

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Θέμα: Νοσηλευτική Προσέγγιση στα
ατυχήματα της τρίτης ηλικίας**



Εισηγήτρια:

Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Σπουδάστριες:

Θεοδοροπούλου Αφροδίτη

Κακιού Κάντιω

Κίσα Ελώνα



ΠΑΤΡΑ 2000

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 3184

Όταν έρθει με τη σειρά η έκτη η ηλικία
ένας παλιάτσος καταντά, ισχύος και με παντόφλες
έχει στη μύτη του γυαλιά, στο πλάι του μία τσέπη
που δε φαντάζεται κανείς πόσο μεγάλη είναι
τα παντελόνια τα παλιά, που τα 'καμε στα νιάτα
κι ακόμη βλέπεις πως βαστούν, μα κατάντησαν πλέον
κόσμος απείρως πια φαρδύς για τα ισχνά κανιά του
Η αντρική του δυνατή, φωνή κομμένη πλέον
γυρίζει στην ψιλή φωνή που βγάζει το παιδάκι
και την ακούς που διαρκώς σφυρίζει κι όλο τρέμει
Στην τελευταία τη σκηνή, που τέρμα πλέον βάζει
εις την παράξενη αυτή και γόνιμη ιστορία
το ξαναμώραμα θα 'ρθει κι η πιο τελεία λήθη
δόντια και μάτια κι ακοή και γεύση χάνουντ' όλα
και τίποτ' άλλο κανενός δε θα του μείνει πλέον».

Σαίξπηρ «Ρωμαίο και Ιουλιέτα»



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	9
ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ Γ' ΗΛΙΚΙΑΣ	9
1.1 Ορισμοί - Έννοιες της τρίτης ηλικίας	9
1.2. Επιδημιολογικά-στατιστικά και δημογραφικά στοιχεία του γήρατος	10
1.3. Θεωρίες του γήρατος	18
1.4. Η νομοθεσία - Πρόνοια περί Γ' ηλικίας - Πόροι των ηλικιωμένων	21
1.5. Υπερήλικες και Κοινωνία - Η θέση της Οικογένειας απέναντι στην τρίτη ηλικία	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	37
1. Βιοψυχοπνευματικές μεταβολές κατά το γήρας	37
2.1. Βιολογικές μεταβολές	37
2.2 Ψυχολογικές μεταβολές	37
2.3. Πνευματικές μεταβολές	41
2. Διαταραχές της προσωπικότητας και συμπεριφοράς στους γέροντες	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	56
ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ	56
3.1. Κυτταρικές μεταβολές	57
3.2. Αλλαγές στο Καρδιαγγειακό Σύστημα	57
3.3. Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα	58
3.4. Δερματικές μεταβολές	58
3.5. Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα	59
3.6. Μεταβολές στο ενδοκρινικό σύστημα	59
3.7. Ορμονικές μεταβολές	60
3.8. Σκελετικές μεταβολές	60
3.9 Αλλαγές στο αναπνευστικό σύστημα	60
3.10 Μεταβολές στα αισθητήρια όργανα	61
3.11 Μεταβολές στο σύστημα της αναπαραγωγής	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	64

4.1 Ηλικιωμένοι και διατροφή	64
4.2 Κοινωνικές δραστηριότητες ηλικιωμένων	73
4.3. Ηλικιωμένοι και φάρμακα	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	86
5.1 Οργάνικά προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων	86
α) Σακχαρώδης διαβήτης	86
β) Υπέρταση - Υπόταση	87
γ) Ακράτεια ούρων	88
δ) Κατακλίσεις	89
ε) Καρδαιο-Αγγειακή νόσος	89
στ) Εγκεφαλική αγγειακή νόσος	90
ζ) Η οστεοαρθρίτιδα	90
η) Σιδηροπενική αναιμία	91
θ) Νόσος του Parkinson	91
5.2. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων	92
α) Σύγχυση	92
β) Η σκιά της γεροντικής άνοιας	93
γ) Γεροντική κατάθλιψη - Μοναξιά	94
δ) Νόσος του Alzheimer	96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	99
1. Νοσηλευτική και τρίτη ηλικία	99
1.1. Βασική Νοσηλευτική εκπαίδευση στην τρίτη ηλικία	99
1.2. Η φιλοσοφία της γεροντολογικής νοσηλευτικής	100
1.3. Η σημασία της νοσηλευτικής στη φροντίδα του υπερήλικα	101
2. Εκπαίδευση για τη νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων	104
2.1. Βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας ηλικιωμένων	104
2.2. Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φροντίδα των ηλικιωμένων	107
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο	112
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	112
7.1. Εισαγωγή	112
7.2. Μορφές ατυχημάτων στην τρίτη ηλικία	113
7.3. Παράγοντες πρόκλησης ατυχημάτων	113
7.4. Στρατηγική πρόληψης ατυχημάτων	115
7.5. Πτώσεις	119
7.6. Αστάθεια στους γέροντες (Instability)	125
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	129

1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ	130
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	132
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	158
4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	162
5. ΠΕΡΙΛΗΨΗ	165
6. SUMMARY	166
7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	167
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	169
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	170
ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ	176
ΟΙ ΑΡΧΑΙΟΙ ΓΙΑ ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ	177

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ξεκινώντας την έρευνα αυτή με θέμα: «Νοσηλευτική προσέγγιση στα ατυχήματα της τρίτης ηλικίας», θα θέλαμε να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας και να παρουσιάσουμε με ρεαλιστικότητα και αντικειμενικότητα ότι ο νοσηλευτικός κόσμος στρέφεται με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην αναζήτηση, τη μελέτη, την ικανοποίηση και την επίλυση των προβλημάτων του υπερήλικα.

Σκοπός της εργασίας μας είναι:

1. Να καταγραφούν οι σωστοί μέθοδοι πρόληψης των ατυχημάτων της τρίτης ηλικίας.
2. Να ερευνηθούν και να παρουσιαστούν τα αίτια πρόκλησης ατυχημάτων στους ηλικιωμένους.
3. Να προσδιοριστεί ο ορθός τρόπος αντιμετώπισής τους.
4. Να επισημάνουμε τον ψυχολογικό κόσμο του υπερήλικα όσον αφορά τις αλλαγές που επέρχονται μετά το ατύχημα.
5. Να μελετήσουμε και να κατανοήσουμε το ρόλο μας όχι μόνο σαν άτομα αλλά και σαν επαγγελματίες νοσηλευτές απέναντι στην τρίτη ηλικία και τα ατυχήματα.

Οι περισσότερες σελίδες της έρευνας αυτής ελπίζουμε να αποτελέσουν ερεθισμό για μάθηση, αλλά και παρακίνηση για ανάπτυξη ενδιαφέροντος προς το ηλικιωμένο άτομο, τα προβλήματα και τις ανάγκες του.

Πριν κλείσουμε τις λίγες αυτές γραμμές θέλουμε:

- ❖ Να ευχαριστήσουμε τους συγγραφείς των βιβλίων και επιστημονικών περιοδικών
- ❖ Να ζητήσουμε την επιεική κρίση της καθηγήτριάς μας κ. Μ. Παπαδημητρίου για τις γραφικές και επιστημονικές ατέλειες και ελλείψεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάποια ημέρα το υπέροχο ταξίδι, κάποια ώρα η ευχάριστη παράσταση τελειώνουν. Κανένας ταξιδευτής ή θεατής δε θλίβεται, δεν κλαίει δεν χάνει το κέφι του. Όλοι χαίρονται για όσα είδαν, όσα ένωσαν, όσα αισθάνθηκαν. Και πιο πολύ θυμούνται κι αναπολούν, νοσταλγικά, τις ωραίες εντυπώσεις, τα ενδιαφέροντα, τις χαρές, τις συγκινήσεις.

Από την πρώτη στιγμή που ερχόμαστε στον κόσμο, ξέρουμε καλά πως τίποτα δεν είναι παντοτινό, απεριόριστο. Τελειώνει κάποτε το λάδι στο καντήλι. Το πέρασμά μας δεν μπορεί, με κανένα τρόπο να έχει απέραντη διάρκεια. Αυτή είναι η ανθρώπινη μοίρα. Και τα λουλούδια γέρνουν μαραμένα, πεθαίνουν και μάλιστα γρήγορα. Μα δε μπορεί κανείς να πει, πως δεν είναι όμορφα. Πως δεν δίνουν πάντα, χαρά κι ευχαρίστηση, όταν βλέπει κανείς τις γοητευτικές του μορφές, τα φανταχτερά τους χρώματα. Όσο κι αν κρατάει λίγο η ζωή τους, μιλάνε, στις ανθρώπινες ψυχές....

Τα ωραία κι αισιόδοξα όνειρα δεν πρέπει ν' αποκλείονται να θεωρούνται πάντα ρομαντικές χίμαιρες και ουτοπίες. Όσο κι αν φαίνονται αιθέρια, απίθανα, δυσκολοπραγματοποιήτα... Και τα γηρατειά μπορούν να είναι ήρεμα και χαρωπά, ευχάριστα κι ευτυχημένα. Η πιο όμορφη και γοητευτική ώρα της ημέρας είναι το τέλος της, το ηλιοβασίλεμα χρώματα, με το πιο γλυκό φως. Βάνει όλα τα δυνατά της για να είναι όμορφη και χαρούμενη η δύση...

Ο άνθρωπος της τρίτης ηλικίας μπορεί να θεωρηθεί ολοκληρωμένος, φτασμένος στην υπέρτατη γαλήνη, στην τελειότερη, στην πιο ιδανική ψυχολογική κατάσταση, όταν μπορεί αυθόρμητα να πει: «Θεέ μου ! Δε σου ζητάω, δε μου χρειάζεται, τίποτ' άλλο. Με φτάνουν με το παραπάνω, όσα ευδόκησες να μου δώσεις. Άφησέ με, αν είναι θέλημά σου, να τα χαρώ λίγο ακόμα»...¹



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ Γ' ΗΛΙΚΙΑΣ

- 1.1. Ορισμός - Έννοιες της γ' ηλικίας
- 1.2. Επιδημιολογικά - στατιστικά και δημογραφικά στοιχεία του γήρατος
- 1.3. Θεωρίες του γήρατος
- 1.4. Η νομοθεσία - Πρόνοια περί γ' ηλικίας - Πόροι των ηλικιωμένων
- 1.5. Υπερήλικες και κοινωνία - Η θέση της οικογένειας απέναντι στην γ' ηλικία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ Γ' ΗΛΙΚΙΑΣ

1.1 Ορισμοί - Έννοιες της τρίτης ηλικίας

Οι όροι «γηράσκω και γήρας» δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Γήρασκαν οι άνθρωποι με το πέρασμα του χρόνου αμέσως μετά τη γέννησή τους, ενώ γήρας είναι η εκφύλιση και η φθορά που ακολουθεί πολύ αργότερα.²

Σχετικά με το γήρας: Είναι η περίοδος της ζωής που ακολουθεί την ώριμη ηλικία και προηγείται του φυσικού θανάτου. Στις πολιτισμένες χώρες κατά συνθήκη θεωρείται ότι το «γήρας» αρχίζει στα 60 χρόνια, ηλικία στην οποία αρχίζει συνήθως η παροχή σύνταξης ή η αποχώρηση από την ενεργό επαγγελματική ζωή.³

Το γήρας τοποθετείται στη φάση κατά την οποία συμβαίνουν διάφορες μεταβολές. Οι μεταβολές αυτές συγκριτικά με εκείνες των άλλων φάσεων, είναι χαρακτηριστικά εκπτωτικές, στη φύση τους σχετίζονται θετικά με το χρόνο και δεν διακρίνονται από όμοια σημεία μεταφοράς.



Το γήρας είναι θεμελιώδης βιολογική διεργασία η οποία συμβαίνει σε όλα τα ζώα. Εξαιρέσεις αποτελούν ορισμένα είδη ψαριών και ερπετών, των οποίων ο ρυθμός αυξήσεως συνεχίζεται και μετά την πάροδο του χρόνου. Όμως κι αυτά κάτω από

διάφορες παθολογικές καταστάσεις θα δοκιμάσουν τελικά την εμπειρία του θανάτου.⁴

Από καθαρά βιολογικής άποψης, το γήρας είναι μία εξελικτική διαδικασία που αρχίζει από τη στιγμή συλλήψεως και διαρκεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου.⁵

1.2. Επιδημιολογικά-στατιστικά και δημογραφικά στοιχεία του γήρατος

Διάρκεια ζωής

Η διάρκεια της ζωής διαφέρει πάρα πολύ, όχι μεταξύ των διαφόρων ειδών των εμβίων όντων, αλλά και μεταξύ των ατόμων του ίδιου είδους.

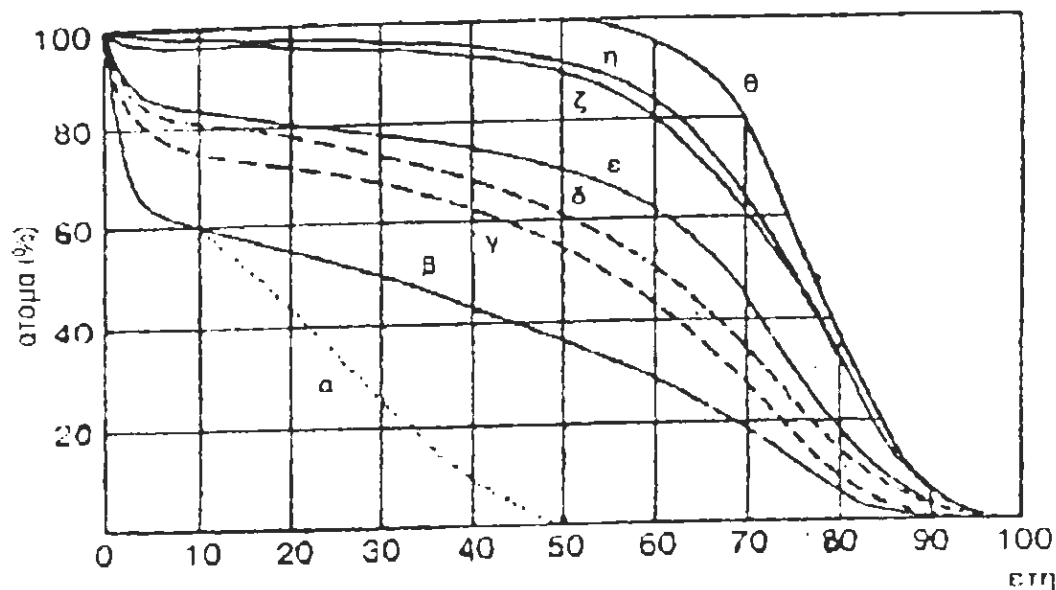
Τα έντομα ζουν λίγες εβδομάδες και οι χελώνες διακόσια χρόνια, ενώ υπάρχουν φυτά ετήσια ή και υπεραιώνobia με ζωή χιλιοτηρίδων.

Στον άνθρωπο, ο μέσος όρος ζωής, παρουσιάζει μία αυξητική τάση από την πρωτόγονη εποχή, μέχρι τον αιώνα μας, μέσα στον οποίο η αύξηση αυτή πήρε εντυπωσιακές διαστάσεις. Έτσι, παλαιοντολογικά ευρήματα δείχνουν, ότι στη λίθινη εποχή μόνο το 20% των ανθρώπων προσέγγιζαν την ηλικία των 35 χρόνων, (Εικ.1) ενώ σήμερα πιστεύεται ότι το ίδιο ποσοστό μπορεί να φθάσει στην ηλικία 85 χρόνων.

Στην Αρχαία Ελλάδα, την εποχή του χρυσού αιώνα του Περικλή, ένα νεογέννητο είχε προσδόκιμο επιβίωσης 20 χρόνια δεδομένα για τα τελευταία 100 χρόνια στη χώρα μας σχετικά με το προσδόκιμο επιβίωσης φαίνονται στον Πίνακα 1.

Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, υπολογίζεται για το 2.000, μέσος όρος ζωής τα 73,2 χρόνια. Το αντίστοιχο για τους κατοίκους των χωρών του Τρίτου Κόσμου θα είναι 63,3 χρόνια. Υπάρχει βέβαια η αξιοπρόσεκτη άποψη των βιολόγων που πιστεύουν, ότι είναι δυνατόν μέσα στον 21^ο αιώνα ο άνθρωπος να ζει 120 χρόνια. Αυτό θα μπορεί να επιτευχθεί αν δεχτούμε την άποψη ότι γήρανση είναι η διαδικασία εκείνη, που με την πάροδο του χρόνου, οδηγεί στο βαθμιαίο περιορισμό της προσαρμοστικότητας (σε επίπεδο κυττάρου ή συστήματος) και την εφεδρειών του οργανισμού, με συνέπεια να είναι πιο επιρρεπής στις αρρώστιες και το θάνατο, αφού κάθε προσβολή ξεπερνάει εύκολα τον ουδό (κατώφλι) της αντιρροπιστικής του

ικανότητας και προκαλεί κρίσιμες διαταραχές της ομοιόστασης και αυξάνει τη θνησιμότητα. Στον άνθρωπο, η περίοδος της ελαχίστης θνησιμότητας είναι η ηλικία των 12 ετών και της μέγιστης στα 80 - 85 χρόνια.



Εικ. 1. Οι καμπύλες δείχνουν από διάφορες στατιστικές το πως παρατείνεται ο μέσος όρος ζωής με την πάροδο των δεκαετιών. Η καμπύλη α σχηματίσθηκε με βάση παλαιοντολογικά ερήματα και αντιστοιχεί στη λίθινη εποχή. Η θεωρητικά ιδανική καμπύλη είναι η θ. Οι ενδιάμεσες καμπύλες αντιστοιχούν σε ορισμένες χώρες σε διαφορετικές εποχές.

β - Μεξικό έτος 1930

γ, η = Αγγλία 1900 και 1967 αντίστοιχα

δ, ζ = Η.Π.Α. 1900 και 1960 αντίστοιχα

ε = Ιταλία έτος 1930.

Πίνακας 1. Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση. Ελλάδα 1879-1970

Χρονική περίοδος	Προσδοκώμενη ζωή (έτη)	
	Άρρενες	Θήλεις
1879	36,0	37,5
1926-1930	45,0	47,5
1940	52,9	55,8
1950	63,4	66,7
1960	67,3	70,4
1970	70,1	73,6

Σ' όλο τον κόσμο έχουν εντοπιστεί τρεις γεωγραφικές περιοχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται για τη μακροβιότερη ζωή των κατοίκων τους (άνω των 100 ετών). Αυτές είναι ένα μικρό

ορεινό χωριό το Vilcabamba στις Άνδεις του Εκουαντόρ (Ν. Αμερική), μια περιοχή στη Γεωργία στο Σοβιετικό Καύκασο (Abkhazians) και η περιοχή Karakoram στο Χιντουκούς του Κασμίρ (Εικ. 2).

Από την επιστημονική διερεύνηση των Σοβιετικών υπεραιωνοβίων διαπιστώθηκε, ότι η μεγαλύτερη ηλικία τους ήταν 114 χρόνια και ότι από αυτούς 25% δεν μπορούσαν να αυτοεξυπηρετηθούν, 50% είχαν απώλεια ακοής, 24,3% υπέφεραν από κακή όραση και 2% είχαν ψυχικές διαταραχές. Η μελέτη αυτή έγινε το 1984 και δημοσιεύθηκε από το Institute of Gerontology AMS USSR. Με τα σημερινά επιστημονικά στοιχεία και για το δυνατό να προβλεφθεί μέλλον, όλοι οι ειδικοί συμφωνούν, ότι η μεγαλύτερη προβλεπόμενη ηλικία είναι 116 χρόνια



Η διάρκεια ζωής των Ελλήνων έχει αυξηθεί αρκετά. Το 1879 ένας άντρας ζούσε κατά μέσο όρο 36 χρόνια και μία γυναίκα 37,5 χρόνια. Το 1970 φθάνουμε στα 79 χρόνια για τους άντρες και το 73 χρόνια για τις γυναίκες.

Σε ένα αιώνα περίπου παρατηρούμε ότι η διάρκεια ζωής διπλασιάστηκε και αυτή η ανοδική πορεία συνεχίζεται στη χώρα μας. Στον πίνακα παρουσιάζεται αυτή κανονική εξέλιξη από το 1879 έως το 1970 που αφορά όχι μόνο την προσδοκώμενη διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση αλλά και κατά τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου ζωής.

Ο πίνακας αυτός έδωσε στην Ελλάδα ένα ρεκόρ. Σύμφωνα

μάλιστα με την έκθεση της Ελληνικής Επιτροπής για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος το 1982, η Ελλάδα παρουσιάζει την ταχύτερη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού. Ενώ γύρω στο 1950 ένα άτομο στα 10 ήταν άνω των 60 ετών, υπολογίζεται ότι το 2000 η αναλογία αυτή θα είναι αντίστοιχα ένας στους 5 Έλληνες.

Αυτό σημαίνει ότι μέσα σε 50 χρόνια, τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω θα φθάσουν το 20% του γενικού πληθυσμού. Προς το παρόν, το ποσοστό είναι 10%. Η Ελλάδα συμφωνεί απόλυτα με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, η οποία θεωρείται η πιο γηρασμένη «Ηπειρος» στον κόσμο πιο αναλυτικά, το 13% του πληθυσμού της Ευρώπης αποτελούν άτομα άνω των 60 ετών.

Οι ακόλουθοι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την γήρανση του πληθυσμού:

1. Η τεχνολογική εξέλιξη όπως και η ανάπτυξη της ιατρικής παράλληλα με τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης έχουν σαν αποτέλεσμα την μείωση των θανάτων και την αύξηση του μέσου όρου ζωής. Ο δείκτης θνησιμότητας της Ελλάδας είναι γύρω στα 73 χρόνια. Από τα ελάχιστα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι η μέση διάρκεια της ανθρώπινης ζώνης στην αρχαία Ελλάδα, κατά τον 4^ο π.Χ. αιώνα, ήταν 30 περίπου έτη, στην Αρχαία Αίγυπτο 22,5 έτη, ενώ στις Ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ του 13^{ου} και 17^{ου} αιώνα 20-24 έτη. Ακόμα στη Σουηδία που κατάρτισε τους πρώτους πίνακες επιβίωσης για την περίοδο 1755-1776, η διάρκεια της προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση εκυμαινέτο μεταξύ 33-40 έτη. Έτσι για το έτος 1970, η διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση υπολογίζεται σε 70 περίπου έτη για τον άνδρα και 74 για τις γυναίκες, έναντι 36 και 38 που ήταν πριν 90 περίπου χρόνια (1879).

2. Η ελάττωση των γεννήσεων είναι ένας ακόμη παράγοντας για τη γήρανση του πληθυσμού. Το 1928 είχαμε 30, 4 γεννήσεις κατά 100 κατοίκους, 1950 είχαμε 20,0 γεννήσεις και το 1979 είχαμε 15,7 γεννήσεις.⁶

3. Η εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση. Κατά κανόνα μετανάστεύαν οι παραγωγικές ηλικίες αποστερώντας τη χώρα από νέους ανθρώπους. Η εσωτερική μετανάστευση προκάλεσε εσωτερική ανακατατομή στη σύνθεση του πληθυσμού. Η ύπαιθρος ερήμωσε από νέους και κατέληξε να κατοικείται μόνο από ηλικιωμένους, πού είτε επέστρεψαν μετά από τη

συνταξιοδότησή τους για να ζήσουν εκεί τα τελευταία τους χρόνια. Από στοιχεία που προέκυψαν από το 1841 έως το 1978, υπήρξαν περίοδοι με εξαιρετικά έντονη μεταναστευτική κίνηση, Ιδιαίτερα επισημαίνεται το μεταναστευτικό ρεύμα της δεκαετίας του 1960, κατά τη διάρκεια της οποίας 99 άτομα σε κάθε 10.000 κατοίκους αναχωρούσαν κάθε χρόνο για μόνιμη εγκατάσταση σε χώρες του εξωτερικού.

Τώρα το 1988, σχεδόν ένα άτομο στα 5 ήταν άνω των 60 ετών, ένα στα 7 ήταν άνω των 65 και ένα στα 16 άνω των 75 ετών. Το έτος 2000 προβλέπεται ότι 1 στα 5 άτομα θα είναι άνω των 60 και 1 στα 13 άνω των 75 ετών. Έτσι, ο αριθμός των ατόμων άνω των 75 θα διπλασιαστεί σε σύγκριση με το 1988.

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδας πρόκειται να συνεχιστεί αλλά σε αργότερο ρυθμό. Σήμερα η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων στα Βαλκάνια και επίσης από τα υψηλότερα ποσοστά στις χώρες της ΕΟΚ. Εκεί το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών βρίσκεται στην 7^η θέση.⁷

Η στατιστική επετηρίδα του ΟΗΕ δίνει τα ακόλουθα ποσοστά των ατόμων που είναι 65 χρονών και άνω στο σύνολο του πληθυσμού, σε χώρες τις Ευρώπης:

1. Έως 10% Τουρκία, Μάλτα, Γιουγκοσλαβία, Ισλανδία, Ρουμανία, Πορτογαλία, Πολωνία και Ισπανία
2. έως 12% Ιρλανδία, Φιλανδία, Βουλγαρία, Ολλανδία
3. έως 14% Τσεχοσλοβακία, Ιταλία, Ελλάδα, Λουξεμβούργο, Ελβετία, Γαλλία, Βέλγιο.
4. έως 16,3% Νορβηγία, Αγγλία, Δυτ. Γερμανία, Αυστρία, Σουηδία, Ανατ. Γερμανία.

Οι δημογραφικές εξελίξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως είχαν επίδραση ουσιαστική πάνω στη δομή του πληθυσμού της Ελλάδας και ως συνέπεια αυτού παρουσιάστηκαν μεγάλες αλλαγές στην κατανομή του συνόλου των Ελλήνων κατά ομάδες ηλικιών.

1. Ενώ στην αρχή του αιώνα κάθε 10 άτομα ηλικίας 15-64 ετών είχαν να φροντίσουν για 7,4 άλλα άτομα, παιδιά και ηλικιωμένους, το 1981 σε κάθε 10 άτομα 15- 64 ετών αντιστοιχούν 5,7 εξαρτώμενα άτομα.
2. Ενώ στην αρχή του αιώνα από 7,4 εξαρτώμενα άτομα το 6,5 ήταν

παιδιά κάτω των 14 ετών και με δυσκολία ένας ηλικιωμένος, το 1981 από τα 5,7 εξαρτώμενα άτομα τα 3,5 είναι παιδιά και τα 2 ηλικιωμένοι.

Πίνακας 2. Ποσοστά ατόμων σε διάφορες χώρες της Ευρώπης 65 ετών και άνω, στο σύνολο του πληθυσμού.

Χώρα	Ποσοστό
Τουρκία	10%
Μάλτα	10%
Γιουγκοσλαβία	10%
Ισλανδία	10%
Ρουμανία	10%
Πορτογαλία	10%
Πολωνία	10%
Ισπανία	10%
Ιρλανδία	10,1%
Φιλανδία	10,5%
Βουλγαρία	11%
Ολλανδία	12%
Τσεχοσλοβακία	12,5%
Ιταλία	12,9%
ΕΛΛΑΔΑ	13,2%
Γαλλία	13,8%
Βέλγιο	14%
Νορβηγία	14,4%
Αγγλία	14,7%
Δυτ. Γερμανία	15%
Σουηδία	15,5%
Αυστρία	16,3%

Στατιστικές και διαγράμματα που δείχνουν τον πληθυσμό της Γ Ηλικίας ανά τον κόσμο.

Ο πληθυσμός του κόσμου το 1980 ήταν 4.415.000.000 και το 2000 προβλέπεται ότι θα φθάσει 6.199.000.000. Η αύξηση αυτή υπολογίζεται να είναι της τάξης 12,5% για τον πληθυσμό των ανεπτυγμένων χωρών, και του 50% για τον πληθυσμό των αναπτυσσόμενων χωρών.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Αναπτυγμένες	1.131 εκ.	1272	12,5%
Αναπτυσσόμενες	3.284 εκ.	4927	10 %
ΣΥΝΟΛΟ	4.415 εκ.	6199	40,4%

Από τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία μπορούμε εύκολα να διατυπώσουμε τα παρακάτω συμπεράσματα: για τις αναπτυσσόμενες:

- 1.Μεγάλη μείωση του παιδικού πληθυσμού
- 2.Μεγάλη αύξηση του πληθυσμού των ενηλίκων
- 3.Μικρή αύξηση του πληθυσμού των υπερηλίκων
- 4.Μείωση του αριθμού των γεννήσεων
- 5.Αύξηση του μέσου όρου ζωής

Ενώ οι ανεπτυγμένες εμφανίζουν:

- 1.Μικρή μείωση του παιδικού πληθυσμού
- 2.Μικρή μείωση του πληθυσμού των ενηλίκων
- 3.Αύξηση του πληθυσμού των υπερηλίκων
- 4.Μείωση του αριθμού των γεννήσεων
- 5.Αύξηση του μέσου όρου ζωής

Στην Ελλάδα το 33% του συνολικού πληθυσμού της αποτελείται από άτομα της τρίτης ηλικίας.

Τα 6.000 άτομα του παραπάνω ποσοστού ζουν σε διάφορα ιδρύματα.

Η Ελλάδα είναι η δεύτερη σήμερα χώρα, μετά την Σουηδία, στο χώρο της Ευρώπης, στην επιβίωση του πληθυσμού της, ενώ ο μέσος όρος ζωής στην Ελλάδα είναι 76 χρόνια για τις γυναίκες και 73 χρόνια για τους άνδρες.

Το 1940 είχε 5,5% του πληθυσμού της άνω των 65 ετών, τώρα πλησιάζει το 13% (ΕΣΥΕ 1977, 1980).

Η σύνθεση του πληθυσμού, της τρίτης ηλικίας, επίσης μεταβάλλεται π.χ. στις Η.Π.Α. το 1980 ο ένας στους 5 ηλικιωμένους ήταν 80 χρόνων και άνω.

Το 2000 όμως υπολογίζεται πως η σχέση θα είναι 1:4. ²

Κοινωνικές συνέπειες των μεταβολών της δημογραφίας

Οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν μόνο το πιο ευπρόσβλητο από ασθένειες τμήμα του πληθυσμού, αλλά και το πιο ανίσχυρο να αντιμετωπίσει του αυξανόμενο τιμάριθμο ζωής, το κόστος φαρμάκων και νοσηλείας με αντίστοιχη αύξηση του εισοδήματος

τους στην παρούσα περίοδο «ταχέως ερπούσης» πληθωριστικής οικονομίας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την ύπαιθρο, όπου τα άτομα άνω των 65 ετών κατά το 1975 αποτελούσαν το 16,5% του πληθυσμού ως προς το 10,9% στις πόλεις και όπου επί πλέον οι αγροτικές συντάξεις είναι πολύ χαμηλότερες από τις συντάξεις των ατόμων στις αστικές περιοχές.

Μαζί με την παιδεία, το δεύτερο μεγάλο πρόβλημα της κοινωνίας μας σήμερα αποτελείται από το πλέγμα των οικονομικών - κοινωνικών - ιατρικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, που τείνει να καταστεί «Το πρόβλημα της Υγείας» του έθνους γενικότερα.

Η κατάλληλη παροχή υπηρεσιών Πρόνοιας-Περίθαλψης προς τους ηλικιωμένους χρειάζεται ειδική κρατική υπηρεσία. Ειδική φροντίδα πρέπει να ληφθεί για ικανοποιητική πρωτογενή περίθαλψη, δηλαδή στο σπίτι του ηλικιωμένου, πράγμα που γίνεται με επιτυχία ήδη στην αγροτική Ελλάδα, την Αγγλία, την Ε.Σ.Σ.Δ. και αλλού, κατ' αντίθεση προς τις Η.Π.Α. ή την Σουηδία, όπου είναι σχεδόν αδύνατη η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο σπίτι, και κάθε υπηρεσία υγείας παρέχεται στα νοσοκομεία. Αυτό διότι το κόστος Νοσηλευτικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες αυξάνει με αλματώδη ρυθμό.

Μερικά από τα προβλήματα που θα πρέπει να αντιμετωπισθούν στην οργάνωση υπηρεσιών για ηλικιωμένους είναι:

Πρώτο ο υπολογιστής της ολικής επιβαρύνσεως από την οικονομική απώλεια του εργατικού δυναμικού που υποχρεωτικά απομακρύνεται κάθε χρόνο με τη συνταξιοδότηση, στην οποία πρέπει να προστεθεί η ταυτόχρονη οικονομική επιβάρυνση του ενεργού μέρους της κοινωνίας για να επιβιώσει το μη αποδοτικό πια τμήμα.

Δεύτερο η περίθαλψη των μεγάλων ηλικιών αν θα πρέπει να ισχύσουν τα ίδια οικονομικά κριτήρια όπως και το λοιπό πληθυσμό

Τρίτον οι Νοσοκομειακές κλίνες της Ελλάδος δεν φθάνουν τις 60000 δηλαδή δεν είναι αρκετές να νοσηλεύσουν το σύνολο των γερόντων με μακροχρόνια ιατρικά προβλήματα

Επομένως ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ασθενών νοσηλεύεται σε οίκους Ευγηρίας ή στο σπίτι τους παρά ταύτα, κανένα από τα Ταμεία Υγείας δεν αναγνωρίζει δαπάνες διαμονής

υπερηλικών ασθενών στο σπίτι ή στους οίκους ευγηρίας, ενώ αναγνωρίζονται νοσήλια σε νοσοκομεία, μολονότι κατά μεγάλο μέρος το είδος παρεχόμενων υπηρεσιών σε ορισμένους οίκους ευγηρίας πλησιάζουν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες στη χώρα μας. Αυτό είναι ένα πρόσφατο όφελος του κράτους από την Εξωνοσοκομετακή παραμονή κατάκοιτων υπερηλικών.

Αντίθετα στο εξωτερικό (Η.Π.Α.) ορισμένα ιδρύματα περίθαλψης υπερηλικών (Skilled Nursing Facilities) καλύπτονται κατά μεγάλο μέρος από την κρατική ασφάλιση Medicare. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τα λεγόμενα Νοσηλευτήρια, στα οποία το 50% των ασθενών δέχεται ιατρικές πράξεις και στα οποία υπηρετούν μόνιμα πτυχιούχες νοσηλεύτριες τριετούς φοιτήσεως

Ένα τελευταίο κοινωνικό πρόβλημα προέρχεται από τη ψυχολογική αποξένωση του όγκου των υγιών υπερηλικών από τον υπόλοιπο πληθυσμό ειδικά στις πόλεις, και από την επιβίωση ατόμων που ήταν ενεργά κοινωνικά μέλη πριν από δυο ή τρεις γενεές. Η ουσιαστική απομόνωση, ακόμη και όσων ατόμων ζουν τυπικά μέσα στις οικογένειές τους, η προοδευτική εξάρτηση από άλλους, τελικά δε η απομάκρυνση από την οικογένεια και η μεταστέγαση σε κλειστά κοινόβια καταρρακώνουν την αξιοπρέπεια του γέρου με αναπόφευκτους κλυδωνισμούς μέσα στην οικογένειά τους.

Είναι υποχρέωση της κοινωνίας να δημιουργήσει συνθήκες διατηρήσεως του μεγαλύτερου αριθμού υπερηλικών στο ενεργό κοινωνικό σύνολο, και να υποστηρίξει όσες προσπάθειες, κρατικές, οργανισμών ή ιδιωτικές από ιδρύματα Εκκλησία, κλπ. γίνονται προς αυτό το σκοπό.⁸

1.3. Θεωρίες του γήρατος

1. Θεωρία του Weisman

Ο Weisman πίστευε ότι όταν πρωτοεμφανίστηκαν 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 διαιωνίσεως της ισορροπίας των όντων. Ο Weisman χαρακτηρίζει τους μονοκυττάριους οργανισμούς αθάνατους, τους δε πολυκυττάριους θνητούς. Στους μονοκυττάριους οργανισμούς όλες οι λειτουργίες εκτελούνται από το ίδιο το κύτταρο πολλαπλασιάζονται δε με τη διαίρεση του

μοναδικού κυττάρου σε δυο κλπ. Οι πολυκυττάριοι αντίθετα οργανισμοί επειδή η διαδικασία της ζωής τους και του πολλαπλασιασμού δεν είναι τόσο απλή. Επιτελείται από πολλά εκατομμύρια κύτταρα, το οποία δεν είναι δυνατόν να εξελίσσονται σε απόλυτο μεταξύ τους συντονισμό. την υποθετική αυτή περίπτωση θα ήταν δυνατόν να αποφευχθεί ο θάνατος.⁹

2. Θεωρία της εξαντλήσεως της ζωικής ενέργειας - Θεωρία του Rubner

Η δημιουργία της θεωρίας αυτής βασίζεται στη διαφορά της κατανάλωσης ενέργειας μεταξύ της περιόδου της αύξησης και συμπλήρωσης της ανάπτυξης του οργανισμού και αργότερα στα επόμενα στάδια το 1/3 και πάνω της αξίας των θερμίδων των τροφών και ιδίως των λευκωμάτων και τα 9/10 του προσλαμβανόμενου ασβεστίου από τον οργανισμό των παιδιών και των ενηλίκων, κατακρατούνται από τον οργανισμό τους και χρησιμοποιούνται για την «εποικοδόμηση». Μετά όμως τη συμπλήρωση της ανάπτυξης η τάση αυτή ελαττώνεται μέχρι που σταματά τελείως. Η θεωρία αυτή επίσης είναι εσφαλμένη γιατί σήμερα γνωρίζουμε ότι όλα τα κύτταρα του οργανισμού ακολουθούν τον νόμο του «θάνατος - γένεσις» με εξαίρεση μόνο τα νευρικά κύτταρα.¹⁰

3. Θεωρία της ελάττωσης των οξειδωτικών επεξεργασιών του οργανισμού

Από πολλούς ερευνητές διαπιστώθηκε ότι με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται μείωση της ποσότητας των θερμίδων που καταναλίσκονται ανάλογα με το βάρος και την επιφάνεια του σώματος. Αυτό διαπιστώνεται εύκολα με το βασικό μεταβολισμό και άλλους τρόπους που μπορούμε να μετρήσουμε την κατανάλωση των θερμίδων, οφείλεται δε στην ελάττωση των οξειδωτικών επεξεργασιών του οργανισμού των γερόντων. Όλες αυτές οι παρατηρήσεις ελέγχονται σωστές και εξηγούν τη βαθμιαία εξάντληση της ζωικής ενέργειας που θεωρείται η αντλία του γήρατος.¹¹

4. Θεωρία της ουσίας της ζωής - Θεωρία του Loeb

Κατά τον Αμερικάνο φυσιολόγο Loeb κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννησή του έχει μέσα του μια ποσότητα ουσίας άγνωστης ακόμα που σιγά - σιγά με τη πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την απαλλαγή της ύλης. Όταν τελικά η ουσία

αυτή εξαντλείται το άτομο, γηράσκει και τέλος πεθαίνει. Αναφέρει χαρακτηριστικά ότι άτομα που ζουν σε θερμό περιβάλλον ζουν λιγότερο από αυτά που ζουν σε ψυχρό. Αυτό είναι σύμφωνο με το νόμο του χημικού δυναμικού.⁶

5. Θεωρία του Carrel

Ο ερευνητής αυτός έκανε πολλά ενδιαφέροντα πειράματα. Καλλιέργησε τεμάχια ανθρώπινων ιστών μέσα θρεπτικό υλικό που αποτελούνταν από πλάσμα νέου ανθρώπου και το οποίο ανανέωνε συνεχώς. Έτσι απέδειξε ότι μπορούσαν τα τεμάχια αυτά να ζήσουν για πολύ μικρό διάστημα. Εάν τώρα αντί πλάσματος νέου ατόμου χρησιμοποιήσουμε πλάσμα γέροντα, όχι μόνο δεν αναπτύσσονται τα τεμάχια των ιστών, αλλά και δεν διατηρούνται παρά ελάχιστα.

Σε όλα τα παραπάνω στηρίζεται η αντίληψη ότι όλα τα κύτταρα του οργανισμού με κατάλληλες συνθήκες μπορούν να παραμείνουν αθάνατα και ότι τα γεράματα οφείλονται σε αλλοίωση των «χυμών» που υπάρχουν γύρω από τα κύτταρα.^{9,21}

6. Θεωρία του Weitzmann

Η θεωρία αυτή εμφανίζει αρκετό ενδιαφέρον και βασίζεται σε πειράματα περίπου όμοια του CARREL. Ο Weitzmann χρησιμοποίησε στις καλλιέργειες ινοβλάστες εμβρυϊκών ιστών ηλικίας 4 μηνών και σαν καλλιεργητικό μέσο όρο ατόμων

α) ηλικίας 12-20 ετών

β) ηλικίας 76-85 ετών.

Στις πρώτες καλλιέργειες παρατήρησε τη 13^η μέρα ότι η ανάπτυξη των κυττάρων ήταν τόσο καλή ώστε παράχθηκαν δυο νέες καλλιέργειες. Στις δεύτερες όμως καλλιέργειες παρατήρησε ότι την 7^η μέρα το 52% των ινοβλαστών παρουσίασε εκφυλιστικές αλλοιώσεις την δε 11^η - 13^η μέρα τα εκφυλιστικά φαινόμενα ήταν τέτοια που ήταν άσκοπη πλέον κάθε συνέχιση της καλλιέργειας.

Από αυτά βγαίνει το συμπέρασμα ότι στον ορό των γερόντων υπάρχουν ουσίες που όχι μόνο εμποδίζουν την ανάπτυξη των κυττάρων αλλά προκαλούν και βαρείες εκφυλιστικές αλλοιώσεις.^{10,11}

7. Θεωρία του Pearl

Η θεωρία αυτή βασίζεται στις έρευνες του CARREL και του WEITZMANN. Ο ερευνητής πιστεύει ότι το «γήρας»

οφείλεται στη βαθμιαία συσσώρευση τοξικών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, που βαθμιαία δηλητηριάζουν τα κύτταρα του οργανισμού.

8. Θεωρία του Minot

Κατά τον ερευνητή αυτόν στα γεράματα εμφανίζεται μεγαλύτερη ανάπτυξη των διαφοροποιημένων στοιχείων του πρωτοπλάσματος των κυττάρων. Το φαινόμενο αυτό συνοδεύεται από διάφορες διαταραχές στο ισοζύγιο του οργανισμού. Έτσι τα πιο διαφοροποιημένα όργανα, που τα κύτταρα τους δεν ανανεώνονται παθαίνουν φθορές σοβαρές και δεν λειτουργούν κανονικά και έτσι δημιουργείται το φαινόμενο που ονομάζουμε «γήρας». ¹¹

9. Θεωρία του Creppi

Κατά τον ερευνητή αυτόν, το γήρας θεωρείται σαν χρόνια μεταβολική αρρώστια θανατηφόρας εξέλιξης. Κύρια σημασία εδώ έχει η επεξεργασία του μεσεγγυματικού ιστού και του παραγγειακού ο οποίος σιγά-σιγά με την πάροδο των ετών δεν λειτουργεί σωστά.

10. Θεωρία της «Βιομορθώσεως» - Θεωρία του Burger

Κατά τη θεωρία αυτή από την ώρα της σύλληψης κληροδοτείται στο κύημα όχι μόνο η ζωή αλλά και το σπέρμα του θανάτου. Η επίδραση του σπέρματος αυτού του θανάτου κατά την διάρκεια της ύπαρξης, εκφράζεται από τον ερευνητή με τον όρο «Βιομόρφωση». Άρα βιομόρφωση είναι επεξεργασίες που καθορίζονται από το πεπρωμένο.¹¹

1.4. Η νομοθεσία - Πρόνοια περί Γ' ηλικίας - Πόροι των ηλικιωμένων

Η συνταξιοδότηση

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, ο κάθε άνθρωπος γηράσκει σε διαφορετικό από τη γέννησή του χρόνο. Η κοινωνία όμως αγνοεί την επιστημονική αυτή αλήθεια και προχωρεί στην αυτόματη συνταξιοδότηση των ατόμων που κάλυψαν το προβλεπόμενο από την ειδική νομοθεσία όριο ηλικία ή χρόνια υπηρεσίας. Κι έτσι παρατηρείται καθημερινά το παράδοξο φαινόμενο άτομα ικανά, γεμάτα σφρίγγος να είναι συνταξιούχοι. Η αναγκαστική όμως αυτή αποχώρηση από την εργασία ατόμων με δυνατότητες να τη συνεχίσουν αποδοτικά, προσκρούει στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες

των ατόμων αυτών και κυρίως των ατόμων που ζουν στο σμικρυσμένο «ζωτικό χώρο» του μικρού διαμερίσματος της μεγαλούπολης, που φαίνεται ότι παίζει κάποιο ρόλο, με το άγνωστο, απρόσωπο περιβάλλον.



Είναι αναμφισβήτητα φοβερό, τη μία μέρα να είναι κανείς στο περιβάλλον του απαραίτητος, να ζητιέται η γνώμη του από τους συναδέλφους και τους συνεργάτες του και ξαφνικά από την άλλη μέρα να έχει αντικατασταθεί από άλλον και αυτό να βρίσκεται σε μία νέα τόσο σκληρή πραγματικότητα, στο περιθώριο της ζωής. Σύμφωνα με μία στατιστική τον Roth (1962) στην Αγγλία, ενώ στο τέλος του περασμένου αιώνα είχαν απασχόληση πάνω από τα 66% του όλου αριθμού των ηλικιωμένων, στα μέσα του 20^{ου} αιώνα το ποσοστό έφθασε μόνο το 43%.

Η ανακούφιση από τη σκληρή πραγματικότητα του παρόντος οδηγεί το συνταξιούχο - ηλικιωμένο στην αναπόλυση του παρελθόντος, κατάσταση που τον αποσύρει σε ψυχολογική απομόνωση. Πολύ συχνά όμως εμφανίζονται και οι τόσο γνωστές πένθιμες σκέψεις «πέρασαν τα νιάτα», «τώρα τελείωσαν για μένα όλο» κ.α. που θολώνουν το νου και εξουθενώνουν τον άνθρωπο.

Αποτελεί σήμερα πραγματικότητα το γεγονός ότι ζουν άτομα μετά την συνταξιοδότησή τους τόσα χρόνια, όσα εργάστηκαν μέχρι τη θεμελίωση αυτού του δικαιώματος κι αυτό γιατί ο μέσος όρος ζωής έχει αυξηθεί.

Έτσι εμφανίζεται το ερώτημα: Πως περνούν τον καιρό τους οι άνθρωποι αυτοί; Διατηρούν δραστηριότητες, ώστε να μη μεταπέσουν από την περίοδο της έντονης δράσης στην περίοδο της ανενεργού ζωής;

Είναι γεγονός πως η εργασιακή απασχόληση των υπερηλίκων είναι μάλλον αδύνατη τη στιγμή που το ποσοστό ανεργίας των νέων ατόμων συνεχώς διογκώνεται.

Όπως όμως τα άτομα των άλλων ηλικιών έτσι και οι υπερηλικές έχουν ανάγκη να αισθάνονται ότι δεν είναι άχρηστοι. Το αίσθημα αυτό βρίσκει την ικανοποίησή του στην απασχόληση και στην ανάπτυξη ενδιαφέροντος ερασιτεχνικής απασχόλησης (hobby). Επίσης η ενεργός συμμετοχή τους σε δραστηριότητες επαγγελματικών, πολιτιστικών και φιλανθρωπικών συλλόγων, προγράμματα που και οι εκκλησίες αναπτύσσουν αλλά και το κράτος οργανώνει, συμβάλλει ώστε τα άτομα μετά τη συνταξιοδότηση να μην πέσουν στην ατέρμονη ανία και την αβάσταχτη μελαγχολία, ακόμη δε και στην απελπισία που μερικές φορές όταν δεν έχουν αγκυροβοληθεί στη Χριστιανική πίστη, οδηγεί τα βήματά τους, στο δρόμο της αυτοκαταστροφής.

