

ΤΕΧΝΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΠΑΤΡΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝ/ΝΑ

ΠΑΤΡΑ 2000

ΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΚΩΝ/ΝΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

3115

***«Αφιερωμένο στους ανθρώπους
του φθινοπώρου που με τη σοφία
τους μας δίδαξαν το μέλλον»***

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όλοι μας «πολεμάμε» για μια θέση στον ήλιο. Άλλος περισσότερο, άλλος λιγότερο ανάλογα με τις ανάγκες κάθε φορά.

Λέγοντας για ανάγκες άλλες έχουν τα παιδιά, άλλες οι ενήλικες και άλλες οι ηλικιωμένοι. Η ηλικία δεν υπάρχει, υπάρχει όμως το πέρασμα του χρόνου. Η βιολογία μπορεί να προσδιορίσει το νήπιο, το παιδί, τον έφηβο. Μετά υπάρχουν άνθρωποι λιγότερο ή περισσότερο ενήλικοι. Πρόκειται για ενήλικους που δεν βρίσκονται πάντοτε στο ίδιο στάδιο, οι μεν διαφορετικοί από τους δε, αλλά σε καμιά περίπτωση δεν είναι δυνατό να χαράξουμε μια γραμμή πέρα από την οποία θα αρχίζει η τρίτη ή και η τέταρτη ηλικία.

Κάθε άτομο με το πέρασμα του χρόνου εμφανίζει αλλαγές οι οποίες όμως έχουν αρκετές ομοιότητες αλλά είναι δύσκολο να ξεχωρίσουμε τις καθαρές επιπτώσεις που δημιουργεί το πέρασμα του χρόνου από τη συσσώρευση των εξωτερικών επιπτώσεων που θα μπορούσαν ν' αποφευχθούν. Είναι, λοιπόν, γεγονός ότι στην περίοδο ανάμεσα στην εφηβεία και τα σαράντα χρόνια το άτομο χαίρει, τουλάχιστον στη δική μας προοδευτική κοινωνία, μιας γενικά ικανοποιητικής υγείας, αν δε συμβούν ιδιαίτερες ασθένειες ή ατυχήματα, ενώ στην πιο προχωρημένη ηλικία αυξάνει το ποσοστό των χρόνιων ασθενειών ή αναπηριών ή άλλων δυσκολιών.

Οι ηλικιωμένοι είναι ένα κοινωνικό σύνολο που έχει πολλές ανάγκες και απαιτήσεις για φροντίδα από τους νεότερους, έπειτα αυτοί είναι οι άνθρωποι που μας δίδαξαν τα απαραίτητα βήματα για να βαδίσουμε στο μέλλον.

Η εντολή - κλειδί δεν είναι να μείνουμε νέοι που επαναλαμβάνετε συχνά, αλλά να παραμείνουμε δραστήριοι και σ' αυτό το στάδιο της ζωής.

«Δώστε περισσότερα χρόνια στη ζωή και περισσότερη ζωή στα χρόνια».

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

	σελ.
Κεφάλαιο Πρώτο	
1.1. Ορισμός Ηλικιωμένου	2
1.2. Διακρίσεις του γήρατος	2
1.2.1. Το ημερολογιακό γήρας	3
1.2.2. Το βιολογικό γήρας	3
1.3. Θεωρίες γήρατος	3
1.3.1. Η θεωρία του Βάϊσμαν ✓	4
1.3.2. Η θεωρία της ζωϊκής εξαντλήσεως ✓	4
1.3.3. Η θεωρία του νευροενδοκρινικού συστήματος	4
1.3.4. Η θεωρία της φθοράς	5
1.3.5. Η θεωρία των ελευθέρων ριζών	5
1.3.6. Η θεωρία της μεταβολής των πρωτεϊνών.	5
Κεφάλαιο δεύτερο	
2.1. Παθοφυσιολογία της γήρανσης	8
2.1.1. Αναπνευστικό σύστημα	8
2.1.2. Καρδιαγγειακό σύστημα	9
2.1.3. Νευρικό σύστημα	10
2.1.4. Ουροποιητικό σύστημα	11
2.1.5. Μυοσκελετικό σύστημα	11
2.1.6. Ανοσοποιητικό σύστημα	11
2.1.7. Αισθητηριακές μεταβολές	12
2.1.7.1. Όραση	12
2.1.7.2. Τα ακουστικά προβλήματα	12
2.1.7.3. Η γεύση και η όσφρηση	13
2.1.7.4. Δέρμα	14
Κεφάλαιο τρίτο	
3.1. Ιδρύματα για τον υπερήλικα	17
3.1.1. Απαραίτητοι χώροι για τη σωστή λειτουργία ενός γηροκομείου ή οίκου ευγηρίας για την εξυπηρέτηση και άνεση των υπερηλίκων	19
3.1.2. Προσωπικό πλήρους απασχόλησης ενός γηροκομείου .	23
3.1.3. Οι λόγοι που επιβάλουν ξεχωριστά νοσοκομεία για τους υπερήλικες.	24
3.1.4. Νοσηλευτικές μονάδες ενός γηριατρικού νοσοκομείου.	25
3.1.4.1. Η μονάδα διάγνωσης και θεραπείας	25
3.1.4.2. Η μονάδα αποκατάστασης	26
3.1.4.3. Η μονάδα αυτοεξυπηρέτησης	26
3.1.4.4. Η μονάδα μακρά παραμονής	26

Κεφάλαιο τέταρτο	σελ.
4.1. Προβλήματα υγείας υπερηλίκων	29
4.1.1. Διαταραχές του ύπνου	29
4.1.2. Ατυχήματα	29
4.1.3. Ακράτεια ούρων	31
4.1.4. Ακράτεια κοπράνων	32
4.1.5. Διατροφή και Τρίτη ηλικία	32
4.1.6. Αναπνευστικά νοσήματα.	34
4.1.7. Καρδιαγγειακά προβλήματα	34
4.1.7.1. Υπόταση	34
4.1.7.2. Οξύ πνευμονικό οίδημα	35
4.1.7.3. Υπέρταση	36
4.1.7.4. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια	37
4.1.8. Οστεοπόρωση Οστεοαρθρίτιδα	38
Κεφάλαιο Πέμπτο.	
5.1. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα	41
5.1.1. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους.	41
5.1.2. Η αυτοκτονία	43
5.1.3. Η μοναξιά στους ηλικιωμένους	43
5.1.4. Άνοιες	44
5.1.4.1. Γεροντικές άνοιες	44
5.1.4.2. Προγεροντικές άνοιες	45
5.1.4.3. Νόσος Alzheimer	45
5.1.4.4. Νόσος Pick	46
Κεφάλαιο Έκτο	
6.1. Αντικειμενικοί σκοποί της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής	49
6.2. Νοσηλευτική αξιολόγηση ηλικιωμένων	49
6.3. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα του υπερήλικα	50
Ειδικό Μέρος	
1) Υλικό	2
2) Στατιστική Μεθοδολογία	3
3) Αποτελέσματα	4
4) Στατιστικά αποτελέσματα συσχετίσεων	34
5) Συζήτηση	41

6) Προτάσεις	44
7) Περίληψη	45

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

Πίνακες

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Το γήρας είναι μια μακρόχρονη διεργασία που αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ζωής και εξελίσσεται προοδευτικά, ώστε να εκδηλωθεί με τη μορφή γεροντικών στιγμάτων σε άλλοτε άλλη χρονική περίοδο στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου. Οι γεροντικές αλλοιώσεις των ιστών και των οργάνων σηματοδοτούνται με την έκπτωση των διαφόρων λειτουργιών του σώματος και της ψυχής, την απώλεια της εφεδρικής μυϊκής δυνάμεως, τη μείωση της μεταβολικής ικανότητας, την επιβράδυνση της νευρικής λειτουργίας και τη συρρίκνωση της αισθητικής διακριτικότητας.²

Γήρας είναι μία διαδικασία προσαρμογής, κατά την οποία το εσωτερικό περιβάλλον τροποποιείται, ώστε να ανταποκρίνεται στις πιέσεις τόσο της εκφυλίσεως, όσο και των εξωτερικών μεταβολών.¹

ΟΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Είναι προφανές από τα προηγούμενα ότι το γήρας, σαν βιοκοινωνικό φαινόμενο, μπορεί να θεωρηθεί από δύο διαφορετικές σκοπιές: α) από την κοινωνική σκοπιά, που ερευνά και ερμηνεύει το γήρας με βασικό ενδιαφέρον τη συσχέτιση των γενεών στην κοινωνία, αναφορικά με τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία και β) από τη βιολογική σκοπιά, που ερευνά το γήρας σαν τη νομοτελειακά επιβεβλημένη τελική φάση του κύκλου της ζωής. Η κοινωνική αποδοχή του γήρατος δεν συμπίπτει πάντα με τη βιολογική του έλευση και η έλλειψη της συμπτώσεως αυτής δεν είναι χωρίς συνέπειες. Ένα από κοινωνικής απόψεως γεροντικό άτομο δεν είναι, κατ' ανάγκη, και βιολογικά γηρασμένο, με την έννοια ότι οι σωματικές και ψυχικές του εφεδρείες είναι ακόμη επαρκείς για να συνεχίσει τη δημιουργική παρουσία του στην παραγωγική διαδικασία. Αποτέλεσμα αυτής της ασυμφωνίας είναι ότι μερικές φορές η κοινωνία στερείται από χρήσιμους και δημιουργικούς ανθρώπους, στους οποίους επιβάλλεται η παραίτηση, ενώ ακόμη έχουν μεγάλα περιθώρια προσφοράς. Αντίθετα, δεν είναι πολύ σπάνιο το φαινόμενο ένα κοινωνικά νέο άτομο να έχει εξαντλήσει τις βιολογικές του εφεδρείες. Αλλά οχυρούμενο πίσω από τη χρονολογική του ηλικία παρεμβάλλεται στην παραγωγική διαδικασία, παρεμποδίζοντας, στην πραγματικότητα,

την ομαλή της εξέλιξη. Ο Paget ονόμασε τη διάσταση αυτή στον προσδιορισμό της γηράνσεως «σφάλμα χρονομετρήσεως της ζωής».⁶

Το ημερολογιακό γήρας

Το ημερολογιακό γήρας δηλώνει, απλά, τη χρονολογική εξέλιξη του ατόμου. Είναι γνωστό ότι η έλευση της γηράνσεως διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο, όπως βέβαια διαφέρει από κοινωνική ομάδα σε κοινωνική ομάδα. Για τον αντικειμενικό προσδιορισμό του γήρατος έχουν δοκιμασθεί διάφορες μέθοδοι: Έχει π.χ. χρησιμοποιηθεί το μήκος της εργασίμου ζωής σαν μέτρο υπολογισμού των φυσικών μεταβολών που χαρακτηρίζουν το γήρας. Άλλοι ερευνητές συσχέτισαν τη γήρανση με βάση την ύπαρξη των αντικειμενικών «γεροντικών στιγμάτων», όπως η λεύκανση των μαλλιών, η απόπτωση των δοντιών, η ελάττωση της ελαστικότητας του δέρματος, στοιχείων, δηλαδή, που συμβάλλουν στην κλινική εντύπωση της ηλικίας.¹

Το βιολογικό γήρας

Η φθορά του οργανισμού και των επιμέρους οργάνων αρχίζει πολύ ενωρίς στη διάρκεια της ζωής κάθε ατόμου, προς το τέλος δε των επεξεργασιών αυτών αρχίζει η φάση του κύκλου της ζωής που αποκαλούμε γήρας. Οι αθηρωματώδεις αλλοιώσεις των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς αρχίζουν μερικές φορές πολύ ενωρίς 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 την 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.¹

ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Πολλοί ερευνητές, κατά διαστήματα, προσπάθησαν να ερμηνεύσουν το πρόβλημα του γήρατος και του θανάτου και να διευκρινίσουν τις εξελικτικές διαδικασίες και τους προκλητικούς παράγοντες αυτού. Έτσι, κατά καιρούς, αναπτύχθηκαν διάφορες περί γήρατος θεωρίες, από τις οποίες όμως οι περισσότερες στηρίζονται σε φιλοσοφικές σκέψεις και μόνο λίγες είναι αποτέλεσμα επιστημονικής έρευνας. Οι περισ-

σότερες από αυτές τις θεωρίες δεν αντέχουν στην κριτική της σύγχρονης επιστήμης γι' αυτό και θα τις αναφέρουμε επιγραμματικά.

Η θεωρία του Βάισμαν.

Ο Β. πίστευε ότι όταν πρωτοεμφανίσθηκαν τα διάφορα έμβια όντα στον πλανήτη, δεν υπήρχε θάνατος κι επομένως γήρανση. Ο θάνατος έγινε αργότερα μια φυσική αναγκαιότητα, αποτέλεσμα μιας φυσικής σκοπιμότητας ή ένα φαινόμενο προσαρμογής και διαιονίσεως της ισορροπίας των όντων. Ο Βάισμαν χαρακτηρίζει τους μονοκύτταρους οργανισμούς αθάνατους, τους δε πολυκύτταρους θνητούς. Στους μονοκύτταρους οργανισμούς, όλες οι λειτουργίες εκτελούνται από το ίδιο κύτταρο, πολλαπλασιάζονται δε με διαίρεση του μοναδικού κυττάρου σε δύο, των δύο επομένων σε 4 κ.ο.κ. Οι πολυκύτταροι, αντίθετα, οργανισμοί πεθαίνουν επειδή η διαδικασία της ζωής τους και του πολλαπλασιασμού τους δεν είναι τόσο απλή. Επιτελείται από πολλά εκατομμύρια κύτταρα, τα οποία δεν είναι δυνατόν να εξελίσσονται σε απόλυτο μεταξύ τους συντονισμό. Στην υποθετική αυτή περίπτωση θα ήταν δυνατόν να αποφευχθεί ο θάνατος.

Η θεωρία της ζωϊκής εξαντλήσεως.

Ο ιδρυτής της θεωρίας αυτής πιστεύει ότι στη νεαρή ηλικία καταναλώνεται περισσότερη ενέργεια παρ' ό,τι στην περίοδο συμπληρώσεως της αναπτύξεως του οργανισμού.

Η θεωρία του νευροενδοκρινικού συστήματος.

Κατ' αυτή το αίτιο του γήρατος αποδίδεται σε προοδευτική μείωση της λειτουργίας και ατροφία των ενδοκρινών αδένων, με αποτέλεσμα δραστική μείωση των παραγομένων ορμονών και την πρόκληση μεγάλων διαταραχών στους ομοιοστατικούς μηχανισμούς του οργανισμού. Από απόψεως προληπτικής κατά του γήρατος θεραπείας πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη ο νευροορμονικός παράγων και να εφαρμόζεται ορμονοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλα θεραπευτικά μέσα, για την αποτροπή της επελεύσεως του γήρατος.

Η θεωρία της φθοράς.

Στη θεωρία αυτή υποστηρίζεται η ασύγχρονη γήρανση των οργάνων εκείνων του οργανισμού, που υπόκεινται σε επανειλημμένες μικρές ή σοβαρότερες προσβολές από ενδογενείς η εξωγενείς παράγοντες. Η αποκατάσταση της βλάβης δεν είναι πάντα ποιοτικά ικανοποιητική με αποτέλεσμα την απώλεια μέρους της λειτουργικής ικανότητας του οργανισμού. Τυπικό παράδειγμα της ποιοτικά υπολειπόμενης αποκαταστάσεως της ιστικής βλάβης είναι το πνευμονικό εμφύσημα, σαν αποτέλεσμα της χρόνιας βλαπτικής επιδράσεως του καπνού. Με τον καπνό καταστρέφονται διάφορα δομικά συστατικά του πνευμονικού παρεγχύματος και παρά το γεγονός ότι - ποσοτικά τουλάχιστον - οι ιστοί αποκαθίστανται έτσι που τελικά η κατά βάρος αναλογία τους δεν υπολείπεται μετά τη βλάβη, παρ' όλα αυτά η λειτουργική ακεραιότητα του οργάνου ουδέποτε αποκαθίσταται. Η έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας του οργάνου και η μεταβολή της ιστικής συνθέσεως συμπεριλαμβάνονται, όπως έχουμε επισημάνει, στην έννοια του γήρατος.

Η θεωρία των ελευθέρων ριζών.

Η θεωρία αυτή δέχεται τη συσσώρευση οξειδωτικών ριζών σαν αποτέλεσμα πολύπλοκων ενζυματικών δράσεων, που συνεπάγονται μια χρόνια τοξίνωση του οργανισμού. Οι οξειδωτικές ρίζες προκαλούν καταστροφή του κολλαγόνου και άλλων στοιχείων του συνδετικού ιστού, ο οποίος αργότερα επαναδομείται, αλλά οργανώνεται σε εσφαλμένη θέση. Προκαλείται έτσι ίνωση των μικρών τριχοειδών με αποτέλεσμα διάχυτες τροφικές διαταραχές και επίσπευση της γηράνσεως.

Η θεωρία της μεταβολής των πρωτεϊνών.

Η θεωρία αυτή στηρίζεται στα ευρήματα μερικών ερευνητών που έδειξαν ότι τα ηλικιωμένα κύτταρα παράγουν τροποποιημένους μεταβολίτες από ό,τι τα νεαρά κύτταρα, με αποτέλεσμα μεταβολή της πρωτεϊνοσυνθέσεως των πυρηνικών οξέων. Τα τροποποιημένα πυρηνικά οξέα, ακολούθως, επάγουν τη σύνθεση αλλοιωμένων πρωτεϊνών, που ο οργανισμός τις αναγνωρίζει σαν ξένα σώματα και αντιπαράτασσει κατ' αυτών αυτοαντισώματα. Πρόκειται, δηλαδή, περί μιας θεμελιώδους μεταβολής του βιοχημικού προφίλ του οργανισμού, που θυμίζει αυτοανοσοβιολογικής προελεύ-

σεως νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η ψωρίαση κ.α.

Με όσα παραπάνω έχουν εκτεθεί, είναι φανερό ότι η παθογένεια του γήρατος είναι ακόμη άγνωστη. Φαίνεται, πάντως, ότι υπάρχουν πολλοί αλληλοσυμπληρούμενοι, ενδεχόμενα, μηχανισμοί που επιβάλλουν την έλευση του γήρατος υπό άλλοτε άλλο ρυθμό.^{1, 2, 6.}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Το ανθρώπινο σώμα εξελίσσεται μέσω μιας ποικιλίας φυσιολογικών αλλαγών που αποτελούν μέρος της υγιούς, φυσιολογικής διαδικασίας της ωρίμανσης από τη σύλληψη ως τα τελευταία χρόνια της εφηβείας. Αυτές οι ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές αντιπροσωπεύουν μία θετική και με νόημα διαδικασία ανάπτυξης και προσαρμογής χωρίς εκφύλιση στην εξέλιξη έως την ενήλικη ζωή. Από την εφηβεία ως τα 35 χρόνια περίπου, παρόλο που συμβαίνει κάποια εκφύλιση καθώς οι διαδικασίες της γήρανσης έχουν ξεκινήσει, το σώμα συνήθως παραμένει χωρίς αλλαγές.

Μετά την ηλικία των 35, οι συσσωρευτικές επιδράσεις της ζωής και της γήρανσης ξεκινούν να προκαλούν φυσιολογικές αλλαγές που προσδευτικά οδηγούν στην εκφύλιση της ικανότητας του οργανισμού να λειτουργεί. Η κατάλληλη ιατρική και οδοντιατρική περίθαλψη, η σωστή προσοχή στις διατροφικές συνήθειες και στις φυσικές δραστηριότητες και η απουσία συγκεκριμένων ιατρικών προβλημάτων απλώς καθυστερούν τη διαδικασία αυτή, αλλά δεν την εξαφανίζουν. Η διαδικασία της γήρανσης (ανεξάρτητα από το αν οφείλεται σε αύξηση των δεσμών κολλαγόνου, σε αυτοάνοσο αντίδραση, στη φυσική εξέλιξη της κυτταρικής διαίρεσης ή σε άλλες αιτίες) εμφανίζεται με αλλαγές σε όλα τα συστήματα του οργανισμού. Τα ακόλουθα συστήματα και οι αλλαγές τους είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τον διασώστη, όταν αντιμετωπίζει έναν ηλικιωμένο τραυματία.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η τερηδόνα των δοντιών, η ουλίτιδα και οι κακώσεις στα δόντια οδηγούν στην ανάγκη για μία ποικιλία οδοντιατρικών προσθετικών εργασιών. Η ασταθής φύση των δοντιών με θήκη, σταθερές γέφυρες ή γέφυρες που μετακινούνται αποτελούν ειδικό πρόβλημα επειδή υπάρχει η πιθανότητα να αποτελέσουν ξένα σώματα τα οποία θα εισπνευστούν και θα αποκλείσουν τις αεροφόρες οδούς.

Σε ασθενείς που έχουν μεγάλο αριθμό δοντιών που έχουν αφαιρεθεί ή αντικατασταθεί από μετακινούμενες τεχνητές οδοντοστοιχίες, προκαλούνται αλλαγές στο σχήμα της άνω και κάτω γνάθου. Αυτές οι αλλαγές προκαλούν συχνά προβλήματα στην καλή εφαρμογή της μάσκας στο πρόσωπο.

Στους περισσότερους ηλικιωμένους η αναπνευστική ικανότητα είναι μειωμένη λόγω μείωσης της έκπτυξης του θώρακα και χρόνιων πνευμονικών παθήσεων. Η α-

σβεστοποίηση των χόνδρων που ήταν πριν ελαστικοί αυξάνει την ανελαστικότητα της θωρακικής κοιλότητας και μειώνει το εύρος των κινήσεών της. Η μείωση της ελαστικότητας των χόνδρων που συνδέουν τις πλευρές με το στέρνο και τη σπονδυλική στήλη, σε συνδυασμό με τη μείωση του μυϊκού τόνου και της δύναμης των μυών, μειώνει την ικανότητα του θώρακα να εκπτύσσεται. Αυτό με τη σειρά του έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του αναπνεόμενου όγκου αέρα σε κάθε αναπνοή. Ο ασθενής αντισταθμίζει αυτό με αύξηση της συχνότητας της αναπνοής.

Οι επιδράσεις του γήρατος σε συνδυασμό με τα χρόνια που ο οργανισμός έχει εκτεθεί στους διάφορους ρύπους (στον αέρα και σε διάφορες μορφές καπνού) έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της λειτουργίας, τη μείωση των επιπέδων του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα και της ικανότητας ανταλλαγής οξυγόνου και διοξειδίου του άνθρακα διαμέσου των πνευμονικών τριχοειδών. Η πνευμονία είναι συχνή και μπορεί να επιλέξει ακόμη περισσότερο τη θεραπεία ενός τραυματία.

Το τελικό αποτέλεσμα όλων αυτών είναι το μειωμένο επίπεδο οξυγόνωσης και η μείωση των αναπνευστικών εφεδρειών του οργανισμού σε περίπτωση αυξημένων αναγκών σε οξυγόνο, όπως συμβαίνει σε ένα τραυματισμό.

ΚΑΡΔΕΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στους ηλικιωμένους η κυκλοφορία μειώνεται εξαιτίας τόσο αγγειακών όσο και καρδιακών αλλαγών. Η διαδικασία της αρτηριοσκλήρωσης (αύξηση του πάχους και απώλεια της ελαστικότητας των αρτηριακών τοιχωμάτων) και η σκλήρυνση των αρτηριών τελικά συμβαίνει σε όλους. Η σταδιακή εναπόθεση πλακών χοληστερόλης και λιπίδια έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του εύρους των αρτηριών. Η ασβεστοποίηση των αρτηριακών τοιχωμάτων μειώνει την ικανότητα των αγγείων να αλλάζουν μέγεθος ως αντίδραση σε ορμονικά ερεθίσματα και σε ερεθίσματα του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η μειωμένη κυκλοφορία μπορεί να επιδράσει αρνητικά σε όλα τα ζωτικά όργανα και είναι συχνό αίτιο καρδιακών προβλημάτων.

Ακόμη και χωρίς κάποια συγκεκριμένη καρδιακή νόσο, η μεγάλη ηλικία συνοδεύεται από κάποιου βαθμού συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Η καρδιά που γηράσκει εμφανίζει μείωση στη συχνότητα τη δύναμη της συστολής, της ανταπόκρισης (compliance), της λειτουργικής ικανότητας των βαλβίδων της και του όγκου παλμού. Το τελικό αποτέλεσμα είναι μειωμένη κυκλοφορία, πνευμονικό οίδημα και μειωμένα επίπεδα οξυγόνου στο αίμα.

Στον ηλικιωμένο τραυματία αυτή η μείωση στη κυκλοφορία συμβάλλει στην κυτταρική υποξία. Το αποτέλεσμα είναι αρρυθμίες, οξεία καρδιακή ανεπάρκεια ή αιφνίδιος θάνατος. Η ικανότητα της αντίδρασης των μηχανισμών του συμπαθητικού συστήματος να αντισταθμίζουν την απώλεια αίματος ή τις άλλες αιτίες του shock είναι σαφώς μειωμένη στους ηλικιωμένους εξαιτίας της μειωμένης ινοτρόπου (καρδιακή συστολή) αντίδρασης στις κατεχολαμίνες.

Η μειωμένη κυκλοφορία και οι μειωμένοι αμυντικοί μηχανισμοί του κυκλοφορικού σε συνδυασμό με την αύξηση της καρδιακής ανεπάρκειας αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στην αντιμετώπιση του shock στους ηλικιωμένους. Η χορήγηση των ενδοφλέβιων υγρών χρειάζεται να παρακολουθείται στενά εξαιτίας της μειωμένης ανταπόκρισης του καρδιαγγειακού συστήματος και της συχνά μη ανταποκρινόμενης δεξιάς κοιλίας. Ιδιαίτερη φροντίδα χρειάζεται σε αυτούς τους ασθενείς τόσο για την αντιμετώπιση της υπότασης όσο και για να μην υπάρξει υπερφόρτωση με υγρά, γιατί συχνά έχουν πολύ ευαίσθητη ομοιόσταση.

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Μία χρόνια μειωμένη κυκλοφορία, αν και σχετικά μικρή, μπορεί να επηρεάσει την εγκεφαλική και νευρική λειτουργία του ασθενούς. Χρόνια μειωμένη οξυγόνωση και κυκλοφορία οδηγούν σε ένα ευρύ πεδίο νευρολογικών αλλαγών. Μερικοί άνθρωποι παραμένουν πλήρως προσανατολισμένοι και δεν εμφανίζουν καμία μείωση των πνευματικών ικανοτήτων τους μέχρι την ημέρα του θανάτου τους. Άλλοι εμφανίζουν απώλεια μνήμης ποικίλου βαθμού, απώλεια προσανατολισμού ή μείωση των πνευματικών ικανοτήτων τους. Για να έχει σημασία οποιαδήποτε εκτίμηση της πνευματικής κατάστασης ενός ασθενούς μετά από έναν τραυματισμό πρέπει να γίνει με βάση το πνευματικό επίπεδο πριν τον τραυματισμό.

Απώλειες στην ακοή, την όραση και τους υπόλοιπους αισθητικούς υποδοχείς και μείωση της αντίδρασης στα αισθητικά ερεθίσματα είναι συχνά αποτελέσματα της διαδικασίας της γήρανσης. Τα πολλαπλά οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα, η εγκεφαλική υποξία και οι αλλαγές στην προσωπικότητα μπορεί να κάνουν τη θεραπεία των ηλικιωμένων ακόμη πιο δύσκολη.

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αλλαγές που συμβαίνουν συχνά με τη πρόοδο της ηλικίας περιλαμβάνουν μείωση της διήθησης των νεφρών και της απεκκριτικής ικανότητάς τους. Αυτές οι αλλαγές θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν χορηγούνται φάρμακα που απεκκρίνονται από τους νεφρούς. Η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, που συχνά απαντάται στους ηλικιωμένους, συμβάλλει στη μείωση της τελικής υγείας του τραυματία και στην ικανότητά του να αντιμετωπίσει τον τραυματισμό.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

Οι αλλαγές στη φυσιολογική στάση του σώματος είναι συχνές. Οι αλλαγές στη σπονδυλική στήλη έχουν ως αποτέλεσμα το φυσιολογικό της σχήμα τύπου S να γίνεται πιο οξύ. Η οστεοπόρωση κάποιου βαθμού είναι γενικό φαινόμενο με την πάροδο της ηλικίας. Εξαιτίας αυτής της διαδικασίας τα οστά γίνονται λιγότερα ελαστικά, περισσότερο ασταθή και παθαίνουν κάταγμα πιο εύκολα.

Η μείωση της ανθεκτικότητας των οστών σε συνδυασμό με τη μείωση της δύναμης των μυών που προκαλείται από τη μείωση της σωματικής άσκησης έχει ως αποτέλεσμα πολλαπλά κατάγματα, ακόμη και όταν έχουν ασκηθεί μικρές ή μέτριες δυνάμεις. Καθώς η φυσιολογική διαδικασία της αρθρίτιδας προχωρά με την πάροδο της ηλικίας, το εύρος των κινήσεων στις αρθρώσεις περιορίζεται.

Η αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης πρέπει να εκτιμάται με προσοχή σε όλους τους γηριατρικούς ασθενείς. Ο στενωμένος νωτιαίος σωλήνας και η προοδευτική ανάπτυξη οστεοφύτων κατατάσσει τους ασθενείς αυτούς σε ομάδα υψηλού κινδύνου για κάκωση του νωτιαίου μυελού, ακόμη και με κάκωση ήσσονος σημασίας.

Όλες αυτές οι μυοσκελετικές αλλαγές μπορούν να συμβάλλουν σε πολλαπλά κατάγματα που συμβαίνουν στους ηλικιωμένους, ακόμη και μετά από ατύχημα ήσσονος σημασίας.

ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Καθώς το ανοσοποιητικό σύστημα γηράσκει, εμφανίζει μειωμένη ικανότητα τόσο στην κυτταρική όσο και στη χημική ανταπόκριση. Αυτό σε συνδυασμό με προϋπάρχοντα προβλήματα θρέψης, που είναι συχνά στους ηλικιωμένους, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της πιθανότητας μόλυνσης. Η σηψαιμία είναι συχνό αίτιο θανάτου

τις επόμενες μέρες μετά από κάποιο σχετικά σοβαρό τραυματισμό στους ηλικιωμένους.⁷

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Όραση

Η ελάττωση της όρασης, η οποία συνοδεύει το γήρας, επίσης αυξάνει την πιθανότητα ατυχημάτων. Οι διαταραχές της όρασης περιλαμβάνουν την απώλεια της οπτικής οξύτητας, την μείωση των πλάγιων οπτικών πεδίων, την ανάγκη καλύτερου φωτισμού για μέγιστη όραση, τη μειωμένη όραση στο εκτυφλωτικό φως, την απώλεια της νυκτερινής όρασης και την ανάπτυξη καταράκτη. Το γλαύκωμα, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και η εκφύλιση της οπτικής θηλής έχουν ως αποτέλεσμα την προοδευτική απώλεια της όρασης. Οι καταστάσεις αυτές αυξάνουν τόσο ως προς την συχνότητα όσο και ως προς τη βαρύτητά τους με την ηλικία. Όλα αυτά αυξάνουν την πιθανότητα πτώσης στις σκάλες ή πρόσκρουσης σε αντικείμενα που είτε δεν διακρίνονται είτε δεν έχει εκτιμηθεί σωστά η απόστασή τους.

Στην διαφορική διάγνωση των αιτιών των πτώσεων, οι οποίες οφείλονται σε νευρολογική πάθηση, η απώλεια της ισορροπίας με κλειστά τα μάτια αποτελεί ένδειξη απώλειας της εν τω βάθει αισθητικότητας. Στους ημιπληγικούς, η ομώνυμη ημιανοπσία είναι πολύ συχνή αιτία ελάττωσης της όρασης και των πτώσεων, που αυτή έχει ως επακόλουθο.²

Τα ακουστικά προβλήματα

Τα ακουστικά προβλήματα έχουν προφανή επίδραση στη ζωή των ηλικιωμένων. Η ικανότητά τους να επικοινωνούν αποτελεί, πολύ συχνά, καθοριστικό παράγοντα στην αυτονομία, στην ανεξαρτησία και γενικότερα στην ευτυχία και την ευημερία του ατόμου. Σε αρκετές μελέτες έχει αναφερθεί κάποια σχέση μεταξύ ελλείψεως ακοής, άνοιας, καταθλίψεως, κοινωνικής απομονώσεως, οικογενειακού stress και μερικής απώλειας της ανεξαρτησίας του ατόμου η οποία επιβάλλεται τεχνικά.

Η ακουστική απώλεια είναι από τις πιο κοινές αναπηρίες που ενοχλεί τους ανθρώπους καθώς προχωρούν προς το γήρας. Σε πρόσφατη εκτίμηση για την ακουστική απώλεια ανάμεσα στους ηλικιωμένους βρέθηκε ότι το 60% των ατόμων 60-74 ετών είχε χάσει τελείως την ακοή του, ενώ στην ηλικία των 80 ετών το ποσοστό ανήρχετο σε 83%. Παρόμοιες αναφορές έχουν γίνει σε αρκετές μελέτες.

Με ακοομετρικές μελέτες αποδεικνύεται ότι το όριο του μέσου καθαρού τόνου αυξάνεται με την ηλικία σε όλες τις συχνότητες και για τα δύο φύλα. Μικρή απώλεια στην ευαισθησία υπάρχει μέχρι την ένατη δεκαετία της ζωής, που η συχνότητά της κυμαίνεται από 250 ως 1000 κύκλους το δευτερόλεπτο και αυτό μόνο για τους άνδρες.

Οι ακουστικές αλλαγές που παρατηρούνται με την ηλικία, θεωρητικά, δεν επηρεάζουν τη σειρά της συχνότητας της καθημερινής ζωής. Σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών παρατηρήθηκε ελάττωση της ικανότητάς τους να ακούν τόνους σε υψηλές συχνότητες. Αναφέρεται ακόμα ότι πολύ λίγοι άνθρωποι που υπερέβησαν το 65^ο έτος της ηλικίας τους μπορούν να ακούν τόνους σε συχνότητα 1000 κύκλων το δευτερόλεπτο. Το αποτέλεσμα της απώλειας αντιλήψεως υψηλών συχνοτήτων από διάφορα άτομα προκύπτει από τη δυσκολία αναγνώρισεως ανθρώπων από το τόνο της φωνής τους.⁶

Η γεύση και η όσφρηση

Οι αισθήσεις αυτές ελαττώνονται σημαντικά με το χρόνο. Ο αριθμός των γευστικών καλύκων από 248 που αντιστοιχούν στα παιδιά μειώνεται κατά μέσο όρο σε 88 σε άτομα ηλικίας 74 ως 85 χρόνων. Επί πλέον το ήμισυ των γευστικών καλύκων ατροφούν, με συνολική μείωση των λειτουργικών μονάδων κατά 80%. Η γεύση ελαττώνεται κυρίως στο γλυκό και το αλμυρό.

Ο Hughes σε σχόλιά του δηλώνει ότι αισθήσεις όπως η γεύση, η όσφρηση και η ακοή εκτιμήθηκαν στο βρεγματικό λοβό και στο κατώτερο τμήμα της εγκεφαλικής έλικας και υποστηρίζει ότι η απώλεια αυτών των αισθήσεων μπορεί να αποδοθεί στην κυτταρική εκφύλιση αυτής της περιοχής.

Πληροφορίες σχετικές με τη δερματική αίσθηση και την προχωρημένη ηλικία δε φαίνεται να υπάρχουν. Όμως ιστολογικές μελέτες δείχνουν υψηλή συσχέτιση της μείωσης των παντσινινών σωματιδίων των Merkel's και Meissner's με το χρόνο. Πολλά από αυτά τα σωματίδια που απομένουν έδειξαν σημαντική αποδιοργάνωση και αλλαγή. Με βάση αυτές τις παρατηρήσεις υποθέτουμε ότι κάποια ελάττωση στην οξύτητα της δερματικής αφής θα πρέπει να υπάρχει. Από την άλλη πλευρά οι ελεύθερες νευρικές απολήξεις υφίστανται πολύ μικρή αλλαγή, ώστε η αίσθηση του δερματικού πόνου να μένει σχεδόν ανεπηρέαστη.

Η αφή δεν είναι μόνον ένα μέσον αισθητικού ερεθίσματος. Είναι έκφραση ζεστασιάς, είναι εκδήλωση φροντίδας. Ο νοσηλευτής, όταν κρατάει απαλά το χέρι του ηλικιωμένου, όταν θωπεύει το ρυτιδωμένο του μέτωπο ή όταν ακουμπά το χέρι του με στοργή στην κυρτωμένη από το χρόνο πλάτη του πρέπει να γνωρίζει ότι οι πράξεις αυτές δεν είναι τόσο κοινές όσο φαίνονται. Μεταφέρουν μηνύματα συμπάθειας, στοργής και αγάπης, που ερμηνεύονται από την ηλικιωμένο ότι αντιμετωπίζεται ως ένα ανθρώπινο πλάσμα, σαν μια μοναδική ύπαρξη, που αξίζει να τον αγαπούν και να τον φροντίζουν.¹⁷

Δέρμα

Η ρυτίδωση του δέρματος και η αλλαγή του χρώματος των μαλλιών σε γκρίζα είναι οι πιο κοινές εκδηλώσεις που αφήνει το πέρασμα του χρόνου. Οι στιβάδες των κυττάρων της επιδερμίδας λεπτύνονται, γιατί τα κύτταρα αναπαράγονται με βραδύ ρυθμό και γίνονται μακρύτερα και ακανόνιστα σε μέγεθος. Η αντικατάσταση φυσιολογικών κυττάρων ελαττώνεται κατά 50%, ενώ η επούλωση και η θεραπεία ύστερα από κάποια βλάβη του δέρματος καθυστερεί σημαντικά. Ακόμα ο αριθμός των μελανοκυττάρων μειώνεται, με αποτέλεσμα να μειώνεται και το μαύρισμα του δέρματος όταν εκτεθεί στον ήλιο. Επιπλέον η ελάττωση κατά 70% των μακροφάγων κυττάρων στο χόριο μπορεί να συμβάλει στην ελάττωση της κυτταρικής και της χημικής ανοσίας. Παρατηρούνται αυξημένες προσβολές ιικών, μυκητιασικών και βακτηριακών λοιμώξεων (έρπης ζωστήρ, παράτριμα κλπ.). Μέσα στις χοριακές θηλές βρίσκεται το αγγειακό δίκτυο του δέρματος (αρτηρίδιο-φλεβίδιο). Με το πέρασμα του χρόνου το αγγειακό αυτό σύστημα αποφράσσεται με αποτέλεσμα την ανεπαρκή τροφοδοσία του αίματος.

Η επιπέδωση των χοριακών θηλών οφείλεται στην απώλεια των τριχοειδών από το κεντρικό κυκλοφοριακό σύστημα, με αποτέλεσμα η επιδερμίδα να γλιστράει χαλαρά πάνω στο δέρμα, ώστε να μπορεί να εξελιχθεί σε μηχανισμό για το σχηματισμό «γεροντικής πορφύρας» (καταστροφή αγγείων-αιμορραγία). Ακόμα παρατηρείται αυξημένη αγγειακή ευθραστικότητα, η οποία συμβάλλει στη συχνότερη εμφάνιση της πορφύρας.

Στο χόριο παρατηρούνται οι εξής μεταβολές: Η ελαστίνη ουσία χάνει τα ελαστικά της χαρακτηριστικά, ενώ οι κολλαγονικές δεσμίδες γίνονται περισσότερο άκα-

μπτες και μακρύτερες. Οι μεταβολές αυτές ευθύνονται για τη ρυτίδωση του ηλικιωμένου δέρματος, αν και ο μηχανισμός δεν είναι απολύτως γνωστός.

Υπάρχει ακόμα αξιοσημείωτη απώλεια υποδόριου λίπους, η οποία γίνεται περισσότερο αισθητή στα άκρα και ειδικότερα στους άνδρες. Οι ιδρωτοποιοί αδένες ελαττώνονται σε μέγεθος, αριθμό και λειτουργία, με συνέπεια την ξηρότητα του δέρματος. Η λειτουργία των σμηγματογόνων αδένων μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, αν και οι αδένες αυτοί λέγεται ότι δεν ατροφούν. Η απώλεια μέρους των θυλάκων των τριχών μπορεί να μειώσει και τον αριθμό τους, δηλαδή να προκαλέσει μια κατάσταση παρόμοια με εκείνη της αλωπεκίας (πτώση τριχών). Οι επιδερμικοί αδένες βρίσκονται κάτω από ποικίλο ενδοκρινικό έλεγχο, η οποία εξασθενεί με την πάροδο του χρόνου.

Ο ρυθμός τριχοφυΐας μειώνεται με την ηλικία. Το γκριζό χρώμα που παίρνουν οι τρίχες οφείλεται στην ελάττωση της παραγωγής μελανίνης, ουσίας που την αποτελούν μελανοκύτταρα των θυλάκων των τριχών. Γενετικοί παράγοντες σε συνάρτηση και με την ιδιοσυγκρασία του ατόμου ελέγχουν την έναρξη της τρίτης ηλικίας.

Ο ρυθμός αύξησεως των ονύχων ελαττώνεται από 0,83 mm εβδομαδιαία μέχρι την τρίτη δεκαετία της ζωής σε 0,52 mm εβδομαδιαία μέχρι την ένατη δεκαετία της ζωής.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

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

Η αλλαγή στη σύνθεση της οικογένειας - οικογένεια δύο γενεών - αποτέλεσμα κοινωνικών αλλαγών, αλλά και απόψεων των σημερινών νέων γι' αυτήν, καθώς επίσης και η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού Καταστημάτων και Υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας και Περίθαλψης για τον υπερήλικα, τα οποία θα μπορούσαν να κρατήσουν και τον μοναχό υπερήλικα στο σπίτι του, οδηγεί στη συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση των Γηροκομείων ή των «Οίκων Ευγηρίας» - ιδιωτικά Γηροκομεία. Στα ιδρύματα αυτά προσφέρονται στέγη, τροφή, περιποίηση και ιατρο-νοσηλευτικό-φαρμακευτική περίθαλψη σε εξασθενημένους υπερήλικες που δεν μπορούν να ζήσουν σε «ανεξάρτητη στέγαση». Αναγκαία προϋπόθεση α) μπορούν να κινούνται, να τρώνε και να ντύνονται μόνοι τους ή με την βοήθεια μηχανημάτων, β) δεν έχουν ακράτεια ούρων/κοπράνων και γ) δεν παρουσιάζουν πνευματικές διαταραχές ενοχλητικές για τους άλλους.

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

Αρχίζουμε με σύντομη ανασκόπηση των προϋποθέσεων που πρέπει να πληρεί το κτίριο και του απαιτούμενου εξοπλισμού του.

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

Αρχικά το οικόπεδο θα πρέπει να:

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

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

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

Το κτίριο μπορεί να είναι κάθετης ή οριζόντιας αρχιτεκτονικής. Προτιμάται το κτίριο οριζόντιας αρχιτεκτονικής, για να μπορούν οι κάτοικοι να βγαίνουν εύκολα στον ελεύθερο χώρο. Είναι καλλίτερα τα μικρά κτίρια, γιατί είναι φιλικά, βοηθούν στην ανάπτυξη οικογενειακής ατμόσφαιρας, είναι ξεκούραστα και άνετα στην διαμονή, βοηθούν στην καλλίτερη προσαρμογή και περιορίζουν τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Οι αρνητικές επιπτώσεις του απρόσωπου μεγάλου κτιρίου (οριζόντια ή κάθετη αρχιτεκτονική) μειώνονται με την εσωτερική διαρρύθμισή του σε μικρές αυτοτελείς κατοικίες στις οποίες θα μπορεί να δημιουργηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό, οικογενειακή και προσωπική σχέση και ατμόσφαιρα.

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

Οι απαραίτητοι χώροι για την σωστή λειτουργία ενός Γηροκομείου ή «Οίκου Ευγηρίας» για την εξυπηρέτηση και άνεση των υπερηλίκων.

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

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

Η ύπαρξη ανυψωμένων τουαλετών και κατάλληλων για να περνάει φορητή πολυθρόνα που θα φέρνει τον ανήμπορο υπερήλικα πάνω στην τουαλέτα συμβάλλει στη μείωση των συνεπειών της αναπηρίας και συντελεί στην αυτοεξυπηρέτησή του. Ακόμη τοποθετείται καθρέπτης μεγάλου μεγέθους στην τουαλέτα για την βοήθεια του υπερήλικα να διατηρήσει την αξιοπρέπειά του μετά τη χρησιμοποίηση του χώρου.

Τραπεζαρία : Αυτή χρησιμοποιείται από τους περιπατητικούς υπερήλικες, αλλά και από αυτούς που μπορούν να χρησιμοποιούν φορητή πολυθρόνα και συνιστάται να είναι σε τύπο εστιατορίου που είτε σερβίρεται το φαγητό από τους σερβιτόρους είτε αυτοσερβίρονται. Το εστιατόριο χρησιμοποιείται σε ιδρύματα με μεγάλο αριθμό τροφίμων, ενώ η διαμόρφωση του χώρου σε μικρά διαμερίσματα βοηθάει στη μείωση

των απρόσωπων συναισθημάτων, που δημιουργεί η μεγάλη αίθουσα εστιατορίου. Η τραπεζαρία σε τύπο σπιτιού προτιμάται όταν οι κάτοικοι του ιδρύματος είναι λίγοι.

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

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

Σαλόνι στο οποίο οι κάτοικοι του ιδρύματος μπορούν να δέχονται τους επισκέπτες τους και να έχουν μεταξύ τους μια άνετη και ευχάριστη αναστροφή. Ανάλογα με την αρχιτεκτονική του κτιρίου και τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν σ' αυτό προγραμματίζεται και ο αριθμός των σαλονιών.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Κεντρική Κουζίνα: Σ' αυτήν παρασκευάζεται το φαγητό και με ειδικές θερμοτράπεζες ή ψυχοτράπεζες, μέσα σε ειδικά δοχεία, μεταφέρεται το κυρίως φαγητό με τα συμπληρώματά του στο Office της τραπεζαρίας/εστιατορίου για το σερβίρισμα των γευμάτων. Στο αναρρωτήριο το φαγητό μεταφέρεται από την κουζίνα, σερβιρισμένο σε δίσκους, μέσα σε θερμοτράπεζες. Σε περίπτωση που όλα τα σκεύη φαγητού πλένονται στην κεντρική κουζίνα, τότε πρέπει να υπάρχει ανάλογος χώρος με εγκαταστάσεις όπως πλυντήρια πιάτων κ.λ.π. Κοντά στην κεντρική κουζίνα υπάρχουν δωμάτια - Ψυγεία διαφόρων θερμοκρασιών για τη διατήρηση των τροφίμων καθώς και αποθήκη τροφίμων.

Πλυντήριο, σιδηρωτήριο, ραφείο και λινόθηκη είναι απαραίτητοι χώροι για την κάλυψη των αναγκών του ιδρύματος.

Τεχνική Υπηρεσία με τα ανάλογα εργαστήρια, εφόσον οι διαστάσεις του Ιδρύματος το απαιτούν, είναι απαραίτητη για τη συντήρησή του και την καλή λειτουργία των υδραυλικών, ηλεκτρικών, θερμομαντικών και άλλων εγκαταστάσεων.

Αποθήκες: Είναι απαραίτητες για την κάλυψη των διαφόρων αναγκών του Ιδρύματος.

Ανελκυστήρες, σε διάφορα μεγέθη, για τη μεταφορά όχι μόνον ατόμων αλλά και των ειδών όπως φορεία, αμαξίδια, τρόφιμα, απορρίμματα κ.λ.π. είναι απαραίτητοι.

Στους διαδρόμους και στις σκάλες, που πρέπει να είναι χαμηλές, με μεγάλα πλατύσκαλα - για την ξεκούραση των υπερηλίκων - τοποθετούνται χειρολαβές για να στηρίζονται, όταν χρησιμοποιούν τους χώρους αυτούς.

Η επίπλωση και η διακόσμηση των δωματίων και όλων των χώρων του Ιδρύματος, εκτός από το αναρρωτήριο, πρέπει να μοιάζει με αυτή του σπιτιού, να είναι χαρούμενη, για να απαλύνει στο σκούρο πέπλο των πολλών χρόνων της ζωής. Να επιτρέπεται να χρησιμοποιούν ατομικά έπιπλα, εφόσον είναι κατάλληλα, για να περιορί-

ζεται το αίσθημα της αλλαγής περιβάλλοντος και να διευκολύνεται ο ηλικιωμένος στην προσαρμογή στο νέο του περιβάλλον.

Πάρκα με ποικιλία λουλουδιών και αναπαυτικά παγκάκια προσφέρουν ευχαρίστηση και δημιουργούν γαλήνη στον ένοικο του Ιδρύματος.

Συνεχίζουμε με το προσωπικό που πρέπει να έχει το Ίδρυμα για την καλή του λειτουργία.

Το προσωπικό που εργάζεται στον «Οίκο Ευγηρίας» - Γηροκομείο χωρίζεται σε δύο κατηγορίες:

Το προσωπικό με πλήρη απασχόληση.

Το προσωπικό με μερική απασχόληση.

Προσωπικό πλήρους απασχόλησης ενός γηροκομείου ή οίκου ευγηρίας είναι:

Ο Ιερέας: Εφόσον το Ίδρυμα είναι μεγάλο, πρέπει να έχει πλήρη απασχόληση για κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ενοίκων του Ιδρύματος, άλλως έχει μερική απασχόληση.

Γηρύατρος: Ασχολείται με τα ιατρικά προβλήματα υγείας των τροφίμων. Εάν το Ίδρυμα έχει λίγους τροφίμους, ο γηρύατρος μπορεί να ανήκει στην κατηγορία του προσωπικού μερικής απασχόλησης.

Νοσηλευτικό: Η κατηγορία αυτή του προσωπικού απασχολείται στο αναρρωτήριο για την κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών των αρρώστων και τους χώρους κατοικίας των τροφίμων για προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας, για διαφώτιση σε θέματα υγείας, για πρόληψη αναπηριών και αποκατάσταση, όταν αυτές έχουν κάνει την εμφάνισή τους, για ψυχολογική υποβάσταξη κ.ά. Από αυτή την κατηγορία του προσωπικού προτιμάται να προέρχεται ο Διευθυντής του Ιδρύματος.

Διοικητικό προσωπικό: Μεταξύ αυτών ο οικονόμος, ο διαχειριστής κλπ. ανάλογα με τον αριθμό τροφίμων. Και η κατηγορία αυτή του προσωπικού, σε ιδρύματα με μικρή δύναμη ασθενών, μπορεί να εργάζεται με μερική απασχόληση.

Μάγειρας και βοηθοί μαγείρου: Αυτή η κατηγορία προσωπικού μπορεί να μην υπάρχει, αλλά η οικονόμος να έχει την ευθύνη της κουζίνας που η εργασία της διεκπεραιώνεται με τη σύμπραξη βοηθητικού προσωπικού, όταν βέβαια το ίδρυμα έχει λίγους ενοίκους.

Βοηθητικό προσωπικό: Στην κατηγορία αυτή υπάγεται το προσωπικό για την παροχή ξενοδοχειακών υπηρεσιών και αποτελείται από καμαριέρες «θεραπευνίδες»

τραπεζοκόμες και καθαρίστριες. Ο αριθμός του προσωπικού αυτού εξαρτάται από τη δύναμη των οικοτρόφων.

Προσωπικό μερικής απασχόλησης μπορεί να είναι αυτό που αναφέρθηκε πιο πάνω καθώς και διαιτολόγος, ψυχολόγος, φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, τεχνικοί, κοινωνική λειτουργός.

Όλο το προσωπικό που αναφέρθηκε πιο πάνω πρέπει να έχει αγάπη και ενδιαφέρον για το ηλικιωμένο άτομο, ανάλογη εκπαίδευση για την κάλυψη των βιο - ψυχοπνευματικο - κοινωνικών αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων των ατόμων που έχουν ξεπεράσει το 65^ο έτος της ηλικίας τους.

Από έρευνα που έγινε σε ιδρύματα αυτού του είδους φαίνεται ότι καλλίτερη προσαρμογή έχουν τα άτομα που χρησιμοποιούν ιδρύματα με λίγους τροφίμους όπου και αναπτύσσεται οικογενειακή ατμόσφαιρα.

Οι λόγοι που επιβάλλουν ξεχωριστά Νοσοκομεία ή Νοσηλευτικές μονάδες για τους υπερήλικες

1. Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλων κτιριολογικών συνθηκών. Ειδικότερα: Προτιμάται η οριζόντια αρχιτεκτονική. Αυτή διευκολύνει τον υπερήλικα να βγαίνει εύκολα στον ακάλυπτο χώρο και να επικοινωνεί με την κοινότητα.

Τοποθετούνται ειδικά δάπεδα στους χώρους που κυκλοφορούν οι ηλικιωμένοι - θάλαμοι, διάδρομοι, σαλόνια κ.λ.π - που δεν αφήνουν τον υπερήλικα ή το μπαστούνι του να γλιστρήσουν.

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

Χώροι, όπως φυσικοθεραπευτήριο, βιβλιοθήκη, αίθουσα ψυχαγωγίας κ.ά. θεωρούνται απαραίτητοι, ιδιαίτερα σε Νοσηλευτικά ιδρύματα που νοσηλεύονται άρρωστοι με χρόνιες αρρώστιες.

Εγκατάσταση κυλιόμενων διαδρόμων, για την άκοπη μετακίνηση των υπερηλικών από τον ένα χώρο στον άλλο.

Οι σκάλες συμπληρώνονται και με ράμπες, για να κινούνται αναπηρικές καρέκλες.

2. Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος. Το κατάλληλο για τους υπερήλικες περιβάλλον αναφέρεται σε δύο στοιχεία:

Εξοπλισμός που να ανταποκρίνεται στις φυσικές αδυναμίες τους, που είναι πολύ μεγαλύτερες λόγω του βάρους των χρόνων της ζωής.

Εξοπλισμός που να προσεγγίζει σε κάποιο βαθμό τις συνθήκες του σπιτιού τους, ώστε η προσαρμογή στο νέο περιβάλλον να περιορίσει τις αναμενόμενες επιπτώσεις.

3. Η επάνδρωση του Γηριατρικού Νοσοκομείου ή της Νοσηλευτικής μονάδας με: Εξειδικευμένο προσωπικό (Ιατρικό - Νοσηλευτικό κ.ά.) στη Γεροντολογία, Γηριατρική και Γηριατρική - Γεροντολογική Νοσηλευτική.

Άλλες κατηγορίες προσωπικού όπως φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγοι κ.α.

4. Οικονομικός. Δηλαδή οι γηριατρικές μονάδες, αν εξαιρέσουμε τη διαγνωστική, είναι πιο απλές σε εξοπλισμό από την μονάδα Γενικού Νοσοκομείου.

5. Βελτίωση της απόδοσης της νοσηλείας. Οι ηλικιωμένοι, εκτός από τις ειδικές ανάγκες που δημιουργούν οι διάφορες ασθένειες από τις οποίες πάσχουν, έχουν όλοι κοινές ανάγκες που εκδηλώνονται από το γεγονός ότι η αποκατάσταση της υγείας τους ακολουθεί βραδύ ρυθμό που δεν ταιριάζει με το κλίμα έντασης που επικρατεί στις μονάδες ενός Γενικού Νοσοκομείου. Το προσωπικό ενός Γενικού Νοσοκομείου έχει να κάνει κάτι πιο επείγον από το να περιμένει τον υπερήλικα να φάει, να ντυθεί, να κατεβεί από το κρεβάτι του κ.λ.π. και για λόγους ταχύτερης διεκπεραίωσης της εργασίας βοηθάει τον υπερήλικα, πριν ακόμη χρειασθεί βοήθεια, ή τον μεταχειρίζεται σαν βρέφος αναλαμβάνοντας εκείνος, να κάνει αυτό που έπρεπε να κάνει μόνος του. Η αντιμετώπιση όμως αυτή επιταχύνει την κατάπτωσή του, τον στερεί θεραπευτικής αγωγής και τον μετατρέπει σε εξαρτημένο από τους άλλους άτομο.

Η σχέση του Νοσηλευτικού προσωπικού προς τον άρρωστο πρέπει να προσεγγίζει αυτή των παιδιατρικών Νοσοκομείων, γιατί αν και καταβάλλεται προσπάθεια διατήρησης του αρρώστου υπερήλικα ανεξάρτητου, εν τούτοις η εξάρτησή του πολλές φορές προσεγγίζει την παιδική, νηπιακή και βρεφική ακόμη ηλικία.

Οι Νοσηλευτικές Μονάδες ενός Γηριατρικού Νοσοκομείου.

Η μονάδα Διάγνωσης και Θεραπείας βρίσκεται σε άμεση επαφή και στενή συνεργασία με τις διαγνωστικές υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου. Σ' αυτή τη μονάδα μπαίνει ο άρρωστος και παραμένει, ωστόσο γίνονται όλες οι απαραίτητες εξετάσεις για τη διάγνωση της νόσου, και αποφασιστεί η θεραπεία, η οποία και αρχίζει να εφαρμό-

ζεται. Στη μονάδα αυτή υπάρχει αυξημένη αναλογία προσωπικού προς άρρωστο που πρέπει να είναι υψηλής και εξειδικευμένης κατάρτισης.

Η μονάδα Αποκατάστασης δέχεται τον άρρωστο από την μονάδα Διάγνωσης και Θεραπείας για να συνεχίσει τη θεραπεία, εάν χρειάζεται, και κυρίως να εφαρμοσθεί η αγωγή της φυσικοθεραπείας. Εδώ η αναλογία προσωπικού προς άρρωστο είναι μικρότερη σε σχέση με την προηγούμενη μονάδα, και πρέπει να έχει προσανατολισμό στην αποκατάσταση. Η μονάδα αυτή χρησιμοποιεί το τμήμα φυσικοθεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου.

Η μονάδα Αυτοεξυπηρέτησης δέχεται τον άρρωστο από την προηγούμενη μονάδα. Εδώ ο υπερήλικας βοηθείται, καθοδηγείται και ενθαρρύνεται για αυτοεξυπηρέτηση. Αισθάνεται αυτοδύναμος και προετοιμάζεται ψυχολογικά αλλά και φυσικά για την έξοδό του από το Νοσοκομείο. Το ηθικό του υπερήλικα τονώνεται στη μονάδα αυτή, αφού διαπιστώνει πως μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και αισθάνεται αυτοδύναμος. Ακόμη τονώνεται το ηθικό των συγγενών, γιατί μειώνεται το άγχος της φροντίδας του. Εδώ το προσωπικό είναι πολύ λίγο και κυρίως ασχολείται με την επίβλεψη και ενθάρρυνση του ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση.

Όλοι όμως οι άρρωστοι που μπαίνουν στο Γηριατρικό Νοσοκομείο δεν ακολουθούν την ίδια πορεία αποθεραπείας. Σε πολλούς η ενεργητική θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν στη μονάδα Αποκατάστασης δεν απέδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα και δεν υπάρχει ελπίδα να ανεξαρτοποιηθούν. Αυτοί μεταφέρονται στη **Μονάδα Μακράς Παραμονής** που είναι ένα είδος ασύλου ανίατων νοσημάτων. Εδώ η αναλογία προσωπικού προς άρρωστο είναι πολύ αυξημένη, το μεγαλύτερο μέρος απ' αυτό είναι βοηθητικό.

Οι μονάδες αυτές δεν είναι απαραίτητο να είναι μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο, αφού δεν έχουν να ωφεληθούν τίποτε από τον επιστημονικό εξοπλισμό του. Η εγκατάστασή τους μακριά από την αγχώδη, βιαστική ζωή του Νοσοκομείου, σε περιβάλλον ήσυχο, με άφθονο πράσινο έχει ευεργετική επίδραση στους νοσηλευόμενους.

Το σύστημα οργάνωσης γηροκομείων με τη φιλοσοφία της Προοδευτικής Θεραπείας έχει το πλεονέκτημα πως δε θεωρεί καμία περίπτωση εκ των προτέρων ανίατη. Πολλοί ασθενείς που παλαιότερα χαρακτηρίζονταν ανίατοι και θα διακομίζονταν χωρίς συζήτηση σε άσυλο, τώρα έχουν την ευκαιρία να δοκιμάσουν τουλάχιστον πρώτα την ενεργητική θεραπεία στο Νοσοκομείο και μόνον όταν αποδειχθεί εκ των πραγμάτων πλέον ότι δεν αντιδρούν, τότε θα σταλούν στο άσυλο. Αυτός ο τρόπος θε-

ραπείας συντείνει έμμεσα στην ελάττωση της ζήτησης κλινών σε άσυλο, πράγμα ευχάριστο και επιθυμητό σε μια κοινωνία.

Τέλος, ο κανονισμός των Γηριατρικών Νοσοκομείων σχετικά με το επισκεπτήριο πρέπει να δίνει περισσότερα προνόμια στους νοσηλευόμενους. Ο σκοπός είναι πάντα η διατήρηση στενού δεσμού του αρρώστου με την οικογένεια και τους φίλους, δηλαδή του δεσμού με τον κόσμο της πραγματικότητας.^{18, 19, 15}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Οι γιατροί που περιθάλπουν υπερήλικες γνωρίζουν καλά ότι, κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας, οι διαταραχές του ύπνου αποτελούν πηγή ενοχλητικών συμπτωμάτων.

Στο Κ.Ν.Σ. επισυμβαίνουν μεταβολές σχετιζόμενες με την ηλικία, οι οποίες εκδηλώνονται ως διαταραχές του τύπου και της ποιότητας του ύπνου. Ο ύπνος του σταδίου IV, ο ύπνος της αθάας παιδικής ηλικίας, εξαφανίζεται πριν από την τρίτη ηλικία. Συχνά γίνεται πιο ελαφρύς, ακανόνιστος και διακόπτεται από επεισόδια εγρήγορσης. Υπάρχουν πολύ πιθανόν δύο κατηγορίες υπερηλίκων, οι οποίοι αντιδρούν διαφορετικά στη μεταβολή αυτή.²

Η μια ομάδα αποτελείται από άτομα τα οποία, για τον άλφα ή βήτα λόγο, δέχονται αυτή τη διαταραχή του ύπνου και την αντισταθμίζουν με διάφορους τρόπους. Μπορεί να διαβάσουν για λίγο. Να ακούσουν ραδιόφωνο, να δουν τηλεόραση, να πιουν κάποιο αλκοολούχο ποτό ή και ζεστό γάλα, με αποτέλεσμα να φαίνεται γενικά ότι δεν υποφέρουν πολύ.¹⁰

Ο γιατρός είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσει εκείνους τους ασθενείς, που προσέρχονται στο γραφείο του, διαμαρτυρόμενοι έντονα για αϋπνία. Η αντιμετώπιση αυτής της δεύτερης ομάδας ασθενών χαρακτηρίζεται από τις κοινές φαρμακολογικές δυσκολίες, και μέχρι σήμερα κανένα φάρμακο ή ουσία δεν βελτιώνουν ικανοποιητικά την εκδήλωση αυτή της γήρανσης. Πρακτικός στόχος του γιατρού είναι η βελτίωση του ύπνου των υπερηλίκων, ενώ πρέπει να αποφεύγει προσεκτικά την επικίνδυνη διαχωριστική γραμμή, πέρα από την οποία αρχίζει η βλαπτική επίδραση.¹

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Οι χρόνιες εκφυλιστικές ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος οδηγούν σε χρόνιες ορθοπεδικές βλάβες, αλλά μπορεί ακόμη και να οδηγήσουν σε ατυχήματα λόγω πτώσης του ηλικιωμένου. Έχει υπολογισθεί ότι από τα θύματα των ατυχημάτων, μεταξύ των ηλικιωμένων, περίπου τα μισά πεθαίνουν μέσα στους επόμενους δώδεκα μήνες, συνηθέστερα από πνευμονία. Τα ατυχήματα μπορεί να προκληθούν στο σπίτι (από γυαλισμένα πατώματα, χαλιά που γλιστρούν, μάνια γεμάτα νερά, κρεβάτια που απέχουν αρκετό ύψος από το πάτωμα, έπιπλα που δεν έχουν τοποθετηθεί σωστά, ή

σκάλες χωρίς βοηθητικό κάγκελο που να υποστηρίζει τη βάρδια). Μπορεί όμως να προκληθούν και στο δρόμο, όταν ο ηλικιωμένος πεζοπορεί και δεν προλαβαίνει να περνά από το ένα πεζοδρόμιο με ταχύτητα στο απέναντι πεζοδρόμιο. Άλλα ατυχήματα προκαλούνται από ηλικιωμένους οδηγούς, οι οποίοι δείχνουν κακή οδική συμπεριφορά, αρνούνται να υποχωρήσουν, προχωρούν αντικανονικά στις λωρίδες ταχύτητας, κάνουν απαγορευμένες στροφές, παραβλέπουν τα οδικά σήματα, και παρκάρουν αντικανονικά. Η σχετική έρευνα έχει δείξει ότι οι ηλικιωμένοι δράστες υποφέρουν από αισθητηριακές βλάβες, ή κακή αίσθηση ισορροπίας, ή κάποια νευρολογική διαταραχή. Οι επιπτώσεις των ατυχημάτων είναι πολλές, και συχνά μοιραίες, για τους ηλικιωμένους. Το ίδιο ατύχημα που για ένα νέο άτομο θεραπεύεται μέσα σε λίγες εβδομάδες, για τον ηλικιωμένο απαιτεί μακρόχρονη νοσοκομειακή νοσηλεία ή νοσηλεία στο σπίτι, και μπορεί να καταλήξει σε μία μόνιμη αναπηρία.⁴

Αναγνωρίζοντας ότι οι κατάλληλες προφυλάξεις μπορεί να προστατεύσουν την υγεία και αρτιμέλεια των ηλικιωμένων, το Εθνικό Ινστιτούτο για την Γήρανση (1980) των ΗΠΑ έχει δημοσιεύσει έναν κατάλογο με τις «Συνιστώμενες προφυλάξεις εναντίον των ατυχημάτων στην Τρίτη Ηλικία», αποτελούμενο από 18 σημεία.⁵

Πίνακας

Συνιστώμενες προφυλάξεις εναντίον των ατυχημάτων στην Τρίτη Ηλικία:

Για τις πτώσεις:

- 1) Φωτίστε όλες τις σκάλες, τοποθετώντας διακόπτες στη βάση όπως και στην κορυφή.
- 2) Αφήνετε ανοικτό ένα φως το βράδυ σε καίριο σημείο
- 3) Τοποθετήστε κατάλληλη κουπαστή σε κάθε σκάλα.
- 4) Αποσύρετε τα χαλιά από τις σκάλες, και τοποθετείστε μοκέτες.
- 5) Αφαιρέστε τα μικρά χαλάκια που γλυστρούν.
- 6) Φροντίστε ώστε τα έπιπλα να μην εμποδίζουν τις κινήσεις.
- 7) Τοποθετείστε μπάρες συγκράτησης στο μπάνιο και αντιολισθητικά πλαστικά μέσα στην μπανιέρα.
- 8) Συντηρείτε σε καλή κατάσταση τις εισόδους του σπιτιού

Προφυλάξεις από φωτιά:

- 1) Μην καπνίζετε στο κρεβάτι ή όταν ζαλίζεστε.

- 2) Όταν μαγειρεύετε μην φοράτε φαρδιά και εύπλαστα ρούχα.
- 3) Ρυθμίστε τον θερμοστάτη ώστε το νερό να μην καίει το δέρμα.
- 4) Σχεδιάστε πως θα βγείτε από το σπίτι σε περίπτωση πυρκαγιάς.
- 5) Τη νύχτα φοράτε ανοιχτόχρωμο ή φωσφορίζον νυχτικό, και έχετε δίπλα σας ένα φακό.

Κατά τη χρήση μέσων μεταφοράς:

- 1) Κρατηθείτε γερά όταν το όχημα παίρνει στροφή ή φρενάρει.
- 2) Ανεβείτε και κατεβείτε προσεκτικά από το όχημα.
- 3) Έχετε έτοιμο το εισιτήριό σας, πριν ανεβείτε στο όχημα.
- 4) Μην μεταφέρετε πολλά ψώνια, το ένα χέρι να είναι ελεύθερο ώστε να στηρίζετε κάπου.
- 5) Δώστε στον εαυτό σας περισσότερο χρόνο για να διασχίσετε κάθετα ένα δρόμο, ειδικά όταν ο καιρός είναι άσχημος.

Η ευαισθητοποίησή μας το χώρο της τρίτης ηλικίας τόσο μέσα στην κοινωνία όσο και μέσα σε κέντρα γηριατρικής φροντίδας (γηροκομεία, ΚΑΠΗ, νοσοκομεία) πρέπει να μας παροτρύνει να στηρίζουμε, να διδάξουμε και να διατηρήσουμε σε ένα υψηλό επίπεδο διαβίωσης την ευπαθή αυτή ομάδα, έτσι ώστε να προληφθούν τα ατυχήματα από πτώσεις και να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα.¹³

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Στην ηλικιωμένη γυναίκα είναι συχνή η ακράτεια των ούρων.

Σπάνια εμφανίζεται και η ακράτεια κοπράνων. Η ακράτεια ούρων οφείλεται σε αίτια, που βρίσκονται στο Κ.Ν.Σ. ή από ενδογενή ατονία ή δυσλειτουργία του μηχανισμού της ουρήθρας, που περιγράφεται ως ακράτεια εκ προσπαθείας. Αυτή η δεύτερη αιτία είναι περισσότερο υπεύθυνη για την ακράτεια ούρων νεότερων γυναικών.

Ειδικότερα, την ακράτεια των ούρων των ηλικιωμένων τις διακρίνουμε σε ενεργητική, σε παθητική και σε ιατρογενή.

Η ενεργητική ακράτεια παρουσιάζεται στη φάση της αναβολής της σύρησης όταν ο εξωστήρας μυς της ουροδόχου κύστης δε λειτουργεί φυσιολογικά.

Στους ηλικιωμένους τα αίτια της οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες και συνοδεύεται από άγχος και συχνουρία, σε άνοια, σε σύγχυση, σε κατάθλιψη σε υπόστροφες αλλοιώσεις των ουροφόρων οδών και σε νευρογενή αίτια.

Η παθητική ακράτεια παρουσιάζεται κατά τη φάση της πλήρωσης της ουροδόχου κύστης και πιθανότατα οφείλεται σε ανεπαρκή λειτουργία των σφιγκτήρων από νευρογενή αίτια από άτονη κύστη (απώλεια νευρικών ώσεων, λόγω βλάβης των προσαγωγών νευρικών ινών, όπως συμβαίνει π.χ. στους διαβητικούς) από αυτόνομη κύστη και από τραύματα της ουροδόχου κύστης όπως κατά την εκτέλεση υστεροεκτομίας.

Η ιατρογενής ακράτεια παρουσιάζεται ύστερα από χορήγηση φαρμάκων, όπως διουρητικά, τα υπνωτικά κ.λ.π.¹⁷

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

Η ακράτεια κοπράνων μπορεί να συμβεί σε άτομα με οργανικές νευρικές μεταβολές, όπως διαταραχή της νευρώσεως του ορθού, μείωση του αισθήματος πληρότητας του εξωτερικού σφιγκτήρα, αύξηση της ευερεθιστότητας του εξωτερικού σφιγκτήρα, μείωση του τόνου των μυών και απώλεια ελέγχου του εγκεφαλικού φλοιού. Τοπικά αίτια μπορεί να είναι : διάφορες φλεγμονές, όπως η κολίτιδα, η εκκολπωματίτιδα τα νεοπλάσματα, η πρόπτωση δακτυλίου, η σύσταση των κοπράνων κ.ά. Ορισμένοι ασθενείς λόγω της μεγάλης εξασθένησης που αισθάνονται αδυνατούν να ασκήσουν έλεγχο κατά του αντανακλαστικού του σφικτήρα. Όμως η πιο κοινή αιτία της ακράτειας των κοπράνων είναι η δυσκοιλιότητα με κοπρόσταση στον αυλό του πρωκτού.^{6, 10}

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η διατροφή ενοχοποιείται για μεγάλο μέρος του σύγχρονου νοσολογικού φάσματος. Συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με πλήθος διεργασιών που λαμβάνουν χώρα στον οργανισμό του συμπεριλαμβανομένης και της διεργασίας του γήρατος. Ωστόσο εκτός από της «φυσικές» θα λέγαμε, επιπτώσεις της διατροφής στην Τρίτη ηλικία, πλήθος παραγόντων ή καταστάσεων έχουν ως αποτέλεσμα την κακή θρέψη των ηλικιωμένων. Οι παράγοντες αυτοί έχουν να κάνουν με:

1. Τη μειωμένη πρόσληψη τροφής εξαιτίας ανορεξίας, δυσχέρειας στη μάσηση και κατάποση, δυσκολιών στην προμήθεια και παρασκευή τροφής.
2. Τη μειωμένη πέψη και απορρόφηση, εξαιτίας ελαττωμένης έκκρισης πεπτικών ενζύμων και ατροφίας του εντερικού βλεννογόνου.

Εκτός αυτών των παραγόντων, συχνά κοινωνικοί, οικονομικοί και ψυχολογικοί παράγοντες οδηγούν τους ηλικιωμένους σε υποθρεψία με τα όσα αυτή συνεπάγεται.

Για την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση διαταραχών της θρέψης στην τρίτη ηλικία ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός. Ο νοσηλευτής θα εκτιμήσει τη θρεπτική κατάσταση του ατόμου, τις διατροφικές συνήθειες, τα ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, την ψυχολογική και οικονομική κατάσταση ώστε να καταστρώσει ολοκληρωμένο και εξατομικευμένο σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας με σκοπό να διατηρηθεί η φυσική και λειτουργική κατάσταση του ηλικιωμένου σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Πίνακας :

Μέση πρόληψη θρεπτικών ουσιών από άτομα ηλικίας 70-79 ετών ανάλογα με το φύλο και τον τρόπο διαβίωσής τους.

Θρεπτική ουσία	Άνδρες			Γυναίκες		
	Κάτοικος Οίκου ευγηρίας γηροκομείου	Με ικανή δραστηριότητα	Οικιακός περιορισμός	Κάτοικος οίκου ευγηρίας γηροκομείου	Με ικανή δραστηριότητα	Οικιακός περιορισμός
Αριθμός ατόμων	8	32	2	6	53	10
Θερμίδες	1.846	2.345	1.406	1.715	1.745	1.190
Πρωτεΐνη (g)	55,8	87,0	64,0	52,4	57,6	38,5
Πρωτεΐνη (% θερμίδων)	12	14,8	18	12	13	13
Λίπος (g)	80	102	59	76	82	56
Υδατάνθρακες (g)	245	261	160	217	199	137
Ασβέστιο (mg)	835	922	944	747	778	634
Σίδηρος (mg)	8,6	11,5	8,3	8,3	9,3	5,6
Βιταμίνη C(mg)	30	46	27	39	50	27
Βιταμίνη D(IU)	85	123	73	75	99	68

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Οι πιο οξείες διαταραχές μεταξύ των ηλικιωμένων αφορούν συνήθως τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν με το αναπνευστικό τους σύστημα. Σε περιοχές, ειδικά, με μεγάλη περιβαλλοντική ρύπανση (όπως είναι η σύγχρονη Αθήνα) άτομα της τρίτης ηλικίας υποφέρουν συχνά από δύσπνοια, άσθμα, κλπ. Τα αναπνευστικά νοσήματα μπορούν επίσης να είναι χρόνια. Τα συνηθέστερα από αυτά είναι η βρογχίτιδα το εμφύσημα, διάφοροι ιοί της γρίπης, και η πνευμονία. Η πνευμονία, ειδικότερα, ήταν τόσο συχνή σε παλαιότερες εποχές μεταξύ των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ώστε να ονομάζεται «η φίλη του ηλικιωμένου» (the old man's friend). Η ονομασία αυτή ισχύει ίσως ακόμη, αν λάβουμε υπόψη ότι ένα ηλικιωμένο άτομο που υποφέρει συχνά από αρθρίτιδα, καρδιοπάθεια, γρίπη και ρευματισμούς, ενδέχεται να πεθάνει τελικά από πνευμονία. Τούτο συμβαίνει επειδή η μειωμένη αντίσταση του ανοσοποιητικού συστήματος των ηλικιωμένων μπορεί να μετατρέψει ένα απλό κρυολόγημα, προτού αυτό διαγράψει τον κύκλο του, σε βρογχίτιδα και πνευμονία. Για την πρόληψη των πιθανών επιπλοκών ενδείκνυται ο εμβολιασμός όλων των ατόμων άνω των 65 ετών με κατάλληλα εμβόλια γρίπης. Επιπλέον, από την ηλικία των 65 ετών όλα τα άτομα είναι σκόπιμο να εμβολιάζονται εναντίον της διφθερίτιδας και του τετάνου κάθε 10 χρόνια (American College of Physicians 1985).⁵

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Υπόταση

Ορθοστατική υπόταση παρουσιάζει το 20% περίπου των ηλικιωμένων. Οι άρρωστοι εμφανίζουν συνήθως ποικιλία συμπτωμάτων, όπως αίσθημα κοπώσεως, ζάλη κατά την ορθία στάση, λιποθυμία και επιπλοκές, όπως, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και έμφραγμα μυοκαρδίου. Θα πρέπει να τονιστεί ότι το γήρας μόνο δεν εξηγεί ικανοποιητικά την παρουσία ορθοστατικής υποτάσεως, αν και συνοδεύεται από αρκετές μεταβολές του φυσιολογικού μηχανισμού ρυθμίσεως της αρτηριακής πίεσεως κατά την όρθια στάση (μεταβολές της καρδιακής συχνότητας, ελαστικότητας των αρτηριών, της εκκρίσεως ADH, ρενίνης, αλδοστερόνης, της εκπτώσεως της συμπυκνωτικής ικανότητας των νεφρών).

Επομένως, η αναζήτηση αιτίων δευτεροπαθούς ορθοστατικής υποτάσεως, όπως φάρμακα (διουρητικά, συμπαθολυτικά, αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά), αφυ-

δάτωση, απώλεια αίματος, κακή διατροφή, βλάβες του κεντρικού και περιφερικού νευρικού συστήματος (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, όγκοι, νόσος του Parkinson, διαβητική, ουραιμική, ιογενής περιφερική νευροπάθεια), καρδιαγγειακά (υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, μεγάλοι κίρσοι κάτω άκρων), ενδοκρινικά (επινεφριδιακή ανεπάρκεια, φαιοχρωμοκύτωμα) αποτελεί απαραίτητο μέρος του ελέγχου κάθε ηλικιωμένου με το πρόβλημα αυτό.

Με τον όρο, τέλος, ιδιοπαθής ορθοστατική υπόταση χαρακτηρίζεται η κατάσταση εκείνη, που μαζί με την ορθοστατική υπόταση συνυπάρχουν και διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα (όπως δυσκοιλιότητα, νευρογενής κύστη, ανικανότητα, μη μεταβολή της καρδιακής συχνότητας σε όρθια στάση κ.λ.π.

Η θεραπεία της ορθοστατικής υποτάσεως, επομένως, κατευθύνεται στην άρση των αιτιών που ήδη αναφέρθηκαν, στη διακοπή, μείωση της δόσεως ή αλλαγή του υπεύθυνου φαρμάκου, στην αύξηση της προσλήψεως άλατος σε κατάλληλες περιπτώσεις κ.ά.¹⁰

ΟΞΥ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ

Το οξύ πνευμονικό οίδημα αποτελεί συχνή εκδήλωση της καρδιακής ανεπάρκειας των ηλικιωμένων. Παρόλο που αυτή η κατάσταση αποδίδεται σε οξεία ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας, οι δύο κοιλίες πρέπει να θεωρούνται ως ένα ευαίσθητο ζεύγος μιας ζυγαριάς, η οποία ξαφνικά χάνει την ισορροπία της. Με έναν απίστευτα λεπτό μηχανισμό οι δύο κοιλίες φυσιολογικά προωθούν την ίδια ποσότητα αίματος, ανεξάρτητα από το ότι χωρίζονται από δύο πολύ διαφορετικά αγγειακά συστήματα, καθένα από τα οποία βρίσκεται κάτω από πολύπλοκο νευρικό και χημικό έλεγχο. Με καρδιακό ρυθμό 100 σφύξεων ανά λεπτό, αν η ισχαιμική αριστερή κοιλία αντλεί μόνο 1 κ.ε. αίματος λιγότερο από τον αντίστοιχο όγκο παλμού της δεξιάς κοιλίας, μέσα σε 2-3 λεπτά μπορούν να συσσωρευθούν στους πνεύμονες 400-600 κ.ε. αίματος. Όταν υγρό διαπιδύσει προς τα έξω από τα πνευμονικά τριχοειδή μέσα στον πνεύμονα, το διάμεσο διάστημα αυξάνεται στον ίδιο βαθμό και τα πνευμονικά λεμφαγγεία, τα οποία φυσιολογικά κρατούν τον πνεύμονα στεγνό, γίνονται πλέον ανεπαρκή. Μετά από αυτό μπορεί να προκληθεί γενικευμένο πνευμονικό οίδημα. Ο ουδός πρόκλησης του πνευμονικού οιδήματος είναι αξιοσημείωτα ελαττωμένος στους υπερήλικες ασθενείς, οι οποίοι: α) έχουν χαμηλά επίπεδα πρωτεΐνης στον ορό από χρόνια πάθηση και επομένως έχουν χαμηλή κολλοειδοωσμωτική πίεση, β) έχουν υπερφορτωθεί με όγκους

κρυσταλλοειδών διαλυμάτων ή γ) οι μεμβράνες των τριχοειδών των πνευμόνων τους έχουν γίνει περισσότερο διαπερατές από την ανοξία ή τη σήψη.

Ο κλινικός γιατρός ο οποίος αντιμετωπίζει το θεραπευτικό πρόβλημα του οξέος πνευμονικού οιδήματος, πρέπει να αποκαταστήσει την ισορροπία των δύο κοιλιών βελτιώνοντας τη συσταλτικότητα της αριστερής κοιλίας (ίσως με οξυγόνο και δακτυλίτιδα) και ελαττώνοντας το προφορτίο και το μεταφορτίο της αριστερής καρδιακής κοιλότητας (με τη χρήση μορφίνης, διουρητικών και ίσως αγγειοδιασταλτικών).²

ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Στη μελέτη Framingham ο κίνδυνος ανάπτυξης καρδιακής ανεπάρκειας ήταν έξι φορές μεγαλύτερος για τους υπερτασικούς από ό,τι για τους νορμοτασικούς ασθενείς. Δόθηκε μεγάλη έμφαση στην άποψη ότι η κοιλιακή μεταφόρτιση αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα για τον προσδιορισμό της παροχής των κοιλιών, κυρίως ως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι τα αγγειοδιασταλτικά μόνα τους, μπορούν να βελτιώσουν τα συμπτώματα της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας σε περίπτωση υπέρτασης. Η πίεση του αίματος είναι το πιο εύκολα μετρούμενο στοιχείο του μεταφορτίου, η αρτηριακή όμως ευενδοτότητα, η περιφερική αντίσταση, ο όγκος παλμού, η γλοιότητα του αίματος και η αδράνεια, συμβάλλουν, όλα, στον καθορισμό του.

Ο ηλικιωμένος υπερτασικός ασθενής με καρδιακή ανεπάρκεια εμφανίζει αρκετά, μοναδικά, θεραπευτικά προβλήματα. Η μεμονωμένη συστολική υπέρταση μπορεί πολύ καλά να αντιπροσωπεύει μια τελείως διαφορετική, αιτιολογικά και αιμοδυναμικά, κλινική οντότητα, που σχετίζεται περισσότερο με ένα ανελαστικό αορτικό σύστημα αυξημένης πίεσης, παρά με μια αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων. Εντατικές προσπάθειες για την ελάττωση της συστολικής υπέρτασης μπορεί να οδηγήσουν σε ίλιγγο ή σε συγκοπή, εξ αιτίας της ορθοστατικής εγκεφαλοαγγειακής ανεπάρκειας των ηλικιωμένων. Η υπερβολική διούρηση μπορεί να διεγείρει το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης, οδηγώντας σε αύξηση της αντίστασης ροής και σε μείωση της καρδιακής παροχής. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει σοβαρό πρόβλημα για έναν ασθενή με οξεία συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, του οποίου η καρδιακή παροχή είναι επικίνδυνα χαμηλή, οδηγώντας έτσι σε περαιτέρω ελάττωση του ενδοαγγειακού όγκου. Οι αποκλειστές του συμπαθητικού (π.χ. η προπρανολόλη) μπορούν να ελαττώσουν την κοιλιακή λειτουργία των ηλικιωμένων ατόμων και να επιτείνουν ή και να προκαλέσουν συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Τα αγγειοδιασταλτικά, σε ορισμέ-

νες περιπτώσεις, προκαλούν ανταντακλαστική ταχυκαρδία στον ηλικιωμένο υπερτασικό, η οποία περιορίζει την υποτασική τους αποτελεσματικότητα. Δεν υπάρχει ακόμη καμία προοπτική, διπλή τυφλή μελέτης για την εκτίμηση της αξίας της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς με μεμονωμένη συστολική υπέρταση. Η αυξημένη θνησιμότητα των υπερηλικών ασθενών με συστολική υπέρταση μπορεί να σχετίζεται περισσότερο με την αορτική νόσο, από την οποία προέρχεται, παρά με τη συστολική υπέρταση η οποία απλώς ανταντακλά την απώλεια της αρτηριακής ευενδοτότητας. Οι ασθενείς με παθήσεις της αορτής καταλήγουν πιο γρήγορα ανεξάρτητα από το αν έχουν υπέρταση.^{2, 15}

ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Στους μισούς σχεδόν ασθενείς σε μερικά από τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης υπερηλικών στις ΗΠΑ, η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει σκευάσματα που περιέχουν δακτυλίτιδα. Το γεγονός αυτό δείχνει πρωταρχικά την πολύ μεγάλη συχνότητα, με την οποία εμφανίζεται η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας.

Η συμφορητική ανεπάρκεια είναι δυνατό να εμφανισθεί με μια νόσο (π.χ. πνευμονία), που οδηγεί σε δακτυλιδισμό και μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την άσκοπη χρήση δακτυλίτιδας στη διάρκεια της υπόλοιπης ζωής. Οι περισσότεροι γιατροί έχουν την τάση να μη διακόπτουν την χορήγησή της, αν και αυτό έχει γίνει με ασφάλεια σε ένα σημαντικό αριθμό υπερηλικών ασθενών, οι οποίοι είχαν φυσιολογικό φλεβοκομβικό ρυθμό. Είναι επομένως πιθανόν ότι έχει γίνει κατάχρηση στην χορήγηση δακτυλίτιδας.

