

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**« Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ  
ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ »**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**ΣΟΥΡΤΖΙΝΟΥ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ**

**ΤΑΜΠΑΚΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΤΖΟΥΔΑ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**

**ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2003**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	10
-----------------	----

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

A) Η σχέση της ηλικίας στην εκδήλωση της ασθένειας	23
B) Ενοχές για την αποφυγή της φροντίδας υγείας των ηλικιωμένων προσώπων	31

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

#### ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ

1. Γενικές αλλαγές	37
2. Γεροντικός κνησμός – Senile Pruritus	41
3. Κεράτωση ή Κερατίνωση	42
A. Ακτινική κεράτωση	
B. Σμηγματορροϊκή κεράτωση	
4. Γεροντικές φακίδες	43
5. Καρκίνος του δέρματος	44
6. Θεμελιώδες κυτταρικό καρκίνωμα	45
7. Πλακώδες κυτταρικό καρκίνωμα	46
8. Κακόηθες μελάνωμα	47
9. Δευτεροπαθείς καρκίνος του δέρματος	48
10. Έλκη κατακλίσεως	49
11. Έρπηθης του ζωστήρα	53

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

#### **Η ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

1. Αρθρίτιδα	56
2. Οστεοαρθρίτιδα	57
3. Ρευματοειδής αρθρίτιδα	60
4. Ποδάγρα	65
5. Οστεοπόρωση	67
6. Σύνδρομο Paget	73
7. Νεοπλασίες οστών	74
8. Οι μύες	74

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

#### **ΟΙ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

1. Γενικές μεταβολές	77
2. Όραση	77
3. Πρεσβυωπία	78
4. Καταρράκτης	79
5. Γλαύκωμα	80
6. Γεροντικός κηλιδώδης εκφυλισμού του οφθαλμού	82
7. Η φυσιολογική μειωμένη όραση ενός ηλικιωμένου ενήλικα	83
8. Ακοή	87
9. Ευαισθησία ερεθισμού των αισθήσεων και αποστέρηση	93
10. Νόσος του PARKINSON	93

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

#### **Η ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ Η ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΙΚΗ ΕΚΤΑΣΗ**

1. Η στοματική κοιλότητα	99
2. Το στομάχι	107

3. Η χοληδόχος κύστη	117
4. Το συκώτι	119
5. Πάγκρεας	122
6. Το παχύ έντερο	124
7. Τα αντιόξινα	131
8. Θεραπευτικά μέσα για την δυσκοιλιότητα	133
9. Θεραπευτικά μέσα για τις αιμορροΐδες	134
10. Στοματικά διαλύματα	134

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ**

1. Ειδικές διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων	138
2. Θερμιδικές ανάγκες	139
3. Ανάγκες σε πρωτεΐνες	140
4. Ανάγκες σε λίπη	141
5. Ανάγκες σε μεταλλικά στοιχεία	142
6. Ανάγκες σε βιταμίνες	145
7. Παράγοντες που επηρεάζουν την θρεπτική κατάσταση	149
8. Παράγοντες που επηρεάζουν τον μεταβολισμό και την φυσιολογία	149
9. Παράγοντες που αποφασίζουν για την χορήγηση της τροφής	150
10. Υπολογίζοντας την επάρκεια των διαίτων για τους ηλικιωμένους	157
11. Διατροφική εκπαίδευση και ηλικιωμένοι	159

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΚΑΙ ΤΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

A. Το ενδοκρινικό σύστημα	161
---------------------------	-----

1. Θυρεοειδής αδένες	162
i. Θυρεοειδοτοξικωση	163
ii.Μυξοίδημα	164
2. Διαβήτης και τα νησίδια του Langerhans	165
i. Θεραπεία	169
ii. Δίαιτα και προγραμματισμός	172
iii. Άσκηση και ο διαβήτης	173
iv. Προβλήματα στην εκπαίδευση του ασθενούς	173
B. Το γενετικό σύστημα	175
1. Το αντρικό γενετικό σύστημα	176
i. Ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές	176
ii. Παθολογία του αντρικού γενετικού συστήματος	177
2. Το γυναικείο γενετικό σύστημα	177
i. Ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές	177
ii. Εμμηνόπαυση	178
iii. Η παθολογία του γυναικείου γενετικού συστήματος	180
3. Η λειτουργία ως προς την ηλικία και το φύλο	182
4. Σεξουαλική δραστηριότητα και χρόνιες νόσοι	183

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **ΤΟ ΚΑΡΔΙΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ**

1. Φυσιολογικές και ανατομικές αλλαγές στη καρδιά	186
2. Νόσος στεφανιαίας αρτηρίας	189
3. Υπέρταση	195
4. Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια	197
5. Πνευμονική καρδιακή νόσος	200
6. Αναπνευστικό σύστημα	201
7. Χρόνια βρογχίτιδα και εμφύσημα	204
8. Καρκίνος του πνεύμονα	209

9. Εγκεφαλοαγγειακή νόσος	210
---------------------------	-----

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**  
**ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ**  
**ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

1. Συμπτώματα της διαταραχής του ουροποιητικού συστήματος και η σημασία τους	217
2. Πολυουρία	218
3. Νυκτερινή ενούρηση	218
4. Συχνουρία	219
5. Δυσουρία	219
6. Επίσχεση ούρων	219
7. Αιματουρία	220
8. Εγκράτεια ούρων	223
9. Ουραιμία	
10. Αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα με την ηλικία	222
11. Ακράτεια ούρων	223
12. Ουρολοιμώξεις	229
13. Ο προστατικός αδένας	232
14. Αλλαγές και παθήσεις του γηρασμένου νεφρού	234
15. Πυελονεφρίτιδα	235
16. Ενδοσκοπική επέμβαση στην ουρολογία	242
17. Εγχειρήσεις στην ουρολογία	243
18. Ουρητήρας	245
19. Κύστη	245
20. Προστάτης	246
21. Ουρήθρα	247
22. Τα Laser στην ουρολογία	247

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**  
**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΓΕΡΑΜΑΤΑ**

1. Ψυχοκινητικές αποκρίσεις	251
2. Η νοημοσύνη	253
3. Η μνήμη και η μάθηση	255
4. Η προσωπικότητα και τα γηρατειά	256

**ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

**ΙΔΡΥΜΑΤΑ: ΑΝΑΛΟΓΙΕΣ (ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ), ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ΚΑΙ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

1. Η ποιότητα της «ιδρυματοποιημένης» φροντίδας	258
2. Μερικά χαρακτηριστικά των ιδρυμάτων που σχετίζονται με την ποιότητα	262
3. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση	262
4. Επαγγελματισμός	264
5. Συμπεράσματα	265

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

**ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ (ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ) ΤΗΣ ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗΣ  
ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ**

1. Η απόφαση να ιδρυματοποιήσεις ένα ηλικιωμένο άτομο	268
2. Η επιλογή ενός νοσηλευτικού ιδρύματος	271
3. Τι κάνουν τα ιδρύματα στους ηλικιωμένους	280
4. Προβλήματα από την μετατόπιση του ατόμου	281
5. Το «ολοκληρωμένο» ίδρυμα	283
6. Φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή που βρίσκεται σε ίδρυμα	284

7. Ακούσια εισαγωγή	285
8. Τα δικαιώματα των ασθενών	285
9. Άσκηση γηριατρικής νοσηλευτικής	288
<b>10. Θάνατος και τρόπος θανάτου</b>	<b>290</b>
11. Τι είναι ο Θάνατος;	291
12. Η έννοια (σημασία) του θανάτου	292
13. Η διαδικασία του τρόπου του θανάτου	295
14. Τα στάδια της διαδικασίας του θανάτου	296
15. Αναπόφευκτες αποφάσεις	299
16. Πού (σε ποιο μέρος) πεθαίνουν τα διάφορα άτομα (ή τόπος θανάτου)	302
17. Το πότε του θανάτου (ο χρόνος)	306
18. Φροντίζοντας τον ετοιμοθάνατο	308
19. Ενημερώνοντας τον ετοιμοθάνατο ασθενή	309
20. Βοηθώντας τον ετοιμοθάνατο	311
21. Βοηθώντας τον τεθλιμμένο	312

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

#### ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΕΝΑ ΙΔΡΥΜΑ

1. Παροχές (υπηρεσίες) στο σπίτι	318
2. Κατ οίκον νοσηλεία - Υπηρεσίες του γιατρού	318
3. Νοσηλευτικές υπηρεσίες	320
4. Υπηρεσίες βοήθειας και προσφοράς υγείας στο σπίτι	321
5. Άλλες υπηρεσίες στο σπίτι	321
6. Υπηρεσίες στη κοινότητα	322
7. Υπηρεσίες καθημερινής φροντίδας	323
8. Φροντίδα ημέρας	323
9. Επίλογος	326



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**  
**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

1. Ο ιατρός και η γηριατρική φροντίδα	327
2. Αντικειμενικοί σκοποί της γεροντολογικής νοσηλευτικής	332
3. Ο νοσηλευτής	333
4. Παραϊατρικοί ειδικοί και ηλικιωμένοι	335
5. Η ομάδα Γηριατρικής φροντίδας υγείας και η ολοκληρωμένη προσέγγιση	342

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**  
**ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ**  
**ΗΛΙΚΙΑΣ**

1. Εισαγωγή	344
2. Υπηρεσίες διάγνωσης και παρακολούθησης της Νόσου Alzheimer	345
3. Υπηρεσίες αποκατάστασης της κοινότητας	359
4. Τα ιδρύματα	363
5. Βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.	369
6. Το πρόγραμμα Ψυχαργώς	378
7. Συμπεράσματα – Παρατηρήσεις	380

**ΕΠΙΛΟΓΟΣ** 383

**ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ**  
**ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ**

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	387
------------------	-----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	396
---------------------	-----

# **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

## **Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:**

### **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΥΓΕΙΑ – ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΠΡΟΝΟΙΑ**

#### **A) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:**

Από τα πιο πολύπλοκα προβλήματα της παγκόσμιας κοινωνίας αποτελεί το θέμα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας. Σε ολόκληρη την υφήλιο οι πληθυσμοί τείνουν σε μια δυσανάλογη μορφή, όπου οι ηλικιωμένοι υπερέχουν.

Το φαινόμενο αυτό είναι πιο έντονο στις ανεπτυγμένες και ακολουθούν οι λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες. Το δημογραφικό πρόβλημα της γήρανσης παίρνει διαστάσεις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές και αποτελεί βασικό μέλημα των διαφόρων κυβερνήσεων και ερευνητών. Ως το 2050 αναμένεται ότι το 1/3 του παγκόσμιου πληθυσμού θα είναι άνω των 60 ετών.

Φυσικά αυτή την αλλαγή της αναλογίας του πληθυσμού βιώνει και η χώρα μας ακολουθώντας τη δημογραφική γήρανση των αναπτυγμένων χωρών. Στο γεγονός αυτό συμβάλουν η υπογεννητικότητα, η αύξηση του μέσου όρου ζωής, η βελτίωση του επιπέδου υγείας, αλλά και η μετανάστευση (εξωτερική και εσωτερική). Αποτέλεσμα των ανωτέρω και ιδιαίτερα της αστυφιλίας ήταν ο επηρεασμός αρνητικά της δημογραφικής σύνθεσης του πληθυσμού και βραχυπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα.

Το έτος 1999 ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας ήταν 10.538.000. Από αυτά τα εκατομμύρια το 1.824.950 ανήκε στην 3<sup>η</sup> ηλικία δηλαδή 17%.

#### **B) ΤΟ ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΤΟΥ ΠΛΕΥΡΑ**

Τα γηρατειά αποτελούν μια περίοδο στη ζωή του ανθρώπου όπου συμβαίνουν ποικίλες αλλαγές στον τρόπο ζωής του γενικά. Η

ψυχολογική πλευρά του γήρατος αφορά κυρίως την προσαρμογή των ηλικιωμένων σ' αυτό. Γενικά τα γηρατειά χαρακτηρίζονται από μελαγχολία, που μπορεί να φθάνει έως την κατάθλιψη, αδιαφορία για οποιαδήποτε δραστηριότητα καθώς και την αίσθηση της μη ύπαρξης μέλλοντος.

Ο τρόπος ζωής μεταβάλλεται από:

- 1) Την συνταξιοδότηση
- 2) Την αίσθηση που έχει το άτομο ότι αποτελεί οικογενειακό και κοινωνικό βάρος
- 3) Την πτώση των οικονομικών πόρων με επιπτώσεις στη διατροφή, και τις κοινωνικές δραστηριότητες
- 4) Την απώλεια του γονικού ρόλου, όπου επιτείνει το αίσθημα την μείωσης της κοινωνικής εκτίμησης
- 5) Τον θάνατο προσφιλών προσώπων, όπου συνήθως προκαλεί ψυχικές διαταραχές.

Τα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας υποχρεούνται να αντιμετωπίσουν πολλαπλές μεταβολές, οι οποίες αυξάνουν τα συναισθήματα της αποξένωσης. Εάν σ' αυτές προστεθούν και οι μεταβολές στην υγεία τότε είμαστε σε θέση να κατανοήσουμε την δύσκολη προσαρμογή που έχουν οι ηλικιωμένοι απέναντι στο γήρας.

## **Γ) ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ 3<sup>Η</sup> ΗΛΙΚΙΑ**

Είναι κοινή ομολογία ότι το γήρας δεν αποτελεί ασθένεια, ωστόσο συνδέεται με τρεις τρόπους:

- 1) Διαφορετική απόκριση στην ασθένεια (κάποιες ασθένειες θεραπεύονται πιο δύσκολα στην 3<sup>η</sup> ηλικία π.χ. κατάγματα, πνευμονία)
- 2) Ασθένειες σχετικές με το γήρας, όπως αρτηριοσκλήρυνση
- 3) Πιθανός αυξημένος κίνδυνος ασθενειών λόγω γήρατος (π.χ. διάφορες μορφές καρκίνου)

Τα κυριότερα προβλήματα υγείας των ατόμων της 3<sup>ης</sup> ηλικίας στην Ελλάδα δεν διαφέρουν και πολύ από αυτά που επικρατούν στις άλλες ηλικίες. Οι συχνότερες αιτίες θανάτου στην 3<sup>η</sup> ηλικία αφορούν τα εγκεφαλικά, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τους καρκίνους, τις λοιμώξεις, καθώς και τα διάφορα ατυχήματα και τις συνέπειές τους.

Πολλές ασθένειες αποτελούν συνέπεια διαταραχών στις οποίες δεν εδόθη ιδιαίτερη σημασία σε νεότερες ηλικίες. Πολλές καταστάσεις ή ασθένειες ιδιαίτερα μπορεί να προληφθούν με ενέργειες που αρχίζουν μετά την ηλικία των 60 ετών, όπως:

- Ø Ιατρογενείς νόσοι (οι διάφοροι ιατροί οφείλουν να δίνουν σαφείς οδηγίες για τη λήψη των φαρμάκων από ηλικιωμένους ασθενείς).
- Ø Κατάχρηση αλκοόλης (με μείωσή της).
- Ø Ατυχήματα (με πρόληψή τους στον ιδιωτικό χώρο για αποφυγή τους).
- Ø Προβλήματα διατροφής (με διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες).
- Ø Άγχος και κατάθλιψη παρουσιάζονται σε ποσοστό 10 – 15% στα άτομα 65 ετών και άνω, μανιοκατάθλιψη παρουσιάζεται σε ποσοστό 3 – 5%, ενώ σε ιδρυματοποιημένα άτομα σε ποσοστό 15 – 35%.
- Ø Alzheimer (με υποστήριξη έντονη από το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον).
- Ø Διατήρηση της σωματικής ικανότητας (Περιλαμβάνει και την φροντίδα των δοντιών, ακοής, οφθαλμών τόσο από το ίδιο το άτομο, όσο και από επαγγελματίες υγείας).

Φυσικά η κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων επηρεάζεται σε μέγιστο βαθμό από διάφορα κοινωνικά προβλήματα όπως: το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, η διαμονή και η απομόνωση από μέλη του κοινωνικού συνόλου όσο και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Για τους λόγους αυτούς όλοι οι επαγγελματίες υγείας για να συμβάλλουν στην επίλυση των προβλημάτων των ατόμων της 3<sup>ης</sup> ηλικίας έχουν υποχρέωση να έχουν γνώση:

- 1) Των διαθέσιμων υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας.
- 2) Να μεσολαβούν οι ίδιοι ώστε οι ηλικιωμένοι να έρχονται σε επαφή με αυτές.

## **Δ) ΔΟΜΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **ΥΓΕΙΑ**

#### **ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

#### **ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Όπως ολόκληρος ο πληθυσμός της χώρας μας έτσι και τα άτομα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας έχουν πλήρη πρόσβαση, χωρίς καμία διάκριση, σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται διαμέσου της κοινωνικής ασφάλισης, του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και του ιδιωτικού τομέα.

Οι πολίτες είναι ασφαλισμένοι σε κάποιον από τους 40 ασφαλιστικούς φορείς που καλύπτουν παροχές ασθενείας, ενώ οι ανασφάλιστοι και οι άποροι έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στα δημόσια νοσοκομεία, στα εξωτερικά ιατρεία αυτών και στα κέντρα υγείας της επαρχίας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.) παρέχεται μέσω των 196 Κέντρων Υγείας και Υγειονομικών Σταθμών της επαρχίας, των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσοκομείων, των Γενικών Κλινικών των Ασφαλιστικών Ταμείων (κυρίως του ΙΚΑ), των συμβεβλημένων ιατρών των ασφαλιστικών ταμείων, των ιδιωτικών ιατρείων στις αστικές περιοχές, καθώς επίσης και μέσω των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται μέσω του Ε.Σ.Υ., μέσω των Νοσοκομείων (εκτός Ε.Σ.Υ.), της Κοινωνικής Ασφάλισης και τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία. Τα επείγοντα περιστατικά αντιμετωπίζονται στο

Ε.Σ.Υ. και στο Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Όλα τα έκτακτα περιστατικά, συμπεριλαμβανομένης και της μετέπειτα νοσηλείας, είναι διαθέσιμα για όλους ανεξαρτήτως ασφάλισης ή οικονομικής κατάστασης στις δημόσιες υπηρεσίες περίθαλψης, καθώς και η μεταφορά στο νοσοκομείο από το ΕΚΑΒ είναι παρεχόμενη δωρεάν.

## **Ε) ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **ΠΡΟΝΟΙΑ ΦΟΡΕΙΣ**

#### **1) ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ**

- Υπουργείο Υγείας
- Υπουργείο Εσωτερικών
- Εργατική Εστία
- Δήμοι

#### **2) ΜΗ ΚΡΑΤΙΚΟΙ – ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΙ – ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ**

- Εκκλησία
- Φιλανθρωπικά σωματεία
- Ομάδες αλληλεγγύης

#### **3) ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ**

#### **4) ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΦΟΡΕΙΣ**

#### **5) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

### **ΠΡΟΝΟΙΑ, ΔΟΜΕΣ – ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ**

#### **ΚΡΑΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ**

Κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Τα ΚΑΠΗ λειτουργούν ως υπηρεσίες του κάθε Δήμου της χώρας, ορισμένα δε χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Εσωτερικών. Στα προγράμματά τους μετέχουν ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές καθώς και διοικητικό προσωπικό. Ανάλογα με το ζήλο των ατόμων που συμμετέχουν οργανώνονται ομάδες χορωδίας, χορού

θεάτρου, χειροτεχνίας, μαγειρικής, γυμναστικής, φιλανθρωπικής παρέμβασης και γενικά δημιουργικής απασχόλησης. Στα μέλη παρέχονται ψυχαγωγικές εκδηλώσεις, ημερήσιες εκδρομές, προληπτικές εξετάσεις, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, φυσιοθεραπεία, εμβολιασμοί και προγράμματα αγωγής υγείας.

Λέσχες Φιλίας (Δ. Αθηναίων): Έτσι ονομάζονται τα 17 κέντρα ηλικιωμένων, που λειτουργούν στα 7 διαμερίσματα του Δήμου Αθηναίων, σε παρόμοια βάση με τα ΚΑΠΗ, αλλά με υποβαθμισμένες υπηρεσίες.

Βοήθεια στο σπίτι (Υπ. Εσωτερικών): Παρέχεται σε μοναχικά άτομα που δεν είναι αυτόνομα μέσω των ΚΑΠΗ που λειτουργούν στους Δήμους. Το πρόγραμμα λειτουργεί σε 96 Δήμους και υλοποιείται από ομάδες που αποτελούνται από 1 κοινωνικό λειτουργό, 1 νοσηλεύτη Τ.Ε./ΜΤΕΝΣ και 1 οικογενειακή βοηθό. Το πρόγραμμα είναι υποστηριζόμενο από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών.

Γεροντολογία (Ερυθρός Σταυρός): Από το 1985 υπάρχει τέτοιο πρόγραμμα που μοιάζει με τη βοήθεια στο σπίτι. Παρέχει ιατρική, νοσηλευτική, οικιακή φροντίδα και κάλυψη ψυχικών οικονομικών και κοινωνικών αναγκών.

Νοσηλεία στο σπίτι (Ερυθρός Σταυρός): Λειτουργεί από το 1990 και αποτελείται από ιατρό, νοσηλεύτη, φυσιοθεραπευτή και φροντίζει για την αποκατάσταση και την επανένταξη ηλικιωμένων ασθενών μετά την έξοδό τους από νοσοκομεία.

Τηλεβοήθεια – Τηλεσυναγερμός (Υπ. Εσωτερικών): 1000 μικρές τηλ/κες συσκευές για επείγουσες κλήσεις από μοναχικά άτομα για παροχή άμεσης βοήθειας. Λειτουργεί σε 103 δήμους με χρέωση του δημοσίου.

Υποστηρικτικά Προγράμματα:

- Ø Κατασκηνώσεις (Υπ. Εσωτερικών): Μέσω των Νομαρχιών, 4.750 ηλικιωμένοι παραθερίζουν 15 μέρες το χρόνο.
- Ø Λουτροθεραπεία: 10.000 άτομα δέχονται το πρόγραμμα που περιέχει οικονομική και ιατρική φροντίδα.

- Ø Στεγαστική Συνδρομή: δέχονται ετησίως ως υποστηρικτικό επίδομα στέγης.
- Ø Συνταξιοδότηση ανασφάλιστων μέσω ΟΓΑ.
- Ø Κοινωνικός Τουρισμός (Εργατική Εστία – Ν.6787/77) 8ήμερες διακοπές σε συμβεβλημένες τουριστικές μονάδες.
- Ø Εκδρομικό πρόγραμμα (Εργατική Εστία).
- Ø Πολιτιστικό πρόγραμμα (Εργατική Εστία).

## **ΣΤ) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Κυρίως στην επαρχία, μεγάλο ποσοστό οικογενειών φροντίζει τους ηλικιωμένους συγγενείς, προσφέροντας κάλυψη οικονομικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών είτε οι ίδιες είτε με την πρόσληψη οικιακών βοηθών.

Ανάδοχες Οικογένειες: Θεσμός υπό διαμόρφωση με αντικείμενο την οικονομική ενίσχυση οικογενειών οι οποίες θα αναλαμβάνουν την με κάθε τρόπο φροντίδα των οικότροφων ηλικιωμένων.

## **Ζ) ΕΚΚΛΗΣΙΑ Γηροκομία**

Σε όλη τη χώρα λειτουργούν από τις Μητροπόλεις της Εκκλησίας της Ελλάδας 55 γηροκομεία. Τα 30 από αυτά στεγάζουν και περιθάλπουν 1500 ηλικιωμένα άτομα δωρεάν ή με πολύ χαμηλό αντίτιμο.

Στέγες Γερόντων – Στέγες αγάπης – Στέγες Πρόνοιας:

Εκκλησιαστικά ιδρύματα που προσφέρουν υλική βοήθεια και κοινωνική συμπαράσταση σε ηλικιωμένα άτομα άπορα και ανήμπορα.

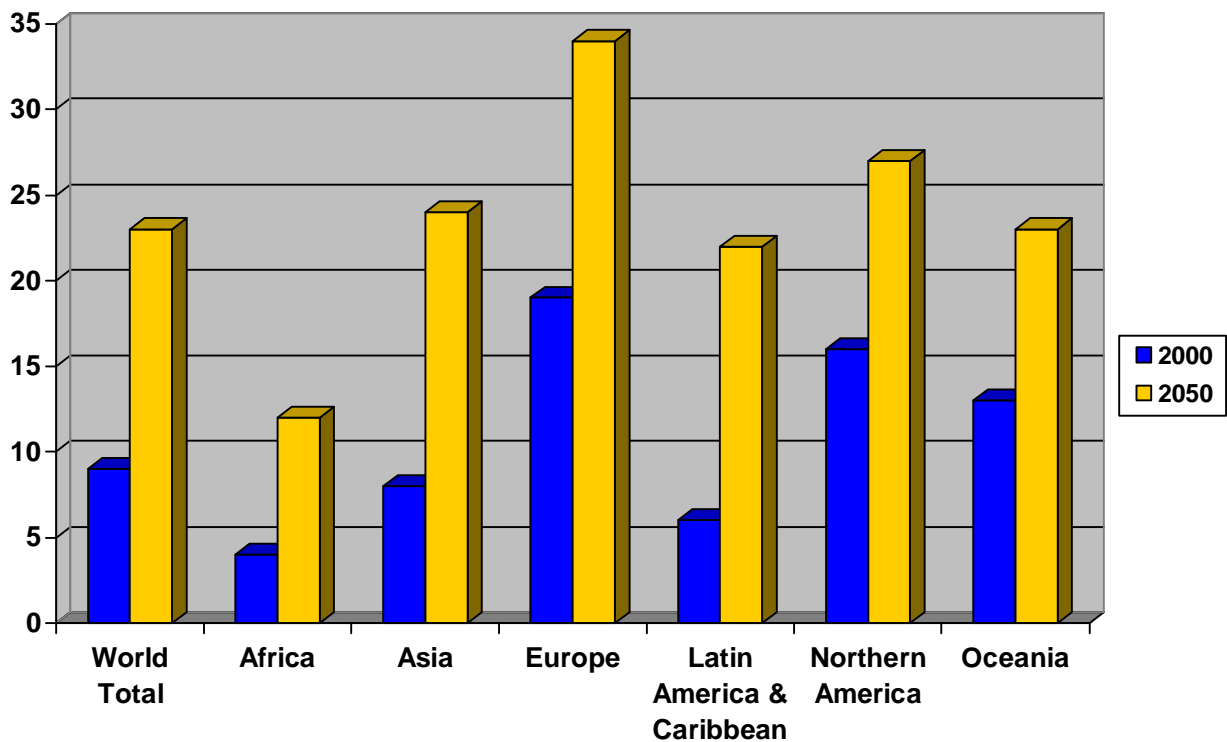
Φιλόπτωχα Ταμεία: Ενοριακά ταμεία για την προστασία αναξιοπαθούντων.



## Η) Φιλανθρωπικά Ιδρύματα

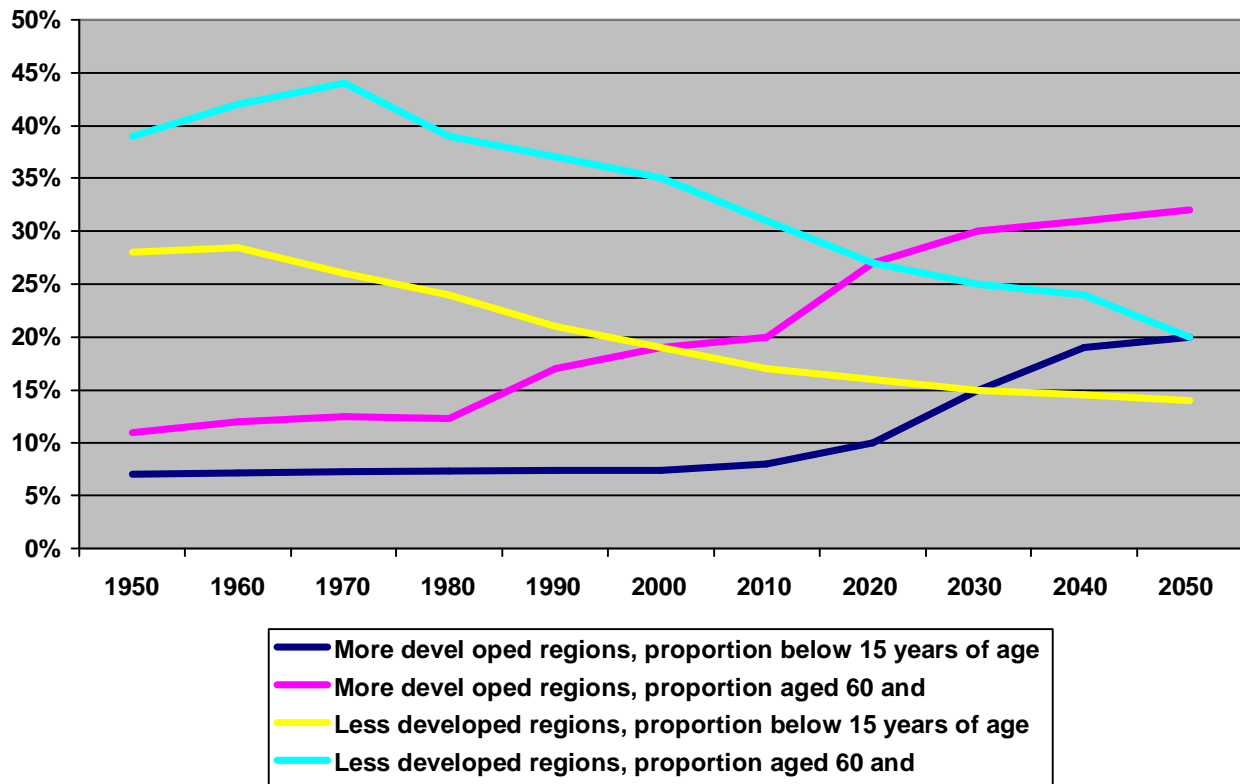
Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων:

Λειτουργούν σε ολόκληρη τη χώρα 1000 μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Έχουν την έγκριση και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.



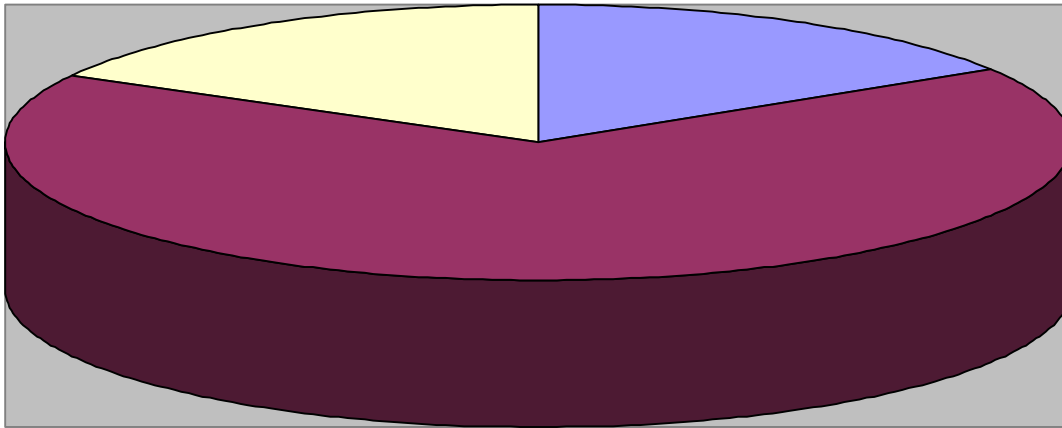
**Ποσοστιαία αναλογία πληθυσμιακής ομάδας 60+ το 2000 και το 2050.**

Source: World Population Prospects, The 2000 Revision, Volume II: Sex and Age. The Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat.



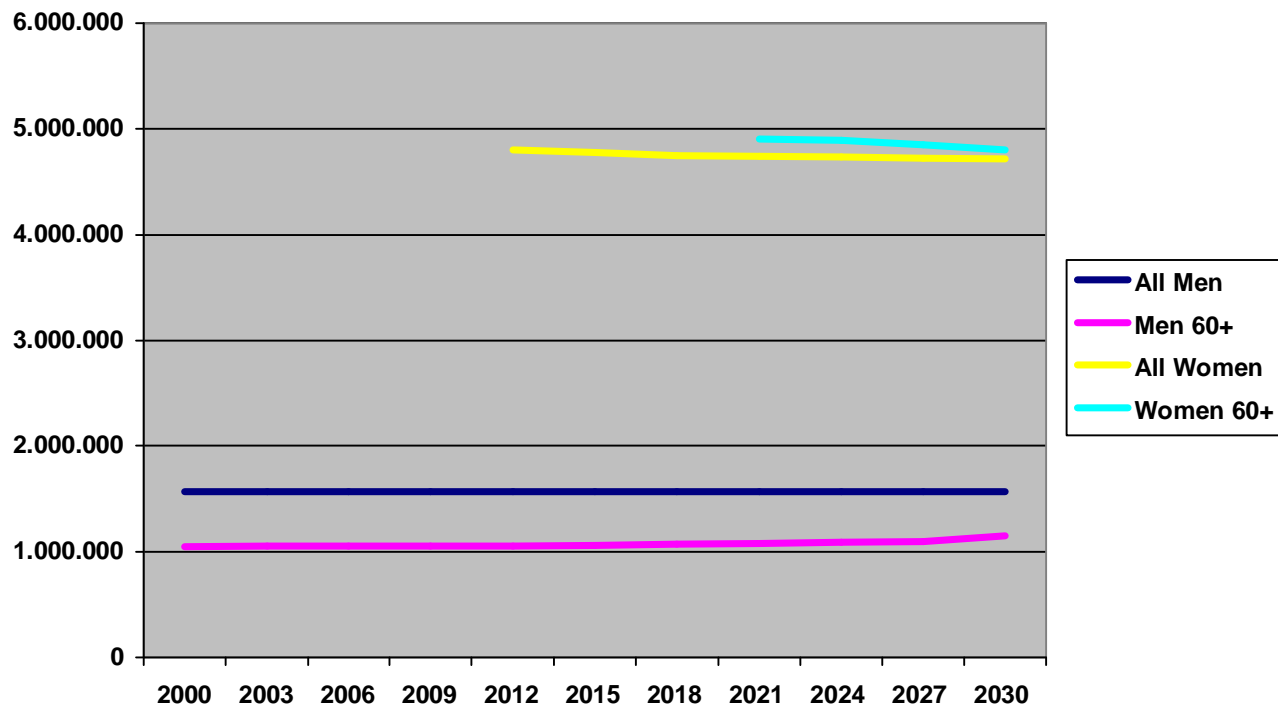
**Αναλογία του παγκόσμιου πληθυσμού ηλικίας 0 – 14 και 65 +, των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, 1950 – 2050. Προοπτική απεικόνιση.**

Source: World Population Prospects, The 2000 Revision, Volume II: Sex and Age. The Population Division, Department of Economic and Social Affairs, U.N.S.



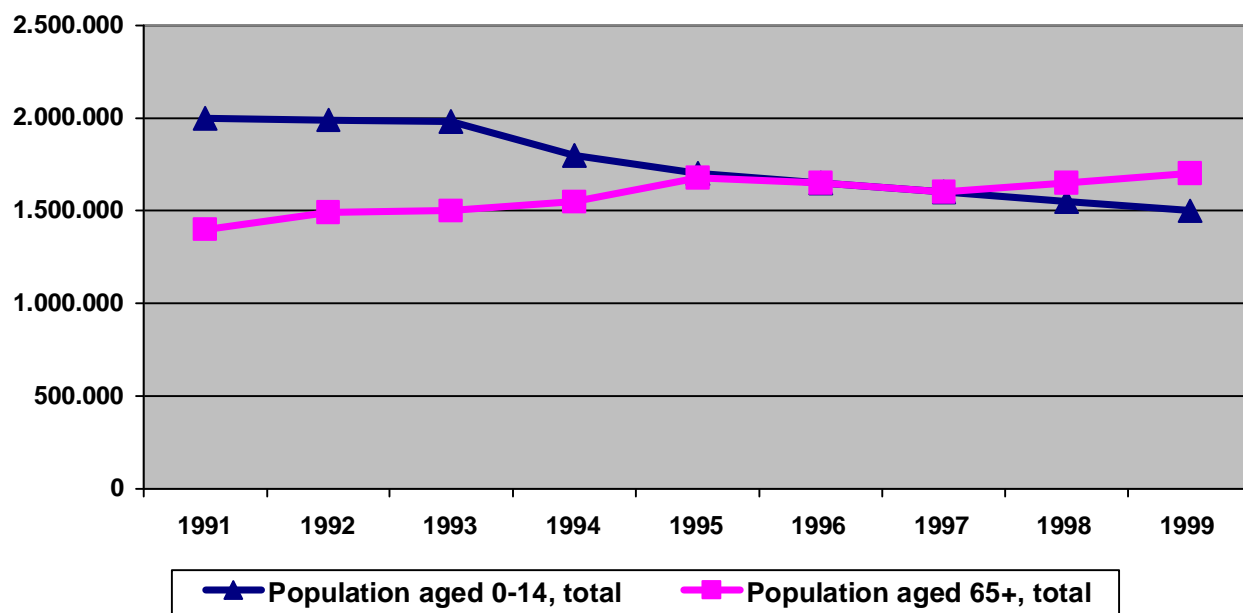
■ 0-14 16%	■ 15-64 67%	■ 65+ 17%
------------	-------------	-----------

**Ποσοστιαία αναλογία των πληθυσμιακών ομάδων 0 – 14, 15 – 64, 65 + στην Ελλάδα το έτος 2000.**

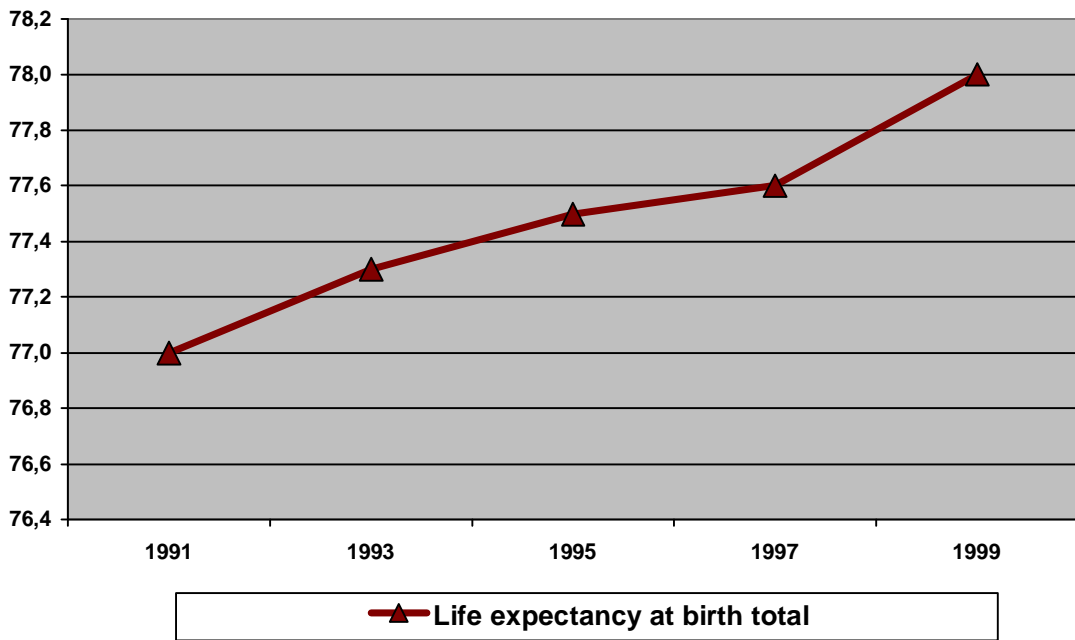


**Ελλάδα. Πληθυσμιακές τάσεις ανδρών – γυναικών 2000 – 2030.**

Copyright C United Nations / Division for Social Policy and Development.



**Αναλογία παιδιών και 65+ (1990 – 2000)**



### Προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΟΙ ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΑΡΡΩΣΤΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η διαδικασία της ζωής ξεκινά με την σύλληψη και τελειώνει με τον θάνατο. Αυτοί που ξεφεύγουν από τους κινδύνους της νεότητας θα δουν ότι γύρω στην ηλικία των 60 τα ίδια προβλήματα όπως το άγχος, οι αρρώστιες θα είναι πιο περίπλοκα. Οι κυριότερες αρρώστιες των ηλικιωμένων διαφέρουν από αυτά που μάθαμε να περιμένουμε για τους ενήλικες και τους μεσήλικες.

Μια αναγνώριση για τις ηλικιακές αλλαγές στις ανθρώπινες ικανότητες, ως απάντηση στις προκλήσεις είναι ότι μπορεί να οδηγήσει σε μια βελτιωμένη προσέγγιση της φροντίδας των ηλικιωμένων. Θα προσπαθήσουμε να μεταφέρουμε μια συστηματική εικόνα των βιολογικών και βιοχημικών φαρμακευτικών διαφορών στην εκδήλωση των ασθενειών στους ηλικιωμένους και την πιθανή τους ενοχή για την μεταφορά της κατά την φροντίδα της υγείας σε γεροντότερα άτομα.

#### **A) Η σχέση της ηλικίας στην εκδήλωση της ασθένειας**

Η φαρμακευτική θεραπεία γίνεται με βάση την συγκέντρωση πληροφοριών και την διάγνωση σύμφωνα με κάποια κατάσταση και έπειτα προχωράμε στην θεραπεία υποβάλλοντας τον ασθενή σε αυστηρή πειθαρχία ώστε να αναρρώσει. Οι προσπάθειες συνήθως κανονίζονται προς την αναγνώριση του προβλήματος. Παρ' όλα αυτά ανάμεσα στους πιο ηλικιωμένους ασθενείς ένα μόνο πρόβλημα δεν είναι κανόνας. Υπάρχουν ορισμένες εκφυλιστικές αλλαγές που

συμβαίνουν και ορισμένες ασθένειες που αυξάνονται σε σχέση με την ηλικία. Συνεπώς οι ηλικιωμένοι ασθενείς ίσως υποφέρουν από πολλαπλές φυσικές καταστάσεις που τους προκαλούν τουλάχιστον μια δυσλειτουργία. Αυτές οι πολλαπλές φυσικές αλλαγές και αταξίες μπορούν να οδηγήσουν σε σύγχυση για μια ακριβή διάγνωση. Για παράδειγμα, ένας πόνος στο στήθος είναι ένα σύμπτωμα που μπορεί να συνοδεύεται από ποικίλες καταστάσεις που αυξάνονται σε σχέση με την ηλικία. Ο πόνος στο στήθος να μας δείχνει μια καρδιακή πάθηση και μια καρδιακή προσβολή, στομαχικές και οισοφαγικές ασθένειες. Η παρουσία μη επιστημονικών συμπτωμάτων μπορεί να έχει ως αιτία ορισμένες φορές ιδιαίτερες ασθένειες αν τις επανεξετάσουμε.

Για τους ηλικιωμένους με διάφορες ασθένειες, σημαντικά ανησυχητικά σημάδια μπορεί να μην προσεχθούν επειδή μπερδεύονται με συμπτώματα κάποιας άλλης αρρώστιας. Οι πόνοι στο στήθος ως ανησυχητικό σημάδι των καρδιαγγειακών νοσημάτων μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι άλλη προσβολή της ξυνοστομαχίας, πόνος στα κόκαλα, η οποία είναι αποτέλεσμα θραύσης τους καρκίνου των οστών, ακόμη μπορεί να αποδοθεί σε ρευματισμούς. Ένα τέτοιο μπερδεμα είναι επικίνδυνο. Αλλαγές στις εντερικές συνήθειες είναι ένας γνωστός κίνδυνος του καρκίνου. Μια τέτοια αλλαγή αναγνωρίζεται εύκολα από την οικογένεια και τον γιατρό ενός ηλικιωμένου ατόμου που πάντα δείχνει να μιλά για εντερικά προβλήματα. Άλλοτε αιμορραγία στον πρωκτό μπορεί να είναι επακόλουθο αιμορροϊδών.

Επιπλέον στην σύγχυση των συμπτωμάτων μιας ασθένειας με αυτά ή άλλα συμπτώματα, η διάγνωση ατομικά σε κάθε ηλικιωμένο μπορεί να γίνει πιο δύσκολη από τις ηλικιακές μεταβολές στην κλασική κλινική εικόνα συνδεδεμένη με την συγκεκριμένη κατάσταση της αρρώστιας. Οι απαντήσεις του μεταβολικού πόνου και πυρετού δίνονται με 2 σημαντικά παραδείγματα. Οι πόνος είναι σημαντικός στα συμπεράσματά μας για την παρουσία μιας ανώμαλης κατάστασης. Αυτό κινεί άτομα να ζητήσουν βοήθεια από κάποιον φαρμακευτικό πρακτικό.



Παρ' όλα αυτά, σε μεγάλες ηλικίες ο πόνος μπορεί να δείχνει ένα λιγότερο ανησυχητικό σημάδι και ακόμη λιγότερο ως παρακίνηση για ζήτηση αλλαγής φαρμάκων. Η στηθάγχη, ένα σύνθετο σύμπτωμα που περιλαμβάνει πόνο στο στήθος είναι ένα σημαντικά ανησυχητικό σημάδι καρδιακής προσβολής. Στους μεγαλύτερους, ο πόνος που συνδέεται με στηθάγχη, μπορεί να απουσιάζει.

Η Pathy (1967) σημείωσε ότι περίπου 5 ηλικιωμένοι με καρδιακή προσβολή δεν είχαν κανέναν πόνο. Ομοίως, ο υπογάστριος πόνος που συνήθως συνοδεύει την σκωληκοειδίτιδα, μπορεί να απουσιάζει σε ένα μεγαλύτερο ηλικιακά θύμα.

Όταν ο πόνος λαμβάνει χώρα, ίσως να μην διαχωρίζεται και σε μερικά άτομα που είναι σε διανοητική σύγχυση, εύκολα ξεχνιέται. Ακόμη περισσότερο, μερικά άτομα μπορεί να εκλαμβάνουν τον πόνο ως φορτίο της γεροντικής ηλικίας που πρέπει να μάθουν να ζουν μαζί του. Πρέπει να επισημανθεί ότι ο πόνος δεν είναι μια φυσική συνοδεία της ηλικίας και πρέπει να μην αγνοείται.

Ένας υψηλός πυρετός που υπάρχει για αρκετό διάστημα με σοβαρές ασθένειες, κυρίως σε οξεία μολυσματικά επεισόδια, μπορεί να μην υπάρχει ή να παρουσιάζεται αργότερα στους μεγαλύτερους. Η θερμοκρασία του ορθού είναι πολύ πιο αξιόπιστος δείκτης όταν παρουσιάζεται πυρετός από την θερμοκρασία στο στόμα. Αυτοί οι παράγοντες πρέπει να συλλέγονται σε συνθήκες ικανές για διάγνωση για τις καταστάσεις των γηραιότερων ασθενών.

Με την πάροδο της ηλικίας έχουμε μια ανάπτυξη της τραυματοθεραπευτικής στην μόλυνση. Ο Πεσάντι (1977) μας θυμίζει ότι υπάρχουν 4 σημαντικοί συνοδοί των γηρατειών που επηρεάζουν αυτή την τραυματοθεραπεία. Πρώτον, οι εκφυλιστικές αλλαγές και ασθένειες που συνδέονται με μεγάλες ηλικίες και αποτελούν προδιαθετικό παράγοντα για μόλυνση. Η μυϊκή δύναμη της κύστης μειώνεται, οδηγώντας σε ανικανότητα του ατόμου να αδειάσει εντελώς την κύστη του και αυξάνει τα ποσοστά υπολειμματικής ούρησης, γι' αυτό ένα

σημαντικό ρόλο παίζουν οι μικροοργανισμοί που πολλαπλασιάζονται και προκαλούν την μόλυνση. Μεγαλύτερα άτομα ακόμη γίνονται πιο τραυματοθεραπευτικά σε αναπνευστικές μολύνσεις κυρίως ως αποτέλεσμα σπασίματος σε προσπάθεια άμυνας του οργανισμού. Τα αναπνευστικά προβλήματα οφείλονται σε αλλαγές της ηλικίας και σε ασθενικές καταστάσεις.

Ένας δεύτερος σημαντικός παράγοντας σχετίζεται με ηλικιακές κυκλοφορικές δυσλειτουργίες. Το αίμα περιέχει  $O_2$ , σημαντικό συστατικό, και το μεταφέρει μαζί με αντισώματα σε όλους τους μύς του σώματος. Οι μεταβολές στην φυσιολογική κυκλοφορία δίνουν ανεπαρκείς ποσότητες αίματος στους ιστούς, αυξάνοντας τις αλλαγές και μολύνοντας ολοκληρωτικά το αίμα. Οι αλλαγές των αγγείων του αίματος σχετίζονται με τον διαβήτη που παρουσιάζεται ως ένας παράγοντας που συμβάλλει στην αύξηση της μόλυνσης στα διαβητικά άτομα. Μικροοργανισμοί που μπορούν να διεισδύσουν στο σώμα λόγω πόνου ή πληγής σίγουρα αντιμετωπίζονται από ποικίλα κύτταρα και αντισώματα που είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου ανοσοποιητικού συστήματος. Εάν μέρος του αίματος χαθεί απελευθερώνονται κάποια σημαντικά συστατικά στην περιοχή που παράγονται και έπειτα ένας διαθέσιμος αριθμός κυττάρων και αντισωμάτων παράγεται.

Ορισμένοι ερευνητές έχουν σημειώσει την πιθανότητα μιας σημαντικής έλλειψης όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή διατροφή των ηλικιωμένων, χωρίς να παίρνουν κάποια καλά συστατικά, τα άτομα είναι πιο επιρρεπή στην μόλυνση. Τα κατάλληλα ποσά των συστατικών είναι σημαντικά για την διατήρηση της ακεραιότητας του δέρματος και την *mucous* μεμβράνης, η οποία υπηρετεί ως αποτελεσματικό εμπόδιο στην εισβολή των μολυσματικών μικροοργανισμών. Έτσι η αξία των θρεπτικών ουσιών είναι σημαντική στην παραγωγή αντισωμάτων για την καταπολέμηση των ασθενειών.

Τέλος οι ηλικιακές αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα συμβάλλουν στην αλλαγή της αντίδρασης του οργανισμού στις

μολύνσεις. Η λειτουργική ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος χειροτερεύει με την πάροδο των ετών, εξασθενίζοντας την αντίσταση στις μολύνσεις. Ένας ηλικιωμένος που εκτέθηκε σε έναν ιδιαίτερο παθογόνο μικροοργανισμό για πρώτη φορά ίσως αντιμετωπίσει με πολλή μεγαλύτερη δυσκολία την παρουσία ενός μολυσματικού εισβολέα και τις καταστροφικές επιδράσεις του. Άρα τα γεροντότερα άτομα είναι πολύ πιο επιρρεπή σε επιδημίες με αποτέλεσμα να αυξάνεται το ποσοστό των θανάτων σε σχέση με το πληθυσμό. Γι' αυτό τον λόγο τα μεγαλύτερα άτομα – το κάθε ξεχωριστά – διατρέχουν υψηλότερους κινδύνους και πρέπει τα άτομα αυτά να είναι ο αρχικός στόχος στο πρόγραμμα των εμβολιασμών.

Γενικά, έχει σημειωθεί μια μείωση των περιπτώσεων που εκτέθηκαν σε ασθενείς στις ΗΠΑ και μια αύξηση σε σημαντικές χρόνιες ασθένειες. Σήμερα χρόνιες καταστάσεις παρουσιάζονται ως το κλειδί για τα προβλήματα υγείας που προσβάλλουν μεσήλικες και γηραιότερους. Αυτές οι καταστάσεις διαρκούν πολύ και γενικώς εξελίσσουν την αιτία σε αμετάτρεπτες παθολογικές αλλαγές. Ορισμένες αιτίες είναι άγνωστε και η θεραπεία συχνά λανθασμένη. Η φυσική πορεία μιας χρόνιας αρρώστιας μπορεί να οδηγήσει την φροντίδα και τα προβλήματα διαχείρισής της. Ως αποτέλεσμα της μεγάλης διάρκειας, τέτοιες καταστάσεις είναι επίσης πολυδάπανες για τον ασθενή.

Υπάρχουν ποικίλοι φυσικοί και διανοητικοί παράγοντες που θα πρέπει να συμπεριληφθούν ως πιθανές επιπλοκές της ασθένειας για τους ηλικιωμένους. Τα μέλη της οικογένειας και οι επαγγελματίες υγείας που ενδιαφέρονται για τους ηλικιωμένους συγγενείς και ασθενείς θα πρέπει να έχουν αυτούς τους παράγοντες στο μυαλό τους. Ο περιορισμός στο κρεβάτι ως αποτέλεσμα ενός αριθμού αποθαρρυντικών και άλλων καταστάσεων, μπορεί να προκαλέσει διάφορες σωματικές επιπλοκές όπως δυσκοιλιότητα, ακράτεια, πόνοι λόγω πίεσης και βαθιά φλεβική θρόμβωση, με πιθανή πνευμονική

εμβολή. Πολλές από αυτές τις επιπλοκές αναλύονται στα επόμενα κεφάλαια.

Η δραστηριότητα (των ατόμων), παρ' όλο που εύκολα τροποποιείται, είναι απαραίτητη για όλα τα άτομα όχι μόνο για το ψυχολογικό κέρδος αλλά και για τη σωματική ακεραιότητα. Η μεγάλη διάρκειας ξεκούραση στο κρεβάτι δεν πρέπει ποτέ να επιβάλλεται τυχαία. Η παραμονή στο κρεβάτι για την οποία δόθηκε εντολή ή ήταν η αναγκαστική συνέχεια στην εξέλιξη μιας ασθένειας θα πρέπει να συνοδεύεται με ενσωμάτωση δραστηριοτήτων οι οποίες είναι σημαντικές για την πρόληψη της ανικανότητας της αναπηρίας και μερικές φορές ακόμη του θανάτου. Για παράδειγμα, οι κατακλίσεις είναι σημαντικά τραύματα που προκαλούνται από μια πίεση στην περιοχή που μπορεί όμως να αντιμετωπιστεί. Το αίμα στην περιοχή μπορεί να σταματήσει, οι ιστοί νεκρώνονται και ένα βαθύ ανοιχτό τραύμα είναι η κατάληξη. Αν δεν προληφθεί μπορεί να μολυνθεί και μικρόβια να καταλάβουν από αυτό το τμήμα όλα τα ζωτικά όργανα του σώματος, με αποτέλεσμα τον θάνατο. Οι κατακλίσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν από νοσοκομειακή φροντίδα. Αν τα άτομα συχνά αλλάζουν θέση και στάση δεν θα αναπτυχθούν κατακλίσεις.

Τα γηραιότερα άτομα είναι πιο εύκολο να παρουσιάσουν ψυχολογικές διαταραχές για τα σωματικά τους προβλήματα από τα νεώτερα. Οι χρόνιες παθήσεις συχνά αντιμετωπίζονται με μακροχρόνια θεραπεία και φάρμακα. Ορισμένα φάρμακα έχουν παρενέργειες που περιλαμβάνουν παροδική ζάλη, ίλιγγο, σύγχυση. Και αυτό επειδή οι χρόνιες ασθένειες είναι αμετάβλητες και μιας μεγάλης διάρκειας κατάσταση, μπορεί να ευθύνεται για την ψυχολογική πίεση.

Ποικίλες καταστάσεις που απολήγουν σε ελάττωση του ρέοντος αίματος στο μυαλό, καταλήγουν σε διανοητικές αλλαγές. Σκληρές και στενές αρτηρίες τροφοδοτούν ανεπαρκώς το μυαλό και ίσως προκαλέσει αποπροσανατολισμό, έλλειψη μνήμης ξαφνική μετάπτωση στην διάθεση και διανοητική δυσλειτουργία. Οι ξαφνικές αλλαγές στην

διανόηση λειτουργούν ως σημάδι στην ανάγκη για εξέταση και για εξακρίβωση της πηγής της βλαβερής επίδρασης των θρεπτικών ουσιών και οξυγόνου στον εγκέφαλο. Η εξουδετέρωση της αιτίας των προβλημάτων μπορεί μερικές φορές να επιφέρει την εξαφάνιση των συμπτωμάτων.

Δυστυχώς, η διανοητική σύγχυση και τα γεράματα είναι πολύ συχνά φυσικό και σύνοδο σύμπτωμα της ηλικίας και έρευνας γι' αυτή την κατάσταση ίσως να μην μπορεί να γίνει. Οι ασθενείς μπορεί να οδηγηθούν στην μείωση του διανοητικού επιπέδου της ήδη μειωμένης λειτουργίας εξαιτίας της όλης διάθεσης. Σίγουρα υπάρχουν μεγάλοι άνθρωποι στους οποίους η ανεπαρκής ροή αίματος στον εγκέφαλο έχει ως αποτέλεσμα μόνιμη και ανεπανόρθωτη καταστροφή του εγκεφάλου. Παρ' όλα αυτά η διανοητική σύγχυση δεν πρέπει να θεωρείται ως μια ανεπανόρθωτη εκδήλωση της ηλικιακής εξέλιξης.

Ο Schouten (1975) από την εμπειρία που είχε με δύο ηλικιωμένα ιατρικά σε πλήρη σύγχυση αναφέρει με βάση την αντίληψή τους σε κλινικό επίπεδο έπρεπε να μεταφερθούν σε ψυχογηριατρικό τμήμα. Σύμφωνα με κάποιες εξετάσεις βρέθηκε πως και οι δύο υπέφεραν από καρδιακά επεισόδια και πως η ελάττωση της ροής του αίματος στον εγκέφαλο είχε ως παρεπόμενο αυτά τα επεισόδια τα οποία ήταν αιτία αυτής της σύγχυσης. Μόλις ανέκτησαν τις δυνάμεις τους από την καρδιακή προσβολή η κλινική σύγχυση εξαφανίστηκε. Αυτό το παράδειγμα κυρίως επεξηγεί πως ο εναλλακτικός πόνος απαντάται ενώ απουσιάζουν τα κλασσικά συμπτώματα ενός κλινικού προβλήματος. Ο πόνος αυτός περιπλέκει την σωστή διάγνωση και φροντίδα, σε ένα ηλικιωμένο ασθενή. Αυτά τα πρόσωπα έχουν υποστεί σιωπηρές καρδιακές προσβολές και μόνο εξετάζοντάς τους αποκαλύπτονται οι συνθήκες.

Ο Schouten (1975) επίσης παρακολουθούσε ιατρικά ασθενών οι οποίοι νόμιζαν πως είναι τρελοί, φρόντιζε για τα κλινικά τους προβλήματα τα οποία ήταν αποτέλεσμα συριγμών στον ακουστικό

πόρο. Το άτομο προσποιούταν τον γερασμένο επειδή προφανώς δεν καταλάβαινε τι του έλεγαν και δεν απαντούσε κατάλληλα στις ερωτήσεις και σε άλλες προτάσεις. Με τις εξετάσεις αποκαλύφθηκε ότι οι ακουστικοί του πόροι είχαν κλειστεί από κερί. Δεν απαντούσε κατάλληλα επειδή δεν άκουγε τι του έλεγαν.

Όταν οι ασθένειες ή οι φυσικές καταστάσεις απολήγουν σε προσωρινό αποπροσανατολισμό στους νέους, θεωρείται ως «ντελίριο». Δυστυχώς, όταν τέτοιες καταστάσεις συμβαίνουν σε γηραιότερους, θεωρείται ιατρικά πως έχουν σύγχυση ή γηρατειά και συνήθως αναμένετε πως θα παραμείνουν έτσι.

Υπάρχει μια βαθμιαία μείωση με την πάροδο της ηλικίας στην λειτουργικότητα και η διατήρηση της επαγγελματικής θέσης στα διάφορα πρόσωπα αλλάζει. Αυτό αυξάνει την πιθανότητα ασθενειών. Το ποσοστό της μείωσης διαφέρει από το ένα πρόσωπο ως προς το άλλο και από το ένα όργανο ως προς το άλλο. Με αυτές τις βαθμιαίες μειώσεις από μια χρόνια αρρώστια κυρίως επιτυγχάνεται «ένα περιστατικό αυξανόμενων απαιτήσεων. Για παράδειγμα ένα οξύ και έντονο ατύχημα όπως ενός χειρουργείου ή μιας μόλυνσης, ποιο εύκολα θα υπερνικηθεί από έναν νεαρό ενήλικα, σε σχέση με ένα γηραιότερο κυρίως με πρόβλημα στην καρδιά, τα νεφρά ή άλλα ζωτικά όργανα». (Hrachore 1969:446). Για κάποιες από τις λειτουργίες, οι οποίες δεν επιδεινώθηκαν σε κάποιον ηλικιωμένο κατά την φάση της φροντίδας, υπάρχει ένας μετρητής που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια ενός οξύ επεισοδίου και μιας άσκησης. Ελάττωση της απόδοσης της καρδιάς, του υπεραερισμού των πνευμόνων και της κατανάλωσης θα είναι προβλήματα επιδείνωσης (των λειτουργιών) κατά την περίοδο άγχους.

Αυτή η επιδείνωση των σωματικών λειτουργιών θεωρήθηκαν από πολλούς ως η φυσική εξέλιξη κατά την πάροδο της ηλικίας. Σήμερα αναρωτιόμαστε για την σχέση μεταξύ των προβλημάτων και της ηλικίας. Σε τι βαθμό αυτά τα προβλήματα βρίσκονται σε φυσιολογικά πλαίσια με

την πάροδο της ηλικίας και σε ποιο βαθμό συσχετίζονται τα χρόνια αποκατάστασης ως αποτέλεσμα της καθιστικής ζωής;

Ο De Vries (1975) εισηγήθηκε στις υποκινητικές νόσους ότι είναι ίσως ένας σημαντικός παράγοντας που περιέχει την σχέση της ηλικίας με την μείωση των λειτουργικών ιδιοτήτων. Ο Kraus και ο Raab (1961) αναφέρονται στον όρο υπογεννητική νόσο που αναφέρεται σε ολοκληρωμένες σωματικές και διανοητικές αλλαγές που μπορούν να προκληθούν από αδράνεια ακόμη και κατά την νεότητα. Ο Σάλτιν και Al (1968), για παράδειγμα, απέδειξαν πτώσεις στην πιο δυνατή καρδιακή παραγωγή, στον μέγιστο εξαερισμό, στην κατανάλωση οξυγόνου και ενέργεια των μυών σε νεότερα άτομα ύστερα από ξεκούραση στο κρεβάτι 3<sup>ωv</sup> εβδομάδων.

Η σωματική δραστηριότητα μειώνεται σημαντικά με την πάροδο της ηλικίας (Wessel & Van Huss 1969) De Vries γράφει: «Αυτά δεν είναι ξαφνικά νέα, αλλά δεν φέρνουν την πρόοδο στην επιστημονική εγκυρότητα από την ανάγκη για μελετημένη γνώση και την σπουδαιότητα για όλες τις έρευνες που οδηγούν προς τις αλλαγές λόγω ηλικίας στην εκτέλεση της έρευνας. Για να υποστηρίξουμε κυρίως αυτόν τον ισχυρισμό Wessel & Van Huss βλέπουμε ότι ο συσχετισμός της ηλικίας έχει χαθεί στην φυσιολογική, μεταβλητή, σημαντική για τον άνθρωπο εκτέλεση στην οποία περισσότερο συνδέεται με το επίπεδο δραστηριότητας των ασθενών απ' ότι με την ηλικία του ασθενούς (1975 – 262).

## **B) Ενοχές για την αποφυγή της φροντίδας υγείας των ηλικιωμένων προσώπων**

Σ' αυτό το σημείο έχουμε εξακριβώσει ορισμένες σημαντικές εκδηλώσεις για τις ασθένειες των ηλικιωμένων. Θα μας παρακολουθήσετε να εξετάζουμε μερικούς σημαντικούς παράγοντες

που συνδέονται με την παράδοση φαρμακευτικών υπηρεσιών και φροντίδας υγείας στον πληθυσμό.

Το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται κυρίως από την πρόληψη των ασθενειών. Ασφαλή σχέδια έχουν καλύψει την κρίση με στοιχεία για την κατάσταση της υγείας, δηλαδή την διάγνωση και την φροντίδα τους. Σωματικές εξετάσεις και άλλες προληπτικές μετρήσεις έχουν τυπικά αποκλεισθεί με το πέρασμα των χρόνων. Παρομοίως, γιατροί και νοσοκομεία έχουν αποζημιωθεί για την πενιχρή φροντίδα που προσφέρουν. Τα οικονομικά κέρδη έρχονται από αρρώστους που χρειάζονται φροντίδα και που κρατούν τα κρεβάτια των νοσοκομείων γεμάτα.

Οι χρόνιες αρρώστιες είναι το κλειδί για τα προβλήματα υγείας των γηραιότερων. Αυτός ο παράγοντας ενοχοποιείται σημαντικά για την παράδοση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στα γηρατεία. Στα καινούργια φάρμακα βρίσκουν θεραπεία οι ασθένειες και οι γιατροί εκπαιδεύονται κυρίως στην θεραπευτική φαρμακολογία. Η ασθένεια βέβαια προσπαθεί να αντισταθεί και να νικήσει (τα φάρμακα). Ακόμη και στις περιπτώσεις στις οποίες η καρδιά οι νεφροί καταστρέφονται παρά την προσπάθεια επισκευής τους, εκατομμύρια προσπάθειες έχουν γίνει για θεραπευτικά μέσα για κάθε περίπτωση ως και μεταμοσχεύσεις οργάνων.

Παρόλη την συνεχιζόμενη έρευνα ενδιαφέρον προκαλεί η φροντίδα της κάθε ασθένειας που πρέπει να είναι κατάλληλη και να σέβεται τον άρρωστο, αλλά οι ηλικιωμένοι δεν έχουν την οικονομική άνεση για την θεραπεία. Χρειάζονται υποστήριξη για τα προγράμματα που έχουν ως τελικό στόχο να ζουν άνετα με τα χρόνια προβλήματα τους. Αυτό το κεφάλαιο της φροντίδας υγείας χρειάζεται περισσότερη προσοχή. Οι άνθρωποι που ζουν σε μέρη με υψηλή τεχνολογία περιμένουν σε ελάχιστο χρόνο να μπορούν να γνωρίσουν τα πάντα. Δεν είναι έτοιμοι να δεχτούν μια χρόνια νόσο ή να είναι συνεργάσιμοι



στον καθορισμό ενός προγράμματος. Περιμένουν φροντίδα και εμπειρία ενώ απογοητεύονται όταν δεν πραγματοποιείται.

Η ανάπτυξη πολλών χρόνιων καταστάσεων επηρεάζεται από περιβαντολλογικούς παράγοντες και από πρότυπα συμπεριφοράς θα ήταν σωστό με αρκετή προσπάθεια, αν όχι περισσότερη να συμπεριληφθούν τόσο στα προγράμματα πρόληψης όσο και στην υποστήριξη – φροντίδα. Παρόλα αυτά οι συνήθειες αρκετών ατόμων και το φαρμακευτικό σύστημα δουλεύουν για να υποθάψουν την πρόληψη των χρόνιων νόσων.

Η φροντίδα μιας άμεσης προσβολής γρίπης μπορεί να υποκινήσει για να μην δεχτεί το πολλαπλασιασμό των μικροβίων. Πολλές προσπάθειες για να παρεμποδίσουν την έφοδο σε μια τέτοια περίπτωση η φροντίδα της ασθένειας είναι άμεση και η προσωπική προσπάθεια αποβλέπει στην αποτροπή της επιδείνωσης της νόσου. Στην περίπτωση μιας χρόνιας ασθένειας, η φροντίδα των ήδη υπάρχοντων συμπτωμάτων και ίσως πολύ αργότερα η προσωπική προσπάθεια για την πρόληψη να είναι καλύτερη. Το εμφύσημα, το οποίο μεγαλώνει διαρκώς είναι διαδεδομένο στα χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, και έχει συνδεθεί με το κάπνισμα. Ακόμη και για έναν εικοσάχρονο καπνιστή η φροντίδα λόγω ανικανότητας στην μέση ηλικία ή αργότερα φαίνεται μακρινή σαν να είναι ασήμαντη και αγνοείται.

Ο Hrachovec υποστηρίζει ότι είμαστε ανίκανοι να ασχοληθούμε με χρόνιες καταστάσεις σύμφωνα με τις κλασσικές μεθόδους απομόνωσης του μικροβίου και δημιουργίας εμβολίου :

“Έχουμε να μάθουμε : 1) να καταλαβαίνουμε με τις σχέσεις τους με ορισμένους περιβαντολλογικούς παράγοντες που αυξάνουν αρκετά τα περιστατικά των χρόνιων νοσημάτων 2) να ζούμε με τις ασθένειες που δεν μπορούμε να θεραπεύσουμε. Πολύ συχνός ή πιο πρόσφατη επιλογή υιοθετείται. Ένας συμβιβασμός με την υγεία γίνεται ένα αποδεκτό μοντέλο, η αύξηση της προθυμίας αποτελείται από μια υγεία όχι αγνή και ανταγωνιζόμενη για το ανθρώπινο καλό, αλλά ως ένα

γενικά επιθυμητό στοιχείο, σε δραστηριότητα με ευγενή άμιλλα με άλλους; ανθρώπους που χρειάζονται τόσο την οικονομική αμοιβή όσο και την απλή ευχαρίστηση του να ζεις”.

Οι γηραιότεροι ασθενείς, τα μέλη των οικογενειών τους, και οι επαγγελματίες υγείας συχνά θεωρούν ότι το να είσαι γέρος σημαίνει πως είσαι και άρρωστος. Τέτοια στάση είναι σίγουρα σημαντική στην φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων. Ο ασθενής που έχει πόνο και κάποια δυσλειτουργία το θεωρεί μέρος της ηλικίας του και περιμένει αρκετά, ώσπου να ζητήσει ιατρική βοήθεια. Ο εργαζόμενος για την υγεία που αναμένει κάποια δυσφορία και δυσλειτουργία από τον ηλικιωμένο ασθενή του ίσως να μην ανταποκριθεί κατάλληλα στα συμπτώματα που ο ασθενής. Ένα ηλικιωμένο αναιμικό άτομο ίσως παραπνευθεί στον γιατρό του κατά την διάρκεια της επίσκεψης ότι αισθάνεται κουρασμένος και πως δεν μπορεί να εργασθεί. Ο γιατρός μπορεί να αντιδράσει στα παράπονα ως εξής : Λοιπόν, τι περιμένεις από κάποιον στην ηλικία σου; (ή) “Πρέπει να το συνηθίσεις – γερνάς”. Η αναιμία μπορεί να μην διαγνωσθεί και ο ασθενής να συνεχίσει να παραμένει χωρίς λόγο εξουθενωμένος. Αν ο ασθενής δεν προβλέπεται ότι θα γίνει καλύτερα, η προσπάθεια που θα δώσει ολόψυχα μια απόπειρα “για αποκατάσταση η αναγέννηση μιας καλής υγείας θα είναι ελάχιστη” (Eisdorfer 1973).

Τα δεδομένα αυτοψίας, επίσης είναι προκατάληψη για τους ηλικιακούς παράγοντες. Τα ποσοστά αυτοψίας μειώνονται όσο η θνησιμότητα αυξάνει. Πολλές από τις πληροφορίες για τα φυσιολογικά και τα ανώμαλα, τα υγιή ή τα νοσούντα έρχονται από τα στοιχεία αυτοψιών. Με τις αυτοψίες αποκομίζουμε πληροφορίες από τις οποίες μαθαίνουμε συνεχώς περισσότερα για το ανθρώπινο σώμα και σε μεγαλύτερη ακόμη επεξεργασία ανευρίσκονται οι αιτίες ορισμένων διαταραχών και κυρίως πως μπορεί να εξηγηθεί κατάλληλα αυτή η δυσλειτουργία.

Οι νέοι άνθρωποι υποτίθεται πως δεν θα έπρεπε να πεθαίνουν. Όταν όμως πεθαίνουν, είναι πιο πιθανό ότι μια αυτοψία θα εξακριβώσει

την αιτία θανάτου. Όταν ένας ηλικιωμένος πεθαίνει, συνήθως ήταν αναμενόμενο. Λίγες αιτήσεις γίνονται για έναν ηλικιωμένο και λιγότερες άδειες δίνονται. Ενδιαφέρον παρουσιάζει με μια απόκτηση άδειας η εξαγωγή της αυτοψίας ενός ηλικιωμένου θύματος. Γι' αυτό θα έπρεπε να αυξηθούν ώστε να έχουμε περισσότερες πληροφορίες για την εξέλιξη της υγείας και της ασθένειας που μπορεί να αποκτήσουμε. Τέτοιες πληροφορίες μπορούν να βοηθήσουν ώστε να αυξηθεί η ποιότητα της ζωής.

Οι γηραιότεροι υποφέρουν ως σύνολο από την έλλειψη παθολόγου ή ειδικών οικογενειακών γιατρών. Υπάρχει πληθώρα ειδικευόμενων γιατρών που έχουν κοινή ειδικότητα και μια μειοψηφία γιατρών που αντιμετωπίζουν τον άνθρωπο ως ολότητα. Ο Αμερικανικός Φαρμακευτικός Σύλλογος έχει προτείνει ότι οι μισοί φοιτητές της φαρμακευτικής πρέπει να γίνουν οικογενειακοί γιατροί, αν και δεν έχει ακόμη πραγματικότητα. Η ανεπάρκεια πρωτογενούς πρόληψης γιατρού ακόμη επηρεάζει τις επισκέψεις που γίνονται σε ορισμένο αριθμό κατ' οίκον, και είναι αρκετοί οι ηλικιωμένοι που λόγω ασθένειας κάποιας ανικανότητας ή έλλειψης συγκοινωνίας δεν μπορούν άμεσα να επισκεφθούν τον γιατρό στο γραφείο. Οι υποχρεώσεις του γηριατρικού δυναμικού και οι κοινοτικές υπηρεσίες υγείας είναι επικριτικά σημαντικές σε συνδυασμό με την φροντίδα υγείας που δίνεται στους γηραιότερους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΔΕΡΜΑ

Για τους περισσότερους ανθρώπους η κατάσταση του δέρματος, των μαλλιών και των σχετικών ιστών αποτελούν το βασικό δείκτη ηλικίας. Οι άνθρωποι συχνά, κρίνουμε, εκτιμούμε, ότι είναι κάποιας συγκεκριμένης ηλικίας (με) βάση των ορατών ρυτίδων και το βαθμό που τα μαλλιά ασπρίζουν. Πολλοί επενδύουν στις λεγόμενες «θαυματουργές» φήμες και στις βαφές μαλλιών με στόχο να εξομαλύνουν αυτά τα σημάδια της ηλικίας τους. Παρ' όλο που η αντίληψη για την ηλικία, όπως αυτή για την ομορφιά, έρχεται μέσα από τα μάτια αυτού που μας αντικρίζει, είναι αλήθεια πως η εξωτερική μας εμφάνιση όντως διαφοροποιείται καθώς μεγαλώνουμε. Αυτές οι εμφανισιακές αλλαγές οφείλονται κατά το μεγαλύτερο μέρος στην υποδότη απώλεια των λειτουργικών κυττάρων, που συμβάλλουν στην παραγωγή χρώματος, ατροφία των ιδρωτοποιών και αποθηκών ύδατος (λιπαντικών / υδατικών) αδένων και σε μια αύξηση στον αριθμό των ερυθρών αγγείων, που εφοδιάζουν το δέρμα.

Η ταχύτητα και ο βαθμός μερικών από αυτές τις δερματολογικές αλλαγές σχετίζεται με ένα αριθμό παραγόντων όπως η κληρονομικότητα, ορμονικές διακυμάνσεις, διατροφή και η εκτεταμένη έκθεση στον ήλιο, άνεμο ή στα χημικά. Έτσι το επάγγελμα ή η κοινωνική θέση μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στην αλλαγή του δέρματος. Άνθρωποι που περνούν ένα σημαντικό μέρος του χρόνου της ζωής τους στον ήλιο, όπως οι ψαράδες, οι αγρότες, εργάτες οικοδομών ή άτομα αφοσιωμένα στο μαύρισμα, εκδηλώνουν γενικά ταχύτερα τις αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία.

Οι περισσότερες αλλαγές δεν φέρνουν τον θάνατο. Το μεγαλύτερο μέρος τους είναι καλλωπιστικό και ξεκινά φυσικά. Παρ' όλα

αυτά για κάποιους είναι ανησυχητικές. Αυτές οι αλλαγές είναι που κάνουν πολλούς από εμάς, σε μια κοινωνία που προσανατολίζεται προς τους νέους να τις εξισώνουν με τρόπο με τη προχωρημένη ηλικία – γερατειά. Σίγουρα η σκέψη μας σ’ αυτές τις αποφασιστικές αλλαγές είναι ότι θεωρούνται σημαντικές για εμάς. Η έλευση και η τελική εκδήλωση αυτών των αλλαγών μπορούν να επηρεάσουν την προσωπική εικόνα του ατόμου. Επιπλέον κάποιοι τείνουν να μην αγγίζουν ηλικιωμένους ανθρώπους με ρυτίδες εξαιτίας της φυσικής εικόνας τους.

Πρέπει να γίνει παραδεκτό ότι οι ανησυχίες για την εξωτερική εμφάνιση δεν περιορίζονται μόνο στους ηλικιωμένους. Ωστόσο οι μεγαλύτεροι άνθρωποι έχουν υπερηφάνεια, ανησυχούν για την εμφάνιση τους και για αυτό δεν πρέπει να περιθωριοποιούνται λόγω της ηλικίας τους.

Οι ηλικιωμένοι είναι το ίδιο τρωτοί στις ίδιες δερματολογικές διαταραχές όσο και άτομα που ανήκουν σε μικρότερες ηλικίες. Ακόμα υπάρχουν συγκεκριμένες δερματολογικές διαταραχές που είναι συχνότερες σε ηλικιωμένα άτομα όπως γεροντική κεράτωση, φαγούρα, τοπικό πάχος στην επιφάνεια του δέρματος, καρκίνος του δέρματος και έλκη από πίεση.

Αυτές οι συνθήκες θα εξεταστούν στο κεφάλαιο αυτό, αφού προηγηθεί μια παρουσίαση, των σχετικών με την ηλικία αλλαγών, που το δέρμα υφίσταται.

## **1) Γενικές Αλλαγές**

Το δέρμα είναι ένας καταπληκτικός μηχανισμός, που από κάθε άποψη “υπηρετεί” το αφεντικό του σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, ακόμα και στα γηρατειά. Η ελαστικότητα του, η ευκαμψία του και η (δυναμική του) μας παρέχουν ελευθερία κινήσεων και εκφράσεων. Επιπλέον μας προστατεύει από ποικίλες φυσικούς και χημικούς τραυματισμούς, ενώ παράλληλα λειτουργεί ως ένας σημαντικός

ρυθμιστής θερμότητας και σαν μια προστατευτική θήκη ρυθμίζει την απώλεια της υγρασίας ενώ εμποδίζει την είσοδο ενός μεγάλου αριθμού μικροοργανισμών, που ευθύνονται για διάφορες ασθένειες. Αυτές οι ποικίλες λειτουργίες του ανθρώπινου δέρματος υποβοηθούνται από τη συνδρομή του λίπους, και του ιστού, τα κύτταρα της μελανίνης, και τα αιμοφόρα αγγεία. Αλλαγές σε αυτές τις σχέσεις οδηγούν σε πολλές μεταβολές σχετιζόμενες με την ηλικία, ως προς τη μορφή και τη λειτουργία του δέρματος.

Βεβαίως, οι ρυτίδες είναι η πιο εμφανής αλλαγή του δέρματος. Οι ρυτίδες, που ξεκινούν από τη δεκαετία του είκοσι και εξελίσσονται με το πέρασμα του χρόνου, επηρεάζουν από ορισμένους παράγοντες. Το ανθρώπινο πρόσωπο, εξαιτίας της κινητικότητας των μυών του έχει την ικανότητα απείρων κινήσεων και εκφράσεων των συναισθημάτων του. Μάλιστα οι εκφράσεις του προσώπου εκπροσωπούν ένα σημαντικό παράγοντα της ανθρώπινης επικοινωνίας.

Το γέλιο, το χαμόγελο, το συνοφρύωμα, η απογοήτευση, ο θυμός, η οργή και η έκπληξη όλα αποτυπώνονται. Το χέρι του χρόνου παγιδεύει και χαράσσει τις εκφράσεις μας στο πρόσωπο. Οι γραμμές αρχίζουν να σχηματίζονται σε περιοχές με μεγάλη κινητικότητα, πολλαπλασιάζονται και βαθύνουν, όσο τα χρόνια περνάνε. Στην ηλικία των 40 οι περισσότεροι από εμάς υποφέρουν στη θεά των ρυτίδων εκφράσεως.

Οι ρυτίδες σε μεγάλο ποσοστό προκαλούνται από την απώλεια. Υποδόριου ιστού όπως και από την απώλεια της ελαστικότητας του δέρματος. Η απώλεια υποδόριου ιστού είναι γενικευμένη, αλλά είναι συνήθως πιο εμφανής στο πρόσωπο, στα άνω και στα κάτω άκρα. Όλο το σώμα αποκτά ρυτίδες και έτσι η εμφάνιση αλλάζει. Η απώλεια του λιπόδους ιστού είναι κυρίως υπεύθυνη για τη χαρακτηριστική “ξερακιανή” εικόνα της μεγάλης ηλικίας. Μια άδεια μορφή μας δείχνει τον βασικό τύπο που δείχνει να επιδεικνύει πολλά από τα συστατικά που το αποτελούν. Τα χέρια εκθέτουν περίφημα τα κόκαλα, τους

τένοντες και τα αιμοφόρα αγγεία που συνιστούν την ύπαρξη τους. Παρομοίως τα κόκαλα που προεξέχουν και τα αγγεία του προσώπου, ο κορμός και τα άκρα γίνονται πιο εμφανή.

Η απώλεια λίπους που υπό φυσιολογικές συνθήκες το εφοδιάζουν τον υποδόριο ιστό, ευθύνεται ακόμα σε πολλά ηλικιωμένα άτομα για την ανάπτυξη έλκους κατακλίσεως ή πιεστικά έλκη τραυμάτων. Αυτές οι πληγές εκδηλώνονται σε περιοχές μεταξύ των αρθρώσεων και όπου πλεονάζει η σάρκα, όταν η πίεση δεν απελευθερώνεται. Αυτές οι σημαντικές αλλοιώσεις εκπροσωπούν ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας των ηλικιωμένων. Η μείωση του υποδόριου λιπώδους ιστού αλλοιώνει ορισμένες φυσιολογικές συνθήκες του δέρματος. Ο υποδόριος ιστός αποτελεί ένα σημαντικό μονωτικό υλικό του σώματος και καθώς σιγά – σιγά ελαττώνεται μεγάλα ποσοστά της θερμότητας, που το σώμα παράγει χάνονται συχνά αφήνοντας μια ξεχωριστή αίσθηση κρύου. Τα ηλικιωμένα άτομα συχνά παραπονιούνται ότι κρυώνουν όταν οι άλλοι που βρίσκονται μαζί τους νιώθουν φυσιολογικά. Ένας ηλικιωμένος μπορεί να ρυθμίσει τη ζέστη με το καλοριφέρ (κλιματιστικά) τόσο υψηλά, ώστε να το κάνει πολύ θερμό (το δωμάτιο) σε σχέση με νεότερα άτομα. Τα παράπονα για την κρύα (ατμόσφαιρα) προκαλούνται κυρίως από την αδυναμία «μόνωσης» του σώματος και μερικώς από την ελάττωση της ροής του αίματος στο δέρμα και στα άκρα.

Οι ηλικιωμένοι επιπλέον φαίνεται να υποφέρουν από εξάντληση λόγω της ζέστης εξαιτίας των αλλαγών της εφίδρωσης, αποτέλεσμα της ατροφίας των ιδρωτοποιών αδένων. Έτσι τα άτομα αυτά θα πρέπει να αποφεύγουν τη ζέστη, τους αποπνικτικούς, γεμάτους από πλήθος χώρους, να περνούν αρκετή ώρα κάτω από τον ήλιο, τις ζεστές ημέρες και να πιέζουν υπερβολικά τον οργανισμό τους. Ακόμη η ατροφία των ιδρωτοποιών αδένων καθιστά τη χρήση αποσμητικών ανούσια για πολλούς ηλικιωμένους.

Όπως ήδη έχει ειπωθεί, το γήρας συνοδεύεται από μείωση της ροής του αίματος στο δέρμα. Η ελάττωση των προμηθειών του αίματος συμβάλλει στην ψύξη της επιφάνειας του γερασμένου δέρματος, όπως και στη σκλήρυνση των νυχιών των δαχτύλων των ποδιών και των χεριών καθώς και σε μια γενικότερη απώλεια του τριχωτού του σώματος, όπως και των μαλλιών.

Τα μαλλιά γκριζάρουν όσο τα χρόνια περνάνε, μια από τις πιο χαρακτηριστικές αλλαγές που η ηλικία επιφέρει. Η απώλεια του χρώματος των μαλλιών όπως και η αλλοίωση του χρώματος του δέρματος, σε σχέση με αυτό που είχε πριν, συμβαίνουν ως αποτέλεσμα της μείωσης των ενεργών χρωματοποιών κυττάρων (της κερατίνης). Ως αντίβαρο σε αυτή τη διαδικασία μερικά από αυτά τα κύτταρα του δέρματος μεγαλώνουν σε πάχος. Αυτές οι υπερτροφικές (μεγάλες) περιοχές είναι υπεύθυνες για πολλές από τις κοκκινίλες που βλέπουμε στο γηρασμένο δέρμα.

Πολλοί παράγοντες συνδράμουν στην αύξηση των δερματικών μολύνσεων στην τρίτη ηλικία. Αυτοί είναι οι αλλαγές στα αιμοφόρα αγγεία, μια διαφορετική απρόσβλητη απάντηση, και η ατροφία των σμηγματογόνων αδένων ή των oil secreting glands. Τα αιμοφόρα αγγεία εφοδιάζουν το σώμα μας με τα διατροφικά και χημικά στοιχεία, που βοηθούν να αναπτυχθούν οι ιστοί και να αντιμετωπίσουν ξένους εισβολείς, όπως μολυσματικοί μικροοργανισμοί. Αν η ροή του αίματος μειώνεται, το ίδιο συμβαίνει και με τα σημαντικά αποθέματα αυτών των συστατικών. Επιπλέον το δέρμα γίνεται πιο ξηρό και «σπάει», εξαιτίας της ατροφίας των απεκκριτικών αδένων λίπους. Οι γραμμές και τα σπασίματα στο δέρμα όχι μόνο ακολουθούνται από απώλεια αίσθησης άνεσης αλλά και λειτουργούν ως είσοδοι στα βακτήρια, ιούς και μυκητιάσεις.



## 2) Senile Pruritus – Γεροντικός Κνησμός

Ο γεροντικός κνησμός είναι μια από τη πιο συνήθη κατάσταση του δέρματος στην τρίτη ηλικία. Προκύπτει από διάφορες αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στο γηρασμένο δέρμα. Το δέρμα, που συνήθως χαρακτηρίζεται από υγρασία και ευπλασία, περιέχει γύρω στο 18% με 40% από το συνολικό νερό των αποθεμάτων του σώματος. Επιπροσθέτως, είναι εφοδιασμένο από απεκκριτικούς αδένες λίπους. Με τα χρόνια τα ποσοστά του νερού σταδιακά μειώνονται και οι σμηγματογόνοι αδένες ατροφούν, αφήνοντας στο δέρμα ξηρό. Δίκτυο από μικροσκοπικά σπασίματα αρχίζουν να αναπτύσσονται σε πολλούς ανθρώπους περνώντας τα 50 χρόνια. Αυτές οι «χαρακίες» οδηγούν σε δυσφορία και φαγούρα. Οι βαθιές ρωγμές αναπτύσσονται προς τα επάνω και τελικά οδηγούν σε κόκκινες και ερεθισμένες / υγρές περιοχές του δέρματος, που σε κάποιους δημιουργούν κάτι σαν κρούστα.

Ο βαθμός της παρουσίας του γεροντικού κνησμού μπορεί να ποικίλει ανάλογα με την εποχή. Η κατάσταση είναι συνήθως πιο διαδεδομένη και έντονη τους χειμερινούς μήνες, όταν η υγρασία είναι χαμηλή, η θερμοκρασία στους εσωτερικούς χώρους υψηλή και συναντάμε ξηρούς ανέμους.

Ο κνησμός μπορεί να ανακουφιστεί με τη χρήση μαλακτικών κρεμών. Ωστόσο πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν τα συστατικά της κρέμας ή λοσιόν. Το οινόπνευμα και τα αρώματα, που είναι κοινά συστατικά πολλών τέτοιων προϊόντων, το μόνο που κάνουν είναι να ξηραίνουν ακόμα περισσότερο το δέρμα. Το μπάνιο (αφρόλουτρο, ντους) θα πρέπει να περιορίζεται καθώς και αυτό συμβάλλει κάνοντας πιο ξηρή την επιδερμίδα. Τα άγρια μάλλινα ρούχα πρέπει να αποφεύγονται, καθώς ερεθίζουν περισσότερο το σπασμένο, εύθραυστο δέρμα. Τα φάρμακα κατά του κνησμού είναι πολλές φορές καθοριστικά.

Η φαγούρα δεν προκαλείται πάντα από γεροντικό κνησμό. Μπορεί να είναι σύμπτωμα ή προειδοποιητικό σήμα, πως κάπου αλλού υπάρχει πρόβλημα. Η γενικευμένη φαγούρα του σώματος συχνά συνδέεται με εσωτερικά προβλήματα υγείας όπως: διαβήτη, αρτηριοσκλήρυνση και ασθένειες που μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Η φαγούρα μπορεί να προκαλείται και από αλλεργικά αντίδραση σε φάρμακα. Από τα παραπάνω, η παρατεταμένη φαγούρα χρήζει ιατρικής βοήθειας.

### **3) Κεράτωση ή Κερατίνωση**

#### **A) Ακτινική Κεράτωση**

Η ακτινική κεράτωση, είναι γνωστή και ως γεροντική κεράτωση. Βασικά, αποτελεί τοπικό πύκνωμα, που συχνά συναντάται σε αυτές τις περιοχές του σώματος που έχουν εκτεθεί στον ήλιο για παρατεταμένο χρονικό διάστημα. Οι πληγές παρουσιάζονται πιο συχνά στο πρόσωπο, το μέσα μέρος των χεριών και τους αντιβραχίονες, επίσης συναντώνται στο λαιμό, στα αυτιά ή στα φαλακρά σημεία της κεφαλής. Εμφανίζονται συχνότερα σε άντρες που πέρασαν τα 50. τα μεγαλύτερα ποσοστά στους άντρες σχετίζονται με την (υπέρ-) έκθεσή τους λόγω επαγγέλματος, που συνιστά μεγάλη έκθεση στο φως της ημέρας.

Η ακτινική κεράτωση είναι σημαντική, στο ότι μπορεί να αποτελεί προπομπό του καρκίνου (διανύοντας προηγουμένως) μια αφανή περίοδο για 10 χρόνια ή παραπάνω. Αρχικά οι αλλοιώσεις παρουσιάζονται ως πολύ καλά οριοθετημένες κόκκινες περιοχές με κάποια λίγα διασταλμένα κόκκινα αγγεία. Σύντομα, η περιοχή αρχίζει να παχαίνει και να αναπτύσσει μια καφέ-κίτρινη (φαιώδη) επιφάνεια. Όταν αυτή αφαιρεθεί, η λεπιώδης περιοχή επανεμφανίζεται. Οι κακοήθεις αλλοιώσεις γίνονται σκληρές. Είναι από τα πλακώδες κύτταρα και μπορούν να ανιχνευτούν με βιοψία.

## **B) Σμηγματορροϊκή Κεράτωση**

Η σμηγματορροϊκή κεράτωση ξεκινά / εμφανίζεται αρχικά ως μικρές, οριοθετημένες, πυκνές πλάκες. Οι αλλοιώσεις είναι ελαφρώς πιο ψηλά από την επιφάνεια του δέρματος, σταδιακά αυξάνονται σε μέγεθος, παχύνουν και παίρνουν ένα σκούρο καφέ προς μαύρο χρώμα. Καλύπτονται στη συνέχεια από μια λιπαρή, βελούδινη σε υφή κλίμακα.

Η αιτία της σμηγματορροϊκής κεράτωσης είναι άγνωστη. Οι συγγενικές αλλοιώσεις που εμφανίζονται σε μεγαλύτερες ηλικίες και είναι πιο συχνές στο κορμό, το πρόσωπο, και στο τριχωτό της κεφαλής, αυξάνουν σε χρωστική.

Οι αλλοιώσεις δεν θεωρούνται ως προπομποί κακοηθών όγκων. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ωστόσο μπορεί να γίνουν κακοήθεις, αλλάζοντας σε θεμελιώδη κυτταρικά καρκινώματα, το οποίο θα σχολιαστεί σε επόμενο κεφάλαιο.

Η σμηγματορροϊκή μπορεί να αφαιρεθεί, αλλά ο κυριότερος λόγος για να οδηγηθούμε σε κάτι τέτοιο είναι αισθητικός, καθώς γίνεται δύσμορφος. Σε ορισμένους ανθρώπους συνοδεύεται από έντονη φαγούρα. Σε αυτή την περίπτωση με κάθε κνησμώδη αλλοίωση η μόλυνση μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα κνησμού του δέρματος και ανοίγοντας το δρόμο σε παθογενείς μικροοργανισμούς.

## **4) Γεροντικές φακίδες**

Οι γεροντικές φακίδες (lentigo senilis) παρουσιάζονται ως υπερμελάνωση του δέρματος. Αυτές οι μελανοϊδείς φακίδες αναπτύσσονται σε μεγάλης ηλικίας άτομα και πρωτοεμφανίζονται μετά τα 50. συνήθως εμφανίζονται σε εκτεθειμένες περιοχές δέρματος. Η αιτία που τις προκαλεί είναι άγνωστη. Αυτές οι χρωματισμένες περιοχές θεωρούνται από όλους ως ένδειξη του γηρασμένου δέρματος και

πράγματι αυξάνονται σε αριθμό, μέγεθος και γίνονται εντονότερες όσο το άτομο γερνά.

## 5) Καρκίνος του δέρματος

Η λέξη «καρκίνος» προκαλεί το φόβο στους περισσότερους ανθρώπους και η διάγνωσή του μπορεί να έχει σοβαρή αρνητική ψυχολογική επίπτωση. Ο καρκίνος του δέρματος, ωστόσο, δεν απειλεί με θάνατο, και αυτό πρέπει να γίνει ευρέως γνωστό σε άτομα, που παρουσιάζουν καρκινοειδής αλλαγές στο δέρμα. Η εξολοθρευτική επίδραση του καρκίνου οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ικανότητά του να μολύνει ή να απλώνεται σε άλλα μέρη του σώματος. Το βασικό κυτταρικό καρκίνωμα, ο πιο συχνός κακοήθης όγκος του δέρματος, σπάνια προκαλεί μετάσταση. Αν διαγνωστεί και ακολουθηθεί από νωρίς η θεραπεία, είναι άκακος. Το πλακώδες κυτταρικό καρκίνωμα και το κακοήθεις μελάνωμα είναι μορφές του καρκίνου του δέρματος, που μπορούν να απλωθούν σε άλλα όργανα. Ωστόσο αυτό συμβαίνει πιο σπάνια από ότι με το βασικό κυτταρικό καρκίνωμα.

Οι πιθανότητες να προσέξουμε κάποια αλλαγή ή ανάπτυξη μιας ύποπτης αλλοίωσης στο δέρμα είναι καλές. Από αυτό η ορατότητα στην διάγνωση του καρκίνου του δέρματος μπορεί να οδηγήσει στην γρήγορη ταυτοποίηση του και θεραπεία και στην καλή διάγνωση. Άτομα που βλέπουν αλλαγές στην εμφάνιση προϋπαρχουσών ελιών ή που πρόσεξαν την ανάπτυξη μιας νέας ύποπτης δερματικής αλλοίωσης, πρέπει να συμβουλευτούν το γιατρό τους. Τέτοιες αλλαγές δεν σημαίνουν απαραίτητα καρκίνο, αλλά η μικρή πιθανότητα ύπαρξής του δεν πρέπει να αγνοηθεί.

Όπως έχει σημειωθεί, η πλειονότητα των περιπτώσεων του καρκίνου του δέρματος δεν είναι θανατηφόρες. Παρ' όλα αυτά, μπορεί να φέρουν την αίσθηση της ματαιότητας για τα θύματά του, γιατί οι αλλοιώσεις μπορεί να προκαλέσουν παραμόρφωση. Ωστόσο η

χειρουργική αφαίρεση των αλλοιώσεων οδηγεί μόνο σε μια ουλή. Συχνά οι ουλές του καρκίνου του δέρματος εμφανίζονται στο λαιμό και το πρόσωπο. Για αυτούς λοιπόν που ανησυχούν για τέτοιου είδους σημάδια, πρέπει να δίνεται υποστήριξη. Οι ουλές με το χρόνο γίνονται λιγότερο ορατές, και η αισθητική και η ένδυση μπορούν να κάνουν πολλά για να τα κρύψουν.

## **6) Θεμελιώδες κυτταρικό καρκίνωμα**

Το Θ. κ. καρκίνωμα είναι η πιο κοινή μορφή του καρκίνου του δέρματος. Όπως η ονομασία του υποδεικνύει, αναπτύσσεται από τα κύτταρα στη χαμηλότερη ή βασική στιβάδα της επιδερμίδας. Η ανάπτυξή του σχετίζεται με την έκθεση στον ήλιο, εγκαύματα ακτινοβολία και συγκεκριμένα χημικά όπως η πίσσα. Αναπτύσσεται σε παγκόσμια κλίμακα, αλλά αυξάνει σε περιπτώσεις με μεσογειακά κλίμακα. Είναι πιο κοινό στους Καυκασιανούς, που είναι πιο ευαίσθητοι στις καταστροφικές επιδράσεις της υπεριώδους ακτινοβολίας και είναι πιο εκτεταμένη στους άνδρες, απ' ό,τι στις γυναίκες. Η διαφοροποίηση αναφορικά με το φύλο πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι άντρες συνήθως εργάζονται εκτός σπιτιού. Αυτή η μορφή καρκίνου είναι πιο συχνή σε μεσήλικες και άτομα της τρίτης ηλικίας.

Οι αλλοιώσεις του κυτταρικού επιθηλίου μπορούν να παρουσιαστούν σε οποιοδήποτε μέλος του σώματος, αλλά πιο συνήθη είναι το πρόσωπο, ο λαιμός ή το κεφάλι. Εμφανίζονται σαν μικρά, απαλά, διάφανα, ιριδίζοντα αλλοιωτικά σημάδια. Μπορεί να εμφανιστούν μπορεί να εμφανιστεί ως μικρά δισταλμένα αιμοφόρα αγγεία, που τα διαπερνούν σημεία σκορρότερου χρώματος. Μια μάζα από ιριδίζοντα οζίδια, μπορεί να σχηματιστούν από την αρχική εξέλιξη τελικά ξεκινά με μια ξερή κρούστα που εμφανίζεται στην επιφάνεια. Το βασικό κυτταρικό καρκίνωμα μπορεί ακόμα να

παρουσιαστεί σαν μια αλλοίωση με μια γυαλιστερή καφέ ή μαύρη επιφάνεια.

Η διάγνωση γίνεται από «εξασκημένο μάτι» και η επιβεβαίωσή της από βιοψία. Είναι ευτυχές, που αυτή η πιο συχνή μορφή καρκίνου σπάνια προκαλεί μετάσταση. Αν αναγνωριστεί και αντιμετωπιστεί γρήγορα, η πορεία είναι ευοίωνη. Αν αφηθεί χωρίς ιατρική φροντίδα η τοπική εισβολή, ο ακρωτηριασμός και ο θάνατος μπορεί να ακολουθήσουν. Πρέπει να δοθεί έμφαση ότι το θεμελιώδες κυτταρικό καρκίνωμα είναι θανατηφόρο, μόνο αν παραμεληθεί. Η πιο γνωστή μορφή θεραπείας είναι η εκτομή της αλλοίωσης.

## **7) Πλακώδες κυτταρικό καρκίνωμα**

Το πλακώδες κυτταρικό καρκίνωμα είναι λιγότερο σύνηθες από το θεμελιώδες κυτταρικό καρκίνωμα, αλλά είναι πιο επικίνδυνο. Όπως και το προηγούμενο συσχετίζεται με την έκθεση στον ήλιο. Συχνά αναπτύσσεται σε περιοχές, που είχαν στο παρελθόν νοσήσει όπως η προϋπάρχουσα ηλιακή κεράτωση, περιοχές ερεθισμένες από τον ήλιο ή εκτεθειμένες στο λάδι και στην πίσσα. Αυτό το καρκίνωμα του δέρματος είναι δύο φορές πιο συχνό στους άντρες από ότι στις γυναίκες. Ακόμα συναντάται περισσότερο σε μεσήλικα και γηρασμένα άτομα.

Η πλακώδες κυτταρικό καρκίνωμα μοιάζει με κρεατοελιά, αν και δεν είναι πραγματική ελιά. Η με κρεατοελιά ομοιάζουσα αλλοίωση μπορεί να είναι σκληρή και να παρουσιάζει μικρά κόκκινα σημεία εξαιτίας της ικανότητάς της να διαστέλλεται. Μπορεί να εμφανιστεί ως έλκος του δέρματος. Είναι σύνηθες για το έλκος να έχει σχήμα δακτύλιου που οριοθετείται από ένα στέρεο δίσκο. Το πλακώδες κυτταρικό καρκίνωμα κάνει μετάσταση. Με άμεση διάγνωση και θεραπεία μπορούμε να αποφύγουμε επιπλοκές καθώς η μετάσταση δε συμβαίνει από νωρίς.

Η διάγνωση γίνεται με βιοψία και η θεραπεία με χειρουργική εκτομή ή με ακτινοθεραπεία.

## **8) Κακοήθες Μελάνωμα**

Το κακοήθες μελάνωμα είναι κυρίως κακόηθες και η πιο επικίνδυνη μορφή καρκίνου. Η πιο συνήθης κατάσταση αναπτύσσεται από μια προϋπάρχουσα έγχρωμη ελιά που υποβόσκει μέσα στην επιδερμίδα. Η αιτία του κακοήθους μελανώματος είναι άγνωστη, αλλά από κάποιες υποθέσεις, ύποπτη θεωρείται η χρόνια ενόχληση από κάποια ελιά, που μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο. Μπορεί όμως να αναπτυχθεί απώσεως μιας προϋπάρχουσας ελιάς. Η υπεριώδης ακτινοβολία, εμπλέκεται ως άλλος ένας παράγοντας που την προκαλεί.

Η αλλοίωση είναι γενικά επίπεδη ή ελαφρώς ανάγλυφη, με ακανόνιστο σχήμα και περιοχές με χρώμα από απαλό καφέ ως μαύρο. Η αλλοίωση παρουσιάζεται σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος. Αλλαγές στο σχήμα, το μέγεθος, την υφή ή την σύσταση μια ελιάς πρέπει να επισημαίνονται και χρήζουν ιατρικής εξέτασης.

Η βιοψία συνήθως γίνεται για να διαγνωστεί η κατάσταση. Αν η διάγνωση είναι κακοήθες μελάνωμα, γίνεται η χειρουργική επέμβαση, που συχνά συμπεριλαμβάνει και γειτονικούς υγιείς ιστούς. Η μετάσταση συχνά εξαρτάται από το λεμφογενές σύστημα και αν η εγχείρηση γίνεται πολύ νωρίς, η θεραπεία βελτιώνεται αρκετά.

Η αναλογία επιβίωσης, μετά από 5 χρόνια κυμαίνεται από 20% σε 40 % για όλες τις μορφές του κακοήθους μελανώματος. Ο μέσος όρος ζωής είναι από 18 μήνες ως 3 χρόνια, αφού η μετάσταση συμβεί. Οι στατιστικές δείχνουν ότι ένα ποσοστό 30% – 50% που έχει μεγαλύτερη δυνατότητα επιβίωσης και αυτό είναι στις γυναίκες (σε σχέση με τους άντρες). Αυτή η διαφοροποίηση μπορεί να οφείλεται στην πιθανότητα ότι οι γυναίκες προσέχουν αυτές τις αλλαγές νωρίτερα από ότι οι άντρες. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία είναι επιτακτικές.

Το κακόηθες μελάνωμα παρουσιάζεται πιο συχνά σε άτομα μεταξύ των 50 έως 70 ετών, αν και η ασθένεια δεν προσδιορίζεται βάση ηλικίας.

## **9) Δευτεροπαθείς καρκίνος του Δέρματος**

Οποιαδήποτε μορφή πρωτογενούς καρκίνου στο σώμα μπορεί να απλωθεί στο δέρμα είτε μέσω των αιμοφόρων αγγείων, είτε με την εξάπλωση μιας καρκινοειδούς απόφυσης σε μια γειτονική περιοχή του ιστού. Οι αλλοιώσεις του δευτερογενούς καρκίνου του δέρματος είναι συνήθως χωρίς συμπτώματα, ταχύτατα αναπτυσσόμενα οζίδια. Η περίπτωση να εξαπλωθεί ο κακοήθης όγκος στο δέρμα υπολογίζεται ότι είναι 15 με 40 ‰ (Abrams 1950)

Γενικά τα οζίδια του καρκίνου του δέρματος εμφανίζεται γειτονικά από την περιοχή του πρωτογενούς νεοπλασματος. Για παράδειγμα, τα δερματικά οζίδια, που κάνουν μετάσταση από το στήθος τείνουν να προσβάλλουν τα εξωτερικά τοιχώματα του στήθους, αυτές από τα νεφρά στην οσφυϊκή περιφέρεια της σπονδυλικής στήλης και αυτές από τη γαστρική περιοχή στα κοιλιακά τοιχώματα. Οι μεταστατικές δερματικές αλλοιώσεις πιο συχνά γεννιούνται από τον καρκίνο του στήθους, της γαστρικής χώρας, της μήτρας, των πνευμόνων και νεφρών. Τα οζίδια μπορεί να εμφανιστούν πριν ή μετά από την αναγνώριση του πρωτοβάθμιου νεοπλασματος. Είναι χαρακτηριστικά διάχυτα, επειδή η πυκνότητα του δέρματος υπηρετεί τον περιορισμό της διείσδυσης μεγάλων όγκων (Klaus and Kierland 1976).

Αφού λοιπόν τα οζίδια είναι χωρίς συμπτώματα, πολλές φορές παραβλέπονται. Αυτό δεν πρέπει να συμβαίνει. Πρέπει να εξετάζονται και η βιοψία υπηρετεί στο να γίνει η διάγνωση για τη φύση τους. Οι μεταστατικές αλλοιώσεις του δέρματος εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα μεταξύ 50 και 70 ετών. Επιπλέον σε ηλικιωμένα άτομα τέτοιοι νέοι όγκοι πρέπει να ερευνώνται. Οι γυναίκες συνήθως εμφανίζουν



καρκίνο του δέρματος, ίσως ως αντανάκλαση της περίπτωσης του καρκίνου του στήθους, που είναι η κακοήθεια, που πιο συχνά συνδέεται με τη μετάσταση στο δέρμα.

## **10) Έλκη Κατακλίσεως**

Το Νοέμβριο του 1976 σε τεύχος του Medical World News (Παγκόσμια Ιατρικά Νέα) αναφέρθηκε η περίπτωση μιας 85χρονης γυναίκας, που αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει παίρνοντας υπερβολική δόση υπνωτικών χαπιών. Η μεγαλύτερη συνέπεια της ανεπιτυχούς της αυτοκτονίας ήταν η ανάπτυξη ελκώδους κατάκλισης στις δύο φτέρνες της. Αφού κατάπτε τα χάπια, έπεσε στο κρεβάτι, όπου και παρέμεινε ξαπλωμένη ανάσκελα σε κωματώδη κατάσταση για 6 ώρες. Στη διάρκεια αυτών των 6 ωρών, η πίεση εντεινόταν στις φτέρνες της γυναίκας, εμποδίζοντας την επαρκή προμήθεια αίματος, με αποτέλεσμα πολλοί από τους ιστούς στις περιοχές αυτές να νεκρωθούν. Δεν έχουν όλοι τα έλκη κατακλίσεως τέτοια δραματική απαρχή. Αυτές οι πληγές, οι αλλοιώσεις προκαλούνται από μη ανακουφισμένη πίεση σε μια περιοχή του σώματος, σε άτομα που για κάποιους λόγους βρίσκονται σε κατάσταση ανικανότητας, συνήθως ως αποτέλεσμα ασθένειας ή τραυματισμού. Οι ηλικιωμένοι είναι μια ομάδα του πληθυσμού που εύκολα προσβάλλεται από την ανάπτυξη τέτοιων εξελκώσεων. Ο μερικός ή ολικός περιορισμός στο κρεβάτι στο σπίτι ή σε κάποιο ίδρυμα εξαιτίας ασθένειας, κώματος ή παράλυσης κουβαλά το ρίσκο του σχηματισμού κατάκλισης.

Η περίοδος της ακινητοποίησης δεν πρέπει να είναι απόλυτη ή παρατεταμένη. Ο Exton Smith et al (1962) αναφέρουν ότι μια στις τρεις εξελκώσεις αναπτύσσεται στη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας της ιδρυματοποίησης και ότι τα 2/3 αναπτύσσονται μέσα σε 2 εβδομάδες. Είναι ωστόσο επιτακτική ανάγκη ότι οι ασθενείς θα πρέπει να βρίσκονται σε δραστηριότητα όσο το περισσότερο δυνατό και όταν η

κινητικότητα πρέπει να είναι περιορισμένη, οι ασθενείς να επανατοποθετούνται στα κρεβάτια τους για σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα έλκη κατακλίσεως αρκετές φορές αναφέρονται ως πληγές του κρεβατιού. Στην πραγματικότητα όμως το δεύτερο όνομα είναι λανθασμένο, γιατί ο περιορισμός στο κρεβάτι δεν είναι ο μόνος τρόπος με τον οποίο οι αλλοιώσεις αναπτύσσονται. Μερικά άτομα, που μένουν ακίνητα και μονίμως καθισμένα και παραμελημένα, έχουν τον ίδιο βαθμό επικινδυνότητας όπως και όσοι είναι καθηλωμένοι σε αναπηρικά καροτσάκια, να αναπτύξουν έλκη κατακλίσεως πάνω στην ισχιακή χώρα (αυτές οι σκελετικές πτυχές τις οποίες έχουμε όταν καθόμαστε).

Ορισμένες περιοχές του σώματος φαίνεται να προσβάλλονται πιο εύκολα από άλλες. Αυτές είναι οι περιοχές όπου υπάρχουν μικροί ιστοί μεταξύ οστών και σάρκας και εκεί υπάρχει μείωση της φυσιολογικής ροής του αίματος στην επιφάνεια της μονότονης πίεσης. Οι περιοχές που ακολουθούν, παρουσιάζονται ως οι πιο κοινές στη δημιουργία τραυμάτων.

- 1) Για ένα κατακεκλιμμένο ασθενή: ο ώμος, χαμηλά στην πλάτη, στις φτέρνες.
- 2) Για τον ασθενή που ξαπλώνει σε πρηνή θέση: το γόνατο, το αντικνήμιο, η λεκάνη.
- 3) Για τον ασθενή που ξαπλώνει πλάγια: η λεκάνη.
- 4) Για έναν ασθενή που κάθεται: οι γλουτοί.

Περιοχές του σώματος με μεγάλο ποσοστό ιστών μεταξύ δέρματος και οστών δεν θεωρούνται προδιαθέσιμοι στην ανάπτυξη των εξελκώσεων.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η εξέλκωση μπορεί να είναι επιπόλαιη, χωρίς να συμπεριλαμβάνει γενικότερο πύκνωμα της επιδερμίδας. Σε τέτοιες επιφανειακές περιπτώσεις, αν η πηγή της πίεσης εξαλειφθεί, η θεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί σχετικά γρήγορα. Ωστόσο όσο πιο διαπιτρώνουσα είναι η πληγή, τόσο πιο χρονοβόρα είναι η διαδικασία επούλωσης και πιο άσχημη η πρόγνωση. Η διαπιτρώνουσα

εξέλκωση μπορεί να αντιμετωπιστεί. Μια προσωρινά οίδηματική περιοχή του δέρματος μπορεί να ξεσπάσει ως μια βαθύτερη αλλοίωση, χωρίς καμία ένδειξη. Η εκτεταμένη και βαθιά πληγή παρουσιάζει μια πληγή από εκτεταμένη νέκρωση των ιστών και ένα κοίλωμα όλο μολυσμένο. Σε τέτοια περίπτωση, η διαδικασία επούλωσης μπορεί να διαρκέσει μήνες.

Τα έλκη κατακλίσεως μπορούν να αποφευχθούν μέσω προσεκτικού ελέγχου και νοσηλείας του ασθενή. Σε γενικές γραμμές, η απουσία ή η παρουσία των πιεστικών πηγών είναι ένας δείκτης της ποιότητας της θεραπείας που δίνεται. Αυτοί που φροντίζουν ένα άτομο που βρίσκεται σε ακινησία, είτε πρόκειται για νοσοκόμες, είτε για συγγενείς, θα πρέπει να είναι συνεχώς σε ετοιμότητα, για πιθανές θέσεις συμπίεσης. Η εξέλκωση μπορεί να παρουσιαστεί ξαφνικά και γρήγορα. Για αυτό το λόγο, πρέπει να λαμβάνεται άμεση δράση για να απαλύνουν την πίεση από μια κόκκινη και από το βάρος πιεσμένη περιοχή. Στους αναγκασμένους να μείνουν στο κρεβάτι ασθενείς θα πρέπει να τους αλλάζετε θέση κάθε δύο ώρες προς αποφυγή δημιουργίας κατακλίσεων. Η αλλαγή επιτυγχάνεται καλύτερα από 2 άτομα με τέτοιο τρόπο, που να αποφεύγεται το τράβηγμα του ασθενούς. Το σύρσιμο κάποιων τμημάτων του σώματος μπορεί από μόνο του να προκαλέσει πίεση και ενόχληση στο δέρμα.

Η πρόληψη των αλλοιώσεων δεν πρέπει να είναι υπερβολική. Το να αλλάζεις έναν ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα μπορεί να προλάβει μήνες θεραπείας και ανθρώπινου πόνου. Ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί σε ασθενείς που παρουσιάζουν διανοητική σύγχυση ή αυτοί που παίρνουν ηρεμιστικά ή υπνωτικά χάπια, καθώς είναι οι πρώτοι υποψήφιοι για την ανάπτυξη των συμπίεστικών αλλοιώσεων. Τέτοιοι ασθενείς μπορεί να αγνοήσουν τα προειδοποιητικά σημάδια των σωματικών ενοχλήσεων. Οι περισσότεροι από εμάς αισθάνονται άβολα όταν έχουμε παραμείνει σε μια στάση για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Θα αλλάζουμε θέσεις και έτσι ανακατανέμεται το βάρος μας και η πίεση

του σώματος. Αυτοί οι ασθενείς των οποίων οι αισθήσεις έχουν αλλοιωθεί από τη φυσική ή διανοητική τους κατάσταση, μπορεί να μην αντιληφθούν ή να προσέξουν προειδοποιητικά σημάδια σωματικής ενόχλησης. Η υγεία και η καλή κατάσταση τέτοιων «εύθραυστων» ατόμων, έγκειται σε αυτούς που τα φροντίζουν.

Τα έλκη κατακλίσεων είναι κοιλώματα από νεκρούς ιστούς. Χορηγούνται αντιβιοτικά για να καταπολεμήσουν τους μικροοργανισμούς, που βρίσκουν τροφή σε αφθονία σε τέτοιες αλλοιώσεις. Η χειρουργική επέμβαση της πληγής και των ιστών κρίνεται πολλές φορές αναγκαία. Η τελευταία τεχνική είναι μεγάλης σημασίας όταν μπορεί να περιορίσει την εξάπλωση της μόλυνσης, που σχετίζεται με το έλκος των κατακλίσεων. Η σήψη που χαρακτηρίζεται από κρούαδες και πυρετό, είναι η κατάσταση στην οποία τα βακτήρια μπορούν να κυκλοφορούν στο αίμα Galpin et al (1976), δίνουν έμφαση στη σημασία της χειρουργικής επέμβασης, σε τέτοιες περιπτώσεις, προειδοποιώντας ότι τα βακτήρια συχνά επιμένουν στη θεραπεία (αν και δίνεται) με αντιβιοτικά.

Το λέιζερ με διοξείδιο του άνθρακα CO<sub>2</sub> μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία των ελκωτικών κατακλίσεων. Η ακτινοβολία “ψεκάζει” τους νεκρωμένους ιστούς και τις περιοχές που υπάρχει πηγμένο αίμα. Ωστόσο το υψηλό κόστος και το απρόσιτο του CO<sub>2</sub> laser, εμποδίζουν την εκτεταμένη χρήση του.

Τα άτομα, που αναρρώνουν από ελκώδη κατάκλιση, χρειάζονται δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνες. Αυτό κρίνεται αναγκαίο ώστε να εφοδιαστεί το σώμα με συστατικά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αποκατάσταση των ιστών και την παραγωγή αντισωμάτων. Μια επαρκής δίαιτα είναι απαραίτητη για την επανάκτηση της ακεραιότητας των ιστών. Πράγματι, άτομα, των οποίων η δίαιτα υπήρξε περιθωριακής αξίας ίσως είναι πιο τρωτά στην ανάπτυξη αυτών των εξελκωτικών αλλοιώσεων.

## 11) Έρπης του Ζωστήρα

Ο έρπης του ζωστήρα , είναι μια μολυσματική ασθένεια, που έχει μεγάλη βαρύτητα σε ηλικιωμένα άτομα. Ο ιός είναι υπεύθυνος για την κατάσταση που θεωρείται ταυτόσημη ή τουλάχιστον πολύ κοντινή στον ιό της ανεμοβλογιάς. Η ανεμοβλογιά είναι μια οξεία μολυσματική ασθένεια που κατά κύριο λόγο προσβάλλει τα παιδιά και εφήβους. Σε αυτή την περίπτωση, στην οποία αναφέρω ανοσία confers immunity, ο ιός φαίνεται να εγκαθίσταται στο δέρμα και οι ασθενείς παραπονιούνται για μια χαρακτηριστική φαγούρα.

Ο έρπης του ζωστήρα συνήθως χτυπά ηλικιωμένους, αν και η ακριβής ποσοστωση (σε ηλικίες) δεν είναι δυνατή. Δεν είναι μια reportable ασθένεια. Σε αυτή την κατάσταση ο ιός επιτίθεται σε ένα ή δύο αισθητήρια νεύρα και το δέρμα εφοδιάζεται από αυτά τα νεύρα. Πολλά άτομα που έχουν έρπη, συνήθως είχαν chicken box όταν ήταν νεώτεροι. Θεωρείται ότι ο ιός της ανεμοβλογιάς λανθάνει στις ρίζες των νωτιαίων γαγγλίων και όπως τα επίπεδα των αντισωμάτων πέφτουν με τα χρόνια, ο ιός γίνεται ξανά ενεργός, που απλώνεται στο νεύρο, στις νευρικές απολήξεις και εισβάλλει στο δέρμα. Η εκδήλωση του ιού είναι τα ίδια με του έρπητα του ζωστήρα. Η κατάσταση μπορεί επίσης να φανερώσει ως απάντηση στην αιτία των παραγόντων που συνδέεται με μεταβλητή ανοσία ότι είναι υπεύθυνη για τον καρκίνο, το σύνδρομο Hodgkin's, την Λευχαιμία, τα ανοσοποιητικά φάρμακα και η ακτινοθεραπεία.