Είναι επομένως αποδεκτό πως μία απασχόληση με προσωπικό ενδιαφέρον μπορεί να αποτρέψει την εκδήλωση των αναμενόμενων ψυχικών δυσκολιών. Τόσο όμως ο Stauder, όσο και ο Muller και άλλοι συγγραφείς είναι επιφυλακτικοί στην υπερβολική σημασία που αποδίδεται σ' ένα τέτοιο hobby. Ο Stauder (1955) γράφει πως "σε κριτικές περιόδους της ζωής αποφασιστική είναι η όλη συγκρότηση της προσωπικότητας καθώς και η ιδιοσυγκρασία του ατόμου". Οι ψυχικές νοσηρές αντιδράσεις είναι πιο σπάνιες στα άτομα με συγκροτημένη προσωπικότητα, καθώς και στα άτομα τα οποία όπως διαπίστωσε με πολλούς Durkheimer, ζουν μια συνειδητή θρησκευτική ζωή, έχοντας με αυτό τον τρόπο ένα εξωκοινωνικό σημείο αναφοράς. (Ρουτσώνης, 1981)

Στα ίδια πλαίσια αναφέρεται η σημασία της οικογένειας, που στις μέρες μας υφίσταται τη σοβαρότερη επίδραση της κοινωνικής αλλαγής, μέσα από την οποία επιβαρύνεται η θέση του ηλικιωμένου ατόμου.

Η προετοιμασία του ατόμου για ν' αντικρίσει τη συνταξιοδότηση πρέπει να αρχίζει από τη βασική εκπαίδευση και να ενισχυθεί ιδιαίτερα, όταν περνάει την κρίση της μέσης

ηλικίας, ώστε να βγει δυναμωμένο και ανανεωμένο για μια καινούργια ζωή σε σφαίρες κυρίως πνευματικές. Ακόμη πολλοί υπερήλικες, μετά την περιθωριοποίηση τους, χάνουν σε κάποιο βαθμό και την οικονομική τους ανεξαρτησία. Κατά συνέπεια περιορίζουν τις απαιτήσεις και τις ικανοποιήσεις τους από τη ζωή και έτσι τραυματίζονται ψυχικά. Βέβαια, υπάρχει και ένα άλλο ποσοστό υπερηλίκων που φτάνουν στη σύνταξη με αρκετή οικονομική άνεση για να ζήσουν, έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τη νέα φάση της ζωής στην οποία βρίσκουν έντονα ενδιαφέροντα που τους ίδιους γεμίζουν ικανοποίηση αλλά και την κοινωνία επηρεάζουν θετικά. Παράλληλα με τη συνταξιοδότηση η απελευθέρωση από την σκλαβιά του ωραρίου, της καθημερινής εργασίας, με τα δυσβάσταχτα μερικές φορές βάρη και ευθύνες, τους δίνει το αίσθημα της άνεσης και τους ανοίγει ορίζοντες κοινωνικών δραστηριοτήτων και πολύτιμης κοινωνικής προσφοράς που με την εργασία δεν μπόρεσαν να αναπτύξουν

Ο Atchley (1975) περιγράφει επτά φάσεις που περνάει το άτομο που συνταξιοδοτείται. Αυτές είναι:

- 1. Η απομακρυσμένη φάση:** Στην αρχή της επαγγελματικής σταδιοδρομίας το άτομο διαπιστώνει πως κάποτε θα συνταξιοδοτηθεί. Πολύ σπανίως όμως αρχίζει, από τη φάση αυτή και η ανάλογη προετοιμασία για τη συνταξιοδότηση.
- 2. Η εγγύς φάση:** Όταν πλησιάζει η συνταξιοδότηση ο υποψήφιος συνταξιούχος αρχίζει να προετοιμάζεται για την απομάκρυνση από την εργασία. Ταυτοχρόνως, με τη φαντασία του, οραματίζεται το ρόλο του σαν συνταξιούχος.
- 3. Η φάση του μήνα του μέλιτος:** Αμέσως μετά τη συνταξιοδότηση αρχίζει η περίοδος της ευφορίας. Το άτομο πιστεύει πως θα απολαύσει αυτά που ονειρεύτηκε στην προηγούμενη φάση. Συνταξιούχος τώρα, προσπαθεί να κάνει αυτό που ποτέ δεν μπόρεσε να κάνει. Διάφοροι όμως παράγοντες (οικονομικοί, υγείας κ.ά.) δεν του επιτρέπουν να τα πραγματοποιήσει και οδηγείται σε ένα μονότονο τρόπο ζωής.
- 4. Η φάση της αφύπνισης:** Όσο προχωρούν τα χρόνια, το ηθικό του συνταξιούχου μειώνεται και γίνεται εμφανής η κατάθλιψη. Ο βαθμός της κατάθλιψης έχει άμεση σχέση με το πόσο εξωπραγματικά ονειρεύτηκε τη ζωή του συνταξιούχου.
- 5. Η φάση του επαναπροσανατολισμού:** Καθώς το άτομο αναζητάει στη ζωή υλοποιήσιμους τρόπους ικανοποίησης, ανακαλύπτει

τρόπους ζωής που του προσφέρουν ικανοποίηση, ο βαθμός της οποίας ποικίλλει.

6. Η φάση της σταθερότητας: Το άτομο κατανόησε το ρόλο του και συνταξιούχος. Αυτό του προσφέρει τη βάση για να αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα στη ζωή. Μερικοί φθάνουν σ' αυτή τη φάση απευθείας από τη φάση του μήνα το μέλιτος και μερικοί δεν τη φθάνουν ποτέ.

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

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διάρκεια της κάθε φάσης που περνά το άτομο που συνταξιοδοτείται είναι ουσιαστικές και αναπτύσσονται σε πολλά μέρη του κόσμου.

Οι προσωπικές τοποθετήσεις της νοσηλεύτριας προς τη συνταξιοδότηση θα επηρεάσουν τη σχέση της προς το άτομο που διέρχεται τις φάσεις της συνταξιοδότησης και επομένως τη φύση και τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ανακαλύπτει πώς προσωπικά τοποθετείται προς τη συνταξιοδότηση. Τη βλέπει σαν νέα περίοδο της ζωής με νέες και ενδιαφέρουσες προκλήσεις, ή τη βλέπει σαν περίοδο απομόνωσης, μοναξιάς, εξάρτησης, κατάθλιψης... Τέτοιες ανακαλύψεις την οδηγούν σε αναθεωρήσεις της ζωής, και του νοήματος της, σε νέες αποφάσεις και ωρίμανση της προσωπικότητας, γιατί καλείται και πρέπει να είναι ο τύπος του ορθού προσανατολισμού και της προετοιμασίας των ατόμων για τη συνταξιοδότηση.

Είναι χωρίς αμφισβήτηση πως η περίοδος της συνταξιοδότησης, όταν βρει τα άτομα μέσα στους στενούς δεσμούς της οικογένειας των τριών γενεών- παππούδες, γονείς, εγγόνια- εμφανίζεται με λιγότερα ή και καθόλου ψυχοβιολογικά προβλήματα. Μέσα στην οικογένεια αυτή που υπάρχουν πάντοτε οι χρυσές ακτίνες της ανατολής της ζωής και οι ανταύγειες της δύσης, ο συνταξιούχος άνδρας, αλλά κυρίως η γυναίκα βρίσκει ατέρμονες ευκαιρίες προσφοράς που τον απασχολούν, τον κάνουν χρήσιμο, πολύτιμο και αναντικατάστατο. Γίνεται ο πολύτιμος βοηθός της εργαζόμενης μητέρας, ο φορέας της ιστορίας της οικογένειας και των αξιών της ζωής και στην τρίτη γενιά, η δε παρουσία του μέσα σ' αυτή δίνει ζωντανή την αίσθηση του

παρελθόντος στο οποίο επηρεάζεται αποφασιστικά το μέλλον.

Τέλος, όταν ο άνθρωπος εκτιμήσει τα πνευματικά αγαθά στη ζωή, τότε ζει εσωτερικές πνευματικές χαρές που δεν επηρεάζονται απ εξωτερικούς παράγοντες όπως το γήρας και η συνταξιοδότηση. Τον άνθρωπο αυτό μέχρι τα βαθιά τα γηρατειά του συνοδεύει αδιάκοπα η ανανεωτική δύναμη του πνεύματος. Πιστεύει πως το παρόν προσφέρεται για τη διόρθωση αλλά και συμπλήρωση του παρελθόντος για την κατάκτηση της αιωνιότητας. Βρίσκει και την περίοδο της συνταξιοδότησης νέα ενδιαφέροντα και επιδίδεται σε αγώνες πνευματικούς, αγώνες που τον οδηγούν στην κατάκτηση της ζωής. ¹²

Γηριατρική πρόνοια και υγειονομική περίθαλψη

Η κοινωνική πρόνοια και η σημασία της υγιεινής θα 'πρεπε να ολοκληρώνονται αμοιβαία. Πολλές φορές όμως δεν είναι έτσι και προβλέπεται η πρώτη παραβλέποντας τη δεύτερη ή σκέπτονται μόνο τη σημασία της υγιεινής χωρίς να υπολογίζουν ότι τα αποτελέσματα της θα είναι ανεπαρκή αν στη συνέχεια δεν υπάρχει η κοινωνική συμπαράσταση. Το αποδεικνύει το γεγονός ότι η γηριατρική έχει περιληφθεί τελευταία σαν μάθημα πανεπιστημιακό της Ιατρικής Σχολής αν και επιβεβαιώνεται ότι πάνω από το 50% των ατόμων που επισκέπτονται καθημερινά ένα γενικό γιατρό είναι ηλικιωμένοι.

Στην βοήθεια της υγιεινής στους ηλικιωμένους πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μερικές βασικές αρχές:

- ✦ Αυτή πρέπει αναγκαστικά να διαφοροποιηθεί γιατί διαφέρουν ουσιαστικά οι βασικές συνθήκες
- ✦ Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και επαγγελματική συνείδηση για να μην πειραχτούν όργανα διαφορετικά από κείνα που έχουν προσβληθεί
- ✦ Να μην παραμελείται επ' άπειρο μια αρρώστια, που να αντιμετωπιζόταν έγκαιρα θα μπορούσε να θεραπευτεί.

Το πόσο αγνοείται η γηριατρική στα πλαίσια της γενικής ιατρικής αποδειχνεται από ένα γεγονός σ' όλους φανερό: οι δόσεις που πρέπει να αναγράφονται πολλές φορές πάνω στα φαρμακευτικά σκευάσματα δεν λαμβάνουν ποτέ υπόψη τους, τους ηλικιωμένους. Αντίθετα, αναγράφεται καθαρά σχεδόν πάντα η "δασολογία" για τα μωρά και πολύ συχνά για τους ενήλικες, αλλά ποτέ καμία ένδειξη για τους ηλικιωμένους.



Και ακόμα: στα ειδικά φάρμακα για τους ηλικιωμένους δεν υπάρχει ούτε καν κάποια ένδειξη ότι πρέπει να χορηγείται μια δόση σύμφωνα με την κατάσταση της υγείας τους και όχι κάποια άλλη άσχετη. Συμβαίνει, λοιπόν π.χ. να χορηγηθούν φάρμακα που απαιτούν μια τέλεια νεφρική λειτουργία σε άτομο που υποφέρει από τα νεφρά του. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζονται, μ' άλλα λόγια, μόνο σαν ασθενείς και όχι σαν ηλικιωμένοι. Υπάρχει και η αντίθετη υπερβολή να χαρακτηρίζεται κάποιος ασθενής, μόνο και μόνο επειδή είναι ηλικιωμένος. Κι όμως είναι φανερό πως οι ηλικιωμένοι χρειάζονται ιδιαίτερη μεταχείριση, με βάση τις νέες γνώσεις της γηριατρικής. Και μολονότι θα 'πρεπε, κάτι τέτοιο δεν γίνεται. Αν π.χ. ένας ηλικιωμένος σε νοσοκομείο δυσκολεύεται να περπατήσει, σπάνια του συνιστούν να σηκωθεί, με αποτέλεσμα μετά από μερικές εβδομάδες, η κατάσταση του να γίνει χρόνια. Άλλο ένα παράδειγμα είναι οι ηλικιωμένοι που έχουν προσβληθεί από ημιπληγία: τα περισσότερα νοσοκομεία δε διαθέτουν ιδιαίτερους ξεχωριστούς χώρους και ο ηλικιωμένος παράλυτος τοποθετείται σε κοινούς θαλάμους μαζί με άλλους ασθενείς, ακόμα και ψυχοπαθείς. Σπάνια δίνεται προσοχή στη γρήγορη αποκατάστασή του με αποτέλεσμα, όταν παίρνει εξιτήριο, να είναι οριστικά ανάπηρος.

Ο κατάλογος είναι ατέλειωτος. Τα κατάγματα, λόγου χάρη! Πολλοί ηλικιωμένοι που έχουν πάθει κάταγμα τοποθετούνται σε

κρεβάτι χωρίς να είναι πάντα απαραίτητο: μετά από καμιά δεκαριά μέρες κατάκλισης, η πλάτη τους «πληγιάζει» και για να το ξεπεράσουν (αν μπορέσουν) χρειάζεται πολύ υπομονή. Σήμερα ευτυχώς η γηριατρική μπορεί να προλάβει τη διαιώνιση διαφόρων καταστάσεων, υπό τον όρο να της δοθούν τα κατάλληλα μέσα, γιατί αλλιώς το νοσοκομειακό πρόβλημα δε λύνεται. Αρκεί να σκεφτούμε ότι στα νοσοκομεία οι περισσότεροι ασθενείς είναι ηλικιωμένοι και ότι απ' αυτούς το 1/3 τουλάχιστον χρειάζονται ειδικές και μακροχρόνιες θεραπείες.

Συχνά ακούμε πως χρειάζονται ειδικά τμήματα ή και νοσοκομεία γηριατρικής, όπου ο ηλικιωμένος θα βρίσκει την κατάλληλη ιατρική παρακολούθηση. Αλλά και σ' αυτές τις περιπτώσεις πρέπει ν' αποφεύγουμε τις υπερβολές και η παραμονή του ηλικιωμένου εκεί, για ανάρρωση, να επεκτείνεται μόνο όταν είναι απαραίτητη.

Τα γενικά νοσοκομεία θα έχουν πολύ λιγότερη δουλειά και θα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους πολύ πιο σωστά. Για να γίνει όμως αυτό, όπως είπαμε, οι υγειονομικές υπηρεσίες πρέπει να ενσωματωθούν στα πλαίσια μιας καταλληλότερης κοινωνικής πρόνοιας, ώστε ο ηλικιωμένος να μπορεί να παρακολουθείται και στο σπίτι του, και στο νοσοκομείο, και μετά. Μ' άλλα λόγια, η πρόνοια και η υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων πρέπει ν' αποτελεί τμήμα της γενικότερης κοινωνικής πρόνοιας ενός κράτους.

Πόροι των ηλικιωμένων

Για τον 60χρονο στη Γαλλία μπορεί να φροντίσει είτε η κοινωνική ασφάλιση, εφόσον το άτομο έχει αναγνωρισμένο δικαιώματα, ή οι δημόσιοι οργανισμοί (departement, δημαρχείο) αν δεν έχει κοινωνική ασφάλιση.

Η κοινωνική ασφάλιση μπορεί να δώσει:

1. Σύνταξη γήρατος
2. Βοήθημα ηλικιωμένου μισθωτού
3. Επίδομα
4. Συμπληρωματικό βοήθημα
5. Σύνταξη χήρας ή χήρου
6. Βοήθημα πολύτεκνης μητέρας

Σύνταξη γήρατος

Για να τη δικαιούται κανείς πρέπει να έχει συνεισφέρει στην κοινωνική ασφάλιση επί τριάντα χρόνια , οπότε παίρνει πλήρη σύνταξη. Μπορεί ακόμα να πάρει σύνταξη μετά από 15 χρόνια πληρωμής των εισφορών, αλλά το ποσό της είναι ανάλογο προς τις εισφορές που έχουν γίνει και παρέχεται μόνο μετά τα γενέθλια των 60 χρόνων. Οι περισσότεροι, όμως την παίρνουν στα 65, αφού το ποσό της αυξάνεται 4% το χρόνο μετά τα εξήντα.

Παραδείγματα:	20 %	σύνταξη στα 60
	24 %	61
	28 %	62
	32 %	63
	36 %	64
	40 %	65

Μέσος όρος ετήσιας πληρωμής.

Υπολογίζεται από τις εισφορές που πληρώθηκαν τα δέκα προηγούμενα χρόνια

1. Είτε στην ηλικία των 60
2. Είτε την ημερομηνία της αίτησης για την σύνταξη

Άρα το μέγεθος της σύνταξης εξαρτάται από την ηλικία του αιτούντος και το μηνιαίο ποσό της από τις εισφορές που έχουν πληρωθεί.

Οι συντάξεις αναπροσαρμόζονται την 1^η Απριλίου κάθε χρόνου, ανάλογα με την αύξηση των μισθών.

Η ανώτερη ετήσια παροχή είναι 5.472 φράγκα, που αντιστοιχεί με σύνταξη 40% στην ηλικία των 65. Δεν υπάρχει ανώτατο όριο για τις ιδιωτικές πηγές.

Βοήθημα ηλικιωμένου μισθωτού

Οροι:

1. Να έχει συμπληρώσει τα 65 ή τα 60, σε περίπτωση ανικανότητας για εργασία.
2. Να είναι Γάλλος ή πολίτης κράτους που έχει υπογράψει συμφωνία με τη Γαλλία.
3. Να κατοικεί στην Γαλλία ή σε γαλλική κτήση ή σε πρώην

γαλλική αποικία.

4. Να αποδείξει πως έχει εργαστεί 2 χρόνια στη διάρκεια της ζωής του
5. Να έχει συνεισφέρει στην κοινωνική ασφάλιση, εφόσον αυτά τα χρόνια εργασίας ήταν μετά την 31 Δεκεμβρίου 1944.

Επίδομα πολύτεκνων μητέρων

Προϋποθέσεις:

1. Να έχει συμπληρώσει τα 60 χρόνια ή τα 65 σε περίπτωση ανικανότητας προς εργασία
2. Να είναι γαλλίδα ή πολίτης χώρας που έχει υπογράψει συμφωνία με τη Γαλλία.
3. Να διαμένει στη γαλλική επικράτεια
4. Να έχει αναθρέψει πέντε παιδιά γαλλικής ιθαγένειας επί 9 τουλάχιστο χρόνια

Συμπληρωματικό βοήθημα από το εθνικό ταμείο αλληλεγγύης

Καταβάλλεται στις περιπτώσεις των δύο επιδομάτων που αναφέρθηκαν παραπάνω το ετήσιο ποσό των 800 φράγκων.

Για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ηλικιωμένων φροντίζει η Κοινωνική Ασφάλιση», πληρώνοντας ποσοστό 70-80 και 100% των εξόδων, ανάλογα με τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της ασθένειας. Το υπόλοιπο ποσό, γνωστό σαν «ticket modérateur», έχει υποχρέωση να το πληρώσει ο ίδιος ο ασφαλισμένος, αλλά μερικές φορές μπορεί να καταβληθεί από την κοινωνική υπηρεσία.

Επιδόματα κοινωνικής ασφάλισης

Προϋποθέσεις:

1. Να έχει συμπληρώσει τα 65 χρόνια
2. Να έχει καταβάλει εισφορές επί πέντε χρόνια ή λιγότερα των δεκαπέντε.
3. Αν έχει πληρώσει για λιγότερο από πέντε χρόνια μπορεί να ζητήσει μόνο να του καταβληθούν οι εισφορές του.

Το ποσό του επιδόματος ανέρχεται στο 10% των μισών πληρωμένων εισφορών.

Ας σημειωθεί πως υπάρχουν σήμερα άνθρωποι που δεν δικαιούνται να πάρουν σύνταξη, βοήθημα ούτε επίδομα, είτε γιατί εργάστηκαν χωρίς να συνεισφέρουν στην Κοινωνική Ασφάλιση, είτε γιατί εργάστηκαν για ορισμένες μόνο περιόδους, είτε γιατί είχαν να μεγαλώσουν πολλά παιδιά και δεν τους έμεινε καιρός να δουλέψουν. Η ουσία είναι ότι δεν έχουν αποκτήσει δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, μπορεί το άτομο να αποταθεί στις δημόσιες υπηρεσίες και συγκεκριμένα: 1. Στα διαμερίσματα 2. Στα δημαρχεία 3. Στην κρατική βοήθεια 4. Σε ειδικευμένες φιλανθρωπικές οργανώσεις και 5. Σε ιδιωτικές φιλανθρωπικές οργανώσεις.

Ένα ειδικό βοήθημα γήρατος καταβάλλεται από το Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων, φτάνει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:

1. Η περίπτωση να μην υπάγεται στην κοινωνική ασφάλιση
2. Να μην ξεπερνάει ένα ορισμένο όριο ιδιωτικών πόρων
3. Ο αιτών να μην έχει ακίνητη περιουσία και
4. Να μη λαμβάνει βοηθήματα για να συντηρήσει παιδιά

Το ειδικό αυτό βοήθημα φτάνει τα 1.300 φράγκα το χρόνο. Το άτομο δεν θα πρέπει να έχει εισόδημα άνω των 3.000 φράγκων το χρόνο (μαζί με το βοήθημα) ή 5.400 φράγκων σε περίπτωση ζεύγους.

Επειδή το εισόδημα αυτό είναι πολύ μικρό, παρέχεται πρόσθετη βοήθεια από το Γραφείο Κοινωνικής Βοήθειας με τη μορφή:

1. Παροχής για ενοίκιο (το μισό από το βασικό ενοίκιο)
2. Παροχή για θέρμανση (150-180) φράγκα το χρόνο
3. Μηνιαίας παροχής σε μετρητά (50-150 φράγκα)
4. Κουπόνια για γκάζι, ηλεκτρικό, δέματα με τρόφιμα, γεύματα και εκπτώσεις στα μεταφορικά μέσα. Επίσης μπορεί να αναλάβει την περίπτωση κάποια ιδιωτική φιλανθρωπική οργάνωση και
5. Δωρεάν ιατρική περίθαλψη.

Οι συντάξεις καθώς και τα «βοηθήματα τρίτου προσώπου» που καταβάλλονται από την κοινωνική ασφάλιση ή τα départements αυξάνονται με τις εξής προϋποθέσεις:

1. Το άτομο να έχει συμπληρώσει τα 65 του χρόνια ή τα 60 σε περίπτωση αναγνωρισμένης ανικανότητας προς εργασία
2. Να μην είναι σε θέση να εκτελεί μόνος τις καθημερινές εργασίες, εξαιτίας διάφορων αναπηριών

Η παραπάνω αύξηση καταβάλλεται οποιοδήποτε και αν είναι το ποσό της σύνταξης ή του βοηθήματος και δεν ξεπερνά το ποσό των 6.700 φράγκων το χρόνο. Στην περίπτωση αυτή, τα έξοδα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης καταβάλλονται κατά 100%.

Συμπληρωματικές συντάξεις γήρατος καταβάλλονται στην ηλικία των 65 χρόνων, με την προϋπόθεση να έχει εργαστεί ο ενδιαφερόμενος επί δέκα χρόνια στον ίδιο τομέα (εμπόριο, βιομηχανία, ελεύθερο επάγγελμα). Σε περίπτωση ανικανότητας προς εργασία, η συμπληρωματική σύνταξη μπορεί να καταβληθεί από την ηλικία των εξήντα, ενώ η χήρα μπορεί να την πάρει στα πενήντα. Το ποσό της συμπληρωματικής σύνταξης ποικίλλει, ανάλογα με το σύνολο των εισφορών που έχουν πληρωθεί.

Σύνταξη γήρατος διοικητικών στελεχών καταβάλλεται στα 65 ή σε περίπτωση ανικανότητας, στα 60. Ισχύουν οι ίδιες προϋποθέσεις όπως και για τη συμπληρωματική σύνταξη. Η Κοινωνική Υπηρεσία δεν ενδιαφέρεται γι' αυτή την τάξη ηλικιωμένων που ζουν σχετικά άνετα, αφού παίρνουν τη σύνταξη γήρατος της κοινωνικής ασφάλισης και της σύνταξη του διοικητικού στελέχους.

Θα δώσουμε ιδιαίτερη έμφαση σε δύο σημεία: ο συνταξιούχος των 65 χρόνων παίρνει μόνο το 40% του μισθού του και η σύνταξή του υπολογίζεται με βάση όσα κέρδιζε τα τελευταία δέκα χρόνια, που δεν είναι πάντα τα πιο καλοπληρωμένα της καριέρας του. Πιο σωστό θα ήταν να υπολογιστεί η μεγαλύτερη αμοιβή του ή τουλάχιστον ο μέσος όρος. Γιατί αν ο εργοδότης υποβιβάσει με κάποιο πρόσχημα τον εργαζόμενο, η σύνταξη του τελευταίου μειώνεται πράγμα που αποτελεί κατάφορη αδικία.¹²

Ο Υπερήλικας και η κοινωνία

Οι αντιλήψεις για τους ηλικιωμένους σε όλο τον κόσμο έχουν κληρονομηθεί από δύο αντίθετες απόψεις. Μία άποψη είναι η κλασική Ελληνική κατά την οποία η υπερηλικίωση είναι μία αμείωτη δυστυχία και όταν η περίοδος της άνοιξης της ζωής περάσει, τότε η πραγματικότητα του θανάτου είναι προτιμότερη

από την πραγματικότητα της ζωής.

Η άλλη άποψη των λαών της ανατολής όπου γι' αυτούς η μεγάλη ηλικία είναι η κορυφή της ζωής, δίνει αξία και γόητρο στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία.

Η τοποθέτηση όμως του ηλικιωμένου στις περισσότερες κοινωνίες είναι μάλλον απόρροια των απόψεων της Κλασσικής Ελληνικής φιλοσοφίας. Οι άνθρωποι σήμερα δίνουν προβάδισμα στη νεότητά μας φοβούνται το γήρας αφού αυτό οδηγεί στην απώλεια της αξιοπρέπειάς τους.

Η εμφάνιση στη νεότητα έχει εμποδίσει την ανθρωπότητα να υιοθετήσει μία λογική στάση προς το γήρας. Σήμερα ο άνθρωπος μάχεται ενάντια στις ρυτίδες και απελπίζεται μπροστά σε κάθε λευκή τρίχα των μαλλιών του.

Έτσι το γήρας παρουσιάζει μερικά από τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών μειονοτήτων όπως:

1. Η κοινωνία επιλαμβάνεται των προβλημάτων του γήρατος με την βοήθεια οργανισμών και φιλανθρωπικών οργανώσεων και
2. Οι υπερήλικες αποτελούν κοινωνικό πρόβλημα.

Από αρχαιοτάτων χρόνων η ανθρωπότητα καταβάλλει προσπάθεια για να βρει τρόπους να παρατείνει τη ζωή του ανθρώπου. Σήμερα που ο άνθρωπος βρίσκεται μπροστά σ' αυτό το επίτευγμα, καλείται να αγωνισθεί για να προσφέρει και δημιουργικότητα στα χρόνια της ζωής που του απομένουν.

Όμως φαίνεται πως το ανθρώπινο πνεύμα δεν είναι καλά προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τη νίκη αυτή της μεγάλης ηλικίας, αφού η ενηλικίωση σημαίνει περίοδο καρτερίας και όχι απόλαυσης και αυτό γιατί συνήθως τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο φτωχά και μειονεκτούν σε σχέση με τα άτομα άλλων ηλικιών στη σύγχρονη κοινωνία. Αυτό είναι αδικία γι' αυτούς που όπως γράφει ο Καλλίνικος "... εκοπίασαν, εμόχθησαν, ιδρώσαν, επόνεσαν, εξαντλήθηκαν για την ανάπτυξίν μας...".¹²

1.5. Υπερήλικες και Κοινωνία - Η θέση της Οικογένειας απέναντι στην τρίτη ηλικία

Η βιολογική παράταση του ορίου ηλικίας, παράγοντες όπως η μετανάστευση, η υπογεννητικότητα, η άνοδος του βιοτικού μας επιπέδου, η είσοδος της γυναίκας στον εργασιακό χώρο, οδήγησε

στη νέα και τελική μορφή της οικογένειας, δηλαδή την πυρηνική, η οποία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη των δυο συζύγων και των παιδιών.

Αποτέλεσμα αυτού του νέου «καθεστώτος» είναι η υποβάθμιση της σπουδαιότητας του ρόλου του ηλικιωμένου στην οικογένεια. Οι ηλικιωμένοι παραγκωνίζονται όχι μόνο από την οικογένεια, αλλά και ως κοινωνική ομάδα. Έτσι τα άτομα της τρίτης ηλικίας, τις βιομηχανικές κυρίως και όχι μόνο, κοινωνίες περιθωριοποιούνται.



Με αυτό τον τρόπο η κοινωνία θέτει στο περιθώριο το γηρασμένο άτομο και εξασφαλίζει την οριστική του παρακμή. Είναι επομένως απαραίτητο να υπάρχει μέριμνα και πρόνοια, που αφενός θα πρέπει να ξεκινήσει από την οικογένεια και να ολοκληρωθεί αφετέρου από την πολιτεία.

Αυτό πρέπει να γίνει με ουσιαστικούς τρόπους αντιμετώπισης της συγκεκριμένης κατάστασης, που δυστυχώς πλησιάζει σε διαστάσεις κοινωνικού προβλήματος. Ειδικότερα και λόγω των αυξημένων και ειδικών αναγκών που έχουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας, είναι πλέον συχνή η απόφαση της οικογένειας για εισαγωγή του ηλικιωμένου σε ιδρύματα, κυρίως γηροκομεία ή οίκους ευγηρίας κλπ.

Η εισαγωγή ενός ηλικιωμένου σε ίδρυμα και η απομάκρυνση του από την οικογένεια είναι ένα γεγονός που αντιμετωπίζεται ποίκιλα και από τις δυο πλευρές.

Σχεδόν κανένας ηλικιωμένος δεν εγκαθίσταται με την πλήρη συγκατάθεσή του σε ένα από τα ευγηρία ιδρύματα, και ούτε βέβαια η οικογένεια από την άλλη πλευρά αντιμετωπίζει ως ιδανική λύση της εισαγωγής του ηλικιωμένου στο ίδρυμα. Αντιμετωπίζεται όπως προαναφέρθηκε ως λύση και διέξοδος.

Με τον τρόπο αυτό, άτυπα βέβαια, ενισχύεται ο θεσμός της πυρηνικής οικογένειας και ο υπερήλικας απομακρύνεται διακριτικά από αυτήν ως ρόλος και ως οντότητα.²



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

1. *Βιοψυχοπνευματικές μεταβολές κατά το γήρας*
 - 2.1. Βιολογικές μεταβολές
 - 2.2. Ψυχολογικές μεταβολές
 - 2.3. Πνευματικές μεταβολές
2. *Διαταραχές της προσωπικότητας και συμπεριφοράς στους γέροντες*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

1. Βιοψυχοπνευματικές μεταβολές κατά το γήρας

2.1. Βιολογικές μεταβολές

Ο Courtin (1972) γράφει πως η ενηλικίωση χρωματίζει με σκοτεινά χρώματα τη ζωή, κάνει το σώμα πιο βαρύ και φυλακίζει τη σκέψη. Ο ίδιος ακόμη σημειώνει πως το σώμα κατά την ενηλικίωση κάμπτεται, ενώ η ανάμνηση της χαμένης δύναμης βασανίζει τον υπερήλικα. Κάθε μικρός πόνος ή μικρό συμβάν σημαίνει γι' αυτόν ανεπανόρθωτη απώλεια. Η ανάλυση των βιολογικών αλλαγών που παρουσιάζονται κατά την ενηλικίωση θα μας οδηγήσουν στην κατανόηση των ιδιαιτέρων προβλημάτων και αναγκών που εμφανίζει ο υγιής υπερήλικας και τον τρόπο επίλυσης και ικανοποίησης του.

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

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

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

Γενικά η διεργασία της ενηλικίωσης παρουσιάζεται με διαφορετικό ρυθμό στα διάφορα συστήματα του ίδιου ατόμου. Και η προσαρμογή στις βιολογικές ανάγκες γίνεται με περιορισμό των δραστηριοτήτων.²

2.2 Ψυχολογικές μεταβολές

Ο τρόπος με τον οποίο οι υπερήλικες βλέπουν τους εαυτούς τους να προσαρμόζονται στις φυσικές κοινωνικές και

περιβαντολογικές μεταβολές ποικίλλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Ακόμα, διαφέρουν από άτομο σε άτομο οι θέσεις απέναντι στα προβλήματα του γήρατος και η μηχανισμοί λύσης τους. Την αυτό-αντίληψη και αυτό-εκτίμηση των υπερηλίκων επηρεάζουν ο βαθμός της φυσικής και διανοητικής κατάπτωσης, η απώλεια υποστήριξης των σημαντικών για αυτούς προσώπων και η οικονομική κατάσταση.¹³

Ψυχολογικά αποτελέσματα του φυσιολογικού γήρατος

1. Μεταβολή ρόλων.

Η συνταξιοδότηση έχει σαν αποτέλεσμα τη μετακίνηση του επίκεντρου από την παραγωγικότητα στην αύξηση του ελεύθερου χρόνου. Για ορισμένους η συνταξιοδότηση είναι κάτι το θετικό, γιατί έχουν τώρα την ευκαιρία να κάνουν πράγματα που τόσο επιθυμούσαν. Για άλλους, η υποχρεωτική συνταξιοδότηση μπορεί να σημαίνει απώλεια της αυτο-εκτίμησης και της προσωπικής τους ταυτότητας.

2. Μεταβολές στις σχέσεις με άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντος.

Αυτό συμβαίνει συχνά με τα πέρασμα της ηλικίας. Δεν είναι ασύνηθες να βλέπει κανείς μια σύζυγο, που έχει υπάρξει δευτερεύον πρόσωπο στην οικογένεια, να γίνεται ξαφνικά υπεύθυνη για τις οικονομικές διευθετήσεις και να αναλαμβάνει ηγετικούς ρόλους ή τον σύζυγο, που ποτέ δεν πήρε μέρος στο νοικοκυριό, να γίνεται υπεύθυνος για το μαγείρεμα, το καθάρισμα και το πλύσιμο.

3. Απώλειες.

Το ηλικιωμένο άτομο είναι υποχρεωμένο να αντιμετωπίσει μια πολλαπλότητα απωλειών. Αυτές περιλαμβάνουν φυσικές, ψυχολογικές, οικονομικές και κοινωνικές απώλειες. Πιθανά η πιο αβάσταχτη απώλεια, είναι η απώλεια των ανθρώπων του περιβάλλοντός του, συνήθως του / της συζύγου. Για τους ηλικιωμένους, ακόμα και ο αποχωρισμός από τα παιδιά σημαίνει απώλεια σημαντικών προσώπων. Αυτό, συχνά συμβάλλει σε μια αλλαγή των θέσεων και των συγκινησιακών αποκρίσεων.

4. Μεταβολές στις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους.

Η αύξηση του χρόνου αντίδρασης κάνει δύσκολες τις αλληλεπιδράσεις με τα μέλη της διευρυμένης οικογένειας. Τα

μικρά παιδιά μπορούν να ζωντανεύουν τους ηλικιωμένους αλλά ταυτόχρονα τους εξαντλούν.

5. Απομόνωση.

α. Η μειωμένη ικανότητα να κινείται ελεύθερα, μέσα ή έξω από το σπίτι, αποτελεί μια πηγή αισθήματος ματαίωσης για τον υπερήλικα. Οι φυσικοί περιορισμοί, η άρνηση χορήγησης διπλώματος οδήγησης ή οι οικονομικές απώλειες μπορεί να περιορίσουν τη μετακίνηση και τη δραστηριότητα και να προκαλέσουν κατάθλιψη και άγχος σε πολλούς υπερήλικες.

β. Τα μεταφορικά μέσα (λεωφορεία) είναι ανεπαρκή σε πολλές περιοχές. Εξάλλου, οι φυσικοί περιορισμοί μπορεί να κάνουν αυτόν τον τύπο μεταφοράς φοβερό ή μη πρακτικό για τον υπερήλικα.

γ. Ο ρυθμός εγκληματικότητας στις περιοχές που ο υπερήλικος, εξαιτίας της οικονομικής του αποστέρησης, υποχρεώνεται να μετοικήσει, είναι ένας ακόμα παράγοντας που περιορίζει τις μετακινήσεις του. Οι υπερήλικες είναι συχνά στόχοι εγκλημάτων, ειδικά αν ζουν μόνοι και είναι φυσικά ανίκανοι.

6. Αλλαγές στην αντίδραση προς το stress.

Στους υπερήλικες η μειωμένη αναγνώριση του stress, η μειωμένη μετάδοση πληροφοριών και η μειωμένη ενδοκρινική απόκριση επηρεάζουν την απόκριση του οργανισμού τους στο stress.

7. Η προσωπικότητα του υπερήλικα.

Όταν απουσιάζει η παθολογική μεταβολή, η προσωπικότητα του υπερήλικα παραμένει σταθερή. Για το άτομο που μεγαλώνει, το πέρασμα του χρόνου είναι παράλληλο με την ανάπτυξη του εγώ. Το άτομο γίνεται ακόμα περισσότερο ο εαυτός του. Η έλλειψη ελαστικότητας για την οποία συχνά κατηγορούνται οι υπερήλικες, είναι αποτέλεσμα των φυσικών και κοινωνικών περιορισμών μάλλον και όχι της αλλαγής της προσωπικότητας.

Στον υπερήλικα παραμένει επίσης σταθερή και η συγκινησιακή ικανότητα. Το πέρασμα της ηλικίας κατά κανένα τρόπο δεν ελαττώνει την ικανότητα να αισθάνεται το άτομο λύπη ή χαρά, ευχαρίστηση ή πόνο, αγάπη ή αποστροφή.

8. Από τις διανοητικές λειτουργίες.

- α. Η μνήμη των πρόσφατων γεγονότων μειώνεται, ενώ παραμένει καθαρή η μνήμη των μακρινών γεγονότων.
- β. Η μάθηση νέας γνώσης είναι δυνατή από τους υπερήλικες, κυρίως όταν αφορά πράγματα που έχουν σημασία γι' αυτούς ή υπάρχει το κίνητρο της επιτυχίας. Οι βραχυπρόθεσμοι σκοποί στη μάθηση, γενικά, πετυχαίνονται πιο εύκολα, πράγμα που πρέπει να έχουμε υπόψη μας όταν δίνουμε φροντίδα στον υπερήλικα.
- γ. Η ανάγκη για αυτοέκφραση, μέσω της οποίας ο υπερήλικας μπορεί να κάνει σκόπιμη και πολύτιμη συνεισφορά στην κοινωνία, παραμένει.
- δ. Όπως και με την προσωπικότητα, η νοημοσύνη του υπερήλικα διατηρείται σταθερή.¹³

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η απροσάρμοστη συμπεριφορά του ηλικιωμένου δεν έχει σκοπιμότητα και οφείλεται στη φυσική φθορά: παράδειγμα το παραμιλητό και οι συνεχείς επαναλήψεις των γέρων. Ο ηλικιωμένος στρέφεται προς το παρελθόν δεν έχει εξουσία στο μέλλον και τον βασανίζουν οι έγνοιες. Συνέχεια αναβιώνει τις ίδιες αναμνήσεις και μιλάει στον εαυτό τους για τις ίδιες αγωνίες του. Η εξασθένηση της μνήμης του και η ανικανότητα να μάθει καινούρια πράγματα τον καταδικάζουν σε στασιμότητα. Συνήθως, όμως, ο κόσμος παραβλέπει τις εμφανείς διανοητικές του παρεκκλίσεις. Ένας γεροντολόγος από το Σαν Φρανσίσκο, ο Δρ. Λούις Κουπλάν, υποστήριξε την ιδέα της «γεροντικής εγκληματικότητας», που σαν την εγκληματικότητα των ανηλίκων οφείλεται σε αισθήματα αποκλεισμού και εκφράζεται, όχι με τη βία αλλά με αντικοινωνική συμπεριφορά. Ο Δρ. Κουπλάν υποκύπτει στον πειρασμό να δει τους ηλικιωμένους σαν ένα είδος που θα πρέπει να περιγραφεί απ' έξω, όπως κάνουν οι εντομολόγοι. Ξεχνάει ότι πρόκειται για ανθρώπους που βασίζουν την συμπεριφορά τους στην κατάστασή τους, γενικά, προκαλεί τη διαμαρτυρία. Ένα από τα εντυπωσιακά γνωρίσματα των τροφίμων στα ιδρύματα είναι η έλλειψη καθαριότητας. Αλλά γιατί να υπακούσουν στους κανόνες της υγιεινής και της αξιοπρέπειας, όταν έχουν ριχτεί σαν σε σωρό από σκουπίδια: Σε σχέση με την οικογένειά τους, η πικρία τους εκφράζεται με μορφές συμπεριφοράς που μπορεί να μοιάζουν νευρωτικές, αλλά στην πραγματικότητα οφείλονται σε

επιθετικότητα ή αυτοάμυνα. Όταν ένας γέρος πέσει στο κρεβάτι και δεν ξανασηκωθεί ποτέ, με το πρόσχημα ότι έχει ρευματισμούς, μπορεί να δείχνει έτσι τη δυσαρέσκειά του μετά από καβγά με τα παιδιά του. Ένας άλλος, που ο γιος του έχει αναλάβει να ρυθμίζει τις υποθέσεις του, μπορεί να τριγυρίζει γυμνός στον κήπο, χρησιμοποιώντας όπως ο βασιλιάς Δηρ, τη γύμνια σαν σύμβολο του ξεγυμνώματος που του επιβλήθηκε. Η ακράτεια ούρων ή κοπράνων είναι συχνά μια μορφή εκδίκησης. Η άρνηση του γέρου να φάει, να βγει έξω, να πλυθεί ή η παράξενη συμπεριφορά του είναι συνήθως τρόποι που χρησιμοποιεί για να διεκδικήσει κάτι. Το ίδιο ισχύει και στην συνηθισμένη περίπτωση των γέρων που περιπλανώνται άσκοπα μακριά από το σπίτι τους και χάνονται. Εφόσον δεν έχει κάποιο ικανοποιητικό ρόλο στο σπίτι, ο ηλικιωμένος περνάει ολόκληρες μέρες περιπλανώμενος, χωρίς να το λέει στην οικογένειά του. Δεν ξέρει τι ζητάει μα δίνει στον εαυτό του την εντύπωση της αναζήτησης.¹²

2.3. Πνευματικές μεταβολές

Καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει, ορισμένες πλευρές της νοητικής του λειτουργίας μπορεί να βελτιώνονται αντί να εξασθενούν. Γνωρίζει περισσότερα γύρω από πολλά θέματα και γίνεται πιο έμπειρος στη χρησιμοποίηση των ικανοτήτων που έχει αναπτύξει με τα χρόνια. Αυτό φαίνεται καθαρότερα σ' εκείνο που αποκαλούμε αποκρυσταλλωμένη νοημοσύνη - ευφυΐα που αντανακλάται σε ότι έχουμε μάθει από την εμπειρία μας.

Η λεκτική κατανόηση, για παράδειγμα, είναι μια από τις νοητικές ικανότητες που συνθέτουν την αποκρυσταλλωμένη νοημοσύνη. Η βαθμολογία στη λεκτική κατανόηση από τους εικοσάχρονους, και οι πενήντάχρονοι και εξηντάχρονοι τα πήγαν ακόμη καλύτερα.

Η γεροντική άνοια συνοδεύεται, συχνά, από προβλήματα μνήμης. Η εξασθένιση της μνήμης είναι ιδιαίτερα έντονη για πρόσφατα γεγονότα. Το χτές μπορεί να είναι ανύπαρκτο. Το άτομο μπορεί να μην θυμάται πράγματα που έγιναν πρίν δέκα λεπτά. Προβλήματα με τη μνήμη μπορεί να έχουν και πολλοί ηλικιωμένοι που δεν πάσχουν από γεροντική άνοια, ωστόσο, η απώλεια της μνήμης είναι πιο ριζική κι εκτεταμένη στην περίπτωση της γεροντικής άνοιας. Μεμονωμένες αναμνήσεις μπορεί να επανέρχονται, αλλά η μνήμη σαν μέσο για την

αντιμετώπιση της ζωής χάνεται οριστικά.

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

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

1. Οι αλλαγές που δοκιμάζει το άτομο και οι οποίες επηρεάζουν την εμφάνιση του σώματος, τη μυϊκή δύναμη πιθανόν να είναι μεγαλύτερες φυσικές απώλειες και μπορεί να επιταχύνουν απώλειες στη σφαίρα της ιδέας που έχει το άτομο για τον εαυτό του, στην ασφάλεια, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στη συμπεριφορά. Ένας ηλικιωμένος που αρχίζει να χάνει την όραση μπορεί να χάσει τον προσανατολισμό του, να είναι σε σύγχυση και ακόμη σε παρανοϊκή κατάσταση και να μη συνεργάζεται, λόγω της στέρησης της όρασης.
2. Η απώλεια της μνήμης για πρόσφατα γεγονότα μπορεί να συμβεί, ενώ η μνήμη για παλαιά συμβάντα φαίνεται να μη διαταράσσεται. Ο Weinberg (1975) παρουσιάζει την προστατευτική επίπτωση που έχει στον υπερήλικα η απώλεια της πρόσφατης μνήμης. Δηλαδή, το άτομο, ενώ δεν έχει συνείδηση των απωλειών που υφίσταται, διατηρεί παλαιές αναμνήσεις και έτσι ίει με παλαιή, ευχάριστα γεγονότα.
3. Είναι δύσκολο-να αξιολογηθεί η απώλεια των διανοητικών λειτουργιών, γιατί είναι δυνατό να αποδίδονται στην ίδια την ενηλικίωση ή να είναι επακόλουθο σοβαρής νόσου ή

πολιτιστικής και κοινωνικής στέρησης. Ο Bellak (1975) υποστηρίζει πως η διανοητική λειτουργία δε μειώνεται με την ηλικία. Ο ίδιος ισχυρίζεται πως η γήρανση των διανοητικών ικανοτήτων οφείλεται στη σπανιότητα των μορφωτικών ευκαιριών που έχουν οι ηλικιωμένοι. Ο ηλικιωμένος, όμως και τα άτομα των άλλων ηλικιών, έχει ανάγκη από συνεχή ερεθίσματα και επάρκεια ευκαιριών μια συνεχή ανάπτυξη των διανοητικών λειτουργιών.

4. Μαζί με τη μείωση της ικανότητας να σκέπτεται ή να επιλύει προβλήματα, τείνει να συνοδεύει την ενηλικίωση και η απώλεια της ευκαμψίας και της προσαρμοστικότητας. Το μεγάλο άτομο προσκολλάται σε γνωστές και ασφαλείς διαδικασίες και τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων. Φαίνεται να είναι δύσκολο γι' αυτόν να μάθει νέους τρόπος εκπλήρωσης καθηκόντων ή λύσης προβλημάτων. Η ακαμψία μπορεί να αντικρίζεται σαν άμυνα κατά των επώδυνων απωλειών και μια προσπάθεια να διατηρεί σταθερότητα στο περιβάλλον και έλεγχο των εξωτερικών γεγονότων.
5. Η σεξουαλική δραστηριότητα συνεχίζεται στη μεγάλη ηλικία. Ο Bellak (1975) δηλώνει πως η ύπαρξη του / της συζύγου για την ικανοποίηση της ανάγκης αυτής είναι ο μοναδικός παράγοντας στη διατήρηση ευχάριστης σεξουαλικής ζωής στη μεγάλη ηλικία.

Και οι κοινωνικοοικονομικές απώλειες οδηγούν στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Κοινωνικές απώλειες για τον ηλικιωμένο παρουσιάζονται στην εργασία, στο ρόλο που έχει, στην ανεξαρτησία, στο κύρος κ.ά.

- α. Η απώλεια της εργασίας συμβαίνει με τη συνταξιοδότηση, με την ασθένεια κ.ά. Η εργασία δίνει στο άτομο του αίσθηση της δημιουργικότητας, του επιτεύγματος και συμβάλλει στην ανάπτυξη του αυτοσεβασμού. Είναι πιο εύκολο να αντιμετωπίζει κανείς τη συνταξιοδότηση, όταν αυτή είναι ελεύθερη επιλογή του ατόμου.
- β. Οικονομική απώλεια συχνά συνυπάρχει με την απώλεια της εργασίας. Η ανεπάρκεια χρημάτων στη μεγάλη ηλικία πολλές φορές συντελεί στην απομόνωση και απόσυρση.
- γ. Η απώλεια του ρόλου στη ζωή μπορεί να είναι επακόλουθο της συνταξιοδότησης ή απομάκρυνσης των παιδιών από το σπίτι. Τώρα ο υπερήλικος αισθάνεται άχρηστος, χωρίς κίνητρα και

σκοπό για τη ζωή.

