

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ  
ΑΤΟΜΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ Ο  
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.  
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ : ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΕΠΟΠΤΡΙΑ : ΜΑΡΙΑ ΘΕΟΔΩΡΑΤΟΥ**

**ΠΑΤΡΑ- 2010**

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Η παρούσα εργασία δημιουργήθηκε με στόχο την ανάδειξη των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας και την ευαισθητοποίηση των υπεύθυνων λειτουργών και υπηρεσιών υγείας για τον ευπαθή αυτόν πληθυσμό. Επιχειρήθηκε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση διάρκειας πέντε μηνών, σχετικής με το παραπάνω θέμα. Στο τελευταίο μέρος αυτής της ανασκόπησης περιλαμβάνονται και η προσωπικές μου προτάσεις – λύσεις οι οποίες θα μπορέσουν να ωφελήσουν τους ηλικιωμένους και να αναβαθμίσουν την ποιότητα ζωής αυτών. Ελπίζω και εύχομαι να επιτευχθούν οι περισσότεροι στόχοι.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία είναι δομημένη σε επτά κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια να αποσαφηνισθεί ο ορισμός του γήρατος και να παρουσιασθούν οι κατηγορίες στις οποίες διακρίνεται το γήρας με βάση τα έτη καθώς και την ποιότητα της ηλικίας. Στη συνέχεια, με βάση στατιστικές μελέτες προκύπτει ο ρόλος της τρίτης ηλικίας στην σύγχρονη οικονομία.

Μεγάλη έμφαση δίνεται στα ιδρύματα τα οποία φιλοξενούν τους υπερήλικες και συγκεκριμένα δίνονται προτάσεις σχετικές με το ποιες προϋποθέσεις πρέπει να πληρούν το κτίριο, οι χώροι και το προσωπικό. Επίσης, παρουσιάζονται διάφορα γηριατρικά δεδομένα τα οποία είναι εξατομικευμένα και προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων.

Το σπουδαιότερο κομμάτι της εργασίας περιλαμβάνει τις ψυχολογικές παρεμβάσεις που πρέπει να λάβουν χώρα για να αναβαθμισθεί η ποιότητα της ζωής αυτών των ευπαθών ατόμων.

Τέλος, παρουσιάζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και συγκεκριμένα ο ποιός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή σε σχέση με την υποστήριξη του ηλικιωμένου.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την αναφορά συγκεκριμένων προτάσεων και λύσεων.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

Πρόλογος.....	1
Περίληψη.....	2
<b>Κεφάλαιο 1</b>	
Ορισμός γήρατος .....	4
Οι διακρίσεις του γήρατος .....	4
Θεωρίες του γήρατος .....	5
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
Ο Ρόλος και η σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία ....	8
<b>Κεφάλαιο 3</b>	
Ιδρύματα για τον υπερήλικα .....	14
<b>Κεφάλαιο 4</b>	
Γηριατρικά δεδομένα .....	23
<b>Κεφάλαιο 5</b>	
Ψυχολογικοί παράγοντες στην τρίτη ηλικία.....	57
<b>Κεφάλαιο 6</b>	
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	95
<b>Κεφάλαιο 7</b>	
Ανασκόπηση προβλημάτων - Προτάσεις .....	101
Βιβλιογραφία .....	105

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Το γήρας είναι μια μακρόχρονη διεργασία που αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ζωής και εξελίσσεται προοδευτικά, ώστε να εκδηλωθεί με τη μορφή γεροντικών στιγμάτων σε άλλοτε άλλη χρονική περίοδο στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου. Οι γεροντικές αλλοιώσεις των ιστών και των οργάνων σηματοδοτούνται με την έκπτωση των διαφόρων λειτουργιών του σώματος και της ψυχής, την απώλεια της εφεδρικής μυϊκής δυνάμεως, τη μείωση της μεταβολικής ικανότητας, την επιβράδυνση της νευρικής λειτουργίας και τη συρρίκνωση της αισθητικής διακριτικότητας. (1)

Το γήρας είναι ένα σύγχρονο φαινόμενο, σταθερό στην πορεία του, εύκολο να το προβλέψεις έγκαιρα και ίσως εκείνο με τα πλέον σοβαρά επακόλουθα. Είναι μια νοητική κατάσταση που καθορίζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η χρονολογική ηλικία ή και από την προσωπική μας κρίση.

Ο Alfin-Slater υποστηρίζει ότι η προχωρημένη ηλικία μπορεί να θεωρηθεί εξωτερική των πολλαπλών κυτταρικών και συστηματικών μεταβολών, που εμφανίζονται με την πάροδο της ηλικίας. (2)

### ΟΙ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Λαμβάνοντας υπόψη ορισμένους παράγοντες που διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις διάφορες ηλικιακές περιόδους της ζωής μπορούμε να διακρίνουμε την γηριατρική ηλικία σε τρεις περιόδους:

- ✓ Από 46 έως 65, που ονομάζεται κρίσιμη ηλικία ή πρώτο γήρας. Εδώ προέχει το κατεξοχήν βιολογικό πρόβλημα, δηλαδή οι βιολογικές εκείνες μεταβολές του οργανισμού που χαρακτηρίζουν την περίοδο αυτή της ζωής μας που ονομάζεται γήρας.
- ✓ Από 65 έως 75, που αποτελεί μια ενδιάμεση περίοδο μεταξύ κρίσιμης ηλικίας και πραγματικού γήρατος. Εδώ το πρόβλημα είναι καθαρά κλινικό και προσανατολίζεται προς τη διάγνωση της βλάβης ή της δυσλειτουργίας που εμφανίζεται στο κάθε ηλικιωμένο άτομο η οποία θα πρέπει να είναι κατά το δυνατόν έγκαιρη.

- ✓ Πάνω από 75, που αποτελεί το πραγματικό γήρας. Στην περίοδο αυτή υπάρχει ένα ευρύ ιατρο-κοινωνικό πρόβλημα που είναι αποτέλεσμα καταστάσεων αναπηρίας ή ανάγκης περίθαλψης, έμμεσης ή άμεσης.

Οποιοδήποτε όμως και αν είναι το όριο, δεν παύει να σημειοδοτεί την ηλικία κατά μία μόνο διάσταση, δηλαδή την χρονολογική. Ως εκ τούτου πέραν της χρονολογικής έννοιας για τον ορισμό της ηλικίας, θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας και την βιολογική-ψυχολογική-κοινωνική και ιατρική έννοια.

1. *Βιολογική ηλικία*, η οποία καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις του σώματος όπως είναι η δύναμη, η φυσική κατάσταση, η ταχύτητα, η οξύτητα των αισθήσεων, η κατάσταση του δέρματος, το χρώμα και η ποιότητα των μαλλιών και διάφορα άλλα.
2. *Ψυχολογική ηλικία*, η οποία καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις των νοητικών λειτουργιών (μνήμη, δημιουργικότητα, ευελιξία) και από στάσεις που ο ηλικιωμένος έχει υιοθετήσει απέναντι στα θέματα της τρέχουσας πραγματικότητας. Νοημοσύνη και προσωπικότητα είναι δύο βασικά στοιχεία βάσει των οποίων μπορούμε να καταγράψουμε την κάμψη που σημειώνεται με την έλευση της ηλικίας.
3. *Κοινωνική ηλικία*, η οποία υπονοεί τις κοινωνικές προσδοκίες που καλλιεργούνται για τα διάφορα άτομα, ανάλογα με το επίπεδο ωριμότητας και την χρονολογική τους ηλικία.
4. *Ιατρική ηλικία*, σύμφωνα με την οποία εκτιμάται η λειτουργική ικανότητα του ατόμου, δηλαδή η ικανότητα του ατόμου να εμπλέκεται σε σκόπιμη δραστηριότητα.

## ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

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

κριτική της σύγχρονης επιστήμης γι' αυτό και θα αναφερθούν επιγραμματικά:

#### **✓ Η θεωρία του Βάισμαν**

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

#### **✓ Η θεωρία της ζωϊκής εξαντλήσεως**

Ο ιδρυτής της θεωρίας αυτής πιστεύει ότι στη νεαρή ηλικία καταναλώνεται περισσότερη ενέργεια από ότι στην περίοδο συμπλήρωσεως της αναπτύξεως του οργανισμού.

#### **✓ Η θεωρία του νευροενδοκρινικού συστήματος**

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

#### **✓ Η θεωρία της φθοράς**

Στη θεωρία αυτή υποστηρίζεται η ασύγχρονη γήρανση των οργάνων εκείνων του οργανισμού, που υπόκεινται σε επανειλημμένες μικρές ή σοβαρότερες προσβολές από ενδογενείς ή εξωγενείς παράγοντες. Η αποκατάσταση της βλάβης δεν είναι πάντα ποιοτικά ικανοποιητική με αποτέλεσμα την απώλεια μέρους της λειτουργικής ικανότητας του οργανισμού. Τυπικό παράδειγμα της ποιοτικά υπολειπόμενης αποκαταστάσεως της ιστικής βλάβης είναι το πνευμονικό εμφύσημα, σαν αποτέλεσμα της χρόνιας βλαπτικής επιδράσεως του καπνού. Με τον καπνό καταστρέφονται διάφορα δομικά συστατικά του

πνευμονικού παρεγχύματος και παρά το γεγονός ότι – ποσοτικά τουλάχιστον – οι ιστοί αποκαθίστανται έτσι που τελικά η κατά βάρος αναλογία τους δεν υπολείπεται μετά τη βλάβη, παρ' όλα αυτά η λειτουργική ακεραιότητα του οργάνου ουδέποτε αποκαθίσταται. Η έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας του οργάνου και η μεταβολή της ιστικής σύνθεσης συμπεριλαμβάνονται στην έννοια του γήρατος.

#### **▼ Η θεωρία των ελευθέρων ριζών**

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

#### **▼ Η θεωρία της μεταβολής των πρωτεϊνών**

Η θεωρία αυτή στηρίζεται στα ευρήματα μερικών ερευνητών τα οποία έδειξαν ότι τα ηλικιωμένα κύτταρα παράγουν τροποποιημένους μεταβολίτες από ότι τα νεαρά κύτταρα, με αποτέλεσμα μεταβολή της πρωτεϊνοσύνθεσης των πυρηνικών οξέων. Τα τροποποιημένα πυρηνικά οξέα ακολούθως, επάγουν τη σύνθεση αλλοιωμένων πρωτεϊνών τις οποίες ο οργανισμός αναγνωρίζει σαν ξένα σώματα και τις αντιπαρατάσσει σαν ξένα σώματα. Πρόκειται δηλαδή, περί μιας θεμελιώδους μεταβολής του βιοχημικού προφίλ του οργανισμού, που θυμίζει αυτοανοσολογικής προελεύσεως νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η ψωρίαση κ.α.

Συμπερασματικά, είναι φανερό ότι η παθογένεια του γήρατος είναι ακόμα άγνωστη. Φαίνεται πάντως, ότι υπάρχουν πολλοί αλληλοσυμπληρούμενοι μηχανισμοί που επιβάλλουν την έλευση του γήρατος υπό άλλοτε άλλο ρυθμό. (3), (4)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Ο Ρόλος και η σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνοιακές, και υγειονομικές προεκτάσεις. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η δραματική πτώση της γεννητικότητας, έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μία από τα πλέον γηρασμένα έθνη του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Ενώ στις ΗΠΑ, η αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών, στο σύνολο του πληθυσμού, είναι 16,5%, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 22,3%. Το έτος 2030, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών, στη χώρα μας, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), θα αυξηθεί κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου.

Η φθίνουσα γονιμότητα και η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας. Οι παππούδες και οι γιαγιάδες σήμερα κοντεύουν να ξεπεράσουν αριθμητικά τα παιδιά. Σήμερα, σε εκατό παιδιά κάτω των 15 ετών αναλογούν 71 άτομα άνω των 65 χρόνων. Το έτος 2020, σύμφωνα με σχετική έρευνα του ΕΚΚΕ, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι όσο και των νέων. Παλαιότερα, το έτος 1853, το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 3,2% και των νέων κάτω των 15 ετών 41,2%.

Οι πιο γηρασμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Και ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%.

Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία.

Σήμερα, ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός

ηλικιωμένων ατόμων απ' ότι στο παρελθόν. Παράλληλα με αυτή την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων. Η υπογεννητικότητα αποτελεί κυρίαρχο σύγχρονο πρόβλημα που συνδέεται με την αστικοποίηση του πληθυσμού και τη συγκέντρωσή του στις πόλεις, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, την έλλειψη κατάλληλης υποδομής σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, την ανεπάρκεια των οικογενειακών επιδομάτων και γενικότερα στη διαφοροποίηση των κοινωνικών αξιών.

Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία της Eurostat, στη χώρα μας το 1997, σε κάθε 10 γυναίκες, αναλογούσαν κατά μέσο όρο 13 παιδιά, έναντι 23 παιδιών πριν από 20 χρόνια. Το 1997 η Ελλάδα εμφάνιζε περίπου μηδενική φυσική μεταβολή του πληθυσμού, έναντι αύξησης 0,9 του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Ο ίδιος δείκτης ήταν λίγο πιο αρνητικός για τη Γερμανία (0,5), την Ιταλία (0,5) και τη Σουηδία (0,4). Και πιο θετικός για την Ιρλανδία (5,8), την Ολλανδία (3,7) και τη Γαλλία (3,3). Οι παραπάνω διαπιστώσεις, έχουν δραματικές συνέπειες για την ηλικιακή υπόσταση του πληθυσμού. Ένα έθνος που δεν είναι σε θέση να ανανεώνει τον πληθυσμό του είναι καταδικασμένο να εξαφανιστεί. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι καταλυτικά αρνητικές για την οικονομία, τα ασφαλιστικά συστήματα, την κοινωνική πρόνοια και υγεία, την εθνική άμυνα, την προοπτική επιβίωσής του σ' ένα περιβάλλον γειτονιάς, όπου χώρες όπως η Τουρκία γιγαντώνονται πληθυσμιακά.

Στην τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα, ο ελληνικός πληθυσμός θα σημείωνε επικίνδυνη στασιμότητα, αν δε μεσολαβούσε η ορμητική εισροή 200.000 περίπου ομοεθνών παλιννοστούντων και προσφύγων και 650.000 περίπου αλλοεθνών και ξένων λαθρομεταναστών που αναλογούν συνολικά στο 8,5% του πληθυσμού. Η μετατροπή της χώρας από τόπο εξαγωγής σε κέντρο εισαγωγής μεταναστών, αποτελεί ένα σοβαρότατο νέο δεδομένο που ανατρέπει πολλά από τα παλαιότερα κοινωνικά, ηλικιακά, οικονομικά κι εθνικά της χαρακτηριστικά. Αυτή η καινοφανής εξέλιξη συνδέεται άμεσα με την οξυτάτη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υποκατάσταση του εγχώριου εργατικού δυναμικού ελληνικής καταγωγής, από εργαζόμενους ξένης υπηκοότητας.

#### **▼ Σύγχρονο κράτος Κοινωνικής αλληλεγγύης.**

Η οικοδόμηση ενός συστήματος κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας για τους ηλικιωμένους, συνεπάγεται, την αυξημένη κρατική φροντίδα όπως και τη δαπάνη σημαντικών κονδυλίων για τον ίδιο σκοπό. Ριζική επέκταση και αναβάθμιση χρειάζεται για μια σειρά από μέτρα πολιτικής και υποδομής όπως τα ΚΑΠΗ, οι στέγες ηλικιωμένων, τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, η τηλεϊδιοποίηση, η προώθηση του θεσμού των κοινωνικών βοηθών, η αύξηση του αριθμού των κοινωνικών

λειτουργιών, η κατ' οίκον νοσηλεία κ.λ.π. Ζωτικής σημασίας είναι επίσης η ενίσχυση του θεσμού του εθελοντισμού, όπως και των παραδοσιακών δεσμών της ελληνικής οικογένειας και ειδικότερα της νεολαίας, με τους ηλικιωμένους. Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, της εκκλησίας όπως και διαφόρων φορέων και εθελοντικών συλλογικών προσπαθειών, είναι εξ' ίσου σημαντικός.

### **✓ Τρίτη και Τετάρτη ηλικία**

Στα πλαίσια της αλματώδως αυξανόμενης σημασίας και του αριθμού των ωρίμων πολιτών, σκόπιμο θα ήταν να διαφοροποιήσουμε δύο βασικές περιπτώσεις του ζητήματος. Η πρώτη αφορά τα άτομα άνω των 60-65 ετών που βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση υγείας και ζωτικότητας και μπορούν όχι μόνο να συμμετέχουν ενεργά στον κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά και εφ' όσον το επιθυμούν, να απασχολούνται με ελαστικό ωράριο της επιλογής τους.

Στη δεύτερη κατηγορία, υπάγονται τα ηλικιωμένα άτομα που η κακή κατάσταση της υγείας τους δεν επιτρέπει να αυτοεξυπηρετούνται και πολύ περισσότερο να αναπτύσσουν κάποια δραστηριότητα. Για την περίπτωση των ατόμων αυτών, η πολιτεία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση η εκκλησία και οι εθελοντικοί φορείς, οφείλουν να αναλάβουν την ευθύνη για την αξιοπρεπή τους προστασία και διαβίωση. Την τελευταία αυτή κατηγορία, θα ήταν σκόπιμο να προσδιορίσουμε ότι ανήκει στη λεγόμενη "τέταρτη ηλικία", η οποία σύμφωνα με τον προτεινόμενο ορισμό της, περιλαμβάνει άτομα ηλικιωμένα, συνήθως άνω των 70 ή 75 ετών, που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται". Σε αντιδιαστολή η τρίτη ηλικία θα μπορούσε να οριστεί ότι αφορά άτομα άνω των 60-65 ετών που είναι σε θέση, εφ' όσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και οικονομική ζωή".

### **✓ Οι οικονομικές συνιστώσες**

Η τρίτη αλλά και η τέταρτη ηλικία, όσον αφορά την όλη λειτουργία της οικονομίας, αποτελούν ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοτικό και ποιοτικό μέγεθος.

Ένα πολυσύνθετο σύνολο εργαζόμενων, επιχειρηματιών, υπηρεσιών και μεταποίησης, δραστηριοποιείται και αναπτύσσεται με επίκεντρο τις ηλικίες αυτές.

Η αλματώδης αύξηση των δαπανών υγείας, συνταξιοδότησης, κοινωνικής προστασίας, κατοικίας, αναψυχής και τουρισμού, συνδέεται άμεσα με την ως άνω πραγματικότητα. Επιχειρηματίες, επαγγελματίες, τεχνολόγοι, ερευνητές, γιατροί, νοσηλευτές, δικηγόροι, φοροτεχνικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, φύλακες, βοηθοί ηλικιωμένων, φυσιοθεραπευτές, εργάτες και υπάλληλοι βιομηχανικών μονάδων, τραπεζών, αναψυχής, τουρισμού, κ.λ.π., ένα πολυπληθές σχήμα παραγωγικών συντελεστών

εξαρτάται από την παρουσία των ηλικιωμένων ατόμων. Οι ώριμοι πολίτες έμμεσα και ορισμένες φορές άμεσα, συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία την τροφοδοτούν και την ανακυκλώνουν.

Σε ατομικό επίπεδο, τα μέλη της τρίτης ηλικίας μπορούν να αναπτύσσουν δραστηριότητα με κοινωνικό αλλά και έμμεσα οικονομικό περιεχόμενο. Τέτοιας μορφής είναι η συμβολή τους στην ανατροφή των παιδιών, στο οικογενειακό νοικοκυριό και γενικότερα σε οικιακές εργασίες που είναι χρονοβόρες και εμπεριέχουν το αναντικατάστατο δεδομένο της προσωπικής εμπιστοσύνης.

Και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκείνες όπου οι ηλικιωμένοι με την κατάλληλη αξιοποίηση της εμπειρίας, των αποταμιεύσεων, της σύνταξης και γενικότερα της οικονομικής τους αυτονομίας, συμμετέχουν στην οικονομική στήριξη της οικογένειας και του ευρύτερου κοινωνικού τους περίγυρου. Ανεκτίμητη είναι επίσης η συμβολή μελών της τρίτης ηλικίας, με την ωριμότητα, και την ευθυκρισία που συχνά διαθέτουν, σε εθελοντικές δραστηριότητες κοινωνικού χαρακτήρα που εμπεριέχουν και το στοιχείο της οικονομικής δραστηριότητας.

Φυσικά όλες οι περιπτώσεις δεν είναι ίδιες. Γι' αυτό και όσον αφορά την ηλικία συνταξιοδότησης, σκόπιμη είναι η υιοθέτηση μέτρων επιλεκτικής σταδιακής αποχώρησης από την ενεργό εργασιακή ζωή. Επίσης, η μερική απασχόληση αποτελεί ένα πρόσφορο τρόπο εργασίας για τα μέλη της τρίτης ηλικίας, τουλάχιστον για όσους επιθυμούν κάτι τέτοιο. Κι' αυτό γιατί δεν πρέπει να παραγνωρίζεται, κατά περίπτωση έστω, η ανάγκη σκοπών και στόχων αυτοεπιβεβαίωσης που έχουν πολλοί ώριμοι πολίτες, οι οποίοι με τη συνταξιοδότηση νοιώθουν ως απόμαχοι, όχι μόνο της εργασίας αλλά και της ίδιας της ζωής.

Μια ιδιαίτερης σημασίας νέα πραγματικότητα που ευνοεί τη μερική απασχόληση και την ενεργό συμμετοχή στην κοινωνία των ωρίμων πολιτών είναι η τηλεργασία, η τηλεματική και η χρήση του Internet. Με τις τεχνολογίες αυτές, τα μέλη της τρίτης ηλικίας μπορούν, εφ' όσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν, με ευελιξία και χαμηλούς ρυθμούς, στην παραγωγική διαδικασία. Το ίδιο ισχύει και όσον αφορά την ανάγκη επικοινωνίας που έχει ο κάθε άνθρωπος και ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα άτομα. Χωρίς φυσικά να παραγνωρίζεται η σημασία και ο ρόλος των κέντρων φυσικής συνάντησης των ωρίμων πολιτών όπως τα ΚΑΠΗ, η σύγχρονη τεχνολογία, και το Internet, ειδικότερα, μπορεί να αποτελέσουν ένα χρήσιμο βήμα για μια αλλαγή πλεύσης στον τρόπο ζωής και ευρύτερης συμμετοχής της τρίτης ηλικίας στην κοινωνία και την οικονομία.

Ένα άλλο ζήτημα για χώρες όπως η Ελλάδα με εύκρατο κλίμα και πολλές φυσικές ομορφιές, είναι η ανάπτυξη παραθεριστικών ή και μόνιμων κατοικιών και οικισμών για ομοεθνείς, αλλά και εύπορους ξένους συνταξιούχους. Μια τέτοια προοπτική αποτελεί για το μέλλον,

σημαντικό εφελτήριο οικονομικής δραστηριότητας και σοβαρό μέσο άντλησης ξένου συναλλάγματος.

### **▼ Προς τη νέα χιλιετία**

Γενικότερα, το μέγεθος, ο ρόλος και η σημασία των ωρίμων πολιτών, αποτελούν για τη νέα χιλιετία μια σημαντική συνιστώσα, η οποία θα απασχολεί όλο και περισσότερο το κοινωνικό και οικονομικό γίγνεσθαι. Και είναι γεγονός ότι το επίπεδο του πολιτισμού της σύγχρονης κοινωνίας θα είναι άμεσα συναρτημένο με τον τρόπο αντιμετώπισης της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Στα πλαίσια των αντιλήψεων αυτών, ο ΟΗΕ έχει αποδεχτεί εισήγηση που αρχικά έχει προταθεί και υιοθετηθεί στις 15 Φεβρουαρίου 1991 από την ελληνική Βουλή, με πρόταση του υπογράφοντος, και της τότε Υπουργού Υγείας κας Μαριέττας Γιαννάκου-Κουτσίκου, για την καθιέρωση της 1<sup>ης</sup> Οκτωβρίου, ως ημέρας τιμής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Με μεθύτερες αποφάσεις της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, ορίστηκε επίσης το 1999 ως έτος της τρίτης ηλικίας, ενώ το κεντρικό μήνυμα για τον ίδιο σκοπό είναι η πορεία «προς μια κοινωνία για όλες τις ηλικίες».

Η βραβευμένη με το Νόμπελ Ιατρικής του 1986 Ρίτα Λέβι Μονταλτσίνι, αποδεικνύει στις έρευνές της ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος μπορεί να συνεχίσει να λειτουργεί τέλεια, ακόμη και σε μεγάλη ηλικία, ανεξάρτητα από τη φθορά των υπολοίπων οργάνων του σώματος. Ζωντανή απόδειξη των θέσεων αυτών είναι η ίδια η γοητευτική αυτή κυρία, που στο κατώφλι των ενενήντα της χρόνων ενεργοποιείται δυναμικά και παράγει σημαντικό έργο. Με τη δραστηριότητα της θυμίζει πολλούς άλλους επώνυμους ηλικιωμένους, που έφτασαν στην κορυφή της δημιουργίας τους σε προχωρημένη ηλικία μεταξύ άλλων, όπως ο Γαλιλαίος, ο Μιχαήλ Άγγελος, ο Πικάσο, ο Μπέν Γκουριόν, ο Μπέρτραν Ράσελ, ο Γεώργιος Παπανδρέου και πρόσφατα ο βετεράνος αστροναύτης Τζών Γκλέν, ο οποίος στα 77 του χρόνια έκανε και πάλι το διαστημικό του ταξίδι.

Στην κοινωνία του 2000, η διογκούμενη παρουσία και συμμετοχή των ωρίμων πολιτών, σηματοδοτεί μια νέα πραγματικότητα της οποίας χαρακτηριστικό σημείο είναι η ομαλή συμβίωση και συνύπαρξη όλων των ομάδων ηλικιών. Η νέα χιλιετία, εκτός από την εισβολή της υψηλής τεχνολογίας την παγκοσμιοποίηση, τα διεθνή προσφυγικά και μεταναστευτικά ρεύματα, την κρίση των αξιών, εμπεριέχει ως δυναμική συνιστώσα αυτή τη νέα πραγματικότητα, η οποία δεν μπορεί παρά να είναι καλοδεχούμενη σε μια σύγχρονη ευνομούμενη κοινωνία αλληλεγγύης και ανθρωπιάς. Οι νεότερες γενιές οφείλουν να κατανοήσουν τη σημασία των νέων δεδομένων που συνδυάζονται εύστοχα και με τη γνωστή λαϊκή ρήση -υπενθύμιση ότι "εκεί που ήσουν ήμουν κι' εδώ που είμαι θάρθεις". Κλείνοντας: θα αναφερθούμε σε μια

σοφή κουβέντα της προαναφερθείσας Ρίτας Λέβι Μονταλτσίνι από το βιβλίο της για την τρίτη ηλικία "Ο Κρυφός Άστος" όπου αναφέρει` ότι "η τρίτη ηλικία είναι η ωραιότερη, το λεω στα 88 μου. Ο τρόπος για να φτάσεις ως αυτήν καλά και ήρεμα είναι να την προετοιμάζεις από νέος".  
(5)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

Το φυσικό και ιδανικό περιβάλλον για να ζήσει ο υπερήλικας, όπως είναι γενικά αποδεκτό, είναι η οικογένεια. Ο πιο καλός από κάθε πλευρά 'Οίκος Ευγηρίας' είναι αδύνατο να αναπληρώσει την οικογένεια. Ωστόσο, υπάρχουν αρκετοί ηλικιωμένοι οι οποίοι δεν διαθέτουν οικογένεια, σύζυγο ή παιδιά για μείνουν μαζί τους ή οι συνθήκες της οικογένειας των παιδιών τους δεν τους δίνουν τη δυνατότητα να κατοικήσουν μαζί. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα Γηροκομεία ή οι 'Οίκοι Ευγηρίας' απαλλάσσουν από το καθημερινό άγχος και μπορεί να λεχθεί πως αποτελούν κάποια λύση στο πρόβλημα τους. Οι συγκεκριμένοι χώροι υποδέχονται υπερήλικες που έχουν ανάγκη από περίθαλψη, που είναι ικανοί να αυτοεξυπηρετούνται, να κυκλοφορούν και εάν πάσχουν από κάποια ασθένεια αυτή να μην χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση.

Η αλλαγή στη σύνθεση της οικογένειας – οικογένεια δύο γενεών – η οποία αποτελεί το αποτέλεσμα κοινωνικών επιδράσεων και η έλλειψη ικανοποιητικού αριθμού Καταστημάτων και Υπηρεσιών Κοινωνικής πρόνοιας και Περίθαλψης για τον υπερήλικα τα οποία θα μπορούσαν να κρατήσουν και το μοναχό υπερήλικα στο σπίτι του, οδηγεί στην συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση των Γηροκομείων ή των 'Οίκων Ευγηρίας' που αποτελούν ιδιωτικά κέντρα. Στα ιδρύματα αυτά προσφέρονται στέγη, τροφή, περιποίηση και ιατρο-νοσηλευτικο-φαρμακευτική περίθαλψη σε εξασθενημένους υπερήλικες που δεν μπορούν να ζήσουν σε «ανεξάρτητη στέγαση». Αναγκαίες προϋποθέσεις είναι να μπορούν να κινούνται, να τρώνε και να ντύνονται μόνοι τους ή με τη βοήθεια μηχανημάτων, να μην έχουν ακράτεια ούρων/κοπράνων και να μην παρουσιάζουν πνευματικές διαταραχές ενοχλητικές για τους άλλους.

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

## I. ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΤΙΡΙΟΥ

Στην κατασκευή του κτιρίου πρέπει να ληφθούν υπόψη οι αναπηρίες των ατόμων, οι δυσχέρειες που προκαλεί το γήρας οι ανάγκες της ηλικίας αυτής καθώς και οι ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου. Συγκεκριμένα, το κτίριο θα πρέπει να:

1. Εξασφαλίζει καλή θέα και να βρίσκεται σε μεγάλη έκταση ώστε όταν το επιτρέπουν οι καιρικές συνθήκες να μπορούν να περνούν μερικές ώρες της μέρας στον κήπο ή ακόμα και να τον καλλιεργούν.
2. Βρίσκεται σε αγορά, να μην απέχει πολύ από την εκκλησία και το ταχυδρομείο. Επίσης, η παρουσία σχολείου και μάλιστα νηπιαγωγείου κοντά στον «Οίκο Ευγηρίας» παρέχει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να βλέπουν και να έχουν επικοινωνία με τα παιδιά αλλά και ενεργό ανάμειξη με τον πληθυσμό της περιοχής. Αυτή η δυνατότητα αναπληρώνει σε κάποιο βαθμό την απομάκρυνσή τους από το οικογενειακό περιβάλλον.
3. Βρίσκεται κοντά σε καλό συγκοινωνιακό δίκτυο για να μπορούν οι ίδιοι να κυκλοφορούν, όταν οι φυσικές τους ικανότητες και η υγεία τους το επιτρέπουν, αλλά και να τους επισκέπτονται οι συγγενείς και οι φίλοι χωρίς να αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα.

Το κτίριο μπορεί να είναι κάθετης ή οριζόντιας αρχιτεκτονικής. Προτιμάται το κτίριο οριζόντιας αρχιτεκτονικής ώστε να μπορούν οι κάτοικοι να βγαίνουν εύκολα στον ελεύθερο χώρο. Προτιμότερα είναι τα μικρά κτίρια γιατί είναι φιλικά, ξεκούραστα, άνετα στη διαμονή, βοηθούν στην ανάπτυξη οικογενειακής ατμόσφαιρας, στην καλλίτερη προσαρμογή και περιορίζουν τις ανεπιθύμητες αντιδράσεις.

Το μειονέκτημα της οριζόντιας αρχιτεκτονικής σε συνδυασμό με το μικρό κτίριο είναι ότι απαιτείται μεγάλο οικόπεδο.

## II. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΙ ΧΩΡΟΙ

- ✓ **Δωμάτια:** Συνιστώνται μονόκλινα και σε μεγάλη ανάγκη δίκλινα δωμάτια, επειδή η ηλικία αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες συγκατοίκησης. Οι πόρτες των δωματίων αλλά και γενικά όλου του κτιρίου καθώς και οι διάδρομοι, πρέπει να είναι άνετοι για να είναι ευχερής η χρήση της φορητής πολυθρόνας από τους ίδιους τους υπερήλικες. Επίσης, τα δωμάτια πρέπει να είναι φωτεινά, με ικανοποιητικό αερισμό και ανοικτό ορίζοντα. Το καλυμμένο με μοκέτα δάπεδο, εξασφαλίζει ακίνδυνο βάδισμα. Σε καμία



περίπτωση δεν πρέπει να είναι ολισθηρό το δάπεδο. Το ατομικό μπάνιο εξυπηρετεί πολύ τον υπερήλικα. Δίπλα στην τουαλέτα και στους τοίχους του λουτρού, πρέπει να τοποθετούνται χειρολαβές για την ασφάλεια και βοήθεια των ατόμων που τα χρησιμοποιούν. Σε περίπτωση που το μπάνιο δεν είναι ατομικό, για κάθε δωμάτιο πρέπει να αναλογεί τουλάχιστον ένα σε πέντε άτομα και η διαρρύθμιση του χώρου να είναι τέτοια ώστε να μην απέχουν πολύ από τα δωμάτια των ηλικιωμένων. Επίσης, το μπάνιο πρέπει να έχει σύστημα επικοινωνίας ώστε οι υπερήλικες να μπορούν να ζητούν βοήθεια σε περίπτωση ανάγκης. Τέλος, η ύπαρξη ανυψούμενων τουαλετών κατάλληλων για να περνάει φορητή πολυθρόνα έχει τεράστια οφέλη στη μείωση των συνεπειών της αναπηρίας καθώς συντελεί στην αυτοεξυπηρέτηση του ηλικιωμένου.

- ▼ **Τραπεζαρία:** Χρησιμοποιείται από τους περιπατητικούς υπερήλικες, αλλά και από αυτούς που μπορούν να χρησιμοποιούν φορητή πολυθρόνα και συνιστάται να είναι σε τύπο εστιατορίου που είτε σερβίρεται το φαγητό από τους σερβιτόρους είτε αυτοσερβίρεται. Το εστιατόριο χρησιμοποιείται σε ιδρύματα με μεγάλο αριθμό τροφίμων, ενώ η διαμόρφωση του χώρου σε μικρά διαμερίσματα βοηθάει στη μείωση των απρόσωπων συναισθημάτων, που δημιουργεί η μεγάλη αίθουσα εστιατορίου. Η τραπεζαρία σε τύπο σπιτιού προτιμάται όταν οι κάτοικοι του ιδρύματος είναι λίγοι. Ο χώρος αυτός πρέπει να είναι χαρούμενος, ανάλογα εξοπλισμένος και διακοσμημένος. Η ώρα του φαγητού πρέπει να είναι ευχάριστη για κάθε άνθρωπο, ιδιαίτερα για τον υπερήλικα που ζει σε ένα ίδρυμα και οι ευκαιρίες της κοινωνικής συναναστροφής είναι πολύ περιορισμένες. Για το σερβίρισμα του φαγητού, το πλύσιμο των πιάτων και τις υπόλοιπες δουλειές χρειάζεται ειδικός χώρος συνεχόμενος με το εστιατόριο. Απαραίτητος επίσης χώρος, κοντά στο εστιατόριο είναι οι τουαλέτες.
- ▼ **Σαλόνι:** Οι κάτοικοι του ιδρύματος μπορούν να δέχονται τους επισκέπτες τους και να έχουν μαζί τους μια άνετη και ευχάριστη επικοινωνία. Ανάλογα με την αρχιτεκτονική του κτιρίου και τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν σε αυτό, προγραμματίζεται και ο αριθμός των σαλονιών. Επίσης, το σαλόνι θα πρέπει να έχει κατάλληλη επίπλωση και διακόσμηση, για να δημιουργεί άνεση αλλά και ευχαρίστηση στα άτομα που το χρησιμοποιούν και να είναι εξοπλισμένο με είδη ψυχαγωγίας όπως τηλεόραση, ράδιο, βίντεο κ.λ.π.
- ▼ **Αίθουσα ψυχαγωγίας:** Πρέπει να είναι μεγάλη με ειδικές εγκαταστάσεις ψυχαγωγίας όπως σκηνή και ανάλογο εξοπλισμό,

πιάνο, μηχανήματα για προβολές ταινιών κ.λ.π. Εάν δεν υπάρχει ξεχωριστή αίθουσα ψυχαγωγίας, συνιστάται να επικοινωνούν η τραπεζαρία και το σαλόνι με πτυσσόμενες πόρτες ώστε να μετατρέπονται οι δύο χώροι σε μια κοινή αίθουσα.

- ▼ **Αναρρωτήριο:** Η νοσηρότητα στα ηλικιωμένα άτομα είναι μεγάλη και για την καλλίτερη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη των τροφίμων είναι απαραίτητη η πρόβλεψη αναρρωτηρίου με θαλάμους δύο ή τριών κρεβατιών ο καθένας. Στο αναρρωτήριο νοσηλεύονται περιπτώσεις που και η οικογένεια θα κρατούσε στο σπίτι, δηλαδή ελαφριές ασθένειες με στοιχειώδη νοσηλεία ή περιπτώσεις ετοιμοθάνατων στους οποίους το νοσοκομείο δεν έχει να προσφέρει καμία βοήθεια και είναι καλλίτερα να πεθάνουν σε γνώριμο περιβάλλον. Το αναρρωτήριο είναι ένα χωριστό διαμέρισμα που διαθέτει δωμάτια με ατομικό λουτρό και τους εξής εξοπλισμένους χώρους: ιατρείο, φαρμακείο, λινοθήκη, βοηθητικός νοσηλευτικός χώρος, στάση προσωπικού, αίθουσα αναμονής, και βοηθητικός χώρος για το προσωπικό καθαριότητας. Το ιατρείο του αναρρωτηρίου χρησιμοποιείται και για τις περιοδικές εξετάσεις υγείας των ηλικιωμένων και την ιατρική ή νοσηλευτική παρακολούθηση των ασθενών, την παροχή πρώτων βοηθειών και οποιασδήποτε νοσηλείας χρειαστούν οι ηλικιωμένοι.
- ▼ **Φυσικοθεραπευτήριο:** Χώρος με ειδικές εγκαταστάσεις και εξοπλισμό σε όργανα και μηχανήματα και ειδικευμένο προσωπικό. Στο τμήμα αυτό μπορούν να περνούν οι ηλικιωμένοι αρκετό χρόνο για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση μικροαναπηριών, την διατήρηση των περιορισμένων δυνάμεων και ικανοτήτων, καθώς και της λειτουργικότητας των οργάνων τους.
- ▼ **Εργοθεραπευτήριο:** Η θέση του χώρου αυτού μέσα στο κτίριο, η αρχιτεκτονική του, ο εξοπλισμός του και η επάνδρωσή του με το ανάλογο προσωπικό, επηρεάζουν τον βαθμό χρήσης του. Όσο μεγαλύτερη είναι η χρήση του εργοθεραπευτηρίου, τόσο περισσότερο ελευθερώνει τον υπερήλικα από τα δεσμά του ατομισμού του, διατηρεί και αυξάνει τα ενδιαφέροντα του για τη ζωή, περιορίζει την απομόνωση, αυξάνει την κοινωνικότητά του, δίνει την αίσθηση ότι είναι χρήσιμος και ευεργετικός στο κοινωνικό σύνολο.
- ▼ **Βιβλιοθήκη:** Η βιβλιοθήκη, πρέπει να πληρεί κάποιες προϋποθέσεις όπως είναι ο άπλετος φωτισμός, η άνεση, ο καλός εξοπλισμός και η ύπαρξη βιβλίων που να καλύπτουν τα ενδιαφέροντα όλων των τροφίμων.
- ▼ **Ναός:** Ο Ναός βρίσκεται μέσα στο κτίριο του ιδρύματος ή είναι ανεξάρτητο κτίριο στον ακάλυπτο χώρο του. Ο Ναός με τον Ιερέα, καλύπτουν τις ψυχικές και πνευματικές ανάγκες των ηλικιωμένων

και αποτελεί το στήριγμα και την πηγή της ελπίδας τους στα δύσκολα από την ηλικία χρόνια.

