

**ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΣΑΒΒΟΥΛΑ ΨΥΧΟΓΙΟΥ
ΔΗΜΗΤΡΑ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
DR.ΙΩΑΝΝΗΣ ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ**

ΠΑΤΡΑ 2003

ΠΟΛΥ ΜΟΥ ΚΑΚΟΦΑΙΝΕΤΑΙ ΠΟΥ ΑΣΠΡΙΣΑΝ ΤΑ ΜΑΛΛΙΑ ΜΟΥ, ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΑΝ ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΜΟΥ ΚΙ ΗΡΘΑΝ ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ ΜΟΥ. ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΜΟΥ ΔΕΝ ΒΛΕΠΟΥΝΕ, ΤΑ ΑΥΤΙΑ ΜΟΥ ΔΕΝ ΑΚΟΥΝΕ, ΤΑ ΠΟΔΙΑ ΜΟΥ ΔΕΝ ΑΝΤΕΧΟΥΝΕ ΤΩΡΑ ΝΑ ΠΕΡΠΑΤΟΥΝΕ.

ΠΑΝ ΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΕΙΝΑ ΠΟΥ ΗΜΟΥΝΑ ΤΣΑΧΠΙΝΑ, ΕΙΧΑ ΛΑΓΟΥ ΠΟΔΑΡΙΑ ΚΑΙ ΑΕΤΟΥ ΦΤΕΡΑ.

ΤΩΡΑ ΕΧΩ ΤΗΣ ΧΕΛΩΝΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΑΒΟΥΡΑ ΤΗΝ ΠΕΡΠΑΤΗΣΙΑ.”

(Α.Α.Σ. 7.7.95)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΗΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	11
Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ.....	11
Β) ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΑΣ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	16
Α) ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	16
Β) ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΑΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ.....	25
Α) ΑΠΩΛΕΙΑ ΡΟΛΩΝ.....	26
Β) ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΧΩΡΟΥ.....	28
Γ) ΑΠΟΜΑΚΡΥΝΣΗ- ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ.....	30
Δ) ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	31
Ε) ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	32
ΣΤ) ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	36
Α) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	37
Β) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	39
Γ) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	41
Δ) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	42
Ε) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	44
ΣΤ) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	46
Ζ) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ.....	48
Η) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ.....	48
Θ) ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	51
Α) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	52
Β) ΠΤΩΣΕΙΣ- ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ.....	61
Γ) ΨΥΧΟΔΙΑΝΟΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	65
Δ) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	79
Α) ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	79
Β) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	81

Γ) ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ- ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ.....	87
Δ) ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ).....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο : Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	91
Α) ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.....	91
Β) Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	92
Γ) ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ- ΤΟΜΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	97
Δ) ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ. ΜΙΑ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	99
Ε) Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	101
ΣΤ) Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΕΤΟΙΜΟΘΑΝΑΤΟ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ.....	105
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή δεν αποβλέπει ούτε και υποδεικνύει καινούριους τρόπους νοσηλευτικής φροντίδας των ηλικιωμένων ώστε να γίνουν νέοι και να αποκτήσουν ξανά το σφρίγος και τη ζωντάνια της νιότης τους. Στις σελίδες που θα ακολουθήσουν, θα περιστραφούμε γύρω από αυτήν τη σχέση του νοσηλευτή-ως επιστημονικού μέλους της ομάδας υγείας –με τον υπερήλικα μέσα στο χώρο κυρίως που ζει. Η εργασία μας λοιπόν αυτή έχει σκοπό: Να προβάλλει το ηλικιωμένο άτομο σαν μια μοναδική βίο-ψυχοκοινωνική οντότητα με αθάνατη ψυχή και να τον προσεγγίσει στη ολότητα του. Να αποδείξει ότι η προσέγγιση και η φροντίδα του ηλικιωμένου που γίνεται για να του προσφέρει χαρά, ανακούφιση, ελπίδα, είναι ΧΡΕΟΣ, ΤΙΜΗ και ΠΡΟΝΟΜΙΟ. Να σφυγμομετρήσει τα προβλήματα των ηλικιωμένων και μέσα από αυτά να παρουσιάσουμε την Τρίτη Ηλικία παραθέτοντας και τις δικές μας προτάσεις. Από τη μεριά μας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής και κυρίως τον κ.Ιωάννη Δετοράκη που ήταν και ο υπεύθυνος εισηγητής μας. Κλείνοντας, ζητάμε την επιεική κρίση των αναγνωστών για τις όποιες γραφικές-επιστημονικές ατέλειες και ελλείψεις συναντήσουν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αφήνοντας πίσω το χρόνο, φορτωμένο με μιας ζωής δημιουργίες και λαχτάρες, χαρές και πίκρες, φτάνει κάποια στιγμή που οι περισσότεροι απόμαχοι της δουλειάς, αναζητώντας στο γεροντικό ανήφορο μπαστούνι-χέρι για στήριγμα και συντροφιά, ανταμώνουν παγωμένο το πέτρινο χέρι της ανελέητης αδιαφορίας των συνανθρώπων τους. Τότε που δεν έχει το κορμί το κουράγιο να πραγματοποιήσει τα χίλια άπιαστα όνειρα της ακούραστης καρδιάς, τότε που παύει η πίστη σε εκείνο το δυνατό: <<θα τα καταφέρω>>, τότε που σε αναγκάζει η φύση να φυλακίσεις το σφρίγος, την ορμή και την πείρα μιας ολόκληρης ζωής μέσα σε ένα αδύναμο ή άχρηστο κορμί, καθηλωμένο σε μία πολυθρόνα, σε ένα κρεβάτι, με αχώριστο σύντροφο ένα μπαστούνι, όταν πια δεν υπάρχει ισορροπία σώματος και ψυχής, αφού το σώμα αδυνατεί να ανταποκριθεί σε ένα βαρυφορτωμένο και πλούσιο πνευματικό και συναισθηματικό αποταμίευμα, τότε ακριβώς υψώνονται τα χέρια για αναζήτηση ανθρώπινης στοργής, φροντίδας, συντροφιάς, για αναζήτηση του ανθρωπόσταλου <<μάννα>> εκείνης της ανθρωπιάς που θα στυλώσει τις ψυχές μιας βασανισμένης ηλικίας, της γεροντικής, και θα απαλύνει το δρόμο των απόμαχων προς το τέλος του ταξιδιού τους.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ.

Η πορεία του ανθρώπου μέσα στους αιώνες αποτελεί αναμφίβολα μια συνεχή πορεία από την ζωή μέχρι τον θάνατο, κλείνοντας μέσα της τη χαρά της παιδικής αθωότητας και τη θλίψη των γηρατειών. Ο Πίνδαρος συνδέει αυτές τις δύο ενότητες της ζωής αναφέροντας «ειπώθηκε ότι το έντιμο γήρας είναι η παιδική ηλικία της αιωνιότητας. Οι πρώτες λευκές τρίχες είναι τα πρώτα λεύκα λουλούδια, δώρα του θανάτου»².

Πολλές προσπάθειες έγιναν δε κατά καιρούς από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων (βιολόγους, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους κ.τ.λ.) για τον ακριβή καθορισμό του γήρατος και το χαρακτηρισμό του ηλικιωμένου ατόμου. Απεδείχθη όμως ότι δεν είναι καθόλου εύκολο να δοθεί ένας σαφής, περιεκτικός και συγκεκριμένος ορισμός του όρου "ηλικιωμένος", ο οποίος να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις περιπτώσεις και να καλύπτει όλους τους τομείς και της διαστάσεις του ατόμου³.

Θα ήταν χρησιμότερο, λοιπόν, να ξεκινήσουμε με έναν ορισμό της έννοιας "γήρανση". Η γήρανση είναι μια βιολογική διαδικασία κοινή σε όλους τους ζωντανούς οργανισμούς. Είναι λοιπόν η διαδικασία εκείνη όπου με την πάροδο του χρόνου οδηγεί στο βαθμιαίο περιορισμό της προσαρμοστικότητας και των εφεδρειών του οργανισμού, με

συνέπεια να είναι επιρρεπής στις αρρώστιες και το θάνατο αφού κάθε προσβολή ξεπερνάει εύκολα του ουδό (κατώφλι) της αντιρροπιστικής τους ικανότητας και προκαλεί κρίσιμες διαταραχές και αυξάνει την θνησιμότητα. Στην πραγματικότητα όλοι μας αρχίζουμε να γερνάμε από την στιγμή που γεννιόμαστε. Η διαδικασία αυτή δεν μπορεί να διακοπεί ή να αναστραφεί αλλά μπορεί να επιβραδυνθεί με την κατάλληλη μέριμνα. Αφού όμως η γήρανση αποτελεί μια συνεχή διαδικασία κατά τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, πότε ένα άτομο θεωρείται ηλικιωμένο;⁵

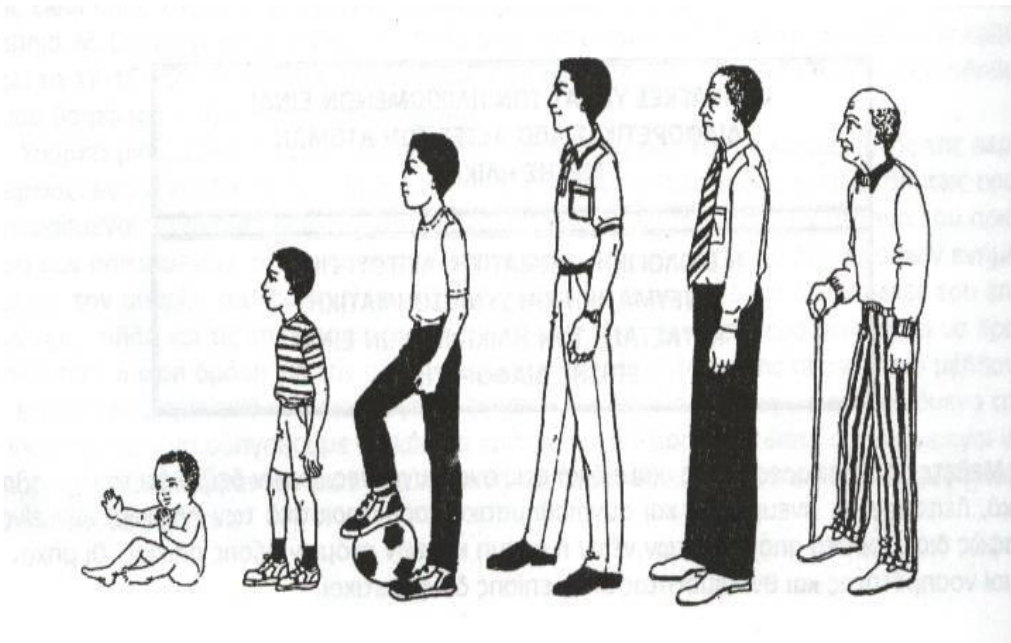
Ο γερμανός Otto Biswark το 1889 καθιέρωσε αυθαίρετα το 65^ο έτος της ηλικίας ως απαραίτητο κριτήριο για οικονομικές παροχές από τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα (συντάξεις, εφάπαξ, χρηματικά βοηθήματα κ.τ.λ) προς τους εργαζόμενους. Για τον ίδιο λόγο οι ΗΠΑ υιοθέτησαν το 65^ο έτος της ηλικίας το 1935. Έτσι άρχισε να γεννιέται ο ορισμός του ηλικιωμένου⁶.

Η χρονολογική ηλικία βέβαια δεν αποτελεί δείκτη της βιολογικής γήρανσης. Μεγάλοι ζωγράφοι, γλύπτες, φιλόσοφοι και επιστήμονες δημιούργησαν τα αριστουργήματά τους ή έφτασαν στις μεγαλύτερες ανακαλύψεις στην ηλικία των 70 και 80 ετών όπως για παράδειγμα ο Μιχαήλ Άγγελος, ο Πικάσο, ο Γκαίτε, ο Παστέρ. Από την άλλη πλευρά πολλά άτομα γίνονται “ηλικιωμένα” ακόμη και πριν από την ηλικία των 65.⁵

Είναι όμως όλοι οι ηλικιωμένοι ίδιοι; Η απάντηση είναι ΟΧΙ. Παρόλο όμως που υπάρχουν ατομικές διαφορές, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων θα μπορούσε να διακριθεί ευρέως σε δύο κατηγορίες:

📖 Τρίτη Ηλικία: άτομα μεταξύ 65 και 75 ετών, σωματικά ενεργά και πνευματικά ικανά, τα οποία δοθείσης ευκαιρίας, μπορεί να είναι οικονομικά τόσο παραγωγικά όσο και αυτά που ανήκουν στην μέση ηλικία των 45 με 60 ετών.

📖 Τέταρτη Ηλικία: άτομα άνω των 75 ετών, τα οποία συνήθως είναι σωματικά ευπαθή, με διάφορες μορφές διαταραχών π.χ όρασης, ακοής, κινητικότητας και διανοητικής ικανότητας. Αυτό το τμήμα του ηλικιωμένου πληθυσμού χρειάζεται ειδική φροντίδα την οποία πρέπει να παρέχει το σύστημα υγείας.⁴



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Α:Δημογραφικές Τάσεις

Μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία, μας δίνει την πληροφορία πως ο μέσος όρος ζωής του πρωτόγονου ανθρώπου ήταν περίπου 12 χρόνια, του ανθρώπου της εποχής του χαλκού περίπου 18 χρόνια. Από μελέτες ανθρώπινων σκελετών υπολογίστηκε ότι το 5% περίπου των ανθρώπων, που έζησαν πριν από 100.000 χρόνια, ζούσε μέχρι τα 45 χρόνια, το 45% μέχρι τα 20-35 χρόνια και το 50% μέχρι τα 20 χρόνια. Στην Αρχαία Ελλάδα, στα χρόνια του Περικλή, το προσδόκιμο ζωής ενός νεογέννητου ήταν 20 χρόνια και στην Ελληνορωμαϊκή εποχή 31 χρόνια, στον 9^ο αιώνα 35 χρόνια, κατά τα μέσα του τέλους του 19^{ου} αιώνα τα 40 χρόνια. Στην δεκαετία του '90, ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου κυμαινόταν από 70,1 χρόνια έως 75 χρόνια⁷.

Σύμφωνα με στοιχεία της WHO, από τα 612 εκατομμύρια ηλικιωμένων που υπολογίζονται μέχρι το έτος 2000 σε όλο τον κόσμο, δύο στους τρεις ηλικιωμένους θα ζουν στις αναπτυγμένες χώρες, συγκριτικά με το 50% που υπήρχε στις 'ίδιες χώρες το 1960. Η μεγαλύτερη αύξηση θα παρατηρηθεί ειδικά στην Ασία, ως αποτέλεσμα της ταχείας αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων στην Κίνα και τις Ινδίες.

. Σημειώνεται ότι μόνον η Κίνα και η Ινδία το 2020 θα έχουν επιπλέον 270 εκατομμύρια ηλικιωμένους. Το μέγεθος του ηλικιωμένου πληθυσμού αναμένεται να αυξηθεί

περισσότερο από 20 εκατομμύρια στη Βραζιλία και την Ινδονησία και 10 εκατομμύρια στο Μεξικό, τη Νιγηρία και το Πακιστάν.

Στις ευρωπαϊκές χώρες αναμένεται μικρότερη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, επειδή η διαδικασία αυτή άρχισε πολύ νωρίτερα. Σε πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες οι ηλικιωμένοι αυξάνουν με ταχύτερο ρυθμό από το ρυθμό συνολικής αύξησης του πληθυσμού τους. Έτσι μεταξύ 1980-2020 η συνολική αύξηση του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών θα είναι 95% ενώ η αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού θα φθάσει το 240%.

Στις Η.Π.Α το τμήμα του πληθυσμού 65+ αυξάνει με ταχύ ρυθμό. Το 1900 ένας ηλικιωμένος 65+ αντιστοιχούσε σε 25 Αμερικανούς, ενώ το 1984 η αναλογία αυξήθηκε σε έναν προς 8. Αναφέρεται ότι το 14% του Αμερικανικού πληθυσμού το αποτελούν ηλικιωμένοι 65+ ενώ με την προβολή του πληθυσμού για το 2020 το ποσοστό ανέρχεται σε 21,7%. Η μεγαλύτερη αύξηση παρατηρείται στην ομάδα πληθυσμού 85+, η ποία το 1985 ήταν 1% και με την προβολή του πληθυσμού το 2020 ανέρχεται σε 4%. Από το 1950 ο εναπομείνας χρόνος ζωής για το 85^ο έτος της ηλικίας παρουσίασε συνολική αύξηση 0,7 χρόνια για τους άνδρες και 1,6 χρόνια για τις γυναίκες, με αποτέλεσμα το 1983 το προσδόκιμο επιβίωσης συνολικά για τους άνδρες ήταν 90,2 χρόνια και για τις γυναίκες 91,6 αντίστοιχα. Το προσδόκιμο επιβίωσης από τη γέννηση αυξήθηκε συνολικά για τους άνδρες από 65,6 χρόνια που ήταν το 1950 σε 71,0 το 1983, και για τις γυναίκες από 71.1 το 1950 σε 78,1 το 1983. Ιστορικά η φυλή και το γένος διαφοροποιούν το προσδόκιμο επιβίωσης. Οι λευκές γυναίκες αναμένεται να ζήσουν περισσότερο και οι μαύροι άνδρες λιγότερο.⁶

Το φαινόμενο αυτό δεν περιορίζεται μόνον στις βιομηχανικά αναπτυγμένες περιοχές, όπως οι Η.Π.Α. αλλά και στις μη αναπτυγμένες. Η απόλυτη αναλογία των ηλικιωμένων 60+ στο γενικό πληθυσμό αυξάνει με χαμηλούς ρυθμούς. Το 1980 σε ολόκληρο τον κόσμο οι ηλικιωμένοι 60+ ήταν 8,5%. Η ίδια ηλικία το 2020 θα συνθέτει το 13,7% του συνολικού πληθυσμού.

Σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν τη γήρανση του πληθυσμού τους. Δεδομένα που αφορούν στην περίοδο 1950-1980 δείχνουν ότι η τάση γήρανσεως του ευρωπαϊκού πληθυσμού γίνεται περισσότερο προφανής στις βορειοδυτικές χώρες της Ευρώπης, με αναλογία που υπερβαίνει το 13,55 του συνολικού πληθυσμού, ενώ στις νότιες χώρες, όπου ανήκει και η Ελλάδα, η αναλογία κυμαίνεται μεταξύ 10 και 13%.⁷

Βγαίνει λοιπόν το συμπέρασμα, σύμφωνα με των προαναφερθέντων στοιχείων, ότι στις περισσότερες χώρες με μειωμένη γεννητικότητα και μεγάλο προσδόκιμο ζωής, το ποσοστό των νεογέννητων στο σύνολο πληθυσμού είναι χαμηλό και το αντίστοιχο ποσοστό των ηλικιωμένων υψηλό. Αυτό φαίνεται ότι συμβαίνει και στην Ελλάδα όπως χαρακτηριστικά φαίνεται στο σχήμα 3.⁴

Σύμφωνα λοιπόν με τις διαθέσιμες πληθυσμιακές προβολές, ο πληθυσμός της Ελλάδος θα αυξηθεί στα 10.823,3 άτομα το έτος 2020 με διαφορετική πληθυσμιακή δομή από αυτή του 1998. η αναλογία των παιδιών 0-14 ετών θα πέσει από 16,4% το 1998 σε 14,9% το 2020, ενώ η αναλογία της ομάδας ηλικιών 65 ετών κα άνω θα αυξηθεί σε 21,0% το 2020 από 16,0% το 1998.⁶ (Σχήμα 4.)