δ Απώλεια της ανεξαρτησίας. Για τον ηλικιωμένο, η επιστροφή στην κατάσταση της εξάρτησης, μετά από χρόνια ανεξαρτησίας και αυτοεπάρκειας, είναι πολύ οδυνηρή εμπειρία.

ε. Η απώλεια του ελέγχου της ζωής των άλλων και της άσκησης εξουσίας δημιουργεί αίσθημα θυμού, αναξιότητας, απελπισίας, φόβου και οδηγεί στην απομόνωση. Ο ηλικιωμένος συνειδητά και ασυνείδητα αρχίζει ν' αναζητάει από τους άλλους τη βοήθεια και τη φροντίδα που άλλοτε του πρόσφεραν οι γονείς. Η εξάρτηση αυτή τον βεβαιώνει πως εκείνος είναι αδύναμος και πρέπει να φροντίζεται από άλλους.¹⁴

2. Διαταραχές της προσωπικότητας και συμπεριφοράς στους γέροντες

Οι καταστάσεις αυτές δεν θεωρούνται ως νευρώσεις, αλλά βρίσκονται κοντά στις νευρώσεις οι οποίες πολλές φορές συνδυάζονται με τις διαταραχές αυτές. Γνωστή π.χ., είναι η διάγνωση: *neurosis cum syndroma depersonalisationis*. Το γήρας με τις επιβαρύνσεις του επηρεάζει το άτομο όσον αφορά στην προσωπικότητα και συμπεριφορά. Διάφορες καταστάσεις που προκαλούν stress, όπως π.χ., η συνταξιοδότηση, η έλλειψη νοητικών ερεθισμών, η απώλεια συγγενών και φίλων, η μετακόμιση σε άλλη κατοικία ή σε οίκο ευγηρίας, οι σωματικές ασθένειες επηρεάζουν την προσωπικότητα και συμπεριφορά. Η κοινωνική εξωτερική εμφάνιση που είχε δημιουργήσει ο άρρωστος στη διάρκεια της ζωής του διαταράσσεται. Οι αιτίες και ανάγκες που οδηγούν στη διατήρηση της κοινωνικά σωστής συμπεριφοράς ελαττώνονται. Ο γέροντας αισθάνεται μικρότερη ανάγκη να συνεχίσει να είναι ο ίδιος όπως πριν (βαριέται- παραδίνεται).



Η εξέλιξη του γέροντα οδηγεί προς μια αποκοινωνικοποίηση, η προσωπικότητα αδυνατίζει και η συμπεριφορά αλλάζει. Ελαφριές διαταραχές και αλλαγές παρατηρούνται σε όλους σχεδόν τους γέροντες, αλλά μερικές φορές είναι τόσο σημαντικές που οδηγούν σε νοσηρές καταστάσεις. Πρέπει να τονιστεί ότι, συχνά, εμφανίζονται σε συνδυασμό, δεν είναι, όμως σπάνιο μια διαταραχή να εμφανίζεται σαφέστερα και εντονότερα. Οι πιο γνωστές και συχνές διαταραχές είναι οι εξής:

- 1) Τσιγγουνιά Είναι γνωστό ότι πολλοί γέροντες γίνονται με τον καιρό όλο και πιο πολύ οικονόμοι. Συχνά τους ονομάζουμε τσιγγούνηδες. Αυτό μπορούμε να το εξηγήσουμε αν σκεφτούμε ότι τον γέροντα τον βασανίζει η έλλειψη σιγουριάς, και μαζεύει χρήματα για να νιώθει πιο σίγουρα. Αυτή η κατάσταση, όμως, μπορεί να γίνει παθολογική, όταν ο οικονόμος γέροντας σταματήσει να τρώει για να κάνει οικονομία, κι αυτό συμβαίνει παρόλο που κι ο ίδιος βλέπει ότι είναι παράλογο. Είναι μια αναγκαστική κατάσταση. Ο γέροντας άρρωστος πλουτίζει σιγά-σιγά, αλλά πεθαίνει από την πείνα.
- 2) Απομονωτισμός: Τάση προς απομόνωση εμφανίζουν πολλοί γέροντες. Αυτό, όμως, μερικές φορές γίνεται υπερβολικό και ο γέροντας απομονώνεται εντελώς και κλείνεται από τον έξω κόσμο. Επέρχεται πλήρης «αποκοινωνικοποίηση». Σταματάει να φροντίζει την προσωπική του υγιεινή. Γίνεται βρώμικος. Το σπίτι του είναι ακάθαρτο και γίνεται εστία μόλυνσεως. Αυτοί οι άρρωστοι γίνονται αντιληπτοί από τους γείτονες, που παραπονιούνται στις αρμόδιες υπηρεσίες. Οι άρρωστοι είναι συνήθως ήσυχοι, ήρεμοι και τελείως αδιάφοροι. Φαίνονται, συνήθως, ευχαριστημένοι από την κατάσταση τους. Δε ζητούν και δεν δέχονται εύκολα βοήθεια. Οι μισοί, τουλάχιστον, απ' αυτούς πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια, π.χ. σχιζοφρένεια, μελαγχολία.

Η βοήθεια που προσφέρεται πρέπει το πλείστον να επιβληθεί με τη βία, για να καθοριστεί ο άρρωστος και το σπίτι του.

- 3) Επιμονή- Ανελαστικότητα: Πολλοί γέροντες γίνονται ανελαστικοί στις αντιλήψεις τους και έντονα επίμονοι. Με δυσκολία αντιλαμβάνονται ότι πρέπει να κάνουν διάφορα πράγματα υποχρεωτικά στην καθημερινή ζωή. Δε συμφωνούν και δεν κάνουν. Αυτή η ασυμφωνία προς τους κανόνες και τις

ανάγκες της ζωής, μπορεί να γίνει ολική. Και τότε ο άρρωστος δεν δέχεται τίποτε. Καμιά βοήθεια, ακόμα και σε σοβαρές, κοντά στον θάνατο καταστάσεις (άρνηση θεραπείας, π.χ., διαβήτη, γάγγραινας κλπ) Η βοήθεια πρέπει να επιβάλλεται με τη βία. Είναι αμφίβολο όμως αν αυτό είναι νομικώς σωστό.

- 4) Η έλλειψη αυτοελέγχου: Είναι γνωστό ότι δεν μπορεί κανείς να είναι όσο θέλει επιθετικός, αδιάκριτος ή απερίσκεπτος, αλλά, αντίθετα, πρέπει να συμπεριφέρεται μένα κοινωνικά σωστό και παραδεκτό τρόπο. Αυτό γίνεται με το να ελέγχουμε τις διάφορες εσωτερικές τάσεις μας και με το να προσαρμοζόμαστε κοινωνικά σε όλη μας τη ζωή. Αυτός ο κοινωνικός αυτοέλεγχος που έχουμε, μπορεί να ελαττωθεί με το γήρας και ο γέροντας γίνεται τότε ασυγκράτητος και απερίσκεπτος. Αν ο αυτοέλεγχος λείψει περισσότερο ή τελείως ο άρρωστος γίνεται ενοχλητικός και επιθετικός προς όλους, εριστικός, μπορεί να γίνει πολύ ανυπόμονος, ασυγκράτητα κακός, κι αυτή η συμπεριφορά να είναι ασταμάτητη και συνεχής. Η ευερεθιστικότητα γίνεται επίσης, μεγάλη.

Άρρωστοι με έλλειψη αυτοελέγχου είναι σχεδόν αδύνατο να θεραπευτούν. Η αντικοινωνική συμπεριφορά τους οδηγεί σε απομόνωση. Ο άρρωστος πιστεύει ότι οι άλλοι τον διώχνουν και αντιδρά με μίσος και επιθετικότητα. Η βία είναι δυστυχώς, απαραίτητη και αν στη βάση μια ψυχική αρρώστια, πρέπει, φυσικά να θεραπευτεί.

Παρακάτω φαίνονται αναλυτικά οι αλλαγές στη συμπεριφορά των ηλικιωμένων:

Άσκηση στο να αποφασίζουμε.

Αυτό γίνεται παίρνοντας πολλές αποφάσεις καθημερινά οπότε και ασκούμεθα. Είναι όμως φανερό ότι τις περισσότερες αποφάσεις τις παίρνουμε κατά τη διάρκεια της εργασίας. Οι γέροντες δεν εργάζονται και έτσι δεν παίρνουν πολλές αποφάσεις. Η άσκησή τους περιορίζεται όπως και η συνήθειά τους να παίρνουν αποφάσεις.

Επειδή το περιβάλλον του γέροντα πιστεύει ότι αυτός με τον καιρό γίνεται λιγότερο ικανός στο να καταφέρει πράγματα, επεμβαίνει για να βοηθήσει και έτσι άμεσα ή έμμεσα εμποδίζεται ο γέροντας στο να αποφασίζει και στο να πράττει. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της καλής κόρης που δεν

αφήνει τη γριά μητέρα της να κάνει δουλειές στο σπίτι, και η οποία οδηγείται έτσι στην εξουθένωση. Σκεπτόμενοι όλα αυτά που αναφέραμε πρέπει να υποστηρίζουμε ότι οι λειτουργίες της θέλησης και των αποφάσεων χειροτερεύουν στους γέροντες.

Αυτό έχει φυσικά σοβαρές συνέπειες. Γίνεται δυσκολότερο στους γέροντες να αποφασίζουν για ταξίδια, για τη διαθήκη τους και για το καθετί. Η αδιαφορία εμφανίζεται. Και είναι λογικό να αδιαφορούμε για καθετί που δε μπορούμε να επηρεάσουμε. Στην αδιαφορία προστίθεται η παθητικότητα, όπως και η ενεργητική απομόνωση και απώθηση του περιβάλλοντος. Η λειτουργία της θέλησης χειροτερεύει περισσότερο με τον καιρό, όπως και οι λειτουργίες των αποφάσεων, έτσι που στο τέλος ο γέροντας δε θέλει και δεν μπορεί να κάνει τίποτε. Φυσικά υπάρχουν πολλοί χρειάζονταν περισσότερο το σύλλογο και την ομαδική ζωή που προσφέρει. Όλες αυτές οι συνθήκες μαζί με την ιδεολογία της ανεξαρτησίας οδηγούν στην ελάττωση της ομαδικής ζωής και την έλλειψη νοητικών ερεθισμάτων, και τελικά στη χειροτέρευση της γνωστικής λειτουργίας. Έστω και αν η γνωστική λειτουργία είναι καλή, κινδυνεύουν οι γέροντες να τη χειροτερέψουν εφόσον ζούνε σύμφωνα με τον τρόπο που ισχύει γι' αυτούς μέσα στην κοινωνία μας.

Συναισθηματική λειτουργία.

Η ανάγκη για συναισθηματικές εμπειρίες (ιδιαίτερα ευχάριστες) είναι τόσο πολύ μεγάλη, που δε θα ήταν υπερβολή να λέγαμε ότι αυτή η ανάγκη είναι η μεγαλύτερη, αν όχι η μόνη, που έχει ο άνθρωπος.

Ο άνθρωπος αγωνίζεται από τη γέννηση μέχρι το θάνατό του να αποφεύγει τις δυσάρεστες εμπειρίες και να κερδίζει ευχαρίστηση. Το νεογέννητο κλαίει, όταν πεινάει, ίσως προσπαθώντας να αποφύγει το αίσθημα της πείνας (δυσάρεστη εμπειρία). Κάποιος γράφει ένα βιβλίο κι αυτό είναι, ίσως, αναζήτηση ευχαρίστησης.

Συναισθηματικά αντιδράμε διαρκώς. Μας αρέσουν ή δε μας αρέσουν διάφορα πράγματα, διάφορα συμβάντα, οι συνάνθρωποί μας, το καθετί. Ελάχιστα πράγματα μας αφήνουν τελείως ασυγκίνητους. Βεβαίως είναι λίγες οι φορές που αντιδράμε με δυνατά αισθήματα.-

Αφού πρόκειται για συναισθηματικές αντιδράσεις που δεν έχουν σχέση με την κριτική σκέψη, μπορεί κανείς να νομίσει ότι

αυτές οι αντιδράσεις είναι άταχτες και χωρίς έλεγχο. Γεγονός όμως είναι ότι υπάρχει το συγκριτικό πλαίσιο, ακόμα και όταν πρόκειται για αισθήματα και συναισθηματικές αντιδράσεις. Έχουμε π.χ.. μια ευχάριστη εμπειρία. αν κοιμηθούμε σ' ένα καθαρό ξενοδοχείο, ενώ ένα βρώμικο προκαλεί αρνητικές εμπειρίες. Αυτό οφείλεται στο ότι έχουμε μάθει να μας αρέσει η καθαριότητα. η τιμιότητα. η τάξη κλπ. και να μη μας αρέσουν τα αντίθετα.

Έτσι έχουμε ήδη κανόνες για το πώς το ένα ή το άλλο πράγμα πρέπει να είναι για να μας αρέσει και να μας δημιουργήσει ευχάριστες εμπειρίες. Έχουμε δηλαδή, ένα συγκριτικό πλαίσιο ως βάση για τις συναισθηματικές μας αντιδράσεις. Γνωρίζουμε εν τω μεταξύ πόσο ευχάριστο είναι για μας τους ίδιους να δημιουργούμε θετικές εμπειρίες στο περιβάλλον μας και. γι' αυτό το λόγο. λαμβάνουμε πολύ σοβαρά υπόψη μας το συγκριτικό πλαίσιο των άλλων.

Υπάρχουν πάρα πολλοί τέτοιοι κανόνες και άγραφτοι νόμοι που τους ακολουθούμε σχεδόν τυφλά. Και το κάνουμε για να γίνουμε παραδεκτοί και αγαπητοί από το περιβάλλον μας και να αποφύγουμε να γίνουμε απόβλητοι. όπως π.χ. συμβαίνει με τους αλκοολικούς, τους ναρκομανείς κ.ά.

Πώς λοιπόν είναι τα πράγματα με τους γέροντες και τις συναισθηματικές λειτουργίες τους: Λειτουργούν παρόμοια όπως σε νεότερους; Έχουν οι γέροντες την ίδια ανάγκη από συναισθηματικές εμπειρίες όπως πρωύτερα; Και, κυρίως, έχουν ικανοποιητική συναισθηματική ζωή;

Αυτό που ξέρομε στη γηροψυχιατρική είναι ότι η συναισθηματική λειτουργία διατηρείται επί μακρότερον από τη γνωστική κι αυτό μπορεί να διαπιστωθεί σε όλους τους ανοικτούς αρρώστους οι οποίοι, παρόλο που πολλές φορές έχουν μια μειωμένη γνωστική λειτουργία, μπορούν να εκφράσουν θετικά ή αρνητικά συναισθήματα όπως: αγριότητα, επιθετικότητα ή διάθεση για συνεργασία. Οι αντιδράσεις αυτές είναι αποτέλεσμα του τρόπου συμπεριφοράς του περιβάλλοντος προς τους αρρώστους αυτούς. Στους γέροντες απαντώνται επίσης πολλές μελαγχολίες και νευρώσεις, πράγμα που προϋποθέτει σημαντική συμμετοχή της συναισθηματικής λειτουργίας.

Οι υγιείς γέροντες στην κοινωνία είναι πολλές φορές απασχολημένοι εντατικά με συλλόγους, ταξίδια και άλλες

απασχολήσεις. πράγμα που υπογραμμίζει ότι μπορούν να δεχτούν καινούριες συναισθηματικές εμπειρίες.

Όλα αυτά δείχνουν ότι οι γέροντες έχουν μια ζωντανή συναισθηματική λειτουργία, και δεν είναι υπερβολή να υποστηρίξουμε ότι αυτή η λειτουργία τους βρίσκεται σε φυσιολογικά επίπεδα.

Βέβαια η ανάγκη για συναισθηματικές εμπειρίες είναι μικρότερη στους γέροντες (όπως π.χ. η ανάγκη για σεξ, η ανάγκη για περιπέτεια). Αλλά και η ανάγκη για αισθήματα δεν είναι μικρότερη. Ακόμη και οι γέροντες αγωνίζονται για να κερδίσουν ευχαρίστηση και να αποφύγουν δυσαρέσκειες.

Το γεγονός ότι (πρώην) υγιείς γέροντες αρρωσταίνουν με μελαγχολίες δείχνει, μεταξύ άλλων, ότι τους λείπουν ποιοτικά και ποσοτικά οι συναισθηματικές εμπειρίες, οι οποίες τους χρειάζονται για τη διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας. Η συνταξιοδότηση γίνεται πολλές φορές αιτία ελάττωσης συναισθηματικών εμπειριών. Επίσης απώλειες άλλου είδους όπως η αναχώρηση των παιδιών από το σπίτι, φίλοι και συγγενείς που χάνονται προσφέρουν στο γέροντα αναπόφευκτες δυσαρέσκειες, που με την ήδη περιορισμένη ομαδική του ζωή, δεν μπορεί σχεδόν ποτέ να αντικαταστήσει τις απώλειες αυτές.

Όλα αυτά μπορεί να οδηγήσουν σιγά - σιγά στη μελαγχολία, και, ίσως, και στην αυτοκτονία. Οι γέροντες λαμβάνουν επίσης υπόψη τους, τους κοινωνικούς κανόνες για το πώς πρέπει να είναι και να συμπεριφέρονται. Κανόνες που αυτοί οι ίδιοι μαζί με όλους τους άλλους έφτιαξαν.

Ο γέροντας είναι, σχεδόν πάντα, πεπεισμένος ότι είναι ένας άνθρωπος που για να βρίσκεται μέσα στο μέτρο πρέπει να ντύνεται και να πράττει ανάλογα (με την ηλικία του) και να φέρεται σύμφωνα με το κοινωνικό συγκριτικό πλαίσιο. Υποχρεώνεται να βλέπει το τέλος της ζωής του και μαθαίνει να σκέπτεται: "είμαι πια γέρος, δεν έχω μέλλον"! Πράγμα που σημαίνει ότι ο γέροντας δεν μπορεί να περιμένει καινούριες χαρές στη ζωή του.

Κι όλη αυτή η συμπεριφορά υπάρχει, επειδή ο γέροντας θέλει να γίνει παραδεκτός και να δημιουργεί θετικά αισθήματα στο περιβάλλον του. Έτσι, φέρνεται "όπως πρέπει" δηλαδή όπως οι άλλοι θέλουν ή νομίζουν πως πρέπει να φέρνεται. Αλλά μ' αυτόν τον τρόπο και μ' αυτή τη συμπεριφορά οδηγείται μόνος του σε μια κατάσταση που από συναισθηματική άποψη είναι πολύ

επισφαλής και που μπορεί εύκολα να γίνει η βάση για μια αρνητική ψυχική αντίδραση και μια ψυχική ασθένεια.

Η κοινωνία - το περιβάλλον του γέροντα - νομίζει εν τω μεταξύ ότι η κατάστασή του είναι φυσιολογική και η πίστη πως "έτσι είναι οι γέροι" εμποδίζει κάθε είδους θεραπευτική ενέργεια, γιατί "κανείς δε θεραπεύει μια φυσιολογική κατάσταση". Αυτό λοιπόν που μπορούμε να σκεφτούμε για τα δικά μας γηρατεία είναι ότι, αν γεράσουμε με τις ίδιες προϋποθέσεις των σημερινών γερόντων, τότε θα έχουμε κι εμείς σαν γέροι την ίδια ανάγκη συναισθηματικών εμπειριών όπως έχουμε σήμερα, αλλά θα ζούμε μια ελάχιστα ικανοποιητική συναισθηματική ζωή.

Φυσικά αυτή η εξέλιξη δεν είναι γενική και ευτυχώς υπάρχουν αρκετοί γέροντες που ζούνε μια καλή ζωή. Παρόμοια όμως υπάρχουν πολλοί οι οποίοι, στην προσπάθειά τους να φέρονται "όπως πρέπει", αρρωσταίνουν περισσότερο, και πάρα πολλοί που ζουν μια χειρότερη ζωή από εκείνη που θα μπορούσαν να ζήσουν.

Λειτουργία της θελήσεως.

Πίσω από κάθε πράξη υπάρχει μια απόφαση και πίσω από κάθε απόφαση υπάρχει η θέληση. Αυτή η λειτουργία της θελήσεως δεν εκτιμάται σχεδόν ποτέ σωστά όσον αφορά στη σημασία και τη σπουδαιότητά της. Κανείς, π.χ., δε σκέφτεται τη θέληση όταν κουνάει ένα δάχτυλο, παρόλο που και σ' αυτή την περίπτωση η λειτουργία της θελήσεως είναι μια βάση.

Σε περιπτώσεις που λαμβάνονται σοβαρές αποφάσεις όπως, π.χ., όταν ζητάμε δουλειά ή όταν πρόκειται να αγοράσουμε ένα αυτοκίνητο, μπορούμε να αντιληφθούμε και να νιώσουμε τη σημασία της λειτουργίας της θελήσεως. Καταλαβαίνει τότε κανείς ότι θέλει κάτι και επειδή θέλει αυτό το κάτι, αποφασίζει και πράττει αναλόγως.

Η αλήθεια είναι ότι πολλές φορές δυσκολευόμαστε να αποφασίσουμε και ακόμα πολλές φορές - αν όχι τις περισσότερες - αποφασίζουμε παρά τη θέληση ή την επιθυμία μας. Αυτό σημαίνει ότι η λειτουργία της θελήσεως και η λειτουργία των αποφάσεων δεν οδηγεί πάντα και χωρίς εμπόδια σε μονόδρομες αποφάσεις.

Οι λειτουργίες αυτές είναι πολύπλοκες και οι διάφορες αποφάσεις που παίρνουμε εξαρτώνται από πολλούς και διάφορους παράγοντες που ενσωματώνονται στη λειτουργία της θελήσεως.

Θέλουμε π.χ. να αγοράσουμε ένα αυτοκίνητο. Βλέπουμε ότι το ' αυτοκίνητο είναι καλό και το θέλουμε, είναι όμως ακριβό και δεν έχουμε τόσα χρήματα. Από την άλλη μεριά το αυτοκίνητο είναι φθινό στη χρήση του και αξίζει την τιμή του. Τα σκεφτόμαστε όλα αυτά μια-δυο μέρες και μετά παίρνουμε μια απόφαση. Οι συνθήκες ήσαν τέτοιες, που ο δισταγμός εμφανίστηκε και καθυστέρησε τη λήψη της απόφασης. Εάν δίπλα στο αυτοκίνητό μας βλέπαμε μια ωραία Mercedes και θέλαμε να την αγοράσουμε, τότε θα μπορούσαμε να πάρουμε μια γρήγορη απόφαση θα λέγαμε αμέσως όχι. εφόσον, βέβαια, το εισόδημά μας ήταν σχετικά μικρό. Ο δισταγμός δε θα εμφανιζόταν σ' αυτή την περίπτωση. Και μπορούν διαπιστώσουμε ότι αυτό που λένε οι Γάλλοι «Vouloir c'est Pouvoir» «θέλω άρα μπορώ», δεν είναι και τόσο σωστό και ότι η λειτουργία της θέλησης υποτάσσεται στη λογική (αν και όχι πάντα). Ξέρουμε εκ πείρας ότι λανθασμένες αποφάσεις και ανάλογες πράξεις είναι ασύμφωρες και προσπαθούμε πάντα να πάρουμε συμφέρουσες αποφάσεις. (σκοπιμότητα γονικών συμβουλών).

Όσον αφορά απλές καθημερινές αποφάσεις, όπως π.χ. να πιούμε καφέ το πρωί, να πάρουμε τον ένα ή τον άλλο δρόμο όταν πάμε στη δουλειά μας, καθώς και παρόμοιες συνηθισμένες αποφάσεις, που γίνονται σχεδόν αυτόματα, το συμφέρον εδώ έχει υπολογιστεί πρωτίτερα. Σε τέτοιες αποφάσεις υπάρχει ελάχιστος δισταγμός. Σε αποφάσεις και πράξεις με αμφίβολο συμφέρον προσπαθούμε να εκτιμήσουμε το μέγεθος των απωλειών που ενδεχομένως θα πάθουμε. Αν οι απώλειες είναι μεγάλες τότε η απόφαση γίνεται δυσκολότερη. Π.χ., ένας άνθρωπος που τον πονάει η πλάτη του αποφασίζει πολύ δύσκολα να κουβαλήσει ένα σακί βάρους 20 κιλών, πράγμα που πολύ εύκολα αποφασίζεται όταν δεν πονάει.

Μπορεί να υπάρξουν υπερ - και υπο-εκτιμήσεις των απωλειών. Αυτό εξαρτάται, μεταξύ άλλων, και από την προσωπικότητα αυτού που αποφασίζει. Ένα άτομο με αυτοπεποίθηση παίρνει γρήγορες αποφάσεις, αντιθέτως, μικρή αυτοπεποίθηση δυσκολεύει και καθυστερεί τη λήψη αποφάσεων. Μια έμπειρη νοσοκόμα έχει μάθει τη δουλειά της και μπορεί να αντιμετωπίζει τα προβλήματα που εμφανίζονται στο τμήμα της και να παίρνει τις σωστές αποφάσεις χωρίς δισταγμό. Για μια νέα νοσοκόμα δεν είναι το ίδιο εύκολο γιατί δεν έχει ούτε την πείρα ούτε και τη συνήθεια να παίρνει, αποφάσεις.

Εάν τώρα η έμπειρη νοσοκόμα βρεθεί μπροστά σ' ένα ασυνήθιστο πρόβλημα π.χ. θέλει να αγοράσει σπίτι. Τότε δεν τη βοηθάει ούτε η επαγγελματική πείρα ούτε η συνήθειά της να αποφασίζει. Για την αγορά του σπιτιού δεν μπορεί να αποφασίσει γρήγορα η νοσοκόμα. Ο δισταγμός γίνεται επίκαιρος. Και εδώ πρέπει να πούμε ότι ο δισταγμός είναι ένα στοιχείο που, λίγο η πολύ, υπάρχει σε όλους μας μέσα στην προσωπικότητά μας. Γεννιέται εξαιτίας των λανθασμένων αποφάσεων και πράξεων που οδηγούν σε αρνητικές εμπειρίες. Αυτό μπορούμε να το καταλάβουμε με το ακόλουθο παράδειγμα: Δυο παιδιά πηδάνε πάνω από ένα εμπόδιο. Το πρώτο παιδί τα καταφέρνει, ενώ το δεύτερο πέφτει και χτυπάει. Την άλλη φορά που τα παιδιά θα κάνουν το ίδιο θα είναι εύκολο για το πρώτο παιδί αλλά είναι αμφίβολο αν το δεύτερο θα προσπαθήσει. Ο δισταγμός εμφανίστηκε. Εάν συμβούν και άλλα παρόμοια γεγονότα στα δυο αυτά παιδιά, τότε μπορούμε να πούμε, με σχετική σιγουριά, ότι το πρώτο παιδί θα γίνει ένας άνθρωπος με ικανή αυτοπεποίθηση και ευκολία στο να παίρνει αποφάσεις, ενώ το δεύτερο θα έχει μικρή αυτοπεποίθηση, μεγάλο δισταγμό και δυσκολία στις αποφάσεις.

Αν τώρα θέλουμε να βοηθήσουμε το δεύτερο παιδί που δημιουργεί μικρή αυτοπεποίθηση, πρέπει να το στηρίζουμε να παίρνει αποφάσεις και πρωτοβουλίες και να αμείβουμε τις σωστές του αποφάσεις. Προσπαθούμε, δηλαδή, να ελαττώσουμε το δισταγμό με το να ασκούμε το παιδί να παίρνει αποφάσεις. Αυτή η μέθοδος θεραπείας χρησιμοποιείται συχνά. Τιμωρίες για λανθασμένες αποφάσεις πρέπει να αποφεύγονται πάντα, γιατί μπορεί να οδηγήσουν σε μόνιμη εγκατάσταση του δισταγμού και της ανικανότητας για αποφάσεις.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες και στοιχεία που επηρεάζουν τη λειτουργία της θέλησης και των αποφάσεων. Μέχρι τώρα συζητήσαμε το δισταγμό, το συμφέρον, την εκτίμηση απωλειών, την πείρα, τη συνήθεια να αποφασίζουμε, την άσκηση της αποφασιστικότητας.

Πώς όμως εξελίσσονται οι λειτουργίες αυτές κατά το γήρας και πώς επηρεάζουν τη θέληση και τις αποφάσεις στους γέροντες; Ας προσπαθήσουμε να συζητήσουμε το κάθε στοιχείο χωριστά.

Ο δισταγμός υπάγεται στην προσωπικότητα και είναι πιο μεγάλος όταν υπάρχει μικρή αυτοπεποίθηση. Οι γέροντες χάνουν ένα μέρος από την αυτοπεποίθησή τους, επειδή το περιβάλλον πιστεύει ότι είναι λιγότερο ικανοί, πράγμα που σιγά - σιγά το

πιστεύουν και οι ίδιοι. Ο δισταγμός εμφανίζεται συχνά και πολλές φορές είναι αρκετά μεγάλος. ώστε να εμποδίζει την αποφασιστικότητα των γερόντων.

Ο συνδυασμός της μικρής αυτοπεποίθησης με τη φυσική αδυναμία που εμφανίζεται κατά το γήρας, κάνει τους γέροντες πιο παρατηρητικούς όσον αφορά στις πιθανές απώλειες που μια λανθασμένη απόφαση μπορεί να επιφέρει ¹⁵

Ανωμαλίες της σεξουαλικής συμπεριφοράς σε γέροντες άντρες.

Στις καταστάσεις αυτές υπάρχει, σχεδόν πάντα, ένα μακροχρόνιο ιστορικό με σεξουαλικές ανωμαλίες (κυρίως ανικανότητα). Η αλλαγή, λοιπόν, της συμπεριφοράς του σεξ σε γέροντες άντρες δε συνεπάγεται υπερσεξουαλικότητα, όπως πολλοί πιστεύουν, αλλά, ίσως σε ανικανότητα μακροχρόνια. Ο άρρωστος είχε πάντα προβλήματα με το θέμα αυτό. Αλλά με το φυσιολογικό του αυτοέλεγχο, έλεγχε την κατάσταση και σταματούσε τις διάφορες εσωτερικές του τάσεις. Με το γήρας ελαττώθηκε ο αυτοέλεγχος, κι ο γέροντας δεν μπορεί να συγκρατηθεί στο να πλησιάσει ένα κορίτσι κλπ. Προτιμά να συναναστρέφεται παιδιά και νέους, επειδή αυτοί τον φοβίζονται λιγότερο από τα ώριμα άτομα και, ίσως, επειδή δεν κοροϊδεύουν το ίδιο σκληρά την ανικανότητα του.

Ο σκοπός του άρρωστου, βασικά, είναι να νιώσει περισσότερο ικανός ή να νιώσει μικρότερη ανικανότητα. Ορισμένες φορές οι άρρωστοι γίνονται επιδειξιές ή προσπαθούν να δημιουργήσουν σχέσεις όπου να χρησιμοποιούν, π.χ. το στόμα ως σεξουαλικό όργανο.

Αυτοί οι άρρωστοι είναι πολύ δυστυχημένοι. Οι περισσότεροι αντιλαμβάνονται ότι ενεργούν αντικοινωνικά. Το αίσθημα της ηθικής τους είναι αμείωτο. Δε ζητούν βοήθεια διότι ντρέπονται. Έτσι παραμένουν αβοήθητοι και βασανίζονται με την αδυναμία τους και τις δικές τους αντικοινωνικές πράξεις. Οι συνέπειες τέτοιων πράξεων, αν αποκαλυφθούν είναι καταστροφικές για τον άρρωστο από κοινωνική άποψη. ¹³

Θρίαμβος του έρωτα.

Παρ' όλα τα εμπόδια, ο έρωτας μπορεί να θριαμβεύσει ανάμεσα στους ηλικιωμένους. Η σημασία μιας σταθερής ερωτικής σχέσης στα γηρατειά είναι ανεκτίμητη. Το σεξ δημιουργεί κάτι παραπάνω από απλή σωματική ευχαρίστηση, αν και αυτή δεν

πρέπει καθόλου να υποτιμάται. Επιβεβαιώνει την ταυτότητα του κάθε συντρόφου σαν άτομο, που μπορεί να προσφέρει κάτι αξιόλογο, σαν άτομο που είναι αξιόλογο για κάποιον άλλο. Το σώμα εξακολουθεί να είναι ένα μέσο προσφοράς και αποδοχής ευχαρίστησης: «Οι ηλικιωμένοι εραστές αγαπούν το σώμα τους περισσότερο από εκείνους που έχουν κλείσει οριστικά αυτό το κεφάλαιο της ζωής τους.

Η σεξουαλική επαφή στα γηρατειά παίζει κι ένα άλλο πολύ σημαντικό ρόλο. Ο ηλικιωμένος καταδικάζεται, συχνά από την κοινωνία στο ρόλο ιού δευτεραγωνιστή, του ατόμου που κινείται στο περιθώριο της πραγματικής δράσης. Συνήθως, διατηρούμε συναισθηματική απόσταση απ' αυτόν. Καθημερινά προσπερνάμε. σχεδόν, διαπερνάμε, ηλικιωμένους στο δρόμο, χωρίς να καταγράφουμε ξεκάθαρα την ύπαρξή τους.

Πώς και από που θα αντλήσει ο ηλικιωμένος επιβεβαίωση σαν άτομο: Πώς θα σιγουρευτεί ότι η προσωπικότητά του δεν έχει περιθωριαστεί: «Ότι εξακολουθεί να σημαίνει κάτι για κάποιον» Σίγουρα, δεν μπορεί να στηριχτεί στη θλιβερή εικόνα του εαυτού του που του αντανακλά η κοινωνία.

Η τρυφερότητα ανάμεσα σε δύο άτομα που μοιράστηκαν μια ζωή γεμάτη χαρές και λύπες, είναι εξαιρετικό αντίδοτο για τον τρόπο που ο κόσμος αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους χωρίς να τους βλέπει. Μέσα από το σφιχταγκάλιασμά τους εξακολουθούν να είναι οι ίδιοι κι όχι η αξιοθρήνητη εικόνα, που τους επιβάλλει η κοινωνία. Οι τρυφερές χειρονομίες, η ήρεμη συζήτηση, η αίσθηση της συντροφικότητας είναι τα πολυτιμότερα αγαθά που διαθέτουν.

Στο μέλλον, οι ηλικιωμένοι εραστές θα έχουν περισσότερες ευκαιρίες από σήμερα. Η κοινωνία μπορεί, τελικά, ν' αναγνωρίσει ότι η καταπιεστική στάση της απέναντι στην σεξουαλική τρυφερότητα των γηρατειών δεν αποτελεί παρά αντανάκλαση της δικιάς της ανασφάλειας και προκατάληψης.

Αυτό το παράδειγμα θα ακολουθήσουμε κι εμείς, αν θέλουμε να παραμείνουμε για πάντα σεξουαλικά ζωντανοί και μετά τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Κι αν καταφέρουμε να ξεπεράσουμε την προκατάληψη απέναντι στους ηλικιωμένους εραστές, τότε σίγουρα θ' αναθρέψουμε μια γενιά γεμάτη κατανόηση για τις τρυφερές σχέσεις, που θα έχουμε εμείς στα γηρατειά μας.¹⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΤΩΝ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

- 3.1. Κυτταρικές μεταβολές
- 3.2. Καρδιολογικές μεταβολές
- 3.3. Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα
- 3.4. Δερματικές μεταβολές
- 3.5. Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα
- 3.6. Μεταβολές στο ενδοκρινικό σύστημα
- 3.7. Ορμονικές Μεταβολές
- 3.8. Σκελετικές Μεταβολές
- 3.9. Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα
- 3.10. Μεταβολές στα αισθητήρια όργανα
- 3.11. Μεταβολές στο σύστημα αναπαραγωγής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΙΩΣΗ

Εισαγωγή

Ο Courtin (1972) γράφει πως η ενηλικίωση χρωματίζει με σκοτεινά χρώματα τη ζωή, κάνει το σώμα πιο βαρύ και φυλακίζει τη σκέψη. Ο ίδιος ακόμη σημειώνει πως το σώμα κατά την ενηλικίωση *κάμπτεται*, ενώ η ανάμνηση της χαμένης δύναμης βασανίζει τον υπερήλικα. Κάθε μικρός πόνος ή μικρό συμβάν σημαίνει γι' αυτόν ανεπανόρθωτη απώλεια.

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

Η ανάλυση των βιολογικών αλλαγών που παρουσιάζονται κατά την ενηλικίωση και αναπτύσσονται στο κεφάλαιο αυτό θα οδηγήσουν την νοσηλεύτρια στην κατανόηση των ιδιαίτερων προβλημάτων και αναγκών που εμφανίζει ο υγιής υπερήλικας και τον τρόπο επίλυσης και ικανοποίησης αυτών.

Γενικές αλλαγές

1. Οι διάφορες λειτουργίες, καθώς το άτομο μεγαλώνει, υποβαθμίζονται ανάλογα με το ρυθμό που ελαττώνεται ο κατά λεπτό όγκος του αίματος που περνά από την καρδιά, καθώς με το ποσοστό ελάττωσης των κυττάρων στο κάθε όργανο ή σύστημα.
2. Η ενηλικίωση γίνεται σε όλα τα επίπεδα των λειτουργιών του σώματος, δηλαδή στο επίπεδο του κυττάρου, του οργάνου, του συστήματος και του όλου σώματος. Σχεδόν κάθε όργανο μετά το 30^ο έτος της ηλικίας χάνει κάθε χρόνο σε ποσοστό 1% από τη λειτουργική του ικανότητα.

- Υπάρχει μείωση της εφεδρικής ικανότητας του οργανισμού που οφείλεται στην πραγματική απώλεια κυττάρων στους ιστούς των διαφόρων οργάνων του σώματος.
- Η διεργασία της ενηλικίωσης παρουσιάζεται με διαφορετικό ρυθμό στα διάφορα συστήματα του ίδιου ατόμου.
- Γενικά η προσαρμογή στις βιολογικές αλλαγές γίνεται με περιορισμό των δραστηριοτήτων.

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

3.1. Κυτταρικές μεταβολές

Με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται προοδευτική απώλεια των κυττάρων. Η απώλεια αυτή τεκμηριώνεται από τις αλλαγές που συμβαίνουν στο αρχικό βάρος των διαφόρων οργάνων, το συνολικό αριθμό των κυττάρων, την αλλαγή του ποσού του καλίου, DNA του ενδοκυττάριου ύδατος και του ποσού του αζώτου σε σχέση με εκείνο που υπάρχει στους νέους οργανισμούς. Στο σχήμα 1 φαίνεται η κατανομή των κυριότερων συστατικών του σώματος με την πάροδο του χρόνου.¹⁵

Ηλικία 25 ετών		Ηλικία 75 ετών
15%	ΛΙΠΟΣ	30%
17%	ΙΣΤΟΣ	12%
6%	ΟΣΤΑ	5%
42%	ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΟ ΥΓΡΟ	33%
20%	ΕΞΩΚΥΤΤΑΡΙΟ ΥΓΡΟ	20%

3.2. Αλλαγές στο Καρδιαγγειακό Σύστημα

- Μειώνεται η ικανότητα συστολής της καρδιάς.
- Μειώνεται η διοχέτευση του αίματος στην περιφέρεια.

3. Με την μείωση της εφεδρείας της καρδιάς, παρουσιάζει περιορισμένη ικανότητα να ανταποκριθεί σε κατάσταση έντασης (stress).
4. Μάλλον αυξάνεται η εναπόθεση λίπους γύρω από την καρδιά.
5. Οι βαλβίδες της καρδιάς παχύνονται και χάνουν από την ελαστικότητα τους. Αυτό οφείλεται στη σκλήρυνση και στην ίνωση.
6. Μάλλον μειώνεται η ροή αίματος στα στεφανιαία αγγεία.
7. Παρουσιάζεται σταδιακά χημική και ανατομική αλλαγή στις αρτηρίες με ν αύξησης χοληστερίνης, άλλων λιπών και ασβεστίου.²

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα της γηριατρικής είναι η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις μεταβολές που οφείλονται στο γήρας και σε εκείνες που είναι αποτέλεσμα παθολογικών διαταραχών.

3.3. Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα

1. Μειώνεται η λειτουργική ικανότητα και προσαρμοστικότητα των νεφρών.
2. Μειώνεται η αιμάτωση των νεφρών. Αυτό οφείλεται στη μείωση της καρδιακής παροχής και στην αύξηση της περιφερειακής αντίστασης.
3. Μειώνεται η διηθητική συχνότητα και σωληναριακή λειτουργία των νεφρών.

3.4. Δερματικές μεταβολές

1. Λέπτυνση της επιδερμίδας, αν και μερικές περιπτώσεις παρατηρείται πάχυνση.
2. Το δέρμα αφυδατώνεται σχετικά και χάνει την ελαστικότητα και την αντοχή του, στεγνώνει εύκολα και παρουσιάζει κνησμό.
3. Μειώνεται η αιμάτωση στην περιφέρεια.
4. Η απώλεια του υποδόριου λίπους δίνει χαρακτηριστική εμφάνιση στο δέρμα (αναδιπλώσεις, γραμμές, ρυτίδες, πλαδαρότητα).

5. Τοπική αποχρωμάτωση ή υπερχρωμάτωση.
6. Εκχυμώσεις δέρματος που οφείλονται στην ευθραυστότητα των αγγείων του δέρματος και του υποδόριου ιστού.
7. Περιορίζεται η εφίδρωση.

3.5. Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα

1. Επιβαρύνεται η λειτουργία του πεπτικού συστήματος με την απώλεια των δοντιών, τη μείωση της ικανότητας κατάποσης και τη μείωση των πεπτικών υγρών και ενζύμων.
2. Μειώνεται η ικανότητα για την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και των αλάτων.
3. Μειώνεται η κινητικότητα του στομάχου και εμφανίζεται χάλαση των τοιχωμάτων του.
4. Μειώνεται η περίσταση του πεπτικού σωλήνα. Αυτό οφείλεται στη γενική αδυναμία των μυών. Η δυσκοιλιότητα αποτελεί μόνιμο ενόχλημα και μπορεί να οδηγήσει σε αποφρακτικό ειλεό.

3.6. Μεταβολές στο ενδοκρινικό σύστημα

1. Στην υπόφυση ελαττώνεται το βάρος και ο όγκος της και οι λοβοί της ατροφούν και σχηματίζουν κύστες.
2. Ο θυρεοειδής αδένας μειώνεται σε βάρος και λειτουργικότητα.
3. Οι παραθυροειδής αδένες παθαίνουν λιπώδη εκφύλιση.
4. Οι όρχεις ελαττώνονται σε βάρος και σε όγκο.
5. Οι ωοθήκες παθαίνουν διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις που αρχίζουν με την εμμηνόπαυση
6. Το βάρος των επινεφριδίων ελαττώνεται. ²

3.7. Ορμονικές μεταβολές

Φλοιός των επινεφριδίων	
Υδροκορτιζόνη ACTH Αλδοστερόνη	Η έκκριση μειώνεται σε αναλογία με τη μυϊκή μάζα Μείωση του αριθμού έκκρισης κατά 50%
Γεννητικοί αδένες	
Ωοθήκες Οιστρογόνα Προγεστερόνη Ορχεις Τεστοστερόνη	Μείωση επιπέδων Μείωση κατά 50% της προγνανεδώλης Δεν είναι απότομη αλλαγή
Πάγκρεας	
Ινσουλίνη AIDS	Μειώνεται η απόκριση της ινσουλίνης Πρόσθιος λοβός Υπόλυσης Αυξάνεται ο χρόνος απόκρισης του νεφρού προς την ADH
Θυρεοειδής αδένας	
Θυροξίνη TSH	Από τα 25 χρόνια και πέρα αρχίζει μια αργή βαθμιαία ελάττωση της θυρεοειδικής δραστηριότητας ως τα 80

3.8. Σκελετικές μεταβολές

1. Τα οστά γίνονται περισσότερο εύθραυστα.
2. Παρουσιάζεται σμίκρυνση σπονδύλων και ελαφριά κύφωση.
3. Μεταξύ 20 και 70 ετών μειώνεται κατά 2 mm.
4. Παρουσιάζεται ελαφρά κάμψη του ισχίου, καρπού και γόνατος.
5. Μειώνεται η αστική μάζα και τα αστικά άλατα.⁵

3.9 Αλλαγές στο αναπνευστικό σύστημα

1. Μειώνεται η ελαστικότητα των βρόγχων, των κυψελίδων και των αναπνευστικών μυών. Αυτό μερικώς οφείλεται στη διήθηση και αποθήκευση κολλοειδών ουσιών στους ιστούς αυτούς.
2. Μειώνεται η διάχυση του οξυγόνου (O₂), λόγω αύξησης των κολλοειδών ουσιών και του συνδετικού ιστού στο πνευμονικό παρέγχυμα και μείωση της ροής του αίματος σε αυτό.
3. Μειώνεται το ποσόν του αίματος που κυκλοφορεί στους

πνεύμονες. Αυτό συμβάλλει στην εμφάνιση αρρυθμιών.

4. Υποβαθμίζεται η ολική λειτουργική ικανότητα των πνευμόνων (ζωτική χωρητικότητα) και αυξάνεται ο αριθμός των αναπνοών στο πρώτο λεπτό. Ταυτόχρονα αυξάνεται ο υπολειπόμενος αέρας με αποτέλεσμα τη μείωση της λειτουργικότητας των πνευμόνων.

3.10 Μεταβολές στα αισθητήρια όργανα

Παρουσιάζεται μείωση επαρκούς λειτουργικότητας όλων των αισθήσεων.

Ειδικότερα:

1. Μειώνεται η οξύτητα στην όραση και η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στο λίγο φως. Μειώνεται η περιφερική όραση και η διαύγεια της όρασης. Στα κλινικά προβλήματα περιλαμβάνονται η πρεσβυωπία, ο γεροντικός καταρράκτης και το γλαύκωμα.
2. Προοδευτικά η ακοή μειώνεται. Το άτομο παρουσιάζει ανικανότητα να ακούει υψηλούς τόνους και ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία να ακούει την φυσιολογική ένταση του ήχου.
3. Μειώνεται ο τόνος της φωνής και περιορίζεται η συχνότητα της ομιλίας.
4. Αμβλύνεται η όσφρηση, μειώνεται ο αριθμός των γευστικών καλύκων στη γλώσσα και επομένως και η γεύση.
5. Μειώνεται η αίσθηση της αφής και ελαττώνονται τα αντανακλαστικά.

3.11 Μεταβολές στο σύστημα της αναπαραγωγής

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

Τελικά πρέπει να σημειωθεί πως ο λεκτικός πλούτος, ο συνδυασμός ιδεών και η κρίση σε δύσκολες καταστάσεις δεν παρουσιάζουν καμία μεταβολή, αντίθετα ορισμένες από αυτές βελτιώνονται.

Νοητικές επεξεργασίες που απαιτούν ανάκληση πρόσφατων γεγονότων, πάσχουν σε σημαντικό βαθμό. Αντίθετα διατηρούνται καθαρά στη μνήμη πολύ παλαιότερα γεγονότα.

Η εκμάθηση νέων γλωσσών ελαττώνεται προοδευτικά μετά τα 30 χρόνια ζωής. Η ελάττωση της ικανότητας απόκτησης νέων γνώσεων στη μεγάλη ηλικία οφείλεται σε αισθητηριακές ελλείψεις π.χ. καταρράκτης με αποτέλεσμα τη μείωση της όρασης, τη βαρυκοΐα, κ.α. σε διαταραχές πρόσφατης μνήμης, σε περιορισμένο ενδιαφέρον για τη συγκράτηση λεπτομερειών και σε αδυναμία να παρακολουθήσει τα γεγονότα λόγω κόπωσης. Εάν τα πιο πάνω εμπόδια υπερσκελισθούν οι ηλικιωμένοι δεν υπολείπονται στην εκμάθηση νέων γνώσεων. ²



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

- 4.1. Ηλικιωμένοι και διατροφή
- 4.2. Κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων
- 4.3. Ηλικιωμένοι και φάρμακα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Ηλικιωμένοι και διατροφή

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



Στους ηλικιωμένους μπορούν να δοθούν οι ακόλουθες δίαιτες που κάθε μια από αυτές έχει τους δικούς της στόχους και την δίκη της σύνθεση και είναι οι ακόλουθες:

1. Πλούσια σε άπατες φυτικές ίνες για να αντιμετωπίσει την δυσκοιλιότητα και η πλούσια απορρόφηση από το έντερο χοληστερίνης, λιπών και υδατανθράκων.
2. Πλούσια σε πρωτεΐνες για να αυξηθεί η πρωτεϊνική μάζα του ατόμου.
3. Περιορισμένη σε λεκτόζη σε περίπτωση υπολακτασίας.
4. Χαμηλή σε θερμίδες για αντιμετώπιση παχυσαρκίας.