- ✓ **Γραφείο διοίκησης:** Αποτελείται από το γραφείο της διευθύντριας, τη γραμματεία με το γραφείο προσωπικού, και την οικονομική υπηρεσία.
- ✓ **Κεντρική κουζίνα:** Σε αυτήν παρασκευάζεται το φαγητό και με ειδικές θερμοτράπεζες ή ψυχοτράπεζες, μέσα σε ειδικά δοχεία, μεταφέρεται το φαγητό στην τραπεζαρία /εστιατόριο για το σερβίρισμα των γευμάτων. Στο αναρρωτήριο το φαγητό μεταφέρεται από την κουζίνα, σερβιρισμένο σε δίσκους, μέσα σε θερμοτράπεζες. Σε περίπτωση που όλα τα σκεύη φαγητού πλένονται στην κεντρική κουζίνα, τότε πρέπει να υπάρχει ανάλογος χώρος με εγκαταστάσεις όπως πλυντήρια πιάτων κ.λ.π. Κοντά στην κεντρική κουζίνα υπάρχουν δωμάτια – ψυγεία διαφόρων θερμοκρασιών για τη διατήρηση των τροφίμων καθώς και αποθήκη τροφίμων.
- ✓ **Πλυντήριο:** Είναι απαραίτητος χώρος για την κάλυψη των αναγκών του ιδρύματος.
- ✓ **Τεχνική υπηρεσία:** με τα ανάλογα εργαστήρια, εφόσον οι διαστάσεις του ιδρύματος το απαιτούν για την συντήρησή του και την καλή λειτουργία των υδραυλικών, ηλεκτρικών, θερμοαντικών και άλλων εγκαταστάσεων.
- ✓ **Αποθήκες:** Είναι απαραίτητες για την κάλυψη των διαφόρων αναγκών του ιδρύματος.
- ✓ **Άλλες λεπτομέρειες:** Είναι απαραίτητη η ύπαρξη ανελκυστήρων σε διάφορα μεγέθη για τη μεταφορά όχι μόνο ατόμων αλλά και ειδών όπως φορεία, αμαξίδια, τρόφιμα και απορρίμματα. Στους διαδρόμους και στις σκάλες, οι οποίες θα πρέπει να είναι χαμηλές με μεγάλα πλατύσκαλα για την ξεκούραση των υπερηλίκων, τοποθετούνται χειρολαβές για να στηρίζονται, όταν χρησιμοποιούν τους χώρους αυτούς. Η επίπλωση και η διακόσμηση των δωματίων και όλων των χώρων του ιδρύματος, εκτός από το αναρρωτήριο, πρέπει να μοιάζει με αυτή του σπιτιού. Επίσης, είναι απαραίτητο να επιτρέπεται να χρησιμοποιούν ατομικά έπιπλα, εφόσον είναι κατάλληλα, για να περιορίζεται το αίσθημα της αλλαγής περιβάλλοντος και να διευκολύνεται ο ηλικιωμένος να προσαρμοστεί στο καινούργιο του περιβάλλον. Τα πάρκα με ποικιλία λουλουδιών και τα αναπαυτικά παγκάκια προσφέρουν ευχαρίστηση και δημιουργούν γαλήνη στον ένοικο του Ιδρύματος.

### III. ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Το προσωπικό που εργάζεται στον Οίκο Ευγηρίας χωρίζεται σε δύο κατηγορίες.

- (α). Προσωπικό με πλήρη απασχόληση
- (β). Προσωπικό με μερική απασχόληση

#### A. Προσωπικό πλήρους απασχόλησης

- (i). Ιερέας: Εφόσον το Ίδρυμα είναι μεγάλο, πρέπει να έχει πλήρη απασχόληση για την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ενοίκων του Ιδρύματος.
- (ii). Γηρύατρος: Ασχολείται με τα ιατρικά προβλήματα υγείας των τροφίμων. Εάν, το Ίδρυμα έχει λίγους τροφίμους, ο γηρύατρος μπορεί να ανήκει στην κατηγορία του προσωπικού μερικής απασχόλησης.
- (iii). Νοσηλευτικό προσωπικό: Η κατηγορία αυτή του προσωπικού απασχολείται στο αναρρωτήριο για την κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών των αρρώστων και τους χώρους κατοικίας των τροφίμων, για προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας, για διαφώτιση σε θέματα υγείας και για την πρόληψη αναπηριών και αποκατάσταση, όταν αυτές έχουν κάνει την εμφάνισή τους. Από αυτήν την κατηγορία του προσωπικού προτιμάται να προέρχεται ο Διευθυντής του Ιδρύματος.
- (iv). Διοικητικό προσωπικό: Περιλαμβάνονται ο οικονόμος και ο διαχειριστής ανάλογα με τον αριθμό των τροφίμων. Στις περιπτώσεις που το Ίδρυμα διαθέτει μικρή δύναμη ασθενών, το προσωπικό αυτής της κατηγορίας μπορεί να εργάζεται με μερική απασχόληση.
- (v). Μάγειρας και βοηθός μαγείρου: Αυτή η κατηγορία προσωπικού μπορεί να μην υπάρχει και η οικονόμος με την σύμπραξη βοηθητικού προσωπικού να έχει την ευθύνη της κουζίνας, όταν βέβαια το ίδρυμα έχει λίγους ενοίκους.
- (vi). Βοηθητικό προσωπικό: Στην κατηγορία αυτή υπάγεται το προσωπικό για την παροχή ξενοδοχειακών υπηρεσιών και αποτελείται από καμαριέρες- «θεραπευνίδες», τραπεζοκόμες και καθαρίστριες. Ο αριθμός αυτού του προσωπικού, εξαρτάται από τη δύναμη των οικότροφων.

## **B. Προσωπικό μερικής απασχόλησης**

Μπορεί να είναι αυτοί που αναφέρθηκαν και παραπάνω καθώς και διαιτολόγος, ψυχολόγος, φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, τεχνικοί και κοινωνικοί λειτουργοί.

Όλο το προσωπικό που αναφέρθηκε παραπάνω πρέπει να έχει αγάπη και ενδιαφέρον για το ηλικιωμένο άτομο, ανάλογη εκπαίδευση για την κάλυψη των βιο-ψυχο-πνευματικο-κοινωνικών αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων των ατόμων που έχουν ξεπεράσει το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους.

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

## **IV. ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΕΠΙΒΑΛΛΟΥΝ ΞΕΧΩΡΙΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ Η΄ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ**

1. Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλων κτιριολογικών συνθηκών. Συγκεκριμένα, προτιμάται η οριζόντια αρχιτεκτονική η οποία διευκολύνει τον υπερήλικα να βγαίνει εύκολα στον ακάλυπτο χώρο και να επικοινωνεί με την κοινότητα. Απαραίτητη είναι η τοποθέτηση ειδικών δαπέδων στους χώρους όπου κυκλοφορούν οι ηλικιωμένοι όπως είναι οι θάλαμοι, οι διάδρομοι, τα σαλόνια, που δεν αφήνουν τον υπερήλικα ή το μπαστούνι να γλιστρήσουν. Επίσης, πρέπει να τοποθετούνται χειρολαβές σε χώρους όπως λουτρό, τουαλέτες, διάδρομοι, σκάλες και βεράντες για τον περιορισμό των ατυχημάτων και την ενίσχυση της ανεξαρτητοποίησής τους. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η ύπαρξη χώρων όπως φυσικοθεραπευτήριο, βιβλιοθήκη και αίθουσα ψυχαγωγίας ιδιαίτερα σε νοσηλευτικά ιδρύματα όπου νοσηλεύονται ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Τέλος, η εγκατάσταση κυλιόμενων διαδρόμων εξασφαλίζει την άκοπη μετακίνηση των υπερηλικών από τον ένα χώρο στον άλλο.
2. Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος, το οποίο αφορά σε δύο παραμέτρους. Πρώτον, στον εξοπλισμό που ανταποκρίνεται στις φυσικές αδυναμίες των ηλικιωμένων και δεύτερον, στον εξοπλισμό που προσεγγίζει σε κάποιο βαθμό τις συνθήκες του σπιτιού τους, ώστε η προσαρμογή στο νέο περιβάλλον να περιορίσει τις αναμενόμενες επιπτώσεις.
3. Η επάνδρωση του Γηριατρικού Νοσοκομείου ή της Νοσηλευτικής μονάδας με εξειδικευμένο προσωπικό (ιατρικό και

νοσηλευτικό) στη Γεροντολογία και Γηριατρική Νοσηλευτική καθώς και με φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγους κ.α.

4. Οικονομικοί λόγοι αφού οι γηριατρικές μονάδες είναι πιο απλές σε εξοπλισμό.
5. Για λόγους βελτίωσης της απόδοσης νοσηλείας. Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι, εκτός από τις ειδικές ανάγκες που δημιουργούν οι διάφορες ασθένειες από τις οποίες πάσχουν, έχουν όλοι κοινές ανάγκες οι οποίες προκύπτουν από το γεγονός ότι η αποκατάσταση της υγείας τους ακολουθεί βραδύ ρυθμό που δεν ταιριάζει με το κλίμα έντασης που επικρατεί στις μονάδες ενός γενικού νοσοκομείου. Το προσωπικό ενός γενικού νοσοκομείου έχει να κάνει πιο επείγουσες εργασίες από το να περιμένει έναν ηλικιωμένο να φάει, να ντυθεί ή να κατέβει από το κρεβάτι του και για λόγους ταχύτερης διεκπεραίωσης της εργασίας βοηθάει τον ηλικιωμένο, πριν ακόμα χρειαστεί βοήθεια, ή τον μεταχειρίζεται σαν βρέφος αναλαμβάνοντας εκείνος να κάνει αυτό που έπρεπε να κάνει μόνος του. Όμως, αυτή η διαδικασία επιταχύνει την κατάπτωσή του, τον στερεί από την θεραπευτική αγωγή και τον μετατρέπει απόλυτα εξαρτημένο άτομο.

## V. ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΟΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

1. **Μονάδα διάγνωσης και θεραπείας**, η οποία βρίσκεται σε άμεση επαφή και στενή συνεργασία με τις διαγνωστικές υπηρεσίες του γενικού Νοσοκομείου. Σε αυτήν την μονάδα μπαίνει ο ασθενής και παραμένει, ωστόσο γίνονται όλες οι απαραίτητες εξετάσεις για τη διάγνωση της νόσου και αποφασισθεί η θεραπεία, η οποία αρχίζει να εφαρμόζεται. Στη μονάδα αυτή υπάρχει αυξημένη αναλογία προσωπικού προς ασθενή που πρέπει να είναι υψηλής και εξειδικευμένης κατάρτισης.
2. **Μονάδα αποκατάστασης**, η οποία δέχεται τον ασθενή από τη μονάδα διάγνωσης και θεραπείας για να συνεχίσει τη θεραπεία, εφόσον χρειάζεται και κυρίως να εφαρμοσθεί η αγωγή της φυσικοθεραπείας. Εδώ η αναλογία προσωπικού προς ασθενή είναι μικρότερη σε σχέση με την προηγούμενη μονάδα και πρέπει να έχει προσανατολισμό στην αποκατάσταση. Η μονάδα αυτή χρησιμοποιεί το τμήμα φυσικοθεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου.
3. **Μονάδα αυτοεξυπηρέτησης**, η οποία δέχεται τον ασθενή από την προηγούμενη μονάδα. Εδώ ο υπερήλικας δέχεται βοήθεια, καθοδηγείται και ενθαρρύνεται για αυτοεξυπηρέτηση. Αισθάνεται

αυτοδύναμος και προετοιμάζεται ψυχολογικά αλλά και φυσικά για την έξοδό του από το Νοσοκομείο. Το ηθικό του υπερήλικα τονώνεται στη μονάδα αυτή, αφού διαπιστώνει πως μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και αισθάνεται αυτοδύναμος. Επίσης, τονώνεται το ηθικό των συγγενών, γιατί μειώνεται το άγχος της φροντίδας του. Εδώ το προσωπικό είναι λίγο και ασχολείται κυρίως με την επίβλεψη και ενθάρρυνση του ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση.

- 4. Μονάδα μακράς παραμονής,** που αποτελεί ένα είδος ασύλου ανίατων νοσημάτων. Αυτή η μονάδα αφορά ασθενείς στους οποίους η ενεργητική θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν στη μονάδα αποκατάστασης δεν απέδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα και δεν υπάρχει ελπίδα να ανεξαρτητοποιηθούν. Εδώ η αναλογία προσωπικού προς ασθενή είναι πολύ αυξημένη, το μεγαλύτερο μέρος από αυτό είναι βοηθητικό.

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

Το σύστημα οργάνωσης των γηροκομείων με την φιλοσοφία της προοδευτικής θεραπείας έχει το πλεονέκτημα πως δεν θεωρεί καμία περίπτωση εκ των προτέρων ανίατη. Πολλοί ασθενείς που παλαιότερα χαρακτηρίζονταν ανίατοι και θα διακομίζονταν χωρίς συζήτηση σε άσυλο, τώρα έχουν την ευκαιρία να δοκιμάσουν τουλάχιστον πρώτα την ενεργητική θεραπεία στο Νοσοκομείο και μόνον όταν αποδειχθεί εκ των πραγμάτων πλέον ότι δεν αντιδρούν, τότε θα σταλούν στο άσυλο. Αυτός ο τρόπος θεραπείας συντείνει έμμεσα στην ελάττωση της ζήτησης κλινών σε άσυλο, γεγονός ευχάριστο και επιθυμητό για μια κοινωνία.

Τέλος, ο κανονισμός των Γηριατρικών Νοσοκομείων σχετικά με το επισκεπτήριο πρέπει να δίνει περισσότερα προνόμια στους νοσηλευόμενους. Ο σκοπός είναι πάντα η διατήρηση στενού δεσμού με τον ασθενή με την οικογένεια και τους φίλους, δηλαδή του δεσμού με τον κόσμο της πραγματικότητας. (6), (7)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η γηριατρική περιλαμβάνει σημαντικό τμήμα των γνώσεων και κλινικών ικανοτήτων των ειδικοτήτων που αφορούν σε συγκεκριμένα συστήματα του οργανισμού. Τις γνώσεις αυτές τις εφαρμόζει σε μια ιδιαίτερα σύνθετη ομάδα: τους ευπαθείς ηλικιωμένους. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της ομάδας είναι η συχνή εμφάνιση πολλαπλών παθολογοανατομικών βλαβών και η άτυπη εμφάνιση νόσων με τη μορφή σύγχυσης, πτώσης, απώλειας της κινητικότητας και της καθημερινής λειτουργικότητας του ατόμου. Οι ευπαθείς ηλικιωμένοι άνθρωποι είναι επίσης πολύ επιρρεπείς στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, εν μέρει λόγω της πολυφαρμακίας και εν μέρει λόγω της συνδεδεμένης με την ηλικία αλλαγής στην ανταπόκριση και αποβολή της φαρμακευτικής ουσίας.

Οι μεγάλες ηλικιακές ορμόνες του πληθυσμού παρουσιάζουν έντονες διαφοροποιήσεις. Πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι δεν είναι ευπαθείς και απολαμβάνουν μια υγιή, δραστήρια ζωή ακόμα και σε πολύ προχωρημένες ηλικίες. Ένα σημαντικό ποσοστό των ενενητάχρονων ζούν μόνοι τους και ανταπεξέρχονται στις καθημερινές τους ανάγκες με λίγη βοήθεια, ενώ ορισμένοι εβδομητάχρονοι παρουσιάζουν σημαντικές αναπηρίες λόγω προβλημάτων που οφείλονται σε διάφορες ασθένειες ή στο κάπνισμα. Οι όροι ‘χρονολογική’ και ‘βιολογική’ γήρανση καθιερώθηκαν για να επισημάνουν αυτές τις διαφορές. Έτσι, όλο και περισσότερο η ‘βιολογική’ παρά η ‘χρονολογική’ ηλικία τίθεται ως βάση για τη λήψη αποφάσεων όσον αφορά στην κλινική διερεύνηση και την παρέμβαση.

#### I. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Κατά το διάστημα των τελευταίων εκατό χρόνων έχει σημειωθεί εντυπωσιακή αλλαγή στα δημογραφικά δεδομένα των ανεπτυγμένων χωρών. Στον πληθυσμό της Μεγάλης Βρετανίας, το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας άνω των 65 ετών αυξήθηκε από 5% σε 16% και προβλέπεται ότι θα αυξηθεί σταθερά φτάνοντας το 24% το 2061. Αντίθετα, το ποσοστό των ατόμων με ηλικία κάτω των 16 ετών στη Μεγάλη Βρετανία σημειώνει πτώση. Μέχρι το 2015 τα ποσοστά των ατόμων κάτω των 16 ετών και άνω των 65 ετών σχεδόν θα εξισωθούν και από εκεί και έπειτα οι άνθρωποι ηλικίας άνω των 65 ετών θα υπερβούν αριθμητικά τα άτομα κάτω των 16.



Από τις αρχές της δεκαετίας του `80 καταγράφηκε μια ιδιαίτερα απότομη αύξηση του αριθμού των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω, τάση που αναμένεται να συνεχιστεί. Το προσδόκιμο ζωής στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου έχει πλέον επισημανθεί. Οι γυναίκες ηλικίας 80 ετών αναμένεται ότι έχουν ακόμα τουλάχιστον 9 έτη ζωής.

Αυτές οι μεταβολές έχουν καθοριστική σημασία στον τομέα της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς υπάρχει εκθετική αύξηση των αναπηριών και της σωματικής και πνευμονικής νοσηρότητας σε ανθρώπους ηλικίας άνω των 75 ετών. Στη Μεγάλη Βρετανία, το εκτιμώμενο ποσοστό των ατόμων που έχουν σημαντική αναπηρία είναι λιγότερο από 1% για όσους έχουν ηλικία 50-59, αλλά ανέρχεται στο 13% για όσους υπερβαίνουν τα 80 έτη.

## II. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

Η γνώση των χαρακτηριστικών της φυσιολογικής γήρανσης είναι απαραίτητη για να υπολογιστεί με ακρίβεια η σημασία των συμπτωμάτων και των σημείων στους ηλικιωμένους. Ωστόσο, πολύ λίγοι άνθρωποι φθάνουν στο γήρας τελείως ελεύθεροι ασθενειών. Συνεπώς, ο όρος “φυσιολογική γήρανση” είναι κατά κάποιο τρόπο εσφαλμένος, καθώς τα χαρακτηριστικά του έχουν καθοριστεί από ένα βιολογικά επίλεκτο πληθυσμό. Με την πάροδο του χρόνου υπάρχει σημαντική αύξηση της ποικιλίας στη λειτουργικότητα· η λειτουργία ενός οργάνου μπορεί να φαίνεται ίσως πως υφίσταται μια ήπια κάμψη με την πάροδο του χρόνου επί της βάσης ενός συγκεκριμένου πληθυσμού, αλλά αυτό μπορεί να καλύπτει το γεγονός ότι παραμένει αμετάβλητη σε ορισμένους ηλικιωμένους, ενώ σε άλλους μπορεί να εμφανίζει τόσο βαριές βλάβες ώστε να παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα. Το γεγονός της γήρανσης συνήθως δεν επηρεάζει τη βασική λειτουργία των οργάνων υπό φυσιολογικές συνθήκες, αλλά η εφεδρική ικανότητά τους περιορίζεται.

Κάποιες εκδηλώσεις του γήρατος εξαρτώνται από την ηλικία και είναι αναπόφευκτες. Άλλες συνδέονται με την ηλικία και είναι το αποτέλεσμα συνδυασμού παραγόντων, όπως η έλλειψη άσκησης, η φτωχή διατροφή ή επιταχύνονται από συνήθειες όπως το κάπνισμα, η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ ή η παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο. Επομένως, οι αλλαγές που συνδέονται με την ηλικία μπορούν να επιβραδυνθούν ή να αποφευχθούν μέσω ενός υγιούς τρόπου διαβίωσης και αυτό παραμένει ενθαρρυντικό, ακόμη και για ανθρώπους που βρίσκονται σε βαθύ γήρας.

Μερικές από τις αλλαγές που επέρχονται με το γήρας δεν είναι κλινικά σημαντικές, όπως ο αποχρωματισμός των μαλλιών. (8)

### III. ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

	ΑΛΛΑΓΕΣ ΛΟΓΩ ΗΛΙΚΙΑΣ	ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ
ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απώλεια νευρώνων</li> <li>• Κοχλιακή αποδόμηση</li> <li>• Αύξηση της δυσκαμψίας των φακών του οφθαλμού</li> <li>• Θολερότητα των φακών</li> <li>• Απώλεια των κυτάρων του προσθίου κέρατος</li> <li>• Απώλεια των κυττάρων της νωτιαίας στήλης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αύξηση της συχνότητας της οργανικής σύγχυσης</li> <li>• Πρεσβυακοΐα/Απώλεια της ακοής των υψηλών τόνων</li> <li>• Πρεσβυωπία/Ανώμαλη κοντινή όραση</li> <li>• Καταρράκτης</li> <li>• Μυϊκή απώλεια και ατροφία</li> <li>• Μείωση της αίσθησης της θέσης και ταλάντωσης</li> </ul>
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ελάττωση της ελαστικότητας των πνευμόνων και της κυψελιδικής λειτουργίας</li> <li>• Αύξηση της δυσκαμψίας του θωρακικού τοιχώματος</li> <li>• Αύξηση της δυσαρμονίας V/Q</li> <li>• Μείωση της ανοσολογικής λειτουργίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση της ζωτικής χωρητικότητας και του μεγιστου εκπνεόμενου όγκου</li> <li>• Αύξηση του υπολειπόμενου όγκου</li> <li>• Αύξηση του εισπνευστικού εφεδρικού όγκου</li> <li>• Μείωση του αρτηριακού κορεσμού με οξυγόνο</li> <li>• Αύξηση του κινδύνου λοιμώξεων</li> </ul>
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση της μέγιστης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση της αντοχής στην άσκηση</li> </ul>

	<p>καρδιακής συχνότητας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Διάταση της αορτής</li> <li>• Μείωση της ελαστικότητας της αορτής</li> <li>• Μείωση του αριθμού των βηματοδοτικών μυϊκών κυττάρων στο κοιλιοκοιλιακό κόμβο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διάταση του αορτικού τόξου διαπιστούμενη ακτινολογικά</li> <li>• Αύξηση της πίεσης σφυγμού</li> <li>• Αύξηση του κινδύνου ορθοστατικής υπότασης</li> <li>• Αύξηση του κινδύνου κολπικής μαρμαρυγής</li> </ul>
ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση της ευαισθησίας των ιστών στην ινσουλίνη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αύξηση του κινδύνου παθολογικής ανοχής της γλυκόζης</li> </ul>
ΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απώλεια νεφρώνων</li> <li>• Μείωση της πειραματικής διήθησης</li> <li>• Ελάττωση της σωληναριακής λειτουργίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαταραχή της ισορροπίας των υγρών</li> <li>• Αύξηση του κινδύνου αφυδάτωσης/υπερφόρτωσης με υγρά</li> <li>• Διαταραχή του μεταβολισμού και της απέκκρισης των φαρμάκων</li> </ul>
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μείωση της κινητικότητας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυσκοιλιότητα</li> </ul>
ΟΣΤΑ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ελάττωση της πυκνότητας των οστικών στοιχείων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αύξηση του κινδύνου οστεοπόρωσης</li> </ul>

#### IV. ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ

Ως ευπάθεια ορίζεται η απώλεια της ικανότητας ενός ατόμου να αντέχει μικρές περιβαλλοντικές πιέσεις εξαιτίας μειωμένης εφεδρικής ικανότητας της φυσιολογικής λειτουργίας αρκετών οργανικών συστημάτων. Κατά συνέπεια, οι ευπαθείς άνθρωποι κινδυνεύουν

περισσότερο να χάσουν τη ζωή τους ή να υποστούν κάποια αναπηρία από μικρές εξωτερικές πιέσεις, όπως είναι μια μόλυνση ή η προσθήκη ενός νέου φαρμάκου, επειδή δεν έχουν τις απαιτούμενες εφεδρικές ικανότητες ανταπόκρισης και διατήρησης επαρκούς ομοιόστασης. Οι ίδιες πιέσεις θα προκαλούσαν μικρές ενοχλήσεις σε ένα υγιές άτομο της ίδιας ηλικίας.

Δυστυχώς, ο όρος 'ευπαθής' χρησιμοποιείται συχνά με αρκετή αοριστία, μερικές φορές για να δικαιολογήσει την έλλειψη επαρκούς διερεύνησης και παρέμβασης σε ηλικιωμένους. Η ευπάθεια γίνεται έκδηλη από βλάβες στη λειτουργία ή στην κατάσταση αρκετών συστημάτων του οργανισμού. Αυτές οι βλάβες όμως είναι σημαντικές για μια κατάλληλη ανταπόκριση σε αλλαγές στο εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον, αλλά συχνά μειώνονται από ασθένειες και από το γήρας. Η λειτουργία τους ωστόσο, μπορεί να βελτιωθεί με συγκεκριμένη παρέμβαση. Στην κλινική πρακτική, η ευπάθεια αυτή καθ' αυτή σπάνια μετράται επίσημα, αλλά μια ολοκληρωμένη εκτίμηση θα συμπεριλάβει και την εκτίμηση κάθε συστήματος χωριστά.

Είναι σημαντικό να διαφοροποιείται η αναπηρία από την ευπάθεια και αυτό γιατί, ενώ συχνά συνυπάρχουν, είναι διαφορετικές οντότητες. Η αναπηρία δηλώνει πραγματική απώλεια της λειτουργικότητας, ενώ η ευπάθεια δηλώνει αυξημένη ευαισθησία στην απώλεια της λειτουργικότητας των οργάνων. Η αναπηρία μπορεί να προκληθεί από ένα μεμονωμένο παθολογικό συμβάν, όπως είναι ένα εγκεφαλικό επεισόδιο σε ένα υγιές κατά τα άλλα άτομο. Μετά την ανάνηψη μπορούν να παρουσιαστούν μικρές διακυμάνσεις στη λειτουργικότητα, αλλά γενικά είναι σταθερή και ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται κατά τα άλλα σε καλή κατάσταση. Όταν η ευπάθεια και η αναπηρία συνυπάρχουν, η λειτουργικότητα κυμαίνεται σαφώς σε ανταπόκριση με οποιαδήποτε μικρή ασθένεια και η επιδείνωση μπορεί να είναι τόσο βαριά, ώστε ο ασθενής να μην μπορεί πλέον να την αντιμετωπίσει από μόνος του. Αναγνωρίζοντας την ευπάθεια, είναι δυνατόν να προσδιορίσουμε τους ηλικιωμένους εκείνους που θα μπορούσαν να επωφεληθούν από μια ολιστική εκτίμηση που απευθύνεται όχι μόνο στην αρχόμενη οξεία νόσο, αλλά και στην υποβόσκουσα έλλειψη εφεδρικών ικανοτήτων. Με τη γρήγορη παρέμβαση μπορούμε να προλάβουμε περαιτέρω απώλεια της λειτουργικότητας. Για παράδειγμα, σε μια ηλικιωμένη γυναίκα με καρδιακή ανεπάρκεια απαιτείται όχι μόνο συγκεκριμένη διερεύνηση και θεραπεία, αλλά και ένα πρόγραμμα γυμναστικής για τη βελτίωση της μυοσκελετικής της λειτουργικότητας, της ισορροπίας και της αεροβικής ικανότητας· απαιτείται επίσης διατροφική υποστήριξη για την αποκατάσταση του χαμένου βάρους. Ο ακριβής καθορισμός του επιπέδου ευπάθειας του ασθενούς βοηθάει επίσης στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση, καθώς και στην αναγνώριση των ατόμων εκείνων που έχουν ανάγκη αποκατάστασης.

Συνοψίζοντας οι τομείς αυξημένης ευπάθειας είναι οι εξής:

- Û Μυοσκελετική λειτουργία
- Û Ικανότητα αεροβίωσης, δηλαδή καρδιοαναπνευστική λειτουργία
- Û Γνωστική λειτουργία
- Û Ολοκληρωμένη νευρολογική λειτουργία (π.χ. ισορροπία και βάδιση)
- Û Κατάσταση θρέψης

## **V. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΥΠΑΘΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ**

Όσο αφορά στη λήψη ιστορικού και στην εξέταση, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν διαφέρουν από τους νεότερους ασθενείς. Η λήψη ιστορικού και η εξέταση συνιστούν μεγαλύτερη πρόκληση όταν έχουμε να κάνουμε με ασθενείς που είναι ευπαθείς με πολλαπλή παθολογία. Αυτό, συμβαίνει επειδή από τη μία πλευρά υπάρχει ανάγκη να εντοπισθούν όλα τα προβλήματα και από την άλλη υπάρχει η ανάγκη να εξασφαλισθεί ότι ο ηλικιωμένος δεν θα εξαντληθεί από την διαδικασία. Για να αποφευχθεί κάτι τέτοιο μερικές φορές είναι απαραίτητο η εμπειριστατωμένη εκτίμηση να γίνει σταδιακά.

### ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Κατά τη λήψη ιστορικού, ο ρυθμός μπορεί να χρειαστεί να είναι αρκετά πιο αργός από ότι συνήθως. Θα πρέπει να καταβάλλονται προσπάθειες, ώστε να εξασφαλίζεται ότι ο ασθενής ακούει τα όσα λέγονται. Μπορεί να μην υπάρχει ένα κυρίαρχο σύμπτωμα, αλλά περισσότερο ένα σύνολο αόριστων ενοχλήσεων που, εν πρώτοις, φαίνεται ότι δεν σχετίζονται μεταξύ τους αλλά συχνά αντανακλούν την αλληλεπίδραση αρκετών παθολογικών καταστάσεων που συνυπάρχουν. Οι ακόλουθες πληροφορίες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες:

- i. Η ταχύτητα έναρξης της νόσου
- ii. Ιστορικό των φαρμάκων που ελάμβανε ο ασθενής, ιδιαίτερα οι πρόσφατες συνταγογραφήσεις
- iii. Πλήρες ιστορικό, ακόμα και πολλών ετών πριν
- iv. Συνήθειες λειτουργίες του ασθενούς, όπως αν μπορεί να περπατήσει φυσιολογικά, αν βρίσκεται ποτέ σε σύγχυση και αν μπορεί να ανταπεξέλθει σε όλες τις οικιακές εργασίες
- v. Τις συνθήκες διαβίωσής του στο σπίτι και όποια τυχόν βοήθεια λαμβάνει από εκεί

Είναι χρήσιμο να επιβεβαιώσουμε αυτές τις πληροφορίες με ένα μέλος της οικογένειας του ασθενούς ή με κάποιον που τον φροντίζει και με τον οικογενειακό γιατρό, ιδίως αν ο ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση και δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει μαζί μας.

## ΕΞΕΤΑΣΗ

Προκειμένου να αναγνωριστούν όλες οι σχετικές συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις, η εξέταση πρέπει να είναι λεπτομερής, αλλά και προσαρμοσμένη στην αντοχή του ασθενούς και στην ικανότητά του για συνεργασία. Εκτός από τη συνήθη εξέταση, οι πρόσθετες πληροφορίες που είναι απαραίτητες περιλαμβάνουν:

- i. *Πνευματική κατάσταση.* Η νοητική λειτουργία μπορεί να ελεγχθεί χρησιμοποιώντας την κλίμακα μικρο-νοητικής κατάστασης· η διάθεση θα πρέπει επίσης να εκτιμάται, καθώς η κατάθλιψη είναι συνήθης και θεραπεύσιμη.
- ii. *Βάδισμα και ισορροπία.* Παρακολουθήστε τον ασθενή καθώς περπατάει.
- iii. *Διατροφή.* Παχυσαρκία ή κακή διατροφή μπορεί να είναι εμφανής.
- iv. *Ακοή και όραση.*

Οι εκτιμήσεις αυτού του είδους είναι πιο ακριβείς όταν συνδυάζονται με πληροφορίες από εξειδικευμένους κλάδους, όπως είναι οι φυσικοθεραπευτές όσον αφορά στον βάδισμα και στην ισορροπία, οι διαιτολόγοι για τη διατροφή και οι εργασιοθεραπευτές όσον αφορά στην ικανότητα του ασθενούς να εκτελέσει τις συνήθειες καθημερινές του εργασίες. Αυτή η διακλαδική και πολυκλαδική προσέγγιση είναι πολύ σημαντική για την εκτίμηση στις μεγάλες ηλικίες.

Το αποτέλεσμα της εκτίμησης είναι ένα σχέδιο θεραπευτικής αντιμετώπισης που στοχεύει όχι μόνο στα οξέα προβλήματα που παρουσιάζονται, αλλά και στη βελτίωση τη συνολικής υγείας και της λειτουργικότητας του ασθενούς. Αυτό στοχεύει στη μείωση της ευαισθησίας σε μελλοντικές ασθένειες και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

## **VI. ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ**

Η ακριβής διάγνωση είναι προφανώς σημαντική σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά αυτό ισχύει ακόμα περισσότερο στους ευπαθείς ηλικιωμένους ανθρώπους, καθώς τα προβλήματά τους συχνά προκαλούνται και συμμετέχουν σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Ωστόσο, οι ευπαθείς ηλικιωμένοι μπορεί να μην έχουν επαρκή αντοχή ή νοητική λειτουργία ώστε να αντέξουν μακροχρόνιες ή παρεμβατικές

διαδικασίες. Επίσης ενδέχεται να τεθούν διαγνώσεις για μη αντιμετωπίσιμες ασθένειες για τους ίδιους λόγους. Από την άλλη πλευρά, δεν υπάρχει τίποτε χειρότερο από το να γίνεται δεκτή μια αναπηρία ως συνέπεια της μεγάλης ηλικίας χωρίς επαρκή διερεύνηση· για παράδειγμα, σε έναν ασθενή που δεν μπορεί πλέον να ανέβει σκάλες δίδεται ένας ανελκυστήρας κλίμακας, τη στιγμή που ορισμένες απλές εξετάσεις θα αποκάλυπταν οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή έλλειψη βιταμίνης D και η κατάλληλη θεραπεία θα μπορούσε να αποκαταστήσει επαρκή λειτουργία, ώστε να επιτρέψει στον ασθενή να ανέβει ξανά σκάλες.

Συνεπώς, πώς αποφασίζουμε το πότε θα κάνουμε τη διερεύνηση και πόσο διεξοδική θα είναι; Στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν τίθεται ζήτημα για απλές ακτινολογικές εξετάσεις και ακτινογραφίες· δυσκολίες συνήθως ανακύπτουν όσον αφορά περίπλοκες ή παρεμβατικές εξετάσεις. Οι κύριοι παράγοντες περιγράφονται παρακάτω.

### Η ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τα στοιχεία που συνηγορούν για ευπάθεια θα συγκεντρωθούν από μια πλήρη κλινική εκτίμηση. Οι ασθενείς έχουν τη σωματική και νοητική ικανότητα να ανεχθούν την προτεινόμενη διερεύνηση; Θα μπορούν να κινηθούν στο ακτινολογικό τραπέζι όπως απαιτείται για ένα βαριούχο υποκλυσμό; Έχουν την κατάλληλη ζωτική χωρητικότητα πνευμόνων ώστε να υποβληθούν σε βρογχοσκόπηση;

### ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΑ ΑΛΛΑΞΕΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Θα μπορούσε ο ασθενής να ανεχτεί την ενδεικνυόμενη θεραπεία ή θα επωφελούνταν από αυτήν, αν η διερεύνηση αποδεικνυόταν θετική; Αυτό μπορεί να είναι σημαντικό ζήτημα, ιδίως αν η χειρουργική επέμβαση είναι μια πιθανότητα. Αν ένας ασθενής με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια και ένα προηγούμενο εγκεφαλικό επεισόδιο που προκάλεσε αναπηρία παρουσιαστεί με ύποπτη σκίαση στην ακτινογραφία θώρακα, η λεπτομερής διερεύνηση και σταδιοποίηση δεν είναι απαραίτητη, αν ο ίδιος δεν μπορεί να ανεχτεί την εγχείρηση, την ακτινοθεραπεία ή την χημειοθεραπεία. Από την άλλη, αν ο ίδιος ασθενής παρουσιαζόταν με πυρετό, η λεπτομερής διερεύνηση για υποκείμενη λοίμωξη θα ήταν σημαντική, καθώς ο ασθενής θα μπορούσε να ανεχθεί την κατάλληλη θεραπεία.

Η συνύπαρξη παθολογικών καταστάσεων είναι σημαντικότερη από την ηλικία αυτή καθ' αυτή για την εκτίμηση του ενδεχόμενου οφέλους του ασθενούς από συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Όσες περισσότερες ασθένειες έχει ένας ασθενής, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να αντέξει μια παρεμβατική ή επιθετική θεραπευτική αντιμετώπιση.

## Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Συχνά, οι ηλικιωμένοι έχουν ισχυρές απόψεις σχετικά με την αντιμετώπισή τους και αυτές θα πρέπει να διερευνώνται από την αρχή όταν εκτιμούμε τους κινδύνους και τα οφέλη της διερεύνησης και της θεραπείας. Αν το επιθυμεί ο ασθενής, οι απόψεις των συγγενών θα πρέπει να λαμβάνονται επίσης υπ'οψιν. Αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει την προσωπική του γνώμη, τότε οι πληροφορίες των συγγενών μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά. Θα πρέπει να ερωτώνται για το τι πιστεύουν ότι θα ήθελε ο ασθενής υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες. Δεν θα πρέπει να ασκείται μεγάλη πίεση στους συγγενείς όσον αφορά τη λήψη δύσκολων αποφάσεων. (9)

## **VII. ΚΥΡΙΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΩΝ ΣΕ ΕΥΠΑΘΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ**

Υπάρχει ένα πλήθος των ειδικών χαρακτηριστικών των ασθενειών στις μεγάλες ηλικίες:

- Ο μη τυπικός τρόπος με τον οποίο παρουσιάζεται η νόσος
- Η όψιμη εμφάνιση της νόσου
- Η συνύπαρξη πολλών παθολογικών καταστάσεων

Η αντίληψη ότι διαφορετικές νόσοι, όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, η πνευμονία, η ουρολοίμωξη και η αναιμία μπορούν να παρουσιάσουν όλες με πτώσεις, σύγχυση ή ακράτεια και όχι με πιο συγκεκριμένα σημεία και συμπτώματα, είναι θεμελιώδες για τη γηριατρική. Οι λόγοι αυτών των μη τυπικών εμφανίσεων δεν είναι πάντα εύκολο να εξηγηθούν. Η αντίληψη του πόνου αλλάζει στο γήρας, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει γιατί το έμφραγμα του μυοκαρδίου παρουσιάζεται με άλλους τρόπους. Η εμπύρετη ανταπόκριση είναι περιορισμένη στο γήρας και έτσι η λοίμωξη μπορεί να είναι εμφανής από την αρχή. Τυχόν συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις μπορεί επίσης να αλλοιώνουν περισσότερες τυπικές εμφανίσεις.

Πολλοί άνθρωποι (όλων των ηλικιών) αποδέχονται την ασθένεια ως συνέπεια της γήρανσης και συνεπώς ενδέχεται να υπομένουν διάφορα συμπτώματα για μακρές χρονικές περιόδους προτού αναζητήσουν ιατρική συμβουλή. Οι συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις μπορεί να είναι σημαντικές· για παράδειγμα, σε έναν ασθενή, η κινητικότητα του οποίου έχει περιοριστεί από εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορεί να περάσει περισσότερος χρόνος έως ότου παρουσιαστεί στηθάγχη, καθώς ο ασθενής



δεν μπορεί να ασκηθεί επαρκώς ώστε να προκληθούν συμπτώματα κατά τα αρχικά στάδια της νόσου.

Πολλαπλή παθολογία σημαίνει συχνά ότι ένα πλήθος αιτιών συνεισφέρουν στην εμφάνιση του ίδιου συμπτώματος. Ένας ασθενής μπορεί να πέσει εξαιτίας οστεοαρθρίτιδας στα γόνατα, ορθοστατικής υπότασης οφειλόμενη σε διουρητική θεραπεία για υπέρταση και φτωχής όρασης εξαιτίας καταρράκτη. Όλα αυτά θα πρέπει να αντιμετωπιστούν προκειμένου να επιλυθεί το πρόβλημα. Είναι απαραίτητη η γνώση πολλών πεδίων της ιατρικής των ενηλίκων, καθώς πρέπει να αντιμετωπιστεί η νόσος σε οποιοδήποτε οργανικό σύστημα και συχνά μάλιστα σε πολλά οργανικά συστήματα ταυτόχρονα.

Κατά την εκτίμηση ενός ηλικιωμένου ασθενούς με μη-συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως πτώσεις ή σύγχυση, είναι πολύ δύσκολο να διαπιστωθεί εάν πρόκειται για εμφάνιση οξείας νόσου έως ότου επιβεβαιωθεί ότι η παρούσα κατάσταση είναι διαφορετική από το μέχρι τώρα λειτουργικό επίπεδο του ασθενούς. Η διερεύνηση για την ύπαρξη οξείας νόσου είναι απίθανο να αποφέρει καρπούς σε έναν ασθενή του οποίου η κινητικότητα παρουσίαζε πτώση καθ'όλη τη διάρκεια αρκετών μηνών, ενώ η διερεύνηση θα είχε ένδειξη αν η κατάστασή του αυτή μεταβαλλόταν ξαφνικά.

Η ακόλουθη παράγραφος περιγράφει τις πτώσεις, μια από τις πλέον συνήθεις εκδηλώσεις στις μεγάλες ηλικίες, ως συγκεκριμένο παράδειγμα μιας μη ειδικής εκδήλωσης νόσου. Οι ασθενείς συχνά παρουσιάζονται με πληθώρα προβλημάτων, ιδίως σύγχυση, ακράτεια και απώλεια της κινητικότητας. Εκδηλώσεις αυτού του είδους συχνά έχουν κοινές υποκείμενες αιτίες και μπορεί να επιβαρύνουν η μια την άλλη.

## ΠΤΩΣΕΙΣ

Οι πτώσεις και η αστάθεια είναι πολύ συνήθεις στους ηλικιωμένους. Το 30% περίπου των ανθρώπων ηλικίας 65 ετών και άνω πέφτουν κάθε χρόνο, ποσοστό που αυξάνεται στο 40% για αυτούς που υπερβαίνουν τα 80 έτη. Αν και μόνο το 10-15% των πτώσεων επιφέρουν σοβαρά τραύματα, οι πτώσεις συνιστούν την κύρια αιτία καταγμάτων αυχένος του μηριαίου οστού σε άτομα της εν λόγω ηλικιακής ομάδας. Οι πτώσεις επιφέρουν επίσης απώλεια της αυτοπεποίθησης και φόβο και συχνά συνιστούν το 'τελικό χτύπημα' που οδηγεί τον ηλικιωμένο στην απόφαση να μεταβεί και να εγκατασταθεί σε κάποιον οίκο ευγηρίας.

Οι τέσσερις κύριες πηγές των πτώσεων είναι οι εξής:

- i. Απλό 'παραπάτημα' ή ατύχημα
- ii. Απώλεια αισθήσεων
- iii. Κατάρρευση οφειλόμενη σε οξεία νόσο
- iv. Πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου

Στους πολλαπλούς παράγοντες περιλαμβάνονται:  
Νόσος

- Εγκεφαλικά επεισόδια
- Νόσος Alzheimer
- Νόσος Parkinson
- Κατάθλιψη
- Αρθροπάθεια των αρθρώσεων που φέρουν το βάρος του σώματος
- Ορθοστατική υπόταση

Αναπηρίες

- Μειωμένη ισορροπία
- Μυϊκή αδυναμία
- Ανωμαλίες βαδίσματος
- Μειωμένη όραση
- Γνωσιακή εξασθένηση

Φάρμακα

- Πολυφαρμακία (τέσσερα ή περισσότερα φάρμακα)
- Φάρμακα που σχετίζονται με καταστολή: βενζοδιαζεπίνες, φαινοθειαζίνες, αντικαταθλιπτικά
- Διγοξίνη
- Διουρητικά
- Τύπου – I αντιαρρυθμικά

#### ΟΞΕΙΑ ΝΟΣΟΣ (ασθένεια)

Για ένα ποσοστό των ηλικιωμένων που ‘πέφτουν’, η πτώση τους οφείλεται σε μια οξεία νόσο. Η πτώση είναι ένα από τα κλασικά, μη-τυπικά συμπτώματα ασθένειας στους ευπαθείς ανθρώπους. Αυτό, μπορεί να οφείλεται στις μειωμένες εφεδρείες της συνολικής νευρολογικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων και συνεπώς στη μειωμένη ικανότητά τους να διατηρούν την ισορροπία τους όταν οι εφεδρείες αυτές δοκιμάζονται από κάποια οξεία νόσο. Υποψία για κάτι τέτοιο πρέπει να εγείρεται ιδίως για όσους παρουσίασαν πολλές πτώσεις μέσα σε περίοδο λίγων ημερών. Οι συνήθεις υποκείμενες ασθένειες περιλαμβάνουν λοίμωξη, εγκεφαλικό επεισόδιο, μεταβολικές διαταραχές και καρδιακή ανεπάρκεια. Λεπτομερής εξέταση και διερεύνηση είναι απαραίτητη, ώστε να αναγνωριστούν τα εν λόγω προβλήματα.

Η διερεύνηση πρέπει να περιλαμβάνει:

- Πλήρη εξέταση αίματος
- Ουρία και ηλεκτρολύτες, εξετάσεις της ηπατικής λειτουργίας και γλυκόζης
- Ακτινογραφία θώρακος
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Εξέταση ούρων για πυοσφαίρια ή νιτρώδη άλατα· αν είναι θετική, καλλιέργεια ούρων

Είναι επίσης σημαντικό να εξακριβωθεί αν άρχισε η λήψη κάποιου φαρμάκου πρόσφατα, το οποίο μπορεί να επιτάχυνε την επιδείνωση. Μόλις αντιμετωπιστεί η υποκείμενη νόσος, οι πτώσεις μπορεί να μην αποτελούν πλέον πρόβλημα.

### ΠΟΛΛΑΠΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Υπάρχει μια ομάδα ασθενών στους οποίους η άμεση αιτία πτώσης μπορεί να μην είναι προφανής. Αυτοί οι ασθενείς είναι συχνά ευπαθείς, με πολλαπλά ιατρικά προβλήματα και χρόνιες αναπηρίες. Η τάση τους να πέφτουν οφείλεται σε πλήθος παραγόντων κινδύνου, που έχουν πλέον επισημανθεί επαρκώς από προοπτικές μελέτες. Ο κίνδυνος πτώσης αυξάνεται γραμμικά σύμφωνα με τους υπάρχοντες παράγοντες κινδύνου. Προφανώς, αυτοί οι ασθενείς μπορεί να παρουσιαστούν με μια πτώση που οφείλεται σε μια οξεία νόσο ή σε συγκοπή, όπως παραπάνω, αλλά η κατάστασή τους θα παραμείνει επισφαλής (δηλαδή θα παραμείνει ο κίνδυνος περαιτέρω πτώσεων) ακόμη και όταν η συγκεκριμένη νόσος υποχωρήσει. Έχει δειχθεί ότι ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος για την αποτροπή περαιτέρω πτώσεων σε αυτήν την ομάδα είναι η παρέμβαση σε όλους τους παράγοντες κινδύνου.

Οι παρεμβάσεις για την αποτροπή των πτώσεων είναι οι εξής:

- Αναγνώριση και αντιμετώπιση των αιτιών πτωχής ισορροπίας και διαταραγμένης βάδισης
- Διόρθωση της ορθοστατικής υπότασης
- Εκλογίκευση της φαρμακευτικής εκλογής
- Διόρθωση της μειωμένης όρασης
- Εκπαίδευση για ισορροπία και στάση
- Έλεγχος ασφάλειας του περιβάλλοντος
- Επιμόρφωση ασφάλειας

Αυτές πρέπει να προσαρμοστούν στους συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου κάθε ατόμου. Αρκετές παρεμβάσεις θα χρειαστούν για να μειωθεί ο κίνδυνος πτώσης και συνήθως μια παρέμβαση ομάδας επαγγελματιών είναι απαραίτητη για την επίτευξη αυτού του σκοπού.

Κατά την εκτίμηση ενός ασθενούς με επαναλαμβανόμενες πτώσεις, η αιτία οποιασδήποτε αναπηρίας όπως απώλεια της δύναμης ή διαταραχές βάδισης πρέπει να προσδιοριστεί, ώστε να ακολουθήσει η απαιτούμενη αντιμετώπιση. Για παράδειγμα, οι τετρακέφαλοι μύες ενός ασθενούς μπορεί να είναι εξασθενημένοι λόγω οστεοαρθρίτιδας της κεφαλής του μηριαίου, η οποία θα βελτιωθεί με επαρκή αναλγησία και φυσικοθεραπεία. Η διαταραχή βάδισης που οφείλεται στη νόσο του Parkinson μπορεί να αντιμετωπιστεί με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και φυσικοθεραπεία. Η εκλογίκευση της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να συμβάλει στη μείωση της ορθοστατικής υπότασης ή της καταστολής. Άλλοι τρόποι για τη μείωση της υπότασης στάσης περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση της αφυδάτωσης, την ανύψωση της ‘κεφαλής’ του κρεβατιού και τη χρήση ελαστικών καλτσών, αν και οι ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολίες να τις φορέσουν. Μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα ίσως να μπορούν να βοηθήσουν, όμως με προσοχή γιατί μπορεί να προκαλέσουν κατακράτηση άλατος και νερού, αυξάνοντας έτσι τον κυκλοφορούντα όγκο. Η φλουδροκορτιζόνη δρα με τον ίδιο μηχανισμό, αλλά μερικές φορές δεν γίνεται καλά ανεκτή καθώς μπορεί να προκαλέσει υπερβολική κατακράτηση υγρών επιφέροντας έτσι καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι απλές παρεμβάσεις όπως είναι η χορήγηση νέων γυαλιών ή η θεραπεία ποδιών, μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στη λειτουργικότητα. Αν και οι περισσότερες πτώσεις οφείλονται σε ενυπάρχοντα προβλήματα του ασθενούς είναι σημαντικό να εξασφαλίσουμε ότι το περιβάλλον είναι ασφαλές· αυτό εκτιμάται καλύτερα από έναν λειτουργικό θεραπευτή που επισκέπτεται την οικία του ασθενούς. Μπορεί επίσης ο ασθενής να προμηθευτεί προσωπικούς συναγερμούς, ώστε να μπορεί να καλέσει βοήθεια στην περίπτωση που ξαναπέσει.

### ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

Η πρόληψη της οστεοπόρωσης θα πρέπει να συζητείται σε ευπαθείς ηλικιωμένους που έχουν επαναλαμβανόμενες πτώσεις, ιδιώς αν έχουν υποστεί κάποιο κάταγμα. Σε αυτήν την ομάδα, η πιο αποτελεσματική θεραπεία είναι η χορήγηση ασβεστίου και βιταμίνης D3. συσκευές που είναι γνωστές ως ‘προστατευτικά των γοφών’ έχει δειχθεί ότι μειώνουν πάνω από 50% τον κίνδυνο κατάγματος σε αυτές τις περιοχές σε ασθενείς που διαμένουν στο σπίτι τους, αν και η συμμόρφωση των ασθενών είναι μάλλον πτωχή. Αποτελούνται από μαξιλάρια πολυπροπυλενίου που προσαρμόζονται σε ειδικά εσώρουχα για να συγκρατώνται σε θέση πάνω από τους μείζονες τροχαντήρες. Στην περίπτωση που οι ασθενείς πέσουν πάνω στο γοφό τους, τα μαξιλάρια

διοχετεύουν την ασκούμενη δύναμη της πρόσκρουσης από τα οστά σε μαλακούς ιστούς. (10)

## **VIII. ΑΛΛΕΣ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Είναι σαφές ότι υπάρχει ευρύ πεδίο πιθανών εκδηλώσεων στους ηλικιωμένους, που μπορεί να αφορούν οποιαδήποτε ιατρική ειδικότητα. Αυτές μπορεί να είναι:

1. Λοιμώξεις
2. Προβλήματα ισορροπίας υγρών
3. Πτωχή διατροφή
4. Υποθερμία
5. Καρδιακή ανεπάρκεια
6. Υπέρταση
7. Ζαλάδες και απώλεια συνείδησης
8. Κολπική μαρμαρυγή
9. Ακράτεια ούρων
10. Σακχαρώδης διαβήτης
11. Πεπτικό έλκος
12. Αναιμία
13. Ακινησία
14. Οξείες καταστάσεις σύγχυσης
15. Εγκεφαλικά επεισόδια
16. Άνοια

### **I. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

Οι ιδιαιτερότητες σε σχέση με την ηλικία σε ότι αφορά στο κομμάτι των λοιμώξεων έχουν ως εξής:

- Ø Η χυμική και κυτταρική ανοσία μειώνονται με τη γήρανση, εν μέρει εξαιτίας της επιβάρυνσης από τη χρόνια νόσο.
- Ø Η λοίμωξη είναι ο πιο συχνός λόγος για την εισαγωγή στο νοσοκομείο στις μεγάλες ηλικίες.
- Ø Η λοίμωξη συχνά παρουσιάζεται με μη τυπικά ή μη ειδικά συμπτώματα, όπως οξεία σύγχυση ή απώλεια της κινητικότητας.
- Ø Παρατηρούνται αυξημένα ποσοστά εμφάνισης πνευμονίας, φυματίωσης και μόλυνσης του ουροποιητικού και των μαλακών ιστών με την πάροδο του χρόνου.
- Ø Η θνητότητα και οι επιπλοκές από λοιμώξεις, αυξάνονται στις μεγάλες ηλικίες.

- Ø Ο εμβολιασμός κατά της γρίπης σε ηλικίες άνω των 65 ετών φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός. (11)

## II. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΥΓΡΩΝ

Εδώ παρατηρούνται τόσο φυσιολογικές μεταβολές, όσο και διαταραχές.

Φυσιολογικές μεταβολές στο μεταβολισμό του νατρίου και του ύδατος σχετιζόμενο με την ηλικία:

- Ø Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν ψηλό κίνδυνο για διαταραχές των υγρών και των ηλεκτρολυτών, λόγω των σοβαρών φυσιολογικών μεταβολών που λαμβάνουν χώρα με το γήρας.
- Ø Οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερη αναλογία λίπους και ισχνής μυϊκής μάζας σε σχέση με τους νεότερους: καθώς υπάρχει λιγότερη ποσότητα ύδατος στο λίπος από ότι στο μυϊκό ιστό, οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερη απώλεια ύδατος για οποιαδήποτε δεδομένη μείωση του βάρους.
- Ø Υπάρχει διαταραχή του αισθήματος της δίψας ως απάντηση στην υποογκαιμία και στην υπερωσμωτικότητα, έτσι ώστε η δίψα να μην δρα αντιρροπιστικά στο έλλειμμα του ύδατος στους αφυδατωμένους ηλικιωμένους ασθενείς, στους οποίους θα πρέπει να χορηγηθούν υγρά.
- Ø Υπάρχει μείωση στο ρυθμό σπειραματικής διήθησης, η οποία μειώνει την ικανότητα απέκκρισης, όταν υπάρχει υπερφόρτωση με νάτριο. Αυτό επιδεινώνεται από την υψηλή συχνότητα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας σε αυτήν την ομάδα.
- Ø Η νεφρική συμπτωτική ικανότητα μειώνεται λόγω της σχετικής αύξησης της ροής αίματος στο μυελό, που οφείλεται σε εκλεκτική απώλεια σπειραμάτων του φλοιού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το 'έκπλυμα' της μυελικής τονικότητας και τη μειωμένη συμπτωτική ικανότητα.
- Ø Τα επίπεδα ρενίνης και αγγειοτενσίνης είναι μειωμένα, οδηγώντας σε διαταραχή της κατακράτησης του νατρίου.
- Ø Η μειωμένη νεφρική απάντηση του στη βαζοπρεσίνη μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την υπερβολική απώλεια ύδατος.

Συχνές διαταραχές υγρών και ηλεκτρολυτών σε ηλικιωμένους:

- Ø Λοιμώξεις, όπως πνευμονία και λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, ευθύνονται για δυσανάλογο βαθμό αφυδάτωσης σε αυτήν την ομάδα.
- Ø Οι άνθρωποι με άνοια είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην αφυδάτωση, λόγω του ελαττωμένου αισθήματος δίψας και της αδυναμίας να πιούν ή να ζητήσουν νερό.

- Ø Η υπονατριαιμία είναι η συνηθέστερη ηλεκτρολυτική διαταραχή σε ηλικιωμένους και σχετίζεται με υψηλή θνησιμότητα.
- Ø Οι ηλικιωμένοι είναι πιθανότερο να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (θειζιδικά διουρητικά) που προκαλεί υπονατριαιμία ή να έχουν νοσήματα που σχετίζονται με αυτή. (12)

### III. ΠΤΩΧΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- Ø Η σύσταση του σώματος μεταβάλλεται με την πάροδο της ηλικίας. Παρουσιάζεται απώλεια μυϊκής μάζας και το λίπος αποτελεί μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού βάρους του σώματος από ότι στους νέους.
- Ø Αυτές οι μεταβολές επηρεάζουν τις διατροφικές ανάγκες. Οι ενεργειακές απαιτήσεις μειώνονται εξαιτίας της μείωσης των ενεργειακών δαπανών που προκαλούνται εξαιτίας της μείωσης της σωματικής μάζας.
- Ø Ο υπολογισμός του BMI είναι δύσκολος στη προχωρημένη ηλικία καθώς το αρχικό ύψος μειώνεται εξαιτίας της απώλειας σπονδυλικού οστού, των μειωμένων διαστημάτων μεταξύ των μεσοσπονδύλιων δίσκων και της αυξημένης χαλάρωσης των συνδέσμων που στηρίζουν τους σπονδύλους. Ακόμη είναι δύσκολο να μετρηθεί το ύψος σε εκείνα τα άτομα με διαταραχές της στάσης του σώματος, όπως είναι η κύφωση. Εναλλακτικές μέθοδοι περιλαμβάνουν τη μέτρηση του μισού του ανοίγματος των βραχιόνων και του ύψους μέχρι το γόνατο για τα οποία υπάρχουν σχέσεις για τη μετατροπή στο πραγματικό ύψος.
- Ø Η όρεξη μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και το αίσθημα του κορεσμού επέρχεται ταχύτατα, ίσως εξαιτίας των μειωμένων ρυθμών γαστρικής εκκένωσης. Επίσης, παράπλευρα, η όρεξη επηρεάζεται από τη μειωμένη όσφρηση και γεύση.
- Ø Αν και οι ενεργειακές απαιτήσεις μειώνονται, οι ανάγκες για τα άλλα θρεπτικά συστατικά παραμένουν αμετάβλητες. Έτσι, με τη μείωση της πρόσληψης μέσω της διαίτας είναι πολύ πιθανό να παρατηρηθούν ανεπάρκειες των ιχνοστοιχείων και γι' αυτό η διαίτα των ηλικιωμένων ανθρώπων πρέπει να είναι εμπλουτισμένη σε θρεπτικά συστατικά ώστε να αντιροπισθεί αυτό το γεγονός.
- Ø Στους λεπτούς ηλικιωμένους ανθρώπους παρουσιάζονται μειωμένα επίπεδα βιταμίνης D εξαιτίας της μειωμένης διαιτητικής πρόσληψης, της μειωμένης έκθεσης στον ήλιο και της λιγότερο ικανοποιητικής μετατροπής της στο δέρμα. Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια οστικής μάζας και κατάγματα.
- Ø Με την πάροδο της ηλικίας παρουσιάζεται πτώση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού. Η επαρκής πρόσληψη των αντιοξειδωτικών

βιταμινών και των μετάλλων είναι σημαντική για τη διατήρηση αυτής της λειτουργίας.

- Ø Η υποκλινική ή η έκδηλη ανεπάρκεια των βιταμινών μπορεί να ευθύνεται για την πτώση της γνωσιακής λειτουργίας στην προχωρημένη ηλικία. Η βιταμίνη B12 είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος και σε όλα εκείνα τα άτομα με την ανεπάρκεια αυτή, θα πρέπει να γίνει υποκατάστασή της ενδομυϊκά. (13)

#### **IV. ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ**

- Ø Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν διαταραγμένους θερμορρυθμιστικούς μηχανισμούς, ειδικά την αγγειοκινητική λειτουργία, την ανταπόκριση των σκελετικών μυών στο κρύο και την εφίδρωση. Γι' αυτό και η αντίδρασή τους στη θερμική πρόκληση είναι βραδεία και περιορισμένη.
- Ø Ο ουδός της εφίδρωσης αυξάνεται ως αποτέλεσμα της ατροφίας των ιδρωτοποιών αδένων και της διαταραγμένης λειτουργίας της διέγερσης των ιδρωτοποιών αδένων. Η μείωση της εφίδρωσης προδιαθέτει σε εμφάνιση θερμικής νόσου.
- Ø Η υποθερμία μπορεί να παρουσιαστεί ως πρωτοπαθής νόσος, αλλά στους ηλικιωμένους αποτελεί συνήθως επιπλοκή άλλων νοσημάτων (δευτεροπαθής υποθερμία).
- Ø Ο κίνδυνος εμφάνισης θερμικών προβλημάτων αυξάνεται σε πολλές παθολογικές καταστάσεις, όπως:
  - i. αγγειακή νόσο ή έμφραγμα του μυοκαρδίου, που αλλοιώνει την αγγειακή ενδοτικότητα
  - ii. θυρεοειδοπάθεια και λοίμωξη, που αλλοιώνουν τον μεταβολικό ρυθμό
  - iii. αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) ή κατάγματα που διαταράσσουν την κινητικότητα
  - iv. τα ΑΕΕ, τα ηρεμιστικά, τα υπνωτικά ή το αλκοόλ, που επηρεάζουν τους κεντρικούς ομοιοστατικούς μηχανισμούς
- Ø Όταν υπάρχει και κάποια άλλη παθολογική κατάσταση, η υποθερμία μπορεί να παρουσιαστεί και σε ένα περιβάλλον που θεωρείται θερμοουδέτερο για τα φυσιολογικά άτομα.
- Ø Μετά από την ανάνηψη, η πρόγνωση είναι χειρότερη για τους ασθενείς με πρωτοπαθή υποθερμία από ότι στους ασθενείς με δευτεροπαθή υποθερμία.
- Ø Ο βαθμός υποθερμίας είναι πιο σημαντικός προγνωστικός Παράγοντας από ότι η ηλικία. (9)



## V. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### 1. ΣΥΜΦΟΡΗΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

- Ø Η επίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας αυξάνεται με την ηλικία, με αποτέλεσμα αυτή η κατάσταση να προσβάλλει το 5-10% των ατόμων στα 80 τους χρόνια.
- Ø Η καρδιακή ανεπάρκεια στους ηλικιωμένους, πιο συχνά οφείλεται σε στεφανιαία αρτηριοπάθεια. Επίσης, συχνά αίτια είναι τόσο η υπέρταση όσο και η ασβεστοποιός εκφυλιστική βαλβιδοπάθεια.
- Ø Η διαστολική δυσλειτουργία αποτελεί συχνά ένα κυρίαρχο γνώρισμα ειδικά στα άτομα με ιστορικό υπέρτασης.
- Ø Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης βελτιώνουν τα συμπτώματα και τη θνητότητα, αλλά μερικές φορές προκαλούν ορθοστατική υπόταση, εξαιτίας των προϋπαρχουσών λόγω της ηλικίας μειώσεων στον όγκο του πλάσματος και στην ικανότητα ανταπόκρισης των τασεοϋποδοχέων, της παρουσίας ανεπαρκών φλεβικών βαλβίδων και των μεταβολών στην αυτορρύθμιση της εγκεφαλικής αιματικής ροής.
- Ø Συνήθως χρειάζεται η χορήγηση διουρητικών της αγκύλης αλλά στους ασθενείς με ακράτεια ούρων και στους άνδρες με υπερτροφία του προστάτη μπορεί να μην είναι καλά ανεκτά.

### 2. Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

- Ø Οι περισσότεροι από τους μισούς ανθρώπους που είναι πάνω από 60 ετών παρουσιάζουν υπέρταση (συμπεριλαμβανομένης και της μεμονωμένης συστολικής υπέρτασης).
- Ø Η υπέρταση είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη εμφράγματος του μυοκαρδίου, καρδιακής ανεπάρκειας και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου στους ηλικιωμένους ανθρώπους.
- Ø Το απόλυτο όφελος από την αντιϋπερτασική αγωγή είναι μεγαλύτερο στους ηλικιωμένους (τουλάχιστον έως την ηλικία των 80 ετών).
- Ø Οι τιμές στόχος της αρτηριακής πίεσης θα πρέπει να είναι οι ίδιες με εκείνες που ισχύουν για τα νεότερα άτομα.

- Ø Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανέχονται την αντιϋπερτασική αγωγή εξίσου καλά με τους νεότερους ασθενείς.
- Ø Οι θειαζίδες σε χαμηλές δόσεις αποτελούν το φάρμακο εκλογής, αλλά όταν συνυπάρχουν και άλλες παθολογικές καταστάσεις (π.χ. στηθάγχη, διαβήτης) μπορεί να είναι καταλληλότερη η χρήση άλλων παραγόντων.

### 3. ΚΟΛΠΙΚΗ ΜΑΡΜΑΡΥΓΗ

- Ø Ο επιπολασμός της κολπικής μαρμαρυγής αυξάνεται με την ηλικία και ξεπερνώντας το 10% σε άτομα με ηλικία μεγαλύτερη από 75 έτη.
- Ø Αν και μερικές φορές είναι ασυμπτωματική, συχνά συνοδεύεται από διαστολική καρδιακή ανεπάρκεια.
- Ø Η κολπική μαρμαρυγή, μπορεί να είναι το κύριο σύμπτωμα ενός κατά τα άλλα ασυμπτωματικού ή λανθάνοντος υπερθυρεοειδισμού.
- Ø Η καρδιομετατροπή ακολουθείται από αυξημένη συχνότητα (~70% σε ένα χρόνο) υποτροπιάζουσας κολπικής μαρμαρυγής.
- Ø Η κολπική μαρμαρυγή αποτελεί μια σημαντική αιτία ΑΕΕ που μπορεί να προληφθεί (εμβολή εγκεφαλικών αγγείων). Παρουσιάζεται στο 15% όλων των ασθενών με ΑΕΕ και στο 2-8% των ασθενών με παροδικά ισχαιμικά επεισόδια.
- Ø Αν και ο κίνδυνος θρομβοεμβολικού επεισοδίου αυξάνεται με την ηλικία, αυξάνονται επίσης και οι κίνδυνοι από την αντιπηκτική αγωγή εξαιτίας της αυξημένης συνοσηρότητας, ιδίως εξαιτίας των πτώσεων και της έκπτωσης των γνωσιακών λειτουργιών.
- Ø Εάν συστήνεται αντιπηκτική αγωγή, ο στόχος του INR μεταξύ 1,6-2,5 αντιπροσωπεύει ίσως την καλύτερη προσπάθεια εξισορρόπησης των οφελών και των κινδύνων στα άτομα με ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών.

### 4. ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΥΝΤΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ

- Ø Η αρτηριοσκλήρυνση δεν θεωρείται τμήμα της φυσιολογικής διεργασίας της γήρανσης, αλλά στις ανεπτυγμένες χώρες η επικράτησή της συνδέεται σχεδόν εκθετικά με την ηλικία.
- Ø Τα στοιχεία δείχνουν ότι η υπέρταση, το κάπνισμα, και οι αυξημένες τιμές της χοληστερόλης παραμένουν παράγοντες κινδύνου για ανεπιθύμητη κλινική έκβαση διαφόρων

επεισοδίων του καρδιαγγειακού σε μεγάλη ηλικία και η αντιμετώπισή τους μειώνει αυτόν τον κίνδυνο.

- Ø Οι ασθενικοί ηλικιωμένοι συχνά προσέρχονται με προχωρημένου βαθμού πολυσυστηματική αρτηριοπάθεια, σε συνδυασμό με ένα πλήθος άλλων συννοσηρών καταστάσεων.
- Ø Σε πολύ ασθενικά άτομα με εκτεταμένη νόσο και περιορισμένο προσδόκιμο επιβίωσης, ο κίνδυνος της χειρουργικής παρέμβασης μπορεί να υπερβαίνει τα πιθανά οφέλη και η συμπτωματική αγωγή είναι το μόνο που μπορεί να προσφερθεί σε αυτούς.

## 5. ΣΤΗΘΑΓΧΗ

- Ø Ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου, αυξάνεται με την ηλικία και μεταξύ των ηλικιωμένων προσβάλλει σχεδόν εξίσου συχνά τις γυναίκες με τους άνδρες.
- Ø Η συνύπαρξη και άλλων νοσηρών καταστάσεων όπως είναι η αναιμία και η θυρεοειδοπάθεια είναι συχνές και μπορεί να επιδεινώσουν τη στηθάγχη.
- Ø Η αορτική στένωση εξαιτίας αποτιτανώσεων είναι συχνή και θα έπρεπε να διερευνηθεί η παρουσία της σε όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς με στηθάγχη.
- Ø Όταν παρουσιάζεται έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι μεταβολές που συνδέονται με την ηλικία και αφορούν στη λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, στην ενδοτικότητα του μυοκαρδίου και στην χάλαση κατά τη διαστολή μπορεί να οδηγήσουν στην κλινική εικόνα που χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας, όπως είναι η δύσπνοια, παρά στην εμφάνιση θωρακικού άλγους.
- Ø Η αγγειοπλαστική και η χειρουργική επέμβαση παράκαμψης των στεφανιαίων αρτηριών μπορούν να εξασφαλίσουν ανακούφιση από τα συμπτώματα, παρά την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα που οφείλεται στην επέμβαση. Η πρόγνωση καθορίζεται από τον αριθμό των προσβεβλημένων αγγείων, τη βαρύτητα της δυσλειτουργίας του μυοκαρδίου και τον αριθμό των συνακόλουθων νοσημάτων, καθώς και την ηλικία καθεαυτή.

## 6. ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

- Ø Η κλινική εικόνα είναι συχνά άτυπη και το κυρίαρχο σύμπτωμα μπορεί να είναι η δύσπνοια, η κόπωση ή αδυναμία παρά το θωρακικό άλγος.
- Ø Οι περιπτώσεις θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου παρουσιάζουν βαθμιαία αύξηση με την ηλικία. Η νοσοκομειακή θνητότητα υπερβαίνει το 25% σε εκείνα τα άτομα με ηλικία μεγαλύτερη των 75 ετών (5 φορές υψηλότερη από ότι αυτή που παρουσιάζεται στους ασθενείς που είναι μικρότεροι από 55 ετών).
- Ø Το σχετικό πλεονέκτημα της επιβίωσης των περισσότερων θεραπευτικών αγωγών που βασίζονται στις ενδείξεις, δεν επηρεάζεται από την ηλικία. Για αυτό και το απόλυτο πλεονέκτημα από αυτές τις θεραπείες είναι μεγαλύτερο στους ηλικιωμένους.
- Ø Οι κίνδυνοι από τις περισσότερες θεραπείες που βασίζονται στις ενδείξεις (π.χ. ο κίνδυνος της ενδοεγκεφαλικής αιμορραγίας μετά τη θρομβόλυση) αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας, γεγονός που οφείλεται εν μέρει στην αυξημένη συνύπαρξη και άλλων νοσηρών καταστάσεων.
- Ø Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, ιδίως εκείνοι που παρουσιάζουν και άλλες νοσηρές καταστάσεις, αντιπροσωπεύονται σε μικρότερο ποσοστό σε πολλές από τις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που βοήθησαν στην καθιέρωση της θεραπείας του εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η ισορροπία μεταξύ οφέλους και κινδύνου για πολλές από τις θεραπείες (π.χ. θρομβόλυση, πρωτογενής διαδερμική αγγειοπλαστική) είναι επομένως, στους ηλικιωμένους ασθενείς, αβέβαιη.

## 7. ΑΟΡΤΙΚΗ ΣΤΕΝΩΣΗ

- Ø Η αορτική στένωση είναι ένα συχνό αίτιο συγκοπτικών κρίσεων, στηθάγχης και καρδιακής ανεπάρκειας και αποτελεί την πιο συχνή μορφή βαλβιδοπάθειας στα πολύ ηλικιωμένα άτομα.
- Ø Εξαιτίας της αυξημένης αρτηριακής δυσκαμψίας μπορεί να μην παρουσιάζεται η χαμηλή πίεση σφυγμού και ο σφυγμός βραδείας ανόδου.
- Ø Η πρόγνωση χωρίς χειρουργική επέμβαση μετά την έναρξη των συμπτωμάτων είναι άσχημη.
- Ø Όταν απουσιάζουν άλλες σοβαρές νοσηρές καταστάσεις μπορεί να συστηθεί η χειρουργική επέμβαση και στα άτομα ηλικίας 80 ετών ή περισσότερο, αλλά παρουσιάζεται αυξημένη εγχειρητική θνησιμότητα.

- Ø Η αντικατάσταση με μια βιολογική βαλβίδα είναι προτιμότερη από μια μηχανική βαλβίδα επειδή κάτι τέτοιο καθιστά αναγκαία τη χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής. Επιπλέον, η διάρκεια αντοχής των βιολογικών βαλβίδων, συνήθως, υπερβαίνει το προσδόκιμο επιβίωσης αυτών των ασθενών. (14), (15), (16)

## VI. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### 1. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

- Ø Οι μεγάλες εφεδρείες του αναπνευστικού συστήματος επιτρέπουν τη σημαντική ελάττωση της λειτουργικότητας με ελάχιστη επίδραση στη φυσιολογική αναπνοή, αλλά η ικανότητα να αντιμετωπιστεί μια οξεία αναπνευστική νόσος είναι περιορισμένη.
- Ø Οι πνευμονικοί όγκοι μειώνονται σταδιακά με την ηλικία. Ο λόγος FEV1/FVC μειώνεται κατά περίπου 0,2% ανά έτος από τα επίπεδα του 70% στην ηλικία των 40-45 ετών. Η μείωση είναι λιγότερο απότομη στους άνδρες.
- Ø Στις μεγάλες ηλικίες υπάρχει μειωμένη ανταπόκριση στην υποξία και την υπερκαπνία, γι' αυτό οι ηλικιωμένοι ασθενείς μπορεί να είναι λιγότερο ταχυπνοϊκοί στην ίδια μείωση της  $PaO_2$  ή αύξηση της  $PCO_2$ .
- Ø Ο μειωμένος αριθμός των αδενικών επιθηλιακών κυττάρων οδηγεί σε μείωση της προστατευτικής βλέννας και έτσι σε μειωμένη ικανότητα άμυνας απέναντι στις λοιμώξεις.
- Ø Η μέγιστη ικανότητα πρόσληψης οξυγόνου μειώνεται με την ηλικία λόγω ενός συνδυασμού αλλαγής στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα με αποτέλεσμα τις μειωμένες καρδιοαναπνευστικές εφεδρείες και τη μειωμένη ικανότητα για άσκηση.
- Ø Η κινητικότητα του θωρακικού τοιχώματος μειώνεται λόγω της σμίκρυνσης των μεσοσπονδυλίων διαστημάτων και της οστεοποίησης των πλευρικών χόνδρων. Η ισχύς των αναπνευστικών μυών επίσης μειώνεται. Οι αλλαγές αυτές αποκτούν σημασία μόνο παρουσία άλλων αναπνευστικών παθήσεων.
- Ø Με την πάροδο της ηλικίας επέρχεται μείωση στην ελαστική ικανότητα των αεραγωγών που με τη σειρά της προκαλεί τάση για σύμπτωση των τοιχωμάτων κατά την εκπνοή, ιδιαίτερα σε εξαρτημένες περιοχές των πνευμόνων, μειώνοντας έτσι τον αερισμό και αυξάνοντας τις διαταραχές αερισμού-αιμάτωσης.

## 2. ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ

- Ø Αμφότερα ΧΑΠ και άσθμα αποτελούν κοινά νοσήματα για τους ηλικιωμένους ασθενείς, χωρίς το ένα να αποκλείει το άλλο. Η λανθασμένη διάγνωση της ΧΑΠ αντί του άσθματος στην προχωρημένη ηλικία και στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα είναι σύνηθες φαινόμενο.
- Ø Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με διαταραχές της οπτικής οξύτητας, δυσκολεύονται στην ανάγνωση των μετρήσεων της PEF.
- Ø Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αισθάνονται τον οξύ βρογχόσπασμο λιγότερο από ότι οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς και η περιγραφή των συμπτωμάτων τους δεν αποτελεί αξιόπιστη ένδειξη της βαρύτητας της νόσου, έτσι τα “κατ’ ανάγκη” χορηγούμενα βρογχοδιασταλτικά μπορεί να μην είναι απαραίτητα ως θεραπεία πρώτης γραμμής.
- Ø Το ευεργετικό αποτέλεσμα της διακοπής του καπνίσματος στην πνευμονική λειτουργία εξασθενεί με την πρόοδο της ηλικίας, αλλά παραμένει πολύτιμο έως και την ηλικία των 80 ετών.
- Ø Η πλειονότητα των ηλικιωμένων ασθενών δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει της συσκευές εισπνοών λόγω δυσκολίας συντονισμού και ενεργοποίησης της συσκευής. Η συχνή επίδειξη και καθοδήγηση ως προς τη χρήση τω συσκευών αυτών είναι επιτακτική.
- Ø Η θνησιμότητα για το οξύ άσθμα είναι υψηλότερη στην προχωρημένη ηλικία, εν μέρει επειδή οι ηλικιωμένοι ασθενείς υποεκτιμούν τη βαρύτητα του βρογχόσπασμου και αναπτύσσουν λιγότερη ταχυσφυγμία και παράδοξο σφυγμό για τον ίδιο βαθμό βρογχόσπασμου.
- Ø Η προχωρημένη ηλικία εφ’αυτής δεν αποτελεί φραγμό για τη μονάδα εντατικής θεραπείας ή την εφαρμογή μηχανικού αερισμού σε ένα οξύ επεισόδιο άσθματος ή ΧΑΠ, αλλά η απόφαση για κάτι τέτοιο είναι δύσκολη και θα πρέπει να συζητηθεί τόσο με τον ασθενή (αν αυτό είναι εφικτό), τους συγγενείς και το γενικό ιατρό του.

## 3. ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

- Ø Στις ανεπτυγμένες χώρες η πλειοψηφία των θανάτων από πνευμονία συμβαίνει σε ηλικιωμένους.

- Ø Οι ηλικιωμένοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης πνευμονίας λόγω της ελαττωμένης ανοσιακής τους απάντησης, της ελαττωμένης δύναμης των αναπνευστικών μυών, της αλλοιωμένης σύστασης της βλέννας, της κακής θρέψης και της αυξημένης συχνότητας χρόνιων πνευμονικών νόσων.
- Ø Η γρίπη έχει μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών, νοσηρότητας και θνησιμότητας στα ηλικιωμένα άτομα. Ο εμβολιασμός παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας .
- Ø Άλλα συνοδά νοσήματα μπορεί να αποτελέσουν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ανάπτυξη λοίμωξης, π.χ. η δυσκολία κατάποσης λόγω εγκεφαλικού επεισοδίου προδιαθέτει σε πνευμονία από εισρόφηση.
- Ø Συνήθως οι ηλικιωμένοι έχουν άτυπα συμπτώματα, π.χ. σύγχυση.
- Ø Οι περισσότερες περιπτώσεις φυματίωσης σε ηλικιωμένους, αποτελούν επανενεργοποίηση προηγούμενης, μη θεραπευθείσας νόσου που μπορεί να αναζωπυρώνεται λόγω της χρήσης κορτικοστεροειδών ή της ύπαρξης άλλων νόσων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Η κρυπτογενής κεχροειδής φυματίωση μπορεί να εμφανισθεί στους ασθενείς αυτούς. Οι ηλικιωμένοι, εμφανίζουν συχνότερα ανεπιθύμητες ενέργειες από τα αντιφυματικά και γι' αυτό θα πρέπει να ελέγχονται με προσοχή κατά τη λήψη τους.

#### 4. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΑ

- Ø Η γήρανση είναι ο κύριος παράγοντας κινδύνου για τον καρκίνο του πνεύμονα.
- Ø Οι ηλικιωμένοι ασθενείς συνήθως προσέρχονται με πιο προχωρημένη νόσο.
- Ø Σε σύγκριση με τους νεαρούς ασθενείς, οι γηραιότεροι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να προσέλθουν για βρογχοσκόπηση ή κατευθυνόμενη με CT βιοψία με βελόνα, μολονότι πρόκειται για εξετάσεις καλώς ανεκτές και ασφαλείς. Δεν πρέπει να εκτελούνται μόνο σε ασθενείς που λόγω σημαντικών παθήσεων δεν θεωρούνται κατάλληλοι για τέτοιου είδους επεμβάσεις.
- Ø Η πενταετής επιβίωση στους ηλικιωμένους ασθενείς που εγχειρίζονται για καρκίνωμα εκ πλακωδών κυττάρων λίγο διαφέρει από εκείνη σε νεότερους ασθενείς.
- Ø Τα σχήματα εντατικής χημειοθεραπείας για μικροκυτταρικό καρκίνωμα προκαλούν σοβαρή τοξικότητα στους γηραιούς ασθενείς χωρίς σημαντικά οφέλη στην επιβίωση.

## 5. ΔΙΑΜΕΣΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

- Ø Η κρυπτογενής ινοποιός κυψελίτιδα είναι η πιο συχνή διάμεση πνευμονοπάθεια στα ηλικιωμένα άτομα και φέρει τη δυσμενέστερη πρόγνωση.
- Ø Η χρόνια πνευμονία από εισρόφηση πρέπει πάντα να εξετάζεται στη διαφορική διάγνωση ηλικιωμένων ασθενών με αμφοτερόπλευρες σκιάσεις στις πνευμονικές βάσεις στην ακτινογραφία θώρακος.
- Ø Η κοκκιωμάτωση του Wegener αποτελεί σπάνια κατάσταση αλλά απαντάται συχνότερα σε μεγαλύτερη ηλικία. Η συμμετοχή των νεφρών είναι συχνότερη, ενώ η συμμετοχή του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος αποτελεί τη μειοψηφία στους ηλικιωμένους.
- Ø Τα συμπτώματα της αμιάντωσης είναι δυνατόν να εμφανιστούν για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία, λόγω της παρατεταμένης λανθάνουσας περιόδου από την έκθεση έως την εξέλιξη της νόσου.
- Ø Η επαγόμενη από φαρμακευτικούς παράγοντες διάμεση πνευμονοπάθεια απαντάται συχνότερα στους ηλικιωμένους, πιθανώς λόγω της αυξανόμενης πιθανότητας έκθεσης σε ποικίλους φαρμακευτικούς παράγοντες.
- Ø Η σαρκοείδωση, η ιδιοπαθής πνευμονική αιμοσιδήρωση, η κυψελιδική πρωτεΐνωση και η ηωσινοφιλική πνευμονία σπάνια απαντώνται στην προχωρημένη ηλικία.
- Ø Συνυπάρχουσα μυϊκή αδυναμία ή δυσμορφία (παραμόρφωση) του θωρακικού κλωβού (π.χ. κύφωση) μπορούν να παροξύνουν την βαρύτητα της δύσπνοιας που οφείλεται στη διάμεση πνευμονοπάθεια.
- Ø Η ανοιχτή βιοψία πνεύμονα είναι συχνά μη αποδεκτή στην εύθραυστη αυτή ηλικία και για το λόγο αυτό η διάγνωση τίθεται συχνά βάσει των κλινικών σημείων και των ευρημάτων στην υψηλής ευκρίνειας υπολογιστική τομογραφία.

## 6. ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

- Ø Ο κίνδυνος θρομβοεμβολικής νόσου αυξάνεται στην ηλικία άνω των 60 ετών κατά 2,5 φορές.
- Ø Στις γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης αυξάνει τον κίνδυνο θρομβοεμβολής κατά 2-4 φορές.



- Ø Προφυλακτική αγωγή για φλεβική θρομβοεμβολή επιβάλλεται σε όλους τους ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι είναι κληνήρεις, λόγω οξέος νοσήματος, με εξαίρεση το οξύ ΑΕΕ (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, αιμορραγικό) λόγω του ότι η ηπαρίνη αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγικών επιπλοκών.
- Ø Ο επιπολασμός του καρκίνου ανάμεσα στους ασθενείς με εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας, αλλά ο σχετικός κίνδυνος κακοήθειας σε συνδυασμό με την εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση μειώνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Για το λόγο αυτό η συνεχής και έντονη διερεύνηση δεν δικαιολογείται αν η αρχική εκτίμηση δεν ανέδειξε στοιχεία υποκείμενου νεοπλάσματος.
- Ø Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο ευαίσθητοι στην αντιπηκτική δράση της βαρφαρίνης. Απειλητική για τη ζωή ή μοιραία αιμορραγία από τη βαρφαρίνη παρατηρείται σημαντικά πιο συχνά στους ασθενείς ηλικίας άνω των 80 ετών.
- Ø Μακροχρόνια αντιπηκτική θεραπεία δεν πρέπει να χορηγείται προληπτικά στους ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνια κινητικά προβλήματα, λόγω του ότι δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι το τελευταίο αυξάνει τον κίνδυνο θρομβοεμβολικού επεισοδίου.

## 7. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΥΠΕΖΩΚΟΤΑ

- Ø Ο αυτόματος πνευμοθώρακας στους ηλικιωμένους είναι σταθερά συνδεδεμένος με υποκείμενη πνευμονική νόσο και έχει σημαντική θνησιμότητα.
- Ø Το κάταγμα πλευρών αποτελεί συνήθη αιτία της θωρακαλγίας στους ηλικιωμένους και η υποκείμενη οστεομαλακία συμβάλει στην ατελή επούλωση (ίαση) ιδιαίτερα κατά την παραμονή στην οικία, χωρίς επαρκή έκθεση στο ηλιακό φως.
- Ø Η φυματίωση πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη και να αποκλείεται οριστικά σε κάθε ηλικιωμένο ασθενή ο οποίος εμφανίζει μονόπλευρη υπεζωκοτική συλλογή.
- Ø Το μεσοθηλίωμα είναι περισσότερο κοινό νόσημα στους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς από ότι σε νεότερους, λόγω μακράς χρονικής λανθάνουσας περιόδου μεταξύ της έκθεσης στον αμίαντο (συνήθως >40 έτη) και της ανάπτυξης της νόσου.
- Ø Ο εύθραυστος οργανισμός των ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στην κατασταλτική δράση στο αναπνευστικό σύστημα που ενέχει η αναλγησία με τη χρήση οπιοειδών, για τη μείωση της θωρακαλγίας. Για το λόγο αυτό απαιτείται προσεκτικός έλεγχος της συγκέντρωσης αυτών των ουσιών στον ορό. (17), (18), (19)

## VII. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΥΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### 1. ΑΚΡΑΤΕΙΑ

- Ø Η ακράτεια ούρων προσβάλλει το 15% των γυναικών και το 10% των ανδρών ηλικίας άνω των 65 ετών.
- Ø Ενδέχεται να είναι παροδική εξαιτίας μιας οξείας συγχυτικής κατάστασης, λοίμωξης του ουροποιητικού, φαρμακευτικής αγωγής (διουρητικά), ενσφήνωσης κοπράνων ή περιορισμένης κινητικότητας· οι καταστάσεις αυτές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται προτού διεξαχθεί περαιτέρω διερεύνηση.
- Ø Η αποδεδειγμένη ακράτεια στην προχωρημένη ηλικία οφείλεται, συνήθως, σε υπερδραστηριότητα του εξωστήρα που μπορεί να προκληθεί από βλάβη των κεντρικών ανασταλτικών κέντρων ή από τοπικές διαταραχές των εξωστήρων μυών.
- Ø Η μειωμένη δεξιότητα ως προς τους ειδικούς χειρισμούς ή η μειωμένη αντίληψη του ασθενούς, μπορεί να καθιστά απαραίτητη τη βοήθεια ενός νοσηλευτή που θα βοηθά τον ασθενή με διαλείποντες καθετηριασμούς.

### 2. ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

- Ø Οι νεφρόνες φθίνουν σε αριθμό ήδη από την ηλικία των 30 ετών· μετά την ηλικία των 50 ετών, η κάθαρση της κρεατινίνης μειώνεται σε ρυθμό περίπου 10 ml/min ανά δεκαετία.
- Ø Επειδή η μυϊκή μάζα μειώνεται με την ηλικία, κάθε μέρα παράγεται μικρότερη ποσότητα κρεατινίνης. Γι' αυτό και η κρεατινίνη του ορού μπορεί να αποτελεί έναν παραπλανητικό δείκτη εκτίμησης της νεφρικής λειτουργίας σε ηλικιωμένα άτομα με φτωχή θρέψη και μειωμένη μυϊκή μάζα.
- Ø Τα νεφρικά σωληνάρια επίσης, υφίστανται μεταβολές που συνδέονται με την ηλικία και οδηγούν στην απώλεια της ικανότητας συμπύκνωσης των ούρων, οξινοποίησης και έκκρισης τοξινών.
- Ø Τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιθανόν να λαμβάνουν φάρμακα τα οποία συμβάλλουν στην απώλεια της νεφρικής λειτουργίας, όπως είναι τα διουρητικά, οι αναστολείς του ΜΕΑ και τα ΜΣΑΦ.
- Ø Εξαιτίας αυτής της μείωσης της λειτουργίας, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη οξείας νεφρικής

ανεπάρκειας. Οι συνήθεις αιτίες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας είναι η λοίμωξη, η νόσος των νεφρικών αγγείων, η απόφραξη που οφείλεται στον προστάτη, η υποογκαιμία και η σοβαρού βαθμού καρδιακή δυσλειτουργία.

- Ø Τα πιο σημαντικά αίτια νεφροπάθειας στους ηλικιωμένους είναι τα αγγειακά και γι' αυτό οι νεφροί είναι ιδιαίτερα ευπαθείς σε οποιοδήποτε υποτασικό επεισόδιο.
- Ø Η θνησιμότητα της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, αυξάνει με την ηλικία, κυρίως εξαιτίας της παρουσίας διαφόρων συννοσηρών καταστάσεων.

### 3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

- Ø Η ηλικία από μόνη της δεν αποτελεί εμπόδιο για μια καλή ποιότητα ζωής στη θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης.
- Ø Η υψηλή επικράτηση των συνυπαρχουσών καρδιαγγειακών παθήσεων στην προχωρημένη ηλικία μπορεί να κάνει την κάθαρση αρκετά δύσκολη. Οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευαίσθητοι σε διαταραχές (μεταβολές) του ισοζυγίου των υγρών, που προδιαθέτουν σε εμφάνιση υπότασης κατά τη διάρκεια της κάθαρσης, με επανεμφάνιση υπέρτασης μεταξύ των συνεδριών της κάθαρσης. Επιπλέον, η ισχαιμική καρδιά δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την υπερφόρτωση με υγρά και αναπτύσσεται εύκολα πνευμονικό οίδημα.  
Αυτό σημαίνει ότι μόνο η αιμοκάθαρση που πραγματοποιείται στο νοσοκομείο είναι κατάλληλη και οι ηλικιωμένοι ασθενείς χρειάζονται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ιατρικής θεραπευτικής αντιμετώπισης και νοσηλείας.
- Ø Η επιβίωση κατά την κάθαρση είναι δύσκολο να προβλεφθεί ξεχωριστά για κάθε ασθενή, αλλά συσχετίζεται ανεξαρτήτως με την ηλικία, τη λειτουργικά ικανότητα (π.χ. άθροισμα στις κλίμακες Barthel ή Karnofsky) και την παρουσία συννοσηρών καταστάσεων.
- Ø Οι σχετικοί κίνδυνοι από τη χειρουργική επέμβαση και την ανοσοκαταστολή, σε συνδυασμό με το μειωμένο αριθμό διαθέσιμων οργάνων, αποκλείουν τους περισσότερους ηλικιωμένους ασθενείς από τη μεταμόσχευση.
- Ø Η συντηρητική θεραπεία, π.χ. χωρίς εξωνεφρική κάθαρση αλλά με την κατάλληλη υποστήριξη μπορεί να αποτελεί μια δημοφιλή πρακτική για ασθενείς που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών από την κάθαρση, που έχουν πολύ

περιορισμένη πρόγνωση και λίγες μόνο ελπίδες λειτουργικής αποκατάστασης.

#### 4. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

- Ø Η επικράτηση της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας αυξάνεται με την ηλικία· ανέρχεται μεταξύ αυτών που χρειάζονται ιδρυματική φροντίδα σε 40% περίπου στις γυναίκες και 30% στους άνδρες.
- Ø Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτό μπορεί να είναι η αυξημένη επίπτωση υποκείμενων ανατομικών ανωμαλιών, η μετεμμηνοπαυσιακή ανεπάρκεια οιστρογόνων, ο αυξημένος υπολειπόμενος όγκος ούρων μετά την ούρηση στις γυναίκες και η υπερτροφία του προστάτη με τη μειωμένη βακτηριδιοκτόνο δραστηριότητα των προστατικών εκκριμάτων στους άνδρες.
- Ø Το ουροποιητικό σύστημα αποτελεί την πιο συχνή αιτία βακτηριαιμίας στους ηλικιωμένους ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο.
- Ø Η πρωτοεμφανιζόμενη ή η αυξημένη ακράτεια είναι μια συχνή κλινική εκδήλωση της ουρολοίμωξης στους ηλικιωμένους ασθενείς.
- Ø Δεν υπάρχουν στοιχεία ότι η ουρολοίμωξη στους ηλικιωμένους παρουσιάζεται με αμβληγρές αλλοιώσεις της νοητικής κατάστασης ή λειτουργίας, χωρίς να υπάρχουν καθόλου ευρήματα που να εντοπίζονται στο ουροποιητικό σύστημα.
- Ø Οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με συμπτώματα κατώτερης λοίμωξης του ουροποιητικού έχουν σχετικά μικρότερη ανταπόκριση στα βραχύχρονα σχήματα θεραπείας με αντιβιοτικά και μπορεί να χρειάζονται θεραπεία για περισσότερο από τρεις ημέρες.
- Ø Υπάρχουν λίγα μόνο στοιχεία για τα οφέλη από την αντιμετώπιση της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας στην προχωρημένη ηλικία. Δεν βελτιώνει τα συμπτώματα της χρόνιας ακράτειας, ούτε μειώνει τα επεισόδια νοσηρότητας από συμπτωματικές λοιμώξεις του ουροποιητικού ή τη θνητότητα.
- Ø Η αντιμετώπιση της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας μπορεί απλώς να οδηγήσει στην εκδήλωση παρενεργειών από τα αντιβιοτικά και να προκαλέσει την εμφάνιση ανθεκτικών οργανισμών. (20)

### VIII. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

- Ø Ο επιπολασμός του διαβήτη αυξάνει με την ηλικία· προσβάλλεται περίπου το 10% του πληθυσμού άνω των 65 ετών. Το ήμισυ αυτού του πληθυσμού αγνοεί την ύπαρξη της νόσου.
- Ø Διαταραγμένη αντίδραση-απάντηση έκκρισης ινσουλίνης στο γλυκαιμικό ερέθισμα και αντίσταση της μέσω ινσουλίνης χρησιμοποίηση της γλυκόζης, είναι καταστάσεις που συμβάλλουν στον υψηλό επιπολασμό του διαβήτη.
- Ø Ο ρυθμός θνητότητας των ηλικιωμένων διαβητικών είναι υπερδιπλάσιος των αντίστοιχου ηλικίας μη-διαβητικών, κυρίως λόγω αύξησης των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο.
- Ø Ο ουδός αποβολής γλυκόζης αυξάνει με την ηλικία, με αποτέλεσμα να μην παρατηρείται γλυκοζαιμία ακόμα και με σημαντικά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα.
- Ø Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν μειωμένη αντίληψη των συμπτωμάτων υπογλυκαιμίας.
- Ø Το ιδεώδες επίπεδο γλυκαιμικού ελέγχου στους ηλικιωμένους πρέπει να καθοριστεί. Η βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου αποτελεί έργο συνεργασίας ομάδας ατόμων, συνεπή συμπεριφορά ως προς την τήρηση της θεραπείας και ποιότητας ζωής. (21)

## **ΙΧ. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

### **1. ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ ΑΔΕΝΑΣ**

#### **- Υπερθυρεοειδισμός**

- Ø Ο υπερθυρεοειδισμός συχνά οφείλεται σε οζώδη βρογχοκήλη και οι ασθενείς με νόσο Graves συχνά δεν έχουν αύξηση του μεγέθους του θυρεοειδούς.
- Ø Τα συμπτώματα μπορεί να είναι σημαντικά διαφορετικά από αυτά των νέων ασθενών, με προεξάρχοντα, την απάθεια, ανορεξία, εγγύς μυοπάθεια και κολπική μαρμαρυγή.
- Ø Η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας μπορεί να καθυστερήσει επειδή οι ασθενείς ταυτίζουν την απώλεια του βάρους με κακοήγη νόσο και φοβούνται τυχόν επιβεβαίωση.
- Ø Η ερμηνεία των εξετάσεων της θυρεοειδικής λειτουργίας μπορεί να είναι δύσκολη λόγω συνύπαρξης άλλων μη θυρεοειδικών νόσων.

#### **- Υποθυρεοειδισμός**

- Ø Μερικά από τα κλινικά συμπτώματα όπως η δυσκοιλιότητα, το ξηρό δέμα και η πνευματική και φυσική έκπτωση συχνά αποδίδονται στη μεγάλη ηλικία και η διάγνωση καθυστερεί επί μήνες ή και χρόνια.
- Ø Λόγω της πιθανότητας επιδείνωσης λανθάνουσας ή εγκατεστημένης καρδιακής νόσου η δόση έναρξης της θυροξίνης θα πρέπει να είναι 25μg ημερησίως.
- Ø Οι απαιτήσεις σε θυροξίνη μειώνονται με την ηλικία και λίγοι ασθενείς χρειάζονται περισσότερα από 100μg ημερησίως.
- Ø Άλλα φάρμακα μπορεί να παρεμβαίνουν στην απορρόφηση ή στο μεταβολισμό της θυροξίνης, ώστε να απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις.

## 2. ΤΑ ΕΠΙΝΕΦΡΙΔΙΑ

- Ø Η εμφάνιση της επινεφριδικής νόσου είναι συχνά ύπουλη και ιδιαίτερα δύσκολη να διακριθεί σε γυναίκες με πολλαπλές παθήσεις.
- Ø Η χορήγηση γλυκοκορτικοειδών ως αντιφλεγμονωδών είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη σε ηλικιωμένους ασθενείς, οι οποίοι έχουν μειωμένη απάντηση από το ανοσοποιητικό και είναι ευάλωτοι σε οστεοπόρωση, υπεργλυκαιμία και άλλες παθήσεις.
- Ø Μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή, σε συνδυασμό με την αυξημένη επίπτωση “στρεσογόνου” πάθησης σε ηλικιωμένο, αυξάνει τον κίνδυνο επινεφριδικής κρίσης.  
Είναι απαραίτητη η προσεκτική εξήγηση της θεραπείας και η χορήγηση κάρτας ή/και βραχιολιού με την ένδειξη της επινεφριδικής ανεπάρκειας.

## 3. ΥΠΟΦΥΣΗ ΚΑΙ ΥΠΟΘΑΛΑΜΟΣ

- Ø Οι υποφυσιακοί όγκοι αναπτύσσονται αργά. Σε ασθενείς χωρίς οφθαλμολογικές διαταραχές, η θεραπεία μπορεί να μην είναι αναγκαία.
- Ø Ηλικιωμένοι ασθενείς μπορεί να μην αναγνωρίσουν τα πρώιμα συμπτώματα της υποφυσιακής νόσου (π.χ. αμηνόρροια, γαλακτόρροια, σεξουαλική δυσλειτουργία) και είναι πιθανόν να προσέλθουν αργότερα με μεγάλους όγκους και οφθαλμολογικές διαταραχές.
- Ø Η υπερπρολακτιναιμία λόγω μικροαδενώματος είναι λιγότερο επιβλαβής μετά την εμμηνόπαυση, όταν ούτως ή άλλως

συμβαίνει “φυσιολογικός υπογοναδισμός”. Παρόλα αυτά, τα ενεργά αδενώματα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά σε κάθε ηλικία.

- Ø Η έκκριση της αυξητικής ορμόνης μειώνεται με την ηλικία, καταλήγοντας, μερικές φορές, σε διαπίστωση ανεπάρκειας GH κατά τον βιοχημικό έλεγχο. Η GH θα πρέπει να ελέγχεται μόνο όταν υπάρχουν κλινικές ενδείξεις. (22)

## **X. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

### **1. ΟΞΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ**

- Ø Η ένταση και η εντόπιση του οξέος κοιλιακού άλγους μπορεί να αμβλυνθεί με την ηλικία. Η εμφάνιση μπορεί να είναι άτυπη, ακόμα και με διάτρηση σπλάχνου στους ασθενείς.
- Ø Ο καρκίνος είναι συχνότερη αίτια οξέος άλγους σε εκείνους άνω των 70 ετών από εκείνους κάτω των 50 ετών. Επομένως ηλικιωμένα άτομα με ασαφή κοιλιακά συμπτώματα πρέπει να εκτιμώνται προσεκτικά και να αποκλείεται σοβαρή παθολογία.
- Ø Ενδοκοιλιακές φλεγμονώδεις καταστάσεις όπως η εκκολπωματίτιδα μπορούν να εμφανιστούν με μη ειδικά συμπτώματα, όπως με οξεία σύγχυση ή ανορεξία και σχετικά ήπια κοιλιακή ευαισθησία. Οι λόγοι γι’ αυτό δεν έχουν διευκρινιστεί, αλλά μπορεί να προκύψει από διαταραγμένη αντιληπτότητα.
- Ø Το αποτέλεσμα της χειρουργικής επέμβασης στην κοιλιά καθορίζεται από το εάν το χειρουργείο είναι εκλεκτικό ή επείγον, παρά από τη χρονολογική ηλικία.

### **2. ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

- Ø Ο επιπολασμός της γαστροοισοφαγικής παλινδρομικής νόσου είναι μεγαλύτερος στους ηλικιωμένους ασθενείς και οι επιπλοκές είναι συχνότερες.
- Ø Η βαρύτητα των συμπτωμάτων δεν σχετίζεται με το βαθμό της φλεγμονής του βλεννογόνου, στην τρίτη ηλικία.
- Ø Όψιμες επιπλοκές, όπως οι πεπτικές στενώσεις ή η αιμορραγία από οισοφαγίτιδα είναι συχνότερες στα ηλικιωμένα άτομα.
- Ø Η εισρόφηση από λανθάνουσα γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε ηλικιωμένους ασθενείς με υποτροπιάζουσα πνευμονία

### 3. ΝΟΣΟΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ

- Ø Τα γαστροδωδεκαδακτυλικά έλκη έχουν πολλαπλάσια επίπτωση, αριθμό εισαγωγών στο νοσοκομείο και θνησιμότητα στα ηλικιωμένα άτομα.
- Ø Αυτό προκύπτει από τον υψηλό επιπολασμό του *H.pylori* και της χρήσης ΜΣΑΦ και των ελαττωματικών μηχανισμών άμυνας.
- Ø Ο πόνος και η δυσπεψία είναι συνήθως απόντες ή άτυπες· κατά αυτόν τον τρόπο τα μεγαλύτερα άτομα αναπτύσσουν συχνότερα επιπλοκές, όπως η αιμορραγία ή η διάτρηση.
- Ø Όταν όντως συμβαίνει αιμορραγία, τα μεγαλύτερα άτομα απαιτούν εντατικότερη αντιμετώπιση (συμπεριλαμβανομένης της μέτρησης της κεντρικής φλεβικής πίεσης) σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς, επειδή αυτοί ανέχονται λιγότερο το υποογκαιμικό shock.

### 4. ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

- Ø Κατά την εκτίμηση των ηλικιωμένων ατόμων που πάσχουν από δυσκοιλιότητα ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην ακινησία, την διαιτητική πρόσληψη υγρών και φυτικών ινών, στα φάρμακα και την κατάθλιψη.
- Ø Η ακινησία προδιαθέτει στη δυσκοιλιότητα αυξάνοντας τον χρόνο διάβασης του παχέος εντέρου. Όσο μεγαλύτερος είναι αυτός, τόσο μεγαλύτερη είναι η απορρόφηση των υγρών και τόσο σκληρότερα γίνονται τα κόπρανα.
- Ø Σε εκείνους τους ηλικιωμένους με βραδύ χρόνο διάβασης, τα καθαρτικά που αυξάνουν τον όγκο των κοπράνων ενδέχεται να επιδεινώσουν την κατάσταση και πρέπει να αποφεύγονται.
- Ø Εάν αναπτυχθεί ενσφήνωση κοπράνων, είναι δυνατόν να εμφανισθεί παράδοξη διάρροια από υπερχείλιση. Εάν δοθούν αντιδιαρροϊκά φάρμακα, η υφιστάμενη ενσφήνωση μπορεί να χειροτερέψει και να καταλήξει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως η κοπρανώδης εξέλκωση και η αιμορραγία. (23)

## XI. ΑΝΑΙΜΙΑ

- Ø Μολονότι η μέση περιεκτικότητα σε αιμοσφαιρίνη μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας σε αμφότερα τα φύλα, παραμένει εντός των φυσιολογικών ορίων.



- Ø Όταν η μέση περιεκτικότητα σε αιμοσφαιρίνη είναι χαμηλή, αυτό οφείλεται γενικά σε νόσο. Η αναιμία ποτέ δεν θεωρείται φυσιολογική στους ηλικιωμένους.
- Ø Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ελαφρά ή ύπουλα, αλλά τα καρδιαγγειακά π.χ. δύσπνοια και οίδημα και τα εγκεφαλικά π.χ. ζάλη και απάθεια, έχουν την τάση να κυριαρχούν.
- Ø Η πτώση της φερριτίνης κάτω από 45 μg/l σε ηλικιωμένο άτομα, είναι ισχυρή ένδειξη σιδηροπενίας· λόγω της συνύπαρξης άλλων ασθενειών, ο σίδηρος του ορού και η σιδηροδεσμευτική ικανότητα μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας και δεν αποτελούν αξιόπιστους δείκτες της σιδηροπενίας.
- Ø Η σιδηροπενία σχεδόν πάντα είναι αποτέλεσμα απώλειας αίματος από το γαστρεντερικό σύστημα.
- Ø Η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 συνηθέστερα οφείλεται σε κακοήγη αναιμία, επειδή η συχνότητα της χρόνιας ατροφικής γαστρίτιδας ανέρχεται με την ηλικία.
- Ø Η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 συνοδεύεται από νευροψυχιατρικά συμπτώματα, αλλά δεν έχει αποδειχθεί ένα έχει σχέση με την άνοια. Οι περιγραφές άνοιας συνδεόμενης με ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 εν απουσία αιματολογικών ανωμαλιών είναι σπάνιες.
- Ø Η αναιμία της χρόνιας νόσου είναι συχνή στους ηλικιωμένους, επειδή αυτοί είναι επιρρεπείς στα νοσήματα που ελαττώνουν την ερυθροποίηση. (24)

## **XII. ΟΞΕΙΑ ΣΥΓΧΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

- Ø Η πρόοδος της ηλικίας συνοδεύεται από απώλεια νευρώνων. Για το λόγο αυτό, τα ηλικιωμένα άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο οξείας συγχυτικής κατάστασης εξαιτίας σχετικά ασήμαντων συστηματικών διαταραχών.
- Ø Η άνοια αποτελεί παράγοντα κινδύνου οξείας συγχυτικής κατάστασης και η τελευταία μπορεί να αποτελεί προάγγελο άνοιας.
- Ø Άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες μπορεί να είναι: ο υποσιτισμός, η διαταραχή της όρασης και της ακοής, διάφορες λοιμώξεις όπως είναι του ουροποιητικού ή του αναπνευστικού. Σε αυτές τις περιπτώσεις ενδέχεται να μην υπάρχουν συμπτώματα γι'αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Τέλος πολύ σημαντικοί προδιαθεσικοί παράγοντες είναι οι χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και η πολυφαρμακία. (12)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### I. ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η ιδέα που οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν για την τρίτη ηλικία μπορεί να παραλληλιστεί με την ακόλουθη χαρακτηριστική περιγραφή που έδωσε ένας ερευνητής της γεροντολογικής ψυχολογίας (25).

“Οι μεγάλοι άνθρωποι κινούνται και σκέπτονται αργά. Μένουν κλεισμένοι στον εαυτό τους και στο παρελθόν και δεν μπορούν πια να αλλάξουν ή να εξελιχθούν. Η ικανότητά τους για μάθηση έχει καταπέσει, δεν τους διακρίνει καμία ευελιξία πνεύματος, αλλά ακόμη και αν μπορούσαν να συμπεριφερθούν αλλιώς, δεν θα το επιθυμούσαν. Δεμένοι στην ατομική παράδοση και στον διαρκώς αυξανόμενο συντηρητισμό τους, απεχθάνονται τις καινοτομίες και τους νεωτερισμούς και δεν είναι πρόθυμοι να καλωσορίσουν καινούριες ιδέες. Όχι μόνο είναι ανίκανοι να κινηθούν προς τα εμπρός, αλλά συχνά είναι επιρρεπείς στο να κινηθούν προς τα πίσω. Η συμπεριφορά τους θυμίζει την παιδική ηλικία, με τον αυξημένο εγωκεντρισμό που τους διακρίνει και τη διάθεσή τους να διεκδικήσουν περισσότερα από όσα είναι πρόθυμοι να δώσουν. Γίνονται ευερέθιστοι και δύστροποι, αλλά και ρηχοί εξασθενημένοι. Ζουν με το παρελθόν τους. Το μυαλό τους είναι άδειο από στόχους, συνήθως αναπολούν τις παλιές εμπειρίες τους και τους πιάνει λογοδιάρροια. Οι νοητικές τους ικανότητες κάμπτονται, ενώ οι φυσικές τους δυνάμεις φθίνουν διαρκώς. Έχουν χάσει τους περισσότερους φίλους τους και δεν μπορούν να τους αναπληρώσουν με καινούργιους. Όπως δεν μπορούν να αναπληρώσουν τη δουλειά τους τον/την σύζυγό τους, τη δύναμή τους, τη θέση τους την επιρροή τους, το εισόδημά τους. Συχνά τους ταλαιπωρούν ασθένειες που περιορίζουν τις κινήσεις τους, την απόλαυση του φαγητού, τις καθημερινές μικρές απολαύσεις. Το ενδιαφέρον τους για το σεξ και η συναφής δραστηριότητα πέφτουν. Το σώμα συρρικνώνεται. Μειώνεται η ροή του αίματος στον εγκέφαλο και το αίμα δεν οξυγονούται πια επαρκώς. Τρεμάμενοι, χωρίς ενδιαφέροντα, ένα βάρος την κοινωνία, στην οικογένεια και στον εαυτό τους.”

Η περιγραφή αυτή των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας φαίνεται να ανταποκρίνεται στην κοινή αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι σε όλες τις κοινωνίες. Οι ηλικιωμένοι θεωρούνται ότι είναι λιγότερο ικανοί σε σχέση με τους νεότερους από τους ενήλικες εκτός και αν η συμπεριφορά τους αποδεικνύει το αντίθετο (26). Αρκετά διαδεδομένη είναι και η αντίληψη

ότι οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ευφρείς και πιο εύθραυστοι σωματικά (27). Παρά τη γενική τάση των μέσων μαζικής ενημέρωσης να προβάλλουν την εικόνα του ενεργητικού και δημιουργικού υπερήλικα, η αντίληψη που έχει ο μέσος άνθρωπος δεν φαίνεται να μεταβάλλεται.

Η αρνητική, ακόμη και απωθητική, στάση απέναντι στα γηρατεία μειώνεται μεταξύ των ατόμων που αγγίζουν και ξεπερνούν τα 65 χρόνια. Τα άτομα της ηλικίας αυτής τείνουν να βλέπουν πιο θετικά τον εαυτό τους και αποφεύγουν να αυτοχαρακτηρίζονται “γέροι” (28).

Φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι διστάζουν να αποδώσουν στον εαυτό τους τον χαρακτηρισμό του γέρου. Σε μια έρευνα μεταξύ ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω, οι ερευνητές ζήτησαν μεταξύ άλλων από τα υποκείμενα της έρευνας να εντάξουν τον εαυτό τους σε μια από τις τρεις κατηγορίες: i) μεσήλικες, ii) ηλικιωμένοι και iii) γέροι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό, περίπου 75% των ατόμων διάλεξαν να ενταχθούν στην πρώτη κατηγορία, 15% κατέταξαν τον εαυτό τους στην δεύτερη κατηγορία και μόνο ένα 10% των ερωτηθέντων κατέταχθη οικειοθελώς στην τρίτη κατηγορία (29).

Τα ίδια υποκείμενα πήραν μέρος σε μια άλλη έρευνα, δέκα χρόνια αργότερα, οπότε όλοι τους ήταν πάνω από 70 ετών. Οι ερευνητές τους ζήτησαν και πάλι να κατατάξουν τον εαυτό τους σε μία από τις τρεις κατηγορίες (μεσήλικες, ηλικιωμένοι, γέροι). Τα αποτελέσματα της νέας έρευνας έδειξαν ακόμη ότι και σε αυτήν την ηλικία, το ένα τρίτο των ερωτηθέντων θεωρούσαν ότι είναι μεσήλικες και μόνο το ένα τέταρτο του συνολικού δείγματος θεωρούσε ότι αξίζει να του αποδοθεί ο χαρακτηρισμός του γέρου. Όπως δήλωσε ένας από τους ερωτηθέντες: “Το ημερολόγιό μου λέει ότι είμαι γέρος, αλλά εγώ αισθάνομαι ακόμη μεσήλικας” (30).

Η ψυχολογική έρευνα λοιπόν, δείχνει ότι είναι πολύ δύσκολο για τους ανθρώπους όλων των ηλικιών να αποδώσουν στον εαυτό τους τις αρνητικές ιδιότητες που αποδίδονται στους γέρους. Στην τελευταία αναφερθείσα έρευνα, στην οποία πήραν μέρος άτομα που ξεπερνούσαν την ηλικία των 80 ετών, το ένα τέταρτο των ανδρών και το ένα πέμπτο των γυναικών ανέφεραν ότι η λέξη αυτή “γέρος” δεν ανταποκρίνεται στους ίδιους.

Υπάρχει όμως και μια άλλη πιθανή εξήγηση, η οποία δίνεται για τις απαντήσεις ηλικιωμένων που άλλαξαν γνώμη για τον εαυτό τους στα ενδιάμεσα δέκα χρόνια μεταξύ των δύο ερευνών των Bultena και Powers. Οι ηλικιωμένοι αυτοί, είδαν στο διάστημα αυτό την υγεία τους να χειροτερεύει αισθητά. Το γεγονός αυτό ήταν το σημαντικότερο μεταξύ άλλων αρνητικών γεγονότων που τους συνέβησαν και τους ώθησε να μεταβάλουν τον χαρακτηρισμό του εαυτού τους. Οι υπερήλικες εκείνοι που ακόμα αυτοχαρακτηρίζονται ως μεσήλικες διακρίνονται για την

κατάσταση της υγείας τους και ως εκ τούτου δεν μπορούν να ταυτιστούν με το κοινωνικό στερεότυπο του ανήμπορου γέρου.

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο, που οφείλει να λάβει υπ' όψη της η γεροντολογική ψυχολογία, είναι η πολιτιστική πραγματικότητα της κοινωνίας στην οποία διενεργείται μια έρευνα. Υπάρχουν κοινωνίες όπου η ηλικίωση γενικά και η ένταξη στην ομάδα ηλικιωμένων ειδικότερα, αποτελεί τιμή και έπαινο για τα μέλη. Στον δυτικό κόσμο ωστόσο, οι περισσότερες κοινωνίες είναι προσανατολισμένες προς τους νέους, τους ενεργητικούς, τους όμορφους και τους εμπλεγμένους στη ζωή ανθρώπους. Παρά το γεγονός ότι στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες η πολιτική και κοινωνική ηγεσία βρίσκεται στα χέρια μεσηλικών έως και υπερηλικών, είναι η λεγόμενη "γενεά που έχει το πρόσταγμα", ωστόσο το πρότυπο που γενικά προβάλλεται ως ελκυστικό έχει σχέση με τη νεότητα. Είναι επόμενο ότι ο χαρακτηρισμός του γέρου βαρύνεται με τόσες προκαταλήψεις, όσες περίπου και ο ρατσισμός ή ο σεξισμός (δηλαδή η διάκριση των δύο φύλων).

Είναι προφανές ότι η έννοια της ηλικίωσης είναι φορτισμένη αρνητικά και αυτό επιδρά καταλυτικά στον τρόπο με τον οποίο μεταχειριζόμαστε τους ηλικιωμένους. Έχουν γίνει πολλές έρευνες που αφορούν στον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί όλων των ειδικοτήτων τείνουν να συμπεριφέρονται προς τους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νέους ασθενείς. Χαρακτηριστικά είναι επίσης τα ανέκδοτα και γενικά το χιούμορ με το οποίο εκφράζουμε τη στάση μας απέναντι στην τρίτη ηλικία(31).

Εξ' άλλου, μια σειρά από αποφθέγματα και ρητά που αφορούν στην τρίτη ηλικία φαίνεται ότι μπορούν να βρεθούν σε όλες τις γλώσσες και τους πολιτισμούς. Πολλά από αυτά είναι επαινετικά και τονίζουν τη σοφία της ζωής που χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους. Υπάρχουν όμως και άλλα που δεν παραλείπουν να επισημάνουν την αναπόφευκτη φθορά που επέρχεται σταδιακά με την ηλικία.

Είναι προφανές ότι το στερεότυπο που οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν για τους ηλικιωμένους δεν είναι τόσο άκαμπτο όσο φαίνεται στην περιγραφή που δώσαμε στην αρχή του κεφαλαίου. Η αρνητική περιγραφή, ακόμα και όταν ισχύει για μερικούς, είναι αδύνατον να γενικευτεί σε όλους τους ηλικιωμένους. Από την άλλη πλευρά, οποιαδήποτε καλή επίδοση που πετυχαίνουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας γνωρίζουμε ότι οφείλεται στην ικανότητα που έχουν και ποτέ στην τύχη. Θα ήμασταν πιο κοντά στην πραγματικότητα εάν υποστηρίζαμε ότι οι αντιλήψεις μας για την τρίτη ηλικία είναι ένα σύνθετο και μη ξεκαθαρισμένο αμάγαλμα ιδεών. Σε μια έρευνα, οι Shmidt & Boland (1986) ζήτησαν από φοιτητές να φτιάξουν μια λίστα και να γράψουν όσα περισσότερα χαρακτηριστικά μπορούσαν να βρουν, τα οποία να συνδέονται με τις στερεότυπες αντιλήψεις που έχουν για τους

ηλικιωμένους. Η ποικιλία των απαντήσεων που δόθηκαν ήταν αξιοσημείωτη. Οι ηλικιωμένοι θεωρούνται όχι μόνο εύθραυστοι και ανήμποροι, αλλά επίσης ανθεκτικοί στις δυσκολίες, ακόμα και σκληροί. Περιγράφονται ως γκρινιαρήδες, ξεροκέφαλοι, και διεκδικητικοί, αλλά και γενναιόδωροι, αξιαγάπητοι και σοφοί. Είναι αξιοσημείωτο και έχει τονιστεί από διάφορους ερευνητές, πόσες αντιθετικές ιδιότητες είναι δυνατόν να χαρακτηρίζουν τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας. Πολλοί από αυτούς είναι ενεργητικοί και ικανοί, άλλοι είναι άρρωστοι και αποτραβηγμένοι. Μερικοί βρίσκονται στο απόγειο της δύναμής τους, ενώ άλλο είναι η προσωποποίηση της απογοήτευσης. Μερικοί ζούν τα “χρυσά χρόνια” της ζωής τους, αφού δρέπουν τους καρπούς των κόπων τους και απολαμβάνουν αυτά για τα οποία προσπάθησαν στα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους, ενώ άλλοι γίνονται μια καρικατούρα του παλιού τους εαυτού(32).

Έχει τονισθεί ότι σήμερα, περισσότερο από κάθε άλλη εποχή στο παρελθόν, ότι η διαφοροποίηση με την έννοια των διατομικών διαφορών χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους και αποτελεί το ορόσημο της κάθε ηλικίας. Η τρομακτική ποικιλία, προς πολλές κατευθύνσεις, που συναντάμε μελετώντας την τρίτη ηλικία είναι ένα θέμα που θα επανέρχεται διαρκώς στα επι μέρους κεφάλαια που θα επακολουθήσουν(33).

## **II. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Τα στοιχεία που προέρχονται από τις επιτόπιες έρευνες και τη χορήγηση ερωτηματολογίων στους ηλικιωμένους είναι πολύ σημαντικά. Κυριολεκτικά ανατρέπουν τη γενικευμένη και θολή εικόνα που έχουμε για τους ηλικιωμένους με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των στατιστικών υπηρεσιών. Μας βοηθούν να αναθεωρήσουμε τα αρνητικά στερεότυπα που έχουμε για τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας ή τουλάχιστον να τα υιοθετήσουμε με επιφύλαξη. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα ζωντανό κομμάτι του γενικού πληθυσμού και υπάγονται στους ίδιους νόμους της ποικιλομορφίας, ακόμη και μέχρι το σημείο των αντιθετικών καταστάσεων, στους οποίους υπάγονται και όλες οι νεότερες ηλικίες.

Από την άλλη πλευρά, οι μαρτυρίες των ίδιων των ηλικιωμένων είναι ασφαλώς πολύτιμες, αλλά δεν επαρκούν. Ο κυριότερος λόγος είναι ότι δεν μας λένε τίποτα για την πραγματική συμπεριφορά των ηλικιωμένων, στους διάφορους τομείς της δραστηριότητάς τους.

Η αντικειμενική εκτίμηση και καταγραφή της συμπεριφοράς μπορεί να γίνει μόνο μέσα από την επιστήμη της ψυχολογίας. Με τον

τρόπο αυτό εκτιμάται η ακρίβεια των όσων μας λένε οι ηλικιωμένοι και η συνέπεια των λόγων και έργων. Ο στόχος της ψυχολογικής μελέτης των ηλικιωμένων είναι να κατανοήσουμε καλύτερα τη φύση της ηλικίωσης και τις ψυχοκοινωνικές αλλαγές που σημειώνονται με την πάροδο της ηλικίας.

### **III. ΤΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Η ψυχολογία, ως επιστήμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς, άρχισε να ασχολείται με τους ηλικιωμένους μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Ο βαθμός αυτής της ενασχόλησης μπορεί να περιγραφεί ως διαρκώς επιταχυνόμενος μέχρι τις ημέρες μας. Η φυσιολογική διαδικασία της ηλικίωσης έγινε αντικείμενο μελέτης από τους ψυχολόγους, οι οποίοι επικέντρωσαν την προσοχή τους σε διάφορες πλευρές της συμπεριφοράς. Οι ψυχολόγοι διαφόρων κατευθύνσεων εξετάζουν σε βάθος πώς η ηλικίωση επηρεάζει και επιφέρει φυσιολογικές μεταβολές στη μνήμη, στις γνωστικές διεργασίες, την ευφυΐα και την προσωπικότητα. Ακόμη εξετάζουν τον ηλικιωμένο μέσα στον κύκλο ζωής της οικογένειας και σε αναφορά με τις ανθρώπινες σχέσεις που δημιουργεί με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Αναφέρονται επίσης σε ηλικιο-εξαρτώμενες εξωτερικές αλλαγές και γεγονότα που σχεδόν κατά κανόνα αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος, όπως είναι η συνταξιοδότηση, η χηρεία και η απώλεια των κοντινών και αγαπημένων προσώπων (φίλοι, συγγενείς).

Εξετάζουν τα χαρακτηριστικά των νοητικών διαταραχών, τα αίτια και τις πιθανές θεραπείες. Τέλος, εξετάζουν το γεγονός του θανάτου, που για τον ηλικιωμένο είναι το κεντρικό και αναπόφευκτο γεγονός στο οποίο πλησιάζει.

Αυτές είναι οι κύριες περιοχές στις οποίες η ψυχολογική θεωρία αλλά και η έρευνα εστιάζει το ενδιαφέρον της, παρέχοντας και την ανάλογη πρακτική αντιμετώπιση σε κάθε μία από τις σημαντικές αυτές περιοχές.

Αρχίζοντας την εξέταση της τρίτης ηλικίας από ψυχολογική άποψη, το πρώτο που πρέπει να κάνουμε είναι να προσπαθήσουμε να μπούμε στην έννοια της ηλικίωσης. Παρά το γεγονός ότι πολλές ερευνητικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται στη γεροντολογία, εκείνες που ιδιαίτερα μας αφορούν είναι όσες χρησιμοποιούνται για να εκτιμήσουν την εξελικτική αλλαγή που συμβαίνει με την ηλικίωση(34).

## **IV. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ**

Ο συμπεριφορισμός και η ψυχανάλυση είναι δύο προσεγγίσεις της ψυχολογικής θεωρίας που έχουν επηρεάσει περισσότερο τον τρόπο με τον οποίο εξετάζουμε την ανθρώπινη συμπεριφορά. Τόσο η πρώτη όσο και η δεύτερη προσέγγιση έχουν συνδεθεί κυρίως με τις μικρές ηλικίες και την αρχική διαμόρφωση της συμπεριφοράς στο παιδί. Στην ουσία τους, οι ίδιες γενικές αρχές της κάθε θεωρίας, οι οποίες κυβερνούν την ψυχολογική λειτουργία σε κάθε ηλικία, εφαρμόζονται επίσης και στην τρίτη ηλικία.

### **IV. 1. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΜΟΥ**

Ο συμπεριφορισμός, που είναι γνωστός και ως θεωρία της μάθησης, έχει επιδράσει καθοριστικά στη σύγχρονη επιστήμη της ψυχολογίας, αφού συνιστά το μεθοδολογικά πιο έγκυρο κομμάτι της. Ένα μόνο αξίωμα βρίσκεται στη βάση του συμπεριφορισμού και εξηγεί τον τρόπο με τον οποίο η θεωρία αυτή εξηγεί το κάθε τι: ότι το περιβάλλον καθορίζει τις ανθρώπινες ενέργειες. Για να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψη τις ενισχύσεις (θετικές ή αρνητικές) τις οποίες δέχεται ένα άτομο από τον εξωτερικό κόσμο.

Από παράδοση, οι συμπεριφοριστές έχουν αντιδράσει στη σημασία που κατέχει το βιολογικό στοιχείο. Η συμπεριφορά μας είναι δυνατόν να τροποποιηθεί, διότι δεν καθορίζεται από παράγοντες ενδογενείς, όσο από τις ενισχύσεις που δεχόμαστε από το περιβάλλον. Οι ψυχολόγοι της κατεύθυνσης του συμπεριφορισμού προτιμούν να ασχολούνται με τα γεγονότα του ψυχικού βίου που είναι ορατά και παρατηρήσιμα στη συμπεριφορά, παρά με τις μη ορατές πραγματικότητες, όπως είναι οι σκέψεις, οι ανάγκες και τα συναισθήματα. Ωστόσο, στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, πολλές τροποποιήσεις έχουν γίνει στις παραδοσιακές αυτές αντιλήψεις του συμπεριφορισμού. Οι σκέψεις, τα συναισθήματα και όλες οι άλλες μη παρατηρήσιμες συμπεριφορές βρήκαν τη θέση τους και η στροφή αυτή σήμανε την ωρίμανση του συμπεριφορισμού.

Σε κάθε περίπτωση, ο συμπεριφορισμός εξηγεί την ανθρώπινη συμπεριφορά με μια σειρά από μηχανισμούς(35).

## IV. 2.α. ΚΛΑΣΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΑΘΗΣΗ

Η κλασική συνεξάρτηση συνιστά τον πιο πρωτόγονο τύπο μάθησης και εμπεριέχει τις αθέλητες αντιδράσεις μας ή τις αντιδράσεις του οργανισμού που βρίσκονται έξω από τον συνειδητό έλεγχό μας. Ο μηχανισμός της κλασικής συνεξάρτησης είναι ο ακόλουθος:

Ένα ερέθισμα προκαλεί μια αντανακλαστική αντίδραση, τη φυσική αντίδραση (όπως π.χ. η θέα της τροφής προκαλεί στον πεινασμένο σκύλο τη φυσική αντίδραση της έκκρισης σιέλου). Συγχρόνως όμως με το φυσικό ερέθισμα παρουσιάζεται και ένα άλλο, αρχικά ουδέτερο ερέθισμα, το οποίο απλώς συνυπάρχει με τι φυσικό ερέθισμα. Η ταυτόχρονη παρουσία των δύο ερεθισμάτων είναι δυνατόν να επαναληφθεί ξανά και ξανά, έτσι ώστε τα δύο ερεθίσματα να θεωρηθούν αναπόσπαστα. Στην περίπτωση αυτή, το ουδέτερο ερέθισμα μπορεί ακόμα να υποκαταστήσει το φυσικό ερέθισμα και να προκαλέσει την αντίδραση που κανονικά προκαλούσε το φυσικό ερέθισμα. Στο αρχικό πείραμα του είδους αυτού, που διενεργήθηκε από τον Ρώσο φυσιοδίφη Ivan Pavlov, το ουδέτερο ερέθισμα ήταν ο ήχος ενός κουδουνιού.

Με άλλα λόγια, το αρχικό ερέθισμα προκαλεί μια απάντηση, αλλά η απάντηση αυτή συνδέεται με κάποιες συνθήκες που το συνοδεύουν. Μετά από επανειλημμένες συνδέσεις της απάντησης με τη συγκεκριμένη συνθήκη που συνοδεύει το ερέθισμα, δημιουργείται ένας τόσο ισχυρός σύνδεσμος ανάμεσα στις δύο, ώστε από μόνη της η συνοδευτική συνθήκη να μπορεί να υποκαθιστά το αρχικό ερέθισμα.

Ας δούμε τώρα μια τυπική εφαρμογή του φαινομένου της κλασικής συνεξάρτησης στην τρίτη ηλικία. “ Η κυρία Μ. που τώρα είναι 75 χρονών, είχε την ατυχία να πέσει μια μέρα, ενώ περπατούσε, στη γωνία Πρατίνου και Ευτυχίδου. Από τότε αποφεύγει συστηματικά να πλησιάζει προς το σημείο αυτό και ακόμα νιώθει ένα ακαθόριστο αρνητικό συναίσθημα όταν σκέπτεται το κατάστημα στο οποίο κατευθυνόταν την ώρα εκείνη, προκειμένου να κάνει τα ψώνια της.”

Η μη συνειδητή αυτή αντίδραση της κυρίας Μ. ονομάζεται κλασική εξαρτημένη μάθηση και έχει σχέση με τις φυσιολογικές αντιδράσεις, που βρίσκονται έξω από τον συνειδητό έλεγχο του ανθρώπου. Εξ’ αιτίας της σύνδεσης της τραυματικής εμπειρίας της πτώσης με το συγκεκριμένο τοπικό σημείο όπου συνέβη, το αρχικά ουδέτερο συναίσθημα που είχε η κυρία Μ. όταν περνούσε από τη γωνία αυτή, τώρα έδωσε τη θέση του στο συναίσθημα του φόβου.

Η διαδικασία της κλασικής εξαρτημένης μάθησης προϋποθέτει την ταυτόχρονη επαναληπτική παρουσίαση δύο ερεθισμάτων και υπηρετεί την κεντρική ιδέα του Συμπεριφορισμού, ότι η συμπεριφορά των ανθρώπων είναι κατά κύριο λόγο επίκτητη(33).



## IV. 2.β. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΕΥΣΗΣ

Σύμφωνα με την ψυχολογία του Συμπεριφορισμού, η γενίκευση αναφέρεται στο γεγονός ότι από τη στιγμή που μια απάντηση μαθευτεί σε μια κατάσταση, η απάντηση αυτή τείνει να διαχέεται και σε κάθε άλλη παρόμοια κατάσταση. Κατά συνέπεια, όλη η ψυχική ζωή του ανθρώπου, ακόμη και τα συναισθήματα και οι σκέψεις, είναι αντιδράσεις του οργανισμού σε ανεξάρτητα (φυσικά) ερεθίσματα και σε εξαρτημένα ερεθίσματα (οποιαδήποτε συνοδευτική συνθήκη) κατά τον τύπο Ερεθίσμα -> Αντίδραση (S -> R).

Συνεχίζοντας το παράδειγμά μας από τον χώρο της ψυχολογίας της τρίτης ηλικίας, βλέπουμε το νόμο της γενίκευσης να εφαρμόζεται ως εξής: “Όταν συνέβη το ατύχημα της πτώσης στην κυρία Μ. ήταν απόγευμα και μάλιστα είχε αρχίσει να σουρουπώνει. Η κυρία Μ. αποδίδει, εν μέρει, το γεγονός που της συνέβη στο ότι δεν μπορούσε να δει καλά εκείνη την ώρα και να ελέγξει την κατάσταση του δρόμου. Από τότε η κυρία Μ. αποφεύγει να βγαίνει τα απογεύματα και να περπατά όχι μόνο στον συγκεκριμένο δρόμο, αλλά και σε όλους τους δρόμους γύρω από το σπίτι της”.

Πού οφείλεται ο φόβος της κυρίας Μ. να βγαίνει έξω τα απογεύματα; Ο συμπεριφοριστής ψυχολόγος εξηγεί ότι η μάθηση που επιτελέστηκε σε μια κατάσταση, τείνει να γενικεύεται σε όλες τις παρόμοιες καταστάσεις, με βάση το νόμο της ομοιότητας. Η κυρία Μ. άρχισε να πιστεύει ότι της είναι αδύνατο να κυκλοφορεί μόνη της τα απογεύματα, όχι μόνο στον συγκεκριμένο δρόμο, αλλά και σε οποιονδήποτε άλλο δρόμο. Η μάθηση που συντελέστηκε σε συνδυασμό με τις οδούς Πρατίνου και Ευτυχίδου γενικεύεται και σε άλλους δρόμους, που δεν είχαν σχέση με το αρχικό ατύχημα(34).

## IV. 2.γ. ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

Η εμπειρία της 75χρονης κυρίας Μ. μπορεί ακόμη να έχει σχέση με ένα άλλο είδος μάθησης που θεωρείται κυρίαρχο στη θεωρία του Συμπεριφορισμού. Είναι η συντελεστική μάθηση (operating conditioning), την οποία πρώτος εισήγαγε ο αμερικάνος ψυχολόγος B.F.Skinner.

Σύμφωνα με τη βασική αρχή της, κύριο χαρακτηριστικό κάθε ζωντανού οργανισμού είναι να επιδιώκει την ικανοποίηση των αναγκών του και έτσι να μειώνει την ψυχική ένταση που του προκαλούν οι ανάγκες αυτές. Για να επιτύχει τη βασική αυτή επιδίωξη, το άτομο επενεργεί επάνω στο περιβάλλον του. Η συντελεστική μάθηση αφορά στις συνεξαρτήσεις ανάμεσα στις αντιδράσεις του ατόμου και στα

γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον του, αμέσως μετά από κάθε ενέργεια του ατόμου. Μερικά από τα γεγονότα αυτά είναι ενισχυτικά με την έννοια ότι συντελούν στη μείωση της ψυχικής έντασης. Τα ενισχυτικά γεγονότα έχουν ως αποτέλεσμα να αυξάνουν την πιθανότητα να επανεμφανισθεί η συμπεριφορά που προηγήθηκε και τα προκάλεσε. Συνήθη ενισχυτικά γεγονότα που διαμορφώνουν και διατηρούν τη συμπεριφορά είναι οι διάφορες αμοιβές, υλικές ή ηθικές. Το έργο της ψυχολογίας είναι να περιγράψει τις διάφορες παραμέτρους του σχηματισμού των συνεξαρτήσεων μεταξύ των διαφόρων αντιδράσεων του ανθρώπου και των ενισχυτικών γεγονότων που τις ακολουθούν και να καθορίσει τις μεταξύ τους σχέσεις.

Στο παράδειγμά μας, η ψυχική ένταση που δημιουργήθηκε στην κυρία Μ. μετά το ατύχημά της, είναι πιθανό να τροποποιήσει όχι μόνο τις μη συνειδητές αντιδράσεις της, αλλά ακόμα και τις συνειδητές. Με άλλα λόγια, οι θεληματικές ενέργειες της κυρίας Μ. είναι πιθανό να τροποποιηθούν στο μέλλον. Η αρχή που διέπει τη συμπεριφορά της κυρίας Μ. είναι αρκετά απλή: πράξεις που επιβραβεύονται και ενισχύονται τείνουν να επαναλαμβάνονται, σε αντίθεση με τις πράξεις που δεν ενισχύονται, δηλαδή ενισχύονται αρνητικά και οι οποίες τείνουν να ατονούν και να εξαφανίζονται.

Κατά συνέπεια, εάν η κυρία Μ. αποφασίσει ότι δεν πρέπει πια να βγαίνει από το σπίτι της τα απογεύματα, τούτο εξηγείται από την ανακούφισή της ότι δεν διατρέχει τον κίνδυνο να υποστεί νέο ατύχημα. Η ανακούφιση από τον φόβο που αισθάνεται ενισχύει την κυρία Μ., η οποία επιμένει στη συμπεριφορά της, να μην βγαίνει έξω τα απογεύματα.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Skinner, ακόμη και πολύπλοκες μορφές συμπεριφοράς είναι δυνατόν να περιγραφούν ως ένα σύστημα ενισχυτικών γεγονότων. Ο μηχανισμός της συντελεστικής μάθησης, ιδιαίτερα, έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη έκταση προκειμένου να εξηγήσει και να κάνει κατανοητές τις ενέργειες και γενικότερα τη συμπεριφορά των ηλικιωμένων ανθρώπων. Για τον λόγο αυτό, θα ήταν χρήσιμο να δούμε με περισσότερα παραδείγματα την εφαρμογή αυτού του τύπου μάθησης(34).

#### **IV.2.δ. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΑΡΧΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΙΚΗΣ ΜΑΘΗΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Αν και οι αμοιβές που συνήθως συνιστούν έναν ενισχυτή για τους περισσότερους ανθρώπους είναι είτε ο έπαινος είτε τα χρήματα φαίνεται ότι τούτο δεν ισχύει, τουλάχιστον όχι απόλυτα, όσον αφορά στην συμπεριφορά των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Οι σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι ενισχύσεις μπορεί να είναι ποικίλες και να εξειδικεύονται

κατά τα άτομα. Κάθε άτομο έχει τη δική του ιεράρχηση αμοιβών από αντιδράσεις που ενισχύουν τη θετική συμπεριφορά του. Με άλλα λόγια, τα γεγονότα που δίνουν κίνητρα στον καθένα μπορούν να τοποθετηθούν σε μια σειρά, αρχίζοντας από τα γεγονότα που κατ' εξοχήν κινητοποιούν ένα άτομο και προχωρώντας προς τα γεγονότα που παίζουν ελάχιστο ρόλο στο να κατευθύνουν τη συμπεριφορά μας στο μέλλον.

Για παράδειγμα, ένας ένοικος οίκου ευγηρίας αρνείται να σηκωθεί και να περπατήσει, μέχρις ότου το προσωπικό του οίκου ασχοληθεί μαζί του για να τον προτρέψει ότι είναι καλό γι' αυτόν να σηκώνεται για λίγες ώρες κάθε μέρα και να κινείται. Για τον συγκεκριμένο ηλικιωμένο, η προσέγκυση αυτής της προσοχής, φαίνεται ότι βρίσκεται ψηλά στην ιεραρχία των αναγκών του και αποτελεί τον πιο βασικό ενισχυτή της συμπεριφοράς του.

Σε μια άλλη περίπτωση, ο ηλικιωμένος είναι ένας συνταξιούχος μαθηματικός. Ο άνθρωπος αυτός, παρά το γεγονός ότι έχει συνταξιοδοτηθεί εδώ και πολλά χρόνια, ποτέ δεν έπαψε να εργάζεται και μάλιστα να απασχολεί τις περισσότερες ώρες της ημέρας του εργαζόμενος πάνω στα μαθηματικά. Γι' αυτόν, η προσέγκυση της προσοχής του προσωπικού του ιδρύματος δεν παίζει κανένα ρόλο, δηλαδή βρίσκεται πολύ χαμηλά στην ιεραρχία των αναγκών του.

Επομένως, η βασική αρχή της θεωρίας των ενισχύσεων είναι ότι ένα γεγονός μπορεί πράγματι να θεωρηθεί ως ενισχυτής με βάση ένα αντικειμενικό κριτήριο, εάν δηλαδή αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης μιας συμπεριφοράς.

Επίσης, μεγάλη σπουδαιότητα έχει για τους συμπεριφοριστές ψυχολόγους η συχνότητα με την οποία ενισχύεται η συμπεριφορά ή το πρόγραμμα (Schedule) που περισσότερο υπηρετεί την ενίσχυση μιας συμπεριφοράς. Διαφορετικά προγράμματα ενίσχυσης έχουν διαφορετική απήχηση πάνω στη συμπεριφορά του ηλικιωμένου. Έτσι, έχει κρίσιμο αντίκτυπο εάν:

- η συμπεριφορά των ηλικιωμένων ενισχύεται κάθε φορά που εμφανίζεται
- εάν ενισχύεται κατά διαστήματα που μπορούν να προβλεφθούν, ή
- εάν ενισχύεται σποραδικά, δηλαδή κατά διαστήματα που δεν μπορούν να προβλεφθούν.

Το κάθε ένα από αυτά τα προγράμματα ενίσχυσης της συμπεριφοράς, παράγει διαφορετικά σχήματα στη συμπεριφορά των ηλικιωμένων.

Ας υποθέσουμε ότι στα δύο παραδείγματα που αναφέραμε, η συμπεριφορά των δύο ηλικιωμένων παραμένει σταθερή και αντιστέκεται στην βαθμιαία ατόνηση και εξαφάνισή τους. Τούτο συμβαίνει όταν, παρά την έλλειψη οποιασδήποτε ενίσχυσης της συμπεριφοράς των δύο ηλικιωμένων, ο μεν πρώτος περιμένει να τον πιέσουν για να σηκωθεί να

περπατήσει, ο δε δεύτερος συνεχίζει να εργάζεται εντατικά, ακόμα και αν καμία σημαντική ανακάλυψη (που θα ήταν ο κύριος ενισχυτής του ως επιστήμονα) δεν συνοδεύει τις ενέργειές του. Ο πρώτος ηλικιωμένος παραμένει πιστός στην συμπεριφορά του, ακόμα και αν ξέρει ότι αυτό που επιζητεί θα πραγματοποιηθεί σε μη προγραμματισμένα διαστήματα. Πράγματι, ορισμένες μόνο φορές οι νοσοκόμες θα έχουν την υπομονή και την διάθεση να ασχοληθούν μαζί του, ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις θα τον παραμελήσουν, ή θα του μιλήσουν αυστηρά, ή θα τον προτρέψουν να σηκωθεί μόνος του και να κινηθεί πάνω στην αναπηρική του πολυθρόνα. Παρ' όλα αυτά, εκείνος επιμένει στη συμπεριφορά του, να είναι εξαρτημένος και να επιδιώκει αυτό που έχει ανάγκη: την προσέγκυση προσοχής. Η συμπεριφορά των δύο ηλικιωμένων συνιστά ένα αρκετά κοινό πρότυπο συμπεριφοράς στην καθημερινή ζωή. Επιπλέον, μέσα από αυτές και παρόμοιες συμπεριφορές γίνεται σαφές ένα από τα σημαντικά ευρήματα της επιστήμης της γεροντολογίας: ότι η προσωπικότητα του ηλικιωμένου παραμένει σταθερή, τουλάχιστον όσον αφορά στα βασικά χαρακτηριστικά της, από τη νεότητα μέχρι το γήρας. Για τον πρώτο ηλικιωμένο, η "εξάρτηση" είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς του, όπως είναι και η "τάση να εργάζεται σκληρά" για τον δεύτερο(30).

Η συμπεριφορά που ενισχύεται περιοδικά τείνει να εμμένει και να σταθεροποιείται, αφού αντανακλά βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Με την πάροδο των ετών και υπακούοντας στον δρόμο της γενίκευσης, η συμπεριφορά παίρνει διάφορες μορφές, εκφραζόμενη σε διάφορες καταστάσεις της ζωής. Ένα κλασικό παράδειγμα, είναι η άρνηση των ηλικιωμένων γυναικών να εγκαταλείψουν το σπίτι τους και να κατοικήσουν μαζί με την κόρη τους, ακόμη και όταν βρίσκονται σε αδυναμία και χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να αυτοεξυπηρετηθούν. Η άρνησή τους οφείλεται στο χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους που είναι η "ανεξαρτησία" και από την οποία δεν μπορούν να παραιτηθούν αφού την έχουν καλλιεργήσει για πολλά χρόνια. Αντίστοιχα ένας ηλικιωμένος άνδρας είναι πιθανόν να γεμίζει τη μέρα του με ραντεβού και άλλες δραστηριότητες, ακριβώς όπως έκανε όταν ήταν εργαζόμενος παρά το γεγονός ότι του δίνεται όλη η άνεση να χαλαρώσει και να περνά πιο ήρεμα τη μέρα του.

Οι αρχές που ισχύουν για τις συμπεριφορές που ενισχύονται, οι ίδιες ισχύουν και για τις αντίστοιχες συμπεριφορές που δεν ενισχύονται. Η μη ενίσχυση συνοδεύεται από βαθμιαία απόσβεση της συμπεριφοράς και είναι υπόλογη για ορισμένες αλλαγές που οι ηλικιωμένοι δείχνουν στη συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, οι περισσότερες γυναίκες που εισέρχονται στην τρίτη ηλικία θεωρούνται ως ερωτικά μη ελκυστικές από την κοινωνία. Τούτο αποθαρρύνει την ερωτική συμπεριφορά αυτών των γυναικών, οι οποίες βαθμιαία αρνούνται κάθε εκδήλωση που θα

υποδήλωνε ότι μπορεί ακόμα να έχουν ερωτικά αισθήματα. Σε άλλες περιπτώσεις, μια περιπέτεια με την υγεία του ηλικιωμένου μπορεί να έχει τέτοιο αντίκτυπο πάνω του, ώστε να αποθαρρύνει πολλές προηγούμενες συμπεριφορές οι οποίες ενδεχομένως ήταν καλά εγκαθιδρυμένες σε νεότερη ηλικία, όπως π.χ. να αθλείται, να είναι κοινωνικός, να κάνει εκδρομές και ταξίδια κ.α(32).

#### **IV. 3.α. ΜΙΜΗΣΗ ΠΡΟΤΥΠΩΝ**

Υπάρχει όμως και ένας άλλος μηχανισμός, που για τον συμπεριφοριστή ψυχολόγο είναι καθοριστικός παράγοντας και τροποποιεί τη συμπεριφορά του ηλικιωμένου. Ο μηχανισμός αυτός είναι γνωστός ως διαδικασία του παραδειγματισμού (modeling). Με τον παραδειγματισμό δεν εξηγούνται οι συμπεριφορές εκείνες του ηλικιωμένου, οι οποίες δέχονται (ή το αντίθετο, δεν δέχονται) απ' ευθείας ενίσχυση, αλλά οι συμπεριφορές εκείνες οι οποίες διαμορφώνονται στον ηλικιωμένο, επειδή τις έχει υιοθετήσει παρατηρώντας άλλους. Με άλλα λόγια, ο μηχανισμός αυτός στηρίζεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι γενικά τείνουν να μιμούνται τις συμπεριφορές άλλων ανθρώπων και ειδικά όταν αυτές οι συμπεριφορές ενισχύονται με επιβράβευση. Αλλά και άλλοι παράγοντες, όπως είναι η ομοιότητα του προτύπου προς μίμηση με τον παρατηρητή, είναι δυνατόν να κάνουν πιο πιθανή την εμφάνιση μιας συμπεριφοράς στον παρατηρητή. Τα παραδείγματα που αναφέραμε προηγουμένως, μπορούμε να τα τροποποιήσουμε ως ακολούθως:

- 1) η κυρία Μ. είναι πιθανό να αναπτύξει το φόβο να βγαίνει από το σπίτι της τα απογεύματα και να περπατά στους γύρω δρόμους, από τότε που έμαθε ότι μια ηλικιωμένη φίλη της, περίπου στην ηλικία της, είχε την ατυχία να πέσει σε μια γωνιά, να σπάσει τον γοφό της και να μπει για αρκετές εβδομάδες στο νοσοκομείο.
- 2) Ο μαθηματικός ανέπτυξε τη συνήθεια να εργάζεται πολλές ώρες από τότε που ένας πρώην συνάδελφος του έγινε γνωστός για μια πρωτότυπη ανακάλυψή του και μάλιστα πήρε και μια ακαδημαϊκή διάκριση.
- 3) Ο ένοικος του οίκου ευγηρίας συνέβη να έχει έναν συγκάτοικο στο δωμάτιό του, ο οποίος ήταν κατάκοιτος. Παρατηρώντας πόσες επιπλέον παρατηρήσεις παρείχαν οι νοσοκόμες στον κατάκοιτο ηλικιωμένο, θέλησε να μιμηθεί την ίδια συμπεριφορά, ώστε να αποσπάσει τις ανάλογες περιποιήσεις.

Οι συμπεριφοριστές ψυχολόγοι από την άλλη, βλέπουν από διαφορετική προοπτική τις ενέργειες, τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά

των ατόμων αλλά επίσης και τα μοντέλα παραδειγματισμού στα οποία το άτομο είναι εκτεθειμένο.

Οι δυο βασικοί νόμοι του συμπεριφορισμού βρίσκουν πολλές εφαρμογές σε σχέση με τον χειρισμό ειδικών προβλημάτων ή με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής στη μεγάλη ηλικία.

Θα πρέπει επίσης να τονιστεί ότι οι νόμοι της μάθησης, έτσι όπως περιγράφηκαν εφαρμοζόμενοι στην τρίτη ηλικία, δεν έχουν καμία αρνητική ή θετική χροιά. Οι νόμοι της μάθησης είναι καθολικοί και ουδέτεροι. Τα συμπεράσματα, αντίθετα, που μπορεί να εξάγει ένας μη συμπεριφοριστής ψυχολόγος μπορεί να χρωματίζονται από κάποιες υποκειμενικές αξιολογήσεις. Έτσι η κυρία Μ. ή ο ένοικος του οίκου ευγηρίας μπορούν να αξιολογηθούν αρνητικά, ως νευρωτικά άτομα.

Ο μαθηματικός αντίθετα, μπορεί να θεωρηθεί ως παράδειγμα προς μίμηση και να θαυμάσκει για την αφοσίωσή του στο έργο του και για τη δύναμη του χαρακτήρα του. Για κάποιον άλλο ψυχολόγο, ή και άσχετο προς την ψυχολογία, οι δύο πρώτες συμπεριφορές μπορούν να αποδοθούν στον χαρακτήρα των συγκεκριμένων ανθρώπων ή να θεωρηθούν ως φυσικές αντιδράσεις της τρίτης ηλικίας. Για την περίπτωση του μαθηματικού, οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανό να αρχίσουν να γνέφουν με κατανόηση το κεφάλι τους, ότι ‘‘η μεγάλη ηλικία σημαδεύεται από τη σοφία της ζωής’’.

Όμως, οι συμπεριφοριστές ψυχολόγοι βλέπουν με διαφορετική προοπτική τις ενέργειες, τις ιδιότητες ή τα χαρακτηριστικά των ατόμων. Γι’ αυτούς, οποιαδήποτε συμπεριφορά είναι αντίδραση που διαμορφώθηκε σύμφωνα με τους καθολικούς και απρόσωπους νόμους της μάθησης. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχουν γνωρίσματα που να είναι εγγενή στη τρίτη ηλικία, ούτε τα παραδείγματα που αναφέραμε υπάγονται σε κάποια τυπολογία (‘‘σοφός γέρος επιστήμων’’, ‘‘ο τυπικός ξεροκέφαλος’’, ‘‘η υπερβολική σε προφυλάξεις ηλικιωμένη γυναίκα’’ κ.ο.κ). Εάν υπάρχουν ομοιότητες μεταξύ των ηλικιωμένων, τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά επηρεάζονται από τις ίδιες περιβαλλοντικές καταστάσεις και το περιβάλλον τείνει να τους ενισχύει παρόμοιες συμπεριφορές.

Ο συμπεριφορισμός τείνει να αποφεύγει τις αξιολογικές κρίσεις ενώ δίνει αντίθετα, επιστημονικές εξηγήσεις των φαινόμενων της ανθρώπινης μάθησης. Με την έννοια αυτή έρχεται σε οξεία αντιπαράθεση προς την άλλη μεγάλη κατεύθυνση της ψυχολογικής έρευνας, που αντιπροσωπεύεται από την ψυχαναλυτική θεωρία(30).

#### IV. 3.β. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΣΗΣ

Οι αρχές που συνιστούν τη σύγχρονη θεωρία της μάθησης και της συμπεριφοράς είναι λίγες στον αριθμό, κατανοητές και καλά διατυπωμένες. Δεν ισχύει το ίδιο και για τις αρχές που κατευθύνουν την ψυχαναλυτική θεωρία. Η τελευταία μπορεί να διατυπώθηκε αρχικά από τον S.Freud, αλλά στη συνέχεια τροποποιήθηκε και μετασχηματίστηκε τόσες πολλές φορές από τους άλλους θεωρητικούς της ψυχανάλυσης (Adler, Jung, Erikson), ώστε σήμερα να αποτελεί ένα συνονθύλευμα από ιδέες που δεν έχουν πάντα εσωτερική συνέπεια μεταξύ τους.

Όπως τονίζεται από σύγχρονους ερευνητές (Belsky, 1990), όσοι ασπάζονται σήμερα την ψυχανάλυση είναι πιθανόν να διαφωνούν πάρα πολύ μεταξύ τους ως προς τα ειδικότερα σημεία που πρεσβεύει η εξαιρετικά γόνιμη αυτή θεωρία. Εξ' άλλου, κρινόμενη με αυστηρά μεθοδολογικά κριτήρια (Sidman, 1960), η ψυχαναλυτική θεωρία καλύπτει ελάχιστα το κριτήριο της ακρίβειας ενώ υπερκαλύπτει αντίστοιχα το κριτήριο της γονιμότητας και περιεκτικότητας.

Σύμφωνα με τον Murray Sidman (1960), οποιαδήποτε θεωρία επιδιώκει να εξηγήσει τα φαινόμενα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, θα πρέπει να πληρεί τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Να είναι περιεκτική
2. Να εσωτερική συνέπεια
3. Να είναι ακριβής
4. Να είναι σχετική με τα φαινόμενα που εξηγεί
5. Να είναι γόνιμη
6. Να είναι απλή στη διατύπωση

Ο Sidman, οριοθετώντας τις αρχές αυτές, τόνισε τη σπουδαιότητα όλων αυτών των κριτηρίων, παρά το γεγονός ότι όλες αυτές οι θεωρίες δεν καλύπτουν εξίσου και στην ίδια έκταση τα κριτήρια αυτά. Για παράδειγμα, μια θεωρία ενδέχεται να έχει πολύ υψηλό δείκτη ως προς την περιεκτικότητα, με την έννοια ότι είναι εφαρμόσιμη σε πολύ διαφορετικά φαινόμενα, αλλά να έχει χαμηλό δείκτη γονιμότητας. Η έννοια της γονιμότητας σημαίνει το κατά πόσο μπορεί να ανοίγει ορίζοντες σε καινούργιες κατευθύνσεις μελέτης των φαινομένων. Αντίστοιχα, το κριτήριο της ακρίβειας τονίζει τη μέθοδο και λογική εγκυρότητα που οφείλει να έχει μια θεωρία.

Παρά όλα αυτά, οι θεωρητικοί της ψυχανάλυσης συμφωνούν σε ορισμένα βασικά “πιστεύω” και στα σημεία αυτά θα επικεντρώσουμε την προσοχή μας. Κατά πρώτον, οι ψυχαναλυτικοί πιστεύουν πως ό,τι συμβαίνει στην παιδική ηλικία είναι μέγιστης σημασίας για την ψυχολογική υγεία του ανθρώπου. Η προσωπικότητα για τους ψυχαναλυτές, διαμορφώνεται σε πολύ νεαρή ηλικία, το αργότερο μέχρι

τα πέντε πρώτα χρόνια και μετά παραμένει σταθερή σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι επιρροές που δέχεται ο άνθρωπος στην πολύ μικρή ηλικία, είναι τόσο μαζικές, ώστε διαμορφώνουν την τελική δομή της προσωπικότητας. Τι εννοούν οι ψυχαναλυτικοί όμως με τον όρο ‘‘προσωπικότητα’’; Αυτό είναι ένα πολύ ενδιαφέρον ερώτημα που δέχεται πολλαπλές απαντήσεις. Η προσωπικότητα, πρώτον, αποτελείται από διάφορα στρώματα εκ των οποίων άλλα είναι συνειδητά και άλλα ασυνειδητά. Τα βαθύτερα στρώματα, δηλαδή τα ασυνειδητά, παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Δεύτερον, εκτός από τα συνειδητά και ασυνειδητά στοιχεία, η προσωπικότητα κατέχει τρία μέρη: το αυτό(id), το εγώ(ego) και το υπερεγώ(superego). Το id είναι παρόν από τη γέννηση. Περιλαμβάνει μια άμορφη μάζα από ένστικτα, επιθυμίες και ανάγκες και με αυτά ο άνθρωπος εισέρχεται στη ζωή. Τα δυο άλλα μέρη της προσωπικότητας, ego και superego, εξελίσσονται στη διάρκεια της νηπιακής και πρώτης παιδικής ηλικίας.

Το εγώ διαμορφώνεται όταν ο άνθρωπος έρθει σε επαφή με την πραγματικότητα και κατανοήσει ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του δεν μπορούν να ικανοποιούνται αυτομάτως. Θα πρέπει να υπακούσει κανείς στους νόμους του εξωτερικού κόσμου προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Το ρεαλιστικό αυτό κομμάτι του εαυτού μας, αντιπροσωπεύει σύμφωνα με τη θεωρία το εγώ, το οποίο μας προσγειώνει κάθε φορά στην πραγματικότητα. Οι κυριότερες λειτουργίες του εγώ είναι η σκέψη, η λογική, η κρίση και ο προγραμματισμός. Βάζοντας σε ενέργεια αυτές τις λειτουργίες, ο άνθρωπος προχωρεί στην ικανοποίηση των αναγκών του, οι οποίες είναι πιο πειστικές και δεν γνωρίζουν λογική, μέσα από ρεαλιστικούς και επιτρεπόμενους τρόπους.

Το υπερεγώ είναι το στοιχείο της προσωπικότητας που διαμορφώνεται τελευταίο. Τούτο περιλαμβάνει τις ηθικές αρχές του ανθρώπου και διαμορφώνεται σύμφωνα με τις γονεϊκές νουθετήσεις που δέχεται το παιδί και τις κοινωνικές επιταγές, τις νόρμες και την αντίληψη περί του πρακτέου. Το υπερεγώ καθορίζεται από την ασυνειδητή εσωτερικήυση όλων αυτών των ‘‘πρέπει’’ που μας επιβάλλει η κοινωνία και η ειδικότερη μορφή της, η οικογένεια. Μέχρι την ηλικία των πέντε ετών, ο άνθρωπος μαθαίνει να προσαρμόζεται στις απαιτήσεις που του μαθαίνει η ζωή. Μαθαίνει δηλαδή ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του πρέπει να προσαρμόζονται στην πραγματικότητα προκειμένου να ικανοποιηθούν. Σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, ο άνθρωπος μαθαίνει ότι πρέπει να παραιτείται εντελώς από τις ανάγκες και τις επιθυμίες του, προκειμένου να ζήσει μια ηθική και κοινωνικά αξιοπρεπή ζωή.

Οι επιπτώσεις της ψυχαναλυτικής θεωρίας είναι οι ακόλουθες: εφ’ όσον η δομή της προσωπικότητάς μας διαμορφώνεται σε τόσο νεαρή ηλικία, υπεύθυνη για αυτήν είναι η σχέση που έχουμε με τους γονείς σε αυτήν την τρυφερή ηλικία. Εάν η σχέση με τους γονείς μας δεν είναι



καλή και για κάποιο λόγο η φροντίδα που μας παρέχουν δεν είναι η σωστή, ο σχηματισμός του εγώ δεν θα είναι καλά δομημένος, έτσι ώστε να είμαστε επιρρεπείς στα ξεσπάσματα των ασυνείδητων μερών της προσωπικότητας, δηλαδή των ενστίκτων. Είναι αναμενόμενο ότι δεν θα μπορέσουμε να αντέξουμε το άγχος και τις πιέσεις της ζωής, αν η προσωπικότητα δεν είναι από την κατασκευή της αρκετά ισχυρή.

Σύμφωνα με την παραδοσιακή αυτή θεωρία της ψυχανάλυσης, ακόμη και τα αγχογόνα γεγονότα που ενδημούν στην τρίτη ηλικία όπως είναι η συνταξιοδότηση, η χηρεία, η ασθένεια, αποτελούν δοκιμασίες για την ψυχική υγεία του ανθρώπου. Σε κάθε μια από τις περιπτώσεις αυτές, το εγώ πρέπει να αντιμετωπίσει την καινούργια πραγματικότητα και να προσαρμοστεί σε αυτήν. Εάν οι παιδικές εμπειρίες μας δεν ήταν ιδανικές, το εγώ δεν θα είναι σε θέση να προσαρμοστεί, μετά από τα σκληρά χτυπήματα που θα δεχτεί και τότε είναι πιθανό να καταφύγει σε μηχανισμούς άμυνας, ώστε να διαπραγματευτεί με τη νέα πραγματικότητα.

Οι μηχανισμοί άμυνας, με τη σειρά τους, είναι καλό να χρησιμοποιούνται μόνο περιστασιακά, δηλαδή περιορισμένα και μετά ο άνθρωπος να επανέρχεται και να αναλαμβάνει τις ευθύνες του. Εάν κάποιος καταφεύγει σε μηχανισμούς άμυνας ως τρόπο αντιμετώπισης της πραγματικότητας, τότε αρχίζουν τα ψυχολογικά προβλήματα.

#### **IV.4.α. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΑΡΧΩΝ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Όπως συνέβη και με τους συμπεριφοριστές, έτσι και με τους ψυχαναλυτικούς οι βασικές αρχές της βασικής θεωρίας τους δεν είναι τόσο άκαμπτες πια. Με άλλα λόγια, οι ψυχαναλυτές έχουν αποδεχτεί σήμερα θέσεις οι οποίες ευθύνονται για τις ψυχικές και νοητικές διαταραχές των ηλικιωμένων και στις οποίες οι πρώιμες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, δεν έχουν καμία ανάμειξη. Επίσης, δέχονται ότι δεν μπορεί κανείς να κατηγορεί τη συμπεριφορά των γονιών προς τα παιδιά τους με άκριτο τρόπο, διότι υπάρχουν γεγονότα και μετά την πρώτη παιδική ηλικία τα οποία προκαλούν βασική αλλαγή της προσωπικότητας.

Όσον αφορά στην τρίτη ηλικία, οι ψυχαναλυτικοί πιστεύουν ότι ο τρόπος με τον οποίον ένα άτομο συμπεριφέρεται στην ηλικία αυτή έχει άμεση σχέση με το στυλ συμπεριφοράς και προσωπικότητας που το άτομο αυτό έχει υιοθετήσει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του (Berezin, 1972). Η μεγάλη ηλικία έχει το χαρακτηριστικό ότι απογυμνώνει τον άνθρωπο από τα περισσότερα ψυχολογικά στηρίγματα που κατείχε στη νεότερη ηλικία. Για τον λόγο αυτό, είναι δυνατόν να δημιουργηθεί μια ψυχολογική διαταραχή, λιγότερο ή περισσότερο σοβαρή.

Για να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά στην τρίτη ηλικία είναι απαραίτητο, σύμφωνα με τους ψυχαναλυτικούς, να δούμε κάτω από την επιφάνεια των πραγμάτων: ποιες ασυνείδητες ανάγκες, φαντασιώσεις και επιθυμίες δίνουν κίνητρα και κατευθύνουν την συμπεριφορά των ανθρώπων στην τρίτη ηλικία;

Θα μπορέσουμε να μπούμε στην ουσία της προοπτικής που έχουν οι εκπρόσωποι της τρίτης ηλικίας, αν αφήσουμε έναν παραδοσιακό ψυχαναλυτή να μας ερμηνεύσει την συμπεριφορά των τριών υποθετικών παραδειγμάτων (της κυρίας Μ., του “άνικανου να σηκωθεί” τροφίμου του οίκου ευγηρίας και του σοφού μαθηματικού).

Ο ψυχαναλυτής θα έβλεπε τον φόβο της κυρίας Μ. να φύγει από το σπίτι της, καθώς και την “ανικανότητα” του τροφίμου του οίκου ευγηρίας, σαν συμπτώματα που προέρχονται από μια μη συνειδητή επιθυμία τους. Για την κυρία Μ. ο ψυχαναλυτής θα υπέθετε ότι η πτώση της στον δρόμο έδωσε το ερέθισμα σε μια ισχυρή παιδική τάση της να αισθάνεται προφυλαγμένη, μια τάση τόσο μακρινή και ασυνείδητη, που δεν μπορεί ούτε η κυρία Μ. να την συνειδητοποιήσει. Σαν ενήλικη γυναίκα είχε επί πολλά χρόνια καλλιεργήσει την εικόνα του εαυτού της ως ανεξάρτητη, σοβαρή γυναίκα, ώστε της είναι αδύνατον να παραδεχτεί αυτό το ασυνείδητο κομμάτι του εαυτού της. Η επιθυμία της να μην θέλει να βγει από το σπίτι της τα απογεύματα, είναι μια ιδανική λύση για αυτήν, γιατί έτσι επιτυγχάνει δυο στόχους: πρώτον, επιτρέπει στην πραγματική επιθυμία της να παραμείνει μη συνειδητή, αφού με το πρόσχημα του κινδύνου να υποστεί νέο ατύχημα επιτρέπει στον εαυτό της να αναβιώσει την παιδική της επιθυμία. Δεύτερον, η κυρία Μ. είναι πιθανόν να βρίσκει μια ψυχολογική λύση σε ένα άλλο της πρόβλημα όπως είναι το γεγονός ότι από τότε που τα παιδιά της παντρεύτηκαν και έφυγαν από το σπίτι, η κυρία Μ. είχε πολύ λίγες ευκαιρίες να τα έχει κοντά της. Με το γεγονός της πτώσης της, τα παιδιά της κυρίας Μ. άρχισαν να ενδιαφέρονται πιο τακτικά για τη μητέρα τους και ακόμη προσφέρονται να έρχονται και να της κρατούν συντροφιά τα απογεύματα(28).

Για τον “άνικανο να περπατήσει” τρόφιμο του οίκου ευγηρίας, ο ψυχαναλυτής έχει μια άλλη ερμηνεία: ο άνθρωπος αυτός διακατέχεται από μια επιθυμία να τιμωρήσει έναν από τους γονείς του, ο οποίος ήταν απορριπτικός όταν ο ίδιος ήταν παιδί. Το τραυματικό βίωμα αυτού του ανθρώπου ανήκει στην παιδική του ηλικία, αλλά έχει απωθηθεί στο ασυνείδητο. Από τη θέση αυτή, δηλαδή μη συνειδητά, βγαίνει στην επιφάνεια κάθε φορά που είναι σε θέση να ελέγχει τους ανθρώπους γύρω του. Επίσης, η ασυνείδητη επιθυμία του να τιμωρήσει τον απορριπτικό γονέα και στη συνέχεια όλους τους άλλους απορριπτικούς ανθρώπους του περιβάλλοντός του, γίνεται πιο έντονη όταν ο άνθρωπος αυτός αισθάνεται ανασφάλεια. Στη συγκεκριμένη θέση που βρίσκεται τώρα,

που έχει εισαχθεί σε ίδρυμα και ζει σε ιδρυματικό περιβάλλον μακριά από την οικογένεια του, αισθάνεται ότι τον έχουν απορρίψει. Ζωηρεύει λοιπόν η ασυνείδητη επιθυμία του να ελέγξει το περιβάλλον του με όποιον τρόπο μπορεί και να πείσει τον εαυτό του ότι οι άλλοι δεν τον απορρίπτουν. Επιπλέον, η ομοιότητα που υπάρχει ανάμεσα στην εξαρτημένη κατάσταση στην οποία βρίσκεται τώρα, με την αντίστοιχη εξαρτημένη κατάσταση που έζησε σαν παιδί στο πατρικό του σπίτι, βγάζει στην επιφάνεια ορισμένους τύπους συμπεριφοράς και αντίστοιχες επιθυμίες που έχουν σχέση με την παιδική ηλικία.

Και στις δύο περιπτώσεις των ηλικιωμένων που προαναφέρθηκαν, ο παραδοσιακός ψυχαναλυτής θα υποστήριζε ότι οι διατυπωθείσες υποθέσεις μπορούν να ελεγχθούν και να επιβεβαιωθούν με την εξέταση και μόνο της παιδικής ηλικίας του κάθε προσώπου. Τα ειδικά γεγονότα που συνέβησαν στην παιδική ηλικία, οι εμπειρίες και τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών των τόσο μακρινών, τώρα πια, χρόνων θα δώσουν το κλειδί της ερμηνείας των σημερινών παθολογικών συμπτωμάτων της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων(32).

## **V. ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ**

Σύμφωνα με την παραδοσιακή θεωρία και πράξη της ψυχανάλυσης οποιαδήποτε υπόθεση γύρω από το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ένας ηλικιωμένος είναι δυνατόν να ευσταθεί ή να μην ευσταθεί και τούτο θα το δείξει η εξέταση της παιδικής ηλικίας του συγκεκριμένου προσώπου. Σύμφωνα με το ψυχαναλυτικό μοντέλο της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ψυχολογικά συμπτώματα μπορούν να φανούν σε κάθε ηλικία. Οποιοδήποτε και αν είναι το γεγονός που προκάλεσε άγχος και αγωνία, είναι αναπόφευκτο ότι θα δοκιμαστεί το ενήλικο μέρος της προσωπικότητας του ατόμου, δηλαδή του Εγώ. Εάν το Εγώ καταφέρει να προσαρμοστεί στη νέα πραγματικότητα και διατηρήσει τον έλεγχο των πραγμάτων, τότε η ψυχική ισορροπία θα διαφυλαχθεί. Εάν όμως το Εγώ δεν τα καταφέρει, επειδή η δομή του δεν είναι στέρεα σχηματισμένη από την παιδική ηλικία, τότε το Αυτό θα υπερισχύσει και οι ασυνείδητες ανάγκες, επιθυμίες και ένστικτα θα βγουν στην επιφάνεια κυριαρχικά. Η νίκη αυτή του Αυτό έναντι του Εγώ θα δημιουργήσει το σύμπτωμα ή το ίδιο το ψυχολογικό πρόβλημα.

Η πεποίθηση ότι η προσωπικότητα είναι τελειωτικά καθορισμένη σημαίνει ακόμη ότι όσο καλύτερες και περισσότερες προσαρμογές έχει επιτύχει το άτομο στη διάρκεια της πρώτης νεότητας και της μεσήλικης ζωής του, τόσο καλύτερα κατοχυρωμένο εισέρχεται στην τρίτη ηλικία. Η τρίτη ηλικία δεν παύει να αποτελεί ένα εξελικτικό στάδιο στην ανοδική

πορεία της ζωής και ως εκ τούτου, προσφέρει τις δικές της μοναδικές ευκαιρίες για εξέλιξη και κατάκτηση καινούργιων στόχων. Εάν το άτομο έχει αντιμετωπίσει με επιτυχία τις προκλήσεις της προηγούμενης ζωής του και έχει ανταπεξέλθει στις καταπιεστικές καταστάσεις που συνεπάγονται η επαγγελματική σταδιοδρομία, ο γάμος, η ανατροφή και η εξέλιξη των παιδιών και πλήθος άλλων ψυχοπιεστικών γεγονότων, τότε με παρόμοια επιτυχία θα αντιμετωπίσει και τις νέες προκλήσεις που του επιφυλάσσει η τρίτη ηλικία. Από πολλές απόψεις μάλιστα θα χαίρεται τη σταδιακή απομάκρυνση από τις καταπιεστικές καταστάσεις που συνεπάγεται η ζωή του νέου ενήλικα ή του μεσήλικα(30).

Σε κάθε περίπτωση, η ισχυρή δόμηση του ενήλικου μέρους της προσωπικότητας, δηλαδή του Εγώ, θα κρίνει την έκβαση της μάχης έναντι των δυο άλλων μερών της προσωπικότητας, του παράλογου Αυτό και του ιδανικού Υπερεγώ. Τι ισχυρό Εγώ κατέχει το ρόλο του συμβιβαστή ανάμεσα στα δυο άλλα στοιχεία της προσωπικότητας και επιδιώκει να τα ικανοποιήσει και τα δυο. Μέσα από ρεαλιστικούς και κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους, όλα τα μέρη της προσωπικότητας πρέπει να εκφράζονται και να ικανοποιούνται εξίσου.

Με βάση τα στοιχεία αυτά, μπορούμε τώρα να ερμηνεύσουμε την συμπεριφορά του ηλικιωμένου μαθηματικού, όπως θα την έκανε ένας ψυχολόγος της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης. Η ερμηνεία αυτή θα ήταν περίπου η εξής: Η ανάγκη του ατόμου αυτού να αφοσιώνεται ολοκληρωτικά και να εργάζεται σκληρά για πολλές ώρες, έχει τις ρίζες της σε συγκεκριμένα βιώματα της παιδικής ηλικίας, τα οποία έχουν παραμείνει στο χώρο του μη συνειδητού για πολλά χρόνια. Μια λεπτομερής εξέταση θα αποκάλυπτε τις κρυμμένες αυτές επιθυμίες του μαθηματικού. Παρά όλα αυτά όμως, επειδή η συμπεριφορά του ατόμου αυτού είναι ώριμη και ελεγχόμενη από το Εγώ, το άτομο αυτό κατηγοριοποιείται ψυχαναλυτικά με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με τους δυο άλλους ηλικιωμένους των παραδειγμάτων μας. Η συμπεριφορά του επιστήμονα δείχνει ότι το μέρος της προσωπικότητας που δημιουργεί τη γέφυρα με την πραγματικότητα και τον εξωτερικό κόσμο (Εγώ) παραμένει κυρίαρχο έναντι των δυο άλλων μερών της προσωπικότητας (Εκείνο, Υπερεγώ) και το γεγονός αυτό σηματοδοτεί το ψυχαναλυτικό κριτήριο της γνήσιας ψυχικής υγείας(28).

## **VI. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Στη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών η ψυχαναλυτική θεωρία έχει δεχθεί πολλές κριτικές, ειδικότερα όσον αφορά τις κλασικές

ψυχαναλυτικές τεχνικές. Η θεραπεία συναισθηματικών προβλημάτων με τη βοήθεια ψυχαναλυτικών τεχνικών έχει αμφισβητηθεί.

Ο συμπεριφορισμός, αντίθετα, φαίνεται ότι αποτελεί το κυρίαρχο θεωρητικό πλαίσιο που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από ψυχολόγους, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που ανακύπτουν στην τρίτη ηλικία. Επιπλέον, ενώ οι κριτικές εναντίον της ψυχαναλυτικής θεωρίας και πράξεις συσσωρεύονταν, ο συμπεριφορισμός εγκατέλειπε τις παλαιότερες άκαμπτες και περιοριστικές σε γονιμότητα θέσεις του και εξελισσόταν σε μια γόνιμη, εμπλουτισμένη με γνωστικά στοιχεία, σύγχρονη θεωρία.

Η στροφή αυτή υπήρξε εντυπωσιακή. Μόλις μια γενεά πριν, οι ψυχολόγοι της κατεύθυνσης αυτής πίστευαν σταθερά ότι οι γενετικές προδιαγραφές είναι σχετικά ασήμαντες και οι εσωτερικές διεργασίες, δηλαδή οι σκέψεις και τα συναισθήματα, δεν έχουν καμία θέση σε μια γνήσια επιστημονική μελέτη των ανθρωπίνων πλασμάτων. Σήμερα, αντίθετα, πολλοί λίγοι συμπεριφοριστές ψυχολόγοι θα μπορούσαν να βρεθούν που να μάχονται την ιδέα ότι οι βιολογικές προδιαθέσεις που φέρει μαζί του ο άνθρωπος ασκούν ισχυρή επίδραση στη μαθησιακή του ικανότητα. Ακόμη σημαντικότερο, η ιδέα ότι μόνο οι παρατηρήσιμες ενέργειες, που μπορούν να ποσοτικοποιηθούν και να μετρηθούν αξίζει να προσελκύουν την προσοχή του ψυχολόγου, έχει εγκαταλειφθεί ολοκληρωτικά τα τελευταία είκοσι χρόνια. Οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι φαντασιώσεις ακόμα είναι πλήρως νομιμοποιημένες. Μια ολόκληρη σχολή ψυχοθεραπευτών βλέπει την αλλαγή στα “εσωτερικά” αισθήματα του ανθρώπου ως τη μέθοδο κλειδί που επιφέρει ψυχολογική αλλαγή και θεραπεία. Με άλλα λόγια, ο τρόπος που σκεπτόμαστε επηρεάζει καθοριστικά τον τρόπο που λειτουργούμε, δηλαδή την εξωτερική, παρατηρήσιμη συμπεριφορά μας(30).

Αυτή η στροφή του συμπεριφορισμού κατά 180 μοίρες και η μετεξέλιξή του σε “Γνωστική θεωρία της μάθησης”, εμφανίζει τον σύγχρονο συμπεριφορισμό σαν ώριμο και εξαιρετικά γόνιμο τρόπο αντιμετώπισης των ψυχολογικών προβλημάτων. Δεν είναι περίεργο ως εκ τούτου, ότι πλήθος ψυχολόγων στρέφονται προς συμπεριφοριστικές τεχνικές. Οι τεχνικές αυτές έχουν γίνει πολύ δημοφιλείς, μεταξύ άλλων και στους γεροντολόγους. Οι κυριότεροι λόγοι για την ευρεία αυτή αποδοχή μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Ο Συμπεριφορισμός είναι αισιόδοξος. Όπως έχουν τονίσει πολλοί γεροντολόγοι (Labouvie,1973 Hoyer,1973) η έμφαση που δίνει ο συμπεριφορισμός στο περιβάλλον του ηλικιωμένου είναι ένα συχνό αντίδοτο στον συμβατικό, συχνά αρνητικό, τρόπο με τον οποίο σκεπτόμαστε για την τρίτη ηλικία. Εισάγεται η αντίληψη ότι η γήρανση δεν είναι απαραίτητο να οδηγεί σε αναπόδραστη κάμψη. Οι μεγάλοι άνθρωποι δεν είναι καταδικασμένοι να

συμπεριφέρονται με στερεότυπους, μειονεκτικούς τρόπους. Όχι μόνο μπορούν να αλλάξουν την εσωτερική προοπτική με την οποία βλέπουν τα πράγματα, αλλά μπορούν επίσης να τροποποιήσουν την εξωτερική τους συμπεριφορά. Σύμφωνα με μια καλά εδραιωμένη άποψη του συμπεριφορισμού η προσωπική ιστορία του συγκεκριμένου ηλικιωμένου, ή ο χρόνος που δαπάνησε υιοθετώντας μια συμπεριφορά, είναι περίπου άσχετα στοιχεία για την ευκολία με την οποία η συμπεριφορά αυτή μπορεί να τροποποιηθεί. Οι ηλικιωμένοι δεν βρίσκονται σε μειονεκτική θέση έναντι των νέων. Μπορούν και αυτοί να τροποποιήσουν την συμπεριφορά τους, με τις ίδιες πιθανότητες που έχουν και οι νέοι.

2. Ο συμπεριφορισμός έχει ευρεία προοπτική. Τούτο σημαίνει ότι δεν παραμένει προσκολλημένος σε μια κατηγορία δραστηριοτήτων (ο,τι ονομάζουν προσωπικότητα οι ψυχαναλυτικοί) αλλά αγκαλιάζει κάθε ενέργεια του ανθρώπου. Οι αρχές της συμπεριφοριστικής μάθησης έχουν εφαρμογή σε κάθε περιοχή της ζωής του ηλικιωμένου και επομένως η κατανόηση που ο ψυχολόγος της κατεύθυνσης αυτής μπορεί να δείξει, δεν γνωρίζει περιορισμούς. Οι ηλικιωμένοι γίνονται αποδεκτοί, σαν μια ομάδα του γενικού πληθυσμού που αξίζει να προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών και να μελετηθεί.

## **VII. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

Η ψυχαναλυτική κατεύθυνση δεν διαθέτει τις δυο αρετές που αποδόθηκαν στον συμπεριφορισμό. Κατ' αρχήν, εστιάζει την προσοχή της στον τρόπο με τον οποίο είναι δομημένη η προσωπικότητα και τα ψυχολογικά προβλήματα που απορρέουν από τη δόμηση αυτή. Θεωρεί δε, ότι η αρχική φάση της ζωής είναι η πιο σημαντική και όχι η τελική. Η προσωπικότητα εδραιώνεται στην πρώιμη φάση, δηλαδή στην παιδική ηλικία και είναι δύσκολο να αλλάξεις κάτι που έχει διαμορφωθεί με ορισμένο τρόπο και έχει λειτουργήσει έτσι για πολλά χρόνια. Η μεγάλη ηλικία είναι μια περίοδος βαθμιαίας απώλειας, η πιο δύσκολη περίοδος της ζωής.

Με τον τρόπο της, η ψυχαναλυτική κατεύθυνση έχει συμβάλει στην επίταση της αρνητικής εικόνας που έχουμε για τους ηλικιωμένους, παρά το αντίθετο. Όμως, δεν μπορεί να παραβλεφθεί η συνεισφορά της στη βαθύτερη κατανόηση που αποκτούμε για τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Πολλοί γεροντολόγοι χρησιμοποιούν την σημαντική αυτή θεωρία για να μπορέσουν να κατανοήσουν και να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους που κουράουν. Οι κλινικές παρατηρήσεις των

ψυχαναλυτικών θεωρούνται ουσιώδεις και δίνουν πολλές πληροφορίες στην επιστήμη της γεροντολογίας πάνω στο θέμα της σταθερότητας και αλλαγής της προσωπικότητας, καθώς τα άτομα διέρχονται τα στάδια της μέσης και τρίτης ηλικίας. Η ψυχανάλυση μας πληροφορεί επίσης για τους τρόπους με τους οποίους η προσωπικότητα του ηλικιωμένου προσαρμόζεται και αντιμετωπίζει σοβαρά γεγονότα που είναι πιθανόν να συμβούν στην τρίτη ηλικία, όπως είναι η απώλεια του συντρόφου της ζωής σε άνδρες και γυναίκες καθώς και το γεγονός του επικείμενου θανάτου(31).

Εξ άλλου, η αρνητική εικόνα και η αδιαφορία για τους ηλικιωμένους που ήταν εγγενής στο παραδοσιακό Φροϋδικό μοντέλο, έχει ανατραπεί άρδην από παλαιότερους και νεότερους ψυχαναλυτικούς, όπως είναι ο Jung και ο Erikson. Σύμφωνα με τους τελευταίους, η τρίτη ηλικία είναι μια περίοδος όπου μπορεί να σημειωθεί θετική αλλαγή της προσωπικότητας.

Ακόμη σημαντικότερο, η τρίτη ηλικία είναι η πιο σημαντική περίοδος στην οποία συμβαίνει η πνευματική ανέλιξη του ανθρώπου. Το ποιοτικό στοιχείο που διαφοροποιεί την τρίτη ηλικία από όλες τις άλλες ηλικίες του ανθρώπου, είναι που αποδίδει την περισσότερη αίγλη και το μεγαλείο στην προχωρημένη φάση της ζωής.

## **VIII. Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΕΛΙΞΗΣ**

Μεταξύ των νεότερων ψυχαναλυτικών, ο Jung και ο Erikson έχουν αναθεωρήσει την αρχική τοποθέτηση του θεμελιωτή της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης, S. Freud, ο οποίος αγνοούσε την ενήλικη φάση της ζωής και επικέντρωνε την προσοχή του στην ανάλυση των ψυχοσεξουαλικών σταδίων που ολοκληρώνονται νωρίς στην ζωή του παιδιού και του εφήβου. Η θεωρία του Jung, ειδικότερα, είναι πολύ ριζοσπαστική σε σχέση με την παραδοσιακή ψυχαναλυτική θεωρία, αφού θεωρεί ότι το δεύτερο μισό της ζωής του ανθρώπου είναι πιο ενδιαφέρον και πιο σημαντικό από το πρώτο μισό.

Οι θέσεις του Erikson είναι πιο μετριοπαθείς σε σχέση με αυτές του Jung. Δεν θεωρεί ότι η μεγάλη ηλικία είναι αναγκαστικά πιο σημαντική σε σχέση με τη μικρή ηλικία, αλλά πιστεύει ότι είναι μια περίοδος όπου σημειώνεται σαφής ψυχοκοινωνική ανέλιξη στον άνθρωπο που την διέρχεται.

## **ΙΧ. ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

“Όλοι οι άνθρωποι μοιάζουν μεταξύ τους. Μερικοί άνθρωποι μοιάζουν περισσότερο με μερικούς ανθρώπους. Ένας άνθρωπος δεν μοιάζει απόλυτα με κανέναν άλλο άνθρωπο”. Η ρήση αυτή που κατέχει μεγάλη σπουδαιότητα σε επιστήμες όπως η ψυχολογία, βρίσκει την ανώτερη έκφρασή της στην γεροντολογική ψυχολογία. Η ανθρώπινη προσωπικότητα δεν είναι σε καμία άλλη ηλικία τόσο βαθιά διαφοροποιημένη όσο αναμένεται ότι θα είναι στη μεγάλη ηλικία.

Οι ηλικιωμένοι προβάλλουν μια ευρύτερη σειρά από διαφορετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, σε σχέση με τους σύγχρονους τους των νεότερων ηλικιών. Τούτο έχει καταφανεί σε έρευνες όπου οι διαφορές που σημειώνονται ανάμεσα στους ηλικιωμένους ξεπερνούν κατά πολύ τις ομοιότητες που σημειώνονται στην προσωπικότητα των ατόμων αυτών. Οι περισσότερες διαφορές σημειώνονται στο πεδίο των μηχανισμών ψυχολογικής άμυνας, τους οποίους χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι, ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της πραγματικότητας(35).

### **ΙΧ.1.α. ΟΙ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΕΣ ΤΥΠΟΛΟΓΙΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Η διάκριση των τύπων προσωπικότητας των ηλικιωμένων έχει μια σχετικά μακρά ιστορία στη γεροντολογία. Η έρευνα που μέχρι τώρα θεωρείται κλασική στο είδος της διενεργήθηκε το 1962 από τους Reichard, Livson και Petersen και πήραν μέρος 87 άνδρες ηλικίας από 55-84 ετών. Οι σαράντα από αυτούς ήταν καλά προσαρμοσμένοι στην ηλικία τους και στις διεργασίες της γήρανσης, ενώ οι σαράντα επτά δεν ήταν καλά προσαρμοσμένοι. Οι ερευνητές συγκέντρωσαν συνολικά 115 διαφορετικές μετρήσεις της προσωπικότητας των ηλικιωμένων ανδρών τις οποίες υπέβαλαν σε στατιστική επεξεργασία (Cluster Analysis) με αποτέλεσμα να αποδώσουν τους εξής πέντε τύπους προσωπικότητας:

1. Οι ώριμοι ή δημιουργικοί ηλικιωμένοι, είναι όσοι έχουν προσαρμοστεί με ιδανικό τρόπο. Αποδέχονται τους εαυτούς τους, με τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους και το πιο σημαντικό είναι ότι αποδέχονται το παρελθόν τους. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν δυναστεύονται από νευρωτικές συγκρούσεις, ενώ διατηρούν στενές διαπροσωπικές επαφές και ικανοποιητικές σχέσεις με άλλους ανθρώπους. Συνεχίζουν να γερνούν, χωρίς να μετανιώνουν για πολλά πράγματα.
2. Οι τύποι της κουνιστής πολυθρόνας (rocking chair) είναι όσοι έχουν επιτύχει μια σχετικά καλή προσαρμογή αποσυρόμενοι από



τις βαριές υπευθυνότητες. Οι ηλικιωμένοι αυτοί βλέπουν τον εαυτό τους σε συσχετισμό με την ηλικία τους, αισθάνονται ότι είναι ελεύθεροι από υποχρεώσεις και επιθυμούν να φέρουν στην επιφάνεια τον παθητικό εαυτό τους. Οι τύποι αυτοί χαρακτηρίζονται, όπως και οι προηγούμενοι, από υψηλό επίπεδο αυτοαποδοχής, αν και η αποδοχή αυτή είναι συνήθως παθητική. Αισθάνονται καλά όταν είναι εξαρτημένοι από τους άλλους.

3. Οι θωρακισμένοι τύποι βρίσκονται κάπου στη μέση από άποψη ψυχολογικής προσαρμογής στις διεργασίες της γήρανσης. Οι θωρακισμένοι στηρίζονται έντονα σε αμυντικούς μηχανισμούς ώστε να ανταπεξέλθουν και να αντιμετωπίσουν τα αρνητικά συναισθήματα που γεννιούνται μέσα τους. Για παράδειγμα, φροντίζουν να είναι διαρκώς απασχολημένοι, ώστε να δείχνουν πόσο ανεξάρτητοι είναι. Οι θωρακισμένοι είναι τυπικά καλά προσαρμοσμένοι, αλλά κρύβουν τον άκαμπτο χαρακτήρα τους με τη βοήθεια αμυντικών μηχανισμών.
4. Οι θυμωμένοι είναι όσοι δεν είναι καλά προσαρμοσμένοι στις διεργασίες της γήρανσης. Η εξωτερική τους συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από θυμό τον οποίον στρέφουν ενάντια στους άλλους. Αποκτούν την συνήθεια να εκφράζουν την πικρία τους, στρεφόμενοι επιθετικά εναντίον των άλλων. Συχνά κατηγορούν ανοιχτά τους άλλους για τις αποτυχίες τους ή απογοητεύονται εύκολα όταν οι καταστάσεις δεν παίρνουν την τροπή που θα ήθελαν οι ίδιοι (frustration).
5. Οι μισούμενοι συνιστούν έναν άλλο τύπο κακής προσαρμογής στην γήρανση. Μοιάζουν με τους θυμωμένους, αλλά τον θυμό τον στρέφουν εναντίον του εαυτού τους. Νοιώθουν καταπιεσμένοι και κατηγορούν τον εαυτό τους για τις αποτυχίες και τις απογοητεύσεις τους. Τρέφουν αρνητικά συναισθήματα για το γεγονός ότι γερνούν και για τους άλλους ηλικιωμένους γενικά. Η μεγάλη ηλικία είναι γι' αυτούς μια άχρηστη, καθόλου ενδιαφέρουσα περίοδος της ανθρώπινης ύπαρξης.

Οι τρεις πρώτοι τύποι, βιώνουν την γήρανση με επιτυχία, ενώ οι δυο τελευταίοι βιώνουν την γήρανση αρνητικά, χωρίς προσαρμογή σε αυτήν.

#### **ΙΧ.1.β. ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΤΥΠΟΛΟΓΙΕΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές τυπολογίες, οι σύγχρονες τυπολογίες της προσωπικότητας των ηλικιωμένων βασίζονται σε τρεις βασικές αρετές:

Πρώτον, διαχωρίζουν ανάμεσα στους τύπους προσωπικότητας των ανδρών και τους αντίστοιχους τύπους προσωπικότητας των γυναικών.

Δεύτερον, διαχωρίζουν την προσωπικότητα των ηλικιωμένων από τη νοοτροπία των ηλικιωμένων.

Τρίτον, γεφυρώνουν τις αντιθέσεις ανάμεσα στις θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η προσωπικότητα των ηλικιωμένων υφίσταται αλλαγές και τις αντίστοιχες θεωρίες που υποστηρίζουν ότι υπάρχει διαχρονική σταθερότητα στην προσωπικότητα των ηλικιωμένων.

### Σύγχρονη τυπολογία της προσωπικότητας των ηλικιωμένων:

Κατηγορίες γυναικών ως προς την προσωπικότητα:

- Προσανατολισμένες στα πρόσωπα, είναι αυτές οι οποίες συμπεριφέρονται με δοσμένο τρόπο, συμπάσχουν και συμμερίζονται τα συναισθήματα, είναι θερμές και δοτικές και διεγείρουν την ευαρέσκεια και την αποδοχή.
- Φοβισμένες και κυριαρχικές, οι οποίες είναι κατά κύριο λόγο υποταγμένες με συντηρητικές αρχές. Συνήθως είναι ανασφαλείς και αγχώδεις και επιδιώκουν να κυριαρχούν και για να αισθανθούν ασφάλεια.

Κατηγορίες ανδρών ως προς την προσωπικότητα:

- Προσανατολισμένοι στα πρόσωπα, οι οποίοι συμπεριφέρονται με δοσμένο τρόπο. Χαρακτηριστικά είναι χαρούμενοι, άξιοι εμπιστοσύνης, ειλικρινείς, υπεύθυνοι, ευθείς, αμερόληπτοι, παραγωγικοί, αποτελεσματικοί και υπάκουοι.
- Ενεργητικοί με ικανότητες. Οι συγκεκριμένοι τύποι, προσελκύουν το ενδιαφέρον διότι διαθέτουν έντονο κριτικό πνεύμα. Δεν εντυπωσιάζονται εύκολα, είναι επαναστατικοί, μη συμβατικοί, ομιλητικοί και αρρενωποί στο ύφος και στους τρόπους.

Κατηγορίες γυναικών ως προς τη νοοτροπία:

- Επικεντρωμένες στο σύζυγο. Η ζωή τους περιστρέφεται γύρω από τον σύζυγο και τον γάμο.
- Χωρίς επικέντρωση. Οι γυναίκες αυτές έχουν λίγα ενδιαφέροντα, δεν δεσμεύονται από άλλους ανθρώπους και οι περισσότερες δεν θέλουν να ξαναπαντρευτούν.
- Επικεντρωμένες στην εργασία. Είναι δοσμένες στο ρόλο τους ως εργαζόμενες και αντλούν μεγάλη ικανοποίηση από την εργασία τους.

Κατηγορίες ανδρών ως προς τη νοοτροπία:

- Επικεντρωμένοι στην οικογένεια. Η ζωή τους περιστρέφεται γύρω από την οικογένεια και το γάμο, τον ρόλο τους ως πατεράδων και ως παππούδων.
- Καλλιεργούν χόμπυ και ενδιαφέροντα τα οποία είναι τα πιο σημαντικά γεγονότα γι' αυτούς.
- Τέλος, είναι οι απομονωμένοι ηλικιωμένοι οι οποίοι είναι κλεισμένοι στον εαυτό τους και δεν μπορούν να αντλήσουν ευχαρίστηση από καμία δραστηριότητα.

## **X. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Μια από τις πιο χαρακτηριστικές και τις πιο κρίσιμες πλευρές της προσωπικότητας είναι η ικανότητα των ατόμων να ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής και να αντιμετωπίζουν το άγχος. Η αποθάρρυνση και η κακή διάθεση που όλοι αισθανόμαστε μερικές φορές είναι το τίμημα που πληρώνουμε για το γεγονός ότι είμαστε ζωντανοί. Όταν όμως η αποθάρρυνση και η δυσθυμία γίνουν μόνιμη ψυχολογική κατάσταση, τότε η προσωπικότητα διαταράσσεται και το άγχος κυριαρχεί(28).

Με την πάροδο της ηλικίας και οι εμπειρίες της ζωής συσσωρεύονται, αναμένεται ότι τα άτομα γίνονται πιο ώριμα και πιο νηφάλια, έτσι ώστε να κυριαρχούν καλύτερα πάνω στο άγχος τους.

Ατυχώς οι γεροντολογικές έρευνες δεν έχουν δείξει ότι οι εμπειρίες της ζωής οδηγούν αναγκαστικά σε ωριμότητα και καλύτερη αντιμετώπιση του άγχους. Σύμφωνα με τον Paul Costa, τον συντονιστή της διαχρονικής έρευνας της Βαλτιμόρης, ο νευρωτισμός είναι το ίδιο κοινός στους ηλικιωμένους, όπως είναι και στους μεσήλικες και σε κάθε άλλη ηλικία. Αν πιστέψουμε τον Guttman, το μήνυμα είναι ακόμα πιο απογοητευτικό. Με την πάροδο της ηλικίας σημειώνεται αύξηση της παθητικότητας και αύξηση της εμπιστοσύνης σε δυνάμεις έξω από τον εαυτό μας. Τούτο σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν τη ζωή με περισσότερη ανωριμότητα, είτε επειδή εξαρτώνται από τους άλλους ανθρώπους και όχι από τον εαυτό τους, είτε επειδή καταφεύγουν στη φαντασία αντί να δουν τη ζωή ρεαλιστικά και να παλέψουν για τους στόχους τους.

Τα απογοητευτικά αυτά μηνύματα έρχονται να εξισορροπήσουν οι μαρτυρίες από άλλες έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι χειρίζονται καλύτερα από τους νεότερους ενήλικες ορισμένες τραυματικές καταστάσεις, παρά το υψηλό άγχος που τους δημιουργούν. Οι ηλικιωμένοι που μένουν χήροι ή χήρες διατρέχουν πολύ μικρότερο κίνδυνο διαταραχής της προσωπικότητας, αν συγκριθούν με τους μεσήλικες και τους νέους ενήλικες που μένουν χήροι ή χήρες. Επίσης οι

ηλικιωμένοι, είναι πιο ικανοί να δεχθούν ότι έχουν προβληθεί από μια ασθένεια η οποία απειλεί τη ζωή, όπως έδειξε μια έρευνα των Ell, Mantel και Hamovich (1986), όπως έχουν και καλύτερη αντιμετώπιση του επικείμενου θανάτου.

Βέβαια είναι γεγονός ότι η χηρεία και η έλευση σοβαρής ασθένειας, θεωρούνται φυσιολογικά φαινόμενα, ή τουλάχιστον όχι αναπάντεχα, στη μεγάλη ηλικία. Όπως έχουν δείξει οι Neugarten και Datan (1975) τα γεγονότα που είναι, λίγο ως πολύ, αναμενόμενα προκαλούν λιγότερο άγχος σε όσους τα υφίστανται, σε σχέση με τα γεγονότα που έρχονται ξαφνικά. Αναμενόμενα θεωρούνται τα γεγονότα που έρχονται σε ακατάλληλο χρόνο και δεν ανήκουν στο συγκεκριμένο στάδιο της ζωής, το οποίο διανύει το άτομο που υφίσταται τις συνέπειες.

## **XI.1. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Σε όλες τις ηλικίες, η παρατεινόμενη κατάσταση άγχους, ανασφάλειας και ψυχολογικής έντασης, μπορεί να οδηγήσουν σε μια ποικιλία ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, στα οποία περιλαμβάνεται η ευερεθιστότητα, η κούραση χωρίς φυσιολογική αιτία, η ανορεξία, οι πονοκέφαλοι και οι πόνοι της πλάτης. Σχεδόν κάθε όργανο ή οργανικό σύστημα του σώματος μπορεί να προσβληθεί σε συνθήκες παρατεινόμενης ψυχολογικής έντασης. Πολλές από τις δομικές ή λειτουργικές αλλοιώσεις των σπλάχνων οφείλονται σε ψυχολογικές αιτίες. Μεταξύ αυτών, το πεπτικό έλκος και άλλες γαστρεντερολογικές αντιδράσεις, είναι οι πιο γνωστές ψυχοσωματικές διαταραχές. Ακολουθούν οι ημικρανίες, οι δερματολογικές αντιδράσεις, οι χρόνιοι πόνοι της πλάτης και το βρογχικό άσθμα, για τις οποίες πολύ συχνά ευθύνεται η ψυχολογική ένταση(25).

## **XI.2. ΝΕΥΡΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ**

Οι νευρωτικές διαταραχές ερμηνεύονται με διαφορετικό τρόπο από τους ψυχολόγους της ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης, σε σχέση με τους ψυχολόγους της συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης. Για τους ψυχοδυναμικούς, οι νευρώσεις χρησιμεύουν ώστε να ελέγχεται το άγχος που προέρχεται από την επαπειλούμενη παραβίαση των ορίων και τις μη αποδεκτές ασυνείδητες ορμές. Οι συμπεριφοριστές από την άλλη πλευρά, αν και αναγνωρίζουν το γεγονός ότι τα νευρωτικά συμπτώματα χρησιμεύουν ώστε να ελέγχεται το άγχος, εν τούτοις δεν τονίζουν την ασυνείδητη πηγή από την οποία προέρχονται, αλλά τη μαθημένη αντίδραση σύμφωνα με την οποία λειτουργούν τα νευρωτικά

συμπτώματα. Η κύρια λειτουργία των νευρωτικών συμπτωμάτων στη μεγάλη ηλικία είναι να ελέγχουν το άγχος που προέρχεται από τις απώλειες που έχουν σημειωθεί στη ζωή του ατόμου και τη συνοδούσα ανημπόρια (helplessness)(33).

### **XI.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Οι διαταραχές του χαρακτήρα υπάρχουν στις περισσότερες περιπτώσεις από τη νέα ηλικία και επεκτείνονται απλώς στη μεγάλη ηλικία. Συνήθεις διαταραχές του χαρακτήρα είναι ο αλκοολισμός, ο εθισμός στα ναρκωτικά και οι σεξουαλικές αποκλίσεις. Πολλοί ηλικιωμένοι αλκοολικοί έχουν καλλιεργήσει για πολλά χρόνια τη συνήθεια αυτά, ενώ υπάρχουν και άλλοι που για πρώτη φορά γίνονται αλκοολικοί στη μεγάλη ηλικία, επειδή αισθάνονται απογοήτευση, μελαγχολία ή μοναξιά. Ο χρόνιας αλκοολισμός, που σύμφωνα με ορισμένα στοιχεία πλήττει το 2% έως και 10% των ηλικιωμένων ατόμων, εμφανίζει τέτοια συμπτωματολογία ώστε να εκλαμβάνεται λανθασμένα ως γεροντική άνοια(28).

### **XI.4. ΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Από τις διαταραχές που έχουμε εξετάσει μέχρι αυτό το σημείο, οι νευρώσεις καθώς και οι διαταραχές του χαρακτήρα, είναι δυνατόν να θεραπευτούν με ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, ή τουλάχιστον να μετριαστούν. Στη συνέχεια θα εξετάσουμε μια κατηγορία διαταραχών η οποία δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστεί και να θεραπευτεί, για τούτο οι ασθενείς (ηλικιωμένοι ή νέοι) συνήθως εισάγονται σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Πρόκειται για τις ψυχωτικές διαταραχές.

Οι ψυχωτικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από ποικίλα συμπτώματα, σύμφωνα με τα οποία εντάσσονται σε διάφορες υποκατηγορίες. Το κοινό τους γνώρισμα είναι η παραμορφωτική εικόνα που έχουν για την πραγματικότητα, η παράξενη συμπεριφορά και η εκτεταμένη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας(36).

### **XI.5. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

Οι σχιζοφρενικοί ηλικιωμένοι συνιστούν την πιο πολυπληθή ομάδα λειτουργικών ψυχωτικών. Χαρακτηρίζονται από βαριές διαταραχές στη σκέψη, μερικές φορές και στην αντίληψη. Χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα και αποτραβιούνται συναισθηματικά από

τους άλλους ανθρώπους. Ενδέχεται ακόμη να πάσχουν από παραισθήσεις, δηλαδή λανθασμένες αντιλήψεις, φαντασιώσεις και πιστεύω.

Μερικοί σχιζοφρενικοί εισάγονται σε ψυχιατρικό ίδρυμα ήδη σε νέα ηλικία και γερνούν εκεί. Μερικοί άλλοι οι οποίοι κρίνονται ως ακίνδunami για τον εαυτό τους και τους άλλους, εισάγονται κατά καιρούς σε ψυχιατρικό ίδρυμα, ενώ περνούν και μεγάλα διαστήματα ζώντας στον έξω κόσμο. Με τα χρόνια όλοι αυτοί συνηθίζουν τόσο πολύ την ιδρυματική ζωή, ώστε να αισθάνονται άνετα μέσα σε αυτήν. Αντίθετα, δεν μπορούν να συνηθίσουν τη ζωή έξω από το ίδρυμα, να παίρνουν αποφάσεις ή να αντιμετωπίζουν τα άγχη που συνεπάγεται η καθημερινή ζωή. Οι λειτουργικοί σχιζοφρενικοί, ως μη υποφέροντες από κάποιο οργανικό νόσημα, πολλές φορές δεν γίνονται δεκτοί από τα ιδρύματα. Στην περίπτωση αυτή, καταλήγουν να μένουν στο δρόμο και καταφέρνουν να επιβιώνουν δεχόμενοι λίγη βοήθεια από την κοινότητα(36).

## **XI.6. ΜΑΝΙΟΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Αρκετά συχνή μεταξύ των ηλικιωμένων είναι και η διαταραχή του συναισθήματος. Μέτρια καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πολύ συνηθισμένα και αφορούν όλους τους ηλικιωμένους. Στην περίπτωση όμως της μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής σημειώνονται σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία άλλοτε εναλλάσσονται με συμπτώματα εξαιρετικής χαράς και έξαρσης (μανία), ενώ άλλοτε μια από τις δυο διαταραχές, η μανία ή η κατάθλιψη, επιμένουν να εμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Με άλλα λόγια υπάρχουν δυο τύποι μανιοκαταθλιπτικής διαταραχής: η διπολική εμφάνιση των δυο ειδών συμπτωμάτων και η μεμονωμένη εμφάνιση του ενός είδους, συνήθως της κατάθλιψης(36).

## **XI.7. ΕΝΔΟΓΕΝΗΣ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ**

Μια άλλη ψυχωτική διαταραχή που σημειώνεται στη μεγάλη ηλικία, είναι η ενδογενής μελαγχολία. Το είδος αυτό της μελαγχολίας έχει σχέση με την αλλαγή της ζωής που σημειώνεται μετά τα 40, όπου το άτομο μετρά το χρόνο με διαφορετικό τρόπο πλέον, δηλαδή, όχι από το σημείο που έχει φτάσει, αλλά από το τέλος της ζωής του υπολογίζοντας πόσα χρόνια του μένουν ακόμα για να ζήσει. Το είδος αυτό της μελαγχολίας είναι πιο συχνό στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Τα συμπτώματα της ενδογενούς μελαγχολίας περιλαμβάνουν, εσωτερική

αναστάτωση, αυτομομφή, καταθλιπτικά αισθήματα και αισθήματα ενοχής και αποτυχίας. Ως ψυχωτική διαταραχή είναι σχετικά σπάνια και η εκδήλωσή της στη διάρκεια της μέσης και της τρίτης ηλικίας συμβαίνει χωρίς να υπάρχει προηγούμενο ιστορικό(36).

## **XI.8. ΠΑΡΑΝΟΙΑ**

Η συχνότητα εμφάνισης παρανοϊκών συμπτωμάτων αυξάνει με την ηλικία. Πιο συχνά εμφανίζεται σε ηλικιωμένους που πάσχουν από κάποια αισθητηριακή ή νοητική βλάβη. Όπως τονίζει ο Pfeiffer, 1977, όταν μειωθεί η ικανότητα του ηλικιωμένου να προσλαμβάνει πληροφορίες από το περιβάλλον, οι αισθητηριακές ή νοητικές βλάβες γίνονται η αιτία ώστε να κυριαρχήσουν διάφοροι παράλογοι φόβοι. Ο ηλικιωμένος γίνεται τότε, κυριολεκτικά θύμα των φόβων του.

Τα παρανοϊκά συμπτώματα εμφανίζονται κυρίως σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι, που έχουν απομονωθεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα από τους άλλους ανθρώπους (Berger & Zarit, 1978). Σε πιο σπάνιες περιπτώσεις, δυο ή περισσότεροι άνθρωποι μοιράζονται την ίδια παρανοϊκή ιδέα (ως τρέλα για δυο) και ακόμα πιο σπάνια, τρεις άνθρωποι διακατέχονται από παρόμοιες ιδέες (τρέλα για τρεις).

Η παρανοϊκή συμπεριφορά είναι η δεύτερη πιο συχνή ψυχωτική διαταραχή των ηλικιωμένων μετά την καταθλιπτική συμπεριφορά(36).

## **XII. Η ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ**

Ο όρος “άνοια” δεν αναφέρεται σε μια και μόνη ασθένεια, αλλά σε ένα σύνολο χρονίων ασθενειών που έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: όλες προκαλούν την προοδευτική κάμψη του συνόλου των νοητικών λειτουργιών. Όλες οι άνοιες είναι το αποτέλεσμα της ατροφίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η αντίληψη που επικρατεί για τις άνοιες είναι ότι αυτές συνδέονται αποκλειστικά με την γεροντική ηλικία και ότι είναι ένα είδος “τιμωρίας” για το γεγονός ότι γερνάμε. Τούτο όμως δεν ευσταθεί. Η άνοια μπορεί να επέλθει σε οποιοδήποτε χρονικό σημείο της ενήλικης ζωής. Απλώς, η πιθανότητα εμφάνισης κάποιας μορφής άνοιας αυξάνει με την ηλικία. Εξ’ άλλου υπάρχουν ορισμένοι τύποι ανοιών που συναντώνται κυρίως σε άτομα νεότερα των 65 ετών, δηλαδή πριν από την έλευση της τρίτης ηλικίας.

Έχουν καταμετρηθεί συνολικά 50 περιπτώσεις ανοιών. Μερικές από αυτές είναι εξαιρετικά σπάνιες, ενώ οι γεροντικές άνοιες ακολουθούν τον παρακάτω νόμο σε συχνότητα εμφάνισης: μεταξύ των μη ιδρυματικών ατόμων ηλικίας 60 ετών περίπου, η συχνότητα

εμφάνισης είναι 1%. Το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται κάθε πέντε χρόνια, έτσι ώστε μεταξύ των τόμων 65 ετών να είναι 2%. Στα 70 το αντίστοιχο ποσοστό έχει γίνει 8%, στα 80 έχει γίνει 16% κ.ο.κ. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι ελαφρά συμπτώματα γεροντικής άνοιας συναντώνται σε πολλούς ηλικιωμένους, αλλά τα συμπτώματα αυτά συγχέονται με τις άλλες ανεπάρκειες της γεροντικής ηλικίας και δεν ακολουθούν μια προοδευτική καθοδική πορεία, όπως συμβαίνει στη συνήθη κλινική εικόνα της γεροντικής άνοιας. Οι ηλικιωμένοι αυτοί συνήθως ζουν μέχρι το τέλος της ζωής τους με τα ελαφρά αυτά συμπτώματα και τελικά πεθαίνουν από άλλη αιτία.

Αλλά ακόμη και μεταξύ των ιδρυματικών ηλικιωμένων, τα κρούσματα της γεροντικής άνοιας είναι περιορισμένα σε αριθμό. Έχει υπολογιστεί ότι στις δυτικές κοινωνίες ένα ποσοστό της τάξης του 5% των ηλικιωμένων ζουν σε ιδρυματικό περιβάλλον. Από αυτούς, περίπου οι μισοί διαμένουν σε ίδρυμα εξ αιτίας διαφόρων αναπηριών και οι άλλοι μισοί εξ αιτίας κάποιας μορφής γεροντικής άνοιας. Τούτο σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν προσβληθεί από γεροντική άνοια δεν ξεπερνούν το 2-3% του συνολικού πληθυσμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Επομένως, ο φόβος πολλών ανθρώπων ότι θα “χαζέψουν”, θα “τρελαθούν”, θα “τα χάσουν” στη μεγάλη ηλικία είναι κατά κύριο λόγο ανυπόστατος(36).

## **XII.1. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ**

Παρά το γεγονός ότι οι φόβοι των ηλικιωμένων ότι θα προσβληθούν από γεροντική άνοια είναι αβάσιμοι, η γεροντική άνοια είναι ένα σοβαρό πρόβλημα. Στις τελευταίες δεκαετίες ιδιαίτερα, με την δημογραφική αύξηση του γεροντικού πληθυσμού, η γεροντική άνοια γίνεται ένα πραγματικό πρόβλημα για τις ανεπτυγμένες κοινωνίες. Η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων σε απόλυτους αριθμούς, αλλά και η ποσοστιαία αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι εντυπωσιακή. Κατά συνέπεια και τα ποσοστά των ατόμων με γεροντική άνοια είναι φυσικό να αυξηθούν. Υποστηρίζεται ότι σήμερα υπάρχουν σε απόλυτους αριθμούς εν ζωή περισσότεροι ανοϊκοί ασθενείς στις δυτικές κοινωνίες όσο ποτέ άλλοτε στο παρελθόν. Έτσι, οι ανάγκες για γηροψυχιατρικές υπηρεσίες θα αυξάνονται διαρκώς.

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει στοιχεία από επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες, ως προς τις ηλικίες που προσβάλλονται από γεροντική άνοια. Με τον όρο γεροντική άνοια, στην παρούσα περίπτωση, εξυπνοούνται μέτρια έως σοβαρά προβλήματα της μνήμης και της σκέψης.



Πίνακας: επιδημιολογικές έρευνες σε επιλεγμένες κοινότητες

ΗΛΙΚΙΕΣ		65-69	70-74	75-79	80-84	85+
ΧΩΡΕΣ						
Δανία	(N=978)	2.1	4.0	7.8	7.8	21.4
Αγγλία	(N=758)	2.4	2.9	5.6	8.4	22.0
Ιαπωνία	(N=531)	1.9	2.7	11.3	9.9	33.3
Σουηδία	(N=443)	0.9	5.1	10.8	9.0	21.6
N. Υόρκη	(N=1805)	3.7	5.4	9.3	8.8	23.7

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του πίνακα, η γεροντική άνοια ανέρχεται σε ποσοστά πάνω από 20% ή ακόμη και 30% των ηλικιωμένων μετά την ηλικία των 85 ετών. Με άλλα λόγια υπάρχει μια σαφής διαφορά μεταξύ των δυο βασικών υποομάδων της τρίτης ηλικίας, που καλύπτουν τις ηλικίες 65-80 (young-old) και τους άνω των 80 (old-old). Για τους άνω των 80, τα ποσοστά προσβολής από γεροντική άνοια ανεβαίνουν δραματικά. Έχει υπολογιστεί ότι μετά τα 85 περίπου ένας στους τέσσερις ηλικιωμένους από αυτούς που ζουν στο σπίτι τους πάσχει από μέτρια έως βαριά νοητική ανεπάρκεια. Όπως τονίστηκε ήδη, οι άνθρωποι που χάρη στις τεχνολογικές και ιατρικές προόδους επιζούν μέχρι την ηλικία αυτή είναι ήδη πολλοί και θα αυξάνονται διαρκώς. Αμερικανοί ειδικοί έχουν επισημάνει το γεγονός ότι η γεροντική άνοια θα είναι το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα υγείας του επόμενου αιώνα.

Τα συμπτώματα της γεροντικής άνοιας γίνονται κατ' αρχήν αισθητά με την κάμψη της μνήμης του ατόμου, ιδιαίτερα της μνήμης για τα πρόσφατα γεγονότα. Το άτομο δεν μπορεί να θυμηθεί τι συνέβη τις προηγούμενες ημέρες, ώρες ή και λεπτά της ώρας. Για παράδειγμα, η ηλικιωμένη γυναίκα μπορεί να ξεχάσει ότι τηλεφώνησε στην κόρη της πριν από λίγο και να τηλεφωνήσει ξανά. Ο ηλικιωμένος άνδρας μπορεί να ξεχάσει ότι πέρασε με το αυτοκίνητό του από ένα συγκεκριμένο μαγαζί και να ξαναπάει εκεί για τον ίδιο λόγο που πήγε και την πρώτη φορά.

Οι ανεπάρκειες της μνήμης είναι δύσκολο να ερμηνευτούν ως προς την αιτιολογία τους. Στο αρχικό στάδιο της άνοιας, η μνημονική κάμψη δεν διαφοροποιείται εάν προέρχεται από άγχος, κατάθλιψη, ψυχοπρεστικά γεγονότα ή ένα γνήσιο σημάδι γεροντικής άνοιας. Επίσης, ορισμένα κρούσματα παράξενης συμπεριφοράς του ατόμου μπορεί να ερμηνευτούν εκ των υστέρων, όταν η κατάσταση της άνοιας έχει προχωρήσει.

Σε μια έρευνα, πήραν μέρος 296 στενοί συγγενείς ηλικιωμένων που προσβλήθηκαν από γεροντική άνοια τύπου Alzheimer. Ερωτώμενοι για την συμπεριφορά των ηλικιωμένων συγγενών τους, οι περισσότεροι είπαν ότι απέδιδαν τις αλλαγές της συμπεριφορά τους σε συναισθηματικά προβλήματα. Γυναίκες ηλικιωμένων, βλέποντας την παράξενη

συμπεριφορά του άνδρα τους, ανησύχησαν ότι ο γάμος τους εξελισσόταν άσχημα. Παιδιά ηλικιωμένων βλέποντας ότι ο πατέρας τους γινόταν όλο και πιο αφηρημένος και 'ξεχασιάρης', αποφάσιζαν ότι ο πατέρας τους έχει περιπέσει σε κατάθλιψη. Πολλοί λίγοι από τους συγγενείς των πασχόντων σκέφτηκαν να ζητήσουν συμβουλευτική βοήθεια ή ιατρική θεραπεία.

Αλλά ακόμη και στις περιπτώσεις όπου οι συγγενείς υποψιάστηκαν ότι κάτι συμβαίνει, δεν μπόρεσαν να παρουσιάσουν μια σαφή εικόνα των ανησυχητικών συμπτωμάτων, έτσι ώστε οι υποψίες τους να ληφθούν σοβαρά υπ' όψη από τον οικογενειακό γιατρό. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μπορεί να περάσουν μήνες ή και χρόνια μέχρι να διαγνωσθεί το πραγματικό πρόβλημα. Όμως, δεν μπορούν να κατηγορηθούν για αυτό οι γιατροί που παρακολουθούν τον ηλικιωμένο. Όπως τονίζει η Janet Belsky, δεν υπάρχει τρόπος απ' ευθείας εξέτασης του εγκεφάλου, ώστε να διαπιστωθούν οι παθολογικές αλλοιώσεις. Η διάγνωση, σύμφωνα με την ιατρική πρακτική, στηρίζεται στον αποκλεισμό όλων των άλλων πιθανών ασθενειών και τούτο δεν είναι εύκολο μα γίνει στα πρώτα στάδια. Η διάγνωση της γεροντικής άνοιας στηρίζεται στο ιστορικό της επιδείνωσης των συμπτωμάτων στη διάρκεια του χρόνου(36).

## **XII.2. ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΑΝΟΙΑΣ**

Ενώ τα πρώτα στάδια της γεροντικής άνοιας είναι αδιαφοροποίητα, όπως έχουν δείξει συναφείς έρευνες, τα προχωρημένα στάδια της γεροντικής άνοιας είναι σαφέστατα και προχωρούν σε τρομακτικό βαθμό.

Καθώς η παθολογική αλλοίωση του εγκεφάλου προχωρεί προς τα μεσαία στάδια, τα συμπτώματα πυκνώνουν. Σχεδόν κάθε πλευρά της σκέψης του ατόμου επηρεάζεται. Η αφηρημένη σκέψη, δηλαδή η σκέψη σε αφαιρετικό επίπεδο γίνεται περίπου αδύνατη. Το άτομο κάνει μόνο συγκεκριμένους συλλογισμούς και ασχολείται με την απτή καθημερινότητα. Στη συνέχεια, η κρίση του ατόμου προσβάλλεται και το άτομο κρίνει με τρόπο λανθασμένο. Δεν μπορεί ακόμα να πάρει αποφάσεις, συνεκτιμώντας τις διάφορες εναλλακτικές λύσεις σε ένα πρόβλημα. Η γλώσσα και ο γλωσσικός πλούτος περιορίζονται. Το άτομο δυσκολεύεται να ονοματίσει αντικείμενα και δεν παρακολουθεί την άποψη του ακροατή καθώς συζητά. Η γνήσια ανθρώπινη επικοινωνία, η γέφυρα που συνδέει τους ανθρώπους μεταξύ τους, έχει σπάσει.

Όταν η ασθένεια έχει εγκαθιδρυθεί σταθερά στα μεσαία στάδια, μια σειρά από ανάρμοστες συμπεριφορές κάνουν την εμφάνισή τους. Το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να ορμήσει μέσα στην κίνηση του δρόμου,

προκειμένου να περάσει στο απέναντι πεζοδρόμιο. Δεν υπολογίζει κοινωνικούς κανόνες και χρειάζεται συνεχή καθοδήγηση. Ακόμη, χάνει την αίσθηση του κινδύνου και είναι σε θέση να διακινδυνεύσει σοβαρά τη ζωή του. Η καθημερινότητα για το άτομο που πάσχει από γεροντική άνοια, απορρυθμίζεται σταδιακά. Δεν μπορεί να προσανατολισθεί στο χώρο και στο χρόνο. Χάνει το δρόμο για το σπίτι του, ακόμα και αν έχει επισκεφθεί ένα κοντινό του μαγαζί, στο οποίο ψώνιζε για πολλά χρόνια. Μπορεί να σκέπτεται ότι ζει στο 1943 και ότι δέχεται οδηγίες από τον υπολοχαγό του και όχι στο τρέχον έτος στην συγκεκριμένη συνοικία. Στο τέλος επηρεάζονται και οι μνήμες που έχουν εγκαθιδρυθεί με τη μεγαλύτερη σταθερότητα. Μια ηλικιωμένη γυναίκα μπορεί να ξεχνά τη διεύθυνση του σπιτιού της, το όνομά της, ακόμη και τι γεγονός ότι έχει τέσσερα παιδιά.

Στο τελικό στάδιο, το άτομο χάνει την ικανότητα της ομιλίας ολοκληρωτικά. Στο σημείο αυτό, είναι πιθανό να μην εκτελεί ούτε τις πιο βασικές από τις βιολογικές λειτουργίες: να βαδίζει, να χρησιμοποιεί την τουαλέτα, ακόμα και να μασά την τροφή του και να την καταπίνει.

Σύμφωνα με την παραστατική εικόνα ενός ψυχιάτρου, η προοδευτική απώλεια των νοητικών λειτουργιών μοιάζει με το ξεφλούδισμα ενός κρεμμυδιού. Μεγάλα στρώματα νοητικών λειτουργιών εκπίπτουν και χάνονται και η πρόοδος της ασθένειας ταυτίζεται με την προοδευτική απώλεια που ξεκινά από τις ικανότητες που αποκτήθηκαν τελευταίες (π.χ. αφαιρετική σκέψη) και καταλήγει στις ικανότητες που αποκτήθηκαν στα πρώιμα στάδια της ζωής (δηλαδή στη νηπιακή και παιδική ηλικία).

Υπάρχει όμως και ένα παρήγορο σημείο: οι περισσότεροι ειδικοί τονίζουν ότι όλες οι περιπτώσεις γεροντικής άνοιας δεν επιδεινώνονται με τον ίδιο τρόπο. Μερικοί ασθενείς είναι ικανοί να εκτελούν βασικές λειτουργίες, όπως να ντύνονται και να πηγαίνουν στην τουαλέτα, ακόμη και με τις πιο βαριές προσβολές στη μνήμη και στη σκέψη. Άλλοι ασθενείς αντίθετα, μπορούν να έχουν καλύτερο επίπεδο μνήμης και λογικής σκέψης, αλλά να χρειάζονται στη φροντίδα από κάποιον, προκειμένου να ντυθούν ή κάνουν χρήση της τουαλέτας.

Το πιο απογοητευτικό σημείο από όλα, σε ότι αφορά τα στάδια της εξέλιξης της γεροντικής άνοιας, είναι ότι δεν μπορεί να προβλεφθεί ο χρόνος διάρκειας του κάθε σταδίου. Οι ψυχίατροι που βλέπουν τέτοιους ασθενείς δεν είναι σε θέση να απαντήσουν στις ερωτήσεις των συγγενών σχετικά με το ποιας μορφής θα είναι η επιδείνωση, πόσο θα διαρκέσει ή πόσο θα επεκταθεί. Υπάρχουν οι ηλικιωμένοι των οποίων η κατάσταση χειροτερεύει μέσα σε λίγους μήνες και φτάνει στο τελικό στάδιο. Υπάρχουν όμως και ηλικιωμένοι με γεροντική άνοια, των οποίων η κατάσταση παραμένει βασικά αναλλοίωτη για αρκετά χρόνια μετά την πρώτη διάγνωση. Κατά μέσο όρο οι άνθρωποι που προσβάλλονται από

αυτήν, ζουν για πέντε χρόνια από τότε που θα γίνει αισθητή. Το χρονικό όριο των πέντε ετών είναι ασφαλώς ένας στατιστικός μέσος όρος: μερικοί άνθρωποι μπορεί να πεθάνουν μέσα σε διάστημα ενός ή δυο μηνών, ενώ άλλοι, με εξαιρετική φροντίδα, μπορεί να ζήσουν μέχρι είκοσι χρόνια-σύμφωνα με συγκεκριμένες μαρτυρίες(36).

### **XII.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΩΝ ΓΕΡΟΝΤΙΚΩΝ ΑΝΟΙΩΝ**

Το πρώτο βήμα για την ταξινόμηση των γεροντικών ανοιών είναι η διάγνωση σχετικά με το στάδιο της ασθένειας. Η γενική κατάσταση αξιολογείται με ένα μνημονικό τεστ και ένα τεστ συμπεριφοράς του ασθενούς, που μπορεί να είναι το Blessed Dementia ή το Mental Status Questionnaire, συντομογραφικά MSQ. Το πρώτο χρησιμοποιείται ευρέως στη Βρετανία και κατασκευάστηκε από τον Blessed και τους συνεργάτες του (1986). Το δεύτερο χρησιμοποιείται ευρέως στην Αμερική και κατασκευάστηκε από τον Kalm και τους συνεργάτες του (1960).

Το τεστ για τη μνήμη χορηγείται ευθέως στον ασθενή, ενώ το τεστ συμπεριφοράς χορηγείται στον κοντινότερο άνθρωπο που τον φροντίζει. Το τεστ συμπεριφοράς προσπαθεί να αξιολογήσει το επίπεδο λειτουργικής ικανότητας του ηλικιωμένου στην καθημερινή του ζωή. Το μνημονικό τεστ περιλαμβάνει ερωτήσεις τις οποίες ένας ηλικιωμένος, όσο κουτός και αν είναι, μπορεί να τις απαντήσει. Οι ερωτήσεις του διαγνωστικού οδηγού MSQ είναι οι ακόλουθες:

1. Πού βρίσκεσαι τώρα;
2. Τι είναι αυτό το μέρος;
3. Τι μέρα είναι;
4. Τι μήνα έχουμε;
5. Σε ποιο έτος βρισκόμαστε;
6. Πόσων ετών είσαι;
7. Πότε είναι τα γενέθλιά σου;
8. Ποιο έτος γεννήθηκες;
9. Ποιος είναι ο Πρόεδρος της Κυβέρνησης;
10. Ποιος ήταν Πρόεδρος πριν από αυτόν;

Εκτίμηση: 0 – 2 = καθόλου ή ελαφριά ανεπάρκεια

3 – 8 = μέτρια ανεπάρκεια

9 – 10 = βαρεία ανεπάρκεια

Τα δυο αρχικά τεστ ακολουθούνται από μια λεπτομερή αναζήτηση της συμπτωματολογίας, που συνθέτει την πλήρη εικόνα της γεροντικής άνοιας. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία εκδίδει περιοδικά μια ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, τη γνωστή DSM, η οποία

επηρεάζει τις σχετικές διαγνώσεις σε πολλές χώρες όπως και στην Ελλάδα.

Τα συμπτώματα της γεροντικής άνοιας σύμφωνα με το DSM-III (1980) είναι τα ακόλουθα: 1) έκπτωση των νοητικών λειτουργιών σε σημείο που να επηρεάζεται η καθημερινή δραστηριότητα του ασθενούς, 2) έκπτωση της λειτουργίας της μνήμης, 3) σαφής αλλαγή σε μία τουλάχιστον από τις εξής λειτουργίες- αφηρημένη σκέψη, κρίση, γλωσσική ικανότητα, ικανότητα αναγνώρισης αντικειμένων δια της αφής ή μέσω της όρασης, αλλοίωση της προσωπικότητας, 4) ο ασθενής συμπεριφέρεται με τον περιγραφέντα τρόπο ενώ είναι εντελώς ξύπνιος και χωρίς την επίδραση φαρμάκων ή ναρκωτικών, 5) δεν υπάρχει ένδειξη ότι τα συμπτώματα προκαλούνται από κάποιον ειδικό παράγοντα.

Γεροντικές άνοιες κάθε μορφής καλύπτονται από την ίδια συμπτωματολογία και τον ίδιο γενικό ορισμό. Ωστόσο οι γεροντικές άνοιες (άνοιες διαφορετικής αιτιολογίας, όπως καλούνται εναλλακτικά) παρουσιάζουν έναν ειδικό τύπο δυσλειτουργίας.

#### **XII.4. ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER**

Στην αρχή του αιώνα μας η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alois Alzheimer, από τον οποίο πήρε και το όνομά της. Η νόσος αυτή θεωρήθηκε ότι περιγράφει δυο διαφορετικές άνοιες: την προγεροντική και την γεροντική άνοια. Η προγεροντική άνοια είναι η ασθένεια που εκδηλώνεται στη διάρκεια της μέσης ηλικίας, με συμπτώματα συναφή με αυτά της γεροντικής άνοιας, ίδιας αιτιολογίας, δηλαδή προκαλούμενα από τις ίδιες παθολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου.

Ο Βρετανός ψυχίατρος Sir Martin Roth (1985) που θεωρείτε αυθεντία στο είδος του, πιστεύει ότι η διάκριση μεταξύ των δυο πρέπει να παραμείνει. Άγγλοι ειδικοί πιστεύουν ότι δεν υπάρχει λόγος και ότι η νόσος είναι ενιαία. Προσθέτοντας ακόμη περισσότερη σύγχυση, οι συντάκτες του διαγνωστικού οδηγού DSM-III έχουν δώσει στη νόσο αυτή ένα εναλλακτικό όνομα: πρωτογενής εκφυλιστική άνοια.

Το πιο γνωστό όνομα της νόσου είναι Dementia of Alzheimer type, συντομογραφικά DAT. Από αυτήν υποφέρουν περισσότεροι από τους μισούς μεσήλικες ή υπερήλικες (50% έως 70%) του συνολικού αριθμού ατόμων που έχουν προσβληθεί από άνοια. Με άλλα λόγια είναι η επικρατέστερη μεταξύ των ανοιών.

Η νόσος του Alzheimer χτυπά την πιο ανθρώπινη, κυριολεκτικά από τις λειτουργίες μας: καταστρέφει προοδευτικά τους νευρώνες του εγκεφάλου. Με την πρόοδο της νόσου ο εγκέφαλος ατροφεί και οι συνάψεις μεταξύ των νευρώνων λιγστεύουν διαρκώς και περισσότερο.

Οι άλλοτε υγιείς νευρώνες εκπίπτουν και χάνονται. Ενώ στη φυσιολογική τους μορφή οι νευρώνες μοιάζουν με δένδρα που έχουν ρίζες και κλαδιά, με τον σταδιακό εκφυλισμό τους οι νευρώνες συρρικνώνονται σε τέτοιο σημείο ώστε στη θέση τους απομένει ένας υποτυπώδης σχηματισμός, κάτι σαν ξερός κορμός αποξηραμένου δένδρου. Επιπλέον, στη θέση των κάποτε υγιών κυματοειδών ινιδίων τώρα σχηματίζονται οι λεγόμενες γεροντικές πλάκες και άλλα παθολογικά σημάδια.

Η αποδόμηση του εγκεφάλου, είναι αρχικά περιορισμένη σε ένα εγκεφαλικό κέντρο. Βαθμιαία όμως εξαπλώνεται και στα άλλα εγκεφαλικά κέντρα και γενικεύεται. Σε μια κλασική στο είδος της μελέτη, Βρετανοί ερευνητές έδειξαν πειραματικά ότι η έκταση των προβλημάτων μνήμης και σκέψης ενός ατόμου είναι μια απ' ευθείας αντανάκλαση του ποσού της νευρικής αποδόμησης του εγκεφάλου που έχει συμβεί μέχρι εκείνη την στιγμή. Οι αυτοψίες που έγιναν σε εγκεφάλους ηλικιωμένων ατόμων, μετά τον θάνατό τους, οι οποίοι εν ζωή υπέφεραν από μνημονικές ανεπάρκειες σε διαφορετικό βαθμό, έδειξαν ότι η συνάφεια ανάμεσα στις σχηματισθείσες γεροντικές πλάκες του εγκεφάλου και τις νοητικές ικανότητες του ατόμου (όπως είχαν εξελιχθεί την εποχή που κατέληξε να πεθάνει) ήταν πολύ υψηλή.

Τι προκαλεί αυτή τη νευρολογική φθορά; Ενώ δεν είμαστε ακόμα σε θέση να απαντήσουμε με σαφήνεια στην ερώτηση σχετικά με τα αίτια που προκαλούν την άνοια, εντούτοις πέντε διαφορετικοί παράγοντες έχουν επισημανθεί από τις έρευνες. Εξετάζοντας κάθε έναν από τους παράγοντες αυτούς, ας έχουμε υπ' όψη ότι η ύπαρξη ενός από αυτούς δεν αποκλείει την ύπαρξη και των άλλων. Σύμφωνα με επιφανείς ερευνητές (Reisberg 1981, Roth 1985) η νόσος Alzheimer είναι το τελικό αποτέλεσμα στο οποίο συντείνουν μια σειρά από βλάβες του εγκεφάλου.

Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι:

- 1) Ένα μικρόβιο. Ακριβώς όπως και σε ένα άλλο τύπο γεροντικής άνοιας (τη νόσο Creutzfeld-Jacob) όπου ένα μικρόβιο ενεργεί υπόγεια, για δεκαετίες ίσως, μέχρι να ολοκληρώσει το καταστροφικό του έργο, το ίδιο μπορεί να υποθέσει ότι συμβαίνει και τη νόσο Alzheimer.
- 2) Κάποια δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Ορισμένοι ερευνητές ανέφεραν ότι εντόπισαν φυσιολογικά αντισώματα σε ασθενείς πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer. Με βάση τα ευρήματα, οι ερευνητές αυτοί υπέθεσαν ότι τα αντισώματα αυτά, αντί να λειτουργούν φυσιολογικά και να εκδιώκουν τους εχθρούς που εισβάλλουν στο σώμα, στρέφονται εναντίον του οργανισμού και δημιουργούν ένα ρήγμα. Οπότε, οποιοδήποτε μικρόβιο ή τοξική ουσία μπορεί εύκολα να προσβάλλει τον εγκέφαλο και να σημάνει την έναρξη της νόσου Alzheimer.

- 3) Το αλουμίνιο. Εκτός από κάποιο μικρόβιο, η τοξική ουσία του αλουμινίου έχει κατηγορηθεί ότι προκαλεί τη νόσο και τούτο, διότι έχει ανευρεθεί μεγάλη συγκέντρωση από αυτήν την ουσία στον εγκέφαλό των πασχόντων από τη νόσο. Το θέμα παραμένει ανοιχτό για συζήτηση, όμως μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι σε περιοχές όπου το νερό περιλαμβάνει μεγαλύτερες από τις κανονικές τιμές αλουμινίου, οι κάτοικοι εμφανίζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα να πάσχουν από τη νόσο Alzheimer.
- 4) Γενετική ανωμαλία. Το οικογενειακό ιστορικό των πασχόντων από Alzheimer εξετάζεται κατά κανόνα, στην προσπάθεια να αποδοθεί η νόσος σε κληρονομικούς παράγοντες. Τελικά, το 1987, οι ερευνητές απομόνωσαν ένα μικρό δείγμα ηλικιωμένων, στους οποίους υπήρχε προϋστορία της νόσου. Το γενετικό στίγμα εντοπίστηκε στο χρωμόσωμα 21, όπου εντοπίζεται – όπως είναι γνωστό – και η γενετική ανωμαλία του συνδρόμου Down.

Τα άτομα με σύνδρομο Down, σε περίπτωση που καταφέρουν να ζήσουν μέχρι την ηλικία των 40 ετών, αναπτύσσουν καθολικά τη νόσο Alzheimer. Όπως φαίνεται, τα άτομα αυτά είναι γενετικά καθορισμένα να αναπτύξουν την εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου και μάλιστα έχουν διπλή δόση του γενετικού προγράμματος, που οφείλονται σε ανωμαλίες του χρωμοσώματος 21.

Άλλοι ερευνητές υποθέτουν ότι για την εκφυλιστική νόσο Alzheimer ευθύνονται τα μη φυσιολογικά αποθέματα μιας πρωτεΐνης που καλείται Β-αμυλοειδής και η οποία αναπτύσσεται στον εγκέφαλο. Η Β-αμυλοειδής πρωτεΐνη είναι ένα από τα βασικά συστατικά που εμπεριέχεται τόσο στις γεροντικές πλάκες όσο και στους νευρωνικούς σχηματισμούς. Επομένως προκύπτουν τα ακόλουθα ερωτήματα: Μήπως η γενετικά καθορισμένη παραγωγή της τοξίνης που λέγεται Β-αμυλοειδής γίνεται πρόξενος της νόσου καθώς συσσωρεύεται; Μήπως το μικρόβιο Alzheimer συμπράττει με κάποια ουσία όπως είναι το αλουμίνιο και θέτει σε έναρξη την εκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου; Σαφής απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα δεν έχει δοθεί ακόμη. Οποιαδήποτε και αν είναι η απάντηση, η προσοχή έχει τώρα στραφεί στον ιδιαίτερο ρόλο που παίζει η σταδιακή άθροιση των παραπάνω αναφερομένων ουσιών στην εμφάνιση της νόσου(36).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

#### A. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Οι αντικειμενικοί σκοποί της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής όπως αυτοί αναδιατυπώθηκαν από τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ANA) είναι οι ακόλουθοι:

- Βοήθεια του ατόμου να επιτύχει την όσο δυνατόν αυτοφροντίδα του.
- Αξιολόγηση της ικανότητας του ηλικιωμένου και βοήθεια διατηρήσεως ή αποκαταστάσεως της λειτουργικής του ικανότητας.
- Βοήθεια του ατόμου να αντιμετωπίζει τις ανάγκες για ανεξαρτησία καθώς και να διευθετεί τις εξαρτημένες του ανάγκες.
- Προσαρμογή των νοσοκομειακών νοσηλειών σε βραδύτερο ρυθμό για τους υπερήλικες αρρώστους.
- Προσαρμογή των ιδρυματικών νοσηλειών και διαδικασιών που έχουν σχέση με τις βασικές φυσιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του υπερήλικα στο φυσιολογικό τύπο της ζωής ή των συνηθειών του.
- Αναγνώριση της σημασίας του ενδιαφέροντος του υπερήλικα για τις σωματικές του λειτουργίες και τα συμπτώματα που αισθάνεται.
- Δημιουργία ευκαιριών για τον ηλικιωμένο να ρωτά και να κατανοεί όλες τις οδηγίες και τις εξηγήσεις.
- Διατήρηση και προστασία της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας του υπερήλικα σε όλες τις σχέσεις νοσηλευτή – ασθενούς.
- Πρόβλεψη ότι κάθε αλλαγή είναι δυνατόν να προκαλέσει απειλή ή στρες στον υπερήλικα. (4)

#### B. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΟΥ ΔΙΕΠΟΥΝ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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

- Η νοσηλευτική βοήθεια πρέπει να εξατομικεύεται, να λαμβάνεται υπ' όψη το παρελθόν και το παρόν του υπερήλικα καθώς και να



εξετάζονται προσεκτικά οι ανάγκες του και οι προσωπικές του επιδιώξεις.

- Û Η κατανόηση ρεαλιστικών και πραγματοποιήσιμων επιδιώξεων, που αποβλέπουν στη βοήθεια του υπερήλικα να αποκτήσει την αίσθηση της επίτευξης και της ανάπτυξης σκοπού, όπως είναι η συμμετοχή του στη διαμόρφωση των στόχων της φροντίδας του.
- Û Ο υπερήλικας πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή στον όλο προγραμματισμό της βοήθειάς του και για αυτόν τον λόγο η νοσηλεύτρια οφείλει να τον μάθει από την πρώτη επικοινωνία μαζί του, να ακούσει τις προτιμήσεις του, να ρωτάει τη γνώμη του και να τον ενισχύει να κάνει μόνος του την εκλογή, όταν χρειάζεται να πάρει κάποιες αποφάσεις. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει να παίρνει τις αποφάσεις που αφορούν στον ηλικιωμένο γιατί με αυτόν τον τρόπο τον καθιστά εξαρτημένο και μελαγχολικό.
- Û Η διατήρηση και προαγωγή της αυτοφροντίδας.
- Û Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες πρέπει να γίνονται με τον υπερήλικα και για τον υπερήλικα.
- Û Επιβάλλεται να γίνονται οι απαραίτητες τροποποιήσεις και συμβιβασμοί σε προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα, όταν το απαιτούν οι φυσιολογικοί περιορισμοί του.
- Û Πρέπει να ενισχύεται η ατομικότητα του υπερήλικα, να διατηρείται η ακεραιότητά του και η αίσθηση του ελέγχου. Αυτό επιτυγχάνεται από τη νοσηλεύτρια με το να ενισχύει τον ηλικιωμένο να χρησιμοποιεί οτιδήποτε βοηθάει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ παρελθόντος και παρόντος.
- Û Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διατηρούνται στο κεντρικό ρεύμα της ζωής για να καθυστερήσει η φυσική, η συναισθηματική και η διανοητική επιβάρυνσή τους.
- Û Ο υπερήλικας πρέπει να ωθείται να χρησιμοποιεί τις δυνατότητές του με την επιλογή δραστηριοτήτων που μπορεί να διεκπεραιώσει και να διατηρούν το ενδιαφέρον τους για τη ζωή με την δημιουργία ευκαιριών να ακούσει, να μάθει και να ζήσει το παρόν.
- Û Η νοσηλεύτρια γνωρίζει πως κάθε αλλαγή αποτελεί απειλή ή πηγή άγχους για τον υπερήλικα.
- Û Είναι απαραίτητη η ικανοποίηση της ανάγκης για επικοινωνία του υπερήλικα στο σπίτι ή στο ίδρυμα. (3,4)

## **Γ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ**

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

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη βοήθεια των υπερηλικών είναι ο ίδιος με αυτό των άλλων ηλικιών. Είναι όμως γεγονός πως χρειάζονται εσωτερικά δυνατά κίνητρα, υπομονή, κατανόηση, αλλά και ψυχικό σθένος για να προσφέρει η νοσηλεύτρια στον ηλικιωμένο ασθενή την απαραίτητη φροντίδα. Συνοπτικά ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα του υπερήλικα μπορεί να ορισθεί ως εξής:

1. Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών του ατόμου ή ομάδας ατόμων.
2. Ο προγραμματισμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής βοήθειας που έχει προγραμματισθεί καθώς και η αξιολόγηση της προσφερόμενης νοσηλευτικής βοήθειας.
3. Η συνεργασία με άλλα επαγγέλματα που ασχολούνται με τον υπερήλικα ασθενή ή υγιή και την οικογένειά του για την υλοποίηση των προαναφερθέντων αναγκών, όταν φυσικά είναι απαραίτητο.
4. Η προαγωγή της επιστήμης της Γηριατρικής Νοσηλευτικής με την έρευνα και την εφαρμογή των ευρημάτων της έρευνας. (1,4)

## **Δ. ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΟΥ**

Η εφαρμογή όλων αυτών των θεωριών κατά τη διάρκεια της άσκησης των κλινικών καθηκόντων από τη πλευρά της νοσηλεύτριας είναι αρκετά δύσκολη και ψυχοφθόρα διαδικασία. Η νοσηλεύτρια πρέπει να βρίσκεται στο πλευρό του ηλικιωμένου ασθενούς και να ακούει τις ατελείωτες ανησυχίες του, δείχνοντας κατανόηση και συμπόνια. Σε αρκετές περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι δεν έχουν επισκέπτες και η νοσηλεύτρια αποτελεί το μοναδικό άνθρωπο στον οποίο μπορούν να εκφράσουν τις ανησυχίες τους. Οι κυριότερες ανησυχίες των ηλικιωμένων ασθενών αφορούν στο κομμάτι της υγείας τους και γι' αυτόν τον λόγο, η νοσηλεύτρια οφείλει να του εξηγήει με όσο το δυνατόν πιο κατανοητό τρόπο, ανάλογα βέβαια με το επίπεδο κατανόησης του εκάστοτε ασθενούς, πού οφείλονται τα κλινικά τους συμπτώματα και πως μπορούν να απαλλαγούν από αυτά. Όλες αυτές οι οδηγίες που δίνονται από τη νοσηλεύτρια, πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στην πραγματικότητα.

Επιπλέον, η νοσηλεύτρια οφείλει να εφαρμόζει νοσηλευτικά μέτρα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών και να εξασφαλίζει ιατρική βοήθεια όταν αυτή χρειάζεται. Τέλος, ο νοσηλεύτρια πρέπει να μεταχειρίζεται τον υπερήλικα σαν ενήλικα και ποτέ σαν παιδί ακόμα και αν αυτός έχει παλινδρομήσει στην παιδική ηλικία. (3)

## **Ε. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Η προσφορά ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον άνθρωπο, προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλα προετοιμασμένου προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό στη βασική εκπαίδευση της ανώτερης βαθμίδας, με τη θεωρητική, εργαστηριακή και πρακτική κατάρτιση, προετοιμάζεται να ασκήσει το επάγγελμα σε όλους τους τομείς του. Για την καλύτερη όμως απόδοσή του σε εξειδικευμένους τομείς όπως της εντατικής νοσηλείας της Ψυχιατρικής, Γηριατρικής, Παιδιατρικής νοσηλευτικής και πολλών άλλων, πρέπει να έχει παρακολουθήσει βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα σε ανάλογους κλάδους.

Η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό, μεταξύ άλλων απαιτεί αναθεώρηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων της βασικής και μεταβατικής εκπαίδευσης.

Στην αναθεώρηση πρέπει να ληφθούν υπ' όψη οι ανάγκες του ανθρώπου, όπως διαμορφώνονται σήμερα, η αξία της υγείας, η φύση αλλά και η οργάνωση της σημερινής κοινωνίας, η σύνθεση του πληθυσμού με ιδιαίτερη υπογράμμιση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, το σύστημα των υπηρεσιών υγείας της χώρας, οι αντικειμενικοί σκοποί του και ο προσδιορισμός των ρόλων όλων όσων συμμετέχουν στην προσφορά υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. (4)

## **ΣΤ. Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η φιλοσοφία αποβλέπει στη συμβολή της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης στην ανατολή ή στην επιβράδυνση της διεργασίας του γήρατος που αποτελεί συνεχιζόμενο φαινόμενο της ζωής και στη μετάγγιση νοήματος και χαράς στα ώριμα χρόνια της ζωής του ανθρώπου.

Ένα θέμα που πρέπει να προσέξουμε ιδιαίτερα είναι το γεγονός ότι για το ηλικιωμένο άτομο, η αυτοφροντίδα δεν απέχει πολύ από την αυτοπαραμέληση, προς την οποία έχει αξιόλογη ροπή. Βασική προϋπόθεση να κρατηθεί ο ηλικιωμένος στο σπίτι του άλλωστε, είναι η

διατήρηση της ανεξαρτησίας του και της αυτοφροντίδας του σε ικανοποιητικό βαθμό.

Βασικός στόχος της νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα η οποία πρέπει πάντα να εξατομικεύεται, είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας του στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό και η ενίσχυση της αυτοφροντίδας με σκοπό όχι μόνο να διατηρηθεί στη ζωή, αλλά και να ζει τη ζωή, δηλαδή να είναι γερός και σε κατάσταση ευεξίας και ικανοποίησης. Η εξατομίκευση της βοήθειας συντελεί στην ανάπτυξη επικοινωνιακών διαπροσωπικών σχέσεων που προσφέρουν στον υπερήλικα ευκαιρίες και κίνητρα για να αναπτύξει και πάλι δραστηριότητες, συνεργασία, επικοινωνία αλλά και έλεγχο της πραγματικότητας. Η συνεχής επικοινωνία που εξασφαλίζεται με την εξατομίκευση της νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα προλαμβάνει την ψυχοκοινωνική ατροφία η οποία αποτελεί μια μορφή εκφύλισης.

Στην προσπάθεια αυτή, η νοσηλεύτρια, βοηθιέται από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, κρατικής, εκκλησιαστικής και ιδιωτικής πρωτοβουλίας τις οποίες και θέτει στη διάθεση των ηλικιωμένων. (1,3,4)

## **Z. ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Η νοσηλευτική διεργασία είναι η εφαρμογή μιας επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου και συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. Τα βήματα που πρέπει να ακολουθηθούν από τον εκάστοτε νοσηλευτή έχουν μια αυστηρή ιεραρχία και περιλαμβάνουν την αξιολόγηση, τον προγραμματισμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς, η προώθηση της ανάρρωσης και αποκατάσταση της υγείας του.

Η νοσηλευτική διεργασία, που αποβλέπει στην καλύτερη εξατομίκευση της φροντίδας του ασθενούς, δεν είναι απλή ακαδημαϊκή θεωρία άσχετη προς την πρακτική εφαρμογή της νοσηλείας. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις προσωπικού αλλά και υλικών οργάνων, η νοσηλευτική διεργασία παρακωλύεται σε μεγάλο βαθμό. Επιπλέον, όταν υπάρχει το απαραίτητο προσωπικό και η κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να μπορούν να τα αξιοποιήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ώστε να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα πάντα προς όφελος του ασθενούς. (4)

## Η. ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Πολύ συχνά, στην κλινική πράξη προκύπτουν ηθικά διλήμματα που συγκρούονται με ηθικούς κανόνες. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της αρχής διατήρησης της αυτονομίας, η οποία συγκρούεται με τα μέτρα που επιβάλλονται προκειμένου να εξασφαλισθεί η ασφάλεια του ασθενούς. Επιπλέον, η θέση αυτού που λαμβάνει μια τέτοια απόφαση είναι αρκετά δύσκολη, γιατί παραμένει αβέβαιος κατά πόσον η απόφασή του ήταν ηθικά σωστή ή όχι.

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν νομοθετικές διατάξεις που ρυθμίζουν την επαγγελματική συμπεριφορά των νοσηλευτών απέναντι στον ασθενή, αναγνωρίζοντας το δικαίωμα της πληροφόρησης, της συγκατάθεσης, του σεβασμού στην ελεύθερη βούλησή του να αρνηθεί ή να δεχτεί τη νοσηλεία, της εξασφάλισης της αυτονομίας του, της προστασίας της υγείας του και της ισότιμης παροχής υπηρεσιών υγείας, εντούτοις στην καθημερινή ηθική πράξη, εγείρονται σοβαρά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα που έχουν σχέση με παρεμβάσεις, στάσεις και συμπεριφορές που απαιτούν κάτι περισσότερο από εκείνα που ορίζει ο νόμος. Αυτό που απαιτείται περισσότερο από το νόμο, έχει τις ρίζες του στον τομέα των ηθικών διατάξεων και υπαγορεύεται από το νόμο της αγάπης, οποίος στρέφεται με δέος προς την αξία και αξιοπρέπεια της ανθρώπινης υπάρξεως εκδηλώνοντας σεβασμό προς το δώρο της ζωής, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή τη φυλή στην οποία ανήκει.

Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή που εφαρμόζονται στην καθημερινή πρακτική, είναι απλές στην εκτέλεσή τους αλλά έχουν τη δύναμη να χαρίζουν την ευτυχία στη δύση της βιολογικής ζωής με ένα στοργικό βλέμμα, με μια θετική κίνηση, με ένα απλό χάδι στο ρυτιδωμένο πρόσωπο.

Τέλος, είναι υποχρέωση του νοσηλευτή να εξασφαλίσει και τη συνεργασία των συγγενών στην όλη διαδικασία παροχής φροντίδας στον ηλικιωμένο. Οι συγγενείς πρέπει να συμμετέχουν ως ισότιμα και ενεργά μέλη της υγειονομικής ομάδας αφού έχει τεκμηριωθεί η σπουδαιότητα της συμμετοχής στην πορεία της ζωής του ηλικιωμένου ασθενούς. (1,3)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, μπορούν να συνοψισθούν στις εξής τρεις κατηγορίες:

1. Παθολογικά-Σωματικά νοσήματα
2. Ψυχολογικά προβλήματα
3. Κοινωνικά προβλήματα

Ο νοσηλευτής από τη θέση του και με βάση τις αρμοδιότητές του στην εκάστοτε περίπτωση, μπορεί να παρέμβει και στις τρεις από τις παραπάνω κατηγορίες με ποικίλους τρόπους.

Συγκεκριμένα, στο πεδίο των παθολογικών προβλημάτων του ηλικιωμένου, ο νοσηλευτής πρέπει να ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες παρέχοντας στον ηλικιωμένο την κατάλληλη φροντίδα. Ο ηλικιωμένος, ειδικά όταν νοσηλεύεται σε κάποιο ίδρυμα, αμελεί τα φάρμακά του και την όποια φροντίδα απαιτεί η πάθησή του. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο νοσηλευτής οφείλει να καθοδηγεί και να μεριμνά για την σωστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Με αυτόν τον τρόπο δίνεται η δυνατότητα της σωστής παρακολούθησης της πορείας της πάθησης και με αυτόν τον τρόπο, βελτιώνεται και η πρόγνωση.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο θέμα των ψυχολογικών προβλημάτων του ηλικιωμένου είναι πολύ σημαντικός. Ο νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται δίπλα στον ηλικιωμένο και να του παρέχει ένα αίσθημα ασφάλειας και προστασίας. Επίσης, μπορεί να κάνει προσπάθειες έτσι ώστε να φέρει σε επαφή των ηλικιωμένο με τα συγγενικά του πρόσωπα σε μεγαλύτερο βαθμό. Συγκεκριμένα, πρέπει να ενημερώσει τους συγγενείς να δείχνουν περισσότερη στοργή και ενδιαφέρον στους ηλικιωμένους, που όπως οι ίδιοι ομολογούν, υποφέρουν από μοναξιά, έτσι ώστε να προσπαθήσουν να τη μειώσουν. Επιπλέον, ο νοσηλευτής μπορεί να παροτρύνει τους ηλικιωμένους που νοσηλεύονται σε κάποιο ίδρυμα να επικοινωνούν και να επισκέπτονται τους συγγενείς τους συχνότερα, για να ξεφεύγουν από τη ρουτίνα της καθημερινότητας του ιδρύματος. Με αυτόν τον τρόπο, θα δίνουν νόημα στη ζωή τους και θα κυλά ο χρόνος ευχάριστα, χωρίς να σκέπτονται το τέλος. Η σημασία της επικοινωνίας σε αυτό το επίπεδο, υπογραμμίζεται από τις δυσμενείς επιπτώσεις που έχει η μοναξιά στον ηλικιωμένο. Σύμφωνα με κάποιες πρόσφατες έρευνες, οι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους, έχουν διπλάσιο κίνδυνο να προσβληθούν από σοβαρές καρδιακές παθήσεις σε σύγκριση με αυτούς που ζουν με ένα σύντροφο.

Το συμπέρασμα αυτό προέκυψε από έρευνα που διεξάχθηκε σε 130.000 άτομα ηλικίας από 30 έως 69 ετών στη Δανία. Μεταξύ 2000 και 2002, 646 άτομα παρουσίασαν σοβαρή μορφή στηθάγχης ή υπέστησαν καρδιακή προσβολή. Οι παθήσεις αυτές σχετίζονται με αθηρωμάτωση, στένωση και απόφραξη των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς.

Η ανάλυση των πληθυσμιακών και επιδημιολογικών δεδομένων έδειξε ότι οι άνθρωποι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και οι συνταξιούχοι, είχαν αυξημένο κίνδυνο για πάθηση σε σχέση με τις στεφανιαίες αρτηρίες της καρδιάς δηλαδή στηθάγχη και έμφραγμα του μυοκαρδίου. Όμως τα ευρήματα ανέδειξαν ότι οι δύο ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες για την προσβολή από τις εν λόγω παθήσεις ήταν η ηλικία και η μοναχική διαβίωση.

Οι γυναίκες άνω των 60 ετών που ζούσαν μόνες τους και οι άνδρες άνω των 50 ετών που επίσης ζούσαν μόνοι τους, είχαν διπλάσιο κίνδυνο από όλους τους άλλους να προσβληθούν από παθήσεις των στεφανιαίων αρτηριών της καρδιάς. Οι γυναίκες άνω των 60 ετών που ζούσαν μόνες τους, αντιπροσώπευαν μόλις το 5% του πληθυσμού που μελετήθηκε. Οι άνδρες άνω των 50 ετών, αποτελούσαν σχεδόν 8% του συνόλου.

Παρά την αριθμητική διαφορά ανδρών και γυναικών των συγκεκριμένων ηλικιακών ομάδων, οι θάνατοι των γυναικών αποτελούσαν το ένα τρίτο όλων των θανάτων λόγω προβλημάτων των στεφανιαίων αρτηριών ενώ στους άνδρες αντιπροσώπευαν τα δύο τρίτα του συνόλου του θανάτων.

Το χαμηλότερο κίνδυνο για θάνατο λόγω καρδιακής προσβολής, τον είχαν αυτοί που είχαν ψηλό μορφωτικό επίπεδο, αυτοί που συζούσαν με ένα ή μια σύντροφο και αυτοί που ήσαν εργαζόμενοι. Επίσης οι διαζευγμένες γυναίκες παρουσίαζαν χαμηλότερες πιθανότητες να προσβληθούν από στηθάγχη ή έμφραγμα μυοκαρδίου. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι διαφορές που παρατηρήθηκαν, οφείλονται σε ορισμένους παράγοντες του τρόπου ζωής οι οποίοι είναι συχνότεροι σε αυτούς που ζουν μόνοι τους.

Οι παράγοντες που επιδεινώνουν τις πιθανότητες επιβίωσης αυτών που ζουν μόνοι τους περιλαμβάνουν το κάπνισμα, την παχυσαρκία, την ψηλή χοληστερόλη και λιγότερη παρακολούθηση από το γιατρό τους. Επίσης αυτοί που ζουν μόνοι, είναι πιθανόν ότι αντλούν λιγότερη στήριξη από τις κοινωνικές τους σχέσεις γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη μακροζωία.

Στα πλαίσια αυτά, η αναγνώριση ομάδων πληθυσμού που κινδυνεύουν περισσότερο, αποτελεί βασικό πυλώνα της πρόληψης.

Τέλος στο πεδίο των κοινωνικών θεμάτων, υπάρχει μια πληθώρα προγραμμάτων που μπορούν να λάβουν χώρα, πάντα με την κατάλληλη παρέμβαση από την πλευρά του νοσηλευτή. Επειδή στο χώρο ενός ιδρύματος είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν πολύ καλές σχέσεις

ανάμεσα στους ασθενείς, θα ήταν ζωτικής σημασίας να οργανωθούν διάφορα προγράμματα ομαδοποίησης των ηλικιωμένων για να αναπτύξουν το αίσθημα αλληλεγγύης και να βελτιωθούν οι σχέσεις τους. Είναι πολύ σημαντικό επίσης, οι ασθενείς να έχουν γνώση των παθολογικών προβλημάτων τους, έτσι ώστε να αποκτήσουν τη διάθεση να φροντίσουν από μόνοι τους τον εαυτό τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενημέρωσης των ηλικιωμένων στα θέματα υγείας που τους απασχολούν είναι η εκπαίδευση στο επίπεδο της πρόληψης των πτώσεων. Ειδικά προγράμματα εξάσκησης μπορούν να μειώσουν τις πτώσεις σε άτομα τρίτης ηλικίας. Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που μπορεί να συμβούν σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι η πτώση, η οποία μπορεί να έχει σοβαρές ιατρικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Η πρόληψη των πτώσεων στα ευάλωτα αυτά άτομα μπορεί να προληφθεί με την εφαρμογή ενός ειδικού προγράμματος εκπαίδευσης των ηλικιωμένων. Στη Νέα Ζηλανδία έχει εφαρμοστεί το πρόγραμμα αυτό με επιτυχία. Σε μια πρώτη προσπάθεια, στο αρχικό πρόγραμμα, η εκπαίδευση των ηλικιωμένων έγινε από φυσιοθεραπευτές και απέδωσε καρπούς.

Τώρα σύμφωνα με 2 πρόσφατες μελέτες από ερευνητές και γιατρούς της σχολής Γηριατρικής του πανεπιστημίου του Otago της Νέας Ζηλανδίας το πρόγραμμα αυτό εφαρμόστηκε στα σπίτια των ηλικιωμένων από νοσηλεύτριες. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε πάνω στις κοινοτικές νοσηλεύτριες οι οποίες αφού έτυχαν της κατάλληλης επιμόρφωσης, επισκέπτονταν στα σπίτια τους, τους ηλικιωμένους και τους εκπαίδευαν ειδικά πως ν' αποφεύγουν τις πτώσεις και τους τραυματισμούς (όπως το κάταγμα της κεφαλής του μηριαίου οστού).

Τα αποτελέσματα ήταν ότι μειώθηκαν ο συνολικός αριθμός των πτώσεων και των εισαγωγών σε νοσοκομεία των ηλικιωμένων λόγω σοβαρών τραυματισμών μετά από πτώση. Επίσης φάνηκε ότι η μέθοδος αυτή είχε και θετικές οικονομικές επιπτώσεις ιδιαίτερα στα άτομα άνω των 80 ετών.

Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που φάνηκε ήταν ότι οι κοινοτικές νοσηλεύτριες με το έργο τους κατάφεραν να έχουν ανάλογα αποτελέσματα όπως οι φυσιοθεραπευτές.

Οι μελέτες αυτές δημοσιεύονται στο *British Medical Journal*: "Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 1: Randomised controlled trial" *BMJ* 2001;322:697 και "Effectiveness and economic evaluation of a nurse delivered home exercise programme to prevent falls. 2: Controlled trial in multiple centres" *BMJ* 2001;322-701, 24 Μαρτίου 2001.

Το παράδειγμα που μας δίνει η Νέα Ζηλανδία είναι πάρα πολύ καλό και η εφαρμογή του και σε άλλες χώρες μπορεί να έχει πολλαπλές



θετικές επιπτώσεις στον καθαρά ιατρικό τομέα αλλά επίσης και στον κοινωνικό, ψυχολογικό και οικονομικό τομέα. Σε μια εποχή όπου ο μέσος όρος ζωής αυξάνεται, είναι σημαντικό να λαμβάνονται όλα τα μέτρα για τη βελτίωση της υγείας των ατόμων τρίτης ηλικίας και πρόληψης των ατυχημάτων.

Το νοσηλευτικό προσωπικό των εκάστοτε ιδρυμάτων πρέπει να διαθέτει την κατάλληλη εκπαίδευση στα θέματα των ηλικιωμένων. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μέσω διαφόρων σεμιναρίων ψυχολογίας και συμπεριφοράς. Με αυτόν τον τρόπο, οι νοσηλευτές θα αποκτήσουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να είναι σε θέση να προσφέρουν ζεστασιά και υποστήριξη στον πάσχοντα ηλικιωμένο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ronald Cape, Rodney M. Coe, Isadore Rossman.  
“Βασικές αρχές Γηριατρικής”. Μετάφραση-Επιμέλεια Ιμαριάλος Π.  
Έκδοση Α’. Εκδόσεις Επιστημονικού βιβλίου και περιοδικών,  
Θεσσαλονίκη, 1990.
2. Κανούτος Φίλιππος.  
Άρθρο: “Η γήρανση του πληθυσμού”.  
Δημοσίευση στο site: Pneumonologist.gr. Οκτώβριος 2009.
3. Μαθιουδάκης Γ.  
“Γεροντολογία-Γηριατρική”  
Έκδοση Γ’. Εκδόσεις Πελεκάνος  
Αθήνα, 1992.
4. Πλατή Χρ.  
“Γεροντολογική Νοσηλευτική”  
Έκδοση Γ’. Εκδόσεις Παπανικολάου Γ. ΑΒΕΕ.  
Αθήνα, 1998.
5. [www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61doc](http://www.unipi.gr/katsanevas/arthra/articles/61doc)
6. Κούνης Ν.  
“Νευρολογία”. Σημειώσεις Νευρολογίας Α.Τ.Ε.Ι Πατρών.  
Πάτρα, 1998.
7. Πρακτικά Συμποσίου Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας.  
“Προβλήματα γεροντικής ηλικίας”  
Αθήνα, 1985.
8. Campel AJ, Buchner DM.  
Unstable disability and the fluctuations of frailty  
Age Ageing 1997.
9. Grimley EJ, Williams FT, Beattie LB, et al., eds.  
Oxford textbook of geriatric medicine. 2<sup>nd</sup> edn  
Oxford University Press, 2000.
10. J Am Geriatric Society. 2001  
“The prevention of falls in older persons”

11. Mandel GL, Bennett JE, Dolin R.  
“Principles and practice of infectious diseases”  
Edinburg,2000.
12. Narins RG.  
“Clinical disorders of fluid and electrolyte metabolism”  
5<sup>th</sup> ed. New York, 1994.
13. Waterlow JC.  
“Protein energy malnutrition”  
London, 1992.
14. Brickner ME, Hillis LD, Lange RA.  
“Congenital heart disease in adults”  
New England J Med. 2000.
15. Cleland JG.  
“Heart failure”  
Lancet, 1998.
16. Mills P.  
“Education in Heart”  
London, 2000.
17. Fedullo PF, Auger WR, Kerr KM, Rubin LJ.  
“Chronic thromboembolic pulmonary hypertension”  
New England J Med., 2001.
18. [www.cancerlinks.usa.com/lung.htm](http://www.cancerlinks.usa.com/lung.htm)
19. [www.lunguk.org](http://www.lunguk.org)
20. Johnson RJ, Feehally JF, eds.  
“Comprehensive clinical nephrology”  
London, 1999.
21. Williams G.  
“Textbook of Diabetes ”  
Oxford, 1997.
22. [www.endocrinology.org](http://www.endocrinology.org)

23. Mc Donald J, Burroughs A, Feagan B.  
“Evidence-based gastroenterology and hepatology”  
London, 1999.
24. Castro O.  
“Management of sickle-cell anemia; recent advances and controversies”  
BrJHaematol, 1999.
25. Butler RN.  
“Successful aging and the role of the life review”  
Journal of the American Geriatrics Society, 1974.
26. Avolio B.J. & Barret G.V.  
“Effects of age stereotyping in a simulated interview”  
Psychology and Aging, 1987.
27. Milligan W.L., Powel D.A., Harley C. and Furchtgott E.  
“Physical health correlates of attitudes towards aging in the elderly”  
Experimental Aging Research, 1985.
28. Bultena G.L. and Powers E.A  
“Denial of aging: Age identification and reference group orientations”  
Journal of Gerontology, 1978.
29. Shanas E.  
“Old parents and middle-age children: The four- ad five- generation family”  
Journal of Geriatric Psychiatry, 1984.
30. Σπινέλλη Κ.Δ – Πιτσίου Ε.  
“Ηλικιωμένοι: Θύματα κακοποίησης και παραμέλησης”  
1989.
31. Palmore E.  
“Attitudes toward aging as shown by humor”  
Gerontologist, 1971.
32. Greene M., Hoffman S., Charon R., Adelman R.  
“Psychosocial concerns in the medical encounter: A comparison of the interactions of doctors with their old and young patients”  
Gerontologist, 1987.

33. Lachman M.E. & Mc Arthur L.Z.  
“Adult age differences in causal attributions for cognitive, physical and social performance”  
1986.
34. Riegel K.E.  
“History of psychological gerontology”  
Handbook of the psychology of aging, 1977.
35. Mahoney M.J.  
“Reflections of the cognitive-learning trend in psychotherapy”  
American Psychologist, 1977.
36. Χριστοδούλου και συν.  
“Ψυχιατρική”  
Εκδόσεις. Βήτα.