

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Η ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ
ΗΛΙΚΙΑΣ»



ΤΑΥΤΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΦΟΗ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΑΙΓΙΟ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1.2 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	7
1.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΝ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	9
1.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	11
1.5 ΘΡΕΨΗ.....	14
1.6 ΜΗ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ.....	15
1.7 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ.....	16
1.7.1 ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	16
1.7.2 ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ.....	17
1.7.3 ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.....	18
1.7.4 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ.....	20
1.7.5 ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ.....	22
1.7.6 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ.....	23
1.7.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

2.1 ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	26
2.2 ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ.....	27
2.3 ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ.....	28
2.4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ.....	29

2.5 ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗΣ ΚΑΡΕΚΛΑΣ.....	41
---	-----------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

3.1 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	45
3.2 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PARKINSON.....	46
3.3 GEGENHALTEN Η ΠΑΡΑΤΟΝΙΚΗ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ.....	53
3.4 ΑΡΓΗ ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑ (Η ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ)..	53
3.5 ΠΡΩΙΜΑ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ.....	54
3.6 ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΩΣΗ.....	54
3.7 ΥΠΟΞΕΙΑ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ.....	58
3.8 ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	58
3.9 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	59
3.10 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	68
4.2 ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ.....	68
4.3 ΚΑΤΑΝΟΜΗ.....	69
4.4 ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ.....	70
4.5 ΑΠΕΚΚΡΙΣΗ.....	71
4.6 ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	71
4.7 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΕΩΣ.....	71

4.8 ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....72

4.9 ΪΑΛΙΓΓΟΣ ΚΑΙ ΖΑΛΗ.....73

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

5.1 ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΒΑΛΙΣΗΣ.....75

5.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....78

5.3 ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΑΣΜΑ.....78

5.3.1 ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΓΡΑΨΙΜΟ.....78

5.4 ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ.....79

5.5 ΤΟ ΣΠΤΙ.....79

5.5.1 ΠΟΡΤΕΣ.....80

5.5.2 ΠΑΤΩΜΑΤΑ.....80

5.5.3 ΦΩΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΡΕΥΜΑ.....80

5.6 ΒΟΗΘΟΙ ΧΕΡΙΩΝ.....81

5.6.1 ΈΠΠΛΑ.....81

5.6.2 ΤΑ ΥΠΝΟΔΩΜΑΤΙΑ.....82

5.6.3 ΤΟ ΜΠΑΝΙΟ.....83

5.6.4 Η ΚΟΥΖΙΝΑ.....85

5.6.5 ΟΙ ΣΚΑΛΕΣ.....85

5.7 ΝΤΥΣΙΜΟ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ- ΣΥΝΔΙΑΣΤΙΚΕΣ

ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

6.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ.....	88
6.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ.....	89
6.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ.....	90
6.4 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ.....	91
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	97

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ακριβής αριθμός των ηλικιωμένων στη δυτική κοινωνία έχει αυξηθεί δραματικά κατά τη διάρκεια του αιώνα μας. Στις μέρες μας, ο μέσος όρος αναλογίας των ηλικιωμένων καθ' όλη την έκταση του κόσμου είναι περίπου 4%, ενώ στην Ευρώπη, ο μέσος όρος είναι περίπου 14%. Το φαινόμενο αυτό έχει περιγραφεί ως "αποτέφρωση των εθνών". Κατά το χρονικό διάστημα των 40 χρόνων από το 1931 έως το 1971, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 χρόνων και πάνω στην Αγγλία και Ουαλία διπλασιάστηκε από 3 περίπου εκατ. σε πάνω από 6 εκατ.. Ακόμα πιο σημαντικός, είναι ο αριθμός των υπερηλίκων (ηλικίας 75 χρόνων και άνω) που τριπλασιάστηκαν από 800.000 σε 2.400.000. Αυτή η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων, υπολογίζεται να συνεχιστεί στην Αγγλία και Ουαλία για τα επόμενα 20 χρόνια, συμπεριλαμβάνοντας και τον αριθμό των πολύ ευπαθών ατόμων τρίτης ηλικίας.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό γνώρισμα που αφορά στη γήρανση του πληθυσμού είναι η διαφορά μεταξύ αρρένων και θηλέων. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που γεννήθηκαν αυτή τη χρονιά στη Γαλλία αναμένεται να ζήσουν 8 χρόνια περισσότερο από τους άρρενες συντρόφους τους, (Pacilat 1981). Οι φυσιοθεραπευτές που εργάζονται σ' ένα τμήμα γηριατρικής θ' αντιληφθούν γρήγορα πως η πλειονότητα των ασθενών τους είναι γυναίκες. Είναι κοινό λάθος να παραδεχόμαστε ότι η αυξανόμενη αναλογία των γερόντων στον πληθυσμό μας, οφείλεται στις προόδους της ιατρικής φροντίδας μέχρι τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Στην πραγματικότητα, οφείλεται στην πτώση της θνησιμότητας κατά τη

διάρκεια της παιδικής ηλικίας, γεγονός που φυσικά είναι αποτέλεσμα των καλύτερων συνθηκών διαβίωσης προς το τέλος του προηγούμενου αιώνα και στην αρχή του αιώνα μας.

Η νοσηρότητα (ο βαθμός της αρρώστιας) αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία. Είναι φοβερά υψηλή σε ασθενείς άνω των 75 και αυτοί οι ασθενείς συνήθως αποκαλούνται ως "γέροι - γέροι". Παρόλο που υπολογίζονται ως μόνο το 14% του πληθυσμού της Αγγλίας, οι γέροντες ασθενείς καταλαμβάνουν πάνω από το 50% των κρεβατιών στα νοσοκομεία. Αν η απαίτηση για μια αρχική φροντίδα (εκπαιδευτική φροντίδα) τεθεί υπό έλεγχο μελλοντικά, θα μπορέσει να υπάρξει μια ριζοσπαστική λύση σχετικά με την κοινοτική προσέγγιση στην τρίτη ηλικία. Ο φυσιοθεραπευτής έχει ένα ρόλο κλειδί στο σχεδιασμό αυτών των νέων προσεγγίσεων. Μια πιο ολοκληρωμένη προσπάθεια μπορεί να αποσκοπεί να κρατήσει τους ηλικιωμένους ανεξάρτητους και υγιείς κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να μειωθεί η απαίτηση για εκπαιδευτική φροντίδα. Οι φυσιοθεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν όχι μόνο με τη θεραπεία των ασθενών ατομικά και δημιουργώντας τις προϋποθέσεις να γίνουν περισσότερο δραστήριοι και ανεξάρτητοι αλλά περισσότερο με το να τους συμπεριλάβουν σε εκπαιδευτικές ομάδες ούτως ώστε να μάθουν το πως θα παραμείνουν υγιείς και δραστήριοι κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Αυτή η εκπαιδευτική μέθοδος πρέπει να αρχίσει πριν από την αποχώρηση (πριν να επέλθει το γήρας). Μπορούν να βοηθήσουν στη γαλούχηση μιας περισσότερο θετικής στάσης στους ηλικιωμένους και στο νοσοκομείο και μέσα στην κοινότητα.

1.2 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Αν κάποιο πρόγραμμα για το γήρας πρόκειται να πετύχει, συνεπάγεται ότι η συμπεριφορά των επαγγελματιών πρέπει να είναι σωστή. Γενικώς, οι συμπεριφορές προς τους ηλικιωμένους στην κοινωνία τείνει να γίνει αρνητική. Σε μια εποχή όπου τα τεχνολογικά επιτεύγματα τοποθετούνται πάνω απ' όλα, η γνώση των πατροπαράδοτων επιτευγμάτων φθίνει από γενιά σε γενιά κι έχει χάσει την αξία της. Ο σεβασμός για το γήρας άλλαξε και σε πολλές περιπτώσεις δημιουργεί προκατάληψη ενάντια σ' αυτό. Ένα από τα σταθερά κριτήρια του γήρατος είναι κάποια αρρώστια, κούραση, αδιαφορία στο σεξουαλικό τομέα και διανοητική καθυστέρηση (ηλιθιότητα), (Mc Tavish 1971). Οι ηλικιωμένοι όμως, μπορεί στην πραγματικότητα να είναι και μορφωμένοι, υγιείς διαμορφώνοντας μια διαφορετική εικόνα από τη συνηθισμένη.

Μια αμερικάνικη μελέτη αποκάλυψε ότι το ενδιαφέρον των φοιτητών της ιατρικής στα προβλήματα του γήρατος ελαττώθηκε, όταν το φοιτητικό τους τμήμα προόδευσε. Ένα μέρος της παρακμής του ενδιαφέροντος τους οφείλεται στην αρνητική συμπεριφορά των εκπαιδευτών και περισσότερο θετικές θα λέγαμε συμπεριφορές εμφανίστηκαν σε φοιτητές που είχαν ένα υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης στην ιατρική που αφορούσε την τρίτη ηλικία (National Academy of Sciences 1978). Ο Rowlings (1981) αναγνώρισε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να έχουν βαθιά ριζωμένες προκαταλήψεις σχετικά με την τρίτη ηλικία. Ομοίως, ο Mills (1972) ανακάλυψε ότι οι Αμερικάνοι φοιτητές που ασχολούνται με τη θεραπεία αποκαταστάσεως είχαν ελλειπείς γνώσεις για πρόοδο του γήρατος και γενικώς δεν ενδιαφέρονταν να εργασθούν με τους ασθενείς της γηριατρικής (γεροντολογίας). Ο Peach (1978) ανακάλυψε ομοίως αρνητικές συμπεριφορές σε μια μελέτη τελειόφοιτων σε 8 σχολές φυσιοθεραπείας στην Αγγλία.

Η Finn (1986) μελέτησε τις συμπεριφορές των φυσιοθεραπευτών που εξασκούν το επάγγελμα προς τους γηριατρικούς ασθενείς και τη γηριατρική ιατρική στην Ιρλανδία. Ανακάλυψε ότι γενικά οι φυσιοθεραπευτές είχαν μια θετική συμπεριφορά προς τους γέροντες βρίσκοντας τους ενδιαφέροντες, ευχάριστους, καλούς και ικανούς ν' αλλάξουν. Οι συμπεριφορές προς τα ηλικιωμένα άτομα ως ασθενείς ήταν λιγότερο εμφανής. Συμφώνησαν ότι το γηραιότερο άτομο παρουσίασε μια ικανότητα προς την αποκατάσταση, αλλά όμως ανακάλυψαν απροθυμία του ν' αναλάβει αυτήν την ευκαιρία. Μόνο ένα 3,4% λάμβανε υπόψη τη γεροντολογική φυσιοθεραπεία σαν την πρώτη εκλογή της καριέρας τους. Τα πορίσματα αυτά μπορούν να υποδηλώσουν ότι η επαγγελματική διδασκαλία των φυσιοθεραπευτών δεν έχει εξοπλισθεί επαρκώς ούτως ώστε να δεχθεί ότι ο ρόλος της στη θεραπεία και στη φροντίδα των ασθενών, δε βρίσκεται αποκλειστικά μέσα στο βασίλειο της άμεσης θεραπείας. Αυτό αναφέρεται στα πορίσματα των Wagstaff, Jackson και Wheeler (1985) σε μια μελέτη των φοιτητών φυσιοθεραπευτών και επαγγελματιών με την οποία ανακάλυψαν ότι η θεραπεία έδωσε υπεροχή στη φροντίδα. Η κλινική εμπειρία η οποία αποκτάται στα νοσοκομεία όπου γίνεται η κατάλληλη εκπαίδευση, τόσο σε εκείνους που είχαν προηγούμενη κλινική εμπειρία και σε εκείνους που δεν είχαν, έχει πολύ σημασία για την αύξηση των γνώσεων και την κατανόηση των προβλημάτων του ηλικιωμένου ασθενή¹.

¹ Συμεωνίδης Π. Παναγιώτης. Ορθοπαιδική: Παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Α' Έκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη

1.3 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΝ ΓΗΡΑΤΟΣ

Άνθρωποι με την ίδια χρονολογική ηλικία μπορεί να έχουν διαφορετικές βιολογικές ηλικίες. Μερικοί γέρνουν γρηγορότερα από ό,τι άλλοι. Ο καθένας γνωρίζει άτομα που στα 90 τους χρόνια είναι φοβερά ενεργητικοί και άλλους που στα 60 ή στα 70 χρόνια έχουν χειροτερεύσει σημαντικά. Όργανα μέσα στην ίδια ηλικία του ατόμου σε διαφορετικούς όμως ρυθμούς. Ένας κατάλογος από βιολογικές αλλαγές που επέρχονται με την ηλικία είναι μάλλον απογοητευτικός και θα πρέπει να θυμίζει ότι κάθε άτομο δεν αναπτύσσει όλες τις αλλαγές. Όμως, έχει σημαντική αξία να τονισθεί εδώ ότι, προκειμένου να καταστεί ορθή η προσέγγιση της έρευνας και θεραπείας της αρρώστιας στην ομάδα αυτής της ηλικίας, είναι απαραίτητο να γίνουν γνωστές οι αλλαγές που έχουν επέλθει.

Το αδυνάτισμα των υποδόριων στηριγμάτων του ιστού προκαλεί τις ρυτίδες του δέρματος. Τα τριχοειδή αγγεία του δέρματος αιμορραγούν πολύ ευκολότερα, αυξάνοντας έτσι τη γεροντική πορφύρα. Αυτό παρουσιάζεται κυρίως στις εκτατικές επιφάνειες του αντιβραχίου. Ένα πολύ ελαφρύ τραύμα είναι ικανό να δημιουργήσει έναν μεγάλο μώλωπα. Η κρεατοελιά είναι συνήθως εμφανής στον κορμό και μερικές φορές στα άκρα του σώματος και στο πρόσωπο.

Συνήθως παρατηρείται μια βαθμιαία προοδευτική απώλεια της ακοής, η οποία είναι γνωστή ως πρεσβυακοΐα. Αρχικώς έχουμε απώλεια των τόνων υψηλής συχνότητας και η αντίληψη στους ήχους του περιβάλλοντος γίνεται ιδιαίτερα δύσκολη. Υπάρχει σχεδόν μια μη ανεκτικότητα στο δυνατό θόρυβο και είναι λάθος να φωνάζουμε δυνατά στους γέροντες ασθενείς. Είναι πιο σημαντικό να μιλάμε αργά και με ευκρίνεια. Εκτός από την ακοή, το αυτί έχει έναν βασικό ρόλο στη διατήρηση της ισορροπίας. Εκφυλιστικές αλλοιώσεις των ημικυκλίων

σωλήνων θα προκαλέσουν διαταραχή της ισορροπίας και προδιάθεση σε πτώσεις.

Περίπου ένα 40% των γερόντων αναπτύσσουν υπόλευκους αδιαφανείς κύκλους γύρω από τα μάτια γνωστούς ως γεροντότοξο. Αυτό οφείλεται στην εναπόθεση λιπιδικών ουσιών. Αυτό δεν είναι αιτία των οπτικών προβλημάτων που οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν ότι έχουν καθώς μεγαλώνουν. Με την αύξηση του γήρατος, η ικανότητα των φακών του ματιού να κεντράρουν σε διαφορετικές αποστάσεις μειώνεται και τούτο είναι το φαινόμενο, γνωστό σαν πρεσβυωπία, και οι περισσότεροι γέροι χρειάζονται γυαλιά για το διάβασμα. Η όραση μπορεί επίσης να ελαττωθεί λόγω του καταρράκτη, γλαυκώματος ή της γεροντικής κηλιδώδους εκφύλισης. Εκφυλιστικές αλλαγές μέσα στους φακούς οδηγούν στο σχηματισμό του καταρράκτη και αυξάνουν την ακαμψία των φακών. Ο σχηματισμός του γεροντικού καταρράκτη είναι σχεδόν πάντα αμφοτερόπλευρος. Παρέμβαση με διοχέτευση υγρού μπορεί να προκαλέσει πίεση μέσα στη σφαίρα του ματιού, μια κατάσταση γνωστή ως γλαύκωμα. Το γλαύκωμα συναντάται σ' ένα ποσοστό περίπου 3% του πληθυσμού πάνω από τα 50. Ισχαιμικές αλλαγές στον αμφιβληστροειδή μπορούν να προκαλέσουν εκφυλιστικές αλλοιώσεις στο βυθό του ματιού. Αυτό είναι γνωστό σα γεροντική κηλιδώδης εκφύλιση. Η όραση μειώνεται σταδιακά και τελικά μπορεί να απολεσθεί ολοκληρωτικά. Και ο καταρράκτης και το γλαύκωμα χρειάζονται χειρουργική επέμβαση. Όμως, τα αποτελέσματα της επέμβασης του καταρράκτη μπορεί να είναι απογοητευτικά αν υπάρξει αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς ή αν ο ασθενής είναι συγγυτικός. Η μειωμένη όραση παρουσιάζεται συχνά σαν αιτία της ακινησίας στη γεροντική ηλικία. Η φυσιοθεραπεία θα μπορούσε να βοηθήσει την ικανότητα του ασθενή να ξεχωρίσει αντικείμενα στο άμεσο του περιβάλλον. Οι μεταβολές στο

ήπαρ και τους νεφρούς που παρατηρούνται με την ηλικία έχουν ιδιαίτερη σημασία όσον αφορά στη φαρμακευτική θεραπεία. Η δύναμη του μυός εξασθενεί σ' αυτούς που δεν ασκούνται κανονικά και προοδευτικά σε μεγάλη ηλικία, τα οστά γίνονται ασθενέστερα (οστεοπόρωση) και αυτό δημιουργεί τα κατάγματα. Η καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία μειώνεται και αυτό μπορεί να καταστεί σημαντικό, όταν ο ασθενής έχει άγχος κατά τη διάρκεια της αρρώστιας. Με παρόμοιο τρόπο η ελάττωση της διανοητικής αντιλήψεως προδιαθέτει σε οξείες, συγχυτικές καταστάσεις. Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί σημαντικές μεταβολές στους νευρώνες του γεροντικού εγκεφάλου, όπως είναι η εναπόθεση της χρωστικής λιποφωσίνης και η απώλεια των μιτοχονδρίων εντός των κυττάρων.

Αυτές οι αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν μια μειωμένη διανοητική ευστροφία καθώς επίσης εξασθενημένη μυϊκή και ακουστική ικανότητα. Ο μηχανισμός που ελέγχει την ισορροπία, τη στήριξη και την ισορροπία στην κίνηση μπορούν σχεδόν να προσβληθούν (Adams 1977). Η οπτική διαστημική αντίληψη και διάγνωση μπορεί να φανεί λιγότερο ακριβής λόγω των εκφυλιστικών αλλοιώσεων στον ινιακό λοβό του εγκεφάλου. Εκφυλιστικές αλλοιώσεις στο νευρικό σύστημα μπορούν σχεδόν να περιπλέξουν τον φυσιολογικό μηχανισμό της θερμορυθμίσεως και να προδιαθέσουν σε υποθερμία².

1.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Η κοινωνική θέση των γεροντικών πληθυσμών μέσα στην κοινωνία έχει αντανάκλαση στην πολιτική κι οικονομική συγκρότηση αυτής της κοινωνίας τόσο καλά όσο οι πνευματικές αξίες, οι πεποιθήσεις και οι

² Τζιαμπίρη-Γκίμπα Ολυμπία, Καθηγήτρια Ιατρικής ΑΠΘ (2000) Η Φυσιολογία του Ανθρώπου

τάξεις. Βελτιωμένες κοινωνικές τακτικές σε ανεπτυγμένες χώρες έχουν επέλθει σαν αποτέλεσμα περισσότερο θετικών συμπερασμάτων. Το γήρας είναι σπάνια μια περίοδος κοινωνικής ή οικονομικής ανάπτυξης για το άτομο και έτσι, οι περιορισμοί στον τρόπο ζωής εμφανίστηκαν σε άτομα που ήταν άφθονα εμφυτευμένο στη νεανική τους ηλικία το αίσθημα του να μην έχουν κοινωνικά πλεονεκτήματα λόγω οικονομικής δυσχέρειας. Πολλοί μεγαλύτεροι άνθρωποι οι οποίοι βρίσκονται αιωρούμενοι στη γραμμή της εξαθλίωσης για τις περισσότερες από τις χρονικές περιόδους της ζωής τους, θα αισθανθούν πραγματικά στερημένοι στα γηρατιά τους. Δεν είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και συνήθως περιγελούν την αναγκαία γνώση να αποκτήσουν κάποτε τα δικαιώματα τους.

Η στέρηση μπορεί να οδηγήσει στα προβλήματα που έχουν σχέση με τη διατροφή. Μπορεί επίσης να οδηγήσει σ' άλλα προβλήματα όπως η υποθερμία, η έλλειψη κινητικότητας, διαταραχές του σφικτήρα, ατυχήματα, ευαισθησία σε αρρώστιες και αντίσταση στην έξοδο από το νοσοκομείο. Για παράδειγμα, σε ιδιαίτερα κρύο καιρό, ένα γεροντικό άτομο με ανεπαρκείς ευχέρειες για ζέστη πρέπει να μείνει στο κρεβάτι. Η συνέπεια τούτων μπορεί να κάνει το άτομο αυτό υποψήφιο για την εμφάνιση επιπλοκών από την παρατεταμένη παραμονή στο κρεβάτι, όπως είναι η πνευμονική εμβολή, και έλκη εκ κατακλίσεως. Αν η τουαλέτα βρίσκεται εκτός του σπιτιού, αυτός δε θα έχει κανονική κένωση του παχέος εντέρου και αυτό μπορεί να οδηγήσει στην ενσφήνωση των κοπράνων και τη δημιουργία προβλημάτων με τον έλεγχο της ουροδόχου κύστεως και του ορθού. Ομοίως, η οικονομία ακόμη και στην πληρωμή των λογαριασμών του ηλεκτρικού ρεύματος μπορεί να είναι αιτία ακατάλληλου φωτισμού .και πτώσεων οι οποίες μπορεί να παρατηρηθούν ως συνέπεια της καταστάσεως αυτής.

Η κοινωνική απομόνωση και θλίψη είναι δύο μεγάλα προβλήματα

για τους ηλικιωμένους. Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να οφείλεται σε θάνατο συγγενών ή στις περιορισμένες οικογενειακές σχέσεις. Στη σύγχρονη κοινωνία τα παιδιά απομακρύνονται αρκετά από τους γονείς τους και έτσι είναι ανίκανοι να συντηρηθούν όπως στο ευρύ οικογενειακό σύστημα του παρελθόντος. Η συνταξιοδότηση μπορεί να είναι το αίτιο της κοινωνικής απομόνωσης καθώς αιφνιδίως απομακρύνει τους ανθρώπους από φιλίες και σχέσεις μέσα στη δουλειά. Υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον όσον αφορά στη σωστή προετοιμασία για τη συνταξιοδότηση και ένας αυξανόμενος αριθμός εταιρειών οργανώνει σεμινάρια για το προσωπικό του πριν από τη συνταξιοδότηση. Ένας από τους στόχους του σεμιναρίου είναι η ενημέρωση για την υγεία στη γεροντική ηλικία. Ο φυσιοθεραπευτής ο οποίος έχει εμπειρία στα προβλήματα των γερόντων θα μπορούσε να συμμετάσχει σ' αυτά τα σεμινάρια.

Η σωματική ανικανότητα είναι η μεγαλύτερη αιτία της κοινωνικής απομόνωσης. Συχνά, η βαθμιαία αυξανόμενη ακινησία είναι επακόλουθο της τρίτης ηλικίας. Όμως, η ακινησία στα γεράματα θα πρέπει να αντιμετωπισθεί με τον ίδιο τρόπο όπως θ' αντιμετωπιζόταν ένας υψηλός πυρετός σε νεότερους ασθενείς, αυτό δηλώνει ότι κάτι δεν πάει καλά. Η θλίψη μπορεί να προέλθει από το θάνατο του συζύγου ή κάποιου άλλου κοντινού συγγενή ή φίλου. Το γεγονός αυτό έχει πολύ σημαντικές επιπτώσεις στα γεράματα. Το άτομο μπορεί να πέσει σε κατάθλιψη ή μπορεί να γίνει πολύ απαθές. Οι αυτοκτονίες αυξάνονται κυρίως μετά από κάποια απώλεια (πένθος). Υπάρχει μια αυξανόμενη τάση για φυσική νόσηση κι αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας όσον αφορά στους συγγενείς.

Η κοινωνική απομόνωση και η σωματική αδυναμία των γερόντων τους καθιστούν εύκολη λεία για τους κλέφτες και τους βανδάλους. Η

τάση μοναξιάς έχει τις μεγαλύτερες συνέπειες για τον ηλικιωμένο και η πιο μικρή φαινομενικά κλοπή μπορεί να τους δημιουργήσει μια σειρά από προβλήματα όπως κατάθλιψη, ασθένειες, μειωμένη κινητικότητα ακόμα και θάνατο.

1.5 ΘΡΕΨΗ

Ο υποσιτισμός στη βρεφική και νεαρά ηλικία είναι λιγότερο συνηθισμένος στις δυτικές κοινωνίες σήμερα, όταν συγκρίνεται με την κατάσταση στις αρχές του αιώνα μας. Στην πραγματικότητα, η ζυγαριά κλίνει προς το αντίθετο και οι επιστήμονες μελετούν τ' αποτελέσματα του υπερσιτισμού στις ομάδες αυτής της ηλικίας. Παρ' όλη την εξάλειψη του υποσιτισμού στις νεότερες ηλικίες αυτό παραμένει ένα σοβαρό πρόβλημα στους ηλικιωμένους. Είναι συνήθως το αποτέλεσμα του συνδυασμού κοινωνικών παραγόντων και νόσου.

