



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

Παθήσεις 3^{ης} ηλικίας και αντιμετώπιση τους



Πάτρα 2003

Μελέτη – Συγγραφή

Μηνασίδου Κυριακή (Α.Μ 4431)

Μπομπόλη Δήμητρα (Α.Μ 4243)

ΔΙΔΑΣΚΟΥΣΑ: ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Ορισμός της γήρανσης	2
Το γήρας σαν πρόβλημα στο παρελθόν, το παρόν και το μέλλον	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Επιδημιολογικά στοιχεία	8
Δημογραφικά χαρακτηριστικά της γήρανσης	10
Η διαχρονική εξέλιξη της μέσης ηλικίας των ανθρώπων	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Το γήρας και η Οικονομία	16
Κυριότερες παθήσεις της τρίτης ηλικίας	
1. Καρδιαγγειακό Σύστημα	
2. Μυοσκελετικό Σύστημα	
3. Γαστρεντερικό Σύστημα	
4. Ψυχολογικές μεταβολές του Γήρατος	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
Καρδιαγγειακή νόσος	20
Προβλήματα ασθενή	21
Γενικές Αρχές Νοσηλευτικής παρέμβασης	22
Συμπτώματα καρδιοπαθειών	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
Υπέρταση	24
Αιτιολογία – Προδιαθεσικοί παράγοντες	25
Αλλαγές της αρτηριακής πίεσης με τη γήρανση	26
Προβλήματα του ασθενή	29
Νοσηλευτική Παρέμβαση	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	31
Παράγοντες – Κίνδυνοι	32
Κλινικές εκδηλώσεις	32
Νοσηλευτική παρέμβαση	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις	34
Ταξινόμηση κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων	35
Αντιμετώπιση ασθενή με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις	36
Αρχές αντιμετώπισης	37
Νοσηλευτική Παρέμβαση – Νοσηλευτική Φροντίδα	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Ρευματοειδής αρθρίτιδα	41
Κλινικές εκδηλώσεις	43
Στάδια ρευματοειδούς αρθρίτιδας	44
Νοσηλευτική Παρέμβαση	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Οστεοπόρωση	46
Παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση & προβλήματα ασθενή	47
Νοσηλευτική Παρέμβαση	48
Περιεκτικότητα ασβεστίου σε επιλεγμένα σιτία	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

Ιδιαιτερότητες της τρίτης ηλικίας	50
Αίτια ακράτειας ούρων – Ταξινόμηση ακράτειας ούρων	51
Τρόποι αντιμετώπισης ακράτειας ούρων	53
Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	54
Πρακτικές Συμβουλές	55
Ακράτεια κοπράνων	56
Αίτια ακράτειας κοπράνων	57
Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	58
Διάρροια	59
Αιτιολογικοί Παράγοντες – Συμπτώματα	60
Νοσηλευτική Παρέμβαση	61
Δυσκοιλιότητα	62
Αίτια δυσκοιλιότητας	63
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	64
Διαταραχές θρέψης	66

Λίαιτα γήρατος	67
Διαιτητικές ρυθμίσεις	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Ψυχολογικές Μεταβολές του γήρατος	70
Κατάθλιψη	72
Μορφές κατάθλιψης	73
Δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους	75
Νοσηλευτική και κατάθλιψη ηλικιωμένων	76
Η μοναξιά στους ηλικιωμένους	78
Έρευνα και μοναξιά	79
Αξιολόγηση ηλικιωμένου – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	81

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

Ο ρόλος της κοινωνίας στη μέριμνα ατόμων Γ' ηλικίας	83
Αιτίες που οδηγούν τους ηλικιωμένους στα ιδρύματα	84
Υπηρεσίες της κοινότητας για τη φροντίδα του ηλικιωμένου	85

Συμπεράσματα	88
---------------------	-----------

Παράρτημα

Εισαγωγή

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

Πριν από κάποιες δεκαετίες, διακαής πόθος του ανθρώπου ήταν η αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Σήμερα, που καταφέραμε να πραγματοποιηθεί αυτός ο πόθος μας, το σύνθημά μας είναι: ποιότητα ζωής μετά τα 65. Προς αυτή την κατεύθυνση, στις 2 Οκτωβρίου του 1999, κορυφώθηκαν οι εκδηλώσεις για το Παγκόσμιο Έτος των Ηλικιωμένων, όπως ανακηρύχθηκε το 1999. Σε αυτές τις εκδηλώσεις, έλαβαν μέρος πολίτες από 86 χώρες του κόσμου, από 1000 διαφορετικές πόλεις και από τις 5 ηπείρους, και σηματοδότησαν την έναρξη της Παγκόσμιας Πολιτικής για «Δραστήρια Γηρατειά».

Στον εορτασμό αυτού του «Παγκοσμίου Εναγκαλισμού» τονίστηκε η ανάγκη κατάρριψης του μύθου ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα που «παρασιτεί» σε βάρος οργανωμένης παραγωγικής κοινωνίας.

Γι' αυτό τον λόγο, οφείλουμε, εμείς οι νοσηλευτές και όλοι όσοι ασχολούνται με το χώρο της υγείας, να ενημερώσουμε, τον πληθυσμό για το τι είναι η τρίτη ηλικία και πως φθάνει ο άνθρωπος σ' αυτή.¹

1

Ορισμός της Γήρανσης

Για τον απλό άνθρωπο η γήρανση είναι εμπειρία δεν χρειάζεται ορισμό για να την εννοήσει. Αντίθετα, για τον ειδικό ερευνητή, ο σαφής και ακριβής ορισμός της γήρανσης είναι αναγκαίος για την σωστή διατύπωση του ερευνητικού του προβλήματος. Και δεν είναι απλός. Από την σκοπιά της βιολογικής θεώρησης, ο ορισμός της γήρανσης είναι συνυφασμένος με ένα αντίστοιχο ορισμό της έννοιας «ζωή». Ως προς το τελευταίο, κατά μια διατύπωση, η ζωή μπορεί να θεωρηθεί ως μία πορεία που είναι ικανή να διατηρεί ένα «πακέτο» πληροφοριών, μέσα από τις οποίες διασφαλίζει την ύπαρξή της. Αυτό το πακέτο πληροφοριών κωδικοποιείται σε μια φυσική δομή που έχει ένα περιορισμένο χρόνο παρουσίας μέσα στο χρόνο, αυτό που χαρακτηρίζουμε σαν χρόνο ζωής (life span). Ο πιο πρωτόγονος, από πλευράς χρονολογικής εμφάνισης (εξελικτικά), τρόπος διατήρησης του πακέτου πληροφοριών, πριν απολεσθεί, είναι ο διπλασιασμός του (λ.χ. ο διπλασιασμός του χρωμοσωμικού υλικού). Άλλοι, εξελικτικά νεώτεροι, τρόποι διατήρησης περιλαμβάνουν την άμυνα (λ.χ. η ανοσολογική άμυνα), καθώς και πορείες διόρθωσης (λ.χ. πορείες διόρθωσης του DNA). Με βάση την πιο πάνω απόδοση της έννοιας ζωή, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι η οποιαδήποτε εμφανιζόμενη, στην πορεία του χρόνου, ενδογενής μεταβολή σ' αυτό το πακέτο πληροφοριών, που θα οδηγούσε προς μια συζητημένη πιθανότητα απώλειας της βασικής ιδιότητας της αυτοδιατήρησης, αποτελεί πορεία γήρανσης.

Πιο συγκεκριμένα, η γήρανση είναι μια βραδεία και αναπόφευκτα μη αντιστρεπτή πορεία λειτουργικών αποκλίσεων, Κάνει την εμφάνιση της ή επιταχύνεται μετά από κάποιο χρονικό στάδιο μέσα στο χρόνο ζωής του ατόμου – προφανώς μετά την απόκτηση της σεξουαλικής ωριμότητας, καθώς

προαναφέρθηκε – και οδηγεί στην προοδευτικά αυξανόμενη μείωση από το ιδανικό επίπεδο ομοιόστασης σε όλες τις λειτουργικές εκφράσεις του οργανισμού και σε όλα τα επίπεδα οργάνωσης (μοριακό, κυτταρικό, επίπεδο ιστών και οργάνων).

ΤΟ ΓΗΡΑΣ ΣΑΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ,

ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

ΓΕΡΟΝΤΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

Στην Αρχαία Ελλάδα, την εποχή του χρυσού αιώνα του Περικλή, ένα νεογέννητο είχε προσδόκιμο επιβίωσης 20 χρόνια.

Στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, υπολογίστηκε ότι το 2000, ο μέσος όρος ζωής έφτασε τα 73,2 χρόνια. Το αντίστοιχο για τους κατοίκους των χωρών του Τρίτου Κόσμου θα ήταν 65,3 χρόνια. Υπάρχει βέβαια η αξιοπρόσεκτη άποψη των βιολόγων που πιστεύουν, ότι είναι δυνατόν μέσα στον 21^ο αιώνα ο άνθρωπος να ζει 120 χρόνια. Αυτό θα μπορεί να επιτευχθεί αν δεχθούμε την άποψη, ότι η γήρανση είναι η διαδικασία εκείνη, που με την πάροδο του χρόνου, οδηγεί στο βαθμιαίο περιορισμό της προσαρμοστικότητας (σε επίπεδο κυττάρου ή συστήματος) και των εφεδρειών του οργανισμού, με συνέπεια να είναι πιο επιρρεπής στις αρρώστιες και το θάνατο, αφού κάθε προσβολή ξεπερνάει εύκολα τον ουδό (κατώφλι) της αντιρροπιστικής του ικανότητας και προκαλεί κρίσιμες διαταραχές της ομοιόστασης και αυξάνει τη θνησιμότητα. Στον άνθρωπο, η περίοδος της ελάχιστης θνησιμότητας είναι η ηλικία των 12 ετών και της μέγιστης στα 80-85 χρόνια.

Σ' όλο τον κόσμο έχουν εντοπισθεί τρεις γεωγραφικές περιοχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται για τη μακροβιότερη ζωή των κατοίκων τους (άνω των 100 ετών). Αυτές είναι ένα μικρό ορεινό χωριό το Vilcabamba στις Άνδεις του Εκουαντόρ (Ν. Αμερική), μία περιοχή στην Γεωργία στο Σοβιετικό Καύκασο (Abkhazians) και η περιοχή Karakoram στο Χιντουκούς του Κασμίρ .

Με τα σημερινά στοιχεία και για να είναι δυνατόν να προβλεφθεί το μέλλον, όλοι οι ειδικοί συμφωνούν, ότι η διάρκεια ζωής του ανθρώπου δε μπορεί να υπερβεί τα 116 χρόνια.

Για το βιολογικό φαινόμενο της γήρανσης έχουν διατυπωθεί δύο υποθέσεις. Αφενός η υπόθεση της τυχαίας και προοδευτικής άθροισης βλαβών σε βιομόρια (μακρομόρια) σημαντικά για τις κυτταρικές λειτουργίες και αφετέρου η υπόθεση της γενετικά προκαθορισμένης (προγραμματισμένης) έκπτωσης των λειτουργιών που συνδέονται με τον κυτταρικό κύκλο.

Οι βλάβες που αναφέρονται στην πρώτη υπόθεση μπορεί να προέρχονται από εξωγενή (ακτινοβολίες, χημικές ουσίες) ή από ενδογενή αίτια (βλαπτικές ουσίες παραγόμενες κατά την διάρκεια του κυτταρικού μεταβολισμού όπως ρίζες υπεροξειδίου και υδροξυλίου). Τα κυτταρικά μακρομόρια (βιομόρια) που τελικώς βλάπτονται από τα παραπάνω αίτια είναι το DNA (μείωση ικανότητας αντιγραφής του, επίδραση στον κυτταρικό αναδιπλασιασμό, σπάσιμο του ενός ή και των δύο κλώνων του κυτταρικού αναδιπλασιασμού), τα λιπίδια και οι πρωτεΐνες. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η επίδραση των βλαπτικών ουσιών στο μιτοχονδριακό DNA που συνεπάγεται διαταραχή στην ενεργειακή κατάσταση του κυττάρου. Η δημιουργία τέτοιων βλαβών εξαρτάται:

- a. Από τη συγκέντρωση των τοξικών ουσιών στον οργανισμό και
- b. Από την ταχύτητα αποκατάστασης των βλαβών του DNA με τη βοήθεια ποικίλων επιδιορθωτικών ενζύμων.

Σχετικά με τη δεύτερη υπόθεση που σχετίζεται με τη γενετικά προκαθορισμένη επέμβαση σε ρυθμιστικά γονίδια της κυτταροδιαίρεσης πρέπει να αναφερθεί ότι κυρίως στηρίζεται στη διαπίστωση της μικρής διάρκειας αναπαραγωγικής ικανότητας των κυττάρων καθώς και στη συσχέτιση του ορίου ζωής των διαφόρων ειδών με το αναπαραγωγικό όριο των αντίστοιχων κυττάρων σε καλλιέργεια.

Επιστημονικά δεδομένα (στατιστική κ.α.) προερχόμενα είτε από μεμονωμένους ερευνητές ή από διεθνείς οργανισμούς, προβλέπουν ότι τις πρώτες δεκαετίες του 21^{ου} αιώνα η δημογραφική γήρανση θα είναι τόσο μεγάλη, ώστε το 1/5 του πληθυσμού να θεωρούνται υπερήλικες (δηλαδή πάνω από 65 ετών). Συγχρόνως σημαντικότερες κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές θα επηρεάσουν αποφασιστικά τις όχι μόνο κοινωνικές σχέσεις, αλλά

και τον τρόπο ζωής. Αυτό θα προσδώσει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στο επιδημιολογικό πρότυπο, το οποίο σημειωτέον μεταλλάσσεται ταχύτατα.

Πίνακας 1: Ποσοστό % ατόμων άνω των 65 ετών στο σύνολο του πληθυσμού στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ								
	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Ελλάδα	13,1	12,3	15	16,8	17,8	19,5	21	21,1
Μέσος όρος των πλέον προηγμένων χωρών	12,5	13,3	14,6	16,4	18,9	21,5	22,8	21,6
Μέσος όρος ΟΟΣΑ	12,2	13	13,9	15,3	17,9	20,5	21,9	21,2

Στα πλαίσια αυτά των μεταβολών αναμένεται ανακατανομή αιτιών στη σημερινή σειρά για τη νοσηρότητα και θνησιμότητα όχι μόνο αναφορικά με την τρίτη ηλικία, αλλά γενικώς τον πληθυσμό.



α= Τρόπος ζωής σταθερός
 β= Αθηρωματοσκλήρυνση -30%
 γ= Αθηρωματοσκλήρυνση +30%

Διάγραμμα 1

Έτσι θα χάσουν την πρώτη θέση τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Διάγραμμα 1), διότι πιθανότατα θα την καταλάβουν τα νεοπλάσματα (αναμένεται εκρηκτική αύξησή τους). Επίσης θα μειωθούν τα ατυχήματα, ενώ προβλέπεται σημαντική αύξηση στην νοσηρότητα από τις λεγόμενες «ψυχικές παθήσεις». Βέβαια πάντοτε μένει η πιθανότητα εμφάνισης νέων λοιμώξεων σαν το AIDS.

Έμπειροι ειδικοί επιστήμονες εκτιμούν ότι αξιολογότερες αλλαγές στη γενετική μηχανική, τη βιοϊατρική τεχνολογία, την πληροφορική και την κυβερνητική θα παραμερίσουν τη διατροφή και τη στέγαση από το επίπεδο του ενδιαφέροντος των κοινωνιών με άμεσες ανάλογες επιπτώσεις στον υπερήλικα πληθυσμό (καλές ή κακές).

Έχει υπολογισθεί ότι οι εξωγενείς γεροντογόνοι παράγοντες καθορίζουν κατά 35% περίπου τη διάρκεια ζωής του ανθρώπου, ενώ οι ενδογενείς καθορίζουν το 65%. Ενδιαφέρον είναι ότι μεταξύ των εξωγενών παραγόντων εξέχουσα θέση έχει η υποκινητικότητα (σύνδρομο υποκινητικότητας) και τα τελευταία 40 χρόνια έχει δοθεί τεράστιο ενδιαφέρον σ' αυτή, αφού είναι από τις πιο διαδεδομένες και ύπουλες αιτίες νοσηρότητας και πρόωρης γήρανσης του ανθρώπου των αναπτυγμένων κοινωνιών, όπου παρατηρείται ευρύτατος αυτοματισμός των συνθηκών εργασίας, αλλά και πληθώρα ανέσεων ζωής.²

2

Επιδημιολογικά στοιχεία

Δύο επιπλέον δεκαετίες ζωής κέρδισε ο άνθρωπος μέσα στον εικοστό αιώνα, κατακτώντας το ρεκόρ μακροζωίας σε σχέση με τους προγόνους του. Η νέα χιλιετία χαρίζει στους Ιάπωνες και στους Ισλανδούς τον τίτλο του μακροβιότερου πληθυσμού της υφηλίου, με προσδόκιμο ζωής τα 77 χρόνια για τους άνδρες και τα 83 για τις γυναίκες. Το 1998, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, 66 εκατομμύρια άνθρωποι, σε όλο τον πλανήτη, είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί κατά 6 φορές μέχρι το έτος 2050 και θα φτάσει, αισίως, τους 370 εκατομμύρια ανθρώπους. Το 2050, 14 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, αναμένεται να έχουν αναλογία υπερήλικων κατοίκων μεγαλύτερη από το 10% του γενικού πληθυσμού.

Οι άνθρωποι που γιόρταζαν τα εκατοστά γενέθλιά τους συγκέντρωναν πάντα το ενδιαφέρον των υπολοίπων. Το 1998 υπήρχαν σε όλο τον κόσμο 135.000 άνθρωποι ηλικίας μεγαλύτερης των 100 ετών, ενώ το 2050 θα είναι 2.200.000 άνθρωποι. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat το 1999, φτάσαμε σε ένα προσδόκιμο ζωής 76 χρόνια για τους άνδρες και 81,4 χρόνια για τις γυναίκες, ενώ μέχρι το 2030 αναμένεται να φτάσουμε σε ένα μέσο προσδόκιμο ζωής 82 χρόνια.

Όπως δείχνουν λοιπόν τα στοιχεία, το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών θα συνεχίσει να αυξάνεται. Παρόλο που ο βαθμός χρησιμοποίησης των υπηρεσιών Υγείας από τους ηλικιωμένους διαφέρει μεταξύ των χωρών, οι πολιτικοί Υγείας θεωρούν ότι αυτός ο υψηλός αριθμός ηλικιωμένων συνεπάγεται μεγαλύτερο όγκο υπηρεσιών Υγείας και κατ' επέκταση αυξημένο κόστος. Όταν οι άνθρωποι πλησιάζουν στην ηλικία συνταξιοδότησης, αρχίζει να αυξάνεται η ζήτηση υπηρεσιών Υγείας και

επιταχύνεται ο ρυθμός χρησιμοποίησης των υπηρεσιών αυτών πάνω από την ηλικία των 75 ετών. Οι πιο πάνω επισημάνσεις αποτελούν τον οδοδείκτη των νέων προτεραιοτήτων στον τομέα της Υγείας και σηματοδοτούν μια νέα γενιά επαγγελματιών Υγείας που θα παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα στους ηλικιωμένους.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά της γήρανσης

Ο εξάκις δισεκατομμυριοστός άνθρωπος της Γης γεννήθηκε στις 9 Αυγούστου 1999. Όμως οι φόβοι για τον υπερπληθυσμό υποχωρούν μπροστά στην πραγματικότητα της υπογεννητικότητας. Μέχρι το τέλος της προσεχούς χιλιετίας, το Τόκιο θα είναι μια πόλη – φάντασμα και η Ιαπωνία θα έχει αδειάσει!!! Θα έχει μόλις 500 κατοίκους το έτος 3000 και μόνο ένα κάτοικο το 3050. Όταν πεθάνει και αυτός, το ιαπωνικό έθνος θα έχει εκλείψει. Η ίδια εικόνα επικρατεί και στις ευρωπαϊκές χώρες, όπου η υπογεννητικότητα κάνει θραύση. Αν συνεχιστεί με τους ίδιους ρυθμούς, ο πληθυσμός της Ελλάδας θα μειωθεί κατά 2,4 εκατομμύρια και θα φτάσει τα 8,2 εκατομμύρια το 2050.