Σχήμα 4. Προβολή του πληθυσμού της Ελλάδος κατά φύλο και 5ετείς ομάδες ηλικιών βάσει των υποθέσεων :1995-2020(Πληθυσμός σε χιλιάδες)

Ομάδες ηλικιών	1.1.1995		1.1.2000		1.1.2005		1.1.2010		1.1.2015		1.1.2020	
	Άρρενες	Θήλειες	Άρρενες	Θήλειες	Άρρενες	Θήλειες	Άρρενες	Θήλειες	Άρρενες	Θήλειες	Άρρενες	Θήλειες
0_4	268,9	253,1	285,3	267,9	300,9	282,5	298,1	279,9	289,9	272,2	285,1	267,6
5_9	294,1	278,3	271,6	256,0	286,5	269,3	302,1	283,9	299,4	281,3	291,2	273,6
10_14	357,7	337,8	298,1	282,0	273,5	257,8	288,4	271,0	304,0	285,7	301,3	283,1
15_19	395,3	373,5	361,6	341,4	300,0	283,8	275,4	259,6	290,3	272,9	305,9	287,5
20_24	405,0	358,6	399,9	379,4	363,3	344,2	302,0	286,7	277,7	262,6	292,5	275,8
25-29	403,4	394,7	409,8	391,1	401,6	381,9	365,2	346,7	304,3	289,4	280,1	265,3
30-34	375,3	376,1	410,1	400,9	412,4	393,9	404,2	384,6	368,1	349,6	307,4	292,4
35-39	363,4	364,7	379,8	380,1	411,3	402,3	413,5	395,4	405,6	386,2	369,7	351,3
40-44	346,6	343,1	365,9	367,5	379,7	380,9	411,0	403,1	413,5	396,3	405,6	387,2
45-49	327,6	327,7	345,0	342,5	363,2	366,2	376,9	379,5	408,3	401,8	410,8	395,0
50-54	292,0	300,1	324,9	327,5	341,2	341,2	359,0	364,7	373,2	378,2	404,0	400,3
55-59	310,6	330,0	286,3	298,6	317,6	324,7	333,5	338,3	351,9	361,9	365,6	375,3
60-64	309,8	332,2	297,1	324,3	274,7	293,5	304,6	319,1	321,2	333,0	338,9	365,2
65-69	265,8	301,3	283,6	318,1	275,2	312,3	254,6	282,7	284,3	308,4	299,9	321,9
70-74	178,1	222,1	228,7	275,6	249,4	294,9	241,9	289,4	226,9	264,0	253,3	288,1
75-79	117,7	157,0	139,5	188,0	185,0	238,4	201,5	254,9	199,7	253,7	187,5	231,7
80-84	87,4	123,4	78,5	112,7	99,0	142,1	131,1	179,9	147,7	197,7	146,2	196,5
85-89	42,3	57,6	44,6	67,2	44,7	67,8	56,5	85,6	79,2	114,0	89,0	125,0
90+	17,0	26,2	18,9	28,2	24,1	38,1	25,5	41,2	34,1	54,9	47,4	73,1
Σύνολο	5158,0	5284,5	5229,2	5349,0	5303,3	5415,8	5345,0	5446,2	5379,3	5463,8	5381,4	5446,9
Γενικό σύνολο	10442,5		10578,2		10719,1		10791,2		10843,1		10828,3	

B. Επιπτώσεις της γήρανσης στο σύστημα υγείας της χώρας μας

Στην Ελλάδα η γήρανση του πληθυσμού, με τον εξαιρετικά υψηλό ρυθμό μεταβολής της, θα φέρει καταλυτική επίδραση στην οικονομική και την πολιτιστική της ζωή, επιτείνοντας παράλληλα και τα εθνικά της προβλήματα. Αρκεί να σημειωθεί ότι ενώ το 1950 σε 15 άτομα παραγωγικής ηλικίας αντιστοιχούσε 1 ηλικιωμένος 65+, σήμερα σε 7 άτομα αντιστοιχεί 1, και σε δύο γενεές σε 3 άτομα θα αντιστοιχεί 1 ηλικιωμένος. Επιπλέον η αλλαγή στην δομή του πληθυσμού επηρεάζει την σχέση εργαζομένων-συνταξιούχων ή γενικότερα ενεργών και μη ενεργών ατόμων με όλα τα συνεπακόλουθα προβλήματα. Ειδικότερα οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν όχι μόνο λόγω αύξησης της αναλογίας των ηλικιωμένων, αλλά και εξ' αιτίας της πολλαπλάσιας δαπάνης που απαιτεί η σύγχρονη περίθαλψη τους, σε σχέση με την φροντίδα των παιδιών. Οι δαπάνες για την περίθαλψη των ηλικιωμένων άνω των 75 ετών είναι 7 φορές μεγαλύτερη ως προς το συνολικό όρο κατά άτομο⁶.

Σημειώνεται ακόμα ότι οι δαπάνες για την νοσηλεία των ηλικιωμένων βαρύνουν κατά κανόνα τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ για την νοσηλεία των νέων, οι δαπάνες προστίθενται στις οικογενειακές ανάγκες⁸.


Για τους περισσότερους ερευνητές-μελετητές που ασχολούνται με θέματα οικονομίας της υγείας, η δημογραφική εξέλιξη και συγκεκριμένα η γήρανση του πληθυσμού, αποτελεί έναν από τους πιο βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την αύξηση των δαπανών υγείας.³⁶


ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ


ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

A. Θεωρίες του γήρατος


Σήμερα υπάρχουν πολλές θεωρίες που η κάθε μια-από διαφορετική οπτική γωνία-δίνει τη δική της αιτιολογική διάσπαση των γηρατειών. Μερικές από αυτές θα δούμε στην συνέχεια.


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


 **Θεωρία της ανταλλαγής της ύλης (GREPPI) .** Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, το γήρας είναι αποτέλεσμα μεταβολικών, αναβολικών, βιομηχανικών επεξεργασιών στους διάφορους ιστούς.


 **Θεωρία της αυτοδηλητηριάσεως του ζώντος κυττάρου (MEFCHNICOFT) .** Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, το γήρας οφείλεται σε εκφυλιστικές διεργασίες, λόγω της μακροχρόνιας


δηλητηριάσεως του οργανισμού από διάφορες επιβλαβείς ουσίες (ενδοτοξίνες κ.α.). Οι ουσίες αυτές δημιουργούνται κατά την ανταλλαγή της ύλης και αποβάλλονται πλημμελώς ή διαφορετικά δεν μετατρέπονται σε άλλες ενώσεις ωφέλιμες για τον οργανισμό.


 **Θεωρία της κακής διατροφής και του ανθυγιεινού περιβάλλοντος.** Πολλοί βιολόγοι υποστηρίζουν ότι η κακή διατροφή είναι αιτία διαφόρων νόσων, κυρίως της αρτηριοσκλήρυνσης ή της σκληροθηρωμάτωσης, η οποία είναι και η πιο συχνή κατά το γήρας. Υποστηρίζουν ότι τα αίτια της αρτηριοσκλήρυνσης δεν είναι τα λίπη όπως όλοι νομίζουν αλλά τα σάκχαρα και κυρίως τα εκλεπτυσμένα άμυλα της βιομηχανικής διατροφής στο σύγχρονο κόσμο.


 **Κατά τον γεροντολόγο Dr. Aslaw** , το γήρας αρχίζει αμέσως μετά την ανάπτυξη του οργανισμού δηλ. στα 20-23 χρόνια και αρχίζει να εκδηλώνεται στα 45. Προχωρώντας με ταχύτερο ρυθμό, το γήρας γίνεται πλέον καταφανές στα 65.⁹


 **Θεωρία της βιολογικής ρύθμισης.** Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι υπάρχει στον οργανισμό του ατόμου ένας εσωτερικός «ρυθμιστής» που κυβερνά τον ρυθμό, τον χρόνο πολλαπλασιασμού, της ανάπτυξης, του μαρασμού και του θανάτου των κυττάρων. Μερικοί πιστεύουν ότι βρίσκεται στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στον υποθάλαμο, άλλοι όμως υποστηρίζουν ότι κάθε κύτταρο έχει το δικό του βιολογικό ρυθμιστή, του οποίου η λειτουργία εκπίπτει με την πάροδο του χρόνου και οδηγεί στο γήρας.

 **Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων.** Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, περιβαλλοντολογική παράγοντες, όπως η ραδιενέργεια, η ρύπανση, η υγρασία κ.τ.λ. προκαλούν γενετική καταστροφή, η οποία οδηγεί στη γήρανση δημιουργώντας καταστροφή των κυττάρων.

 **Θεωρία άθροισης αχρήστων προϊόντων.** Σταδιακή καταστροφή των κυττάρων που οφείλεται στα χημικά παράγωγα του μεταβολισμού.

 **Θεωρία της αυτοάμυνας.** Το αμυντικό δυναμικό του οργανισμού αποδυναμώνεται με την πάροδο του χρόνου και αυτή η ίδια η διεργασία αποτελεί το γήρας. Τα λεμφοκύτταρα του θύμου αδένα γενικά επιτίθενται εναντίον κάθε βλαβερού κυττάρου που μπαίνει στο οργανισμό και το καταστρέφουν. Ο αριθμός των λεμφοκυττάρων αυτών με την πάροδο του χρόνου ελαττώνεται, η άμυνα του οργανισμού πέφτει και ακολουθεί το γήρας.


 **Θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb) .** Κατά τον αμερικανό φυσιολόγο Loeb, κάθε ζωντανός από την γέννηση του, έχει μέσα του μια ποσότητα ουσίας άγνωστης ακόμα, που σιγά-σίγα με την πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την ανταλλαγή της ύλης. Όταν η ουσία αυτή εξαντλείται, το άτομο γηράσκει.


 **Θεωρία του Carrell.** Στηρίζεται στην αντίληψη ότι όλα τα κύτταρα, με κατάλληλες συνθήκες μπορούν να παραμείνουν αθάνατα και πιστεύει ότι το γήρας οφείλεται σε αλλοίωση των «χυμών» που υπάρχουν γύρω από τα κύτταρα (μεσοκυττάριο υγρό).³

B. Φυσιολογικές μεταβολές ανά σύστημα.

Καθώς προχωρά η ηλικία, ορισμένες βιολογικές αλλαγές σταδιακά επηρεάζουν το άτομο με τρόπο που να μην μπορεί κανείς να διακρίνει το πότε ξεκίνησαν αυτές οι


αλλαγές στην πραγματικότητα. Το ξηρό, ρυτιδιασμένο δέρμα ενός ηλικιωμένου είναι μια απόλυτα φυσιολογική εκδήλωση της διαδικασίας γήρανσης, τόσο φυσιολογικής όσο και το γκριζάρισμα των μαλλιών. Αυτές οι αλλαγές δεν είναι παθολογικές ούτε είναι αποτέλεσμα κάποιας νόσου, είναι φυσιολογικές μεταβολές ως αποτέλεσμα της γήρανσης του οργανισμού.⁴ Παρακάτω θα αναλύσουμε τις φυσιολογικές μεταβολές του κάθε συστήματος.


 **Καρδιαγγειακό σύστημα.** Σταδιακά παρουσιάζεται ατροφία της καρδιάς και τα όριά της περιορίζονται διότι παρατηρείται ατροφία του μυϊκού συστήματος του καρδιακού μυός. Η εναπόθεση αλάτων με μορφή αθηρωματωδών πλακών προκαλούν σοβαρές διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας. Τα τοιχώματα των αγγείων παχύνονται και δημιουργούνται αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις που προκαλούν διάφορες λειτουργικές διαταραχές, όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσης και διαφόρου βαθμού διαταραχές αιμάτωσης των διαφόρων οργάνων. Γενικά παρατηρείται ανεπάρκεια του μηχανικού απόδοσης της καρδιάς, που γίνεται φανερή σε καταστάσεις αυξημένης ζήτησης του οργανισμού, όπως σε πυρετό, οπότε η ανεπάρκεια αυτή μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονικό οίδημα.¹⁰

 **Αναπνευστικό σύστημα.** Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο αναπνευστικό σύστημα είναι οι εξής:


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 λόγω αύξησης των κολλοειδών ουσιών και του συνδετικού ιστού στο πνευμονικό παρέγχυμα και μείωσης 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 υπολειπόμενος αέρας με αποτέλεσμα τη μείωση της λειτουργικότητας των πνευμόνων.⁷

 **Ουροποιητικό σύστημα.** Το βάρος των νεφρών μειώνεται κατά 30%, η νεφρική κάψα παχύνεται και συμφύεται με το παρέγχυμα, το οποίον επίσης σκληρύνεται συρρικνώνεται. Τα εσπειραμένα σωληνάρια παθαίνουν εκφύλιση ή και εξαφανίζονται τελείως. Τα αγγεία των νεφρών σκληρύνονται όπως και σε όλο τον οργανισμό, οι ουρητήρες διευρύνονται και τα τοιχώματά τους υπερτρέφονται. Στην ουροδόχο κύστη αναπτύσσεται ινώδης ιστός και παρατηρείται ατροφία των μυϊκών ινών που οδηγούν σε χάλαση και αδυναμία να κρατήσει το περιεχόμενό της, με αποτέλεσμα τη συχνουρία και την ακράτεια, σπουδαιότερα προβλήματα για τον ηλικιωμένο από το ουροποιητικό. Ο προστάτης υπερτρέφεται και αυξάνει το πρόβλημα. Οι ουρολοιμώξεις είναι πολύ συχνές λόγω της ελαττωμένης σπειραματικής διήθησης και της αιματικής ροής.³


 **Αιμοποιητικό σύστημα.** Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται βραδεία ελάττωση του ερυθρού μυελού και αντικατάστασή του από λίπος. Στα 65 ο αριθμός των αιμοποιητικών κυττάρων μειώνεται περίπου στο 50%, σε σχέση με τη νεαρά ηλικία. Η ερυθροποιητική σειρά μειώνεται περισσότερο της λευκής, εξ' αιτίας κυρίως της μειωμένης

απορρόφησης και μεταβολισμού του σιδήρου, αλλά και άλλων παραγόντων, που επηρεάζουν τη σύνθεση αιμοσφαιρίνης. Έτσι ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων ελαττώνεται με την ηλικία.

 **Πεπτικό σύστημα.** Καταστροφή και πτώση των δοντιών και υπερτροφία των ούλων. Η ποσότητα του σιέλου περιορίζεται και το αίσθημα της γεύσης αμβλύνεται, με αποτέλεσμα να ελαττώνεται το αίσθημα της πείνας. Στο στομάχι παρατηρείται ελάττωση του υδροχλωρικού οξέος και του ενδογενούς παράγοντα. Η κινητικότητα του στομάχου και του εντέρου είναι ελαττωμένη και οφείλεται κυρίως σε ελάττωση της αιμάτωσής τους, σε ακατάλληλη διατροφή και σε περιορισμένη κινητικότητα του στομάχου. Η δυσκοιλιότητα αποτελεί το σπουδαιότερο πρόβλημα από το πεπτικό σύστημα, πολύ συχνό στον ηλικιωμένο.


 **Αναπαραγωγικό σύστημα.** Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο σύστημα της αναπαραγωγής είναι οι εξής:

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 έναν ή και στους δύο συζύγους ή στο θάνατο του ενός.¹¹


 **Αισθητήρια όργανα.** Η ευαισθησία των αισθητηρίων της γεύσης και της οσφρήσεως ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας, με αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος να θεωρεί συχνά, ότι τα τρόφιμα δεν έχουν γεύση ή οσμή. Το αισθητήριο της ακοής υφίσταται επίσης μεταβολές λόγω της ηλικίας. Η πρεσβυακουσία συνίσταται στην προοδευτική ελάττωση

της αισθητηριακής-νευρικής ευαισθησίας και είναι αμφίπλευρη. Με την πάροδο της ηλικίας μειώνεται επίσης η οπτική ευαισθησία επειδή:


- I. Τα διαθλαστικά υγρά και ο φακός γίνονται λιγότερο διαφανή
- II. Ο βολβός του οφθαλμού βυθίζεται μέσα στη κόγχη, καθώς το οπισθοβολβικό λίπος περιορίζεται
- III. Η κινητικότητα του βολβού περιορίζεται και,
- IV. Υφίσταται προοδευτική σκλήρυνση ο φακός του οφθαλμού.⁶

 **Μυοσκελετικό σύστημα.** Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο μυοσκελετικό σύστημα είναι οι ακόλουθες:

1. Μειώνεται οι μάζα των ιστών.
2. Μειώνεται η ισχύς, η αντοχή, ο τόνος και η ευκινησία των μυών.
3. Αυξάνεται η κόπωση, λόγω αύξησης της τριφωσφορικής αδενοσίνης (ATP), και του γαλακτικού οξέως στους μυς.
4. Αλλάζει η στάση του σώματος από αλλαγές στους συνδέσμους, τις αρθρώσεις και τα οστά. Οι αρθρώσεις γίνονται δύσκαμπτες.
5. Μεγαλώνει η κυρτότητα της σπονδυλικής στήλης (κώφωση).
6. Μειώνεται το ύψος του σώματος (λέπτυνση ή συμπίεση του μεσοσπονδύλιου δίσκου).
7. Τα οστά γίνονται πορώδη, πιο ελαφρά και χάνουν πολύ από την πυκνότητά τους.(απασβέστωση-αφαλάτωση)
8. Εμφανίζεται διαταραχή στο βάδισμα συνέπεια διαταραχής του συντονισμού.
9. Περιορίζονται οι λεπτές κινήσεις.¹²

 **Δέρμα και υποδόριος ιστός** .Η ρυτίδωση του δέρματος και η αλλαγή του χρώματος των μαλλιών σε γκρίζα είναι οι πιο κοινές αλλαγές με το πέρασμα του χρόνου, καθώς επίσης και οι εξής:

1. Λέπτυνση της επιδερμίδας, αν και σε 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.¹³

 **Νευρικό σύστημα**. Το βάρος του εγκεφάλου ελαττώνεται σταδιακά και φθάνει τα 100 gr διότι καταστρέφονται οι νευρώνες και τα νευρικά κύτταρα παρουσιάζουν ατροφία. Επίσης παρατηρείται νευροϊνιδική και κοκκιοκενοτοπίωδης εκφύλιση και μείωση του ύδατος, των ολικών λιπιδίων και των πρωτεϊνών του εγκεφάλου. Έτσι εμφανίζονται διαταραχές αισθητικοκινητικών αντιδράσεων, κυρίως όταν απαιτείται κάποια ταχύτητα και αλληλουχία κινήσεων, όπως η αντίδραση σε φωνητικά ή ηχητικά ερεθίσματα, το παίξιμο πιάνου, ενώ στις κινήσεις εμφανίζεται λεπτός τρόμος.

Διαταραχές μνήμης. Υπάρχει κάποια απώλεια μνήμης στους ηλικιωμένους που σχετίζεται με τα πρόσφατα γεγονότα, π.χ δεν θυμάται εάν ήλθαν τα παιδιά του την προηγούμενη ημέρα,

ενώ διατηρεί ζωντανά στη μνήμη του γεγονότα της παιδικής και νεανικής του ηλικίας και τα διηγείται με καταπληκτικές λεπτομέρειες. Η απώλεια ή ο περιορισμός της μνήμης σχετικά με τα πρόσφατα γεγονότα, δυσκολεύει στην αξιολόγηση και την λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού, για τον προγραμματισμό της φροντίδας του.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Η αντιμετώπιση της τρίτης ηλικίας σήμερα από το κοινωνικό σύνολο έχει ως βασικό άξονα την αντίληψη ότι τα άτομα της τα τρίτης ηλικίας είναι αυτά, που λόγω ηλικίας, δεν συμμετέχουν στο σύστημα παραγωγής. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να υστερούν σε ζωτικότητα, πρωτοβουλία, ή τα ταχύτητα δράσεων αλλά υπερτερούν σε πείρα, σύνεση, γνώση και σοβαρότητα αντιμετώπισης των κινδύνων. Η επιμονή τους με πείσμα στις παλιές συνήθειές συγχρόνως συντελεί στη διατήρηση των παραδόσεων των κοινωνιών που συχνά είναι ανεκτίμητη πηγή σοφίας. Τα προβλήματα που συνοδεύουν την γεροντική ηλικία εκτός από ιατρικά είναι και δημογραφικά, οικονομικά και κυρίως κοινωνικά, γεγονός που υπαγορεύει πολυδιάστατη αντιμετώπιση του ζητήματος της ηλικίας αυτής.

Η κοινωνία οφείλει να προχωρήσει στη δημιουργία θετικών στάσεων προς τα γηρατειά, να συμβάλει στη βελτίωση της φροντίδας υγείας τους, τη δημιουργία και διατήρηση ανοικτής συνεργασίας με υπερήλικες και της οικογένειες τους με περισσή κατανόηση και η εκπαίδευση στελεχών ώστε να λύνονται τα προβλήματα των γερόντων συχνότερα στο σπίτι και κοντά στο γνώριμο περιβάλλον τους.¹⁵

A. Απώλεια ρόλων.

Ο ψυχισμός των ηλικιωμένων σημαδεύεται κατ'εξοχήν από την απώλεια ρόλων. Είναι γνωστό ότι οι ρόλοι επηρεάζουν αποφασιστικά την προσωπικότητα, σε σημείο που μερικοί νόμισαν πως μπορούν να την περιορίσουν σε ένα σύνολο ρόλων. Με την πάροδο της ηλικία ορισμένοι ρόλοι θα εξαφανιστούν εντελώς, ενώ άλλοι θα τροποποιηθούν ή θα μετασχηματιστούν αισθητά.

Ο ρόλος του γονέα είναι γενικά αυτός που εξαφανίζεται πρώτος. Όταν τα παιδιά γίνουν νέοι ενήλικοι εγκαταλείπουν το σπίτι και τους γονείς τους. Ακολουθεί η απώλεια του επαγγελματικού ρόλου με τη συνταξιοδότηση, που τις σημερινές μέρες γίνεται συχνά πρόωρο. Μαζί με αυτόν μπορεί να απολεσθούν πολυάριθμοι άλλοι ρόλοι που συνδέονται με την επαγγελματική δραστηριότητα και που κυριολεκτικά αποτελούν ένα πλέγμα ρόλων. Πράγματι για πολλούς ανθρώπους, ο επαγγελματικός ρόλος συνοδεύεται από διάφορες δεσμεύσεις συνδικαλιστικές, κοινωνικές και πολιτικές.

Με τη συνταξιοδότηση και τη μείωση των εσόδων που ακολουθεί, ο οικονομικός ρόλος χάνει και αυτός την πυκνότητά του. Οι ηλικιωμένοι καταναλίσκουν λιγότερο, ενώ παράλληλα αδυνατούν να παίξουν το ρόλο που έπαιζαν πριν στο περιβάλλον τους, δανείζοντας χρήματα, κάνοντας δώρα ή αναλαμβάνοντας διάφορα βάρη. Άλλωστε τα παιδιά με την ενηλικίωσή τους κατά τεκμήριο αυτονομούνται και οικονομικά.

