



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΗ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**"Η Νοσηλεύτρια
κοντά στον υπερήλικα"**

Πτυχιακή εργασία

Σπουδάστριάς: Αμανατίδου Σοφία

Υπεύθυνος Καθηγητής

Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο: Δίδα Γεωργούση

Επιτροπή εγκρίσεως
πτυχιακής εργασίας:

Όνοματεπώνυμο:

- 1.
- 2.
- 3.



Πτυχιακή εργασία για τη λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

6249

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η εργασία αυτή έχει σκοπό να καταδείξει και να αναλύσει όσο πιο κατανοητά γίνεται τα προβλήματα των ηλικιωμένων συνανθρώπων μας. Προβλήματα που τα επιφέρει η πορεία μέσα από τα χρόνια που περνούν. Ο ανθρώπινος οργανισμός στο διάβα των χρόνων φθείρεται και έρχονται τα γηρατειά. Μαζί τους και οι βασικές μεταβολές στην λειτουργία του οργανισμού. Μεταβολές που αφορούν την οργανική και την ψυχική υγεία πολλές φορές του ηλικιωμένου ατόμου.

Σαν οργανική ορίζουμε την καλή λειτουργία των επιμέρους συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού. Έτσι κατά την γεροντική ηλικία επέρχονται αλλαγές στο νευρικό, στο κυκλοφοριακό, στο αναπνευστικό, στο πεπτικό και αλλού. Επίσης πολλές αρρώστιες είναι συνδεδεμένες με την αύξηση της ηλικίας, όπως η υπέρταση, η βαρνηκοΐα, ο προστάτης, οι καρδιακές, οι εγκεφαλικές παθήσεις κ.ά.

Στον τομέα της ψυχικής υγείας του ηλικιωμένου οι αλλαγές που συμβαίνουν είναι σημαντικές. Ο ηλικιωμένος νιώθει παροπλισμένος και ανίκανος να προσφέρει πλέον αυτά που πρόσφερε πιο πριν.

Η ηθική συμπαράσταση της οικογένειας ή της νοσηλεύτριας εάν το ηλικιωμένο άτομο είναι σε νοσηλευτικό ίδρυμα παίζει σπουδαίο ρόλο στην αποδοχή των κανούριων καταστάσεων που δημιουργούνται.

Στην εργασία αυτά αναλύονται κατά ομάδες παθήσεων οι λειτουργικές και ιστολογικές μεταβολές κατά το γήρας.

Επίσης γίνεται αναφορά στις ψυχολογικές μεταβολές που υφίστανται τα ηλικιωμένα άτομα.

Αναλύεται η νοσηλευτική παρέμβαση που μπορεί να γίνει από

εμάς στον υγιή και ασθενή ηλικιωμένο. Ειδικώτερα για τον ασθενή υπερήλικα η αναφορά γίνεται στις κυριότερες παθήσεις κατά σύστημα: τα καρδιακά νοσήματα και η αντιμετώπιση τους τα εγκεφαλοαγγειακά νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού κ.λ.π.

Η νοσηλευτική παρέμβαση σ' αυτές τις παθήσεις είναι καίριας σημασίας και σημαντική για την αποκατάσταση και περαιτέρω πορεία του ασθενούς.

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν και ιδιαίτερα προβλήματα. Στην εργασία αυτή γίνεται αναφορά σε ορισμένα. Τα ατυχήματα είναι συχνά κατά τη γεροντική ηλικία. Ο ηλικιωμένος δεν μπορεί πλέον να αντιδρά στον κίνδυνο, όπως πιο πριν που ήταν νέος. Έτσι οι πτώσεις, τα κατάγματα, τα εγκαύματα είναι αιτίες που συχνά στέλνουν στο Νοσοκομείο ηλικιωμένα άτομα. Ξέρουμε πόσο οδυνηρό είναι ένα κάταγμα μηρού, αλλά είναι ακόμα πιο οδυνηρό στον υπερήλικα γιατί πλέον ο οργανισμός δεν είναι σε θέση να επανατάξει το σπασμένο κόκκαλο.

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ο υπερήλικας έχει κι αυτός τα προβλήματα του, προβλήματα που δεν θα πρέπει να μένουν χωρίς λύσεις, ούτε να γίνονται αιτία ψυχολογικής και σωματικής κατάπτωσης του. Γι' αυτό η παρέμβασή μας πρέπει να έχει πάντα σκοπό, να δημιουργεί όσο το δυνατό καλύτερες συνθήκες και προϋποθέσεις για τον άνθρωπο που έφτασε πια στη δύση της τόσο επίμονης, μα και όμορφης συνάμα ζωής τους.

Α Φ Ι Ε Ρ Ω Σ Η

Η εργασία αυτή αφιερώνεται στους γονείς μου, Νικόλαο και Αφροδίτη, οι οποίοι μου συμπαραστάθηκαν ηθικά και υλικά, όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου. Χωρίς αυτούς και τη βοήθειά τους τίποτα δε θα ήταν κατορθωτό.

Επίσης ευχαριστώ την καθηγήτριά μου, Δίδα Γεωργούση για την πολύτιμη βοήθειά της στη συγγραφή και παρουσίαση αυτής της εργασίας.

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	Σελίδα
- Πρόλογος	I
- Αφιέρωση	III
- Περιεχόμενα	IV
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I	
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Γενικά περί γήρατος	1
<u>Μ Ε Ρ Ο Σ Α'</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II	
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ	9
ΓΙΑΤΙ ΓΗΡΑΣΚΟΥΜΕ _ Θεωρίες γήρατος	11
1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΓΗΡΑΤΟΣ	16
Ανατομικές και φυσιολογικές μεταβολές	16
- Αλλαγή στην ομοιοστασία	16
- Αλλαγή στο καλυπτήριο σύστημα	17
- Αλλαγή στα αισθητήρια όργανα	18
- Αλλαγή στο μυοσκελετικό σύστημα	18
- Αλλαγή στους αδένες έσω έκκρισης	19
- Αλλαγή στο νευρικό σύστημα	22
- Αλλαγή στο κυκλοφορικό σύστημα	23
- Αλλαγή στο αναπνευστικό σύστημα	25
- Αλλαγή στο πεπτικό σύστημα	29
- Αλλαγή στο ουροποιητικό σύστημα	31
- Αλλαγή στο σύστημα αναπαραγωγής	32
2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ	34
3. ΕΠΙΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΥΓΙΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ ...	39
A) ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΥΓΙΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ	39
B) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΥΓΙΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ	40

Μ Ε Ρ Ο Σ Β'

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ	51
- Καρδιαγγειακά Νοσήματα	51
Σκοποί Νοσηλευτικής Φροντίδας	54
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	54
- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	57
- Νοσήματα Αναπνευστικού συστήματος	59
Προβλήματα αρρώστου	61
Στόχοι νοσηλευτικής φροντίδας	61
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	61
- Νοσήματα πεπτικού συστήματος	62
Νοσηλευτική παρέμβαση	64
Νοσηλευτικές μετεγχειρητικές φροντίδες	65
- Σακχαρώδης Διαβήτης	66
Προβλήματα αρρώστου	68
Σκοποί φροντίδας	68
Νοσηλευτική παρέμβαση	68
- Ρευματικές παθήσεις ηλικιωμένων	70
Νοσηλευτικά προβλήματα - Δραστηριότητες	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	73
- Ατυχήματα	73
- Πτώσεις	74
- Κατάγματα μηρού	76
- Άτονα έλκη	77
- Ακράτεια ούρων και κοπράνων	77

- Κατακλίσεις	78
- Φάρμακα και υπερήλικες	80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

Νοσηλευτική Διεργασία	84
-----------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	93
----------------	----

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΓΗΡΑΤΟΣ

Τα γηρατειά είναι μια κατάσταση, που οι περισσότεροι άνθρωποι θα ήθελαν ν' αποφύγουν. Αυτό δημιουργεί φοβερές δυσκολίες στην αντικειμενική τους αντιμετώπιση. Ένα άτομο, μπορεί να πει "είναι άντρας" ή "είναι γυναίκα", "έχω μάτια καστανά" ή "έχω μάτια γαλανά", χωρίς να διατρέχει τον παραμικρό κίνδυνο. Το να πει όμως, "είμαι γέρος", είναι σαν να προκαλεί τη δυσμένεια της κοινωνίας ή της αυτοεκτίμησης του.

Γενικά χρησιμοποιούμε την λέξη "γέρος", όταν αναφερόμαστε σε άτομα ηλικίας πάνω από 70 χρόνων. Ο όρος όμως, πρέπει να χρησιμοποιείται χωρίς να υποδηλώνει έλλειψη σεβασμού και χωρίς ν' αφήνει υπονοούμενα, για την ποιότητα της ζωής του εν λόγω ατόμου, τη χρησιμότητά του στην κοινωνία και την προσωπική του αξία. Επίσης ο όρος "γέρασμα" χρησιμοποιείται σωστά, όταν αναφερόμαστε στην διαδικασία που μας συνοδεύει στη διάρκεια της ζωής μας και που αρχίζει, πολύ πριν τα γηρατειά.

Ο καθένας αντιλαμβάνεται ότι τα γηρατειά είναι η πλέον δύσκολη ηλικία για τον άνθρωπο. Είναι η περίοδος της ζωής, που παύει να είναι παραγωγική για το εθνικό σύνολο και συγχρόνως, έχει πολλές ανάγκες και επιβαρύνει σοβαρά τις νεώτερες, παραγωγικές ηλικίες.

Η προστασία και η φροντίδα του γήρατος είναι κοινωνική υποχρέωση.

Τα άτομα αυτά, είναι οι γονείς μας, οι γεννήτορές μας, που δούλεψαν, κόπιασαν να μας μεγαλώσουν, πολέμησαν να μας προστατέψουν, υπέφεραν σε όλη τους τη ζωή για μας, μας αποκατέστησαν και τώρα πια, ο αδυσώπητος χρόνος, τα έφερε σε θέση εξάρτησης από μας. Θα πρέπει να προστατευθούν, λοιπόν, με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Από καθαρά ιατρική πλευρά, είναι πολύ μεγάλη η ανάγκη φροντίδας και ιατρικής αγωγής των γερόντων, γιατί και ο γεροντικός πληθυσμός στην χώρα, συνεχώς αυξάνεται.

Το 1952, δηλαδή πριν από 40 χρόνια, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων του κόσμου, δηλαδή, αυτός που τον αποτελούσαν άτομα ηλικίας 60 χρόνων και άνω έφτανε τα 205 εκατομμύρια. Στα μέσα του 1970 ο αριθμός αυτός διαφοροποιήθηκε στα 305 εκατομμύρια. Υπολογίζεται ότι, το 2000 μ.Χ., αν ο ρυθμός της αριθμητικής διαφοροποίησης του πληθυσμού, συνεχιστεί σταθερός ο πληθυσμός των ηλικιωμένων, θα φτάσει τα 585 εκατομμύρια. Το φαινόμενο της αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων, παρουσιάζεται βέβαια, πιο έντονα στις αναπτυγμένες χώρες, αν και η ίδια δημογραφική τάση, αρχίζει να εμφανίζεται και στις υπόλοιπες χώρες. Επίσης, η μελλοντική αύξηση αυτής της κατηγορίας του πληθυσμού, προβλέπεται αν είναι πιο γρήγορη, απ' αυτήν που παρουσιάζεται σήμερα, στις αναπτυγμένες χώρες.

Η Ελλάδα σήμερα είναι η δεύτερη χώρα, μετά τη Σουηδία στο χώρο της Ευρώπης, στο θέμα της επιβίωσης του πληθυσμού της. Ενώ το 1940, είχε 5,5% του πληθυσμού της, άνω των 65 χρόνων τώρα πλησιάζει το 13%.

Βλέπουμε λοιπόν, ότι οι άνθρωποι ζουν περισσότερο. Φυσικά, συγχρόνως πολλαπλασιάζονται και οι ιατρικές και νοσηλευτικές α-

νάγκες τους. Το φαινόμενο το βλέπουμε καθημερινά. Αυξάνουν συνεχώς, οι κλίνες που καταλαμβάνουν στα νοσοκομεία, άτομα της γερωντικής ηλικίας που δεσμεύουν τα κρεβάτια για μακρό χρονικό διαστήμα. Αυτό σημαίνει σοβαρή κρατική οικονομική επιβάρυνση. Το πρόβλημα πρέπει να ερευνηθεί και να ληθεί, πριν φτάσουμε στο σημείο να μην διαθέτουμε πια κλίνες για τη νοσηλεία των νεώτερων και παραγωγικών τάξεων.

Από την άλλη πλευρά, βλέπουμε ότι το οικογενειακό ενδιαφέρον για τον υπερήλικα, συνεχώς μειώνεται, ίσως λιγώτερο στην επαρχία και περισσότερο στις μεγάλες πόλεις. Συχνά, εγκαταλείπουν τον παράλυτο γέρο τους σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα χωρίς να ευνδιαφέρονται για την επιστροφή του στο σπίτι. Φυσικά τις περισσότερες φορές, αυτό γίνεται δικαιολογημένα, γιατί το οικονομικό πρόβλημα, δεν είναι ευκαταφρόνητο. Αν π.χ. μία οικογένεια εργαζόμενων, που έχει στο σπίτι της παράλυτους ή κατάκοιτους γονείς, τότε τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας μπλοκάρεται και δεν μπορεί να εργαστεί. Από την άλλη τα φάρμακα κοστίζουν, γιατί οι θεραπείες κρατούν μήνες και χρόνια.

Επίσης, υπάρχει και ο ψυχολογικός τομέας. Στην Ελλάδα νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο, δίπλα - δίπλα, νέοι και γέροι. Αυτό έχει σοβαρό ψυχολογικό αντίκτυπο και για τους δύο. Ο νέος, σε λίγες μέρες θα γίνει καλά και θα φύγει, ενώ ο γέρος θα μείνει, βλέποντας και άλλο νέο να έρχεται, να θεραπεύεται και να φεύγει, ενώ ο ίδιος θα βρίσκεται ακόμα εκεί. Αυτά συμβαίνουν, ακόμα και σε πανάκριβα, σε κατά κλίνη κόστος, νοσοκομεία. Μ' αυτόν τον τρόπο, μπλοκάρεται το κρεβάτι και συνάμα έχει σοβαρό ψυχολογικό αντίκτυπο στον ηλικιωμένο ασθενή.

Από την πλευρά των νέων επίσης, κανείς δε θέλει να έχει δίπλα του έναν κατάκοιτο γέροντα ασθενή, ο οποίος ενδεχόμενα έχει κατακλίσεις, πλήρη ακράτεια ούρων και κοπράνων και ίσως δεν μπορεί να ανταλλάξει μαζί του δυο λόγια. Ακόμα, το νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει ν' ασχολείται συνεχώς μαζί του και ίσως να μην προλαβαίνει να φροντίσει σωστά, άτομα νεώτερα που πρέπει να γίνουν γρήγορα καλά και να επιστρέψουν στις εργασίες τους.

Οι παραπάνω λόγοι και άλλοι πολλοί, πρέπει να μας κάνουν να σκεφτούμε ότι επιτέλους και στην Ελλάδα, πρέπει να δημιουργηθούν ξεχωριστές γηριατρικές μονάδες ή και τμήματα, σε συνδυασμό με τα Γενικά Νοσοκομεία. Να δημιουργηθούν αρκετές κλίκες, μικρού κόστους, με καλύτερη εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και ανάλογο προσωπικό που να διακρίνεται όχι μόνο για την τεχνική του κατάρτιση, αλλά και την αγάπη του προς τον πάσχοντα υπερήλικα, γιατί οφείλουμε να θυμόμαστε ότι καμιά φορά και σε αυτήν την ηλικία, το μόνο που χρειάζεται είναι λίγη αγάπη.

Αυτή ακριβώς, η εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, που χρειάζεται ο υπερήλικας, αποτελεί μεγάλη πρόκληση για την Νοσηλευτική Επιστήμη και ειδικότερα για τη Νοσηλεύτρια.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας κοντά στον υπερήλικα επεκτείνεται σε τρεις ευρείς τομείς:

1) Την πρόληψη, όχι μόνο της νόσου του πρόωρου γήρατος ή των φυσικών αναπηριών, που επιβαρύνονται με τη φυσιολογική διεργασία του γήρατος, αλλά και των ψυχολογικών επιπτώσεων που δημιουργούν, η συσσώρευση των χρόνων και οι "απώλειες" που είναι αυξημένες σ' αυτή την ηλικία.

2) Την θεραπεία και αντιμετώπιση των βιο-ψυχο-κοινωνικών νοσηλευτικών προβλημάτων και αναγκών, που έχουν κάνει την εμφάνισή τους στο ηλικιωμένο άτομο.

3) Την αποκατάστασή του, από τα νοσηλευτικά προβλήματα που αντιμετώπισε τόσο στη βιολογική, όσο και στην ψυχο-κοινωνική σφαίρα, σε ικανοποιητικό επίπεδο, χωρίς να αγνοούνται οι περιορισμοί που δημιουργούνται από τη διεργασία του γήρατος.

Η άσκηση όμως της Γeronτολογικής Νοσηλευτικής, απαιτεί την χρησιμοποίηση της σύγχρονης γνώσης για το γήρας, γνώση, που προέρχεται από τις βιολογικές, τις φυσικές και τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Η νοσηλεύτρια, με επιστημονική κρίση, επιλέγει το περιεχόμενο από το γενικό σώμα της νοσηλευτικής γνώσης και χρησιμοποιεί αυτή την γνώση για την κάλυψη των αναγκών του υπερήλικα.

Η νοσηλευτική φροντίδα των υπερηλίκων, αντιπροσωπεύει την προσαρμογή της νοσηλευτικής γνώσης και δεξιοτεχνίας στις ανάγκες των υπερηλίκων, με αντικειμενικούς σκοπούς:

1. Βοήθεια του ατόμου, να πετύχει όσο το δυνατόν την αυτοφροντίδα του.
2. Αξιολόγηση της ικανότητας των ηλικιωμένων και βοήθεια της διατήρησης ή της αποκατάστασης, της λειτουργικής του ικανότητας.
3. Βοήθεια του ατόμου, να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του για ανεξαρτησία και να διευθετεί τις εξαρτημένες του ανάγκες.
4. Προσαρμογή των νοσκομειακών νοσηλείων σε αργότερο ρυθμό, για τους υπερηλικες αρρώστους.
5. Προσαρμογή των ιδρυμάτων, στις νοσηλείες και τις διαδικασίες που σχετίζονται με τις βασικές φυσιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του υπερήλικα, στον φυσιολογικό τύπο της ζωής ή των συνηθειών του.
6. Αναγνώριση της σημασίας του ενδιαφέροντος του υπερήλικα για τις σωματικές λειτουργίες του και τα συμπτώματα που αισθάνεται.

7. Δημιουργία ευκαιριών για τον υπερήλικα, να ρωτάει και να κατανοεί όλες τις οδηγίες και τις εξηγήσεις που του δίνονται.
8. Διατήρηση και προστασία της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας του υπερήλικα, σε όλες τις σχέσεις του με την νοσηλεύτρια.
9. Πρόβλεψη του γεγονότος, ότι κάθε αλλαγή, μπορεί να προκαλέσει στον υπερήλικα stress ή να αποτελέσει σ' αυτόν απειλή.
10. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες, πρέπει να γίνονται με τον υπερήλικα και όχι για τον υπερήλικα.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να υπογραμμιστεί ότι είναι ανάγκη να κατανοηθεί το γεγονός ότι ηλικιωμένο άτομο είναι η προσωποποίηση των εμπειριών του μιας ολόκληρης ζωής και γι' αυτό, δεν είναι δυνατόν να υπάρξει κάτι άλλο πιο μοναδικό από ένα ηλικιωμένο άτομο.

"Δεν υπάρχει μεγάλη ηλικία, υπάρχει μεγάλο άτομο. Μεγάλη ηλικία, είναι κάτι αόριστο που δεν αναφέρεται σε τίποτε συγκεκριμένο, ενώ το μεγάλο άτομο είναι μια πραγματικότητα".

Μόνο με την κατανόηση της μοναδικότητας του ηλικιωμένου ατόμου, θα σημειωθεί η αρχή του τέλους του διαχωρισμού της τρίτης ηλικίας στις ανθρώπινες κοινωνίες, που είναι συνάμα και η αρχή της αλυσιδωτής σειράς, πολλών ψυχο-κοινωνι-οικονομικών προβλημάτων.

Οι δε ιδιαιτερότητες των ασθενειών, στην τρίτη ηλικία, μετατρέπουν τον υπερήλικα σε μια σαφώς καθορισμένη περίπτωση, είναι επίσης γεγονός, ότι χρειάζονται δυνατά εσωτερικά κίνητρα, υπομονή, κατανόηση, αλλά και ψυχικό σθένος για να προσφέρει η

Νοσηλεύτρια στον υπερήλικα νοσηλευτική βοήθεια.

Υγκείται στην επαγγελματική ευσυνειδησία, αλλά και την καλή διάθεση της νοσηλεύτριας για να μην πούμε και στην αυταπάρησή της, να αντιμετωπίσει τον υπερήλικα, έτσι όπως είναι:

Σαν μία ιδιαίτερη και εξατομικευμένη περίπτωση.

Μ Ε Ρ Ο Σ Α'

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ

Η γήρανση ενός πληθυσμού, είναι φαινόμενο πολλαπλής αιτιολογίας. Παρουσιάζεται στις εκβιομηχανισμένες δυτικές χώρες προς το παρόν, αλλά με ενδείξεις ότι ακολουθούν και οι χώρες του ανατολικού κόσμου. Η γήρανση των πληθυσμών τείνει να εξελιχθεί σε τραγωδία με πρωτοφανείς διαστάσεις, με παγκόσμια κλίμακα.

Ο όρος "γήρανση" έχει σχέση με το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων μέσα στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας, δηλαδή, με την δομή και τη σύνθεση του πληθυσμού. Το πρόβλημα λοιπόν, δεν είναι ότι σήμερα έχουμε περισσότερους ηλικιωμένους σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες και τα ποσοστά συμμετοχής τους, στη δομή του συγκεκριμένου πληθυσμού. Γηρασμός, σημαίνει αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στον γενικό πληθυσμό.

Ηλικιωμένα, θεωρούνται εκείνα τα άτομα, που έχουν ξεπεράσει τα 65 χρόνια της ζωής τους (νομικός όρος). Υποτίθεται, ότι περίπου σε αυτή την ηλικία παρουσιάζεται, εμφανής κάμψη του ανθρωπίνου οργανισμού, χωρίς βέβαια, αυτό να σημαίνει ότι αυτή η κάμψη, δεν εμφανίζεται κάτω από ορισμένες συνθήκες και νωρίτερα ή αργότερα.

Τα Ηνωμένα Έθνη, έχουν καθορίσει την ηλικία των χωρών, όπως παρακάτω:

ΝΕΑ ΧΩΡΑ: ποσοστό των 65 και άνω το 4%

ΩΡΙΜΗ ΧΩΡΑ: ποσοστό των 65 και άνω το 4-7%

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΗ ΧΩΡΑ: ποσοστό των 65 και άνω το 7% και άνω.

Επομένως, όπως γερνάει ένας άνθρωπος, γερνάει και μία χώρα. Νέες χώρες, θεωρούνται οι χώρες του τρίτου κόσμου. Σχετικά νέες ηλικιωμένες χώρες (7-8,5%) είναι το Ισραήλ, η Γιουγκοσλαβία, ο Καναδάς, η Πολωνία. Ηλικιωμένες χώρες (13-13,5%) είναι η Μεγάλη Βρετανία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Γερμανία. Οι ΗΠΑ, διατηρούν μια μέση κατάσταση (10%).

Ο όρος "τρίτη ηλικία", πρωτοεμφανίστηκε στην γαλλική βιβλιογραφία και υπονοεί την ομάδα των ατόμων, που έχουν ξεπεράσει τα 60 με 65 χρόνια ζωής.