Τα συμπτώματα της ασθένειας μπορούν να καθοριστούν από μια προκαταρκτική φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από φαγούρα και κάποιες φορές από πόνο. Τελικά μια μονόπλευρη αλλοίωση εμφανίζεται στην περιοχή των οπίσθιων νωτιαίων γαγγλίων. Οι αλλοιώσεις εμφανίζονται ως μικρές κηλιδοβλατιδώδης πλάκες, οι οποίες ξεκινάνε από την πλάτη και περιφερειακά εξαπλώνονται. Αυτά τα κυστίδια, που αρχικά είναι γεμάτοι από διάφανο υγρό, τελικά σχηματίζουν μια ξερή κρούστα η

οποία κλιμακώνεται, αφήνοντας πίσω της έγχρωμη την περιοχή. Ο κύκλος της αλλοίωσης διαρκεί γύρω στη 1 – 3 εβδομάδες, αν κάποιες φορές μπορεί να φτάσει τις 5 εβδομάδες ή και περισσότερο. Παρ' όλο που οι αλλοιώσεις είναι πιο κοντά η μια στην άλλη απ' ότι στην ανεμοβλογιά, ιστολογικά συνδέονται με τις αλλοιώσεις της ανεμοβλογιάς. Οι αλλοιώσεις του έρπητα ζωστήρα μπορεί να είναι οδυνηρές. Είναι σημαντική η χορήγηση επαρκών αναλγητικών και ο ασθενής θα πρέπει να ξέρει ότι η ασθένεια διαρκεί για λίγο και ότι αναμένεται πλήρης ανάρρωση. Μετά την επούλωση ο πόνος μπορεί να παραμείνει για κάποιους μήνες σε μερικά άτομα. Η θεραπεία αφορά στην ανακούφιση του ατόμου από πόνο, φαγούρα και κάψιμο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΤΟ ΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα οστά μαζί με τους μύες μας παρέχουν στήριξη, προστασία ζωτικών οργάνων, σταθερότητα στο σώμα, διατηρούν το σχήμα του και μας επιτρέπουν ελευθερία κινήσεων και θέσεων. Αυτές είναι οι προμήθειες, που το σκελετομυϊκό σύστημα μας έχει δωρίσει. Ωστόσο όσο μεγαλώνουμε, πολλές από αυτές τις λειτουργίες περιορίζονται ή σταματούν. Οι αλλαγές στις αρθρώσεις μαζί με την ελάττωση της οστεϊκής και μυϊκής μάζας μπορούν να ευνοήσουν την αύξηση καταγμάτων, η λανθασμένη καθιστική θέση και το πτωχό ανάστημα, απώλεια της μυϊκής δύναμης, παραμόρφωση των αρθρώσεων, πόνο, ερεθισμό και αδυναμία κινήσεων. Η αρθρίτιδα και ασθενή κόκαλα και μύες είναι οι πιο συνηθισμένες ενοχλήσεις που αφορούν ανθρώπους πάνω από 65 χρόνων. Πράγματι οι αρθρώσεις και μυϊκοί πόνοι και ερεθισμοί συχνά λαμβάνουν χώρα στους ηλικιωμένους. Συχνά όλα αυτά τα συμπτώματα δημιουργούν μαζί σβώλους ως αποτέλεσμα της δυσφορίας από την αρθρίτιδα ή τους ρευματισμούς. Τέτοιες περιπτώσεις είναι επικίνδυνες.

Τα «πιασμένα» μέλη, συμπτώματα του Parkinson και ο πόνος των οστών της οστεομαλακίας μπορεί να «απολυθούν» και να χρειαστεί ιατρική βοήθεια. Χρόνιος και επαναλαμβανόμενος μυϊκός και αρθρικός πόνος δεν είναι φυσικός και ως απάντηση σε τέτοια συμπτώματα οι ασθενείς πρέπει να αναζητούν άμεση ιατρική βοήθεια.

Τα κόκαλα και οι μύες είναι σημαντικοί στο ότι μπορούν καθοριστικά να αλλάξουν τον τρόπο ζωής ενός ατόμου κάνοντας τις καθημερινές εργασίες πολύ πιο δύσκολες. Πρέπει να δώσουμε έμφαση στο ότι παρ' όλο που συγκεκριμένες εκφυλιστικές αλλαγές συμβαίνουν, δεν οδηγούν απαραίτητα στην ακινητοποίηση, αν δοθεί η σωστή διάγνωση θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή. Οι αλλαγές της ασθένειας

του σκελετομυϊκού συστήματος σπάνια μειώνουν τον μέσο όρο ζωής. Παρ' όλα αυτά αν ένα άτομο που είναι αναγκασμένο να μένει στο κρεβάτι και ακινητοποιημένο έχει σαν αποτέλεσμα του πόνου και το πιασίματος χτυπήματα, κατάγματα και επιπλοκές που μπορούν να οδηγήσουν στον θάνατο.

Το κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθεί με τον οστεοαρθρίτιδα, ρευματοαρθρίτιδα αρθρίτιδα, gout, την οστεοπόρωση, σύνδρομο του Puget, καρκίνο των οστών και μυϊκές αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία.

## 1) Αρθρίτιδα

Η αρθρίτιδα είναι η παθολογική κατάσταση, που εκδηλώνεται με φλόγωση ή εκφυλισμό μιας άρθρωσης. Απαντάται στον παγκόσμιο πληθωρισμό και από αρχής κόσμου είναι μια από τις πιο παλιές ασθένειες στον άνθρωπο. Πράγματι στη ζωγραφιά του ανθρώπου Νεάντερταλ, σαν ένα θηρίο που σκύβει με λυγισμένο γόνατο, αναπαριστά μια καρικατούρα σχετική με τα αρθρικά, που υπήρξε 40.000 χρόνια πριν. Αυτή η κατάσταση μας είναι γνωστή σήμερα ως η βασική αναπηρία όλων των ηλικιωμένων ομάδων στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Για να αντιληφθούμε τι είναι η αρθρίτις και οι αλλαγές στις αρθρώσεις, που την συνοδεύουν είναι χρήσιμο να κατανοήσουμε την ανατομία των αρθρώσεων και των οστών. Όπου τα οστά βρίσκονται μαζί εκεί υπάρχει συνηθρωμένη μάζα, έτσι ώστε ποικίλες κινήσεις να μπορούν να γίνουν από το σώμα. Οι γειτονικές άκρες των οστών είναι καλυμμένες με αρθρικούς χόνδρους και καλύπτονται γύρω γύρω από μια ισχυρή αρθρική κάψουλα. Μια ισχυρή αρθρική μεμβράνη προστατεύει την κάψουλα και παράγει μια λιπαντική ουσία για πιο απαλή άρθρωση. Έτσι ο αρθρικός χόνδρος και το αρθρικό υγρό μας επιτρέπουν εύκολη κίνηση, και η συνδετική κάψα, οι γειτονικοί τένοντες



και σύνδεσμοι παίζουν σημαντικό ρόλο στη σταθερότητα την αρθρώσεων.

Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι της αρθρίτιδας που διαφέρουν στις αιτίες, στα κλινικά συμπτώματα και το βαθμό εμπλοκής και καταστροφής της άρθρωσης. Είναι στόχος μας να παρουσιάσουμε αυτούς τους τύπους της αρθρίτιδας, που αποτελεί γενικότερα πρόβλημα για τους ηλικιωμένους ασθενείς.

## **2) Οστεοαρθρίτιδα**

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια εκφυλιστική αλλαγή της άρθρωσης που λαμβάνει χώρα όσο γερνάμε. Είναι επίσης γνωστή ως προοδευτική ασθένεια των ενώσεων. Σε αυτή την κατάσταση υπάρχει βαθμιαία φθορά των χόνδρων των αρθρώσεων. Η συνέπεια του τραβήγματος των τραχιών υφισταμένων άκρων των οστών μπορεί να είναι πόνος και δυσκαμψία. Οστεϊκές αποφύσεις γνωστές ως οστεόφυτα μπορεί να εμφανιστούν στα περιθώρια των αρθρώσεων του πάσχοντος οστού, προκαλώντας μια χαρ/κη μεμβράνη. Η φλόγωση, χαρακτηριστικό των αρθριτικών γενικότερα, συνήθως είναι απύσα στην οστεοαρθρίτιδα, αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να έχει μικρή σχέση. Η οστεοαρθρίτις που σχετίζεται με την παρατεταμένη ορθοστασία μπορεί να προσβάλει εσωτερικά καταλήγοντας σε αφύσικες κινήσεις των οστών, της σταθερότητας των αρθρώσεων και απώλεια ελέγχου. Τα οστά που παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα είναι συνήθως αυτά που συγκρατούν το βάρος.

Η αιτία της οστεοαρθρίτιδας είναι άγνωστη. Όπως τα συνώνυμά του υποδεικνύουν γενικότερα θεωρείται ως αντανάκλαση της πορείας γήρανσης και τα συμπτώματά του σχετίζονται με την ηλικία (Lawrence al 1966).

Η ασθένεια συνήθως δεν εκδηλώνεται πριν τα 50 έτη, εκτός από όταν έχουν τραυματιστεί οι αρθρώσεις ή έχουν υποστεί υπερβολική

κόπωση. Επιπροσθέτως ίσως ως κομμάτι της διαδικασίας γήρανσης, η παχυσαρκία, η αδυναμία, η ορθοστασία και η επαγγελματική κούραση / κόπωση εμπλέκονται στην ανάπτυξη ή στην επιδείνωση της ασθένειας. Έτσι το άτομο που είναι για χρόνια υπέρβαρος, μπορεί να βρει τα οστά που συγκρατούν το βάρος, να πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα. Παρομοίως οι ψαράδες που περνούν για μια ζωή λυγίζοντας τα πόδια, σκύβοντας, τραβώντας τα δίχτυα μπορεί να παραπονιούνται για πόνο πιάσιμο στην σπονδυλική στήλη. Με άλλα λόγια, οι αρθρώσεις που προσβάλλονται από στρες / πόνο είναι εκείνες, που περισσότερο καταπονούνται. Η κληρονομικότητα, ο μεταβολισμός και η ορμονική κατάσταση, επίσης εξετάζονται ως πιθανοί παράγοντες που μπορεί να την προκαλούν.

Ο πόνος και η παραμόρφωση στα δάχτυλα είναι συχνά εκδηλώσεις της οστεοαρθρίτιδας στους ηλικιωμένους. Τα οικογενειακά οζίδια γνωστά ως οζίδια του Heber μπορεί να εμφανιστούν στις ακριανές αρθρώσεις των δαχτύλων. Αυτά τα οζίδια είναι παραμορφωμένες, αλλά γενικά δεν προκαλούν αναπηρία. Η συχνότητα εμφάνισής τους όπως και η εμπλοκή της αρθρίτιδας στη βάση του αντίχειρα, μπορούν να βοηθήσουν στο διαχωρισμό των συμπτωμάτων της εκφυλιστικής ασθένειας των αρθρώσεων από αυτά του ρευματοειδή αρθρίτη. Ο καρπός, ο αγκώνας και ο ώμος γενικά δεν προσβάλλονται εκτός αν έχουν υποστεί υπερβολική κούραση. Για παράδειγμα ένα άτομο που για να περπατήσει χρειάζεται βοήθεια (μπαστούνι, πι, πατερίτσες, αναπηρική καρέκλα) για ένα εκτεταμένο χρονικό διάστημα μπορεί τελικά να υποφέρει από πόνο στις αρθρώσεις των άνω άκρων.

Η οστεοαρθρίτιδα των κάτω άκρων είναι πιο συνήθης και μπορεί να περιορίσει την κίνηση. Το γόνατο, που συγκρατεί όλο το βάρος του σώματος είναι συχνά εκδήλωση εμπλοκής της οστεοαρθρίτιδας. Σε αυτές τις πλευρικές αρθρώσεις η αστάθεια μπορεί να εκδηλωθεί ως αποτέλεσμα που σχετίζεται με ζημιά των συνδετικών οστών. Ο Howell

(1974) αναφέρει την άρθρωση του γονάτου ως την πιο κοινότοπη της ασθένειας στους πάσχοντες.

Η λεκάνη είναι λιγότερο ευπαθής από ότι τα χέρια και τα πόδια, αλλά η πάθηση εδώ μπορεί να σχετίζεται με καθημερινές εργασίες, όπως να σηκώνεσαι από την καρέκλα, να μπαινοβγαίνεις από τη μπανιέρα, το λεωφορείο ή να ανεβοκατεβαίνεις σκάλες. Η κεφαλή του Femur συχνά παραμορφώνεται και συχνά παρουσιάζεται μαζικά οστεοφυτικά εξάρθρωματα. Μπορεί να υπάρξει αποδιοργάνωση της λεκάνης, εξαιτίας ζημιάς σε συνδετικά οστά. Σε κάποιες περιπτώσεις η κεφαλή του Femur τείνει να ρέπει χαλαρά γύρω από ένα δύσμορφο κοίλωμα. Αυτές οι αλλαγές συνεπάγονται αστάθεια, μυϊκή φθορά, δυσκολία στο βηματισμό, και ροπή για τραυματισμό. (Howell 1974).

Η φθοροποιός ασθένεια των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης, πολλές φορές αναφέρεται ως οστεοφύτωση (Morse 1969) και μπορεί να συνδέεται με χρόνια πόνο στην πλάτη. Πολλές φορές ο οστεοφυτικός σχηματισμός στη σπονδυλική στήλη καταλήγει στη συγχώνευση ενός ή περισσότερων οστών στη σπονδυλική στήλη, που μπορεί να περιορίσει σημαντικά την κίνηση του ατόμου.

Δεν υπάρχει θεραπεία για την οστεοαρθρίτιδα. Ανακούφιση των συμπτωμάτων του μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη χορήγηση φαρμάκων και τη μείωση της έντασης στα οστά, που σηκώνουν το βάρος μέσω της απώλειας κιλών ή με τη χρήση οργάνων που συγκρατούν το βάρος. Η ασπιρίνη και οι ακεταμινοφίνες τα acetaminophen μπορούν να ανακουφίσουν τον πόνο, που σχετίζεται με την ασθένεια. Ωστόσο όταν μικρός ερεθισμός συνοδεύει την παραμόρφωση, χορηγούνται μόνο αντιφλεγμονώδη φάρμακα, σε αυτή την περίπτωση η ασπιρίνη, η ινδομεθακίνη και οι ibuprofen caps. Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν επιτυχώς αποκαταστήσει τη λειτουργία των γοφών και γονάτων.

Το 90% των ανθρώπων διαμαρτύρονται για εκφυλισμό των αρθρώσεων από την ηλικία των 40 χρόνων (Clark 1976). Συχνά τα

συμπτώματα της ασθένειας δεν είναι φανερά. Αυτό επιτυγχάνεται με διάγνωση μέσω ραδιογραφικών εξετάσεων. Συχνά οι ραδιογραφίες που καλούνται να διακρίνουν κάποια ανωμαλία, φέρνουν στην επιφάνεια ποικίλες διαβαθμίσεις των οστεοαρθρικών ενώσεων, που δεν έχουν προκαλέσει πόνο ή δυσκαμψία στα θύματά τους. Παρ' όλα αυτά για κάποια άτομα οι φθοροποιές αλλαγές στις αρθρώσεις μπορεί να είναι επίπονες και όπως έχουμε δει μπορεί να εμποδίσουν την κίνηση. Αυτά τα άτομα χρήζουν κατάλληλης θεραπείας και φροντίδας. Όπως και τα θύματα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, παραπονιούνται και αυτοί για εμπειρική (ψευδή) θεραπεία. Τα προβλήματα σχετικά με την εμπειρική θεραπεία της αρθρίτιδας θα παρουσιαστούν σε άλλο κεφάλαιο.

Θα πρέπει να εξηγηθεί στον πάσχοντα ότι τα συμπτώματα της ασθένειας είναι ύπουλα και δεν εκδηλώνονται ως ξαφνική αναπηρία. Το κεφάλαιο την αρθρίτιδα είναι ελάχιστα κατανοητό από το ευρύ κοινό. Συχνά σχετίζονται με πόνο και αναπόφευκτη δυσκαμψία. Από αυτό ο ασθενής μπορεί να υποφέρει από άγχος μπροστά στο φόβο επερχόμενης δυσμορφίας στους χόνδρους.

### **3) Ρευματοειδής Αρθρίτιδα**

Παρ' όλο που η οστεοαρθρίτιδα προσβάλλει τους περισσότερους ανθρώπους (γύρω στις 40 χιλιάδες στις Ηνωμένες Πολιτείες), η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι πολύ πιο σοβαρή και είναι περισσότερο επικίνδυνη για έντονο πόνο, δυσμορφία και τραυματισμό.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα, μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν τα πρώτα συμπτώματα μεταξύ 20 και 50 ετών. Η ασθένεια δεν είναι χαρακτηριστική των ηλικιωμένων, αλλά αφού πολλά ηλικιωμένα άτομα κουβαλούν την ασθένεια ως τα γηρατειά θεωρείται λοιπόν ως ασθένεια της τρίτης ηλικίας.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι χρόνια, προκαλεί ερεθισμούς και είναι τρεις φορές πιο κοινή στις γυναίκες απ' ό τι στους άντρες. Μπορεί να οδηγήσει σε εξάρθρωση, έντονο πόνο και με δυσφορία. Μια ερεθισμένη αρθρική μεμβράνη, είναι το αρχικό στάδιο της παθολογικής κατάστασης της άρθρωσης. Αυτή η άγρια αγγειακή μορφοποίηση αρχίζει να πρήζεται και να σκληραίνει.

Αν η φλόγωση επιμένει οι ιστοί παρουσιάζουν ουλές και κοκκιώδη μορφή (που περιέχει νέα τριχοειδής μορφή και ινώδη κύτταρα). Αυτά είναι στη διαδικασία της επούλωσης, που εκτός από κάποιες διαφοροποιήσεις είναι γνωστά ως λεία υφή. Δυστυχώς μπορεί να περιβάλλει και να καταστρέψει τον χόνδρο του οστού. Μετά από καιρό, χωρίς την ανάλογη θεραπεία, οι αρθρώσεις υφίστανται σε εκτεταμένη ζημιά στην επιφάνεια των συνδέσμων που ερεθίζονται, τεντώνονται και καταστρέφονται. Οι τέντνες μπορεί να επεκταθούν έξω από τη κανονική τους θέση, να μαζέψουν και να παραμορφωθούν.

Τα συμπτώματα της ρευματοειδής αρθρίτιδας συνοψίζονται σε αδιαθεσία, κούραση, απώλεια βάρους, πυρετό, πόνο στις αρθρώσεις, ερεθισμό, πρήξιμο και σκληρότητα. Πολλές αρθρώσεις προσβάλλονται. Η ασθένεια χαρακτηρίζεται από οξεία επεισόδια ή εξάψεις και μικρές περιόδους περιορισμένης κίνησης. Το πρωινό «πιάσιμο» γνωστό ως «κολλοειδές φαινόμενο» είναι χαρακτηριστικό.

Η αιτία της ασθένειας δεν είναι γνωστή. Η πιο αποδεκτή θεωρία υποστηρίζει ότι πρόκειται για μια «απρόσβλητη» σύνθετη ασθένεια, που είναι αποτέλεσμα προϋπάρχοντος ξένου στοιχείου που δεν έγινε αντιληπτό ή ενός μολυσματικού μικροοργανισμού και απάντηση των ανάλογων αντισωμάτων.

Οι ακτινογραφίες και η βιοψία του αρθρικού υμένα μπορούν να χρησιμεύσουν στη διάγνωση.

Η θεραπεία της αρθρίτιδας συνιστά ισορροπία μεταξύ άσκησης και ξεκούρασης. Άτομα που υποφέρουν από την ασθένεια, κουράζονται πιο εύκολα και δεν πρέπει να πιέζουν τους εαυτούς τους. Κατά τη

διάρκεια ξαφνικής εκδήλωσης ή επιδείνωσης χρειάζονται ξεκούραση. Είναι ωστόσο σημαντικό να μείνουν τελείως ακίνητα καθώς «πληγές του κρεβατιού», έντονες θρομβώσεις και παραμορφώσεις των αρθρώσεων μπορεί να αναπτυχθούν. Αυτή η διάσταση των ερεθισμένων αρθρώσεων είναι σημαντική για το άτομο, που πρέπει να παραμείνει ξαπλωμένο κατά τη διάρκεια της ασθένειας που επιδεινώνεται. Το προσεκτικό χώρισμα μπορεί να βοηθήσει να αποφευχθεί το μόνιμο «πιάσιμο» στις αρθρώσεις. Εξατομικευμένα προγράμματα φυσιοθεραπείας είναι σημαντικά στη βελτίωση της ικανότητας κίνησης των αρθρώσεων.

Πολλά φάρμακα μπορούν να θεραπεύσουν την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η πιο γνωστή θεραπεία είναι αυτή με την ασπιρίνη που δρα αποτελεσματικά, ανακουφίζοντας από πόνο, πυρετό και την αίσθηση φλόγωσης.

Υπάρχουν κάποιες αντενέργειες σχετικά με τη χρήση ασπιρίνης. Σε κάποια άτομα παρατηρείται στομαχική διαταραχή, και η μακρόχρονη χρήση συνδέεται με την ανάπτυξη πεπτικού έλκους. Οι στομαχικές διαταραχές μπορούν να αποφευχθούν με την κατάποση αρκετής ποσότητας νερού μαζί με την ασπιρίνη ή συνοδεύοντάς τη με φαγητό. Η αναβράουσα ασπιρίνη μπορεί ακόμα να ανακουφίσει την κατάσταση.

Η θεραπεία για μεγάλο διάστημα μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία του στομάχου και οδηγεί σε έλλειψη σιδήρου / αναιμία. Για αυτό το λόγο άτομα που χρησιμοποιούν για μεγάλο χρονικό διάστημα ασπιρίνες, πρέπει να κάνουν συχνά εξετάσεις αίματος. Πρέπει να υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων που για καιρό λαμβάνοντας ασπιρίνη, είναι αναιμικοί και αδύναμοι, εξαιτίας μακράς θεραπείας. Δυστυχώς, πολλοί άνθρωποι συμπεριλαμβάνοντας και όσους απασχολούνται με παραϊατρικά επαγγέλματα, περιμένουν του ηλικιωμένους να κουραστούν και να πέσουν σε λήθαργο. Συνεπώς η πηγή του λήθαργου συχνά σε τέτοιες περιπτώσεις δεν εντοπίζεται.

Η Εμβοή των αυτιών συχνά αποτελεί αποτέλεσμα χρόνιας θεραπείας με ασπιρίνη. Αν οι παράπλευρες επιδράσεις της χορήγησης εμφανιστούν και γίνουν ανυπόφορες, τότε αντιστεροϊδικά ανασταλτικά μπορούν να χορηγηθούν. Στην όχι και τόσο επίπονη αρθρίτιδα προπαρασκευαστικά δίνεται ασπιρίνη όταν η ενέργειά τους αρχίζει να μειώνεται, ωστόσο μέχρι στιγμής κοστίζουν πολύ. Σε σχέση με την κοινή ασπιρίνη αγοράζοντάς τη με το ιατρικό ή χημικό της όνομα: ακετιλοσαλικιλικό οξύ ή ασπιρίνη. Η συνήθης δόση του ακετιλοσαλικιλικού οξέου στην ασπιρίνη είναι 5 γραμμάρια. Η πιο ισχυρή μορφή αρθρίτιδας απαιτεί 7,5 γραμμάρια ακετιλοσαλικιλικό οξύ. Ένα άτομο μπορεί να αυξήσει τη δόση της ασπιρίνης απλώς αυξάνοντας τον αριθμό των ταμπλέτων (ακολουθώντας τις οδηγίες του ιατρού του).

Άλλα φάρμακα για την αρθρίτιδα περιέχουν άλλους αντιφλεγμονώδεις παράγοντες και κορτικοστεροειδή. Πολλά από αυτά τα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες, χειρότερες απ' ό,τι η αρθρίτιδα και πρέπει να χορηγούνται με προσοχή. Τα φάρμακα βοηθούν στην ανακούφιση του πόνου και του ερεθισμού και καθυστερούν την απόδοση των αρθρώσεων. Δεν μπορούν να σταματήσουν την πορεία της ασθένειας ή να αναστρέψουν τη βλάβη, που έχει ήδη γίνει. Το Εθνικό Ίδρυμα αρθρίτιδας αναφέρει ότι 400 χιλιάδες δολάρια το χρόνο δαπανούνται σε άχρηστα προϊόντα. Οι συμβουλές, τα φάρμακα, οι δίαιτες και οι κλινικές συχνά παρουσιάζονται ότι θεραπεύουν την ασθένεια, πολύ καλύτερα απ' ό,τι η ορθόδοξη ιατρική.

Η χειρουργική επέμβαση πολλές φορές είναι αναγκαία όταν υπάρχει ακινησία και συνεχής πόνος. Έτσι επανορθώνουν τις αρθρώσεις και διορθώνουν ποικίλες δυσμορφίες. Μια εκτομή του αρθρικού υμένου ή μετακίνηση της πάσχουσας αρθρικής μεμβράνης, αν πραγματοποιηθεί πριν επεκταθεί η ζημιά, μπορεί να εμποδίσει την επανεμφάνιση της καταστροφικής μόλυνσης σε συγκεκριμένη άρθρωση.

Η αρθροπλαστική συνίσταται σε μετακίνηση του πάσχοντος οστού και της αντικατάστασής τους με ένα τεχνητό οστό. Η χειρουργική αντικατάσταση σε μια άρθρωση είναι γνωστή ως αρθρώδεση. Τέτοια διαδικασία μπορεί να επιφέρει μόνιμο «πιάσιμο» αλλά μπορεί να δώσει σταθερότητα που διαφορετικά δε θα είχε. Η επέμβαση μπορεί να δώσει τη δυνατότητα στον πάσχοντα να περπατήσει, αν και πολλές φορές χωλότητα (κουτσός) μπορεί να εμφανιστεί.

Εκτός από το σωματικό πόνο και δυσκαμψία που προκύπτουν από την ρευματοειδή αρθρίτιδα ο κοινωνικο – ψυχολογικός πόνος και ματαίωση μπορούν να είναι τραγικές. Ένα άτομο με ρευματική αρθρίτιδα μπορεί να μην είναι ικανό να λειτουργήσει στην εργασία του / της όπως έκανε στο παρελθόν. Οι συχνές απουσίες από τη δουλειά, η απώλεια φυσικής δύναμης και ποικίλες διαβαθμίσεις δυσκαμψίας μπορούν να φέρουν ως αποτέλεσμα την απώλεια εργασίας. Ένα τέτοιο γεγονός σε συνδυασμό με τα ιατρικά έξοδα μπορεί να ματαιώνει ασχολίες να είναι θυμωμένο καθώς εξαρτάται από άλλα άτομα. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη, καθώς συναισθηματικά «σκαμπανεβάσματα» μπορούν να εκπυρσοκροτήσουν σε ένα επεισόδιο της ασθένειας.

Τέλος, οι πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτη και οι οικογένειές τους χρειάζονται ενθάρρυνση, υπομονή και υποστήριξη.



#### 4) Ποδάγρα

Η αρθρίτιδα είναι μια κληρονομική ασθένεια που συνίσταται στον ανώμαλο μεταβολισμό που χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα ουρικού οξέος στο αίμα. Το ουρικό οξύ είναι τελικό προϊόν του καθαρού μεταβολισμού και φυσιολογικά παράγεται από τα νεφρά. Τα υψηλά επίπεδα αυτής της ουσίας προκαλούνται από την αυξημένη παραγωγή του ή από προβληματική εξαγωγή του.

Το περισσευούμενο ουρικό οξύ μαζεύεται στις αρθρώσεις και σχηματίζει τραχείς κρυστάλλους αλάτων και είναι η αρχή του της ποδαγρικής αρθρίτιδας. Αυτή η οξεία ασθένεια και τα συμπτώματα της ποδάγρας χαρακτηρίζονται από διακοπτόμενα επεισόδια ανυπόφορου πόνου στις αρθρώσεις, πρήξιμο και ερεθισμό. Ο ρόλος που παίζουν αυτά τα αδιάλυτα άλατα που συσσωρεύονται στις αρθρώσεις, δεν έχει γίνει κατανοητός. Είναι πιθανό να εξυπηρετούν ως προς την αυτόματη ενόχληση των ιστών των αρθρώσεων ή μπορεί να αποτελούν τα αρχικά στάδια μιας φυσικοχημικής αντίδρασης.

Οι ενοχλήσεις της αρθρίτιδας υποχωρούν μόνο ύστερα από κάποιες μέρες, και αυτό γιατί επανεμφανίζονται δύο μήνες μετά. Τα συμπτώματα της αρθρίτιδας ξεκινούν την εμφάνισή τους μεταξύ 40 – 55 ετών και γίνονται πιο έντονα καθώς τα χρόνια περνούν. Όσο η κατάσταση εξελίσσεται, η δυσφορία γίνεται όλο και πιο παρατεταμένη. Παρ' όλα αυτά ο βραχύς πόνος και η φλόγωση και πολλές φορές η νεφρική ανεπάρκεια δε συνδέονται με την αρθρίτιδα, καθώς σήμερα χάριν των φαρμάκων σιγά-σιγά εξαλείφονται.

Αντιφλεγμονώδη φάρμακα (κολχικεΐνη, φαινυλβουταζόνη ή ινδομεθακίνη) χορηγούνται στα τελευταία στάδια της αρθρίτιδας, ώστε τα συμπτώματά της να αμβλύνονται. Τα φάρμακα που ρίχνουν τα επίπεδα του ουρικού οξέως (προπενεσίδη, σουλφινπυραζόνη, αλοπουρινόλη) χορηγούνται μεταξύ του διαστήματος που μεσολαβεί από έντονα επεισόδια και αποτελούν την επανεμφάνισή τους. Τέτοια

φάρμακα θεραπεύουν και τη χρόνια αρθρίτιδα ή παρατεταμένα συμπτώματά της.

Παλαιότερα πιστεύαμε ότι η υπερβολική κατανάλωση λιπαρών φαγητών και ποτών / αλκοόλ προκαλούσε την αρθρίτιδα. Τέτοιες τοποθετήσεις σήμερα αμφισβητούνται. Αφού η αρθρίτιδα αντανακλά διαταραχή στο μεταβολισμό της πουρίνης, τροφές που είναι πλούσιες σε πουρίνη πρέπει να περιορίζονται. Ωστόσο η μειωμένη σε πουρίνη διατροφή δεν εγγυάται πάντα χαμηλά επίπεδα ουρικού οξέος στο αίμα. Η πουρίνη μπορεί να κατασκευαστεί από το σώμα από απλούς μεταβολίτες. Έτσι τα ποσοστά του ουρικού οξέος μπορεί να αυξηθούν αν και οι εξωγενείς πηγές του ουρικού οξέος ελέγχονται, μέσω σωστής διατροφής.

Υπάρχουν βέβαια κάποιες διατροφικές συστάσεις, που δίνονται σε άτομα που ασθενούν. Τα λίπη, οι πρωτεΐνες και οι υδατάνθρακες είναι όλα απαραίτητα σε μια ισορροπημένη δίαιτα. Παρ' όλα αυτά η υπερβολική κατανάλωση λιπών πρέπει να αποφεύγεται, καθώς συμβάλει στην υπέρ-παραγωγή ουρικού οξέος. Η πρόσληψη πρωτεϊνών δεν πρέπει να περιορίζεται. Ένα μέρος θερμίδων πρέπει να αφαιρείται από τους υδατάνθρακες εξ' αιτίας της σχέσης που έχουν με την απελευθέρωση αυξημένης ποσότητας ουρικού οξέος.

Στη διάρκεια έντονων / οξέων επεισοδίων της αρθρίτιδας, οι ποσότητες πουρίνης πρέπει να περιορίζονται, ώστε να μην αυξάνουν τα ήδη υψηλά επίπεδα του ουρικού οξέος στο αίμα. Φαγητά πλούσια σε purine είναι: τα κοκκινιστά κρέατα, ζωμοί κρέατος, τα κονσομέ, αντσούγιες, σκουμπριά, ρέγγες, σαρδέλες, χτένια, μύδια και γλυκάδια. Επιπλέον, συνιστάται στους ασθενείς να πίνουν πολλά υγρά, που συμβάλλουν στη μείωση του ουρικού οξέος. Οι τροφές που προκαλούν αλλεργίες, θεωρούνται ότι επιδεινώνουν τα επίπεδα της ποδαγωγικής αρθρίτιδας και γι' αυτό το λόγο όσοι πάσχουν απ' αυτήν, πρέπει να αποφεύγουν τις τροφές στις οποίες είναι αλλεργικοί.

Συχνά όσοι έχουν αρθρίτιδα είναι παχύσαρκοι. Αυτοί δεν πρέπει να χάνουν κιλά μέσω γρήγορης δίαιτας. Ωστόσο είναι σημαντικό να χάσουν τα περιττά κιλά και αυτό δεν πρέπει να γίνει κατά τη διάρκεια ενός οξέος επεισοδίου της αρθρίτιδας.

## **5) Οστεοπόρωση**

Συνυφασμένη με τη διαδικασία γήρανσης είναι η σταδιακή απώλεια των οστών που μειώνει τη μάζα του σκελετού χωρίς να διασπάται η αναλογία μεταλλικών και οργανικών στοιχείων. Αυτή η γενικότερη μείωση της μάζας των οστών, γνωστή ως οστεοπόρωση, έχει παρουσιαστεί πολλά χρόνια πριν. Πρώτη φορά περιγράφεται και οριοθετείται από την οστεομαλακία από τον Γερμανό ανατόμο (Gerth 1930, Pommer 1885). Η ποσοτική ελάττωση της μάζας των οστών είναι καταλυτική ως προς την ελάττωση του ύψους, πτώση ως προς το ανάστημα (καμπούρα), πόνο στην πλάτη, μείωση της πυκνότητας των οστών και τα κάνουν πιο τρωτά στους τραυματισμούς. Ωστόσο, για πολλούς ενήλικες η απώλεια της οστεϊκής μάζας γίνεται χωρίς συμπτώματα.

Η οστεοπόρωση συνήθως προσβάλλει τα περισσότερα κόκαλα. Αυτά της σπονδυλικής στήλης προσβάλλονται πιο πολύ. Η κάποια μείωση στην πυκνότητα της σπονδυλικής στήλης τελικά χτυπά τα περισσότερα άτομα, πέρα από αυτά περασμένης ηλικίας, καταλήγοντας σε πίεση των σπονδύλων και σε μια συρρίκνωση, που σχετίζεται με την ηλικία του κορμού και σε ελάττωση του αναστήματος. Η συμπυκνωμένη ή η κατεστραμμένη σπονδυλική στήλη είναι ακόμα μια αιτία της κύφωσης ή της καμπούρας. Αυτή λοιπόν η σκελετική παραμόρφωση δημιουργεί αλλαγή στη στάση, ή αλλοίωση των θωρακικών σπονδύλων, που πιο απλά φαίνεται ως καμπούρα. Σε κάποιες περιπτώσεις κύφωσης, η θωρακική κοιλότητα μπορεί να είναι τόσο έντονη, που τα πιο χαμηλά πλευρά υπερπηδούν απ' τις λαγωνιαίες ακρολοφίες της λεκάνης. Πράγματι μια οριζόντια συνένωση του σκληρού δέρματος

γύρω από την κοιλιακή χώρα μπορεί να εμφανιστεί. Η οστεοπόρωση του σπονδύλου είναι μια από τις πιο συνήθεις αιτίες του πόνου της πλάτης στους ηλικιωμένους με συμπτώματα σπονδυλικής εμπλοκής, που εκτείνεται από τον μικρό σε έντονο διακοπτόμενο πόνο στην πλάτη. Παρ' όλα αυτά, για κάποιους η ασθένεια δεν εμφανίζει τα συμπτώματα.

Μια από τις πιο συχνές συνέπειες της οστεοπόρωσης είναι το κάταγμα των μικρών του αυχένα. Ο "λαιμός" του μηριαίου οστού αναγκάζεται να αντέχει μεγάλο βάρος και η οστεοπόρωση μπορεί τόσο πολύ να αποδυναμώσει το μηχανισμό ακεραιότητας του, ώστε να δημιουργηθεί κάταγμα. Σήμερα πιστεύεται πως πολλά από τα πεσίματα και τα κατάγματα της λεκάνης σε ηλικιωμένους, στην πραγματικότητα είναι οστεοπόρωση "λαιμού" του μηριαίου οστού που έσπασε κάτω από το βάρος, που έχει να αντέχει, σπρώχνοντας το άτομο να πέσει. Πράγματι, μέσω ραδιογραφίας φαίνεται ότι περίπου 3 στους 4 ηλικιωμένους (που έχουν σπασμένο γοφό / λεκάνη) παρουσιάζουν οστεοπόρωση στον "λαιμό".

Η χειρουργική επέμβαση στο μηριαίο οστό είναι πιθανή και πράγματι μειώνει τα επίπεδα της νόσου και τη θνησιμότητα, που σχετίζεται με παρατεταμένη ασθένεια και ακινησία. Ο βαθμός της οστεοπόρωσης μπορεί να αποκλείσει τη χρήση τέτοιας τεχνικής, επειδή το οστό μπορεί να μην έχει την ικανότητα να αντέξει τις απαραίτητες εργασίες. Ο ιστός νεκρώνεται εξαιτίας της ανεπαρκούς ή της απουσίας αρκετής ροής αίματος, που πολλές φορές συμβαίνει μετά την εγχείρηση, αν και κάτι ανάλογο είναι σπάνιο. Διάφορες μέθοδοι εσωτερικής ανάπλασης, αναπτύσσονται και ελπίζουμε ότι θα μειώσουν τις περιπτώσεις της νέκρωσης του λαιμού του μηριαίου οστού. Μια άλλη τεχνική αφορά στην αποκατάστασή του με χρήση προσθετικού υλικού.

Η οστεοπόρωση προκαλείται από άγνωστα αίτια, αν και υπάρχουν πολλές θεωρίες σχετικά με την ανάπτυξή της. Έμφαση έχει δοθεί στην δίαιτα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η περαιτέρω

κατανόηση των παραγόντων αυτών είναι πέρα από τα ενδιαφέροντα του κεφαλαίου και θα αναπτυχθεί μετέπειτα.

Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην ακτίνα και το βαθμό οστεϊκής απώλειας, βάση του φύλου, με μεγαλύτερα ποσοστά στις γυναίκες. Για πολλά χρόνια η πορεία οστεϊκής απώλειας, όσο γερνάμε, θεωρείτο αποκλειστικά ασθένεια των γυναικών και έτσι ονομαζόταν μετά – εμμηνοπαυστική οστεοπόρωση. Γνωρίζουμε ότι η οστεοπόρωση είναι μια παθολογική κατάσταση, που προσβάλλει γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Ωστόσο αφορά και τα δύο φύλα και πρωτοεμφανίζεται στις ηλικίες των 35 – 40. (Garn 1970)

Τέτοιες διαφοροποιήσεις ως προς την εκδήλωση της ασθένειας στα δύο φύλα, έχει κάνει λαοφιλή τη θεωρία ότι οι ορμονικές αλλαγές μετά την εμμηνόπαυση και καθώς γερνά η γυναίκα καταλήγουν σε οστεϊκή μείωση. Υπάρχουν στοιχεία, που υποδεικνύουν ότι η σκελετική μάζα μπορεί να επηρεαστεί από τη διαφορετική λειτουργία των ωοθηκών. Μια πρόωρη απώλεια οστού στην ενδοστεϊκή επιφάνεια μπορεί να συμβεί ύστερα από χειρουργική επέμβαση για αφαίρεση μιας ωοθήκης, (ύστερα από την εμμηνόπαυση). (Garn 1975). Τέτοια στοιχεία κινητοποίησαν τους γιατρούς να θέτουν τις γυναίκες σε χαμηλή σε οιστρογόνα θεραπεία (Exton – Smith 1973).

Παρ' όλα αυτά, όπως ο Garn (1970) δηλώνει, περισσότερα οστά αλλοιώνονται πριν από όσα μετά τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων αρχίζουν να αλλοιώνονται. Δεν είναι σωστό ότι η οστεϊκή απώλεια στους ενήλικες είναι απλώς μια κατάσταση που συνδέεται με τις ορμόνες, γιατί η απώλεια οστεϊκής μάζας αρχίζει να συμβαίνει πέρα από την έναρξη της εμμηνόπαυσης και το ίδιο γίνεται και στους άντρες. Επίσης δεν υπάρχει βελτίωση με θεραπεία που χρησιμοποιεί αντρικές ορμόνες. (Battler 1973). Επιπλέον τα αποτελέσματα μιας μακράς θεραπείας με οιστρογόνα δεν είναι γνωστά. Η συχνή χρήση αυτού του φαρμάκου έχει συνδεθεί με την αύξηση των περιπτώσεων του ενδομήτριου καρκίνου και ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων Η.Π.Α (Εθνικού

Οργανισμού Φαρμάκων) προειδοποιεί με ένα μεγάλο κατάλογο παρενεργειών το ρίσκο χορήγησής τους. Μια καλή προσέγγιση έγινε από τον Meema (1974). Προτείνουν ότι στις γυναίκες που διακρίνονται από προχωρημένη οστεοπόρωση στις αρχές της 6<sup>ης</sup> δεκαετίας πρέπει να χορηγούνται οιστρογόνα για να μειώσουν την πιθανότητα μιας εκτενέστερης οστεϊκής απώλειας και καταγμάτων.

Η αδράνεια αναφέρεται ως πιθανό αίτιο. Η πραγματική επίδραση της άσκησης σε ένα αναπτυσσόμενο οστό και στη διατήρησή του, δεν είναι γνωστή με ακρίβεια. Ωστόσο η σχέση μεταξύ οστού και μυϊκής δραστηριότητας είναι σημαντική στην τόνωση της αντι – οστεοπορωτικής διαδικασίας ή του “χτισίματος” του οστού.

Είναι γνωστό ότι η οστεοπόρωση μπορεί να οδηγήσει σε ακινησία. Τραύματα, χωλές αρθρώσεις, διαχωρισμός, ημιπληγία και ακινησία μπορούν να καταλήξουν σε μονόπλευρη ή ολική τοπική οστεϊκή απώλεια. (Donaldson et al 1970, Heney 1962). Ο Heney (1962) αναφέρει μειωμένο όγκο του σκελετού στους παραπληγικούς και στους ημιπληγικούς. Οι Doyle et al (1970) επίσης αναφέρουν τη σχέση μεταξύ οστεϊκής μάζας και μυϊκής μάζας αναφορικά με την άσκηση.

Η ανατροπή της πορείας της οστεοπόρωσης είναι ανέφικτη. Ο Whedon (Barzel 1970) έχει αναφέρει κάποια επίπεδα αναστροφής της, αλλά επικρατούσα άποψη είναι ότι κάτι τέτοιο είναι απίθανο.

Παρόλο που τοπική απώλεια της μάζας ενός οστού μπορεί να συμβεί σε περίοδο ακινησίας, δεν είναι δυνατό να εξασφαλίσει ότι προοδευτική σωματική άσκηση μπορεί να εμποδίσει την οστεοπόρωση να εμφανιστεί όσο γερνάμε. Η σωματική άσκηση είναι σημαντική για αναρίθμητους λόγους, που οδηγούν στη σωστή λειτουργία του σώματος (υγεία). Ακόμα δεν υπάρχει ακριβής ανακάλυψη (εύρημα) που μπορεί να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την γεροντική οστεοπόρωση, μέσω της διαρκούς δραστηριότητας σ’ όλη τη ζωή. Οποιοσδήποτε δηλώσει σε αυτό το επίπεδο δεν έχουν επαληθευτεί προς το παρόν. Έχει προταθεί ότι μια σχετική με ηλικία δυσλειτουργία στη μεταφορά των

νευρικών ερεθισμάτων καταλήγει στην απώλεια της οστεϊκής μάζας και μυϊκής συνακολούθησης.

Υπάρχει μεγάλος αριθμός άλλων παραγόντων σχετικών με τη στάση του σκελετού και το ποσοστό οστεϊκής απώλειας σε συνάρτηση με την ηλικία, που χρήζουν μεγαλύτερης έρευνας. Ενδοκρινικοί παράγοντες, η φυσική δραστηριότητα, οι ασθένειες και οι διατροφικές συνήθειες από την παιδική ηλικία και η επίδρασή τους στη σκελετική διάπλαση, πρέπει να ερευνηθούν εκτενέστερα. Είναι πιθανό ότι η μορφή του σκελετού ενός εφήβου μπορεί να μας πει πολλά για τη στάση του σκελετού στα γηρατειά.

Χρόνιες και εντατικές μελέτες, όπως αυτές του Perzigian (1972, 1973 a.b) μας δίνουν την ελπίδα να εκτιμήσουμε πιο προσεκτικά τους παράγοντες, που σχετίζονται με την ανάπτυξη της οστεοπόρωσης. Ο Perzigian μελετά τα απολιθωμένα απομεινάρια του σκελετού των προϊστορικών Ινδοαμερικανών πληθυσμών και βρήκε ότι η απώλεια μεταλλικών αλάτων σε συνάρτηση με τα γηρατειά επίσης χαρακτηρίζει αυτούς τους πληθυσμούς.

Οι περισσότεροι άνθρωποι, που υφίστανται οστεοπορωτικές αλλαγές, παραμένουν καλά. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, τα κατάγματα στο λαιμό του μηριαίου οστού μπορούν να οδηγήσουν σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, εξαιτίας σύμφυτων κινδύνων, που ελλοχεύουν στην περίοδο ακινησίας. Άτομα που υπέφεραν από κατάγματα, πρέπει να φροντίζουν να ασκούνται αναλόγως. Οι αλλαγές, που η οστεοπόρωση επιφέρει στους σπονδύλους και τα πλευρά, που γέρνουν και οδηγούν στην κύφωση, μπορούν να αλλάξουν τη δομή του στήθους και έτσι να συμβάλλουν στη μείωση της ικανότητας ζωτικής λειτουργίας των πνευμόνων. Η υπερβάλλουσα καμπυλότητα του οστεοπορωτικού θωρακικού σπονδύλου, μπορεί να συμβάλλει στην αίσθηση της αστάθειας, της ισορροπίας όσο περπατάμε ή στεκόμαστε όρθιοι.

Πολλοί ηλικιωμένοι πάσχουν από οστεοπόρωση που δεν έχει διαγνωστεί και συχνά εμμένει χωρίς να εκδηλώνει συμπτώματα μέχρι να συμβεί ένας τραυματισμός. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να προσέχουν τους κινδύνους που караδοκούν, όπως: παπούτσια με λιωμένες σόλες, πατώματα που γλιστράνε και πεταμένα στο δάπεδο χαλιά. Τέτοιοι παράγοντες οδηγούν σε αστάθεια, απότομες κινήσεις, κατάρρευση και πτώση. Το σήκωμα αντικειμένων με μεγάλο βάρος, πρέπει επίσης να αποφεύγεται.

Τέτοια δραστηριότητα καταλήγει σε υπερβολική ένταση, σε ένα ήδη αδύνατο σκελετό. Το τέντωμα ή γύρισμα για να μετακινήσουμε ένα αντικείμενο, από ένα ράφι ή έπιπλο μπορεί να φέρει στο προσκήνιο τραύματα των σπονδύλων και συμβάλλουν σε ευρεία σπονδυλική κατάρρευση.

Υπάρχουν ορισμένες βασικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της μορφής των καταγμάτων μεταξύ νέων και ηλικιωμένων. Η απώλεια της οστεϊκής μάζας και της ακεραιότητας, προκαλούνται από την οστεοπόρωση και συμβάλλουν καίρια στη μορφοποίηση των καταγμάτων στους ηλικιωμένους. Στους νεαρούς ενήλικες χρειάζεται μεγάλη δύναμη για να σπάσει ένα κόκαλο. Στους ηλικιωμένους ένα κάταγμα προκύπτει από ελάχιστη βία. Στους νέους η λαβή ενός μεγάλου οστού είναι κοινός τόπος τραυματισμού. Στους γηροντότερους τα τραύματα γίνονται δίπλα από την άρθρωση.

Στους νέους ενήλικες υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό τραυματισμών στους άντρες και σχετίζεται με εργασιακούς παράγοντες και υποθετικές καταστάσεις που οδηγούν σε τραυματισμούς, που θέτουν τους νέους άντρες της σημερινής κοινωνίας σε μεγάλο κίνδυνο. Οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη εμβέλεια κατάγματα απ' ότι οι άντρες.

Δεν πρέπει να γίνονται υποθέσεις πως οι τραυματισμοί στους ηλικιωμένους πάντα προέρχονται από την οστεοπόρωση. Παράγοντες όπως μυϊκή αδυναμία, μειωμένη όραση, μειωμένη αντανakλαστικότητα



και νοητική σύγχυση, όλα αυτά συμβάλλουν στα ατυχήματα, πέσιμο, σπάσιμο οστών. Παρ' όλα αυτά, η πιο συνήθης κατάσταση των σοβαρών τραυματισμών στη μέση ηλικία και γηρατειά σχετίζεται πιο πολύ με την απώλεια οστεϊκής μάζας απ' ότι με την συχνότητα βίαιων ατυχημάτων.

## 6) Σύνδρομο PAGET

Το σύνδρομο Paget είναι μια χρόνια τοπική πάθηση του οστού, με άγνωστα αίτια, που ξεκινά αργά αλλά μπορεί να εξελιχθεί σε παραμόρφωση του σκελετού. Αυτή η κατάσταση που παρατηρήθηκε και ονομάστηκε οστεϊκή παραμόρφωση στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αι. (Paget 1877) προσβάλλει περίπου το 3% του πληθυσμού πάνω από τα 45 χρόνια.

Η οργανική βλάβη του Paget είναι παραμορφωμένα οστά, που χαρακτηρίζεται από οξεία οστεϊκά και αποκαθήλωση. Μια διάγνωση με ραδιογραφία επιβεβαιώνεται από έκθεση πωρωτικών περιοχών του οστού, περικυκλωμένες από περιοχές σκλήρυνσης και επιδιορθωμένου οστού. Οι περιοχές, που προσβάλλονται πιο εύκολα είναι η σπονδυλική στήλη, το ιερό οστό, το κρανίο, η λεκάνη, το στέρνο και το μηριαίο οστό. Το οστό μπορεί να προσβληθεί μονάχο ή και τα γύρω.

Τα οστά, που πάσχουν από την ασθένεια του Paget, αρχίζουν να πυκνώνουν και τα πιο μακριά εύκολα κάμπτονται και αυτόματα σπάνε. Αν και σπάνιο, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να προκληθεί πόνος εξαιτίας της πίεσης στο γειτονικό νεύρο. Σε άλλες περιπτώσεις το πύκνωμα του κρανιακού θόλου επιφέρει κώφωση, εξαιτίας της πίεσης που ασκείται στα κρανιακά νεύρα. Σπάνια μπορεί λόγω υπερπαραγωγής να προκληθεί καρδιακό επεισόδιο. Τέτοια επιπλοκή συμβαίνει όταν η οργανική βλάβη των αγγείων λειτουργεί ως αρτηριοφλεβώδης δίοδος σε περιοχές του μολυσμένου οστού. Αν και τέτοιες ανεπτυγμένες ως την τελική μορφή επιπλοκές είναι σπάνιες. Συχνά οι αλλαγές της ασθένειας του Paget είναι ήπιες και δεν συνοδεύονται από κλινικά συμπτώματα.

Η θεραπεία της παραμόρφωσης περιέχει υποστηρικτικά μέσα. Τα κορτικοστεροειδή έχουν προταθεί αλλά αυξάνουν το ουρικό ασβέστιο και η υπερκαλιαιμία που έχουν σημειωθεί ως επιπλοκές. Η μυθραμυκίνη και θυροκαλσιτονίνη είναι θεραπευτικά μέσα, που χρήζουν περαιτέρω έρευνας (Wood house 1972).

Έχει γίνει αποδεκτό ότι η ασθένεια του Paget αποτελεί πρόδρομο του πρώιμου καρκίνου των οστών (Sissons 1976). Το ποσοστό μετατροπής σε κακοήγη όγκο δεν είναι με ακρίβεια γνωστό, αλλά οι μελέτες δείχνουν ότι σημαντικό κομμάτι του πρώιμου καρκίνου των οστών, αναπτύσσεται έπειτα από την ηλικία των 40+ για όσους πάσχουν από την ασθένεια του Paget. Το κόκαλο του βραχίονα στον ώμο, το μηριαίο οστό, η λεκάνη και το κρανίο είναι πιο συχνά προσβαλλόμενες περιοχές (Mc Kenna 1964, Price 1962). Οι άντρες παρουσιάζουν την κακοήθεια διπλάσιες φορές από τις γυναίκες.

## **7) Νεοπλασίες οστών**

Ο καρκίνος στο σώμα των ηλικιωμένων γενικά ξεκινάει από καρκίνο, που έχει προσβάλλει άλλο σημείο του σώματος. Η ανάπτυξη του πρώιμου καρκίνου των οστών είναι πολύ λιγότερο συνηθής. Ο καρκίνος των νεφρών, του πνεύμονα, του προστάτη και του στήθους, είναι κάποιες από αυτές τις περιπτώσεις, που συχνά μολύνουν τα κόκαλα. Η κακοήθεια μπορεί να έχει συμπτώματα στις αρθρώσεις όπως αυτά του αρθρίτη. Έτσι, αυτό το γεγονός επιδεικνύει άλλο ένα λόγο, που οι πόνοι και η δυσφορία στις αρθρώσεις δεν πρέπει να αγνοούνται.

## **8) Μύες**

Το σύνολο της μάζας των μυών σταδιακά ελαττώνεται, όσο μεγαλώνουμε. Μέρος αυτής της αλλαγής οφείλεται στην αλλαγή των κυκλοφορικών ιστών, στην απώλεια νεύρων και στη μειωμένη ικανότητα μεταφοράς των νευρώσεων, όπως και στη μείωση της σωματικής

δραστηριότητας. Οι μυϊκές αντιδράσεις πράγματι γίνονται λιγότερο ικανές ως αποτέλεσμα των νευρολογικών αλλαγών.

Τα ηλικιωμένα άτομα, επηρεασμένα από τέτοιες αλλαγές, χρειάζονται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να επιτύχουν κάποιο στόχο. Οι επαγγελματίες υγείας και τα άτομα της οικογένειας πρέπει να γνωρίζουν τις δυνατότητες του ασθενή και να τον καθοδηγούν με βάση αυτές. Η μυϊκή αδυναμία σε συνδυασμό με τις αρθρικές αλλοιώσεις και το “πιάσιμο” στις αρθρώσεις μπορεί να κάνει απαραίτητη τη χρήση μπαστουριού, πατερίτσας και το περπάτημα πιο δύσκολα στο να γίνει εφικτή η μάθησή τους.

Η ήπια άσκηση είναι απαραίτητη και βοηθά στη ροή μεγαλύτερης ποσότητας αίματος και έτσι οι ιστοί παραμένουν υγιείς. Είναι επιτακτική ανάγκη για τη μικρότερη απώλεια μυϊκής δύναμης, οι ακινητοποιημένοι στο κρεβάτι, να γυμνάζονται.

Οι χαλαροί ιστοί περικυκλώνουν τα αιμοφόρα αγγεία και τα έντερα δεν τείνουν να χάσουν την ισχύ τους με τα χρόνια. Οι ασθενείς που οδηγούνται σε απώλεια μυϊκής μάζας συνήθως είναι νέοι και μεσήλικες. Δεν είναι τόσο πρόβλημα στους ηλικιωμένους.

Όπως θα παρουσιαστεί σε επόμενα κεφάλαια του βιβλίου, η μυϊκή αδυναμία μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην σωστή λειτουργία διάφορων άλλων συστημάτων του οργανισμού. Όπως για παράδειγμα, η μείωση της ισχύος των μυών που εμπλέκεται με το αναπνευστικό, παρουσιάζει ένα σημαντικό παράγοντα στις μεταβολές του αναπνευστικού σε σχέση με την ηλικία. Επίσης η ελαττωμένη ελαστικότητα της κύστης οδηγεί σε σταδιακό άδειασμα της κύστης και έτσι έχουμε συχνότερη ούρηση για τους ηλικιωμένους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΟΙ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΟΑΙΣΘΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το νευρικό σύστημα είναι απαραίτητο για να ελέγχει τη λειτουργία του σώματος όπως η διαστολή και η συστολή των μυών και να λαμβάνει, να στέλνει και να αποθηκεύει πληροφορίες. Μέσω των αισθήσεων: της όρασης, ακοής, της γεύσης, της όσφρησης και της αφής παρέχεται ο σύνδεσμος στον έξω κόσμο. Οι αλλαγές στο νευρο – αισθητικό σύστημα, που επηρεάζουν τη λειτουργία και δραστηριότητα ενός ατόμου, αντανακλώνονται ως διαφοροποιημένη αντίληψη του κόσμου, που συμβαίνει όσο γερνάμε. Είναι επίσης αλήθεια ότι η αντίληψη του κόσμου μπορεί να επηρεαστεί υπερβολικά από τις νευρο – αισθητικές αλλαγές, που συμβαίνουν. Ο εχέφρων και λογικός ασθενής που πάσχει από τη νόσο του Parkinson, κατά την οποία παρουσιάζονται νευρο – μυϊκά συμπτώματα, μπορεί να ιδωθεί ως παράφρων. Τα ηλικιωμένα άτομα με μειωμένη ακοή ή όραση μπορεί να στιγματίζονται ως ηλίθιοι, εκκεντρικοί ή «γέροντες».

Αυτό το κεφάλαιο ασχολείται με κάποιες σημαντικές αλλαγές, που σχετίζονται με τη διαδικασία γήρανσης νευρο – αισθητικής φύσης. Αλλαγές στις αισθήσεις και οι επιπλοκές που θα μελετηθούν σε αυτό το κεφάλαιο. Η ασθένεια του Parkinson, η πιο συνήθης νευρομυϊκή δυσλειτουργία στους ηλικιωμένους, θα παρουσιαστεί ως προς την επιρροή που έχει στο νευρικό σύστημα και τις αλλαγές στη κίνηση και τρόπο ζωής. Τα σπασίματα και οι βλάβες των αγγειακών εγκεφαλικών αγγείων εμπεριέχεται σε επόμενο κεφάλαιο.

## 1) Γενικές Μεταβολές

Νευρικά κύτταρα ή και οι νευρώνες, χάνονται στη διαδικασία γήρανσης. Ο αριθμός των βασικών λειτουργικών μονάδων αρχίζει να μειώνεται από την ηλικία των 35. σχετική με αυτή τη παρακμή είναι η μειωμένη ικανότητα για τα αγγελιοφόρα νεύρα να μεταβιβάσουν τα ερεθίσματα από και προς τον εγκέφαλο. Η ταχύτητα της εκτέλεσης (των εντολών) μειώνεται, οι εκούσιες κινήσεις χαμηλώνουν σε ένταση και ο χρόνος αντανάκλασης των μυών αυξάνεται. Φθοροποιές αλλαγές και ασθένειες, που επηρεάζουν τα αισθητήρια όργανα μπορούν να μεταβάλλουν την όραση, την ακοή, τη γεύση, την όσφρηση και την αφή.

## 2) Όραση

Όλοι οι άνθρωποι έχουν αρκετά καλή όραση, καθώς μεγαλώνουν. Παρ' όλα αυτά το γηρασμένο μάτι, γίνεται αντικείμενο πολλών αλλαγών και δυσλειτουργιών. Μια ανάλογη μεταβολή που υφίστανται οι φακοί των ματιών οδηγεί σε απώλεια ελαστικότητας και κλίση για προνοητικότητα. Αυτή η αλλαγή είναι γνωστή ως πρεσβυωπία και οι μεταβολές γίνονται ορατές στη μέση ηλικία και τα άτομα αυτά χρειάζονται γυαλιά και δίοπτρα με διπλοεστιακούς φακούς.

Οι φακοί του ματιού έχουν μια τάση να κιτρινίζουν. Αυτή η αλλαγή σημαίνει ότι γίνεται πιο δύσκολο για τον πάσχοντα να διαχωρίσει λεπτές χρωματικές διαβαθμίσεις, κυρίως στα ψυχρά χρώματα (μπλε, πράσινο, μοβ) τα οποία φιλτράρονται. Τα θερμά (κόκκινο, κίτρινο, πορτοκαλί) γενικότερα είναι εύκολα ορατά.

Υπάρχουν τρεις διαταραχές: ο καταρράκτης το γλαύκωμα, και ο γεροντικός κηλιδώδης εκφυλισμός, που αποτελούν τις τρεις πιο γνωστές διαταραχές της όρασης στους ηλικιωμένους και οι οποίες μπορούν να γίνουν υπεύθυνες σημαντικής απώλειας της όρασης. Με κατάλληλη διάγνωση, προσοχή και θεραπεία οι ασθένειες αυτές,

μπορούν να μην επιφέρουν την τύφλωση. Αν και η ανεπανόρθωτη ζημιά, που σχετίζεται με αυτές, δεν μπορεί να επιδιορθωθεί, η επιπλέον απώλεια μπορεί να αποφευχθεί και να βελτιωθεί η ικανότητα της όρασης.

Αυτό, που ακολουθεί είναι παράβλεψη διάφορων αλλαγών και δυσλειτουργιών του ματιού, που γίνονται πιο συχνές, όσο γερνάμε, και καθώς οι επιδράσεις των ασθενειών μεταβάλλουν τη δραστηριότητα και επικοινωνία των ώριμων ενηλίκων.

### **3) Πρεσβυωπία**

Η πρεσβυωπία δεν είναι ασθένεια, αλλά μια διαδικασία εκφυλισμού, που συμβαίνει στον οφθαλμό που γερνάει. Έτσι οι φακοί χάνουν την ικανότητά τους να επικεντρώνονται. Η οπτική στάση η επικέντρωση φυσιολογικά επιτρέπεται από την ικανότητα του φακού να αλλάζει σχήμα η στάση σύμφωνα με το κοντινό ή μακρινό αντικείμενο όρασης. Αυτή η ικανότητα βρίσκεται σε ακμή στην ηλικία των 10 ετών και σχεδόν απουσιάζει τελείως ύστερα από την ηλικία των 55 ετών. Εξαιτίας της πρεσβυωπίας η πλειονότητα των ατόμων χρειάζεται γυαλιά ή δίοπτρα με διεστίους φακούς για να διαβάζουν από την 4<sup>η</sup> δεκαετία. Τα γυαλιά μηχανικά αντισταθμίζουν την απώλεια της σωστής θέσης των φακών και επιτρέπουν να επικεντρώνονται σε αντικείμενα που βρίσκονται και κοντά και μακριά.

Οι αλλαγές στους φακούς οδηγούν / καταλήγουν σε λήψη μέτρων. Έτσι υπάρχει μια συνήθεια των ηλικιωμένων να κρατούν τα αντικείμενα σε μια απόσταση, για να μπορούν να τα δουν. Η εφημερίδα ή η συνταγή γιατρού, μπορεί να τοποθετούνται στο μήκος του χεριού, γιατί τα τυπωμένα γράμματα δε διακρίνονται από πιο κοντά. Εκτός βέβαια από τα άτομα που δεν μπορούν να αγοράσουν γυαλιά, η πρεσβυωπία δεν προσθέτει σοβαρότερα προβλήματα.

Τα γυαλιά για το διάβασμα, επιτρέπουν στον καθένα να διακρίνουν αντικείμενα που βρίσκονται σε κοντινή κλίμακα. Οι διπλοεστιακοί φακοί χορηγούνται ανάλογα με την προσωπική οπτική ικανότητα καθενός. Αποτελούνται από 2 μέρη, ένα για κοντινή και ένα για μακρινή εμβέλεια. Η ρυθμισμένη όραση από μια περιοχή στην άλλη, ενώ βλέπουμε διαφορετικά αντικείμενα, σε διαφορετικές αποστάσεις δεν είναι εύκολη. Τα ρυθμιστικά προβλήματα απαιτούν υπομονή, από την πλευρά του χρήστη. Για κάποιους, που επιπλέον υποφέρουν από προβλήματα σε κοντινή απόσταση, εκτός από την πρεσβυωπία η χρήση 2 ζευγαριών γυαλιών (ένα για το διάβασμα και ένα για την απόσταση) είναι πιο κατάλληλα. Πολλοί ηλικιωμένοι βρίσκουν τους μεγεθυντικούς φακούς πολύ χρήσιμους.

#### **4) Καταρράκτης**

Ο καταρράκτης είναι η πιο κοντινή μορφή δυσλειτουργίας του ματιού, όσο τα χρόνια περνάνε. Έχει ειπωθεί ότι όλοι μας θα τον αναπτύξουμε, ακόμα και σε ελάχιστο βαθμό, αν ζούσαμε πολύ περισσότερο. Παρουσιάζεται ως θολερότητα και συχνά κιτρινίζει το φυσικό διάφανο χρώμα των φακών του ματιού. Η αδιαφάνεια εμφανίζεται με το πέρασμα των ακτινών του φωτός μέσα από τον αμφιβληστροειδή χιτώνα.

Οι φακοί του ματιού αποτελούνται από ίνες, που συνεχώς αναδημιουργούνται, αν και σιγά – σιγά η διαδικασία αυτή ελαττώνεται κατά τη διάρκεια ζωής των φακών. Πράγματι η συνεχής διαμόρφωση των φακών είναι δυσανάλογη με την ανάπτυξη του «δέντρου» του οποίου τα δαχτυλίδια συνεχίζουν να σχηματοποιούνται και να συμπιέζονται προς το κέντρο. Όσο οι νευρικές ίνες του φακού πιέζονται η δομή αυτή τελικά χάνει τη διαφάνειά της.

Ανάλογα την ανάπτυξη του καταρράκτη ένα άτομο υποφέρει από θολή σκοτεινή όραση. Ίσως χρειαστεί πιο έντονο φως για να διαβάσει και να κρατά πολύ κοντά τα αντικείμενα, ώστε να μπορεί να τα βλέπει.

Η χειρουργική επέμβαση προσφέρει ασφαλή και δραστική λύση στο πρόβλημα αυτό. Έπειτα από την αφαίρεση των φακών τα γυαλιά είναι απαραίτητα. Οι φακοί μας επιτρέπουν να επικεντρώσουμε τα μάτια και να συγκεντρώνουμε το βλέμμα σε αντικείμενα και κοντά και μακριά. Έτσι τα γυαλιά αντικαθιστούν τους φακούς, που έχουν αφαιρεθεί. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν και οι φακοί επαφής, αν και πολλοί ηλικιωμένοι έχουν προβλήματα με τη χρήση τους.

Η κατάσταση αυτή, όπως και η θεραπεία, πρέπει να εξηγούνται στον πάσχοντα με προσοχή. Η ασφάλεια και η ευκολία της εγχείρησης, πρέπει να τονίζονται. Μερικοί δεν αντιλαμβάνονται τι είναι ο καταρράκτης, ούτε τι απαιτεί η θεραπεία του. Οι ασθενείς δεν πρέπει να τρομοκρατούνται από αναληθείς πεπιοθήσεις ότι ο καταρράκτης οδηγεί σε τύφλωση ή μερική αναπηρία. Μετά την εγχείρηση, πρέπει να υπάρχει μεγάλη φροντίδα καθώς συχνά είναι τα επεισόδια της απώλειας προσανατολισμού.

## **5) Γλαύκωμα**

Το γλαύκωμα δεν είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ασθένειες του ματιού, που φέρνουν τα γηρατειά. Παρ' όλα αυτά είναι η πιο σοβαρή. Αν αφεθεί χωρίς προσοχή αυτό το πρόβλημα μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη τύφλωση. Η ασθένεια αναπτύσσεται κυρίως στις ηλικίες μεταξύ 40 και 65 χρόνων, ως αντίδραση στην αυξημένη πίεση στο βολβό του ματιού. Η αύξηση της πίεσης προκαλείται από το χτίσιμο του υδατώδους υγρού του οφθαλμού, ένα υγρό με θρεπτικά συστατικά που περικλείει τον εξωτερικό θάλαμο του ματιού. Αν αυτό το υγρό σχηματιστεί γρηγορότερα από ότι μπορεί να αποβληθεί, προκύπτει



αυξημένη πίεση στο μάτι. Αυτή η πίεση μπορεί να επιφέρει ανεπανόρθωτες ζημιές στο οπτικό νεύρο και ολική τύφλωση.

Το γλαύκωμα διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή. Το πρώτο δημιουργείται από άγνωστη αιτία και αναπτύσσεται χωρίς να υπάρχει προηγούμενη ασθένεια του ματιού ή τραυματισμός. Συμβαίνει πιο συχνά σε άτομα με ιστορικό στην οικογένειά τους με την ασθένεια αυτή. Υπάρχει η άποψη ότι κάποιοι τείνουν να κληρονομήσουν αυτούς τους παράγοντες, που τους θέτουν πιο ευπρόσβλητους στην ασθένεια. Το δευτερογενές έπεται κάποιας ασθένειας ή τραυματισμού.

Επιπροσθέτως, εκτός από το γλαύκωμα πρωτογενούς ή δευτερογενούς μορφής, υπάρχουν άλλες τροποποιήσεις, που διαφοροποιούν την εξέλιξη της ασθένειας. Το οξύ γλαύκωμα έρχεται ξαφνικά και εξελίσσεται σε σύντομο διάστημα. Ο ασθενής υποφέρει από ναυτία, εμετό, πόνο στα μάτια, κοκκίνισμα στα μάτια, και βλέπει θολά. Το οξύ γλαύκωμα είναι λιγότερο σύνηθες απ' ό,τι το χρόνιο. Η άμεση ιατρική διάγνωση είναι επιτακτική, αν θέλουμε να αποφευχθεί η μειωμένη ή απόλυτη όραση.

Το χρόνιο γλαύκωμα αναπτύσσεται αργά και συχνά αποκαλείται ως «ύπουλος κλέφτης» της όρασης. Στα πρώτα στάδια δεν είναι εμφανή τα συμπτώματα. Οι αρχικές εκδηλώσεις είναι πολύ λεπτές / δυσδιάκριτες με αποτέλεσμα να έχει γίνει ήδη μεγάλη ζημιά, που η ιατρική εξέταση δεν μπορεί να εντοπίσει.

Η σταδιακή απώλεια της περιμετρικής όρασης, είναι ένα από τα πρώτα σημάδια της ασθένειας. Αυτή η απώλεια της όρασης μπορεί να οδηγήσει το θύμα να πέφτει πάνω σε αντικείμενα ή να μη βλέπει τα διερχόμενα αυτοκίνητα σε μια λεωφόρο. Με τον καιρό η φυσική διάμετρος της όρασης μειώνεται τόσο, που το θύμα υποφέρει από την αίσθηση υπόγειας όρασης. Αφήνοντάς το αγιάτρευτο, αυτό το περιοριζόμενο πεδίο όρασης εξαφανίζεται και το άτομο μένει τυφλό.

Πριν το χρόνιο γλαύκωμα εμφανιστεί σε τέτοια έκταση, ο πάσχων εκφράζει άλλα προειδοποιητικά σημάδια. Μέσα στα

συμπτώματα αναφέρεται ο πονοκέφαλος, η ναυτία, θολή όραση, μουντός πόνος στο μάτι, δάκρυα, και την εμφάνιση της δακτυλίου γύρω από φωτεινά αντικείμενα. Έτσι τα φώτα στο δρόμο, στα σπίτια και αστέρια τριγυρίζονται από δακτυλίους φωτός.

Δεν υπάρχει θεραπεία για το γλαύκωμα, αλλά υπάρχουν τεχνικές που μειώνουν την ενδοφθάλμια πίεση, ή τη κρατούν σε ασφαλές επίπεδο. Σε κάποιες περιπτώσεις η εγχείρηση εξυπηρετεί στο να εξασφαλίσει τη μόνιμη διέξοδο για το υδατώδες υγρό του οφθαλμού. Ένα άνοιγμα για αποστράγγιση, μπορεί να γίνει στην ίριδα ή στο εξωτερικό λευκό μέρος του βολβού. Τέτοια επέμβαση είναι λεπτή και αποφεύγεται όσο γίνεται πιο πολύ. Υπάρχουν φάρμακα και σταγόνες που ελέγχουν την παραγωγή του υδατώδους υγρού του οφθαλμού ή της αποστράγγισής του. Επίσης αυτές οι σταγόνες εξυπηρετούν στο να διατηρούν την κόρη σε συστολή και έτσι βοηθούν στην αποβολή του παραπανίσιου υγρού.

Τα άτομα άνω των 40 ετών πρέπει να κάνουν εξετάσεις για το γλαύκωμα σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αν και η ασθένεια μπορεί δραστικά να ελεγχθεί, η ανεπανόρθωτη ζημιά που προκαλεί θέτει την ανάγκη άμεσης διάγνωσης απαραίτητη και επιτακτική.

## **6) Γεροντικός Κηλιδώδης Εκφυλισμός του Οφθαλμού**

Ο κηλιδώδης εκφυλισμός μπορεί να συμβεί από νωρίς, αλλά κυρίως αναπτύσσεται στους ηλικιωμένους. Όπως το όνομά του δηλώνει, η προώθηση εκδηλώνεται στη κηλιδώδη περιοχή του αμφιβληστροειδούς χιτώνα, η οποία συνήθως επιτρέπει σε ένα άτομο να διακρίνει λεπτομέρειες όπως μια ακριβής σφραγίδα. Η απώλεια αυτής της διαφοροποίησης συνεπάγεται την απώλεια της κεντρικής όρασης, που μπορεί να ξεκινά στις αρχές της 5<sup>ης</sup> δεκαετίας. Δεν υπάρχει ακριβής θεραπεία φαρμακευτική ή χειρουργική αλλά τα μεγεθυντικά εργαλεία βοηθούν τον πάσχοντα να αντεπεξεχθεί στην

κατάσταση. Αυτά τα μηχανεύματα μπορεί να είναι εργαλεία που συγκρατούνται με το χέρι ή να εμφυτεύονται σε γυάλινους φακούς επαφής.

Η περιφερειακή όραση δεν επηρεάζεται ως αποτέλεσμα του κηλιδώδη εκφυλισμού. Επιπλέον στην απουσία οιασδήποτε άλλης ατέλειας, το άτομο με κηλιδώδη εκφυλισμό δεν θεωρείται ανάπηρο. Ωστόσο ο τρόπος ζωής και οι δραστηριότητες κάποιου μπορεί να επηρεαστούν αρνητικά αν τα μεγεθυντικά εργαλεία δεν χορηγηθούν. Το να περαστεί η κλωστή σε μια βελόνα, η ανάγνωση της εφημερίδας, το να πεις την ώρα ή να διαβάσεις τις οδηγίες σε κάποιο φάρμακο ίσως είναι ακατόρθωτα χωρίς τη χρήση τέτοιων μηχανευμάτων.

Η αιτία του γεροντικού εκφυλισμού της κηλιδώδης περιοχής δεν είναι γνωστή. Γνωρίζουμε ότι αυτή η περιοχή είναι ευπαθής στον σακχαρώδη διαβήτη όπως και στην υπέρταση. Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να δράσουν επηρεάζοντας θετικά την ανάπτυξη της ασθένειας σε κάποιους ανθρώπους.

## **7) Η φυσιολογική μειωμένη όραση ενός ηλικιωμένου ενήλικα**

Τα ηλικιωμένα άτομα με μειωμένη όραση συνήθως υποφέρουν από σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας. Η αίσθηση αυτή είναι ένας από τους πιο σημαντικούς συνδέσμους με τον εξωτερικό κόσμο. Στη διάρκεια της ζωής ένα άτομο εξαρτάται από την όραση, λαμβάνοντας και ελέγχοντας πληροφορίες προς και από τον έξω κόσμο. Πληροφορίες για τον τοπικό και ευρύτερο κόσμο έρχονται σ' εμάς μέσω εφημερίδων, περιοδικών, βιβλίων και της τηλεόρασης. Για να αντεπεξέλθουμε σε δραστηριότητες της καθημερινότητας πρέπει να είμαστε ικανοί να ελέγχουμε "βαρετές" ασχολίες, που χαρακτηριστικά εξαρτώνται από την οξύτητα της όρασης. Το να ράψουμε ένα κουμπί, να ανάψουμε τη θερμάστρα, να ανακατέψουμε τη σάλτσα έως όπου δέσει, να ντυθούμε το πρωί και να ταιριάξουμε όμοια ζευγάρια από

κάλτσες, το να διστάζουμε να ανοίξουμε την πόρτα επειδή δε γνωρίζουμε τον άγνωστο που στέκεται και να γεμίσουμε το φλιτζάνι του καφέ, όλα αυτά είναι στόχοι που εξαρτώνται από την όραση.

Τα άτομα, που είναι τυφλά εκ γενετής έχουν περάσει όλη τους τη ζωή ρυθμίζοντάς τη, ώστε να καταφέρουν να αντεπεξέλθουν σε ένα κόσμο, που όλα είναι φτιαγμένα, για όσους έχουν την όρασή τους. Για όσους υποφέρουν από μειωμένη όραση αφού για χρόνια πριν εξαρτώνταν από την όρασή τους, οι τροποποιήσεις είναι πιο δύσκολες. Για όσους έχασαν σταδιακά την όρασή τους, τέτοιες ρυθμίσεις γίνονται πιο εύκολες, απ' ό,τι για αυτούς που ξαφνικά υπέστησαν αλλαγή στην όραση.

Τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι και όσοι ασχολούνται με τα ιατρικά επαγγέλματα, μπορούν να βοηθήσουν ώστε, αυτές οι τροποποιήσεις να γίνουν ομαλά και να τις καταστήσουν πιο εύκολες για τους ασθενείς. Πρέπει να γίνει κατανοητό το ποσοστό ή το είδος της τύφλωσης ή το είδος της τύφλωσης.

Η απώλεια μπορεί να είναι μικρή ή όχι εκτεταμένη: μπορεί να αφορά την κεντρική όραση, την περιφερική όραση, ή όλο το οπτικό πεδίο. Οι απώλειες πρέπει να θέτονται υπό σκέψη και να λαμβάνονται μέτρα για να τις αντισταθμίσουν.

Οι μεταβολές, που προκαλούνται, όσο τα χρόνια περνάνε, κάνουν τους φακούς λιγότερο ελαστικούς, πιο “χοντρούς” και αποκτούν ένα φαιοκίτρινο χρώμα. Τέτοιες αλλαγές κάνουν τη χρήση έντονου φωτισμού απαραίτητη για την εκτέλεση εργασιών όπως: διάβασμα ή ράψιμο. Ωστόσο για όσους πάσχουν από καταρράκτη ο φωτισμός δεν πρέπει να είναι πολύ έντονος, καθώς μπορεί να δημιουργηθούν λάμπεις και σκιές. Οι πειραματισμοί για τον κατάλληλο φωτισμό, είναι ότι καλύτερο, για να βοηθήσει ο πάσχων.

Τέτοιες αλλαγές επίσης απαιτούν μεγαλύτερο διάστημα εξοικείωσης από το φως στο σκοτάδι. Καθώς μπαίνουν σε σκοτεινό χώρο, οι ηλικιωμένοι βλέπουν ακόμα δυσκολότερα. Η οδήγηση στο

σκοτάδι είναι δύσκολη και καλύτερο είναι να μην επιτρέπεται. Το να σηκωθούν από το κρεβάτι μέσα στη νύχτα για να απαντήσουν στο τηλέφωνο ή να πάνε στην τουαλέτα μπορεί να καταλήξει σε ατυχήματα, κυρίως σε σκοτεινά σπίτια. Η χρήση μικρών λαμπτήρων είναι επιτακτική, για να αποφευχθούν τα ατυχήματα, κάνοντας πιο φωτεινό το χώρο και πιο ομαλή τη μετάβαση από το σκοτάδι στο φως.

Πρέπει να θυμόμαστε ότι οι άνθρωποι που χάνουν την περιφερική όρασή τους μπορούν συνήθως να βλέπουν μόνο μια μικρή περιοχή ακριβώς μπροστά τους. Για όσους πάσχουν από γλαύκωμα και βρίσκονται σε θεραπεία, μπορούν να αποφευχθούν οι απώλειες, αλλά όσες έχουν ήδη γίνει δεν μπορούν να αποκατασταθούν.

Έτσι η κατάλληλη θεραπεία προϋποθέτει εκτός των άλλων προσπάθεια επιδιόρθωσης των απωλειών αυτών. Όταν μιλάμε στον ασθενή, φροντίζουμε το πρόσωπο μας να βρίσκεται ακριβώς απέναντι στο δικό του. Όταν επιδεικνύουμε κάτι, αυτό πρέπει να βρίσκεται στη δέση φωτός.

Το γεγονός ότι τα άτομα με μειωμένη περιφερική όραση βλέπουν μόνο μια μικρή περιοχή ακριβώς μπροστά τους, μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικά προβλήματα, ειδικά όταν τα προβλήματα όρασης δεν έχουν διαγνωστεί. Οι συγγενείς πρέπει να υποπτεύονται ότι όταν κάποιος ηλικιωμένος θείος (κ.α.) διαμαρτύρεται ότι δε βλέπει καλά, ενώ είναι ικανός να εντοπίσει το λεκέ στο τζάμι που βρίσκεται ακριβώς μπροστά του. Φυσικά αυτό που οι συγγενείς δεν κατανοούν είναι ότι η περιφερική όραση μειώνεται τη στιγμή, που μπορεί κανείς να βλέπει λεπτομέρειες ακριβώς μπροστά του.

Το άτομο, που ξαφνικά υποφέρει από απώλειες στην όραση ίσως χρειαστεί μεγαλύτερη βοήθεια και υπομονή. Τέτοια άτομα, είναι λογικό, να γίνονται δύσπιστοι και να φοβούνται. Οι πιθανές αγωνίες, πρέπει να είναι κατανοητές από τους συγγενείς, φίλους και τους νοσηλευτές και να το επιδεικνύουν με τις πράξεις τους. Ανακοινώστε τον εαυτό τους όταν

μπαίνετε στο δωμάτιο, αφήστε τον να γνωρίζει ποιος μόλις μπήκε στο δωμάτιο και ίσως τη φύση της παρουσίας σας.

Ένα άτομο, μπορεί να διστάζει να εκτελέσει κάποια καθήκοντα, κυρίως νέα, εξαιτίας της ανασφάλειάς του για την όποια κατάσταση. Για το νοσηλευτή, που επιδεικνύει τον οποιοδήποτε στόχο που πρέπει να επιτευχθεί σαν να πρόκειται να τον εκτελέσει (ασθενής) με επιτυχία, πρέπει να έχει μεγαλύτερη υπομονή. Το άτομο με μειωμένη όραση, ίσως νοιώθει αργό και αδέξιο να κινηθεί και να εργασθεί και έτσι να διστάζει να ασχοληθεί με τέτοιες διαδικασίες. Ποτέ δεν πρέπει να πιέζουμε το άτομο, αλλά πάντα να το επαινούμε τόσο για την προσπάθεια όσο και για την επιτυχία.

Ένα ηλικιωμένο άτομο φεύγοντας από το νοσοκομείο ή το φαρμακείο, ίσως να είναι ανίκανο να διαβάσει τις φαρμακευτικές οδηγίες που είναι τυπωμένες στα φάρμακα. Αυτό είναι συχνό φαινόμενο σε τέτοιες καταστάσεις και ίσως να μην γίνεται αντιληπτό. Οι οδηγίες σε μεγάλη γραμματοσειρά, μπορεί να λύσει το πρόβλημα. Πολλοί ηλικιωμένοι λαμβάνουν ένα μεγάλο αριθμό διαφόρων φαρμάκων και η μειωμένη όραση μπορεί να κάνει δύσκολο το διαχωρισμό των χαπιών μεταξύ τους. Τυπώνοντας διαφορετικού χρώματος ετικέτες για κάθε φάρμακο, βοηθάμε ώστε το πρόβλημα να αμβλυνθεί. Το φάρμακο με την ετικέτα από γυαλόχαρτο, μπορεί να αναγνωρίζετε ως αυτό που ανακουφίζει το πόνο ή εκείνο με το τσόχινο κούμπωμα το αντίστοιχο αντιυπερτασικό.

Άλλοι κωδικοί μπορεί να χρησιμεύσουν στο σπίτι, ώστε ο ασθενής να κινείται ανεξάρτητος. Η φωσφοριζέ ταινία γύρω από ηλεκτρικά ανοίγματα (συσκευές), στους διακόπτες των λαμπτήρων, στα χερούλια για πόρτες και στις κλειδαριές, κάνουν τα πράγματα πιο εύκολα, για αυτόν που έχει εξασθενημένη όραση.

Αν δουλεύετε σε κάποιο ίδρυμα ηλικιωμένων, προσπαθήστε να βάλετε τον εαυτό σας στη θέση τους και σκέψου, πόσο περιπλέκονται τα πράγματα που κάνεις. Για παράδειγμα πάντα να βάζετε τους διακόπτες ηλεκτρικού ρεύματος σε σημείο, που είναι ορατό και μπορεί

να τους φτάσει. Αφήνετε τα πράγματα στο κομοδίνο, ώστε να μπορούν να τα επανατοποθετήσουν όταν τα χρειάζονται.

Δεν πάσχουν όλοι οι ηλικιωμένοι από σοβαρή εξασθένηση της όρασης. Ο Gordon (1971) αναφέρει ότι ένα ποσοστό λιγότερο από 20% όσων ξεπερνούν τα 65 δεν έχει πλήρη όραση, που να μην του επιτρέπει να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες. Αυτό είναι το ποσοστό, που έχουν εξασθενημένη όραση και για την επίλυση των προβλημάτων ανησυχούμε περισσότερο. Το 1972 υπολογιζόταν ότι υπήρχαν 468.000 τυφλοί (τυπικά) στις Ηνωμένες Πολιτείες (Klukan 1977). Τυπικά η τύφλωση ορίζεται ως η μικρότερη οπτική απώλεια ή ως η μεγαλύτερη οπτική ικανότητα φτάνει τα 20/200. το 73% (στα χαρτιά τυπικά – νόμιμα) των τυφλών έχει ξεπεράσει τα 45 χρόνια και το 46,2% έχει ξεπεράσει τα 65 έτη.

## **8) Ακοή**

Το ακουστικό σύστημα υφίσταται ηλικιακή αλλαγή. Και η εξασθενημένη ακοή που συνδέεται με τα γηρατειά είναι γνωστή ως πρεσβυακοΐα. Αυτή η απώλεια εκδηλώνεται ως απουσία ακοής και η απώλεια γνωστοποιείται / εκδηλώνεται στις υψηλές συχνότητες και φαίνεται ξεκάθαρα μετά τα 50 έτη. Αν και οι περισσότεροι μετά τα 60 ακούνε αρκετά καλά για μια φυσιολογική ζωή, οι πιο ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα ακοής σε σχέση με τους νέους. Οι στατιστικές που μας δίνει το Ινστιτούτο Ερευνών Εθνικής Υγείας δείχνουν ότι η αναλογία της απώλειας ακοής απόμων κάτω των 17 ετών είναι μεγαλύτερη αναλογικά για τα άτομα, που έχουν ξεπεράσει τα 65 χρόνια και αυξάνεται από 3,5 στα 1000 άτομα, στα 133 στα 1000 άτομα.

Η πρεσβυακοΐα είναι πιο συχνά το αποτέλεσμα σημαντικών αλλαγών στη δομή του εσωτερικού του αυτιού. Στο εσωτερικό του, οι ταλαντεύσεις του ήχου μετατρέπονται σε νευρικούς παλμούς από τον κοχλία. Αυτή η πολύπλοκη σπειροειδής κοιλότητα συγκρατεί το

“όργανο” του Corti που βρίσκεται στην κατοχή τριχοειδών κυττάρων. Τα τριχοειδή κύτταρα προκαλούν κύματα και λαμβάνουν ακουστικό ή το όγδοο κρανιακό νεύρο. Το ακουστικό νεύρο μεταφέρει το ερέθισμα στον εγκέφαλο και επεξεργάζεται ως ήχος. Πιστεύουμε ότι η απώλεια αυτών των τριχοειδών κυττάρων στο όργανο του Corti είναι η πιο κοινή αιτία της πρεσβυακοΐας.

Στην αρχή η απώλεια ικανότητας της επεξεργασίας υψηλών συχνοτήτων, δεν αφορά φυσιολογικά σχέδια / μοντέλα λόγου, αλλά όσο η κατάσταση επιδεινώνεται, η συζήτηση όντως επηρεάζεται. Οι ήχοι των συμφώνων (χ, φ, σ, ξ, ζ) είναι αυτά που ανήκουν στις υψηλές συχνότητες και τα φωνήεντα (α, ε, ι, ο και ου) ανήκουν στις χαμηλές συχνότητες. Ως αποτέλεσμα της διαφοροποίησης στην τονικότητα των φωνηέντων και των συμφώνων, έχουμε την δυνατότητα ακοής της ομιλίας, αλλά δεν διαχωρίζονται οι λέξεις από το άτομο που πάσχει από πρεσβυακοΐα. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να φέρουν τον ομιλητή και ακροατή σε πολύ απογοητευτική θέση. Ο ομιλητής γενικά προσπαθεί να θέσει τον εαυτό του κατανοητό / να ακουστεί, επαναλαμβάνοντας και φωνάζοντας τις λέξεις στον ακροατή αντί να τις επαναλαμβάνει σε φυσιολογική ένταση. Ο ακροατής, που δεν του έχει φανεί χρήσιμη η δυνατή ένταση στην προφορά των λέξεων, ίσως εκλάβει την αποδοκιμασία του συνομιλητή, αντιδράσει αμυντικά, και αποσυρθεί από τη συζήτηση. Οι φωνές έχουν αποτέλεσμα να ακούγεται ένας βόμβος ακατάληπτων εκφράσεων και δε συμβάλει καθόλου στο να βοηθήσει στη μεταφορά των υψηλών συχνοτήτων. Χαμηλώνοντας την ένταση, ενώ μιλάμε καθαρά και δυνατά, μπορούμε να χαμηλώσουμε τους τόνους ομιλίας και να βελτιώσουμε την επικοινωνία.

Υπάρχουν πολλές αρχές του (σαβουάρ – βιβρ) και η καθημερινή ευγενική συμπεριφορά, που μπορεί να χρησιμεύσει στην επικοινωνία με κάποιον, που υποφέρει από μειωμένη ακοή. Επιπροσθέτως, ενώ μιλάμε δυνατά, σε ένα χαμηλότερο τόνο της φωνής, είναι καλύτερο να μιλάμε και αργά. Είναι πιο εύκολο για όλους μας να κατανοήσουμε



κάποιον αν μεταφέρει το μήνυμα σε χαμηλότερη ένταση. Εκτός των άλλων μιλώντας γρήγορα, δίνεται η εντύπωση, ότι βιαζόμαστε πράγμα που ενοχλεί το άτομο με προβλήματα ακοής και τον κάνει να νοιώθει ως φόρτωμα, που αφαιρεί πολύτιμο χρόνο από το συνομιλητή του.

Χρησιμοποιώντας άλλες λέξεις για να ειπωθεί το ίδιο πράγμα, μπορεί να βοηθήσουμε τον πάσχοντα. Αυτό δε δίνει μόνο στον πάσχοντα τη δυνατότητα να ακούσει ένα επιπρόσθετο σύνολο ήχων, για να αντιληφθεί ένα μήνυμα, αλλά του δίνει και περισσότερο περιεχόμενο από όπου θα αντλήσει το μήνυμα. Συχνά ακούγονται μια λέξη, το μήνυμα μιας πρότασης μπορεί αμέσως να ξεκαθαριστεί.

Ο ομιλητής πρέπει ακόμα να γνωρίζει τη μη λεκτική επικοινωνία. Οι εκφράσεις του προσώπου επιστρατεύονται, αφού μεταφέρουν τη διάθεση, τα συναισθήματα, θετικά ή αρνητικά, ενθουσιασμό και απόρριψη. Έτσι χρησιμεύουν στο να ανυψώσουν τη σημασία των λέξεων, που ειπώθηκαν και να κάνουν τον ασθενή με τη μειωμένη ακοή ότι συμμετέχει στις ζωές των άλλων.

Αν η ζημιά δεν είναι τόσο εκτεταμένη, η πρεσβυακοΐα μπορεί να αμβλυνθεί με τη χρήση ενός βοηθητικού εργαλείου. Ωστόσο πρέπει να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι τα βοηθητικά ακουστικά δεν αντικαθιστούν τη φυσική ακοή. Δεν «αποθηκεύουν» όλη τη γκάμα των συχνοτήτων διαφορετικών απωλειών.

Επιπλέον τα ακουστικά θέτουν προβλήματα ρυθμιστικότητά τους. Πολλοί χρήστες παραπονιούνται, ότι το αποτέλεσμα είναι αφύσικο. Πράγματι για πολλά άτομα που έχουν χάσει «ύπουλα» την ακοή τους για μεγάλο χρονικό διάστημα, οι πολλοί νέοι ήχοι που μεταβιβάζονται από τα ακουστικά, σίγουρα μοιάζουν αφύσικοι.

Τα ακουστικά συμπεριλαμβάνουν στην γκάμα τους όλους τους ήχους, όχι μόνο αυτούς της ομιλίας. Τα άτομα που μόλις ξεκίνησαν να τα χρησιμοποιούν, ίσως αντιμετωπίσουν προβλήματα να ξεχωρίσουν τους ήχους από ένα εστιατόριο, τις κόρνες των αυτοκινήτων ή την

τηλεόραση από το συνομιλητή τους. Οι χρήστες λοιπόν των ακουστικών, πρέπει να ενημερώνονται κατάλληλα.

Τα προβλήματα με τα νέα ακουστικά μπορεί να σημαίνει ακατάλληλα φτιαγμένο καλούπι / μήτρα (5). Για να εξυπηρετεί ορθά τον πάσχοντα η μήτρα πρέπει να ταιριάζει τέλεια στην ανατομική δομή του ακουστικού σωλήνα ear canal. Έτσι παρατεταμένα παράπονα για τα ακουστικά πρέπει να εξετάζονται. Δυσκολία μπορεί να υπάρχει / προκαλείται ύστερα από ένα πολύ μεγάλο ρυθμιστικό χρονικό διάστημα.

Όταν η χρήση των ακουστικών δεν είναι σωστή, όπως και όταν η ζημιά είναι εκτεταμένη ή όταν υπάρχουν συγκεκριμένοι τύποι «συντελεστικής απώλειας» θα συζητηθεί αργότερα, το διάβασμα των χειλιών μπορεί να βοηθήσει την επικοινωνία. Πρέπει να σημειωθεί ότι μερικά άτομα έχουν δυσκολία στο παραπάνω τύπο επικοινωνίας. Για πολλούς ηλικιωμένους που μπορεί και η όρασή τους να είναι μειωμένη, η κατάσταση γίνεται πιο δύσκολη. Ένα πρόβλημα είναι ότι πολλοί δε σχηματίζουν ξεκάθαρα τις λέξεις με τα χείλια τους. Όπως για παράδειγμα μια βοήθεια για τους ηλικιωμένους τυφλούς μπορεί να μην υπάρχει σε μια υποανάπτυκτη και απομακρυσμένη περιοχή. Μπορείτε να βοηθήσετε τον ακροατή, αφήνοντας το φως να πέφτει στο πρόσωπό σας και χωρίς να υπερβάλλετε στις κινήσεις των χειλιών. Τέτοια υπερβολή μπορεί να αποσυντονίσει τον ακροατή.

Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας και οι απαιτήσεις του ασθενούς, μπορούν να επηρεαστούν σημαντικά από την κώφωση του ατόμου. Τα ιατρικά κέντρα είναι πολύπλοκα συστήματα και το να μένει ένας ασθενής σε κάποιο από αυτό τον φέρνει σε επικοινωνία με πολλούς νοσηλευτές, οι οποίοι έχουν οδηγίες και δέχονται διαταγές να δίνουν πληροφορίες αμερόληπτα. Δυστυχώς, τέτοιες πληροφορίες μπορεί να μην ακούγονται / λαμβάνονται από το άτομο που έχει προβλήματα ακοής. Οι νοσηλευτές μπορεί να εκλάβουν την περιορισμένη αντίδραση του ασθενούς ως αδιαφορία ή στοιχείο / απόδειξη αγνωμοσύνης για τις

πληροφορίες που μετέδωσαν. Οι διάφοροι νοσηλευτές μπορεί να αγνοούν τα προβλήματα της ακοής του ασθενούς καθώς δεν τον γνωρίζουν πριν νοσηλευθεί. Συχνά η σύγχυση που δημιουργεί η μειωμένη ακοή γενικοποιείται και θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα των γηρατειών.

Όταν σχεδιάζεται η έξοδος του ασθενούς από το νοσοκομείο, πρέπει να θυμόμαστε τη μειωμένη ακοή, ώστε οι οδηγίες για τη χρήση εργαλείων που αντικαθιστούν την ακοή ή η θεραπεία των φαρμάκων να γίνουν κατανοητές. Η αποτυχία στο να επεξεργαστούν και να κατανοήσουν τέτοιες οδηγίες μπορεί να σημαίνει καθυστερημένη ανάρρωση, ακόμα και τραγικές καταστάσεις στο σπίτι. Οι οδηγίες πρέπει να γράφονται σε ένα χαρτί με καθαρό και απλό τρόπο, ώστε και έπειτα να γίνονται κατανοητές. Πρέπει να έχουμε στο μυαλό μας ότι μπορεί ο ασθενής να υποφέρει και από εξασθενημένη όραση. Γράψτε τις οδηγίες με μεγάλα γράμματα. Επίσης μπορούμε να του ζητήσουμε να επαναλάβει τις οδηγίες, ώστε να σιγουρευτούμε ότι τις κατανόησε. Η εξακρίβωση μπορεί να γίνει από μια νοσοκόμα του δημοσίου (νοσοκομείου), που θα επισκεφτεί τον ασθενή στο σπίτι του.

Είναι συχνά δύσκολο για πολλούς από εμάς να βάλουμε τους εαυτούς μας στη θέση του ατόμου που έχει εξασθενημένη ακοή. Ο Zenith έχει εκδώσει ένα δίσκο: «Getting Through» το οποίο απομιμείται την απώλεια ακοής και ακόμα μιμείται τα αποτελέσματα της χρήσης των ακουστικών. Οι νοσηλευτές, τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι του πάσχοντα μπορούν να μάθουν πολλά επικοινωνώντας με τον ασθενή ή να τον αγαπήσουν ακούγοντας μια τέτοια ηχογράφηση.

Η απώλεια της ακοής μπορεί ακόμα να προκύψει από (διακοπτόμενη εξαγωγή). Το μεσαίο τμήμα του αυτιού περιέχει μια σειρά εύθραυστων οστών: η σφύρα, τον άκμονα και το εσώτατο οσάριο του αυτιού ή αναβολέας. Με τη λειτουργία αυτών των οστών λαμβάνουμε τις ταλαντώσεις που έχουν εισχωρήσει από το εξωτερικό τμήμα του αυτιού στο εξωτερικό ακουστικό σωλήνα ή κανάλι. Το

τύμπανο που ξεχωρίζει το εξωτερικό από το εσωτερικό αυτί, λαμβάνει τις ταλαντώσεις και τις μεταφέρει μέσω της αλυσίδας των οστών στο μεσαίο τμήμα. Οι δονήσεις μετακινούνται από το μεσαίο τμήμα στο (ωοειδές παράθυρο) στην ευαίσθητη μεμβράνη που ξεχωρίζει το μεσαίο από το εσωτερικό τμήμα του αυτιού. Το κερί μπορεί να «χτιστεί» και να αναμειχθεί με την ανάλογη καθοδήγηση και να συμβάλει στη μείωση της ακοής. Τα αυτιά των ηλικιωμένων θα πρέπει να ελέγχονται για υπερπαραγωγή κεριού. Ο καθαρισμός του ακουστικού σωλήνα του αυτιού μπορεί να μετακινήσει το κερί και να συμβάλει στην αποκατάσταση της ακοής σε πολλούς ηλικιωμένους. Η ωτοσκλήρυνση ή η σαχήρυνση του αναβολέα, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε σταδιακή απώλεια της ακοής. Αυτό όμως συχνά διορθώνεται με εγχείρηση.

Πολλοί παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν στην εξασθένηση της ακοής αντιληπτικής ή καθοδηγητικής φύσης, όπως οι γενετικές καταστάσεις, η έκθεση στον περιβαλλοντολογικό θόρυβο, η χρήση κάποιων φαρμάκων και χρόνιες μολύνσεις του αυτιού.

Στις βιομηχανικές κοινωνίες, έχουμε σχεδόν βρει μια σχέση της απώλειας της ακοής λόγω ηλικίας με τον υπερβολικό ήχο, όπως και τις διαφορετικές εκδηλώσεις της ασθένειας ανάλογα με το φύλλο. Οι άντρες στις Ηνωμένες Πολιτείες πάσχουν από εξασθενημένη ακοή πολύ περισσότερο απ' ότι οι γυναίκες. Σήμερα πιστεύουμε ότι οι ήχοι του περιβάλλοντος εργασίας αποτελούν παράγοντες που συμβάλουν καταλυτικά σε αυτή τη πορεία. Ο Rosen Etal (1962) αναφέρει ότι οι πρωτόγονοι χωρικοί δεν είχαν προβλήματα ακοής στα γηρατειά, μέσα στα αστικά κέντρα. Έτσι δεν παρατήρησαν διαφορές στην ακουστική ικανότητα ανδρών και γυναικών.

Χρειάζεται να μάθουμε περισσότερα για όσα συμβαίνουν μέσα στο αυτί. Οι γνώσεις μας είναι περιορισμένες, εξαιτίας έλλειψης δειγμάτων ακριβούς έρευνας. Με στόχο τη θεραπεία αυτής της κατάστασης έχουν αναπτυχθεί τεχνικές συγκομιδής εποχικών οστών και έχουν ιδρυθεί εποχικές τράπεζες οστών. Το Temporal Bank

Programme για την έρευνα στο Αυτί, ιδρύθηκε το 1960 από το Ίδρυμα Ερευνών για την κώφωση, σε συνεργασία με την Αμερικάνικη Ακαδημία Οφθαλμολογίας και Ωτορυν/λογίας και το Αμερικανικό Ινστιτούτο παθολογίας. Ο μεγαλύτερος στόχος αυτής της προσπάθειας είναι η απόκτηση (αποδεδειγμένων εγγραφών) παθολογικών δειγμάτων για την έρευνα της παθολογίας του εσωτερικού του αυτιού.

## **9) Ευαισθησία ερεθισμού των αισθήσεων και αποστέρωση**

Δεν πρέπει να δίνεται έμφαση στην έξαψη / διέγερση των αισθήσεων. Η όραση και η ακοή αντιπροσωπεύουν δύο πολύ σημαντικούς συνδέσμους με το εξωτερικό περιβάλλον. Αν αυτοί οι σύνδεσμοι σπάσουν και δεν γίνουν δραστικά μέτρα για να τους επαναφέρουν, το άτομο μπορεί να κλειστεί στο δικό του κόσμο. Η απουσία των αισθήσεων χαρακτηρίζεται από μείωση κινήτρων για τροφοδοσία και μεταβλητότητα. Οι συνέπειες, μπορεί να είναι η σύγχυση κοινωνική απομόνωση και η ταμπέλα του «γέρου». Τέτοιες συνέπειες είναι τραγικές.

Η απώλεια της αίσθησης συνεπάγεται με μείωση ή απουσία ερεθισμού και των 5 αισθήσεων. Επιπροσθέτως, με την όραση και την ακοή, η γεύση, η όσφρηση και η αφή επίσης αμβλύνονται όσο τα χρόνια περνάνε.

## **10) Νόσος του PARKINSON**

Η ασθένεια του Parkinson είναι η πιο γνωστή κινητική ασθένεια που επηρεάζει το νευρικό σύστημα των ηλικιωμένων. Η ασθένεια του Parkinson ή κινητική παράλυση, είναι μια χρόνια προοδευτική διαδικασία, στο νευρικό σύστημα που όμως δεν αφορά την πυραμιδική ακολουθία το πλήθος των συμπτωμάτων που σχετίζονται με την ασθένεια μπορούν επίσης να συμβούν μετά την οξεία εγκεφαλίτιδα ή

μετά από δηλητηρίαση με φάρμακα. Η πραγματική ασθένεια αναπτύσσεται στα γηρατεία, κυρίως στην 6<sup>η</sup> δεκαετία και είναι πιο συχνή στους άντρες απ' ό τι στις γυναίκες, για άγνωστο λόγο.

Η τυπική κλινική εικόνα, γνωστή ως παρκινσονικό σύνδρομο, συμπεριλαμβάνει ακαμψία των μυών, τρέμουλο, ανακάτεμα, δυσκολία να ξεκινήσει μια κίνηση και να την σταματήσει. Σχετικά με αυτές τις κύριες ενοχλήσεις είναι και τα εξής: αργός μονότονος λόγος, μειωμένη ένταση της φωνής, τραύλισμα, δάκρυσμα, δυσκολία στην κατάποση, η όψη του προσώπου σαν μάσκα, κατά τη διάρκεια της γραφής τα πολύ μικρά γράμματα ή ο επιδεινωμένος γραφικός χαρακτήρας, η κλίση του κορμού προς τα πίσω, η απώλεια της ισορροπίας και δυσκολία στην ούρηση. Πολλά από αυτά τα συμπτώματα αναπτύσσονται μετά από πολλά χρόνια. Τα επίπεδα ευφυΐας παραμένουν στα ίδια φυσιολογικά επίπεδα. Ωστόσο έχει πρόσφατα παρατηρηθεί κάποιος μικρός βαθμός κυρίως με τη μορφή απώλειας της μνήμης ή μειωμένης αντίληψης να εσωτερικευθούν νέα συμπεράσματα. Αυτό συμβαίνει συνήθως στους μισούς πάσχοντες (Loranger 1972).

Ο J. Parkinson ήταν ο πρώτος περιέγραψε την πάθηση το 1817, και γι' αυτό πήρε το όνομά του. Η ατελής χρήση ή αποθήκευση της βιογενετικής αμύνης, έχει συνδεθεί με την κατάσταση. Η ν. του Parkinson συνδέεται με την έλλειψη ντοπαμίνης στο εξωπυραμιδικό σύστημα. Η αυτοψία την εγκεφάλων των πασχόντων, έδειξε μειωμένα επίπεδα ντοπαμίνης. Η θεραπεία με την χορήγηση ντοπαμίνης υπήρξε ανεπιτυχής επειδή δεν μπορεί να περάσει από το αίμα στον εγκέφαλο.

Το τρέμουλο του Parkinson αποτελεί μια σειρά από ακούσιες, ρυθμικές κινήσεις, με συχνότητα 6 φορές μέσα σε ένα λεπτό. Το τρέμουλο που συμβαίνει στη διάρκεια της ακινησίας είναι χαρακτηριστικό της ασθένειας. Μπορεί να ξεκινά από τη μια πλευρά του σώματος και τελικά να εξουσιάζει όλο το σώμα. Το τρέμουλο σε εκούσιες κινήσεις, επίσης συμβαίνει και μπορεί να εμποδίζει

καθημερινές δραστηριότητες. Το τρέμουλο γίνεται πιο έντονο με το άγχος και εξαφανίζεται όσο κοιμόμαστε.

Το πρόσωπο χωρίς έκφραση, χαρακτηριστικό που συνδέεται με την ασθένεια μπορεί να έχει αποτέλεσμα ο κοινωνικός περίγυρος να θεωρεί τον ασθενή χαμηλής νοημοσύνης. Τέτοια εικασία οδηγεί όσους ζουν ή εργάζονται με την ασθενή να εκφράζονται υπερβολικά έντονα ή να παλιμπαιδίζουν μπροστά του (να του φέρονται σαν να είναι μικρό παιδί). Η συζήτηση, πρέπει να γίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα, έτσι ώστε να μην προσβάλλουμε τον πάσχοντα.

Το τραύλισμα ακόμα οδηγεί σε κοινωνικά προβλήματα τους ασθενείς, όπως και στο φόβο ασφυξίας. Η κατάσταση δεν προκαλείται από την υπερβολική παραγωγή σιέλου, αλλά από αδυναμία να χειριστεί τη φυσιολογική έκκριση σιέλου. Η σωμένη θέση, μαζί με την αδυναμία της γλώσσας και του φάρυγγα μπορεί να καταλήξει σε μια συνεχή έκκριση σιέλου.

Το σύρσιμο των ποδιών σε συνδυασμό με την απώλεια ισορροπίας, μπορεί να οδηγήσει σε κινητικά προβλήματα. Οι δυσκολίες στο περπάτημα δείχνουν ότι η ασθένεια έχει προχωρήσει.

Οι ασθενείς του Parkinson πρέπει να εμπυχώνονται και να είναι όσο πιο πολύ γίνεται σωματικά δραστήριοι. Η μυϊκή δυσκαμψία και δυσκολία δεν πρέπει να οδηγεί σε ακινησία. Η άσκηση βοηθά να αποφευχθούν τραυματισμοί στις αρθρώσεις αν και δεν αμβλύνει ακαμψία.

Το Levodopa ή L-dopa είναι μια πρόσφατη πρόοδος στη θεραπεία μέσω φαρμάκων. Αυτό το συνθετικό φάρμακο είναι δραστικό και αυξάνει τα επίπεδα της ντοπαμίνης. Η δράση του εξυπηρετεί στην αποφυγή μείωσης της ντοπαμίνης και στο να μειώσει πολλά από τα συμπτώματα της ασθένειας όπως: ακαμψία των μυών, προβλήματα στάσης, διαταραχές του λόγου και το τρέμουλο. Συνήθως η εμφάνιση του προσώπου στα μάσκα παραμένει. Οι ασθενείς που λαμβάνουν L-dopa δεν πρέπει να λαμβάνουν πολυβιταμινούχα σκευάσματα που

περιέχουν τη βιταμίνη Β6 (πυριδοξίνη) καθώς εμποδίζει τη θεραπευτική πορεία του φαρμάκου. Έτσι όσοι λαμβάνουν L-dopa, θα πρέπει να μειώσουν τις πρωτεϊνούχες τροφές, αφού το L-dopa είναι αμεινοοξύ και ανταγωνίζεται με τα άλλα αμινοξέα τα οποία θα απορροφηθούν από το έντερο (Sweet 1975). Η αμεναντίνη είναι ένα άλλο φάρμακο που συχνά χορηγείται μαζί με το L-dopa και μοιάζει να ενισχύει τη δράση του.

Διάφορα φάρμακα γνωστά ως αντιχολινεργικά anticholinergics, χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του Parkinson. Η χρήση τους ελάττωσε το τρέμουλο, αλλά έκανε λίγα για την ακαμψία ή δεν βελτίωσε την ακινησία / ανάπαυση απ' την οποία ξενικά η κίνηση. Υπάρχουν παρενέργειες αρκετές φορές που συνοδεύονται με τη χρήση τους.

Είναι επιτακτική ανάγκη να επανακτήσει το άτομο αυτοπεποίθηση και δεν πρέπει να υποσχόμαστε θεραπεία. Το «πι» μπορεί να δώσει κάποια σταθερότητα στο άτομο, κάνοντας το περπάτημα πολύ πιο εύκολο. Οι καρέκλες με υψηλή ίσια πλάτη βοηθούν τον ασθενή να σηκωθεί πολύ πιο εύκολα απ' ότι οι χαμηλές και μαλακές καρέκλες. Έτσι τα ρούχα πρέπει να έχουν μεγάλα ανοίγματα, να μην έχουν μικρές πολύπλοκες λεπτομέρειες, ώστε το ντύσιμο να γίνεται εύκολος στόχος.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Η ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ Η ΓΑΣΤΡΟΕΝΤΕΡΙΚΗ ΕΚΤΑΣΗ

Το γαστρεντερικό σύστημα των ανθρώπων συμβαδίζει με την βιολογική εξέλιξη. Το είδος μας εξελίχθηκε από τους αρχικούς προγόνους, οι οποίοι κατά κύριο λόγο ήταν φυτοφάγοι αλλά με την ικανότητα κάποιες στιγμές να είναι και παμφάγοι. Η παμφαγία βοήθησε το είδος μας στην διερεύνηση και εξέλιξη του ώστε να εφαρμόσει ένα ευρύ φάσμα από ποικίλες οικολογικές καταστάσεις. Κρίνοντας από την ανάπτυξη μιας σπουδαίας και ποικίλης πνευματικής παράδοσης με ανόμοια έθιμα για το φαγητό, φαίνεται ότι το - γαστροοισοφαγικό σύστημα - έχει υπηρετήσει σωστά το είδος μας.

Ακόμη όμως όλα τα μέλη του είδους μας υποτάσσονται στην ηλικιακή εξέλιξη, παρ' όλες τις γενικές και επιστημονικές αλλαγές για το γαστρεντερικό σύστημα. Αυτές οι αλλαγές περιλαμβάνουν ατροφία στους μυστικούς μηχανισμούς, την αυξανόμενη κινητικότητα του εντέρου, μείωση της δύναμης και του τόμου των μυών και των υποστηρικτικών οστών, αλλαγές στην νευροαισθητήρια ανατροφοδότηση με ουσίες όπως τα ένζυμα και η απελευθέρωση ορμονών, εσωτερικά της tract και η ελάττωση των υπεύθυνων για τον πόνο και των εσωτερικών αισθήσεων. Παρ' όλη την αναμφισβήτητη κατάσταση για την σχέση μεταξύ των αλλαγών και της ηλικίας, δεν είναι ακόμη ακατανίκητη, υπάρχουν σίγουρα αρκετά τυχαία περιστατικά να εξετάσουν αυτές τις πιθανότητες. Παραμένει επιπρόσθετα για την έρευνα να καθορίσει το μέγεθος των αλλαγών και της πιθανής πρόληψης, επανορθωτικά και υποστηρικτικά μέτρα για αποτελεσματική ασχολία μ' αυτά.

Τα γαστροεντερικά συμπτώματα όπως η δυσπεψία, το κάψιμο στην καρδιά και η επιγάστρια δυσανεξία αυξάνεται με την ηλικία. Η εξακρίβωση και η εκτίμηση αυτών των συμπτωμάτων είναι δύσκολη. Πολλά συμπτώματα προκαλούνται από φυσικές λειτουργικές αλλαγές της track, με την πάροδο της ηλικίας. Αυτά πολύ συχνά συνδέονται με παθολογικές καταστάσεις σοβαρής φύσης, όπως ο καρκίνος. Σε πολλά ηλικιωμένα άτομα τα γαστροεντερικά συμπτώματα γίνονται αιτία μεγάλης ανησυχίας. Κάθε φορά που παρουσιάζεται η απειλή, ο φόβος του καρκίνου συχνά συνδυάζεται με γαστροεντερικά συμπτώματα που προκαλούν ανάπτυξη ψυχολογικής πίεσης σε ένα φοβισμένο πρόσωπο. Το άγχος αυτού του είδους δεν επηρεάζει μόνο την διανοητική υγεία ενός προσώπου αλλά επίσης ανατροφοδοτεί στα άλλα συστήματα του σώματος και χρόνια αναπνευστικά προβλήματα.

Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τις γαστροεντερικές ασθένειες της ηλικίας πρέπει να είναι ελαστική στην προσέγγιση τους. Όλες οι διαταραχές θα πρέπει να ελέγχονται προσεκτικά πριν τις απορρίψουν από απλές λειτουργικές εκδηλώσεις. Αν ακόμη η εκτίμηση δείχνει μια λειτουργική διαταραχή μια προσπάθεια θα πρέπει να γίνει για να εξηγήσει στον ασθενή κατανοητά, συνοπτικά και διαλεκτικά την φύση του προβλήματος του. Μια συμπαθητική συμπεριφορά και μια συζήτηση πρόσωπο με πρόσωπο της κατάστασης μπορεί μερικές φορές να είναι πιο σημαντική από μια φαρμακευτική αγωγή.

Τα σημεία και συμπτώματα των ατόμων συχνά συνδέονται με το ένα τμήμα της γαστροεντερικής οδού ενώ ίσως στην πραγματικότητα να αφορούν το άλλο. Αυτό προκαλείται από το φαινόμενο που αναφέρεται όπως καλά ξέρουμε το γεγονός δηλαδή ότι τα όργανα είναι μέρος ενός ακέραιου συστήματος και αυτά συσχετίζονται, για παράδειγμα, κάποιος νιώθει δυσφορία που προέρχεται από το κατώτερο τμήμα του γαστροεντερικού συστήματος. Με αυτό υπόψη μας για τη χάρη της άνεσης με απλότητα, και για έναν καλύτερο οργανισμό θα περιγράψουμε το γαστροεντερικό σύστημα και τα προβλήματα του.

## 1) Η Στοματική Κοιλότητα

Τα μεγαλύτερα άτομα συχνά έχουν φτωχή στοματική υγιεινή και δείχνουν να χάνουν την ευαισθησία τους στα ερεθίσματα του στόματος. Αυτό που μόλις ειπώθηκε ίσως είναι αποτέλεσμα της άσχημης εικόνας για τον εαυτό τους της αδυναμίας να βλέπουν τον γιατρό συχνά ή σωματικής ανικανότητας που εμποδίζει την κατάλληλη φροντίδα του στόματος και των δοντιών. Η μείωση της ευαισθησίας ενοχοποιείται σοβαρά για την υγεία των ηλικιωμένων. Πολλά ερεθίσματα δεν γίνονται αντιληπτά και υπάρχει μια τάση να θεωρούν ότι κάθε είδους πόνος είναι πόνος λόγω έλκους στη στοματική κοιλότητα και θα θεραπευτεί. Αυτά τα αποτελέσματα ασχολούνται με τον έλεγχο του πόνου που πιθανότατα είναι κακοήθης.

Κάθε πόνος ο οποίος δεν εξαφανίζεται τουλάχιστον σε 2 εβδομάδες πρέπει αμέσως να θεωρηθεί ύποπτος και η φύση του να εκτιμηθεί από τον γιατρό. Οι συχνές επισκέψεις στον γιατρό είναι ενδιαφέρουσες για την προληπτική οδοντιατρική που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην ανίχνευση, παρ' όλα αυτά γι' αυτούς που έχουν περιορισμένο εισόδημα, συχνές επισκέψεις στον οδοντίατρο είναι πολυτέλεια (Βήματα θα έπρεπε να γίνουν σε κρατικό επίπεδο για να διασφαλιστεί ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν να έχουν τακτική διέλευση στον οδοντίατρο και τις εξετάσεις). Οι κακοήθειες μπορούν να συμβούν εκεί που τα ερεθίσματα παράγονται λόγω κάποιου σπασμένου και μυτερού δοντιού ή στην περιοχή γύρω από την μασέλα. Ο πόνος συνήθως δεν είναι χαρακτηριστικός λόγω του πρώιμου σταδίου της κακοήθειας, αλλά κάθε μικροσκοπικό αυξανόμενο έλκος που προχωρά σιγά αλλά αυξανόμενα, που προκαλεί πόνο με το άγγιγμα, πρέπει να θεωρείται ύποπτο.

Η φροντίδα μιας κακοήθειας που έχει διαγνωστεί εξαρτάται από την ηλικία και την κατάσταση του ασθενούς, την φύση και το μέγεθος

της πληγής. Το προφίλ της φροντίδας βασίζεται σε αυτούς τους παράγοντες που θα καθορίσουν χειρουργείο ή ακτίνες ή τον συνδυασμό και των δύο και θα χρησιμοποιηθούν για την προσβολή της πληγής. Οι εγχειρήσεις της στοματικής κοιλότητας για τους ηλικιωμένους μπορεί να είναι ρίσκο. Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές είναι κοινές και πρέπει να προσέχονται για να μην υπάρχουν. Η μετεγχειρητική φροντίδα πρέπει να βρίσκεται σε έκθεση για τον βήχα που είναι κοινός σε όλους τους ηλικιωμένους αυτός μπορεί να είναι πολύ οδυνηρός ύστερα από την εγχείρηση και μπορεί να εμποδίσει σοβαρά την πορεία της επούλωσης. Αφού η κωδεΐνη συχνά χρησιμοποιείται για να καταστείλει τον βήχα, η κατάλληλη διαφυγή του αέρα είναι σημαντική για την πρόληψη πνευμονικής συμφόρησης. Ακόμη, ένα είναι ότι θα πρέπει να είναι ενήμερος για το ρίσκο της εισρόφησης και της αναμενόμενης πνευμονίας, η οποία μπορεί να είναι σοβαρή για έναν ηλικιωμένο.

Η έλλειψη γεύσης είναι κοινό παράπονο όλων των ηλικιωμένων. Είναι πιθανό ότι η έλλειψη γεύσης μπορεί να έχει ως αιτία άλλες καταστάσεις εκτός από την ατροφία των γευστικών καλύκων, που έρχεται με την ηλικία. Τα τραύματα στο προσωπικό νεύρο και στο μυελό των οστών στον θάλαμο και του κροταφικού λοβού του εγκεφάλου μπορεί να επηρεάσουν την γεύση. Ο Hughes (1969) είχε πει πως η γεύση, η οσμή και η ακοή αλλάζουν και μπορεί να είναι η αιτία από κυτταρώδης γενιές για τον κροταφικό λοβό στην βάση του μεταγενέστερου έλικα του εγκεφάλου.