5. Πτωχή σε χοληστερίνη και κορεσμένα λίπη για αντιμετώπιση αρτηριοσκλήρυνσης - ισχαιμίας μυοκαρδίου.
6. Πτωχή σε άπεπτες φυτικές ίνες όταν υπάρχει ερεθισμός και φλεγμονή του εντέρου.¹⁶

Υπάρχουν βασικά δύο κύριες ομάδες παραγόντων που οδηγούν τον ενήλικα σε κάποιας μορφής ή βαθμό διατροφικής ανεπάρκειας:

Πρωτοπαθή αίτια

- α) Άγνοια. Αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες αιτίες, γιατί οι διατροφικές αντιλήψεις των ηλικιωμένων έχουν διαμορφωθεί πριν από πολλά χρόνια, όταν οι γνώσεις γύρω από τη διατροφή ήταν ιδιαίτερα περιορισμένες, ενώ οι οικονομικές δυνατότητές τους πολύ λιγότερο ανθηρές.
- β) Κοινωνική απομόνωση. Τα άτομα με την πάροδο του χρόνου και την κούραση που αυτός τους προσδίδει, χάνουν προοδευτικά τα ποικίλα ενδιαφέροντά τους και πολύ συχνά αδιαφορούν για τον εαυτό τους και τη διατροφή τους.
- γ) Φυσική ανικανότητα. Γενικά ηλικιωμένα άτομα με ημιπληγία, αρθρίτιδες, μείωση της όρασης ή και καρδιοαναπνευστικές ανεπάρκειες είναι δύσκολο να αυτοεξυπηρετηθούν.
- δ) Διανοητικές διαταραχές. Τόσο η ιατρική όσο και η κοινωνική μέριμνα και φροντίδα είναι πλέον απαραίτητο να γίνουν μεγαλύτερες για τους ψυχικά ασθενείς. Σήμερα, με την αύξηση του μέσου όρου ζωής των Ελλήνων, παρατηρείται μια κάποια αλλαγή των σχέσεων των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους ή και άλλους στενούς συγγενείς τους, καθώς και μια αλλαγή των συνθηκών συμβιώσεως, με αποτέλεσμα τα γηροκομεία να είναι υπερπλήρη. Από την άλλη πλευρά η κατάθλιψη, αχώριστος σύντροφος των ηλικιωμένων, που δεν μπόρεσαν να παρακολουθήσουν ή να προσαρμοστούν με τις νέες κοινωνικοσυναισθηματικές δομές της σύγχρονης κοινωνίας, δημιουργεί καινούργια θύματα, υποψήφια για υποχονδρία. Η τελευταία συνοδεύεται από κλασικό υποσιτισμό, με τις ποικίλες εκφράσεις και εκδηλώσεις του.
- ε) Ιατρογενείς. Συχνά ορισμένες διατροφικές ανεπάρκειες οφείλονται σε εσφαλμένες διαιτητικές συμβουλές. Π.χ. Εμφάνιση σκορβούτου μετά από δίαιτα για την αποθεραπεία του πεπτικού έλκους (που συνήθως είναι ανεπαρκής σε

βιταμίνη C) ή φαρμακευτικές γαστρεντερίτιδες.

στ) Φτώχεια. Οι δίαιτες που ακολουθούνται από τους συνταξιούχους οι οποίοι δεν έχουν επιπρόσθετους οικονομικούς πόρους εκτός από τη σύνταξή τους, είναι μονότονες, άγευστες και άνοστες, για λόγους καθαρά οικονομικούς.

Δευτεροπαθή αίτια

α) Ψυχολογικά αλλά κυρίως οργανικά προβλήματα οδηγούν στην πρώτη από τις δευτεροπαθείς αιτίες, την ελάττωση της όρεξης του ηλικιωμένου, που επιβαρύνεται και από την προοδευτική προσαρμογή του ατόμου σε μικρότερες μερίδες φαγητού και φτωχότερη ποιοτική τροφή.

β) Ανεπαρκής μάσηση. Η σχετικά κακή κατάσταση της οδοντοστοιχίας ή των δοντιών συχνά υποχρεώνει τους ηλικιωμένους στην επιλογή μαλακών τροφών, που κυρίως αποτελούνται από υδατάνθρακες. Έτσι, τελικά, μπορεί να οδηγηθούν σε πρωτεϊνική ανεπάρκεια.

γ) Δυσασπορρόφηση. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η απορρόφηση των λιπών, των λιποδιαλυτών βιταμινών, του φολικού οξέος και της βιταμίνης B12 είναι ιδιαίτερα μειωμένη στις μεγάλες ηλικίες, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τους διαιτολόγους και οικογενειακούς γιατρούς που καθορίζουν δίαιτες ηλικιωμένων.

δ) Οινόπνευμα και φάρμακα. Όταν η πρόσληψη του οινοπνεύματος και υψηλή, είναι φυσική συνέπεια ένα μέρος των θερμιδικών απαιτήσεων του ατόμου να καλύπτεται από την πηγή αυτή, αλλά ταυτόχρονα να υπάρχει και κάποια αντίστοιχη μείωση της ποσότητας άλλων θρεπτικών στοιχείων.

Το ίδιο περίπου συμβαίνει και με την άφθονη λήψη φαρμάκων - συχνά σε ηλικιωμένους.

ε) Αυξημένες απαιτήσεις. Ηλικιωμένα άτομα που είναι ακινητοποιημένα στο κρεβάτι από ημιπληγία ή άλλη πάθηση, με υπερπυρεξία σε κατάκλιση ή με φαρμακευτικά μεταβολικά ή άλλα προβλήματα, εμφανίζουν συχνά αρνητικό ισοζύγιο αζώτου. Αυτή η έλλειψη συνοδεύεται από καταβολισμό ιστικών πρωτεϊνών και ασθενική εμφάνιση τόσο του προσώπου και του σώματος όσο και των άλλων μελών του

αρρώστου.

Τελειώνοντας παραθέτουμε σε πίνακες τις καθημερινές ανάγκες των διαφόρων ηλικιών σε θρεπτικές ουσίες.

Κατηγορία	Ηλικία (έτη ή κατάσταση (έτη)	Βάρος		Ύψος		REE		Μέση επιτρεπόμενη ενέργεια ^α	
		Kg	lb	cm	in	Kcal/μέρα	Πολλ REE	Kcal/Kg	Kcal/ημέρα ^β
Άνδρες	25-50	79	174	176	70	1800	1,60	37	2900
	51+	77	170	173	68	1530	1,50	30	2300
Γυναίκες	25-50	63	138	163	64	1380	1,55	36	2200
	51+	65	143	130	63	1280	1,50	30	1900

^α Κατά την ελαφρά ή μέτρια δραστηριότητα ο συντελεστής αλλάζει $\pm 20\%$

^β Οι αριθμοί έχουν στρογγυλεύσει

Ποικιλία και τρόφιμα μεγάλης θρεπτικής πυκνότητας πρέπει να προτείνονται όπως και η χρήση νερού. Το νερό είναι σπουδαίο γιατί προλαμβάνει την δυσκοιλιότητα, διατηρεί τον όγκο των ούρων και προλαμβάνει την αφυδάτωση. Όταν υπάρχει πρόβλημα κακής (φτωχής) διατροφής σε πρωτεΐνες και Kcal (PCM) η αιτία μπορεί να είναι οικονομική ή ψυχοκοινωνική. Άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας που έχουν μείνει πολύ καιρό σε νοσοκομείο μπορούν να αναπτύξουν PCM στο νοσοκομείο.

Μπορεί να αντιπαθούν το φαγητό, τα φάρμακα μπορεί να σβήνουν την όρεξη, μπορεί να αισθάνονται μοναξιά ή στεναχώρια. Μερικές φορές χαλασμένα δόντια ή δόντια που λείπουν μπορούν να κάνουν τη μάσηση πρωτεϊνούχων τροφών δύσκολη. Σ' αυτές τις περιπτώσεις μπορούν να δοθούν σούπες πλούσιες σε πρωτεΐνες.

Αν η παχυσαρκία είναι πρόβλημα, μπορεί να προέρχεται από υπερβολική τροφή, έλλειψη σωματικής άσκησης, λήψη φαρμάκων ή στο αλκοόλ.

Κάθε προσαρμογή σε τροφικές συνήθειες απαιτούν λεπτότητα και η μελέτη για τις αλλαγές πρέπει να στηρίζεται στην όλη κατάσταση του ατόμου.

Μερικοί ηλικιωμένοι συνειδητά ή όχι ψάχνουν για αιώνια ζωή. Κατά συνέπεια πέφτουν εύκολα θύματα σε φαντασιόπληκτους που κερδίζουν από την άγνοια γερόντων. Οι πολύ ηλικιωμένοι- ξοδεύουν πολλά λεπτά για άχρηστα άλατα, βιταμίνες και ειδικό μέλι, μελάσες, ψωμί, γάλα και άλλα τρόφιμα που οι πωλητές εγγυώνται ότι προλαβαίνουν διάφορες ασθένειες.

Αυτά τα λεπτά θα ήταν πιο αποτελεσματικά αν χρησιμοποιούνταν κανονικά με την Πυραμίδα Οδηγό Τροφίμων που θα ήταν πιο οικονομική.¹⁶

Τροφικές απαιτήσεις ηλικιωμένων

Μολονότι οι τροφικές ανάγκες ελαττώνονται με το χρόνο και εξαφανίζονται με την ηλικία, οι φυσικές ανάγκες διατροφής για διατήρηση μιας σταθερής κατάστασης υγείας μένουν σ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Η καλή διατροφή μπορεί να επιταχύνει την θεραπεία από ασθένειες, από χειρουργικές επεμβάσεις, θλάσεις οστών και γενικά βελτιώνει το πνεύμα, την ποιότητα και ακόμη τη διάρκεια της ζωής.

Παρά τις φυσικές αλλαγές που υφίσταται το σώμα μετά τα 51 χρόνια, μόνο λίγα από τα RDA των ατόμων αυτής της ομάδας ηλικίας είναι μικρότερα απ' αυτά των νεότερων ατόμων.

Οι ανάγκες σε πρωτεΐνες περίπου 50gr την ημέρα για τις γυναίκες και 63gr για τους άνδρες. Αυτό στηρίζεται στις ανάγκες των 0,8 gr ανά χιλιόγραμμο βάρους σώματος. Γενικά οι ανάγκες σε βιταμίνες δεν αλλάζουν μετά την ηλικία των 51, εκτός από μια μικρή μείωση RDA για την θειαμίνη, ριμποφλαβίνη και νιασίνη. Οι ανάγκες γι' αυτές τις βιταμίνες εξαρτώνται πολύ από τις λαμβανόμενες Kcal και οι απαιτούμενες Kcal ελαττώνονται μετά την ηλικία των 51 ετών. Η ανάγκη για σίδηρο ελαττώνεται μετά τα 51 στις γυναίκες λόγω της εμμηνόπαυσης.

Οι ανάγκες σε Kcal ελαττώνονται με την ηλικία λόγω του αργού μεταβολισμού και της μειωμένης δραστηριότητας. Αν οι λαμβανόμενες Kcal δεν ελαττωθούν το βάρος του σώματος θα αυξηθεί. Αυτό το πρόσθετο βάρος θα αυξήσει το έργο της καρδιάς και αυξάνει την καταπόνηση του σκελετικού συστήματος. Είναι ενδιαφέρον το ότι οι απαιτούμενες Kcal δεν πρέπει να υπερκαλυφθούν, ενώ χρειάζονται θρεπτικά συστατικά για να υπερκαλύψουν τις θρεπτικές ανάγκες, πίνακες για μια καλή κατάσταση του οργανισμού. Ένα πρόγραμμα εξάσκησης κατάλληλο για την υγεία και την ηλικία θα βοηθήσει πολύ στην καύση της περίσσειας των Kcal και την τόνωση των μυών.

Τροφικές συνήθειες ηλικιωμένων

Όταν οι τροφικές συνήθειες που έχουν οι ηλικιωμένοι είναι κακές, αυτές αναμφίβολα υπάρχουν επί πολύ καιρό. Αυτές οι συνήθειες δεν είναι εύκολο να αλλάξουν. Οι κακές τροφικές

συνήθειες που άρχισαν σε μεγάλη ηλικία μπορούν επίσης να παρουσιάσουν προβλήματα. Μειωμένα έσοδα από τους ηλικιωμένους, η φυσική αδυναμία και οι δυσκολίες στο μαγείρεμα μπορεί να δυσκολέψουν στην επιλογή και ετοιμασία των τροφών. Η ανορεξία που προέρχεται από θλίψη, μοναξιά, βαρετή ζωή, δυσκολία στη μάσηση, μπορεί να ελαττώσει την κατανάλωση τροφής.

Οι μελέτες δείχνουν ότι πολλοί ηλικιωμένοι καταναλώνουν δίαιτες που διαφέρουν μεταξύ των σε πρωτεΐνες, βιταμίνες C, B6 και B 12, φολικό οξύ, ασβέστιο, σίδηρο και πολλές φορές σε Kcal.

Η μελέτη της διαίτας ηλικιωμένου ασθενούς πρέπει να βασίζεται στην Πυραμίδα Οδηγό Διατροφής και τα περιεχόμενα θρεπτικά στοιχεία πρέπει να συγκρίνονται με τα RDA. Πιο ηλικιωμένα άτομα μπορεί να έχουν διαφορετικές ανάγκες που εξαρτώνται από την κατάσταση των, έτσι που ο καθένας πρέπει να εξετάζεται από ιατρό για να καθορίζονται οι ειδικές ανάγκες ¹⁷

Διατροφή Υπερήλικα

Οι διαιτητικές συνήθειες του υγιούς υπερήλικα σπανίως αλλάζουν από αυτές της προηγούμενης ζωής του. Οι αλλαγές συνήθως οφείλονται σε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις, εφόσον το άτομο δεν ζει ενεργό κοινωνική ζωή. Οι διαιτητικές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι όμοιες με αυτές των ενηλίκων με μόνη διαφοροποίηση τη μείωση του ποσού των λαμβανόμενων θερμίδων με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό οφείλεται σε:

1. Μεταβολές του βάρους του σώματος (το βάρος συνήθως αυξάνεται)
2. Μεταβολές της σύνθεσης του σώματος (εναπόθεση περισσότερου λιπώδους ιστού)
3. Μείωση του βασικού μεταβολισμού
4. Μείωση της φυσικής δραστηριότητας (λόγω ηλικίας, λόγω φύσης εργασίας) κλπ

Ο FAO υποστηρίζει ότι η μείωση της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης με την πάροδο των ετών θα πρέπει να είναι 7,5% για κάθε δεκαετία μετά το 25^ο έτος της ηλικίας.

Η μεικτή επιτροπή FAO / Π.Ο.Υ. δίνει τις πιο κάτω θερμιδικές προσλήψεις για τις διάφορες ηλικίες (Τριχόπουλος 1981).

Ηλικία: 30-39 θερμιδική πρόσληψη ενήλικου

Ηλικία: 40-59 ελάττωση κατά 5%

Ηλικία: 60-69 ελάττωση κατά 15%

Ηλικία: 70+ ελάττωση κατά 25%.

Πρέπει στο σημείο αυτό να τονιστεί πως η θερμιδική πρόσληψη επηρεάζεται από τη φυσική δραστηριότητα του ατόμου και γι' αυτό οι προσλαμβανόμενες θερμίδες πρέπει να ρυθμίζονται σε ατομική βάση. Η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους είναι δηλωτικό της επάρκειας της θερμιδικής πρόσληψης. Σε γενικές γραμμές μπορεί να λεχθεί πως οι θερμιδικές απαιτήσεις των υπερηλίκων κυμαίνονται στο επίπεδο των 2000 Kcals.

Οι ανάγκες σε λευκώματα δεν μειώνονται, αλλά η χρησιμοποίηση των λευκωμάτων από τον ίδιο τον οργανισμό στα ηλικιωμένα άτομα είναι περιορισμένη. Το εθνικό συμβούλιο ερευνών των ΗΠΑ συνιστά για τους υπερήλικες την ίδια ημερήσια πρόσληψη σε λευκώματα που ισχύει για τους ενήλικες 25 ετών, δηλαδή 0,9gr λευκώματος τη μέρα σε κάθε Kg σωματικού βάρους.

Οι αναλογίες στο διαιτολόγιο των υπερηλίκων σε υδατάνθρακες και λίπη πρέπει να είναι οι ίδιες με τους ενήλικες. Δηλαδή το 50-55% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης να προέρχεται από υδατάνθρακες, το 30% από λίπη και το 15% από λευκώματα. Η λογική κατανάλωση λίπους κάνει τα γεύματα πιο εύγευστα και ορεκτικά.

Οι ανάγκες του οργανισμού του ηλικιωμένου σε ασβέστιο δεν διαφέρουν από τις ανάγκες των νέων ατόμων, παρατηρείται όμως στην ηλικία αυτή μεγάλη οστεοπόρωση, γιατί συνήθως οι ηλικιωμένοι παίρνουν ανεπαρκή ποσότητα ασβεστίου. Από τις φτωχές δίαιτες συνήθως λείπει ο σίδηρος και το ασβέστιο. Η διαφώτιση των ενηλίκων να παίρνουν τροφές που περιέχουν σίδηρο και ασβέστιο βοηθάει στην πρόληψη των επιπτώσεων της έλλειψης των αλάτων αυτών.

Αν και οι υπερήλικες παρουσιάζουν βαθμιαία ελάττωση των αποθηκευμένων βιταμινών στους ιστούς, εντούτοις δεν έχουν διαφορετικές απαιτήσεις σε βιταμίνες από τους υγιείς ενήλικες. Οι αβιταμινώσεις που παρατηρούνται σε ορισμένους υπερήλικες οφείλονται μάλλον σε κακή διατροφή παρά σε αυξημένες

ανάγκες της ηλικίας αυτής.

Το διαιτολόγιο του υπερήλικα τις περισσότερες φορές, παρουσιάζει τα πιο κάτω χαρακτηριστικά. Είναι:

1. Ανεπαρκές σε βιταμίνη C, με αποτέλεσμα την εμφάνιση εκχυμώσεων που οφείλονται στην ευθραστότητα των τριχοειδών
2. Ανεπαρκές σε βιταμίνη A. Αυτό προκαλεί σχίσιμο του δέρματος γύρω από τα χείλη
3. Ανεπαρκές σε βιταμίνη B με συνέπεια την εμφάνιση γλωσσίτιδας και στοματίτιδας
4. Ανεπαρκές σε ανόργανα άλατα σιδήρου και ασβεστίου. Αυτό οδηγεί σε αφαλάτωση των οστών με συνέπεια τα άτομα να είναι ευπαθή σε κατάγματα.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή των ηλικιωμένων είναι:

1. Μακροχρόνιες συνήθειες διατροφής
2. Όταν το άτομο ζει μόνο του και παίρνει τα γεύματα χωρίς τη ζεστασιά της συντροφιάς. Λείπει, δηλαδή, η κοινωνική πλευρά των γευμάτων
3. Κακή κατάσταση δοντιών και ξένες οδοντοστοιχίες.
4. Ελαττωμένη ή διαφοροποιημένη ποσότητα σιέλου. Αυτό μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στη μάσηση.
5. Έλλειψη της γνώσης για το ποια τρόφιμα πρέπει να επιλέγονται σ' ένα πλήρες διαιτολόγιο
6. Δυσκολία προμήθειας τροφίμων
7. Μικρό εισόδημα
8. Τρόπος παρασκευής της τροφής
9. Έλλειψη κινήτρων για προγραμματισμό και προετοιμασία γευμάτων
10. Μειωμένη διάθεση για τροφή, που οφείλεται στη μείωση των γευστικών καλύκων και της αίσθησης της οσμής

Η μοναξιά, το άγχος, η ανία, η ανασφάλεια, η απάθεια, επιπλέκουν το όλο πρόβλημα της διατροφής, γιατί δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο - λίγα χρήματα, διστάζει να τα ξοδέψει, δεν τρέφεται ικανοποιητικά, αισθάνεται αδύναμος, εξασθενημένος

και απαθής, έχει λιγότερα ενδιαφέροντα και κίνητρα στη ζωή.

Τα προβλήματα της διατροφής των ηλικιωμένων μπορούν να μειωθούν σε μεγάλο βαθμό με τη δραστηριοποίηση προγραμμάτων, όπως:

1. Παράδοση ετοιμών γευμάτων στο σπίτι
2. Οικονομική ενίσχυση του υπερήλικα
3. Χορήγηση απαρασκευαστων τροφών για την προετοιμασία γευμάτων στο σπίτι
4. Συμβουλές και ενημέρωση του υπερήλικα σε θέματα διατροφής. Οι συμβουλές θα αναφέρονται σε θέματα σύνθεσης διαιτολογίου, αλλά και τρόπου παρασκευής της τροφής, αφού προηγουμένως η νοσηλεύτρια συνειδητοποιήσει την κατάσταση που βρίσκεται και τους περιορισμούς στους οποίους υπόκειται.
5. Οργάνωση και προγραμματισμό φιλικών επισκέψεων
6. Όταν οι υπερήλικες φιλοξενούνται σε ίδρυμα να λαμβάνουν ενεργό συμμετοχή στον προγραμματισμό του διαιτολογίου τους και την Παρασκευή των γευμάτων

Το διαιτολόγιο του υπερήλικα πρέπει:

1. Να έχει όλα τα θρεπτικά συστατικά - λευκώματα, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες, άλατα και νερό - για την κάλυψη όλων των βιολογικών του αναγκών
2. Να είναι πλούσιο σε κυτταρίνη, για τη διευκόλυνση της κένωσης του εντέρου
3. Το κρέας να είναι πολύ καλά μαγειρεμένο, για να είναι μαλακό ή να προσφέρεται σε μπιφτέκι
4. Να αποτελείται από τροφές που να μαγειρεύονται έτσι, ώστε να είναι εύπεπτο
5. Να μην περιέχει σκληρές τροφές
6. Όταν περιέχει λαχανικά, να είναι βρασμένα για να είναι εύπεπτα
7. Να αποφεύγονται οι σούπες και οι πολύ ρευστές τροφές, γιατί δεν μπορεί να τις χρησιμοποιεί εύκολα, λόγω της αστάθειας των κινήσεων των χεριών
8. Να μην περιέχει πολύ λιπαρές τροφές

9. Να έχει ποικιλία και να είναι γευστικό. Μια καινούργια γεύση, κάτι πιο πικάντικο, συχνά αποδεικνύεται πως είναι το ερέθισμα που χρειάζεται για να αντιμετωπιστεί η ανορεξία και η έλλειψη ενδιαφέροντος στο φαγητό και
10. Να προσφέρεται σε μικρές ποσότητες και σε περισσότερα από τα κανονικά γεύματα (συχνά, μικρά γεύματα).

Η παχυσαρκία συνήθως είναι αποτέλεσμα κακής διατροφής. Έρευνες δείχνουν ότι οι γέροντες είναι δύσκολο να χάσουν βάρος γιατί είναι δύσκολο να αλλάξουν συνήθειες διατροφής ετών. Η ρεαλιστική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας είναι η βαθμιαία μείωση του σωματικού βάρους με την υιοθέτηση σωστών συνηθειών διατροφής.

Τρεις ομάδες πληθυσμού θεωρούνται οι πιο ευαίσθητες από πλευράς διατροφής: η έγκυος γυναίκα, το παιδί και ο υπερήλικας. Για την έγκυο γυναίκα και το παιδί υπάρχουν περισσότερες γνώσεις αλλά και διάθεση από μέρους της κοινωνίας να τις χρησιμοποιήσεις. Το ίδιο όμως δεν συμβαίνει και με τη γεροντική ηλικία. Ωστόσο η γεροντική ηλικία αποτελεί την κορωνίδα μιας ζωής και έχει το δικαίωμα να ζητήσει από την κοινωνία ότι της πρόσφερε. Η εξασφάλιση διατροφής που δημιουργεί προϋποθέσεις για καλύτερη ποιότητα ζωής ή για την παράτασή της αποτελεί βασική υποχρέωση της κοινωνίας γι' αυτούς που βρίσκονται στην τελευταία και ίσως τη δυσκολότερη φάση της ζωής τους.¹⁸

4.2 Κοινωνικές δραστηριότητες ηλικιωμένων



Μερικοί άνθρωποι, μόλις ξεκινήσουν την τρίτη ηλικία, καθώς ετοιμάζονται για τα γηρατειά, τείνουν να κάνουν μια ζωή ακόμα πιο άτακτη από όσο στα νιάτα τους, παραμελώντας

και βασικά στοιχεία υγιεινής. Δεν αξίζει πια τον κόπο λένε.

Μια τέτοια στάση δεν είναι παρά εκδήλωση συνειδητής ή ασυνειδητής άρνησης ενός περιβάλλοντος που ο ηλικιωμένος θέλει να αποφύγει, ξέροντας πως είναι υποχρεωτικά μέσα του. Αν ωστόσο ακολούθησει μερικούς κανόνες ζωής και υγιεινής δε θα 'χει καμία δυσκολία για να ακολουθήσει το ρυθμό των άλλων με την ίδια διαύγεια και αξιοπρέπεια που χαρακτήρισαν τα προηγούμενα στάδια της ζωής του.

ΥΠΝΟΣ. Είναι η κατ' εξοχήν σωματική και πνευματική ανάπαυση. Όσο περισσότερο γερνάει ο οργανισμός τόσο περισσότερη ανάπαυση χρειάζεται. Η ανάγκη αυτή γίνεται λιγότερο σαφής στους υγιείς και δραστήριους που γύρω στα 60-65, συνεχίζουν τον ίδιο ρυθμό ζωής: αυτοί καλό είναι να κοιμούνται 8 ώρες την ημέρα, που μπορούν να μειωθούν και σε 6, αν δεν έχουν καταναλώσει ενέργεια κατά την διάρκεια της ημέρας. Από τα 70 ως τα 80 χρειάζονται τουλάχιστον 10 ώρες ανάπαυσης κάθε νύχτα και μια σύντομη τέτοια το μεσημέρι, όχι αμέσως μετά το φαγητό, αλλά μισή ώρα αργότερα. Συμβαίνει μερικές φορές οι ηλικιωμένοι να κοιμούνται την ημέρα και ν' αγρυπνούν την νύχτα: αυτό μπορεί να σημαίνει ψυχικές διαταραχές, όπως φόβο του θανάτου, και τότε καλή είναι μια ιατρική συμβουλή.

ΜΠΑΝΙΑ ΚΑΙ ΝΤΟΥΣ. Δεν υπάρχουν αντενδείξεις και αντιθέτως καλό είναι (εκτός αν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος) να γίνεται κάθε πρωί ένα χλιαρό ντους που να τελειώνει με κρύο νερό για μερικά δευτερόλεπτα: αυτό είναι καλύτερο από το μπάνιο. Το μπάνιο, για ευνόητους λόγους, είναι απαραίτητο τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, στη σωστή θερμοκρασία και να μην κρατάει πολύ ώρα: 5 λεπτά είναι υπέρ αρκετά. Μετά το ντους ή το μπάνιο καλό θα κάνει μια εντριβή με κολόνια. Αν το δέρμα δείξει ερεθισμό, καλή θα είναι η γνώμη ενός δερματολόγου και σαν πρώτο μέτρο θα πρέπει να αποφεύγονται τα σαπούνια κλπ.

ΜΠΑΝΙΑ ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑ. Εγκρίνονται και μπορούν να συνεχιστούν μέχρι και σε πολύ προχωρημένη ηλικία, αλλά φυσικά ότι κάνει καλό στον έναν δεν είναι καλό υποχρεωτικά και για τον άλλο. Ας θυμόμαστε πως συνήθως το πολύ κρύο νερό μπορεί να προκαλέσει ξαφνικό σπασμό στις στεφανιαίες και μπλοκάρισμα της κυκλοφορίας. Αν όμως η θερμοκρασία του νερού ξεπερνά τους 22 βαθμούς, τα μπάνια στη θάλασσα κάνουν

καλό εφόσον οι ηλικιωμένοι βρέχουν σταδιακά το σώμα τους.

ΙΑΜΑΤΙΚΑ ΛΟΥΤΡΑ. Πρόκειται για θεραπείες που έχουν για βασικό σκοπό την αποτοξίνωση και καλό θα ήταν ν' αρχίζουν (με την κατάλληλη συμβουλή του γιατρού) ακόμα και πριν την τρίτη ηλικία. Η αποτελεσματικότητά τους αποδειχνεται από τις στατιστικές όπου αυτοί που έκαναν θεραπεία σε ιαματικά λουτρά, για αναπνευστικές, πνευμονικές, ηπατικές κλπ. διαταραχές, χρησιμοποιούν λιγότερα φάρμακα την επόμενη χρονιά. Τα ιαματικά λουτρά που ενδείκνυνται για τους ηλικιωμένους είναι εκείνα που αφορούν το συκώτι, τα νεφρά, το αναπνευστικό, νευρικό και κυκλοφορικό σύστημα και τους ρευματισμούς. Η ενέργεια των ιαματικών νερών είναι κατά μεγάλο ποσοστό άγνωστη αλλά η αποτελεσματικότητά τους αναμφισβήτητη.

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ. Φυσικά, ακόμα και για λόγους αισθητικής, ο ηλικιωμένος πρέπει να διατηρεί τις προηγούμενες συνήθειες, πηγαίνοντας με τον ίδιο ρυθμό σε κουρία κλπ. Αν έχουν τις δυνατότητες, οι γυναίκες καλό είναι να πηγαίνουν σε ινστιτούτα καλλονής, ακολουθώντας όμως τις συμβουλές της αισθητικού για τη χρησιμοποίηση καλλυντικών και αρωμάτων. Επίσης οι ηλικιωμένες μπορούν να συνεχίσουν να ξυρίζουν τις μασχάλες τους και να χρησιμοποιούν αποσμητικά εφόσον δεν υπάρχουν δερματικοί ερεθισμοί και αλλεργίες. Πολύ χρήσιμες είναι οι λοσιόν για τα χέρια που εμποδίζουν να σκάει το στεγνό δέρμα. Σχετικά με τους άνδρες, πολλοί παραμελούν την εμφάνισή τους: καλό είναι όμως να ξυρίζονται καθημερινά και να αφαιρούν τις τρίχες από τη μύτη και τα αυτιά: μια πιο νεανική εμφάνιση θα τους κάνει να νιώσουν πιο νέοι.

Στην προχωρημένη ηλικία πολύ σημαντική είναι και η υγιεινή του στόματος: πράγματι, στα γηρατειά, τα δόντια χαλάνε πιο εύκολα και οι μολύνσεις στα ούλα είναι πιο συχνές. Μεθοδική φροντίδα χρειάζονται επίσης τα νύχια των χεριών και των ποδιών του, στα γηρατειά, σκληραίνουν και χοντραίνουν. Τίποτα δεν δίνει πιο άσχημο και ατημέλητο έναν άνθρωπο από τα βρώμικα και ατημέλητα νύχια.

ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ Άνθρωποι που γερνούσαν ακόμα και πρόωρα μπόρεσαν ν' ανανεωθούν και να μεταμορφωθούν μέσα σε λίγους μήνες χάρη σε σωματικές και ψυχικές ασκήσεις. Ξαναβρήκαν δηλαδή, όπως λέγεται, τη «φυσική κατάσταση» τους. Το βασικό είναι να μην επιτρέψουμε στο σώμα μας να γίνει βάρος και να εξασφαλίσουμε μια τέλεια αρμονία ανάμεσα στο σώμα και

στο νου.

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ. Είναι πολύ χρήσιμη διάφορους λόγους και απαραίτητη:

- ✦ Για να αποφεύγουμε τη φθορά των μυών (ανατάσεις, επικύψεις, στροφές του κορμού, κάθισμα βαθύ, άρση βαρών κλπ.)
- ✦ Για να διατηρούμε όσο περισσότερη ελαστικότητα μπορούμε στις αρθρώσεις αποφεύγοντας τις σκληρύνσεις και τις αγκυλώσεις που χαρακτηρίζουν τα γηρατειά (ασκήσεις με τέντωμα χεριών, ποδιών κλπ.)
- ✦ Για να διατηρούμε την αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των πνευμόνων και τον θώρακα (αναπνευστικές ασκήσεις)
- ✦ Για να εξουδετερώνουμε τις επιπτώσεις της αδράνειας και της καθιστικής ζωής, αποφεύγοντας έτσι τη συσσώρευση ουσιών στα τοιχώματα των αρτηριών, στα νεφρά και στην ουρήθρα (απλές γυμναστικές ασκήσεις που υπαγορεύονται από τις καθημερινές ασχολίες).



κάποια ασθένεια.

ΔΙΑΚΟΠΕΣ. Το να προτείνουμε ένα χρονικό διάστημα ανάπαυσης και τεμπελιάς σε ανθρώπους που θεωρητικά, είναι πάντα «ελεύθεροι», μπορεί να μοιάζει με ειρωνεία. Οι διακοπές όμως είναι χρήσιμες ακόμα και στην προχωρημένη ηλικία γιατί αλλάζουν τη ρουτίνα και ξέρουμε πως η μονοτονία στους ηλικιωμένους είναι ακόμα πιο ενοχλητική.

ΣΑΒΒΑΤΟΚΥΡΙΑΚΑ. Το ιδανικό θα ήταν να έχουν οι

ηλικιωμένοι (αλλά και οι νέοι) κάποιο μέρος να πηγαίνουν τα σαββατοκύριακα ή όποτε μπορούν, μόνοι τους ή και με παρέα, για να ξεφεύγουν από τη ρουτίνα. Είναι πολύ χρήσιμο ν' αφιερώνει κανείς αυτές τις μέρες στα αγαπημένα του χόμπυ, με την προϋπόθεση να μην τα θεωρεί υποκατάστατα της δουλειάς γιατί τότε η ανάπαυση θα μεταφραζόταν σε άγχος. Ο καταλληλότερος τόπος ίσως να είναι το βουνό για την τονωτική επιρροή του.

ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ. Είναι κάτι σχετικό. Σε αγωνιστικό επίπεδο, μετά τα πενήντα, κάθε άθλημα πρέπει να αποφεύγεται, μολονότι είναι αναμφισβήτητο πως μια αθλητική δραστηριότητα σ' όλη τη διάρκεια της ζωής εννοεί ιδιαίτερα τη διατήρηση των πνευματικών και σωματικών λειτουργιών πολύ πιο πάνω από το μέσο όρο.

Όλοι οι γηρίατροι συμβουλεύουν το βάδισμα και μια απλή γυμναστική σε «ερασιτεχνικό» επίπεδο, ενώ κάθε άλλη αθλητική εκδήλωση θα πρέπει να απαγορεύεται προπάντων για κείνους που δεν ασχολήθηκαν ποτέ με αθλητισμό.

Σύμφωνα με τις στατιστικές τα αθλήματα που περισσότερο απασχολούν τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας είναι το τέννις, το σκι και το γκόλφ, που απαιτούν μεγάλη κατανάλωση ενέργειας. Προπάντων το τέννις που απαιτεί κατανάλωση οκτακοσίων περίπου θερμίδων την ώρα. Συμπερασματικά υπενθυμίζουμε ότι να μια διακριτική αθλητική δραστηριότητα, κάτω από ιατρικό έλεγχο, κάνει σίγουρα καλό, δεν είναι σκόπιμο να συνεχίζονται στην τρίτη ηλικία τα αθλήματα που απαιτούν βίαιες σωματικές προσπάθειες, ούτε ακόμα και για κείνους που νομίζουν πως βρίσκονται σε τέλεια φυσική κατάσταση: κάτι τέτοιο θα έβαζε σε κίνδυνο ακόμα και όσα προνόμια απέκτησαν από την προηγούμενη αθλητική τους δραστηριότητα.¹⁷

Απασχόληση και τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων

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



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

Το αναρρωτήριο είναι ένα χωριστό διαμέρισμα που διαθέτει δωμάτια με ατομικό λουτρό και τους πιο κάτω χώρους ανάλογα εξοπλισμένους: ιατρείο, φαρμακείο λινοθήκη, βοηθητικός νοσηλευτικός χώρος, office, στάση προσωπικού «Nursing station», 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 με όργανα και μηχανήματα και ειδικευμένο

προσωπικό. Στο τμήμα αυτό μπορούν να περνούν οι υπερήλικες αρκετό χρόνο για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση των 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 τους, του δίνει την αίσθηση ότι είναι χρήσιμος και ευεργετικός στο κοινωνικό σύνολο κ.α.

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

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.⁴

4.3. Ηλικιωμένοι και φάρμακα

Εφόσον με την πάροδο της ηλικίας μειώνονται οι φυσιολογικές λειτουργίες, αλλάζει η φαρμακοκινητική και η φαρμακοδυναμική των διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών, που λαμβάνουν οι υπερήλικες. Ο οργανισμός δηλαδή των ατόμων αυτών, αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στα φάρμακα, απ' ότι στα νέα άτομα και αυτό πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψη. Το πρόβλημα παίρνει μεγαλύτερες διαστάσεις αν σκεφτούμε, ότι πολλές φορές οι υπερήλικες αποφασίζουν μόνοι τους ποιο φάρμακο να χρησιμοποιήσουν και επί πλέον υπερβαίνουν ότι θα γίνουν γρηγορότερα καλά. Συνέπεια τούτου είναι να νοσηλεύονται συχνά στα νοσοκομεία λόγω φαρμακευτικών παρενεργειών και με συχνότητα 50% μεγαλύτερη σε σύγκριση με τους κάτω των 60 ετών ασθενείς. Ο όρος φαρμακοκινητική ενός φαρμάκου αντιπροσωπεύει το ρυθμό απορρόφησης, κατανομής,

μεταβολισμού και αποβολής του από τον οργανισμό.

Στην τρίτη ηλικία λοιπόν μεταβάλλεται η απορρόφηση, λόγω κυρίως των ιδιομορφιών της λειτουργίας του γαστρεντερικού συστήματος. Ακόμη η κατανομή του φαρμάκου αλλάζει, αφού υπάρχει λιγότερη μυϊκή μάζα, ολικό νερό και λευκώματα αίματος και περισσότερο λίπος. Επίσης στην ηλικία αυτή αυξάνει η διαπερατότητα του αιματο-εγκεφαλικού φραγμού. Έτσι, μερικά φάρμακα φθάνουν ευκολότερα στον εγκέφαλο, δημιουργώντας μεγαλύτερες συγκεντρώσεις εκεί.

Ο μεταβολισμός, λόγω επηρεασμού και μεταβολής της λειτουργικότητας των διαφόρων οργάνων και του ήπατος, αλλάζει και μεταβάλλεται ο χρόνος υποδιπλασιασμού.

Η ικανότητα αποβολής του φαρμάκου, στον οργανισμό του γέροντα, είναι πάντοτε ελαττωμένη. Δεν πρέπει να παραβλέπεται, ότι αυτό είναι και η κύρια αιτία που αυξάνει την ευαισθησία του υπερήλικα στη φαρμακοθεραπεία.

Η μειονεκτική αποβολή οφείλεται κατά πρώτο λόγο στη μειονεκτική νεφρική λειτουργία (ελαττωμένη ροή αίματος, διήθηση και σωληναριακή λειτουργία).

Πρέπει να σημειωθεί, ότι πολλά χρησιμοποιούμενα φάρμακα αν και σε υπολογισμένες δόσεις, παρουσιάζουν ασυνήθιστα εύκολα βαριές αντιδράσεις ή εκδηλώνουν τη λεγόμενη «παράδοξη δράση». Έτσι, ενίοτε τα υπνωτικά προκαλούν διέγερση, ένα αντιυπερτασικό ίσως αυξήσει την αρτηριακή πίεση κ.ο.κ.

Τα συχνότερα καταναλισκόμενα φάρμακα στην τρίτη ηλικία είναι τα ψυχοδραστικά, τα αντιυπερτασικά, τα αντιμικροβιακά, τα καρδιοτονωτικά, οι βιταμίνες, τα αντιρρευματικά και τα υπακτικά.

Σε αρκετές περιπτώσεις, γίνεται χρήση πολλών φαρμάκων μαζί, με το γνωστό κίνδυνο της συνέργειας, της αλληλεπιδράσεως ή της βλαπτικής αθροίσεως, λόγω βραδείας ανταγωνιστικής αποβολής. Απαραίτητη κρίνεται η βοήθεια άλλου ατόμου που να επιβλέπει τη λήψη των φαρμάκων (είδος, δόση κλπ.) ή να ετοιμάζει τα φάρμακα σε δόσεις κατά ημέρα, μέσα σε ειδικό έπιπλο με κατάλληλες θήκες.

Γενικώς για τη χορήγηση ενός φαρμάκου σ' ένα υπερήλικα πρέπει: Να βεβαιωθούμε ότι το χρειάζεται σε μικρότερες δόσεις από τις συνηθισμένες και κατά προτίμηση σε σιρόπι ή διάλυμα,

να μη χορηγούνται και άλλα φάρμακα μαζί, ενώ τα «αμπαλάζ» να ανοίγουν εύκολα (συσκευασία εύκολης χρήσεως).

Τέλος δεν είναι ευκαταφρόνητη η άποψη, ότι πολλά προβλήματα υγείας στους υπερήλικες τακτοποιούνται και χωρίς φάρμακα. Αξιοσημείωτο είναι, ότι μία μερίδα ηλικιωμένων που έχουν «ρυθμιστεί» από το γιατρό με συγκεκριμένες δόσεις φαρμάκου, αυτοβούλως σταματούν να το παίρνουν, μη συνειδητοποιώντας, ότι το καλό επίπεδο της υγείας τους οφείλεται στο συγκεκριμένο φάρμακο και όχι ότι η αρρώστια πέρασε. Στην περίπτωση αυτή συνήθως παίρνουν κατά σύσταση συνομήλικου τους κάποιο άσχετο βότανο ή δεν παίρνουν και τίποτε.

Γνωστό είναι το παράδειγμα των υπερτασικών γερόντων με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια αντιρροπιζομένη δια βίου με τα ανάλογα φάρμακα. Λόγω της συνεχούς μακροχρόνιας θεραπείας και της σχετικά καλής τους υγείας (λόγω των φαρμάκων) νομίζουν, ότι ξεπέρασαν την αρρώστια και σταματούν μόνοι τους τη θεραπεία. Αποτέλεσμα αυτής της τακτικής είναι η εκδήλωση, κάποιο βράδυ, ενός πνευμονικού οιδήματος, το οποίο μπορεί να τους στοιχίσει τη ζωή.

Κρίνεται λοιπόν επιτακτική η ανάγκη, όχι μόνο να παίρνουν οι υπερήλικες τα κατάλληλα φάρμακα στις κατάλληλες δόσεις, αλλά να μη διακόπτουν και τα ήδη λαμβανόμενα, χωρίς την εντολή του γιατρού, διότι και στις δύο περιπτώσεις εμφωλεύει ο κίνδυνος.

Υπολογίζεται ότι το 30-50% των ηλικιωμένων δεν τηρούν τη θεραπεία, όπως τους συστήθηκε. Γι' αυτό το μεγάλο ποσοστό «απειθαρχία», δυστυχώς, δεν είναι υπεύθυνοι μόνον οι ίδιοι (νοοτροπία, μειωμένη μνήμη, ακοή και όραση, δυσκολία κατάποσης, μακρινό φαρμακείο κλπ.), αλλά πολλές φορές και ο θεράπων γιατρός ή το οικογενειακό περιβάλλον.

Ο γιατρός πρέπει να διαθέσει περισσότερο χρόνο και προσπάθεια για να δώσει τις οδηγίες σ' ένα γέροντα και δεν πρέπει να τον αποχωριστεί, εάν δεν σιγουρευτεί, ότι ο άρρωστος τις κατάλαβε και εάν δεν αναφέρει η συνταγή ευανάγνωστα το σκεύασμα κλπ. (π.χ. για τη θεραπεία υπέρτασης Tabl. Visken Smgr ή Tabl. Visken 15 mgr κοκ.).

Από τα φάρμακα που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγησή τους σ' ένα ηλικιωμένο, ξεχωριστή θέση κατέχουν τα

διουρητικά, που μπορούν να προκαλέσουν υπόταση ή υποκαλιαιμία με συνέπεια το αίσθημα της καταπτώσεως και αδυναμίας ή αρρυθμίες όταν συνδυάζονται με δακτυλίτιδα. Επίσης τα σπασμολυτικά (π.χ. Ατροπίνη κ.α.) αποφεύγονται σε άνδρες με υπερτροφία προστάτου για τον κίνδυνο της επίσχεσης ούρων ή σε άτομα με γλαύκωμα που είναι συχνή πάθηση στην τρίτη ηλικία.

Ακόμη η κατάχρηση αναλγητικών - αντιρρευματικών (Ασπιρίνη κλπ.) μπορεί να προκαλέσει γαστρορραγία πολύ εύκολα στον υπερήλικα, λόγω της ιδιομορφίας του γαστρικού του βλεννογόνου. Γενικός κανόνας λοιπόν είναι η εξατομίκευση κάθε θεραπείας (φαρμακοδότηση). Αυτό επιβάλλεται, διότι εκτός των άλλων βιολογικών παραμέτρων, υπάρχει και σημαντική αλλαγή στην ευαισθησία των υποδοχέων στα κύτταρα των ιστών. Η αλλαγή αυτή συνδυάζεται με την ηλικία και με την ιδιοσυγκρασία.

Τα υδατοδιαλυτά φάρμακα στον υπερήλικα επηρεάζονται από την ελάττωση του ολικού σωματικού νερού. Αντίστοιχα επηρεάζονται συνολική αύξηση του λιπώδους ιστού. Από την άλλη μεριά για το κάθε άτομο είναι διαφορετική η ηπατική μεταβολική για τα φάρμακα, έστω και εάν ο εργαστηριακός ηπατικός έλεγχος βγαίνει φυσιολογικός. Αυτό συμβαίνει διότι οι ηπατικές εξετάσεις δεν αντανακλούν και την ικανότητα μεταβολισμού ενός φαρμάκου.

Επιπλέον, το κάπνισμα, εάν υπάρχει, μπορεί να επηρεάσει του ηπατικό μεταβολισμό πολλών φαρμάκων διεγείροντάς τον, με συνέπεια την ταχύτερη αδρανοποίηση αυτών.

Επίσης δεδομένης της υπεροχής των γυναικών στο λιπώδη ιστό και των ανδρών στην περιεκτικότητα νερού, εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι θα υπάρχουν διαφορές δράσης των λιποδιαλυτών και υδατοδιαλυτών φαρμάκων στα δύο φύλα.

Στον παρακάτω Πίνακα αναγράφονται συνοπτικά οι αλλαγές του οργανισμού με την ηλικία, που έχουν σχέση με το φαρμακοθεραπεία και που έχουν σαν συνέπεια την συχνά υψηλή συσσώρευση του φαρμάκου, την αυξημένη συχνότητα ενεργειών και την αναγκαία ελάττωση των απαιτούμενων δόσεων.¹⁹

Πίνακας

Ο εγκέφαλος έχει	ελαττωμένα: παροχή αίματος, μεταβολισμό, νευρομεταβιβαστές, νευροϋποδοχείς και διαταραγμένο ισοζύγιο νευρομεταβιβαστών.
Γατρεντερικό σύστημα:	μεγάλο χρόνο γαστρικής κενώσεως, ελαττωμένη εντερική κινητικότητα, μειωμένη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών.
Νεφρά:	μειωμένη νεφρική κάθαρση.
Ήπαρ:	μειωμένος ηπατικός μεταβολισμός.
Σωματικό λίπος:	αύξηση λιπώδους ιστού.
Σωματικό νερό:	ελάττωση.
Λευκωματίνες πλάσματος:	ελάττωση.
Καρδιακή παροχή:	ελάττωση (συνεπώς ελαττωμένη εντερική παροχή αίματος).
Γραμμωτοί μύες:	απώλεια σημαντικής μάζας. Βιολογικός ρυθμός: ποικίλες μεταβολές.