Τελευταία, εμφανίστηκε και ο όρος τέταρτη ηλικία και υπονοεί, την ομάδα των ατόμων που έχουν ξεπεράσει τα 75 με 85 χρόνια ζωής (χαρακτηρίζεται από απώλεια της φυσικής ή πνευματικής αυτονομίας). Γενικά, στην τρίτη ηλικία θεωρείται ότι ανήκουν όσοι είναι 64 χρόνων και άνω.

Η γήρανση ενός πληθυσμού, αποτελεί πολύπλοκο και δύσκολο στην επίλυση του, πρόβλημα. Από την γήρανση θίγονται, όλες οι ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού, όλοι οι τομείς της δραστηριότητας και όλα τα εισοδηματικά στρώματα.

Η γήρανση έχει επιπτώσεις οικονομικές, ασφαλιστικές, κοινωνικές. Από την γήρανση, επηρεάζονται η Δημόσια Υγεία, η παιδεία, η Απασχόληση, Η πρόνοια.

Η αντιμετώπιση της γήρανσης και των επιπτώσεων της απαιτεί κατανόηση και ευρύτερη συνειδητοποίηση του προβλήματος, καθώς επίσης και συνεργασία σε όλα τα επίπεδα της δημόσιας ζωής. Τα φαινόμενα της γήρανσης, απαιτεί επίσης, μελέτη σφαιρική και πολύ επιστημονική έρευνα. Πρέπει να γίνει ευρύτερα κατανοητό, ότι οι προσπάθειες για την εξασφάλιση καλής υγείας, αυτάρκειας ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους, δεν εξυπηρετούν τα στενά

συμφέροντα μόνο αυτών των ατόμων, αλλά ολόκληρου του πληθυσμού.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού τρίτης ηλικίας, που παρατηρούνται σήμερα και αυτά που προβλέπεται να δημιουργηθούν στο κοντινό μέλλον, αποτελούν πρόκληση στην Εκκλησία, στην Πολιτεία, αλλά και στην οικογένεια, για προσφορά ανάλογων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στην ομάδα αυτή.

Αυτά επίσης, αποτελούν πρόκληση για τη Νοσηλευτική, η οποία έχει την ευθύνη να καλύπτει τις νοσηλευτικές ανάγκες όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως ηλικίας, ενώ η ταχεία αύξηση του πληθυσμού της ηλικίας αυτής (που παρουσιάζει κατ' εξοχήν προβλήματα και ανάγκες), κάνει την πρόκληση ιδιαίτερη.

Αναμφισβήτητα, στην οργάνωση για την προσφορά των υπηρεσιών στους ηλικιωμένους, θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη οι φυσικές, διανοητικές και κοινωνικές αλλαγές, που εμφανίζονται σ' αυτούς. Επίσης, θα πρέπει να μελετηθούν και οι ανάγκες τους, συμπεριλαμβανομένων γενικά και των κινδύνων που διατρέχουν τα άτομα της μεγάλης ηλικίας και η συμβολή που έχει η ηλικία αυτή, στην κοινωνική ευημερία και ανάπτυξη της χώρας.

ΓΙΑΤΙ ΓΗΡΑΣΚΟΥΜΕ

Πάρα πολλοί ερευνητές, ασχολήθηκαν με το πρόβλημα και τη λογική ερώτηση "γιατί γερνάμε" και φυσικά προσπάθησαν με διάφορες και επίμονες έρευνες, να εισέλθουν στα μυστικά, τον τρόπο και τα πραγματικά αίτια της προέλευσης και της εμφάνισης των γηρατειών. Όμως, με την πάροδο του χρόνου και με την περιορισμένη επιστημονική έρευνα, αποδείχτηκε ότι, καμία από τις παλιές θεωρίες και απόψεις δεν είναι ικανή σήμερα, αν δώσει επαρκή εξήγηση της γέννησης των γηρατειών.

Πάντως, όλες οι θεωρίες, καταλήγουν στη διαπίστωση ότι η υπερηλικίωση, συνοδεύεται από εκφυλιστικές αλλαγές, οι οποίες επιδρούν στην λειτουργική ικανότητα, ολόκληρου του ανθρώπινου οργανισμού.

Ειδικότερα, κατά τον J. Loeb Αμερικανό φυσιολόγο, κάθε ζωντανός οργανισμός από την γέννησή του, περιέχει μέσα του κάποια χημική ποσότητα ορισμένης χημικής ουσίας (ουσία της ζωής) απαραίτητη για τη ζωή. Η ουσία αυτή καταναλίσκεται, κατά την ανάπτυξη του οργανισμού στην ανταλλαγή της ύλης, μετά δε την εξάντλησή της, το άτομο γηράσκει και πεθαίνει.

Ο Carrel παρατηρεί, ότι όλα τα κύτταρα κάτω από κατάλληλες συνθήκες είναι δυνατόν να παραμείνουν αθάνατα και ότι το γήρας, οφείλεται πιθανότατα, σε αλλοίωση των χυμών που πειρβάλλουν τα κύτταρα.

Ο Weitzmann, έφτασε στο συμπέρασμα ότι πιθανόν μέσα στο αίμα των γερόντων να υπάρχουν μερικές ουσίες, οι οποίες όχι μόνο αναστέλλουν στην ανάπτυξη των κυττάρων, αλλά και προκαλούν σ' αυτά, βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Η θεωρία του Αμερικανού Bearl, βασίζεται στις έρευνες του Carrel κατά του Weitzmann. Ο ερευνητής, πιστεύει ότι το γήρας οφείλεται στην βαθμιαία συσσώρευση τοξικών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης που βαθμιαία δηλητηριάζουν τα κύτταρα του οργανισμού.

Κατά τον Greppi το γήρας θεωρείται σα χρόνια μεταβολική αρρώστια με θανατηφόρα εξέλιξη. Κύρια σημασία εδώ, έχει η επεξεργασία του μεσεγχυματικού ιστού και του παρα-αγγειακού, ο οποίος σιγά-σιγά με την πάροδο του χρόνου δε λειτουργεί σωστά.

Ο Minot πιστεύει, ότι στα γεράματα εμφανίζεται μεγαλύτερη

ανάπτυξη των διαφοροποιημένων στοιχείων του πρωτοπλάσματος των κυττάρων. Το φαινόμενο αυτό, συνοδεύεται από διάφορες διαταραχές στο ισοζύγιο του οργανισμού. Έτσι, τα πιο διαφοροποιημένα όργανα, που τα κύτταρά τους δεν ανανεώνονται παθαίνουν σοβαρές φθορές, δεν λειτουργούν κανονικά και έτσι έχουμε το φαινόμενο του "γήρατος".

Το γήρας, κατά τον Maehnicoff οφείλεται σε βραδεία και χρόνια δηλητηρίαση του οργανισμού από διάφορες ενδοτοξίνες, που παράγονται κυρίως, στο παχύ έντερο. Οι σηπτικές εργασίες που γίνονται στο παχύ έντερο, ευνοούν την ανάπτυξη και την αυξημένη λειτουργία των μακροφάγων, που στη συνέχεια καταστρέφουν, τα ήδη εξανθημένα κύτταρα του οργανισμού.

Κατά τον Green, η πρώτη γεροντική αλλοίωση που παρατηρείται, είναι στον διεγκέφαλο και έχει σαν συνέπεια την ελαττωματική έκκριση των διαφόρων ορμονών, που όπως ξέρουμε, ρυθμίζουν τη βιολογική αξία των θερμίδων της τροφής και το γενικό μεταβολισμό του οργανισμού, καθώς επίσης και την γεννητική λειτουργία.

Ο Burger στη θεωρία του, υποστηρίζει ότι από τη σύλληψη κληροδοτείται στο κύημα, όχι μόνο η ζωή αλλά και το σπέρμα του θανάτου. Η επίδραση του σπέρματος του θανάτου, εκφράζεται από τον ερευνητή, με τον όρο "βιομόρφωση". Όλοι οι γεροντολόγοι παραδέχονται ότι οι επεξεργασίες του γήρατος αρχίζουν με την σύλληψη μέσα στη μήτρα, δηλαδή "γενώμενοι - αποθνήσκουμε".

Ο Hayflick (1970), πιστεύει ότι κάθε οργανισμός έχει στα κύτταρά του ένα εσωτερικό γενετικό πρόγραμμα, που καθορίζει τον αριθμό των μιτώσεων, επομένως και την διάρκεια της ζωής του. Ο αριθμός των μιτώσεων στο κάθε είδος, καθορίζεται από τα γο-

νίδια του, ώστε να προσφέρεται στο κάθε είδος η μεγαλύτερη πιθανότητα αναπαραγωγής. Όταν το είδος, φτάνει στα ανώτατα όρια παραγωγής, τότε η επιβίωση γίνεται προοδευτικά πιο δύσκολη, ενώ ο θάνατος, προοδευτικά πιο εύκολος. Κατά την θεωρία αυτή, η πρωτεϊνοσύνθεση που χρειάζεται για τις διαδοχικές μιτώσεις, δέχεται ξαφνικά ανασταλτικό σήμα, που είναι ειδικό για κάθε είδος. Αυτή είναι η θεωρία του "προγραμματισμένου" γήρατος.

Μια άλλη θεωρία γήρατος, στηρίζεται στην άποψη ότι, το γήρας οφείλεται σε σφάλματα πρωτεϊνικής σύνθεσης (Comflort 1964). Δύο είναι τα πιθανά σημεία σφαλμάτων: είτε στην παραγωγή παραμορφωμένου RNA από το DNA, είτε στην παραγωγή παραμορφωμένης πρωτεΐνης από το φυσιολογικό RNA.

Τέλος, υπάρχει και μία νέα θεωρία, αμερικάνικη αυτή την φορά, που βρίσκεται σε εξέλιξη. Σύμφωνα με αυτήν, ο οργανισμός γηράσκει και αποθνήσκει, γιατί δεν μπορεί ν' αμυνθεί εναντίον των βλαπτικών, γενικώς, παραγόντων. Ο λόγος είναι ότι τα λευκά αιμοσφαίρια (T-παράγων), εξασθενούν. Αν αλλάξουμε αυτά τα κύτταρα νεώτερου ρυθμού, τότε αυτό το άτομο, γίνεται ξανά σφριγηλό και έχει μεγαλύτερη αντοχή, στους βλαπτικούς παράγοντες. Η θεωρία αυτή, αποδείχτηκε πειραματικά, σε ποντίκια. Υπάρχει δε, η σκέψη, αν αυτό καταστεί δυνατό στα νειάτα μας να φυλάμε από τον ίδιο τον οργανισμό μας, μια ποσότητα T-κυττάρων, σε κατάψυξη, για να τα χρησιμοποιήσουμε όποτε χρειαστεί στα γηρατιά μας.

Από όσα έχουν σημειωθεί, φαίνεται καθαρά, ότι οι θεωρίες για το γήρας και για την φθορά του οργανισμού, είναι πολλές αλλά και τα αίτια ποικίλα.

Γι' αυτό εμφανίζεται το φαινόμενο, μερικά πολύ ηλικιωμένα άτομα, να είναι ακόμη διανοητικά και φυσικά, πολύ δραστήρια, ενώ

άλλα, κάτω των 60 ετών να βρίσκονται σε επισφαλή υγεία, να υποφέρουν από αμνησία, να εμφανίζουν μειωμένη ενεργητικότητα και ικανότητα για πρωτοβουλία.

Μπορεί λοιπόν, να λεχθεί, ότι η έννοια του γήρατος είναι ευρύτερη και γενικότερη, καθορίζεται δε με διαφορετικό τρόπο από τους κοινωνιολόγους, τους μεταφυσικούς και τους Ιατροβιολόγους.

- Οι Κοινωνιολόγοι, θεωρούν ότι ένα άτομο γηράσκει όταν δεν παρουσιάζει πλέον κοινωνικοοικονομικό ενδιαφέρον για την ζωή.

- Οι Μεταφυσικοί, εκλαμβάνουν τον άνθρωπο, σαν ένα ενιαίο ψυχοσωματικό σύνολο. Πιστεύουν ότι η βιολογική καμπύλη της ζωής ενός ατόμου, αποτελεί ένα απλό συμβάν και ότι εκτός αυτής της καμπύλης, αναπτύσσεται προσωπικότητα του ατόμου, η οποία αυξάνει όταν ακριβώς υποχωρεί η βιολογική του εξέλιξη.

- Οι Ιατροβιολόγοι, διαιρούν το γήρας σε φυσιολογικό ή βιολογικό και σε παθολογικό ή πρόωρο.

Φυσιολογικό, θεωρείται το γήρας που η ορμονική γεροντική εξέλιξη και φθορά όλων των οργάνων και των ιστών του οργανισμού, προκαλείται από την πάροδο του χρόνου.

Παθολογικό ή πρόωρο, χαρακτηρίζεται η ασύγχρονη δυσαρμονική και πρόωρη γεροντική φθορά των διαφόρων οργάνων, η οποία οφείλεται σε συγκεκριμένα εσωτερικά κυρίως, νοσολογικά αίτια.

Τέλος, μπορεί να σημειωθεί ότι η χρονολογική ηλικία δεν έχει αναγκαστική σχέση με τις βιολογικές ή κοινωνικές ικανότητες κάθε ατόμου και μπορούν να είναι τεράστιες οι ατομικές διαφορές, μεταξύ γερόντων της ίδιας ακριβώς ηλικίας.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

(ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ)

Οι λειτουργίες των κυριώτερων συστημάτων του ανθρώπου, μπορούν να διακριθούν ανάλογα με την μεταβολή που υφίστανται με την ηλικία, σε τρεις γενικές ομάδες: τις σταθερές, τις ελαφρά επηρεαζόμενες (ελάττωση 10-30%) και τέλος, τις σημαντικά επηρεαζόμενες (ελάττωση μεγαλύτερη από 30%).

Γενικά, όσο ταχύτερη ή συνθετότερη είναι η λειτουργία, δηλαδή, όσο περισσότεροι μηχανισμοί παρεμβαίνουν στην εκτέλεσή της, τόσο επηρεάζονται με την ηλικία. Η συνισταμένη ελάττωση των ποικίλων αυτών λειτουργικών μεταβολών, είναι τέτοια ώστε καθιστά το ηλικιωμένο άτομο, περισσότερο ευπαθές σε νοσογόνους ή τοξικούς παράγοντες και λιγότερο ικανό να επανορθώσει σύντομα μία διαταραχή ομοιοστάσεως, ειδικά, όσο πιο σύνθετη είναι η λειτουργία.

1) Αλλαγές στην ομοιοστασία

Ομοιοστασία, είναι η ικανότητα του σώματος να διατηρείται σε μια ισορροπία, οι δε διαταραχές στην ομοιοστασία, είναι: μείωση της λειτουργικής ικανότητας και επάρκειες των εναρμονιστικών συστημάτων του οργανισμού και έτσι προοδευτικά περιορίζεται η ικανότητα του να αντιμετωπίζει καταστάσεις έντασης (stress).

Η ελάττωση της λειτουργικής εφεδρείας - το άτομο είναι περισσότερο ευάλωτο στην αρρώστεια και στον θάνατο. Χρειάζεται περισσότερο χρόνο για την ανάρρωσή του, μετά από μία αρρώστια.

2) Αλλαγές στο καλυπτήριο σύστημα

α) Δέρμα

Το δέρμα εμφανίζει τις πλέον πρώιμες και ενυπωσιακές αλλοιώσεις. Λόγω αφυδατώσεως γίνεται σκληρό, εξαφανίζεται το λίπος του και ρυτιδώνεται. Τα αγγεία του δέρματος διευρύνονται και συχνά παρουσιάζει υπερκεράτωση. Παθολογοανατομικά, παρουσιάζει ατροφία και λέπτυνση της επιδερμίδας, σκλήρυνση των αγγείων, σκλήρυνση των σμηγματογόνων αδένων και μείωση της έκκρισης του σμύγματος και συχνή εμφάνιση δερματικών κύστεων.

β) Τριχωτό

Από τα πρωιμότερα φαινόμενα του γήρατος, είναι η λεύκανση και η πτώση των τριχών. Οι τρίεχες γίνονται σκληρές, χάνουν την στιλπνότητά τους και πέφτουν.

γ) Όνυχες

Οι όνυχες των γερόντων χάνουν την φυσιολογική τους στιλπνότητα και γίνονται σκληροί, εύθραστοι και εμφανίζουν γραμμώσεις. Συχνά, οι όνυχες των δακτύλων των ποδιών, παραμορφώνονται.

δ) Ιδρωτοποιοί αδένες

Είναι γνωστό, ότι οι ιδρωτοποιοί αδένες, αρχίζουν να αλλοιώνονται, από την ηλικία, ακόμα των 30 ετών, με την μορφή της διάτασης τμημάτων των εφορητικών πόρων, την ελάττωση του επιθηλίου και μετάπτωσή του από χυμώδες σε πλακώδες.

Επίσης, τα κύτταρα των αδένων παρουσιάζουν διάταση και ακόμη, παρουσιάζονται και πλακώδη κύτταρα που αυξάνουν τον αριθμό στα επόμενα χρόνια. Μετά τα 60 χρόνια, όλο το αδενικό σύστημα του δέρματος, αρχίζει να ατροφεί.

3) Αλλαγές στα αισθητήρια όργανα

παρουσιάζεται, μείωση της επαρκούς λειτουργικότητας όλων των αισθήσεων. Ειδικότερα:

α) Κατά την γεροντική ηλικία, οι οφθαλμοί, εισέρχονται μέσα στις κόγχες, γιατί εξαφανίζεται ο κυτταρολιπώδης ιστός, που βρίσκεται πίσω από τους οφθαλμούς. Ο τόνος των άνω βλεφάρων, μειώνεται και γι' αυτό παρατηρείται και ελαφριά βλεφαρόπτωση στους ηλικιωμένους. Επίσης, ο μυϊκός τόνος των οφθαλμικών μυών, ελαττώνεται αισθητά. Οι κόρες των οφθαλμών στο φως, σμικρύνονται και αντιδρούν νωθρότερα από το φυσιολογικό.

Επίσης, στον φακό αθροίζονται διάφορες ουσίες, όπως πρωτεΐνες, χοληστερίνη, φωσφολιπίδια, ασβέστιο κ.λ.π. και παρατηρείται σημαντική αφυδάτωση του φακού. Ο βυθός, εμφανίζει πολλές σημαντικές αλλοιώσεις όπως αρτηριοσκλήρωση, αιμορραγικές εστίες, νεφελώματα και διάφορες άλλες εκφυλιστικές αλλοιώσεις, που μπορούν να χαρακτηριστούν σαν προγεροντικές αλλοιώσεις.

Ο καταρράκτης και το γλαύκωμα, αποτελούν τις συχνότερες γεροντικές αρρώστιες. Το οπτικό νεύρο, εμφανίζει ατροφία και εκφυλίση. Οι δακρυγόνοι αδένες εκφυλίζονται, οι δε δακρυϊκοί πόροι, συνήθως αποφράσσονται. Η οπτική οξύτητα μειώνεται, η αντίληψη των χρωμάτων μεταβάλλεται και τα χρώματα συγχέονται π.χ. το ανοικτό μπλε με το πράσινο, το άσπρο με το ανοικτό κίτρινο, το ανοικτό πράσινο με το κότρινο κ.λ.π.

β) Προοδευτικά, μειώνεται και η ακοή. Το άτομο παρουσιάζει ανικανότητα να ακούει υψηλούς τόνους και ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία στην ακοή της φυσιολογικής έντασης του ήχου. Κατά κανόνα, στην γεροντική ηλικία, παρατηρείται σκλήρωση και σύλωση του τυμπάνου, όπως και εκφυλιστική ατροφία του ακουστικού νεύρου.

Επίσης, απώλεια της ελαστικότητας του δέρματος του έξω ακουστικού πόρου, αγκύλωση των οσταρίων του μέσου ωτός, διάταση των μαστοειδών κυψελών και απόφραξη του άντρου της μαστοειδούς απόφυσης.

γ) Μειώνεται επίσης, ο τόνος της φωνής και περιορίζεται η συχνότητα της ομιλίας.

δ) Αμβλύνεται η όσφρηση, μειώνεται ο αριθμός των καλύκων στην γλώσσα και επομένως και η γεύση.

ε) Μειώνεται, τέλος, η αίσθηση της αφής και ελαττώνονται τα αντανακλαστικά.

4) Αλλαγές στο μυοσκελετικό σύστημα

α) Οστά

Ο σκελετός, παρουσιάζει ουσιαστικές ιδιότητες για τον άνθρωπο, από τις οποίες, η σπουδαιότερη είναι η διατήρηση των στατικών λειτουργιών του οργανισμού. Επίσης, με τον σκελετό, είναι συνδεδεμένο και το γεγονός της ανταλλαγής της ύλης των μεταλλικών ουσιών, για τις οποίες, στην νεανική ηλικία υπάρχει θετικό ισοζύγιο, ενώ στην γεροντική αρνητικό.

Στο γήρας, παρατηρείται μείωση των οστικών κυττάρων και ατροφία των οστών. Οι σπογγώδεις δοκίδες, γίνονται λεπτότερες και λιγότερες, το δε περιόστεο, είναι αφθονότερο.

Είναι γνωστό, ότι η κυριώτερη πάθηση των οστών, στην γεροντική ηλικία είναι η οστεοπώρωση.

Ο μυελός των οστών, δείχνει τάση εξαλλαγής από λιπώδης που είναι σε ινώδη. Επίσης, με την πάροδο της ηλικίας, παρατηρείται απώλεια του ασβεστίου και του φωσφόρου των οστών.

Τέλος, μειώνεται το ύψος του σώματος, λόγω λέπτυνσης ή συμπίεσης του μεσοσπονδύλιου δίσκου ή συμπίεσης του μεσοσπονδύλιου δίσκου.

β) Μύες

Τα μυϊκά κύτταρα, με την πάροδο των ετών ατροφούν με συνέπεια την μείωση του όγκου των μυών. Οι μύες αποβάλλουν την ελαστικότητα και την συσταλτικότητά τους, το λίπος μειώνεται και γενικά, οι μύες εκφυλίζονται και παρουσιάζουν υδαρή σύσταση.

Όπως οι μύες, έτσι και οι τένοντες, οι σύνδεσμοι και οι μεμβράνες παρουσιάζουν παρόμοιες γεροντικές, εκφυλιστικές επεξεργασίες.

Συμπερασματικά, μειώνεται η ισχύς, η αντοχή, ο τόνος και η ευκινησία των μυών. Αυξάνεται δε, η κόπωση, λόγω αύξησης, της τριφωσφορικής αδενοσίνης (A.T.P.) και του γαλακτικού οξέος στους μύες.

5) Αλλαγές στους αδένες έσω έκκρισης

Οι αδένες έσω έκκρισης, υφίστανται όλοι σχεδόν, σοβαρές ιστολογικές και κυτταρολογικές αλλοιώσεις, κατά το γήρας.

α) Υπόφυση

Ο όγκος και το βάρος της υπόφυσης ελαττώνονται, οι λοβοί ατροφούν και στο διάμεσο τμήμα παρουσιάζονται κύσεις. Παρατηρείται αύξηση των βασεόφιλων και ουδετερόφυλων κυττάρων, όπως του συνδετικού ιστού. Τα κύτταρα του πρόσθετου λοβού της υπόφυσης, εμταβάλλονται στο γήρας σε ανώμαλα σφαιρικά σωματίδια και τα οποία στα πρώτα στάδια διογκώνονται και έπειτα συρρικνώνονται.

Ακόμη παρατηρήθηκε ότι στην οπίσθια επιφάνεια του πρόσθιου λοβού, αναπτύσσονται κολλοειδή κυστίδια, που αυξανουν συνεχώς, με την πάροδο των ετών και το γήρας.

Οι διαφορες αλλοιώσεις που παρατηρούνται στα διάφορα κύτταρα της υπόφυσης, οδηγούν κατ' αρχάς σε διαταραχές έκκρισης της

γοναδοτρόπου ορμόνης και αυτό, οδηγεί τους άντρες σε εκφύλιση των όρχεων. Γενικά, οι γεροντικές αλλοιώσεις της υπόφυσης είναι περισσότερο εμφανείς στους άνδρες, παρά στις γυναίκες.