Μερικοί ηλικιωμένοι είναι κοινωνικά απομονωμένοι και γίνονται απαθείς απέναντι στη δική τους ευτυχία. Συχνά αγνοούν τ' αποτελέσματα μιας ισορροπημένης διατροφής και η φτώχεια μπορεί να μειώσει τις επιλογές τους για φαγητό. Η φυσική και πνευματική ανικανότητα μπορεί να καταστρέψει την ικανότητα τους να αγοράσουν και να μαγειρέψουν φαγητό για κατανάλωση. Η μύσηση μπορεί να είναι προβληματική, όταν υπάρχουν λάθος τοποθετημένες οδοντοστοιχίες. Μειωμένη απορρόφηση στον εντερικό σωλήνα μπορεί να 'χει σαν αποτέλεσμα καταστάσεις ένδειας του οργανισμού σε ορισμένες ουσίες και ιδιαίτερα το φυλλικό οξύ, τη βιταμίνη B12, τις λιποδιαλυτές βιταμίνες και το λίπος. Ο υποσιτισμός μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αυξανόμενη ανικανότητα στην τρίτη ηλικία. Η έλλειψη σιδήρου, βιταμίνης B12 και η ανεπάρκεια του φυλλικού οξέος μπορεί να οδηγήσει σε νευρολογικές διαταραχές. Το σκορβούτο, η αρρώστια των ναυτικών στο παρελθόν,

εμφανίζεται μερικές φορές ακόμα και σήμερα ειδικά σε ηλικιωμένους άνδρες. Μειωμένα επίπεδα βιταμίνης C στο αίμα έχουν αναφερθεί σε ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα και σε ηλικιωμένους που λαμβάνουν μειωμένα γεύματα. Αυτές οι καταστάσεις θεωρείται ότι οφείλονται στην καταστροφή της βιταμίνης C κατά τη διάρκεια του μαγειρέματος, στην καθυστέρηση της αποστολής των γευμάτων και στην ανεπαρκή τροφοδοσία σε φρέσκα φρούτα (Exton - Smith and Overstall 1979). Η επούλωση πληγών μπορεί να καθυστερήσει λόγω έλλειψης βιταμίνης C και η χορήγηση της μπορεί να βοηθήσει την επούλωση δερματικών ελίων λόγω της αυξημένης παραγωγής κολλαγόνου που προκαλεί. Η έλλειψη βιταμίνης D και ασβεστίου οδηγεί σε ασθένειες των οστών και των μυών, οι οποίες μπορεί να έχουν σοβαρή επίπτωση στην κινητικότητα του ηλικιωμένου.

Η ανικανότητα που οφείλεται σε κακή διατροφή μπορεί να προληφθεί. Θα πρέπει να υπάρξει μεγαλύτερο κοινωνικό ενδιαφέρον γι' αυτό το πρόβλημα και οι εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας θα πρέπει μονίμως να ενδιαφέρονται για τον εντοπισμό ηλικιωμένων ασθενών που πιθανώς δεν τρέφονται σωστά. Οι ηλικιωμένοι που είναι περιορισμένοι στο σπίτι λόγω αρρώστιας, και ιδιαίτερα αυτοί που μένουν μόνοι, κινδυνεύουν περισσότερο.

1.6 ΜΗ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Οι ηλικιωμένοι συχνά δεν αισθάνονται καλά, πονάνε και έχουν δυσκολίες στο να ζήσουν μια κανονική ζωή. Αυτοί και οι συγγενείς τους συχνά δεν το αναφέρουν αυτό στους γιατρούς τους. Σε μια πρωτοποριακή μελέτη το 1964, ο Williamson και οι συνεργάτες του αποκάλυψαν ότι σε μια μελέτη ηλικιωμένων που ζούσαν στο σπίτι σχεδόν το μισό της ανικανότητας τους που ήταν αποδεδειγμένο, ήταν άγνωστο στους

γιατρούς τους. Μυοσκελετικά προβλήματα, πόνος στα πόδια, δυσλειτουργία τον ουροποιητικού συστήματος, άνοια και αναιμία συχνά δεν αναφέρονται στους παθολόγους γιατρούς. Ορισμένες άλλες μελέτες έχουν αποδείξει ότι υπάρχει ένας τεράστιος αριθμός περιστατικών ασθένειας ηλικιωμένων ατόμων που ζουν στο σπίτι και που δεν έχουν τύχει ιατρικής παρακολούθησης και αυτό οδηγεί στο να δοθεί αυξημένη έμφαση στον σημαντικό ρόλο που παίζουν οι ηλικίες. Η ιατρική θεραπεία και αποκατάσταση σε πρώιμα στάδια μπορεί να αποτρέψει περαιτέρω χειροτέρευση και εξάρτηση (Walsch 1980).

1.7 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Η αδιαθεσία και η ανικανότητα στους ηλικιωμένους είναι συχνά τα δευτερεύοντα συνοδευτικά χαρακτηριστικά διαφόρων νοσηρών διαδικασιών που εξελίσσονται σε διάφορα όργανα του σώματος. Αντίθετα, νεότεροι ασθενείς παρουσιάζουν συμπτώματα και ενδείξεις που μπορούν να εξηγηθούν με βάση την εξέλιξη μιας συγκεκριμένης ασθένειας.

1.7.1 ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η ύπαρξη πολλαπλών παθολογικών παραγόντων είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς άνω των 75 ετών. Συχνά υπάρχουν και άλλα στοιχεία που εμπλέκονται, όπως κακή διατροφή και κοινωνικά προβλήματα. Η πολυπαραγοντική φύση της ανικανότητας στους ηλικιωμένους δε θα πρέπει να προκαλεί απαισιοδοξία, καθώς συχνά μπορούμε να κάνουμε πάρα πολλά για να βελτιώσουμε την κατάσταση αυτών των ασθενών. Είναι σημαντικό να αναγνωριστούν και να καταγραφούν όλα τα

προβλήματα του ασθενούς. Κάθε πρόβλημα θα πρέπει να ερευνηθεί και θα πρέπει να ακολουθείται η κατάλληλη θεραπεία. Λόγω της διαφορετικής φύσης των πολλών προβλημάτων που εμπλέκονται, κανένας ειδικός από μόνος του δεν μπορεί να έχει απαντήσεις (λύσεις) για όλα τα προβλήματα και γι' αυτό είναι απαραίτητη η ομαδική αντιμετώπιση. Η αποτυχία στο να υιοθετήσουμε μια πολύπλευρη αντιμετώπιση του προβλήματος θα μπορούσε να οδηγήσει σε πολύ σοβαρές λανθασμένες εκτιμήσεις όσον αφορά στη θεραπεία. Για παράδειγμα, πολύ λίγο ρόλο παίζει η φυσιοθεραπεία σ' έναν ανάπηρο ασθενή, όταν αγνοείται η ύπαρξη καταρράκτη που αργότερα μπορεί να γίνει κύρια αιτία της ακινησίας³.

1.7.2 ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Υπάρχουν συχνά βασικές διαφορές στη συμπτωματολογία κάποιων νοσηρών διαδικασιών μεταξύ νέων και ηλικιωμένων ασθενούν. Αυτές οι διαφορές μπορεί να οφείλονται στη διαφορετική φυσιολογία των ηλικιωμένων. Ένας ηλικιωμένος ασθενής μπορεί να έχει μια πνευμονία απειλητική για την επιβίωση του και παρόλα αυτά να μην έχει υψηλό πυρετό. Μπορεί να υπάρχει έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς πόνο στο στήθος που είναι η κύρια εκδήλωση αυτής της κατάστασης στους πιο νέους. Ένας ηλικιωμένος μπορεί να περπατάει ανέμελα μετά από μια πτώση και παρόλα αυτά μια ακτινογραφία μπορεί να δείξει κάταγμα της κεφαλής του μηριαίου οστού. Ένα παρόμοιο κάταγμα θα μπορούσε να προκαλέσει ισχυρό πόνο σ' ένα νεότερο άτομο.

³ Blumenthal, M.D and Davie, J.W (1980) “ Dizziness and falling in elderly psychiatric out-patients”. Am. J. Psychiat.

Η εμφάνιση μιας αρρώστιας μπορεί να είναι συχνά ύπουλη σ' έναν ηλικιωμένο και μπορεί να αποδοθεί στο γήρας. Σε γενικές γραμμές, η ανάρρωση από τις ασθένειες χρειάζεται περισσότερο χρόνο στους ηλικιωμένους από ό,τι στους νεότερους ασθενείς. Ένα από τα αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά κάποιων σύγχρονων νοσοκομείων είναι ότι έχουν την απαίτηση οι ηλικιωμένοι ασθενείς να έχουν την ίδια εξέλιξη όπως οι νεότεροι. Δυστυχώς, υπάρχει η τάση να κρίνεται η ποιότητα της δουλειάς ενός νοσοκομείου με βάση το μέσο όρο του χρόνου παραμονής των ασθενών και το πόσο γρήγορα εναλλάσσονται οι ασθενείς μέσα σ' αυτό. Πρώιμη έξοδος των αναρρωνυόντων ηλικιωμένων ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της κατάστασης τους και κάνει σχεδόν αναπόφευκτη την εκ νέου εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Για τον ασθενή, ο χρόνος παραμονής του στο νοσοκομείο είναι διαφορετικός και όλοι οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει από κοινού να αποφασίσουν για την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

1.7.3 ΣΥΛΛΟΓΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Όλοι συμφωνούν ότι οι ειδικοί θα πρέπει να συνεργάζονται για τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή και των άλλων μελών της ομάδας που προσφέρει υγειονομικές υπηρεσίες στον ασθενή είναι να προσπαθήσουν ν' αποκαταστήσουν τη χαμένη λειτουργικότητα κάποιου μέλους του ή να το διδάξουν πως να λειτουργεί παρόλη τη δεδομένη του ανικανότητα (μερική ανικανότητα). Θα πρέπει να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή ανεξαρτησία του ασθενούς ή ελάχιστη δυνατή εξάρτηση του. Η συνεργασία με τον ασθενή είναι απαραίτητη για να επιτευχθεί ο σκοπός της επιστροφής του ανίκανου ηλικιωμένου ασθενούς στην κοινωνία με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ανεξαρτησία και

βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Η ομάδα και η ιδιαίτερη σημασία κάθε μέλους της ποικίλλει ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς και ανάλογα με το έργο που απαιτείται να γίνει.

Το κάθε μέλος της ομάδας αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει τις δίκες του υποχρεώσεις. Όταν προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων εργάζεται ομαδικά υπάρχει σημαντικός κίνδυνος παρεξηγήσεων που μπορεί να οδηγήσουν σε έλλειψη αποτελεσματικότητας. Καμιά ομάδα δεν μπορεί να δουλέψει ικανοποιητικά αν υπάρχουν συνεχείς αλλαγές προσωπικού λόγω κυλιόμενου ωραρίου. Είναι επιτακτική ανάγκη στα άτομα μιας ομάδας να υπάρχει μια διαρκής συνεργασία. Αναπόφευκτα μέσα στην ομάδα θα υπάρξουν αλληλοεπικαλυπτόμενοι ρόλοι και αυτό είναι κάτι που πρέπει να γίνει εξ' αρχής αποδεκτό. Συμβαίνει συχνά μεταξύ φυσιοθεραπευτή και νοσοκόμας, φυσιοθεραπευτή και εργασιοθεραπευτή σε δραστηριότητες όπως ντύσιμο, τάισμα και περπάτημα. Δεν είναι δυνατόν δύο άτομα να ασχολούνται με το ίδιο αντικείμενο. Οι διαμάχες μεταξύ των μελών μιας ομάδας είναι αναπόφευκτες και εξασφαλίζονται ότι εύκολα θα δοθεί διέξοδος σε αυτές μπορούν να γίνουν μια πηγή έμπνευσης, ένας τρόπος με τον οποίο σημαντικά θέματα δεν θα παραμεληθούν. Και ο Lceming (1982) εντόπισε δυο τομείς διαμάχης. Ο πρώτος που αφορά τις πιο έντονες διαμάχες σχετίζονται με θέματα όπως, ασύμβατες στάσεις και συμπεριφορές, επαγγελματικό επίπεδο και επαγγελματικός τομέας. Ο δεύτερος τύπος διαμάχης αφορά ευθείς και ειλικρινείς διαφωνίες επάνω σε καθημερινές κρίσεις και αποφάσεις. Συχνά και οι δύο τύποι διαμάχης συμβαίνουν ταυτόχρονα.

Όπως και στον αθλητισμό έτσι και στις ομάδες αποκατάστασης δεν υπάρχει τόσο μεγάλη ανάγκη ύπαρξης ενός επικεφαλής και αυτός ο επικεφαλής είναι συχνά ο σύμβουλος γηριατρικής. Ο Kaye (1975) όρισε την αρχηγία σαν "κάθε συνειδητή πράξη επιρροής επάνω στην

συμπεριφορά άλλων ατόμων". Ο Lecming (1982) προτείνει τα παρακάτω προτερήματα σαν τα κατάλληλα για έναν αρχηγό ομάδας:

- Ø Συμπάθεια προς τους ανθρώπους και κατανόηση του τρόπου συμπεριφοράς της μέσα στην ομάδα τόσο σαν άτομα άλλα και σαν επαγγελματίες.
- Ø Γνώση των σκοπών του τμήματος.
- Ø Προθυμία στο να ακούει και να δέχεται καλόπιστα την κριτική.
- Ø Αυξημένη αίσθηση του καθήκοντος και ικανότητα να την μεταφέρει στους άλλους.
- Ø Αίσθηση του χιούμορ.
- Ø Ικανότητα να παραβρίσκεται σε συναντήσεις ομάδας.
- Ø Αίσθηση του χρόνου⁴.

1.7.4 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΜΑΔΑ

Για να είναι αποτελεσματική η δράση της ομάδας θα πρέπει να υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ των μελών της. Τα νοσοκομεία υποφέρουν λόγω των ιεραρχικών δομών και της αυστηρής διοίκησης ενώ σήμερα υπάρχει η τάση αποφυγής αυτού του κατεστημένου. Οι ιεραρχικές δομές απορρίπτονται και παρακάμπτονται καθώς αποδεικνύονται αντιπαραγωγικές. Για να υπάρχει αποτελεσματική δράση της ομάδας θα πρέπει να υπάρχει καλή επικοινωνία. Επικοινωνία μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς τρόπους και σε πολλές καταστάσεις. Με την συνομιλία των μελών της ομάδος αποκαλύπτονται η νοοτροπία και

⁴ Μπάρλοου Ειρ. – Πανοπούλου: Εγχειρίδιο Φυσικοθεραπείας, Αθήνα 1981.

συμπεριφορά των ατόμων. Αυτό είναι πολύ σημαντικό όταν νέα μέλη του προσωπικού μπαίνουν στην ομάδα. Εάν το τμήμα στο οποίο εργάζεται η ομάδα εκφράζει ενθουσιασμό και θετική στάση απέναντι στους γέροντες τότε θα προκύψει ένας γενικός ενθουσιασμός. Αλλά αν υπάρχει συμπεριφορά ηττημένη απέναντι στην φυσική και πνευματική φθορά τότε μια γενική αποθάρρυνση και ένα αίσθημα ανικανότητας θα καταλάβει τα άτομα. Ο Millard (1986) αναφέρει ότι οι υπηρεσίες δεν θα πρέπει να προσανατολίζονται με βάση συγκεκριμένες ιδέες και συμπεριφορές, αλλά θα πρέπει να προσαρμόζονται στις ανάγκες των συγκεκριμένων ασθενών. Για να λειτουργήσει ικανοποιητικά η ομάδα θα πρέπει να υπάρχει εξαιρετικός συντονισμός δραστηριοτήτων. Το προσωπικό θα πρέπει να είναι ελεύθερο, να διαικπεραίωση τη δική του δουλειά χωρίς όμως αυτό να γίνεται σε βάρος των άλλων μελών της ομάδας. Ο συντονισμός θα γίνει μέσα από τις συναντήσεις των μελών, τις τακτικές αλλά και τις έκτακτες. Υπάρχει όμως ο κίνδυνος συμμετοχής σε ατελείωτα συμβούλια, συσκέψεις, επιστημονικές συναντήσεις κ.λπ. με αποτέλεσμα οι διοικητικές και οργανωτικές διαδικασίες να γίνονται σε βάρος της φροντίδας των ασθενών και της ουσιαστικής δράσης των μελών.

Είναι αξίωμα ότι για την αποτελεσματική αποκατάσταση των ασθενών θα πρέπει να υπάρχει στενή συνεργασία μεταξύ των φυσιοθεραπευτών ή των νοσοκόμων για να επιτευχθεί ένα σταθερό πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων. Αν αυτό δεν γίνει, η πρόοδος που θα έχει επιτευχθεί από τους θεραπευτές θα αναστέλλεται από τους νοσηλευτές. Η επικοινωνία, είτε αφορά δύο άτομα, είτε μια ομάδα ατόμων, είτε γίνεται με την μορφή σύσκεψης είτε μέσω υπομνημάτων, είτε μέσω τηλεφώνου, είναι μία δύσκολη δουλειά που απαιτεί χρόνο για να οργανωθεί και πρέπει να γίνει συνειδητή προσπάθεια από μέρος όλων όσους αφορά. Είναι βασικό σε κάθε συνάντηση όλα τα μέλη να

γνωρίζουν εκ των προτέρων ποιά θα είναι τα θέματα συζήτησης. Αυτό προϋποθέτει ότι θα πρέπει να τηρούνται πρακτικά σε ημερήσια διάταξη. Όλοι έχουμε καταναλώσει χρόνο, μόνο και μόνο για να διαπιστώσουμε την απουσία κάποιων που δεν παρευρίσκονται. Ο γραπτός τρόπος επικοινωνίας είναι απρόσωπος και απαιτεί πολύ χρόνο για να προετοιμαστεί το υλικό. Η επικοινωνία δεν απαιτεί απλά να δίνουμε πληροφορίες αλλά θα πρέπει να παίρνουμε κιάλας είτε μέσω της προσεκτικής ανάγνωσης αυτών που οι άλλοι καταγράφουν, είτε μέσω της προσεκτικής ακρόασης προφορικών πληροφοριών.

1.7.5 ΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

Μια προοδευτική ομάδα θα πρέπει να θεωρεί τον ασθενή και τους συγγενείς του σαν σημαντικά μέλη της ομάδας. Οι συγγενείς θα πρέπει να εμπυχώνονται προκειμένου να ασχοληθούν από την αρχή με το πρόγραμμα αποκατάστασης του ασθενούς. Θα πρέπει να γνωρίζουν την πρόοδο του. Αν βλέπουν τον ασθενή στο κρεβάτι μόνο τις ώρες του επισκεπτηρίου μπορεί να σχηματίσουν μια εντελώς ανακριβή άποψη, όσον αφορά τις ικανότητες του. Η ενασχόληση των συγγενών στα θεραπευτικά τμήματα θα τους προετοιμάσει έτσι ώστε να αφομοιώσουν έναν αποτελεσματικό τρόπο φροντίδας τους ασθενούς στο σπίτι. Θα πρέπει να μην ξεχνάμε ότι μέσα στο νοσοκομείο ο ασθενής έχει τον γιατρό, την νοσοκόμα, τον εργοθεραπευτή, τον λογοθεραπευτή κ.λπ. για να τον φροντίζει. Όμως κατά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, ο συγγενής θα πρέπει να έχει αφομοιώσει ένα μέρος του λειτουργικού ρόλου όλων αυτών των ξεχωριστών ειδικών. Γι' αυτό η κατάλληλη συναναστροφή με τους θεραπευτές είναι απαραίτητη. Έτσι δίνεται η δυνατότητα στους ασθενείς να συζητήσουν τους φόβους τους, τα άγχη

τους και τις επιφυλάξεις τους και να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση. Ο θεραπευτής θα πρέπει να βρει χρόνο να ακούσει τους συγγενείς και φυσικά πολύ περισσότερο τον ασθενή.

1.7.6 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ

Κάθε ασθενής θα πρέπει να θεραπεύεται σαν ιδιαίτερη περίπτωση. Ο καθένας από αυτούς έχει τις δικές του επιθυμίες, φόβος και άγχη κι έτσι είναι απαραίτητο να μπορεί ο θεραπευτής να ακούει. Ο ασθενής μπορεί να είναι πολύ μόνος και ένας συμπονετικός ακροατής μπορεί να έχει την δική του θεραπευτική επίδραση πάνω σε αυτόν. Ίσως μέσα από αυτή την εμπειρία ο νέος θεραπευτής να έχει πολλά να μάθει. Πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς είχαν εξαιρετικά ενδιαφέροντα ζωής και συχνά έχουν εντυπωσιακές ιστορίες να διηγηθούν. Ο ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με αξιοπρέπεια. Οι φυσιοθεραπευτές έχουν πολύ συχνά πολύ προσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς τους, πολύ περισσότερο από ότι άλλοι ειδικοί. Η χρήση των μικρών ονομάτων μπορεί να βοηθήσει την σχέση αλλά αυτό δεν θα πρέπει να γίνεται παρά μόνο αν το επιτρέπει ο ασθενής. Είναι προφανώς προσβλητικό να αναφερόμαστε σε ηλικιωμένους (ασθενείς με ονόματα όπως "παππούλης" κλπ. ή άλλους τέτοιους όρους που υποδηλώνουν οικειότητα. Η προσωπικότητα του ασθενούς δεν θα πρέπει να παραβιάζεται και θα πρέπει να κρατούνται οι αποστάσεις όποτε χρειάζεται.

Όταν ο ασθενής ξεπεράσει την οξεία φάση της ασθένειάς του θα πρέπει να ενθαρρύνεται, να ντύνεται με τα δικά του ρούχα. Αυτό ενισχύει την αξιοπρέπεια και τον αυτοσεβασμό του και τον προωθεί να αποκτήσει μια θετική στάση απέναντι στην αποκατάσταση του. Τέλος, ο θεραπευτής θα πρέπει να εμπυχώνει τον ασθενή και να είναι γεμάτος ενθουσιασμό, αν

υπάρχει ακόμα και η πιο μικρή αντίδραση του ασθενούς στην συγκεκριμένη θεραπεία.

1.7.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Αν ο ηλικιωμένος δεν αντιμετωπισθεί σαν μονάδα μπορεί σύντομα να επιστρέψει στο νοσοκομείο. Ο ασθενής γίνεται παθητικός και εξαρτώμενος από το "σύστημα". Τα ταλέντα του ασθενή και οι διανοητικές της ικανότητες ατροφούν σταδιακά λόγω της έλλειψης ερεθισμάτων. Η απάθεια αντικαθιστά την πρωτοβουλία σε τέτοιο βαθμό που ο ασθενής χάνει την προσωπικότητα του και αποσύρεται στον δικό του κόσμο. Έτσι γίνεται σωματικά εξαρτώμενος και αφήνει τελείως τον εαυτό του. Όσοι από αυτούς τους ασθενείς μπουν στο νοσοκομείο είναι πολύ δύσκολο να αποκατασταθούν.

Για να παρουσιάσουν πρόοδο οι ασθενείς και να διατηρήσουν ή να επανακτήσουν τον αυτοσεβασμό τους θα πρέπει η ατμόσφαιρα γύρω τους να είναι ατμόσφαιρα σεβασμού, χαράς και πίστης στην τελική ανάκαμψη τους. Μια τέτοια θετική ατμόσφαιρα στον χώρο θεραπείας μπορεί να επιτευχθεί, όταν οι διάφορες θεραπευτικές ομάδες θεωρούν την δημιουργία μιας τέτοιας ατμόσφαιρας σαν μια από πιο σημαντικές υποχρεώσεις τους. Ο φυσιοθεραπευτής μπορεί να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη και μετατροπή της ομάδας αποκατάστασης σε "θεραπευτική κοινότητα". Αυτή θα πρέπει να αγωνίζεται για τη βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος και να προσπαθεί να αναπτύξει ένα περιβάλλον που να συμβάλλει στην αποκατάσταση του ασθενούς. Η σημασία της δημιουργίας ενός τέτοιου περιβάλλοντος δεν θα πρέπει να παραμεληθεί. Οι προσπάθειες που γίνονται προς αυτήν την κατεύθυνση θα ανταμειφθούν με καλύτερη αποκατάσταση του ασθενούς και συνεπώς

με μεγαλύτερη ικανοποίηση για τον θεραπευτή και μεγαλύτερη ανεξαρτησία για τον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Για να αρχίσουμε να ασχολούμαστε με την αποκατάσταση των ηλικιωμένων είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι οι άνθρωποι αυτοί δεν είναι άρρωστοι και δεν έχουν ανάγκη φροντίδας μόνο και μόνο επειδή είναι γέροι. Η εκτίμηση της κατάστασης των ηλικιωμένων είναι συχνά περίπλοκη λόγω της ύπαρξης πολλαπλών παθολογικών καταστάσεων. Είναι πιθανή η συνύπαρξη σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διαταραχών στο ίδιο άτομο. Στον ηλικιωμένο ασθενή η διάγνωση γίνεται πιο περίπλοκη γιατί τα συμπτώματα μιας ασθένειας είναι συχνά διαφορετικά από ότι στους νέους ανθρώπους και συχνά κάποια από αυτά απουσιάζουν τελείως. Τέτοιες δυσκολίες επιτείνουν την ανάγκη ακριβούς και πλήρους εκτίμησης της κατάστασης του ηλικιωμένου ασθενούς και όχι ανεπαρκής μελέτη της κινητικότητας.

2.1 ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η εκτίμηση της κατάστασης ενός ηλικιωμένου ασθενούς απαιτεί περισσότερο χρόνο και υπομονή από ότι ενός νεότερου ασθενούς. Απαιτείται περισσότερος χρόνος γιατί υπάρχει πιθανότητα μειωμένης όρασης και ακοής, απώλεια μνήμης και σύγχυση. Είναι άστοχο να φωνάζουμε σε κουφούς ανθρώπους, απλά τονίζονται τα φωνήεντα και καλύπτονται τα συμφωνά. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να είναι απλές και ευθείς και συχνά είναι αναγκαίο να πάρουμε ιστορικό από κάποιο άλλο άτομο, που σε ιδανική περίπτωση θα ήταν κάποιος στενός συγγενής ή κάποιο άτομο στενά συνδεδεμένο με τον ασθενή. Χρειάζεται ιδιαίτερη τακτική για να πάρουμε πληροφορίες κατά αυτό τον τρόπο. Δεν είναι

εύκολο πάντα να ερμηνεύουμε τα συμπτώματα: για παράδειγμα δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η ανικανότητα για να βαδίσει οφείλεται σε κάποια διαταραχή του κινητικού συστήματος. Είναι σημαντικό να εξακριβώσουμε πόσο καιρό έχουν παρουσιασθεί αυτά τα συμπτώματα και την σειρά με την οποία αυτά εμφανίστηκαν. Από την πλευρά του φυσιοθεραπευτή, το οικογενειακό ιστορικό είναι απαραίτητο προκειμένου να γνωρίζουμε τι θα πρέπει να περιμένουμε, όσον αφορά την φροντίδα του ασθενούς, από πλευράς των συγγενών του.

