι και η συμμετοχή των υπερηλίκων σε διάφορα ψυχαγωγικά και μορφωτικά προγράμματα καθώς και σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις. Και φυσικά δεν μπορεί να λείψει από τις ανάγκες του ηλικιωμένου η εκκλησία. Έτσι το 10,1% δηλώσε ότι πηγαίνει τακτικά στην εκκλησία, ενώ το ποσοστό αυτών που δήλωσαν ότι έχουν την ανάγκη για την εκκλησία και ΤΗΝ επικοινωνία με ΤΟΝ δημιουργό τους ήταν πολύ μεγάλο.

24) Κατανομή των ηλικιωμένων του δείγματος που ζουν σε ίδρυμα σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι απ' τον τρόπο με τον οποίο αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους μέσα σ' αυτό

ΠΙΝΑΚΑΣ: 29

<u>ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ</u>	<u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΑ</u>
ΝΑΙ	265	81,3%
ΟΧΙ	<u>61</u>	<u>18,7%</u>
	326	100%

Αναλύοντας και ερμηνεύοντας τα παραπάνω ποσοστά θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε απερίφραστα ότι οι υπερήλικες είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο που περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους.

Όμως, παρατηρώντας τους στη διάρκεια της συζήτησής μας, θα μπορούσαμε να πούμε, ότι αυτή η ικανοποίησή τους ήταν σχετική. Ήταν ευδιάκριτο από τον τρόπο έκφρασής τους ότι κάτι τους έλειπε.

Άλλωστε, χαρακτηριστική ήταν η φράση «καλά περνάμε και εδώ, αλλά πρώτα περνούσαμε καλύτερα». Στην προσπάθειά μας για την επεξήγηση αυτής τους της θέσης, συναντήσαμε την παράξενη θα την χαρακτηρίζαμε άρνησή τους, λέγοντας μας «τι να σου πω παιδί μου άλλωστε εσύ τα ξέρεις καλύτερα».

25) Κατανομή των ηλικιωμένων του δείγματος που ζουν σε ίδρυμα σε σχέση με το τι περισσότερο θα ήθελαν να τους προσφέρει το ίδρυμα.

Οι απαντήσεις που μας έδωσαν οι ηλικιωμένοι δεν κατέστη-

σαν δυνατό να ταξινομηθούν σε κάποιον πίνακα συγκεκριμένων αριθμών και ποσοστών.

Και αυτό, γιατί οι ερωτώμενοι αντιμετώπισαν την συγκεκριμένη ερώτηση με ουδετερότητα, απάθεια και γενικότερη άρνηση. Κανείς τους δεν έβρισκε κάτι ιδιαίτερο να προτείνει και δήλωναν απλώς ικανοποιημένοι από τις συνθήκες του ιδρύματος. Η άρνηση των ηλικιωμένων να ζητήσουν περισσότερα από τον ιδιαίτερο χώρο στον οποίο είναι υποχρεωμένοι να ζουν, δείχνει, πως με τίποτε δεν θα μπορούσαν να είναι ευχαριστημένοι, εφόσον ζουν μακριά από το σπίτι και τα παιδιά τους. Κατά βάθος νοιώθουν απογοήτευση και απλά περιμένουν το τέλος.

26) Κατανομή των ηλικιωμένων του δείγματος που ζουν δε ίδρυμα σε σχέση με το αν θα επιθυμούσαν να επιστρέψουν στο σπίτι τους

ΠΙΝΑΚΑΣ: 30

<u>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</u>	<u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΟ</u>
ΝΑΙ	285	87,4%
ΟΧΙ	<u>41</u>	<u>12,6%</u>
	326	100

Αναμενόμενο ήταν το ποσοστό 87,4% των ερωτωμένων. Δεν ήταν λίγοι εκείνοι, που απαντώντας θετικά στο ερώτημά μας τους χαρακτήριζε μια νοσταλγία. Όπως έχει αναφερθεί, ο άνθρωπος γεννήθηκε για να δημιουργεί αλλά και να ζει καταξιωμένος μέσα στην οικογένειά του. Ο θεσμός της οικογένειας, ένας πανανθρώπινος θεσμός που αποτελούσε ιερή υποχρέωση για

τους παλιότερους, και ένα από τα τρία ιδανικά-σύμβολα του έθνους μας, διέρχεται και αυτός μια μεγάλη κρίση, που έχει τη ρίζα της στη σημερινή εποχή και τις νέες συνθήκες διαβίωσης που δημιουργήθηκαν με την πρόοδο και την ανάπτυξη της κοινωνίας μας.

27) Κατανομή των ηλικιωμένων του δείγματος που ζουν σε ίδρυμα σε σχέση με το ποιά κατοικία θεωρούν ιδανική για έναν ηλικιωμένο, κρίνοντας απ' την προσωπική τους εμπειρία

ΠΙΝΑΚΑΣ: 31

<u>ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ</u>	<u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΑ</u>
Ζώντας με τα παιδιά του	210	64,4%
μόνος του	12	3,7%
σε γηροκομείο ή άλλο		
ίδρυμα	<u>104</u>	<u>31,9%</u>
	326	100%

Ιδιαίτερη εντύπωση στο συγκεκριμένο ερώτημα, αποτελεί το ποσοστό 31,9% των ερωτωμένων που απάντησαν, ότι θα ήθελαν να ζήσουν σ' ένα γηροκομείο ή άλλο σχετικό ίδρυμα. Επεξηγώντας τη θέση τους αυτή, οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι προτίμησαν τη συγκεκριμένη απάντηση, διότι είναι ικανοποιημένοι σε γενικές γραμμές από τη ζωή τους στο ίδρυμα σε αντιδιαστολή με την προηγούμενη ζωή τους (άσχημο οικογενειακό κλίμα, μοναξιά, κακές συνθήκες διαβίωσης κλπ).

Σχετικά τώρα με την πλειοψηφία που δήλωσε ότι προτιμά να ζει με τα παιδιά τους, σε ποσοστό 64,4% θα τη χαρακτηρί-

ζαμε φυσιολογική και αναμενόμενη απάντηση για τους λόγους που έχουν αναφερθεί εκτενέστατα σε προηγούμενα σχόλια.