β) θυροειδής αδένας

Κατ' αρχήν το μέγεθος και το βάρος του αδένα, μειώνεται και φτάνει μέχρι και 10 gr μόνο. Ο αδένας, παθαίνει σοβαρές ιστολογικές αλλοιώσεις και μεγάλη μείωση της λειτουργικότητάς τους.

Η έξω επιφάνεια γίνεται χρώματος καφέ, τα θυλάκια γίνονται μικρότερα και χωρίζονται μεταξύ τους με παχύ συνδετικό ιστό, ενώ πολλά περιέχουν ελαττωμένη ποσότητα κολλοειδούς. Το κολλοειδές των θυλακίων, περιέχουν αδρούς κυρστάλλους και η ποσότητα ιωδίου και ύδατος, είναι χαρακτηριστικά μειωμένα. Παρόλο, που το μέγεθος των θυλακίων μικραίνει σημαντικά η εκκριτική τους ικανότητα δεν παύει τελείως. Η λειτουργική ικανότητα του θυροειδούς, μειώνεται με την πάροδο των ετών και αυτό αποτελεί για πολλούς ερευνητές την κύρια αιτία επέλευσης του γήρατος.

γ) Παραθυροειδής αδένας

Οι γεροντικές αλλοιώσεις των αδένων αυτών και η λιπώδης εκφύλιση, διαταράσσουν την λειτουργικότητά τους, η οποία στην συνέχεια προκαλεί διαταραχές στον μεταβολισμό στο ασβέστιο και τους υδατάνθρακες, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη διάφορων παθήσεων όπως οστεοπρωη, οστεομαλάκωση κ.λ.π.

δ) Γεννητικοί αδένες

- Ορχεις

Ο όγκος και το βάρος των όρχεων, μειώνεται συνεχώς και τέλος, γίνονται ατροφικοί. Τα σπερματοφόρα σωληνάκια, παρουσιάζουν σκληρωτικά στοιχεία και πάχυνση της βασικής μεμβράνης, οι δε

ελαστικές ίνες παρουσιάζουν κοκκώδη εκφύλιση. Αν και γενικά, υπάρχει ελάττωση των σπερμογόνων κυττάρων, εν τούτοις, η σπερματογένεση δεν επηρεάζεται ανάλογα. Φυσικά, μειώνεται και στο βαθύ γήρας εξαφανίζεται τελείως, αν και υπάρχουν παραδείγματα ατόμων ηλικίας 90-95 ετών οι οποίοι έγιναν και γονείς.

- Ωοθήκες

Οι διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις των ωοθηκών, αρχίζουν κυρίως με την εμμηνόπαυση, η οποία και μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα από τα προγεροντικά φαινόμενα, στις γυναίκες. Οι γεροντικές μεταβολές των ωοθηκών, αφορούν γενικά, την ελάττωση του όγκου και την λέπτυνση της φλοιώδους ουσίας. Στα βαθιά γεράματα, οι ωοθήκες μοιάζουν σαν ένα πολύ μικρό τμήμα ενώδους ιστού. Παρατηρείται σοβαρή μείωση ωοθηκικών ορμονών, λόγω της εκφύλισης και της ατροφίας.

ε) Επινεφρίδια

Γενικά, το βάρος των επινεφριδίων μειώνεται με το γήρας και ενώ στην ηλικία των 30-40 ετών, ανέρχεται στους άνδρες σε 13,9gr, στις γριές και στους γέρους, ηλικίας 70 ετών είναι αντίστοιχα 12,16gr και 12,72 gr.

Γενικά, οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις της μυελώδους ουσίας, είναι λιγότερες από τις αλλοιώσεις της φλοιώδους ουσίας. Η λειτουργική ικανότητα αυτού του οργάνου, μειώνεται γενικά, χωρίς όμως να εμφανίζονται στοιχεία, πλήρους αναστολής της μυελώδους ή της φλοιώδους ουσίας.

Διαπιστώθηκε, ότι οι ατροφικές αλλοιώσεις των επινεφριδίων, είναι κυρίως υποφυσιογενούς αιτιολογίας και βασικά οφείλονται, στις διαταραχές που υφίσταται η υπόφυση κατά το γήρας.

6) Αλλαγές στο νευρικό σύστημα

Στην μεγάλη ηλικία, παρατηρείται μείωση στις ικανότητες των ειδικών λειτουργιών του κεντρικού και περιφερικού συστήματος. Το νευρικό σύστημα, περιέχει ένα ορισμένο αριθμό κυττάρων, τα οποία από την ηλικία των 15 ετών και ύστερα, ελαττώνονται με ρυθμό, που επιβραδύνεται με την πάροδο του χρόνου. Τα κύτταρα δηλαδή, χάνονται με σταθερή περίπου αναλογία, σχετικά με τον εναπομένοντα κάθε στιγμή αριθμό τους.

Γενικά, εμφανίζονται διαταραχές όλων των αισθήσεων και αισθητηρίων που συνίστανται στο ότι τα αισθήματα γίνονται λιγότερο ευαίσθητα. Επομένως, η αισθητηριακή τροφοδότηση του κεντρικού νευρικού συστήματος, γίνεται μειονεκτική, φαινόμενο που οι ξένοι αποδίδουν με τον όρο "κεντρική αισθητηριακή αποστέρηση" (Central Sensory Deprivation).

Το αίτιο της ελαττωμένης τροφοδοτήσεως, σχετίζεται με την ελάττωση του αριθμού των περιφερικών απολήξεων, την ελάττωση της ταχύτητας αγωγής αισθητικών και κινητικών νεύρων και την διάσπαρτη απώλεια αισθητηριακών νευρώνων από το νευρικό σύστημα. Παράλληλα, για να γίνει αντιληπτή μία διαταραχή του έξω κόσμου, πρέπει να λάβει σχετικά μεγάλο μέγεθος, πράγμα που μας υποχρεώνει να υποθέσουμε, ότι υπάρχει αύξηση "εσωτερικού θορύβου" από αυξημένη δραστηριότητα μη ζωτικών νευρώνων.

Παράλληλα, ατροφεί ο εγκέφαλος, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα την σμίκρυνση στον όγκο του οργάνου και μείωση που εμφανίζεται κυρίως, στα κύτταρα του μετωπιαίου λοβού, στα βασικά γάγγλια, στο θάλαμο, στον υποθάλαμο κ.λ.π. Σαν συνέπεια της ατροφίας το βάρος του εγκέφαλου μικραίνει και φτάνει, μέχρι και 100gr. Αυτό οφείλεται, στην ελάττωση του δυνατού και των υ-

τοδιαλυτών εκχυλισματικών ουσιών. Αντίθετα, οι αιθεροδιαλυτές και λιποδιαλυτές ουσίες, όπως οι γλυκερινο-φωσφατίδες, αυξάνουν.

Τα αγγεία του εγκεφάλου, παρουσιάζουν κατά κανόνα, αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις, εμ συνέπεια την απραγωγή αιμορραγικών, ρθομβωτικών και μαλακυντικών εστιών.

Οι διάφορες αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, πιστεύεται ότι οφείλονται σε έλλειψη οξυγόνου και ανεπάρκεια διατροφής των κυττάρων, ποικίλλης αιτιολογίας.

7) Αλλαγές στο κυκλοφορικό σύστημα

Το κυκλοφορικό σύστημα, είναι εκείνο που εμφανίζει τις πιο χαρακτηριστικές μεταβολές με την ηλικία, τόσο ώστε η έκταση των αλλοιώσεων του γενικά, θεωρείται ότι καθορίζει και το βαθμό γηράσκων του ατόμου. Ένα κοινό ιατρικό γνωμικό, λέει: "Δείξε μου τις αρτηρίες σου, να σου πω την ηλικία σου".

Ακόμη χαρακτηριστικότερα, έχει υπολογιστεί, ότι αν οι θάνατοι από ασθευείς του κυκλοφορικού συστήματος εξαφανίζονταν, το προσδόκιμο επιβιώσεως θα ανέβαινε κατά 10 έτη σε κάθε ηλικία.

- Καρδιά

Ο ακτινολογικός όγκος της καρδιάς εμφανίζει προσθευτική μείωση, λόγω ελαττωμένων αναγκών, ελλείψεως ασκήσεως ή κακής διατροφής, ανάλογη με την γενικότερη ατροφία της μυικής μάζας του σώματος.

Αύξηση των καρδιακών διαμέτρων, είναι ένδειξη νόσου (συνήθως υπέρταση), αλλά η καρδιοθωρακική σχέση, σπάνια υπερβαίνει το 50%, παρόλο που οι πλευρές παίρνουν πιο κάθετη θέση, ώστε ο θώρακας να στενεύει. Η αορτή, εμφανίζει διάταση και η πορεία της είναι πιο ελικοειδής, το δε αορτικό τόξο, προβάλλει καθαρά ακόμα και σε άτομα με φυσιολογική πίεση.

Ινώσεις ή ασβεστιώσεις βαλβίδων μυοκαρδίου, περικαρδίου, αορτικού τόξου και των μεγάλων αργηριών του θώρακα και της κοιλίας, είναι συνηθισμένα ευρήματα σε φυσιολογικά άτομα μεγάλης ηλικίας. Κυρίως, έχει κλινική σημασία η ασβέστωση της αορτικής βαλβίδας, οι ασβεστώσεις στο μυοκάρδιο και στο περικάρδιο, που συνήθως είναι υπολείματα από παλιά εμφράγματα ή περικαρδιτιδες. Οι ιστολογικές αλλοιώσεις στη βάση τη αορτικής βλαβίδας, είναι πολύ πιο έντονες από εκείνες που παρουσιάζει η πνευμονική βαλβίδα, λόγω δε, ανωμαλιών στη σύγκλιση, εμφανίζονται φουσημάτα που υποδηλώνουν ρευματική βαλβιδοπάθεια. Το ίδιο περίπου, συμβαίνει και στην μητροειδή βαλβίδα σε σχέση με τα τριγλώχινα.

Η συστολική αρτηριακή πίεση, αυξάνει κάθε δεκαετία περίπου 5mmHg στους άντρες και 10mmHg στις γυναίκες, μέχρι την ηλικία των 70 ετών (σύνολο 5mmHg). Τα στοιχεία αυτά, αφορούν άτομα που ζουν με τον ευρωπαϊκό τρόπο ζωής, ενώ σε ορισμένες φυλές του Ειρηνικού, η πίεση δεν αλλάζει καθόλου με την ηλικία.

Παράλληλα με τις μεταβολές στο αρτηριακό σύστημα, εμγαλώνει η χωρητικότητα του φλεβικού συστήματος και ελαττώνεται η συσταλτικότητα των φλεβών. Συνέπεια αυτού, είναι ότι συχνά κατά την ορθοστασία, η φλεβική παροχή δεν επαρκεί, για να διατηρηθεί ο όγκος του παλμού. Έτσι, έχουμε το συνηθισμένο φαινόμενο της ορθοστατικής υπότασης, σε άτομα που στην οριζόντια θέση, έχουν φυσιολογική ή και υψηλή αρτηριακή πίεση. Η ελάττωση της πίεσης στην όρθια θέση, περισσότερο από 15/5 χιλ. Hg, είναι δυνατόν να προκαλέσει συμπτώματα από τον εγκέφαλο, αν η κυκλοφορία του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι επηρεασμένη, ειδικά το πρωί, οπότε ο όγκος του αίματος είναι μικρότερος.

Επιγραμματικά, λοιπόν, οι κυριώτερες αλλαγές στο καρδιο-λογικό σύστημα είναι:

- Στην καρδιά:

1. Μειώνεται η ικανότητα της συστολής της καρδιάς
2. Μειώνεται η διοχέτευση του αίματος στην περιφέρεια
3. Με τη μείωση της εφεδρείας της καρδιάς, παρουσιάζει περιορισμένη ικανότητα να ανταποκριθεί σε κατάσταση έντασης (stress)
4. Μάλλον αυξάνεται η εναπόθεση λίπους, γύρω από την καρδιά
5. Οι βαλβίδες της καρδιάς παχύνονται και χάνουν την ελαστικότητά τους λόγω της σκλήρυνσης και ίνωσης
6. Μειώνεται η ροή του αίματος, στα στεφανιαία αγγεία

- Στα αγγεία

1. παρουσιάζεται σταδιακά, χημική και αντασμική αλλαγή στις αρτηρίες, με την αύξηση της χοληστερίνης, άλλων λιπών και του ασβεστίου
2. Οι ελαστικές ίνες προοδευτικά, σκληραίνουν και καταστρέφονται
3. Παρατηρείται συνολική υπέρταση αορτής, αποτέλεσμα μείωσης της ελαστικότητας των αγγείων και αύξηση της αντίστασης στην ροή του αίματος.

8) Αλλαγές στο αναπνευστικό σύστημα

Το αναπνευστικό, είναι ειδικό σύστημα, στο οποίο μεταβολές που οφείλονται μόνο στην ηλικία, δεν έχουν καθοριστεί επακριβώς διότι οι πνεύμονες, υπόκεινται συνεχώς στην επίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων (τοξικών και λοιμωδών) που επιφέρουν ποικίλλα τραύματα ή φλεγμονές. Έτσι οι καθαρά ενδογενείς αλλοιώσεις, είναι σχεδόν αδύαντο να καθοριστούν.

Άλλο ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του αναπνευστικού συστήματος, είναι ότι ορισμένες λειτουργίες, διατηρούνται αναλλοίωτες με την ηλικία, άλλες επηρεάζονται μέτρια, τέλος δε, δεν υπάρχουν ειδικές λειτουργίες που υφίστανται σοβαρότερο περιορισμό. Σταθερά παραμένουν:

1. Η συχνότητα αναπνοών
2. Ο όγκος του αναπνεόμενου αέρα
3. το ΡΗ και
4. Οι μερικές πιέσεις αερίων (PO_2 και PCO_2) του αρτηριακού αίματος.

Για τη σταθερότητα των τιμών αυτών, συνεργάζονται διάφοροι μηχανισμοί, αλλά η καθ' αυτού ανταλλαγή αερίων προϋποθέτει την ύπαρξη επαρκούς πνευμονικής επιφάνειας. Ο πνεύμονας στην μεγάλη ηλικία, εμφανίζει, σημαντικές ανατομικοφυσιολογικές διαφορές από τον πνεύμονα του νέου ατόμου. Τα κυριότερα αίτια αυτών των διαφορών είναι:

- Μηχανικές αντιστάσεις

Ειδικότερα, παρατηρείται προσδευτική κύφωση, ελάττωση της ελαστικότητας του θώρακα, με βαθμιαία ασβέστωση των χόνδρων και περισσότερο εισπνευστική θέση του θωρακικού κύτους, σε περίοδο ηρεμίας. Και οι τρεις αυτές μεταβολές, μεγαλώνουν τον νεκρό χώρο των ανωτέρων αναπνευστικών οδών και ελαττώνουν την ενδοτικότητα του ολικού θωρακικού κύτους (πνεύμονας - θώρακας).

Για να επιτευχθεί, λοιπόν, εισαγωγή ορισμένου όγκου αέρα κατά την εισπνοή, το ηλικιωμένο άτομο, πρέπει να καταβάλλει μεγαλύτερη δύναμη, απ' ότι ένα άτομο νεαρής ηλικίας. Ταυτόχρονα, η δύναμη που μπορούν ν' αναπτύξουν οι αναπνευστικοί μύες ελαττώνεται σα μέρος της γενικότερης μυικής ατροφίας, της μεγάλης ηλικίας.

Διαταραχές τοπικής αιματώσεως και αερισμού

Αποτελέσματα αυτών των διαταραχών, είναι οι ανομοιογένειες στην οξυγόνωση του αίματος. Εμφανίζονται, δηλαδή περιοχές που διατηρούν καλή αιμάτωση, αλλά έχουν περιορισμένο αερισμό, από καταστροφή κυψελίδων ή απόφραξη βρογχολίων (από μικρολοιμώξεις) και παράλληλα, περιοχές με καλό αερισμό, αλλά περιορισμένη αιμάτωση, από απόφραξη μικρών κλάδων της πνευμονικής.

Έτσι, ο ίδιος, όγκος είναι λιγώτερο "αποτελεσματικός", η ανταλλαγή αερίων γίνεται ελαττωματικά και η κυψελιδοαρτηριακή διαφορά O_2 μεγαλώνει.

Γενικά, σε σύγκριση με νεαρά άτομα, η αιμάτωση στους άνω λοβούς, είναι αυξημένη ενώ παράλληλα, ο αερισμός των κάτω ζωνών των πνευμόνων, που στους νέους γίνεται πολύ έντονος με την εισπνοή, περιορίζεται σημαντικά, από την απόφραξη ή την παρουσία βρογχεκτασιακών περιοχών, στους μεγάλους βρογχικούς κλάδους.

Στο ιστολογικό επίπεδο, παρατηρείται ελάττωση του ύψους και του αριθμού των κροσσωτών επιθηλίων και του αριθμού των βλενοποαραγωγών αδένων των βρόγχων. Οι αλλοιώσεις αυτές, ελαττώνουν τη δυνατότητα "αυτοκαθαρισμού" του βρογχικού δέντρου, από τα εκκρίματα και τα κύτταρα στα οποία έχουν προσκολληθεί μικρόβια: έτσι, δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες, για την ανάπτυξη των λοιμώξεων.

Αποτέλεσμα των μεταβολών αυτών, είναι δύο βασικές διαταραχές της ανατομίας του πνεύμονα του ηλικιωμένου ατόμου:

- α. Ο περιορισμός της ολικής αναπνευστικής επιφάνειας
- β. Η εμφάνιση εμποδίων, στην ελεύθερη δίοδο του αέρα (αποφράξεις)
π.χ. βλέννα ή γρογχοσπασμός.

9) Αλλαγές στο πεπτικό σύστημα

α) Δόντια - στόμα

Συνήθως εμφανίζουν τερηδόνα και εναπόθεση μεγάλης ποσότητας οργανικών ουσιών. Τα αγγεία και τα νεύρα, ατροφούν, τα ούλα υπερτρέφονται, τα οστά των γνάθων ατροφούν και συχνά, παρουσιάζουν οστεοπόρωση. Στο στόμα, η πυκνότητα της πτυαλίνης μπορεί να είναι ελαττωμένη με αποτέλεσμα την μείωση της πέψης του αμύλου.

Πάντως, η πιο "φυσιολογική" μεταβολή της πέψης στο στόμα, είναι η ελάττωση της ποσότητας του σιέλου ή ξηροστομία. Το φαινόμενο, οφείλεται σε χρόνια αφυδάτωση, ειδικά νοσήματα, ή την λήψη φαρμάκων π.χ. αντικαταθλιπτικών, φαινοθειαξινών ή αντιχολινεργικών.

β) Φάρυγγας

Οι μύες του φάρυγγα γενικά ατροφούν και γι' αυτό το λόγο, παρατηρείται δυσχέρεια στην κατάποση των υπερηλίκων.

γ) Στόμαχος-έντερο

Στον στομάχο υπάρχει συχνά ελάττωση του υδροχλωρικού οξέος, ιδίως σε χρόνιες γαστρίτιδες. Η πεψίνη και τα παγκρεατικά ένζυμα για την πέψη των λευκωμάτων, αμύλου και λίπους, είναι μεν ελαττωμένα, αλλά φαίνονται ικανοποιητικά για τις ανάγκες του ηλικιωμένου.

Η κινητικότητα του εντέρου είναι η κυριώτερη από τις ποικίλλες εκκριτικές, απορροφητικές και άλλες λειτουργίες του εντέρου, που είναι σαφώς ελαττωμένη κατά το γήρας. Σ' αυτό συμβάλει η ελαττωμένη σωματική δραστηριότητα, η ελάττωση της αιμάτωσης του εντέρου, η πολτώδης τροφή που δεν περιέχει άπεπτες

ίνες και άλλα υπολλείματα και τέλος, η συχνή χρήση καθαρτικών τύπου φαινολοφθαλείνης, που διαγείρουν μεν αμέσως, του περισταλιτισμό, αλλά και προξενούν δευτερογενή μακροχρόνια ατονία.

Κατά συνέπεια, η μόνη διαταραχή του γαστρεντερικού με πρακτική σημασία στην ηλικία (όταν είναι μεγάλη), είναι η δυσκοιλιότητα, η οποία μπορεί ν' αντιμετωπιστεί νωρίς και σχετικά εύκολα, με αλλαγή στον τρόπο διαίτας και διαβίωσης.

δ) Ήπαρ

Ενώ είναι γνωστό ότι το φυσιολογικό βάρος του ήπατος, είναι μεταξύ 1.440 - 1.500 γρ., σőt γήρας, μικραίνει και φτάνει μέχρι και 1.000γρ., στο δε βαθύ γήρας, μικραίνει ακόμη πιο πολύ. Αυτή η μείωση του βάρους, οφείλεται σε καταστροφή των κυττάρων και αντικατάστασή τους, με ινώδη ιστό.

Διαπιστώθηκε, ότι στα βαθιά γεράματα, γίνεται στα ηπατικά κύτταρα μία εκφυλιστική επεξεργασία, που έχει σαν συνέπεια, την μείωση των λευκωματούχων ουσιών, την μείωση των αποθεμάτων γλυκογόνου και την αύξηση του λίπους.

Τέλος, η αναγεννητική ικανότητα του ήπατος μειώνεται με το γήρας και αυτό αποδεικνύεται με την μέτρηση των μιττωτικών κυττάρων.

ε) Χοληδόχος κύστη

Συνέπεια της απώλειας της ελαστικότητας του τόνου, η χοληδόχος, εμφανίζεται άτονη, διευρυσμένη και η ροή της χολής βραδεία και επομένως, αναπτύσσονται συχνά χολολιθοί.

στ) Πάγκρεας

Συνήθως, το φυσιολογικό βάρος του παγκρέατος είναι γύρω στα 88γρ. Στα γεράματα μενει περίπου το μισό. Τα νησίδια του LANGERHANS (ενδοκρινικό τμήμα), σκληρύνονται και ατροφούν.

α) Σπλήνας

Η γερωντική εκφύλιση του σπλήνα, αρχίζει πολύ πιο πριν από αυτή του ήπατος και του παγκρέατος και συνιστάται σε ατροφία του λεμφαδενικού συστήματος, αυτού του οργάνου.

10) Αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα

α) Νεφροί

Το φυσιολογικό βάρος των νεφρών, είναι στους μεν άνδρες 316γρ., στις δε γυναίκες 292 γρ. Στα γεράματα, το βάρος αυτό μειώνεται περίπου κατά 30%.

Η κάψα των νεφρών, είναι ελαφρά παχυμένη και συμφύεται με το νεφρικό παρέγχυμα. Το παρέγχυμα των νεφρών σκληρύνεται και συρρικνώνεται, πολλά δε από τα "εσπειράμενα" σωληνάρια, παθαίνουν υαλοειδή εκφύλιση και εξαφανίζονται τελείως. Τα αγγεία των νεφρών σκληρύνονται επίσης (όπως σε ολόκληρο τον οργανισμό), όμως η σκλήρωση των αγγείων των νεφρών εμφανίζεται συχνά σαν μερική ή περιορισμένη σ' αυτό το όργανο, από την προγεροντική ηλικία.

β) Ουρητήρες

Οι ουρητήρες, συχνά διευρύνονται και τα τοιχώματά τους υπερτρέφονται (αυτόματη απομάκρυνση ουρολίθων κ.λ.π.).

γ) Ουροδόχος κύστη

Αυτή παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη ινώδους ιστού, ατροφία των μυικών ινών και αύξηση του ελαστικού και του κολλαγόνου ιστού.

δ) Προστάτης

Ενώ κατά την προγεροντική ηλικία, ο προστάτης υπερτρέφεται, αντίθετα στο βαθύ γήρας, τροφοί σε όγκο και σε βάρος και

συνηθέστατα, σχηματίζονται μέσα στον προστάτη και λίθοι.