2.2 ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε σε ποιό σημείο του σπιτιού βρίσκονται οι σκάλες και πόσες είναι, που είναι το μπάνιο, το σύστημα ύδρευσης του σπιτιού, η κουζίνα, ο φωτισμός και ποιοί είναι οι πιθανοί κίνδυνοι ατυχημάτων. Μια επίσκεψη στο σπίτι μπορεί να είναι απαραίτητη για να πάρουμε σωστές πληροφορίες κι αυτό μπορεί να γίνει από άλλα μέλη της ομάδας όπως είναι ο εργοθεραπευτής ή ο κοινωνικός λειτουργός. Δεν τίθεται θέμα καλού ή κακού σπιτιού, αλλά κατάλληλου ή ακατάλληλου για τον ασθενή. Για έναν ασθενή που δεν μπορεί να ανέβει σκάλες και που για να φτάσει σπίτι του θα πρέπει να τις χρησιμοποιήσει, το σπίτι κρίνεται ακατάλληλο. Θα πρέπει να θεωρούμε ότι ο ασθενής θα ζει μόνος του χωρίς οικογένεια ή ακόμη χειρότερα χωρίς ιατρική βοήθεια, όταν το πρόβλημα σχετίζεται με έλλειψη κινητικότητας και ανικανότητας να ανταπεξέρθει στην καθημερινή του αλέτα του. Το μέγεθος της τουαλέτας είναι σημαντικότερο, αν χρησιμοποιούνται βοηθήματα βάδισης (πατερίτσες, πι κ.λπ.) ή αναπηρικά καροτσάκια.

Δυσκολίες στο μαγείρεμα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα διατροφικές ανωμαλίες. Κάθε τύπος κατάλληλης θέρμανσης σήμερα είναι πολύ ακριβός. Μπορεί να υπάρχει δίλλημα όσον αφορά την επιλογή του

να ή να μην κρυώνεις. Οι περισσότερες πτώσεις συμβαίνουν μέσα στο σπίτι και αφορούν κυρίως ηλικιωμένα άτομα. Ατυχήματα, πτώσεις στις σκάλες συμβαίνουν όταν δεν υπάρχει χερούλι στήριξης. Ολισθηρά χαλάκια, ολισθηρά και υγρά πατώματα, ακατάλληλα παπούτσια και παλιά έπιπλα μπορεί να αποτελούν όλα αυτά πιθανόν κινδύνους. Θα πρέπει να ερευνηθεί ποιος φροντίζει το σπίτι και ποιος τον ασθενή. Η ανεξαρτησία βέβαια είναι επιθυμητή, αλλά εάν ένα πολύ ανεξάρτητο ηλικιωμένο άτομο ξαφνικά γίνει ανίκανο να κινηθεί προκύπτει σοβαρότατο πρόβλημα, ενώ σε περίπτωση που υπάρχει μια μικρή μορφή εξάρτησης, το πρόβλημα δεν θα είναι τόσο έντονο ή σοβαρό. Είναι βασικής σημασίας η εξασφάλιση βοήθειας από φίλους και συγγενείς. Είναι γνωστό ότι και οι πιο στενοί δεσμοί συμπαθείας μπορεί να αλλάξουν ή να εξαφανιστούν από δυσκολίες που προκύπτουν από την ασθένεια.

2.3 ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ

Όπως με όλους τους ασθενείς, έτσι και με τους ηλικιωμένους, η πρώτη εντύπωση είναι καθοριστικής σημασίας. Στους ηλικιωμένους ασθενείς, παράγοντες όπως η οξύνοια και η γενική συμπεριφορά, παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για την πνευματική τους κατάσταση. Μπορεί να υπάρχουν ενδείξεις απόρριψης, είτε αυτοαπόρριψης, είτε απόρριψης από μέρους των συγγενών.

Κατά τη γενική επισκόπηση του ασθενούς ένα σημαντικό βοηθητικό στοιχείο είναι η κατάσταση του δέρματος. Μπορεί να παρουσιάζει μελανιές, πράγμα που μπορεί να προέρχεται από πρόσφατη πτώση. Θα πρέπει να εξεταστούν οι περιοχές του δέρματος που δέχονται αυξημένη πίεση καινά δοθεί άμεσα θεραπευτική αγωγή στην περίπτωση που υπάρχουν δερματικά έλκη.

Κατά τη διάρκεια των διαδικασιών εκτίμησης της κατάστασης του ασθενούς, ο φυσιοθεραπευτής θα πρέπει να λάβει υπόψη του μερικές μη φυσιολογικές λειτουργικές καταστάσεις. Ο Cowdrey (1976) αναφέρει ότι για να υπάρξει ανεξαρτησία, ο ασθενής θα πρέπει να είναι ικανός να περπατήσει ή να μεταφερθεί από το κρεβάτι στην καρέκλα χωρίς βοήθεια, να έχει φυσιολογικά ή σχεδόν φυσιολογικό έλεγχο των απεκκριτικών λειτουργιών, να είναι ικανός να ανταπεξέλθει στις προσωπικές του ανάγκες όπως είναι το φαγητό, το ντύσιμο, το λουτρό και να έχει ένα λογικό πνευματικό επίπεδο. Οι Bruell και Peszcymski (1958) θεωρούν ότι η ικανότητα της κίνησης χωρίς βοήθεια είναι η βασική προϋπόθεση ανεξαρτησίας⁵.

2.4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Αναπνευστικό σύστημα

Η αξιολόγηση του βήχα και των πτυέλων που παράγονται καθημερινά είναι σημαντική: παρόλο που πολλοί ηλικιωμένοι αρνούνται την παρουσία βήχα, συζητούν με άνεση για την ποιότητα και την ποσότητα των φλεγμάτων που παράγονται. Μερικοί ηλικιωμένοι, που δεν παρουσιάζουν αναπνευστικό πρόβλημα, θα παραπονεθούν για δύσπνοια που εμφανίζεται όταν ανεβαίνουν μια σκάλα ή όταν βιάζονται. Παρόλα αυτά, σημαντική σημασία έχει η απόσταση που διανύεται μέσα στο σπίτι και η παρουσία ή η απουσία δύσπνοιας κατά τη διάρκεια του ντυσίματος.

Η ένταση του βήχα αποτελεί στοιχείο μεγάλης σημασίας, καθώς ένας ελαφρύς βήχας όταν υπάρχει μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερα

⁵ Αθανασαόπουλος Σ. Κινησιοθεραπεία, Αθήνα 1989, Χρ. & Ρ. Παραμανίδης

προβλήματα στο φυσιοθεραπευτή ειδικά αν υπάρχει κάποιο κάταγμα στην περιοχή του θώρακα. Η ποιότητα των πτυέλων θα πρέπει να ερευνάται: βλενωδής πτύελα δεν αποτελούν ένδειξη πρόσφατης σοβαρής νόσου. Ο αυξημένος αριθμός αναπνοών μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη κάποιας πάθησης των πνευμόνων στους ηλικιωμένους. Η παρατεταμένη εκπνοή με τα χείλη σφιγμένα και η γρήγορη εισπνοή είναι χαρακτηριστικά απόφραξης των αεροφόρων οδών. Οι περισσότεροι ασθενείς ανταπεξέρχονται σωστά στις αναπνευστικές δοκιμασίες χρησιμοποιώντας τον βιταλογράφο και το Wright's Peak Flow Meter.

Νευρικό σύστημα

Η αξιολόγηση της κατάστασης του νευρικού συστήματος των ηλικιωμένων είναι τελείως διαφορετική από αυτή των ατόμων άλλων ηλικιών. Κάποιες "ανωμαλίες" είναι κατά κάποιο τρόπο φυσιολογικές ή δεν έχουν ιδιαίτερη σημασία. Για παράδειγμα: απουσιάζει συχνά το αντανακλαστικό του Αχιλλείου τένοντα. Η αξιολόγηση της αισθητικότητας είναι δύσκολο να γίνει επειδή υπάρχουν δυσκολίες στην επικοινωνία. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να αναφέρουν αίσθημα ζαλάδας ή τάση για λιποθυμία. Για να πάρουμε πιο ακριβείς πληροφορίες είναι απαραίτητο να εξακριβώσουμε τι προκάλεσε τη ζάλη, πόσο διήρκεσε αυτή και εάν πράγματι υπήρξε απώλεια συνείδησης. Για παράδειγμα, μια ζάλη που αισθάνεται ο ασθενής την ώρα που σηκώνεται από το κρεβάτι το πρωί, μπορεί να είναι το σύμπτωμα παροδικής πτώσης της πίεσης του αίματος.

Είναι σημαντικό να βρούμε αν υπάρχουν ενδείξεις μειωμένης πνευματικής λειτουργίας. Απλές ψυχομετρικές δοκιμασίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της διανοητικής κατάστασης. Η πρόσφατη και παλαιότερη μνήμη, η αίσθηση του χρόνου, του τόπου και

του ατόμου και η ικανότητα του ατόμου να κάνει απλούς υπολογισμούς είναι θέματα που θα πρέπει να εξετασθούν. Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει το νου του για τον εντοπισμό καταθλιπτικών καταστάσεων. Η κατάθλιψη και οι μειωμένες πνευματικές λειτουργίες μπορεί να δυσκολέψουν τις προσπάθειες αποκατάστασης, ειδικά εάν αυτές υπάρχουν εξ' αρχής.

Κεφαλή και λαιμός

Θα πρέπει να ελέγχονται οι παθητικές κινήσεις του αυχένος. Περιορισμός της κίνησης είναι συνηθισμένος στην αυχενική σπονδυλίτιδα, ειδικά όσον αφορά την πλάγια κάμψη, ενώ δυσκαμψία του αυχένος σε όλες τις διευθύνσεις εμφανίζεται στην νόσο του Parkinson και σε ασθενείς με νόσους του πυραμιδικού συστήματος.

Θα πρέπει να εξετάζονται τα οπτικά πεδία, καθώς επηρεάζουν γενικά τη δραστηριότητα και την ισορροπία. Η απώλεια ανάληψης στον κατακόρυφο και οριζόντιο άξονα είναι ένα κοινό πρόβλημα στους ημιπληγικούς και η εκτίμηση αυτής της αισθητικής ικανότητας μας βοηθάει να ερμηνεύσουμε την δυσκολία αυτήν των ασθενών στο να διατηρήσουν την όρθια θέση αλλά και τα προβλήματα που ακολουθούν σχετικά με τη βάδιση.

Το πρόσωπο θα πρέπει να εξετάζεται προκειμένου να καθορισθεί η υπάρχουσα ασυμμετρία ή ατροφία. Οι κινήσεις του προσώπου θα πρέπει να εξετάζονται όταν ο ασθενής συμπεριφέρεται όπως συνήθως και αυτός είναι ο καλύτερος τρόπος προσδιορισμού της συμμετρίας και της ασυμμετρίας. Η ατροφία των μυών στο άνω μέρος του προσώπου οδηγεί σε απώλεια της εγκάρσιας ρυτίδας μεταξύ των φρυδιών.

Η ομιλία θα πρέπει να παρακολουθείται με προσοχή. Πρώτα είναι απαραίτητο να προσδιορίσουμε τις διαφορές μεταξύ νόσων που αφορούν

την φωνή και την άρθρωση, όταν ο λόγος είναι απαλός και κολλώδης κι διαταραχές που αφορούν το τραύλισμα. Όταν ο ασθενής δεν έχει σωστή οδοντοστοιχία ή του λείπουν τα δόντια, ο λόγος μπορεί να επηρεαστεί. Οι κινήσεις της γλώσσας και η θέση της σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο θα επηρεάσουν τον λόγο. Προσπαθήστε να μιλήσετε φυσιολογικά με διπλωμένη την γλώσσα και καταλάβετε την δυσκολία που αντιμετωπίζουν μερικοί ημιπληγικοί ασθενείς προκειμένου να επικοινωνήσουν με σαφήνεια. Η ακοή θα πρέπει κι αυτή να εξετάζεται δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο ακουστικό πεδίο.

Θα πρέπει να δούμε αν ο ασθενής είναι αριστερόχειρας ή δεξιόχειρας. Θα πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι στην τρίτη ηλικία υπάρχουν κι ασθενείς που αριστερόχειρες έγιναν δεξιόχειρες στην παιδική ηλικία⁶.

Άνω άκρα

Όπως και η δυσκαμψία των άνω άκρων δύο είναι τα σημαντικά συμπτώματα για τον φυσιοθεραπευτή. Αυτά τα συμπτώματα είναι συνηθισμένα στα δάκτυλα στην περίπτωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Έντονος πόνος στον ώμο ειδικά την νύχτα που συνδυάζεται με αυξημένο περιορισμό κινήσεων (ειδικά της πλάγιας περιστροφής και της απαγωγής) είναι τυπικό σύμπτωμα της κολλώδους φλεγμονής του αρθρικού θύλακα του ώμου. Έντονος αμφοτερόπλευρος πόνος στους ώμους χωρίς περιορισμό των κινήσεων είναι τυπικό σύμπτωμα της ρευματικής πολυμυαλγίας. Κατά τη διάρκεια της γενικής εκτιμήσεως υπάρχουν ορισμένοι γενικοί κανόνες χρήσιμοι για τον φυσιοθεραπευτή, όπως άλγος στο άνω άκρο ως αποτέλεσμα η νόσος των αρθρώσεων

⁶ Πλέσσας Τ. Σταύρος, Καθηγητής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών & Κανέλλος Ευάγγελος, Καθηγητής Φυσιολογίας ΤΕΙ Αθήνας (1997). Φυσιολογία του Ανθρώπου

συνοδεύεται συνήθως από περιορισμό της κινητικότητας και άλγος από άλλες αιτίες, συμπεριλαμβανομένου του αντανακλαστικού άλγους, δεν θα συνοδεύεται από περιορισμό της κινητικότητας. Υπάρχουν νόσοι που μπορεί να οδηγούν σε περιορισμό κινήσεων αλλά να μην παρουσιάζουν πόνο. Απώλεια της κίνησης που παρουσιάζεται σταδιακά (όπως σε νόσους των συνδέσμων, νόσος του Parkinson) θα πρέπει να διαχωρίζεται από τις περιπτώσεις όπου εμφανίζεται απότομα (π.χ. CVA ή κάταγμα). Οι φυσιοθεραπευτές θα πρέπει να γνωρίζουν την συνολική εικόνα της κατάστασης. Τα χέρια των ηλικιωμένων ατόμων έχουν τάση να παρουσιάζουν μια ελαφρά ωλένια παρέκκλιση που από μόνη της δεν έχει ιδιαίτερη σημασία. Ένας ελάχιστος βαθμός πάχυνσης των παλαμών είναι πολύ συνηθισμένος και παρουσιάζεται περίπου στο 10% των ηλικιωμένων ασθενών (Caird and Judji 1976). Επίσης, δεν είναι ασυνήθιστη η μόνιμη κάμψη των δακτύλων των χεριών λόγω βραχύνσεως της παλαμιαίας απονευρώσεως (Dupuytren's contracture).

Το εύρος της κίνησης των ηλικιωμένων είναι παρόμοια με αυτή των νέων ατόμων. Ο περιορισμός της κίνησης των αρθρώσεων δεν είναι ένα χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων. Περιορισμός της κίνησης σε μικρότερο βαθμό μπορεί να παρουσιαστεί σε διάφορες παθήσεις αλλά μπορεί να είναι τελείως ασυμπτωματική και να μην προκαλεί απώλεια λειτουργικότητας και γι' αυτό να είναι ασήμαντη. Αφού εξετασθούν οι αρθρώσεις όσον αφορά την κινητικότητα τους, θα πρέπει να εξεταστεί και ο τόνος των μυών. Η δυσκαμψία στην νόσο του Parkinson γίνεται πιο εύκολα αντιληπτή στον καρπό και στον αγκώνα. Μπορεί να παρουσιαστεί μυϊκός πόνος κατά την απαλή πίεση των μυών του πήχους και του βραχίονα.

Με πρόταση των χεριών γίνεται εκτίμηση για το αν υπάρχει τρόμος ή παρέκκλιση του άκρου. Όπως στους ασθενείς όλων των ηλικιών έτσι

και στους ηλικιωμένους θα πρέπει να γίνεται σύγκριση μεταξύ των δύο πλευρών όσον αφορά την εκτίμηση της μυϊκής δύναμης. Θα πρέπει να συγκρίνονται τα αντανακλαστικά και να εξετάζεται η αισθητικότητα. Είναι σημαντικό να εξετάζεται η θέση των αρθρώσεων ειδικά σε ημιπληγικούς ασθενείς που μπορεί να παρουσιάζουν τάσεις περιφρόνησης ή άρνηση του μέλους. Αν συμβαίνει κάτι τέτοιο δημιουργούνται μεγάλα προβλήματα στην αποκατάσταση καθώς υπάρχει τάση μη χρησιμοποίησης του άκρου παρόλη την θετική του αντίδραση όσον αφορά την αντίσταση του όταν δέχεται δύναμη αλλά και την ικανότητα του να δέχεται ερεθίσματα.

Κάτω άκρα

Τα κύρια συμπτώματα που συνοδεύονται με τα κάτω άκρα είναι ο πόνος, οι διαταραχές της βάδισης, η αδυναμία και το οίδημα. Αιφνίδια εμφάνιση πόνου στο ισχίο και το μηρό μπορεί να οφείλεται σε κάταγμα ή οξεία αρθρίτιδα. Πόνος που εμφανίζεται σταδιακά πιθανά οφείλεται σε εκφυλιστική οστεαρθροπάθεια. Πόνος στα γόνατα είναι ιδιαίτερα συνηθισμένος στους ηλικιωμένους. Πόνος και δυσκαμψία στο γαστροκνήμιο που συμβαίνει κατά την άσκηση είναι χαρακτηριστικό αρτηριακών παθήσεων (οι ασθενείς συχνά την αναφέρουν στην κράμπα). Αυτή η κατάσταση δεν θα πρέπει να συγχέεται με τις κράμπες των ποδιών την νύχτα που είναι πολύ συνηθισμένες και για τις οποίες δεν υπάρχει προφανής αιτία. Ο πόνος στα πέλματα δεν είναι ασυνήθιστος, αλλά ποδολογικά προβλήματα θα πρέπει να εξετάζονται (π.χ. κάλοι, προβλήματα των νυχιών κ.λπ.) και ένας ειδικός ιατρός θα πρέπει να ασχολείται με αυτά. Τέτοια προβλήματα, παρόλο που δεν μπορούν να επηρεάσουν ιδιαίτερα την κινητικότητα, συχνά παραμελούνται. Η δυσκολία στο περπάτημα μπορεί να οφείλεται σε πόνο ή νευρολογικά προβλήματα.

Η εκτίμηση θα πρέπει να περιλαμβάνει: λεπτομέρειες όσον αφορά την απόσταση που διανύει ο ασθενής, τις συνέπειες του σταματήματος, τη δυσκολία που αντιμετωπίζει για να σηκωθεί από την καρέκλα, για να ανεβοκατέβει σκάλες και κεκλιμένο επίπεδο και επίσης τις δυσκολίες στη βάδιση σε υγρό έδαφος, σε επιφάνειες διαφόρων μορφολογιών που καλύπτονται ή όχι με διαφόρους τύπους χαλιών κ.λπ. Η εκτίμηση της κατάστασης των κάτω άκρων γίνεται όπως και για τα άνω άκρα. Θα πρέπει να επισημαίνεται η κατάσταση του δέρματος για να υπάρχει ανάλογη φροντίδα στους χειρισμούς κατά την θεραπεία και για τον εντοπισμό πρόσφατων μωλώπων που δείχνουν πιθανά πτώση. Επίσης, θα πρέπει να ψιλαφώνται οι σφυγμοί.

Ράχη

Είναι σημαντικό να έχει ο φυσιοθεραπευτής υπόψη του ότι υπάρχουν πολλοί λόγοι ύπαρξης πόνου στην ράχη, μερικοί από τους οποίους οφείλονται σε μηχανικές διαταραχές που θα πρέπει να θεραπευτούν ανάλογα, μερικοί που δεν έχουν σχέση με τον φυσιοθεραπευτή και μερικοί π.χ. που οφείλονται σε μεταστατικές εστίες και στους οποίους αντενδείκνυται κάποιες ή όλες οι φυσιοθεραπευτικές μέθοδοι. Ο σκοπός της εκτίμησης της κατάστασης είναι εν μέρει να εντοπίσουμε τα βασικά αίτια του πόνου. Αν ο ασθενής παραπονιέται πολλά χρόνια για κάποιο πόνο τότε πιθανό το αίτιο δεν είναι σοβαρό. Πόνος που παρουσιάζεται αιφνιδίως ή πόνος μετά από πτώση μπορεί να οφείλεται σε κάταγμα ή μεταστατικές εστίες. Έντονος, επίμονος πόνος στην οσφυονωτιαία περιοχή που δεν επηρεάζεται από την κίνηση ή το βήχα και υφίσταται διαρκώς, μπορεί να είναι ένδειξη καρκίνου του παγκρέατος.

Βάδιση

Ακόμα κι αν η βάδιση γίνεται σωστά θα πρέπει αυτή να ερευνάται. Ο ασθενής θα πρέπει να φορά παπούτσια και όχι παντόφλες. Πέρα από τη βάδιση θα πρέπει να γίνεται προσεκτική παρατήρηση των κινήσεων των ώμων και του κορμού που σχετίζονται με αυτήν. Από λειτουργικής απόψεως είναι σημαντικό να εκτιμήσουμε αν πόση ασφάλεια γίνεται η βάδιση και τον τρόπο με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα ειδικά βοηθήματα.

Ισορροπία

Κατά την εκτίμηση της κατάστασης της ισορροπίας του ασθενούς είναι απαραίτητο να απαντηθούν δύο βασικά ερωτήματα:

1. Τι χρειάζεται να κάνει ο ασθενής;
2. Έχει την δυνατότητα να το κάνει ή όχι;

Με βάση αυτά τα δύο ερωτήματα, θα πρέπει να αξιολογηθούν τρία βασικά στοιχεία. Το ακόλουθο είναι ένα παράδειγμα αξιολογήσεως στην καθηστηκυία θέση.

1. Τι βοήθεια απαιτείται για την διατήρηση της ισορροπίας πάνω σε μια βάση;
 - α) Μπορεί ο ασθενής να καθίσει χωρίς βοήθεια ακουμπώντας τα δύο του πόδια στο πάτωμα και χωρίς στήριξη στην πλάτη και τα χέρια;
 - β) Για πόσο χρόνο;
 - γ) Πόση βοήθεια απαιτείται;
 - δ) Απαιτείται επιπλέον βοήθεια όταν ο ασθενής έχει τα μάτια κλειστά;
2. Ποιά είναι η αντίδραση του ασθενούς σε εξωτερικές δυνάμεις που τείνουν να τον διαταράξουν;

α) Αντίδραση των χερών.

β) Προσπάθεια με διόρθωση.

γ) Ικανότητα να βρει με καινούρια σταθερή θέση

3. Σε ποίο βαθμό ανεξάρτητης δραστηριότητας μπορεί να ανταπεξέλθει;

α) Μπορεί ο ασθενής να διατηρήσει την ισορροπία του κουνώντας το κεφάλι;

β) Μπορεί ο ασθενής να διατηρήσει την ισορροπία του κουνώντας τον κορμό;

γ) Μπορεί ο ασθενής να διατηρήσει την ισορροπία του κουνώντας τα χέρια και τον κορμό;

Το ίδιο σχέδιο για την εκτίμηση της ισορροπίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για όλες τις βασικές θέσεις εκκίνησης. Αν για παράδειγμα ο ασθενής ανήκει στην κατηγορία 3γ στην όρθια θέση τότε είναι έτοιμος να περπατήσει χωρίς καμιά βοήθεια.

Μυϊκή δύναμη

Οι μέθοδοι μέτρησης της μυϊκής δύναμης και ισχύος έχουν ανακαλυφθεί εδώ και πολλά χρόνια. Σύμφωνα με τον De Vrejs (1970) δεν υπάρχουν σταθερές τιμές προσδιορισμού μιας ακριβούς βάσης εκτίμησης της φυσιολογικής δύναμης στους ηλικιωμένους. Η σταθερή κατάταξη μέτρησης της μυϊκής δύναμης γίνεται με βάση μια εξαβάθμια κλίμακα γνωστή σαν κλίμακα της Οξφόρδης. Παρόλα αυτά ο Ransome το 1980 πρότεινε μια τριβάθμια κλίμακα σαν κατάλληλη για την εκτίμηση της μυϊκής δύναμης των ηλικιωμένων:

3. Ελάχιστη (καθόλου ή ελάχιστη δύναμη).

2. Μέτρια (προβάλλεται συμβολική αντίσταση).

1. Καλή (προβάλλεται συμβολική αντίσταση).

Δεν μας ενδιαφέρει εδώ η δύναμη που διαθέτει ο ασθενής, αλλά πόση δύναμη απαιτείται προκειμένου να επιτρέπονται σε ικανοποιητικό επίπεδο οι φυσιολογικές λειτουργίες.

Κινητικότητα

Ο συνδυασμός κινητικότητας, δύναμης και ισορροπίας καθορίζει τη λειτουργική ικανότητα του ασθενούς. Η σχολή της Φυσιοθεραπείας του Πανεπιστημίου του Δουβλίνου, χρησιμοποιεί έναν πίνακα εκτίμησης της κατάστασης του ασθενούς (πίνακας 1) που σχεδιάστηκε από την Ann Finn, που είναι μέλος του προσωπικού. Αυτός περιλαμβάνει διάφορες απόψεις επί της κινητικής και λειτουργικής ικανότητας. Κατά τον Ranson (1980) ο ασθενής αξιολογείται σε σχέση με την κινητικότητα και λειτουργικότητα μαζί:

3. Καλή (πλήρης ή σχεδόν πλήρης κινητικότητα).
2. Μέτρια (περιορισμένη κινητικότητα που επιτρέπει κάποια λογική λειτουργικότητα).
1. Ελάχιστη (περιορισμένη κινητικότητα - ανύπαρκτη λειτουργικότητα).