28) Κατανομή των ηλικιωμένων του δείγματος που ζουν σε ίδρυμα σε σχέση με τους στενοχωρεί περισσότερο, δεδομένου ότι ζουν μακριά απ' το σπίτι, την οικογένεια και το κοινωνικό τους περιβάλλον

ΠΙΝΑΚΑΣ: 32 Τον ηλικιωμένο στενοχωρεί περισσότερο το ότι ζει:

	<u>ΑΡΙΘΜΟΣ</u>	<u>ΠΟΣΟΣΤΑ</u>
-μακριά από το σπίτι που έησε τόσα χρόνια	86	26,3%
-μακριά από τα παιδιά του και τους συγγενείς του	169	51,8%
-μακριά από τα γγγόνια του	137	42,02%
-μακριά από το γνώριμο κοινωνικό περιβάλλον-φίλους	21	6,4%

* Σημείωση: Τα σύνολα των ατόμων και των % αναλογιών υπερβαίνουν αντίστοιχα τον συνολικό αριθμό του δείγματος και το 100 επειδή κάθε ηλικιωμένος απαντούσε σε περισσότερα από ένα στοιχεία.

Είναι μια ερώτηση που ανάγκασε τους περισσότερους ερωτώμενους να διοχετεύσουν προς τα έξω την πικρία και τη στενοχώρια τους γιατί βρίσκονται μακριά από τα παιδιά τους και μάλιστα μακριά από τα εγγόνια σε ποσοστό 42,02%. Ιδιαίτερα για τα εγγόνια μίλησαν με λόγια που εύκολα προκαλούσαν τη συγκίνηση και δεν ήταν λίγοι αυτοί που βούρκωσαν ή δάκρυσαν. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει το πόσο στενός είναι ο δεσμός μεταξύ της πρώτης και της τρίτης ηλικίας.

Σ Υ Ζ Η Τ Η Σ Η

Η έρευνα που διενεργήσαμε μας ώθησε στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων -με βάση τα αποτελέσματα απ' αυτή- για την κατάσταση των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα μέσα στα διάφορα ιδρύματα, όπου περνούν το τελευταίο στάδιο της ζωής τους.

Με τη συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων της έρευνας, καταλήξαμε στον εντοπισμό μιας σειράς θεμάτων που αφορούν τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων στο ίδρυμα καθώς και των συνθηκών διαβίωσης που επικρατούν σε αυτά. Έχουμε την πεποίθηση ότι κατορθώσαμε να εντοπίσουμε τα κυριότερα προβλήματα αλλά και τις ανάγκες των υπερηλίκων μέσα στο ίδρυμα, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχική και συναισθηματική τους κατάσταση, απέναντι στα διάφορα θέματα και καταστάσεις που αντιμετώπισαν και εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν.

Προχωρώντας σε μια συνολική θεώρηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, θα σταθούμε ιδιαίτερα στις διαφορές που παρουσιάζει ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων που ζουν στο ίδρυμα μ' αυτούς που ζουν μόνοι τους ή στο σπίτι με τα παιδιά τους.

Μετά τη σύγκριση των στοιχείων μας, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι το καταλληλότερο περιβάλλον για όλες τις ηλικίες είναι αυτό της οικογένειας. Και αυτό, γιατί σε μια αρμονική οικογένεια, όπου το αίσθημα του αλληλοσεβασμού και της αγάπης μεταξύ των μελών της βούλκται σε υψηλό βαθμό, όλα τα μέλη της οικογένειας συμπεριφέρονται ελεύθερα και ουσιαστικά το ένα προς το άλλο και το καθένα ξεχωριστά απολαμβάνει την εκτίμηση, την ικανοποίηση και την αγάπη όλων των άλλων.

Το οικογενειακό περιβάλλον δίνει την δυνατότητα στον υ-

περήλικα να αναπτύξει δραστηριότητες προς διάφορες κατευθύνσεις, προσφέροντας έτσι ένα αίσθημα πληρότητας.

Πρωταρχική σημασία για τον υπερήλικα έχουν τα εγγόνια του. Ο ηλικιωμένος μέσα στην οικογένεια βρίσκει την ευκαιρία να απασχοληθεί ιδιαίτερα με τα νεώτερα μέλη της οικογένειας, γεγονός που το θεωρεί ως φυσική συνέχεια της ζωής και τον γεμίζει με χαρά, ικανοποίηση και αισιοδοξία για το μέλλον. Επίσης σε περίπτωση που ο υπερήλικας έχει κάποιο πρόβλημα, θα βρει μέσα στην οικογένεια την καλύτερη δυνατή βοήθεια και φροντίδα. Η συμμετοχή του στις διάφορες εορταστικές εκδηλώσεις και μάλιστα στην ονομαστική του εορτή, η προσφορά δώρων, του δίνουν μεγάλη ευχαρίστηση και ικανοποίηση. Είναι γι' αυτόν μια μικρή αναγνώριση της προσφοράς του. Στο σημείο αυτό πρέπει να τονισθεί, ότι ο υπερήλικας ζώντας με την οικογένειά του, αισθάνεται ασφαλής.

Νιώθει ότι έχει ανθρώπους δίπλα του που στις δύσκολες στιγμές θα τον στηρίξουν, <<έχει κάποια για ν' ακουμπήσει>>. Επιβεβαίωση των παραπάνω αποτελεί το ποσοστό του 64,4% των ερωτωμένων που ζουν στο ίδρυμα, όταν σε σχετική μας ερώτηση για το <<ποιά θεωρεί ιδανική κατοικία για έναν ηλικιωμένο σύμφωνα με την εμπειρία τους>>, απάντησε ότι θεωρεί ως ιδανική τη ζωή μέσα στην οικογένεια.