Ψυχοφαρμακολογική θεραπεία

Μία καλή γνώση γύρω από τα ψυχοφάρμακα και τη χρήση τους, είναι απαραίτητη προϋπόθεση αν θέλουμε να επιτύχουμε στη θεραπεία του γηροψυχιατρικού αρρώστου. Το θέμα αυτό είναι τόσο πλατύ, που δε χωράει σ' αυτό το βιβλίο. Έχουν όμως πολλά γραφτεί για τα ψυχοφάρμακα, ώστε μπορεί κανείς με ευκολία να αναζητήσει τις απαραίτητες γνώσεις. Εδώ θα αναφερθούν μονάχα ορισμένες γενικές αντιλήψεις, σχετικές με την ψυχοφαρμακολογική θεραπεία των γερόντων.

Γνωρίζουμε ότι κατά το γήρας επέρχεται μία έκπτωση διαφόρων λειτουργιών. Η απορροφητική ικανότητα του εντέρου, η λειτουργία του ήπατος και των νεφρών χειροτερεύουν, καθώς και η λειτουργία του εγκεφάλου πράγμα, που φαίνεται ιδιαίτερα στους ανοϊκούς γέροντες. Αυτές οι βιολογικές αλλαγές δημιουργούν προϋποθέσεις, που οδηγούν τους γέροντες να αντιδρούν διαφορετικά στις διάφορες φαρμακοθεραπείες, συνήθως με μεγαλύτερη ευαισθησία και συχνότητα όσον αφορά στις παρενέργειες. Το ίδιο συμβαίνει και στις ψυχοφαρμακοθεραπείες.

Είναι γνωστό ότι τα ψυχοφάρμακα μπορούν να προξενήσουν σημαντικές παρενέργειες όπως, π.χ. πτώση της πίεσεως,

παρενέργειες από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, εξωπυραμδικές, δυσκινησίες κ.α.

Είναι φανερό ότι ο γιατρός και ο άρρωστος, που συνεργάζονται σχετικά με μία τέτοια θεραπεία, αναλαμβάνουν κινδύνους (τις παρενέργειες). Κύριος υπεύθυνος είναι ο γιατρός, ο οποίος νιώθει την υποχρέωση να φροντίσει να λιγοστέψει τις παρενέργειες, και παράλληλα να διατηρήσει την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου να έρχεται σε δεύτερη μοίρα.

Ο φόβος του γιατρού για τον άρρωστο είναι γνωστός στις εταιρίες παραγωγής φαρμάκων, οι οποίες και πληροφορούν τους γιατρούς για τα δικά τους ιδιοσκευάσματα που έχουν ελάχιστες παρενέργειες! Για τον ίδιο λόγο δίνει ο γιατρός μικρές δόσεις παρόλο που ορισμένοι άρρωστοι χρειάζονται μεγάλες.

Η μικρή δασολογία είναι κανόνας στις ψυχοφαρμακολογικές θεραπείες των γερόντων. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι υπάρχουν άρρωστοι που χρειάζονται υψηλές δόσεις. Ο γιατρός πρέπει πάντα να κρίνει με προσοχή την κατάσταση και την ανάγκη του αρρώστου, να διαλέγει το σωστό φάρμακο και να δίνει τη σωστή δόση. Αυτό σημαίνει ότι αναλαμβάνει κινδύνους, που φυσικά πρέπει να αναλάβει, για να έχει ένα καλό αποτέλεσμα. Ο γιατρός πρέπει να θεραπεύει χωρίς προκατάληψη. Είναι μία δύσκολη δουλειά που χρειάζεται γνώσεις ψυχοφαρμακολογίας.²⁰



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. Οργανικά προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων

- α. Σακχαρώδης διαβήτης*
- β. Υπέρταση - Υπόταση*
- γ. Ακράτεια ούρων*
- δ. Κατακλίσεις*
- ε. Καρδιαγγειακή νόσος*
- στ. Εγκεφαλική αγγειακή νόσος*
- ζ. Οστεοαρθρίτιδα*
- η. Σιδηροπενική αναιμία*
- θ. Νόσος Parkinson*

5.2. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων

- α. Σύγχυση*
- β. Άνοια*
- γ. Γεροντική κατάθλιψη - μοναξιά*
- δ. Νόσος Alzheimer*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Οργανικά προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων

Τα πολλαπλά χρόνια νοσήματα σε συνδυασμό με την φυσιολογική φθορά της διεργασίας του γήρατος, είναι οι κυριότεροι αποσταθεροποιητικοί παράγοντες της ομοιάστασης του οργανισμού. Με το πέρασμα του χρόνου οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου εξασθενούν, με αποτέλεσμα η ήδη διαταραχθείσα ισορροπία να συνοδεύεται από διάφορα προβλήματα τα οποία είναι δυνατό να αφαιρέσουν την άνεση και την ευεξία του ηλικιωμένου.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην κάλυψη αναγκών υγείας των ηλικιωμένων είναι καθοριστικός. Αρκεί να λεχθεί ότι το 90% των προβλημάτων των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα αντιμετωπίζονται με επιτυχία από τους νοσηλευτές. Αναφέρεται ακόμα ότι ένα μεγάλο μέρος των προβλημάτων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ιδρύματα διευθετήθηκε από τη νοσηλευτική παρέμβαση παρά από την ιατρική. Και τούτο διότι οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερη ανάγκη από φροντίδα παρά από ιατρικές πράξεις.

Τα πιο κοινά προβλήματα που μπορούν να μειώσουν ή να αφαιρέσουν την άνεση του ηλικιωμένου είναι τα παρακάτω:

α) Σακχαρώδης διαβήτης

Είναι η κλινική συνδρομή που οφείλεται στην μερική ή ολική έλλειψη της ινσουλίνης. Η συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη αυξάνει με την ηλικία κι φτάνει στο μέγιστο ανάμεσα στις ηλικίες 65 και 74 ετών. Τα κλασικά συμπτώματα είναι ατονία, πολυδιψία, πολυφαγία, πολουρία, κνησμός. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν τους υπερήλικες στην ανάπτυξη του σακχαρώδη διαβήτη είναι:

1. Παχυσαρκία
2. Λοίμωξη
3. Έντονη ψυχική καταπόνηση
4. Κληρονομική προδιάθεση

5. Χειρουργικές διαδικασίες

6. Διαβητογενή φάρμακα

7. Μακροχρόνια ακινησία

Συνήθως οι επιπλοκές είναι σοβαρότατες από καθ' αυτό το νόσημα. Το διαβητικό κόμα είναι μάλλον σπάνιο φαινόμενο αλλά το υπογλυκαιμικό από χρήση ινσουλίνης συχνότατο. Αθυρωσκληρυντικές ανωμαλίες επίσης αναπτύσσονται στον υπέρτατο βαθμό.⁵

β) Υπέρταση - Υπόταση

Ορθοστατική υπόταση παρουσιάζει το 20% περίπου των ηλικιωμένων. Οι άρρωστοι εμφανίζουν συνήθως ποικιλία συμπτωμάτων, όπως αίσθημα κοπώσεως, ζάλη κατά την όρθια 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 αιτιών δευτεροπαθούς ορθοστατικής υποτάσεως, όπως φάρμακα (διουρητικά, συμπαθολυτικά, αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά), αφυδάτωση, 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 κλπ.).

Η θεραπεία της ορθοστατικής υποτάσεως, επομένως, κατευθύνεται στην άρση των αιτιών που ήδη αναφέρθηκαν στη διακοπή μείωση της δόσεως ή αλλαγή του υπεύθυνου φαρμάκου, αύξηση της προσλήψεως άλατος σε κατάλληλες περιπτώσεις κ.α.²⁰

Με την πάροδο της ηλικίας υπάρχει μία γενική τάση της συστολικής αρτηριακής πίεσης να ανέρχεται. Αυτό παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες. Η συστολική πίεση επηρεάζεται από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος και από διάφορες παθήσεις. Η κλινική εικόνα της νόσου παρουσιάζει πολλές ποικιλομορφίες. Σε πολλές περιπτώσεις κανένα σύμπτωμα δεν παρουσιάζεται και η αύξηση της αρτηριακής πίεσης ανακαλύπτεται τυχαία σε κάποια ιατρική εξέταση. Με την εμφάνιση της υπέρτασης ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην καρδιά, τη νεφρική λειτουργία και το βυθό των οφθαλμών.

Στα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα με υπέρταση συνήθως δεν απαιτείται καμία θεραπεία. Οι άρρωστοι συνήθως δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα συμπτώματα και είναι ικανοί μάλλον να ζουν φυσιολογικά.⁵

γ) Ακράτεια ούρων

Ακράτεια ούρων ή κοπράνων λέγεται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία το άτομο δεν είναι ικανό να ελέγξει την ούρηση ή την αφόδευση με τη δύναμη της βούλησης.

Τα άτομα που υφίστανται αυτήν την κατάσταση νιώθουν ανάμεικτα αισθήματα ντροπής και κοινωνικής απόρριψης, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως δυσφορία απομόνωση ή και κατάθλιψη, ενώ όσοι ασχολούνται με την φροντίδα τους αισθάνονται ότι εκτελούν δυσάρεστο και στρεσογόνο έργο. Σε σχετική πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι από τα 1,4 εκατομμύρια των ηλικιωμένων που ζουν στα διάφορα ιδρύματα των ΗΠΑ περισσότερο από το 50% παρουσιάζουν καθημερινά τουλάχιστον ένα επεισόδιο ακράτειας.

Τα κύρια αίτια της ακράτειας ούρων ταξινομούνται σε:

1. Αναστρέψιμα όπου περιλαμβάνονται η αυξημένη διούρηση, ουρολοιμώξεις, υπερτροφία προστάτη, ιατρογενή και ψυχολογικά αίτια.

2. Μη αναστρέψιμα όπου υπάγονται η άνοια και νευρογενή αίτια όπως παραπληγίας.

δ) Κατακλίσεις

Κατάκλιση λέμε την κάκωση των μαλακών μορίων και του δέρματος που είναι συνέπεια παρατεταμένης πίεσης. Η πίεση σε σημεία του σώματος είναι διαφορετικής μορφής, όπως πίεση που ασκούν προέχοντα σημεία του σώματος αστικά), στα μαλακά μέρη του σώματος και του δέρματος μετά το κάθισμα ή την κατάκλιση στο κρεβάτι.

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

1. Η επιδεινωμένη γενική κατάσταση του ασθενούς.
2. Η παρατεταμένη άσκηση της εξωτερικής πίεσης του δέρματος σε συνδυασμό με δυνάμεις τριβής.
3. Η ηλικία
4. Η υγρασία από απώλειες ούρων και κοπράνων
5. Η ελάττωση θρέψης (υπολευκωματιναιμία).
6. Η ελάττωση της μυϊκής μάζας.
7. Η απώλεια αισθητικότητας.
8. Οι περιφερειακές αγγειοπάθειες
9. Τα καταβολικά φάρμακα
10. Οι κωματώδεις καταστάσεις

ε) Καρδιο-Αγγειακή νόσος

Οι βλάβες γενικά της καρδιάς και των μεγάλων αυξάνουν με την ηλικία. Στις περισσότερες στατιστικές, στα γηρατειά, οι παθήσεις αυτές είναι σχεδόν διπλάσιες, σαν αιτίες του θανάτου, σε σχέση με τα αγγειοεγκεφαλικά επεισόδια.

Η κύρια αιτία της καρδιακής νόσου των υπερηλίκων είναι η στεφανιαία αθηροσκλήρυνση που συχνά έχει σαν αποτέλεσμα την συμπτωματική ή συμπτωματική στηθάγχη είναι λιγότερο συχνή εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας τους και της μεγαλύτερης κυκλοφορίας.

Η οξεία στεφανιαία απόφραξη στον υπερήλικα άρρωστο,

εκδηλώνεται με μικρότερη έντασης πόνο, μεγαλύτερου βαθμού δύσπνοια από ότι στα νεότερα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια. ²⁰

στ) Εγκεφαλική αγγειακή νόσος

Η εγκεφαλική αγγειακή νόσος αποτελεί την πιο συχνή αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο. Είναι δυνατό να εκδηλωθεί ως:

1. Παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο
2. Πλήρες εγκεφαλικό επεισόδιο
3. Διάχυτη εγκεφαλική νόσος
4. Επιληψία.

Το παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια νευρολογική διαταραχή που οφείλεται σε διαταραχή της αιμάτωσης του εγκεφάλου και η οποία επανέρχεται στο φυσιολογικό εντός 24 ωρών. Εκδηλώνεται με παροδική ημιστληγία, παροδική ημιανουργία, παραμόρφωση του μισού προσώπου και σπανιότερα απώλεια της όρασης.

Η συμπτωματολογία του πλήρους εγκεφαλικού επεισοδίου περιλαμβάνει:

1. Ημιπληγία
2. Αύξηση των τενοντικών αντανεκλαστικών στο ήμισυ του σώματος όπου υπάρχει και η παράλυση.
3. Θετικό σημείο Babinski στο πέλμα όπου υπάρχει η παράλυση.
4. Αστερεογνωσία
5. Η αίσθηση της ακοής όπως αντίληψη του πόνου, θερμότητας και ψύχους επηρεάζονται.

ζ) Η οστεοαρθρίτιδα

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μία φλεγμονώδης διάβρωση των αρθρικών χόνδρων και υπερπλάσια των παρακείμενων οστών. Προσβάλλει κυρίως τις μεγάλες αρθρώσεις των κάτω άκρων που στηρίζουν το βάρος του σώματος και είναι εξελικτική μη φλεγμονώδης αρθρίτιδα. Παρουσιάζεται συνήθως σε άτομα της μέσης ηλικίας ή υπερήλικες. Συχνότερα παρατηρείται στις γυναίκες και μάλιστα στις παχύσαρκες. Μετά τα 60, το 15% των ανδρών και το 25% των γυναικών παρουσιάζουν συμπτώματα

οστεοαρθρίτιδας.

η) Σιδηροπενική αναιμία

Η αναιμία αυτή είναι συχνή στον υπελήλικα και μεταξύ άλλων επιδεινώνει την τυχόν υπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια ή στεφανιαία ανεπάρκεια. Τα αίτια που την προκαλούν στα ηλικιωμένα άτομα είναι:

1. Χρόνιος υποσιτισμός με μεγάλο περιορισμό κρέατος και πράσινων λαχανικών και η σχεδόν αποκλειστική διατροφή με γάλα.
2. Η κατάχρηση αντιόξινων, λόγω γαστρίτιδας ή ελκοπάθειας, ελαττώνει την απορρόφηση του σιδήρου.
3. Αιμορραγίες από τον πεπτικό σωλήνα σε χρόνια βάση.¹⁹

θ) Νόσος του Parkinson

Στην ψυχιατρική και φηροψυχιατρική μιλάμε για τον Παρκινσονισμό και με τον όρο αυτόν εννοούμε τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα που είναι παρενέργειες από την ψυχοφαρμακολογική θεραπεία. Η νόσος του Parkinson και ο Παρκινσονισμός εμφανίζουν την ίδια κλινική εικόνα. Η νόσος του Parkinson οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη μεγάλων βασικών πυρήνων αλλά και φλοιωδών κέντρων, τα οποία μαζί με τις συνδέσεις τους, τόσο μεταξύ τους όσο και μετά του υποθαλάμου και της παρεγκεφαλίτιδας εξυπηρετούν την αυτοματική και αυτοματοποιημένη κινητικότητα. Η νόσος είναι συχνή στους ηλικιωμένους και συχνά εμφανίζεται μετά από πολλά εγκεφαλικά έμφρακτα (αρτηριοσκληρωτική νόσος του Parkinson).

Η αναφορά στη νόσο του Parkinson είναι, επομένως, απαραίτητη σένα βιβλίο που αφορά φηροψυχιατρικούς αρρώστους.

Κλινικά η νόσος χαρακτηρίζεται από διαταραχή της κινητικότητας, απώλεια, δηλαδή, των αυτματικών και αυτοματοποιημένων κινήσεων και από υπερκινησία (τρόμο), επίσης υπάρχουν διαταραχές του μυϊκού τόνου οι οποίες παίρνουν το χαρακτήρα της-υπερτονίας. Ο άρρωστος παρουσιάζει πτωχεία και βραδύτητα στις κινήσεις του. Οι μιμικές κινήσεις του προσώπου του έχουν καταργηθεί, το πρόσωπό του είναι

ανέκφραστο και καθηλωμένο (προσωπείο μάσκας), η ομιλία γίνεται βραδεία και μονότονη χωρίς να συνοδεύεται από χειρονομίες, ο άρρωστος στρέφει πρώτα τα μάτια και όχι το κεφάλι όταν πρόκειται να παρατηρήσει προς τα πλάγια, η γραφή διαταράσσεται επίσης (μικρογραφία), οι αυτόματες κινήσεις της καταπόσεως λείπουν με αποτέλεσμα σιελόρροια. Κατά τη βάδιση ο κορμός είναι αλύγιστος ή κάμπτεται ελαφρά προς τα εμπρός, ώστε δίνεται η εντύπωση ότι ο άρρωστος «κυνηγά το κέντρο βάρους του». Η όλη κατάσταση μπορεί να θεωρηθεί ως μελαγχολία. Από την άλλη πλευρά, πολλοί άρρωστοι με νόσο του Parkinson μπορεί να έχουν μία γνήσια μελαγχολία, που χρειάζεται ιδιαίτερη θεραπεία.

Σημαντική εκδήλωση της νόσου είναι, επίσης, ο στατικός τρόμος και ο τρόμος ηρεμίας. Επικρατεί, κυρίως, στα άνω άκρα και μιμείται κίνηση προς κατασκευή καταποτίων ή μέτρηση κερμάτων. Υπάρχει κατά την ηρεμία, ενώ, τείνει να εξαφανιστεί κατά τις εκούσιες κινήσεις. Η νόσος του Parkinson αναγνωρίζεται σχετικά εύκολα, όταν η συμπτωματολογία είναι σαφής, αλλά υπάρχουν και ελαφρές μορφές της νόσου, οι οποίες δεν πρέπει να παραβλέπονται, ιδιαίτερα, μάλιστα, όταν ο άρρωστος χρειάζεται θεραπεία με ψυχοφάρμακα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις επιτείνεται η Παρκινσονική σημειολογία και είναι δυνατό η κατάσταση να θεωρηθεί ως παρενέργεια των ψυχοφαρμάκων, και να ξεφύγει η διάγνωση της νόσου του Parkinson, με συνέπεια να δίνονται μεγαλύτερες δόσεις αντιχολινεργικών φαρμάκων. Κατ' αρχήν πρέπει κανείς να αποφεύγει τη θεραπεία με ψυχοφάρμακα στους παρκινσονικούς αρρώστους, κι αν αυτό είναι αδύνατο η θεραπεία θα πρέπει να γίνεται με πολλή προσοχή. Πρέπει να τονιστεί ότι η L-dopa δε συνδυάζεται με τα ψυχοφάρμακα (νευροληπτικά). Επίσης, ότι τα αντιχολινεργικά φάρμακα φέρνουν πολλές παρενέργειες στους γέροντες.¹⁵

5.2. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων

α) Σύγχυση

Η σύγχυση δεν είναι «τρέλα» αλλά εκδήλωση εγκεφαλικής δυσπραγίας από υποκείμενη νόσο και προειδοποιητικό σημείο ότι η κατάσταση του αρρώστου έχει επιδεινωθεί κατά τη διαδρομή μιας οξείας νόσου το ενδεχόμενο να παρουσιάσουν οι

ηλικιωμένοι σύγχυση είναι συχνό. Πολλές φορές στην προσπάθεια τους να διατηρήσουν αυτοέλεγχο και ανεξαρτησία εστιάζουν την προσοχή τους περισσότερο στη σύγχυση παρά στη νόσο που την προκάλεσε.

Πάντοτε υπάρχει κάποια αιτία που δικαιολογεί τη σύγχυση. Στην περίπτωση αυτή που είναι αποτέλεσμα υποκείμενης νόσου και αντιμετώπισθεί σωστά ενδέχεται η συχνότητα, η ένταση και το μέγεθος της να μην επιδεινωθούν, ενώ όταν διαρκέσει περισσότερο από ένα μήνα, τότε μπορεί να είναι πλημμελής οξυγόνωση του εγκεφάλου, φάρμακα, τραύμα, περιβαλλοντικοί παράγοντες, ηλεκτολυτικές διαταραχές.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αξιολογούν, να ιεραρχούν και να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων σύμφωνα με τα επίπεδα των ανθρώπινων αναγκών του Maslo επειδή αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης προσφέρει ποιότητα στη ζωή του ηλικιωμένου και την κάνει περισσότερο ελπιδοφόρα και ικανοποιητική.²¹

β) Η σκιά της γεροντικής άνοιας

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

Πρόβλημα μειονότητας;

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

Ποια είναι τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου που οι περισσότεροι ειδικοί θα θεωρούσαν ότι υποφέρει από «γεροντική

άνοια»; Τα φανερότερα στοιχεία αφορούν τον τομέα της σκέψης. Το άτομο έχει, για παράδειγμα, την τάση να επαναλαμβάνει συνέχεια τις ίδιες φράσεις. Αυτό ονομάζεται εμμονή και συνδέεται συχνά με πολλά άλλα γνωστικά προβλήματα, όπως αλλά γνωστικά προβλήματα, όπως έλλειψη ιδεών και βραδύτητα σκέψης.

Ένα από τα σημαντικότερα εφόδια του ανθρώπου είναι η ικανότητα του να δημιουργεί και να συλλαμβάνει αφηρημένες έννοιες. Το νοητικά υγιές άτομο βλέπει τόσο το δάσος, όσο και τα δέντρα, κατανοεί λεπτές σχέσεις, λύνει προβλήματα μαθηματικών και λογικής και δημιουργεί καινούργιες ιδέες μόλις βρεθεί μπροστά σε νέες προκλήσεις. Το άτομο που πραγματικά πάσχει από γεροντική άνοια έχει χάσει αυτό το είδος της γνωστικής ικανότητας.

Σκέφτεται με συγκεκριμένο μόνο τρόπο. Χάνει, μ' άλλα λόγια, τις σχέσεις και σημασίες που δίνουν πλουσιότερο νόημα στην εμπειρία και βοηθούν στην επίλυση προβλημάτων. Αν τα ρωτήσουμε σε τι μοιάζει ένα μήλο και ένα πορτοκάλι, η απάντηση του μπορεί να είναι «εδώ δεν φυτρώνουν πορτοκάλια», πράγμα που θα επαναλάβει πολλές φορές.

Η εξασθένιση της αφηρημένης σκέψης δεν σημαίνει απαραίτητα, ότι το άτομο δεν μπορεί να εκφραστεί σωστά και λογικά απλά, περιορίζεται κάθε φορά σε μια μόνο λεπτομέρεια.

γ) Γεροντική κατάθλιψη - Μοναξιά

Μεταξύ όλων των πιθανών διαταραχών του συναισθήματος, η κατάθλιψη φαίνεται να είναι η πιο κοινή διαταραχή που συναντιέται στη μεγάλη ηλικία. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από μέτρια κατάθλιψη εμφανίζονται να τα καταφέρνουν αρκετά καλά σε δοκιμασίες μνήμης και αφηρημένης σκέψης, ενώ παράλληλα οι συναισθηματικές αντιδράσεις τους και οι αντιλήψεις τους για τον κόσμο είναι στραβές.

Εξ ορισμού, το συναισθηματικό πρόβλημα της κατάθλιψης δεν χαρακτηρίζεται με τη δυσθυμία, την ακεφιά και τη λύπη που όλοι οι άνθρωποι αισθάνονται μερικές φορές. Τα συναισθήματα αυτά θεωρούνται ότι είναι αναπόφευκτα, είναι το τίμημα που εκπληρώνουμε όλοι για το γεγονός ότι είμαστε ζωντανοί.

Η κατάθλιψη είναι κάτι διαφορετικό. Είναι μια πραγματική

ψυχική διαταραχή, η οποία προκαλείται από μια σειρά αιτίων. Μερικές από τις αιτίες αυτές είναι οι προδιαθέσεις του ατόμου, τόσο γενετικές όσο και οι προδιαθέσεις της προσωπικότητάς τους, οι πρώιμες εμπειρίες του μέχρι την ηλικία των 10 ετών, οι αποτυχίες και απώλειες που σημειώθηκαν στην ζωή του - είτε πρόσφατες, είτε παλαιότερες και άλλοι ειδικοί και εξατομικευμένοι παράγοντες που έπαιξαν κάποιον καλύτερο ρόλο στη ζωή του ατόμου. Σε μια πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα στην Ελλάδα η κατάθλιψη και τα καταθλιπτικά φαινόμενα ανευρέθησαν σε ποσοστό 27,1% του συνόλου των ηλικιωμένων του δείγματος.

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης περιλαμβάνει:

- α. Συναισθηματικές διαταραχές. Το άτομο ξεσπάει σε δάκρυα, τα βλέπει όλα μαύρα και αδυνατεί να αισθανθεί οποιαδήποτε χαρά. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου οι εκδηλώσεις αυτές του συναισθήματος απουσιάζουν ή παρουσιάζονται «μεταμφιεσμένες».
- β. Αλλαγή στον τρόπο που σκέπτονται. Το άτομο εκφράζει αβάσιμες σκέψεις ενοχής και διατυπώνει απόψεις ότι τίποτα δεν έχει αξία και χρησιμότητα, ότι ο κόσμος είναι άδειος και δεν έχει τίποτα θετικό να προσφέρει. Όλες οι σκέψεις του είναι ρεαλιστικές.
- γ. Έλλειψη κινήτρων: Το πρόβλημα επικεντρώνεται στην ανικανότητα του ατόμου να δραστηριοποιηθεί και να ενεργήσει. Το άτομο βρίσκεται παγιδευμένο, ανίκανο να αντιδράσει κυριευμένο από ένα παραλυτικό φόβο. Η αδιαφορία για τη ζωή είναι προφανής.
- δ. Φυσιολογικές αντιδράσεις. Συνήθεις είναι οι διαταραχές στην όρεξη για λήψη τροφής, διαταραχές στον ύπνο που μπορεί να είναι αϋπνίες, και λιγότερο συχνά, ύπνος υπερβολικής διάρκειας. Οι πεπτικές διαταραχές μπορεί να είναι ναυτίες και αναγούλες, καούρες στο στομάχι και δυσκοιλιότητα.
- ε. Ψυχοσωματικές διαταραχές. Όπως είναι η ανικανότητα στη συγκέντρωση της προσοχής, ο αργός ρυθμός σκέψης και η μειωμένη κινητική ικανότητα.²²

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φροντίδα του καταθλιπτικού ηλικιωμένου είναι σημαντικός επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Πρέπει οι νοσηλευτές να αναπτύξουν κατάλληλες διαπροσωπικές

δεξιότητες για να ενθαρρύνουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει περισσότερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στις σχέσεις του. Πρέπει η ευγένεια, η καλοσύνη και η συμπάθεια να κυριαρχούν στην σχέση νοσηλευτή - ηλικιωμένου.⁵

Μοναξιά

Η μοναξιά είναι γενικό φαινόμενο, χαρακτηριζόμενο ως αρνητικό και δυσάρεστο. Η μοναξιά υποδηλώνει έλλειψη αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης φιλίας, οδηγεί σε προσωρινή ταλαιπωρία και χαρακτηρίζεται από αίσθημα εγκαταλείψεως και δυσαρέσκειας.

Ορισμένες φορές συμβάλει στην ανάπτυξη άγχους και άλλοτε προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Η μοναξιά δημιουργείται από απουσία ανθρώπινης επαφής και οικειότητας ή από αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει κάποια σχέση.

Η μοναξιά είναι συχνότερο φαινόμενο σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε ιδρύματα, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές με ανεπαρκή μέσα συγκοινωνίας σε άτομα με μειωμένες αισθήσεις αλλά και σ' εκείνα τα άτομα που παρουσιάζουν αδυναμία ελέγχου του εντέρου της κύστεως.

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν το άτομο στην μοναξιά και την απομόνωση είναι ο θάνατος προσφιλών προσώπων, όπως συζύγου παιδιών και φίλων.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αποβλέπουν στη ανάπτυξη φιλικής σχέσεως η οποία βοηθάει τον ηλικιωμένο να εκφράζει τα συναισθήματα του. Η θεώρηση του παρελθόντος είναι διεργασία της σκέψεως κατά την οποία ο άνθρωπος αναπολεί. Η διεργασία αυτή είναι γενική στους ηλικιωμένους καθώς αντιμετωπίζουν τον επερχόμενο θάνατο. Ακόμα τους διευκολύνει να ξαναθυμηθούν το παρελθόν τους και οδηγεί στη προσωπική ολοκλήρωση. Η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών - ηλικιωμένων μπορεί να καλύψει το κενό, πριν προλάβει η μοναξιά να εγκατασταθεί και ορισμένες φορές να εξελιχθεί σε ψυχική διαταραχή μη αναστρέψιμη.⁵

δ) Νόσος του Alzheimer

Στην αρχή τού αιώνα μας η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alois Alzheimer. Η νόσος αυτή θεωρήθηκε ότι περιγράφει δυο διαφορετικές άνοιες: την προγεροντική και την

γεροντική άνοια. Η προγερονττική άνοια είναι η ασθένεια που εκδηλώνεται στη διάρκεια της μέσης ηλικίας με συμπτώματα συναφή με αυτά της γεροντικής άνοιας.

Το πιο γνωστό όνομα της νόσου είναι Dementia of the Alzheimer type, (DAT). Από αυτή υποφέρουν περισσότεροι από τους μισούς μεσήλικες ή υπερήλικες (50-709) του συνολικού αριθμού των ατόμων με άνοια.

Η νόσος Alzheimer χτυπά την πιο ανθρώπινη κυριολεκτικά, από τις λειτουργίες και καταστρέφει προοδευτικά τους νευρώνες του εγκεφάλου. Με την πρόοδο της νόσου ο εγκέφαλος ατροφεί και οι συνάψεις μεταξύ των νευρώνων λιγοστεύουν. Στη φυσιολογική τους μορφή οι νευρώνες μοιάζουν με δένδρα που έχουν ρίζες και κλαδιά, με το σταδιακό εκφυλισμό τους οι νευρώνες συρρικνώνονται σε τέτοιο σημείο ώστε στη θέση τους απομένει ένας υποτυπώδης σχηματισμός, κάτι σαν ξερός κορμός αποξηραμένου δένδρου. Η αποδόμηση του εγκεφάλου είναι αρχικά περιορισμένη σε ένα εγκεφαλικό κέντρο. Βαθμιαία όμως εξαπλώνεται και στα άλλα εγκεφαλικά κέντρα και γενικεύεται

Η αιτιολογία της νόσου είναι προς το παρόν άγνωστη, εντούτοις πέντε διαφορετικοί παράγοντες είναι οι ακόλουθοι

1. Ένα μικρόβιο
2. Κάποια δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.
3. Το αλουμίνιο
4. Γενετική ανωμαλία
5. Τα μη φυσιολογικά αποθέματα μιας πρωτεΐνης της Β-αμυλοεοδής.

Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι η προοδευτική απώλεια μνήμης ελάττωση της ικανότητας εκτελέσεως απλών καθημερινών ασχολιών, διαταραχή της κρίσεως και του προσανατολισμού, αλλαγή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, δυσκολία μαθήσεως απώλεια λεκτικών ικανοτήτων και έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Κατά τη διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλλουν από άρρωστο σε άρρωστο, ώσπου η νόσος να καταστήσει τα θύματα της ανίκανα για αυτοφροντίδα.²³



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

1. Νοσηλευτική και τρίτη ηλικία

- 1.1. Η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση στην γ' ηλικία
- 1.2. Η φιλοσοφία της γεροντολογικής νοσηλευτικής
- 1.3. Η σημασία της νοσηλευτικής στην φροντίδα του υπερήλικα

2. Εκπαίδευση για τη νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων

- 2.1. Βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας ηλικιωμένων
- 2.2. Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φροντίδα των ηλικιωμένων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

1. Νοσηλευτική και τρίτη ηλικία

1.1. Βασική Νοσηλευτική εκπαίδευση στην τρίτη ηλικία

Η προσφορά ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον άνθρωπο προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλα προετοιμασμένου προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό στη βασική εκπαίδευση της ανώτερης βαθμίδας, με την θεωρητική, εργαστηριακή και πρακτική κατάρτιση, προετοιμάζεται να ασκήσει το επάγγελμα σε όλους τους τομείς του.

Το βασικό πρόγραμμα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης πρέπει να προσφέρει γνώσεις που προετοιμάζουν τον σπουδαστή / τρια να εργαστεί με όλες τις ηλικίες συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων.

Έτσι για την υλοποίηση του ρόλου στη φροντίδα του ηλικιωμένου ο νοσηλευτής / τρια πρέπει να αποκτήσει γνώσεις:

1. Γύρω από τις θεωρίες της ανάπτυξης και ενηλικίωσης του ανθρώπου.
2. Στην προαγωγή της υγείας του ατόμου και της κοινότητας.
3. Στην βιολογική ανικανότητα και την κοινωνική δυσλειτουργία των υπερηλίκων.
4. Στην ειδική φροντίδα, αποκατάσταση και αυτοφροντίδα.
5. Στην απόκτηση δεξιότητας στην επικοινωνία και τη διδασκαλία με άτομα όλων των ηλικιών και τους υπερήλικες.

Στη συνέχεια η μεταβασική ή μεταπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, στον τομέα της φροντίδας υγείας για τον ηλικιωμένο, αποβλέπει στην προετοιμασία ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Με σκοπό να ασκήσει το επάγγελμα, να διδάσκει, να επιβλέψει, να διοικήσει, να ασχοληθεί με έρευνα στη Γηριατρική και Γεροντολογική Νοσηλευτική και ακόμα να ει σύμβουλος σε θέματα Γηριατρικής και Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.²

1.2. Η φιλοσοφία της γεροντολογικής νοσηλευτικής

Η φιλοσοφία της γεροντολογικής νοσηλευτικής αποβλέπει στη συμβολή της νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης. Στην αναστολή ή στην επιβράδυνση της διεργασίας του γήρατος που αποτελεί συνεχιζόμενο φαινόμενο της ζωής και στη μετάγχιση ζωής. Δηλαδή δημιουργία νοήματος και χαράς στα ώριμα χρόνια της ζωής του ανθρώπου.²

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

Άλλωστε πρωταρχικός σκοπός της νοσηλευτικής είναι η πρόληψη της νόσου, η διατήρηση της υγείας και η ευημερία του ατόμου της οικογένειας των ομάδων και των πληθυσμών. Έτσι μια από τις πιο σημαντικές και ίσως μοναδική πρόοδος που συνέβη κατά τα τελευταία χρόνια είναι η στροφή του ενδιαφέροντος της επιστημονικής νοσηλευτικής για την ανάπτυξη του τομέα της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής. Για την άσκηση αυτής απαιτείται η χρησιμοποίηση της σύγχρονης γνώσης για το γήρας του είναι οργανωμένη σε ευρείες περιοχές και μπορεί να εξαχθεί από τις βιολογικές, τις φυσικές και τις ανθρωπιστικές επιστήμες.

Σε πολλές χώρες και χάρη στη φιλοσοφία της γεροντολογικής νοσηλευτικής δημιουργούνται βάσιμες και αρκετά αισιόδοξες διαπιστώσεις σε σχέση με την υγιεινή κατάσταση και τη φροντίδα των υπερηλίκων. Οι μύθοι για το γήρας αμφισβητούνται. Άλλωστε το γήρας δεν είναι αρρώστια και πολλοί υπερήλικες δεν έχουν ανάγκη από ιατρικές υπηρεσίες και φροντίδα. Οι υπερήλικες χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να επιτύχουν μια ποιότητα ζωής που να εξασφαλίζει σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας, τη διατήρηση όσο δυνατό μεγαλύτερης ανεξαρτησίας και αξιοπρέπειας.⁵

Σκόπιμο είναι να παραθέσουμε τα στάνταρ του Συνδέσμου Αμερικανίδων Νοσοκόμων της Γηριατρικής Νοσηλευτικής.

Η Νοσηλεύτρια:

1. Δείχνει εκτίμηση για την κληρονομιά, τις αξίες και την σοφία

των υπερηλίκων.

2. Προσπαθεί να λύσει τις δικές της συγκρουόμενες θέσεις που αφορούν το γήρας, τον θάνατο και την εξάρτηση, ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσει τα ηλικιωμένα άτομα και τους συγγενείς τους να διατηρήσουν τη ζωή με αξιοπρέπεια και άνεση ως την έλευση του θανάτου.
3. Παρακολουθεί και διερμηνεύει τα μικρά καθώς επίσης και τα μεγάλα, σημεία συμπτώματα που συνδέονται με το φυσιολογικό γήρας και τις παθολογικές μεταβολές και παίρνει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα.
4. Αναγνωρίζει τη διαφορά ανάμεσα στην παθολογική κοινωνική συμπεριφορά και τον συνηθισμένο τρόπο ζωής του υπερήλικα.
5. Υποστηρίζει και προάγει τις φυσιολογικές λειτουργίες του υπερήλικα.
6. Προστατεύει του υπερήλικες από κακώσεις, λοιμώξεις και υπερβολικό stress και τους υποστηρίζει μέσω των πολλαπλών στρεσογόνων βιωμάτων τους.
7. Χρησιμοποιεί μια ποικιλία μεθόδων για προαγωγή αποτελεσματικής επικοινωνίας και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων των ηλικιωμένων με άλλα άτομα, την οικογένεια και άλλες ομάδες.
8. Μαζί με το ηλικιωμένο άτομο σχεδιάζει, αλλάζει ή προσαρμόζει το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον για κάλυψη των αναγκών των υπερηλίκων μέσα στους περιορισμούς που επιβάλλει η κατάστασή τους.
9. Βοηθά τον ηλικιωμένο να προμηθευτεί και να χρησιμοποιήσει μηχανήματα που τον βοηθούν να επιτύχει υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας και εξασφαλίζει τη διατήρησή τους σε καλή κατάσταση λειτουργίας από τα κατάλληλα πρόσωπα ή υπηρεσίες.¹³

1.3. Η σημασία της νοσηλευτικής στη φροντίδα του υπερήλικα

Η νοσηλευτική φροντίδα των υπερηλίκων έχει ιδιαίζουσα μορφή. Σήμερα δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στο πως να γηράσουμε ομαλά, πως να ζει ο ηλικιωμένος ευτυχισμένος και να έχει δραστηριότητες. Η νοσηλευτική φροντίδα, που προσφέρεται

στα ηλικιωμένα άτομα δεν διαφέρει και πολύ από αυτή των άλλων ασθενών, αλλά απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια.

Ο νοσηλευτής /τρια για να μπορέσει να καταλάβει τους ηλικιωμένους εκτός που πρέπει να τους αγαπά, πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαφή μαζί τους και να συνομιλεί για να συγκεντρώνει χρήσιμες πληροφορίες για το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι βασικές αρχές που διέπουν τη νοσηλευτική βοήθεια των ηλικιωμένων είναι οι εξής:

1. Η νοσηλευτική βοήθεια πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη το παρελθόν και το παρόν του υπερήλικα, τις ανάγκες και τις προσωπικές του επιδιώξεις.
2. Η κατανόηση ρεαλιστικών και πραγματοποιήσιμων επιδιώξεων που αποβλέπουν στη βοήθεια του υπερήλικα να αποκτήσει την αίσθηση της επίτευξης και της ανάπτυξης σκοπού, όπως είναι η συμμετοχή στη διαμόρφωση των στόχων της φροντίδας του.
3. Ο υπερήλικας πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή στον όλο προγραμματισμό της βοήθειας του, γι' αυτό η νοσηλεύτρια οφείλει να μάθει κάτι γι' αυτόν πριν από την πρώτη επικοινωνία μαζί του, να ανακαλύψει τις δυνατότητές του, ν' ακούσει τις προτιμήσεις του, να επικεντρωθεί σ' αυτό που μπορεί να κάνει, να ρωτάει τη γνώμη του και να τον ενισχύει να κάνει μόνος του την επιλογή, όταν χρειάζεται, και να παίρνει τις αποφάσεις. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει να παίρνει αποφάσεις γι' αυτόν γιατί τον μειώνει, τον κάνει εξαρτημένο και μελαγχολικό.
4. Η διατήρηση και προαγωγή της αυτοφροντίδας
5. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες πρέπει να γίνονται με τον υπερήλικα και όχι για τον υπερήλικα.
6. Επιβάλλεται να γίνονται απαραίτητες τροποποιήσεις και συμβιβασμοί στην προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα, όταν το απαιτούν οι φυσιολογικοί περιορισμοί του.
7. Πρέπει να ενισχύεται η ατομικότητα του υπερήλικα, να διατηρείται η ακεραιότητα του και η αίσθηση του ελέγχου, τα οποία η νοσηλεύτρια επιτυγχάνει με το να τον ενισχύει να χρησιμοποιεί οτιδήποτε βοηθάει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ του παρελθόντος και του παρόντος. Να διαθέτει χρόνο στον υπερήλικα για να εκφράσει τα αισθήματά του, να τον

βοηθάει να διατηρήσει την κοινωνική εκτίμηση.

8. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διατηρούνται στο κεντρικό ρεύμα της ζωής για να παρεμποδίζεται η φυσική, η συναισθηματική και η διανοητική επιβάρυνσή τους.
9. Βοηθείται ο υπερήλικας να χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του με την επιλογή δραστηριοτήτων που μπορεί να διεκπεραιώσει και διατηρούν το ενδιαφέρον του για ζωή ή ακόμη με την δημιουργία ευκαιριών να ακούσει, να μάθει, να ζήσει το παρόν
10. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει πως κάθε αλλαγή αποτελεί απειλή ή πηγή άγχους για τον υπερήλικα
11. Ικανοποίηση της ανάγκης της επικοινωνίας του υπερήλικα στο σπίτι ή στο ίδρυμα.

Τέλος η νοσηλεύτρια / της κοντά στον υπερήλικα προσπαθεί:

1. Να ακούει με κατανόηση τις ατέλειωτες ανησυχίες που τον περιβάλλουν
2. Να διαθέτει χρόνο για να ακούσει τον υπερήλικα που ζει στο ίδρυμα ή μόνος στο σπίτι του και συχνά δεν έχει άλλον επισκέπτη από αυτήν
3. Να εξηγεί, όσο μπορεί πιο καλά τι σημαίνουν τα συμπτώματα - ενοχλήματα που ίσως παρουσιάζει
4. Να τον ενθαρρύνει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών, σε ρεαλιστική βάση
5. Να εφαρμόζει νοσηλευτικά μέτρα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών ή να εξασφαλίζει ιατρική βοήθεια όταν αυτή χρειάζεται.
6. Να τον ενημερώνει, σε μια συστηματική προσπάθεια για τη δράση και επίδραση των φαρμάκων που χρησιμοποιεί
7. Να τον μεταχειρίζεται πάντοτε σαν ενήλικα και ποτέ σαν παιδί, έστω και αν έχει παλινδρομήσει στην παιδική ηλικία. ²

2. Εκπαίδευση για τη νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων

2.1. Βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας ηλικιωμένων

Οι δημογραφικές μεταβολές που έχουν προκύψει, θέτουν σημαντικά θέματα σχετικά με τις ειδικές ανάγκες και προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Οι μέχρι πρόσφατα ισχύουσες αντιλήψεις σχετικά με τους μεγαλύτερους στην ηλικία ενήλικες κυριαρχούνταν κατά κύριο λόγο από μύθους, στερεότυπα και άγνοια, δίνοντας έμφαση στις αρνητικές πλευρές του γήρατος. Η μεγάλη ηλικία δεν αποτελεί σύνδρομο εξάρτησης και είναι προτιμότερο να αντιμετωπίζεται σαν φυσική συνέπεια της μεγαλύτερης διάρκειας ζωής.

Η μεγάλη ηλικία αποτελεί ένα ακόμα εξελικτικό στάδιο της ζωής, με τις ίδιες προκλήσεις όπως και οποιοδήποτε άλλο, με ειδικές ανάγκες και απαιτήσεις που θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον τρόπο που τους αρμόζει τόσο από το ίδιο το άτομο, όσο και από το στενό του περιβάλλον και το κοινωνικό σύστημα στο οποίο ζει.

Μεταξύ των κύριων αρχών της νοσηλευτικής περίθαλψης των ηλικιωμένων θα πρέπει να ληφθούν ιδιαίτερα υπόψη οι ακόλουθες:

- ✦ Οι μεγαλύτεροι στην ηλικία άνθρωποι, είναι άτομα με τα δικά τους ειδικά χαρακτηριστικά, ικανότητες και προσωπικές ανάγκες, που έχουν το δικαίωμα να ζουν την ζωή τους κατά τον πιο ευχάριστο και θετικό τρόπο.
- ✦ Οι μεγαλύτεροι στην ηλικία άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν την φροντίδα ειδικευμένων νοσηλευτών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες νοσηλευτικής περίθαλψης τους σε οποιοδήποτε μέρος και αν ζουν και να εξασφαλίζουν μία αξιοπρεπή και σεβάσμια αντιμετώπιση στο τέλος της ζωής τους.
- ✦ Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται αδιακρίτως σε όλες τις κατηγορίες των ηλικιωμένων, ώστε να επιτυγχάνεται η επίτευξη των στόχων της προαγωγής της υγείας, της διατήρησής της, της πρόληψης των ασθενειών. της

κατάλληλης θεραπείας ή της αποκατάστασης της υγείας, σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες των ασθενών ή πελατών.

- ✦ Στο πλαίσιο παροχής περίθαλψης στους ηλικιωμένους, θα πρέπει να αναγνωρίζεται το γεγονός ότι οι άνθρωποι που έχουν φθάσει σε αυτό το στάδιο της ζωής, έχουν ειδικές ανάγκες, ορισμένες από τις οποίες θα αντιληφθούν μόνοι τους και ορισμένες για τις οποίες ίσως χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να τις προσδιορίσουν. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες πρέπει να είναι ικανές να αντιμετωπίσουν και τις δύο περιπτώσεις.
- ✦ Οι πρεσβύτεροι πολίτες ανησυχούν για πολλά πράγματα. Σωματικά αισθάνονται την δύναμη και την ισχύ τους να εξασθενίζει, ενώ ψυχολογικά αντιλαμβάνονται ότι εντάσσονται σταδιακά σε ένα κατώτερο κοινωνικό καθεστώς και συναισθηματικά αισθάνονται συχνά μόνοι και ανασφαλείς. Οι φόβοι αυτοί πρέπει να περιοριστούν στο ελάχιστο εάν όχι να εξαλειφθούν πλήρως. Οι νοσηλευτές μπορούν να περιορίσουν αρκετούς από αυτούς χρησιμοποιώντας τα προσωπικά τους χαρίσματα, ικανότητες και χαρακτηριστικά τα οποία είναι ταυτόχρονα και ωφέλιμα και θεραπευτικά.
- ✦ Η κοινωνία επηρεάζει την διαδικασία γήρανσης των ατόμων. Επομένως η νοσηλευτική περίθαλψη και όλοι όσοι συμμετέχουν σε αυτή, πρέπει να λάβουν υπόψη τους, τους ακόλουθους παράγοντες:
 - Το κοινωνικό, πολιτισμικό και ψυχολογικό περιβάλλον που περιβάλλει τον ηλικιωμένο.
 - Αλλαγές που επηρεάζουν την συμπεριφορά του και την αντίληψη του εαυτού του.
 - Το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον που του παρέχει υποστήριξη και περίθαλψη.
 - Προσδιορισμός των κοινοτικών ομάδων που του παρέχουν κοινωνική υποστήριξη.
 - Οι επιπτώσεις του αυξανόμενου ποσοστού των ηλικιωμένων στην κοινωνία και ο ορισμός της υγείας σαν καθοριστικού παράγοντα της ευημερίας.
- ✦ Οι νοσηλευτές και οι ηλικιωμένοι πρέπει να συνεργασθούν στενά όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη, για την

εξασφάλιση της φυσικής, ψυχολογικής και πνευματικής υγείας καθ' όλη την διάρκεια της διαδικασίας γήρανσης.