3. Καλή (ο ασθενής τα καταφέρνει μόνος του).
2. Μέτρια (ο ασθενής τα καταφέρνει με επίβλεψη)
1. Ελάχιστη (ο ασθενής τα καταφέρνει με βοήθεια).

Ο Frazen (1979) επινόησε μια οκτοβάθμια κλίμακα που σχετίζεται με τη λειτουργικότητα και όχι με την ανικανότητα ή την παθολογική κατάσταση. Με αυτόν τον τρόπο επιτρέπονται μεταβολές στη λειτουργική ικανότητα, οι οποίες μπορεί να επιτευχθούν με την θεραπεία και δεν σχετίζονται με αλλαγές στη φυσική κατάσταση του ασθενούς:

- 1.Καθόλου ανικανότητα.
- 2.Δυνατότητα ανεξάρτησης κίνησης.
- 3.Περιορισμένη κινητικότητα.
- 4.Περιορισμένος στο σπίτι - ικανός να κάνει λίγες οικιακές εργασίες.
- 5.Περιορισμένος στο σπίτι - ικανός να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της προσωπικής του φροντίδας.
- 6.Περιορισμένος στο σπίτι - χρειάζεται βοήθεια για να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της προσωπικής του φροντίδας.
- 7.Καθλωμένος σε καρέκλα, αναπηρικό καροτσάκι κ.λπ. - χρειάζεται βοήθεια για να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της προσωπικής του φροντίδας.
- 8.Εντελώς (απόλυτα) εξαρτημένος.

Ο φυσιοθεραπευτής και ο εργασιοθεραπευτής θα πρέπει να συνεργάζονται στενά για την εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών όσον αφορά καθημερινές δραστηριότητες⁷.

⁷ Ronald Mc. Rae: Clinical Orthopaedic examination. 12 3-151. Churchill living stone Edinburgh London and New York

Πίνακας 1. Βασική εκτίμηση της κινητικότητας

Επώνυμο: Εισαγωγή:

Όνομα: Διάγνωση:

Διεύθυνση:

ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ
Δυνατότητα βάρδισης	<input type="checkbox"/> Προσανατολισμένος	<input checked="" type="checkbox"/> Σύνδεση με γαϊτιάσωση
<input type="checkbox"/> Ανεξάρτητος	<input type="checkbox"/> Αποπροσανατολισμένος	<input type="checkbox"/> Εργένης/Παντρεμένος/Χήρος/ α.
<input type="checkbox"/> Με βοήθεια	<input type="checkbox"/> Απαθής	<input type="checkbox"/> Ζει μόνος
<input type="checkbox"/> Με βοήθεια 2 ατόμων	<input type="checkbox"/> Καταθλιπτικός	<input type="checkbox"/> Ζει με συγγενείς
<input type="checkbox"/> Ανίκανος για βάρδιση	Κίνητρα	<input type="checkbox"/> Μονοκατοικία
	<input type="checkbox"/> Καλά	<input type="checkbox"/> Διαμέρισμα
Τύπος βάρδισης	<input type="checkbox"/> Ελάχιστα	<input type="checkbox"/> Σκάλες
<input type="checkbox"/> Αταξικός	Αντίληψη	
<input type="checkbox"/> Συρτός	<input type="checkbox"/> Συνεργάσιμος	Ενασχόληση
<input type="checkbox"/> Αργός	<input type="checkbox"/> Μη συνεργάσιμος	<input type="checkbox"/> Συνταξιούχος
<input type="checkbox"/> Σπαστικός	Τύπος βοηθήματος	Χόμπι / Ενδιαφέροντα
<input type="checkbox"/> Ακούσια Επιταχυνόμενη	<input type="checkbox"/> Μπαστούνι	
	<input type="checkbox"/> Τρίποδο	
Αίτιο εξάρτησης	<input type="checkbox"/> "Πι"	Άλλα ιατρικά προβλήματα
<input type="checkbox"/> Αστάθεια	<input type="checkbox"/> Τετράποδο στήριξης	
<input type="checkbox"/> Δυσκαμψία αρθρώσεων	<input type="checkbox"/> Αναπηρική καρέκλα	
<input type="checkbox"/> Παραμόρφωση	<input type="checkbox"/> Πατερίτσι	
<input type="checkbox"/> Μυϊκή αδυναμία	A. Κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζει	
<input type="checkbox"/> Φόβος πτώσης		
<input type="checkbox"/> Πόνος		
<input type="checkbox"/> Τραύμα		
<input type="checkbox"/> Μειωμένη όραση		
<input type="checkbox"/> Μειωμένη ακοή		
<input type="checkbox"/> Μειωμένη ομιλία		
<input type="checkbox"/> Αναπνευστικά προβλήματα	B. Κύριος στόχος Δύσπνοια κατά την εκπνοή	
<input type="checkbox"/> Ακράτεια		
<input type="checkbox"/> Έλεγχος απεκκρίσεων		
<input type="checkbox"/> Έλκη εκ κατακλίσεων		
<input type="checkbox"/> Ανώτατο όριο rt/lt	Γ. Άλλα σχόλια	
<input type="checkbox"/> Αδυναμία		
<input type="checkbox"/> Τρόμος		
<input type="checkbox"/> Παραμόρφωση λόγω θέσεως.		

Πηγή: Σχολή Φυσιοθεραπείας, Δουβλίνο.

2.5 ΕΠΙΛΟΓΗ ΑΝΑΠΗΡΙΚΗΣ ΚΑΡΕΚΛΑΣ

Είναι σημαντικό η αναπηρική καρέκλα να ανταποκρίνεται απόλυτα στις ανάγκες του ασθενούς και των ατόμων που τον φροντίζουν. Θα πρέπει να προσφέρει στον ασθενή την απαιτούμενη βοήθεια, να έχει το σωστό μέγεθος έτσι ώστε να είναι άνετη, να προλαμβάνει τις κατακλίσεις και να έχει τα χαρακτηριστικά και τα εξαρτήματα που χρειάζονται για να υπάρχει ασφάλεια αλλά και η μέγιστη ανεξαρτησία. Υπάρχουν διάφοροι τύποι αναπηρικών καρεκλών.

Ηλεκτρική αναπηρική καρέκλα

Η ηλεκτρική αναπηρική καρέκλα επιλέγεται για εκείνους τους ασθενείς που είναι ανίκανοι να κινήσουν μια κλασική αναπηρική καρέκλα. Κάποια μοντέλα είναι μικρά και ευκολόχρηστα, με ειδικά διαμορφωμένο κάθισμα ή και μαξιλάρι, μια κεντρική ράβδο και ένα μοχλό ελέγχου της κίνησης. Άλλες μοιάζουν με την κλασική αναπηρική καρέκλα κι έχουν τοποθετημένο το κιβώτιο ελέγχου κίνησης στο αριστερό ή δεξιό μπράτσο της καρέκλας. Ο ασθενής ανάλογα με το προς τα που επιθυμεί να κινηθεί, κρατά και πιέζει ένα μοχλό που βρίσκεται πάνω από το κιβώτιο ελέγχου, προς την αντίστοιχη κατεύθυνση.

Χειροκίνητες αναπηρικές καρέκλες

Ο κλασικός τύπος αναπηρικής καρέκλας έχει μεταλλικό σκελετό, μουσαμαδένιο ή υφασμάτινο κάθισμα ή τέσσερις ρόδες. Οι δύο ρόδες έχουν μεγαλύτερη διάμετρο περίπου 56 cm κι έχουν ξεχωριστές ζάντες για να μπορεί ο ασθενής να κινεί την καρέκλα. Οι άλλες δύο ρόδες έχουν μικρότερη διάμετρο, περίπου 18 cm και υποβοηθούν την κίνηση. Συνήθως οι μεγάλες ρόδες βρίσκονται πίσω.

Αναπηρικά αμαξάκια

Αυτές οι καρέκλες έχουν τέσσερις μικρές ρόδες διαμέτρου 4 cm περίπου, εκ των οποίων οι δυο μπορεί να έχουν την δυνατότητα να αλλάζουν διεύθυνση, ενώ οι άλλες δύο να έχουν σταθερή ή να έχουν και οι τέσσερις σταθερή διεύθυνση. Αυτές μπορεί να είναι σταθερές ή διπλωτές έτσι ώστε να αποθηκεύονται ή να μεταφέρονται εύκολα.

Οι διαστάσεις του ασθενούς

Οι αναπηρικές καρέκλες είναι σχεδιασμένες για ασθενείς με φυσιολογικό ύψος ή βάρος και για αυτό μπορεί να υπάρξει πρόβλημα στους ασθενείς με μεγαλύτερες διαστάσεις. Οι ασθενείς με βάρος μεγαλύτερο από 114 Kg χρειάζονται βαρύτερες καρέκλες, αυτοί που είναι κάτω από 102 Kg χρειάζονται ελαφρότερες καρέκλες. Θα πρέπει πάντοτε να συστήνεται στον ασθενή να προτιμήσει όσον το δυνατόν ελαφρότερη καρέκλα και καθώς οι καρέκλες μπορεί να ζυγίζουν από 15-27 Kg όσο πιο βαριές είναι τόσο πιο δυσκίνητες γίνονται.

Ικανότητα χρησιμοποίησης των άκρων

Είναι σημαντικό να προσδιορίσουμε αν ο ασθενής έχει την ικανότητα να χρησιμοποίησει το ένα ή τα δύο χέρια και αν έχει αρκετή δύναμη για να μετακινήσει την καρέκλα υπό φυσιολογικές συνθήκες. Αν η καρέκλα πρόκειται να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά σε κλειστό χώρο θα πρέπει να προσδιορίσουμε την ικανότητα του να κινεί την καρέκλα πάνω σε χαλιά, σε πλαστικό δάπεδο κ.λπ. Αν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί και σε εξωτερικό χώρο θα πρέπει να δούμε αν μπορεί να κινήσει την καρέκλα στις διάφορες επιφάνειες του δρόμου, σε κεκλιμένα επίπεδα, σε στροφές και σε σκαλοπάτια. Είναι σημαντικό να ξέρουμε που θα χρησιμοποιήσει ο ασθενής την καρέκλα. Αν πρόκειται να

χρησιμοποιηθεί κυρίως στο σπίτι τότε θα πρέπει να είναι ελαφριά, στενή και ευκίνητη. Αν πρόκειται να χρησιμοποιηθεί κυρίως έξω θα πρέπει να είναι γερή, με μεγάλες ρόδες και αερόκεα λάστιχα. Οι καρέκλες θα πρέπει να είναι αναπαυτικές καινά προσδίδουν την καλύτερη κινητική δυνατότητα. Αν ο ασθενής δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις λειτουργίες που απαιτείτο κάθε περιβάλλον, θα πρέπει να προτιμηθεί μια ηλεκτρική καρέκλα. Η δυνατότητα των άκρων να ανταποκριθούν στην μετακίνηση με αναπηρική καρέκλα εξαρτάται από την μυϊκή δύναμη και τον βαθμό κινητικότητας των αρθρώσεων. Αν ο ασθενής είναι ανίκανος να χρησιμοποιεί μόνος του τα άκρα ή να ελέγχει την ηλεκτρική καρέκλα λόγω διαφόρων αιτιών τότε θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί⁸.

Όραση

Οι χειροκίνητες αναπηρικές καρέκλες μπορεί να είναι επικίνδυνες για ασθενείς με μειωμένη όραση. Βέβαια δεν είναι σοφό να προσδιορίσουμε ένα σταθερό επίπεδο οπτικής ανικανότητας, όπου ο ασθενής δεν θα έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει χειροκίνητη αναπηρική καρέκλα γιατί υπάρχουν και ασθενείς που την χρησιμοποιούν στο μέτρο που τους επιτρέπει η περιορισμένη όραση τους⁹.

Νευρολογικές διαταραχές

Μερικοί ασθενείς παρόλο που έχουν την απαραίτητη μυϊκή δύναμη και κινητικότητα στις αρθρώσεις για να μετακινήσουν την καρέκλα τους,

⁸ Γεώργιος Καραχάλιος (1997) “Φυσιοθεραπεία και Ασθενείς Τρίτης ηλικίας.” Εκδόσεις “ΕΛΛΗΝ

⁹ MacDonald, R.A and MacDonald, B.E (1982) “ Alcoholism in residency program candidates.” J. Med. Educ.

στερούνται αισθηματικής αντίληψης σε βαθμό που να μην μπορούν να έχουν τις κατάλληλες αντιδράσεις.

Πνευματικές ικανότητες

Μερικοί ασθενείς για λόγους ψυχολογικούς και ιδιοσυγκρασίας είναι ανίκανοι να χρησιμοποιήσουν οιονδήποτε τύπο αναπηρικής καρέκλας και, για τούτο, η μόνη δυνατή λύση είναι η χρησιμοποίηση καρέκλας κάτω από τον έλεγχο άλλου ατόμου.

Γενική υγεία

Ασθενείς με σοβαρά καρδιολογικά ή αναπνευστικά προβλήματα παρόλο που είναι ικανοί να χρησιμοποιήσουν χειροκίνητη αναπηρική καρέκλα, θα πρέπει ίσως να αποτρέπονται από μια τέτοια διαδικασία λόγω του κινδύνου που μπορεί να προκύψει από την σωματική άσκηση σε τέτοιες παθολογικές καταστάσεις.

Είναι επίσης σημαντικό, να εκτιμηθεί η ικανότητα του μεταφορέα-συνοδού της καρέκλας. Μπορεί ο συνοδός - μεταφορέας να είναι επίσης ηλικιωμένος και να μην έχει τις απαραίτητες ικανότητες ή μπορεί να θέσει κι αυτός σε κίνδυνο την υγεία του. λόγιο της αυξημένης προσπάθειας που απαιτείται.

Υπάρχουν πολλά εξαρτήματα για τις αναπηρικές καρέκλες - μαξιλαράκια για την πλάτη και ίσως και για στήριξη του κεφαλιού, μαξιλαράκια για τα χέρια σταθερά ή αποσπώμενα ή και σχεδιασμένα να μπαίνουν κάτω από τα τραπέζια, καθίσματα, βάσεις για ξεκούραση των ποδιών, ρόδες διαφόρων διαμέτρων, και δυνατότητα τοποθέτησης των χειρόφρενων σε διάφορες θέσεις¹⁰.

¹⁰ Χριστάρα-Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα (Θεσσαλονίκη 2001), φυσικοθεραπεία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

3.1 ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν εύκολα και μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα κατακλίσεις αν παραμείνουν στο κρεβάτι για κάποιο διάστημα ή εάν περνούν τις περισσότερες ώρες της ημέρας καθιστοί ή εάν είναι ακινητοποιημένοι. Η ακινησία ενός τμήματος ή ολόκληρου του σώματος δεν θα πρέπει να παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όπως και για κάθε ομάδα ασθενών, έτσι και για τους ηλικιωμένους θα πρέπει να εντοπίσουμε το αίτιο του περιορισμού της κινητικότητας τους. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει πόνος που οφείλεται σε μυϊκό σπασμό (ή συνοδεύεται από αυτόν) και γι' αυτό περιορίζεται η κινητικότητα. Στην περίπτωση αυτή η κατάλληλη θεραπεία θα πρέπει να αφορά την αντιμετώπιση του πόνου. Οι Coakley και Snell (1979) έδειξαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τα κατάγματα, που αποτελούν αίτιο ακινησίας στην τρίτη ηλικία. Ορισμένα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ακινησία, περιλαμβανομένης και της καταστολής, ορθοστατική υπόσταση, ή παρκινσονισμό. Δεν πρέπει να ξεχνάμε και την κατάθλιψη, που συχνά μας διαφεύγει ως αίτιο ακινησίας στα γεροντικά άτομα. Οι περιποιήσεις των χεριών και των ποδιών από ειδικούς μπορεί να είναι ιδιαίτερα ανακουφιστικές για έναν ακίνητο ή δυσκίνητο ασθενή που παρουσιάζει πόνο στα κάτω άκρα.

Κατά την διάρκεια οξείας νόσου, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι παραμένουν ακίνητοι. Οποσδήποτε όμως ο ασθενής θα πρέπει να κινητοποιείται το συντομότερο δυνατό. Πριν από πολλά χρόνια, σε μια περίφημη εργασία του, ο Ashcr (1947) έριξε φως στα προβλήματα της

παρατεταμένης κατάκλισης. Οι επιπλοκές που παρουσιάζονται μπορεί να είναι: απάθεια, φλεβική θρόμβωση, πνευμονική εμβολή, κατακλίσεις, ακράτεια, μυϊκή σύσπαση και έλκη εκ κατακλίσεων.

Εάν ο περιορισμός της κίνησης οφείλεται στη δημιουργία μυϊκού σπασμού, τότε ο θεραπευτής θα πρέπει να εφαρμόσει στον ασθενή ασκήσεις παθητικής διάταξης, ενώ ο ασθενής θα κάνει ενεργητική διάταξη. Εναλλακτική λύση είναι να χρησιμοποιηθεί ειδική συσκευή που θα οδηγεί σε μηχανική διάταξη, όπως ένας στύλος με περιστρεφόμενη βάση ή ένας περιστρεφόμενος τροχός. Όταν χρησιμοποιούνται τέτοια βοηθήματα, υπάρχει κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων και γι' αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή. Η σύσπαση που παρουσιάζεται στους μύς είναι ένας από τους χειρότερους εφιάλτες για τον φυσιοθεραπευτή και πολλές φορές συνοδεύεται από ένα αίσθημα απογοήτευσης. Η σύσπαση των μυών μπορεί να αποφευχθεί με καθημερινές ασκήσεις για όλες τις αρθρώσεις. Ανάλογα με τις υπάρχουσες συνθήκες, οι ασκήσεις αυτές μπορεί να έχουν ενεργητικό/υποβοηθούμενο ή παθητικό χαρακτήρα. Οι βοηθητικές κινήσεις δεν θα πρέπει να παραμελούνται, ειδικά στα χέρια και τα πόδια. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε, ότι οι μυϊκές συσπάσεις μπορούν να επέλθουν παρόλο που γίνεται φυσιοθεραπεία. Π.χ. ένας ασθενής με πνευματική ανικανότητα μπορεί να υιοθετήσει την εμβρυϊκή θέση και να αντιστέκεται σε όλες τις προσπάθειες παθητικής διάταξης των μυών.

3.2 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PARKINSON

Η νόσος του Parkinson και το Parkinson syndrome αποτελούν μια ομάδα νοσηρών καταστάσεων που χαρακτηρίζονται από τρόμο, διαταραχή των εκουσίων κινήσεων, της θέσης και της ισορροπίας. Η νόσος του Parkinson περιγράφηκε για πρώτη φορά από έναν γενικό

παθολόγο στο Λονδίνο το 1817. Η νόσος προσβάλλει περίπου 1 στα 1000 άτομα. Σε άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών η συχνότητα εμφάνισης είναι 10%ο (10 στα 1000 άτομα), αποτελεί δε τη δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης νευρολογικής διαταραχής στους ηλικιωμένους μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Παράπονα των ασθενούν που σχετίζονται με κόπωση, νωθρότητα και μυϊκούς πόνους και τα οποία μπορεί να είναι πρόδρομα συμπτώματα της νόσου του Parkinson, συχνά αποδίδονται στην προχωρημένη ηλικία ή σε αρθρίτιδα. Επίσης, μπορεί να γίνει σύγχυση με την κατάθλιψη, λόγω της γενικευμένης ψυχοκινητικής επιβράδυνσης. Ο συνδυασμός άγχους, αγωνίας και ανησυχίας μπορεί να αποκαλύψει έναν λανθάνοντα τρόπο που μπορεί να υπάρχει σε ένα από τα δύο χέρια. Εάν κατά τη βάδιση, ο ασθενής έχει φυσιολογικό εύρος βηματισμού, ακύρωση χερών και δυνατότητα περιστροφής, τότε είναι απίθανο να πάσχει από τη νόσο του Parkinson. Παρόλα αυτά, υπάρχει η τάση να παρερμηνεύονται κάποια συμπτώματα στους ηλικιωμένους και καταστάσεις όπως η αδυναμία να κουμπώσει τα κουμπιά ή να κόψει κρέας ή να υπογράψει ένας ηλικιωμένος να αποδίδονται ότι οφείλονται σε αρθρίτιδα.

Η δυσκαμψία και η βραδυκινησία είναι τα δυο κύρια χαρακτηριστικά της νόσου του Parkinson. Δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος με ατέλειες στην διατήρηση της θέσης του σώματος και της ισορροπίας, δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως και μειωμένες πνευματικές λειτουργίες είναι καταστάσεις που συναντώνται στους ηλικιωμένους. Σε νεώτερους ασθενείς, οι νευροπαθολογικές μεταβολές επικεντρώνονται στην μέλαινα ουσία του Sommering, αλλά στους ηλικιωμένους ασθενείς, οι αλλαγές εντοπίζονται σε άλλα σημεία του εγκεφάλου. Για αυτό και υπάρχουν και διαφορές στην κλινική εικόνα των ασθενών των δύο κατηγοριών ηλικιών. Ένας μόνιμος τρόμος

αποτελεί μέρος της κλασικής τριάδας, αλλά η παρουσία του δεν είναι αρκετή για να τεθεί η διάγνωση και συχνά απουσιάζει όταν η νόσος εμφανίζεται σε πολύ προχωρημένη ηλικία.

Ο ονομαζόμενος γεροντικός ιδιοπαθής ή κληρονομικός τρόμος, οδηγεί συχνά στη διάγνωση του παρκινσονισμού. Παρόλα αυτά, και σε αντίθεση με τον τρόπο που παρουσιάζεται στη νόσο του Parkinson, ο ιδιοπαθής τρόμος εξαφανίζεται με την πλήρη χαλάρωση. Είναι επίσης ο μόνος τρόμος που παρουσιάζεται στο πηγούνι, το πρόσωπο και τη φωνή. Ο ιδιοπαθής τρόπος έχει σχετιστεί με την προχωρημένη νευρολογική γήρανση και με ανωμαλίες της βάδισης και της ισορροπίας. Οι ασθενείς με ιδιοπαθή τρόπο βελτιώνονται με φαρμακευτική αγωγή κατά της νόσου του Parkinson.

Πολλαπλές μικρές εμφράξεις μέσα στον εγκέφαλο, που οφείλονται σε απόφραξη μικρών αιμοφόρων αγγείων μπορεί να οδηγήσουν σε παρόμοια συμπτώματα με αυτά της νόσου του Parkinson. Μεταξύ των κλινικών χαρακτηριστικών των πολλαπλών εμφράξεων συμπεριλαμβάνεται η υπέρταση, η απώλεια κινήσεων του προσώπου και λεπτών κινήσεων και η βάδιση που γίνεται με μικρά βηματάκια. Τα αντανάκλαστικά είναι έντονα και τα πέλματα βρίσκονται σε έκταση, δείχνοντας φλοιονωτιαία παθολογοανατομική βλάβη. Επίσης, μπορεί να υπάρχει συναισθηματική αστάθεια.

Στους ηλικιωμένους ασθενείς, τα συμπτώματα του παρκινσονισμού είναι παρόμοια με αυτά που εμφανίζονται στους νεώτερους ασθενείς και τα κυριότερα προβλήματα είναι η συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς και η υπερευαισθησία στα φάρμακα που κυρίως χρησιμοποιούνται σε αυτή την περίπτωση. Παρενέργειες εμφανίζονται συχνά και μπορεί να είναι αποπροσανατολισμός, επιθετική συμπεριφορά, αίσθημα καταδίωξης, κατάθλιψη και ψευδαισθήσεις.

Η ανακάλυψη ότι ο παρκινσονισμός σχετίζεται με την έλλειψη ντοπαμίνης στο εξωπυραμιδικό σύστημα έχει τροποποιήσει τη θεραπεία. Τα επίπεδα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο μπορούν να αυξηθούν με την χορήγηση λεβοντόπα. Οι κλινικές έρευνες άρχισαν το 1961 . Οι Hildick και Smith απέδειξαν ότι υπάρχει μια θετική περίοδος τριών έως επτά ετών για τους ασθενείς που αντιδρούν στο φάρμακο λεβοντόπα. Μετά από αυτήν την περίοδο μπορεί να υπάρξει επιδείνωση και παρενέργειες όπως δυσκινησία, που μπορεί να οφείλονται στην νόσο αυτή καθ' αυτή ή να είναι αποτέλεσμα της συσσώρευσης της λεβοντόπα. Η έρευνα έδειξε ότι οι ασθενείς που αρχίζουν να έχουν τα αρχικά συμπτώματα του παρκινσονισμού, παρουσιάζουν μικρή χειροτέρευση μετά 15-20 χρόνια, ενώ αυτοί που παρουσιάζουν μόνο τρόμο είναι καλύτερα να κάνουν μόνο φυσιοθεραπεία, να τους δίνονται οι κατάλληλες συμβουλές, να καθησυχάζονται και να εξετάζονται συστηματικά. Η χορήγηση της λεβοντόπα γίνεται όταν ο ασθενής παρουσιάσει σημαντική ανικανότητα.

Η φυσιοθεραπεία κατέχει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του παρκινσονικού ασθενούς. Ο ασθενής πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η φυσιοθεραπεία δεν μπορεί να αντιστρέψει τις αλλαγές που έχουν συμβεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα, αλλά μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις επιπτώσεις των αλλαγών αυτών ενδυναμώνοντας τις φυσιολογικές δραστηριότητες. Ο σκοπός της φυσιοθεραπείας είναι να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα και να δώσει στον ασθενή και τους συγγενείς του συμβουλές και υποστήριξη.