ε) Μήτρα

Αυτή, ελαττώνεται σε όγκο και φτάνει καμιά φορά το μέγεθος κάστανου, το δε βάρος της μπορεί να φτάσει μόνο τα 4γρ. Συχνά, βρίσκεται σε θέση πρόσθιας κάμψης, η μέσα επιφάνεια γίνεται λεία, ο μυϊκός χιτώνας ατροφεί, ουλελαστικές ίνες εξαφανίζονται και ο συνδετικός ιστός υπετρέφεται.

Τα αγγεία της μήτρας, παρουσιάζουν ατροφιοσκληρωτικές βλάβες, παχύνονται και παθαίνουν νεκρωτική εκφύλιση, ιδίως στον μέσο χιτώνα. Οι αδένες ατροφούν και όχι σπάνια, μεταβάλλονται σε κύστες, με κοκκία φωσφόρου και ασβεστίου.

11) Αλλαγές στο σύστημα αναπαραγωγής

(Σεξουαλικές μεταβολές)

Η κοινωνία μας, αντιμετωπίζει τη σεξουαλικότητα στην τρίτη ηλικία με προκαταλήψεις. Στα ζευγάρια που έχουν γεράσει πιστεύουμε ότι δεν υπάρχει σεξουαλική ζωή, νομίζουμε ότι οι γέροι άνθρωποι χάνουν το ενδιαφέρον τους και την ικανότητα και αρκούνται μ' ένα φιλί στο μάγουλο.

Αν κάποιος γέρος ενδιαφέρεται (σεξουαλικά) για κάποια νεώτερη γυναίκα τον θεωρούμε μη φυσιολογικό. Αποδεδειγμένο είναι όμως ότι οι γέροι άνθρωποι έχουν ενδιαφέρον και ικανότητα για SEX, αυτό που μπερδεύουμε εμείς είναι ότι δεν υπάρχει πια ικανότητα αναπαραγωγής.

Μια έρευνα από το 1953 (Insen Report) είχε σαν αποτέλεσμα, ότι το SEX μετά τα 30 γίνεται πιο σπάνια.

Νεώτερες έρευνες Duhe-Studie (George und Weilen) το 1980, αναφέρονται στη χρονική περίοδο 1968 μέχρι 1974 και ερευνά αν-

θρώπους μεταξύ 46 και 71 χρόνων. Αποτέλεσμα είναι ότι το σεξουαλικό ενδιαφέρον παραμένει σ' αυτήν την ηλικία και μάλιστα 15% δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον.

Από ιατρικής πλευράς μπορεί να επηρεάσουν διάφορες ασθένειες και φάρμακα αρνητικά στη σεξουαλικότητα, όπως επίσης και οι καταχρήσεις. Πολλοί γέροι φοβούνται στην σεξουαλική επαφή μετά από μια καρδιακή προσβολή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν υπάρχει κίνδυνος, αφού είναι αποδεδειγμένο ότι ο παλμός της καρδιάς αυξάνει περισσότερο ανεβαίνοντας σκάλες, παρά στην σεξουαλική επαφή.

Μέχρι τελευταία, εθεωρείτο ότι η σεξουαλικότητα της γυναίκας, ελαττώνεται αρκετά γρήγορα μετά την εμμηνόπαυση. Αυτό αποδινόταν τόσο στις διάφορες σωματικές μεταβολές, απότοκες της ελαττώσεως των οιστρογόνων, όσο και σε ψυχολογικές επιπτώσεις του κλιμακτηρίου, ειδικά στη γυναίκα του χωριού.

Στη γυναίκα των πόλεων όμως, η διατήρηση ικανοποιητικής σωματικής εμφανίσεως με τις σημερινές αισθητικές - ιατρικές δυνατότητες, όπως και η απαλλαγή από το δέος νέας εγκυμοσύνης, είναι παράγοντες που ικανοποιούν τον εγωισμό και την αυτοπεποίθησή της και συντηρούν μια κανονική σχετική σεξουαλικότητα, σε επίπεδα ανώτερα από εκείνα του χωριού.

Στη γυναίκα των πόλεων όμως, η διατήρηση ικανοποιητικής σωματικής εμφανίσεως με τις σημερινές αισθητικές - ιατρικές δυνατότητες, όπως και η απαλλαγή από το δέος νέας εγκυμοσύνης, είναι παράγοντες που ικανοποιούν τον εγωισμό και την αυτοπεποίθησή της και συντηρούν μία κανονική σχετικής σεξουαλικότητα σε επίπεδα ανώτερα από εκείνα του χωριού.

Στην προχωρημένη εμμηνόπαυση, η ατροφία του κολπικού βλεν-

νογόνου από έλελιψη οιστρογόνων, μπορεί να μετατρέπει τη συνουσία σε επώδυνη πράξη, πράγμα που επριορίζει τη διάθεση της γυναίκας. Αυτοί οι λόγοι, καθώς και η σπανιότητα "συνομιλητή" άνδρα, είναι τα αίτια της μεγαλύτερης ελαττώσης της σεξουαλικής δραστηριότητας στο γυναικείο φύλο.

Ο άνδρας πάλι, δεν έχει κλιμακτηριακές μεταβολές, ανάλογες μ' αυτές που παρουσιάζονται στη γυναίκα. Βέβαια, παρατηρείται μια προοδευτική ελάττωση στην συχνότητα επαφών και του γενικότερου σεξουαλικού ενδιαφέροντος με την ηλικία, σχετικά όμως, είναι μικρότερη απ' ότι στην γυναίκα και λιγότερη στους έγγαμους απ' ότι στους χήρους, διαζευγμένους ή ανύπαρκτους.

Επίσης είναι μικρότερη η ελάττωση, σε άτομα με μεγαλύτερες αναπνευστικές εφεδρείες και διάμετρο θώρακα. Γενικά, άνδρες πάνω από τα 60 αναφέρουν σεξουαλικές επαφές περίπου μία φορά την εβδομάδα, αλλά οι δυνατότητες πραγμάτωσης, είναι σαφώς μεγαλύτερες και εξαρτώνονται από την κατάλληλη διέγερση.

Τέλος, η συχνότητα των σεξουαλικών επαφών, στις ηλικίες ανάμεσα στα 40-79, έχει άμεση συχέτιση, με το επίπεδο δραστηριότητας στην ηλικία των 20-39 χρόνων.

πάντως, τόσο η γυναίκα όσο και ο άντρας των 50-80 ετών, μπορούν να συνεχίζουν σχετικά ομαλή σεξουαλική συμπεριφορά, εφ' όσον διατηρούν ορισμένες σωματικές και ψυχολογικές προϋποθέσεις υγείας.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Ο τρόπος με τον οποίο, βλέπουν οι υπερήλικες τους εαυτούς τους, να παροσαρμόζονται στις φυσικές κοινωνικές και περιβαλλοντολογικές μεταβολές, ποικίλλει σημαντικά από άτομο σε άτομο.

Ακόμα, διαφέρουν οι θέσεις του κάθε υπερήλικα, απέναντι στα προβλήματα του γήρατος, καθώς και οι μηχανισμοί λύσης τους. Την αυτο-αντίληψη και αυτο-εκτίμηση των υπερηλίκων, επηρεάζουν, ο βαθμός της φυσικής και διανοητικής κατάπτωσης, η απώλεια υποστήριξης των σημαντικών γι' αυτούς προσώπων και τέλος, η οικονομική τους κατάσταση.

1) ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΡΟΛΩΝ

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

2) ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΆΛΛΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

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

3) ΑΠΩΛΕΙΕΣ

Το ηλικιωμένο άτομο, είναι υποχρεωμένο να αντιμετωπίσει, μία σειρά από απώλειες. Αυτές περιλαμβάνουν φυσικές, ψυχολογικές, οικονομικές και κοινωνικές απώλειες. Πιθανά, η περισσότερο αβάσταχτη απώλεια, είναι η απώλεια των ανθρώπων του περιβάλλοντός του (συνήθως του/της συζύγου).

Για τους ηλικιωμένους, ακόμα και ο αποχωρισμός από τα παιδιά, είναι σημαντική απώλεια προσώπων. Αυτό συχνά, συμβάλλει σε μία αλλαγή των θέσεων και των συγκινησιακών αποκρίσεων.



4) ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΙΣ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ

Η αύξηση του χρόνου αντίδρασης κάνει δύσκολες τις αλληλεπιδράσεις με τα μέλη της οικογένειας. Τα μικρά παιδιά μπορούν να ζωντανεύουν τους ηλικιωμένους αλλά ταυτόχρονα τους εξαντλούν.

5) ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ

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

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

γ) Ο ρυθμός εγκληματικότητας στις περιοχές όπου ο υπερήλικας εξαιτίας της οικονομικής του αποστέρησης, υποχρεώνεται να μετοικήσει, είναι ένας ακόμα παράγοντας που περιορίζει τις μετακινήσεις του. Κι αυτό γιατί οι υπερήλικες είναι στόχοι συχνά εγκλημάτων, ειδικά αν ζουν μόνοι και είναι φυσικά ανίκανοι να προστατευτούν.

6) Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

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

Στον υπερήλικα παραμένει επίσης σταθερή και η συγκινησιακή ικανότητα. Το πέρασμα της ηλικίας κατά κανένα τρόπο δεν ελαττώνει την

ικανότητα να αισθάνεται το άτομο λύπη ή χαρά, ευχαρίστηση ή πόνο, αγάπη ή αποστροφή.

8) ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

α) Η μνήμη πρόσφατων γεγονότων μειώνεται, ενώ παραμένει καθαρή η μνήμη των μακρινών γεγονότων.

β) Η μάθηση νέας γνώσης είναι συνατή, κυρίως όταν αφορά πράγματα που έχουν σημασία γι' αυτούς ή υπάρχει το κίνητρο της επιτυχίας. Οι βραχυπρόθεσμοι σκοποί επί μάθηση, γενικά, πετυχαίνονται πιο εύκολα, πράγμα που πρέπει να έχουμε υπόψη μας όταν δίνουμε φροντίδα στον υπερήλικα.

γ) Η ανάγκη για αυτοέκφραση, μέσω της οποίας ο υπερήλικας μπορεί να κάνει σκόπιμη και πολύτιμη συνεισφορά στην κοινωνία, παραμένει.

δ) Όπως και με την προσωπικότητα, η νοημοσύνη του υπερήλικα διατηρείται σταθερή.

ΕΠΙΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΥΓΙΟΥΣ ΥΠΕΡΒΑΙΚΑ

1) Μειωμένη διακίνηση οξυγόνου (μειωμένη αναπνευστική και καρδιαγγειακή απόδοση, ίσως αναιμία).

2) Θρεπτικό ανισοζύγιο (μειωμένη πρόσληψη, δυσκολίες στην μάσηση, μειωμένη όρεξη).

3) Μεταβολικό ανισοζύγιο-παχυσαρκία (μειωμένη λειτουργία ενδοκρινών αδένων, μειωμένος μεταβολισμός, μειωμένη δραστηριότητα) ή καχεξία.

4) Υδατοηλεκτρολυτικά και οξεοβασικά ανισοζύγια (μειωμένη πρόσληψη υγρών, μείωση της απόδοσης της αναπνευστικής και της νεφρικής λειτουργίας, διάρροια).

5) Μείωση άνεσης (ελλιπής ύπνος, ταχυκαρδία, συγκινησιακό στρες).

6) Μείωση δραστηριοτήτων (μειωμένη μυική δύναμη και μυικός τόνος, μειωμένο επίπεδο ενέργειας).

7) Προβλήματα απέκκρισης (δυσκοιλιότητα, ατελής κένωση ουροδόχου κύστεως, απώλειες).

8) Μείωση ασφάλειας (μειωμένη αίσθηση, πλημμελής όραση ή ακοή, κακή μυοσκελετική λειτουργία, μείωση συντονισμού, εξαφάνιση λιπώσους ιστού στις οστεϊνες προεξοχές, ξηρότητα δέρματος).

9) Αλλαγές στην αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση (δευτεροπαθείς προς τις φυσικές και ψυχοκοινωνικές απώλειες).

10) Αγωνία εξαιτίας του φόβου απώλειας, εισαγωγής στο νοσοκομείο, έλλειψη ασφάλειας ή αποχωρισμού από τα αγαπημένα πρόσωπα.

11) Αλλαγές στα κοινωνικά πρότυπα, δευτεροπαθείς προς την απώλεια σημαντικών ανθρώπων του περιβάλλοντός του, την οικονομική ανασφάλεια, την απομόνωση.

Α) ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΥΓΙΟΥΣ ΥΠΕΡΒΑΙΚΑ

1) ΑΜΕΣΟΙ

α. Πρόληψη ή και διόρθωση ανισοζυγίων.

- β. Αύξηση φυσικής και ψυχικής άνεσης.
- γ. Αύξηση δραστηριότητας και μεγιστοποίηση κινητικότητας.
- δ. Βελτίωση κατάστασης θρέψης, με διατήρηση του βάρους μέσα στα φυσιολογικά όρια.

2) ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΟΙ

- α. Διατήρηση άριστης λειτουργίας του υπερήλικα, ώστε να μπορεί να εκτελεί τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής.
- β. Αναγνώριση διανοητικών προβλημάτων που μπορεί να διαταράξουν την κατάσταση υγείας και επιλογή παρεμβάσεων για μείωση της συνεχούς απειλής τους.

Β) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ

1) Θρέψη

- α. Καλή φροντίδα δοντιών, ούλων και η χρησιμοποίηση καλά εφαρμοσμένων οδοντοστοιχιών
- β. Αν είναι αδύνατο να εφαρμοστούν οδοντοστοιχίες, ετοιμασία μίγματος τροφής στο μίξερ
- γ. Χρησιμοποίηση γυαλιών την ώρα του φαγητού για να βλέπει καλύτερα και να απολαμβάνει το φαγητό του
- δ. Προγραμματισμός των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, ώστε να γίνεται μια μικρή ανάπαυση πριν από τα γεύματα για τη διατήρηση των φυσικών δυνάμεων για το φαγητό.
- ε. Όταν το αίσθημα μοναξιάς επηρεάζει την όρεξη του αρρώστου, παραμονή μαζί του και συζήτηση. Μειώνει την κατάθλιψη και βελτιώνει τη διάθεση για φαγητό.
- στ. Επικέντρωση της διδασκαλίας στην παροχή βοήθειας στον υπερήλικα, να σχεδιάσει το καθημερινό του μενού που θα πρέπει να είναι θρεπτικό, διεγερτικό της όρεξης και μέσα στις οικονομικές του δραστηριότητες.

- ζ. Ενθάρρυνση να παίρνει μικρά και συχνά γεύματα και ένα μικρό γεύμα πριν από τον ύπνο.
- η. Φαγητό που παρασκευάζεται από άλλους, μπορεί επίσης να βελτιώσει τη θρέψη του υπερήλικα. Διεύρυνση δυνατοτήτων για εξασφάλισή του, ιδιαίτερα αν η μαγειρική ετοιμασία είναι πρόβλημα για τον υπερήλικα.

2) Αισθητικότητα και αντίληψη

- α. Όταν συμβαίνουν μεταβολές στην ακοή, χρειάζεται αργή ομιλία προστά στον άρρωστο και ενθάρρυνσή του να χρησιμοποιεί βοηθητικά μέσα για βελτίωση της ακοής του.
- β. Για τις αλλαγές στην όραση, χρησιμοποίηση μεγάλων τυπογραφημένων γραμμμάτων, συχνή εξέταση ματιών και ενθάρρυνση χρήσης γυαλιών.
- γ. Λήψη μέτρων για εξασφάλιση άνετου ύπνου, αποθάρρυνση λήψης καφέ ή άλλων διεγερτικών πριν από τον ύπνο. Το ζεστό γάλα, πριν πάει για ύπνο μπορεί να αποδειχθεί κατευναστικό και να βοηθήσει στην προαγωγή του ύπνου.
- δ. Εξασφάλιση χαλαρής, ήρεμης ατμόσφαιρας για μείωση της αισθητικής υπερφόρτωσης και δυνατότητας εμφάνισης σύγχυσης ή και αγωνίας.
- ε. Προστασία από την εφαρμογή θερμών επιθεμάτων, εξέταση του δέρματος για αλύσεις που μπορεί να περάσουν απαρατήρητες εξαιτίας της μειωμένης αίσθησης του πόνου.
- στ. Διδασκαλία των κινδύνων του καπνίσματος ειδικά στο κρεβάτι.

3) Ασφάλεια

- α. Αλλαγή των συνηθειών οδήγησης, αν υπάρχουν ακουστικές και οπτικές μεταβολές. Αν η οδήγηση δημιουργεί στρες στον υπερήλικα, ενδείκνυται αποφυγή ή διακοπή της.
- β. Παροχή επαρκούς χρόνου στον υπερήλικα για εκτέλεση των δραστηριοτήτων του ευαισθησία και λεπτότητα για τη μειωμένη ταχύτητα αντί-

δρασης. Μεγάλης σημασίας είναι, η συνεχής υποστήριξη του υπερήλικα τόσο από τη Νοσηλεύτρια όσο και από την οικογένεια του.

- γ. Επαρκής προετοιμασία του υπερήλικα για αντιμετώπιση νέων καταστάσεων, όπως διαγνωστικές εξετάσεις, εισαγωγής στο νοσοκομείο κ.λ.π. ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες πρόκλησης σύγχυσης.
- δ. Ενθάρρυνση για απομάκρυνση από το περιβάλλον του αρρώστου μικρών χαλιών για αποφυγή πτώσεων.
- ε. Φροντίδα για αποφυγή πτώσεων στο μπάνιο, προσθήκη ειδικών στηριγμάτων στην μπανιέρα.
- στ. Αποφυγή βάρδισης στον πάγο. Προσθήκη ειδικών καρφιών στις μπότες για αποφυγή πτώσεων. Χρησιμοποίηση μποτών με σταθερές λαστιχένιες σόλες, το χειμώνα.
- ζ. Φροντίδα για αποφυγή αυτόματων καταγμάτων.
- η. Στήριγμα στο χωλ και στους διαδρόμους κάνοντας ικανούς τους υπερήλικες να περπατούν με ασφάλεια.
- θ. Διδασκαλία σωστών τεχνικών μετακίνησης, ασκήσεων πλήρους τροχιάς και τοποθέτησης του σώματος για αύξηση της κινητικότητας και διατήρηση ασφάλειας.
- ι. Χρησιμοποίηση κάθε μέσου (γυμναστικών καρεκλών, προσθετικών μηχανημάτων) για βοήθεια στην ανεξάρτητη βάρδιση.

4) Δραστηριότητα

α) Ενθάρρυνση του υπερήλικα να σχεδιάζει τις καθημερινές δραστηριότητες του, σύμφωνα με την ανοχή του. Έμφαση στις καθημερινές ασκήσεις, για αύξηση του μυϊκού τόνου και βελτίωση της καρδιακής και αναπνευστικής κατάστασης. Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε σπορ, ανάλογα πάντα με την αντοχή του.

β) Αν η κίνηση των αρθρώσεων, είναι μειωμένη, χρειάζεται διδασκαλία νέων δεξιοτήτων, για αύξηση της δραστηριότητας.

γ) Εξασφάλιση περιόδων ανάπαυσης για την αποφυγή της κόπωσης.

Άνθρωποι που γερνούσαν ακόμα και πρόωρα μπόρεσαν να ανανεωθούν και να μεταμορφωθούν μέσα σε λίγους μήνες χάρη σε σωματικές και ψυχικές ασκήσεις. Ξαναβρήκαν δηλαδή όπως λέγεται, τη "φυσική κατάστασή" τους. Το βασικό είναι να μην επιτρέψουμε το σώμα μας να μας γίνει βάρος και να εξασφαλίσουμε μια τέλεια αρμονία ανάμεσα στο σώμα και στο νου.

Πρέπει λοιπόν να εφαρμόζονται τα εξής:

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ. Είναι πολύ χρήσιμη για διάφορους λόγους και απαραίτητη:

- για να αποφεύγεται η φθορά των μυών (ανατάσεις, επικύψεις, στροφές του κορμού, κάθισμα βαθύ, άρση ελαφρών βαρών κ.λ.π.).
- για να διατηρείται όσο περισσότερη ελαστικότητα μπορεί στις αρθρώσεις αποφεύγοντας τις σκληρύνσεις και τις αγκυλώσεις που χαρακτηρίζουν τα γηρατειά (ασκήσεις με τέντωμα χεριών, ποδιών κ.λ.π.).
- για να διατηρείται η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας των πνευμόνων και του θώρακα (αναπνευστικές κινήσεις).
- για να εξουδετερώνονται οι επιπτώσεις της αδράνειας και της καθιστικής ζωής, αποφεύγοντας έτσι τη συσσώρευση ουσιών στα τοιχώματα των αρτηριών στα νεφρά και στην ουρήθρα (απλές γυμναστικές ασκήσεις που υπαγορεύονται από τις καθημερινές ασχολίες).

ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ. Πρόκειται για τη θεραπεία που βασίζεται σε μασάζ και ιατρική γυμναστική. Μόνο ένας ειδικός θα ξέρει να προτείνει τις ιδανικότερες θεραπείες που χρειάζονται είτε ατομικά είτε και ομαδικά.

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



η μονοτονία στους ηλικιωμένους είναι ακόμα πιο ενοχλητική.

5) Απέκκριση

α) Βασικής σημασίας, είναι η πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών, για φυσιολογικό μεταβολισμό και απέκκριση. Ένα ποτήρι γεμάτο με νερό, πρέπει πάντα να υπάρχει κοντά στον υπερήλικα. Πρέπει να χορηγείται πολύ νερό με τα φάρμακα και να ενθαρρύνεται η πρόσληψη νερού, ανάμεσα στα γεύματα.

β) Ισοζυγισμένη διαίτα με φρέσκα λαχανικά και φρούτα ψιλοκομμένα, για την καλή λειτουργία του εντέρου. Μπορεί να είναι απαραίτητη, η καθημερινή λήψη μαλακτικό των κοπράνων. Αποφυγή προσπάθειας κατά την αφόδευση.

γ) Αποθάρρυνση του υπερήλικα να παίρνει μεγάλες ποσότητες υγρών πριν τον ύπνο, για την αποφυγή της νυχτερινής ούρησης.

6) Φροντίδα δέρματος

α) Το καθημερινό μπάνιο, αντεκλείνεται για τους υπερήλικες, γιατί μειώνει το ήδη λιγοστό φυσικό λάδι του δέρματος. Καθημερινό καθάρισμα, χρειάζονται τα χέρια, το πρόσωπο και η περινεϊκή χώρα. Το πλήρες μπάνιο, γίνεται μία ή δύο φορές την εβδομάδα.

β) Συχνή επάλειψη του δέρματος, με μη αλκοολούχες λοσιόν, για την πρόληψη της ξηρότητας και προαγωγή της κυκλοφορίας.

γ) Χρησιμοποίηση περούκας, για αντιστάθμισμα της υπερβολικής τριχόπτωσης και για βελτίωση της γενικής εμφάνισης του υπερήλικα.

δ) Όταν εφαρμόζονται γάζες, για την κάλυψη τραύματος, να χρησιμοποιείται αντί για λευκοπλάστη, ελαστική επίδεση, για να αποφεύγεται ο ερεθισμός του δέρματος.

ε) Εφαρμογή προστατευτικών αλοιφών στο περίνεο των υπερηλίκων που παρουσιάζουν απώλειες, μετά το πλύσιμο, για προστασία από ερεθισμό.

στ) Συχνές μετακινήσεις του υπερήλικα, που είναι στο κρεβάτι. Χρησιμοποίηση μέσων για τη μείωση της πίεσης στις προεξοχές του σώματος, όπως αερόστρωμα ή αφρολέξ.

ζ) Ενθάρρυνση κάθε προσπάθειας του αρρώστου, για βελτίωση ή και διατήρηση της προσωπικής του εμφάνισης. Η φροντίδα των μαλλιών, το ενδιαφέρον για το ντύσιμο κ.λ.π. πρέπει να υποστηρίζονται από την Νοσηλεύτρια.