- ✦ Η νοσηλευτική περίθαλψη των ηλικιωμένων θα πρέπει να έχει σαν στόχο την εξασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης και να συμβάλλει στην βελτίωση της ποιότητας διαβίωσης τους και την διατήρηση της αξιοπρέπειάς τους προς το τέλος της ζωής τους.
- ✦ Η ομάδα στην οποία συμμετέχουν διάφορες ειδικότητες, και κυρίως οι νοσηλευτές, πρέπει να συμβάλλει στην επαναφορά της ισορροπίας ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στο περιβάλλον τους. Πρέπει να βοηθούν το άτομο να αναπτύσσει τις ικανότητές του καθώς και το προσωπικό του δυναμικό, και να αποκτά συνείδηση της αξίας της ατομικής εμπειρίας και γνώσης καθώς και, της χρησιμότητας και αξίας του ως ανθρώπινου όντος.
- ✦ Η υποστήριξη των ηλικιωμένων πρέπει να παρέχεται από επαγγελματίες νοσηλευτές που είναι γνώστες του αντικειμένου τους, ενδιαφέρονται πραγματικά για τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, διαθέτουν τα προσόντα για να εργασθούν μαζί τους και ενδιαφέρονται για την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.
- ✦ Οι απαραίτητες γνώσεις, τα προσόντα και η στάση απέναντι στην νοσηλευτική περίθαλψη αποκτώνται μέσω της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Επομένως η ποιότητα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο, απαραίτητου προκειμένου να εξασφαλισθεί η ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης των ηλικιωμένων.
- ✦ Η μελέτη της φροντίδας των ηλικιωμένων πρέπει να αυξηθεί και να ενσωματωθεί σε όλα τα προγράμματα βασικής εκπαίδευσης νοσηλευτών, ώστε να δώσει την δυνατότητα στους νοσηλευτές γενικών καθηκόντων να εκπληρώνουν καλύτερα το έργο τους. Πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο ειδικής μορφής εκπαίδευσης και υποχρεωτικής πρακτικής κατάρτισης.
- ✦ Αναγνωρίζοντας την πολυπλοκότητα των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων σήμερα και τις απαιτήσεις της κοινωνίας όσον αφορά τον ρόλο των νοσηλευτών, απαιτούνται εξειδικευμένες γνώσεις βασισμένες στις γενικές γνώσεις. Τα μεταπτυχιακά και τα προγράμματα κατάρτισης μετά την βασική εκπαίδευση πρέπει να δίνουν την

δυνατότητα στους νοσηλευτές να εμβαθύνουν τις γνώσεις τους όσον αφορά την πρακτική, την διδασκαλία, την εποπτεία και, την διαχείριση της περίθαλψης, την ικανότητα να πραγματοποιούν έρευνες σχετικά με τους ηλικιωμένους και να λειτουργούν σαν αντίπαλοι σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης.

- ✦ Στις περιπτώσεις που αυτό είναι δυνατό, οι απόψεις των ηλικιωμένων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον προγραμματισμό των μαθημάτων, δεδομένου ότι είναι οι μόνοι οι οποίοι που μπορούν να προσδιορίσουν και να παρουσιάσουν τις ανάγκες τους και τις προσδοκίες τους από την νοσηλευτική περίθαλψη μέσα από την προσωπική τους εμπειρία και γνώση. Πρέπει επομένως να ακούσουμε με προσοχή τις απόψεις τους και να τις λάβουμε υπόψη.
- ✦ Οι νοσηλευτές πρέπει να ενημερώνονται διαρκώς για τις προόδους που σημειώνονται στον τομέα της περίθαλψης των ηλικιωμένων, μέσω προγραμμάτων διαρκούς εκπαίδευσης.
- ✦ Επισημαίνεται η αυξανόμενη αναγκαιότητα της νοσηλευτικής έρευνας, ως μέσου απόκτησης νέων γνώσεων για την βελτίωση της νοσηλευτικής περίθαλψης και της ποιότητας διαβίωσης των ηλικιωμένων που αυτή συνεπάγεται.
- ✦ Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην διαμόρφωση της πολιτικής σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, στον προγραμματισμό του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού και της εξασφάλισης της ποιότητας σε ζητήματα που άπτονται της ποιότητας της περίθαλψης των ηλικιωμένων, είναι καθοριστικής σημασίας προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της υγιεινής γήρανσης του πληθυσμού της Ε.Ε.

2.2. Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φροντίδα των ηλικιωμένων

Η νοσηλευτική αναγνωρίζεται σήμερα σαν το μεγαλύτερο, μοναδικό επάγγελμα από το οποίο εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό οι υγειονομικές υπηρεσίες προκειμένου να παράσχουν περίθαλψη στους ασθενείς και ετοιμοθάνατους ηλικιωμένους. Αναγνωρίζεται επίσης σαν βασικό στοιχείο για την προαγωγή και προστασία της υγείας καθώς και την πρόληψη ασθενειών του ηλικιωμένου πληθυσμού.

Η νοσηλευτές έχουν αναλάβει ηγετικό ρόλο όσον αφορά την προαγωγή της υγείας των μεγαλύτερων την ηλικία ενηλίκων, μέσω διαφόρων προγραμμάτων που περιλαμβάνουν σημαντικούς τομείς για την υγεία των ηλικιωμένων όπως η διατροφή, η ασφάλεια, η σωματική υγεία, η πνευματική υγεία, η βελτίωση της ατομικής οικονομικής κατάστασης, η πρόσβαση σε υπηρεσίες και των προσπαθειών για αύξηση της χρηματοοικονομικής υποστήριξης των κοινωνιών προς τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Η πρωταρχική ευθύνη των νοσηλευτών κατά τη φροντίδα ηλικιωμένων, είναι η συνδρομή των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων, ώστε να μπορέσει το άτομο να εκτελεί το μεγαλύτερο μέρος από τις φυσικές, κοινωνικές και ψυχολογικές λειτουργίες του, άσχετα από την κατάσταση της υγείας του και κατά την διάρκεια όλων των σταδίων της ζωής του. Η διαρκής φροντίδα των ηλικιωμένων πρέπει να επικεντρώσει το ενδιαφέρον της στην παρατήρηση και αξιολόγηση των ατομικών ικανοτήτων και την ικανότητα του ατόμου να φροντίζει μόνο του τον εαυτό του. Επομένως, η περίθαλψη των ηλικιωμένων έχει σαν κύριο στόχο να καταστήσει τα άτομα αυτά ανεξάρτητα, με την ανάπτυξη και καλλιέργεια του μεγαλύτερου δυνατού φάσματος των ατομικών τους ικανοτήτων.

Το περιβάλλον στο οποίο οι νοσηλευτές μπορούν αναπτύξουν τις γνώσεις τους σχετικά με την περίθαλψη των ηλικιωμένων ποικίλει, περιλαμβάνοντας από το περιβάλλον της κοινότητας μέχρι τα πλέον σύνθετα τεχνικά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης.

Οι νοσηλευτές εργάζονται σαν μέλη ομάδων υγειονομικής περίθαλψης στις οποίες συμμετέχουν πολλές ειδικότητες. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι νοσηλευτές απασχολούνται σε διάφορους τομείς. Η εργασία αυτή τους δίνει την δυνατότητα να λειτουργούν σαν υπερασπιστές των δικαιωμάτων των πρεσβυτέρων πολιτών, συμβάλλοντας στην διατήρηση της υγείας και της ανεξαρτησίας τους.

Οι νοσηλευτές επιτελούν το σύνθετο έργο τους όσον αφορά την φροντίδα των ηλικιωμένων, κυρίως στους ακόλουθους τομείς:

- Προαγωγή της υγείας
- Διατήρηση της υγείας

- Θεραπευτική και προληπτική φροντίδα
- Αποκατάσταση της υγείας
- Περίθαλψη των πασχόντων από σοβαρές ασθένειες και των ετοιμοθανάτων
- Διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών
- Εκπαίδευση των νοσηλευτών και των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης
- Νοσηλευτική Έρευνα
- Πολιτική υγειονομικής περίθαλψης

Μέσα στα πλαίσια εκτέλεσης των καθηκόντων τους, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για τις ακόλουθες λειτουργίες:

- ✦ Εκτίμηση, προγραμματισμό, εφαρμογή και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας σε διάφορες καταστάσεις, με την ενεργό συμμετοχή των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους και της ευρύτερης κοινότητας.
- ✦ Διοίκηση της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, μέσω μίας ευρύτατης σειράς υπηρεσιών που περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών, τη φροντίδα οξείων νόσων και την αποκατάσταση ή τις υπηρεσίες υποστήριξης των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους ή άλλων ομάδων ειδικών.
- ✦ Διδασκαλία των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους, ατόμων ή ομάδων που φροντίζουν ηλικιωμένους, καθώς και του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης.
- ✦ Ενεργό και αποτελεσματική συμμετοχή, ως μέλη της υγειονομικής ομάδας.
- ✦ Ανάπτυξη της νοσηλευτικής πρακτικής στον τομέα της φροντίδας των ηλικιωμένων, μετά από κριτική σκέψη και έρευνα.
- ✦ Οι νοσηλευτές είναι αυτόνομοι επαγγελματίες, προσωπικά υπεύθυνοι για τη φροντίδα που παρέχουν στους ηλικιωμένους και ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής πρακτικής. Προκειμένου να ανταποκριθεί στον ρόλο της σχετικά με την περίθαλψη των ηλικιωμένων, η νοσηλευτική πρακτική βασίζεται:
 - στις ηθικές αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας.

- στην καθοδήγηση, με την δυνατότητα να ενεργεί σαν εναλλακτικός μεσολαβητής.
- στην αντίληψη της περίθαλψης των ανθρώπων, ως μιας προσπάθειας διατήρησης της υγείας τους, ενώ παράλληλα τους αποδέχεται όπως είναι
- στην κατανόηση και θετική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων
- στην δέσμευση να συνεργαστεί με τους ηλικιωμένους, την οικογένεια, την κοινότητα και τους επαγγελματίες.
- στο αίσθημα ευθύνης και στην ικανότητα να ασκεί κριτική στο ίδιο της το έργο
- στο υψηλό επίπεδο ικανοτήτων και επικοινωνίας, που καθιστά δυνατή την από κοινού δράση με τους ηλικιωμένους, την οικογένεια, την κοινότητα, την ομάδα στην οποία συμμετέχουν διάφορες ειδικότητες και άλλους κλάδους της κοινωνίας που ενδιαφέρονται για την περίθαλψη των πρεσβυτέρων πολιτών.²⁴



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

- 7.1. Εισαγωγή
- 7.2. Μορφές ατυχημάτων στην 7^η ηλικία
- 7.3. Παράγοντες πρόκλησης ατυχημάτων
- 7.4. Στρατηγικές πρόληψης ατυχημάτων
- 7.5. Πτώσεις
- 7.6. Αστάθεια στους γέροντες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

7.1. Εισαγωγή

Τα ατυχήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας πάνω από 65 ετών. Αν ο θάνατος δεν συμβεί αμέσως μετά το ατύχημα, συχνά βαριές επιπλοκές εξαιτίας του ατυχήματος έχουν σαν αποτέλεσμα το θάνατο του αρρώστου.¹³

Το ζήτημα των αιτίων των ατυχημάτων παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον και πολλά έχουν αναφερθεί σε αυτό. Τα ατυχήματα μπορούν να ταξινομηθούν κατά πολλούς τρόπους. Μια από αυτές συνίσταται στην κατάταξη των ατυχημάτων αναλόγως του προσώπου που ευθύνεται για αυτά (...). Άλλη μέθοδος συνίσταται στην κατάταξη των ατυχημάτων αναλόγως της αιτίας που τα προκάλεσε (έκρηξης, βάδισμα πάνω σε αντικείμενα εμπόδια, τοξικές και καυστικές ουσίες, ζώα κλπ.). Μία Τρίτη μέθοδος συνίσταται στην κατάταξη των ατυχημάτων βάση το φύλλο, την ώρα, την φύση των ατυχημάτων κλπ.

Όλα τα συστήματα αυτά ρίχνουν κάποιο φως στα πραγματικά αίτια των ατυχημάτων, αλλά δεν παρέχουν ενδείξεις όσον αφορά τις συνθήκες υπό τις οποίες πραγματοποιήθηκαν. Έτσι κατά την γενική γνώμη ένα ατύχημα μπορεί να οφείλεται εν μέρη στις έγνοιες, στη θλίψη, στην κακή κατάσταση της υγείας, την κακή διάθεση σε αίσθημα αποστερήσεως, σε υπερδιέγερση ή σε οποιαδήποτε άλλη ιδιαίτερη φυσιολογική, ψυχολογική κατάσταση που μπορεί να προκαλείται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό από τις συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι του ηλικιωμένου ή και έξω από αυτό.²³

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες για τα ατυχήματα των ηλικιωμένων ισχύουν τα εξής:

1. Κάθε χρόνο κάπου 600.000 γέροι εισάγονται στα εξωτερικά ιατρεία για σπιτικά ατυχήματα.
2. Το 1984, τα ατυχήματα ήταν ο όγδοος κατά σειρά λόγος θανάτου για άτομα πάνω από 65 χρονών.
3. Η ιατρική βοήθεια για τραυματισμούς στους ανθρώπους πάνω

από 65 κοστίζει γύρω στα 3 δις το χρόνο.

4. Αν και οι γέροι υποφέρουν τραυματισμού από ατυχήματα σε ποσοστό μικρότερο από ότι στους νέους, όταν συμβαίνει ατύχημα ή τραυματισμός είναι ποιο πιθανό να καταλήξει σε ακινησία ή κατάσταση σοκ, με αναπηρία και θάνατο ως αποτέλεσμα των καρδιακών και αναπνευστικών περιπλοκών.
5. Οι γέροι που είναι πιο πιθανό να πάθουν πολλαπλά ατυχήματα είναι αυτοί που είναι αδύνατοι, σε σύγχυση και χρονικά άρρωστοι
6. Τα πιο συνηθισμένα ατυχήματα στο σπίτι είναι αυτά που συμβαίνουν στην τουαλέτα ή στις σκάλες (εγκαύματα, καψίματα) με εισπνοή καπνού, και εγκαύματα από ζεστό νερό.²⁶

7.2. Μορφές ατυχημάτων στην τρίτη ηλικία

Ατυχήματα μπορούν να συμβούν καθημερινά και σε όλες τις ηλικίες ανεξαρτήτως παραγόντων. Η Τρίτη ηλικία όμως είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε ατυχήματα όπως:

- A. Πτώσεις
- B. Τροχαία
- Γ. Εγκαύματα
- Δ. Πνιγμό
- E. Δηλητηριάσεις

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει παγκοσμίως, οι πτώσεις κατέχουν την πρώτη θέση στα ατυχήματα των ηλικιωμένων. Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο πέφτει 1 στους 3 ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, από τους οποίους 20-30% παθαίνει μέτρια ή σοβαρής βαρύτητας κατάγματα με υπολειπόμενη δυσκινησία ή εξάρτηση από άλλα άτομα, ενώ παράλληλα έχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Οι συνέπειες των πτώσεων αυτών είναι σημαντικές τόσο στην θνησιμότητα και νοσηρότητα όσο και στο οικονομικό κόστος.²⁵

7.3. Παράγοντες πρόκλησης ατυχημάτων

Τα ατυχήματα είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου στα ηλικιωμένα άτομα. Η μεγάλη συχνότητα των ατυχημάτων που

οφείλεται στους εξής παράγοντες: Διανοητική επιβάρυνση! Η μνήμη και ο προσανατολισμός στο χρόνο, στον τόπο και τα πρόσωπα υποβαθμίζονται με αποτέλεσμα να ξεχνούν να κλείνουν τη σόμπα, τη συσκευή υγραερίου ή την ηλεκτρική κουζίνα όταν βγαίνουν έξω. Δεν θυμούνται το σκαλοπάτι της εξώπορτας του σπιτιού τους ή δεν κοιτάζουν δεξιά και αριστερά πριν διασταυρώσουν ένα δρόμο κ.α.

1. Ελαττωμένη αντίδραση στα ερεθίσματα, όπως το κορνάρισμα ενός αυτοκινήτου, η ξαφνική αντίδραση στην παρουσία κινδύνου κ.α.
2. Αστάθεια και ασθενικότητα, αποτέλεσμα χρόνιων ασθενειών διευκολύνουν τις πτώσεις. Ασταθή βάδισμα συνοδευόμενο από αρθρίτιδα και Parkinson θέτει τον ασθενή σε μεγαλύτερο κίνδυνο.
3. Μείωση της όρασης και της ακοής. Όταν η όραση ελαττωθεί, το ηλικιωμένο άτομο είναι περισσότερο ευαίσθητο στους κινδύνους από χαμηλό φωτισμό ή ξαφνική λάμψη φωτός (προβολείς κ.α.) και ελαττωμένη νυχτερινή όραση. Και καθώς αυξάνεται η απώλεια της ακοής το ηλικιωμένο άτομο δεν αντιλαμβάνεται σημεία προειδοποίησης παρουσίας κινδύνου όπως θόρυβος, κορνάρισμα αυτοκινήτου κ.α.
4. Προσκόλληση σε συνήθειες και αντικείμενα. Τα ηλικιωμένα άτομα φυλάσσουν οτιδήποτε έχουν, για να μην κοπούν από το παρελθόν ή γιατί δεν μπορούν να τα αποχωριστούν και έτσι διατρέχουν τον κίνδυνο της φωτιάς και της πτώσης. Ακόμα διατηρούν συνήθειες που τους θυμίζουν το παρελθόν, η συνέχισή τους όμως τους θέτει σε κίνδυνο λόγω της βιολογικής διαφοροποίησής τους.
5. Οστεοπόρωση με αποτέλεσμα τα συχνά κατάγματα. Αυτή είναι φυσιολογική εργασία του γήρατος. Παρουσιάζεται ελάττωση της ολικής σκελετικής μάζας - χωρίς διαφοροποίηση του σχήματος - της σύνθεσης και της μορφολογίας των οστών.²

Παράγοντες ατυχημάτων στην τρίτη ηλικία

1. Βασικές γηραντικές αλλαγές που καταλήγουν σε αδυναμία, ασυντονισμό, ανεπαρκή ακοή, και αλλαγές στο βάδισμα, στην όραση, και σε εσωτερικές λειτουργίες ανεβάζουν την πιθανότητα ατυχήματος.
 - α. Η τάση να αρνηθούμε τα όρια της γήρανσης ως άμυνα ενάντια

στο άγχος και στην συνηθισμένη κατάθληψη που συνοδεύει απώλεια και αποδέσμευση ανεβάζουν το ρίσκο του να συμβεί κάποιο ατύχημα.

2. Δευτερεύοντες αλλαγές που συσχετίζονται με αλλαγές στο κεντρικό νευρικό σύστημα.
 - α. Ατυχήματα στην τρίτη ηλικία αποδίδονται συνήθως στην επιρροή των υπερθετούμενων νοσημάτων στις σωματικές και νοητικές αλλαγές της γήρανσης.
 - β. Η πρώτη εκδήλωση της έκθεσης μιας έντονης ασθένειας, μπορεί να είναι ατύχημα: ως μειωμένη ανατίμηση του πόνου.
Συνθήκες που προδιαθέτουν τους γέροντες στα ατυχήματα μπορεί να είναι έντονα ή χρονικά όπως:
- γ. Χρονική ασθένεια υποθάλπει απάθεια και ένα αίσθημα διαχωρισμού από το περιβάλλον, που έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της εκγρίγορσης και μείωση της αυτοσυντήρησης.
3. Η ακατάλληλη χρήση φαρμάκων και υνοπνεύματος αλκοόλης μπορεί να κάνει μια ήδη υπάρχουσα κατάσταση να παραμείνει αδιόρθωτη ή να προκαλέσει υπνηλία, υπόταση ή σύγχυση να επιταχύνει.
4. Περιβαλλοντικά φαινόμενα μπορεί να είναι ριψοκίνδυνα ή να είναι αντίθετες με τις ανάγκες των γέροντων
5. Συναισθηματικό στρες, π.χ. βαρεμάρα, μοναξιά, πνευματική απορρόφηση, άγχος, επιθετικότητα, απογοήτευση, και ο φόβος κάνουν τους γέροντες πιο ευάλωτους στα ατυχήματα.
6. Έλλειψη της κατάλληλης προσαρμοσμένης συμπεριφοράς ή έλλειψη χρησιμοποίησης βοηθητικών εξοπλισμών τα οποία βοηθούν ή αναπληρώνουν την χαμένη λειτουργία, αυξάνει την πιθανότητα των ατυχημάτων.²⁵

7.4. Στρατηγική πρόληψης ατυχημάτων

Σαν μέτρο πρόληψης έχει αναγνωρισθεί η φυσική κατάσταση για την διατήρηση και βελτίωση της μυϊκής ισχύος της κινητικότητας και της ευκαμψίας. Η επαρκής και αποτελεσματική ιατρική παρακολούθηση για την ελαχιστοποίηση της χρήσης ψυχοφαρμάκων και την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των χρόνιων παθολογικών καταστάσεων είναι ένας άλλος τομέας που μπορεί να δράσει προληπτικά.²¹

Τέλος μετατροπές στο περιβάλλον διαβίωσης όπως:

1. Ασφαλές χαμηλό κρεβάτι & χρησιμοποίηση προφυλακτήρων εν ανάγκη
2. Όχι ολισθηρό, παρκεταρισμένο πάτωμα
3. Όχι χαλάκια που γλιστρούν
4. Προστατευτικά κιγκλιδώματα στην τουαλέτα και το μπάνιο
5. Αποφυγή χρησιμοποίησης σκάλας - προστασία με κιγκλίδωμα
6. Προσοχή στο βρεγμένο πάτωμα
7. Ασφαλής τρόπος θέρμανσης και εγκατάστασης κουζίνας
8. Εξασφάλιση επαρκούς φωτισμού & προσθήκη σταθερών υποστηριγμάτων στα επικίνδυνα μέρη του περιβάλλοντος του αρρώστου
9. Εξασφάλιση τρόπου επικοινωνίας (τηλέφωνο, κουδούνι σε γειτονικό ή συγγενικό σπίτι) μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη ατυχημάτων και ιδίως των πτώσεων.²¹
10. Διατήρηση σταθερού βάρους σώματος
11. Προσοχή σε εφαρμογή θερμών και ψυχρών επιθεμάτων. Αποφυγή έκθεσης σε υπερβολικό ψύχος ή ζέστη
12. Αργή βάδιση
13. Εξέταση και διόρθωση όρασης και ακοής αν χρειάζεται οδήγηση. Προτίμηση περιφερειακών δρόμων γι' αυτόν
14. Αποφυγή να βγαίνει έξω όταν χιονίζει ή βρέχει
15. Ενθάρρυνση χρήσης παπουτσιών με ανώμαλες σόλες, ειδικά το χειμώνα
16. Αναγνώριση δυνητικών παραγόντων για πρόκληση ατυχημάτων στο περιβάλλον του αρρώστου και απομάκρυνση ή διόρθωσή τους.¹³

Ένα μεγάλο ποσοστό ατυχημάτων θα μπορούσε να προληφθεί μειώνοντας τους περιβαλλοντικούς κινδύνους και προσφέροντας επαρκή ιατρική βοήθεια και διάγνωση, και κατάλληλη θεραπεία για καταστάσεις αναπηρίας.

Μαθαίνοντας στους 3 ασθενείς με χρονικά αμετάκλητα ιατρικά προβλήματα προσαρμοσμένη συμπεριφορά και πως να χρησιμοποιούν βοηθητικά μηχανήματα μειώνουν την ευαισθησία

στα ατυχήματα και τα επακόλουθά τους.

Οι τηλεφωνικοί αριθμοί για επείγοντα περιστατικά πρέπει να ανακοινωθούν δια τηλεφώνου.

Η χρησιμοποίηση του ιατρικού επείγον ανταπόκρισης συστήματος μπορεί να βοηθήσει κάποιος να νοιώσει σίγουρος και ανεξάρτητος. Τη στιγμή του ατυχήματος αυτό το σύστημα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ζητήσει βοήθεια, να αναφέρει την κατάστασή του, να γλυτώσει χρόνο, να μειώσει τις περιπλοκές και πιθανώς να σώσει την ζωή του.

α. Το (PERS) μπορεί να αγοραστεί από το άτομο

β. Κάποια ιατρικά κέντρα ενοικιάζουν το (PERS) σε καλύτερες τιμές από κάποιους πωλητές.

1. Καλύτερο σύστημα υγείας είναι ουσιαστικό στην πρόληψη της συνεισφοράς των πρωταρχικών και δευτερεύων αλλαγών στην εμφάνιση ατυχημάτων
2. Διόρθωση των κινδύνων του περιβάλλοντος και η προσαρμογή του περιβάλλοντος ώστε να είναι χρήσιμο στον άνθρωπο, μειώνει τα ρίσκα και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής
3. Ακριβή αναφορά όλων των ατυχημάτων, συνοδευόμενο από τραυματισμό ή όχι, είναι ουσιαστικό, καθώς τα ατυχήματα μπορούν να παίζουν το ρόλο σημάτων κινδύνου των δυσλειτουργιών και οδηγεί σε μια κατάλληλη πρόβλεψη.²⁶

Πρόληψη ατυχημάτων, εγκαυμάτων και κακοποιήσεων

1. Η σχέση μεταξύ συγκοπών και ατυχημάτων δεν ξεκαθαρίζονται συνήθως από τους τραυματίες. Η πτώση συνήθως καταλογίζεται στους περιβαλλοντικούς κινδύνους ή κακή τύχη.

2. Ξαφνικές πτώσεις (χωρίς να χάνουν τις αισθήσεις) μπορεί να συμβούν χωρίς προφανή λόγο ή αιτία, αλλά καταλογίζονται συνήθως στα εξής:

α. Υπόταση

β. Μυϊκή αδυναμία, κυρίως στους ασθενείς με ρευματική ασθένεια. Η αδυναμία οδηγεί στην άμεση κούραση και πτώση καθώς οι μύες καταναλώνονται

γ. Επιμήκυνση και περιστροφή του λαιμού κάποιου ασθενούς με οστεοαρθρίτιδα της σπονδυλικής στήλης και κάποιο χαμήλωμα του λαιμού.

1. Στον ασθενή με οστεοαρθρίτιδα, επειδή οι σπονδυλικές αρτηρίες μπορεί να έχουν μια ανοικτή κατεύθυνση με λιγότερη ελαστικότητα στα αρτηριακά τοιχώματα, ξαφνικές κινήσεις του κεφαλιού και του λαιμού προδιαθέτει στιγμιαία διακοπή ροής αίματος από
 2. Τα αντίβαρα μύες μπορεί να παραλύουν προσωρινά μέχρι κάποια νευρική οδό ξανατίθεται σε λειτουργία.
 3. Συσχετισμένη αδυναμία σε κάτω άκρα και παρωδίες αλλά μπορεί να κρατήσει για ώρες.
 4. Η παροδική χαλαρή παράλυση που επιδρά στα πόδια και κάποιους μύες μπορεί να κρατήσει, για ώρες εάν το άτομο δεν βοηθηθεί να τεντώσει τα πόδια πάνω σε μια σκληρή επιφάνεια.
3. Ορθοστατική υπόταση, οριοθετούμενη ως η πτώση 20mmHg της συστολικής πίεσης ανάμεσα στην όρθια και την ξάπλα θέση, είναι κυρίαρχη ανάμεσα 20 με 30% των μεγάλων σε ηλικία ατόμων καθώς ο ωμεοστατικός μηχανισμός της πίεσης του αίματος πέφτει.
- α. Η υπόταση μπορεί να προκληθεί από αυτόνομη δυσλειτουργία σχετισμένη με την ηλικία, διαβήτη, ζημιά στο κεντρικό νευρικό σύστημα κτλ και χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.
 - β. Η κατάσταση γίνεται αντιληπτή στα άτομα που χάνουν τις αισθήσεις τους, αντιμετωπίζουν ζάλη που ακολουθεί μια ξαφνική αλλαγή θέσης ή αντιμετωπίζουν συγκοπή μετά το φαγητό.
 - γ. Όταν τα επίπεδα της πίεσης αίματος ελέγχονται ενώ ο ασθενής μετά από 2 λεπτά κάθεται ή είναι όρθιος, μια πτώση της τάξης των 20 mmHg θεωρείται στοιχείο μιας σημαντικής ορθοστατικής υπότασης.
 - δ. Η ορθοστατική πτώση μπορεί να είναι μεγαλύτερη όταν ξυπνάει, σηκώνεται, καθώς ο όγκος του αίματος έχει την τάση να μειώνεται κατά την διάρκεια της νύχτας.
 - ε. Η υπόταση καταλήγει σε μερικές πτώσεις, καθώς αυτά τα άτομα προειδοποιούνται και κάθονται πριν ακόμα πέσουν.
4. Ζάλη ή ίλιγγος, ένα κοινό παράπονο από πολλούς ασθενείς που συμβαίνει όταν υπάρχει εξασθένηση των λειτουργιών του προσανατολισμού.

- α. Ο ασθενής παραπονείται ότι έχει ζάλη ή ζαλάδα. Τα παράπονα δεν είναι συγκεκριμένα αλλά αντανακλούν την αβεβαιότητα της στάσης ή κίνησης στο χώρο.
 - β. Αμυδρή ζαλάδα μπορεί να είναι καρδιαγγειακή ή αντικατοπτρίζει άγχος, ορθοστασία ή κατάθλιψη
 - γ. Συμπτώματα που περιγράφονται ως μεισορροξία στο περπάτημα συχνά αντικατοπτρούν πρόβλημα στο βάδισμα
 - δ. Απροσανατολισμός του χώρου και ζάλη συμβαίνουν όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί φακούς ή γυαλιά μετά από αφαίρεση καταράκτη.
 - ε. Παροδική ορθοστατική υπόταση προδιαθέτει τον ασθενή για ζαλάδα.
 - στ. Αληθινός ίλιγγος, μια αληθινή αίσθηση περιστροφικής κίνησης.
 - ζ. Ο ασθενής που παραπονείται ότι έχει ζαλάδες τείνει να περπατάει με μια ανοικτής βάσης περπάτημα και αντιμετωπίζουν δυσκολία στο γύρισμα ή στο περπάτημα σε άνισο έδαφος
 - η. Ο ασθενής πέφτει από την μια πλευρά στην άλλη καθώς το δωμάτιο φαίνεται να στριφογυρίζει
 - θ. Εάν ο ίλιγγος δεν κατοχυρώνεται στο περιφερειακό ίλιγγο, τότε χρησιμοποιούμε τομογραφία (CT σάρωση) για να εξοντώσουμε κεντρικό ίλιγγο από εγκεφαλική δυσλειτουργία
 - ι. Συνήθως όταν παθαίνει ίλιγγο, ο ασθενής έχει την τάση να προστατευθεί κάθοντας κάτω ή πιάνοντας κάτι ως στήριγμα.
 - κ. Ο ίλιγγος είναι επικίνδυνος όταν συμβαίνει, όταν ο ασθενής είναι μόνος του στις σκάλες ή κοιτάει από ύψος.
5. Αφυδάτωση από διάρροια, πυρετό, ανεπάρκεια.²⁶

7.5. Πτώσεις

1. Σύμφωνα με το Εθνικό Συμβούλιο Ασφαλείας (1985) τα πεσίματα είναι ο κύριος λόγος των θανάτων από ατύχημα σε ηλικίες πάνω από 65 χρονών και υπολογίζεται στο 35% όλων των θανάτων σ' αυτή την ηλικία.
2. Υπολογίζεται ότι το εν τρίτο (1/3) όλων των ατόμων 60 γχρονών και πάνω, αναμιγνύονται σε πεσίματα κάθε χρόνο.

3. Οι επιπτώσεις των πτώσεων είναι μεγαλύτερες στις γυναίκες με μεγαλύτερη θνησιμότητα και νοσηρότητα, απ' ότι στους άντρες επειδή οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να υποστούν οστεοπόρωση, να ζουν μόνες, και να υποβάλλονται σε μεγάλη χρονική περίοδο στην ανικανότητα.
4. Πάνω από 1/3 των ατόμων που είναι πάνω από 74 ετών, αυτές οι πτώσεις προκαλούν κατάγματα που οδηγούν στον περιορισμό δραστηριοτήτων και συχνά τελικές επιπλοκές.
5. Το άτομο σ' αυτή την ηλικία που υποφέρει συχνά από πτώσεις μπορεί να μείνει ανεπηρέαστος για λίγο: Αν οι πτώσεις συνεχίζονται όμως, χάνεται η αυτοπεποίθηση, μειώνονται οι δραστηριότητες, αυξάνεται η αδυναμία και τελικά ακινησία που προδιαθέτει μακροχρόνια φροντίδα.

ΑΙΤΙΕΣ ΠΤΩΣΕΩΣ ΣΤΑ ΓΕΡΑΜΑΤΑ

Περιβαλλοντικές συνθήκες

Περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως τα παρακάτω, προδιαθέτουν τις πτώσεις:

1. Γλιστερά, απαλά και υγρά πατώματα
2. Επιφάνειες με σωρό από πράγματα, όπως αυτά που κάνουν τα παιδιά, τα εγγόνια, τα κατοικίδια
3. Κίνδυνοι στις τουαλέτες, όπως γλυστερή μπανιέρα, υγρές επιφάνειες, ή χαμηλή λεκάνη τουαλέτας
4. Χαμηλά κρεβάτια
5. Κίνδυνοι από σκάλες όπως:
 - α. Χαμηλή ορατότητα και χαμηλός φωτισμός που κάνουν τα άτομα αυτά να χάνουν το τελευταίο σκαλί ή ομάδα από σκάλες.
 - β. Απότομες σκάλες και ανεπαρκή στηρίγματα για τα χέρια
 - γ. Κακή μέτρηση στις σκάλες
 - δ. Κακώς σχεδιασμένα σκαλιά ή διάδρομοι
 - ε. Έλλειψη στηριγμάτων
 - στ. Νέες, άγνωστες σκάλες

Πτώσεις σε μια ψυχιατρική μονάδα

Ο σκοπός αυτής της έρευνας είναι να τεκμηριωθεί η πρόληψη των προηγούμενων αναγνωρισμένων παραγόντων ρίσκου για πτώσεις σε ένα γκρουπ σοβαρά αρρώστων ψυχολογικά



ατόμων, να εξακριβωθεί εάν οι ασθενείς που πέφτουν διαφέρουν από αυτούς που δεν πέφτουν λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες ρίσκου, και να περιγραφθούν οι συνθήκες των πτώσεων εκτός των ιατρικών μονάδων. Όλοι οι

ασθενείς που εισάγονται σε μια ψυχιατρική μονάδα για μια περίοδο 7 μηνών υποβλήθηκαν σε έρευνα. Δύο φορές την ημέρα, νοσοκόμες που δουλεύουν στην μονάδα συμπλήρωναν μια λίστα με τους παράγοντες πιο πιθανούς να οδηγήσουν σε πτώση, για τον κάθε ασθενή. Όταν μια πτώση συνέβαινε, ένα πρόσθετο όργανο σχεδιασμένο να μετράει τις συνθήκες που εμπλέκονται στην πτώση, ολοκληρώνονταν. Οι πλέον συχνότατοι παράγοντες ρίσκου ήταν η κλινική διάγνωση της κατάθλιψης και σύγχυσης ή αποπροσανατολισμού. Δεκαεπτά ασθενείς έπεσαν κατά την διάρκεια του εγκλεισμού τους. Συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν έπεσαν, αυτοί που υπέστησαν πτώση είναι πιο πιθανό να προϋπήρχε προϊστορία πτώσεων, γενικής αδυναμίας, σύγχυσης ή αποπροσανατολισμού, δυσκολία στην κίνηση ή στο περπάτημα και αύξηση θερμοκρασίας. Η ανάλυση των περιστατικών πτώσεων έδειξε ότι η πλειοψηφία των πτώσεων συνέβη όταν οι ασθενείς προσπαθούσαν να σηκωθούν από το κρεβάτι, πηγαίνοντας στην τουαλέτα την νύχτα ή όταν άλλαζε στάση από κάθισμα σε όρθια. Τα ευρήματα από αυτή την έρευνα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αναγνωριστούν οι ψυχασθενείς που κινδυνεύουν από πτώση κατά την διάρκεια του εγκλεισμού τους.

Πρόληψη πτώσεων ασθενών

Οι πτώσεις ανήκουν στα πιο πιθανά ατυχήματα που όμως μπορούν να προληφθούν, δυσμενή γεγονότα, που συμβαίνουν στους ασθενείς στα νοσοκομεία. Τέτοια σοβαρά αποτελέσματα καθώς και συναισθηματικοί τραυματισμοί, αυξάνουν την μη -

αυτονομία, εισαγωγή σε μακροχρόνια βάση σε κέντρα αποκατάστασης και κακή ποιότητα ζωής; αυτά είναι τα αποτελέσματα των πτώσεων. Παραδοσιακά οι μεγάλοι σε ηλικία ασθενείς διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο από τις πτώσεις, και πολλές από αυτές καταλήγουν σε σοβαρούς τραυματισμούς. Αυτοί οι τραυματισμοί κοστίζουν δισεκατομμύρια δολάρια στα νοσοκομεία. Καθώς η μεγαλύτερη ηλικία στο σύνολό της, αυξάνεται, είναι ουσιαστικό ότι οι πτώσεις και οι τραυματισμοί που συνδέονται με αυτή πρέπει να προληφθούν. Όταν είναι δυνατή η αναγνώριση των μη παραδοσιακών ασθενών, που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο από πτώσεις αυτό πρέπει να τραβήξει την προσοχή των επαγγελματιών. Οι νοσοκόμες βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της φροντίδας στην πρόληψη των πτώσεων. Μαθαίνοντας οι νοσοκόμες, τους παράγοντες κινδύνου, από αυτούς τους τραυματισμούς μπορούν να βελτιώσουν την ασφάλεια των παθόντων ασθενών.²⁷

Ο ρόλος του περιβάλλοντος στην πρόληψη πτώσεων

Η αλλαγή περιβάλλοντος προσφέρει μια διαφορετική άποψη στην πρόληψη ατυχημάτων από πτώση, ειδικά ως μέρος μιας πολυδιάστατης στρατηγικής. Αυτό το άρθρο συμπεριλαμβάνει προηγούμενες έρευνες οι οποίες εξετάζουν τους παράγοντες περιβάλλοντος στις πτώσεις των μεγάλων σε ηλικία ατόμων στην κοινωνία και στα κέντρα αποκατάστασης. Τα όρια αυτής της έρευνας ως βάση για πρόληψη πτώσεων βρίσκονται υπό συζήτηση. Οι έρευνες που επικεντρώνονται, στους κινδύνους του περιβάλλοντος καθώς και αυτοί που εξετάζουν την επίδραση των περιβαλλοντικών συνθηκών, συμπεριλαμβάνονται στην έρευνα αυτή. Το πρώτο γκρουπ έρευνας προτείνει την άποψη της πρόληψης ατυχημάτων - πτώσεων με επίκεντρο την απομάκρυνση του κινδύνου. Το δεύτερο γκρουπ προτείνει την άποψη της ύπαρξης βοηθητικού περιβάλλοντος που μειώνει τις απαιτήσεις άλλων περιβάλλοντος. Περιβαλλοντικές αλλαγές και πρόληψη ατυχημάτων πτώσεων στην κοινωνία και κέντρα αποκατάστασης, συμπεριλαμβάνοντας κοινούς στόχους να αλλάξουν ανάμεσα στα άτομα που ζουν στην κοινωνία, συζητιούνται.

Πτώσεις στα νοσηλευτικά ιδρύματα

Στόχος: Απολογισμός της επιδημιολογίας, και αιτία πτώσεων και τραυματισμών εξ' αυτών στα νοσηλευτικά ιδρύματα και να εξασφαλίζει και προσωπικό με πλαίσιο εργασίας την εκτίμηση και θεραπεία των ασθενών που είναι ευάλωτοι στις

πτώσεις.

Καταλογισμός των αιτιών πτώσεων

1. Μια συστηματική έρευνα για τα αίτια των πτώσεων γίνεται μετά από σταθεροποίηση τραυματισμού
2. Η ιστορία κατευθύνεται στο να αναγνωρίσει τις καταστάσεις που περιβάλλουν την πτώση όπως:
 - α. Συχνότητα συμβάντων
 - β. Συμπτώματα
 - γ. Άγχος και δραστηριότητες
 - δ. Πιθανοί παράγοντες που προδιαθέτουν
3. Φυσικές εξετάσεις, καθορισμός της νοητικής κατάστασης, και νευρολογικές εξετάσεις
4. Εργαστηριακή δουλειά που συμπεριλαμβάνει εξετάσεις αίματος, χημικά, ηλεκτροκαρδιογράφημα, και έλεγχος λειτουργίας θυρεοειδή.
5. Ο ασθενής πρέπει να κρατήσει ημερολόγιο των δραστηριοτήτων και συμπτώματα κατά την διάρκεια της παρακολούθησης Holter για να εκτιμηθεί η σχέση ανάμεσα στην συγκοπή και αρρυθμία.

Αντιμετώπιση μετά την πτώση

1. Η θεραπεία οδηγείται σε ειδικά αιτιολογικά ή παράγοντες προδιάθεσης που πιστεύεται ότι εμπλέκονται
2. Ανατρεπόμενα φυσιολογικά προβλήματα όπως αρρυθμία, αφυδάτωση και ΤΙΑ, θεραπεύονται
3. Προσεκτική εκτίμηση για άλλους εμπλεκόμενους παράγοντες όπως οπτικά και ακουστικά προβλήματα, ολοκληρώνεται
4. Η φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς ελέγχεται, οι δόσεις προσαρμόζονται ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος πτώσης εκ μέρους τους

Φάρμακα που πιθανά να προδιαθέτουν πτώσεις στους ασθενείς είναι αυτά που προκαλούν

- α) Υπνηλία, όπως τα υπνωτικά
- β) Υπόταση, όπως τα διουρητικά, αντικαταθλιπτικά και αντι-υπερτασικά

γ) Σύγχυση όπως το cimetidine and digitalis.

Ορθοστατική υπόταση

1. Επίβλεψη του ασθενούς για υποτασικές παρενέργειες της διουρητικής θεραπείας
2. Συμβουλευεται τους ασθενείς να:
 - α. Κοιμούνται στο κρεβάτι με το κεφάλι στο υψηλό επίπεδο ώστε να μειωθεί η ξαφνική πτώση πίεσης αίματος στο ξύπνημα
 - β. Να αποφεύγουν το περπάτημα μετά το φαγητό
 - γ. Να σηκωθούν και να κάτσουν αργά και να περιμένουν για λίγο πριν κάνουν την επόμενη κίνηση
 - δ. Να φορούν κάλτσες για να προληφθεί η δημιουργία νευροδών φλεβών.

Ίλιγγος

1. Μια προσεκτική ιστορία είναι ουσιαστική να καθοριστεί το αίτιο της ζώλης ή ίλιγγου
2. Πριν την εκτεταμένη ζάλη, πρέπει να ελεγχθεί ο έσω διάδρομος του αυτιού για να μην προκληθεί ίλιγγος
3. Μάθετε στους ασθενείς να αποφεύγουν τον ίλιγγο με το να μην παίρνουν αυτές τις στάσεις που οδηγούν σε ίλιγγο
4. Να αποφεύγουν ξαφνικό γύρισμα στην φτέρνα, κάνοντας ένα μικρό κύκλο για να γυρίσεις βοηθάει στο να κρατηθεί ισορροπία και βοηθάει να αποφευχθεί ο ίλιγγος
5. Κρατήσετε ένα μπαστούνι, ή κρατηθείται από το χέρι κάποιου για να βελτιώσετε την ισορροπία



Drop Attaces

1. Συμβουλευεται τον ασθενή να:
 - α. Αποφεύγουν να κοιτούν ψηλά όταν βρίσκονται πάνω σε σκάλα
 - β. Δουλειά με τα χέρια πάνω από το ύψος του κεφαλιού δεν

συνίσταται

- γ. Προσκεφαλή στο κάθισμα αυτοκινήτου για να αποφευχθεί η απότομη κίνηση του κεφαλιού προς τα πίσω
- δ. Καθρέπτες με κάποια κλήση και υψηλούς νιπτήρες βοηθούν να αποφευχθεί η κίνηση του κεφαλιού προς τα πάνω

2. Πως αντιμετωπίζεται μια πτώση

- α. Εάν ένα άτομο έχει πέσει τον βοηθάμε να ξανασηκωθεί στα πόδια του, αμέσως μόλις τα πόδια του ακουμπούν το έδαφος ο νευρικός διάδρομος ξανασυνδέεται και το άτομο μπορεί να περπατήσει σαν να μην έχει συμβεί τίποτα.
- β. Η τόνωση και η δύναμη επιστρέφουν όταν ο ασθενής τεντώνει (σπρώχνει) τα πόδια του πάνω σε ένα σκληρό αντικείμενο.
- γ. Κάποιος που έχει πέσει μπορεί να χρησιμοποιεί τα χέρια να κρατηθεί από μια καρέκλα ή κάποιο άλλο υψηλό αντικείμενο και σηκώνεται σιγά - σιγά.

1. Για ασθενείς με μυοκινητικά προβλήματα συνιστάται μια βραχυπρόθεσμη αποκατάσταση σε διαβούλευση με κάποιον φυσιοθεραπευτή για να βελτιώσει την ασφάλεια και να αποφευχθεί η μακροχρόνια ανικανότητα.

2. Για ασθενείς με μη ανατρεπούμενα προβλήματα τα συνεχιζόμενα όρια πρέπει να εξηγηθούν και βοήθεια πρέπει να δοθεί για να αναπτυχθούν μέθοδοι προσαρμογής.

7.6. Αστάθεια στους γέροντες (Instability)

Είναι η αδυναμία σταθερότητας στο βάδισμα που εκδηλώνεται με πτώση.

Αίτια

- 1. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Στους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες υπάγονται οι ανωμαλίες του δαπέδου του σπιτιού, π.χ. σκαλοπάτια, χαλασμένα πατώματα, πτυσσόμενες μοκέτες.
- 2. Νευρολογικά αίτια: Εδώ υπάγονται οι εξής καταστάσεις:
 - α. Σύγχυση διάνοιας: Οι γέροντες λόγω κακής εγκεφαλικής αγγείωσης είναι δυνατόν να μην αναγνωρίζουν στο κατά που βαδίζουν και να έχουν σαν αποτέλεσμα την εύκολη πτώση.

- β. Πτωχή όραση: Αυτό συμβαίνει επί παρουσίας καταρράκτη.
- γ. Βλάβη της 8^{ης} εγκεφαλικής συζυγίας από την οποία ρυθμίζεται και το αντανακλαστικό της ισορροπίας
- δ. Παροδικά εγκεφαλικά επεισόδια: Είναι συνήθη στην ηλικία αυτή
- ε. Αυχενική σπονδύλωση: Σημαίνει παρουσία στους σπονδύλους οστεοφύτων και πιθανή πίεση των σπονδυλικών αρτηριών με αποτέλεσμα την ελαττωμένη αιμάτων της παραγκεφαλίδος με αποτέλεσμα την ελαττωμένη αιμάτωση της παραγκεφαλίδος που συμβαίνει στην διατήρηση της ισορροπίας.
- στ. Νόσος του Parkinson: Τα άτομα αυτά παρουσιάζουν επιταχυνόμενο βάδισμα που διευκολύνει την πτώση.
- ζ. Περιφερική νευροπάθεια: Στην κατάσταση αυτή προσβάλλονται τα περιφερικά νεύρα και ως εκ τούτου τα τενόντια αντανακλαστικά δεν εκλύονται φυσιολογικά. Αυτό συμβαίνει π.χ. επί σακχαρώδους διαβήτη.

3. Καρδιακά αίτια:

- α. Ορθοστατική υπόταση: Είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία η Α.Π. ελαττώνεται σημαντικά όταν το άτομο ευρίσκεται στην όρθια θέση ενώ είναι αυξημένη όταν βρίσκεται στην ύπτια θέση. Οφείλεται σε αδυναμία λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (συμπαθητικού - παρασυμπαθητικού) και παρατηρείται επί πολλών παθήσεων, κυρίως σακχαρώδους διαβήτη και λήψεως διαφόρων φαρμάκων (ιδίως αντιυπερτασικών).