Ίσως το μεγαλύτερο πρόβλημα θα αντιμετωπίσει η Ισπανία, όπου σε πολλές περιοχές ο δείκτης γονιμότητας είναι μικρότερος της μονάδας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανακοίνωσε ότι τον προηγούμενο χρόνο γεννήθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση λιγότερα παιδιά από οποιαδήποτε άλλη χρονιά μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Το 2000, ο φυσικός πληθυσμός της Ελλάδας, της Γερμανίας, της Ιταλίας και της Σουηδίας μειώθηκε και μόνο η μετανάστευση συντέλεσε στο να παραμείνει σταθερός ο πληθυσμός αυτών των χωρών. Μέχρι το 2060, η Ευρώπη θα έχει χάσει το 24% του πληθυσμού, με σοβαρές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής. Αρκεί να σκεφτούμε ότι το 1950 το 32% του παγκόσμιου πληθυσμού ζούσε στις αναπτυσσόμενες χώρες και το έτος 2050 το ποσοστό αυτό θα έχει περιοριστεί στο 12%. Το 1900, η Ευρώπη, είχε τρεις φορές τον πληθυσμό της Αφρικής. Το 2050, η Αφρική θα έχει τρεις φορές τον πληθυσμό της Ευρώπης. Το 1950, έξι από τις δώδεκα χώρες με τον μεγαλύτερο πληθυσμό ανήκαν στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Το 2050, οι Η.Π.Α. θα είναι η μοναδική αναπτυγμένη χώρα ανάμεσα στις δώδεκα χώρες του κόσμου με το μεγαλύτερο πληθυσμό. Σύμφωνα με τον πίνακα 1, την τελευταία εικοσιπενταετία, η Ελλάδα παρουσιάζει τη μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση στην αναλογία των ηλικιωμένων στον γενικό πληθυσμό (μεταβολή 5%).

Πίνακας 1.
Αναλογία ηλικιωμένων – διαχρονική μεταβολή

Χώρα	% Αναλογία 65 +			% Αλλαγή 1975-2000
	1975	1990	2000	
ΒΕΛΓΙΟ	13	15	17	4
ΔΑΝΙΑ	13	15	16	3
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	15	15	17	2
ΕΛΛΑΔΑ	12	12	17	5
ΓΑΛΛΙΑ	14	14	16	2
ΙΣΠΑΝΙΑ	11	13	15	4
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	10	11	11	1
ΙΤΑΛΙΑ	12	14	16	4
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	13	14	15	2
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	11	13	13	2
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	14	16	16	2

Πηγή : Crosby, Tester (1996)

Εκείνο το σημείο ίσως που έχει μεγαλύτερη σημασία για όλους μας είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων ανθρώπων που ζούν μόνοι τους. Όπως διαπιστώνουμε στον πίνακα 2, έχουμε το μικρότερο ποσοστό (14,7%) μετά την Ισπανία. Ενδιαφέρον είναι επίσης το γεγονός ότι τα μικρότερα ποσοστά αντιστοιχούν στις χώρες της ζώνης της Μεσογείου, σε αντίθεση με τις χώρες του Βορρά, όπου το ποσοστό είναι σχεδόν διπλάσιο.

Πίνακας 2
Ποσοστό ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους

Χώρα	%
ΒΕΛΓΙΟ	31,9
ΔΑΝΙΑ	38,3
ΓΑΛΛΙΑ	32,6
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	38,9
ΕΛΛΑΔΑ	14,7
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	20,1
ΙΤΑΛΙΑ	25,0
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	22,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	17,7
ΙΣΠΑΝΙΑ	14,1
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	30,3

Πηγή : Crosby (1996)

Πριν βιαστούμε όμως να προβούμε σε συμπεράσματα, θα πρέπει να αναζητήσουμε εκείνα τα κοινωνικά, πολιτιστικά και θρησκευτικά δεδομένα που διαφοροποιούν κάθε χώρα, χωρίς να κρίνουμε τις επιθυμίες κάποιων ηλικιωμένων να ζουν μόνοι τους. Τα νούμερα αυτά είναι ενδεικτικά μόνο σε μακροεπίπεδο. Έτσι, υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών, ως αποτέλεσμα της διαφορετικής θνησιμότητας.

Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους δημιουργεί επιπρόσθετο βάρος στις κοινωνίες που – παραδοσιακά – ο ηλικιωμένος ζούσε με την οικογένεια του, η οποία και τον φρόντιζε. Σήμερα, τον ρόλο αυτό έχουν αναλάβει οι οίκοι ευγηρίας και οι αλλοδαπές. Από την άλλη πλευρά, ο κλονισμός του θεσμού της οικογένειας εγείρει την απαρχή μιας μελλοντικής γενιάς ηλικιωμένων που δεν ξέρουμε πως θα συμπεριφερθεί. Πρόκειται για τους διαζευγμένους, αυτούς χωρίς παιδιά και εκείνους με περισσότερους από ένα γάμους.

Γνωρίζουμε λίγα για την γεωγραφική κατανομή των ηλικιωμένων στη χώρα μας και πως αυτή επηρεάζει ενδεχομένως τη ζήτηση για υπηρεσίες Υγείας. Το ίδιο ισχύει και για την σύνθεση του πληθυσμού των ηλικιωμένων (μετανάστες από πρώην ανατολικές χώρες)

Σύμφωνα με την μέτρηση του Π.Ο.Υ. , τις επόμενες δεκαετίες, λίγες μόνο χώρες θα είναι σε θέση να παρέχουν ειδικευμένη φροντίδα στους ηλικιωμένους ασθενείς. Κάποιες ευρωπαϊκές χώρες γνωρίζουν ήδη μια αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ασθενών άνω των 75 ετών, που καταναλώνουν περισσότερες υπηρεσίες Υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 75 ετών.

Η διαχρονική εξέλιξη της μέσης ηλικίας των ανθρώπων

Σύμφωνα με τον πίνακα 3, η μέση ηλικία των ανθρώπων όλης της Γης αυξήθηκε από 23,5 χρόνια το 1950 σε 26,1 χρόνια το 1998, ενώ σύμφωνα με κάποιες προβλέψεις θα φτάσει τα 37,8 χρόνια το 2050. Το 1950, τα πρωτεία κατείχε η Βόρεια Αμερική με μια μέση ηλικία 29,8 χρόνια και, 48 χρόνια αργότερα, τη σκυτάλη παίρνει η Ευρώπη με 37,1 χρόνια, οδεύοντας σταθερά προς το 2050, οπότε και θα φτάσει αισίως τα 47,4 χρόνια.

Το ποσοστό των παιδιών κάτω των 15 ετών μειώθηκε από το 34% το 1950 στο 30% το 1998, την ίδια στιγμή που το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξήθηκε από το 8% στο 10% την ίδια περίοδο. Μέχρι το 2050, υπολογίζεται ότι το ποσοστό των παιδιών θα μειωθεί στο 20%, ενώ αυτό των ηλικιωμένων θα διπλασιαστεί και θα φτάσει το 22%, ξεπερνώντας και το ποσοστό των παιδιών.

Το 1950, το ποσοστό των παιδιών στις αναπτυσσόμενες χώρες ήταν 27%, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 12%. Το 1998, τα ποσοστά ήταν αντίστοιχα 19,1% και 18,8%. Μέχρι το 2050, το ποσοστό των ηλικιωμένων θα φτάσει το 33%, την ίδια στιγμή που το ποσοστό των παιδιών θα μειωθεί στο 15%. Αυτό το ποσοστό των ηλικιωμένων μεταφράζεται σε μια αύξηση από 580.000.000 ηλικιωμένους το 1998, σε σχεδόν 1,97 δις το 2050. Μόνο στον αναπτυσσόμενο κόσμο, το ποσοστό θα αυξηθεί κατά 65%. Τη δραματικότερη εξέλιξη θα έχουμε στις λιγότερο αναπτυσσόμενες χώρες, οπότε και θα συμβεί ένας εννιαπλασιασμός του αριθμού των ηλικιωμένων (από 171 εκατομμύρια το 1998 σε 1,594 δις το 2050).

Πίνακας 3

Μέση ηλικία των ανθρώπων στις χώρες του κόσμου, το 1950, 1998 και 2050

	1950	1998	2050
Παγκόσμια	23,5	26,1	37,8
Αναπτυγμένος κόσμος	28,6	36,8	45,6
Αναπτυσσόμενος κόσμος	21,3	23,9	36,7
Αφρική	18,7	18,3	30,7
Ασία	21,9	25,6	39,3
Ευρώπη	29,2	37,1	47,4
Λατινική Αμερική	20,1	23,9	37,8
Βόρεια Αμερική	29,8	35,2	42,1
Ωκεανία	27,9	30,7	39,3

Πηγή: United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 1998 Revision*

Εάν εμβαθύνουμε ακόμη περισσότερο στα χαρακτηριστικά της γήρανσης ανά τον κόσμο, διαπιστώνουμε ότι το 1990 η αναλογία ανδρών προς γυναίκες διαφέρει ανά γεωγραφική περιοχή και ανα ηλικιακή ομάδα. Έτσι, σύμφωνα με τον Πίνακα 4, στην Ευρώπη οι 6 στους 10 ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών ήταν άνδρες, ενώ στους πολύ ηλικιωμένους η αναλογία είναι ίδια, δηλαδή 51%. Η ερμηνεία αυτού του φαινομένου είναι δύσκολη και πολύπλοκη, καθώς υπεισέρχονται κάποιοι γενετικοί παράγοντες, αλλά και η αυξημένη ανδρική θνησιμότητα στον αναπτυγμένο κόσμο, όπως και η αυξημένη επίπτωση της

βίας και των ατυχημάτων στους άνδρες ηλικίας > 70 ετών, Αυτή η πραγματικότητα είναι γνωστή και ως «φεμινοποίηση της τρίτης ηλικίας».

Στον αντίποδα, ακριβώς, βρίσκεται η Ασία, στην οποία κυριαρχεί το αρσενικό φύλο. Οι λόγοι είναι πολλοί κι όχι πάντα ορατοί. Έτσι, για παράδειγμα στην Αφρική, όπου επικρατεί το ίδιο φαινόμενο, οι γυναίκες πλήττονται περισσότερο από τις κακές συνθήκες υγιεινής και διαβίωσης, καθώς πεθαίνουν στην περιγεννητική περίοδο. Εξάλλου, δεν πρέπει να ξεχνάμε τον ρόλο της γυναίκας σε αυτές τις περιοχές. Όλα αυτά συνηγορούν υπέρ της σύντομης διάρκειας ζωής των Αφρικανών γυναικών και ορίζουν την ανάγκη επιμερισμού κάποιων προτεραιοτήτων.^{3,1}

Πίνακας 4

Μέση ηλικία των ανθρώπων στις χώρες του κόσμου το 1950, 1998 και 2050

	>60ετών	>70ετών
Αφρική	0,84	0,78
Ασία	0,93	0,83
Ευρώπη	0,64	0,51
Λατινική Αμερική	0,86	0,80

Bos et al. (1994)

3

Το Γήρας και η Οικονομία

Η οικονομία όλων των σύγχρονων κοινωνιών επιβαρύνεται σε σημαντικό βαθμό από τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας με προοδευτικά μεγαλύτερο κόστος, λόγω και της συνεχούς αυξήσεως των ατόμων της ηλικίας αυτής.

Η οικονομική επιβάρυνση προέρχεται από την αυξημένη ανάγκη για κοινωνική προστασία και προσφορά (ΚΑΠΗ κλπ), από την αυξημένη νοσηρότητα, την πολυφαρμακία, το αυξημένο ποσοστό αναπηριών, την αυξημένη ανάγκη αρκετών κατ' έτος ημερών για νοσηλεία σε νοσοκομεία, τη συχνή ιατρική παρακολούθηση, την απασχόληση εξειδικευμένων στελεχών υγείας για νοσηλεία στο σπίτι κ.α.

Η αυξημένη νοσηρότητα εκφράζεται κυρίως από ορισμένα συστήματα όπως το καρδιαγγειακό (υπέρταση, στεφανιαία νόσος, περιφερική αγγειοπάθεια, εγκεφαλικά επεισόδια), το ουροποιητικό, το μυοσκελετικό, τα μάτια και τα προβλήματα από τον εγκέφαλο. Στις Η.Π.Α. το 73% των ατόμων, ηλικίας 64-72 ετών είχαν υπέρταση. 40% της θνητότητας στην προχωρημένη ηλικία οφείλεται σε καρδιαγγειακά αίτια. Τα εγκεφαλικά επεισόδια με τις αναπηρίες που προκαλούν απαιτούν όχι μόνο φυσικοθεραπεία και ειδική νοσηλεία, αλλά και συνεχή παρουσία νοσοκόμου. Οφθαλμολογικές παθήσεις συχνά απαιτούν δαπανηρές εγχειρήσεις (αντικατάσταση φακών στον καταρράκτη κ.λ.π.) αλλά μερικές φορές προκαλούν τύφλωση με συνέπεια αύξηση του κόστους προστασίας και νοσηλείας. Η οστεοπόρωση είναι παγκόσμιο πρόβλημα με διαστάσεις επιδημίας και σιγά-σιγά παίρνει μεγάλες διαστάσεις και στην Ελλάδα. Στη χώρα μας με πολύ συντηρητικούς υπολογισμούς το συνολικό εθνικό κόστος για την αντιμετώπιση των οστεοπορωτικών με κάταγμα ισχίου και σπονδυλικής στήλης ξεπερνάει τα 5 δισεκατομμύρια δραχμές. Εάν συνυπολογισθούν οι σύγχρονες διαγνωστικές εξετάσεις (μέτρηση οστικής μάζας κ.λ.π.) και θεραπείες της οστεοπόρωσης (ανθρώπινης καλσιτονίνη με

ρινικό σπρέϋ κλπ.), τότε η οικονομική επιβάρυνση μόνο για την αρρώστια αυτή παίρνει τεράστιες διαστάσεις.

Η πολυφαρμακία κοστίζει όχι μόνο για τα πολλά φάρμακα που καταναλώνει ο ηλικιωμένος, αλλά διότι οδηγεί συχνά σε παρενέργειες και φαρμακευτικές δηλητηριάσεις που απαιτούν και νοσηλεία στο νοσοκομείο. 50% των φαρμακευτικών δηλητηριάσεων που προσέρχονται στα νοσοκομεία παγκοσμίως αφορούν άτομα τρίτης ηλικίας. Ελληνικά δεδομένα δείχνουν ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας αυξάνει κατά μία μέρα για κάθε πέντε χρόνια μετά την ηλικία των 35 ετών. Το 30% των εισαγομένων σε γενικά νοσοκομεία εισάγονται ξανά για δεύτερη ή τρίτη ή περισσότερες φορές το χρόνο. Το 80% παραμένει πάνω από μια εβδομάδα στο νοσοκομείο. Οι αυξημένες αυτές υγειονομικές ανάγκες καλύπτονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και το κράτος, μετά από τα μέτρα ολικής κάλυψης των συνταξιοδοτικών και λοιπών αναγκών υγείας των υπερηλίκων.

Εκτός των άλλων επιτακτική είναι η ανάγκη για παροχή εξωνοσοκομειακών αναγκών υγείας μέσω κυρίως επισκεπτριών υγείας και κοινωνικών λειτουργών, ώστε να αποφευχθεί η εισαγωγή συχνά των υπερηλίκων σε νοσοκομειακά, αλλά να αποκλεισθεί και η ιδρυματοποίησή τους.

Η κατάσταση στον μέλλον στις αναπτυγμένες κοινωνίες θα είναι προβληματική με το 1/3 του πληθυσμού να βρίσκεται σε συντάξιμη ηλικία. Η απαίτηση σε για ποιοτικά καλύτερες υπηρεσίες στα ηλικιωμένα άτομα του αύριο προκύπτει από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι του αύριο και του μεθαύριο θα προέρχονται από την σημερινή γενιά νέων που έχουν συνηθίσει στην πολυτέλεια και σε καταστάσεις περισσεύματος, άρα θα έχουν μεγάλες απαιτήσεις πράγμα που κοστίζει. Το μέλλον δηλαδή απαιτεί, βάσει της εξελίξεως του πληθυσμού και ποσοτικά περισσότερες και ποιοτικά καλύτερες γηριατρικές υπηρεσίες, αλλά συγχρόνως όμως μπορεί να είναι αδύνατο να διατεθούν τα ανάλογα χρήματα γι' αυτές τις υπηρεσίες. Τονίζεται ότι η ηλικιωμένη γενιά του σήμερα έχει ζήσει στα νιάτα της μια σκληρή ζωή με φτώχεια, πείνα, πολέμους και ανεργία και έτσι είναι σχετικώς ολιγαρκής. Οι σημερινοί ηλικιωμένοι πρέπει να σημειωθεί ότι αρκετές φορές συμβάλλουν σε ελάφρυνση των οικονομικών βαρών των παιδιών τους με το να κρατούν τα παιδιά στο σπίτι, να μαγειρεύουν για τα εργαζόμενα παιδιά του κ.ο.κ.

Η ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας είναι σχετικώς νέα για τον τομέα πρόνοιας της Υγείας. Στις Η.Π.Α. το πρόγραμμα MEDICAID είναι η κύρια υποστήριξη για τη μακροχρόνια φροντίδα των χρονίως εξασθενημένων υπερηλίκων. Ο λογαριασμός της αυξήθηκε από 3,5 δισεκατομμύρια δολάρια το 1968 σε 19 δισεκατομμύρια δολάρια το 1978 και σε πολύ περισσότερα σήμερα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το ποσοστό % των ηλικιωμένων ατόμων βαίνει παράλληλα προς το βιοτικό επίπεδο των λαών:

20% περίπου σε χώρες με εισόδημα των 12000/άτομο/χρόνο

10% περίπου σε χώρες με εισόδημα των 5000/άτομο/χρόνο

5% περίπου σε χώρες με εισόδημα <1000/άτομο/χρόνο.

Το ποσοστό των υπεραιωνοβίων από 1% στο μεσαίωνα, φθάνει τώρα το 6%.

Στο μέλλον προβλέπεται ότι τα συστήματα υγείας θα αντιπροσωπεύουν ίσως τις μεγαλύτερες εθνικές επιχειρήσεις και τους σπουδαιότερους σε μέγεθος εργοδότες στις βιομηχανικές χώρες ιδίως της Δυτικής Ευρώπης και της Βόρειας Αμερικής. Αυτό ήδη άρχισε να φαίνεται τα τελευταία χρόνια, αφού οι δαπάνες υγείας στις αυτές συχνά ξεπερνούν το 10% του ΑΕΠ (Ακαθάριστου Εθνικού Εισοδήματος)

Μακροπρόθεσμα η δημογραφική γήρανση πρόκειται, κατά τα φαινόμενα, να επιβαρύνει το κόστος των υπηρεσιών υγείας κατά 40%. Σημειωτέον ότι έως το 2020 μπορεί να προκληθεί υπερδιπλασιασμός του κόστους υγείας από το συσχετισμό του ρυθμού ανάπτυξης της απασχόλησης στους υγειονομικούς τομείς.^{4,2}

ΚΥΡΙΟΤΕΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ



- A. Καρδιαγγειακό Σύστημα
- B. Μυοσκελετικό Σύστημα
- C. Γαστρεντερικό Σύστημα
- D. Ψυχολογικές μεταβολές του Γήρατος

4

A. Καρδιαγγειακό Σύστημα

1. Καρδιαγγειακή νόσος

Η λειτουργία των διαφόρων οργάνων, συμπεριλαμβανομένου και του καρδιαγγειακού συστήματος, τροποποιείται κατά την γήρανση εξαιτίας, των διεργασιών της γηράνσεως, αυτών καθ' αυτών, των μεταβολών που προκαλούν επισυμβαίνοντα νοσήματα και τέλος κάτω από τις επιδράσεις του τρόπου με τον οποίο το άτομο διήγαγε την ζωή του. Η καρδιά, κατά το γήρας, υφίσταται διάφορες ιστολογικές μεταβολές, οι οποίες και συνεπάγονται ή αποτελούν τη μορφολογική έκφραση λειτουργικών διαταραχών. Με την πάροδο της ηλικίας τροποποιείται η αντανακλαστική λειτουργία του φυτικού νευρικού συστήματος και των ενδοκρινικών μηχανισμών, που συναρτώνται προς αυτό, απέναντι σε αιμοδυναμικές διαταραχές ή μεταβολές των αναγκών της κυκλοφορίας, όπως ο σωματικός μόχθος, με αποτέλεσμα ο οργανισμός να αντιμετωπίζει δυσκολότερα εκτροπές της αρτηριακής πίεσεως ή να είναι επιρρεπής σε εμφάνιση εκδηλώσεων καρδιακής ανεπάρκειας.