Αν κάποιος από τους συζύγους αποβιώσει τότε παράλληλα με την χηρεία επέρχεται και η απώλεια του συζυγικού ρόλου αλλά και του σεξουαλικού συντρόφου, κάτι που είναι ιδιαίτερα συχνό στις γυναίκες.³⁴

Επιπρόσθετα, προβάλλεται το ιδεώδες του εγώ με σοβαρές επιπτώσεις για το άτομο ως συνέπεια της απώλειας των ρόλων. Το ιδεώδες του εγώ αναπτύσσεται σύμφωνα με τη διαφοροποίηση που υφίσταται ολόκληρη η ψυχική συσκευή από την επαφή της με την εξωτερική πραγματικότητα και τις επιδράσεις που δέχεται από αυτήν. Με το γήρας το ιδεώδες του εγώ θα πρέπει να επανεκτιμηθεί σε πτώση. Το κοινωνικό κενό όμως είναι τέτοιο που δεν βρίσκουμε ιδανικοποιημένες εικόνες του ηλικιωμένου ατόμου στην κοινωνική φαντασία, εικόνες με τις οποίες οι άνθρωποι θα μπορούσαν να διαλογίζονται στα γεράματά τους.

Τα προβλήματα που τίθεται με τους ηλικιωμένους είναι να βρουν ένα ρόλο, μια κοινωνική λειτουργία. Αυτό όμως είναι δύσκολο. Στις κοινωνίες μας, η επιτάχυνση των αλλαγών είναι τέτοια που η παρελθούσα εμπειρία δεν είναι χρησιμοποιήσιμη γιατί είναι πια σαθρή και ξεπερασμένη.¹⁶

B. Περιορισμού χώρου.

Στο άτομο που γερνάει, επιδρά μια σειρά από βιολογικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες που συχνά αλληλεπικαλύπτονται, προκαλώντας αφενός μεν τη σμίκρυνση του χώρου στον οποίο ζει, και αφετέρου την ταυτόχρονη απομάκρυνση του περιβάλλοντος κόσμου από το άτομο.

Ο κινητικός χώρος περιορίζεται εξαιτίας προσβολών της κινητικότητας. Οι διαδρομές των ηλικιωμένων περιορίζονται στο βαθμό που η ηλικία αυξάνει. Οι Ochs Newberry, Lenhardt και Harkins αναφέρουν ότι υπάρχει μείωση όσον αφορά την κιναισθηση στους ηλικιωμένους. Η κιναισθηση αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να γνωρίζει που είναι τα μέλη του, μετά την μετακίνηση τους στο χώρο. Η μειωμένη κιναισθηση έχει σαν αποτέλεσμα τα εύκολα και συχνά πεσίματα των ηλικιωμένων.¹⁷

Με την άμβλυνση της ακουστικής οξύτητας, προσβάλλεται ο ακουστικός χώρος, πολλοί ήχοι διαφεύγουν, χάνονται. Οι άνδρες περισσότερο από τις γυναίκες χάνουν την οξύτητα της ακοής στους υψηλούς ήχους. Αυτή η διαφορά του φύλου μπορεί να οφείλεται, μερικώς, στη μεγάλη έκθεση των ανδρών σε θορύβους επαγγελματικούς, όπως η εργασία στο εργοστάσιο.¹⁸

Το ίδιο συμβαίνει και με τον οπτικό χώρο όπου παρά την πρεσβυωπία πολλά πράγματα δεν είναι πια ορατά. Αυτό κατά κύριο λόγο οφείλεται στη μείωση της παροχής αίματος στο μάτι, που συνδέεται με την ηλικία.¹⁹

Όσον αφορά το διανοητικό χώρο, το πεδίο που καλύπτεται από τις νοητικές διεργασίες είναι μικρότερο και χρειάζεται περισσότερος χρόνος για τις αντιδράσεις. Το

απρόσμενο δεν αποτελεί μέρος του ψυχικού πεδίου των ηλικιωμένων και ο λανθάνων χρόνος αντίδρασης είναι συχνά επώδυνος στη Γεροντολογία. Πολλές πλευρές της αντίληψης διαφοροποιούνται με την πάροδο της ηλικίας. Επίσης, υπάρχει μείωση της ικανότητας για αναγνώριση αντικειμένων όταν αυτά έχουν χωριστεί σε κομμάτια ή είναι ημιτελή.²⁰

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στο χώρο του χρόνου, που μειώνεται δραματικά. Οι ηλικιωμένοι ζουν στο σήμερα γιατί το αύριο πιθανόν να μην υπάρχει για αυτούς.

Τέλος θα αναφερθούμε για να υπομνήσουμε μόνο και στον περιορισμό του κοινωνικού χώρου, σαν συνέπεια της απώλειας των ρόλων. Ορισμένα άτομα ζουν σε ένα κοινωνικό κενό, μια έρημο, έχοντας χάσει όλους τους ρόλους τους και όλες τις κοινωνικές τους σχέσεις.²⁰

Γ. Απομόνωση - Απομάκρυνση.

Οι ηλικιωμένοι μετά τα τόσα χρόνια ζωής, με τα σφάλματα και τις απογοητεύσεις, δεν είναι σίγουροι ποτέ και για τίποτα. Για αυτό σταδιακά γίνονται καχύποπτοι, δύσπιστοι, κοντόμυαλοι και εγωκεντρικοί. Συνήθως κουράζονται εύκολα και σωματικά και πνευματικά, ενώ αρκετοί γίνονται γκρινιάρηδες και απαιτητικοί από τους συγγενείς ή το νοσηλευτικό προσωπικό, και άλλοι γίνονται μελαγχολικοί αντιδρώντας με απάθεια, αυτοαπομόνωσης και αυτοεγκατάλειψη.¹⁰

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους γέροντες χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό γίνεται με βάση την πιο διαδεδομένη γνώμη ότι τα γηρατειά σημαίνουν μοναξιά, απομόνωση, εξάρτηση, ανάγκη για προστασία και βοήθεια και έκπτωση νοητικών ικανοτήτων. Ο γέρος δεν θεωρείται πια αποδοτικός και απομονώνεται συχνά άδικα έξω από την παραγωγική διαδικασία του κοινωνικού συνόλου. Αρκετές φορές ο γέρος δεν δραστηριοποιείται προς την μία ή άλλη κατεύθυνση μόνο και μόνο για να αποφύγει τα σχόλια του κοινωνικού περίγυρου με αποτέλεσμα να έχει σαν πρώτο εμπόδιο την κοινωνία και μετά τη λειτουργική ή οργανική δυσχέρεια. Έτσι η κοινωνία θέτει στο περιθώριο τα γηρασμένα άτομα και σφραγίζει την οριστική παρακμή του, με τρόπο εντελώς λανθασμένο. Είναι απαραίτητο λοιπόν να υπάρχει κοινωνική πρόνοια της τρίτης ηλικίας χωρίς να στηρίζεται αυτή σε άτομες και επιβλαβείς γενικεύσεις. Έτσι η μοναξιά μπορεί να καταπολεμηθεί με κάποια επαγγελματική απασχόληση του ηλικιωμένου, διότι επιτυγχάνεται η κοινωνική επανένταξή του και αποκαθιστάται η αυτοεκτίμησή του.¹⁵

Δ. Υπερήλικας και οικογένεια.

Στην εκτεταμένη οικογένεια (παππούδες – γονείς – παιδιά), ο ρόλος του ηλικιωμένου ατόμου ήταν προκαθορισμένος και αδιαφιλονίκητος. Ο ηλικιωμένος άνδρας και αρκετά και η ηλικιωμένη γυναίκα, έλεγχε, αποφάσιζε και διέταζε και απολάμβανε την οικογενειακή αποδοχή και σεβασμό. Η διαχείριση και η κατανομή της περιουσίας ήταν έργο του αρχηγού της οικογένειας και πηγή εξουσίας. Με τη διανομή της περιουσίας και αφού ο ηλικιωμένος δεν καλυπτόταν συνταξιοδοτικά, παρέμεινε μέσα στην οικογένεια των παιδιών του.

Η συνταξιοδότηση και οι παροχές κοινωνικής πρόνοιας, έχουν διαμορφώσει σήμερα νέες ενδοοικογενειακές σχέσεις. Η οικονομική αυτοτέλεια του ηλικιωμένου δεν επηρεάζεται από την διανομή της περιουσίας και του επιτρέπει να κινείται βασιζόμενος στις δικές του δυνάμεις, ανεξαρτοποιημένος από την οικογένεια των παιδιών του. Από την στιγμή που ζει μόνος του, βρίσκεται αντιμέτωπος με καινούργια προβλήματα και ανάγκες. Μακριά από τα παιδιά, νύφες, γαμπρούς και εγγόνια δημιουργούνται προβλήματα περιθωριοποίησης και μοναξιάς. Εξάλλου για τα ηλικιωμένα άτομα οι σχέσεις με τους γείτονες εξακολουθούν να έχουν την ίδια βαρύτητα, αλλά έχουν αποδυναμωθεί κυρίως με την αστικοποίηση και την διαμονή σε διαμερίσματα πολυκατοικιών και την επακόλουθη αποξένωση.

Έτσι η ανάγκη για νέες μορφές επικοινωνίας των ηλικιωμένων είναι επιτακτική, ενώ η φροντίδα τους σταδιακά μεταβιβάζεται από την οικογένεια στην κοινωνία.¹⁰

Ε. Υπερήλικας και κοινωνία.

Ένα από τα χαρακτηριστικά στις σύγχρονες προηγμένες κοινωνίες είναι η αμφισβήτηση της έννοιας της «αυθεντίας», που ήταν ταυτισμένη με την μεγάλη ηλικία. Η πραγματικότητα αυτή συνεπάγεται ουσιαστικές δυσκολίες, που αντιμετωπίζει η τρίτη ηλικία, στη προσαρμογή της στις νέες συνθήκες που δημιουργούνται. Η τεχνολογική επανάσταση και ο καταναλωτικός καταιγισμός απευθύνονται κυρίως στις νεότερες ηλικίες. Ο ηλικιωμένος είναι πλέον αυτός που «δεν ξέρει» και που του αμφισβητείται η εμπειρία. Μελλοντικά όμως με την αύξηση του ποσοστού της μέσα στο γενικό σύνολο του πληθυσμού, θα επηρεάζει αναπόφευκτα και τις άλλες ηλικίες, παίζοντας σημαντικό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Αν εξαιρέσει κανείς την πολιτική. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που ασχολούνται με τα κοινά, είναι πολύ μικρό και περιορίζεται κυρίως σε δραστηριότητες στα πλαίσια των κοινωνικών και θρησκευτικών εκδηλώσεων.³⁶

Το ποσοστό των ηλικιωμένων που ζουν σε γηροκομεία δεν ξεπερνά το 5-6 %. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό είναι περίπου 1 %. Η οικογενειακή στήριξη για την παραμονή του ηλικιωμένου στην κοινότητα αποτελεί σε όλα τα κράτη τη λύση για το σχεδιασμό παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, η στήριξη αυτή πρέπει να προέρχεται από το επίπεδο της γειτονιάς και της κοινότητας με ένα πλέγμα ιατροκοινωνικών υπηρεσιών, που να βοηθούν ουσιαστικά την οικογένεια που φροντίζει κάποιο ηλικιωμένο μέλος της, ιδιαίτερα όταν αυτό είναι εξαρτημένο εξαιτίας κάποιας νόσου ή αναπηρίας. Μερικές τέτοιες υπηρεσίες

που μπορούν να προσφέρονται από την τοπική αυτοδιοίκηση ή ένα κέντρο υγείας είναι οι εξής:

- i. Νοσοκομεία ημέρας για φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση και άσκηση στην αυτοεξυπηρέτηση,
- ii. Νοσοκόμοι για απλή νοσηλεία, πλύσιμο και φροντίδα του ηλικιωμένου,
- iii. Ειδικά αυτοκίνητα για την μεταφορά ηλικιωμένων που βρίσκονται σε αναπηρική καρέκλα,
- iv. Υπηρεσίες ενοικίασης ειδών φροντίδας και αποκατάστασης (αμαξίδια, καρέκλες, κρεβάτια κ.τ.λ.).¹⁰

ΣΤ. Οικονομία του γήρατος.

Οι οικονομικές επιπτώσεις από την απομάκρυνση των ηλικιωμένων από την οικογένειά τους είναι πολύ σημαντικές για τους ίδιους αλλά και την κοινωνία.

Η οικονομική δύναμη του ηλικιωμένου με την συνταξιοδότηση μειώνεται, γιατί οι συντάξεις εκτός του ότι είναι μικρότερες από τους μισθούς, αναπροσαρμόζονται με βραδύτερο ρυθμό. Η οικονομική δύναμη του ηλικιωμένου βελτιώνεται κάπως, όταν εξακολουθεί να παρέχει ορισμένες υπηρεσίες με διάφορους τρόπους.

Οι υπερήλικοι αποτελούν περίπου το 10 % του εργατικού δυναμικού αλλά στην πραγματικότητα ο αριθμός των συνταξιούχων που εργάζονται είναι πολύ μεγαλύτερος, διότι πολλοί απασχολούνται στην πραγματικότητα.

Βέβαια η ανεργία των νέων είναι ένα οξύ πρόβλημα, αλλά δεν μπορεί να παραβλέψει κανείς και το θέμα των ηλικιωμένων. Εκτός από την ψυχολογική πίεση και την σταδιακή απομόνωση που μπορεί να προκαλεί η αναγκαστική αποχώρηση των ηλικιωμένων από την ενεργό οικονομική ζωή, υπάρχει και το ερώτημα αν συμφέρει την σημερινή προνομιακή κοινωνία να κρατά τα ηλικιωμένα άτομα, που είναι σωματικά και ψυχικά δραστήρια και που επιθυμούν να συνεχίσουν να ασχολούνται με παραγωγικές δραστηριότητες, έξω από τον κύριο κορμό του παραγωγικού δυναμικού.

Από την άλλη πλευρά, η δημογραφική γήρανση κλονίζει την οικονομία και την κοινωνική ισορροπία και επιβάλλει αναθεωρήσεις στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και στην κατανομή των εισοδημάτων και υπηρεσιών.

Η γερωντική εξάρτηση:

Άτομα 65 και άνω: συνταξιούχοι

Άτομα 20-24: ενεργός πληθυσμός

που σήμερα είναι 1:5, θα φθάσει σε 50 χρόνια το 4:5, δηλαδή θα αντιστοιχούν 4 συνταξιούχοι σε κάθε 5 εργαζόμενους.

Καταλαβαίνει κανείς το τεράστιο οικονομικό βάρος που θα κληθούν σταδιακά να αντιμετωπίζουν οι οικονομίες των κρατών.

Βεβαίως γηρατειά δεν σημαίνει αρρώστια ή αναπηρία, αλλά οι ηλικιωμένοι είναι αυτοί που έχουν την μεγαλύτερη νοσηρότητα και συχνότερες καταστάσεις αναπηρίας, κάνοντας 7πλάσια χρήση των υπηρεσιών υγείας πρόνοιας από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Μόνο για συντάξεις από το 1975, δαπανήθηκε το 7 % του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ), το 1981 δαπανήθηκε το 10 % και το 1983 το 14 %.

Τα δεδομένα αυτά επιβάλλουν συστηματική και τεκμηριωμένοι μελέτη και αντιμετώπιση των οικονομικών προβλημάτων και στην χώρας μας.¹⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Τα νοσήματα που εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία παρουσιάζουν αρκετές ιδιαιτερότητες. Πριν από λίγες δεκαετίες επικρατούσε η άποψη, ότι η αυξημένη νοσηρότητα στην τρίτη ηλικία ήταν φυσική συνέπεια της προχωρημένης ηλικίας. Έτσι θα έπρεπε οι ηλικιωμένοι να ανέχονται μοιρολατρικά τις ασθένειες και οι γιατροί να μην ασχολούνται με αυτές.


Οι πρόοδοι όμως στην έρευνα, στη διαγνωστική και στη θεραπευτική βοήθησαν ώστε η άποψη αυτή να ανατραπεί τελείως και η έννοια της γήρανσης να εξετάζεται με άλλο πρίσμα. Έτσι πολλά νοσήματα, που χαρακτηρίζονται σαν φυσική συνέπεια της γήρανσης, σήμερα αντιμετωπίζονται θεραπευτικά, αλλά κυρίως προληπτικά, γιατί τα περισσότερα προκαλούνται από μακρόχρονη κακή διαβίωση και άγνοια της προληπτικής αγωγής.


Βεβαίως η βαρύτητα των νοσημάτων αυτών, φθοράς όπως ονομάζονται, εξαρτάται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και βασικό ρόλο παίζει η σωστή και έγκαιρη ενημέρωση των ατόμων.²⁷

A. Προβλήματα καρδιαγγειακού συστήματος.


Οι καρδιοπάθειες αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ ειδικότερα για την τρίτη ηλικία αποτελούν περίπου το 60 % όλων των αιτίων θανάτων.


Στο κυκλοφοριακό σύστημα των ηλικιωμένων, όπως και στα υπόλοιπα συστήματα, επικρατεί πολλαπλή παθολογία. Τα καρδιακά νοσήματα στην 3^η ηλικία, εκτός της μεγάλης ατυπίας που παρουσιάζουν στην κλινική συμπτωματολογία, απαιτούν και περισσότερο χρόνο νοσηλείας. Μερικές από τις πιο συχνές παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος είναι:


 **Υπέρταση.** Σε πολλές επιδημιολογικές έρευνες τονίζεται η μεγάλη σημασία της αρτηριακής υπέρτασης, ως ένας από τους κύριους παράγοντες της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αλλά η κλινική σημασία της υπέρτασης στα ηλικιωμένα άτομα αμφισβητείται. Από μερικούς θεωρείται απαραίτητη η προοδευτική αύξησή της, ώστε να αντισταθμισθούν οι επιπτώσεις στην αιμάτωση των οργάνων, λόγω της αυξανόμενης σκλήρυνσης των αγγείων. Έτσι είναι δύσκολο να καθορίσει κανείς τα φυσιολογικά όρια της συστολικής και διαστολικής πίεσης στους υπερηλίκους. Συνήθως για τη συστολική ως ανώτατο φυσιολογικό όριο θεωρούνται τα 160 mmHg και για τη διαστολική τα 95 mmHg. Ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγχει τακτικά την πίεση του υπερηλίκου, ώστε να γίνει γνωστό το εύρος των διακυμάνσεων, αν υπάρχουν.

 **Αθηρωματοσκλήρυνση των αγγείων.** Ο άνθρωπος είναι από τα λίγα είδη του ζωικού βασιλείου, που τα αγγεία του παρουσιάζουν αθηρωματοσκλήρυνση και αυτό έχει άμεση σχέση με την υψηλή στάθμη χοληστερόλης και λιποπρωτεϊνών στο αίμα. Οι κύριες

αιτίες είναι η πλούσια σε ζωικά λίπη τροφή, η κληρονομικότητα, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η έλλειψη κίνησης.


 **Στεφανιαία νόσος.** Σχεδόν κάθε ηλικιωμένο άτομο παρουσιάζει κάποιου βαθμού αθηρωματοσκλήρυνση των στεφανιαίων αγγείων. Αυτό κλινικά εκδηλώνεται με αρρυθμίες, στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιακή συμφόρηση και έμφραγμα του μυοκαρδίου.


 **Καρδιακή ανεπάρκεια.** Οφείλεται είτε σε δυσλειτουργία του καρδιακού μυός είτε σε στένωση ή ανεπάρκεια της βαλβίδας.


 **Καρδιακές αρρυθμίες.** Η πλέον σοβαρή για τον ηλικιωμένο είναι η μαρμαρυγή των κόλπων, που είναι και η αιτία σχεδόν του 50 % των καρδιακών κάμψεων. Έκτακτες συστολές είναι αρκετά συχνές χωρίς ιδιαίτερη κλινική αξία.²⁹

B. Προβλήματα αναπνευστικού συστήματος.


Οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος έχουν ιδιαίτερη ενδιαφέρον για τους ηλικιωμένους, γιατί το σύστημα αυτό γερνά ταχύτερα από κάθε άλλο και η μείωση της λειτουργίας του έχει άμεση συνάρτηση με τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου. Οι λοιμώξεις των βρόγχων και του πνευμονικού παρεγχύματος όχι μόνο αποτελούν συχνές αιτίες θανάτου, αλλά και αιτίες σοβαρών αναπηριών. Μερικές από τις πιο συνήθη παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος στους ηλικιωμένους είναι οι εξής:

 **Βρογχοπνευμονία.** Συνήθως οφείλεται σε αναζωπύρωση παλαιών βρογχοεκτασικών εστιών. Στους υπερήλικους η βρογχοπνευμονία από εισρόφιση τροφής ή εμεσμάτων αποτελεί επίσης ένα σημαντικό μηχανισμό. Η μακροχρόνια παραμονή στο κρεβάτι, η αδυναμία του αρρώστου να βήξει, η ύπαρξη βρογχικών εκκρινμάτων, τα ηρεμιστικά και υπνωτικά φάρμακα, μυϊκές και νευρολογικές παθήσεις, ενοχοποιούνται τόσο για την έναρξη όσο και για τη διάρκεια της ειδικής αυτής λοίμωξης.

 **Χρόνια βρογχίτιδα.** Η χρόνια βρογχίτιδα και οι εξάρσεις της προκαλούν τις περισσότερες ημεραργίες μεταξύ των μεγαλύτερων ηλικιών των εργαζομένων. Η ατμοσφαιρική ρύπανση και το κάπνισμα αποτελούν δύο αιτίες που διαιωνίζουν το πρόβλημα. Είναι συχνότερη στους άνδρες σε αναλογία 3:1 περίπου.