Αντίθετα, για τον υπερήλικα που ζει μόνος, ξεχασμένος από όλους, τυλιγμένος στα απέραντα πέπλα της μοναξιάς, τα πράγματα δεν είναι καθόλου εύκολα και ευχάριστα. Ο άνθρωπος αυτός ζώντας μόνος του μακριά απ' την ζεστασιά και την θαλπωρή της οικογένειας, χωρίς την συντροφιά των παιδιών του, χωρίς τα εγγόνια του, αντιμετωπίζει μεγάλα προβλήματα,

που συχνά μετατρέπονται σε ανυπέρβλητα εμπόδια, επιδρώντας αρνητικά στη σωματική του και ιδιαίτερα στην ψυχική του υγεία.

Οι άνθρωποι αυτοί αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν μόνοι κάθε εμπόδιο που θα ορθωθεί μπροστά τους. Γι' αυτό σ' αυτή την κατηγορία των υπερηλίκων, παρατηρείται το φαινόμενο, εκείνοι να κλείνονται στον εαυτό τους, να παρουσιάζουν άρνηση για τη ζωή, δεν έχουν όνειρα για το μέλλον και κατακλύζονται από μελαγχολία μην έχοντας διεξόδους απασχόλησης και ψύχαγωγίας.

Αν στα παραπάνω προστεθεί και το οικονομικό πρόβλημα που συνήθως αντιμετωπίζουν οι υπερηλίκες, τότε εύκολα μπορούμε να αντιληφθούμε την τραγική κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι άνθρωποι αυτοί. Είναι ίσως καταδικασμένοι να ζουν με μόνη συντροφιά τις αναμνήσεις τους, ώσπου κάποια μέρα να «σβήσουν» μόνοι και αβοήθητοι.

Ας δούμε τώρα την κατηγορία των υπερηλίκων που ζουν σε ιδρύματα, γηροκομεία ή οίκους ευγηρίας.

Σύμφωνα με τα εξαγόμενα απ' την έρευνα συμπεράσματα, οι άνθρωποι αυτοί βρίσκονται σε μια μέση κατάσταση. Μπορεί, βέβαια βρισκόμενοι μακριά απ' την οικογένεια, να στερούνται την οικογενειακή ζεστασιά και γαλήνη, όμως σε σχέση με εκείνους που αναγκάζονται να ζουν μόνοι, έχουν την φροντίδα του ιδρύματος που διαμένουν. Με βάση τις απαντήσεις των ηλικιωμένων αλλά και τις δικές μας διαπιστώσεις η ζωή μέσα στο ίδρυμα, παρά την παροχή φροντίδων, είναι συχνά μονότονη, μίσηρη και κινούμενη καθημερινά στα ίδια πλαίσια. Παρά την εξασφαλισμένη στέγαση, τροφή και συντροφιά, υπάρχει πάντοτε ένα κενό. «Κάτι μας λείπει» έλεγαν χαρακτηριστικά. Αυτό

το δυσαναπλήρωτο κενό δεν είναι άλλο απ' αυτό της οικογένειας. Κατ' αυτό τον τρόπο αποδεικνύεται για μια ακόμα φορά ότι ο θεσμός της οικογένειας είναι ο ύψιστος θεσμός και μια αξία που προσφέρει στον άνθρωπο την ολοκλήρωση.

Κλείνουμε αυτή την ενότητα με την προσδοκία και ευχή ότι ο άνθρωπος θα ξαναβρεί το χαμένο δρόμο του, ξεπερνώντας τα αδιέξοδα που σε τελική ανάλυση ο ίδιος σήμερα έχει δημιουργήσει και θα δώσει στα γηρατειά τη θέση που πραγματικά τους ταιριάζει και είναι ανάλογη της μακρόχρονης προσφοράς τους.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1) Έτος γέννησης Φύλο
- 2) Ηλικία
- 3) Εθνικότητα
- 4) Θρήσκευμα
- 5) οικογενειακή κατάσταση
- Έγγαμος Άγαμος
- Χήρος Διαζευγμένος
- Σε διάσταση
- 6) Πόσα παιδιά έχετε:
- Αγόρια Κορίτσια
- 7) Συγγενείς στην ίδια πόλη
- 8) Οικονομική κατάσταση του υπερήλικα
- Καλή Μέτρια κακή
- 9) Πηγή εισοδήματος
- Εργασία Περιουσία
- Σύνταξη Ταμείο: Επίδομα Πηγή
- Βοήθημα Πηγή Άλλη πηγή εισοδήματος

10) Επάγγελμα-είδος εργασίας

- Ανείναι συνταξιούχος, ποιό ήταν το επάγγελμα ή τα επαγγέλματά του πριν την συνταξιοδότηση;

- α)
- β)
- γ)

11) Εκπαίδευση

Αγράμματος/η

Δημοτικό Σχολείο

Τάξεις

Γυμνάσιο-Λύκειο

Τάξεις

Τεχνική Εκπαίδευση

Ανωτέρα Εκπαίδευση

Παν/κή εκπαίδευση

Άλλη (προσδιορίστε)

12) Κατάσταση υγείας (Να αναφερθούν όλες οι παθήσεις)

α) Συστήματα

β) Πως ανακαλύψατε την πάθησή σας;

Τυχαία

Συμπτωματικά

γ) Παρακολούθειστε από γιατρό;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

δ) Πόσο συχνά;

13) Υπάρχει αναπηρία;

A. ΝΑΙ

Ποιά;

ΟΧΙ

B. Αυτοεξυπηρετείτε;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Γ. Κρίσεις του ερευνητή για την κατάσταση του υπερήλικα
και τις ανάγκες του

14) Κατάσταση κατοικίας πριν την εισαγωγή του υπερήλικα σε
ίδρυμα

α) Ιδιόκτητη

Με παραχώρηση

Άλλο

β) Αριθμός δωματίων

γ) αποχωρητήριο

ΝΑΙ

ΟΧΙ

δ) Μπάνιο

ε) Πολυκατοικία

Μονοκατοικία

Άλλη (προσδιορίστε)

στ) Κρίσεις του ερευνητή για το κατά πόσο η κατοικία κάλυπτε τις ανάγκες του ηλικιωμένου

15) Είναι ο ηλικιωμένος σε γηροκομείο, ΚΑΠΗ ή άλλο ίδρυμα

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Σε ποιά (προσδιορίστε)

16) Αισθήματα του υπερήλικα όταν του έγινε γνωστό πως θα εισαχθεί σε κάποιο ίδρυμα