Η μεγαλύτερη πρόκληση για το γιατρό είναι η χρόνια συμφορητική ανεπάρκεια, η οποία οφείλεται σε μη αναστρέψιμα συνήθως, μυοκαρδιακά επεισόδια. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας, χορήγηση αγγειοδιασταλτικών ουσιών, που συνοδεύεται από επιτυχή ελάττωση του καρδιακού έργου. Η δυσμενής εικόνα, που υπήρχε παλαιότερα, έχει σήμερα σημαντικά βελτιωθεί. Το οίδημα, η πλευριτική συλλογή, η δύσπνοια και η στηθάγχη απαντούν ικανοποιητικά στην αγγειοδιασταλτική θεραπευτική αγωγή. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπευτικής αγωγής σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πιο συχνές, σε σχέσεις με άλλες καρδιοπάθειες και απαιτείται μεγάλη προσοχή στη δοσολογία.²

ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ - ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ήδη από την ηλικία των 40, η πυκνότητα στη σύσταση των οστών αρχίζει να μειώνεται. Ο βαθμός στον οποίο υπόκειται ένα άτομο στην αλλαγή αυτή, που καλείται οστεοπόρωση, φαίνεται ότι επηρεάζεται από την κληρονομικότητα, τη σωματική άσκηση και τη λήψη βιταμινών και ασβεστίου. Το φύλο παίζει επίσης βασικό ρόλο. Οι γυναίκες προσβάλλονται από οστεοπόρωση δύο φορές πιο συχνά σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες έχουν πιο εύθραυστα οστά και λιγότερο πυκνά κατά τη σύσταση. Η μείωση των οιστρογόνων που σημειώνεται μετά την εμμηνόπαυση συμβάλλει στην επιτάχυνση των σκελετικών αλλαγών, και τα οστά των ηλικιωμένων (ιδιαίτερα των γυναικών) μπορούν να παρομοιαστούν με τα κλαδιά των δένδρων που, όσο πιο ξερά γίνονται, τόσο τείνουν να σπάζουν εύκολα και ολοκληρωτικά - σε αντίθεση με τα χλωρά κλαριά. Η οστεοπόρωση, αν και δεν είναι μια απειλητική για τη ζωή πάθηση, εν τούτοις με έμμεσο τρόπο μπορεί να οδηγήσει σε πολύ δυσάρεστες καταστάσεις.

Η παραμικρή πτώση του ηλικιωμένου άνδρα ή γυναίκας μπορεί να οδηγήσει σε κάταγμα, το οποίο ενδέχεται να είναι ελαφράς μορφής, αλλά μπορεί επίσης να είναι τόσο βαρύ (π.χ. κάταγμα λεκάνης), ώστε το άτομο να μην επανέλθει ποτέ πια στην αρχική του κατάσταση. Η ίαση των καταγμάτων σε μεγάλη ηλικία δεν γίνεται ποτέ με πληρότητα, και επιπλέον το ηλικιωμένο άτομο χρειάζεται να νοσηλευτεί για αρκετό καιρό, να περιορίσει τη ζωή του, και να χάσει ένα μέρος της ανεξαρτησίας του. Για τους λόγους αυτούς, ορισμένα ηλικιωμένα άτομα γίνονται επιφυλακτικά σε πολύ μεγάλο βαθμό, στην προσπάθειά τους να αποφύγουν τον πιθανόν κίνδυνο ατυχημάτων. Αν συνυπολογίσουμε τη φυσική αδυναμία που προκαλεί η οστεοπόρωση μαζί με τον ψυχολογικό αντίκτυπο που έχει στη ζωή του ηλικιωμένου, θα διαπιστώσουμε πόσο σημαντική είναι η αλλαγή που συμβαίνει στη ζωή και τη συμπεριφορά του ηλικιωμένου.

Η άλλη μεγάλη αλλαγή που συμβαίνει στο σκελετικό σύστημα αφορά την φλεγμονή των αρθρώσεων που συνδέουν τα οστά-ιδιαίτερα τα μεγάλα οστά (γόνατα, λεκάνη κλπ.). Στη διάρκεια όλης της ζωής οι σύνδεσμοι των οστών δέχονται πίεση κάθε φορά που κινούμαστε, τρέχουμε ή τεντωνόμαστε. Αυτή η συνεχής τριβή γίνεται αιτία ώστε το προστατευτικό κάλυμμα των χόνδρων στα άκρα των οστών να αρχίσει κάποτε να φθείρεται. Η πάθηση αυτή είναι η οστεοαρθρίτις. Στην περίπτωση που είναι σοβαρής μορφής, τα οστά έρχονται σε απευθείας επαφή μεταξύ τους, μια κατά-

σταση που προξενεί πόνο, ακαμψία, και κάνει τον ηλικιωμένο να αποφεύγει τις κινήσεις.

Βέβαια πρέπει να τονιστεί ότι, ενώ μικρές ενοχλήσεις υπάρχουν σε όλους τους ηλικιωμένους, μια μικρή μειονότητα από αυτούς υποφέρουν από πραγματικούς πόνους της οστεοαρθρίτιδας. Το αξιοσημείωτο σχετικά με την οστεοαρθρίτιδα είναι ότι, παρά το γεγονός ότι η συνεχής τριβή των κλειδώσεων είναι υπεύθυνη για το πρόβλημα, η κίνηση και γενικά η άσκηση φαίνεται να είναι ο πιο κατάλληλος τρόπος για να το αντιμετωπίσει κανείς και να μειώσει τον πόνο. Η άσκηση ισχυροποιεί τους μύες που στηρίζουν τις κλειδώσεις και μειώνει την πίεση που δέχονται οι χόνδροι. Επίσης, η άσκηση ενδυναμώνει την καρδιαγγειακή λειτουργία και βοηθά ώστε να πηγαίνει περισσότερο αίμα στις κλειδώσεις.⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι αισθάνονται κάποιες στιγμές κατά τη διάρκεια της ζωής τους στεναχώρια, λύπη ή απογοήτευση. Τέτοια παροδικά συναισθήματα είναι φυσιολογικά. Εάν όμως καταλήξουν να επιμένουν σε καθημερινή βάση και παραμένουν για χρονικά διαστήματα πάνω από δύο εβδομάδες, τότε αυτός που τα εμφανίζει πιθανόν να πάσχει από την νόσο κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα. Κάθε χρόνο περίπου το 8% του πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό μεταφράζεται σε 800.000 καταθλιπτικούς ασθενείς.

Η νόσος αυτή είναι συχνότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες και θεραπεύεται με επιτυχία σε μεγάλα ποσοστά που πλησιάζουν το 90%.

Το λυπηρό όμως είναι, ότι περίπου οι μισοί από τους ανθρώπους που πάσχουν από κατάθλιψη δεν το καταλαβαίνουν, με αποτέλεσμα να μην επισκέπτονται το γιατρό τους, να μη θεραπεύονται και να υποφέρουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα της ζωής τους.

Η συχνότητα της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους. Τουλάχιστον το 15% των ηλικιωμένων εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, ποσοστό που μεταφράζεται σε 210.000 ηλικιωμένους καταθλιπτικούς για την Ελλάδα.

Τα Συμπτώματα

Σχεδόν όλοι οι καταθλιπτικοί ασθενείς έχουν έντονο συναίσθημα θλίψης, αίσθημα απελπισίας και απογοήτευσης και εκνευρίζονται εύκολα. Όταν όμως κάποιος που ξέρεται έχει επιπλέον και τέσσερα από τα παρακάτω συμπτώματα θα πρέπει να συμβουλευτεί οπωσδήποτε το γιατρό του:

- Σημαντική αλλαγή στην όρεξη για φαγητό με είτε σημαντική αύξηση ή σημαντική ελάττωση του βάρους, χωρίς να κάνει δίαιτα.
- Σημαντική αλλαγή στον ύπνο του, όπως ανήσυχο ύπνο, αϋπνία ή υπνηλία.
- Μείωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης που έβρισκε παλιότερα με αγαπημένες δραστηριότητες.
- Αίσθημα συνεχούς κόπωσης.
- Αίσθημα ότι δεν αξίζει σαν άνθρωπος
- Επίμονο αίσθημα απελπισίας.

- Υπερβολικές σκέψεις ευθύνης για άσχημα γεγονότα που συνέβησαν στο παρελθόν (ενοχές).
- Αδυναμία να συγκεντρώνεται ή δυσκολία στο να πάρει μία απόφαση.
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.

Ειδικά στους ηλικιωμένους, συχνά συμπτώματα κατάθλιψης είναι το συνεχές αίσθημα κόπωσης, η μείωση του ενδιαφέροντος, η αϋπνία και διάχυτοι πόνοι σε όλο το σώμα, ειδικά εάν αυτά τα συμπτώματα αποτελούν μια πρόσφατη αλλαγή στις παλαιότερες συνήθειες αυτού του ατόμου.

Χαρακτηριστικό σύμπτωμα πιθανής κατάθλιψης σ' αυτή την ηλικία, είναι το να χάσει ο ηλικιωμένος το ενδιαφέρον του να ασχολείται με τα εγγόνια του.

Όλα αυτά τα συμπτώματα δεν αποτελούν φυσικό επακόλουθο της προχωρημένης ηλικίας, αλλά τις περισσότερες φορές είναι ένδειξη ύπαρξης της νόσου κατάθλιψης και μία υπενθύμιση να συμβουλευθεί κανείς το γιατρό του.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ακολουθούν τους περισσότερους ασθενείς όλη την ημέρα και έτσι, οι άνθρωποι αυτοί αισθάνονται ότι δεν υπάρχει διέξοδος. Η κατάσταση αυτή δεν βελτιώνεται ακόμα και όταν συμβαίνουν γύρω τους ευχάριστα γεγονότα. Μερικοί από αυτούς τους ηλικιωμένους, αισθάνονται τόσο άσχημα που δεν βρίσκουν το κουράγιο να ζητήσουν βοήθεια και αν κάποιος άλλος τους προτείνει να συμβουλευτούν το γιατρό τους, αρκετές φορές αρνούνται, γιατί δεν βλέπουν να υπάρχει λύση για το πρόβλημά τους.

Η αυτοκτονία είναι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για τον καταθλιπτικό ασθενή. Περίπου 15% των καταθλιπτικών τελικά αυτοκτονούν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ παράλληλα οι περισσότεροι από τους αυτόχειρες σήμερα πάσχουν από κατάθλιψη.

Η καλύτερη λοιπόν πρόληψη των αυτοκτονιών είναι η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης, της νόσου που τόσο συχνά οδηγεί σε αυτοκαταστροφικές ενέργειες⁸.

Πίνακας

Τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης των υπερηλίκων.

Συνήθη χαρακτηριστικά:

Τα σωματικά συμπτώματα κυριαρχούν έναντι των ψυχολογικών



Απάθεια και απομόνωση από το περιβάλλον
Σπάνιο το αίσθημα ενοχής
Έκδηλη απώλεια της αυτοεκτίμησης
Άρνηση της υπάρχουσας δυσθυμίας
Ανικανότητα για συγκέντρωση και απώλεια μνήμης

Άτυπα χαρακτηριστικά:

«Ψευδο-άνοια»

Αλκοολισμός

Υποχονδρίαση

Πόνος

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η αυτοκτονία είναι μια από τις 10 κύριες αιτίες θανάτου ενηλίκων ατόμων στις ΗΠΑ. Περισσότερο από 1/3 των αυτοκτονιών αφορά υπερήλικα άτομα (περίπου 1/8 του πληθυσμού). Η μεγάλη πλειοψηφία αυτών των θανάτων σχετίζεται με την κατάθλιψη. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που συνήθως αυτοκτονούν, έχουν επισκεφθεί το γιατρό τους λίγο πριν από τον θάνατό τους.

Φαίνεται ότι αρκετοί παράγοντες έχουν σχέση με την αύξηση του κινδύνου αυτοκτονίας. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η απομόνωση, τα αισθήματα απελπισίας και η ύπαρξη αποτελεσματικών σχεδίων αυτοκτονίας, είναι πιθανόν οι συχνότεροι παράγοντες υψηλού κινδύνου. Αν και μερικοί γιατροί νομίζουν ότι «βάζουν την ιδέα» όταν ρωτούν απ' ευθείας τους ασθενείς τους σχετικά με την αυτοκτονία, δεν υπάρχει λόγος να πιστεύουμε, ότι πράγματι, έτσι συμβαίνει. Είναι υποχρεωτικό να ερωτάται κάθε ασθενής, που δείχνει συμπτώματα κατάθλιψης, για το θέμα της αυτοκτονίας. Οι παρακάτω ερωτήσεις βοηθούν στη διαπίστωση πιθανότητας αυτοκτονίας:

«Λισθανθήκατε ποτέ ότι η ζωή δεν έχει νόημα;»

«Θέλατε ποτέ να κοιμηθείτε και να μην ξυπνήσετε;»

Η ΜΟΝΑΞΙΑ

Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν πως η μοναξιά (όχι για τους απροσύρμους αλλά για κείνους που η πικρή πραγματικότητα την επιβάλλει) είναι αυτή που προσβάλλει περισσότερο τους ηλικιωμένους. Μετά τα 65 ο αριθμός των ανθρώπων

που ζουν μόνοι αυξάνεται πολύ και ενώ παλιά με συντομότερη διάρκεια ζωής η αναλογία τους ήταν 20% τώρα είναι γύρω στο 60%.

Μιλήσαμε για την υποχρεωτική απομόνωση της χηρείας και τα σεξουαλικά ερεθίσματα που ίσως οδηγούν σ' ένα δεύτερο γάμο: Περισσότερο από τη σεξουαλική ικανοποίηση. Βασικό ρόλο παίζει η αναζήτηση μιας εγγύησης κατά της μοναξιάς στους νέους αυτούς γάμους.

Οι κοινωνιολογικές έρευνες είναι σαφείς: υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην ευτυχία που βρίσκουν δύο ηλικιωμένοι σύζυγοι μαζί και στη μελαγχολία εκείνου που ζει μόνος του.

Επαναστροφή, παθητικότητα, εσωστρέφεια, είναι σχεδόν πάντα αποτελέσματα και καταλήγουν σε αποξένωση απ' τον κόσμο σταδιακά. Μήπως θα μπορούσε να ήταν αλλιώς, όταν μια πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι το 31,5% των συνταξιούχων στις ΗΠΑ δε δέχεται ποτέ επισκέψεις. Το ποσοστό περιλαμβάνει και επισκέψεις από φίλους που μέχρι τότε θεωρούνταν αχώριστοι. Αν λοιπόν στη μείωση των κοινωνικών σχέσεων προστεθεί και η απώλεια του συντρόφου και του τελευταίου αληθινού φίλου επέρχεται η καταστροφή.

Το βασικό φάρμακο κατά της μοναξιάς είναι η «κοινωνική αφομοίωση» που σε ορισμένες εξελιγμένες κοινωνίες πετυχαίνεται πιο εύκολα απ' ότι σε άλλες, όπου η έλλειψη ειδικευμένων λειτουργών και κατάλληλων θεσμών προτείνει σαν μοναδική λύση για τη μοναξιά το κλείσιμο σε γηροκομείο. Βέβαια, η κοινωνική αφομοίωση πρέπει να γίνεται μέσα στην κοινωνία και όχι στα περιθώρια της, όπου ένας άνθρωπος μόνος συνεχίζει να νοιώθει μόνος ανάμεσα σε πολλούς άλλους ανθρώπους «μόνους»⁹

ΑΝΟΙΕΣ

Λέγοντας άνοια εννοούμε την κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από έκπτωση των ψυχολογικών λειτουργιών και συνεχίζει να εξελίσσεται βαθμιαία⁴.

ΓΕΡΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΟΙΕΣ

Σ' αυτή την ομάδα υπάγονται οι περισσότερες άνοιες (περισσότερο από το 90% του συνόλου). Οι γεροντικές άνοιες, δηλαδή, είναι που επιβαρύνουν παγκόσμια την περίθαλψη και, λόγω του μεγάλου αριθμού των ανοϊκών δημιουργείται ένα τεράστιο κοινωνικό πρόβλημα. Μπορούν να διακριθούν α) στην πολυεμφραγματική άνοια και β) στη γεροντική άνοια.

Οι γέροντες ανοϊκοί πρέπει να θεωρούνται ως ανάπηροι άνθρωποι. Πάσχουν από μόνιμη και εξελισσόμενη ανικανότητα να εκτελέσουν διάφορες βασικές και απαραίτητες λειτουργίες της καθημερινής ζωής. Το υπόστρωμα για την αναπηρία των αρρώστων αυτών δεν είναι το γήρας αλλά η άνοια. Έχουμε όμως αιτίες να πιστεύουμε ότι η αναπηρία τους επιτείνεται μέσω πολλών και διαφόρων αρνητικών επιρροών από το περιβάλλον, και είναι γνωστό ότι οι ανοϊκοί πάσχουν ιδιαίτερα από έλλειψη νοητικών ερεθισμάτων.

Αυτή την έλλειψη ερεθισμάτων μπορούμε να τη θεραπεύσουμε, αλλά η βασική αρρώστια, η άνοια, που οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη, δεν καλυτερεύει ριζικά (διότι η βλάβη δεν επηρεάζεται).

Η αναπηρία που συνοδεύει τις άνοιες, θα συζητηθεί εκτενέστερα στο κεφάλαιο της γεροντικής άνοιας.⁴

ΠΡΟΓΕΡΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΟΙΕΣ.

Αφορούν νοσολογικές οντότητες που εμφανίζονται μέχρι ηλικίας 65 ετών με μέσο όρο τα 53 χρόνια και περιλαμβάνει κυρίως την νόσο Alzheimer και σε μικρότερο ποσοστό την νόσο Pick.

Νόσος Alzheimer.

Περιγράφηκε από το 1907 και εκδηλώνεται σε ηλικία περί τα 50 έτη με προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών καθώς και εκδηλώσεις απρακτο-αγνωσσο-αφασικές, θεωρείται κληρονομική με παθολογο-ανατομικά ευρήματα. **Αιτιολογία.** Δεν είναι μέχρι σήμερα απολύτως γνωστή, επικρατεί ελαφρά στο θήλυ φύλο και έχει βρεθεί ότι πιθανά είναι υπεύθυνο το γονίδιο στο χρωμόσωμα 21 και με αυτό επιβεβαιώνεται μερικώς η κληρονομικότητα της νόσου. Έχουν όμως περιγραφεί και περιπτώσεις μη οικογενείς.

Έχουν ενοχοποιηθεί για τη νόσο εξωγενείς παράγοντες π.χ. τοξικοί (αργίλιο, ψευδάργυρος), λοιμώξεις (ιοί), νευροδιαβιβαστικές ουσίες (GABA, γλυκίνη) και νευροπεπτίδια (ουσία P, σωματοστατίνη, αγγειοστατίνη, εγκεφαλίνες) όπως επίσης μονοαμίνες (νορανδρεναλίνη, σεροτονίνη, ντοπαμίνη) και η ακετυλχολίνη.

Παθολογοανατομικά ευρήματα. α) Μακροσκοπικά παρατηρείται ατροφία με μείωση του βάρους του εγκεφάλου, φλοιώδης ατροφία ιδίως στο μετωπιαίο, στον κροταφικό λοβό (πρώτη κροταφική έλικα) και στον ινιακό λοβό. β) Μικροσκοπικά παρατη-

ρείται απώλεια νευρώνων κυρίως των μεγαλύτερων και ιστολογικά αργυρόφιλες «γεροντικές πλάκες», νευροινιδιακά ευρήματα, κοκκιοκενοτοπιώδεις βλάβες, λιγότερο δε εκφυλιστική μικραγγειοπάθεια και τα σωματίδια του Hirano. **Συμπτωματολογία.** Αρχίζει με έκπτωση της μνήμης με προοδευτική έναρξη και εξέλιξη που μπορεί να διαφύγει της προσοχής του περιβάλλοντος και αφορά στην αρχή τα πρόσφατα γεγονότα. Εμφανίζεται πιθανά κατάθλιψη που μπορεί να δυσχεραίνει τη διάγνωση και ακολουθούν διαταραχές του λόγου ιδίως με εμφάνιση παραφασίας, παλιλαλίας, ηχολαλίας μέχρι ο λόγος να γίνεται ακατανόητος. Παρατηρείται επίσης προοδευτική αδυναμία εκτέλεσης απλούστατων καθημερινών πράξεων (ντύσιμο, πλύσιμο, τροφή), εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων και διαταραχές προσανατολισμού στο χώρο και χρόνο. Υπάρχει διαταραχή αναγνώρισης προσώπων, διαταραχή της προσοχής (φαίνεται σαν χαμένος) και διαταραχή του ψυχισμού με διεγερτικά φαινόμενα ή ακόμα παρανοϊκές ιδέες και ψευδαισθήσεις. Όλα όσα αναφέρθηκαν διαλύουν την προσωπικότητα του ασθενούς με τελική κατάληξη την πλήρη αδυναμία επικοινωνίας. Είναι δυνατόν να εμφανισθούν εστιακές νευρολογικές εκδηλώσεις με επιληπτικές κρίσεις, πυραμιδικά σημεία, εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, αστάθεια, ορθοκυστικές διαταραχές κ.ά. **Πρόγνωση:** Η πορεία της νόσου είναι προοδευτική με ακραία όρια επιβίωσης από 2 έως 10 έτη. Τελικά ο ασθενής καταλήγει να μένει κλινήρης σε φυτική κατάσταση με επακόλουθο το θάνατο λόγω καχεξίας ή λοιμώδους νοσήματος. Ο έλεγχος εργαστηριακά πρέπει να γίνεται στα αρχικά στάδια της νόσου και περιλαμβάνει αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία και άλλες εξετάσεις που θα αποκλείουν τυχόν οργανικό υπόστρωμα της νόσου. **Θεραπεία.** Ουσιαστικά δεν υπάρχει θεραπεία της πάθησης αυτής καθεαυτής αλλά δίδεται ιδιαίτερη προσοχή σε φάρμακα που τυχόν θα επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου (tacrine, βιταμίνες κ.α.) και φάρμακα αντιμετώπισης συμπτωμάτων. Γενικά ο ασθενείς έχει ανάγκη γενικής φροντίδας και συνεχούς προσπάθειας για να διατηρήσει και να αξιοποιήσει τις όποιες δυνατότητές του μέσα στο φυσικό περιβάλλον του.¹⁹

Νόσος Pick (Λοβώδης ατροφία).

Είναι σπανιότερη της άνοιας τύπου Alzheimer (1:30) και εμφανίζεται σε ηλικία 45-65 ετών θεωρούμενη ότι κληρονομείται κατά τον επικρατητικό τύπο. Οι παθολογοανατομικές βλάβες περιορίζονται στο μετωπιαίο και τον βρεγματικό λοβό με επέκταση στον ιππόκαμπο και στη νήσο Reil, στο θάλαμο, στον υποθάλαμο και στη μέλαινα

ουσία. **Συμπτωματολογία.** Είναι όμοια με τη νόσο Alzheimer με μικρές διαφοροποιήσεις κυρίως λόγω της βλάβης του μετωπιαίου λοβού με μείωση ενδιαφέροντος, δυσχέρεια εκτέλεσης διανοητικής εργασίας, αδράνεια, αδιαφορία και ακολούθως διαταραχές του λόγου.¹⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Οι αντικειμενικοί σκοποί της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής όπως αυτοί διατυπώθηκαν από τον Αμερικάνικο σύνδεσμο νοσηλευτών (ANA) είναι οι ακόλουθοι:

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

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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

- Αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του.
- Συνήθης ή επιθυμητοί τρόποι καθημερινής ζωής.
- Δραστηριότητες, γεγονότα και απαιτήσεις καθημερινής ζωής που επηρεάζουν ή επηρεάζονται από τη λειτουργική του κατάσταση.

- Λειτουργική κατάσταση.
- Κατάσταση εξωτερικών πηγών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συνθέτουν την καθημερινή του ζωή.

Πολλές φορές οι περιοχές αυτές ενδέχεται να αλληλοσυγκρούονται ή να συμπεριφέρονται υποστηρικτικά στην κατάσταση της υγείας του.

«Ο Ρόλος του Νοσηλευτικού Προσωπικού στη Φροντίδα του Υπερήλικα».

Η νοσηλευτική ασχολείται με την υγεία αλλά και την ασθένεια σ' όλες τις φάσεις της ζωής του ανθρώπου.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη βοήθεια των υπερηλίκων είναι ο ίδιος με αυτόν των άλλων ηλικιών. Είναι όμως γεγονός πως χρειάζονται εσωτερικά δυνατά κίνητρα υπομονή, κατανόηση, αλλά κι ψυχικό σθένος, για να προσφέρει η νοσηλεύτρια στον υπερήλικα νοσηλευτική βοήθεια. Συνοπτικά ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα του υπερήλικα μπορεί να ορισθεί ως εξής:

- 1) Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών του ατόμου ή ομάδας ατόμων.
- 2) Ο προγραμματισμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής βοήθειας που έχει προγραμματισθεί και τέλος η αξιολόγηση της προσφερόμενης νοσηλευτικής βοήθειας.
- 3) Η συνεργασία με άλλα επαγγέλματα που ασχολούνται με τον υπερήλικα άρρωστο ή υγιή και την οικογένειά του για την υλοποίηση των αναφερόμενων στην παράγραφο 1, και 2, όταν φυσικά χρειάζεται.
- 4) Η προαγωγή της τέχνης και επιστήμης της Γεροντολογικής και Γηριατρικής Νοσηλευτικής με την έρευνα και την εφαρμογή των ευρημάτων της έρευνας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ

Το υλικό της έρευνας μας το απειτέλεσαν 133 ηλικιωμένα άτομα, τρόφιμοι ιδρυμάτων. Τα γεωγραφικά διαμερίσματα που επισκεφτήκαμε ήταν:

- α) Ο νομός Αχαΐας και συγκεκριμένα στον οίκο ευγηρείας και χρόνιων παθήσεων «Κωνσταντινούλειο» στην Πάτρα και στον οίκο ευγηρείας «Αγιος Χαράλαμπος» στο Αίγιο.
- β) Ο νομός Αττικής και το ίδρυμα «Ελεήμων Εταιρεία Αθηνών» στην Αθήνα.
- γ) Ο νομός Ηλείας στο γηροκομείο «Αγιος Χαράλαμπος» στον Πύργο.

Το δείγμα ήταν τυχαίο, ανεξαρτήτου φύλου, καταγωγής, κατάστασης υγείας και οικογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 40 ερωτήσεις, 5 από τις οποίες ήταν ανοικτού τύπου και 25 κλειστού τύπου. Από τις ερωτήσεις κλειστού τύπου οι 8 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι 17 εναλλακτικών απαντήσεων. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με την μέθοδο της συνέντευξης με σκοπό την άμεση επικοινωνία μας με τους ηλικιωμένους, δίνοντάς τους έτσι την ευκαιρία να μιλήσουν ελεύθερα και να εκφράσουν με το δικό τους τρόπο απόψεις, κρίσεις και προτάσεις και ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για κάθε ερωτηματολόγιο ήταν 20 λεπτά περίπου.

Η ερευνητική μας προσπάθεια (μαζί με την πιλοτική) διήρκησε 1,5 χρόνο περίπου.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στους πίνακες που ακολουθούν οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μέση τιμή (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων ήταν χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) για τις μη παραμετρικές μεταβλητές και το unpaired student's t-test για τις παραμετρικές μεταβλητές.

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (R), ο οποίος είναι συντελεστής συσχέτισης για μη παραμετρικές μεταβλητές. Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα [-1, +1]. Η τιμή +1, -1 αντιστοιχεί σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην μετατροπή των ερωτήσεων «ανοικτού τύπου» σε βαθμωτές ή ονομαστικές με την κατηγοριοποίηση - κωδικοποίηση των απαντήσεων των ερωτηθέντων (content analysis).

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0.05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

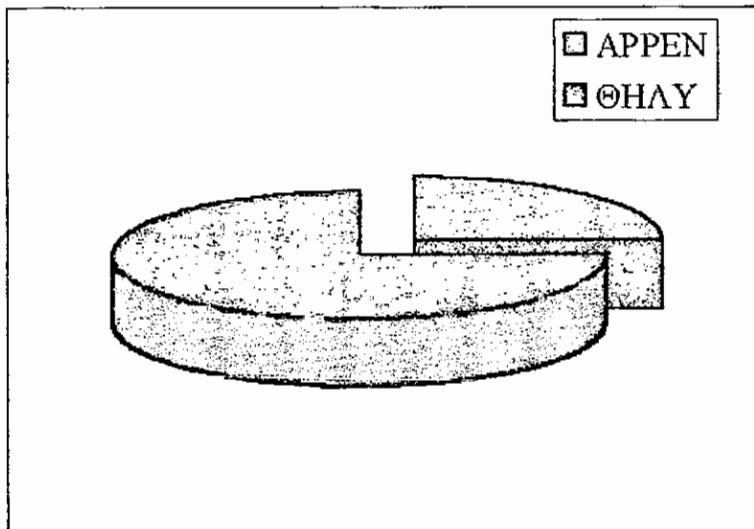
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 151 συμμετέχοντες ηλικιωμένους στην παρούσα μελέτη οι 33 (ποσοστό 24,81%) ήταν άντρες και οι υπόλοιποι 100 (ποσοστό 75,19%) θήλειες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1 : Φύλο

	f	rF%
ΑΡΡΕΝ	33	24,81
ΘΗΛΥ	100	75,19
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 1 : Φύλο

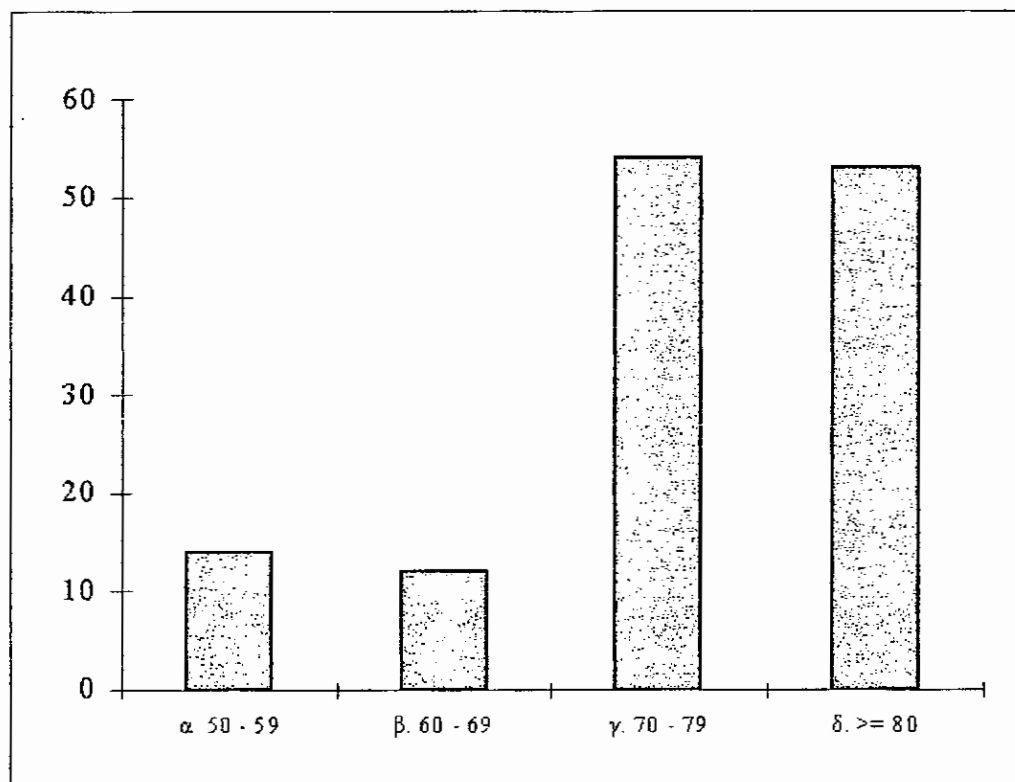


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (107 άτομα - 80,45%) ήταν άνω των 70 ετών ενώ οι ηλικίες των υπολοίπων κομάνθηκαν από 50 έως 69 έτη. Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 77,98 έτη με S.D. 8,12 έτη (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

Πίνακας 2 : Ηλικία

	F	rf%
α. 50 - 59	14	10,53
β. 60 - 69	12	9,02
γ. 70 - 79	54	40,60
δ. ≥ 80	53	39,85
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 2 : Ηλικία

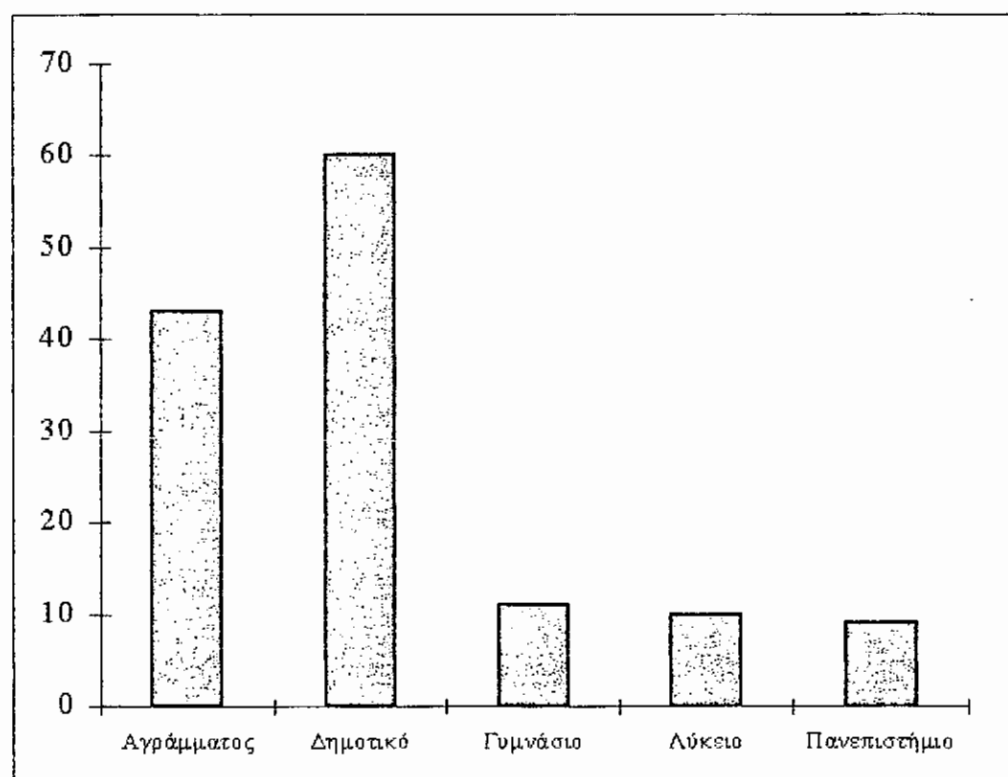


Λόγω της μεγάλης ηλικίας των ερωτηθέντων είναι φυσικό να υπάρχουν πολλοί που είτε είναι αγράμματοι είτε έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό (παλαιότερα δεν ήταν υποχρεωτική η εκπαίδευση) (103 άτομα - 77,44%). Αντίστοιχα πολλοί λίγοι είναι αυτοί που έχουν τελειώσει πανεπιστήμιο (9 άτομα - 6,77%) (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 3 : Γραμματικές γνώσεις

	f	f%
Αγράμματος	43	32,33
Δημοτικό	60	45,11
Γυμνάσιο	11	8,27
Λύκειο	10	7,52
Πανεπιστήμιο	9	6,77
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 3 : Γραμματικές γνώσεις



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα ήταν αγρότες (62 άτομα - ποσοστό 46,62%) ή δήλωσαν ως επάγγελμα τα οικιακά (γυναίκες) (37 άτομα - ποσοστό 27,82%) ενώ μικρότερα ποσοστά ήταν είτε δημόσιοι υπάλληλοι (και Ν.Π.Δ.Δ.) είτε ιδιωτικοί υπάλληλοι, έμποροι (Πίνακας 4).

Πίνακας 4 : Επάγγελμα

	f	f%
Δημόσιος υπάλληλος	12	9,02
Ιδιωτικός υπάλληλος	22	16,54
Αγρότης - Εργάτης	62	46,62
Οικιακά	37	27,82
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα βασίζονται οικονομικά στην σύνταξή τους (117 άτομα - ποσοστό 88,72%) με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να είναι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α. (74 άτομα - ποσοστό 55,64%) ενώ οι υπόλοιποι είναι τελείως άποροι όπως δήλωσαν 15 άτομα (ποσοστό 11,28%) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5 : Ασφάλεια

	f	f%
Δεν έχει	15	11,28
ΟΓΑ	74	55,64
ΙΚΑ	27	20,30
Δημόσιο - ΝΠΔΔ	17	12,78
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

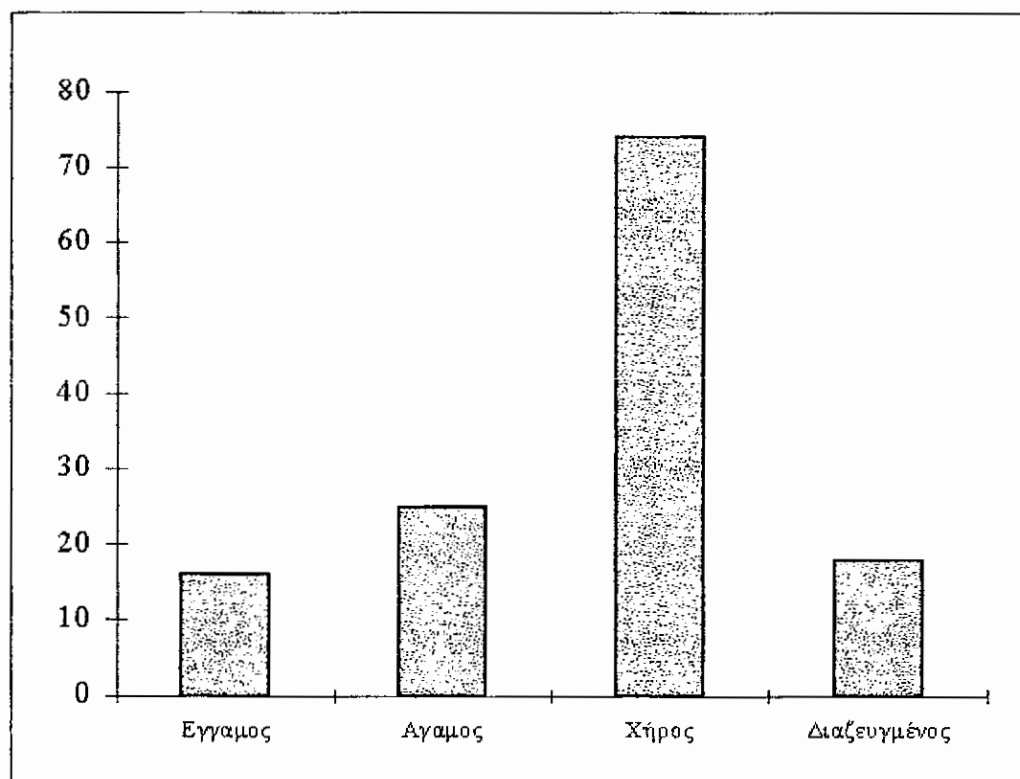
Όλοι οι ερωτηθέντες δήλωσαν χριστιανοί ορθόδοξοι.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν χήροι (74 άτομα - 55,64%) όπως ήταν και αναμενόμενο. Από τους υπόλοιπους οι 16 (ποσοστό 12,03%) ήταν έγγαμοι, οι 25 (ποσοστό 18,80%) ήταν άγαμοι και οι υπόλοιποι 18 (ποσοστό 13,53%) ήταν χωρισμένοι (Πίνακας 6, Σχήμα 4).

Πίνακας 6 : Οικογενειακή κατάσταση

	f	f%
Έγγαμος	16	12,03
Άγαμος	25	18,80
Χήρος	74	55,64
Διαζευγμένος	18	13,53
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 4 : Οικογενειακή κατάσταση

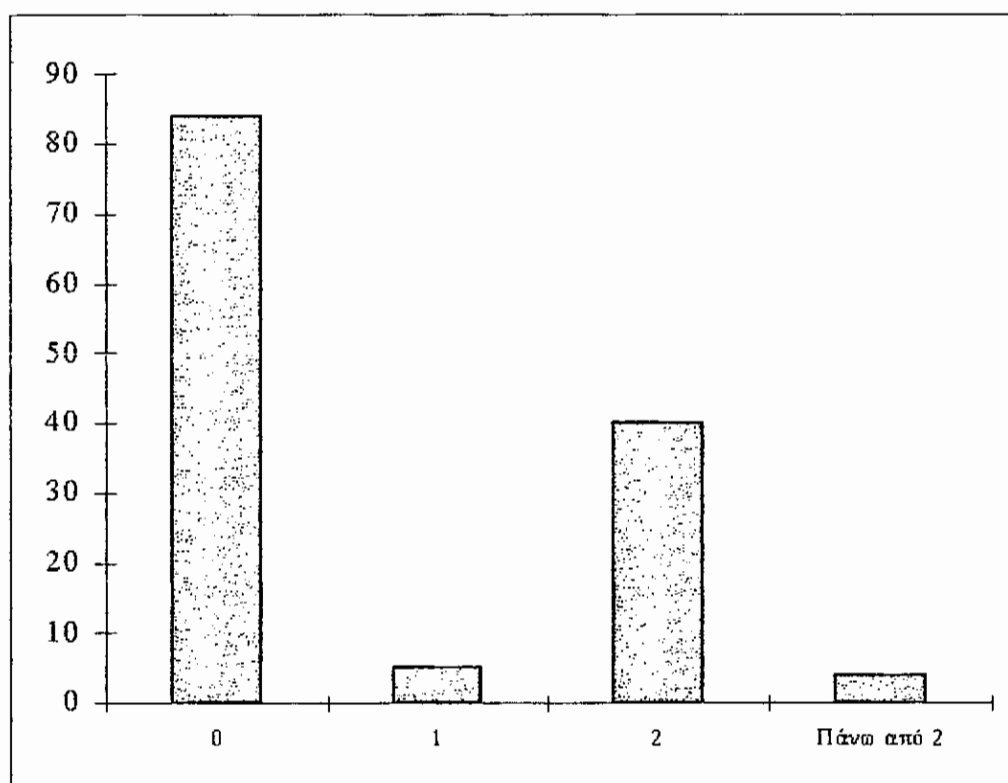


Μοιρασμένα ήταν τα ποσοστά για τους ερωτηθέντες για τους οποίους οι μισοί έχουν παιδιά ενώ οι άλλοι μισοί δεν έχουν (84 άτομα - ποσοστό 63,16%). Από αυτούς που έχουν παιδιά οι 5 (ποσοστό 3,76%) έχουν ένα μόνο παιδί, οι 40 (ποσοστό 30,08%) έχουν δύο παιδιά ενώ οι υπόλοιποι 4 (ποσοστό 3,01%) έχουν πάνω από δύο παιδιά (Πίνακας 7, Σχήμα 5).

Πίνακας 7 : Αριθμός παιδιών;

	f	f%
0	84	63,16
1	5	3,76
2	40	30,08
Πάνω από 2	4	3,01
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 5 : Αριθμός παιδιών;

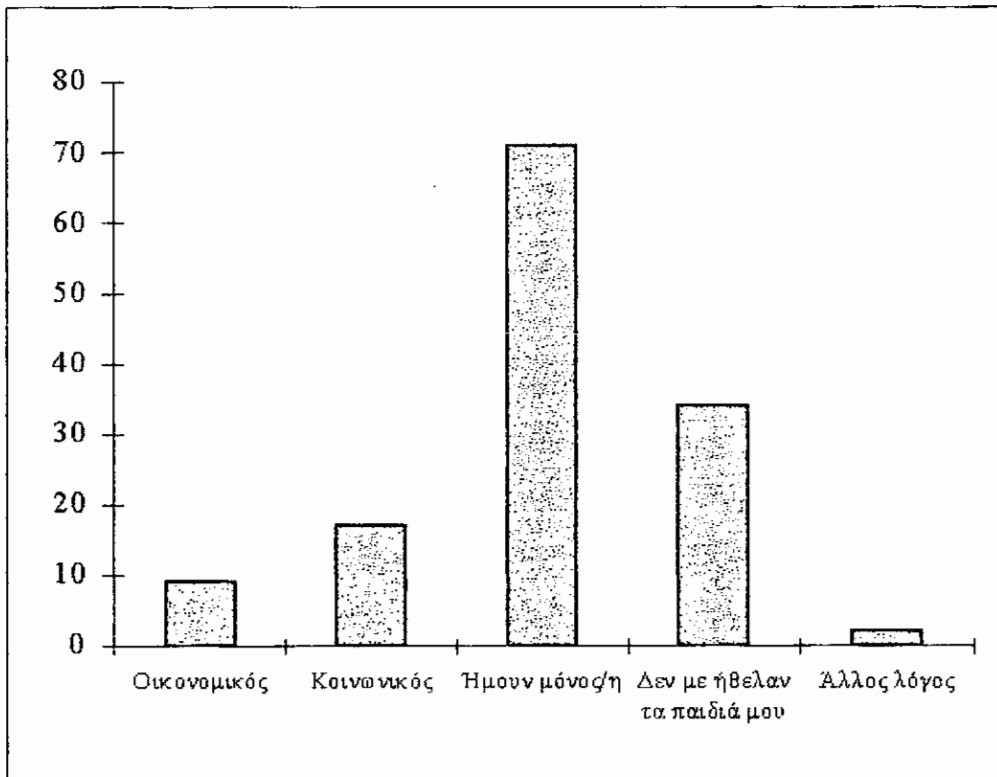


Ένας στους τέσσερις από τους ερωτηθέντες ηλικιωμένους απάντησε ότι ο λόγος που τους οδήγησε στο ίδρυμα ήταν ότι δεν τους ήθελαν τα παιδιά τους (34 άτομα - ποσοστό 25,56%) ενώ οι μισοί (71 άτομα - ποσοστό 53,38%) δήλωσαν ότι ο λόγος που τους οδήγησε στο ίδρυμα ήταν ότι ήταν μόνοι. Πολύ μικρότερα ποσοστά ερωτηθέντων απάντησαν ότι ο λόγος που τους οδήγησε στο ίδρυμα ήταν είτε κοινωνικός είτε οικονομικός (Πίνακας 8, Σχήμα 6).

Πίνακας 8 : Ποιος ο κυριότερος λόγος που σας έφερε εδώ;

	f	rP%
Οικονομικός	9	6,77
Κοινωνικός	17	12,78
Ήμουν μόνος/η	71	53,38
Δεν με ήθελαν τα παιδιά μου	34	25,56
Άλλος λόγος	2	1,50
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 6 : Ποιος ο κυριότερος λόγος που σας έφερε εδώ;

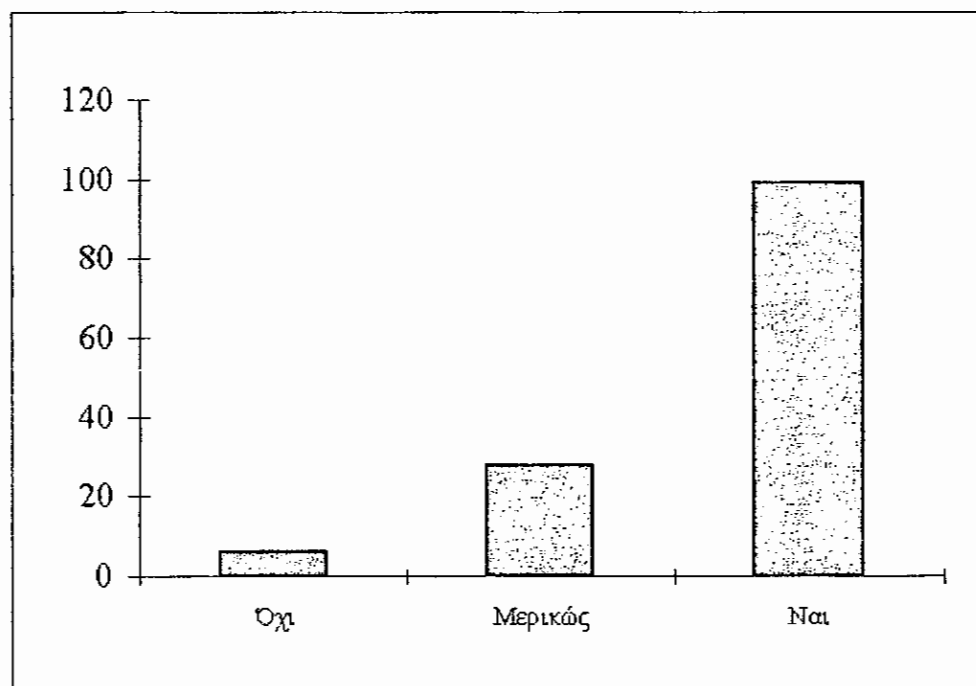


Τα αισθήματα παραμονής στο ίδρυμα για 6 άτομα (ποσοστό 4,51%) ήταν άσχημα και κακά, για 28 άτομα (ποσοστό 21,05%) ήταν μέτρια ενώ για τα υπόλοιπα 99 άτομα (ποσοστό 74,44%) τα αισθήματα παραμονής ήταν πολύ καλά (Πίνακας 9, Σχήμα 7).

Πίνακας 9 : Είστε ικανοποιημένος/η;

	f	rP%
Όχι	6	4,51
Μερικώς	28	21,05
Ναι	99	74,44
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 7 : Είστε ικανοποιημένος/η;

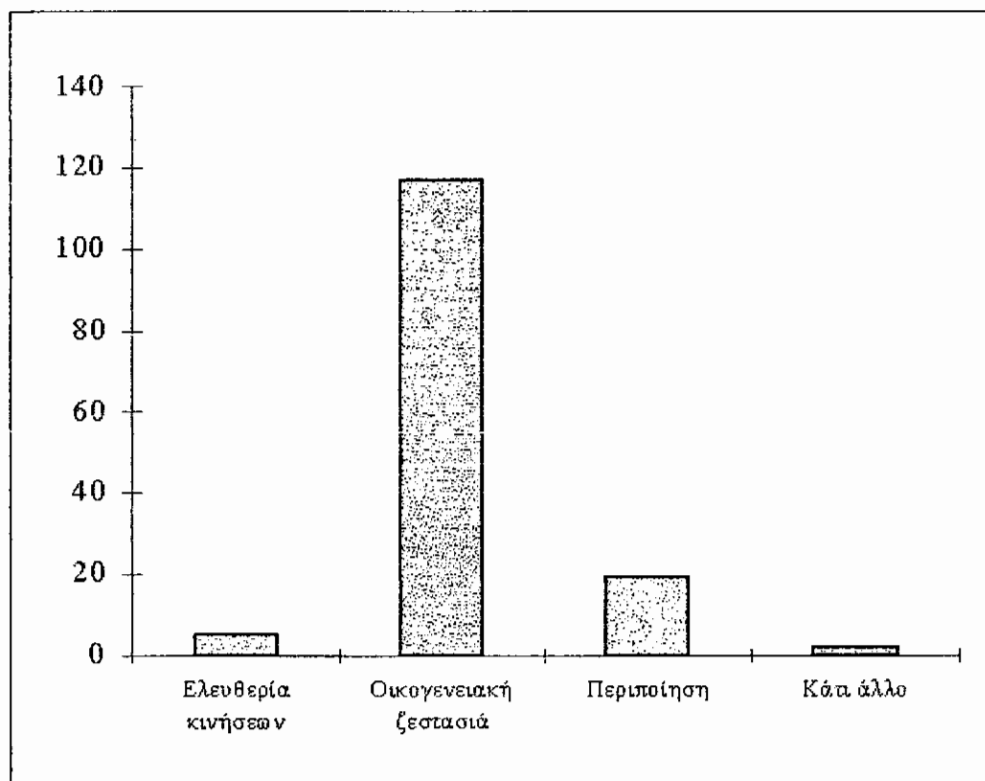


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων ηλικιωμένων απάντησε ότι αυτό το οποίο περιμένουν περισσότερο από το ίδρυμα είναι η οικογενειακή ζεστασιά (117 άτομα - ποσοστό 87,97%) και κάποια περιποίηση (19 άτομα - ποσοστό 14,29%) (Πίνακας 10, Σχήμα 8).

Πίνακας 10 : Τι περιμένετε περισσότερο από το ίδρυμα;

	f	rf%
Ελευθερία κινήσεων	5	3,76
Οικογενειακή ζεστασιά	117	87,97
Περιποίηση	19	14,29
Κάτι άλλο	2	1,50
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 8 : Τι περιμένετε περισσότερο από το ίδρυμα;

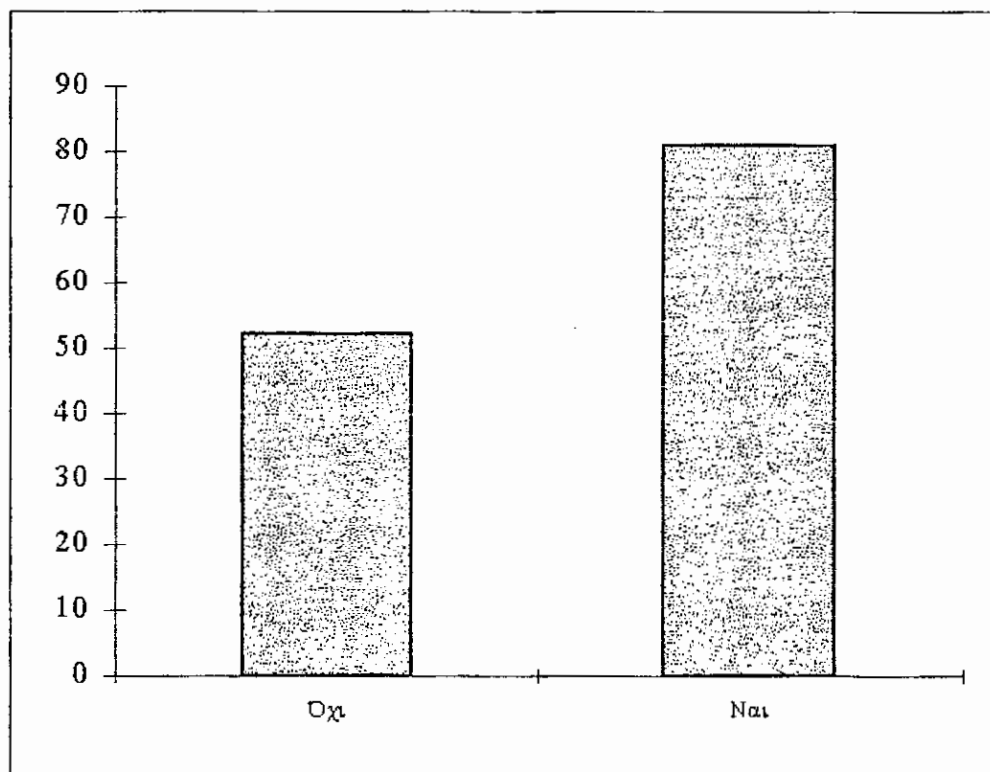


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ηλικιωμένων δήλωσε ότι θα προτιμούσαν να τους φροντίζουν στο σπίτι (81 άτομα - ποσοστό 60,90%) ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι δεν τους δημιουργεί πρόβλημα (52 άτομα - ποσοστό 39,10%) (Πίνακας 11, Σχήμα 9).

Πίνακας 11 : Θα προτιμούσατε να σας φροντίζουν σπίτι;

	f	f%
Όχι	52	39,10
Ναι	81	60,90
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 9 : Θα προτιμούσατε να σας φροντίζουν σπίτι;



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ηλικιωμένων δήλωσε ότι η γνώμη τους τόσο για την αρχιτεκτονική δομή του καρίου είναι είτε 'καλή' είτε 'πολύ καλή' (125 άτομα - ποσοστό 93,98%) (Πίνακας 12) όσο και για την καθαριότητα του καρίου είναι είτε 'καλή' είτε 'πολύ καλή' (133 άτομα - ποσοστό 100,00%) (Πίνακας 13).