Κάποιες έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι οι άνθρωποι κατά 70% καταλαβαίνουν λιγότερο τις γεύσεις στην ηλικία των 70 σε σχέση με την ηλικία των 30. Ο Arey (1973) παρατήρησε μια μείωση κατά 80% στην λειτουργία των γεύσεων σε μια ομάδα ηλικίας 74 – 80 χρόνων. Ο Rollin (1973) διαπίστωσε ότι ο αριθμός των γευστικών καλύκων, στις νευρικές απολήξεις μειώνεται με την πάροδο των χρόνων ιδιαίτερα μετά τα 60. Στις 4 βασικές γεύσεις, γλυκό, πικρό και ξινό βρίσκουμε μια πτώση στην αποτελεσματικότητά τους, αλλά το αλμυρό δεν εμφανίζεται να

επηρεάζεται από την ηλικία (Thresholds). Κάθε γεύση δεν επηρεάζεται τόσο ώστε να μην γίνεται αντιληπτή όσο στην ικανότητα της να διακρίνει την λεπτή διαφορά σε σχέση με την κάθε γεύση της ίδιας κατηγορίας. Η παραγωγή στοματικής βλέννης και η παραγωγή αισθήσεων, των παραγοντικών νεύρων μπορεί να επηρεάσει και την αίσθηση της γεύσης. Αλλαγές στην αντίληψη της γεύσης, ίσως οδηγήσουν στην αύξηση καρυκευμάτων, μπαχαρικών και την δημιουργία εντονότερης γεύσης για τους γηραιότερους, κάτι που αιφνιδιάζει τους νεώτερους όταν μοιράζονται το φαγητό τους. Απώλεια της αίσθησης της γεύσης μπορεί να οδηγήσει αρχικά σε μείωση της όρεξης έμμεσα στην μείωση των θρεπτικών συστατικών για τον οργανισμό. Η θρεπτική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα αντιμετώπισης μιας στρεσογόννας κατάστασης που επηρεάζει και την υγεία του προσώπου. Η απώλεια της γεύσης συσχετίζεται με κοινωνικές και ψυχολογικές αλλαγές, ως είναι η απομόνωση και η μοναξιά, σε συνδυασμό με την ηλικία σίγουρα δεν βοηθά στο να ασχοληθεί το άτομο με τον οργανισμό του και την ετοιμασία ενός γεύματος, ακόμη και αν το φαγητό δεν είναι διατροφικής αξίας. Ακόμη, για μερικά ηλικιωμένα άτομα, δεν υπάρχει τίποτα το ευχάριστο από την ετοιμασία και την κατανάλωση ενός καλού γεύματος.

Ενός σύνολο από αλλαγές στον βλεννογόνο που συμβαίνουν στους ηλικιωμένους είναι καλό να σημειωθούν εδώ. Υπογλώσσια αραχνοειδείς αιματοαγγειώματα έχει βρεθεί στους μισούς περίπου κάποιων μεγάλων ηλικιακά πληθυσμών αλλά αυτό δεν σχετίζεται με την έλλειψη της βιταμίνης C όπως φανερώθηκε από κάποιες έρευνες (Exton – Smith και Scott 1968). Η εμφάνιση τους συνοψίζεται με μια φυσική όψη για το γερασμένο αγγειακό σύστημα Λευκοπλακία που είναι μικρές λευκές ανυψωμένες κηλίδες, βρέθηκαν στο 21% των ηλικιωμένων του πληθυσμού και από αυτά το 12% ήταν καλοήγη. (Bhaskar 1968). Η ξηροστομία, ένα κοινό παράπονο, θεωρείται αιτία της άσχημης αναπνοής, της πυκνής βλέννης, της μειωμένης παραγωγής σάλιου ή και το πρώιμο στάδιο μιας αφυδάτωσης. Η ξηροστομία μπορεί να οδηγήσει

στην επιλογή λιπαρών φαγητών όπως το κρέας και το ζελέ, τα οποία μπορεί να μειώσουν τις ίνες ή τις μάζες (σάλιου) και αυτό να συμβάλλει στη χρόνια δυσκοιλιότητα.

Αλλαγές στα δόντια όπως η απώλεια ενός δοντιού και, η εξασθένιση ενός υποστηρικτικού δοντιού και δυσλειτουργικές μασέλες επηρεάζουν στην στοματική λειτουργία και μπορεί να οδηγήσουν στην αλλαγή της περιποίησης του στόματος και της δίαιτας. Τα θρεπτικά αποτελέσματα τέτοιων αλλαγών είναι στην εικόνα 7 μια γενική άποψη για την σημασία της γηριατρικής οδοντιατρικής θα επισημανθεί σ' αυτό το σημείο.

Πρακτικά, τα δόντια βοηθούν στην μάθηση και συνεπώς στην χώνεψη. Είναι σημαντικά και για τον ακόλουθο λόγο, κύριοι ήχοι είναι αποτέλεσμα της επαφής της γλώσσας και των δοντιών. Κοινωνικά η λειτουργία των δοντιών ως ένα βαθμό ως σύμβολα σεξουαλικότητας και ομορφιάς η απώλεια τους μπορεί να επηρεάσει την όψη του ανθρώπου. Ακόμη δεν είναι στα αλήθεια βασικά για την επιβίωση του είδους μας, από τότε που πολιτισμικές καινοτομίες μπορούν να εκτελέσουν τις περισσότερες από τις λειτουργίες μας.

Περίπου το 50% όλων των Αμερικανών έχασαν την πλειοψηφία των δοντιών τους πριν τα 65 και το 75%. Αυτή η κατάσταση είναι αποτέλεσμα της συνολικής αμέλειας των ατόμων και των οδοντιάτρων. Ένας αριθμός παραγόντων οδηγούν τους αριθμούς να παραμελούν τα δόντια τους. Αυτοί περιέχουν τα έξοδα της οδοντιατρικής φροντίδας και της κατώτερης στην ιεραρχία των εξόδων προτεραιότητας. Γεγονός είναι ένα μικρό κοινωνικό στίγμα που επισυνάπτεται λόγω της απώλειας ενός δοντιού, κυρίως σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόστρωμα. Γεγονός επίσης είναι και η απώλεια δοντιών δεν μας δείχνει το καλύτερο επίπεδο υγείας. Τέλος, εξαιτίας της φτωχής φροντίδας και εκπαίδευσης των τελευταίων χρόνων τα άτομα χωρίς δόντια συσχετίζονται κυρίως με το χαμηλό εισόδημα και τα μόλις 9 χρόνια εκπαίδευσης σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Στατιστικών υγείας.

Οι οδοντικές παθολογικές καταστάσεις των ηλικιωμένων είναι διαφορετικές από αυτές των νεαρότερων ομάδων. Το κενό των οδοντικών κοιλοτήτων που θεωρούνται η κυριότερη αιτία για να χάσει κάποιος το δόντι του ύστερα τα 35, ακόμη παρουσιάζονται, αλλά η πυόρροια γίνεται η κυριότερη πηγή απώλειας δοντιού μετά τα 40 η πυόρροια είναι μια ανάφλεξη της περιοδοντικής μεμβράνης που περιβάλλει το δόντι. Αν δεν φροντίζονται, το πιο πιθανό θα είναι να καταστραφεί η μεμβράνη, με συνέπεια την απώλεια δοντιού. Η πυόρροια μπορεί να προληφθεί από πρόωρη και περιοδική αφαίρεση της οδοντικής πλάκας παρ' όλο που μια σπάνια μορφή της πυόρροιας *ryogitha*, η περιοδόντωση προκαλεί την γρήγορη και ύπουλη καταστροφή του οδοντικού οστού και ακολούθως την απώλεια του δοντιού. Η περιοδόντωση δεν σχετίζεται με την παρουσία της οδοντικής πλάκας, η αιτία γι' αυτό μας είναι άγνωστη. Μονιλιακές μολύνσεις, πιθανόν ως αποτέλεσμα ελλιπούς αντιβιοτικής θεραπείας και βιταμίνης Α, είναι πιο συχνές. Το εσωτερικό τοίχωμα του στόματος γίνεται λεπτότερο και συνεπώς υπόκεινται σε περισσότερα τραύματα και στις επιδράσεις της αφυδάτωσης. Συγχρόνως το σάλιο μειώνεται και ξεραίνει το στόμα και οι αλλαγές σχετίζονται με τα προβλήματα των δοντιών.

Μια από τις παλιές θεωρίες για την γεροντολογική οδοντιατρική που αφορά την εστιακή μόλυνση έχει αναθεωρηθεί τα τελευταία χρόνια. Αυτή η θεωρία ανέφερε ότι κυριότερες ασθένειες όπως τα αρθρικά και οι ρευματισμοί μπορούν να προκληθούν από την εξαγωγή ενός χαλασμένου δοντιού αλλά χωρίς συμπτώματα το οποίο ήταν υπόλειμμα χρόνιας μόλυνσης. Οι εξετάσεις των επόμενων χρόνων και οι εκτεταμένες έρευνες δεν θεώρησαν καθόλου αξιόπιστη αυτή την άποψη.

Από τότε που ο μισός πληθυσμός των ΗΠΑ έχει ή χρειάζεται τεχνητή οδοντοστοιχία από την ηλικία των 65 και όταν το 75% από αυτούς την φορά ήδη, θα έπρεπε να γίνει φανερό ότι τα προβλήματα των δοντιών στην πλειοψηφία τους ανησυχούν τους ηλικιωμένους. Μια

καλοφτιαγμένη τεχνητή οδοντοστοιχία πιθανόν να μην υπάρχει επειδή η εφαρμογή είναι και γύρω από άλλα πράγματα μα υποκειμενική τάξη που εξαρτάται γενικώς από την προσαρμογή της μασέλας επί της σωστής θέσης για κάθε πρόσωπο. Αρκετοί άνθρωποι τα πηγαίνουν πολύ καλά με την τεχνητή οδοντοστοιχία αν και απέχει αρκετά από την τέλεια προσαρμογή ακόμη όμως άλλοι με “μασέλα” που γνωρίζουν όλα τα κριτήρια για μια καλή φυσική εφαρμογή, παραπονιούνται ασταμάτητα για τη λειτουργικότητά της. Είναι πιο συχνό να προσαρμόζεται και να ικανοποιείται ένας νέος ασθενής στα 50 ή 60 του από ένα μεγαλύτερο. Ο οδοντίατρος οφείλει να προειδοποιήσει ότι δεν θα πρέπει να γίνουν ριζικές αλλαγές προκειμένου να ταιριάζει απόλυτος η τεχνητή οδοντοστοιχία.

Οι τεχνητές οδοντοστοιχίες της σιαγόνας συνήθως είναι αυτές με την καλύτερη προσαρμογή και λειτουργικότητα. Η δημιουργία κάποιου βασικού σκελετού – σχεδίου για την πάνω σιαγόνα επιτρέπει καλύτερη κατασκευή και ανεκτικότητα. Απ’ την άλλη πλευρά η κάτω γνάθος έχει έναν αριθμό από χαρακτηριστικά τα οποία εμποδίζουν την ανάπτυξη μιας ικανής κογχικής επιφάνειας της έσω επιφάνειας της άνω γνάθου.

Η κάτω γνάθος έχει στενό πεταλοειδές σχήμα και είναι πιο δύσκολο να ταιριάζει. Η τέλεια κινητικότητα της κάτω γνάθου είναι αποτέλεσμα της περιφερικής της πτυχής ώστε να είναι πιο ενεργητική και συνεπώς να έχει τάση εκτοπισμού της κογχικής επιφάνειας. Το κάτω χείλος, η γλώσσα και οι υπογλώσσιοι μυσ ίσως έχουν τάση να μετακινούν την μασέλα κατά την ομιλία ή την κατάποση. Γι’ αυτούς τους λόγους τα υγιή δόντια της κάτω γνάθου θα πρέπει να παραμένουν όσο το δυνατόν περισσότερο για να λειτουργήσουν ως βάση για τις μικρές τεχνητές οδοντοστοιχίες προσωπικής προσοχής.

Ένας αριθμός συμπτωμάτων συνδέονται με τον οισοφάγο που γίνεται πιο κοινός με την πάροδο της ηλικίας. Μέσα σ’ αυτά είναι η δυσκολία στην κατάποση, ο οπισθοστερνικός πόνος, το κάψιμο στην καρδιά, οι έρυνες και η γενική επιγαστρία δυσανεξία. Οποιαδήποτε



από αυτές τις καταστάσεις μπορεί να είναι σημάδι ισχυρού κινδύνου. Τις περισσότερες φορές οδηγούν σε ένα ψυχολογικό στρες για αυτούς που απέτυχαν να καταλάβουν την πιθανή τους προέλευση. Δυσκολία στην κατάποση μπορεί να σχετίζεται με χτύπημα, χειλοογλωσσική παράλυση, βρογχικούς όγκους, καρκίνο του οισοφάγου, η πιο συχνά στην γενική έλλειψη της motility που έρχεται με την πάροδο της ηλικίας. Το κάψιμο της καρδιάς, οι έρευνες, ο οπισθοστερνικός πόνος και η επιγάστρια δυσανεξία μπορεί να σχετίζονται με έκτοπη περίσταλη ή με χαλάρωση του σφικτήρα η οποία μπορεί να συνδυάζεται με τις ηλικιακές αλλαγές στους νευρώνες που κινητοποιούν αυτές τις ενέργειες.

Ο οισοφαγικός πόνος μπορεί να μπερδεύει με τον πόνο της καρδιάς. Πολύ συχνά οι πόνοι αυτοί έχουν ως αιτία την γαστρική αντανάκλαση, την οισοφαγίτιδα και η διάχυση μυϊκών σπασμών των σφικτήρων. Γενικά ο οισοφαγικός πόνος μπορεί να διακριθεί σε σχέση με τον καρδιακό πόνο από ανταπόκριση του στα αντιόξινα και τα αντιχολινεργικά και από την χαρακτηριστική αίσθηση του καψίματος σε σχέση με την ασφυκτική πίεση. Ο οισοφαγικός πόνος συνήθως θα έρθει ως απάντηση στις αλλαγές της στάσης του σώματος όπως στην ακινησία, όταν ξαπλώνει το άτομο ή όταν βρίσκεται σε ένταση, αφού έχει ήδη καταναλώσει μεγάλη ποσότητα τροφής. Μεγάλη ανακούφιση μπορεί να επιτευχθεί με την αποφυγή δεδομένων καταστάσεων που προκαλούν άγχος, τρώγοντας μικρότερα και συχνότερα γεύματα.

Η διαφραγματοκήλη δια του οισοφαγικού τμήματος μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά οισοφαγικών συμπτωμάτων ή να περιπλέξει άλλες ήδη υπάρχουσες καταστάσεις. Βασικά δύο είναι οι τύποι της διαφραγματοκήλης, ο κοινός πλακώδης τύπος και ο παραοισοφαγικός τύπος. Στον κοινό πλακώδη τύπο η διακλάδωση του οισοφάγου και της καρδιακής από το στομάχι μετακινείται πίσω από την φυσιολογική του θέση στο διάφραγμα και οδηγεί στη γαστρική παλινδρόμηση. Στον παραοισοφαγικό τύπο το καρδιακό τμήμα στομάχου περνά στο διάφραγμα και σε όλο τον οισοφάγο. Μερικές φορές αναγνωρίζεται και

έναν 3<sup>ος</sup> τύπος, ο οποίος εκ γενετής έχει μικρό οισοφάγο και ευθύνεται για τα ίδια συμπτώματα με την διαφραγματοκήλη δια του οισοφαγικού τμήματος. Αυτή δεν είναι πραγματικός κήλη, παρόλο που ορισμένες φορές συνοδεύεται από πλακώδης κήλη.

Η διαφραγματοκήλη δια του οισοφαγικού τμήματος εμφανίζει αύξηση των περιπτώσεων και στην πλειονότητα επηρεάζονται άτομα πάνω από 50 χρόνων, οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τους άντρες. Σε μια πρόσφατη μελέτη, ο Brick και ο Amory (1950) το παρατήρησαν μόνο στο 18% των υποκειμένων κάτω των 50 ετών αλλά και σε ένα 28% από αυτό πάνω των 70 ετών. Mc Ginty (1971) σημείωσε ότι η διαφραγματοκήλη συμβαίνει πιθανόν στο 65% από αυτούς που είναι πάνω από 60 και συχνότερη σε παχύσαρκες γυναίκες.

Η διαφραγματοκήλη μπορεί συχνά να οδηγήσει σε πολλές επιπλοκές όπως την οισοφαγίτιδα και το έλκος της υψής του οισοφάγου. Η χειρουργική αντιμετώπιση σπάνια συστήνεται και συνήθως υπάρχει μικρή διαφορά. Η ιατρική περίθαλψη όπως η μείωση του βάρους, η αλλαγές στο μέγεθος και την συχνότητα των γευμάτων, τα φάρμακα και μερικές φορές ο ύπνος με το κεφάλι ανυψωμένο στο κρεβάτι συνήθως είναι αρκετά για ανακούφιση. Εάν ο ασθενής καταλαβαίνει την αιτία των προβλημάτων του, θα πρέπει να υπάρχει τρόπος για την κατάλληλη ψυχική προσαρμογή και φαρμακευτική αγωγή. Αυτό ίσως συμβαίνει κυρίως στην περίπτωση που ο ασθενής ανακαλύπτει ότι η κατάσταση του δεν σχετίζεται με κακοήθεια ή τον θάνατο. Καθένας θα πρέπει να είναι ενήμερος ότι η hernia (κήλη) μπορεί να συνδυαστεί με αιμορραγία, πιθανή αναιμία και φάρμακα με πιθανές παρενέργειες που περιλαμβάνουν και τα μεταβολικά imbalances.

Παρόλο που οι περισσότερες νόσοι του οισοφάγου δεν είναι συνήθως θανάσιμοι, υπάρχει μια σταθερή αύξηση των περιπτώσεων με καρκίνο του οισοφάγου με την πάροδο της ηλικίας (Langman 1971). Το Somamus καρκίνωμα συμβαίνει στο 5% - 7% όλων των τύπων της κακοήθειας (Mc Keown 1965) και στο 17% - 20% από αυτές τις

περιπτώσεις μετά τα 70. Οι περισσότεροι όγκοι εντοπίζονται στην distal portion και είναι πιο διαδεδομένοι στους άντρες. Ο μεγάλος αριθμός όγκων στο περιφερικό τμήμα ίσως είναι στατιστικό κατασκεύασμα του περιεχομένου των καρδιοοισοφαγικών διασταυρωμένων όγκων αυτής της κατηγορίας. Αυτοί οι όγκοι είναι πρωτίστως γαστρικοί στην καταγωγή τους.

Ο καρκίνος μπορεί να προκαλέσει μεγάλο πόνο σε έναν ηλικιωμένο. Τα πιο κοινά χρόνια προβλήματα είναι η κατάποση και οι οισοφαγικοί σπασμοί για αρκετό διάστημα. Σιελόρροια, η οποία συχνά συνδυάζεται με εμπόδια ή ερεθισμούς του οισοφάγου τέτοιους που παράγονται λόγω κακοήθειας, μπορεί να συνοδέψει αυτές τις καταστάσεις. Η δίψα, ο λόξιγκας, η αιμορραγία και η αναιμία επίσης συχνά εμφανίζονται σε τέτοιες καταστάσεις. Η θεραπεία με οισοφακεκτομή έχει ποσοστό θνησιμότητας 20% και στα 5 χρόνια ζωής 5%. Αρκετοί ασθενείς δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική θεραπεία. Γενικά η φροντίδα είναι μικρή, συμπεριλαμβανομένης και της ακτινοθεραπείας και η πρόγνωση σοβαρή. Το μόνο που μπορούμε να κάνουμε είναι να έχουμε τον ασθενή άνετο όσο το δυνατόν περισσότερο όσο και θα προσπαθεί να αντιδράσει στα συμπτώματα που το κάνουν να υποφέρει. Οι αιτίες του καρκίνου του οισοφάγου δεν είναι ξεκάθαρες, αλλά κάποιες έρευνες έδειξαν την σχέση του με τον αλκοολισμό, το κάπνισμα και τις διατροφικές συνήθειες.

## **2) Το Στομάχι**

Παρόλο που μικρή απορρόφηση των συστατικών γίνεται στο στομάχι, η διαδικασία της χώνεψης (υποτίθεται πως υπήρξε μικρή δράση με τα πτύελα στο στόμα) ξεκινά σ' αυτό το όργανο. Βασικά τα γαστρικά υγρά περιέχουν υδροχλωρικό οξύ, πεψίνη, λίπανση και βλεννίνη, τα οποία ξεκινούν την διαδικασία χώνεψης με πρωτεΐνης και ορισμένα λίπη. Φαίνεται πως συμβαίνουν μια σειρά από αλλαγές στο

στομάχι με την πάροδο της ηλικίας, αλλά έρευνες διαφωνούν με το πώς αλλάζουν και το ποσοστό αυτής της αλλαγής. Σε ένα θέμα που οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν είναι ότι η υπεροξύτητα γίνεται σπάνια αλλά η υπεροξύτητα και η αχλωρυδρία αυξάνονται με την περίσταση.

Σύμφωνα με τον Fikry (1965) η ανάπτυξη ατροφικών αλλαγών του γαστρικού βλεννογόνου αρχικά επιδρά στην οξύτητα και στα λίπη της χώνεψης έπειτα η παραγωγή πεψίνης χρειάζεται στην πρωτεϊνική χώνεψη στην οποία επιδρά και τελικός η παραγωγή της mucin επιδρά. Η βλεννίνη προφυλάσσει το στομάχι από τα υγρά του. Αυτές οι αλλαγές είναι αποτέλεσμα του ενεργητικού ρόλου του φυσιολογικού γαστρικού βλεννογόνου στην παραγωγή στο στομάχι οξέος, λίπανσης, πεψίνης και βλεννίνης. Ο Bertolini (1969) είχε αναφέρει ότι η αλλαγή του οξέος σε αλκοολικά pH επηρεάζει την εντερική χλωρίδα που αυξάνεται στα μεγαλύτερα άτομα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια κάποιων συστατικών επειδή η εντερική χλωρίδα χρησιμεύει για την χρησιμοποίηση και την σύνθεση βασικών ουσιών.

Οι τρεις πιο κοινές κατηγορίες στομαχικών διαταραχών είναι η γαστρίτιδα το πεπτικό έλκος και το γαστρεντερικό καρκίνωμα. Η γαστρίτιδα, η οποία μπορεί να θεραπευτεί, είναι συνήθως αποτέλεσμα κάποιων τύπων τραυματισμού του γαστρικού βλεννογόνου, όπως είναι ο συνδυασμός με ναρκωτικά, με αλκοόλ ή κάποιες μολυσματικές τοξίνες. Η χρόνια γαστρίτιδα, από την άλλη, μπορεί να είναι δύο ειδών, χρόνια υπερτροφική γαστρίτιδα και χρόνια ατροφική γαστρίτιδα. Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται από κάψιμο, από πόνους στο δάγκωμα και δυσπεψία που πρέπει να διαγνωσθεί από γαστροσκόπιο, όταν το βάριο δοθεί από τον ραδιογράφο και εμφανιστεί ομαλά. Η μη εμφάνιση του δείχνει να είναι σημαντική αλλαγή του γαστρικού οξέος, αλλά οι εξετάσεις με γαστροσκόπιο αποκαλύπτουν προεξέχοντα και σύσπαση του γαστρικού χιτώνα. Η ατροφική γαστρίτιδα χρησιμοποιείται για να κατηγοριοποιήσει σημαντικές γαστρικές αναφλέξεις με μια σειρά από

συμπτώματα από αμυδρή και ακαθόριστη επιγάστρια δυσανεξία ως και πολύ οδυνηρές αναφλέξεις. Αυτό συνδυάζεται με την μείωση του οξέος, της ατροφίας του βλεννογόνου, της χρόνιας παγκρεατίτιδας και του αλκοολισμού. Η δίαιτα και η ιατρική φροντίδα είναι τα πιο κοινά που πλησιάζουν αυτές τις νόσους και ο αναγνώστης παραπέμπεται σε έναν αριθμό από καλά βιβλία διατροφικής θεραπείας τα οποία έχουν και θεραπευτική αξία (William 1976, Goodhart και Shils 1973).

Το έλκος δεν αλλάζει στις μεγάλες ηλικίες αλλά τα συμπτώματα μπορεί να είναι άτυπα. Σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχουν συμπτώματα. Η απώλεια βάρους, η αναιμία και ο ανώδυνος εμετός (μερικές φορές αιματηρός) είναι κοινά σημάδια στους ηλικιωμένους, αλλά η διατήρηση είναι σπάνια και έντονος πόνος μπορεί να απουσιάζει. Ένας αριθμός από πεπτικά έλκη στους μεγαλύτερους πιθανόν να παρουσιάζεται ως χρόνιο έλκος που αποκτήθηκε στο μέσο της ζωής τους, όταν ήταν πιο δυνατή. Αυτές οι περιπτώσεις είναι θεραπεύσιμες και η πρόγνωση για ανάκτηση των δυνάμεων καλή.

Οι θάνατοι από πεπτικό έλκος αυξάνονται την στιγμή που οι θάνατοι από τον καρκίνο του στομάχου μειώνονται. Από τότε που πολλοί ηλικιωμένοι παίρνουν πολλά φάρμακα για διάφορα προβλήματα, παρακινούνται να παίρνουν και για το έλκος. Τα φάρμακα μπορούν να αυξήσουν την γαστρική έκκριση και να μειώνουν την αντίσταση του γαστρικού βλεννογόνου, συνεπώς οδηγούν στην ανάπτυξη έλκους. Η ασπιρίνη, η φαινολμπουταζόνη και τα κορτικοστεροειδή είναι παραδείγματα φαρμάκων που έχουν σχέση με την ανάπτυξη έλκους.

Η προτεινόμενη θεραπεία για το πεπτικό έλκος πρέπει να είναι συντηρητική και κάθε φάρμακο που προκαλεί ερεθισμό ή ελεγχόμενη δίαιτα και τα αντιόξινα και αντιαλεργικά ίσως να βοηθήσουν στην συμπτωματική ανακούφιση. Ορισμένα παράγωγα γλυκόριζας όπως το ασβέστιο και η γλυκόριζα μπορεί να επηρεάσει την θεραπεία των ασθενών. Η γλυκόριζα προτιμάται επειδή το υδροχλωρικό οξύ μπορεί να προκαλέσει υπέρταση, οίδημα και υποκαλλιαμία. Η ξεκούραση στο

κρεβάτι είναι σημαντική για την θεραπεία του έλκους στους νέους, δεν συστήνεται όμως στους ηλικιωμένους γιατί τα προβλήματα που συνδυάζονται με την ακινητοποίηση (πχ. εμβολή) είναι πιο σοβαρά από το άγχος. Οι δίαιτες για το έλκος έχουν αποδειχθεί μικρής αξίας για τους ηλικιωμένους, συνεπώς δεν υπάρχει νόημα για την διαταραχή των διατροφικών τους συνηθειών.

Η αποτυχία της θεραπείας ύστερα από 6 εβδομάδες μας οδηγεί σε κακοήθεια και πιθανό χειρουργείο. Το χειρουργείο γενικά αναλαμβάνει ειδικές περιπτώσεις όπως πυλωρική στένωση, αλλά επειδή υπάρχει υψηλή θνησιμότητα, σε σχέση με το χειρουργείο, θα πρέπει να αποφεύγεται. Στην Αγγλία, ο Mc Keown (1965) υποστηρίζει ότι το γαστρικό έλκος ανάγεται στο 10% σε σχέση με όλα τα έλκη για τους ασθενείς πάνω των 60, οι περισσότεροι θάνατοι λόγω έλκους έγιναν στην ηλικία άνω των 60.

Πρόσφατη για άγνωστους λόγους, η περίπτωση καρκίνου του στομάχου έχει σημειώσει κάποια πτώση, αλλά ακόμη παραμένει ένας κοινός όγκος με μια δυσμενή πρόγνωση. Είναι πιο συχνή στους άντρες, στους ανθρώπους άνω των 60, με ομάδα αίματος A. Υπάρχουν ορισμένοι υπαινιγμοί που μοιάζουν γνωστοί. Αυτοί με κακοήθη αναιμία και ατροφία του γαστρικού βλεννογόνου έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθούν. Τα πιο κοινά τμήματα είναι ο πυλωρός και το έντερο, αλλά αυτό μπορεί να επηρεάσει οποιαδήποτε πτυχή του οργάνου.

Αρκετά συμπτώματα δεν είναι ειδικά και ίσως να εμπλέκεται η απώλεια βάρους, η απώλεια όρεξης, αδιαθεσία και αναιμία με πιθανή υπογαστρία δυσανεξία. Αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε προσωπική άποψη για την θεραπεία με αντιόξινα και συνεπώς να καθυστερήσει την σωστή διάγνωση. Τα πιο κλασσικά σημεία όπως η αίσθηση αηδίας, δυσπεψία, δυσκολία στην κατάποση, αιματηρός εμετός και μέλαινα κένωση θα εκδηλωθούν σε πολλές περιπτώσεις. Τα διαφορετικά γαστρικά έλκη και ο καρκίνος έχουν περίεργα συμπτώματα. Τα πρώιμα συμπτώματα και η αρχική απάντηση στην φροντίδα των

συμπτωμάτων είναι ίδια αλλά παρουσιάζεται μείωση βάρους, αιμορραγία και αναιμία ως υποψία για καρκίνο. Το μέγεθος, η τοποθεσία και η πληγή αχλωυδρίας επίσης είναι ύποπτη για καρκίνο. Σ' αυτή την περίπτωση δεν γίνεται καλύτερη ύστερα από 4 – 6 εβδομάδες, ο καρκίνος είναι η πιο πιθανή διάγνωση.

Η διάγνωση μπορεί να είναι πιο επιτυχής με μια γαστροσκόπηση γιατί ένα κυτταρολογικό δείγμα μπορεί να είναι ακριβές κατά 85% με 95%. Μια ριζική επιχείρηση συχνά είναι πολύπλοκη για τους ηλικιωμένους εξαιτίας του υψηλού της κινδύνου. Η εμπειρία μας έχει δείξει ότι με την εγχείρηση το άτομο επιζεί για 5 χρόνια με ποσοστό επιτυχίας 5 με 10% μόνο. Η ακτινοθεραπεία και η χημειοθεραπεία μας προσφέρουν επίσης κάποια βοήθεια. Η υποστήριξη είναι πιθανόν το καλύτερο που μπορούμε να παρέχουμε σε ένα ηλικιωμένο θύμα.

Λίγες αλλαγές συμβαίνουν στο λεπτό έντερο αφού η ανανέωση του κυττάρου συνεχίζεται στο συγκεκριμένο όργανο μες τα βαθιά γεράματα. Οι κακοήθεις όγκοι στο λεπτό έντερο είναι σπάνιοι. Παρ' όλες τις αλλαγές στα άλλα όργανα όπως είναι το συκώτι, η χοληδόχος κύστη, το πάγκρεας και τα νεφρά, αυτές μπορούν να επιφέρουν αλλαγές στην λειτουργικότητα του λεπτού εντέρου. Η τεράστια ποσότητα από ιατρικές πληροφορίες στερείται από πληροφορίες για τα γηρατειά και το λεπτό έντερο αφού οι εξετάσεις και η διαδικασία έρευνας είναι σύνθετη και έχει υπερβολικές απαιτήσεις και για τους ηλικιωμένους ασθενείς και για τους ερευνητές.

Στο δωδεκαδάκτυλο υπάρχουν δύο κύρια προβλήματα το πεπτικό έλκος και η παλινδρόμηση. Η ΓΟΠ θεωρείται σπάνια, αλλά ο Bockus (1969 : 28) υπολογίζει ότι το 10% από τους ανθρώπους άνω των 55 έχουν και ότι υπάρχει μια τάση για αύξηση του ποσοστού με την αύξηση της ηλικίας. Η παλινδρόμηση συνδυάζεται με επιπλοκές όπως η οστεομαλακία, η σιδηροπενική αναιμία, η έλλειψη Β1 και η ανεπάρκεια φολικού οξέος όπως και της γενικής εντερικής δυσαπορρόφησης. Συνεπώς στους ηλικιωμένους η έλλειψη της βιταμίνης ή της εντερικής

δυσασπορρόφησης ίσως μας οδηγήσουν να υποπτευθούμε την παλινδρόμηση στο δωδεκαδάκτυλο. Η χειρουργική αντιμετώπιση σπάνια συνίσταται. Οι ασθενείς δείχνουν να αντιδρούν σωστά στην αντιβιοτική θεραπεία, χρησιμοποιώντας σεπτρίνη και ινσομυκίνη.

Το έλκος του δωδεκαδάκτυλου είναι πιο συχνό από το γαστρικό έλκος, και ο κίνδυνος δεν είναι μεγαλύτερος για τους ηλικιωμένους. Και εδώ τα συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζονται σ' αυτούς διαφορετικά επειδή ο οξύς πόνος είναι πιο αισθητός, το χειρουργείο δεν συνίσταται λόγω του υψηλού κινδύνου του. Το κύριο μέρος της θεραπείας περιλαμβάνει αντιόξινα και συχνά αντιχολινεργικά. Και τα δυο προκαλούν διάρροια, δυσκοιλιότητα και δυσουρία, όλα αυτά ίσως παρουσιάζονται ως σοβαρές επιπλοκές για τους ηλικιωμένους. Σε ένα μεγάλο αριθμό η ρύθμιση μικρότερων γευμάτων που δεν ερεθίζουν το στομάχι θα βοηθήσει ώστε το στομάχι να μην μείνει άδειο και ίσως να εξουδετερώσει τα οξέα. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι μια ήπια δίαιτα δεν προάγει το έλκος ενώ βοηθά τους ασθενείς να ακολουθήσουν την θεραπεία. Το άγχος συσχετίζεται με την προσπάθεια κάθετης ακολούθησης της ειδικής δίαιτας που μπορεί να μην φέρει θετικά αποτελέσματα. Κατά κοινή ομολογία η καλύτερη δίαιτα είναι αυτή που έχει σχέση με τις προσωπικές ανάγκες, ικανότητες και συμπεριφοράς του ασθενή.

Μεγάλη γαστροεντερική αιμορραγία στους ηλικιωμένους θα πρέπει να εκτιμηθεί ώστε να εξακριβωθεί η προέλευση της. Μπορεί να προέρχεται από ποικίλες πηγές όπως το πεπτικό έλκος. Τα άτομα με την επίδραση της κύρωσης θα αιμορραγούν όχι μόνο λόγω των κισμών αλλά και από την γαστρίτιδα του έλκους και της γαστρικής φθοράς που συνδυάζεται κυρίως με την κίρρωση. Η περίπτωση αιμορραγικών τμημάτων είναι το 15% - 40% των καταστάσεων. Η γαστρική φθορά συχνά αυξάνεται με την χρησιμοποίηση ισχυρής ασπιρίνης που οδηγεί στην αιμορραγία. Η ισχαιμία, οι πολύποδες, τα ινώματα, τα λιπάσματα



και τα λιπώματα μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη αιμορραγία.

Συνήθως το καθυστερημένο, πηκτό αίμα στα κόπρανα δηλώνει μια ανώτερη γαστρο – εντερική πηγή, από την οποία προέρχεται κόκκινο αίμα που δηλώνει εντερική νόσο. Μερικές φορές ένα αδρανές μεγάλο έντερο μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένα κόπρανα και σιγά σιγά να τα μεταφέρει στο ανώτερο τμήμα φέρνοντας και αίμα στα κόπρανα. Οποιαδήποτε αιτία που προκαλεί αιμορραγία στο ανώτατο upper tract τμήμα δεν θα πρέπει να απορρίπτεται από μια απλή διάγνωση.

Οι κακοήθεις όγκοι του λεπτού εντέρου είναι σπάνιοι αλλά πιο συχνοί στους άντρες. Έχουν την τάση να επιδρούν στο περιφερικό τμήμα περισσότερο από τα γειτονικά. Η σκωληκοειδής απόφυση είναι το πιο συχνό σημείο αλλά δεν καθίσταται αμέσως. Ο ειλεός είναι το αμέσως επόμενο πιο συχνό σημείο αλλά συνήθως κακοήθεις και πολλαπλό. Το εντερικό εμπόδιο είναι ένα από τα πιο συχνά προβλήματα των γηρατειών στην περιοχή αυτήν. Τα εμπόδια συνήθως είναι δύο ειδών μηχανικά και παραλυτικά. Τα μηχανικά εμπόδια θεραπεύονται συνήθως χειρουργικά και τα παραλυτικά με ιατρική φροντίδα όπως είναι η αντιβιοτική θεραπεία και η ευμετάβλητη αντικατάσταση.

Η σκωληκοειδίτιδα στα γηρατειά έχει υψηλότερη θνησιμότητα από ότι στον υπόλοιπο πληθυσμό (7% με 10%). Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων : α) η μειωμένη αντίληψη που είναι σπάνια στους ηλικιωμένους, β) η καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία, γ) η πρόωρη διατήρηση, δ) ήπια συμπτώματα, ε) η σπουδαία περίπτωση οξείας νόσου σε συνδυασμό με αυτή (Rossman 1968). Με άλλα λόγια είναι συχνά δύσκολο να διαγνωσθεί επειδή δεν είναι αναμενόμενη και τα συμπτώματα είναι άτυπα για την σκωληκοειδίτιδα είναι επιθυμητή εκτός διατήρησης που έχει συμβεί με abscess τότε το πιο σοβαρό βήμα είναι η παροχέτευση πριν την εγχείρηση που ακολουθεί.

Ένας αριθμός από σπάνιες αλλά σοβαρές καταστάσεις όπως η υποκαλιαιμία σχετίζεται με ασθενείς με καρδιακή και κοιλιακή στηθάγχη που επίσης συμβαίνει στο λεπτό έντερο. Ο αναγνώστης παραπέμπεται για περισσότερες λεπτομέρειες σε γηριατρικά φάρμακα και σε γαστρεντερολογία για μια πιο ειδική περιγραφή και καταγραφή αυτών των ασθενειών.

Το λεπτό έντερο είναι ένα από τα πιο σημαντικά μέρη του γαστρεντερικού συστήματος με την συμβολή του και την χώνευση και στην απορρόφηση του φαγητού εφοδιάζεται με ένζυμα από το πάγκρεας, με χολή από το ήπαρ και την χολή. Ακόμη είναι η πτυχή του γαστρεντερικού συστήματος για το οποίο το λιγότερο που είναι γνωστό είναι ο σεβασμός των επιδράσεων της ηλικίας.

Ένας αριθμός από αλλαγές λόγω ηλικίας έχουν βρεθεί, αλλά οι ερευνητές δεν συμφωνούν μεταξύ τους για αυτές. Υπάρχει μια μείωση στο μέγεθος και την διαβατότητα του χοληφόρου τριχοειδούς που εμφανίζεται ως σημαντική αλλαγή. Την ίδια στιγμή άλλες σημειώνονται στα αγγεία και τους πνεύμονες χάνουν μέρος της ελαστικότητας τους. Αυτές οι αλλαγές ενοχοποιούνται για την προσπάθεια της απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών και την πιθανότητα το αίμα των αγγείων να γίνεται φραγμός ή εμπόδιο της κυκλοφορίας. Η αναβολή της μετάδοσης των περιφερικών νεύρων και η απάντηση των αγγειοκινητικών νεύρων είναι σημαντική, συνεπώς η λειτουργία του γαστροοισοφαγικού συστήματος βρίσκεται κάτω από τον νευροορμονολογικό έλεγχο.

Υπάρχει μια ελάττωση των παγκρεατικών ενζύμων, τα οποία κρύβονται στο λεπτό έντερο, ξεκινώντας από την ηλικία των 40. Από την άλλη, λίγα δυνατά στοιχεία υπάρχουν που δείχνουν την σχέση ηλικίας με τις αλλαγές που συμβαίνουν στους εντερικούς glands (αδένες).

Μια αλλαγή στην έκθεση για την βακτηριακή χλωρίδα του εντέρου έχει τεκμηριωθεί. Αυτές οι αλλαγές στην επιφάνεια του εντέρου μπορεί

να είναι επιζήμιες. Η μείωση της γαστρικής οξύτητας και των ενζύμων μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη οργανισμών όπως είναι ο στρεπτόκοκκος σε βάρος των μικροοργανισμών του εντέρου. Η αντικατάσταση των φυσιολογικών μικροοργανισμών έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των βιταμινών που συνθέτει. Η ανάπτυξη ενός περιβάλλοντος ξένων οργανισμών μπορεί να οδηγήσει στην μείωση της αντίστασης του συστήματος τόσο ώστε ο βλεννογόνος να είναι ερεθισμένος. Η ανώμαλη βακτηριακή ανάπτυξη μπορεί να συνδεθεί με την B12 και να επηρεάσει την αξία της προσωπικής της χρησιμοποίησης. Ορισμένα βακτήρια εξαντλούν την σύστασή της που έχει αξία για τον μεταβολισμό του λίπους. Μερικά από τα προϊόντα είναι τοξικά για το έντερο όσο και μια καρκινογένεση. Είδη που ανήκουν στα κλωστηρίδια, τα βακτηροειδή, αν και συνήθως δεν συναντούμε στο λεπτό έντερο εισβάλλουν στο χοντρό έντερο και ίσως είναι υπεύθυνος για την φυσική καταστροφή και την δημιουργία ανισοζυγίου στο εντερικό περιβάλλον.

Η θεραπεία για μικρό διάστημα περιλαμβάνει αγωγή με αντιβιοτικά και βιταμίνες. Σε χρόνιες περιπτώσεις, το ελασσόμενο πρόγραμμα με αντιβίωση για μακρά περίοδο ίσως είναι απαραίτητο.

Σε συνδυασμό με τις αλλαγές στις απορροφητικές ιδιότητες του λεπτού εντέρου, θα πρέπει να περιλαμβάνεται και η κατάσταση του πεπτικού συστήματος που ολοκληρώνεται με τις αλλαγές σε όλο το εντερικό σύστημα. Αυτές οι σχέσεις μπορεί να αλλάζουν τις εξετάσεις και να διαπιστώσουμε λειτουργικές αλλαγές. Εμφανίζεται σαν η απορρόφηση του λίπους και των υδατανθράκων να έχουν κάποια μειωμένη δραστηριότητα αλλά παραμένει αρκετή για την φυσιολογική διατροφή. Η πρωτεϊνική απορρόφηση κατηγορείται για μικρές ενζυματικές αλλαγές που επιδρούν βλαβερά σε μικρό βαθμό, κυρίως στα αρχικά στάδια της πρωτεϊνικής χώνεψης. Αυτό ίσως σχετίζεται με την παραγωγική δραστηριότητα trypsin στο πάγκρεας.

Η χώνεψη των λιπαρών μπορεί να επιδρά εμποδίστηκα σε συνδυασμό με τις νόσους του ήπατος και της χολής. Επίσης, εμφανίζεται ύστερα από 20 lipolytic δραστηριότητα μείωση 20% αλλά προφανώς χωρίς να υπολογιστεί η επίδραση της χώνεψης του λίπους. Ο Becker και ο Colleagues παρατήρησαν ότι στους ηλικιωμένους απορροφάται ένα γεύμα υψηλό σε λιπαρά σε δυο φορές περίπου περισσότερο χρόνο από ότι σε έναν νέο.

Η κακή απορρόφηση και χώνεψη στους ηλικιωμένους είναι κοινή, και συνεπώς είναι πιθανόν να δημιουργήθηκε από πολλές αιτίες και παράγοντες που συνέβαλλαν σ' αυτά τα σύνδρομα. Μερικές καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε κακή απορρόφηση είναι : (Bulanchi και Dabbins 1974) :

1. Χειρουργικές μεταβολές όπως οισοφαγεκτομή, γαστρεκτομή και resections του λεπτού εντέρου.
2. Ανεπάρκεια στο πάγκρεας λόγω παγκρεατίτιδας ή όγκου .
3. Υπατική ανεπάρκεια λόγω καταστάσεων που μειώνουν στην οξύτητα της χολής, τη σύνθεση, των χολολίθων και της ηπατίτιδας.
4. Η στάση και η βακτηριακή ανάπτυξη
5. Φάρμακα προκαλούν αλλαγές όπως το οινόπνευμα alcohol τα αντιοπασμολιτικά, καθαρτικά, διουρητικά και τα ηπατικά.
6. Ακανόνιστοι χτύποι της καρδιάς, συμφόρηση της καρδιάς, περικαρδίτιδα, αρτηριοσκλήρωση και εντερική στηθάγχη.
7. Ριζικός τραυματισμός λόγω ατυχήματος. επαγγελματικών ή θεραπευτικών τραβηγμάτων.
8. Αδενοπάθεια όπως ο διαβήτης, το σύνδρομο του Addison και ο υπέρ – υπό θυρεοειδής.
9. Το σύνδρομο Paget
10. Οι νόσοι του Collaγόνου
11. Αμυλοείδωση
12. Ιδιοπαθής στεατόρροια

**13.** Νεοπλασματική νόσος

**14.** Παραπρωτεϊναιμία όπως το πολλαπλό μυέλωμα.

Τα σύνδρομα κακής απορρόφησης είναι δύσκολο να τα χειριστούμε λόγω της ασθένειας του mucosa του λεπτού εντέρου. Η καλύτερη θεραπεία είναι η χορήγηση βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων παρεντερικά ή δια του στόματος με φαρμακευτικές δόσεις θρεπτικών ουσιών παρά φυσιολογικές.

Η επαναφορά της underlying αιτίας πρέπει να είναι ο κλινικός σκοπός αλλά συχνά είναι απίθανο επειδή η αιτία είναι άγνωστη και καθόλου πρακτική επειδή η ιατρική διάγνωση δεν έχει αξία. Γι' αυτό στις περισσότερες περιπτώσεις της κακής απορρόφησης ένα θρεπτικό πρόγραμμα είναι το μόνο που μπορεί να στηρίξει τον ασθενή. Το πρόγραμμα θα πρέπει να ταιριάζει στο συγκεκριμένο πρόσωπο και κατάσταση.

Το να εξεταστεί κάποιος είναι δύσκολο επειδή οι περισσότερες εξετάσεις με αξία προς το παρόν απαιτούν καλές ηπατικές ή renal λειτουργίες, που πολύ συχνά δεν υπάρχουν σε έναν ηλικιωμένο. Ακόμη, και το δείγμα κοπράνων και ούρων είναι δύσκολο να παρθεί από άτομο με ακράτεια. Στην διάγνωση της εντερικής λειτουργίας πρέπει να περιλαμβάνεται μια εκτίμηση του ισοζυγίου με βάση τις εξετάσεις για τον όρο Folate, την απορρόφηση της B12, τα κόπρανα, και την ινδικάνη για την παραγωγή ούρων.

### **3) Η Χοληδόχος κύστη**

Τα προβλήματα της χοληδόχου κύστης είναι σημαντική πηγή προσοχής και άγχους για τους γηραιότερους. Η κατάσταση των πιο σημαντικών από αυτά τα προβλήματα αυξάνονται και γίνονται φανερά μετά τα 65. Αλλαγές στην ικανότητα της άδειας κύστης και στην φυσική σύνθεση της χολής είναι οι πιο σταθερές σχετικά αλλαγές. Ο Bertolini (1969) βρήκε πως η χολή έχει την τάση να είναι πιο παχιά, πλούσια σε

χοληστερίνη και μειωμένου όγκου στους ηλικιωμένους. Στις στατιστικές υπάρχει μια αύξηση στην περίπτωση των χολόλιθων με την πάροδο των χρόνων. Γύρω στο 15% - 33% από αυτούς που έχουν περάσει τα 70 έχουν βασανιστεί από πέτρες. Ο Ponka (1963) βρήκε ότι οι 55 από του 200 ασθενείς με ακανόνιστο πόνο έχουν πέτρες (χολολιθίαση). Οι πέτρες είναι πιο συχνές στις μεγαλύτερες γυναίκες, μετά κυρίως τα 70 όμως οι διαφορές των φύλλων είναι ασήμαντες.

Τις περισσότερες φορές στους γηραιότερους οι πέτρες εμφανίζονται χωρίς συμπτώματα. Οι πιο συχνές εκδηλώσεις είναι δυσπεψία, αίσθηση αηδίας, εμετός, αφόρητη παχυσαρκία, κωλυσιεργία, ίκτερος και επεισόδια χολοκύστιδας. Ο πόνος λόγω πέτρας συνήθως βρίσκεται δεξιά ακριβώς κάτω από το cage πλευρό ή στο δεξί ώμο. Ο κίνδυνος της κωλυσιεργίας που είναι συχνός ή την ακράτεια είναι πραγματική απειλή που μπορεί να οδηγήσει σε ερεθισμό, μόλυνση και στάση που συμβαίνει κυρίως στην πέτρα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές όπως η παγκρεατίτιδα, προβλήματα στο συκώτι και παλίνδρομη χολοκύστιδα. Η εμφάνιση ίκτερου μπορεί να οδηγήσει στην μείωση της λιποδιάλυσης των βιταμινών εξαιτίας μειωμένης εισόδου της χολής στο έντερο. Η βιταμίνη και πρέπει να συμπληρώνεται όταν ετοιμάζονται τέτοια άτομα για χειρουργείο.

Η πορεία της θεραπείας των πετρών συζητάτε από τους χειρουργούς. Ορισμένα επιλέγουν το χειρουργείο ακόμη και αν δεν υπάρχουν συμπτώματα στην προσπάθεια πρόληψης των επιπλοκών όπως ρήξη πέτρας ή καρκίνος. Η επέμβαση έχει πολλούς κινδύνους για τους ηλικιωμένους αφού η θνησιμότητα γι' αυτούς πάνω των 70 είναι 7% σε σχέση με το 1% γι' αυτούς κάτω από 60 (Hyams 1973). Άλλοι πιστεύουν ότι η συντηρητική προσέγγιση με έμφαση στην συντηρητική αγωγή είναι το καλύτερο. Η προσέγγιση αυτή είναι βασισμένη στους υψηλούς κινδύνους ενός χειρουργείου στο γεγονός ότι ο καρκίνος της χοληδόχου κύστης δεν είναι συχνός, στην πιθανότητα των άλλων ασθενειών και καταστάσεων που έχουν συμπτώματα και στο γενικό

ιατρικό άγχος που προκαλείται από την στιγμή που θα πρέπει ο ασθενής να υποβληθεί σε εγχείρηση.

Η ιατρική φροντίδα συνήθως αποτελείται από ένα πρόγραμμα για την μείωση του βάρους, την αποφυγή των λιπαρών φαγητών και την χρησιμοποίηση αντιόξινων. Η φιλοξενία σε νοσοκομείο είναι βασισμένη στην ύπαρξη έντονων συμπτωμάτων και καταστάσεων για τον ασθενή και στην εκτίμηση όλων των κινδύνων σε συνδυασμό με την νοσοκομειακή ή στο σπίτι φροντίδα. Φυσικά, η χειρουργική αφαίρεση (ολική κυστεκτομή) είναι γενικό υποστηρίζεται σε σοβαρές καταστάσεις όπως η κωλυσιεργία, η χολοαγγειίτιδα και άλλες πιθανές καταστάσεις που απειλούν τη ζωή.

Ο καρκίνος της χοληδόχου κύστης είναι μια σπάνια κατάσταση που συμβαίνει πιο συχνά στις γυναίκες. Η διάγνωση είναι δύσκολη. Συνήθως μπερδεύεται με το καρκίνο στο συκώτι ή είναι λάθος ως εκδήλωση μετάστασης στο συκώτι, από την πιο κοινή θέση του καρκίνου όπως στομάχι. Η φροντίδα δεν είναι υπόσχεση. Ούτε η εγχείρηση ούτε η χημειοθεραπεία έχουν σοβαρά αποτελέσματα. Η πρόγνωση είναι πολύ φτωχή με διάρκεια ζωής ως 6 μήνες.

#### **4) Το Συκώτι**

Το συκώτι είναι ο μεγαλύτερος αδένας και ένα από τα πιο σημαντικά όργανα του σώματος. Μεταβολίζει και αποθηκεύει λίπη, πρωτεΐνες, μεταλλικά στοιχεία, βιταμίνες. Επίσης ελέγχει την παραγωγή και την έκκριση της χολής. Το μέγεθος του μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας, αλλά το ποσοστό βάρους σε σχέση με το υπόλοιπο σώμα κατά 2,5% παραμένει το ίδιο ως τα 70 τότε αρχίζει να παρουσιάζει σημαντική πτώση ώσπου να φτάσει το 1,6%. Ο Haberman (1962) σημείωσε ότι το 74% των ηλικιωμένων έχουν μια ή περισσότερες δυσλειτουργίες στο συκώτι.

Γεγονός είναι και η μείωση των κυττάρων με την άνοδο της ηλικίας, έτσι είναι πιθανό ότι οι ανωμαλίες που συμβαίνουν στο συκώτι είναι αποτέλεσμα των αλλαγών της λειτουργίας των κυττάρων, όπως μικρές ανατομικές αλλαγές ή αλλαγές στην αλληλεπίδραση των κυττάρων. Ο Tauchi (1968) σημείωσε μια μείωση στον αριθμό των μιτοχονδρίων σε ένα συκώτι ηλικιωμένου. Αυτό το φαινόμενο δεν συνοδεύεται από την παρακμή της λειτουργικότητας του ήπατος. Αυτό ίσως έχει ως αιτία την αύξηση του μεγέθους των κυττάρων τα οποία παράγουν περισσότερα ένζυμα ή την κατάσταση οξειδωσης των γερασμένων κυττάρων.

Ορισμένα ένζυμα είναι ικανά για τον καταβολισμό των πρωτεϊνών που αυξάνουν την παραγωγή με την Πάροδο των ετών. Αυτό οδηγεί σε μικρή μείωση της ικανότητας του (γερασμένου ήπατος) της σύνθεσης πρωτεΐνης. Ο Thompson και ο Williams (1965) βρήκαν μια κάθετη μείωση της αποθηκευτικής ιδιότητας αλλά η secretory μεταφορά είχε παραμείνει στο maximum. Ο Calloway και ο Merrill (1965) επιβεβαίωσαν αυτές τις υποθέσεις με την έρευνα τους. Είναι πιθανό η σύνθεση κύριων ενζυμικών συστημάτων να διατηρείται ενώ η γενική ενζυμική δράση του οργάνου μειώνεται. Παρ' όλες τις προφανείς ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές, η λειτουργική δυνατότητα του ηλικιωμένου ήπατος παραμένει μια σειρά φυσιολογικών μεταβολών.

Ο ίκτερος είναι μια γνωστή κατάσταση του ασθενούς ήπατος. Μπορεί να επέρχεται σε συνδυασμό με κίρρωση, παρενέργεια φαρμάκων και ηπατίτιδα. Εμφανίζεται στις μισές περιπτώσεις λόγω των προαναφερθέντων ασθενειών αλλά στις άλλες μισές λόγω καρκίνου στο πάγκρεας, το ήπαρ και την χολή. Ύστερα από παρατήρηση 4 – 6 εβδομάδων στις περιπτώσεις που προσδοκούμε καθίζηση του ικτέρου προχωρούμε σε χειρουργική επέμβαση.

Η κίρρωση του ήπατος είναι από τις πιο σοβαρές και θανατηφόρες καταστάσεις ενός τραυματισμένου και εκφυλισμένου ήπατος. Το συκώτι συρρικνώνεται και χάνει τις λειτουργικές του



ιδιότητες, ένας ινώδης ενωτικός ιστός αντικαθιστά τα κύτταρα, ο οποίος είναι αμετάκλητος. Είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου σήμερα. Συνδέεται με τον χρόνια αλκοολισμό, ο οποίος είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τους μεγαλύτερους.

Η φυσική σχέση της κίρρωσης και του αλκοολισμού είναι ακόμη υπό συζήτηση. Μια σύγχρονη άποψη θεωρεί ότι η κίρρωση είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του χρόνιου αλκοολισμού και των χρόνιων θρεπτικών ελλείψεων, από τις οποίες οι περισσότεροι αλκοολικοί υποφέρουν. Τέτοιες ελλείψεις μπορούν να οδηγήσουν σε παχύ ήπαρ. Το ήπαρ είναι πιο επιδεκτικό στην καταστροφή από τοξικά μέσα και μολυσματικούς οργανισμούς όταν βρίσκεται θρεπτικές ελλείψεις.

Η δίαιτα είναι σημαντική για την θεραπεία της κίρρωσης. Μια δίαιτα υψηλή σε θερμίδες από υδατάνθρακες και πρωτεΐνες με μέτρια ποσοστά λίπους και προμήθειες σε βιταμίνες είναι ο καλύτερος τρόπος επαναπόκτησης των δυνάμεων του. Προκαλεί την επισκευή των πρακτικών κυττάρων και υποστηρίζει την ηπατική λειτουργία. Η πρωτεΐνη πρέπει να είναι πλούσια σε λιποτροπικούς παράγοντες οι οποίοι ακινητοποιούν το λίπος και συνεπώς ενεργούν για να αποτρέψουν την διείσδυση του λίπους και την εκφύλιση των κυττάρων του ήπατος. Όταν υπάρχει συχνή ανορεξία, τα έξη αντί οχτώ μικρά γεύματα είναι πιο αποτελεσματικά.

Η ηπατίτιδα Β είναι μια μολυσματική νόσος του συκωτιού που γίνεται πιο συχνή στους ηλικιωμένους, αλλά κατ' αρχήν είναι ασθένεια των νέων. Για τους νέους δεν είναι τόσο σοβαρή όσο για τους γηραιότερους, που οδηγεί σε προοδευτική καταστροφή του ήπατος όπως στην κίρρωση. Η συνεχόμενη ξεκούραση στο κρεβάτι είναι υποχρεωτική με μια δίαιτα υψηλή σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες με συμπληρώματα από τη βιταμίνη Β και Κ. Τα λιπαρά δεν πρέπει να περιοριστούν αμέσως αλλά στο αλκοόλ πρέπει να υπάρχει πλήρως αποχή. Η ηπατίτιδα C είναι όμοια στις αιτίες και τα συμπτώματα αλλά η

μεταφορά της μόλυνσης γίνεται από το φορέα (ή ασθενή) στο θύμα. Πιο σοβαρή είναι η κατάσταση, αλλά η φροντίδα η ίδια, όταν τα άτομα απαιτείται να νοσηλευτούν. Οι ηλικιωμένοι ίσως χρειαστούν μετάγγιση, χρησιμοποίηση φτωχού αποστειρωμένου ιατρικού υλικού και την ανάγκη φαρμάκων. Είναι πιο συχνό οι γεροντότεροι να καταρρέουν επειδή παίρνουν ναρκωτικά ή πουλούν το αίμα τους για να μεθύσουν.

## 5) Πάγκρεας

Το πάγκρεας είναι ένα σημαντικό συστατικό μέρος και για το γαστρεντερικό και το ενδοκρινικό σύστημα. Βρίσκεται κάτω από τον ορμονολογικό και νευρικό έλεγχο και συνεπώς υποτάσσεται στις επιρροές των ηλικιακών αλλαγών. Ορισμένες αλλαγές στο πάγκρεας είναι ενζυματικές και δομικές. Ως προς τα ένζυμα στο πάγκρεας δημιουργείται μια μείωση της παγκρεατικής πρωτεολυτικής ενζυματικής δραστηριότητας από την ηλικία των 40 και ύστερα. Η τρυψίνη είναι ένα από τα πιο σημαντικά πρωτεολυτικά ένζυμα, αφού διασπά τα μεγαλύτερα πρωτεϊνικά μόρια (πολυπεπτίδια) σε μικρότερα (πεπτίδες) η οποία μειώνει παραπέρα τα πεπτιδικά ένζυμα. Χωρίς την τρυψίνη, η πρωτεΐνη μπορεί να επιδράσει βλαβερά, παρόλο που με αυτή την κατάσταση έρχεται σε σύγκρουση. Ο Bartos και ο Groh (1969) διέγειραν το πάγκρεας με μια σειρά δόσεων από παγκρεατικά ένζυμα και σεκρετινίνη και δημιούργησαν όμοιους όγκους παγκρεατικού υγρού σε υποταγή, και αυτό σε διάφορες ηλικίες. Επίσης, παρατήρησαν ότι με επαναλαμβανόμενη διέγερση, ο όγκος του παγκρεατικού υγρού μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

Ως προς τη δομή, οι κυριότερες αλλαγές στο πάγκρεας μειώνουν την κυψελώδη κυτταρική παραγωγή και την απορρόφηση των παγκρεατικών αγωγών. Αυτές οι καταστάσεις είναι η κυριότερη αιτία της παγκρεατίτιδας.

Τα συμπτώματα της παγκρεατικής νόσου, εκτός της οξείας παγκρεατίτιδας, είναι ασαφή. Ο πόνος είναι το πιο γνωστό σύμπτωμα. Παρόλα αυτά, ο Rittenbury (1961) παρατήρησε ότι το 19% των ασθενών του, μετά τα 60 δεν παρουσιάζει πόνο. Η οξεία παγκρεατίτιδα μπορεί να μπερδευτεί με τις πέτρες στην χολή. Η αίσθηση αηδίας και ο εμετός συνδυάζονται συνήθως με την οξεία παγκρεατίτιδα παρά τον καρκίνο. Η μείωση της όρεξης, η απώλεια βάρους, η γενική αδυναμία και ο επιγαστρικός πόνος που αντανακλά στην πλάτη και στην κοιλιά, ως και η ευαισθησία στην ακαμψία της κοιλιάς είναι συμπτώματα της οξείας παγκρεατίτιδας. Η οξεία παγκρεατίτιδα παρουσιάζει μια εικόνα ενός κρίσιμα άρρωστου ασθενή που ίσως έχει χάσει τις αισθήσεις του, με φαντασιώσεις, με δριμύ αποπροσανατολισμό και σε μια κατάσταση δριμύ πόνου. Απαιτείται άμεση μεταφορά σε νοσοκομεία και εφαρμογή εντατικής φροντίδας.

Η χρόνια παγκρεατίτιδα συνδυάζεται με την απώλεια της όρεξης, μείωση βάρους, γενική αδυναμία, ίκτερο και δυσκοιλιότητα αλλά λιγότερη διάρροια από ότι βρέθηκε σε νεώτερες ομάδες. Συνήθως τα άτομα παραμένουν σπίτι και χρησιμοποιούν αντιχολινεργικά και έχουν διαιτητικούς περιορισμούς. Οι ασθενείς ίσως νιώθουν επίμονα πόνο που χρειάζεται διακριτικότητα και κατανόηση, αφού παρουσιάζεται ο πειρασμός που αποδίδεται σ' αυτόν ως ψυχοσωματικές αιτίες.

Ο καρκίνος του παγκρέατος είναι σπάνια κακοήθης σ' αυτούς πάνω των 60 και πιο κοινός στους άντρες. Είναι δύσκολο να διαγνωσθεί νωρίς και συνήθως μπερδεύεται με το πεπτικό έλκος, την χρόνια παγκρεατίτιδα ή ηπατικές ασθένειες. Στο 60% των περιπτώσεων επηρεάζει τη κεφαλή του παγκρέατος και συνήθως μεθίσταται στο συκώτι, τα πνευμόνια και τα κόκαλα. Τα γενικά συμπτώματα απώλειας όρεξης και βάρους, αδυναμία είναι κοινός μ' αυτά της χρόνιας παγκρεατίτιδας αλλά στον καρκίνο υπάρχει επιγαστρικός πόνος που αντανακλά στην πλάτη και ηρεμεί όταν ο ασθενής ξαπλώνει μπρούμυτα. Η δυσπεψία χαρακτηρίζεται από ερρυγές, κάψιμο στο στομάχι και αηδία

μαζί με δυσκοιλιότητα και διάρροια. Επίπονος πόνος αναπτύσσεται στον obstructive ίκτερο που θεωρείται συνήθως οριστικός ως καρκίνος.

Αίμα μπορεί να υπάρχει στα κόπρανα αλλά η αναιμία είναι σπάνια. Διαβητικά άτομα έχουν περισσότερες πιθανότητες καρκίνου στο πάγκρεας και είναι πιθανό το 1/3 των περιπτώσεων να είναι διαβητικοί εξαιτίας της καταστροφής των νησίδων του hungerhans. Η διάγνωση περιέχει χρησιμοποίηση ραδιενεργού scanner, αγγειογραφία του πάγκρεας και serologic ανάλυση του όρου σε επίπεδα λιπάσης, αμυλάσης και αλκαλικής φωσφατάσης.

Η συναισθηματική ταραχή ως μορφή μελαγχολίας συμβαίνει στις τρεις από τις τέσσερις περιπτώσεις. Η ψυχιατρική και γενική υποστηρικτική βοήθεια συχνά είναι απαραίτητη για τις φάσεις πριν ή μετά της διάγνωσης. Η φροντίδα είναι μόνο palliative για την ανακούφιση του πόνου και της δυσανεξίας. Τα αποτελέσματα της εγχείρησης και της χημειοθεραπείας είναι φτωχά. Επίσης, η διάγνωση είναι φτωχή με θνησιμότητα 6 μηνών.

## **6) Παχύ έντερο**

Από όλα τα μέρη του γαστρεντερικού συστήματος, το παχύ έντερο παρουσιάζει μια κλινική εικόνα με ένα σύνολο προβλημάτων κυρίως των ηλικιωμένων. Επίσης παρουσιάζει πολύπλοκα πιθανόν συσχέτικα σύνδρομο που θεωρούνται άμεσα υπεύθυνα τα προληπτικά φάρμακα.

Στις περισσότερες έρευνες μικρή προσοχή δίνεται στις ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές του χοντρού εντέρου που έχει σχέση με την πάροδο της ηλικίας. Οι ανατομικές αλλαγές είναι σημαντικές γιατί μπορεί να περιλαμβάνουν ατροφία του βλεννογόνου και του συνδετικού ιστού, μορφολογικές ανωμαλίες στην κυτταρική δομή και την αρτηριοσκλήρωση, η οποία γενικά επηρεάζει τα μεσεντέρια αγγεία και τον κοιλιακό άξονα. Ως προς την φυσιολογία, το χοντρό έντερο δεν είναι

ένα χωνευτικό όργανο αλλά ένα αποθηκευτικό όργανο για κατανάλωση ή το πιο σημαντικό για την απορρόφηση του νερού. Λόγω της παροδικής αποθηκευτικής λειτουργικότητας του, η κινητικότητα του χοντρού εντέρου έχει γίνει θέμα πολλών ερευνών. Μελέτες έχουν δείξει πώς να μετρούν την κίνηση με την χρησιμοποίηση μπαλονιών και ανοιχτών τελικών σωλήνων που εισάγονται στο απευθυσμένο, αφού το κόλον είναι ένας ανοιχτός σωλήνας και η μέτρηση της πίεσης είναι δύσκολη. Επίσης η συστολή και η διαστολή του χοντροεντέρου παρουσιάζει διαφορετική εικόνα από την ενδοεντερική πίεση.

Παρόλα τα οργανικά προβλήματα σχετικά με την μέτρηση της δραστηριότητας του κόλονος, υπάρχει ένα πρόβλημα με την κολονική κινητικότητα επειδή δεν είναι αναμενόμενη και τα πρότυπα κινητικότητας αλλάζουν σημαντικά στο ίδιο σημείο από περίοδο σε περίοδο. Η κινητικότητα αυξάνεται κατά την διάρκεια και μετά το γεύμα, αλλά αυτό δεν συνηθίζεται στην προωθητική δραστηριότητα εκτός να το πρόσωπο είναι σωματικά δραστήριο. Η διάρροια και μερικά φάρμακα προκαλούν υποκινητικότητα, ενώ άλλα όπως η μορφίνη σε υπερκινητικότητα.

Ο Duthie και ο Bennet (1963) έχουν ερευνήσει τις αισθήσεις στο έντερο και έχουν σημειώσει έναν μηχανισμό για την αναγνώριση του εντερικού περιεχομένου που περιέχεται στο απευθυσμένο. Αυτή προκαλεί την ικανότητα της διάκρισης μεταξύ κοπράνων, ρευστών κοπράνων και αερίων μέσα στο έντερο, και είναι πιθανό ότι η ακράτεια των ηλικιωμένων προέρχεται από έναν εμποδιστικό μηχανισμό.

Ορισμένες έρευνες έδειξαν ότι η δυσανεξία, η προσπάθεια βίαιης αφόδευσης μπορεί να μειώσει τον τόνο του πρωκτού. Επίσης, η πίεση, το απευθυσμένο θα έχει την τάση να κατέβει ακολουθώμενο τα κόπρανα και πιθανόν σ' αυτή την περίπτωση να οδηγήσει σε prolapse στους ηλικιωμένους που έχουν αδύναμη λεκάνη.

Πολλοί ηλικιωμένοι ανησυχούν συνεχώς για την δυσκοιλιότητα, αλλά δεν υπάρχει κατάσταση που να είναι αναπόφευκτη συνέπεια της

ηλικίας. Οι αιτίες της δυσκοιλιότητας είναι πολλές και ποικίλες αρχίζοντας από την έλλειψη άσκησης ή μια δίαιτα χωρίς ισορροπίες με σεβασμό στο bulk. Η ιδέα ότι η δυσκοιλιότητα είναι μέρος των γηρατειών πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι παραπονιούνται συνεχώς για δυσκοιλιότητα. Τα παράπονα τους προέρχονται συνήθως από την έλλειψη άλλων ενδιαφερόντων. Ενδιαφέρον για την δυσκοιλιότητα είναι η κατακράτηση λόγω μιας περιόδου με φάρμακα για τον κίνδυνο της ταξίκωσης του ίδιου του ανθρώπου. Πολλοί από τους γηραιότερους σήμερα μεγάλωσαν σε μια εποχή που η καθημερινή καθαριότητα του εντέρου ήταν σημαντική για την υγεία τους. Ίσως αυτή η προσήλωση στην ομαλότητα να εξαφανιστεί όταν οι νέοι μας γεράσουν, παρόλο που η φαρμακευτική και οι διαφημίσεις της βιομηχανίας κρατούν τον μύθο ζωντανό.

Δεν γνωρίζουμε όλα τα στάδια της φυσιολογικής κίνησης του εντέρου. Μερικές σοβαρές προσπάθειες για να μεταφράσουμε την φυσιολογική της σειρά έγιναν. Πολλές έρευνες θεωρούν ότι η σχέση των ηλικιωμένων με την χρησιμοποίηση καθαρτικών ίσως είναι δυσδιάκριτη αφού ήδη λόγω της ηλικίας έχουν συμβεί κάποιες αλλαγές.

Τουλάχιστον η προσεκτική εκτίμηση της δυσκοιλιότητας στους γηραιότερους είναι σημαντική, αφού είναι ένα πιθανό σύμπτωμα για μια υποκείμενη ασθένεια. Οι πιο σημαντικές αιτίες της δυσκοιλιότητας είναι οι ακόλουθες :

1. Τραυματικές αλλοιώσεις του εντέρου (εμπόδιο ιδιοπαθητικό).
2. Νευρολογικά τραύματα ή καταστροφή.
3. Μεταβολικές αιτίες (υπερκαλιαιμία, πορφυρία, φάρμακα όπως καθαρτικά).
4. Ενδοκρινικό σύστημα (υποθυρεοειδισμός)
5. Ψυχιατρικές αιτίες (ένταση, άγχος).
6. Γενική ακινητοποίηση.

Για την φροντίδα της δυσκοιλιότητας μια προσωπική προσέγγιση είναι πιο εφικτή. Ύστερα από την πιθανότητα ασθένειας ή κάποιου

εμποδίου δημιουργήθηκαν κάποιοι γενικά θεραπευτικοί κανόνες, τροποποίηση της δίαιτας και αύξηση σωματικής δραστηριότητας. Η εξάρτηση από τα καθαρτικά, είναι δύσκολο να εξουδετερωθεί, αλλά ένας ενδιάμεσος συμβιβασμός, ίσως είναι παραγωγικός. Στις διατροφικές αλλαγές είναι δύσκολο να υπάρξουν διευκολύνσεις, αφού η αποχή από τις διατροφικές συνήθειες συνδέεται συναισθηματικά με τους ασθενείς. Η σωματική δραστηριότητα ίσως είναι αδύνατη ορισμένες φορές.

Εάν η κοπρανώδη μορφή έχει διαμορφωθεί, ίσως είναι αναγκαία η χειροκίνητη μετακίνηση. Τα καθαρτικά ίσως δουλεύουν αλλά πρέπει να υπάρχει φροντίδα για να αποφευχθεί ένας μεγάλος όγκος, αφού ξαφνική χώνευση του στο κόλον μπορεί να προκαλέσει ρήξη ή την ύπαρξη ενός εκκολπώματος. Υπάρχει και η πιθανότητα πρόκλησης στους ηλικιωμένους.

Η ακράτεια κοπράνων είναι ένα άλλο σοβαρό πρόβλημα. Δεν στερεί την ζωή του ατόμου αλλά επηρεάζει το πώς βλέπει το ίδιο τον εαυτό του. Ένα έξυπνο άτομο μπορεί σταδιακά να νιώσει ντροπιασμένο και πολύ μόνο όταν αρχίζει μια τέτοια κατάσταση. Αντίθετα η ακράτεια ούρων είναι από τα κυριότερα προβλήματα της φροντίδας των ηλικιωμένων. Η ακράτεια κοπράνων είναι λιγότερο συχνή από την ουρική και πιο άμεση στην θεραπεία, αλλά αρκετά δυσάρεστη για τους ασθενείς, το προσωπικό και την οικογένεια. Μελέτες στην Αγγλία έδειξαν ότι η ακράτεια κοπράνων είναι ένα από τα κυριότερα προβλήματα πολύχρονης φροντίδας των ασθενών. Ο Watkins (1971), για παράδειγμα βρήκε αυτή την κατάσταση στο 60% του γηριατρικού τμήματος της μελέτης του και ο Brocklehurst (1951) βρήκε 75% ακράτεια στο Glasgow σε πολύχρονη φροντίδα.

Οι αιτίες της ακράτειας κοπράνων είναι διάφορες και περιλαμβάνουν και τον καρκίνο στο κόλον ή το απευθυσμένο εκκολπωματική νόσο, ισχαιμική κολίτιδα, πρωτοκολίτιδα, διαβητική νευροπάθεια και τις επιδράσεις των φαρμάκων. Ίσως επίσης είναι

αποτέλεσμα επέμβασης αιμορροϊδών, οι οποίες διαλύουν τον πρωκτικό σφιγκτήρα. Τα αποτελέσματα της εκκένωσης συνδυάζονται με ψευτοδιάρροια που μπορεί να δημιουργούν εμπόδια στην περιοχή. Νευρογενετικές αλλαγές μπορεί επίσης να ενοχοποιούνται για την ακράτεια κοπράνων αλλά αρκετές έρευνες τις θεωρούν μια ακατάλληλη θεωρητική αντίληψη. Πολλές μελέτες στηρίζονται σε νευρογενετική βάση για πολλές περιπτώσεις fecal ακράτειας στους ηλικιωμένους.

Τις περισσότερες φορές η Fecal ακράτεια είναι προβλέψιμη και η βασική προσέγγιση για την πρόληψη εμπεριέχει την θεραπεία συγκεκριμένων αιτιών των fecal επιδράσεων από την θεραπεία της δυσκοιλιότητας. Η θεραπεία της νευρογενετικά βασισμένης ακράτειας περιλαμβάνει εκπαίδευση συνηθειών όμοια με την εκπαίδευση ενός παιδιού. Η δημιουργία δυσκοιλιότητας ακολουθείται από σχεδιασμένη εκκένωση που μπορεί να κάνει την διαδικασία αναμενόμενη και εύκολη, κυρίως στα ιδρύματα. Για την θεραπεία στο σπίτι, ένα καθαρικό ακολουθείται από υπόθετο γλυκερίνης αριστερά στο απευθυσμένο πρέπει να ολοκληρώσει την διαδικασία μέσα σε μιάμιση ώρα. Με αυτόν τον τρόπο οι ηλικιωμένοι δεν νιώθουν ντροπή για αυτά που ο ίδιος και οι άλλοι ίσως διακρίνουν όπως μια σοβαρή παραβίαση του κοινωνικού κώδικα.

Ο καρκίνος του χοντρού εντέρου είναι συνήθως κακοήθης ύστερα από την ηλικία των 70 όπως και των πνευμόνων γνωστός ως ο δολοφόνος των καρκίνων (Mc Keown 1965). Ακόμη η διάγνωση παραμένει ένα πρόβλημα παρόλο το γεγονός ότι περισσότεροι από τους μισούς καρκίνους είναι μέσα στα όρια της δακτυλικής εξέτασης και γύρω στα 3/4 αυτών στα όρια του ορθοσκοπίου. Σ' αυτές υπάρχει δυστυχώς θνησιμότητα ως 5 χρόνια στις προσυμπτωματικές περιπτώσεις 50% ή περισσότερο και στην περίπτωση χειρουργείου είναι χαμηλή.

Ο καρκίνος στο κόλον είναι πιο συχνός στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες. Τα σημεία και συμπτώματα ποικίλουν από το τμήμα του



εντέρου τις αλλαγές στις πεπτικές συνήθειες, όπως μείωση της όρεξης, αδυναμία, απώλεια βάρους και αναιμία πρέπει να εξετάζονται σοβαρά. Μερικές φορές μπορεί να μπερδευτεί με την κοπρανώδη μορφή του σιγμοειδούς που παρουσιάζει μια σκληρή μάζα, αλλά το καρκίνωμα έχει συνήθως διαμορφωθεί.

Η θεραπεία γενικά ασχολείται με την επανόρθωση του εντέρου και έχει την καλύτερη πρόγνωση από όλα τα γαστρεντερικά καρκινώματα. Μεγάλος αριθμός ανθρώπων που επέζησαν έχει αναφερθεί για περιπτώσεις που ξεκίνησαν αμέσως την θεραπεία.

Η ύπαρξη πολύποδα στο έντερο, συγγενικοί πολύποδες κολίτιδας και η ελκώδης κολίτιδα θεωρούνται ως προάγγελοι καρκίνου στις μισές περιπτώσεις (Morson 1971). Ο καρκίνος σ' αυτή την περιοχή έχει πιο στενή σχέση γεωγραφικά με την οικονομική ανάπτυξη σε σχέση με παραδοσιακές ή υποανάπτυκτες κοινωνίες στις οποίες σπάνια παρουσιάζεται αυτή η κατάσταση. Ο Burkitt (1971) και άλλοι έχουν προτείνει ότι η ασθένεια αυτή είναι έντονη στα δυτικά λόγω των χαμηλών – υπολειμματικών διαίτων ελλειπείς σε ίνες και με έντονο άγχος η με έτοιμα φαγητά. Η χαμηλής αξίας, υπολειμματική, και διυλισμένη διατροφή έχει ως αποτέλεσμα την μεταφορά της στο σύστημα σε πιο αργό βαθμό. Αυτή η κατάσταση οδηγεί σε καρκινογένεση, όπως η βλάβη των προϊόντων των χολικών αλάτων και αυτών που υπάρχουν στο φαγητό, έχοντας παρατεταμένη επαφή με το εντερικό τοίχωμα και συνεπώς μια τεράστια αλλαγή περιλαμβανομένης και τον καρκίνο.

Οι αιμορροΐδες παρουσιάζονται κυρίως μετά τα 50. Είναι τμήματα αγγείων με αίμα που έχουν υποστεί μια ρήξη και βρίσκονται γύρω από τον πρωκτικό σφιγκτήρα. Μπορεί να βρίσκονται εξωτερικά ή εσωτερικά στο έντερο και μπορεί να μην έχουμε συμπτώματα ή αντιθέτως έντονο πόνο και αιμορραγία που καθιστούν αναγκαίο το χειρουργείο. Μερικές από τις σοβαρότερες αιτίες στους ηλικιωμένους είναι η δυσκοιλιότητα, η παρατεταμένη χρησιμοποίηση καθαρτικών και η ένταση κατά την αφόδευση. Η διαιτητική φροντίδα μπορεί να κάνει το έντερο στην κίνηση

πιο άνετη και να προωθήσει την θεραπεία. Γενικά 8 – 10 ποτήρια νερό και μια δίαιτα ισορροπημένη μπορεί να μειώσει ή να προλάβει τις αιμορροΐδες. Ακόμη θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση σκληρών καθαρικών και να προσπαθείτε η ρύθμιση της ώρας για την κινητικότητα του εντέρου κάθε μέρα. Η αύξηση καταστάσεων όπως οι αιμορροΐδες στον Δυτικό κόσμο επίσης σχετίζεται με μια χαμηλής διατροφικής αξίας και ινών δίαιτας.

Η ύπαρξη πολύποδων και όγκων στο κόλον είναι το ίδιο συχνό και στο ρεκτοσιγμοειδές. Προκαλούν αιμορραγία αλλά συνήθως δεν είναι η αιτία ο καρκίνος και γενικά θεραπεύονται με απλό τρόπο. Τα συγγενικά αδενώματα, οι κολικοί πολύποδες έχουν στενή σχέση με τον καρκίνο και η θεραπεία είναι η χρόνια καλοστομία. Είναι μια κληρονομική ασθένεια και γι' αυτό θα πρέπει να υπάρχει ιστορικό της οικογένειας για τέτοιες περιπτώσεις. Η ελκώδης κολίτιδα έχει επίσης ψευτοπολύποδες που μπορεί να είναι καρκινογενέσεις.

Η ισχαιμική κολίτιδα σπάνια μπορεί να διαγνωσθεί. Στους ηλικιωμένους. Είναι συνήθως το αποτέλεσμα μιας σύγκλισης των μεσεντέριων αρτηριών λόγω αρτηριοσκλήρωσης, συνήθως στον σπλήνα, το οποίο είναι το πιο σημαντικό τμήμα της κυκλοφορίας του αίματος στο έντερο. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι ένας ακανόνιστος πόνος και κόπρανα με ζωηρό κόκκινο χρώμα στο αίμα ή κόπρανα Αιγός. Η ασθένεια μπορεί να είναι ξαφνική και να συνοδεύεται από ενδοτοιχωματικά αέρια στο έντερο. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα βακτηριακής εισβολής στο εντερικό τοίχωμα. Η καρδιακή συμφόρηση είναι ένα σημαντικός επισπευτικός παράγοντας. Για κάθε φόβο ως προς την διατροφή για τους ηλικιωμένους πρέπει να υπάρχει διακριτικότητα λόγω της ασθένειας. Η θεραπεία ίσως περιλαμβάνει χειρουργική μετακίνηση του εντέρου, κυρίως αν ξέρουμε το ακριβές σημείο. Η πρόγνωση είναι μικρή μετά την επέμβαση, αλλά οι περισσότερες περιπτώσεις παροδικές μετακίνησης.

Η εκκολπωματική νόσος στο κόλον αποτελεί μια ασθένεια των τελευταίων δεκαετιών της ζωής, από την ηλικία των 40 και έπειτα. Εμφανίζεται κυρίως σε βιομηχανικές περιοχές. Συμβαίνει στο 30% - 60% των ηλικιωμένων και στις περισσότερες φορές χωρίς συμπτώματα. Εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες από ότι στους άντρες και ο αριθμός αυτών που πάσχουν από εκκολπομάτωση αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων. Το πιο συχνό σημείο είναι το σιγμοειδές κόλον. Ο Mc Keown (1965) βρήκε ότι η κατάσταση αυτή στο 6,6% των περιπτώσεων μετά τα 70 είχε συμπτώματα, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να μην ήταν τίποτα ή να οδηγούσαν τελικά σε περιτονίτιδα.

Η εκκολπομάτωση ουσιαστικά είναι μικροσκοπικές κήλες του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνου στρώματος μέσα στο μυϊκό στρώμα.

## **7) Αντιόξινα**

Τα αντιόξινα χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της δυσπεψίας αλλά είναι ποικίλα στην σύνθεση και τον τρόπο που επιδρούν. Το διτανθρακικό νάτριο είναι βασικό στοιχείο για τη θεραπεία. Είναι ένα προφανές αντιόξινο αλλά λιγότερο επιθυμητό για συχνή χρησιμοποίηση. Το κυριότερο πρόβλημα που προκύπτει είναι ότι η αλκαλοποίηση των υγρών του σώματος, μπορούν να οδηγήσουν σε πέτρα στα νεφρά και να επαναφέρουν μολύνσεις στο ουροποιητικό. Μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφή του νεφρού και είναι πολύ βλαβερό για όσους πάσχουν από υπέρταση και βλάβη στην καρδιά.

Οποιοδήποτε αντιόξινο που έχει πάνω από 115 mg νάτριο ανά την μεγαλύτερη καθημερινή δόση, είναι ακατάλληλο για αυτούς με χαμηλή δίαιτα σε νάτριο. Αφού σε πολλούς δεν έχει ανιχνευθεί πρόβλημα στην καρδιά ή το νεφρό θα πρέπει να εξετάζονται ώστε το νάτριο να μην είναι αντιόξινο. Τα προβλήματα της καρδιάς και των νεφρών έχουν την τάση να αυξάνονται με τον καιρό κανένας πάνω από

60 δεν πρέπει να πάρει πάνω από 2300 mg νάτριο αντιόξινα χάπια ημερησίως. Για παράδειγμα, ένας καρδιακός σε δίαιτα 1000 – 2000 mg μπορεί να ταράξει την ισορροπία της δίαιτας του με μια μονή δόση αρκετού διτανθρακικού νατρίου αντιόξινων. Μια δόση του Alka – seltzer περιέχει 1040 mg. Το καθένα μπορεί να προστεθεί σοβαρά στο ένα νάτριο και να το πάρει εάν χρησιμοποιείται κανονικά.

Το Alka – seltzer επίσης περιέχει ασπιρίνη, η οποία μπορεί να ερεθίσει το στομάχι και να προκαλέσει πρόβλημα σε κάποιον που έχει έλκος. Το Bromo – seltzer περιέχει φενακετίνη και καφεΐνη. Αυτό μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο νεφρό και δεύτερον έκκριση διεγερτικής οξίνης στο στομάχι. Όλα αυτά τα ουσιαστικά δεν έχουν λόγω ύπαρξης στα αντιόξινα.

Ως προς τις μικρότερες εταιρίες, το Fizrin είναι το πιο επικίνδυνο , αφού περιέχει διτανθρακικό νάτριο, το οποίο θεωρείται άχρηστο ως αντιόξινο και το υψηλό alkaline προκαλεί ερεθισμούς που πιθανόν είναι διαβρωτικό. Το Brioschi και το Eno περιέχει μόνο διτανθρακικό κάλιο.

Μια άλλη μεγάλη ομάδα αντιόξινων περιέχει ανθρακικό ασβέστιο, ως κύριο συστατικό. Το ανθρακικό ασβέστιο είναι ταχύτερης ενέργειας και έχει υψηλή θρεπτική ικανότητα. Τα Tums και Perto Bismd χάπια είναι τα πιο σημαντικά αυτού του τύπου. Τα αντιόξινα με ανθρακικό ασβέστιο ευθύνονται για την δυσκοιλιότητα και αυξάνουν τα επίπεδα του ασβεστίου σε ανεπιθύμητα επίπεδα, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε δυσλειτουργία των νεφρών και πιθανόν σε πέτρες. Η δόση που συστήνεται πρέπει να είναι το περισσότερο 8 gr ανά μέρα για 2 εβδομάδες. Tums σε ½ gr ανά δισκίο μπορεί να κατορθωθεί με 16 δισκία και υπάρχουν ενδείξεις ότι ορισμένα άτομα φτάνουν σ' αυτό το σημείο χρησιμοποίησής τους. Το ανθρακικό ασβέστιο ευθύνεται για την όξινη αναπήδηση και μικρή ποσότητα όπως ½ gm μπορεί να αυξήσει την παραγωγή της γαστρικής οξύτητας, συνεπώς το θεραπευτικό μέσο μπορεί να νικηθεί.

Τα αντιόξινα είναι χρήσιμα για την ανακούφιση της περιστασιακής δυσανεξίας λόγω δυσπεψίας. Επίσης μπορούν να εξερεθίσουν πολλές χρόνιες καταστάσεις που είναι γνωστές στους ηλικιωμένους και ίσως κρύβουν τα συμπτώματα σοβαρών παθολογικών καταστάσεων, έτσι η θεραπεία πιθανόν να καθυστερήσει.

## **8) Θεραπευτικά μέσα για την δυσκοιλιότητα**

Τα μέσα για την δυσκοιλιότητα είναι σημαντικό να εξετασθούν, αφού οι ηλικιωμένοι τα αγοράζουν για να είναι υγιείς. Οι διαφημίσεις έχουν την τάση να εκμεταλλεύονται τους ηλικιωμένους με ισχυρές συναισθηματικές βολές που συχνά είναι νοσταλγικές ή οικογενειακές. Περισσότερα από 700 μέσα για την δυσκοιλιότητα υπάρχουν. Αυτά είναι σοβαρές ενδείξεις της αγοραπωλησίας. Παρά τις διαφημίσεις και τα πιστοποιητικά κανένα δεν είναι τέλειο ή ακίνδυνο. Τα laxatives δεν διαφέρουν από τα καθαρτικά, είναι λίγο πιο ήπια. Υπάρχει μια άποψη γύρω από την γαστρεντερόλου, όπου τα καθαρτικά κάνουν απλά πιο ήπια την κατάσταση. Βασικά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να είναι η αιτία και όχι ο τρόπος θεραπείας της δυσκοιλιότητας και μερικές φορές όπως στην σκωληκοειδίτιδα, η χρήση τους μπορεί να προκαλέσει μεγάλη καταστροφή ως και τον θάνατο. Τα laxatives μπορούν επίσης να μειώσουν την απορρόφηση κύριων βιταμινών και πιθανόν να διαταράξουν την ηλεκτρολυτική ισορροπία του σώματος.

Η διάρροια είναι ένα άλλο συχνό συμβάν για τους ηλικιωμένους. Μπορεί να είναι σύμπτωμα μιας σοβαρής παθολογικής κατάστασης. Τα περισσότερα ανακουφιστικά μέσα κατά της διάρροιας είναι μείγματα καολίνης και πεκτίνης και η επίδραση τους είναι αμφίβολη. Υπάρχουν συνταγές αντιδιαρροικών φαρμάκων που περιλαμβάνουν κοδεΐνη, όπιο και παρηγορικά τα οποία είναι αποτελεσματικά. Γενικά αυτά τα φάρμακα είναι σπατάλη, αν και μερικά έχουν μικρό μέρος της φροντίδας.

## **9) Θεραπευτικά μέσα για τις αιμορροΐδες**

Οι αιμορροΐδες είναι συχνά αποτέλεσμα της δυσκοιλιότητας και των συνταγών της. Πολλές κατασκευές δημιουργήθηκαν με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο και της φαγούρας, συρρικνωμένους και πρησμένους ιστούς και την προώθηση της θεραπείας. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις που τα προϊόντα δεν κάνουν αυτό που διαφημίζουν. Τα μέσα αυτά έχουν την μορφή υπόθετου αλοιφής. Τα υπόθετα συνήθως περιέχουν ένα κράμα αλατιών, τοπικών αναισθητικών όπως την βενζοκαΐνη και αντισηπτικά. Οι αλοιφές περιέχουν τις ίδιες ουσίες και ίσως να είναι πιο χρήσιμες, αφού κατευθύνεται αμέσως στην περιοχή που έχει προσβληθεί. Τα ζεστά μπάνια για 15 λεπτά τρεις με τέσσερις φορές την ημέρα και οι διαιτητικές αλλαγές που παράγουν πιο μαλακά και μεγάλα κόπρανα είναι πιο αποτελεσματικά για τις αιμορροΐδες από οποιοδήποτε συνδυασμό φαρμάκων. Οι πραγματικοί κίνδυνοι χρησιμοποίησης μέσων από μόνα τους είναι ότι καθυστερείται ο έλεγχος συμπτωμάτων στο σώμα που ίσως ευθύνονται για σοβαρές καταστάσεις. Τα προβλήματα αυτού του είδους μπορεί να συσχετίζονται με σοβαρές γαστρεντερικές νόσους ή με μικρή βακτηριακή ή μυκητιασική μόλυνση στην ανοιχτή περιοχή.

## **10) Στοματικά διαλύματα**

Τα στοματικά διαλύματα χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση της άσχημης αναπνοής και ίσως χρησιμοποιούνται πιο συχνά για κοινωνικούς λόγους από τους ηλικιωμένους. Οι περισσότερες μυρωδιές του στόματος δεν προέρχονται από το στόμα αλλά από το γαστρεντερικό σύστημα. Για τέτοιες καταστάσεις δεν υπάρχουν διαλύματα που να καταστρέφουν τέτοιες οσμές. Αυτές μπορεί να είναι προσωρινές ή ψυχολογικές επειδή τα άτομα αντιλαμβάνεται την καθαρή

αναπνοή. Στους μεγαλύτερους τα στοματικά διαλύματα μπορεί να προκαλέσουν ξηρότητα ή να επιδεινώνει έναν ερεθισμό ή μόλυνση, αφού τα περισσότερα περιέχουν αλκοόλη. Αυτά λοιπόν προκαλούν ξηροστομία για την οποία παραπονιούνται συνεχώς οι ηλικιωμένοι, και έχουν σχέση με την αναπνοή, την μείωση των σιέλων και την τάση για αφυδάτωση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Η γήρανση του ανθρώπου είναι μια ολοκληρωμένη εξέλιξη που προέρχεται από έναν αριθμό μηχανισμών, οι οποίοι λειτουργούν ταυτόχρονα. Πολλές θεωρίες επιχειρούν να εξηγήσουν εξέλιξη της γήρανσης, αλλά οι περισσότερες είναι βασισμένες σε περιορισμένα πειραματικά και ευδιάκριτα στοιχεία. Μερικές από τις κυριότερες θεωρίες για την βιολογική γήρανση περιλαμβάνουν ένα διατροφικό συστατικό μέρος. Γενικά, η διατροφή εμφανίζεται να παίζει διπλό ρόλο στην εξέλιξη της γήρανσης. Πρώτον, υπάρχουν πιθανόν θρεπτικά συστατικά μέρη στις φυσιολογικές και ανατομικές αλλαγές που κατηγορούνται για την καταστροφή των κυττάρων και την γρήγορη αναδημιουργία τους. Δεύτερον, η δίαιτα παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην πορεία των εκφυλιστικών ασθενειών που συνοδεύουν τα γηρατειά.

Μια θεωρία για την βιολογική γήρανση παίρνει ως δεδομένο ότι τα γηρατειά ενοχοποιούνται από τις ατέλειες στον μηχανισμό της πρωτεϊνικής σύνθεσης. Προς στιγμήν, οι αλλαγές των ενζύμων μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα ελαττώματα ένα ή περισσότερα στα βήματα για την πρωτεϊνική σύνθεση. Τέτοιες αλλαγές στην εξέλιξη της πρωτεϊνικής σύνθεσης μπορούν να προκαλέσουν την λανθασμένη σύνθεση πρωτεϊνών. Συνεπώς είναι πιθανό η δίαιτα να παίζει σημαντικό ρόλο για τον εφοδιασμό αρκετών θρεπτικών ουσιών αναγκαίων για την ομαλή ενζυμική δράση και καθορισμό.

Άλλες θεωρίες υποστηρίζουν ότι μοριακά μέρη που ονομάζονται ελεύθερα ριζίδια ίσως αντιδρούν με λιπαρά οξέα στην κυτταρική μεμβράνη για να σχηματίσουν προϊόντα υπεροξειδίου. Είναι πιθανό ότι αυτού του είδους οι αλλαγές ίσως εμποδίζουν την κίνηση αυτών των θρεπτικών ουσιών μέσα και έξω από το κύτταρο, συνεπώς οδηγούν



στον θάνατο του κυττάρου. Η βιταμίνη E παίζει καθοδηγητικό ρόλο στην προστασία της υπερβολικής οξειδωσης των κυτταρικών λιπιδίων ως εμπόδιο στην υπεροξειδωτική αντίδραση. Η βιταμίνη C επίσης ίσως είναι σημαντική επειδή λειτουργεί ως συνεργός στην δραστηριότητα της βιταμίνης E και ως παγίδα των ελεύθερων ριζιδίων.

Η ανοσολογική θεωρία πιστεύει ότι η γήρανση προκαλείται από την βαθμιαία κατάρρευση της ανοσολογικής εξέλιξης του σώματος. Αυτή η θεωρία αναφέρει ότι η σύνθεση αντισωμάτων μπορεί να είναι ελλιπής και η παραγωγή αντισωμάτων που πρόσβαλλαν στο σώμα να είναι αυτοαντισώματα. Τα αντισώματα είναι πρωτεΐνες και συνεπώς χρειάζονται αμινοξέα για την σύνθεση τους, είναι πιθανό η αύξηση των πρωτεϊνών με την διατροφή να έχει σχέση με την παραγωγή αντισωμάτων.

Η αιτία πολλών εκφυλιστικών ασθενειών είναι σημαντικό διατροφικό συστατικό μέρος. Σε μεγάλο μέρος της ζωής αρκετή κατανάλωση φθορίου ίσως να μην βοηθά μόνο στην πρόληψη αναγκών των νέων αλλά ακόμη ίσως να σχετίζεται με την μείωση του κινδύνου της οστεοπόρωσης. Από Βρετανικές έρευνες διαπιστώθηκε ότι αρκετές ίνες στην δίαιτα μπορεί να προλάβουν την εκδήλωση καρκίνου παχέως εντέρου και ποικίλες άλλες εκφυλιστικές νόσους. Υπερβολικό νάτριο στην διατροφή συσχετίζεται με την πορεία της καρδιακής συμφόρησης, της υπέρτασης, την κύρωση του ήπατος και την κατακράτηση υγρών στους ιστούς του σώματος. Η αρτιοσκλήρωση σχετίζεται με την υπερκατανάλωση λιπών και χοληστερόλης. Ο Yudkin και άλλοι πιστεύουν ότι η διύλιση της ζάχαρης ίσως είναι κυριότερος ένοχος των καρδιακών νόσων και επιπρόσθετα παίζει ρόλο στην ανάπτυξη οδοντικών παθήσεων και του σακχαρώδους διαβήτη.

Λίγα έχουν γίνει στο παρελθόν για την διερεύνηση της πιθανότητας χρησιμοποίησης των κατάλληλων ουσιών και διαιτητικής συμπλήρωσης κατά των επιδράσεων της γήρανσης. Τα θρεπτικά συστατικά μέρη στις ασθένειες των ηλικιωμένων δεν έχουν μελετήσει

ακόμη κατάλληλα. Την ίδια ώρα που ο επιστημονικός κόσμος υπολειτουργεί στο επίπεδο της γηριατρικής διατροφής αρκετοί ηλικιωμένοι έχουν μετατρέψει την τροφή τους σε φτωχή σε θρεπτική αξία και χωρίς θρεπτική αξία.

## **1) Οι Ειδικές Διατροφικές ανάγκες των Ηλικιωμένων**

Δεν υπάρχει κατάσταση που να απαιτεί την μείωση των θρεπτικών ουσιών με την γήρανση. Προτεινόμενες μειώσεις στην ποσότητα της τροφής σχετικές με μεταβολικές αλλαγές και μειωμένη δραστηριότητα σημαίνουν ότι η ποσότητα του φαγητού πρέπει να είναι μεγαλύτερη στο νεώτερο της ηλικίας. Οι συνιστώμενες διαιτητικές ανοχές για τους ηλικιωμένους δεν πρέπει να ακολουθούνται από όλους το ίδιο αλλά να λειτουργούν ως οδηγός για το προσωπικό πρόγραμμα διαίτας. Βάζοντας τους ανθρώπους σε κατηγορίες είναι επικίνδυνοι γιατί αγνοείται αυτό που ο Roger Williams ονόμασε “Βιομηχανική προσωπικότητα”. Αυτή η αντίληψη είναι η πιο σχετική για τους ηλικιωμένους, αφού η μεγαλύτερη πλειονότητα από αυτούς έχει μια ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες, οι οποίες συμβάλλουν στο προσωπικό τους διατροφικό άγχος.

Σε συνδυασμό με τις διατροφικές απαιτήσεις κάθε ομάδας, υπάρχουν δυο στερεότυπα, οι ελάχιστες και οι προαιρετικές ανάγκες. Οι ελάχιστες ανάγκες βοηθούν ορισμένους να μην αποκτήσουν διατροφικές ασθένειες, ενώ οι προαιρετικές ανάγκες παρέχουν όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για να διατηρηθεί μια καλή υγεία. Οι διατροφολόγοι ως προς τις ελάχιστες ανάγκες είναι κυρίως που συμφωνούν, όσον αφορά όμως τις προαιρετικές αποτελούν λόγο συζήτησης και πολλές φορές αντιγνωμίας. Η απουσία εξωτερικών σημείων διατροφικών ασθενειών δεν πρέπει να θεωρείται ότι μια προαιρετική δίαιτα θα είναι προνοητική ή καταναλωτική.

Φανερή διατροφική ασθένεια είναι σπάνιο σήμερα για τους ηλικιωμένους των Η.Π.Α, παρόλο που αρκετοί γηραιότεροι ζουν με το κατώτερο διατροφικό επίπεδο που μπορεί να τους συντηρήσει σε μια εποχή που το άγχος αυξάνεται λόγω των μολύνσεων των τραυμάτων και των χειρουργείων. Κλινικά οι εκδηλώσεις των διατροφικών ασθενειών δεν είναι μόνο η πληροφορία μιας πιθανής μεγάλης διατροφικής έλλειψης. Ο υποσιτισμός εκτός κλινικής είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτός, βασικά αναφέρεται ως κατάσταση όπου η διατροφή είναι ελλιπής για κάθε άνθρωπο και έχει ως αποτέλεσμα συγκεκριμένα σημεία και συμπτώματα. Αυτή η κατάσταση, στην οποία οι άνθρωποι αναφέρονται ως “λανθάνων ελλιπή σύνδρομο”, υπάρχει η πιθανότητα μιας ξαφνικής πρόκλησης υποσιτισμού σε συγκεκριμένο πρόσωπο επειδή ήρθε αντιμέτωπο με αγχώδεις καταστάσεις.

## **2) Θερμιδικές Ανάγκες**

Οι επιδράσεις της γήρανσης στο βασικό μεταβολισμό είναι θέμα κάποιας αντιγνωμίας. Είναι πιθανό ότι το μεταβολικό κόστος στους άντρες και τις γυναίκες πάνω των 65 είναι 10% χαμηλότερο από αυτό των ατόμων που είναι 20 ετών. Υπάρχει ένα πρόβλημα στην θεωρία για τις επιδράσεις των γεροντολογικών αλλαγών στην σύνθεση του στόματος που σχετίζεται με την μείωση της μυϊκής μάζας και την αύξηση του λιπώδους ιστού.

Επιπλέον, όσες θερμίδες δεν είναι αναγκαίες για την καθημερινή δραστηριότητα, ο πιο σπουδαίος παράγοντας προφανώς είναι η μείωση των σωματικών δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων. Το μέγεθος της σωματικής δραστηριότητας εξαρτάται από το επάγγελμα, τις κλίσεις, τις αναζωογονητικές ευκαιρίες και το επίπεδο υγείας. Η επαγγελματική δραστηριότητα είναι η πιο σημαντική για την κατανάλωση ενέργειας από την ελεύθερη ή την αναζωογονητική δραστηριότητα, αφού ίσως

υπάρχει λιγότερη προθυμία και ενθαρρύνει για κάποιον ηλικιωμένο να πάρει μέρος σε ελεύθερες, στοματικές, κοπιώδης δραστηριότητες

Η τηλεόραση και η ανάπτυξη των συγκοινωνιών δημιούργησε έναν καθιστικό τρόπο ζωής. Η αναπνοή που δεν είναι κοινό χαρακτηριστικό της γήρανσης, ίσως μειώνει την προσωπική αισιοδοξία και τον σεβασμό στην σωματική δραστηριότητα.

Μελέτες έδειξαν μια μείωση 5% των θερμιδικών αναγκών ανά δέκα χρόνια που συμβαίνει από την ηλικία των 55 ως τα 75 και το ποσοστό μείωσης αυξάνεται σε 7% ανά 10 χρόνια ύστερα από τα 75. Υπολογίζοντας την μείωση των θερμίδων μια δίαιτα 1650 – 1825 θερμίδων είναι καλή, αν το άτομο παίρνει λιγότερες από 1475 θερμίδες την ημέρα η δίαιτα είναι ελλιπής και αφήνει μικρά περιθώρια για εναλλακτικές διατροφικές ανάγκες σε σχέση με το άγχος. Η παχυσαρκία, εξαιτίας των μεγάλων ποσοτήτων φαγητού και της μη ισορροπημένης δίαιτας, είναι ένα κύριο πρόβλημα των ηλικιωμένων. Η παχυσαρκία επίσης μπορεί να περιπλέξει άλλα προβλήματα όπως τα αρθρικά και οι καρδιακοί νόσοι, συνεπώς προκαλεί την μείωση της σωματικής δραστηριότητας και της ενεργειακής κατανάλωσης. Αυτή η μείωση των αναγκών σε θερμίδες αφήνει μικρό μέρος για υψηλής θερμιδικής αξίας φαγητά με λίγες θρεπτικές ουσίες, οι οποίες είναι κυρίως γνωστές στους ηλικιωμένους επειδή είναι πιο φτηνές, εύκολης κατάποσης και άμεσα διαθέσιμες.

### **3) Ανάγκες σε Πρωτεΐνες**

Οι περισσότερες μελέτες για την ισορροπία του αζώτου δεν μας δείχνουν σημαντικές διαφορές των πρωτεϊνικών αναγκών στους νέους και τους ηλικιωμένους. Ο Swendeseid et al (1961) έχει πει πως ένας άντρας μετά τα 50 χρειάζεται περισσότερες πρωτεΐνες και ταυτόχρονα έχει μεγάλη ανάγκη για μεθειονίνη και λυσίνη. Λίγοι ερευνητές υποστηρίζουν αυτές τις παρατηρήσεις. Ο Young και ο Scrimshaw

προειδοποιεί για την έλλειψη μελετών που είχαν οδηγήσει σ' αυτή την ηλικία. Οι σχετικές σύντομες πνευματικές διαιτητικές περίοδοι που είχαν χρησιμοποιηθεί σ' αυτές τις μελέτες ίσως να μην ήταν μεταβολικά ισάξιες στις διαφορετικές ηλικιακά ομάδες. Εμφανίζεται ότι πολλά περισσότερα πειραματικά δεδομένα χρειάζονται πριν βγάλουν συμπεράσματα με σεβασμό στις διαφορετικές πρωτεϊνικές ανάγκες των ηλικιωμένων.

Η πρωτεϊνική ισορροπία για τους περισσότερους ηλικιωμένους προφανώς δεν είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα όπως είχε θεωρηθεί. Στοιχεία δείχνουν ότι το άγχος ως αιτία της μόλυνσης, των μεταβολικών ανωμαλιών, των γαστροεντερικών προβλημάτων έχει την τάση να μειώνει την χρήσιμη επιρροή του αζώτου και προκαλεί την αύξηση της έκκρισης αζώτου. Αν το άγχος επηρεάζει το ισοζύγιο του αζώτου, οι ηλικιωμένοι, που βρίσκονται σήμερα στο περιθώριο θα νιώθουν ότι απειλούνται, αφού πολλά από τα θέματα των ηλικιωμένων ποικίλλουν σε άγχος. Για τις ποσότητες πρωτεϊνών γενικά κατηγορείται το υψηλό κόστος αυτών των φαγητών, η ανικανότητα κατάποσης, η απόρριψη του γάλατος, προβλήματα απορρόφησης και φτωχή διατροφική εκπαίδευση.

#### **4) Ανάγκες σε λίπη**

Οι ανάγκες του σώματος σε λίπη δεν αλλάζουν με την πάροδο ηλικίας παρόλο που είναι πιθανή η σχέση των λιπών με τις ασθένειες της καρδιάς. Τα σύνδρομα κακής απορρόφησης και οι ασθένειες των οργάνων όπως το συκώτι και η χοληδόχος κύστη ίσως κάνουν αναγκαία μια δραστική δίαιτα με περιορισμένα λίπη. Για μια ισορροπημένη δίαιτα, τα λίπη πρέπει να αποτελούν περισσότερο του 20% της γενικής θερμιδικής κατανάλωσης.

## 5) Οι ανάγκες σε μεταλλικά στοιχεία

Τρία σημαντικά στοιχεία που παρουσιάζουν προβλήματα στους ηλικιωμένους είναι το σίδηρο, το ασβέστιο, και το κάλιο. Η έλλειψη σιδήρου συχνά έχει ως αιτία την δημιουργία αιμορραγίας εξαιτίας της διαφραγματοκήλης δια μέσου του οισοφαγικού τμήματος και την συχνή χρήση ασπιρίνης. Στην Σουηδία ο Soremark και ο Nilsson (1972) σημείωσαν ότι τα επίπεδα ενός αιμοσφαιρίου σε έναν άνθρωπο (σε μέτρηση με έλλειψη σιδήρου) σχετίζονται με τροφή πλούσια κυρίως σε σίδηρο. Επίσης, γεύματα στην δίαιτα βελτιώνουν την απορρόφηση του σιδήρου στον οργανισμό. Η μόνη σπουδαία αλλαγή στις ανάγκες σιδήρου των γηραιότερων είναι πως οι μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορούν να μειώσουν το σίδηρο παίρνοντας από 18 – 10 mg την μέρα, οι ανάγκες των αντρών παραμένουν οι ίδιες.

Αφού ο σίδηρος είναι άμεσα απορροφημένος σε οποιαδήποτε ηλικία στα γηρατειά το πεπτικό σύστημα έχει προβλήματα δυσαπορρόφησης, η διατήρηση της ισορροπίας του σιδήρου είναι δύσκολη. Τα συμπληρώματα σιδήρου ίσως βοηθήσουν. Πρόσφατη εργασία για τον εμπλουτισμό των φαγητών σε σίδηρο δείχνει ότι υπάρχει μεγάλο πρόβλημα στην καταπολέμηση των ελλείψεων του σιδήρου. Ίσως είναι αδύνατη η διατήρηση της ισορροπίας του σιδήρου στους γηραιότερους μόνο με σωστές διατροφικές συνήθειες.

Η έλλειψη καλίου είναι σχετικά συχνή στους ηλικιωμένους και εύκολα μπερδεύεται με την έλλειψη μαγνησίου. Γενικά σχετίζεται με υπερβολική απώλεια λόγω διουρητικής θεραπείας, νεφρική νόσο ή διάρροια. Οι κύριες πηγές για την δίαιτα του καλίου είναι τα φρούτα και το γάλα, καμία από αυτές τις ομάδες δεν χρησιμοποιείται σε μεγάλες ποσότητες από τους ηλικιωμένους. Για την ενίσχυση της ισορροπίας του καλίου ίσως μπερδεύεται σημαντικά η επανεκπαίδευση με σεβασμό στα πρότυπα μιας ενισχυμένης διατροφής.

Οι ελλείψεις ασβεστίου σχετίζονται με την οστεοπόρωση, αλλά πιο πρόσφατα μελέτες έδειξαν ότι ίσως να μην σχετίζεται άμεσα με το να παίρνει το άτομο ασβέστιο. Δεν υπάρχει κατάσταση στην οποία οι ανάγκες σε ασβέστιο για τους ηλικιωμένους να αυξάνεται. Η οστεοπόρωση είναι από τις πιο γνωστές ασθένειες που σχετίζονται με τα γηρατειά και δεν υπάρχουν γενικά παραδεκτές εξηγήσεις για την ανάπτυξη της. Κάποιες έρευνες δήλωσαν ότι προληπτικά βήματα είναι μόνο η φροντίδα και ότι η εξέλιξη είναι δύσκολο να αλλάξει. Η ασθένεια έχει αποδοθεί σε ποικίλους παράγοντες άσχετους με τους διατροφικούς, αλλά σχετικούς με το σκελετικό σύστημα. Η οστεοπόρωση συχνά μπερδεύεται με την οστεομαλακία, μια ασθένεια, αποτέλεσμα έλλειψης της βιταμίνης D στους ηλικιωμένους όμοια με την παιδική ραχίτιδα.

Συγκεκριμένη δίαιτα στην οστεομαλακία σπάνια θα βρούμε στις ΗΠΑ σήμερα αλλά θα τη βρούμε σε σπουδαία αναλογία σε ασθενείς ύστερα από χειρουργείο γαστρεντερικό. Αυτό ίσως κατηγορείται για την κακή απορρόφηση ασβεστίου. Επίσης, συσχετίζεται με τις συχνές στα άτομα με αυχενικά κατάγματα. Μπορεί να συγχυστεί με την νόσο του Paget.

Οι διατροφικές προτάσεις για τα οστά με οστεοπόρωση βρίσκονται γύρω από το κέντρο με αρκετές παραλλαγές όπως ο συνδυασμός στο φαγητό φωσφόρου και ασβεστίου, ασβεστίων και φωσφορικών αλάτων πρωτεϊνών, τροφές βασισμένες σε οξέα και δίαιτα για χορτοφάγους. Καμιά από τις παρούσες προτάσεις δεν μας δίνει την υπόσχεση για την εξήγηση ή την θεραπεία ενός σπασμένου οστού. Η υπόθεση της χορήγησης ασβεστίου δεν υποστηρίζεται από μελέτες για τα άτομα στα οποία χορηγούνται υψηλές ποσότητες ασβεστίου. Μια άνιση μερίδα σε ασβέστιο και φώσφορο έχει θεωρηθεί ως αιτία από κάποιες έρευνες, οι οποίες παρατήρησαν ότι με την αύξηση της χορήγησης φωσφόρου στα γεύματα και τα ελαφρά ποτά και με την μείωση των επιπέδων του ασβεστίου στις σύγχρονες δίαιτες. Ακόμη μελέτες των προϊστορικών πολιτισμών μας έδειξαν κοινά πρότυπα για

τις σχέσεις της απώλειας οστών κατά την γήρανση και στα δυο φύλλα. Η υψηλή πρωτεϊνική κατανάλωση έχει επίσης ενοχοποιηθεί αφού υπάρχουν ενδείξεις για την αύξηση των επιπέδων των πρωτεϊνών τότε τα επίπεδα του ασβεστίου θα πρέπει να αυξηθούν ως εντολή της διατήρησης της ισορροπίας. Ο Linksweiler et al (1974) παρατήρησε ότι η ισορροπία ήταν πιθανή με την χορήγηση 400mg ασβεστίου την ημέρα και 42gm πρωτεΐνης την ημέρα. Όταν τα πρωτεϊνικά επίπεδα αυξήθηκαν σε 95 ή 142gm την ημέρα, υπήρξε μια μείωση της απορρόφησης ασβεστίου και η ανάπτυξη αρνητικού ισοζυγίου ασβεστίου. Η καθημερινή απώλεια 100mg ασβεστίου μπορεί να προκαλέσει σοβαρή εκφύλιση του οστού σε μια περίοδο 10 – 20 χρόνων και περισσότερο.

Μια άλλη θεωρία παρατηρεί ότι οι δίαιτες με πολύ κρέας κατηγορούνται για υπερφόρτωση οξέων, η οποία προκαλεί απώλεια ασβεστίου. Δεν υπάρχει κανένα ισχυρό εμπειρικό στοιχείο για την υποστήριξη αυτής της θεωρίας. Παρόλο αυτά ο Barrel (1970) βελτίωσε το αρνητικό ισοζύγιο του ασβεστίου με θέματα που έλαβαν sodium και potassium bicarbonate στην μορφή κάψουλας κάποιες μελέτες γύρω από τους Εσκιμώους, που τρέφονται με πολύ κρέας, έδειξαν ότι η φθορά των οστών και για τα δύο φύλλα είναι 5% μεγαλύτερη από δεκαετία από ότι τα γερασμένα κόκαλα που βλέπουμε στις ΗΠΑ (Mazes και Mother 1974, 1975). Ορισμένες έρευνες ισχυρίζονται ότι οι χορτοφάγοι έχουν λιγότερη φθορά στα οστά. Χρονοβόρες μελέτες για τους χορτοφάγους ανέδειξαν ότι η πυκνότητα των οστών είναι μεγαλύτερη από αυτή των παμφάγων. Αυτές οι μελέτες έχουν αμφισβητηθεί από μεθοδολογικές διδασκαλίες.

Τα πολιτισμικά στοιχεία δεν είναι αρκετά για να υποστηρίξουν την υπόθεση μιας σωστής διαίτας. Στην Γουατεμάλα, ντόπιοι με δίαιτα χαμηλή σε πρωτεΐνες αλλά υψηλή σε ασβέστιο είχαν φθορές στα οστά, όπως το ίδιο συνέβαινε και στους Αμερικανούς με δίαιτα υψηλή σε πρωτεΐνες και χαμηλή σε ασβέστιο. Χωρίς τις ημερομηνίες στις μελέτες



των πληθυσμών με ποικίλα διατροφικά πρότυπα, δεν είναι αρκετές για την υποστήριξη απώλειας οστών. Ο Perzigian (1973) βρήκε αλλαγές λόγω οστεοπόρωσης σε προϊστορικούς πολιτισμούς των Ινδιάνων από το Kentucky και το Illinois, το ένα ήταν το 2000 π.χ.. Επίσης παρατήρησε διαφορές στις γυναίκες που αναφέρονται και σε νεώτερες κοινωνίες. Είπε πως τα διαιτητικά πρότυπα δεν έχουν καμιά σπουδαιότητα για την ανάπτυξη της οστεοπόρωσης.

Αρκετή δουλειά χρειάζεται ακόμη για την εξερεύνηση των διατροφικών παραγόντων, οι οποίοι ίσως έχουν σχέση με την ανάπτυξη της οστεοπόρωσης. Αυτές οι μελέτες πρέπει να περιλαμβάνουν τόσο τις επιδράσεις της χορήγησης ασβεστίου, του φθορίου και φωσφόρου όσο και την φύση και την ποσότητα των πηγών για την διατροφή με πρωτεΐνες. Οι χορτοφάγοι και οι παμφάγοι ίσως πρέπει να είναι προσεκτικοί στην σύγκριση για την εκτίμηση της σχέσης επιρροής της διατροφικής σύστασης και της ανάπτυξης της οστεοπόρωσης.

## **6) Ανάγκες σε Βιταμίνες**

Δεν υπάρχει συγκεκριμένη κατάσταση στην οποία οι ανάγκες σε βιταμίνες να αυξάνονται με την πάροδο των ετών, παρόλο που η ισορροπία των βιταμινών μπορεί να οδηγήσει σε μερικά προβλήματα για τους ηλικιωμένους. Αναφέρεται συχνά κάποια έλλειψη στην βιταμίνη C, εξαιτίας του κόστους αρκετών φαγητών πλούσιων σε βιταμίνη Ψ, ως ο κυριότερος παράγοντας σε σχέση με κάποια όμοια φαγητά. Οι πατάτες μια σχετικά φτηνή πηγή της βιταμίνης C, ίσως ανόητα δεν χρησιμοποιείται για να μειωθεί το βάρος ενός ατόμου. Μερικές από τις αλλαγές, όπως υπογλώσσια αραχνοειδή αγγεία, βλεννώδη έλκη (=sores), τα οποία έχουν σχέση με την ένδειξη της έλλειψης της βιταμίνης C ίσως να προκαλούνται από μασέλες ή αλλαγές λόγω γήρανσης στην στοματική βλέννη. Δεν υπάρχει καμία κατάσταση στην

οποία υπάρχει ικανότητα διατήρησης της βιταμίνης C ίσως προωθείται λόγω έλλειψης και την αντιμετώπιση κάποιου τραύματος ή μόλυνσης.

Η έλλειψη της βιταμίνης B12 αυξάνεται κατά την γήρανση αλλά σπάνια κατηγορείται μια ανεπαρκής διατροφή. Η απορρόφηση της B12 μειώνεται με την πάροδο των χρόνων. Αυτό ίσως προκαλείται από την μείωση της ποσότητας του εσωτερικού παράγοντα, ο οποίος προφανώς σχετίζεται με την γαστρική ατροφία, την μείωση της οξύτητας στο στομάχι και/ή της μη φυσιολογικής ανάπτυξης ξένων βακτηριδίων στο λεπτό έντερο. Η κατάσταση σπάνια επανορθώνεται με διατροφικά μέσα αλλά συνήθως ανταποκρίνεται καλά σε ενέσεις βιταμίνης B12.

Η θειαμίνη μερικές φορές είναι χαμηλή εξαιτίας της ελεύθερης χρήσης διουρητικών για την αύξηση της ούρησης. Τα γαστρικά secretions μπορεί να την αδρανοποιούν, αλλαγές στην εντερική χλωρίδα ίσως είναι δεσμευτικές και ένας αριθμός σχετικός με τις ηλικιακές αλλαγές να προκαλεί την αύξηση των ποσών του. Η ανάγκη θειαμίνης αυξάνει τις ιστικές καταστάσεις, την κακοήθεια, και την παρεντερική διαχείριση της γλυκόζης. Η επικρατέστερη δίαιτα υψηλή σε υδατάνθρακες των περισσότερων ηλικιωμένων απαιτεί περισσότερη θειαμίνη για τον κατάλληλο υδατανθρακικό μεταβολισμό.