17) Ποιά ήταν η αιτία που εισήχθη στο ίδρυμα

18) Ποιός σας οδήγησε στο ίδρυμα

Κοινωνική λειτουργός

Τα παιδιά σας

Νοσηλεύτρια

Γιατρός

Συγγενείς

Μόνος

Άλλος (προσδιορίστε)

19) Αισθήματα του υπερήλικα απέναντι στα παιδιά του όταν αυτά τον έχουν οδηγήσει στο ίδρυμα

20) Είναι ικανοποιημένος ο υπερήλικας από τις προσφερόμενες υπηρεσίες στο ίδρυμα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

21) Έχει συντροφιάς μέσα στο ίδρυμα;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

22) Ο χώρος διαμονής ικανοποιεί τις ατομικές του ανάγκες

ΝΑΙ ΟΧΙ

Κρίσεις ερευνητή

23) Πως περνά τον ελεύθερο χρόνο του στο ίδρυμα

Εκδρομές

χόμπυ Ποιά

Εργόχειρο με ανταμοιβή

Επισκέψεις φίλων

Ψυχαγωγικά προγράμματα

Τηλεόραση

Μορφωτικά προγράμματα

Εκκλησία

Άλλο (προσδιορίστε)

24) Είναι ικανοποιημένος από τον τρόπο με τον οποίο περνά τον ελεύθερο χρόνο του;

ΝΑΙ ΟΧΙ

25) Τι άλλο θα ήθελε ο υπερήλικας να του προσφέρει το ίδρυμα

26) Θα ήθελε να επιστρέψει στο σπίτι του

ΝΑΙ ΟΧΙ

Πότε

Πως

27) Κρίνοντας από την προσωπική του εμπειρία, ποιά θεωρεί

ιδανική κατοικία για έναν ηλικιωμένο;

Ζώντας με τα παιδιά του

Μόνος του

Σε γηροκομείο ή άλλο ίδρυμα

28) Τι είναι αυτό που τον στεναχωρεί περισσότερο το ότι βρίσκεται στο ίδρυμα;

Μακριά από το σπίτι του που έζησε τόσα χρόνια
Μακριά από το παιδί του και τους συγγενείς του
Μακριά από τα εγγόνια του
Άλλο (προσδιορίστε)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σήμερα στη χώρα μας, τα γηροκομεία - <<οίκοι ευγηρίας>> αποτελούν τον επικρατέστερο τρόπο περίθαλψης των ηλικιωμένων. Η εισαγωγή καταρχήν των ηλικιωμένων στα παραπάνω ιδρύματα εξαρτάται από τους όρους που προβλέπει ο εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του κάθε ιδρύματος. Τα ακολουθούμενα κριτήρια αποκλείουν την εισαγωγή υπερηλίκων που έχουν παιδιά ή πάσχουν από παθήσεις, οι οποίες χρειάζονται μακροχρόνια θεραπεία και ιδιαίτερο διαιτολόγιο. Αναφορικά με το πρώτο κριτήριο θέλουμε να επισημάνουμε ότι τα παιδιά είναι αυτά που οδηγούν κατά κύριο λόγο τους ηλικιωμένους γονείς τους στα γηροκομεία για ποικίλους λόγους και αιτίες.

Οι <<οίκοι ευγηρίας>> κατά κύριο λόγο εξασφαλίζουν στους ηλικιωμένους στέγη και τροφή. Τόσο όμως οι στεγαστικές όσο και οι διαιτητικές συνθήκες δεν πληρούν τους όρους υγιεινής, δεδομένου ότι όλα τα ιδρύματα δεν διαθέτουν τις ίδιες οικονομικές προϋποθέσεις για την κάλυψη των πρώτων και στοιχειωδών αναγκών τους.

Σχετικά με τις στεγαστικές συνθήκες των υπερηλίκων δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ικανοποιητικές αν λάβουμε υπόψη μας ότι ορισμένα γηροκομεία ανεγέρθηκαν στο τέλος του προηγούμενου αιώνα ή στις αρχές αυτού. Έτσι λόγω της πρόχειρης μελέτης για το σκοπό τον οποίο επρόκειτο να εξυπηρετήσουν και της κακής διαρρύθμισης των χώρων των κτιρίων, εμφανίζονται σήμερα άλλα να διαθέτουν χώρους υγιεινής περιορισμένους σε αριθμό με αποτέλεσμα οι τρόφιμοι να ταλαιπωρούνται κατά την μετάβασή τους από το δωμάτιό τους σ' αυτούς, να συνωστίζονται

ζονται και να διαπληκτίζονται.

Άλλα να μην διαθέτουν θέρμανση, λουτρό κλπ άλλα να φιλοξενούν πολλά άτομα σε μια αίθουσα και άλλα να στερούνται χώρου κατάλληλου για τους βαρειά ασθενείς ή τους πεθαμένους. Η δυνατότητα πάντως, καλύψεως των προαναφερθέντων ελλείψεων εξαρτάται από την οικονομική ευχέρεια των ιδρυμάτων.

Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εξασφαλίζεται για τους μεν ασφαλισμένους μέσω των ασφαλιστικών Ταμείων ή Οργανισμών για τους ανασφάλιστους από τον ιατρό που υπάρχει στο ίδρυμα ο οποίος αλλού είναι μόνιμος μέσα στο ίδρυμα και σε άλλα απλός επισκέπτης. Πολλά γηροκομεία -«οίκου ευγηρίας» δεν διαθέτουν ειδικευμένη νοσηλεύτρια με αποτέλεσμα μέχρι της αφίξεως ασθενοφόρου να πεθάνει κάποιος τρόφιμος.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, αποτελεί ένα από τα ουσιαστικά προβλήματα των γηροκομείων, αλλά και αυτό οφείλεται στην οικονομική τους αδυναμία και στην έλλειψη ειδικευμένων νοσηλευτών/τριων για γηροκομεία.