Η κύρια αιτία της καρδιακή νόσου των ηλικιωμένων είναι η στεφανιαία αθηροσκλήρωση, που συχνά έχει ως αποτέλεσμα τη συμπτωματική ή ασυμπτωματική στηθάγχη, τη στεφανιαία θρόμβωση και τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Στα πολύ ηλικιωμένα άτομα η στηθάγχη είναι λιγότερο συχνή εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας τους και της μεγαλύτερης παράπλευρης κυκλοφορίας.

Η οξεία στεφανιαία απόφραξη, στον ηλικιωμένο άρρωστο, εκδηλώνεται με μικρότερης έντασης πόνο και μεγαλύτερου βαθμού δύσπνοια, απ' ότι σε νεώτερα άτομα και σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια⁵

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΗ

1. Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου (καρδιακή, αναπνευστική δυσλειτουργία, αγγειακή ανεπάρκεια εξαιτίας του γήρατος)
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (μειωμένη πρόσληψη, ανάγκη για διαιτητικούς περιορισμούς)
3. Μείωση άνεσης (πόνος – δύσπνοια)
4. Μείωση δραστηριοτήτων (κακή οξυγόνωση των ιστών, καρδιοαναπνευστική δυσλειτουργία)
5. Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο, δυνητικά (οίδημα, περιφερική λίμναση, συμφοριτική καρδιακή ανεπάρκεια)
6. Κίνδυνοι από τη μικρότερη ένταση των προειδοποιητικών συμπτωμάτων
7. Μειωμένη ικανότητα του οργανισμού να διαπραγματευθεί με το άγχος (stress)
8. Αγωνία από το φόβο του θανάτου

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

1. Συνεχής αξιολόγηση της συμμόρφωσης του αρρώστου με το φαρμακευτικό σχήμα, ειδικά στην περίπτωση που ζει μόνος του. Η μακροχρόνια χρησιμοποίηση φαρμάκων μπορεί να γίνει αιτία προβλημάτων, όπως η υπέρβαση δόσης φαρμάκου (π.χ. η λήψη πολλών δόσεων δακτυλίτιδας μαζί)
2. Τονισμός στον άρρωστο της ανάγκης λήψης επαρκούς ποσότητας υγρών, για να απεκκριθούν επαρκώς τα φάρμακα, να προληφθεί η αφυδάτωση (εξαιτίας των διουρητικών) και να βοηθηθεί η κένωση του εντέρου ή την ανάγκη περιορισμού των υγρών όταν υπάρχει κίνδυνος συμφορετικής καρδιακής ανεπάρκειας.
3. Θρεπτική συμβουλευτική, για να βοηθηθεί ο ασθενής να περιορίσει την πρόσληψη νατρίου και χοληστερινούχων τροφών. Ο προσεκτικός σχεδιασμός της δίαιτας είναι πολύ σημαντικός.
4. Ενθάρρυνση του αρρώστου να σταματήσει το κάπνισμα. Είναι ιδιαίτερος δύσκολο, ειδικά όταν πρόκειται για ηλικιωμένους.
5. Το περιβαλλοντικό καθώς επίσης και το προσωπικό άγχος πρέπει να διατηρηθούν στο ελάχιστο, για μείωση κατανάλωσης ενεργειακών αποθεμάτων και για αποφυγή αγγειοσύσπασης.
6. Η αίσθηση θωρακικού πόνου μπορεί να επηρεαστεί από το γήρας και τη μειωμένη δραστηριότητα. Ο ασθενής θα πρέπει να έρθει άμεσα σε επαφή με το γιατρό, αν τα αντιστηθαγχικά φάρμακα δεν φέρνουν αποτελέσματα. Μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθεί οξυγόνο, αν υπάρχει έντονη δύσπνοια ή για απαλλαγή από ήπιο πόνο που προκαλείται από άγχος ή δραστηριότητα⁶

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΩΝ

1. Δύσπνοια
2. Οιδήματα (πρήξιμο)
3. Πόνος στο στήθος
4. Αίσθημα παλμών
5. Συγκοπή, Λιποθυμία
6. Απώλεια βάρους
7. Βήχας, Αιμόπτυση
8. Βράγχος φωνής
9. Κούραση
10. Κυάνωση
11. Νυκτουρία – Πολυουρία⁷

5

2. Υπέρταση

Η υπέρταση αποτελεί ένα μείζων πρόβλημα υγείας που η συχνότητά του αυξάνει με την ηλικία (Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα Joan F. Needham) Στη χώρα μας εκτιμάται ότι περισσότεροι από ένας στους δέκα Έλληνες είναι υπερτασικοί (1.500.000) κι από αυτούς, με βάση τα διεθνή δεδομένα, μόνο το 25% θεραπεύεται.^{8,7}

Πρόκειται για έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου πρόκλησης εγκεφαλικού επεισοδίου, ενώ ο δε έλεγχός της ελαττώνει τον κίνδυνο συχνότητας του εγκεφαλικού επεισοδίου.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας συνιστά την τροποποίηση του τρόπου ζωής ως βάση για τον έλεγχο της υπέρτασης. Αν η Αρτηριακή Πίεση εξακολουθεί να παραμένει ή να είναι μεγαλύτερη των 140/90 mmHg για 3-6 μήνες παρά την εφαρμογή των μεταβολών αυτών, τότε καθίστανται αναγκαία η φαρμακευτική θεραπεία.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι ερευνητές έχουν προτείνει διάφορες αιτίες για την υπέρταση:

1. Υψηλά επίπεδα ινσουλίνης στην κυκλοφορία
2. Ανεπαρκή έκκριση οπιοειδών κατά την διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων
3. Ανωμαλία στον έλεγχο του συστήματος νεφρά – υγρά του σώματος
4. Ανωμαλία στο σύστημα – αγγειοτευσίνη

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

1. Παχυσαρκία (ειδικότερα κοιλιακή παχυσαρκία)
2. Κάπνισμα
3. Έλλειψη άσκησης
4. Υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος
5. Σακχαρώδης Διαβήτης
6. Κληρονομικότητα
7. Χρήση Συγκεκριμένων Φαρμάκων
8. Νεφρικές βλάβες κ.λ.π.

Η υπέρταση έχει προσφάτως ταξινομηθεί σε τέσσερα στάδια της νόσου:

ΣΤΑΔΙΟ 1: Συστολική 140-159 mmHg – Διαστολική 90-99 mmHg

ΣΤΑΔΙΟ 2: Συστολική 160-179 mmHg – Διαστολική 100-109 mmHg

ΣΤΑΔΙΟ 3: Συστολική 180-209 mmHg – Διαστολική 110-119 mmHg

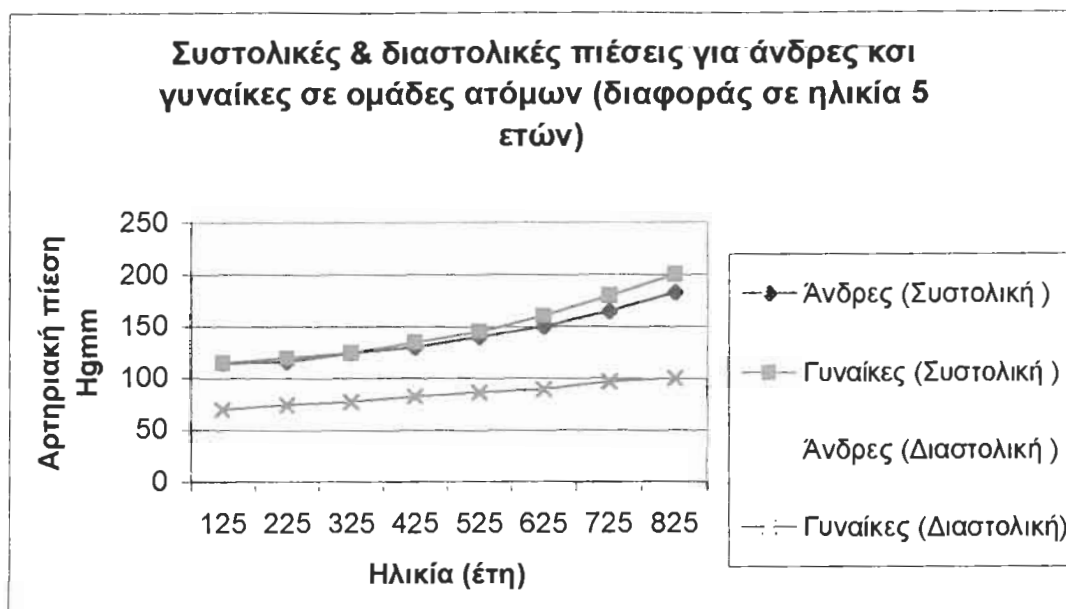
ΣΤΑΔΙΟ 4: Συστολική > 210 mmHg – Διαστολική >120 mmHg⁹

Αλλαγές της αρτηριακής πίεσης με τη γήρανση

Μελέτες που έγιναν σε διάφορες χώρες έδειξαν ότι η αρτηριακή πίεση μεταβάλλεται με τον ίδιο τρόπο στους άνδρες και στις γυναίκες μετά την ενηλικίωση (σχ. α). Η συστολική πίεση φαίνεται ότι αυξάνεται γραμμικά από την ηλικία των 30 και μετά, ενώ η διαστολική αυξάνεται μεν αλλά λιγότερο, φτάνει σε μια μέγιστη τιμή στην ηλικία των 50 ετών για τους άνδρες και στην ηλικία των 60 ετών για τις γυναίκες και ύστερα πέφτει ελαφρά, και για τα δύο φύλα, με την ηλικία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα αύξηση της πίεσης παλμού στα ηλικιωμένα άτομα, άνδρες και γυναίκες.

Ενώ η τάση για αύξηση της πίεσης με την ηλικία είναι ίδια σε αρκετές δυτικές χώρες, δεν παρατηρείται τέτοια τάση για αύξηση με την ηλικία στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Η παρατήρηση αυτή δείχνει ότι η αύξηση της πίεσης δεν είναι ένα αναπόφευκτο επακόλουθο της φυσιολογικής γήρανσης, αλλά προκαλείται μάλλον από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κοινούς στις αναπτυγμένες χώρες. Πρόσφατες σχετικά μελέτες οδηγούσαν στο συμπέρασμα ότι η διαφορά πρόσληψης αλατιού ήταν η αιτία για τις διαφορές αρτηριακής πίεσης ανάμεσα στις υποανάπτυκτες χώρες και στις αναπτυγμένες, αλλά νεότερα δεδομένα δεν στήριξαν μια τέτοια υπόθεση τελικά. Μελέτες σε Δυτικές χώρες έδειξαν ότι η αύξηση της πίεσης με την ηλικία σχετίζεται περισσότερο με το αρχικό επίπεδο πίεσης και την αύξηση βάρους, που παρατηρείται με την αύξηση της ηλικίας, παρά με την ίδια την ηλικία.

Πολλές μελέτες στις τελευταίες δεκαετίες τονίζουν τους κινδύνους που παρουσιάζονται από την υπέρταση στα ηλικιωμένα άτομα και βοηθούν στη διάψευση αρκετών μύθων που υποστηρίζουν ότι: αύξηση της αρτηριακής πίεσης με την ηλικία είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο. Οι ηλικιωμένοι αντέχουν καλύτερα από τους νέους την υπέρταση τους, οι ηλικιωμένες γυναίκες δέχονται καλύτερα την υπέρτασή τους από τους ηλικιωμένους άνδρες. Η αύξηση της διαστολικής πίεσης αποτελεί μεγαλύτερο κίνδυνο για τα ηλικιωμένα άτομα απ' ότι η συστολική υπέρταση.



Σχήμα α

Επειδή η ηλικία και η συστηματική αρτηριακή πίεση είναι δύο συνεχώς μεταβαλλόμενοι παράμετροι, καλό θα είναι να κάνουμε μια σύμβαση όπου ηλικιωμένα άτομα θα θεωρούμε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω και υπέρταση για μεν τη συστολική – διαστολική υπέρταση τιμές ίσες ή μεγαλύτερες των 160/90 mmHg, για δε τη συστολική υπέρταση τιμές συστολικές πίεσης ίσες ή ανώτερες των 160 mmHg με διαστολική αρτηριακή πίεση 89 mmHg ή μικρότερη.

Στη μελέτη του Framingham, σαν υπέρταση ορίστηκε αρτηριακή πίεση συστολική / διαστολική 160/95 mmHg ή μεγαλύτερη. Βάσει του ορισμού αυτού, ένα ποσοστό 30% των ανθρώπων ηλικίας 65-74 ετών μπορούν να θεωρηθούν υπερτασικοί.

Δεδομένα από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κατά το 1971-74 έδειξαν ότι υψηλή αρτηριακή πίεση παρατηρείται σ' ένα ποσοστό 9% στους λευκούς και 22% σε μαύρους ενήλικες. Σε άτομα ηλικίας άνω των 65 αυξήθηκε το ποσοστό σε 50%, με μια μικρή υπεροχή στις γυναίκες και τους μαύρους.

Τα δεδομένα της μελέτης Framingham στηρίζονταν σε μια μέτρηση της αρτηριακής πίεσης την ημέρα, ενώ από το 1965 η υπηρεσία Hanes χρησιμοποίησε τρεις μετρήσεις την ημέρα και είχε πιο αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα που ανέβαζαν το ποσοστό της υπέρτασης σε ένα 30% για τις

γυναίκες και 28% για τους άνδρες: δεν έδειχνε δηλαδή να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα (για άτομα ηλικίας 65-75 ετών).

Σήμερα υπάρχει δυνατότητα μέτρησης της αρτηριακής πίεσης σε όλη τη διάρκεια της ημέρας και θεωρείται υπερτασικό το άτομο ανεξαρτήτως ηλικίας με συστολική πίεση άνω των 140 mmHg και διαστολική πίεση άνω των 90 mmHg.¹⁰

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

1. Κακή κυκλοφορία Οξυγόνου (στενωμένα αγγεία, ελαττωματική λειτουργία της καρδιάς.)
2. Θρεπτικό Ανισοζύγιο (αν υπάρχει παχυσαρκία)
3. Υδατοηλεκτρολυτικό και Οξεοβασικό Ανισοζύγιο (κακή λειτουργία νεφρών, ρενίνη, αλδοστερόνη)
4. Κίνδυνοι Επιπλοκών
5. Κίνδυνοι από ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμακευτικής θεραπείας.
6. Κίνδυνοι από αποσυντονισμό, εξαιτίας κακής λειτουργίας του εγκεφάλου.
7. Δυσκολίες στη συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Διδασκαλία του ασθενή πώς να αναγνωρίζει τις εκδηλώσεις υπέρτασης και ενθάρρυνσή του να αποφεύγει τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος.
2. Παρέχεται ενημέρωση και μέσα για την εκμάθηση των τεχνικών χαλαρώσεως: Προοδευτική χαλάρωση, σκέψη βαθιά αναπνοή, ή οδηγός εικόνας.
3. Παροχή θρεπτικής συμβουλευτικής και κυρίως σε ότι αφορά τον περιορισμό του νατρίου.^{11,6}
4. Αποφυγή πρόσληψης λιπών, ελαίων, άλατος και σακχάρους στη διαίτα. Ιδιαίτερη, επίσης, σημασία κατά την πρόσληψη ασβεστίου και μαγνησίου
5. Συμβουλεύεται ο ασθενής να περιορίσει τη λήψη του οινοπνεύματος.
6. Αποφυγή αφυδάτωσης κατά τη χορήγηση διουρητικών
7. Διδασκαλία και λήψη κατάλληλων μέτρων για την αντιμετώπιση ρινορραγίας.
 - i) Θέση Flower
 - ii) Αναπνοή από το στόμα
 - iii) Πίεση της μύτης.
8. Προσδιορισμός του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης στις περιπτώσεις όπου η αιμορραγία είναι μεγάλη.
9. Ενημερώνουμε τον ασθενή ότι η λήψη των φαρμάκων πρέπει να γίνεται συστηματικά, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Διαφορετικά, κι αν η λήψη, γίνεται μόνον όταν η πίεση είναι ανεβασμένη, δεν πρόκειται να ρυθμιστεί ποτέ.
10. Ενθάρρυνση για ενασχόληση με κάποια ήπια μορφής άσκησης.
11. Ενημέρωση σε σχέση με τις συνέπειες του καπνίσματος.
12. Σχεδιασμός προγράμματος διακοπής του καπνίσματος και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων μετά την διακοπή.^{12,9}

6

Νευρικό Σύστημα

1. Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Είναι η ξαφνική απώλεια εγκεφαλικής λειτουργίας που οφείλεται σε διακοπή της αιματικής παροχής σε τμήμα του εγκεφάλου.

Ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να οφείλεται:

- a. Σε θρόμβωση αγγείου του εγκεφάλου ή του τραχήλου
- b. Σε εμβολή αγγείου του εγκεφάλου και
- c. Σε εγκεφαλική αιμορραγία εξαιτίας ρήξης εγκεφαλικού αιμοφόρου αγγείου.

Η εγκεφαλική ή αθηροσκλήρωση και η επιβράδυνση της αιματικής ροής είναι οι κύριες αιτίες εγκεφαλικής θρόμβωσης που είναι η πιο συχνή αιτία αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Παθολογικές ανωμαλίες στην αριστερή καρδιά, όπως μικροβιακή ενδοκαρδίτιδα, ρευματική καρδιακή νόσος και έμφραγμα μυοκαρδίου, κολπική μαρμαρυγή και χρήση καρδιοαναστροφής για κολπική μαρμαρυγή αποτελούν αιτίες εγκεφαλικής εμβολής.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ – ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Η πρόληψη του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου είναι η καλύτερη δυνατή προσέγγιση του προβλήματος. Επομένως, πρέπει να προλαμβάνονται ή να ανιχνεύονται και να αντιμετωπίζονται έγκαιρα παράγοντες και παθολογικές καταστάσεις που προδιαθέτουν σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή αυξάνουν τον κίνδυνο πρόκλησης του όπως είναι οι εξής παρακάτω:

- ✓ Υπέρταση (κύριος παράγοντας κινδύνου)
- ✓ Παθήσεις της αριστερής
- ✓ Υψηλός αιματοκρίτης
- ✓ Σακχαρώδης διαβήτης, που επιτυγχάνει την αθηρογένεση
- ✓ Λήψη από το στόμα αντισυλληπτικών
- ✓ Μεγάλη ή παρατεταμένη πτώση της αρτηριακής πίεσης
- ✓ Κατάχρηση φαρμάκων
- ✓ Λιπίδια αίματος, κάπνισμα, παχυσαρκία, αλκοόλ^{13,6}

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Αυτές κυμαίνονται σημαντικοί, γεγονός το οποίο εξαρτάται από την έκταση και εντόπιση της ισχαιμίας και το βαθμό της αυτομάτου ανανήψεως, μπορεί δε να παρατηρηθούν:

- ✓ Διαταραχή της κινήσεως
- ✓ Διαταραχή της επικοινωνίας
- ✓ Διαταραχή της αισθητικότητας (αντιλήψεως / χώρου)
- ✓ Γνωσιακές διαταραχές.
- ✓ Συναισθηματικές διαταραχές^{14,9}

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Διατήρηση ζωής στον κωματώδη άρρωστο
2. Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού
3. Βοήθεια για ρύθμιση θερμοκρασίας σώματος
4. Πρόληψη διάτασης κύστης με καθετηριασμό
5. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και ηλεκτρολυτών
6. Πρόληψη πνευμονίας και εισρόφηση
7. Πρόληψη επιπλοκών ακινησίας
8. Φυσική εκτίμηση
9. Αποκατάσταση κυκλοφορίας σε άρρωστο με Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο που οφείλεται σε αποκλεισμό
10. Πρόληψη περαιτέρω απόφραξη
11. Μείωση ανάγκης για οξυγόνο
12. Πρόληψη εξέλιξης υπέρτασης. Η υπέρταση είναι ο κύριος παράγοντας επιδείνωσης του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου που οφείλεται σε θρόμβο
13. Εκπαίδευση του ασθενή
14. Αποκατάσταση κυκλοφορίας σε άρρωστο με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο που οφείλεται σε αιμορραγία.
15. Μείωση ενδοκρανίας πίεσης
16. Διατήρηση ισορροπίας υγρών και θρεπτικού ισοζυγίου^{15,6}

7

2. ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι πολύ συχνή αιτία θανάτου και σοβαρής αναπηρίας σε όλες τις ηλικίες.