Η έλλειψη της ριβοφλαβίνης είναι σπάνια, παρόλο που οριακές καταστάσεις μπορεί να υπάρχουν συχνά σε ομάδες με χαμηλό εισόδημα. Συμπτώματα όπως η γωνιακή στοματίτιδα και η κερατοειδής αγγείων, πρέπει να λειτουργούν ως συναγερμός για την πιθανότητα riboflavin προβλήματος. Το συκώτι, το γάλα, τα αυγά και τα πράσινα λάχανα είναι πολύ καλές πηγές και θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε μια σωστή δίαιτα.

Οι ελλείψεις σε νικοτινικό οξύ είναι επίσης σπάνιες αλλά είναι πιθανές με την παρουσία αλκοολισμού και μερικών λιπαρών φαγητών που είναι περιορισμένα για μια δίαιτα με ποικιλία. Είναι αρκετά διαθέσιμα, αλλά για τους ηλικιωμένους η κύρια πηγή φαγητού είναι το κρέας.

Η βιταμίνη Α βρίσκεται σε ενεργητική μορφή στο γάλα, το βούτυρο, το τυρί, τον κρόκο του αυγού, το συκώτι και το ψάρι και ως προβιταμίνη carotene στα πράσινα, κίτρινα και κόκκινα λαχανικά. Οι ηλικιωμένοι ίσως παραλείψουν πολλές από αυτές τις τροφές από την δίαιτα τους επειδή βρίσκουν πως το τυρί τους προκαλεί δυσκοιλιότητα και τα λάχανα δυσκολία στο μάσημα και την χώνεψη. Τα μεγαλύτερα προβλήματα συνδυάζονται με φτωχή διατροφή, που συμβαίνει συχνά, αλλά τα βιοχημικά επίπεδα μπορεί να είναι χαμηλά σε μερικούς πληθυσμούς, όπως για παράδειγμα στους φτωχούς, σύμφωνα με τον Αμερικανικό Οργανισμό Διατροφής. Οι κυριότεροι λόγοι της έλλειψης της βιταμίνης Α για τους ηλικιωμένους είναι **1)** η βλαβερή ικανότητα της αποθήκευσης της λόγω της κίρρωσης, **2)** η βλαβερή ικανότητα της μετατροπής της προβιταμίνης και **3)** η βλαβερή απορρόφηση λόγω ανεπάρκειας της χολής, η χρήση καθαρτικών, οι παγκρεατικές ανεπάρκειες, η ελκώδης κολίτιδα και η χρήση αντιβιοτικών.

Οι ελλείψεις της βιταμίνης Κ είναι σοβαρές όταν ο ασθενής ετοιμάζεται για χειρουργείο, αφού η έλλειψη της μπορεί να προκαλέσει θρόμβωση. Προβλήματα μπορούν να αναπτυχθούν και σε συνδυασμό με τη χρόνια χρήση αντιβιοτικών, παρατεταμένη χρήση ορυκτού ελαίου, μικρή σαλικυλική έγχυση στο στομάχι, αλλαγή της εντερικής χλωρίδας και ηπατική ή νεφρική νόσος. Πηγές για την βιταμίνη Κ περιλαμβάνουν μαύρα χόρτα, φύλλα φυτών και κουνουπίδι αλλά οι ζωικές τροφές αποτελούν φτωχή πηγή. Δυστυχώς πολλά βακτήρια που βρίσκονται στο έντερο, συνθέτουν την βιταμίνη Κ, συνεπώς παρέχουν τις διατροφικές μας ανάγκες κάτω από φυσιολογικές περιστάσεις.

Η έλλειψη της βιταμίνης D ίσως περιστασιακά να είναι πρόβλημα αφού οι ηλικιωμένοι δεν βγαίνουν πολύ από το σπίτι, δέχονται μικρότερη ποσότητα ακτινοβολίας, υποφέρουν από έναν αριθμό προβλήματος κακής απορρόφησης όπως η ελκώδης κολίτιδα και έχουν την τάση να μειώνουν την ποσότητα του γάλακτος. Οι κυριότερες τροφές με βιταμίνη D είναι το γάλα, το ψάρι, μουρουνέλαιο, το συκώτι

και οι ελιές. Το γάλα δεν το πίνουν συχνά οι ηλικιωμένοι επειδή θεωρούν ότι είναι για τα παιδιά ή τους προκαλεί δυσκοιλιότητα. Αυτοί οι μύθοι μπορούν να εξαλειφθούν με εκπαίδευση. Το μωρουνέλαιο, δεν είναι πολύ γευστικό θα μπορούσε όμως να γίνει μέρος των τροφίμων του σπιτιού και μέρος της τροφής των ηλικιωμένων.

Ένας τρόπος για να βεβαιωθούμε για την αφθονία της βιταμίνης D είναι να ενθαρρύνουμε τους ηλικιωμένους να περνούν περισσότερο χρόνο στον ήλιο, αφού οι ηλικιακές ακτίνες βοηθούν στην παραγωγή της προβιταμίνης 7 δεχοδροχολυστερόλη στο δέρμα και την δραστηριότητα για την διαμόρφωση κολεκαλκιφερόλης. Στο σπίτι θα πρέπει να ενθαρρύνουν να πίνουν πιο πολύ βιταμίνη D fortified γάλα ή να χρησιμοποιούν μωρουνέλαιο για την αποφυγή οστεομαλακίας ή έλλειψης βιταμίνης D. Ορισμένες έρευνες πιστεύουν ότι η βιταμίνη D είναι ορμόνη και όχι βιταμίνη. Παρόλα αυτά αυτή η αντιγνωμία έχει μικρή σπουδαιότητα σε σχέση με την κλινική ή την κοινωνική διατροφή.

Η βιταμίνη E αναφέρεται ως βοηθητικό για την αργή γήρανση εξαιτίας των αντιοξεινών χαρακτηριστικών του. Η απορρόφηση της στην περίπτωση όλων των λιποδιαλυτών βιταμινών, μπορεί να επιδράσει βλαβερά με αποτέλεσμα ασθένειες στην χολή και το πάγκρεας και την χρόνια χρήση ορυκτού ελαίου όπως η καθαρικά. Η μείωση των διατροφικών συνηθειών μοιάζει δύσκολη, αφού υπάρχει μεγάλη ποικιλία στα φαγητά, αν και με πειράματα που έχουν γίνει είναι δύσκολο να τα φτιάξουν.

Δυο διαφορετικές κύριες διαιτητικές ουσίες παίζουν σημαντικό ρόλο για την σωστή διατροφή και την λειτουργία του σώματος. Παρόλο που δεν αποτελούν θρεπτικές ουσίες, νερό διαίτης και ίνες είναι σημαντικές αλλαγές αγνοούνται από τους ανθρώπους. Το νερό είναι σημαντικό για την ισοζύγιο των υγρών και την εξουδετέρωση. Τα κύρια προβλήματα των ηλικιωμένων σχετίζονται μ' αυτές, η δυσκοιλιότητα και η αφυδάτωση. Γι' αυτό πρέπει να πίνουν 16 ή 7 ποτήρια νερό. Η πρόσθεση περισσότερων ινών στη διαίτα βοηθά στην κινητικότητα του

εντέρου, επίσης βοηθά στον έλεγχο της δυσκοιλιότητας των αιμορροΐδων. Η διαφορά μεταξύ των διυλισμένων και μη δημητριακών και του ψωμιού ολικής αλέσεως ή όχι για το λευκό ψωμί είναι ότι στο λευκό ψωμί οι ίνες που σήμερα είναι υψηλής διυλίσεως χαμηλές σε υπολείμματα δίαιτες, μπορούν να υπερεκτιμηθούν.

## **7) Παράγοντες που επηρεάζουν την θρεπτική κατάσταση**

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την θρεπτική κατάσταση των ηλικιωμένων χωρίζονται σε δύο είδη : α) τους παράγοντες που το αποτέλεσμα των μεταβολικών και φυσιολογικών αλλαγών σχετίζεται με την γήρανση, β) και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποσότητα και τον τύπο των φαγητών που τρώμε. Η τελευταία ομάδα περιλαμβάνει κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες, που είναι πολλοί σημαντικοί για τις διατροφικές συνήθειες κάθε ηλικίας.

## **8) Παράγοντες που επηρεάζουν τον μεταβολισμό και την φυσιολογία**

Η μείωση των θερμιδικών αναγκών μετά τα 50 είναι το αποτέλεσμα της μείωσης του βασικού μεταβολισμού εξαιτίας της καταστροφής κυττάρων και μυϊκών ιστών και μείωση της δραστηριότητας που συνδυάζεται με τα γηρατειά. Μαζί με αυτές τις αλλαγές έχουμε και την μείωση της ικανότητας των αγγείων να τρέφονται και την ικανότητα του σώματος για την διατήρηση του ισοζυγίου. Για παράδειγμα, αφού το σώμα δεχθεί μια δόση υδατανθρακονατρίου, το σώμα 8 φορές περισσότερο στην ηλικία των 70 παρά σ' αυτή των 30 θα διατηρήσει το νάτριο στα επίπεδα που πρέπει στο μίγμα.

Άλλες αλλαγές για την τώνεψη του σώματος και την αρκετή απορρόφηση έχουν ξανασυζητηθεί στο κεφάλαιο για την

γαστροοισοφαγική έκταση. Παρόλο που αρκετές αλλαγές έχουν τεκμηριωθεί, κάποιες έχουν ξεκάθαρα συνδυαστεί με θρεπτικά προβλήματα συχνά στους ηλικιωμένους. Η φθορά των σιελογόνων αδένων και άλλες αλλαγές που ξεραίνουν στο στόμα μπορούν να οδηγήσουν σε διατροφή με μαλακές ή λιπαρές τροφές. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια μικρά εντερικά προβλήματα όπως η δυσκοιλιότητα. Προβλήματα στο ήπαρ και την χολή μπορούν να οδηγήσουν σε δυσπεψία των λιπών. Αυτά, αλλιώς μπορούν να επηρεάσουν τις βασικές ικανότητες του σώματος για τις λιποδιαλυτές βιταμίνες, όπως οι A, D, C και K. Αυτές και άλλες αλλαγές του ίδιου τύπου παρουσιάζουν ένα βιοφυσικό επίπεδο για τα θρεπτικά προβλήματα των ηλικιωμένων που διαφέρουν από τα ίδια των ηλικιωμένων. Και πάλι πρέπει να εκτείνουμε την ιδέα της προσωπικότητας και της ενθάρρυνσης για την φροντίδα των ηλικιωμένων ως ομοιογενής ομάδα.

## **9) Παράγοντες που αποφασίζουν για την χορήγηση της τροφής**

Αυτοί που δουλεύουν με τους ηλικιωμένους σίγουρα θα ξέρουν ότι μεταβολικά και φυσιολογικά εμπόδια για την κατάλληλη διατροφή είναι σημαντικά και αποτελούν τους παράγοντες που σχετίζονται με την σωστή χορήγηση του φαγητού. Οι παράγοντες αυτοί ελέγχονται πράγματι από την χορήγηση καθορίζοντας στην ποιότητα, την ποσότητα και τον συνδυασμό των φαγητών. Οι ίδιοι παράγοντες που επηρεάζουν την χορήγηση φαγητού είναι περίπλοκα συνυφασμένα με την κοινωνική ζωή των ηλικιωμένων. Ένας άλλος παράγοντας που γίνεται φανερός ακόμη και με περιορισμένη επαφή και παρατήρηση των ηλικιωμένων είναι πως το φαγητό είναι πιο σημαντικό γι' αυτούς για κοινωνικοψυχολογικούς λόγους από ότι είναι η σωστή διατροφή για καλή φυσική κατάσταση. Κάποιες βιοφυσικές αλλαγές επηρεάζουν την επιλογή της τροφής για φαγητό. Η απώλεια δοντιών ή η ύπαρξη

προβλημάτων στα δόντια οδηγεί σε ένα διατροφικό πρόγραμμα όπου προτιμούνται οι τροφές που είναι μαλακές και εύκολο να μασήσουν. Αυτή η αλλαγή μπορεί να προκαλέσει την μείωση του όγκου – δίαιτας και να μας οδηγήσει ξανά σε μια δίαιτα χαμηλή σε bowel σπλαχνική περιπλοκή. Τα προβλήματα μάσησης ίσως είναι πολύ συχνά. Κάποιοι που φορά μασέλα πρέπει να μασά το φαγητό πολλές φορές ώσπου η τροφή να πολτοποιηθεί όπως σε ένα άτομο με δόντια. Οι μελέτες επίσης μας έδειξαν μια μείωση της απόδοσης της μάσησης μαζί με μια προοδευτική απώλεια των δοντιών, για παράδειγμα η απώλεια του πρώτου τραπεζίτη μειώνει την απόδοση από 33%, του δεύτερου τραπεζίτη σε 44% και του τρίτου σε 66%. Αυτά τα προβλήματα μάσησης επίσης συνδυάζονται με την μείωση της παραγωγής σιέλου και την τάση για ξηροστομία, τα οποία κάνουν την μάσηση και την κατάποση πολύ δύσκολη.

Η μείωση της αίσθησης της οσμής και της γεύσης έχουν ως αιτία τα μειωμένα νούμερα των καλύκων της γεύσης και έναν αριθμό νευρολογικών προβλημάτων που επηρεάζουν τη όρεξη. Η καταστολή της όρεξης είναι σημαντικό όταν οι σχετικές επιρροές των βιοφυσικών παραγόντων συνδυάζονται με κοινωνικοψυχολογικές καταστάσεις που επηρεάζουν την όρεξη. Η μείωση της αίσθησης της γεύσης μπορεί να οδηγήσει σε υπέρ – καρυκευμάτων φαγητών. Αυτό μπορεί να ερεθίσει άλλα ευαίσθητα μέρη του συστήματος χώνεψης και στην περίπτωση του αλατιού, να οδηγήσει σε υπέρταση, καρδιακή νόσο και δυσλειτουργία του νεφρού.

Η μείωση του νευρομυϊκού συνδυασμού είναι ένα βιοφυσικό πρόβλημα που συνδυάζεται με την γήρανση και μερικές φορές περιπλέκεται από χτύπημα, την νόσο του Parkinson την χρόνια αρθρίτιδα και οπτικές νόσους, Μικρή μείωση παρατηρείται με την γήρανση, αλλά αυτή συνήθως είναι μεγάλη για ύπαρξη χρόνιων νόσων ή όχι συχνή συνύπαρξη αρκετών χρόνιων καταστάσεων. Τα νευρομυϊκά προβλήματα συχνά οδηγούν σε ανικανότητα χειρισμού διαφόρων

αντικειμένων, συσκευών ή φαγητών. Όταν κάποιος ζει μόνος, η ανικανότητα του αυτή μπορεί να οδηγήσει στην μείωση της χρήσης πηγών για φαγητό και στην παρουσία αλλιώς γίνεται λόγος ντροπής που συχνά οδηγεί στην εξουδετέρωση βασικών τροφών. Οι ψυχολογικές επιδράσεις αυτής της ανικανότητας και της κατάστασης, καταστρέφουν ολοσχερώς την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους και επηρεάζουν τις κοινωνικές λειτουργίες του φαγητού.

Η παρουσία χρόνιων καταστάσεων, μερικές φορές περισσότερο από μια φορές μπορούν να οδηγήσουν, σε τροποποιημένες δίαιτες, τόσο καλά, όσο και ένας χυμός μπορεί να δώσει ενέργεια για τις καθημερινές δραστηριότητες. Οι τροποποιημένες δίαιτες συχνά είναι ακριβές και δύσκολο να ακολουθήσουν, κυρίως από κάποιον που δεν αντιλαμβάνεται εντελώς την κατάσταση. Η συμβολή της συχνά δεν έχει καμία αξία αλλά θα πρέπει να δίνεται έτσι ώστε οι ασθενείς να αντιληφθούν επακριβώς την φύση των προβλημάτων τους και να καταλάβουν την υποβολή της συνταγής. Είναι επίσης μια καλή ιδέα να γίνει σίγουρο ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις συνέπειες αν δεν ακολουθήσουν την συνταγή. Ένα επαρκές συμβολικά πρόγραμμα πρέπει να αποπειράται για την ανάπτυξη ειδικών διαίτων για αυτούς που δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν. Οι δίαιτες πρέπει να αναπτύσσονται έτσι ώστε να αφήνουν κάποιες επιλογές στο άτομο, η μονοτονία μπορεί να καταστραφεί ακόμη και με την πιο εύκολη διαίτα.

Πολλοί άνθρωποι νιώθουν άσχημα με την λήψη συγκεκριμένων τροφών. Αυτή η δυσανεξία ίσως να είναι βιοφυσική αλλά πιο συχνά η αιτία είναι ψυχολογική. Οι επιδράσεις των φαγητών κάθε ατόμου στο σύστημα χώνεψης έχει ερευνηθεί πολύ λίγο. Εάν τρέφονται με συγκεκριμένες τροφές ή συνδυασμούς φαγητών, δείχνει να προκαλούνται συμπτώματα όπως ξυνοστομαχία και μετεωρισμός τότε η καλύτερη πολιτική είναι να αποφεύγονται. Τα συμπτώματα, παρόλα αυτά πρέπει να αναλύονται προσεκτικά για την τυχόν παρουσία κάποιας αρρώστιας. Αν οι τροφές πρέπει να αποφεύγονται, η φροντίδα



πρέπει να αντικαταστήσει την θρεπτική συμβολή στην δίαιτα τους, με εναλλακτικές πηγές των χαμένων θρεπτικών ουσιών.

Η μείωση της σωματικής άσκησης σχετίζεται αρκετά με την γήρανση. Η άσκηση χρειάζεται για να βοηθηθεί ο μεταβολισμός των φαγητών και είναι χρήσιμο στην ανακούφιση της έντασης και ακόμη στην προαγωγή της καλής διανοητικής κατάστασης. Η μείωση της δύναμης επιδρά στην ικανότητα του ατόμου τόσο καλά ώστε να προκαλέσει την καταστροφή σε μέρος της σωματικής άσκησης. Είναι επίσης πιθανό το διανοητικό άγχος λόγω μελαγχολίας και ανησυχίας να εμποδίσει την παραπέρα συμμετοχή του στη σωματική δραστηριότητα. Αυτές οι καταστάσεις ίσως ορίζουν ένα χρόνιο κύκλο που εμπλέκεται feedback οδηγώντας βαθμιαία στην μείωση της άσχημης και στην αύξηση του άγχους, της αποχώρησης και της κατάθλιψης. Αυτό το σύνδρομο της μειωμένης άσκησης και του άγχους είναι κοινό για τους ηλικιωμένους. Μπορεί αργότερα να επηρεάσει την κινητικότητα και την ενέργεια απαραίτητη για την συλλογή και την ετοιμασία φαγητού. Η μείωση της ενέργειας για την αγορά ή την ετοιμασία των γευμάτων έχει ως αποτέλεσμα κυρίως την ετοιμασία εύκολων υψηλών σε υδατάνθρακες φαγητών όπως το ψωμί, την μαρμελάδα ή δημητριακά συχνά υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη.

Τα κοινωνικοπολιτιστικά πρότυπα του φαγητού που έχουν ερευνηθεί είναι πιο σημαντικά και συγκρούονται περισσότερο με τις διαιτητικές αλλαγές. Το ηλικιωμένο άτομο είναι το προϊόν εμπειρίας χρόνιων της κοινωνικοπολιτιστικής ζωής, τροποποιώντας μόνο την ατομική αντίληψη και επιλογή. Οι διαιτητικές συνήθειες είναι συνεπώς ισχυρές και ίσως συνδυασμένες με ευχάριστες και δυσάρεστες αναμνήσεις της νεότητας. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι δείχνουν να προτιμούν ή να απορρίπτουν αρκετά φαγητά στο πρόσωπο της εμφανούς ένδειξης ότι κάποια φαγητά είναι καλά και κάποια όχι γι' αυτούς. Η τάση να ενισχύεται ο σύνδεσμος με ορισμένες τροφές ίσως να παρουσιάζει ένα είδος ασφάλειας κάποια στιγμή που το επίπεδο

κακής ασφάλειας είναι λίγο υψηλό. Η μείωση των φαγητών που προτιμούνται ή η αύξηση φαγητών που απορρίπτονται πρέπει να προσπαθείται να γίνει αποδεκτή στην συγκεκριμένη φροντίδα για την ύπαρξη καλής υγείας. Το ψυχολογικό στρες τέτοιας επιβολής ίσως εύκολα αντισταθμίσει κάθε σημαντικό συνδυασμό με τις διατροφικές αλλαγές.

Το εισόδημα είναι ένας σημαντικός παράγοντας στον προσδιορισμό της διατροφής σε κάθε ηλικία. Μάλιστα, πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα προβλήματα της γηριατρικής διατροφής είναι μια συνάρτηση όχι της ηλικίας αλλά της κοινωνικοοικονομικής θέσης. Το εισόδημα μειώνεται αρκετά κατά την γήρανση. Πολλοί ηλικιωμένοι δεν μπορούν να αγοράσουν τροφές σύμφωνα με τις παλιές τους διατροφικές συνήθειες ή υψηλής θρεπτικής αξίας εξαιτίας της μειωμένης αγοραστικής δύναμης. Τα έξοδα του φαγητού θα πρέπει να μοιράζονται με άλλα βασικά έξοδα όπως στο νοίκι και κάποιες υπηρεσίες. Αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε ένα περιορισμένο ποσό χρημάτων και χρήσιμο για τροφή. Συνεπώς ίσως υπάρχει η ροπή για τον ηλικιωμένο να αγοράζει φτηνότερα φαγητά υψηλά σε υδατάνθρακες όπως ψωμί και δημητριακά σε σχέση με τα πιο ακριβά, προστατευτικά φαγητά όπως κρέας, φρούτα και λαχανικά. Οι υδατάνθρακες δεν είναι βλαβεροί αλλά η έλλειψη ποικιλίας στην δίαιτα δημιουργεί τέτοια αγοραστικά πρότυπα. Κάποιοι παρατηρητές έχουν σημειώσει ηλικιωμένα άτομα που κοιμούνται μέχρι το μεσημέρι για να μην φάνε πρωινό. Έτσι, σώζονται από τα έξοδα ενός γεύματος.

Οι ηλικιωμένοι κυρίως οι πιο φτωχοί, συχνά αναγκάζονται να ψωνίσουν στα πιο ακριβά μαγαζιά. Αυτή η κατάσταση ίσως κατηγορείται από την έλλειψη μαγαζιών με χαμηλότερες τιμές. Διεξοδικά, η κατάσταση ίσως αλλάζει με την απόκτηση πιστωτικής κάρτας για την αγορά φαγητού με την πληρωμή σε επιταγές. Αυτό κάνει απαραίτητη την χρήση ειδών παντοπωλείου για τα οποία δίνεται η πιστωτική μόνο

όταν γίνονται υψηλές αγορές και σε μικρότερης ποικιλίας προϊόντων από ότι στα μαγαζιά - αλυσίδες.

Οι γηραιότεροι συχνά είναι ικανοί να έχουν όφελος στις πωλήσεις ή στις εκπτώσεις επειδή ελαττώνουν κατάλληλα την αποθήκευση (=storage) ανέσεων, περιλαμβάνοντας την ψύξη και pest (=λοιμός πανώλη) – free συρτάρια. Πολλά άτομα παίρνουν για χάρη ευκολίας, που δεν είναι πάντα κοινά για τους φτωχούς και τους ηλικιωμένους. Αν τα χρήματα δεν είναι αρκετά για φαγητό στο τέλος του μήνα, όταν πρέπει να ψωνίσει λίγα πράγματα μπορεί να κάνει ένα ηλικιωμένο άτομο. Γεγονός είναι ότι κάποιοι ακτιβιστές για το φαγητό έχουν παρατηρήσει εσκεμμένη αύξηση των τιμών των τροφίμων στο τέλος του μήνα και η δημόσια ασφάλεια το έλεγξε. Οι φτωχοί σίγουρα πληρώνουν περισσότερα και πολλοί από τους ηλικιωμένους είναι φτωχοί. Η σύγχρονη αγοραστική πορεία είναι μηχανισμός για τον νέο καταναλωτή και γενικά προσανατολισμένη στην οικογένεια. Οι ηλικιωμένοι επιζητούν μικρότερες ποσότητες φαγητού που ίσως δεν έχουν καμία αξία για πώληση, και αν έχουν είναι πιο ακριβές. Μικρές ποσότητες είναι ιδιαίτερα σημαντικές για εκείνους που ζουν μόνοι και γι' αυτούς με αποθηκευτικά προβλήματα. Η σύγχρονη τάση για προπακεταρισμένα φθαρτά προϊόντα είναι αναγκαία και συχνά κάνει τους ηλικιωμένους να ντρέπονται ζητώντας για λιγότερο. Τα προπακεταρισμένα σε ποσότητα αναφέρονται επίσης στους οικογενειάρχες και όχι στους άγαμους αγοραστές. Η φαντασιοπληξία για το φαγητό και τα κόλπα της διαφήμισης είναι τεχνικές που σίγουρα μπορούν να προκαλέσουν τον περιορισμό του φαγητού για τον προϋπολογισμό των ηλικιωμένων.

Το να τρέφεται κανείς δεν είναι μόνο μια πορεία για την δημιουργία των απαραίτητων καυσίμων και χημικών στον ανθρώπινο οργανισμό. Είναι και μια σημαντική ψυχοκοινωνική δραστηριότητα. Είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου κανονισμού υπερπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Τρώμε πιο συχνά με ανθρώπους που συμπαθούμε και προσφέρουμε φαγητά σε άλλους ως σύμβολο φιλίας.

Χρησιμοποιείται για το φαγητό για να κερδίσουμε γόητρο, να αναγνωριστούμε κοινωνικά, να επηρεάσουμε την συμπεριφορά των άλλων και να δημιουργήσουμε. Το φαγητό είναι σημαντικό για την έκφραση των θρησκευτικών μας πιστεύω και των ιδεών. Χρησιμοποιείται για την δημιουργία ασφάλειας και για τον περιορισμό του ψυχολογικού άγχους και των αναγκών.

Για τους ηλικιωμένους, το φαγητό είναι μια σημαντική ψυχολογική ανακούφιση, για τον χρόνο που χάθηκε, όπως μια χαμένη αγάπη ή την απώλεια της εμπλοκής τους στην δημόσια ζωή. Η τροφή ίσως συνδυάζεται και με σημαντικά γεγονότα ή περιόδους της ζωής των ηλικιωμένων και την ζωή τους με τον έρωτα τους. Η διευθέτηση της απώλειας του συντρόφου του είναι δύσκολο και μπορεί να γίνει πηγή μεγάλου διατροφικού άγχους. Στην κοινωνία μας, οι χήροι είναι συχνά ανίκανοι να φροντίσουν τον εαυτό τους, κυρίως στους ηλικιωμένους χήρους. Οι γυναίκες, από την άλλη, ίσως βρεθούν σε άσχημη οικονομική θέση χωρίς να το περιμένουν, εξαιτίας του θανάτου του συντρόφου τους. Αν ο σύντροφος της ήταν ο διαχειριστής των χρημάτων, κατά την διάρκεια του γάμου στις νέες συνθήκες ίσως να μην τα καταφέρνει και με τα άλλα προβλήματα διαχείρισης. Εκτός από τα οικονομικά και διαχείρισης προβλήματα σε σχέση με τον θάνατο του συντρόφου, η απώλεια της συντροφιάς μπορεί σοβαρά να επηρεάσει την δραστηριότητα κάποιου στα μαγαζιά, στο φαγητό στο να τρωει, στο να παραγίνει ενεργητικός ή ακόμη σε μερικές περιπτώσεις στο να συνεχίσει να ζει. Αυτή η απώλεια της πορείας ίσως μειώσει την σωματική άσκηση ή την κοινωνική συμμετοχή που είχε προηγουμένως διασκεδαστική σημασία σε σχέση με τα προβλήματα της γήρανσης.

Το συναισθηματικό άγχος και η αποστέρηση συχνά συνδυάζεται με την αλλαγή ρόλων, την απομόνωση, χρόνιες ασθένειες και ανικανότητα και τον φόβο των γηρατειών. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της όρεξης και στην ανάπτυξη αρνητικού ισοζυγίου σε πρωτεΐνες και ασβέστιο εξαιτίας της αυξημένης έκκρισης σε σχέση με το

άγχος. Το άγχος μπορεί να επίσης να οδηγήσει σε αναγκαστική πολυφαγία και παχυσαρκία η οποία δημιουργεί πολλά προβλήματα μαζί με τα γηρατειά. Ο ηλικιωμένος νιώθει την απόρριψη ή την αμέλεια από την οικογένεια και τους φίλους του οι οποίοι πολύ συχνά χρησιμοποιούν το φαγητό ως ένδειξη φροντίδας. Οι άνθρωποι ίσως δεν ακούν αν λες πως είσαι μόνος ή τα αρθρικά σου πονάνε, αλλά αν δεν τρως, ίσως να ανησυχήσουν και να δώσουν κάποια προσοχή.

Πολλοί άλλοι παράγοντες εμφανίζονται στις περιπτώσεις των ηλικιωμένων που δεν τρωνα αρκετά. Η μείωση των επαρκών ικανοτήτων στο μαγείρεμα ίσως είναι πρόβλημα γι' αυτούς που ζουν σε διάφορα είδη φτηνών σπιτιών πχ. ενοικιαζόμενα δωμάτια ή παλιά ξενοδοχεία. Η παρουσία παλιών και μερικές φορές επικίνδυνων μαγειρικών και κουζινικών σκευών ίσως αποθαρρύνουν την χρήση τους. Λιτές κατσαρόλες ή απόντα χερούλια και η έλλειψη προσοχής μπορεί να προκαλέσουν οδυνηρά εγκαύματα και τραύματα στους ηλικιωμένους με φτωχό συντονισμό και ορατά προβλήματα. Η εμπειρία με μικρές περιβαλλοντικές και διανοητικές απειλές, όπως αυτές εύκολα λύνονται με την αποφυγή τους, παρόλο που η μείωση της χρήσης τέτοιων μηχανισμών ίσως περιορίσει σοβαρά το ποσοστό των πιθανοτήτων της ετοιμασίας γεύματος, συνεπώς και της λήψης τροφής.

## **10) Υπολογίζοντας την επάρκεια των διαίτων για τους ηλικιωμένους**

Υπολογίζοντας την θρεπτική επάρκεια των διαιρών των ηλικιωμένων παρατηρούμε δυσκολίες. Οι αλλαγές σε σχέση με την Πάροδο των χρόνων συχνά υπερκαλύπτουν ή φανερώνουν τα σημεία της θρεπτικής έλλειψης μειώνει τον θρεπτικό καθορισμό άρα δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει μόνο του το σημείο της έλλειψης επιστημονικά για την υπόθεση. Επιχειρώντας την κοινοτική θρεπτική επισκόπηση είναι συχνά δύσκολο να πετύχει η συνεργασία με τους ηλικιωμένους. Η

έλλειψη συνεργασίας ίσως οφείλεται στα προβλήματα επικοινωνίας, αλλά η αίσθηση της περηφάνιας και της επιθυμίας απομόνωση και τα δυο είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες.

Υπάρχει ακόμη μικρή επιστημονική γνώση για την ηλικιακή σχέση και την σύσταση της σε καθημερινό επίδομα (RDAS). Το RDAS ως παρούσα σκέψη δημιουργήθηκε για να ταιριάζει σε ένα υποθετικό υγιές αναφερόμενο πρόσωπο στην ηλικία των 25. Κανείς δεν δέχεται ότι όταν κάποιος δεν γνωρίζει το RDAS μπορεί να οδηγηθεί σε υποσιτισμό όταν τον γνωρίζουν σημαίνει πως όλα είναι καλά. Η βιοχημική ατομικότητα είναι η πιο σημαντική ιδέα όταν μοιράζεται με την επάρκεια της RDAS ως κριτήριο για τον υπολογισμό της θρεπτικής κατάστασης. Στα ηλικιωμένα άτομα, οι χρόνιες αρρώστιες όπως ο διαβήτης οι πέτρες, η αρτηριοσκλήρωση και η κίρρωση αλλάζουν τις θρεπτικές απαιτήσεις του σώματος.

Οι φτωχές δίαιτες τα τελευταία χρόνια ίσως επιδράσουν στην θρεπτική κατάσταση της μετέπειτα ζωής. Η θρεπτική βάση της οστεοπόρωσης πχ. ίσως σχετίζονται με το ασβέστιο φώσφορο σε σχέση με την νεότητα και όχι τα γηρατεία. Εμφανίζεται ότι οι θρεπτικές αλλαγές που συμβαίνουν ως αποτέλεσμα της γήρανσης φανερώνεται γενικά μετά τα 75. Επίσης, σε αρκετές περιπτώσεις η βελτίωση της θρεπτικής έλλειψης κάνει απαραίτητη την διάγνωση και την φροντίδα σε κάθε βασική παθολογική κατάσταση.

Η χρήση της βιταμίνης και μεταλλικών συμπληρωμάτων στους ηλικιωμένους είναι πολλή συχνή. Υπάρχει κάποια πιθανότητα ότι κάποια μείγματα μπορούν να ταραξουν τις δυναμικές σχέσεις και ισορροπίες των θρεπτικών ουσιών. Μολονότι είναι αποκλειστικά πιθανό ότι τα ψυχολογικά κέρδη είναι ωφέλιμα όσο η θρεπτική αξία των συμπληρωμάτων χρησιμοποιούνται για την αποφυγή οποιασδήποτε επιπλοκής που μπορεί να συμβεί. Οι σωστά ισορροπημένες δίαιτες είναι σπάνιες για πολλούς ηλικιωμένους, έτσι ένα διατηρημένο επίπεδο σε βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία είναι λογικά θρεπτικά ασφαλές. Η

θεραπεία με πολυβιταμίνες, που είναι μέρος της ορθομοριακής φαρμακευτικής προσέγγισης, δεν είναι στα αλήθεια σχέδιο για τις θρεπτικές ουσίες. Αυτή την στιγμή η meganutrient θεραπεία είναι άγνωστης αξίας και πρέπει να δοκιμαστεί πολύ προσεκτικά να ελεγχθεί με μελέτες που έχουν συλλεχθεί από τους πληθυσμούς. Στην θρεπτική εκτίμηση, ένα δεν πρέπει να σκεφτούμε την κατά μέσο όρο προσέγγιση γιατί μάλλον οι προσωπικές ανάγκες θα πρέπει να περιοριστούν. Η σύγκριση με τα γηρατειά είναι ποικίλη και αθροίζοντας τους ηλικιωμένους σε μια χωριστή ομάδα ίσως είναι επικίνδυνη.

## **11) Διατροφική εκπαίδευση και ηλικιωμένοι**

Η διατροφική εκπαίδευση σε όλα τα ηλικιακά επίπεδα είναι φτωχή από παλιά. Οι αιτίες δεν έχουν βοηθηθεί από την βιομηχανία τροφίμων και οι εκπαιδευτές ασκούνται λίγο πάνω στο θέμα. Έχει παραμεληθεί αρκετά από τους γιατρούς, που είναι μάλλον μια αμόρφωτη ομάδα ως προς την διατροφή. Οι προσεγγίσεις δεν είναι ενδιαφέρουσες και τα βιβλία μαγειρικής με μεγάλη έμφαση προσανατολίζονται στον έλεγχο βάρους. Οι ηλικιωμένοι συνήθως δεν ενδιαφέρονται για την εκπαίδευση στην διατροφή.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα των ηλικιωμένων πρέπει να προσαρμόζονται στο που ζουν και να ασχολούνται με τα προβλήματα που μπορεί να έχουν σχέση. Ο εκπαιδευτής πρέπει να συνδυάζει τις κοινωνίες, οικονομικές και καταστάσεις κουλτούρας για τα άτομα που παίρνουν μέρος. Τα τρέχοντα σωματικά και ιατρικά προβλήματα υγείας του ατόμου είναι επίσης σημαντικά θέματα όταν επιχειρείται διατροφική καθοδήγηση.

Επιπροσθέτως για τις καινοτόμες προσεγγίσεις στην προσωπική θρεπτική εκπαίδευση, η γενική εκπαίδευση ενδιαφέρεται για την υγεία και τα καταναλωτικά θέματα είναι απαραίτητο να αφορούν πιθανά προβλήματα. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διδαχθούν να ξεχωρίζουν την

διατροφική εσφαλμένη πληροφορία, τα ιατρικά τεχνάσματα, τις απατηλές διαφημίσεις.

Υπάρχει τεράστια ανάγκη για τυπογραφημένο υλικό να είναι προσαρμοσμένο για τα άτομα διαφορετικών επιπέδων σε εκπαίδευση και εισόδημα. Αυτό το υλικό θα πρέπει να είναι συνοπτικό και τονισμένο με μεγάλα γράμματα ώστε να διαβάζεται εύκολα από αυτούς με προβλήματα οράσεως. Αυτό το υλικό θα πρέπει να είναι πρακτικό ώστε να χρησιμοποιείται σε ποικίλες καταστάσεις και προσαρμοσμένο σε ποικίλα μορφωτικά επίπεδα. Η άμεση επαφή είναι επίσης πολλή σημαντική, αφού το τυπωμένο υλικό συχνά αγνοείται, χάνεται ή πετάγεται μακριά.

Η προετοιμασία για την διατροφική διδασκαλία του υλικού και η προσέγγιση ως προς την εκπαίδευση πρέπει να σκοπεύει στον γενικό πληθυσμό.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΚΑΙ ΤΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το ενδοκρινικό και το γενετικό σύστημα είναι ξεχωριστό αλλά συνδέονται οργανικά τα συστήματά τους. Διαλέξαμε να τα συζητήσουμε και τα δύο μαζί επειδή συχνά τα προβλήματα που σχετίζονται με το ένα σύστημα επηρεάζουν και το άλλο. Τα δύο συστήματα έχουν γίνει θέμα ανάπτυξης αρκετών ιατρικών μύθων. Από την μία, το ενδοκρινικό σύστημα κρατά το κλειδί για την εξέλιξη της ηλικίας και την μακροζωία. Από την άλλη, το γεννητικό σύστημα δείχνει λόγω πολλών αιτιών να κρίνει τον βαθμό γήρανσης. Βασικός τα δύο συστήματα πιθανότητα παρουσιάζουν αρκετές ειδικές ασθένειες λόγω γήρανσης περισσότερο από τα άλλα, που θα τα δούμε στη συνέχεια.

#### A) ΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το ενδοκρινικό σύστημα παρουσιάζει μια ποικιλία αλλαγών με την πάροδο των χρόνων, και πολλοί ερευνητές μελετούν το σύστημα αυτό ελπίζοντας να βρουν το κλειδί της φθοράς με τα χρόνια κάποιοι ερευνητές παρατήρησαν ότι οι αλλαγές στον βλεννογόνο, το θυρεοειδή ή τα επινεφρίδια ίσως σχετίζονται με επίθεση στα γηρατειά. Μικρή ένδειξη της κλινικής παρατήρησης ή της πρακτικής έρευνας υποστηρίζει αυτό το είδος της υπόθεσης. Σήμερα υπάρχει μια αξιόλογη ποσότητα των δεδομένων της έρευνας για την σπουδαιότητα των βιοχημικών και ανατομικών αλλαγών που συμβαίνουν στους ενδοκρινείς αδένες με την άνοδο της ηλικίας. Συμβαίνουν ιστολογικές αλλαγές, αλλά καμία μοναδική και δεν είμαστε σίγουροι πως σχετίζονται με την λειτουργία.

Οι ασθένειες του ενδοκρινικού είναι σπάνιες στα γεράματα, και όταν συμβαίνουν, πιο συχνά σχετίζονται με παθολογικές αλλαγές παρά τα γηρατειά. Μάλιστα, οι περισσότερες ασθένειες του ενδοκρινικού

παρατηρούνται κυρίως στην νεώτερη και μέση ηλικία, καμία από αυτές δεν παρατηρείται αύξηση με τα γεράματα. Ο διαβήτης και οι θυρεοειδικές νόσοι είναι τα πιο συχνά ενδοκρινικά προβλήματα των ηλικιωμένων και έχουν σπουδαία επίδραση στην υγεία και την ηλικία.

Εξαιτίας της ολοκληρωμένης φύσης του ενδοκρινικού συστήματος, στο οποίο οι αδένες μπορούν να επιδράσουν σε άλλα, τόσο καλά όσο και το ΚΝΣ, είναι δύσκολο να απομονωθούν οι παράγοντες που κατηγορούνται για τις αλλαγές της ενδοκρινικής λειτουργίας. Φαίνεται πως υπάρχει ένα μεγάλο περιθώριο αντιστάθμισης που εξουδετερώνει το σύστημα στο πρόσωπο της γήρανσης με ατροφία των οργάνων. Πολλαπλά προβλήματα υγείας και αρκετά φάρμακα που παίρνουν οι ηλικιωμένοι επίσης περιπλέκουν την διάγνωση την φροντίδα και τα αποτελέσματα της έρευνας με σεβασμό προς το ενδοκρινικό. Αντιφατικά αποτελέσματα στον έλεγχο, την υπομονή και τις ενεργητικές διαγνωστικές μεθόδους δημιουργούν σημαντικά επίπεδα εμποδίων ως προς τα ενδοκρινικά προβλήματα ενός ηλικιωμένου.

## **1) Θυρεοειδής Αδένες**

Με την πάροδο των χρόνων, οι θυρεοειδικές νόσοι ως σύνολο έχουν σχέση με το σωματικό βάρος του ατόμου αλλά η σχέση τους με τις λειτουργικές αλλαγές είναι δύσκολο να επαληθευθούν. Οι κυριότερες περιπτώσεις θυρεοειδικών νόσων βρίσκονται στην νεώτερη και μέση ηλικία των πληθυσμών. Παθολογικές αλλαγές συμβαίνουν σε μεγάλη ηλικία σε αρκετή συχνότητα, αλλά είναι αλήθεια επίσης πως το επίπεδο των κλινικών εκδηλώσεων τέτοιων αλλαγών είναι αρκετά μειωμένο. Κάποιοι ερευνητές πιστεύουν πως οι θυρεοειδικές ασθένειες είναι αρκετά συχνές ώστε να δικαιολογήσουν την υποβολή όλων των νέων γηριατρικών ομολογιών για την καθημερινή θυρεοειδική εξέταση (Jeffreys et al 1972). Η πλειοψηφία των γιατρών πιστεύει πως τα

κρυμμένα υποθυρεοειδικά προβλήματα δεν φαίνονται απαραίτητα στις συμβατικές εξετάσεις, που ίσως επηρεάζουν το 40% του γενικού πληθυσμού (Galton 1975:97). Αρκετοί πιστεύουν πως ο υποθυρεοειδισμός είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας χρόνιων νόσων με εκτεταμένα συμπτώματα από διανοητική μελαγχολία ως κοινό πόνο. Οι πιο συχνές θυρεοειδικές διαταραχές είναι η θυρεοειδοτοξίκωση και το μυξοίδημα.

### **i) Θυρεοειδοτοξίκωση**

Ο υπερθυρεοειδισμός (υπερπαραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών) είναι πιο συχνός μεταξύ των 20 – 50 ετών και πιο σπάνια συμβαίνει μετά τα 70. υπάρχουν λίγα αλλά ισχυρά στοιχεία για την κατάσταση της ασθένειας στους ηλικιωμένους. Μοιάζει να αυξάνονται οι περιπτώσεις με τα χρόνια, αυτές αυξάνονται φανερά και ίσως χρειάζεται καλύτερη διάγνωση, πιο εκτενείς εξετάσεις και αύξηση της μακροζωίας. Αυτή η νόσος συχνά δεν φανερώνεται επειδή τα συμπτώματα ίσως είναι άτυπα, και όχι διαμορφωμένα σύμφωνα με την κλινική εικόνα. Βασικά οι άτυπες περιπτώσεις είναι πιο συχνές στους ηλικιωμένους.

Τα συμπτώματα είναι πρωτίστως καρδιακή βλάβη, κολπική μαρμαρυγή, συμφόρηση της καρδιάς και απάθεια συνοδευόμενη με απώλεια βάρους, κατάθλιψη και σύγχυση. Συμβαίνει μυϊκή αδυναμία και εξάντληση, αλλά αυτά είναι τόσο συχνά συμπτώματα στους ηλικιωμένους που τείνουν να τα αγνοήσουν. Παρουσιάζεται συχνά εξόφθαλμος και ο βασικός μεταβολισμός δεν χρειάζεται να αυξηθεί. Η φύση της κατάστασης προκαλεί μεγάλη πίεση στην καρδιά και καρδιακά συμπτώματα και αυξάνει της επιπλοκές με διαρκείς ασθένειες και γήρανση. Οι καρδιακές επιπλοκές συχνά οδηγούν στον θάνατο, και οι προϋπάρχουσες καρδιακές νόσοι έχουν ως αποτέλεσμα φτωχή πρόγνωση της θυρεοειδοτοξίκωσης.

Η θυρεοειδοτοξίκωση συχνά μπορεί να ελεγχθεί με φάρμακα, αλλά η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο ίσως είναι απαραίτητη. Τα

αντιθυρεοειδικά φάρμακα συνήθως επιλέγεται η καρμπικαζόλη. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί αόριστα, αλλά ύστερα από 1 ή 2 χρόνια θεραπείας η κατάσταση χρειάζεται αύξηση της φροντίδας στο 50% των περιπτώσεων (Wilson 1967). Το πρακτολόλ, ένα θυρεοειδικό φάρμακο, ίσως αποτρέψει την θυρεοειδική υπερδραστηριότητα και συχνά είναι χρήσιμο. Το ραδιενεργές ιώδιο και η χειρουργική θεραπεία έχουν πιθανότητα τον κίνδυνο μετατροπής σε υποθυρεοειδισμό. Το χειρουργείο χρησιμοποιείται μόνο σε ασυνήθιστες καταστάσεις.

## ii) Μυξοίδημα

Το μυξοίδημα ή η σοβαρότερη επιπλοκή του υποθυρεοειδισμού είναι μια λιγότερο συχνή θυρεοειδική διαταραχή από την θυρεοειδοτοκίκωση. Οι προφανείς περιπτώσεις του υποθυρεοειδισμού είναι γενικά αναγνωρίσιμες, αλλά έχει παρατηρηθεί πως λιγότερο φανερές περιπτώσεις δεν σημειώνονται, αφού τα σημεία είναι γενικά συμπτώματα της γήρανσης. Τα συμπτώματα βασικά είναι ίδια στους ηλικιωμένους και τους νέους, όπου περιλαμβάνουν φουσκωμένο πρόσωπο, μη ανεξία στο ψύχος, βρόγχος φωνής, διανοητική και στοματική καθυστέρηση, αντιληπτική κώφωση και δυσκοιλιότητα. Τα σημεία σχετίζονται με την απώλεια μαλλιών που δεν είναι χρήσιμα στα γεράματα, άλλα αόριστα μυοσκελετικά συμπτώματα όπως σκλήρυνση και πόνος είναι σημαντικός. Οι διανοητικές αλλαγές είναι σοβαρές για τους ηλικιωμένους και συχνά η κατάσταση αυτή συγχέεται με την ψύχωση ή την τρέλα.

Η γενική εικόνα του μυξοιδήματος αναπτύσσεται μόνο ύστερα από μακρά περίοδο υποθυρεοειδισμού και συνεπώς επιβλέπεται συχνά κλινικά από τα πρώτα στάδια. Αν υπάρχει έλλειψη θεραπείας, πριν γίνει η καταστροφή, η κατάσταση μπορεί να τον ακολουθήσει σε όλη του την ζωή. Παρόλα αυτά, αρκετές αλλαγές συχνά συνοδεύονται από ισχαιμία της καρδιάς με μια πιθανότητα μυοκαρδιακής νέκρωσης επίσης, η σχέση της με την τρέλα ίσως να είναι απόλυτα μη ανατρέψιμη.

Η θεραπεία συνήθως εμπεριέχεται ορμονική αναπλήρωση για το υπόλοιπο της ζωής. Η L-θυροξίνη είναι απλό, ασφαλές φάρμακο ως επιλογή. Οι δόσεις πρέπει να ελέγχονται προσεκτικά για προσωπική μεταβλητότητα και κυρίως για περιπτώσεις με συνυπάρχουσα ισχαιμία της καρδιάς. Η αρχική δόση πρέπει να είναι μικρή και να αυξάνεται βαθμιαία με την διατήρηση του επιπέδου σε 0,09 mg ανά μέρα. Ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα πρέπει να γίνεται πριν την έναρξη της θεραπείας, αφού η θυρεοειδική θεραπεία μπορεί να επισπεύσει μια μυοκαρδιακή νέκρωση σε αυτούς με καρδιακή ισχαιμία.

## **2) Ο Διαβήτης και τη νησίδα του LANGERHANS**

Ο διαβήτης είναι μια αρχαία ασθένεια όπως μας δείχνουν περιγραφές αιγυπτιακών παπύρων του 1500 π.Χ. Ο διαβήτης είναι επίσης μια γνήσια ασθένεια του πολιτισμού: η διάδοση του αυξάνεται με την εκπολίτιση, η εκπολίτιση δημιουργεί πρότυπα, καθιστικό τρόπο ζωής και οι διαιτητικές αλλαγές συνδέονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής. Ως αποτέλεσμα της αύξησης των προσδοκιών στην ζωή και το γεγονός ότι με την συμπεριφορά απέναντί του, οι διαβητικοί ζουν αρκετά και υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός ηλικιωμένων διαβητικών.

Οι ηλικιωμένοι διαβητικοί περιλαμβάνουν δύο ομάδες, εκτός από αυτούς που έχουν την ασθένεια από νέοι. Είναι αυτά που ανέπτυξαν την ασθένεια ως μεσήλικες και αυτοί που την ανέπτυξαν αργότερα. Ο Former θέτει σε κίνδυνο την θεραπεία μεγάλης έκτασης σε σχέση με καρδιοαγγειακές επιδράσεις, όπου το τελευταίο συχνά παρουσιάζει μια ήπια πορεία παθολογικών καταστάσεων. Πολλές περιπτώσεις διαβητικών δεν προσέχονται, έτσι η ακριβής κατάσταση για τους ηλικιωμένους είναι άγνωστη. Ακόμη, παρουσιάζεται μια σταθερή αύξηση στις καταστάσεις από την παιδική ηλικία ως τα γεράματα. Το ποσοστό κορυφώνεται μεταξύ της ηλικίας των 65 με 75 στο 64,4/1000 άτομα που εξετάστηκαν και σημειώνεται πτώση στη 75 στο 57,9/1000

άτομα που εξετάστηκαν. Υπολογίζεται ότι το 20% των διαβητικών είναι 60 ετών ή περισσότερο και ότι το 5% ολόκληρου του πληθυσμού μετά τα 65 (1-2 εκατομμύρια) έχει διαβήτη και βρίσκεται σε θεραπεία (US PH 1968).

Σε αρκετές περιπτώσεις των ηλικιωμένων σχετίζεται με τα παραπανίσια κιλά. Μάλιστα ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι ο διαβήτης είναι η μόνη σπουδαία παθολογική κατάσταση που σχετίζεται με τους υπέρβαρους (Mann 1971). Τα ποσοστά θνησιμότητας για αυτούς πάνω από 60 και με διαβήτη είναι υψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού. Η απαρχή του διαβήτη στους ηλικιωμένους κατά καιρούς συνδυάζεται με τα καρτικοσεροειδή, την θειαζίνη – διουρητικό, και την παγκρεατική νόσο. Σε αρκετές περιπτώσεις ο δεύτερος διαβήτης συμβαίνει όταν υπάρχει άμεση καταστροφή του παγκρέατος. Αυτό το είδος διαβήτη είναι αρκετά ασταθής και δύσκολο να ελεγχθεί όπως ο νεανικός διαβήτης.

Η πραγματική κατάσταση των ηλικιωμένων διαβητικών είναι άγνωστη. Η κατάσταση εύκολα αστοχεί εξαιτίας αρκετών παραγόντων. Πρώτον, τα κλασσικά συμπτώματα της δίψας, της αυξανόμενης ούρησης, της αδυναμίας ή της ανικανότητας, και της αυξανόμενης γλυκόζης στο αίμα σπάνια παρουσιάζονται και δεύτερον, η υπογλυκαιμία συμβαίνει και χωρίς γλυκοζουρία, και τελικώς τα συμπτώματα της κατάστασης ίσως μπερδεύουν με άλλες κοινές καταστάσεις την ηλικιωμένων όπως καρδιακή συμφόρηση, ουραιμία και χολοκυστίτιδα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπερ-διάγνωση συμβαίνει μερικές φορές. Αυτό ίσως συμβαίνει μόνο αν ο γιατρός χρησιμοποιήσει τις συνηθισμένες εξετάσεις, η ανεκτικότητα σε γλυκόζη μειώνεται φυσιολογικά με τα γεράματα, συνεπώς επηρεάζουν φυσικές ερμηνείες. Επίσης υπάρχει έντονη διαφωνία για την αποτελεσματικότητα των διαγνωστικών κριτηρίων που μπορούν να εφαρμοστούν σε έναν ηλικιωμένο.

Η ανίχνευση του διαβήτη στους ηλικιωμένους είναι συνήθως τυχαία, σε τέτοια θέματα όπως στην νοσοκομειακή φιλοξενία, σε εξετάσεις ματιών, σε εξετάσεις άλλων ασθενειών και επιπλοκές άλλων ασθενειών. Η σε μεγάλη απόσταση θαμπή όραση εξαιτίας αναπαραγωγής αλλαγών δημιουργείται από την υπεργλυκαιμία, κοινή στους ηλικιωμένους. Στον προληπτικό έλεγχο, η πιο ευαίσθητη εξέταση είναι μια εξέταση γλυκόζης στο αίμα ύστερα από 2 ώρες υψηλού σε υδατάνθρακες γεύματος (100mg). Αν χρειάζεται παραπέρα εξέταση, μια εξέταση ανοχής στην γλυκόζη πρέπει να γίνει, αν δεν γίνει κατάλληλα, δεν έχει καμία αξία. Σύμφωνα με τον Moss (1976), τα ακολουθούμενα σχετικά με την ενέργεια σημεία είναι σημαντικά με την βεβαιωθούμε για την εγκυρότητα της εξέτασης της ανοχής της γλυκόζης:

1. Ύπαρξη μιας υψηλής σε υδατάνθρακες δίαιτας (300mg) για 3 μέρες.
2. Να μην γίνει η εξέταση κάτω από το άγχος μόλυνσης, εγχείρησης ή συναισθηματικής φόρτισης.
3. Υποψιαζόμαστε όλα τα φάρμακα που μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα α) κορτιζόνη, οιστρογόνα και νικοτινικό οξύ αυξάνουν την γλυκόζη στο αίμα, β) ασπιρίνη, αντιϊσταμινικά και αγχολυτικά μειώνουν την γλυκόζη στο αίμα.
4. Διευθέτηση του ποσού της γλυκόζης χρησιμοποιείται για το προσωπικό σωματικό βάρος και ηλικία.

Οι χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη είναι πολλές. Τέτοιες επιπλοκές όπως η υπέρταση, στεφανιαία νόσο, καρδιαγγειακή ασθένεια, περιφερική αγγειοπάθεια, ρετινοπάθεια, γλαύκωμα, νευροπάθειες και μια ποικιλία διαταραχών των νεφρών, είναι σημαντικές να τις έχουμε υπόψη όταν σχεδιάζουμε την θεραπεία του διαβήτη. Οι αγγειοπάθειες είναι υπεύθυνες για το 75% περίπου των θανάτων από διαβήτη (Hirohata 1967). Η αθηροσκλήρωση εξελίσσεται 2 φορές γρηγορότερα στους διαβητικούς και η στεφανιαία νόσο 2 φορές πιο συχνά στους

άντρες και 5 φορές πιο συχνά στις γυναίκες. Ο χαρακτηριστικός πόνος της νέκρωσης του μυοκαρδίου είναι αρκετά μικρότερος στους διαβητικούς και η θνησιμότητα ύστερα από καρδιακή προσβολή υψηλότερη.

Η περιφερική αγγειοπάθεια είναι σημαντική επιπλοκή και μπορεί να σχετίζεται με την δημιουργία γάγγραινας. Ο ακρωτηριασμός των ποδιών είναι 50 φορές πιο συχνός στους διαβητικούς άντρες και 80 φορές συχνότερος στις γυναίκες από τον υγιή υπόλοιπο πληθυσμό. Η θεραπεία για το ενδεχόμενο ακρωτηριασμού είναι μια πολύ αγχώδης κατάσταση για τους ηλικιωμένους διαβητικούς που ήδη υποφέρουν με περιορισμούς από άλλους παράγοντες.

Οι νευροπάθειες που έχουν σχέση με τον διαβήτη είναι ποικίλες, αλλά οι πιο συχνές εκδηλώσεις σχετίζονται με τα κάτω άκρα. Τα συμπτώματα είναι ποικίλα από μούδιασμα, τσούξιμο και νυχτερινό κάψιμο στην έλλειψη της Αχίλλειου αντανάκλασης και έλλειψη ικανότητας να αισθάνεται την δόνηση με το πόδι. Συχνά αυτά τα προβλήματα αποδεικνύονται αποτέλεσμα του διαβήτη εξαιτίας της μικρής ή καμίας αίσθησης που παρουσιάζεται στα κάτω άκρα, κάτι που πρέπει να αποφεύγεται για τα άκρα είναι η θερμότητα, το ψύχος και οι τραυματικές καταστάσεις όπως τα σφιχτά παπούτσια. Οι ελκώσεις μπορούν να μολυνθούν με σοβαρές συνέπειες.

Τα άνω άκρα μπορούν επίσης να επηρεαστούν αλλά όχι τόσο συχνά και με μέτριες εκδηλώσεις. Στο ANΣ οι νευροπαθείς μπορούν να οδηγήσουν σε ανικανότητα, σε ουρική κυστική έκταση και γαστρική διαστολή.

Οι διαταραχές των νεφρών είναι συχνές στους διαβητικούς. Σε πολλούς διαβητικούς παρουσιάζονται νεφρικές βλάβες μέσα στα 10 χρόνια της ασθένειας. Η πυελονεφρίτιδα είναι κοινή στους ηλικιωμένους. Εξελισσόμενη νεφρική βλάβη ίσως προκαλέσει καρδιακή βλάβη, υπέρταση, ουραιμική αλκαλική ύφεση και κυρίως τον θάνατο. Οι χαμηλές σε αλάτι και πρωτεΐνες δίαιτες προτείνονται στο τελευταίο



στάδιο νεφρικής νόσου. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη θεραπεία για την διαβητική νεφρική νόσο και είναι μικρή ένδειξη έτσι για μεγάλη διάρκεια υποστηρίζονται τα πλεονεκτήματα του διαβητικού ελέγχου στην εξέλιξη της νεφροπάθειας. Μια ποικιλία παραγόντων όπως η μόλυνση και η έλλειψη διατήρησης των ικανοτήτων του νατρίου ενοχλούν την νεφρική λειτουργία. Η πρόγνωση για τον διαβητικό με νεφρικά προβλήματα είναι πράγματι σοβαρές.

Οι οφθαλμικές διαταραχές είναι συχνές στους ηλικιωμένους. Οι 3 πιο συχνές ασθένειες είναι ο καταρράκτης, η ρετινοπάθεια και το γλαύκωμα. Η διαβητική ρετινοπάθεια είναι αυτή που κατηγορείται για την τύφλωση σε άτομα που υποφέρουν από την χρόνια ασθένεια. Η επικράτηση στις Η.Π.Α. είναι 16/100.000. Οι διαβητικοί έχουν 13 φορές περισσότερες αλλαγές και το να τυφλωθούν από όσους δεν είναι διαβητικοί. Ακόμη και αν δεν είναι εντελώς τυφλός, σοβαρή μείωση της όρασης είναι συχνή στον ηλικιωμένο διαβητικό. Η ρετινοπάθεια μπορεί να καθυστερήσει με τον έλεγχο της γλυκόζης στο αίμα, με την ανταπόκριση σε φάρμακα για την μείωση της όρασης το γλαύκωμα και ο καταρράκτης να εξαφανισθεί χειρουργικά.

Δερματικά προβλήματα επίσης σχετίζονται με τον διαβήτη. Κάποιες δερματικές πληγές πιθανόν έχουν σχέση με θρομβώσεις στην δερματική κατασκευή. Οι δερματικές μολύνσεις είναι συχνές, ιδίως η μονιλίαση. Η φροντίδα που πρέπει να παίρνεται πρέπει να διατηρεί τις πληγές καθαρές και ελεύθερες από μολύνσεις. Ζεστό απιονισμένο νερό για καθαρισμό και η εφαρμογή παροχής αντιβιοτικών όπως η νεομυκίνη έχουν αποδειχθεί ότι βοηθούν.

### **i) Θεραπεία**

Οι μεσήλικες, υπερήλικες διαβητικοί μπορούν συχνά να ελέγχονται με μια διαιτητική συγκράτηση σε υδατάνθρακες στα 100 mg ημερησίως. Σε μερικές περιπτώσεις προτιμάται θεραπεία με φάρμακα δια στόματος με σουλφονουλουρίες όπως τολμποκταμίδη, χλωροπαμίδη

τολαζαμίδη, μια άλλη ομάδα συνθετικών, οι διγουανίδες είναι επίσης χρήσιμες. Αυτά τα φάρμακα δεν συστήνονται σε άτομα με προβλήματα στο συκώτι ή τα νεφρά. Ο ακριβής τρόπος δράσης αυτών των φαρμάκων είναι πολύπλοκος και θέμα προς συζήτηση. Οι τοξικές αντιδράσεις είναι γενικά ήπιες παρόλο που πρόσφατα ένα από τα διγουανίδια, η φενφορμίνη, έχει πάρει μέρος την αύξηση του κινδύνου της καρδιακής προσβολής.

Αρκετές περιπτώσεις απαιτούν ενέσεις ινσουλίνης, αν και η μέθοδος είναι βασικά η ίδια για όλες τις ηλικιακές ομάδες, τα μεγαλύτερα άτομα ίσως έχουν προβλήματα διαχείρισης της ινσουλίνης εξαιτίας της φτωχής όρασης και της ικανότητας χειρισμού. Εξετάζοντας την ουρίνη τους με monitor για τα επίπεδα γλυκόζης ίσως είναι αγγαρεία κάτω απ' αυτές τις συνθήκες. Οι επισκέπτες υγείας στο σπίτι ίσως επιζητήσουν να παραμείνουν κάποιοι διαβητικοί στην κοινότητα.

Το διαβητικό κώμα και το ινσουλινικό σοκ είναι δυο σημαντικές οξείες επιπλοκές του διαβητικού προγραμματισμού. Το διαβητικό κώμα είναι αποτέλεσμα βλαβερής επίδρασης της πρακτικής της γλυκόζης που οδηγεί σε υψηλά επίπεδα ζάχαρης στο αίμα. Αυτό ακολουθείται από αύξηση των λιπών, τα οποία παράγουν ένα πλεόνασμα κετόνων, με αποτέλεσμα την κέτοση. Ο διαβητικός ίσως γρήγορα αφυδατωθεί, θα υποφέρει από κυκλωτερή κατάρρευση, γρήγορα και βαθιά αναπνοή, χάσιμο των αισθήσεων και τελικώς κώμα. Αν είναι σοβαρά επείγον συνήθως απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη. Πρέπει να προμηθευτεί ινσουλίνη και νερό και να αποκατασταθεί το ηλεκτρολυτικό ισοζύγιο. Αυτή η κατάσταση ίσως είναι επιρρεπής σε μολύνσεις, τραυματισμούς, άγχος ή σε ανάγκη για άμεση ινσουλινοθεραπεία.

Ένας σοβαρός τύπος διαβητικού κώματος είναι το υπερωσματικό όχι κετοξικό κώμα. Σχετίζεται συχνά με περιστατικά ηλικιωμένων και η θνησιμότητα είναι υψηλή, συχνά οδηγεί σε θρομβολυτικά επεισόδια. Συμβαίνει κυρίως στους μεσήλικες μετά τα 50 με ήπιο ή μη διαγνωσίμο διαβήτη. Οι μισοί από τους διαβητικούς που παρουσιάζουν αυτό το

είδος κώματος πεθαίνουν. Η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει ένα όγκο ενδοφλέβιων υγρών για να αποκατασταθούν οι χαμένες ουσίες του νερού και της ινσουλίνης. Και στους δύο τύπους τους διαβητικού κώματος ή έλλειψη καλίου πρέπει να θεραπευτεί με συμπληρώματα καλίου ώσπου η κατάσταση του ασθενή να σταθεροποιηθεί. Ακόμη και με επαρκή θεραπεία η θνησιμότητα παραμένει 40% με 70%. (Arieff & Carroll 1972).

Το ινσουλινικό σοκ ή η υπογλυκαιμία μπορεί να συμβεί σε συνδυασμό με υπερδοσολογία ινσουλίνης ή υπογλυκαιμικά από το στόμα τα οποία ρίχνουν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα κάτω από το φυσιολογικό. Επίσης μπορεί ακόμα να προκληθεί με την χορήγηση ινσουλίνης ή τα φάρμακα per os αλλά και την αμέλεια να φάει ο ασθενής, μπορεί επίσης να έχει ως αιτία ασυνήθιστη άσκηση. Τα πρώτα συμπτώματα είναι εφίδρωση, ωχρότητα, μούδιασμα, τρέμουλο, σύγχυση, ασταθές βάδισμα. Σπασμοί και απώλεια συνείδησης. Πρέπει να αναγνωρίζεται σύντομα, αφού η εγκεφαλική καταστροφή, η μυοκαρδιακή νέκρωση και ο θάνατος είναι πιθανές επιπλοκές.

Οι διαβητικοί πρέπει να έχουν μαζί τους πηγές γλυκόζης κάθε ώρα για να αντιτεθούν στην απειλή αυτής της κατάστασης. Ο χυμός πορτοκαλιού, τα ανθρακικά ποτά, οι καραμέλες και άλλες πηγές ζάχαρης ίσως είναι χρήσιμες σε μια τέτοια κατάσταση. Ο διαβητικός πρέπει να προσέχει την δόση ινσουλίνης, να αποφεύγει να παραλείπει γεύματα και να πίνει αλκοόλ και να ελέγχει προσεκτικά τα επίπεδα γλυκόζης. Σε ένα άτομο που είναι ανίκανο να καταπιεί, ο εξαναγκασμός λήψης τροφής πρέπει να αποφεύγεται, μια ένεση 1 mg γλυκαγόνης είναι αρκετό για την αύξηση της ζάχαρης στο αίμα. Όλοι όσοι ζουν προσωπικά μ' αυτό ή έχουν συγγενείς διαβητικούς πρέπει να ξεχωρίζουν την διαφορά μεταξύ του διαβητικού κώματος και της υπογλυκαιμίας. Μια λάθος ενέργεια μπορεί να στοιχίσει τον θάνατο (πιν. 10-1). Στο διαβητικό κώμα ο ασθενής θα παρουσιάσει οσμή ασετόνης

στην αναπνοή και να έχει σάκχαρο και ασετόνη στα ούρα, αλλά στην υπογλυκαιμία αυτά τα χαρακτηριστικά απουσιάζουν.

## **ii) Δίαιτα και προγραμματισμός**

Η ισορροπία στην δίαιτα είναι το κλειδί της διαχείρισης των διαβητικών. Πρέπει να θυμόμαστε ότι οι διατροφικές συνήθειες κάποιου είναι δύσκολο να αλλάξουν. Όσο λιγότερο η δίαιτα είναι χειριστική και πολύπλοκη τόσο πιο εύκολα επιτυγχάνεται η ισορροπία για πιο κατάλληλη προσκόλληση σε μια δίαιτα. Ένας αριθμός βασικών αρχών είναι σημαντικός:

1. Η δίαιτα πρέπει να είναι σύμφωνη με το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο του προσώπου.
2. Η δίαιτα πρέπει να είναι σύμφωνη με τις δραστηριότητες του προσώπου.
3. Μια δίαιτα πρέπει να αποτελείται από τροφές κοινές και με συστατικά αξίας.
4. Μια δίαιτα πρέπει να περιλαμβάνει 3 ισορροπημένα γεύματα, με μικρά σε ποσότητα θρεπτικά snacks μεταξύ αυτών.
5. Φαγητά με υψηλές ποσότητες σε καθαρή ζάχαρη πρέπει να εξαλειφθούν.
6. Μια δίαιτα περιέχει μια ισορροπία σε υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπη, κατά προσέγγιση στα παρακάτω επίπεδα 45%-55% οι υδατάνθρακες, 10%-20% οι πρωτεΐνες και 30%-35% τα λίπη.
7. Επαρκής λήψη αλατιού πρέπει να διασφαλίζεται και το κάλιο πρέπει να προσέχετε, τα συμπληρώματα σε χρώμιο βοηθούν αυτούς που δεν δέχονται την ινσουλίνη.
8. Ένα ευρύ φάσμα πολυβιταμινούχου συμπληρώματος ίσως βοηθήσει, αφού η έκκριση των υδατοδιαλυτών βιταμινών είναι συχνά υπερβολική.

9. Μεγάλα, βαριά γεύματα πρέπει να αποφεύγονται, κυρίως πριν την αποχώρηση για το βράδυ.
10. Τα μικρογεύματα του πρωινού και του απογεύματος είναι το καλύτερο γι' αυτούς που παίρνουν ινσουλίνη.

### **iii) Η άσκηση και ο Διαβήτης**

Η άσκηση προάγει την αύξηση της έκκρισης ινσουλίνης και της καλύτερης χρησιμοποίησης της γλυκόζης από τον οργανισμό. Το πρωτεύων πρόβλημα είναι πως οι ηλικιωμένοι ασκούνται λιγότερο λόγω της σωματικής κατάστασης του και / ή της απώλειας κίνησης. Ένα πρόγραμμα άσκησης πρέπει να σχετίζεται με την προσωπική λειτουργική ικανότητα και δεν χρειάζεται να είναι αυστηρό. Η ήπια άσκηση με αρκετές συνεδριάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματική. Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να ενθαρρύνονται να περπατούν καθημερινά. Ζητώντας σε κάποιον να πάρει μέρος σε ένα πρόγραμμα το κάνει πιο ενδιαφέρον και πιο αρεστό στο να συνεχίσει. Από κοινωνική άποψη ο περίπατος μπορεί να ικανοποιήσει τις διαπροσωπικές ανάγκες του ηλικιωμένου καθώς επίσης την ίδια ώρα εκτελεί μια φυσική δραστηριότητα.

### **iv) Προβλήματα στην εκπαίδευση του ασθενούς**

Η εκπαίδευση του ασθενούς είναι μέρος μιας ολοκληρωμένης θεραπείας διαβήτη. Ο διαβητικός βρίσκεται σε μια μακροχρόνια κατάσταση την οποία πρέπει να μάθει να ελέγχει και να ζει μ' αυτήν. Αν ο διαβητικός είναι σε θέση να είναι ακριβής, στις καθημερινές ιατρικές συμβουλές, η κατάσταση των επιπλοκών και η νοσοκομειακή περίθαλψη μπορούν να μειωθούν. Οι άνθρωποι που εργάζονται με τους ηλικιωμένους πρέπει να μπορούν να μεταβιβάσουν και να διευκρινίσουν πρακτικές πληροφορίες για την διαχείριση του διαβήτη.

Ο διαβητικός πρέπει να είναι προσεκτικός παρατηρητής της σωματικής του κατάστασης. Η καθημερινή εξέταση του σώματός του,

ιδιαίτερα των ποδιών, είναι απαραίτητη. Κάθε μέρος του σώματος πρέπει να ελέγχεται για κάθε αλλαγή όπως το πρήξιμο, οι κοκκινίλες, το μούδιασμα και η αιμορραγία. Αλλαγές στην όραση, στον συντονισμό και στην ικανότητα του βαδίσματος πρέπει να προσέχονται. Αλλαγές τέτοιου είδους πρέπει να αναφέρονται στον ιατρό που τον φροντίζει. Ο διαβητικός θα πρέπει να αποφεύγει τα στενά ρούχα ή παπούτσια και να χρησιμοποιεί κάθε εξωτερικό φάρμακο ή εφαρμογή που δεν συστήθηκε από τον παθολόγο του.

Η μειωμένη κυκλοφορία αίματος και η μειωμένη περιφερική αίσθηση των νεύρων κάνει πιο σοβαρά τα προβλήματα των ποδιών για τους διαβητικούς. Τα παπούτσια που είναι πολύ στενά ή δεν ταιριάζουν στο πόδι μπορεί να γίνουν αιτία μη αντιληπτού τραύματος που ίσως είναι ελκώδες, να μολυνθεί και να οδηγήσει στην απώλεια του ποδιού ή του χεριού. Η καταλληλότητα των παπουτσιών είναι αναγκαία. Έχει παρατηρηθεί ότι το απόγευμα και το βράδυ πρήζονται πιο πολύ τα πόδια. Πόνοι, ραγίσματα και άλλοι τραυματισμοί πρέπει να δέχονται άμεση προσοχή ώστε να αποφευχθούν επιπλοκές. Συνήθως η ξεκούραση στο κρεβάτι χρειάζεται για να τα θεραπεύσει. Τα παχιά, σκληρά νύχια των ποδιών πρέπει να περικόβονται συχνά αλλά μπορεί να παρουσιάσουν πρόβλημα που θα οδηγήσει σε ποδιατρική φροντίδα.

Σύμφωνα με τον Duncan (1976), το 7% των διαβητικών είναι τυφλοί και πολλοί περισσότεροι έχουν περιορισμένη όραση. Αυτό σημαίνει πως θα έχουν ολοκληρωμένα ή συγκεκριμένα προβλήματα στο να βλέπουν την διάμετρο της σύριγγας και στον χειρισμό, στο να τραυματίζουν μέρη και τα νύχια των ποδιών τους. Εξαρτούμενος από τις περιστάσεις, ένας επισκέπτης υγείας στο σπίτι ίσως είναι απαραίτητος για την υποστήριξη της φροντίδας. Επίσης η προμέτρηση της σύριγγας, τα αναγλυφικά τεχνάσματα για τυφλούς και τα γυαλιά με μεγεθυντικούς φακούς θα βοηθήσουν τέτοιες καταστάσεις.

Ο διαβητικός ασθενής που ζει στο σπίτι πρέπει επίσης να αντιλαμβάνεται τους περιβαντολογικούς κινδύνους που μπορεί να τον

οδηγήσουν σε τραυματισμό. Τραύματα από ολισθηρά πατώματα, απότομες σκάλες και λίγο φως είναι συχνά. Η φροντίδα πρέπει να είναι άμεση ή να τροποποιήσει τέτοιους κινδύνους. Οι απότομες σκάλες πρέπει να αντικατασταθούν και τα ολισθηρά πατώματα να καλυφθούν με χαλιά. Ο διαβητικός στο σπίτι θα πρέπει να έχει εύκολη πρόσβαση στο να προμηθευτεί γρήγορα ζάχαρη, γλυκογόνο και ινσουλίνη. Οι συγγενείς ή τα άτομα που ζουν μαζί τους ή τα επισκέπτονται πρέπει να γνωρίζουν το μέρος τέτοιων συμπληρωμάτων ώστε να τα χρησιμοποιούν για κάτι επείγον.

Με την κατάλληλη διαχείριση, οι διαβητικοί μπορούν να ζήσουν πολύ και χρήσιμα. Δεν χρειάζεται να νιώθει αμηχανία η υπερπροστατευτική οικογένεια και οι φίλοι με την παρουσία γλυκών και πηγές τραυμάτων. Οι διαβητικοί χρειάζονται να μην είναι μέρος ενόχλησης από ασφαλείς παρέες που απλοποιούν την ασφάλεια υγείας τους και την διπλή ζωή ασφάλειας προσφέρουν. Οι εργαζόμενοι δεν χρειάζεται να νιώθουν ότι οι διαβητικοί πρέπει να φέρονται ιδιαίτερα ή να τους περιορίζουν. Ο διαβητικός είναι άνθρωπος με μια παθολογική κατάσταση που μπορεί να χειριστεί, αυτός ή αυτή δεν είναι ένα ανάπηρο πρόσωπο.

## **B) ΤΟ ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

Το γενετικό σύστημα χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο ιδιαίτερων ηλικιακών αλλαγών στην σωματική ακεραιότητα και λειτουργικότητα. Γενικά, πολύ λίγες ασθένειες σχετίζονται με αυτό το σύστημα. Τα προβλήματα που σχετίζονται με το γενετικό σύστημα και την σχέση τους με την διάκριση των δύο φύλων είναι πολύ σημαντικά στην πλειονότητα των ηλικιωμένων από τις βασικά παθολογικές καταστάσεις που αναφέρθηκαν. Αφού τα περισσότερα προβλήματα που περιβάλλουν τις αλλαγές των φύλων με την γήρανση είναι κοινωνικά και ψυχολογικά. Αυτήν τη στιγμή θα αναφερθούμε στις σωματικές,

λειτουργικές και παθολογικές αλλαγές στα γεράματα του γενετικού συστήματος και στις περιπλοκές στην φροντίδα, την διατήρηση και την καλοζωία ενός ηλικιωμένου.

## **1) Το Ανδρικό γενετικό σύστημα**

### **i) Ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές**

Το αντρικό αναπαραγωγικό σύστημα συνεχίζει να παράγει αντρικές ορμόνες (τεστοστερόνη) ακόμη και σε μεγάλη ηλικία. Η συγκέντρωση της παραγωγής βαθμηδόν μειώνεται, αλλά παραμένει σε υψηλότερο επίπεδο για περισσότερο καιρό από ότι η παραγωγή οιστρογόνων στις γυναίκες. Η μείωση της τεστοστερόνης έχει ορισμένες επιδράσεις σε έναν μεγαλύτερο άντρα. Η μυϊκή δύναμη και ο αριθμός των βιώσιμων σπερμάτων που παράγονται μειώνονται με την πάροδο των χρόνων. Η επιθυμία της σεξουαλικής επαφής ίσως να σχετίζεται με την μείωση τεστοστερόνης, αλλά άλλες φυσιολογικές αλλαγές όπως η μείωση της ευαισθησίας των ζωτικών οργάνων ίσως είναι πιο υπεύθυνη για αυτή την μείωση.

Συμβαίνει και ένας αριθμός σημαντικών σωματικών αλλαγών. Το μέγεθος και η σταθερότητα των στύσεων μειώνεται και στο πέος μειώνεται η διάμετρος. Το σπερματικό επιθήλιο εκφυλίζεται, μειώνεται η σπερματική παραγωγή, αλλά η πληθώρα των σπερματοζωαρίων βρίσκονται και σε ηλικιωμένους. Οι αδένες του προστάτη μεγαλώνουν και η συστολή τους γίνεται λιγότερο ισχυρή. Οι ασθένειες του προστάτη ή της διορθωτικής εγχείρησης συνδυάζονται με παθολογικές καταστάσεις των αδένων του προστάτη ίσως να οδηγήσουν σε ανικανότητα όπως τα ψυχολογικά προβλήματα. Άλλες αλλαγές που συμβαίνουν περιλαμβάνουν ισχυρή μείωση της αναφώνησης και μείωση του όγκου του κολλώδους και γενικά της ποιότητας του σπερματικού υγρού. Η άγνοια γι' αυτές τις καταστάσεις ίσως είναι αιτία



να προκαλέσει στο άτομο ανησυχία και πιθανόν να επηρεάσει τη σεξουαλική του ζωή.

## **ii) Παθολογία του αντρικού γενετικού συστήματος**

Οι παθολογικές καταστάσεις του αδένου του προστάτη αποτελεί ένα τεράστιο πρόβλημα για τον ηλικιωμένο άντρα.

Το καρκίνωμα στα αντρικά γεννητικά όργανα είναι σπάνιο, αλλά θα παρουσιάσουμε εν συντομία κάποια προβλήματα σ' αυτό το σημείο. Οι κακοήθειες του φαλλού δεν είναι συχνές, γενικά συμβαίνουν σε ανυποψίαστα πρόσωπα με ακροβυστία. Κάθε δυσπλασία κάτω από την ακροβυστία πρέπει να εξεταστεί ως πρόβλημα και την πιθανότητα για χειρουργείο. Οι όγκοι των όρχεων είναι επίσης σπάνια στους ηλικιωμένους αλλά λιπώδεις κύστες και epididymo – orchitis συχνά δημιουργούνται. Ζεστά καθιστά λουτρά και ζεστές κομπρέσες μπορούν να ανακουφίσουν τον πόνο της φλόγωσης.

Η επιδιδημο – orchitis (φλόγωση των όρχεων και των attached tubes) χαρακτηρίζεται από ξαφνική παρουσίαση πόνου και συνήθως όχι σπουδαία ανάκτηση δυνάμεων. Μπορεί να θεραπευτεί με την χορήγηση αντιβιοτικών, ξεκούραση στο κρεβάτι, scrotal ανύψωση και θερμά επιθέματα. Αν αναπτυχθεί απόστημα, ίσως η χειρουργική αφαίρεση του όρχεως να είναι απαραίτητη. Επιπλοκές στα γεννητικά όργανα του ανδρός ίσως να συνοδεύονται από αρκετή στενοχώρια, κυρίως για έναν άνδρα που είναι ακόμα ζωηρός και ανησυχεί για τις ικανότητές του. Η ψυχολογική υποστήριξη και η επιβεβαίωση ίσως είναι οι πιο σημαντικές απόψεις για την φροντίδα και την θεραπεία.

## **2) Το Γυναικείο γενετικό σύστημα**

### **i) Ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές**

Το γυναικείο αναπαραγωγικό σύστημα αποδίδει λιγότερο με τα χρόνια. Δύο πιθανές εξηγήσεις υπάρχουν για την μείωση της

απόδοσης, συμπεριλαμβάνουν λιγότερα ωάρια και την μειωμένη ικανότητα εξόδου του ωαρίου από την ωοθήκη και της μήτρας στο να υποστηρίξει το νέο έμβρυο. Ο Sharman (1955) εκτίμησε ότι στις γυναίκες στην ηλικία των 40-45, το 75% είχε σταθερό κύκλο, αυτό έπεφτε στο 60% μετά τα 45.

Ένας μεγάλος αριθμός σωματικών αλλαγών συμβαίνουν στο γενετικό σύστημα της γυναίκας. Το αιδοίο αναπτύσσει λιγότερα έντονες πτυχωσείς και το δέρμα γίνεται λεπτότερο. Το αγγειώδες και η ελαστικότητα μειώνονται και στην περιοχή γίνεται πιο ευαίσθητη σε μυϊκά τραύματα και αναπτύσσεται κνησμός. Οι αδένες μειώνουν τον βαθμό και το επίπεδο της έκκρισης και η γενική ατροφία οδηγεί σε συστολή και ξηρότητα της περιοχής. Το τοίχωμα του κολεού γίνεται λεπτότερο με λιγότερη αγγείωση και εύκολα μολύνεται από βακτήρια και ποικίλους ξένους οργανισμούς. Το τοίχωμα είναι πιο ευαίσθητο σε τραυματισμούς. Η έκκριση του κολεού μειώνεται και χαρακτηρίζεται από υψηλό pH, με αποτέλεσμα οικολογικές αλλαγές στην χλωρίδα του κολεού.

Η μήτρα μειώνεται σε μέγεθος, γίνεται πιο ινώδης και έχει λιγότερους ενδομήτριους κάλυκες. Ο τράχηλος μειώνεται σε μέγεθος μα λιγότερο από το σώμα της μήτρας και το τραχηλικό κέρασ μειώνεται σε διάμετρο. Οι σάλπιγγες γίνονται πιο αδύνατες και συσφίγγονται και οι ωοθήκες παίρνουν ένα ανώμαλο σχήμα. Οι ωοθήκες παράγουν λιγότερη προγεστερόνη και αποτυγχάνουν στην ωορρηξία και στην παραγωγή οιστρογόνων.

## **ii) Εμμηνόπαυση**

Η εμμηνόπαυση είναι η κατάληξη μιας 20 με 30 χρόνια περιόδου αλλαγής του γυναικείου γενετικού συστήματος που συνήθως ξεκινά την πέμπτη δεκαετία και εξελίσσεται διαφορετικά σε κάθε άτομο. Είναι μόνο μια από τις πιο σοβαρές φάσεις που οδηγούν στην μείωση της

γονιμότητας, με ανώμαλη ή την απουσία της έμμηνης ρύσης και μια ποικιλία από σωματικές αλλαγές.

Η κατάπαυση της έμμηνης ρύσης φανερώνει το τέλος πολλών χρόνων εμμηνορροίας. Μερικές φορές η εξέλιξη της κατάπαυσης γίνεται βαθμηδόν σε μια χρονική περίοδο, παρόλο που συνήθως είναι απότομη. Κατά την διάρκεια της συνηθισμένης περιόδου 20 με 3 χρόνια, η ροή γίνεται λιγότερη και το διάστημα μεταξύ δύο κύκλων έμμηνης ρύσης μειώνεται. Κατά προσέγγιση 50% όλες οι γυναίκες ξεκινούν την εμμηνόπαυση στην ηλικία των 45 – 50, γύρω στο 25% πριν τα 45 και το 25% μετά τα 50 (Hafez 1976). Ως προς την ηλικία η διαδικασία μπορεί να επισπευσθεί λόγω κάποιας ασθένειας, ασθένειες των ενδοκρινών αδένων που επηρεάζουν τα οιστρογόνα, ακτινοβολία των ωοθηκών και στείρωση.

Ένας αριθμός συμπτωμάτων σχετίζονται με την εμμηνόπαυση, μολονότι για το μεγαλύτερο μέρος εμφανίζονται λιγότερο συχνά και όχι ως χαρακτηριστικό όπως είναι γνωστό. Αυτά περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, απώλεια της όρεξης, υπνηλία και πονοκεφάλους. Ορισμένα συμπτώματα είναι πιο πολύ ψυχολογικά από σωματικά. Παρατηρήθηκε ότι αυτά τα συμπτώματα βρέθηκαν πιο πολύ σε γυναίκες με ιστορικό ψυχωτικής συμπεριφοράς.

Ξαφνικό αναψοκοκκίνωμα στο πρόσωπο και το στήθος και εφιδρώσεις σχετίζονται με αγγειακή αστάθεια που κατηγορεί την ανώμαλη διάμετρο των αγγείων και συνεπώς την ανώμαλη ροή αίματος στην επιφάνεια. Υπάρχει μια τάση αποθήκευσης μεγαλύτερης ποσότητας λίπους στον υπογάστριο και τον χώρο της λεκάνης. Το ηβικό τρίχωμα γίνεται λιγότερο και οι μαστοί ατροφούν. Οι μαστοί γίνονται πεπλατυσμένοι και πέφτουν, οι θηλές μικραίνουν και δεν παραμένουν όρθιες.

Έχει παρατηρηθεί και μετά την εμμηνόπαυση αιμορραγία αλλά στο 70% – 75% των περιπτώσεων σταματά χωρίς ιατρική ή χειρουργική επέμβαση. Σε άλλες περιπτώσεις το 25% - 30% ίσως έχει σχέση με

κακοήθεια (Weg 1975). Υπάρχει μια ορισμένη ανύψωση στις αθηροσκληρωτικές αλλαγές στα στεφανιαία αγγεία των μετά την εμμηνόπαυση γυναικών, παρατηρήθηκε επίσης και σε νεαρές γυναίκες χωρίς ωοθήκες. Η οστεοπόρωση έχει συσχετιστεί με τις αλλαγές της εμμηνόπαυσης, παρόλο που η πολλαπλότητα των παραγόντων ίσως σχετίζεται με την ανάπτυξή της.

### **iii) Η παθολογία του γυναικείου γενετικού συστήματος**

Γενικά, ειδικές ηλικιακά καταστάσεις στις γυναίκες καταλήγουν σε νόσους του γενετικού συστήματος με την εξέλιξη της ηλικίας. Η εσωτερική επιφάνεια της μήτρας γίνεται λεπτότερη και ατροφική και γενικά χωρίς προβλήματα κύστης. Μετά την εμμηνόπαυση, ίσως υπάρξει κάποια ευαισθησία στο ενδομήτριο και η ενδομήτρια υπερπλασία είναι αρκετά συχνή. Η ενδομήτρια υπερπλασία ίσως είναι προδιαθετικός παράγοντας για καρκίνο. Με την αύξηση της μακροβιότητας, εμφανίζεται πως οι καρκίνοι της μήτρας γίνονται πιο σημαντικοί. Η κατάσταση του καρκίνου της μήτρας εμφανίζεται στην ηλικία περίπου των 65. Ο καρκίνος του τραχήλου είναι πιο συχνός στις νέες γυναίκες. Ο Corscaden (1962) βρήκε πως η αναλογία του καρκίνου της μήτρας προς τον καρκίνο του τραχήλου είναι 13 προς 9 για αυτές πάνω από 70. Οι ενδομήτριοι καρκίνοι στα γεράματα δεν έχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Το σάρκωμα τείνει να γίνει σπάνιο, κυρίως αφότου τα ινομύματα δεν μετατρέπονται συνήθως σε κακοήθεια μετά την εμμηνόπαυση.

Το καρκίνωμα του τραχήλου εμφανίζεται στις ηλικίες 40 – 60, με την ηλικία των 65 μειώνεται. Δεν έχει σπουδαία και ηλικιακά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, αλλά κάποιοι πιστεύουν ότι ίσως εξελίσσεται περισσότερο στους νέους. Το καρκίνωμα του αιδοίου είναι γενικότερα ασθένεια των ηλικιωμένων γυναικών, στο 50% των περιπτώσεων που συμβαίνει είναι πάνω από 60. Σπάνια επεκτείνεται στους λεμφαδένες, σε κάποιο πρώιμο στάδιο της ασθένειας συνεπώς η πρόγνωση δεν

είναι καλή. Η λευκοπλακία (λευκόφαιες ανυψωμένες πλάκες) εμφανίζεται συνήθως αμέσως μετά την εμμηνόπαυση. Συχνά έχει σχέση με τον καρκίνο του αιδοίου και άλλα μέρη του σώματος. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ίσως είναι πρόδρομος καρκίνου.

Οι ωοθήκες συχνά αναπτύσσουν βλαστικές κύστες, που είναι ο μόνος τύπος κυστών των ωοθηκών που αυξάνονται συχνά κατά την γήρανση. Κάποιοι ερευνητές πιστεύουν πως μια περιβλητική επιφάνεια μιας ωοθήκης μεταξύ των ατροφικών ωοθηκών ευνοεί την ανάπτυξη τέτοιων κυστών. Το καρκίνωμα των ωοθηκών αναπτύσσεται σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι πιο συχνό μετά την εμμηνόπαυση.

Η πρόληψη του καρκίνου της μήτρας είναι το πιο συχνό παράπονο των ηλικιωμένων ασθενών. Το άτομο ίσως παρουσιάζει συμπτώματα όπως ο πόνος από πίσω, δυσκοιλιότητα, συχνή ούρηση ή κατακράτηση και μια αίσθηση πίεσης στη λεκάνη. Σε μεγάλο αριθμό των περιπτώσεων μπορεί να αναπτυχθεί ακράτεια ή δυσκολία στον καθαρισμό.

Πολλές φορές οι ασθενείς αφήνουν την κατάσταση να προχωρήσει για πολύ καιρό πριν προσφύγουν σε ιατρική ανακούφιση. Συχνά είναι αδύνατο να διορθωθεί η καταστροφή, αλλά μια ποικιλία χειρουργικών μέσων που υπάρχει μπορεί να παρέχει αποθηκευτική υποστήριξη στην λεκάνη και διόρθωση των συμπτωμάτων του ουροποιητικού.

Οι περισσότερες υπάρχουσες νόσοι του μαστού δεν είναι συχνές μετά την εμμηνόπαυση και σπάνιες μετά τα 70. Αυτών των ειδών οι νόσοι είναι επικρατέστερες σε γυναίκες ηλικίας 30 – 50. Ο καρκίνος του στήθους μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο γυναίκες ηλικίας 40 – 60 ετών. Ο Mckeown (1965) υποστηρίζει πως η πιθανότητα να έχει καρκίνο στο μαστό μια γυναίκα 75 – 79 ετών είναι δέκα φορές αυτό για τις γυναίκες μεταξύ των 35 και 39. Είναι δύσκολο να αποφασιστεί η σημαντικότητά του ως αιτία θανάτου γι' αυτές πάνω από 70 επειδή η πολλαπλότητα των παραγόντων μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο αυτή

την ηλικία. Οι παθολογικές αλλαγές δεν διαφέρουν σ' αυτή την ηλικία, και η επίδραση της ηλικίας στην πρόγνωση είναι ακόμη υπό συζήτηση.

### **3) Η Λειτουργία ως προς την ηλικία και το φύλο**

Τα σεξουαλικά προβλήματα με την εξέλιξη της ηλικίας είναι περισσότερο ψυχολογικά και θα συζητηθούν στο κεφάλαιο 11. Ο Master & ο Johnson (1970) διαπίστωσαν κάποιες αλλαγές σχετικές με την γήρανση:

#### **A. Ένας άντρας 50 έως 89 χρονών**

1. Μια στύση θέλει περισσότερο χρόνο για να ολοκληρωθεί ή να διατηρηθεί από αυτή ενός νέου.
2. Η εκσπερμάτωση δεν είναι ισχυρή και διαρκεί μικρότερη περίοδο.
3. Η στύση κοπάζει πιο γρήγορα μετά την ejaculation.
4. Η ποσότητα σπέρματος είναι μειωμένη.
5. Υπάρχει μια αύξηση της αναπαραγωγικής περιόδου μεταξύ των στύσεων και μεταξύ των οργασμών.

#### **B. Η γυναίκα 51 έως 78 χρονών**

1. Η γυναίκα χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να διεγερθεί σεξουαλικά.
2. Η παραγωγή κολπικών υγρών διαρκεί περισσότερο και γενικά δεν είναι τόσο δραστική.
3. Ο κόλπος χάνει την ελαστικότητά του και τις διασταλτικές ικανότητές του.
4. Μετά τα 60 η κλειτορίδα μειώνεται σε μέγεθος αλλά αποκριτική στην διέγερση.
5. Ο οργασμός είναι μικρότερης έντασης και διάρκειας.

Αυτές οι αλλαγές είναι φυσιολογικό μέρος της γήρανσης, αλλά αναγνωρίζεται μια διαφορετικότητα από πρόσωπο σε πρόσωπο. Οι

γυναίκες έχουν κέρδος από μια ορμονοθεραπεία που θα αναβάλλει και θα τροποποιήσει τις πιο προβληματικές αλλαγές. Τα άτομα πρέπει να καταλάβουν αυτές τις σχετικές με την ηλικία αλλαγές και να μην φοβηθούν όταν συμβαίνουν. Με κατάλληλη εκπαίδευση, ο ηλικιωμένος μπορεί να είναι σίγουρος για την σεξουαλική λειτουργικότητά του και πως θα συνεχίσει να υπάρχει και αργότερα.

Η σεξουαλική δυσλειτουργικότητα δεν είναι ένα αναπόφευκτο αποτέλεσμα της γήρανσης. Οι ίδιοι παράγοντες που οδηγούν σε σεξουαλικά προβλήματα τους νεώτερους είναι επίσης σημαντικά για τους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα όταν τα κατηγορούν τις αλλαγές του γεννητικού συστήματος. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν κατάχρηση φαρμάκων, κούραση, συναισθηματικά προβλήματα, ασθένειες, ουρογεννητικό χειρουργείο, αλκοολισμό, υπερφαγία και κοινωνικοπολιτιστική πίεση. Στους ηλικιωμένους αυτοί οι παράγοντες περιβάλλονται από τον φόβο της αποτυχίας και προσδοκιών της κοινωνίας για την σεξουαλική συμπεριφορά των ηλικιωμένων.

#### **4) Σεξουαλική δραστηριότητα και οι χρόνιες νόσοι**

##### **Στεφανιαία νόσος**

Μόνο στο τελευταίο στάδιο της στεφανιαίας νόσου δικαιολογείται πλήρης αποχή από την σεξουαλική δραστηριότητα. Σε πολλές περιπτώσεις της στεφανιαίας νόσου η σεξουαλική δραστηριότητα ίσως είναι κέρδος, αφού αυξάνει τους παλμούς της καρδιάς, της ροής του αίματος, και την απορρόφηση οξυγόνου. Το χαρακτηριστικό της σεξουαλικής είναι πως είναι ισοδύναμη με μέτρια άσκηση. Έχει αναφερθεί πως μόνο το 1% (Butler & Lewis 1975) όλων των ξαφνικών θανάτων από την στεφανιαία νόσο συνέβη κατά την διάρκεια ή μετά από την συνουσία. Είναι πιθανόν ότι τα θεραπευτικά και τα προληπτικά κέρδη διώχνουν τους κινδύνους. Ο συσχετισμός με την πλήρη αποχή και το ψυχολογικό άγχος πρέπει επίσης να μελετηθεί.

## **Υπέρταση**

Πολλά άτομα με υπέρταση βρίσκονται κάτω από πίεση γιατί η σεξουαλική δραστηριότητα είναι επικίνδυνη για την κατάστασή τους. Αυτοί με φαρμακοθεραπεία για την υπέρταση συχνά αναφέρουν έλλειψη σθένους και οι περισσότεροι αποδίδουν την αδυναμία τους στα φάρμακα. Βλέποντας αυτά τα προβλήματα περισσότερη έρευνα πρέπει να σχεδιαστεί για να εκτιμηθεί η επίδραση της σεξουαλικής δραστηριότητας στην υγεία των υπερτασικών τόσο όσο και η σύγκρουση της ασθένειας με την σεξουαλική λειτουργικότητα. Η υποβολή σε φαρμακοθεραπεία πρέπει να εξετάζει τις πιθανές πλευρές επιδράσεων όπως η αδυναμία και η ανάπτυξη εναλλακτικών θεραπειών που είναι λιγότερο ενοχλητικό για την προσωπική ζωή και την εικόνα κάποιου.

## **Διαβήτης**

Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι συχνή στους διαβητικούς. Οι γυναίκες συχνά έχουν πείρα των δυσκολιών της κολπικής ολισθηρότητας και οι άντρες ελάττωση της στύσης και της ejaculation, θεωρούνται συχνές. Παρ' όλες τις αιτίες είναι γενικά άγνωστο, χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης έχουν εμπλακεί σε διαβητικό άντρα. Κάποιοι έχουν αναφέρει πως το γυναικείο πρόβλημα μπορεί να είναι μια δεύτερη οργασμική δυσλειτουργία (Kolodny et al 1974). Για την αδυναμία των αντρών έχει δοθεί νευρολογική εξήγηση. Αυτή η άποψη εμπλέκει την πιθανότητα φτωχής νευρικής επικοινωνίας που ταραξεί την σταθερή ροή του αίματος ανάγκη για να παραμείνει η στύση. Κάποιοι διαβητικοί άντρες επίσης υπόκεινται σε μια πρόωση εκσπερμάτωση όπως και σε μια οπισθοδρόμηση της. Αν η αδυναμία παρουσιάζεται και σχετίζεται με τον διαβήτη δεν έχει μεγάλη αξία η θεραπεία.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΤΟ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΕΦΑΛΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Η καρδιακή προσβολή αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό πρόβλημα για πολλούς ηλικιωμένους ως αιτία αρρώστιας, ανικανότητας και θανάτου. Στην πραγματικότητα, η καρδιακή προσβολή είναι η συχνότερη αιτία οριακής δραστηριότητας και η πιο συχνή αιτία θανάτου σε ανθρώπους άνω των 65 ετών. Οι πιο πολλές μελέτες πάνω στην καρδιακή προσβολή έχουν συγκεντρωθεί στο όρο που λέγεται “νεότερα μέλη του πληθυσμού”. Η παρούσα γνώση της καρδιάς και της ασθένειας σε μεγάλες ηλικίες δεν κάνει πάντα πιθανό το διαχωρισμό ανάμεσα σε καταστάσεις που αντιπροσωπεύουν επιβαρυντικές ή ηλικιακές αλλαγές και στις καταστάσεις που αντιπροσωπεύουν παθολογικούς παράγοντες. Είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε που οι φυσιολογικές αλλαγές τελειώνουν και που αρχίζουν οι παθολογικές.

Ο διαχωρισμός ανάμεσα σε επιβαρυντικές και παθολογικές καταστάσεις δεν αποτελεί μια μικρή ακαδημαϊκή άσκηση στη διαφορετικότητα. Η γνώση είναι απαραίτητη στην αναγνώριση των συμπτωμάτων που δείχνουν ελάττωση στη λειτουργική ικανότητα της ηλικιωμένης καρδιάς και σε εκείνα τα συμπτώματα που ίσως δείχνουν μια σημαντική ισοβίως θεραπευτική κατάσταση. Είναι ένας από τους σκοπούς αυτού του κεφαλαίου να βρούμε μερικές από τις ανατομικές και φυσιολογικές αλλαγές που ίσως μειώσουν την καρδιακή λειτουργία, καθώς επίσης και να παρουσιάσουμε πληροφορίες πάνω στις κυριότερες αιτίες της καρδιακής προσβολής σε μεγάλη ηλικία.

## 1) Φυσιολογικές και ανατομικές αλλαγές στην καρδιά

Στην απουσία της αρρώστιας η καρδιά μοιάζει να συνεχίζει να έχει το μέγεθος της και σε κάποιους ξεχωριστούς ίσως γίνει μικρότερη με την ηλικία. Στην πραγματικότητα, η αριστερή κολπική κοιλότητα, αυτός ο “θάλαμος” της καρδιάς που στέλνει οξυγονωμένο αίμα στο σώμα, μπορεί να μειωθεί σε μέγεθος, εξ’ αιτίας της μείωσης της δραστηριότητας και της φυσιολογικής φθοράς της ηλικίας (Harris, 1977). Ο Μακέουν (1965) υπογράμμισε ότι κάποιες εν μέρει ατροφίες της καρδιάς μπορεί να επακολουθήσουν σε εκείνους τους ηλικιωμένους που δεν σιτίζονται, περιορίζονται στο κρεβάτι (ακινησία), η έχουν εμπειρία μιας εξοντωτικής ασθένειας.

Υπάρχει μείωση της ελαστικότητας της αορτής, της μεγάλης αρτηρίας που φθάνει το αίμα, το οποίο αντλείται από την καρδιά και της οποίας οι διακλαδώσεις τελικής μεταφέρουν αίμα σε όλα τα μέλη του σώματος. Ο Harris (1977) ανέφερε ένα ποσοστό 50% μείωσης της ελαστικότητας του αρτηριακού συστήματος ενός εβδομηντάχρονου, συγκρινόμενο μ’ αυτό ενός εικοσάχρονου.

Υπάρχει επίσης, μείωση του μεγέθους του καρδιομυϊκού κυττάρου, μια προοδευτική απώλεια της καρδιομυϊκής δύναμης και μια μειωμένη καρδιακή απόδοση. Η μελέτη των Brandfonbreneretal (1955) παραμένει μια από τις πιο σημαντικές αποκαλύπτοντας μια σχετική με την ηλικία μείωση της καρδιακής απόδοσης. Η δουλειά τους επικυρώθηκε από τον Σταρ (64) ο οποίος επεσήμανε ένα ποσοστό 0,85% ετήσιας απώλειας της δύναμης του καρδιακού μυ μετά την ηλικία των 20.

Η μείωση της δύναμης του καρδιακού μυ και της καρδιακής απόδοσης δεν περιλαμβάνει απαραίτητα μια ανεπαρκή ροή αίματος για το σώμα και τα ζωτικά του συστατικά. Στην απουσία της αρρώστιας και τη γενικότερη μείωση της καρδιακής λειτουργίας, η απόδοση είναι επαρκής γιατί οι ανάγκες του σώματος μειώνονται σαν αποτέλεσμα την

ατροφία πολλών άλλων μερών του σώματος και τη μείωση του δείκτη του βασικού μεταβολισμού (Rodstein, 1971). Κατά την διάρκεια της έντασης της άσκησης η καρδιά των νεότερων χτυπά πιο γρηγορότερα και υποκαθιστά την αύξηση στη δύναμη των μυϊκών συστολών. Η ικανότητα της καρδιάς να αντιδρά στην πίεση (στρες) σημαντικά υποχωρεί με την ηλικία. Η μειωμένη καρδιακή απόδοση των γηραιότερων δεν χρειάζεται να είναι σημαντική καθώς επίσης και ο ίδιος (ο ηλικιωμένος) να βρίσκεται σε μια στρεσογόνο κατάσταση. Η ικανότητα της καρδιάς να προμηθεύει “καύσιμα” για την ανάπτυξη του σώματος, χρειάζεται υπό προϋποθέσεις, εν μέρει βασισμένη στην παραγωγή των κατεχολαμινών και τη διαθεσιμότητα των αισθητήρων της καρδιάς. Οι κατεχολαμίνες, οι οποίες εκκρίνονται ως απάντηση για το στρές συνάπτονται σε “ενότητες” ειδικών υποδοχέων στα καρδιακά μέρη ως εκ τούτου ενισχύουν την ταχύτητα και τη δύναμη των συστολών του καρδιακού μυ. Οι παρούσες μελέτες οδηγήθηκαν στο να προσδιορίσουν αν οι μεγαλύτερες σε ηλικία καρδιές που ανταποκρίνονται λιγότερο καλά στην παρουσία κατεχολαμινών έχουν λιγότερους αισθητήριους τομείς, η αν στην πραγματικότητα εκκρίνουν λιγότερες κατεχολαμίνες.

Οι απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις ίσως ασκούν μια σημαντική επιρροή πάνω στην επιτυχημένη χρήση των φαρμάκων δακτυλίτιδας, τα οποία είναι ιδιαιτέρως βοηθητικά στις υπό θεραπεία καρδιακές αδιαθεσίες στις οποίες ο καρδιακός μυς είναι αδύναμος. Τα φάρμακα δακτυλίτιδας αυξάνουν την καρδιακή ικανότητα ενδυναμώνοντας τα μέρη των καρδιακών υποδοχέων και παράγοντας τη δύναμη των συστολών. Αν αυτά τα μέρη των υποδοχέων μικραίνουν με την ηλικία, είναι πιθανό ότι η επίδραση των φαρμάκων δακτυλίτιδας επίσης εκκλείπτει με την ηλικία. Οι ηλικιωμένοι είναι πιθανότερο να υποφέρουν από τις τοξικές επιδράσεις των φαρμάκων δακτυλίτιδας και συχνά χρειάζονται μικρότερες δόσεις διατήρησης απ' ότι οι νεότεροι.

Η καρδιακή βαλβίδα φαίνεται πως αυξάνει σε αδυναμία με τα χρόνια και σίγουρα οι βαλβίδες είναι οι δείκτες μαρτυρίας του calcium salt. Οι ασθένειες της καρδιακής βαλβίδας δεν αποτελούν θανατηφόρο καρδιακό επεισόδιο για τους περισσότερους ηλικιωμένους και οι απλές αλλαγές που αναφέρονται δεν είναι συνήθως κλινικώς σημαντικές. Εν τούτοις, τέτοιες αλλαγές μπορούν να τροποποιήσουν το φυσιολογικό κλείσιμο μιας καρδιακής βαλβίδας (προκαλώντας θόρυβο ή ανώμαλο καρδιακό ήχο) και ως εκ τούτου να μοιάζουν με περισσότερο σημαντική καρδιακή ασθένεια. (Harris, 1977).

Η πίεση του αίματος τείνει να αυξάνεται με την ηλικία, με τη συστολική πίεση (εκείνη η φάση του καρδιακού κύκλου, όπου η καρδιά συστέλλεται εξωθώντας αίμα) μοιάζει να σταθεροποιείται περίπου στα 75 έως 79 χρόνια. Η διαστολική πίεση (εκείνη η φάση του καρδιακού κύκλου κατά τη διάρκεια του οποίου η καρδιά ξεκουράζεται και ο “σάκος” της γεμίζει με αίμα) μοιάζει να αυξάνεται έως τα 64 χρόνια και μετά βαθμιαία μειώνεται (Harris 1977, Master and Lasser 1964). Η πίεση του αίματος στους ηλικιωμένους θα πρέπει να θεωρείται μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια 160/100 mm Hg στους άνδρες και 170/90 mm Hg στις γυναίκες (Master and Lasser 1964, Silber και Katz 1975). Γενικά οι ανατομικές και οι φυσιολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στην ηλικιωμένη καρδιά ακόμη της επιτρέπουν να λειτουργεί επαρκώς, αν το στεφανιαίο αρτηριακό σύστημα δεν έχει αρκετά βλαφτεί. Παρ’ όλα αυτά, επειδή η στεφανιαία αρτηριακή νόσος είναι ένας πολύ διαδεδομένος παράγοντας μεταξύ των ηλικιωμένων Αμερικανών, είναι πολύ δύσκολο να προσδιορίσουμε σε ποιο βαθμό η καρδιά γερνάει ξεχωριστά απ’ την αρρώστια.

## 2) Νόσος Στεφανιαίας Αρτηρίας (νόσος ισχαιμικής καρδιάς)

Η νόσος της στεφανιαίας αυξάνει σε συχνότητα με την ηλικία και αποτελεί την κυριότερη αιτία καρδιακής παθήσεως και θανάτου στους γηραιότερους Αμερικανούς. Η ασθένεια αποτελεί προϋπόθεση σύμφωνα με την οποία υπάρχει μια ανεπάρκεια (έλλειψη) αίματος στην καρδιά εξ' αιτίας της στενότητας ή της σύσφιξης των καρδιακών αγγείων που την προμηθεύουν. Ο ιστός που αρνείται μια επαρκή προμήθεια αίματος ονομάζεται ισχαιμικός. Γι' αυτό η στεφανιαία νόσος είναι επίσης γνωστή και σαν νόσος ισχαιμικής καρδιάς.

Οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για τις στενεμένες και συσφιγμένες αρτηρίες δεν είναι οριστικώς γνωστοί. Αυτό που είναι γνωστό είναι ότι ένας όλο και αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων που ζουν σε βιομηχανοποιημένες χώρες αναπτύσσουν ένα παράγοντα γνωστό ως αθηροσκλήρωση. Στην αθηροσκλήρωση οι μεγαλύτερες αρτηρίες, ιδιαίτερα, υφίσταται μια στένωση των ορίων τους (ή των οδών τους) σαν αποτέλεσμα της ανάπτυξης των αρτηριοιματικών πλακών στα εσωτερικά τους τοιχώματα. Αυτές οι πλάκες, οι οποίες περιέχουν λίπος και χοληστερολικούς κρυστάλλους σε συνδυασμό με άλατα ασβεστίου, συνδετικό ιστό, ουλώδη ιστό και υδατάνθρακες, τείνουν να μειώσουν το μέγεθος των ορίων τους, με ένα τέτοιο τρόπο ώστε τα αγγεία ίσως είναι πιθανό να φράξουν τελείως. Το κλείσιμο μιας αρτηρίας μπορεί να προκύψει από τον εκτεταμένο σχηματισμό των πλακών ή από μια θρόμβωση του αίματος που παρεμβάλλεται μέσα στο στενεμένο αγγείο. Πολλοί επικίνδυνοι παράγοντες συνδέθηκαν με τον τρόπο ζωής των ανθρώπων στα ανεπτυγμένα Έθνη έχουν υπογραμμιστεί στην εξάπλωση της αθηροσκλήρωση. Μάλλον πλήρεις και περιεκτικές επαναλήψεις του θέματος αυτού αφθονούν στην φιλολογία. Είναι στις αρμοδιότητες μας περιληπτικά να γνωστοποιήσουμε τι είναι μερικοί απ' αυτούς τους επικίνδυνους παράγοντες και να ξεκαθαρίσουμε ποιοι απ' αυτούς είναι οι καλύτεροι

δείκτες της στεφανιαίας νόσου στους ηλικιωμένους ξεχωριστά. Μια δίαιτα υψηλή σε ζωικά προϊόντα και από εδώ και στο εξής χοληστερινικά είναι μια απ' τις συχνότερες καταγεγραμμένες παραμέτρους που περικλείεται στην έρευνα για τις αιτίες της αθηροσκλήρωσης. Πολύ συχνά η κατανάλωση κατεργασμένων σακχάρων, επίσης έχει ενοχοποιηθεί. Υψηλή αρτηριακή πίεση, παχυσάρκία και ευσαρκία (= υπέρβαρα άτομα), σακχαρώδης διαβήτης, άγχος, κληρονομικότητα, έλλειψη άσκησης και κάπνισμα έχουν σαφώς σημειωθεί σαν σημαντικοί επιδραστικοί παράγοντες. Πολλοί απ' αυτούς τους μεταβλητούς σωματοποιούνται με τον τρόπο ζωής πολλών Αμερικανών. Δεν είναι ασυνήθιστο να είναι ή να ξέρει κάποιος που είναι παχύσαρκος να περιγράψει μια δίαιτα υψηλή σε ζωικά προϊόντα και κατεργασμένα σάκχαρα, να έχει μικρή σωματική δραστηριότητα, να καπνίζει και να εκτίθεται σ' ένα στρεσογόνο τρόπο ζωής και να δουλεύει πάρα πολύ ανταγωνιστικός μοντέρνος κόσμος.

Εν τούτοις, το πέρας της ηλικίας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας, η επίδραση της ηλικιακής προόδου από μόνη της στην ανάπτυξη της αθηροσκλήρωσης όπως είναι γνωστή. Οι μελέτες αντανάκλουν τον πληθυσμό και τις παγκόσμιες διαφορές στην έκφραση τους. Όπως πρωτύτερα αναφέρθηκε, οι άνθρωποι που ζουν σε βιομηχανοποιημένες χώρες εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα αθηροσκλήρωσης. Σε ποιο βαθμό αυτό το διαφορικό συμβάν προκαλείται από παράγοντες του τρόπου ζωής των ανθρώπων των ανεπτυγμένων χωρών μαζί με παράγοντες σχετικούς με την ηλικία δεν είναι γνωστό. Βελτιωμένη διατροφή, υγιεινή και φαρμακευτικές πρόοδοι έχουν προταθεί για τη μείωση του δείκτη θνησιμότητας στα παιδιά, στην κοινωνία μας, επιτρέποντας σε πολλούς να ζήσουν εν καιρώ όταν οι χρονικοί όροι είναι πιθανότερο να εμφανιστούν.

Τα στατιστικά δεδομένα της αυτοψίας δείχνουν ότι τα μαθήματα αθηροσκλήρωσης μπορούν να ξεκινήσουν νωρίς στη ζωή. Οι μελέτες των Holman (1958) αποκάλυψαν ένδειξη λιπαρών ραβδώσεων στην

αορτή από τα 3 χρόνια. Ο Moon (1957) εξέτασε τις κεντρικές (η στεφανιαία) αρτηρίες σε άλλους, ο οποίος επεκτάθηκε από τα έμβρυα σε νεαρούς ενήλικες. Δεν βρήκε καμία απόδειξη λιπαρών ραβδώσεων ή αρχίζοντας σχηματισμούς πλακών σε έμβρυα, αλλά δεν σημείωσε τι εξήγηση έδωσε ως ξεκίνημα αθηρώματος σε βρέφη 3 με 4 μηνών. Τα δεδομένα της αυτοψίας σε 200 θανάτους πολέμου από τον πόλεμο στην Κορέα αποκάλυψαν ένα υψηλά επαναλαμβανόμενο συμβάν προοδευτικού αθηρώματος στους νέους στρατιώτες των Ηνωμένων Πολιτειών. Ο μέσος όρος ηλικίας των στρατιωτών που εξετάστηκαν ήταν 22,1 έτη και 77,3% απ' αυτούς έδειξαν εκτεταμένους σχεδιασμούς αθηροματικών πλακών.

Η Αρτηριοσκλήρυνση, μια γενική περίοδος, αναφέρεται στην απώλεια ελαστικότητας των αρτηριακών τοιχωμάτων μερικές φορές ονομάζεται σκλήρυνση των αρτηριών. Αυτός ο όρος συμβαίνει σε όλους τους πληθυσμούς και είναι προοδευτικός και σχετικός με την ηλικία. Αυτή η σχετική με την ηλικία απώλεια της ικανότητας της έκτασης των αρτηριών μπορεί να συμβάλλει στην μείωση του αίματος που ρέει σε μια περιοχή. Η αρτηριοσκλήρυνση και η αθηροσκλήρωση μπορεί να υπερέχουν, εν τούτοις δεν φαίνεται να υπάρχει καμιά αιτιακή σχέση ανάμεσα στο βαθμό της αρτηριοσκλήρυνσης και την απώλεια της ελαστικότητας (Nakasima και Tanikawa 1971).

Δυστυχώς αυτές οι δυο περίοδοι συχνά χρησιμοποιούνται ανταλλάξιμα, προκαλώντας σύγχυση που αναφέρεται στη διάκριση τους. Όπως δηλώνει ο Kohn :

“Θα ήταν περισσότερο χρήσιμο να εξατομικεύσουμε την περίοδο της αρτηριοσκλήρυνσης στην γνήσια και φιλολογική σημασία της – σκλήρυνση των αρτηριών – και να θεωρήσουμε τις άλλες ποικιλίες των αγγειακών αλλαγών σαν ξεχωριστές υπάρξεις”.

Ενώ η απώλεια της εκτατικότητας είναι ένα γενικό αγγειακό φαινόμενο, που συμβαίνει σ' όλους τους πληθυσμούς και πιθανόν

αναπτύσσεται σε αμελητέους δείκτες, ο βαθμός της αθηροσκλήρωσης ξεχωριστά ατομικά και στους πληθυσμούς ποικίλλει (1977: 297).

Έχει διαπιστωθεί ότι τα αθηροσκληρωτικά αγγεία μπορεί να είναι υπεύθυνα για τον ισχαιμικό καρδιακό ιστό. Η σημασία της ροής του μειωμένου αίματος εξαρτάται απ' το βαθμό της αθηροσκλήρωσης, το ποσοστό του αίματος που ρέει μείωση και το ποσοστό του καρδιακού ιστού που εμπλέκεται. Για πολλά χρόνια και ενώ η αθηροματική ανάμειξη μεγαλώνει, τα αποτελέσματα της μάλλον μένουν σιωπηλά.

Καθώς η ροή του ελαττωμένου αίματος γίνεται σημαντική, ένα σύστημα συμπτωμάτων γνωστό ως στηθαγχικό σύνδρομο ίσως αρχίζει να φανερώνεται.

Φυσιολογικά ερμηνευμένο, το στηθαγχικό σύνδρομο σημαίνει ασφυκτικός (δύσπνοιος) πόνος στο στήθος. Τα συμπτώματα της οριακής καρδιακής ροής του αίματος περιλαμβάνουν πόνο που προέρχεται από το κάτω μέρος του στέρνου ή κόκαλο του στήθους, μείωση της αναπνοής, πόνο στο λαιμό και πόνος που αντανάκλαται κάτω στο αριστερό χέρι. Αυτά τα συμπτώματα είναι παροδικά και μπορεί αν κρατήσουν από 15 με 20 λεπτά. Το κύριο στήριγμα στη θεραπεία του στηθαγχικού συνδρόμου είναι οι ταμπλέτες νιτρογλυκερίνης που έχουν τοποθετηθεί κάτω απ' τη γλώσσα και οι οποίες προορίζονται να διαστέλνουν τα αγγεία του αίματος. Οι επιθέσεις της στηθάγχης μπορεί να επισπεύσουν από την προσπάθεια και την συναισθηματική ένταση. Η ξεκούραση στο κρεβάτι μαζί με την νιτρογλυκερίνη βοηθά στο να ανακουφίσει το πόνο και την ενόχληση.

Αυτά τα κλασσικά συμπτώματα της στηθάγχης μπορεί και να απουσιάζουν στον κάθε ηλικιωμένο. Ο Harris (1971, 1977) αποδίδει αυτή την κατάσταση στη μειωμένη δραστηριότητα και σε μια πιθανώς μεγαλύτερη παράλληλη κυκλοφορία ανάμεσα στο σύνολο των ηλικιωμένων. Οι στεφανιαίες αρτηρίες έχουν παράλληλα αγγεία τα οποία προμηθεύουν την καρδιά με αίμα και οξυγόνο. Αν δεν υπήρχαν αυτά τα παράλληλα αγγεία γι' αυτή (=την καρδιά), ο θάνατος από



καρδιακή προσβολή θα συνέβαινε πολύ νωρίτερα και πολύ συχνότερα απ' ό τι τώρα.