Έτσι η νοσηλεία των ασθενών τροφίμων εξασφαλίζεται υποτυπωδώς απ'αυτές που έχουν προσληφθεί κατά το παρελθόν ως θαλαμηπόλοι και οι οποίες απέκτησαν αυτοδίδακτη πείρα ενέσεων και αλλαγών, διατρέχοντας κίνδυνο από πλευράς υγείας τόσο οι ίδιες όσο και οι ασθενείς τρόφιμοι γέροντες. Το πρόβλημα δεν θα εμφανιζόταν τόσο έντονο αν οι περισσότεροι τρόφιμοι είχαν τη δυνατότητα να ακολουθούν μόνοι τους τη φαρμακοθεραπεία τους. Δεδομένου ότι άλλων η όραση είναι ελαττωμένη, άλλοι υποφέρουν από γεροντική άνοια, άλλοι είναι κατάκοιτοι, η θεραπεία τους εξαρτάται από την ευσυνειδησία και

την ύπαρξη ικανού αριθμού ειδικευμένου προσωπικού.

Σε πολλά επίσης γηροκομεία παρατηρείται έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού.

Η έλλειψη απασχόλησης και κινήσιοθεραπείας των ηλικιωμένων έχει άμεσο αντίκτυπο επί της ψυχικής και σωματικής υγείας των περιθαλπομένων, αλλά και αυτή οφείλεται στην έλλειψη κατάλληλου προσωπικού, όπως π.χ. Κοινωνικού Λειτουργού, φυσιοθεραπευτού κλπ.

Η ψυχαγωγία των τροφίμων στα περισσότερα γηροκομεία εξασφαλίζεται μέσω της τηλεόρασης και του ραδιοφώνου. Λίγοι όμως μπορούν να εκμεταλλευτούν αυτά τα μέσα της ψυχαγωγίας άλλοι λόγω ελαττωμένης όρασης και άλλοι λόγω ελαττωμένης ακοής.

Η κοινωνική υπηρεσία, αν βέβαια διαθέτει το ίδρυμα, φροντίζει και για την εξασφάλιση μέσω ψυχαγωγίας, διοργάνωση διαφόρων εκδηλώσεων σε συνεργασία με άλλες κοινωνικές οργανώσεις ή αρχές της περιοχής τους. Στους <<οίκους ευγηρίας>> που δεν διαθέτουν τα οικονομικά μέσα αλλά ούτε και το εκπαιδευμένο προσωπικό, ο ψυχαγωγικός τομέας των τροφίμων καλύπτεται με την αναμόχλευση της ιδιωτικής ζωής των συννοικούντων στην πτέρυγά τους, ή με την ιδιωτική ζωή του εργατοϋπαλληλικού προσωπικού ή τέλος με τις μεταξύ τους συγκρούσεις και διαφωνίες.

Παρά τις βασικές ελλείψεις τις οποίες εμφανίζουν τα γηροκομεία και στις οποίες αναφερθήκαμε εκτενώς πιο πάνω, πρέπει να αναγνωρισθεί ότι η ύπαρξή τους είναι αναγκαία, ο δε σκοπός τους ιερός. Η δημιουργία νέων ή η επέκταση των ήδη υπάρχόντων, όπου κάθε υπερήλικας ασχέτως εισοδήματος να μπο-

ρεί να τύχει περίθαλψης, καθίσταται σήμερα επιτακτική.

Επίσης πρέπει να εκτιμηθεί ότι το διοικητικό και εργατικό προσωπικό των γηροκομείων καταβάλλει υπεράνθρωπες προσπάθειες έστω και με τα πενιχρά εκπαιδευτικά και οικονομικά κυρίως μέσα που διαθέτει, να εξασφαλίσουν στους άμαχους της ζωής υποφερτή διαβίωση, στοργή την οποία έχουν τόσο ανάγκη και οικογενειακή θαλπωρή την οποία για διάφορους λόγους στερήθηκαν, αλλά όλα αυτά πάντοτε μέσα στα πλαίσια των μικρών δυνατοτήτων τους.

Όπως αναφέρθηκε, στην Ελλάδα, υπάρχουν τρία είδη γηροκομείων με διαφορετική νομική μορφή.

Για τα τρία συγκεκριμένα ιδρύματα προκύπτει ότι: Υπάρχουν αρκετές διαφορές μεταξύ τους και οι διαφορές αυτές εντοπίζονται στον τρόπο λειτουργίας τους από τη μια μεριά και από την άλλη στο είδος και την ποιότητα της περίθαλψης που προσφέρουν ανάλογα με το φορέα τους και τη διεύθυνση του ιδρύματος.

Από τα τρία ιδρύματα, αυτό που λειτουργεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (συγκριτικά πάντα με τα άλλα δύο) και προσφέρει καλύτερη ποιότητας περίθαλψης και καλύπτει τις περισσότερες ανάγκες είναι το Κρατικό Ν.Π.Δ.Δ. Σαν Ν.Π.Δ.Δ. που είναι, το Κράτος μεταβιβάζει σ' αυτό το δικαίωμα να ασκήσει Κοινωνική Πολιτική. Με την μεταβίβαση αυτή επιδιώκει την σχετική αυτονομία καθώς επίσης και την ανεξαρτησία του στη λιγότερη δύσκαμπτη οικονομική διαχείριση βέβαια συγκριτικά με τα άλλα δύο η αυτονομία αυτή είναι μικρότερη.

Όσον αφορά τα Ιδιωτικά Γηροκομεία έχουν κάποια αυτονομία αφού αποτελούν έκφραση ιδιωτικής πρωτοβουλίας σαν ΝΠΙΔ

βρίσκεται όμως κάτω από την εποπτεία και τον έλεγχο του Κράτους. Η ποιότητα και το είδος της περίθαλψης που προσφέρει δεν είναι ικανοποιητική όμως είναι καλύτερη απ' αυτήν του εκκλησιαστικού.

Το Εκκλησιαστικό Γηροκομείο έχει και την μεγαλύτερη αυτονομία μιας και διέπεται και λειτουργεί με βάση την εκκλησιαστική πολιτική και ο έλεγχος είναι μάλλον τυπικός, από τη στιγμή που η εκκλησία έχει σημαντική δύναμη στη χώρα μας και το κράτος δεν μπορεί να επέμβει αποτελεσματικά.