Ορθοστατική υπόταση είναι δυνατόν να παρουσιαστεί επί γαστρορραγίας σιωπηρού εμφράγματος, πνευμονικής εμβολής και πνευμονικού εμφράκτου

- β. Καρδιακές αρρυθμίες: Επί βραδυκαρδίας με καρδιακή συχνότητα κάτω των 50 /min και απότομου ενάρξεως κολπική μαρμαρυγής δυνατόν να παρουσιαστεί ζάλη και πτώση
- γ. Στένωση αορτικής βαλβίδας: Επί στενώσεως αορτικής βαλβίδας η καρδιακή παροχή ελαττώνεται και ως εκ τούτου η ροή του αίματος μέσω των καρωτίδων και των σπονδυλικών αρτηριών που αιματώνουν τον εγκέφαλο μειώνεται. Το άτομο μπορεί να ζαλίζεται και ως εκ τούτου να εμφανίζει πτώση. Αυτό συμβαίνει επί κόπωσης.

- δ. Νόσος του καρωτιδικού βοβλούς: Ο καρωτιδικός βολβός υπάρχει στο σημείο διχασμού των καρωτίδων. Επί δυσλειτουργίας του και όταν αυτό πιέζεται (πίεση με τα δάκτυλα, στροφή της κεφαλής, σφικτό κολάρο) επέρχεται βραδυκαρδία, ελάττωση της Α.Π. ζάλη και πτώση του ατόμου.
- ε. Κακοήθης παρασυμπαθητικοτονία: Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται από μεγάλη βραδυκαρδία ιδίως με την αλλαγή της θέσεως του σώματος
4. Γαστρεντερικά αίτια:
Σ' αυτά υπάγονται:
- α. Η γαστρορραγία (ιδέ ανωτέρω)
- β. Ξαφνική διάρροια
- γ. Το σύνδρομο της αποπάτησης
5. Ουροποιογεννητικά αίτια: Σ' αυτά υπάγεται η συγκοπή από ούρηση και ως εκ τούτου η πτώση
6. Μυοσκελετικά αίτια: Σ' αυτά υπάγονται
- α. Οι εκφυλιστικές αθροπάθειες, ιδίως γονάτων
- β. Η οστεομαλάκυνση. Όταν λέμε οστεομαλάκυνση εννοούμε την απώλεια αλάτων από τα οστά αλλά το πρωτεϊνικό τμήμα του οστού παραμένει άθικτο. Η οστομαλάκυνση είναι το αντίθετο της οστεοπόρωσης. Οστεοπόρωση σημαίνει ελάττωση των πρωτεϊνών του οστού όμως οι παραμένουσες πρωτεΐνες του οστού ασβεστοποιούνται με άλατα κανονικά. Αυτό σημαίνει ότι το λιγότερο ποσό πρωτεϊνών που παραμένει ασβεστοποιείται με λιγότερο ποσό αλάτων άρα στην ακτινογραφία των οστών παρατηρείται αραίωση της πυκνότητας αυτών. Η οστική πυκνότητα είναι δυνατόν να προσδιοριστεί με ειδικά μηχανήματα.
7. Μεταβολικά αίτια: Είναι δυνατόν να προκαλέσουν αστάθεια και είναι:
- α. Υπερθυρεοειδισμός: προκαλεί μυϊκή εξασθένιση
- β. Υποθυρεοειδισμός: προκαλεί αργές κινήσεις
- γ. Υπογλυκαιμία: Ελάττωση του σακχάρου του αίματος, ζάλη και πτώση
- δ. Νόσος του Addison: Συνυπάρχει υπόταση, αδυναμία και είναι δυνατόν να προκληθεί πτώση

ε. Χρόνια αναιμία: Προκαλεί καταβολή δυνάμεων, εξάντληση και ως εκ τούτου πτώση

8. Ιατρογενή αίτια: Εδώ υπάγονται:

α. Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων

β. Η ορθοστατική υπόταση που προκαλείται από φάρμακα

γ. Η υπογλυκαιμία που είναι δυνατόν να προκληθεί από δισκία χορηγούμενα για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη π.χ. Daonil. Η υπογλυκαιμία αυτή επέρχεται βαθμιαία, είναι ύπουλη και παρατεταμένη.

Ενώ η υπογλυκαιμία από ινσουλίνη θεραπεύεται γρήγορα με χορήγηση υπερτόνων διαλυμάτων γλυκόζης ή υπογλυκαιμία από αντιδιαβητικά χάπια χρήζει πολυήμερο χορήγηση ορών glucose στο Νοσοκομείο.

Επιπλοκές πτώσεις

Η πτώση ενός γέροντος μπορεί να επιπλακεί με:

- Κρανιοεγκεφαλική κάκωση και υποσκληρίδια αιματώματα
- Κατάγματα οστών
- Εγκαύματα
- Πνιγμό
- Κατακλίσεις
- Βρογχοπνευμονίες - Πνευμονικές λοιμώξεις ²⁸



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από 200 άτομα ηλικιωμένα που ζουν μόνιμα στην Πάτρα και στην Αθήνα και τα οποία διέμεναν σε ευγήρειο ίδρυμα ή τα συναντήσαμε στο σπίτι τους και που είχαν υποστεί κάποιο ατύχημα. Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε τον Δεκέμβριο του 1999 έως τον Μάρτιο του 2000.

Πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώσαμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο το οποίο είναι κλειστού τύπου με διχοτομικές αλλά και εναλλακτικές απαντήσεις, παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA for Windows.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν ενδεικτικά crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιό συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. R (συντελεστής συσχέτισης)
2. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (P)

Θεωρούμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα $p < 0,05$.

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των τιμών των απαντήσεων των εξεταζομένων ομάδων, οι οποίες και ήταν μη παραμετρικές ήταν το X^2 (Chi – square test)

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα πρώτα και με επιφύλαξη συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

--

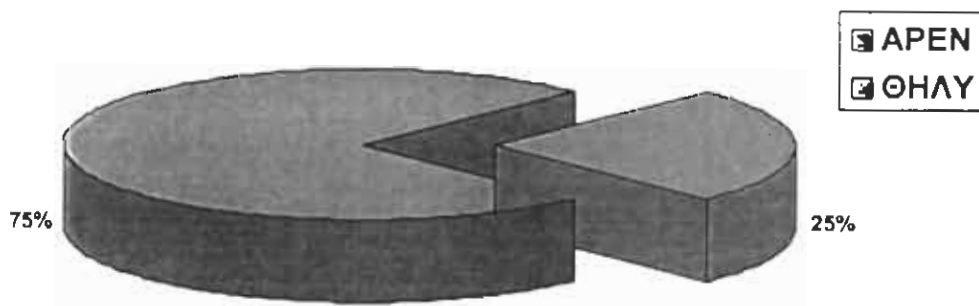
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων, αρχικά για κάθε ερώτηση ξεχωριστά και τέλος οι συσχετίσεις μεταξύ ερωτήσεων.

Παρακάτω παρουσιάζονται με γραφικής παράστασης τα αποτελέσματα για σαφέστερη παρουσίαση τους.

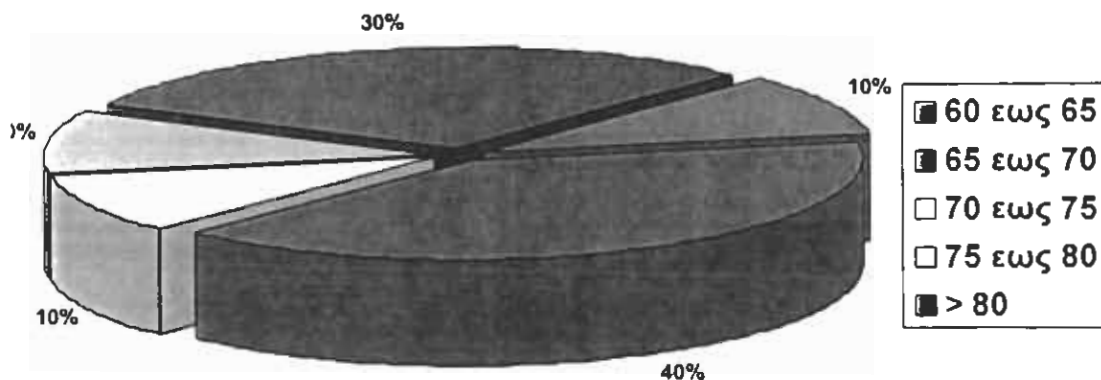
Ι. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΥΛΙΚΟ

ΣΧΗΜΑ 1: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο



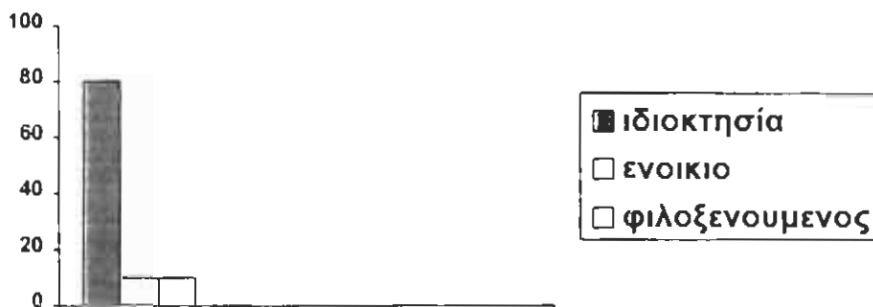
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν γυναίκες.

ΣΧΗΜΑ 2: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την ηλικία



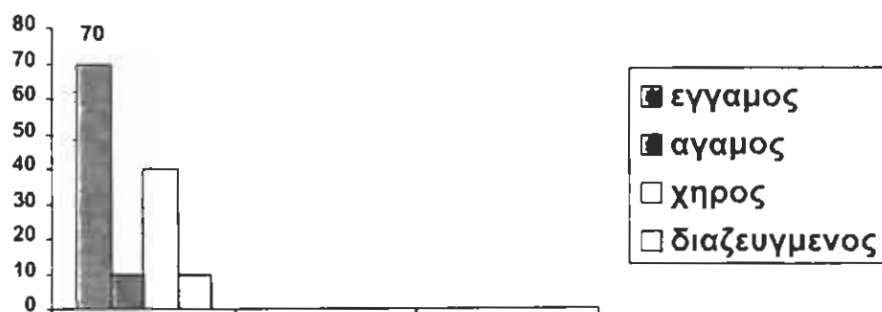
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν ηλικίας από 65 έως 70 ετών.

ΣΧΗΜΑ 3: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την κατοικία.



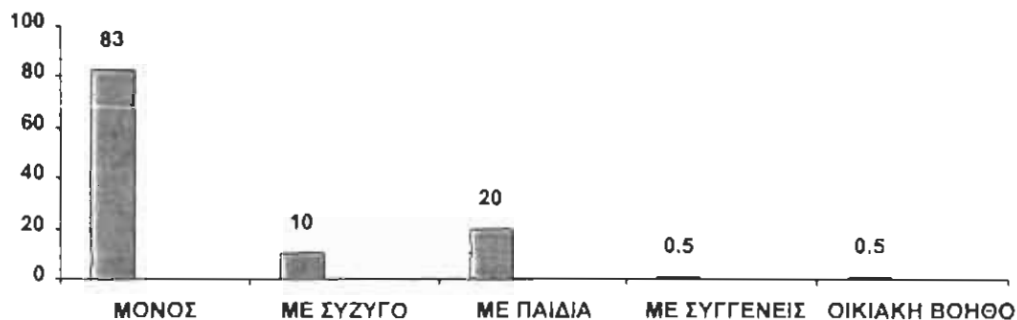
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν κάτοικοι ιδιόκτητης κατοικίας.

ΣΧΗΜΑ 4: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.



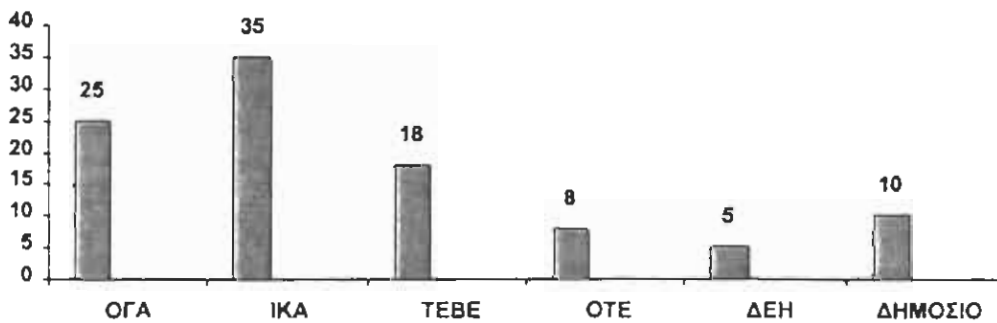
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ήταν έγγαμοι.

ΣΧΗΜΑ 5: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την συγκατοίκηση.

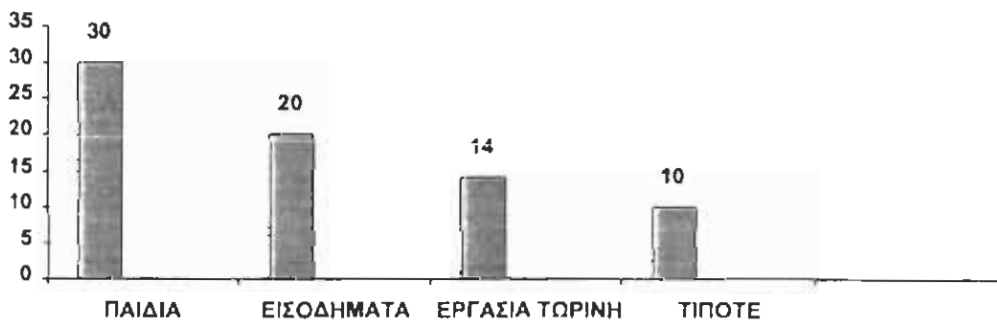


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα απαντούν ότι κατοικούσαν μόνοι τους κατά το ατύχημα που είχαν.

ΣΧΗΜΑ 6α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση και πιο ειδικά με την σύνταξή τους.

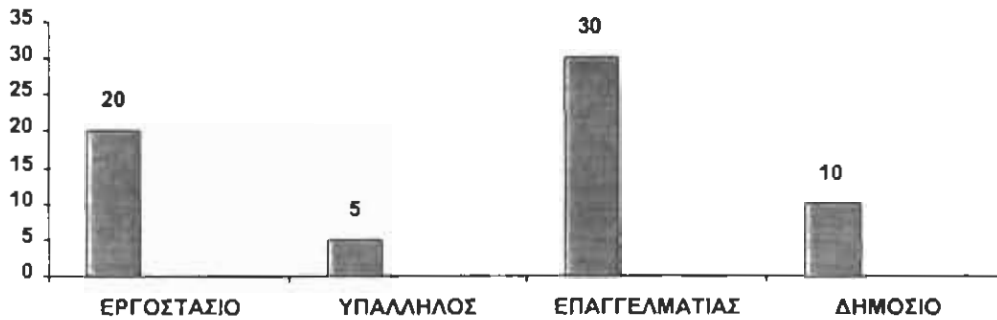


ΣΧΗΜΑ 6β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την συγκατοίκηση.



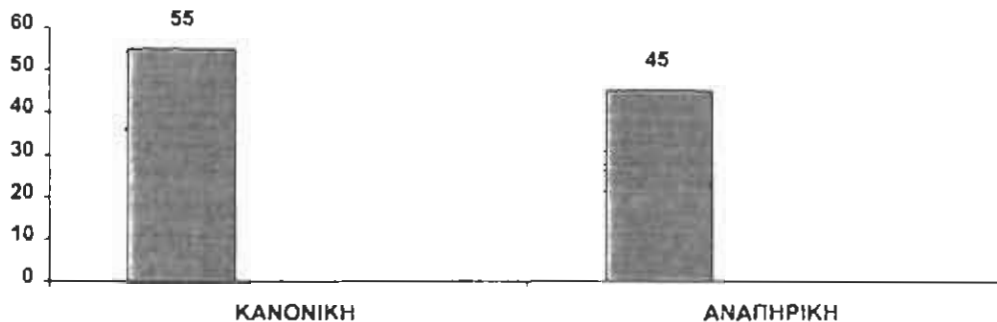
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει εισοδήματα από σύνταξη του ΙΚΑ και κάποια οικονομική βοήθεια από τα παιδιά τους

ΣΧΗΜΑ 7: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την εργασία τους στο παρελθόν.



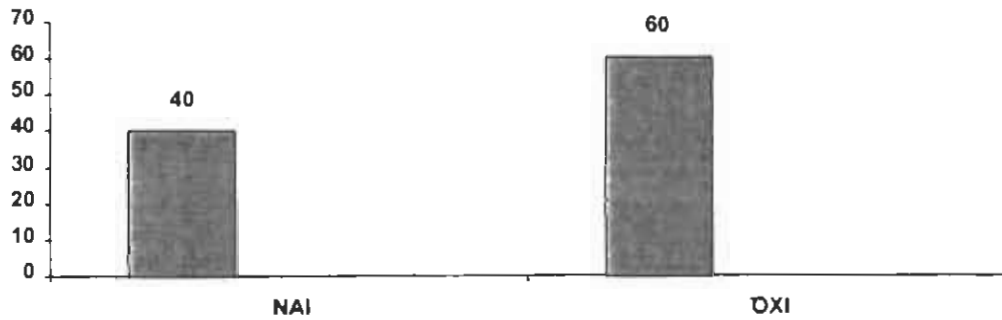
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εργαζόταν σαν ελεύθεροι επαγγελματίες κυρίως.

ΣΧΗΜΑ 8: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος της σύνταξής τους.



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν πάρει κανονική σύνταξη και όχι αναπηρική.

ΣΧΗΜΑ 9: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν οδηγούν αυτοκίνητο.

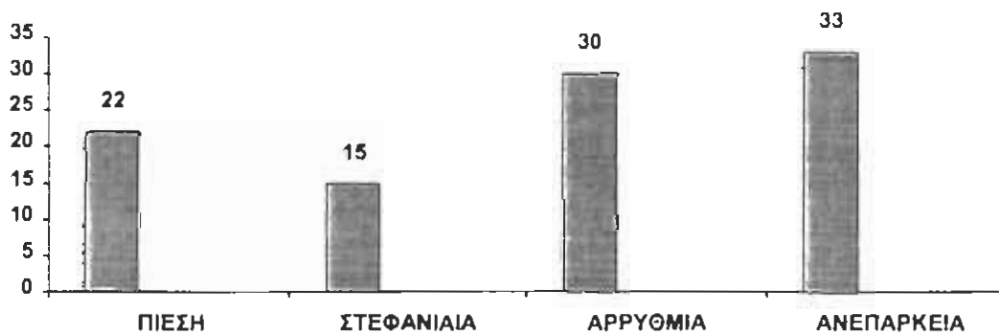


Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα απαντούν ότι δεν οδηγούν αυτοκίνητο.

ΣΧΗΜΑ 10 : Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα προβλήματα υγείας τους.

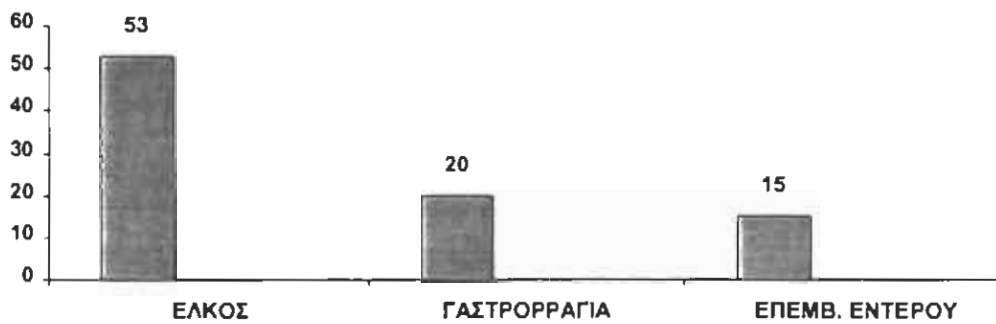
Α. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟ

ΣΧΗΜΑ 10α: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις παθήσεις του κυκλοφοριακού τους συστήματος.



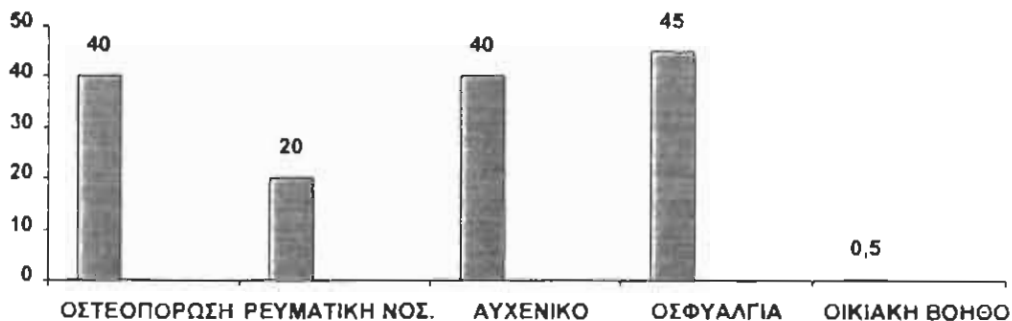
Β. ΠΕΠΤΙΚΟ

ΣΧΗΜΑ 10β: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις παθήσεις του πεπτικού τους συστήματος.



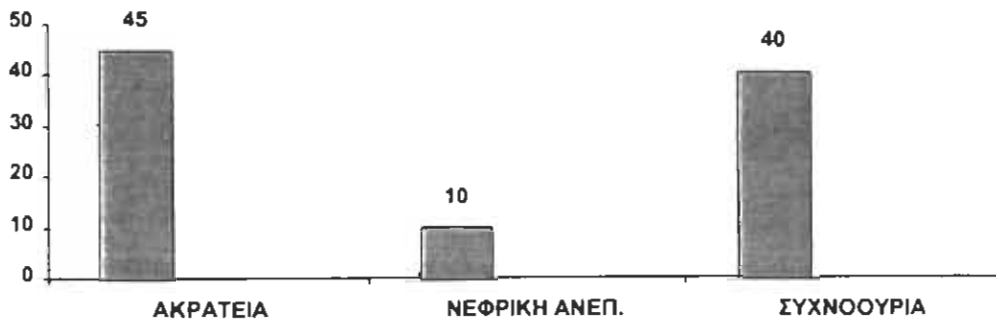
Γ. ΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

ΣΧΗΜΑ 10γ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις παθήσεις του σκελετικού τους συστήματος.



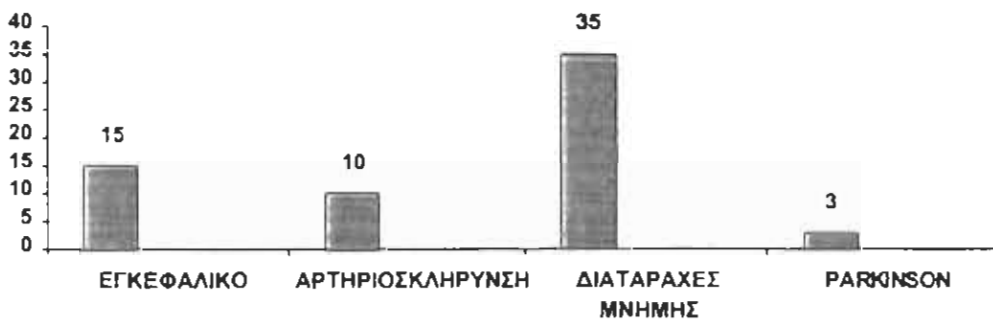
Δ. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

ΣΧΗΜΑ 10δ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις παθήσεις του ουροποιητικού τους συστήματος.



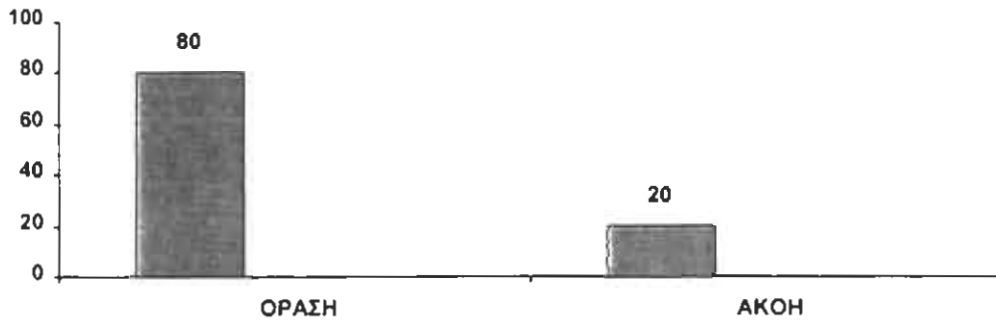
Ε. ΝΕΥΡΙΚΟ

ΣΧΗΜΑ 10ε: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις παθήσεις του νευρικού τους συστήματος.



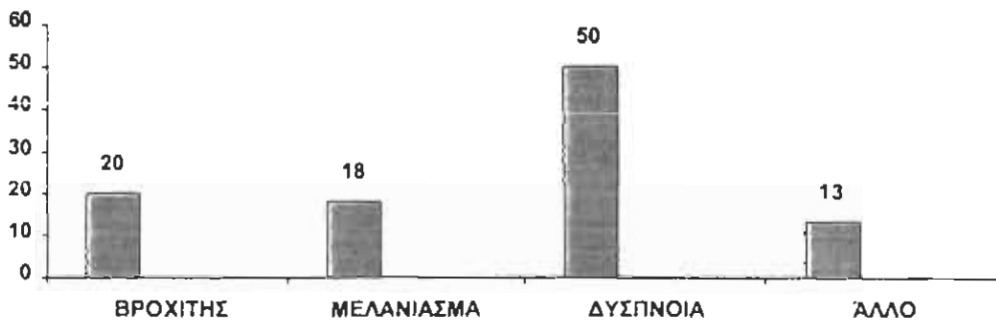
ΣΤ. ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ

ΣΧΗΜΑ 10στ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις παθήσεις των αισθητηρίων οργάνων τους.



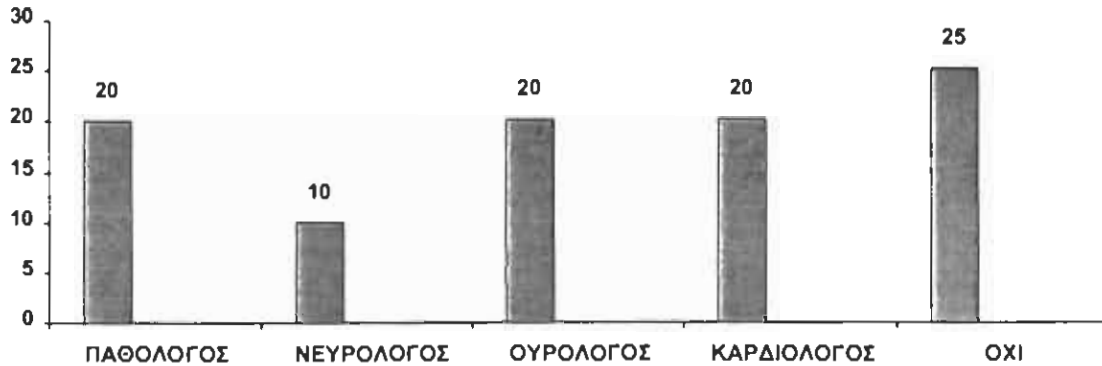
Ζ. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ

ΣΧΗΜΑ 10ζ: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις παθήσεις του αναπνευστικού τους συστήματος.



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ως προς τις χρόνιες ασθένειες που τους ταλαιπωρούν, αναφέρουν προβλήματα καρδιακής ανεπάρκειας, έλκους, οσφυαλγίας, ακράτειας ούρων, αρτηριοσκλήρυνσης, μειωμένης όρασης και δύσπνοιας.

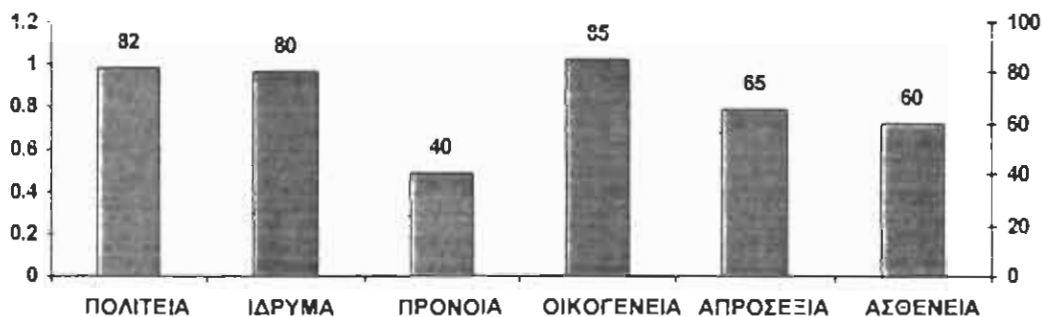
ΣΧΗΜΑ 11: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τον γιατρό που τους παρακολουθεί τακτικά.



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρακολουθούνται τακτικά από ειδικό γιατρό και όταν αυτό συμβαίνει παρακολουθούνται από παθολόγο, καρδιολόγο ή ουρολόγο ιατρό.

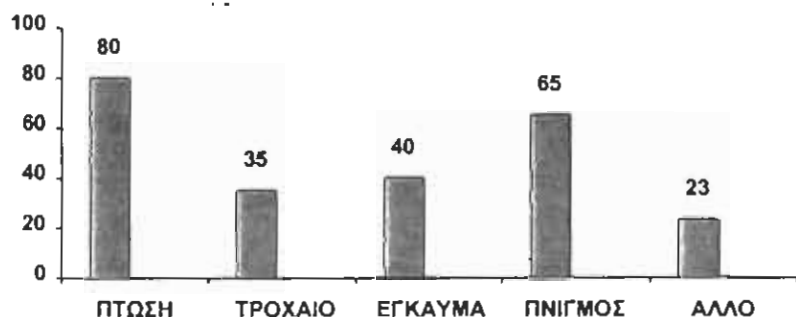
II. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΓΕΝΙΚΑ

ΣΧΗΜΑ 12: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τις αιτίες των ατυχημάτων



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν τα ατυχήματα στην τρίτη ηλικία αποτέλεσμα της αδιαφορίας της οικογένειάς τους κατά πρώτο λόγο και κατά δεύτερο λόγο σαν αποτέλεσμα της αδιαφορίας της πολιτείας ή του ιδρύματος στο οποίο φιλοξενούνται.

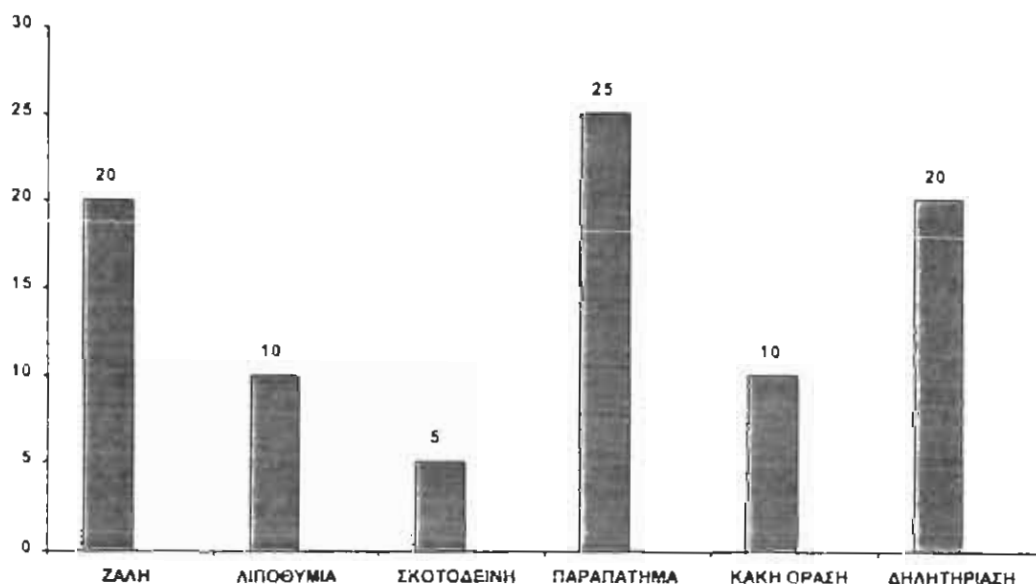
ΣΧΗΜΑ 13: Κατανομή των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το είδος του ατυχήματος που τους έχει συμβεί.



Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα έχουν υποστεί πνιγμό, πτώσεις, εγκαύματα ή κάποιο άλλο ατύχημα στην ηλικία που βρίσκονται.

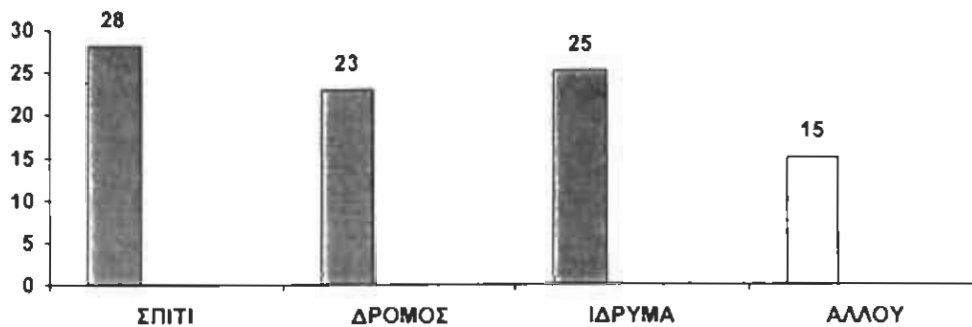
ΙΙΙ. ΑΙΙΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

ΣΧΗΜΑ 14: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τα αίτια του τελευταίου ατυχήματος.



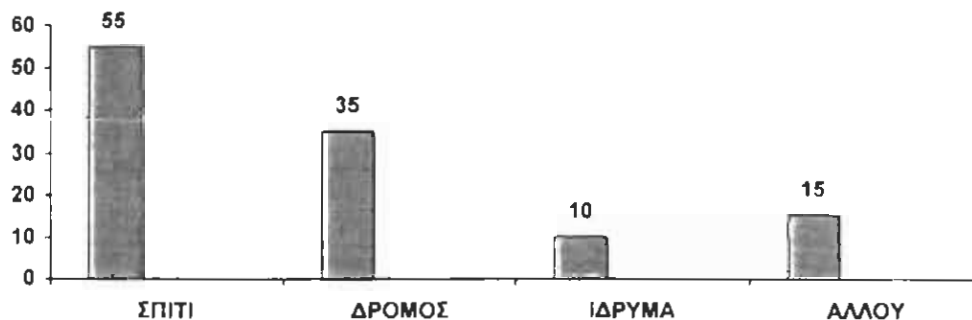
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα υπέστησαν ατύχημα πτώσης λόγω παραπατήματος.

ΣΧΗΜΑ 15: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τόπο του ατυχήματος.



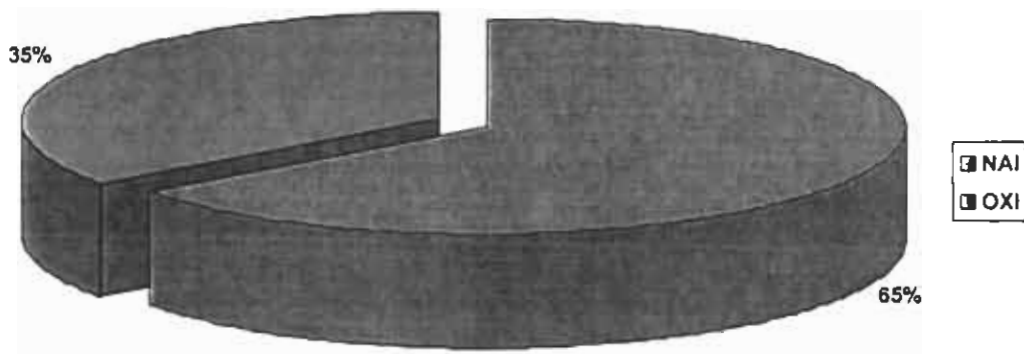
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν το τελευταίο ατύχημα στο χώρο του σπιτιού τους.

ΣΧΗΜΑ 16: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το χώρο αντιμετώπισης των συνεπειών του ατυχήματος.



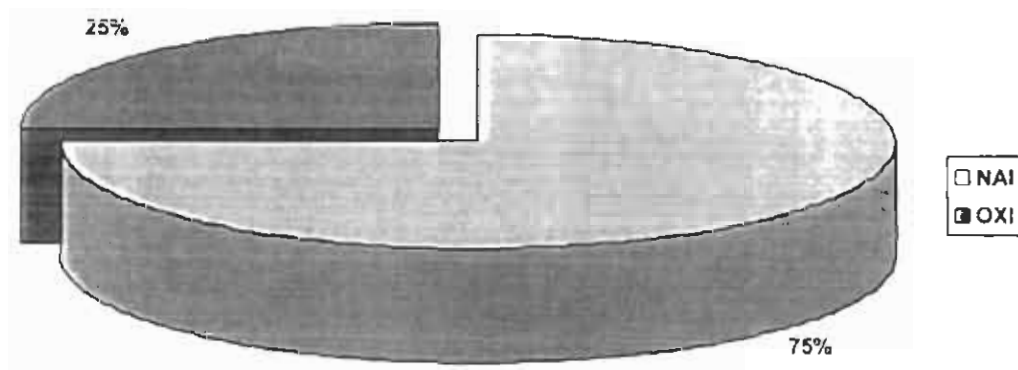
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αντιμετώπισαν το τελευταίο ατύχημα στο χώρο όπου στους συνέβη και κυρίως στο χώρο του σπιτιού τους.

ΣΧΗΜΑ 17: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν βοήθησαν άλλα άτομα.



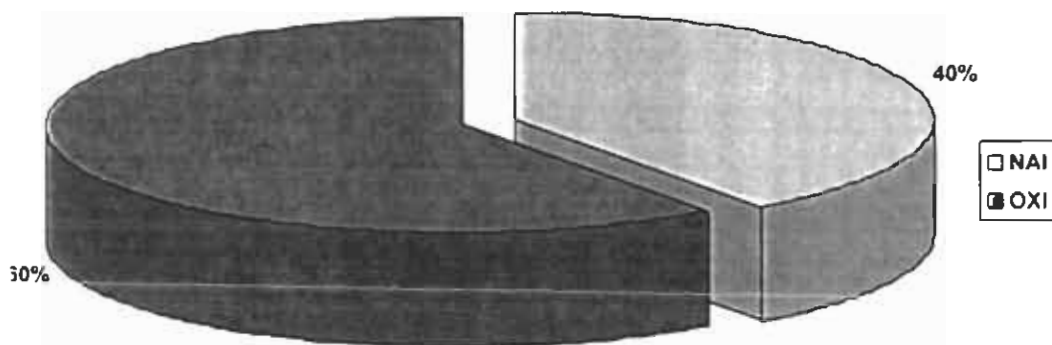
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες έτυχαν της βοήθειας άλλων ατόμων μετά το ατύχημά τους.

ΣΧΗΜΑ 18: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν σηκώθηκαν μόνοι τους.



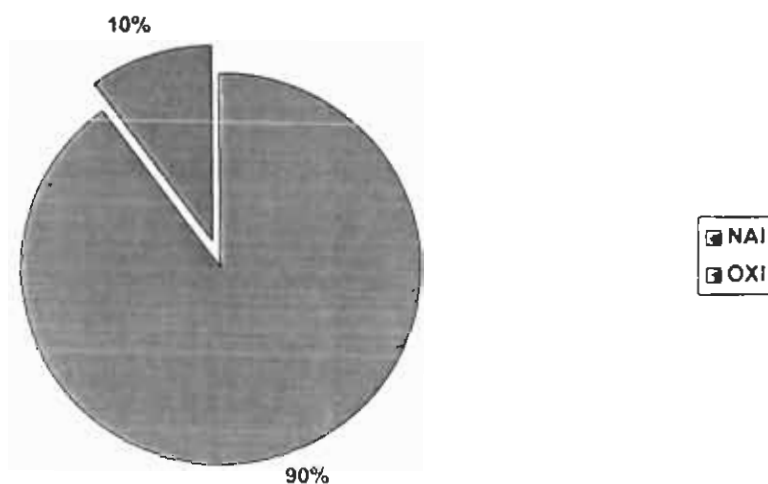
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες σηκώθηκαν με τη βοήθεια άλλων ατόμων μετά το ατύχημά τους.

ΣΧΗΜΑ 19: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν ανέκτησαν γρήγορα τις αισθήσεις.



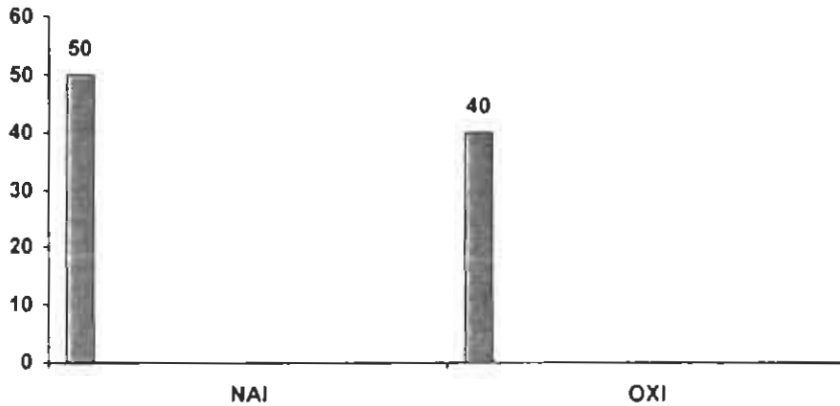
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν ανέκτησαν γρήγορα τις αισθήσεις τους μετά το ατύχημά τους.

ΣΧΗΜΑ 20: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν κλήθηκε ασθενοφόρο.



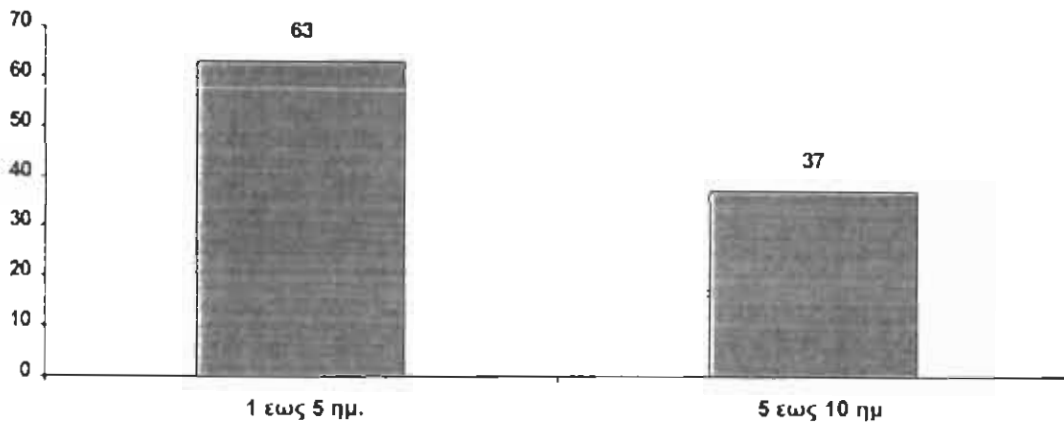
Στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων κλήθηκε ασθενοφόρο.

ΣΧΗΜΑ 21: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν έμειναν στο Νοσοκομείο. ...



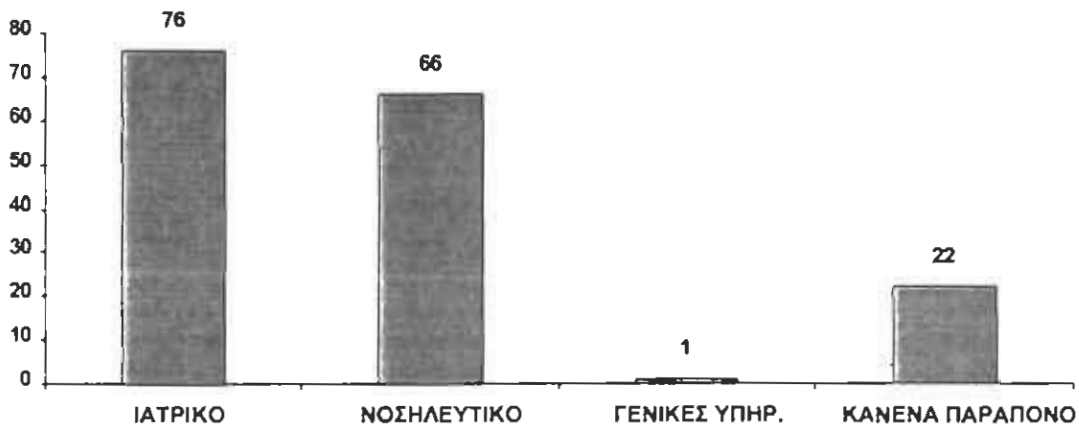
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες έμειναν στο Νοσοκομείο μετά το τελευταίο ατύχημα τους.

ΣΧΗΜΑ 22: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 180 ερωτηθέντων σχέση με το χρόνο παραμονής στο Νοσοκομείο.



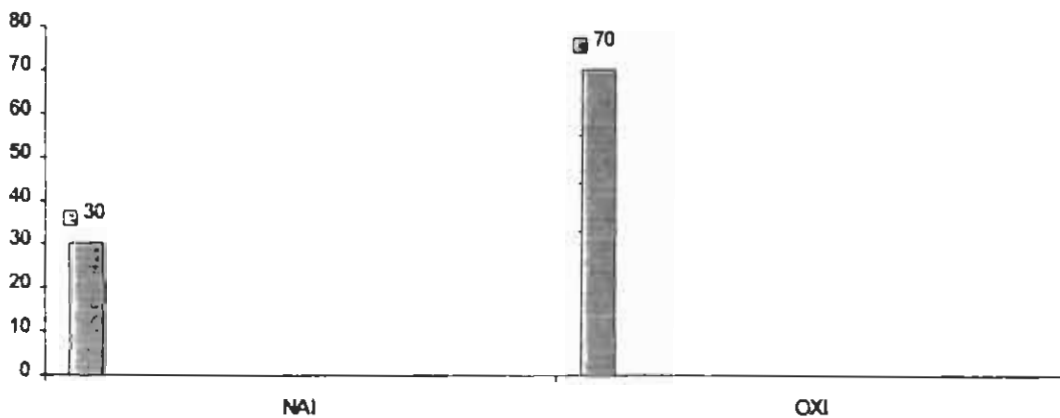
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα παρέμειναν έως 5 ημέρες στο Νοσοκομείο.

ΣΧΗΜΑ 23: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 180 ερωτηθέντων σε σχέση με τα παράπονά τους από το Νοσοκομείο.



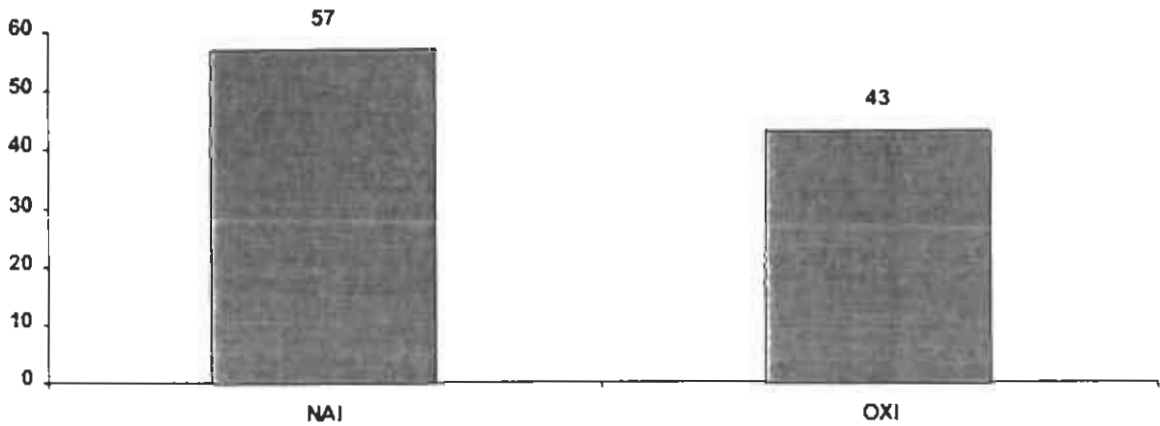
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν παράπονα με τόσο με το ιατρικό, όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό.