Η θεραπεία επικεντρώνεται στον περιορισμό της δυσκινησίας και στο να βοηθήσει τον ασθενή στις αντιδράσεις ισορροπίας. Λόγω της βλάβης των βασικών γαγγλίων, ο ασθενής δεν έχει δυσκολία στο ξεκίνημα μιας κίνησης, πράγμα που είναι αποτέλεσμα της υπερβολικής καθήλωσης του, της έλλειψης περιστροφικής ικανότητας και της απώλειας του ρυθμού,

ειδικά στη βάδιση. Θα παρατηρήσετε ότι : ασθενής έχει υιοθετήσει μια συγκεκριμένη θέση για το κεφάλι και τους ώμους και λόγω της μερικούς ή εντελώς μειωμένης δυνατότητας περιστροφής δεν υπάρχει δραστηριότητα και ο ασθενής περιφέρεται σαν ένα μονοκόμματο σώμα. Λόγιο της δυσκαμψίας και του γενικά μειωμένου μυϊκού τόνου, υπάρχει αντίθεση στην κίνηση, κι έτσι οι δραστηριότητες γίνονται αργά και χωρίς να υπάρχει καθόλου αυτόματη προσαρμογή στις νέες θέσεις ισορροπίας. Οι ανωμαλίες στην κίνηση στερούν από τον ασθενή τη φυσιολογική αισθητική επανατροφοδότηση και έτσι το "μη φυσιολογικό" γίνεται "φυσιολογικό" όσον αφορά τον ασθενή.

Ο Harrison (1982) υποστηρίζει την εφαρμογή κρύνων επιθεμάτων πριν από την δραστηριότητα για να επιτύχουμε μείωση της δυσκαμψίας. Οι τεχνικές της ιδιοπαθούς νευρομυϊκής διευκόλυνσης θα βοηθήσουν τις δραστηριότητες των άκρων και τον κορμού. Έμφαση θα πρέπει να δίνεται αρχικά στην δραστηριοποίηση του κορμού και στις αρθρώσεις των άκρων που βρίσκονται πιο κοντά σε αυτόν. Στη συνέχεια βελτιώνεται η κατάσταση των ενδιάμεσων αρθρώσεων και τέλος των πιο απομακρυσμένων από τον κορμό. Χρησιμοποιούνται ισοτονικές ασκήσεις δραστηριοποίησης, και όχι ισομετρικές, καθώς ο ασθενής στερείται της δυναμικής δραστηριότητας. Οι ασθενείς λόγω της ασθένειας παρουσιάζουν στατική δραστηριότητα. Γίνεται σταδιακή κινητοποίηση του ασθενούς. Η κίνηση δημιουργείται αρχικά παθητικά. Όταν μειωθεί κάπως η δυσκαμψία, ακολουθούν υποβοηθούμενες ενεργητικές κινήσεις, μετά ενεργητικές χωρίς βοήθεια και στο τέλος ασκήσεις με αντίσταση. Παρομοίως, ο ασθενής χρησιμοποιεί τη σταδιακή δραστηριοποίηση πριν από τη βάδιση, σημειώνοντας τον χρόνο επί τόπου. Ο ασθενής ενθαρρύνεται να κάνει κινήσεις ταλάντωσης του χεριού και να αυξήσει το εύρος του βήματος του. Πολλές από αυτές τις δραστηριότητες είναι

παρόμοιες με αυτό τον τύπο ασκήσεων που επινοήθηκαν από τον Frenkel. Πρόκειται για μια καλοσχεδιασμένη σειρά ασκήσεων που σκοπό έχουν να κάνουν τον ασθενή να ενεργοποιήσει όση μυϊκή δύναμη του έχει απομείνει. Οι εντολές δίνονται με ομοιόμορφο τρόπο, έτσι ώστε να είναι δυνατό το μέτρημα. Κάθε ομάδα ασκήσεων ελέγχεται από τον ασθενή. Η πρόοδος δεν έρχεται αυξάνοντας τη δύναμη, αλλά αυξάνοντας την πολυπλοκότητα των ασκήσεων. Η άσκηση γίνεται με διαστήματα άσκησης και συχνής ενδιάμεσης παύσης (χρόνος χαλάρωσης).

Ως Παρκινσονικοί περιγράφονται οι ασθενείς οι οποίοι έχουν την τάση να υιοθετούν μια σταθερή θέση του σώματος τους, η οποία τον επηρεάζει με πολλούς τρόπους. Εμποδίζει τις αναπνευστικές κινήσεις, κάνει πιο αργές τις αντιδράσεις ισορροπίας και εμποδίζει το λόγο, την μάσηση και την κατάποση. Αυτή η κατάσταση μπορεί να προκαλέσει και πόνο. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να κάνουν ασκήσεις κινητοποίησης της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Οι κινήσεις της κεφαλής θα πρέπει να προηγούνται των κινήσεων της σπονδυλικής στήλης. Η κινητικότητα της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης θα βοηθήσει την αναπνοή και οι αναπνευστικές ασκήσεις έχουν σαν σκοπό την αποφυγή των κινδύνων λόγω των επιπλοκών από τον θώρακα, οι οποίες μπορεί να είναι πολύ επικίνδυνες για τη ζωή των ασθενών αυτών.

Η έκφραση μάσκας ενός παρκινσονικού ασθενούς παρουσιάζεται λόγω της αδράνειας των μυών του προσώπου. Επιπλέον, παρουσιάζεται δυσκολία στη θρέψη λόγω της απώλειας λειτουργικότητας του βυκανίτη μυός, με αποτέλεσμα το φαγητό και τα υγρά τρόφιμα να τρέχουν έξω από το στόμα. Αυτή η κατάσταση κάνει τον ασθενή να αισθάνεται μειονεκτικά και να είναι κοινωνικά μή αποδεκτός. Η αδράνεια της γλώσσας οδηγεί σε προβλήματα κατάποσης και λόγου. Η διέγερση της

γλώσσας και των μυών του προσώπου επιτυγχάνεται με τη χρήση πάγου στη γλώσσα και στο στόμα που θα συνδυαστεί με τεχνικές διευκολύνσεις της ιδιοδεκτικής νευρομυϊκής λειτουργίας.

Σε πρόσφατη εργασία του ο Kinnear έδωσε έμφαση στη σημασία που έχει μια πολυπειθαρχική ομάδα στην αντιμετώπιση της νόσου αλλά και η έγκαιρη απόδοση θετικών αποτελεσμάτων.

ΣΤΟΧΟΙ

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι, όσον αφορά την αντιμετώπιση του ασθενούς θα πρέπει να είναι:

1. Η διατήρηση του ασθενούς στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργικότητας, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με τη μικρότερη δόση αντιπαρκινσονικών φαρμάκων.
2. Η αντικειμενική παρακολούθηση του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα έτσι ώστε οι σχετικές παρεμβάσεις στη θεραπεία να γίνονται σύμφωνα με τις νέες ανάγκες του ασθενούς.
3. Η πρόληψη ή η μείωση των προβλημάτων κινητικότητας και δυσμορφιών.
4. Η εκπαίδευση του ασθενούς, των συγγενών του και του προσωπικού που τον φροντίζει όσον αφορά την παρακολούθηση της νόσου.

Οι γενικοί παθολόγοι θα πρέπει να συνιστούν στους ασθενείς να αποτανθούν σε φυσιοθεραπευτή αμέσως μόλις γίνει η διάγνωση της νόσου. Τα βήματα που θα πρέπει να ακολουθηθούν είναι:

1. Αρχική συζήτηση.
2. Φυσική εξέταση.
3. Εκτίμηση του περιβάλλοντος διαμονής του ασθενούς.

4.Θεραπεία

5.Συμβουλές και καθοδήγηση του προσωπικού φροντίδας.

6.Συνεχής φροντίδα και παρακολούθηση.

7.Στενή σχέση μεταξύ του προσωπικού φροντίδας εντός και εκτός νοσοκομείου.

3.3 GEGENHALTEN Η ΠΑΡΑΤΟΝΙΚΗ ΔΥΣΚΑΜΨΙΑ

Αυτή είναι μια νόσος που παρουσιάζεται στους ηλικιωμένους και χαρακτηρίζεται από αντίσταση στις παθητικές κινήσεις μέσω ενός τραβήγματος αντίθετης φοράς που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της κίνησης. Συχνά συνδέεται με την άνοια, την απραξία και τα πρώιμα αντανακλαστικά, όπως αυτό του χτυπήματος του άνω χείλους, του θηλασμού και της σύλληψης.

3.4 ΑΡΓΗ ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑ (Η ΔΥΣΚΙΝΗΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ)

Οι αργές δυσκινήσιες είναι ανώμαλες, ακούσιες κινήσεις που συμβαίνουν πιο συχνά στην περιοχή του στόματος. Οι κινήσεις αυτές είναι: των χειλιών, μάσημα, κινήσεις θηλασμού και τίναγμα της γλώσσας προς τα έξω. Παρόλο που μπορεί να εμφανιστούν και σε ασθενείς που δεν παίρνουν αντιψυχωτικά φάρμακα, πιο συχνά παρατηρούνται σ' αυτούς που υποβάλλονται σε τέτοιου είδους θεραπείες. Η μετοκλοπραμίδη μπορεί επίσης να προκαλέσει αυτές τις κινήσεις. Είναι πιο πιθανό να συμβούν σε ασθενείς που είχαν κάποια πρόσφατη εγκεφαλική βλάβη και μπορεί να προκαλέσουν έντονη κατάθλιψη στον ασθενή. Πιο συχνά χορειοαθετωσικές κινήσεις παρουσιάζονται.

3.5 ΠΡΩΙΜΑ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ

Αυτά τα αντανακλαστικά παρουσιάζονται φυσιολογικά στα νεογνά, αλλά εξαφανίζονται καθώς το βρέφος ωριμάζει. Η παρουσία τους στους ηλικιωμένους δείχνει διάχυτη εγκεφαλική βλάβη.

ΤΟ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟ ΤΗΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ

Χτύπημα στην παλάμη του χεριού οδηγεί σε κάμψη των δαχτύλων με απαγωγή του αντίχειρα. Το αντανακλαστικό είναι αμφοτερόπλευρο όταν η βλάβη στον εγκέφαλο είναι διάχυτη, αλλά όταν η βλάβη είναι οριοθετημένη στο μετωπιαίο λοβό μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορεί το αντανακλαστικό να παρουσιάζεται μονόπλευρα.

ΤΟ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Το αντανακλαστικό του θηλασμού και του χτυπήματος του άνω χείλους. Το σούφρωμα των χειλιών μπορεί να προκαλέσει κίνηση όμοια με αυτή του θηλασμού και το χτύπημα του δέρματος του άνω χείλους μπορεί να προκαλέσει εικόνα. Τα δύο αυτά αντανακλαστικά παρουσιάζονται σε ασθενείς με διάχυτη εγκεφαλική βλάβη και ασθενείς που κάνουν θεραπεία με φαινοθειαζίνη για κάποιο χρονικό.

3.6 ΑΥΧΕΝΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΩΣΗ

Η σπονδύλωση είναι η πιο συνηθισμένη πάθηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Σ.Σ.). (Apley 1982) και στους ηλικιωμένους, οι ακτινολογικές αποδείξεις είναι σχεδόν παγκοσμίως αποδεκτές παρόλο που πολλοί ασθενείς δεν παρουσιάζουν νευρολογικές διαταραχές. Οι κατώτεροι αυχενικοί δίσκοι εκφυλίζονται και προβάλλει το υλικό τους, η δε

περιφερειακή ίνωση μπορεί να διασπαρεί ως τα έλυτρα των ριζών. Οι άκρες των σωμάτων των σπονδύλων υπερτρέφονται και αργότερα εκφυλίζονται οι μεσοσπονδύλιες αρθρώσεις. Ο ασθενής παραπονείται για πόνο στον αυχένα που αυξάνεται σταδιακά και συχνά είναι χειρότερος όταν σηκώνεται από το κρεβάτι. Ο πόνος μπορεί να εκτείνεται σε μεγάλη περιοχή στο ινίο, στο μέτωπο, στους μυς της ωμοπλάτης και ως τον ένα ή και τους δύο βραχίονες. Παισιθησία, αδυναμία και αδεξιότητα είναι συμπτώματα που μπορεί να παρατηρηθούν. Οστεόφυτα ενδέχεται να παραμορφώσουν τις σπονδυλικές αρτηρίες και να επηρεάσουν την αιματική τροφοδοσία στον οπίσθιο εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα είναι να παρουσιαστούν παροδικά ισχαιμικά επεισόδια κατά τις κινήσεις του αυχένα ιδιαίτερα κατά την έκταση και την περιστροφή.

Ο πρωταρχικός στόχος του φυσιοθεραπευτή θα είναι να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα και να δώσει τις ανάλογες συμβουλές. Οι περιοριστικοί παράγοντες που μπορεί να υπάρξουν σαν αποτέλεσμα της νόσου, θα πρέπει να μας απασχολήσουν όταν θα καθορίσουμε την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Η πλάγια κάμψη θα είναι ιδιαίτερα περιορισμένη λόγω της συνένωσης των αρθρώσεων του Luscka, ή περιστροφή και η έκταση είναι κινήσεις που τείνουν να επιδεινώσουν τα συμπτώματα και η κάμψη είναι ένα πρόβλημα που ο φυσιοθεραπευτής προσπαθεί να αποφύγει. Το δίλημμα παρουσιάζεται όταν παρόλο αυτά θα πρέπει να διατηρηθεί ο μέγιστος δυνατός βαθμός κινητικότητας. Εάν ο πόνος είναι ισχυρός θα χρειαστεί ο ασθενής να μείνει δύο - τρεις μέρες στο κρεβάτι. Εάν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει, μπορούν να εφαρμοστούν έλξεις όταν υπάρχει αντανεκλαστικός πόνος. Πάντως θα πρέπει να σιγουρευτούμε ότι δεν υπάρχουν αντενδείξεις, κυρίως οστεοπόρωσης. Είναι σημαντικό ο ασθενής να

τοποθετηθεί σε άνετη θέση και η έλξη θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε η ελκτική δύναμη να φέρει τον ασθενή σε τέτοια θέση όπου φυσιολογικά υπάρχει ανακούφιση από τον πόνο. Αυτή η θέση είναι συνήθως θέση κάμψης. Οι έλξεις σταματούν μόλις επιτευχθεί ανακούφιση από τα συμπτώματα. Υπενθυμίζουμε ότι η ανακούφιση από τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν σχετίζεται με τον βαθμό της ανακουφίσεως που επιτυγχάνεται μεταξύ δύο συνεδρίων θεραπείας.

Η πλειοψηφία των ασθενών με οξύ πόνο μπορεί να θεραπευτεί με την χρήση κολάρου. Το κολάρο θα πρέπει να εφαρμόζεται σωστά, να είναι φτιαγμένο για το άτομο που θα φορέσει και να μη "θερμαίνει" το λαιμό. Θα πρέπει να περιορίζει την κίνηση και να κρατάει τη σπονδυλική στήλη στην κατάλληλη θέση. Οι ασθενείς γρήγορα μαθαίνουν να "στηρίζονται" στη χρήση του κολάρου που αποτελεί γι' αυτούς και ψυχολογικό υποστήριγμα. Γι' αυτό θα πρέπει να ενθαρρύνονται να το φορούν όλο και λιγότερο. Πολλοί ασθενείς δεν γνωρίζουν την επίδραση που μπορεί να έχει η χρήση του κολάρου στη διατήρηση της ισορροπίας, καθ' όσον αυτό επιδεινώνεται το βράδυ, όπου η όραση δεν μπορεί να αντισταθμίσει την απώλεια αισθητικών ερεθισμάτων αρθρικής και μυϊκής προέλευσης που ξεκινούν από τη σπονδυλική στήλη και ειδικά από την αυχενική της μοίρα. Οι ασθενείς θα πρέπει να βγαίνουν το βράδυ με συνοδό και θα πρέπει να έχουν προειδοποιηθεί για τις πιθανές επιπτώσεις της χρήσης του κολάρου στην διατήρηση της ισορροπίας του σώματος.

Ο πόνος μπορεί να ανακουφιστεί με τη χρήση θερμότητας, με τη μορφή υπέρυθρης ακτινοβολίας ή θερμών επιθεμάτων. Η θεραπεία με παρεμβαλλόμενα ρεύματα είναι αποτελεσματική και ανακουφιστική όταν χρησιμοποιείται τετραπολικό πεδίο και συχνότητα 90-100 Hz ή 100-32 Hz.

Οι ισομετρικές ασκήσεις θα πρέπει να γίνονται για τους εκτείνοντες μύες της αυχενικής μοίρας της Σ.Σ. και ειδικά για τους βραχείς εκτείνοντες μύες. Θα πρέπει να δίνονται συμβουλές στον ασθενή όσον αφορά στη θέση ύπνου και στις καθημερινές δραστηριότητες, όπως η αγορά αγαθών.

Έμφαση θα πρέπει να δίνεται στη χαλάρωση των μυών της ωμικής ζώνης και στο cm δεν θα πρέπει να στρεσάρονται πολύ οι βραχίονες με δραστηριότητες όπως η μεταφορά δεμάτων και δακκούλων ή το τράβηγμα καροτσιού αγορών.

Αυχενική μυελοπάθεια

Η αυχενική μυελοπάθεια είναι η συνηθέστερη αιτία συμπίεσης της αυχενικής μοίρας της Σ.Σ. στους ηλικιωμένους. Σε μια μεταθανάτια μελέτη των Brounell και Huaghes (1975) βρέθηκε ότι το 10% των εισαχθέντων στο νοσοκομείο, ηλικίας 70 ετών και άνω, είχε αξιοσημείωτη εκφύλιση της αυχενικής μοίρας της Σ.Σ. λόγω αλλοιώσεων στους σπονδύλους. Η αδυναμία και η μυϊκή ατροφία είναι συχνά συμπτώματα των ασθενών, που μπορεί να παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα πραγματοποίησης κάποιων επιδεξιότητων. Εάν επηρεαστούν και τα κάτω άκρα τότε θα υπάρχει και αυξημένη δυσκολία στη βάδιση και η εξέταση αποκαλύπτει σπαστική παραπάρεση. Μερικοί ασθενείς έχουν πολύ καλή μετεγχειρητική εξέλιξη ιδιαίτερος όταν η χειρουργική αποσυμπίεση των σπονδύλων γίνει πριν ο ασθενής καταστεί ανίκανος να κινηθεί.

3.7 ΥΠΟΞΕΙΑ ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Η έλλειψη της βιταμίνης B₁₂ μπορεί να προκαλέσει παθολογοανατομικές αλλοιώσεις στην σπονδυλική στήλη και στα περιφεριακά νεύρα. Η παραισθησία των ποδιών και των χεριών είναι ένα από τα πρώτα συμπτώματα που εμφανίζονται και μπορεί να εμφανιστεί και απώλεια αισθητικότητας στα άνω και κάτω άκρα. Η βλάβη αρχίζει σταδιακά να απορυθμίζεται με αδυναμία, αταξία και σπαστικότητα. Οι Pattia και Gilleard (1978) έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στην φυσιοθεραπεία στα αρχικά στάδια της νόσου, θεωρώντας την φυσιοθεραπεία ως έχοντα κριτική σημασία. Υποστηρίζουν επίσης ότι είναι πολύ σημαντικό να υιοθετηθεί μια πολύπλευρη αντιμετώπιση του ασθενούς, παρά να χαθεί σημαντικός χρόνος όπου απλά θα χορηγούνται κάποιες ποσότητες βιταμίνης B₁₂

3.8 ΜΥΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η διαταραχή αυτή κάποιες φορές αρχίζει σε μεγάλη ηλικία, αλλά συνήθως δεν έχει τα κλασσικά χαρακτηριστικά της περιφερικής ή οπτικής αδυναμίας που επιβαρύνεται με την διαδρομή της μέρας. Τα συμπτώματα είναι κυρίως χειλοογλωσσοφαρυγγική παράλυση, με απώλεια της φωνής μετά από κάποια λεπτά συνεχούς ομιλίας και αδυναμίας ολοκλήρωσης του γεύματος λόγω απώλειας της ικανότητας μάσησης και κατάποσης. Επίσης, οι πτώσεις είναι συνηθισμένο φαινόμενο.

Η νόσος του κινητικού νευρώνα συνήθως προσβάλλει άνδρες ηλικίας από 55 ως 75 ετών. Υπάρχει σταδιακή απώλεια της κινητικότητας των μυών. Τα άνω άκρα μπορεί να παρουσιάζουν μυϊκή χαλάρωση, ενώ τα κάτω άκρα σπαστικότητα. Επίσης, προσβάλλεται η

χειλεογλωσσοφαρυγγική λειτουργία, που οδηγεί σε ατροφία της γλώσσας που αυξάνει την δυσφαγία και τη δυσκολία στην άρθρωση του λόγου. Η προσβολή των αναπνευστικών μυών οδηγεί σε αναπνευστική δυσχέρεια που συχνά καταλήγει σε προσβολή του αναπνευστικού από λοιμώξεις (chest infection). Προς το παρόν, δεν μπορεί να γίνει τίποτα για την αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου, και η θεραπευτική αγωγή είναι απλά υποστηρικτική. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, ο οποίος διατηρεί την πνευματική του διαύγεια καθ' όλη την πορεία της νόσου.

3.9 ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι εκφυλιστικές μεταβολές του αυτόνομου νευρικού συστήματος, δίνουν μια σειρά κλινικών εκδηλώσεων, εκ των οποίων η πιο σημαντική για τους ηλικιωμένους είναι η ορθοστατική υπόταση και η υποθερμία. Λόγω των ανώμαλων, κεντρικών και περιφερειακών, θερμορυθμιστικών αντιδράσεων, η μείωση της θερμοκρασίας του σώματος στους ηλικιωμένους, μπορεί πιο εύκολα να συμβεί σε ψυχρό περιβάλλον. Οι φυσιολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί μπορεί να εξασθενήσουν λόγω κάποιας νόσου ή/και ανικανότητας. Όλοι αυτοί οι παράγοντες καθιστούν τον ηλικιωμένο πιο ευάλωτο στην ανάπτυξη υποθερμίας. Ο κίνδυνος της υποθερμίας είναι ένας ακόμη λόγος για τη διεξαγωγή σωστής έρευνας και θεραπείας της ακινησίας των ηλικιωμένων.

3.10 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Η ακράτεια ούρων είναι ένα συχνό σύμπτωμα νόσου στους ηλικιωμένους ασθενείς. Όπως και σε άλλες περιπτώσεις, μπορεί να υπάρχουν ιάσιμα αίτια τα οποία αποσιωπώμενα υποχρεώνουν τον ασθενή να υποφέρει χωρίς λόγο. Υπάρχουν αρκετές αιτίες ακράτειας των ούρων στους ηλικιωμένους, γι' αυτό και ο ασθενής θα πρέπει να αξιολογείται σχολαστικά.

Η ουροδόχος κύστης νευρώνεται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και έχει συμπαθητικά και παρασυμπαθητικά νεύρα. Η διέγερση των συμπαθητικών νεύρων προκαλεί σύσπαση του έσω σφιγκτήρα. Η διέγερση των παρασυμπαθητικών νεύρων προκαλεί χάλαση του έσω σφιγκτήρα, σύσπαση του εξωστήρος μυός και κένωση της ουροδόχου κύστεως. Τοπικά νευρικά κέντρα του νωτιαίου μυελού στο ύψος της ιερής μοίρας της Σ.Σ., ελέγχονται από υψηλότερα συντονιστικά νευρικά κέντρα του εγκεφάλου. Βλάβες των κέντρων αυτών του εγκεφάλου, λόγω καταστάσεως όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο ή άνοια, μπορεί να οδηγήσουν σε αστάθεια της ουροδόχου κύστεως. Ο ασθενής χάνει τον έλεγχο της λειτουργίας της ουροδόχου κύστεως και είναι ανίκανος να αναστείλει την ούρηση όταν αισθανθεί ότι πρέπει να κενώσει την κύστη. Η επίμονη ακράτεια των ούρων είναι ένα συχνό χαρακτηριστικό των πρώιμων σταδίων του εγκεφαλικού επεισοδίου. Στους περισσότερους ασθενείς είναι παροδική, αλλά σε κάποιο μικρό ποσοστό ασθενών γίνεται μόνιμη. Το έφρακτον του δεξιού μετωπιαίου λοβού μπορεί να επηρεάσει τον κέντρο του φλοιού που ελέγχει την ούρηση και το αποτέλεσμα είναι η αριστερή ημιπάρεση με μόνιμη ακράτεια των ούρων. Η ακράτεια μαζί με την σύγχυση και την απραξία στη βάδιση είναι ένα από τα τρία χαρακτηριστικά συμπτώματα του εσωτερικού υδροκέφαλου. Βλάβη του νωτιαίου μυελού της σπονδυλικής στήλης ή του αντανεκλαστικού της

ούρησης λόγω χειρουργικής επέμβασης ή νόσου, θα καταλήξει επίσης σε ακράτεια των ούρων. Η νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος που σχετίζεται με διαβήτη οδηγεί σε ατονία της ουροδόχου κύστεως με χρόνια κατακράτηση και ακράτεια λόγω υπερπληρώσεως της κύστεως.

Η χρόνια κατακράτηση των ούρων μπορεί να οφείλεται σε τοπικούς παράγοντες του ουρογεννητικού συστήματος, όπως είναι η υπερτροφία του προστάτη, η στένωση της ουρήθρας, η συμπίεση της ουρήθρας λόγω εσφήνωσης κοπράνων στο έντερο και της δράσεως αντιχολινεργικών φαρμάκων. Αυτά τα φάρμακα συμπεριλαμβάνουν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, φαινοθειαζίνες και αντιπαρκινσονικούς παράγοντες. Η χρόνια κατακράτηση ούρων, που δεν εξαλείφεται, καταλήγει σε ακράτεια λόγω υπερπλήρωσης της κύστεως.

Η χάλαση του σφιγκτήρα της ουρήθρας θα έχει ως αποτέλεσμα την ακράτεια κάθε φορά που η πίεση μέσα στην κύστη γίνεται μεγαλύτερη από την πίεση σύνθλιψης της ουρήθρας. Οι μηχανισμοί σύγκλισης της ουρήθρας γίνονται λιγότερο αποτελεσματικοί με την αύξηση της ηλικίας στις γυναίκες, ενώ η έλλειψη οιστρογόνων φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο. Βλάβες κατά τον τοκετό λόγω υπερέκτασης των πυελικών μυών και της περιτονίας μπορεί επίσης να αποδυναμώσουν το μηχανισμό σύγκλισης της ουρήθρας.