Θα πρέπει να αλλάξουν ή να τροποποιηθούν οι οργανισμοί λειτουργίας και των τριών ιδρυμάτων κυρίως όμως των δύο τελευταίων ώστε να μπορέσουν να προσφέρουν περίθαλψη υψηλότερης ποιοτικής στάθμης.

Η πολιτική στον τομέα της ιδρυματικής περίθαλψης χρειάζεται αναδιοργάνωση

Στα ήδη υπάρχοντα Γηροκομεία προτείνουμε:

- Να επανδρωθούν με το κατάλληλο και ειδικό προσωπικό ώστε να ανέβει η στάθμη της περίθαλψης που προσφέρουν
- Να εκσυγχρονιστούν και να βελτιωθούν τα υπάρχοντα ιδρύματα
- Να τροποποιηθούν και να συμπληρωθούν οι οργανισμοί των ιδρυμάτων ώστε να βελτιωθούν οι υπηρεσίες που προσφέρουν καθώς και η ποιότητα περίθαλψης.

Η ιδρυματική περίθαλψη για μερικούς ηλικιωμένους θα είναι αναπόφευκτη. Αλλά οι σχεδιαστές κοινωνικής πολιτικής θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τις ανθρώπινες ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών.

Τα ιδρύματα θα πρέπει να κτίζονται κατά τρόπο που να

θυμίζουν σπίτι. Δηλαδή η ιδρυματική περίθαλψη θα πρέπει να προσφέρεται σε μικρές αποκεντρωμένες μονάδες για να εξασφαλίζεται η οικογενειακή ατμόσφαιρα και να ενθαρρύνεται η επικοινωνία προς τα έξω. Επίσης θα πρέπει να δημιουργούν ικανοποιητικές συνθήκες διαβίωσης που να σέβονται ατομικά δικαιώματα, ανάγκες και ενδιαφέροντα καθώς και ειδικές εξυπηρετήσεις (ειδικό προσωπικό, τεχνικό εξοπλισμό κλπ) στα ιδρύματα για σοβαρά αναπήρους.

Η νεά τάση που επικρατεί σήμερα στην Ελλάδα είναι η δημιουργία Κέντρων ανοιχτής Περίθαλψης (Κ.Α.Π.Η.) έχουν ήδη δημιουργηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια.

Στα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης η ψυχολογική ατμόσφαιρα είναι βέβαια τελείως διαφορετική απ' αυτή των ιδρυμάτων. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων στα προγράμματα είναι έκδηλη και πολλές φορές η πρωτοβουλία για την οργάνωσή τους ανήκει στους ίδιους. Ωστόσο και στον τομέα αυτό η κάλυψη των αναγκών δεν είναι πλήρης και θα υπάρξει έλλειψη κατάλληλου προσωπικού όταν τα κέντρα αυτά αυξηθούν όπως προγραμματίζεται.

Χρειάζεται όμως ένα ολοκληρωμένο σύστημα Κοινωνικής Πολιτικής στην Ελλάδα για να αντιμετωπιστούν όλες οι ανάγκες των ηλικιωμένων, το οποίο πρέπει να πειραμβάνει ορισμένους τομείς όπως:

- Εξασφάλιση επαρκούς εισοδήματος για τους ηλικιωμένους. Οι συντάξεις θα πρέπει να εξασφαλίζουν μια ικανοποιητική αγοραστική ικανότητα.

- Σήμερα δεν υπάρχει πρόγραμμα σχετικά με την μετάβαση από την εργασία στην συνταξιοδότηση που να διευκολύνει και να βοηθά το άτομο στη μεταβατική αυτή περίοδο της ζωής του.

Πιστεύουμε ότι το θέμα αυτό πρέπει να ληφθεί υπ' όψη από τους σχεδιαστές της κοινωνικής πολιτικής και η γνώμη μας είναι ότι θα πρέπει να δημιουργηθούν δραστηριότητες οι οποίες θα προετοιμάζουν τα άτομα για την περίοδο της συνταξιοδότησης τους. Οριστόχος μιας τέτοιας πολιτικής θα ήταν να αποφευχθούν οι παθολογικές επιπτώσεις από την απότομη διακοπή της επαγγελματικής απασχόλησης.

- Οι Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας θα πρέπει να στοχεύουν στην κάλυψη ενός ευρύτατου φάσματος ατομικών αναγκών, με έμφαση στην ανάπτυξη των δυνατοτήτων που υπάρχουν στην πρόληψη και την αποκατάσταση. Οι υπηρεσίες που προτείνονται συμπεριλαμβάνουν:

- α) Εξυπηρέτηση στο σπίτι (ιατρικές επισκέψεις, νοσηλεία, οικιακή βοήθεια κλπ)
- β) Κοινοτικά Κέντρα Περίθαλψης για ηλικιωμένους (ψυχαγωγία, κοινοτικές δραστηριότητες, φυσικοθεραπεία, απασχολησιοθεραπεία κλπ)
- γ) Ξενώνες (στέγαση, οικιακή βοήθεια, ψυχαγωγία, ιατρικές επισκέψεις, κοινωνική εργασία κλπ)
- δ) Ίδρυματική περίθαλψη

- Οι κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να προσφέρονται όσο είναι δυνατόν σε επίπεδα τοπικής κοινότητας, ώστε η πρόσβαση των ηλικιωμένων σ' αυτές να είναι δυνατή. Θα πρέπει επίσης να είναι προσαρμοσμένες στις ειδικές δημογραφικές, κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες κάθε περιοχής.

- Μεγιστοποίηση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων και της συμμετοχής τους σε κοινοτικές δραστηριότητες. Ο συγκεκριμένος αυτός στόχος μπορεί να υλοποιηθεί με

μια σειρά υπηρεσιών οι οποίες αναφέρονται σε διάφορες ανθρώπινες ανάγκες, όπως στέγαση, ψυχαγωγία κλπ.

Όσον αφορά την κοινωνική πρόνοια, θεωρούμε σκόπιμη την οργάνωση υποστηρικτών υπηρεσιών για την ανάπτυξη των σχέσεων και της επικοινωνίας μεταξύ των γενεών, την οργάνωση προγραμμάτων αλληλοβοήθειας μεταξύ των ηλικιωμένων, το σχεδιασμό προγραμμάτων κοινωνικής εργασίας για την πρόληψη και την αποκατάσταση.

- Για να επιτευχθεί ο στόχος της παραμονής των ηλικιωμένων στην οικογένεια, θα πρέπει να δημιουργηθούν στα πλαίσια του κοινωνικο-προνοιακού συστήματος, μεταξύ των άλλων προγράμματα ιατρικών επισκέψεων και νοσηλείας στο σπίτι καθώς και προγράμματα φροντίδας για τους ηλικιωμένους κατά τις θερινές διακοπές και σε περιόδους οικογενειακών κρίσεων.

- Για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη ανάρρωσης μετά από παραμονή στο νοσοκομείο, είναι σκόπιμο να υπάρχουν αναρρωτήρια αντί να χρησιμοποιούνται ιδρύματα.

- Στέγαση για τους ηλικιωμένους.

Η αρχή στην οποία πρέπει να στηρίζεται μια στεγαστική πολιτική για τους ηλικιωμένους είναι βέβαια τα δικαιώματα των ανθρώπων αυτών να παραμείνουν στα σπίτια τους και στις κοινότητες διαμονής τους, όσο χρόνο αυτό είναι δυνατό.

Δεν υποστηρίζεται η παραμονή των υπερηλίκων οπωσδήποτε στην οικογένειά τους, γιατί κάτι τέτοιο μπορεί να μην είναι δυνατό ή επιθυμητό πάντοτε. Από την άλλη πλευρά πιστεύουμε ότι θα επιθυμούν να ζουν κοντά στις οικογένειές τους και στις περιοχές που έζησαν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους.

- Ικανοποιητική στέγαση για τους ηλικιωμένους όμως, ση-

μαίνει και την ύπαρξη άλλων βοηθητικών υπηρεσιών όπως οικιακή βοήθεια κλπ για να μπορούν οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν ανεξάρτητοι και με ενεργό συμμετοχή στην κοινότητα και στη ζωή των οικογενειών τους.

- Οποιαδήποτε κοινωνική πολιτική στέγασης για τους ηλικιωμένους θα πρέπει να έχει τους παρακάτω βασικούς στόχους:

- α) την προστασία της ανεξαρτησίας και της κινητικότητας των ηλικιωμένων
- β) την διατήρηση των δεσμών τους με την οικογένεια και την Κοινότητα
- γ) την συμμετοχή σε κοινωνικές και άλλες δραστηριότητες
- δ) την προσφορά διαφοροποιημένων τύπων κατοικίας, ενώ η ιδρυματική περίθαλψη θα αποτελεί την τελευταία επιλογή
- ε) την συμμετοχή των ηλικιωμένων στο τεχνικό σχεδιασμό των κατοικιών τους.

- Στα νοσοκομεία οι ηλικιωμένοι δεν θα πρέπει να απομονώνονται από τις άλλες ομάδες πληθυσμού, χωρίς να παραγνωρίζεται η μεγάλη αξία που έχει για την πορεία τους οι καλά οργανωμένες Γηριατρικές Νοσηλευτικές Μονάδες μέσα στα Γενικά νοσοκομεία. Θα πρέπει να έχουν ποσοτικά και ποιοτικά την ίδια περίθαλψη που έχει και ο υπόλοιπος πληθυσμός. Ο στόχος αυτός μπορεί να επιτευχθεί με τους ακόλουθους τρόπους:

- α) Δημιουργία εντατικών γηριατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, όπου θα προσφέρονται όλες οι απαραίτητες υπηρεσίες διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης
- β) Αποκεντρωμένο δίκτυο βασικών υπηρεσιών υγείας
- γ) Δημιουργία μικρών γηριατρικών νοσοκομειακών μονάδων, στο σύστημα νοσοκομείων, στο επίπεδο της κοινότητας.

- Η παραμονή των ηλικιωμένων στο νοσοκομείο δεν θα πρέπει να παρατείνεται για λόγους άλλους από τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας. Για το λόγο αυτό, είναι αναγκαία μια σειρά πρόσθετων υπηρεσιών, όπως αναρρωτήρια, νοσοκομεία ημέρας καθώς και υπηρεσίες περίθαλψης στο σπίτι.

- Η ομαδική συνεργασία και ο συντονισμός μεταξύ των προγραμμάτων υγείας, στέγασης και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών είναι απαραίτητα, προκειμένου να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι στα σπίτια τους.

Ολοκληρώνοντας τις προτάσεις μας θα αναφερθούμε στο Νοσηλευτικό Κλάδο, καθώς υπάρχει η καθολική αναγνώριση για το ρόλο του συγκεκριμένου κλάδου στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων της <<Τρίτης Ηλικίας>>.

Οι κυριώτερες προτάσεις μας είναι οι ακόλουθες:

- α) Τροποποίηση του προγράμματος βασικής Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, ώστε να περιλαμβάνει μια τελειότερη ενότητα Γεροντολογικής νοσηλευτικής
- β) Οργάνωση προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης για υπερήλικες στην κοινότητα, ώστε ο νοσηλευτής/τρια και επισκέπτρια αδελφή καθώς και εκπρόσωποι άλλων επαγγελμάτων υγείας, να βοηθούν τους υπερήλικες να διατηρούνται δραστήριοι και χρήσιμοι στη ζωή
- γ) Εκπαίδευση βοηθητικού και εθελοντικού προσωπικού για τη φροντίδα υπερηλίκων, με την κατεύθυνση και επίβλεψη Διπλωματούχου Νοσηλευτή/τριας <<για καλύτερη φροντίδα, με καλύτερες γνώσεις>>.
- δ) Συμμετοχή στην ανάπτυξη και διαμόρφωση πολιτικής υγείας στην φροντίδα των υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων

ε) Καθιέρωση ειδικότητας Γεροντολογικής Νοσηλευτικής με τη βασική εκπαίδευση

στ) Η Νοσηλευτική έρευνα πρέπει να συνεχίσει να προσθέτει γνώσεις στο σώμα των ήδη υπάρχουσών, ώστε η Νοσηλευτική να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις νέες κοινωνικές ανάγκες, όπως είναι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον υπερήλικα.

Για να υλοποιηθούν οι παραπάνω προτάσεις απαιτείται η διάθεση, από μέρους του Κράτους, μεγάλων κονδυλίων από τον Κρατικό Προϋπολογισμό για την υγεία, με στόχο τον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή των κατάλληλων προγραμμάτων και με σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων των ηλικιωμένων στο σύνολό τους.

Επειδή όμως η χώρα μας δεν διαθέτει την απαραίτητη οικονομική ευρωστία ώστε να ανταποκριθεί με επιτυχία στην δημιουργία ενός κράτους-πρόνοιας για όλες τις ηλικίες και πολύ περισσότερο για τους ηλικιωμένους, τους απόμαχους της ζωής, είναι αναγκαία η συνδρομή όλων των φορέων που θα προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες για την επίτευξη του παραπάνω στόχου, ώστε να γίνει πραγματικότητα η ρήση

<<Ας δώσουμε ζωή στα χρόνια
και όχι χρόνια στη ζωή>>.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

<«Θα χάσω άραγε τα λογικά μου»>. Ο φόβος των γηρατειών ρίχνει την απειλητική σκιά του στην ζωή πολλών ατόμων, πολύ πριν εμφανιστούν οι πρώτες βαθιές ρυτίδες που προαναγγέλουν τον ερχομό τους. Παρ'όλα αυτά οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν στην δύση της ζωής τους ζωντάνια και δυνάμεις πέρα από κάθε φαντασία. Η εχθρική και απομονωτική στάση μας απέναντι στους ηλικιωμένους είναι απλά αποτέλεσμα άγνοιας και η συγκατάθεσή τους σ' αυτό αποτέλεσμα κοινωνικής πρακτικής που διαμορφώθηκε παλιότερα ίσως και με την δική τους βοήθεια. Εκείνο που χάνουμε τόσο σαν κοινωνία όσο και σαν άτομο δεν είναι απλά η παραδοσιακή σοφία των ασπρομάληδων αλλά ένα τεράστιο απόθεμα δημιουργικότητας, ευαισθησίας, ανεξάντλητης αγάπης και ενέργειας. Με την εργασία μας προσπαθούμε να προσεγγίσουμε τα προβλήματα των υπερηλίκων, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στους τροφίμους των ιδρυμάτων, προσπαθώντας έτσι να ευαισθητοποιήσουμε όσο το δυνατό περισσότερους ανθρώπους -και ιδιαίτερα τους συμφοιτητές μας- σχετικά με το μεγάλο αυτό πρόβλημα.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ANDERSON F. et al: <<Gerontology and Geriatric Nursing>>
London, 1982
- ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Β.: <<Νοσηλευτική φροντίδα υπερηλικών στους οίκους ευγηρίας>>. Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο Διπλωματούχων Αδελφών Νοσοκόμων και Επισκεπτριών, Πρακτικά '83, Αθήνα 1983
- ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛ.: <<Νοσηλευτική φροντίδα υπερηλικών στους οίκους ευγηρίας>>. Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο Διπλωματούχων Αδελφών Νοσοκόμων και επισκεπτριών, Πρακτικά '83. Αθήνα 1983
- ΔΟΝΤΑΣ ΑΝ.: <<Η τρίτη ηλικία - Προβλήματα και δυνατότητες>>
Επίτομος, Εκδόσεις Γρ.Παρισιάνος, Αθήνα 1981
- ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ Κ.: <<Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα>> Κέντρο προγραμματισμού και οικογενειακών Ευρευνών, Αθήνα 1984
- ΚΑΣΤΕΝΒΑΥΜ R.: <<Η τρίτη ηλικία>> (Μετάφραση Τζελεόγλου ΕΛ.)
Έκδοση 2η, Εκδόσεις Ψυχογιός Αθ., Αθήνα 1986
- ΜΑΓΛΑΡΙΝΟΥ Μ. -ΓΙΟΥΛΑ ΕΙΡ.: <<Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα>>, Εκδόσεις Ιεραποστολικής Ένωσης Αδελφών Νοσοκόμων <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>, Αθήνα 1986
- ΜΟΥΣΟΥΡΑ - ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΑΔ.: <<Αλλαγές ψυχοδιανοητικής φύσεως>>
Σημειώσεις Γηριατρικής Νοσηλευτικής, ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ 1989
- ΜΠΑΣΤΑΣ ΕΥΘ .: <<Ήταν ζεστό το σπίτι>>. Εκδόσεις Σωτήρ,
Αθήνα 1988
- ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Π.: <<Γήρας-Γνωριμία-πρόληψη-θεραπεία>>, Εκδόσεις Γρ.Παρισιάνου, Αθήνα 1979
- ΡΑΓΙΑ Α.: <<Ψυχιατρική Νοσηλευτική-θεμελιώδεις Αρχαί>>.

- Επίτομος. Εκδόσεις Αδελφότητας <<ΕΥΝΙΚΗ>> Αθήνα 1978
- ΡΟΥΣΣΟΥ Χ.Ν.: <<Προβλήματα τρίτης ηλικίας>>, Δελτίο ΙΚΑ,
έτος ΚΘ' αρ.1-2, Αθήνα 1979
- ΣΑΧΙΝΗ ΚΑΡΔΑΣΗ Α. - ΠΑΝΟΥ Μ.: <<Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική - Νοσηλευτικές διαδικασίες>>. Τόμος 2ος,
Μέρος Β' , Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1985
- ΤΣΑΓΚΑΡΕΛΗ ΕΛ.: <<Εκκλησία και ιδρύματα>> Σύνδεσμος κοινω-
νικών λειτουργών, Πρακτικά συμποσίου - προβλήματα γε-
ροντικής ηλικίας, Αθήνα 1975
- ΤΖΩΡΤΖΟΠΟΥΛΟΥ Π.: <<Πρόληψη-θεραπεία του γήρατος>> Γεροντο-
λογία και Γηριατρική - Ιατροκοινωνικά προβλήματα, Επί-
τομος, Εκδόσεις Γρ.Παρισιάνος, Αθήνα 1983