Διακρίνονται σε :

- Ελαφριές
- Μέτριες
- Βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

Συνήθως ο τραυματισμός του εγκεφάλου συνοδεύεται από εξωτερικό τραυματισμό στο τριχωτό της κεφαλής χωρίς αυτό όμως να συμβαίνει σε όλες τις περιπτώσεις. Για παράδειγμα μπορεί να υπάρχει σοβαρή κάκωση του εγκεφάλου ακόμα και θανατηφόρα χωρίς καθόλου εξωτερικά τραύματα, ή αντίστροφα να υπάρχουν εντυπωσιακά και εκτεταμένα εξωτερικά τραύματα χωρίς σοβαρή κάκωση του εγκεφάλου.

Η βαρύτητα μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης εξαρτάται από το πόσο βαριά είναι η κάκωση του εγκεφάλου. Η κάκωση του εγκεφάλου εξ 'ορισμό χαρακτηρίζεται ελαφριά, μέτρια ή βαριά ανάλογα με το επίπεδο συνείδησης.

Στους ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις έχει μεγάλη σημασία να εξετάζονται προσεκτικά οι κόρες των ματιών. Αν υπάρχει ανισοκορία, δηλαδή αν η μια κόρη είναι διεσταλμένη (έχει μυδρίαση) τότε υπάρχει περίπτωση να αναπτύσσεται οξύ ενδοκρανιακό αιμάτωμα που απαιτεί επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση. Αυτοί οι ασθενείς έχουν βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση και πολλές φορές πέφτουν ακόμα και σε κώμα.

Όταν ο ασθενής έχει επικοινωνία με το περιβάλλον, παρόλα αυτά όμως, παρατηρείται έντονη υπνηλία, ασυνάρτητος λόγος κτλ η κρανιοεγκεφαλική κάκωση χαρακτηρίζεται ως μέτρια.

Τέλος, στην περίπτωση που ο ασθενής έχει καλή επικοινωνία με το περιβάλλον, η κάκωση χαρακτηρίζεται ως ελαφριά.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Ανάλογα με την βαρύτητα:

- Βαριές :Ο ασθενής είναι σε κώμα.
- Μέτριες:Ο ασθενής έχει σύγχυση.
- Ελαφριές:Ο ασθενής έχει καλή επικοινωνία.

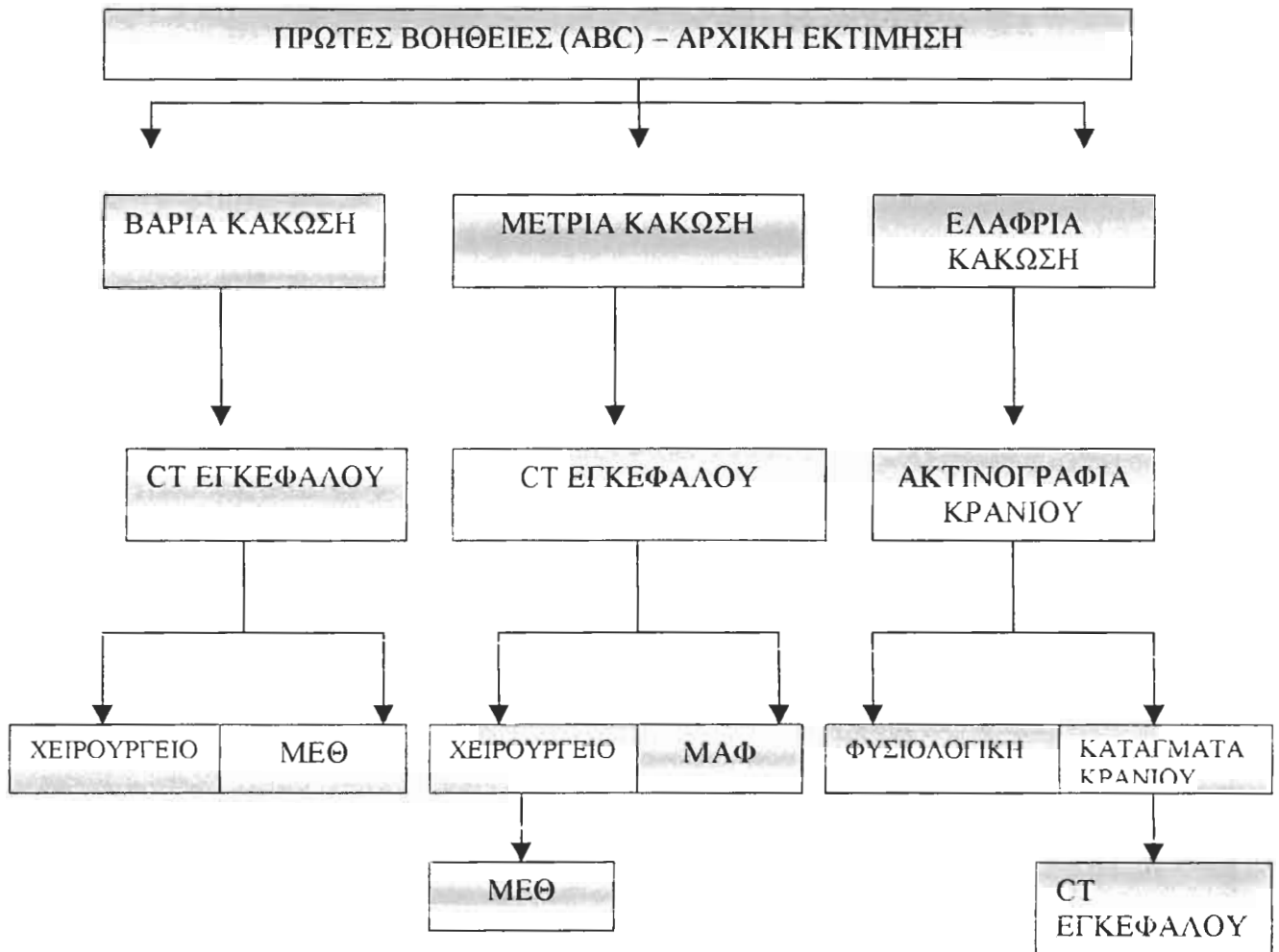
Ανάλογα με την εντόπιση:

- Διάχυτες:Εγκεφαλική διάσειση, βαριά διάχυτη νευραξονική κάκωση.
- Εστιακές:Οξύ επισκληρίδιο αιμάτωμα, οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα, εγκεφαλική θλάση, τραυματική υπαραχνοειδής αιμορραγία.

Ένας τραυματισμός στο κεφάλι όσο κεφάλι όσο ασήμαντος κι αν φαίνεται χρειάζεται εξέταση από γιατρό όταν συμβαίνει έστω και ένα από τα εξής:

1. Έμετος ή έντονη ζάλη
2. Υπνηλία
3. Διαταραχές της μνήμης
4. Κλινικές ενδείξεις κατάγματος στη βάση του κρανίου, δηλαδή κυρίως εκροή εγκεφαλωνοτιαίου υγρού από την μύτη (ρινόρροια), αιμορραγία μέσα από το αυτί (ωτορραγία), υποδόρια αιματώματα (μαυρίσματα), γύρω από τα μάτια ή έντονη τοπική ευαισθησία
5. Γνωστά προβλήματα υγείας (σοβαρή καρδιοπάθεια)

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ



Σε κάθε περίπτωση καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα κυρίως όσον αφορά την πρόληψη τραυματισμών τόσο ατομικά όσο και κοινωνικά.¹⁶

ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

- A. Διατήρηση αεροφόρων οδών ανοικτών με τραχειοστομία ή ενδοτραχειακή διασωλήνωση
- B. Διατήρηση της αναπνοής με επείγουσα αντιμετώπιση θωρακικών τραυμάτων ή και μηχανικό αερισμό
- C. Διατήρηση της κυκλοφορίας του αίματος με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι παρακολούθηση του Κ.Ε.Κ ασθενή είναι απαραίτητη για την έγκαιρη διαπίστωση αιμοδυναμικών, συστηματικών και μεταβολικών αλλαγών της εγκεφαλικής λειτουργίας. Ένας μεγάλος αριθμός μεθόδων είναι στην διάθεση των ειδικών για την παρακολούθηση των ασθενών αυτών. Στόχος του νοσηλευτή είναι η συστηματική παρακολούθηση και εκτίμηση του ασθενή για την άμεση επισήμανση κάθε μεταβολής των ζωτικών λειτουργιών και ιδιαιτέρως της νευρολογικής του κατάστασης. Μόνο όταν ο νοσηλευτής είναι σε επαγρύπνηση μπορεί να διαγνώσει και να εκτιμήσει διαταραχές, η διόρθωση των οποίων θα συμβάλει αποτελεσματικά στην βελτίωση της τελικής έκβασης.

Την νοσηλευτική φροντίδα αυτών των ασθενών μπορούμε να την διακρίνουμε στην φροντίδα με γενικές κατευθύνσεις και στην ειδική νοσηλευτική φροντίδα, που αφορά την ενδοκράνια υπέρταση που είναι και το μείζον πρόβλημα στους ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1. Συχνή παρακολούθηση αιμοδυναμικών παραμέτρων
 - Εξασφάλιση αιμοδυναμικής σταθερότητας (Α.Π. , Κ.Φ.Π, πιέσεις δεξιών κοιλοτήτων)
 - Αέρια αίματος, οξεοβασική ισορροπία, αποκατάσταση διαταραχών στην ισορροπία ύδατος και ηλεκτρολυτών
 - Αιματοκρίτης, Αιμοσφαιρίνη, Σάκχαρο αίματος
 - Ωριαία διούρηση – ισοζύγιο υγρών
2. Συνεχής έλεγχος των οφθαλμών
 - Η εκτίμηση του μεγέθους, του σχήματος, της θέσης και της αντίδρασης της κόρης στο φως, είναι σημαντική νευρολογική εξέταση. Οποιαδήποτε αλλαγή του μεγέθους πρέπει να αναφέρεται αμέσως διότι σημαίνει αλλαγή της νευρολογικής εικόνας. Ο

νοσηλευτής πρέπει να είναι προσεκτικός σ' αυτές τις εκτιμήσεις, διότι οι μεγάλες κόρες μπορεί να οφείλονται σε ενστάλαξη μυδριατικών. Αντίθετα οι μικρές κόρες μπορεί να οφείλονται σε υπερδοσολογία ναρκωτικών ουσιών για την καταστολή των υπερδιεγερτικών ασθενών λόγω της βλάβης.

3. Σωστή θέση και στάση του ασθενή επί της κλίνης
 - Οι ασθενείς με Κ.Ε.Κ. πρέπει να αλλάζουν συχνά θέση επί της κλίνης για αποφυγή κατακλίσεων, (διότι ευρίσκονται σε καταστολή μέχρι της βελτίωσης της νευρολογικής κατάστασής τους). Όταν δεν ευρίσκονται ύπτια (λόγω βλάβης της σπονδυλικής στήλης), η θέση πρέπει να είναι η σωστή από ανατομικής πλευράς υποποδίας ή άλλων συρικνώσεων
4. Χορήγηση αναισθητικών, αντιεπιληπτικών, μυοχαλαρωτικών, βάσει των ιατρικών οδηγιών
 - Ο έλεγχος των επιληπτικών κρίσεων είναι αναγκαίος διότι αυξάνουν τον εγκεφαλικό μεταβολισμό. Στους Κ.Ε.Κ. ασθενείς θέλουμε ο μεταβολισμός να είναι χαμηλός
5. Καταγραφή του score για να υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης
 - Συχνός έλεγχος του βάθους κώματος, με ιδιαίτερη προσοχή κατά την μείωση του score. Πρέπει να αναφέρεται αμέσως διότι μπορεί να υποδηλώνει επέκταση της βλάβης ή επιπλοκές και να χρήζει επείγουσα CT και παρέμβαση
6. Τοποθέτηση ρινογαστρικού σωλήνα
 - Επαγρύπνηση για τυχόν αιμορραγία από το γαστρεντερικό σύστημα που αποτελεί συχνή επιπλοκή στους ασθενείς με Κ.Ε.Κ. (30%). Πιθανή αιτία είναι η αυξημένη οξύτητα του γαστρικού υγρού λόγω αυξημένης δραστηριότητας του πνευμονογαστρικού μέσω του διεγερθέντος υποθαλάμου. Συχνή επίσης είναι η ατονία στομάχου, αύξηση παραγωγής του γαστρικού υγρού και μείωση της κινητικότητας του εντέρου.
7. Παθητική απομάκρυνση των εκκρίσεων

- Αποφυγή αναρρόφησης πάνω από 10΄΄. Η υπεροξυγόνωση πριν και μετά την αναρρόφηση για πρόληψη της υποξαιμίας είναι αναγκαία.¹⁷

Μυοσκελετικό σύστημα

1. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Πρόκειται για μια χρόνια συστηματική νόσος η οποία χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες φλεγμονές και συνοδεύεται συχνά από εξωαρθρικές εκδηλώσεις καθώς και από περιόδους εξάρσεων και υφέσεων.

Εκτιμάται ότι η ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία με μεγαλύτερη επίπτωση στις ηλικίες 35-45 ετών. Η ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι ο πιο σοβαρός τύπος αρθρίτιδας, υπό την έννοια της χρόνιας ανικανότητας.¹⁸

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Λοίμωξη: Η έρευνα συνεχίζει την απάντηση του αιτίου σε ειδικούς λοιμογόνους παθογόνους οργανισμούς και ειδικότερα σε ιούς, οι οποίοι, μπορούν να προκαλούν τη νόσο.

Γενετικοί Παράγοντες: Συγκεκριμένοι γνωστοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν την έκφραση της νόσου. Έχει εντοπιστεί ένας ειδικός τύπος HLA-DR4, ο οποίος συσχετίζεται με την παρουσία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Αυτοανοσία: Η μεταβολή της απάντηση του ανοσοποιητικού συντελεί στο σχηματισμό της σύνθεσης αντιγόνου – αντισώματος, το οποίο δραστηριοποιεί τα συστατικά του συμπληρώματος εκλύοντας τα λευκοκύτταρα που ευθύνονται για την πέψη της σύνθεσης της ανοσίας και την απελευθέρωση επιβλαβών ενζύμων τα οποία καταστρέφουν τους αρθρικούς χόνδρους.

Άλλοι παράγοντες: Μεταβολικές και βιοχημικές διαταραχές, διαιτητικές, περιβαλλοντικές, επαγγελματικές και ψυχολογικές μπορεί να παίζουν κάποιο ρόλο στην αιτιολογία ή στην έκφραση της νόσου. Όμως, η συμβολή του δεν έχει πλήρως τεκμηριωθεί.¹⁹

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

1. Προσβολή των αρθρώσεων
2. Ανορεξία
 - Άλγος, πόνος, αίσθημα θερμότητας των αρθρώσεων
 - Ακαμψία, η οποία αρχίζει για 30' μέχρι 2 ώρες μετά από μακρές περιόδους αδράνειας
 - Πρώτα προσβάλλονται οι αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών
 - Συμμετρική προσβολή αρθρώσεων
 - Ανώδυνα, κινητά ρευματικά οξίδια
3. Ελαφρά απώλεια βάρους
4. Κόπωση
5. Ελάττωση των καθημερινών δραστηριοτήτων^{20,9}

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

ΗΛΙΚΙΑ: Νέοι και μεσήλικες

ΦΥΛΟ: Υπερτερούν οι γυναίκες

ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ: Μειωμένο

ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ: Συστηματικές εκδηλώσεις

ΠΛΗΓΕΙΣΕΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ: Μεσοφαλαγγικές, μετακρατφαλαγγικές, μεταταρσοφαλαγγικές, καρπού, γονάτων ποδοκνημικών

ΔΙΑΧΥΣΗ: Συνήθης

ΟΖΟΙ: Παρόντες

ΑΡΘΡΙΚΟ ΥΓΡΟ: Φλεγμονώδες

ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ: Οστεοπόρωση, στένωση, διαβρώσεις

ΑΝΑΙΜΙΑ: Συνήθης

ΡΕΥΜΑΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΩΝ: Θετικός

ΧΡΟΝΟΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΚΑΘΙΣΗΣΗΣ: Αυξημένος

ΣΤΑΔΙΑ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

ΣΤΑΔΙΟ 1

Δεν παρατηρούνται ακτινολογικές μεταβολές

ΣΤΑΔΙΟ 2

Ακτινολογικά φαίνονται σημεία οστεοπορώσεως, μπορεί να υπάρχει ελαφρά βλάβη στα υποχόνδρια οστά και στους χόνδρους. Ίσως υπάρχει περιορισμός κινήσεων χωρίς παραμορφώσεις.

ΣΤΑΔΙΟ 3

Ακτινολογικά παρατηρείται βλάβη στα οστά, παραμορφώσεις στις αρθρώσεις χωρίς αγκυλώσεις.

ΣΤΑΔΙΟ 4

Ακτινολογικά εμφανίζεται ίνωση ή αγκύλωση οστών. Μπορεί να υπάρχει εκτεταμένη ατροφία μυών και αλλοιώσεις μαλακών μορίων όπως όζοι.^{21,19}

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Χρησιμοποιούνται μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) όπως έχουν συσταθεί.
2. Χορηγείται το φάρμακο 2-4 φορές ημερησίως.
3. Χορηγείται με τροφή ή αντίξινα
4. Ελέγχεται περιοδικώς η νεφρική και ηπατική λειτουργία.
5. Διδάσκεται ο ασθενής να εκτιμά τον βαθμό του άλγους και την αποτελεσματικότητα του φαρμάκου χρησιμοποιώντας την κλίμακα από 1-10
6. Ο ασθενής πρέπει να παραμείνει σε ανάπαυση για 30΄ μετά τη λήψη του φαρμάκου και στη συνέχεια να αρχίσει τις δραστηριότητές του
7. Εφαρμόζονται δύο φορές την ημέρα θερμά ή και κρύα θεραπευτικά μέσα. Οι κρύες κομπρέσες είναι περισσότερο αποτελεσματικές για το οξύ άλγος των αρθρώσεων . Το θερμά επιθέματα χρησιμοποιούνται συνήθως για τα χρόνια προβλήματα
8. Ψυχολογική υποστήριξη τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του
9. Τροποποίηση του περιβάλλοντος χώρου.^{22,18}

2. Οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση προκύπτει από τα ελληνικά ουσιαστικά «πόρος» και «όστουν».²³

Η οστεοπόρωση είναι μια ασθένεια που προσβάλλει συνήθως πολύ περισσότερο τις γυναίκες της τρίτης ηλικίας, απ' ότι τους άνδρες. Στους ηλικιωμένους, η οστεοπόρωση μαζί με την οστεοαρθρίτιδα (εκφυλιστικές αλλοιώσεις) και οι κακοήθεις νεοπλασίες περιγράφονται σαν οι κύριες αιτίες οσφυαλγίες.