Η προστατοεκτομή είναι συνηθισμένο αίτιο της αδυναμίας ούρησης στους άνδρες. Οι πάσχοντες με ασθενείς μηχανισμούς συγκράτησης των ούρων υποφέρουν από ακράτεια όταν στέκονται όρθιοι και αυτό μπορεί να παρερμηνευτεί από τον φυσιοθεραπευτή ως άρνηση στην άσκηση. Όταν ο ασθενής στέκεται, το βάρος των κοιλιακών περιεχομένων αυξάνει την εσωτερική πίεση της κύστης. Η έκταση, ο βήχας και η άρση βάρους δημιουργεί ακράτεια λόγω πίεσης μέσω των ίδιων μηχανισμών. Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος μπορεί

να είναι ένας σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας ακράτειας εάν αυτή εμφανίζεται ταυτόχρονα. Η θεραπεία της λοίμωξης επηρεάζει πολύ λίγο την χρόνια ακράτεια.

Άλλοι παράγοντες

Η μειωμένη κινητικότητα και έλλειψη χειρονακτικών επιδεξιοτήτων είναι συχνά αίτια ακράτειας. Η ελαττωματική όραση μπορεί επίσης να συμβάλει στην ακράτεια σε ορισμένα άτομα. Η θεραπεία με διουρητικά μπορεί να προκαλέσει ακράτεια σε κάποιο ασθενή που μέχρι πριν είχε πλήρη έλεγχο της ούρησης. Αυτό είναι πιθανότερο να συμβεί σε ασθενείς με προβλήματα κινητικότητας. Η υπερβολική χαλάρωση μπορεί επίσης να αυξήσει την πιθανότητα ακράτειας, ειδικά τη νύχτα.

Πολύ καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν ακράτεια λόγω έλλειψης ψυχολογικών κινήτρων. Περιστασιακά οι ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιούν την ακράτεια ως μέσο αντίδρασης ή διαμαρτυρίας όταν αισθάνονται ότι δεν έχουν άλλο αποτελεσματικό τρόπο εκδήλωσης της διαφωνίας τους ή της διαμαρτυρίας τους για κάτι.

Θεραπεία

Η θεραπεία προφανώς εξαρτάται, σε πρώτη φάση, από το αίτιο που προκαλεί την ακράτεια. Αυτός είναι και ο λόγος που είναι τόσο σημαντικό να εξετάζονται όλοι οι ασθενείς όσο το δυνατόν πιο γρήγορα από τη στιγμή εμφάνισης της ακράτειας. Πιθανόν να βρεθούν ενδείξεις για ειδικές θεραπείες όπως η προστατεκτομή ή γυναικολογικές επεμβάσεις. Σε γυναίκες με αδύναμο μηχανισμό σύγκλισης της ουρήθρας μπορεί να είναι ευεργετική η χορήγηση οιστρογόνων.

Η θεραπεία της ενσφήνωσης των κοπράνων μπορεί να μειώσει την πίεση στην ουρήθρα και έτσι να ανακουφίσει τον ασθενή από την ακράτεια των ούρων. Η ενσφήνωση των κοπράνων που οφείλεται σε

δυσκοιλιότητα είναι ένα επίσης αίτιο ακράτειας των κοπράνων. Αυξάνοντας την κινητικότητα του ασθενούς μειώνεται η τάση για δυσκοιλιότητα. Οι ασκήσεις που αφορούν το πυελικό τοίχωμα μπορεί να αποβούν χρήσιμες για την ακράτεια των κοπράνων.

Προγράμματα που αφορούν την εξάσκηση με σκοπό την εκμάθηση και συνήθεια ούρησης σε συγκεκριμένες ώρες, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση της ακράτειας των ούρων. Ο ασθενής υποβάλλεται σε ούρηση ανά συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα και σημειώνεται σε μια καρτέλα εάν ο ασθενής είναι στεγνός ή όχι εκείνη την στιγμή. Τα χρονικά διαστήματα μεταβάλλονται σταδιακά μέχρι να βρεθεί ο ασθενής στεγνός πριν έρθει η ώρα για υποχρεωτική κένωση της. Η εκγύμναση και εκπαίδευση της κύστεως έχει σαν σκοπό να διορθώσει την συνήθεια της συχνής κένωσης της κύστεως και να βελτιώσει τον εκούσιο έλεγχο του αντανακλαστικού της ούρησης με τη σταδιακή αύξηση του χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί μεταξύ δύο διαδοχικοί κενώσεων. Η αντιμετώπιση ασθενών με ασταθείς κύστεις γίνεται με τη χρήση φαρμάκων και αντιχολινεργικών παραγόντων.

Φυσιοθεραπεία

Εάν ο ασθενής έχει προβλήματα κινητικότητας ή δυσκολία στις κινήσεις των χεριών, η φυσιοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει κατά πολύ την κατάσταση ακόμη κι αν υπάρχει και κάποιος άλλος αιτιολογικός παράγοντας. Η επανεκπαίδευση των μυών της πυέλου είναι μια από τις απλούστερες και αποτελεσματικές μεθόδους επανάκτησης του ελέγχου της ουροδόχου κύστεως γι' αυτούς τους ασθενείς που παρουσιάζουν μικρό πρόβλημα, αλλά όχι και γι' αυτούς που πάσχουν από σοβαρή ακράτεια ούρων. Μια σειρά μελετών έχει επιβεβαιώσει την επιτυχία της φυσιοθεραπείας ως της πιο ασφαλούς και γρήγορης μη επεμβατικής τεχνικής.

Η ηλεκτροδιέγερση των μυών του περιναίου που ακολουθείται από άσκηση θεωρείται, εδώ και πολλά χρόνια η μόνη θεραπεία για την ακράτεια που οφείλεται σε στρες. Τα αποτελέσματα της, αναπόφευκτα εξαρτώνται από την ευαισθητοποίηση ασθενούς και φυσιοθεραπευτή. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν πολλοί τύποι ρευμάτων, αλλά ο σκοπός μας είναι να δημιουργήσουμε την ισχυρότερη μυϊκή σύσπαση με τη μικρότερη αισθητική δυσφορία. Ο παλαιότερος τύπος ρεύματος, το φαραδικό, έχει αντικατασταθεί από παλμικά ρεύματα, διαφόρων μηκών ρεύματος και ταχυτήτων και από τα παρεμβαλλόμενα ρεύματα. Ο Wilson και άλλοι (1984) έχουν κάποιες επιφυλάξεις όσον αφορά τα παρεμβαλλόμενα ρεύματα και την άσκηση. Ο Dougalt (1986) όμως αναφέρει σημαντική μείωση στη συχνότητα και κατά 30% μείωση της ακράτειας ούρων σε μια ομάδα ασθενών. Το 65% της ομάδας διατήρησε τη βελτίωση για 12 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Ο Shepherd (1986) έκανε συνδυασμένη χρήση ηλεκτροδιέγερσης και εντατικής επανεκπαίδευσης των μυών της πυέλου σε μια ομάδα 44 γυναικών (στο οποίο υπήρχαν και ασθενείς ηλικίας άνω των 70 ετών) και παρατήρησε βελτίωση στις 39 από αυτές.

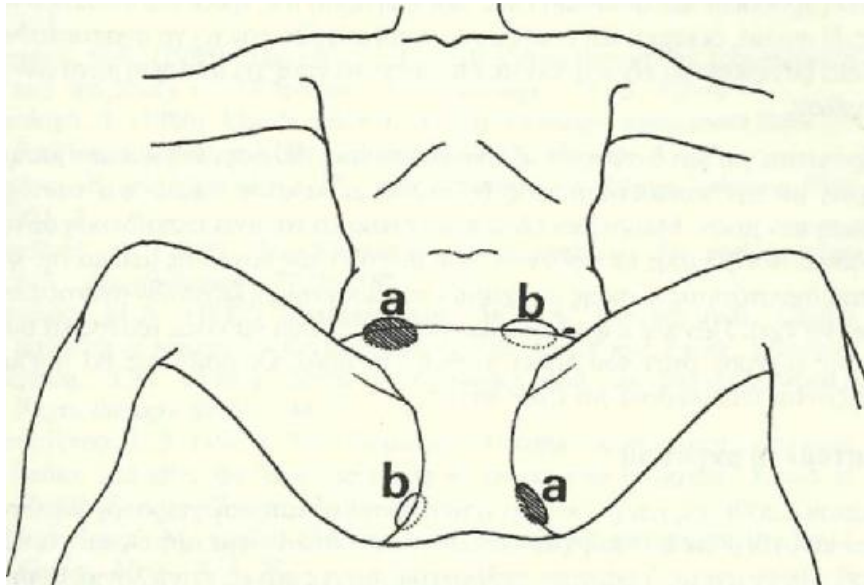
Οι ανελκτήρες μυς του πρωκτού, υπό εκούσιο έλεγχο, έχουν την ικανότητα να σταματήσουν την ούρηση, όταν αυτή έχει ήδη ξεκινήσει. Αυτοί οι μύες έχουν μυϊκές ίνες που συσπώνται ταχέως και είναι ικανές να απαντούν ταχύτατα στα ερεθίσματα που δέχονται, αλλά και να κουράζονται γρήγορα. Η επανεκπαίδευση αυτής της ομάδας των μυών μπορεί να γίνει μόνο με άσκηση. Οι περιουρηθρικοί μύες διατηρούν τον ουρηθρικό τόνο και όπως όλοι οι μύες του σώματος που συντελούν στη διατήρηση της στάσης του, έτσι κι αυτοί απαντούν βραδέως στα ερεθίσματα που δέχονται. Είναι ικανοί να παραμείνουν σε σύσπαση και δεν κουράζονται εύκολα.

Αυτό είναι η πρώτη προτεραιότητα και είναι η προσπάθεια αναλυτικής επεξήγησης στον ασθενή, του λόγου της επανεκπαίδευσης των μυών της πυέλου και του γεγονότος ότι πρέπει να έχει συναίσθηση του περιναίου της, έτσι ώστε να μπορεί να παράγει εκούσιες συσπάσεις. Ο φυσιοθεραπευτής είναι ικανός να εκτιμήσει την παρουσία μυϊκής σύσπασης, εάν τοποθετήσει δύο δάχτυλα του χεριού του μέσα στον κόλπο. Υπάρχουν πολλοί τρόποι εξασφάλισης καλού μυϊκού ελέγχου, αλλά θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην εγρήγορση του ασθενούς όσον αφορά τη συνεχή σύσπαση των μυών της πυέλου, που διατηρείται ακόμη και με το βήχα.

Ηλεκτροδιέγερση

Παρεμβαλλόμενη θεραπεία

Ο ασθενής τοποθετείται σε θέση γυναικολογικής εξέτασης και χρησιμοποιούμε τέσσερα μεγάλα ηλεκτρόδια κενού. Τα δύο τοποθετούνται συμμετρικά στο κοιλιακό τοίχωμα επάνω από τους βουβωνικούς συνδέσμους και τα άλλα δύο στην εσωτερική επιφάνεια των μηρών κάτω από το κατώτερο όριο του μηραίου τριγώνου. (Βλέπε σχήμα 3.1). Ένα παρεμβαλλόμενο ρεύμα συχνότητας 0-100 Hz διέρχεται μεταξύ των ηλεκτροδίων. Η ένταση του ρεύματος ρυθμίζεται όσο υψηλότερα αντέχει ο ασθενής χωρίς να υποφέρει. Η θεραπεία διαρκεί 15 λεπτά και γίνεται 3 φορές την εβδομάδα, για 4 εβδομάδες. Τη μέθοδο επινόησε ο McQuire (1975).



α. Το ένα ζεύγος ηλεκτροδίων

β. Το άλλο ζεύγος ηλεκτροδίων

Εικόνα 3.1: παρουσιάζεται η θέση των ηλεκτροδίων στη θεραπεία ακράτειας των ουρών με παρεμβαλλόμενα ρεύματα.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΚΑΤΑ MANDELSTAM 1986)

Περιγράφεται στον ασθενή με απλούς όρους, η ανατομία της πυελικής ζώνης και εξηγείται ότι ο σκοπός της θεραπείας είναι η επανεκπαίδευση των ανελκτάρων μυών του πρωκτού. Ακολουθεί δακτυλική εξέταση με σκοπό την εκτίμηση του μυϊκού τόνου. Ο ασθενής παροτρύνεται να χρησιμοποιεί αυτούς τους μυς. Αφού τακτοποιηθούν όλα αυτά, ζητάμε από τον ασθενή να συσπάσει δυνατά, τέσσερις φορές αυτούς τους μυς. Αυτό επαναλαμβάνεται συχνά σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ο ασθενής εκπαιδεύεται στα εξής:

1. Σύσπαση και χαλάρωση των μυών γύρω από τον πρωκτό.
2. Σταμάτημα της ούρησης, ενώ αυτή έχει αρχίσει και η αίσθηση των μυών που είναι συσπασμένοι έμπροσθεν.

3. Αφού θα έχει μάθει ο ασθενής και τις δύο αυτές κινήσεις, ζητάμε από τον ασθενή να συσπάσει τους μυς γύρω από τον πρωκτό και έπειτα τους προσθίους. Οι μύες της πυέλου λειτουργούν σαν σύνολο και ζητάμε από τον ασθενή να τους συσπάσει αργά, τέσσερις φορές. Επαναλαμβάνουμε όσο πιο συχνά γίνεται.

Μετά από 2-3 εβδομάδες εξάσκησης, θα υπάρξει αντίληψη του κλεισίματος των εξόδων (πρόσθιων και οπίσθιων) και αίσθηση άρση του πρόσθιου πυελικού τοιχώματος. Η κοιλιά, οι μηροί και οι περιπρωκτικοί μύες θα πρέπει να συσπαστούν, ενώ τα πόδια θα πρέπει να είναι ανοικτά, έτσι ώστε να υπάρχει αίσθηση μόνο των μυών της πυέλου.

Πρόκειται για μια διαφορετική κίνηση από τους άλλους μύες και που μπορεί να ελεγχθεί με την τοποθέτηση ενός δακτύλου μέσα στον κόλπο και ταυτόχρονη σύσπαση των μυών. Μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να γίνει εκπαίδευση αυτής της μεθόδου αυτοεξέτασης σε ασθενείς άνω των 65 ετών λόγω της μειωμένης ή ανάπαρκτης δυνατότητας κίνησης των χεριών του ασθενούς ή λόγω των αναστολών που μπορεί να έχει. Πάντως ο φυσιοθεραπευτής θα πρέπει να είναι ικανός να διδάξει αυτή την τεχνική, όταν του δοθεί αυτή η ευκαιρία. Οι ασκήσεις θα πρέπει να συνεχίζονται καθημερινά για τρεις μήνες.

Ανθισταμένη ακράτεια

Κάποιοι ασθενείς μπορεί να μην απαντήσουν σε ιατρική, χειρουργική ή φυσιοθεραπευτική θεραπεία. Υπάρχουν πολλοί τρόποι να κάνουμε αυτούς τους ασθενείς να αισθανθούν άνετα. Υπάρχουν καλοσχεδιασμένες πάνες, παντελόνια, συσκευές και καθετήρες (Robinson 1982).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα φάρμακα είναι πιθανότερο να προκαλέσουν παρενέργειες στους ηλικιωμένους παρά στους νέους ασθενείς. Θα περίμενε κανείς ότι τα φάρμακα θα χορηγούνταν με φειδώ στους ηλικιωμένους ασθενείς. Στην πραγματικότητα συμβαίνει το αντίθετο και δεν είναι ασυνήθιστο να παίρνουν οι ηλικιωμένοι πολλά και διάφορα φάρμακα. Κάποια φάρμακα έχουν παρενέργειες που οδηγούν σε αυξημένη μυϊκή δυσκαμψία ή/και ακινησία. Άλλα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα όπως υπνηλία, ακράτεια, αστάθεια, πτώσεις και σύγχυση. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί λοιπόν να οδηγήσει σε ανικανότητα που θα καταστήσει απαραίτητη τη βοήθεια του φυσιοθεραπευτή ή σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να εμποδίσει αρκετά την ικανότητα του ασθενούς να συνεργαστεί με το φυσιοθεραπευτή. Έτσι είναι σημαντικό να γνωρίζει ο φυσιοθεραπευτής ποιά είναι η φαρμακευτική αγωγή, πως την χειρίζεται ο ασθενής και ποιους κίνδυνους κρύβει¹¹.

4.2 ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗ

Τα περισσότερα φάρμακα που λαμβάνονται από το στόμα απορροφούνται με παθητική διάχυση και εισάγονται στην αιματική κυκλοφορία. Η διαδικασία της απορρόφησης μπορεί να επιβραδυνθεί με τη χρήση ουσιών που καλύπτουν εσωτερικά τον εντερικό σωλήνα ή ουσιών που η δραστική τους ουσία απελευθερώνεται σταδιακά. Πολλοί

¹¹ Crooks, J., O Malley, K. and Stevenson, I.H (1976) “ Pharmacokinetics in the elderly.” Clin. Pharmacokinet

φυσιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την απορρόφηση των φαρμάκων: το pH του γαστρεντερικού σωλήνα, ο ρυθμός κένωσης του στομάχου, η κινητικότητα του εντέρου και η επιφάνεια απορρόφησης του λεπτού εντέρου. Παρόλο που η ηλικία μπορεί να επηρεάσει όλες αυτές τις λειτουργίες, πιστεύεται ότι η απορρόφηση των φαρμάκων δεν αλλάζει σημαντικά στην τρίτη ηλικία. Έτσι, παρόλο που οι μεταβολές της ηλικίας μπορεί να μειώσουν την επιφάνεια απορρόφησης του λεπτού εντέρου, δεν είναι σημαντικό διότι η υπόλοιπη επιφάνεια απορρόφησης έχει έκταση ίση με αυτή δύο γηπέδων του τένις.

4.3ΚΑΤΑΝΟΜΗ

Τα φάρμακα μεταφέρονται στην κυκλοφορία του αίματος συνδεδεμένα κυρίως με πρωτεΐνες του πλάσματος. Αυτές οι πρωτεΐνες έχουν πολλές θέσεις ικανές να σχηματίσουν αναστρέψιμους δεσμούς με τα μόρια φαρμάκων διαφόρων μορφών. Κάποια φάρμακα μπορεί να ανταγωνίζονται για τις ίδιες θέσεις σύνδεσης, ειδικά στους ηλικιωμένους όπου πολλά φάρμακα χρησιμοποιούνται τουλάχιστον στον ίδιο ασθενή. Τα επίπεδα των πρωτεϊνών του αίματος μειώνονται με την ηλικία και αυτή η μείωση μπορεί να διεγερθεί από χρόνιες νόσους ή ακινησία. Αυτή η αλλαγή σημαίνει ότι υπάρχουν υψηλά επίπεδα αδεσμευτού φαρμάκου στην κυκλοφορία. Και καθώς είναι η αδέσμευτη μορφή αυτή που είναι ενεργός, μπορεί να υπάρξουν σημαντικές θεραπευτικές επιπλοκές. Για παράδειγμα, η καταπραϊντική διαζεπάμη συνδέεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 97% με τις πρωτεΐνες στην κυκλοφορία έτσι ώστε μια σταγόνα μικρής περιεκτικότητας σε δεσμευτικές πρωτεΐνες θα αύξανε το ενεργό κλάσμα στο αίμα κατά ποσοστό περίπου 100%. Θα πρέπει, λοιπόν, να είναι κανείς προσεκτικός στη θεραπεία των ηλικιωμένων με φάρμακα που δεσμεύουν πολύ τις πρωτεΐνες, όπως η διαζεπάμη. Το σωματικό λίπος

αυξάνεται με την ηλικία και το ποσό της μυϊκής μάζας μειώνεται. Λόγω αυτού, φάρμακα όπως η διγοξίνη, που δεσμεύονται πολύ με τις πρωτεΐνες των ιστών θα έχουν μικρότερους όγκους κατανομής στους ιστούς και αυξημένα επίπεδα στον ορό του αίματος των ηλικιωμένων. Τα λιποδιαλυτά φάρμακα από την άλλη θα έχουν μεγαλύτερο όγκο κατανομής γιατί υπάρχει περισσότερος λιπώδης ιστός. Τα περισσότερα φάρμακα είναι λιποδιαλυτά και λόγω της περίσσειας σε αποθηκευτικό χώρο, μπορεί η επίδραση τους να είναι παρατεταμένη στους ηλικιωμένους. Ειδικότερα, πολλά υπνωτικά και καταπραϋντικά φάρμακα είναι λιποδιαλυτά.

4.4 ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ

Τα φάρμακα μπορούν να χωριστούν σε δύο βασικές ομάδες: τα λιποδιαλυτά και τα υδατοδιαλυτά. Τα υδατοδιαλυτά φάρμακα απεκκρίνονται αναλλοίωτα από τα νεφρά και γι' αυτό η νεφρική λειτουργία είναι κριτικής σημασίας. Τα λιποδιαλυτά φάρμακα επαναρροφούνται από τους νεφρώνες των νεφρών έτσι ώστε να μεταβολιστούν σε υδατοδιαλυτά συστατικά για να μπορέσουν να απεκκριθούν από τους νεφρούς. Το ήπαρ παίζει βασικό ρόλο στο μεταβολισμό τους και η μειωμένη ηπατική λειτουργία στους ηλικιωμένους είναι πιθανά ένας παράγοντας εμφάνισης πολλών περιστατικών φαρμακευτικής τοξίκωσης στους ηλικιωμένους. Π.χ. ο μεταβολισμός της καταπραϋντικής χλωροδιαζεποξίδης είναι πιο αργός στους ηλικιωμένους.

4.5 ΑΠΕΚΚΡΙΣΗ

Τα περισσότερα φάρμακα απεκκρίνονται από τους νεφρούς. Η αιματική κυκλοφορία στους νεφρούς και η σπειραματική διήθηση στην ηλικία των 75 ετών βρίσκονται στο 50% του επιπέδου που βρίσκονται στη νεαρή ενήλικη ζωή. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίδεται όταν χρησιμοποιούνται φάρμακα που έχουν κάποιο βαθμό επικινδυνότητας. Μικρές αλλαγές των επιπέδων αυτών των φαρμάκων στο αίμα, μπορεί να καταλήξουν σε σοβαρή τοξίκωση. Π.χ. τα αντιβιοτικά πενικιλίνη και αμινογλυκοσίδες απεκκρίνονται από τα νεφρά. Το πρώτο φάρμακο είναι ιδιαίτερο ασφαλές, γι' αυτό είναι απίθανο να προκύψει πρόβλημα εκτός εάν η σπειραματική λειτουργία είναι πολύ μειωμένη. Αντίθετα, εάν υπάρχει ακόμη και μετρίου βαθμού μείωση της σπειραματικής λειτουργίας και λαμβάνεται ένα φάρμακο όπως οι αμινογλυκοσίδες και δεν δοθεί η δέουσα προσοχή στη χορήγηση της, τότε μπορεί να παρουσιαστούν σοβαρά προβλήματα όπως μυελοτοξικότητα.

4.6 ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ ΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Πέρα από τους διαφορετικούς τρόπους αντίδρασης του σώματος στα φάρμακα στις διάφορες ομάδες ηλικιών, υπάρχουν επίσης αποδείξεις ότι οι γηρασμένοι ιστοί είναι πιο ευαίσθητοι στην επίδραση της νιτραζεπάμης, ενός συχνά χρησιμοποιούμενου υπνωτικού, όπως επίσης και στις φαινοθειαζίνες.

4.7 ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΕΩΣ

Μερικά φάρμακα απεκκρίνονται γρήγορα από τον οργανισμό και αυτό είναι ένα πλεονέκτημα όταν πρόκειται για κατασταλτικά και υπνωτικά. Π.χ. το υπνωτικό χλωρομεθειαζόλη, απομακρύνεται γρήγορα από την

κυκλοφορία του αίματος. Ενώ η νιτραζεπάμη που απεκκρίνεται πολύ πιο αργά, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα όπως υπερκαταστολή, αστάθεια και σύγχυση την επόμενη μέρα μετά τη λήψη της.

4.8ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι ζωτικής σημασίας να γνωρίζει ο φυσιοθεραπευτής τι φάρμακα παίρνει ο ασθενής. Π.χ. ο ασθενής μπορεί να παίρνει φάρμακα που αυξάνουν την κινητικότητα, όπως η λεβοντόπα, γι' αυτό και θα πρέπει να ελέγχει το αν πραγματικά τα παίρνει ή όχι ο ασθενής. Συχνά η μειωμένη αντίδραση του ασθενούς σχετίζεται με την όχι τακτική λήψη των φαρμάκων του. Είναι χρήσιμο να ελέγχει κανείς τα φιαλίδια των φαρμάκων, καθώς ο ασθενής μπορεί να έχει μπερδευτεί σε σχέση με τη φαρμακευτική αγωγή. Θα πρέπει επίσης να διαπιστωθεί εάν ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να ανοίξει το κουτί ή το μπουκάλι του φαρμάκου.

Τα φάρμακα μπορούν να καθυστερήσουν την αποκατάσταση του ασθενούς με πολλούς τρόπους. Π.χ. η ορθοστατική υπόταση, κάνει τον ασθενή ασταθή και δημιουργεί τάση για πτώσεις, ενώ ταυτόχρονα μειώνει την αυτοπεποίθησή του. Πολλά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ορθοστατική υπόταση, περιλαμβανομένων των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, των αντιυπερτασικών παραγόντων, των διουρητικών, της λεβοντόπα και των φαινοθειαζινών. Η κόπωση είναι ο συνηθέστερος λόγος για τον οποίο παραπονούνται οι ασθενείς που παίρνουν διουρητικά ή βήτα - αναστολείς. Μερικά αντιυπερτασικά φάρμακα, όπως η μεθυλντόπα και η ρεζερπίνη προκαλούν επίσης κόπωση, ενώ κάτι τέτοιο συνηθίζεται όταν λαμβάνονται κατασταλτικά ή αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Κάποια φάρμακα όπως η βενζο-τροπίνη, η βρωμακρυπτίνη, η αμανταδίνη, η σιμετιδίνη, η ινδομεθασίνη, η λεβοντόπα, η μεθυλντόπα

και η ρεζερπίνη μπορεί να προκαλέσουν μικρής διάρκειας κατάθλιψη. Οι ασθενείς που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν μπορούν να ανταποκριθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στη φυσιοθεραπεία. Υπάρχουν επίσης πολλά φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν συγχυτικές αντιδράσεις, περιλαμβανομένων των συνηθισμένων φαρμάκων όπως η διγοξίνη και η αμινοφυλλίνη. Η ακράτεια μπορεί να προέλθει από τη χρήση διουρητικών φαρμάκων ή φαρμάκων που προκαλούν μείωση της κινητικότητας. Ο παρκινσονισμός που οφείλεται στη χρήση φαρμάκων είναι συχνό φαινόμενο στην τρίτη ηλικία. Οι φαινοθειαζίνες, η αλοπεριδόλη και η μετοκλοπραμίδη είναι φάρμακα που μπορεί να έχουν παρενέργειες που αφορούν το εξωπυραμιδικό σύστημα. Εάν χρησιμοποιούνται αντιψυχωτικοί παράγοντες θα πρέπει να γίνεται στενός έλεγχος προκειμένου να εντοπιστούν τέτοιου είδους παρενέργειες. Τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα δεν απαντούν στη χρήση λεβοντόπα, μπορεί να παρουσιαστεί σημαντική βελτίωση με τη χρήση αντι-χολινεργικών φαρμάκων. Οι ακούσιες κινήσεις του στόματος και του πηγουνιού (πρώιμη δυσκινησία) είναι μια ακόμη δυσάρεστη παρενέργεια αυτών των φαρμάκων.

4.9 ΪΑΙΓΓΟΣ ΚΑΙ ΖΑΛΗ

Πρόσφατες μελέτες απέδειξαν ότι τα φάρμακα μπορεί να είναι ο βασικός λόγος ζάλης στους ηλικιωμένους (Gomolin και Chaptin 1983, Blumethal και Davie 1980). Κάποια φάρμακα όπως η γενταμωσίνη, η αμωαικσίνη, η φαινοπροφαίνη, η ιβοπροφαίνη, η ινδομεθασίνη και η ναπροξίνη μπορεί να προκαλέσουν αιθουσαίες βλάβες. Αταξία παρουσιάζεται με τη χρήση βενζοδιαζεπινών και φαρμάκων που διακόπτουν τους σπασμούς

Μερικά άλλα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ανικανότητα που μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στο φυσιοθεραπευτή. Ένας προσεκτικός φυσιοθεραπευτής θα πρέπει να είναι το πρώτο πρόσωπο που θα υποψιαστεί ότι η ανικανότητα του ασθενή μπορεί να οφείλεται στη φαρμακευτική αγωγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

5.1 ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΒΑΔΙΣΗΣ

Οι Bruell και Peszczynski (1958) θεωρούν την ικανότητα ανεξάρτητης βάδισης ως προϋπόθεση ανεξαρτησίας. Τα βοηθήματα που μπορούν να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους ποικίλουν από απλά σε σύνθετα, ανάλογα με το πρόβλημα που πρόκειται να λυθεί ή να ξεπεραστεί. Το κατάλληλο βοήθημα θα πρέπει να επιλεγεί ατομικά και ο ασθενής θα πρέπει να εκπαιδευτεί κατάλληλα στη χρήση του. Ένα ακατάλληλο βοήθημα μπορεί να δυσχεράνει την πρόοδο και να είναι ίσως και επικίνδυνη. Ο ηλικιωμένος ασθενής θα πρέπει να συμβουλευτείται να μην δανείζεται τα βοηθήματα άλλων ασθενών και να μην χρησιμοποιεί προσωρινά το βοήθημα του συζύγου ή της συζύγου του. Ο ασθενής θα πρέπει να έχει εμπιστοσύνη σε κάθε βοηθό, και γι' αυτό θα πρέπει ο βοηθός να γνωρίζει που θα παρέχει αποτελεσματική και ασφαλή βοήθεια. Το συνηθισμένο λάθος για κάποιον είναι να του προσφέρει ο βοηθός πολύ περισσότερη βοήθεια από όση χρειάζεται. Αυτό διαταράσσει τον φυσιολογικό ρυθμό της κίνησης και κάνει τη βάδιση πιο δύσκολη.

Τα μαστούνια θα πρέπει να έχουν διάμετρο 3 τουλάχιστον cm και δεν θα πρέπει να είναι φθαρμένα ή βρώμικα, και ο ασθενής θα πρέπει να χρησιμοποιεί το μαστούνι από όλες τις πλευρές έτσι ώστε η φθορά να είναι ομοιόμορφη. Ο ασθενής θα πρέπει να καταλάβει καλά „ο γιατί το μαστούνι δεν πρέπει να είναι φθαρμένο ή λερωμένο. Υπάρχει η τάση να πιστεύουμε ότι το μαστούνι έχει χερούλι σχήματος C, γιατί αυτό το χερούλι βάζουν συνήθως οι κατασκευαστές. Όμως δεν είναι κατάλληλο για πολλούς ασθενείς. Το υλικό plastozote ή άλλα παρόμοια υλικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κατασκευή του χερουλιού. Ένα από τα πιο συχνά

προβλήματα αυτών που χρησιμοποιούν μαστούνι και ειδικά των ηλικιωμένων είναι που να το τοποθετήσουν όταν δεν το χρησιμοποιούν. Η χρήση ενός δερμάτινου λουριού που προσαρμόζεται στο χερούλι του μαστουνιού ή μια ελαστική θηλιά γύρω από αυτό ή επιπλέον μια μεγαλύτερη θηλιά γύρω από τον καρπό είναι τρόποι που αφήνουν το χέρι ελεύθερο να πιάσει το πόμολο της πόρτας ή το κιγκλίδωμα π.χ. της σκάλας. Αυτή μπορεί να είναι μια δύσκολη κίνηση για τον αρθρικό, ο οποίος συχνά κρεμάει το μαστούνι με λαβή C στον βραχίονα του. Ο ασθενής θα πρέπει να προειδοποιείται ότι δεν πρέπει να αφήνει το αιωρούμενο μαστούνι να μπλεχτεί στα κάγκελα της σκάλας ή ανάμεσα στα πόδια του. Μια χρήσιμη συμβουλή είναι να υπάρχει ένα δεύτερο μαστούνι στην άλλη άκρη της σκάλας.

Οι πατερίτσες που στερεώνονται στον αγκώνα ή στις μασχάλες, τα "πι" ή τα τετράποδα μαστούνια κ.λπ. θα πρέπει να δίνονται έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στην κάθε περίπτωση. Για όλα αυτά τα βοηθήματα και πριν την χορήγηση τους θα πρέπει να γίνονται ακριβείς μετρήσεις. Τα "πι" συχνά πιάνουν πολύ χώρο και προκαλούν αστάθεια στη βάδιση. Ο ασθενής συχνά περπατάει πολύ κοντά στο "πι" και έτσι ρίχνει το βάρος προς τα πίσω. Αυτό μπορεί να συμβεί ακόμη κι όταν έχουν δώσει ακριβείς οδηγίες. Παρόλα αυτά το "πι" είναι πολύ χρήσιμο βοήθημα για κάποιους ηλικιωμένους και πιθανά αποτελεί το μοναδικό τρόπο κίνησης τους. Οι ασθενείς που έχουν την τάση να πέφτουν προς τα πίσω ή αυτοί με βάδιση αταξικού τύπου, μπορεί να βοηθήσουν όταν προστεθεί βάρος στο "πι". Εάν σημαδέψουμε το σημείο μέχρι το οποίο ο ασθενής θα πρέπει να μπαίνει μέσα στο "πι" μπορεί να βοηθήσουμε, αλλά ταυτόχρονα αναγκάζεται ο ασθενής να κοιτάζει τα σημάδια και όχι το δρόμο μπροστά του.

Θα πρέπει να θυμόμαστε ότι μέσα στο σπίτι, τα τρόλει σερβιρίσματος εξυπηρετεί δύο σκοπούς, αφ' ενός αποτελούν ένα βοήθημα βάδισης και αφ' ετέρου εξυπηρετούν ιδιαίτερα στην μετακίνηση αντικειμένων. Εάν ο σκοπός είναι η στήριξη κυρίως τότε θα πρέπει να είναι αρκετά ισορροπημένο έτσι ώστε να μη γύρει.

Όταν προτείνουμε ένα βοήθημα βάδισης, θα πρέπει να γνωρίζουμε το περιβάλλον μέσα στο οποίο θα χρησιμοποιηθεί, π.χ. το μέγεθος των πορτών, τον αριθμό των σκαλοπατιών ή των σκαλών, τον τύπο των επίπλων και την επιφάνεια του πατώματος. Ο φυσιοθεραπευτής θα πρέπει να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι θα μπορεί να ανταπεξέλθει σ' όλες τις πιθανές καθημερινές απαντήσεις.

Τα τακούνια στα παπούτσια, τα χειρουργικά παπούτσια και οι νάρθηκες μπορεί να βοηθήσουν ορισμένους ασθενείς να περπατήσουν. Και αυτά θα πρέπει να κατασκευάζονται κατόπιν παραγγελίας. Ο λόγος που οι συσκευές ανύψωσης των δαχτύλων είναι αποτυχημένες και που τόσοι ασθενείς αρνούνται να τα φορέσουν είναι ότι δεν βοηθούν στη βάδιση. Είναι μηχανικά εσφαλμένα και συχνά αντιτίθενται στην λειτουργία στον ασθενή. Το βοήθημα θα πρέπει να υποστηρίζει μηχανικά καινά μιμείται τις κινήσεις του αστραγάλου που σχετίζονται με τη βάδιση. Ο αρμός του σιδερένιου νάρθηκα θα πρέπει στο ύψος του αστραγάλου, εκεί όπου γίνεται η ραχιαία κάμψη των δαχτύλων και του πέλματος αλλά και η πελματιαία κάμψη. Η βέργα πρέπει να μπαίνει στο παπούτσι, κατακόρυφα κάτω από την ποδοκνημική άρθρωση, (βλ. εικόνα 15.1). Ένας φθηνός, αποτελεσματικός και διακριτικός τρόπος βοήθειας του ασθενούς που έχει αστάθεια στην ποδοκνημική άρθρωση και τάση υπτιασμού του άκρου πόδα είναι η χρήση παπουτσιών με ίσια τακούνια.

5.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η ζωή των ηλικιωμένων είναι συχνά μοναχική. Τα βοηθήματα θα αποτελέσουν ένα μέσο αποτελεσματικής επικοινωνίας και είναι ένα πλεονέκτημα για τον ασθενή και τους γύρω του. Υπάρχουν ειδικά τηλέφωνα και εξελιγμένα συστήματα ενδοεπικοινωνίας, που δίνουν στο ασθενή αυτοπεποίθηση και μειώνουν τους φόβους που σχετίζονται με τη μοναχική ζωή.

5.3 ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΑΣΜΑ

Υπάρχει μια πληθώρα βοηθημάτων στην αγορά που διευκολύνουν τους αδύναμους ασθενείς να συγκρατήσουν ένα βιβλίο, περιοδικό, κ.λπ. και να γυρίσουν τις σελίδες αν χρειαστεί. Αυτοί που έχουν ασταθή ή αδύναμα χέρια μπορούν να γυρίζουν τις σελίδες χρησιμοποιώντας μια ελαστική δαχτυλήθρα. Καθώς η όραση μειώνεται, μπορεί να βοηθήσει η χρήση ενός μεγεθυντικού φακού, αλλά θα πρέπει επίσης να υπάρχει και ο κατάλληλος φωτισμός. Τα "ομιλούντα βιβλία" που κυκλοφορούν στην αγορά είναι μεγεθυμένες εκδόσεις πολλών βιβλίων και μερικών περιοδικών.

5.3.1 ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΓΡΑΨΙΜΟ

Θα πρέπει να συμβουλευόμαστε τους ασθενείς να γράφουν πάνω σε τραπέζι που θα έχει το κατάλληλο ύψος. Το τραπέζι αυτό θα πρέπει να επιτρέπει συνεχώς την στήριξη ολόκληρου του πήχεως. Η χρήση χαρτιών μεγάλου μεγέθους, με τη μορφή τετραδίου ή απλά συγκρατημένων σε ντοσιέ, μπορεί να κάνει τη ζωή του ασθενούς πιο εύκολη. Τα μαρκαδοράκια είναι πιο εύχρηστα από άλλα στυλό και υπάρχουν ειδικά

στηρίγματα για στυλό και πινέλα που αυξάνουν τη διάμετρο τους. Ειδικά στηρίγματα σταθεροποιούν τον δείκτη όταν πιάνει ένα στυλό, μολύβι ή πινέλο.

5.4 ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ

Το τηλέφωνο έχει γίνει βασική μορφή επικοινωνίας και θα πρέπει να υπάρχει σε όλα τα σπίτια των ατόμων που ζουν μόνοι τους. Η τεχνολογική πρόοδος είχε σαν αποτέλεσμα την επινόηση μιας μεγάλης ποικιλίας επιτευγμάτων που βοηθούν τον καλούντα σχηματίζει το νούμερο και να καλέσει, να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο και να δεχθεί τα εισερχόμενα μηνύματα. Ο ασθενής μπορεί να μιλάει μέσω μικροφώνων και λαμβάνει τις απαντήσεις μέσω μεγαφώνου. Οι συσκευές που λειτουργούν με κάρτες πίεσης ή πλήκτρα (αντί για περιστρεφόμενο δίσκο) είναι πιο εύχρηστα. Επίσης, θα πρέπει να δίνονται συμβουλές στους ηλικιωμένους για την θέση του τηλεφώνου, ειδικά εάν η κινητικότητα τους είναι μειωμένη.

5.5 ΤΟ ΣΠΙΤΙ

Μικρές τροποποιήσεις στο χώρο του σπιτιού, μπορούν να μειώσουν τους κινδύνους και να αυξήσουν την ανεξαρτησία του ατόμου. Η ύπαρξη λίγων σκαλοπατιών ή ακόμη κι ενός απότομου σκαλοπατιού στην είσοδο του σπιτιού ή του διαμερίσματος μπορεί να είναι λόγος αποκλεισμού του ηλικιωμένου. Το ύψος του σκαλοπατιού μπορεί να μειωθεί με την προσθήκη ενός ενδιάμεσου σκαλοπατιού. Επίσης, το σκαλοπάτι θα μπορούσε να αντικατασταθεί από κεκλιμένο επίπεδο (ράμπα) η οποία θα έχει μέγιστο ύψος 30 cm (11,8 ίντσες) και μήκος κεκλιμένης επιφάνειας 360 cm (141,7 ίντσες), αλλά αυτό συνήθως δεν αποτελεί πρακτική λύση. Επίσης θα πρέπει να προστεθούν κάγκελα εάν δεν υπάρχουν ήδη. Η επιφάνεια των σκαλοπατιών και της ράμπας δεν θα πρέπει να γλιστρά.

5.5.1 ΠΟΡΤΕΣ

Εάν είναι δύσκολο να πιάσει ο ηλικιωμένος το πόμολο της πόρτας ή να κρατήσει το κλειδί, υπάρχουν πολλά χρήσιμα βοηθήματα στην αγορά, όπως μοχλοί των πόμολων της πόρτας και μοχλοί των χερουλιών. Οι κλειδοθήκες κατασκευάζονται με διάφορες μορφές, με απλούς τρόπους μπορεί να αυξηθεί η δύναμη του μοχλού και ένας τέτοιος τρόπος είναι να προσκολλήσουμε μια μεταλλική πλάκα στο κλειδί ή να προσαρμόσουμε το κλειδί σε μια χαραμάδα μιας ξύλινης τάβλας και να το βιδώσουμε με μια βίδα.

5.5.2 ΠΑΤΩΜΑΤΑ

Οι επιφάνειες των πατωμάτων και τα χαλιά θα πρέπει να διατηρούνται σε καλή κατάσταση. Τα ξεφτισμένα χαλιά, τα ξεκολλημένα πλακάκια, τα απλωμένα χαλάκια ή τα γυαλισμένα πλακάκια είναι συνηθισμένη αιτία ατυχημάτων. Κατά τη διάρκεια την αποκατάστασης, οι ασθενείς θα πρέπει να κάνουν δραστηριότητες σε διάφορα είδη επιφανειών και ειδικά σε επιφάνειες που μοιάζουν μ' αυτές του χώρου μέσα και γύρω από το σπίτι. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι πολύ λίγα σπίτια έχουν τελείως επίπεδο δάπεδο και γυαλισμένες ξύλινες επιφάνειες που υπάρχουν στο νοσοκομείο.

5.5.3 ΦΩΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΡΕΥΜΑ

Οι ηλικιωμένοι είτε φοβούνται το ηλεκτρικό ρεύμα, είτε είναι πλήρως εξοικειωμένοι με τη χρήση του. Οι πρίζες θα πρέπει να είναι τοποθετημένες σε τέτοιο ύψος έτσι ώστε να περιορίζεται το σκύψιμο (δηλαδή 40 cm - ή 15,6 ίντσες - από το πάτωμα). Οι διακοπές συνήθως

απαντούν ελαφρά πίεση έτσι ώστε να λειτουργήσουν. Τα ελευθέρα καλώδια που σέρνονται στο πάτωμα είναι ένας κίνδυνος και είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο όταν γίνονται ερασιτεχνικά μαστορέματα.

5.6 ΒΟΗΘΟΙ ΧΕΡΙΩΝ

Υπάρχουν πολλοί τέτοιοι βοηθοί που επιτρέπουν στο ηλικιωμένο άτομο να πιάσει κάτι που δεν φτάνει. Πολλές από αυτές τις συσκευές φέρουν μαγνήτες έτσι ώστε να μπορούν να πιάνουν καρφίτσες, συνδετήρες, κ.λπ. Υπάρχουν σε διάφορα βάρη και μήκη και μερικές απ' αυτές είναι πτυσσόμενες.

5.6.1 ΈΠΙΠΛΑ

Ο Muston και άλλοι (1981) έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι πιθανά βρίσκουν δυσκολία στο να σηκωθούν από την καρέκλα. Σε μια έρευνα που έγινε το 42% των ασθενών βρέθηκε ότι υπήρχε δυσκολία στο να σηκωθεί από μια καρέκλα, ενώ το 34% το έκανε με όχι ιδιαίτερη άνεση. Κατέληξαν λοιπόν στο συμπέρασμα ότι είναι απαραίτητες οι καρέκλες που διευκολύνουν το άτομο να σηκωθεί. Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να σηκωθούν από μια καρέκλα. Έχουν την τάση να στηρίζονται στα μπράτσα της καρέκλας για να ισορροπήσουν και βάζουν ώθηση με τα χέρια και τους μύς των ποδιών. Η επιλογή των κατάλληλων επίπλων είναι πολύ σημαντικές και υπάρχουν τρία κριτήρια επιλογής τους: η άνεση, η κινητικότητα και η ασφάλεια.. Πολλοί ηλικιωμένοι αγαπούν τα σκαμνάκια για τα πόδια, που όμως είναι λίγο επικίνδυνα γιατί μπορεί να σκοντάψει κανείς σ' αυτά. Το κάθισμα της καρέκλας θα πρέπει να απέχει σε ύψος 20 cm (7,9 ίντσες) από την κάτω πλευρά του τραπεζιού. Ο Finlay και άλλοι (1983) έδειξε ότι ασθενείς με μετρίου ή μεγάλου βαθμού δυσκολία στο

σήκωμα από μια καρέκλα, διευκολύνονται εάν το κάθισμα έχει ύψος 40,6 - 43,2 cm (16-17 ίντσες) και επίσης εάν τα μπράτσα της καρέκλας απέχουν σε ύψος 25,4 cm (10 ίντσες) από το κάθισμα βοηθούνται ακόμη περισσότερο. Παρόλα αυτά καρέκλες υπάρχουν σε διάφορα ύψη και καρέκλες με μεταβαλλόμενο ύψος και κλίση καθίσματος.

5.6.2 ΤΑ ΥΠΝΟΔΩΜΑΤΙΑ

Τα σύγχρονα κρεβάτια έχουν συνήθως ύψος από 38 ως 55 cm (15-21,6 ίντσες). Προκειμένου να μεταφερθεί κανείς από το κρεβάτι σε καρέκλα, τα ύψη θα πρέπει να είναι σχεδόν τα ίδια (περίπου 47 cm - 18,5 ίντσες), έτσι ώστε το κρεβάτι να χρειάζεται σήκωμα ή κατέβασμα. Στο νοσοκομείο, θα πρέπει όλα τα κρεβάτια να είναι μεταβαλλόμενου ύψους έτσι ώστε να επιτρέπουν την μετακίνηση από το κρεβάτι στην καρέκλα κ.λπ. Επίσης είναι απαραίτητο ένα ασφαλές σύστημα φρεναρίσματος. Οι Andrens και Atkinson (1982) πρακτικές συμβουλές για σημαντικά θέματα εξοπλισμού θαλάμων και μονάδων για ηλικιωμένους ασθενείς. Στα ηλικιωμένα άτομα, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην προστασία του δέρματος.

Το ιδανικό στρώμα είναι ένα στρώμα που το επάνω τμήμα του θα είναι φτιαγμένο έτσι που να φαίνεται ότι απαρτίζεται από διάφορα τμήματα, μ' ένα μαλακό και όχι απόλυτα εφαρμοστό κάλυμμα από πάνω. Έχουν επινοηθεί πολλά είδη για την πρόληψη των κατακλίσεων: μαξιλαράκια, κρεβάτια όχι απόλυτα επίπεδα, κουβέρτες από δέρμα αρνιού κ.λπ. (Βλ. Κεφ. 9). Η ελευθερία που δίνει το χνουδωτό ύφασμα είναι ένα πλεονέκτημα που βοηθά στο περιορισμένο των πιθανών μόνιμων συνολκών λόγω κάμψης της ποδοκνημικής άρθρωσης και επίσης διευκολύνει τον ασθενή να γυρίζει πιο συχνά. Μερικοί ασθενείς προτιμούν κουνιστό κρεβάτι (bedcraβle). Αυτά όμως είναι ογκώδη και συχνά οι

ασθενείς παραπονιούνται ότι κρυώνουν. Οι ανυψωτήρες συστήνονται γενικά όχι ως βοήθημα που αυξάνει την ανεξαρτησία, την άσκηση και την ασφάλεια των ηλικιωμένων ασθενών, αλλά σαν βοήθημα για τον άνθρωπο που βοηθά τον ασθενή (Haworth και Nichols 1980). Υπάρχουν πολλοί τύποι ανυψωτήρων και η επιλογή εξαρτάται από τις συνθήκες (υδραυλικός, μεταφερόμενος, ηλεκτρικός σταθερός, ηλεκτρικός στερεωμένος στο ταβάνι).

5.6.3 ΤΟ ΜΠΑΝΙΟ

Πολλοί ασθενείς θα μπορούσαν πιο εύκολα να χρησιμοποιήσουν την τουαλέτα. Εάν αυτή είχε το σωστό ύψος και εάν υπάρχουν σωστά τοποθετημένα γύρω της κάποια στηρίγματα για να μπορεί να κρατηθεί ο ασθενής. Φυσιολογικά απαιτείται ένα ανυψούμενο κάθισμα ύψους 8-15 cm (3-6 ίντσες). Τέτοια καθίσματα διατίθενται στην αγορά από πλαστικό μεγάλης πυκνότητας και είναι τελείως υδατοστεγή. Το ύψος και η τοποθέτηση των στηριγμάτων είναι πολύ σημαντικά και προσδιορίζονται μόνο μετά από δοκιμή. Υπάρχει ειδικός καθαριστής της περιοχής του πρωκτού που επιτρέπει το σκούπισμα από μπροστά. Μ' αυτό τον τρόπο διαφυλάσσεται η αξιοπρέπεια ενώ ταυτόχρονα διασφαλίζεται η υγιεινή.

Το μπανιάρισμα γίνεται πιο εύκολο όταν υπάρχουν ρηχές μπανιέρες, μπανιέρες που δίνουν τη δυνατότητα να καθίσει κανείς κ.λπ., αλλά όλα αυτά είναι ακριβά και απαντούν εκτενείς μετατροπές του χώρου. Τώρα υπάρχουν στην αγορά μπανιέρες με μεταβαλλόμενο ύψος που επιτρέπουν τον ευκολότερο χειρισμό και μεταφορά των ασθενών. Στο σπίτι, υπάρχουν απλά βοηθήματα που κάνουν το μπανιάρισμα ευκολότερο και ασφαλέστερο και μπορεί να είναι σανίδες μπάνιου, χερούλια και χαλάκια που δεν γλιστρούν. Τα καθίσματα της μπανιέρας θα πρέπει να είναι ειδικά σχεδιασμένα. Ο γνωστός τρόπος με τον οποίο μπαίνουμε και βγαίνουμε

από την μπανιέρα. Πρώτα το ένα πόδι και έπειτα το άλλο είναι επικίνδυνο για τους ηλικιωμένους. Όταν όμως κάθονται σ' ένα σκαμνάκι ή σε μια σανίδα, τότε μπορούμε να κινήσουμε και τα δύο πόδια προς τα μέσα ή προς τα έξω από την μπανιέρα και τότε τα πράγματα είναι πιο εύκολα. Ο Chamberlain και οι συν. (1981) έδειξε ότι μπορεί να συμβούν ατυχήματα όταν οι σανίδες στερεώνονται πολύ ψηλά ή όταν κινούνται κατά τη χρήση τους. Τα καθίσματα μπάνιου που στηρίζονται στα πλάγια του μπάνιου είναι ακατάλληλα για ακρυλικές μπανιέρες γιατί αυτές μπορεί να σπάσουν. Γενικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι το σχέδιο των σανίδων μπάνιου είναι άβολο γιατί συνήθως είναι πολύ στενές και σκεπάζονται από ακατάλληλο υλικό. Ο Chamberlain και συν. άλλοι απέδειξαν ότι τέτοιου είδους βοηθήματα θα πρέπει να τα προμηθεύεται ο ασθενής από το νοσοκομείο και ότι θα πρέπει από πολύ νωρίς να εκπαιδεύονται για τον τρόπο χρήσης τους από το θεραπευτή. Επίσης επαναληπτικές οδηγίες θα πρέπει να δοθούν μια - δύο φορές στο σπίτι και κατ' αυτό τον τρόπο αυξάνεται και η σιγουριά.