 **Φυματίωση.** Αν και βρίσκεται γενικά σε ύφεση, οι ηλικιωμένοι είναι ακόμη θύματά της. Οι πλειοψηφία των φυματικών υπερηλίκων είναι αυτοί που ζουν μόνοι, σε άθλιες συνθήκες διαβίωσης και υποσιτιζόμενοι. Σε άλλους υπερηλίκους έχει οξεία


μορφή με αιμόπτυση και ανάπτυξη πλευρίτιδας, ενώ σε άλλους παίρνει χρόνια μορφή και μοιάζει σαν χρόνια βρογχίτιδα.

 **Οξεία βρογχίτιδα.** Είναι πολύ συχνή στα ηλικιωμένα άτομα, λόγω της μειωμένης αντίστασης στις λοιμώξεις. Εκλυτικοί παράγοντες θεωρούνται ο ψυχρός και υγρός καιρός και η ομίχλη. Προσβάλλεται αρχικά το ανώτερο τμήμα του αναπνευστικού και στη συνέχεια η λοίμωξη επεκτείνεται στην τραχεία και τους βρόγχους. Στους ηλικιωμένους είναι συνηθισμένος ο μη παραγωγικός ξηρός αρχικά βήχας και το οπισθοστερνικό άλγος.¹¹

Γ. Προβλήματα μυοσκελετικού συστήματος.

Οι υπερήλικοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στα νοσήματα των οστών και των αρθρώσεων. Τα κυριότερα από αυτά οφείλονται στη φθορά του αρθρικού χόνδρου, των οστών και των μεσοσπονδυλίων δίσκων, με παράλληλη ανάπτυξη έκτοπου οστού (οστεόφυτα).


 **Αρθρίτιδες.** Οφείλονται στη σταδιακή φθορά των αρθρικών χόνδρων. Η παθογένεια δεν είναι σαφώς γνωστή. Από κάποια αιτία η επιφανειακή στιβάδα του αρθρικού χόνδρου σπάει και το αρθρικό υγρό τον διαβρώνει, δημιουργώντας ρωγμές. Στη συνέχεια παρατηρείται εκφύλιση των χονδροκυττάρων και παραγωγή συνδετικού ιστού, που προσπαθεί να επουλώσει τη βλάβη. Παράλληλα δημιουργούνται τα οστεόφυτα. Τελικά ο αρθρικός χόνδρος εξαφανίζεται και προβάλλει το οστό. Προδιαθεσικοί παράγοντες θεωρούνται οι τραυματισμοί, οι δυσπλασίες στην κατασκευή και στην παραλληλότητα των αρθρικών επιφανειών, οι ενδοαρθρικές φλεγμονές, ορμονικοί παράγοντες και η κληρονομική προδιάθεση. Συχνότερες αρθρίτιδες είναι του ισχίου, του γόνατος, των φαλάγγων και της σπονδυλικής στήλης.


 **Οστεοπόρωση.** Η οστεοπόρωση οφείλεται στη μείωση της μάζας του οστού, με παράλληλη μείωση του αριθμού και του πάχους των οστεοδοκίδων, σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μειώνεται η αντοχή του και να προκαλούνται κατάγματα.¹³


Δ. Προβλήματα πεπτικού συστήματος.


Δεν υπάρχουν ειδικές παθήσεις του πεπτικού συστήματος για τους υπερηλίκους. Όμως μετά τις παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, αποτελούν τη συχνότερη αιτία προσέλευσης στα νοσοκομεία.

Τα πιο συχνά συμπτώματα που εμφανίζουν τα νοσήματα του συστήματος αυτού είναι η ανορεξία, η ναυτία και ο εμετός, η δυσκοιλιότητα και οι αιμορραγίες (στομάχου, απευθυσμένου). Οι συνηθέστερες παθήσεις του πεπτικού συστήματος στους ηλικιωμένους είναι:


 **Οισοφαγίτιδα από παλινδρόμηση.** Οφείλεται σε ατονία του γαστροοισοφαγικού σφιγκτήρα στο καρδιακό στόμιο.

 **Έλκος δωδεκαδακτύλου.** Η συχνότητα του έχει αυξηθεί λόγω της χρήσεως αντιφλεγμονωδών αναλγητικών φαρμάκων. Στους ηλικιωμένους η συμπτωματολογία είναι άτυπη και τα ενοχλήματα διαρκούν λίγο.

 **Καρκίνος του στομάχου.** Είναι από τις συνηθέστερες νεοπλασίες στις μεγάλες ηλικίες και αποτελεί ένα από τα συχνότερα αίτια θανάτου. Το έλκος του δωδεκαδακτύλου και ο καρκίνος του στομάχου προκαλούν συχνά αθόρυβη κατάπτωση του ηλικιωμένου και αναιμία.

 **Δυσφαγία.** Καλείται η διαταραχή του μηχανισμού της κατάποσης, λόγω βλάβης των ανατομικών οδών ή του νευρομυϊκού ελέγχου μιας ή περισσότερων φάσεων. Η φυσιολογική κατάποση εξαρτάται από το νευρομυϊκό συντονισμό της στοματικής


κοιλότητας, του φάρυγγα και του λάρυγγα, με ταυτόχρονη παύση της αναπνοής. Διακρίνεται σε τέσσερις φάσεις: προετοιμασία, στοματική φάση, φαρυγγική φάση και οισοφαγική φάση. Τα αίτια της δυσφαγίας στην τρίτη ηλικία είναι συνήθως λειτουργικής αιτιολογίας παρά εντοπισμένης ανατομικής βλάβης. Είναι συχνό πρόβλημα στη τρίτη ηλικία και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής του ατόμου.


 **Δυσκοιλιότητα.** Είναι η ελάττωση του αριθμού των κενώσεων του εντέρου κάτω από ένα όριο, κατά την κρίση του ασθενούς. Φυσιολογικά όρια από άλλους θεωρούνται 2-3 φορές την ημέρα, μέχρι 1 και κάθε 2 μέρες. Δυσκοιλιότητα όμως μπορεί να σημαίνει και απλή δυσχέρεια κενώσεως, λόγω σκληρών κοπράνων. Η κάθε μία κατάσταση απαιτεί διαφορετική αντιμετώπιση, διαιτητική ή φαρμακευτική. Η ενασχόληση του ηλικιωμένου με το θέμα αυτό εκτοπίζει κάθε άλλο στην καθημερινή ζωή και κάθε υποκειμενική ενόχληση (πονοκέφαλοι, κομμάρες, κακοδιαθεσία, κατάθλιψη) αποδίδεται σε διαταραχές της τακτικής κενώσεως.¹²

E. Προβλήματα ουροποιητικού συστήματος.

Η αιτία θανάτου σε πολλούς ηλικιωμένους μετά από γενική λοίμωξη ή μεγάλη απώλεια υγρών συνδέεται άμεσα με την αδυναμία των νεφρών να διατηρήσουν σταθερό τον όγκο και τη σύσταση του εξωκυττάριου περιβάλλοντος. Οι υπερήλικοι είναι πολύ ευαίσθητοι σε κάθε είδους shock, καρδιογενές, μικροβιακό ή ολιγαϊμικό, που οδηγεί σε ελάττωση της αιματώσεως και ουραιμία.

Τα κυριότερα κλινικά προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος των ηλικιωμένων είναι:

 **Νεφρική ανεπάρκεια.** Εκδηλώνεται στα προχωρημένα στάδια με ουραιμία. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα χαρακτηριστικά συμπτώματα, όπως κόπωση, υπνηλία, ανορεξία, ναυτία, εμετό με επακόλουθα την αφυδάτωση και την αναιμία. Έτσι θα κληθεί σύντομα ο γιατρός για τη θεραπεία είτε ο ηλικιωμένος βρίσκεται στο σπίτι είτε στο γηροκομείο.

 **Διαταραχές της λειτουργικότητας της κύστεως.** Με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζονται χαρακτηριστικές μεταβολές στην ουροδόχο κύστη: ελάττωση χωρητικότητας, αύξηση του υπολείμματος μετά την ούρησης και αύξηση των αυτομάτων συσπάσεων. Η πιο συχνή λειτουργική συνέπεια των μεταβολών αυτών είναι η νυχτερινή συχνουρία, που είναι ανάλογη με την ελάττωση της ανασταλτικής δράσεως του φλοιού του εγκεφάλου στο κέντρο της ούρησης, που βρίσκεται στην

ιερά μοίρα του νωτιαίου μυελού. Πιο προχωρημένο στάδιο δυσλειτουργίας είναι η αιφνίδια ανάγκη ούρησης. Όταν συνοδεύεται και με καύσο κατά την ούρηση υποκρύπτει λοίμωξη των ουροφόρων οδών. Ακόμη πιο προχωρημένη διαταραχή είναι η ακράτεια των ούρων. Συνήθως συνοδεύεται με άνοια. Επιβάλλεται ο μόνιμος καθετηριασμός της κύστεως.²⁷


ΣΤ. Προβλήματα νευρικού συστήματος.


Η νευρολογική εξέταση του ηλικιωμένου ασθενούς παρουσιάζει ειδικά προβλήματα λόγω των δυσχερειών στην επικοινωνία και στη συνεργασία, ενώ ο στόχος της δεν είναι μόνο η διάγνωση κάποιας βλάβης, αλλά και οι επιπτώσεις της στη ζωή του ηλικιωμένου σε σχέση με πιθανά προβλήματα κινητικότητας.


Ενώ από την κλινική εξέταση θα οδηγηθούμε στην εντόπιση της βλάβης, από το ιστορικό θα οδηγηθούμε στα αίτιά της.

Συνήθως η ξαφνική εμφάνιση νευρολογικών συμπτωμάτων υποκρύπτει κάποια αγγειακή βλάβη, ενώ η προοδευτική εμφάνισή τους κάποιο νεόπλασμα ή εκφυλιστική βλάβη. Αρκετές φορές τα νευρολογικά προβλήματα μπορεί να οφείλονται και σε κάποια φάρμακα (αναλγητικά, αντιυπερτασικά, καρδιακές γλυκοσίδες, κορτικοστεροειδή) που τυχόν παίρνει ο ηλικιωμένος.


Τα συνηθέστερα εγκεφαλικά σύνδρομα είναι:


 **Γενικευμένη αρτηριοσκλήρυνση.** Είναι συχνό σύνδρομο και εκδηλώνεται με παρκινσονισμό, απραξία, μυϊκή υπέρταση και αστάθεια. Σε επόμενα στάδια έχουμε διαταραχές της μνήμης, της κρίσης και της προσαρμοστικότητας στο περιβάλλον. Εμφανίζεται δυσκινησία και το βάδισμα γίνεται συρτό. Το σύνδρομο αυτό προδιαθέτει σε οξείες συγγυτικές καταστάσεις, αν υπάρξει μια αιφνίδια ανοξία, όπως σε αιμορραγία ή βρογχοπνευμονία.

 **Εντοπισμένη αρτηριακή ανεπάρκεια.** Καλείται και εγκεφαλικό επεισόδιο και χαρακτηρίζεται από αιφνίδια εμφάνιση χαρακτηριστικής κλινικής συμπτωματολογίας που δηλώνει τη μειωμένη αιμάτωση μιας συγκεκριμένης περιοχής του κεντρικού νευρικού συστήματος. Το 60 % περίπου των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων οφείλονται σε θρόμβωση της κρανιοεγκεφαλικής αρτηρίας, ενώ τα υπόλοιπα οφείλονται σε εγκεφαλική ή υποσκληρίδια ή υπαραχνοειδή αιμορραγία, σε φλεβική θρόμβωση ή εμβολικό επεισόδιο. Ο πιο συνηθισμένος τύπος εγκεφαλικού επεισοδίου στις μεγάλες ηλικίες είναι η ημιπληγία.


 **Νόσος του Parkinson.** Ο Παρκινσονισμός διακρίνεται στον αρτηριοσκληρωτικό και στον ιδιοπαθή. Κλινικά εμφανίζεται τρόμος, δυσκαμψία, ανέκφραστο πρόσωπο και υποκινησία.¹¹


Z. Προβλήματα ακοής.

 **Ωτοσκλήρυνση.** Είναι το συχνότερο πρόβλημα του μέσου «ωτός». Αναπτύσσεται σπογγώδης οστίτης ιστός, που ακινητοποιεί τον αναβολέα στο ωοειδές τρήμα του κοχλίου. Προσβάλλει 2 φορές συχνότερα τις γυναίκες από τους άνδρες.

 **Γεροντική κώφωση.** Είναι το πιο συχνό πρόβλημα του έσω «ωτός». Είναι απώλεια της ακοής που οφείλεται στην διεργασία της ενηλικίωσης.

H. Προβλήματα όρασης.

 **Καταρράκτης.** Αποτελεί θόλωση του υπό φυσιολογικές συνθήκες, διαυγούς κρυσταλλοειδούς φακού. Αναλόγως της εξέλιξης διακρίνεται σε αρχόμενο καταρράκτη, σε μη ώριμο καταρράκτη και προχωρημένο καταρράκτη.

 **Γλαύκωμα.** Χαρακτηρίζεται από συνδυασμό αύξησης της ενδοφθάλμιας πίεσης, αλλοίωσης της οπτικής θηλής και αλλοιώσεις από τα οπτικά πεδία. Το γλαύκωμα ταξινομείται σε χρόνιο, οξύ και δευτεροπαθή γλαύκωμα.¹⁵

Θ. Σακχαρώδης διαβήτης.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι νόσημα ιδιαίτερο συχνό κατά το γήρας. Η γενικότερη βελτίωση των υγειονομικών συνθηκών έχει σαν συνέπεια την παράταση των χρόνων ζωής του ανθρώπου, με αποτέλεσμα να έλθουν στο προσκήνιο νοσήματα που άλλοτε δεν ήταν τόσο συχνά όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Τα 64,4 από τα 1000 άτομα ηλικίας 65-74 χρονών είναι διαβητικοί (Thomas, 1976). Μπορεί επομένως να λεχθεί πως ο διαβήτης αποτελεί κατ' εξοχήν πρόβλημα των μεγαλύτερων ηλικιών και κυρίως των υπερηλίκων (βλέπε πίνακα 1, Rfeiffer, 1971).

Ηλικία	Αριθμός περιπτώσεων	% κατά δεκαετία
0-10	39	1,5
10-20	94	3,7
20-30	111	4,4
30-40	164	6,5
40-50	363	14,4
50-60	645	25,6
60-70	646	25,6
70-80	344	13,6
80-90	116	4,6
Σύνολο	2522	

Πίνακας 1: Συχνότητα Σακχαρώδη Διαβήτη σε Σχέση με την Ηλικία.

Συνήθως, αλλά όχι πάντα, ο διαβήτης που εμφανίζεται σε μεγάλη ηλικία δεν είναι ινσουλινο-εξαρτώμενος. Πρόκειται κυρίως για παχύσαρκα άτομα με ήπιο διαβήτη που αντιδρούν επιτυχώς στη δίαιτα μόνο ή και στη χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων. Πρέπει όμως να τονισθεί πως σε λοιμώξεις ή τραυματισμούς ή εγχειρήσεις απαιτείται πολύ συχνά ινσουλίνη, χωρίς την οποία γίνεται μεγάλη εκτροπή του διαβήτη. Οι ηλικιωμένοι διαβητικοί είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση υπεργλυκαιμικού διαβητικού κώματος κάτω από ορισμένες συνθήκες.

Μια άλλη σημαντική ιδιομορφία του υπερήλικα διαβητικού είναι ότι δύσκολα εμφανίζει γλυκοζουρία και όταν ακόμη το σάκχαρο αίματος είναι σχετικά υψηλό π.χ 2,5 g 0/100. Αυτό αποτελεί δυσκολία για την εκτίμηση της πορείας του διαβήτη.

Η υπογλυκαιμία, επακόλουθο της ινσουλίνης, στους ηλικιωμένους δεν εκδηλώνεται πάντοτε με τα γνωστά τυπικά συμπτώματα, παρουσιάζει συμπτώματα του τύπου της διανοητικής σύγχυσης ή ακόμη και νευρολογικά σύνδρομα που μοιάζουν με εγκεφαλικά επεισόδια. Προδιαθεσικοί παράγοντες του σακχαρώδη διαβήτη στα ηλικιωμένα άτομα είναι: παχυσαρκία, γενετική προδιάθεση, λοιμώξεις, σοβαρή διανοητική οδύνη, χειρουργική επέμβαση, χρήση διαβητογενετικών φαρμάκων όπως thiazides, cortisone, και παρατεταμένη ανάπαυση στο κρεβάτι²³.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.

Τα πολλαπλά χρόνια νοσήματα, σε συνδυασμό και με την φυσιολογική φθορά της διεργασίας του γήρατος, είναι οι κυριότεροι αποσταθεροποιητικοί παράγοντες της ομοιοστάσεως 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. Στην συνέχεια θα αναφερθούμε στα πιο κοινά προβλήματα που συναντώνται στους ηλικιωμένους και οι παρεμβάσεις που μπορεί να προσφέρει ο νοσηλευτής για την διατήρηση και την προαγωγή της υγείας τους.⁶

A. Προβλήματα υγείας:

i. Ύπνος.

τήρηση ενός κανονικού προγράμματος ύπνου είναι σημαντικό στην μεγάλη ηλικία. Οι απαιτήσεις σε ύπνο μειώνονται με την ηλικία, δεν υπάρχει λοιπόν κανένας λόγος ανησυχίας όταν ο ύπνος διαρκεί λιγότερο ή διακόπτεται συχνότερα από ότι συνέβαινε σε νεαρότερη ηλικία. Αυτό είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο και δεν πρέπει να προσπαθήσει κανείς να το αλλάξει παίρνοντας υπνωτικά φάρμακα. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να θυμούνται ότι το κλειδί για το καλό ύπνο το βράδυ είναι να περνούν δραστήρια την ημέρα τους. Αν κουραστούν με υγιεινό τρόπο, το σώμα τους μπορεί να χρησιμοποιήσει την νύχτα για να αποκαταστήσει μόνο του την ισορροπία της φυσιολογίας, χωρίς την ανάγκη φαρμάκων.²¹

Σε συχνότητα περίπου 30 % όμως, άτομα άνω των 65 ετών πάσχουν από αϋπνία. Ο ύπνος τους συχνά διακόπτεται 4-6 φορές και δεν είναι σταθερός, γιατί μεταβάλλονται οι φάσεις του, που φυσιολογικά κρατάνε 90 λεπτά περίπου. Όσοι παίρνουν υπνωτικά φάρμακα, φυσικά δεν έχουν δυσκολία στον ύπνο, όταν όμως τα διακόψουν έχουν αϋπνία. Αυτό δείχνει πως η χρόνια χρήση υπνωτικών προκαλεί εξάρτηση. Ίσως η βαθμιαία διακοπή της λήψης τους ξαναφέρει τον φυσιολογικό ύπνο.¹¹

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.

Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος, με κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία και με καλό αερισμό και χαμηλό φωτισμό. Η καθαρή και ασφαλής κλινοστρωμένη και η προσεγμένη ατομική υγιεινή προάγουν την ευεξία και προδιαθέτουν το άτομο για ύπνο. Διευρενούνται πιθανές ψυχολογικές αιτίες, όπως άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη και αντιμετωπίζονται με την ανάπτυξη σχέσεως μεταξύ νοσηλευτή-ηλικιωμένου και θετικής διαπροσωπικής επικοινωνίας. Όταν εντοπιστούν βιολογικές ανάγκες, όπως πείνα, δίψα, πόνος καλύπτονται. Η δυσλειτουργία του εντέρου και τις κύστης, άλλοτε με τη μορφή της δυσκοιλιότητας και της επίσχεσης των ούρων και άλλοτε με την μορφή της ακράτειας, δημιουργούν ή επιτείνουν το υπάρχον πρόβλημα της αϋπνίας. Ο έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου και της κύστεως έχει μεγάλη σημασία για την εξασφάλιση του ύπνου.¹⁰

Στο σχεδιασμό του νοσηλευτικού προγράμματος, εκτός από τη συμμετοχή του ηλικιωμένου, η συνεργασία νοσηλευτών-συγγενών για την κατάρτιση του προγράμματος είναι ζωτικής σημασίας, επειδή σε τελική ανάλυση. Όταν ο ηλικιωμένος ζει μόνος του, αυτοί θα εφαρμόσουν το πρόγραμμα.(πίνακας 1.)⁶

Πίνακας 1

<ul style="list-style-type: none">• Βοηθείστε τον ηλικιωμένο να μειώσει τις δραστηριότητες πριν από τον ύπνο.• Προγραμματίστε τις ημερήσιες δραστηριότητες. Η φυσική και η πνευματική δραστηριότητα προάγουν τον ύπνο, ενώ η υπερβολική δραστηριότητα τον αναστέλλει.
<ul style="list-style-type: none">• Αποφύγετε την κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών πριν από τον ύπνο. Μικρή ποσότητα προάγει τον ύπνο, η κατάχρηση οδηγεί στο αντίθετο αποτέλεσμα.
<ul style="list-style-type: none">• Προγραμματίστε τον ύπνο της ημέρας ώστε να μην είναι παρατεταμένος.
<ul style="list-style-type: none">• Παροτρύνεται τον ηλικιωμένο να καθιερώσει σταθερή ώρα νυχτερινού ύπνου.
<ul style="list-style-type: none">• Προγραμματίστε τη χορήγηση του δείπνου αρκετή ώρα πριν τη κατάκλιση.
<ul style="list-style-type: none">• Προσθέστε σε κάθε γεύμα τυρί και ένα ποτήρι ζεστό γάλα. Η τρυτοφάνη που περιέχεται στα προϊόντα αυτά προάγει τον ύπνο.
<ul style="list-style-type: none">• Βεβαιωθείτε ότι το γεύμα δεν είναι πολύ βαρύ. Τα δυσπεπτικά ενοχλήματα εμποδίζουν τον ύπνο.
<ul style="list-style-type: none">• Υγρά όπως νερό, πορτοκαλάδες κ.α χορηγούνται 2-3 ώρες πριν τον ύπνο. Η πληρότητα της κύστης κρατάει τον ηλικιωμένο ξάγρυπνο.
<ul style="list-style-type: none">• Ρυθμίστε την ποσότητα της τροφής και των υγρών, ώστε να μην αισθάνεται ο ηλικιωμένος το αίσθημα της πείνας και της δίψας, διότι και τα δύο εμποδίζουν τον ύπνο.
<ul style="list-style-type: none">• Εξασφαλίστε κατάλληλες περιβαλλοντολογικές συνθήκες όπως καθαρή και αναπνευστική κλίμα, κατάλληλη θερμοκρασία, ελάχιστος φωτισμός, καθόλου θόρυβος κ.α
<ul style="list-style-type: none">• Σε περίπτωση που η άπνία επιμένει συμβουλευτείτε το γιατρό.

ii. **Κ**
α
τ
α
κ
λ
ί
σ
ε

ις.