ΣΧΗΜΑ 24: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με το αν η εξέλιξη του ατυχήματος ήταν ομαλή.



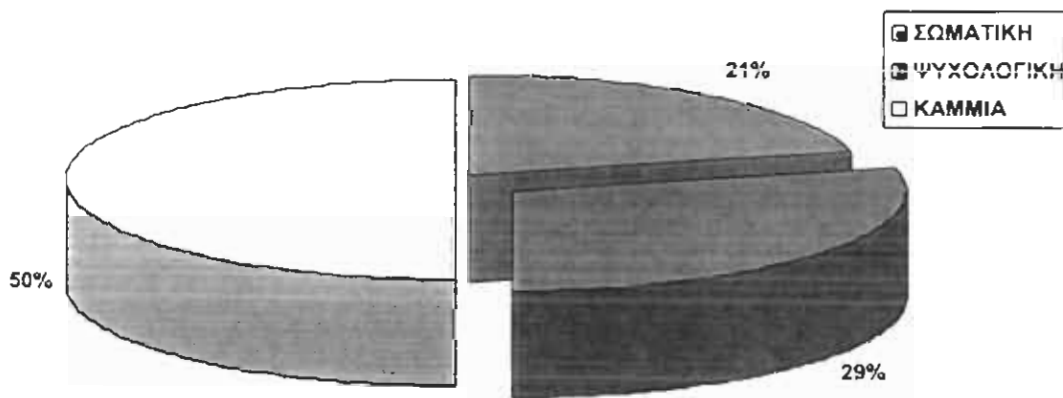
Στους περισσότερους ερωτηθέντες η εξέλιξη της αποκατάστασης του τελευταίου ατυχήματος δεν ήταν ομαλή.

ΣΧΗΜΑ 25: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων με την μη ομαλή εξέλιξη της αποκατάστασής τους, σε σχέση με το αν υπήρξαν επιπλοκές.



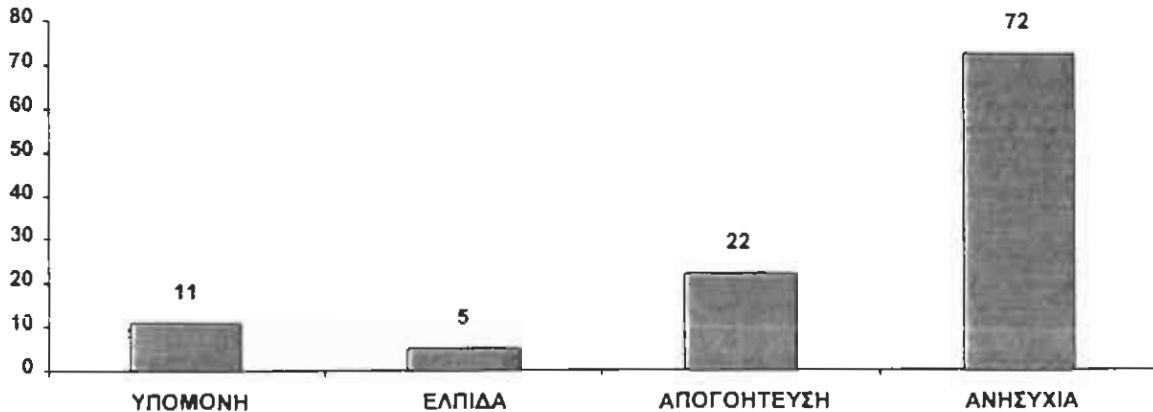
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είχαν επιπλοκές στην εξέλιξη της θεραπείας τους.

ΣΧΗΜΑ 26: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την εγκατάσταση αναπηρίας.



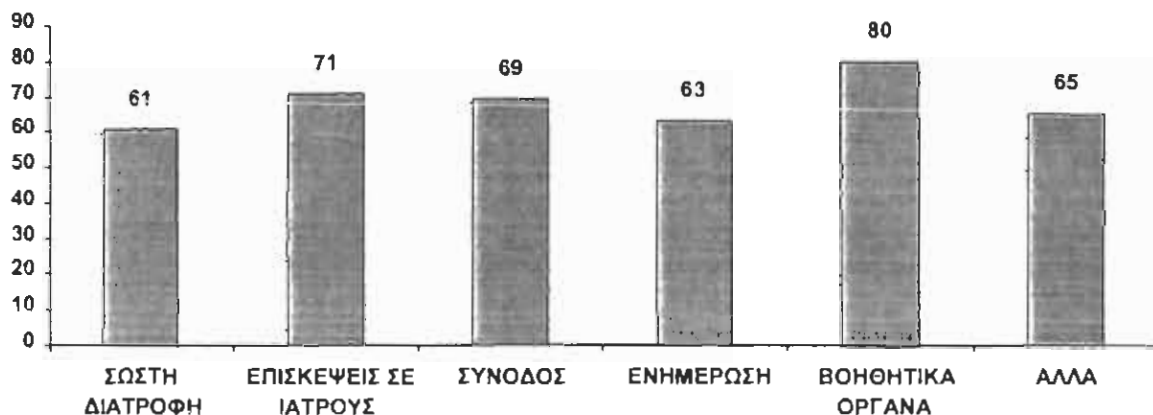
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα δεν απέκτησαν κάποιας μορφής σωματική αναπηρία μετά το τελευταίο τους ατύχημα.

ΣΧΗΜΑ 27: Γραφική παράσταση της κατανομής Κατανομή των απαντήσεων 180 ερωτηθέντων σε σχέση με τον τρόπο αντιμετώπισης της νέας κατάστασης μετά το ατύχημά τους.



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα αντιμετωπίζουν με ανησυχία την νέα κατάσταση.

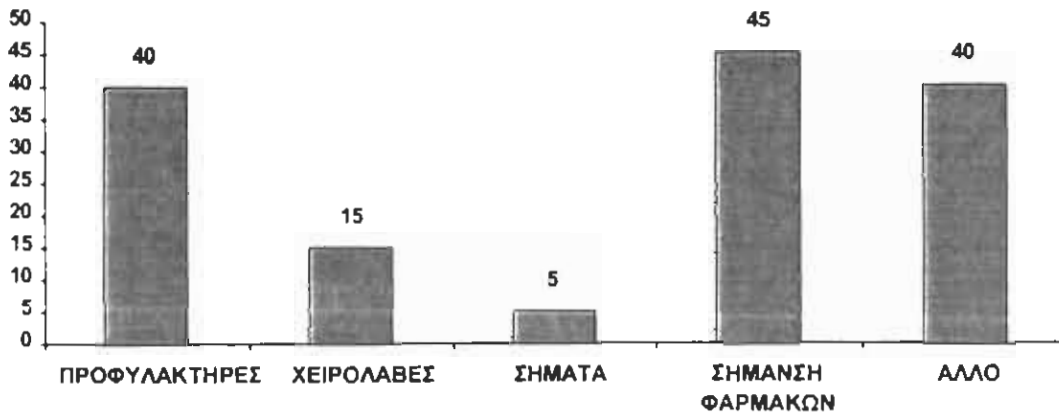
ΣΧΗΜΑ 28: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σχέση με τα μέτρα αποφυγής ατυχημάτων στο σπίτι ή το ίδρυμα



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι θα απέφευγαν το τελευταίο ατύχημα που τους συνέβη με τη χρήση βοηθητικών οργάνων (μπαστούνι κλπ).

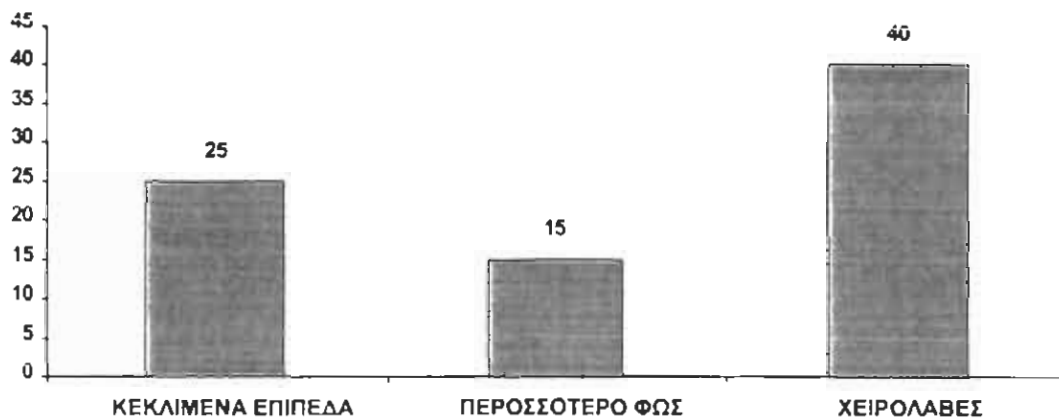
IV. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

ΣΧΗΜΑ 29: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σχέση με τα μέτρα αποφυγής ατυχημάτων στο σπίτι ή το ίδρυμα



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η χρήση ειδικών σημάτων στα φάρμακα θα ήταν το πιο κατάλληλο προληπτικό μέτρο για τα ατυχήματα κυρίως από κακή χρήση φαρμάκων στο σπίτι ή το ίδρυμα όπου φιλοξενούνται.

ΣΧΗΜΑ 30: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σχέση με τα μέτρα αποφυγής ατυχημάτων στις δημόσιες υπηρεσίες.



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα θεωρούν ότι η χρήση ειδικών χειρολαβών θα ήταν το πιο κατάλληλο προληπτικό μέτρο για τα ατυχήματα στους χώρους

των δημόσιων υπηρεσιών.

ΣΧΗΜΑ 31: Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σχέση με τα μέτρα αποφυγής ατυχημάτων στο δρόμο.



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η χρήση ράμπας θα ήταν το πιο κατάλληλο προληπτικό μέτρο για τα ατυχήματα στους δρόμους.

V. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 32: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την αιτία του τελευταίου ατυχήματος που υπέστησαν ανάλογα με την ηλικία τους (Ερωτήσεις 14 και 2)

Αριθμός	ΖΑΜΗ	ΑΠΟΘΥΜΙΑ	ΣΚΟΤΟΛΕΝΗ	ΠΑΡΑΠΛΗΜΙΑ	ΚΑΚΗ ΔΕΧΗΠΗΡΙΑΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ	
60-65 ετων	0	1	3	10	2	4	20
65-70 ετων	22	5	4	24	5	20	80
70-75 ετων	0	1	2	6	4	7	20
75-80 ετων	8	2	0	3	3	4	20
>80 ετων	3	6	1	5	2	3	20
ΣΥΝΟΛΟ	33	15	10	48	16	38	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ (χ^2)	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (R)	21.4	0.0001

Οι παράγοντες που προκαλούν ατυχήματα δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ηλικιών. Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. ($p < 0.05$)

ΠΙΝΑΚΑΣ 33: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την αιτία του τελευταίου ατυχήματος που υπέστησαν ανάλογα με το αν κατοικούν με άλλους (Ερωτήσεις 14 και 5)

Αριθμός	ΖΑΛΗ ΛΠΙΟΘ ΥΜΙΑ	ΣΚΟΤΟ- ΔΕΙΝΗ	ΠΑΡΑΠΛΑ- ΤΗΜΑ	ΚΑΚΗ ΟΡΑΣΗ	ΔΗΛΗΤΗ- ΡΙΑΣΗ	ΣΥΝΟ- ΛΟ	
ΜΟΝΟΣ	28	16	1	45	18	37	145
ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ	8	1	3	3	2	3	20
ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	4	3	6	0	0	0	13
ΜΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	0	0	0	1	0	0	1
ΜΕ ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟ	0	0	0	1	0	0	1
ΣΥΝΟΛΟ	40	20	10	50	20	40	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ (χ^2)	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (R)	59.7	0.001

Οι παράγοντες που προκαλούν ατυχήματα διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων που ζούν μόνα τους και αυτών που ζούν με άλλους. Τα μοναχικά άτομα παθαίνουν κυρίως δηλητηριάσεις. Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. ($p < 0.05$)

ΠΙΝΑΚΑΣ 34: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση με την αιτία του τελευταίου ατυχήματος που υπέστησαν ανάλογα με το είδος του ατυχήματος (Ερωτήσεις 14 και 12)

Αιτία	ΖΑΛΗ	ΛΠΟ-ΘΥΜΙΑ	ΣΚΟΤΟ-ΔΕΙΝΗ	ΠΑΡΑΠΑ-ΤΗΜΑ	ΚΑΚΗ ΟΡΑΣΗ	ΔΗΛΗΤΗ-ΡΙΑΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΤΩΣΗ	21	8	0	22	13	7	71
ΤΡΟΧΑΙΟ	4	2	1	5	2	6	20
ΕΓΚΑΥΜΑ	5	2	2	6	2	8	25
ΠΝΙΓΜΟΣ	10	8	7	17	3	0	45
ΣΥΝΟΛΟ	40	20	10	50	20	21	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ (χ^2)	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (R)	43.2	0.01

Οι γνώσεις πάνω στους παράγοντες που προκαλούν ατυχήματα διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ειδών ατυχημάτων αφού το παραπάτημα είναι υπεύθυνο γιά τα τροχαία και η ζάλη γιά τις πτώσεις. Διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. ($p < 0.05$)

ΠΙΝΑΚΑΣ 35: Συσχέτιση των απαντήσεων 200 ερωτηθέντων σε σχέση το είδος του ατυχήματος που υπέστησαν και με τα μέτρα πρόληψης που επιθυμούν στο σπίτι/ίδρυμα (Ερωτήσεις 12 και 29)

Αριθμός	ΠΡΟΦΥΛΑ- ΚΤΗΡΕΣ ΚΡΕΒΒΑΤΙΑ	ΧΕΙΡΟΛΑ- ΒΕΣ ΣΤΟΥΣ ΤΟΙΧΟΥΣ	ΕΙΔΙΚΑ ΣΗΜΑΤΑ	ΤΑΜΠΕΛΙ- ΤΣΕΣ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	ΑΛΙΟ ΣΥΝΟΛ Ο	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΤΩΣΗ	19	6	1	25	13	64
ΤΡΟΧΑΙΟ	9	1	1	8	7	26
ΕΓΚΑΥΜΑ	11	3	1	13	10	38
ΠΝΙΓΜΟΣ	15	4	2	17	17	55
ΑΛΙΟ	6	1	0	7	3	17
ΣΥΝΟΛΟ	60	15	5	70	50	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ (χ^2)	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (R)	10.2	0.01

Οι προτάσεις πάνω στους παράγοντες προστασίας από τα ατυχήματα δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων που έπαθαν διαφορετικά είδη ατυχημάτων. Υπάρχει αυξημένη απαίτηση για προφυλακτήρες στα κρεβάτια και ταμπελίστες στα φάρμακα Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. ($p < 0.05$)

ΠΙΝΑΚΑΣ 36: Συσχέτιση των απαντήσεων 160 ερωτηθέντων σε σχέση με τα μέτρα πρόληψης που προτείνουν στις δημόσιες υπηρεσίες ανάλογα με την ηλικία τους (Ερωτήσεις 30 και 2)

Αριθμός	ΚΕΚΛΙΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΦΩΣ	ΧΕΙΡΟΛΑΒΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
60-65 ετων	2	6	12	20
65-70 ετων	30	6	44	80
70-75 ετων	7	5	8	20
75-80 ετων	10	3	7	20
>80 ετων	1	10	9	20
ΣΥΝΟΛΟ	50	30	80	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ (χ^2)	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (R)	19.9	0.01

Οι προτάσεις για προστασία από τα ατυχήματα δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ηλικιών. Κυρίως απαιτούνται χειρολαβές σε όλους τους χώρους για καλύτερη στήριξη. Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. ($p < 0.05$)

ΠΙΝΑΚΑΣ 37: Συσχέτιση των απαντήσεων 140 ερωτηθέντων σε σχέση το είδος του ατυχήματος που υπέστησαν και με την πιθανή ύπαρξη επιπλοκών (Ερωτήσεις 25 και 29)

<i>Αριθμός</i>	<i>ΝΑΙ</i>	<i>ΟΧΙ</i>	<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>
<i>ΠΤΩΣΗ</i>	23	27	50
<i>ΤΡΟΧΑΙΟ</i>	14	11	25
<i>ΕΓΚΑΥΜΑ</i>	7	3	10
<i>ΠΝΙΓΜΟΣ</i>	25	15	40
<i>ΑΛΛΟ</i>	11	4	15
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	80	60	

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ (χ^2)	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης (R)	5.3	0.001

Οι επιπλοκές που προκαλούν ατυχήματα δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ειδών ατυχημάτων τα οποία υπέστησαν οι ηλικιωμένοι της παρούσας έρευνας. Δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά απαντήσεων. ($p < 0.05$)

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε σχέση με όσα παρουσιάστηκαν και σχολιάστηκαν στα αποτελέσματα της έρευνας θα προσπαθήσουμε να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή και να συζητήσουμε κάποια σημεία που αφορούν τα ατυχήματα των ηλικιωμένων ατόμων.

Από την έρευνα που έγινε στις πόλεις Πάτρα και Αθήνα και έπειτα από ερωτήσεις που απαντήθηκαν από τους ηλικιωμένους αξιοσημείωτα είναι τα εξής:

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα είναι γυναίκες και σε ποσοστό 40% ήταν άτομα ηλικίας 65 έως 70 ετών.

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση οι περισσότεροι είναι έγγαμοι και ζούνε σε ιδιόκτητη κατοικία. Παρ' όλα αυτά οι απαντήσεις έδειξαν ότι κατά το ατύχημα που είχαν, κατοικούσαν μόνοι τους.

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων φαίνεται ότι πολλοί από αυτούς παίρνουν κανονική σύνταξη (όχι αναπηρική) κυρίως από το ΙΚΑ παρ' ότι η πλειοψηφία εργαζόταν κυρίως σαν ελεύθεροι επαγγελματίες.

Συνεχίζοντας διαπιστώσαμε ότι πολλοί από αυτούς παρουσιάζουν χρόνιες ασθένειες που τους ταλαιπωρούν και αναφέρουν προβλήματα καρδιακής ανεπάρκειας, έλκους οσφυαλγίας ακράτειας ούρων, αρτηριοσκλήρυνσης, μειωμένης όρασης και προβλημάτων δύσπνοιας. Για αυτό το λόγο λοιπόν οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι παρακολουθούνται τακτικά από ειδικό γιατρό κυρίως από παθολόγο, καρδιολόγο ή ουρολόγο ιατρό.

Όλες αυτές οι ασθένειες συχνά οδηγούν σε ατυχήματα έτσι σε έρευνα που έγινε στη Μ. Βρετανία.

Η οστεοπόρωση π.χ. οδηγεί συχνά σε κατάγματα, η αρλοίτιδα και το Parkinson θέτουν τον ασθενή σε μεγαλύτερο κίνδυνο και διευκολύνουν τις πτώσεις, και η μείωση της όρασης και της ακοής έχει ως αποτέλεσμα να μην αντιλαμβάνεται το ηλικιωμένο άτομο σημεία προειδοποίησης, παρουσίας κινδύνου (θόρυβος, κορνάρισμα αυτοκινήτων).

Για το θέμα των ατυχημάτων, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι

πιστεύουν ότι κατά πρώτο λόγο είναι αποτέλεσμα τις αδιαφορίας της οικογένειάς τους, και κατά δεύτερο λόγο είναι αποτέλεσμα της πολιτείας ή του ιδρύματος στο οποίο φιλοξενούνται.

Κατά την γενική γνώμη όμως ένα ατύχημα μπορεί να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες: Στις έγνοιες στην θλίψη, σε υπερδιέγερση σε ψυχολογική φόρτιση, σε αδύναμους ή και συγχυτικούς ασθενείς.

Τα ποιο πολλά ατυχήματα όμως οφείλονται στην διανοητική επιβάρυνση των ηλικιωμένων.

Σχεδόν όλοι απάντησαν ότι έχουν υποστεί πτώσεις πνιγμό, έγκαυμα ή κάποιο άλλο ατύχημα στην ηλικία που βρίσκονται.

Οι απαντήσεις τους συμφωνούν με το εθνικό συμβούλιο ασφαλείας (1985) σύμφωνα με το οποίο οι πτώσεις είναι ο κύριος λόγος των θανάτων από ατυχήματα σε ηλικίες πάνω από 65 ετών. Επίσης υπολογίζεται ότι το 1/3 όλων των ατόμων 65 και άνω χρόνων αναμιγνύονται σε πεσίματα κάθε χρόνο.

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες είχαν το τελευταίο ατύχημα στο χώρο του σπιτιού τους και υπέστησαν τουλάχιστον μια φορά ατύχημα πτώσης λόγω παραπατήματος.

Συσχετίζοντας τις επόμενες απαντήσεις απεδείχθη ότι οι περισσότεροι σηκώθηκαν με την βοήθεια άλλων ατόμων, δεν ανέκτησαν γρήγορα τις αισθήσεις τους μετά το ατύχημα και για τους περισσότερους κλήθηκε ασθενοφόρο.

Οι πιο πολλοί από αυτούς έμειναν στο νοσοκομείο και σε ένα μεγάλο ποσοστό παρέμειναν εκεί ως 5 ημέρες. Μεγάλη έμφαση πρέπει να δώσουμε στο γεγονός ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων είχαν παράπονα τόσο με το ιατρικό όσο και με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι μισοί ερωτηθέντες είχαν επιπλοκές στην εξέλιξη της θεραπείας και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της αποκατάστασης μετά το ατύχημα. Παρ' όλα αυτά οι περισσότεροι δεν απόκτησαν κάποια μορφή σωματικής αναπηρίας.

Όμως σύμφωνα με προηγούμενες στατιστικές τα' ατυχήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου για ηλικιωμένα άτομα, αλλά ακόμα και αν ο θάνατος δεν συμβεί αμέσως μετά το ατύχημα μπορεί να υποστούν βαριές επιπλοκές.

Όλες αυτές οι καινούργιες καταστάσεις αντιμετωπίζονται από τους περισσότερους ηλικιωμένους με ανησυχία.

Σχεδόν όλοι οι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι η χρήση βοηθητικών οργάνων βοηθάει στην αποφυγή των ατυχημάτων.

Για την αποφυγή ατυχημάτων από κακή χρήση φαρμάκων θεωρούν απαραίτητη την χρήση ειδικών σημάτων στα φάρμακα. Επίσης η ύπαρξη της ράμπας στους δρόμους και η ύπαρξη ειδικών χειρολαβών στις δημόσιες υπηρεσίες θα ήταν τα πιο κατάλληλα προληπτικά μέτρα για αυτούς τους χώρους.

Με βάση τις στατιστικές συγκρίσεις συμπεραίνουμε ότι:

Οι παράγοντες που προκαλούν τα ατυχήματα δεν διαφέρουν



σημαντικά μεταξύ των διαφόρων ηλικιών, αλλά διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ατόμων που ζουν μόνα τους και αυτούς που ζουν με άλλους. Τα μοναχικά άτομα παθαίνουν κυρίως δηλητηριάσεις.

Από τους παράγοντες οι σημαντικοί θεωρούνται το παραπάτημα υπεύθυνο για τα τροχαία και η ζάλη για τις πτώσεις.

Επίσης διαπιστώθηκε ότι υπάρχει αυξημένη απαίτηση για προφυλακτήρες στα κρεβάτια, ταμπελίτσες στα φάρμακα και χειρολαβές σε όλους τους χώρους για καλύτερη στήριξη.

Γιατί όπως φαίνεται και σε προηγούμενη έρευνα που έχει γίνει στην Μ. Βρετανία η ακατάλληλη χρήση φαρμάκων και οινοπνεύματος αλκοόλης μπορεί να προκαλέσει υπνηλία, υπόταση ή σύγχυση με αποτέλεσμα να συμβεί κάποιο ατύχημα. Η έλλειψη επίσης βοηθητικών εξοπλισμών τα οποία αναπληρώνουν την χαμένη λειτουργία σύμφωνα με την ίδια έρευνα αυξάνουν την πιθανότητα των ατυχημάτων.

Σχολιάζοντας λοιπόν τις απαντήσεις των ηλικιωμένων, τις συσχετίσεις των ερωτήσεων και τις στατιστικές

συγκρίσεις συμπεραίνουμε ότι, αυτό που χρειάζονται πραγματικά οι ηλικιωμένοι είναι αγάπη, σεβασμός και περισσότερο ενδιαφέρον από την πολιτεία ώστε να ζουν καλύτερη ποιότητα ζωής χωρίς τα ατυχήματα να αποτελούν μία καθημερινή πραγματικότητα για αυτούς.

4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την εργασία μας θεωρούμε σκόπιμο να αναφέρουμε κάποιες προτάσεις που πιστεύουμε ότι αν εφαρμοστούν θα προστατέψουν τους ηλικιωμένους από τα ατυχήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά.

Οι κυριότερες προτάσεις μας είναι οι ακόλουθες:

Τροποποίηση του προγράμματος βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης ώστε να περιλαμβάνει μια τελειότερη ενότητα Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.

Εκπαίδευση βοηθητικού και εθελοντικού προσωπικού για τη φροντίδα υπερηλίκων με την κατεύθυνση και επίσκεψη Διπλωματούχου Νοσηλεύτριας/ Νοσηλεύτη.

Συνεχής νοσηλευτική έρευνα για επιπρόσθετη ανεύρεση αναγκών και προβλημάτων της τρίτης ηλικίας και προσπάθεια επίλυσης αυτών αφενός και αφετέρου για την ευρύτερη γνωσιολογική υποδομή των νοσηλευτών.

Οι ηλικιωμένοι να παροτρύνονται συνεχώς ώστε να έχουν συχνότερη επαφή με τους γιατρούς που τους παρακολουθούν.

Στο χώρο που διαμένουν «σπίτι - ίδρυμα» πρέπει να γίνουν οι αναγκαίες προσαρμογές οι οποίες θα εξυπηρετούν καλύτερα τις βασικές τους ανάγκες.

Όσον αφορά τους δρόμους, προτείνουμε να υπάρχουν περισσότερα φώτα, μεγαλύτερα πεζοδρόμια, σκαλοπάτια στις ανηφόρες κατηφόρες και περισσότερες ράμπες.

Κατά την γνώμη μας, στις δημόσιες Υπηρεσίες θα έπρεπε να τοποθετηθούν χειρολαβές στους τοίχους, κεκλιμένα επίπεδα όσον χρειάζεται, και οι χώροι να είναι ευρύτεροι και φωτεινότεροι.

Να παροτρύνουμε και να εξηγήσουμε στους υπερηλικες την χρησιμότητα και ωφελιμότητα των διαφόρων υποβοηθητικών οργάνων.

Να ενημερώσουμε το στενό περιβάλλον των ηλικιωμένων ότι θα πρέπει να φροντίζουν να υπάρχει πάντα συνοδός σε κάθε τους έξοδο.

Είναι απαραίτητο οι ηλικιωμένοι να ακολουθούν κάποια δίαιτα ανάλογα με τις ανάγκες της ηλικίας τους ή της ασθένειας

τους.

Τέλος οι Νοσηλευτές πρέπει να ευαισθητοποιήθουν περισσότερο απέναντι στα άτομα της τρίτης ηλικίας και να τους φέρονται με σεβασμό, αγάπη και στοργικό ενδιαφέρον.

Στη συνέχεια οι προτάσεις μας όσον αφορά τα ιδρύματα, τα Νοσοκομεία αλλά και την οικεία των ηλικιωμένων είναι οι εξής:

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 κλπ. - που δεν αφήνουν τον υπερήλικα ή το μπαστούνι του να γλιστρήσουν.

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

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

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

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

Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος. Το κατάλληλο για τους υπερηλικες 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 περιορίζει τις αναμενόμενες επιπτώσεις.

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.

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

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 κλπ. 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 τη κατάπτωσή του, του στερεί θεραπευτικής αγωγής και τον μετατρέπει σε εξαρτημένο από τους άλλους άτομο.²⁹

5. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας έγινε προσπάθεια διερεύνησης του θέματος σχετικά με τα 'ατυχήματα στην Τρίτη ηλικία και τις επιπτώσεις αυτών στη ζωή των ηλικιωμένων.

Σκοπός της εργασίας μας είναι: Να καταγραφούν οι σωστοί μέθοδοι πρόληψης των ατυχημάτων καλώς και ο ορθός τρόπος αντιμετώπισής τους.

Προκειμένου να συλλέξουμε τα στατιστικά στοιχεία για την έρευνά μας χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγιο το οποίο απαντήθηκε από 200 ηλικιωμένα άτομα τα οποία διαμένουν στις πόλεις: Πάτρα και Αθήνα.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής διαπιστώνουμε πρώτον : ότι οι πτώσεις κατέχουν την πρώτη θέση στα ατυχήματα των ηλικιωμένων και δεύτερου : ότι οι δύο σημαντικότεροι λόγοι στους οποίους οφείλονται τα ατυχήματα είναι κατά την γνώμη τους, η αδιαφορία της πολιτείας, καθώς και της οικογένειάς τους.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα συνανθρώπων μας η οποία απαιτεί ειδική μεταχείριση ιδιαίτερα από το νοσηλευτικό προσωπικό, διότι ένας επαγγελματίας νοσηλευτής θα πρέπει να θεωρεί τιμή και προνόμιο το γεγονός ότι νοσηλεύει υπερήλικες που βρίσκονται στα «σύνορα της ζωής». Γι' αυτό λοιπόν οι σημερινοί Νοσηλευτές έχουν χρέος να περιβάλλουν με σεβασμό και στοργικό ενδιαφέρον τους ηλικιωμένους και να τους φροντίζουν ανιδιοτελώς αφού αυτό δεν είναι μόνο καθήκον αλλά και ηθική τους υποχρέωση.

--

6. SUMMARY

In this research we tried to investigate the issue of accidents of elderly people and their consequences in the lives of elderly people.

The purpose of our research is to be recorded the right methods of accident's prevention and the best way these accidents can be confronted.

In order to collect the statistical data for our research, we used questionnaire which was answered by 200 elderly people that live in the cities of Patras and Athens.

According to the results of this research falls come first in the accidents of elderly people and that the two most important reasons accidents are due to according to their opinion are lack of interest from the state and from their family.

Elderly people are a special group of our fellow men and they need a special treatment particularly from nurses, since a professional nurse should consider the fact that he/she is treating elderly people who are on the "enerage of life" rivilage and a honor. That is why nurses have the duty to show respect and fatherly interest to the elderly people and to take care of them disinterestedly since this is not only their duty but also a moral obligation.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Βασιλείου Ι.; Χαρούμενη Δύση, Επίτομος Εκδόσεις Εστία, Αθήνα 1981
- 2.Μαλγαρινού Μ., Γουλιά Ε., Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα, Έκδοση 3^η, Εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα 1991
- 3.Νέα Δομή, εγκυκλοπαίδεια, 7^{ος} τόμος, Εκδόσεις «Δομική», Ο.Ε, Ελλάδα 1989
- 4.Γκούμας - Κωτσώπουλος, Λήμμα από Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Δομική Ο.Ε. Ελλάδα 1995
- 5.Πλατή Χ.Δ., Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδοτική Παραγωγή, Επτάλοφος Α.Ε., Αθήνα 1993
- 6.Τριανταφύλλου Τ. - Μεσθεναίου Ε., Ποιος φροντίζει; Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, Εκδόσεις «sextant», Αθήνα 1943
- 7.Πουλοπούλου Ε.Η., Η δημογραφική γήρανση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, περιοδικό Κοινωνικής εργασίας, τεύχος 24, Αθήνα 1991
- 8.Δόντας Σ.Α, Η τρίτη ηλικία - Προβλήματα και Δυνατότητες, Επίτομος, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, Αθήνα 1981
- 9.Μαθιουδάκης Γ., Γεροντολογία και Γηριατρική, Εκδόσεις Μπεκάτος Β., Αθήνα 1988
- 10.Τσούκος Α. - Βελερχής Ν. - Γουσγούνης Φ., Γεροντολογία και Γηριατρική, Εκδόσεις Βιβλιοπωλείο Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1960
- 11.Τζημουράκας Α., Γηριατρική (Γεροντιατρική), Εκδόσεις «Μέλισσα», Θεσσαλονίκη 1989
- 12.Simon De Mbonouar. Τα γηρατειά, Μετάφραση Τζελέπογλου Ε., Εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα 1970
- 13.Σαχίνη - Κουρδάση Α. - Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος 2^{ος}, Μέρος Β', Δ' Επανεκδοση, Εκδόσεις «Βήτα», Αθήνα 1994.
- 14.Knowles L.: Gerontological Nursing, Int. Nurs Studies, 1982

15. **Kastenboun L.**, Η τρίτη ηλικία, Μετάφραση Τζελέπογλου Ε., Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα 1982
16. **Καραλή Κ. - Κερατιώτη Ι.**, Υγεία και Διατροφή, Πάτρα 1994, XV/E/8301/2/94-EL.
17. **Χατήρης Γ.**, Διαιτητική Υγιεινή Διατροφή και Θεραπευτικές δίαιτες. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Χατήρης Γ., Απόδοση στην Ελληνική Γλώσσα: Χατήρης Γ., Εκδόσεις «ΕΛΛΗΝ» 1996.
18. **Rudd T.:** The Nursing of the Elderly Shick, Philadelphia, J.B. Lippincott C., 1952
19. **Χανιώτης - Γραγκίσκου Γ.** Εγχειρίδιο Γηριατρικής, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.
20. **Παπασπυρόπουλος Σ.Α.**, Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας, Εκδόσεις Ε.Ο.Β., Σκαρβαίος, Αθήνα 1901
21. **Κυριακίδου Ε.**, Κοινωνική Νοσηλευτική, Επίτομος, Έκδοση 1^η, Εκδόσεις Καφούρος Γ., Αθήνα 1995
22. **Avedisian - Παγοροπούλου Α.**, Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας, Αθήνα 1993
23. **Βαλαβανίδου Α.** Ατυχήματα στο εργοστασιακό περιβάλλον, Εκδόσεις «Σύγχρονα θέματα», Αθήνα 1995
24. **Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων**, Γενική Διεύθυνση XV, Βρυξέλες 1994
25. **Πλατάκη Π. - Δούκα Δ.**, Συνθήκες πτώσεων και τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου των διατροχαντήριων και υποκεφαλικών καταγμάτων σε ηλικιωμένους με στόχο την πρόληψη τους, 26^ο ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο Κέρκυρας 1999.
26. **Estelle F. HeckReimer, R.N., M.A.**, Health Promotion of the Elderly in the community, W.B.Sounders Company, 1989
27. **Eliopoulos Ch.** Geriatric Nursing, Harper and Row, Publishers, London 1980
28. **Κούνης Ν.**, Σημειώσεις Γηριατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Πάτρας 1992
29. **Buss E., Pfeiffer E.:** Mentall Illness in later life, American Psuc. Washington D.C. 1973.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

Πληροφορίες από:

Τον ερωτούμενο [] Το περιβάλλον του []

2. Φύλο: Άρρεν [] Θήλυ []

3. Ηλικία: []

4. Τόπος Διαμονής:.....

5. Κατοικία: Ιδιόκτητος [] Ενοικιασμένη [] Ίδρυμα []

Παραχωρηθείσα από τα παιδιά []

6. Οικογενειακή κατάσταση:

α. Έγγαμος - η []

β. Άγαμος-η []

γ. Χήρος -α []

δ. Διαζευγμένος -η []

7. Με ποιους συγκατοικείτε:

α. Μόνος -η []

β. Με τον - την σύζυγο []

γ. Με τα παιδιά σας [] Κόρη [] Γιός []

δ. Με συγγενείς [] 1^{ου} βαθμού [] 2^{ου} βαθμού []

ε. Με οικιακή βοηθό [] ημιδαπή [] αλλοδαπή []

στ. Ίδρυμα

Νοσηλευτική προσέγγιση στα ατυχήματα της τρίτης ηλικίας

8. Οικονομική κατάσταση

α. Σύνταξη: ΟΓΑ [] ΙΚΑ [] ΟΤΕ []
 ΤΕΒΕ [] ΔΕΗ [] ΝΑΤ []
 ΤΡΑΠΕΖΑ . [] ΔΗΜΟΣΙΟΥ []

β. Άλλα εισοδήματα:

β1. Βοήθεια από παιδιά []
β2. Εισοδήματα []
β3. Εργασία τωρινή: οικιακή [] Επαγγελματική []
β4. Τίποτα από τα παραπάνω []

9. Κύρια απασχόληση στο παρελθόν:

α. Εργοστάσια: Χημικά προϊόντα []
 Επεξεργασία προϊόντων []
 Δομικών υλικών []
β. Υπαλληλική: Ιδιωτικό [] Δημόσιο []
γ. Επαγγελματίας (ελεύθερος) []

10. Σύνταξη: Κανονική [] Αναπηρική []

11. Οδηγείτε: ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

12. Προβλήματα υγείας από:

α. Κυκλοφοριακό: Υπέρταση / Υπόταση [] Στεφανιαία νόσος []
 Αρρυθμία [] Καρδιακή ανεπάρκεια []
β. Πεπτικό: Έλκος [] Γαστρορραγία [] Διάρροιες []
 Εγχειρήσεις στο έντερο [] Ακράτεια κοπράνων []
γ. Σκελετικό: Οστεοπόρωση [] Ρευματική νόσος [] Οσφυαλγία []
 Αυχενικό σύνδρομο []
δ. Ουροποιητικό: Ακράτεια ούρων [] Νεφρική ανεπάρκεια []
 Συχνουρία - νυχτουρία []
ε. Νευρικό: Εγκεφαλικό [] Αρτηριοσκλήρυνση [] Άνοια []
 Parkinson [] Μυασθένεια [] Χρόνιος Αλκοολισμός []
 Διαταραχές μνήμης []

στ. Αισθητήρια όργανα:

Όραση: Μειωμένη [] Πλήρης απώλεια []

Ακοή: Μειωμένη [] Πλήρης απώλεια []

ζ. Αναπνευστικό: Μελάνιασμα [] Χρόνια βροχίτις [] Δύσπνοια []
ή κάτι άλλο []

13^ο. Παρακολουθείτε από γιατρούς: ΝΑΙ [] ΟΧΙ []

β. Τι ειδικότητα γιατρού:

Παθολόγο [] Νευρολόγο []

Ψυχίατρο [] Ουρολόγος [] Πνευμονολόγο []

Ω.Ρ.Λ. [] Οφθαλμολόγο [] Καρδιολόγος []

γ. Συχνότητα παρακολούθησης από γιατρούς:

γ1. Κάθε εβδομάδα [] γ2. Κάθε μήνα []

γ3. Κάθε εξάμηνο [] γ4. Κάθε χρόνο []

B. Ερωτήσεις Γενικά για τα Ατυχήματα

14. Ποια είναι τα κύρια αίτια των ατυχημάτων στους ηλικιωμένους:

α. Αδιαφορία της πολιτείας: Ναι [] Όχι []

β. Αδιαφορία του ιδρύματος: Ναι [] Όχι []

γ. Αδιαφορία ιατρονοσηλευτικής
πρόνοιας Ναι [] Όχι []

δ. Αδιαφορία της οικογένειας Ναι [] Όχι []

ε. Απροσεξία των ιδίων Ναι [] Όχι []

στ. Η ίδια η οικογένεια Ναι [] Όχι []

15. Έχετε πάθει ποτέ οποιαδήποτε μορφή ατυχήματος μετά την ηλικία των 65 ετών: Ναι [] Όχι []

Τι είδους ατύχημα:

α. Πτώση [] Κάταγμα [] Διάστρεμμα []

Θλάση μυών [] Αιμάτωμα []

β. Τροχαίο []

γ. Έγκαυμα [] Οικιακή συσκευή [] Άλλα αίτια []

δ. Πνιγμό []

ε. Άλλος είδος[]

Γ. Ερωτήσεις που αφορούν το τελευταίο σας ατύχημα:

16. Αίτια που προηγήθηκαν του ατυχήματος:

α. Ζάλη [] β. Λιποθυμία [] γ. Σκοτοδείνη []

β. Δηλητηρίαση [] Φαρμακευτική [] Φυτοφάρμακα []

ε. Παραπάτημα:

Παρκέ [] Μειωμένη όραση [] Αστάθεια βαδίσματος []

Ασταθής βάδιση σε ταπέτο [] ή κάτι άλλο []

Λόγω παθολογικών αιτιών []

17. Που έγινε το ατύχημα;

α. Στο σπίτι [] β. Στο δρόμο [] γ. Στην εργασία []

δ. Στο ίδρυμα [] ε. Κάπου αλλού []

18. Που αντιμετώπιστηκε:

α. Στο σπίτι [] β. Στο νοσοκομείο []

γ. Στον τόπου που έγινε το ατύχημα []

19. Προστρέξαν σε βοήθεια άλλα άτομα;

Ναι [] Όχι []

20. Η έγερση έγινε χωρίς βοήθεια;

Ναι [] Όχι []

21. Αναπτύξατε γρήγορα τις αισθήσεις σας;

Ναι [] Όχι []

22. Εκλήθη ασθενοφόρο;

Ναι [] Όχι []

23. Παραμείνατε στο Νοσοκομείο;

Ναι [] Όχι []

Νοσηλευτική προσέγγιση στα ατυχήματα της τρίτης ηλικίας

- α. Αν Ναι: Πόσες μέρες; 1-5 [] 5-10 [] 10 και άνω []
- β. Έχετε παράπονα; Ναι [] Όχι []
- β1. Από το ιατρικό προσωπικό []
- β2. Από το νοσηλευτικό προσωπικό []
- β3. Γενικά από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου []
24. Ήταν ομαλή η εξέλιξη του ατυχήματος; Ναι [] Όχι []
25. Υπήρξαν επιπλοκές; Ναι [] Όχι []
26. Εγκατέστησε αναπηρία; Ναι [] Όχι []
- α. Σωματική [] β. Ψυχολογική []
27. Πως αντιμετωπίσατε την νέα αυτή κατάσταση;
- α. Με υπομονή [] β. Με ελπίδα [] γ. Με απογοήτευση []
- δ. Με ανησυχία []
28. Πως θα μπορούσατε να είχατε αποφύγει το ατύχημα;
- α. Με σωστότερη διατροφή []
- β. Με τακτικές επισκέψεις σε γιατρούς []
- γ. Με συνοδό στο δρόμο []
- δ. Έχοντας σωστή ενημέρωση από τους ειδικούς για την πρόληψη των ατυχημάτων []
- ε. Χρησιμοποιώντας διάφορα βοηθητικά όργανα []
- στ. Άλλα []

Δ. Ερωτήσεις που αφορούν την πρόληψη

29. Τι θα προτεινάτε για την αποφυγή των ατυχημάτων;
- α. Στο σπίτι / ίδρυμα: Προφυλακτήρες στο Διάφορες χειρολαβές
κρεβάτι [] στους τοίχους []
- Προειδοποιητικά σήματα Ταμπελίτσες στα
για τις οικιακές συσκευές [] φάρμακα [] Κάτι άλλο []
- β. Στις δημόσιες υπηρεσίες:

Νοσηλευτική προσέγγιση στα ατυχήματα της τρίτης ηλικίας

- Κεκλιμένα επίπεδα [] Φωτεινότερους και ευρύτερους χώρους []
Διάφορες χειρολαβές [] Κάτι άλλο []
γ. Στο δρόμο: Ράμπες [] Σκαλοπάτια στις ανηφόρες / κατηφόρες []
Περισσότερα φώτα [] Μεγαλύτερα πεζοδρόμια [] Κάτι άλλο []

*Ευχαριστούμε πολύ για τη
συνεργασία σας*

2. ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

Ο κάθε ηλικιωμένος πολίτης, ανεξάρτητα φυλής χρώματος και θρησκειώματος, έχει τα παρακάτω δικαιώματα:

Το δικαίωμα να είναι χρήσιμος

Το δικαίωμα να προσλαμβάνεται σε εργασία, ανάλογα με τα προσόντα του.

Το δικαίωμα να μην αντιμετωπίζει στερήσεις στα γεράματα του.

Το δικαίωμα να συμμετέχει στα αγαθά της κοινωνίας στην οποία ζει.(ψυχαγωγία, εκπαίδευση, φροντίδα υγείας).

Το δικαίωμα να εξασφαλίζει στέγη για τις ανάγκες της μεγάλης ηλικίας.

Το δικαίωμα να ενισχύει ηθικά και οικονομικά την οικογένεια του κατά τον καλύτερο γι' αυτήν τρόπο.

Το δικαίωμα να ζει ανεξάρτητα, όπως του αρέσει.

Το δικαίωμα να ζήσει και να πεθάνει με αξιοπρέπεια.

Το δικαίωμα να χρησιμοποιεί όλες τις υπάρχουσες γνώσεις για τη βελτίωση της ζωής του κατά τα γεράματα του.

Και υποχρεώσεις:

Να προετοιμάζεται ώστε να γίνει και να παραμείνει, για όσο χρόνο το επιτρέπει η υγεία του και οι περιστάσεις ενεργό, δραστήριο, ικανό, αυτοϋποστηριζόμενο και χρήσιμο μέλος της κοινωνίας και να κάνει σχεδιασμούς για εξασφάλιση της άριστης δυνατής κατάστασης στα γεράματα του.

Να προσπαθήσει ώστε να μαθαίνει και να εφαρμόζει τους κανόνες σωματικής και ψυχικής υγείας.

Να βρει τρόπους διοχέτευσης του δυναμικού του κατά το γήρας.

Να αξιοποιήσει την πείρα και τις γνώσεις του.

Να προσπαθήσει να διατηρήσει τέτοιες σχέσεις με την οικογένεια, τους γείτονες και τους φίλους του, που θα του κάνουν αξιοσέβαστο και πολύτιμο σύμβουλο στα γεράματα του.

3. ΟΙ ΑΡΧΑΙΟΙ ΓΙΑ ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ

Στα γηρατειά κακά δεν είναι όλα.

Έχουν κάτι πιο σοφό από τους νέους, την εμπειρία

Ευριπίδης

Δύναμη κι ομορφιά είναι τα 'αγαθά στα νιάτα.

Των γηρατειών λουλούδι η σωφροσύνη

Δημόκριτος

Αγαπώ τα εύθυμα γηρατειά

Και τους νέους που χορεύουν.

Ο γέρος που χορεύει είναι γέρος στα μαλλιά

Μα νέος μένει στην καρδιά.

Ανακρέων

Ω, γηρατειά! Για ηδονή ποια έχετε ελπίδα;

Κι όμως καθένας να σας φτάσει θέλει.

Ευριπίδης.

Κανένας τη ζωή δεν αγαπάει

Όσο εκείνος που γερνάει.

Κράτης

Είναι πιο δυνατά τα γερασμένα λιοντάρια

Από τα ζωηρά ελάφια.

Ιππόλυτος

--

Τα γηρατειά είναι πιο σίγουρα και σοφά από τα νιάτα
Η πείρα νικάει την απειρία

Ευριπίδης

Αν αφαιρεί άλλα η μεγάλη ηλικία
Πιο σίγουρη τη φρόνηση κάνει

Μένανδρος

Ο φόβος για το θάνατο χωρίς νόημα είναι,
Αφού για όλους είναι χρέος να πάθουν

Αριστοφάνης

Οποιος για το θάνατο τρομάζει
Πρέπει μωρός να είναι.
Για αυτά η τύχη αποφασίζει.
Όταν ο καιρός του να πεθάνει έρθει,
Και κοντά στο Δία να βρεθεί δε θα ξεφύγει.

Σοφοκλής.

Δεν ταραάζουν τον άνθρωπο τα πράγματα,
Αλλά όσα γι' αυτά έχουν ειπωθεί.
Ο θάνατος δεν είναι φοβερός,
Αφού δεν ήταν και για το Σωκράτη.
Είναι φοβερός, γιατί τον πιστεύουμε έτσι.

Επίκτητος

Στο χειμώνα χρειάζεται στέγη,
Στα γηρατειά γαλήνη, χωρίς λύπες.

Σωκράτης