Όλα τα άτομα, με την αύξηση της ηλικίας, έχουν απώλεια μεταλλικών στοιχείων στα οστά τους και σε μερικούς αναπτύσσεται οστεοπόρωση, η οποία ανεβάζει τον βαθμό ευθραυστότητας των οστών. Καθώς η μάζα του οστού συρρικνώνεται προοδευτικά, υπάρχει κίνδυνος καταγμάτων²⁴

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία της οστεοπόρωσης είναι άγνωστη. Αυτή συνοδεύεται με:

- ✓ Ανεπάρκεια των οιστρογόνων, που έχει σχέση με την εμμηνόπαυση
- ✓ Ελαττωμένη λήψη ασβεστίου.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

- Γυναικείο φύλο
- Άρεια ή Ασιατική Φυλή
- Οικογενειακό ιστορικό
- Μειωμένο ανάστημα
- Χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας
- Καπνιστές
- Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ
- Χρόνιες καταστάσεις που επιδρούν επί του γαστρεντερικού συστήματος, πνευμόνων, νεφρών, ήπατος κι ενδοκρινών αδένων
- Μακροχρόνια λήψη γλυκοκορτικοειδών

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Θρεπτικό ανισοζύγιο (διαταραχή μεταβολισμού Ca)
2. Μείωση άνεσης (πόνος)
3. Μείωση δραστηριοτήτων (πόνος, ασταθής βάδιση)
4. Κίνδυνος επιπλοκών (παθολογικά κατάγματα)
5. Αλλαγή σωματικού ειδώλου

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Ορμονοθεραπεία, που γίνεται μόνο μετά από προσεκτική εκτίμηση της κατάστασης υγείας του κάθε ατόμου.
2. Παρακολούθηση και ενημέρωση αρρώστου για αιμορραγία από τον κόλπο, που μπορεί να συμβεί σε οιστρογονοθεραπεία.
3. Εφαρμογή προγράμματος ασκήσεων
 - Ημερησία βάρδια 30' θα αυξηθεί τη δύναμη και την αντοχή και θα αυξήσει την παροχή αίματος στα κατώτερα άκρα
 - Η καθημερινή άσκηση θα συντηρήσει την ευκαμψία των αρθρώσεων
4. Παροχή ψυχικής υποστήριξης
5. Κατάλληλη διαμόρφωση χώρου και διδασκαλία για την αποφυγή πτώσεων
6. Διακοπή του καπνίσματος
7. Δίαιτα με άφθονο λεύκωμα, ασβέστιο, φωσφόρο, βιταμίνες και άλατα

ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΒΕΣΤΙΟ

(σε χιλιοστόγραμμα)

ΕΝΗΛΙΚΕΣ

- ΗΛΙΚΙΕΣ 25 – 65 ΕΤΩΝ: 1000 mg/d
- ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ : 1500 mg/d

ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΣΙΤΙΑ

Ομάδα Γαλακτερών

- Γάλα χαμηλής περιεκτικότητας σε βούτυρο 500ml = 760g
- Σουηδικό τυρί 100g = 760g
- Γιαούρτι χαμηλής περιεκτικότητας σε βούτυρο 1 κεσέ = 300-400g

Ομάδα Κρεάτων

- Κονσερβοποιημένες σαρδέλες 100g = 400mg
- Μπριζόλα 60g = 10mg
- Αυγό 25mg
- Σουσάμι 3 κουταλ. Γλυκού = 300mg
- Φιστίκια 1 φλιτζάνι = 100mg

Ομάδα λαχανικών

- Μπρόκολα βραστά 1 πιάτο = 150mg
- Ομάδα φρούτων
- Πορτοκάλι 1 = 50mg
- Παπάγια 1 = 72mg

Ομάδα σιτηρών

- Ψωμί ολικής Αλέσεως 1 φέτα = 88mg
- Ψωμί φαρίνας 1 φλιτζάνι = 150mg^{25,19}

10

Γαστρεντερικό σύστημα

ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η ηλικία καθ' εαυτή δεν προκαλεί ακράτεια. Όμως, είναι δυνατόν να αυξήσει τα περιθώρια μεταξύ συγκρατήσεως και ακράτειας. Με το πέρασμα του χρόνου η επάρκεια της κύστεως μειώνεται, χωρίς προφανή ανατομική αλλαγή. Η συχνότητα και ο όγκος του υπολείμματος ούρων αυξάνεται και η αίσθηση εκκενώσεως της κύστεως γίνεται περισσότερο διαβλητή.

Οι φυσιολογικές δομικές μεταβολές σε συνδυασμό με διάφορες παθολογικές καταστάσεις επηρεάζουν άμεσα το ουροποιητικό σύστημα και αυξάνουν την επίπτωση της ακράτειας των ούρων στους ηλικιωμένους. Επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν, ότι αιτίες προερχόμενες από φυσικές μεταβολές στον εγκέφαλο και στα άλλα μέρη του σώματος έχουν έμμεση επίδραση στην κύστη και αυτό προκύπτει μόνο μέσω της διαταραχής των μηχανισμών της συμπεριφοράς.²⁶

1. ΑΙΤΙΑ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ

Αναφέρονται κοινές αιτίες, οι οποίες συμβάλλουν ή ευθύνονται στην εμφάνιση προσωρινής αναστρέψιμης ακράτειας ούρων όπως:

1. Συγχητικές καταστάσεις ή delirium
2. Συμπτωματική ουρολοίμωξη
3. Ατροφική Ουριθρίτιδα
4. Ενδοκρινικές Διαταραχές υπερκαλιαιμία ή υπεργλυκαιμία
5. Ψυχολογικές Διαταραχές
6. Φάρμακα, ηρεμιστικά, διουρητικά, αντιχολινεργικά, αντισπασμωδικά, αντικαταθλιπτικά, αντιπαρκινσινικά, αντιαρρυθμικά, οπιοειδή, αντιδιαρροϊκά κ.λ.π.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ

Επίσημα έχουν αναγνωρισθεί τα ακόλουθα είδη ακράτειας ούρων

Επείγουσα ούρηση. Η αστάθεια του εξωστήρα μυ ονομάζεται και ιδιοπαθής αστάθεια του εξωστήρα μυ. Χαρακτηρίζεται από ακούσια ούρηση, η οποία συμβαίνει μετά την αντίληψη ενός εντόνου αισθήματος επείγουσας έπειξης προς ούρηση. Προηγείται ισχυρή συστολή της κύστεως, η οποία συνθλίβει το μηχανισμό της συγκρατήσεως στον αυχένα της κύστεως, με αποτέλεσμα το μήνυμα για κένωση της κύστεως να είναι ασθενές ή να απουσιάζει. Σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρεία Συγκράτησης (International Continence Society 1990), ο ορισμός που δόθηκε για αυτόν τον τύπο της ακράτειας, αναφέρει ότι η διάγνωση τίθεται όταν κατά τη διάρκεια πληρώσεως της κύστεως με ούρα αυθόρμητα ή με πρόκληση, υποκειμενικά, η κύστη συστέλλεται, ενώ το άτομο προσπαθεί να αναστείλλει την ούρηση.

- **Ακράτεια ούρων λόγω stress:** (Stress incontinence) Είναι ο πιο κοινός τύπος. Χαρακτηρίζεται ως ακούσια απώλεια ούρων και συμβαίνει όταν απουσιάζει η συστολή του εξωστήρα μυ. Τότε αναπτύσσεται ενδοκυστική πίεση, η οποία υπερβαίνει τη μέγιστη ουρηθρική.
Αφορά και τα δύο φύλα με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες.
Εμφανίζεται κατά το βήχα, το γέλιο, την απότομη ανόρθωση σώματος και την ανύψωση βάρους. Απώλεια ούρων δεν συμβαίνει όταν τα άτομα αυτά βρίσκονται σε ύπτια θέση.
- **Μικτός τύπος ακράτειας ούρων :**(Mixed incontinence) Σχετίζεται με τη συγκράτηση των ούρων. Κύρια συστατικά της είναι οι δύο προαναφερόμενοι τύποι.
- **Αντανακλαστική ακράτεια ούρων :**(Reflex incontinence) Πιστεύεται ότι προκύπτει από τραυματισμό ή νόσημα της σπονδυλικής στήλης. Η διαφυγή των ούρων συμβαίνει λόγω ασταθούς συστολής της κύστεως, όπως στη πρώτη περίπτωση, με τη διαφορά ότι στην περίπτωση αυτή απουσιάζει η αίσθηση της ουρήσεως.
- **Λειτουργικός τύπος ακράτειας:** (Functional incontinence) Αναφέρεται σε πρόβλημα συγκράτησης ούρων. Συνήθως προκαλείται από φυσικά ή περιβαλλοντικά εμπόδια κατά τη φυσιολογική ούρηση ή από ακατάλληλη πληροφορία της γνωσιακής διεργασίας για επιτυχημένη ούρηση. Και στις δύο περιπτώσεις δεν υπάρχει πραγματική ουρογεννητική παθολογία.
- **Ακράτεια εξ υπερπληρώσεως:** (Overflow incontinence) Ορίστηκε ως οποιαδήποτε ακούσια διαφυγή ούρων, η οποία συμβαίνει λόγω υπερδιάτασης της κύστεως. Ο τύπος αποτελεί σφραγίδα ελέγχου της συγκρατήσεως και της ανεπαρκούς κενώσεως της κύστεως. Η κύστη γεμίζει με ούρα αλλά το μήνυμα για εκκένωση είναι ανεπαρκές ή απουσιάζει. Η πληρότητα της κύστεως συνεχίζει έως ότου αναπτυχθεί ικανή πίεση, η οποία συνθλίβει το μηχανισμό συγκράτησης, με αποτέλεσμα να διαφεύγει μια ποσότητα ούρων.²⁷

Τρόποι που προτείνονται για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων είναι:

- Ασκήσεις που γυμνάζουν και δυναμώνουν τους μύες του πυελικού εδάφους
- Χειρουργικές επεμβάσεις
- Εκπαίδευση κύστεως
- Επανεκπαίδευση της συνήθειας της κύστεως
- Καθορισμένος χρόνος ουρήσεως
- Υποκίνηση για ούρηση
- Τεχνικές επανατροφοδότησης
- Απορροφητικές πάνες
- Φαρμακοθεραπεία
- Διακεκομμένος καθετηριασμός
- Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα κύστεως.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

- Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια , τότε οι παρεμβάσεις στρέφονται στην άρση του αιτίου.
- Ενθαρρύνεται ο ηλικιωμένος να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό.
- Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφοράς και ποιο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.
- Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πυέλου και με τη χρησιμοποίηση προς το τέλος και της συσκευής της βιοεπανατροφοδοτήσεως του Kegel. Συνεχίζονται με την επανεκπαίδευση της κύστεως, την αναχαίτηση του αισθήματος για ούρηση κα.
- Τελικά όταν τα αναφερόμενα μέσα δεν αποβούν αποτελεσματικά, τότε τοποθετείται εξωτερικός ή εσωτερικός καθετήρας Folley μόνιμος. Το μέτρο αυτό χρησιμοποιείται εφόσον αποκλείεται η χειρουργική παρέμβαση ή ο διακεκριμένος καθετηριασμός. Η τοποθέτηση καθετήρα κύστεως σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη ουρολοιμώξεως. Ακολουθούν μερικές πρακτικές συμβουλές που διευκολύνουν τη ζωή του ηλικιωμένου στο σπίτι.

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

- Χορηγείστε υγρά κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Σταματείστε τη χορήγηση υγρών τρεις ώρες πριν από την κατάκλιση
- Δώστε τη δυνατότητα στον ηλικιωμένο να πηγαίνει στην τουαλέτα σε τακτά χρονικά διαστήματα, συνήθως κάθε δύο ώρες
- Αποθαρρύνετε τη συχνότερη ούρηση
- Καταγράψτε τη συχνότητα της ακράτειας και ενημερώστε το γιατρό
- Επιλέξτε κατάλληλα ενδύματα, ώστε να αφαιρούνται γρήγορα και να μην προκαλούν καθυστέρηση κατά την ούρηση
- Εξασφαλίστε μοναχικότητα και αρκετό χρόνο, ώστε να αδειάσει η κύστη καλά
- Χορηγείστε τα διουρητικά τις πρωινές ώρες, για να αποφεύγεται η νυχτερινή διούρηση
- Επιλέξτε μια θέση για τον ηλικιωμένο να είναι πλησίον της τουαλέτας
- Τοποθετείστε υπερυψωμένη τουαλέτα
- Ρυθμίστε το ύψος του κρεβατιού για να μπορεί να σηκώνεται εύκολα
- Αποφύγετε τη χορήγηση υγρών που ερεθίζουν την κύστη και προκαλούν γρήγορη εκκένωσή της, όπως καφές, τσάι, coca-cola, χυμό φρούτων και οينوπνευματώδη ποτά.
- Αποφύγετε το κάπνισμα στο δωμάτιο του ηλικιωμένου διότι αναφέρεται ότι ερεθίζει την κύστη και την καθιστά ευαίσθητη
- Αντικαταστήστε τις πάνες όταν παλιώνουν ώστε να είναι αποτελεσματικές
- Διατηρείστε το δέρμα καθαρό και στεγνό
- Χρησιμοποιήστε σαπούνι μη ερεθιστικό καθώς και μαλακές και βαμβακερές πάνες
- Προτού τοποθετείστε την πάνα και αφού έχετε στεγνώσει το δέρμα, επαλείψτε το με μια κρέμα δέρματος
- Μη χρησιμοποιείτε πούδρα
- Όταν εντοπίσετε σημεία φλεγμονής ειδοποιείτε το γιατρό σας.^{28,19}

2. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ

Η ακράτεια κοπράνων μπορεί να συμβεί σε άτομα με οργανικές νευρικές μεταβολές, όπως διαταραχή της νευρώσεως του ορθού, μείωση του αισθήματος πληρότητας του εξωτερικού σφιγκτήρα, αύξηση της ευερεθιστότητας του εξωτερικού σφιγκτήρα, μείωση του τόνου των μυών και απώλεια ελέγχου του εγκεφαλικού φλοιού. Τοπικά αίτια μπορεί να είναι : διάφορες φλεγμονές, όπως η κολίτιδα, η εκκολπωματίτιδα, τα νεοπλάσματα, η πρόπτωση δακτυλίου, η σύσταση των κοπράνων κ.ά. Ορισμένοι ασθενείς λόγω της μεγάλης εξασθένησης που αισθάνονται αδυνατούν να ασκήσουν έλεγχο κατά του αντανακλαστικού του σφιγκτήρα. Όμως η πιο κοινή αιτία της ακράτειας των κοπράνων είναι η δυσκοιλιότητα με κοπρόσταση στον αυλό του πρωκτού.^{29,10}

ΑΙΤΙΑ

Στην ακράτεια κοπράνων διακρίνουμε τα αίτια σε **αναστρέψιμα** και σε **μη αναστρέψιμα**.

1. ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΑ ΑΙΤΙΑ

- A. Η ενσφήνωση των κοπράνων (impacted faeces) η οποία αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία ακράτειας στους γέροντες. Κατά την ενσφήνωση των κοπράνων παραμένει μικρή δίοδος μεταξύ των ενσφηνωμένων κοπράνων και του τοιχώματος του παχέος εντέρου ούτως ώστε να ρέουν συνεχώς τα υδαρή στοιχεία των κοπράνων από τη μικρή αυτή δίοδο. Δίδεται έτσι η εντύπωση της συνεχούς διάρροιας και αυτό είναι δυνατό να παραπλανήσει τόσο τους οικείους του ασθενή όσο και το γιατρό. Ο γιατρός χορηγεί ως εκ τούτου αντιδιαρροϊκά φάρμακα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ενσφηνώσεως και τη διαίωνιση της συνεχούς ροής των υδαρών στοιχείων των κοπράνων είναι ο υποκλισμός .
- B. Γαστρεντερίτιδα και Υπερθυροειδισμός
- C. Ιατρογενή αίτια (όπως χορήγηση φαρμάκων και αντιβιοτικών)

2. ΜΗ ΑΝΑΣΤΡΕΨΙΜΑ ΑΙΤΙΑ

- A. Άνοια
- B. Νευρογενή αίτια (όπως επί παραπληγίας και επί βλαβών των περιφερικών νεύρων που νευρούν το παχύ έντερο)
- C. Τοπικές παθήσεις στο παχύ έντερο (όπως καρκίνος).³⁰

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ο στόχος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αποβλέπει στην επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου με :

- Εξάλειψη της δυσκοιλιότητας
- Διευθέτηση της κοπροστάσεως με δακτυλική εξέταση ορθού
- Διευθέτηση της συγχύσεως όπου υπάρχει
- Διακοπή των φαρμάκων που συμβάλλουν στο πρόβλημα
- Υποκλυσμούς μέχρι το έντερο να καθαρίσει
- Διδασκαλία του ατόμου για αλλαγή τρόπου ζωής και καθορισμό τακτής ώρας που θα πηγαίνει στην τουαλέτα (εφόσον μπορεί)
- Χρησιμοποίηση απορροφητικού υλικού μιας χρήσεως και σχολαστική φροντίδα περιναίου.
- Χρησιμοποίηση αποσμητικών συσκευών για την εξουδετέρωση της κακοσμίας
- Σχολαστική ατομική υγιεινή και προσεκτική φροντίδα του δέρματος, που αποτελεί και την πιο σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση, για την πρόληψη των κατακλίσεων και των λοιμώξεων.^{31,19}

3. ΔΙΑΡΡΟΙΑ

Η διάρροια, το αντίθετο της δυσκοιλιότητας, είναι το αποτέλεσμα της γρήγορης προώθησης του κοπρανώδους υλικού μέσα στο παχύ έντερο. Κύριο αίτιό της είναι η εντερίτιδα. Στη συνηθισμένη λοιμώδους αιτιολογίας διάρροια η λοίμωξη αφορά περισσότερο το παχύ έντερο και το τελικό τμήμα του ειλεού. Όπου υπάρχει λοίμωξη (πιο συχνά στους ηλικιωμένους), ο βλεννογόνος ερεθίζεται έντονα και ο ρυθμός της έκκρισής του γίνεται πολύ γρήγορος. Μεγάλες ποσότητες νατρίου, καλίου και νερού αποβάλλονται από το παχύ έντερο στα διαρροϊκά κόπρανα προκαλώντας αφυδάτωση, μειωμένο όγκο αίματος και τελικά καταπληξία, ιδιαίτερα στους πολύ ηλικιωμένους. Κατά τη διάρροια, η κινητικότητα του εντερικού τοιχώματος συνήθως πολλαπλασιάζεται, ώστε οι μεγάλες ποσότητες του υγρού που μετακινούνται προς τον πρωκτό να πλύνουν το λοιμογόνο παράγοντα και έτσι να αντιμετωπίσουν τη λοίμωξη του εντερικού σωλήνα. Μια πιο ύπουλη επιπλοκή της χρόνιας διάρροιας, αν διατηρηθεί το ισοζύγιο υγρών, είναι η υποκαλιαιμία.

Ορισμένα είδη κολοβακτηριδίου, που προσβάλλουν ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους, προκαλούν διάρροιες γιατί παράγουν μια τοξίνη (σαν αυτή του δονακίου της χολέρας) που προκαλεί τα εξής φαινόμενα: Διεγείρει την αδενυλική κυκλάση, προκαλώντας σημαντική αύξηση στο ενδοκυτταρικό κυκλικό AMP αυξάνει την έκκριση Cl^- και διττανθρακικών ιόντων από τους εντερικούς αδένες και αναστέλλει τη λειτουργία του φορέα του Na^+ των επιθηλιακών κυττάρων του βλεννογόνου. Η επακόλουθη αύξηση ηλεκτρολυτών και νερού του περιεχομένου του εντέρου, προκαλεί τη διάρροια. Παρ' όλα αυτά η αντλία Na^+ και ο κοινός φορέας για τη γλυκόζη, για ορισμένα αμινοξέα και το Na^+ επηρεάζονται. Γι' αυτό, σε διάρροια χορηγούνται από το στόμα πολλά υγρά που περιέχουν NaCl γλυκόζη. Η παρουσία γλυκόζης στον εντερικό αυλό διευκολύνει την επαναρρόφηση Cl^- . Η απορρόφηση ιόντων νατρίου και χλωρίου δημιουργεί μια ωσμωτική κλίση μεταξύ των δύο πλευρών του βλεννογόνου του παχύ εντέρου, η οποία με τη σειρά της προκαλεί επαναρρόφηση νερού και έτσι αναπληρώνονται οι απώλειες από τη διάρροια.^{32,10}

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- 1 Εντερικές λοιμώξεις
- 2 Δηλητηριάσεις από μολυσμένα φαγητά
- 3 Ευερέθιστο έντερο
- 4 Σύνδρομο εκκολπωματίτιδας
- 5 Κακοήθεις επεξεργασίες
- 6 Συναισθηματικό Stress
- 7 Κοπρόσταση
- 8 Διάφορα φάρμακα^{33,19}

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Αύξηση της συχνότητας των κοπράνων
- Μπορεί να παρατηρηθούν κράμπες ή πυρετός
- Αιμορραγία
- Κακουχία
- Κοιλιακό άλγος
- Αύξηση της συχνότητας των ήχων του παχέως εντέρου.^{34,9}

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

- 1 Παρακολούθηση υγρών και ηλεκτρολυτών και διόρθωση των ελλειμάτων
- 2 Διακοπή φαρμάκων που θεωρούνται υπεύθυνα για τη διάρροια
- 3 Καλλιέργεια κοπράνων όταν υπάρχει υποψία μικροβιακού παράγοντα
- 4 Έλεγχος για κοπρόσταση
- 5 Αποφυγή αεριούχων ποτών
- 6 Χορήγηση ελαφράς δίαιτας
- 7 Αποφυγή στρεσογόνου αιτίας
- 8 Συνεργασία με τον γιατρό για την αντιμετώπιση ενδεχόμενων επιπλοκών, όπως απάθεια, κακουχία, καρδιακή ανεπάρκεια κ.α

4. ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Η δυσκοιλιότητα είναι από τα πιο σύνηθη προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι και ειδικότερα αυτοί της τρίτης ηλικίας. Ειδικότερα, ως δυσκοιλιότητα ορίστηκε η μειωμένη συχνότητα της εντερικής κινητικότητας η οποία συνοδεύεται με επιβράδυνση και δύσκολη έξοδο των κοπράνων. Συνήθως το άτομο αναφέρει αίσθημα ανεπαρκούς εκκενώσεως του εντέρου. Η λειτουργία του εντέρου ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Σε άλλον η δυσκοιλιότητα χαρακτηρίζεται διαταραχή της εντερικής λειτουργίας μεταβολή των σκληρών κοπράνων ή σκυβάλων, με συχνότητα μικρότερη από δύο φορές την εβδομάδα και για διάστημα τουλάχιστον 12 μηνών χωρίς να λαμβάνονται υπακτικά, ενώ το 25% των κενώσεων συνοδεύεται από δύσκολη αφόδευση ή αίσθημα ατελούς κενώσεως του εντέρου.

Η δυσκοιλιότητα παρατηρείται στο 1-2% του δυτικού πληθυσμού και στο 20-25% του ηλικιωμένου πληθυσμού με υπεροχή τις γυναίκες. Η μεγαλύτερη συχνότητα της δυσκοιλιότητας στους ηλικιωμένους αποδίδεται στις διαιτητικές τους συνήθειες.^{35,19}

ΑΙΤΙΑ

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν την ίδια ευαισθησία με τους νεώτερους, όσον αφορά την διέγερση των τασοϋποδοχέων του ορθού από τη διάστασή του με τα κόπρανα. Έχουν όμως πιο συχνά δυσκοιλιότητα, γιατί οι αιτίες που ενδεχομένως την προκαλούν είναι περισσότερες, με μεγαλύτερη ένταση και δρουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στους ηλικιωμένους απ' ό τι στους νεώτερους. Πάντως οι παράγοντες που προκαλούν δυσκοιλιότητα είναι ίδιοι και για τους νέους όπως:

- 1 Η καταστολή των φυσιολογικών αντανακλαστικών.
- 2 Η έλλειψη κινητικότητας .
- 3 Η έλλειψη κυτταρίνης στην τροφή.
- 4 Το άγχος.
- 5 Διάφορα φάρμακα, όπως αναλγητικά, ηρεμιστικά, αντιχολινεργικά.
- 6 Τυχόν υπερασβεσταιμία ή υποκαλσιαιμία.
- 7 Η κατάχρηση καθαρτικών. Ποσοστό 40-60% των ηλικιωμένων χρησιμοποιούν συχνά καθαρτικά, με αποτέλεσμα μετά από μια χρονική περίοδο να εξασθενούν τα αντανακλαστικά και το κόλον να γίνεται άτονο.
- 8 Η ανεπαρκής πρόσληψη υγρών.
- 9 Η αυξημένη απορρόφηση νερού από τον βλεννογόνο του παχύ εντέρου, λόγω παρατεταμένης παραμονής των κοπράνων σ' αυτό ή πιθανόν λόγω μεταβολών της λειτουργικότητας των μεμβρανών του επιθηλίου του (π.χ. από φλεγμονή).
- 10 Η ελάττωση της δύναμης συστολής των λείων μυών του εντέρου.
- 11 Κολίτιδες και νευρολογικές διαταραχές.

* Άτομα με κενώσεις 3-20 την εβδομάδα δεν θεωρούνται ότι έχουν δυσκοιλιότητα.^{36,10}

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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

- 1 Ενθάρρυνση του ηλικιωμένου για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.
- 2 Προτροπή για πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών.
- 3 Χορήγηση τροφών με υπόλειμμα.
- 4 Έλεγχος των χορηγούμενων φαρμάκων που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- 5 Διδασκαλία σχετική με τη κατάχρηση των υπακτικών.
- 6 Καθιέρωση προγράμματος ασκήσεων.
- 7 Διευθέτηση ψυχολογικών προβλημάτων.

Η εκτέλεση τακτικών ασκήσεων αποτελεί σημαντικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος. Όταν χρόνια προβλήματα, όπως νευρολογικές διαταραχές, γενικευμένη κακουχία, αρθροπάθειες κ.α., ακινητοποιούν τον ηλικιωμένο στο κρεβάτι τότε το πρόγραμμα τροποποιείται ανάλογα με την περίπτωση.

Με τη χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών καθίστανται τα κόπρανα μαλακά, γι' αυτό και συνίσταται η χορήγησή τους τόσο μεταξύ των γευμάτων όσο και κατά την κατάκλιση. Ο καφές το τσάϊ, οι χυμοί, και ειδικότερα ο χυμός του σταφυλιού, επειδή δρουν όπως τα διουρητικά καλό είναι να αποφεύγονται ή να περιορίζονται.

Η συμβολή των φυτικών ινών για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας είναι σημαντική. Οι φυτικές ίνες συγκρατούν νερό, τα κόπρανα μαλακώνουν, γίνονται βαρύτερα και διέρχονται από το έντερο με μεγαλύτερη ευκολία.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες εξετάζονται προσεκτικά. Η μείωση της κοινωνικής μονώσεως αποκαθίσταται με την κοινωνικοποίηση του ηλικιωμένου και τη συμμετοχή του σε θεραπευτική ομάδα. Επίσης διδάσκεται

ο ηλικιωμένος και οι συγγενείς πώς να αξιολογούν την κινητικότητα του εντέρου, ώστε να αποφεύγονται εσφαλμένα συμπεράσματα.

Όταν οι αναφερόμενες νοσηλευτικές παρεμβάσεις δεν οδηγούν σε θετικό αποτέλεσμα, τότε οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τον γιατρό για τη χορήγηση κατάλληλου υπακτικού φαρμάκου. Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία υπακτικών φαρμάκων και με διαφορετικό μηχανισμό δράσης το καθένα. Η γνώση της δράσεως του υπακτικού σε συνδυασμό και με τη γνώση του ιστορικού του ηλικιωμένου θα συμβάλλουν στην τελική επιλογή ανάλογου φαρμάκου για την περίπτωση, ώστε να αποφευχθούν οι παρενέργειες και οι επιπλοκές. Όταν για διάφορους λόγους δεν είναι δυνατή η χορήγηση καθαρτικού από το στόμα, τότε καταφεύγουμε στους καθαρτικούς υποκλυσμούς.^{37,19}

5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΘΡΕΨΗΣ

Η καλή διατροφή είναι εξαιρετικής σημασίας παράγοντας για τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα για εξασθενημένα, ανάπηρα, αβοήθητα ή και εξαρτημένα άτομα. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να προσλαμβάνουν καθημερινά ουσιώδη θρεπτικά συστατικά για να διατηρήσουν τη φυσική, την ψυχική και τη λειτουργική τους κατάσταση σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ακόμα η καλή διατροφή προάγει το αίσθημα ευεξίας και προλαμβάνει επιπλοκές που συνοδεύουν την ακινησία και την εξάρτηση. Επιπλέον η καλή διατροφή είναι σημαντικός παράγοντας μακροζωίας. Ωστόσο οι ανάγκες σε θρεπτικές ουσίες διαφοροποιούνται σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, τη σωματική διάπλαση και τη δραστηριότητα. Ειδικότερα η σωστή διατροφή στους ηλικιωμένους παίζει καθοριστικό ρόλο, επειδή με το πέρασμα του χρόνου συμβαίνουν σημαντικές μεταβολές όπως η μείωση του βάρους του σκελετού κατά 40%, μείωση της άλιπης μάζας, της λειτουργικής απόδοσης των συστημάτων και της φυσικής δραστηριότητας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η θρέψη του ηλικιωμένου μπορεί να επηρεαστεί από παθολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές αιτίες. Για παράδειγμα διάφορες παθολογικές καταστάσεις μπορεί να αλλάξουν τον μεταβολισμό, την απορρόφηση ή να προκαλέσουν υπερβολική απώλεια θρεπτικών στοιχείων. Ακόμα η διαιτητική πρόσληψη μπορεί να επιδεινωθεί από ψυχιατρικές διαταραχές, λειτουργικά προβλήματα ή από την έλλειψη ατόμων που προμηθεύουν και κατασκευάζουν το φαγητό στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος είναι εξαρτημένος.³⁸

ΔΙΑΙΤΑ ΓΗΡΑΤΟΣ

Οι γενικές συνήθειες διατροφής γίνονται πολύ σταθερές με την ηλικία, τυχόν δε αλλαγές στο διαιτολόγιο των ηλικιωμένων επέρχονται μόνο λόγω οικονομικών ή κοινωνικών πιέσεων και όσο το άτομο ζει ενεργό κοινωνική ζωή. Άτομα που ζουν μόνα έχουν συνήθως μονότονη, φθηνή και ιδιόρρυθμη διατροφή, που υστερεί σε πολλά στοιχεία. Η ολική ποσότητα τροφής συνήθως ελαττώνεται σιγά – σιγά μετά τα 60 έτη και τα φαγητά είναι μαλακά, ανούσια, χωρίς αλλαγές. Σ' αυτό συμβάλλουν παράγοντες όπως:

- Οικονομικοί.
- Η έλλειψη βοηθητικού προσωπικού.
- Διαταραχές όσφρησης & γεύσης.
- Αδυναμία καλής μασήσεως (τουλάχιστον τα 50% των ηλικιωμένων είναι νωδοί).
- Διαταραχές πέψης και ελάττωση σιέλου.
- Ατροφική γαστρίτιδα.
- Παγκρεατική και ηπατική δυσλειτουργία κ.λ.π

Αποτέλεσμα της ελάττωσης της ολικής θερμιδικής προσλήψεως είναι η προοδευτική ελάττωση του βάρους, ιδίως στις γυναίκες.

Στις βορειοευρωπαϊκές χώρες παρατηρούνται σημαντικά ελλείμματα βιταμινών C και D , ασβεστίου, σιδήρου και πρωτεϊνών, ιδίως στις γυναίκες μετά τα 70. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν στοιχεία, αλλά πρέπει να ισχύουν όλα αυτά, εκτός από την έλλειψη της βιταμίνης C. Μελέτη στο Γηροκομείο Αθηνών έδειξε ότι η μέση ημερήσια παρεχόμενη ποσότητα τροφής είναι περίπου 1600 θερμίδες από τις οποίες 850 από υδατάνθρακες, οι 500 από λίπη και 350 από λευκώματα. Για άτομα που ζουν μόνα στην κοινωνία ασφαλώς ισχύουν χαμηλότερα ποσά ολικών θερμίδων και θερμίδων από λεύκωμα.

Η ανεπάρκεια βιταμινών είναι συχνή κατά το γήρας: Της B1 στους αλκοολικούς, της B6 στους πελλαγρικούς, της B12 σε άτομα με ατροφική γαστρίτιδα ή μετά από γαστρεκτομή, του φυλλικού οξέος σε άτομα με λοιμώξεις ή σε όσους παίρνουν ειδικά φάρμακα, π.χ. λουμινάλη, νιτροφουραντοίνη κλπ. Ο σίδηρος τέλος είναι χαμηλός στο 50% περίπου των

νεοεισερχόμενων σε νοσοκομεία ασθενών μεγάλης ηλικίας και η διαπίστωση αυτή απαιτεί ενδελεχή έλεγχο για την πηγή της σιδηροπενίας (απώλεια αίματος). Επίσης το ασβέστιο αίματος είναι χαμηλό και η διάγνωση της οστεοπόρωσης με ακτινολογικές και άλλες ραδιοισοτοπικές μεθόδους γίνεται πολύ συχνά. Τα άτομα αυτά είναι πολύ επιρρεπή σε κατάγματα.³⁹

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

- Μακροχρόνιες συνήθειες διατροφής.
- Κακή κατάσταση δοντιών και ξένες οδοντοστοιχίες
- Ελαττωμένη ή διαφοροποιημένη ποσότητα σιέλου με αποτέλεσμα την πρόκληση δυσκολίας στη μάσηση.
- Έλλειψη γνώσεως σχετικά με το ποια τρόφιμα πρέπει να επιλέγονται, σ' ένα πλήρες διαιτολόγιο.
- Δυσκολία προμήθειας τροφίμων.
- Οικονομικά προβλήματα.
- Τρόπος παρασκευής της τροφής.
- Μειωμένη διάθεση για τροφή, που οφείλεται στη μείωση των γευστικών καλύκων και της αίσθησης της οσμής.
- Η μοναξιά, το άγχος, η ανία, η ανασφάλεια και η απάθεια.⁴⁰

ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

- 1 Αποκατάσταση τυχόν ελλειμμάτων της διατροφής (ιδίως σε λεύκωμα, σίδηρο, βιταμίνες). Η διάγνωση των ειδικών ελλειμμάτων γίνεται σήμερα εύκολο με βιοχημικές μεθόδους ρουτίνας. Προς τούτο πρέπει να υπερνικηθεί η αντιπάθεια των ηλικιωμένων για πρωτεϊνούχες τροφές, με την χορήγηση σκευασμάτων που είναι εύληπτα, σε μορφή σκόνης και αναμειγνύονται με το γιαούρτι.
- 2 Να μην είναι ερεθιστική σε άτομα με συχνά γαστρεντερικά προβλήματα δυσπεψίας, ταυτοχρόνως όμως να μην επιφέρει δυσκοιλιότητα. Προς τούτο, μικρές ποσότητες χόρτων και διαφόρων φρούτων (δαμάσκηνα, ακτινίδια) είναι χρήσιμες και βοηθητικές.
- 3 Συμπλήρωση της διατροφής με σκευάσματα ασβεστίου, ειδικά στις γυναίκες και σε ημικατάκοιτα άτομα. Ειδική θεραπεία οστεοπόρωσης (καλσιτονίνη, βιταμίνη Δ, ασβέστιο, αναβολικά, άσκηση) έχει σήμερα θεαματικά αποτελέσματα.
- 4 Πλούσια γεύματα σε κυτταρίνη, για τη διευκόλυνση της κένωσης του εντέρου.
- 5 Αποφυγή λιπαρών τροφών.
- 6 Το διαιτολόγιο του ηλικιωμένου δεν πρέπει να περιέχει σκληρές τροφές.
- 7 Η τροφή του ηλικιωμένου πρέπει να είναι καλά μαγειρεμένη.
- 8 Πολύ σημαντικό είναι να υπάρχει ποικιλία και να είναι γευστικό το διαιτολόγιο.
- 9 Τέλος, τα γεύματα πρέπει να είναι μικρά σε ποσότητα και συχνά σε αριθμό, καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας.^{41,39}

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Σύμφωνα με ορισμένες σύγχρονες απόψεις (Confort 1977) μόνο το 25% των μεταβολών που σχετίζονται με το γήρας αποδίδεται σε οργανικούς παράγοντες και χαρακτηρίζεται σα σωματικό γήρας. Το 75% θεωρείται αποτέλεσμα της επίδρασης του περιβάλλοντος και αποτελεί το καλούμενο κοινωνικό γήρας. Η μείωση των νοητικών λειτουργιών δεν αποτελεί ανυπέρβλητο κανόνα και δεν χαρακτηρίζει υποχρεωτικά το φυσιολογικό γήρας. Η πλειονότητα των υγιών ηλικιωμένων είναι ικανή να διατηρήσει ακέραιες τις νοητικές της λειτουργίες σε απόλυτα ικανοποιητικά επίπεδα, αρκεί να παρέχονται τα κατάλληλα ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα.

Το γήρας είναι μια περίοδος περιορισμών, αλλαγών τρόπου ζωής, ρόλων και δραστηριοτήτων. Η ψυχολογία του γήρατος αφορά κύρια την προσαρμογή του ατόμου σ' αυτό. Κατά τον Krapf τα βασικά χαρακτηριστικά του γήρατος είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος, το άκαμπτο των αποκτημένων συνηθειών και η αίσθηση της μη ύπαρξης μέλλοντος που είναι και υπεύθυνη του γεροντικού χαρακτήρα, των γεροντικών τάσεων για μεμψιμοιρία και η μελαγχολία. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από την επίδραση εξωτερικών ψυχοκοινωνικών παραγόντων εκ των οποίων οι σημαντικότεροι θεωρούνται : Η μείωση της ηθικής αξίας του ηλικιωμένου στην κοινωνία και η απωθητική θέση που η κοινωνία παίρνει απέναντι σ' αυτούς.

Οι ηλικιωμένοι καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σειρά σημαντικών μεταβολών στον τρόπο ζωής τους. Η συνταξιοδότηση θεωρείται μια από τις σημαντικότερες. Η απομάκρυνση από την εργασία πολλές φορές δημιουργεί το αίσθημα του μη παραγωγικού μέλους της ομάδας – του βάρους στην οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο. Αντίθετα, σε άλλα άτομα, η συνταξιοδότηση γίνεται δεκτή με ανακούφιση δίνοντας τη δυνατότητα του ελεύθερου χρόνου για ευχάριστες δραστηριότητες. Η κατάσταση των ηλικιωμένων ποικίλλει ανάλογα με το φύλο και την τάξη. Στην εργατική τάξη οι

ηλικιωμένες γυναίκες παίζουν ένα σημαντικό συμβουλευτικό ρόλο στην ανάπτυξη των εγγονών. Η μεσαία τάξη έχει πιο πολλές δυνατότητες να αποσυρθεί από την εργασία και περισσότερες ευκαιρίες και ενδιαφέροντα για να ασχοληθεί.

Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, αλλά και οικολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και τη μακροζωία των ατόμων. Οι ηλικιωμένοι που ζουν σε βιομηχανικές κοινωνίες παρουσιάζουν αυξημένη επικράτηση χρόνιων παθήσεων, που αυξάνουν με την ηλικία και που μπορεί να αποτελέσουν ένα σημαντικό παράγοντα της διακοπής των ενδιαφερόντων τους. Τα άτομα υψηλής κοινωνικο – οικονομικής κατάστασης παρουσιάζουν χαμηλότερο δείκτη θνησιμότητας και εκτίθενται λιγότερο σε γνωστούς επικίνδυνους παράγοντες για την υγεία από ότι τα άτομα χαμηλής κοινωνικο – οικονομικής κατάστασης.

Με τη διάλυση της πρωτογενούς οικογένειας, την απώλεια του γονεϊκού ρόλου επιτείνεται το αίσθημα της μείωσης της κοινωνικής εκτίμησης και του γοήτρου. Ο θάνατος δε προσφιλών πρόσωπο, συζύγου, φίλων, για πολλούς ερευνητές, θεωρείται ότι αποτελεί την πλέον σημαντική απώλεια. Όταν η χηρεία συνοδεύεται και από οικονομικές δυσκολίες, πιθανόν να προκληθεί επιδείνωση της ψυχικής υγείας.

Η εναλλαγή των κοινωνικών δομών και των αξιών, οι γρήγορες τεχνολογικές μεταβολές επιτείνουν το αίσθημα της μοναξιάς και της αποξένωσης.

Εάν στις ήδη αναφερόμενες απώλειες προσθέσουμε και τις μεταβολές της σωματικής υγείας, την αλλαγή της εμφάνισης, την ελάττωση των αισθήσεων, την μείωση της ερωτικής ζωής, τότε μπορούμε να αντιληφθούμε τις δυσκολίες προσαρμογής που αντιμετωπίζουν τα άτομα στο γήρας.

Η προσαρμογή του ατόμου στο γήρας, η στάση που υιοθετεί, καθορίζεται από την προηγούμενη ζωή του, από τη σωματική του υγεία, την επίλυση των συναισθηματικών συγκρούσεων, την επίτευξη των στόχων και προσδοκιών, την καλή ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή.⁴²

1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Είναι η συχνότερη ψυχιατρική διαταραχή στο γήρας, δηλαδή σε μια περίοδο της ζωής που χαρακτηρίζεται από γεγονότα όπως η απώλεια αγαπημένων προσώπων και η αλλαγή επαγγελματικών και κοινωνικών ρόλων.

Πρόκειται για ένα νόσημα με υψηλή νοσηρότητα, θνησιμότητα και υψηλό κόστος σε υπηρεσίες υγείας, ταυτόχρονα όμως μπορεί να αντιμετωπισθεί πολύ ικανοποιητικά με την κατάλληλη αγωγή.

Ιδιαίτερα για όσους ασχολούνται με την γηριατρική ή την ψυχιατρική νοσηλευτική η κατάθλιψη των ηλικιωμένων αποτελεί μια επιστημονική πρόκληση. Η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα σε συνδυασμό με τις προσπάθειες των άλλων μελών της ομάδας υγείας μπορεί να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα στην κατάσταση του ασθενούς και να βελτιώσει αισθητά την ποιότητα της ζωής του.⁴³

ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, αποτέλεσμα δηλαδή μιας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής.

A. Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών:

1 **Μείζων κατάθλιψη:**όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD – 10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Συγκεκριμένα απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για δύο τουλάχιστον εβδομάδες.

- Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)
- Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
- Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση)
- Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία) και
- Κοινωνική απόσυρση

2 **Δυσθυμία:** χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες.

3 **Άτυπες μορφές:** παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και **συγκαλυμμένη κατάθλιψη (masked depression)**, γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονούνται αυτοί οι ασθενείς είναι κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη

ενεργητικότητα. Γενικά στην κλινική εικόνα κυριαρχούν δύο μορφές σωματοποίησης, η υποχονδρίαση και οι αντιδράσεις μετατροπής. Η δευτερογενής υποχονδρίαση που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από την πρωτογενή υποχονδρίαση, η οποία εμφανίζεται ως επί των πλείστον πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρίαση που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δε θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και ειδικά κατάθλιψης. Να σημειωθεί ότι η υποχονδρίαση στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας. Συμπτώματα από αντιδράσεις μετατροπής που εμφανίζονται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία επίσης θα πρέπει να θεωρούνται ότι καλύπτουν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές, όπως προαναφέρθηκε. Κύρια συμπτώματα σ' αυτή την περίπτωση είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη, με αποτέλεσμα της κλινικής εικόνας της **ψευδοάνοιας**. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental status examinations) ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά συνήθως «δεν ξέρω» δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείματά του. Ας σημειωθεί εδώ ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σ' αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο.

B. Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι δύο μορφών:

- 1 Οργανική κατάθλιψη:** είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μιας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson & Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλασμάτα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.α. Επίσης ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη είναι τα αντιυπερτασικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή.
- 2 Καταθλιπτικές αντιδράσεις:** ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων: η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια κοινωνικής θέσης, εισοδήματος κ.λ.π. μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ο νοσηλευτής που φροντίζει έναν καταθλιπτικό ηλικιωμένο ασθενή, φροντίζει ταυτόχρονα και τα οργανικά και τα συναισθηματικά προβλήματα που συνδέονται με αυτή τη φάση της ζωής του. Για αυτό φροντίζει πρώτα από όλα για την διατήρηση της υγείας ή και την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης του γηριατρικού ασθενούς με την καλλιέργεια θετικών συναισθημάτων στον ασθενή, την εκπαίδευση και την ενθάρρυνση απόκτησης υγιεινών έξων, την έγκαιρη διάγνωση οργανικών και ψυχολογικών προβλημάτων, την συμβουλευτική και την κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα.

Η φροντίδα του ηλικιωμένου με κατάθλιψη, απαιτεί εξαιρετική προσοχή για τον εντοπισμό φυσικών σημείων ή την επισήμανση επιβαρυσμένου ιστορικού που μπορεί να αποτελούν την αιτία της κατάθλιψης. Η ίδια προσοχή απαιτείται και κατά τη θεραπεία του ασθενούς, ο οποίος θα πρέπει να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του, αλλά ταυτόχρονα να επιτηρείται προσεκτικά για το φόβο εκδήλωσης αυτοκτονικών τάσεων.

Ο νοσηλευτής πρέπει να έχει υπόψη του ότι υπάρχουν παράγοντες, που μεταβάλλουν την ανταπόκριση των ηλικιωμένων στη φαρμακοθεραπεία, και επίσης θα πρέπει να επανεκτιμά συνεχώς όχι μόνο τα οργανικά και τα ψυχολογικά προβλήματα αλλά και τα κοινωνικο-οικονομικά.

Η νοσηλευτική διεργασία πρέπει να είναι εξατομικευμένη, να λαμβάνει υπόψη την κατάσταση του ασθενούς, να θέτει πραγματοποιήσιμους στόχους και να γίνεται και με την ενεργό συμμετοχή του ασθενή.

Παρά τη σπουδαιότητα της νόσου όμως και την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που απαιτεί, γεγονός είναι πως δεν υπάρχουν επίσημα πρωτόκολλα νοσηλευτικής φροντίδας και εκτίμησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αναγκαίο να μπορεί να εργάζεται με ασθενείς με προβλήματα από έντονη φυσική εξάρτηση ως έντονο αυτοκτονικό ιδεασμό, και οι νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινότητα με την ειδικότητα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας (Community psychiatric nurses CPN' S), παρέχουν εξίσου υποστήριξη και θεραπεία.

Η νοσηλευτική διάγνωση της νόσου (Nursing diagnosis), οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Nursing interventions), τόσο κατά τη φαρμακοθεραπεία όσο και κατά την ψυχοθεραπεία με την δημιουργία θεραπευτικής σχέσης ασθενούς – νοσηλευτή, η επανεκτίμηση (Nursing reassessment) της προσφερθείσας νοσηλευτικής φροντίδας, όλα αναγκαία στοιχεία της νοσηλευτικής διεργασίας (Nursing process) είναι σπουδαία συστατικά τη ορθής νοσηλευτικής φροντίδας (Nursing care) του ηλικιωμένου ασθενή με κατάθλιψη.

Η επιτυχία στη διάγνωση και την αντιμετώπιση της νόσου, και κατά συνέπεια και η επιτυχία στην βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς, και η αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του δε μπορεί παρά να είναι έργο μιας ομάδας υγείας, που εκτός του γιατρού και του ψυχιατρικού ή γηριατρικού νοσηλευτή περιλαμβάνει και τον κοινωνικό λειτουργό, τον εργασιοθεραπευτή τον φυσιοθεραπευτή και τον κλινικό ψυχολόγο. Ταυτόχρονα είναι χρήσιμη και διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες γηριατρικής ή ψυχιατρικής φροντίδας αλλά και με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Περισσότερα αποτελέσματα μπορούν να φέρουν στο μέλλον η εκπαίδευση και η έρευνα στους παραπάνω τομείς, ώστε να πάψει να θεωρείται στο μέλλον η κατάθλιψη σαν κάτι φυσιολογικό στο γήρας από πολλούς.⁴⁴

2. Η ΜΟΝΑΞΙΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

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

Η μοναξιά ορισμένες φορές συμβάλλει στην ανάπτυξη άγχους, και άλλοτε προδιαθέτει σε κατάθλιψη.⁴⁵

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά το 34% των ηλικιωμένων δήλωσε ότι το χειρότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν ήταν η μοναξιά. Αλλά και στην Ευρώπη και τη Βόρειο Αμερική οι έρευνες έδειξαν ότι η μοναξιά είναι πρόβλημα που αντιμετωπίζεται από το 24% των ηλικιωμένων γυναικών και το 12% είχαν σοβαρά επηρεαστεί από τη μοναξιά. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι χήροι, με επικράτηση τις γυναίκες, είναι περισσότερο επιρρεπείς στη μοναξιά. Η μοναξιά καθιστά το άτομο επιρρεπές προς τη νόσο και η νόσος το οδηγεί προς τη μοναξιά.

Τα κλινικά ευρήματα παρουσιάζουν το πρόβλημα της μοναξιάς να επηρεάζει τους ηλικιωμένους ανεξάρτητα από το φύλο, ενώ επιβεβαιώνουν τη σχέση της μοναξιάς με πολλά ψυχιατρικά προβλήματα, όπως άγχος, ψύχωση, κατάθλιψη, αυτοκτονίες, περιλαμβανομένου και του αλκοολισμού.

Οι μελετητές της μοναξιάς συμφωνούν σε τρία βασικά σημεία:

- Στην αδυναμία του ατόμου να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις.
- Στην υποκείμενη αντίληψη ότι πολύ συχνά σχετίζεται με κοινωνική απομόνωση.
- Στη δημιουργία δυσάρεστων συναισθημάτων.

Η μοναξιά είναι συχνότερο φαινόμενο σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν στα ιδρύματα, σε απομακρυσμένες περιοχές με ανεπαρκή μέσα συγκοινωνίας, σε πολυθόρυβες πόλεις όπου επικρατούν το απρόσωπο και η αδιαφορία. Επιπλέον ο χρόνιος πόνος που προκαλείται από διάφορες καταστάσεις, ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου, δημιουργεί έντονο αίσθημα απομονώσεως από τους άλλους, μοναξιάς ή εγκαταλείψεως.

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΜΟΝΑΞΙΑ

Οι ερευνητές στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν το φαινόμενο της μοναξιάς, το διερεύνησαν ως προς τους παράγοντες και τις αιτίες που το επηρεάζουν ή το προκαλούν. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν συσχετισμούς με δημογραφικές, πολιτισμικές, κοινωνικο – οικονομικές και ψυχολογικές μεταβλητές, καθώς και με ποικίλα προβλήματα υγείας.

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που οδηγούν το άτομο στην μοναξιά και την απομόνωση είναι, και σε αυτήν τη περίπτωση, ο θάνατος προσφίλων προσώπων, όπως συζύγου, αδελφού, παιδιών και φίλων. Για τους ηλικιωμένους η απώλεια φίλων και γνωστών είναι πραγματικότητα, ενώ το πένθος και η βαθιά αίσθηση της απώλειας είναι αναπόφευκτα. Τελικά η μοναξιά και η κατάθλιψη που συνοδεύουν το πένθος είναι αποτέλεσμα του κενού και της απελπισίας που νιώθουν οι ηλικιωμένοι. Αυτό είναι και το βασικό μέτρο εκτιμήσεως του μεγέθους της μοναξιάς και του άγχους που παρατηρείται στην εποχή μας. Η απομάκρυνση του ανθρώπου από το περιβάλλον του είναι επίσης ένας άλλος παράγοντας που τον κάνει άθελα να επικοινωνεί μόνο με αλληλογραφία ή με λίγες τηλεφωνικές συνδιαλέξεις. Και οι δυο αυτοί παράγοντες συνεισφέρουν στη μοναξιά, γιατί δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τη χαρά που νιώθει ο ηλικιωμένος όταν επικοινωνεί προσωπικά με τα αγαπημένα του πρόσωπα και απολαμβάνει τη ζεστασιά της παρουσίας τους, την αγάπη και τη στοργή τους που εκδηλώνονται με πολλούς άλλους τρόπους σημαντικούς μη λεκτικούς τύπους επικοινωνίας.

Ο Moustakas, αναφερόμενος στη μοναξιά των ηλικιωμένων, παρατηρεί ότι οι ηλικιωμένοι επηρεάζονται ιδιαίτερα από τις κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές, όπως τον αποχωρισμό από τα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος, την αλλοτρίωση και τον αυτοματισμό της σύγχρονης εποχής μας. Και προσθέτει «σήμερα δεν υπάρχει μέρος για τους ηλικιωμένους μας. Η αίσθηση οργανικής συνθέσεως με τα υπάρχοντά τους ελαττώθηκε, ενώ ο σεβασμός στην υπόληψη, τη σοφία και το ταλέντο τους τείνει να εξαφανιστεί. Οι ηλικιωμένοι μας αισθάνονται ότι είναι άχρηστοι και η εμπειρία της ζωής τους ανωφελής. Ο ίδιος συγγραφέας παρομοιάζει την προχωρημένη ηλικία σαν γόνιμη γη για την ανάπτυξη της μοναξιάς. Ακόμα ο φόβος μήπως

εγκαταλειφθούν στην τελική φάση της ζωής τους ζυγίζει περισσότερο από το φόβο του θανάτου.

Σε πολλές έρευνες αναφέρονται ως παράγοντες που συντελούν στη μοναξιά η μειωμένη θρησκευτικότητα, οι αλλαγές στις στάσεις και τις προσδοκίες των ανθρώπων, οι αλλαγές στις παραδοσιακές αξίες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απώλεια της αυτονομίας. Επίσης το μικρό μέγεθος της οικογένειας, η αύξηση των διαζευγμένων ζευγαριών και των εξώγαμων παιδιών, σε συνδυασμό με τον περιορισμένο χώρο του σπιτιού και την ανάγκη να εργάζεται η γυναίκα, κάνουν ανέφικτη τη συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους.

Τα κυριότερα προβλήματα που παρουσίασαν ισχυρή συσχέτιση με τη μοναξιά είναι η νεύρωση, η πολυφαρμακεία, η υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, η κατάχρηση αλκοόλης, η μείωση του επιπέδου ανασοσφαιρίνης, η σχιζοφρένεια και η αυξημένη θνησιμότητα. Ασθενέστερη συσχέτιση με τη μοναξιά παρουσίασαν: η απώλεια βάρους, η μείωση όρασης και ακοή, η αδυναμία ελέγχου σφυγκτήρων εντέρων και κύστεως.

Πίνακας	
Ποσοστό ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους	
Χώρα	%
ΒΕΛΓΙΟ	31,9
ΔΑΝΙΑ	38,3
ΓΑΛΛΙΑ	32,6
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	38,9
ΕΛΛΑΔΑ	14,7
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	20,1
ΙΤΑΛΙΑ	25,0
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	22,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	17,7
ΙΣΠΑΝΙΑ	14,1
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	30,3

Πηγή: Crosby (1996)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Με βάση τα ευρήματα της έρευνας η νοσηλευτική αξιολόγηση στρέφεται προς τις ακόλουθες περιοχές:

- Την αναγνώριση του τύπου της μοναξιάς
- Τη συχνότητα με την οποία εμφανίζεται
- Τη διερεύνηση των παραγόντων και των ποικίλλων προβλημάτων που την επηρεάζουν ή την προκαλούν και
- Την εντόπιση των πηγών που θα βοηθήσουν το άτομο να ξεπεράσει τη μοναξιά.

Με την πάροδο του χρόνου οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν χαρακτηριστική συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές που γνωρίζουν τη φυσιολογική διεργασία του γήρατος παρεμβαίνουν με κατάλληλες τεχνικές, που αποβλέπουν στην ανάπτυξη φιλικής σχέσεως η οποία βοηθάει τον ηλικιωμένο να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματά του. Η θεώρηση του παρελθόντος είναι διεργασία της σκέψεως κατά την οποία ο άνθρωπος αναπολεί. Η διεργασία αυτή είναι γενική στους ηλικιωμένους καθώς αντιμετωπίζουν τον επερχόμενο θάνατο. Ακόμα τους διευκολύνει να θυμηθούν το παρελθόν και τους οδηγεί σε προσωπική ολοκλήρωση, αφού αναβιώνουν συνειδησιακά τις κρίσεις της ζωής τους που δεν είχαν διέξοδο.

Οι νοσηλευτές που γνωρίζουν την ευεργετική επίδραση αυτής της διεργασίας δίνουν αρκετό χρόνο στους ηλικιωμένους να περιγράψουν γεγονότα, μέρη και άτομα που συνέβαλλαν στην αλλαγή της ζωής τους και της έδωσαν πραγματικό νόημα. Ενισχύουν τον ηλικιωμένο να δημιουργήσει φιλικές σχέσεις με άτομα που θα τον προστατεύσουν από τη μοναξιά. Αναπτύσσουν ένα απλό πρόγραμμα δραστηριοτήτων, το οποίο θα μειώσει την έκκλιση εκείνων των παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση της μοναξιάς. Υποστηρίζουν τον ηλικιωμένο όταν πιέζεται από το βάρος του πένθους και της λύπης και τον βοηθούν να απαλλαγεί από την τάση της μοναξιάς, της απελπισίας, της δειλίας, και της μειονεξίας, προωθώντας την ιδέα της αυτοαξίας και αυτοπραγμάτωσης. Οι προσωπικές κλινικές

παρατηρήσεις πολλές φορές, δείχνουν πολλούς τρόπους προσέγγισης του ηλικιωμένου. Για παράδειγμα, η εγγύτητα είναι σπουδαίο μέσον, οι νοσηλευτές πρέπει να κάθονται πλησίον του ηλικιωμένου, να αποσπούν την προσοχή του από τις απαισιόδοξες σκέψεις, διαβάζοντας κάτι ευχάριστο και ελπιδοφόρο, προσφέροντάς του λίγα άνθη, ή ικανοποιώντας την επιθυμία του με το φαγητό της αρεσκείας του. Όταν όλα αυτά γίνονται με αξιοπρέπεια, με στοργή και αγάπη είναι δυνατόν να ανακουφίσουν τον ηλικιωμένο από την πίεση που του προκαλεί η μοναξιά.

Για να είναι όμως αποτελεσματική αυτή η βοήθεια οι νοσηλευτές πρέπει πρώτα να είναι ενήμεροι των δικών τους συναισθημάτων μοναξιάς. Κι αυτό γιατί όταν οι ίδιοι δοκιμάζουν αισθήματα μοναξιάς αναζητώντας την ταυτότητά τους μεταβιβάζουν αρνητικά μηνύματα στους ηλικιωμένους που κατέχονται από αμοιβαία αισθήματα. Η ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών – ηλικιωμένων μπορεί να καλύψει το κενό, πριν προλάβει η μοναξιά να εγκατασταθεί και ορισμένες φορές να εξελιχθεί σε ψυχική διαταραχή και μάλιστα μη αναστρέψιμη.^{46,12}

12

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΑΤΟΜΩΝ Γ' ΗΛΙΚΙΑΣ

Οι υπερήλικες όπως όλοι οι άνθρωποι, θέλουν να είναι μέλη ομάδας με δραστηριότητες και σκοπούς. Θέλουν να μπορούν να είναι χρήσιμα μέλη της κοινωνίας, γιατί υστερούν, βέβαια, σε πρωτοβουλία, ζωτικότητα και ταχύτητα, αλλά υπερτερούν σε σύνεση, πείρα και γνώση. Η ζωή τους έχει διδάξει πολλά και έχουν σωστές απόψεις για πολλά ζητήματα που ασχολήθηκαν στο παρελθόν.

Με τις δυνατότητες αυτές που διαθέτουν θέλουν να συνεχίσουν την κοινωνική τους ζωή. Γι' αυτό πρέπει να δοθούν ευκαιρίες κατάλληλες για τον καθένα ξεχωριστά. Έτσι δημιουργείται ευχάριστη ατμόσφαιρα και διατηρείται το ενδιαφέρον τους για τη ζωή.

Για την διατήρηση της κοινωνικής ζωής και των δραστηριοτήτων των υπερηλίκων, βοηθάει πολύ η στενή επικοινωνία με τους συγγενείς τους.

ΑΙΤΙΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

1. Οικογενειακές δυσχέρειες	27%
2. Σωματικές αναπηρίες	21%
3. Μοναξιά	15%
4. Νευρολογικές διαταραχές	14%
5. Οικονομικές δυσχέρειες	11%

Ανεξάρτητα από την αιτία που οδήγησε τον ηλικιωμένο στο Ίδρυμα, είναι γεγονός ότι η προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον είναι δύσκολη.

Χρειάζεται αφ' ενός το προσωπικό να δημιουργήσει ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και αφ' ετέρου οι κτιριακές εγκαταστάσεις να είναι κατάλληλες.

Για τον υπερήλικα που δεν έχει συγγενείς, το ίδρυμα αποτελεί καταφύγιο. Και μόνο η σκέψη ότι κάποιος είναι κοντά του να του προσφέρει βοήθεια όταν κάτι συμβεί είναι σημαντική και τον απαλλάσσει από το καθημερινό άγχος και από το συναίσθημα της ανασφάλειας.^{47,40}

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Ο ηλικιωμένος βέβαια μπορεί να χρησιμοποιήσει όλες τις υπηρεσίες που διαθέτει η κάθε μια κοινότητα για όλα τα μέλη της όπως: Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων κ.λ.π. Όμως υπάρχουν στις οργανωμένες κοινότητες και υπηρεσίες που εξυπηρετούν ειδικά τα άτομα τρίτης ηλικίας. Οι υπηρεσίες αυτές είναι:

1. **Τα νοσοκομεία ημέρας.** Είναι συγκροτήματα, τα οποία φιλοξενούν τα ηλικιωμένα άτομα κατά την διάρκεια της ημέρας προσφέροντάς τους παραμονή, διατροφή, ασφάλεια και απαραίτητη νοσηλεία. Οι ηλικιωμένοι έρχονται το πρωί με ειδικά λεωφορεία και επιστρέφουν το απόγευμα στο σπίτι τους.

Τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν τα νοσοκομεία ημέρας στους ηλικιωμένους είναι πολλά:

- Προσφέρουν στα άτομα ασφάλεια, αφού τα μέλη της οικογένειας τους συνήθως απουσιάζουν κατά την διάρκεια της ημέρας.
- Εξασφαλίζουν το απαραίτητο φαγητό.
- Τους δίδεται ευκαιρία για επικοινωνία με άλλα άτομα της ηλικίας τους.
- Μπορούν να έχουν την νοσηλεία και φροντίδα που χρειάζονται (ειδικές νοσηλείες, φυσιοθεραπεία)
- Ελευθερώνονται κρεβάτια στα Γενικά Νοσοκομεία για αρρώστους με οξεία προβλήματα.