Το γεγονός ότι κάποιοι ηλικιωμένοι δεν έχουν εμπειρία της κλασσικής στηθάγχης δεν σημαίνει ότι αυτό το σύστημα συμπτωμάτων είναι ανύπαρκτο ανάμεσα σ' αυτή την ιδιαίτερη ομάδα του πληθυσμού. Στην πραγματικότητα τα συμπτώματα της *angina* στους ηλικιωμένους ίσως να μπερδεύονται με εκείνα τα προειδοποιητικά σημάδια άλλων ασθενειών. Δυσπεψία, ασθένεια χοληδόχου κύστης, οστεοαρθρίτιδα του λαιμού και της σπονδυλικής στήλης και χάσμα κήλης μπορούν όλα να παράγουν πόνο στο στήθος. Ο πόνος της στηθάγχης ίσως παρθεί αφήφιστα στην πεποίθηση ότι είναι εξ' αιτίας των αποτελεσμάτων μιας εξ' αυτών αρρώστιας. Ομοίως, μια ταραχή οπουδήποτε αλλού στο σώμα μπορεί να αγνοηθεί επειδή τα συμπτώματα που αυτή προκαλεί αναφέρονται στην στηθάγχη.

Εν καιρώ αν η ανεπαρκής προμήθεια αίματος στην καρδιά επιμένει, ο καρδιακός ιστός θα πεθάνει, σ' αυτή την περίπτωση η νεκρή περιοχή είναι γνωστή ως έμφραγμα. Επίσης, η νόσος της στεφανιαίας αρτηρίας μπορεί να οδηγήσει σε έμφραγμα του μυοκαρδίου ή καρδιακή προσβολή. Το μέγεθος του περιεχομένου καρδιακού ιστού ορίζει την δριμύτητα του επεισοδίου. Πολύ συχνά, μόνο μια μικρή μερίδα του καρδιακού μυ επηρεάζεται και τα καρδιακά αποθέματα επιτρέπουν να συνεχιστεί η λειτουργία της καρδιάς. Σε κάποιους μεγαλύτερους σε ηλικία ανθρώπους ίσως να μην υπάρχει επαρκές καρδιακό απόθεμα να αντικρούσει την επίθεση.

Ο παρατεταμένος πόνος στο στήθος, χαρακτηριστικό ενός μυοκαρδιακού επεισοδίου μπορεί να μην είναι ένα σήμα κινδύνου για τους ηλικιωμένους. Είναι περισσότερο κοινό για τις προχωρημένες ηλικίες (αυτές άνω των 80) να υποφέρουν από μια σιωπηλή καρδιακή προσβολή από ότι είναι για τους νέους σε ηλικία (Rodstein 1971). Μολονότι, ο πόνος μπορεί να απουσιάζει το θύμα μπορεί να υποφέρει από δύσπνοια, ζαλάδα, σύγχυση. Ο λόγος για την πιθανή απουσία

πόνου δεν είναι γνωστό. Θεωρείται ότι η ησυχία της συμπλοκής μπορεί να είναι εξ' αιτίας της μείωσης ευαισθησίας στον πόνο, που συμβαίνει με την ηλικία (Harris 1970). Η τραχύτητα, η σύγχυση και η αποτυχία να σημειωθεί ή να αναφέρει ένα γεγονός μπορεί επίσης να συμβαίνει σαν αποτέλεσμα της μειωμένης ροής αίματος στον εγκέφαλο δευτερεύοντος μια μείωση στην καρδιακή απόδοση (Rodstein 1971).

Οι άνθρωποι που επανακάμπτουν από μια καρδιακή προσβολή θα χρειαστούν ξεκούραση και ίσως να ανακατασκευάσουν τις συνηθισμένες τους δραστηριότητες ενώ ο καρδιακός μύς θα θεραπεύεται. Τέσσερις ή περισσότερες εβδομάδες αυστηρής ξεκούρασης ίσως συστηθεί για το θύμα εν τούτοις, πολλοί γιατροί κινητοποιούν τους καρδιοπαθείς νωρίτερα απ' ότι έκαναν στο παρελθόν συνήθως. Ξεκούραση ίσως συστηθεί για κάποιους ασθενείς που χρειάζονται μακρές περιόδους ξεκούρασης. Μολονότι καμιά επιπλέον δραστηριότητα δεν επιτρέπεται στην καρέκλα απ' ότι στο κρεβάτι, η οριζόντια θέση ίσως είναι πιο άνετη, να επιτρέπει ευκολότερη αναπνοή, να αποτρέπει την εισρόφηση του αίματος στα πνευμονικά αγγεία, να βελτιώνει τον πνευμονικό αερισμό και έτσι διευκολύνει την εργασία φορτώματος της καρδιάς.

Μολονότι η ξεκούραση είναι σημαντική για τον καρδιακό ασθενή αυτή / αυτός δεν θα πρέπει να παρακολουθείται με την ετικέτα – ασθενής της κουβέρτας. Η σωματική και η κοινωνική δραστηριότητα, ακόμα και πολύ περιορισμένη θα πρέπει να ενθαρρύνεται μετά την άμεση περίοδο ανάρρωσης του ανθρώπου. Η κινητικότητα μπορεί να επιφέρει βελτίωση στον ασθενή και την οικογένεια του / της. Η παρατεταμένη ξεκούραση στο κρεβάτι μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα απαισιοδοξία και μπορεί να οδηγήσει σε παρενέργειες όπως αδυναμία και μυϊκή ατροφία, ο σχηματισμός θρόμβωσης του αίματος και έλκη του decu bitus.

### 3) Υπέρταση

Η υπέρταση, κοινώς υψηλή πίεση του αίματος, μοιάζει να αυξάνεται σε συμβατότητα με την ηλικία στην κοινωνία μας. Το πώς προσδιορίζεται ίσως εξαρτάται από την ατομική ηλικία, το φύλο και την γενική κατάσταση της υγείας. Οι Kotchen και Ernst (1976) πρόσφεραν την κλινική προοπτική, ορίζοντας την υπέρταση ως : “εκείνο το επίπεδο της αρτηριακής πίεσης στο οποίο η θεραπευτική επέμβαση έχει έναν αντίκτυπο στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα”. Και στα δυο φύλλα υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην υψηλή πίεση του αίματος και στον κίνδυνο της νόσου της στεφανιαίας αρτηρίας.

Οι Master και Lasser (1964) αναφέρουν ότι στους πιο ηλικιωμένους η πίεση του αίματος πάνω από 160/100 mm Hg στους άνδρες και 170/90 mm Hg στις γυναίκες θα έπρεπε να θεωρηθεί σαν κανονική υπέρταση. Ο Harris (1977) δίνει τη συστολική πίεση σε έξαρση 170 mm Hg και τη διαστολική πίεση σε έξαρση 95 mm Hg θα έπρεπε να θεωρηθεί πάνω απ’ το κανονικό.

Οι πιο σημαντικές αιτίες της υπέρτασης στους ηλικιωμένους είναι οι αρτηριοσκληρωτικές αλλαγές. Τόσες αλλαγές μειώνουν την διάμετρο, την τραχύτητα και την ικανότητα των αρτηριών. Έτσι, η καρδιά πρέπει να δουλέψει σκληρότερα για να διατηρήσει τη ροή του αίματος διαμέσου των αγγείων για να προμηθεύσει το σώμα με τροφή. Όπως υπογραμμίστηκε νωρίτερα, και στα δυο φύλλα υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην υψηλή πίεση του αίματος και στον κίνδυνο της νόσου της στεφανιαίας (Kotchen και Ernst 1976). Στους ηλικιωμένους η συστολική πίεση μπορεί να αντιπροσωπεύει μια πιο κατάλληλη ένδειξη ή πρόβλεψη της νόσου της στεφανιαίας αρτηρίας απ’ ότι η διαστολική πίεση (Kannel et al 1971, Tyroler et al 1971).

Η υπέρταση είναι σημαντική στο ότι σηματοδοτεί μειωμένη ροή αίματος στα ζωτικά όργανα του σώματος, με βλαπτική κυκλοφορία στον

εγκέφαλο, στην καρδιά και στο νεφρό που γίνεται ιδιαιτέρως αξιόλογη. Τα στενευμένα αγγεία και η υπέρταση προκαλούν την καρδιά να δουλέψει σκληρότερα και μπορεί περιστασιακά να οδηγήσουν σε καρδιακή ανεπάρκεια. Ο θάνατος μπορεί να προκληθεί σαν συνέπεια της υπέρτασης και της καρδιακής ανεπάρκειας, της προσβολής και της νεφρικής ανεπάρκειας απ' ότι μπορεί να προκαλέσει.

Η ζημιά στο νεφρό μπορεί να είναι συνέπεια ή αιτία της υψηλής πίεσης του αίματος. Ανελαστικές και φραγμένες νεφρικές αρτηρίες οδηγούν σε ισχαιμικό νεφρικό ιστό. Όταν υπάρχει ανεπαρκής ροή αίματος στους νεφρούς, αυτοί δεν μπορούν άλλο πια να μετακινήσουν επαρκές ρευστό απ' το αίμα για την ουρική λειτουργία. Έτσι, η ένταση του ρευστού στο αίμα αυξάνει όλο και περισσότερο την κυρίως δουλειά της καρδιάς και αυξάνει την πίεση του αίματος. Οι αγγειακές αλλαγές και η υπέρταση μπορούν αξιόλογα να μειώσουν την νεφρική λειτουργία και μπορούν να οδηγήσουν σε νεφρική ανεπάρκεια. Η βλάβη στον εγκέφαλο ίσως δηλώνεται με αμβλείς πονοκεφάλους, ζημιογόνο μνήμη και αποπροσανατολιστική και μπερδεμένη συμπεριφορά. Σε σοβαρές περιπτώσεις, εγκεφαλοαγγειακό επεισόδιο ή προσβολή, το οποίο θα διευκρινιστεί αργότερα σ' αυτό το κεφάλαιο μπορεί να προκληθεί.

Η πίεση του αίματος μπορεί να ρυθμιστεί με τη χρήση της φαρμακοθεραπείας. Η θεραπεία χρειάζεται να είναι προσεχτικά ελεγχμένη από τον ιατρό του ανθρώπου και απ' το λοιπό προσωπικό υγείας. Ξαφνικές μειώσεις στην πίεση του αίματος μπορεί να είναι επικίνδυνες και ακόμα και μοιραίες εξ' αιτίας της εγκεφαλικής ή της στεφανιαίας ανεπάρκειας.

Τα διουρητικά ίσως χρησιμοποιηθούν για να συμβάλλουν στην εξάλειψη του ρευστού και έτσι να βοηθήσουν να κρατηθεί η πίεση του αίματος χαμηλή. Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν διουρητική θα πρέπει να έχουν διατροφή πλούσια σε ποτάσιο για να αποφύγουν ηλεκτρολυτική ανισορροπία. Μια μειωμένη λήψη άλατος είναι σημαντική για τον υπερτασικό. Το αλάτι οδηγεί στην κατακράτηση υγρών του

σώματος και έτσι προσδίδει στην αύξηση του καρδιακού φορτίου και επιδεινώνει την υπέρταση. Στην πραγματικότητα η λήψη υπερβολικού αλατος έχει θεωρηθεί σαν αιτία της υπέρτασης.

Θα έπρεπε να σημειωθεί ότι η υψηλή πίεση του αίματος δεν είναι απαραίτητο να είναι μια μη ζωτική συνέπεια της ηλικίας. Οι μελέτες που διευθετήθηκαν σε ανθρώπους που ζουν σε λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές του κόσμου έδειξαν ότι η πίεση του αίματος δεν αυξάνεται απαραίτητως με την ηλικία (Lowenstein 1961). Ο Kohn δηλώνει ότι ακόμα και αν η πίεση του αίματος αυξάνει με την ηλικία υπάρχουν άλλες ηλικιακές μέθοδοι, οι οποίες φαίνεται να αντιπράττουν στην αύξηση. Αυτός σημείωσε τους ακόλουθους σημαντικούς παράγοντες :

Αυτή είναι η αυξανόμενη ένταση της αορτής, η οποία συμβαίνει μέχρι τα 60 περίπου χρόνια και η μειωμένη καρδιακή λειτουργία. Υπάρχουν οι ομαλοποιημένες μέθοδοι που επιδρούν στην πίεση του αίματος οι οποίες είναι ξένες στο καρδιαγγειακό σύστημα και πιθανόν δεν αλλάζουν πολύ σημαντικά με την ηλικία – έτσι μπορεί να προκαλέσουν υπέρταση, όπως επίσης πιθανόν μπορούν και να μειώσουν την πίεση του αίματος όταν δρουν προς την αντίθετη κατεύθυνση. Με άλλα λόγια, η έλλειψη της ευσαρκίας, η μειωμένη λήψη αλατος, το λιγότερο άγχος κ.τ.λ. θα μπορούσαν να ισοφαρίσουν τους δείκτες που αυξάνουν την πίεση του αίματος με την ηλικία (1977 : 301). Ο Kohn, συνεχίζει στην δήλωσή του, πως σε πολλά παραδείγματα : η υψηλή πίεση του αίματος συνδυάστηκε, εξ' αιτίας του ηλικιακού παράγοντα, με μια ανικανότητα ισοφάρισης, για να φέρει στο παιχνίδι αυτούς τους δείκτες, οι οποίοι θα μπορούσαν να προκαλέσουν χαμηλότερη πίεση (1977 : 301).

#### **4) Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια**

Η συμφόρηση επίσης γνωστή ως και καρδιακή ανεπάρκεια, δεν αποτελεί από μόνη της μια ασθένεια. Περισσότερο της αρμόζει να

θεωρείται σαν σύνολο συμπτωμάτων συνδεδεμένο με την εμφάνιση της προβληματικής αντλίας της καρδιάς. Η συμφόρηση συχνά συνδέεται με μια πολύ μεγάλη δεξιά πλευρά της καρδιάς, αρτηριοσκληρωτικές και αθηροσκληρωτικές αλλαγές καρδιακή προσβολή, υπέρταση και πολύ άσχημη νεφρική ροή αίματος.

Αυτοί οι όροι δημιουργούν επιπρόσθετο τραύμα στον καρδιακό μυ. Η καρδιά ίσως αυξάνει σε όγκο και βάρος σε απάντηση των αυξημένων ζημιών της. Με τον καιρό, ίσως με το πέρασμα λίγων ετών ή ακόμα και μερικών μηνών, η καρδιά αρχίζει να συμφορείται. Οι ίνες του καρδιακού μυ, που γίνονται υπερεκτεταμένες περιστασιακά χάνουν τη δύναμη τους και πάλι κάποτε η αντλητική ικανότητα της καρδιάς μειώνεται.

Τα συμπτώματα της καρδιακής συμφόρησης αντικατοπτρίζουν την ανικανότητα της καρδιάς να αδειάσει το αίμα από μόνη της, το οποίο δεν μπορεί άλλο αποτελεσματικά να αντληθεί από το δεξιό θάλαμο στους πνεύμονες και από τον αριστερό θάλαμο στο εναπομένον σώμα. Τα συμπτώματα της καρδιακής δυσεπίδρασης περιλαμβάνουν δύσπνοια (ειδικά στην εκπνοή) κούραση, δυσκολία στον ύπνο, καθώς λαμβάνεται επίπεδη θέση στο κρεβάτι και οίδημα (συσσώρευση του υγρού).

Εδώ υπάρχει μια δυναμική σχέση ανάμεσα στις δυο πλευρές της καρδιάς και στο αναπνευστικό σύστημα. Το οξυγόνο – απαιτούμενο αίμα που περιέχει αποβλητέα υλικά παραχωρείται στη δεξιά πλευρά της καρδιάς για να αντληθεί στους πνεύμονες όπου τα αποβλητέα προϊόντα μεταφέρονται και το οξυγόνο λαμβάνεται. Το οξυγονωμένο αίμα τότε μεταφέρεται απ' τους πνεύμονες στην αριστερή πλευρά της καρδιάς, όπου αντλείται στο σώμα. Το αίμα εκείνο που δεν μπορεί πλέον αποτελεσματικά να αντληθεί από την αριστερή μεριά της καρδιάς γυρίζει πίσω, μεταβιβάζοντας πίεση στους πνεύμονες. Αυτό δηλώνεται με δύσπνοια στον καθένα ξεχωριστά. Μια ρέπουσα θέση, όπως π.χ. η επίπεδη θέση στον ύπνο, μπορεί να χειροτερέψει την κατάσταση και να

προκαλέσει ένα τράβηγμα του αίματος, κάνοντας δύσκολο για τον άνθρωπο να ανασάνει. Κάποιος επηρεασμένος ίσως ξυπνάει τη νύχτα, έχοντας δυσκολία στην αναπνοή. Συνήθως αυτός μπορεί να ανασάνει και να κοιμηθεί πολύ πιο άνετα αν υποστηριχτούν με αρκετά μαξιλάρια.

Σαν αποτέλεσμα της μειωμένης ικανότητας της αντλίας στην αριστερή πλευρά, υπάρχει μειωμένη ροή αίματος σε οργανικά μέρη του σώματος, συμπεριλαμβανομένου του νεφρού. Όπως ήδη υπογραμμίστηκε, η μειωμένη ροή αίματος είναι κρίσιμη, στο σημείο που αποτρέπει το νεφρό από την αποτελεσματική λειτουργία του βασικού του καθήκοντος της ουρικής παραγωγής. Η ελαττωμένη ουρική λειτουργία και η υπερβολική ροή στο αίμα ίσως προκαλέσει αυξημένη συμφόρηση στους πνεύμονες και στην καρδιά. Μια μεγαλύτερη ένταση στο αίμα επιστρέφεται στην αποδυναμωμένη δεξιά πλευρά της καρδιάς, και από τότε δεν μπορεί καταλλήλως να φτάσει και να αντληθεί στους πνεύμονες, αρχίζει να συσσωρεύεται στους ιστούς του σώματος, προκαλώντας πρήξιμο. Το οίδημα είναι περισσότερο εμφανές στους αστραγάλους και επίσης συμβαίνει χαμηλά στην πλάτη και στο υπογάστριο.

Η συμφόρηση μπορεί να θεραπευτεί με φάρμακα, με τροποποίηση των διατροφικών συνηθειών και ξεκούραση. Η δακτυλίτιδα παρέχεται για να βελτιώσει την ικανότητα της καρδιακής αντλίας. Μερικοί υποφέρουν από τοξικές επιδράσεις από χορήγηση δακτυλίτιδας, έτσι αυτός ο παράγοντας πρέπει να προβληματίσει. Τα διουρητικά χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν να απαλλαγεί το σώμα από τα υπερβολικά υγρά.

Οι άνθρωποι ίσως συμβουλευθούν να περιορίσουν τις διατροφικές τους συνήθειες και να χάσουν βάρος, και αυτό για να μειώσουν το “τραύμα” στην καρδιά. Τρόφιμα με υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι θα πρέπει να αποφεύγονται το να μετριάζεται ο περιορισμός του άλατος είναι ο ειδικός κανόνας γι’ αυτούς που έχουν δριμύ συμφόρηση. Τα προϊόντα χωρίς αλάτι είναι διαθέσιμα και συχνά έχουν

αυτή την επιγραφή. Οι άνθρωποι μπορούν να βοηθηθούν να μετριάσουν τη λήψη του σε αλάτι σημειώνοντας τις ετικέτες των συστατικών στα μεθοδευμένα αυτά τρόφιμα και αγοράζοντας τέτοια προϊόντα διαρκώς. Για αυτούς που έχουν αποκτήσει μια γεύση από πολύ πικάντικα ή αλμυρά τρόφιμα, η διατροφική τροποποίηση ίσως είναι δυσάρεστη και δύσκολη. Η χρήση άλλων καρυκευμάτων όπως ρίγανη, πάπρικα, μαϊντανό ή πιπέρι μπορεί να βοηθήσει να ισοφαριστεί η έλλειψη αλατιού στη δίαιτα και να στηρίξει τον ασθενή με γευστικά φαγητά πιο κατάλληλα ως προς τις διαιτητικές απαιτήσεις.

Η ξεκούραση είναι σαφώς σημαντική στη μείωση των οδηγιών της καρδιάς. Με κατάλληλη θεραπεία, οι ασθενείς της συμφόρησης μπορούν να ζήσουν σχετικά κανονική ζωή. Ίσως δουλεύουν έξω απ' το σπίτι και να συνεχίζουν να κάνουν τις δουλειές του σπιτιού. Εν τούτοις πρέπει να φροντίζουν να μην εξαντλούν τον εαυτό τους και να έχουν χώρο κατάλληλο για περιόδους ξεκούρασης.

Συμφόρηση δεν σημαίνει ότι η καρδιά έχει σταματήσει να χτυπάει, αλλά ότι μάλλον η ικανότητα της αντλίας της έχει μειωθεί. Οι ασθενείς με συμφόρηση θα πρέπει να υποβοηθούνται με κατάλληλη θεραπεία και περιορισμό στη διατροφή και την δραστηριότητα, η ζωή μπορεί να συνεχιστεί μ' ένα σχετικώς ομαλό τρόπο. Οι ασθενείς πρέπει να παίζουν ενεργό τρόπο στη θεραπεία των συνθηκών τους. Προσέχοντας το βάρος τους, την κατανάλωση άλατος και της δραστηριότητές τους, οι ασθενείς μπορούν να βοηθήσουν στη συνέλευση μιας καλύτερης πρόγνωσης για τον εαυτό τους.

## **5) Πνευμονική Καρδιακή Νόσος**

Όπως σημειώθηκε, υπάρχει μια πολύ λεπτή σχέση ανάμεσα στην καρδιά και στους πνεύμονες. Στην πραγματικότητα, το καρδιαγγειακό και το αναπνευστικό σύστημα θα μπορούσαμε να πούμε πως εξετάζονται σαν ενότητα. Η ζημιά ή η ασθένεια στο ένα απ' αυτά τα



οργανικά συστήματα συχνά δευτερευόντως αντανακλάται στο άλλο. Στην πνευμονική καρδιακή νόσο, η δεξιά πλευρά της καρδιάς μεγαλώνει σε απάντηση της βεβαίωσης των αλλαγών στους πνεύμονες. Αυτός ο όρος είναι γνωστός σαν υπερτροφία δεξιού κόλπου ή cor pulmonale.

Τα ευαίσθητα τριχοειδή μέσα στους σάκους αέρα των πνευμόνων επιτρέπουν την αεριώδη συναλλαγή του διοξειδίου του άνθρακα και του οξυγόνου. Αν ένας σημαντικός αριθμός απ' αυτά τα τριχοειδή καταστραφεί σαν αποτέλεσμα πνευμονικής ασθένειας, το αίμα αρχίζει να ξαναγυρίζει ανάμεσα στα πνευμόνια και στη δεξιά πλευρά της καρδιάς, από την οποία έχει αντληθεί. Στην προσπάθεια να ισοφαρίσει το άδικο τραύμα που καθίσταται σ' αυτή, η δεξιά πλευρά της καρδιάς μεγαλώνει η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί παροδικά να εμφανιστεί.

Τα συμπτώματα που σχετίζονται με την πνευμονική καρδιακή νόσο είναι τέτοιας αναπνευστικής και κυκλοφοριακής φύσης : βήχας, δύσπνοια, υποκυανό δέρμα σαν αποτέλεσμα μικρής προμήθειας αίματος, οίδημα, πόνος στο στήθος και υπογάστρια ενόχληση. Η θεραπεία και η διαχείριση της πνευμονικής καρδιακής νόσου περιληπτικά συνδέεται με την θεραπεία και την διαχείριση των πνευμονικών προβλημάτων, που δίνουν σημασία στον όρο. Αυτά τα προβλήματα των πνευμόνων θα συζητήσουμε στον ακόλουθο τομέα του ηλικιακού αναπνευστικού συστήματος.

## **6) Αναπνευστικό Σύστημα**

Ένας αριθμός αλλαγών εξ' αιτίας της ηλικίας ασκούν συνεκδοχικά μια επίδραση στο αναπνευστικό σύστημα. Αυτές οι αλλαγές, οι οποίες προορίζονται αν μειώσουν την αναπνευστική ικανότητα όσο το δυνατόν περισσότερο είναι σημαντικές στο ότι σ' ένα ηλικιωμένο προκαλούν κούραση πολύ πιο εύκολα απ' ότι σ' ένα νεαρό άτομο. Παρόλα αυτά αυτές οι αλλαγές δεν είναι αρκετές αν προκαλέσουν ξεχωριστά συμπτώματα σε μια κατάσταση ξεκούρασης. Στην απουσία της

αρρώστιας, αυτές δεν επιδρούν σημαντικά στον τρόπο ζωής ενός ηλικιωμένου. Μολονότι οι αλλαγές όντως συμβαίνουν δεν συνεπάγεται ότι τα άτομα θα γίνουν ανίκανα απ' αυτές.

Οι αναπνευστικές οδοί και οι ιστοί της αναπνευστικής χώρας, συμπεριλαμβανομένου των σάκων αέρα, γίνονται λιγότερο ελαστικές και πιο άκαμπτες με την ηλικία. Η κύφωση και η οστεοπόρωση εναλλάσσουν το μέγεθος της θωρακικής κοιλότητας, σαν αποτέλεσμα της προς τα κάτω και προς τα μπρος κίνηση των πλευρών. Η δύναμη των μυών της αναπνοής μειώνεται καθώς επίσης και αυτή των μυών του υπογαστρίου, οι οποίοι μπορεί να υπαινίσσονται την κίνηση του διαφράγματος.

Οι αναπνευστικές νόσοι είναι επικρατέστερες στους ηλικιωμένους απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Η θεραπεία της αναπνευστικής μόλυνσης συνδυάζεται με τις μειώσεις σχετικά με την ηλικία στο πλήθος αντιστάσεων των μολυσματικών μικροοργανισμών (Pesanti 1977, Reinmann 1963, Sullivan et al 1972). Εν τούτοις, οι κολλητικές αναπνευστικές αρρώστιες και ο καρκίνος του πνεύμονα δεν αυξάνονται σε περιστατικά, εξ' αιτίας του ήδη υπάρχοντος ηλικιακού παράγοντα. Οι περιβαλλοντικές συνθήκες όπως π.χ. η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου και ο μολυσμένος αέρας παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη τους.

Η πνευμονία κάποτε αναφερόταν ως ο φίλος του γέρου επειδή τόσο συχνά έφερνε ένα καλοδεχούμενο τέλος στον παρατεταμένο πόνο. Με την χρησιμοποίηση αντιβιοτικής θεραπείας αυτός ο καλοδεχούμενος φίλος ερχόταν λιγότερο συχνά. Όμως, η πνευμονία ακόμη συνδέεται με το 25% του θνησιγενούς δέκτη ανάμεσα στους ηλικιωμένους (Blocklehurst και Hanley 1976). Δεν είναι εντελώς ξεκάθαρο το γιατί οι ηλικιωμένοι είναι πιο επιρρεπείς στην πνευμονία ή γιατί ο δείκτης θνησιμότητας είναι τόσο υψηλός. Οι Blocklehurst και Hanley ισχυρίζονται ότι ίσως συμβαίνει εξ' αιτίας της αδυναμίας της αναπνευστικής άμυνας κατά της μικροβιακής εισβολής. Έτσι, μειώνεται

η ικανότητα βήχα, μειώνεται η δράση των ινών και οι αλλαγές, οι σχετικές με την ηλικία στο ανοσοποιητικό, ίσως παίζουν σημαντικούς ρόλους όλες.

Η αντιμετώπιση της πνευμονίας από εισρόφηση αυξάνεται με την ηλικία (Gavala 1977). Αυτός ο όρος αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα της εκμύζησης ξένου υλικού ή γαστρικών περιεχομένων μέσα στον ιστό των πνευμόνων. Μολονότι ο καθένας εκτίθεται στον κίνδυνο του να έχει ένα ατύχημα αυτής της φύσης, οι ηλικιωμένοι, που ίσως περιορίζονται στο κρεβάτι, υποφέρουν από οισοφαγικά προβλήματα ή από ελαττωμένο επίπεδο συναίσθησης, διέτρεχαν κίνδυνο. Όπως ο Gavala σημειώνει :

Στα κέντρα εκτεταμένης φροντίδας και στα νοσοκομεία, η εισρόφηση συμβαίνει όλο και συχνότερα, όταν ένας – με την καλή έννοια – υπάλληλος, επιχειρεί να ενδυναμώσει τα ηλικιωμένα θύματα εγκεφαλικού ή άνοιας, οι εξασθενημένοι ασθενείς προσπαθούν να “βάλουν κρέας στα κόκαλα τους” (1977 : 46).

Η σοβαρότητα της εισρόφησης εξαρτάται από την ποσότητα και το είδος των υλικών που έχουν εισπνευθεί. Το περιστατικό ίσως προκαλέσει σοβαρές οργανικές βλάβες, λιγότερη ανταπόκριση στα ερεθίσματα, εξαντλητική πνευμονία ή ασφυξία. Εκείνοι που δουλεύουν με ηλικιωμένους ασθενείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι του κινδύνου και θα πρέπει να είναι προσεχτικοί να μην τους βιάζουν να καταπιούν τα φάρμακα τους ή να φάνε το φαγητό τους.

Μολονότι η φυματίωση έχει υποχωρήσει σε περιστατικά για το γενικό πληθυσμό, είναι ακόμη και σήμερα ένα πρόβλημα υγείας για τους ηλικιωμένους. Η σημαντικότητα της στους ηλικιωμένους σχετίζεται με το φυσικό ιστορικό τους και με τις ιδιαίτερες φαρμακευτικές συνθήκες των ηλικιωμένων. Η αρχική έκθεση στη Μυκητοβακτηριακή φυματίωση, ο παράγοντας που προκαλεί την ασθένεια, συχνά παράγει μη ορατά συμπτώματα για το θύμα της και επηρεάζει την ανάπτυξη της ανοσίας. Τα βακτήρια γενικά παραμένουν αδρανή για πολλά χρόνια, αλλά είναι ικανά να ξαναδράσουν για να παράγουν αλλαγές στους πνεύμονες και

συμπτώματα της νόσου. Η φυματίωση στους ηλικιωμένους είναι σχεδόν πάντα απ' τους έσχατους τύπους.

Οι ηλικιωμένοι των ημερών μας έχουν ζήσει μια χρονική περίοδο, τότε που οι ευκαιρίες για να εκτεθούν στη Μυκητοβακτηριακή φυματίωση ήταν πολλές. Αυτοί επίσης υποβλήθηκαν σε ειδικές φαρμακευτικές συνθήκες που συνέβαλλαν στην αύξηση της πιθανότητας επανεμφάνισης της, όπως διαβήτης, κακή διατροφή, αλκοολισμός και καρκίνος (Kastik και Schuldt 1977). Ο Stead (1967) υπέθεσε ότι επιπροσθέτως της κακής διατροφής και των ενδείξεων της σίγουρης αρρώστιας, η μειωμένη αντίσταση, ως το αποτέλεσμα της – σχετικής με την ηλικία – ελάττωσης των επιπέδων της ανοσίας, επιτρέπει στην προηγουμένως αδρανή μόλυνση να ενεργοποιηθεί. Επειδή, ο αριθμός των ανθρώπων που εκτίθεται στη Μυκοβακτηριακή φυματίωση μειώνεται είναι πιθανό ότι η συμβαινότητα της μολυσματικής φυματίωσης στους ηλικιωμένους ίσως ελαττωθεί στο μέλλον (Klocke 1977).

Οι ασθενείς της φυματίωσης ανάγονται σε φαρμακευτική θεραπεία, η οποία έχει θεραπευτική επίδραση και πολύ λιγότερο μπέρδεμα απ' ότι είχε κάποτε. Η χημειοθεραπεία εξαλείφει τους οργανισμούς της αρρώστιας από τις αναπνευστικές εκκρίσεις και μειώνει τη μολυσματική πνευμονική φυματίωση. Αυτό επιτρέπει σε πολλούς ασθενείς να θεραπευτούν στα όρια του σπιτιού τους. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να τίθενται υπό φαρμακευτική επιτήρηση και κάποιες φορές να λαμβάνουν προληπτική φαρμακευτική αγωγή (Kastik / Schult 1977).

## **7) Χρόνια Βρογχίτιδα και Εμφύσημα (Χρόνια κωλυτική Αναπνευστική νόσος)**

Η χρόνια βρογχίτιδα αντιπροσωπεύει την πιο κοινή αναπνευστική ορολογία στους ηλικιωμένους των Ηνωμένων Πολιτειών σήμερα.

Χαρακτηρίζεται από χρόνια βήχα και από άφθονη παραγωγή φλέματος με ή χωρίς δύσπνοια. Οι βρογχικοί σωλήνες είναι σημαντικοί όχι μόνο για την μεταφορά αέρα από και προς τους πνεύμονες, αλλά επίσης και για την προστασία των ευαίσθητων πνευμονικών ιστών από τραυματισμό από ξένες ουσίες όπως π.χ. μολυσματικούς μικροοργανισμούς και μορίων σκόνης. Οι αναπνευστικές οδοί περιέχουν κελιά παραγωγής φλέματος. Οι εκκρίσεις απ' αυτά τα κελιά φυσιολογικά είναι για να παγιδεύουν ποικίλους ξένους εισβολές τριχοειδείς προεξοχές, γνωστές ως κροσσωτά κύτταρα, χρησιμοποιούν μαστίγιες κινήσεις για να διώξουν τις ξένες ουσίες μέσα στο στόμα, απ' όπου αυτοί είτε αποβάλλονται, είτε καταπίνονται.

Ο χρόνιος ερεθισμός από επαναλαμβανόμενες μολύνσεις ή παρατεταμένη έκθεση σε διάφορες σκόνες, καπνούς ή στον καπνό του τσιγάρου κατακαλύπτουν τις ανατομικές άμυνες της αναπνευστικής χώρας. Τα κροσσωτά κύτταρα παραλύουν και παροδικά εξαφανίζονται. Τα κελιά παραγωγής φλέματος γίνεται τόσο άφθονη που τα κομμάτια φλέματος τοποθετούνται στις αναπνευστικές οδούς. Επίμονος βήχας και έκπτυση μεγαλώνουν καθώς το σώμα, το ίδιο, επιχειρεί να απαλλαγεί από τις εκκρίσεις φλέματος.

Καθώς ο όρος συνεχίζει, ο αέρας παγιδεύεται πέρα από τα κομμάτια φλέματος και όταν έρθει η ώρα προκαλεί τους σάκους αέρα των πνευμόνων αν παραμένουν διατεταμένοι. Φυσιολογικά, οι σάκοι αέρα, καθώς αυτοί λαμβάνουν τον αέρα που έχει εισπνευθεί. Το οξυγόνο έτσι έρχεται σ' επαφή με τα τριχοειδή των ευαίσθητων τοιχωμάτων των σάκων αέρα. Κατά την διάρκεια της εκπνοής, ο χρησιμοποιημένος αέρας μετακινείται από τους σάκους αέρα, αφήνοντας χώρο για την νέα προμήθεια οξυγόνου για να φτιάξει το δρόμο, ακόμη μια φορά προς τους ιστούς των πνευμόνων.

Όταν οι σάκοι αέρα παραμένουν διατεταμένοι από τον παγιδευμένο αέρα, η έκταση του διαστήματος που παρέχεται για την αεριώδη συναλλαγή μειώνεται. Τα τοιχώματα του σάκου αέρα ίσως

περιστασιακά σπάζουν, αμετάτρεπτα μειώνοντας το συνολικό ποσοστό του διαστήματος της αναπνευστικής επιφάνειας.

Όταν οι σάκοι αέρα γίνουν υπεραναπνέοντες, τα τοιχώματα διατώνονται και ρίγνονται με αποτέλεσμα τα τριχοειδή καταστρέφονται, το εμφύσημα έχει κάνει την εμφάνισή του. Ο όρος εμφύσημα στην πραγματικότητα αναφέρεται σ' αυτές τις ανατομικές αλλαγές. Η δύσπνοια δηλώνεται και η εκπνοή γίνεται παρατεταμένη και δύσκολη.

Η χρόνια βρογχίτιδα και το εμφύσημα, είναι μαζί γνωστά σαν χρόνια κολλητική αναπνευστική νόσος και αντιπροσωπεύουν ένα μείζον πρόβλημα υγείας ανάμεσα στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους στις Ηνωμένες Πολιτείες (USDHEW 1972 b). Οι Auerback και άλλοι (1972, 1974) ανέφεραν αυξανόμενη συμβατότητα στο εμφύσημα με την ηλικία στους καπνιστές. Σημείωση ότι ο μέσος όρος των εμφυσηματικών αλλαγών αυξάνεται με την ηλικία στους μη – καπνιστές αλλά ότι ο αριθμός των αλλαγών δεν είναι ενδεικτικός και ότι η αύξηση στα περιστατικά είναι πολύ μικρή.

Η χρόνια κωλυτική πνευμονική νόσος αυξάνεται αργά και σταθερά. Καθώς τα συμπτώματα αρχίζουν να ξεδιπλώνονται ίσως θεωρηθεί ότι είναι μέρος της περασμένης ηλικίας. Θα πρέπει να τονιστεί ότι ο χρόνιος βήχας, η χρόνια έκπυση και η δύσπνοια δεν αποτελούν σημάδια της ηλικίας. Οι άνθρωποι που ταλαιπωρούνται απ' αυτά τα συμπτώματα πρέπει να επισκέπτονται τους γιατρούς τους.

Η θεραπεία συνίσταται στις προσπάθειες ελαχιστοποίησης του ερεθισμού των αναπνευστικών οδών και της απόφραξης, στον έλεγχο της μόλυνσης και στην αύξηση της άσκησης ανοχής. Οι άνθρωποι θα πρέπει να ενθαρρύνονται να κόψουν το κάπνισμα ή να περιορίσουν στο ελάχιστο τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν, από τότε που διακόπτουν το κάπνισμα μπορεί να αποτρέψουν επιπλέον ερεθισμό.

Η απόφραξη των αναπνευστικών οδών μπορεί να διευθετηθεί με μια ποικιλία πρακτικών. Τα φάρμακα χορηγούνται για να χαλαρώσουν τις αποφράξεις και για να καθυστερήσουν τη σύσφιξη των βρογχικών

σωλήνων. Ο ασθενής υγραίνεται απ' τη χρήση aerosols σε μια προσπάθεια να χαλαρώσουν οι αποφράξεις. Το τοποθετημένο σύστημα διοχέτευσης, προηγείται των αναθυμιάσεων, δουλεύει για να βοηθήσει τους ασθενείς να φτύσουν. Είναι συνένοχο δε απ' ότι έχει την ιδιαίτερη στάση ξαπλώματος στο πλάι του / της με τους γοφούς υπερυψωμένους σε μαξιλάρα ή απ' ότι έχει αυτόν ή αυτήν πλαγιασμένους μπρούμυτα ή ανάσκελα με τα πόδια υψωμένα. Τέτοιες στάσεις ακολουθούνται απ' το κτύπημα στο στήθος.

Το να βήξουν είναι πιο δύσκολο για τους ηλικιωμένους. Απαιτεί ενέργεια και εκτείνει το καρδιοαναπνευστικό σύστημα. Η μείωση της μυϊκής δύναμης επίσης κάνει την προσπάθεια πιο δύσκολη. Γι' αυτό οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να διατηρήσουν μια επαρκή είσοδο υγρών. Αυτή η τακτική βοηθά στο να κρατιούνται οι αποφράξεις υγρές και λιγότερο κολλώδεις, συμβάλλοντας στον καθαρισμό τους και κάνοντας το βήξιμο λιγότερο δύσκολο. Ο Speir (1976) προειδοποίησε ενάντια στη χρήση βηχικών κατασταλτικών, αφού συνεισφέρουν στην ένταση του φλέματος και στο σχηματισμό βλεννωδών πλακών.

Οι επανορθωτικές ασκήσεις είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη διευθέτηση της χρόνιας κολλητικής νόσου των πνευμόνων. Το συμπέρασμα ίσως μπερδέψει αν έρθει στο φως το γεγονός ότι η ανεπανόρθωτη ζημιά έχει γίνει στους πνευμονικούς ιστούς. Πώς μπορεί κάποιος να προνοηθεί ή να επανορθωθεί χρησιμοποιώντας τους πνευμονικούς ιστούς. Το γεγονός είναι ότι τέτοιοι άνθρωποι δεν μπορούν να προνοηθούν για να το κάνουν. Εν τούτοις, διαμέσου των επανορθωτικών μετρημάτων αυτοί μπορούν να εξασκηθούν για να ισοφαρίσουν κάποιες απώλειες τους.

Οι ασκήσεις για την ενδυνάμωση των υπογαστρίων μυών μπορεί να αποκαταστήσει τις φυσιολογικές κινήσεις του διαγράμματος. Συνήθως, το διάφραγμα συστέλλεται κατά τη διάρκεια της εκπνοής και χαλαρώνει κατά την διάρκεια της εισπνοής. Στην χαλάρωση του, στην πραγματικότητα, βοηθά στην εξάλειψη του κλεμμένου αέρα απ' τους

πνεύμονες. Ο διασταλμένος πνευμονικός ιστός, ο οποίος έχει χάσει πολύ απ' την ελαστικότητά που δρα σαν ένας φραγμός σ' αυτή τη φυσιολογική κίνηση του διαφράγματος. Με την αύξηση της δύναμης του υπογαστρίου η ευκινησία του διαφράγματος, ίσως κάπως επανέρχεται.

Ένα κανονικό βαθμιαίο πρόγραμμα ασκήσεων υπό τους περιορισμούς και τις ικανότητες του γιατρού του ανθρώπου μπορούν να βοηθήσουν κάποιον στη μέγιστη χρησιμοποίηση της ικανότητας του κάρδιο- πνευμονικού αποθέματος. Υπάρχουν 300 εκατομμύρια κατά προσέγγιση σάκοι αέρα που περιέχονται στους πνεύμονες (Weibel 1964) και ανάλογα με τον αριθμό που καταστρέφει η αρρώστια, ένας μεγαλύτερος ή μικρότερος βαθμός δραστηριότητας μπορεί να ενοχοποιηθεί. Δυστυχώς, η εμφάνιση των συμπτωμάτων της χρόνιας κολλητικής πνευμονικής νόσου γενικά δείχνει ότι μια μεγάλη έκταση του πνευμονικού ιστού επηρεάζεται.

Ανάλογα με το βαθμό της ζημιάς που υπάρχει οι άνθρωποι περισσότερο ή λιγότερο θα περιοριστούν στις δραστηριότητες τους. Όταν τα συμπτώματα αρχικά εμφανιστούν, ο παθών ίσως αισθανθεί ο ίδιος κουρασμένος, όταν έχει ανέβει σκάλες ή έχει περπατήσει στο δρόμο. Καθώς η νόσος προχωράει η εξαντλητική κούραση μπορεί να προκαλείται απ' το κούμπωμα ενός πουκαμίσου ή απ' το πλύσιμο του προσώπου.

Στην πραγματικότητα, μετά από λίγο καιρό ο παθών ίσως είναι ανίκανος να εκπληρώσει αυτά τα καθήκοντα. Στα προχωρημένα στάδια η θεραπεία με οξυγόνο χρησιμοποιείται.

Οι περισσότεροι άνθρωποι, που λέγεται ότι πέθαναν από εμφύσημα βασικά υπέκυψαν από καρδιακή νόσο. Οι αλλαγές στους πνεύμονες οδήγησαν σε πνευμονική καρδιά και μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Οι μολύνσεις του αναπνευστικού επίσης γίνονται ένας μεγάλος κίνδυνος για αυτούς τους ασθενείς της πνευμονικής νόσου. Οι αλλαγές της ασθένειας τους



κάνουν πιο επιρρεπείς στην μόλυνση και περιπλέκουν την ανάρρωση τους.

## 8) Καρκίνος του Πνεύμονα

Για να παραφράσουμε τον Petty (1976), ο καρκίνος του πνεύμονα είναι αληθινά μια ασθένεια των ηλικιωμένων. Ο Weiss (1971) ανέφερε τα συμπεράσματα του από μια μεγάλη αναμενόμενη μελέτη και σημείωσε ότι πάνω από 50% των ανδρών με πνευμονική κακοήθη ευρήματα σ' αυτή τη μελέτη ήταν 65 ετών ή και μεγαλύτεροι. Μολονότι η ηλικία συνδέεται με την άνοδο του καρκίνου του πνεύμονα, οι επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι το κάπνισμα είναι πιο σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη του όρου στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Wynder et al 1970).

Αναφορικά με τις στατιστικές από το U.S. Department of Health, Education and Welfare, ο Klocke σημειώνει :

Ο δείκτης θνησιμότητας από τον καρκίνο του πνεύμονα αυξάνει στο τετραπλάσιο κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής ενός μη καπνιστή. Εν τούτοις, ο κίνδυνος του καλπάζοντα καρκίνου του πνεύμονα στον ενήλικα μέτριο καπνιστή (10 –19 τσιγάρα / μέρα) είναι δέκα φορές μεγαλύτερος απ' ότι αυτός (ο κίνδυνος) που διατρέχει ένας μη – καπνιστής. Με την επιπλέον αύξηση στον αριθμό της έκθεσης στον καπνό, ο κίνδυνος αυξάνει σχεδόν οριακά. Μολονότι τα δεδομένα για τις γυναίκες είναι λιγότερο πληγματικά, το συμπέρασμα είναι παρόμοιο.

Υπάρχει μαρτυρία που δείχνει ότι ο κίνδυνος του καρκίνου του πνεύμονα μειώνεται σ' εκείνους που σταματούν το κάπνισμα. Οι Wynder (1970) υποστηρίζουν ότι η μείωση του καπνίσματος και η αλλαγή σε χαμηλότερης περιεκτικότητας φίλτρου τσιγάρα ίσως ελαττώσει επίσης και τον κίνδυνο.

Η πρόγνωση για τον καρκίνο του πνεύμονα είναι φτωχή. Δεν υπάρχει χημειοθεραπεία σ' αυτό το σημείο όπου σημαντικά καλπάζει η

πορεία της νόσου (Petty 1976). Ο ενεργός κίνδυνος στους ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα γενικά αποκλείει τα χειρουργεία επειδή η χρόνια κολλητική πνευμονική νόσος συχνά συνυπάρχει με την πνευμονική κακοήθεια. Εν τούτοις, για 'κείνα τα άτομα που επιδεικνύουν καλή αναπνευστική λειτουργία, το χειρουργείο ίσως είναι η εναλλακτική οδός της θεραπείας.

## 9) Εγκεφαλοαγγειακή Νόσος

Μόνο καθώς ο καρδιακός ιστός μπορεί να αρνηθεί επαρκή θρέψη εξ' αιτίας των αλλαγών στα αγγεία του αίματος που του προμηθεύει, αρτηριοσκληρωτικές και αθηροσκληρωτικές αλλαγές στα αγγεία του αίματος που υπηρετούν τον εγκεφαλικό ιστό μπορούν να μειώσουν τη θρέψη του και να έχουν αποτέλεσμα στην κακή λειτουργία ή στο θάνατο των εγκεφαλικών θαλάμων. Τέτοια κατεστραμμένη εγκεφαλική κυκλοφορία είναι γνωστή σαν εγκεφαλοαγγειακή νόσος.

Όταν μια μερίδα του εγκεφάλου είναι εντελώς αρνητική (στην υποδοχή) αίματος, ένα εγκεφαλοαγγειακό επεισόδιο (CVA) ή προσβολή επακολουθούν. Η σφοδρότητα τους εξαρτάται από την ξέχωρη περιοχή, καθώς επίσης και το συνολικό ποσοστό του εγκεφαλικού ιστού που πλήττεται. Έτσι, μια προσβολή ίσως επηρεάσει μια τόσο μικρή περιοχή του εγκεφάλου που θα περάσει απαρατήρητη ή μια τόσο μεγάλη περιοχή που θα προκαλέσει σοβαρή ζημιά ή θάνατο. Το εγκεφαλοαγγειακό ατύχημα αποτελεί την τρίτη κατά σειρά αιτία θανάτου στις Η.Π.Α.

Υπάρχει ένας αριθμός ιδιαίτερων γεγονότων που τυπικά προκαλούν ένα εγκεφαλοαγγειακό επεισόδιο στους ηλικιωμένους. Οι αθηροσκληρωτικές αλλαγές αποτελούν ένα υποβόσκων όρο σε όλα αυτά. Η εγκεφαλική θρόμβωση είναι η κύρια αιτία της προσβολής στους ηλικιωμένους και συμβαίνει όταν η συνηθισμένη θρόμβωση του αίματος τοποθετείται σε μια ήδη στενευμένη αρτηρία.

Εκεί ίσως υπάρξουν ή δεν υπάρχουν περιστασιακά συμπτώματα πριν η προσβολή συμβεί. Σε άλλη περίπτωση, ένα εγκεφαλοαγγειακό ατύχημα συνδέεται με εγκεφαλική θρόμβωση και είναι από μια αρκούντως γρήγορη επίθεση. Τα συμπτώματα της εγκεφαλικής ζημιάς εμφανίζονται μέσα σε (μερικά) λεπτά μέχρι ώρες μετά την εκδήλωση της. Μια εγκεφαλική εμβολή ίσως, επίσης, ενοχοποιηθεί για ένα εγκεφαλοαγγειακό ατύχημα. Σ' αυτή την περίπτωση η θρόμβωση δεν σχηματίζεται τοπικά, αλλά παράγεται κάπου αλλού μέσα στο σώμα και ταξιδεύει για να αποφράξει ένα αγγείο, το οποίο προμηθεύει τον εγκέφαλο. Η προσβολή και η βλάβη του εμφανίζονται σχεδόν πάντα ακαριαία.

Ένα σπασμένο αγγείο αίματος μέσα στον εγκέφαλο ή στην κρανιακή κοιλότητα είναι γνωστό σαν εγκεφαλική αιμορραγία και είναι μια παραλλαγή της προσβολής συχνά συνδεδεμένη με την υπέρταση. Όταν ένα αγγείο αίματος σπάσει, η περιοχή του εγκεφαλικού ιστού, πέραν της ρήξης, δεν λαμβάνει πλέον προμήθεια αίματος.

Το θύμα της εγκεφαλικής αιμορραγίας ίσως υποφέρει από οξύ πονοκέφαλο ή εμετικές καταστάσεις πριν συμβεί το χτύπημα. Η εγκεφαλική αιμορραγία είναι λιγότερο κοινή στους ηλικιωμένους και περισσότερο κοινή στην πρόκληση θανάτου απ' ότι οι άλλοι τύποι προσβολής. Έτσι, τα θύματα του εγκεφαλοαγγειακού επεισοδίου συχνά πέφτουν σε κώμα, και πεθαίνουν μέσα σε λίγες μέρες.

Όπως μόλις υπογραμμίστηκε τα συντομευμένα συμπτώματα ίσως προηγηθούν ενός εγκεφαλοαγγειακού επεισοδίου. Αυτά τα συμπτώματα του επεισοδίου είναι γνωστά σαν μικρές προσβολές ή μίνι προσβολές και ίσως είναι παροδική έκφραση των αγγείων. Κινητική αδυναμία, διαταραχές στο λόγο, μπλακ άουτ και διαταραχές προσωπικότητας είναι ανάμεσα στα περιστασιακά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να παρουσιάζονται αυτούσια. Τέτοια συμπτώματα ίσως συμβούν σε μεμονωμένα ή πολλαπλά επεισόδια πριν μια πλήρης προσβολής συμβεί (Whisnant 1974) και διαρκούν από μερικά λεπτά έως 24 ώρες.

Αυτές οι παροδικές ισχαιμικές επιθέσεις μερικές φορές κατηγοριοποιούνται σαν σύνδρομο της καρωτίδας αρτηρίας, σε σχέση με την παροδική έμφραξη των κύριων αρτηριών που προμηθεύουν τον εγκέφαλο. Επειδή μια στενευμένη καρωτίδα ίσως τελικά είναι η εστία μιας πλήρους έμφραξης, ένα χειρουργείο, γνωστό ως ενδαρτηριεκτομή, παρουσιάζεται κάποιες φορές για να καθαρίσει την εσωτερική γραμμή της αρτηρίας. Στα πρόσφατα χρόνια, η εμπιστοσύνη σ' αυτή τη μέθοδο έχει αυξηθεί και υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τα αποτελέσματα είναι τα επιθυμητά. Σε μια πολύ μεγάλης διάρκειας μελέτη, στην οποία ενεπλάκησαν 592 ασθενείς ο δείκτης επαναλαμβανόμενης στένωσης μετά από 5 χρόνια ήταν ελάχιστη (Thompson et al 1970). Το χειρουργείο, εν τούτοις, ίσως δεν είναι πάντα πιθανό.

Όταν μια προσβολή συμβαίνει, ποικίλοι βαθμοί ζημιάς ίσως και να 'χει ως αποτέλεσμα. Ημιπληγία (παράλυση της μιας πλευράς του σώματος), αφασία (ακατάστατη ομιλία) και αισθητήριες διαταραχές, όπως π.χ. ημιανοψία, αποτελούν ειδικά προβλήματα για τα θύματα της προσβολής και τη θεραπεία του / της.

Οι προσπάθειες επανόρθωσης θα πρέπει να ξεκινούν αμέσως και τα μέλη της οικογένειας και το προσωπικό υγείας θα πρέπει να ευαισθητοποιηθεί προς τις ανάγκες του ασθενή της προσβολής. Θα πρέπει να προσπαθήσουν να βάλουν τον εαυτό τους στη θέση του ασθενούς. Ξαφνικές νευρολογικές και κινητικές αλλαγές μπορούν θεαματικά ν' αλλάξουν την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του και τον κόσμο. Μπορούν να κάνουν τον άνθρωπο να απομακρυνθεί από τα πράγματα γύρω του / της. Κάποιες φορές συμβαίνει μια προσβολή να "λάβει χώρα" ενώ κάποιος κοιμάται. Φανταστείτε πόσο τραυματικό είναι να ξυπνήσετε και να βρείτε τον εαυτό σας ανίκανο να κινήσει ένα μέλος του σώματος σας και πιθανώς ανίκανο να μιλήσει ή να καταλάβει τι λέγετε σ' εσάς.

Η βλάβη στη δεξιά πλευρά του εγκεφάλου οδηγεί στην παράλυση της αριστερής πλευράς του σώματος. Η ημιπληγία της αριστερής πλευράς, όπως επιστημονικά λέγεται, μπορεί να συνοδευτεί από κενά μνήμης, έναν ορμητικό τρόπο συμπεριφοράς και κενά διαστήματα. Τέτοιες αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα, που επηρεάζουν την ατομική φροντίδα του ασθενούς. Για παράδειγμα, ίσως του είναι δύσκολο να κρίνει που είναι το τελευταίο σκαλοπάτι στην σκάλα που μόλις έχει κατέβει ή την αριστερή πλευρά ενός πρόχειρου πουκαμίσου με κουμπιά απ' την δεξιά. Ίσως του είναι δύσκολο να οδηγήσει το αναπηρικό του καροτσάκι στο διάδρομο, χωρίς να προσκρούει στον τοίχο ή να σταθεί στη θέση του / της όταν διαβάζει ένα βιβλίο ή συμπληρώνει μια στήλη από φιγούρες. Η ταχεία ορμητική συμπεριφορά ίσως οδηγήσει σε μια υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων του πάσχοντα, και έτσι η δυσκολία που επακολουθεί ενώ εκτελεί φαινομενικά απλά καθήκοντα μπορεί και να παρεξηγηθεί ως μη συνεργασία ή σύγχυση.

Αργή, αιτιατή, μη οργανωμένη συμπεριφορά κατά την αφασία και την παράλυση της δεξιάς μεριάς συχνά συμβαίνει όταν στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου έχει προκληθεί βλάβη. Η αφασία είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να δηλώσει τη μειωμένη (βλαμμένη) ικανότητα συμπεριφοράς (αντίληψης) ή σαν έκφραση – αργκό. Περιπτώ να πούμε αυτός ο όρος είναι συναισθηματικά φορτισμένος, ειδικά από 'κείνα τα άτομα που χρησιμοποίησαν πολύ τον όρο στην αργκό πριν μια προσβολή.

Στη δεκτική αφασία, ένα άτομο έχει δυσκολία στο να μεθοδεύσει εξωτερικά κίνητρα. Εξ' αιτίας της βλάβης στο κέντρο του λόγου, ο πάσχων μπορεί και να μην καταλαβαίνει την ομιλία των άλλων ή τι αυτός / αυτή διαβάζει ή ίσως δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσει αντικείμενα. Όταν ένα άτομο καταλαβαίνει τι λέγεται, αλλά δεν μπορεί να σχηματίσει λέξεις ή χειρονομίες, ν' απαντήσει στα δεδομένα, η εκφραστική αφασία έχει εμφανιστεί.

Συχνά, ένας αφασικός ασθενής υποφέρει από ανακατεμένο όρο (της αφασίας).

Τραγικά, η αφασία μπορεί και να συνδέεται λανθασμένα με την νομική επιδείνωση. Αγενείς δηλώσεις μπορεί να γίνονται στην παρούσα (φάση από ένα άτομο που μπορεί να καταλάβει τι γίνεται, αλλά δεν μπορεί να απαντήσει κατάλληλα. Ομοίως, ο ασθενής μπορεί και να παλιμπαιδίζει και να συμπεριφέρεται σαν παιδί, ενώ είναι πλήρως ενήμερος όταν προσβάλλουν την αξιοπρέπεια του/ της.

Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να μιλούν και εκείνοι που είναι γύρω τους θα πρέπει να ακούν υπομονετικά. Δε θα πρέπει να τους βιάζουν ή να τους διακόπτουν στη μέση των προσπαθειών τους. Τέτοια συμπεριφορά απ' το μέρος του ακροατή μπορεί να κάνει τον ασθενή να νιώσει αδέξιος, να έχει αυτογνωσία και αν αυτός / αυτή εκφράζονται φτωχά. Ο ασθενής μπορεί έτσι και να αισθανθεί κατάθλιψη και αποσυρμένος.

Η έκταση της βλάβης και ο βαθμός των δεκτικών κενών που έχουν γίνει προσδιορίζει σε ποια έκταση οι δυνατότητες της λειτουργικής γλώσσας μπορεί ν' ανακτηθούν. Εκτός αν η αφασία διαρκέσει λιγότερο από λίγες μέρες, οι ασθενείς της γηριατρικής δεν θα πρέπει να περιμένουν να φτάσουν πάλι τους τύπους της αργκό λογικής. Αυτό δεν λέγεται για να πούμε ότι αυτοί δεν μπορούν να επανακτήσουν τα πρότυπα της γλωσσικής λειτουργίας, αλλά ότι αυτοί και οι οικογένειες τους δεν θα πρέπει να τοποθετούν τον πήχη τόσο ψηλά. Κάθε προσπάθεια θα πρέπει να δομείται με την γλωσσική επανόρθωση και κάθε κέρδος ν' αναγνωρίζεται. Η επιτυχία αυτών των βημάτων προς τα μπροστά δεν θα πρέπει να προεξοφλείται εξ' αιτίας της αποτυχίας να γνωρίσουν τις μεγάλες προσδοκίες.

Μερικοί ίσως είναι ικανοί να επαναλαμβάνουν λέξεις ή φράσεις που είναι μέρος της πρωτόγονης ή αυτοματικής γλώσσας. Για παράδειγμα, αυτοί ίσως είναι σε θέση να μετρήσουν, να τραγουδήσουν, ν' απαντήσουν μ' ένα "εντάξει" και "αντίο", ενώ δεν θα είναι σε θέση να

συνθέσουν προτάσεις δικές τους ή να εκφράσουν πρωτότυπες ιδέες. Είναι ευκολότερο για ένα δίγλωσσο άτομο να ανακτήσει προσαγές στη μητρική του / της γλώσσα. Αυτός ο παράγοντας θα πρέπει να μείνει στο μυαλό όταν δουλεύετε με τέτοια άτομα.

Η ημιπληγία ίσως συνδυάζεται με ποικίλα άλλα προβλήματα. Οι ασθενείς ίσως υποφέρουν από ελαττωματική όραση ή τύφλωση στο μισό απ' το οπτικό τους πεδίο. Αυτός ο όρος είναι γνωστός σαν ημιανοψία. Η ημιπληγία της δεξιάς (πλευράς) ίσως προκαλέσει δυσκολία στο να δουν αντικείμενα που είναι δεξιά του κέντρου του οπτικού πεδίου και αντίστροφα με την ημιπληγία της αριστερής. Τέτοιες οπτικές απώλειες συχνά ισοφαρίζονται στους ασθενείς της προσβολής από το σημείο της ακοής. Εκείνοι που δουλεύουν ή φροντίζουν τα θύματα της προσβολής θα πρέπει να είναι γνώστες τέτοιων πιθανών απωλειών και να προσπαθούν να βοηθήσουν τους ασθενείς με τη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, ένας πάσχων με ημιανοψία, ίσως τρώει μόνο το φαΐ που βρίσκεται στο μισό πιάτο του /της, επειδή, δεν μπορεί να δει τα υπόλοιπα. Περιστρέφοντας το πιάτο, μπορεί να είναι πολύ εξυπηρετικό για το άτομο.

Σαν αποτέλεσμα της ημιανοψίας ένα θύμα προσβολής ίσως να μην αντιδρά στην εμφάνιση κάποιου στην πόρτα ή ίσως ξαφνιαστεί καθώς κάποιος που έχει μπει στο δωμάτιο μοιάζει ξαφνικά να έρχεται κατά πάνω του / της. Αυτή η έλλειψη ενημερότητας για την παρουσία του επισκέπτη συνδέεται με την απώλεια στο οπτικό πεδίο. Εκείνοι που πλησιάζουν παθόντα άτομα θα πρέπει να βάζουν τον εαυτό τους μέσα στο οπτικό πεδίο του ασθενή.

Προσβολή θα πρέπει να δίνεται στην τοποθέτηση του ασθενής μέσα στο δωμάτιο. Για παράδειγμα, κάποιος που έχει χάσει το δεξί οπτικό πεδίο του δεν θα πρέπει να τοποθετείται με την αριστερή πλευρά του/ της στον τοίχο. Το άτομο δεν θα είναι σε θέση να δει τι υπάρχει μέσα στο ίδιο το δωμάτιο, αλλά θα έχει μια καθαρή όψη του τοίχου.

Είναι επιτακτικό ότι οι παράλυτοι ασθενείς κανονικά τείνουν να προλαμβάνουν έλκη του δωδεκαδάκτυλου, να ασκούνται για να αποτρέψουν αρθρικές συρρικνώσεις και να τοποθετούνται έτσι ώστε αυτοί να μην αναπνέουν ή πνίγονται (σε) ένρινες – στοματικές εκκρίσεις. Οι προσπάθειες επανόρθωσης μ' αυτούς θα πρέπει ομοίως να περιλαμβάνουν κατανόηση και υπομονή. Ωφέλιμα κέρδη ίσως δεν είναι προφανή για εβδομάδες ή μήνες μετά την έναρξη ενός προγράμματος επανόρθωσης.

Τα μέλη της οικογένειας και το ιατρικό προσωπικό πρέπει να είναι ενήμεροι για το γεγονός ότι οι συμπεριφορές τους προς το θύμα εγκεφαλοαγγειακού επεισοδίου και οι κινήσεις του / της προς την ανάρρωση μπορούν να ενθαρρύνουν το άτομο να δουλέψει σκληρότερα ή να τα παρατήσει. Μικρές επιτυχίες πρέπει να βάζονται και μικρά κέρδη πρέπει εγκαρδίως να αναγνωρίζονται και να βραβεύονται. Πάνω από όλα, η αξιοπρέπεια του ενήλικα και η αίσθηση ανεξαρτησίας πρέπει να είναι σεβαστές. Ο ασθενής πρέπει να είναι σε θέση να κάνει τόσα για τον εαυτό του / της είναι δυνατά.

Είναι σημαντικό να ευαισθητοποιούμαστε στις ανάγκες των ασθενών της προσβολής και να τους βοηθάμε όταν είναι απαραίτητο, αλλά να μην προσπαθούμε να κάνουμε τα πάντα για λογαριασμό του. Τα επανορθωτικά οφέλη θα πρέπει να αμείβονται. Οι άνθρωποι θα πρέπει να προσπαθήσουν να μην είναι ανυπόμονοι ή να νιώθουν οίκτο και έτσι να μεσολαβήσουν στο θύμα της προσβολής, που κινείται αργά ενώ ξεχειλίζει ένα ποτήρι νερό ή που δεν μπορεί με επιτυχία να σηκώσει το ακουστικό του τηλεφώνου απ' την πρώτη προσπάθεια.

Μια προσχέδια ή υπερεξυτηρητική συμπεριφορά, μολονότι καλώς σχεδιασμένη με καλή πρόθεση, ίσως αργά αποκαλυφθεί και κάνει τον / την ασθενή να αισθανθεί αβοήθητος / αβοήθητη ή άχρηστος / άχρηστη. Τα οφέλη της ανεξάρτητης ζωής μπορούν μόνο να προάγουν την αίσθηση του ατόμου για την αυτοεκτίμηση και την αξιοπρέπεια.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Οι παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος αποτελούν σημαντικές αιτίες θανάτου και νοσηρότητας στους ηλικιωμένους. Μόνο το 3% των ηλικιωμένων έχουν φυσιολογικά νεφρά ιστολογικά. Η ακράτεια των ούρων είναι ένα σημαντικό πρόβλημα της 3<sup>ης</sup> ηλικίας και οι μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος είναι συχνές παθήσεις. Η νεφρική πάθηση από μόνη της δεν αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου στη 3<sup>η</sup> ηλικία, αλλά οι νεφρικές επιπλοκές συνοδεύουν μια ποικιλία παθολογικών καταστάσεων, οι οποίες είναι κοινές στους ηλικιωμένους. Η ασθένεια του προστάτη, που αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για πολλές παθήσεις της κύστεως, είναι μια κατηγορία ασθένειας πολύ συχνά με το θάνατο. Σύμφωνα με τα παραπάνω δεν είναι να απορεί κανείς γιατί η βλάβη της λειτουργικής ικανότητας του ουροποιητικού συστήματος αποτελεί ζήτημα μεγάλης σημασίας για τους ηλικιωμένους και για αυτούς που ενδιαφέρονται για εκείνους.

#### **1) Συμπτώματα της διαταραχής του ουροποιητικού συστήματος και η σημασία τους**

Ένας αριθμός των κοινών συμπτωμάτων της δυσλειτουργίας του ουροποιητικού συστήματος, είναι σημαντικός για τη μελέτη του ουροποιητικού συστήματος των ηλικιωμένων. Αυτά τα συμπτώματα είναι η πολυουρία, η νυκτερινή ενούρηση ,η συχνουρία ,η επίσχεση ούρων, αιματουρία, η ακράτεια ούρων και η ουραιμία.

## **2) Πολυουρία**

Η πολυουρία είναι η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από αυξημένα ποσά αποβαλλόμενων ούρων μπορεί να προκληθεί από υπερβολική πρόσληψη υγρών όπως καφέ, τσάι, μπύρα ,από χρήση διουρητικών συστατικών όπως η ατεταζολαμιδη (DIAMOX) για το γλαύκωμα, και μεταβολή της νεφρικής λειτουργίας. Παθήσεις όπως ο λανθάνων διαβήτης , αλλά ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπογλυκαιμία δεν είναι σπάνιες. Η πολυουρία μπορεί να αποτελεί μια μελλοντική η πρόωρη νεφρική διαταραχή.

## **3) Νυκτερινή ενούρηση**

Νυκτερινή ενούρηση είναι η αναγκαιότητα να σηκώνεσαι τη νύχτα για να ουρήσεις. Υπολογίζεται ότι περίπου τα 2/3 του ηλικιωμένου πληθυσμού ξυπνά 2 η περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας για να ουρήσει. Αυτή η κατάσταση μπορεί απλά να συσχετιστεί με υπερβολική πρόσληψη υγρών κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η μειωμένη πρόσληψη υγρών πριν από τη κατάκλιση μπορεί να επιφέρει κάποια ανακούφιση από αυτή τη κατάσταση. Προσέτι η νυκτερινή ενούρηση μπορεί να συσχετίζεται με μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος όπως κυστίτιδα και πυελονεφριτιδα, υπερτροφία του προστάτη, βασική φαρμακευτική αγωγή και νευρογενής κύστη. Η ανάγκη να σηκώνεσαι συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας για να ουρήσεις, ενώ υπάρχει η απουσία πρόσληψης υγρών, πρέπει να είναι αιτία για περαιτέρω ανησυχία.

#### **4) Συχνουρία**

Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες ένα άτομο ουρεί κάθε 4-6 ώρες. Το άτομο με συχνουρία κάθε 1-2 ώρες κατά τη διάρκεια της ημέρας και πιθανότατα 3 η 4 φορές τη νύκτα. Η πιο συχνή αιτία της συχνουρίας είναι η μόλυνση της ουροδόχου κύστεως, τα νεφρά η ο προστάτης .

Μπορεί επίσης να προκληθεί από πολυουρία, άγχος, μικρό μέγεθος κύστεως και /η από ερεθιστικές και παρεμποδιστικές κακώσεις. Η υπερτροφία του προστάτη και η ουρολοίμωξη μπορεί να διαφοροποιηθούν από άλλα συμπτώματα, η τελευταία συνήθως σχετίζεται με επώδυνη και έντονη δυσουρία, αντιθέτως η προηγούμενη σχετίζεται περισσότερο με διστακτικότητα ούρησης και φτωχή ροή ούρων. Η συχνουρία συνοδεύει και σακχαρώδη διαβήτη, ο οποίος μπορεί να διαγνωστεί σε συνδυασμό με τη πολυδιψία, πολυφαγία, απότομη απώλεια βάρους και οικογενειακό ιστορικό διαβήτη.

#### **5) Δυσουρία**

Δυσουρία η είναι η κατάσταση με διακύμανση συμπτωμάτων από ένα μικρό κάψιμο κατά την ούρηση έως αρκετό πόνο στη ουροδόχο κύστη η στην περιοχή της ουρήθρας . Συνήθως σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα ούρησης και συχνά είναι σχετική με την ουρολοίμωξη. Είναι επίσης σχετική με μεγέθυνση του προστάτη, λίθοι κύστεως και γεροντική κολπίτιδα.

#### **6) Επίσχεση ούρων**

Η ανικανότητα της ούρησης στους ηλικιωμένους συχνά σχετίζεται με μεγέθυνση του προστάτη. Μπορεί να επέλθει χωρίς προειδοποίηση η να σχετιστεί με άλλη ασθένεια όπως ένα κρουαλόγημα η μια γρίπη.

Μπορεί να μην υπάρχει πόνος, ακόμα και αν η κατάσταση είναι οξεία, αλλά μπορεί να εμφανιστεί κούραση ή σύγχυση. Μπορεί ακόμα να επέλθει από χρήση ναρκωτικών ουσιών, αγχώδης νεύρωση ή παρεμπόδιση του ουροποιητικού συστήματος. Μεγάλες δόσεις φαρμάκων που χορηγούνται για κρυολογήματα, έλκη ή διάρροια, ηρεμιστικά φάρμακα και αντιχολινεργικά μπορεί να προκαλέσουν επίσχεση ούρων. Οργανικές βλάβες του εγκεφάλου και εκφυλιστικές αλλαγές στην ουροδόχο κύστη μπορούν επίσης επίσχεση ούρων.

## **7) Αιματουρία**

Το αίμα στα ούρα μπορεί να ανιχνευθεί με την ανάλυση ούρων και μερικές φορές με κόκκινη απόχρωση των ούρων. Η αιματουρία σχετίζεται με πόνο και πολύ συχνά προκαλείται από μια μόλυνση ή τη παρουσία κάποιου λίθου. Αιματουρία χωρίς την παρουσία πόνου μπορεί να είναι το πρώτο σημάδι καρκίνου της ουροδόχου κυστεως ή του νεφρού. Αυτό είναι σημαντικό διότι μπορεί να εκτιμηθεί η αιτία της αιματουρίας κάθε φορά. Συνήθως γίνεται διαμέσου της πτυελογραφίας και της κυστεοσκόπησης. Η αιματουρία σχετίζεται ακόμα με νεφρικά προβλήματα, λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα, ασθένειες με ανώμαλες αιμορραγικές τάσεις όπως η θρομβοκυτοπενία, η οξεία νεφρίτιδα και κάποιο τραύμα όπως από ατύχημα καθετηριασμού.

## **8) Εγκράτεια ούρων**

Το σύμπτωμα της ανικανότητας να ρυθμίσεις τη ροή των ούρων είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των ηλικιωμένων.

## 9) Ουραιμία

Η συσσώρευση τοξικών ουσιών στο αίμα είναι μια σοβαρή κατάσταση σχετιζόμενη με ένα αριθμό νεφρικών παθήσεων. Υπάρχουν τρεις τύποι ουραιμίας

Προνεφρική ουραιμία προκαλείται από πτώση της νεφρικής αιματικής ροής. Αυτό οδηγεί σε μια πτώση του ρυθμού του φιλτραρίσματος, που με τη σειρά της οδηγεί σε πτώση του αζώτου στη αιματική ροή. Οι κύριες αιτίες της Προνεφρική ουραιμίας είναι η αφυδάτωση λόγω εμετού, διάρροιας, χρήση διουρητικών και της συνήθειας να μη καταναλώνει κανείς αρκετά υγρά. Η μείωση της καρδιακής παροχής σχετίζεται με αιμορραγίες, SHOCK, οξεία μυοκαρδίτιδα ακόμα και καρδιακές ανεπάρκειες μπορεί να είναι αιτιολογικοί παράγοντες. Η άμεση διάγνωση είναι σημαντική διότι η κατάσταση είναι αναστρέψιμη σε περίπτωση που διαγνωστεί αρκετά νωρίς.

Μετανεφρική ουραιμία είναι το αποτέλεσμα μιας κωλυσιοεργίας της ουροποιητικής εκροής από τα νεφρά με την ανάπτυξη μιας πίεσης στη μέση. Είναι αναστρέψιμη κατάσταση αλλά παραμονή της πίεσης μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμη ζημία. Οι βασικές αιτίες σχετιζόμενες με την κωλυσιοεργία είναι προβλήματα του προστάτη και καρκίνωμα της ουροδόχου κύστεως. Η Μετανεφρική ουραιμία είναι λιγότερο επικρατέστερη από την Προνεφρική.

Νεφρική ουραιμία προκύπτει από πάθηση των νεφρών. Πρόκειται για προοδευτική κατάσταση και σε πολλές περιπτώσεις μη αναστρέψιμη.

Η ουραιμία είναι γενικά αποτέλεσμα της νεφρικής ανεπάρκειας και οφείλεται σε μια ποικιλία αιτιών. Τα πρώτα συμπτώματα περιλαμβάνουν κόουραση, έλλειψη αυτοπεποίθησης, αδυναμία και έλλειψη διανοητικής ικανότητας, τα οποία μπορούν να εμφανιστούν σταδιακά από 2 εβδομάδες έως και ένα χρόνο. Μερικές νευρομυοσκελετικές εκδηλώσεις, όπως κράμπες των μυών, νευρικές συσπάσεις και

σπασμοί μπορεί να εμφανιστούν σε συνδυασμό με γαστροεντερικά συμπτώματα όπως ναυτία, εμετό, διάρροια ανορεξία. Καμιά φορά μπορεί να εμφανιστεί υποσιτισμός, ακόμα και αφυδάτωση και καρδιακή ανεπάρκεια. Η ουραιμία χωρίς θεραπεία θα οδηγήσει αναμφισβήτητα στον θάνατο. Η πρόγνωση για τους ουραιμικούς ασθενείς είναι γενικά καλή για αυτούς των οποίων η επισπευτικοί παράγοντες (όπως η κωλυσιεργία της ούρησης) μπορούν να ανιχνευθούν και να θεραπευτούν.

## **10) Αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα με την ηλικία**

### **Η ουροδόχος κύστη και ουρητήρας**

Η ουροδόχος κύστη ενός ηλικιωμένου ατόμου έχει χωρητικότητα λιγότερο του μισού (250ml) από ότι ένα νεαρό ενήλικα (600ml) και συχνά περιέχει 100 ml υπολειπόμενα ούρα. Είναι επίσης αλήθεια ότι η επιθυμία της ούρησης είναι καθυστερημένη στην τρίτη ηλικία. Φυσιολογικά το αντανακλαστικό της ούρησης επέρχεται όταν είναι γεμάτη στα μισά της χωρητικότητας της, αλλά στους ηλικιωμένους συχνά δεν εμφανίζεται μέχρι η χωρητικότητα της κυστεως να είναι τελείως γεμάτη. Η προέλευση αυτής της αλλαγής του αντανακλαστικού της ούρησης δεν είναι ξεκάθαρη, αλλά μπορεί να σχετίζεται με τις ηλικιακές αλλαγές στην μετωπική περιοχή του φλοιού του εγκεφάλου η με ζημιά σχετιζόμενη με εγκεφαλική απόφραξη η όγκο. Η μειωμένη χωρητικότητα της κυστεως που είναι συναφή με καθυστέρηση του αντανακλαστικού της ούρησης μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα συχνουρίας και επείγουσας ούρησης. Αυτές οι καταστάσεις, ακόμα και αν δεν οδηγούν σε ακράτεια, είναι ιδιαίτερα ενοχλητικές για ένα ηλικιωμένο άτομο.

Η κένωση της κυστεως στις ηλικιωμένες γυναίκες αποδεικνύει μια υψηλή επίπτωση της κυστικής χοάνης, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα της χειροτέρευσης του διαφράγματος της λεκάνης. Το

διάφραγμα της λεκάνης είναι μια μυώδης μάζα, η οποία βοηθά στο να διατηρεί την τονικότητα της κυστεως και συντελεί στο ορθό κλείσιμο μετά την κένωση της κυστεως. Αν το διάφραγμα της λεκάνης είναι αδύναμο, θα συμβάλλει σε λάθος κλείσιμο της κύστεως και σε διαρροή που είναι γνωστή ως αγχώδης ακράτεια. Η αγχώδης ακράτεια εμφανίζεται όταν υπάρχει ξαφνική ανύψωση του διαφράγματος όπως συμβαίνει στο βήχα και στο φτέρνισμα. Έρευνες ακόμα και σε νεαρές γυναίκες αποδεικνύουν ότι η αγχώδης ακράτεια μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μυϊκή δύναμη και η άσκηση υπό την επίβλεψη ενός φυσιοθεραπευτή μπορεί να επιφέρει ανακούφιση σε κάποιες περιπτώσεις. Οι γυναίκες που έχουν ακράτεια παρουσιάζουν συχνά πρόπτωση του βλεννογόνου της εξωτερικής ουρήθρας. Οι βασικές αιτίες και εκδηλώσεις της πρόπτωσης της ουρήθρας είναι ανακριβείς. Δεν έχει παρουσιαστεί σχετική αναλογία με τις ουρολοιμώξεις. Η εκκολπωμάτωση της κυστεως είναι κοινή ( 25-30%) στους ηλικιωμένους άνδρες και αναμφισβήτητα σχετίζεται με κωλυσιοεργία της κυστεως και με αυξημένες πιέσεις και υπερτροφία του κυστικού μυός. Στις γυναίκες η εκκολπωμάτωση της κυστεως είναι σπάνια, αλλά μερικές φορές παρουσιάζεται σε γυναίκες με προβλήματα κυστεως νευρολογικής προελεύσεως. Η σημασία του εκκολπώματος της κύστεως στην ανάπτυξη παθήσεων δεν είναι ξεκάθαρη.

## **11) Ακράτεια ούρων**

Η ακράτεια ούρων είναι ένα βασικό πρόβλημα του ουροποιητικού συστήματος των ηλικιωμένων και ειδικά για τους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα. Έρευνες αποδεικνύουν ότι αυτά τα άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερη ακράτεια σε σχέση με αυτούς που ζουν στην κοινότητα. Αυτή η διαφορά στις αναλογίες πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι αυτοί οι ηλικιωμένοι νοσηλεύονται εκεί εξαιτίας της ακράτειας. Αν παρουσιάσουμε τους ηλικιωμένους αυτούς

σαν μια κατηγορία, τότε αυτή πλησιάζει το 8% για ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και πιθανολογείται ότι θα ανεβεί. Η ακράτεια μπορεί να προσδιοριστεί ως ένα ακούσια πέρασμα των ούρων σε ένα ανεπιθύμητο χώρο η κατάσταση. Αυτό μπορεί να αντανακλά σε προσωπικά ή κοινοτικά μέτρα. Η κατάσταση είναι μπερδεμένη και δύσκολο να κατανοηθεί. Αποτελεί ζήτημα μεγάλου ενδιαφέροντος για αυτούς τους ηλικιωμένους, της οικογένειας τους και του γηριατρικού προσωπικού που τους φροντίζει. Μερικές φορές οι οικογένειες εγκαταλείπουν την φροντίδα των ηλικιωμένων μελών τους, εάν παρουσιάσουν το συγκεκριμένο πρόβλημα. Πιθανολογείται ότι πάνω από 20% των αδειών στις γηριατρικές μονάδες παρακινείται από την ανικανότητα να προσαρμοστούν με την ακράτεια. Οι ασθενείς αυτοί αυξάνουν αρκετά το φόρτο εργασίας στις γηριατρικές μονάδες. Η ακράτεια επίσης μπορεί να οδηγήσει σε μια άρνηση άδειας στο χώρο κατοικίας τους. Μπορεί ακόμα να κάνει το άτομο ανεπιθύμητο μέλος σε οποιοδήποτε κοινωνικό σύνολο η ομάδα. Ψυχολογικά η ακράτεια μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, ανασφάλεια και απάθεια. Οι ψυχολογικές επιδράσεις ενός τέτοιου ατόμου μπορούν να κινητοποιήσουν μια μεγάλη υποστηρικτική φροντίδα από το γηριατρικό προσωπικό.

Η νοσηλεύτρια και η οικογένεια πρέπει να δείχνει μια θετική προσέγγιση στο ασθενή μόνιμα. Αν το προσωπικό, η οικογένεια προσφέρουν τα πάντα στον ασθενή, τότε εκείνος θα εξαρτηθεί από αυτούς. Η εγκράτεια πρέπει να είναι αναμενόμενη και οι ασθενείς με ακράτεια οφείλουν να αισθανθούν ότι θα ανακτήσουν εγκράτεια και θα γίνουν και πάλι ανεξάρτητοι. Εάν το προσωπικό έχει χαμηλές προσδοκίες, οι ασθενείς θα παρουσιάζουν τις ίδιες προσδοκίες αντίστοιχα.

Η αληθινή γενίκευση της ακράτειας ανάμεσα στους ηλικιωμένους είναι δύσκολο να καθοριστεί λόγω προβλημάτων προσδιορισμού της



κατηγορίας. Μόνο ένα επιδέξιο ερωτηματολόγιο μπορεί να επιτρέψει σε κάποιον να αναγνωρίσει ένα τέτοιο ασθενή.

Η φράση ακράτεια ούρων έχει διαφορετική σημασία για τους διάφορους ερευνητές και για το λόγο αυτό κάποιες έρευνες δεν είναι συγκρίσιμες διεθνώς. Ένας αριθμός παραγόντων έχει μελετηθεί σε σχέση με την ακράτεια ούρων. Ανάμεσα σε αυτούς είναι το φύλο, ηλικία, η μόλυνση, η φυσική δραστηριότητα, κάποια ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κ.Ν.Σ) και η ικανότητα να φροντίζουν τον εαυτό τους. Ένας αριθμός ερευνητών έχουν βρει μικρή διαφορά μεταξύ των δυο φύλων , υπέρ των γυναικών. Πιστεύεται ότι αυτό μπορεί να οφείλεται στην κακή ψυχολογία των γυναικών. Οι ηλικιακές διαφορές είναι ασήμαντες και οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η μόλυνση δεν παίζει καθοριστικό ρόλο.

Η ακράτεια δεν είναι τόσο συχνή σε αυτούς που ακόμα έχουν την ικανότητα να ντύνονται , να περπατούν και να διατρέφονται. Παρόλα αυτά μελέτες των ηλικιωμένων ατόμων που περιορίζονται στο κρεβάτι αποδεικνύουν ότι το 25% αυτών πάσχουν από ακράτεια. Παθήσεις του Κ.Ν.Σ όπως εγκεφαλικό και οργανικό εγκεφαλικό σύνδρομο είναι οι πιο σημαντικοί προδιαθέσιμοι παράγοντες. Η υπερτροφία του προστάτη και η γεροντική κολπίτιδα μπορεί να σχετίζονται με τη ακράτεια. Η ακράτεια ούρων στους ηλικιωμένους είναι συνήθως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των προδιαθεσικών και επισπευτικών παραγόντων.

Τέσσερις κατηγορίες της ακράτειας έχουν επηρεαστεί από μηχανικές αλλαγές α) παθητική (αγχώδης) ακράτεια προσκληθείσα από αδυναμία στη διέξοδο της κυστεως, η οποία μερικές φορές οφείλεται στην πίεση της γέννας, β) ενεργητική ακράτεια με πλήρες άδειασμα που οφείλεται σε υπερενεργητικότητα του όλου μηχανισμού της κυστεως γ) οξεία ακράτεια με υπολειμματικά ούρα, στην οποία οι συσπάσεις θεραπεύονται αλλά αποτυγχάνει η κένωση της κυστεως. δ) επίσχεση με ξεχείλισμα ακράτειας, στην οποία η κύστη συνεχώς διαστέλλεται και οδηγεί σε περισσότερη η μικρότερη και συνεχιζόμενη διαρροή. Η γνώση

αυτών μηχανισμών θα είναι σημαντική για τη συστηματική προσέγγιση ενός ξεχωριστού προβλήματος του ασθενή.

Ψυχολογικοί παράγοντες όπως η οπισθοδρόμηση, η εξάρτηση, η έλλειψη προσοχής, η διακοπή των επίκτητων αντανεκλαστικών, η ανασφάλεια, η επανάσταση και η αισθητήρια στέρηση μπορεί να συμβάλουν στη ανάπτυξη της ακράτειας. Η εγκράτεια βασίζεται στη νοημοσύνη, η καταπληξία, η υπνηλία και το κώμα μπορεί να αναστατώσουν την εγκράτεια. Ακόμα η πτωχή κίνηση παίζει σημαντικό ρόλο.

Συγχυσμένοι, καταθλιπτικοί και αποθαρρυσμένοι ασθενείς των οποίων η καθημερινή τους ρουτίνα έχει διαταραχθεί σοβαρά μπορεί ακόμα σκόπιμα να παραβιάσουν κοινωνικές συμβατικότητες σχετικά με τη ούρηση. Ψυχιατρικά προβλήματα όπως μια ποικιλία ανοιών, η σχιζοφρένεια, τοξικές συγχυτικές καταστάσεις και η ψυχωτική κατάθλιψη μπορεί επίσης να είναι αιτίες ακράτειας. Παρότι η νευρολογικά καθορισμένη ακράτεια μπορεί να μην είναι κοινή, παθήσεις όπως η πολλαπλή σκλήρυνση, κακώσεις του νωτιαίου μυελού, η οξεία συμπύκνωση από κρανιακή βλάβη, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η νόσος του PARKINSON μπορεί επίσης να σχετίζονται με την ακράτεια. Από τον προαναφερθέντα κατάλογο των πιθανών αιτιολογικών παραγόντων, είναι αποδεχτό ότι οποιαδήποτε προσέγγιση θεραπείας είναι πιθανή. Η θεραπεία και ο έλεγχος πρέπει να καθορίζονται ξεχωριστά για κάθε περίπτωση. Η θεραπεία της ακράτειας είναι περίπλοκη και πολυέξοδη. Στο πιο βασικό επίπεδο, η θεραπεία πρέπει να σκοπεύει στο να απομακρύνει η να υπερνικήσει τους επιστευτικούς παράγοντες. Η αλλαγή στη λειτουργία της κυστεως είναι σημαντική. Αυτό προϋποθέτει μια θετική συμπεριφορά από το προσωπικό και τον ασθενή. Η θεραπεία με ηρεμιστικά μπορεί να περάσει αρκετά στάδια, όπως η φαρμακευτική απόφραξη του αντανεκλαστικού της κυστεως με προπανθελίνη η ορφενεδρίνη, η ρύθμιση της διούρησης με ισχυρά διουρητικά όπως η φουροσεμίδα, η

χρήση ορμονών όπως τα οιστρογόνα για να αυξηθεί η χωρητικότητα της κυστεως .

Η ψυχική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στο να αποκαταστήσει τους μύες που παίζουν ένα ρόλο στην ακράτεια ή να καταστήσουν δυνατούς τους μύες να παρουσιάζουν τις βασικές τους λειτουργίες. Η εργασιοθεραπεία μπορεί να αποσπάσει την προσοχή του ασθενούς από την κατάσταση του και να προάγει γενικά την ψυχική και διανοητική κατάσταση του ασθενή ώστε πιθανά να αναρρώσει ψυχολογικά από τη ακράτεια.

Μερικές ομάδες ασθενών δεν αποκτούν ποτέ εγκράτεια. Γι' αυτούς τους ασθενείς μια σκέψη πρέπει να είναι ο καθετήρας και εξωτερικά μέσα για να κοντρολάρουν την κατάσταση τους. Οι καθετήρες έχουν δεχθεί αυστηρή κριτική εξαιτίας του ρίσκου της μόλυνσης . Μπορεί να φραχθούν από αποθέματα ιζημάτων, ειδικά από αφυδατωμένους ασθενείς οι οποίοι εκκρίνουν συγκεντρωτικά ούρα ή υπολειμματικά ούρα. Ο μηχανισμός μπορεί να τυλιχθεί και έτσι να διακοπεί η ροή. Για να αποφευχθεί αυτή η κατάσταση πρέπει να λαμβάνει προσεκτική καταγραφή κατά την απομάκρυνση του καθετήρα και να καταγράφεται για διάστημα περίπου 2 ωρών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, ειδικά αυτοί που βιώνουν συγχυτικές καταστάσεις, συχνά βγάζουν από μόνοι τους καθετήρες. Ο τοποθετημένος σωστά καθετήρας δεν πρέπει να προκαλεί πόνο. Μερικές φορές η άκρη της κυστεως περιορίζεται και ο καθετήρας είναι πολύ μεγάλος. Εάν ένας ασθενής παραπονείται για πόνο, η αφαίρεση του καθετήρα πρέπει να γίνεται από ειδικό ιατρό.

Η τοποθέτηση σε ένα δωμάτιο ή σε θάλαμο με άτομα που έχουν παρόμοια προβλήματα συχνά βοηθά τους ασθενείς να αποδεχθούν το πρόβλημα τους πιο αποτελεσματικά. Η κοινωνική δραστηριότητα μπορεί να αποσπάσει τη προσοχή του ασθενούς από τον καθετήρα. Σήμερα το ρίσκο της μόλυνσης έχει μειωθεί πολύ λόγω της ύπαρξης πλαστικών καθετήρων. Αν και υπάρχουν προβλήματα από τη

τοποθέτηση των καθετήρων, ωστόσο αποτελούν σημαντική μέθοδο για την καταπολέμηση της ακράτειας.

Τα εξωτερικά μέσα δεν είναι τόσο αποτελεσματικά για τις γυναίκες, ωστόσο βοηθούν πολύ τις ηλικιωμένες γυναίκες τα ειδικά μαρσιποφόρα παντελόνι. Ένα πρόβλημα των εξωτερικών μέσων είναι ότι προϋποθέτει να απομακρύνονται οι ασθενείς από τα ούρα τους για να διατηρούνται ζεστοί και άνετοι. Ακόμα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι κοινωνικές και ατομικές ανάγκες τους καθενός. Οι εφευρέσεις δεν πρέπει να υποθάλπονται από κοινωνικά ενοχλημένους. Η ρύθμιση της έντασης είναι αισθητικά και ψυχολογικά σημαντική. Μέχρι κάποια στιγμή η εφευρέσεις αυτές δημιουργούνταν από ρουτίνα με την άνεση του προσωπικού παρά υπόψη της κατάστασης και της θεραπείας του ασθενούς.

Το μαρσιποφόρο παντελόνι οδηγεί τα υγρά εξωτερικά του σώματος μέσω ενός μικρού μαξιλαριού που βρίσκεται στην γεννητική περιοχή. Όσο το μαξιλαράκι μένει στη θέση του τόσο ο ασθενής παραμένει ζεστός και στεγνός. Δοκιμές στην Αγγλία απέδειξαν ότι το παντελόνι όχι μόνο πέτυχε αρχικά αλλά οι ασθενείς ενώ προηγουμένως δεν είχαν καμία ελπίδα, έμαθαν να είναι εγκρατείς ή μείωσαν την ακράτεια τους. Το ένδυμα προτίθεται για ατομική χρήση και είναι ψυχολογικά και κοινωνικά αποδεκτό από πολλούς ασθενείς. Αυτή η ανάπτυξη ξεκάθαρα αποβλέπει στη καλύτερη ανάρρωση και προσαρμογή του ασθενή παρά στις εργασιακές ανάγκες τους προσωπικού των οίκων ευγηρίας.

Η πρόληψη της ακράτειας σπάνια είχε ληφθεί υπόψη στο παρελθόν. Ερευνητές προτείνουν ένα αριθμό στρατηγικών που πρέπει να ληφθούν ώστε να παρέμβουν σε ποικίλα σημεία της ευπάθειας= ενδυνάμωση αδύναμου σφικτήρα και μυών με ασκήσεις, εγχείρηση και εξωτερικά σημεία, ρύθμιση των προσλαμβανόμενων υγρών. Το αντανεκλαστικό της ούρησης μπορεί να ενισχυθεί με διουρητικά ηρεμιστικά ή με πολλά προσλαμβανόμενα υγρά ενεργητικά

προγράμματα μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να παύσουν σχετικές ανησυχίες. Τέλος το νοσοκομείο ή το περιβάλλον ενός ιδρύματος μπορεί να προάγει τη ανθρώπινη αξιοπρέπεια με τη καλύτερη αντιμετώπιση από το προσωπικό και τις καλύτερες συνθήκες περιβάλλοντος .

Η προσεκτική καταγραφή της ακράτειας βοηθά στο να καταπολεμηθεί το μέγεθος αυτού του ξεχωριστού προβλήματος η αγωγή ενός κατάλογου πρέπει να διατηρηθεί, όπως και η προσοχή του προσωπικού για σταδιακά διαστήματα. Αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε υπόθεση ρουτίνας όπου το προσωπικό θα οδηγεί τον ασθενή στην τουαλέτα για να ουρήσει.

## **12) Ουρολοιμώξεις**

Οι ουρολοιμώξεις έχουν μελετηθεί σε τρία κλιμάκια του ηλικιωμένου πληθυσμού στο χώρο κατοικίας τους, στα ιδρύματα και στα νοσοκομεία. Η μεγαλύτερη επίπτωση εμφανίζεται στα νοσοκομεία και η χαμηλότερη έχει βρεθεί ανάμεσα σε αυτούς που ζουν στον ιδιωτικό τους χώρο. Οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη παθογένεια από τις γυναίκες. Αυτό πιστεύεται ότι σχετίζεται με εγχείρηση προστάτη, αφού μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι το προστατικό υγρό έχει αντιβακτηριδιακές και βακτηριοστατικές ιδιότητες.

Πολύ διαφορετικοί μικροοργανισμοί μπορούν να μολύνουν τις ουροφόρες οδούς αλλά οπωσδήποτε οι πιο συχνόι παράγοντες είναι η Gram αρνητική βάκιλοι. Το *Escherichia coli* προκαλεί το 80% σχεδόν των ουρολοιμώξεων (ειδικά των οξειών).

Γενικά οι ουρολοιμώξεις συνοδεύονται από αίσθημα καύσου, αυξημένη νυκτερινή ενούρηση, καθίζηση και μερικές φορές πυρετό που δεν σχετίζεται με άλλη πάθηση του ουροποιητικού συστήματος όπως η ακράτεια. Δυο γενικές ανατομικές κατηγορίες των ουρολοιμώξεων έχουν αναγνωρισθεί, η οξεία και η χρόνια. Η οξεία σχετίζεται με επίσπευση και

ακράτεια ούρησης και αποτελεί λοίμωξη των κατώτερων ουροφόρων οδών (ουρηθρίτιδα, κυστίτιδα και προστατίτιδα) η λοίμωξη των ανώτερων ουροφόρων (οξεία πυελονεφρίτιδα). Οι λοιμώξεις σε αυτές τις διαφορετικές θέσεις μπορούν να εμφανιστούν μαζί η ανεξάρτητα και να είναι συμπτωματικές η να παρουσιάζονται ως κλινικά σύνδρομα. Συνήθως εξαφανίζονται εάν αντιμετωπιστούν σωστά με αντιβιοτικά.

Η χρόνια δεν ανταποκρίνεται καλά στη θεραπεία. Συχνά σχετίζεται με απόφραξη και επιδρά στα νεφρά και στο χαμηλότερο μέρος του ουροποιητικού συστήματος.

Η βακτηουρία είναι κοινή στους ηλικιωμένους και συχνά είναι συμπτωματική. Η ενεργητική κυστίτιδα μπορεί να αναπτυχθεί από ποικίλους νευρογενείς ή μηχανικούς παράγοντες οι οποίοι οδηγούν σε επίσχεση ούρων. Συχνά σχετίζεται με καταστάσεις όπως η αρχική προστατίτιδα, εκκολπωματώση της κύστεως, λίθους ουροδόχου κύστεως, αρτηριοσκλήρωση της κύστεως και ευερέθιστη κύστη. Η κυστίτιδα είναι κοινή στις γυναίκες εκ-γενετής κοντή ουρήθρα. Τέλος κλινικές έρευνες για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς επιφέρουν ένα σημαντικό αριθμό μολύνσεων.

Η διαφορετική επικράτηση των ουρολοιμώξεων ανάμεσα στις γυναίκες μπορεί να σχετιστεί με ένα αριθμό παραγόντων όπως η πιθανότητα να έχουν κοντή ουρήθρα σε κοντινή απόσταση από το όρθρο, διαστολή και περισταλτικότητα της ουρήθρας κατά την εγκυμοσύνη, συμπίεση του ουροποιητικού από μεγενθυμένου μήτρα κατά την εγκυμοσύνη και η απουσία του προστατικού υγρού με τις βακτηριοστατικές του ικανότητες. Κοινωνικοί παράγοντες όπως είναι η σεξουαλική δραστηριότητα, προσωπικές ασκήσεις, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και η κατάχρηση των αναλγητικών μπορεί να επηρεάσουν την επίπτωση των ουρολοιμώξεων. Μεταβολικές ενοχλήσεις όπως είναι ο διαβήτης η λίθοι παίζουν ρόλο στη χαμηλή αντίδραση του συστήματος ως προς τη μόλυνση.

Μεγάλη βοήθεια στη διαγνωστική των ουρολοιμώξεων αποτελεί η μικροσκοπική εξέταση των ούρων. Αξία έχει η παρουσία πυουρίας , αιματουρίας και βακτηριουρίας . Για την πιστοποίηση τους πρέπει να χρησιμοποιείται ποσοτική μέθοδος και εξεταζόμενα ούρα να είναι αφυγοκέντρα. Η διαγνωστική των ουρολοιμώξεων στις γυναίκες πρέπει να συμπληρώνεται πάντοτε με γυναικολογική εξέταση. Η σημασία έγκειται στο γεγονός ότι γυναικολογικά προβλήματα όπως η κολπίτιδα μπορεί να εκδηλωθούν με συμπτώματα ουρολοιμώξεων και ότι οι γυναικολογικές παθήσεις προδιαθέτουν ουρολοιμώξεις κυρίως υποτροπιάζουσες. Όσο αφορά τους άνδρες επειδή οι ουρολοιμώξεις στη μεγάλη πλειονότητα τους είναι επιλεγμένες όλοι οι πάσχοντες πρέπει να υποβάλλονται σε πυρογραφικό έλεγχο με το πρώτο επεισόδιο.

Η θεραπεία των ουρολοιμώξεων πρέπει να αρχίζει άμεσος μετά τη διάγνωση για να αποφευχθούν περαιτέρω έξοδα και θεραπεία. Η ορθή διάγνωση στη αρχή επιτρέπει την σωστή επιλογή φαρμάκων και εξασφαλίζει τη επιτυχία της δραστικής θεραπείας. Επαρκή αντιμικροβιακή θεραπεία είναι απαραίτητη για να εξασφαλίσει το ότι η μόλυνση θα αντιμετωπιστεί και θα προληφθεί πιθανή μετάδοση και σε άλλες περιοχές. Συνήθως συνίσταται θεραπεία 10-14 ημερών. Ο ασθενής πρέπει να συνεχίζει τη θεραπεία αυστηρά, ακόμα και μετά από γρήγορη ανακούφιση των συμπτωμάτων . Διαμερσουλφοναμίδες η κορτιμοξαζόλη είναι φάρμακα που προτιμούνται και το πιο σύνηθες αντιβιοτικό επιλογής είναι η αμπικιλίνη. Τετρακυκλίνη δεν πρέπει να συνίσταται, αφού οδηγεί σε ανύψωση της ουρίας. Τα αντισηπτικά, όπου έχουν αντιβακτηριακές επιδράσεις στα ούρα η στο σύστημα γενικά, έχουν εξαιρετικά αποτελέσματα, για παράδειγμα αναφέρεται η νιτροφουραντοίνη και η σουλφισοξαζόλη. Τα αντισηπτικά έχουν λίγες η καθόλου συστηματικές επιδράσεις και η σουλφοναμίδες δεν είναι τοξικές και λιγότερο πιθανές για να αναπτύξουν ανθεκτικές τάσεις σχετικές με

αντιβιοτική θεραπεία. Η Όξινη δράση αυτών σε δόσεις τρεις ταμπλέτες την ημέρα έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματική για πολλές λοιμώξεις.

Μια άλλη άποψη για επιτυχή φροντίδα για την υγιή διατήρηση του συστήματος είναι η μεγάλη πρόσληψη υγρών. Η άφθονη πρόσληψη υγρών βοηθά στη ανακούφιση των συμπτωμάτων με αραιώση των ούρων , αυξάνοντας της ροή των ούρων ορμητικά. Παρόλα αυτά μεγάλες ποσότητες υγρών μπορεί να χαμηλώσουν τη συγκέντρωση των αντιβακτηριακών φαρμάκων κάτω του επιπέδου της αποτελεσματικότητας τους και να καταστήσουν τη αντιμικροβιακή θεραπεία άχρηστη. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται γι' αυτό του είδους τη θεραπεία που μπορεί να εμποδίζει τη ορθόδοξη φαρμακευτική θεραπεία γιατί τις λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος. Επαναλαμβανόμενες η επίμονες μολύνσεις πρέπει να ελέγχονται για απόφραξη, μεταβολικές ενοχλήσεις η οργανικές ανωμαλίες . Σε μερικούς χρόνιους ασθενείς ο φαρμακευτικός σκοπός μπορεί να είναι ο έλεγχος των βακτηριδίων, από τότε που το ξερίζωμα τους μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω προβλήματα.

### **13) Ο προστατικός αδένας**

Ο προστατικός αδένας συχνά ενοχοποιείται για μια ποικιλία παθήσεων του ουροποιητικού συστήματος. Δυο βασικές αλλαγές στον αδένα έχουν αναγνωρισθεί. Οι προγηριτριάκες αλλαγές εμφανίζονται μεταξύ 40-60 ετών και χαρακτηρίζονται από ανώμαλες αλλαγές στο λείο μυ και στον προστατικό ιστό. Οι γεροντικές αλλαγές εμφανίζονται μεταξύ 60-80 ετών και αναπτύσσονται πιο αργά και με μεγαλύτερη εξάπλωση επιδεικνύοντας μικρότερη απόκλιση από το ένα μέρος του αδένος στο άλλο.

Τα προστατικά προβλήματα αποτελούν μια βασική ανησυχία για πολλούς ηλικιωμένους άνδρες. Υπάρχουν άλλες τρεις βασικές αιτίες προβλημάτων του προστάτη, σύσπαση του αυχένα, ογκώδης



υπερπλασία και καρκίνωμα. Η κυστική απόφραξη του αυχένα συνήθως χαρακτηρίζεται από αδύνατη ούρηση και διστακτικότητα στα αρχικά στάδια για νυχτερινή ενούρηση, όσο και στα μετέπειτα στάδια. Η αδυναμία του ουροποιητικού συστήματος και η ολική επίσχεση συνήθως αποδεικνύουν κάποια οργανική βλάβη του αυχένα της κυστεως. Επισπευτικοί παράγοντες έχουν αναγνωρισθεί ως η οξεία ασθένεια, η έκθεση στο κρύο και η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ.

Η ογκώδης η καλοήθης υπερπλασία είναι πολύ κοινή στις ηλικίες άνω των 50 ετών με υψηλές και ξεχωριστές εκτιμήσεις επιπτώσεως στα 60 έτη. Οι περισσότερες χειρουργικές διαδικασίες βασίζονται πάνω σε αυτές τις εκτιμήσεις. Η υπερπλασία είναι σημαντική αιτία θανάτου επίσης. Οι άνδρες στα 70 και 80 έτη τους παρουσιάζουν μια πτώση στα προβλήματα τους και ο αδένας χαρακτηρίζεται από όζους. Είναι πιθανόν ότι υπάρχει κάποια ενδοκρινική σχέση, από τότε που δεν αναπτύσσονται όζοι αν δεν εξεταστούν και χειρουργηθούν. Οι εσωτερικές και εξωτερικές περιοχές μπορεί να επηρεαστούν από διαφορετικές ορμόνες. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με υπερπλασία του προστάτη είναι αυξημένη συχνουρία, φτωχή διαμορφωμένη ροή, βλεννόρροια, νυχτερινή ενούρηση και επίσχεση. Περιστασιακά εμφανίζεται αιματουρία λόγω ρήξη φλεβών του προστάτη. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει αφαίρεση του προστάτη. Η πιο κοινή εγχείρηση είναι η ολική προστατεκτομή με υψηλό επίπεδο επιτυχίας.

Το καρκίνωμα του προστάτη είναι το πιο συχνό νεόπλασμα στους ηλικιωμένους άνδρες, και όλοι οι ηλικιωμένοι άνδρες πρέπει σταδιακά να εξετάζονται για να βλέπουν τη κατάσταση του προστάτη τους.

Μπορεί να δείξει μικρή η καθόλου απόφραξη, αλλά σε περιπτωση που δείξει, η κατάσταση μπορεί να μην δεχεται θεραπεία. Συνήθως εξαπλώνεται στα οστά. Σε μερικές περιπτώσεις σχετίζεται με μεγάλο πόνο. Η αφαίρεση του προστάτη δεν αποκλείει το ενδεχόμενο ανάπτυξης καρκίνου στη περιοχή. Σε άνδρες 70 ετών και άνω σπάνια συνίσταται εγχείρηση. Σε προχωρημένες ηλικίες ο θάνατος έρχεται από

άλλες αιτίες, προτού το καρκίνωμα να εξελιχθεί ιδιαίτερα. Ο βασικός τύπος θεραπείας που δημιουργεί ύφεση για πολλά χρόνια είναι η διαιθυλοστολισβεστρόλη. Πολλοί άνδρες ανησυχούν για τις επιδράσεις της εγχείρησης του προστάτη σε σχέση με τη σεξουαλικότητα και το ανδρισμό τους. Καμία φορά σε αφοσιωμένους ασθενείς πρέπει να εξηγούνται οι αληθινές και υποτιθέμενες επιδράσεις της θεραπείας. Πάντως πρέπει να ζυγίζονται οι πιθανές δυσμενείς επιδράσεις της θεραπείας έναντι των επιδράσεων της μη χρησιμοποίησης θεραπείας. Σε μερικές περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να προτιμήσει να μείνει χωρίς θεραπευτική αγωγή προκειμένου να χάσει τον ανδρισμό του.

#### **14) Αλλαγές και παθήσεις του γερασμένου νεφρού**

Το γερασμένο νεφρό εμφανίζεται μακροσκοπικά φυσιολογικό στο 50% των περιπτώσεων, αλλά ιστολογικά μόνο 3% είναι χωρίς κάποια ανωμαλία. Η νεφρική λειτουργία μειώνεται με τη ηλικία οδηγώντας σε μείωση της πειραματικής διήθησης αναλογικά, δραστική ροή του πλάσματος και σωληναριακή απορρόφηση και απέκκριση. Έχει προταθεί ότι αυτή η μείωση σχετίζεται με απώλεια των νεφρών. Στην ηλικία των 70 ετών κάποιος διαθέτει ένα ποσοστό 0,5/3, λιγότερος νευρώνας από ότι στη ηλικία των 30, και μετά στην ηλικία των 40 υπάρχει μια αυξημένη ανικανότητα να αποκατασταθούν τραυματισμένα νεφρικά κύτταρα. Με την αύξηση της ηλικίας μικραίνουν οι νευρώνες από μόνοι τους μικραίνουν τόσο σε μέγεθος όσο και αριθμό.

Παρόλο αυτές τις δραματικές αλλαγές, η απώλεια των νεφρικών ιστών είναι πιθανότατα δευτερεύουσα σε σημασία από τις οργανικές και αγγειακές αλλαγές που εμφανίζονται με την ηλικία. Το μεταβολικό δέντρο ατροφεί και υπάρχει ένα αδυνάτισμα των στοιβάδων του έσω Χείρωνος των αρτηριών. Αυτό προκαλείται από ένα πολλαπλασιασμό του ελαστικού ιστού που μειώνει τη λειτουργική ικανότητα του συστήματος.

Οι μεγάλες μεταβολές συχνά αναπτύσσουν υπερπλαστικές στοιβάδες του έσω χιτώνας των αρτηριών που πολλές φορές μπερδεύονται με αρτηριοσκλήρυνση. Ανατομική στένωση των αιμοφόρων αγγείων και επίμονη στένωση έχουν μια τάση να περιορίζουν τη ροή μέσα στο σύστημα. Παρουσιάζεται ότι οι αγγειακές αλλαγές μπορεί να είναι περισσότερες σημαντικές στη μείωση νεφρικής δραστηριότητας, από ότι της απώλειας νεφρικού ιστού. Ακόμα οι αγγειακές αλλαγές μπορεί να έχουν δευτερεύουσα αποτελεσματικότητα συμβάλλοντας στη απώλεια των νευρώνων. Αυτό είναι πολύ σημαντικό όταν το νεφρό έχει σοβαρό μηχανικό πρόβλημα η όταν η πολλαπλή αρτηριοσκλήρυνση υπερθέτει στην ηλικιακή εξέλιξη.

### **15) Πυελονεφρίτιδα**

Η πυελονεφρίτιδα, μια νεφρική φλεγμονή ενός μέρους του νεφρού, είναι η πιο κοινή νεφρική ασθένεια σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι αλλαγές στο νεφρό, που είναι το αποτέλεσμα προηγούμενων φλεγμονών και παρελθοντικών λοιμώξεων, δυσκολεύουν την κατάσταση.

Αυτή η ασθένεια είναι επικρατέστερη με την αύξηση της ηλικίας, με τη δεκαετία των 80 την επικρατέστερη περίοδο. Περισσότερο από 2/3 των παρατηρούμενων περιπτώσεων ανήκουν στη ηλικία των 60 και αν. Η κατάσταση είναι επικρατέστερη νωρίτερα στις γυναίκες. Για οργανωτικούς σκοπούς θα εξετάσουμε την οξεία και χρόνια πυελονεφρίτιδα σαν ξεχωριστά προβλήματα των ηλικιωμένων.

#### **Οξεία πυελονεφρίτιδα**

Η οξεία πυελονεφρίτιδα σχετίζεται με λοιμώξεις από βακτήρια όπως *e coli*, σταφυλόκοκκο, στρεπτόκοκκο και πρῶτες.

Υπάρχει κάποια αμφισβήτηση για το πώς οι μολυσμένοι μικροοργανισμοί εισέρχονται είτε στη αιματική ροή είτε στην άνοδο του ουροποιητικού συστήματος.

Αυτή η κατάσταση συχνά σχετίζεται με εμπόδια στο χαμηλότερο επίπεδο του συστήματος. Τα νεφρά συχνά είναι πρησμένα και μαλακά και άνισα στο μέγεθος. Ακόμα η κατάσταση σχετίζεται με προβλήματα του προστάτη, νευρολογικές και κυκλοφοριακές παθήσεις καθώς και παρατεταμένη κατάκλιση. Επιπλέον είναι η πιο συχνή στους διαβητικούς, πιθανόν γιατί το σάκχαρο στα ούρα βοηθά την ανάπτυξη μικροβίων. Στις νεότερες ηλικίες η οξεία πυελονεφρίτιδα σχετίζεται και οδηγεί σε περίπλοκη υπέρταση. Οποιοδήποτε όργανο του ουροποιητικού δέχεται το ρίσκο της μόλυνσης. Οι καθετήρες οδηγούν σε λοιμώξεις στο 90% των περιπτώσεων περίπου αν και θέλουν αρκετό χρόνο να αναπτυχθούν. Η κυστίτιδα που σχετίζεται με λοιμώξεις μπορεί να οδηγήσει σε κυστική παλινδρόμηση και αυτή με τη σειρά της σε πυελονεφριτιδα. Η χρησιμοποίηση διάφορων οργάνων μπορεί είτε να εισάγει βακτήρια στο σύστημα είτε η πίεση τους να προκαλέσει παροδική βακτηραιμία.

Σε ηλικιωμένη ηλικία, η οξεία πυελονεφρίτιδα μπορεί συχνά να οδηγήσει στο θάνατο μέσω ενός συνδυασμού λοιμώξεων και ουραιμίας. Έχει βρεθεί 5% θνησιμότητα από οξεία πυελονεφριτιδα. Οι άλλοι μισοί θάνατοι σχετίζονταν με καρκίνωμα η αγγειακές τρώσεις.

### **Χρόνια πυελονεφρίτιδα**

Η χρόνια πυελονεφριτιδα είναι, σε πολλές περιπτώσεις, το αποτέλεσμα επανειλημμένων φλεγμονωδών επεισοδίων του νεφρού. Συχνά όπως υποδηλώνει και το όνομα της, είναι μια προοδευτική φλεγμονώδη εξέλιξη. Μερικές πειραματικές έρευνες υποδηλώνουν ότι δείγματα θεραπευμένης πυελονεφρίτιδας μπορεί να καταστήσουν το νεφρό περισσότερο ευερέθιστο σε επαναμόλυνση. Η επικράτηση της

αυξάνεται με τη ηλικία. Συχνά είναι θανατηφόρα αν και περιστασιακά επιταχύνει την καρδιακή ανεπάρκεια και την ουραιμία.

Το νεφρό γενικά μειώνεται σε μέγεθος και παρουσιάζει παραμορφωμένο περίγραμμα στη χρόνια πυελονεφριτιδα. Οι ουλές είναι σε σχήμα u αντίθετες σε v σχήματος ουλές σχετιζόμενες με αγγειακές κακώσεις. Είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν οι ουλές της πυελονεφριτιδας από αγγειακές ουλές οι οποίες από μόνες τους μπορεί να προδιαθέσουν το νεφρό σε τοπικές μολύνσεις πυελονεφριτιδας. Και οι δυο οργανικές βλάβες εμφανίζονται μαζί αλλά η κάθε μια ανεξάρτητου αιτιολογίας.

Στην περίπτωση των ουλών, ανεξαρτήτου αιτίας, εμφανίζει ζημία στους νεφρικούς ιστούς και στα αιμοφόρα αγγεία και οδηγεί στη μείωση της λειτουργικής δράσης. Θεραπευτικά μέτρα γι' αυτήν τη μόλυνση έχουν καταγραφεί, γι' αυτές τις λοιμώξεις στα πλαίσια γενικά των ουρολοιμώξεων. Οι σχετιζόμενες με τη πυελονεφριτιδα λοιμώξεις είναι δυσκολότερο να θεραπευτούν από αυτές στο κατώτερο σύστημα.

### **Νεφρολιθίαση**

Η νεφρολιθίαση είναι κλινικά περισσότερο κοινή στην ηλικία των 30 με 60 ετών. Σε αυτοψίες κλίνει να είναι υψηλότερη σε ηλικίες των 50 με 70 ετών. Η νεφρολιθίαση αρχίζει στη μέση ηλικία και αυξάνεται στην 3<sup>η</sup> ηλικία. Είναι επικρατέστερη στους άνδρες και συχνά είναι επιπλοκή κωλυσιεργίας του ουροποιητικού συστήματος, σχετική με λοίμωξη και της υπερπλασίας του προστάτη. Οι περισσότερες νεφρολιθιάσεις είναι συμπτωματικές και σπάνια οδηγούν στο θάνατο, αλλά δεν ξεπερνιούνται εύκολα στους ηλικιωμένους και μπορεί να παρουσιάσουν εμπόδια που πρέπει να διαγνωστούν και θεραπευτούν. Οι αιτίες της δημιουργίας τους είναι ακόμα άγνωστες και υπάρχουν πολλές θεωρίες. Έχει σημειωθεί ότι αποστειρωμένα ούρα σχετίζονται με λίθους που απαρτίζονται από ουρικό οξύ, ενώ τα μολυσμένα ούρα σχετίζονται συνήθως με λίθους φωσφορικής και ανθρακικής σύνθεσης.

## Σπειραματονεφρίτιδα

Η φλεγμονή του σπειράματος και στην οξεία και χρόνια μορφή είναι γνωστή ως Σπειραματονεφρίτιδα. Και οι 2 καταστάσεις είναι γενικά σπάνιες στους ηλικιωμένους, λίγοι ασθενείς με χρόνια νεφρίτιδα θα επιζήσουν πάνω από 70 ετών. Η παθολογική κατάσταση είναι ίδια σε κάθε ηλικία, αλλά όταν παρουσιαστεί στους ηλικιωμένους μπορεί να περιπλέκεται με αρτηριοσκλήρωση, υπέρταση, και πνευμονεφρίτιδα. Η οξεία σπειραματονεφρίτιδα μπορεί να είναι τόσο ήπια που είναι συμπτωματική, αλλά σε γενικές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει ταχύτατα σε ουραιμία και στο θάνατο.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων έχει τη προέλευση της σε μια αθεράπευτη στρεπτοκοκκικοί λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος. Είναι πιθανόν ότι η νεφρική ζημία προκαλείται από μια αυτοπρόκλητη ανταπόκριση του νεφρού σε ευαίσθητα χαρακτηριστικά. Αυτή η ανταπόκριση μπορεί να προωθεί μια παρατεταμένη φλεγμονή. Η θεραπεία βασίζεται στην ανταπόκριση των συμπτωμάτων της νεφρικής ανεπάρκειας. Η θεραπεία με πενικιλίνη για 10 μέρες μπορεί να δράσει αποτελεσματικά. Καμία φορά η φλεγμονή εγκαθίσταται και μπορεί να συνεχίζεται, να υπάρχει και χωρίς την ύπαρξη του στρεπτόκοκκου, πλήρης και συνήθως αδιατάρακτη ανάρρωση εμφανίζεται στο 95% των παιδιών. Οι ενήλικες έχουν δυσκολότερη ανάρρωση, γιατί μπορεί να δημιουργήσουν επιπλοκές. Πάνω από 50% των ενήλικων δείχνουν σημάδια της ασθένειας για πάνω από ένα 1 χρόνο αν και πλήρης επούλωση συνήθως εμφανίζεται μέσα σε 6 μήνες.

Η χρόνια Σπειραματονεφρίτιδα εμφανίζεται όταν η οξεία φάση διαρκέσει πάνω από 1 έτος, αν και μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς χωρίς την οξεία φάση. Μετά από αυτήν την περίοδο είναι απίθανο η κατάσταση να επούλωθεί πλήρως. Μια ευμετάβλητη περίοδος μπορεί να περάσει στο μεταξύ με μοναδικά συμπτώματα την πρωτεϊνουρία και ανώμαλα ουροποιητικά ιζήματα. Αυτή η περίοδος καλείται λανθάνουσα

φάση. Τελικά οι περισσότεροι ασθενείς θα αναπτύσσουν προοδευτική νεφρική ανεπάρκεια με ουραιμία και θάνατο. Οι ψυχολογικές απόψεις για την φροντίδα των ασθενειών είναι πολύ σημαντικές στην χρόνια σπειραματονεφρίτιδα. Ο ασθενής πρέπει να καταλάβει σε τελική ανάλυση σε τελική ανάλυση την ευμετάβλητη φύση της βαριάς πρόγνωσης του. Πολλοί ασθενείς είναι ικανοί να συνεχίσουν την εργασία τους και την κοινωνική τους δραστηριότητα σχεδόν και μέχρι την ώρα του θανάτου.