7) Περιβάλλον

α. Χρώμα

1) Για μείωση των αποτελεσμάτων του φυσιολογικού γήρατος, είναι επιτακτική ανάγκη να φτιάχεται το περιβάλλον με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζει τον μέγιστο βαθμό αισθητικής διέγερσης. Τα άτονα χρώματα, συμβάλλουν στον διανοητικό αποπροσανατολισμό. Το θαλασσί χρώμα, ηρεμεί και ξεκουράζει.

2) Για τον υπερήλικα, που έχει ήδη την τάση να απομονώνεται και να είναι παθητικός ή καταθλιπτικός, οι κόκκινοι και οι πορτοκαλί τόνοι (θερμοί - ενεργητικοί), σαν βάση ντεκόρ, είναι οι καταλληλότεροι (ακόμη και από τους θαλασσί, που είναι ψυχροί).

3) Έχει παρατηρηθεί, ότι η ικανότητα των ατόμων οποιασδήποτε ηλικίας να προσαρμόζονται σε νέες καταστάσεις, μειώνεται όσα λιγότερα γνωρίζουν για τις καταστάσεις αυτές. Επομένως, είναι απαραίτητη η επαρκής προετοιμασία του υπερήλικα, για κάθε μετακίνησή του σε καινούριο περιβάλλον.

4) Αποφυγή χρησιμοποίησης σκούρων, ουδέτερων και πράσινων ή μπλε χρωμάτων, αφού οι μεταβολές στο φακό και την αντίληψη του φωτός, κάνει τον υπερήλικα να αντιλαμβάνεται λιγότερο αυτά τα χρώματα.

β. Φωτισμός

1) Ο φωτισμός, είναι αναπόσπαστο μέρος του περιβάλλοντος. Επίσης, μπορεί να επηρεάσει τη ψυχική διάθεση, τον προσανατολισμό και την λειτουργική ικανότητα του υπερήλικα. Χώροι, όπου γίνεται διάβασμα, ή λεπτή εργασία πρέπει να φωτίζονται καλά, για να μεγιστοποιείται η οπτική ικανότητα των υπερηλίκων.

2) Ο ήπιος φωτισμός, προάγει τη χαλάρωση και τις διεργασίες κοινωνικότητας. Ο έντονος φωτισμός σε διαδρόμους, χώρους παιχνιδιών ή φυσιοθεραπείας, αυξάνει το φυσικό δυναμικό του υπερήλικα.

3) Διατήρηση του φωτισμού των διαδρόμων, στα τμήματα όπου νοσηλεύονται υπερήλικες και κατά την διάρκεια της νύχτας.

4) Για τον προσανατολισμό του στο περιβάλλον του, πρέπει να διατηρούνται ορατά σ' αυτόν, οδηγία οροθέσια, με τα οποία είναι εξοικειωμένος.

5) Διαφορές στα χρώματα των διαδρόμων ή φωτεινά χρωματισμένες πόρτες, αποτελούν άλλους τρόπους ενεργοποίησης της μνήμης του υπερήλικα.

6) Οι τυφλοί υπερήλικες, χρειάζονται ειδικά εξοπλισμένο περιβάλλον, για τη μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας τους. Τα νούμερα των δωματίων, πρέπει να είναι από προεξέχον υφασμάτινο υλικό και να είναι τοποθετημένα στην πόρτα. Επίσης, τα χερούλια από πόρτες, που οδηγούν σε σκάλες ή εξόδους, να είναι καλυμμένα από οζώδες υλικό, σαν μια προειδοποίηση, για το τί υπάρχει πέρα από αυτές.

7) Η απομάκρυνση από τους χώρους μετακίνησης των τυφλών ή εκκείνων με μειωμένη όραση, όλων των εμποδίων και ο προσεκτικός και λεπτομερής προσανατολισμός τους στο γύρω περιβάλλον, είναι απαραίτητα για την εξασφάλιση της φυσικής τους ασφάλειας.

γ. Ο χώρος τους

1) Ο χώρος που μπορούν να ονομάσουν δικό τους οι υπερήλικες και μέσα στον οποίο λειτουργούν ένα μεγάλο μέρος της μέρας τους, είναι πολύ μικρός όταν μετακινούνται σε ένα μικρό διαμέρισμα ή μένουν σε ειδικές πανσιόν ή σε οίκους ευγηρίας ή σε νοσοκομεία ημέρας.

2) Όμως, ο μικρός αυτό χώρος, συχνά σημαίνει μείωση των υ-διοκτησιακών δικαιωμάτων του υπερήλικα. Για τη διατήρηση της ταυ-τότητάς του, την ελάττωση του αισθήματος της μοναξιάς και για βο-ήθεια στον προσανατολισμό του, θα ήταν καλό να μεταφέρονται στον χώρο που ζει, τα δικά του αντικείμενα, όπως ρολόγια ή οικογενεια-κές φωτογραφίες.

3) Ο σεβασμός στον τρόπο της ζωής του, όπως συνήθειες ύπνου και φαγητού, βοηθούν στη διατήρηση της αυτοεκτίμησης και στον προ-σωπικό έλεγχο, πάνω στη διεργασία του γήρατος.

4) Η Νοσηλεύτρια, πρέπει να αναγνωρίσει τα σημαντικά για τον άρρωστο, πρόσωπα του περιβάλλοντός του και να βοηθήσει στην ανά-πτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων του αρρώστου με τα μέλη της οικογένειάς του.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

α) Η υποστήριξη των μελών της οικογενείας, είναι μεγάλης ση-μασίας κατά τη διάρκεια του γήρατος.

β) Τα μέλη της οικογένειας, παραμένουν τα σημαντικότερα πρό-σωπα στη ζωή του υπερήλικα αρρώστου, όταν καταστρώνονται σχέδια φροντίδας. Όταν είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο, μία συνέντευξη με τα μέλη της οικογένειας πριν από την εισαγωγή, απο-τελεί μία βάση επικοινωνίας και κάνει την παραμονή στο νοσοκομείο, λιγότερο τραυματική.

γ) Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, πρέπει να αποσκοπούν στη μείωση της κατάθλιψης. Οι θεραπευτικές ομάδες, πρέπει να βοηθούν στη μείωση της, και να αυξάνουν την επιθυμία του αρρώστου, να καταβάλλει τις τεράστιες προσπάθειες που απαιτούνται, για την ανάρρωση από εξαντλητική νόσο.

δ) Ο έλεγχος ενός ατόμου, πάνω στο περιβάλλον του και τη συμμετοχή του στο να παίρνει αποφάσεις, είναι κρίσιμα, για την αυτο-αντίληψη και την αυτοεκτίμησή του. Επομένως, είναι απαραίτητο, όσοι δίνουν στον υπερήλικα, να του επιτρέπουν να συμμετέχει στην λήψη αποφάσεων, που αφορούν την φροντίδα του, ώστε να μην διαταραχτεί ο τρόπος της ζωής του.

ε) Οι ανάγκες μάθησης του υπερήλικα, πρέπει να ικανοποιούνται μέσω των μαζικών μέσων, που είναι ανάγκη να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στους προβληματισμούς και τα ενδιαφέροντά τους. Ακόμη, αυτό μπορεί να το πετύχει με ανοικτά προγράμματα εκπαίδευσης και με σεμινάρια.

στ) Επίσης, πρέπει να παρέχεται στους υπερήλικες οικονομική υποστήριξη, πάνω σε ατομική βάση. Όταν είναι απαραίτητο, να ζητείται η βοήθεια της κοινωνικής λειτουργού.

ζ) Η συγκινησιακή σταθερότητα, στηρίζεται συχνά, πάνω στα βιώματα της ζωής και τους τρόπους επιτυχούς διαπραγμάτευσης. Κατά την διάρκεια κρίσης, το άτομο μπορεί να καταφύγει σε πρότυπα διαπραγμάτευσης που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν.

η) Οι υπερήλικες, συχνά απολαμβάνουν την συζήτηση για το παρελθόν. Υποστηρικτική ακρόαση και ένδειξη ενδιαφέροντος από την Νοσηλεύτρια, δίνει στον άρρωστο, το αίσθημα του "ανήκειν".

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε, ότι η Νοσηλεύτρια, θα πρέπει να κάνει σωστή αξιολόγηση, της κατάστασης του υπερή-

λικά, με κύριους σκοπούς

1. Την σωστή προσαρμογή του, στις φυσιολογικές και στις ψυχο-κοινωνικές μεταβολές που συνοδεύουν το γήρας, και
2. Την μεγιστοποίηση όλου του δυναμικού του υπερήλικα, για βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Μ Ε Ρ Ο Σ Β'

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Ι Ι Ι

Ο ΑΡΡΩΣΤΟΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ

1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Την τελευταία περίπου δεκαετία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, αποτελούν τα 2/3 όλων των αιτιών θανάτων, για άτομα 65 ετών και πάνω (Δοντάς 1981). Ο προσδιορισμός της αιτιολογίας είναι δύσκολος, γιατί γι' αυτά τα νοσήματα επικρατεί, πολλαπλή παθολογία. Η ενηλικίωση, αναφέρεται στους αιτιολογικούς παράγοντες αυτής της κατηγορίας των νοσημάτων, εφόσον όσο μεγαλώνει το άτομο, αυξάνεται το μέγεθος της καρδιάς, διαφοροποιούνται οι βαλβίδες και το ενδοθύλιο των αγγείων.

Τα σοβαρότερα προβλήματα, παρουσιάζονται γενικά σε άτομα, που εμφανίζουν υπέρταση και ανθροσκληρωτικές βλάβες. Οι βαλβίδες παθήσεις, διαφέρουν αρκετά από τις παθήσεις που συναντούμε σε νεώτερα άτομα. Συγγενείς παθήσεις, είναι σπάνιες για να μην πούμε απόλυτα, ότι δεν υπάρχουν. Καρδιοπάθειες μετά από πνευμονοπάθειες, παρατηρούνται κυρίως σαν επιπλοκές, μετά από βρογχίτιδες ή πνευμονικό εμφύσημα. Οι ενδοκαρδίτιδες, είναι μάλλον σπάνιες, αλλά πολλές φορές, παρουσιάζονται εκεί που δεν τις περιμένουμε.

Κολποκοιλιακός αποκλεισμός, δεν είναι ασυνήθιστος ενώ μαρμαρυγή ή ο πτερυγισμός των κόλπων, είναι συνηθισμένα. Ακόμα, εμφανίζονται συχνά, εμφράγματα των στεφανιαίων, διαφόρων βαθμών και βαρύτητας, ενώ παθήσεις των φλεβών, όπως οι θρομβοφλεβίτιδες

είναι επίσης χυχνές. Κιρσώδη ανευρύσματα όπως και άτονα έλκη των κνημών, είναι παθήσεις που εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα, στις τελευταίες ηλικίες.

Έτσι λοιπόν, η καρδιολογία της γεροντικής ηλικίας είναι ουσιαστικό κεφάλαιο και απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή αφού η μεγαλύτερη δυσκολία, δεν είναι να ανευρούμε παθολογικά σημεία, αλλά κυρίως να εκτιμήσουμε την αξία τους.

Ο παρακάτω πίνακας, παρουσιάζει τις θανατηφόρες καρδιαγγειακές παθήσεις, που βρέθηκαν σε μία νεκροτομική σειρά ηλικιωμένων.

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΗΛΙΚΙΕΣ					ΣΥΝΟΛΟ
	άνω των 85	80-84	75-79	70-74	65-69	
Εκφύλιση μυοκαρδίου	4	19	75	82	113	293
Αθυροσκλήρωση	12	36	37	48	15	148
Θρόμβωση στεφανιαίας	4	4	19	26	32	85
Στένωση μιτροειδούς	2	1	1	6	9	19
Ρήξη ανευρύματος	0	2	3	7	5	17
Αορτίτις	0	0	1	9	5	15
Διαχωριστικό ανεύρυσμα	1	0	3	3	2	9
Αορτική στένωση	0	0	0	2	6	8
Λοιμώδεις ενδοκαρδίτις	0	0	0	1	4	5
Μεσεντερική εμβολή	1	0	2	2	0	5
Γάγγραινα	1	0	0	3	1	5
Αορτική ανεπάρκεια	0	0	2	0	1	3
Ρήξη οριστ. κοιλίας	0	0	0	1	1	2
Ρήξη δεξιάς κοιλίας	0	0	1	0	0	1
	26	62	145	180	195	618

ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

1. Προαγωγή στις μειωμένης καρδιακής λειτουργίας
2. Διόρθωση ανισοζυγιών
3. Προαγωγή της άνεσης (όχι πόνο - δύσπνοια)
4. Αύξηση της ικανότητας για διαπραγμάτωση με το στρες
5. Κατανόηση της φύσης της νόσου και του θεραπευτικού σχήματος, από τον άρρωστο και την οικογένειά του
6. Μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων για συνέχιση φροντίδας, έξω από τις νοσηλευτικές μονάδες.

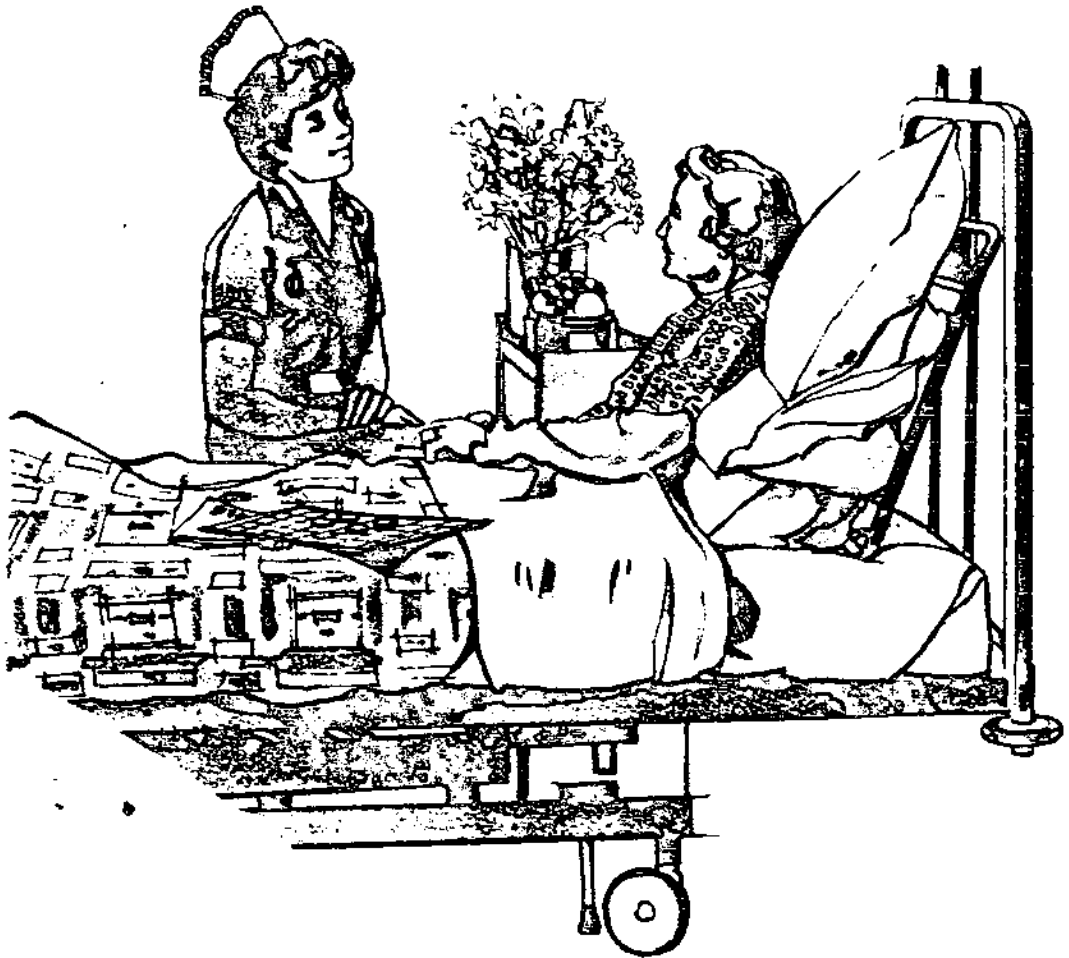
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Για να επιτευχθούν οι νοσηλευτικοί σκοποί, πρέπει η νοσηλεύτρια να παρέμβει με:

1) Τον σχεδιασμό προγραμμάτων δραστηριότητας, σύμφωνα με την κατάσταση της καρδιάς, την όλη ενεργειακή παρακαταθήκη και την ανοχή του αρρώστου.

2) Προσεκτική και λεπτομερής συζήτηση με τον άρρωστο και την οικογένειά του, για τα φάρμακα και τη χρησιμοποίησή τους. Συνεχής αξιολόγηση της συμμόρφωσης του αρρώστου με το φαρμακευτικό σχήμα, ειδικά αν ο άρρωστος ζει μόνος. Η μακροχρόνια χρησιμοποίηση φαρμάκων, μπορεί να γίνει αιτία προβλημάτων, όπως η κατάχρησή τους (Π.χ. λήψη πολλών δόσεων δακτυλίτιδας μαζί, επειδή ξέχασε να την πάρει για δύο μέρες) ή να τα σταματήσει, επειδή αισθάνεται καλύτερα.

3) Τονισμό στον άρρωστο, της ανάγκης λήψης επαρκούς ποσότητας υγρών για να απεκκριθούν επαρκώς τα φάρμακα, να προληφθεί η αφυδάτωση (που προκαλείται από τα διουρητικά) και να βοηθηθεί η εκκένωση του εντέρου. Περιορισμός των υγρών, όταν υπάρχει ο κίνδυνος της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.



Εικ. 9. Η ζεστή, εγκάρδια και γεμάτη ενδιαφέρον επαφή με τον άρρωστο υπερήλικα αποτελούν την πιο θετική βοήθεια σ' αυτόν.

4) Παροχή συμβουλών που αφορούν την θρέψη, για να βοηθηθεί ο άρρωστος να περιορίσει την πρόσληψη νατρίου και χοληστερινούχων τροφών. Ο προσεκτικός σχεδιασμός της δίαιτας του αρρώστου, είναι βασικής σημασίας.

5) Ανθάρρυνση του αρρώστου να σταματήσει το κάπνισμα. Αυτό είναι πολύ δύσκολο σε ηλικιωμένα άτομα, που το κάπνισμα τους έχει γίνει ρουτίνα. Τα αποτελέσματα της διακοπής, πρέπει να ει-
δωθούν κάτω από το φως του STRESS που θα δημιουργήσει η διαδικασία της διακοπής.

6) Το περιβαλλοντικό, καθώς και το προσωπικό STRESS πρέπει να διατηρηθούν στο ελάχιστο, για την ελαχιστοποίηση της κατανάλωσης των ενεργειακών αποθεμάτων και για αποφυγή αγγειοσύσπασης.

7) Η αίσθηση του θωρακικού πόνου, μπορεί να επηρεαστεί από το γήρας και την μειωμένη δραστηριότητα. Ο άρρωστος και τα μέλη, της οικογένειάς του, πρέπει να ενθαρρύνονται να έρχονται σε επαφή με το γιατρό, αν τα στήθαγχικά φάρμακα π.χ. δεν φέρνουν αποτελέσματα. Μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθεί οξυγόνο, αν υπάρχει έντονη δύσπνοια ή για απαλλαγή από ήπιο πόνο, που προκαλείται από SYRESS ή δραστηριότητα.

Τέλος, πρέπει να γίνεται συχνή επανεκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου από την νοσηλεύτρια. Εκτίμηση του βαθμού κατανόησης της φύσης της κατάστασης του ασθενούς, η σημασία και ο τρόπος χρήσης της φαρμακευτικής χρήσης και των άλλων μέτρων για μείωση των συμπτωμάτων και την τελική υποχώρησή τους, καθώς και για την πρόληψη των επιπλοκών.

ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Τα εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια, προκαλούνται συχνά από υπέρταση και είναι μία αιτία θανάτου και μόνιμων αναπηριών στους ηλικιωμένους. Είναι νοσήματα, που καταρακώνουν το άτομο, γιατί απειλούν την προσωπικότητά του, την αξιοπρέπειά του και την αυτοπεποίθησή του.

Κατά την διεργασία της ενηλικίωσης, αυξάνονται οι περιφερικές αντιστάσεις, με επακόλουθο την αύξηση της πίεσης, δηλαδή την εμφάνιση της αρτηριακής υπέρτασης. Μεγάλη αρτηριακή υπέρταση, μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική υπεραχνοειδή και υποστηρίδια αιμορραγία, δηλαδή εγκεφαλικό επεισόδιο. Η απόφραξη εγκεφαλικού, αποτελεί το 60% των εγκεφαλικών επεισοδίων (Δοντάς 1981)

Εκτός από την αρτηριακή υπέρταση, άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου, είναι η αύξηση της χοληστερίνης του αίματος, η υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, η ένδειξη στεφανιαίας νόσου, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Υπάρχει όμως ένα ποσοστό ατόμων, ίσως το ένα τρίτο των πασχόντων, στα οποία το εγκεφαλικό επεισόδιο δεν συνοδεύεται από κανένα από τους πιο πάνω παράγοντες.

Παρ'όλο που τα εγκεφαλικά επεισόδια, δεν συναντούνται μόνο στα ηλικιωμένα άτομα, η αναλογία των θανάτων που προκαλούνται από αυτά, σε άτομα από 65 χρόνων και πάνω, είναι 90 φορές μεγαλύτερη, από αυτήν που προκαλείται σε άτομα ηλικίας 25-44 χρόνων και 11 φορές μεγαλύτερη από αυτήν για άτομα ηλικίας 45-64 χρόνων.

Υστερα από την αναφορά των πιο πάνω στοιχείων θα πρέπει να

σημειωθεί ότι, ενώ η σωματική αναπηρία έχει άμεση σχέση με το εγκεφαλικό επεισόδιο, η επιβίωση του πάσχοντος επηρεάζεται από την ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας, κυρίως καρδιολογικών.

Σε περίπτωση εγκεφαλικών επεισοδίων, η Νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει κάποια ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, όπως:

1) Διατήρηση σε ικανοποιητικό βαθμό, της λειτουργίας ζωτικών οργάνων.

2) Αυξημένη προδιάθεση για επιπλοκές από ακινησία π.χ. πνευμονικές λοιμώξεις, κατακλίσεις, ατροφία και συσπάσεις μυών.

3) Απώλεια ή μείωση του αισθητικού και κινητικού ελέγχου και του συντονισμού των μελών του σώματος.

4) Λύπη και κατάθλιψη, δευτεροπαθής από τις αλλαγές στο σωματικό είδωλο και τις απώλειες.

5) Μεταβολή στην ομιλία, αφασία και απραξία, αγνωσία και αυξανόμενες δυσκολίες επικοινωνίας.

6) Αυξανόμενη διανοητική σύγχυση και απώλεια προσανατολισμού στον χρόνο και στον χώρο.

7) Απώλεια της ανεξαρτησίας, μειωμένη ικανότητα για την εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων, ακόμα και των σχετικών με την αυτοφροντίδα του, επακόλουθα της βλάβης των κινητικών δραστηριοτήτων.

8) Μείωση της σταθερότητας και αύξηση της ανησυχίας.

9) Εμφάνιση νέου επεισοδίου.

Για την σωστή αντιμετώπιση και λύση αυτών των νοσηλευτικών προβλημάτων, η Νοσηλεύτρια προβαίνει σε μια σειρά νοσηλευτικών παρεμβάσεων και δραστηριοτήτων, που έχουν σαν αντικείμενικό σκοπό:

α) Τη διατήρηση στη ζωή του αρρώστου που βρίσκεται σε κω-
ματώδη κατάσταση.

β) Την αναγνώριση των παραγόντων, που συνέβαλλαν στην εμφάνιση του επεισοδίου.

γ) Τη λήψη μέτρων, για την αναστολή της προοδευτικής εξέλιξης της κατάστασης του αρρώστου π.χ. περαιτέρω απόφραξη, νέα ρήξη αγγείων.

