

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ
ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

**ΚΑΚΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΜΕΛΑΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΧΑΤΖΗΠΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Dr. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ MD

ΠΑΤΡΑ 1996 -97

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	2205
----------------------	------

Στους ανθρώπους
που έχουν
ανάγκη
την αγάπη
και
τον σεβασμό
μας

ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ	7
	ΠΡΟΛΟΓΟΣ	8
	ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	9
	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο	12
11	Τρίτη Ηλικία - Ορισμός	11
1.1.α	Ελευση του γήρατος	12
1.1.β	Οι διακρίσεις του γήρατος	13
1.2	Θεωρίες του γήρατος	14
1.2.α	Θεωρία της βιολογικής ρύθμισης	14
1.2.β	Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων	15
1.2.γ	Θεωρία της άθροισης άχρηστων προϊόντων	15
1.2.δ.	Θεωρία της αυτοάμυνας	15
1.2.ε	Θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb)	15
1.2.στ	Θεωρία του Carrel	15
1.3	Δημογραφία του γήρατος	16
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο	17
2.1	Βιολογικές αλλαγές κατά το γήρας	18
2.1.α	Αλλαγές στην ομοιοστασία	18
2.1.β	Αλλαγές στο Νευρικό Σύστημα	18
2.1.γ	Αλλαγές στο Μυοσκελετικό Σύστημα	20
2.1.δ	Αλλαγές στο δέρμα και τον Υποδόριο ιστό	21
2.1.ε	Αλλαγές στις ειδικές αισθήσεις	22
2.1.στ	Αλλαγές στο Καρδιαγγειακό Σύστημα	22
2.1.ζ	Αλλαγές στο Αναπνευστικό Σύστημα	23
2.1.η	Αλλαγές στο Πεπτικό Σύστημα	24
2.1.θ	Αλλαγές Ουρογεννητικό Σύστημα	24
2.2	Ματαβολικές αλλαγές	25

2.3	Παράγοντες που δεν μεταβάλλονται με την ηλικία	26
2.4	Σπουδαιότερα προβλήματα Ηλικιωμένων	26
2.4.α	Κοινωνικές Αλλαγές - Προβλήματα	26
2.4.β	Οικονομικές Αλλαγές - Προβλήματα	27
2.4.γ	Ψυχολογικές Αλλαγές - Προβλήματα	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3.1	Διατροφή στην Τρίτη Ηλικία	33
3.1.α	Φυσιολογία της διατροφής	33
	• Πέψη, Απορρόφηση και Μεταβολισμός	34
	• Ασιτία (Νηστεία)	36
3.1.β	Βασικές αρχές Διατροφής	41
	• Ανάγκες : Ενέργεια	41
	• Υδατάνθρακες	46
	• Λίπη	48
	• Πρωτεΐνες	51
	• Βιταμίνες	52
	• Νερό	54
3.1.γ	Σχέση Διατροφής και Γήρατος	55
	• Δίαιτα και Γήρας	56
	• Φυσιολογικές Αλλαγές με την ηλικία	57
3.1.δ	Διαιτητικές απαιτήσεις για τους ηλικιωμένους	57
3.1.ε	Διατροφικές Αλλαγές στη Τρίτη Ηλικία και Αιτιολογία τους	59
	• Αγνοια	59
	• Κοινωνική Απομόνωση	60
	• Διανοητικές διαταραχές	60
	• Ιατρογενείς	60
	Χαμηλό εισόδημα	60
	Περιορισμένη Ορεξη	61
	Ανεπαρκής Μάσηση	61
	Δυσαπορρόφηση	61
	Αλκοολισμός	61

Φάρμακα	61
Αυξημένες Απαιτήσεις	61
3.2 Η τριάδα Θρέψη - Υγεία - Γήρανση	62
3.2.α Ανασκόπηση κυριότερων θέσεων	62
3.2.β Διαταραχές Υγρών - Ηλεκτρολυτών στους ηλικιωμένους	65
3.2.γ Ο σωσίβιος ρόλος της διατροφής στην αντιμετώπιση των οξέων νοσημάτων και των ατυχημάτων στην Τρίτη ηλικία	65
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο	 68
4.1 Ασθένειες και Τρίτη ηλικία - Νοσηλευτική παρέμβαση	68
4.1.α Οργανικά εγκεφαλικά επεισόδια	68
4.1.β Υπέρταση	74
4.1.γ Σακχαρώδης Διαβήτης	76
4.1.γ Πεπτικό Έλκος	80
4.1.ε Χρόνια Δυσπεψία	81
4.1.στ Χρόνια Ιδιοπαθής Δυσκοιλιότητα	82
4.1.ζ Χολολιθίαση	83
4.1.η Οστεοπόρωση	85
4.1.θ Παχυσαρκία	86
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο	 88
5.1 Φιλοσοφία της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής	88
5.2 Κλινική προσέγγιση του Γηράσκοντος Ασθενούς	92
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο	 95
6.1 Ιδρύματα για τον Υπερήλικα	95
6.1.α Κλειστή Ιδρυματική περίθαλψη	95
6.1.β Ανοικτή ή Πρωτοβάθμια περίθαλψη	95
6.2 Αιτίες εισόδου σε Ιδρυμα	98
6.3 ΙΔΡΥΜΑ: Ένα σπίτι γεμάτο ξένους ή ένα καταφύγιο από τις καταγίδες ;	99

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	102
ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ	103
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	105
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	114
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ	136
ΠΕΡΙΛΗΨΗ - SUMMARY	138
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	139
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	141
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α (ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)	141
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β (ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ)	155

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε θερμά τις ευχαριστίες μας για τη ευγενική προσφορά όλων των ατόμων στην προσπάθειά μας να φέραμε εις πέρας αυτή την εργασία

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε θερμά και ολόψυχα τους :

• την Προϊσταμένη της Σχολής μας και καθηγήτριά μας κ. Παπαδημητρίου Μαρία MD για την μεγάλη βοήθεια που μας προσέφερε

•κο Δοντά Σ. Αναστάσιο : Διευθυντή Παθολογικής Κλινικής Ατυχημάτων - Δ/ντή Ελεήμονος Εταιρείας (Γηροκομείο Αθηνών) για τις χρήσιμες πληροφορίες που μας παρείχε σχετικά με το θέμα της εργασίας μας,

•κα Μπέκα Πολυξένη : Πτυχιούχο Ανωτέρας Σχολής Επισκεπτριών - Νοσηλευτριών - Προϊσταμένη Ελεήμονος Εταρείας, για τον πολύτιμο χρόνο που μας διέθεσε, ώστε να μας βοηθήσει στην εργασία μας απαντώντας σε κάθε ερώτηση και λύνοντας μας κάθε απορία,

•το Νοσηλευτικό Προσωπικό που εργάζεται στους «Οίκους Ευγηρείας» στους Νομούς Ηλείας και Αχαΐας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Βαδίζοντας προς το 2000, αντικρίζουμε μέσα στα σπίτια μας, στους δρόμους, σε όλα τα μέρη του πλανήτη άτομα μεγάλης ηλικίας, πληθαίνουν μέρα με τη μέρα.

Δεν είναι δυνατόν να μένουμε αδιάφοροι βλέποντάς τους κάθε μέρα να αυξάνουν σε αριθμό και να αντιμετωπίζουν ένα πλήθος προβλημάτων.

Μέρος των ποικίλων προβλημάτων τους είναι η **Διατροφή τους**.

Πώς τρέφονται ;

Προγραμματίζουν την διατροφή τους μόνοι τους;

Εκφέρουν γνώμη και προτιμήσεις προς τους οικείους τους;

Μένουν σε ίδρυμα και κάποιος ειδικός κανονίζει το φαγητό τους σύμφωνα με τις προτιμήσεις τους και τις καθ' άτομο διαιτητικές του ανάγκες;

Αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που οφείλονται σε άσχημες διατροφικές συνήθειες;

Πολλά τα ερωτήματα που γεννώνται σχετικά με τη διατροφή της τρίτης ηλικίας, που μαζί με τη μοναξιά, το άγχος την ανία, την ανασφάλεια επιπλέκουν το όλο πρόβλημα και δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο:

Ο ηλικιωμένος νοιώθει αδύνατος και απαθής, έχει λίγα χρήματα, διαστάζει να τα ξοδέψει, δεν τρώει αρκετά, έχει λιγότερα ενδιαφέροντα και κίνητρα. τελικά αρρωσταίνει. Εδώ λοιπόν γεννάται το εξής ερώτημα. Τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται μόνο θεραπεία ; Μήπως η περισσότερη κατανόηση και φροντίδα, αλλά και βοήθεια να αποκτήσουν και να μπορέσουν να εφαρμόσουν σωστές διατροφικές συνήθειες δεν βλάπτει τόσο από την πλευρά της οικογένειας του ηλικιωμένου, όσο και από την πλευρά των ιδρυμάτων, αλλά και της κοινωνίας γενικότερα.



ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της εργασίας μας είναι να επισημάνουμε ποιά θα πρέπει να είναι η διατροφή των ηλικιωμένων, να τονίσουμε τους λόγους για τους οποίους απαιτούνται ειδικές αλλαγές της διατροφής των ηλικιωμένων και μέσα από την έρευνά μας να αξιολογήσουμε εάν παρέχεται ικανοποιητική ποιότητα διατροφής στους γέροντες είτε αυτοί ζουν σε ιδρύματα, είτε μόνοι τους, είτε μαζί με τα παιδιά τους.

Επιπλέον να ευαισθητοποιήσουμε τα άτομα που είδαν και απάντησαν στην έρευνα μας, να συλλογισθούν και συναισθανθούν την «ψυχική» και υλική υποστήριξη που θα μπορούσαν να προσφέρουν στους ηλικιωμένους, ώστε να είναι ικανοποιητική η ποιότητα της διατροφής τους.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Γήρας : είναι το σύνολο των επεξεργασιών σε όλον το οργανισμό και σε κάθε όργανο που παρουσιάζονται μετά την ωρίμανση και έχουν σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της ικανότητας του οργανισμού να διατηρεί την ομοιόστασή του. Σαν αποτέλεσμα η ικανότητα του οργανισμού να αντιδρά σε αντίξοα, δυνητικά θανατηφόρα ερεθίσματα ελαττώνεται έτσι ώστε η πιθανότητα του θανάτου στην μονάδα του χρόνου να αυξάνεται συνεχώς.¹

Οι επεξεργασίες γήρανσης και η ταχύτητά τους διαφέρουν από είδος σε είδος. Επίσης οι επεξεργασίες γήρανσης διαφέρουν σε ταχύτητα όχι μόνο από άτομο σε άτομο αλλά και στο ίδιο το άτομο από όργανο σε όργανο και τέλος και μέσα στο ίδιο το όργανο από λειτουργία σε λειτουργία.¹

Χαρακτηριστική του γήρατος είναι η ανομοιογένεια της ελάττωσης λειτουργίας με την ηλικία σε κάθε όργανο, ώστε στην ίδια προχωρημένη ηλικία ωριμένα άτομα έχουν επάρκεια ενός π.χ. 30ετούς νέου, ενώ άλλα είναι ανεπαρκή ώστε να θέλουν υποστήριξη του οργάνου για να διατηρηθούν στην ζωή (π.χ. νεφρός).¹

Η ΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

α) Παθογόνες αιτίες

Η διάχυτη άποψη ότι τα γηρατεία είναι αρρώστια δε μπορεί να ευσταθεί. Το γήρας είναι αποτέλεσμα μιάς προοδευτικής εκπτώσεως των εφεδρικών λειτουργιών του οργανισμού, που άρχισε πολύ νωρίς στην διάρκεια της ζωής του ατόμου, αλλά εάν αυτή η διαδικασία δεν επιταχυνθεί από τις δυσμενείς επιδράσεις που οφείλονται στην περίπτωση μιάς η περισσότερων παθολογικών καταστάσεων και ενδεχόμενα στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής, οι λειτουργικές εφεδρείες που απομένουν είναι πάντα αρκετές για την εξασφάλιση μιας ικανοποιητικής ποιότητα ζωής. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι ο άνθρωπος χωρίς αρρώστιες, ατυχήματα και δυσμενείς περιβαλλοντικές επιδράσεις θα ήταν αθάνατος. Η πορεία προς τον θάνατο είναι μιά αναπότρεπτη συνθήκη, που επιβάλλεται με την βραδεία φυσιολογική φθορά του οργανισμού και την ανατροπή της ισορροπίας μεταξύ των δυνάμεων αναπτύξεως και των

δυνάμεων υποστροφής. Με τις παραδοχές αυτές, ο παρακάτω ορισμός θα μπορούσε να έχει ικανοποιητική λειτουργική σκοπιμότητα: « Γήρας είναι μιά διαδικασία προσαρμογής, κατά την οποία το εσωτερικό περιβάλλον τροποποιείται, ώστε να ανταποκρίνεται στις πιέσεις τόσο της εκφυλίσεως, όσο και των εξωτερικών μεταβολών».

Αναγκαία επέκταση του προηγούμενου ορισμού του γήρατος είναι επομένως η διάκριση του σε φυσιολογικό και παθολογικό γήρας. Συγκεκριμένα με το ορισμό «φυσιολογικό γήρας» συνοψίζονται οι αλλοιώσεις που παρατηρούνται με την πάροδο της ηλικίας στην ανατομική κατασκευή και τη βιολογική λειτουργία του οργανισμού, χωρίς την παρέμβαση νοσογόνου παράγοντα, που θα μπορούσε να επιταχύνει ή επιδεινώσει πέρα από το αναμενόμενο, την έκπτωση των λειτουργιών. Αντίθετα το παθολογικό γήρας εκφράζει την αλληλεπίδραση της ηλικιακής φθοράς με την αυξημένη συχνότητα νοσήσεως. Υποδηλώνει την έκπτωση των λειτουργιών που προκλήθηκαν από την αθροιστική δράση παθογόνων παραγόντων, που επιτάχυναν και επιδείνωσαν τη φυσιολογικά συντελούμενη με πολύ βραδύ ρυθμό φθορά του οργανισμού. Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι το γήρας δεν είναι πάντα μιά παθολογική εκτροπή, όπως συνηθίζεται να εννοείται και σαν τέτοιο να αντιμετωπίζεται. Ετσι, λίγοι θα συμφωνούσαν σήμερα με τον Tertence ότι το γήρας είναι πάθηση (*Senectus ipse morbus est*).

Η αντίληψη του φυσιολογικού και παθολογικού γήρατος, σαν διακεκριμένες επεξεργασίες είχε καλλιεργηθεί από τον 19ο αιώνα. Ο κλάδος της Ιατρικής που μελετάει το φυσιολογικό γήρας και τις βιοχημικές, ανατομικές και φυσιολογικές ιδιαιτερότητες του ονομάζεται Γεροντολογία ενώ η Γηριατρική ασχολείται με την παθολογία, την πρόληψη, τη θεραπεία αλλά και τη κοινωνική αποκατάσταση του γήρατος.²

β) Η ηλικία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαίρεσε τη χρονολογική ηλικία μετά τα 45 σε τρία στάδια: [1] στους μεσήλικες από 46 μέχρι και 59 ετών. [2] στους ηλικιωμένους, από 60 μέχρι και 74 ετών και [3] στους υπερήλικες ή γέροντες από 74 ετών και άνω.¹

γ) Κληρονομικότητα

Είναι κοινή γνώση ότι τα μέλη μερικών οικογενειών έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής. Αυτό βέβαια μπορεί να οφείλεται στις κοινές κοινωνικές συνήθειες που υιοθετούν τα μέλη της ίδιας οικογένειας ή στις παρόμοιες συνθήκες περιβαλλοντικής εκθέσεως. Έχει όμως διακριβωθεί ότι η μακροβιότητα είναι ως ένα βαθμό γενετικά προκαθορισμένη ώστε οι επίγονοι μακρόβιων γονέων να είναι επίσης μακρόβιοι. Μερικοί μάλιστα πιστεύουν ότι η επίδραση της μακρόβιας μητέρας είναι ισχυρότερη παρ' ότου του πατέρα στο γενετικό καθορισμό της διάρκειας ζωής των απογόνων.²

ΟΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

- Το Ημερολογιακό γήρας

Το ημερολογιακό γήρας δηλώνει, απλά την χρονολογική εξέλιξη του ατόμου. Είναι γνωστό ότι η έλευση του γήρατος διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο, όπως βέβαια διαφέρει από κοινωνική ομάδα σε κοινωνική ομάδα. τελικά, κανείς δεν διαφωνεί πλέον ότι δεν μπορούμε να διαχωρίσουμε την μέση ηλικία από τη γεροντική, εφόσον η μία εισδύει βαθμιαία στην άλλη. Το ημερολογιακό γήρας μπορεί να παρέχει πληροφορίες αναφορικά με την βιολογική επάρκεια και την κοινωνική χρησιμότητα του ατόμου.²

- Το βιολογικό γήρας

Η φθορά του οργανισμού και των επιμέρους οργάνων αρχίζει πολύ νωρίς στη διάρκεια της ζωής κάθε ατόμου. Οι αθηρωματώδεις αλλοιώσεις των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς αρχίζουν μερικές φορές νωρίς κι ενώ αποτελούν σημεία φθοράς, δεν θεωρούνται σαν σημεία γήρατος, παρ' όλο ότι σε άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών η μη ανεύρεση των αλλοιώσεων αυτών αποτελεί εξαίρεση. Λειτουργίες, όπως η καρδιακή παροχή, η σπειραματονεφρική διήθηση, η ανοχή στη γλυκόζη και η οπτική οξύτητα μεταβάλλονται μάλλον δραματικά με την πάροδο της ηλικίας, αλλά άλλες λειτουργίες, όπως π.χ. η ταχύτητα νευρικής αγωγής και ο αιματοκρίτης, δεν μεταβάλλονται αισθητά σχεδόν, μέχρι και την 7η ή 8η δεκαετία της ζωής.²

- Το κοινωνικό γήρας

Ο κατά συνθήκη προσδιορισμός ενός ηλικιακού ορίου πέρα από το οποίο το άτομο αποσύρεται από την ενεργό παραγωγική διαδικασία, συνταξιοδοτείται και παραχωρεί τη θέση του σε νεότερους του, είναι μιά κοινωνική ανάγκη, που αποβλέπει στην εκπλήρωση ενός ηθικού χρέους στις προηγούμενες γενεές και επιχειρεί μιά υγειονομική τακτοποίηση στους κατά κανόνα ασθενέστερους και βιολογικά ηλικιωμένους.²

Παράλληλα επιδιώκει τη διαδοχή στις θέσεις εργασίας, με σκοπό την ανανέωση του δυναμικού και την επαγγελματική εξασφάλιση και ανέλιξη των νεωτέρων. Έχει παρατηρηθεί αρκετά συχνά πνευματικά, κυρίως ασχολούμενοι ανώτεροι υπάλληλοι αλλά και όχι μόνο αυτοί, λίγο καιρό μετά την υποχρεωτική τους συνταξιοδότηση, λόγω ορίου ηλικίας, καταρρέουν, χάνουν κάθε ενδιαφέρον για την ζωή και περιμένουν παθητικά τον θάνατο, ο ερχομός του οποίου φαίνεται να επισπεύδεται. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε «θάνατος από την συνταξιοδότηση» και οφείλεται στον ψυχικό τραυματισμό που υφίσταται το άτομο, που θεωρεί πλέον τον εαυτό του παραγκωνισμένο, άχρηστο αφού στερήθηκε την δυνατότητα να έχει κάποιο κοινωνικό ρόλο.²

Σημαντική άμυνα στον κίνδυνο καταρρεύσεως των συνταξιούχων, ιδίως αυτών σε καλή ψυχολογική και σωματική κατάσταση, είναι η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους.

- Θεωρίες του γήρατος

Υπάρχει απεριόριστος αριθμός θεωριών για την εξήγηση του φαινομένου της υπερηλικίωσης, "όλες οι θεωρίες καταλήγουν σε ένα κοινό σημείο: στη διαπίστωση ότι η υπερηλικίωση συνοδεύεται από εκφυλιστικές αλλαγές οι οποίες επιδρούν στη λειτουργική ικανότητα ολοκλήρου του ανθρώπινου οργανισμού.³ Στη συνέχεια αναπτύσσονται οι πιο αξιόλογες θεωρίες για το γήρας.

- **Θεωρία της βιολογικής Ρύθμισης:**

Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι υπάρχει στον οργανισμό του ατόμου ένας εσωτερικός «ρυθμιστής» που κυβερνά τον ρυθμό, τον χρόνο πολλαπλασιασμού, της ανάπτυξης, του μαρασμού και του θανάτου των κυττάρων.

Μερικοί πιστεύουν ότι βρίσκεται στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στον υποθάλαμο. Άλλοι όμως υποστηρίζουν ότι κάθε κύτταρο έχει τον δικό του βιολογικό ρυθμιστή, του οποίου η λειτουργία εκπίπτει με την παροδο του χρόνου και οδηγεί στο γήρας.⁴

- **Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων**

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ραδιενέργεια, η ρύπανση, η υγρασία προκαλούν γενετική καταστροφή, η οποία οδηγεί στη γήρανση δημιουργώντας καταστροφή των κυττάρων.⁴

- **Θεωρία άθροισης αχρήστων προϊόντων**

Σταδιακή καταστροφή των κυττάρων που οφείλεται στα χημικά παράγωγα του οργανισμού.⁴

- **Θεωρία της αυτοάμυνας**

Το αμυντικό δυναμικό του οργανισμού αποδυναμώνεται με την πάροδο του χρόνου και αυτή η ίδια διεργασία αποτελεί το γήρας. Τα λεμφοκύτταρα του θύμου αδένου γενικά επιτίθενται εναντίον κάθε βλαβερού κυττάρου που μπαίνει στον οργανισμό και το καταστρέφουν. Ο αριθμός των κυττάρων αυτών με την πάροδο του χρόνου ελαττώνεται και η άμυνα του οργανισμού πέφτει και ακολουθεί το γήρας.⁴

- **Η θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb):**

Κατά τον Αμερικάνο φυσιολόγο Loeb κάθε ζωντανός οργανισμός από την γέννησή του έχει μέσα του μία ποσότητα ουσίας άγνωστης ακόμα, που σιγά-σιγά με την πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την ανταλλαγή της ύλης. Όταν η ουσία αυτή εξαντλείται, το άτομο γηράσκει και πεθαίνει.³

- **Η Θεωρία του Carrel :**

Παρατηρεί ότι όλα τα κύτταρα κάτω από κατάλληλες συνθήκες, είναι δυνατόν να μείνουν αθάνατα και ότι το γήρας οφείλεται πιθανότατα σε αλλοίωση των χυμών που περιβάλλουν τα κύτταρα.⁴

3. Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

«Αυξάνεσθε και πληθύνεσθε και πληρώσατε την γην και κατακυριεύσατε αυτής» Γένεσις 1:28

Με γρήγορο και σταθερό ρυθμό διογκώνεται το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ηλικία 65 ετών και άνω, τόσο στην Ελλάδα όσο και στις λοιπές τεχνολογικά ανεπτυγμένες χώρες.

Από μία πρόσφατη εργασία της Ακαδημίας Αθηνών, υπολογίζεται ότι το 2020 τα ηλικιωμένα άτομα, θα φθάσουν τα 560 άτομα ανά 1000 κατοίκους. Αυτό σημαίνει ότι στην Ελλάδα, σε 40 χρόνια οι ηλικιωμένοι θα υπερβούν το 50 % του συνολικού πληθυσμού.

Γενικά τα άνω των 65 ετών άτομα αυξάνουν με πολλαπλάσιο ρυθμό από ότι ο γενικός πληθυσμός, η δε αύξηση των γυναικών είναι μεγαλύτερη των ανδρών σε όλο τον κόσμο.

Ιδιαίτερα έντονη είναι η αύξηση της ομάδας ατόμων άνω των 80 ετών (τέταρτη ηλικία). Στην σύγχρονη Ελλάδα συνέβαλαν στις μεταβολές αυτές και οι ακόλουθοι λόγοι:

1) Η μετανάστευση σημαντικού παραγωγικού τμήματος αγροτικού πληθυσμού (νέων) για καλύτερες συνθήκες ζωής και εργασίας στο εξωτερικό (κυρίως Γερμανία) και προς τις μεγάλες πόλεις μέσα στην Ελλάδα (εσωτερική μετανάστευση). Η διπλή αυτή μεταναστευτική εκροή ελάττωσε τις αναπαραγωγικές ομάδες της υπαίθρου που ήταν υπεύθυνες για την υψηλή γεννητικότητα της χώρας μας και αύξησε τον αστικό πληθυσμό, ο οποίος έχει πολύ μικρότερη γεννητικότητα.

2) Η αιφνίδια οικονομική ανάπτυξη της τελευταίας 30ετίας, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα, στην οποία συμμετείχε σχετικά λιγότερο η ελληνική ύπαιθρος. Η ανάπτυξη αυτή είχε σαν συνέπεια την ελάττωση της γονιμότητας στις αναπαραγωγικές ηλικίες των μεγάλων αστικών κέντρων, που περιλαμβάνουν σήμερα σημαντικό πληθυσμό πρώην κατοίκων επαρχίας, οι οποίοι στα χωριά της προελεύσεώς τους θα είχαν πολυμερέστερες οικογένειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Βιολογικές αλλαγές στο σώμα κατά το γήρας.

Τα άτομα γερνούν με διαφορετικό τρόπο. Ο ρυθμός εμφάνισης του γήρατος επηρεάζεται από την κληρονομικότητα, τον τρόπο ζωής, τη συγκινησιακή ευεξία, τη φυσική υγεία, την κατάσταση θρέψης και πολλά άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου.

Έτσι οι λειτουργίες των κυριωτέρων συστημάτων του ανθρώπου μπορούν να διακριθούν, ανάλογα με την μεταβολή που υφίστανται με την ηλικία, σε τρεις γενικές ομάδες: τις σταθερές, τις ελαφρά επηρεαζόμενες (ελλάτωση 10-30%) και τέλος τις σημαντικά επηρεαζόμενες (ελλάτωση μεγαλύτερη από 30%). Γενικά όσο ταχύτερη η συνθετότερη είναι η λειτουργία, δηλαδή όσο περισσότεροι μηχανισμοί παρεμβαίνουν στην εκτέλεση της, τόσο περισσότερο επηρεάζεται με την ηλικία.¹

Έτσι μπορούμε να πούμε ότι:

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

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

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

4. Η διεργασία της ενηλικίωσης παρουσιάζεται με διαφορετικό ρυθμό στα διάφορα συστήματα του ίδιου ατόμου.

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

Παρακάτω λοιπόν θα αναφερθούμε στις αλλαγές που συμβαίνουν στα διάφορα συστήματα.

A. Αλλαγές στην ομοιοστασία

Ομοιοστασία είναι η ικανότητα του σώματος να διατηρείται σε μία ισορροπία οι δε διαταραχές στην ομοιοστασία είναι:

α) Η μείωση της λειτουργικής ικανότητας και επάρκειας των εναρμονιστικών συστημάτων του οργανισμού και έτσι προοδευτικά περιορίζεται η ικανότητά του να αντιμετωπίσει καταστάσεις έντασης. (stress).

β) Η ελλάτωση της λειτουργικής εφεδρείας - το άτομο είναι περισσότερο ευάλωτο στην αρρώστεια και στο θάνατο. Χρειάζεται περισσότερο χρόνο για ανάρρωση μετά από μία αρρώστεια.

B. Αλλαγές στο νευρικό σύστημα.

Στη μεγάλη ηλικία παρατηρείται μείωση ικανοτήτων όχι μόνο των διαφόρων περιφερειακών οργάνων , αλλά και ειδικών λειτουργιών του κεντρικού και του περιφερειακού συστήματος. Το νευρικό σύστημα περιέχει ένα ορισμένο αριθμό κυττάρων, τα οποία από την ηλικία των 15 ετών και κατόπιν ελατώνονται με ρυθμό που επιβραδύνεται με την πάροδο του χρόνου. Τα κύτταρα χάνονται δηλαδή με σταθερή περίπου αναλογία, σχετικά με τον εναπομένοντα σε κάθε στιγμή αριθμό τους .¹

Έτσι λοιπόν παρατηρείται:

1. 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.

2. Προοδευτική ατροφία των μηνίγγων που περιβάλλουν τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να διευρύνονται και να γίνονται πιά βαθιά τα διαστήματα μεταξύ των μηνίγγων.

3. Μείωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου.³

4. Επιβράδυνση των αντιδράσεων. Το άτομο χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να πάρει μία απόφαση.

5. Προοδευτική μείωση της μνήμης και ειδικότερα της πρόσφατης μνήμης¹. Στην ελλάτωση της μνήμης συμβάλλουν τόσο οι μηχανισμοί υποδοχής, που δεν

επιτρέπουν στον ηλικιωμένο την καλή αποτύπωση νέων πληροφοριών, δηλ. η αισθητηριακή αποστέρηση, όσο και το περιορισμένο μόνο ενδιαφέρον για καινούργια γεγονότα. Αντίθετα διατηρούνται κατά κανόνα καθαρά αναμνήσεις παλαιότερων γεγονότων, πολλές φορές επεισοδίων που συνέβησαν πριν από δεκαετίες και τα οποία ο ηλικιωμένος διηγείται εύκολα με κάθε λεπτομέρεια. Ακόμη έχουμε ελλάτωση της ικανότητας για αφομοίωση νέων πληροφοριών στη μεγάλη ηλικία που οφείλεται σε:

α) αισθητηρικές ελλείψεις, π.χ. καταρράκτη, βαρηκοΐα κ.λ.π.

β) αδυναμία του ηλικιωμένου να παρακολουθήσει τα νέα στοιχεία, λόγω της ταχύτητας με την οποία συνήθως προσάγονται, δηλ. κοπώσεως του μηχανισμού καταγραφής.

γ) διαταραχή της πρόσφατης μνήμης.

δ) μικρότερο ενδιαφέρον για συγκράτηση πληροφοριών, με απόδοση προσοχής κυρίως στις γενικότητες κάθε γεγονότος.¹

6. Αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου, δηλαδή κοιμούνται λιγότερο και έχουν αυξημένες περιόδους εγρήγορσης.

7. Αλλαγή στην προσωπικότητα. Αυτό φαίνεται να έχει σχέση με την αιμάτωση του εγκεφάλου, καθώς και με τις αλλαγές στο νευρικό σύστημα.³

Μπορεί να εμφανίσουν μία αυξημένη ερεθιστικότητα, ειδικά μετά από κόπωση. Ακόμη στο ίδιο πλάνο εμφανίζεται απέχθεια προς κάθε αλλαγή του περιβάλλοντος, ακόμη και όταν είναι αναγκαία για να βελτιωθούν οι συνθήκες διαβιώσεως. Οι διαπροσωπικές σχέσεις περιορίζονται σε ελάχιστα πρόσωπα η μόνο στο σύντροφο της ζωής, με τον οποίο αναπτύσσεται μία έντονη σχέση αλληλεξαρτήσεως. Ενδεικτικό μέτρο του βαθμού και της ποιότητας της σχέσεως αυτής αποτελούν οι έντονες καταθλιπτικές αντιδράσεις που ακολουθούν την τυχόν απομάκρυνση η την απώλεια του συντρόφου, καθώς είναι σχεδόν αδύνατη η δημιουργία νέων δεσμών.¹

Γ. Αλλαγές στο μυοσκελετικό σύστημα.

Με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζεται μία χαρακτηριστική οστική αραίωση σε όλο το σκελετό, η οποία ονομάζεται διεθνώς οστεοπόρωση. Η συμπαγής φλοιώδης μοίρα, κυρίως των μακριών οστών, περιορίζεται τόσο ώστε τα οστά στη διατομή τους θυμίζουν κούφιο καλάμι. Τα σώματα των σπονδύλων παρουσιάζουν αυξημένη ακτινολογική διαφάνεια και ελλειπωμένη μηχανική αντοχή. Κάτω από το βάρος του σώματος αναπτύσσονται εμβυθύνσεις των οριζόντιων επιφανειών των σπονδύλων, όπως η σπονδυλική στήλη των ψαριών, η δε πρόσθια επιφάνεια του σπογγώδους σώματος μπορεί να καθιζήσει και ο σπόνδυλος να πάρει σφηνοειδές σχήμα. Αποτέσμα είναι η κύφωση και η ελάτωση του ύψους με την ηλικία.¹

Έτσι μπορούμε να πούμε ότι:

1. Τα οστά παρουσιάζουν ελάτωση οστικών κυττάρων και ατροφία των κυψελών και οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι λεπτύνονται η και καθιζάνουν, οπότε:
 - α) Τα οστά γίνονται πιο εύθραστα και σπάζουν ευκολότερα.
 - β) Το ύψος μειώνεται και συχνά αναπτύσσεται κύφωση.
2. Οι αρθρώσεις χάνουν την ελαστικότητά τους εξαιτίας της προσστεαρθριτικής εκφύλισης που παθαίνουν οι αρθρικοί χόνδροι.⁵
3. Αλλάζει η στάση του σώματος από αλλαγές στους συνδέσμους, τις αρθρώσεις και τα οστά. Οι αρθρώσεις γίνονται πιο δύσκαμπτες.⁵
4. Αυξάνεται η κόπωση, λόγω αύξησης τριφωσφορικής αδενοσίνης (A T R), και του γαλακτικού οξέως στους μύς.
5. Οι μύς μειώνονται σε μέγεθος και δύναμη με την ηλικία. Ενώ είναι ακόμα δυνατή η αναγέννηση του μυϊκού ιστού στους υπερήλικες, η μυϊκή μάζα μειώνεται προοδευτικά και σταθερά. Επίσης μειώνεται η ελαστικότητα, η συσταλτικότητα και ο τόνος τους.
6. Το κρανίο παρουσιάζει οστεοπόρωση του έσω και λέπτυνση του έξω πετάλου του.
7. Οι μεταβολές στον συντονισμό, μαζί με τις μεταβολές στο μυοσκελετικό, μπορούν να συνβάλλουν στη διαταραχή της βάδισης. Μειωμένες είναι επίσης οι λεπτές κινήσεις⁵.

Δ. Αλλαγές στο δέρμα και τον υποδόριο ιστό.

Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο δέρμα και τον υποδόριο ιστό είναι:

1. Το δέρμα αφυδατώνεται σχετικά και χάνει την ελαστικότητα και την αντοχή του, σταγνώνει εύκολα και παρουσιάζει κνησμό. Το λίπος εξαφανίζεται και ρυτιδώνεται. Σχηματίζονται ευρυαγγείες, υπερκερατώσεις και μισχωτοί όγκοι.⁵
2. Η απώλεια του λιπώδους ιστού προχωρεί προοδευτικά μετά τα 45 ώσπου μένει λίγο υποδόριο λίπος στα άνω και κάτω άκρα και στο πρόσωπο, ενώ υπάρχει άφθονο στους γλουτούς και στην κοιλιά.⁵
3. Η απώλεια του λίπους πάνω από τις οστέινες προεξοχές προδιαθέτει τους ακίνητους υπερήλικες σε κατακλίσεις.
4. Τα αγγεία συχνά προβάλλουν και είναι οαρτά μέσα από τους λεπτούς ιστούς.
5. Οι κολλαγόνιες ελαστικές ίνες και η επιθηλιακή σταβάδα, επίσης λεπταίνουν.
6. Οι ιδρωτοποιοί και οι σημηματογόνοι αδένες μειώνονται σε αριθμό και το αποτέλεσμα είναι ξηρό και ανελαστικό δέρμα και μείωση της δυνατότητας του οργανισμού να κάνει θερμορρύθμιση, μέσω εξάτμισης του ιδρώτα, πράγμα που κάνει τον οργανισμό του υπερήλικα επιρρεπή σε θερμοπληξία.
7. Τα μαλλιά ασπρίζουν και πέφτουν.
8. Τα νύχια αποβάλλουν τη φυσιολογική τους γυαλάδα και γίνονται πιο σκληρά, σπάζουν εύκολα και κάνουν ραβδώσεις.¹
9. Εμφανίζεται τοπική αποχρωμάτωση η υπερχρωμάτωση.³

E. Αλλαγές στις ειδικές αισθήσεις.

Παρουσιάζεται μείωση επαρκούς λειτουργικότητας όλων των αισθήσεων.

Ειδικότερα:

1. Στον φακό μαζεύονται διάφορες ουσίες, πρωτεΐνες, χοληστερίνη, φωσφολιπίδια, ασβέστιο και επιπλέον αυτός παθαίνει αφυδάτωση.⁵
2. Μειώνεται η ικανότητα του ματιού να κάνει προσαρμογή στο φώς (μείωση σε μέγεθος και μη αντίδραση κόρης στο φώς) και η ικανότητα διάκρισης ανάμεσα σε διάφορες εντάσεις φωτός.
3. Οι βολβοί των ματιών μπαίνουν βαθύτερα μέσα στις κόγχες, εξαιτίας της εξαφάνισης του κυτταρολιπώδους ιστού που βρίσκεται πίσω από αυτούς.

4. Ο τόνος των βλεφάρων μειώνεται και υπάρχει συχνά ελαφρά βλεφαρόπτωση.
5. Ο τόνος των οφθαλμικών μυών ελατώνεται πολύ. Ο σκληρός χιτώνας παρουσιάζει πτερύγιο και η ίριδα γεροντότοξο.
6. Ο βυθός παρουσιάζει αλλοιώσεις, ενώ ο καταρράκτης και το γλαύκωμα είναι συχνές παθήσεις των υπερηλίκων.
7. Το οπτικό νεύρο ατροφεί και εκφυλίζεται. Οι δακρυικοί πόροι κλείνουν και ελατώνεται η οπτική οξύτητα.
8. Στα αυτιά παρατηρείται σκλήρυνση και ούλωση του τυμπάνου και εκφυλιστική ατροφία του ακουστικού νεύρου και επομένως βαρηκοΐα στους υψηλούς τόνους.
9. Τα 2/3 περίπου των γευστικών καλύκων πεθαίνουν, όταν το άτομο φθάσει την ηλικία των 70 ετών, με σημαντική ελάτωση της γεύσης. Επίσης μειώνεται και η αίσθηση της οσφρησης.
10. Άλλες μεταβολές περιλαμβάνουν: μείωση στην αντίληψη της θερμοκρασίας, της δόνησης και του πόνου.
11. Η παρακμή στην αισθητική αντίληψη συμβαίνει συνήθως βαθμιαία. Η τελική σύνθετη μείωση των αισθητικών ώσεων επηρεάζει την πληροφόρηση για τα περιβαλλοντολογικά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα τη μείωση της αποκριτικότητας και της προσαρμογής.
12. Η αποκριτικότητα στην αίσθηση του πόνου και η αντίδραση στις μεταβολές της θερμοκρασίας μειώνεται. Επίσης παρατηρείται μειωμένη πυρετική αντίδραση και τέλος
13. Μειώνεται ο χρόνος αντίδρασης και μεταβάλλονται τα αντανακλαστικά. Η βραδύτητα στην απόκριση των διαφόρων καταστάσεων μπορεί να επηρεαστεί και από τη μυική και σκελετική έκπτωση.⁵

ΣΤ. Αλλαγές στο Καρδιαγγειακό Σύστημα

Οι καρδιακές παθολογικές καταστάσεις είναι η συχνότερη αιτία θνησιμότητας των ηλικιωμένων.

1. Οι μεταβολές στην καρδιακή λειτουργία, αυξάνουν το έργο της και μειώνουν την απόδοσή της.⁵

2. Μειώνεται η ικανότητα συστολής της καρδιάς
 3. Μειώνεται η διοχέτευση του αίματος στην περιφέρεια.
 4. Με την μείωση της εφεδρείας της καρδιάς, παρουσιάζει περιορισμένη ικανότητα να ανταποκριθεί σε κατάσταση έντασης. (stress).
 5. Μάλλον αυξάνεται η εναπόθεση λίπους γύρω από την καρδιά.
 6. Οι βαλβίδες της καρδιάς παχύνονται και χάνουν από την ελαστικότητά τους. Αυτό οφείλεται στη σκλήρυνση και στην ίνωση.
 7. Μάλλον μειώνεται η ροή αίματος στα στεφανιαία αγγεία.
- Σχετικά με τις μεταβολές στα αιμοφόρα αγγεία, μπορούμε να πούμε τα εξής:
1. Παρουσιάζεται σταδιακά χημική και ανατομική αλλαγή στις αρτηρίες με την αύξηση χοληστερίνης, άλλων λιπών και ασβεστίου.
 2. Η ελαστικότητα της αορτής μειώνεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας.
 3. Στις φλέβες παρατηρείται υπερτροφία του έσω χιτώνα στο προχωρημένο γήρας. Τη υπερτροφία ακολουθεί σκλήρυνση, κυρίως των κίρσοειδών ανευρισμάτων. Η φλεβική πίεση πέφτει με την πάροδο της ηλικίας.⁵
 4. Μειώνεται η διαπερατότητα των τριχοειδών.
 5. Μεταβολές στο μηχανισμό ρύθμισης της αγγειοσύσπασης συμβάλλουν στην ορθοστατική υπόταση, που προκαλεί ζάλη, αδυναμία και λιποθυμία.

Z. Αλλαγές στο Αναπνευστικό Σύστημα.

1. Μειώνεται η ελαστικότητα των βρόγχων, των κυψελίδων και των αναπνευστικών μυών. Αυτό μερικώς οφείλεται στη διήθηση και αποθήκευση κολλοειδών ουσιών στους ιστούς αυτούς.
2. Οι κυψελίδες σκληρύνονται και μερικές σπάζουν με τον βήχα.
3. Η ζωτική χωρητικότητα ελατώνεται, ενώ αυξάνεται ο υπολειματικός αέρας κι έτσι μειώνεται η ανταλλαγή των αερίων, η οξυγόνωση των ιστών και ο μεταβολισμός.
4. Μειώνεται το ποσόν του αίματος που κυκλοφορεί στους πνεύμονες. Αυτό συμβάλλει στην εμφάνιση αρρυθμιών.
5. Ο αριθμός των αναπνοών αυξάνει. Εξαιτίας δε της κακής αιμάτωσης του αναπνευστικού κέντρου, στο βαθύ γήρας η αναπνοή γίνεται τύπου Cheyne-stokes.

6. Ελλατώνεται η ικανότητα του βρογχικού δένδρου να αποβάλει τις εκκρίσεις του εξαιτίας μείωσης του αντανεκλαστικού του βήχα και ελάτωσης της αποτελεσματικότητας του μηχανισμού των κροσσών.⁵

Η. Αλλαγές στο Πεπτικό Σύστημα

Στους ηλικιωμένους έχουμε επιβάρυνση της λειτουργίας του πεπτικού συστήματος και αυτό συμβαίνει γιατί:

1. Έχουμε απώλεια των δοντιών. Οι μύς του φάρυγγα ατροφούν και ο γέρος παρουσιάζει δυσκολία στην κατάποση. Ακόμη μειώνεται η έκκριση σάλιου με αποτέλεσμα την ξηρότητα του στόματος.

2. Λεπταίνουν και ατροφούν οι μυικές στιβάδες του στομάχου και του εντέρου, ελλατώνονται οι εκκρίσεις του στομάχου καθώς και τα πεπτικά ενζυμα. Το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου υπερτρέφεται και ελλατώνεται ο τόνος του δακτυλίου. Τα αγγεία του εντέρου σκληραίνουν και τανεύρα εκφυλίζονται. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την ελλατωματική πέψη και την δυσκοιλιότητα.

3. Η ξηρότητα του στόματος και η μειωμένη οξύτητα της όσφρησης και της γεύσης μειώνουν την ποικιλία στην επιλογή των φαγητών. Η μειωμένη ευαισθησία στη δίψα μπορεί να οδηγήσει στη μείωση προσλαμβανομένων υγρών και στη δυσκοιλιότητα.

4. Η καθυστέρηση κένωσης του οισοφάγου είναι συχνή στους ηλικιωμένους και συχνά οδηγεί σε φλεγμονή

Θ. Αλλαγές στο Ουροποιογεννητικό Σύστημα

1. Οι νεφροί μειώνονται σε βάρος, η κάψα τους παχύνεται και συμφύεται στο παρέγχυμα. Το παρέγχυμα γίνεται σκληρό και συρρικνώνεται, μερικά εσπειραμένα σωληνάρια εκφυλίζονται, ενώ τα νεφρικά αγγεία σκληραίνουν.