Η θεραπεία περιλαμβάνει φάρμακα για ανακούφιση από τα συμπτώματα ή για σχετικά προβλήματα όπως η πλήρης καρδιακή ανεπάρκεια. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η περιορισμένη δραστηριότητα ή κατάκλιση είναι ιδιαίτερα ωφέλιμα. Ο περιορισμός του αλατιού στη διατροφή και η πρόσληψη πρωτεϊνών είναι συχνά απαραίτητα. Σε γενικές γραμμές η καλύτερη προσέγγιση είναι να επιστρέψεις στο ασθενή να καθορίσει τις φυσικές του δυνατότητες.

### **Νεφρωσικό σύνδρομο**

Το νεφρωσικό σύνδρομο σχετίζεται με 2 βασικά γνωρίσματα/ υψηλά ποσοστά πρωτεϊνών στα ούρα και χαμηλά επίπεδα πρωτεΐνης στο αίμα. Η πρωτεϊνουρία μπορεί να υπερβαίνει τα 3 η 4 γραμμάρια ανά 24ωρο και σε τελική ανάλυση είναι υπεύθυνη για τις πολλές κλινικές εκδηλώσεις της ασθένειας. Τα άλλα γνωρίσματα που σχετίζονται με το νεφρωσικό σύνδρομο είναι το οίδημα, κυπερλιπηδαιμία και το λίπος στα ούρα. Οι αιτίες του νεφρωσικού συνδρόμου είναι άγνωστες στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Είναι σχετικό με δυο βασικές ομάδες παθήσεων πρωταρχικές νεφρικές παθήσεις όπως χρόνια η νεφρίτιδα λιποειδική νέφρωση πολλαπλασιαζόμενη η νεφρίτιδα και μεμβρανώδης νεφροπάθεια απαντώνται πάνω από 95% των περιπτώσεων στα παιδιά αλλά οι συστηματικές παθήσεις είναι περισσότερες συχνές στους ηλικιωμένους. Συστηματικές παθήσεις όπως οι κακοήθεις όγκοι η πολυαρτηριοπάθεια, η λιπώδης αθηρωμάτωση, η αμυλοείδωση, η

σύφιλη, η ελονοσία, η θρόμβωση των νεφρικών αγγείων και ειδικά ο σακχαρώδης διαβήτης απαντούν στις πιο πολλές περιπτώσεις των ηλικιωμένων. Ο βασικός μηχανισμός βρίσκεται στη επαύξηση πειραματικής διαπερατότητας και στην είσοδο υψηλότερων μοριακών υλικών (πρωτεϊνών) μέσα στα ούρα. Το νεφρωσικό σύνδρομο τείνει να γίνει συγγενές κοινό πρόβλημα στους ηλικιωμένους. Η πρόγνωση στους ενήλικες γίνεται δυσκολότερα με τη αύξηση της ηλικίας και αυτή που έχουν προσβληθεί πιθανόν να πεθάνουν από ουραιμία. Προσωρινή ύφεση μπορεί να θεραπευτεί.

Η θεραπεία του νεφρωσικού συνδρόμου περιλαμβάνει υποστηρικτική θεραπεία για να ανακουφίσει ή να ρυθμίσει τα συμπτώματα, από το που στις πιο πολλές περιπτώσεις η εξέλιξη της ασθένειας δεν μπορεί να ρυθμιστεί. Κορτικοστεροειδη συχνά προκαλούν ύφεση στη μειοψηφία των ενήλικων, αλλά περισσότερο δρουν στα παιδιά.

Είναι άγνωστο πως τα κορτικοστεροειδή αποτρέπουν την αναπόφευκτη εξέλιξη προς την ουραιμία. Ο περιορισμός του νατρίου προτείνεται για τον έλεγχο του οιδήματος, από τότε που η ιδιότητα να αποβάλλεται το νάτριο μειώνεται στο νεφρωσικό σύνδρομο. Τα διουρητικά μπορεί να χρησιμοποιηθούν αν το νάτριο συνεχίζει να αυξάνεται, αλλά πρέπει να αρχίζουν σε μικρές δόσεις για να αποφεύγεται η εξάντληση ενδαγγειακού υγρού. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανέχονται τέτοιες ξαφνικές μεταπτώσεις γιατί μπορεί να οδηγήσουν σε shock. Μια δίαιτα σε πρωτεΐνες, το λιγότερο 90 με 100 γραμμάρια την ημέρα μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση της πρωτεϊνουρίας και να αποφευχθεί undernutrition (υποθρεψία) σχετιζόμενη με τη χαμηλή λήψη πρωτεϊνών.



## **Νεφροσκλήρυνση**

Αυτή η κατάσταση, η οποία είναι σκλήρυνση και αδυνάτισμα των νεφρικών ιστών, οφείλεται στην ανάπτυξη αρτηριακών τοιχωμάτων στους περισσότερους ανθρώπους με υψηλή αρτηριακή πίεση. Δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία, αλλά χρησιμοποιούνται αντιυπερτασικό για την ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, τα οποία μερικές φορές μειώνουν ή σταματούν τη δημιουργία νεφροσκλήρυνσης. Προτού η νεφροσκλήρυνση γίνει σημαντική, το άτομο συχνά πεθαίνει από καρδιακές επιπλοκές. Συνήθως ο θάνατος, όταν σχετιστεί με νεφροσκλήρυνση οφείλεται στη ουραιμία.

## **Διαβητικά νεφρικά προβλήματα**

Η νεφροσκλήρυνση, η πυελονεφρίτιδα και το νεφρωσικό σύνδρομο είναι όλα κοινά στους διαβητικούς. Η νεφρική πάθηση είναι η περισσότερο κοινή αιτία θανάτου στους διαβητικούς, όταν η διάρκεια της είναι πάνω από 20 χρόνια. Η ρύθμιση της νεφρικής πάθησης στους διαβητικούς παρουσιάζει πολλά προβλήματα λόγω της ανάγκης για ταυτόχρονη θεραπεία και ρύθμιση των διαβητικών αλλαγών και των νεφρικών συμπτωμάτων. Ένα μεγάλο ποσοστό της θεραπείας περιλαμβάνει μια συμπτωματική προσέγγιση η νεφρολιυση και η μεταμόσχευση νεφρού αποτελούν ρίσκο ακόμα και σε διαβητικούς νεαρής ηλικίας.

Όπως και να έχει, λόγω της ξεχωριστής μεταβλητικότητας σε κάθε περίπτωση πρέπει να εκτιμάται και να καθορίζεται κατάλληλη θεραπεία.

## **Όγκοι του συστήματος**

Οι όγκοι είναι συγκριτικά σπάνιοι στα νεφρά, απαντώντας σε 1-2%. Οι νεφρικοί όγκοι δεν είναι συχνοί στους ηλικιωμένους άνδρες και πολύ σπάνια μετατάσσονται. Διακρίνονται σε 3 μεγάλες κατηγορίες: α) όγκους που αναπτύσσονται από εμβρυϊκούς ιστούς β) όγκους που

προέρχονται από το νεφρικό παρέγχυμα και γ) όγκους που για τους ηλικιωμένους αναπτύσσονται στις νεφρικές πυέλους. Οι όγκοι της ουρήθρας είναι επίσης σπάνιοι κ' δύσκολο να διαγνωστούν, καθώς και μη χειρουργήσιμοι τη στιγμή που ανακαλύπτονται. Διαλείπουσα και μικρή ούρηση, σε συνδυασμό με αιματουρία, μπορεί να σημαίνουν όγκο. Ο καρκίνος της κυστεως απαντάται στις γυναίκες σε αναλογία 1/4 με 1/3 σε σχέση με τους άνδρες Berustein και Ross 1998.

## **16) Ενδοσκοπική επέμβαση στην ουρολογία**

### **Κυστεουρηθροσκόπηση**

Εξετάζει το εσωτερικό της ουρήθρας και της κύστης. Γίνεται για την αποκάλυψη όγκων ουρήθρας και κύστης, λίθων κύστης κλπ. Μπορούμε συγχρόνως να πάρουμε τεμάχιο για ιστολογική εξέταση. (βιοψία)

### **Καθετηριασμός ουρητήρων**

Ειδικός καθετήρας ουρητήρας οδηγείται δια μέσου του κυστεοσκοπίου στα ουρητικά στόμια και προωθείται στο νεφρό. Γίνεται για τη εκτέλεση ανιούσας πυελογραφίας, συλλογής των ούρων των νεφρών χωριστά, παράκαμψης εμποδίου (λίθος) κλπ.

### **Ηλεκτροπληξία**

Με ειδικό ηλεκτρόδιο, που εισάγεται δια μέσου του κυστεοσκοπίου και είναι συνδεδεμένο με ισχυρή διαθερμία, καταστρέφουμε μικρούς συνήθως όγκους της κύστης.

### **Διουρηθική εκτομή**

Με ειδικό ηλεκτρόδιο που στην άκρη του έχει αγκύλη, εκτέμνουμε μεγαλύτερους όγκους της κύστης. Επίσης αφαίρεση του προστάτη.

### **Λιθοτριψία**

Με τον λιθοτρίπτη, που είναι μια από τις πολλές προετασεις – παραλλαγές του κυστεοσκοπίου, κατακερματίζουμε τους λίθους της κύστης, ώστε να αποβάλλονται σαν συγκρίματα.

### **Εσωτερική οπτική ουρηθροτομία**

Με ειδικό τρόπο οργάνου τον ουροθροτόμο διατέμνουμε υπό όραση το στεγνωμένο τμήμα της ουρήθρας, ώστε να αποκαταστήσουμε το εύρος αυτής.

### **Εξελκυσμός λίθου ουρητήρα**

Με ειδικό τρόπο ουρητικό καθετήρα είναι δυνατό να αφαιρέσουμε μικρούς λίθους που βρίσκονται στο κατώτερο μέρος του ουρητήρα.

### **Ουρητηρονεφροσκόπηση**

Με ειδικά όργανα- εύκαμπτα η όχι που εισάγουμε στο εσωτερικό αυτών των οργάνων, αλλά να εκτελέσουμε και διάφορες επεμβάσεις , όπως λιθοτριψία, βιοψία κ.α

### **Διαστολή ουρήθρας**

Με ειδικά μεταλλικά κύρια Benique η πλαστικά διαστέλλουμε την ουρήθρα, χρησιμοποιώντας βαθμιαία μεγαλύτερη διάμετρο.

## **17) Εγχειρήσεις στην ουρολογία**

### **Νεφρός**

Για τις εγχειρήσεις ο άρρωστος τοποθετείται σε ειδική θέση.

## **Νεφροκτομή**

Η αφαίρεση του νεφρού γίνεται στις περιπτώσεις που είναι καταστραμμένος από απλές παθήσεις, όπως π.χ. λιθίαση και φυσικά σε όλες τις περιπτώσεις νεοπλασμάτων.

## **Πυελοτομία - νεφροτομία**

Είναι εγχείρηση για τη νεφρολιθίαση. Το άνοιγμα γίνεται στη πύελο του νεφρού, για τις πιο απλές περιπτώσεις νεφρολιθίαση η διατέμνεται το νεφρικό παρέγχυμα η και τα 2 σε περιπτώσεις συνθετότερες , όπως είναι οι κοραλλιοειδείς λίθοι ή λίθοι των καλύκων. Στις άλλες παθήσεις του νεφρού και του άνω τριτημόρου του ουρητήρα η προσπέλαση γίνεται με τομή οσφυϊκή και εξωπεριτοναϊκή αποκάλυψη του νεφρού. Σε ριζικές όμως νεφροκτομές (π.χ όγκο) η όταν επιδιώκεται η προσπέλαση ταυτόχρονα και των δυο νεφρών, τότε γίνεται διαπεριτοναϊκώς.

## **Πυελοπλαστικές**

Είναι πλαστικές εγχειρήσεις, που σκοπό έχουν να διορθώσουν βλάβες στη πυελοουρητική συμβολή, κυρίως στένωση ώστε να αποκατασταθεί η ακώλυτη κάθοδος των ούρων και η αποτροπή υδρονέφρωσης.

## **Νεφροστομία**

Είναι η προσωρινή συνήθως διασωλήνωση του νεφρού, όταν κυρίως κωλύματα στον ουρητήρα προκαλούν στάση και δεν ενδείκνυται η άμεση αφαίρεση τους. Έτσι αποτρέπεται η καταστροφή του νεφρού. Γίνεται ακόμη σε πλαστικές του ουρητήρα για καλύτερα παροχέτευση των ούρων.

## **Μεταμόσχευση νεφρού**

Σε άτομα με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια λόγω ανεπανόρθωτων βλαβών των νεφρών, μεταμοσχεύεται ο νεφρός δότη ζωντανού ή νεκρού. Πρόκειται, φυσικά για σύνθετο πρόβλημα και γίνεται μόνο σε ειδικές μονάδες με τη συνεργασία πολλών ειδικών.

## **Βιοψία νεφρού**

Γίνεται κυρίως σε περιπτώσεις νεφροπαθειών.

## **18) Ουρητήρας**

### **Ουρητηροτομία**

Είναι η διατομή του ουρητήρα για την αφαίρεση κυρίως λίθου.

### **Νεφροουρητηρεκτομή**

Είναι η αφαίρεση ολόκληρου του ουρητήρα μαζί με το νεφρό. Γίνεται σε περιπτώσεις όγκου της πυέλου και του ουρητήρα.

## **Εκτροπή των ούρων**

Σε μερικές περιπτώσεις, όπως π.χ μετά από αφαίρεση της κύστης για καρκίνο, οι ουρητήρες τοποθετούνται στο δέρμα ή στο έντερο με ποικίλες μεθόδους. Λέγεται αλλιώς και ουρητηρουστομία.

## **19) Κύστη**

### **Απλή κυστεοτομία**

Η απλή διάνοιξη της κύστης για την αφαίρεση ενός λίθου ή ξένου σώματος κλπ. Όταν αφήνουμε σωλήνα για μονιμότερη παροχέτευση των ούρων από τη κύστη, τότε έχουμε κυστεοτομία.

### **Μερική κυστεκτομή**

Αφαιρείται τμήμα της κύστης σε περιπτώσεις όγκων που είναι περιορισμένοι, όχι πολύ μεγάλοι και βρίσκονται κυρίως στο θόλο της κύστης.

### **Ολική κυστεκτομή**

Είναι η ολική αφαίρεση της κύστης. Γίνεται σε περιπτώσεις καρκίνου, κυρίως σε όχι πολύ προχωρημένο στάδιο.

Σημείωση: Σε όλες τις εγχειρήσεις της κύστης τοποθετείται καθετήρας ώστε τα ούρα μέσα από αυτόν ακώλυτα να εξέρχονται για να επουλωθεί το άνοιγμα της κύστης.

## **20) Προστάτης**

### **Προστατεκτομή**

Είναι η αφαίρεση του αδενώματος του προστάτη. Δυο κύριοι τρόποι υπάρχουν, η διουρηθρική προστατεκτομή και η ανοικτή εγχείρηση αφαίρεση του προστάτη. Οι μέθοδοι ανοικτής εγχείρησης είναι κυρίως δυο. Η διακυστική και η οπισθοκομβική. Η αφαίρεση του αδενώματος γίνεται για την απλή υπερτροφία του προστάτη.

Για τον καρκίνο όταν υπάρχει ένδειξη, εφαρμόζεται η ολική προστατεκτομή η και διουρηθρική εξαίρεση τμήματος αυτού για άρση της επίσχεσης των ούρων.

### **Βιοψία προστάτη**

Από το περίνεο ή το όρθρο με ειδική βελόνα λήψη τεμαχίου για ιστολογική εξέταση σε περιπτώσεις καρκίνου.

## **21) Ουρήθρα**

### **Πλαστική της ουρήθρας**

Διάφοροι τύποι πλαστικών για στενώματα της πρόσθιας η οπίσθιας ουρήθρας η συγγενών ανωμαλιών.

### **Ουρηθροστομία**

Είναι η προσωρινή, συνήθως, αναστόμωση της περινεϊκής ουρήθρας στο δέρμα. Κατά κανόνα είναι πρώτο στάδιο ουρηθροπλαστική η σε ριζική εγχείρηση και αφαίρεση τους πέους.

## **22) Τα Laser στην ουρολογία**

### **Ενδοσκοπικές εφαρμογές των laser**

Η χρήση των laser προσφέρει διάφορα πλεονεκτήματα. Έχει αποδειχθεί ότι η ακτινοβολία με laser έχει θετική επίδραση στην εξελικτική πορεία της διάμεσης κυστίτιδας. Χρησιμοποιείται το laser Nd:YAG. Επίσης η χρήση των laser για την καταστροφή των επιφανειακών όγκων της κύστης έχει ήδη αναγνωριστεί και καθιερωθεί. Σε περιπτώσεις ασθενών με πολλές υπότροπες και επιβαρημένη γενική κατάσταση αποτελεί μάλλον τη θεραπεία εκλογής. Η συσκευή που χρησιμοποιείται είναι Nd:YAG laser. Η ακτίνα μεταφέρεται διαμέσου λεπτής οπτικής ίνας. Σε ασθενείς που θεραπεύτηκαν με συνδυασμό laser και διουρηθρικής εκτομής το ποσοστό της υποτροπής ήταν 4,2% ενώ το ποσοστό υποτροπής μόνο με διουρηθρική είναι 7 %.

### **Μερικές τελευταίες λέξεις για τις παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος**

Για τη ρύθμιση των παθήσεων του ουροποιητικού συστήματος στους ηλικιωμένους αρκετές διαγνωστικές εξετάσεις είναι πολύ σημαντικές. Η εκτίμηση της δυσλειτουργίας του ουροποιητικού

συστήματος πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια: ανάλυση ούρων, δακτυλική εξέταση του προστάτη, υπολογισμός των υπολειμματικών ούρων με καθετηριασμό και τέλος ουρογραφία και κυστεογραφία. Οι δυο τελευταίες εξετάσεις δεν πρέπει να εφαρμόζονται σε επίπεδο ρουτίνας λόγω του ουσιώδους ρίσκου και της ταλαιπωρίας που έχουν. Τα συμπτώματα πρέπει ταχέως και διεξοδικά να ερευνούνται σε οποιαδήποτε ηλικία. Παρομοίως η θεραπεία πρέπει να γίνεται γρήγορα και όσο ακριβέστερα και δραστικότερα γίνεται με σκοπό να προλάβει περαιτέρω τη μελλοντική ζημιά του ουροποιητικού συστήματος.

Το ουροποιητικό σύστημα είναι πολύπλοκο και δυσνόητο οργανικό σύστημα. Πολλές νεφροδιυλήσεις και μεταμοσχεύσεις αύξησαν τη πιθανότητα για ίαση των προβλημάτων. Αυτές όμως είναι πολυέξοδες και σπάνια η χρησιμοποιούνται για τους ηλικιωμένους. Αρκετοί άνθρωποι πιστεύουν πως οι μέθοδοι αυτές δεν πρέπει καν να συνιστανται για τους ηλικιωμένους. Φαίνεται ότι η καλύτερη προσέγγιση για τα προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος είναι η ενθάρρυνση σωστής φροντίδας στις νεότερες ηλικίες.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

### **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΓΕΡΑΜΑΤΑ**

Η κύρια ειρωνεία των γηρατειών είναι, όπως ένας Άγγλος συγγραφέας ο Jonathan Swift τοποθετήθηκε «κάθε άνθρωπος επιθυμεί να ζήσει πολύ, μα κανένας να γεράσει». Σε κάποιους πολιτισμούς τα γηρατεία είναι πιο σεβαστά από ότι σε άλλες, μα οι περισσότεροι Έλληνες συσχετίζουν το να μεγαλώνει κανείς με την μείωση της σωματικής και διανοητικής ζωτικότητας. Έχουμε ήδη τοποθετηθεί με αρκετές λεπτομέρειες στις σωματικές αλλαγές που συνοδεύουν τα γηρατεία. Αυτό το κεφάλαιο αφορά τις απόψεις μελετών για τα γεράματα, το οποίο ενδιαφέρεται για την διανοητική ζωτικότητα και την ψυχολογία των ηλικιωμένων. Η ψυχολογία στα γεράματα είναι ευρύ πεδίο που περιλαμβάνει, πέρα από άλλα πεδία, την συναισθηματική και κινητική εξέλιξη, την αντίληψη, την κινητικότητα, την οδήγηση, την νοητική λειτουργία, τα αισθήματα, την προσωπική ανάπτυξη και την ψυχοπαθολογία. Ερευνητές που ενδιαφέρονται για τις ψυχολογικές απόψεις της γήρανσης επιχειρούν να απαντήσουν σε τρία καίρια ερωτήματα : 1. Με ποιους τρόπους διαφέρουν οι ηλικιωμένοι από τους νεώτερους ; 2. Πώς βλέπουμε αυτές τις διαφορές ; 3. Ποιες οι συνέπειες αυτών των ηλικιακών διαφορών ;

Σε κάποιες περιοχές είναι δύσκολο να ξεχωρίσεις τις βιολογικές και ψυχολογικές απόψεις για τα γεράματα. Οι βιολογικές αλλαγές επιδρούν στην ψυχολογική του κατάσταση για την προσωπική του ύπαρξη και οι ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές ίσως επηρεάζουν την βιολογική του λειτουργία. Ένα παράδειγμα ίσως είναι χρήσιμο εδώ. Αρκετοί βιολόγοι και ψυχολόγοι προσπαθώντας να καταλάβουν την ανθρώπινη συμπεριφορά ανησυχούν που μερικές φορές ονομάζονται ενστικτώδεις οδηγοί. Αυτοί οι οδηγοί ανάμεσα σ' αυτούς πεινασμένοι, διψασμένοι, καλυμμένοι και των δυο φύλων σκέπτονται σαν να δημιουργήθηκαν με τον οργανισμό χωρίς από έξω

τόνωση. Επιπροσθέτως, αυτοί οι οδηγοί μοιάζουν ως η βάση για δραστηριότητα πέρα από απλές ικανότητες. Οι βιολόγοι και οι ψυχολόγοι των ηλικιωμένων που έχουν αυτή την εικόνα υποστηρίζουν την απώλεια όρεξης, την μείωση της σεξουαλικότητας και την ελάττωση επιπέδων της δραστηριότητας για τους ηλικιωμένους, απλώς σκεπτόμενοι το γεγονός ότι με το πέρασμα των χρόνων αυτοί οι οδηγοί γίνονται λιγότερο δυνατοί. Ένα πρόβλημα αυτής της άποψης, στην οποία ο Cottrell (1974) τοποθετήθηκε, είναι πως είναι δύσκολο να αποφασιστεί πόση από την συμπεριφορά των ηλικιωμένων που παρατηρούμε μπορεί να μετρηθεί για αυτούς λιγότερα βιολογικούς οδηγούς και κατά πόσο οφείλεται σε άλλες αιτίες του φυσικού και ψυχικού περιβάλλοντος. Για παράδειγμα, η μείωση της αίσθησης, της γεύσης και της οσμής, η οποία συχνά αποδίδεται στην φυσιολογική βιολογική φθορά, μπορεί να αλλάζει το είδος των φαγητών με τα οποία τρέφονται οι άνθρωποι και τις καταστάσεις κάτω από τις οποίες τρέφονται.

Πολλοί ηλικιωμένοι συνηθίζουν να τρώνε ξανά όταν τους δίνεται φαγητό το οποίο είναι γευστικά φτιαγμένο και όταν το μοιράζονται με παρέα (Cottrell 1974). Αντίστοιχα παρόλο που πολλές έρευνες δείχνουν την μείωση της συχνότητας της σεξουαλικής δραστηριότητας ατόμων μεγάλης ηλικίας και αυτό είναι σημαντικά φυσιολογικό, άλλοι παράγοντες ίσως να παρεμβαίνουν. Η μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας ίσως είναι αποτέλεσμα της απώλειας ενδιαφέροντος για την σχέση με τις απαιτήσεις της δουλειάς, η πλήξη για τον ερωτικό σύντροφο και για τις γυναίκες, φυσικός πόνος λόγω των αλλαγών τους γεννητικού συστήματος. Είναι επίσης αλήθεια πως πολλοί νέοι άνθρωποι πιστεύουν πως η σεξουαλική επαφή ανάμεσα σε ηλικιωμένους δεν μπορεί να συμβεί και πως είναι αστεία. Αυτά αναμφίβολα συντελούν στην μείωση της σεξουαλικής τους δραστηριότητας.

Αυτό το κεφάλαιο προβάλλεται με σεβασμό σε κάποιες ψυχολογικές απόψεις για τα γηρατεία. Οι σχετικές με την ηλικία αλλαγές στην συναισθηματική εξέλιξη έχουν συζητηθεί στο μεγαλύτερο μέρος τους. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα συζητηθούν οι ηλικιακές αλλαγές με βάση την ψυχολογική ευθύνη, την ηλικία και την νοημοσύνη, την μνήμη και την μάθηση, τα γεράματα και την προσωπικότητα και κάποιιοι από τους πιο συχνούς τύπους των προσωπικών και διαπροσωπικών μεταβολών που συμβαίνουν στο τέλος της ζωής.

### **1) Ψυχοκινητικές αποκρίσεις**

Οι ψυχολογικές ευθύνες είναι πιο σύνθετες από τις άλλες των αισθήσεων και της αντίληψης. Αν αυτό μπορούσε να παρουσιαστεί διαγραμματικά, θα μας έδειχνε τον οργανισμό να δέχεται μια συναισθηματική εισαγωγή (input) προσπαθώντας να ερμηνεύσει αυτή την πληροφορία έχει σχέση με κάποια ενέργεια, στέλνοντας οδηγίες στο κατάλληλο κέντρο δραστηριότητας (π.χ. στους μύες) και ενεργώντας την κατάλληλη απόκριση. Μια ψυχοκινητική παράσταση μπορεί να περιοριστεί από την αδυναμία σε ένα σημείο αυτής της σειράς των γεγονότων. Ίσως να περιοριστεί από αλλαγές στα συναισθήματα, το σταμάτημα της εξέλιξης της αντίληψης, την μεταφορά από την αντίληψη στην δράση, την δύναμη του αισθηματικού σήματος, την απόδοση των μυών.

Η ψυχοκινητική παράσταση αλλάζει ως προς την ηλικία. Ο χρόνος της αντίδρασης αυξάνεται με τα χρόνια. Αυτή η σχέση περιπλέκεται από έναν αριθμό παραγόντων. Η φύση του ελατηρίου και της πολυπλοκότητας της απόκρισης επηρεάζεται από τον χρόνο της αντίδρασης. Σύμφωνα με τον Atchley (1974 : 47), όταν η διάρκεια του εναύσματος είναι μικρή, η διαφορά στην χρονική αντίδραση μεταξύ των ηλικιωμένων και των νέων είναι αμελητέα. Όταν τα έργα είναι απλά, παρατηρείται πως η αύξηση της αντίδρασης στους ηλικιωμένους είναι

ασήμαντη, γίνεται μεγαλύτερη με την αυξημένη πολυπλοκότητα του έργου. Οι ιδιαίτερες κινητικές ικανότητες περιπλέκονται και η οικειότητα με το έργο επίσης δημιουργούν εκτιμήσεις για τη σχέση του χρόνου της αντίδρασης και της ηλικίας που γίνονται πιο δύσκολες. Ο Botwininck (1973) σημειώνει πως η πρακτική σε κάποιο έργο και η άσκηση ίσως μειώνουν τις επιδράσεις κάποιας αργής χρονικής αντίδρασης. Θα πρέπει να θυμίσουμε επίσης πως οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές όπως η κινητικότητα θα επηρεάσουν τον χρόνο αντίδρασης.

Οι ηλικιωμένοι φαίνεται πως κινούνται πιο αργά σε σχέση με τους νέους. Η ακρίβεια της απόκρισης επίσης μειώνεται κατά την γήρανση. Κάποιες έρευνες αναφέρουν πως οι ηλικιωμένοι θέλουν να θυσιάζουν την ταχύτητα για να είναι ακριβείς (Botwininck 1967, Welford 1959). Αυτό μας δηλώνει πως χωρίς την πίεση του χρόνου οι ηλικιωμένοι είναι το ίδιο ικανοί με τους νεώτερους.

Η ηλικιακή μείωση της εκτέλεσης μοιάζει να σχετίζεται με την λειτουργικότητα του φλοιού του εγκεφάλου περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη ικανότητα κίνησης. Η χειροτέρευση του κυκλοφορικού, μειώνει τον μεταβολισμό του εγκεφάλου και καταστέλλει τον αριθμό του μυαλού τείνοντας στην παραγωγή πιο αργής χρονικά αντίδρασης (Hendricks και Hendricks 1977). Ο Botwininck και ο Storandt σημείωσαν πως τα καρδιαγγειακά προβλήματα ίσως υπηρετούν την πίεση του χρόνου της αντίδρασης με έναν τρόπο που δεν μπορεί να επανέλθει ύστερα από αρκετή άσκηση.

Η σύγκρουση με την οποιαδήποτε σχετικά με την ηλικία μείωση της ψυχοκινητικής εκτέλεσης στην κοινωνική δραστηριότητα πρέπει να είναι φανερή. Γενικά, τέτοια μείωση, κυρίως ο συνδυασμός της αισθητικής και αντιληπτής μείωσης ελαττώνει την ικανότητα του ηλικιωμένου να ελέγχει το περιβάλλον του. Τα έργα που ήταν άλλοτε χωρίς προβλήματα, όπως η οδήγηση ενός αυτοκινήτου ή η χρήση ραπτικής μηχανής, ίσως να γίνουν με την άνοδο της ηλικίας. Οι δραστηριότητες σχετίζονται με την διατήρηση υγείας και την φροντίδα

που ίσως επίσης γίνει πιο δύσκολη στην διατήρηση της. Επίσης, όπως Atchley επισημαίνει (1974 : 49), η φύση της μείωσης της ψυχοκινητικής εκτέλεσης είναι πολύ δύσκολο να αντισταθμιστεί μηχανικά με την μέθοδο των γυαλιών ή των ακουστικών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην μείωση της αισθητικής εξέλιξης.

## **2) Η Νοημοσύνη**

Η συμβατική εικόνα είναι πως τα γηρατειά προκαλούν και την ελάττωση της νοημοσύνης. Οι περισσότεροι ερευνητές σήμερα συμφωνούν πως υπάρχουν σοβαρά προβλήματα που έχουν σχέση με αυτή την υπόθεση, οι λιγότερες από τις οποίες είναι μεθοδολογικές.

Για την νοημοσύνη μπορούμε να έχουμε εικασίες μόνο από τα αποτελέσματα των εκτελέσεων. Αυτό σημαίνει πως στα προβλήματα μέτρησης και εξέτασης των επιδράσεων υπάρχουν κάποιες συνέπειες. Το πιο γνωστό μέσο που χρησιμοποιείται για την μελέτη των αλλαγών της ηλικίας σε σχέση με την νοημοσύνη είναι το Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS). Η ηλικία είναι το κύριο μέρος της αποφασισμένης (determine) νοημοσύνης, υπάρχει ένας ηλικιακός παράγοντας που στηρίζεται στο WAIS με σκοπό να κάνει την εκτέλεση στους νέους και τους ηλικιωμένους συγκριτική. Ασκούν κριτική στα WAIS επιχειρήματα που είναι μετρήσιμες διανοητικές δεξιότητες και ικανότητες, που τονίζονται από το εκπαιδευτικό σύστημα. Αυτό το κάνει το πιο κατάλληλο μέσο για να δούμε τα επίπεδα νοημοσύνης των νέων (Atchley 1977, Hendricks και Hendricks 1977).

Αυτές οι κριτικές και άλλα επιχειρήματα που εξετάζουν την παραγωγή που αντανάκλαται στην νοητική λειτουργικότητα που απαιτείται στην καθημερινή ζωή θα πρέπει να χρησιμοποιείται για να εξεταστεί η σχέση της ηλικίας και της νοημοσύνης. Αυτό ήδη είναι σε μια περιορισμένη έκταση. Ο Demming και ο Pressey (1957), για παράδειγμα, μέτρησαν την νοητική λειτουργικότητα με τρεις τρόπους.

Ρώτησαν αν οι ερωτώμενοι μπορούν, 1) να χρησιμοποιούν τον τηλεφωνικό κατάλογο, 2) να κατανοήσουν κάποιες κοινές ορολογίες, 3) να υπηρετήσουν κοινωνικές υπηρεσίες που ίσως τους απαιτήσουν. Οι μεσήλικες και οι μεγαλύτεροι τους ήταν καλύτεροι ως ομάδα με βάση τις μετρήσεις από τους νεαρούς ερωτηθέντες.

Οι Batles και Labouvie (1973) φιλονικούν στο ότι η νοημοσύνη δεν είναι ένας παράγοντας που περιλαμβάνει αρκετές ικανότητες. Σε μια εκτεταμένη φιλολογική κριτική, αναφέρουν για πολλές μελέτες που θεωρούν την νοημοσύνη ως ένα σύνολο διανοητικών ικανοτήτων. Η σχέση της ηλικίας και της νοημοσύνης παρουσιάζονται σ' αυτές τις μελέτες να εξαρτιούνται ανάλογα από ποια διανοητική ικανότητα εκτείνονται.

Σχέδιο έρευνας εμφανίζει μια ισχυρή επιρροή στα αποτελέσματα των μελετών της ηλικίας και της νοημοσύνης. Από μεγάλες, διασταυρωμένες - τμηματικά μελέτες φαίνεται η σταθερότητα της νοημοσύνης στα γηρατειά. Αυτές οι έρευνες αναφέρονται σε ένα σημείο κάθε φορά, η επίδραση της ηλικίας είναι αποφασιστική από συγκρίσεις ανθρώπων διαφόρων ηλικιών, την στιγμή που η έρευνα εκτελείται. Από διάφορα γεωγραφικά μήκη η έρευνα περιπλέκει τη παρατήρηση των ίδιων ανθρώπων σε μια εκτεταμένη χρονικά περίοδο εξαιτίας των διασταυρωμένων τμηματικά μελετών δείγμα απαντά από διάφορα ηλικιακά στρώματα ή γενιές και των γεωγραφικών μελετών απαντά δείγμα από ένα μόνο ηλικιακό στρώμα ή γενικά τα παραβλητά αποτελέσματα δεν θα έπρεπε να εκτείνονται. Διαφορετικές γενιές διαφέρουν ως προς το γενετικά συναισθηματικό και σε εμπειρίες επίπεδο (Batles και Labouvie 1973). Ο Schaie και ο Batles (1968) προτείνουν την χρήση και των δύο ειδών μελέτης για να επιχειρηθεί η κατανόηση των γενετικών αλλαγών.

Ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να συμπεριλαμβάνεται είναι η σχέση της ηλικίας και της νοημοσύνης με την κατάσταση της υγείας. Οι Birren φιλονικίες για τον μέσο όρο των ανθρώπων που γερνούν στην

κοινωνία μας δεν χρειάζονται να μας δείξουν μια τυπική φθορά της διανοητικής λειτουργίας για τη γήρανση. Μάλλον “ο περιορισμός της διανοητικής λειτουργίας συμβαίνει κυρίως σε άτομα μετά την ηλικία των 65 ή 70 και έχει πιο πολύ σχέση με το επίπεδο υγείας” (1968). Κυρίως προβληματικές είναι οι αγγειοπάθειες, οι οποίες επιδρούν στον εγκεφαλικό φλοιό και πιθανόν επηρεάζουν τις ιδιότητες του μυαλού στην αποθήκευση πληροφοριών.

### **3) Η μνήμη και η μάθηση**

Η μνήμη και η μάθηση είναι λειτουργίες του ΚΝΣ. Γενικά, οι σχετικές με την ηλικία αλλαγές στην μαθησιακή ικανότητα εμφανίζονται να είναι μικρές ακόμη και ύστερα από την ενεργητικότητα των αισθήσεων αφού έχουν αρχίσει να μειώνονται. Η ύπαρξη των εμποδίων στην μάθηση συνήθως οφείλεται σε μια σχετική κατάσταση – κάποια προγενέστερη ανικανότητα ή μια αλλαγή ικανοτήτων στο άτομο. Η αρτηριοσκλήρωση και οι γεροντικές αλλαγές του εγκεφάλου έχουν συνδεθεί με την αμβλύτητα της μνημονικής και μαθησιακής ανικανότητας. Με την παρουσία βραδύτητας της μνήμης ή εμποδίων στην μάθηση, δεν θα πρέπει να υποθέτεται ότι κάποια τυπική εξέλιξη της φυσικής γήρανσης ενεργείται (USDHEW 1974).

Εμφανίζεται να είναι μια πιο μεγάλη απώλεια με την ηλικία η πρόσφατη μνήμη από την παρελθούσα. Επίσης, με την ηλικιακή άνοδο, η συγκράτηση πραγμάτων εξ ακοής είναι μεγαλύτερη από την συγκράτηση πραγμάτων που τα βλέπεις (Atchley 1977). Κάποιοι αναφέρουν πως νέες μαθησιακές επεμβάσεις είναι μικρής υποστήριξης για αυτήν την πρόταση ή την πρόταση για τις παλιές μνήμες με νέες μαθησιακές επεμβάσεις.

Ακόμη η διάθεση για μάθηση με τα χρόνια αλλάζει. Ο ηλικιωμένος ίσως είναι λιγότερο έτοιμος να μάθει από έναν νέο στην ίδια περίπτωση. Οι ηλικιωμένοι ίσως είναι πιο αρεστοί στο να προσπαθούν την λύση

προβλημάτων με βάση όλα όσα ως τώρα γνωρίζουν, παρά να μάθουν νέες λύσεις.

#### **4. Η προσωπικότητα και τα γηρατειά**

Σπουδαστές για την γήρανση έχουν εκφράσει το ενδιαφέρον τους για την σχέση των γηρατειών και της προσωπικότητας. Κάποιοι έχουν προσφωνήσει την ερώτηση “επιδρά η προσωπικότητα στα γηρατειά ;” και άλλοι συχνός ρωτούν “Τα γεράματα επιδρούν στην προσωπικότητα;”. Σύμφωνα με τον Neugarten (1977), οι ψυχολόγοι γνωρίζουν την απάντηση και για τις δύο ερωτήσεις, που είναι να μην μπορούν να αποδείξουν αυτές τις απαντήσεις ικανοποιητικά. Μια δυσκολία στην απόδειξη των απαντήσεων σχετίζεται με την μικρή ποσότητα εμπειρικής έρευνας των αλλαγών της προσωπικότητας στους μεσήλικες και τους υπερήλικες. Η μεγαλύτερη ποσότητα της έρευνας αυτού του θέματος αναφέρεται κυρίως στην παιδική ηλικία και την εφηβεία.

Ακόμη, αρκετές διακεκριμένες θεωρίες των γηρατειών απέκτησαν αξία πρόσφατα. Ένας αριθμός αυτών συμπεριλαμβάνουν μια προσωπική διάσταση. Ίσως είναι χρήσιμο να εξεταστούν περιληπτικά αυτές οι θεωρίες και να δούμε πως αναπτύσσουν την σχέση της προσωπικότητας και της γήρανσης.



## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΙΔΡΥΜΑΤΑ: ΑΝΑΛΟΓΙΕΣ (ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ), ΠΛΗΘΥΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

#### **Διευθετήσεις του τρόπου ζωής, εισόδημα και «ιδρυματοποίηση»**

Υπάρχουν ισχυρές σχέσεις μεταξύ των διευθετήσεων του τρόπου ζωής του μη «ιδρυματοποιημένου» ηλικιωμένου πληθυσμού και την αναλογία των ηλικιωμένων στις νοσηλευτικές μονάδες ξεκούρασης. Τα μέρη όπου έχουν μια υψηλή αναλογία των ηλικιωμένων σε ιδρύματα, εξίσου έχουν ένα υψηλό ποσοστό μη «ιδρυματοποιημένων» ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους και σε ομάδες συνοικιών. Όταν ο αριθμός των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους και αυτών που ζουν σε ομάδες συνοικιών (για παράδειγμα ιδρύματα που προσφέρουν τροφή και ύπνο) προστίθεται, ευρίσκεται μια ισχυρή σχέση μεταξύ του συνολικού αριθμού και της αναλογίας των ηλικιωμένων στα διάφορα ιδρύματα. Μερικές φορές οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους και σε ομάδες αναφέρονται ως «ιδιαίτερα οικογενειακοί» ηλικιωμένοι εξαιτίας του γεγονότος ότι ζουν εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Είναι λογικό να θεωρείται ως δεδομένο αυτή η άμεση σχέση μεταξύ της «ιδρυματοποίησης» και της «ιδιαίτερα οικογενειακής εκδήλωσης». Γενικά, οι άνθρωποι μεγάλης ηλικίας καθώς και άρρωστοι θα είναι λιγότερο ικανοί να αντιμετωπίσουν μια τέτοια κατάσταση, εάν ζουν μόνοι τους.

Οι επιδράσεις της ηλικίας και της ασθένειας για την ιδρυματοποίηση μπορεί να ισχυροποιηθούν με την φτώχεια. Αυτό δεν

αποτελεί έκπληξη ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που ζουν σε ιδρύματα είναι δυσανάλογα προερχόμενοι από πτωχή μερίδα.

Συγκριτικά με υψηλή αναλογία αρκετά πτωχών ηλικιωμένων ανθρώπων, τείνουν να έχουν λιγότερους «ιδρυματοποιημένους» ηλικιωμένους όσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που έχουν αρκετά χαμηλό εισόδημα, τόσο μικρότερο είναι το ποσοστό αυτών στα ιδρύματα.

Αυτή η φαινομενική ανωμαλία όπου εμφανίζεται, προκύπτει από το γεγονός ότι όπου οι ηλικιωμένοι είναι αρκετά πτωχοί, δεν μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα. Περιοχές στις οποίες οι ηλικιωμένοι είναι συγκριτικά πτωχοί, τείνουν να έχουν ένα μικρό «ιδιαίτερα οικογενειακό» πληθυσμό. Το ηλικιωμένο άτομο που είναι άπορο πρέπει να ζει ανεξάρτητα, είτε με την οικογένεια, φίλους και άλλους, είτε σε κάποιο ίδρυμα. Προφανώς, είναι οι πιο πτωχοί από αυτούς που έχουν ελάχιστα χρήματα για να ζήσουν «ιδιαίτερα οικογενειακά» που συνιστούν ένα μεγάλο τμήμα του «ιδρυματοποιημένου πληθυσμού». Περιοχές, με μια συγκριτικά υψηλή αναλογία ηλικιωμένων ατόμων που ζουν ανεξάρτητα και τα εισοδήματα κοντά στο όριο της πτώχειας, τείνουν να έχουν ένα υψηλό ποσοστό ιδρυματοποιημένου πληθυσμού.

## **1) Η ποιότητα της «ιδρυματοποιημένης» φροντίδας**

Η απόφαση της εισαγωγής ενός ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα είναι συχνά δυσάρεστη για τον ηλικιωμένο και την οικογένεια του, και υπάρχει ένας βαθμός ανησυχίας για το αν η ποιότητα του ιδρύματος είναι υψηλή.

Όταν το ηλικιωμένο άτομο ζει σε ίδρυμα, τότε το θέμα της μακρόχρονης ποιότητας φροντίδας γίνεται πιο βασικό. Το 1967 ο μέσος όρος διάρκειας της διανομής σε όλα τα ιδρύματα για τους ηλικιωμένους ήταν ένα έτος. Αυτή η παράγραφος απευθύνεται στο θέμα της ποιότητας της φροντίδας σε γηριατρικά ιδρύματα και αποδεικνύει κάποιο

πρόβλημα σε περιοχές (θέματα) όπου οι επαγγελματίες και οι ερευνητές πρέπει να ενημερώνονται με σκοπό να επιχειρούν εκτιμήσεις για την «ιδρυματοποιημένη» φροντίδα.

Μια έρευνα των Gotterwan και Boureston (1974) επιχειρούσε να καθορίσει γιατί τα νοσηλευτικά ιδρύματα κάνουν ότι κάνουν. Ο σκελετός του δείγματος για τη μελέτη περιλάμβανε 169 νόμιμα νοσηλευτικά σπίτια, όπου δεν είχαν καμία εξάρτηση από νοσοκομεία και δεν ήταν σπίτια αποκλειστικά για ηλικιωμένους. Σαράντα ιδρύματα συλλέχθηκαν για να παρουσιάσουν τη συνολική ομάδα, και 1144 διαμένοντες συνέστησαν τον δειγματοληπτικό πληθυσμό. Χρησιμοποιήθηκε μια παρατηρητική διαδικασία για την καταγραφή της συμπεριφοράς αυτών που εργάζονταν. Δύο εκπαιδευόμενοι βοηθοί παρατηρούσαν τους διαμένοντες τμηματικά για 1 ώρα μεταξύ 6:30-7:30 το απόγευμα για 2 ημέρες. Σε κάθε ώρα ο διαμένων ήταν παρατηρούμενος για ένα ολόκληρο λεπτό σε μια προκαθορισμένη σειρά. Κάθε ώρα ο παρατηρητής παρείχε υπηρεσίες στον ασθενή ή κάποια δραστηριότητα, όπως επικοινωνία με άλλος ανθρώπους. Τα αποτελέσματα από αυτή την έρευνα έδειξε ότι περισσότερο από τον μισό χρόνο των διαμενόντων σπαταλιόταν ανοικοδομητικά και ότι ο υπόλοιπος χρόνος χρησιμοποιούταν για την προσωπική φροντίδα και την επικοινωνία. Προς έκπληξη των ερευνητών, μόνο 2% των παρατηρήσεων τους ανέφεραν διαμένοντες που δέχονταν μια νοσηλευτική παροχή από ένα ειδικευμένο ή μη μέλος του προσωπικού. Συγκεκριμένα, πάνω από 27.000 παρατηρήσεις, λιγότερες από ¼ (23%) έδειξαν να έχουν οι διαμένοντες κάποια νοσηλευτική επικοινωνία. Οι διαμένοντες αυτού του δείγματος που δέχτηκαν φροντίδα μπορεί να ξεχώρισαν από άλλους λόγω της φυλής τους της οικονομικής κατάστασης τους και κάποιων οργανωτικών χαρακτηριστικών του Ιδρύματος, στο οποίο εισαχθήκανε.

Το πραγματικό ζήτημα που απορρέει από αυτήν την έρευνα φαίνεται να είναι όχι το γιατί τα νοσηλευτικά σπίτια κάνουν ότι κάνουν, αλλά το γιατί δεν κάνουν αυτό που θα έπρεπε να κάνουν. Το

προηγούμενο παραπέμπει σε ένα χαρακτηριστικό των ιδρυμάτων, ποικιλοτρόπως προσεγγμένο, το οποίο ίσως είναι το πιο ασύλληπτο για τους ερευνητές και τους ειδικούς που έχουν σχέση με τα ιδρύματα που υπάρχουν για τους ηλικιωμένους: την ποιότητα της φροντίδας. Σαφώς ένα βρώμικο, συνωστισμένο και με ανεπαρκές προσωπικό ίδρυμα, στο οποίο οι ηλικιωμένοι άνθρωποι να ζουν δυστυχισμένοι και πέθαιναν απότομα είναι ένα κάκιστο ίδρυμα. Αλλά ποιο είναι καλό; Πρέπει ποιότητα να μετράται με βάση την ικανοποίηση των διαμενόντων και την επαγγελματική νοσηλευτική φροντίδα. Δίνοντας περιορισμένες πηγές, είναι πιο σημαντικό να ξοδεύεις χρήματα για τους κηπουρούς, την εσωτερική διακόσμηση, τις υπηρεσίες του επιστάτη και την ποιότητα του φαγητού, ή για τους διάφορους επαγγελματίες;

Κανένα σύστημα ανέσεων δεν πρόκειται να είναι το καλύτερο για όλους τους τύπους των ανθρώπων. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται το πολυσύνθετο της ποιότητας και να διεκπεραιώνεται από πολλές απόψεις. Πρέπει να δίνεται έμφαση αποκλειστικά στην προώθηση υψηλών καταστάσεων ανασφάλειας και φροντίδας υγείας. Η ίδια ρυθμιστική δύναμη θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να επηρεάσει αισθητικά γνωρίσματα της διακόσμησης, η συγχώνευση εκπαιδευτικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων σε διάφορα προγράμματα και άλλα γνωρίσματα που σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής. Η τοποθέτηση σκεπτόμενων ατόμων σε μια θέση ώστε να επηρεάζουν την ρύθμιση (κανονισμό) και την ανάπτυξη των ιδρυμάτων για τους ηλικιωμένους θα εμποδιστεί από το ισχυρό της έρευνας και την ποιότητα.

Γενικά οι ερευνητές έχουν κάνει μια ή δυο προσεγγίσεις στην έρευνα για την ποιότητα.

Μια μέθοδος είναι η επινόηση μια λίστας πιθανών δεικτών ποιότητας και η μελέτη δραστηριοτήτων που έχουν υψηλή αναλογία. Για παράδειγμα, ο Anderson και οι συνεργάτες του (1969) σκέφτηκαν ότι το ακόλουθο θα ήταν σημαντικό χαρακτηριστικό στην ποιότητα των

ιδιωτικών κλινικών: Ο αριθμός των ασθενών ανά δωμάτια και μπάνιο, εάν η οικία είχε κατασκευαστεί από την αρχή ως νοσηλευτικό σπίτι, ο αριθμός των ωρών του προσωπικού ανά ασθενή, η συμμετοχή του ασθενή σε σημαντικές ενέργειες και θεραπευτικός προσανατολισμός από την διοίκηση. Βρήκαν υψηλή ποιότητα σε ιδρύματα με λίγους ενήμερους ασθενείς, υψηλά έξοδα, σε αγροτική τοποθεσία, αλλά σε κοντινή απόσταση από τα νοσοκομεία και συμμετοχή των ασθενών σε διάφορες δραστηριότητες. Ένα πρόβλημα σε αυτήν την προσέγγιση μέτρησης της ποιότητας είναι ότι συχνά είναι αδύνατο να γνωρίζεις τι διαφορά πετυχαίνει στον ασθενή για παράδειγμα να έχουν περισσότερους νοσηλευτές στη διάθεσή τους.

Μια δεύτερη προσέγγιση έχει να γίνει για να μελετήσει ένα πιθανό δείκτη όπως πρότυπο προσωπικού και του πληθυσμού σε σχέση με σημαντικά τελικά μέτρα – ικανοποίηση του διαμένοντα, κοινωνική συμμετοχή, η απόδοση του προσωπικού και η θέληση. (Dick Friedsan 1964, Lawton 1974, Schooler 1969). Το πρόβλημα με αυτού του είδους την έρευνα είναι ότι ακόμα και να είναι γνωστό ότι οι διαμένοντες είναι πολύ ευτυχισμένοι σε μικρά και καινούργια ιδρύματα, με πολλούς νοσηλευτές, και σε ιδρύματα σε αγροτικές περιοχές, και πάλι δεν είναι αρκετές οι γνώσεις.

Μια Τρίτη προσέγγιση που σπάνια χρησιμοποιείται, είναι αυτή που υποστηρίχθηκε από τον Taiets (1953) στη θαυμάσια μελέτη του 3 κλινικών για τους ηλικιωμένους, και που ολοκληρώθηκε πριν πάρα πολλά χρόνια. Ο Taiets χρησιμοποιούσε ως δείγμα ιδρύματα υψηλής μεσαίας και χαμηλής ποιότητας καθορισμένα από επαγγελματίες που εργάζονταν σε αυτά. Βρήκε ότι η ευημερία (ευτυχία) των διαμένωντων ήταν όπως κρίθηκε από εξωτερικούς παρατηρητές πράγματι υψηλότερη στο ίδρυμα με την καλύτερη ποιότητα. Ωστόσο βρήκε ότι χαρακτηριστικά όπου κατέστησαν αυτό το ίδρυμα ως το καλύτερο στα μάτια των επαγγελματιών δεν ήταν σε πολλές περιπτώσεις, αυτά που έκαναν πιο ευχάριστα το περιβάλλον στους διαμένοντες.

## **2) Μερικά χαρακτηριστικά των ιδρυμάτων που σχετίζονται με την ποιότητα**

### **Ιδιοκτησία**

Πολλές μελέτες έχουν ερευνήσει τη σχέση μεταξύ της ποιότητας της φροντίδας (ποικιλοτρόπως μετρημένη) με την «ευκολία» της ιδιοκτησίας.

Ο Townsend (1962) επινόησε ένα πολλαπλό κατάλογο περιεχομένων της ποιότητας φροντίδας και εξέτασε 173 Βρετανικά ιδρύματα για τους ηλικιωμένους. Συμπέρανε ότι τα σπίτια που συντηρούνται με προαιρετικές εισφορές ήταν τα καλύτερα, τα ιδιόκτητα σπίτια κατείχαν μια μέση θέση και τα δημόσια ήταν τα χειρότερα.

Ο Levey και οι συνεργάτες (1973) σε μια μελέτη 129 νοσηλευτικά σπίτια της Μασαχουσέτης, εξέτασε τη σχέση μεταξύ της ποιότητας της φροντίδας, της ιδιοκτησίας και των εξόδων. Τρεις τύποι των «ευκολιών» (μη συμμετρική ιδιοκτησία, συνεταιρική και φιλανθρωπική ιδιοκτησία). Εκτιμήθηκαν σαν ομαδικά «συστατικά» του επιπέδου της ποιότητας της φροντίδας. Βρήκε ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της ποιότητας φροντίδας και της ιδιοκτησίας. Έχουν αναφερθεί και άλλες σημαντικές διακρίσεις ανάμεσα σε άλλους τύπους σχετικά με την ιδιοκτησία του. Ο Hduiberg και Anderson (1968) παρατήρησαν ότι διαμένουν σε ιδρύματα που δεν ήταν ιδιοκτησία ήταν ελαφρώς ηλικιωμένοι και λιγότερο εξασθενημένη διανοητικά από αυτούς που ήταν στα δυο ιδιωτικά ιδρύματα.

## **3) Κοινωνικοοικονομική κατάσταση**

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση ενός ιδρύματος έχει πολλά μέρη (συστατικά), περιλαμβάνοντας και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των διαμενόντων και του προσωπικού, οι πηγές που διαθέτει

το ίδρυμα και πιθανόν και η τιμή της φροντίδας στο ίδρυμα. Προς έκπληξη έχει γίνει λίγη δουλειά για τη συσχέτιση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης των ιδρυμάτων με την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Η γεροντολογική κοινοτοπία φαίνεται να υποστηρίζει ότι η υψηλή βαθμίδα αναγνώρισης υποδηλώνει μεγαλύτερους πόρους, οι οποίοι με τη σειρά τους υποδηλώνουν υψηλότερη ποιότητα φροντίδας. Εμπειρικές μελέτες υιοθετούν αυτήν την απλή υπόθεση.

Ο Kosberg (1973) μελετήσε τη σχέση μεταξύ οργανωτικών χαρακτηριστικών και θεραπευτικών πόρων όπως το επαγγελματικό προσωπικό και εξοπλισμός σε 214 νοσηλευτικά σπίτια στο Σικάγο. Βρήκε μόνο μια μετριοπαθής σχέση μεταξύ του επιπέδου φροντίδα που παρέχεται και των διαθεσίμων πόρων. Ωστόσο, ήδη η διαθεσιμότητα των πόρων στα ιδρύματα σχετίζονταν αρκετά με χαρακτηριστικά του διαμένοντα πληθυσμού.

Ο Kosberg προσδιόρισε σε κάθε ίδρυμα ένα βαθμό πόρων. Αυτοί οι πόροι σχετίζονταν με (ανάμεσα σε άλλα) το ποσοστό των έγχρωμων διαμενόντων, το ποσοστό αυτών που παραπέμφθηκαν στο ίδρυμα από κάποιο δημόσιο γραφείο, και το ποσοστό των διαμενόντων που υποστηρίζεται από δημόσιες βοηθητικές πληρωμές (εισφορές). Οι συσχετίσεις που αναφέρθηκαν από τον Kosberg ήταν σταθερά (ομοιόμορφα) υψηλές. Θα φαίνεται ότι η μειονότητα των άπορων ηλικιωμένων συχνά «ιδρυματοποιείται» σε νοσηλευτικά ιδρύματα στερείται σε θεραπευτικούς πόρους. Επίσης, ο Kosberg αναφέρει ότι ηλικιωμένοι που είναι πτωχοί είναι περισσότερο άβολοι με το να βρίσκονται σε ιδρύματα, τα οποία είναι μακριά από τις οικογένειες και τα προηγούμενα σπίτια τους, από ότι οι πιο πλούσιοι ηλικιωμένοι.

#### 4) Επαγγελματισμός

Τα ιδρύματα ποικίλουν στο βαθμό του εκλεπτυσμού με τον οποίο διευθετούνται, στην αναλογία οι καλά εκπαιδευμένων επαγγελματιών στο προσωπικό της τον τρόπο με τον οποίο εκτελούνται ορισμένες επιβαλλόμενες (καθορισμένες) διαδικασίες. Αυτά τα στοιχεία, ανάμεσα σε άλλα, συντελούν σ' αυτό που μπορεί να καλείται παράγοντας επαγγελματισμού. Δεν υπάρχουν έρευνες που συγκεκριμένα να συνθέτουν αυτόν τον χαρακτηρισμό. Ωστόσο, τα αποτελέσματα ορισμένων σχετικών ερευνών υποστηρίζουν ότι ο επαγγελματισμός και μερικές πλευρές της ποιότητας της φροντίδας μπορεί να σχετίζονται αντιστρόφως.

Μια έρευνα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της Μασαχουσέτης ανέφερε ότι μια μεγάλη αύξηση μεταξύ 1965 και 1969 στην αναλογία των ιδρυμάτων που συμμορφώθηκαν (υποτάχθηκαν) με ρυθμιστικά μέτρα για 8 από τα 9 μέτρα της ποιότητας της φροντίδας (Leveyetal 1973). Ωστόσο, ένα μέτρο στο οποίο (από το 1965 – 1969) η συμμόρφωση (υποταγή) μειώθηκε και σχετίσθηκε με την προσωπική φροντίδα των ασθενών. Το 1965 το 90% όλων των ιδρυμάτων υποτάχθηκαν στην προσωπική φροντίδα του ασθενή (για παράδειγμα, να είναι ο ασθενής καθαρός, να έχει καθαρά ρούχα και να είναι περιποιημένος) κατά το 1969 όμως είχε πέσει στο 78%. Παρόμοια για τη φροντίδα στις διάφορες μονάδες των νοσοκομείων η αναλογία τους στην συμμόρφωση μειώθηκε από 60% σε 55%. Η συμμόρφωση για ορισμένα οροθετημένα σημεία των ιδρυμάτων, (όπως προσωπικοί φάκελοι, διαιτητικές οδηγίες και ιατρικοί φάκελοι), αποδείχθηκαν (εξελίχθηκαν δραματικά).

Ένας αριθμός ερευνητών υποστήριξαν ότι υπάρχουν κάποιες δυσκολίες στα «ξεχωριστά» ιδρύματα για τους ηλικιωμένους.

Γενικά, τα χαμηλού επιπέδου ιδρύματα είναι λιγότερο επαγγελματικά από αυτά που είναι υψηλού επιπέδου. Οι Beattie και



Bullock (1964) ανέφεραν ότι τα ιδρύματα St. Louis λειτουργούσαν (είχαν άδεια) ως σπίτια για τους ηλικιωμένους λαμβάνοντας πιο ευνοϊκές παρατηρητικές εκτιμήσεις από τις στάσεις του διευθυντή και από το κοινωνικό περιβάλλον, από ιδρύματα που είχαν άδεια για νοσηλευτική φροντίδα, πρακτική ή και κατοίκων φροντίδα. Προσέτι, το προσωπικό των σπιτιών για τους ηλικιωμένους αναφέρθηκε να έχει πιο θετικές προς τους διαμένοντες παρά στο προσωπικό άλλου είδους ιδρυμάτων.

## 5. Συμπεράσματα

Κάποιος αναζητά προτάσεις για τον τρόπο με τον οποίο θα επιλέξει ένα νοσηλευτικό ίδρυμα ποιότητας για έναν ηλικιωμένο φίλο η συγγενή πιθανόν, διαβάζοντας την πρόσφατη βιβλιογραφία, διαλέγει ένα ίδρυμα το οποίο είναι κατάλληλο, μικρό σε μέγεθος, πλούσιο σε πόρους, κοινωνικό και με προσωπικό που θα έχει θετική συμπεριφορά απέναντι στους διαμένοντες. Δυστυχώς τέτοια ιδρύματα είναι σπάνια. Ωστόσο, εάν θα μπορούσε να βρεθεί κάποιος, τότε μια άλλη ερώτηση θα εμφανιζόταν στο προσκήνιο: παρέχει το ίδρυμα την κατάλληλη φροντίδα υψηλού επιπέδου; Αυτή η ερώτηση υποδεικνύει ένα θεμελιώδες πρόβλημα που έχει συντελέσει στη δυσκολία της επίτευξης κοινής ομοφωνίας στα διάφορα στάδια της ποιότητας της φροντίδας.

Το πρόβλημα είναι η αποτυχία πολλών θεμάτων που αφορούν την ποιότητα να διακριθούν μεταξύ διαφορετικών τύπων ιδρυμάτων που προσφέρουν διαφορετικά επίπεδα φροντίδας.

Ένας από τους βασικούς λόγους της αποτυχίας σε διεθνώς αποδεκτά στάδια της ποιότητας της φροντίδας είναι η επιμονή των ερευνητών να τοποθετούν στην ίδια κατηγορία όλα τα ιδρύματα και όλους τους ασθενείς.

Ο σοβαρός αναγνώστης της βιβλιογραφίας για την ποιότητα της φροντίδας είναι ήδη ενήμερος ότι η ιδιωτική κλινική και το ινστιτούτο κλινικής είναι επαγγελματικοί όροι, το γενικό κοινό και μερικοί ερευνητές

συνήθως απευθύνονται σε μια μεγάλη ποικιλία ιδρυμάτων. Γενικά διακρίσεις γίνεται μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και ινστιτούτων ηλικιωμένων με βάση τις υποτιθέμενες διαφορές στις υπηρεσίες που παρέχονται και καθένα αποσπά ένα διαφορετικό σετ σκέψεων (εικόνων): η ιδιωτική κλινική προτείνει νοσοκομειακές κλίνες και ομοιόμορφο προσωπικό ενώ το ινστιτούτο ηλικιωμένων είναι πιο παραδοσιακό και απλοϊκό. Σκοπεύοντας να γίνουμε πιο ακριβείς, ωστόσο, κάποιος μπορεί να υποστηρίξει ότι δεν υπάρχει μια απλή ομάδα χαρακτηριστικών με τα οποία όλα τα ιδρύματα καλούνται νοσηλευτικά και ινστιτούτα και άλλα με τα οποία διακρίνονται μεταξύ τους. Η έλλειψη ιδρυμάτων που είναι κατάλληλα, μικρά σε μέγεθος, εύπορα, κοινωνικά και με προσωπικό με θετική συμπεριφορά απέναντι στους διαμένοντες εμφανίζει άλλο ένα πρόβλημα με την έρευνα της βιβλιογραφίας: την ανικανότητα να απευθύνει απαντήσεις απευθείας στην ερώτηση: «Πώς μπορεί η ποιότητα της φροντίδας να αποδειχτεί στα υπάρχοντα ιδρύματα;». Όπως αρκετοί είναι ενήμεροι, ήδη υπάρχουν συγκεκριμένες διαδικασίες και ρυθμίσεις για άδειες αλλά μερικοί κυνικοί υποστηρίζουν ότι αυτά αποτελούν ένα πτωχό μέσο για την εξασφάλιση της ποιότητας φροντίδας στα ιδρύματα.

Επίσης οι Gaynes και Tobin (1974) προτείνουν τη δημιουργία ιδρυμάτων που να βασίζονται σε κοινότοπους πόρους, σαν λύση στα «άσχημα» ιδρύματα που δεν παρέχουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τους χρόνια ηλικιωμένους ασθενείς. Ο Gotteswan (1974) συμβουλεύει να γίνουν δραστικές αλλαγές για να καταστηθούν όλα τα ιδρύματα υπολογίσιμα για παροχή υπεύθυνες και υψηλής ποιότητας φροντίδας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ (ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ) ΤΗΣ ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗΣ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

Πολλοί συγγραφείς έχουν συζητήσει για το σύστημα ότι συναλλάσσεται με τους ηλικιωμένους "εκτός τόπου και χρόνου και χωρίς ανταπόκριση. Κριτικές για τα γηροκομεία έχουν καταλήξει ότι χρειάζονται ανανέωση της ποιότητας φροντίδας που παρέχουν, αποδοχή υψηλών και νόμιμων σπάνταρντς φροντίδας και μεταγενέστερες αυξήσεις για τις δαπάνες φροντίδας. Αυτό είχε οδηγήσει σε ολοφάνερες αποδεδειγμένες φυσικές ανέσεις για πολλούς ασθενείς των γηροκομείων. Κατά πόσον είχε οδηγήσει σε οτιδήποτε παραπάνω παραμένει ακόμα μία εμπειρική ερώτηση. Πολυάριθμες έρευνες έχουν παρουσιάσει εκπληκτικά υψηλές αναλογίες νοσηρότητας και θνησιμότητας σε κάποιες ανέσεις, παράπονα για κακή διατροφή, ανεπαρκές προσωπικό και κακοποίηση ασθενειών. Ξεκάθαρα, πολλές ανέσεις εξασφαλίζουν καλή φροντίδα για τον ηλικιωμένο πληθυσμό που διαμένουν σε γηροκομεία, αλλά και άλλες δεν εξασφαλίζουν. Ακόμα και οι "καλοί" φαίνεται ότι μπορεί να κάνουν κάτι για τους διαμένοντές τους που μπορεί να γίνει αναπόφευκτο: ενθαρρύνουν μια διαδικασία αυτοταπείνωσης που οδηγεί σε απώλεια της ταυτότητας του διαμένοντα.

Σε αυτό το κεφάλαιο αναζητούμε την ερώτηση: "τι κάνουν τα ιδρύματα στους ηλικιωμένους ανθρώπους; και απαντάμε μέσω συζήτησης και σε σχέση με άλλα πράγματα την απόφαση για ιδρυματοποίηση, τον αντίκτυπο που έχει η μεταφορά σε κάποιο ίδρυμα για έναν ηλικιωμένο προσωπικά, την ολότητα των ιδρυμάτων και την φροντίδα του "ιδρυματοποιημένου" ηλικιωμένου ασθενή.

## 1) Η απόφαση να ιδρυματοποιήσεις έναν ηλικιωμένο άτομο

Τα αμερικανικά ιδρύματα για τους ηλικιωμένους έχουν φήμη όχι και τόσο ευνοϊκή. Έχουν χαρακτηριστεί ως "αποκτηνωτικά" (Townsend 1962) καθώς και ως "αποθήκες" (Butler 1975). Τα γηροκομεία έχουν γίνει ο στόχος των πρόσφατων ερευνών για κακοποίηση της φροντίδας που παρέχεται σε ιδρύματα (Mendelsou 1974, Tuwnsend 1970). Σε ένα εκτενή σκελετό ενός γεροντολογικού και φημισμένου εντύπου, έχουν κατηγορηθεί περισσότερο για ανικανότητα παρά για θεραπεία. Μελέτες για ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν σε μια ποικιλία ιδρυμάτων δείχνουν ότι τα περισσότερα είναι απροσάρμοστα καταθλιπτικά, δυστυχημένα, έχουν χαμηλό πεδίο ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων και είναι ενδεχόμενο να πεθάνουν πιο σύντομα από ηλικιωμένα άτομα που ζουν στην κοινότητα (Lieberudu 1969).

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι πολίτες έχουν μια αρνητική στάση απέναντι στη ζωή σε ένα γηριατρικό ίδρυμα. Ο Twente (1970) μελέτησε τον αγροτικό ηλικιωμένο πληθυσμό και ανέφερε:

Από όλες τις μετακινήσεις σε άλλη στέγαση η πιο τρομακτική είναι αυτή που οδηγεί σε ένα ίδρυμα. Το ηλικιωμένο άτομο που έχει ανάγκη φροντίδας σε ίδρυμα συχνά αντέχει να ζει σπίτι του με σκοπό να αναβάλλει την ώρα που εισέλθει σε ένα "χώρο με τέσσερις τοίχους".

Μερικές φορές φαίνεται ότι ελπίζει να είναι σε θέση να ζήσει με το γιο και την κόρη αντί σε ίδρυμα. Οι μεγάλοι άνδρες και γυναίκες μπορεί να προσφεύγουν στη στιγμή που οι ίδιοι θα αναλάβουν την φροντίδα των γονιών τους.

Φοβούνται την προοπτική της φροντίδας σε ίδρυμα γιατί την βλέπουν σαν το τέλος της μικρής ανεξαρτησίας που έχουν. Ασφαλώς υπάρχει και το ενδεχόμενο υπολειπόμενος φόβος να εξαφανιστεί σε ένα άτομο μέσα σε ένα ίδρυμα.

Στηριζόμενη στις εθνικές της εκτιμήσεις για τους ηλικιωμένους, η Etuel Suduas συνοψίζει τα συναισθήματα για τα ιδρύματα. Περίπου όλοι

οι ηλικιωμένοι άνθρωποι βλέπουν την μετακίνηση σε ένα γηροκομείο με φόβο και εχθρότητα. Όλοι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι - χωρίς εξαίρεση - πιστεύουν ότι η μετακίνηση σε ένα ίδρυμα είναι μια αποφασιστική αλλαγή για τη ρύθμιση του τρόπου ζωής και ίσως η τελευταία αλλαγή που θα πραγματοποιήσει προτού πεθάνει ...Τέλος, χωρίς σημασία για τις ελαφρυντικές περιστάσεις, το ηλικιωμένο άτομο, που έχει παιδιά, εξηγεί την παραμονή του σε ίδρυμα σαν απόρριψη από την οικογένειά του.

Τα περισσότερα από τα ηλικιωμένα άτομα ζουν ακόμα στην κοινότητα και ο Tobin και Lieberman (1976) τους πήραν συνέντευξη για τη μελέτη τους για τα γηροκομεία με προσδοκία να εισάγουν ένα ίδρυμα σαν πανωλεθρία. Ένας αποκρινόμενος είπε:

Οι περισσότεροι από αυτούς πηγαίνουν προτού να πρέπει. Τα παιδιά τους δεν τους θέλουν. Δεν έχουν χρήματα, είναι αδύναμοι. Οι σύντροφοί τους έχουν πεθάνει. Δεν έχουν άλλη επιλογή. Στα ιδρύματα παίζουν χαρτιά, βλέπουν τηλεόραση, κάθονται και κοιτούν από το παράθυρο, διαβάζουν εφημερίδες, μετέχουν σε ομιλίες, διαλέξεις και συζητήσεις. Έχουν διασκέδαση. Γνωρίζω καθετί για τους διαμένοντες. Πρέπει να ξυπνάς να κάνεις μπάνιο και να τρως συγκεκριμένη ώρα.

Ακόμα υπάρχουν στιγμές που είσαι ελεύθερος και μπορείς να πας σε χώρους υποδοχής και να συζητήσεις με τους φίλους σου. Δεν θα μου άρεσε. Αν έπρεπε να πάω, λόγω χειροτέρευσης της κατάστασής μου, θα συλλογιζόμουνα ότι αυτή είναι η μοίρα μου. Νομίζω ότι είναι ένα μέρος για να πεθάνεις.

Παρόλο την όχι ευνοϊκή φήμη των γηροκομείων και την αρνητική στάση των ηλικιωμένων πολιτών απέναντί τους, πολλοί ηλικιωμένοι χρειάζονται την φροντίδα ενός ιδρύματος. Συνήθως, αυτή η ανάγκη είναι φαινομενική των μελών της οικογένειας και / ή βασίζεται σε μια σύσταση κάποιου ειδικού (γιατρού). Συγκεκριμένα, σε περιπτώσεις που εμπλέκεται κάποια ασθένεια και / ή φυσική εξασθένιση, η ανάγκη μπορεί να είναι φαινομενική του ηλικιωμένου ατόμου. Κάτω από αυτές τις

συνθήκες, τότε είναι πιθανό, το ηλικιωμένο άτομο πρέπει να συμμετέχει σε όλες τις αποφάσεις που αφορούν τον ίδιο, συμπεριλαμβάνοντας και αυτές της "ιδρυματοποίησης". Όπως και να έχει, η διαθεσιμότητα και η εφαρμογή της οικογενειακής υποστήριξης και παροχής υπηρεσιών πρέπει σοβαρά να λαμβάνεται υπόψη προτού ληφθεί η οριστική απόφαση για την εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα.

Η ανάγκη για φροντίδα παρεχόμενη σε ίδρυμα μπορεί να είναι λιγότερο φαινομενική των μελών της οικογένειας και (ειδικά) του ηλικιωμένου ατόμου σε περιπτώσεις που εμπλέκεται διανοητική πάθηση. Η Lowenthal (1964) αναγνωρίζει πέντε χαρακτηριστικά που θα πρέπει να επηρεάζουν την απόφαση για "ιδρυματοποίηση" των ηλικιωμένων, ειδικά άρρωστα άτομα:

- 1) Διαταραχές στη σκέψη και στην έκφραση συναισθημάτων, όπως διαλείψεις ή κατάθλιψη.
- 2) Ψυχικές ασθένειες.
- 3) Ενδεχόμενη επιζήμια συμπεριφορά, όπως σύγχυση ή απειθαρχία.
- 4) Βλαβερή συμπεριφορά όπως άρνηση απαραίτητης ιατρικής φροντίδας ή βίας προς άλλους.
- 5) Περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η έλλειψη ή η ανικανότητα ενός υπεύθυνου ατόμου που να φροντίζει τον ασθενή.

Εδώ πάλι, η διαθεσιμότητα επαρκούς και εφαρμόσιμης φροντίδας στο σπίτι μπορεί να αποτρέψει την εισαγωγή σε ιδρύματα πολλών ηλικιωμένων ασθενών. Άτομα που έχουν ανακόλουθες εκτροπές μνήμης ή που είναι ήπια συγχυσμένα ως αποτέλεσμα ή ως σύμπτωμα ενός χρόνιου εγκεφαλικού συνδρόμου, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακού νοσήματος, ακραίας κακοήθειας ή ενός πρόσφατου τραυματισμού στο κεφάλι, μπορεί να θεραπευθούν καλύτερα στο σπίτι εάν είναι διαθέσιμη επαρκής κοινωνική υποστήριξη. (Butler και Lewis 1977). Άτομα που έχουν ανάγκη μόνο από κατάλληλη διαμονή με οικονομικές παροχές και κοινωνική υποστήριξη δεν πρέπει να εισάγονται σε ιδρύματα εάν είναι εφικτό αυτό βέβαια. Η διάκριση επίσης

χρειάζεται να γίνεται μεταξύ της ιατρικής νοσοκομειακής περίθαλψης και της περίθαλψης σε ιδρύματα και μεταξύ μακροχρόνιας και βραχυπρόθεσμης φροντίδας. Για παράδειγμα άτομα με σύνδρομα βαρειών ψυχικών ασθενειών και όσοι είναι σε κωματώδη κατάσταση χρειάζονται μακρόχρονη ιατρική νοσηλευτική περίθαλψη παρά μία νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.

Συχνά τα άτομα της οικογένειας εμπλέκονται αρκετά στις αποφάσεις που αφορούν την εισαγωγή ενός ηλικιωμένου ατόμου σε ίδρυμα. Πολλά μέλη οικογενειών είναι εξαιρετικά διφορούμενοι σχετικά με μια τέτοια απόφαση λόγω συναισθήματος αποτυχίας από τη δική τους πλευρά και λόγω της αρνητικής τους στάσης απέναντι στα γηροκομεία. Αυτό μπορεί να αποδειχθεί όταν η εισαγωγή σ' ένα ίδρυμα γίνεται ενάντια στη θέληση του ηλικιωμένου ατόμου. Ο Butler και Lewis ('977) επισήμαναν ότι οι οικογένειες που έχουν βιώσει εμπειρία φροντίδας συχνά αντιδρούν με βαριά θλίψη στην εισαγωγή σε ίδρυμα αν και το άτομο (που φρόντιζαν) έχει ήδη πεθάνει και ο θάνατος αυτός μπορεί να είναι πιο τραυματικός από τον θάνατο του ατόμου σε μια πιο μεγάλη ηλικία. Όπου είναι τα μέλη μιας οικογένειας πρέπει να συσκέπτονται και να συζητούν τόσο τα συναισθήματα ενοχής που διαθέτουν, όσο τις υποστηρικτικές ενέργειες που πρέπει να κάνουν για να βοηθήσουν τον ασθενή που βρίσκεται στο ίδρυμα.

## **2) Η επιλογή ενός νοσηλευτικού ιδρύματος**

Το να επιλέγεις ένα ίδρυμα, για νοσηλεία, για έναν ηλικιωμένο φίλο, συγγενή ή πελάτη είναι μια δύσκολη και σημαντική απόφαση. Οι επαγγελματίες υγείας και άλλοι μπορεί να προσδοκούν να κληθούν για να απαντήσουν ερωτήσεις που αφορούν τη διαδικασία επί λογής. Εδώ παρατίθενται ορισμένες οδηγίες για το πως να επιλέγεις ένα ίδρυμα για νοσηλεία.

Σαν γενικό κανόνα, ειδικές απαιτήσεις και πρωτόκολλα για κατάλληλη φροντίδα υγείας θα πρέπει να συζητούνται με έναν ειδικό (γιατρό) ή άλλους επαγγελματίες υγείας, ο οποίος πιθανόν είναι ο πιο κατάλληλος να γνωρίζει τι εξοπλισμό και υπηρεσίες θα είναι απαραίτητες να παρέχονται για το άτομο που διερωτάται. Σύνταξε μια λίστα με δραστηριότητες που προτιμάς στο δικό σου γεωγραφικό χώρο προτείνοντας τον τύπο των υπηρεσιών που απαιτείς. χρησιμοποίησε πόρους από την κοινότητα - γιατρούς, νοσηλευτές, φίλους, γείτονες, ιερείς, ακόμα και πρακτορεία, για να μάθεις αν κάποιος γνωρίζει κάποιο ίδρυμα που να βασίζεται στη λίστα σου. Αφού βεβαιωθείς ότι υπάρχουν, να επισκεφθείς το καθένα. Προσπάθησε να δεις όσο περισσότερα γίνεται, και σε διαφορετικές ώρες την ημέρα. Χρησιμοποίησε αυτές τις επισκέψεις επωφεληματικά. Μην ξοδεύεις το χρόνο σου στο γραφείο του διευθυντή του ιδρύματος, αλλά γνώρισε όλο το χώρο του ιδρύματος. Προσπάθησε να είσαι παρατηρητικός και μη ντρέπεσαι να κρατάς σημειώσεις.

Τι είναι αυτό που πραγματικά ζητάς; Παρατίθενται ορισμένα πράγματα να σκεφθείς υπόψιν. Είναι οι διαμέροντες καθαροί, συγυρισμένοι και καλά περιποιημένοι; Είναι ανεβασμένοι ψυχολογικά; Ντύνονται με τα δικά τους ρούχα; Πώς φαίνονται και συμπεριφέρονται; Είναι ευτυχισμένοι νυσταγμένοι και κουρασμένοι (τα τελευταία μπορεί να φανερώνουν κακοποίηση με φάρμακα)

Συμμετέχουν οι διαμέροντες σε δραστηριότητες; Τι δραστηριότητες προτείνονται; Τι άλλες παροχές διατίθενται και πόσο συχνά; Ψυχαγωγικές Φυσικής αποκατάστασης Επαγγελματικές, κοινωνικές, ψυχιατρικές, θρησκευτικές;

Είναι τα δωμάτια και τα κλινοσκεπάσματα τα καθαρά και καλοσυντηρημένα; Παρατήρησε όλες τις περιοχές του ιδρύματος - κουζίνα, καθιστικό, υπνοδωμάτια και μπάνια. Θυμήσου ότι η καθαριότητα και η άνεση μπορεί να σημαίνουν πολλά περισσότερα από την απειρία. Υπάρχει μία βαριά οσμή ούρων στο κτίριο γενικά; Οι οσμές



μπορεί να δηλώνουν ότι το προσωπικό δεν δίνει προσοχή στους ασθενείς με ακράτεια.

Υπάρχουν αρκετοί εργαζόμενοι; Είναι περιποιημένοι και καθαροί; Είναι λογικοί και συμπονητικοί; Απασχολούνται με τους διαμένοντες. Τους μιλούν και τους φέρονται σαν ενήλικες; Παραπονούνται οι διαμένοντες και το προσωπικό συχνά;

Έχουν οι διαμένοντες επιλογή στα γεύματα που τους προσφέρονται; Είναι η τραπεζαρία άνετη και βολική για τους διαμένοντες; Είναι το φαγητό θρεπτικό, επαρκές και καλά σερβιρισμένο; Υπάρχουν αρκετοί άνθρωποι να βοηθούν αυτούς που έχουν ανάγκη;

Βεβαιώσου ότι θα συζητήσεις τις αμοιβές με τους κατάλληλους διευθυντές. Απαίτησε μια γραπτή λίστα με όλες τις επιπλέον επιβαρύνσεις, όπως επισκέψεις γιατρούς, φάρμακα, προμήθειες πλυντήριο και κούρεμα. Απαιτείται προκαταβολή; Επιτρέπεται στους διανέμοντες τα προσωπικά τους υπάρχοντα; Είναι οι παροχές διαθέσιμες να χειρίζονται προσωπικά χρήματα όπως ιατροφαρμακευτικό επίδομα, δώρα και οικογενειακές συνεισφορές; Πόσο συχνά ο διαμένων, στα μέλη της οικογένειας ή ο κηδεμόνας λαμβάνει ένα αναλυτικό λογαριασμό των υπηρεσιών που προσφέρονται στον ασθενή; Μπορούν οι διαμένοντες να παραμείνουν στο ίδρυμα όταν δεν έχουν να πληρώσουν για κάποιο διάστημα; Ποιος χειρίζεται τα παράπονα του διαμένοντα και της οικογένειας;

Το Υπουργείο Υγείας, Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Πρόνοιας έχει προετοιμάσει μια λίστα με σκοπό να βοηθήσει τα άτομα που επισκέπτονται ιδρύματα στοχεύοντας να εξετάσουν τις δραστηριότητες και υπηρεσίες που παρέχουν.

## Η Λίστα περιλαμβάνει τα ακόλουθα ερωτήματα

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Το ίδρυμα έχει την απαιτούμενη άδεια από την πολιτεία;	----	----
2. Ο διευθυντής του ιδρύματος έχει την απαιτούμενη άδεια από την πολιτεία;	----	----
3. Εάν έχετε ανάγκη και δικαιούστε μια οικονομική βοήθεια (επίδομα), το ίδρυμα πιστοποιεί τη συμμετοχή του σε κυβερνητικά προγράμματα που να την παρέχουν;	----	----
4. Το ίδρυμα παρέχει ειδικές υπηρεσίες όπως συγκεκριμένη δίαιτα ή θεραπεία όπου ο ασθενής χρειάζεται;	----	----
5. Τοποθεσία		
α) Είναι ευχάριστη για τους ασθενείς;	----	----
β) Είναι βολική για τον προσωπικό γιατρό του;	----	----
γ) Είναι βολική για συχνές επισκέψεις;	----	----
δ) Βρίσκεται κοντά κάποιο νοσοκομείο;	----	----
6. Πρόληψη ατυχημάτων		
α) Υπάρχει καλός φωτισμός;	----	----
β) Το πάτωμα είναι ελεύθερο από κινδύνους;	----	----
γ) Οι καρέκλες είναι γερές και δε γέρνουν;	----	----
δ) Υπάρχουν προειδοποιητικές πινακίδες αν τα πατώματα γλιστράνε;	----	----
ε) Υπάρχουν προστατευτικά στηρίγματα στους διαδρόμους και στα μπάνια;	----	----
7. Προστασία από φωτιά		
α) Στηρίζεται σε κρατικούς κώδικες;;	----	----
β) Οι έξοδοι κινδύνου είναι ευδιάκριτες;	----	----
γ) Υπάρχει ένα γραπτό σχέδιο επείγουσας πυρκαϊάς;	----	----
δ) Υπάρχουν συχνές ασκήσεις πυρκαϊάς;	----	----

ε) Οι έξοδοι κινδύνου είναι κλειδωμένες;	-----	-----
στ) Οι σκάλες είναι καλά προφυλαγμένες;	-----	-----
8. Υπνοδωμάτια		
α) Έχουν πρόσβαση στο χωλ;	-----	-----
β) Έχουν παράθυρα;	-----	-----
γ) Κάθε δωμάτιο διαθέτει τουλάχιστον μέχρι τέσσερις κλίνες;	-----	-----
δ) Η πρόσβαση στην κλίνη είναι εύκολη;	-----	-----
ε) Υπάρχουν κουρτίνες γύρω από κάθε κρεβάτι;	-----	-----
στ) Υπάρχει κουδούνι κλήσης νοσηλεύτριας για κάθε κρεβάτι;	-----	-----
ζ) Υπάρχει φρέσκο νερό δίπλα από κάθε κρεβάτι;	-----	-----
η) Υπάρχουν φώτα για διάβασμα;	-----	-----
θ) Υπάρχουν ξεχωριστές ντουλάπες για κάθε άτομο;	-----	-----
ι) Υπάρχουν ειδικά δωμάτια που να μπορούν να μετακινούνται αναπηρικές καρέκλες;	-----	-----
κ) Οι συγκατοικοί "συλλέγονται" προσεκτικά;	-----	-----
9. Καθαριότητα		
α) Γίνεται γενική καθαριότητα;	-----	-----
β) Ο χώρος είναι ελεύθερος από δυσάρεστες οσμές;	-----	-----
γ) Οι ασθενείς με ακράτεια έχουν την άμεση προσοχή του προσωπικού;	-----	-----
	NAI	OXI
10. Προθάλαμος		
α) Είναι η ατμόσφαιρα καλοδεχούμενη;	-----	-----
β) Μπορεί να χρησιμοποιείται και από τους διαμένοντες;	-----	-----
γ) Τα έπιπλα είναι άνετα;	-----	-----
δ) Υπάρχουν καλλωπιστικά φυτά;	-----	-----
ε) Εκτίθενται η άδεια και άλλα πιστοποιητικά του ιδρύματος;	-----	-----

## 11. Διάδρομοι

α) Είναι αρκετά ευρύχωροι ώστε να διέρχονται αναπηρικές καρέκλες; -----

β) Υπάρχουν προστατευτικά στηρίγματα και στις δύο πλευρές τους; -----

## 12. Τραπεζαρία

α) Είναι ελκυστική; -----

β) Είναι οι καρέκλες και τα τραπέζια αναπαυτικά; -----

γ) Είναι εύκολη η κίνηση σ'αυτήν; -----

δ) Είναι τα τραπέζια βολικά για άτομα που κινούνται με αναπηρικές καρέκλες; -----

ε) Το φαγητό είναι γευστικό και καλά σερβιρισμένο; -----

στ) Στο μενού υπάρχουν αρκετά πιάτα για να επιλέξεις; -----

ζ) Αυτοί που έχουν ανάγκη από βοήθεια, την δέχονται; -----

## 13. Κουζίνα

α) Υπάρχουν χωριστά τμήματα για την προετοιμασία του φαγητού, το πλύσιμο των πιάτων και τα σκουπίδια; -----

β) Τα τρόφιμα που χρειάζονται συντήρηση σε ψυγείο, την έχουν ή βρίσκονται σε καλάθια; -----

γ) Τηρούνται οι κανόνες υγιεινής; -----

## 14. Δωμάτια δραστηριοτήτων

α) Τα δωμάτια αυτά είναι κατάλληλα για δραστηριότητες και ασθενών; -----

β) Υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός; -----

γ) Οι διαμένοντες χρησιμοποιούν με ευκολία τον εξοπλισμό; -----

## 15. Δωμάτια για ειδικούς σκοπούς

α) Τα δωμάτια έχουν καταρτισθεί για φυσική εξέταση ή θεραπεία; -----

β) Χρησιμοποιούνται για καθορισμένο σκοπό;	-----	----
16. Δωμάτιο απομόνωσης		
α) Υπάρχει τουλάχιστον ένα κρεβάτι και μπάνιο για ασθενείς με μεταδοτική ασθένεια;	-----	----
17. Τουαλέτα (και ευκολίες της)		
α) Βρίσκεται κοντά στα υπνοδωμάτια;	-----	----
β) Είναι χρησιμοποιήσιμη από έναν ασθενή σε αναπηρική καρέκλα;	-----	----
γ) Υπάρχει νιπτήρας;	-----	----
δ) Υπάρχει κουδούνι βοήθειας;	-----	----
ε) Υπάρχουν βοηθητικά στηρίγματα;	-----	----
στ) Οι μπανιέρες ή τα ντους έχουν επιφάνεια που δεν γλιστράει;	-----	----
18. Αυλή		
α) Οι διαμένοντες μπορούν να αναπνέουν καθαρότερα;	-----	----
β) Υπάρχουν ράμπες για τους ανάπηρους;	-----	----
19. Παροχές Ιατρικής		
α) Υπάρχει διαθέσιμος γιατρός για επείγον περιστατικό;	-----	----
β) Επιτρέπεται ο προσωπικός γιατρός του κάθε ατόμου;	-----	----
γ) Υπάρχει η συνηθισμένη ιατρική ασφάλεια;	-----	----
δ) Υπάρχει λεπτομερής φυσική εξέταση ή μόνο σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης;	-----	----
ε) Φυλάσσονται οι ιατρικοί φάκελοι και τα σχέδια φροντίδας ;	-----	----
στ) Συμμετέχουν οι ασθενείς στο σχεδιασμό της θεραπείας;	-----	----
ζ) Υπάρχουν άλλες ιατρικές υπηρεσίες (π.χ. οδοντίατροι, οφθαλμίατροι κ.λπ);	-----	----
η) Υπάρχει ελευθερία να αγοράζονται τα φάρμακα εκτός του ιδρύματος; (χωρίς τη βοήθειά του)	-----	----
20. Νοσηλεία στο νοσοκομείο		

α) Υπάρχει η δυνατότητα μεταφοράς κάποιου ασθενή στο κοντινότερο νοσοκομείο, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο;	-----	----
21. Νοσηλευτικές παροχές		
α) Η προϊσταμένη είναι υπεύθυνη για το νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα τέτοιο ίδρυμα;	-----	----
β) Οι νοσηλευτές εκτελούν τα καθήκοντά τους και μέρα και νύχτα;	-----	----
γ) Υπάρχουν εκπαιδευτικοί νοσηλευτές βοηθοί στην υπηρεσία ιδρυμάτων που προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα;	-----	----
22. Φυσική θεραπεία		
α) Υπάρχουν διαθέσιμοι ειδικοί ιατροί για την αντιμετώπιση δύσκολων περιπτώσεων;	-----	----
23. Πρόγραμμα δραστηριοτήτων		
α) Δίνεται σημασία στις προτιμήσεις του κάθε ασθενή;	-----	----
β) Υπάρχουν ομαδικές και ατομικές δραστηριότητες;	-----	----
γ) Τα άτομα ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στις δραστηριότητες ή πιέζονται;	-----	----
δ) Επιτρέπονται εκδρομές, βόλτες γι'αυτούς που μπορούν να πάνε;	-----	----
ε) Μπορούν να εργαστούν στο ίδρυμα άτομα της κοινότητας ως εθελοντές;	-----	----
24. Το τυπικό της θρησκείας		
α) Υπάρχουν κανονισμοί που επιτρέπουν στον ασθενή να λατρεύει όπως επιθυμεί;	-----	----
β) Είναι ζήτημα επιλογής;	-----	----
25. Κανονικές παροχές		
α) Είναι διαθέσιμος κοινωνικός λειτουργός για να	-----	----

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
να βοηθάει τόσο τους διαμένοντες όσο και τις οικογένειές τους;	-----	----
26. Διατροφή		
α) Υπάρχουν ειδικά πιάτα στο μενού για ασθενείς που χρειάζονται ειδική δίαιτα;	-----	----
β) Υπάρχει ποικιλία στα διάφορα γεύματα;		
γ) Τα γεύματα σερβίρονται σε κανονικά διαστήματα;	-----	----
δ) Υπάρχει αρκετός χρόνος για κάθε γεύμα;	-----	----
ε) Υπάρχουν ενδιάμεσα γεύματα;		
στ) Το φαγητό μπορεί να σερβιριστεί στο δωμάτιο του ασθενή;	-----	----
ζ) Προσφέρεται βοήθεια στη λήψη φαγητού όταν κρίνεται απαραίτητη;	-----	----
27. Προσωπική περιποίηση		
α) Είναι διαθέσιμοι ο κουρέας και η κομμώτρια για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα;	-----	----
28. Συμπεριφορές και ατμόσφαιρα		
α) Η γενική ατμόσφαιρα είναι ζεστή, φιλική και ευγενική;	-----	----
29. Τα μέλη του προσωπικού ενδιαφέρονται προσωπικά για κάθε ασθενή; Δείχνουν σεβασμό ή φωνάζουν στους ασθενείς;	-----	----
30. Ο διευθυντής είναι ευγενικός και προσφέρει βοήθεια;		
α) Γνωρίζει τους ασθενείς με τα ονόματά τους;	-----	----
β) Είναι διαθέσιμος να απαντά σε ερωτήσεις, να ακούει παράπονα ή να συζητά προβλήματα;	-----	----
31. Τα μέλη του προσωπικού ανταποκρίνονται άμεσα στις κλήσεις των ασθενών για βοήθεια;	-----	----
32. Οι διαμένοντες είναι "σβέλτοι";	-----	----
α) Οι διαμένοντες είναι ευεργετικοί και δραστήριοι		

εκτός αν είναι βαριά άρρωστοι.	-----	----
β) Μπορούν να διακοσμήσουν τα δωμάτιά τους;	-----	----
γ) Μπορούν να φορέσουν τα δικά τους ρούχα;	-----	----
δ) Έχουν μια ευκαιρία να αυτοεκφραστούν;	-----	----
ε) Εάν επιθυμούν μπορούν να δουλεύουν;	-----	----
33. Οι ώρες επισκεπτηρίου βολεύουν τους διαμένοντες και τους επισκέπτες;	-----	----
34. Δίνεται προσοχή στην τήρηση των δικαιωμάτων;	-----	----
35. Οι επισκέπτες και οι εθελοντές είναι ευχαριστημένοι με το ίδρυμα;	-----	----

### **3) Τι κάνουν τα ιδρύματα στους ηλικιωμένους;**

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει τα γεροντολογικά έντυπα είναι γεμάτα με περιγραφές ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα που τα παρουσιάζουν ως δυσανοργάνωτα, καταθλιπτικά και δύσκολο να προσανατολιστούν. Ο Townsend (1962) συνοψίζει τα έντυπα ως εξής: Σε ένα ίδρυμα οι άνθρωποι ζουν κοινοτικά με μειωμένη την "ησυχία" τους· ταυτόχρονα οι μεταξύ τους σχέσεις είναι λιγοστές. Η κινητικότητά τους είναι περιορισμένη όπως και η αποδοχή τους από την κοινωνία. Οι κοινωνικές εμπειρίες είναι μειωμένες και το προσωπικό μάλλον είναι απόμακρο. Τα άτομα προσανατολίζονται έξυπνα σε ένα σύστημα στο οποίο υποβάλλονται σε προκαθορισμένη ρουτίνα και απασχόληση μη δημιουργική. Στερούνται τις στενές σχέσεις με τις οικογένειές τους και σπάνια βρίσκουν υποκατάστατα τα οποία μάλλον είναι απομιμήσεις αυτών που ευχαριστούν τους περισσότερους ανθρώπους της κοινότητας. Το άτομο στο ίδρυμα έχει λίγες ευκαιρίες να αναπτύξει τα ταλέντα που διαθέτει και η ατροφία συνεχώς χειροτερεύει.

Μπορεί συνεχώς να αποσύρεται και να φαίνεται καταθλιπτικός, καθώς και να μην ενδιαφέρεται μελλοντικά για πράγματα που δεν είναι άμεσα



προσωπικά. Μερικές φορές γίνεται τελείως απαθής, μιλάει ελάχιστα και στερείται πρωτοβουλίας. Οι προσωπικές του συνήθειες (π.χ. σωματική ανάγκη) μπορεί να χειροτερεύσουν. Περιστασιακά μπορεί να φαίνεται ότι βρίσκεται σ'ένα δικό του φανταστικό κόσμο. Σε ορισμένα μικρά και πιο ανθρώπινα ιδρύματα, αυτά τα χαρακτηριστικά φαίνεται να είναι λιγότερα συχνά, ωστόσο δεν παύουν να υπάρχουν.

Ο Tobiu και Lieberman (1976) παρέχουν 4 αιτίες γι'αυτό το "πορτραίτο" των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα: μετατόπιση, επιδράσεις προηγούμενης εισαγωγής, επιλογή διαδικασίας και η ολότητα των ιδρυμάτων.

#### **4) Προβλήματα από την μετατόπιση του ατόμου**

Η σχέση της περιβαλλοντικής αλλαγής με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα έχει ερευνηθεί σε ψυχιατρεία, νοσηλευτικά ιδρύματα και γηροκομεία. Μετακινώντας το ηλικιωμένο άτομο από ένα οικογενειακό χώρο σε ένα ίδρυμα ή σε χώρους παρόμοιους με το σπίτι του, έχει αναφερθεί ότι προκαλεί ψυχολογική αποδιοργάνωση και εξάντληση. Ο Verwoerd (1976) αναφέρει την ακόλουθη περίπτωση:

Ένας 74 χρόνος ζούσε μόνος σ' ένα σαραβαλιασμένο καλύβι. Αφού εισερχόταν από τις τρύπες του τοίχου με συνέπεια να παγώνει. Τα ποντίκια ήταν επισκέπτες κάθε εποχή.

Ο άνδρας ζούσε σε επανειλημμένο κίνδυνο να καεί (χρησιμοποιούσε μια ξύλινη θερμάστρα για να ετοιμάζει τα γεύματά του).

Για χρόνια η κοινωνική υπηρεσία προσπαθούσε να αποδείξει τη συνήθεια αυτού του ερημίτη, αλλά μάταια. Τέλος μια λύση φαινόταν να παρουσιάζεται. Ένας αποκαταστημένος αγρότης εκεί κοντά είχε μια καλύβα και πρότεινε να μετακομίσει ο άνδρας σ' αυτήν. Η καλύβα ήταν ένα καλό μικρό οίκημα με ανέσεις όπως υδραυλικά και ηλεκτρικά. Ο γέρος άνδρας πείστηκε να μετακομίσει και ένα μεγάλο πρόβλημα

φαινόταν ότι είχε λυθεί με την ανθρώπινη παρέμβαση. Λίγες μέρες μετά η κοινωνική λειτουργός δέχθηκε ένα επείγον τηλεφώνημα από τον αγρότη. Όταν έφθασε στη φάρμα η κοινωνική λειτουργός αντίκρισε τον ηλικιωμένο άνθρωπο σε οξεία σύγχυση ήταν ξαπλωμένος στο κρεβάτι με μεγάλη απώλεια ούτων γύρω του. (Πριν τη μετακόμιση η αποδιοργάνωση και η ακράτεια δεν ήταν πρόβλημα για αυτόν).

Το νόημα αυτού του επεισοδίου, σύμφωνα με τον Verwoerd, είναι ότι για τον ηλικιωμένο άνδρα σπίτι ήταν το παλιό καλύβι που ζούσε για δεκαετίες. Εκεί ένιωθε ότι ανήκε και όχι στην καινούρια καλύβα. Η κοινωνική λειτουργός ένιωθε ακριβώς το αντίθετο. Αυτό που έπρεπε να κατανοήσει ήταν ότι η φυσική μετατόπιση κατέληξε σε ψυχολογική εξάρθρωση κατά την οποία ο ηλικιωμένος άνδρας έχασε την εμπιστοσύνη του στον κόσμο.

Μερικοί ερευνητές διαφωνούν ότι παραδείγματα όπως αυτό προσφέρουν υποστήριξη, αντίθετα πιστεύουν στην πιθανότητα η απαθλίωση της ζωής να προέρχεται από την μετατόπιση ενός ηλικιωμένου ατόμου σε ένα καινούριο περιβάλλον.

Αυτή την πιθανότητα την υποστηρίζουν περισσότερο μελέτες που αποδεικνύουν το "λουκέτο" ιδρυμάτων που απαιτούν μεγάλη μεταφορά των διαμενόντων τους σε νέα ιδρύματα, καθώς και την υψηλή θνησιμότητα και νοσηρότητα σε άτομα που συνεχώς μετακομίζουν.

Άλλοι ερευνητές διαφωνούν ότι φταίει το άγχος της μετακόμισης, αλλά ότι η μη συνοχή του περιβάλλοντος και ο βαθμός αλλαγής μεταξύ νέου και παλιού περιβάλλοντος ευθύνονται για τα αποτελέσματα που παρατηρούνται μετά την εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα. Συγκεκριμένα ο Lawton (1974) πιστεύει ότι οι ηλικιωμένοι, και ειδικά οι εισαχθέντες σε κάποιο ίδρυμα, αντιμετωπίζουν διπλό κίνδυνο σ' αυτή την περίπτωση. Διαφωνεί ότι άτομα με προβλήματα υγείας είναι λιγότερο ικανοί να δέχονται τις νέες περιβαλλοντικές αλλαγές.

Ο Bulter και Lewis (1977) προτείνουν μερικά πρακτικά προγράμματα που μπορεί να φανούν χρήσιμα για τη μείωση των επιδράσεων που προκαλεί η εισαγωγή σε ένα ίδρυμα.

Προγράμματα ημέρας, προκαταρκτικές άδειες για τα σαββατοκύριακα και προβλέψεις για την οικογένεια ή φίλους να κοιμούνται στο ίδρυμα, μπορούν να κάνουν πιο ήπια την μεταφορά σε έναν νέο περιβάλλον. Η οικογένεια και οι φίλοι πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν συχνές επισκέψεις, και τα παιδιά και τα εγγόνια να έχουν πρόσβαση στο ίδρυμα. Αυτές οι επισκέψεις και οι ενέργειες που τις συνοδεύουν μπορούν να μειώσουν την απόσταση μεταξύ ιδρύματος και κοινότητας.

## **5) Το "ολοκληρωμένο" ίδρυμα**

Η πιο επικρατούσα απάντηση στην ερώτηση "Τι κάνουν τα ιδρύματα στους ηλικιωμένους;" ειπώθηκε από τον Eeving (1961) στο χαρακτηρισμό για το ολοκληρωμένο ίδρυμα. Σύμφωνα με τον Goffman, ένας βασικός κοινωνικός κανονισμός στη σύγχρονη κοινωνία είναι ότι τα άτομα αποσκοπούν να κοιμούνται, να παίζουν και να δουλεύουν σε διαφορετικά πόστα. Ένα βασικό χαρακτηριστικό των ολοκληρωμένων ιδρυμάτων είναι ο μη καταμερισμός των προηγούμενων δραστηριοτήτων με αποτέλεσμα να λαμβάνουν χώρο στον ίδιο τόπο και χρόνο και με τους ίδιους ανθρώπους. Τέσσερα χαρακτηριστικά είναι απαραίτητα για την ταξινόμηση ενός ιδρύματος ως ολοκληρωμένο: α) όλες οι αποφάσεις της ζωής του διαμένοντα λαμβάνονται σε συγκεκριμένο χώρο και από την ίδια αρχή, β) κάθε μια από τις καθημερινές ενέργειες του διαμένοντα εκτελείται από την άμεση υπηρεσία που είναι μέλος άλλων, οι οποίες συμπεριφέρονται παρόμοια και υποχρεούνται να εκτελούν συνέχεια τα ίδια, γ) όλες οι καθημερινές δραστηριότητες είναι αυστηρά προγραμματισμένες, η οποία κάθε μία

είναι επακόλουθο της προηγούμενης και δ) όλες οι δραστηριότητες είναι λογικά σχεδιασμένες και πραγματοποιούνται για χάρη του ιδρύματος.

Ο Goffmau κατατάσσει τα "ολοκληρωμένα" ιδρύματα στην κοινωνία μας σε 5 γενικές κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους χώρους που φροντίζουν άτομα που αντιλαμβάνονται ότι είναι ανίκανοι και ακίνδυνοι περιλαμβάνοντας ιδρύματα που προσφέρουν νοσηλεία, γηροκομεία και πτωχοκομεία. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τους χώρους όπου φροντίζουν άτομα που μπορεί να είναι ανίκανοι να προσέχουν τους εαυτούς τους, όπως τα ψυχιατρεία. Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει αυτά τα "ολοκληρωμένα ιδρύματα" όπου έχουν σαφώς αναπτυχθεί για να προστατεύουν την κοινωνία από αυτούς που είναι ενδεχομένως επικίνδυνοι, όπως οι φύλακες. Η τέταρτη κατηγορία περιλαμβάνει χώρους όπως τα στρατόπεδα και τα οικοτροφεία. Η τελευταία κατηγορία περιλαμβάνει ιδρύματα όπως μοναστήρια.

## **6) Φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή που βρίσκεται σε ίδρυμα**

Οι άνθρωποι που φροντίζουν ηλικιωμένους ασθενείς σε ιδρύματα πρέπει να είναι ευπροσάρμοστοι, με χιούμορ, συμπονητικοί και ευσεβείς. Τα μέλη του προσωπικού θα εμπλέκονται σε προβλήματα όπως ακράτεια, ανήθικη γλώσσα και άλλες αγενείς συμπεριφορές. Τα δικαιώματα του ασθενή πρέπει να προφυλάσσονται κάθε στιγμή. Δύο νόμιμα ερωτήματα περιλαμβάνουν τα δικαιώματα ενός ασθενούς σε ιδρύματα να λαμβάνουν συνεχή προσοχή, ακούσια άδεια και δικαίωμα να θεραπευτούν.

## **7) Ακούσια εισαγωγή**

Υπάρχει ακόμα αρκετή συζήτηση γύρω από το θέμα της νόμιμης ακούσιας δέσμευσης, περισσότερο όμως περιλαμβάνει άδειες στα ψυχιατρεία. Λίγοι συζητητές έχουν λάβει υπόψη τους τις εισαγωγές στα γηροκομεία. Οι δεσμεύσεις διαφέρουν από ίδρυμα σε ίδρυμα και στα περισσότερα οι γιατροί αποτελούν τα μόνα πρόσωπα που εκτελούν τις δεσμευτικές ενέργειες. Ο Butler και Lewis (1977) παραθέτουν έναν αριθμό μέτρων ασφαλείας που θα πρέπει να υπενθυμίζονται όταν η δέσμευση είναι υπό μελέτη. Αυτά περιλαμβάνουν:

- 1) Γνώση και παρατήρηση νόμων που είναι ουσιώδεις στην τοπική αρμοδιότητα. Μην φοβάστε να αναζητήσεως νομική βοήθεια και συμβουλή. Μην ενεργείτε μόνοι όταν το συμβούλιο είναι διαθέσιμο.
- 2) Βεβαιωθείτε ότι έχει εκτελεσθεί μια περιεκτική ιατρική, και ψυχιατρική εξέταση. Αυτή περιλαμβάνει εξέταση και επανεξέταση, ειδικά σε περιπτώσεις κακοδιαχείρισης φαρμάκων και ψυχιατρικής διαταραχής.
- 3) Θυμηθείτε ότι μπορεί να είναι ρίσκο να λαμβάνεται την γνώμη των φίλων και /ή των συγγενών.
- 4) Αποφύγετε προσωπικές διαμάχες.
- 5) Αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε δύναμη (π.χ. σε ενέσεις, σε θεραπεία με ηλεκτροσόκ) και παράνομη μεταφορά.
- 6) Χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες του ιδρύματος και το ιατρικό προσωπικό που είναι φιλικό σε εσάς.

## **8) Τα δικαιώματα των ασθενών**

Τα άτομα δικαιούνται επαρκή θεραπεία σε ανθρώπινο περιβάλλον από ειδικευμένο προσωπικό. Το νομοσχέδιο των δικαιωμάτων απαιτεί ότι το κυβερνητικό σώμα εγκαθιστά γραπτές πολιτικές τακτικές λαμβάνοντας υπόψη τα δικαιώματα και τις ευθύνες των ασθενών. Οι πολιτικές και οι διαδικασίες αυτές πρέπει να είναι

διαθέσιμες για τους ασθενείς και/η οποιονδήποτε κηδεμόνα (συνοδό) τους. Το προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται και να συμμετέχει στην εφαρμογή αυτών των πολιτικών και διαδικασιών.

Σύμφωνα με αυτό το νομοσχέδιο των δικαιωμάτων κάθε ασθενής δέχεται μια εξειδικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση:

**1)** Είναι πλήρως ενημερωμένος, όπως αποδεικνύεται από την γραπτή παραδοχή για τους ασθενείς, πριν από ή τη στιγμή της εισαγωγής και κατά τη διάρκεια της διαμονής για αυτά τα δικαιώματα και για όλους τους κανόνες και ρυθμίσεις που καθορίζουν την διαγωγή και τις ευθύνες του ασθενούς.

**2)** Είναι πλήρως ενημερωμένος πριν από ή τη στιγμή της εισαγωγής και κατά τη διάρκεια της διαμονής, για τις παροχές που είναι στη διαθεσιμότητά του, καθώς και για τις επιβαρύνσεις ή οποιαδήποτε επιβάρυνση, η οποία δεν καλύπτεται από την ασφάλειά τους.

**3)** Είναι πλήρως ενημερωμένος, από τον γιατρό, για την κατάστασή του εκτός αν δεν το επιτρέπουν κάποιες καταστάσεις, και διαθέτει την ευκαιρία να συμμετέχει στο σχεδιασμό της θεραπείας του καθώς και να αρνηθεί να συμμετέχει σε πειραματική έρευνα.

**4)** Μεταφέρεται ή απαλλάσσεται μόνο για ιατρικούς λόγους, ή για τη δική του (ή άλλων ασθενών) ευημερία, ή για το γεγονός ότι δεν πληρώνει για τη διαμονή του. Ταυτόχρονα του δίνεται σημείωση που βεβαιώνει την μεταφορά του.

Φυσικά μια τέτοια ενέργεια αναγράφεται στον ιατρικό του φάκελο.

**5)** Ενθαρρύνεται και βοηθείται, κατά την περίοδο της διαμονής του, να ασκεί τα δικαιώματά του ως ασθενής και ως πολίτης, και να μπορεί να εκφράσει παράπονα και να προτείνει αλλαγές στις πολιτικές και παροχές του προσωπικού.

Ακόμα να είναι αντιπροσωπευτικές της επιλογής του, να είναι ελεύθερος από περιορισμούς, παρεμβάσεις, εξαναγκασμούς, μεροληψίες ή αντίποινα.

- 6)** Μπορεί να διευθετήσει τις προσωπικές του οικονομικές υποθέσεις ή τουλάχιστον να εξουσιοδοτήσει κάποιον άλλον σύμφωνα με το νόμο.
- 7)** Είναι ελεύθερος από ψυχική και φυσική κακοποίηση, και από χημικούς και (δεχτοί σε επείγοντα περιστατικά) φυσικούς περιορισμούς εγκρινόμενοι γραπτώς από γιατρό για καθορισμένες στιγμές ή όποτε κρίνονται απαραίτητοι για να προστατεύσουν τον ίδιο ή άλλους από τραυματισμό.
- 8)** Διαβεβαιώνεται εμπιστευτική θεραπεία στον προσωπικό ιατρικό τους φάκελο και μπορεί να εγκρίνει ή να αρνηθεί να ανακοινωθεί σε οποιοδήποτε άτομο, του ιδρύματος, εκτός στην περίπτωση της μεταφοράς του σε άλλο ίδρυμα.
- 9)** Του συμπεριφέρονται με λεππότητα, σεβασμό και πλήρη αναγνώριση της αξιοπρέπειάς του και της ατομικότητάς του, συμπεριλαμβάνοντας μυστικότητα στη θεραπεία και στην φροντίδα των προσωπικών του αναγκών.
- 10)** Δεν απαιτεί να εκτελούνται υπηρεσίες για τη δική του ευκολία που δεν συμπεριλαμβάνονται για θεραπευτικούς σκοπούς στο σχέδιο φροντίδας του.
- 11)** Μπορεί να συναναστρέφεται και να επικοινωνεί με άτομα της επιλογής του και να στέλνει και να λαμβάνει εσωκλειστα γράμματα, εκτός αν δεν επιτρέπεται ιατρικά.
- 12)** Μπορεί να συναντιέται και να συμμετέχει σε δραστηριότητες κοινωνικών, θρησκευτικών και κοινοτικών ομάδων σύμφωνα με την κρίση του, εκτός αν δεν επιτρέπεται ιατρικά.
- 13)** Μπορεί να διατηρεί και να χρησιμοποιεί τα προσωπικά του ενδύματα και αντικείμενα της κατοχής του εκτός αν παραβιάζει τα δικαιώματα άλλων ασθενών, ή δεν επιτρέπεται ιατρικά.
- 14)** Εάν είναι παντρεμένος, εξασφαλίζεται η μοναχικότητα για επισκέψεις της / του συζύγου. Εάν οι σύζυγοι είναι εσωτερικοί ασθενείς τότε μπορούν να μοιράζονται ένα δωμάτιο, εκτός αν δεν επιτρέπεται ιατρικά.

Ο Αμερικανικός νοσοκομειακός σύνδεσμος (1972) επιβεβαίωσε επίσης ένα νοσοκομειακό κατάλογο δικαιωμάτων του ασθενούς. Συγκαταλέγει τα δικαιώματα του ασθενούς στα ακόλουθα:

- 1) Λεπτομερής και σεβάσμια φροντίδα.
- 2) Πλήρης ενημέρωση που αφορά τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση στα διάφορα στάδια που ο ασθενής μπορεί να κατανοήσει.
- 3) Άρνηση θεραπείας στο βαθμό που επιτρέπεται από το νόμο και ενημέρωση των ιατρικών συνεπειών που προκύπτουν από την άρνηση.
- 4) Μυστικότητα όσον αφορά την ιατρική του φροντίδα και εμπιστευτικότητα στις πληροφορίες και τα αρχεία που αναφέρονται σ' αυτόν.
- 5) Προσδοκία ότι το νοσοκομείο ανταποκρίνεται στην απαίτησή του για φροντίδα και ότι δεν θα του μεταφέρει σε κάποιο άλλο ίδρυμα.
- 6) Προσδοκία λογική για συνεχιζόμενη φροντίδα, συμπεριλαμβάνοντας επιπλέον επιβάρυνση.
- 7) Λαμβάνει (και εξετάζει) εξήγηση για όλες τις επιβαρύνσεις, ανεξάρτητα τους πληρώνει το λογαριασμό.
- 8) Γνωρίζει ότι οι κανόνες και ρυθμίσεις του νοσοκομείου απευθύνονται στη δική του συμπεριφορά ως ασθενής.

## **9) Άσκηση Γηριατρικής νοσηλευτικής**

Το τμήμα γηριατρικής νοσηλευτικής άσκησης του Αμερικανικού συνδέσμου νοσηλευτών έχει αναπτύξει κάποια στάνταρτ γηριατρικής νοσηλευτικής άσκησης (NA 1973).

Η ακόλουθη συζήτηση για τις γηριατρικές νοσηλευτικές πρακτικές βασίζεται αυστηρά σ' αυτό το ντοκουμέντο. Πιστεύουμε ότι αυτά τα στάνταρτ προσφέρονται σαν χρήσιμος οδηγός όλους τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας που δουλεύουν τον γηριατρικό πληθυσμό σε ιδρύματα.



Να φροντίζεις έναν ηλικιωμένο ασθενή που ζει σε ίδρυμα είναι δύσκολη δουλειά. Σε κάθε ηλικιωμένο άτομο πρέπει να φέρονται ως ξεχωριστή προσωπικότητα. Περιστασιακά, κάθε επαγγελματίας υγείας πρέπει να έχει κάποια κατανόηση και εκτίμηση για την κληρονομιά και τις αξίες ενός ηλικιωμένου ατόμου. Αυτό εμπεριέχει, ανάμεσα σε άλλα πράγματα, τον σεβασμό στα δικαιώματα του ηλικιωμένου ατόμου να λατρεύει όπως αισθάνεται άνετα και να ντύνεται με τη μόδα που έχει συνηθίσει. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να διευθετεί τις προσωπικές του συγκρούσεις σε σχέση με την ηλικία, το θάνατο και την εξάρτηση. Ακόμα πρέπει να είναι ικανός στο λειτούργημα που εκτελεί, να βοηθάει τα ηλικιωμένα άτομα και τους συγγενείς τους στη συντήρηση της ζωής του με αξιοπρέπεια και άνεση μέχρι να εμφανιστεί ο θάνατος.

Γενικά, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι ικανός να παρατηρεί, να κατανοεί και να ερμηνεύει τα σημεία και συμπτώματα που σχετίζονται τόσο με το φυσικό, όσο και το παθολογικό γήρας. Ειδικά στα ηλικιωμένα άτομα παθολογικές καταστάσεις μπορεί να αψηφούν επειδή τα συμπτώματα αποδίδονται στη φυσιολογική ηλικιακή εξέλιξη. Επιπλέον πρέπει να είναι ικανός να διακρίνει την παθολογική κοινωνική συμπεριφορά από την συνήθη τρόπο ζωής του καθενός. Το ηλικιωμένο άτομο, που έχει συνηθίσει να είναι ανεξάρτητο, μπορεί να εξελιχθεί σε ταραχοποιό μετά την εισαγωγή του σε ίδρυμα.

Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να κάνει ότι είναι δυνατό για να βοηθήσει τον ασθενή του ιδρύματος στην ανάπτυξη και κατανόηση κοινωνικών επαφών τόσο με τους συγκατοίκους του όσο και με άτομα εκτός ιδρύματος. Αυτό προϋποθέτει την προώθηση επικοινωνιών μεταξύ των ατόμων του ιδρύματος και των οικογενειών τους, άλλων ατόμων και ομάδων.

Η επικοινωνία κρίνεται απαραίτητη για την κοινωνική υγεία και αποδοχή. Από τότε που ο ασθενής που ζει σε ίδρυμα συχνά παρουσιάζει προβλήματα επικοινωνίας, συμπεριλαμβάνοντας εκφραστικά προβλήματα, αφασία, κώφωση, απώλεια δοντιών ή

απώλεια αισθήσεων, ειδικές προσπάθειες πρέπει να διεξάγονται για την αποκατάσταση αυτών και να διατηρούν τον ασθενή προσανατολισμένο στα τωρινά γεγονότα.

Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να κάνει ότι είναι δυνατό για να προάγει την φυσιολογική λειτουργία του ηλικιωμένου ασθενή του ιδρύματος. Οι ιατρογενείς καταστάσεις πρέπει να προλαμβάνονται. Ο ασθενής πρέπει να προφυλάσσεται από τραυματισμό, μόλυνση και υπερβολικό άγχος κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στο ίδρυμα. Αυτό μπορεί να εμπεριέχει αλλαγή ή προσαρμογή στο φυσικό και ψυχολογικό περιβάλλον. Εάν χρειάζεται εφοδιασμός (ενθάρρυνση) ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να βοηθάει το ηλικιωμένο άτομο να επαναποκτήσει τις δυνάμεις του και να το εκπαιδεύει στην χρησιμοποίηση αυτών.

Το να φροντίζει ένα ηλικιωμένο ασθενή διαφέρει από το να φροντίζεις ασθενείς άλλης ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν απώλειες πιο συχνά, που σχετίζονται με κοινωνικούς, οικονομικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες. Οι πολιτιστικές αξίες των ηλικιωμένων και οι στάσεις τους είναι αρνητικές στην κοινωνία. Όλα αυτά τα γεγονότα εξασφαλίζουν μία υψηλή ποιότητα φροντίδας στον ηλικιωμένο ασθενή που ζει σε ίδρυμα αυτός είναι και ο αντικειμενικός σκοπός. Επιτυχής αποπεράτωση αυτού του σκοπού μπορεί να εξασφαλίσει μεγάλη προσωπική και επαγγελματική ικανοποίηση.