Παρά την ανάπτυξη των ιατρικών γνώσεων και την πρόοδο της νοσοκομειακής τεχνολογίας, οι κατακλίσεις παραμένουν σύνθετο πρόβλημα, με σοβαρές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για τον άνθρωπο. Ως κατάκλιση ορίζεται η κυτταρική νέκρωση του δέρματος λόγω διακοπής μικροκυκλοφορίας στους

ιστούς της περιοχής, καταστροφή της περιοχής του δέρματος που προκαλείται από πίεση, τριβή ή και συνδυασμό των δύο.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που προδιαθέτουν την ανάπτυξη κατακλίσεων σε άτομα τρίτης ηλικίας. Οι παράγοντες αυτοί χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) ενδογενείς και β) εξωγενείς.

α) Ενδογενείς.

1. Σωματική διάπλαση (παχύς, ισχνός).
2. Ακράτεια ούρων-κοπράνων.
3. Νόσοι του κυκλοφοριακού.
4. Νόσοι του νευρικού συστήματος.
5. Λοιμώξεις.
6. Μειωμένη κινητικότητα.
7. Αφυδάτωση.
8. Ανεπαρκή διατροφή.
9. Σύγχυση, άνοια.
10. Ηλικία.
11. Ύπνος.

β) Εξωγενείς.

1. Κακώσεις κατά την μετακίνηση κλινήρους ασθενούς.
2. Στάση, θέση κατάκοιτου ασθενούς.
3. Πλημμελής ατομική υγιεινή.
4. Πτυχές στα λευχίματα του κατάκοιτου ασθενούς.

5. Υγρασία.
6. Τριβή.
7. Ολίσθηση.
8. Περιορισμός κινητικότητας ασθενούς από εξωτερικά αίτια.
9. Φαρμακευτική αγωγή.
10. Κατάκοιτοι ασθενείς.
11. Πίεση.²²

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις – πρόληψη κατακλίσεων.

Τα προληπτικά μέτρα εφαρμόζονται σε άτομα που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για πρόκληση κατάκλισης, για αυτό το πρώτο μέτρο πρέπει να είναι η αντιμετώπιση αυτών των ατόμων. Τα κυριότερα προληπτικά μέτρα είναι:

- Συχνό γύρισμα, προσεκτικό σήκωμα και κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.
- Διατήρηση καλής υγιεινής , αποφυγή υψηλής θερμοκρασίας, υγρασίας και επάλειψη του δέρματος με διάφορες ελαιώδεις ουσίες.
- Επαρκής θρέψη, ισορροπημένη διατροφή που να καλύπτει όλες τις ανάγκες του οργανισμού.
- Υποστηρικτικά συστήματα ανακούφισης της πίεσεως όπως ειδικά στρώματα αέρος ή με αφρώδες υλικό και εφοδιασμένα με ειδικές συσκευές ανακατανομής του βάρους σώματος και το έλεγχο της πίεσεως.
- Προστασία του ασθενούς από λοιμώξεις και υποστήριξη του αμυντικού συστήματος.

- Συχνός εργαστηριακός έλεγχος και διόρθωση των ελλειμμάτων.
- Συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας και των συγγενών του αρρώστου για το σχεδιασμό της φροντίδας του.⁶

iii. Προβλήματα σφιγκτήρων κύστεως και εντέρου.

Ακράτεια ούρων ή κοπράνων καλείται η κατάσταση εκείνη που το άτομο δεν είναι ικανό να ελέγξει με τη βούλησή του την ούρηση ή την αφόδευση. Με την προϋπόθεση βέβαια ότι το άτομο δεν λαμβάνει ισχυρά υπνωτικά ή άλλα ψυχοφάρμακα και όταν νοιώθει την ανάγκη και είναι καθηλωμένος να του προσφέρεται το ανάλογο μέσο.

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ.

Επίσημα έχουν αναγνωρισθεί τα ακόλουθα είδη ακράτειας:

- I. Επείγουσα ούρηση.
- II. Ακράτεια ούρων λόγω stress.
- III. Μικτός τύπος ακράτειας ούρων.
- IV. Λειτουργικός τύπος ακράτειας .
- V. Ακράτεια εξ υπερπληρώσεως.¹¹

Αναφέρονται κοινές αιτίες που συμβάλλουν ή ευθύνονται για την εμφάνιση προσωρινής αναστρέψιμης ακράτειας ούρων:

- Συγχυτικές καταστάσεις ή delirium.
- Συμπτωματική ουρολοίμωξη.
- Ατροφική ουρηθρίτιδα ή κολπίτιδα.
- Φάρμακα όπως ηρεμιστικά, διουρητικά, αντιχολινεργικά, αντισπασμωδικά, αντιδιαρροϊκά, αντικαταθλιπτικά, αντιπαρκινσονικά, αντιαρρυθμικά, οπιοειδή, κ.α.
- Ψυχολογικές διαταραχές ειδικά η κατάθλιψη.

- Ενδοκρινικές διαταραχές όπως υπερκαλιαιμία ή υπεργλυκαιμία.
- Περιορισμένη κινητικότητα.

Όταν το κώλυμα αρθεί, η κύστη επανέρχεται στην κανονική της λειτουργία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

- Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις στρέφονται στην άρση του αιτίου.
- Ενθαρρύνεται ο ηλικιωμένος να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό.
- Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφοράς και ποιο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.
- Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πυέλου και με τη χρησιμοποίησης προς το τέλος και της συσκευής της βιοεπανατροφοδότησης του Kegel. Συνεχίζονται με τη επανεκπαίδευση της κύστεως με την αναχαίτιση του αισθήματος για ούρηση.
- Τελικά όταν τα αναφερόμενα μέσα δεν αποβούν αποτελεσματικά, τότε τοποθετείται εξωτερικός ή εσωτερικός καθετήρας κύστεως Folley μόνιμως. Το μέτρο αυτό χρησιμοποιείται εφόσον αποκλείεται η χειρουργική παρέμβαση ή ο διακεκομμένος καθετηριασμός. Η τοποθέτηση καθετήρα κύστεως σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη ουρολοιμώξεων.¹¹
- **ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ.**

Η ακράτεια κοπράνων μπορεί να συμβεί σε άτομα με οργανικές νευρικές μεταβολές, όπως διαταραχή της νευρώσεως του ορθού, μείωση του αισθήματος πληρότητας του

εξωτερικού σφιγκτήρα, αύξηση της ευερεθιστικότητας του εξωτερικού σφιγκτήρα, μείωση του τόνου των μυών και απώλεια ελέγχου του εγκεφαλικού φλοιού. Τοπικά αίτια μπορεί να είναι: διάφορες φλεγμονές όπως κολίτιδα, η εκκολπωματίτιδα, τα νεοπλάσματα, η πρόπτωση δακτυλίου, η σύσταση των κοπράνων. Ορισμένοι ασθενείς λόγω της μεγάλης εξασθένησης που αισθάνονται, αδυνατούν να ασκήσουν έλεγχο κατά του αντανακλαστικού του σφιγκτήρα. Όμως η πιο κοινή αιτία της ακράτειας των κοπράνων είναι η δυσκοιλιότητα με κοπρόσταση στον αυλό του πρωκτού.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Κύριος αντικειμενικός σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για τη διευθέτηση της δυσκοιλιότητας είναι η εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενο του και η επαναφορά του στις φυσιολογικές συνήθειες αφοδεύσεως.

Νοσηλευτικά μέτρα που αποβλέπουν στη διευθέτηση του προβλήματος της δυσκοιλιότητας είναι:

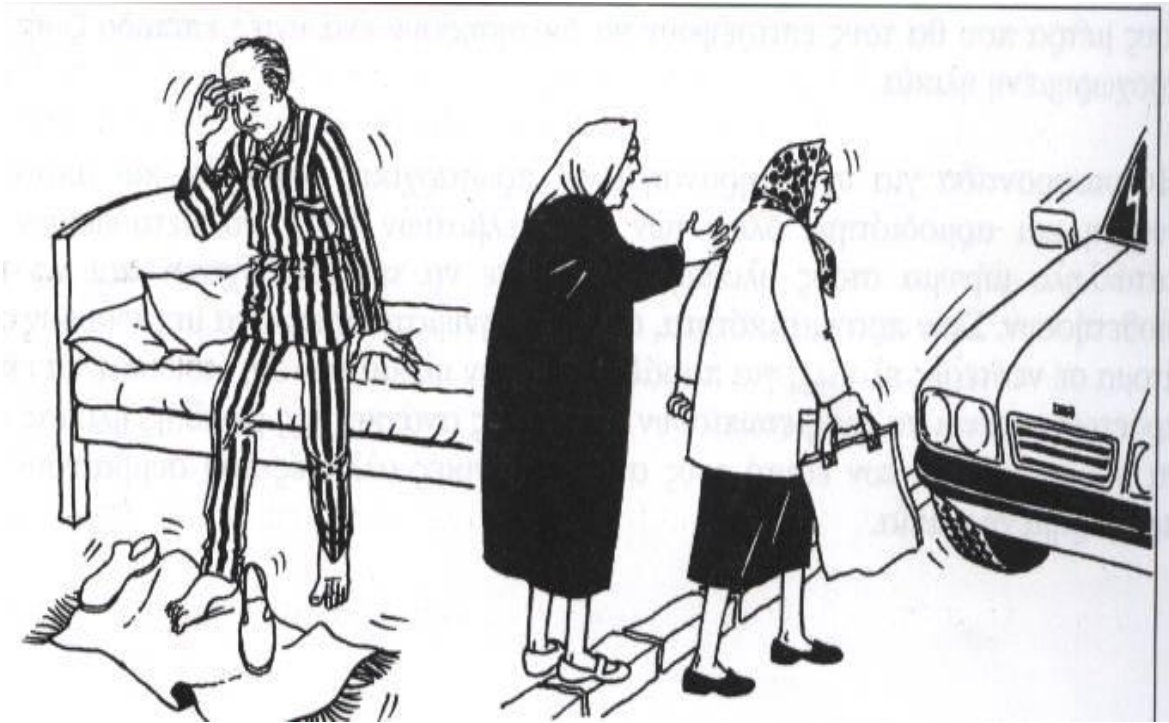
- Ενθάρρυνση του ηλικιωμένου για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.
- Προτροπή για πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών.
- Έλεγχος των χορηγούμενων φαρμάκων που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- Διδασκαλία σχετική με την κατάχρηση των υπνωτικών.
- Καθιέρωση προγράμματος ασκήσεων.
- Διευθέτηση ψυχολογικών προβλημάτων.

B. Πτώσεις – ατυχήματα.

Οι πτώσεις είναι από τα πιο κοινά, ίσως τα πιο συχνά ατυχήματα που συμβαίνουν στους ανθρώπους και ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα. Αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία σε συνδυασμό κα με ένα μεγάλο αριθμό μεταβολών που σχετίζονται με τη διεργασία του γήρατος, εννοούν την επέλευση των πτώσεων. Ορισμένες φορές μια πτώση μπορεί να υποδηλώνει σημείο αρχόμενης νόσου ή εκδήλωση προϋπάρχουσας νοσηρής κατάστασης.¹¹

Οι εκφυλιστικές παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και ιδιαίτερα των αρθρώσεων, αλλά και τα προβλήματα από το νευρικό σύστημα, οδηγούν τους ηλικιωμένους σε ατυχήματα πολύ συχνά.

Η γενική μυϊκή αδυναμία προκαλεί μεταβολή στον τρόπο βάδισης και ο ηλικιωμένος δυσκολεύεται να σηκώσει σωστά τα πόδια του και σκοντάφτει εύκολα. Τα περισσότερα ατυχήματα γίνονται όταν προσπαθούν να σηκωθούν από το κρεβάτι και ακολουθούν αυτά που λόγω της ολισθηρότητας του δαπέδου, κυρίως στην τουαλέτα, πτώσεις από την κυλιόμενη πολυθρόνα και πτώσεις όταν προσπαθούν να πιάσουν κάτι από την ντουλάπα. Στα τροχαία ατυχήματα έξω από το σπίτι, επιπλέον προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ακοή και η όραση.



Τα κατάγματα του ανώτερου τμήματος του μηριαίου οστού είναι από τα πιο συχνά ατυχήματα. Η κάκωση αυτή έχει πολύ κακή πρόγνωση και το ποσοστό θανάτου φθάνει μέχρι και το 30 %.¹⁰

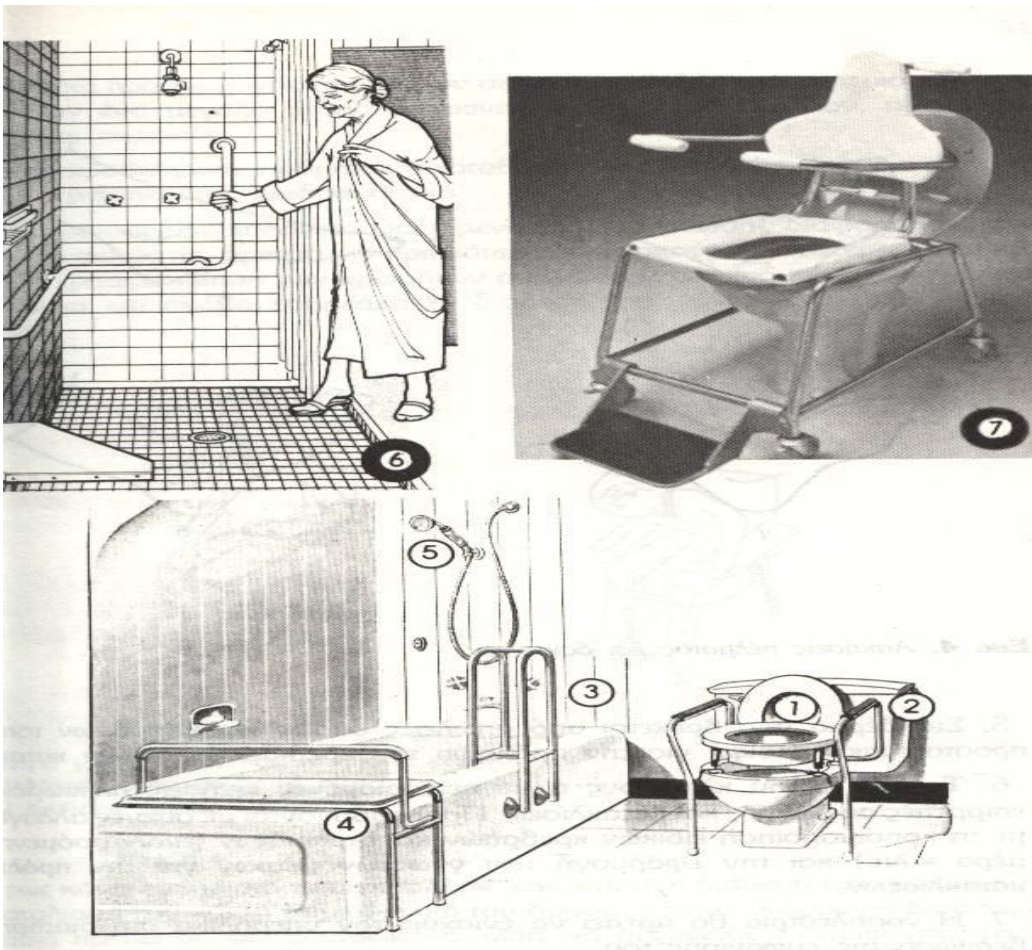
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Το κέντρο βάρους των νοσηλευτικών παρεμβάσεων πρέπει να εντοπισθεί στην πρόληψη των ατυχημάτων. Αυτό περιλαμβάνει τα πιο κάτω:

- Εξακρίβωση επικίνδυνων παραγόντων που υπάρχουν στο περιβάλλον του σπιτιού του ηλικιωμένου.
- Εξασφάλισε κατάλληλες χειρολαβές σε μέρη που χρειάζεται επιπρόσθετη βοήθεια π.χ λουτρό, σκάλες.
- Επαρκείς φωτισμός στο οίκημα που ζει ο ηλικιωμένος ειδικότερα στο τέλος της σκάλας κ.τ.λ.

- Σήκωσε όλα τα επιπρόσθετα χαλιά από το δάπεδο και χρησιμοποίησε μόνο μόνιμα (σταθερά στο δάπεδο).
- Περιορίσε τη χρήση του παρκέ (γυάλισμα δαπέδου).
- Απομάκρυνε από το δάπεδο τα μικρά αντικείμενα όπως σκαμνάκια, καλάθια αχρήστων κ.α.
- Ενίσχυσε τη χρησιμοποίηση παπουτσιών με ανώμαλες σόλες.
- Ενίσχυσε τη χρησιμοποίηση μπαστουνιού. Όταν το έδαφος είναι παγωμένο και γλιστερό, το άκρο του μπαστουνιού να είναι αιχμηρό ώστε να μπαίνει μέσα στο πάγο. Για τις άλλες επιφάνειες το άκρο του μπαστουνιού να καλύπτεται με λαστιχένια θήκη.
- Ενίσχυσε τον ηλικιωμένο να αποφεύγει να κυκλοφορεί σε χιόνι και πάγο.
- Παρότρυνε τους ηλικιωμένους να έχουν στη διάθεσή τους περισσότερο χρόνο από αυτόν που συνήθως χρειάζονται για μια δραστηριότητα π.χ ντύσιμο, για να περιορίζεται η ανάγκη να βιαστούν, προκειμένου να την πραγματοποιήσουν.
- Εάν η οδήγηση αυτοκινήτου είναι απαραίτητη, βεβαιώσου ότι έχει κάνει έλεγχο όρασης. Η οδήγηση αυτοκινήτου πρέπει να αποφεύγεται, γιατί δημιουργεί μεγάλη ένταση.
- Επειδή στα ηλικιωμένα άτομα διαφοροποιείται η αίσθηση του ζεστού, πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα τη χρήση ζεστών όπως θερμοφόρα κ.α. ή την έκθεση στο κρύο.
- Διατηρήστε το βάρος του σώματος στα φυσιολογικά όρια.

- Οργανώστε ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων για την ενίσχυση της φυσικής άσκησης.
- Χρησιμοποιήστε νοσοκομειακά ή χαμηλά κρεβάτια και τοποθετήστε σε αυτά τα πλαίσια κάγκελα (περιορισμούς) όταν χρειάζεται.
- Οι συνθήκες του σπιτιού που μένει ο υπερήλικας (πλατιές σκάλες, ασφάλεια μαγειρικών συσκευών, μέσα θέρμανσης του περιβάλλοντος και γενικά η ασφάλεια του κτιρίου) πρέπει να εκτιμηθούν και να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές που θα προστατεύσουν τον ηλικιωμένο από ατυχήματα.⁷



Γ. Ψυχοδιανοητικά προβλήματα.

I. Κατάθλιψη

Η γερωντική κατάθλιψη σε σύγκριση με εκείνη των νεότερων ηλικιών είναι πτωχότερη στη έκφραση του καταθλιπτικού συναισθήματος και ενοχών και εκφράζεται συνήθως με υποχονδριακά παράπονα. Οι περισσότερες καταθλίψεις είναι αντιδραστικού τύπου και οφείλονται στους ποικίλους «τραυματισμούς» που δέχονται τα άτομα σε αυτή την ηλικία. Η αυτοκτονία των μελαγχολικών ηλικιωμένων είναι συχνότερη και επιτυχέστερη από εκείνη κάθε άλλης ηλικίας. Η κατάθλιψη γίνεται συχνότερη με την πάροδο της ηλικίας, με τη χειροτέρευση της σωματικής υγείας και μετά από αποτυχημένη κοινωνική ένταξη του ατόμου.²⁴

Η συμπτωματολογία της κατάθλιψης περιλαμβάνει:

- Συναίσθημα καταθλιπτικό, μέχρι έντονη δυσφορία με ανησυχία.
- Απώλεια ενδιαφερόντων.
- Απώλεια ευχαρίστησης.
- Μειωμένη ενεργητικότητα, μέχρι του σημείου η ψυχοκινητική επιβράδυνση να αποτελεί το προεξάρχον σύμπτωμα.
- Περιορισμένη δραστηριότητα, μέχρι αδυναμίας συνέχισης συνήθων δραστηριοτήτων.
- Εύκολη κόπωση.
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση.
- Μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους.

- Απαισιοδοξία για το μέλλον.
- Μείωση της προσοχής και συγκέντρωσης.
- Μείωση της όρεξης.
- Διαταραχή του ύπνου.
- Ιδέες ενοχής.
- Ιδέες αναξιότητας.
- Σκέψεις ή και πράξεις αυτοκτονίας.²⁵

Συχνότερα εκλυτικά αίτια της κατάθλιψης του ηλικιωμένου είναι η συνταξιοδότηση, η χηρεία, η κακή υγεία του ίδιου ή στενού συγγενούς, η αστοργία των παιδιών ή της συζύγου, οι αντίξοες συνθήκες κατοικίας και οι οικονομικές δυσχέρειες.²⁶

II. Άνοια.

Η άνοια είναι μια επίκτητη και μη ανατάξιμη διαταραχή διαφόρων ανωτέρων λειτουργιών του κεντρικού νευρικού συστήματος, ιδιαίτερα των νοητικών λειτουργιών (λόγος, μνήμη, γνωστικές λειτουργίες) και συνδέεται με εκφυλιστικές αγγειακές διαταραχές, λοιμώξεις, τραυματισμούς και νεοπλάσματα. Ο ασθενής χειροτερεύει σταδιακά και παρατηρούνται διαταραχές στη συμπεριφορά του και στις σχέσεις του με το περιβάλλον. Τελικά οδηγείται σε κοινωνική απομόνωση.

Οι άνοιες διακρίνονται στην απλή γεροντική ή εκφυλιστική, στη προγεροντική νόσο του Alzheimer, στη γεροντική νόσο του Alzheimer, και στην πολυεμφραγματική άνοια.²⁷

Τα κυριότερα συμπτώματα της άνοιας είναι τα εξής:

- Επιθετικότητα.

- Διαταραχές μνήμης.
- Ψυχωτικές αντιδράσεις.
- Ακράτεια .
- Ψευδείς κατηγορίες.
- Υποψίες.
- Προβλήματα καθαριότητας.
- Απουσία επαφής.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη και άνοια.

Ο νοσηλευτής πρέπει να μεταδώσει σε όλους τους ενδιαφερόμενους ότι η κατάθλιψη , η πιο συχνή ψυχική διαταραχή των ηλικιωμένων, συχνά προέρχεται από την κοινωνική απομόνωση που αισθάνονται οι ηλικιωμένοι. Πρέπει ακόμη να εξασφαλίσει ότι η οικογένεια, οι φίλοι και οι συγγενείς βοηθούν τους ηλικιωμένους να ξεπεράσουν την απομόνωσή τους. Έχει παρατηρηθεί ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν με την οικογένειά τους παρουσιάζουν λιγότερα συχνά κατάθλιψη σε σχέση με αυτούς που μένουν σε γηροκομεία ή ιδρύματα.

Επιπλέον, θα πρέπει ο νοσηλευτής να «σπρώχνουν» στην αντιμετώπιση κάποιας σωματικής νόσου, επειδή αυτό θα έχει ευεργετικά αποτελέσματα και στην ψυχική διαταραχή.

Ακόμη, πρέπει να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες π.χ σε ΚΑΠΗ ή σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας παιδιών, όπου θα μπορούσαν να απασχολούνται δημιουργικά ή να είναι χρήσιμοι ως ανθρώπινο δυναμικό με ταυτόχρονο όφελος της πρόληψης της κατάθλιψης.

Ένας επιπλέον ρόλος του νοσηλευτή είναι να εντοπίσει τους ηλικιωμένους εκείνους που παρουσιάζουν συμπτώματα μιας πιθανής ψυχικής διαταραχής –νοθρότητα, απάθεια, ανησυχία, ταραχή και διαταραγμένη συμπεριφορά . Τα άτομα αυτά πρέπει να τα παραπέμψει σε ειδικό γιατρό για να τεθεί η σωστή διάγνωση.

Αν ο ηλικιωμένος παρουσιάζει συμπτώματα που προϊδεάζουν για άνοια, ο νοσηλευτής πρέπει να μεριμνήσει ώστε το άτομο αυτό να εξεταστεί σε κατάλληλο ιστορικό κέντρο προκειμένου να ληφθούν μέτρα για την αντιμετώπιση του προβλήματός του.⁴



Δ. Κοινωνικοοικονομικά προβλήματα

Το πρόβλημα της συνταξιοδότησης.

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 ηλικίας ή χρόνια υπηρεσίας. Κι έτσι παρατηρείται καθημερινά το παράδοξο φαινόμενο άτομα ικανά, γεμάτα σφρίγος να είναι συνταξιούχοι. Είναι αναμφισβήτητα φοβερό τη μια μέρα να είναι κανείς στο περιβάλλον του απαραίτητος, να ζητιέται η γνώμη του από συναδέλφους και συνεργάτες του και ξαφνικά από την άλλη μέρα να έχει αντικατασταθεί από άλλον και αυτός να βρίσκεται σε μια νέα τόσο σκληρή πραγματικότητα, στο περιθώριο της ζωής.

Έτσι εμφανίζεται το ερώτημα: πως περνούν τον καιρό τους οι άνθρωποι αυτοί; Διατηρούν δραστηριότητες, ώστε να μην μεταπέσουν από την περίοδο της έντονης δράσης στην περίοδο της ανενεργούς ζωής;²⁸

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

Αυτές είναι:

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

- **Η εγγύς φάση.** Όταν πλησιάζει η συνταξιοδότηση ο υποψήφιος συνταξιούχος αρχίζει να προετοιμάζεται για την απομάκρυνση από την εργασία. Ταυτόχρονα οραματίζεται το ρόλο του σαν συνταξιούχος.
- **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.α.) δεν του επιτρέπουν να τα πραγματοποιήσει και οδηγείται σε ένα μονότονο τρόπο ζωής.
- **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 ως συνταξιούχος.
- **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.
- **Η φάση της σταθερότητας.** Το άτομο κατανόησε το ρόλο του σαν συνταξιούχος. Αυτό του προσφέρει τη βάση για να αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα στη ζωή. Μερικοί φθάνουν σε αυτή την φάση απευθείας από την φάση του μήνα του μέλιτος και μερικοί δεν την φθάνουν ποτέ.
- **Η φάση του τέλους.** Στην φάση αυτή το άτομο είναι δυνατόν είτε να αναπτύξει καινούργιο ρόλο με νέα εργασιακή απασχόληση, είτε από μια αρρώστια ή αναπηρία να γίνει εξαρτημένο από το άμεσο του περιβάλλον.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διάρκεια της κάθε φάσης που περνά το άτομο που συνταξιοδοτείται, είναι ουσιαστικές. Ο νοσηλευτής πρέπει να ανακαλύπτει πως προσωπικά τοποθετείται ο κάθε ηλικιωμένος ως προς την συνταξιοδότηση. Τέτοιες ανακαλύψεις τον οδηγούν σε αναθεωρήσεις της ζωής και του νοήματός 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 την συνταξιοδότηση.²⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

Η ποιότητα της ζωής και η μακροβιότητα του ατόμου βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με τις διατροφικές συνήθειές του. Ωστόσο οι ανάγκες σε θρεπτικές ουσίες διαφοροποιούνται και ποικίλουν από το ένα άτομο στ άλλο, ανάλογα με το φύλο, τη σωματική διάπλαση καθώς κα με την ηλικία. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διατροφή στη τρίτη ηλικία καθώς τότε πραγματοποιούνται λειτουργικές μεταβολές στον οργανισμό που επηρεάζονται τόσο από εσωτερικούς (μείωση της άλιπης μάζας, μείωση της λειτουργικής απόδοσης των συστημάτων, μείωση της φυσικής δραστηριότητας), όσο και από εξωτερικούς παράγοντες (περιορισμένες οικονομικές απολαβές, διαβίωση σε ιδρύματα, αδυναμία κινήσεων λόγω εκφυλιστικών παθήσεων, έκπτωση της λειτουργικότητας των αισθητήριων οργάνων, καταθλιπτική τάση), και επιδρούν άμεσα στις διατροφικές απαιτήσεις του ηλικιωμένου ατόμου και ειδικότερα στην απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών της τροφής (υδατάνθρακες, λιπίδια, πρωτεΐνες, βιταμίνες, ανόργανα άλατα, νερό).

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. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι θερμιδικές προσλήψεις στη δεκαετία 60-70 ετών πρέπει να είναι μειωμένες κατά 20% συγκριτικά με εκείνες των 25 ετών, και στις ηλικίες άνω των 70 ετών μειωμένες κατά 30%. Αυτό σημαίνει, για την τρίτη ηλικία, πρόσληψη 1800 έως 2200 θερμίδων την ημέρα.¹⁰

Η σύνθεση του διαιτολογίου στους γέροντες πρέπει να βασίζεται στην ποικιλία και να περιλαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά. Η αναλογία υδατανθράκων πρέπει να είναι 50-55%, πρωτεϊνών 15% και λιπών 30-35%, όπως και στους ενήλικους. Ειδική έμφαση πρέπει να δοθεί στα μικρά συχνά γεύματα, στα φρέσκα φρούτα και λαχανικά, στο φρέσκο γάλα και στην αποφυγή ζάχαρης και μαγειρικού αλάτος. Η δίαιτα πρέπει οπωσδήποτε να περιλαμβάνει 4-8 ποτήρια υγρών την ημέρα, όπως νερό, τσάι, χυμοί, σούπες κ.λπ. Αυτά όλα για τους υγιείς γέροντες, ενώ σε αυτούς που πάσχουν από κάποιο νόσημα, οι οδηγίες του θεράποντα γιατρού θα δώσουν τις κατευθύνσεις.⁷



Η διατροφική ανεπάρκεια στους υπερήλικους είναι δυνατόν να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, που διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς.

A. Πρωτοπαθείς παράγοντες:

- i. **Άγνοια:** Αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες αιτίες, γιατί οι κακές διατροφικές συνήθειες διαμορφώνονται σε νεότερες ηλικίες και επιτείνονται κατά το γήρας. Ειδικά στους χήρους η εικόνα είναι πιο δραματική, όχι μόνο λόγω της άγνοιας παρασκευής του φαγητού, αλλά και των αναγκών τους.
- ii. **Κοινωνική απομόνωση:** Όταν ένας ηλικιωμένος ζεί μόνος, τα γεύματα χάνουν την κοινωνική τους διάσταση και χάνεται το ενδιαφέρον για φαγητό μέχρι πλήρους αδιαφορίας. Μερικές φορές και τα κύρια γεύματά τους αποτελούνται από πρόχειρα φαγητά.
- iii. **Φυσική ικανότητα:** Τα χαλασμένα δόντια, η έλλειψη δοντιών και οι ακατάλληλες οδοντοστοιχίες είναι συνηθισμένα αίτια κακής διατροφής. Επίσης η αρθρίτιδα, η κακή όραση και ακοή, προκαλούν δυσκολίες στη μετακίνηση του γέροντα για αγορά τροφίμων.
- iv. **Ψυχικές και διανοητικές διαταραχές:** Η άνοια, η κατάθλιψη και άλλα ψυχοσύνδρομα προκαλούν αδιαφορία για τη λήψη της τροφής.
- v. **Ιατρικά αίτια:** Συχνά διατροφικές ανεπάρκειες οφείλονται σε εσφαλμένες συμβουλές ή στην έλλειψη ενδιαφέροντος για τη διατροφή των νοσηλευόμενων ασθενών.
- vi. **Φτώχεια:** Με τη συνταξιοδότηση το εισόδημα περιορίζεται και οι ηλικιωμένοι αναγκάζονται να προμηθεύονται φθηνά τρόφιμα και να τα αποθηκεύουν για χρονικά διαστήματα μεγαλύτερα από αυτά που συνιστώνται. Έτσι τα γεύματά τους γίνονται μονότονα, άνοστα και άγευστα.⁴

B. Δευτεροπαθείς παράγοντες:

- i. Ελαττωμένη όρεξη: Συνήθως οφείλεται σε ψυχολογικούς, αλλά εμφανίζεται και όταν τα γεύματα καταλήξουν να είναι μονότονα, άνοστα και άγευστα.
- ii. Δυσασπορρόφηση: Η ισχαιμία του εντέρου οδηγεί συχνά σε δυσασπορρόφηση των τροφών, κυρίως των λιπών και των λιποδιαλυτών βιταμινών.
- iii. Φάρμακα: Συχνά η λήψη διαφόρων φαρμάκων προκαλεί ξηροστομία και διαταραχές του πεπτικού συστήματος, με αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος να αποφεύγει τη λήψη του συνόλου ή μέρους της ημερήσιας ποσότητας φαγητού.
- iv. Αυξημένες απαιτήσεις: Υπερήλικοι ακινητοποιημένοι στο κρεβάτι με πυρετό ή κατακλίσεις μερικές φορές εμφανίζουν αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και καταβολισμό ιστικών πρωτεϊνών.

Ο πιο ικανοποιητικός τρόπος για τη βελτίωση της διατροφής είναι η βελτίωση της ποιότητας του διαιτολογίου και η συμπλήρωσή του με τα ανάλογα τρόφιμα, που περιέχουν τις αντίστοιχες ελλείψεις σε βιταμίνες ή άλλα στοιχεία. Η εξασφάλιση στους υπερηλικούς μιας διατροφής που να μπορεί να παρατείνει τη ζωή ή να βελτιώνει την ποιότητά της, αποτελεί υποχρέωση του κοινωνικού συνόλου αλλά ακόμα περισσότερο των επαγγελματιών υγείας.¹⁰

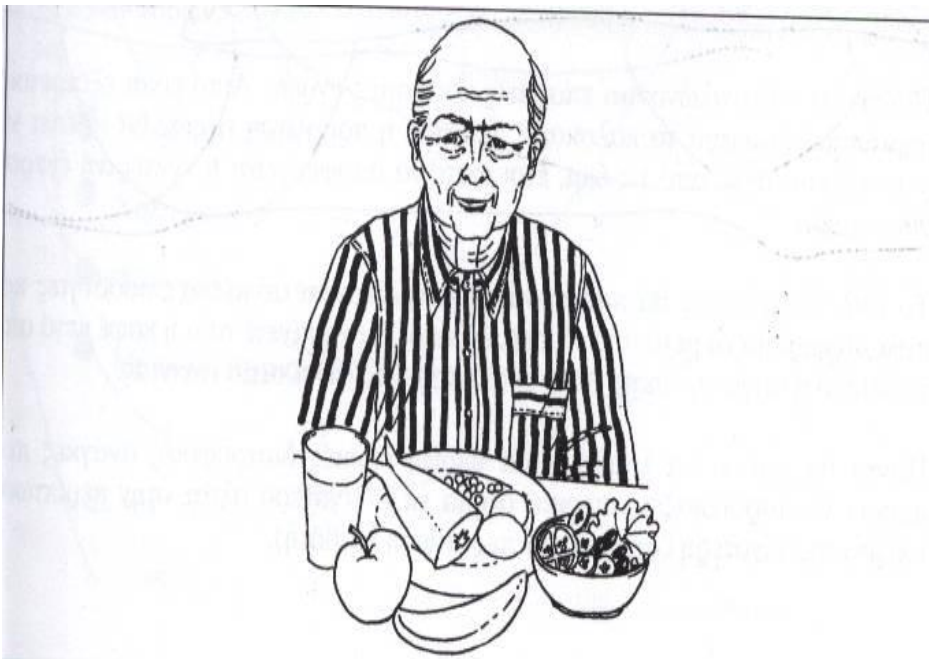
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις - ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή.

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή αφορά κυρίως στην παροχή πληροφοριών στους ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους σχετικά με την υγιεινή διατροφή. Τα ακόλουθα μηνύματα μπορούν να μεταδοθούν μέσα από μια προσέγγιση ατόμου προς άτομο.

- Τα γεύματα θα πρέπει να λαμβάνονται σε συγκεκριμένες ώρες.
- Τρία γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι πολύ καλύτερα από ένα μεγάλο γεύμα. Μην μένετε νηστικοί αλλά αποφύγετε τα μεγάλα γεύματα όσο το δυνατό περισσότερο. Να τρώτε λιγότερο από αυτό που νομίζετε ότι χρειάζεστε.
- Ο αριθμός των θερμίδων πρέπει να είναι επαρκείς, ούτε περισσότερες ούτε λιγότερες από αυτές που χρειάζεστε.
- Η διατροφή θα πρέπει να είναι ισορροπημένη σε ότι αφορά λίπη, υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και ίνες.
- Πρέπει να καταναλώνονται επαρκείς ποσότητες υγρών. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό σε θερμά κλίματα και στην περίπτωση διαρροϊκών νόσων. Ωστόσο η πρόσληψη υγρών θα πρέπει να περιορίζεται μετά από τις 6μμ, έτσι ώστε να αποφεύγεται η νυκτερινή έγερση για ούρηση.
- Το τσάι και ο καφές θα πρέπει να καταναλώνονται σε μέτριες ποσότητες και πάλι περιορισμένα μετά από τις 6μμ. Δεν πρέπει να πίνετε τσάι ή καφέ μετά από το δείπνο ή αργά τη νύκτα γιατί αυτό θα σας κρατήσει άγρυπνους.

- Πάντα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ειδικές διατροφικές ανάγκες που μπορεί να παρουσιάζουν μερικά άτομα, π.χ λιγότερο αλάτι στην περίπτωση υπέρτασης, λιγότερη ζάχαρη στην περίπτωση διαβήτη.
- Πρέπει να αποφεύγονται οι τηγανιτές και πικάντικες τροφές.
- Οι ατομικές προτιμήσεις και οι τοπικές δυνατότητες διάθεσης τροφών θα πρέπει πάντα να υπολογίζονται κατά το σχεδιασμό της συνιστώμενης δίαιτας.
- Πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη το ύψος, η σωματική κατασκευή και οι ειδικές απαιτήσεις κάθε ατόμου καθώς και οι ατομικές τους προτιμήσεις. Σε κάθε ηλικιωμένο θα πρέπει να συνιστάται δίαιτα που να περιλαμβάνει πρωινό, μεσημεριανό και βραδινό γεύμα.
- Αν κάποιο άτομο έχει πολλές ελλείψεις δοντιών, κακώς προσαρμοσμένες τεχνητές οδοντοστοιχίες ή χρησιμοποιεί μόνο τα ούλα για την μάσηση των τροφών, επιλέξτε τροφές που δεν περιέχουν σκληρές ίνες π.χ πράσινα φυλλώδη λαχανικά. Ελαφρά μαγειρεμένα και πολτοποιημένες τροφές και μαλακά φρούτα και λαχανικά αποτελούν την καλύτερη επιλογή σε τέτοιες περιπτώσεις. Κατάλληλα είναι επίσης και το γάλα και τα γαλακτομικά προϊόντα καθώς και τα φρούτα που δεν χρειάζονται ιδιαίτερη μάσηση, π.χ μπανάνα.
- Να αποφεύγονται όσο το δυνατόν περισσότερα το κόκκινο κρέας, τα αυγά, τα πλήρη γαλακτομικά προϊόντα και τα ζωικά λίπη.
- Να αποφεύγονται το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ.

- Ο τυμπανισμός και η δυσκοιλιότητα είναι δύο καταστάσεις για τις οποίες παραπονιούνται συχνά οι ηλικιωμένοι. Η κατάλληλη διαίτα μπορεί να μειώσει την εμφάνιση αυτών των προβλημάτων. Αν οι καταστάσεις αυτές δημιουργούν σοβαρά προβλήματα τότε θα πρέπει να ζητήσετε ιατρική συμβουλή.⁵



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ

ΕΛΛΑΔΑ.

Α. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.

Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένειά τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειάς τους, περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από το υπόλοιπο πληθυσμό.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων έχει εξασφαλίσει μια σύνταξη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την κάλυψη των οικονομικών τους αναγκών και την προστασία της υγείας τους. Όπως παρατηρεί ο Μητροσύλης (1995), το σύνταγμα του 1975 (άρθρο 21 παρ. 3), θεμελιώνει το καθήκον του κράτους να μεριμνά για την προστασία του γήρατος και θέτει το πλαίσιο στην κοινωνική πολιτική του κράτους, «δεν δημιουργεί αχώριστο εξαναγκαστικό δικαίωμα του πολίτη κατά του κράτους ως προς την παροχή αυτών των υπηρεσιών». Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει πολλαπλές αρμοδιότητες για τη χάραξη πολιτικής, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για τη τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία, το Υπουργείο έχει την αρμοδιότητα για

την περίθαλψη και προστασία των ηλικιωμένων. Τα μέτρα περιλαμβάνουν: α) παροχές σε χρήμα, β) παροχές σε είδος, γ) προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Η πολιτική για τους ηλικιωμένους περικλείει, κατά σειρά προτεραιότητας, φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, σε ανάδοχες οικογένειες, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων για ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (ανίατοι). Επιπλέον, το Υπουργείο έχει, θεωρητικά τουλάχιστον, την ευθύνη για την έκδοση αδειών λειτουργίας, τον έλεγχο και την εποπτεία των προγραμμάτων όλων των οργανισμών (Ν.Π.Δ.Δ, Ν.Π.Ι.Δ) που ασχολούνται με την προστασία των ηλικιωμένων.³⁰



B. Προγράμματα και Υπηρεσίες στην Ελλάδα.

1. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (έξωνοσοκομειακή περίθαλψη).

Οι υπηρεσίες αυτές χαρακτηρίζονται στην Ελλάδα από έλλειψη συντονισμού και αποτελεσματικής διάθρωσης.

- Στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, τα Κέντρα Υγείας είχαν σχεδιασθεί για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε τοπικό επίπεδο. Τα περισσότερα όμως από αυτά δεν είχαν ποτέ το κατάλληλο προσωπικό, ούτε τις δυνατότητες για επέκταση των υπηρεσιών τους στην κοινότητα, σαν αποτέλεσμα πολλοί «φροντιστές» και ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν εξαιρετικές δυσχέρειες να προσφύγουν σε αυτά, ακόμα και αν διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας ενός τοπικού Κέντρου Υγείας.
- Η Τοπική Αυτοδιοίκηση σε μερικές μεγάλες αστικές περιφέρειες έχει προωθήσει κάποια Δημοτικά Ιατρεία, π.χ ο Δήμος Αθηναίων. Τα Κέντρα αυτά όμως δεν συνδέονται με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, δεν παρέχουν υπηρεσίες εκτός κέντρου, δεν έχουν επαρκές προσωπικό και έτσι δεν προσφέρουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από την άλλη πλευρά οι περιορισμένες δυνατότητες χρηματοδότησης των Οργανισμών Τοπικών Αυτοδιοικήσεων και τα νομικά και πολιτικά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, αναφορικά με την άσκηση αρμοδιοτήτων σε τοπικό επίπεδο, δυσχεραίνουν τις πιθανότητες πλήρους παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

- Ο μόνος ασφαλιστικός οργανισμός στην Ελλάδα, που προσπαθεί να αναπτύξει ολοκληρωμένες υπηρεσίες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι το ΙΚΑ. Βέβαια και άλλοι ασφαλιστικοί φορείς προσφέρουν περιορισμένη πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, όμως κάτι τέτοιο είναι διαφορετικό από την πρωτοβάθμια φροντίδα που παρέχεται από μία πλήρη ομάδα επαγγελματιών υγείας (primary health care team).

Στα πλαίσια λειτουργίας του ΙΚΑ προβλέπεται ένα πλήρες πρόγραμμα παροχής αντίστοιχων υπηρεσιών, αλλά δεν έχουν πληρωθεί ακόμα οι αντίστοιχες θέσεις. Επίσης τα προβλήματα πρόσληψης προσωπικού, οι χαμηλοί μισθοί και οι δυσχερείς συνθήκες εργασίας, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν κίνητρα για το προσωπικό και τη Διοίκηση, για να αναπτυχθεί ένα περισσότερο αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα που θα περιλαμβάνει υπηρεσίες προαγωγής της υγείας και υπηρεσίες εκτός κέντρου (outreach). Βέβαια οι ηλικιωμένοι και οι «φροντιστές» τους χρησιμοποιούν σε μεγάλο βαθμό τις υπάρχουσες υπηρεσίες του ΙΚΑ, υπάρχουν όμως αρκετές ενδείξεις ότι το παρόν σύστημα δεν είναι ικανοποιητικό για τους χρήστες ούτε για τους παρέχοντες υπηρεσίες.³¹

2. Υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι.

Η Ελλάδα έχει τη μικρότερη αναλογία ειδικευμένων νοσηλευτριών ανά κάτοικο ανάμεσα στα Κράτη-Μέλη της ΕΟΚ. Πρόσφατες μάλιστα απόπειρες αναβάθμισης του επαγγελματικού καθεστώσ των νοσηλευτριών δεν έχουν δείξει κάποια αύξηση των υποψηφίων στις αντίστοιχες σχολές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης: Πανεπιστήμια και ΤΕΙ (Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα).

Αυτή η έλλειψη ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού και η μεγάλη ζήτηση για τις υπηρεσίες τους στα κρατικά νοσοκομεία, έχει χρησιμοποιηθεί ως επιχείρημα εναντίον της ίδρυσης καινούργιου κλάδου νοσηλευτικής που να αναλαμβάνει τη νοσηλεία στο σπίτι σε εθνικό ή τοπικό επίπεδο. Από την άλλη πλευρά όμως το υψηλό ποσοστό επαγγελματικής ικανοποίησης που αναφέρεται από αρκετές νοσηλεύτριες στα πλαίσια της υπηρεσίας του Ερυθρού Σταυρού «Νοσηλεία στο σπίτι» που πρόσφατα άρχισε να λειτουργεί, μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της εικόνας της νοσηλευτικής ως επάγγελμα και να αποτελέσει κίνητρο για τη μεγαλύτερη ένταξη υποψηφίων στον αντίστοιχο κλάδο.

Αντίστοιχες υπηρεσίες στα πλαίσια του Ελληνικού Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας ενεργοποιούνται ως εξής:

Στα πλαίσια των υπηρεσιών του Ερυθρού Σταυρού υπάρχουν τρία προγράμματα που προσφέρουν νοσηλεία στο σπίτι του ασθενή.

- Το πρόγραμμα “Νοσηλεία στο σπίτι” το οποίο άρχισε να λειτουργεί πρόσφατα, απευθύνεται σε ασθενείς όλων των ηλικιών, η πλειοψηφία των οποίων όμως είναι ηλικιωμένοι που βγαίνουν από το νοσοκομείο Ε.Ε.Σ. προσφέρονται πλήρεις νοσηλευτικές και ιατρικές υπηρεσίες στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή.

- Το Γεροντολογικό Τμήμα του νοσοκομείου Ε.Ε.Σ. με το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" απευθύνεται μόνο σε ηλικιωμένους και κυρίως απομονωμένα άτομα. Προσφέρει οικογενειακή βοήθεια, κοινωνική στήριξη και νοσηλευτική φροντίδα μέσω επαγγελματιών και εθελοντών.
- Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" που λειτουργεί με υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας προσφέρει υπηρεσίες σε άτομα όλων των ηλικιών κυρίως όμως σε ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους.

Μερικά προγράμματα που ήδη λειτουργούν σε νοσοκομειακή βάση π.χ Νοσοκομείο Άγιος Σάββας, Νοσοκομείο Μεταξά κ.α έχουν επαγγελματικές ομάδες για νοσηλεία στο σπίτι.

Τα Κέντρα Υγείας- που θα μπορούσαν να αποτελέσουν βάση για την οργάνωση υπηρεσιών νοσηλείας μέσα στην κοινότητα- αντιμετωπίζουν προβλήματα προσωπικού, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Οι υπάρχουσες ιδιωτικές υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι είναι αρκετά ακριβές και αντιμετωπίζουν προβλήματα οργάνωσης και προσωπικού που με τη σειρά τους επιδεινώνονται από την έλλειψη αποτελεσματικής επιμόρφωσης και εποπτείας.³¹

3. Υπηρεσίες ενημέρωσης, συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης.

Οι υπάρχουσες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα μπορούν να προσφέρουν στις οικογένειες των ηλικιωμένων που τους φροντίζουν, ενημέρωση και ενίσχυση στο έργο τους. Μόνο τα τελευταία χρόνια όμως έχουν ιδρυθεί ειδικές υπηρεσίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης στην κοινότητα: κέντρα ψυχικής υγιεινής, και βοήθεια στο σπίτι. Η ευρεία χρησιμοποίηση των κοινωνικών λειτουργών και των ψυχολόγων σε δημόσιες υπηρεσίες και φορείς π.χ στα ΚΑΠΗ, στα νοσοκομεία, στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, υποδηλώνει ότι υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αναγκαιότητα αντίστοιχων υπηρεσιών στην Ελλάδα, η ανάπτυξή τους όμως μπορεί να περιορισθεί από πολιτικά και οικονομικά δεδομένα. Τα προγράμματα-πilotοι που ήδη λειτουργού, όπως το "Βοήθεια στο Σπίτι, σκοπεύουν βέβαια τόσο στην ψυχολογική υποστήριξη των "οικογενειακών φροντιστών" όσο και στην ενημέρωσή τους.³¹

4. Κέντρα ανάρρωσης και αποκατάστασης.

Αν και υπάρχει μεγάλη ζήτηση για υπηρεσίες ανάρρωσης και αποκατάστασης, ελάχιστα κέντρα περίθαλψης προσφέρουν αντίστοιχες υπηρεσίες. Ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας και κλινικές χρησιμοποιούνται για την παροχή των υπηρεσιών αυτών, χωρίς όμως να έχουν σχεδιασθεί για κάτι τέτοιο. Βέβαια η ύπαρξη υπηρεσιών αποκατάστασης αποτελεί κύριο εργαλείο στον χειρισμό καταστάσεων που παρουσιάζονται συχνά στην τρίτη ηλικία π.χ εγκεφαλικό επεισόδιο, κάταγμα ισχίου κ.α, επειδή επιτρέπει στους ηλικιωμένους να αποκαταστήσουν, σε μεγάλο βαθμό, την ανεξαρτησία τους και συγχρόνως περιορίζει το βάρος της φροντίδας.

5. "Κέντρα τελικής περίθαλψης".

Η γενική απροθυμία της αποδοχής της τελικής φάσης κάποιας ανίατης ασθένειας στην Ελλάδα, μειώνει τις πιθανότητες κοινωνικής αποδοχής του θεσμού της τελικής φροντίδας σε ειδικά κέντρα σε σχέση με άλλες χώρες. Βέβαια οι συνθήκες μεταβάλλονται και επομένως οι ηλικιωμένοι θα έπρεπε, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας, να απολαμβάνουν μία ικανοποιητική ιατρική φροντίδα αποβλέπουσα κυρίως στην ανακούφισης του πόνου και στην ψυχολογική τόνωση ειδικά στην τελική φάση της ζωής. Ήδη μεριά προγράμματα συμπαράστασης για ανίατες ασθένειες έχουν προωθηθεί από τα κυριότερα νοσηλευτικά κέντρα, αλλά δεν έχουν εξελιχθεί σε οργανωμένο σύστημα φροντίδας ηλικιωμένων.³¹

Γ. Γηροκομεία.

Τα γηροκομεία είναι ιδρύματα που παρέχουν κλειστή περίθαλψη σε ηλικιωμένους και αποτελούν την πιο παλιά αντιμετώπιση των πτωχών , μόνων ή εγκαταλελειμμένων γερόντων. Ιδρύονται από το κράτος, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, ή και άλλους κοινωνικούς φορείς και παρέχουν τις φροντίδες τους δωρεάν ή με την παρακράτηση της σύνταξης των ηλικιωμένων.

Σήμερα υπάρχει δυνατότητα και έχουν ιδρυθεί αρκετά γηροκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα με την επωνυμία «οίκοι ευγηρίας».¹⁰

Για την εισαγωγή ενός ηλικιωμένου σε γηροκομείο χρειάζεται:

- να είναι υγιές διανοητικά,
- να μην πάσχει από επιληψία,
- να μην έχει οξύ νόσημα ώστε να απαιτείται ειδική νοσηλεία,
- να μην έχει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλωτα τραύματα,
- να μην πάσχει από μολυσματικές νόσους (φυματίωση, σύφιλη),
- να μην πάσχει από καρκίνο, και
- να ακούει και να βλέπει.³⁰

Οι περιθαλπόμενοι συμμετέχουν ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες, ενώ οι άποροι περιθάλπονται δωρεάν. Στα γηροκομεία ή τους οίκους ευγηρίας, προσφέρονται στέγη, τροφή, περιποίηση και ιατρο-νοσηλευτικο-φαρμακευτική περίθαλψη, σε εξασθενημένους ηλικιωμένους που δεν μπορούν να ζήσουν σε «ανεξάρτητη στέγη».

Ο ηλικιωμένος στο γηροκομείο συμμετέχει σε διάφορες εκδηλώσεις όπως θρησκευτικές, εορταστικές, εκδρομές και άλλες απασχολήσεις. Πολλοί ηλικιωμένοι που είναι εγκατεστημένοι για αρκετό καιρό σε οίκους ευγηρίας δημιουργούν συχνά φιλίες με συγκατοίκους και μέλη του προσωπικού, με αποτέλεσμα να τους βλέπουν σαν οικογένεια. Παρόλα αυτά, πολλοί ηλικιωμένοι, μετά από μακριά περίοδο ιδρυματοποίησης νιώθουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και ανία.¹

Δ. Κέντρα Ανοικτής περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Η ίδρυση των ΚΑΠΗ αποσκοπεί στην αποφυγή της περιθωριοποίησης ή ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων, διατηρώντας το ενδιαφέρον τους για το κοινωνικό τους περίγυρο, αφ' ενός, και αφ' ετέρου ενεργοποιώντας το ενδιαφέρον της κοινότητας για τα άτομα αυτά. Ο ρόλος αυτός, του διαμέσου το οποίο καλούνται να παίξουν τα ΚΑΠΗ, προϋποθέτει ότι οι ηλικιωμένοι θέλουν να συνεχίσουν να είναι παρόντες και ενεργοί στο κοινωνικό τους χώρο, αλλά και ότι ο κοινωνικός αυτός χώρος δεν επιθυμεί να τους δει να αδρανούν και να περιθωριοποιούνται.³²

Για τους ηλικιωμένους που είναι ενεργοί και δραστήριοι, η παρακολούθηση ημερήσιου κέντρου φροντίδας, ειδικά αναπτυγμένου για τους ηλικιωμένους, μπορεί να είναι μια εξαιρετική ευκαιρία για διάφορους λόγους. Αυτοί είναι οι εξής:

- μπορούν να έχουν κοινωνικές επαφές με άλλους ηλικιωμένους,
- θα μπορούν να ενημερωθούν για τις δυνατότητες που μπορούν να αποκτήσουν από διάφορα άτομα, κυβερνητικούς φορείς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς,
- οι επαγγελματίες υγείας θα τους μιλήσουν για θέματα που αφορούν στην αυτοφροντίδα τους, συμπεριλαμβανόμενης και της φυσικής άσκησης για διάφορους τύπους διαταραχής κινητικότητας,
- ένας γιατρός (π.χ στο Κέντρο Υγείας ή άλλος κατάλληλα ενημερωμένος γιατρός) μπορεί να επισκέπτεται το κέντρο για να παρέχει ιατρικό έλεγχο σε αυτούς που το χρειάζονται.⁵

Ειδικότεροι σκοποί των κέντρων αυτών είναι:

- πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των μελών ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη της κοινωνίας,
- διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων.

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι:

- οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση (εκδρομές, γιορτές, διαλέξεις),
- φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη,
- κοινωνική εργασία στους ίδιους ή και στο άμεσο περιβάλλον τους,
- βοήθεια στο σπίτι σε άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης,
- συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις,
- εργοθεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Α) Γεροντολογία και γεροντολογική νοσηλευτική.


Γεροντολογία είναι μια διακλαδική επιστήμη που ασχολείται με τα ιατροβιολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα των γερόντων. Αποτελεί μια ευρύτατη επιστήμη που καλύπτει τη μελέτη των βιολογικών, δημογραφικών, κοινωνικών, ασφαλιστικών, συνταξιοδοτικών, αρχιτεκτονικών και οικονομικών προβλημάτων των γερόντων.

Η γεροντολογική νοσηλευτική από την άλλη πλευρά, είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής που συμβάλλει στην αναστολή ή η επιβράδυνση της διεργασίας του γήρατος. Πρωταρχικός της σκοπός είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο και την οικογένειά του να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες.¹⁰

B. 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 του ανθρώπου.

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

 ***Διατήρηση της ανεξαρτησίας και ενίσχυση της αυτοφροντίδας του ηλικιωμένου ατόμου.***

Πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθεί πως για το ηλικιωμένο άτομο η αυτοφροντίδα δε απέχει και πολύ από την αυτοπαραμέληση, προς την οποία έχει αξιόλογη ροπή, και πως βασική προϋπόθεση να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος στο σπίτι του είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας του και της αυτοφροντίδας του σε ικανοποιητικό βαθμό.⁷

Βασικός στόχος της νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα, η οποία πρέπει πάντοτε να εξατομικεύεται, είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας του στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό και η ενίσχυση της αυτοφροντίδας, με σκοπό όχι μόνο να διατηρηθεί στην ζωή, αλλά και να ζει την ζωή, δηλαδή να είναι γερός, σε κατάσταση ευεξίας και ικανοποιημένος από την ζωή.

Η νοσηλεύτρια στην προστατευτική φροντίδα που προσφέρει στον ηλικιωμένο, προσπαθεί να τον διατηρήσει σε υγιή κατάσταση, λειτουργική ικανότητα και να του μεταγγίσει νόημα και περιεχόμενο για την ζωή με

- 1) την δημιουργία θετικής στάσης προς το γήρας

- 2) την υποκίνηση αισθημάτων για την υγεία του
- 3) την εκπαίδευση που θα συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας του
- 4) την κατανόηση της ανάγκης για περιοδική αξιολόγηση της υγείας, για πρόληψη της αρρώστιας και την παρεμπόδιση της φθοράς της υπάρχουσας κατάστασης
- 5) την προσφορά ανάλογης βοήθειας για την πρόληψη ατυχημάτων
- 6) τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, τόσο για θεραπεία, όσο και για αποκατάσταση
- 7) την προστασία των ατόμων από μεταδοτικά νοσήματα με ανάλογους εμβολιασμούς
- 8) την ενίσχυση του κοινωνικοποίησης για την παρεμπόδιση της διανοητικής αναπηρίας και της κατάθλιψης και τη διατήρηση ενδιαφέροντος για τη ζωή
- 9) τον προγραμματισμό συστηματικών επισκέψεων από κάποιον της ομάδας υγείας σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών που ζουν μόνοι τους
- 10) τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών που είναι στη διάθεση του ηλικιωμένου
- 11) την μετάδοση σ' αυτόν του ενδιαφέροντος, της αγάπης, του σεβασμού και της κατανόησης.

Εναισητοποίηση της οικογένειας για το ρόλο της κοντά στον υπερήλικα.

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

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

Στο έργο της αυτό η οικογένεια βοηθείται από την κοινότητα, δηλαδή τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, υπηρεσίες που πλησιάζουν τον υπερήλικα στο σπίτι για να συμπαρασταθούν στο έργο της οικογένειας και να κάνουν αυτό που η οικογένεια δεν έχει τη δυνατότητα να προσφέρει.³⁸

Διαφώτιση.

Είναι γνωστό από μελέτες πως μεγάλο μέρος των μελών της κοινωνίας, με τη σύγχρονη δομή της, φοβούνται τις βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που εμφανίζονται στην διεργασία της ενηλικίωσης. Για αυτό είναι ιδιαίτερη ανάγκη η διαφώτιση και η ενημέρωση του πληθυσμού, σε εθνικό επίπεδο για:

1. τις βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που υφίσταται το άτομο σε μια πορεία φυσιολογικού γήρατος,
2. την ενηλικίωση και τις δυνατότητες που έχει το άτομο στην διάθεσή του, για την πρόληψη του «γήρατος νόσου»,
3. τον περιορισμό ή την πρόληψη των αναπηριών από το γήρας,
4. τις δυνατότητες αποκατάστασης των αναπηριών.

Το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό που έχει την ευθύνη της ενημέρωσης και διαφώτισης των μελλοντικών υπερηλίκων, θα προετοιμάσει τα άτομα για να αποδεχθούν την ενηλικίωση σαν μια επιτυχία.

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

1. προαγωγή και διατήρηση της υγείας
2. πρόληψη ανικανότητας
3. διδασκαλία του υπερήλικα και της οικογένειά του για ενίσχυση της αυτοφροντίδας του.

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

Συμμετοχή της κοινότητας στη φροντίδα του υπερήλικα.

Επειδή η νοσηλεύτρια έχει άμεση αλλά και συνεχή επαφή με το βασικό πυρήνα της κοινωνίας, με την οικογένεια αποκτά την εμπιστοσύνη των μελών της και είναι σε θέση να κινητοποιήσει αρμόδιους κοινωνικούς παράγοντες για την ενίσχυση της τοπικής ανάπτυξης ειδικών προγραμμάτων βοήθειας των ηλικιωμένων. Τα προγράμματα αυτά θέτουν στη διάθεση των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους, τεχνολογικά μέσα για τη διατήρηση της υγείας και της αυτοφροντίδας. Σκοπός των προγραμμάτων αυτών είναι, παράλληλα με την

παράταση της ζωής που με τόση επιτυχία έχει πραγματοποιηθεί και αποτελεί πραγματικό θρίαμβο, να προστεθεί και ζωντάνια στα χρόνια που ο θεός χαρίζει στον άνθρωπο. Δηλαδή ένα είδος ή τρόπος καλύτερης ζωής στο ηλικιωμένο άτομο.

Προσφορά πολυδύναμης βοήθειας στον υπερήλικα.

Η νοσηλεύτρια, μέλος της ομάδας υγείας στο περιφερειακό επίπεδο, βρίσκεται σε θέση να αντιληφθεί, να αναγνωρίζει αλλά και να ενεργήσει κατάλληλα όταν ένας ηλικιωμένος παρουσιάζει τα πρώτα σημεία βλάβης, συναισθηματικής ή άλλης δυσκολίας. Συχνά στη φάση αυτή, αυτό που χρειάζεται ο υπερήλικας είναι ίσως η ενδεδειγμένη νοσηλευτική ή άλλη παρέμβαση. Πριν από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση πάντα προηγείται η νοσηλευτική αξιολόγηση.

Η νοσηλεύτρια, που τις περισσότερες φορές στο περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο έχει το ρόλο του αρχηγού της ομάδας, θα αναλάβει την ολοκλήρωση της προεργασίας, για να μπορέσει ο υπερήλικας να έλθει σε επαφή με την ή τις υπηρεσίες που θεωρούνται ενδεδειγμένες για την προσφορά της εξειδικευμένης βοήθειας που χρειάζεται. Ακόμη η νοσηλεύτρια γνωρίζει τις συνθήκες της κοινότητας, όσο και του ιδρύματος που μένει η ηλικιωμένος και μπορεί να συνεργασθεί με τις διάφορες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας για την προσφορά πολυδύναμης βοήθειας σε αυτόν.³⁷

Γ. Οργάνωση της Νοσηλευτικής φροντίδας του ηλικιωμένου-Τομείς Νοσηλευτικής Αξιολόγησης.

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

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

Ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει στον ηλικιωμένο ότι το ιστορικό λαμβάνεται με σκοπό να οργανωθεί καλύτερα η φροντίδα του, διαφορετικά είναι δυνατόν να τον προβληματίσουν οι λεπτομερείς και συχνά πολύ προσωπικές ερωτήσεις που του απευθύνει. Αφού βέβαια δημιουργηθεί ένα φιλικό κλίμα και ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης, μεταξύ νοσηλευτή και ατόμου, στην συνέχεια πιο εύκολα συγκεντρώνονται οι πληροφορίες σε μια ελεύθερη συζήτηση κατά την διάρκεια μιας νοσηλείας ή άλλης οποιασδήποτε επικοινωνίας.

Ο ηλικιωμένος, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλον, χρειάζεται τις ελεύθερες ανοικτές ερωτήσεις, με τις οποίες του δίδεται η δυνατότητα να περιγράψει πρόσωπα και καταστάσεις από τις οποίες ο νοσηλευτής μπορεί να οδηγηθεί σε πολύτιμα συμπεράσματα.

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

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



Η σωστή αξιολόγηση οδηγεί

στην διαπίστωση των νοσηλευτικών αναγκών του ηλικιωμένου και τον προγραμματισμό της φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών αυτών.³

Δ). Κατ' οίκον νοσηλεία. Μια εναλλακτική μορφή νοσηλείας για τους ηλικιωμένους.

Η βελτίωση του επιπέδου υγείας και η σταδιακή αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οδηγεί, μεταξύ των άλλων, στη σταδιακή γήρανση του πληθυσμού σ' όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Έτσι παρατηρείται η τάση κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών με χρόνια γηριατρικά περιστατικά και το ποσοστό των εισαγόμενων στα νοσοκομεία ατόμων άνω των 65 ετών φθάνει στ 35-40%. Είναι φανερό λοιπόν, ότι θα προκύψει πολλαπλό όφελος, αν βρεθεί τρόπος μείωσης των εισαγωγών και του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο, αυτής της ομάδας ασθενών.

Από την δεκαετία του 1970, κατέστη φανερή η ανάγκη αναπροσανατολισμού των συστημάτων φροντίδας υγείας και αποτέλεσε το κέντρο των συζητήσεων σε επιτροπές ειδικών, διεθνών οργανισμών και κυβερνήσεων. Σαν αποτέλεσμα του προβληματισμού αυτού, ο ΠΟΥ θέσπισε το 1984 τους στόχους για «Υγεία για όλους το 2000», στους οποίους περιλαμβάνονται εναλλακτικές μορφές νοσηλείας , όπως και η υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας (ΥΚΟΝ).

Η ΥΚΟΝ έχει σαν σκοπό να αναπτύξει δυνατότητες και να διαμορφώσει συνθήκες παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι. Ειδικότερα στοχεύει: στη συνέχιση της θεραπείας που ο ασθενής άρχισε στο νοσοκομείο, στην εξασφάλιση οικογενειακής ατμόσφαιρας στον ασθενή, στην εκπαίδευση του ασθενή και των μελών της οικογένειάς του σε θέματα που άπτονται της αρρώστιας του, στη μείωση

των εισαγωγών στο νοσοκομείο, στην αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών κλινών και στη μείωση του κόστους νοσηλείας, στην ψυχολογική και ηθική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του.³³



Ε). Ο ηλικιωμένος και τα φάρμακα. Ο ρόλος του νοσηλευτή.

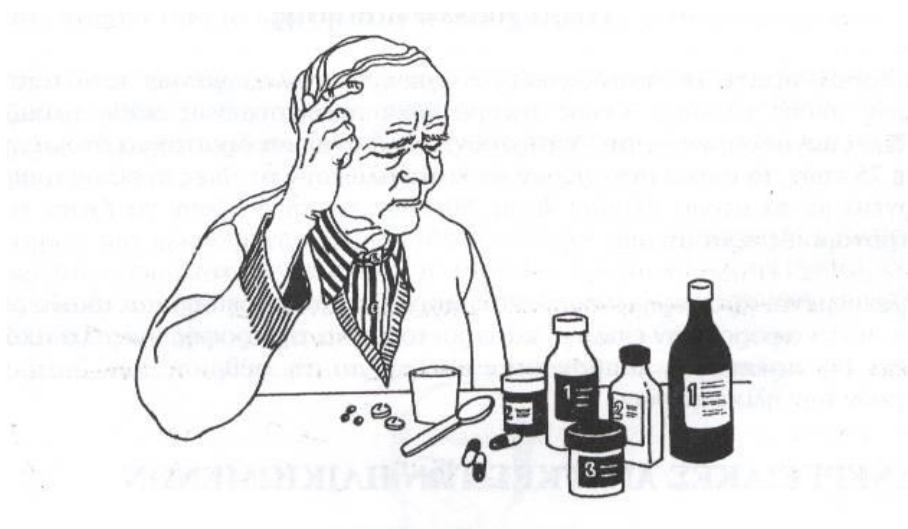
Οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας επηρεάζουν τη δράση των φαρμάκων. Από τις κλινικές παρατηρήσεις και τις βιβλιογραφικές αναφορές, εξάγεται η πολύτιμη βοήθεια, η οποία συμβάλλει στην κατανόηση των διαφορών που υπάρχουν μεταξύ φαρμάκων και ομάδων ηλικιών.

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

Ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε υπό την αιγίδα του ΠΟΥ για την μελέτη των φαρμάκων που χορηγούνται στους ηλικιωμένους, αναφέρει ότι: το 50% των χορηγούμενων φαρμάκων καταναλίσκεται από άτομα 60 ετών και άνω. Ο μέσος αριθμός φαρμάκων με επίσημη συνταγογραφία αντιστοιχεί: 3,2 φάρμακα ανά άτομο που ζει στην κοινότητα του Καναδά, 4,6 φάρμακα ανά νοσοκομειακό ασθενή της Σκοτίας και 8 φάρμακα σε άτομο που ζει σε ίδρυμα χρόνιας φροντίδας στις ΗΠΑ. Υπολογίζεται ότι ο μέσος Έλληνας άνω των 50 ετών καταναλώνει σε μόνιμη βάση περίπου 4 φάρμακα

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

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



Βασικές αρχές χορήγησης φαρμάκων σε ηλικιωμένους - ο ρόλος του νοσηλευτή.

Έλεγχος γνώσεων για τα φάρμακα.

- Να ελέγχετε τις γνώσεις του ηλικιωμένου για τα φάρμακα τόσο συχνά όσο χρειάζεται. Οι πληροφορίες που θα δίνονται πρέπει να είναι απλές και κατανοητές για το συγκεκριμένο άτομο.

Συνεχής επαγρύπνηση για παρενέργειες.

- Να ενημερώνετε τον ηλικιωμένο για τα συμπτώματα και τις παρενέργειες του φαρμάκου.
- Να τον προτρέπετε να σας ενημερώνει για τα σημεία και τα συμπτώματα που ενδέχεται να παρατηρήσει.
- Να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στη χορήγηση νέων φαρμάκων ή στην αλλαγή των δόσεων.

Απλούστευση του τρόπου χορηγήσεως.

- Να συνεργάζεστε με τον ηλικιωμένο για το καθορισμό ενός κατορθωτού σχήματος λήψεως φαρμάκων.
- Να συνεργάζεστε με το γιατρό για τον καθορισμό εφικτού χρόνου χορηγήσεως του φαρμάκου. Να προτείνετε συνδυασμούς φαρμάκων, αλλαγές ή διακοπές όπου είναι δυνατόν.

Μελέτη του κόστους των φαρμάκων.

- Να συζητείτε με τον γιατρό το ενδεχόμενο χορηγήσεως φτηνών και αποτελεσματικών φαρμάκων, κυρίως όταν αντιμετωπίζονται οικονομικά προβλήματα.

Διευθέτηση φυσικών εμποδίων.

- Να αποφεύγετε, αν είναι δυνατόν, οι συσκευασίες φαρμάκων που δυσκολεύουν τον ηλικιωμένο.

Έλεγχος βοηθητικών μέσων μνήμης.

- Να συγκεντρώνετε πληροφορίες για το τρέχον σύστημα μνήμης που χρησιμοποιείται από τον ηλικιωμένο.

Καθιέρωση
καταλόγου.

Τοποθέτηση
φαρμάκων σε
ειδικά κουτάκια.

Τοποθέτηση
κωδικών στα
ειδικά κουτάκια
φαρμάκων.

- Να καταγράφεται σε κατάλογο το φάρμακο με το εμπορικό το όνομα, τη μορφή, τη δόση και το χρόνο με τις σχετικές οδηγίες. Τα ημερολόγιο να παραμένει δίπλα στο φάρμακο, για να σημειώνεται εύκολα η κάθε χορήγησή του γραπτώς ή με κάποιο σημάδι.
- Να χρησιμοποιείτε ειδικά κουτιά για την τοποθέτηση του φαρμάκου σε μια θήκη για την ημερήσια δόση ή επτά θήκες για ολόκληρη την εβδομάδα. Όταν χορηγούνται περισσότερα από ένα φάρμακα να χρησιμοποιείται θήκη με υποδιαιρέσει.
- Για την αποφυγή λάθους και για τη διευκόλυνση του ηλικιωμένου να τοποθετείτε κωδικούς στα κουτάκια, που μπορεί να είναι χρωματιστά πλαστικά σύμβολα, γράμματα με τα αρχικά των ημερών της εβδομάδας, και ολογράφως ή με αριθμούς σε αντιστοιχία με τις ημέρες της εβδομάδας. Ακόμα είναι δυνατόν να προσδιορίζεται η ημερήσια δόση με τα σύμβολα πρωί, μεσημέρι, απόγευμα και βράδυ.⁶

ΣΤ). Ο νοσηλευτής κοντά στον υπερήλικα ετοιμοθάνατο.

Ο θάνατος είναι η μεγαλύτερη από τις θλίψεις που δοκιμάζει ο άνθρωπος. Στην εξαιρετικά δύσκολη αυτή φάση της ζωής, η προσφορά της νοσηλεύτριας είναι πολύτιμη και μοναδική.

Εκεί που και η πιο περίπλοκη και υπερσύγχρονη θεραπεία αδυνατεί να βοηθήσει και ίσως διακόπτεται, η προσφορά της νοσηλείας συνεχίζεται και πραγματοποιεί ανώτερους και υψηλούς σκοπούς, την ανακούφιση και την υποστήριξη του αρρώστου, την προστασία των δικαιωμάτων του και την εκπλήρωση των αναγκών του.

Ανάγκη, από την προσφορά νοσηλευτικών υπηρεσιών, έχει και ο υπερήλικας, αλλά και η οικογένειά του, όταν αυτός βρίσκεται στην προθανάτια φάση, όταν πεθαίνει αλλά και μετά το θάνατο.

Τα φυσικά ενοχλήματα, τις περισσότερες φορές, μπορεί να μειωθούν αποτελεσματικά με την νοσηλευτική παρέμβαση, η ικανότητα όμως του νοσηλευτικού προσωπικού να εκτιμήσει και κυρίως να ικανοποιήσει τις ψυχικές ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει, πολύ σπάνια είναι αναπτυγμένη. Για να μπορέσει η νοσηλεύτρια να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει, πρέπει να γνωρίζει την φιλοσοφία της θρησκείας του για τη ζωή και το θάνατο και το βαθμό που ο ίδιος είναι δεμένος μ' αυτή, την ψυχολογία και το χαρακτήρα του ατόμου, την προηγούμενη ζωή του, την θέση του στην κοινωνία μέσα στην οποία ζει, αλλά και τις

προσωπικές του αντιλήψεις για τη ζωή και το θάνατο καθώς τα ήθη και τα έθιμά του, σχετικά με το θάνατο.

Στο άτομο που πεθαίνει ο νοσηλευτής –τρια,

1. αποδέχεται τη συμπεριφορά του, οποιαδήποτε και αν είναι αυτή, δηλαδή αποδέχεται τη σιωπή του, την απόσυρση, την πλήρη εξάρτηση από τη φροντίδα της ή την απόρριψη της βοήθειάς της, την λύπη και τις αντιδράσεις του, την συναισθηματική αποσύνδεση από ανθρώπους και πράγματα.
2. προσφέρει συνεχή και ανθρώπινη φροντίδα ικανοποιώντας τόσο τις φυσικές, όσο και τις συναισθηματικές, τις ψυχικές και πνευματικές ανάγκες του. Με την προσφορά ανθρώπινης φροντίδας μπορεί να κάνει την τελευταία περίοδο της ζωής του πολύτιμη, γιατί μέσα από αυτήν την εμπειρία κάνει την ανακάλυψη του νοήματος και της αξίας της ζωής, διδάσκεται αιώνια διδάγματα.
3. τον προστατεύει από απάνθρωπες και πολλές φορές εξευτελιστικές εμπειρίες και από την πολύ μεγάλη ψυχική και φυσική ταλαιπωρία που δημιουργούν οι ώρες αυτές στο άτομο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πρόσφατα, ρώτησαν μια γυναίκα που θα γιόρταζε σε λίγο τα εκατό της χρόνια, τι είχε κάνει γενικά στη ζωή της, χωρίς δεύτερη σκέψη απάντησε: «πως μπορώ να σας πω κάτι τέτοιο, αφού η ζωή μου δεν τελείωσε ακόμα!», απάντηση γεμάτο νόημα.....

Παρόλα, αυτό το ερώτημα , τι νόημα έχει να είσαι γέρος, πλανιέται συνέχεια γύρω μας. Η κοινωνία αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους σαν να έχουν λιγότερη αξία από τους άλλους ανθρώπους. Πολλοί από τους άλλους ανθρώπους προσπαθούν να αστευτούν ότι τους «πήραν τα χρόνια» ή να κρύψουν τα σημάδια που αποκαλύπτουν την ηλικίας τους. Ο όρος «γέρος» αποτελεί τόσο στίγμα όσο και κατηγορία. Η προκατάληψη ότι τα γηρατειά είναι μια ανάξια αξιοθρήνητη κατάσταση δηλητηριάζει τους ανθρώπους σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Εκείνο που χάνουμε τόσο σαν κοινωνία όσο και σαν άτομα, δεν είναι απλά η παραδοσιακή σοφία των ασπρομάλληδων, αλλά ένα τεράστιο απόθεμα δημιουργικότητας, ευαισθησίας, ανεξάντλητης αγάπης και ενέργειας. Με την εργασία αυτή, προσπαθήσαμε να ευαισθητοποιήσουμε όσο τον δυνατόν περισσότερους συνανθρώπους μας – και ιδιαίτερα τους συμφοιτητές μας – σχετικά με το θέμα.

Κλείνοντας την εργασία αυτή, παραθέτουμε κάποιες χαρακτηριστικές σκέψεις του Ρόμπερτ Καστενμπάουμ, από το βιβλίο του Ο κύκλος της ζωής : « κάποτε αναρωτιόμουν τι αξία έχει να γερνάμε. Τώρα πια όχι. Θέλω να ζήσω τα γηρατειά μου με την ίδια πληρότητα που έζησα τα παιδικά μου χρόνια και την εφηβεία μου ».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. "ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ". Πέπη Δαράκη. Εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα 1996. σελ.221.
2. "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ". Τόμος 40, τεύχος 2. Απρίλιος- Ιούνιος 2001. σελ.32
3. "ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ". Ελένη Θ. Κυριακίδου. Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1997. σελ.331,313,317,329-334.
4. "ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ". Πρακτικά 3ήμερου Συνεδρίου Πρωτοβάθμιας Ψυχιατρικής. Επιμέλεια έκδοσης Π. Σουρτζή, Α. Μούγιας. σελ.15-18,49-50,52-54.
5. "ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ". Οδηγός για επαγγελματίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία. Επιμέλεια έκδοσης: Π. Σουρτζή, Μ. Μούγια. Αθήνα 2000. σελ.22,23,58-59,40-41.
6. "ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ". Χρυσάνθη Δ. Πλάτη. Εκδόσεις Παπανικολάου. Αθήνα 2000. σελ.16,18-20,,25,30,125,143-144.
7. "Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ". Μ. Μαλγαρινού, Ε. Γούλια. Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ". Αθήνα 1991. σελ.28-34,9,39,139-143,175,73-74.
8. "ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ (1960-2001)". Παπαευαγγέλου Γ. Και συν. Αθήνα 1993.
9. "Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ". Α. Δόντας. Εκδόσεις "ΑΣΤΗΡ". Αθήνα 1982.

10. "ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ". Δρ. Βασίλης Τσούνιας. Ιατρικές Εκδόσεις "ΖΗΤΑ". Αθήνα 1993. σελ.57,33,97,34-36,42,102-103.
11. "ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ". Νίκος Παπανικολάου. Ιατρικές Εκδόσεις "ΖΗΤΑ". Αθήνα 1993. σελ.46-47,54,48-49.
12. "AGING & HEALTH BIOLOGIC ΚΑΙ SOCIAL RESPECTIVE". Gary S. Kart, Eileen S. Metress, James F. Metress. Addison – Wesley Publishing Company. Philippines 1978.
13. "CARING FOR OLDER PEOPLE". Jim Marr, Betty Kershaw. Arnold Publishers. Great Britain 1998. σελ.34,30.
14. "Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΑΘΛΗΣΗΣ". Αστέριος Π. Δεληγιάννης. University Studio Press. Θεσσαλονίκη 1992. σελ.66-68.
15. "ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ". Φραγκίσκου Ιωάννου Χανιώτη. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1992. σελ.11-13,19-20,169-174,175-178.
16. "Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ". Νικ. Β. Πετρουλάκης. Εκδόσεις Γρηγόρης. Αθήνα 1984. σελ.338.
17. "HANDBOOK OF THE PSYCHOLOGY OF AGING. NEURAL AND RESTIBULAR AGING ASSOCIATED WITH FALLS". Ochs, A L, Newberry. New York. Share (Eds), 1985.
18. "AGING AND SENSES". Schieber F. Sloane and GP Cohen (Eds). San Diego 1992.
19. "AGING AND VISION RESEARCH. Weal R.A 26. pp 1507-1512, 1998.
20. "THE ART OF THE POSSIBLE- OCCUPATIONAL THERAPY IN TERMINAL WARE". Frazier L. British Journal of Occupational Therapy, 45 pp. 274-276, 1991.

21. "ΞΕΚΟΥΡΑΣΤΟΣ ΥΠΝΟΣ". Md. Deepak Chopra. Εκδόσεις Ασημάκης. Αθήνα 1996.
σελ.115.
22. "ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ". Επιστημονική Επιμέλεια από το Δ.Σ. της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας. Εκδόσεις "Σύνεδρον". Αθήνα 2002. σελ.117,118.
23. "ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ". Joan F. Needham. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ". Αθήνα 1999. σελ.161-169.
24. "ΨΥΧΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ". Ι. Κούρος. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ". Αθήνα 1994. σελ.126.
25. "Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ". Πρακτικά 3ήμερου Συνεδρίου Πρωτοβάθμιας Ψυχιατρικής. Επιμέλεια έκδοσης Ι. Παράσχος, Α. Μούγιας. Ναύπλιο 2002.
26. "ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ". Α. Παγοροπούλου. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ". Αθήνα 2000. σελ.19,21.
27. "ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ". Γ. Καραχάλιος. Εκδόσεις Ωκεανίδα. Αθήνα 1998. σελ.179.
28. "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ- ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ". Π. Σταθόπουλος. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ". Αθήνα 1996.
29. "Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ". Α. Δόντας. Εκδόσεις "ΑΣΤΗΡ". Αθήνα 1982.
30. "ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ. Πέτρος Σταθόπουλος. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ". Αθήνα 1995.
σελ.237,243.

31. "ΠΟΙΟΣ ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ". Τζούντιθ Τριανταφύλλου, Ελίζαμπεθ Μεσθεναίου. Εκδόσεις Sextant. Αθήνα 1993. σελ.48-59.
32. "ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ". Πρακτικά Πανελλήνιου Συνεδρίου Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών. Επιμέλεια έκδοσης Βύρων Κοτζαμάνης, Λάουρα Μαράτου-Αλιπράντη, Αφροδίτη Τεπέρογλου, Μαρία Τζωρτζοπούλου. Εκδόσεις ΕΚΚΕ. Αθήνα 1996. σελ.480-481.
33. "ΘΕΜΑΤΑ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ". Επιμέλεια έκδοσης Μερόπη Βιολάκη- Παρασκευά, Ιωάννης Καραϊτιανός, Ευστράτιος Βαρσάμης, Αναστάσιος Δόντας, Αθανάσιος Μούγιας, Γεώργιος Κομνηνός, Εμμανουήλ Βελονάκης, Στυλιανός Μπέης, Παναγιώτα Σουρτζή. Εκδόσεις "ΣΥΝΕΔΡΟΝ". Αθήνα 2000. σελ.26-27.
34. "ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΙΑ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ". Δημοσθένης Αγραφιώτης. Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 1988.
35. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ.
36. "ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ". Σούλης. ΤΕΙ Αθηνών. ΣΔΟΕ. Αθήνα 1996.
37. "ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ". Stephen G. Wright. Εκδόσεις ΈΛΛΗΝ. Αθήνα 1998.
38. "ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ". Α. Γ. Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου, Χάρη Ζεβελάκη & ΣΙΑ ΟΕ. Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα 1997.