2. Οι ουρητήρες διευρύνονται και το τοίχωμά τους υπερτρέφεται.

3. Στην ουροδόχο κύστη αναπτύσσεται ινώδης συνδετικός ιστός και ατροφούν οι μυικές της ίνες.

4. Ο προστάτης υπερτρέφεται στην προγεροντική, ενώ ατροφεί στην γεροντική ηλικία. Μπορεί να σχηματισθούν λίθοι μέσα σε αυτόν.

5. Η μήτρα ελλατώνεται σε βάρος και ατροφεί ο μυικός της χιτώνας.

6. Ο μειωμένος νευρομυϊκός ερεθισμός της ουροδόχου κύστης συχνά έχει σαν αποτέλεσμα την ατελή της κένωση. Συχνά, ειδικά οι υπερήλικες γυναίκες, παρουσιάζουν ουρολομώξεις.

7. Η μειωμένη πρόσληψη υγρών έχει σαν αποτέλεσμα, την ελάτωση της νεφρικής λειτουργίας. Αυτό μπορεί να προκαλέσει υδατοηλεκτρολυτικές διαταραχές.

I. Μεταβολικές Αλλαγές.

1. Περιορίζεται η παραγωγή των γονάδων και μειώνεται η έκκριση της κορτιζόνης.

2. Κάμπτεται η παραγωγή της θυροειδοτρόπου ορμόνης της υπόφυσης και της θυροειδικής ορμόνης που εκκρίνεται από το θυροειδή αδέννα.

3. Η διαδικασία ανοχής της καμπύλης του σακχάρου οδηγείται στα επίπεδα του διαβήτη.

4. Μειώνεται η ικανότητα προσαρμογής αλλά και αντίδρασης σε κατάσταση έντασης (stress).

5. Το άτομο κακοσιτίζεται για τους λόγους όπως χαμηλό εισόδημα, λανθασμένος τρόπος διατροφής, ψυχολογική αντίδραση, απώλεια διντιών, ξηρότητα στοματικής κοιλότητας (οφειλόμενη στη μείωση έκκρισης σιέλου), δυσκοιλιότητα (προέρχεται από τη μείωση των λαμβανομένων υγρών αποτέλεσμα της μείωσης της αντίληψης του αισθήματος της δίψας και της περισταλτικότητας του εντερικού σωλήνα)

6. Μειώνεται η επάρκεια του υποθαλάμου (αλλαγές του Ν.Σ), η οποία οδηγεί στον περιορισμό της διάθεσης για φαγητό και του αισθήματος της δίψας. Αλλαγές στο παρασυμπαθητικό μεταβάλλουν την κινητικότητα του εντέρου, χαλάρωση του σφιγκτήρα μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση διάρροιας και ακράτειας.

7. Η γαστρική έκκριση μειώνεται κατά 50% όταν το άτομο φθάσει σε ηλικία 70 χρόνων. Η μείωση των πεπτικών ενζύμων δε δίνει δυνατότητα να γίνει η πέψη όλης της προσλαμβανόμενης τροφής, με αποτέλεσμα να περνάει από τον πεπτικό σωλήνα χωρίς να υπάρχει δυνατότητα απορρόφησής της. Η αλλαγή του PH του στιμάχου και η ατροφία των σιελογόνων αδένων συντελούν επίσης στη διαφοροποίηση του μεταβολισμού.³

Παράγοντες που δεν μεταβάλλονται με την ηλικία

Η κατηγορία αυτή είναι από πολλές πλευρές εξίσου σημαντική αν όχι ακόμη σημαντικότερη από μία σαφή γνώση των μεταβολών που επέρχονται με τη γήρανση. Πολύ συχνά ο γιατρός πέφτει στηνπαγίδα να πεί σε ένα άρρωστο ότι τα ενοχλήματά του είναι απλώς «γεράματα».

Από αυτό εξυπακούεται ότι η ανωμαλία που έχει ο ασθενής, είτε είναι σύμπτωμα είτε ενόχλημα, είτε εργαστηριακό εύρημα, είναι παρακολούθημα της ίδιας της ηλικίας και δεν αποτελεί ειδική νοσολογική κατάσταση που αξίζει τον κόπο να διαγνωσθεί και να θεραπευθεί. Βεβαίως κανείς δεν αμφισβητεί ότι οι υπερήλικοι ασθενείς εμφανίζονται στους γιατρούς τους με συμπτώματα που είναι μη ειδικά και φαίνονται σαν δευτερογενή από κάποια ελαφρή χρόνια παθολογική κατάσταση, όπως από μία οστεοαρθρίτιδα, η οποία είναι ιδιαίτερα συχνή στους ηλικιωμένους. Αυτό διαφέρει όμως πολύ από την άποψη ότι η ίδια η ηλικία είναι αυτή που γεννά το πρόβλημα και σε μερικές περιπτώσεις μία ανωμαλία μπορεί να αποδοθεί λανθασμένα στο «γήρας», και έτσι είναι δυνατό να παραβλεφθεί μία ήδη υπάρχουσα ιάσιμη νόσος.⁶

Η συχνότερη περίπτωση του είδους αυτού της πλάνης αναφέρεται στον αιματοκρίτη. Πολλές έρευνες διασταυρούμενες σε μήκος και πλάτος σε όλο το εύρος της ενήλικης ζωής υγιών, προσεκτικά παρακολουθούμενων πληθυσμών, απόδειξαν ότι δεν υπάρχει πτώση του αιματοκρίτη με την πάροδο της ηλικίας μέχρι της 9ης και 10ης δεκαετηρίδας της ζωής. Έτσι η «αναιμία της γεροντικής ηλικίας» θα έπρεπε μάλλον να ονομάζεται «αναιμία από νόσο της γεροντικής ηλικίας» και αν ένας υπερήλικος ασθενής δεν έχει κάποια γνωστή αιτία για την αναιμία του, επιβάλλεται η έναρξη μίας λεπτομερούς εξετάσεως της υγείας του.

Άλλες συνήθεις εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες δεν μεταβάλλονται με την ηλικία, είναι η κρεατινίνη του αίματος, τα επίπεδα των ηλεκτρολυτών και η ανάλυση των ούρων καθώς και οι συνήθεις έλεγχοι της ηπατικής λειτουργίας, όπως οι τρανσαμινάσες(οξ αλοζική και γλουταμινική) και η αλκαλική φωσφατάση.⁶

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

«Όταν δε γηράσης, εκτενείς τας χείρας σου, και άλλος σώζει σε και οίσει όπου ου θέλεις» Ιωαν.21,28.

«Πραγματικά, όσοι δεν έχουν μέσα τους καμιά δύναμη που να τους βοηθεί να ζήσουν καλά κι ευτυχισμένα αυτοί νοιώθουν βαριά κάθε ηλικία. Όσοι όμως ζητούν οι ίδιοι από τον εαυτό τους όλα τα καλά δεν μπορούν να ιδούν τίποτε το κακό σε αυτά που φέρνει αναγκαστικά μαζί της η φύση. Αυτού του είδους είναι πάνω απ'ο όλα το γήρας». Κικέρων.

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ, ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ, ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.

Η ιατρική της τρίτης ηλικίας διαφέρει από τους λοιπούς ιατρικούς κλάδους, διότι σε κάθε περίπτωση ασθένειας ηλικιωμένου συνυπάρχει κοινωνικό πρόβλημα πρώτου μεγέθους.

Άλλοτε το σπίτι του αρρώστου δεν είναι κατάλληλο για το γέρο και άλλοτε ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να μένει σε σπίτι κατάλληλο για τη λοιπή οικογένεια. Η διάκριση αυτή έχει πρακτική διότι είναι ευκολότερο συνήθως να διορθωθούν οι προβληματικές καταστάσεις του ατόμου παρά του περιβάλλοντος του.

Γιά να καλυφθούν οι ποικίλες κοινωνικές ανάγκες του ηλικιωμένου, που έχουν βάση τις φυσιολογικές - ψυχολογικές - οικονομικές μεταβολές με την ηλικία, είναι απαραίτητο να βρεθούν αποτελεσματικοί και προσιτοί τρόποι για να λειτουργεί το σύμπεγμα άνθρωπος - περιβάλλον στο μέγιστο της αποδοτικότητας του. Την έννοια του «ατομικού ζωτικού χώρου» και των μεταβολών του στη διαδρομή της ζωής του ανθρώπου την χρωστούμε στον Kurt Lewin. Η δυνατότητα κάθε ατόμου να έρχεται σε επικοινωνία και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του αλλάζει σαφώς με την ηλικία και γενικά ακολουθεί μία σχετικά απλή ανιούσα και κατιούσα γραμμή, περίπου σαν ημικόκλιο.

Στα δύο άκρα, την παιδική και τη γεροντική ηλικία, η επικοινωνία με το περιβάλλον είναι πολύ περιορισμένη.

Τα μεγάλα σκαλοπάτια καθόδου είναι συνήθως τρία:

- 1) Η συνταξιοδότηση
- 2) Ο θάνατος στενού συγγενούς
- 3) Η σημαντική ασθένεια με εύλογη συνέπεια αυτής το περιορισμό της κινητικότητας.

Ένας λεπτομερέστατος κατάλογος των αναπόφευκτων απωλειών κάθε ανθρώπου της τρίτης ηλικίας περιέχεται στον πίνακα που ακολουθεί.

65-75

Συνταξιοδότηση του ζεύγους
Οικονομικές δυσχέρειες
Θάνατος συζύγου, φίλων
Μείωση ακοής-οράσεως,
προσωπικού ειδώλου(δύναμη,
απόδοση, εμφάνιση).

75-85

Γενική μείωση αισθητηρίων,
δυνάμεως, κινητικότητας, υγείας.

85+

Σημαντική νόσος. Απώλεια ανεξαρτησίας κινήσεων.

Πρέπει να τονισθεί ότι σημαντικές απώλειες προσωπικές εμφανίζονται συχνότερα κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας. Οι μεγάλες μεταβολές ζωτικού χώρου στον άνδρα είναι πρώτα η εποχή που αποκτά και τέλος εκείνη που ξαναχάνει την κινητική του ανεξαρτησία.

Η γυναίκα αποκτά κινητική ανεξαρτησία, έπειτα παντρεύεται και αντιμετωπίζει αμέσως περιορισμούς τους οποίους ο «σύ-ζυγός» της δεν υφίσταται. Ακολουθεί η μακρά περίοδος της τεκνογονίας και της ανατροφής των παιδιών, όπου η ανεξαρτησία της φθάνει πάλι σε ένα ναδίρ, περίοδος την οποία διαδέχεται ένα στάδιο σχετικής ανεξαρτησίας όταν τα παιδιά της λείπουν την ημέρα στο σχολείο. Η ανεξαρτησία αυτή γίνεται πληρέστερη μόλις τα παιδιά φύγουν από το σπίτι. Στη συνέχεια ακολουθεί η συνταξιοδότηση του συζύγου η και δική της, κατά κανόνα δε η

χρησία της, δύο σημαντικά περιοριστικές αλλαγές, από τις οποίες η πρώτη μόνο αντιμετωπίζεται συνήθως από τον άνδρα, τελικά δε και η κινητική καθήλωση. Οι περισσότερες από τις μεταβολές αυτές εμφανίζονται μάλιστα σε περιόδους που η σωματική και πνευματική κατάσταση της γυναίκας διατηρούνται ακέραιες, ώστε οι τελικές τρεις απώλειες να αποτελούν ένα είδος «χαριστικής βολής» στη ψυχική της υγεία. Αυτά ερμηνεύουν τη συχνότερη εμφάνιση καταθλίψεως στις γυναίκες.

Πέρα από αυτή τη «φυσιολογική» σειρά διαδοχικών απωλειών του ατόμου με την πάροδο της ηλικίας, οι επιταχυνόμενες κοινωνικοοικονομικές και τεχνολογικές εξελίξεις στη χώρα μας διαμόρφωσαν «παθολογικές» διεργασίες που «έσπασαν» σε μεγάλο βαθμό τη βασική λειτουργική ομάδα που προστάτευε και εξασφάλιζε το ηλικιωμένο άτομο από πολλές πλευρές. Η ομάδα αυτή η κύκλος των οικείων, περιελάμβανε ανθρώπους που «δείχνουν φροντίδα ο ένας για τον άλλο» και στηριζόταν στην αλληλεξάρτηση.¹

Μέσα στα πλαίσια της ομάδας αυτής ο ηλικιωμένος είχε ένα κατ' εξοχήν ρόλο. Ήταν ο πιο πεπειραμένος σύμβουλος σε μία σειρά από θέματα. Οι άλλοι συνήθως γνώριζαν λιγότερα και επομένως χρειάζονταν τη γνώμη του. Αυτό έκανε τον ηλικιωμένο να είναι χρήσιμος, πολλές φορές απαραίτητος και να αισθάνεται πάντοτε ότι έχει λειτουργικό ρόλο στο κύκλο των οικείων. Η ομάδα αυτή δεν τον άφηνε να μπει σε περιθωριακές καταστάσεις.

Με τη μορφή όμως που πήρε η αστικοποίηση, την ομάδα των οικείων άρχισε να διαδέχεται η «πυρηνική οικογένεια» ως κοινωνική λειτουργική μονάδα και θεσμός. Τα παιδιά άρχισαν να έχουν πληροφόρηση πιο διαφοροποιημένη και περισσότερο «εις βάθος» από τους γονείς τους και φυσικά ακόμη πιο πολύ από την προηγούμενη γενιά. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο ο ρόλος του «παππού» και της «γιαγιάς» ατόνησε λειτουργικά, σε σημείο που οδηγεί το ηλικιωμένο άτομο να αισθάνεται ότι βρίσκεται στο περιθώριο με συνεχώς ελλατούμενες τις πιθανότητες και δυνατότητες να είναι χρήσιμο. Παράλληλα με τη συμπίεση του ρόλου του παππού - γιαγιάς επέρχονται αλλαγές στο περιβάλλον, οι οποίες σε συνδυασμό με τις ατομικές απώλειες περιορίζουν προοδευτικότερα «ατομικό ζωτικό χώρο» του ηλικιωμένου στα όρια που επικρατούν στο μικρό παιδί.

Αυτές οι διαταραχές σχέσεων περιβάλλοντος-ατόμου αναγράφονται στον πίνακα που ακολουθεί:

ΣΤΑΔΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΑΠΩΛΕΙΕΣ.

1. Εξαφάνιση φίλων, των παιδιών και διακοπή στενών σχέσεων με νέους. Βαθμιαία εγκατάλειψη κυρίαρχου ρόλου σε δημόσιες νεανικές εκδηλώσεις. Κατοικία μεγάλη - έξοδα μεγάλα.

2. Διακοπή σχέσεων με φίλους της εργασίας. Μείωση εσόδων και περιορισμούς κινητικότητας. Μετακόμιση σε πολυκατοικία

3. Δυσχέρεια οδηγήσεως αυτοκινήτου. Χρήση δημοσίων μέσων συγκοινωνίας. Απομάκρυνση από γενικές κοινωνικές σχέσεις. Χρήση μικρού διαμερίσματος με βοήθεια.

4. Αδυναμία ανεξάρτητης μετακινήσεως. Διακοπή σχέσεων με το ευρύτερο περιβάλλον. Εξάρτηση από παρεχόμενες υπηρεσίες και στενούς επισκέπτες. Μεταφορά σε περιβάλλον συνεχούς προστασίας.

Η προοδευτική σειρά απωλειών πρέπει να αντισταθμισθεί με αντιρροπιστικές μεταβολές στη δομή του περιβάλλοντος και στις σχέσεις του ατόμου με τους γύρω του, οι οποίες να αυξάνουν την κοινωνική υποστήριξη και φυσιολογική απόδοση του ηλικιωμένου. Οι μεταβολές αυτές μπορούν να διακριθούν σε «θεραπευτικές» και «προσθετικές». Με τον όρο «θεραπευτική μεταβολή» υπονοείται η ανάπτυξη νέων συναισθηματικών δεσμών σε αντικατάσταση σχέσεων που χάθηκαν. Στην Αμερική έχει γίνει σημαντική πρόοδος σ' αυτό τον τομέα, επειδή οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι εκεί πιά «πλαστικές» από όσο στον τόπο μας. «Προσθετικές» μεταβολές, αφ' ετέρου, λέγονται οι αλλαγές της δομής του περιβάλλοντος, οι οποίες διευρύνουν κάπως την περιοχή ανεξάρτητης μετακινήσεως του ηλικιωμένου και του επιτρέπουν ένα πιά φυσιολογικό τρόπο ζωής. Γιά παράδειγμα η δημιουργία «παιδότοπων» γιά

γέρους, οι ειδικές προσβάσεις στις γωνίες των πεζοδρομίων για αναπηρικά αμαξάκια, ειδικά καθίσματα σε πολυσύχναστα μέρη, «οι ράμπες» διαδρόμων.¹

B. ΚΟΙΝΕΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

1. Κατάθλιψη (Μελαγχολία)

Στην ηλικία των 60 ετών κάθε άτομο έχει χάσει σημαντικό αριθμό σημαντικό αριθμό νευρικών κυττάρων, ταυτόχρονα δε υφίσταται, σε σύντομη χρονική αλληλουχία, κοινωνική καθίζηση, απώλειες άμεσων συγγενών, συζύγου, τέλος προσβολές μιάς τουλάχιστο σοβαρής νόσου. Όλα αυτά συνδυάζονται με σημαντική μείωση της κινητικότητάς του και της αποδόσεως των δύο κυρίων αισθητηρίων οργάνων οράσεως και ακοής. Ταυτόχρονα, η οικονομική κατάσταση του ατόμου χειροτερεύει. Γιά να προσαρμοσθούν στις μεταβολές αυτές τα περισσότερα άτομα αποβάλλουν βαθμιαία τους κοινωνικούς ρόλους που είχαν ως εκείνη τη στιγμή με τις ειδικές ευθύνες που πηγάζουν από αυτούς τούς ρόλους. Αν οι περιβαλλοντικές μεταβολές είναι πολύ γρήγορες η εκτεταμένες, η αποσύνδεση από την κοινωνία και η ιδιότυπη ενδοστρεφής αντίδραση μπορούν να γίνουν γρήγορες και έντονες, να χαρακτηρισθούν δε ως «αντιδραστική» ψυχοπαθολογική κατάσταση, με χαρακτήρες της καταθλίψεως.

Η κατάθλιψη γίνεται συχνότερη: α) με την ηλικία, β) όσο χειρότερη είναι η κατάσταση υγείας και γ) σε αποτυχημένη κοινωνική ένταξη του ατόμου.

Στενή σχέση υπάρχει επίσης μεταξύ καταθλίψεως και αυτοκτονίας. Όσο μεγαλύτερη η ηλικία, τόσο οι απόπειρες αυτοκτονίας καθώς και η αποτελεσματικότητά τους γίνονται συχνότερες, ειδικά στους άνδρες. Μία έρευνα στη Βόρεια Καρολίνα έδειξε κατάθλιψη σε 48% ατόμων πάνω από τα 60, που ήταν: α) συνταξιούχοι, β) επισκέπτονταν τακτικά τα εξωτερικά ιατρεία για προβλήματα υγείας γ) είχαν οικονομικές δυσχέρειες. Αν έλειπαν τα τελευταία δύο στοιχεία η κατάθλιψη παρουσιαζόταν στα δύο τελευταία των υπερηλίκων.

Ενώ οι έμμεσες αιτίες καταθλίψεως έχουν σχέση με την προοδευτική ανικανότητα του ατόμου να κινείται άνετα μέσα στον ευρύ «ατομικό ζωτικό χώρο», το άμεσο αίτιο είναι συνήθως ένα συγκεκριμένο ψυχοτραυματικό γεγονός.

Τα συνηθέστερα εκλυτικά αίτια καταθλίψεως στη μεγάλη ηλικία είναι:

ΕΚΛΥΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΕΩΣ ΣΤΗ ΜΕΓΑΛΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΓΥΝΑΙΚΕΣ

1. Αντίξοες συνθήκες κατοικίας
2. Χηρεία
3. Κακή υγεία
4. Κακή υγεία συγγενούς
5. Αστοργία παιδιών, συζύγου
6. Οικονομικές δυσχέρειες

ΑΝΔΡΕΣ

1. Κακή υγεία
2. Αντίξοες συνθήκες κατοικίας
3. Χηρεία
4. Κακή υγεία συγγενούς
5. Αστοργία παιδιών
6. Αναγκαστική συνταξιοδότηση
7. Οικονομικές δυσχέρειες

Η θεραπευτική της καταθλίψεως πρέπει να είναι ταυτόχρονα αιτιολογική και συμπτωματική. Αιτιολογική διόρθωση η «επανακοινωνικοποίηση» του ατόμου, ειδικά των γυναικών, είναι στόχος εύκολος, συνάμα όμως παραμελημένος στην αστική Ελλάδα.

Στις αγροτικές περιοχές της χώρας μας η κοινωνική διάρθρωση και συνοχή δίνουν στον ηλικιωμένο πολύ έντονο το συναίσθημα ότι εξακολουθεί να αποτελεί ουσιαστικό μέλος μιάς λειτουργικής μονάδας, αντίθετα προς την αποσύνδεση, εκλεκτική αρχικά, υποχρεωτική και ολική αργότερα, που είναι ο κανόνας στα αστικά κέντρα.

Η συμπτωματική θεραπεία της καταθλίψεως περιλαμβάνει τη χρήση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, ταχείας η επιβραδυνόμενης δράσεως, φαινοθειαζινών, με στενή παρακολούθηση δόσεων - απαντήσεως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ο συχνός υποσιτισμός που συναντάται σε ομάδες ατόμων μεγάλης ηλικίας, οφείλεται σε αλλαγές της οικονομικής τους κατάστασης, στον τρόπο της ζωής τους, που αρχίζει με τη σύνταξη και στην αύξηση του ποσοστού ανικανότητας η ασθένειας τους. Όλα αυτά οδηγούν σε μεταβολές της διαιτητικής πρόσληψης, της απορρόφησης και του μεταβολισμού των θρεπτικών στοιχείων, ιδιαίτερα μετά το 70ο έτος της ηλικίας τους.⁷

Ένα από τα σπουδαιότερα προβλήματα που δυσχεραίνουν τις έρευνες με αντικείμενο τους ηλικιωμένους είναι η εκπληκτική ανομοιογένεια που χαρακτηρίζει την ηλικία αυτή. Οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν μόνο στη διαιτητική τους συμπεριφορά αλλά και από άποψη φυλετική ταξική, τρόπου ζωής και υγείας. Όλοι δε αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την κατάσταση θρέψης.⁸

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΠΕΨΗ, ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Η χημική σύνθεση και μοριακή δομή των πρωτεϊνών, λιπών και υδατανθράκων των τροφών εξαρτώνται από τα φυτά η τα ζώα από τα οποία προέρχονται. Ανεξάρτητα από την προέλευσή τους τα περισσότερα συστατικά των τροφών αντιπροσωπεύουν μόρια υπερβολικά μεγάλα για να απορροφηθούν από την εσωτερική οδό. Εφ' όσον πρόκειται για πολυμερείς ενώσεις μικρότερων, εύκολα απορροφήσιμων υπομονάδων που είναι πανομοιότυπες σε όλους τους οργανισμούς τα συστατικά των τροφών πρέπει να μετατραπούν στις υπομονάδες τους (με πέψη)

και κατόπιν να απορροφηθούν πριν χρησιμοποιηθούν για την παραγωγή ενέργειας η την κατασκευή των δικών μας σωματικών μορίων.

1. ΠΕΨΗ

Η πέψη των συστατικών της τροφής συντελείται από περισσότερα από 20 ένζυμα και άλλες ουσίες που εκκρίνονται από αδένες στο στόμα, στο στομάχι, το πάγκρεας, τη χολοδόχο κύστη και το λεπτό έντερο.

Αυτές οι αντιδράσεις έχουν σαν αποτέλεσμα μετατροπές όπως:

Τα άμυλα και τα σάκχαρα των υδατανθράκων με την πέψη μετατρέπονται σε μονοσακχαρίτες, τα λίπη (τριγλυκερίδια) σε λιπαρά οξέα και μονογλυκερίδια και οι πρωτεΐνες σε μικρά πεπτιδια και αμινοξέα. Οι βιταμίνες μερικές φορές δεσμεύονται σε άλλα συστατικά των φυτικών τροφών και η πέψη τις απελευθερώνει από αυτές τις μορφές που δεν μπορούν να απορροφηθούν.⁸

Αποτελεσματικότητα του μηχανισμού πέψης.

Όσο υπάρχουν επαρκείς ποσότητες των αναγκαίων ενζύμων, τα συστατικά των τροφών μετατρέπονται σχεδόν ολοκληρωτικά στις «υπομονάδες» που τα συναποτελούν. Η απορρόφηση των μικρών πεπτιδίων και σπανιότερα των άθικτων πρωτεϊνών, όμως αποκαλύπτει ότι η πέψη των πρωτεϊνών είναι ορισμένες φορές ατελής. Οι φυτικές ίνες, εξ ορισμού δύσπεπτες, μπορεί να δεσμεύσουν άλλες θρεπτικές ουσίες και να τις κάνουν είτε απροσπέλαστες στα πεπτικά ένζυμα, είτε μη διαθέσιμες για απορρόφηση.⁸

2. ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ

Γιά να απορροφηθούν και να χρησιμοποιηθούν, τα προϊόντα της πέψης πρέπει να μεταφερθούν από τα εντερικά κύτταρα στη λέμφο και το αίμα. Οι περισσότερες θρεπτικές ουσίες απορροφώνται από ενεργούς μηχανισμούς μεταφοράς που χρειάζονται ένα ένζυμο-φορέα και συνδυάζονται με τη μεταφορά νατρίου.

Απορρόφηση λίπους

Η απορρόφηση των λιπαρών οξέων και των μονογλυκεριδίων εξαρτάται από το μήκος της αλυσίδας άνθρακα. Επομένως τα τριγλυκερίδια με μέσου μήκους αλυσίδα μπορούν να χρισμοποιηθούν για την προμήθεια ενέργειας σε ασθενείς με πλημμελή απορρόφηση λίπους. Αν και η χοληστερόλη που βρίσκεται στα τρόφιμα, απορροφάται επίσης άθικτη, δεν είναι εν' τούτοις πηγή ενέργειας .

Τόπος απορρόφησης

Η απορρόφηση των περισσότερων θρεπτικών ουσιών συντελείται στο λεπτό έντερο. Το οινόπνευμα όμως απορροφάται και από το στομάχι. Το νερό και οι ηλεκτρολύτες απορροφώνται βασικά από το παχύ έντερο. Οι περισσότερες θρεπτικές ουσίες απορροφώνται καθ'όλο το μήκος του λεπτού εντέρου, αλλά υπάρχουν και σημαντικές εξαιρέσεις. Οι υδροδιαλυτές βιταμίνες απορροφώνται κύρια στο ανώτερο τμήμα της. Η βιταμίνη Β12 και τα χολικά άλατα απορροφώνται στον τελικό ειλεό.

Αποτελεσματικότητα απορρόφησης

Σημαντικές ποσότητες θρεπτικών ουσιών που έχουν πεφθεί πιθανότατα αποτυγχάνουν να απορροφηθούν και ορισμένες τροφές είναι δυνατό να παρεμβαίνουν στην απορρόφηση άλλων. Τα προϊόντα της πέψης απορροφώνται πλήρως και δεν απομένει τίποτα, εκτός από φυτικές ίνες, ιχνοστοιχεία και άλλες ύλες που δεν υφίστανται πέψη, για να απομακρυνθούν μέσω των κοπράνων.

Ο ρόλος της εντερικής χλωρίδας.

Τα συστατικά των τροφών που δεν υπέστησαν πέψη περνούν στο παχύ έντερο όπου - μαζί με ορισμένα συστατικά των φυτικών ινών - υφίστανται περαιτέρω πέψη από εντερικά βακτηρίδια. Ο βακτηριακός μεταβολισμός απελευθερώνει αέρια και πρόσθετες χημικές ενώσεις που δρουν ωσμωτικά για να τραβήξουν νερό στο έντερο και να προκαλέσουν δυσφορία και διάρροια.

3. ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Οι απορροφηθείσες θρεπτικές ουσίες μεταφέρονται στο αίμα , στα όργανα και στους ιστούς όπου χρησιμοποιούνται για να παράγουν ενέργεια. Πολλές από τις ενζυματικές αντιδράσεις που φέρνουν σε πέρας αυτές τις μεταβολικές επεξεργασίες απαιτούν βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία.

Μεταβολικές «αλληλομετατροπές»

Λόγω της υψηλής διασύνδεσης των μεταβολικών αντιδράσεων, η πρόσληψη της τροφής μπορεί να ποικίλλει. Ανεξάρτητα από την προέλευσή τους, όλα τα τρόφιμα μετατρέπονται σε κοινούς ενδιάμεσους μεταβολιτές. Επίσης η πρόσληψη τροφής μπορεί να γίνεται με διακοπές, καθώς η παραγωγή ενέργειας και η μοριακή βιοσύνθεση συνεχίζονται ακόμη και στην απουσία της.

Οι μοριακές αλληλομετατροπές επιτρέπουν στα αμινοξέα να μεταβολίζονται σε υπόστρωμα για τη σύνθεση γλυκόζης ή λιπαρών οξέων. Για παράδειγμα στη διάρκεια περιόδων νηστείας, τα αμινοξέα, η γλυκερίνη και το γαλακτικό άλας γίνονται όλα υποστρώματα για τη βιοσύνθεση γλυκόζης και η γλυκόζη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κατασκευή λιπαρών οξέων και τμημάτων μορίου των αμινοξέων.

ΑΣΙΤΙΑ (Νηστεία)

Η ανεπαρκής πρόσληψη τροφής, είτε γίνεται ηθελημένα είτε αναγκαστικά (ασιτία, ασθένεια, τραυματισμός) επηρεάζει σοβαρότατα την φυσιολογία και την υγεία του ανθρώπου. Σε αντιστάθμισμα, η νηστεία ενεργοποιεί τους προσαρμόσιμους μηχανισμούς που σκοπό έχουν τη διατήρηση των καυσίμων υλών του εγκεφάλου και την προστασία των αποθεμάτων των σωματικών πρωτεϊνών.⁸

Ορμονικές αλλαγές

- **Ινσουλίνη και γλυκαγόνη.** Η μειωμένη συγκέντρωση ινσουλίνης σε σχέση με την γλυκαγόνη ευνοεί ενεργοποίηση των ενζύμων που τη διαφορά λίπους και πρωτεΐνης και μπορεί επίσης να διατηρεί την απέκκριση άλατος.
- **Θυρεοειδική ορμόνη.** Τα επίπεδα της T3 (τριδοθυρονίνης) στον ορό ελλατώνονται μέχρι 50% στη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της ασιτίας, κυρίως σαν αποτέλεσμα της αυξημένης παραγωγής αντίστροφης T3 και της ελλατωμένης μετατροπής από τους ιστούς της T4 σε T3. Οι αλλαγές αυτές μειώνουν το ρυθμό του βασικού μεταβολισμού και αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους λόγους συναποτελεσματικότητας πολλών διαιτών. Στην διάρκεια της δίαιτας, χρειάζεται λιγότερη ενέργεια για να διατηρηθεί το σωματικό βάρος.
- **Αυξητική ορμόνη.** Τα επίπεδα αυξητικής ορμόνης αυξάνονται κατά την ασιτία και θεωρούνται εν μέρει τουλάχιστον υπεύθυνα για την αυξημένη λιπόλυση και τη διατήρηση του ισοζυγίου ενέργειας.
- **Γοναδοτροπίνες.** Οι αναπαραγωγικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν τη στέρηση τροφής - απώλεια της libido, μειωμένη παραγωγή προστατικού υγρού, μειωμένος αριθμός και κινητικότητα των σπαρματοζωαρίων καθώς και διακοπή της εμμηνορυσίας, εξηγούνται εν μέρει τουλάχιστον, από τα μειωμένα επίπεδα γοναδοτροπινών.

Κλινικές συνέπειες

Παράλληλα με την απώλεια βάρους και τα σημεία έλλειψης βιταμινών και μεταλλικών αλάτων, τα άτομα που υποβάλλονται σε παρατεταμένη νηστεία υποφέρουν από ποικίλες κλινικές ενοχλήσεις. Οι συνέπειες της παρατεταμένης νηστείας στη φυσική κατάσταση και συμπεριφορά των ατόμων αποτελούν σαφείς αντενδείξεις για την χρήση αυτής της μεθόδου σαν ασφαλούς και αποτελεσματικής θεραπείας της παχυσαρκίας.

Μερικές από τις συνηθέστερες κλινικές συνέπειες της ασιτίας συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:⁸

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΣΙΤΙΑΣ

Μη θανατηφόρες επιπλοκές

Απώλεια βάρους	Έλλειψη βιταμινών και μεταλλικών αλάτων	Πονοκέφαλος Ζάλη
Ναυτία	Πόνος στο υπογάστριο	
Αδυναμία		Ορθοστατική υπόταση
Ουρική αρθρίτιδα	Νεφρολιθίαση(Ουρικό οξύ)	
Αναιμία	Αστάθεια	Οίδημα
Κατάθλιψη	Τριχόπτωση	Αμμηνόρροια Απώλεια libido

Δυνητικά θανατηφόρες επιπλοκές

Κοιλιακές αρρυθμίες	Γαλακτική οξέωση	Ειλεός
Νεφρική ανεπάρκεια	Λοιμώξεις(π.χ.πνευμονία)	

1. **Απώλεια βάρους:** Η ανεπαρκής πρόσληψη τροφής προκαλεί έναν αρχικά ταχύ ρυθμό απώλειας βάρους που επιβραδύνεται όμως αργότερα. Στα αρχικά στάδια της ασιτίας, οι απώλειες μπορεί να ανέρχονται σε 1- 2 kg την ημέρα, αλλά μειώνονται σε 0,3 kg την ημέρα περίπου μέχρι την τρίτη εβδομάδα, οπότε οι μεταβολικές αντιδράσεις προσαρμογής φθάνουν στα ανώτατα όρια. Η απώλεια του 20% - 30% του ιδεώδους σωματικού βάρους είναι ένδειξη σοβαρής υποθρεψίας και υποδεικνύει την ανάγκη άμεσης διαιτητικής παρέμβασης.

2. **Απώλεια νατρίου :** Η ταχεία πρώιμη απώλεια βάρους οφείλεται βασικά στην απώλεια νερού και αλατιού που επισυμβαίνει σαν αποτέλεσμα ορμονικών μεταβολών και στην αποβολή κετονών υπό μορφή αλάτων νατρίου. Κατά τις πρώτες 7 - 10 ημέρες της νηστείας συνεχίζονται μεγάλες απώλειες αλατιού και νερού. Κατά την παρατεταμένη νηστεία, η αποβολή κετονών αυξάνεται υπό μορφή αλάτων αμμωνίου, το ισοζύγιο νερού διατηρείται και οι απώλειες βάρους αντανακλούν την αποικοδόμηση των αποθεμάτων σωματικού λίπους.

ορθοστατική υπόταση (αδυναμία του ατόμου να σηκωθεί μετά από κατάκλιση). Η συνέπεια αυτή αποδόθηκε τόσο στις απώλειες νατρίου και υγρών και στις ορμονικές μεταβολές που προκλήθηκαν από έλλειψη τροφής.

4. Μειωμένος μεταβολικός ρυθμός: Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός σημειώνει πτώση κατά τη νηστεία, σαν αποτέλεσμα της ελάττωσης της θερμικής ενέργειας της τροφής (θερμιδοπαραγωγής), της ελάττωσης της φυσικής δραστηριότητας και ορμονικών μεταβολών.

5. Ανωμαλίες ηλεκτροκαρδιογραφήματος: Η νηστεία επιφέρει σημαντικές μεταβολές (φλεβοκομβική βραδυκαρδία, ελάττωση του ύψους όλων των καρδιακών επαρμάτων, παράταση του διαστήματος QT) σε ασθενείς με προγενέστερα φυσιολογικά ηλεκτροκαρδιογραφήματα. Οι μεταβολές αυτές αποδόθηκαν σε απώλεια λευκώματος από τον καρδιακό μύ.

6. Επιδράσεις στο γαστρεντερικό σύστημα: Η σύνθεση των πεπτικών ενζύμων και πρωτεϊνών των εντερικών κυττάρων είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη στη στέρηση τροφής. Παρατεταμένη ασιτία οδηγεί σε ανικανότητα πέψης και απορρόφησης των συστατικών της τροφής, καθώς επίσης σε μεταβολές στην εντερική χλωρίδα, μειωμένη παγκρεατική λειτουργία και ατροφία του γαστρικού και εντερικού βλεννογόνου. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ιδιαίτερα αισθητά σε μικρά παιδιά και αποτελούν μείζονα παράγοντα της ανάπτυξης πλημμελούς απορρόφησης και διάρροιας που χαρακτηρίζουν τον πρωτεϊνικό - θερμιδικό υποσιτισμό. Επομένως ο επανασιτισμός σε σοβαρά υποσιτισμένα άτομα, συχνά πρέπει να καθυστερήσει μέχρις ότου ανασυγκροτηθούν οι εντερικές λάχνες.

7. Απώλεια ανοσολογικών λειτουργιών: Η μειωμένη αντίσταση του οργανισμού και η αυξημένη επιδεκτικότητα σε μολύνσεις, που χαρακτηρίζουν τον πρωτεϊνικό - θερμιδικό υποσιτισμό συνδέονται στενά με σημαντική κάμψη των κυτταρικών ανοσολογικών λειτουργιών.

8. Αλλαγές στη συμπεριφορά: Κατάθλιψη, απάθεια, οξυθυμία, έμμονες ανησυχίες σχετικά με το φαγητό και απώλεια της libido, είναι τα γνωρίσματα που διακρίνουν τα άτομα που υποβάλλονται σε μακροχρόνια νηστεία.

9. Θάνατος: Το χαμηλότερο όριο εξάντλησης των αποθεμάτων λίπους είναι 3 - 4% του φυσιολογικού σωματικού βάρους. Η μυϊκή πρωτεΐνη δεν μπορεί να μειωθεί περισσότερο από 30 - 50 %. Η πρωτεΐνη εξαντλείται από όλα τα όργανα , αλλά οι

συνέπειες αυτών των απωλειών είναι ιδιαίτερα σοβαρές στον καρδιακό μυ και το διάφραγμα. Η συχνότερη αιτία θανάτου είναι η πνευμονία, λόγω ανεπαρκούς ικανότητας καθαρισμού των υγρών από τους πνεύμονες.

Διαιτητική ρύθμιση

Όπως ακριβώς το σώμα προσαρμόζεται βαθμιαία στην ασιτία, με τον ίδιο αργό ρυθμό προσαρμόζεται στην επανασίτιση. Η ανάρρωση από τις ποικίλες επιπλοκές που συνοψίστηκαν στον παραπάνω πίνακα μπορεί να απαιτήσει βδομάδες η μήνες.

Η διαδικασία της ανάρρωσης δεν πρέπει να γίνει εσπευσμένα. Η υπερβολική πρόσληψη υγρών και τρφή επιφέρει αδικαιολόγητα γρήγορη αύξηση βάρους και αυξήσεις του μεταβολικού ρυθμού, όγκο πλάσματος και όγκο εξωκυττάριου υγρού. Αυτές οι αλλαγές επιβραδύνουν την ικανότητα του ατροφήσαντος καρδιακού μυός και μπορούν να οδηγήσουν στην «καρδιά της νηστείας»: καρδιακή διεύρυνση, περιφερικό οίδημα και έκδηλη καρδιακή ανεπάρκεια.

Προς αποφυγή αυτών των συνεπειών, οι ασθενείς πρέπει να πέρνουν μικρές ποσότητες κανινικής τροφής σε συχνά διαστήματα. Η όλη διαίτα θα πρέπει να είναι αυτή που ενδείκνυται για το τωρινό σωματικό βάρος του ασθενούς. Αν οι λάχνες έχουν ατροφήσει μπορεί να κριθεί αναγκαία η χορήγηση τροφών που έχουν ήδη υποστεί πέψη ή ανάλογων τροφών παρεχόμενων ενδοφλεβίως. Επειδή η ασιτία συχνά καταλήγει σε δυσανοχή της λακτόζης, τογάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα δεν πρέπει να χορηγούνται μέχρις ότου οι ασθενείς μπορούν να τα ανεχθούν. Συνεπώς, οι βασικότερες αρχές της διαιτητικής αγωγής περιλαμβάνουν:

- Χορήγηση υγρών από το στόμα ή ενδοφλεβίως για να αποφευχθεί η αφυδάτωση.
- Ηλεκτρολύτες για να εμποδίσουν σημαντικές μεταβολικές εκτροπές.
- Μικρές, συχνές λήψεις κανονικής τροφής.
- Θερμιδική πρόσληψη κατάλληλη για το 100 - 110% του παρόντος σωματικού βάρους.
- Θρεπτική υποστήριξη, αν είναι απαραίτητη, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Αποφυγή τροφών που περιέχουν λακτόζη.
- Περιορισμό του νατρίου για να προληφθεί το οίδημα.

- Θρεπτική υποστήριξη, αν είναι απαραίτητη, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.
- Αποφυγή τρωφών που περιέχουν λακτόζη.
- Περιορισμό του νατρίου για να προληφθεί το οίδημα.
- Συμπληρωματικές δόσεις βιταμινών και μεταλλικών αλάτων, ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες.
- Άσκηση για να προληφθεί η υπερβολική συσσώρευση σωματικού λίπους.⁸

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Ανάγκες : Ενέργεια

Η ζωή και η υγεία των ανθρώπων εξαρτώνται από το συναχή εφοδιασμό τους με θρεπτικές ουσίες που παίρνουν από τον εξωτερικό τους κόσμο.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρουμε περιληπτικά τις σημαντικότερες κατηγορίες θρεπτικών ουσιών που θεωρούνται σήμερα απαραίτητες στην ανθρώπινη διαίτα, τις πηγές τροφών τους, τα σύνδρομα στέρησης και τοξικότητας και τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη τέτοιων συνδρόμων.

Πίνακας 1. Θρεπτικές ανάγκες ενηλίκων

Κατηγορία	Απαραίτητες θρεπτικές ουσίες	Πηγές τροφών	Συμπτώματα έλλειψης Ειδικοί παράγοντες κινδύνου	Συμπτώματα τοξικότητας Ειδικοί παράγοντες κινδύνου
Ενέργεια (θερμίδες)		Πρωτείνες, λίπη, υδατάνθρακες	Απώλεια βάρους Ανάπτυξη, κύηση, τραυματισμός, ασθένειες	Αύξηση βάρους Γενετική, κοινωνικο-μορφωτικοί παράγοντες
Υδατάνθρακες	Φυτικές ίνες	Φυτικές τροφές	Κακή γαστρεντερική λειτουργία και υγεία TPN*, εντερική διατροφή.	τυμπανισμός, σιγμοειδής συστροφή, ελλείψεις μεταλλικών ιχνοστοιχείων
Λίπη	Λινολεικό οξύ, λινολενικό οξύ	Φυτικά σπορέλαια	Έλλειψη απαραίτητων λιπαρών οξέων Πρωρότητα, TPN	
Πρωτείνες	Άζωτο, απαραίτητα αμινοξέα	Κρέας, γαλακτοκομικά,	Πρωτεϊνική-θερμιδική υποθρεψία	Αυξημένο ουρικό οξύ (από λήψη νουκλεϊκού οξέος)

		λαχανικά,δημητριακά	Ανάπτυξη,κύηση, τραυματισμός,ασθένειες	και ουρία ορού (ουραιμία),ασβέστιο στα ούρα,προοδευτική ηπατική δυσλειτουργία
Βιταμίνες Υδροδιαλυτές	Βιταμίνες Β και βιταμίνη C	Οι περισσότερες μη επεξεργασμένες τροφές	Γενικά: ανωμαλίες δερματικές,αιματολογικές, πεπτικές,νευρολογικές. Έλλειψη ποικιλίας στη διαίτα,συγγενείς η επίκτητες ανωμαλίες μεταβολισμού,αλκοολισμό,ναρκωτικά,αιμοκάθαρση	Συνήθως μη τοξικά συμπληρωματικές μεγάλες δόσεις
Λιποδιαλυτές	Βιταμίνες Α, D, E, Κ	Διαιτητικά λίπη	Ανωμαλίες δερματικές,ματιών,οστών,αιματολογικές Δυσασπορρόφηση,φαρμακοθεραπεία	Σε δόσεις 25-100 X συνιστώμενα επίπεδα,όλα είναι τοξικά. Συμπληρωματικές μεγάλες δόσεις
Μεταλλικά άλατα	Μεταλλικά άλατα και ιχνοστοιχεία	Οι περισσότερες μη επεξεργασμένες τροφές	Διάφορες συνέπειες Έλλειψη ποικιλίας στη διαίτα, TPN	Τοξικά σε υψηλές δόσεις Συμπληρωματικές δόσεις
Νερό		Ποτά, τροφή	Αφυδάτωση Ανεπαρκής λήψη, διάρροια,διαβήτης,εγκαύματα,σοκ	Υπερωσμωτικό σύνδρομο Νεφροπάθειες, σηψαιμία, παρεντερικά υγρά

* TPN = Ολική Παρεντερική Διατροφή

Οι βασικές θρεπτικές ουσίες είναι πολυσύνθετες. Περιλαμβάνουν πηγές ενέργειας, ανόργανα μεταλλικά άλατα και περισσότερα από 20 μόρια οργανικών ουσιών - αμινοξέα, λιπαρά οξέα και βιταμίνες - η ικανότητα βιοσύνθεσης των οποίων χάνεται κατά τη μακρά ιστορία της εξέλιξης.

Μία θρεπτική ουσία θεωρείται απαραίτητη αν η στέρησή της, προκαλούμενη είτε από τον τρόπο διατροφής είτε από μεταβολικά αίτια, επιφέρει αναγνωρίσιμα συμπτώματα που εξαφανίζονται όταν η στέρηση εκλείπει.

Έτσι, τόσο η ελλιπής όσο και η υπερβολική λήψη θρεπτικών ουσιών μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα ορισμένων ασθενειών. Η ανεπαρκής λήψη τροφής, εν τούτοις, δεν είναι παρά μία από τις αιτίες της «στερητικής νόσου». Συμπτώματα μπορούν επίσης να προκύψουν από καταστάσεις που σχετίζονται με την όρεξη, την απορρόφηση θρεπτικών ουσιών ή το μεταβολισμό και από καταστάσεις που αυξάνουν τις ανάγκες σε θρεπτικές ουσίες. Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες (βιταμίνες Α,

D, E, και K) και όλα σχεδόν τα μεταλλικά άλατα προκαλούν τοξικά συμπτώματα σε περίπτωση υπερβολικής κατανάλωσης. Η υπερβολική κατανάλωση υδατανθράκων, λιπών η πρωτεϊνών είναι επίσης βλαβερή. Φαίνεται ότι για κάθε θρεπτική ουσία υπάρχουν κάποια όρια μέσα στα οποία η κατανάλωση της είναι ασφαλής και επαρκής. Οι υγιεινές δίαιτες πρέπει να περιέχουν ενέργεια και όλες τις βασικές θρεπτικές ουσίες μέσα σ' αυτά τα επιθυμητά όρια.

Ενέργεια

Η δίαιτα πρέπει να προμηθεύει ενέργεια αρκετή για τη διατήρηση της φυσιολογικής ανάπτυξης και των σωματικών λειτουργιών, για την ικανοποίηση των απαιτήσεων της μυϊκής δραστηριότητας και την επανόρθωση των βλαβών που προκάλεσε κάποια αρρώστια η τραυματισμός. Η λήψη και κατανάλωση ενέργειας στις Η.Π.Α μετριέται σε kilo-calories (kcal). Η διεθνής μονάδα ενέργειας είναι τα kilojoule (kj) $1\text{kcal}=4,2\text{ kj}$ και $1000\text{ kcal}=4,2\text{ megajoules (mj)}$. Η ενέργεια των τροφών απελευθερώνεται στον οργανισμό με την οξείδωση των υδατανθράκων, των λιπών, των πρωτεϊνών και του οινοπνεύματος. Η οξείδωση 1 gm καθαρής ουσίας αποφέρει περίπου 4 kcal σ' ότι αφορά τις πρωτεΐνες η υδατάνθρακες, 9 kcal τα λίπη και 7 cal το οινόπνευμα. Έτσι λοιπόν, τα λίπη περιέχουν διπλάσιο περιεχόμενο ενέργειας ανά μονάδα μάζας σε σχέση με υδατάνθρακες η πρωτεΐνες. Η αλκοόλη επίσης έχει σχετικά υψηλό περιεχόμενο ενέργειας.

Κατανάλωση Ενέργειας

Επειδή η παραγωγή ενέργειας συντελείται μέσω των κύριων μεταβολικών οδών της οξειδωτικής φωσφορυλίωσης η συνολική παραγωγή ενέργειας είναι σχεδόν άμεσα ανάλογη με την κατανάλωση οξυγόνου. Για κάθε λίτρο οξυγόνου που καταναλώνεται, δαπανώνται 4,8 kcal (2 kj). Αυτή η σχέση παρέχει μία χρήσιμη μέθοδο μέτρησης της κατανάλωσης ενέργειας. Σε κάθε άτομο, η κατανάλωση ενέργειας εξαρτάται από τρεις παράγοντες: το βασικό μεταβολισμό, την παραγωγή θερμικής ενέργειας από τα διάφορα τρόφιμα και τη φυσική δραστηριότητα.

1. Βασικός Μεταβολισμός (BEE) είναι η δαπάνη ενέργειας που απαιτείται κατά προσέγγιση για τη διατήρηση βασικών φυσιολογικών δραστηριοτήτων (π.χ. αναπνοή, νεφρική και εγκεφαλική λειτουργία , λειτουργία της αντλίας νατρίου, θερμοκρασία σώματος) κάτω από μία καθορισμένη σειρά συνθηκών.

2. Θερμική Επίδραση («ειδική δυναμική ενέργεια»). Οι όροι αυτοί αναφέρονται στην αύξηση κατανάλωσης ενέργειας που παρατηρείται αμέσως μετά τη λήψη τροφής. Αν και η αύξηση αυτή έχει αποδοθεί στη γαστρική έκκριση, στην πρωτεϊνική σύνθεση και στο «turgor» των πρωτεϊνών, η αιτία της παραμένει αβέβαιη.

3. Φυσική Δραστηριότητα. Σε αντίθεση με την ειδική δυναμική ενέργεια , η μυική δραστηριότητα αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό κλάσμα της συνολικής κατανάλωσης ενέργειας. Λόγω της γραμμικής σχέσης μεταξύ κατανάλωσης ενέργειας και πρόσληψης οξυγόνου, το ενεργειακό κόστος των ποικίλων δραστηριοτήτων μπορεί να μετρηθεί με ευκολία. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε τον παρακάτω πίνακα:8

Πίνακας 2. Κατανάλωση ενέργειας σε συνθήκες σωματικής δραστηριότητας

	Kcal/min	(KJ/min)
Πολύ ελαφριά εργασία Χαρτιά, φαγητό, σιδέρωμα, κατάκλιση, πλέξιμο, γράψιμο, δακτυλογράφηση	< 2,5	(< 10,5)
Ελαφριά εργασία Ευλουργική, καθάρισμα σπιτιού, μαγείρεμα, χορός, ψώνια, πνγκ-πονγκ, περπάτημα	2,5 - 4,9	(10,5 - 20,5)
Μέτρια κοπιαστική εργασία Ποδήλατο (9,5 m την ώρα), κηπουρική, γκολφ, τρίψιμο πατωμάτων, φυτάρισμα, τένις	5 - 7,4	(20,9 - 31)
Βαριά εργασία Μπάσκετμπολ, φήλντ χόκευ, ποδόσφαιρο, κολύμπι (αργό κρόουλ)	7, 5 -9, 9	(31,4, 4 - 41,4)
Πολύ βαριά εργασία Αγώνας ποδηλασίας, κόψιμο δέντρων, μαραθώνιος, σκι σε δύσκολη περιοχή, σκουάς	> 10	(> 41,8)

Data from Katch FI, McArdle WD: Nutrition, Weight Control, and Exercise. Houghton Mifflin, 1977.

Οι αριθμοί σ' αυτόν τον πίνακα δείχνουν ότι η κατανάλωση ενέργειας είναι ανάλογη με το βαθμό της παρατεινόμενης μυικής δραστηριότητας.

Ανάγκη ενέργειας

Η ανάγκη για ενέργεια, στους περισσότερους ενήλικες που διάγουν καθιστική ζωή καλύπτεται με μία ημερήσια λήψη περίπου 2.000 - 3.000 Kcal (8,4 - 12,6 MJ). Το ποσό αυτό αυξάνεται από ορισμένες καταστάσεις, όπως π.χ. σωματική ανάπτυξη, ευρύσωμος τύπος σωματικής ανάπτυξης, κύηση, γαλουχία, υψηλά επίπεδα δραστηριότητας και σοβαρές ασθένειες ή τραυματισμοί.

Το σωματικό βάρος καθορίζεται από το ισοζύγιο ανάμεσα στην ενέργεια που προσλαμβάνεται και στην ενέργεια που δαπανάται.

Έλεγχος Ισοζυγίου Ενέργειας

Αν και είναι σωστό το ότι το σωματικό βάρος καθορίζεται από το ισοζύγιο μεταξύ λήψης και κατανάλωσης ενέργειας, εν τούτοις έτσι υπεραπλουστεύεται ο περίπλοκος χαρακτήρας του φυσιολογικού ελέγχου αυτής της διαδικασίας. Οι περισσότεροι άνθρωποι διατηρούν ένα σχετικά σταθερό σωματικό βάρος παρά τις ευρύτατες - συχνά ασυναίσθητες - διακυμάνσεις τόσο της λήψης τροφής όσο και του βαθμού σωματικής δραστηριότητας.

Τα νευρικά κέντρα ελέγχου του σωματικού βάρους φαίνεται ότι βρίσκονται στην υποθαλαμική περιοχή του εγκεφάλου. Βέβαια ο υποθάλαμος δεν είναι το μοναδικό κέντρο ρύθμισης της λήψης τροφής. Βλάβες και άλλων εγκεφαλικών περιοχών μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη συμπεριφορά όσον αφορά το φαγητό.

Αξίζει να προσέξουμε τον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας. Φυσιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον έλεγχο ισοζυγίου ενέργειας

Παράγοντες που αυξάνουν την όρεξη	Παράγοντες που ελαττώνουν την όρεξη	Παράγοντες που αυξάνουν την κατανάλωση ενέργειας
Υποθαλαμικοί	Άθικτη μεσοκοιλιακή μοίρα του υποθαλάμου	
Άθικτος πλάγιος υποθάλαμος	Βλάβες στις πλάγιες περιοχές του υποθαλάμου	
Γαστρεντερικοί	Στοματική διέγερση	
Νοσημάδα τροφής (γεύση και μυρωδιά)	Γαστρική διάταση	
Λίπη τροφής, σάκχαρα	Έλλειψη ισπρωπίας αμινοξέων	
	Χολοκυστοκινίνη	

Ορμονικοί	Οιστρογόνα	Ορμόνη θυρεοειδούς
Προγεστερόνη	Κατεχολαμίνες	Αδρεναλίνη
Τεστοστερόνη	Ινσουλίνη	
Ενδορφίνες	Καλσιτονίνη	
	Προσταγλανδίνες	
Διάφοροι	Υψηλή θερμοκρασία περιβάλλοντος	Φαίος λιπώδης ιστός
Χαμηλή θερμοκρασία περιβάλλοντος	Υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα	Άσκηση
Stress	Υψηλά επίπεδα λιπιδίων στο αίμα	Νάτριο - κάλιο
Υπερβολικός αριθμός λιποκυττάρων		ΑΤΡάση
Υπογλυκαιμία	Αφυδάτωση	
Εκμάθηση συμπεριφοράς	Πουρίνες	
Λιποπρωτεϊναιμική λιπάση		

Ο μακροσκελής αυτός κατάλογος δείχνει ότι η ρύθμιση του σωματικού βάρους είναι μία διαδικασία εξαιρετικά πολύπλοκη και ελάχιστα κατανοητή. Οδηγεί επίσης στο συμπέρασμα ότι διάφορες «φυσιολογικές» καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν παχυσαρκία και ότι μερικές απ' αυτές μπορούν να υπερνικηθούν με φάρμακα, αλλαγές στη συμπεριφορά ή άσκηση.⁸

Υδατάνθρακες

Οι υδατάνθρακες που περιέχονται στις τροφές δεν είναι αυστηρά αναγκαίοι γιατί μερικά αμινοξέα και η γλυκερίνη των τριγλυκεριδίων μπορούν να μετετραπούν σε γλυκόζη. Η έλλειψη τους όμως, προκαλεί οξοναιμία και συνεπάγεται υπερβολική κατανάλωση του λευκόματος του σώματος καθώς και σημαντικές απώλειες αλάτων και νερού. Μία καθημερινή λήψη 150 - 250 gm υδατανθράκων μπορεί να προλάβει αυτά τα φαινόμενα. Οι υδατάνθρακες των τροφών περιλαμβάνουν τα σάκχαρα (απλοί υδατάνθρακες) καθώς επίσης και το άμυλο και τις φυτικές ίνες (σύνθετοι υδατάνθρακες).

1. Σάκχαρα

Τα σημαντικότερα σάκχαρα των τροφών είναι η γλυκόζη και η φρουκτόζη όπου ανήκουν στους μονοσακχαρίτες καθώς και η σακχαρόζη, λακτόζη και μαλτόζη που ανήκουν στους δισακχαρίτες.

2. Γλυκύτητα

Η γλυκύτητα εξαρτάται από τη συγκέντρωση, τη θερμοκρασία, το pH, το περιεχόμενο του διαλυτικού μέσου, καθώς επίσης και από την ευαισθησία του δοκιμαστή. Το γλυκύτερο σάκχαρο είναι η φρουκτόζη, ειδικά όταν είναι κρύα και υγρή. Τα σάκχαρα, πάντως, δεν είναι τόσο γλυκά όσο οι τεχνητές γλυκαντικές ουσίες όπως η σακχαρίνη, τα κυκλαμικά ή η ασπαρτάμη.

Επιδράσεις στην υγεία

Σακχαρόζη. Τα σάκχαρα - και ιδιαίτερα η σακχαρόζη - θεωρούνται γενικά ότι ασκούν ανεπιθύμητες επιδράσεις στην υγεία. Τα σάκχαρα στερούνται σχεδόν παντελώς απαραίτητων θρεπτικών ουσιών και έτσι συνεισφέρουν «κενές θερμίδες» στην διαίτα. Οι πληθυσμοί που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες σακχαρόζης τείνουν να παρουσιάζουν σε υψηλή συχνότητα τερηδόνα και ορισμένες χρόνιες παθήσεις, όπως καρδιοπάθεια, διαβήτη και παχυσαρκία. Ενώ η κατανάλωση σακχαρόζης είναι σαφώς ο κυριότερος αιτιολογικός παράγοντας της φθοράς των δοντιών.

Φρουκτόζη. Παρ'ότι πιστεύεται ότι η φρουκτόζη απορροφάται βραδύτερα από τη γλυκόζη, χρησιμοποιείται γρηγορότερα από τους ιστούς. Σαν αποτέλεσμα, η φρουκτόζη των τροφών δεν προκαλεί μεγάλη αύξηση της γλυκόζης και της ινσουλίνης στο αίμα. Επιπλέον η ινσουλίνη δεν είναι απαραίτητη για την είσοδο της φρουκτόζης στα κύτταρα. Οι απαιτούμενες ποσότητες της είναι μικρότερες, αφού η γλυκαντική της ικανότητα είναι μεγάλη. Γι'αυτούς ακριβώς τους λόγους, η χρήση φρουκτόζης έχει προταθεί σαν ασφαλής εναλλακτική λύση σε σχέση με τη σακχαρόζη για ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη. Αρκετές εργασίες, εν τούτοις, αμφισβητούν την ασφάλεια της πρόσληψης φρουκτόζης.⁸

Κληρονομική δυσανοχή φρουκτόζης. Τόσο η σακχαρόζη όσο και η φρουκτόζη πρέπει να αποφεύγονται τελείως από ασθενείς που παρουσιάζουν κάποια έλλειψη στην αλδολάση που μεταβολίζει το φρουκτόζο -1- φωσφορικό οξύ. Η συσσώρευση του φρουκτόζο -1- φωσφορικού οξέος έχει σαν άμεση συνέπεια την πρόκληση κοιλιακού πόνου, έμετου και υπογλυκαιμίας. Παρατεταμένη έκθεση στη διαιτητική φρουκτόζη - ακόμα και σε χαμηλά επίπεδα - προκαλεί διόγκωση του ήπατος, προβλήματα στα νεφρά και επιβράδυνση της ανάπτυξης.⁸

Σύνθετοι υδατάνθρακες.

Αμυλο. Οι δίαιτες που περιέχουν μεγάλη αναλογία ενέργειας με τη μορφή αμυλούχων τροφών (π.χ. σιτάρι, ρύζι, πατάτες, φασόλια) σχετίζονται με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης χρονίων νοσημάτων, θεωρούνται πολύ υγιεινές και συνιστώνται ανεπιφύλακτα. Οι τροφές αυτές, όταν βρίσκονται σε μορφή ακατέργαστη, προσφέρουν σε αφθονία βιταμίνες, μεταλλικά άλατα και φυτικές ίνες, αλλά η ενέργεια που περιέχουν είναι σχετικά χαμηλή.

Φυτικές ίνες. Οι φυτικές ίνες αναφέρονται στα τοιχώματα του φυτικού κυττάρου (π.χ. κυτταρίνη, λιγνίνη, κόμμι, πηκτίνη) που δεν υπόκεινται σε πέψη από τα ανθρώπινα εντερικά ένζυμα. Οι φυτικές ίνες προσδίδουν στη δίαιτα όγκο, απορροφούν νερό μέσα στο έντερο και παράγουν μαλακώτερα κόπρανα και σε μεγαλύτερη ποσότητα, που αποβάλλονται εύκολα. Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν συσχετίσει τις δίαιτες που περιέχουν μεγάλη ποσότητα φυτικών ινών με χαμηλή συχνότητα εκκολπωμάτων του εντέρου, καρκίνου του κόλου και άλλων ασθενειών του πεπτικού συστήματος. Οι φυτικές ίνες μειώνουν τα επίπεδα της χοληστερόλης του ορού και σύμφωνα με στοιχεία που έχουν αναφερθεί, μειώνουν σημαντικά τα επίπεδα σακχάρου και ινσουλίνης στο αίμα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Λίπη

Τα διαιτητικά λίπη αποτελούν μία συμπυκνωμένη πηγή ενέργειας. Ενεργούν σαν διαλύτες στην απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών και είναι η πηγή του λινολειακού οξέος, ενός θρεπτικού συστατικού. Τα λιπαρά οξέα και η χοληστερόλη αποτελούν τις δύο σημαντικότερες κατηγορίες τροφικών λιπών.

1. Λιπαρά οξέα .

Τα λιπαρά οξέα μπορεί να είναι κορεσμένα(καθόλου διπλοί δεσμοί), μονοακόρεστα (1 διπλός δεσμός) η πολυακόρεστα (περισσότεροι από 1 διπλοί δεσμοί). Τα πολυκεκορεσμένα λίπη είναι στερεά σε θερμοκρασία δωματίου λιώνουν μόνον όταν θερμαίνονται. Τα πολυακόρεστα λίπη παραμένουν υγρά ακόμα και όταν καταψύχονται. Κατά κανόνα, τα ζωικά λίπη τείνουν να είναι πλουσιότερα σε κεκορεσμένα λιπαρά οξέα και φτωχότερα σε λινολειακό οξύ απ'ότι τα φυτικά λίπη.

Μεταβολισμός. Τα διαιτητικά λιπαρά οξέα δεν αποικοδομούνται στη διάρκεια της πέψης, της απορρόφησης η της μεταφοράς. Αντ'αυτού , τα τριγλυκερίδια που βρίσκονται στις τροφές υδρολύονται στο έντερο γιά να

αποδώσουν ελεύθερα λιπαρά οξέα που στη συνέχεια, απορροφώνται και ανασυγκροτούνται σε νέα τριγλυκερίδια στον εντερικό βλεννογόνο.⁸

2. Χοληστερόλη .

Η χοληστερόλη είναι πρόδρομος ουσία των γεννητικών ορμονών και της βιταμίνης D και σημαντικό συστατικό όλων των κυτταρικών μεμβρανών.

Η χοληστερόλη δεν είναι βασική θρεπτική ουσία γιατί συντίθεται μέσα στο σώμα από το ακετυλ-συνένζυμο Α. Παρ'όλα αυτά, μεγάλη ποσότητα χοληστερόλης προσλαμβάνεται από τις τροφές. Φυσιολογικά, η προερχόμενη από τη διαίτα χοληστερόλη αναστέλλει την ενδογενή της σύνθεση αλλά όταν αστοχήσει ο μηχανισμός αυτής της αντίστροφης αλληλορύθμισης, τα επίπεδα της χοληστερόλης του ορού τότε ανεβαίνουν με επακόλουθο την αύξηση του κινδύνου στεφανιαίας νόσου.

Πηγές τροφών

Στον παρακάτω πίνακα αναγράφονται οι κυριότερες πηγές χοληστερόλης

Πίνακας. Περιεχόμενο χοληστερόλης στις τροφές, μερίδες 100 gm*

Τροφή	mg χοληστερόλης/ μερίδες 100 gm	Τροφή	mg χοληστερόλης / μερίδες 100 gm
Αυγά (περίπου 2)	550	Τυρί	
		τύπου Cottage, χωρίς προσθήκη λίπους	8
		τύπου Cottage, με προσθήκη λίπους	15
		τύπου American	96
		τύπου Cheddar	106
		τύπου Cream	120
Κρέατα		Παγωτά	
		τύπου ice-milk	14

		παγωτά με 12% λιπαρά	60
		τύπου Soft Vanilla	89
Βοδινό	70	Γάλα	
Χοιρινό	70	Αποβουτυρωμένο	2
Κοτόπουλο	60	Με λίγα λιπαρά	8
τύπου Βολογνα	100	Πλήρες	14
Συκώτι, μοσχαρίσιο	300		
Θαλασινά			
Τόνος	60		
Γαρίδες	150		
Αστακός	200		
Χαβιάρι	250		
Βούτυρο	220		

* Data from Bowew and Church's Food Values of Portions Commonly Used, 13th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1980

Όλη η ποσότητα που προέρχεται από τη διαίτα αντλείται από τις ζωικές τροφές ειδικά αυτές με υψηλό περιεχόμενο λίπους. Τα αυγά αποτελούν τη μεγαλύτερη πηγή, αλλά σημαντικές ποσότητες επίσης περιέχουν το κρέας και τα γαλακτοκομικά προϊόντα.

Η χοληστερόλη δεν είναι πηγή ενέργειας γιατί οι ανθρώπινοι ιστοί δεν μπορούν να την καταβολίσουν. Η χοληστερόλη και τα παράγωγά της εκκρίνονται στη χολή.

Εντεροηπατικός κύκλος.

Αν και τα κόπρανα αποτελούν το κύριο μέσο αποβολής της χοληστερόλης, ένα μικρό μόνο κλάσμα της χάνεται κατ'αυτόν τον τρόπο. Το μεγαλύτερο μέρος της

απορροφάται και πάλι στον ειλεό και μεταφέρεται στο ήπαρ μέσω του εντεροηπατικού κύκλου.

Λίπη και υγεία .

Έχει δειχθεί ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ διαιτών με μεγάλη περιεκτικότητα σε λίπη και υψηλής συχνότητας εμφάνισης ορισμένων χρονίων καταστάσεων: στεφανιαίας νόσου, καρκίνου του εντέρου και του μαστού, νόσων της χοληδόχου κύστεως και παχυσαρκίας.

Η υψηλή ενεργειακή αξία του λίπους εξηγεί τη σχέση του με την παχυσαρκία. Η σχέση του όμως με τις άλλες νοσηρές καταστάσεις δεν έχει τεκμηριωθεί με βεβαιότητα. Οι περισσότερες σύγχρονες δίαιτες, εν τούτοις, συνιστούν τον περιορισμό του λίπους στο 30 - 40% της συνολικής ενέργειας και τον περιορισμό της κατανάλωσης χοληστερόλης σε 300 mg την ημέρα η και λιγότερο.

Πρωτεΐνες

Η πρωτεΐνη αποτελεί πηγή των απαραίτητων αμινοξέων και του αζώτου που χρειάζεται για τη σύνθεση των μη-βασικών αμινοξέων, των πυρηνικών οξέων και άλλων αζωτούχων χημικών ενώσεων. Το άζωτο στις πρωτεΐνες των τροφών προέρχεται από τη βιολογική αναγωγή η την καθήλωση του αδρανούς αζώτου στον αέρα. Η διαδικασία αυτή εκπληρώνεται βιολογικά από βακτηρίδια που αποκίζουν ορισμένες περιοχές της ρίζας των οσπρίων και από ορισμένα φύκια.

Διακίνηση πρωτεϊνών.

Το ποσό κάθε πρωτεΐνης στο σώμα εξαρτάται από τους χαρακτηριστικούς ρυθμούς σύνθεσης και αποικοδόμησης του. Γενικά οι ρυθμιστικές πρωτεΐνες διακινούνται ταχύτερα από τις δομικές πρωτεΐνες. Η διακίνηση των πρωτεϊνών εξισορροπείται με ακρίβεια και η υπέρμετρη λήψη πρωτεϊνών δεν αυξάνει τη συσσώρευσή τους στο σώμα. Οι ρυθμοί της διακίνησης εν τούτοις είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι στη λήψη τροφής , αυξάνονται μετά από λήψη γεύματος, ενώ μειώνονται κατά τη φάση νηστείας. Η επαναχρησιμοποίηση των αμινοξέων από το σώμα είναι έντονη. Αν και το σώμα των ενηλίκων διασπά καθημερινά 200 - 500 gm πρωτεΐνης, η αποβολή των αμινοξέων μόλις φθάνει τα 20 - 30 gm. Τα υπόλοιπα αμινοξέα επανασυντίθεται σε πρωτεΐνη.

Η σύνθεση της πρωτεΐνης συντελείται μόνο όταν όλα τα 20 αμινοξέα είναι άμεσα διαθέσιμα για το σχηματισμό πολυπεπτιδίων.

Δεδομένου ότι η διατήρηση επαρκών αποθεμάτων πρωτεΐνης είναι ένας σπουδαιότερος στόχος της διατροφής, οι μέθοδοι αύξησης της σύνθετης πρωτεΐνης και μείωσης της διάσπασης της ενέχουν μεγάλη κλινική σημασία. Ο ρυθμός διάσπασης της πρωτεΐνης αυξάνεται μετά από τραύματα, εγκαύματα, σε σηπτικές και άλλες σοβαρές παθήσεις. Η σύνθεση πρωτεΐνης ελαττώνεται στη διάρκεια της υποθρεψίας, της ακινησίας και του γήρατος.

Ανάγκες σε πρωτεΐνη

Πρέπει να γίνεται αρκετή κατανάλωση πρωτεΐνης ώστε να αντικαθίστανται απαραίτητα αμινοξέα και το άζωτο που χάνονται με την πρωτεϊνική διάσπαση, την αποβολή με τα ούρα, τα κόπρανα, τον ιδρώτα και το σάλιο ή τις απώλειες μέσω του δέρματος, των μαλλιών ή των νυχιών. Σε μία δίαιτα ελεύθερη πρωτεΐνης, οι απώλειες αζώτου έχει εκτιμηθεί ότι φθάνουν συνολικά τα 54 kg/kg σωματικού βάρους ή 3,9 gπ την ημέρα για ένα άτομο βάρους 70 kg.

Τα επιτρεπόμενα ποσά σε πρωτεΐνη πρέπει να αυξάνονται για να αντιμετωπισθούν οι βιοσυνθετικές απαιτήσεις της ανάπτυξης, της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας για να αντισταθμισθούν τα υψηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας κατά την εργασία ή την άσκηση για να διατηρηθεί το ισοζύγιο αζώτου στους ηλικιωμένους και να αντικατασταθούν οι υπερβολικές απώλειες που οφείλονται σε διάρροια, συρίγγια, παροχέτευση αποστημάτων, λευκωματουρία, απώλεια της ακεραιότητας του δέρματος ή πρωτεϊνικό καταβολισμό που προκλήθηκε από ασθένεια ή τραυματισμό.

Οι δίαιτες που είναι πλούσιες σε πρωτεΐνη δεν παρέχουν ιδιαίτερα πλεονεκτήματα και μπορούν πράγματι να αποβούν επιζήμιες. Έχει δειχθεί ότι προκαλούν κάμψη στους ρυθμούς ανάπτυξης των αρουραίων, έχουν τοξικές επιπτώσεις στα πρόωρα βρέφη και σχετίζονται με αυξημένες απώλειες ασβεστίου στους ενήλικες. Η υψηλή πρόσληψη πρωτεΐνης έχει επίσης θεωρηθεί υπεύθυνη για μία προοδευτικά εξελισσόμενη νεφρική «δυσλειτουργία» των υπερηλικών.

Βιταμίνες

Οι βιταμίνες περιλαμβάνουν 13 διαφορετικά οργανικά μόρια που το ανθρώπινο σώμα δεν συνθέτει σε επαρκείς ποσότητες. Αν και είναι ετερογενείς σε χημική δομή και λειτουργία μπορούν να ταξινομηθούν εύκολα σε δύο σημαντικές κατηγορίες, υδροδιαλυτές και λιποδιαλυτές.

1. Υδροδιαλυτές βιταμίνες

Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει τις βιταμίνες του συμπλέγματος Β δηλαδή βιοτίνη, κοβαλαμίνη (Β 12) ,φυλικό οξύ (Β9), νιασίνη, παπθοθενικό οξύ, πυριδοξίνη (Β6), ριβοφλαβίνη, θειαμίνη και το ασκορβικό οξύ (βιταμίνη C).

Πηγές τροφών . Οι υδροδιαλυτές βιταμίνες βρίσκονται στις ίδιες ομάδες τροφών: δημητριακά μ' ολόκληρο τον καρπό, όσπρια, φυλλώδη λαχανικά, κρέας και γαλακτοκομικά προϊόντα. Το ασκορβικό οξύ και η βιταμίνη Β12 όμως αποτελούν εξαιρέσεις. Πηγή του ασκορβικού οξέος αποτελούν μόνο οι φυτικές τροφές, τα φρέσκα φρούτα (ειδικά τα εσπεριδοειδή) και τα λαχανικά. Η σύνθεση της βιταμίνης Β12 πραγματοποιείται από μικροοργανισμούς ,που στη συνέχεια ενσωματώνονται στους ζωικούς ιστούς. Οι φανατικοί χορτοφάγοι που δεν τρώνε καθόλου προϊόντα ζωικής προέλευσης ,διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης έλλειψης βιταμίνης Β12 και μπορεί να χρειασθούν συμπληρώματα από το στόμα.

Μεταβολισμός. Ο μεταβολισμός των περισσότερων υδροδιαλυτών βιταμινών είναι επίσης παρεμφερής. Απορροφώνται στο έντερο, αποθηκεύονται δεσμευμένες στα ένζυμα η μεταφέρουν πρωτεΐνες και εκκρίνονται στα ούρα όταν τα επίπεδα πλάσματος υπερβαίνουν τα όρια του νεφρού. Αυτές οι βιταμίνες πρέπει να παρέχονται συχνά μέσω της διαίτας αν και τα ιστικά αποθέματα μπορεί να μην εξαντληθούν για εβδομάδες («φυλλικό οξύ»), μήνες (ασκορβικό οξύ) η ακόμα και για χρόνια (βιταμίνη Β12).

Ελλείψεις. Η έλλειψη υδροδιαλυτών βιταμινών επιδρά στους ιστούς που αναπτύσσονται η που παρουσιάζουν ταχύ μεταβολικό ρυθμό. Τα συμπτώματα έλλειψης σχεδόν πάντα περιλαμβάνουν δερματίτιδα, αναιμία, πλημμυλή απορρόφηση, διάρροια, νευρολογικές ανωμαλίες και ανωμαλίες στοματικές, όπως ούλα που ματώνουν (βιταμίνη C), γλωσσίτιδα (βιταμίνες του συμπλέγματος Β) η γωνιώδη στοματίτιδα (ριβοφλαβίνη).

Τοξικότητα. Λόγω του ότι οι υπερβάλλουσες ποσότητες αποκκρίνονται από τον οργανισμό, οι υδροδιαλυτές βιταμίνες είναι σχετικά μη τοξικές, αν και έχουν αναφερθεί σποραδικά συμπτώματα σε άτομα που προσλαμβάνουν πολύ μεγάλες ποσότητες βιταμίνης β6, νιασίνης και ασκορβικού οξέος.

Θεραπεία με μεγάλες δόσεις. Δόσεις υδροδιαλυτών βιταμινών 25 - 100 φορές μεγαλύτερες από τις ποσότητες που απαιτούνται για να αποφευχθούν τα συμπτώματα έλλειψης έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη η

θεραπεία καταστάσεων όπως το κοινό κρυολόγημα, ο καρκίνος και ποικίλες ψυχιατρικές διαταραχές.

2. Λιποδιαλυτές βιταμίνες . (A, D, E, K). Οι βιταμίνες αυτές καταναλώνονται , απορροφώνται, μεταφέρονται, μεταβολίζονται και αποθηκεύονται μαζί με το λίπος. Δεν αποβάλλονται με τα ούρα σε αξιόλογα ποσά και γι' αυτό μπορούν να συσσωρευθούν στους ιστούς ασκώντας τοξικές ενέργειες.⁸

Μεταβολισμός. Η απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών απαιτεί διαιτητικό λίπος και χολή η πλημμελής απορρόφηση ή η απόφραξη των χοληφόρων οδών οδηγεί σε έλλειψη. Μεταφέρονται μέσω λιποπρωτεϊνών η ειδικών πρωτεϊνών και αποθηκεύονται στο ήπαρ και στο λιπώδη ιστό. Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες εκκρίνονται στη χολή και είτε απορροφώνται ξανά μέσω του εντεροηπατικού κύκλου η εκκρίνονται στα κόπρανα. Μερικοί μεταβολιτές μπορεί να αποβληθούν με τα ούρα.

Έλλειψη . Ελλείψεις λιποδιαλυτών βιταμινών απαντώνται πρώτιστα σε μικρά παιδιά το σώμα των οποίων στερείται επαρκών αποθεμάτων αντίθετα είναι σπάνιες στους ενήλικες.

Τοξικότητα. Τα σύνδρομα τοξικότητας των βιταμινών Α και Δ έχουν περιγραφεί και καθορισθεί με ακρίβεια. Η βιταμίνη Κ έχει αποδειχθεί ότι είναι τοξική όταν παρέχεται σε υδροδιαλυτή μορφή. Πόνοι των οστών, θάμπωμα στην όραση και διάφορα άλλα συμπτώματα έχουν αποδοθεί στην υπερκατανάλωση βιταμίνης Ε. Οι υπερβιταμινώσεις από λιποδιαλυτές βιταμίνες μπορεί κάποτε να αποτελούν συνέπεια οξείας δηλητηρίασης αλλά συχνότερα προκαλούνται από υπερβολική κατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Η συμπληρωματική παροχή λιποδιαλυτών βιταμινών μπορεί να αποβεί επιβλαβής και γι' αυτό το λόγο δεν πρέπει να συνίσταται, εκτός αν συντρέχουν λόγοι θεραπευτικοί. Ενδείκνυται μόνο για ασθενείς με ειδικές ελλείψεις βιταμινών η με μεταβολικές διαταραχές που ανταποκρίνονται στις βιταμίνες. Είναι επίσης κατάλληλα για άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο ελλιπούς θρέψης: πρόωρα βρέφη, ασθενείς και τραυματίες και ίσως ακόμα και έγκυες γυναίκες και ηλικιωμένες.

Νερό.

Ανάγκες. Το νερό είναι απαραίτητο για την αντικατάσταση της καθημερινής απώλειας σε υγρά μέσω του δέρματος, των πνευμόνων, των κοπράνων και των

ούρων. Το μέγεθος αυτών των απωλειών ποικίλλει ευρύτατα και αυξάνεται σημαντικά στις υψηλές θερμοκρασίες, σε ξηρά κλίματα, κατά την έντονη σωματική άσκηση και σε νοσηρές καταστάσεις, όπως πυρετό, διάρροια και συρίγγια. Η ποσότητα των ούρων εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την απέκκριση της ουρίας, του χλωριούχου νατρίου και σε μικρότερο βαθμό άλλων ωσμωτικά ενεργών διαλυτών ουσιών.

Οι ποσότητες ουρίας και χλωριούχου νατρίου που πρέπει να εκκριθούν καθορίζονται από τη διαιτητική πρόσληψη πρωτεΐνης και αλατιού. Η πρόσληψη πρωτεΐνης και αλατιού πρέπει να ελαττωθεί αν η ικανότητα του νεφρού να εκκρίνει νερό είναι ελαττωμένη.

Το μεγαλύτερο μέρος του νερού που αναπληρώνει τις απώλειες εξασφαλίζεται με τη λήψη νερού και διαφόρων ποτών, αλλά σημαντικές ποσότητες προσλαμβάνονται επίσης με την τροφή η προέρχονται από το μεταβολισμό των στοιχείων της τροφής. Δεν έχει επιτευχθεί μέχρι στιγμής ο ορισμός της ελάχιστης ανάγκης του οργανισμού, λόγω των μεγάλων αποκλίσεων που σημειώνονται στην καθημερινή ποσότητα πρόσληψης και απώλειας νερού.

Αφυδάτωση. Το ισοζύγιο μεταξύ πρόσληψης και απώλειας νερού ρυθμίζεται από την υποθαλαμική έκκριση της αντιδιουρητικής ορμόνης, της αργινίνης αγγειοπιεστίνης. Η αποτυχία της επακριβούς ρύθμισης του ισοζυγίου του νερού μπορεί να έχει σαν συνέπεια την αφυδάτωση ή τη δηλητηρίαση «δ'ύδατος». Αφυδάτωση επέρχεται όταν η πρόσληψη νερού είναι περιορισμένη ή όταν οι απώλειες υγρών είναι υπερβολικά μεγάλες, όπως συμβαίνει στις περιπτώσεις της ουραιμίας, της διάρροιας, των εγκαυμάτων ή του καύσωνα. Τόσο το νερό όσο και οι ηλεκτρολύτες πρέπει να αντικαθίστανται για να αντισταθμίσουν τις απώλειες σε περίπτωση ασθενείας. Μετά από κοπιαστική άσκηση, όμως, είναι σημαντικότερη η παροχή νερού από την παροχή αλατιού, ο ιδρώτας είναι υπότονος σε σύγκριση με το εξωκυττάριο υγρό από το οποίο προέρχεται.

Δηλητηρίαση. Η δηλητηρίαση «δ'ύδατος» μπορεί να αποτελεί συνέπεια νεφρικής νόσου, υπέρμετρης έκκρισης αργινίνης αγγειοπιεστίνης και ελαττωματικής ρύθμισης της παρεντερικής χορήγησης υγρών.

Σχέση διατροφής και γήρατος

α) Δίαιτα και Γήρας

Η πρώτη πειραματική απόδειξη ότι ο περιορισμός της θερμιδικής πρόσληψης είναι δυνατόν να επηρεάσει τον χρόνο επιβίωσης των ζώων, ανφέρθηκε το 1935. Οι ερευνητές απέδειξαν ότι οι ποντικοί, των οποίων η αύξηση είχε σχεδόν απόλυτα παύσει μετά από σοβαρό περιορισμό της τροφής για ορισμένο χρονικό διάστημα, έζησαν περισσότερο από άλλους πόντικούς που διατρέφονταν ελεύθερα. Ένας σχετικά πύο ήπιος περιορισμός της τροφής καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, έχει αποδειχθεί επίσης, ότι αυξάνει τη μακροβιότητα των ποντικών.

Οι Ross και Bras (1974) έδειξαν ότι η συχνότητα των διαφόρων τύπων όγκων και οι διάφορες ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία μπορούν να μεταβληθούν με διαιτολογικές τροποποιήσεις. Οι ποντικοί της έρευνας είχαν ελεύθερη εκλογή από τρεις απόλυτα ισοζυγισμένες δίαιτες, οι οποίες διέφεραν μεταξύ τους μόνο στο ποσό της ζάχαρης και των πρωτεϊνών που περιείχαν. Στην ομάδα της απόλυτης εκλογής οι ποντικοί ήταν ελεύθεροι να καταναλώσουν ότι προτιμούσαν και σε όση ποσότητα ήθελαν. Για σύγκριση υπήρχαν άλλες τρεις ομάδες ποντικών που διατρέφονταν με δίαιτες που ήταν με περιορισμένη, μέση και υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη. Οι ποντικοί με την απόλυτη εκλογή αυξήθηκαν γρηγορότερα από τους άλλους και έφθασαν σε μεγαλύτερο βάρος, αλλά εμφάνισαν πολύ μεγαλύτερη συχνότητα όγκων και ασθενειών από τους νεφρούς, την καρδιά και τον προστάτη. Τα δύο τρίτα των ποντικών αυτών την εποχή του θανάτου τους είχαν τρεις ή τέσσερις ασθένειες, ενώ οι ποντικοί που διατρέφονταν με δίαιτες με περιορισμένη, μέση και υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη, κατά την εποχή του θανάτου τους, είχαν αντίστοιχα 9%, 26% και 28% πολλαπλές ασθένειες.⁷

Ο Ross έδειξε επίσης ότι όταν η διάρκεια ζωής των ποντικών ήταν μεγαλύτερη, που σημαίνει ότι οι καμπύλες επιβίωσης μετακινούνται προς τα δεξιά στην κλίμακα του χρόνου, οι διάφορες παράμετροι γήρατος επίσης μετακινούνται προς τα δεξιά, όπως οι μεταβολές στο κολλαγόνο, οι τύποι των ηπατικών ενζύμων, καθώς και η συχνότητα των ασθενειών του γήρατος. Οι ασθένειες αυτές, σύμφωνα με τους Simms, έχουν στενές ομοιότητες στον ποντικό και στον άνθρωπο και κατέχουν σημαντική θέση για τον καθορισμό της μακροβιότητας στα δύο αυτά είδη.

Επομένως, τα αποτελέσματα των πειραμάτων σε ζώα αποδεικνύουν:

(1) ότι ο υποσιτισμός στη νεαρή ηλικία επιταχύνει την ωριμότητα και ελαττώνει τη διάρκεια της ζωής τους και

(2) ο υπερσιτισμός μετά την ωριμότητα - ενηλικίωση - ελαττώνει τη διάρκεια ζωής και αυξάνει των πιθανότητα για ορισμένες ασθένειες του γήρατος.

β) Φυσιολογικές Αλλαγές με την Ηλικία

Το γήρας συνδέεται με κάποια μείωση στις μέσες τιμές για πολλές φυσιολογικές λειτουργίες. Ο όγκος παλμού στην ηρεμία ελαττώνεται κατά 30%, η νεφρική διήθηση κατά 50%, η μέγιστη αναπνευστική ικανότητα και η μέγιστη πρόσληψη O_2 κατά 60 - 70% σε άτομα που η ηλικία τους κυμαίνεται από 30 - 38 έτη. Η διαφορά των φυσιολογικών αυτών δεικτών, γινόταν ακόμη μεγαλύτερη με την ηλικία. Επομένως, η επίδραση της ηλικίας είναι εξαιρετικά ατομική και η χρονολογική ηλικία μόνη της ένας πολύ φτωχός δείκτης της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού.⁷

Διαιτητικές απαιτήσεις για τους Ηλικιωμένους.

Οι διαιτητικές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι όμοιες με αυτές των ενηλίκων με μόνη διαφοροποίηση τη μείωση του ποσού των λαμβανομένων θερμίδων με τη πάροδο της ηλικίας. Αυτό οφείλεται σε:

1. Μεταβολές του βάρους του σώματος
2. Μεταβολές της σύνθεσης του σώματος
3. Μείωση του βασικού μεταβολισμού
4. Μείωση της φυσικής δραστηριότητας.