## **10) Θάνατος και τρόπος θανάτου**

Το θέμα του θανάτου και του τρόπου του θανάτου έχει επιτύχει μεγάλη δημοτικότητα στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

Η δουλειά του Kubler - Ross's για το ενδιαφέρον και τη φροντίδα αυτών που πεθαίνουν αρχικά δημοσιεύθηκε το 1969, και η έρευνα του Kaymoud Moody's (1975) για ιστορικά άτομων που έχουν κλινικά πεθάνει, αλλά αργότερα συνήλθαν και έτσι βρίσκονταν στο top ten των πωλήσεων των εφημερίδων. Ο αριθμός των κολεγιακών

(πανεπιστημιακών) μαθημάτων για το θάνατο και τον τρόπο του θανάτου στις κοινωνικές επιστήμες, ανθρωπιστικές επιστήμες και στην εκπαίδευση έχει αυξηθεί σε ταχύτατο ρυθμό. Η διδασκαλία για τον θάνατο και τον τρόπο του θανάτου συμπεριλαμβάνεται τώρα στο πρόγραμμα μερικών ιατρικών και νοσηλευτικών σχολών. Ταυτόχρονα, ο θάνατος και ο τρόπος του θανάτου έχει γίνει αποδεκτό αντικείμενο έρευνας για γιατρούς και επιστήμονες, και τα αποτελέσματα της δουλειάς τους δημοσιεύονται σε πολλά σχολικά άρθρα και βιβλία.

Η Wood (1976) υποδεικνύει ότι υπάρχει ακόμα ένα κοινωνικό κίνημα που αφορά τον θάνατο. Χαρακτηρίζει τον θάνατο σαν ένα "τωρινό" αντικείμενο συζήτησης και αναφέρει τις ακόλουθες 4 κατηγορίες οργανικών παραγόντων όπου πιστεύει ότι συντελούν στο πρόσφατο αυξημένο ενδιαφέρον για τον θάνατο και τον τρόπο του θανάτου. Οι κατηγορίες είναι: ο αυξημένος αριθμός του ηλικιωμένου πληθυσμού, η αλλαγή της ιατρικής τεχνολογίας, η αλλαγή των μορφών (τόπων) των ασθενειών και αιτιών του θανάτου και η έμφαση στην έκφραση του συναισθηματικού κόσμου στην Αμερικανική κοινωνία. Καθένας από αυτούς τους παράγοντες εφιστά την προσοχή του στην διαδικασία του τρόπου του θανάτου και στο γεγονός του θανάτου, και επίσης καθένας από αυτούς συντελεί στην πρόσφατη δημοσίευση ότι τα ανθρώπινα όντα έχουν κάποια επιβολή πέρα από το θάνατο και της διαδικασίας του τρόπου του θανάτου.

## **11) Τι είναι ο θάνατος;**

Η λέξη "θάνατος" συχνά χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση που σημαίνει το τέλος της ζωής.

Η έννοια που προσδιορίζει τον θάνατο ποικίλει από πολιτισμό σε πολιτισμό και από άτομο σε άτομο. Κάποιος βαθμός έγνοιας για τον θάνατο και τον τρόπο του θανάτου υπάρχει στην κουλτούρα όλων των κοινωνιών. Ειδικά στην κοινωνία μας είναι εντονότατη η έγνοια αυτή και

είναι βασικό θέμα και δραστηριότητα του πολιτιστικού μας οικοδομήματος. (Bryaut και Shoemaker 1977). Οι Bryaut και Shoemaker, για παράδειγμα, έχουν εξετάσει το θάνατο και τον νεκρό σαν ένα στοιχείο δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου και ψυχαγωγίας για το Αμερικανικό κοινό. Ο θάνατος, ο νεκρός και ο τρόπος του θανάτου είναι κύρια μοτίβα (θέματα) σε διαλέξεις, films και στα ΜΜΕ όπως την τηλεόραση και το ραδιόφωνο. Η "ενασχόληση" με το θάνατο στην Αμερικανική κουλτούρα είναι μετά βίας εκπληκτική.

Ο θάνατος είναι ένα σημαντικό φυσιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό γεγονός για άτομα και ομάδες. Για το άτομο, ο θάνατος αποτελεί το τέλος της αντίληψης και της αισθαντικότητας. Πραγματικά, ο θάνατος συμπεριλαμβάνει την παραίτηση της κοινωνικής ταυτότητας και την απαγκίστρωση (αποδέσμευση) από την κοινωνία.

Για την ομάδα, συχνά ο θάνατος φέρνει κοινωνική αστάθεια και μετατροπές (μεταβολές) στην κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη.

Όσον αφορά το θάνατο και τον τρόπο του θανάτου υπάρχουν πολλοί σημαντικοί κοινωνικοί παράγοντες. Ανησυχία για το θάνατο και τον τρόπο του θανάτου φυσικά παρουσιάζεται. Το να δίνεις σαφή προσοχή (σημασία) στο θάνατο μπορεί να οδηγεί σε αποδιοργάνωση του ατόμου και να αυξάνει την ανησυχία του για τον θάνατο. Η "ενασχόληση" με το θάνατο μπορεί επίσης να αναιρεί την κοινωνική διασπαστική επίδραση (σύγγρυση). Εάν ο θάνατος είναι πιο οικείος και αντιμετωπίζεται μπορεί να είναι λιγότερο τρομακτικός.

## **12) Η έννοια (σημασία) του θανάτου**

Οι έννοιες που τα άτομα δίνουν στον θάνατο ποικίλουν σαν μία λειτουργία της ηλικίας. Ο Nagg (1952) μελέτησε τα μεταπολεμικά παιδιά της Ουγγαρίας και διαφώνησε ότι η ιδέα του παιδιού για τον θάνατο αναπτύσσεται σε 3 στάδια, με κάθε στάδιο να σημειώνεται από μία διαφορετική άποψη για τον θάνατο. Τα παιδιά κάτω των 5 ετών δεν

αναγνωρίζουν τον θάνατο ως αμετάκλητο γεγονός, τον βλέπουν σαν μια "αναχώρηση για ταξίδι ή ύπνο", ένα είδος χωρισμού. Μεταξύ των ηλικιών 5 και 9 ο θάνατος συχνά προσωποποιεί και φαίνεται σαν ενδεχόμενο γεγονός. Ο θάνατος βλέπεται σαν αμετάκλητο γεγονός, αλλά δεν είναι απαραίτητως αναπόφευκτο, τουλάχιστον έως το παιδί να καταλαβαίνει. Ο θάνατος υπάρχει αλλά είναι μακρινός. Όταν τα παιδιά φθάσουν στην ηλικία των 9 ή 10 κατανοούν τον θάνατο ως αμετάκλητο και αναπόφευκτο γεγονός. Ο θάνατος είναι λιγότερο μακρινός και συλλαμβάνεται σαν μέρος (τμήμα) του κύκλου ζωής για όλους τους ζωντανούς οργανισμούς.

Μερικοί έχουν αναρωτηθεί την γενική χρήση των ευρημάτων του Nagy. Ο Mclutire και οι συνάδελφοί του (1972) βρήκαν ότι σε αντίθεση με τα Ουγγαρικά παιδιά, τα Αμερικανικά παιδιά είναι ικανά να αντιλαμβάνονται την "οργανική αποσύνθεση" νωρίτερα, από την ηλικία των 5 ετών και σε ορισμένες περιπτώσεις από 3 ετών. Τέτοια ευρήματα υποδεικνύουν την ανάγκη να εξετάσουν τις αποκλίσεις μέσα στις πολιτιστικές ομάδες. Ο Blueboud - Laugner (1977) συνοψίζει την έρευνα στη σχέση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και τις απόψεις των παιδιών για τον θάνατο ως εξής: τα παιδιά από κατώτερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες είναι πιο πιθανόν να παραθέτουν "τη βία σαν τη γενική και συγκεκριμένη αιτία θανάτου", τα παιδιά των μέσων τάξεων είναι πιο πιθανόν να παραθέτουν την "πάθηση και την μεγάλη ηλικία" σαν τη γενική αιτία, και την διακοπή των ζωτικών λειτουργιών" σαν την συγκεκριμένη αιτία θανάτου. Αυτές οι αποκλίσεις φαίνεται να αντανακλούν διαφορές στις εμπειρίες ζωής των παιδιών.

Δυο έννοιες για τον θάνατο με λεπτομερείς σημασία για τους ηλικιωμένους υποδεικνύονται από ένα μεγάλο σώμα (ομάδα) των γραμμάτων: ο θάνατος σαν ένας διοργανωτής του χρόνου και ο θάνατος σαν απώλεια.

Στους ηλικιωμένους και στον ετοιμοθάνατο ασθενή, ο θάνατος αντιλαμβάνεται καθαρά σαν περιορισμός που οριοθετεί το μέλλον

(Kalish 1976). Η πρόβλεψη του τέλους της ζωής κάποιου μπορεί να φέρει μια αναδιοργάνωση του χρόνου και των προτεραιοτήτων. Ο Kasteubaum (1966) βρήκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα αποβάλλουν τους εαυτούς τους σε πολύ περισσότερη οργάνωση του χρόνου από ότι τα νεότερα άτομα, όταν τους ζητάτε να (αναφέρουν) περιγράψουν σημαντικά επερχόμενα γεγονότα στη ζωή τους και τον χρόνο αυτών των γεγονότων. Επίσης ο θάνατος καθιστά όλες τις εμπειρίες και τα πράγματα που έχει κανείς στην κατοχή του παροδικά. Για πολλά ηλικιωμένα άτομα η προσδοκία του θανάτου μπορεί να προκαλέσει συναισθήματα χωρίς νόημα. Δεν υπάρχει τίποτα σημαντικό να κάνεις γιατί ότι κι αν είναι αυτό θα είναι ημιτελές. (Kalish 1976). Ο Kurt Back (1965) ρώτησε κατοίκους αγροτικών περιοχών τι θα έκαναν σε περίπτωση που γνώριζαν ότι θα πέθαιναν σε 30 ημέρες. Οι ηλικιωμένοι έδειξαν ότι θα άλλαζαν τις δραστηριότητές τους σε λιγότερο βαθμό από ότι άτομα νεότερης ηλικίας. Μια πιο πρόσφατη μελέτη του Kalish και Reynold (1976) υποστηρίζει τα ευρήματα του Back. Χρησιμοποιώντας άτομα τριών ομάδων ηλικίας και παρατείνοντας (αυξάνοντας) τη διάρκεια του χρόνου του θανάτου σε 6 μήνες αντί για 30 ημέρες, οι περισσότεροι από την ομάδα των ηλικιωμένων φάνηκαν ανεπιθύμητοι να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Τουλάχιστον 3 φορές περισσότερα από ότι τα νεαρά άτομα, οι ηλικιωμένοι θα σπαταλούσαν το χρόνο τους στην προσευχή, διάβασμα, αναπόληση και άλλες δραστηριότητες που αντανakλούν τη ζωή τους και τις πνευματικές τους ανάγκες.

Τα ηλικιωμένα άτομα δέχονται πολλές υπενθυμίσεις του επικείμενου θανάτου τους από άλλα άτομα και από κοινωνικά ιδρύματα. Η κοινωνία τείνει να αντιλαμβάνεται το ηλικιωμένο άτομο δεν έχει επαρκές (αρκετό) μέλλον για να δικαιούνται μια μείζων (σημαντική) επένδυση των πόρων των άλλων.

Η απαγκίστρωση (αποσύνδεση) από την κοινωνία δεν είναι μόνο μια ψυχολογική αποχώρηση (απόσυρση) από την πλευρά του ατόμου

αλλά και μια αμοιβαία κοινωνική απόσυρση από την πλευρά του ατόμου και της κοινωνίας.

Οι ηλικιωμένοι υφίστανται πολλές απώλειες ως αποτέλεσμα του θανάτου και της διαδικασίας του τρόπου του θανάτου. Περίπου το 1/60 του ανδρικού ηλικιωμένου πληθυσμού στις Η.Π.Α. είναι χήροι. Στις γυναίκες, η συχνότητα της χηρείας είναι πολύ πιο υψηλή, περίπου οι μισές γυναίκες άνω των 65 ετών είναι χήρες.

Τα γηρατειά είναι η στιγμή της ζωής όπου η οικεία φράση "μέχρι ο θάνατος να μας χωρίσει" γίνεται επίμονο θέμα. (Kastenbaum 1977).

Άλλου είδους απώλειες σχετίζονται με την διαδικασία του τρόπου του θανάτου και τον θάνατο. Ο Oiggoory και ο Rothman (161) ανέπτυξαν μια λίστα αξιών που δήλωναν αυτούς που χάνονταν μέσω του θανάτου. Σ'αυτές που αναφέρθηκαν σημαντικές ήταν: α) απώλεια της ικανότητας να έχει εμπειρίες, β) απώλεια της ικανότητας να προβλέπεις επακόλουθες καταστάσεις, γ) απώλεια του σώματος, δ) απώλεια της ικανότητας να φροντίζει για την ανεξαρτησία σου, ε) απώλεια που υφίσταται από φίλους ή την οικογένεια, και στ) απώλεια της δυνατότητας να συνεχίζεις σχέδια και να τα υλοποιείς.

### **13) Η διαδικασία του τρόπου του θανάτου**

Ο θάνατος και η διαδικασία του τρόπου του θανάτου από μόνη της, έχουν αναφερθεί ξανά και ξανά σαν την τερματική φάση του κύκλου της ζωής. Οι (επαγγελματίες) ειδικοί που εργάζονται με αυτούς που πεθαίνουν (ετοιμοθάνατους) και αυτούς που μελετούν τον θάνατο και τη διαδικασία του τρόπου του θανάτου, έχουν κάνει προσπάθειες για να κατανοήσουν το τελικό αυτό στάδιο του κύκλου της ζωής. Ελπίζοντας ότι τέτοια κατανόηση θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώσουν τις ζωές αυτών που πεθαίνουν και παρέχουν προσπονημένη φροντίδα σ'αυτούς που έχουν χαρακτηριστεί ως ετοιμοθάνατοι.

## 14) Τα στάδια της διαδικασίας του θανάτου

Η καλύτερη γνωστή αναφορά για τη διαδικασία του τρόπου του θανάτου είναι αυτή που προτάθηκε από την Elizabeth Kubler - Ross (1969). Κατά την άποψή της, ο θάνατος έχει 5 στάδια εξέλιξης: α) άρνηση και απομόνωση, β) θυμός και πίκρα, γ) συμφωνία και προσπάθεια αναβολής, δ) κατάθλιψη και αίσθηση της απώλειας, ε) αποδοχή. Η εφαρμογή και η καθολικότητα αυτών των 5 σταδίων είναι ακόμα εμπειρικές ερωτήσεις. Ακόμα και η Kubler - Ross (1974) από μόνη της επισημαίνει ότι οι ασθενείς μπορεί να παραλείψουν κάποιο στάδιο, ακόμα και δύο ή τρία ταυτόχρονα. Ο Kalish (1976) ισχυρίζεται ότι τα στάδια της Kubler - Ross βρίσκονται σε κίνδυνο (τείνουν) να γίνουν ατομικά εκπληρούμενες προφητείες: "Μερικοί επαγγελματίες υγείας παρατηρήθηκαν να προσπαθούν να ενθαρρύνουν, ή ακόμα και να επηρεάσουν τους ετοιμοθάνατους ασθενείς περιστασιακά (σταδιακά) ανησυχούσαν αν θα ανάρρωναν επαρκώς...

Το 7ο στάδιο, η άρνηση, είναι περισσότερο εμφανές κατά τη διάρκεια της πρώιμης περιόδου αντίληψης (συναίσθησης) του επικείμενου θανάτου. Η πρώτη αντίδραση του ασθενή μπορεί να είναι μια προσωπική εκδήλωση shock που ακολουθείται από άρνηση θετικής αντίδρασης, "Όχι, όχι εγώ, δεν μπορεί να είναι αλήθεια". Η Kubler - Ross (1969) αναφέρει την περίπτωση μιας ασθενούς που διενήργησε μακρόχρονες και ακριβές ενέργειες για να υποστηρίξει την άρνησή της.

"Ήταν πεισμένη ότι τα αποτελέσματα των ακτινολογικών εξετάσεών της είχαν "μπλεχτεί". Για να καθησυχάσει αποκρίθηκε ότι η αναφορά της δεν μπορούσε να βγει τόσο γρήγορα και ότι κάποιου άλλου ασθενή η αναφορά είχε σημειωθεί με το όνομά της. Όταν τίποτα από αυτά δεν μπορούσε να επιβεβαιωθεί, γρήγορα ζήτησε να πάρει εξιτήριο απ'το νοσοκομείο, και να βρει κάποιον άλλον γιατρό με την μάταιη ελπίδα ότι θα έπαιρνε καλύτερη εξήγηση για τα προβλήματά της.



Ζήτησε για εξέταση και επανεξέταση, παρότι μέσα της γνώριζε ότι η αρχική διάγνωση ήταν ορθή".

Όταν το 1ο στάδιο της άρνησης δεν μπορεί να συντηρηθεί περισσότερο, συχνά αντικαθίσταται από συναισθήματα θυμού ή μανίας (οργής). Τελικά ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι δεν πρόκειται για λάθος. Τώρα αναρωτιέται: "Γιατί εγώ;"

Αυτό το στάδιο πιθανόν είναι το πιο δύσκολο για το προσωπικό και την οικογένεια. Ο θυμός μπορεί να εκτοπιστεί και να μεταφερθεί σε οποιονδήποτε και στον καθένα που έρχεται σε επαφή με τον ασθενή. Ένα μεγάλο μέρος αυτού του θυμού είναι λογικός και θα πρέπει να είναι αναμενόμενος. Για να γίνει κατανοητό πρέπει να τοποθετήσεις τον εαυτό σου στην τερματική θέση του ασθενή. Και εσύ θα ήσουν θυμωμένος αν οι δραστηριότητές σου είχαν διακοπεί και δεν μπορούσες να χαρείς τη ζωή πια, αν είχε παραμείνει σε ένα νοσοκομείο για τόσο καιρό και υποβαλλόσουν σε δυσάρεστες εξετάσεις και θεραπείες, και τέλος, εάν υπενθυμιζόταν συνεχώς στον εαυτό σου ότι δεν θα μπορούς να πραγματοποιήσεις τις δουλειές σου πια.

Το 3ο στάδιο, η προσπάθεια αναβολής, είναι στα αλήθεια από την πλευρά του ασθενή, μια προσπάθεια να αναβάλει το αναπόφευκτο. Όπως η Kubler - Ross υποδεικνύει ο ετοιμοθάνατος σ' αυτό το στάδιο χρησιμοποιεί τους ίδιους χειρισμούς με ένα παιδί, ζητά να ανταμείβεται για την "καλή συμπεριφορά" του. Οι περισσότερες αναβολές είναι αποτέλεσμα της Θείας θέλησης και σχεδόν πάντα συμπεριλαμβάνουν την επιθυμία ανακούφιση απ' τον πόνο και / ή την ανησυχία για παράταση της ζωής. Η Kubler - Ross's (1969) παρουσιάζει την περίπτωση μιας γυναίκας που ο γιος της θα παντρευόταν σύντομα, και ήταν λυπημένη για την πιθανότητα να είναι ανίκανη να παραβρεθεί στο γάμο. Με μεγάλη προσπάθεια έπεισε τον εαυτό της να συγκρατηθεί και οντως να είναι άνετη για πολλές ώρες.

"Είχε εξασφαλίσει όλες τις μικροϋποσχέσεις ότι θα ζούσε τόσο ακόμα ώστε να παρακολουθήσει αυτόν τον γάμο. Την προηγούμενη

ημέρα του γάμου έφυγε απ' το νοσοκομείο σαν μια κομψή κυρία. Κανένας δεν θα είχε πιστέψει την αληθινή της κατάσταση. Ήταν το πιο ευτυχισμένο άτομο σε ολόκληρο τον κόσμο και λαμποκοπούσε.

Σπάνια οι ασθενείς καθυστερούν το τέλος της αναβολής. Η προηγούμενη (αναφερθείσα στο παράδειγμα) γυναίκα επέστρεψε στο νοσοκομείο και σχολίασε: "Τώρα να μην ξεχάσω, ότι έχω και άλλον γιο". Όταν ο ετοιμοθάνατος ασθενής ανίκανος να συνεχίσει να αρνείται την ασθένεια, όταν η οργή και ο θυμός "διαλύονται" και όταν η αναβολή προσπαθειών φαίνεται φρούδα, τότε μπορεί να αρχίσει η κατάθλιψη. Αυτό το 4ο στάδιο χαρακτηρίζεται από αισθήματα απώλειας.

Δύο τύποι κατάθλιψης μπορεί να εμφανιστούν στο στάδιο αυτό. Η αντιδραστική κατάθλιψη είναι ένα αποτέλεσμα παρελθοντικών απωλειών. Ο ασθενής μπορεί να έχασε τη δουλειά του λόγω της ανικανότητάς του να δουλεύει, και τα παιδιά του μπορεί να τον έστειλαν σ' ένα κέντρο ημερήσιας φροντίδας γιατί οι ίδιοι αδυνατούσαν να την πραγματοποιήσουν. Ο δεύτερος τύπος κατάθλιψης, η προκαταρκτική κατάθλιψη, λαμβάνει υπόψιν επικείμενες απώλειες. Αυτή η κατάθλιψη προετοιμάζει το άτομο για την απώλεια όλων των αγαπημένων του πραγμάτων. Επίσης, διευκολύνει το τελικό στάδιο της αποδοχής.

Η αποδοχή δεν πρέπει να λαμβάνεται σαν ευτυχία γι' αυτό που θα συμβεί. Ο ετοιμοθάνατος ασθενής μπορεί να αποδεχτεί τον άμεσο θάνατό του χωρίς χαρά και χωρίς να παραιτείται από τη ζωή στην οποία παραμένει. Σύμφωνα με την Kubler - Ross (1968) αυτό το στάδιο συχνά είναι μια στιγμή όπου τον ετοιμοθάνατο άτομο θα "προσμένει το τέλος του με ένα βασικό βαθμό ήπιας αποδοχής". Αυτό το στάδιο μπορεί να παριστάνει την τελική ξεκούραση πριν το μακρινό ταξίδι".

Μολονότι πολλοί ερευνητές και επαγγελματίες βρίσκουν τα στάδια της Kubler Ross για την εξέλιξη αυτών που πεθαίνουν αξιοσημείωτα. Για παράδειγμα, ο Weismau (1972) προτιμά να ενθαρρύνει την γενική ιδέα του "κατάλληλου θανάτου" παρά την αντίληψη της "αποδοχής του θανάτου". Ένας "κατάλληλος θάνατος" σημαίνει ότι το άτομο πέθανε με

τρόπο ταιριαστό (όσο το δυνατόν περισσότερο) στον τρόπο που επιθυμούσε να πεθάνει. Ταυτόχρονα σημαντικό είναι να γνωρίζει κανείς ότι η διαδικασία του θανάτου ενός ασθενή μπορεί να επηρεάσει αυστηρά από την συμπεριφορά και την στάση των ατόμων που ανήκουν στο κοινωνικό του περιβάλλον.

## **15) Αναπόφευκτες αποφάσεις**

Οι αποφάσεις για το ποιος, πού, πότε και πώς είναι μέρος της διαδικασίας του θανάτου του για το κάθε άτομο (Kalish 1965). Πολλές από αυτές τις αποφάσεις μπορεί να αψηφούνται, να αποφεύγονται ή να αναβάλλονται λόγω της αναστάτωσης που μπορεί να προκληθεί. Τέτοιες αποφάσεις συχνά αποφεύγονται λόγω προσωπικών δυσκολιών να αντιμετωπίσουν τον θάνατο. Συγκεκριμένα, ένα σημαντικό θέμα που εξαντλεί τις γνώσεις (τα κείμενα) που υπάρχουν για τον θάνατο και τους ετοιμοθάνατους, είναι ο βαθμός στον οποίο οι ετοιμοθάνατοι αγνοούνται, ακόμα και από τους επαγγελματίες υγείας. Ο Bower και οι συνεργάτες του (1964) υπολόγιζαν το χρόνο που χρειαζόταν οι νοσοκομειακοί νοσηλευτές για να ανταποκριθούν στις κλήσεις των ασθενών που θα πέθαιναν και τον σύγκριναν με τον χρόνο που διέθεταν για τους υπόλοιπους ασθενείς. Οι νοσηλευτές τρόμαξαν βλέποντας πόσο άργησαν να ανταποκριθούν στις κλήσεις των ατόμων που θα πέθαιναν .

Η κοινωνία συνεχώς εμπλέκεται σε αποφάσεις γι' αυτούς που πεθαίνουν, αν και ίσως όχι τόσο ξεκάθαρα όσο στον προσδιορισμό ποιοι πεθαίνουν και ποιο όχι. Συνέχεια λαμβάνονται αποφάσεις για την ατμοσφαιρική ρύπανση και την μόλυνση του νερού, την πρόληψη εγκλημάτων και ατυχημάτων, έλεγχος των τροφίμων και των φαρμάκων, υψηλή προστασία και μείωση του ορίου ταχύτητας. Όλα αυτά αποτελούν προσδιορισμοί (αποφάσεις) ζωής και θανάτου. Έτσι η μαρτυρία της προσφατωμείωσης των τροχαίων (ατυχημάτων είναι

αποτέλεσμα του περιορισμού του ορίου ταχύτητας στα 55 χλμ./ώρα. Προσθέτει παράγοντες όπως η ηλικία, η φυλή, το φύλλο και η κοινωνική τάξη είναι σημαντικοί προσδιορισμοί του ποιος ζει και ποιος πεθαίνει.

Ο Kastenbaum (1964) και άλλοι (Glaser και Strauss (1965) βεβαίωσαν στην κοινωνία μας οι ζωές των νέων ανθρώπων θεωρούνται πολυτιμότερες από ότι οι ζωές των ηλικιωμένων ατόμων.

Η μελέτη του ηλικιωμένου πληθυσμού, παρά την πρόσφατη ώθηση, ακόμα παραμένει πίσω σε σχέση με την μελέτη άλλων ομάδων ηλικιών. Συνήθως παρέχεται περισσότερος χρόνος και προσπάθεια για να σωθούν οι ζωές νεότερων ανθρώπων. Σύμφωνα με τον Suduow, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που βρίσκονται σε ένα (νοσοκομειακό) θάλαμο ή στα επείγοντα περιστατικά (ΤΕΠ) είναι πιθανόν να μην δεχτούν λεπτομερή ιατρική εξέταση (σε σχέση με νεότερα άτομα) την οποία θα έπρεπε να δέχονται σε μια κρίσιμη κατάσταση. Ο Suduow αναφέρει το ακόλουθο παράδειγμα από τις μελέτες του.

Ένα νεαρό (μικρό παιδί ήρθε στα Τ.Ε.Π. χωρίς να έχει ευδιάκριτους (καταγραφόμενους) χτύπους καρδιάς, αναπνοές ή σφυγμούς - σίγουρες "ενδείξεις θανάτου" - και δεχόταν την συντονισμένη δουλειά μιας μεγάλης ομάδας γιατρών και νοσηλευτών, παρεχόμενη για διάστημα 11 ωρών. Το ίδιο βράδυ, λίγο αργότερα από την άφιξη του παιδιού, ένα ηλικιωμένο άτομο που παρουσίαζε τα ίδια φυσικά σημεία προσήλθε στα Τ.Ε.Π. και σχεδόν αμέσως "ανακηρύχθηκε" νεκρός, χωρίς προσπάθειες ερεθισμού της καρδιάς. Μια νοσηλεύτρια ανέφερε αργότερα ότι οι γιατροί ποτέ δεν θα έκαναν κάτι τέτοιο στην ηλικιωμένη κυρία. Κατά την διάρκεια που ετοιμαζόταν ένας εξοπλισμός άμεσης επαναφοράς στη ζωή για το παιδί, ένας ειδικευόμενος γιατρός άρχισε να δίνει το φιλί της ζωής.

Ο ίδιος γιατρός "ανακήρυξε" (προσφώνησε) τη γυναίκα νεκρή. Λίγο αργότερα ανέφερε ότι δεν θα μπορούσε ποτέ να ακουμπήσει τα χείλη του στα χείλη μιας ηλικιωμένης γυναίκας όπως αυτής!"

Οι "έγχρωμοι" άνθρωποι έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από τους λευκούς όλων των ηλικιών. Σε ξεχωριστές περιπτώσεις η θνησιμότητα στους μη λευκούς μπορεί να επηρεάζεται από την αξιολύπητη μεταχείρισή τους από γιατρούς, δικηγόρους, αστυνομικούς και άλλους.

Μια ευαίσθητη και πιο καταστρεπτική αιτία, αυτής της υψηλότερης θνησιμότητας, είναι ο ρατσισμός που δέχονται τα άτομα αυτά από τα διάφορα ιδρύματα. Οι "έγχρωμοι" έχουν υψηλότερες αναλογίες θνησιμότητας λόγω των διακρίσεων που δέχονται στα ενοίκια, που τους υποχρεώνουν να ξοδεύουν ένα υψηλό ποσοστό του εισοδήματός τους για το ενοίκιο, αφήνοντας αναγκαστικά λιγότερα χρήματα για διατροφή και επαρκή ιατρική φροντίδα.

Επιπλέον, αδιαφορώντας για το εισόδημά τους, ζουν σε λιγότερο πλεονεκτικά τμήματα της κοινότητας. Πρόσθετοι οι μεροληπτικοί εργοδότες περιορίζουν τις ευκαιρίες τους για δουλειά, ενώ τα άτομα αυτά μπορεί να έχουν και περισσότερα προσόντα και γνώσεις για να "κερδίσουν" τις διάφορες δουλειές.

Όπως έχουμε αναφέρει, οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες. Μερικά πολιτιστικά πρότυπα (κανόνες) μπορεί να συμβάλουν σ' αυτό. Τα περισσότερα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες επιδιώκουν την ιατρική φροντίδα με μεγαλύτερη συχνότητα από τους άνδρες. Αυτό δεν είναι σύμφωνα με τα στερεότυπα των ρόλων των 2 φύλων όπου επιτρέπουν στις γυναίκες να επιζητούν μόνο την αναγκαία ιατρική φροντίδα, αλλά απεικονίζουν τους άνδρες σαν σκληρούς και περισσότερο ικανούς να επισκέπτονται τον γιατρό.

Κυβερνητικά προγράμματα όπως η ιατροφαρμακευτική μέριμνα έχουν μειώσει την επιρροή της κοινωνικής τάξης στην χρησιμοποίηση της φροντίδας υγείας.

Σε ορισμένα τμήματα μπορεί ακόμα να υπάρχει άνεση παροχή φροντίδας υγείας μεταξύ πτωχών και μη πτωχών.

## **16) Πού (σε ποιο μέρος) πεθαίνουν τα διάφορα άτομα (ή τόπος θανάτου)**

Σε ένα δεδομένο χρόνο περίπου 6% του ολικού πληθυσμού των ηλικιωμένων ανθρώπων στις Η.Π.Α. μπορεί να περιμένει το θάνατο (USDHEW 1973). Συνήθως, οι άνθρωποι πεθαίνουν στον προσωπικό τους χώρο. Ακόμα και αν ένα άτομο πέθαινε σε κάποιο ίδρυμα ή σε ένα συγγενικό σπίτι, συχνά μεταφερόταν στο σπίτι του όπου η οικογένεια αναλάμβανε την ευθύνη της ετοιμασίας για την κηδεία. Οι επικήδειες πομπές ξεκινούσαν από το σπίτι. Στη σύγχρονη εποχή, οι περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν σε ιδρύματα φροντίδας υγείας. Όπως Blauner (1966) αναφέρει έχουμε "εξειδικευμένα ιδρύματα" γι' αυτούς που πεθαίνουν - νοσοκομεία, και άλλα - στα οποία ο θάνατος και η διαδικασία του θανάτου έχουν κατακτήσει γραφειοκρατικά και μη προσωποποιημένα θέματα. Τέτοια ιδρύματα μεταχειρίζονται τον ετοιμοθάνατο και ταυτόχρονα τον περιορίζουν από την υπόλοιπη κοινωνία. Τέτοια ιδρύματα χειρίζονται τον θάνατο σαν υπόθεση ρουτίνας, για το δικό τους όφελος. Αυτό μπορεί να (οδηγήσει) μετατραπεί σε αναστάτωση και διάλυση του ιδρύματος. Τυποποιημένες διαδικασίες μπορεί να καταστήσουν τον θάνατο σχεδόν αόρατο (ανύπαρκτο). Όταν ο θάνατος είναι επικείμενος ο ασθενής μπορεί να μεταφερθεί σε ένα ιδιωτικό δωμάτιο για να προφυλάξει τους άλλους ασθενείς. Επίσης οι συνήθεις διαδικασίες έχουν κάνει ρουτίνα το "κάλυμμα" του πτώματος, την μεταφορά του, την αναγνώριση του αποθανόντος, την ενημέρωση των συγγενών καθώς και την πιστοποίηση θανάτου και την άδεια αυτοψίας (Blauner 1966).

Πολλοί άνθρωποι, επαγγελματίες υγείας και παρόμοιοι μη ειδικοί, αντιλαμβάνονται την μη προσποιημένη (τυποποιημένη) θεραπεία (φροντίδα) που παρέχεται στον ετοιμοθάνατο ασθενή. Στο κέντρο της μελέτης τους για άτομα σε 4 εθνοφυλετικές κοινότητες στο Los Angeles, οι Kalisu και Reynolds (1976) ανέφεραν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι

όλων των ηλικιών θα προτιμούσαν να πεθάνουν στο σπίτι τους με υψηλότερο ποσοστό στις ηλικίες κάτω των 40 και άνω των 59 ετών. Ο θάνατος στο σπίτι επιβάλλει ένα επιπλέον φόρτο εργασίας στην οικογένεια παρόλα αυτά εμείς τα μέλη της οικογένειας είναι "ευχαριστημένοι" όταν μπορεί να συμβεί στο σπίτι (Cartwright 1973).

Έχουν διερευνηθεί νέες επιλογές για την φροντίδα αυτών που πεθαίνουν. Μία τέτοια επιλογή είναι ένας ξενώνας, που συνδυάζει την τεχνική πείρα (γνώση για την φροντίδα του ασθενούς με την προσωποποιημένη προσοχή του ξενώνα. Οι ξενώνες έχουν καταρτισθεί χρόνια πριν. Ο πιο γνωστός διεθνών είναι του "Αγ. Χριστόφορου" στο Λονδίνο του οποίου ιδρυτής και διευθυντής είναι ο Dr. Saucers.

Βασικά ο ξενώνας δίνει έκφραση στο γεγονός ότι η πνευματική και η συναισθηματική φροντίδα είναι εξίσου σημαντικές με την ιατρική φροντίδα για του ασθενείς που πεθαίνουν (Graven και Wald 1975). Συνήθως ιατρική φροντίδα περιορίζεται στη φαρμακολογική φροντίδα του ετοιμοθάνατο ασθενή. Δίνεται έμφαση στον έλεγχο του πόνου και των συμπτωμάτων

Κάθε ασθενής φαίνεται σαν μέρος μιας οικογένειας της οποίας ολοκληρωτικά η ύπαρξή της και ο τρόπος ζωής της μπορεί να επηρεαστούν από την περίπτωση να έχουν ένα ετοιμοθάνατο μέλος. Η φροντίδα για την οικογένεια δεν σταματά όταν ο ασθενής πεθαίνει, αλλά συνεχίζεται για να την βοηθήσει να ξεπεράσει το πένθος της. (Graven και Σαλδ 1975). Μερικά νοσοκομεία αναπτύσσουν μονάδες ξενώνων μέσα σ'αυτά για να έχουν παρόμοια φροντίδα με των ξενώνων, και άλλες ιδιαίτερες ανέσεις.

Ο ιατρός ανθρωπολόγος Robert Buc Kingdom και οι συνεργάτες του (1976) μέσω ιδιαίτερης παρατήρησης, έχουν συγκρίνει τις σχετικές αξίες των συνηθισμένων νοσοκομείων εναντίον της φροντίδας που παρέχεται σε ξενώνες για αυτούς που πεθαίνουν. Ο Buckiughau, χρησιμοποιώντας ένα περίπλοκο και απατηλό σχέδιο που βοήθησε από γιατρούς, έπαιξε τον ρόλο ενός καρκινοπαθούς ασθενή. Πριν εισαχθεί

στο νοσοκομείο προετοίμασε τον εαυτό του με πολλούς τρόπους. Έκανε μια δμηνη αυστηρή δίαιτα και έχασε 22 κιλά από το ήδη σκελετιασμένο (κοκαλιάρικο) σώμα του. Η έκθεση σε υπεριώδεις ακτίνες τον έκανε να φαίνεται ότι υποβαλλόταν σε θεραπεία με ακτινοβολίες για την καταπολέμηση του καρκίνου. Τα σημάδια από τις παρακεντήσεις (ή τα τρυπήματα) με βελόνες στα χέρια και στους ώμους υποδήλωναν ότι είχε υποβληθεί και σε χημειοθεραπείες. Ένας συνεργάσιμος χειρουργός προετοίμασε γι'αυτόν μια μικροεπέμβαση, για να δημιουργήσει ουλές βιοψίας, και έτσι να φαίνεται ότι έχει προηγηθεί διερευνητική εγχείρηση. Ο Buckingham μελέτησε ιατρικά βιβλία και ήλθε σε επαφή με ασθενείς που θα πέθαιναν από καρκίνο του παγκρέατος. Ήταν ικανός στο να παρατηρεί και να απομιμείται την κατάλληλη συμπεριφορά. Η εικόνα του ολοκληρώθηκε όταν για πολλές ημέρες δεν πλενόταν και δεν ξυριζόταν. Πέρασε 2 ημέρες στο τμήμα αναμονής, 4 ημέρες στην χειρουργική κλινική και 4 ημέρες στον θάλαμο ξενώνα του νοσοκομείου "Royal Victoria" στο Μόντρεαλ.

Τα ευρήματα του Buckingham υποστήριξαν την υπόθεση ότι το σύστημα φροντίδας στους ξενώνες, για τους αθεράπευτους ασθενείς, είναι αποτελεσματικό. Αναφέρει σίγουρες πρακτικές (ενέργειες) του νοσοκομειακού προσωπικού που παρατηρήθηκαν στην χειρουργική κλινική και που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για την ανάπτυξη ενός καλύτερου περιβάλλοντος γι' αυτούς που πεθαίνουν. Αυτές είναι οι ακόλουθες : α) η παράδοση (συνήθεια) των γιατρών να "τοποθετούν" τον ασθενή τους σε ομάδες - αυτή η ενέργεια ενθαρρύνει την κοινωνική και ιατρική συζήτηση μεταξύ γιατρών αλλά αποτρέπει ολοκληρωτικά την επικοινωνία γιατρού - ασθενή ή την περιορίζει μόνο σε επιφανειακό επίπεδο, β) η έλλειψη της οπτικής επαφής μεταξύ των μελών του προσωπικού και του ασθενή - οι ασθενείς μπορεί να περπατούν στους διαδρόμους κοντά στους τοίχους όπου σπάνια τους χαιρετάει κάποιος, και το προσωπικό να βρίσκεται στην άλλη πλευρά του διαδρόμου και να αποστρέφει το βλέμμα του, γ) η προσφώνηση του ασθενούς με την



πάθηση από την οποία πάσχει και όχι με το όνομά του, δ) ο τονισμός των αρνητικών απόψεων της κατάστασης του ασθενούς, ε) η έλλειψη στοργής προς τον ικανοποιημένο (αυτάρεσκο) ασθενή, και στ) η διακοπή της επικοινωνίας ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι σχέσεις ασθενούς και της οικογένειάς του ήταν ποιοτικά διαφορετικές στον θάλαμο - ξενώνα. Ο Buckingham περιγράφει την άφιξή του εκεί:

Η αρχική νοσηλευτική συνέντευξη διεξάχθηκε από μια νοσηλεύτρια η οποία συστήθηκε, στάθηκε στο ίδιο ύψος με τον ασθενή και προχώρησε τη διαδικασία ακούγοντας τον ασθενή. Δεν υπήρχε βιασύνη, οι ερωτήσεις της προέκυπταν από τις προηγούμενες απαντήσεις του ασθενούς και υπήρχε αποδοχή της έκδηλης ανησυχίας του ασθενούς. Έκανε ερωτήσεις όπως: "Τι σας αρέσει να τρώτε;" και "Υπάρχει κάτι ιδιαίτερο που θέλετε να κάνετε;".

Στο τμήμα αυτό ο Buckingham παρατήρησε συγγενείς να αναζητούν τον γιατρό και 5 φορές. Στην κάθε περίπτωση ο γιατρός βρισκόταν και μιλούσε στην οικογένεια ή τους ενημέρωνε τηλεφωνικώς. Επίσης, οι οικογένειες περνούσαν αρκετές ώρες κοντά στον άρρωστο, συμμετέχοντας ταυτόχρονα και στην φροντίδα του. Επιπλέον το προσωπικό ενθάρρυνε την οικογένεια να αποδεχτεί το θάνατο, επιτρέποντάς τους να βοηθούν στην φροντίδα του ετοιμοθάνατου".

Μια μεγάλη προσπάθεια κρίνεται απαραίτητη για την πραγμάτωση μια ολοκληρωμένης φροντίδας ενός ετοιμοθάνατου. Τέσσερις παρατηρήσεις (ή σχόλια) έγιναν από τον Buckingham οι οποίες συχνά παραβλέπονται από τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να διευκολύνουν πλήρως την προσπάθεια ολοκληρωμένης φροντίδας. Αυτές είναι:

1) Η συμπόνια και η βοήθεια από άλλους ασθενείς αποτελεί ένα δυναμικό κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα για ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο.

- 2) Πρέπει να αναγνωρίζεται η ανάγκη του ασθενούς σαν άτομο να προσφέρει και να δέχεται ανάλογα.
- 3) Πρέπει να αναγνωρίζεται και να δίνεται έμφαση στην φροντίδα που παρέχουν οι οικογένειες σαν μια πηγή υποστήριξης για τους ασθενείς.
- 4) Το ενδιαφέρον και η φροντίδα που δίδεται από φοιτητές νοσηλευτικής και εθελοντές είναι σημαντικά.

### **17) Το πότε του θανάτου (ο χρόνος)**

Αν και οι Requolds και Kalisu (1974) ανέφεραν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι επιθυμούν να ζήσουν πολύ περισσότερο από ότι προσμένουν, το κεντρικό θέμα στον χρόνο του θανάτου δεν είναι η μακροζωία, αλλά μάλλον το ζήτημα του πότε ένα άτομο πρέπει να "αρμόζει" να πεθάνει. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη ομοφωνία για αυτό το θέμα. Σαν αποτέλεσμα της προόδου της ιατρικής τεχνολογίας έχουν εμφανιστεί νέες θέσεις στον ιατρικό χώρο και σε μεγάλο μέρος της κοινωνίας, για τις οποίες δεν υπάρχουν καθαρά μέτρα και κανόνες. Πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι ανησυχούν ιδιαίτερα μήπως το φόρτο (βάρος) της ιατρικής τους φροντίδας (μετατοπιστεί) παραχωρηθεί στην οικογένειά τους ή στην κοινωνία. Άλλοι μπορεί να προτιμούν μάλλον να πεθάνουν παρά να προκαλέσουν δαπάνες, οι οποίες απαιτούνται στην περίπτωση που χρειάζονται δραστικά μέτρα για να κρατηθούν στη ζωή. Πότε συμβαίνει (εμφανίζεται) ο θάνατος; Ιστορικά, ο καθορισμός του θανάτου εξαρτάται από την παύση της λειτουργίας της καρδιάς. Η δύναμη της τεχνολογικής παρέμβασης έχει καταστήσει αυτό τον ορισμό ανεπαρκές. Οι χτύποι της καρδιάς μπορούν να διεγερθούν ηλεκτρικά, η λειτουργία της καρδιάς σύντομα μπορεί να αντικατασταθεί από μια μηχανική αντλία.

Πρόσφατα, κάποια μέτρα για το νευρολογικό θάνατο (συνήθως καλείται εγκεφαλικός θάνατος), έχουν προαχθεί με σκοπό να διασαφηνιστούν τα προβλήματα που υπάρχουν για τον καθορισμό του

τότε επέρχεται ο θάνατος. Αυτά αποτελούν κριτήρια του πανεπιστημίου του Harvard, τα οποία αναφέρουν ότι εγκεφαλικός θάνατος επέρχεται όταν υπάρχουν : α) καθόλου δεκτικότητα και ανταπόκριση στα διάφορα ερεθίσματα, β) καμία κίνηση αναπνοής, γ) καθόλου αντανακλαστικά και δ) ένα δύο ηλεκτροεγκεφαλογράφηματα, που έχουν ληφθεί σε 24 ώρες σε άλλη στιγμή το καθένα, δεν δείχνουν κανένα ίχνος της εγκεφαλικής λειτουργίας. (Beeches 1968).

Πολλοί γιατροί εμπλέκονται στην έρευνα για την μεταμόσχευση οργάνων με βάση αυτά τα κριτήρια γιατί με αυτόν τον τρόπο λαμβάνουν υπόψιν τη διατήρηση του κυκλοφορικού συστήματος, έτσι προάγουν την πιθανότητα επιτυχημένης μεταμόσχευσης οργάνων. Οι κριτικοί υποστηρίζουν ότι οι νομοθετικοί μηχανισμοί κινούνται τόσο αργά και μπορεί να γίνουν επαχθείς, εάν τα κριτήρια για τον εγκεφαλικό θάνατο συνεχώς βελτιώνονται (αλλάζουν). Πάντοτε θα υπάρχει μια χρονική καθυστέρηση μεταξύ της βελτίωσης των κριτηρίων και της βελτίωσης της κατάλληλης νομοθεσίας. Μερικοί υποστηρίζουν ακόμα ότι ο καθορισμός του ασθενή ως νεκρός μέσω της εκτίμησης των καρδιακών χτύπων και των εγκεφαλικών κυμάτων, δεν είναι σημαντικό θέμα, που απορρέει από την ανάπτυξη της τεχνολογίας. Ο Briu και οι συνεργάτες του (1970), ανάμεσα σε άλλα, υποστήριζαν ότι το κλειδί ανησυχίας είναι το πόσο πρέπει ένας ασθενής που δεν έχει καμία ελπίδα να συγκρατείται στη ζωή από εξεζητημένες έννοιες". Κατά παράδοση, οι αποφάσεις για το χρόνο που πρέπει να συγκρατείται στη ζωή ένα ανίκατος ασθενής λαμβάνονταν από τον γιατρό, μερικές φορές σε σχέση με τα μέλη της οικογένειάς του, και λιγότερο συχνά από τον ίδιο τον ασθενή. Πολλοί ετοιμοθάνατοι ασθενείς, ειδικά είναι υπερήλικες και πολύ περιορισμένοι, δεν έχουν καμία συμμετοχή στις αποφάσεις που λαμβάνονται για τον θάνατό τους. Έχουν γίνει πολλές και πρόσφατες προσπάθειες για να εκφράσουν καλύτερα τις επιθυμίες του ασθενή, σε μια τέτοια απόφαση. Μια τέτοια ενέργεια αποτελεί η δημιουργία μιας γραπτής βεβαίωσης όπου δηλώνει τις συνθήκες στις οποίες όταν βρεθεί

το άτομο δεν θα επιθυμεί να παραμείνει στη ζωή. Το Σεπτέμβριο του 1976, η πολιτεία της Καλιφόρνιας δέχτηκε να συμβαίνει κάτι τέτοιο· μάλιστα αποκαλούσε μια τέτοια βεβαίωση "φυσική πράξη θανάτου".

Οι κριτικοί επισήμαναν τα σοβαρά μειονεκτήματα αυτών των μηχανισμών. Ο Kalisu (1976) υποστηρίζει ότι το άτομο όταν βρίσκεται κοντά στον επικείμενο θάνατο, μπορεί να αισθάνεται κάπως διαφορετικά για τις ενέργειες που διέπραξε όταν ο θάνατος εμφανιζόταν αρκετά μακρινός. Εξάλλου η κατάσταση του ασθενή μπορεί να αποκλείει οποιαδήποτε ευκαιρία να αλλάξει την βεβαίωσή του. Η Lebacqz (1977) έχει τονίσει πόσο περιοριστικοί είναι οι νόμοι της Καλιφόρνιας στην εφαρμογή τους. Ο νόμος εγκρίνει την άρνηση την απόσυρση μόνο σε τεχνητές ή μηχανικές διαδικασίες και μόνο όταν ο θάνατος είτε είναι επικείμενος είτε όχι χρησιμοποιούνται διαδικασίες υποστήριξης της ζωής.

## **18) Φροντίζοντας τον ετοιμοθάνατο**

Η φροντίδα ενός ετοιμοθάνατου αποτελείται από 2 κατηγορίες δραστηριοτήτων: σωματική βοήθεια και κοινωνική και ψυχολογική βοήθεια. Δημιουργούνται διαφορετικές ανάγκες για βοήθεια από τη χρονική διάρκεια μεταξύ της στιγμής του καθορισμού ως ετοιμοθάνατου και στο πραγματικό γεγονός του θανάτου, καθώς και στο είδος της ασθένειας ή του τραυματισμού που ευθύνεται (Beuoliel (1977)). Σωματικά, το άτομο που πεθαίνει, έχει συχνά ανάγκη να τραφεί, να πλυθεί και να βοηθηθεί σε προσωπικά ζητήματα, όπου δεν μπορεί να διευθετήσει μόνο του. Οι φαρμακευτικές και θεραπευτικές αγωγές μπορεί να απαιτούνται εξίσου με την ειδική βοήθεια εάν ο ασθενής βρίσκεται σε μια κατάσταση εξασθένησης και αδυναμίας.

Η ρύθμιση του πόνου είναι πρωταρχικής σημασίας στην φροντίδα ενός ετοιμοθάνατου. Αυτή πρέπει να επιτυγχάνεται αποτελεσματικά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, με ένα μεγάλο αριθμό αναλγητικών

φαρμάκων που θα είναι συνεχώς διαθέσιμο. Τα φάρμακα δεν πρέπει να δίδονται μηχανικά. Η σωστή δόση και το χρονικό διάστημα αυτής πρέπει να αναλύεται σε κάθε περίπτωση για να εμποδίζει την εμφάνιση του πόνου. (Brocklehurst and (tauley 1976).

Οι Brocklehurst και Huley υποστηρίζουν ότι σε περιπτώσεις ανυπότακτου πόνου μια νευρολογική προσέγγιση μπορεί να είναι η καλύτερη επιλογή.

### **19) Ενημερώνοντας τον ετοιμοθάνατο ασθενή**

Ο θάνατος είναι ένα κοινωνικό πέρασμα. Το τι συμβαίνει σε κάποιον που χαρακτηρίζεται ως ετοιμοθάνατος επηρεάζεται από τις ενέργειες και τις επιλογές άλλων ανθρώπων οι οποίοι συνθέτουν το κοινωνικό του /της περιβάλλον (Beuoliel (1977). Στο περιβάλλον αυτό τοποθετούνται και οι επαγγελματίες υγείας. Στην φροντίδα του ατόμου πρέπει να υπενθυμίζεται ότι οι περισσότεροι ετοιμοθάνατοι φοβούνται την εγκατάλειψη, την ταπείνωση και την μοναξιά στο τέλος των ζωών τους (weismau 1972). Έτσι προκύπτει ότι η διατήρηση των προσωπικών σχέσεων είναι ένα σημαντικό μέρος της φροντίδας των ατόμων που πεθαίνουν. (Archly 1977). Μερικές φορές αυτό μπορεί να είναι αρκετά δύσκολο. Οι Glaser και Straurs (1965) περιγράφουν ένα γενικό πλαίσιο αμοιβαίας προσποίησης: όταν και ο ασθενής και το προσωπικό γνωρίζουν ότι ο ασθενής θα πεθάνει αλλά προσποιούνται το αντίστροφο. Και οι δύο πλευρές συμφωνούν να συμπεριφέρονται σαν να επρόκειτο ο ασθενής να ζήσει. Ένα επακόλουθο της αμοιβαίας προσποίησης είναι ότι αποβαίνει δύσκολη ψυχολογικά για τα μέλη του προσωπικού να εργάζονται με ασθενείς σε μια επαγγελματική βάση. Ο Kalish (1976) συμπεραίνει ότι μια προσωπική σχέση με ένα ετοιμοθάνατο ασθενή δεν μπορεί να επιτευχθεί εκτός αν το θέμα του θανάτου μπορεί να συζητηθεί ανοιχτά.

Ο κάθε ασθενής χρειάζεται να είναι ενήμερος για την κατάστασή του; Πολλοί γιατροί είναι διστακτικοί στο να αποκαλύψουν τον επικείμενο θάνατο στους ασθενείς τους. Πιστεύουν ότι τα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που λαμβάνουν χώρα σε ένα άτομο που πεθαίνει είναι πιο έντονα όταν το άτομο γνωρίζει ότι θα πεθάνει. Μια μελέτη αναφέρει ότι το 88% των γιατρών που πήραν μέρος ακολουθούν την συνηθισμένη τακτική, να μην ενημερώνουν τους ασθενείς ότι πάσχουν από καρκίνο (Okeu 1961). Οι Fitts και Ravelin (1953) ρώτησαν 444 γιατρούς στην Φιλαδέλφεια για το ίδιο θέμα. Από το 89% που ανταποκρίθηκε, βρήκαν ότι το 3% πάντοτε λέει την αλήθεια στους ασθενείς, ένα 28% συνήθως πράττει το ίδιο αλλά όχι πάντα, ένα 57% συνήθως δεν πληροφορεί και το 12% ποτέ. Οι Strauss και Glaser (1970) είδαν το πρόβλημα της αποκάλυψης από την πλευρά του ήθους (ως ηθικό). Ρώτησαν: "Είναι στ' αλήθεια πρόπον να αρνείσαι σ' ένα ετοιμοθάνατο άτομο την ευκαιρία να "συνάψει ειρήνη" με τη συνείδησή του και τον Θεό, να τακτοποιήσει τις υποθέσεις του και να εξασφαλίσει το μέλλον της οικογένειάς του, καθώς και να καθορίσει τον τρόπο που θα ζήσει για όσο καιρό ζήσει; Έχει κανείς το δικαίωμα, ακόμα και ο γιατρός, να υποθάλπει τέτοια πληροφορία; Ακόμα "στους ώμους" ποιου ατόμου θα πέσει η ευθύνη της αποκάλυψης - του γιατρού του νοσηλευτή ή της οικογένειας;" Ο Veatch (1976) υποστηρίζει ότι μόνο σε ιδιαίτερα σπάνια περιστατικά η απόκρυψη μπορεί να είναι ανεκτή.

Ασφαλώς η συναίσθηση του επικείμενου θανάτου δίνει την δυνατότητα στον ασθενή να τερματίσει τη ζωή του με όποιο τρόπο επιλέξει να αποπερατώσει σημαντικές δουλειές και να αφήσει σχέδια αλλά και περιουσιακά στοιχεία στην οικογένειά του. Ωστόσο, όπως οι Strauss και Glaser (1970) τονίζουν, η απόκρυψη μπορεί να έχει μειονεκτήματα και για τον ασθενή. Άλλοι μπορεί να μην εγκρίνουν τον τρόπο που ο ασθενής χειρίζεται τον επικείμενο θάνατό του και μπορεί να επιχειρούν να αλλάξουν αυτόν τον χειρισμό.

Επιπλέον, ο ασθενής μπορεί να μην είναι ικανός να δεχτεί την διαδικασία προς τον θάνατο και τον ίδιο τον θάνατο. Μπορεί να πεθάνει με μεγαλύτερη ψυχική οδύνη και λιγότερη αξιοπρέπεια από ότι αν δεν γνώριζε την κατάστασή του.

Ο Weismau πιστεύει ότι λίγοι ετοιμοθάνατοι ασθενείς χρειάζεται να γνωρίζουν ότι βρίσκονται κοντά στον θάνατο. Οι πιο πολλοί αισθάνονται τη διάγνωση νωρίτερα από όταν τους ειπωθεί. Αρκετοί, επιθυμούν να συζητούν την πρόγνωση με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Κατά τον Weismau αυτό πρέπει να γίνεται σε σταδιακά χρονικά διαστήματα.

## **20) Βοηθώντας τον ετοιμοθάνατο**

Εάν στο ετοιμοθάνατο άτομο έχει δοθεί η ευκαιρία βοήθειας τότε η διαδικασία προς τον θάνατο μπορεί να είναι μέρος της ζωής. Το να πεθαίνεις είναι μια διαδικασία, όπου μπορεί να ενοποιηθεί στον τρόπο, τη σημασία και τη διαδοχή αυτού που είχε ακολουθήσει νωρίτερα (Pattison 1969). Αυτά τα λόγια συνοψίζει ο Weismau στην έννοια για τον "κατάλληλο (πρέπον) θάνατο". Ο θάνατος του κάθε ατόμου μπορεί να είναι διαφορετικός, ωστόσο μπορεί να είναι ο κατάλληλος για αυτό.

Ο Pattison (1962) υποστηρίζει ότι ο θάνατος είναι ένα κρίσιμο γεγονός και μπορεί να κατανοηθεί στο διάστημα της κρίσιμης παρεμβατικής θεραπείας. Παρόλα αυτά μπορεί να μην είμαστε ικανοί να βοηθήσουμε ένα άτομο να συμβιβαστεί με τα έσχατα προβλήματα του θανάτου μπορεί όμως να βοηθήσουμε το άτομο να συμβιβαστεί την διαδικασία του. Με τους παρακάτω τρόπους μπορούμε να παρέχουμε βοήθεια για έναν αρμόζον θάνατο.

1) Μοιράσου την ευθύνη για την κρίση της διαδικασίας του θανάτου με τον ασθενή. Βοήθησε τον να ξεπεράσει την πρώτη επίδραση της αγωνίας και της παραχής. Να μιλάς ανοικτά και ειλικρινά, μην προσποιείσαι ότι ο ασθενής μπορεί να ζήσει.

- 2) Βοήθησε τον ασθενή να αποσαφηνίσει και καθορίσει την πραγματικότητα ότι από μέρα σε μέρα μπορεί να φύγει.
- 3) Η ανθρώπινη επαφή να είναι συνεχώς διαθέσιμη και αμοιβαία.
- 4) Βοήθησε τον ασθενή να διατηρεί την επικοινωνία και σημαντικές σχέσεις με αυτούς που σε λίγο θα χαθούν. Ταυτόχρονα να αναμένεις ότι ο ασθενής θα υποφέρει από βαριά θλίψη όταν συνειδητοποιήσει αληθινά ότι οι απώλειες θα είναι υπαρκτές.
- 5) Βοήθησε τον ασθενή να ξεπεράσει την αρνητική άποψη που μπορεί να έχει για τον εαυτό του δείχνοντάς του τον απαραίτητο σεβασμό, και για διάστημα ώσπου να αποκτήσει τον αυτοσεβασμό του.
- 6) Ενθάρρυνε το άτομο να αποδεχτεί την κατάστασή του με αξιοπρέπεια και ακεραιότητα.

## **21) Βοηθώντας τον τεθλιμμένο**

Η φροντίδα γι' αυτόν που πεθαίνει περιλαμβάνει αναπόφευκτα και την φροντίδα τον τεθλιμμένο. Η απώλεια (το πένθος) είναι η διαδικασία κατά την οποία ξεπερνάς τον θάνατο κάποιου προσφιούς σου προσώπου. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει αρκετές όψεις. Οι φυσικές αντιδράσεις της στενοχώριας μπορεί να περιλαμβάνουν στομαχικές διαταραχές, δύσπνοια, συχνοί αναστεναγμοί, κάποιο κενό συναίσθημα στην κοιλιά, εξασθένιση της μυϊκής δύναμης και υποκειμενική καταπόνηση (Lindemaau 1944). Οι συναισθηματικές αντιδράσεις μπορεί να περιλαμβάνουν θυμό, ενοχή, αγωνία, υποβολή σε σκέψεις για τον αποθανόντα και κατάθλιψη (Parkes 1972). Αυτές οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές και σε γενικές γραμμές, είναι καλύτερα να επιτρέπεται στον τεθλιμμένο να βιώνει αυτή τη διαδικασία. Μπορεί να εμφανιστούν προβλήματα εάν η θλίψη παρουσιάζεται ατελείωτη. Οι Brocklehurst και Hauley (1976) ανέφερε ότι στην 3η ηλικία η κατάθλιψη γι' αυτόν που πενθεί μπορεί να μην αυτοπεριορίζεται. Ίσως, κάποια στιγμή, να είναι απαραίτητη και η θεραπεία. Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει την παροχή



ενθάρρυνσης, κατανόησης και προσωπικής ζεστασιάς και συμπόνιας ή τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και / η ψυχιατρική φροντίδα. Σημαντικό να θυμάται κανείς, ειδικά στην περίπτωση όπου ένα ηλικιωμένο πρόσωπο υποφέρει απ' τον θάνατό του / της συζύγου, είναι ότι οι αποφάσεις ζωής σχετίζονται με τα οικονομικά, την προσωπική φροντίδα και ρυθμίσεις για τον τρόπο ζωής τους. Συμβουλή πρέπει να δίνεται προσεκτικά, διακριτικά και σε συνεργασία με τον γιατρό και τους συγγενείς. Οι αποφάσεις δεν πρέπει να λαμβάνονται βιαστικά. Επιπλέον, δεν πρέπει να λαμβάνονται ανέκκλητες αποφάσεις για τόσο σημαντικά θέματα, τουλάχιστον μέχρι την περίοδο όπου η θλίψη θα έχει περάσει. (Brocklehurst και Itauley 1976).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΣΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΕ ΕΝΑ ΙΔΡΥΜΑ

Παρά του αρνητικό αντίκτυπο των ιδρυμάτων που υπάρχει ορισμένες φορές πολλοί άνθρωποι χρειάζονται περιποίηση που παρέχεται σε ίδρυμα, από την άλλη πλευρά όμως πολλοί άνθρωποι θα μπορούσαν να αποφύγουν την εισαγωγή τους σε ίδρυμα εάν ήταν διαθέσιμες κάποιες εναλλακτικές υπηρεσίες .

Μια πρόσφατη μελέτη του Γενικού Λογιστηρίου βρήκε, μια ομοφωνία ανάμεσα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, όπου περίπου το 25% του πληθυσμού που ασθενεί θεραπεύεται σε ιδρύματα, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες που υπερβαίνουν τις ανάγκες τους. Αυτή η υπερχρησιμοποίηση των ανέσεων προκύπτει από ένα σύστημα φροντίδας υγείας όπου είναι προσανατολισμένο πρωταρχικά (προς) την θεραπεία της οξείας φάσης της ασθένειας.

Δεν προσφέρεται ένα ολοκληρωμένο πεδίο υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Εκλείπουν οι υπηρεσίες όπου εξασφαλίζουν εναλλακτικές επιλογές φροντίδας, χρηματοδότηση αυτών καθώς κ' εκπαίδευση των γιατρών κ' ασθενών να τις δέχονται. Η αναφορά του Γενικού Λογιστηρίου περιγράφει την κάτοικο νοσηλεία ως μια εναλλακτική επιλογή φροντίδας υγείας. Οι υποστηρικτές της κάτοικου νοσηλείας παραθέτουν αυτήν την μέθοδο νοσηλείας σαν ένα μηχανισμό που βοηθά στη μείωση των νοσοκομειακών δαπανών. Η κατοίκων νοσηλεία μπορεί να θεωρηθεί ως αξιόπαινη προσπάθεια που παρέχει την πιο κατάλληλη φροντίδα στον ασθενή. Οι ασθενείς που δέχονται τέτοια φροντίδα ξοδεύουν πολύ λιγότερα από το πόσο που θα πλήρωναν σε ένα γενικό νοσοκομείο και ταυτόχρονα υπάρχει η άποψη οικονομολόγων που λένε ότι ένα κατάλληλο πρόγραμμα κατοίκων νοσηλείας μπορεί να καταστήσει αχρείαστη την κατασκευή μεγάλου

αριθμού νέων νοσοκομειακών κλινών. Οι ομοσπονδιακές και επαρχιακές κυβερνήσεις στον Καναδά είναι επίσης ευαίσθητες στην ανάγκη εναλλακτικών επιλογών έναντι των ιδρυμάτων.

Το βάρος (η πίεση) συγκεντρώνεται για να εγγραφεί ότι η φροντίδα που παρέχεται σε ιδρύματα θα χρησιμοποιείται στο μέλλον μόνο για τους ηλικιωμένους που είναι βαρεία ανάκανοι και /η σοβαρά άρρωστοι.

Σύμφωνα Schemer, Η επαρχία του Οντάριο έχει διακηρύξει τη ίδρυση οίκων για τους ηλικιωμένους και έχει αναγγείλει το κλείσιμο πολλών νοσοκομείων που έχουν ψηλές αναλογίες για τους ηλικιωμένους ασθενείς.

Οι εναλλακτικές υπηρεσίες (και ιδιαίτερα η κατοίκων νοσηλεία) έχουν ένα εξαιρετικό πλεονέκτημα πέρα από τα μειωμένα έξοδα: οι περισσότεροι ηλικιωμένοι προτιμούν να βρίσκονται στο σπίτι τους. Τα οικία περιβάλλοντα είναι άνετα και καθησυχαστικά. Τα συναισθήματα ασφάλειας και ανεβασμένου ηθικού αποτελούν πλεονεκτήματα για τη βελτίωση των επιδράσεων από τη θεραπευτική αγωγή τόσο για τη ψυχική όσο για τη σωματική ασθένεια. Η κατοίκων νοσηλεία μπορεί να είναι πλεονέκτημα για πολλές κατηγορίες ασθενών, τους βαρεία άρρωστους τους αναρρωνύοντες και αυτούς που αναρρώνουν από εγχειρήσεις. Επιπρόσθετα πλεονεκτήματα της κατοίκων νοσηλείας είναι το γεγονός ότι η οικογένεια μπορεί να βοηθάει, η μετατόπιση του ατόμου γίνεται αχρείαστη και υπάρχει μεγαλύτερη ελευθέρια στις επιλογές του.

Κάθε γεροντολόγος, γηριατρος και επαγγελματίας υγείας που ασχολείται με ηλικιωμένους έχει ακούσει τουλάχιστον μια ιστορία που οδηγείται σε ένα ίδρυμα. Συνήθως η ιστορία εξελίσσεται στο ότι τα παιδιά του ασθενούς τρομάζουν από τα διαδραματιζόμενα γεγονότα και επιστρέφουν το άτομο σπίτι του η στα δικά τους.

Χρησιμοποιούν διαθέσιμες δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες για να συμπληρώσουν τις δικές τους προσπάθειες. Η ιστορία ποτέ δε

καταλήγει χωρίς κάποιες αναφορές στη θαυμάσια μεταστροφή της κατάστασης του ασθενούς. Δεν καταλήγει ικανοποιητικά κάθε περίπτωση. Καμία φορά η οικία δεν είναι ο πιο κατάλληλος χώρος. πολλοί ηλικιωμένοι δεν αρέσκονται στις συνθήκες κατοικίας και παρουσιάζονται πρόθυμοι να μετακομίσουν σε κάποιο ίδρυμα. πολλές οικογένειες υποφέρουν σωματικά και συναισθηματικά κάτω από το φορτίο φροντίδας ενός ηλικιωμένου γονέα. Ο Butler και ο Lewis παρουσιάζουν ένα παράδειγμα ενός κλασικού προβλήματος: Η ηλικιωμένη μητέρα μετακομίζει στο γιο και στη νύφη, και ο καθένας είναι δυστυχημένος:

Μια 69χρονη γυναίκα ζούσε με το γιο και τη νύφη της. μητέρα και νύφη δεν τα πήγαιναν καλά και δεν ανέχονταν η μια τη κουβέντα της άλλης. Η μητέρα αποθαρρυνόταν να συμμετέχει στις δουλείες του σπιτιού. Επομένως, θα έπρεπε όλη μέρα να είναι το νυχτικό της και να παρακολουθεί τηλεόραση.

Όταν ο γιος της επέστρεφε θα έπρεπε να ντύνεται, να καλωπίζεται και να είναι θερμή και φιλική. Μητέρα και νύφη συναγωνιζόντουσαν για τη προσοχή του γιου και άντρα αντίστοιχα. Η μητέρα παραπονιόταν ότι υπολογιζόταν σα βάρος και δε συμμετείχε στις δουλείες του σπιτιού. Η νύφη επέμενε ότι η μητέρα ήθελε ολοκληρωμένη φροντίδα. Τελικά, ο γιος ζήτησε από τη μητέρα του να φύγει.

Ωστόσο, μια αναφορά του 1972, για τις υπηρεσίες υγείας στα σπίτια των ΕΙΠΑ, επαληθεύει το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς στα σπίτια μπορούν να χρησιμοποιούν καλύτερα τις παροχές φροντίδας. Η αναφορά συνοψίζει τα πλεονεκτήματα των αποτελεσματικών προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας στα ακόλουθα:

- 1) Οι ασθενείς προτιμούν τη φροντίδα που μπορεί να εξασφαλιστεί στο οικείο περιβάλλον τους.
- 2) Οι άνθρωποι που είναι καθηλωμένοι στο σπίτι τους μπορούν να εκπαιδευτούν να ζουν σε μια σχετικά ανεξάρτητη κατάσταση.

- 3) Η ανάγκη για αρχική εισαγωγή σε εσωτερικά ιδρύματα μπορεί να ελαττωθεί.
- 4) Για την απαραίτητη εισαγωγή σε ίδρυμα, μπορούν να εξαλειφθούν περιττές μέρες μέσω της πρόωρης κατοίκων νοσηλείας.
- 5) Άσκοπες κεφαλαιουχεςκατασκευαστικες δαπάνες για εσωτερικές δυσκολίες μπορούν να μειωθούν.
- 6) Η αποδοτικότητα του γιατρού μπορεί να αυξηθεί με την επέκταση της ομάδας φροντίδας. Ο γιατρός μπορεί να φροντίζει μεγαλύτερο αριθμό ασθενών μέσω ενός προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας, επειδή δε συγκεντρώνει και δε συντονίζει ατομικά τις παροχές που χρειάζονται οι ασθενείς του στις οικίες τους.
- 7) Το προσωπικό της κατ' οίκον νοσηλείας μπορεί γρήγορα να ερμηνεύει ιατρικές οδηγίες, να εξηγεί τις θεραπευτικές αγωγές και να προσφέρει καθυσύχαση και υποστήριξη.
- 8) Το προσωπικό της κατ' οίκον νοσηλείας μπορεί να αναγνωρίζει προβλήματα από μέρα σε μέρα και να μειώνει έτσι τη πιθανότητα της εμφάνισης επειγόντων καταστάσεων.

Η απόφαση να κρατήσεις τον ηλικιωμένο στο σπίτι είναι πολύπλοκη και δύσκολη πολύ. Αρκετοί παράγοντες πρέπει να υπολογιστούν. Μερικοί από αυτούς συμπεριλαμβάνουν τι χρειάζεται και επιθυμεί το ηλικιωμένο άτομο, τι ικανότητες κατέχει ακόμα, ποιο είναι η οικογενειακή κατάσταση και τι είδους υπηρεσίες είναι διαθέσιμες στη τοπική κοινωνία που βοηθούν τη κατ' οίκον νοσηλεία. Δεν πρέπει να λαμβάνεται η απόφαση χωρίς την ολοκληρωμένη σωματική και ψυχολογική εκτίμηση.

Ο οικογενειακός γιατρός, ο ψυχολόγος, η επισκέπτρια, η νοσηλεύτρια και άλλοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να συμβάλλουν χρήσιμα σε μια τέτοια απόφαση.

Στη συνέχεια ακολουθεί μια περίληψη των κοινωνικών υπηρεσιών που είτε είναι διαθέσιμες ή σκοπεύετε να γίνουν για τις ηλικιωμένους σε πολλές κοινότητες.

## 1) Παροχές (υπηρεσίες) στο σπίτι

Συχνά ηλικιωμένοι άνθρωποι χρειάζονται μια ευρεία κλίμακα παροχών κατευθείαν στο σπίτι τους. Οι παροχές ποικίλουν για τη ψυχική υγεία, λογοθεραπεία κτλ. Ίσως οι πιο σημαντικές παροχές να σχετίζονται με την υγεία. Ένας μεγάλος αριθμός προβλημάτων εμποδίζει την εξασφάλιση ιατρικής κατ' οίκον νοσηλείας στους ηλικιωμένους. Τα προβλήματα έχουν τεκμηριωθεί από υποεπιτροπή υγείας των ηλικιωμένων της ειδικής Γεροντολογικής επιτροπής των ΕΙΠΑ και περιλαμβάνουν:

- 1) Αύξηση των ιατρικών εξόδων (δαπανών)
- 2) Έλλειψη κάλυψης από την ιατροφαρμακευτική μέριμνα η οποία αρνείται τις απαραίτητες παροχές για εκατομμύρια ηλικιωμένους άδικα και έτσι (ειδικά) οι πτωχοί υποχρεώνονται να πληρώσουν από μόνοι τους.
- 3) Διάσπαση και μη προσωποποίηση των υπηρεσιών υγείας.
- 4) Μεγαλύτερος αριθμός πιο σοβαρά, πολλαπλών προβλημάτων υγείας, Συνήθως χρόνια, τα οποία απαιτούν σημαντική επαναλαμβανόμενη ιατρική φροντίδα
- 5) Έλλειψη καλού συστήματος υγείας το οποίο αναγνωρίζει βαθύτερους ανθρώπινους πόρους ζωής.

Η συζήτηση των προβλημάτων και οι λύσεις για την κατοίκων νοσηλεία μπορεί να χωριστούν σε τρία μέρη: ιατρικές υπηρεσίες, νοσηλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες βοήθειας της κατοίκων νοσηλείας.

## 2) Κατ οίκον νοσηλεία - Υπηρεσίες του γιατρού

Οι γιατροί υποστηρίζουν ότι τα περισσότερα τηλεφωνήματα (σπιτιών) είναι αδικαιολόγητα και ότι μπορούν να κάνουν καλύτερη εκτίμηση και να προσφέρουν καλύτερη θεραπεία στο γραφείο ή στο

νοσοκομείο. Παρόλα αυτά, πολλοί ηλικιωμένοι βρίσκουν δύσκολη την επίσκεψη στο γραφείο ή το νοσοκομείο. Εξάλλου οι διάφορες θέσεις των γιατρών, εμποδίζουν τη παροχή επαρκών ιατρικών υπηρεσιών ειδικά στους ηλικιωμένους.

Η προοπτική σ' αυτή τη βαθμίδα δεν είναι καλή. Αν και πρόσφατη νομοθεσία του κογκρέσου ενθαρρύνει τους φοιτητές ιατρικής να εισάγουν μια βασική ειδικότητα φροντίδας.

Ωστόσο η χρονική καθυστέρηση από τη ενθάρρυνση των φοιτητών μέχρι τη στιγμή που θα υπάρξει Ένας επαρκής εφοδιασμός καθιερωμένων οικογενειακών γιατρών πιθανόν να υπερβαίνει τον μέσο όρο πιθανής διάρκειας ζωής ανθρώπων που είναι 75 ετών σήμερα. Επιπρόσθετα τα γηριατρικά φάρμακα έχουν αναγνωρισθεί ως νόμιμα στις ΕΙΠΑ. Πρόσφατα η νομοθετική εξουσία στο Οχάιο ανακοίνωσαν ότι όλες οι ιατρικές σχολές της πολιτείας έχουν τμήμα γηριατρικής. Ένα φωτεινό σημείο σε αυτή τη βαθμίδα περιλαμβάνει την ανάπτυξη νέων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας που μπορεί δρουν ως <<γιατροί λειτουργοί>> (Becker 1976). Ο βοηθός γιατρού είναι μια από αυτές τις νέες κατηγορίες. σήμερα υπάρχουν 94 προγράμματα στις ΕΙΠΑ όπου εκπαιδεύουν μελλοντικούς βοηθούς γιατρούς στη γενική ιατρική, αναισθησιολογία, καρδιολογία, οφθαλμολογία, ορθοπαιδική ,παθολογία, παιδιατρική, ραδιολογία, γενική χειρουργική και ουρολογία.(Becker 1976).

Πολλές ευκαιρίες υπάρχουν για τους βοηθούς γιατρού στον τομέα της γηριατρικής. Πρέπει να ενθαρρύνονται να βοηθούν στη συμπλήρωση του κενού της διατιθέμενης ιατρικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους.

Μια πιο ριζική στρατηγική για τη αντιμετώπιση της έλλειψης ιατρικών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους έχει αναπτυχθεί από τον Sheer. Το πρόγραμμα που αναπτύχθηκε για το ηλικιωμένο άτομο ονομαζόταν <<Δραστηριότητες υγείας για ηλικιωμένους πολίτες>>. Σύμφωνα με τον Snyder και Edelman, σε δώρες συνεδριάσεις εβδομαδιαίως, μια ομάδα

υγείας (μαζί και οι γιατροί) διδάσκει τα ηλικιωμένα άτομα να υπακούουν στο σώμα τους, να πηγαίνουν στο γιατρό μόνο όταν είναι απαραίτητο και να μιλούν την ιατρική γλώσσα όταν απαιτείται. Δείγμα διδαχθέντων ευεργεσιών συμπεριλαμβάνουν την εξέταση των σφυγμών, τη λήψη θερμοκρασίας, τη ταξινόμηση αναπνευστικού ρυθμού και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Οι ενέργειες βασίζονται στην παρατήρηση, δεν είναι διαγνωστικές, Ωστόσο επιτρέπουν σε έναν ηλικιωμένο να παρέχει κάποια φροντίδα υγείας στον εαυτό του για μικροπροβλήματα στη περίπτωση που απουσιάζουν οι επαγγελματίες υγείας .

### **3) Νοσηλευτικές υπηρεσίες**

Η νοσηλευτική ήταν και συνεχίζεται να είναι ένα από τα λίγα επαγγέλματα που προσφέρει κατοίκων νοσηλεία ( Butler 1975). Οι αναγνωρισμένοι νοσηλευτές (δηλαδή εγγεγραμμένοι στο υπουργείο), οι διπλωματούχοι νοσηλευτές και οι βοηθοί παρέχουν ένα είδος κατοίκων νοσηλείας στα ηλικιωμένα άτομα. Οι καυστικοί νοσηλευτές είναι αναγνωρισμένοι νοσηλευτές που δουλεύουν σε κοινοτικά τμήματα. ανάμεσα σε αλλά καθήκοντα, οι νοσηλευτές αυτοί πρέπει να:

(Buttler and Lewis 1977)

- 1) Επισκέπτονται οικογένειες στα σπίτια τους και τις οδηγούν στη χρησιμοποίηση των κοινωνικών και ιατρικών πόρων της κοινότητας.
- 2) Παρέχουν άμεση νοσηλευτική φροντίδα τόσο για επείγοντα περιστατικά όσο και για καταστάσεις οξείας και χρόνιας ασθένειας.
- 3) Ερευνούν όπου υπάρχουν άτομα που αναρρώνουν ή δέχονται νοσηλεία και άλλα ιδρύματα.
- 4) Συμμετέχουν σε προγράμματα ελέγχου μεταδοτικών ασθενειών.
- 5) Αποτελούν προσωπικό δημόσιων κλινικών.



#### **4) Υπηρεσίες βοήθειας και προσφοράς υγείας στο σπίτι**

Ο όρος βοήθεια στο σπίτι χρησιμοποιείται για να περιγράψει ενέργειες που γίνονται στο σπίτι και είναι διαθέσιμες σε ανθρώπους που τις απαιτούν. Αυτές οι ενέργειες συμπεριλαμβάνουν πλούσιμο ρούχων, καθημερινά ψώνια και ετοιμασία γευμάτων. Ο όρος προσφοράς υγείας στο σπίτι είναι ένας ιατροφαρμακευτικός όρος που περιγράφει ενέργειες όπως λήψη ζωτικών σημείων, προσωπική υγιεινή και βοήθεια φυσικοθεραπείας.

Ο σκοπός της παροχής υγείας στο σπίτι είναι να επαυξήσει την ποιότητα της καθημερινότητας των ηλικιωμένων. Αυτή η υπηρεσία πρωτοξεκίνησε στη Νέα Υόρκη πριν 70 χρόνια περίπου και αναπτύχθηκε για τις ανάγκες παιδιών. Κατά τη δεκαετία του 1930 οι υπηρεσίες επαυξήθηκαν από τη Διοίκηση Εξέλιξης Εργασίας για να συμπεριλάβουν τους ηλικιωμένους χρόνια ασθενείς.

Το 1962 ήταν διαθέσιμη η δημόσια χρηματοδότηση για αυτές τις υπηρεσίες. Τώρα οι υπηρεσίες προσφοράς υγείας στο σπίτι καλύπτονται από τη ιατροφαρμακευτική μέριμνα. Οι περισσότεροι από αυτούς τους βοηθούς ανήκουν σε κάποια ιδιωτικά πρακτορεία ή οργανισμούς τα οποία προσλαμβάνουν, τους εκπαιδεύουν και τους επιβλέπουν. Δεν χρειάζεται η μακρόχρονη εκπαίδευση, μάλιστα αυτά τα πρακτορεία ή οργανισμοί μπορεί να χρηματοδοτούνται για τις υπηρεσίες τους.

#### **5) Άλλες υπηρεσίες στο σπίτι**

##### **Φιλικόι επισκέπτες**

Οι Φιλικόι επισκέπτες, είναι διαθέσιμοι σε αρκετές κοινότητες. Αυτά τα προγράμματα συνήθως είναι απορία της κρατικής κοινωνικής πρόνοιας. Συνήθως οι επισκέπτες είναι εθελοντές που περεχούν

συντροφιά και αλλά στους ηλικιωμένους που μένουν μόνιμα στο σπίτι τους. Οι καλά εκπαιδευμένοι επισκέπτες έχουν τη ικανότητα να αναγνωρίζουν παθολογικά, διατροφικά και αλλά προβλήματα. Μια ενδιαφέρουσα παραλλαγή των <<φιλικών επισκεπτών>> είναι οι – ηλικιωμένοι σύντροφοι- Αυτό το πρόγραμμα, μια πρόσφατη προσθήκη στα κυβερνητικά προγράμματα για τους ηλικιωμένους, απασχολεί χαμηλού εισοδήματος άντρες και γυναίκες 60 ετών και άνω να επισκέπτονται συνομήλικους που βρίσκονται μόνιμα στο σπίτι.

## **6) Υπηρεσίες στη κοινότητα**

### **<<Διατροφικές υπηρεσίες >>**

Οι Διατροφικές υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους έχουν αναπτυχθεί ως ανταπόκριση στην υψηλή επίπτωση υποσιτισμού και αφυδάτωσης που έχει βρεθεί ανάμεσα στους ηλικιωμένους ανθρώπους, (Beattie 1977). Σύμφωνα με τον Beattie, στις ΕΙΠΑ τέτοια προγράμματα ξεκίνησαν υπό τη αιγίδα εθελοντικών προσπαθειών στη αρχή της δεκαετίας του 1950. Μέχρι το 1960 η κυβερνητική πολιτική άρχισε να παρέχει κεφαλαία για τις Διατροφικές υπηρεσίες που υπήρχαν στους ηλικιωμένους. Το 1964 εγκρίθηκε από το κογκρέσο ένα πρόγραμμα που σκοπό είχε να παρέχει άμεσα φαγητό σε οικογένειες που είχαν ανάγκη. Το 1972 εγκρίθηκε ένα εθνικό πρόγραμμα για ένα θρεπτικό προγραμματισμένο γεύμα την ημέρα, για 5 ημέρες την εβδομάδα, για άτομα 60 ετών και άνω. Η έμφαση δόθηκε στη εγκαθίδρυση συναθροισμένων χωρών φαγητού για αποδυναμωμένους και απομονωμένους ηλικιωμένους. Το πρόγραμμα τώρα προσφέρει πάνω από 270.000 γεύματα καθημερινά σε ηλικιωμένους πολίτες. Αυτή η νομοθεσία παρέχει ακόμα τη μεταφορά (αν κρίνεται απαραίτητη) στους χώρους αυτούς.

## **7) Υπηρεσίες καθημερινής φροντίδας**

Μια σύγχρονη τάση στις ΗΠΑ είναι η ανάπτυξη γηριατρικού κέντρου ημέρας. Τέτοια κέντρα παρέχουν μια μεγάλη ποικιλία εναλλακτικών επιλογών φροντίδας στο σπίτι. Το κέντρο ημέρας είναι διαθέσιμο σε ηλικιωμένους ανθρώπους που έχουν κάποια ψυχική και/η σωματική εξασθένιση (βλάβη) αλλά μπορούν να διαμένουν στη κοινότητα εάν παρέχονται υποστηρικτικές υπηρεσίες (Beattie 1977). Η φροντίδα παρέχεται 8 ώρες την ημέρα για 5 ημέρες την εβδομάδα.

Συχνά παρέχονται και υπηρεσίες μεταφοράς καθώς και γεύματα. Η έννοια της καθημερινής γηριατρικής φροντίδας πρωτοαναπτύχθηκε στην Ευρώπη τη δεκαετία του 1940 για ηλικιωμένους ψυχασθενείς (Elliot 1976-1977). Η καθημερινή γηριατρική φροντίδα σήμερα είναι απαραίτητο συστατικό πολλών ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας. Το πρώτο κέντρο ημέρας, ξεκίνησε στις ΗΠΑ το 1947 υπό τη αιγίδα μιας κλινικής. Το 1972, η διοίκηση ιατρικών υπηρεσιών και η γεροντολογική εταιρεία χρηματοδότησαν τις πρώτες εκδηλώσεις γηριατρικής καθημερινής φροντίδας. Ένα δεύτερο πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε το 1974, έχουν αναπτυχθεί τρεις ορισμοί για να καθορίσουν τα γηριατρικά κέντρα ημέρας (Elliot 1976-1977). Καθένας από αυτούς τους ορισμούς, όπου παρατίθενται, δίνουν μάλλον μια διαφορετική έμφαση στη υγεία εναντίον της κοινωνικής λειτουργίας.

## **8) Φροντίδα ημέρας**

1) Η καθημερινή Φροντίδα είναι ένα πρόγραμμα υπηρεσιών που παρέχονται από την ηγεσία υγείας σε ένα περιβάλλον φροντίδας για ηλικιωμένους που δεν απαιτούν ακόμα 24ωρη Φροντίδα σε ίδρυμα, οφειλόμενη σε φυσική η ψυχική εξασθένιση (βλάβη) αλλά δεν είναι ικανοί να ζουν με πλήρη ανεξαρτησία. Οι συμμετέχοντες εισέρχονται στο πρόγραμμα από τον προσωπικό τους γιατρό η άλλη πηγή. Τα απαραίτητα στοιχεία του προγράμματος φροντίδας ημέρας στρέφονται προς τη συντήρηση και αποκατάσταση των αναγκών των

συμμετεχόντων. Ωστόσο υπάρχουν κοινωνικοποιημένα στοιχεία στο πρόγραμμα όπου καταβάλλοντας την απομόνωση (που συχνά σχετίζεται με ασθένειες των ηλικιωμένων και ανίκανων ατόμων) λαμβάνονται υποψιών για τους σκοπούς περίθαλψης και διατήρησης της μεγαλύτερης δυνατής κατάστασης υγείας και ευεξίας.

**2)** Η καθημερινή Φροντίδα (Φροντίδα ημέρας) είναι βασικά ένα κοινωνικό πρόγραμμα για αδύνατους, τους μέτριους δυσχαιρένοντες ή τα ελαφρώς συγχυσμένα ηλικιωμένα άτομα, οι οποίοι έχουν ανάγκη φροντίδας κατά τη διάρκεια της ημέρας ή για κάποιο διάστημα της εβδομάδας. Κάποιοι μένουν μόνοι και δεν μπορούν να φροντίσουν πλήρως τους εαυτούς τους. Άλλοι επιζητούν τέτοιες υπηρεσίες για να απαλλάξουν τις οικογένειες τους από την ολοκληρωτική ευθύνη για τη Φροντίδα τους. Οι συμμετέχοντες μπορεί να συνεχίσουν στο πρόγραμμα για όσο διάστημα επιθυμούν οι οικογένειες τους και για όσο διάστημα δεν εμπλέκεται κάποιο πρόβλημα υγείας.

Το πρόγραμμα του κέντρου φροντίδας ημέρας (καθημερινής φροντίδας) πρέπει να εξασφαλίζει ευχάριστο και ασφαλές περιβάλλον, επίβλεψη, δραστηριότητες, περιόδους ξεκούρασης και τουλάχιστον ένα θρεπτικό γεύμα καθημερινώς. Αν γίνεται σε νοσοκομείο με εξειδικευμένους γιατρούς, Ωστόσο βοηθάει σε περιπτώσεις ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών (Padilla 1972).

**3)** Η καθημερινή γηριατρική Φροντίδα παρέχει μια ποικιλία και συνδυασμό ξεχωριστών ιατρικών, νοσηλευτικών, κοινωνικών και δημιουργικών υπηρεσιών σε άτομα που υποφέρουν από ένα βαθμό σωματικής και/ή ψυχοκοινωνικής ανικανότητας σοβαρής αρκετά για να τους καταστήσει ενδεχόμενους υποψήφιους για Φροντίδα σε ίδρυμα. Παρόλο αυτές τις καταστάσεις, παρακολουθούν το πρόγραμμα κατά τη διάρκεια της ημέρας και επιστρέφουν σπίτι τους το βράδυ (Rat bone-McCann 1973).

Ο Rat bone-Mc Cuban και ο Elliot (1976-1977) περιγράφουν 4 τύπους φροντίδας ημέρας όπου προτείνονται από αυτούς τους

ορισμούς: το ιατρικό κέντρο (φροντίδας) ημέρας, το σχετιζόμενο με τη υγεία κέντρο (φροντίδας) ημέρας, το ψυχοκοινωνικό κέντρο (φροντίδας) ημέρας και το κοινωνικό κέντρο (φροντίδας) ημέρας.

Το ιατρικό κέντρο (φροντίδας) ημέρας είναι μια εναλλακτική επιλογή σε μια δραστηριότητα επεκτεινόμενης φροντίδας. παρέχει καθημερινή ιατρική φροντίδα και επίβλεψη σε άτομα που μπορεί να αναρρώνουν από μια οξεία ασθένεια, αλλά που δεν χρειάζονται περαιτέρω νοσοκομειακή περίθαλψη. Το σχετιζόμενο με τη υγεία κέντρο (φροντίδας) ημέρας είναι μια εναλλακτική επιλογή σε μια μακρόχρονη φροντίδα παρεχόμενη σε ίδρυμα. παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε χρόνιους ασθενείς που απαιτούν συνεχιζόμενη νοσηλευτική και άλλη υποστήριξη. Το ψυχοκοινωνικό κέντρο (φροντίδας) ημέρας παρέχει ένα προστατευτικό περιβάλλον για άτομα που έχουν ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας και που μπορεί να υποφέρουν από ψυχική χειροτέρευση εάν δεν είναι διαθέσιμη κάποια επίβλεψη. Αυτό το κέντρο αποτελεί εναλλακτική επιλογή σε ένα ψυχιατρικό ίδρυμα (ψυχιατρείο). Το κοινωνικό κέντρο (φροντίδας) ημέρας παρέχει κατάλληλες κοινωνικές εμπειρίες σε άτομα που δεν είναι ικανά να λειτουργούν ως κοινωνικά ανεξάρτητα. Το κοινωνικό κέντρο (φροντίδας) ημέρας περισσότερο συγχύζεται (μπερδεύεται) με ένα κέντρο ηλικιωμένων πολιτών (κοπή). Το κέντρο ηλικιωμένων πολιτών (κοπή) εξυπηρετεί άτομα που δεν έχουν καμία ανάγκη θεραπευτικής φροντίδας. Τα κέντρα αυτά παρέχουν ένα χώρο όπου οι ηλικιωμένοι μπορούν να συναντούν φίλους και απασχολούνται σε δραστηριότητες για να κάνουν τη ζωή τους πιο σημαντική. Τα άτομα που συχνάζουν σε αυτά τα κέντρα δεν θα έπαιρναν το ρίσκο χωρίς τη σίγουρη είσοδο τους στο κοινωνικό κέντρο.

Το Καναδικό σύστημα υγείας τη διάκριση μεταξύ ενός κέντρου καθημερινής φροντίδας και σε ένα νοσοκομειακό ημέρας. ένα κέντρο καθημερινής φροντίδας παρέχει φροντίδα και επίβλεψη, δημιουργία και άλλες ενέργειες, όχι απαραίτητα επαγγελματία γιατρό η νοσηλευτικό προσωπικό. ένα νοσοκομείο ημέρας αποτελεί θεραπευτικό περιβάλλον

με επαγγελματίες υγείας για ένα προσωπικό που εργάζεται με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους για ένα θεραπευτικό σκοπό: αναζήτηση και διατήρηση ενός μέγιστου επιπέδου ανεξαρτησίας (Scnatschneider 1977). Για παράδειγμα στο νοσοκομείο ημέρας τους Nor wood στο Edmonton, περίπου 25 ασθενείς κάθε ημέρα παρακολουθούν το πρόγραμμα για διάστημα 6 ωρών, 1,2 η 3 ημέρες την εβδομάδα. Φθάνουν στις 9 μ και φεύγουν μετά τις 3 μ. Αυτοί που παρακολουθούν το πρόγραμμα του νοσοκομείου ημέρας έχουν μια ποικιλία ιατρικών προβλημάτων και ανικανοτητών, τα περισσότερα προβλήματα σχετίζονται με εγκεφαλικά, σακχαρώδη διαβήτη, αρθρίτιδες, πολλαπλή σκλήρυνση, παρκισονισμο, αρτηριοσκλήρυνση, οργανικές εγκεφαλικές παθήσεις και κατάθλιψη. Το προσωπικό αποτελείται από τον νοσηλευτή- συντονιστή, τον προϊστάμενο, τον διπλωματούχο βοηθό νοσηλευτή, γραμματέα και άλλους. Το νοσοκομείο ημέρας είναι τμήμα ενός μεγαλύτερου νοσοκομείου και νοσηλευτικού ιδρύματος (Schattschneider 1977).

## 9) Επίλογος

Σημαντική πρόοδος έχει σημειωθεί τις 2 τελευταίες δεκαετίες στην ανάπτυξη δειγμάτων υπηρεσιών εκτός ιδρυμάτων, για τους χρόνιους ασθενείς και τους εξασθενημένους ηλικιωμένους. ακόμα οι ΗΠΑ βρίσκονται πιο πίσω (καθυστερούν) από πολλές χώρες άλλες βιομηχανικές χώρες, Αυτό ισχύει και για το Καναδά. Για παράδειγμα, η Little (αναφέρεται στο Beattie 1977) έχει παρατάξει χώρες σύμφωνα με τον αριθμό των βοηθητικών οίκων ανά 100.000 πληθυσμό.

αυτές είναι:

- Ομάδα Α (100+) Σουηδία, Νορβηγία, Κάτω χώρες, Βρετανία
- >> Β (19-99) Φιλανδία, Βέλγιο, Καναδάς, Γερμανία
- >> Γ (2-18) ΗΠΑ, Γαλλία, Ισραήλ, Ιαπωνία, Αυστρία
- >> Δ (Λιγότερα από 1) Αυστραλία, Ιταλία

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΗΝ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι ηλικιωμένοι στη χώρα μας αποτελούν ένα μεγάλο τμήμα του συνολικού πληθυσμού και χρησιμοποιούν ένα μεγάλο ποσοστό των διαθέσιμων ιατρικών πηγών. Η ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στους ηλικιωμένους δέχεται μεγάλη κριτική τόσο απ' τον γενικό πληθυσμό, όσο και από επαγγελματίες υγείας. Ένας από τους πιο αποφασιστικούς παράγοντες στην παροχή της γηριατρικής φροντίδας, είναι η διαθεσιμότητα επαρκούς εκπαιδευμένου επαγγελματικού προσωπικού.

#### 1) Ο ιατρός και η γηριατρική φροντίδα

Αν και τα ακριβή στατιστικά δεν είναι διαθέσιμα οι περισσότεροι παρατηρητές της ιατρικής σκηνής συμφωνούν ότι μόνο ένας μικρός αριθμός ιατρών περιορίζονται στην φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων. Η «στρατολογία» στο «χωράφι» της γηριατρικής έχει παρεμποδιστεί από ένα αριθμό παραγόντων περιλαμβάνοντας έλλειψη του κύρους και της θέσης που σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τη συμπεριφορά από την πλευρά των μελλοντικών γιατρών ότι η περιοχή αυτή (δηλαδή η γηριατρική φροντίδα) είναι λιγότερο προσοδοφόρα για να δουλέψουν σ' αυτήν. Η 3<sup>η</sup> ηλικία θεωρείται σαν μια περιοχή στην οποία η θεραπεία γενικά είναι αποτελεσματική, χάσιμο χρόνου ή ακόμα και ότι αποτελεί βάρος για την υπόλοιπη κοινωνία. Οι φυσικοί πόροι και τα ιδρύματα που είναι διαθέσιμα για την θεραπεία των ηλικιωμένων συχνά θεωρούνται ως πτωχά από γιατρούς που εκπαιδεύτηκαν σε μοντέρνα και καλά εξοπλισμένα ιατρικά μέτρα. Τέλος, οι φοιτητές

ιατρικής δέχονται λίγες γνώσεις για την γηριατρική και ακόμα λιγότερες για τις καταστάσεις της γηριατρικής φροντίδας.

Μελέτες για τη συμπεριφορά των γιατρών απέναντι σε ηλικιωμένους ασθενείς και νοσηλευτικά ιδρύματα που επισκοπήθηκαν από τον Miller και τους συνεργάτες του (1976).

Συγκεκριμένα αποκαλύφθηκαν τα ακόλουθα :

- 1) Οι ηλικιωμένοι ιατροί συχνά νοιάζεται περισσότερο για τους ασθενείς που είναι 75 ετών και άνω.
- 2) Το 50% όλων των ιατρών θεωρούν ότι τα νεαρά άτομα λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα.
- 3) Το 45% μάλλον θα φρόντιζε πρώτα ένα 25 χρόνο και μετά ένα 75 χρόνο άτομο.
- 4) Το 38% είπε ότι παρέχει ίση προσπάθεια τόσο για νέους όσο και για ηλικιωμένους ασθενείς.
- 5) Το 25% θεώρησε ότι οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν πρόκληση.
- 6) Το 87% θα δεχόταν νέους ασθενείς που θα ήταν ηλικιωμένοι.
- 7) Το 38% είδαν ένα σαγηνευτικό ίδρυμα σαν ένα μέρος για να πεθάνεις.
- 8) Το 67% δεν πιστεύει σε «ηρωικά» φάρμακα.
- 9) Η ευθανασία προτάθηκε από το 25% για τους σωματικά ανίκατους και από το 18% για τους διανοητικά.
- 10) Το 91% θεώρησε ότι ήταν ικανό να θεραπεύσει (φροντίσει) τους ηλικιωμένους (Miller 1976).

Η αμερικάνικη γερουσία και ειδικά το τμήμα που ασχολείται με γεροντολογικά θέματα ανέφερε τις ακόλουθες αιτίες για την αποφυγή των γιατρών για τα νοσηλευτικά σπítια: α) χαμηλή αποζημίωση, β) έλλειψη βοηθητικού προσωπικού, γ) η πίστη στο ότι αποτελούν δυσάρεστο μέρος οι επισκέψεις, δ) χαμηλή προτεραιότητα στην εκπαίδευση στις ιατρικές σχολές, ε) λίγοι ιατροί διαθέσιμοι γι' αυτού του είδους τη φροντίδα (π.χ. γεροντολόγοι) και στ) έλλειψη κινήτρων για την επένδυση του χρόνου του σ' αυτά.



Η αυξημένη εκπαίδευση στη γηριατρική για τους ιατρικούς επαγγελματίες εμφανίζεται να αποτελεί ανάγκη. Ο P. Feiffer (1977) υποστήριξε ότι το Κογκρέσο στις Η.Π.Α. σκόπευε να δημιουργήσει 40 νέες θέσεις για εκπαιδευμένους και έμπειρους γεροντολόγους για να εκπαιδεύσουν μελλοντικούς «προμηθευτές» υγείας.

Πιστεύει ότι μια τέτοια πρόταση θα μπορούσε να καταλήξει σε ένα λειτουργικό πρόγραμμα για πρωταρχική φροντίδα των ειδικευμένων μέσα σε 10 χρόνια.

Ο Libow (1977) πιστεύει ότι το ιατρικό επάγγελμα χρειάζεται να δημιουργήσει περισσότερα μοντέλα γηριατρικών ρόλων μέσα στα εκπαιδευτικά ιατρικά ιδρύματα, να εξυψώσει το άρρωστο άτομο πέρα από το «ελαττωματικό» του πρόβλημα να εγκαταστήσει ένα κατάλληλο σύστημα υγείας για τους ηλικιωμένους και βασικά να διδάξει το σώμα γνώσης που συνθέτει την γηριατρική. Πρέπει να εγκαθιδρυθούν σχετικά προγράμματα και να γίνουν ελκυστικά στους νεαρούς ιατρούς.

Οι μέθοδοι διδασκαλίας μπορεί να ποικίλουν, αλλά ένας συνδυασμός ομιλίας, μελέτης και εμπειρίας είναι σημαντικός.

Τα προγράμματα, που οδηγούν τους φοιτητές ιατρικής στην κατανόηση από κοντά της εξέλιξης της ηλικίας και του κοινωνικού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου ατόμου, μπορεί να είναι πιο σημαντικά από την αναφερόμενη γνώση, αλλά και τα δύο και οι βιολογικές και οι κοινωνικές πλευρές των ηλικιωμένων πρέπει να τονίζονται. Μερικοί προτείνουν απαιτούμενα μαθήματα γεροντολογίας για τους φοιτητές ιατρικής που βρίσκονται σε επίπεδο πριν το πτυχίο.

Ο Feeman (1976) προτείνει τον συνυπολογισμό των ακόλουθων στη μελέτη ενός γηριατρικού εκπαιδευτικού ιατρικού προγράμματος:

- 1) Επιδημιολογία της 3<sup>ης</sup> ηλικίας.
- 2) Η φύση της διαδικασίας της ηλικίας.
- 3) Μορφολογία της 3<sup>ης</sup> ηλικίας.
- 4) Φυσιολογικός μηχανισμός του ηλικιωμένου σώματος.
- 5) Φαρμακολογική θεραπεία για τους ηλικιωμένους.

- 1) Μορφές των παθήσεων του ηλικιωμένου ατόμου και του ηλικιωμένου οργανικού συστήματος.
- 2) Ψυχολογία της 3<sup>ης</sup> ηλικίας.
- 3) Κοινά και μη σύνδρομα σε βασικά οργανικά συστήματα.
- 4) Χειρουργικές και αναισθητικές αρχές και οι ηλικιωμένοι.
- 5) Γενικά χαρακτηριστικά της 3<sup>ης</sup> ηλικίας και η απαραίτητη ειδική μελέτη στο σπίτι ή στο νοσοκομείο, όπως τα οικονομικά, η οικογένεια, το περιβάλλον.

Με περισσότερα ισχύοντα προγράμματα και με τις πληροφορίες από τους νέους απόφοιτους, το σώμα γνώσης μπορεί να απλωθεί και το μελλοντικό πρόγραμμα να τροποποιείται τακτικά για να γνωρίσει τρέχοντες προόδους και τοπικές ή περιφερειακές ανάγκες. Οι εμπειρίες έξω από την τάξη, όπως η άσκηση σε νοσηλευτικά ιδρύματα, μπορεί να απαιτούνται για τους ειδικούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Πρέπει να παραχθεί περισσότερη έρευνα για τα γηριατρικά θέματα από τις ιατρικές σχολές. Αυτή η έρευνα δεν πρέπει να είναι ανεξάρτητη από τις κλινικές περιστάσεις. Η αλληλεπίδραση των κλινικών ιατρών, των ερευνητών και των καθηγητών γηριατρικών θεμάτων θα συνθέσει μια άριστη εκπαιδευτική κατάσταση μέσω της ανατροφοδότησης πληροφοριών, της κριτικής και της συνεργασίας. Πρέπει να ενθαρρυνθούν πειθαρχημένες προσεγγίσεις. Με αυτό τον τρόπο το «σώμα γνώσης» της γηριατρικής θα μεγαλώσει και η χρήση της θα αποδειχθεί.

Τα πλεονεκτήματα της αυξημένης εκπαίδευσης στην γεροντολογία περιλαμβάνουν:

- 1) Καλύτερη κατανόηση των ιατρικών αναγκών μια σημαντικής ομάδας του πληθυσμού.
- 2) Μείωση του αριθμού των επισκέψεων από τους ηλικιωμένους σε πτωχά προσόντα ιατρικές υπηρεσίες.
- 3) Λιγότερες περιπλοκές που οφείλονται σε γρήγορη και περισσότερο οριστικής ανίχνευσης των προβλημάτων.

- 4) Μείωση της μακρόχρονης διαμονής σε ιδρύματα που οφείλεται σε περισσότερο δραστήρια διεύθυνση.
- 5) Μεγάλη εξύψωση της ποιότητας φροντίδας σε ιδρύματα που παρέχουν μακρόχρονη φροντίδα.
- 6) Μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των ανέσεων που παρέχονται τόσο σε ιδρύματα, όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς.
- 7) Ευαίσθητα στις κοινωνικές ανάγκες και της θέσης του ηλικιωμένου πληθυσμού.
- 8) Ένας υγιής, ευτυχέστερος και ευπροσάρμοστος ηλικιωμένος πληθυσμός.
- 9) Η ανάπτυξη μιας ευαίσθητης και κοινωνικά ανήσυχης ομάδας ιατρών επαγγελματιών σύμφωνα με το νόμο του Ιπποκράτη.

Ο Libow (1977) σημειώνει ότι, αντίθετα με κάποιες προηγούμενες μελέτες, οι συμπεριφορές των φοιτητών απέναντι στη γηριατρική φαίνεται να αλλάζουν. Ανασκοπεί φοιτητές Ιατρικής σε οχτώ ιατρικές σχολές. Το 75% από αυτόν δείχνουν μια επιθυμία να έχουν ένα ολοκληρωμένο μάθημα γεροντολογίας και το 72% επιθυμούν να έχουν ένα προαιρετικό μάθημα γεροντολογίας κάποια στιγμή των σπουδών τους. Επίσης, σημειώνει ένα μεγάλο βαθμό ευθύνης στα γηριατρικά ιδρύματα που είναι διαθέσιμα. Πιστεύετε του προγράμματος ιδρύματα μπορούν να αποτελέσουν αληθινή πρόκληση για τις αξίες του νεαρού γιατρού και υποδεικνύει την σήμανση ακόμα και σήμα των αποδείξεων όπου μπορεί να αυξήσουν την ποιότητα της ζωής.

Εκτίθεται πρόταση για την προσέλκυση «νεοσύλλεκτων» άνθρωπο στο χώρο της γηριατρικής. Ο Hod Kinson (1975) πιστεύει ότι η γηριατρική είναι μια περιοχή γενικευμένου θέματος όπου ο γιατρός που θα ασχοληθεί πρέπει να έχει ιδιαίτερες ικανότητες ώστε να φροντίζει ολόκληρο το άτομο και όχι μόνο οργανικά συστήματα.

Ο ρόλος του γεροντολόγου πρέπει να είναι αυτός του αρχηγού της ομάδας. Και υποστηρικτικό προσωπικό για το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να περιλαμβάνει προϊσταμένους νοσηλευτές, νοσηλευτές επαγγελματίες,

βοηθοί νοσηλευτών, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές και εργασιοθεραπευτές. Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της χρόνιας πάθησης όταν συναναστρέφεται με ηλικιωμένους ασθενείς. Η περισσότερη κοινή προσέγγιση για τους ασθενείς με χρόνια πάθηση είναι να τους βοηθάει να μάθουν να ζουν με την κατάσταση τους παρά την θεραπεία αυτής. Τα μέλη της ομάδας πρέπει να προσανατολίζονται στην παροχή μακρόχρονης φροντίδας. Οι χρόνιες ανικανότητες σε συνδυασμό με το έντονο στρες οδηγούν αθεράπευτες κρίσεις. Ο εκπαιδευμένος γεροντολόγος πρέπει να μάθει να επηρεάζει το κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον προς όφελος των ασθενών του.

## **2) Αντικειμενικοί σκοποί της γεροντολογικής νοσηλευτικής**

Οι αντικειμενικοί σκοποί της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής, όπως αυτοί διατυπώθηκαν από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ANA), είναι οι ακόλουθοι :

1. Βοήθεια του ατόμου να επιτύχει την όσο το δυνατόν αυτοφροντίδα του.
2. Αξιολόγηση της ικανότητας του ηλικιωμένου και βοήθεια διατηρήσεως ή αποκαταστάσεως της λειτουργικής ικανότητας.
3. Βοήθεια του ατόμου να αντιμετωπίζει τις ανάγκες για ανεξαρτησία, καθώς και να διευθετεί τις εξαρτημένες ανάγκες του.
4. Προσαρμογή των νοσοκομειακών νοσηλειών σε αργότερο ρυθμό για τους υπερήλικες αρρώστους.
5. Προσαρμογή των ιδρυματικών νοσηλειών και διαδικασιών που έχουν σχέση με τις βασικές φυσιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του υπερήλικα στο φυσιολογικό τύπο της ζωής ή των συνηθειών του.

6. Αναγνώριση της σημασίας του ενδιαφέροντος του υπερήλικα για τις σωματικές του λειτουργίες και τα συμπτώματα που αισθάνεται.
7. Δημιουργία ευκαιριών για τον ηλικιωμένο να ερωτά και να κατανοεί όλες τις οδηγίες και τις εξηγήσεις.
8. Διατήρηση και προστασία της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας του υπερήλικα σε όλες τις σχέσεις νοσηλευτή – ασθενούς.
9. Πρόβλεψη ότι κάθε αλλαγή είναι δυνατό να αποτελέσει απειλή ή stress στον υπερήλικα.

### **3) Ο νοσηλευτής**

Ο «γηριατρικός» νοσηλευτής μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή πρωταρχικής φροντίδας υγείας στα νοσηλευτικά ιδρύματα, στις κλινικές και στο σπίτι. Αυτός ο όρος δεν θα είναι ανεπτυγμένος στην χώρα μας, ευδοκίμει όμως στην Αμερική και σε άλλες χώρες. Ένας τέτοιος νοσηλευτής μπορεί να καλύψει αποτελεσματικά το κενό της πιθανής αδιαφορίας του γιατρού. Ένας νοσηλευτής με δυνατή δέσμευση στη φροντίδα των ηλικιωμένων, είναι σε θέση να ενδιαφέρεται και να κατανοεί καλύτερα την όλη κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου. Επιπλέον, ο «γηριατρικός» νοσηλευτής μπορεί να τα «καταφέρει» πιο αποτελεσματικά με τη φροντίδα του χρόνου μοντέλου (πάθησης) από ένα γιατρό που έχει εκπαιδευτεί απλά στη γενική παθολογία.

Ο Chaffin (1976) αναφέρει μια πολύ πειθαρχική προσέγγιση στη γηριατρική φροντίδα που παρέχονταν σε 180 κλίνες ενός μέγα νοσηλευτικού ιδρύματος στην Καλιφόρνια. Κάθε διαμένων συνεχώς υπολογίζονταν από μια αυστηρά πειθαρχική ομάδα που τη συνιστούσαν ο διαιτολόγος, θεραπευτής αποκατάστασης (εργασιοθεραπευτής), ο κοινωνικός λειτουργός ο λογοθεραπευτής, ο γιατρός και ο νοσηλευτής.

Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να συγκεντρώσει στοιχεία για τον κάθε ασθενή. Κάθε περίπτωση πρέπει να εκτιμάται από την επανάληψη της συνοπτικής έκθεσης του προηγούμενου ιδρύματος στο οποίο βρισκόταν (εάν είναι διαθέσιμη), τη λίστα των προβλημάτων του ασθενή και από την επιβαλλόμενη αγωγή. Με αυτήν την εκτίμηση προσδιορίζεται η θεραπευτική κατάσταση του διαμένοντα και εγκαθίσταται μια κατάλληλη αγωγή.

Μια σημαντική περιοχή φροντίδας για τους νοσηλευτές είναι η εκπαίδευση του ασθενή. Η εγκατάσταση μια βασικής κατανόησης της κατάστασης ενός ηλικιωμένου ατόμου, τόσο για το άτομο όσο και την οικογένεια του, αποτελεί μια απαραίτητη, αλλά συχνά παραμελημένη περιοχή των υπηρεσιών υγείας. Ο νοσηλευτής μπορεί να εξηγήσει την κατάσταση και το πιθανό επακόλουθο σε όλους τους ασθενείς, να διδάξει βασικές διαδικασίες διατηρήσεως της υγείας και να εξηγήσει την κατάλληλη χρήση της φαρμακευτικής αγωγής.

Η μεταχείριση της φαρμακευτικής αγωγής είναι σημαντική σε όλες τις ηλικίες, αλλά λόγω της περίπλοκης φαρμακευτικής αγωγής σε πολλούς ηλικιωμένους ανθρώπους αποτελεί ένα ειδικό πρόβλημα σε αυτή την ομάδα ηλικίας. Ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει γιατί μια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή ή ο συνδυασμός φαρμακευτικών αγωγών έχει τεθεί σε εφαρμογή, πως και πότε πρέπει να ακολουθείται και την φύση ενδεχομένων επιδράσεων από αυτήν.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός για το σεβασμό στις διαγνωστικές διαδικασίες και στην θεραπευτική ανασκόπηση. Έχει πρωταρχική υπευθυνότητα για την εκτίμηση της προόδου του κάθε ασθενή και πρέπει να εξακριβώσει την ανάγκη για βέβαιες διαγνωστικές διαδικασίες και τις ερμηνεύουν κλινικά. Μετά τη διάγνωση και την ερμηνεία, ο ασθενής μπορεί να παραπέμπεται στον γιατρό για να έχει μια εξειδικευμένη θεραπεία.

Προσθέτει ο νοσηλευτής μπορεί να εκτιμήσει τις οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την υγεία ενός

ηλικιωμένου ατόμου. Το στρες μεταξύ του ασθενή και ενός μέλους της οικογένειας, η οικογενειακή ρήξη, τα αισθήματα ενοχής και άλλοι παρόμοιοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την φροντίδα του ασθενή και να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στη διάγνωση και τη θεραπεία.

#### **4) Παραϊατρικοί ειδικοί και ηλικιωμένοι**

Μια ποικιλία παραϊατρικών προσωπικού όπως οι εργασιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, κατοίκων βοηθοί και φυσιοθεραπευτές μπορεί να αποτελούν μεγάλη βοήθεια τόσο για τους ιδρυματοποιημένους όσο και για τους μόνιμα καθηλωμένους στο σπίτι ηλικιωμένους.

#### **Φυσιοθεραπευτής**

Στο παρελθόν οι φυσιοθεραπευτές δεν είχαν γίνει ειδικοί στην γηριατρική. Η δουλειά τους περιελάμβανε γενικευμένη θεραπεία η οποία ήταν εκ φύσεως ολοκληρωμένη. Αργότερα ιατροφαρμακευτική μέριμνα άλλαξε το ρόλο του φυσιοθεραπευτή και κατέστησε φυσιοθεραπεία για τους ηλικιωμένους σε ιδρύματα μακρόχρονης φροντίδας, αλλά και στο σπίτι. Δουλεύοντας με τον ηλικιωμένο πληθυσμό ο Le Guin (1966) τονίζει ότι ένας αριθμός ελάχιστων χειροπιαστών όψεων της φροντίδας μπορεί να γίνουν πιο σημαντικές για τους φυσιοθεραπευτές παρά η πραγματική αγωγή. Ανάμεσα σ' αυτά που δείχνουν (ευαίσθητη) ανησυχία για την προσωπικότητα του ασθενή, υπομονή και δίνουν ψυχολογική ενίσχυση ακόμα και για μικρά επιτεύγματα που πιθανόν θα αποκαθιστούν την χαμένη εμπιστοσύνη και ως εκ τούτου παρέχουν ένα περισσότερο ευνοϊκό σώμα γνώσης.

Οι φυσιοθεραπευτές που εργάζονται με ηλικιωμένους ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι για την πιθανή ανάγκη για περισσότερη έκφραση και επανάληψη δραστηριοτήτων. Η ευλυγισία είναι η κατευθυντήρια γραμμή στην απασχόληση με έναν ηλικιωμένο ασθενή. Ο

φυσιοθεραπευτής πρέπει να εκτιμά την μεγάλη μεταβλητότητα όπου υπάρχει στον ηλικιωμένο πληθυσμό και θέτει σκοπούς οι οποίοι είναι λογικοί σε σχέση με τους περιορισμούς όπου υπάρχουν σ' αυτήν την ηλικία. Ο φυσιοθεραπευτής θα αντιμετωπίσει αριθμό ανθρώπων που χρειάζονται επιτακτική αποκατάσταση, αυτούς που είναι πολλαπλώς ανάπηροι και χρειάζονται ασκήσεις συντήρησης για να κρατούνται «λειτουργική» στο μεγαλύτερο βαθμό και μερικούς που χρειάζονται επιτακτική εκγύμναση κάποιας λειτουργίας και μερικούς που είναι ακόμα ανεξάρτητοι αλλά πολύ αργοί και αβέβαιοι (ανασφαλείς) και έχουν ανάγκη από γενικευμένες ασκήσεις. Αυτού του είδους η μεταβλητότητα του ασθενή και οι φανερές σωματικές βελτιώσεις της κατάστασης του ασθενή μπορεί να ανταποκρίνονται (οφείλονται) στον φυσιοθεραπευτή καθώς και στην εφευριστικότητα, την υπομονή και στην πείρα και τις γνώσεις αυτού του ευαίσθητου επαγγελματία.

### **Εργασιοθεραπεία**

Η εργασιοθεραπεία είναι ένα σημαντικό μέρος (συστατικό) της γηριατρικής φροντίδας υγείας. Είναι πολύ σημαντικό αν ένας βασικός σκοπός της γηριατρικής φροντίδας υποδηλώνει τη διατήρηση του ηλικιωμένου ατόμου σαν λειτουργικό μέλος της κοινωνίας.

Πολλά ηλικιωμένα άτομα υφίσταται χειροτέρευση του συντονισμού τους και σε πολλές χειριστικές ικανότητες. Ο συντονισμός του ματιού και του χεριού, ισορροπία, τα αντανακλαστικά, η δύναμη και τα χαρακτηριστικά είναι όλα προσβαλλόμενες περιοχές που μπορεί να μεταβάλλουν την ικανότητα κάποιου να εκτελεί τις δουλειές και τους ρόλους στα οποία είναι απαραίτητα για την παραγωγική ζωή. Συνήθως το άτομο παραπέμπεται σε εργασιοθεραπεία από τον γιατρό ύστερα από απώλεια των αισθήσεων, οπτικές ενοχλήσεις, απώλεια της λειτουργικότητας των μυών, εξασθενημένη της νόησης (άνοια) και άλλες καταστάσεις που έχουν παρατηρηθεί.



Μετά την παραπομπή, ο εργασιοθεραπευτής εκτιμά την κατάσταση του ασθενή και θέτει ένα σχέδιο δράσης. Η πρωταρχική λειτουργία της εργασιοθεραπείας είναι να αναπτύξει προσαρμοτικά επίπεδα και να βελτιώσει τη λειτουργία της πνευματικής αντίληψης. Με την χρησιμοποίηση δραστηριοτήτων φροντίδας που απευθύνονται σ' αυτές τις 2 περιοχές, το άτομο θα γίνει τόσο ανεξάρτητο όσο είναι πιθανό κάτω από τους έσχατους περιορισμούς που επιβάλλονται από τη μορφή και το βαθμό της ανικανότητας που εμπλέκονται.

Πρέπει να προσαρμόζονται προγράμματα απέναντι στα άτομα τα οποία θα είναι περισσότερο επιτυχή εάν τεθούν ρεαλιστικά μακροπρόθεσμοι και βραχυπρόθεσμοι σκοποί. Η αλληλεπίδραση με άλλα μέλη της ομάδας υγείας θα βοηθήσει στην κατανόηση των σκοπών της εργασιοθεραπείας. Άτομα με υψηλή αρτηριακή πίεση, σακχαρώδη διαβήτη, καρδιακές παθήσεις και άλλες περιοριστικές καταστάσεις θα απαιτήσουν ειδικά προγράμματα τα οποία θα λαμβάνουν υπόψη αυτούς τους περιορισμούς.

Τα προγράμματα υγείας στο σπίτι πρέπει να περιλαμβάνουν υπηρεσίες εργασιοθεραπείας. Πολλές φορές η κατάλληλη εργασιοθεραπεία θα μειώσει τις πιθανότητες της εισαγωγής σε ιδρύματα, τη μείωση των εξόδων και θα επιτρέψει στο άτομο να παραμείνει ένα λειτουργικό μέλος της τοπικής κοινωνίας. Το οικείο περιβάλλον του σπιτιού μπορεί να προσφέρει ένα πιο σημαντικό περιβάλλον για εκγύμναση, έκτοτε είναι το μέρος όπου το άτομο πρέπει να ζήσει και να λειτουργεί. Το ηθικό παρουσιαστικό της επιτυχημένης εργασιοθεραπείας μπορεί να είναι το πιο βέβαιο μέρος της γενικής συνεισφοράς του εργασιοθεραπευτή προς την υγεία και την ανεξαρτησία του ασθενή.