δ) Την αποκατάσταση της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο, όταν το επεισόδιο οφείλεται σε αποκλεισμό.

στ) Την μείωση των αναγκών του οργανισμού σε οξυγόνο.

ζ) Την εξασφάλιση φυσικής συγκινησιακής υποστήριξης.

η) Την προστασία του αρρώστου σε ημιαφασική/αφασιακή κατάσταση από βλάβη (ανικανότητα του αρρώστου να αναγνωρίσει ερεθίσματα πόνου, αφής, θερμού, αλλαγής θέσης και να αντιδράσει σ'αυτά).

θ) Την πρόληψη δευτεροπαθών ανικανοτήτων και παραμορφώσεων στον άρρωστο με κινητικές βλάβες (παρέση, ημιπαρέση, παράλυση κ.ά.) και κατακλίσεων.

ι) Την βοήθεια του αρρώστου, για μέγιστη δυνατή ανεξαρτοποίηση.

κ) Τη βοήθεια του αρρώστου και του άμέσου περιβάλλοντός του, να αποδεχθεί το επεισόδιο και την ανάγκη προσαρμογής, σε νέο τρόπο ζωής.

ΝΟ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το αναπνευστικό σύστημα, γερνάει ταχύτερα από κάθε άλλο και η λειτουργική του μείωση θέτει ένα ανώτατο όριο στη διάρκεια ζωής του ανθρώπου. Φλεγμονώδεις παθήσεις των βρόγχων και του αναπνευστικού παρεγχύματος, όχι μόνο αποτελούν συχνές αιτίες θα-

νάτων, αλλά και αιτίεςσοβαρών αναπηριών. Επίσης, τα τελευταία χρόνια, αυξήθηκαν οι νεοπλασματικές παθήσεις των βρόγχων, ενώ σίγουρα ελέγχονται οι φυματιώδεις παθήσεις του πνεύμονα.

Εχει κάποια αξία σύγκριση περισσότερο, ή παρακάτω στατιστική, από μεγάλο νοσοκομείο, μεταξύ δύο πόλεων για τις κοινότερες αιτίες θανάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΘΑΝΑΤΟΦΟΡΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ	ΗΛΙΚΙΕΣ				Αρ.περισ/κών
	άνω των 80	75-79	70-74	65-69	
Βρογχοπνευμονία	9	24	34	38	105
Λοβώδης πνευμονία	4	12	23	17	56
Χρόνια βρογχίτις	7	10	15	15	47
Βρογχεκτασία	0	3	1	4	8
Πνευμονικό απόστημα	0	2	1	0	3
Πνευμονικό έμφρακτο	1	1	5	6	13
Οξεία βρογχίτις	1	2	1	2	6
Εμπύημα	0	0	2	4	6
Φυματίωση	0	3	2	21	33
Καρκίνωμα βρόγχων	4	13	25	53	95
Σύνολο	26	57	118	160	376

(Ποσοστό θανάτων 16%)

- Προβλήματα αρρώστου με αναπνευστικά προβλήματα

1. Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου (πνευμονική δυσλειτουργία)
2. Ενεργειακό ανισοζύγιο (μειωμένη οξυγόνωση των ιστών, αύξηση αναπνευστικού έργου)
3. Μείωση άνεσης (δύσπνοια)
4. Θρεπτικό ανισοζύγιο (ανορεξία, δύσπνοια, βήχας, απόχρεμψη)
5. Μείωση δραστηριοτήτων (μυϊκή δύναμη)
6. Κίνδυνοι για την κακή λειτουργία του εγκεφάλου (υποξία)
7. Ψυχολογικά, οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα, εξ αιτίας της χρονιότητας της νόσου.

- Στόχοι νοσηλευτικής φροντίδας

1. Βελτίωση αναπνευστικής λειτουργίας
2. Διατήρηση ενεργειακού ισοζυγίου
3. Διατήρηση θρεπτικού ισοζυγίου
4. Προαγωγή άνεσης - Μείωση δύσπνοιας
5. Πρόληψη των ατυχημάτων από την κακή λειτουργία του εγκεφάλου
6. Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειάς του, στην αντιμετώπιση των ψυχικών, οικογενειακών και οικονομικών προβλημάτων, που δημιουργεί η νόσος και θετική διαπραγμάτευση με αυτήν.

- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η νοσηλεύτρια, ολοκληρώνοντας τη νοσηλευτική φροντίδα ενός αρρώστου με αναπνευστικά προβλήματα, έχει υποχρέωση:

1. Να εξηγήσει, αργά και καθαρά στον άρρωστο, τα προβλήματα που δημιουργεί η πάθησή του.
2. Να εξασφαλίσει ήσυχο, χαρούμενο και απαλαγμένο από STRESS περιβάλλον.
3. Να χορηγήσει τα φάρμακα, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες, προσχοντας τις παρενέργειες των βρογχοδιασταλτικών, διότι:

- α. Η εφεδρίνη, μπορεί να προκαλέσει επίσχεση ούρων στους υπερήλικες άνδρες.
- β. Τα σκευάσματα αιμοφυλλίνης, απορροφούνται σταθώς από το γαστρεντερικό σωλήνα, στους υπερήλικες.
4. Να εξασφαλίσει γραπτές οδηγίες, που αφορούν την δραστηριότητα την ανάπαυση και τις αναπνευστικές ασκήσεις. Επιβάλλεται επίσης να γίνει σχεδιασμός ύπνου και ανάπαυσης, σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή του αρρώστου.
5. Να λάβει κάθε απαραίτητο μέτρο για την αποφυγή λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος. Να προεδοποιήσει επίσης, τον άρρωστο να αναφέρεται σ' εκείνη ή στον γιατρό, όταν τα πτύελά του, είναι χρώματος πρασινο-κίτρινου. Επίσης να προσέξει την αύξηση της θερμοκρασίας του, που μπορεί να είναι ένδειξη αφυδάτωσης.
6. Τέλος, να ενημερώσει τον υπερήλικα ασθενή, να αποφεύγει περιβαλλόντα ακραίων θερμοκρασιών, συνωστιμούς και άτομα που πάσχουν από κρυολόγημα.
Αν έχει τη δυνατότητα να τοποθετήσει κλιματιστή, γιατη σωστή ρύθμιση του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει, σε περιόδους υψηλής και σχετικής υγρασίας.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι διάφορες παθήσεις του πεπτικού συστήματος, δημιουργούν συχνά, σοβαρά προβλήματα στα ηλικιωμένα άτομα.

Η δυσφαγία, ο μετεωρισμός, η δυσκοιλιότητα, η διάρροια κ.τ.λ., μπορούν να είναι λειτουργικές ανωμαλίες ή να έχουν οργανική αιτιολογία. Από την άλλη μεριά, νοσήματα όπως το έλκος του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου και ο καρκίνος του στομάχου,

μπορούν να αναπτύσσονται αργά και ύπουλα και τα πρώτα συμπτώματα που παρατηρούνται, να είναι καταβολή δυνάμεων ή αναιμία.

Η παρατιθέμενη στατιστική, δείχνει τις θανατηφόρες νεοπλασματικές παθήσεις από τα διάφορα όργανα του πεπτικού συστήματος, που παρατηρούνται συνήθως, στις μεγάλες ηλικίες.

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΟΡΓΑΝΑ	ΗΛΙΚΙΕΣ				ΣΥΝΟΛΟ
	άνω των 80	75-79	70-74	65-69	
Παχύ έντερο	16	31	29	26	102
Στόμαχος	9	25	33	43	119
Χοηφόροι αγωγοί	3	13	12	13	41
Οισοφάγος	6	9	20	22	57
Πάγκρεας	8	5	9	7	29
Λεπτό έντερο	2	3	3	2	10
Ήπαρ	0	4	5	6	15
Φάρυγξ	0	1	2	0	3
Γλώσσα	0	0	1	2	3
Περιτόναιο	2	2	2	0	6
	46	93	116	121	285

Στον επόμενο πίνακα, βλέπουμε ότι το έλκος του στομάχου εμφανίζεται να είναι η πλέον συχνά θανατηφόρος νόσος του πεπτικού συστήματος. Ο πίνακας αναφέρεται στα θανατηφόρα νοσήματα του πεπτικού μη νεοπλασματικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ

ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΜΗ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

ΝΟΣΗΜΑΤΑ	ΗΛΙΚΙΕΣ					ΣΥΝΟΛΟ
	άνω των 85	80-84	75-79	70-74	65-69	
Ελκος στομάχου	0	6	9	16	52	
Ελκος 12δακτύλου	2	2	6	6	39	
Εντερική απόφραξη	5	4	8	12	39	
Κίρρωση ήπατος	0	1	5	10	28	
Χολοκυστίτις	0	6	6	8	26	
Εγκωλωπματίτις	2	4	10	5	22	
Σκωληκοειδίτις	0	0	4	3	15	
Παγκρατίτις	0	2	3	2	11	
Λοιπές αιτίες	0	0	6	4	21	
	9	25	57	66	253	

- Νοσηλευτική παρέμβαση

Βασικό καθήκον της νοσηλεύτριας, είναι:

1. Ο προσδιορισμός του χαρακτήρα των συμπτωμάτων κάθε ασθένειας και ιδιαίτερα του πόνου, ο οποίος είναι δυνατό να αλλοιωθεί με την χρήση παυσίπονων, παραπλανώντας έτσι την ομάδα υγείας.
2. Η λήψη και η καταγραφή ζωτικών σημείων πρέπει να γίνεται με κάθε ακρίβεια
3. Ρύθμιση επίσης του ισοζυγίου υγρών
4. Ανακούφιση του αρρώστου από τα συμπτώματα
5. Βοήθεια του ασθενούς στην ταχύτερη θεραπεία
6. Ενημέρωση του, για την πιθανότητα επανεμφάνισης της νόσου, μετά την ίασή του και επιδείνωσής τους.

- Νοσηλευτικές μετεγχειρητικές ανάγκες αρρώστων, με εγχειρήσεις του πεπτικού συστήματος

α. Πρώτο 6ωρο

1. Παρακολούθηση ζωτικών σημείων, ανά 30 λεπτά της ώρας το πρώτο 3ωρο και ανά μία ώρα, το δεύτερο 3ωρο.
2. Παρακολούθηση φυσιολογικής λειτουργίας των παροχετεύσεων.
3. Παρακολούθηση και έλεγχος του τραύματος
4. Ακριβής τήρηση δελτίου προσλαμβανομένων - αποβαλλόμενων υγρών (υγρά παροχετεύσεων, ούρα, έμετοι), για την εκτίμηση ισοζυγίου υγρών.
5. Ανακούφιση από τον πόνο
6. Ακριβής τήρηση φαρμακευτικής αγωγής
7. Συνεχής ηθική υποστήριξη του αρρώστου
8. Εξασφάλιση μέτρων ανέσεως, ασφάλειας και ησυχίας του αρρώστου
9. Παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

β. Πρώτο 24ωρο

Όλα τα παραπάνω, και:

10. Έλεγχος αν ούρησε ο άρρωστος
11. Έλεγχος εμφάνισης μετεωρισμού της κοιλίας
12. Βοήθεια για την αποβολή βρογχικών εκκρινμάτων
13. Βοήθεια για ανάπνευση και ύπνο
14. παρακολούθηση για πρόληψη επιπλοκών (αιμορραγία, μεταβολές στον καρδιακό παλμό, επίσχεση ούρων κλπ).

γ. Δεύτερο 24ωρο

Όλα τα του πρώτου 24ωρου, με λιγότερη συχνότητα παρακολουθήσεως στα 1,2,3 και:

1. Βοήθεια για την ακαούφιση από το μετεωρισμό της κοιλίας
2. Βοήθεια για την αποφυγή βρογχικών εκκρινμάτων

3. Τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας, στην αλλαγή του τραύματος.

4. Βοήθεια στην έγερση του αρρώστου

5. Περιποίηση της στοματικής κοιλότητας

δ. Τρίτο 24ωρο

Όλα τα του πρώτου και δεύτερου 24ωρου, με συχνότητα παρακολούθησης ανάλογη με την μετεγχειρητική πορεία του αρρώστου και:

1. Φροντίδα για έναρξη λήψεως υγρών από το στόμα, ανάλογα με τις οδηγίες

2. Βοήθεια για την κένωση του εντέρου

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Η πλέον ενδιαφέρουσα νόσος των ευδαιμονικών αδένων κατά την γεροντική ηλικία, είναι ο διαβήτης. Η συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη, αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και φτάνει στο μέγιστο σημείο, ανάμεσα στην ηλικία των 65 και 74 ετών.

Παρακάτω, αναφέρεται σχηματικά, η συχνότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη, σε σχέση με την ηλικία.

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	% ΚΑΤΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ
0-10	39	1,5
10-20	94	3,7
20-30	111	4,4
30-40	164	6,5
40-50	363	14,4
50-60	645	25,6
60-70	646	25,6
70-80	344	13,6
80-90	116	4,6
ΣΥΝΟΛΟ	2.522	

Συνήθως, αλλά όχι πάντα, ο διαβήτης που εμφανίζεται σε μεγάλη ηλικία δεν είναι ινσουλινοεξαρτώμενος.

Πρόκειται κυρίως, για παχύσαρκα άτομα με ήπιο διαβήτη, που αντιδρούν επιτυχώς στη δίαιτα μόνο ή και στην χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων. Πρέπει όμως, να τονιστεί ότι σε λοιμώξεις, τραυματισμούς ή εγχειρήσεις απαιτείται πολύ συχνά η ινσουλίνη, χωρίς την οποία γίνεται μεγάλη εκτροπή του διαβήτη.

Οι ηλικιωμένοι διαβητικοί, είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση υπεργλυκαιμικού διαβητικού κώματος, κάτω από ορισμένες συνθήκες. Μία άλλη σημαντική ιδιομορφία του υπερήλικα διαβητικού, είναι ότι δύσκολα εμφανίζει γλυκοζουπία, ακόμη και όταν το σακχαρο του αίματος είναι σχετικά ψηλό π.χ. 2,5 GR%. Αυτό, δυσκολεύει την εκτίμηση της πορείας του διαβήτη.

Η υπογλυκαιμία, επακόλουθο της ινσουλίνης στους ηλικιωμένους, δεν εμφανίζεται πάντα με τα γνωστά τυπικά συμπτώματα, αλλά παρουσιάζει συμπτώματα του τύπου της διανοητικής σύγχυσης ή ακόμα και νευρολογικά σύνδρομα, που μοιάζουν με εγκεφαλικά επεισόδια.

Προδιαθεσικοί παράγοντες για την εμφάνιση του διαβήτη στα ηλικιωμένα άτομα είναι η παχυσαρκία, η γεννητικοί προδιάθεση, οι λοιμώξεις, σοβαρή διανοητική οδύνη, χειρουργική επέμβαση, διαβητογενή φάρμακα (θειαξίνη, κοριτζόνη), μακροχρόνια ακινησία.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

1. Θρεπτικό ανισοζύγιο
2. Ενεργειακό ανισοζύγιο
3. Κίνδυνοι επιπλοκών από τη νόσο και θεραπεία
4. Μείωση δραστηριοτήτων
5. Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο
6. Χρονιότητα νόσου
7. Μείωση ικανότητας για συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα και εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας του.

ΣΚΟΠΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Ανάπτυξη της ικανότητας του αρρώστου ή ενός μέλους της οικογένειάς του, να συνεχίσουν την φροντίδα και τη θεραπεία στο σπίτι.
2. Πλήρης κατανόηση της φύσης της νόσου, του θεραπευτικού σχήματος και του σχεδίου φροντίδας
3. Βοήθεια στην ενσωμάτωση αυτών των νέων τύπων συμπεριφοράς, στη ζωή του αρρώστου

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

1. Ανάπτυξη και διδασκαλία σχεδίου φροντίδας, ξεχωριστά για κάθε διαβητικό υπερήλικα, στο οποίο θα πάρνονται υπ' όψιν όλες οι μεταβολές εξ αιτίας του γήρατος
2. Ενίσχυση του αρρώστου για κάθε πρόοδο που σημειώνεται στην φροντίδα του. Χρησιμοποίηση της επανάληψης και επίβλεψη της εκτέλεσης από τον άρρωστο αυτών που διδάχτηκαν.
3. Συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα θεραπείας και φροντίδας, στον βαθμό που είναι αναγκαία. παραπομπή στις υπηρεσίες

υγείας της κοινότητας για την παρακολούθηση του αρρώστου και για παροχή κάθε βοήθειας στην εφαρμογή του σχεδίου θεραπείας και φροντίδας στο σπίτι.

4. Στο σχεδιασμό διδασκαλίας, που αφορά την δίαιτα του αρρώστου, πρέπει να παίρνονται υπ' όψη τα παρακάτω:
 - α. Η ανορεξία είναι συχνό φαινόμενο στους υπερήλικες όπως και οι δυσκολίες στη μάσηση.
 - β. Η προπαρασκευή του φαγητού είναι συχνά δύσκολη, ειδικά αν ζουν μόνοι τους, ή δεν έχουν τις απαραίτητες ευκολίες
 - γ. Ο υπερήλικας, είναι προσκολλημένος στις δικές του διαιτητικές συνήθειες και γι' αυτό πρέπει να διατηρηθούν όσο είναι δυνατόν στο σχεδιασμό της νέας του δίαιτας.
5. Ενθάρρυνση της άσκησης, σύμφωνα με την ανοχή του αρρώστου. Εξήγηση της σχέσης ανάμεσα στο διαβήτη και την άσκηση. Σχεδιασμός προγράμματος άσκησης, γύρω από τις κανονικές συνήθειες άσκησης του αρρώστου.
6. Διδασχή του αρρώστου, για να κάνει μόνος του την εξέταση αίματος και ούρων και για να διατηρεί ημερολόγιο με το σάκχαρο και την οξήνη των ούρων του. Να κάνει συχνότερα την εξέταση ούρων πριν από κάθε γεύμα και πριν από τον ύπνο, όταν έχει πυρετό ή άλλα προβλήματα υγείας.
7. Ενημέρωση του αρρώστου για τη σπουδαιότητα της φροντίδας του δέρματος και των ποδιών.
8. Προσδιορισμός των γνώσεων του αρρώστου και του άμεσου περιβάλλοντός του για τα σημεία και τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας και τα μέτρα πρόγνωσης και αντιμετώπισής τους.
9. Τέλος, εκτίμηση των όσων έχει ακτιναοήσει ο άρρωστος για το νόημα των επιπλοκών που μπορεί να προκαλέσει ο διαβήτης και για το πώς μπορεί να προληφθούν.

ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Γενικά, οι ηλικιωμένοι παραπονούνται για πόνους στις αρθρώσεις και τα μαλακά μέρη. Ετσι λίγο-πολύ παρουσιάζουν τον εαυτό τους σα ρευματοπαθή.

Πολλοί, εμφανίζουν παθήσεις από τις αρθρώσεις, κυρίως οστεoarθρωση και σπονδύλωση διαφορετικής εντόπισης. Άλλοι επίσης παρουσιάζουν μικτές παθήσεις αρθρώσεων και μυϊκών ρευματικών ανωμαλιών. Όμως, υπάρχει και μία ομάδα ασθενών, που δύσκολα μπορούμε να αποδείξουμε την ύπαρξη ρευματικής πάθησης.

Πολλοί εμφανίζουν άλλη με διάφορη επέκταση που οφείλονται π.χ. σε κάλλους των ποδιών ή σε μεταταρσαγίες ή τενοντοθηκίτιδες κ.τ.λ. Συχνά παραπονούνται για ρευματικά άλγη ενώ παρουσιάζουν ετνελώς διαφορετικές παθήσεις όπως διαλείπουσα χολότητα, νευραλγία μετά από έρπητα, συμπίεση και παραμόρφωση οστεοπωρωτικών σπονδύλων, εμπαστάσεις διαφόρων νεπλασμάτων κ.λ.π. Υπάρχουν επίσης διάττερα σύνδρομα και αρθροπάθειες, που προσβάλλουν κυρίως ηλικιωμένα άτομα.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Κύρια χαρακτηριστικά των ρευματικών παθήσεων είναι το άλγος, η ακινησία και η δυσκαμψία, που οδηγούν γρήγορα του ηλικιωμένο, σε κατάσταση κατάκοιτου ασθενή. Αυτή η δυσάρεστη κατάσταση, αποφεύγεται αν ανακουφίσουμε τον ασθενή από τον πόνο και διατηρήσουμε την κινητικότητά του.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αρθροπαθείς ασθενείς, διατηρούνται σε κίνηση και είναι σχετικά ελεύθεροι από τους πόνους, με σωστή και συχνή χρήση φυσιοθεραπευτικών μέσων και τεχνικών. Για τα άκρα, χέρια και πόδια, αποδίδουν αρκετά καλά τα παρα-

φινόλουτρα. Βεβαία, αυτές οι θεραπείες συνδυάζονται, πάντα με κινησιοθεραπεία από έμπειρο φυσικοθεραπευτή.

Οι ευπερηθρες ακτίνες, οφελούν κυρίως σε επιφανειακές ανωμαλίες των μαλακών μορίων ή του αρθρικού θυλακού. Η κατινοβολία, ακολουθείται από βαθειά μάλαξη.

Σχετικά em τους μύες γύρω από την άρθρωση, είναι αδύναμοι και ατροφικοί και θα πρέπει να ισχυροποιηθούν και πάλι με την κατάλληλη γυμναστική.

Επίσης διδάσκουμε τον ηλικιωμένο, να γυμνάζει μόνος τους μύες του. Διαφορες συσκευές με ελατήρια κ.λ.π. βοηθούν αφάνταστα τον ασθενή να ασκηθεί μόνος του, για 5-10 λεπτά της ώρας τουλάχιστον, για τέλειο αποτέλεσμα.

- Ευδαρθρικές εγχύσεις:

Στα ηλικιωμένα άτομα, χρησιμοποιούμε μόνο διαλύματα PROCAINE 2% ή ειδικά σκευάσματα στεροειδών. Τα τελευταία, δεν χρησιμοποιούνται συχνά σε νέα άτομα, αλλά προτιμούνται οι γνήσιες φυσικοθεραπευτικές μέθοδοι. Στο ηλικιωμένα όμως άτομα, δεν μπορούμε να αποφύγουμε τις εγχύσεις των στεροειδών, γιατί έτσι ανακουφίζονται ταχύτατα και κινητοποιείται γρήγορα η άρθρωση.

- Χειρουργική θεραπεία

Γενικά, μόνο άτομα με βαρύτερες βλάβες και που η άρθρωσή τους έχει αποδιοργανωθεί τελείως, φτάνουν στον χειρουργό. Η αρθροδεση και η αρθροπλαστική, είναι επέμβασεις, που δεν γίνονται σ' ένα ετοιμόρροπο, κατεβεβλημένο και πολύ ηλικιωμένο άτομο, γιατί η μετεγχειρητική ακινησία και η έντονη φυσικοθεραπεία, που ακολουθούν μας δυσκολεύουν αφάνταστα.

Ακόμη, η οστεοτομία, θακρατήσει τον ηλικιωμένο για μεγάλο χρονικό διάστημα στο κρεβάτι, με όλους τους κινδύνους μας μα-

κρίας κατάκλισης.

- Φαρμακευτική αγωγή:

Με λίγα λόγια, έχουν χρησιμοποιηθεί όλ τα αναλγητικά φάρμακα, από την κοινή ασπιρίνη, μέχρι τα σκευάσματα σε συνδυασμό ασπιρίνης - φαινοκετίνης ή και κωδεΐνης για την ακαούφιση από τους πόνους.

Επίσης, είναι αρκετά ωφέλιμη και η παρακεταμόλη.

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, χρησιμοποιούνται για βραχύ διάστημα λόγω των παρενεργειών τους και φυσικά τα στεροειδή για τις βαρύτερες καταστάσεις.