Τα νοσοκομεία ημέρας είναι στελεχωμένα με γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Ο θεσμός αυτός, όπου εφαρμόστηκε σωστά, έχει πολύ ευεργετικά αποτελέσματα. Μια τέτοια προσπάθεια έγινε στη χώρα μας με τα ΚΑΠΗ αλλά ο εξοπλισμός και η λειτουργία τους σε πολλά σημεία μειονεκτεί.

2. **Βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι.** Οργανωμένη υπηρεσία βοήθειας των ηλικιωμένων στο σπίτι. Άτομα που παρακολουθούν σύντομη βασική εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής διατροφής, κατοικίας, περιβάλλοντος κλπ. Τα οποία τοποθετούνται ως οικιακοί βοηθοί, όπου η παρουσία τους κρίνεται από τον Κοινοτικό Νοσηλευτή απαραίτητη. Ανάλογα με τις δυνατότητες και τα προβλήματα υγείας του ηλικιωμένου ατόμου διατίθεται οικιακός βοηθός για όλες τις απαραίτητες καθημερινές εργασίες όπως: ψώνια, ετοιμασία φαγητού, καθαριότητα του σπιτιού, βοήθεια του ατόμου για ατομική καθαριότητα κλπ. Η ομάδα αυτή των ατόμων μπορεί να ανήκει οργανικά στο κέντρο υγείας της περιοχής ή να είναι ανεξάρτητη υπηρεσία συνεργαζόμενη με το κέντρο υγείας και την νοσηλευτική υπηρεσία ιδιαίτερα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής που θα επισκεφθεί τον ηλικιωμένο στο σπίτι, μετά από προσεκτική αξιολόγηση των αναγκών της υγείας του, θα καθορίσει πόσο συχνά χρειάζεται βοήθεια και ποία ακριβώς βοήθεια χρειάζεται. Η υπηρεσία βοήθειας στο σπίτι λειτουργεί πάντοτε κάτω από την επίβλεψη του κοινοτικού νοσηλευτή.
3. **Γεύμα στο σπίτι.** Υπηρεσίες οργανωμένες από το κράτος ή ιδιωτικούς φιλανθρωπικούς οργανισμούς που προσφέρουν ένα ζεστό γεύμα στον ηλικιωμένο, συνήθως το μεσημέρι. Θεσμός ευρύτατα διαδεδομένος σε πολλές χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα στην Αγγλία. (Meals on wheels). Στη χώρα μας λειτουργεί μόνο σε φιλανθρωπική μορφή από την εκκλησία για τους πτωχούς ηλικιωμένους κάθε ενορίας, τα γνωστά «σπίτια γαλήνης».
4. **Ιατρεία ηλικιωμένων.** Ειδικά ιατρεία που λειτουργούν μόνο για ηλικιωμένους σαν εξωτερικά ιατρεία γενικών νοσοκομείων ή και ιατρεία σε κέντρα υγείας. Στα ιατρεία αυτά προσέρχονται οι ηλικιωμένοι που είναι σχετικά υγιείς και μπορούν να μετακινούνται με σκοπό να παρακολουθούνται και ελέγχεται η κατάσταση της υγείας τους κατά διαστήματα και τους δίδονται οδηγίες για διατήρηση της υγείας και πρόληψη επιπλοκών και προβλημάτων. Η αγωγή υγείας αποτελεί βασικό μέλημα των ιατρείων αυτών, τα οποία απαραίτητα στελεχώνονται από γιατρό και νοσηλευτή.

5. **Νοσηλευτικά Κέντρα Μακροχρόνιας Θεραπείας.** Όταν ο ηλικιωμένος δεν παρουσιάζει καμιά δυνατότητα οργανικής και διανοητικής βελτίωσης μετά από συστηματική βοήθεια και χρησιμοποίηση όλων των άλλων διαθέσιμων πηγών της κοινότητας, τότε αναγκαστικά εισάγεται σε κέντρα μακροχρόνιας θεραπείας. Τα κέντρα αυτά είναι νοσοκομεία, τα οποία στην ουσία αποτελούν τον μόνιμο τόπο κατοικίας του αρρώστου. Εάν ένα άτομο χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα για 24 ώρες το 24ωρο και δεν έχει κάποιο συγγενικό άτομο που να μπορεί να την αναλάβει, φυσικά η φροντίδα του ηλικιωμένου στο σπίτι δε μπορεί να συνεχιστεί. Η μεταφορά του ατόμου στα Κέντρα μακροχρόνιας θεραπείας μπορεί να γίνει απευθείας από το νοσοκομείο που νοσηλεύεται ή και από το σπίτι του, με παραπομπή και φροντίδα της υγειονομικής ομάδος του κέντρου υγείας που τον νοσήλευε στο σπίτι.

Συμπερασματικά, ο νοσηλευτής στην φροντίδα του ηλικιωμένου με βάση τις επιστημονικές του γνώσεις, την επιδέξια επικοινωνία και την προσεκτική παρατήρηση, διαπιστώνει τις διαφορές οργανικές, ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές ανάγκες του ηλικιωμένου, αναλαμβάνει και προγραμματίζει να ικανοποιήσει όσες εμπίπτουν στη δική του αρμοδιότητα και μεταφέρει στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες, όσες ανάγκες χρειάζεται να αντιμετωπιστούν από άλλους επιστήμονες. Αποτελεί έτσι τον συνδετικό κρίκο του ηλικιωμένου με τους άλλους επιστήμονες υγείας και την οικογένεια και συντονίζει την φροντίδα του, συντονισμός ιδιαίτερα αναγκαίος για τον ηλικιωμένο, με την ποικιλία και την πολυπλοκότητα των αναγκών που παρουσιάζει. Ο νοσηλευτής για να μπορέσει να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ηλικιωμένο, πρέπει να είναι γνώστης τόσο της ψυχολογίας όσο και των ποικίλων προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίσει ο ίδιος και η οικογένειά του. Πάνω απ' όλα όμως ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει την τέχνη της αγάπης, της ανοχής και της υπομονής, στοιχεία απαραίτητα για να γίνει προσφορά του στην ομάδα αυτή του πληθυσμού ανθρώπινη και ουσιαστική.⁴⁸

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το πρόβλημα της τρίτης ηλικίας είναι διεθνές. Οι προσπάθειες που καταβάλλονται αποβλέπουν σε δύο κυρίως σημεία;

- I. Στην παρεμπόδιση της εμφάνισης του πρώιμου γήρατος και των γεροντικών νόσων.
- II. Στη διατήρηση σε καλή κατάσταση των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού, ώστε να διατηρηθεί η ζωτικότητα, ιδιαίτερα της προγεροντικής περιόδου και να παραταθεί κατά την γεροντική ηλικία.

Για την επίλυση του προβλήματος της τρίτης ηλικίας πρέπει να ληφθούν τα παρακάτω μέτρα:

- Να εφαρμοσθούν όσον το δυνατόν έγκαιρα τα διάφορα προληπτικά μέτρα, για να επιτευχθούν ασφαλέστερα και ευκολότερα τα επιδιωκόμενα ευνοϊκά αποτελέσματα.
- Να ληφθεί υπόψη ότι η διατήρηση της υγείας, καθώς και η παράταση της ζωής είναι κατορθωτή στις περισσότερες των περιπτώσεων.
- Να γίνει διαφώτιση του λαού για να καταστεί συνείδηση κάθε ατόμου ή ανάγκη της εφαρμογής των προφυλακτικών μέτρων κατά του γήρατος.

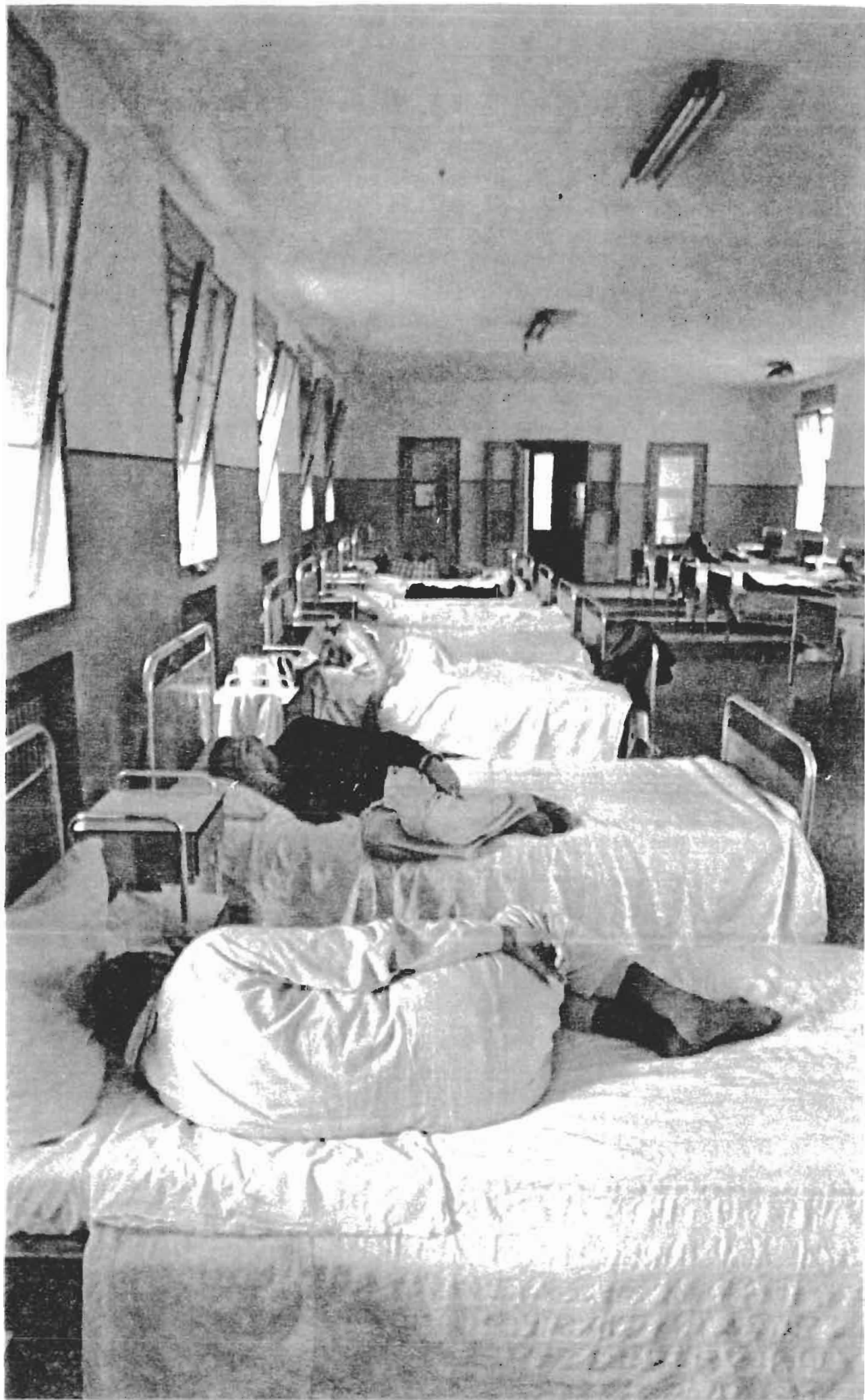
Επίσης πρέπει να τονισθεί ότι η περιθάλψη των ηλικιωμένων δεν είναι θέμα ελεημοσύνης, αλλά θέμα δικαιώματος. Οι ηλικιωμένοι με κάθε τρόπο πρέπει να μείνουν ενεργά μέλη της κοινωνίας.

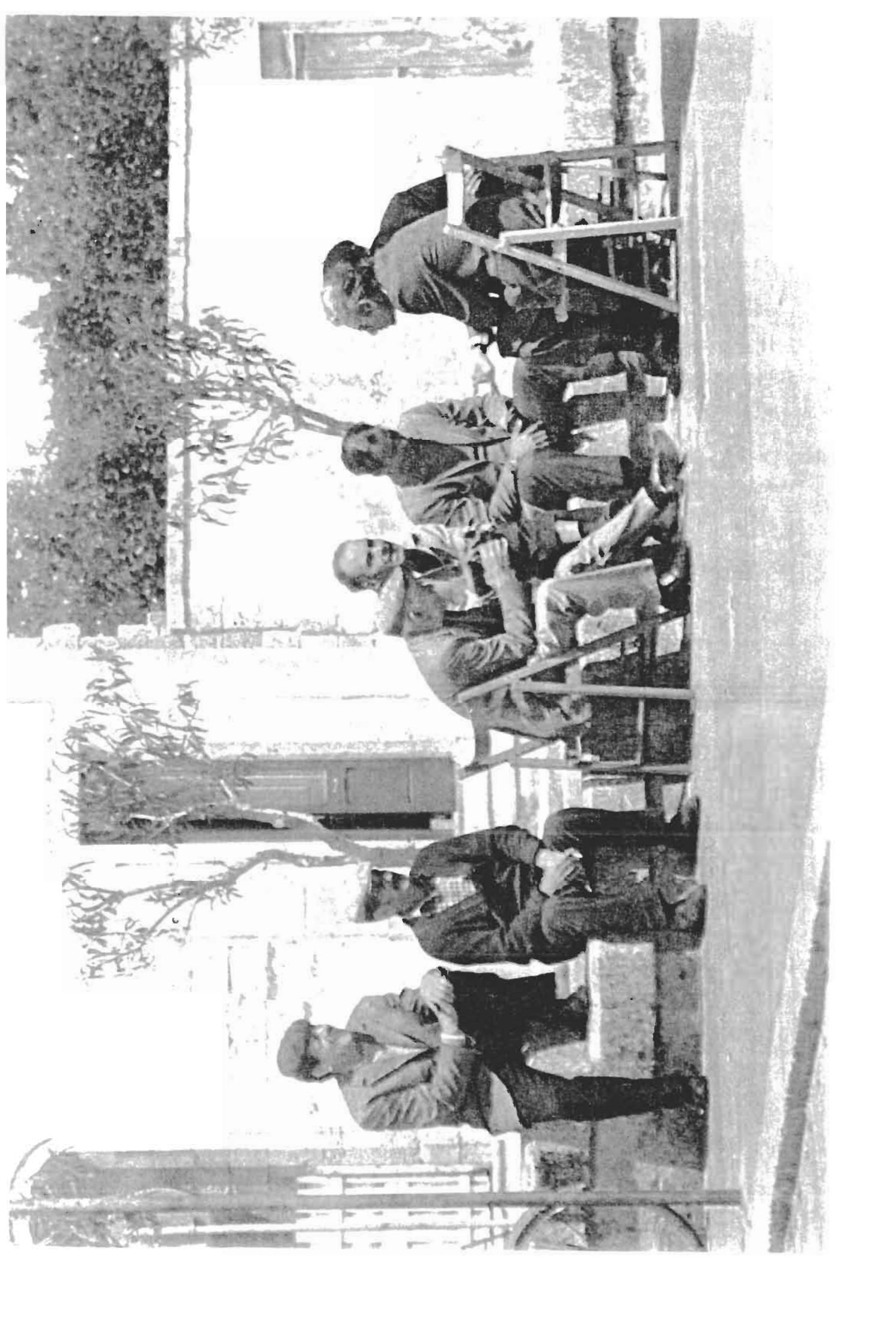
Σήμερα οι προσπάθειες δεν πρέπει να αποβλέπουν μόνο στο να προσθέτουν περισσότερα χρόνια στη ζωή, αλλά να προσθέτει ποιότητα ζωής στα χρόνια.

Τέλος το γήρας αποτελεί κατάλληλη περίοδο από όπου μπορεί κανείς να κάνει μια θεώρηση της ζωής ολότητα της. Από τη θεώρηση αυτή προκύπτουν σπουδαία πορίσματα για την καλή αξιοποίηση της ζωής. Αλλά δυστυχώς το γήρας έχει το μειονέκτημα να είναι το τέλος της ζωής και δεν έχει το χρόνο ο υπερήλικας να εφαρμόσει τα πορίσματα της θεώρησης στη ζωή του. Γι' αυτό επιθυμεί να τα μεταδώσει στους νέους. Αν οι νέοι τα δεχθούν και τα

χρησιμοποιήσουν θα βοηθήσουν στην καλύτερη εξέλιξη της οικογενειακής και κοινωνικής ζωής. Γιατί η ζωή των νέων κάτω από τη σκιά των ηλικιωμένων είναι πάντοτε ωφέλιμη για την προκοπή τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ







ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Περιοδικό «Νοσηλευτική» Τόμος 40, Τεύχος 2, Απρίλιος – Ιούνιος 2001, σελ. 30-35
2. Εγχειρίδιο Γηριατρικής, Φραγκίσκος Ι. Χανιώτη, Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1999, σελ. 9-17, 33-36
3. Περιοδικό «Γαληνός» Τόμος 39^{ος}, Τεύχος 5, 1997, σελ. 469-470
4. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου, Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ. 507-511
5. [http: www.incardiology.gr/ pathisies/ kardiaki aneparkeia.htm](http://www.incardiology.gr/pathisies/kardiaki_aneparkeia.htm). σελ.4
6. Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα, Joan F. Needham, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ 1999, σελ. 45-57 , 63-69, 93-105
7. Αναπτυξιακή Φυσιολογία και Φυσιολογία της γήρανσης (Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, εργαστήριο πειραματικής φυσιολογίας), Α.Παπαφίλης, Σ.Τσακίρης, Ε.Κοτσιφάκη, Ε.Κάμπερ, Χ.Τσομπανάκη, Λ.Τσιμπουκίδου, Αθήνα 1995, σελ.107 & 169
8. [http: www.care.gr / enc/ physiotherapy](http://www.care.gr/enc/physiotherapy), σελ. 2-3
9. Πρακτικά 26^{ου} Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνδέσμου «Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με Κ.Ε.Κ» Λαζαρίδου Χ.Ιωάννα, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999, σελ. 617-619
10. «Caring for patients reanmatoid arthritis» L.Mirabelli199, σελ. 70-72
11. Γεροντολογική Νοσηλευτική, Χρυσάνθης Δ.Πλατής, Αθήνα 2000, σελ. 186-194, 222-226
12. www.geriatricsandaging.ca
13. Matastatic Bone diseases, General perspectives, pathogenesis, pathophysiology and skeletal dysfunction orthopedics, Frassica F. Sim Franklin, May 1992, σελ.599-603
14. Calling in the experts, Mc Cathy C Continnence, 1986, σελ. 72-80
15. U.S dept of health and human services agency for health care in adults clinical practice guidelines, Washington D.C, The Agence March 1992, σελ. 85-87
16. Σημειώσεις Γηριατρικής κατα τις παραδόσεις, Dr Ν.Κούνης, σελ 11-12

17. Διατροφική εκτίμηση θρέψης ασθενών τρίτης ηλικίας, Πρακτικά Ελληνικής Γεροντολογικής Γηριατρικής εταιρείας, Π. Τζώρτζη, Αθήνα – Ιανουάριος 2000
18. Γηριατρική για νοσηλευτές, Α.Σ. Δοντάς, Αθήνα 1993, σελ 52-54
19. Νοσηλευτική Τ.Ε.Ε, Τομέας Υγείας και Πρόνοιας, Ρούπα Δαρβάκη, Τσίκος Νικόλαος, Χατζηπέτρου Μαρία, Αθήνα 2000, σελ.22-25
20. Πρακτικά 26^ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Ψυχοκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας» Μαμουλάκη, Κωνσταντάκη, Δεμέζου, Σμπώρκου, Φλέουκρα, Κέρκυρα 25-27 Μαΐου 1999, σελ.376-377
21. Περιοδικό «Νοσηλευτική» Τεύχος 1, Αρθρ. Γενική Νοσηλευτική προσέγγιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, Κυζιρίδης Χ.Θεοχάρης, Ιανουάριος – Μάρτιος 2000, σελ. 33-36
22. Κατάθλιψη και ηλικιωμένοι, [http: www.stress.gr/ disorders/elderly. Html](http://www.stress.gr/disorders/elderly.html), σελ. 2-4
23. Πρακτικά 27^ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Η μοναξιά στους ηλικιωμένους» Μ. Πριάμη, 23-25 Μαΐου 2000, σελ.76
24. Κοινωνική Νοσηλευτική, Ελένη Θ. Κυριακίδου, Αθήνα 1998, σελ.338-341