Πίνακας 12 : Ποια η γνώμη σας για την αρχιτεκτονική δομή του καρίου;

	f	f%
Κακή	5	3,76
Μέτρια	3	2,26
Καλή	65	48,87
Πολύ καλή	60	45,11
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Πίνακας 13 : Ποια η γνώμη σας για την καθαριότητα του καρίου;

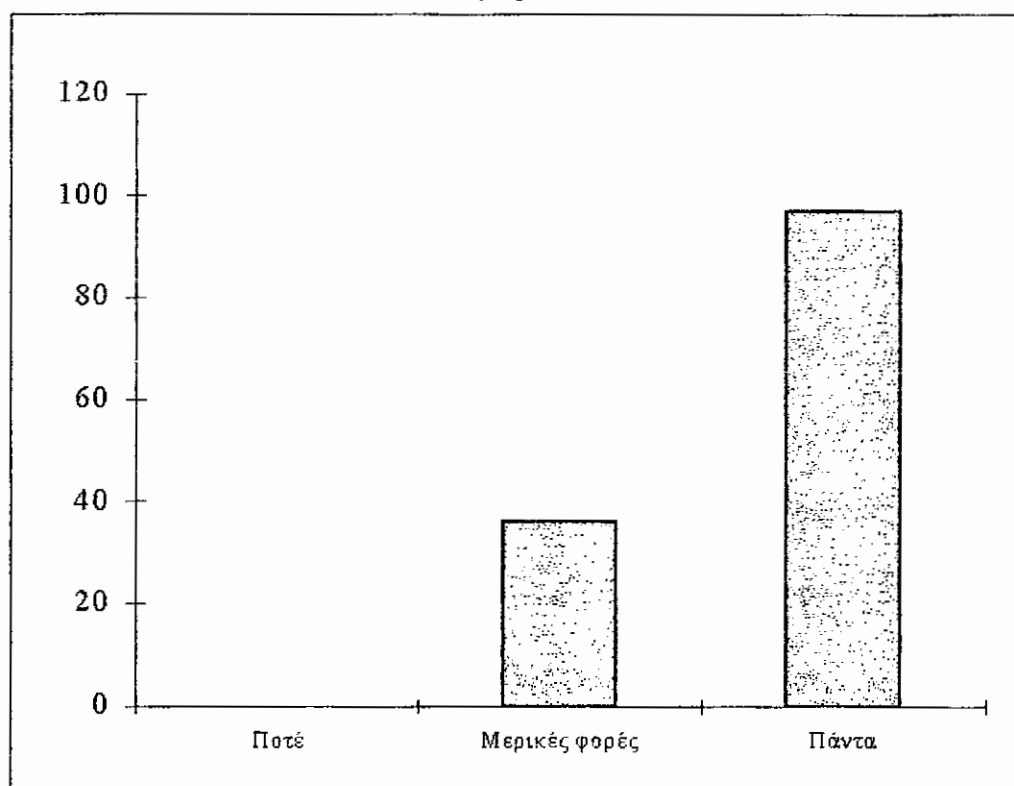
	f	f%
Κακή	0	0,00
Μέτρια	0	0,00
Καλή	55	41,35
Πολύ καλή	78	58,65
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Όλοι οι ερωτηθέντες ηλικιωμένοι ασχολούνται με την καθαριότητα του χώρου τους είτε 'μερικές φορές' όπως δήλωσαν 36 άτομα (ποσοστό 27,07%) είτε 'πάντα' όπως δήλωσαν τα υπόλοιπα 97 άτομα (ποσοστό 72,93%) (Πίνακας 14, Σχήμα 10).

Πίνακας 14 : Φροντίζετε ώστε ο χώρος που μένετε να είναι καθαρός

	f	r%
Ποτέ	0	0,00
Μερικές φορές	36	27,07
Πάντα	97	72,93
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 10 : Φροντίζετε ώστε ο χώρος που μένετε να είναι καθαρός

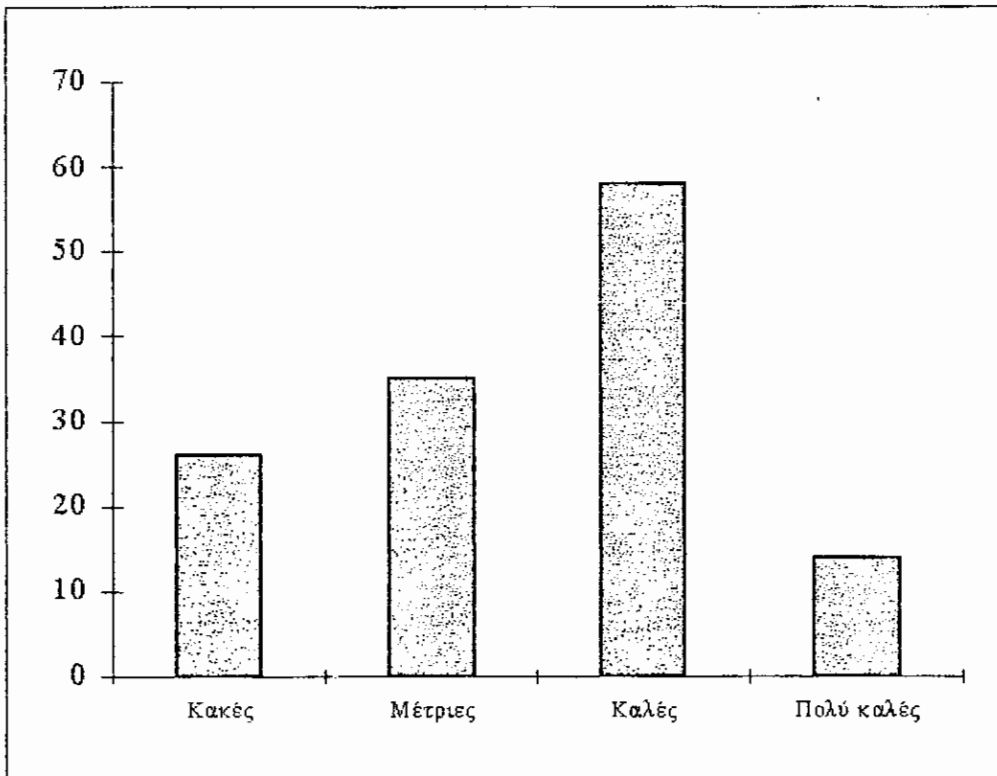


Οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι στην παρούσα μελέτη δήλωσαν ότι δεν διατηρούν κατά το πλείστον ούτε 'κακές' σχέσεις με τους άλλους ηλικιωμένους (26 άτομα - ποσοστό 19,55%) αλλά ούτε και 'πολύ καλές' (14 άτομα - ποσοστό 10,53%). Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν 'καλές' (58 άτομα - ποσοστό 43,61%) και 'μέτριες' (35 άτομα - ποσοστό 26,32%) σχέσεις με τους υπολοίπους (Πίνακας 15, Σχήμα 11).

Πίνακας 15 : Ποια είναι η σχέση σας με τους άλλους οικότροφους;

	f	r ⁰ %
Κακές	26	19,55
Μέτριες	35	26,32
Καλές	58	43,61
Πολύ καλές	14	10,53
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 11 : Ποια είναι η σχέση σας με τους άλλους οικότροφους;

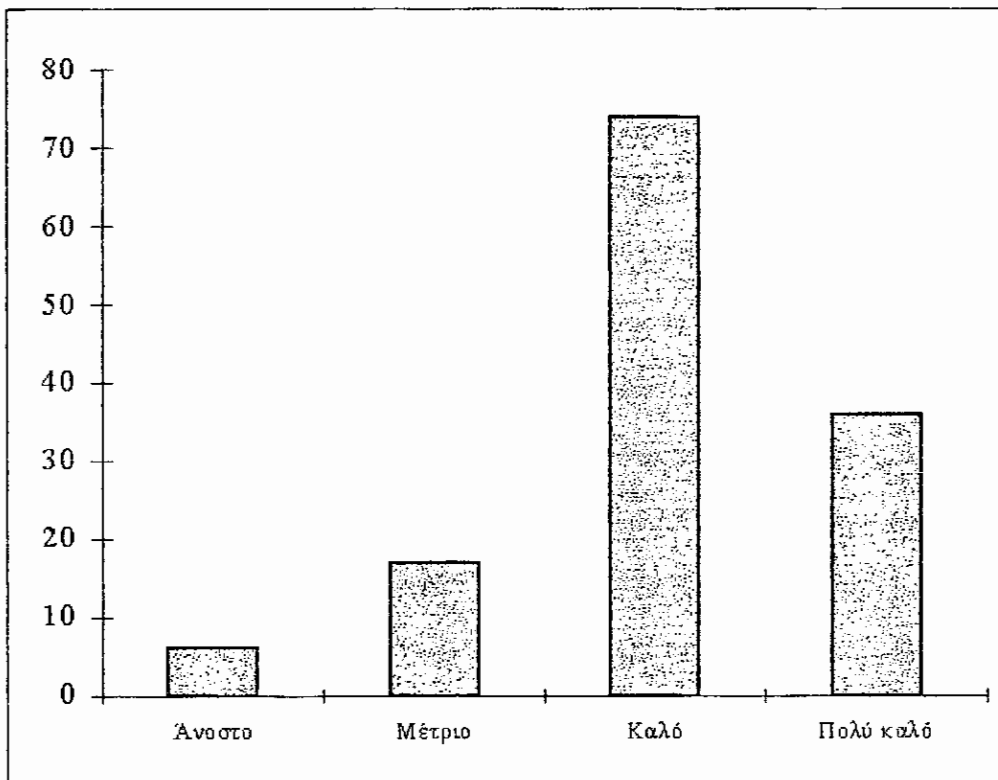


Τέσσερις στους πέντε από τους ερωτηθέντες ηλικιωμένους απάντησε ότι το προσφερόμενο φαγητό στο ίδρυμα είναι είτε καλό (74 άτομα - ποσοστό 55,64%) είτε πολύ καλό (36 άτομα - ποσοστό 27,07%) ενώ μόνο 6 (ποσοστό 4,51%) δήλωσαν ότι το προσφερόμενο φαγητό είναι άνοστο (Πίνακας 16, Σχήμα 12).

Πίνακας 16 : Βρίσκετε το φαγητό νόστιμο;

	f	rf%
Άνοστο	6	4,51
Μέτριο	17	12,78
Καλό	74	55,64
Πολύ καλό	36	27,07
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 12 : Βρίσκετε το φαγητό νόστιμο;

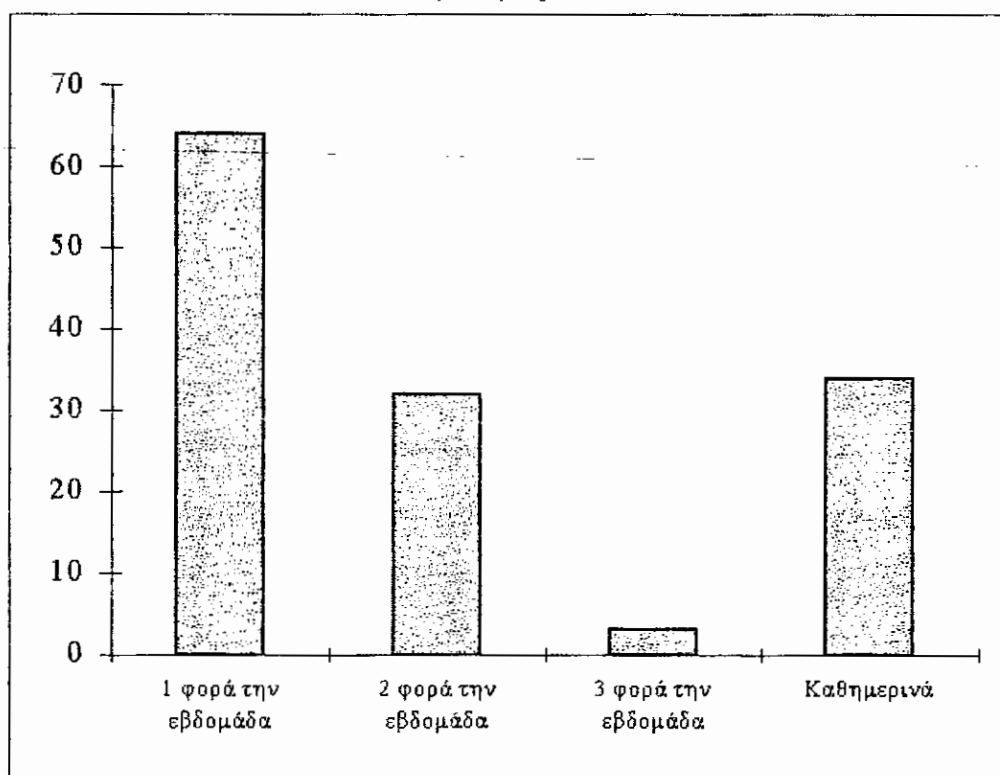


Οι μισοί (64 άτομα - ποσοστό 48,12%) από τους ερωτηθέντες ηλικιωμένους απάντησε ότι κάνουν λουτρό καθαριότητας μία φορά την εβδομάδα ενώ οι υπόλοιποι πιο συχνά έως και καθημερινά (34 άτομα - ποσοστό 25,56%) (Πίνακας 17, Σχήμα 13).

Πίνακας 17 : Πόσες φορές την εβδομάδα κάνετε λουτρό καθαριότητας

	f	f%
1 φορά την εβδομάδα	64	48,12
2 φορές την εβδομάδα	32	24,06
3 φορές την εβδομάδα	3	2,26
Καθημερινά	34	25,56
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 13 : Πόσες φορές την εβδομάδα κάνετε λουτρό καθαριότητας

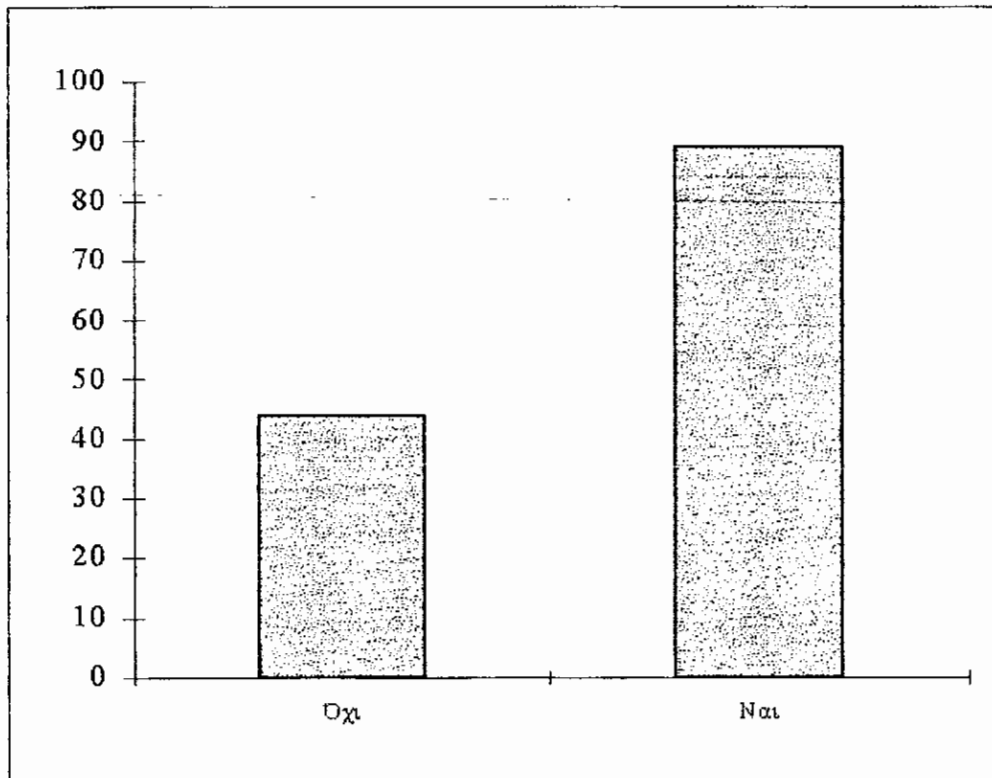


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ηλικιωμένων δήλωσε ότι τους παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη (89 άτομα - ποσοστό 66,92%) ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι αυτό δεν συμβαίνει (44 άτομα - ποσοστό 33,08%) (Πίνακας 18, Σχήμα 14).

Πίνακας 18 : Σας παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη;

	f	rf%
Όχι	44	33,08
Ναι	89	66,92
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 14 : Σας παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη;

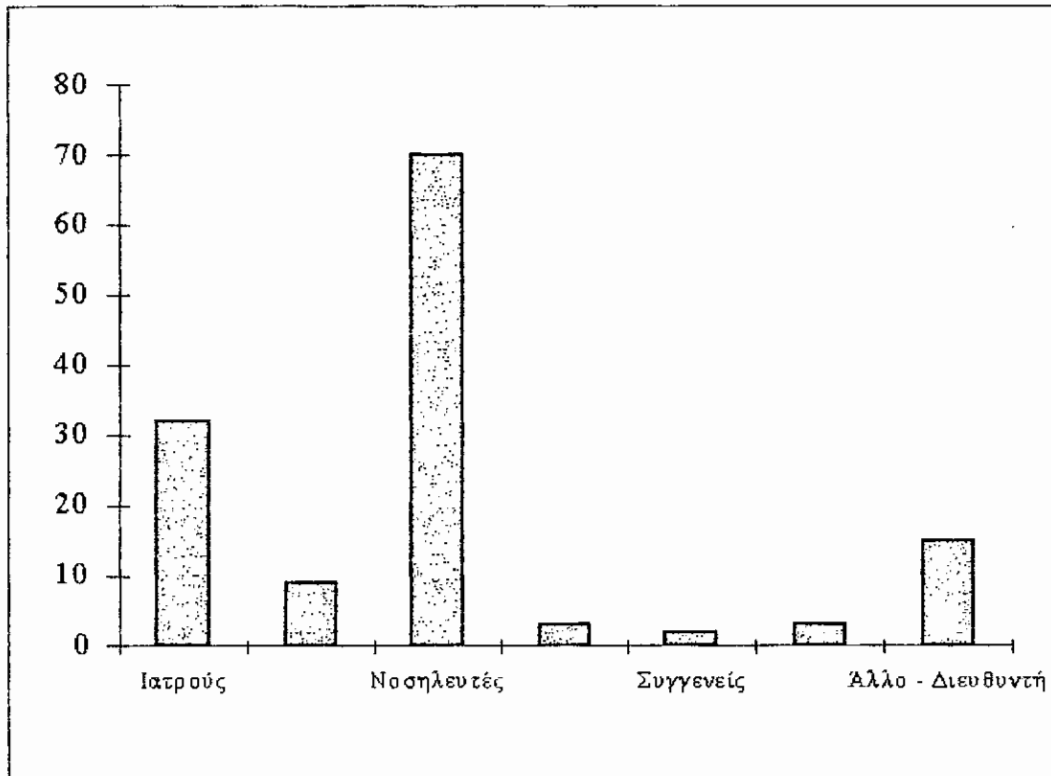


Από το σύνολο των ερωτηθέντων ηλικιωμένων που δήλωσαν ότι τους παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη, το μεγαλύτερο ποσοστό (70 άτομα - ποσοστό 78,65%) υποστήριξε ότι αυτή δίνεται από τους νοσηλευτές κύρια ενώ άλλοι 32 (ποσοστό 35,96%) ότι αυτή δίνεται κύρια από τους γιατρούς (Πίνακας 19, Σχήμα 15).

Πίνακας 19 : Αν ναι, από ποιους

	f	f%
Γιατρούς	32	35,96
Κοιν.Λειτουργούς	9	10,11
Νοσηλευτές	70	78,65
Φυσιοθεραπευτές	3	3,37
Συγγενείς	2	2,25
Ανθρώπους της εκκλησίας	3	3,37
Άλλο - Διευθυντή	15	16,85
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,00

Σχήμα 15 : Αν ναι, από ποιους

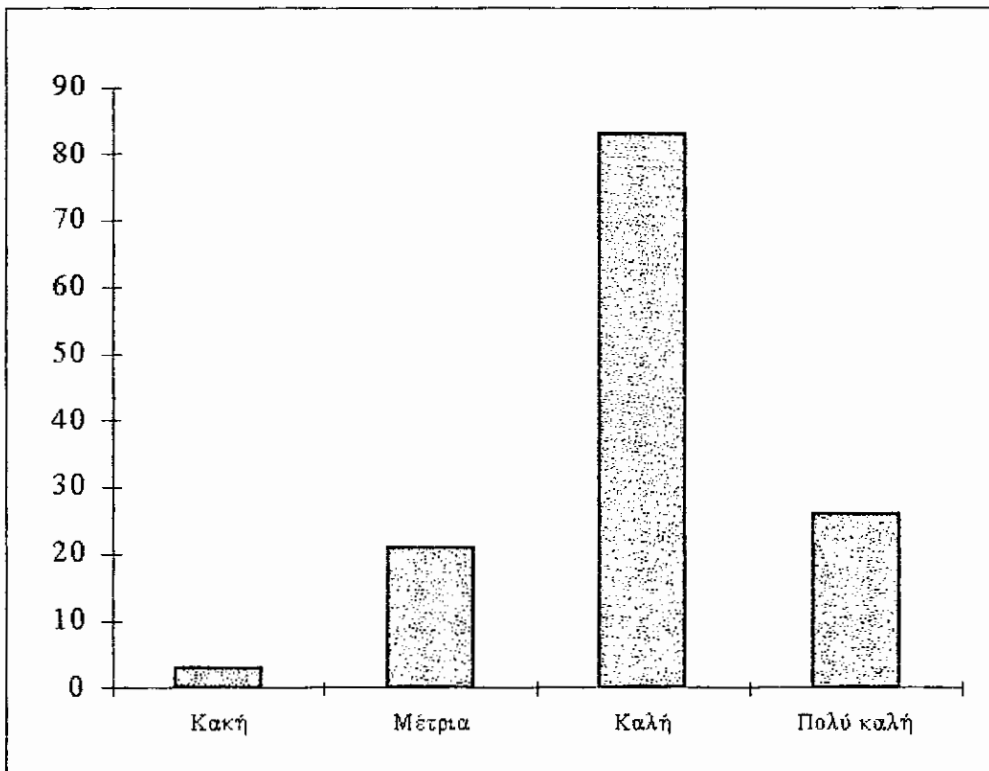


Από τους συμμετέχοντες ηλικιωμένους στην παρούσα μελέτη δήλωσαν ότι η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού των ιδρυμάτων απέναντί τους είναι κακή μόνο 3 άτομα (ποσοστό 2,26%) ενώ άλλα 21 άτομα (ποσοστό 19,21%) χαρακτήρισαν αυτή την συμπεριφορά μέτρια. Οι περισσότεροι από αυτούς που ρωτήθηκαν θεωρούν την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού είτε καλή (83 άτομα - ποσοστό 62,41%) είτε πολύ καλή (26 άτομα - ποσοστό 19,55%) (Πίνακας 20, Σχήμα 16).

Πίνακας 20 : Ποια είναι η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας;

	f	Rf%
Κακή	3	2,26
Μέτρια	21	15,79
Καλή	83	62,41
Πολύ καλή	26	19,55
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 16 : Ποια είναι η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας;

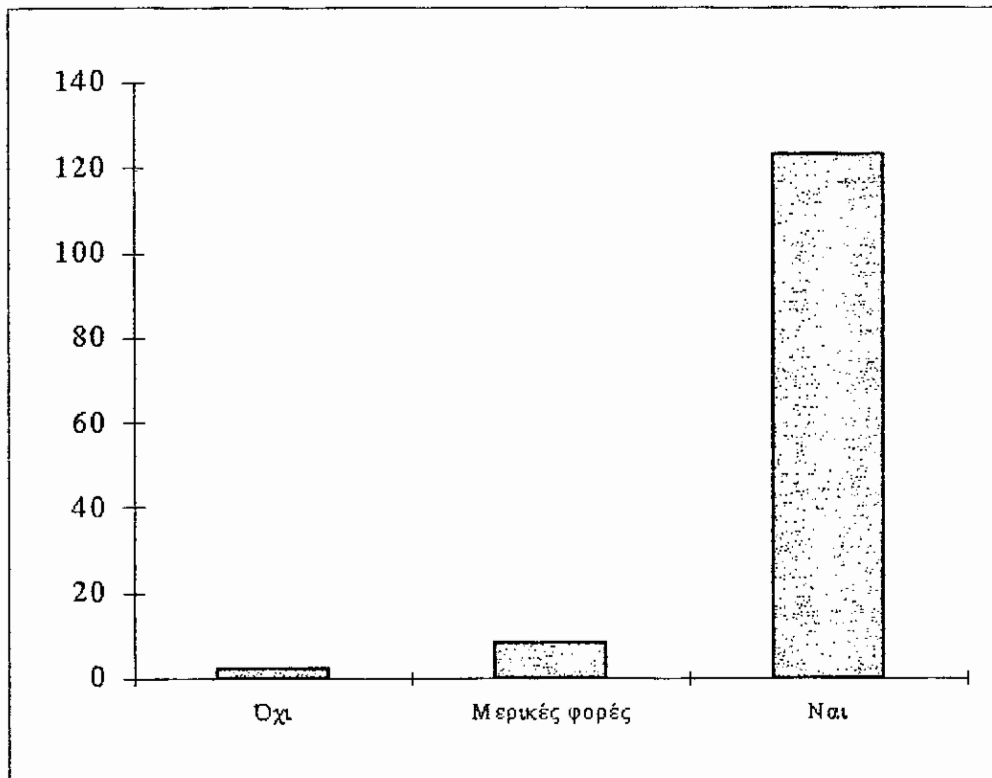


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ηλικιωμένων δήλωσε ότι συνεργάζονται με τους νοσηλευτές του ιδρύματος (123 άτομα - ποσοστό 92,48%) ενώ μόνο 2 δήλωσαν ότι δεν το κάνουν (ποσοστό 1,50%) (Πίνακας 21, Σχήμα 17).

Πίνακας 21 : Συνεργάζεστε μαζί τους;

	f	f ⁰ %
Όχι	2	1,50
Μερικές φορές	8	6,02
Ναι	123	92,48
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 17 : Συνεργάζεστε μαζί τους;



Η συνεργασία των ερωτηθέντων ηλικιωμένων δεν είναι εξίσου καλή (όπως με τους νοσηλευτές του ιδρύματος) αφού δήλωσαν ότι συνεργάζονται με τους φυσιοθεραπευτές του ιδρύματος μόνο οι μισοί (68 άτομα - ποσοστό 51,13%) (Πίνακας 22) ούτε με τους κοινωνικούς λειτουργούς του ιδρύματος με τους οποίους συνεργάζονται 91 άτομα (ποσοστό 68,42%) (Πίνακας 23).

Πίνακας 22 : Συνεργάζεστε με τους φυσιοθεραπευτές;

	f	f%
Όχι	52	39,10
Μερικές φορές	13	9,77
Ναι	68	51,13
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Πίνακας 23 : Συνεργάζεστε με την κοινωνική λειτουργό του Ιδρύματος;

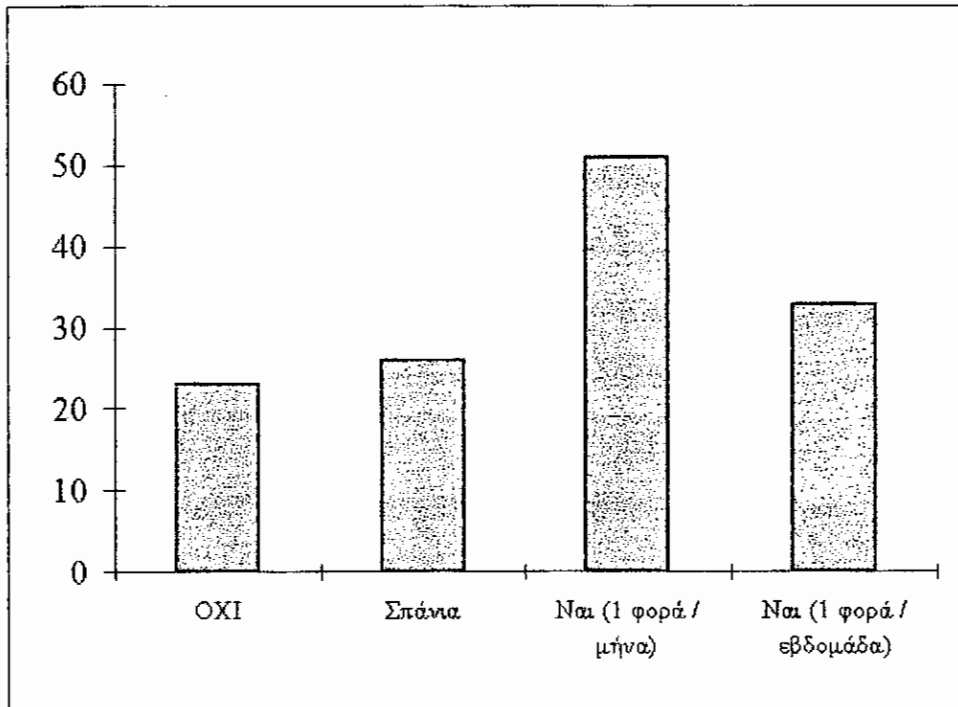
	f	f%
Όχι	28	21,05
Μερικές φορές	14	10,53
Ναι	91	68,42
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των απαντήσεων για την δυνατότητα που έχουν οι ερωτώμενοι να επικοινωνούν με τους συγγενείς τους (Πίνακας 24, Σχήμα 18) με περισσότερο πιθανό την μια φορά το μήνα επικοινωνία (51 άτομα – ποσοστό 38,35%).