Άλλα εξαρτήματα του μπάνιου είναι τα χαλάκια με ελαστικές βεντούζες, τα μαγνητικά πιστράκια σαπουνιών, τα στηρίγματα σαπουνιού με αναρρόφηση, οι κορδέλες μπάνιου που δεν γλιστρούν και τα πτυσσόμενα καθίσματα μπάνιου. Τα ντους δεν είναι πρώτα στις προτιμήσεις των ηλικιωμένων, αλλά εάν χρησιμοποιηθεί ένα κάθισμα μπάνιου μπορεί να αποδειχθούν κατάλληλα για πολλούς ηλικιωμένους. Τα ντους θα πρέπει να είναι έτσι κατασκευασμένα, ώστε να μπορεί και ο βοηθός τους ασθενούς να εξυπηρετήσει με άνεση τον ασθενή. Η κεφαλή του ντους θα πρέπει να είναι σταθερή αλλά θα πρέπει να μπορεί να πάρει διάφορες θέσεις.

5.6.4 Η ΚΟΥΖΙΝΑ

Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μια κουζίνα όπου οι συσκευές, τα τρόφιμα και τα άλλα σύνεργα μαγειρικής και βρίσκονται κοντά στο σημείο χρήσης τους και να μπορούν να τα φτάνουν με ευκολία. Οι επιφάνειες εργασίας θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένης έτσι ώστε να μπορεί το άτομο να εργαστεί ακόμη και καθιστό. Τα μαχαιροπήρουνα υπάρχουν σε μεγάλη ποικιλία. Υπάρχουν μαχαίρια, πιρούνια και κουτάλια για αριστερόχειρες και δεξιόχειρες, λαβές επενδυμένες, πολύ ελαφρά μαχαιροπήρουνα και ψαλίδια που λειτουργούν με πίεση. Υπάρχουν μαχαίρια που η λαβή σχηματίζει ορθή γωνία με την λεπίδα, έτσι ώστε η κοπτική δύναμη να μεταφέρεται από τη λαβή στο κέντρο της λεπίδας. Το κλασικό σχέδιο μαχαιριού "Nelson" διατίθενται για άτομα που τρώνε με το ένα χέρι. Τα υλικά που δεν γλιστρούν και που δεν κολλούν στις επιφάνειες μπορούν να βοηθήσουν τα πιάτα να διατηρηθούν σταθερά και λειτουργούν σαν λαβή για το άνοιγμα βάζων κ.λπ. Άλλα σκεύη κουζίνας για ηλικιωμένους είναι οι χύτρες, οι βάσεις τσαγερών, οι τάβλες ψωμιού με καρφάκια, τα ξεφλουδιστήρια για πατάτες, οι βάσεις για μπουκάλια και τα ανοιχτήρια κονσερβών για αριστερόχειρες και δεξιόχειρες. Υπάρχουν επίσης συστήματα περιστροφής των βρυσών.

Οι άλλες δουλειές του νοικοκυριού μπορούν να γίνουν πιο εύκολα με τη χρήση, ελαφριών, ευκολομεταφερόμενων κουβάδων, σφουγγαρίστρων με μακρύ χέρι, σφουγγαρόπανων κυτταρόνης και ξεσκονόπανων που δεν απαιτούν σκύψιμο.

5.6.5 ΟΙ ΣΚΑΛΕΣ

Το 13% με 25% των πτώσεων που συμβαίνουν στο σπίτι συμβαίνουν στις σκάλες. Μετά την πτώση αυτή πολλοί ηλικιωμένοι φοβούνται να

χρησιμοποιήσουν τις σκάλες. Οι διπλές μπάρες κατά μήκος της σκάλας μπορεί να βοηθήσουν την κατάσταση και να αυξήσουν την αυτοπεποίθηση των ασθενών. Οι σκάλες των νοσοκομείων είναι συνήθως ακατάλληλες για εξάσκηση λόγω του πλάτους τους ή λόγω του ότι είναι απότομες ή λόγω του ότι έχουν ακατάλληλες μπάρες. Ο Finlay (1983) συνέστησε ότι σε κάθε φυσιοθεραπευτικό τμήμα που ασχολείται με ηλικιωμένους θα πρέπει να υπάρχουν ειδικές σκάλες για εξάσκηση και φυσικά να υπάρχει ειδικό πρόγραμμα εξάσκησης των ασθενών.

5.7 ΝΤΥΣΙΜΟ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Το πλύσιμο γίνεται πιο εύκολο με τη χρήση βουρτσών και σφουγγαριών με μακρύ χέρι. Το σαπούνι του μπάνιου καλό είναι να είναι δεμένο με σκόνη. Πολλοί άνθρωποι διευκολύνονται περισσότερο χρησιμοποιώντας ένα σφουγγάρι - γάντι, παρά μια πετσετούλα προσώπου. Τα γάντια που χρησιμοποιούνται στο μανιάρισμα υπάρχουν σε ποικιλία υλικών, περιλαμβανομένου και του σπόγγου. Οι λαβές των οδοντόβουρτσών μπορούν να επενδυθούν όπως και τα μαχαιροπήρουνα. Μερικοί όμως ασθενείς βρίσκουν πιο εύκολη τη χρήση ηλεκτρικής οδοντόβουρτσας, επειδή η λαβή είναι μεγαλύτερη και επειδή δεν απαιτείται μεγάλη κίνηση τον καρπού και του χεριού.

Θα πρέπει να συνιστάται στους ηλικιωμένους να χρησιμοποιούν ηλεκτρικά ξυριστική μηχανή αλλά το ξύρισμα είναι μια προσωπική υπόθεση, γι' αυτό οι λαβές των απλών ξυριστικών μηχανών ασφαλείας μπορούν να τροποποιηθούν ανάλογα με την περίπτωση. Πολλοί ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να κόψουν τα νύχια των ποδιών τους και σ' αυτές τις περιπτώσεις βοηθάει το πεντικιούρ. Τα νύχια των χεριών θα πρέπει να διατηρούνται καθαρά και κοντά ειδικά σ' αυτούς τους ασθενείς που έχουν κακή περιφερική αιμάτωση.

Τα ρούχα που ντύνουν τον κορμό, θα πρέπει ως επί το πλείστον να κουμπώνουν από μπροστά. Τα φερμουάρ μπορούν να χρησιμοποιηθούν με περισσότερη άνεση, εάν προστεθεί στο μεταλλικό άκρο τους ένας κρίκος. Τα κουμπιά μπορούν να αντικατασταθούν από σούστες. Τα παντελόνια είναι σαφώς προτιμότερα των φουστών και των καλσόν: είναι ευκολοφόρετα, ζεστότερα και μπορούν να κρύβουν διάφορα ορθοπεδικά (νάρθηκες κ.λπ.) και τεχνητά άκρα.

Υπάρχουν στην αγορά εξαρτήματα όπως το κόκκαλο για τα παπούτσια με μεγάλο άκρο, οι καλτσοδέτες, τα βοηθητικά καλσόν, αλλά και ελαστικά κορδόνια.

Είναι πολύ βασικό να εμπυχώσουμε τον ασθενή και να τον ενθαρρύνουμε να εξαρτάται όσο το δυνατόν λιγότερο από τα διάφορα βοηθήματα. Το να επιβαρύνουμε τη ζωή του ασθενούς με διάφορα βοηθήματα μπορεί να έχει ακριβώς το αντίθετο αποτέλεσμα από το επιθυμητό, δηλ. μπορεί να δημιουργήσει εξάρτηση και απάθεια. Θα πρέπει να θυμόμαστε ότι η συμπεριφορά του ατόμου είναι πιο σημαντική από τα βοηθήματα. Παρόλα' αυτά όταν η χρήση τους είναι σωστή τότε πραγματικά βοηθούν. Τα βοηθήματα θα πρέπει να δίνονται στους ασθενείς αφού γίνει προσεκτική εκτίμηση της κατάστασης τους και θα πρέπει η χρήση τους από τον ασθενή να ελέγχεται τακτικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ- ΣΥΝΔΙΑΣΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

6.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΥΧΕΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Η οργανωμένη φυσικοθεραπεία αποτελεί την καλύτερη θεραπευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση του αυχενικού συνδρόμου και τη μόνη που δεν έχει παρενέργειες.

Σκοποί της φυσικοθεραπείας είναι:

- Η χαλάρωση των μυών της περιοχής.
- Η βελτίωση της κινητικότητας της αυχενικής μοίρας, της κεφαλής των ώμων, της υπόλοιπης σπονδυλικής στήλης και πιθανόν άλλων διαταραχών στις υπόλοιπες αρθρώσεις.

Η αύξηση της ισχύος των αυχενικών μυών, των ραχιαίων, των μυών της ωμικής ζώνης, των κοιλιακών κ.α.

- Η πρόληψη υποτροπών.

Για τη σωστή αντιμετώπιση του αυχενικού συνδρόμου είναι απαραίτητο να εντοπιστεί το πρόβλημα ανατομικά, να γίνει αντιληπτός ο μηχανισμός που το προκαλεί και να καταταγεί σε μια συγκεκριμένη κατηγορία. Ο πόνος μπορεί να εντοπιστεί σε συγκεκριμένο σημείο και να είναι σαφής η αιτία που τον προκαλεί ή να είναι αντανακλαστικός και η αιτία του να βρίσκεται κάπου αλλού.

Στον αυχένα κάνουμε όλες τις κινήσεις με οδηγό τον πόνο. Ο θεραπευτής καθοδηγεί τον ασθενή σε κάμψη- έκταση (πλάγια, περιαγωγή, στροφή από κάμψη εμπρός ,πίσω και πλάγιες) μέχρι τα όρια του πόνου. Αν ο ασθενής ζαλίζεται του λέμε να κλείσει τα μάτια. Αν συνεχίζει να ζαλίζεται δεν εκτελεί την άσκηση. Στη συνέχεια σήκωμα των ώμων πάνω κάτω,

μπρος , πίσω και περιστροφικά. Και κινήσεις μπορεί να συνοδεύονται και από έλξη με το χέρι του θεραπευτή σε όλες τις θέσεις¹².

6.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ

Η φυσιοθεραπευτική αντιμετώπιση καταγμάτων μπορεί να διαχωριστεί σε **δυο κατηγορίες**, αντίστοιχα με την ιατρική παρέμβαση.

- 1) Συντηρητική που περιλαμβάνει ιατρική παρακολούθηση, κλινοστατισμό και «επιλεκτική» κινησιοθεραπεία άμεσα μετά το συμβάν.
- 2) Μετεγχειρητική που σημαίνει ότι η φυσικοθεραπεία ξεκινά άμεσα μετά το χειρουργείο και σκοπό έχει την όσο το δυνατόν γρηγορότερη κινητοποίηση και ορθοστάτηση του καταγματία, γιατί οι επιπτώσεις της ακινησίας μερικές φορές είναι ολέθριες.

Διακρίνουμε τρεις φάσεις του φυσικοθεραπευτικού προγράμματος:

- Πρόγραμμα ύψιστης προστασίας:

Εφαρμόζονται, επί κλίνης, ασκήσεις άνω και κάτω άκρων, έλεγχος και διόρθωση καρδιοαναπνευστικής ικανότητας, καθώς και στατικές συστολές των μυών του κορμού μέσα στα όρια του πόνου.

- Πρόγραμμα Προοδευτικής Κινητοποίησης

Σε αυτή τη φάση προσθέτουμε προοδευτικά κινήσεις κορμού σε περιορισμένη τροχιά. Απαγορεύονται οι κάμψεις της ΣΣ Επιπρόσθετα δοκιμάζεται η προοδευτική έγερση από ύπτια σε καθιστή και τέλος σε όρθια θέση. Η βάρδια γίνεται αργά, με εκπαίδευση σύσπασης των κοιλιακών και ραχιαίων. Για μικρό χρονικό διάστημα, ανάλογα με το είδος του χειρουργείου, εφαρμόζονται <<ζώνες>> ή <<κηδεμόνες>>.

- Πρόγραμμα Λειτουργικής Αποκατάστασης.

¹² Gomolin, I.H. and Chapron, D.J. (1983) “ Rational drug therapy for the aged.” Compr. Ther., 9(7), 17-30

Ο/η καταγματίας μπορεί να δοκιμάσει και ασκήσεις στην πισίνα, καθώς και ασκήσεις που προσομοιάζουν στην καθημερινή δραστηριότητα. Μπορεί να ενταχθεί και σε <<Back School>>, προκειμένου να διατηρήσει την καλύτερη δυνατή μυοσκελετική κατάσταση στο μέλλον¹³.

6.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, δύναται να βοηθηθεί ο πάσχων από ρευματοειδή αρθρίτιδα και με διάφορα φυσικά μέσα. **Θερμοθεραπεία:** Σε αυτά περιλαμβάνεται η εφαρμογή της θερμότητας με διάφορα μέσα. Ο περισσότερο απλός τρόπος είναι η χρησιμοποίηση της θερμοφόρας για 20-30 λεπτά της ώρας ή η χρήση παραφίνης, η οποία βελτιώνει την τοπική κατάσταση της πασχούσης αρθρώσεως και επιτρέπει στη συνέχεια την έναρξη ασκήσεων. Οι **ασκήσεις** αφ' ενός βελτιώνουν την κινητικότητα και λειτουργικότητα της άρθρωσης, αφ' ετέρου επιτρέπουν τη μυϊκή άσκηση, ώστε να προληφθεί ή να βελτιωθεί η υπάρχουσα μυϊκή ατροφία. Επίσης η βελτίωση της λειτουργικότητας της αρθρώσεως προστατεύει την ή τις αρθρώσεις μέχρι ενός ορίου από την επιδείνωση τις οστεοπόρωσης. Επειδή υπάρχει τάση δυσκαμψίας και απώλειας λειτουργικού εύρους της κινητικότητας των αρθρώσεων, είναι ανάγκη να καθοδηγούνται οι ασθενείς για την στάση του σώματος τους κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης πχ χρησιμοποίηση πολύ χαμηλού μαξιλαριού ή καθόλου και τοποθέτηση ειδικού κυλίνδρου, ώστε να υποστηρίζεται ο αυχένας και να διατηρείται η φυσιολογική αυτού λόρδωση. Η χρησιμοποίηση επιπέδου κλίνης όπως και η χρήση

¹³ Ρούσσοσ Χ. (2000) Εντατική θεραπεία (2nd ed.), Τόμος 1, Π.Χ. Πασχαλίδης

νυκτερινών ναρθήκων σε λειτουργική θέση, για την πρόληψη των παραμορφώσεων τόσο των μικρών αρθρώσεων όσο και των αγκώνων και γονάτων, προσφέρουν σημαντική βοήθεια στον πάσχοντα από ρευματοειδή αρθρίτιδα. **Κρυοθεραπεία:** ευεργετική σε όλα τα στάδια της νόσου, ιδιαίτερα στο οξύ, που οι εκδηλώσεις φλεγμονής είναι έντονες. Βοηθάει σημαντικά στην μείωση του οιδήματος και του πόνου. **Αναλγητικά ρεύματα:** χρησιμοποιείται ηλεκτρικός ερεθισμός για την ανακούφιση τόσο από τον χρόνιο όσο και από τον οξύ πόνο. Κυρίως εφαρμόζονται TENS, αλλά και διαδυναμικά ή παρεμβαλλόμενα ρεύματα. **Μάλαξη:** συνήθως προηγείται της κινησιοθεραπείας. Έχει ευρεία αποδοχή από τους ασθενείς. Δεν πρέπει να γίνεται πάνω από πάσχουσες αρθρώσεις στο οξύ στάδιο της νόσου.

Κινησιοθεραπεία: Το σημαντικότερο μέσο που διαθέτει η φυσικοθεραπεία για την αντιμετώπιση της ΡΑ είναι η κινησιοθεραπεία. Βασικός στόχος των ασκήσεων είναι η διατήρηση και αύξηση της μυϊκής δύναμης και της κινητικότητας των αρθρώσεων και η αύξηση της αντοχής του ασθενή. Ο ασθενής υποβοηθάται στην κινητοποίηση και ενθαρρύνεται¹⁴.

6.4 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Βασικές αρχές της συντηρητικής ορθοπεδικής:

- Στη συντηρητική ορθοπεδική βασικό ρόλο έχει η σωστή διαφορική διάγνωση και η σχολαστική καταγραφή των ευρημάτων. Η διάγνωση και μόνο δεν μας δίνει πληροφορίες για το είδος και την έκταση του λειτουργικού προβλήματος.

¹⁴ Στεργιούλας Α.:Τραυματισμοί στα σπορ. Άμεση αντιμετώπιση-αποκατάσταση. Αθήνα 1989.

- Πλήρης κλινική εξέταση γίνεται πάντα πριν και μετά την θεραπεία.
- Ελέγχουμε την κλινική εικόνα και κατά την διάρκεια της θεραπείας για να διαπιστώσουμε την αποτελεσματικότητα της.
- Ο πόνος αποτελεί βασικό οδηγό για την θεραπεία:
 - οι πληροφορίες που μας δίνει ο ασθενής για μεταβολές στον πόνο επιβεβαιώνουν ή αποκλείουν την αρχική διάγνωση για τα αίτια του πόνου
 - στη θεραπεία είναι δυνατόν να συμπεριληφθούν διάφοροι επιπρόσθετοι τρόποι με τους οποίους μπορούν να ελαττωθούν οι πόνοι για παράδειγμα απώλεια βάρους, ψυχρά ή ζεστά επιθέματα.

Θεραπευτικοί στόχοι

- οι στόχοι προκύπτουν από:
 - την κλινική εικόνα του ασθενούς
 - τη διάγνωση
 - τη δυνατότητα φόρτισης των πασχουσών δομών
 - τη φυσιολογική λειτουργία του πάσχοντος τμήματος του σώματος
 - την αναγκαιότητα αντιρροπιστικών λειτουργιών για την προστασία ορισμένων δομών λόγω δομικών μεταβολών, περιορισμού της κινητικότητας, μυϊκής αδυναμίας ή πόνου.
 - Τις προσωπικές ή επαγγελματικές απαιτήσεις του ασθενούς
 - Τη χρήση διαφόρων βοηθητικών μέσων, όπως οι κηδεμόνες, οι νάρθηκες κ.ο.κ.
 - Τη φυσιολογική λειτουργικότητα των διαφόρων τμημάτων του σώματος.
- Η πύελος, ο θώρακας και το κεφάλι με τα αντίστοιχα τμήματα της σπονδυλικής στήλης μπορούν τόσο να σταθεροποιηθούν όσο και να κινηθούν.
- Η θωρακική κοιλότητα μπορεί να κινηθεί σε σχέση με τις ωμοπλάτες, η αναπνοή γίνεται εύκολα και ρυθμικά.

- Βάδισμα, τρέξιμο και ανέβασμα σκάλας γίνονται χωρίς να χωλαίνει ο ασθενής και χωρίς την χρήση βοηθητικών μέσων.
- Τα χέρια κρέμονται ελεύθερα από το σώμα, το βάρος του ώμου και των άνω άκρων μεταφέρεται στον θώρακα.
- Τα χέρια μπορούν να κινηθούν κάνοντας τόσο αδρές όσο και λεπτές κινήσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι nichols και williams (1977) ορίζουν ως "βοήθημα" μια μικρή εύχρηστη συσκευή η οποία θα βελτιώσει τη λειτουργική ικανότητα του ασθενούς. εάν για να επιτύχουμε αυτό το σκοπό απαιτείται μια μεγάλη, ογκώδης, όχι μεταφερόμενη συσκευή, τότε χρησιμοποιούμε τον όρο "βοηθητικές συσκευές". εάν η συσκευή έχει φτιαχτεί για να προσαρμόζεται σ' ένα συγκεκριμένο άτομο τότε ονομάζεται "προσάρτημα".

Απ' όλα αυτά που χρειάζεται ο ασθενής, μερικές από τις συσκευές ή τα προσαρτήματα, είναι οι βασικές ανάγκες:

- 1.ο ασθενής θα χρειαστεί το οποιοδήποτε βοηθητικό μέσο προκειμένου να ενισχύσει την ανεξαρτησία του.
- 2.το βοηθητικό μέσο θα πρέπει να εξυπηρετεί αυτό το σκοπό.
- 3.το βοηθητικό μέσο θα πρέπει να έχει σταθερή - συγκεκριμένη δομή και να είναι ευπαρουσίαστο.
- 4.το βοηθητικό μέσο θα πρέπει να είναι μηχανικώς ανεξάρτητο, φθηνό και ανθεκτικό.
- 5.το βοηθητικό μέσο θα πρέπει να είναι εύχρηστο.

πολλές βοηθητικές συσκευές παράγονται μαζικά, ενώ άλλες παράγονται κατόπιν ειδικής παραγγελίας για τον κάθε ασθενή; αυτό συμβαίνει κυρίως με τους νάρθηκες. για να μπορεί να εξυπηρετήσει ο νάρθηκας το σκοπό χρήσης του, τότε θα πρέπει να είναι ειδικά φτιαγμένος για το κάθε άτομο.

υπάρχουν πολλά φυλλάδια που είναι φτιαγμένα για να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους, τους συγγενείς και τους φίλους. στις περισσότερες χώρες, οι υγειονομικές αρχές και άλλοι φορείς παράγουν φυλλάδια που περιγράφουν τα δικαιώματα των ηλικιωμένων - φτηνή τροφοδοσία καυσίμων,

οδοντιατρικές υπηρεσίες, επιδόματα ανικανότητας, υγειονομικές υπηρεσίες, πλυντήρια, βιβλιοθήκες, νομικές υπηρεσίες, επιχορηγήσεις καθαριότητας, πρόχειρα γεύματα, πανσιόν, ταξιδιωτικά προγράμματα κ.λπ. Υπάρχουν πολλά βιβλία με θέμα "Οδηγός για Αναπήρους" που δίνουν πολλές χρήσιμες πληροφορίες στους ηλικιωμένους. Υπάρχουν επίσης φθηνά εγχειρίδια μαγειρικής και κηπουρικής για ηλικιωμένους ασθενείς.

Η «ποιότητα ζωής» στην τρίτη ηλικία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: την καλή σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, την ικανότητά του να επιτελεί τις καθημερινές του συνήθειες δραστηριότητες, ώστε να έχει μια ανεξάρτητη διαβίωση, την οικονομική του ανεξαρτησία, αλλά και την κοινωνική του συμμετοχή και στήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα. Η κοινωνική στήριξη είναι μια βασική έννοια στην κοινωνική γεροντολογία, ενώ υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία της σχέσης της με την υγεία και τη συνολική ποιότητα της ζωής στα γηρατειά. Η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων του ηλικιωμένου, ο βαθμός στον οποίο αλληλεπιδρά με άλλα άτομα, σχετίζονται με τους δείκτες υγείας, και το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την προσωπική του ευημερία, και την ποιότητα της ζωής του.

Ο άνθρωπος με την πάροδο του χρόνου υφίσταται μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του, που αφορά τη σύσταση, τη μορφολογία των κυττάρων, ιστών κ.λπ. Οι φυσιολογικές μεταβολές πρέπει να διαχωρίζονται από τις νοσηρές καταστάσεις. Ωστόσο οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποια ασθένεια ή ασθένειες ο ηλικιωμένος είναι πολύ μεγαλύτερες από ότι στο νέο. Τα συμπτώματα του γήρατος προκαλούνται από την απώλεια ή την υπολειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς εξαφανίζονται τα κύτταρα, οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι, η δύναμη και η αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται η ικανότητα για εργασία.

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στα γηρατειά είναι συχνά συνέπεια των χαρακτηριστικών που απέκτησαν οι ηλικιωμένοι στην προηγούμενη ζωή τους, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, η οικονομική κατάσταση, η υγεία, η οποία συνδέεται με τον τρόπο ζωής. Οι ενήλικες της τελευταίας δεκαετίας του 20ού αιώνα έχουν ήδη αποκτήσει ορισμένα χαρακτηριστικά που θα κάνουν πιο παραγωγικά και αυτόνομα τα γηρατειά τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Blumenthal, M.D and Davie, J.W (1980) “ Dizziness and falling in elderly psychiatric out-patients”. Am. J. Psychiat., 137(2), 203-6
2. Crooks, J., O Malley, K. and Stevenson, I.H (1976) “ Pharmacokinetics in the elderly.” Clin. Pharmacokinet., I(4), 280-96
3. Gomolin, I.H. and Chapron, D.J. (1983) “ Rational drug therapy for the aged.” Compr. Ther., 9(7), 17-30
4. MacDonald, R.A and MacDonald, B.E (1982) “ Alcoholism in residency program candidates.” J. Med. Educ. 57(9), 692-5
5. Γεώργιος Καραχάλιος (1997) “Φυσιοθεραπεία και Ασθενείς Τρίτης ηλικίας.” Εκδόσεις “ΕΛΛΗΝ ”.
6. Μπάρλοου Ειρ. – Πανοπούλου: Εγχειρίδιο Φυσικοθεραπείας. Αθήνα 1981.
7. Ronald Mc. Rae: Clinical Orthopaedic examination. 12 3-151. Churchill living stone Edinburgh London and New York. 1976
8. Αθανασαόπουλος Σ. Κινησιοθεραπεία, Αθήνα 1989, Χρ. & Ρ. Παραμανίδης.
9. Στεργιούλας Α.:Τραυματισμοί στα σπορ. Αμεση αντιμετώπιση-αποκατάσταση. Αθήνα 1989.
- 10.Συμεωνίδης Π. Παναγιώτης. Ορθοπαιδική: Παθήσεις και κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Α'Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- 11.Πλέσσας Τ. Σταύρος, Καθηγητής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών & Κανέλλος Ευάγγελος, Καθηγητής Φυσιολογίας ΤΕΙ Αθήνας (1997). Φυσιολογία του Ανθρώπου 1 (2nd ed.)
- 12.Ρούσσος Χ. (2000) Εντατική θεραπεία (2nd ed.), Τόμος 1, Π.Χ. Πασχαλίδης

- 13.Τζιαμπίρη-Γκίμπα Ολυμπία, Καθηγήτρια Ιατρικής ΑΠΘ (2000) Η Φυσιολογία του Ανθρώπου (2nd ed.), Τόμος 1
- 14.Χριστάρα-Παπαδοπούλου Αλεξάνδρα (Θεσσαλονίκη 2001), φυσικοθεραπεία