Οι αναλογίες στο διαιτολόγιο του ηλικιωμένου των υδατανθράκων, λιπιδίων και πρωτεϊνών πρέπει να είναι ίδιες με αυτές που αφορούν στον άλλο πληθυσμό, δηλαδή το 50% της θερμιδικής πρόσληψης να προέρχεται από υδατάνθρακες, 30% από λίπη και 20% από λευκώματα.⁸

Το Εθνικό Συμβούλιο Ερευνών των Η.Π.Α. συνιστά για τους υπερήλικες την ίδια ημερήσια πρόσληψη σε λευκώματα που ισχύει για τους ενήλικες 25 ετών, δηλαδή 0,9 gr λευκώματος τη μέρα σε κάθε kg σωματικού βάρους.

Η διατροφή του ηλικιωμένου πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Να περιέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά, με υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες, άλατα, βιταμίνες και καλά ισορροπημένη. Ο λόγος που πρέπει να χορηγούνται σε μεγαλύτερες ποσότητες από το κανονικό είναι η μειωμένη απορρόφησή τους και κυρίως των πρωτεϊνών, στην ηλικία αυτή, με αντίκτυπο στην

υγεία τους. Όταν η έλλειψη σε πρωτεΐνες είναι μικρή, εκδηλώνεται με αίσθηση αδυναμίας και κόπωσης. Όταν είναι μεγάλη, έχει αποτέλεσμα τη φθορά των ιστών και τη βλάβη των οργάνων, τη μείωση των λειτουργιών του σώματος και αυξημένη ευαισθησία στις διάφορες λοιμώξεις. Οι ανάγκες σε πρωτεΐνες, ασβέστιο και σίδηρο καλύπτονται με τη λήψη ημερησίως της απαιτούμενης ποσότητας κρέατος. Έτσι, με το ασβέστιο προλαμβάνεται η ευθραυστότητα και η παραμόρφωση των οστών και με το σίδηρο η αναιμία που παρατηρείται στα ηλικιωμένα άτομα, γιατί δεν τρώνε επαρκή ποσότητα κρέατος. Ένας από τους λόγους που τα ηλικιωμένα αυτά άτομα δεν τρώνε κρέας είναι γιατί δεν μπορούν να το μασήσουν εύκολα. Πάντως ένα από τα γεύματα της ημέρας πρέπει να περιλαμβάνει κρέας, ψάρι, η πουλερικά, ενώ μιά φορά την εβδομάδα να δίνεται συκώτι. Οι πρωτεΐνες του κρέατος πρέπει να συμπληρώνονται με γάλα, αυγά και τυρί. Το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα αποτελούν και πηγές πλούσιες σε ασβέστιο και σε ορισμένες βιταμίνες.⁹

Γλυκά μπορεί να χορηγούνται, αλλά δεν πρέπει αυτά να αντικαταστούν τροφές που δίνουν στο σώμα τις απαραίτητες πρωτεΐνες, άλατα και βιταμίνες.

2. Να είναι εύγεστη, να περιέχει καρυκεύματα και αρωματικές ουσίες, σύμφωνα πάντα με τις απαιτήσεις, επιθυμίες ή την ανεκτικότητα του ατόμου, γιατί οι άγευστες απλές τροφές δεν διεγείρουν την όρεξη ούτε ικανοποιούν γευστικά.

Μία καινούρια γεύση, κάτι πιο πικάντικο, συχνά αποδεικνύεται πως είναι το ερέθισμα που χρειάζεται, για να αντιμετωπισθεί η ανορεξία και η έλλειψη ενδιαφέροντος στο φαγητό.

3. Να είναι πλούσια σε κυτταρίνη για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας. Τα φρούτα πρέπει να συμπληρώνουν όλα τα γεύματα και ιδίως το πρόγευμα.

Να χρησιμοποιούνται άφθονα υγρά, χυμοί φρούτων και ζωμοί λαχανικών και χόρτων.

Η τροφή να μαγειρεύεται απλά, να αποφεύγονται οι πολλές σάλτσες, τα καρυκεύματα, τα τηγανητά.

4. Να είναι πλούσια σε ασβέστιο, διότι μία από τις συνέπειες της γήρανσης είναι η βαθμιαία απώλεια της οστικής μάζας. Όταν οι απώλειες είναι σοβαρές, επέρχεται η οστεοπόρωση με αποτέλεσμα και ο παραμικρός τραυματισμός να μπορεί να καταλήξει σε κάταγμα, όταν η κατάσταση είναι προχωρημένη.⁹

5. Να είναι πλούσια σε σίδηρο, για την πρόληψη αναιμιών, σχετιζόμενες με τη διατροφή, όπως είναι η αδυναμία χρησιμοποίησης σιδήρου, βιταμίνης Β12 η φυλλικού οξέος.

Διατροφικές διαταραχές στους υπερήλικους και Αιτιολογία τους

Ο ατομικός τύπος της διαίτας, για την πλειονότητα των ηλικιωμένων, παραμένει όμοιος με εκείνον που καθιερώθηκε από αποκτημένες συνήθειες σε μία νεότερη ηλικία.

Παρ'όλα αυτά όμως, πολλοί παράγοντες συνεργούν με την πάροδο της ηλικίας, με αποτέλεσμα τελικά το ηλικιωμένο άτομο να οδηγείται σε διατροφική ανεπάρκεια.

Κακή διατροφή χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε διαταρχή της μορφής ή της λειτουργίας του οργανισμού, που οφείλεται στην έλλειψη ή την υπερβολική πρόσληψη θερμίδων ή ενός ή περισσότερων θρεπτικών στοιχείων και ως αποτέλεσμα τελικά έχει την εκδήλωση κάποιας μορφής διατροφικής ανεπάρκειας.⁷

Υπάρχουν δύο κύριες ομάδες παραγόντων που οδηγούν τους ενήλικους σε διατροφική ανεπάρκεια.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΕΙΣ	ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΙΣ
Άγνοια	Περιορισμένη Όρεξη
Κοινωνική Απομόνωση	Ανεπαρκής Μάσηση
Φυσική Ανικανότητα	Δυσαπορρόφηση
Διανοητικές Διαταραχές	Αλκοολισμός
Ιατρογενείς	Φάρμακα
Χαμηλό Εισόδημα	Αυξημένες Απαιτήσεις

α) Άγνοια

Αυτή αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες αιτίες, γιατί οι διατροφικές αντιλήψεις των ηλικιωμένων έχουν διαμορφωθεί πριν από πολλά χρόνια, όταν οι γνώσεις γύρω από τη διατροφή ήταν περιορισμένες, ενώ οι οικονομικές δυνατότητές τους ήταν πολύ πιο βελτιωμένες. Ιδιαίτερα μάλιστα στους χήρους η εικόνα είναι πιο

δραματική λόγω της μερικής ή πλήρους άγνοιας όχι μόνο του τρόπου παρασκευής φαγητών αλλά και των απαιτήσεών τους.⁷

β) Κοινωνική Απομόνωση

Άτομα απομονωμένα χάνουν προοδευτικά το ενδιαφέρον τους για το φαγητό, μερικές φορές μάλιστα μέχρι απάθειας και τα κύρια γεύματά τους αποτελούνται από πρόχειρα φαγητά.

Το στερεότυπο πρόχειρο γεύμα «τσάι με φρυγανιές» συνηθίζεται πολύ από ηλικιωμένους που πάσχουν από κατάθλιψη, έχουν χάσει την όρεξή τους ή καταναλώνουν περιορισμένες δίαιτες λόγω της κοινωνικής τους περιθωριοποίησης.

γ) Φυσική Ανικανότητα

Πολλές μελέτες έχουν δείξει εμπειριστατωμένα τη βαθμιαία απώλεια της σωματικής απόδοσης που συνεπιφέρει η γήρανση αλλά οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές στη σωματική τους δύναμη και αντοχή.

Ηλικιωμένα άτομα με ημιπληγία, αρθρίτιδα, μείωση της όρασης αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αγορά τροφίμων και στην παρασκευή φαγητών.

δ) Διανοητικές Διαταραχές

Η ιατρική και η κοινωνική φροντίδα πρέπει να είναι μεγαλύτερη για τους ψυχασθενείς, όχι μόνον εκείνους που πάσχουν από σχιζοφρένεια και άλλα παρεμφερή σύνδρομα αλλά και από μαλάκυνση εγκεφάλου ή σύνδρομο κατάθλιψης.

ε) Ιατρογενείς

Διατροφικές αναπάρκειες συχνά οφείλονται σε εσφαλμένες διαιτητικές συμβουλές όπως για παράδειγμα η εμφάνιση σκορβούτου για την αποθεραπεία του πεπτικού έλκους, που συνήθως είναι ανεπαρκής σε βιταμίνη C.

στ) Χαμηλό Εισόδημα

Η οικονομική κατάσταση δεν επηρεάζει μόνο των ποιότητα και ποσότητα των τροφίμων που αγοράζει το άτομο αλλά και το διακανονισμό του τρόπου ζωής του, τις ευκολίες μαγειρέματος και μεταφοράς και τη γενική υγειονομική του περίθαλψη - παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσληψη θρεπτικών ουσιών. Το χαμηλό

εισόδημα αποτελεί το μοναδικό αξιόλογο παράγοντα πρόβλεψης του υποσιτισμού των ηλικιωμένων.

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

α) Περιορισμένη όρεξη.

Η απώλεια της αίσθησης της γεύσης θα μπορούσε να επιφέρει απώλεια της όρεξης και της απόλαυσης του φαγητού και επομένως, μείωση της πρόσληψης τροφής αλλά δεν έχει μέχρι στιγμής αποδειχθεί ότι οι ηλικιωμένοι χάνουν φυσιολογικά τη γέυση τους όταν δεν πάσχουν από κάποια ασθένεια, δεν ακολουθούν φαρμακοθεραπεία, δεν καπνίζουν ή δεν υποσιτίζονται.

Μία επικρατέστερη άποψη για την ελάττωση της όρεξης είναι η σχετικά κακή κατάσταση της οδοντοστοιχίας ή των δοντιών που συχνά υποχρεώνουν το άτομο στην επιλογή μαλακών τροφών, που αποτελούνται κυρίως από υδατάνθρακες, ώστε τελικά είναι δυνατόν να το οδηγήσουν σε πρωτεϊνική αναπάρκεια.

β) Δυσασπορρόφηση

Ήπιες μορφές δυσασπορρόφησης δεν είναι σπάνιες στους ηλικιωμένους και οφείλονται σε ισχαιμία του λεπτού εντέρου, στην εμφάνιση ευαισθησίας σε γλουτένη ή άλλες αιτίες. Η απορρόφηση λιπών, λιποδιαλυτών βιταμινών, φυλλικού οξέος και βιταμίνης B12 είναι πολύ μειωμένη.⁷

γ) Αλκοολισμός

Παρ' ότι αναφέρεται ότι το ποτό με μέτρο διευκολύνει την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ των ηλικιωμένων ο χρόνιος αλκοολισμός συχνά συνδέεται με υποσιτισμό αυτού του μέρους του πληθυσμού.

Οι θερμιδικές απαιτήσεις καλύπτονται κατά ένα μέρος από την υπερβολική πρόσληψη αλκοόλης, αλλά με αντίστοιχο περιορισμό στα άλλα θρεπτικά στοιχεία.

δ) Φάρμακα

Καθώς το άτομο γερνά, η χρησιμοποίηση φαρμάκων γίνεται προοδευτικά συχνότερη και μεγαλύτερη. Πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συνήθως από τους ηλικιωμένους επεμβαίνουν στις λειτουργίες της απορρόφησης του μεταβολισμού ή της χρησιμοποίησης των θρεπτικών ουσιών. Σαν κοινά

παραδείγματα μπορούν να αναφερθούν τα εξής: απώλεια ασβεστίου με τα ούρα εξαιτίας στεροειδών, διουρητικών, αντιοξίνων που περιέχουν αργίλιο και αντιβιοτικών του τύπου της τετρακυκλίνης, έλλειψη βιταμίνης Β6 εξαιτίας ισονιαζιδής και πλημμελής απορρόφηση εξαιτίας αντιοξίνων και φαινοβαρβιτάλης. Επειδή οι συνέπειες αυτές μπορούν να εμφανισθούν κατά τρόπο σωρευτικό, οι ασθενείς που χρησιμοποιούν πολλά διαφορετικά φάρμακα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά γιά το ενδεχόμενο του υποσιτισμού.

ε) Αυξημένες Απαιτήσεις

Αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και καταβολισμός ιστικών πρωτεϊνών συμβαίνει σε ασθενείς ακινητοποιημένους στο κρεβάτι τους, ιδιαίτερα σοβαρά αν εμφανίζουν υπερπυρεξία και κατακλίσεις.

Η ΤΡΙΑΔΑ ΥΓΕΙΑ - ΘΡΕΨΗ - ΓΗΡΑΝΣΗ

Ανασκόπηση κυριοτέρων θέσεων.

Η θρέψη, η υγεία και η γήρανση είναι καθεμιά εστίες συσσωρεύσεως πληροφοριών, προερχομένων από όλες τις βασικές, κλινικές, κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές επιστήμες και πρέπει να θεωρούνται σαν να έχουν συγχωνευθεί σε μία και αδιαίρετη τριάδα, κανένα σκέλος της οποίας δε θα πρέπει να εξετάζεται χωρίς αναφορά στις αμοιβαίες συσχετίσεις που συνδέουν και τα τρία σκέλη μαζί.⁹

Στις τεχνολογικώς προηγμένες κοινωνίες, όπως στις Η.Π.Α., πρωτογενής υποσιτισμός οφειλόμενος σε απόλυτη έλλειψη διαθέσιμων τροφίμων δεν υφίσταται. Όμως ο υποσιτισμός που είναι δευτερογενής από νόσο και ανικανότητα - σωματική, μεταβολική, συγκινησιακή και διαθεσική - είναι συχνότατος. Επιπλέον ο υποσιτισμός μπορεί να εμφανίζεται δευτερογενής από έλλειψη μορφώσεως. Η ανεπαρκής μόρφωση περιλαμβάνει την απουσία λογικής σκέψεως, την αδυναμία κατανοήσεως των επιστημονικών διαδικασιών και την έλλειψη ικανότητας αναγνώσεως, γραφής, μαθηματικών και επιστημονικών γνώσεων και δυνατότητας επικοινωνίας. Ο υποσιτισμός μπορεί επίσης να επέρχεται δευτερογενώς από αδυναμία εφαρμογής των γνώσεων και πληροφοριών που διαθέτονται σήμερα.

Ο υποσιτισμός μπορεί να οφείλεται σ' αυτό που χαρακτηρίζουμε σαν «ανθρώπινη αδυναμία». Ο ασύνετος τρόπος ζωής, που στο μεγαλύτερο μέρος του

περιλαμβάνει την ασύνετη σίτιση, τυποποιείται μεταξύ των νέων και των μεσηλικών από το σύνδρομο που κλείνει η φράση: «Αυτό δε μπορεί να συμβεί σε μένα».

Σήμερα οι γνώσεις μας είναι αρκετές ώστε να είμαστε σε θέση να υποστηρίξουμε ότι τα μέτρα για την πρόληψη των εκφυλιστικών νοσημάτων είναι αποτελεσματικά μόνο όταν αρχίζουν από τη νεαρή ηλικία. Η χωρίς περίσκεψη επιβολή περόμοιων μέτρων σε όλους τους υπερηλικούς θα τους υποβάλλει απλώς σε μεγάλες δαπάνες, χωρίς καμιά ελπίδα θετικών αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτό είναι σωστό να ξεχωρίζει κανείς την πρόληψη της νόσου από την προαγωγή της υγείας, όταν έχει να κάνει με γηροντότερα άτομα. Για να είναι επιτυχής η πρόληψη πρέπει να αρχίζει νωρίς στη διάρκεια της ζωής και να περιλαμβάνει βέβαια την προαγωγή της υγείας. Η προαγωγή της υγείας πάντως στους υπερηλικούς δεν περικλείει την πρόληψη νοσηρών διεργασιών που ήδη έχουν αρχίσει. Προσπαθεί μάλλον να καταστήσει στο δυνατό άριστες οποιεσδήποτε καταστάσεις μπορούν να αντιμετωπίσουν οι υπερήλικοι. Μία τέτοια προσπάθεια μπορεί να περιλαμβάνει τη βελτίωση της συμμορφώσεως προς τις ιατρικές οδηγίες, τη σωστή εφαρμογή οδοντικών προθέσεων, την ορθή εφαρμογή σωματικών ασκήσεων, την προσαρμογή της διατροφής στις ατομικές ανάγκες και την τροποποίηση ή την κατάργηση των δηλητηριωδών τρόπων ζωής. Τα μέτρα αυτά σκοπό έχουν να προάγουν την υγεία, αλλά δεν μπορούν να προλάβουν τα ήδη υπάρχοντα νοσήματα. Θα πρέπει να αναφέρουμε στο σημείο αυτό τη σπουδαιότητα που έχει η παροχή συμβουλών στους υπερηλικούς, με βάση τη φυσιολογική τους και όχι μόνο τη χρονολογική τους ηλικία. Μερικοί υπερήλικοι 70 ετών μπορεί να έχουν τόσο καλή υγεία από φυσιολογική άποψη, ώστε να δικαιούνται του τύπου των συμβουλών και θεραπείας που επιφυλάσσονται για το μέσο άνθρωπο των 40 ετών. Και στις δύο περιπτώσεις οι σκέψεις για την πρόληψη των μελλοντικών νοσημάτων μπορεί δικαιολογημένα να υπερκαλύπτουν τις σκέψεις για την προαγωγή της υγείας.

Ανεξάρτητα από τη διάκριση μεταξύ χρονολογικής και φυσιολογικής ηλικίας, η διατροφή έχει πραγματικά ένα σωσίβιο ρόλο στην αντιμετώπιση της υγείας των υπερηλικών. Κατά την διάρκεια οξέων νοσημάτων και μετά από ατυχήματα, τα κατάλληλα μέτρα διατροφής σώζουν αληθινά ζωές. Επιπλέον, σε μερικές θεραπευτικές ενέργειες, όπως η χημειοθεραπεία του καρκίνου, η κατάλληλη διατροφή μπορεί να προστατέψει τους υπερηλικούς από τις παρενέργειες της θεραπείας.

Όπως συμβαίνει με όλα τα άτομα, η καλή διατροφή θα προφυλάξει τους υπερηλικούς από την ταχεία φθορά της άλιπης μάζας σώματος και των σκελετικών ιστών, που προκαλεί η παρατεταμένη ακινητοποίηση, όταν αυτή επιβάλλεται από τη θεραπευτική αγωγή.⁹

Ο σωσίβιος ρόλος της διατροφής στην αντιμετώπιση των οξέων νοσημάτων και των ατυχημάτων στους υπερηλικούς.

Στο πρόβλημα της άμεσης αντιμετώπισης της διατροφής καθώς και άλλων πλευρών των οξέων νοσημάτων και των ατυχημάτων, οι υπερηλικοί παρουσιάζουν μεγάλη ομοιότητα με τα βρέφη και τα μικρά παιδιά. Οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες εφεδρείες από τους νεώτερους ενηλίκους. Δοθέντος ότι οι υπερηλικοί συχνά απέχουν εκούσια από τη λήψη τροφής και υγρών, κάτω από τέτοιες συνθήκες η άρνησή τους αυτή μπορεί ταχέως να οδηγήσει σε διαταραχή της ομοιοστάσεως και σε σοβαρή αφυδάτωση. Όταν εγκατασταθούν τέτοιες διαταραχές, η παρεντερική θρέψη και ενυδάτωση σε νοσοκομειακό περιβάλλον αποτελεί τη μόνη εφαρμόσιμη λύση. Η πρόληψη παρόμοιων καταστροφικών εξελίξεων αρχίζει με την εκπαιδευτική διαδικασία. Σε όλους τους υπερηλικούς πρέπει να υποδεικνύεται να συνεχίζουν τη λήψη υγρών και τροφής, έστω και αν δεν έχουν όρεξη για κάτι τέτοιο. Περιττό να αναφερθεί ότι ίδιες συμβουλές πρέπει να δίνονται και στην οικογένεια και στους φίλους, για την περίπτωση που οι πάσχοντες από νόσο ή ατύχημα είναι σε αδυναμία να εφαρμόσουν τις οδηγίες που είχαν πάρει. Η διαίρεση της ημερήσιας μερίδας τροφής και υγρών σε μικρότερες ωριαίες ή ημίωρες χορηγήσεις, που θα γίνονται ανεκτές, είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της καταστάσεως αυτής.⁹

Οι απώλειες σε υγρά και θρεπτικά συστατικά που συμβαίνουν στη διάρκεια του πυρετού ή του stress πρέπει να αντικαθίστανται. Η αναπλήρωση αυτή, πρέπει να ολοκληρώνεται με τη χορήγηση μικρών συχνών γευμάτων από το στόμα, κατά διαστήματα που είναι συμβατά με την ανοχή του ασθενούς. Αν αυτό είναι αδύνατο, η σίτιση με ένα ρινογαστρικό σωλήνα είναι η επόμενη εφικτή εναλλακτική λύση. Όταν γίνεται σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα απαιτείται και στην εξασφάλιση της προσλήψεως της ορθής ποσότητας ύδατος.

Όταν περιέχουν ανεπαρκή ποσότητα ύδατος οι σιτίσεις από τον ρινογαστρικό σωλήνα, μπορεί να οδηγήσουν σε υπονατριαιμία, αφού η υποχρεωτική απώλεια ύδατος διά των νεφρών αυξάνεται από τις πρωτεΐνες και τους ηλεκτρολύτες των χορηγούμενων σιτιών.

Η προσεκτική παρακολούθηση των υπερηλίκων για συμπτώματα ανεπαρκούς θρέψης και ενυδατώσεως είναι απαραίτητη. Από κλινική άποψη τα σωματικά σημεία, το βάρος σώματος, το ισοζύγιο των υγρών και οι επιδράσεις είναι τα κλειδιά για την καταλληλότητα της διαιτητικής αγωγής.

Διαταραχές υγρών - ηλεκτρολυτών στους υπερηλίκους.

Οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για τη διατήρηση σταθερών του όγκου και της συστάσεως του εξωκυττάριου υγρού παραβλάπτονται στους υπερηλίκους.⁶

Κύριος παράγοντας είναι η πολύ γνωστή ελάττωση του ρυθμού σπειρωματονεφρικής διήθησεως. Η φυσιολογική γήρανση του ανθρώπου σε απουσία ειδικών νοσολογικών καταστάσεων συνοδεύεται από μία ελάττωση κατά 40 - 50% του ρυθμού σπειραματικής διήθησης, μεταξύ της ηλικίας των 30 και των 80 ετών. Δεδομένου ότι η μυική μάζα, από την οποία προέχεται η κρεατινίνη, ελαττώνεται με την ηλικία κατά τον ίδιο ρυθμό με το ρυθμό σπειραματικής διήθησεως, δεν υπάρχει καμία επίπτωση στα επίπεδα της κρεατινίνης του αίματος. Το αποτέλεσμα είναι ότι οι υπερηλίκους που έχουν φυσιολογικές τιμές κρεατινίνης (κάτω του 1,5 mg/ 100 ml) έχουν εντούτοις ρυθμό σπειραματικής διήθησεως αρκετά χαμηλό, που θα μπορούσε σε περιόδους stress να οδηγήσει σε διαταραχή του ισοζυγίου υγρών ηλεκτρολυτών. λόγω των φυσιολογικών αυτών μεταβολών, η οξεία νόσος στους υπερηλίκους επιπλέκεται συχνά με διαταραχές του ισοζυγίου υγρών, ηλεκτρολυτών, οι οποίες καθυστερούν την ανάρρωση και παρατείνουν την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Οι μεταβολές αυτές της ομοιοστάσεως γίνονται καλύτερα κατανοητές στις τιμές νεφρικής απεκκρίσεως νατρίου και ύδατος, μετά από οξεία μεταβολή στην πρόσληψη άλατος και υγρών. Η ανταπόκριση του γερασμένου νεφρού στην έλλειψη νατρίου αμβλύνεται.

Έρευνες της νεφρικής ανταπόκρισεως στην οξεία ελάττωση της προσλήψεως χλωριούχου νατρίου (από 100 σε 10 mEq) απόδειξαν ότι οι υπερηλίκους είναι σε θέση

να επιτύχουν διατήρηση του νατρίου και ισοζύγιο χλωριούχου νατρίου σε αυτή την πολύ περιορισμένη πρόσληψη, η ανταπόκρισή τους είναι εν τούτοις νωθρή σε σύγκριση με εκείνη των νεώτερων ατόμων. Η μισή ζωή για την ελάττωση του νατρίου των ούρων μετά τον περιορισμό στην πρόσληψη άλατος είναι 17 ώρες για τους νέους και παρατείνεται ως τις 31 ώρες στους υπερηλίκους. Έτσι το συσσωρευμένο έλλειμα νατρίου, πριν οι καθημερινές νεφρικές απώλειες ισοφαρίσουν την πρόσληψη, είναι μεγαλύτερο στους υπερηλίκους. Δοθέντος ότι οι υπερηλικοί είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν σύγχυση, απώλεια του αιθήματος δίψας και απώλεια του προσανατολισμού όταν πάθουν οξεία νόσο, η τάση αυτή «απώλειας χλωριούχου νατρίου» επιδεινώνεται από την αδυναμία επαρκούς λήψεως, οδηγώντας έτσι σε μεγαλύτερη ελάττωση του εξωκυττάριου υγρού και σε διατάραξη της καρδιακής, νεφρικής και εγκεφαλικής λειτουργίας.⁶

Ίσως η σοβαρότερη και λιγότερο γνωστή ηλεκτρολυτική διαταραχή των γηριατρικών ασθενών αφορά την τάση τους για εμφάνιση υδρικής δηλητηρίασεως. Η κλινική εικόνα της υπονατριαιμίας δεν είναι ειδική και περιλαμβάνει κατάθλιψη, σύγχυση, ληθαργική κατάσταση, ανορεξία και αδυναμία συνηθέστερα. Όταν η υπονατριαιμία είναι βαριά, δηλαδή η τιμή του νατρίου στο αίμα είναι κάτω των 110 mEq/ λίτρο μπορεί να εμφανισθούν σπασμοί και απάθεια. Συνηθέστερα η υδρική δηλητηρίαση παρουσιάζεται σαν επιπλοκή μίας οξείας ή υποοξείας νόσου ή συνδυάζεται με τη χορήγηση διουρητικών ή φαρμάκων που παραβλάπτουν την απέκκριση ύδατος. Δεν είναι ασύνηθες οι γηριατρικοί ασθενείς να παρουσιάζουν υπονατριαιμία στη διάρκεια οποιουδήποτε stress, είτε από εγχείρηση, είτε από οξεία ιογενή λοίμωξη. Η κλινική αξιολόγηση του υπερηλίκου αρρώστου αποκαλύπτει συνάθως ένα σύνολο ευρημάτων, που συνοδεύουν σταθερά την υπερέκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης σαν αίτιο της κατακράτησης ύδατος. Τα ευρήματα αυτά περιλαμβάνουν εκτός από το: 1) χαμηλό επίπεδο νατρίου στο αίμα και 2) ενδείξεις καλής νεφρικής λειτουργίας (χαμηλή τιμή ουρίας και αζώτου στο αίμα), 3) ελαφρής εξαπλώσεως του εξωκυτταρικού υγρού (φυσιολογική έως ελαφρώς πλήρους φλέβας τραχήλου, ίχνη οιδήματος), 4) ενδείξεις ανώμαλης κατακρατήσεως ύδατος (ωσμωτικότητα ούρων μεγαλύτερη από τη μέγιστη αραιώση και πολλές φορές πύο συμπυκνωμένη από τον ορό του αίματος).

Η υπερέκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης συνδυάζεται συχνά με πνευμονία, φυματίωση, εγκεφαλικό επεισόδιο, μηνιγγίτιδα, υποσκληρίδιο αιμάτωμα και με διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Το ίδιο ισχύει ενδεχομένως και στη φαρμακευτική προελεύσεως υπερέκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης. Οι υπερήλικοι ασθενείς αντιπροσωπεύουν τις περισσότερες περιπτώσεις υπονατριαιμίας από τη χρήση χλωροπροπαμίδης.

Το stress της αναισθησίας και της εγχειρήσεως έχει αποδειχθεί ότι καταλήγει επίσης σε υπερέκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης και η επιπλοκή αυτή παρατηρείται πάρα πολύ συχνά στους υπερηλίκους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Ο όρος εγκεφαλικό επεισόδιο σε πολλές γλώσσες έχει υποκατασταθεί από την λέξη προσβολή που χαρακτηρίζει την αιφνίδια εμφάνιση συμπτωμάτων και σημείων, που δηλώνουν βλάβη σε μία σημαντική περιοχή του κεντρικού νευρικού συστήματος από διαταραχή στην άρδευση μίας κύριας αρτηρίας ή φλέβας. **Το 60% των εγκεφαλικών επεισοδίων οφείλονται σε απόφραξη (θρομβωση) μίας κраниοεγκεφαλικής αρτηρίας, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό καλύπτει όλες τις λοιπές αγγειακές βλάβες, δηλ. την εγκεφαλική, υπαραχνοειδή και υποσκληρίδια αιμοραγία, την φλεβοθρόμβωση, τα εμβολικά επεισόδια κ.λ.π.**

Ενώ τα εγκεφαλικά επεισόδια δεν συμβαίνουν μόνο στους υπερήλικες, οι θάνατοι των ατόμων πάνω από τα 65, που οφείλονται σε αυτά, είναι 90 φορές περισσότεροι από ότι στα άτομα ανάμεσα στις ηλικίες των 25 και 44 χρόνων και 11 φορές περισσότεροι από ότι στα άτομα ανάμεσα στις ηλικίες 45 και 64 χρόνων.

Άτομα που έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία όμως δεν έχουν τεκμηριωθεί ως αιτιολογικοί παράγοντες τόσο στερεά, όσο και στην περίπτωση της στεφανιαίας νόσου. Πάντως, αυτά τα χαρακτηριστικά, όταν υπάρχουν, συνοδεύονται από διπλάσιες πιθανότητες τουλάχιστον κλινικής εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα ακόλουθα: 1. Υψηλή αρτηριακή πίεση, είτε συστολική (> 160 mmHg) είτε διαστολική (> 95 mmHg). Αυτός ο παράγοντας είναι και ο πιο σημαντικός από τους υπόλοιπους. 2. Χοληστερίνη αίματος 250 mg% ή περισσότερη ή παρουσία κλάσματος προ-βήτα στην ηλεκτροφόρηση των λιποπρωτεϊνών. 3. Αύξηση της καρδιακής διαμέτρου στην ακτινογραφία ή ηλεκτροκαρδιογραφικές ενδείξεις υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας. 4. Ενδείξεις στεφανιαίας νόσου. 5. Συμφορητική

καρδιακή αναπάρκεια ή αρρυθμία και 6. Διαβήτης ή διαβητική σακχαραιμική καμπύλη.

Παρ' όλα αυτά υπάρχει σημαντικό ποσοστό ατόμων ίσως το ένα τρίτο των πασχόντων, στα οποία το εγκεφαλικό επεισόδιο δεν συνοδεύεται από κανένα από αυτά τα χαρακτηριστικά.

Το κάπνισμα δεν έχει αποδειχθεί παράγοντας κινδύνου για τα εγκεφαλικά επεισόδια, αντίθετα από την βεβαιωμένη δράση του στη γένεση της στεφανιαίας νόσου. Πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα ότι, ενώ η σωματική αναπηρία και οι κοινωνικές της επιπτώσεις έχουν άμεση σχέση με το εγκεφαλικό επεισόδιο, η βραχύτερη επιβίωση των αρρώστων συνδέεται κυρίως με την γενική τους καρδιαγγειακή νόσο και τις επιπτώσεις της σε διάφορα άλλα όργανα. Επομένως η χειρουργική θεραπεία όσων εγκεφαλικών επεισοδίων οφείλονται σε εξωκρανιακές αγγειακές εντοπίσεις μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια, αλλά όχι να είναι ο κυριότερος ή ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης τους.

Τα εγκεφαλικά επεισόδια μπορούν να διαιρεθούν αιτιοπαθολογικά σε τρεις ομάδες: α) παροδικές εγκεφαλικές ισχαιμίες, β) ημιπληγίες και γ) αρτηρίτιδες.

α) Η παροδική εγκεφαλική ισχαιμία . Εμφανίζεται ως παροδικό επεισόδιο απώλειας της εγκεφαλικής λειτουργίας σε ορισμένη περιοχή. Η παροδική αυτή ισχαιμική προσβολή που διαρκεί από λίγα λεπτά έως λίγες ώρες, μπορεί να αφορά είτε το σύστημα της έσω καρωτίδας, είτε της σπονδυλοβασικής. Τα συμπτώματα σε οποιοδήποτε από τα δύο συστήματα, οφείλονται σε σημαντική επιβράδυνση της κυκλοφορίας στη στενωμένη από αθηρωματική πλάκα αρτηρία, είτε σε απόσπαση μικρών θρόμβων ινικής ή χοληστερίνης από αρτηριακές αθηρωματικές πλάκες. Τα συμπτώματα αυτά δεν αλλάζουν συνήθως από προσβολή σε προσβολή και δεν αφήνουν νευρολογικά υπολείμματα. Περιλαμβάνουν, στη περίπτωση της ανεπάρκειας της έσω καρωτίδας, μονόπλευρη απώλεια της όρασης (παροδική τύφλωση), δυσαρθρία ή δυσφασία, μονοπάρεση, ημιπάρεση ή αδυναμία, μονόπλευρη παραισθησία ή αναισθησία.

Η πρόγνωση είναι σοβαρή, γιατί τα μισά άτομα σχεδόν με παροδική εγκεφαλική ισχαιμία, αναπτύσσουν πλήρες ημιπληγικό σύνδρομο μέσα σε 3 χρόνια. Στην περίπτωση ανεπάρκειας της σπονδυλοβασικής, τα συμπτώματα είναι κυρίως

αταξία, νυσταγμός, ναυτία, έμετος και διαταρχές ρύθμισης της πίεσης και της θερμοκρασίας. Το χαρακτηριστικότερο όμως σύμπτωμα της ανεπάρκειας του σπονδυλοβασικού συστήματος είναι τα επεισόδια αναίτιας πτώσεως. Το εντυπωσιακό αυτό σύνδρομο εμφανίζεται αιφνίδια σε άτομα που δεν χάνουν την συνείδησή τους, αλλά χωρίς αιτία κουλουριάζονται ξαφνικά στα πόδια τους, σχετικά μαλακά, συνέρχονται στην συνέχεια χωρίς βοήθεια. Παρά το ήπιο της πτώσεως, συχνά τα άτομα αυτά εμφανίζουν διατροχαντήριακατάγματα. Θεωρείται ότι η απότομη πτώση οφείλεται σε δραστική ελάττωση κυκλοφορίας και στις δύο σπονδυλικές, ώστε ελαττώνονται η αιμάτωση στο δικτυωτό σχηματισμό και στην παρεγκεφαλίδα.

Η θεραπεία συνδρόμων της παροδικής ισχαιμίας, έπειτα από ακριβή διάγνωση με καρωτιδογραφία, είναι η ενδαρτηρεκτομή, σε όσα περιστατικά είναι δυνατόν να γίνει, ειδικά στην έσω καρωτίδα. Στην διάγνωση ο ιατρός βοηθάται από την λεπτομερή ακρόαση και ψηλάφηση όλων των προσιτών αρτηριών, από την καρδιά και άνω, ιδίως στον τράχηλο. Ειδικά για τα επεισόδια πτώσεως έχει συστηθεί η χρησιμοποίηση ειδικού κολλάρου, όταν τα άτομα κυκλοφορούν έξω από το σπίτι. Με αυτό τον τρόπο θεωρείται ότι αποφεύγονται τυχόν συμπίεσεις των σπονδυλικών αρτηριών, από γωνιώδεις κινήσεις του αυχένα.¹

Εφόσον η χειρουργική διόρθωση είναι αδύνατη για τεχνικούς λόγους, συνιστάται η αντιπηκτική θεραπεία. Σε νεώτερα άτομα η μέθοδος αυτή είναι ένας απλός και ευρύθμιστος τρόπος θεραπείας με μόνο τεχνικό πρόβλημα τον έλεγχο του χρόνου προθρομβίνης κάθε 2 εβδομάδες περίπου. Στη μεγάλη όμως ηλικία οι αντενδείξεις είναι αρκετές, π.χ. υπέρταση έστω και παροδική, κάθε ιστορικό αιμορραγίας (π.χ. από το γαστρεντερικό), ή αιμοραγική διάθεση. Για μακροχρόνια αντιπηκτική θεραπεία σε μεγάλες ηλικίες, είναι συνήθως η χρησιμοποίηση κατά κανόνα διάφορων άλλων φαρμάκων, που είτε ελαττώνουν, είτε αυξάνουν την δραστικότητα των αντιπηκτικών, ώστε η λεπτή ρύθμιση του επιπέδου προθρομβίνης να μην ξεφεύγει από τα επιθυμητά / επιτρεπτά όρια. Επιπλέον, η αντιπηκτική θεραπεία πρέπει να συνεχισθεί εφ'όρου ζωής ή τουλάχιστον για 1 - 2 χρόνια, σημείο στο οποίο η χειρουργική αποκατάσταση της αρτηριακής διαβατότητας πλεονεκτεί ασφαλώς.

β) Οι ημιπληγίες. Είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος εντοπισμένης αγγειακής ανεπάρκειας στην μεγάλη ηλικία. Στη μέση ηλικία εμφανίζονται συχνότερα στους άνδρες, όσο όμως περνούν τα χρόνια η συχνότητα στις γυναίκες ανεβαίνει απότομα και στις πολύ μεγάλες ηλικίες η σχέση γυναικών - ανδρών φθάνει τα 2:3. Τα αγγειακά επεισόδια διακρίνονται σε θρομβώσεις, εμβολές και αιμορραγίες. Οι θρομβώσεις είναι περίπου οκτώ φορές συχνότερες από τις αιμορραγίες, πάντως και οι θρομβωμένες αρτηρίες μίας νεκρωμένης περιοχής είναι διαβατές στα 60% των περιπτώσεων. Αυτό οδήγησε στη θεωρία ότι η βλάβη στην εγκεφαλική «θρόμβωση» οφείλεται σε απόσπαση μικροθρόμβων ή σε ανοξαιμία από οριακή ελάττωση της πίεσεως κάτω από ένα ανεκτό επίπεδο. Θεραπευτικό επακόλουθο αυτής της άποψης είναι η χορήγηση βελτιωτικών της μικροκυκλοφορίας

Από την πλευρά της πορείας οι ημιπληγίες μπορούν να διαιρεθούν σε «εξελισσόμενα» και σε «πλήρη» σύνδρομα. Οπρώτος τύπος παρουσιάζει κλινική προοδευτική εξέλιξη, διαρκεί δηλαδή από ώρες έως ημέρες και μπορεί να οφείλεται σε οποιαδήποτε από τις τρεις παραπάνω αιτίες. Ακόμη και ένα εμβολικό επεισόδιο μπορεί να είναι η αφορμή μίας εξελισσόμενης ημιπληγίας, εάν επικαθήσει θρόμβος στο έμβολο, ώστε βαθμηδόν να απλωθεί η περιοχής βλάβης. Μία αιμορραγία επίσης, μετά τα αρχικά θυελλώδη συμπτώματα, μπορεί να συνεχίζεται από σιγανή διαπίδηση αίματος ή η δημιουργία οιδήματος να προκαλέσει επέκταση συμπτωμάτων.

Δεν έχουν όλα τα εγκεφαλικά ημιπαρετικά σύνδρομα αγγειακή αιτιολογία. Υπάρχουν περιπτώσεις (όχι αμελητέες), το επεισόδιο να οφείλεται σε πρωτοπαθείς νεόπλασμα ή μετάσταση στον εγκέφαλο από καρκίνωμα, βραδυαναπτυσσόμενο και αφανές. Η πιθανότητα τέτοιας αιτιολογίας είναι μεγάλη όταν:

- α) Το άτομο είναι σχετικά νεώτερο, π.χ. γύρω στα 60
- β) Η ημιπληγική συνδρομή κάνει ημέρες ή εβδομάδες να πάρει όλη της την έκταση, αν μάλιστα εμφανίζεται στην αρχή σαν αδυναμία του άκρου, με διακυμάνσεις ισχύος.
- γ) Υπάρχουν πρόσφατες διαταραχές προσωπικότητας, κρίσεως ή αντίληψης.
- δ) Υπάρχει ιστορικό καρκίνου, έστω και θεραπευμένου (π.χ. μαστεκτομή).

Σημαντική βοήθεια σ' αυτές τις περιπτώσεις για διάγνωση έχει η καρωτιδογραφία και η αξονική τομογραφία του εγκεφάλου, η οποία μπορεί να αποκαλύψει μεταστάσεις που δεν έχουν δώσει ακόμα άλλα κλινικά σημεία.

Στις σπανιότερες αιτίες ημιπληγικών συνδρόμων περιλαμβάνονται η πολυκυτταραιμία, δυσπρωτεϊναιμικά σύνδρομα, σηψαιμικά ή νεοπλασματικά έμβολα και τέλος από τοπικές ισχαιμικές νεκρώσεις από παρατεταμένη υπόταση. Αυτές οι εκδηλώσεις γενικότερων νοσημάτων απαιτούν προσεκτικό γενικό έλεγχο του αρρώστου.

Στην διαφορική διάγνωση του ημιπληγικού συνδρόμου πρέπει να αποκλειθεί επίσης το υποσκληρίδιο αιμάτωμα και η υπαραχνοειδής αιμορραγία. Το υποσκληρίδιο αιμάτωμα συνδέεται συχνά με προηγούμενη κάκωση της κεφαλής από πτώση (π.χ. εξαιτίας παροδικής δυσρυθμίας). Στην κλινική εικόνα χαρακτηριστικές είναι οι μεταβολές του επιπέδου συνειδήσεως μαζί με κάθε επιδείνωση της ημιπάρεσης. Αφ' ετέρου η υπαραχνοειδής αιμορραγία εμφανίζεται συνήθως ως ημιπάρεση, μαζί με έντονο πονοκέφαλο, διαφορές στην διάμετρο των δύο κορών και αιματηρό υγρό στην οσφυονωτιαία παρακέντηση. Και τα δύο αυτά σύνδρομα επιδέχονται χειρουργική αντιμετώπιση. Η ηλικιακή διασπορά των συνδρόμων έχει σημαντικές διαφορές: α) η υπαραχνοειδής αιμορραγία και το υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι συχνότερα στις ηλικίες 40 - 60. β) η εγκεφαλική αιμορραγία στις ηλικίες 60 - 90 με μέγιστη συχνότητα γύρω στα 70. γ) η εγκεφαλική μαλάκυνση και απόφραξη μεγάλου αγγείου στις ίδιες ηλικίες, αλλά με μεγαλύτερη συχνότητα σε ακόμα πιο προχωρημένη ηλικία, 80 - 90 ετών.

Η ηλικία όμως έχει σημαντική σχέση με το που καταλήγουν όσοι ημιπληγικοί επιζήσουν. Στο σπίτι τους επιστρέφουν τα 50% περίπου ατόμων ηλικίας 50 - 69 ετών, τα 29% ατόμων ηλικίας 70 - 79, ενώ μόνο τα 21% των ατόμων μετά τα 80. Όσο γρηθέτερος δηλαδή είναι ο ημιπληγικός άρρωστος τόσο συχνότερα καταλήγει σε κάποιο ίδρυμα, παρά στο σπίτι του. Οι θάνατοι στα εγκεφαλικά επεισόδια συμβαίνουν συνήθως στις δύο πρώτες εβδομάδες μετά την εμφάνισή τους. Σε σχέση μ' αυτό, η διάρκεια νοσηλείας των ημιπληγικών εμφανίζει δύο κύματα, μία ομάδα με παραμονή στο νοσοκομείο 2 έως 3 εβδομάδων, μέσα στις οποίες επιστρέφουν σπίτι τους ή υποκύπτουν και μία ομάδα που μένει στο νοσοκομείο 2 ή 3 μήνες, αποτελείται δε από αρρώστους που κάνουν θεραπεία κινητικής αποκατάστασης.

Η μακρά διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και οι ανάγκες φυσιοθεραπείας των ημιπληγικών ατόμων, είναι το αίτιο του σημαντικού κόστους νοσηλείας τους, που υπερβαίνει κατά πολύ το κόστος νοσηλείας μη ημιπληγικών αρρώστων της ίδιας ηλικίας. Εκτός από το άμεσο κόστος νοσηλείας, η απώλεια εισοδήματος των ατόμων αυτών είναι επίσης σημαντική, ειδικά όσων έχουν μικρότερη «παραγωγική» ηλικία.

γ. Κροταφική αρτηρίτιδα. Είναι σπανιότερο σύνδρομο που καταλαμβάνει αρτηρίες μέσου μεγέθους, κυρίως κλάδους της έξω καρωτίδας. Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τοπικά ενοχλήματα από την κροταφική αρτηρία (ημικρανίες) που γίνεται χονδρή και ευαίσθητη, από την οφθαλμική αρτηρία, με εκδηλώσεις φωτοφοβίας ή τύφλωση ή από άλλες εγκεφαλικές αρτηρίες που εκδηλώνονται με ημιπαρετικά σύνδρομα.

Το ειδικό παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό είναι μία φλεγμονή όλου του αρτηριακού τοιχώματος με διήθηση από γιγαντοκύτταρα. Η αρτηρίτιδα συνοδεύεται από διαταραχές λευκωμάτων του πλάσματος, υψηλή ταχύτητα καθιζήσεως ερυθρών και θεωρείται ότι αποτελεί μέρος ευρύτερης κλινικής εικόνας, της «ρευματικής πολυμυαλγίας». Το πλήρες σύνδρομο περιλαμβάνει διάχυτους μυικούς πόνους και ευαισθησία γύρω από τον ανώτερο θώρακα, τον τράχηλο και την κεφαλή, πυρετό «αγνώστου αιτιολογίας» και ακαθόριστα συμπτώματα κοπώσεως. Τα γενικά συμπτώματα είναι πολύ εντονότερα από τα τοπικά ή τα τυχόν εστιακά σημεία από το κεντρικό νευρικό σύστημα, γι' αυτό σπάνια γίνεται εξ αρχής η σωστή διάγνωση. Η ειδική θεραπεία του συνδρόμου απαιτεί κορτικοειδή σε μεγάλες δόσεις που περιορίζονται πολύ προσεκτικά σε διάστημα πολλών μηνών, με γνώμονα την διατήρηση της καλής γενικής κατάστασης και της ελαττωμένης ταχύτητας καθιζήσεως ερυθρών.

ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Υπέρταση καλείται η αύξηση της πίεσης του αίματος στις αρτηρίες. Υπέρταση στα μεγάλα παιδιά και στους ενηλίκους μέχρι 50 ετών . Θεωρείται η αρτηριακή πίεση πάνω από 140 χλστ. στήλης υδραργύρου (Hg) ή mm ή πάνω από 90 χλστ. Hg ή mm. Για να πούμε ότι ένα άτομο παρουσιάζει υπέρταση πρέπει να μετρά την αρτηριακή του πίεση πολλές φορές, σε απόσταση πολλών ημερών, καλύτερα το πρωί, όταν το άτομο είναι ήρεμο και ξεκούραστο στο σπίτι. ¹¹

Οι μεταβολές στις περιφερικές αντιστάσεις είναι η πιο σημαντική αιτία της υπέρτασης των υπερηλίκων. Αν και πολύ κοινή στους υπερηλίκους, η υπέρταση δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο του γήρατος, αλλά μάλλον να αντιμετωπίζεται σαν πρόβλημα υγείας, που απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία. Η μακροχρόνια υπέρταση μπορεί να είναι επικίνδυνη για τον υπερηλίκου άρρωστο. Οι επιπλοκές της περιλαμβάνουν:

1. Ελλατωματική κυκλοφορία του αίματος στους νεφρούς. Αυτή οδηγεί στην ισχαιμία του νεφρικού ιστού που με τη σειρά του εκκρίνει τη ρενίνη που συμβάλλει στο σχηματισμό της αγγειοτονίνης, η οποία αυξάνει τη σύσπαση των αρτηριδίων(ο κύκλος αυτός διακινεί την ανωμαλία που τελικά έχει αποτέλεσμα τη μη ανατάξιμη νεφρική βλάβη).

2. Αύξηση του έργου της καρδιάς, καθώς η αριστερή κοιλία υποχρεώνεται να δουλέψει πιο σκληρά για να διαπραγματευθεί με την μειωμένη θρέψη και οξυγόνωση του μυοκαρδίου.

3. Εγκεφαλική αιμορραγία ή θρόμβωση ³

Σε μερικές περιπτώσεις η υπέρταση οφείλεται σε παθήσεις των νεφρών, της καρδιάς, των ενδοκρινών αδένων κ.λ.π. Η ιδιοπαθής υπέρταση (=δυσεύρετης αιτιολογίας) μπορεί να οφείλεται σε κατακράτηση νατρίου ή ασβεστίου στα κύτταρα, οπότε προκαλείται σύσπαση των μυικών ινών των αρτηριδίων. Σε ορισμένους λαούς με μεγάλη χρήση χλωριούχου νατρίου, η υπέρταση είναι συχνή, ενώ δεν παρατηρείται υπέρταση σε ορισμένους λαούς της Αφρικής, της Βραζιλίας και στους

Εσκιμώους που δεν χρησιμοποιούν αλάτι. Η μεγάλη χρήση νατρίου προκαλεί υπέρταση κυρίως σε προδιαθετειμένα άτομα, αλλά και ορισμένοι ψυχοκοινωνικοί και συγγινησιακοί παράγοντες, η παχυσαρκία κ.λ.π. παίζουν ρόλο στην πρόκληση της υπέρτασης.¹¹

Η υπέρταση μπορεί να αρχίζει από την παιδική ηλικία. Πολλές φορές διαπιστώνεται τυχαία. Γι' αυτό και πρέπει να μετράται σ' όλα τα παιδιά και να παρακολουθείται στους μεγάλους κάθε ένα ή δύο χρόνια. Σπάνια η υπέρταση εκδηλώνεται με κεφαλαλγίες, ζάλη, διαταραχές όρασης κ.λ.π. Όταν διαπιστωθεί για πρώτη φορά η αρτηριακή υπέρταση ελέγχεται πολλές φορές η ΑΠ, και όταν βρίσκεται τις περισσότερες φορές πάνω από το φυσιολογικό βάζουμε το άτομο σε ιατρική παρακολούθηση. Στις περιπτώσεις αυτές γίνονται εξετάσεις όπως γενική ούρων, εξέταση ουρίας αίματος, καρδιολογικές εξετάσεις και στην ανάγκη πυελογραφία.¹¹

Γιά την θεραπεία της υπερτάσεως συνίσταται δίαιτα πτωχή σε αλάτι και αποφεύγονται τροφές που περιέχουν πολύ αλάτι (αλμυρά, τυριά, συντηρημένες τροφές, τσίπς κ.λ.π.). Σ' ελάχιστες περιπτώσεις θα συστήσει ο γιατρός δίαιτα με ελάχιστο ή λίγο αλάτι για λίγες ημέρες, χορηγώντας τροφές όπως είναι χορταρικά, ρύζι, φρούτα, λάδι, τσάι ή τρφές όπως ψωμί, κρέας, ψάρι, αυγό γάλα κ.τ.λ. Σε βαρύτερες περιπτώσεις υπέρτασης χορηγούνται διουρητικά (θειαζίδη κ.λ.π.) και σε ακόμη βαρύτερες περιπτώσεις διάφορα αγγειοδιασταλτικά (προπανολόνη, υδραλαζίνη κ.λ.π.) ή συνδυασμός αυτών όπως θα συστήσει ο γιατρός. Στους υπερτασικούς θα πρέπει να αποφεύγεται η κατάχρηση οινοπνεύματος (κατά την διάρκεια λήψης αλκοόλης αυξάνει η ΑΠ ενώ δεν έχει επίδραση σε φυσιολογικά άτομα).

Προφυλακτικώς πρέπει να περιορίζεται η χρήση αλατιού σε 2 - 3 γρμ. ημερησίως, πράγμα που εξασφαλίζεται με την συνήθη μικτή διατροφή. Τα τελείως ανάλατα φαγητά, εκτός του ότι είναι άνοστα, είναι και ανθυγιεινά γιατί μπορεί καμιά φορά να προκαλέσουν φαινόμενα ελλείψεως νατρίου όπως αδυναμία, έλλειψη όρεξης και δίψας, υπόταση, μυικές συσπάσεις κ.λ.π.).

Η γαλακτοφυτική δίαιτα κατεβάσει την ΑΠ σε φυσιολογικά άτομα κατά 5 - 6 χλστ. Hg την Μχ, και κατά 2 - 3 χλστ. Hg την Μπ. Δίαιτα χαμηλή σε λίπος (23% των

θερμίδων σε λίπος) και υψηλή σχέση πολυακόρεστων προς κορεσμένα λιπαρά οξέα κατέβασε την αρτηριακή πίεση από 138,4 σε 129.5 την Μx και από 88,9 σε 81,3 χλστ. την Μπ. Η χορήγηση 1 γρμ.ημερησίως ασβεστίου υπό μορφή κιτρικού ασβεστίου (4γρμ.ημερησίως) ελαττώνει λίγο τη διαστολική αρτηριακή πίεση μετά 6 - 12 εβδομάδες. Όταν η υπέρταση δεν υποχωρεί παρά την εφαρμοζόμενη διαίτα μπορεί να χρησιμοποιηθούν διάφορα αντιυπερτασικά φάρμακα, υπό ιατρική πάντα παρακολούθηση.

Τα αντιυπερτασικά φάρμακα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες ως εξής:

1. Διουρητικά, όπως η πολυθειαζιδικη(Renese), η φουροσεμίδα (Lasix), η υδροχλωροθειαζιδικη (Esidrex)κ.λ.π.

2. Κατασταλτικά του συμπαθητικού συστήματος, όπως κλονιδίνη (Catapressan), η προπανολόλη(Inderal) κ.λ.π.

3. Αγγειοδιασταλτικά όπως καπτοπρίλη (Capoten), η μινοξιδύλη (Loniten)κ.λ.π.

Συνήθως αρχίζουμε με ένα φάρμακο της 1ης ή της 2ης κατηγορίας και σε βαρύτερες περιπτώσεις (όταν δεν επηρεάζεται η υπέρταση) γίνεται συνδυασμός φαρμάκων από τις δύο ή και τις τρεις κατηγορίες. Παράλληλα καταπολεμείται η παχυσαρκία όταν υπάρχει.¹¹

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Άλλο χρόνιο πρόβλημα των υπερηλίκων, είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, που είναι βασικά της ίδιας φύσης με εκείνον της μέσης ηλικίας. Η συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη αυξάνει με την ηλικία και φθάνει στο μέγιστο ανάμεσα στις ηλικίες των 65 και 74 ετών (64,4 στα 1000 άτομα).

Οι παράγοντες που προδιαθέτουν τους υπερηλίκους στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη είναι:

1. Παχυσαρκία
2. Λοίμωξη

3. Έντονη ψυχική καταπόνηση
4. Κληρονομική προδιάθεση
5. Χειρουργικές διαδικασίες
6. Διαβητογενή φάρμακα (θειοιζίδες, κορτιζόνη)
7. Μακροχρόνια ακινησία ⁵

Ο σακχαρώδης διαβήτης οφείλεται σε έλλειψη ή ατελή δράση της ινσουλίνης. Η ινσουλίνη είναι ορμόνη που παράγεται στο πάγκρεας και από εκεί φέρεται στο αίμα και τους ιστούς όπου είναι απαραίτητη για την καύση της γλυκόζης. Σ τη μεμβράνη των κυττάρων υπάρχουν υποδοχείς με τους οποίους ενώνεται η ινσουλίνη και πυροδοτείται σειρά βιοχημικών αντιδράσεων με την ενεργοποίηση ορισμένων ενζύμων. Ο διαβήτης διακρίνεται στον νεανικό κατά τον οποίο δεν παράγεται αρκετή ινσουλίνη στο πάγκρεας και των ενηλίκων κατά τον οποίο διατηρείται κάποια έκκριση ινσουλίνης αλλά δεν μπορεί να δράσει στους ιστούς και κυρίως τους λιπώδεις. Στο διαβήτη ενηλίκου αυξάνει ο αριθμός και το μέγεθος των λιποκυττάρων, ελαττώνονται οι υποδοχείς της ινσουλίνης στην επιφάνεια των λιποκυττάρων και παρατηρείται αύξηση ινσουλίνης (περίσσεια ινσουλίνης). Όταν ελαττώνεται η παχυσαρκία βελτιώνεται ο διαβήτης και ελαττώνεται η ινσουλίνη. Στον διαβήτη λοιπόν δεν καίγεται η γλυκόζη στους ιστούς με αποτέλεσμα την αύξηση αυτής στο αίμα από 1γρμ ‰ περίπου που είναι φυσιολογικά, μέχρι 2 - 4 γρμ‰. Για τις θερμιδικές του ανάγκες ο οργανισμός αναγκάζεται να χρησιμοποιεί τα λίπη, τα οποία όταν καίγονται παράγουν οξόνη και οξονικά σώματα, που είναι οξέα και προκαλούν οξέωση. ¹¹

Ο διαβήτης εκδηλώνεται με πολουρία για να αποβάλλει το σάκχαρο, πολυδιψία και πολυφαγία για να αναπληρώσει το νερό και το σάκχαρο που χάνει με τα ούρα. Σε βαριές καστάσεις προκαλείται οξέωση που μπορεί να οδηγήσει σε κώμα.

Ο νεανικός διαβήτης συνήθως εκδηλώνεται στην παιδική ή μεγαλύτερη ηλικία, είναι βαρύτερος, πολλές φορές προκαλεί απώλεια βάρους, οξέωση και κώμα και χρειάζεται οπωσδήποτε ινσουλίνη για την θεραπεία του, ενώ ο διαβήτης των ενηλίκων είναι ελαφρότερος, εκδηλώνεται συνήθως σε μεγάλη ηλικία, κληρονομείται με τον επικρατούντα χαρακτήρα, εκδηλώνεται όμως όταν το περιβάλλον είναι κατάλληλο (π.χ. παχυσαρκία), οπότε μπορεί να εκδηλωθεί ακόμη και στους νέους, θεραπεύεται δε χωρίς ινσουλίνη.

Η διάγνωση του διαβήτη είναι εύκολη και βασίζεται στα συμπτώματα όπως πολυουρία, ξηρότητα στόματος, πολυδιψία, πολυφαγία, απώλεια βάρους στα παιδιά κ.λ.π. Όταν υπάρχει οξέωση ο άρρωστος παρουσιάζει απόπνοια σαν σάπιο μήλο από την οξόνη, βαθιές αναπνοές, υπνηλία και μπορεί να πέσει σε κώμα. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την εξέταση ούρων όπου βρίσκεται σάκχαρο(γλυκόζη) και κυρίως εξέταση αίματος όπου το σάκχαρο είναι αυξημένο. Όταν υπάρχει οξόνη στα ούρα, βρίσκονται οξόνη και άλλα οξονικά σώματα και στο αίμα, οπότε προκαλείται οξέωση.

Στον διαβήτη των ενηλίκων το άτομο είναι συνήθως παχύσαρκο. Επομένως στο διαιτολόγιο επιδιώκεται η μείωση του σωματικού βάρους μέχρι του κανονικού, οπότε οι ιστοί χάνουν λίπος και γίνονται ευαίσθητοι στην επίδραση της ινσουλίνης. Μόνο με τέτοιου είδους διαίτα μπορεί να ρυθμιστεί ο διαβήτης, έστω και αν η παραγωγή της ινσουλίνης είναι λίγο ελαττωμένη. Υπολογίζεται ότι όταν το διαιτολόγιο περιέχει 800 θερμίδες λιγότερες την ημέρα απ' όσες χρειάζεται το άτομο, κανονικά ο άρρωστος θα χάσει 100 γραμμάρια βάρους την ημέρα, δηλαδή 3 κιλά το μήνα. Οι χορηγούμενες θερμίδες καλύπτονται με λεύκωμα, λίπος και υδατάνθρακες. Προτιμούνται οι σύνθετοι υδατάνθρακες που απορροφώνται βραδέως και έτσι το σάκχαρο στο αίμα αυξάνει βραδέως. Αποφεύγονται οι μονοσακχαρίτες και οι δισακχαρίτες, κυρίως με φρούτα. Τα γλυκά και η ζάχαρη πρέπει να αποφεύγονται τελείως. Αντι για ζάχαρη μπορεί να χρησιμοποιηθεί σορβιτόλη σε μικρές δόσεις, επειδή απορροφάται σιγά - σιγά στο έντερο και μεταβάλλεται σε γλυκόζη βραδέως κι έτσι δεν αυξάνει το σάκχαρο αίματος. Μέτρια χρήση σακχαρίνης επιτρέπεται. Λίπος χρησιμοποιείται φυτικό κυρίως. Μικρές ποσότητες οινοπνεύματος(κρασί, μπύρα κ.λ.π.) επιτρέπονται, πρέπει όμως να υπολογίζονται οι θερμίδες. Καλύτερο είναι να λαμβάνονται μικρά γεύματα την ημέρα (4 ή 5) για να μην αυξάνει το σάκχαρο αίματος πολύ, ενώ αντίθετα όταν χορηγείται ινσουλίνη πρέπει να συνδυάζεται η διαίτα με μεγάλα γεύματα.¹¹

Στην κατάρτιση του διαιτολογίου του διαβητικού, σύμφωνα με τα παραπάνω, υπολογίζουμε τις θερμίδες που πρέπει να παίρνει ο άρρωστος το 24ωρο και τις κατανέμουμε στα λευκώματα, τα λίπη και τους υδατάνθρακες, με αναλογία 2,5 - 3 γρμ. κατά τα γνωστά σύμφωνα με το βάρος που έπρεπε να έχει και εκείνο που πρέπει να χάσει προοδευτικά, π.χ. για 1500 θερμίδες 60 gr λευκώματα, 60 gr λίπη, 180 gr

υδατάνθρακες και για 1800 θερμίδες 70 gr λευκώματα, 70 gr λίπη, 210 gr υδατάνθρακες κ.λ.π.

Γενικά το διαιτολόγιο καταρτίζεται με βάση τα ισοδύναμα. Πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο απλό, με τη διαφορά από το γενικό διαιτολόγιο ότι δεν θα περιέχει γλυκά, θα είναι πτωχότερο σε θερμίδες, θα περιλαμβάνει περισσότερα γεύματα.

Για την εκπόνηση και την εφαρμογή του διαιτολογίου χρειάζεται συνεργασία του γιατρού με τον άρρωστο, ο οποίος θα πρέπει να εκπαιδευτεί κατάλληλα. Θα πρέπει να αποφεύγεται η μεγάλη σχολαστικότητα και το ζύγισμα των τροφών, φθάνει να τηρούνται οι γενικές αρχές που είναι: λιγότερες θερμίδες, λίγα λίπη, σύνθετοι υδατάνθρακες, καθόλου ζάχαρη, περισσότερη κίνηση ώστε να ελαττωθεί το περιττό βάρος. Οι θερμίδες κατανέμονται σε 3 κύρια γεύματα, πρωί (20%), μεσημέρι (40 ή 30%), βράδυ (30 ή 40%) και ένα ενδιάμεσα στις 11π.μ. ή στις 5μ.μ. (10%). Όταν θέλουμε να ελαττώσουμε ή να αυξήσουμε τις θερμίδες, ελαττώνουμε ή αυξάνουμε στα διάφορα γεύματα τα ισοδύναμα του λίπους κυρίως και των αμυλωδών ανάλογα.

Επίσης σήμερα προτιμούνται τροφές με λίγες θερμίδες, λίγο λίπος και αρκετούς σύνθετους υδατάνθρακες, με αρκετές φυτικές ίνες ώστε να καλύπτονται οι απαραίτητες θερμίδες σε αναλογία: λεύκωμα 15%, λίπος 35% και υδατάνθρακες 50%. Έτσι αποφεύγονται η αθηρωσκλήρωση. Ο καφές, το τσάι, τα καρυκεία, οι ζελέδες, τα χορταρικά και τα λαχανικά χορηγούνται ελεύθερα αρκεί να μην περιέχουν πρόσθετη ζάχαρη.

Όταν ο διαβήτης ενηλίκων δεν μπορεί να ρυθμιστεί με την διαίτα και την άσκηση, μπορεί να χρησιμοποιούνται φάρμακα που αυξάνουν την έκκριση ινσουλίνης, όπως παράγωγα σουλφονουλουρίας (Daonil, Dymegol) ή φάρμακα που ελαττώνουν την έκκριση της γλυκόζης στο έντερο όπως τα διγουανίδια (Informin) πάντα με ιατρική παρακολούθηση. Η άσκηση βελτιώνει πιθανώς την επιδεκτικότητα των υποδοχέων της ινσουλίνης στους ιστούς, όπως και τη συγκέντρωσή τους.

Προκειμένου να χρησιμοποιηθούν οι «διαβητικές τροφές» πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η περιεκτικότητά τους σε σάκχαρη αλλά και σε συνολικές θερμίδες και να μην καταναλώνονται απεριόριστα. Η φροκτόζη και η σορβιτόλη (στη μαρμελάδα) είναι και αυτές σάκχαρα που μεταβολίζονται στον οργανισμό αργότερα σε γλυκόζη. Επίσης τα ζυμαρικά (μακαρόνια, χυλοπίτες κ.λ.π.) περιέχουν άμυλο, αλλά κάπως λιγότερο για διαβητικούς. Η σοκολάτα, τα μπισκότα για διαβητικούς

είναι πτωχά σε ζάχαρη, περιέχουν όμως πολύ λίπος που τα κάνει πλούσια σε θερμίδες.

Στο διαβήτη της κύησης αυξάνει η αντίσταση στην ινσουλίνη. Δίνουμε δίαιτα με 2.000 - 2.500 θερμίδες ημερησίως με ελάττωση των απλών σακχάρων και ινσουλίνη χορηγείται όταν η γλυκόζη του αίματος είναι πάνω από 105 mg% και δεν ελέγχεται με την δίαιτα.¹¹

ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ Η ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ ΚΑΙ ΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΟΥ

Το πεπτικό έλκος χαρακτηρίζεται από εμφάνιση στο βλεννογόνο του στομάχου ή συνηθέστερα του δωδεκαδακτύλου μίας ή σπάνια περισσοτέρων εξελκώσεων. Είναι μία πάθηση πολύ συχνή. Το έλκος δημιουργείται από την επίδραση του όξινου γαστρικού υγρού και του ενζύμου «πεψίνη» στο βλεννογόνο. Όταν το γαστρικό υγρό είναι πολύ όξινο, η αντίσταση του βλεννογόνου ελαττωμένη ή όταν συμβαίνουν και τα δύο αυτά μαζί μπορεί να κάνει την εμφάνιση του το έλκος. Για την εμφάνιση του έλκους παίζουν ρόλο η κληρονομική προδιάθεση του ατόμου, το αγχος, η λήψη φαρμάκων (ασπιρίνη κ.λ.π.), το κάπνισμα κ.λ.π. Πολλοί νομίζουν ότι είναι ψυχοσωματική νόσος.

Τα κυριώτερα συμπτώματα του έλκους είναι ο πόνος στο επιγάστριο, που συχνά αντανακλά στο αριστερό ή σπανιότερα στο δεξιό υποχόνδριο ή τη ράχη. Ο πόνος είναι βασανιστικός, οξύς, καυστικός και διαπεραστικός. Εμφανίζεται συνήθως μία ώρα περίπου μετά το φαγητό και ανακουφίζεται με λήψη τροφής ή αλκαλικών. Στο έλκος του δωδεκαδακτύλου ο πόνος εμφανίζεται αργότερα και συνήθως ξυπνά τον άρρωστο. Πολλές φορές τα ενοχλήματα έχουν περιοδική εμφάνιση, δηλαδή εμφανίζονται περίοδοι κατά τις οποίες ο άρρωστος επί εβδομάδες ή μήνες είναι τελείως καλά και περίοδοι κατά τις οποίες παρατηρείται παρόξυνση του έλκους. Συχνά τα ενοχλήματα είναι ακαθόριστα ή λείπουν τελείως και η αρρώστια μπορεί να εκδηλώνεται άξαφνα με αιμορραγία με τον έμετο(αιματέμεση) ή με τις κενώσεις(μέλανες κενώσεις) ή και τα δύο εαν το έλκος είναι στο στομάχι ή στο δωδεκαδάκτυλο.

Η διάγνωση του έλκους επιβεβαιώνεται με ακτινογραφία στομάχου και δωδεκαδακτύλου ή καλύτερα την γαστροσκόπηση, η οποία είναι απλή, ακίνδυνη και

ανώδυνη εξέταση και ελέγχει καλύτερα την μορφή, την κατάσταση και την εξέλιξη του έλκους.

Πρέπει στους πάσχοντες από πεπτικό έλκος, να αποφεύγονται τελείως τα πικάντικα φαγητά, οι ερεθιστικές σούπες, οι σάλτσες, τα αλμυρά, τα ξυνά, τα οινοπνευματώδη, τα αεριούχα ποτά, πο πολλοί καφέδες, τα τηγανητά, το κρεμμύδι, το σκόρδο, τα τσιγαριστά και τα λιπαρά φαγητά. Λίγο κρασί στην διάρκεια του γεύματος και 1 - 2 καφέδες την ημέρα δεν βλάπτουν. Πρέπει όμως να αποφεύγονται πο τροφές που μπορεί να πειράζουν ειδικά τον άρρωστο, από επανειλημμένες και επισταγμένες και όχι επιτόλαιες παρατηρήσεις αυτού. Στην οξεία φάση της νόσου χορηγούνται κρέμες, γάλα, ζελέ, για λίγες μέρες σε μικρά και συχνά γεύματα.

Άλλοι παράγοντες που υποβοηθούν την έξαρση του έλκους είναι το κάπνισμα, η λήψη ασπιρίνης, το άγχος, η κορτιζόνη κ.λ.π. Σε περιπτώσεις μεγάλης αιμορραγίας από το έλκος γίνεται μετάγγιση αίματος. Τροφή από το στόμα αρχίζει όταν περάσει το σοκ και η ναυτία. Δίνεται υδαρή διαίτα, ρευστή στο πρώτο 24ωρο και κατόπιν μαλακή και τέλος κανονική ανάλογα της καταστάσεως του αρρώστου. Συγχρόνως χορηγούνται αντιόξινα φάρμακα. Σε περιπτώσεις που το έλκος είναι επίμονο ή προκαλεί μεγάλες αιμορραγίες, γίνεται εγχείρηση βαγγοτομή ή γαστρεκτομή πολυ σπάνια.

Η πρόγνωση του έλκους που εντοπίζεται στο στομάχι και κυρίως στον πυλωρό, είναι πολύ χειρότερη από το έλκος του δωδεκαδακτύλου, γιατί μπορεί να εξαλλαγεί σε καρκίνο και γι' αυτό το λόγο χρειάζεται καλύτερη παρακολούθηση και καμιά φορά κατ' ανάγκη έγκαιρη χειρουργική επέμβαση.

ΧΡΟΝΙΑ ΔΥΣΠΕΨΙΑ

Η χρόνια δυσπεψία είναι συχνή διαταραχή στους ενηλίκους. Περιλαμβάνει ακαθόριστα ενοχλήματα, που σχετίζονται με το φαγητό (βάρος, καούρες, ελαφρό πόνο στο επιγάστριο, ναυτία κ.λ.π.). Τα ενοχλήματα αυτά μπορεί να οφείλονται σε πεπτικό έλκος, χολοκυστοπάθεια, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, χρόνια παγκρεατίτιδα, καρκίνο του στομάχου ή του παγκρέατος, κ.λ.π.

Πολλές φορές διαπιστώνεται με τη γαστροσκόπηση και την ιστολογική εξέταση, χρόνια γασρίτιδα ή δωδεκαδακτυλίτιδα, υπερτροφική (με υπερπλασία του βλεννογόνου) συνήθως, που άλλοτε μεν είναι προοίμιο του πεπτικού έλκους, άλλοτε

όμως όχι. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται κοινώς ως υπερχλωρυδρία γιατί υπάρχει πραγματικά υπερέκκριση γαστρικού υγρού. Καμιά φορά διαπιστώνεται ότι η γαστρίτιδα ή η δωδεκαδακτυλίτιδα οφείλεται στο μικρόβιο «καμπυλοβακτηρίδιο», που μπορεί να προκαλέσει ακόμη και έλκος.

Άλλες φορές η γαστρίτιδα είναι τροφική, που μπορεί να επιπλακεί με κακοήθη αναιμία, έλκος, καρκίνο, κ.λ.π. Συχνά η δυσπεψία είναι αποτέλεσμα αερογαστρίας, απουλεί ψυχοσωματική διαταραχή και φέρεται με το όνομα νεύρωση του στομάχου και πολλές φορές συνδυάζεται και με άλλες νευρωσικές εκδηλώσεις (ευερέθιστο κόλο, χρόνια δυσκοιλιότητα, κεφαλαλγίες, αυπνίες, αρρυθμίες, κνησμό, κ.λ.π.).

Στην χρόνια δυσπεψία χορηγείται διαίτα με εύπεπτες τροφές, χωρίς πολλά λίπη, δύσπεπτες και ερεθιστικές τροφές, σε κανονικά διαστήματα και σε ευχάριστη ατμόσφαιρα. Αποφεύγονται τα μεγάλα γεύματα, τα οينوπνευματώδη ποτά, πο πολλοί κεφέδες καθώς και κάθε τροφή που μπορεί να μην είναι ανκτή από τον άρρωστο. Συχνά ορισμένα άτομα δεν ανέχονται το γάλα ή τα λιπαρά ή τα φρούτα ή το ψωμί ή τα όσπρια ή τον καφέ κ.λ.π. Αποφεύγονται τα φάρμακα που συνήθως ερεθίζουν το στομάχι, όπως είναι η ασπιρίνη και άλλα αντιφλεγμονώδη αντιρευματικά φάρμακα. Το κάπνισμα που καμιά φορά είναι από τις κύριες αιτίες της δυσπεψίας, πρέπει να αποφεύγεται γιατί ποσδήποτε επιδεινώνεται η κατάσταση.¹¹

ΧΡΟΝΙΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Η χρόνια ιδιοπαθής δυσκοιλιότητα οφείλεται σε μη οργανική διαταραχή του αντανακλαστικού της αφόδευσης: 1) Μπορεί να μην χαλαρώνεται αυτόματα φυσιολογικά ο έσω σφιγκτήρας 2) να μη γίνεται η εκούσια αναστολή του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού.

Διάφοροι παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στην εγκατάσταση της δυσκοιλιότητας αυτής, όπως διαιτητικοί (τροφές τελείως κατεργασμένες, πτωχές σε φυτικές ίνες, λίγα υγρά, κ.λ.π.), προχωρημένη ηλικία, έλλειψη άσκησης, κλινοστατισμός, χρόνια χρήση καθαρτικών ή υποκλυσμών, αιμορροΐδες ή ραγάδες, ψυχικές ή ψυχολογικές διαταραχές.

Θεραπεία. Η θεραπεία της χρόνιας ιδιοπαθούς δυσκοιλιότητας είναι ψυχολογική, διαιτητική και φαρμακευτική ως εξής:

1. Πρέπει να δημιουργηθεί στον άρρωστο η πεποίθηση ότι η δυσκοιλιότητα δεν είναι σοβαρό πρόβλημα και ότι δεν έχει επιπτώσεις στην υγεία του, διάφρα δε νεοχλήματα όπως κεφαλαλγία, αδιαθεσία, κ.τ.λ. κακώς αποδίδονται σ' αυτήν. Καλό είναι ο άρρωστος να έχει μία ορισμένη ώρα μετά ένα γεύμα, που να πηγαίνει για αποπάτηση. Δεν πρέπει να του δημιουργείται άγχος εάν τυχόν δεν ενεργηθεί κάποια φορά, κυρίως όταν βρεθεί σε άλλο περιβάλλον. Η γενική άσκηση του σώματος, η υπαίθρια ζωή και τα σπόρ ωφελούν πολύ.

2. Η διαίτα πρέπει να περιλαμβάνει αρκετά υγρά, πολλές φυτικές τροφές (κομπόστες, φρούτα, μαρμελάδες, δαμάσκηνο, χορταρικά, μαύρο ψωμί, κ.λ.π.).

3. Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων που διεγείρουν το έντερο ή αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων προσροφώντας νερό (λακτουλόζη, γάλα μαγνησίας, κ.λ.π.) ή μαλακώνουν τις κενώσεις (παραφινέλαιο).

Πρέπει να απαγορεύεται η παρατεταμένη χρήση υπακτικών, εφόσον μπορεί να καταπολεμηθεί η δυσκοιλιότητα με υγιεινά διαιτητικά μέσα. Οι υποκλυσμοί και τα υπόθετα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο προσωρινά για απομάκρυνση των σκληρών κοπράνων που δυσκολεύουν την αφόδευση. Η χρόνια χρήση αυτών, μπορεί να προκαλέσει διαταραχή στο αντανεκλαστικό της αφόδευσης και της εντερικής κινητικότητας, να επιδεινώνει την δυσκοιλιότητα και να δημιουργεί εξάρτηση από τα φάρμακα.

ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ

Χολολιθίαση είναι ο σχηματισμός λίθων μέσα στις χοληφόρους οδούς και τη χοληδόχο κύστη. Η χολή παράγεται στο ήπαρ, φέρεται στις χοληφόρους οδούς και την χοληδόχο κύστη. Η χολή είναι κιτρινοπράσινο υγρό που περιέχει σε διάλυση κυρίως χοληστερίνη, χολικά οξέα, φωσφολιπίδια, ανθρακικό ασβέστιο, φωσφορικό ασβέστιο, κ.λ.π. Οι χολολίθοι παράγονται από την χολή μέσα στις χοληφόρους οδούς και κυρίως τη χοληδόχο κύστη. Δεν είναι γνωστό που οφείλονται. Υπάρχει οικογενής (κληρονομική) προδιάθεση στη νόσο. Είναι πολύ συχνή νόσος. Παρατηρείται σπανιότερα στους υποανάπτυκτους λαούς. Οι χολολίθοι που αποτελούνται κυρίως από χοληστερίνη είναι συχνότεροι. Στην δημιουργία τους συμβάλλει η υπερβολική έκκριση χοληστερίνης στη χολή, που μπορεί να οφείλεται σε υπερβολική λήψη χοληστερίνης με τη τροφή, λήψη τροφής πλούσιας σε θερμίδες, παχυσαρκία,

υπερλιποπρωτεϊναιμία τύπου IV, λήψη οιστρογόνων κ.λ.π. Για την παραγωγή των χολολίθων ενοχοποιείται και η ελάττωση της παραγωγής χολικών οξέων, που κρατούν την χοληστερίνη σε διάλυση και μπορεί να οφείλεται σε υπερβολική χρήση ζάχαρης.

Οι χολόλιθοι της χοληστερίνης παρατηρούνται συχνότερα με την πάροδο της ηλικίας, την εγκυμοσύνη, το διαβήτη, σε δίαιτες με πολυακόρεστα λιπαρά οξέα κ.λ.π. Είναι συχνό φαινόμενο περισσότερο στις γυναίκες. Φαίνεται ότι η διαίτα παίζει κάποιο επιβοηθητικό ρόλο στη δημιουργία χολολίθων πάνω σε προδιαθετιμένο έδαφος.

Οι λίθοι από χολοχρωστικές, παρατηρούνται σε χρόνιες αιμολυτικές αναιμίες, την αλκοολική κίρρωση κ.λ.π. Είναι συχνοί στις αγροτικές περιοχές της Ιαπωνίας και άλλων ασιατικών λαών.

Η χολολιθίαση εκδηλώνεται με έντονο πόνο (κολικό του ήπατος) που εντοπίζεται στο δεξιό υποχόνδριο ή το επιγάστριο. Ο κολικός διαρκεί λίγες ώρες (1 - 4) και μπορεί να συνοδεύεται με πυρετό, ίκτερο και πολύ συχνά με ναυτία και εμετούς. Μπορεί να επαναλαμβάνεται και σε άλλα χρονικά διαστήματα που διαρκούν μέρες ή χρόνια. Συνήθως όμως οι χολόλιθοι είναι ασυμπτωματικοί.

Η διάγνωση της νόσου γίνεται εύκολα με την χολοκυστογραφία ή τη χολλαγγειογραφία και το υπερηχογράφημα. Η νόσος μπορεί να επιπλακεί με παγκρεατίτιδα, χολοκυστίτιδα κ.λ.π.¹¹

Στη χολολιθίαση χορηγείται τροφή πτωχή σε λίπος, επιδιώκεται η ελάττωση του βάρους και χρησιμοποιούνται φάρμακα καταπραϋντικά του πόνου. Η θεραπεία της χολολιθίαςης είναι χειρουργική και συντηρητική. Για την διάλυση των λίθων χρησιμοποιούνται από το στόμα χολικά οξέα, που μπορεί να έχουν καλά αποτελέσματα σ' ορισμένες μόνο περιπτώσεις και κυρίως στην αρχή της νόσου.

Η συντηρητική θεραπεία της απλής χολολιθίαςης αφορά την σύσταση δίαιτας από το γιατρό, που περιορίζει το ποσό της τροφής και αποκλείει τις δύσπεπτες και πλούσιες σε λίπη τροφές. Αυγά, ζωικά λίπη, δύσπεπτα λαχανικά και όσπρια πρέπει να αποφεύγονται και να προτιμάται το νωπό βούτυρο για τα φαγητά και το ωμό λάδι για τις σαλάτες. Σκοπός της θεραπείας είναι η ηρεμία της χοληδόχου κύστεως.¹³

ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Οστεοπόρωση είναι η ελάττωση της οστικής μάζας των οστών, ενώ ο όγκος αυτών δεν ελαττώνεται, δηλαδή τα οστά γίνονται λιγότερο συμπαγή. Στην οστεοπόρωση ελαττώνεται η οργανική ουσία του οστού και δευτεροπαθώς τα ανόργανα συστατικά του (ασβέστιο, φώσφορος, κ.λ.π.). Η σχέση οργανικής ουσίας προς τα ανόργανα συστατικά διατηρείται φυσιολογική. Φυσιολογικά μετά τη μέση ηλικία παρατηρείται προοδευτική απώλεια οστικής μάζας, που πολλές φορές παίρνει παθολογικές διαστάσεις και κυρίως στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, στις οποίες η συχνότητα φθάνει μέχρι 15 - 30% περίπου.

Παράγοντες που ευνοούν την οστεοπόρωση είναι η ακινησία (σε παραπληγίες, αρθρίτιδες, σε εφαρμογή γύψου κ.λ.π.), η έλλειψη ενεργού βιταμίνης D, η έλλειψη οιστρογόνων (στην εμμηνόπαυση), η έλλειψη ασβεστίου, η χρόνια χρήση οινοπνεύματος, η παρατεταμένη λήψη κορτιζόνης, ο υπερθυροειδισμός κ.λ.π.

Η οστεοπόρωση εκδηλώνεται με πόνους κυρίως στα οστά της ράχης, με αυτόματα κατάγματα, ελαφρές κακώσεις και παραμορφώσεις οστών, καθώς και βράχυνση αναστήματος. Τα κατάγματα γίνονται συχνότερα στην κεφαλή και τον αυχένα του μηριαίου οστού, τον καρπό, κ.λ.π. Πολλές φορές η νόσος είναι ασυμπτωματική και ανακαλύπτεται ακτινολογικά. Η ακτινογραφία οστών δείχνει συμπίεση σπονδύλων (παίρνουν σχήμα σφηνοειδή), αφαλάτωση των οστών της σπονδυλικής στήλης, της πυέλου και του μηριαίου (στην κεφαλή και στον αυχένα) καθώς και λέπτυνση του φλοιού τους. Η ελάττωση πυκνότητας των οστών διαπιστώνεται μόνο όταν ελαττωθούν περισσότερο από 1/3 τα άλατα αυτών. Το ασβέστιο, ο φώσφορος και η αλκαλική φωσφατάση του αίματος είναι φυσιολογικά. Η περιεκτικότητα των οστών σε ανόργανα άλατα και η οστική μάζα μπορεί να προσδιοριστεί με αξονική τομογραφία, με μονοενεργειακή απορρόφηση φωτονίων κ.λ.π. Διαφορική διάγνωση της οστεοπόρωσης γίνεται από την οστεομαλακία, τον υπερπαραθυροειδισμό και το κακοήθες μυέλωμα.

Θεραπευτικώς χορηγείται τροφή πλούσια σε λευκώματα και ασβέστιο(γάλα, τυρί, κ.λ.π.), βιταμίνη D όταν λείπει, καθώς και βιταμίνη C και ασβέστιο (1 γρμ. πριν την εμμηνόπαυση, 1,5 γρμ. μετά την εμμηνόπαυση ημερησίως). Πολλοί χορηγούν και φθόριο (ως φθοριούχο νάτριο από το στόμα), το οποίο αυξάνει την παραγωγή

αυτός είναι κλινήρης. Παράλληλα χορηγούνται οιστρογόνα στις γυναίκες και αναβολικά (τεστοστερόνη) στους άνδρες με προσοχή, γιατί σπάνια προκαλούν καρκίνο. Στα κατάγματα του αυχένα (διατροχαντήρια) γίνεται οστεοσύνθεση, ενώ στα κατάγματα της κεφαλής του μηριαίου, αφαιρείται η κεφαλή και τοποθετείται μεταλλική πρόθεση.

Πρός αποφυγή της οστεοπόρωσης και των παθολογικών καταγμάτων στα ηλικιωμένα άτομα πέρα του ότι αυξάνεται το ασβέστιο και η βιταμίνη D μέσω τροφής, αυξάνεται και η παραγωγή βιταμίνης D με την έκθεση αυτών στο ηλιακό φως, γιατί στους ηλικιωμένους υπολείπεται η παραγωγή ενεργού βιταμίνης D.

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Η παχυσαρκία είναι ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα που αποτελεί πηγή μεγάλης απογοήτευσης τόσο για τους πάσχοντες, όσο και για τους γιατρούς. Η απόκτηση περιττού σωματικού βάρους φαίνεται εύκολη και άκοπη, ενώ η απώλεια βάρους αυτού φαίνεται αδύνατη.

Έτσι μπορούμε να πούμε πως το περιττό σωματικό βάρος, εν τούτοις αυξάνει την πίεση που ασκείται στο δέρμα, τους τένοντες και τις αρθρώσεις, αυξάνει τους παράγοντες κινδύνου των συνηθισμένων χρόνιων νόσων (χοληστερόλη ορού, γλυκόζη στο αίμα, αρτηριακή πίεση, συμβάλλει στην πρόκληση ηπατικής βλάβης και χολολιθίασης και προκαλεί μεταβολικές ανωμαλίες και ψυχολογικά προβλήματα.

Θνησιμότητα. Τα σωματικά βάρη που υπερβαίνουν τα επιθυμητά όρια σχετίζονται στενά με αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Οι περισσότεροι παχύσαρκοι διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο και ισχύουν οι ακόλουθες γενικές διαπιστώσεις:

- Τα ποσοστά θνησιμότητας αυξάνονται ανάλογα με την ποσότητα περιττού βάρους του σώματος.⁸
- Η αυξημένη θνησιμότητα οφείλεται σε μεγάλη έκταση, στις συνέπειες των παραγόντων κινδύνου των χρόνιων νόσων. Η υπερλιπιδαιμία, η υπεργλυκαιμία και η υπέρταση αυξάνονται όσο αυξάνεται και η έκταση της παχυσαρκίας.
- Τα ποσοστά θνησιμότητας αυξάνονται σύμφωνα με την ηλικία έναρξης της παχυσαρκίας. Τα άτομα που είναι παχύσαρκα από μικρή ηλικία διατρέχουν το μεγαλύτερο κίνδυνο.

Αιτιολογία. Η παχυσαρκία, σύμφωνα με την απλούστερη εξήγηση οφείλεται σε υπέρμετρη λήψη θερμίδων σε σχέση με την ενέργεια που καταναλώνεται.

Έτσι οι κυριότερες αιτίες παχυσαρκίας μπορεί να είναι:

- Γενετικά αίτια. Τα παχύσαρκα παιδιά συχνά προέρχονται από οικογένειες με ένα τουλάχιστον και συχνά δύο, παχύσαρκους γονείς.
- Κύτταρα λίπους. (λιποκύτταρα) Οι παχύσαρκοι έχουν μεγαλύτερα, πιο γεμάτα κύτταρα λίπους, έχουν επίσης περισσότερα.
- Μεταβολικές διαταραχές. Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός ορισμένων παχύσαρκων είναι χαμηλός και δεν σημειώνει την κατάλληλη αύξηση σαν αντίδραση στην πρόσληψη τροφής ή στην ορμονική διέγερση.
- Χαμηλή φυσική δραστηριότητα. Από τα πρώτα στάδια της βρεφικής ηλικίας μέχρι τα βαθιά γεράματα, οι παχύσαρκοι είναι λιγότερο δραστήριοι από τα άτομα με φυσιολογικό βάρος. Δεν είναι όμως γνωστό αν η διαφορά αυτή αποτελεί αιτία ή συνέπεια του υπέρμετρου σωματικού βάρους.
- Υπερβολική θερμιδική πρόσληψη. Δεν έχει μέχρι στιγμής, αποδειχθεί ότι η παχυσαρκία οφείλεται στο υπερβολικό φαγητό ή σε βλάβη του ελέγχου πείνας και κορεσμού. Αντίθετα η έρευνα δείχνει ότι οι παχύσαρκοι καταναλώνουν τις ίδιες ή λιγότερες θερμίδες από τα άτομα με φυσιολογικό βάρος. Οι παχύσαρκοι δεν είναι απαραίτητα πιο επιδεκτικοί από άλλους σε εξωτερικούς παράγοντες ή λιγότερο ευαίσθητοι σε εξωτερικά ερεθίσματα. Δεν έχουν να επιδείξουν τις ίδιες συνήθειες φαγητού ή προτιμήσεις τροφίμων.⁸

Θεραπεία.

Η αδυναμία καθορισμού μιάς αιτίας της παχυσαρκίας εξηγεί, εν μέρει τουλάχιστον, γιατί είναι τόσο δύσκολη η θεραπεία της. Ανεξάρτητα από την μέθοδο που ακολουθούν, το 80 - 90% των παχύσαρκων ατόμων που χάνουν βάρος το ξαναπαίρνουν μέσα σε ένα ή δύο χρόνια.

Όλες οι μέθοδοι ελέγχου του βάρους πρέπει να μειώνουν τη θερμιδική πρόσληψη, να αυξάνουν την κατανάλωση ενέργειας ή και τα δύο. Στο παρελθόν, η θεραπεία έδινε μεγαλύτερη έμφαση στην μείωση της θερμιδικής πρόσληψης με δίαιτα, χειρουργικές επεμβάσεις, φάρμακα ή τροποποίηση της συμπεριφοράς. Οι

σημαντικοί κίνδυνοι που περικλείουν οι μέθοδοι αυτές για την υγεία, καθώς και οι οικονομικοί και ψυχοκοινωνικοί τους κίνδυνοι, σε συνδυασμό με την εμφανή έλλειψη επιτυχίας τους εξηγούν γιατί η μέθοδος που προτιμάται σήμερα για την πρόληψη και την θεραπεία της παχυσαρκίας προσδίδει μεγαλύτερη απ'ότι στο παρελθόν σημασία στην άσκηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

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

Η φιλοσοφία της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής υλοποιείται με την πίο 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 αξιόλογο ροπή και πως βασική προυπόθεση 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 ζεί τη ζωή, δηλαδή να είναι γερός, σε κατάσταση ευεξίας και ικανοποιημένος από τη ζωή. Η εξατομίκευση της βοήθειας συντελεί στην ανάπτυξη επικοινωνιακών διαπροσωπικών σχέσεων που προσφέρουν στον υπερήλικα ευημερίες και κίνητρα, για να απαυύξει και πάλι δραστηριότητες, συνεργασία,

επικοινωνία αλλά έλεγχο της πραγματικότητας. Η συναχής επικοινωνία που εξασφαλίζεται με την εξατομίκευση της νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα προλαμβάνει την ψυχοκοινωνική ατροφία η οποία είναι μία μορφή εκφύλισης του θανάτου.³

Στην προσπάθεια αυτή η νοσηλεύτρια βοηθείται και από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, Κρατικής, Εκκλησιαστικής και Ιδιωτικής πρωτοβουλίας τις οποίες και θέτει στη διάθεση των ηλικιωμένων.

Η νοσηλεύτρια στην προστατευτική φροντίδα που προσφέρει στον υπερήλικα προσπαθεί να τον διατηρήσει σε υγιή κατάσταση, λειτουργική ικανότητα και να ου 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 στη διατήρηση της υγείας του,
4. Την κατανόηση της ανάγκης για περιοδική αξιολόγηση της υγείας, για τη πρόληψη της αρρώστειας και την παρεμπόδιση της φθοράς της υπάρχουσας κατάστασης,
5. Την προσφορά ανάλογης βοήθειας για την πρόληψη ατυχημάτων (π.χ. λουτρό με κάθισμα και χειρολαβή, τουαλέτα με χειρολαβές και ανυψούμενο κάθισμα κ.α.),
6. Τη 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(νοσηλεύτρια, κοινωνική λειτουργός, οικιακή βοηθός κ.α.) σε άτομα ηλικίας πάνω από 70 χρόνων που ζούν μόνα τους.
10. Τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών που είναι στη διάθεση του ηλικιωμένου(π.χ. διαγνωστικά κέντρα, προγράμματα φροντίδας στο σπίτι, υπηρεσίες οικιακής βοήθειας, υπηρεσία γευμάτων, φιλικοί επισκέπτες, ημερήσια κέντρα, υπηρεσίες ψυχικής υγιεινής, θεοί παππούδες και γιαγιάδες κ.α.) και

11. Την μετάδοση σ' αυτόν του ενδιαφέροντος της αγάπης, του σεβασμού και της κατανόησής της.³

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

Η συμπεριφορά ψυχικής παλινδρόμησης στην παιδική ηλικία περιρίζει την ανεξαρτησία αλλά 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 άτομο, έχει δε σχέση με τη δυνατότητα του ατόμου να διατηρήσει ψυχική ισορροπία.

Η ψυχική παλινδρόμηση εκδηλώνεται με ποικιλία μορφών, όπως απόλυτο εγωκεντρισμό, τέλεια εξάρτηση από τους άλλους (επιστοφή στην παιδική ηλικία), τέλεια απάθεια, απομόνωση και αποξένωση από τον έξω κόσμο. Εάν η παλινδρόμηση δεν αντιμετωπισθεί σωστά, μπορεί να οδηγήσει στη βαθμιαία 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, εξαλείφει την αυτοπεποίθηση, ισχυροποιεί τα λανθασμένα αισθήματα, αδυναμίες και υποσκάπτει τα στοιχεία της δύναμης και της αξιοπρέπειας του ενήλικα που έχουν απομείνει. Όλα τα παραπάνω με την προϋπόθεση ότι δεν θα παραλείπεται ευκαιρία να εκδηλώνεται προς αυτούς η στοργή και το ενδιαφέρον μας που τόσο τα 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,

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,
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.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει και να κατανοεί την κρίση που περνάει ο υπερήλικας στην περίοδο της συνταξιοδότησης ή στο θάνατο του ή της συζύγου, σε μετακίνηση από τη μονοκατοικία επαρχιακής πόλης ή χωριού στο διαμέρισμα πολυκατοικίας κ.α. Επίσης η νοσηλεύτρια πρέπει να ξέρι πως οι πιο πάνω καταστάσεις έντονης κρίσης, που τις περισσότερες φορές είναι υπεύθυνες για την ψυχολογική παλινδρόμηση του ατόμου, μπορούν να προληφθούν με την εφαρμογή των μέτρων που ήδη αναφέρθηκαν.

Ευαισθητοποίηση της Οικογένειας για το ρόλο της κοντά στον Υπερήλικα

Η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του υπερήλικα είναι πολύ σπουδαία. Το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας πρέπει να αποβλέπει στη βοήθεια της οικογένειας, ώστε να μπορεί να κατανοεί και ικανοποιεί τις ανάγκες του υπερήλικα και όσες φορές χρειάζεται να επιλαμβάνονται τη συνέχιση της φροντίδας του στο σπίτι.

Τα μέλη της οικογένειας ενημερώνονται σωστά πως η βοήθεια που θα προσφέρουν στον υπερήλικα πρέπει να είναι τόση, όση πραγματικά χρειάζεται, ώστε να περιορίζεται η εξάρτησή του απ'αυτά και ο κίνδυνος της παλινδρόμησης στην παιδική ηλικία. Ακόμη, η νοσηλεύτρια θα ευαισθητοποιήσει την οικογένεια για την ανάγκη να προληφθεί ο κίνδυνος δημιουργίας αμφοτερόπλευρης απομονωτικής κίνησης δηλαδή του γέροντα μακριά από την οικογένεια και της οικογένειας μακριά από τον γέροντα.

Στο έργο της αυτό η οικογένεια βοηθείται από την κοινότητα, δηλαδή τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης - υπηρεσίες που πλησιάζουν τον υπερήλικα στο σπίτι για να συμπαρασταθούν στο έργο της οικογένειας και να κάνουν αυτό που η οικογένεια δεν έχει την δυνατότητα να προσφέρει. (Υπηρεσίες όμως πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ηλικιωμένων στον τόπο μας είναι υποτυπωδώς αναπτυγμένες).³

Διαφώτιση

Είναι γνωστό από μελέτες πως μεγάλο μέρος των μελών 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 μία 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 αναπηριών.

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

Ο Von Monakow στα 80 του χρόνια βεβαίωσε πως μόνο το γήρας του πρόσφερε όλη την πληρότητα της «ψυχολογικής του ορχήστρας».

Ο προγραμματισμός της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης των ηλικιωμένων ατόμων της κοινότητας, αλλά και του περιβάλλοντος στο οποίο ζούν περιλαμβάνει τα πιά κάτω:

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

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

Η κλινική προσέγγιση του γηράσκοντος ασθενούς. Συμπόνια και ουμανισμός.

Αυτά είναι πρώτα και κύρια. Σε μία συνεχώς προοδεύουσα τεχνολογική κοινωνία είναι επιτακτικό να μη χαθούν η συμπόνια και ο ουμανισμός στις καθημερινές διεκπεραιωτικές επαφές μεταξύ νοσηλευτών - ιατρών και υπερηλίκων. Καθώς ο ασθενής εισέρχεται στον πολύπλοκο κόσμο των εξειδικευμένων

διαγνωστικών δοκιμασιών και θεραπευτικών αγωγών, πρέπει να αποφεύγουμε την παρεπόμενη απώλεια της ατομικότητας του, που πραγματικά συμβαίνει όταν οι ασθενείς γίνονται απλώς αντικείμενα έρευνας και θεραπείας.

Σε πολλές από τις μεγάλες θρησκείες υπάρχουν αποφθέγματα κάποιου χρυσού κανόνα.¹⁴

Η Ιουδαιο - Χριστιανική θρησκεία επιτάσσει:

Αγάπα τον πλησίον σου όπως τον εαυτό σου.

Ο Κομφουκισμός λέει:

«Αυτό που δε θέλεις να σου κάνουν οι άλλοι μην το κάνεις εσύ στους άλλους». Πολύ ψηλότερα από τις εξειδικευμένες μας γνώσεις ή από τις νέες τεχνολογικές επιδόσεις βρίσκεται η ανάγκη να εκφράσουμε τη συμπόνοια, τον ανθρωπισμό, τη ζεστασιά και τη συμπαράσταση.

Συχνά ο νοσηλευτής, με μέσα όχι λεκτικά και με μία ζεστή χειρονομία, όπως κρατώντας το χέρι του ασθενούς μπορεί να εκφράσει κατανόηση, συμπάθεια και συμπόνοια.

Τόσο το νοσηλευτικό όσο και το ιατρικό προσωπικό πρέπει να κατανοήσει ότι ο καθημερινός μονόλογος από παράπονα εκ μέρους του υπερηλίκου δεν αποτελεί υπερβολή. Αντί να τα χαρακτηρίζει ως ασήμαντα, μπορεί να επεκτείνει την κατανόησή του στο σύνολο της κλινικής καταστάσεως του ασθενούς. Μήπως ένα καινούριο, ίσως παρανοϊκό, παράπονό του είναι σημείο πρόωρης απώλειας της ακοής; Μήπως η κόπωση του ασθενούς είναι σημείο απειλούμενης καρδιακής κάμψεως ή αναιμίας;

Ο Νοσηλευτής πρέπει να συνεχίζει την προσφορά υπηρεσιών σαν συνήγορος, φίλος και σύμβουλος του αρρώστου.

Δύο τομείς συνεχίσεως της περιθάλψεως, πο είναι ζωτικοί για τον υπερήλικα, περιλαμβάνουν τις επισκέψεις κατ'οίκον και τις επισκέψεις σε πολυιατρεία μακρόχρονιας περιθάλψεως. Και τα δύο είναι εντελώς απαραίτητα για την παροχή άριστης βοήθειας στον υπερήλικο.

Είναι κρίμα να βλέπει κανείς διάσπαση της περιθάλψεως καθώς ο υπερήλικος μετακινείται από το σπίτι στο νοσοκομείο ή στο ίδρυμα περιθάλψεως.

Μπορεί να έχει μεγαλύτερη αξία για τον άρρωστο να παραμείνει στο άνετο και οικογενειακό περιβάλλον του σπιτιού του, παρά τις περιορισμένες δυνατότητες θεραπείας, αντί να εισέλθει σε ένα ίδρυμα μακροχρόνιας περίθαλψης. Όμως με την αυξανόμενη κινητικότητα των οικογενειών, τα μέλη μίας οικογένειας μπορεί απλώς να μην είναι διαθέσιμα για να συμβάλλουν στην περίθαλψη των υπερηλίκων. Τα σπίτια έχουν πάψει να σχεδιάζονται αρχιτεκτονικά έτσι ώστε να μπορούν να στεγάσουν μιά πολυμελή οικογένεια και μάλλον βασίζονται στην αρχή του μικρού οικογενειακού πυρήνα.

Τέλος, ο αυξανόμενος αριθμός των εργαζομένων γυναικών είναι ένας σημαντικός επίσης παράγοντας για την έλλειψη ενός διαθέσιμου μέλους από την οικογένεια, που θα μένει στο σπίτι φροντίζοντας τον ανίκανο ή άρρωστο υπερήλικο.

Η επιδεξιότητα στη συζήτηση και στην επικοινωνία με τον υπερήλικο είναι ιδιαίτερη κρίσιμη για την αντιμετώπισή του. Το σημαντικότερο κατά την επικοινωνία είναι η προσοχή του συνομιλητή και η διευκόλυνση του ασθενούς να εκφράσει τον εαυτό του.

Είναι σημαντικό να αφήνουμε τη συζήτηση ανοικτή για ερωτήσεις ή σχόλιο του ασθενούς. Είναι πάντα χρήσιμο να λέμε: «Υπάρχουν τίποτε άλλα προβλήματα ή ερωτήματα που θα θέλατε να μου πείτε τώρα;».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

Η περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων στη χώρα μας περιλαμβάνει:

- α) Κλειστή ιδρυματική περίθαλψη και
- β) Ανοικτή ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

A. ΚΛΕΙΣΤΗ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Σε αυτήν ανήκουν Ιδρύματα που παρέχουν μόνιμη στέγη, τροφή, εξυπηρέτηση και ποικίλλου βαθμού ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Στα Ιδρύματα αυτά ανήκουν οι λεγόμενοι Οίκοι Ευγηρίας (Γηροκομεία), καθώς και τα θεραπευτήρια για χρονίως πάσχοντες από κινητική αναπηρία (παλαιότερα Άσυλα Ανιάτων). Επιπλέον, ορισμένες κλίνες Κρατικών Γενικών Νοσοκομείων ή Σανατορίων, ειδικότερα στην επαρχία, χρησιμοποιούνται από ηλικιωμένα άτομα με κινητικές δυσχέρειες.

B. ΑΝΟΙΚΤΗ Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Χαρακτηρίζεται από κάθε υπηρεσία χορηγούμενη στο σπίτι του ηλικιωμένου, είτε στην κοινότητα για άτομα που μετακινούνται.

Στην ανοικτή ή πρωτοβάθμια περίθαλψη ανήκουν:

α. Κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει σημαντική προσπάθεια, αρχικά από ιδιωτικούς φορείς και στη συνέχεια από το Υπουργείο Υ.Π.Κ.Α. για τη λειτουργία ειδικών κέντρων για ηλικιωμένους που ζούν στα σπίτια τους, με ή χωρίς οικογένεια. Περίπου 300 κέντρα ΚΑΠΗ έχουν ανοίξει στην Αθήνα, Πειραιά, Επαρχία όπου ο ηλικιωμένος πηγαίνει να περάσει την ώρα του με ειδικά προγράμματα χωρίς δυνατότητα φαγητού στα περισσότερα. Στα περισσότερα κέντρα υπάρχει μερική ιατρική κάλυψη, αλλά χωρίς σύνδεση με το ΕΣΥ. Τα ΚΑΠΗ βοηθούν σημαντικά

στην διατήρηση σε καλή κατάσταση όσων ατόμων τα επισκέπτονται (υπάρχει συνήθως αίθουσα φυσικοθεραπείας και ειδικό άτομο) και ζούν στην κοινότητα. Ας μη λησμονούμε όμως ότι κάθε ΚΑΠΗ μπορεί να δεχθεί 300 - 400 άτομα, ενώ στην ίδια περιοχή υπάρχουν πιθανώς διπλάσια έως τριπλάσια άτομα εκτός ΚΑΠΗ με τις ίδιες ή περισσότερες ανάγκες, γιά τα οποία δεν υπάρχουν προγράμματα.¹

β. Λέσχες φιλίας.

Ορισμένοι μεγάλοι δήμοι έχουν ιδρύσει τις λεγόμενες Λέσχες Φιλίας, που είναι κέντρα παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σαν τα ΚΑΠΗ, αλλά εξαρτώνται από τους δήμους. Οι Λέσχες αυτές δεν έχουν διαφορές λειτουργίας από τα ΚΑΠΗ, είναι αριθμητικά λιγότερες και γενικά λιγότερο εξοπλισμένες. Δεν έχουν επίσημη σύνδεση με τα ΚΑΠΗ, ώστε καμιά φορά ιδρύονται και σε περιοχές όπου ήδη λειτουργούν ΚΑΠΗ. Περίπου 50 τέτοιες Λέσχες λειτουργούν στις κυριώτερες μεγάλες πόλεις.

γ. Κέντρα ενοριακής αγάπης.

Σχεδόν όλες οι 85 Μητροπόλεις έχουν προγράμματα γιά τους ηλικιωμένους απόρους. Στις μεγάλες πόλεις, οι περισσότερες ενορίες μέσα στα φιλόπτωχα κέντρα προσφέρουν φαγητό, ρουχισμό, φάρμακα και οικονομική βοήθεια στους απόρους, οι περισσότεροι από τους οποίους είναι ηλικιωμένοι. Επίσης τους βοηθούν γιά εισαγωγές σε Νοσοκομεία, συμπαραστέκονται σε περιπτώσεις θανάτου κ.λ.π. οι δε ηλικιωμένοι αυτοί είναι γνωστοί στη φιλόπτωχο ομάδα, ώστε παρακολουθούνται από κοντά.

δ. Οικογένεια.

Στην αγροτική Ελλάδα, όπου το ποσοστό των ατόμων πάνω από τα 65 χρόνια ξεπερνά το 16% (σε αντίθεση με τα αστικά κέντρα όπου κυμαίνεται γύρω στο 10 - 11%), η οικογένεια είναι το κάστρο των ηλικιωμένων και το κέντρο κάθε δραστηριότητάς του. Ακόμη και όταν τα παιδιά έχουν φύγει γιά αλλού ο/η ηλικιωμένος/η μένουν στο πατρικό σπίτι, ώστε η «οικογένεια» παραμένει ζωντανή στο νού και την ψυχή του ηλικιωμένου και του χωριού. Η παραμονή του ηλικιωμένου στο πάντοτε ανοικτό πατρικό σπίτι, η βαθιά γνωριμία με όλους τους γείτονες, οι αλληλοεπισκέψεις, η παροχή υπηρεσιών προς και από τον ηλικιωμένο, δημιουργούν ένα πολύ γερό πλέγμα οικογενεικών/φιλικών σχέσεων, μέσα στο οποίο ο ηλικιωμένος ζεί πολύ άνετα και θεωρεί τον εαυτό του αναπόσπαστο τμήμα της μεγάλης, εκτεταμένης μονάδας που υπερβαίνει κατά πολύ την οίγνεια. Στην πόλη, ιδιαίτερα στην πυκνοδομημένη συνοικία, με πολυκατοικίες, αυτά έχουν χαθεί και δεν

είναι σπάνιο να μην ξέρει η μία οικογένεια, ποιού κάθονται στο απέναντι ή το από πάνω διαμέρισμα. Εδώ υπάρχει ανάγκη «κοινωνικής προσέγγισης» και ανάπτυξης ειδικών υπηρεσιών για τον «απομονωμένο» μέσα στο σπίτι του, γέρο.

Γ. ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Τα ενδιάμεσα ιδρύματα μπορούν γενικά να καταταγούν σε δύο βασικούς τύπους (Α και Β), ανάλογα με τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες, π.χ. στην Αγγλία ο τύπος Α περιέχει τα εξής ιδρύματα: Half Way Houses (ενδιάμεσα ιδρύματα), Day Hospitals (ημερήσια νοσοκομεία) και ο τύπος Β τα: Rest Homes (Αναρρωτήρια), Day Care Centers (κέντρα ημερήσιας φροντίδας).

Βέβαια εκτός από τη διαίρεση αυτή των ιδρυμάτων για ηλικιωμένους αναλόγως των παρεχομένων υπηρεσιών, υπάρχει και η διαίρεση αναλόγως της παρουσίας ή όχι ψυχικού νοσήματος. Πολύ μεγάλος αριθμός γερόντων σήμερα νοσηλεύεται σε Γενικά Νοσοκομεία ή Νοσοκομεία χρονίως πασχόντων, ενώ θα έπρεπε να μένει σε ειδικό ψυχιατρικό ίδρυμα.

Εδώ πρέπει να αναφερει ότι στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν κέντρα αντίστοιχα προς τα ενδιάμεσα ιδρύματα, τα ημερήσια νοσοκομεία ή τα αποθεραπευτήρια. Τέτοιες προσπάθειες όμως - όσες γίνονται - ευδοκιμούν όπως στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο, όπου η ημερήσια θεραπεία και παρακολούθηση εξωτερικών αρρώστων είχε άριστα αποτελέσματα.

Σχετικά τώρα με τα κέντρα ημερήσιας διαμονής γερόντων στον τόπο μας όπως αναφέραμε και πιο πριν στην ανοικτή περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων βρίσκεται ακόμη δυστυχώς σε πειραματικά στάδια. Σαν πιθανές αιτίες μπορούμε να ανφέρουμε ότι είναι ίσως η ανεπάρκεια στελεχών και η ιδιοτυπία του Έλληνα γέρου, ο οποίος αντιδρά αρνητικά όταν πρόκειται να δεχθεί ή να προσφέρει υπηρεσία που έχει ομαδικό χαρακτήρα.

Δ. ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ

Όπως είναι γνωστό, το φυσικό και ιδεώδες περιβάλλον για να ζήσει ο υπερήλικας, αποτελεί η οικογένεια. Ο πιο καλός από κάθε πλευρά «Οίκος Ευγηρίας», είναι αδύνατο να ανπληρώσει την οικογένεια.

Υπάρχουν όμως κάποιοι λόγοι που κάνουν αδύνατη την παραμονή του μέσα στην οικογένεια. Αυτοί μπορεί να είναι:

1. Οικογενειακές Δυσχέρειες.

Θεωρούνται το συνηθέστερο πρόβλημα και αποτελούν πάντοτε τη βάση, πάνω στην οποία αναπτύσσονται οι λοιπές οικονομικές κ.λ.π. δυσκολίες. Οι συνηθέστερες αιτιάσεις είναι ότι, ο πλησιέστερος συγγενής τους είναι άρρωστος ή δεν μπορεί να λείπει συνεχώς από την υπηρεσία του.

2. Σωματικές Αναπηρίες που Διαταράσσουν την Ομαλή Οικογενειακή Ζωή.

Άτομα με ακράτειες ούρων, κοπράνων, παχύσαρκα ή ημιπληγικά, γενικώς κατάκοιτοι ή με σοβαρή αδυναμία κινήσεως, δημιουργούν προβληματικές συνθήκες, ιδίως όταν ο μόνος συγκάτοικος π.χ. σύζυγος, είναι άτομο αδύνατο ή εξίσου ηλικιωμένο.

3. Μοναξιά.

Γέροντες που ζούν μόνοι συνήθως «αντοεγκαταλείπονται» και τελικά διαβιώνουν σε κατάσταση απίστευτης ακαθαρσίας. Οικιακά ατυχήματα που συμβαίνουν συχνά σε ηλικιωμένους, μεταβάλλονται σε τραγωδίες εαν συμβούν σε υπερήλικες που ζούν μόνοι.

4. Νευροψυχικές Διαταραχές.

Διαταραχές συμπεριφοράς από εγκεφαλοπάθεια είναι επίσης συχνές αιτίες εισόδου σε νοσοκομεία ή ειδικά ιδρύματα. Συγγυτικοί ή εκκεντρικοί γέροι, άτομα με αδιαφορία για την αξιοπρέπεια της εμφανίσεως τους ή με συναισθηματικές κρίσεις (θυμού, κλάματος, κ.λ.π.), διαταράσσουν κάθε ομαλή οικογενειακή ζωή. Άλλοι γίνονται ενοχλητικοί τη νύχτα ή χάνονται όταν βγαίνουν έξω από το σπίτι. Μολονότι η σύγχυση βελτιώνεται μετά τη θεραπεία της εκλυτικής ασθένειας, οι συγγενείς δεν δέχονται άνετα τον ηλικιωμένο πάλι στο σπίτι μετά το νοσοκομείο.

5. Οικονομικές Δυσχέρειες.

Κάθε συνταξιούχος που ζει με ενοίκιο, μόλις παρουσιάσει πρόβλημα υγείας, θα έχει και οικονομικά προβλήματα. Οι οικονομικές δυσχέρειες γίνονται ιδιαίτερα αισθητές σε άτομα που στηρίζονται μόνο σε σύνταξη Δημοσίου, πολύ δε λιγότερο στα άτομα που ήταν προηγουμένως ελεύθεροι επαγγελματίες. Συχνά, οι καταστάσεις αυτές καταλήγουν σε νοσοκομειακή εισαγωγή, όπου τα ταμεία υγείας αναλαμβάνουν τα έξοδα διαμονής και νοσηλείας για αρκετά μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Εδώ πρέπει να τονισθεί ιδιαίτερα ότι το κόστος της διατηρήσεως στο σπίτι ατόμων με κινητική αναπηρία (η κινητικότητα είναι σε τελευταία ανάλυση εκείνο που καθορίζει αν μπορεί να παραμένει ένα άτομο σπίτι του), είναι πολύ μικρότερο από το κόστος ιδρυματικής περιθάλψεως.

Ε. ΙΔΡΥΜΑ: Ένα σπίτι γεμάτο ξένους ή ένα καταφύγιο απ' τις καταιγίδες;

Κάθε ηλικιωμένος που εισάγεται για πρώτη φορά σε ένα οίκο ευγηρίας καταλαμβάνεται από ένα πλήθος συναισθημάτων τα οποία μπορεί να είναι είτε θετικά, είτε αρνητικά. Έτσι οι πρώτες μέρες της εισόδου σε ίδρυμα, μπορεί να χαρακτηρίζονται από κάποια σύγχυση και όπως είναι φυσικό υπερβολική επιφυλακτικότητα. Μπορούμε να πούμε χαρακτηριστικά, ότι οι πρώτες μέρες ζωής σ' 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 μία εποχή που καινούργιο σπίτι πρέπει να τον αντιμετωπίσει με ιδιαίτερη φροντίδα και κατανόηση.¹⁶

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε δύο δηλώσεις που έγιναν από ηλικιωμένους του ίδιου οίκου ευγηρίας.

α. «Ευχαριστώ καθημερινά το Θεό που βρίσκομαι εδώ. Ποτέ δεν ήξερα ότι υπάρχουν τόσο ευγενικοί άνθρωποι... Δεν υπάρχει άλλο μέρος που θα προτιμούσα να βρίσκομαι. Νιώθω ολότελα ασφαλής, πολύ ευχαριστημένος και γεμάτος ευγνωμοσύνη».

και η δεύτερη:

β. «Με τι κατηγορία είμαι εδώ γιατρέ; Οι φυλακισμένοι δεν πρέπει να ξέρουν το λόγο που βρίσκονται στη φυλακή; Το μέρος αυτό το αποκαλούν οίκο ευγηρίας.

Άκου σπίτι! Πρέπει να ξυπνάμε την ώρα που μας λένε, να τρώμε ότι μας λένε, να κοιμόμαστε όποτε μας λένε. Κι αν κάνεις το λάθος να δείξεις δυσφορία σε αναγκάζουν να καταπιείς κάποιο χάπι. Το δικό σας σπίτι, γιατρέ, έτσι είναι;».

Βλέπουμε λοιπόν, ότι το ίδιο μέρος μπορεί να αποτελεί ολότελα διαφορετική εμπειρία για διαφορετικούς ανθρώπους, ανάλογα με το υπόβαθρο, τις ανάγκες και την ικανότητα προσαρμογής τους.

Παρ' όλα αυτά μπορούμε να πούμε ότι το ίδρυμα αποτελεί ένα είδος καταφυγίου για τους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη από αυτό. Όπως αναφέραμε και πιο πριν, οι λόγοι εισαγωγής ενός ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα είναι πολλοί. Πρέπει να δεχθούμε, ότι πολλές φορές η οικογένεια καταβάλλει υπεράνθρωπες προσπάθειες να βοηθήσει τον ηλικιωμένο. Κι αυτός μπορεί να νιώθει απελπισία στη αίσθηση ότι αποτελεί βάρος.

Βέβαια δεν παύει να καταλαμβάνεται από στενάχωρα συναισθήματα και αυτό γιατί μέχρι τώρα έχει ζήσει σαν αναπόσπαστο μέλος της οικογένειας, οπότε είναι φυσικό να δοκιμάζει τον πόνο του αποχωρισμού.¹⁶

Ειδικότερα, μπορούμε να πούμε ότι το άτομο που εισέρχεται για πρώτη φορά σ' ένα ίδρυμα, νιώθει το άγχος και το φόβο του να κορυφώνονται, ακόμα κι αν έχει πάρει την απόφαση να συμπεριφερθεί καλά και ν' αποφεύγει τις σκηνές. Αργότερα, παρ' όλες τις καλές προθέσεις του, μπορεί ν' αρχίσει να κλαίει στα κρυφά, να κοιτάει με βλέμμα απλανές τον τοίχο, να χάσει την όρεξή του.

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

Ο ηλικιωμένος μπορεί να πάρει μαζί του αγαπημένα αντικείμενα, που του δίνουν μία αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας. Το προσωπικό του ιδρύματος μπορεί να καταβάλλει ιδιαίτερες προσπάθειες να καθησυχάσει τον νεοφερμένο και οι συγγάτοικοι να δημιουργήσουν ένα φιλικό κλίμα υποδοχής. Αλλά μέτρα σαν αυτά, δεν αλλάζουν τη σημασία της μετακόμισης. Ωστόσο, βοηθούν τον ηλικιωμένο να νιώσει λιγότερο απομονωμένος.

«Μία καινούργια οικογένεια»

Οι ηλικιωμένοι 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 μία «γιαγιά ή ένα θείο» πέρα από τα όρια του επαγγελματικού καθήκοντος. Η ανθρωπιά θριαμβεύει, τελικά, πάνω στην απρόσωπη ιδρυματική νοοτροπία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

ΥΛΙΚΟ

Το υλικό της έρευνας μας απαρτίζεται από 600 ηλικιωμένα άτομα - 400 άτομα τρόφιμοι ιδρυμάτων και 200 άτομα που ζουν μόνοι τους και με τις οικογένειές τους.

Τα γεωγραφικά διαμερίσματα τα οποία επισκεφθήκαμε ήταν ο Νομός Ηλείας και πιο αναλυτικά τα γηροκομεία «Άγιος Χαράλαμπος» στον Πύργο, «Παναγία η Βλαχέρνα» στην Κάτω Παναγία Κυλλήνης, «Παναγία η Καθολική» στη Γαστούνη, ο Νομός Αχαΐας και συγκεκριμένα ο οίκος ευγηρίας «Κωνσταντοπούλειο», ο Νομός Αττικής, το ίδρυμα «Ελεήμονος Εταιρείας» Γηροκομείο Αθηνών.

Η έρευνα, σχετικά με τη διατροφή στην Τρίτη ηλικία εκτός ιδρυμάτων πραγματοποιήθηκε στο Νομό Αχαΐας.

Το δείγμα ήταν τυχαίο, ανεξάρτητα από καταγωγή, κατάσταση υγείας, οικογενειακή κατάσταση του ηλικιωμένου.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανοικτού τύπου η συμπλήρωση του κάθε ερωτηματολογίου απαιτούσε αρκετό χρόνο και υπομονή, διότι η επικοινωνία με τους ηλικιωμένους δεν ήταν εύκολη. Διάφοροι παράγοντες όπως προβλήματα ακοής, μειωμένη ικανότητα αντίληψης, φόβος δυσχέραιναν την προσπάθεια για συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στις στήλες κάθε πίνακα αναγράφονται οι τιμές των εξεταζόμενων ομάδων, και η τελευταία στήλη το αποτέλεσμα που προέκυψε από τον στατιστικό έλεγχο.

Για τις κατηγορικές μεταβλητές αναφέρεται ο απόλυτος αριθμός των ατόμων, και μέσα στην παρένθεση δίνεται η ποσοστιαία αναλογία.

Ο έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο όσο και στις διάφορες υπο-ομάδες έγινε με την μέθοδο των Kolmogorov-Smirnov.

Οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων, ήταν το Chisquare test (με ή χωρίς τον διορθωτικό συντελεστή του Yates για την συνέχεια), ή το Fishers' exact Probability test, όπου η αναμενόμενη τιμή της διχοτόμου μεταβλητής ήταν μικρότερη του 5.

Θεωρούμε σαν ισχυρά στατιστικώς σημαντική μια διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνον αν το αποτέλεσμα που δίνεται από τον στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μια πιθανότητα $P < 0.05$.

ΣΥΜΒΟΛΙΣΜΟΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟΥΣ ΠΙΝΑΚΕΣ:

+ Η διαφορά ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες είναι στατιστικά σημαντική, και παρόλο που δεν «κατάφερε» να φτάσει τα όρια του κοινά αποδεκτού επιπέδου σημαντικότητας 0.05, εν τούτοις δεν μπορεί να απορριφθεί σαν ανάξια λόγου.

++ Η διαφορά ανάμεσα στις δύο εξεταζόμενες είναι ισχυρά στατιστικά σημαντική.

ΕΝΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ**Πίνακας 1: Καταγραφή συναισθημάτων, απόψεων για την παροχή φροντίδας σε ιδρύματα, και προσωπικής ζωής**

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ επί τοις %
Ποια τα αισθήματα σας όταν σας έγινε γνωστό πως θα εισαχθείτε σε κάποιο οίκο ευγηρίας;		
Χαρά - Ικανοποίηση	36	(9%)
Ασφάλεια	160	(40%)
Συμβιβασμό	151	(37,7%)
Πόνο λύπη	53	(13,3%)
Από ποιους παράγοντες εξαρτάται η παραμονή σας στο ίδρυμα		
Από δική σας θέληση	75	(18,75%)
Εγκατάλειψη από τους δικούς μου	131	(32,75%)
Οικογένεια	45	(11,25%)
Αναγκαστικά	113	(28,25%)
Άλλοι λόγοι	36	(9%)
Πως αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της υγείας σας		
Σας παρακολουθεί ο γιατρός του ιδρύματος	295	(73,75%)
Σας στέλνουν σε κάποιο Νοσοκομείο	105	(26,25%)
Αναλαμβάνει η οικογένεια	0	0
Το αντιμετωπίζετε μόνοι σας.	0	0
Ποιος αναλαμβάνει την χορήγηση φαρμάκων σας		
Το νοσηλευτικό προσωπικό	226	(56,5%)
Μόνοι σας	54	(13,5%)
Μέλος της οικογένειάς σας	0	0
Το ίδρυμα ακολουθεί συγκεκριμένο διαιτολόγιο για τον καθένα από εσάς		
ΝΑΙ	400	(100%)
ΟΧΙ	0	0
Η σωματική άσκηση είναι απαραίτητη. Ποιο είδος άσκησης προτιμάται;		
Περίπατο	194	(48,5%)
Κολύμπι	25	(6,25%)
Κηπουρική	27	(6,75%)
Πως περνάτε τον ελεύθερο χρόνο στο ίδρυμα		
Εκδρομές	50	(12,5%)
Περίπατο	153	(38,25%)
Εργόχειρο	34	(8,5%)
Επισκέψεις φίλων	110	(27,5%)
Ψυχαγωγικά προγράμματα	43	(10,75%)
Τηλεόραση	230	(57,5%)
Μορφωτικά προγράμματα	10	(2,5%)
Καλύπτονται οι θρησκευτικές σας ανάγκες στο ίδρυμα		
ΝΑΙ	400	(100%)
ΟΧΙ	0	0

ΕΚΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ**ΠΙΝΑΚΑΣ II: Καταγραφή αντιλήψεων των ηλικιωμένων για τα γηρατειά, για την αντιμετώπιση κοινωνίας - οικογένειας, και είδος ψυχαγωγίας αυτών**

	ΑΤΟΜΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΙΣ %
Κατά την γνώμη σας ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος να περάσουν τα γηρατειά τους οι ηλικιωμένοι		
Κοντά στα παιδιά τους	150	(75%)
Κοντά σε συγγενείς	0	0
Στο σπίτι τους μόνοι	30	(15%)
Σε ίδρυμα	20	(10%)
Κάπου αλλού	0	0
Ποιοι είναι οι κυριότεροι λόγοι ικανοποίησης για τα γηρατειά σας		
Σεβασμός και αγάπη των δικών σας	20	(10%)
Αποκατάσταση παιδιών	80	(40%)
Αυτοεξυπηρέτηση	80	(40%)
Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	0	0
Ικανοποιητικό εισόδημα	20	(10%)
Τι είδους βοήθεια σας προσφέρουν, ή θα θέλατε να σας προσφέρουν τα παιδιά σας.		
Προσωπική συμπαράσταση	30	(15%)
Να σας αφιερώνουν περισσότερο χρόνο	84	(42%)
Να μένετε μαζί τους	73	(36,5%)
Χρηματική βοήθεια	13	(6,5%)
Για ποιο λόγο παραμελούν την διατροφή τους οι ηλικιωμένοι		
Μικρό εισόδημα	50	(25%)
Δυσκολία προμήθειας τροφίμων	0	0
Μειωμένη διάθεση λόγω ασθένειας	18	(9%)
Άγχος	0	0
Όλα τα παραπάνω	132	(66%)
Κανένα από τα παραπάνω	0	0
Ποιο από τα παρακάτω προγράμματα πιστεύεται ότι μπορούν να λύσουν τα προβλήματα διατροφής		
Παράδοση έτοιμων γευμάτων στο σπίτι	54	(27%)
Οικονομική ενίσχυση του υπερήλικα	103	(51,5%)
Χορήγηση απαρασκευαστων τροφών	43	(21,5%)
Η σωματική άσκηση είναι απαραίτητη. Ποιο είδος άσκησης προτιμάται		
Περίπατο	121	(60,5%)
Κηπουρική	43	(29,5%)
Κολύμπι	26	(13%)
Ψάρεμα	10	(5%)
Ποιο είδος ψυχαγωγίας έχετε ως ηλικιωμένοι		
Κηπουρική	23	(11,5%)
Διάβασμα	21	(10,5%)
Μουσική	0	0
Ταξίδια	23	(11,5%)
Περίπατο	27	(13,5%)
Κέντημα	14	(7%)
Επισκέψεις	0	0
Καφενείο	27	(13,5%)
Τηλεόραση	65	(32,5%)
Άλλο	0	0

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Σύγκριση συνηθειών διατροφής ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων.

	ΕΚΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ	ΕΝΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ	Στατιστικός έλεγχος
Είστε ευχαριστημένοι από το φαγητό σας;			P =0.092
Ναι	146 (73%)	318 (79.5%)	
Όχι	54 (27%)	82 (20.5%)	
Συνήθως τρώτε επειδή (Διάγρ. 1)			P < 0.0001 ++
Έχετε όρεξη	175 (87.5%)	281 (70.25%)	
Λόγω παρέας	25 (12.5%)	78 (19.5%)	
Σας αναγκάζουν	∅	41 (10.25%)	
Πόσο συχνά παίρνετε τα παρακάτω γεύματα			
- Πρωινό			
καθημερινά	200 (100%)	400 (100%)	
μερικές φορές	-	-	
ποτέ	-	-	
- Μεσημεριανό			
καθημερινά	200 (100%)	400 (100%)	
μερικές φορές	-	-	
ποτέ	-	-	
- Μεσοδιαστήματα (Διάγρ. 2)			P=0.001 ++
καθημερινά	80 (40%)	219 (54.75%)	
μερικές φορές	120 (60%)	181 (42.25%)	
ποτέ	∅	∅	
- Βραδινό (Διάγρ. 3)			P < 0.001 ++
καθημερινά	130 (65%)	380 (95%)	
μερικές φορές	53 (26.5%)	10 (2.5%)	
ποτέ	17 (8.5%)	∅	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε			
α. Κρέας			
καμία	∅	∅	
δύο	70 (35%)	374 (93.5%)	
τρεις	∅	∅	
β. Κοτόπουλο			
καμία	∅	∅	
δύο	89 (44.5%)	397 (99.3%)	
τρεις	∅	∅	
γ. Ψάρι (Διάγρ. 4)			P<0.0001 ++
καμία	∅	∅	
δύο	41 (20.5%)	47 (11,8%)	
τρεις	∅	353 (88.3%)	

δ. Λαχανικά (Διαγρ. 5)			P<0.0001 ++
καμία	26 (13%)	247 (61.8%)	
τρεις	∅	∅	
πέντε	70 (35%)	150 (37.5%)	
Σε ποια μορφή μαγειρέματος σας παρέχουν τα γεύματά σας (Διαγρ. 6)			P<0.0001 ++
Βραστά	88 (44%)	260 (65%)	
Ψητά	77 (38.5%)	105 (26.3%)	
Τηγανητά	35 (17.5%)	35 (8.7%)	
Βάζετε αλάτι στο φαγητό σας (Διαγρ. 7)			P<0.0001 ++
Πάντα	27 (13.5%)	∅	
Σπάνια	56 (28%)	321 (80.25%)	
Ποτέ	117 (58.5%)	79 (19.75%)	
Πόσο συχνά καταναλώνετε τα παραπάνω γαλακτοκομικά (Διαγρ. 8)			P=0.022 ++
Καθημερινά	196 (98%)	400 (100%)	
3 φορές την εβδομάδα	∅	∅	
Ποτέ	4 (2%)	∅	
Τα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν ένα από τα βασικά συστατικά της διατροφής σας, για να είναι το διαιτολόγιό σας πλούσιο σε βιταμίνες (Διαγρ. 9)			P=0.042 ++
Ναι	174 (87%)	370 (92.5%)	
Όχι	26 (13%)	30 (7.5%)	
Πίνετε νερό κατά τη διάρκεια του φαγητού σας; (Διάγρ. 10)			P<0.0001 ++
Πολύ	6 (3%)	141 (35.3%)	
Λίγο	78 (39%)	224 (56%)	
Μερικές φορές	116 (58%)	29 (7.3%)	
Καθόλου	∅	6 (1.5%)	
Πόσα ποτήρια νερό πίνετε ημερησίως (Διάγρ. 11)			P<0.0001 ++
2-4	6 (3%)	176 (44%)	
4-6	78 (39%)	149 (37.3%)	
6-8	116 (58%)	75 (18.8%)	
Πίνετε καθημερινά το κρασί (Διάγρ. 12)			P<0.0001 ++
Ναι	138 (69%)	195 (48.75%)	
Όχι	∅	75 (18.75%)	
Σε ειδικές περιπτώσεις	62 (31%)	130 (32.5%)	
Είστε καπνιστής			P=0.068 ++
Ναι	84 (42%)	136 (34%)	
Όχι	116 (58%)	264 (66%)	

Αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα (Διάγρ. 13)			P<0.0001 ++
5	27 (32.1%)	16 (11.76%)	
10	12 (14.3%)	81 (59.6%)	
15	7 (8.3%)	25 (18.4%)	
20	38 (45.2%)	14 (10.3%)	

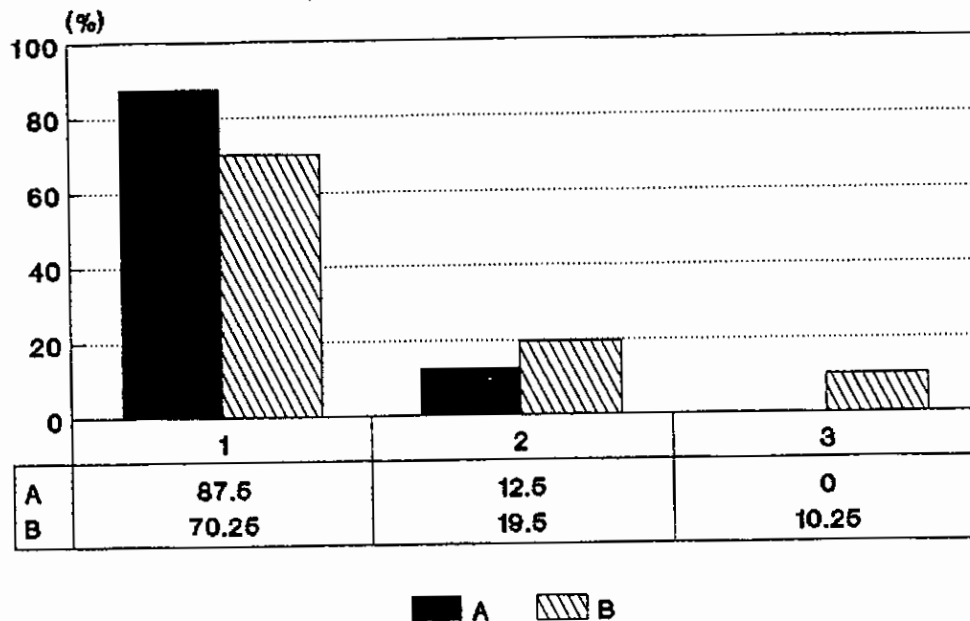
ΠΙΝΑΚΑΣ II: Σύγκριση προτιμήσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων.

	ΕΚΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ	ΕΝΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ	Στατιστικό έλεγχο
Πως σας αρέσει να τρώτε			P=0.078
Μόνοι	28 (14%)	85 (21.25%)	
Με παρέα	162 (81%)	315 (78.75%)	
Σας αρέσουν τα αλμυρά/πικάντικα φαγητά (Διάγρ. 14)			P<0.0001 ++
Ναι	83 (41.5%)	372 (93%)	
Όχι	117 (58.5%)	27 (6.8%)	
Ποια από τα παρακάτω γαλακτομικά προϊόντα προτιμάτε (Διάγρ. 15)			P<0.0001 ++
Γάλα	20 (10%)	80 (20%)	
Τυρί	∅	70 (17.5%)	
Γιαούρτι	35 (17.5%)	85 (21.3%)	
Όλα τα παραπάνω	141 (70.5%)	165 (41.2%)	
Κανένα από τα παραπάνω	4 (2%)	∅	
Σας αρέσουν τα γλυκά (Διαγρ. 16)			P<0.0001 ++
Ναι	195 (97.5%)	298 (74.5%)	
Όχι	5 (2.5%)	102 (25.5%)	
Σας αρέσει το κρασί (Διάγρ. 17)			P<0.001 ++
Ναι	172 (86%)	270 (67.5%)	
Όχι	28 (14%)	130 (32.5%)	

ΠΙΝΑΚΑΣ III: Σύγκριση προβλημάτων υγείας που επηρεάζουν την διατροφή ανάμεσα στις δύο ομάδες ηλικιωμένων.

	ΕΚΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ	ΕΝΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ	Στατιστικός έλεγχος
Έχετε προβλήματα μάσησης			P=0.072
Ναι	148 (74%)	285 (71.25%)	
Όχι	52 (26%)	67 (16.75%)	
Αν ναι, πως το αντιμετωπίζετε αυτό (Διάγρ. 18)			P<0.0001 ++
Εφαρμογή Τεχνητής οδοντοστοιχίας	112 (56%)	179 (44.75%)	
Πολτοποιημένη τροφή	∅	47 (11.75%)	
Τίποτα από τα παραπάνω	88 (44%)	174 (43.5%)	

Αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λειτουργία του εντέρου σας			P=0.078
Ναι	98 (49%)	228 (57%)	
Όχι	102 (51%)	172 (43%)	
Αν ναι, ποια είναι αυτά (Διάγρ. 19)			P<0.0001 ++
Δυσκοιλιότητα	23 (25.8%)	116 (50.9%)	
Διάρροια	14 (15.7%)	48 (21.1%)	
Άλλες διαταραχές	52 (58.4%)	64 (28.1%)	
Μήπως κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας δεν σας επιτρέπει να τα καταναλώνετε (διάγρ. 20)			P<0.0001 ++
Ναι	29 (14.5%)	99 (24.8%)	
Όχι	171 (85.5%)	198 (49.5%)	
Έχετε παρατηρήσει σημαντικές μεταβολές στο βάρος σας (Διάγρ. 21)			P<0.0001 ++
Μείωση	42 (21%)	83 (20.75%)	
Αύξηση	13 (6.5%)	78 (19.5%)	
Καμία μεταβολή	145 (72.5%)	239 (59.75%)	



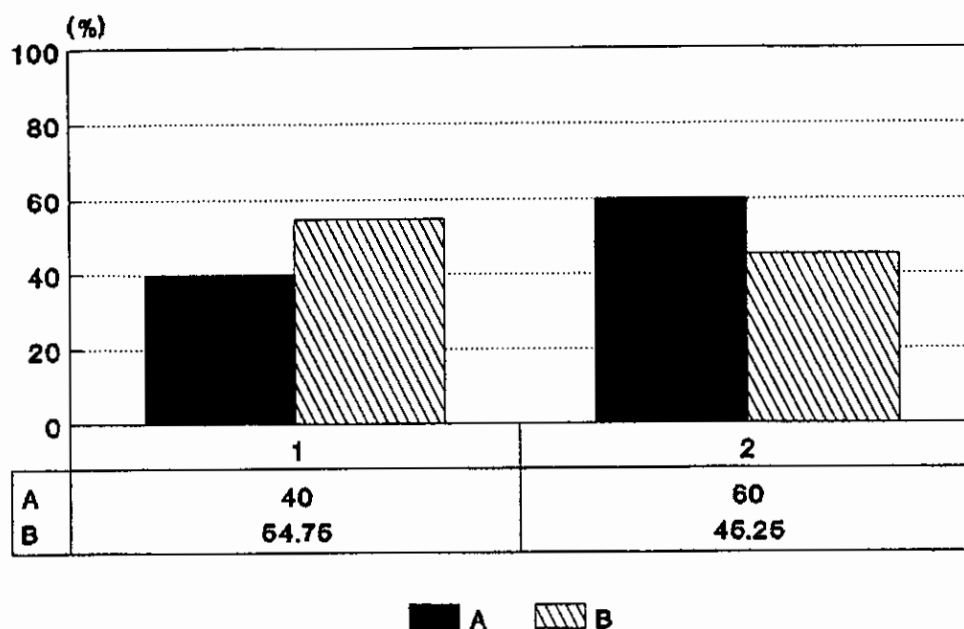
P<0.0001

Διάγραμμα 1

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Συνήθως τρώτε επειδή "

- Συμβολισμοί :
- 1 Έχετε όρεξη
 - 2 Λόγω παρέας
 - 3 Σας αναγκάζουν

ΣΧΟΛΙΟ : Από το παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνουμε ότι οι ηλικιωμένοι εντός ιδρυμάτων σε σημαντικό ποσοστό (10.25%) αναγκάζονται να λαμβάνουν το φαγητό που παρέχεται από το ίδρυμα, ασχέτως με την προσωπική τους επιθυμία, σε αντίθεση με αυτούς που ζούν έξω από ιδρύματα και στους οποίους δεν υπάρχει εξαναγκασμός.



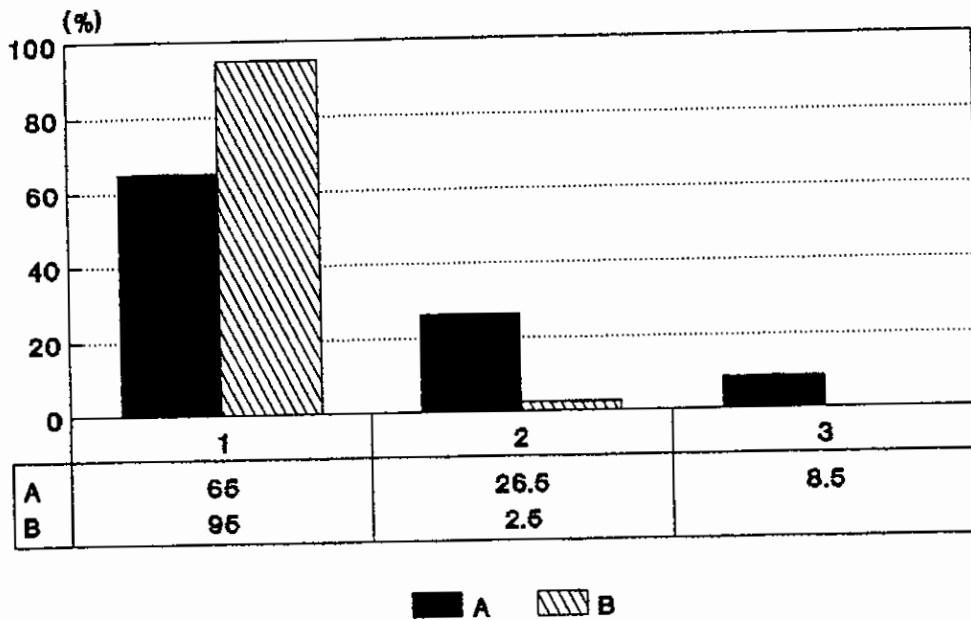
P=0.001

Διάγραμμα 2

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Πόσο συχνά τρώτε στα μεσοδιαστήματα ;"

- Συμβολισμοί :
- 1 Καθημερινά
 - 2 Μερικές φορές
 - 3 Ποτέ

ΣΧΟΛΙΟ : Από το διάγραμμα, διαπιστώνουμε ότι οι τρόφιμοι ιδρυμάτων στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (54.75%) τρώνε στα μεσοδιαστήματα σχεδόν καθημερινά, ενώ όσοι ζούν εκτός ρυθμίζουν την ώρα του φαγητού μόνοι τους (40% καθημερινά, και 60% μερικές φορές)



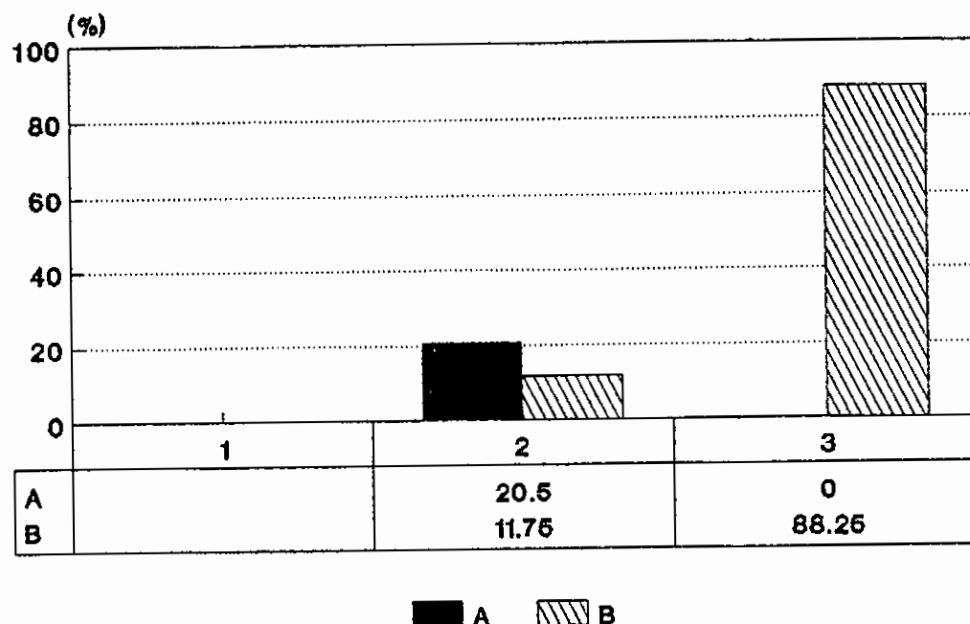
P<0.0001

Διάγραμμα 3

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Πόσο συχνά τρώτε βραδυνό ;"

- Συμβολισμοί :
- 1 Καθημερινά
 - 2 Μερικές φορές
 - 3 Ποτέ

ΣΧΟΛΙΟ Οι ηλικιωμένοι που ζούν σε ιδρύματα έχουν πιά ισορροπημένη διατροφή, ακολουθώντας το διαιτολόγιο του ιδρύματος και παίρνουν βραδυνό καθημερινά, εκτός από ένα πολύ μικρό ποσοστό (2.5%). Το αντίθετο συμβαίνει σε όσους δεν βρίσκονται σε ίδρυμα ίσως εξαιτίας της ελεύθερης επιλογής και του ακανόνιστου ωραρίου των γευμάτων.



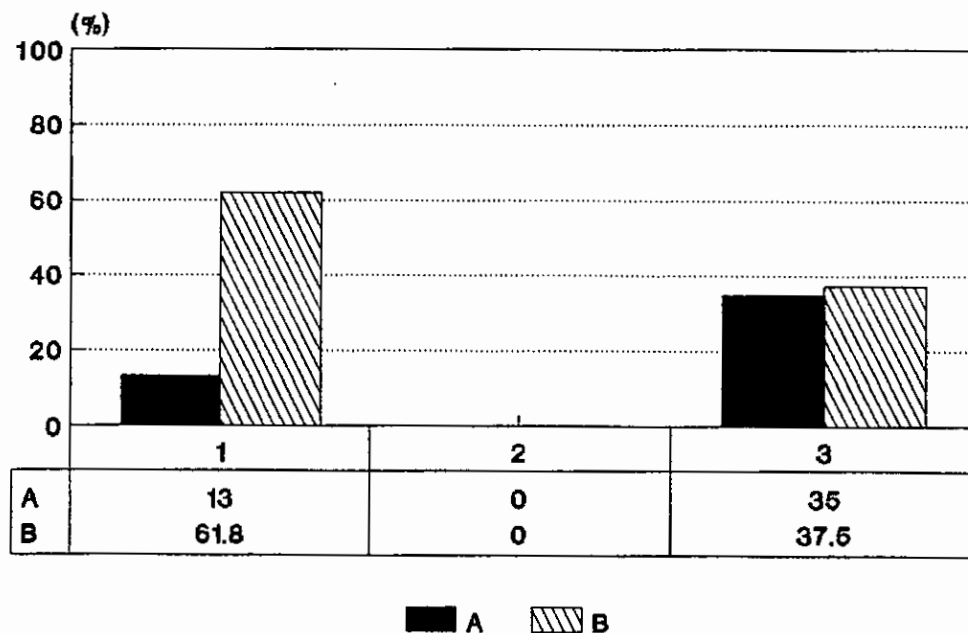
$P < 0.0001$

Διάγραμμα 4

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρι ;"

Συμβολισμοί : 1 Καμμία
 2 Δύο
 3 Τρείς

ΣΧΟΛΙΟ Περισσότερο καλοσχεδιασμένο διαιτολόγιο ακολουθείται στα ιδρύματα, ενώ για διάφορους λόγους (συνήθως οικονομικούς) οι ηλικιωμένοι που ζούν μόνοι τους, έχουν πιό περιορισμένες δυνατότητες αγοράς συγκεκριμένων τροφίμων (όπως π.χ. ψάρι).



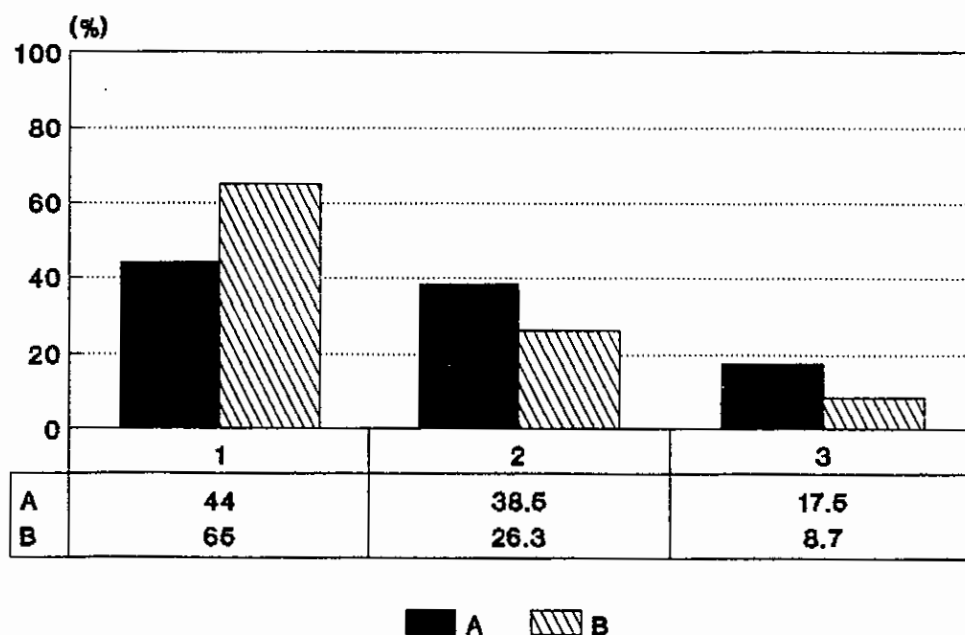
P<0.0001

Διάγραμμα 5

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαχανικά;"

- Συμβολισμοί :
- 1 Καμμία
 - 2 Τρείς φορές
 - 3 Πέντε φορές

ΣΧΟΛΙΟ Οι τρόφιμοι των ιδρυμάτων δεν δείχνουν προτίμηση στα λαχανικά, και ελκύονται συνήθως από το υπόλοιπο γεύμα.



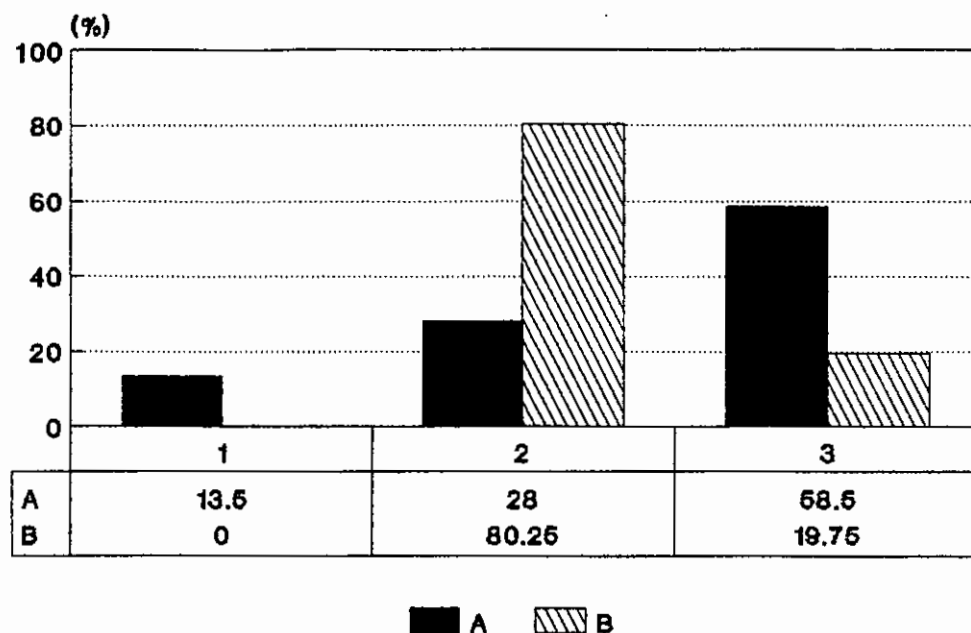
P<0.0001

Διάγραμμα 6

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Σε ποιά μορφή μαγειρέματος σας σερβίρουν τα γεύματά σας;"

Συμβολισμοί : 1 Βραστά
 2 Ψητά
 3 Τηγανητά

ΣΧΟΛΙΟ Η διατροφή των ηλικιωμένων μέσα σε ιδρύματα σχεδιάζεται και παρέχεται, ακολουθώντας περισσότερο τις ανάγκες της ηλικίας τους.



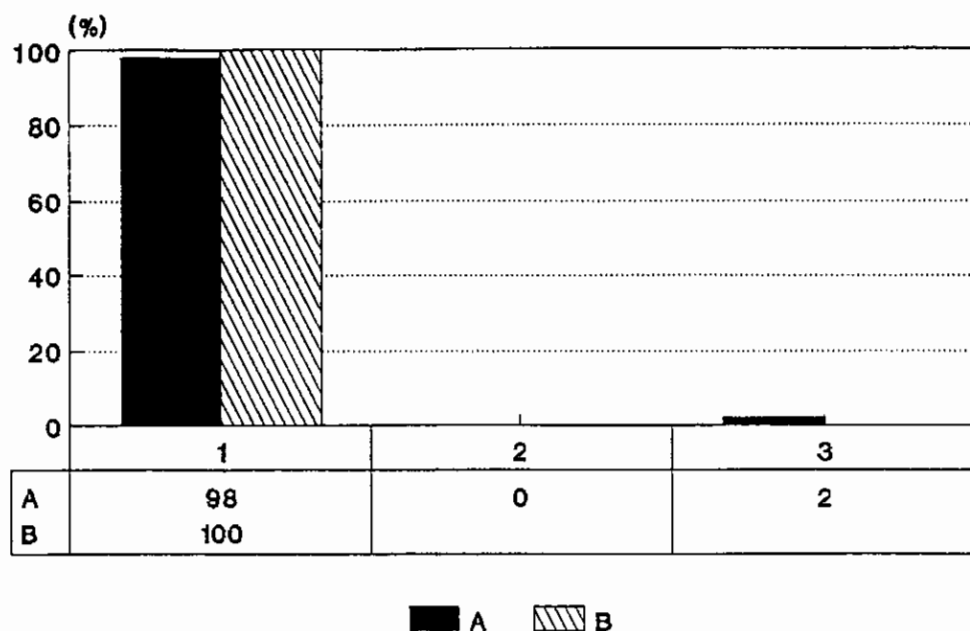
P<0.0001

Διάγραμμα 7

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Βάζετε αλάτι στο φαγητό σας;"

- Συμβολισμοί :
- 1 Πάντα
 - 2 Σπάνια
 - 3 Ποτέ

ΣΧΟΛΙΟ Παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων που ζούν σε ιδρύματα, προσθέτουν σπανίως αλάτι στο φαγητό τους.



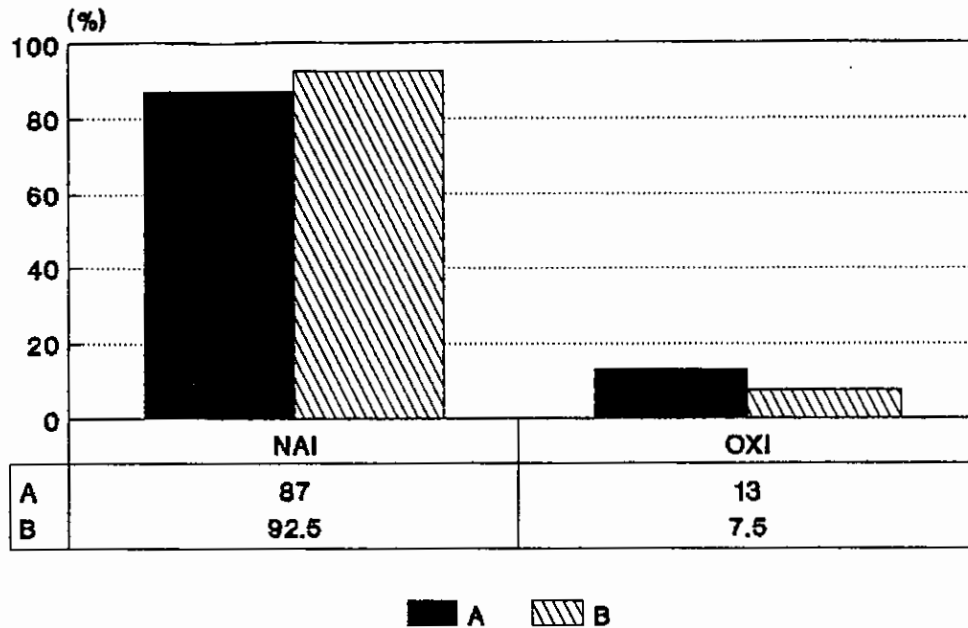
P=0.022

Διάγραμμα 8

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Πόσο συχνά καταναλώνετε γαλακτοκομικά προϊόντα;"

Συμβολισμοί : 1 Καθημερινά
 2 Τρεις φορές την εβδομάδα
 3 Ποτέ

ΣΧΟΛΙΟ Όπως προκύπτει, η συχνότητα κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων είναι περίπου η ίδια, όσον αφορά τις δύο συγκρινόμενες ομάδες των ηλικιωμένων.

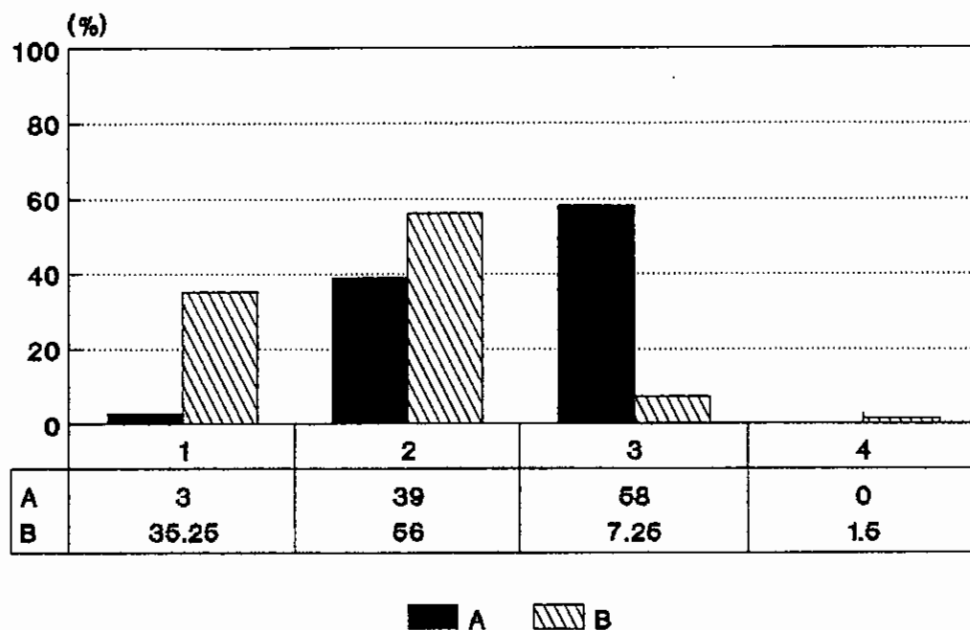


P-0.042

Διάγραμμα 9

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Τα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν ένα από τα βασικά συστατικά της διατροφής σας, για να είναι το διαιτολόγιό σας πλούσιο σε βιταμίνες;"

ΣΧΟΛΙΟ Το διάγραμμα παρουσιάζει ότι πράγματι το διαιτολόγιο των ηλικιωμένων που ζούν σε ιδρύματα, είναι πλούσιο σε βιταμίνες.



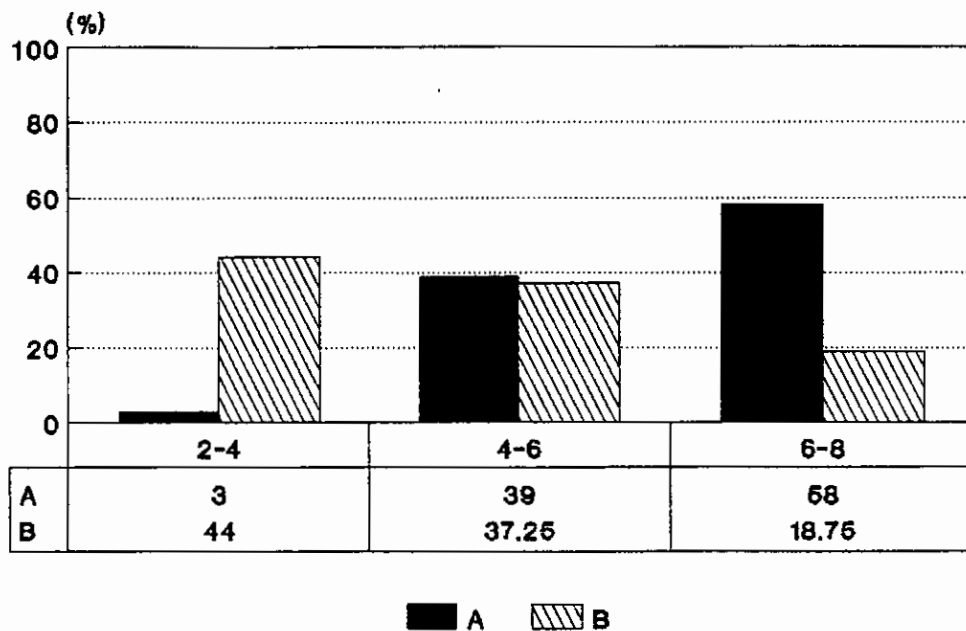
P<0.0001

Διάγραμμα 10

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Πίνετε νερό κατά τη διάρκεια του φαγητού σας;"

- Συμβολισμοί :
- 1 Πολύ
 - 2 Λίγο
 - 3 Μερικές φορές
 - 4 Καθόλου

ΣΧΟΛΙΟ Η πλειοψηφία όσων ζούν σε ιδρύματα, πίνει λίγο νερό κατά τη διάρκεια του γεύματος.

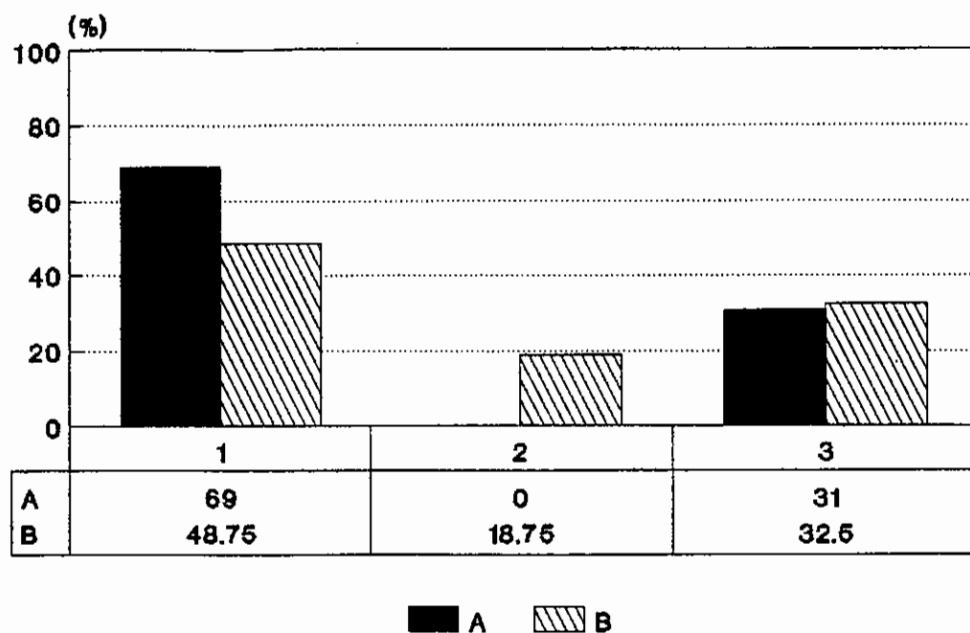


P<0.0001

Διάγραμμα 11

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Πόσα ποτήρια νερό πίνετε ημερησίως;"

ΣΧΟΛΙΟ Οι εκτός ιδρυμάτων ηλικιωμένοι, καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα νερού, σε σύγκριση με όσους ζούν σε αυτά



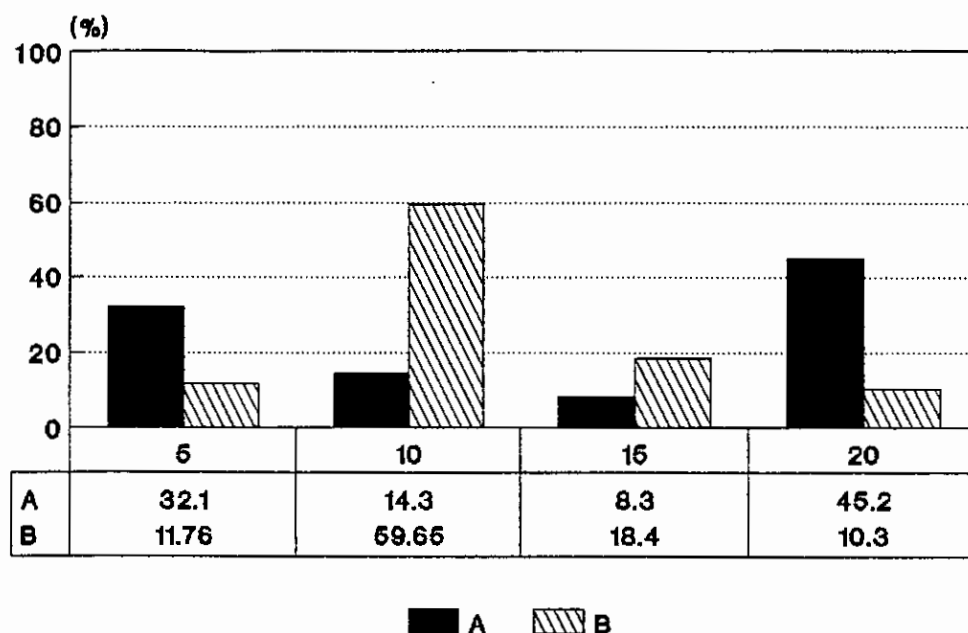
$P < 0.0001$

Διάγραμμα 12

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Πίνετε καθημερινά κρασί;"

Συμβολισμοί : 1 Ναί
 2 Όχι
 3 Σε ειδικές περιπτώσεις

ΣΧΟΛΙΟ Οι τρόφιμοι ιδρυμάτων πίνουν καθημερινά κρασί σε μικρότερο ποσοστό από αυτούς που ζούν έξω.

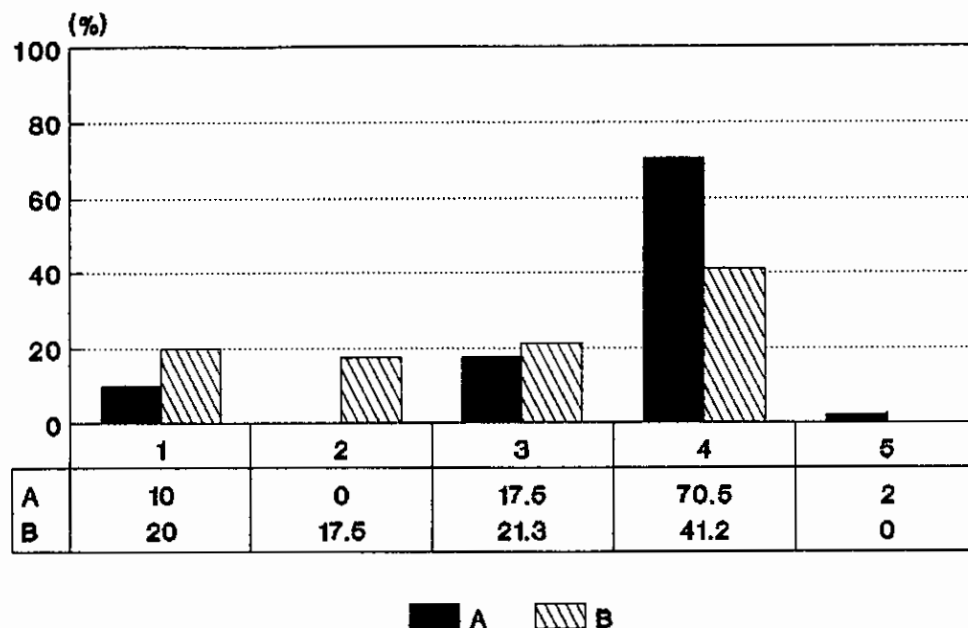


$P < 0.0001$

Διάγραμμα 13

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Αν είστε καπνιστής, πόσα τσιγάρα καπνίζετε καθημερινά"

ΣΧΟΛΙΟ Ο μεγαλύτερος αριθμός τσιγάρων που καπνίζουν όσοι ζούν μέσα σε ιδρύματα, είναι 10 την ημέρα. Την διπλάσια ποσότητα καπνίζουν όσοι ζούν με τις οικογένειές τους.



$P < 0.0001$

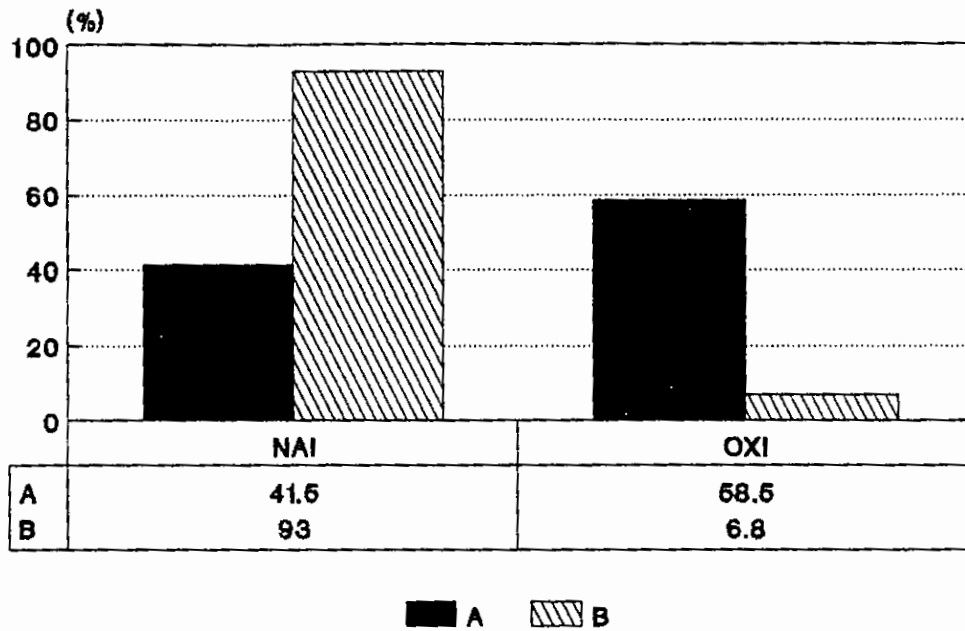
Διάγραμμα 15

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Ποιά γαλακτοκομικά προϊόντα προτιμάτε;"

Συμβολισμοί

- 1 Γάλα
- 2 Τυρί
- 3 Γιαούρτι
- 4 Όλα τα παραπάνω
- 5 Κανένα τα παραπάνω

ΣΧΟΛΙΟ Το μεγαλύτερο ποσοτό τόσο μέσα όσο και έξω από τα ιδρύματα, προτιμά όλα τα γαλακτοκομικά προϊόντα, εκτός από ορισμένους που έχουν ιδιαίτερες προτιμήσεις

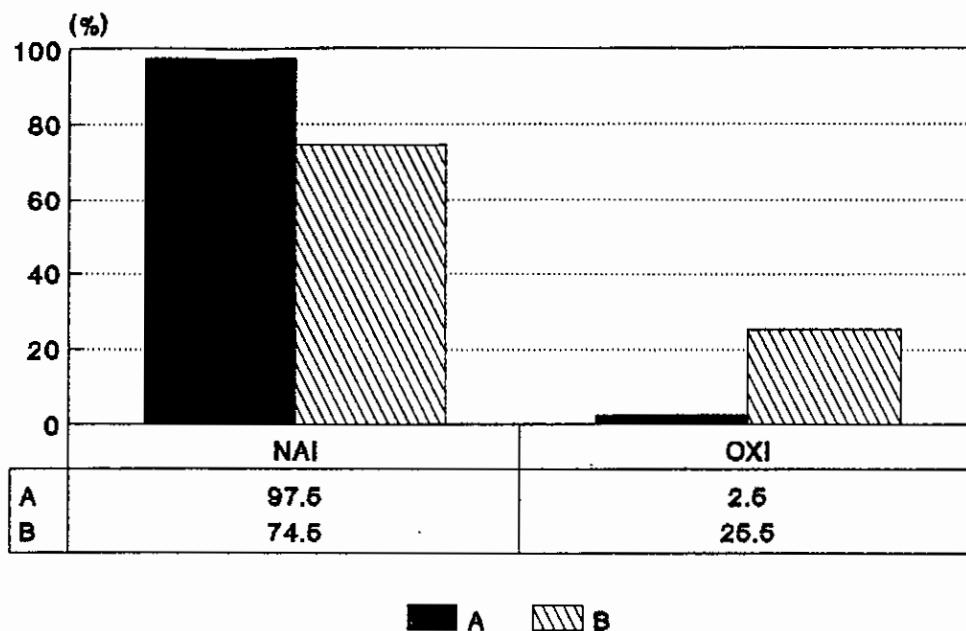


$P < 0.0001$

Διάγραμμα 14

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Σας αρέσουν τα αλμυρά/πικάντικα φαγητά"

ΣΧΟΛΙΟ Διαπιστώνουμε ότι στους ηλικιωμένους που ζούν σε ιδρύματα, αρέσουν περισσότερο τα αλμυρά/πικάντικα φαγητά.

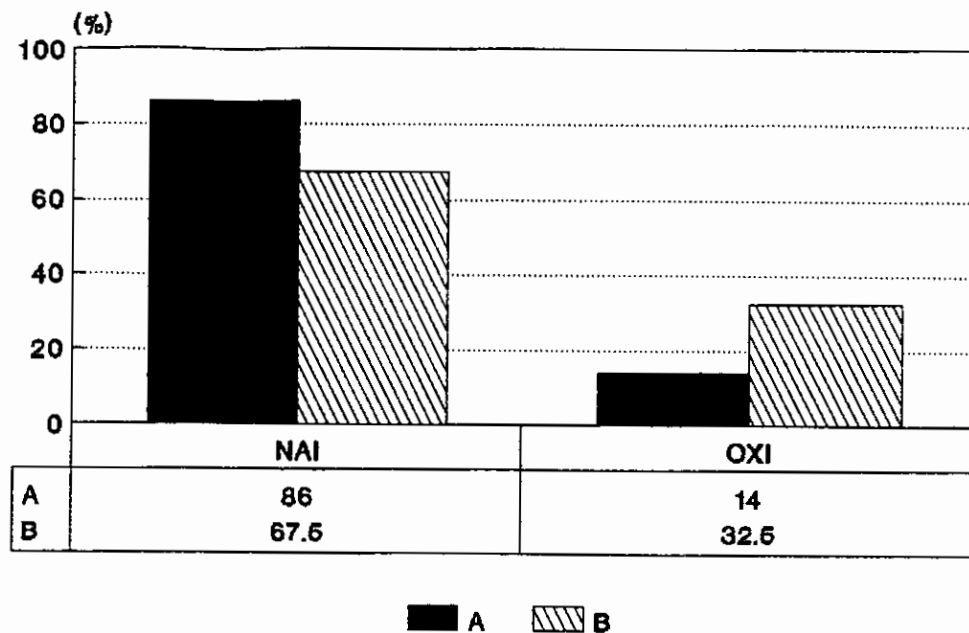


$P < 0.0001$

Διάγραμμα 16

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Σας αρέσουν τα γλυκά;"

ΣΧΟΛΙΟ Διαπιστώνουμε, ότι γενικά στους ηλικιωμένους αρέσουν τα γλυκίσματα, εκτός από ένα μικρό ποσοστό που ζεί σε ίδρυμα.

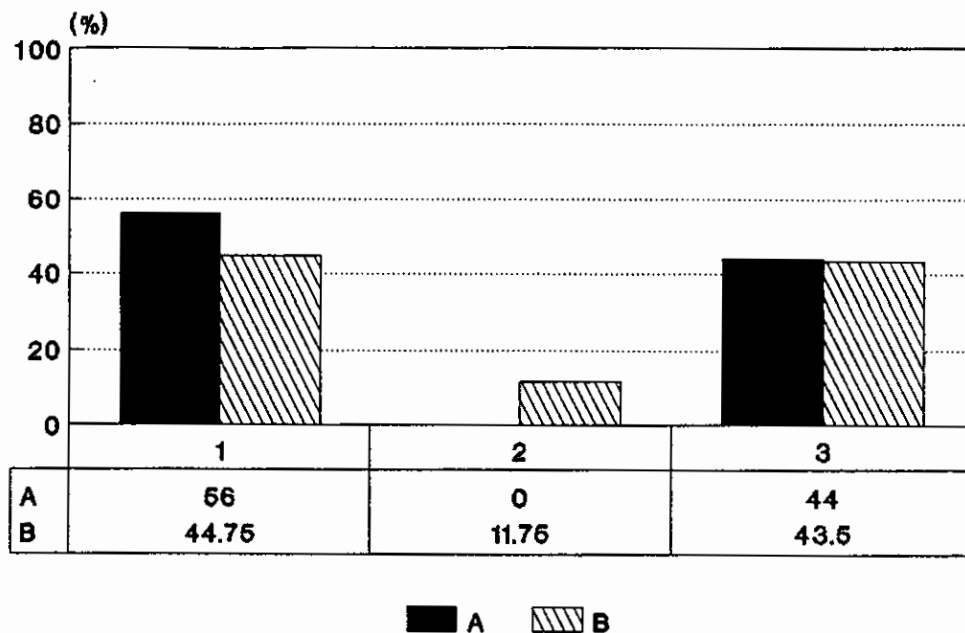


P<0.0001

Διάγραμμα 17

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Σας αρέσει το κρασί;"

ΣΧΟΛΙΟ Οι ηλικιωμένοι που δεν ζούν σε ιδρύματα εκφράζουν μεγαλύτερη προτίμηση στο κρασί, σε σύγκριση με όσους ζούν σε αυτά.



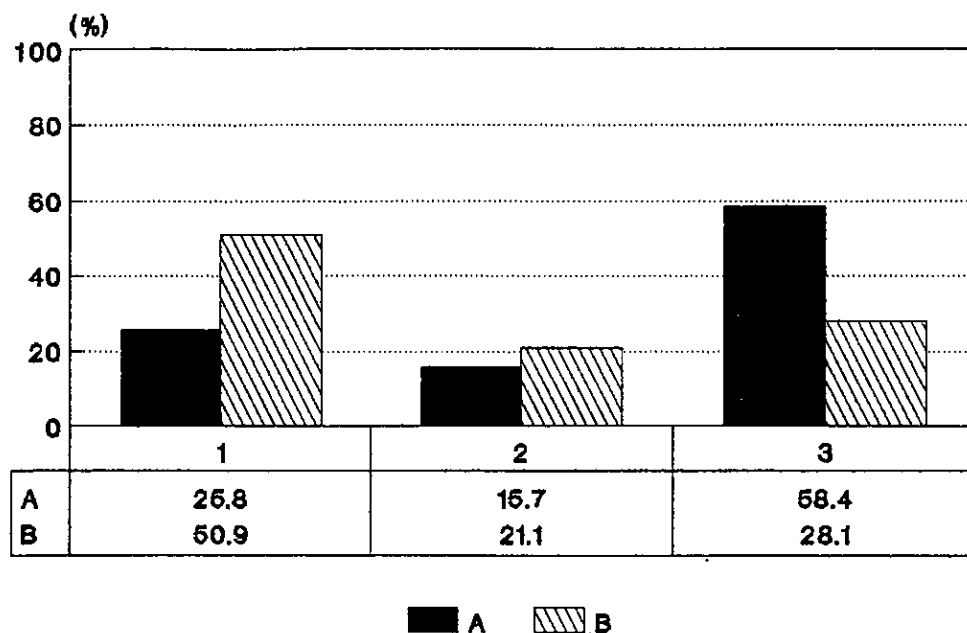
P<0.0001

Διάγραμμα 18

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Πως αντιμετωπίζετε τα προβλήματα μάσησης, εάν έχετε;"

- Συμβολισμοί :
- 1 Εφαρμογή τεχνητής οδοντοστοιχίας
 - 2 Πολτοποιημένη τροφή
 - 3 Τίποτα από τα παραπάνω

ΣΧΟΛΙΟ Το μεγαλύτερο ποσοστό με προβλήματα τέτοιας φύσεως, καταφεύγουν στη λύση της τεχνητής οδοντοστοιχίας.



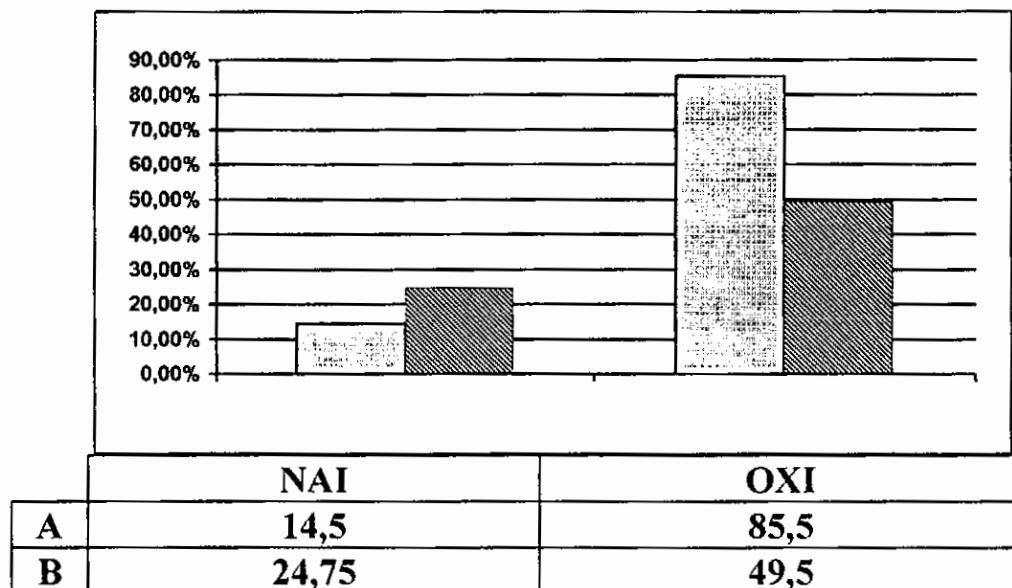
$P < 0.0001$

Διάγραμμα 19

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : "Ποιά προβλήματα αντιμετωπίζετε με την λειτουργία του εντέρου σας;"

Συμβολισμοί : 1 Δυσκοιλιότητα
 2 Διάρροια
 3 Άλλες διαταραχές

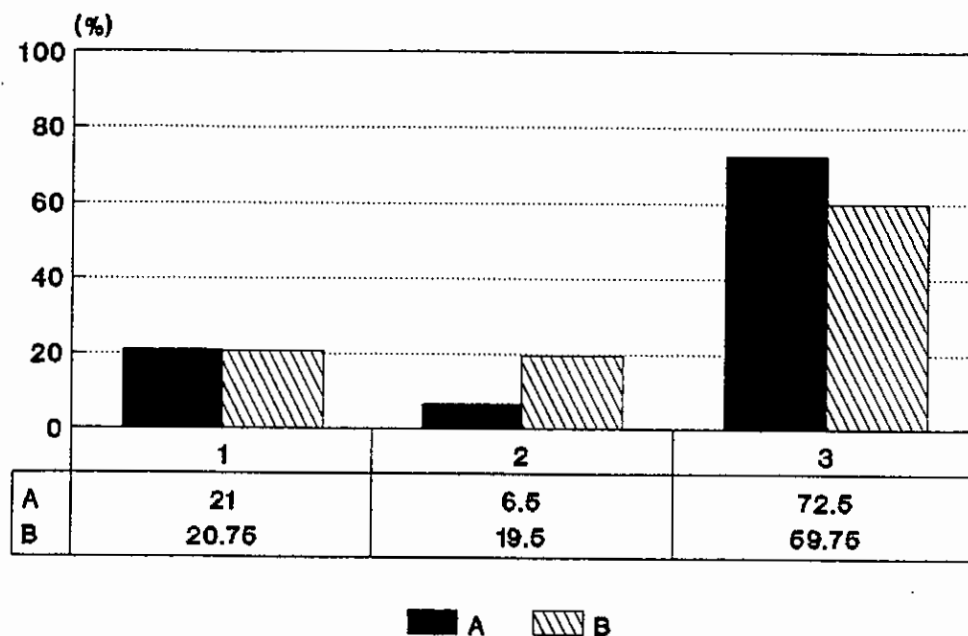
ΣΧΟΛΙΟ Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εντός ιδρυμάτων, υποφέρουν από δυσκοιλιότητα, σε αντίθεση με τους εκτός ιδρυμάτων, που πάσχουν από άλλες διαταραχές.



Διάγραμμα 20

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζουν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση: «Μήπως κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας δεν σας επιτρέπει να καταναλώνετε γλυκά;»

ΣΧΟΛΙΟ Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων που ζουν σε ίδρυμα, δεν αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας, ώστε να εμποδίζεται να καταναλώνει γλυκά.



P<0.0001

Διάγραμμα 21

Σύγκριση των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα (B) και αυτών που ζούν με συγγενείς τους (A), ως προς την ερώτηση : Εχετε παρατηρήσει σημαντικές μεταβολές στο βάρος σας;"

Συμβολισμοί : 1 Μείωση
 2 Αύξηση
 3 Καμμία μεταβολή

ΣΧΟΛΙΟ Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων τόσο μέσα όσο και έξω από ιδρύματα δεν παρουσιάζει καμμία μεταβολή στο βάρος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση τα περιεχόμενα της πτυχιακής μας εργασίας και τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη στα ιδρύματα του : 1. Νομού Ηλείας: α) « Παναγία η Καθολική» στη Γαστούνη, β) « Παναγία η Βλαχέρνα» Κάτω Παναγιά Κυλλήνης, γ) « Άγιος Χαράλαμπος» στο Πύργο. 2. Νομού Αχαΐας: (Κωνσταντοπούλειος Οίκος Ευγηρίας και χρόνιων παθήσεων ΤΕΩΣ ΠΤΩΧΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ « Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ», 3. Νομού Αττικής (Ελεήμονος Εταιρείας, Γηροκομείο Αθηνών) και σε ένα μικρό ποσοστό πληθυσμού εκτός ιδρυμάτων στο Νομό Αχαΐας, διαπιστώνουμε ότι τα ηλικιωμένα άτομα θεωρούν ως μέγιστο αγαθό την υγεία και κατά συνέπεια τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης τους.

Το σπίτι, η οικογένεια, είναι το πιο ευπρόσδεκτο φυσικό λιμάνι και καταφύγιο, για όσους βρίσκονται σε προχωρημένη ηλικία. Με τις σημερινές συνθήκες, τα παιδιά δε δίνουν πιά στους γονείς την προνομιά και αξιοσέβαστη θέση που είχαν άλλοτε. δημιουργείται στους νέους μία διάθεση, λιγότερο ευνοϊκή για τους ηλικιωμένους που μοιάζει σε στροφή εναντίον τους. Συχνά τους εμποδίζει να ζήσουν μαζί τους και τους υποχρεώνει να μένουν χωριστά από την οικογένεια.

Για το λόγο αυτό τα τελευταία χρόνια, λειτουργούν δημόσια γηροκομεία και πολλές ιδιωτικές επιχειρήσεις, που λέγονται «οίκοι ευγηρίας». Αρκετοί από αυτούς προσφέρουν στους φιλοξενούμενούς τους άνετη διαμονή, υγιεινή διατροφή, ικανοποιητική διατροφή, ικανοποιητική ιατρική περίθαλψη. Λειτουργούν με τις καλύτερες συνθήκες. Μα όσο και ανα προσπαθούν, με ιδιαίτερη προσοχή και περιποίηση, να δημιουργούν ευχάριστο περιβάλλον, δεν μπορεί αυτό να συγκριθεί με τη θαλαπωρή και την ψυχική ικανοποίηση μέσα στο σπίτι και στην οικογένεια, όσο και αν είναι φτωχιά και περιορισμένη.

Η διατροφή των ηλικιωμένων, αποτελεί βασικό μέρος για την ομαλή εξέλιξη της υγείας τους που βάλλεται από πολλούς παράγοντες με το πέρασμα των χρόνων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι τα ιδρύματα ακολουθούν συγκεκριμένο διαιτολόγιο ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες που επιβάλλουν οι διάφορες παθήσεις στους τροφίμους.

Τα ιδρύματα στην επαρχία παρέχουν καλύτερη ποιότητα τροφής σε σχέση με τα ιδρύματα των μεγάλων αστικών κέντρων. Αυτό είναι αποτέλεσμα του ότι η

παρασκευή γευμάτων σε πολύ μεγάλες ποσότητες έχει σαν συνέπεια την μειωμένη γεύση και σαν φυσικό επακόλουθο την ελάττωση της όρεξης.

Στην επαρχία με σαφώς μικρότερο αριθμό τροφίμων και με την υποστήριξη - παροχή μεγάλης βοήθειας από τοπικούς φορείς (Εκκλησία - Δήμος), υπάρχει καλύτερη ποιοτικά παροχή υπηρεσιών των ιδρυμάτων προς τους ηλικιωμένους.

Η επικοινωνία είναι πολύ καλύτερη μεταξύ τους και η συμβίωση ευκολότερη, εφόσον η ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ τους είναι εφικτή.

Τα συναισθήματα των ηλικιωμένων στο κάθε ίδρυμα ποικίλλουν, εξαρτώνται από τα βιώματα, τις φιλοδοξίες, τα ανεκπλήρωτα όνειρα και προσδοκίες που αποζητούσαν ή εξακολουθούν να αποζητούν από τη ζωή τους.

Στην διατροφή των ηλικιωμένων παίζει συχνά ρόλο και η ιδιοσυγκρασία του κάθε ατόμου. Πολλοί ξεφεύγουν από το καθιερωμένο διαιτολόγιο του ιδρύματος, αγοράζοντας από μόνοι τους τρόφιμα της αρεσκείας τους, γλυκά, οινοπνευματώδη ποτά.

Η διατροφή των ηλικιωμένων εκτός ιδρυμάτων παρουσιάζει πολλές αποκλίσεις και διαφορές μεταξύ των ατόμων, οι οποίες πηγάζουν από την κοινωνική, οικονομική, οικογενειακή και ψυχική κατάσταση των διαφόρων ατόμων.

Σε οικογένειες με οικονομική άνεση ο τρόπος διατροφής του ηλικιωμένου ατόμου είναι πλήρης για τα φυσιολογικά δεδομένα της διατροφής.

Τα άτομα που ζούν μόνα τους, η έλλειψη συχνά χρημάτων, το άγχος, η έλλειψη συντροφιάς, έχει σαν αποτέλεσμα την μειωμένη διάθεση για φαγητό. Το διαιτολόγιό τους είναι ελλιπές. Αρκετές φορές καταλήγουν σε καταστάσεις υποσιτισμού, διότι δεν λαμβάνουν βασικά στοιχεία της διατροφής τους.

Μετά από προσωπική συνομιλία με αξιόλογο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων, μας ικανοποίησε το γεγονός του ότι με τη πάροδο του χρόνου εξακολουθούν να δίδουν προσοχή στη διατροφή τους λόγω φόβου και ανησυχίας επικείμενης ασθένειας.

Είναι λοιπόν κοινά αποδεκτό το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη την παρουσία μας όπως και εμείς τη δική τους για τη λειτουργία μίας υγιούς κοινωνίας, εφόσον με τη σοφία τους μας χαρίζουν την άνοιξη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κυριότεροι λόγοι εισαγωγής των ηλικιωμένων στα ιδρύματα σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς μας είναι η εγκατάλειψη από τα συγγενικά τους πρόσωπα, οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης λόγω ελλείψεως της αυτοεξυπηρέτησής τους. Τα κύρια αισθήματα που τους κατέχουν είναι ασφάλεια, εφόσον εισήχθησαν σε κάποιο οίκο ευγηρίας καθώς και συμβιβασμός, μη έχοντας εναλλακτική λύση για κάτι καλύτερο σε αυτούς.

Τα προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν, τα παρακολουθεί ο γιατρός του ιδρύματος, ενώ σε σοβαρές καταστάσεις εισάγονται στο Νοσοκομείο τη χορήγηση των φαρμάκων τους αναλαμβάνει το νοσηλευτικό προσωπικό του κάθε ιδρύματος.

Οι ηλικιωμένοι που ζουν με τις οικογένειές τους ή μόνοι τους υποστηρίζουν και θεωρούν ότι ο καλύτερος τρόπος να περάσουν τα γηρατειά τους είναι κοντά στα παιδιά τους επιθυμώντας την αποκατάστασή τους. Όσοι ζουν μόνοι τους θεωρούν πως η παράδοση ετοιμών γευμάτων στο σπίτι, η οικονομική ενίσχυση καθώς και η χορήγηση απαρασκευάστων τροφών είναι οι καλύτερες λύσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων διατροφής.

Η σωματική τους άσκηση περιλαμβάνει κυρίως περίπατο και κηπουρική ενώ ένα μικρότερο ποσοστό ασχολείται με το κολύμπι και το ψάρεμα. Το είδος της ψυχαγωγίας σε μεγαλύτερο ποσοστό περιλαμβάνει τη τηλεόραση και το καφενείο.

Όσο αφορά τη διατροφή τους ασχέτως με την προσωπική τους επιθυμία οι τρόφιμοι ιδρυμάτων αναγκάζονται να λαμβάνουν φαγητό που τους παρέχεται από το ίδρυμα σε ένα ποσοστό 10,25% και συνήθως τρώνε καθημερινά στα μεσοδιαστήματα, σε αντίθεση με τους εκτός ιδρυμάτων ηλικιωμένους που έχουν ελεύθερη επιλογή για τη ρύθμιση του διαιτολογίου τους και δεν εξαναγκάζονται, παρά μόνο σε ειδικές περιπτώσεις. Ρυθμίζουν οι ίδιοι την ώρα του φαγητού τους, όσοι δεν ζουν με τα παιδιά τους έχοντας τις περισσότερες φορές ακανόνιστο ωράριο γευμάτων.

Παρόλο την ελεύθερη επιλογή των ηλικιωμένων που διαμένουν μόνοι τους στη διατροφή, το ίδρυμα παρέχει ισορροπημένη διατροφή, οι τρόφιμοι παίρνουν καθημερινά βραδινό, εκτός από ένα πολύ μικρό ποσοστό 2,5% και το διαιτολόγιό τους είναι περισσότερο καλοισοζυγισμένο κυρίως στα ιδρύματα της επαρχίας.

Ορισμένες φορές όμως διάφοροι λόγοι, κυρίως οικονομικοί, δεσμεύουν τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους στην αγορά συγκεκριμένων τροφίμων (π.χ. ψάρι) που είναι απαραίτητα για την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών τους.

Κοινή διαπίστωση της έρευνας μας είναι ότι η συχνότητα κατανάλωσης γαλακτοκομικών προϊόντων είναι περίπου ίδιο όσο αφορά τις δύο ομάδες των ηλικιωμένων. Το ίδιο ισχύει και για τα γλυκίσματα. Συνήθως οι ηλικιωμένοι από την έντονη επιθυμία τους για γλυκά, μας απέκρυπταν ότι είχαν προβλήματα υγείας τα οποία δεν τους επέτρεπαν να τα λαμβάνουν. Εκτός αυτού είχαν την τάση να κρύβουν τα γλυκίσματα, χωρίς να τα καταναλώνουν.

Όσο αφορά τη λήψη νερού κατά τη διάρκεια των γευμάτων, οι τρόφιμοι πίνουν λίγο νερό. Η λήψη ύδατος κατά τη διάρκεια της ημέρας κυμαίνεται σε φυσιολογικά πλαίσια. Ωστόσο ορισμένοι τρόφιμοι αρνούνταν κυριολεκτικά στη λήψη νερού αυτό οφειλόταν στο ότι ήθελαν να αποφύγουν τα προβλήματα ακράτειας, συχνοουρίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μια κυρία τρόφιμος στο «Κωνσταντοπούλειο ίδρυμα» που είχε συνδυάσει το γεγονός ότι η λήψη νερού έχει ως αποτέλεσμα τη διάρροια. Και όταν η δίψα της ήταν έντονη ζητούσε από την προϊσταμένη του ιδρύματος «σιρόπι για την διάρροια ή imodiumtb».

Η κατανάλωση κρασιού σε καθημερινή βάση είναι μεγαλύτερη σε ποσοστό στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους, γιατί έχουν περισσότερη ελευθερία και διότι οι άνδρες ηλικιωμένοι περνούν τις περισσότερες ώρες στο καφενείο. Επίσης έχουν την τάση να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα, (20 σε αριθμό) σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους που ζουν στα ιδρύματα που το μεγαλύτερο ποσοστό καπνίζει τα τσιγάρα την ημέρα.

Φυσικό επακόλουθο της μειωμένης γεύσης είναι η ελάττωση της όρεξης. Διαπιστώσαμε λοιπόν ότι οι προτιμήσεις στα αλμυρά και πικάντικα φαγητά είναι μεγαλύτερες σε ποσοστό στους εντός ιδρυμάτων ηλικιωμένους και κυρίως στα ιδρύματα των μεγάλων αστικών κέντρων, όπου ο μεγάλος αριθμός τροφίμων συνεπάγεται παρασκευή γευμάτων σε πολύ μεγάλες ποσότητες. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο και με τους ηλικιωμένους που ζουν με τις οικογένειές τους η μόνοι που φροντίζουν για τη γεύση της τροφής τους.

Παρατηρήσαμε επίσης, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων με προβλήματα μάσησης καταφεύγουν στη λύση της τεχνητής οδοντοστοιχίας και δεν παρουσιάζουν σημαντικές μεταβολές στο βάρος τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας διερευνήθηκε το θέμα που αφορά την διατροφή των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Τα άτομα αυτής της ηλικίας αποτελούν μία ιδιαίτερη ομάδα συνανθρώπων μας η οποία απαιτεί μία ειδική μεταχείριση από πλευράς των νεωτέρων μελών της κοινωνίας μας. Η υγεία τους και πιο ειδικά η διατροφή τους είναι ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία που συνθέτουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους.

Στην προσπάθεια αυτή, μελετήθηκαν οι απόψεις 600 ατόμων ηλικιωμένων τα οποία είτε βρίσκονταν σε ιδρύματα, είτε στα σπίτια τους, με βάση ένα ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο.

Τα αποτελέσματα μετά από την σχετική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, παρουσιάζουν την σαφώς καλύτερη κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ηλικιωμένοι που ζουν στα σπίτια τους με τις οικογένειές τους, σε σχέση με τους αντίστοιχους των σχετικών ιδρυμάτων, παρόλο που η κατάσταση σε αυτά είναι ικανοποιητική.

SUMMARY

In the current study we examined the feeding of the old people who live in their homes or in the Homes for the Aged

The old people are a special team in our community that need our support.

Their health and of course the quality their feeding are the most important factors for the quality of their life.

We examined 600 people that live in their homes with their families and those that live in the Homes for the Aged to find out the situation

The results after the analysis indicate that the old people that live in their home are feed better than the other in Homes for Aged people.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΔΟΝΤΑΣ Σ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ: Η Τρίτη ηλικία - Προβλήματα και Δυνατότητες, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ 1981.
2. ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ : Σημειώσεις στη Γεροντολογία και Γηριατρική, εκδόσεις Βασ. Μπεκάκος, ΑΘΗΝΑ 1988
3. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ ΜΑΡΙΑ - ΓΟΥΛΙΑ ΕΙΡΗΝΗ: Η Νοσηλεύτρια κοντά στον Υπερήλικα, έκδοση 3η, εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ», ΑΘΗΝΑ 1991.
4. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Θ. ΕΛΕΝΗ: Κοινωνική Νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Γεωρ. Καφούρας, ΑΘΗΝΑ 1995.
5. ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ ANNA - ΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 2ος / Μέρος Β, β επανέκδοση, εκδόσεις Βήττα, ΑΘΗΝΑ 1988.
6. ROWE JOHN, MD, Chief, Gerontology Unit, Harvard Medical School: Η διεργασία της γηράσκσεως: Χαρακτηριστικά γνωρίσματα: Διαταραχές υγρών - ηλεκτρολυτών στους υπερηλικούς, Άρθρα Γηριατρικής, Άρθρο 3ο - 2ο, σελ.21 - 22, σελ. 11 - 15.
7. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ: Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία. Δίαιτα για όλες τις παθήσεις, εκδόσεις Λορέντζο Ντετζιόρτζιο, ΑΘΗΝΑ 1982.
8. NESTKE MARION, PHD: Διατροφή στην Κλινική Πράξη, Επιστημονική Επίβλεψη και Σχόλια: Κατσιλάμπρος Ν. εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ 1987.
9. ΠΛΕΣΣΑΣ Τ. ΣΤΑΥΡΟΣ: Διαιτητική του ανθρώπου, εκδόσεις Φαρμάκου, Τύπος, ΑΘΗΝΑ 1992.
10. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΕΥΤΥΧΙΑ: Διαιτητική - Ειδικές Δίαιτες, εκδόσεις ΠΕΛΕΚΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ 1988.
11. ΚΑΣΙΜΟΣ Χ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ: Διατροφή - Υγιεινή Ανάπτυξη και Διαβίωση του ανθρώπου, εκδόσεις Χριστάκη.

12. **WATKIN DONALD MD, MPH, FACP** - Research Associate Professor,
George Washington University Medical School: Μετάφραση Sandoz: Η
τριάδα θρέψη - Υγεία - Γήρανση, Άρθρα Γηριατρικής, Άρθρο
ο, σελ. 25 - 29.
13. **ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.Α. - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.Φ:** Νοσηλευτική - Γενική
Παθολογική Χειρουργική, τόμος Α, 'εκδοση 16η, εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ»
ΑΘΗΝΑ 1992.
14. **RELCHHEL WILLIAM, MD** - Chairman, department of family practice, Franklin
Sguare Hospital, Baltimore, Maryland: Μετάφραση Sandoz: Η «κλινική
προσέγγιση του γηράσκοντος ασθενούς». Άρθρα Γηριατρικής, Άρθρο
1ο, σελ. 3 - 5.
15. **ΔΟΝΤΑΣ Σ. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ:** Γηριατρική για Νοσηλευτές, επίτομος, έκδοση
1η, εκδόσεις Γρ. Κ.Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ 1993.
16. **ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗΣ:** Χαρούμενη Δύση, εκδόσεις Κολλάρου και Σία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ΕΚΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ)

1. Κατά την γνώμη σας ποιό ζείναι ο καλύτερος τρόπος να περάσουν τα γηρατειά του οι ηλικιωμένοι:

- α. Κοντά στα παιδιά τους
- β. Κοντά σε συγγενείς
- γ. Στο σπίτι τους - μόνοι
- δ. Κάπου αλλού

2. Ποιοί είναι οι κυριώτεροι λόγοι ικανοποίησης γιά τα γηρατειά σας;

- α. Σεβασμός και αγάπη των δικών σας
- β. Αποκατάσταση παιδιών
- γ. Αυτοεξυπηρέτηση
- δ. Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- ε. Ικανοποιητικό εισόδημα

3. Τι είδους βοήθεια σας προσφέρουν ή τι θα θέλατε να σας προσφέρουν τα παιδιά σας;

- α. Προσωπική συμπαράσταση
- β. Να σας αφιερώνουν περισσότερο χρόνο
- γ. Να μένετε μαζί τους
- δ. Χρηματική βοήθεια

4. Έχετε προβλήματα υγείας τα οποία σας δέσμεύουν στη διατροφή σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

α. Σακχαρώδης διαβήτης

β. Καρδιακά νοσήματα

γ. Παχυσαρκία

δ. Παπτικό έλκος

ε. Χολοκυστίτιδα

5. Είσατε ευχαριστημένοι από το φαγητό σας

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Συνήθως τρώτε επειδή:

α. Έχετε όρεξη

β. Λόγω παρέας

γ. Σας αναγκάζουν

7. Σας αρέσει να τρώτε μόνοι σας ή με παρέα

α. Μόνοι

β. Με παρέα

8. Πόσο συχνά πέρνετε τα παρακάτω γεύματα

καθημερινά

μερικές φορές

ποτέ

α. Πρωινό

β. μεσημεριανό

γ. Μεσοδιαστήματα

δ. Βραδυνό

9. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε:

α. Κρέας δύο τρεις καμμία

β. Κοτόπουλο μία δύο καμμία

γ. Ψάρι μία δύο καμμία

δ. Λαχανικά τρείς πέντε καμμία

10. Σε ποιά μορφή μαγειρέματος παρέχονται τα γεύματα σας

α. Βραστά

β. Ψητά.

γ. Τηγανητά

11. Σας αρέσουν τα αλμυρά πικάντικα φαγητά:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Βάζετε αλάτι στο φαγητό σας;

α. Πάντα

β. Σπάνια

γ. Ποτέ

12. Εχετε προβλήματα μάσησης;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πως το αντιμετωπίζετε αυτό

α. Εφαρμογή τεχνητής οδοντοστοιχίας

β. Πολτοποιημένη τροφή

γ. Τίποτα από τα παραπάνω

13. Αντιμετωπίζετε προβλήματα με την λειτουργία του εντέρου σας

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ μήπως είναι ένα από τα παρακάτω

α. Δυσκοιλιότητα

β. Διάρροια

γ. Άλλες διαταραχές

14. Ποιά από τα παρακάτω Γαλακτοκομικά προϊόντα προτιμάτε

α. Γάλα

β. Τυρί

γ. Γιαούρτι

δ. Όλα τα παραπάνω

ε. Κανένα από τα παραπάνω

15. Πόσο συχνά παίρνετε τα παραπάνω γαλακτοκομικά προϊόντα

α. Καθημερινά

β. Τρεις φορές την εβδομάδα

γ. Ποτέ

16. Τα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν ένα από τα βασικά συστατικά της διατροφής σας για να είναι το διατολόγιο σας πλούσιο σε βιταμίνες

ΝΑΙ ΟΧΙ

17. Σας αρέσουν τα γλυκά

ΝΑΙ ΟΧΙ

Μήπως κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας δεν σας επιτρέπει να τα λαβάνετε

ΝΑΙ ΟΧΙ

18. Πίνετε νερό κατά την διάρκεια του φαγητού σας

α. Πολύ

β. Λίγο

γ. Μερικές φορές

δ. Καθόλου

19. Πόσα ποτήρια νερό πίνετε την ημέρα

α. 2-4

β. 4-6

γ. 6-8

20. Σας αρέσει το κρασί

ΝΑΙ ΟΧΙ

Το πίνετε καθημερινά

ΝΑΙ ΟΧΙ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

21. Εχετε παρατηρήσει σημαντικές μεταβολές στο βάρος σας

α. Μείωση

β. Αύξηση

γ. Καμμία μεταβολή

22. Είστε καπνιστής

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε

- α. Πέντε
- β. Δέκα
- γ. Δεκαπέντε
- δ. Ένα πακέτο

23. Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους παραμελούν την διατροφή τους. Κατά την γνώμη σας για ποιο λόγο;

- α. Μικρό εισόδημα
- β. Δυσκολία προμήθειας τροφίμων
- γ. Μειωμένη διάθεση για τροφή λόγω ασθένειας
- δ. Κανένα από τα παραπάνω

24. Πιό από τα παρακάτω προγράμματα πιστεύετε ότι θα μειώσει τα προβλήματα διατροφής των ηλικιωμένων

- α. Παράδοση έτοιμων γευμάτων στο σπίτι
από παιδιά, συγγενείς, άλλους
- β. Οικονομική ενίσχυση του υπερήλικα
- γ. Χορήγηση απαρασκευαστων τροφών
για προετοιμασία γευμάτων στο σπίτι

25. Η Σωματικά άσκηση είναι απαραίτητη. Ποιό είδος προτιμάτε

- α. Περίπατο
- β. Κηπουρική
- γ. Κολύμπι
- δ. Ψάρεμα

26. Ποιό το είδος της ψυχαγωγίας που έχετε

α. Κηπουρική

β. Διάβασμα

γ. Μουσική

δ. Ταξίδια

ε. Περίπατο

στ. Κέντημα

ζ. Επισκέψεις

η. Καφενείο

θ. Τηλεόραση

ι. Άλλα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ (ΕΝΤΟΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ)

1. Ποιά τα αισθήματα σας όταν σας έγινε γνωστό πως θα εισαχθείτε σε ίδρυμα

α. Χαρά - ικανοποίηση

β. Ασφάλεια

γ. Συμβιβασμός

δ. Πόνο, θλίψη

2. Από ποιούς παράγοντες εξερτάται η παραμονή σας στο ίδρυμα

α. Από δική σας θέληση

β. εγκατάλειψη από τους δικούς σας

γ. Οικογένεια

δ. Αναγκαστικά

ε. Άλλοι λόγοι

3. Έχετε προβλήματα υγείας τα οποία σας δεσμεύουν στη διατροφή σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

α. Σακχαρώδης διαβήτης

β. Καρδιακά νοσήματα

γ. Παχυσαρκία

δ. Παπτικό έλκος

ε. Χολοκυστίτιδα

4. Πως αντιμετωπίζετε το πρόβλημα της υγείας σας

α. Σας παρακολουθεί ιατρός του ιδρύματος

β. Σας στέλνουν σε κάποιο μεγάλο Νοσοκομείο

γ. Αναλαμβάνει η οικογένειά σας

δ. Το αντιμετωπίζετε μόνοι σας

5. Ποιός αναλαμβάνει την χορήγηση των φαρμάκων σας.

α. Το νοσηλευτικό προσωπικό

β. Μόνοι σας

γ. Μέλος της οικογένειάς σας

6. Το ίδρυμα ακολουθεί συγκεκριμένο διαιτολόγιο για τον καθένα από εσάς

ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Είσαστε ευχαριστημένοι με το φαγητό σας

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Συνήθως τρώτε επειδή:

α. Εχετε όρεξη

β. Λόγω παρέας

γ. Σας αναγκάζουν

9. Σας αρέσει να τρώτε μόνοι σας ή με παρέα

α. Μόνοι

β. Με παρέα

10. Πόσο συχνά πέρνετε τα παρακάτω γεύματα

	καθημερινά	μερικές φορές	ποτέ
α. Πρωινό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β. Μεσημεριανό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ. Μεσοδιαστήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ. Βραδινό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε:

α. Κρέας	<input type="checkbox"/>	δύο	<input type="checkbox"/>	τρεις	<input type="checkbox"/>	καμμία
β. Κοτόπουλο	<input type="checkbox"/>	μία	<input type="checkbox"/>	δύο	<input type="checkbox"/>	καμμία
γ. Ψάρι	<input type="checkbox"/>	μία	<input type="checkbox"/>	δύο	<input type="checkbox"/>	καμμία
δ. Λαχανικά	<input type="checkbox"/>	τρεις	<input type="checkbox"/>	πέντε	<input type="checkbox"/>	καμμία

12. Σε ποιά μορφή μαγειρέματος παρέχονται τα γεύματα σας

- α. Βραστά
- β. Ψητά
- γ. Τηγανητά

13. Σας αρέσουν τα αλμυρά πικάντικα φαγητά:

ΝΑΙ ΟΧΙ

Βάζετε αλάτι στο φαγητό σας;

- α. Πάντα
- β. Σπάνια
- γ. Ποτέ

14. Έχετε προβλήματα μάσησης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ πως το αντιμετωπίζετε αυτό

α. Εφαρμογή τεχνητής οδοντοστοιχίας

β. Πολτοποιημένη τροφή

γ. Τίποτα από τα παραπάνω

15. Αντιμετωπίζετε προβλήματα με την λειτουργία του εντέρου σας

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ μήπως είναι ένα από τα παρακάτω

α. Δυσκοιλιότητα

β. Διάρροια

γ. Άλλες διαταραχές

16. Ποιά από τα παρακάτω Γαλακτοκομικά προϊόντα προτιμάτε

α. Γάλα

β. Τυρί

γ. Γιαούρτι

δ. Όλα τα παραπάνω

ε. Κανένα από τα παραπάνω

17. Πόσο συχνά παίρνετε τα παραπάνω γαλακτοκομικά προϊόντα

α. Καθημερινά

β. Τρεις φορές την εβδομάδα

γ. Ποτέ

18. Τα φρούτα και τα λαχανικά αποτελούν ένα από τα βασικά συστατικά της διατροφής σας για να είναι το διατολόγιο σας πλούσιο σε βιταμίνες

ΝΑΙ ΟΧΙ

19. Σας αρέσουν τα γλυκά

ΝΑΙ ΟΧΙ

Μήπως κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας δεν σας επιτρέπει να τα λαβάνετε

ΝΑΙ ΟΧΙ

20. Πίνετε νερό κατά την διάρκεια του φαγητού σας

α. Πολύ

β. Λίγο

γ. Μερικές φορές

δ. Καθόλου

21. Πόσα ποτήρια νερό πίνετε την ημέρα

α. 2-4

β. 4-6

γ. 6-8

22. Σας αρέσει το κρασί

ΝΑΙ ΟΧΙ

Το πίνετε καθημερινά

ΝΑΙ ΟΧΙ ΣΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

23. Έχετε παρατηρήσει σημαντικές μεταβολές στο βάρος σας

- α. Μείωση
- β. Αύξηση
- γ. Καμμία μεταβολή

24. Είστε καπνιστής

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ πόσα τσιγάρα την ημέρα καπνίζετε

- α. Πέντε
- β. Δέκα
- γ. Δεκαπέντε
- δ. Ένα πακέτο

25. Η Σωματικά άσκηση είναι απαραίτητη. Ποιό είδος προτιμάτε

- α. Περίπατο
- β. Κηπουρική
- γ. Κολύμπι

26. Πως περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας στο ίδρυμα

- α. Εκδρομές
- β. Περίπατο
- γ. Εργόχειρο με αμοιβή
- δ. Επίσκεψεις φίλων
- ε. Ψυχαγωγικά προγράμματα
- στ. Τηλεόραση

ζ. Μορφωτικά προγράμματα

27. Καλύπτονται οι θρησκευτικές σας ανάγκες μέσα στο ίδρυμα

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

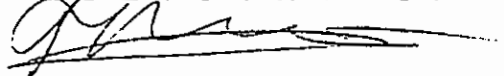
ΔΥΟ (2) ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑ ΟΙΚΩΝ ΕΥΓΗΡΙΑΣ

Ημέρες	Π Ρ Ω Ι Ν Ο *	Γ Ε Υ Μ Α	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	Δ Ε Ι Π Ν Ο
ΚΥΡΙΑΚΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Κ έ ι κ	Κρέας φρικασέ Αναψυκτικό Τυρί Γλυκό Φρούτο	Καφές Γλυκό	Κεφαλάκια Σούπα Γιαούρτη Κομπόστα
ΔΕΥΤΕΡΑ	Γάλα ή Τσάι ή καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Κ α σ έ ρ ι	Κεφτέδες με σαλ- τσα, Λαζάνια Φρούτο	Καφές Πορτοκαλάδα Μπισκότα	Χυλοπίττες Γιαούρτη Κομπόστα
ΤΡΙΤΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Α υ γ ό	Ψάρι βραστό σούπα Φρούτο	Καφές Ρυζόγαλο	Μπιφτέκια Κουνουπίδι Γιαούρτη Κομπόστα
ΤΕΤΑΡΤΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Χ α λ β ά ς	Πατάτες γιαχνί Ταραμοκεφτέδες Φρούτο	Καφές Λεμονάδα Ζελές	Τοματόσουπα Γιαούρτη Κομπόστα
ΠΕΜΠΤΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Α υ γ ό	Κατόπουλο πιλά- φι αυγολέμονο Αναψυκτικό Φρούτο	Καφές Ρυζόγαλο	Τυρόπιττα Τραχανάς Γιαούρτη Κομπόστα
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Χ α λ β ά ς	Φασολάδα Ελιές Φρούτο	Καφές Πορτοκαλάδα Κουλουράκι	Μακαρονάκι κοφτό Γιαούρτη Κομπόστα
ΣΑΒΒΑΤΟ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Κ α σ έ ρ ι	Ρολό φούρνου Σαλάτα Φρούτο	Καφές Ρυζόγαλο	Πιλάφι με γιαούρτη Γιαούρτη Κομπόστα

*) Κάθε πρωί στις 10-10.30 προσφέρεται καφές στους Τροφί-
μους, πού το επιθυμούν.Επίσης και λουκουμάδες.

***) Στους έχοντες λόγους υγείας ("στομαχικοί", "διαβητικοί"
κ.α.),σερβίρεται το φαγητό,που ενδείκνυται κατά περι-
πτωση.

Η Δ Ι Ε Υ Θ Υ Ν Τ Ρ Ι Α



Ημέρες	Π Ρ Ω Ι Ν Ο *)	Γ Ε Υ Η Α	ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ	Δ Ε Ι Π Ν Ο
ΚΥΡΙΑΚΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Κ έ ι κ	Ψητό κατασρόλας Πουρές Αναψυκτικό Γλυκό Φρούτο	Καφές Κρέμα	Αυγά ομελέττα με πατάτες Γιαούρτη Κομπόστα
ΔΕΥΤΕΡΑ	Γάλα ή Τσάι ή καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Κ α σ έ ρ ι	Γιουβέτσι με κιμά Σαλάτα Φρούτο	Καφές Πορτοκαλάδα ή Πισκότα	Τυρόπιττα Τραχανάς Γιαούρτη Κομπόστα
ΤΡΙΤΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Α υ γ ό	Ψάρι βραστό σούπα Φρούτο	Καφές Κρέμα	Μπιφτέκι Σαλάτα Γιαούρτη Κομπόστα
ΤΕΤΑΡΤΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Χ α λ β ά ς	Φασολάκια Ελιές Φρούτο	Καφές Λεμονάδα Ζελές	Τοματόσουπα Γιαούρτη Κομπόστα
ΠΕΜΠΤΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Α υ γ ό	Κοτόπουλο μακαρονάδα Αναψυκτικό Σαλάτα Φρούτο	Καφές Ρυζόγαλο	Πιλάφι με γιαούρτη Γιαούρτη Κομπόστα
ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Χ α λ β ά ς	Γεμιστά Φρούτο	Καφές Πορτοκαλάδα Κουλουράκι	Τοματόσουπα Γιαούρτη Κομπόστα
ΣΑΒΒΑΤΟ	Γάλα ή Τσάι ή Καφές Ψωμί, Φρυγανιές Βιτάμ Μαρμελάδα Κ α σ έ ρ ι	Κολοκυθάκια γε- μιστά με κιμά Φρούτο	Καφές Κρέμα	Πίτσα Σούπα Γιαούρτη Κομπόστα



*) Κάθε πρωί στις 10-10.30 προσφέρεται καφές στους Τροφί-
μους, πού το επιθυμούν. Ενίοτε και λουκουμάδες.

***) Στους έχοντες λόγους υγείας ("στομαχικός", "διαβητικός"
κ.α.), σερβίρεται το φαγητό, που ενδείκνυται κατά περι-
πτωση.
Ο Δ Ι Ε Υ Θ Υ Ν Τ Η Σ