Πίνακας 24 : Επικοινωνείτε με τα συγγενικά σας πρόσωπα;

	f	Γ%
ΟΧΙ	23	17,29
Σπάνια	26	19,55
Ναι (1 φορά / μήνα)	51	38,35
Ναι (1 φορά / εβδομάδα)	33	24,81
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 18 : Επικοινωνείτε με τα συγγενικά σας πρόσωπα;

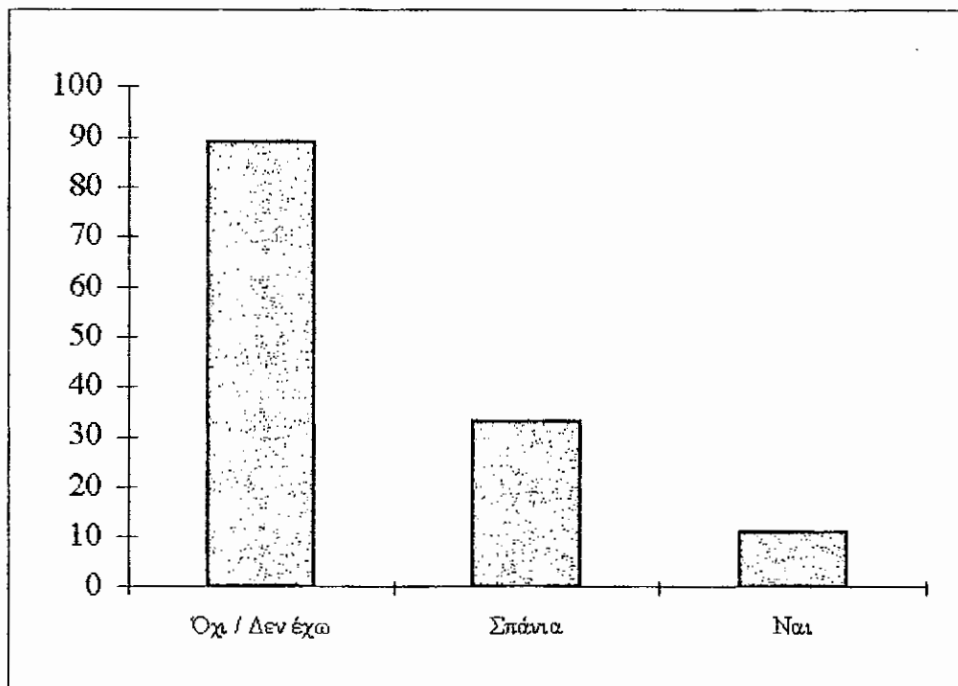


Περισσότερο τραγικά είναι τα ποσοστά των απαντήσεων για την δυνατότητα που έχουν οι ερωτώμενοι να επισκέπτονται τα παιδιά τους (όσοι από αυτούς έχουν). Έτσι μόνο 11 άτομα (ποσοστό 8,27%) δήλωσαν ότι επισκέπτονται τακτικά τα παιδιά τους (Πίνακας 25, Σχήμα 19).

Πίνακας 25 : Επισκέπτεστε τα παιδιά σας;

	f	f%
Όχι / Δεν έχω	89	66,92
Σπάνια	33	24,81
Ναι	11	8,27
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 19 : Επισκέπτεστε τα παιδιά σας;

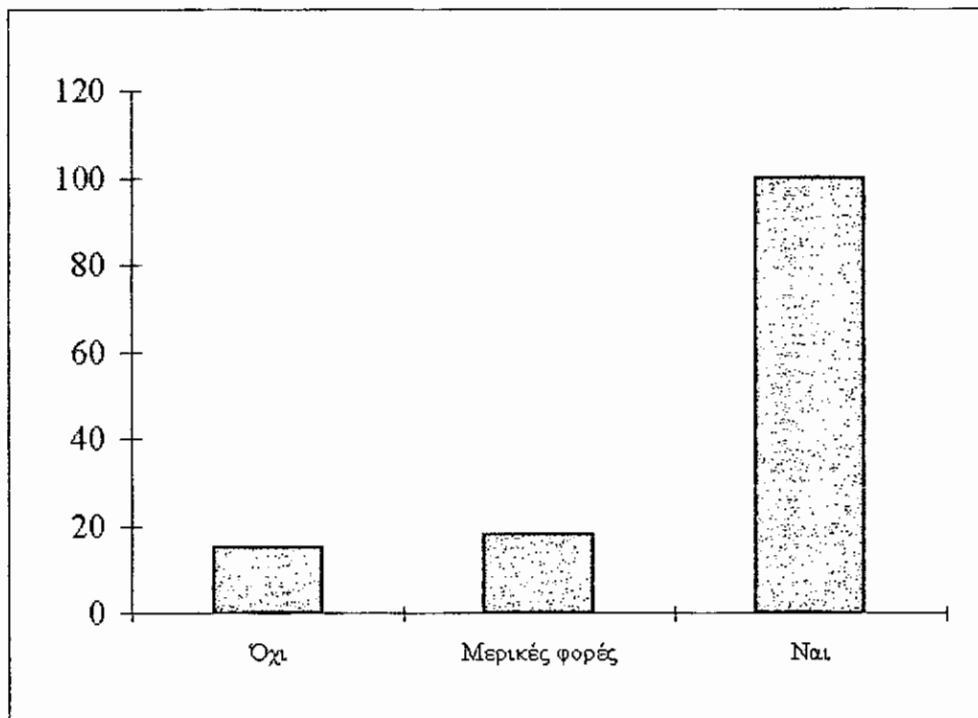


Έτσι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (118 άτομα – ποσοστό 88,72%) αισθάνονται μοναξιά είτε μόνιμα είτε μερικές φορές (Πίνακας 26, Σχήμα 20).

Πίνακας 26 : Αισθάνεστε μοναξιά;

	f	f%
Όχι	15	11,28
Μερικές φορές	18	13,53
Ναι	100	75,19
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 20 : Αισθάνεστε μοναξιά;



Από το σύνολο των ερωτηθέντων ηλικιωμένων το μεγαλύτερο ποσοστό (105 άτομα - ποσοστό 78,95%) δήλωσε ότι χρειάζεται περισσότερο τους νοσηλευτές να τους φρονάζουν έναντι όλων των άλλων εμπλεκόμενων επαγγελματιών της υγείας στα ιδρύματα και ακολούθως τους γιατρούς (52 άτομα - ποσοστό 39,10%) (Πίνακας 27).

Πίνακας 27 : Ποιους θεωρείτε ότι χρειάζεστε περισσότερο να σας φρονάζουν;

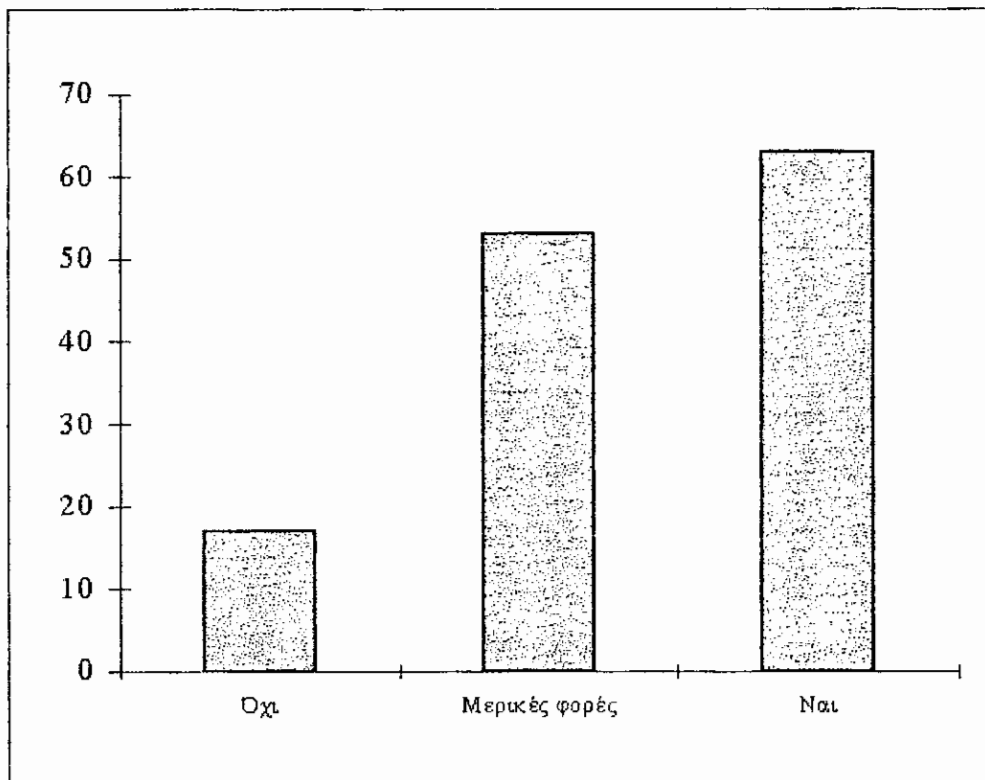
	f	f%
Γιατρούς	52	39,10
Κοιν.Λειτουργούς	16	12,03
Νοσηλευτές	105	78,95
Φυσιοθεραπευτές	5	3,76
Άλλο	2	1,50
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Από το σύνολο των ερωτηθέντων ηλικιωμένων το μεγαλύτερο ποσοστό (116 άτομα - ποσοστό 87,22%) δήλωσε ότι είτε διοργανώνουν είτε συμμετέχουν σε εκδηλώσεις και εκδρομές (Πίνακας 28, Σχήμα 21).

Πίνακας 28 : Διοργανώνετε / συμμετέχετε σε εκδηλώσεις και εκδρομές;

	f	f ⁰ %
Όχι	17	12,78
Μερικές φορές	53	39,85
Ναι	63	47,37
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 21 : Διοργανώνετε / συμμετέχετε σε εκδηλώσεις και εκδρομές;

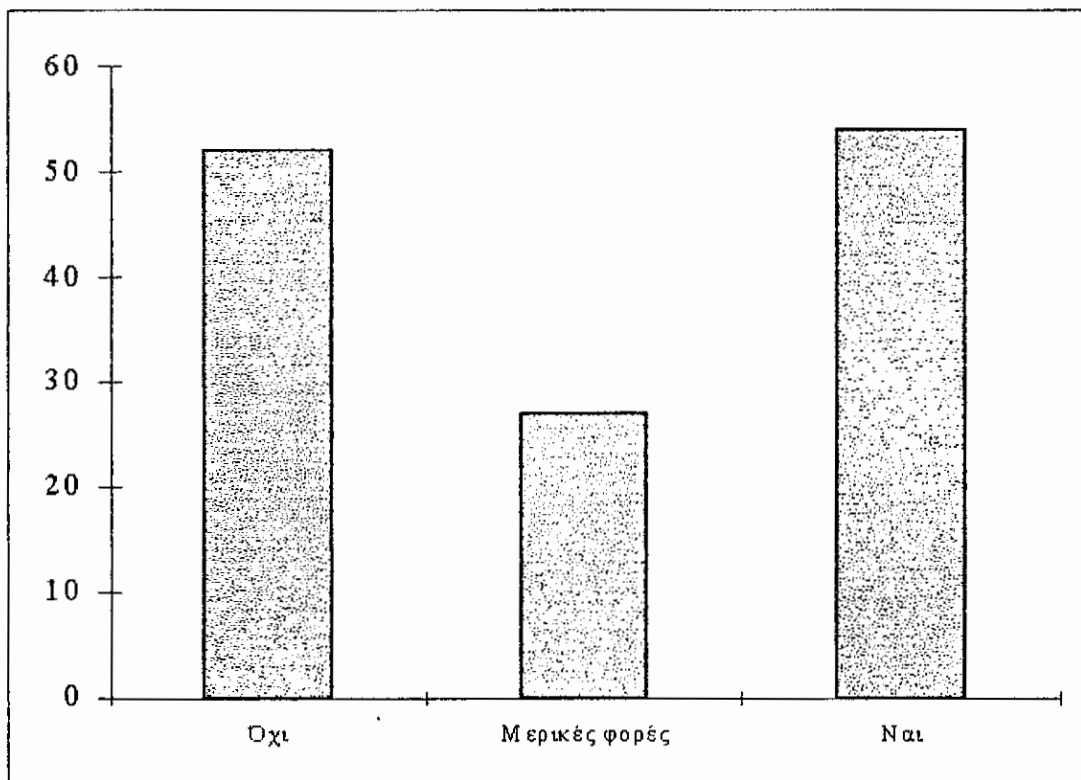


Ένας στους τρεις από τους ερωτηθέντες ηλικιωμένους απάντησε ότι δεν βγαίνει καθόλου στην πόλη για ατομικές του υποθέσεις / ανάγκες (52 άτομα - ποσοστό 39,10%) γεγονός που δεν συμβαίνει για όλους τους υπόλοιπους (Πίνακας 29, Σχήμα 22).

Πίνακας 29 : Βγαίνετε στην πόλη για ατομικές σας υποθέσεις;

	f	rf%
Όχι	52	39,10
Μερικές φορές	27	20,30
Ναι	54	40,60
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 22 : Βγαίνετε στην πόλη για ατομικές σας υποθέσεις;

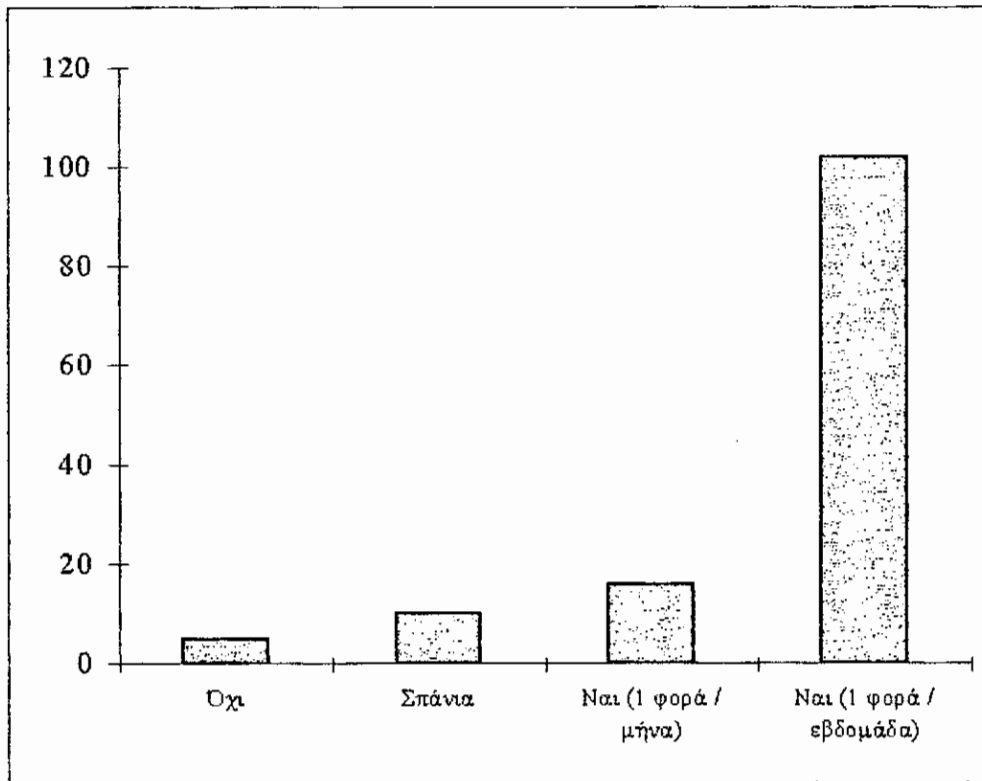


Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ηλικιωμένων φαίνεται ότι η ιατρική παρακολούθηση τους στα ιδρύματα που διαμένουν είναι αρκετά ικανοποιητική. Έτσι μόνο 7 (ποσοστό 3,76%) δήλωσαν ότι δεν τους επισκέπτεται γιατρός και μόνο άλλοι 10 (ποσοστό 7,52%) ότι αυτό γίνεται σπάνια. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι η ιατρική παρακολούθηση είναι αρκετά συχνή (118 άτομα - ποσοστό 88,72%) (Πίνακας 30, Σχήμα 23).

Πίνακας 30 : Σας επισκέπτεται ιατρός;

	f	f%
Όχι	5	3,76
Σπάνια	10	7,52
Ναι (1 φορά / μήνα)	16	12,03
Ναι (1 φορά / εβδομάδα)	102	76,69
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 23 : Σας επισκέπτεται ιατρός;

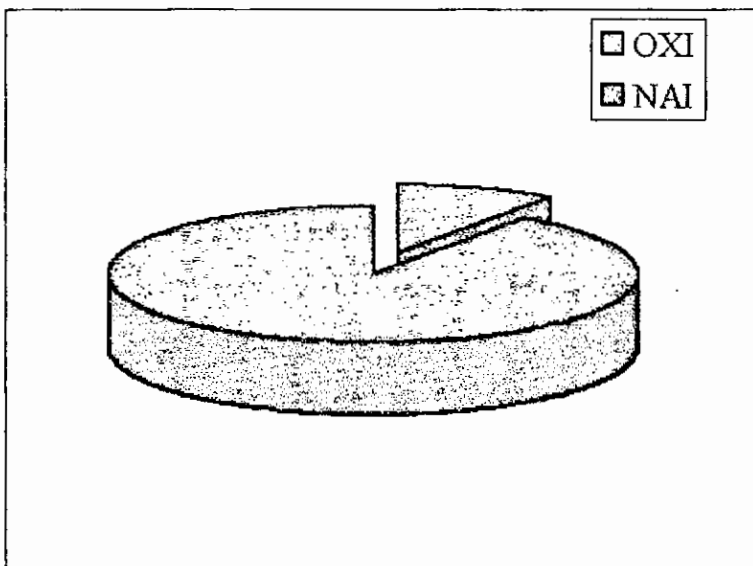


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ηλικιωμένων δήλωσε ότι πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα το οποίο τους ταλαιπωρεί (120 άτομα - ποσοστό 90,23%) ενώ μόνο 13 δήλωσαν ότι αυτό δεν συμβαίνει (ποσοστό 9,77%) (Πίνακας 31, Σχήμα 24).

Πίνακας 31 : Έχετε κάποιο χρόνια νόσημα;

	F	f%
OXI	13	9,77
NAI	120	90,23
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Σχήμα 24 : Έχετε κάποιο χρόνια νόσημα;



Έτσι, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ηλικιωμένων δήλωσε ότι τους χορηγείται φαρμακευτική αγωγή (122 άτομα - ποσοστό 91,73%) ενώ μόνο 11 δήλωσαν ότι το γεγονός αυτό δεν συμβαίνει (ποσοστό 8,27%) (Πίνακας 31, φάρμακα όμως τα οποία μόνο ένα μικρό ποσοστό (31 άτομα - ποσοστό 23,31%) τα παίρνουν μόνοι τους (Πίνακας 33).

Πίνακας 32 : Παίρνετε φάρμακα;

	f	f%
Όχι	11	8,27
Ναι	122	91,73
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Πίνακας 33 : Τα φάρμακα τα παίρνετε μόνοι σας;

	f	f%
Όχι	102	76,69
Ναι	31	23,31
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ηλικιωμένων δήλωσε ότι περνά τον ελεύθερο χρόνο του με συζητήσεις (85 άτομα - ποσοστό 56,29%) και είτε βλέποντας

τηλεόραση είτε ακούγοντας ραδιόφωνο (72 άτομα - ποσοστό 54,14%). Ακολουθούν το διάβασμα (35 άτομα - ποσοστό 26,32%), η μουσική (17 άτομα - ποσοστό 12,78%) και η απασχόληση στον κήπο του ιδρύματος (17 άτομα - ποσοστό 12,78%) (Πίνακας 34).

Πίνακας 34 : Πως περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας;

	f	f%
Διάβασμα	35	26,32
Διάφορα εργόχειρα	12	9,02
Τηλεόραση / ραδιόφωνο	72	54,14
Μουσική	17	12,78
Επιτραπέζια παιχνίδια	2	1,50
Συζήτηση	104	78,20
Κηπουρική	12	9,02
ΣΥΝΟΛΟ	133	100,00

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Το υλικό της έρευνας μας το απετέλεσαν 133 ηλικιωμένα άτομα, τρώφιμοι ιδρυμάτων μέσου όρου ηλικίας 77,98 έτη. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Spearman Rank Order Correlations	R	p-level
ΦΥΛΟ		
Βγαίνετε στην πόλη για ατομικές σας υποθέσεις / ανάγκες;	-0,303	p<0,001
Σας επισκέπτεται ιατρός;	-0,169	p<0,05
Γραμματικές γνώσεις	-0,281	p<0,001
Είστε ικανοποιημένος/η;	-0,259	p<0,01
Επισκέπτεστε τα παιδιά σας;	-0,228	p<0,01
Επικοινωνείτε με τα συγγενικά σας πρόσωπα;	-0,317	p<0,001
Ποια είναι η σχέση σας με τους άλλους οικότροφους;	0,200	p<0,05
ΗΛΙΚΙΑ		
Αισθάνεστε μοναξιά;	-0,173	p<0,05
Είστε ικανοποιημένος/η;	0,266	p<0,01
Σας επισκέπτεται ιατρός;	-0,168	p<0,05
Διοργανώνετε / συμμετέχετε σε εκδηλώσεις και εκδρομές;	-0,324	p<0,001
Ποια είναι η σχέση σας με τους άλλους οικότροφους;	-0,261	p<0,01
ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ		
Ποια είναι η σχέση σας με τους άλλους οικότροφους;	-0,331	p<0,0001
Ποια η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας;	0,182	p<0,05
ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η;		
Αισθάνεστε μοναξιά;	-0,331	p<0,0001
Ποια είναι η σχέση σας με τους άλλους οικότροφους;	0,197	p<0,05
Επικοινωνείτε με τα συγγενικά σας πρόσωπα;	0,249	p<0,01
Ποια η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας;	0,195	p<0,05
Συνεργάζεστε με το Νοσηλευτικό προσωπικό;	0,323	p<0,0001

ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ;

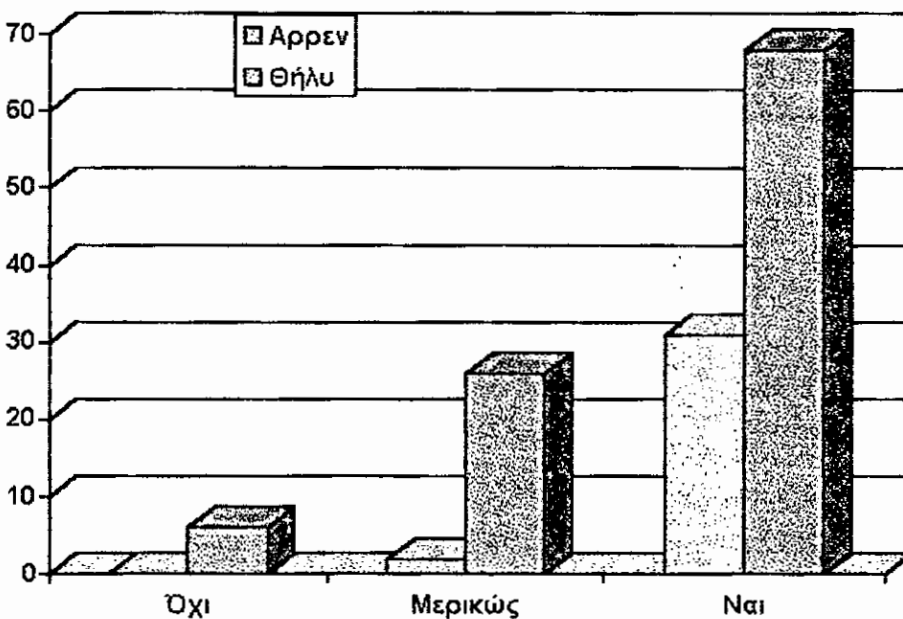
Φύλο	-0,404	p<0,0001
Αισθάνεστε μοναξιά;	-0,335	p<0,0001

Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την συσχέτιση του φύλου με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Οι άνδρες φαίνεται να βγαίνουν στην πόλη για ατομικές υποθέσεις / ανάγκες σε στατιστικά σημαντικότερο βαθμό έναντι των γυναικών (p<0,001) ενώ παράλληλα τους επισκέπτεται περισσότερο συχνά ο γιατρός (p<0,05).
- Οι άνδρες επίσης έχουν σε στατιστικά σημαντικότερο βαθμό έναντι των γυναικών υψηλότερη μόρφωση (p<0,001) ενώ παράλληλα αισθάνονται και περισσότερο ικανοποιημένοι από την διαμονή / παραμονή τους στο ίδρυμα (p<0,01).

ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η;

ΦΥΛΟ	Όχι	Μερικώς	Ναι	ΣΥΝΟΛΑ
Άρρεν	0	2	31	33
Θήλυ	6	26	68	100
	6	28	99	133

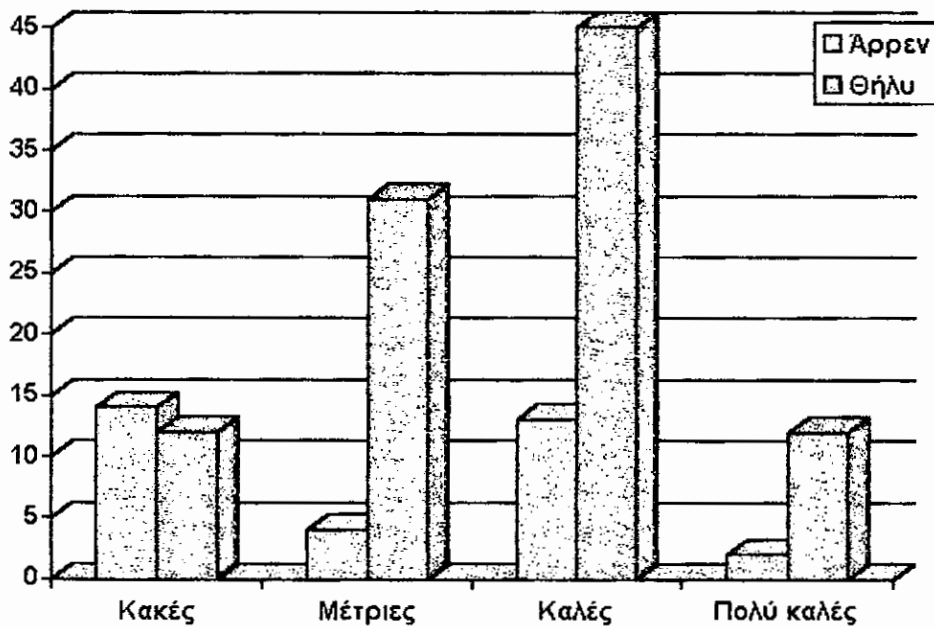


- Ομοίως, οι άνδρες σε στατιστικά σημαντικότερο βαθμό έναντι των γυναικών επικοινωνούν συχνότερα με τα συγγενικά τους άτομα ($p<0,001$) και επισκέπτονται συχνότερα τα παιδιά τους ($p<0,01$).

- Παρόλα αυτά οι γυναίκες σε στατιστικά σημαντικότερο βαθμό έναντι των ανδρών διατηρούν καλύτερες σχέσεις με τους άλλους οικοτρόφους ($p<0,05$).

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ
ΟΙΚΟΤΡΟΦΟΥΣ;**

ΦΥΛΟ	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές	ΣΥΝΟΛΑ
Άρρεν	14	4	13	2	33
Θήλυ	12	31	45	12	100
	26	35	58	14	133



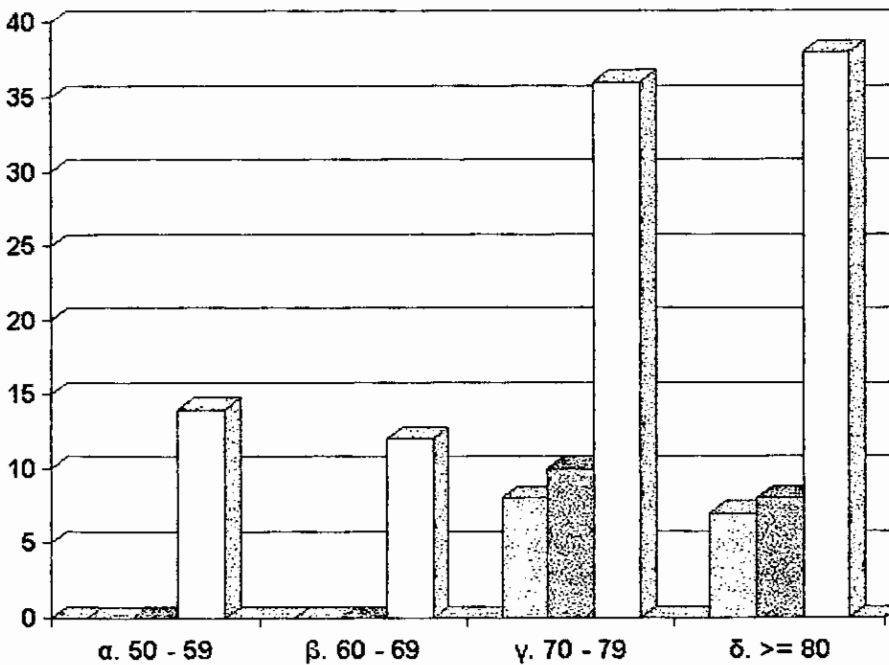
Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την συσχέτιση της ηλικίας με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Όσο πιο μικρή είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο αισθάνονται μοναξιά ($p < 0,05$).

ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΜΟΝΑΞΙΑ;

ΗΛΙΚΙΑ	Όχι	Μερικές φορές	Ναι	ΣΥΝΟΛΑ
α. 50 - 59	0	0	14	14
β. 60 - 69	0	0	12	12
γ. 70 - 79	8	10	36	54
δ. ≥ 80	7	8	38	53
	15	18	100	133

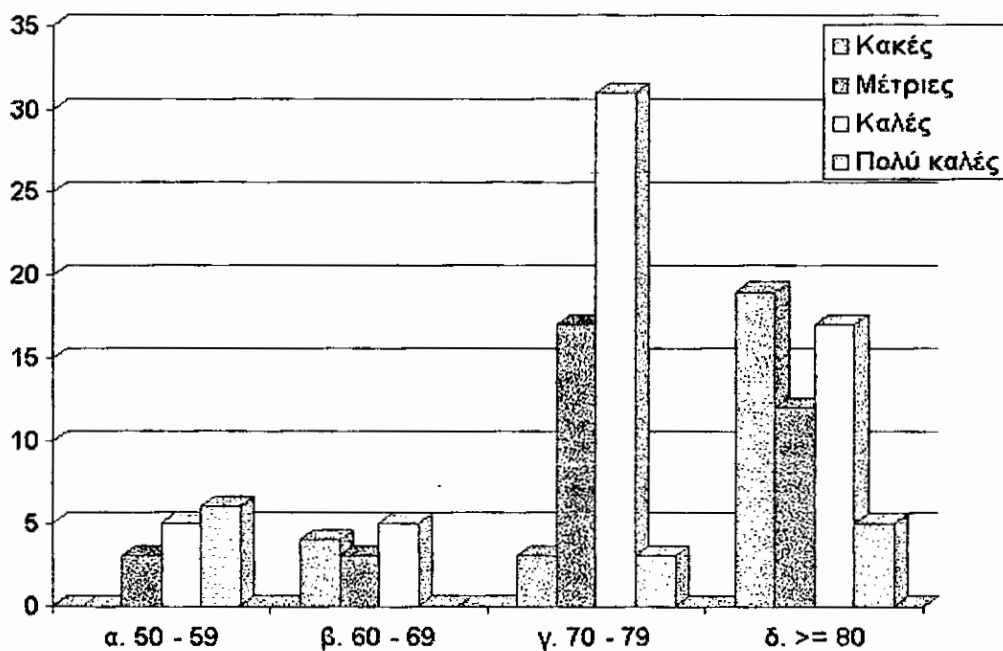
□ Όχι
 ▨ Μερικές φορές
 □ Ναι



- Όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο πιο άσχημες είναι οι σχέσεις τους με τους άλλους οικότροφους ($p < 0,01$) αλλά και μικρότερη η συμμετοχή τους σε εκδηλώσεις και εκδρομές ($p < 0,001$).

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΟΙΚΟΤΡΟΦΟΥΣ;

ΗΛΙΚΙΑ	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές	ΣΥΝΟΛΑ
α. 50 - 59	0	3	5	6	14
β. 60 - 69	4	3	5	0	12
γ. 70 - 79	3	17	31	3	54
δ. ≥ 80	19	12	17	5	53
	26	35	58	14	133



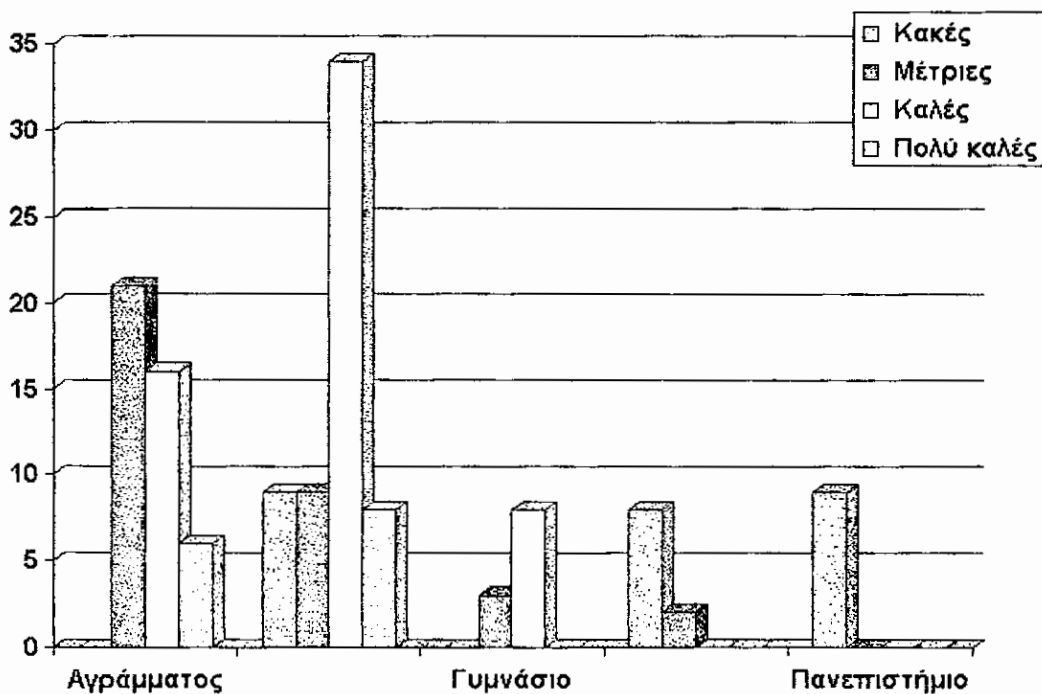
- Όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι είναι από την διαμονή / παραμονή τους στο ίδρυμα ($p < 0,01$) αν και τους επισκέπτεται λιγότερο συχνά ο γιατρός απ' όσα τους λιγότερο ηλικιωμένους.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων των ερωτηθέντων με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι:

- Τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση δεν διατηρούν καλές σχέσεις με τους υπόλοιπους οικότροφους του ιδρύματος ($p < 0,0001$) ενώ αντίθετα τα άτομα με μεγαλύτερες γραμματικές γνώσεις θεωρούν την συμπεριφορά που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό απέναντί τους καλύτερη ($p < 0,05$).

**ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ
ΑΛΛΟΥΣ ΟΙΚΟΤΡΟΦΟΥΣ;**

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές	ΣΥΝΟΛΑ
Αγράμματος	0	21	16	6	43
Δημοτικό	9	9	34	8	60
Γυμνάσιο	0	3	8	0	11
Λύκειο	8	2	0	0	10
Πανεπιστήμιο	9	0	0	0	9
	26	35	58	14	133



Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση των αισθημάτων παραμονής των ηλικιωμένων στο ίδρυμα με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα που είναι ικανοποιημένα από την διαμονή / παραμονή τους στο ίδρυμα αισθάνονται λιγότερη μοναξιά έναντι των υπολοίπων ($p < 0,0001$).
- Τα άτομα που είναι ικανοποιημένα από την διαμονή / παραμονή τους στο ίδρυμα έχουν καλύτερες σχέσεις με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους έναντι των υπολοίπων ($p < 0,05$), θεωρούν την συμπεριφορά που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό απέναντί τους καλύτερη ($p < 0,05$) και ως εκ τούτου συνεργάζονται με τους νοσηλευτές καλύτερα ($p < 0,0001$).
- Τα άτομα που επικοινωνούν συχνότερα με τα συγγενικά τους άτομα είναι περισσότερο ικανοποιημένα από την διαμονή / παραμονή τους στο ίδρυμα έναντι των υπολοίπων ($p < 0,01$).

Τέλος, τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση της παροχής ψυχολογικής υποστήριξης ή όχι προς τους ηλικιωμένους στο ίδρυμα με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Οι άνδρες θεωρούν σε στατιστικά σημαντικότερο βαθμό έναντι των γυναικών ότι τους παρέχετε ψυχολογική υποστήριξη ($p < 0,0001$).
- Τα άτομα που θεωρούν ότι τους παρέχετε ψυχολογική υποστήριξη αισθάνονται λιγότερη μοναξιά έναντι των υπολοίπων ($p < 0,0001$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η Πτυχιακή μας εργασία είναι έρευνα που ξεκίνησε στις 16/2/2000 και τελείωσε στις 8/9/2000 με θέμα την Ιδρυματική Περίθαλψη της τρίτης ηλικίας.

Οι λόγοι που μας οδήγησαν να ασχοληθούμε με το συγκεκριμένο θέμα ήταν τα αίτια που αναγκάζουν τα ηλικιωμένα άτομα να ιδρυματοποιηθούν, ποιες οι ανάγκες τους και τι τους παρέχουν τα υπάρχοντα ιδρύματα;

Σκοπός της έρευνας μας είναι να ανακαλύψουμε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ιδρυματοποιημένα άτομα και να προτείνουμε λύσεις.

Στην εργασία μας αντιμετωπίσαμε την άρνηση συνεργασίας από τους ηλικιωμένους, οι οποίοι αναφέρουν πως είναι κουρασμένοι ή αποφεύγουν να μιλήσουν μαζί μας, μερικοί πάλι έλεγαν πως δεν τους σεβόμαστε, τους ενοχλούμε και πως τους θυμίζουμε γεγονότα και αναμνήσεις που θέλουν να ξεχάσουν.

Φυσικά προσπαθήσαμε να εξηγήσουμε τους λόγους για τους οποίους τους «ενοχλούμε», και πως η πρόθεσή μας δεν είναι να τους πληγώσουμε, αλλά να τους βοηθήσουμε. Οι περισσότεροι κατάλαβαν, έδειξαν κατανόηση και συνεργάστηκαν μαζί μας.

Όμως αρνητική συνεργασία αντιμετωπίσαμε και με τους νοσηλευτές - συναδέλφους, που δεν θέλησαν να μας βοηθήσουν για να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα στην εργασία μας, συμπληρώνοντας το νοσηλευτικό ερωτηματολόγιο.

Στην έρευνά μας συμμετείχαν 133 άτομα, των οποίων οι 33 άρρενες και 100 ήταν θήλειες. Ήταν ιδρύματα Αχαΐας, Ηλείας και Κεφαλονιάς. Τα άτομα που συναντήσαμε εκεί, ήταν ηλικίας 70 ετών και άνω. Λόγω της μεγάλης ηλικίας των ερωτηθέντων είναι φυσικό να υπάρχουν πολλοί που είτε είναι αγράμματοι είτε έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων που ζούσαν στα Ιδρύματα αυτά, ήταν αγρότες ή δήλωσαν ως επάγγελμα τα οικιακά (γυναίκες) βασιζόμενοι οικονομικά στη σύνταξή τους, και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών είναι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α. Όλοι οι ερωτηθέντες ήταν χήροι όπως ήταν και αναμενόμενο ενώ αξιοσημείωτο ποσοστό κατέχουν οι άγαμοι.

Μοιρασμένα ήταν τα ποσοστά για τους ερωτηθέντες από τους οποίους οι μισοί έχουν παιδιά ενώ οι άλλοι μισοί δεν έχουν.

Ένας στους τέσσερις ηλικιωμένους απάντησε ότι ο λόγος που τους οδήγησε στο ίδρυμα ήταν ότι δεν τους ήθελαν τα παιδιά τους, ενώ οι μισοί δήλωσαν ότι ο λόγος που τους οδήγησε στο ίδρυμα ήταν ότι ήταν μόνοι.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αναφέρουν ικανοποιημένοι από την παραμονή τους στο ίδρυμα ενώ πολλοί λίγοι ήταν αυτοί που το αίσθημα παραμονής τους ήταν μέτριο ως άσχημο και ότι αυτό που τους λείπει ή περιμένουν περισσότερο από το ίδρυμα είναι οικογενειακή ζεστασιά, ενώ θα προτιμούσαν να τους φροντίζουν στο σπίτι.

Όλοι τους ήταν αρκετά ευχαριστημένοι από την αρχιτεκτονική και την καθαριότητα του κτιρίου επίσης υποστηρίζουν πως και οι ίδιοι φροντίζουν να διατηρούν το χώρο καθαρό.

Οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι στην παρούσα μελέτη, δήλωσαν ότι δεν διατηρούν κατά το πλείστον ούτε κακές σχέσεις αλλά ούτε πολύ καλές με τους υπόλοιπους οικότροφους.

Όλοι τους ήταν ευχαριστημένοι από το προσφερόμενο φαγητό στο ίδρυμα και γενικά από την περιποίηση αυτού σ' αυτούς (λόγο καθαριότητας 2 φορές της εβδομάδα)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσε ότι τους παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη και αυτή τους δίνεται από τους Νοσηλευτές τον ιατρό και τους Διευθυντές του Ιδρύματος.

Ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι η συμπεριφορά του Νοσηλευτικού προσωπικού είναι μέτρια έως πολύ καλή, ενώ σπάνια είναι τα περιστατικά άσχημης αντιμετώπισης απέναντί τους.

Έπειτα οι ίδιοι δηλώνουν ότι συνεργάζονται με τους νοσηλευτές και τους βοηθούν σε διάφορες εργασίες του ιδρύματος, δεν υποστηρίζουν όμως το ίδιο και τη συνεργασία τους με τους φυσιοθεραπευτές για αυτούς δήλωσαν πως δεν τους επισκέπτονται πολύ συχνά. Σε αντίθεση με την κοινωνική λειτουργό της οποίας βέβαια βρίσκουν την συντροφιά ευχάριστη και την επισκέπτονται καθημερινά.

Μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των απαντήσεων για την δυνατότητα που έχουν οι ερωτώμενοι να επικοινωνούν με τους συγγενείς τους, με περισσότερο πιθανόν μια φορά το μήνα. Η δυσκολία αυτή εντοπίζεται στην οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων και τη μη επιθυμητή φιλοξενία από τα συγγενικά πρόσωπα και παιδιά τους.

Ομολογούν πως αισθάνονται μοναξιά είτε μόνιμα είτε μερικές φορές και τους αρέσει να διοργανώνουν και να συμμετέχουν σε εκδηλώσεις/εκδρομές για να ξεφύγουν από τη ρουτίνα της καθημερινότητας όπως οι ίδιοι υποστηρίζουν, δεν έχουν πολλά ενδιαφέροντα

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι τους χορηγείται φαρμακευτική αγωγή και πως χρειάζονται περισσότερο τους νοσηλευτές να τους φροντίζουν έναντι όλων των άλλων εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας στα Ιδρύματα ακολούθως και τους γιατρούς. Παρόλα αυτά σύμφωνα με τις απαντήσεις τους φαίνεται πως και η ιατρική παρακολούθηση είναι αρκετά ικανοποιητική αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων υποστηρίζουν ότι πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα που τους ταλαιπωρεί και επισκέπτονται το ιατρό τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μετά από εξάμηνη μελέτη για την Πτυχιακή μας εργασία και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας εντοπίσαμε ορισμένα σημεία όπου υστερούν τα ελληνικά ευγήρια ιδρύματα και για αυτό προτείνουμε τα εξής:

- Να ενημερωθούν τα συγγενικά πρόσωπα, να δείχνουν περισσότερο στοργή και ενδιαφέρον στους ηλικιωμένους που όπως οι ίδιοι ομολογούν, υποφέρουν από μοναξιά έτσι ώστε να προσπαθήσουν να τη μειώσουν.

- Να παροτρύνονται οι ηλικιωμένοι, να επικοινωνούν και να επισκέπτονται τους συγγενείς, τους συχνότερα για να ξεφεύγουν από τη ρουτίνα της καθημερινότητας, του ιδρύματος, αλλά συγχρόνως θα δίνουν και νόημα στη ζωή τους, για να κιά ο χρόνος τους ευχάριστα χωρίς να σκέπτονται το τέλος.

- Να δημιουργηθούν προγράμματα στα ιδρύματα ομαδοποίησης των ηλικιωμένων για να αναπτύξουν το αίσθημα της αλληλεγγύης ανάμεσά τους και να καλυτερεύσουν οι σχέσεις τους.

- Να γίνουν σεμινάρια ψυχολογίας της συμπεριφοράς στο προσωπικό των ιδρυμάτων, ώστε εκτός από την εργασία τους να προσφέρουν και ζεστασιά ένα συναίσθημα απαραίτητο για τη συνέχεια.

- Να ενημερωθούν οι ηλικιωμένοι για τα προβλήματα του γήρατος (οστεοπόρωση κ.α) και τα υπέρ της φυσιοθεραπείας (αποφυγή λοιμώξεων, αγκύλωση κ.ά.), έτσι ώστε να φροντίζουν τον εαυτόν τους επισκεπτόμενοι τον φυσιοθεραπευτή.

- Να παροτρύνονται οι ηλικιωμένοι να βγαίνουν από το ίδρυμα για προσωπικούς λόγους ή για ψυχαγωγία για να νοιώθουν πως μπορούν ακόμα να προσφέρουν στον εαυτόν τους δίχως να εξαρτώνται από τους άλλους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα είναι η Πτυχιακή μας Εργασία και αφορά την ιδρυματική περίθαλψη της τρίτης ηλικίας. Σκοπός μας είναι να εντοπίσουμε τα αίτια που αναγκάζουν τα ηλικιωμένα άτομα να μπουν σε Ιδρύματα, ποιες οι ανάγκες τους, και αν καλύπτονται. Παρόλα τα προβλήματα που αντιμετωπίσαμε συμπεράναμε πως ο κύριος λόγος εισαγωγής των ηλικιωμένων είναι ότι δεν τους θέλουν ή δεν έχουν παιδιά. Αυτό τους θλίβει ιδιαίτερα και νοιώθουν μοναξιά και απογοήτευση. Ωστόσο δεν είναι απαιτητικοί και συμβιβάζονται με ότι τους προσφέρει το Ίδρυμα, αν και θα προτιμούσαν περισσότερη ζεστασιά στη συμπεριφορά από μέρους του προσωπικού του Ιδρύματος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

- 1) **ΦΥΛΟ:** ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ
- 2) **ΗΛΙΚΙΑ:**
α) 50-59
β) 60-69
γ) 70-79
δ) >=80
- 3) **Γραμματικές γνώσεις:**
α) Αγράμματος
β) Δημοτικό
γ) Γυμνάσιο
δ) Λύκειο
ε) Ανώτερη
στ) Ανώτατη
- 4) **Επάγγελμα**
- 5) **Ασφάλεια**.....
- 6) **Θρήσκευμα**.....
- 7) **Οικογενειακή κατάσταση**
α) Έγγαμος
β) Άγαμος
γ) Χήρος
δ) Διαζευγμένος
- 8) **Αριθμός παιδιών**.....
- 9) **Ποιος ο λόγος που σας έφερε εδώ:**
α) Οικονομικός
β) Κοινωνικός
γ) Ήμουν μόνος / η
δ) Δεν με ήθελαν τα παιδιά μου
ε) Άλλος λόγος
- 10) **Είστε ικανοποιημένος/η:**
α) Όχι
β) Μερικώς
γ) ναι
- 11) **Τι περιμένετε περισσότερο από το ίδρυμα;**
α) Ελευθερία κινήσεων
β) Οικογενειακή ζεστασιά
γ) Περιποίηση

δ) Κάτι άλλο

12) Θα προτιμούσατε να σας φροντίζουν σπίτι; ΝΑΙ ΟΧΙ

13) Ποια είναι η γνώμη σας για την αρχιτεκτονική δομή του κτιρίου;

- α) κακή
- β) μέτρια
- γ) Καλή
- δ) Πολύ καλή

14) Ποια η γνώμη σας για την καθαριότητα του κτιρίου

- α) Κακή
- β) Μέτρια
- γ) Καλή
- δ) Πολύ καλή

15) Φροντίζεται ώστε ο χώρος που μένετε να είναι καθαρός;

- α) Ποτέ
- β) Μερικές φορές
- γ) Πάντα

16) Ποια είναι η σχέσεις με τους άλλους οικότροφους;

- α) Κακές
- β) Μέτριες
- γ) Καλές
- δ) Πολύ καλές

17) Βρίσκετε το φαγητό νόστιμο;

- α) Άνοστο
- β) Μέτριο
- γ) Καλό
- δ) Πολύ καλό

18) Πόσες φορές την εβδομάδα κάνετε λουτρό;

- α) Μία φορά την εβδομάδα
- β) Δύο φορές την εβδομάδα
- γ) Τρεις φορές την εβδομάδα
- δ) Καθημερινή

19) Σας παρέχετε ψυχολογική υποστήριξη; ΝΑΙ ΟΧΙ

20) Αν ναι από ποιους;

- α) Ιατρούς
- β) Κοινωνικούς λειτουργούς
- γ) Νοσηλευτές
- δ) Φυσιοθεραπευτές
- ε) Συγγενείς
- στ) Ανθρώπους της εκκλησίας
- ζ) Άλλο.....

- 21) Ποια η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντί σας;
- α) κακή
 - β) Μέτρια
 - γ) Καλή
 - δ) Πολύ καλή
- 22) Συνεργάζεστε μαζί τους;
- α) Όχι
 - β) Μερικές φορές
 - γ) Ναι
- 23) Συνεργάζεστε με τους φυσιοθεραπευτές;
- α) Όχι
 - β) Μερικές φορές
 - γ) Ναι
- 24) Συνεργάζεστε με την κοινωνική λειτουργό;
- α) Όχι
 - β) Μερικές φορές
 - γ) Ναι
- 25) Επικοινωνείτε με τα συγγενικά σας πρόσωπα;
- α) Όχι
 - β) Σπάνια
 - γ) Μία φορά το μήνα
 - δ) Μία φορά την εβδομάδα
- 26) Επισκέπτεστε τα παιδιά σας;
- α) Όχι/ δεν έχω
 - β) Σπάνια
 - γ) Ναι (..... φορές το χρόνο)
- 27) Ποιους θεωρείται ότι χρειάζεστε περισσότερο να σας φροντίζουν;
- α) Ιατροί
 - β) Κοινωνικοί λειτουργοί
 - γ) Νοσηλευτές
 - δ) Φυσιοθεραπευτές
 - ε) Άλλο
- 28) Διοργανώνετε / συμμετέχετε σε εκδηλώσεις και εκδρομές;
- α) Όχι
 - β) Μερικές φορές
 - γ) Ναι
- 29) Βγαίνετε στην πόλη για ατομικές σας υποθέσεις;
- α) Όχι
 - β) Μερικές φορές
 - γ) Ναι

30) Σας επισκέπτεται ιατρός;

- α) Όχι
- β) Σπάνια
- γ) Μία φορά το μήνα
- δ) Μία φορά την εβδομάδα

31) Έχετε κάποιο χρόνιο νόσημα που σας βασανίζει;

- α) Όχι
- β) Ναι

32) Παίρνετε φάρμακα; ΝΑΙ ΟΧΙ

33) Πως περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας;

- α) Διάβασμα
- β) Εργόχειρο
- γ) Τηλεόραση, Ραδιόφωνο
- δ) Μουσική
- ε) Επιτραπέζια παιχνίδια
- στ) Συζήτηση
- ζ) Κηπουρική
- η) Άλλο.....

ΠΙΝΑΚΑΣ

Έλεγχος κοινωνικής, φυσικής και ψυχικής καταστάσεως ηλικιωμένου

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

(α) κοινωνική απομόνωση

πόσο συχνά δέχεται επισκέψεις από μέλη της οικογένειάς του, φίλους, εθελοντικά σωματεία;

είναι μέλος κοινωνικών οργανώσεων; εκκλησιαστικές οργανώσεις, λέσχες, δραστηριότητες αναδημιουργίας και ψυχαγωγίας.

(β) οικιακές ανέσεις

έχει πρόσφατα μετοικήσει με τη θέλησή του ή χωρίς αυτή, εάν π.χ. το σπίτι του πουλήθηκε για ανοικοδόμηση

γενική κατάσταση οικίας

επάρκεια θερμάνσεως εξομοιωμένης σε όλα τα δωμάτια.

Τροφή, είδη οικοσκευής, σκεύη παρασκευής φαγητού, συσκευές παρασκευής και συντηρήσεως φαγητού (ηλεκτρικό μαγειρείο, ψυγείο).

Ενδείξεις καταναλώσεως καπνού ή οινοπνεύματος.

ΦΥΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

(α) κινητικότητα

πόση απόσταση μπορεί ο ασθενής να διανύσει βαδίζοντας;

μπορεί να ανέβει τις σκάλες;

τι βοηθήματα βαδίσεως χρησιμοποιεί;

υγιεινή ποδιών

(β) σταθερότητα θέσεως

παρατηρήσεις αναφορικά με το ύψος του κρεβατιού, των καθισμάτων και της τουαλέτας. Είναι σε ανεκτό ύψος;

μέτρηση αρτηριακής πιέσεως σε ύπτια και όρθια θέση.

ΨΥΧΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς.

Είναι σε θέση να κάνει τα ψώνια του, να διαχειριστεί τα οικονομικά του;

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

(α) ποιος έχει αναλάβει τη φροντίδα του;

(β) επίδραση της φροντίδας στις άλλες ασχολίες

(γ) φόβοι, ελπίδες και μελλοντικές επιδιώξεις

ΠΙΝΑΚΑΣ

Έλεγχος υγιεινής καταστάσεως ηλικιωμένων

(α) κυκλοφορικό σύστημα

βήχας, δύσπνοια, ορθόπνοια, κυάνωση, προκάρδιο άλγος, αρρυθμία

(β) κινητικό σύστημα

δυσκολία βαδίσεως, πόνος, αδυναμία, τρόμος

(γ) όραση

απλή εκτίμηση

(δ) ακοή

απλή εκτίμηση

(ε) χρήση φαρμάκων

Λεπτομερής και επίμονος έλεγχος των υπαρχόντων στο σπίτι φαρμάκων και των χρησιμοποιούμενων από τον ασθενή.

Έλεγχος εάν ο ηλικιωμένος ασθενής γνωρίζει καλά τις ενδείξεις κάθε φαρμάκου που υπάρχει στο σπίτι του και σε ποια δόση πρέπει να λαμβάνεται.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Μαθιουδάκης Γ. «Γεροντολογία - Γηριατρική»
Έκδοση Γ΄ Εκδόσεις Πελεκάνος
Αθήνα 1992.

- 2) Ronald Cape, Rodney M. Coe
Isadore Rossman. «Βασικές αρχές Γηριατρικής»
Μετάφραση - Επιμέλεια Ιμαριάλος Π.
Έκδοση Α. Εκδόσεις επιστημονικού βιβλίου και περιοδικών
Θεσσαλονίκη 1990.

- 3) ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ Α. «Αξιολόγηση της προσφοράς των ΚΑΠΗ»
Έκδοση Α. Εκδόσεις Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών
Αθήνα 1990.

- 4) Παπασπυρόπουλος Σπ. «Ψυχοπαθολογία της Τρίτης ηλικίας»
Έκδοση Α΄ Εκδόσεις Λιθογραφική
Αθήνα 1991

- 5) ΑΒΕΝΤΙΣΙΑ Ν. Παγοροπούλου Α΄
«Ψυχολογία τρίτης ηλικίας»
Έκδοση Α. Εκδόσεις Αρβανιτάκης Π. & Σία ΕΕ.
Αθήνα 1993

- 6) Πλατή Χρ. «Γεροντολογική Νοσηλευτική»
Έκδοση Γ΄ Εκδόσεις Παπανικολάου Γ. ΑΒΕΕ.
Αθήνα 1998

7) MOSBY: Manual of Prehospital Trauma Life Support «Published by the National Association of EMT, Boston, 1997

8) Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους

Έκδοση Α. Έκδόσεις Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας.
Κάνιγγος 23 Αθήνα 1999.

9) Γκούμας Κωτσιόπουλος. «Ο ενήλικας και το περιβάλλον.»

Τρίτος τόμος. Εγκυκλοπαίδεια Υγεία.

Εκδόσεις Δομική Ο.Ε.

Αθήνα 1991.

10) Δόντα Α. «Η Τρίτη ηλικία»

Έκδοση Α. Εκδόσεις Παρισιάνος Γ.

Αθήνα 1981

11) Χανιώτη Φ. «Εγχειρίδιο Γηριατρικής»

Έκδοση Α. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Αθήνα 1992

12) Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας και Γηριατρικής

Εκδόσεις: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία

Ξενοδοχείο Caravel

Αθήνα 2000

13) 27^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο

«21^{ος} αιώνας: νέο ξεκίνημα για την νοσηλευτική»

Ερέτρια 2000

14) Μαλγαρινού Μ. Γούλια Ε.

«Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα»

Έκδοση Γ΄ Εκδόσεις « Η ΤΑΒΙΘΑ »

Αθήνα 1991

15) ΤΣΟΥΚΑ Α Βελεχέρη Ν. Γουσγούνη Φ.

«Γεροντολογία και Γηριατρική»

Έκδοση Α΄ Εκδόσεις Παρισιάνος

Αθήνα 1960

16) Παπανικολάου Ν.

«Γυναικολογική Γηριατρική»

Έκδοση Α. Ιατρικές Εκδόσεις «Λίτσας»

Αθήνα 1993

17) Πρακτικά Ι. Πανελλήνιο Νοσηλευτικό συνέδριο

«Φροντίδα Υπερήλικων πρόσκληση και δυνατότητες για
τη νοσηλευτική» 1983.

18) Πρακτικά Συμποσίου Συνδέσμου Κοινωνικών

Λειτουργών Ελλάδας.

«Προβλήματα Γεροντικής ηλικίας»

Αθήνα 1985

19) Κούνης Νικόλαος «Νευρολογία»

Σημειώσεις Νευρολογίας ΤΕΙ Πατρών

Πάτρα 1998