Επίσης, ενώ μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα μυοχαλαστικά φάρμακα, γιατί ο σπασμός των μυών, προκαλεί πρόσθετο πόνο και είναι λιγικό, να χρησιμοποιούνται μαζί με τα προαναφερθέντα φάρμακα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

1. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Οι ηλικιωμένοι γενικά, έχουν την τάση για δημιουργία διάφορων ατυχημάτων και δεν είναι εκπληκτικό, το πόσο εύκολα μπορούν να πάθουν κάποιο ατύχημα, όταν σκεφτούμε, τις διάφορες εκφυλιστικές παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος (ιδίως των αρθρώσεων), αλλά και του νευρικού συστήματος, από τα οποία συνήθως πάσχουν.

Τα ατυχήματα στο δρόμο από κάποιο τροχοφόρο ή κατά το βάδισμα, φτάνουν στις ανώτερες αναλογίες, κυρίως κατά την έβδομη δεκαετία. Ακόμα, στην ίδια δεκαετία, τα ατυχήματα που συμβαίνουν μέσα στο χώρο της κατοικίας, φτάνουν το 58% για το σύνολο του πληθυσμού. Συνήθως, οι γυναίκες, επηρεάζονται περισσότερο από τους άντρες. Το πλέον κοινό θανατηφόρο ατύχημα οφείλεται σε εγκαύματα, ενώ ηλεκτροπληξίες, δηλητηριάσεις, πνιγμοί, ασφυξίες κ.λ.π. είναι σχετικά σπάνια.

Σε μια ειδική μελέτη για τα ατυχήματα που συμβαίνουν στα νοσοκομεία, αναφέρεται ότι σχεδόν το 60% των ατυχημάτων από πτώσεις των ηλικιωμένων, γίνονται όταν προσπαθούν να σηκωθούν από το κρεβάτι τους ή να πάρουν κάτι από την ντουλάπα τους. Τα υπόλοιπα 40% γίνονται λόγω ολισθηρότητας του δαπέδου, πτώσεων από την κυλιόμενη πολυθρόνα, γλύστρημα στην τουαλέτα κ.λ.π. Οι πλέον συνηθισμένες κακώσεις αυτών των ατυχημάτων, είναι κατάγματα (κυρίως του αυχένα του μηριαίου οστού) εξάρθρώσεις, διαστρέμματα, κοψίματα, εκτεταμένες εκχυμώσεις. Όμως, το shock και η πτώση της αρτηριακής πίεσης που συνοδεύουν αυτά τα ατυχήματα, μπορούν να προκαλέσουν μό-

νιμες εγκεφαλικές βλάβες.

Έτσι, θα πρέπει να τονίσουμε, ότι στα τμήματα που νοσηλεύονται ηλικιωμένοι τα ψηλά κρεβάτια, το καλογουαλισμένο κι ολισθηρό πάτωμα, οι διάφορες οξείες γωνίες των επίπλων, ο κακός φωτισμός, οι στάλες, το είδος των διαδρόμων κ.λ.π., είναι σοβαροί προδιαθετικοί παράγοντες ατυχημάτων.

2. ΠΤΩΣΕΙΣ

Γενικά, το νευρικό σύστημα των ηλικιωμένων, τα αντανακλαστικά, η ισορροπία και όλα τα σχετικά, είναι ιδιαίτερα ασταθή. Έτσι, μπορούν, εύκολα να γλιστρήσουν, να σκοντάψουν και γενικά να χάσουν την ισορροπία τους και να πέσουν.

Είναι ουσιώδες, να γίνεται ακριβής διάγνωση, για την αιτία κάθε πτώσης. Αιτιολογικά, μπορούμε να αναφέρουμε τον παρακάτω πίνακα:

ΑΙΤΙΕΣ ΠΤΩΣΕΩΣ

- 1) Γενική μυική αδυναμία
- 2) Τοπική μυική αδυναμία
- 3) Πυραμωδικές βλάβες
- 4) Έξω - πυραμωδικές βλάβες
- 5) Βλάβες των προσθίων κεράτων
- 6) Συγκοπτικές προσβολές
- 7) Προδρομικές πτώσεις
- 8) "Drop attacks"

Η γενική μυική αδυναμία, προκαλεί μεταβολή στον τρόπο βάδισης. Έτσι ο ηλικιωμένος δυσκολεύεται να σηλώσει τα πόδια του και συνήθως τα σέρνει. Με τον τρόπο αυτό, μπορεί να σκοντάψει σε οποιαδήποτε ανωμαλία ή προεξοχή του δαπέδου. Το συναντάμε συχνά, σε καταβεβλημένους υπερήλικες, λόγω νεοπλαστών αναιμίας, λανθάνουσας

αιμορραγίας και γενικά, παθήσεων καταβολής.

Τοπική μυϊκή αδυναμία, παρατηρείται συνήθως, σε παθήσεις αρθρώσεων των κάτω άκρων. Οι εκτεινόντες συνήθως ατονούν περισσότερο από τους καμπήρες και έτσι η απώλεια της ισορροπίας είναι πολύ εύκολη.

Βλάβες του νευρικού συστήματος είναι πολύ συχνές αιτίες πτώσεων και καμία φορά η διάγνωση της πάθησης γίνεται μετά την πτώση.

Στη νόσο του Parkinson βέβαια, η μυϊκή δυσκαμψία και η διαταραχή του τόνου, κάνουν σχεδόν κάθε δάπεδο επικίνδυνο, για ενδεχόμενη πτώση. Οι διάφορες νευρολογικές παθήσεις του νωτιαίου μυελού επηρεάζουν την ικανότητα ισορροπίας και δημιουργούν προϋποθέσεις πτώσεων.

Ακόμα, κάθε αιτία που μπορεί να μειώσει τη συστολική πίεση όπως συγκοπτικές κρίσεις, σοκ κ.λ.π., μειώνει την εγκεφαλική αιμάτωση, έστω και στιγμιαία και προκαλεί πτώσεις. Ο ίλιγγος δρα με το γνωστό τρόπο.

Δεν είναι ασυνήθιστο, για ένα ηλικιωμένο άτομο, να πέσει λίγο ακριβώς πριν εμφανιστεί κάποια βαρεία νόσηση, όπως πνευμονία, καρδιοπάθειες κ.λ.π., όπως ακριβώς συμβαίνει στα μωρά με τους σπασμούς πριν από κάποια σοβαρή λοίμωξη. Συχνά ακούμε από τους συγγενείς να λένε π.χ. σήμερα ο παπούς συνέχεια πέφτει και σε μια δυό μέρες πέφτει βαρεία άρρωστος.

Μια περίεργη κάπως πτώση περιγράφηκε από τον Sheldon. Ο ηλικιωμένος πέφτει αιφνίδια και χωρίς καμία προειδοποίηση (σαν να κεραυνοβολήθηκε). Εάν είναι μόνος του, αδυνατεί να σηκωθεί, εκτός αν τα πέλματά του πιεστούν με δύναμη στο πάτωμα. Η ανάκυψη είναι απόλυτη, χωρίς καμιά άλλη ανωμαλία, μέχρι νέα προσβολή drop attack.

3. Κατάγματα του μηρού

Κάταγμα του ανώτερου τμήματος του μηριαίου οστού είναι ένα από τα πλέον σοβαρά ατυχήματα που συνοδεύουν τις πτώσεις των ηλικιωμένων.

Η κάκωση αυτή έχει τη χειρότερη πρόγνωση μια και το ποσοστό του θανάτου μετά από ένα τέτοιο ατύχημα φτάνει στο 30%. Η εκλογή μεταξύ αιματηρής επέμβασης ή συντηρητική αγωγή, είναι κάτι, που μόνο ο ορθοπεδικός θα αποφασίσει, σταθμίζοντας όλους τους παράγοντες σε συνεργασία βέβαια με την υπόλοιπη ομάδα υγείας.

Οποιοσδήποτε τρόπος θεραπείας κι αν επιλεγεί, θα πρέπει να σκεφτούμε και να ληφθεί σοβαρή πρόνοια, ώστε ο ηλικιωμένος να μην παραμείνει στο κρεβάτι του πολύ. Ακόμα και όσες μέρες χρειαστεί να μείνει κατακεκλιμένος, θα πρέπει να προγραμματίσουμε καθημερινές ασκήσεις και φυσιοθεραπευτική αγωγή. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, θα πρέπει να καταβάλλουμε ειδική προσοχή στη γενική κατάσταση της υγείας του, και κυρίως στο καρδιαγγειακό σύστημα, την αιματολογική του εικόνα και το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Το αμέσως επόμενο βήμα θα είναι να ενθαρρύνουμε τον ασθενή μας να καθήσει σε κάποια αναπαυτική πολυθρόνα για χρονικά διαστήματα καθημερινά αυξανόμενα.

Στη συνέχεια η φυσιοθεραπεία θα πρέπει να εκταθεί και τελικά ν' αρχίσει να βαδίζει με πατερίτσες ή με περπατούρα, (ανάλογα με τις δυνάμεις του), χωρίς να στηρίζεται στο άκρο που πάσχει.

Εάν ο ακτινολογικός έλεγχος, του πάσχοντος μέλους, είναι ικανοποιητικός, τότε θα πρέπει να χρησιμοποιήσει το άκρο του πριν περάσουν 12 εβδομάδες. Στην αποτυχία συνοστέωσης, τότε και πάλι, θα πρέπει να ενθαρρύνουμε τον ηλικιωμένο να βαδίζει με τρίποδες ή κατάλληλα μπαστούνια. Ο λόγος για τα παραπάνω, είναι ότι δεν πρέπει

να λησμονούμε τη σοβαρή μυική αδυναμία στον ηλικιωμένο που προκαλεί κάθε παράταση ακινησίας. Εναλλακτικά χρησιμοποιούμε πάντοτε ενεργητικές και παθητικές κινήσεις των μυών, για τον ίδιο σκοπό.

4. Άτονα έλκη

Τα έλκη που παρατηρούνται στα κάτω άκρα των ηλικιωμένων στις περισσότερες περιπτώσεις οφείλονται σε ισχαιμικές διαταραχές ή τροφονευρωτικές βλάβες, αλλά και σε κιρσώδεις ανωμαλίες.

Οποιαδήποτε και αν είναι η αιτία, η σχετική πιεστική επίδεση του άκρου, για συντήρηση της φλεβικής κυκλοφορίας, θα πρέπει να συνδυάζεται πάντα και με κινητικότητα.

Στο παρελθόν, οι διάφοροι ελαστικοί πιεστικοί επίδεσμοι δεν απέδωσαν ότι αναμενόταν στους ηλικιωμένους και συχνά προκαλούν ερεθισμούς και δερματίτιδες. Η νεώτερη τεχνική βασίζεται στην επίδεση, πριν τον ελαστικό επίδεσμο, με φαρμακευτικό, λεπτό, μαλακό, λείο και αδιάβροχο επίδεσμο από τη βάση των δακτύλων, μέχρι και το γόνατο. Επάνω ακριβώς από το έλκος, μπορεί να τοποθετηθεί και ειδικό σφουγγαράκι για κάποια επιπλέον πίεση. Μετά την επίδεση αυτή, τοποθετείται ελαστικός αδιάβροχος επίδεσμος με το γνωστό τρόπο.

Έτσι ο ασθενής μπορεί να κάνει μπάνιο χωρίς καμιά διαβροχή. Αλλαγή επιδέσμων γίνεται κάθε εβδομάδα.

5. Ακράτειες ούρων και κοπράνων

Λέμε ακράτεια ούρων ή κοπράνων, την κατάσταση εκείνη κατά την οποία το άτομο δεν είναι ικανό να ελέγξει την ούρηση ή την αφόδευση με τη δύναμη της βούλησης. Βέβαια, τούτο δεν θεωρείται ορισμός μια και ένας π.χ. καθηλωμένος άρρωστος (που δεν έχει ακράτεια) αν δεν του προσφέρουμε το ανάλογο μέσο να ουρήσει την ώρα που το χρειάζεται, μπορεί να έχει απώλεια (όχι ακράτεια) ούρων ή και κοπράνων.

Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σ' ένα ηλικιωμένο άτομο που βρίσκεται κάτω από την επίδραση ισχυρών υπνωτικών ή άλλων ψυχοσταλτικών φαρμάκων.

Συνεπώς ακράτεια είναι η ανικανότητα αντίληψης της ανάγκης ούρησης ή αφόδευσης και η ανικανότητα δημιουργίας προϋποθέσεων ώστε το άτομο να μην παρουσιάσει απώλεια ούρων ή κοπράνων. Ένας τρίτος ορισμός θα ήταν, ή ούρηση ή η αφόδευση σε ακατάλληλο τόπο και χρόνο.

Σπουδαίο βασικό μέτρο αποφυγής της ακράτειας είναι να πείσουμε το γέροντα ασθενή μας, ότι είναι απαραίτητο και υγιεινό να μένει στεγνός με κάθε θυσία. Αυτό βέβαια, όπως και με όποιο τρόπο είναι μια σπουδαία λειτουργία του νοσηλευτικού προσωπικού και της φιλικής ατμόσφαιρας που μπορεί να δημιουργήσει στον άρρωστο. Καμιά φορά, σε "παράξενους" κοινά ονομαζόμενους γέροντες, παρουσιάζεται ακράτεια με την έννοια της τιμωρίας του νοσηλευτικού προσωπικού, που εκείνος νιώθει ότι δεν τον προσέχει.

Συχνές επισκέψεις και ενθάρρυνση του ηλικιωμένου γι' αυτό στην τουαλέτα κατά τακτά χρονικά διαστήματα έστω και αν δε νιώθει την ανάγκη. Έτσι δημιουργούνται αντανακλαστικά ούρησης και αφόδευσης.

Ακόμη περιορισμός στη λήψη υγρών μετά τις 6μ.μ. βοηθά αυτούς που κυρίως έχουν ακράτεια τη νύχτα.

Βέβαια για όλα τα παραπάνω χρειάζεται μεγάλος αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού και γι' αυτό είναι απαραίτητο τα ηλικιωμένα άτομα αυτού του είδους, να νοσηλεύονται σε χωριστούς θαλάμους με καλή συχνή παρακολούθηση.

6. Κατακλίσεις

Λέμε κατάκλιση την κάκωση των μαλακών μορίων και του δέρματος που είναι συνέπεια παρατεταμένης πίεσης. Η πίεση σε σημεία του σώ-

ματος είναι διαφορετικής μορφής, όπως η πίεση που ασκούν προέρχονται σημεία του σώματος (οστικά), στα μαλακά μέρια του σώματος και του δέρματος κατά το κάθισμα ή την κατάκλιση στο κρεβάτι, πίεση ασκούν επίσης τα κλινοσκεπάσματα, ακόμα και το ένα μέλος του ασθενή στο άλλο.

Σε κάθε περίπτωση σχεδόν εφαρμογής μακροχρόνιας πίεσης στο σώμα του υπερήλικα, υπάρχει πιθανότητα ανάπτυξης "κατάκλισης". Βέβαια, όταν κανείς βρίσκεται κατάκοιτος στο κρεβάτι του, το υποκείμενο στρώμα πιέζει ολόκληρη την επιφάνεια επαφής, όμως μερικά σημεία παρουσιάζουν μεγαλύτερη και συγκεκριμένη πίεση και ακριβώς εκεί που θα πρέπει να περιμένουμε να εμφανιστούν κατακλίσεις.

Συνεπώς οι χειρότερες και βαρύτερες κατακλίσεις είναι ακριβώς εκείνες που αρχίζουν από το βάθος προς την περιφέρεια, προς το δέρμα. Λόγω της αυξημένης πίεσης διαταράσσεται η κυκλοφορία σε μια ορισμένη περιοχή με αποτέλεσμα τη νέκρωση των ιστών και την τήξη, η οποία προχωρά ταχύτατα προς την περιφέρεια και το δέρμα.

Έτσι μπορούμε να διακρίνουμε δύο ειδών κατακλίσεις τις "εντω βάθει" που αρχίζουν από μέσα προς τα έξω και τις "επιφανειακές" που αρχίζουν από το δέρμα. Έχει παρατηρηθεί ότι χαμηλού βαθμού πίεση για μακρό διάστημα προκαλεί πολύ μεγαλύτερες βλάβες από υψηλού βαθμού πίεση για βραχύ διάστημα.

Σε γέροντες ασθενείς η κακή γενική κατάσταση του υπερήλικα και η έλλειψη κινητικότητας είναι οι κύριοι γενεσιουργοί παράγοντες εμφάνισης κατακλίσεως, στους γέροντες ασθενείς.

Τα καθήκοντα της καλής νοσηλεύτριας στο πρόβλημα των κατακλίσεων είναι:

1. Κρεβάτι πολύ καλά στρωμένο χωρίς τσαλακώματα στα σεντόνια (χοντρές ραφές), ώστε να μην έχουν σημεία που θα πιάζουν το σώμα του ασθενούς.

2. Σχολαστική καθαριότητα. Εδώ χρειάζεται κάποια ιδιαίτερη φροντίδα. Πλένουμε το σώμα του γέροντα όχι με ξηρό σαπούνι αλλά με σαπούνι που να μην είναι ξηρό και αφαιρεί το λίπος του δέρματος. Σαπούνι, οινόπνευμα, αιθέρας κ.λ.π. απαγορεύονται.

Μετά από ένα απαλό, χωρίς έντονες τριβές σκούπισμα είναι χρήσιμο να χρησιμοποιείται στα σημεία επαφής με το στρώμα του σώματος, κάποιο λάδι ή κρέμα που ενυδατώνει και διατηρεί το δέρμα μαλακό και ελαστικό, μειώνοντας τον κίνδυνο να σπάσει και ν' ανοίξει. Τα καλύτερα σκευάσματα είναι αυτά που περιέχουν σαν βασικό στοιχείο την σιλικόνη.

3. Αποφυγή πίεσης για μακρό διάστημα των ίδιων σημείων του σώματος του ασθενούς. Αυτό σημαίνει συχνή και τακτική μεταβολή της θέσης του σώματος ώστε να ανακουφίζονται τα διάφορα σημεία στήριξης από την πίεση. Καλό θα ήταν να χρησιμοποιούνται αεροστρωμένες μεταβαλλόμενης πίεσης. Είναι χωρισμένες σε κύτταρα επιμήκη ή κάθετα που συνδέονται με μια ηλεκτρική συσκευή η οποία παρέχει αέρα υπό πίεση και με τη χρήση αυτόματης βαλβίδος - χρονοδιακόπτη, αυξομειώνεται η πίεση των κυττάρων κάθε 4 λεπτά. Επίσης αυξάνεται εναλλάξ η πίεση πότε στα ζυγά και πότε στα μονά κύτταρα. Με τον τρόπο αυτό αλλάζουν συνεχώς τα σημεία επαφής.

7. Φάρμακα και υπερήλικες

Πολλές χρόνιες νόσοι των ηλικιωμένων απαιτούν για την αντιμετώπιση τους μεγάλες ποσότητες φαρμάκων. Η ανταπόκριση στα φάρμακα είναι αλλοιωμένη στους ηλικιωμένους, λόγω των διαφόρων μεταβολών στην κλινική φαρμακολογία (φαρμακοκινητική φαρμακοδυναμική) αλλά και από τη συνύπαρξη διαφόρων νόσων. Πιστεύεται ότι δεν μεταβάλλεται ή ελάχιστα μεταβάλλεται η ποσότητα του φαρμάκου που απορροφάται από το γαστρεντερικό σωλήνα. Όμως σοβαρές μεταβολές παρατη-

ρούνται στην ποσότητα του φαρμάκου που φτάνει στη θέση "στόχο" λόγω μεταβολών α) στη διανομή και β) στην απομάκρυνση του φαρμάκου. Οι πορείες αυτές επηρεάζονται από μεταβολές στην κατασκευή (σύνθεση) του σώματος του ηλικιωμένου, όπως ελάττωση της σωματικής μάζας, ολικού νερού κ.λ.π.

Ακόμα η διαφορετική καρδιακή παροχή, η αιματική ροή στο ήπαρ, εγκέφαλο κ.λ.π. όργανα και η λειτουργικότητα των νεφρών που είναι μειωμένα. Όλα τα παραπάνω λοιπόν, επηρεάζουν σοβαρά τη διανομή και την απομάκρυνση των διαφόρων φαρμάκων.

Θα πρέπει πάντοτε να έχουμε υπ' όψη μας ότι πολλές αρρώστιες των γερόντων δεν χρειάζονται ή δεν επιδέχονται ή δεν διαθέτουμε καμιά θεραπεία και ακόμα χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στους αυξημένους κινδύνους παρενεργειών αν σε υπερήλικες χρησιμοποιήσουμε δόσεις φαρμάκων που συνιστώνται για νεώτερα άτομα.

Σαν γενική αρχή πιστεύεται ότι οι υπερήλικες απαιτούν τη χορήγηση μειωμένων δόσεων φαρμάκων, για την αποφυγή συσσώρευσης μεγάλης ποσότητας στον οργανισμό και ακόμα για την ειδική ευαισθησία που παρουσιάζουν σε διάφορα φάρμακα, πολλές φορές μεγαλύτερη από την ευαισθησία που παρουσιάζουν τα παιδιά.

Ο Π.Ο.Υ. προσπαθεί από χρόνια να αντιμετωπίσει προβλήματα σχετικά με τον έλεγχο των φαρμάκων που χορηγούνται σε ηλικιωμένα άτομα με σκοπό την αποτελεσματική και ασφαλή χρησιμοποίησή τους. Όμως, τα άτομα αυτά δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα και η διάκρισή τους από τους ενήλικες, χρονολογικά και λειτουργικά, είναι δύσκολο να γίνει, όπως επίσης δεν μπορεί να γίνει μία χρονική ταξινόμηση των μεταβολών στην ανταπόκριση των φαρμάκων που χορηγούνται, γιατί τα πειραματικά δεδομένα μιας στιγμής μπορεί να αλλάξουν όσο προχωρούν τα γηρατειά και έτσι τα συμπεράσματα δεν είναι πολύ αξιόπιστα και φυσικά δεν πρέπει να προεκτείνονται λόγω της

μεγάλης ανομοιογένειας της ομάδας αυτής.

Αλλά κι αν ακόμα τα υφιστάμενα δεδομένα είναι αξιόπιστα, το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι παίρνουν, περισσότερα από ένα κατά κανόνα φάρμακα, δημιουργεί πολλά φαινόμενα αλληλεπίδρασης φαρμάκων με άγνωστες και καμιά φορά δραματικές συνέπειες.

Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του υπερήλικα

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

- 1) Το δικαίωμα να είναι χρήσιμος
- 2) Το δικαίωμα να προσλαμβάνεται σε εργασία, ανάλογα με τα προσόντα του
- 3) Το δικαίωμα να μην αντιμετωπίζει στερήσεις στα γεράματά του
- 4) Το δικαίωμα να συμμετέχει στα αγαθά της κοινωνίας στην οποία ανήκει (ψυχαγωγία, εκπαίδευση, φροντίδα υγείας)
- 5) Το δικαίωμα να εξασφαλίσει στέγη για τις ανάγκες της μεγάλης ηλικίας
- 6) Το δικαίωμα να ενισχύει ηθικά και οικονομικά την οικογένειά του κατά τον καλύτερο γι' αυτή τρόπο
- 7) Το δικαίωμα να ζει ανεξάρτητα, όπως του αρέσει
- 8) Το δικαίωμα να χρησιμοποιεί όλες τις υπάρχουσες γνώσεις για τη βελτίωση της ζωής του κατά τα γεράματά του
- 9) Το δικαίωμα να ζήσει και να πεθάνει μ' αξιοπρέπεια

Και υποχρεώσεις:

- 1) Να προετοιμάζεται ώστε να γίνει και να παραμείνει για όσο χρόνο το επιτρέπει η υγεία του, και οι περιστάσεις, ενεργό, δραστήριο, ικανό και χρήσιμο μέλος της κοινωνίας και να κάνει σχε-

- διασμούς για εξασφάλιση της άριστης κατάστασης στα γεράματά του
- 2) Να προσπαθήσει ώστε να μαθαίνει και να εφαρμόζει τους κανόνες σωματικής και ψυχικής υγείας
 - 3) Να βρει τρόπους διοχέτευσης του δυναμικού του κατά το γήρας
 - 4) Να αξιοποιήσει την πείρα και τις γνώσεις του
 - 5) Να προσπαθήσει να διατηρήσει τέτοιες σχέσεις με την οικογένεια, τους γείτονες και τους φίλους, που θα τον κάνουν αξιολύβαστο και πολύτιμο σύμβουλο στα γεράματά του.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο V

Περίπτωση ασθενή με χρόνια βρογχίτιδα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ο ασθενής Νικολόπουλος Αντρέας 78 ετών, συνδουεόμενος από το γιό του ήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου τις 22.3.1992 αναφέροντας ότι εδώ και τέσσερις μέρες έχει επίμονο βήχα και πυώδεις υποχρέμψεις. Εγινε εισαγωγή στην κ.π. για εξετάσεις. Ερωτήθηκε αν είχε ποτέ άλλοτε ενοχλήματα, μας αποκάλυψε ότι κάθε χρόνο σχεδόν άλλοτε πιο ελαφριά, άλλοτε πιο βαριά συμπτώματα τα τελευταία δύο χρόνια και για δύο μήνες συνεχώς. Κατόπιν του έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις (αιματολογικές, ακτινολογικές, μικροβιολογικές) και άρχισε μια φαρμακευτική αγωγή, και μια εξειδικευμένη νοσηλ. φροντίδα. Η διάγνωση των γιατρών ήταν χρόνια βρογχίτιδα. Ο ασθενής έμεινε στο νοσοκομείο για 9 ημέρες και αποχώρησε από την κλινική στις 31.3.92 απαλλαγμένος από την αρχική συμπτωματολογία της ασθένειας του.

Ο ασθενής έχει υποστηριχθεί και σωματικά και ψυχικά απ' όλους τους φορές της κλινικής και φυσικά από τα μέλη της οικογένειας του, έτσι ώστε αφού βέβαια ακολουθήσει τις οδηγίες του γιατρού να μπορεί βγαίνοντας απ' την κλινική να συνεχίσει και πάλι μια φυσιολογική ζωή.

Εξαισιμικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα ατόμου με ΧΡΟΝΙΑ ΒΡΟΓΧΙΤΙΔΑ

εφαρμόζοντας τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Άγχος και αγωνία για το ξένο προς αυτόν περιβάλλον όπως και για τις εξετάσεις που πρόκειται να κάνει

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣΚΟΠΟΣ

ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

Να εξαλείφθει το άγχος τόσο και να νιώσει ότι βρίσκεται σε οικείο περιβάλλον

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΧΩΣΗ

ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

Προσέγγιση και προσανατολισμός του ασθενή στο τμήμα. Εξήγηση του ασθενή για τις εξετάσεις. Αυτοσυστήθηκα στον ασθενή και του εξήγησα πως αν έχει κάποια επιθυμία να χτυπάει το κουδούνι χωρίς διασταγμό. Του σύστησα τα άλλα άτομα μέσα στο δωμάτιο και του ανέφερα τις εξετάσεις που είναι αναγκαίες να κάνει.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ

ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

Δείχνοντας αυτό το ενδιαφέρον προς τον ασθενή το αποτέλεσμά ήταν να ηρεμήσει και να αποκτήσει εμπιστοσύνη ως προς το Ιατρικό και Νοσηλευτικό πρόγραμμα.

Ανησυχία λόγω αναμονής των αποτελεσμάτων των εξετάσεων

Να ηρεμήσει και να είναι ψυχολογικά σε καλή κατάσταση έτσι ώστε να δεχθεί τ' αποτελέσματα όποια και αν είναι

Ζητήθηκε να επισκεφθεί ο γιατρός τον ασθενή και να του δώσει τις απαιτούμενες πληροφορίες. Ο γιατρός επισκέφτηκε τον ασθενή μαζί και του είπε προσεκτικά τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Σε όλη την συζήτηση ήμουν κοντά στον ασθενή για να μην αισθάνεται μόνος, τον παρακολουθούσα και έβλεπα τις αντιδράσεις του

Φόβος και αμφιβολία για τα φάρμακα

Να δεχθεί τα φάρμακα και να γίνει σωστά η φαρμακευτική αγωγή που επέβαλλε ο γιατρός στον ασθενή

Εξήγηση για τα φάρμακα που πρόκειται να πάρει και την ενέργεια τους. Του εξήγησα για την ιδιότητα των φαρμάκων και των αποτελεσμάτων που περιμένουμε να έχουμε

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ
	ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ	ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ	ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ
Επειδή είναι μόνος του στην κλινική δεν κάνει την πρωινή περιποίηση για τί φοβάται να μην πέσει	Διατήρηση καλής υγιεινής του ασθενή και καθαρισμός του δέρματος	Ετοιμασία των αντικειμένων που χρειάζονται για την πρωινή περιποίηση. Ρώτησα τον ασθενή αν έχει καθαρές πυζάμες. Όταν μου τις έδωσε τον βοήθησα να σηκωθεί από το κρεβάτι, και τον μετέφερα στο μπάνιο. Έκανε μπάνιο και μετά τον βοήθησα να φορέσει καθαρές πυζάμες. Όση ώρα έπλενε τα δόντια του του άλλαξα τα κλινοσκεπάσματα και όταν ήταν έτοιμος τον πήγα στο κρεβάτι του, του έκοβα τα νύχια και του είπα πως όταν έρθει το φαγητό θα τον βοηθούσα	Αισθάνεται πιο όμορφα ο ασθενής μετά το μπάνιο και τον καθαρό ματιισμό. Βελτιώνεται το αίσθημα της γεύσης με την πλύση του στόματος
Ο ασθενής παρουσιάζει βήχα επίμονο	Κινητοποίηση του ασθενή, και διευκόλυνση αποβολής εκκρίσεων. Βελτίωση αερισμού πνευμόνων.	Χορήγησα στον ασθενή τα φάρμακά του (βρογχοδιασταλτικά και βλεβουλτικά) και τον παρακολούθησα για επιθυμητές και ανεπιθύμητες ενέργειες. Τον βοήθησα να βγάλει τις εκκρίσεις. Υγροποίησα τον εισπνεόμενο αέρα	Ο βήχας του ασθενή αρχίζει να ελαττώνεται μετά την χορήγηση των φαρμάκων
Πυρετός	Ρύθμιση της θερμοκρασίας	Παρακολούθηση της θερμοκρασίας κάθε 3 ώρες. Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων. Του χορηγήθηκε αντιπυρετικό. Προσέχουμε τον ασθενή από κρυολόγημα και κυρίως όταν έχει εφιδρώσεις. Ενυδατώνουμε συνεχώς τον ασθενή με υγρά	Μετά την εφαρμογή των μέτρων αυτών ο πυρετός άρχισε να υποχωρεί και την επόμενη μέρα η θερμοκρασία κυμαινόταν σε φυσιολογικά επίπεδα

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ
Δύσπνοια	Αποκατάσταση της αναπνευστικής λειτουργίας	Χορηγήθηκε στον ασθενή οξυγόνο. Το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει μέτρα για την ασφάλεια του αρρώστου και του περιβάλλοντός του για την επάρκεια χορήγησης του οξυγόνου και την άνεση του κατά την χορήγηση	Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου για να διαπιστώσουμε εάν οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας επιτυγχάνονται Ο ασθενής νιώθει καλύτερα
Πυώδης απόχρεμψη	Διατήρηση διαμονής καθαρής και απαλλαγμένης από μικρόβιο στοματινοφαρυγγικής κοιλότητας	Εφαρμογή μέτρων για τη μείωση της κακοσμίας από την απόχρεμψη και την εκπνοή. Ετοιμάζω το δίσκο για την πλύση του στόματος, και εξηγώ αλλά στον ασθενή για ποιό λόγο πρέπει να κάνει συχνά πλύσεις στόματος. Του αερίζω συνεχώς το δωμάτιό του. Του εξηγώ για ποιούς λόγους πρέπει να κόψει το κάπνισμα	Ο ασθενής εφαρμόζει από μόνος του τα μέτρα, αυτά. Στην αρχή, ήταν αβέβαιος για τη διακοπή του καπνίσματος, μετά όμως το δέχθηκε κάπως στενοχωρημένος
Καταβολή δυνάμεων. Εύκολη κόπωση. Ανορεξία.	Εξασφάλιση καλής θρέψης. Προγραμματισμός και μείωση δραστηριοτήτων. Ανάπαυση αρρώστου. Τόνωση και ανάκτηση των δυνάμεων	Ο γιατρός ρύθμισε το διαιτολόγιό του ασθενή σύμφωνα με τις ανάγκες του οργανισμού του και να διατηρεί το βάρος του σώματος του ασθενή σε ιδεώδη επίπεδα. Βοήθησα τον ασθενή στα πρώτα του γεύματα. Του εξήγησα ότι για να γίνει καλά και να βγει σύντομα πρέπει να τρώει κανονικά και γ' αναπαύεται αρκετές ώρες. Βελτίωση της διάθεσής του για φαγητό με όσο δυνατόν ελκυστικά σερβιρισμένο φαγητό. Ζυγίζουμε τον ασθενή καθημερινά για να δούμε πώς ανταποκρίνεται στις παρεμβάσεις	Μετά από δύο μέρες η όρεξή του προς το φαγητό βελτιώθηκε. Αρχίζει να ανακτά τις δυνάμεις του

Περίπτωση υγιούς υπερήλικα σε Ίδρυμα

Νοσηλευτική διεργασία

Για την συγγραφή αυτής της εργασίας χρειάστηκε να επισκεφτώ ένα γηροκομείο, για να ερευνήσω τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα υπερήλικα άτομα που ζουν σ' αυτά. Επισκέφτηκα ένα μικρό ίδρυμα στη Θεσσαλονίκη το "ΑΓΙΑ ΜΑΡΙΝΑ". Η πρώτη εντύπωση μου από την επίσκεψη αυτή ήταν λύπη και συμπόνοια για τα άτομα αυτά που για διάφορους λόγους αναγκάζονται να μείνουν μέσα στο ίδρυμα. Στα πρόσωπα τους ήταν ζωγραφισμένη έντονα η μοναξιά, η θλίψη και ακόμα πιο έντονα το παράπονο. Συζητήσα με την προϊσταμένη του ιδρύματος και είπα ότι μ' ενδιαφέρει η περίπτωση ενός υπερήλικα χωρίς προβλήματα υγείας και μου συνέστησε μία γριούλα την Αλεξαντρίδου μαρία, η οποία έχει χρόνια να δεχτεί επίσκεψη. Μάζεψα όλο το θάρρος μου και το κουράγιο μου και χτύπησα την πόρτα του δωματίου της. Δεν άκουσα τίποτα και δειλά δειλά άνοιξα την πόρτα. Η πρώτη εικόνα μου ήταν μια γριούλα καθισμένη σε μια καρέκλα κοντά στο παράθυρο. Την πλησίασα, τη χαιρέτησα δειλά και μου ανταπόδωσε το χαιρετισμό. Τη εξήγησα με απλά λόγια την επίσκεψη μου και την ρώτησα αν ήθελε να της κρατήσω για λίγο παρέα. Δέκτηκε με ενθουσιασμό, και αρχίσαμε σιγά σιγά μια όμορφη συζήτηση. Η γριούλα ήταν 82 χρονών και ζούσε ακριβώς 10 χρόνια στο γηροκομείο. Μπήκε χωρίς τη θέλησή της, τα παιδιά της δεν πήγανε γιατί όπως της είπανε ήταν μεβάλο βάρος για την οικογένεια της. Μου ανέφερε τα προβλήματά της, τα παράπονα που έχει από τη ζωή, από τα παιδιά της και το μεγαλύτερο όνειρό της που ήταν μια επίσκεψη του εγγονού της και της εγγονής της που τώρα ήταν ολόκληρη παιδιά. Μετά από πολλές

ώρες συζήτησης της εξήγησα ότι έπρεπε να φύγω, της άφησα κάτι μικρά δωράκια και της υποσχέθηκα ότι όποτε μπορούσα θα ξαναπερνούσα. Χαιρέτησα το προσωπικό και έφυγα από το ίδρυμα με πολύ θλίψη για όλα αυτά τα άτομα που μένουν εκεί και μεγάλη απορία για τα παιδιά που παρατάνε έτσι τους γονείς τους.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΕΚΚΟΠΟΣ

ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

ΑΥΧΟΣ
Να εξαλειφθεί το άγχος και να νιώσει ότι βρίσκεται σε οικείο περιβάλλον

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ακούει με κατανόηση τις ανησυχίες του υπερήλικα. Να διαθέτει χρόνο για να τον ακούει Να τον μεταχειρίζεται σαν ενήλικα Το ενδιαφέρον της να είναι αμείωτο γεμάτο αγάπη, σεβασμό και κατανόηση Να δημιουργεί μια ήσυχη και ήρεμη ατμόσφαιρα γιατί έτσι μειώνει την υπερχρόνωση των αισθήσεων και τους παρόντες που δημιουργούν σύγχυση και άγχος

ΑΥΤΝΙΑ

Να εξαλειφθεί η αϋπνία του υπερήλικα

Η νοσηλεύτρια πρέπει να δημιουργήσει ένα ήσυχο περιβάλλον. Προτρέπει τον υπερήλικα να κοιμάται λίγο το μεσημέρι για να μπορεί να κοιμάται το βράδυ κανονικά. Να μην κάνει χρήση καφεΐνης. Να πίνει ένα ποτήρι ζεστό γάλα πριν πέσει για ύπνο Του προτείνουμε να διαβάσει ένα καλό βιβλίο πριν πέσει για ύπνο.

ΜΟΝΑΜΙΔΑ

Αποβολή του αισθήματος της μοναξιάς

Προτρέπει τον υπερήλικα να δημιουργήσει φιλίες με άλλους υπερήλικες του ιδρύματος. Τον προτρέπει με ν' ασχληθεί με τα ενδιαφέροντα του να παίρνει μέρος στις εκδηλώσεις που διοργανώνει το ίδρυμα να συμμετέχει στις εκδηλώσεις του ιδρύματος, πολιτιστικές, θρησκευτικές, αθλητικές

ΕΚΤΙΜΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ

ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

Με τη συμπαράσταση της νοσηλεύτριας το άγχος του υπερήλικα εξαλείφεται σημαντικά.

Ακολουθώντας αυτές τις οδηγίες ο υπερήλικας, αρχίζει να κοιμάται φυσιολογικά. Δεν ξυπνάει συχνά τα βράδια.

Ο ασθενής άρχισε να αισθάνεται μέλος μιας ομάδας, μπορεί να εκφέρει τη γνώμη του χωρίς να φοβάται, τα συναισθήματά του έχουν αλλάξει για τους άλλους που βρίσκονται στο ίδρυμα.

<p>Το αίσθημα της εγκατάλειψης από τα παιδιά του στο γηροκομείο. Ο ηλικιωμένος αισθάνεται άσχημα ψυχολογικά διότι θεωρεί τον εαυτό του βάρος για τους άλλους που το βάρος αυτό τους ώθησε να τον στείλουν στο γηροκομείο. Θα μπορούσε σκέφτεται, να ήταν στο σπίτι των παιδιών του και να ζει κι αυτός μαζί τους και μια ήσυχη οικογενειακή ζωή. Εδώ η πίεση και η εγκατάληψη είναι τα όργανα συναισθήματα που κατακλύζουν την γεροντική ψυχή. Μια νέα μορφή διαβίωσης από αυτή που πιθανόν να είχε προηγουμένως ο ηλικιωμένος. Τώρα το δωμάτιο του αν-</p>	<p>Η παρέμβασή μας πρέπει να στοχεύει στην καταπράυνση των ανησυχιών και των φόβων του υπερήλικα γι' αυτό που θα συναντήσει στο γηροκομείο. Εξάλειψη του αισθήματος της εγκατάλειψης όσο είναι κατ'ελάχιστο.</p>	<p>Η νοσηλεύτρια πρέπει να ακούει με κατανόηση τις ανησυχίες και τα παράπονα του ηλικιωμένου. Θα του δώσουμε να το καταλάβει ότι στο ίδρυμα μπορεί μιν, να μην είναι το σπίτι του αλλά μεριτην βοήθεια μας θα νιώσει σαν αν έχει κι ένα δεύτερο σπίτι. Θα βοηθήσουμε ώστε να αναπτύξει σχέσεις και δεσμούς και με τους υπόλοιπους τρωίμους του Γηροκομείου και να αντικαταστήσει την οικογένειά του με τους φίλους που θ' απαιτήσει. Να του εξηγήσει τους λόγους που τον έχουν φέρει τα παιδιά του στο ίδρυμα, χωρίς βέβαια να τα δικαιολογεί. Να του δώσει να καταλάβει ότι και στο ίδρυμα θα είναι ένα χρήσιμο άτομο. Μπορεί να τον παρηγορήσει λέγοντας ότι τα παιδιά του, δεν έχουν ξεχάσει τον σκέφτονται και τον αγαπάνε και όποτε μπορούνε θα τον επισκέπτονται. Σε γιορτές μπορούμε να κάνονίσουμε αν συμφωνούν τα παιδιά του να τον παίρνουν στο σπίτι.</p>	<p>Ο υπερήλικας αρχίζει να κατανοεί τους λόγους που ανάγασαν τα παιδιά του αν τον φέρουν στο γηροκομείο. Κατά ένα τρόπο τους δικαιολογεί. Αρχίζει να αισθάνεται ότι είναι χρήσιμο άτομο ακόμα και μέσα στο ίδρυμα. Του έχει απόμείνει όμως ακόμα ένα μικρό παράπονο, και εύχεται να μην κάνουν το ίδιο τα εγγόνια του στα παιδιά του.</p>
---	--	--	---

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟ ΣΚΟΠΟΣ
ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛ. ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

τι καταστάθηκε από τον
ξενώνα του ιδρύματος,
το φαγητό με την ου-
κογένειά του, αντιτι-
καταστάθηκε με την
ομαδική σίτιση στην
τραπεζαρία και γενι-
κά η ζωή του μπαίνει
σε κάποιο πρόγραμμα.

Ε Π Ι Λ Ο Γ Ο Σ

Η ομορφότερη, η πιο σαγηνευτική ώρα της ημέρας είναι αναμφισβήτητα όταν φτάνει το τέλος της. Όταν πάει να φύγει, παραχωρώντας τη θέση της στα σκοτεινά πέπλα της νύχτας. Στο ηλιοβασίλεμα όλα εκείνα τα μαγικά χρώματα που παίρνει ο ουρανός, η θάλασσα, τα βουνά, τα χρυσωπά ή μενεξεδένια σύννεφα, εκείνο το γλυκό και υποβλητικό φως που απλώνεται απαλό σ' όλη τη φύση, δημιουργούν στην ψυχή ένα ενδόμυχο, λεπτό και ακαθόριστο συναίσθημα κάτι σαν μυστηριακή γοητεία, σαν κατάσταση διαβατικής ευφορίας και ευδαιμονίας.

Ας προσπαθήσουμε να κάνουμε κάπως έτσι τα χρόνια της τρίτης ηλικίας ήρεμα, μακάρια, ευχάριστα.

Έπειτα από τόσες διακυμάνσεις, δοκιμασίες, αναστατώσεις, διακινούνται και ο ανθρώπινος βίος να έχει μια ωραία κατάληξη - μια χαρούμενη δύση.

Δύση που με την αμέριστη συμπαράστασή μας μπορεί να γίνει πιο όμορφη, με ακόμα πιο όμορφα χρώματα και χρυσοντυμένες ανταύγειες φωτός. Πρέπει ως νοσηλευτές και ως άνθρωποι να δίνουμε τον καλύτερο εαυτό μας σ' αυτούς τους ανθρώπους που η πλάτη τους έχει γείρει από το βάρος τόσων χρόνων που πέρασαν. Να τους ενισχύουμε ηθικά, όταν ένα πλήγμα της ζωής τους φέρνει κοντά μας, να τους παρέχουμε την φροντίδα μας γιατί αυτοί είναι ανήμποροι να περιποιηθούν τον εαυτό τους, να τους δίνουμε κουράγιο όταν το γέρικο σκαρί τους δεν άντεξε στην φουρτούνα και χτύπησε στον σκόπελο μιας αρρώστειας. Οι γέρικες πλάτες είναι ανήμπορες να σηκώσουν μόνες τους το βάρος της ασθένειας, ένα χέρι βοήθειας, πρέπει ν' απλωθεί και πρώτο απ' όλα το δικό μας χέρι, γιατί εμείς είμαστε αυτά που θα εμπυλώσουμε και θα βοηθήσουμε τον παππού ή την γιαγιά να αντεπεξέλθει τις δυσκολίες.

Φτάνοντας ο άνθρωπος στα γηρατειά έχει διαβεί από μπόρες, φουρτούνες, στενοχώριες, κι όλα αυτά του έχουν δώσει αυτό το πολύτιμο αγαθό, την πείρα και που θα την μεταδώσει, στους νεώτερους σαν μια διαρκή παρακαταθήκη που θα τους χρησιμεύσει στα χρόνια που έρχονται. Οι νέοι έχουν την υποχρέωση να σέβονται και να βοηθούν τους ηλικιωμένους συνανθρώπους τους...

... Κάποτε, αναρωτιόμουνά έντονα, τί αξία έχει να γερνάμε. Τώρα πια όχι. Θέλω να ζήσω τα γηρατειά μου, με την ίδια πληρότητα που έζησα τα παιδικά μου χρόνια, και την εφηβεία μου.

Αισθάνομαι, ωστόσο, ένα αυξημένο αίσθημα ευθύνης απέναντι σ' αυτό τον μελλοντικό μου εαυτό και συνάμα και σ' όλους εκείνους, που η ζωή τους θα διασταυρωθεί κάποια στιγμή με τη δική μου.

Πώς θα είμαι όταν γεράσω;

Η απάντηση σ' αυτό το ερώτημα, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό, από το ποιά είμαι σήμερα. Γιατί τα γηρατειά, δεν είναι παρά το επιστέγασμα της ολοκλήρωσης που αγωνιστήκαμε να επιτύχουμε σε ολόκληρη τη ζωή μας.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βασιλείου Ι., "Χαρούμενη Δύση", Βιβλιοπωλείον της Εστίας.
- Δουτάς Αναστάσιος, "Η τρίτη ηλικία: Προβλήματα και δυνατότητες",
Αθήνα 1981.
- Μαλγαρινού Μ.Α. - Ειρήνη Γουλιά: "Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερ-
ρήλικα", Εκδόσεις Ιεραποστολικής Αδελφότητας "Η Ταβιθά",
Αθήνα 1986.
- Μαλγαρινού Μ.Α. - Κωνσταντινίδου Σ.Φ.: "Παθολογική-Χειρουργική",
Τόμος Β' Μέρος 2ο, Έκδοση Έννατη, Εκδόσεις "ΤΑΒΙΘΑ", Αθή-
να 1987.
- Σαχίνη-Καρδάση Άννα - Μαρία Πάνου, "Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες", Τόμος 2ος Μέρος Β',
Εκδόσεις "ΒΗΤΑ", Αθήνα 1985.
- Τζιμουράκας Αρ., Ιατρός Γεροντολόγος, "Γηριατρική" (Γεροντιατρι-
κή), Θεσσαλονίκη 1989.
- Gerald C. Davison - John M. Neale, "Ein Lehrbuch. Psychologie
Verlags Union, Munchen-Weinheim, 1988.
- Erich Long - Gustav Fischer, "Verlag Geriatrie", Grundlagen fur
die Praxis, 2er neuberbeitete Auflage, Stuttgart 1981.
- Harrison, "Εσωτερική Παθολογία", Τόμος Α', 8η Έκδοση, Εκδόσεις
Παρισιάνος, 1982.
- Καστενμπάουμ Ρόμπερτ, "Η Τρίτη Ηλικία".
- 1ο Πανελλήνιο Γεροντολογικό-Γηριατρικό Συνέδριο Ελ. Γεροντολο-
γικής Εταιρείας, Περιλήψεις ανακοινώσεων, 1989.