### **Λογοθεραπευτής.**

Η λογοθεραπεία για το ηλικιωμένο άτομο δεν έχει τους ίδιους μακροπρόθεσμους σκοπούς όπως για τους νεότερους ανθρώπους. Οι

καταστάσεις, οι οποίες επιφέρουν (προκαλούν) παθήσεις του λόγου στους ηλικιωμένους, μπορεί να καταλήγουν τελικά σε πρόωρο τερματισμό της ζωής ή σε ανεξάρτητη λειτουργία. Η έμφαση πρέπει να τοποθετείται στην άμεση εκγύμναση σε ένα ρεαλιστικό λειτουργικό επίπεδο που τίθεται από τους περιορισμούς που συνθέτουν την κατάσταση του ασθενή.

Η συνεργασία ολόκληρης της ομάδας υγείας και της οικογένειας του ασθενή κρίνεται απαραίτητη, έκτοτε η επιτυχία της λογοθεραπείας μπορεί να βασίζεται στη γενική φυσική κατάσταση του ασθενή, όπως επίσης και στο κίνητρο του ασθενή να ανακτήσει κάποιες από τις χαμένες ικανότητες. Ο λογοθεραπευτής θα είναι ικανός να συνεισφέρει στη διανοητική και γενική κατάσταση του ασθενή, με υπομονή, ακριβή εκτίμηση και ρεαλιστικούς σκοπούς.

### **Κατοίκων βοηθοί υγείας.**

Η κατ' οίκον βοήθοι είναι εκπαιδευμένοι να επισκέπτονται τους ηλικιωμένους στον ιδιωτικό τους χώρο και να λαμβάνουν τα ζωτικά τους σημεία, να τους βοηθούν στην ενδυμασία, να παρέχουν βασική εκπαίδευση (ενημέρωση) στον ασθενή και να αναφέρουν σημεία χειροτέρευσης και προόδου. Δεν υπάρχουν άφθονοι κατοίκων βοηθοί και συνήθως είναι κακοπληρωμένοι. Η έννοια αυτή είναι έγκυρη και αντιπροσωπεύει μια σημαντική όψη της παροχής φροντίδας υγείας στην κοινότητα. Και πάλι το πρόβλημα των Οικονομικών κινήτρων πρέπει να επιλυθεί πριν, η βελτίωση του βαθμού εκγύμνασης μπορεί να ληφθεί υπόψη. Με την κατάλληλη επανατοποθέτηση των προτεραιοτήτων στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας το πρόβλημα μπορεί να καταπολεμηθεί. Ένα σύστημα επισκέψεων επαγγελματιών υγείας το οποίο μειώνει την ανάγκη της αγωγής σε ίδρυμα και συγκρατεί χαμηλές δαπάνες ενώ ταυτόχρονα παρέχει μια υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα μπορεί να αναπτυχθεί (δημιουργηθεί).

## **Κοινωνικόιατρικό προσωπικό**

Η κατηγορία του κοινωνικοιατρικού προσωπικού εμπλέκεται στη φροντίδα του ηλικιωμένου πληθυσμού και αποτελείται κυρίως από κοινωνικούς λειτουργούς. Η κοινωνικοιατρική περιοχή είναι μεγάλης σημασίας για την παροχή ολοκληρωμένης Ιατρικής φροντίδας.

## **Κλινικός γεροντολόγος.**

Ο Harman (1976) υποστηρίζει ότι η κλινική γεροντολογία αναγνωρίζεται ως νέο τμήμα μελέτης και εφαρμογής. Σαν νέος επιστημονικός κλάδος θα είναι ένας συνδυασμός προληπτικής Ιατρικής, Γηριατρικής και Γεροντολογίας. Ο κλινικός γεροντολόγος θα εργάζεται έξω από ένα κλινικό γηριατρικό κέντρο, το οποίο θα είναι παρόμοιο με μια πολυφασική προληπτική κλινική. Το κέντρο θα έχει ένα παραϊατρικό προσωπικό και να συλλέγει βασικά ιατρικά στοιχεία, να εκτελεί διαγνωστικά τεστ και σωματικές εξετάσεις και να συμμετέχει στη φροντίδα. Στο προσωπικό του Κέντρου θα περιλαμβάνονται νοσηλευτές και βοηθοί γιατρών.

Τέτοια κέντρα που μπορεί να παρέχουν υπηρεσίες υγείας για άτομα διαμέσου ολόκληρου του κύκλου ζωής. Η έμφαση του προγράμματος του Κέντρου θα δίνεται τόσο στις προληπτικές όσο και στις υποστηρικτικές παροχές. Σε τελική ανάλυση θα μπορούσε να είναι η πηγή ενός νοσηλευτικού Ιδρύματος γενικά για πολλούς ανθρώπους. Η έννοια του Κέντρου κλινικής Γεροντολογίας θα επιστρέψει την περιοδική εκτίμηση της σωματικής υγείας, της λειτουργικής ικανότητας, της σωματικής υγείας και των παροδικών ή προβλέψιμων συμπτωμάτων. Προτάσεις για αλλαγή θα γίνουν σε μια προσπάθεια να σταματήσει ή να τροποποιήσει ανεπιθύμητες τάσεις.

Το Κέντρο κλινικής γεροντολογίας που διοικείται από τον κλινικό γεροντολόγο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί γενικά από τους γιατρούς για μια εκτίμηση ρουτίνας των ιατρικών στοιχείων, η οποία ακολουθείται από την αναφορά του κλινικού γεροντολόγου και προτάσεων με σκοπό

να βοηθήσουν το γιατρό. Επίσης, οι ασθενείς μπορούν να απευθυνθούν ευθύς στον κλινικό γεροντολόγο για μια εκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους. Κοινές δυσκολίες όπως η οστεοαρθρίτιδα και ο σακχαρώδης διαβήτης θα μπορούσαν να θεραπευτούν στα κέντρα. Επίσης τα κέντρα θα μπορούσαν να εξυπηρετήσουν σαν κοινωνικά κέντρα εκπαίδευσης υγείας και κέντρα συσσώρευση στοιχείων.

Το κέντρο κλινικής γεροντολογίας συγκεντρώνεται στην πρόοδο της ηλικίας και σε παθήσεις σχετιζόμενες με αυτήν από την πρόωρη έως την ύστατη ενήλικη ζωή. Με επαρκείς δραστηριότητες, ένα δραστήριο διευθυντή και ενθουσιώδες προσωπικό τα γηριατρικά κέντρα θα μπορούσαν να είναι ένα πολύτιμο κεφάλαιο της κοινωνίας. Η θέση του κλινικού γεροντολόγου θα μπορούσε να είναι μια ικανοποιητική (που προσφέρει ανταμοιβές) καριέρα γι' αυτούς που ενδιαφέρονται για την ολοκληρωμένη φροντίδα των ανθρώπων, αλλά οι οποίοι δεν έχουν καμία επιθυμία να γίνουν γιατροί.

### **«Γηριατρικός» κοινωνικός λειτουργός.**

Ο «Γηριατρικός κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να έχει τίτλο στην γηριατρική ή στην ιατρική κοινωνική εργασία (λειτουργία). Ο κοινωνικός λειτουργός αναλαμβάνει την πιθανότητα για όλες τις υπάρχουσες διαδικασίες την συνεργασία με τους συμμετέχοντες (ασθενείς εδώ) και τις οικογένειες, τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες και την εκπλήρωση ενός σχεδίου όταν κρίνεται απαραίτητο. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι ένας ειδικός στην ποικιλία των ανθρώπινων πόρων που είναι διαθέσιμη στην τοπική κοινωνία. Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι ικανός να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τους πόρους της κοινότητας για το καλύτερο όφελος τους πελάτη τους. Οι πόροι χρειάζονται ακόμα για να παρέχουν υπηρεσίες μεταφοράς, διατροφικά προγράμματα και υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας.

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να προσπαθήσει να βοηθήσει τους ηλικιωμένους ασθενείς να αντιμετωπίσουν και να προσαρμοστούν σε μια ποικιλία στρεσογόνων καταστάσεων που συναντούν απροσδόκητα. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την απώλεια ενός συντρόφου, αλλά μπορεί να δει τις επιδράσεις της απώλειες στις προσωπικές σχέσεις του ασθενή και σαν προσωπικότητα. Η ενημέρωση απλά άλλων για την κατάσταση του ατόμου μπορεί να είναι ιδιαίτερα πολύτιμη κατά τη διάρκεια μιας κρίσιμης περιόδου.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να εμπλουτίσει με ειδικούς με ειδικές επιδεξιότητες τη δυναμική της ομάδας ή κοινωνικούς οργανισμούς στο χώρο της Γηριατρικής. Η σημασία της οικογένειας στο χώρο της Ιατρικής είναι εξίσου σημαντική όπως και στο χώρο της φροντίδας παιδιών. Η εμπλοκή (συμμετοχή) της οικογένειας είναι σημαντική όσον αφορά τη μακρόχρονη εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα και είναι ακόμα πιο σημαντική στην καθημερινή φροντίδα, ειδικά όταν ο πελάτης ζει ακόμα με κάποιο μέλος της οικογένειας του. Προτιμούνται οι συναντήσεις ομάδων οικογενειών, που δημιουργούν μια κατάσταση όπου λαμβάνουν μέρος συζητήσεις για κοινά προβλήματα. Το θέμα τέτοιων συζητήσεων μπορεί να ποικίλλουν από το πώς να χειρίζεσαι τις ικανότητες του ασθενή μέχρι την αντιμετώπιση πιθανής οικονομικής κρίσης.

Τέλος, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να αναλαμβάνουν ένα ρόλο αντικειμενικής υπεράσπισης του ασθενή. Οι ηλικιωμένοι είναι οικονομικά, σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά ευπρόσιτοι (τρίτη από. Διαθέτουν λίγη δύναμη. Μια από τις μεγαλύτερες ικανοποιήσεις στο χώρο της κοινωνικής εργασίας (λειτουργίες) ή για αυτό το ζήτημα είναι ότι εμπειριέχει υπηρεσίες που εξυψώνουν (κυρίως ψυχολογικά) τους ανθρώπους με κατάθλιψη.

## **Άλλα μέλη**

Άλλου είδους κοινωνικοιατρικό προσωπικό που εμπλέκεται στην ιατρική φροντίδα υγείας μπορεί να περιλαμβάνει δημόσιους (κοινοτικούς) νοσηλευτές, ομάδα συμβούλων, οικογενειακοί σύμβουλοι και πνευματικοί σύμβουλοι.

## **5) Η ομάδα Γηριατρικής φροντίδας υγείας και η ολοκληρωμένη προσέγγιση**

Η φύση των προβλημάτων υγείας για την τρίτη ηλικία απαιτεί μια ομαδική προσέγγιση. Για την παροχή ποιότητας της φροντίδας πρέπει να υπολογιστεί μια ποικιλία «προμηθευτών» υγείας στα θεραπευτικά σχέδια. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς συχνά έχουν πολλαπλά προβλήματα και πολλά συστήματα του οργανισμού τους που μπορεί να χειροτερεύσουν από στιγμή σε στιγμή. Ο γιατρός παραδοσιακά παρουσιάζεται ως ο αρχηγός της ομάδας με την ευθύνη της εκτίμησης της κατάστασης (διάγνωσης), την έναρξη της θεραπείας και τον συντονισμό βοηθητικών υπηρεσιών που μπορεί να κρίνονται απαραίτητες. Ο νοσηλευτής μπορεί να εξυπηρετήσει στην ικανότητα του αρχηγού της ομάδας, ειδικά σε απομονωμένες περιοχές και ανάμεσα σε ομάδες όπου είναι παραμελημένες από τους γιατρούς.

Ο Rao (1977) υποστήριξε ότι κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν τα ακόλουθα σημαντικά χαρακτηριστικά. Πρέπει να κατανοήσει τη θεραπεία, (φροντίδα) των ηλικιωμένων αποτελεί ενδεχόμενη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και δεν είναι χάσιμο (σπατάλη) χρόνου και πόρων.

Η γνώση για τον ασθενή πρέπει μάλλον να ολοκληρώνεται με την εξέταση παραγόντων όπως οι υποθαλαπόμενοι φόβοι και αφανή προβλήματα. Τα μέλη της ομάδας πρώτα να μεταβιβάζουν μια αισιόδοξη συμπεριφορά στον ασθενή. Οι ασθενείς συνήθως έχουν μια αρνητική συμπεριφορά και έχουν ανάγκη από θετικές προσεγγίσεις που τους

ενθαρρύνουν να οδηγούνται προς την αποκατάσταση. Ο Rao υποστηρίζει ότι μεν η ενθάρρυνση είναι ορθή αλλά χρειάζεται προσοχή γιατί ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί σε κατάθλιψη με το να παραμένει με ρεαλιστικά αποτελέσματα.

Οι ανθρώπινες προσεγγίσεις στη φροντίδα των χρόνια ασθενών συχνά μπορεί να αντισταθμίζουν τις ατελείς ικανότητες της τεχνολογίας είτε θεραπεία ή την αποκατάσταση. Ακόμα και αν είναι διαθέσιμες οι τεχνολογικές λύσεις, η ανθρώπινη προσέγγιση είναι ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας του ασθενή.

Η προσέγγιση της ομάδας στην γηριατρική φροντίδα μπορεί να δημιουργεί περιεκτική ποιότητα φροντίδας για τους ηλικιωμένους ενώ την ίδια στιγμή παρέχεται μια πειθαρχική ατμόσφαιρα για τους επαγγελματίες που αποτελούν την ομάδα.

Η ανατροφοδότηση (πληροφορίες), η κριτική και η συνεργασία μπορεί όχι μόνο να οδηγήσουν σε μια καλύτερη αλλαγή της ποιότητας της φροντίδας για τους ηλικιωμένους. Επίσης, μπορεί να οδηγήσει σε περισσότερη έρευνα και ανάπτυξη μέτρων ποιότητας για την γηριατρική αγωγή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

#### 1) Εισαγωγή

Ίσως το πιο σημαντικό μέρος της δουλειάς του κοινωνικού λειτουργού με τα ηλικιωμένα άτομα, που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer, αλλά και από άλλες μορφές άνοιας ή εκφυλιστικών νόσων, είναι η λειτουργία του ως ενδιάμεσου ανάμεσα στις οικογένειες με πάσχων ηλικιωμένο μέλος και στο δημόσιο ή και πολλές φορές ιδιωτικό κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο υπηρεσιών για άτομα της Τρίτης ηλικίας. Με τον όρο κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο εννοούμε όλες τις υπηρεσίες Υγείας & Πρόνοιας, που είναι απαραίτητες για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση από τη νόσο Alzheimer, στο βαθμό βέβαια που κάτι τέτοιο μπορεί να γίνει. Σήμερα, στη χώρα μας δεν υπάρχουν ειδικές δομές για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer. Οι υπηρεσίες, που συνιστούν το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο για ηλικιωμένους με άνοια ή χωρίς διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

#### **A. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ & ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:**

- Τα ειδικά εξωτερικά ιατρεία ορισμένων νοσοκομείων που ασχολούνται με τη νόσο Alzheimer ή άλλες εκφυλιστικές νόσους. Τα ιατρεία αυτά δεν ονομάζονται απαραίτητα ιατρεία «νόσου Alzheimer» ή «άνοιας», αλλά μπορεί να ονομάζονται και «Οργανικών Ψυχοσυνδρόμων» ή «Μνήμης»
- Τα Ψυχιατρεία που έχουν ειδικευμένες Ψυχογηριατρικές κλινικές



- Τα νοσοκομεία που έχουν ψυχιατρικές και νευρολογικές κλινικές είτε έχουν κρεβάτια για νοσηλεία είτε όχι
- Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ψυχικής Υγιεινής
- Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές

## **Β. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ:**

- Τα Κ.Α.Π.Η. της χώρας
- Τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι
- Τα Κ.Η.Φ.Η.

## **Γ. ΙΔΡΥΜΑΤΑ:**

- Οι οίκοι Ευγηρίας
- Τα ιδρύματα της Εκκλησίας και άλλων φιλανθρωπικών σωματείων
- Τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων

## **2) Υπηρεσίες διάγνωσης και παρακολούθησης της Νόσου Alzheimer**

Στην υποενότητα αυτή εξετάζονται οι υπηρεσίες που ασχολούνται με τη διάγνωση και θεραπεία της νόσου Alzheimer.

### **Τα ειδικά εξωτερικά ιατρεία ή Οργανικών Ψυχοσυνδρόμων**

Η διάγνωση και αντιμετώπιση της άνοιας είναι στις περισσότερες χώρες του κόσμου αντικείμενο των Γενικών ιατρών, ειδικότητα που ασκούν λίγοι ιατροί, σήμερα, στη χώρα μας. Στο εξωτερικό για τη διάγνωση της νόσου Alzheimer ασχολούνται ακόμα οι Γηρίατροι, αλλά στη χώρα μας δεν έχουμε ούτε ειδικότητα Γηριατρικής, ούτε εξειδίκευση Γηριατρικής, όπως δεν έχουμε και δομές γηριατρικές (νοσοκομεία,

κλινικές), επομένως δεν υπάρχουν πολλοί ιατροί με ειδική γνώση και εμπειρία. Υπάρχουν λίγοι ιατροί, που έχουν σπουδάσει Γηριατρική στο εξωτερικό ή έχουν κάνει κάποια εξειδίκευση Γηριατρικής στο εξωτερικό, αλλά στη χώρα μας εργάζονται ως παθολόγοι ή Γενικοί ιατροί. Επίσης, υπάρχουν και οι Ψυχίατροι, που εργάζονται στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί), στο Δρομοκαϊτείο και στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, όπου υπάρχουν και οι μοναδικές ψυχογηριατρικές κλινικές, και με αυτοί την έννοια οι ψυχίατροι, που εργάζονται εκεί, διαθέτουν αξιόλογη εμπειρία.

Ο φροντιστής από τη στιγμή που αντιληφθεί ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα με ηλικιωμένο άτομο της οικογένειας του είναι φρόνιμο να απευθυνθεί σε ειδικό ιατρό (νευρολόγο, ψυχίατρο, γενικό ιατρό, παθολόγο, νευροψυχολόγο) ή στην πλησιέστερη υγειονομική μονάδα της περιοχής του (Κέντρο Υγείας, Νοσοκομείο, ιατρείο Ι.Κ.Α., αγροτικό ιατρείο, κλπ.). Από εκεί θα πάρει μια γενική πληροφόρηση για το πρόβλημα και στη συνέχεια θα πρέπει να κλείσει ραντεβού σ' ένα από τα παρακάτω ιατρεία για τη νόσο Alzheimer, που παρουσιάζονται στον πίνακα 13.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΙΑΤΡΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ (ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER)**

<b>Α/Α</b>	<b>ΦΟΡΕΑΣ</b>	<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>
1	Αιγινήτειο Νοσοκομείο – Ψυχιατρική & Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών	Βασ. Σοφίας 72 - ΑΘΗΝΑ	2107220811
2	Νευρολογική Κλινική Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών “Γ. Γεννηματάς”	Λεωφόρος Μεσογείων 154 - ΧΟΛΑΡΓΟΣ	2107787341
3	Νοσοκομείο Παπαδημητρίου	Τέρμα Ζαΐμη – ΜΕΛΙΣΣΙΑ	2106138460

	1ο Ι.Κ.Α.	ΑΤΤΙΚΗΣ	
4	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Πειραιά	Μπουμπουλίνας 15 - ΠΕΙΡΑΙΑΣ	2104170546
5	Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ – Α & Β Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης	Στ. Κυριακίδη 1 – ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	2310993111
6	Νοσοκομείο “Γ. Παπανικολάου” – Γ Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης	<b>Εξοχή Θεσσαλονίκης</b>	2310357002
7	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Τρίπολης	Τσακοπούλου 2α - ΤΡΙΠΟΛΗ	2710238233

ΠΗΓΗ: ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΘΗΝΑ 2000

### **Οι ψυχογηριατρικές κλινικές των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων**

Όπως ειπώθηκε και προηγούμενα, κυρίως στα τρία μεγαλύτερα Ψυχιατρεία της χώρας υπάρχει μεγαλύτερη εμπειρία στη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer, καθώς λειτουργούν εξειδικευμένες ψυχογηριατρικές κλινικές. Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι κλινικές αυτές.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 14: Ψυχογηριατρικές κλινικές**

<b>Α/Α</b>	<b>ΦΟΡΕΑΣ</b>	<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>
1	Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών –	Βασ. Σοφίας 72 - ΑΘΗΝΑ	2107220811

	Αιγινήτειο Νοσοκομείο		
2	Ψυχογηριατρική Κλινική του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (Δαφνί)	Λεωφόρος Αθηνών 360 - ΔΑΦΝΙ	2105321714 2105323783
3	Ψυχογηριατρική Κλινική Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής ( Δρομοκαΐτειο)	Ιερά Οδός 343 - ΧΑΪΔΑΡΙ	2105398200
4	Ψυχογηριατρική Κλινική Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης	Κωνσταντινουπόλεως 36 - ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗ	2310659512
5	Ψυχογηριατρική Κλινική Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου	25 <sup>ο</sup> χλμ. Κατερίνης	2351081115 2351081122

ΠΗΓΗ: ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ: ΑΘΗΝΑ 2000

Πέρα όμως από τις ψυχογηριατρικές κλινικές κρεβάτια νοσηλείας  
υπάρχουν και στα υπόλοιπα ψυχιατρεία της χώρας (βλ. Πίνακα 15).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15: Τα Ψυχιατρεία στην Ελλάδα**

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ
1	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Κωνσταντινουπόλεως 36 – ΣΤΑΥΡΟΥΠΟΛΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 56429	2310659512
2	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	25 <sup>ο</sup> χλμ. Κατερίνης	2351081115 2351081122 2351023995
3	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο	Πλατεία Χρ. Τσιριγώτη –	2661045601

	Κέρκυρας	ΚΕΡΚΥΡΑ 49100	2661045602
4	Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αθήνας	Βασιλίσσης Σοφίας 75 – ΑΘΗΝΑ 11528	2107220811-3 2107291322 2107217763
5	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής	Λεωφόρος Αθηνών – ΧΑΪΔΑΡΙ 12462	2105811701-9
6	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο»	Ιερά Οδός 343 – ΧΑΪΔΑΡΙ 12461	2105398200
7	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	5 <sup>ο</sup> χλμ. Τρίπολης – Καλαμάτας Τ.Κ. 22100	2710231396-8
8	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	Λακκί Λέρου 85401	2247023387 2247023392
9	Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων	Βοηθ. Πάροδος Σούδας 27 –ΛΕΙΒΑΔΙΑ ΧΑΝΙΩΝ 73100	2821081611/9

**ΠΗΓΗ: ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΘΗΝΑ 2000**

### **Οι Ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων με κρεβάτια νοσηλείας**

Εκτός από τα ψυχιατρεία κρεβάτια νοσηλείας για ασθενείς με νόσο Alzheimer διαθέτουν και οι ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων. Ωστόσο, η εισαγωγή στις κλινικές αυτές είναι πολύ δύσκολη τόσο γιατί οι κλινικές αυτές έχουν περιορισμένο αριθμό κλινών όσο και γιατί οι ψυχίατροι αντιμετωπίζουν κατά κανόνα αρνητικά το ενδεχόμενο εισαγωγής ανοϊκών ασθενών. Έτσι, στην πράξη, σε περιπτώσεις κρίσης, οι οικογένειες με ασθενή που πάσχει από τη νόσο Alzheimer ή άλλη μορφή άνοιας, καταφεύγουν στα Γενικά Νοσοκομεία, όπου τα περιστατικά αυτά εισάγονται στην

παθολογική κλινική. Τα Νοσοκομεία της χώρας, που έχουν ψυχιατρική κλινική παρουσιάζονται στον πίνακα 16.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16: Ψυχιατρικές κλινικές στα Γενικά Νοσοκομεία με κρεβάτια νοσηλείας**

<b>Α/Α</b>	<b>ΦΟΡΕΑΣ</b>	<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>
1	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης	Δήμητρας 19 – ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 68100	2551025772
2	Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ	Στ. Κυριακίδη 1 – ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 54636	2310993111 2310994628/9
3	Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Κιλκίς	Νοσοκομείου 1 – ΚΙΛΚΙΣ 61100	2341020400
4	Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης « ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ»	Κ. Μαματσίου 1 – ΚΟΖΑΝΗ 50100	2461041919 2461039126
5	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων	Λεωφόρος Πανεπιστημίου Τ.Θ. 1270 – ΙΩΑΝΝΙΝΑ 45500	2651099111 2651099200-1
6	Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ - ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ	Τσακάλωφ 1 – ΛΑΡΙΣΑ 41221	2410230031-4 2410534471-4
7	Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ»	Πολυμέρη 134 – ΒΟΛΟΣ 38222	2421027531-5
8	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών	ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ 26500	2610999111 2610999245 2610994534
9	Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείου Ρόδου	Ερυθρού Σταυρού 5 – ΡΟΔΟΣ 85100	2241022222

10	Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου	Γενικό	Βούτες Ηρακλείου Τ.Θ. 1352 – ΗΡΑΚΛΕΙΟ 71110	2810269111 2810269402 2810392402
11	Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»	Γενικό	Λ. Μεσογείων 154 – ΧΟΛΑΡΓΟΣ 11527	2107787341 2107701211-4
12	Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	Γενικό	Υψηλάντου 45-47 – ΑΘΗΝΑ 11521	2107221501 2107220101 2107220001
13	Περιφερειακό Νοσοκομείο «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ»	Γενικό Αττικής	Μελίσια Αττικής 15126	2108039100 2108039001
14	Περιφερειακό Νοσοκομείο Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»	Γενικό Νοσημάτων	Λ. Μεσογείων 152 – ΑΘΗΝΑ 11527	2107778611-9 2107709424
15	Περιφερειακό Νοσοκομείο Νίκαιας – Πειραιά ‘ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»	Γενικό	Πέτρου Ράλλη & Δημητρίου Μαντούβαλου 3 – ΝΙΚΑΙΑ 18454	2104915061-8 2104926708
16	Νομαρχιακό Νοσοκομείο «ΘΡΙΑΣΙΟ»	Γενικό Ελευσίνας	Λ. Γεωργίου Γεννηματά – ΜΑΓΟΥΛΑ 10900 ΕΛΕΥΣΙΝΑ	2105551243-4

ΠΗΓΗ: ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ: ΑΘΗΝΑ 2000

## Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ψυχικής Υγιεινής

Εκτός από τα ιατρεία οργανικών ψυχοσυνδρόμων, τα ψυχιατρεία και τις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων, διάγνωση της άνοιας μπορεί να γίνει και στα Τμήματα Ενηλίκων των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής. Στους πίνακες 17 και 18 παρουσιάζονται τα Κέντρα αυτά.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 17: Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα (Ν.Π.Δ.Δ.)

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ
1	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Αλεξανδρούπολης του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης	Μαζαράκη 7 – ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ 68100	2551020287 2551025845
2	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ξάνθης του Ν.Γ.Ν. Ξάνθης	Συνοικισμός Κυψέλη – ΞΑΝΘΗ 67100	
3	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ορεστιάδας του Ν.Γ.Ν. Διδυμοτείχου	Ευρυπίδου 10 – ΟΡΕΣΤΙΑΔΑ	
4	Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Ν.Γ.Ν. Κομοτηνής	Κότυος 2 –ΚΟΜΟΤΗΝΗ 69100	
5	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δράμας του Ν.Γ.Ν. Δράμας	Περιοχή Κομνηνών – ΔΡΑΜΑ 66100	2521020258
6	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καβάλας του Ν.Γ.Ν. Καβάλας	25 <sup>ης</sup> Μαρτίου 10 – ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ ΚΑΒΑΛΑΣ 65404	2510246233 2510243992



7	Κέντρο ψυχικής Υγείας Σερρών του Ν. Γ.Ν. Σερρών	Αγίου Ιωάννου 9 – ΗΛΙΟΥΠΟΛΗ ΣΕΡΡΩΝ 62100	2321051230
8	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κεντρικού Τομέατος β Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	Τσιμισκή & Κομνηνών 15 – ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 54624	2310270036 2310268841
9	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δυτικού Τομέα του Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	Πατριάρχη Γρηγορίου Ε 41 – ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 56123	2310726918
10	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βορειοδυτικού Τομέα του Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	Στ. Παπαδόπουλου 20 – ΣΥΚΙΕΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ 56625	2310629159 2310629310
11	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Νοτιοδυτικού Τομέα του Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	Λαγκαδά 112 – ΝΕΑΠΟΛΗ 56727	2310548583
12	Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Πέτρας Ολύμπου	25 <sup>ης</sup> Μαρτίου 102 & Φειδίου – ΚΑΤΕΡΙΝΗ 60100	2351020020 2351029655
13	Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γ.Ν. Ιωαννίνων « Γ. Χατζηκώστα»	Βαλαωρίτου 35 – ΙΩΑΝΝΙΝΑ 45444	2651074227 2651036227
14	Κέντρο κοινοτικής Ψυχικής Υγείας του Π.Γ.Ν. Λάρισας	Δημοκρατίας 111 – Νεάπολη ΛΑΡΙΣΑΣ 41334	2410210212 2410210630
15	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Βόλου του Ν. Γ.Ν. Βόλου	Νικοτσάρα 20 – ΒΟΛΟΣ 38222	2421035515 2421036811
16	Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γ.Ν. Πατρών «Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»	Μέση Αγιά Πατρών	

17	Κέντρο Ψυχικής Υγείας καρπενησίου του Γ. Ν. Καρπενησίου	Προυσιωτίσσης 10 – ΚΑΡΠΕΝΗΣΙ 36100	
18	Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας Χαλκίδας του Γ.Ν. Χαλκίδας	Τσιριγώτη 29 <sup>A</sup> – ΧΑΛΚΙΔΑ 34100	2221075991-2
19	Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου	Δήλου 14 – ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗ ΑΘΗΝΑ 16121	2107640111 2107644705 2107262247
20	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου του Ψ.Ν. Αττικής	Πλούτωνος 19 & Ηφαίστου – ΠΕΡΙΣΤΕΡΙ 12135	2105756226 2105756401 2105756664
21	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χαλανδρίου του Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»	Λ. Μεσογείων & Ζαλόγγου 6 – ΑΓΙΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 15343	2106015079 2106016030
22	Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Π.Γ.Ν. «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»	Φερεκύδου 5 – Πλατεία Πλαστήρα ΠΑΓΚΡΑΤΙ 11635	2107016611
23	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Κορυδαλλού του Ψ.Ν. «Δρομοκαΐτειο»	Παλαιολόγου 3B – ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΣ 18120	
24	Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γ.Ν. «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»	Ναϊάδων 117 – ΠΑΛΑΙΟ ΦΑΛΗΡΟ 17562	
25	Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Ψ.Ν. Τρίπολης	Τσακοπούλου 2 – ΤΡΙΠΟΛΗ 22100	2710232048
26	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Σάμου του Ν.Γ.Ν. Σάμου «Ο ΑΓΙΟΣ	Πλατεία Γρηγορίου Αυξεντίου – ΣΑΜΟΣ 83100	2273027407 2273024601-4

	ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»		
27	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Χανίων του Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Χανίων	Μάρκου Μπότσαρη 49 – ΧΑΝΙΑ 73136	2821090949
28	Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ρεθύμνου του Γ.Ν. Ρεθύμνου	Σοφοκλή Βενιζέλου & Πανεπιστημίου – ΡΕΘΥΜΝΟ 74100	
29	Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Π.Γ.Ν. Ηρακλείου «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ – ΠΑΠΑΝΕΙΟ»	Σπιναλόγκας 3 – ΗΡΑΚΛΕΙΟ 71201	

ΠΗΓΗ: ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΘΗΝΑ 2000

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18: Τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα (Ν.Π.Ι.Δ.)**

Α/Α	ΦΟΡΕΑΣ	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ
1	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Κομοτηνής του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας Παιδιών & Ενηλίκων	Παναγή Τσαλδάρη 68-70 – ΚΟΜΟΤΗΝΗ 69100	2531071720
2	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Ξάνθης του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας Παιδιών & Ενηλίκων	Παναγή Τσαλδάρη 36 – ΞΑΝΘΗ 67100	2541077008
3	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής – Παράρτημα Θεσσαλονίκης	Καυταντζόγλου 36 & Παπάφη – ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 54639	2310845130-1 2310845900
4	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής – Παράρτημα Βόλου	Κοραή 74 – ΒΟΛΟΣ 38333	2421038608

5	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής – Παράρτημα Ζακύνθου	Φώσκολου & Φιλιώτη 4 – ΖΑΚΥΝΘΟΣ 29100	2695026668
6	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής – Παράρτημα Πατρών	Αθανασίου Διάκου 35 – ΨΗΛΑ ΑΛΩΝΙΑ ΠΑΤΡΩΝ 26224	2610336666 2610335043
7	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών - Κεντρικό	Νοταρά 58 – ΑΘΗΝΑ 10683	2108231210 2108212944 2108234005 2108232831
8	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής – Παράρτημα Αιγάλεω	Σούτσου 4 – ΑΙΓΑΛΕΩ 12243	2105449898
9	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής – Παράρτημα Πειραιά	Μπουμπουλίνας 15 – ΠΕΙΡΑΙΑΣ 18535	2104170546
10	Πολυδύναμο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Καλλιθέας της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας	Εσπερίδων 85 – ΚΑΛΛΙΘΕΑ 17671	2109560196
11	Διαδημοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας Δήμων Αλίμου, Αργυρούπολης, Γλυφάδας και Ελληνικού	Ανδρούτσου 4 – ΑΛΙΜΟΣ 17455	2109840341 2109885564 2109885286
12	Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής – Παράρτημα Ηρακλείου	Ψαρομηλίγγων & Βλαστών 2 – ΗΡΑΚΛΕΙΟ 71202	2810244409 2810244393

ΠΗΓΗ: ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ: ΑΘΗΝΑ 2000

### **Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές**

Πέρα από το δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας  
υπάρχει και ο ιδιωτικός, ο οποίος καλύπτει ένα μέρος των αναγκών για

εκείνους βέβαια, που έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν. Κατά κανόνα βέβαια τα ψυχιατρικά προβλήματα, που συνδέονται με την άνοια, απαιτούν ολιγοήμερη νοσηλεία. Το κόστος νοσηλείας στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές κυμαίνεται από 650 € έως 1.000€, ενώ σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να είναι και παραπάνω. Δεν είναι λίγες οι φορές, που ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές επιτελούν το ρόλο Γηροκομείου ή Θεραπευτηρίου Χρόνιων Παθήσεων, καθώς οι θέσεις στα ιδρύματα αυτά είναι ελάχιστες. Είναι εύλογο ότι η νοσηλεία ανοϊκών ασθενών σε ιδιωτικά θεραπευτήρια συνεπάγεται ένα βαρύ οικονομικό φορτίο για το οικογενειακό τους περιβάλλον, ωστόσο συχνά είναι αναγκαίο κακό λόγω της ψυχικής και σωματικής κόπωσης, που συνεπάγεται η φροντίδα του ασθενή. Στον πίνακα 19 αναφέρονται οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές της χώρας.

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 19: Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές**

<b>Α/Α</b>	<b>ΦΟΡΕΑΣ</b>	<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>
1	Αγία Τριάς	Αμαρουσίου 38 – Π. Ηράκλειο	2102818767
2	Άγιος Γεράσιμος	Φιλαδελφείας 104	2102467192
3	Άγιος Γεώργιος	ΔΙΟΝΥΣΟΣ	2106211046
4	Αθηνά	Κισσάβου 10 – Άνω Βριλήσσια	2108044002
5	Ασκληπιείον	Λεωφόρος Κηφισίας 276 - ΧΑΛΑΝΔΡΙ	2106812368
6	Βλαστός Μιλτιάδης	ΠΑΡΑΔΕΙΣΟΣ ΑΜΑΡΟΥΣΙΟΥ	2106898860
7	Γαλήνειο Μέλαθρον	Αγία Τριάδος 6 – Άνω Γλυφάδα	2109622746
8	Γαλήνη	Χαριλάου Τρικούπη 161 - ΚΗΦΙΣΙΑ	2108070009

9	Κασταλία	Ήττα 4-6 - ΕΛΛΗΝΙΚΟ	2108980633
10	Λιαπόπουλος Αναστάσιος	Καστελλίου 5 - ΓΑΛΑΤΣΙ	2102283093
11	Λυράκου	Αγίου Σύλλα 7 - ΜΕΛΙΣΣΙΑ	2108044330
12	Παλλάδιο	28ης Οκτωβρίου & Αθανασίου Διάκου - ΜΕΛΙΣΣΙΑ	2108044306
13	Παναγιά η Γρηγορούσα	Ηρακλείου 519 - Π. Ηράκλειο	2102817068
14	Σαλπετριέρη	Γ. Παπανδρέου 149 - ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗ	2102819445
15	Σινούρη	Τατοΐου 74 & Χαριλάου Τρικούπη - ΚΗΦΙΣΙΑ	2108070703
16	Ψυχική Δομή	Λεωφόρος Πενέλης 1 - ΝΕΑ ΠΕΝΤΕΛΗ	2108047624
17	Αγία Μαρίνα	Τρίλοφος ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	2392061293
18	Άγιος Γεώργιος	Πανόραμα ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	2310341262
19	Ασκληπιείο	Περαία ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	2392071000
20	Η Γαλήνη	Εξοχή Ασβεστοχωρίου ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	2310957277
21	Βέττα Μπαλτουμά	Αγ. Δημητρίου 97 - ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	2310285013
22	Πισσαλίδης - Καρίπης	Περαία	2392022217
23	Η Γαλήνη	Παλιό Τσιφλίκι - ΚΑΒΑΛΑ	2510441288
24	Άγιος Νεκτάριος	ΚΟΖΑΝΗ	2461035146
25	Σπινάρη	ΚΟΖΑΝΗ	2461037751
26	Αναγέννηση	Τέρμα οδού Βόλου - ΛΑΡΙΣΑ	2410571179
27	Αλεξάνδρου Ντίνα	Φαρσάλων 159 - ΛΑΡΙΣΑ	2410617055
28	Ασκληπιείο	Ιωλκού 178 - ΒΟΛΟΣ	2421042259
29	Άγιος Γεώργιος	Νέες Παγασές - ΒΟΛΟΣ	2421098411

30	Χρ. Οικονόμου	ΤΡΙΚΑΛΑ	2431025500
31	Αγία Αναστασία	ΤΡΙΚΑΛΑ	2431020111
32	Αντ. Χιώτη	ΤΡΙΚΑΛΑ	2431021985
33	Γαλήνη	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	2441026284
34	Άγιος Χαράλαμπος	ΗΡΑΚΛΕΙΟ	2810232401

ΠΗΓΗ: ΟΔΗΓΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΘΗΝΑ 2000

### 3) Υπηρεσίες αποκατάστασης της κοινότητας

Η απουσία εξειδικευμένων κέντρων αποκατάστασης για τη νόσο Alzheimer οδηγεί νομοτελειακά τις οικογένειες αυτών των ανθρώπων στην αξιοποίηση των όποιων υπηρεσιών υπάρχουν για άτομα της Τρίτης ηλικίας στην κοινότητα. Βέβαια, η Πολιτεία σταδιακά τα τελευταία χρόνια, έχει δείξει ενδιαφέρον για τα άτομα της Τρίτης ηλικίας, καθώς έχει δημιουργήσει νέους θεσμούς και έχει διευρύνει αυτούς, που ήδη υπήρχαν. Ωστόσο, απουσιάζει μια συνολική πολιτική στήριξη της οικογένειας με ηλικιωμένο άτομο είτε αυτό πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα είτε όχι, γιατί οι σημερινές κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες οδηγούν στην κοινωνική περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη ψυχικών νόσων. Παρακάτω εξετάζονται οι βασικοί θεσμοί στήριξης ατόμων της Τρίτης ηλικίας στην κοινότητα.

#### Τα Κ.Α.Π.Η.

Ο θεσμός των Κέντρων Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) θεσμοθετήθηκε τη δεκαετία του '80 και έκτοτε γνώρισαν μεγάλη εξάπλωση. Τα Κ.Α.Π.Η. ανήκουν στους Δήμους και έχουν ως στόχο από τη μια μεριά την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και

κοινωνικών προβλημάτων και από την άλλη τη διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων (Πανέρα, 1999: 445-446). Τα Κ.Α.Π.Η. έχουν Κοινωνική Υπηρεσία, η οποία είναι πολύ βοηθητική στα αρχικά στάδια της άνοιας τόσο για την ευαισθητοποίηση της οικογένειας όσο και για την επίλυση πρακτικών ζητημάτων, όπως ασφαλιστικά θέματα και άλλα δικαιώματα. Επιπλέον, οι δραστηριότητες που αναπτύσσονται στα Κ.Α.Π.Η. είναι πολύ σημαντικές στη διατήρηση κοινωνικών δεξιοτήτων, αλλά και της γενικότερης δραστηριοποίησης των ηλικιωμένων.

### **Τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι»**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» εφαρμόζεται στη χώρα μας σε συνεργασία με τη Τοπική Αυτοδιοίκηση και τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, τις Μητροπόλεις, καθώς και τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων και παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Επιδιώκει να ενισχυθούν τα άτομα και οι οικογένειές τους, ανεξάρτητα από την ηλικία και την οικονομική κατάσταση για να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, που έχουν πρόσκαιρα ή μόνιμα, μέσα στο σπίτι και στη γειτονιά τους. Αν και το πρόγραμμα απευθύνεται σε κάθε άτομο, ο μεγαλύτερος αριθμός των εξυπηρετούμενων είναι οι ηλικιωμένοι, διότι όπως είναι αυτονόητο, είναι άτομα με αυξημένες ανάγκες. Το πρόγραμμα προσφέρει:

- Ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια.
- Νοσηλευτικές υπηρεσίες και Φυσικοθεραπεία.
- Κοινωνική Εργασία με άτομα, ομάδες και Κοινότητα.
- Κοινωνική Εργασία με την οικογένεια.
- Πρακτικές εξυπηρετήσεις όπως: εξόφληση λογαριασμών, ψώνια, συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες, επισκέψεις στο σπίτι, τηλεφωνικές επικοινωνίες ανάλογα με τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου, ευκαιρίες



για ψυχαγωγία και συμμετοχή στη ζωή.

### **Κατ' οίκον καθαριότητα.**

Το πρόγραμμα εφαρμόζεται στο Δήμο Κερατσινίου και στις περιοχές των Αθηνών, Κυψέλη, Πατήσια, Εξάρχεια σε συνεργασία με τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, τις Μητροπόλεις, και τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων. Συνολικά, λειτουργούν το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι 101 Δήμοι σ' όλη τη χώρα και ήδη προβλέπεται η επέκταση του και σε πολλούς άλλους .

Οι παθήσεις - αναπηρίες που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα είναι:

. Ζαχαροδιαβήτη, πάρκινσον, σκλήρυνση κατά πλάκας, βαριές αρθροπάθειες, εγκεφαλικά επεισόδια, βαριές αναπνευστικές ανεπάρκειες, όγκοι (σε αποθεραπεία ή τελική φάση), μαιευτικές παραλύσεις, μειωμένη όραση, ακρωτηριασμοί, ψυχικές παθήσεις και προβλήματα συμπεριφοράς.

Με το πρόγραμμα αυτό προλαμβάνονται οι εισαγωγές στα νοσοκομεία και περιορίζονται οι ημέρες νοσηλείας σ' αυτά. Στα πλαίσια του προγράμματος αυτού και για την καλύτερη εξυπηρέτηση των βοηθουμένων θα λειτουργήσει σε κάθε πρόγραμμα, δανειστικό τμήμα βοηθητικών ειδών (πατερίτσες, αναπηρικά αμαξίδια κλπ).

### **Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)**

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) είναι οι Μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες, άνοια κλπ), των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα που έχει αναλάβει. Πρόκειται για νέο θεσμό. Σκοπός των Κέντρων

Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και η διατήρηση μιας φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος που ασχολούνται με την φροντίδα των ατόμων αυτών. Για την λειτουργία κάθε Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι απαραίτητη η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με Κ.Α.Π.Η. που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Συνεργάζονται επίσης με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εφαρμόζουν ανάλογα ή παρεμφερή προγράμματα, καθώς και με μονάδες υγείας.

Για τη λειτουργία Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) είναι απαραίτητη η έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας χορηγείται από τη Διεύθυνση ή το Τμήμα Κοινωνικής Πρόνοιας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου εγκατάστασης του Κέντρου, μετά την υποβολή των παρακάτω δικαιολογητικών:

1. Αίτηση του νομικού προσώπου που να αναγράφει τα στοιχεία του κατά νόμο υπευθύνου αυτού, την επωνυμία του Κέντρου, την έδρα, το μέγιστο αριθμό φιλοξενούμενων ηλικιωμένων, και το συγκεκριμένο σκοπό της Μονάδας.
2. Καταστατικό του νομικού προσώπου
3. Βεβαίωση ορισμού υπευθύνου του νομικού προσώπου
4. Πιστοποιητικό ποινικού μητρώου του προσώπου, στο όνομα του υπευθύνου που θα εκδοθεί ή Άδεια Ίδρυσης και Λειτουργίας, που θα αναφέρει ότι αυτό δεν έχει καταδικασθεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κακούργημα ή για ένα από τα πλημμελήματα της κλοπής, υπεξαίρεσης, απάτης, εκβίασης, πλαστογράφησης, συκοφαντικής δυσφήμισης, παραχάραξης και εκ δόλου σωματικής

- βλάβης, παράβασης των διατάξεων περί ναρκωτικών ή για έγκλημα που αναφέρεται στα ήθη και ότι δεν έχει στερηθεί λόγω καταδίκης για οποιαδήποτε αξιόποινη πράξη των πολιτικών του δικαιωμάτων
5. Πιστοποιητικό της Εισαγγελίας Πλημμελειοδικών της κατοικίας του αιτούντος ότι δεν διώκεται, ή υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986
  6. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 ότι δεν έχει τεθεί υπό απαγόρευση ή δικαστική αντίληψη.
  7. Μισθωτήριο συμβόλαιο θεωρημένο από την αρμοδία Δ.Ο.Υ. σε περίπτωση ενοικίασης του κτιρίου του Κέντρου
  8. Παραχωρητήριο ή απόφαση παραχώρησης των χώρων που θα στεγασθεί το Κέντρο
  9. Οικοδομική άδεια ή άλλο πιστοποιητικό ή βεβαίωση νομιμότητας υφιστάμενου κτιρίου, από την αρμόδια Πολεοδομία ή Πολεοδομικό Γραφείο), στην περίπτωση που γίνεται διαρρύθμιση ή επέκταση στο υπάρχον κτίριο.
  10. Βεβαίωση της Πυροσβεστικής Υπηρεσίας
  11. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 του νομικού προσώπου για:
    - α) την επάρκεια ύδρευσης, ηλεκτροδότησης, τηλεφωνικής σύνδεσης, θέρμανσης, αποχέτευσης των χώρων που θα απασχολούνται τα ηλικιωμένα άτομα και
    - β) τον αριθμό των ηλικιωμένων που θα φιλοξενοούνται, το ωράριο λειτουργίας, τα τμήματα που θα λειτουργήσουν, τις παρεχόμενες Υπηρεσίες και τον Εσωτερικό Κανονισμό του Κέντρου (Π1γ/ΑΓΠ/οικ.14963/9-10-2001/ Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας)

#### **4) Τα ιδρύματα**

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν πολλές κατηγορίες ιδρυμάτων με κύριο γνώρισμα το διαφορετικό νομικό καθεστώς. Τα ιδρύματα για ηλικιωμένους άλλοτε τα συναντάμε ως Θεραπευτήρια Χρονίως Πασχόντων, τα οποία τις περισσότερες φορές έχουν τη μορφή των

Ν.Π.Δ.Δ. και άλλοτε ως φιλόξενες στέγες, οίκους ευγηρίας, πτωχοκομεία, στέγες αγάπης, οπότε και η νομική μορφή τους είναι Ν.Π.Ι.Δ., που ανήκουν ως επί το πλείστον στην εκκλησία ή σε φιλανθρωπικές οργανώσεις. Σ' όλες τις περιπτώσεις τα ιδρύματα αυτά εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας.

#### **i. Οι οίκοι Ευγηρίας**

Οι οίκοι Ευγηρίας συνήθως ανήκουν στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα. Οι οίκοι Ευγηρίας αποτελούν τη λύση για τις εύπορες οικογένειες, καθώς έχουν υψηλές υπηρεσίες φροντίδας και ιατρικής παρακολούθησης. Το κόστος, ωστόσο, είναι πάρα πολύ υψηλό και έχει ως τιμή εκκίνησης τα 1.000€.

#### **Τα ιδρύματα της Εκκλησίας και άλλων φιλανθρωπικών σωματείων**

Όπως ειπώθηκε και προηγούμενα, τα ιδρύματα αυτά συναντώνται με πολλές ονομασίες, όπως:

- Γηροκομεία
- Στέγες αγάπης
- Φιλόξενες Στέγες
- Άσυλα ανιάτων
- Πτωχοκομεία
- Στέγες προστασίας

Τις περισσότερες φορές προήλθαν από δωρεές ή κληροδοτήματα πιστών και διοικούνται από την εκκλησία (ιερές Μητροπόλεις). Συχνά, λόγω στη διοίκηση των ιδρυμάτων αυτών έχει και ο Δήμος. Τα ιδρύματα αυτά είναι Ν.Π.Ι.Δ. και διοικούνται από διοικητικά συμβούλια. Οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή συνήθως περιλαμβάνουν τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

- Ιατρικό πιστοποιητικό από κρατικό Νοσοκομείο ότι δεν πάσχουν από μεταδοτικό νόσημα
- Ιατρική βεβαίωση από κρατικό Νοσοκομείο ότι δεν έχουν κάποια μορφή σωματικής αναπηρίας ή χρόνιο ψυχικό νόσημα και ότι είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται
- Ακτινογραφία Θώρακα
- Δοκιμασία «Μαντού» και έλεγχος ηπατίτιδας (Αυστραλιανό αντιγόνο)
- Βιβλιάριο υγείας ή σε περιπτώσεις οικονομικά αδύναμων βιβλιάριο Πρόνοιας
- Φωτοτυπία της Αστυνομικής Ταυτότητας
- Πιστοποιητικό Οικογενειακής κατάστασης
- Πιστοποιητικό Γεννήσεως
- Απόκομμα σύνταξης
- Αίτηση του ηλικιωμένου ή του πλησιέστερου συγγενή

Γίνεται σαφές από τα παραπάνω ότι τα δικαιολογητικά είναι πολλά, ενώ οι προϋποθέσεις ακυρώνουν στην πράξη την εισαγωγή μη αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων ή ασθενών με άνοια. Μόνο ο Οργανισμός Δημόσιας Αντίληψης Ζακύνθου δεν θέτει φραγμούς στην εισαγωγή ατόμων που πάσχουν από οργανικά ψυχοσύνδρομα. Στην πράξη, βέβαια, υπάρχουν εξαιρέσεις στην εισαγωγή ατόμων, που δεν πληρούν όλες τις παραπάνω προϋποθέσεις, αλλά στις περιπτώσεις αυτές ζητούνται συνήθως πρόσθετοι οικονομικοί πόροι από την οικογένεια του ηλικιωμένου, καθώς η σύνταξή του σπάνια επαρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του. Τα παραπάνω δικαιολογητικά υποβάλλονται είτε απευθείας στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, Διεύθυνση Πρόνοιας, οπότε διενεργείται από τη Νομαρχία ο έλεγχος των δικαιολογητικών και η αναζήτηση κενής θέσης, είτε απευθείας στο ίδρυμα, ύστερα από προφορική συνεννόηση, οπότε το ίδρυμα τα διαβιβάζει για έλεγχο στη Νομαρχία. Είναι σαφές ότι το κοινωνικό έργο των ιδρυμάτων αυτών είναι τεράστιο, αλλά δυστυχώς δεν επαρκεί

σήμερα για να καλύψει τις υφιστάμενες ανάγκες. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι να μετατρέπονται τα νοσοκομεία σε ιδρύματα πρόνοιας, ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους, που στερούνται κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος. Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται περιστατικά μοναχικών ατόμων, που νοσηλεύτηκαν στα νοσοκομεία της Αθήνας, κατά το 2002.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20: Περιστατικά εγκαταλειμμένων μοναχικών ασθενών σε νοσοκομεία της Αθήνας για το 2002**

<b>Α/Α</b>	<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ</b>
1	ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΙΚΑΙΑΣ	309
2	ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ	1
3	ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ	3
4	ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ	103
5	ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ	21
6	ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ	3
7	ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ	3
8	ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	110
9	Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ	7
10	ΝΙΜΙΤΣ	5
11	ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ	83
12	ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ	5
13	ΘΡΙΑΣΙΟ	20
14	ΤΖΑΝΝΕΙΟ	16
15	ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ	27
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>		<b>716</b>

ΠΗΓΗ: ΤΟ ΕΘΝΟΣ 1/02/2003

## Τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων

Τα ιδρύματα αυτά είναι Ν.Π.Δ.Δ. και εποπτεύονται από το υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας. Σκοπός τους είναι η φροντίδα ατόμων, που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, ανεξάρτητα από το αν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν. Κατά κανόνα δέχονται άτομα με νοητική υστέρηση ή κινητικές αναπηρίες. Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται είναι:

- ο Αίτηση
- ο Ειδικό έντυπο για την ιατρική κατάσταση που συμπληρώνεται από ιατρό κρατικού νοσοκομείου
- ο Βιβλιάριο υγείας ή βιβλιάριο πρόνοιας για τους οικονομικά αδύναμους
- ο Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας
- ο Έκθεση της Κοινωνικής Υπηρεσίας της Νομαρχίας ή άλλου κρατικού φορέα.

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται τα Θ.Χ.Π., που έχουν τη μορφή Ν.Π.Δ.Δ. (σημειώνεται ότι τις περισσότερες φορές υπάρχει λίστα αναμονής για εισαγωγή σ' αυτά τα ιδρύματα).

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 21: Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων Ν.Π.Δ.Δ.**

<b>Α/Α</b>	<b>ΦΟΡΕΑΣ</b>	<b>ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>
1	Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Αττικής	Λ. Βουλιαγμένης & Βενιζέλου – ΕΛΛΗΝΙΚΟ 16677	2105572941 2109644166
2	Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Δράμας	Διογένους 1 – ΔΡΑΜΑ 66100	2521037511 2521037227
3	Οίκος Ευγηρίας Δωδεκανήσου	Χειμάρας 2 – ΡΟΔΟΣ 85100	2241027725 2241077155
4	Θεραπευτήριο Χρόνιων	Βαθύ Αυλίδος 34100	2221031314

	Παθήσεων Αυλίδας		2221032950
5	Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Ευρυτανίας	Προυσιωτίσσης 6 – ΚΑΡΠΕΝΗΣΙ 36100	2237025890-3 2237025894
6	Όργανισμός Δημόσιας Αντίληψης Ζακύνθος «ΑΓΙΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ»	Ιεράρχου Μιχαλίτση 1 – ΖΑΚΥΝΘΟΣ 29100	2695022296 2695028868 2695042540
7	Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Πύργου « ΑΓΙΟΣ ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ»	Ολυμπίων – ΠΥΡΓΟΣ 27100	2621034180
8	Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας « Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»	7 <sup>ο</sup> χιλ. Λαγκαδά – ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 54500	2310653221-9 2310651811
9	Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Ηγουμενίτσας	Ηγουμενίτσα 46100	2665022951 2665022239 2665026224
10	Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Θεσπρωτίας	ΦΙΛΙΑΤΕΣ ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	
11	Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας «ΝΕΟΜΑΡΤΥΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ»	Λαμπρίδου 30 – ΙΩΑΝΝΙΝΑ 45332	2651067298 2651067298
12	Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Καβάλας	Εθνική Οδός Ελευθερούπολης – Σερρών – ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΠΟΛΗ 64100	2592024372
13	Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων – Οίκος Ευγηρίας	Περιφερειακή οδός Αγίου Γεωργίου – ΚΙΛΚΙΣ 61100	2341020772 2341022294
14	Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων « Ο ΑΡΙΣΤΕΥΣ »	Αμπελώνας Λάρισας 40400	2410534292
15	Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Λασιθίου	Πάροδος Επιμενίδου – ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ 72100	2841023661 2841024120



			2841024554
16	Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Λέσβου « Η ΘΕΟΜΗΤΩΡ »	Αγιάσος – ΛΕΣΒΟΣ 81100	2252022234 2252022052
17	Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Ρεθύμνου	Μυσσύρια Ρεθύμνου 74100	2831029137
18	Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Φθιώτιδας	Δημοκρατίας 61 – ΔΟΜΟΚΟΣ 35010	2232023326 2232023327
19	Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Χανίων	Τέρμα Εμμ. Πιμπλή – ΑΓΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ ΧΑΝΙΩΝ 73100	2821042433 2821042222 2821042433

ΠΗΓΗ: Μούγιας, 1998: 134-170

### **5) Βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.**

Όπως αναφέρει ο Μαδιανός τα βασικά χαρακτηριστικά της οργάνωσης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα ως τα μέσα της δεκαετίας του '80 χαρακτηρίζονταν από:

- ◆ Συγκεντρωτισμό υπηρεσιών. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 1982 υπήρχαν 11 Νομοί με συνολικό πληθυσμό 900.000 κατοίκους χωρίς κανένα ψυχίατρο. Επίσης, τα περισσότερα ψυχιατρικά κρεβάτια ήταν αναπτυγμένα στα τρία μεγαλύτερα ψυχιατρεία της χώρας (Δαφνί, Δρομοκαίτειο και Κ.Θ. Λέρου), ενώ δεν υπήρχαν ψυχιατρικοί τομείς στα μεγάλα νοσοκομεία των αστικών κέντρων (Μαδιανός, 1994: 190-192).
- ◆ Ανισοκατανομή στην οικονομική ενίσχυση των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με τον τομέα της γενικής ιατρικής. Άμεσο αποτέλεσμα της ανισοκατανομής των πόρων ήταν και η ανισοκατανομή ψυχιατρικού προσωπικού ανά κρεβάτι

συγκριτικά με τις μονάδες γενικής ιατρικής, που με τη σειρά της είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση του χρόνου νοσηλείας στα κρατικά ψυχιατρεία και γενικά χαμηλή αποδοτικότητα των ψυχιατρικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 1994: 193).

- ◆ «Περιορισμένη διαθεσιμότητα των κρατικών ψυχιατρικών κρεβατιών που μείωνε τη σχέση κρεβατιού/1000 κατοίκους σε 0,76/1000, γιατί το 44,7% των κρεβατιών καταλαμβάνονταν από χρόνιους αρρώστους» (Μαδιανός, 1994: 193).
- ◆ Ανυπαρξία εναλλακτικού δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα πλαίσια παροχής υπηρεσιών πρόληψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να περιορίζονται οι εισαγωγές στα ψυχιατρεία (Μαδιανός, 1994:194).
- ◆ Ανυπαρξία ενδιάμεσων δομών ψυχιατρικής αποκατάστασης (οικοτροφεία, ξενώνες κλπ.). Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την απουσία κρατικού δικτύου φροντίδας και για άλλες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως άποροι και άτομα με νοητική υστέρηση είχε σαν αποτέλεσμα τα ψυχιατρεία να χάσουν το θεραπευτικό τους χαρακτήρα και να μετατραπούν σε άσυλα. Ο Μεγαλοοικονόμου αναφέρει ότι «οι διαβιούντες στα άσυλα είναι, πλέον, κοινός τόπος σήμερα ότι δεν βρίσκονται εκεί επειδή νοσηλεύονται στα κατ' ευφημισμών ψυχιατρικά «νοσοκομεία», όχι δηλαδή γιατί το απαιτεί η όποια ψυχοπαθολογία τους, αλλά γιατί εκτός από ψυχικά πάσχοντες είναι και φτωχοί και /ή ανεπιθύμητοι από την οικογένεια τους και τον κοινωνικό τους περίγυρο» (Μεγαλοοικονόμου, 1998: 16).

## **Ο κανονισμός 815/84 της ΕΟΚ και η ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας**

Τομή στην οργάνωση ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα αποτέλεσε η ψήφιση του κανονισμού της ΕΟΚ με αριθμό 815/84 του Συμβουλίου της 26<sup>ης</sup> Μαρτίου 1984 με τον οποίο η Ευρωπαϊκή Κοινότητα προέβλεπε «για τη χρονική περίοδο από 1<sup>ης</sup> Ιανουαρίου 1984 έως 31 Δεκεμβρίου 1988 μια έκτακτη οικονομική ενίσχυση υπέρ των κοινωνικών μέτρων στην Ελλάδα για την προώθηση προγραμμάτων που θα καταρτίσει η Ελληνική Δημοκρατία για : α) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης, β) την ανέγερση, τη διαρρύθμιση και τον εξοπλισμό κέντρων για την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και διανοητικές ασθένειες και αναπηρίες με στόχο την επαγγελματική τους αποκατάσταση».

Η ψήφιση του παραπάνω κανονισμού έδωσε τους απαραίτητους πόρους, ώστε να αναπτυχθεί ένα υποτυπώδες δίκτυο ψυχοκοινωνικής φροντίδας και δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης με έμφαση το ψυχιατρείο της Λέρου λόγω της κατακραυγής της παγκόσμιας κοινότητας εξαιτίας των αθλίων συνθηκών διαβίωσης. Στον πίνακα 22 παρουσιάζεται η ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων κατά τη χρονική περίοδο 1983 έως 1995.

**Πίνακας 22: Ανάπτυξη ψυχιατρικών μονάδων κατά την περίοδο 1983-1995**

<b>ΜΟΝΑΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>1983</b>	<b>1987</b>	<b>1989</b>	<b>1992</b>	<b>1995</b>
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	9	9	9	9	9
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (ΨΤΓΝ)	2	29	33	34	42
ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΨΥ)	4	8	10	13	14

Πηγή: ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ 10/5/1997

Ο πίνακας 22 αποδεικνύει ότι πραγματικά η ανάπτυξη των ψυχιατρικών δομών είναι εντυπωσιακή. Πέρα, όμως, από την «ποσοτική» ανάπτυξη δομών ψυχικής υγείας (Ψ.Τ.Γ.Ν. και Κ.Ψ.Υ.), το διάστημα αυτό (1983-1995) συντελέστηκε και «ποιοτική» μεταβολή των δομών αυτών, καθώς οι κλίνες στα ψυχιατρικά νοσοκομεία μειώθηκαν από 8078 το 1983 σε 5088 το 1995, ενώ αντίθετα στους Ψ.Τ.Γ.Ν. αυξήθηκαν από 36 το 1983 σε 258 το 1995 (ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ:10/5/1997). Αξίζει, βέβαια, να σημειωθεί ότι η χρηματοδότηση της ανάπτυξης ψυχιατρικών υπηρεσιών μετά τη λήξη του κανονισμού 815 στηρίχτηκε στην τροποποίηση του με τη ψήφιση του κανονισμού της Ευρωπαϊκής Κοινότητας με αριθμό 4130/88 της 16<sup>ης</sup> Δεκεμβρίου 1988, ο οποίος παρέτεινε την έκτακτη χρηματοδότηση της Ελλάδας έως την 31 Δεκεμβρίου 1991. Έκτοτε, η χρηματοδότηση του υπάρχοντος συστήματος και η περαιτέρω ανάπτυξη του εντάχθηκε στο Β'Κ.Π.Σ. στο πλαίσιο του κοινωνικού αποκλεισμού (ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ: 10-5-1997). Στον πίνακα 23. παρουσιάζονται συνοπτικά όλες οι νέες ψυχιατρικές δομές,

που δημιουργήθηκαν μετά το 1984 με τη χρηματοδότηση<sup>1</sup> του κανονισμού 815 της ΕΟΚ και της μετέπειτα τροποποίησης του.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23: Ανάπτυξη ψυχιατρικών δομών με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (καν. 815/84 και καν.4130/88)**

<b>ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ</b>
Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης	12
Εργαστήρια προ & επαγγελματικής κατάρτισης	32
Ξενώνες	17
Οικοτροφεία	2
Διαμερίσματα	9
Νοσοκομεία – Κέντρα Ημέρας	9
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	3
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	26
Ψυχιατρικοί Τομείς σε γενικά νοσοκομεία	25
Παιδοψυχιατρικές κλινικές	2
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	24
Κέντρα ημέρας	6
Μονάδες αποκατάστασης στα Ψ.Ν.	8
Μονάδες οξέων στα Ψ.Ν.	7
Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας	3

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ιανουάριος 1999 και ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ 17/8/1996.

Ωστόσο, αναφορικά με τον πίνακα 23 πρέπει να διευκρινιστεί ότι οι παραπάνω δομές δεν λειτούργησαν ή και δεν λειτουργούν εξ ολοκλήρου, καθώς κάτι τέτοιο προϋποθέτει και την πρόσληψη του

<sup>1</sup> Για την περίοδο 1987-1995 δαπανήθηκαν από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους 80ν δις. δραχμές για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας (ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ:10/5/97).

ανάλογου προσωπικού, πράγμα το οποίο για πολλές από τις παραπάνω δομές δεν έγινε ποτέ με αποτέλεσμα να υφίστανται μόνο στα «χαρτιά».

### **Στεγαστικές ανάγκες χρόνιων ψυχικά πασχόντων στα πλαίσια προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**

Με βάση επιδημιολογικές εκτιμήσεις υπάρχουν στην Ελλάδα 95.580 άτομα ηλικίας 15-64 ετών τα οποία αντιμετωπίζουν κάποια μορφή χρόνιας ψυχικής νόσου. Αν λάβει κανείς υπόψη ότι το 10% του παραπάνω πληθυσμού έχει ανάγκη από κάποιο ειδικό πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, συνάγεται το συμπέρασμα ότι απαιτούνται 9.558 θέσεις για την κάλυψη των αναγκών αυτού του πληθυσμού. Ιδιαίτερα, για την κάλυψη των στεγαστικών αναγκών εκτιμήσεις το 1993 υπολόγιζαν τις απαιτούμενες θέσεις σε 1.290, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των χρόνιων έγκλειστων στα ψυχιατρεία της χώρας, οι οποίοι πρέπει άμεσα να αποϊδρυματιστούν (Μαδιανός, 1994: 354-357). Με τα σημερινά δεδομένα, ωστόσο, αν ληφθεί υπόψη ότι στα εννιά ψυχιατρεία της χώρας νοσηλεύονται περίπου 3.800 άτομα για διάστημα μεγαλύτερο των 15 ετών, εκτιμάται ότι 2.500 απ' αυτούς έχουν τη δυνατότητα να βγουν από τα άσυλα εφόσον δημιουργηθούν αντίστοιχες θέσεις σε εναλλακτικές στεγαστικές δομές (οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευόμενα διαμερίσματα) ή σε προγράμματα αναδοχής προκειμένου να αποσυμφορευθούν τα κρατικά ψυχιατρεία, ώστε να μπορέσουν να εκπληρώσουν το θεραπευτικό τους ρόλο (ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ:22/8/1998).

Στον πίνακα 24 παρουσιάζονται οι υπάρχουσες εναλλακτικές δομές στέγασης ανά υγειονομική περιφέρεια.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24: Εναλλακτικές δομές στέγασης για άτομα με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας ανά υγειονομική περιφέρεια

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΞΕΝΩΝΕ Σ (Ξ)	ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ (Ο)	ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΑ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΑ (Π.Δ.)	ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΜΕ ΤΗ ΜΟΡΦΗ ΝΠΙΔ
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	1(8)*			5 Π.Δ. (21)
Κεντρική Μακεδονία	3 (55)	1(30)	22 (110)	1 Ξ (5) 1 Ο (14) 2 Π.Δ. (6)
Δυτική Μακεδονία				
Ήπειρος	1 (24)			1 Ξ (8) 1 Π.Δ. (4)
Θεσσαλία	2 (16)			1 Ξ (10) 1 Π.Δ. (3)
Ιόνια Νησιά	1 (20)			
Δυτική Ελλάδα				
Στερεά Ελλάδα		1 (10)		2 Ξ (18) 4 Π.Δ. (7)
Αττική	6 (84)		18 (54)	5 Ξ (40) 1 Π.Δ. (2)
Πελοπόννησος	3 (83)		2 (8)	
Βόρειο Αιγαίο				
Αιγαίο	3 (193)		19 (115)	
Κρήτη			2 (15)	
ΣΥΝΟΛΟ: 13	20 (483)	2 (40)	63 (302)	1ο Ξ (81) 1 Ο (14) 14 Π.Δ. (43)

ΠΗΓΗ: Οδηγός Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας & Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Υποστήριξης στην Ελλάδα, 1999. Ο αριθμός που αναφέρεται εντός της παρένθεσης αφορά τις προβλεπόμενες θέσεις σε ξενώνες (Ξ), οικοτροφεία (Ο) και προστατευόμενα διαμερίσματα (Π.Δ.).

Από τον πίνακα 24 διαπιστώνεται ότι οι διαθέσιμες θέσεις εναλλακτικών δομών στέγασης ανέρχονται σε 951 εκ των οποίων οι 798 είναι κρατικές και οι υπόλοιπες 153 θέσεις ανήκουν στα πλαίσια διαφόρων εταιρειών ψυχικής υγείας υπό τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ., οι οποίες συστάθηκαν στα πλαίσια του κανονισμού 815/84. Επιπλέον, από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται, επίσης, ότι παρά την πρόοδο που έχει συντελεστεί τη τελευταία 12ετία, οπότε άρχισαν να υλοποιούνται οι νέες δομές ψυχικής υγείας στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, εντούτοις μεγάλες υγειονομικές περιφέρειες, όπως η Δ. Μακεδονία και η Δ. Ελλάδα παραμένουν χωρίς καμιά ψυχοκοινωνική υποδομή για χρόνιους ψυχικά αρρώστους. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, οι υπάρχουσες θέσεις εναλλακτικών δομών στέγασης δεν επαρκούν να καλύψουν τις ανάγκες των χρόνιων εγκλειστών, οι οποίοι νοσηλεύονται στα ψυχιατρεία της χώρας.

### **Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στον ορίζοντα του 2000 – Ο νέος νόμος για τη ψυχική υγεία**

Οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία της χώρας, η πίεση από την Ευρωπαϊκή Ένωση για ανθρώπινες συνθήκες διαβίωσης στα κρατικά ψυχιατρεία, η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας, αποτελούν μερικές από τις παραμέτρους που ώθησαν την πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας στη λήψη μέτρων στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η βούληση αυτή της Πολιτείας αντανακλάται στο νέο Νόμο 2716/99 για την «ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», ο οποίος παρέχει το απαραίτητο πλαίσιο για ριζικές αλλαγές στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο νέος νόμος αναφέρει στο άρθρο 2 ότι «οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας



διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας».

Αναφορικά με τον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης όσον αφορά τη στέγαση ο νόμος ορίζει στο άρθρο 9, παρ.1, ότι οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται στα πλαίσια Οικοτροφείων, Ξενώνων, Προστατευμένων Διαμερισμάτων και Προγραμμάτων Φιλοξενουσών Οικογενειών.

### **Τα οικοτροφεία**

Πρόκειται για «μονάδα προστατευμένης μακρόχρονης διαμονής με αριθμό μελών 20 άτομα, τα οποία είναι χρόνια ψυχικά άρρωστοι χωρίς δυνατότητες για ανεξάρτητη διαμονή στην κοινότητα» (Μαδιανός, 1994β:90).

### **Οι ξενώνες**

Πρόκειται για «εναλλακτική λύση διαμονής για άτομα που βγαίνουν από το ψυχιατρείο. Ο χρόνος παραμονής στον ξενώνα είναι βραχύς, όχι μεγαλύτερος των τριών μηνών(...). Ο αριθμός των μελών στον ξενώνα δεν υπερβαίνει τα 20 άτομα, περιλαμβάνει δε σε 24ωρη βάση προσωπικό που είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία του. Οι ένοικοι έχουν την ευθύνη για την τήρηση του κανονισμού λειτουργίας του ξενώνα» (Μαδιανός, 1994β: 89-90).

### **Τα προστατευόμενα διαμερίσματα**

«Πρόκειται για διαμερίσματα όπου διαμένουν τρεις ή τέσσερις ψυχικά άρρωστοι με περιορισμένη εποπτεία ανά διήμερο ή έως μια φορά την εβδομάδα» (Μαδιανός,1994β:90). Ο Ν. 2716 ορίζει «ότι στα Προστατευόμενα Διαμερίσματα εγκαθίσταται αριθμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές μέχρι έξι (6), με περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το προσωπικό της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία υπάγονται».

### **Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες**

« Ο θεσμός των Φιλοξενουσών Οικογενειών χρονολογείται από την εποχή του 16<sup>ου</sup> αιώνα, τότε που στη φλαμανδική πόλη Geel οι ψυχικά άρρωστοι διέμεναν σε οικογένειες χωρικών της περιοχής. Ο θεσμός αυτός αναπληρώνει την πραγματική οικογένεια, ενώ το κράτος βοηθά οικονομικά τη διαβίωση του αρρώστου» (Μαδιανός, 1994β:90-91). Ο Ν. 2716 ορίζει ότι «οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν

### **6) Το πρόγραμμα Ψυχαργώς**

Στα τέλη του 1997 το υπουργείο Υγείας σχεδίασε το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» με χρονικό ορίζοντα υλοποίησης το 2001. Σκοπός του προγράμματος είναι η «αποασυλοποίηση με παράλληλη κοινωνική στήριξη των ψυχικά ασθενών με επίκεντρο την αποασυλοποίηση του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής». Το πρόγραμμα «Ψυχαργώς» διαρθρώνεται σε τρεις άξονες:

## Παιδιά και εφήβους

- I. Ενήλικες (18-55 ετών)
- II. Τρίτη Ηλικία

Τελικός στόχος είναι η κατάργηση των ψυχιατρείων το 2006.

### Άτομα Τρίτης ηλικίας με οργανικά ψυχοσύνδρομα

Το υπουργείο Υγείας εκτιμά τον αριθμό των ατόμων αυτής της κατηγορίας σε 156 άτομα και προτείνει τη λύση των οικοτροφείων. Στον πίνακα 25 παρουσιάζεται ο αριθμός των ψυχογηριατρικών ασθενών ανά ψυχιατρείο και τα οικοτροφεία (υπολογίζεται ότι κάθε οικοτροφείο θα διαθέτει 15 θέσεις) που προβλέπεται να δημιουργηθούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Ψυχογηριατρικοί ασθενείς ανά ψυχιατρείο και προτεινόμενες νέες δομές εναλλακτικής στέγασης

<b>ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ</b>	<b>ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>	<b>ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ</b>
Ψ.Ν.Α	80	5
Ψ.Ν. Δρομοκαίτιο	11	1
Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	25	2
Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου	4	1
Ψ.Ν. Τριπόλεως	7	1
Ψ.Ν. Κέρκυρας	17	1
Θ.Χ.Π. Χανίων	12	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>156</b>	<b>12</b>

ΠΗΓΗ: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας 1999, Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ».

## **Άτομα Τρίτης ηλικίας με χρόνια παραμονή σε ψυχιατρεία και με αρχική διάγνωση κάποια μορφής ψυχικής νόσου**

Το υπουργείο υγείας εκτιμά τον πληθυσμό αυτής της κατηγορίας σε 904 άτομα και προκρίνει τη λύση των ψυχογηριατρικών οικοτροφείων (15 θέσεων), όπου οι ασθενείς αυτοί θα παραμένουν μέχρι το θάνατό τους. Η λύση αυτή θεωρείται από το υπουργείο ως η προσφερότερη από την άποψη ότι οι ασθενείς αυτοί λόγω της ηλικίας δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν και επειδή εξαιτίας της χρόνιας παραμονής τους στα ψυχιατρεία δεν έχουν υποστηρικτικό κοινωνικό-οικογενειακό σύστημα στην κοινότητα. Στον πίνακα 26 παρουσιάζεται ο αριθμός των ασθενών ανά ψυχιατρείο και οι προτεινόμενες νέες δομές εναλλακτικής στέγασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Γηριατρικοί ασθενείς με κάποια μορφή ψυχικής νόσου ανά ψυχιατρείο και προτεινόμενες νέες δομές εναλλακτικής στέγασης

<b><u>ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ</u></b>	<b>ΑΣΘΕΝΕΙΣ</b>	<b>ΟΙΚΟΤΡΟΦΕΙΑ</b>
Ψ.Ν.Α	355	24
Ψ.Ν. Δρομοκαίτιο	166	11
Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης	150	10
Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου	42	3
Ψ.Ν. Τριπόλεως	44	3
Ψ.Ν. Κέρκυρας	54	4
Θ.Χ.Π. Χανίων	93	6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>904</b>	<b>61</b>

ΠΗΓΗ: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας 1999, Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

## **7) Συμπεράσματα – Παρατηρήσεις**

Το πρόγραμμα «Ψυχαργός» στη πρώτη φάση του 1998-2001 προβλέπει συνολικούς πόρους 14 δις εκ των οποίων το 75% καλύπτεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση στα πλαίσια του Β΄ Κ.Π.Σ.

(ΕΠΕΝΔΥΤΗΣ: 21/11/1998). Αν λάβει κανείς υπόψη ότι στα πλαίσια του Γ' Κ.Π.Σ. σχεδιάζεται για τη χρονική περίοδο 2001-2006 η υλοποίηση του προγράμματος «Ειδική Δράση Ψ.Ν.Α.» το ύψος του οποίου ανέρχεται σε 27.467.400.000 δρχ. γίνεται σαφές ότι υπάρχουν οι αναγκαίοι πόροι για τη δημιουργία και λειτουργία νέων δομών εναλλακτικής στέγασης τουλάχιστον έως το 2006.

Βέβαια, σε σχέση με το Ψ.Ν.Α. πρέπει να αναφερθεί ότι ο σεισμός της 9/9/1999 δημιούργησε νέα δεδομένα, καθώς εξαιτίας των ζημιών που υπέστη η κτιριακή υποδομή επιταχύνθηκαν οι διαδικασίες εξόδου από το ψυχιατρείο, όχι όμως στα πλαίσια ενός οργανωμένου προγράμματος αποασυλοποίησης, αλλά ως λύση ανάγκης. Στα πλαίσια αυτά η διεύθυνση του Ψ.Ν.Α. εκμίσθωσε για τρία έτη τα ξενοδοχεία «Ριβολί», «Κρυστάλ» και «Παλμύρα» στο κέντρο της Αθήνας, καθώς και ένα κτίριο δυναμικότητας 70 ατόμων στο Πικέρμι Αττικής, το οποίο διαθέτει προδιαγραφές για ΑΜΕΑ ( ΕΘΝΟΣ: 3/10/1999 και ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ: 23/10/1999). Προκειμένου, να καλυφθούν οι ανάγκες και των υπολοίπων τροφίμων του ψυχιατρείου μελετάται από τη διεύθυνση του ψυχιατρείου η αγορά ή η ενοικίαση κτιρίων για τη δημιουργία ξενώνων, οικοτροφείων και προστατευομένων διαμερισμάτων στα πλαίσια των προγραμμάτων, που αναφέρθηκαν προηγούμενα.

Συμπερασματικά, μελετώντας κανείς τους πίνακες αυτής της μελέτης διαπιστώνει ότι οι προτεινόμενες εναλλακτικές δομές στέγασης που πρόκειται να δημιουργηθούν δίνουν ικανοποιητικές απαντήσεις στην προσπάθεια οργάνωσης ενός συστήματος ψυχοκοινωνικής φροντίδας, το οποίο μέχρι σήμερα είναι υποτυπώδες ή και σε ορισμένες περιοχές ανύπαρκτο.

Ωστόσο, κριτική είναι δυνατό να ασκηθεί στο προτεινόμενο σύστημα οργάνωσης ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών από δύο σκοπιές. Κατά πρώτον, δηλαδή, πώς το ίδιο το σύστημα προβλέπει τη μελλοντική βιωσιμότητά του, όταν θα εκλείψουν οι πόροι από την

Ευρωπαϊκή Ένωση και κατά δεύτερον από την άποψη ότι θα μπορούσε να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στο θεσμό των «Φιλοξενουσών Οικογενειών» με τη συνεπικουρία κινητών μονάδων ψυχικής υγείας έτσι ώστε να επιτυγχάνεται το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα με το μικρότερο δυνατό κόστος. Ίσως στη δεύτερη περίπτωση και ο νέος νόμος για τη ψυχική υγεία θα έπρεπε να έδινε τη δυνατότητα στις ίδιες της οικογένειες των ψυχικά αρρώστων να αναλάβουν τη φροντίδα των οικείων τους παρέχοντάς τους κάποιο οικονομικό κίνητρο, αλλά το κυριότερο ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη στα πλαίσια προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» (βλ. Το Βήμα: 30/11/1997).

Τέλος, αξίζει να δοθεί προσοχή και σε δύο τελευταία σημεία. Το πρώτο σχετίζεται με την προετοιμασία της κοινότητας στις περιοχές, όπου πρόκειται να δημιουργηθούν νέες εναλλακτικές δομές στέγασης για την αποφυγή συγκρούσεων με αφορμή τις προκαταλήψεις που υπάρχουν σε μεγάλη μερίδα της κοινωνίας έναντι των ψυχασθενών (ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ: 11/7/1998). Δεύτερο τη σύνδεση των νέων δομών εναλλακτικής στέγασης με ένα γενικότερο δίκτυο υπηρεσιών στέγασης και ψυχοκοινωνικής φροντίδας που σχεδιάζεται να δημιουργηθεί, το λεγόμενο «ΕΚΑΒ της Πρόνοιας» (ΕΘΝΟΣ: 17/8/1997).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η δημιουργική γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στον τομέα της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) Οι πρόσφατες δημογραφικές εκτιμήσεις επισημαίνουν ότι σε πολλές χώρες της Ε.Ε. έχει παρατηρηθεί στασιμότητα στην αύξηση του πληθυσμού, με σημαντική μείωση του ποσοστού των νέων ηλικιών και αύξηση των ηλικιωμένων. Το 1955, το ποσοστό των νέων ηλικιών 0 – 24 ετών, ήταν 31,1% του πληθυσμού της Ε.Ε. Το 2015, το ποσοστό αυτό θα φθάσει το 27% δηλαδή προβλέπεται μιας σημαντική μείωση του πληθυσμού κατά πολλαπλώς και μάλιστα με μεγαλύτερους ρυθμούς για τα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών.

Στην Ελλάδα για πολλές δεκαετίες το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν πολύ περιορισμένο. Το 1853 το 3,25 του πληθυσμού ήταν ηλικιωμένοι. Το 1907 το ποσοστό αυτό ήταν 4% και μέχρι το 1951 έφθασε το 7%. Από το 1971 και μετέπειτα παρατηρείται μια αυξητική πορεία των ηλικιωμένων και μια αντίστοιχη συρρίκνωση των νέων ηλικιών. Η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα αναμένεται να συνεχισθεί και για τις επόμενες δεκαετίες του 2010 και 2020. (Eurostat, OECD, European Commission). Το φαινόμενο αυτό της βαθμιαίας συρρίκνωσης του πληθυσμού αποδίδεται σε τρεις κυρίως παράγοντες : α) στη σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας που συνέβαλλε μαζί με την κοινωνικό – οικονομική ανάπτυξη στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, β) στην μείωση της γεννητικότητας και γ) στην έντονη μετανάστευση του πλέον παραγωγικού δυναμικού της χώρας, που παρατηρήθηκε την πρώτη δεκαετία της μεταπολεμικής περιόδου.

Στην Ε.Ε. και την Ελλάδα λοιπόν παρατηρείται μια σημαντική επιμήκυνση της μέσης διάρκειας ζωής με παράλληλη μείωση των “ασθενειών της τρίτης ηλικίας”. Ωστόσο, αρκετές κλινικές και δημογραφικές μελέτες επισημαίνουν ότι το 30% των ατόμων άνω των 65 ετών παρουσιάζουν ειδικές ανάγκες οι οποίες απαιτούν εξειδικευμένες υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες για την ικανοποίησή τους. Στην Τρίτη ηλικία, οι πιθανότητες ασθένειας από καρδιο – αγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά, νεοπλάσματα και ψυχικές διαταραχές είναι μεγαλύτερες. Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενειών μετατρέπεται σε χρόνιες ασθένειες με σημαντικές απαιτήσεις για χρόνια φροντίδα. Το Alzheimer αποτελεί μια σημαντική νόσο της σύγχρονης κοινωνίας με ειδικές απαιτήσεις σε εξειδικευμένο προσωπικό.

Οι επιπτώσεις λοιπόν της γήρανσης στα συστήματα κοινωνικής προστασίας υγείας, εκπαίδευσης, τεχνολογίας και αγοράς εργασίας θα είναι πολλαπλές και απαιτούν ειδική διεπιστημονική διερεύνηση για να εκτιμηθεί δεόντως το μέγεθος και η έκταση των επιπτώσεων αυτών.

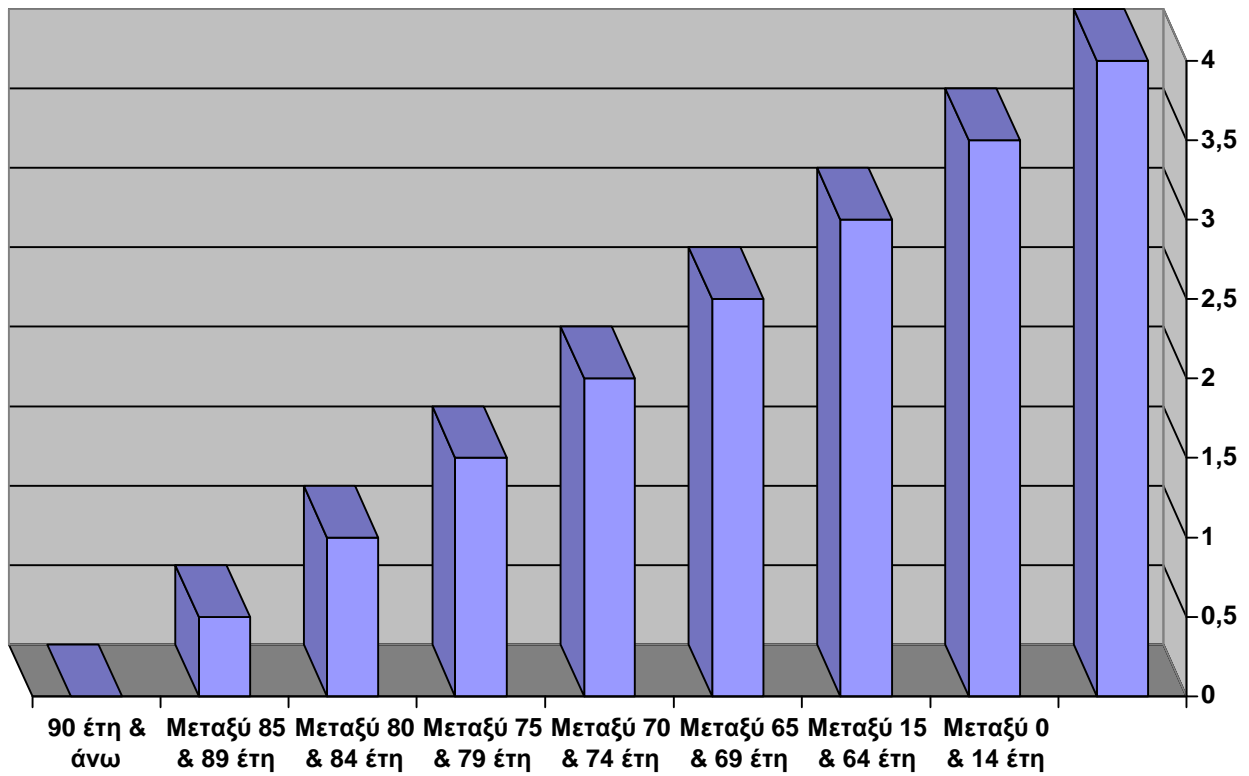
Από μελέτες ειδικών και από στατιστικές αναλύσεις διαπιστώνεται ότι οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες συχνότερα και για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Στα 1000 άτομα αυτής της ηλικίας περίπου 200 νοσηλεύονται σε νοσοκομείο κάθε χρόνο. Μεταξύ των δύο φύλων, το ποσοστό των ανδρών νοσηλευθέντων είναι μεγαλύτερο από εκείνο των γυναικών. Παράλληλα, οι ηλικιωμένοι της επαρχίας χρειάζονται μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλεία από αυτούς της πρωτεύουσας. Αν σ’ αυτό προστεθεί και η αναπηρία η οποία στους άνδρες ηλικιωμένους είναι γύρω στα 10,5% και στις γυναίκες γύρω στο 6,5% τότε μπορεί κανείς να σχηματίσει μια εικόνα για την σημασία της υγείας για την Τρίτη ηλικία.

Στην Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι εξυπηρετούνται κυρίως από τις γενικές υγειονομικές υπηρεσίες μια και υπάρχει έλλειψη σε εξειδικευμένα γηριατρικά νοσοκομεία ή γηριατρικές μονάδες στα Γενικά



Νοσοκομεία. Αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη προβληματισμού για το ειδικό πρόβλημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών στους ηλικιωμένους που τα τελευταία χρόνια έγινε ιδιαίτερα οξύ λόγω της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Επίσης, στην ιατρική εκπαίδευση οι Ιατρικές Σχολές στην Ελλάδα, δεν δίνουν βάρος στην ειδίκευση σε τομείς γηριατρικής παρά περιορίζονται στην διδασκαλία ορισμένων κλινικών μαθημάτων. Έτσι, το βάρος της εξυπηρέτησης των ασθενών μεγάλων ηλικιών πέφτει στους Γενικούς γιατρούς και παθολόγους με αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόβλημα τόσο στους ίδιους τους γιατρούς όσο και στους ηλικιωμένους.

## Το κόστος των Υπηρεσιών Υγείας ανά ηλικία στην Ελλάδα



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ  
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ  
ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ  
Νομικά Πρότυπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.)**

			Κλίνες	
ΝΟΜΟΣ	Όνομασία Ιδρύματα	Διεύθυνση – Τηλέφωνο	Προβλ. – Ανεπτ.	
Αιτωλ/νίας	Γηροκομείο Χριστιαν. Ενώσεως Αγρινίου	Αγρίνιο τ.κ.30100 τηλ.22302	60	54
Αιτωλ/νίας	Σελίβειο Πτωχοκομείο – Γηροκομ. Μεσολογγίου	Μεσολόγγι τ.κ. 30200 τηλ.28375 - 28232	10	10
Αιτωλ/νίας	Φιλανθρωπικό Σωματείο Νεοχωρίου «Η Παναγία η Φανερωμένη»	Νεοχώριο τ.κ. 30001 τηλ. 91115	24	6
Αργολίδος	Φιλανθρωπικός Όμιλος Ναυπλίας «Στέγη Γερόντων»	Ναύπλιο τ.κ. 21100 τηλ. 28480	20	15
Αρκαδίας	Λεκόζειο Γηροκομείο Τριπόλεως «Άγιος Νικόλαος»	Τρίπολη τ.κ. 22100 τηλ. 222180	59	40
Αρκαδίας	Κουτορούπειο Εκκλησιαστικό Γηροκομείο Λεωνιδίου	Λεωνίδιο τ.κ. 22300 τηλ. 22095	12	12
Άρτης	Γηροκομείο Γεωργίου & Μαρίας Μάτσου Άρτης	Άρτα τ.κ. 47100 τηλ. 27747	30	30
Αττικής	Γηροκομείο Ελεήμονος Εταιρείας Αθηνών (μικτό)	Κηφισίας 137 τ.κ. 11526 τηλ. 6916884 / 6916964	700	747
Αττικής	Μερόπειο Φιλ/κό Ίδρυμα Αθηνών 2 <sup>ο</sup> Ηλίνος – Μόνο γυναίκες	Δ. Αρεοπαγίτου 45 Αθήνα τ.κ.11742 τηλ.9238104	34	34
Αττικής	Φιλανθρωπικό Ίδρυμα Αργυρουπόλεως «Η Αγία Τριάς	Ηλεκτρουπόλεως 45 Αργυρούπολη τ.κ. 16452 τηλ. 9918113		

			Κλίνες	
ΝΟΜΟΣ	Όνομασία Ιδρύματα	Διεύθυνση – Τηλέφωνο	Προβλ. – Ανεπτ.	
Αττικής	Οίκος θείας Πρόνοιας «Η ΒΙΘΑΝΕΙΑ» Νέα Μάκρη ΑΤΤΙΚΗΣ-ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤ.	Ν. Μάκρη τ.κ. 19005 τηλ. 2294 - 91227	26	25
Αττικής	Γηροκομείο ο «Ευαγγελισμός της Θεοτόκου»	Καβάφη 8 τ.κ. 11143 τηλ. 2020022	100	92
Αττικής	Φιλανθρωπικό Ίδρυμα «Ο καλός Σαμαρείτης» Καθολικό Εκκλησ.	Π. Ράλλη 2 τ.κ. 15121 Πεύκη Αττικής τηλ.8024566	65	65
Αττικής	Ησυχαστήριο «Μάρθα Μαρία ΕΕΣ» Ν. Ηράκλειο	Λυκαβηττού 1 τ.κ. 10672 (Γραφεία) Πριγκ. Αλίκης 26 Ν. Ηράκλειο (Ίδρυμα) τηλ. 2821901 - 2820241	20	20
Αττικής	Οίκος Ευγηρίας Ιερού Τάγματος «Τίμιος Σταυρός»	Ηπείρου 69 Αγ. Παρασκευή τ.κ.15341 τηλ.6510272	20	20
Αττικής	Γηροκομείο Αρμενικής Καθολικής Εξαρχίας Ν. Κόσμος	Ν. Κόσμος τηλ.9014079	8	8
Αττικής	Στέγη Υπερηλίκων Προσφύγων Ηλιουπόλεως Υ.Ε.Ν. (ΜΙΚΤΟ)	Αλ. Νάστου 81 τηλ.9914336 Γραφ. Αμερικής 13 τ.κ. 10672	35	35
Αττικής	Φιλόξενος Στέγη Γεν. Φιλόπτωχου Ταμείου	Πέλλης 9 τ.κ. 10447 Βοτανικός τηλ. 3461924	40	30
Αττικής	Γηροκομείο «Βιβλικού Συνδέσμου “Η ΠΩΪΣ”»	Ιωνίας & Λεβιδίου Κηφισιά τ.κ. 14564	64	18
Αττικής	Εκκλησ. Οίκος Ευγηρίας Ν. Φιλαδέλφειας «Ο καλός Σαμαρείτης» Εκκλησ.	Αρτάκη 5 Ν. Μάδυτος τ.κ. 14342 τηλ. 2720120	60	55

			Κλίνες	
ΝΟΜΟΣ	Όνομασία Ιδρύματα	Διεύθυνση – Τηλέφωνο	Προβλ. – Ανεπτ.	
Αττικής	Άσυλο Πενήτων «Β. Αθανάσιου» Πρωθιερέως Γηρ. Πειραιώς	Β. Σοφίας 41 τ.κ. 185534 Πειραιάς τηλ. 4179046	174	174
Αττικής	Ορθόδοξος Χριστιανική Αδελφότης «Ο Λυτρωτής Πειραιώς»	Δερβενακίων 65 Ταμπούρια τ.κ. 18757 τηλ. 4612657	50	40
Αττικής	Ελβετική Αρωγή Χριστιανικής Βοήθειας	Αγ. Πάντων 9 Νίκαια Πειραιά τηλ. 4912822	50	45
Αττικής	Εκκλησ. Γηροκομείο Σαλαμίνος «Αγ. Λαυρέντιος» Εκκλησ.	Σαλαμίνα τ.κ. 18900 τηλ. 4650521	45	45
Αττικής	Δημοτικό Γηροκομείο Ύδρας	Ύδρα τ.κ. 18040	10	20
Αττικής	Γηροκομείο Κυθήρων (ΤΡΙΦΥΛΕΙΟ) Νοσοκομείο	Γραφ. Κάνιγγος 7 τ.κ. 10677 τηλ. 3638190	60	60
Αττικής	Αφευτάκειο Άσυλο – Πτωχοκομείο Κιμώλου	Αρμοδίου & Σωκράτους 8 τ.κ. 10552 τηλ. 3211531	20	25
Αττικής	Π.Ε.Ο.Χ. «Η Παναγία η Φανερωμένη» Μικτό	Μάνδρα Αττικής τηλ. 19600 τηλ. 5983414	314	314
Αττικής	Στέγη Πρόνοιας Γερόντων Ι. Ναού Αγ. Αποστόλων Τζιτζιφιές	Αγησιλάου 42 τ.κ. 17674 Καλλιθέα τηλ. 9422021	36	35
Αττικής	Στέγη κατάκοιτων Γερόντων Αρχιεπισκοπής Αθηνών (Θ.Χ.Π.) Εκκλ.	Λαοδάμαντος 18 Λεωφ. Σκουζέ τ.κ. 10444 τηλ. 5123315	46	46
Αττικής	Ίδρυμα Χρονίως Πασχόντων Αθηνών (Θ.Χ.Π.)	Αγ. Ζώνης 39 τ.κ. 11256 Κυψέλη τηλ. 4418193	42	42
Αττικής	Στέγη Προστασίας Γερόντων «Η Παναγία η Ελεούσα» Εκκλ.	Βασ. Γεωργίου Β' 102 Ν. Ιωνία τ.κ. 14232 τηλ. 2753400	40	40

			Κλίνες	
ΝΟΜΟΣ	Ονομασία Ιδρύματα	Διεύθυνση – Τηλέφωνο	Προβλ. – Ανεπτ.	
Αττικής	Κοιν. Μέριμνα Μοσχάτου	Κοραή 40 τ.κ. 18345 Μοσχάτο τηλ. 4418195	42	42
Αττικής	Σκέπη Προνοίας	Παιανία Αττικής τ.κ. 19002 τηλ. 6642892	28	30
Αττικής	Φιλανθρωπική Στέγη	Ηπείρου 15 στάση Τόμπρα Αγία Παρασκευή τηλ. 6826790/6226818/6546145		
Αχαΐας	Πτωχοκομείο Πατρών «Ο Απόστολος Ανδρέας»	Πάτρα τ.κ. 26001 τηλ. 323660	111	88
Αχαΐας	Άσυλο Ανιάτων Πατρών «Η Αγία Ευφροσύνη» (Θ.Χ.Π.)	Πάτρα τ.κ. 26091 τηλ. 274496	120	119
Βοιωτίας	Γηροκομείο Θηβών «Ορθόδοξος Χριστιαν. Ένωση Κυριών»	Θήβα τ.κ.322200 τηλ.27539	25	25
Γρεβενών	Γηροκομείο Ιεράς Μητροπόλεως Γρεβενών Εκκλησ.	Γρεβενά τ.κ. 51100 τηλ. 22505	30	15
Δράμας	Γηροκομείο Δράμας	Δράμα τ.κ.66100 τηλ.22127	117	70
Δωδεκανήσου	Σολώνειο Ευγηρίας Μέλαθρου Καλύμνου	Κάλυμνος τ.κ. 8500	60	56
Δωδεκανήσου	Ίδρυμα Απόρων Γερόντων Καλύμνου	Κάλυμνος τ.κ. 85200	5	5
Δωδεκανήσου	Γηροκομείο «Η Παναγία του Κάστρου» Λέρος (Θ.Χ.Π.) Εκκλησ.	Λέρος τ.κ. 85400	40	40
Δωδεκανήσου	Οίκος Ευγηρίας «Ο Άγιος Νεκτάριος» Κω Εκκλ.	Κως τ.κ.85300 τηλ.22230	40	40

			Κλίνες	
ΝΟΜΟΣ	Όνομασία Ιδρύματα	Διεύθυνση – Τηλέφωνο	Προβλ. – Ανεπτ.	
Ευβοίας	Ιωακείμειο Γηροκομείο Αλεξ/λεως	Αλεξανδρούπολη τ.κ. 68100 τηλ. 28022	65	65
Ηλείας	Άσυλο Ανιάτων «Νέα Βασιλείας» (Θ.Χ.Π.) Εκκλ.	Πύργος τ.κ. 27100 τηλ. 22216	70	69
Ηλείας	Ίδρυμα Χ.Π. & Κατάκοιτων Γερόντων «Παναγία η Βλαχερνά» Μικτό	Κυλλήνη τ.κ. 27068 τηλ. 92205	50	42
Ηλείας	Άσυλο Ανιάτων «Ο Άγιος Νικόλαος» Βάρδας (Μικτό)	Βάρδα Ηλείας τ.κ. 2705 τηλ. 71585	51	50
Ημαθίας	Γηροκομείο Βέροιας «Βασιλικής Σωσσίδου»	Βέροια τ.κ. 59100 τηλ. 24891	50	50
Ηρακλείου	Εκκλησ. Γηροκομείο «Οι Άγιοι ΔΕΚΑ» Ι.Μ. Γορτύνης Εκκλησ.	Ηράκλειο τ.κ. 71500 τηλ. 22155	50	42
Ηρακλείου	Πτωχοκομείο Ηρακλείου – Φιλ. Ιδρύματα Ανδρέου & Μαρίας Καλοκαιρινού	Ηράκλειο τ.κ. 71500 τηλ. 232509	100	58
Θεσ/νικης	Χαρίσειο Γηροκομείο Θεσ/νικης	Θεσ/νικη τ.κ. 54500 τηλ. 9333105	225	225
Ιωαννίνων	Γηροκομείο Ζωσιμάδων Ιωαννίνων (Αγαθοεργά ΚΑΤ/ΤΑ) Εκκλ.	Ιωάννινα τ.κ. 45500 τηλ. 26278	100	100
Ιωαννίνων	Εκκλησ. Γηροκ. Κόνιτσας «Η Θεοτόκος» Εκκλ.	Κόνιτσα τ.κ. 44100 τηλ. 22348	25	20
Καβάλας	Εθνικό Ηθικό Φιλ/κό Σωματείο «Ο ΜΕΓΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ»	Καβάλα τ.κ. 65500 τηλ. 221979	45	15
Καβάλας	Πουλίδειο Γηροκ. Φιλόπτ. Αδελφότης Κυριών Καβάλας	Καβάλα τ.κ. 65500 τηλ. 229355	120	68

			<b>Κλίνες</b>	
<b>ΝΟΜΟΣ</b>	<b>Ονομασία Ιδρύματα</b>	<b>Διεύθυνση – Τηλέφωνο</b>	<b>Προβλ. – Ανεπτ.</b>	
Καστοριάς	Γηροκομείο Λαζάρου & Αθηνάς Ρίζου	Καστοριά τ.κ. 52100 τηλ. 22448	35	10
Κέρκυρας	Δημοτικό Γηροκομείο – Πτωχοκομείο Κέρκυρας	Κέρκυρα τ.κ. 49100	40	40
Κερκύρας	Καθολικό Γηροκομείο Κέρκυρας	Κέρκυρα τ.κ. 49100	38	27
Κεφαλληνίας	Οίκος Ευγηρίας Αργοστολίου Φ.Κ. Κεφαλληνίας	Αργοστόλι τ.κ. 28100 τηλ. 22585	60	40
Κεφαλληνίας	Φιλανθρωπικά Ιδρύματα Ληξουρίου	Ληξούρι τ.κ. 91262 τηλ. 28200	50	22
Κεφαλληνίας	Δημοτικό Πτωχοκομείο Αργοστολίου (Μικτό)	Αργοστόλι τ.κ. 28100	100	66
Κοζάνης	Εκκλησ. Γηροκομείο (Γραιών) Μικροκάστρου Κοζάνης Εκκλ.	Μικρόκαστρο Κοζάνης τ.κ. 50100	15	15
Κοζάνης	Τιάλειο Εκκλησ. Γηροκομ. Κοζάνης «Ο Αγ. Παντελεήμων»	Κοζάνη τ.κ. 50100 τηλ. 30478	70	47
Κορινθίας	Οίκος Ευγηρίας «Αγία Ελένη» Ι.Μ. Οσίου Παταπίου (Γυν) Κορινθίας	Λουτράκι τ.κ. 20300 τηλ. 48524	39	30
Κορινθίας	Εκκλ. Γηροκομ. Κορινθίας «Το Έργο του Αποστ. Παύλου»	Κόρινθος τ.κ. 20100 τηλ. 26374	30	50
Κορινθίας	Γηροκομείο «Η Βηθλεέμ»	Λουτράκι τ.κ. 20300 τηλ. 42693	50	50
Κυκλάδων	Γηροκομ. – Πτωχοκομείο Θήρας	Θήρα τ.κ. 84700 τηλ. 31240	33	18



			Κλίνες	
ΝΟΜΟΣ	Όνομασία Ιδρύματα	Διεύθυνση – Τηλέφωνο	Προβλ. – Ανεπτ.	
Κυκλάδων	Στέγη Ευγηρίας Ι. Ιδρύματος «Ευαγγελισμός» Τήνου Εκκλ.	Τήνος τ.κ. 84200 τηλ. 22230	30	30
Κυκλάδων	Ησυχαστήριο «Παναγία της Ελπίδος» Εκκλησ.	Ερμούπολις Σύρου τ.κ. 84100 τηλ. 22601	41	41
Κυκλάδων	Άσυλο Ανιάτων Ι. Μονής Αγίου Ιωάννου Ταλάντων	Ερμούπολις Σύρου τ.κ. 84100	30	26
Κυκλάδων	Εμπειμίκειο Γηρ. Άνδρου	Άνδρος τ.κ. 84500 τηλ. 22470	15	20
Κυκλάδων	Φιλόπτωχος Εταιρεία Ερμουπολέως	Ερμούπολις Σύρου τ.κ. 84100 τηλ. 22645	34	30
Λακωνίας	Γηροκομείο & Άσυλο Σπάρτης «Οι Άγιοι Ανάργυροι» (Μικτό) Λακωνίας	Σπάρτη τ.κ. 23100 τηλ. 26555	50	53
Λαρίσης	Δημοτικό Γηροκ. Λαρίσης	Λάρισα τ.κ.41500 τηλ.226347	120	55
Λασιθίου	Γηροκομείο Αγ. Γεωργίου Ι.Π. ΠΕΤΡΑΣ Εκκλ.	Σεληνάρι τ.κ. 72100 τηλ. 32024	50	50
Λέσβου	Φ.Κ. Μυτιλήνης Γηροκομ. Μυτιλήνης (Πτέρυγα Τυφλών-Πτέρυγα Ανιάτων Παίδων)	Μυτιλήνη τ.κ. 81100 τηλ. 22477	97	97
Λέσβου	Μιχαλέλειο Γηροκομείο Πλωμαρίου (Θ.Χ.Π.) ή Μιχαλέλειος Οίκος Ευγηρίας	Πλωμάρι τ.κ. 81200	25	25
Λέσβου	Εκκλ. Γηροκομείο το Δαμάνδρειο Πολυχνίτου Μυτιλήνης Εκκλησ.	Δαμάνδρι Πολυχνίτου τ.κ. 81100	25	25

			Κλίνες	
ΝΟΜΟΣ	Όνομασία Ιδρύματα	Διεύθυνση – Τηλέφωνο	Προβλ. – Ανεπτ.	
Λέσβου	Γηροκομείο Ι. Μονής Λειμώνος Καλλονής Εκκλ.	Καλλονή τ.κ. 81007	10	10
Λευκάδος	Οίκος Προνοίας Λευκάδος	Λευκάδα τκ31100 τηλ22570	18	16
Μαγνησίας	Γηροκομείο Βόλου	Βόλος τ.κ.38500 τηλ.24309	87	87
Μεσσηνίας	Αλεξανδράκειο Πτωχοκομ. – Γηροκομείο Καλαμάτας	Καλαμάτα τ.κ. 24100 τηλ. 22483	110	117
Μεσσηνίας	Ίδρυμα Απόρων Ανιάτων «Η ΣΤΕΓΗ της Εκκλησίας» (Θ.Χ.Π.)	Καλαμάτα τ.κ. 24100 τηλ. 28694	300	100
Σάμου	Δημοτικό Γηροκομείο Λιμένος Βαθέος Σάμου «Ίδρυμα Νταβά»	Σάμος τ.κ. 83100 τηλ. 27491	44	43
Σάμου	Εκκλ. Γηροκομείο Ι.Μ. Σάμου & Ικαρίας	Ικαρία τ.κ. 83300 τηλ. 32125	40	16
Σερρών	Γηροκομείο Σερρών «Η Ανάσταση»	Σέρρες τ.κ. 62100 τηλ. 22310	200	62
Σερρών	Εκκλ. Γηροκομείο Σιδηροκάστρου «Ο Άγιος Νεκτάριος»	Σιδηρόκαστρο τ.κ. 62300	50	50
Τρικάλων	Γηροκομείο Ι.Μ. Τρίκης & Σταγών «Ο Άγιος Νικόλαος» Εκκλ.	Τρίκαλα τ.κ. 42100 τηλ. 43211	40	45
Φθιώτιδος	Εκκλησιαστικό Γηροκομείο Λαμίας	Λαμία τ.κ. 35100 τηλ. 22043	40	40
Φωκίδος	Άσυλο Γερόντων Αθανασίου Δήμητρα Γηροκ. Αμφίσσης	Άμφισσα τ.κ. 33100 τηλ. 28224	7	7
Φλωρίνης	Εκκλ. Γηροκομείο «Άγιος Παντελεήμων»	Φλώρινα τ.κ. 53100	20	20
Χανίων	Δημοτικό Γηροκομείο Χανίων (Μικτό)	Χανιά Κρήτης τ.κ. 73100 τηλ. 22782	50	58

			Κλίνες	
ΝΟΜΟΣ	Ονομασία Ιδρύματα	Διεύθυνση – Τηλέφωνο	Προβλ. – Ανεπτ.	
Χανίων	Ανουσάκειο Γηροκομείο Κισάμου	Καστέλι Χανίων τ.κ. 73100 τηλ. 22276	40	20
Χίου	Γηροκομείο Χίου «Ζώρζης Μιχαληνός»	Κάμπος Χίου τ.κ. 52100 τηλ. 23266	65	60
Χίου	Οίκος Ευγηρίας Καρδάμυλων «Η Αγία Μαρίνα»	Καρδάμυλα τ.κ. 82300 τηλ. 21468	40	30
Χαλκιδικής	Εκκλησ. Γηροκομείο «Παναγία η Κορυφινή»	Ν. Μουδανιά τ.κ. 63200 τηλ. 31002	20	20

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ARMBRECHT H J., P.H. D/R.M. COE, P.H.D/GE MORLEY P.H.D./B. VELLAS, «The science of geriatrics» (Facts research and intervention in geriatrics serie), volume 2, send publisher Paris/springer publishing company N.York, N. York 2002, 659-667.
- Harrison J. r «Εσωτερική παθολογία» μετάφραση Κρικέλη Ι. και συνεργάτες Τόμος β, εκδόσεις Γρ. Κ. Παρρισιανός, Αθήνα 1987.
- Καββαθός Δ. και συνεργάτες «λοιμώξεις ουροποιητικού σε ηλικιωμένους ασθενείς/μια κλινική μελέτη», έκθεση για το βιβλίο «θέματα γεροντολογίας και γηριατρικής – η τρέχουσα Ελληνική εμπειρία στην αυγή της 3<sup>ης</sup> χιλιετίας», συμπλήρωμα, εκδόσεις συνέδρου, Αθήνα 2000, 144–156.
- Κάλλης Γ. Ευθύμιος Dr. «εγχειρίδιο ουρολογίας για τις σχολές νοσηλευτικού προσωπικού», ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987, 22-30/50-67.
- Μπαρμαλιάς Γ.Α. «Στοιχεία ουρολογίας» ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1987.
- Παπατσώρης Α. και συνεργάτες «ουρολοιμώξεις σε ασθενείς 3<sup>ης</sup> ηλικίας» έκθεση για το βιβλίο «θέματα γεροντολογίας και γηριατρικής – η τρέχουσα Ελληνική εμπειρία στην αυγή της 3<sup>ης</sup> χιλιετίας», συμπλήρωμα, εκδόσεις συνέδρον, Αθήνα 2000, 169-182.
- Ράπτης Α. Σωτήριος, «Εσωτερική παθολογία» τόμος β, επιστημ. Εκδόσεις Γρ. Παρρισιανός. Μαρία Γρ. Παρρισιανού, Αθήνα 1998, σελ. 859-1004.
- Σπυρόπουλος Εύαγγελος/Θοδώρου Χαράλαμπος «Μέγεθος και χαρακτηριστικά της ακράτειας ούρων σε άτομα 3<sup>ης</sup> ηλικίας, κοινωνικά δραστήρια και λειτουργικά αυτόνομα» έκθεση για το 6<sup>ο</sup> πανελλήνιο συνέδριο, Αθήνα 2000.

- Mauard, B. et al, «Old age institutions» Mass: D.C. Health and Co, Lexington 1975.
- Gottesman L. and Bourestor N., «Why nursing homes do what they do. Gerontologist», 1974, 14: 501-506.
- Dick Friedsay «Adjustment of residents of two homes for the aged» 1964, 27: 282-290.
- Lawton M.P., «Social ecology and other people» Public Health 1974, 64: 257-260.
- Schooler E. «total change of institutionalization among the aged» Gerontologist 1969, 9: 25-29.
- Taietz P. «Administrative practices and personal adjustment in homes for the aged» 1953.
- Towuseud p. 1962+197 «The last refuge» London: Routledge+Kegan Paul, Ltd.
- Levey, S et al. «An appraisal of nursing home care. J. Gerontol 28:222-228.
- Kosberg J. «Differences in proprietary institutions care for affluent and nonaffluent elderly» 1973. Gerontologist 13: 299-304.
- Gaynes, N.L. «A logic to long-term care» 1973 Gerontologist 13:277-281.
- Tobin S. «How nursing homes vary» 1974 Gerontologist 14: 516-519.
- Butler, R.N «Why service ? Being old in America» 1975 Harper+Row Publishers.
- Mendelson M.A «Tender loving greed» 1974 New York: Random House Inc.
- Lieberududu M. «Institutionalization of the aged: effects of behavior» 1969, J. Gerontol 24: 330-340.
- Tweute E. «Never too old: the aged in community life. 1970 San Francisco: Jossey-Bass, Inc, Publishers.

- Loweuthal M.F. «Lives in distress» 1964 New York: Basic Books luc. Publishers.
- Atchley «Social Forces in later life» 2uded Belmont 1977 Wadsworth Publishing Co, luc.
- Fitts and Ravdin «What Philadelphia physicians tell patients with cancer» 1961 A.M.A 153: 907-904.
- Glaser and Strauss «Timefor dying» 1970 Chicago, Aldiue Publishing Co.
- Pattison «Help in the dying process» 1969 Voices S: 6-14.
- Parkes «Bereavement» 1972 New York, International University Press.
- Miller and al «Physicians attitudes toward the ill aged and nursing homes» 1976 A.G.S 24: 498-505.
- Pfeiffer «the needed First step in Strengthening Faculty and curricula» 1977 Geriatrics 32: 105-106.
- Libow «The issues in geriatric medical education and postgraduate training: old problems in a new field» 1977 Geriatrics 32: 99-102
- Freeman «Gerontology' s educational profile» 1976 Geriatrics 115-116.
- HodKinson «The challenge of geriatrics» 1975 New York Academy Press luc.
- Chaffin «Nurse practitioners» 1976 1: 26-26.
- Harman «The clinical gerontologist» 1976 A.G.S 22: 517-520.
- Rao «The team approach to integrated care for the elderly» 1977 Geriatrics 32: 88-96.
- Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε, Σκουτέλη Γ. «Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη ηλικία».
- Πλατή Χρυσάνθη «Γεροντολογική Νοσηλευτική, Αθήνα 2000».

- Butler and Lewis «Aging and mental health» 1977 St. Louis: The G. V.-Publishers.
- Goffman E. «Asylums» 1961 New York: Doubleday+Co Inc.
- American Practise 1973. Kansas City, Mo.
- Becker R. «The physician assistant in geriatric long-term care» 1976 Gerontologist 16: 918-321.
- Snyder J and Endelman «Ten social service programs that really work» 1976, Geriatrics 31(10): 118-121, 124-125.
- Beattie W «Aging and the social services» 1977 New York Van Nostrand Reinhold Co.
- Rathboun+Mc Cuan E. «An evaluation of a geriatric day care center as a parallel service to institutional care, 1973, Unpublished paper.
- Schattschneider «Day hospital» 1977.
- Kubler-Ross «Questions and answers on death and dying 1974 New York Mac Millan Inc.
- Wood J. «Death as a new issue» Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, 1976, New York.
- Bryant C. and Shoemaker D. «Death and the dead for fun» . Paper presenter at the annual meeting of the Southern Sociological Society, Atlanta 1977 Ga.
- Namy M. «The child's theories concerning death in Feifel «the meaning of death». 1959 New York Mc Graw-Hill Book Co.
- McIntire M et al «The concept of death in Midwestern children and youth. Am Dis child 1972 123: 527-532.
- Kalish R «Death and Dying in a social context in Binstock R and S Hanas «Hand book of aging and the social sciences» 1976 New York: Van Nostrand Reinhold Co.

- Kastenbaum «On the meaning of time in later life» 1966-1977, Genet Psychol 109: 9-25.
- Back K. «Meaning of time in later life» 1965 Genet. Psychol 109: 9-25.
- Weisman «On dying and denying» 1972 New York Behavioral Publications luc.
- Suduow «Passingon» 1967 Prentice-Hall luc.
- Blanner R, «Death and Social structure» 1966 Phychiatry 29: 378-394.
- Cartwright A.et al. «living with the dying» Canad. Med. Assoc. 1976 115: 1211-1215.
- Graven Jand Wald F. «Hospice care the dying patients» 1975 Am. J. Nurs. 75: 1816-1822.
- Buckingham at al «Living with the dying» Canad. Med. Assoc. 1976 115: 1211-1215.
- Briun et al. «The dying patient» 1970 New York, Russel Sage Foundation.
- Beecher et al «A definition of irreversible coma» 1968 J.A.M.A 205: 337-340.
- Lebacqz «Ou natural death» 1972 Hastings Center Report 7: 14.
- Beuoliel «Nurses and human experience of dying» 1977 New York: Mc Graw-Hill Book Co.
- Brocklehurst and Hanley «Geriatric medicine for students» 1976 Ediuburgh, churchill linivgstone.
- Butler and Lewis «Agiung and mental health» 1977 St. Louis: The G.V.-Publishers.
- Goffman E. «Asylums» 1961 New York: Doubleday+Co luc.
- American Nurse' s Association «Standards of Gerontological Nursing Practice 1973. Kausas City, Mo.



- Becker R. «The physician assistant in geriatric long-term care». 1976 Gerontologist 16: 318-321.
- Suyder J and Endelman «Ten social service programs that really work» 1976, Geriatrics 31(10): 118-121, 124-125.
- Beattie W «Aging and the social services» 1977 New York Van Nostrand Reinhold Co.
- Rathboun+Mc Cuan E. «An evaluation of a geriatric day care center as a parallel service to institutional care, 1973, Unpublished paper.
- Schattschneider «Day hospital» 1977.
- Kubler-Ross «Questions and answers on death and dying 1974 New York Mac Millian Inc.
- Wood J. «Death as a new issue» Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, 1976 New York.
- Bryant C. and Shoemaker D. «Death and the dead for fun». Paper presenter at the annual meeting of the Southern Sociological Society, Atlanta 1977 Ga.
- Nagy M. «The child's theories concerning death». Feifel «the meaning of death». 1959 New York Mc Graw-Hill Book Co.
- McIntire M et al «The concept of death in Midwestern children and youth. Am Dis child 1972 123: 527-532.
- Kalish R «Death and Dying in a social context» In Binstock R and S Hanas «Handbook of aging and the social sciences» 1976 New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- De Vries H. 1975. Physiology of experience and aging In Woodruff D., and Birren, J. eds New York: Van Nostrand CO.
- Pesanti, E 1977. When phagocytic dysfunction increases susceptibility to infectious disease.
- Weil P. 1977. Dominant patterns of older person's health status and health service use J. Gerontol Nurs.

- Galpin J, et al 1976. Sepsis associated with decubitus ulcers Am. J. Med.
- Wylie C. 1977. Hospitalization for fractures and bone loss in adults Public Health Rep.
- Γεροντολογική Νοσηλευτική. Χρυσάνθης Δ. Πλάτη. Αναπλ. Καθηγήτριας Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών.