



Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***«Καταγραφή προβλημάτων στην Τρίτη ηλικία και
ο ρόλος του νοσηλευτή.»***

Βεβέ Ελισάβετ
Διαμαντοπούλου Μόσχα
Μαραγκουδάκη Κυριακή

Επιβλέπων:
Τσουμάνη Ναταλία

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009

Περίληψη Πτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας: *«Καταγραφή προβλημάτων στην Τρίτη ηλικία και ο ρόλος του νοσηλευτή.»*

Των: Βεβέ Ελισάβετ Διαμαντοπούλου Μόσχας και Μαραγκουδάκη Κυριακής

Υπό την
επίβλεψη της: Τσουμάνη Ναταλίας

Ημερομηνία: Ιούνιος 2009

Στόχος: Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των προβλημάτων που παρουσιάζονται στην τρίτη ηλικία και ο ρόλος του νοσηλευτή. Μέχρι σήμερα η συγκεκριμένη σχέση έχει μελετηθεί πολύ σε άλλες χώρες και αρκετά και στην Ελλάδα. Μέσα από την προσπάθεια αυτή στοχεύουμε στην κατάδειξη πιθανών παραγόντων σχετιζόμενων με τα προβλήματα των ηλικιωμένων και στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών για την πρόληψη των προβλημάτων.

Μέθοδοι : Το δείγμα αποτέλεσαν 200 άτομα ηλικίας 50 έως 95 ετών (106άνδρες, 94 γυναίκες). Τα άτομα επιλέχθηκαν τυχαία από τα ΚΑΠΗ του Ηρακλείου που πάρθηκε το δείγμα. Καθώς επίσης και 25 νοσηλευτές/κοινωνικοί λειτουργοί των συγκεκριμένων ΚΑΠΗ.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων έδειξαν ότι μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων πάσχει από νοσήματα του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού, του κυκλοφορικού, του νευρικού, του μυοσκελετικού, του ψυχικού και του αισθητηριακού.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα έρευνα καταγράφεται ένα υψηλό ποσοστό προβλημάτων στο δείγμα των ηλικιωμένων των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων(ΚΑΠΗ) του ηρακλείου που μελετήθηκαν. Καθώς Καταγράφεται επίσης η γνώμη και οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού (25 άτομα) των συγκεκριμένων ΚΑΠΗ.

Λέξεις κλειδιά: Τρίτη Ηλικία, Νοσηλεύτης, διατροφή, Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων(ΚΑΠΗ)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α΄ ΜΕΡΟΣ

<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	12
<u>ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ</u>	13
✓ ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ	13
✓ ΕΡΜΗΝΕΙΑ	14
✓ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	16
✓ Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	20
✓ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	22
✓ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	24
<u>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ</u>	26
✓ ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ.....	26
✓ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ.....	27
✓ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ.....	27
➤ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	27
➤ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ.....	29
▪ <u>Καταρράκτης</u>	30
▪ <u>Γλαύκωμα</u>	32
▪ <u>Επιπεφυκίτιδα</u>	32
▪ <u>Παθήσεις Αμφιβληστροειδούς</u>	33
➤ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ.....	34
▪ <u>Απώλεια Ακοής</u>	36
▪ <u>Ακουστικά</u>	38
➤ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΕΥΣΗΣ – ΟΣΦΡΗΣΗΣ.....	39
▪ <u>Οδοντικά Εμφυτεύματα</u>	40
▪ <u>Τεχνητή Οδοντοστοιγία</u>	40

✓ Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ.....	41
✓ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ.....	44
✓ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΑΙΑ.....	46
✓ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ.....	48
✓ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	55
▪ <u>Στηθάγγη</u>	64
▪ <u>Έμφραγμα Μυοκαρδίου</u>	67
▪ <u>Μυοκαρδίτιδα</u>	70
▪ <u>Περικαρδίτιδα</u>	70
✓ ΥΠΕΡΤΑΣΗ.....	71
✓ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	72
▪ <u>Άσθμα</u>	75
▪ <u>Πνευμονία</u>	77
✓ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	79
✓ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	82
▪ <u>Σκλήρυνση κατά πλάκας</u>	87
▪ <u>Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια</u>	89
▪ <u>Άνοια</u>	93
▪ <u>Νόσος Alzheimer</u>	95
▪ <u>Νόσος Parkinson</u>	102
✓ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	104
▪ <u>Πεπτικό Έλκος</u>	107
▪ <u>Οξεία Παγκρεατίτιδα</u>	108
▪ <u>Χολολιθίαση</u>	110
▪ <u>Ηπατίτιδα</u>	111
✓ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ - ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	113
▪ <u>Νεφροί</u>	113
▪ <u>Προστάτης</u>	119
✓ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	121
▪ <u>Η σεξουαλικότητα και ο ηλικιωμένος</u>	121
▪ <u>Προβλήματα στο σεξ</u>	124
✓ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	125
▪ <u>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</u>	130

✓	ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ.....	133
▪	<u>Όγκοι θυρεοειδούς αδένα.....</u>	133
▪	<u>Υπερθυρεοειδισμός.....</u>	135
▪	<u>Υποθυρεοειδισμός.....</u>	137
✓	ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	139
▪	<u>Διάφορες Μορφές Ψυγώσεων Σχιζοφρένεια.....</u>	139
▪	<u>Σύγχυση.....</u>	140
▪	<u>Μοναξιά.....</u>	141
▪	<u>Κατάθλιψη.....</u>	143
✓	ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ.....	145
▪	<u>Αναπνευστικά προβλήματα που συνδέονται με τον ύπνο.....</u>	145
▪	<u>Αϋπνία.....</u>	146
▪	<u>Νοκτουρία.....</u>	147
✓	ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ.....	148
✓	ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	149
▪	<u>Οι Επιπτώσεις του τσιγάρου στην Υγεία.....</u>	148
✓	ΑΛΚΟΟΛ.....	151
✓	ΧΡΟΝΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.....	153

Β΄ ΜΕΡΟΣ

✓	Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ.....	157
✓	ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΣΤΕΓΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	159
▪	<u>Στεγαστική Πολιτική.....</u>	159
▪	<u>Σεβασμός της Αυτονομίας.....</u>	162
▪	<u>Αυτονομία με Υποστήριξη.....</u>	163
✓	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	164
▪	<u>Τομέας Τριτοβάθμιας Περιθάλψεως Γήρατος.....</u>	166
▪	<u>Υγειονομικός Τομέας Αποκαταστάσεως.....</u>	166
▪	<u>Υγειονομικός Τομέας Μακροχρόνιας Φροντίδας.....</u>	166

▪ <u>Νοσοκομεία Ημέρας</u>	167
▪ <u>Κλειστή ή Ιδρυματική περίθαλψη</u>	168
▪ <u>Κέντρα Ανοιγτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)</u>	172
▪ <u>Κατ' οίκον Φροντίδα</u>	175
✓ ΕΣΤΙΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.....	176
▪ <u>Ηλικιωμένα άτομα χωρίς εμφανή προβλήματα υγείας</u>	176
▪ <u>Ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια ανικανότητα</u>	177
▪ <u>Ηλικιωμένοι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα</u>	178
▪ <u>Ηλικιωμένοι ασθενείς με κινητική ανικανότητα</u>	178
▪ <u>Άτομα σε βαθύ γήρας</u>	179
✓ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.....	179
▪ <u>Νοσηλευτική Εκπαίδευση</u>	180
▪ <u>Βασική Νοσηλευτική Εκπαίδευση</u>	181
▪ <u>Μεταβατική, Μεταπτυχιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση</u>	182
▪ <u>Νοσηλευτική Έρευνα</u>	182

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός Μελέτης.....	184
Υλικό & Μέθοδος.....	184
Χρονοδιάγραμμα Υλοποίησης.....	185
Δεοντολογία.....	185
Στατιστική Ανάλυση.....	185
Ερωτηματολόγια Συνηθειών Υγείας.....	185
Ιστορικό Ηλικιωμένων.....	185
Νοσηλευτικό Ιστορικό.....	185
Αποτελέσματα.....	186
Ιστορικό Ηλικιωμένων.....	186
Νοσηλευτικό Ιστορικό.....	190
Συζήτηση.....	191
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	206
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	208
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	215
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	229

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1. Η ηλικία των εγγεγραμμένων ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ.

Πίνακας 2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων της έρευνας.

Πίνακας 3. Διατροφικά Δεδομένα και Σωματική Άσκηση.

Πίνακας 4. Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων των ατόμων της μελέτης.

Πίνακας 5. Διάφορες παθήσεις.

Πίνακας 6. Προβλήματα ακοής και ακουστικά.

Πίνακας 7. Άλλες παθήσεις των ηλικιωμένων της μελέτης.

Πίνακας 8. Κατάγματα των ηλικιωμένων της μελέτης και πως συνέβησαν.

Πίνακας 9. Εάν πάσχουν από νεφρική ασθένεια.

Πίνακας 10. Οδοντοστοιχίες και Οδοντικά Εμφυτεύματα.

Πίνακας 11. Συνήθειες Ύπνου.

Πίνακας 12. Κάπνισμα - Αλκοόλ.

Πίνακας 13. Συσχέτιση διαφόρων παραμέτρων με την ηλικία.

Πίνακας 14. Η ηλικία των νοσηλευτών/κοινωνιολόγων της έρευνας.

Πίνακας 15. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών/κοινωνιολόγων της έρευνας, οι ενέργειες και οι απόψεις τους για τους Ηλικιωμένους και τα ΚΑΠΗ.

Πίνακας Α. Τύποι ακουστικών βοηθημάτων.

Πίνακας Β. Η επιρροή συστατικών της τροφής αλλά και της άσκησης, στη χοληστερόλη του οργανισμού

Πίνακας Γ. Φάρμακα που συχνά χρησιμοποιούν τα ηλικιωμένα άτομα.

Πίνακας Δ. Επιπολασμός (%) της υπέρτασης, οριακής 140/90- 160/95 mm Hg και μόνιμης > 160 mm Hg ανά 5ετίες ηλικιών και φύλο. "Η Μελέτη των Αθηνών".

Πίνακας Ε. Εκδηλώσεις που προκαλούνται από απομυελινωτικές νόσους:

Πίνακας ΣΤ. Η επίδραση της ηλικίας στο μεταβολισμό και την αιμοδυναμική του εγκεφάλου.

Πίνακας Ζ. Μεταβολές του ύπνου με την ηλικία.

Πίνακας Η. Διαφορική διάγνωση άνοιας, ψευδοάνοιας και παραληρήματος

Εικόνα 1. Η εξέλιξη της οστεοπόρωσης στο σπονδυλικό σώμα (σώμα σπονδύλου σε εγκάρσια διατομή)

Εικόνα 2: Τυπική εμφάνιση άκρων χεριών- δακτύλων (παραμόρφωση) σε ρευματοειδή αρθρίτιδα.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
WHO	World Health Organization
FEV1	Ο μέγιστος εμπνεόμενος όγκος αέρα στο πρώτο 1"
FUC	Μέγιστη εκπνευστική ικανότητα
MUV ή MBC	Ο μέγιστος εθελοντικός αερισμός
PaO2	Η μερική τάση του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα
Ο.Η.Ε	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Hz	Μονάδα μέτρησης ενέργειας
dB	Η ένταση των ήχων μετριέται με μονάδα το Decibel
KO2E	Η κατανάλωση του οξυγόνου στον εγκέφαλο
ΑΕΑ	Η αντίσταση των εγκεφαλικών αγγείων
ΚΕΑ	Η κυκλοφορία του αίματος στα εγκεφαλικά αγγεία
ΜΑΠ	Η μέση αρτηριακή πίεση
REM	Επιπρόσθετο στάδιο ύπνου rapid eye movement
ΜΑΟ	Μονοαμινική οξειδάση
ΑΕΕ	Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια
LDL	Λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας
LDL	Λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας
HDL	Λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας
mg/dL	Μέτρηση χοληστερίνης
ΚΠΟΑ	Καρδιακή παροχή
IX	Γλωσσοφαρυγγικό νεύρο
X	Πνευμονογαστρικό νεύρο
XI	Παραπληρωματικό νεύρο
ADH	Υπογλώσσιο νεύρο
ΚΛΟΑ	Μείωση του κατά λεπτόν όγκου αίματος
XII	Αντιδιουρητική ορμόνη
Κ.Α.Π.Η.	Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων
ΕΔΚΑ	Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο ηλικιωμένος άνθρωπος, ζωντανή μαρτυρία της επιτυχίας της σύγχρονης επιστήμης, αποτελεί πρόκληση για την Νοσηλευτική η οποία σαν επιστήμη ευθύνεται για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών του ανθρώπου όλων των ηλικιών. Η νέα δημογραφική εικόνα του πληθυσμού της γης, με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, που προβλέπεται να επεκταθεί και στις αναπτυσσόμενες χώρες, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της Νοσηλευτικής.

Σ' όλο τον κόσμο και κύρια στις χώρες που η Νοσηλευτική επιστήμη βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο, ο νοσηλευτικός κόσμος στρέφεται με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην αναζήτηση, τη μελέτη, την ικανοποίηση και την επίλυση των νοσηλευτικών προβλημάτων του ηλικιωμένου (υγιούς ή αρρώστου), ο τομέας αυτός φαίνεται να παρουσιάζει σήμερα μεγάλο ενδιαφέρον για τη Νοσηλευτική.

Ο ρόλος της Νοσηλεύτριας κοντά στον ηλικιωμένο υπεισέρχεται και επεκτείνεται σε τρεις ευρύς τομείς:

1. Την πρόληψη όχι μόνο της νόσου, του πρόωρου γήρατος ή των φυσικών αναπηριών που επιβαρύνονται με τη φυσιολογική διεργασία του γήρατος, αλλά και των ψυχολογικών επιπτώσεων που δημιουργούν η συσσώρευση των χρόνων και οι «απώλειες» που είναι αυξημένες στην ηλικία αυτή.
2. Τη θεραπεία και αντιμετώπιση των βίο – ψυχο – κοινωνικών νοσηλευτικών προβλημάτων και αναγκών, που έχουν κάνει την εμφάνισή τους στο ηλικιωμένο άτομο.
3. Την αποκατάστασή του από τα νοσηλευτικά προβλήματα που αντιμετώπισε, τόσο στη βιολογική όσο και στην ψυχο – κοινωνική σφαίρα, σε ικανοποιητικό επίπεδο, χωρίς να αγνοούνται οι περιορισμοί που δημιουργούνται από τη διεργασία του γήρατος.

Η πιο πάνω συμβολή της Νοσηλεύτριας κοντά στον ηλικιωμένο ανοίγει ορίζοντες ανεξάρτητης νοσηλευτικής δραστηριότητας και διευρύνει τις σχέσεις συνεργασίας με την Ομάδα Υγείας στην οποία, ως μέλος, διατηρεί πάντα ουσιαστικό ρόλο.

Στην πραγμάτωση των πιο πάνω ρόλων η Νοσηλεύτρια σκέπτεται και διερευνά τα νοσηλευτικά προβλήματα και τις ανάγκες του ηλικιωμένου επιστημονικά και τα αναλύει κριτικά, αναπτύσσει το ρόλο της δυναμικά, εργάζεται με δεξιότητα αλλά και

ανθρωπιά στηριγμένη στη Νοσηλευτική επιστήμη. Δεν ξεχνά αυτό που ο Βάκων είπε: «Η γνώση είναι δύναμη. Οι δυνάμεις μας είναι ίσες με τις γνώσεις μας.»(Μαλγαρινού Μ, και συν.,2005)

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

ΟΡΙΣΜΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Κανείς δεν γερνά μέσα σε μια νύχτα. Μερικές φορές εμπλεκόμαστε στη διαδικασία της γήρανσης από την στιγμή που γεννιόμαστε. Η αντίληψη της γήρανσης σαν μια φυσιολογική, συνεχή διαδικασία σε όλη τη ζωή είναι δύσκολο να συμβιβαστεί με την πλατειά εδραιωμένη εικασία ότι τα γηρατειά αρχίζουν απότομα με την συνταξιοδότηση. Η γεροντοφοβία είναι κάτι που όλοι κάποια στιγμή δοκιμάζουμε σε μεγάλο ή μικρό βαθμό. Η γήρανση συχνά θεωρείται σαν μια κατάσταση μέσα στην οποία το άτομο υποφέρει, ή τουλάχιστον μια περίοδος όπου η ασθένεια και η πτώση είναι αναπόφευκτη.

Από τη στιγμή που περνάμε στη συνταξιοδότηση έχει επικρατήσει η τάση ότι όλα αυτά τα άτομα να θεωρούνται μέλη μιας ομογενοποιημένης ομάδας, "των ηλικιωμένων" και να μοιράζονται τα ίδια ακριβώς χαρακτηριστικά. Το γεγονός ότι οι ηλικίες τους απλώνονται σε τέσσερις δεκαετίες επιεικώς χαρακτηρίζει ως αυτούσια αυτή την αντίληψη. Μια γενιά διαχωρίζει τους μεγαλύτερους από τους μικρότερους. Όμως οι πληθυσμιακές μελέτες στα τέλη του 1980 δείχνουν μια αύξηση στον αριθμό των πολύ ηλικιωμένων ανθρώπων, πράγμα που έδωσε και μια αρνητική μέθοδο υποδιαίρεσης σε "νέους ηλικιωμένους" και "γέροντες ηλικιωμένους". Αυτό δημιούργησε το δικό του στερεότυπο, οι πρώτοι να παίρνουν συναισθηματικό χαρακτήρα και οι δεύτεροι να θεωρούνται ως δυσάρεστο, ανόητο και αυξάνουν κύμα προβλημάτων. Γεγονός είναι πάντως ότι οι ηλικιωμένοι δεν είναι ούτε προβλήματα που πρέπει να λυθούν, ούτε προκλήσεις τις οποίες πρέπει να αντιμετωπίσουμε. Είναι άνθρωποι των οποίων οι ανάγκες είναι σύνθετες και πολυπρόσωπες τόσο όσο και οποιασδήποτε άλλης ηλικιακής ομάδας.

Η έρευνα της αθανασίας διεξάγεται επί αιώνες. Ο μύθος λέει ότι ο Juan Ponce De Leon αναζήτησε την πηγή της νεότητας, ώσπου βρέθηκε στην Φλόριντα το Πάσχα του 1513, που κατά μεγάλη ειρωνεία σήμερα αποτελεί το θέρετρο των συνταξιούχων. Η διορθωτική χειρουργική σήμερα μπορεί να κάνει τα πάντα για να μας κρατήσει νέους, από "λίφτινγκ" στο πρόσωπο και στους γλουτούς μέχρι να εξαφανίσει τις ρυτίδες.

Η Βίβλος στον Ψαλμό 90 λέει ότι οι μέρες της ζωής μας είναι τρεις εικοσαετίες και δέκα, αν και μπορούμε να πετύχουμε και τις τέσσερις εικοσαετίες και αυτό το βλέπουμε να ισχύει μέχρι σήμερα. Όμως, ο μέγιστος όρος ζωής, δηλαδή η χρονική διάρκεια που αναμένεται να ζήσει ένα άτομο αν εξαιρέσουμε τη νόσο και το ατύχημα, δεν αναμένεται να αλλάξει σημαντικά.

Αναφορές αιωνοβιότητας είναι σπάνιες στους Δυτικούς πολιτισμούς και δύσκολο να τεκμηριωθούν σε περιοχές που δεν έχουν ακριβείς μετρήσεις.

Αυτό που άλλαξε όμως, είναι η ικανότητά μας να ασχοληθούμε με παράγοντες που στο παρελθόν εμπόδιζαν τους περισσότερους ανθρώπους να ζήσουν στο μέγιστο της φυσιολογικής διάρκειας ζωής. Όπως επισημαίνει και ο Alex Comfort το 1977 "ενώ η επιστήμη δεν έκανε τίποτα για να αλλάξει τη διάρκεια ζωής, πέτυχε σημαντικά να μας βοηθήσει να τη ζήσουμε μέχρι το τέλος".

Η κληρονομικότητα επηρεάζει τη διάρκεια ζωής μέχρι κάποιου σημείου και αρνητικά και θετικά. Κάποιες οικογένειες είναι πασίγνωστες για την μακροβιότητα τους, ενώ άλλες κληρονομούν νόσους, όπως η αιμοφιλία, που αποτελούν κληρονομικά μεταδιδόμενες νόσους και μπορούν να επιδράσουν στην διάρκεια ζωής του ατόμου.(Φραγκίσκου, και συν.,)

ΕΡΜΗΝΕΙΑ

Η γήρανση, γενετικά καθορισμένη στη δομή και τη λειτουργία του ηλικιωμένου οργανισμού, είναι γενικό φαινόμενο και παρατηρείται σε όλα τα είδη των ζώων και των φυτών, χωρίς να εξαιρείται από αυτά ο άνθρωπος, το τελειότερο δημιουργήμα πάνω στη γη. Ο άνθρωπος γεννιέται, διανύει τη βρεφική και την παιδική ηλικία, φτάνει στην ωριμότητα, για να καταλήξει προοδευτικά στη φάση του γήρατος. Ο κύκλος της ζωής, εναρμονισμένος με τον αναπτυξιακό ρυθμό των δεικτών γεννητικότητας και θνησιμότητας, συμβάλλει στη διατήρηση και τη σταθεροποίηση

των βιολογικών, των κοινωνικοπολιτικών, των πολιτιστικών και των οικονομικών μεταβλητών, αναγκαίων για τη συνέχιση και την ευημερία των λαών.

Οι άνθρωποι δε γερνούν όλοι στην ίδια ηλικία. Έτσι δυο άνθρωποι με την ίδια χρονολογική ηλικία μπορεί να έχουν εντελώς διαφορετική βιολογική ηλικία. Όλοι μας θα έχουμε συναντήσει 90χρονο να μοιάζει πολύ νεότερος και 60χρονο να μοιάζει πολύ πιο γερασμένος.

Ένας αριθμός θεωριών προσπαθεί να ερμηνεύσει το σύνθετο αυτό μυστήριο της γήρανσης από άτομα που ασχολούνται με τη "γηριατρική", επιστήμη που μελετά τη διαδικασία της γήρανσης και δεν είναι ποτέ δυνατόν μια μόνο θεωρία να δώσει την απάντηση στο μεγάλο αυτό ερώτημα της γήρανσης. Ένας γεροντολόγος είπε πως κάθε σωματική γήρανση θα πρέπει να περιέχει τέσσερις παράγοντες: θα πρέπει να είναι ο καθολικός, ο ουσιαστικός, ο προοδευτικός και ο καταστρεπτικός.

Καταστροφή Λαθών:

Η υπολειτουργία στον κυτταρικό διαχωρισμό συμβαίνει σε εκείνα τα κύτταρα που διαχωρίζονται και που μονίμως αντικαθίστανται σε όλη τη ζωή. Εάν υπάρξει παρεμβολή σε αυτή τη φυσιολογική ακριβή, βιολογική λειτουργία, θα έχουμε ένα κατεστραμμένο κύτταρο, που θα συντηρείται και θα παρασύρει και τα συστήματα του σώματος αναπόφευκτα σε μια καταστροφή από λάθη.

Συσσωρευση Αποβλήτων:

Συγκεκριμένα κύτταρα του σώματος δε διαχωρίζονται και δεν αναπαράγονται λ.χ. του εγκεφάλου. Η σταδιακή συσσωρευση αποβλήτων προϊόντων φαίνεται να επηρεάζει τη λειτουργία των κυττάρων. Ένα παράδειγμα που υποστηρίζει αυτή τη θεωρία είναι η παρουσία λιποφονοκίνητα λεγόμενα "ηλιακά" χρωστικά που φαίνονται να συσσωρεύονται σε μη διαιρούμενα κύτταρα με την πάροδο της ηλικίας.

Ηλιακό Κολλαγόνο:

Το κολλαγόνο είναι πρωτεϊνικό υλικό που παράγει τις λευκές ίνες των συνδετικών ιστών και που συνδέεται εγκάρσια, ενώ ταυτόχρονα γίνεται και άκαμπτο με την πάροδο της ηλικίας. Μια αλλαγή που μπορεί να συγκριθεί με όμοιες ηλιακές αλλαγές μιας γομολάστιχας και μιας παλιάς κόλας. Καθώς ο αριθμός τους αυξάνεται τα αποτελέσματα προφανώς συσσωρεύονται. Ο Comfort (1977) επισήμανε ότι τα αντιόξινα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καθυστερήσουν τη γήρανση όπως ακριβώς χρησιμοποιούνται για να καθυστερήσουν τη φθορά των ελαστικών.

Προγραμματισμένη Γήρανση:

Ο Hayflick (1965), υποστήριξε ότι συγκεκριμένα ανθρώπινα κύτταρα, όταν καλλιεργούνται έξω από το σώμα, έχουν μια ιδιαίτερη ικανότητα αναπαραγωγής. Όσο μεγαλύτερος στην ηλικία είναι ο δωρητής τόσο λιγότερη είναι η αναπαραγωγική ικανότητα των κυττάρων, υποδεικνύοντας έτσι ένα είδος βιολογικού ρολογιού.

Ανοσολογική Γήρανση:

Η παρουσία του αυτοανοσοποιητικού συστήματος γίνεται όλο και λιγότερο αποτελεσματική με τη γήρανση, οδηγώντας έτσι σε αύξηση της ευπάθειας στις λοιμώξεις και τις χρόνιες νόσους. Οι αυτοανοσοποιητικές αντιδράσεις γίνονται επίσης συνηθέστερες εκεί που το σύστημα αποτυγχάνει να αναγνωρίσει τα "φυσιολογικά" κύτταρα του σώματος και ξεκινάει προς την καταστροφή τους. Το μυξοίδημα είναι ένα παράδειγμα αυτοανοσοποιητικής νόσου, όπως και η ελάττωση της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένου.

Εξελικτική Γήρανση:

Η θνησιμότητα είναι ένα βασικό συστατικό της ζωής. Οι επιπτώσεις της αθανασίας είναι εμφανείς εάν συνεχιστούν και οι γεννήσεις. Μια θεωρεία υποστηρίζει ότι η γήρανση και ο θάνατος αποτελούν δομικό στοιχείο ενός μηχανισμού ελέγχου που επιτρέπουν τη συνέχιση της εξέλιξης με τη γέννηση. Οι σωματικές - φυσικές αλλαγές της γήρανσης είναι κοινές για όλους μας, αν και ο καθένας μπορεί να υποστεί σε διαφορετικά ποσοστά. Είναι σημαντικό να διακρίνουμε μεταξύ της φυσιολογικής διαδικασίας της γήρανσης και κάποιας νόσου ή τραύματος που θα υπερβεί τη διαδικασία της γήρανσης. (Ανδρέου, και συν.,)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο όρος Τρίτη Ηλικία πρωτοεμφανίστηκε στη γαλλική βιβλιογραφία και αναφέρεται στην ομάδα των ατόμων, που έχουν ξεπεράσει τα 60 ή 65 χρόνια ζωής. Ο αριθμός των ατόμων αυτής της ομάδας συνεχώς αυξάνει.

Το 1952 ο πληθυσμός των ηλικιωμένων του κόσμου, δηλαδή αυτός που τον αποτελούσαν άτομα ηλικίας 60 χρόνων και άνω, έφθανε τα 205.000.000. Στα μέσα του 1970 ο αριθμός διαφοροποιήθηκε στα 305.000.000. Τώρα πια στο 2000 ο αριθμός των ηλικιωμένων έχει φθάσει τα 612.000.000.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Ο.Η.Ε., όταν το ποσοστό του πληθυσμού μιας χώρας άνω των 65 ετών είναι μεγαλύτερο του 7%, η χώρα χαρακτηρίζεται

γερασμένη. Η χώρα μας, που γερνάει με ποσοστό, σήμερα, μεγαλύτερο του 17,1% και με προοπτικές για το άμεσο μέλλον, το 2020, να πλησιάζει το 24%, θεωρείται χώρα γηρασμένου πληθυσμού. Ταυτόχρονα, ο πληθυσμός από 0-14 ετών είναι 12,05%, που σημαίνει ότι όχι μόνο γερνάμε σαν χώρα, αλλά επίσης σταδιακά μειώνεται ο πληθυσμός.

Το φαινόμενο της αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων παρουσιάζεται πιο έντονο στις αναπτυγμένες χώρες, αν και οι άλλες χώρες αρχίζουν να εμφανίζουν την ίδια δημογραφική τάση. Για πολλές αναπτυσσόμενες χώρες η μελλοντική αύξηση της κατηγορίας αυτής του πληθυσμού προβλέπεται να είναι πιο γρήγορη από αυτή που παρουσιάζεται σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) από τα 612.000.000 ηλικιωμένων που υπολογίζονται μέχρι το τέλος του 2000 σε ολόκληρο τον κόσμο, δύο στους τρεις ηλικιωμένους θα ζουν στις αναπτυγμένες χώρες, συγκριτικά με το 50% που υπήρχε στις ίδιες χώρες το 1960 (Σχήμα 1). Η μεγαλύτερη αύξηση θα παρατηρηθεί ειδικά στην Ασία, ως αποτέλεσμα της ταχείας αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων στην Κίνα και τις Ινδίες.

Ο πληθυσμός του κόσμου το 1980 ήταν 4.415.000.000 και το 2000 προβλέπεται ότι θα φτάσει 6.199.000.000. Η αύξηση αυτή υπολογίζεται να είναι της τάξης του 12,5% για τον πληθυσμό των αναπτυγμένων χωρών και του 50% για τον πληθυσμό των αναπτυσσόμενων χωρών.

Σύμφωνα με τους υπολογισμούς της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, ως το 2050 ο συνολικός αριθμός των ατόμων τα οποία απαρτίζουν το «κλαμπ» των εξηντάρηδων... και βάλε θα έχει εκτιναχθεί στα 4.101.626 άτομα, επί συνόλου πληθυσμού 10.778.997 ατόμων.

Στις Ευρωπαϊκές χώρες αναμένεται μικρότερη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, επειδή η διεργασία αυτή άρχισε πολύ νωρίτερα. Σε πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες οι ηλικιωμένοι αυξάνουν με ταχύτερο ρυθμό από το ρυθμό συνολικής αύξησης του πληθυσμού τους. Έτσι μεταξύ 1980 και 2020 η συνολική αύξηση του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών θα είναι 95%, ενώ η αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού θα φτάσει το 240%.

Σε διεθνές επίπεδο σήμερα τα άτομα άνω των 60 ετών ανέρχονται σε 600 εκατομμύρια. Ως το 2025 ο αριθμός τους θα έχει διπλασιαστεί και θα φτάσει τα δύο δισεκατομμύρια

ως

το

2050.

Σχεδόν όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιμετωπίζουν την γήρανση του πληθυσμού τους. Δεδομένα που αφορούν στην περίοδο 1950 - 1980 δείχνουν ότι η τάση γηράνσεως του Ευρωπαϊκού πληθυσμού γίνεται περισσότερο προφανής στις βορειοδυτικές χώρες της Ευρώπης, με αναλογία που υπερβαίνει το 13,5% του συνολικού τους πληθυσμού, ενώ στις νότιες χώρες της Ευρώπης, όπου ανήκει και η Ελλάδα, η αναλογία κυμαίνεται μεταξύ 10 και 13%. (Corr D, et al.)

Η Ελλάδα, αν και νοτιοδυτική χώρα, αντιμετωπίζει την πιο κάτω περιγραφόμενη γενική δημογραφική τάση. Παράλληλα ακολουθεί διαφορετικό ρυθμό δημογραφικής αναπτύξεως, που την διαφοροποιεί από την πλειονότητα των άλλων νοτιοευρωπαϊκών χωρών. Τις τελευταίες δεκαετίες η Ελλάδα υπέστη δημογραφική μετακίνηση δύο σημαντικών δεικτών γεννητικότητας και θνησιμότητας, από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα επίπεδα. Παράλληλα οι αλλαγές που συνέβησαν στον πληθυσμό της χώρας παρουσιάζουν αρκετές ιδιαιτερότητες.

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο ο πληθυσμός της Ελλάδας από τη φάση της ωριμότητας μπήκε στη φάση της γηράνσεως. Στον ίδιο χρόνο ένα μεγάλο μέρος του αγροτικού της πληθυσμού μετατράπηκε σε αστικό. Δηλαδή, η χώρα δοκίμασε εμπειρία μαζικής μετακινήσεως του πληθυσμού της προς τα αστικά κέντρα, με παράλληλη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων. Αξίζει να σημειωθεί ότι η αναλογία των ηλικιωμένων είναι περισσότερο έκδηλη στις αγροτικές περιοχές. Η πτώση της γεννητικότητας και η μείωση της θνησιμότητας υποδηλώνουν ότι ο πληθυσμός της χώρας μπήκε στη διεργασία της γηράνσεως.

Από την μελέτη όλων των παραπάνω βγαίνουν τα πιο κάτω δημογραφικά στοιχεία για τις αναπτυσσόμενες χώρες:

1. Μεγάλη αύξηση του πληθυσμού των ενηλίκων.
2. Μεγάλη μείωση παιδικού πληθυσμού.
3. Μικρή αύξηση του πληθυσμού των υπερηλίκων.
4. Μείωση του αριθμού των γεννήσεων και
5. Αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Ενώ οι αναπτυγμένες χώρες εμφανίζουν:

1. Μικρή μείωση του πληθυσμού ενηλίκων.
2. Μικρή μείωση του παιδικού πληθυσμού.
3. Μείωση του αριθμού των γεννήσεων.
4. Αύξηση του πληθυσμού των υπερηλίκων και

5. Αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Η σύνθεση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας επίσης, μεταβάλλεται π.χ. στις ΗΠΑ (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής) το 1980 ο ένας στους πέντε ηλικιωμένους ήταν 80 χρονών και άνω. Στο 2000 όμως, η σχέση αυτή είναι 1:4.

Στο χώρο της Ευρώπης στην δεκαετία που θα ακολουθήσει ίσως θα πρέπει να γίνει ο διαχωρισμός των υπερηλίκων σε "μεγάλους" και σε "πολύ μεγάλους" ή και σε άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Σε ένα τέτοιο διαχωρισμό θα πρέπει να μελετηθούν τα χαρακτηριστικά της κάθε μιας από τις δυο αυτές ηλικίες και να διερευνηθούν τα προβλήματα και οι ανάγκες τους και από νοσηλευτικής πλευράς.

Ο πληθυσμός της τρίτης ηλικίας προβλέπεται να αποτελείται κατά τα 2/3 από γυναίκες και κατά το 1/3 από άνδρες. Αυτό σημαίνει ότι τα περισσότερα άτομα της ηλικίας αυτής θα ζουν μόνα γιατί θα είναι είτε ανύπαντρα ή θα έχουν χάσει το σύντροφό τους.

Οι δημογραφικές μεταβολές στη σύνθεση του πληθυσμού, που αναφέρθηκαν πιο πάνω είναι κυρίως αποτέλεσμα:

1. Της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, δηλαδή κατοικίας, διατροφής και υγιεινής ζωής στις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, πράγμα το οποίο συνεπάγεται την ελάττωση της θνησιμότητας.
2. Της σημαντικής ελάττωσης των γεννήσεων στις αναπτυγμένες κυρίως κοινωνίες με αποτέλεσμα την συρρίκνωση των μικρών ηλικιών και την αύξηση του ποσοστού των μεγάλων μέσα στο σύνολο του πληθυσμού.
3. Της προόδου της ιατρικής επιστήμης και εφαρμογής προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής με αποτέλεσμα την ανακάλυψη και θεραπεία επικίνδυνων ασθενειών σε πρώιμα στάδια. (Κοτζαμάνης Β., και συν., 1992)

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

Αυτά κυρίως αποτελούν πρόκληση για την Νοσηλευτική, η οποία έχει την ευθύνη να καλύπτει τις νοσηλευτικές ανάγκες όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως ηλικίας, ενώ η ταχεία αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας που παρουσιάζει κατ' εξοχήν νοσηλευτικά προβλήματα και ανάγκες, κάνει την πρόκληση ιδιαίτερα.

Αναμφισβήτητα στην οργάνωση για την προσφορά των υπηρεσιών στους ηλικιωμένους, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι φυσικές, διανοητικές και κοινωνικές αλλαγές που εμφανίζονται σ' αυτούς.

Επίσης, θα πρέπει να μελετηθούν και οι ανάγκες τους, συμπεριλαμβανομένων και των κινδύνων γενικά που διατρέχουν τα άτομα της μεγάλης ηλικίας και η συμβολή που έχει η ηλικία αυτή στην κοινωνική ευημερία και ανάπτυξη της χώρας.(Γκαργκάνας Ν.,2008)

Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Οι ηλικιωμένοι που διανύουν την 7^η, 8^η και 9^η δεκαετία διαθέτουν πλούσια εμπειρία που έχει σχέση με κοινωνικά, πολιτισμικά, πολιτικά, οικονομικά γεγονότα και καταστάσεις που γνώρισαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Από την αρχή του 20ου αιώνα και μέχρι σήμερα οι ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν τις ολέθριες συνέπειες του Α' και Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Οι μετακινήσεις των πληθυσμών, οι σχηματισμοί μειονοτήτων με τα διαφορετικά βιώματά τους και τις διαφορετικές κοινωνικό - πολιτιστικές τους πεποιθήσεις και ειδικότερα οι συνεχής τεχνολογικές εξελίξεις των 80 τελευταίων χρόνων άλλαξαν ριζικά την πορεία της ανθρωπότητας. Η εκμετάλλευση της ατομικής ενέργειας, τα διαστημικά ταξίδια, η προσσελήνωση, η εγκατάσταση διαστημικών σταθμών και η εκμηδένιση του χρόνου, επιτεύγματα της γενικότερης τεχνολογικής επανάστασης, συνέβαλαν στην αλλαγή των κοινωνικών δομών, οι οποίες με τη σειρά τους επηρέασαν το ρυθμό της ζωής. Παράλληλα ο ανταγωνισμός των οπλικών συστημάτων που προέκυψε, κυρίως από την γεωπολιτική ανασφάλεια και την τάση της επικρατήσεως, δημιούργησε οικονομική κρίση, πληθωρισμό, ανεργία και τόσα άλλα δεινά που μαστίζουν την ανθρωπότητα.

Οι αλλαγές των κοινωνικών δομών είχαν ως αποτέλεσμα την πτώση των αξιών και τη δημιουργία ηθικής κρίσεως, η οποία επέφερε βαθύ ρήγμα στο οικογενειακό σύστημα. Η ανάγκη να εργάζεται η γυναίκα έξω από το σπίτι άλλαξε τον παραδοσιακό της ρόλο, που ήταν η ανατροφή των παιδιών και η φροντίδα των ηλικιωμένων. Οι μεγάλες "πατριαρχικές" οικογένειες του παρελθόντος, που τις στόλιζαν με την παρουσία τους ο παππούς και η γιαγιά, αντικαταστάθηκαν με τις "πυρηνικές", η σύνθεση των οποίων, σε μεγάλη αναλογία, αποκλείει τους γέροντες γονείς και μαζί με αυτούς την πολύτιμη πείρα, τη γνώση και τη σοφία τους.

Οι μεγάλες αλλαγές που συνέβησαν κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες συνετέλεσαν ώστε ένα μεγάλο μέρος του ηλικιωμένου πληθυσμού να αισθάνεται κοινωνικά αλλοτριωμένο, επειδή είναι αναγκασμένο να περάσει το υπόλοιπο μέρος της ζωής του στα σύγχρονα ιδρύματα για την τρίτη ηλικία, με συντροφιά τη μοναξιά και ορισμένες φορές την απομόνωση παράγοντες που οδηγούν στην επιδείνωση της φυσικής και της πνευματικής καταστάσεως των ηλικιωμένων.

Άλλα στοιχεία είναι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, ο ασφαλιστικός τους φορέας, το μορφωτικό τους επίπεδο, το υποστηρικτικό σύστημα, οι κοινωνικές παροχές και ενδεχομένως η απώλεια ενός εκ των δύο συζύγων. Τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά συνθέτουν προβλήματα υψηλού κινδύνου για τους ηλικιωμένους και πρέπει να εντοπίζονται, να αξιολογούνται προσεκτικά και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από τους νοσηλευτές.

Ο "γκρίζος" πληθυσμός αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, που κάνει ακόμα και τις πιο αναπτυγμένες τεχνολογικά χώρες να βρίσκονται στο στάδιο της προσαρμογής. Κατά το παρελθόν και μέχρι τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα η μακροβιότητα εθεωρείτο προνόμιο. Σήμερα η προοπτική αύξησης των ηλικιωμένων, μολοντί επιθυμητή, φέρνει νέες προκλήσεις και απαιτήσεις, οι οποίες συνεπάγονται σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας όλων των χωρών.

Ο Γερμανός Otto von Bismarck το 1889 καθιέρωσε αυθαίρετα το 65^ο έτος της ηλικίας ως απαραίτητο κριτήριο για οικονομικές παροχές από τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα (συντάξεις, εφάπαξ, χρηματικά βοηθήματα κ.α.) προς τους εργαζόμενους. Για τον ίδιο λόγο οι ΗΠΑ υιοθέτησαν το 65^ο έτος της ηλικίας το 1935. Έτσι άρχισε να γεννιέται ο ορισμός του ηλικιωμένου.

Σήμερα αναγνωρίζεται ότι είναι δύσκολο να δοθεί ικανοποιητικός ορισμός στον ετερογενή πληθυσμό των ηλικιωμένων, επειδή η φυσιολογική με την χρονολογική ηλικία παρουσιάζουν μεταξύ τους διακρίσεις. Επιπλέον η ενηλικίωση ή η γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει μεταξύ 20 και 30 ετών και προχωρεί με ποικίλο ρυθμό, ακόμα και στα επίπεδα του ατομικού κυττάρου. Μια καλύτερη απεικόνιση αυτού του πληθυσμού και με πιο παραδεκτό ορισμό βασισμένο στα χαρακτηριστικά της ηλικίας που θα μπορούσε να τον διαιρέσει σε ενήλικες 55+, ηλικιωμένους 65+, υπερήλικες 75+ και πολύ ηλικιωμένους 80+.

Ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε υπό την αιγίδα του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) παρατηρεί: είναι δύσκολο να δοθεί μοναδικός ορισμός στον όρο

"ηλικιωμένος" που να εφαρμόζεται λογικά ή να είναι εύχρηστος σε όλες τις περιπτώσεις. Τα μέλη της ομάδας, αφού εξέτασαν τον όρο υπό το πρίσμα της βιολογικής, της κοινωνικής, της οικονομικής και χρονολογικής διαστάσεως, κατέληξαν στο συμπέρασμα: ο αυθαίρετος καθορισμός του όρου "ηλικιωμένος" με τη χρονολογική ηλικία δεν μπορεί να βελτιώσει τη χρήση του, αν και αναγνωρίζεται ότι η σχέση μεταξύ χρονολογικής ηλικίας, βιολογικής, κοινωνικής και οικονομικών κριτηρίων ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Τελικά η επιτροπή δέχτηκε ως ηλικιωμένους τον ετερογενή πληθυσμό 60+ και ενθάρρυνε τις χώρες να παρουσιάσουν ειδικά στατιστικά στοιχεία για άτομα ηλικίας από 80+ και άνω.

Τέλος το 1980 τα Ηνωμένα Έθνη καθόρισαν το 60ο έτος ως ηλικία μεταβάσεως των ανθρώπων στον κύκλο των ηλικιωμένων, δίνοντας παράλληλα και τον ακόλουθο ορισμό: "Δεδομένα υγείας προερχόμενα από αναπτυγμένες χώρες υποδηλώνουν ότι είναι χρήσιμο, πολύ συχνά, άτομα ή ομάδες ηλικιωμένων 80 και άνω να χαρακτηρίζονται ως πολύ ηλικιωμένα". (Χρυσάνθης, και συν., 2000)

ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Η περιγραφή της φυσιολογίας του φαινομένου του γήρατος κρίθηκε απαραίτητη, επειδή πιστεύουμε ότι θα συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των φυσιολογικών μεταβολών που επιτελούνται κατά τη διεργασία του γήρατος από τις συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις που παρατηρούνται πολλές φορές στους ηλικιωμένους. Στην συνέχεια παραθέτουμε επιλεκτικά απόψεις που έχουν σχέση με την εξήγηση της διεργασίας του φαινομένου της γηράνσεως του ανθρώπινου οργανισμού.

Το γήρας είναι μέρος μιας συνέχειας η οποία αρχίζει από τη σύλληψη του ανθρώπου και τελειώνει με το θάνατό του. Σ' αυτή τη συνέχεια διακρίνονται ορισμένες φάσεις, όπως της αναπτύξεως, της εφηβείας και της ωριμάνσεως. Κατά την πορεία της ζωής του ανθρώπου εντοπίζονται φυσικά ή φυσιολογικά σημάδια τα οποία μεταφέρονται από τη μια φάση στην άλλη.

Το γήρας τοποθετείται στη φάση κατά την οποία συμβαίνουν διάφορες μεταβολές. Οι μεταβολές αυτές, συγκριτικά με εκείνες των άλλων φάσεων, είναι χαρακτηριστικά εκπτώτικες στη φύση τους, σχετίζονται θετικά με το χρόνο και δεν διακρίνονται από οξέα σημεία μεταφοράς. Το γήρας είναι θεμελιώδης βιολογική

διεργασία η οποία συμβαίνει σε όλα τα ζώα. Εξαίρεση αποτελούν ορισμένα είδη ψαριών και ερπετών, των οποίων ο ρυθμός αυξήσεως συνεχίζεται και μετά την πάροδο του χρόνου. Όμως και αυτά κάτω από διάφορες παθολογικές καταστάσεις θα δοκιμάσουν τελικά την εμπειρία του θανάτου.

Ακόμα το γήρας ως ενδιαφέρον βιολογικό πρόβλημα συντελεί στη βαθμιαία εκφύλιση των σωματικών και των πνευματικών λειτουργιών, η οποία επέρχεται με το χρόνο και οδηγεί στην τελική σιγή του ανθρώπινου οργανισμού. Από καθαρά βιολογική άποψη το γήρας είναι μια εξελικτική διαδικασία που αρχίζει από τη στιγμή της συλλήψεως και διαρκεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου. Βιολογικό γήρας είναι η προοδευτική διαδικασία που χαρακτηρίζεται στις μεταβολές της ιστικής συνθέσεως και λειτουργίας των διαφόρων οργάνων, οι οποίες τελικά οδηγούν στη βιολογική και την πνευματική έκπτωση του ανθρώπου και αυξάνουν προοδευτικά την πιθανότητα θανάτου.

Το γήρας δεν είναι νόσος, αλλά φυσιολογική κατάσταση, που όμως παρουσιάζει πολλές παραδοξότητες. Βασικότερη είναι εκείνη που ενώ εντάσσεται στο πλαίσιο της φυσιολογικής ανελίξεως της ζωής, εντούτοις αποτελεί κατάληξή της, η οποία συνεπάγεται έκπτωση των λειτουργιών της. Τέλος τα γηρατειά έχουν περιγραφεί σαν περίοδος εξασθενήσεως του ανοσολογικού συστήματος, δηλαδή μείωσης της εντάσεως της ανοσολογικής απαντήσεως έναντι των φλεγμονωδών νόσων και των άλλων κακοηθών καταστάσεων.

Την άποψη για τη φυσιολογία του γήρατος ο άνθρωπος έμφυτα τη συνδέει με το μέγιστο χρόνο επιβίωσης. Αν και η συνέχεια της ζωής μπορεί να τερματιστεί πρόωρα από ατύχημα, νόσο ή άλλη αιτία, τελικά ο θάνατος θα καθορίσει το μέγιστο χρόνο ζωής για κάθε άτομο.

Οι μεταβολές που προέρχονται από τη φυσιολογική γήρανση του οργανισμού ονομάστηκαν "ευγηρικές", ενώ όταν σ' αυτές τις μεταβολές προστεθούν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, τότε οι μεταβολές αυτές ονομάζονται "παθογηρικές". Η υπόθεση της φυσιολογικής γηράνσεως και ο καθορισμός της με τον όρο ευγηρικός θάνατος, υποδηλώνουν λειτουργική έκπτωση του εσωτερικού περιβάλλοντος του κυττάρου σε τέτοιο βαθμό, ώστε να είναι ασύμβατος με τη ζωή.

Η θεωρία των ευγηρικών αλλαγών και των μηχανισμών που εξηγούν το φαινόμενο βρίσκεται ακόμα στο ερευνητικό στάδιο.

Πολλές έρευνες εξετάζουν τη διεργασία της γηράνσεως από βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής απόψεως. Ο σκοπός των περισσότερων μελετών επικεντρώνεται προς τη βαθύτερη επιστημονική κατανόηση αυτής της διεργασίας.

Από τη σύντομη περιγραφή των πιο πάνω απόψεων δε φαίνεται να υπάρχει μοναδικός παράγοντας που προκαλεί ή εμποδίζει τη διεργασία της γηράνσεως. Ως εκ τούτου και η εξήγηση της είναι δύσκολο να διατυπωθεί με μια μόνο θεωρία. Στη συνέχεια περιγράφονται περιληπτικά ορισμένες από τις πιο γνωστές θεωρίες.

Όλα τα άτομα εμφανίζουν κάμψη των διαφόρων λειτουργιών, αλλά σε διαφορετική χρονική στιγμή το καθένα, η οποία, σε κάθε άτομο προχωρεί με διαφορετικό ρυθμό. Επίσης, δεν υπάρχει πάντοτε παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώτικων φαινομένων. Η κάμψη αυτή των λειτουργιών, αρχίζει πολύ νωρίς, ίσως από το 30ο έτος της ηλικίας του ατόμου και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η κάμψη των λειτουργιών του οργανισμού του ατόμου αρχίζει από την γέννηση ή και από την ενδομήτριο ζωή ακόμη.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να σημειωθεί,

- (α) ότι είναι αδύνατη η ύπαρξη σαφών χρονολογικών ορίων μεταξύ των τριών φάσεων της ζωής και μάλιστα ο καθορισμός των ορίων της αρχής του γήρατος και
- (β) ότι "γηράσκω" και "γήρας" δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Γηράσκουν οι άνθρωποι με το πέρασμα του χρόνου αμέσως μετά τη γέννησή τους, ενώ γήρας είναι η εκφύλιση και η φθορά που ακολουθεί πολύ αργότερα.

Σχετικά με το γήρας έχουν γίνει δεκτά δύο όρια. Το όριο του πρώιμου γήρατος, όπου το φαινόμενο του γήρατος κάνει αισθητή την παρουσία του πριν από το 60ο έτος και το όριο του όψιμου γήρατος όπου το γήρας εμφανίζεται μετά το 90ο ή το 100ο έτος. (Κωσταρίδου, και συν., 1999)

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Προκειμένου να διαγνωσθούν τα νοσηλευτικά προβλήματα του ηλικιωμένου γίνεται η αξιολόγησή του ως εξής:

1. Χρησιμοποιούνται πηγές πληροφοριών όπως, ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του, οι φίλοι του και άλλα πρόσωπα που έχουν κάποια σημασία γι' αυτόν.
2. Λαμβάνεται το νοσηλευτικό στο οποίο περιέχονται πληροφορίες όπως:

Διατροφή: Εάν έχει όρεξη για φαγητό, συνήθειες διατροφής. Αξιολόγησε την απώλεια της όρεξης για φαγητό, εάν παρουσιάζει, και προσπάθησε να εντοπίσεις την αρχή. Διερεύνησε δυνατότητες ατόμου κάλυψης διατροφής (μπορεί να ετοιμάσει μόνος του το γεύμα; Μπορεί να φάει μόνος του; Μήπως παρουσιάζει φυσικούς περιορισμούς; Κ.λπ.).

Ισοζύγιο υγρών: Αξιολόγησε το άτομο για αφυδάτωση, υπερυδάτωση, παρουσία οιδημάτων.

Στόμα: Διερεύνησε ύπαρξη ξηρότητας, ρωγμών, ελκών, ερεθισμό ούλων, καλή εφαρμογή ξένων δοντιών (όταν υπάρχει ξένη οδοντοστοιχία).

Σωματικό βάρος: Διαπίστωσε, αν παρουσίασε αλλαγές στο σωματικό βάρος (παχυσαρκία ή απίσχναση).

Κένωση εντέρου: Αξιολόγησε, αν έχει φυσιολογική κένωση εντέρου, εάν χρησιμοποιεί βοηθητικά για την κένωση, εάν έχει απώλειες κοπράνων κ.λπ.

Ούρηση: Εκτίμησε, εάν έχει φυσιολογική ούρηση ή παρουσιάζει δυσουρία, νυκτουρία, ολιγουρία, πολυουρία, απώλεια ούρων κ.λπ.

Αξιολόγησε ζωτικά σημεία κ.α. Εκτίμησε την παρουσία δύσπνοιας, κυάνωσης, ταχυκαρδίας, ζάλης, οιδημάτων κ.λπ.

Δραστηριοποίηση: Ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, ανάπαυσης, συνήθειες ύπνου και αριθμός ωρών που κοιμάται το 24ωρο.

Υγεία: Διερεύνησε μήπως παρουσιάζει ουσιαστικά προβλήματα υγείας, όπως παρουσία λοίμωξης, χρόνια νοσήματα, αλλεργία κ.λπ.

Αλλαγές στις αισθήσεις: Προσδιόρισε, ανωμαλίες στην όραση, ακοή, αν χρησιμοποιεί γυαλιά ή ακουστικά. Αξιολόγησε την συμπεριφορά του στον πόνο και στις αλλαγές της θερμοκρασίας.

Ευχέρεια κινήσεων: Προσδιόρισε, αν υπάρχει εναρμόνιση των κινήσεων και ιδιαίτερα των λεπτών (συνήθως διαταράσσεται), αν παρουσιάζει περιορισμό ή δυσκολία στις κινήσεις και αξιολόγησε την αντοχή του, εάν κυκλοφορεί και τα μέσα μεταφοράς που χρησιμοποιεί.

Επικοινωνία: Χρησιμοποιεί τον προφορικό λόγο; Μήπως παρουσιάζει προβλήματα επικοινωνίας; Αξιολόγησε μήπως στην επικοινωνία του υπάρχουν πρόσωπα που έχουν ιδιαίτερη σημασία γι' αυτόν π.χ. παιδιά, εγγόνια κ.α.

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας: Εκτίμησε πώς αντιμετώπισε καταστάσεις προηγούμενης έντασης και περιπτώσεις απώλειας.

Άγχος: Διερεύνησε την παρουσία άγχους και προσδιόρισε τα αίτια (απώλειες, οικονομική ανασφάλεια, απομόνωση, μετακίνηση σε ίδρυμα ή νοσοκομείο).

Κοινωνικότητα: Διαπίστωσε τυχόν αλλαγές της κοινωνικότητάς του και διερεύνησε τα αίτια (απώλειες, οικονομική πτώχεια, μόνωση κ.α.).

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Συγκέντρωσε πληροφορίες σχετικά με το επάγγελμα που ασκεί / ασκούσε, εάν έχει σύνταξη ή και άλλους οικονομικούς πόρους, εάν έχει ιατρική ασφάλιση κ.λπ.

3.Φυσική εξέταση: Με τη φυσική εξέταση θα συγκεντρωθούν στοιχεία για τη συμπλήρωση του νοσηλευτικού ιστορικού. Οι περιοχές της φυσικής εξέτασης του ηλικιωμένου, οι αναμενόμενες παραλλαγές της φυσιολογικής του κατάστασης (συμπτώματα, σημεία) και η αξιολόγηση των παρατηρούμενων παραλλαγών.(Μαλγαρινού Μ.,και συν.,2005)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ - ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που αντιμετωπίζει η γεροντολογία είναι η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις αλλαγές που οφείλονται στο γήρας και σε εκείνες που είναι αποτέλεσμα παθολογικών διαταραχών.

Η καθημερινή διεργασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς εξαρτάται από την αντίληψη και την ολοκλήρωση της πληροφορίας που προέρχεται από τα αισθητήρια όργανα, όπως τα μάτια και τα αυτιά. Επιπλέον, οι νευρικές απολήξεις στο δέρμα, τους μυς, τις αρθρώσεις και τα εσωτερικά όργανα στέλνουν συνεχώς ουσιώδεις πληροφορίες στον εγκέφαλο. Η απώλεια των αισθήσεων με την ευρύτερη έννοια παρατηρείται στα ηλικιωμένα άτομα. Γενικές Αλλαγές θεωρούνται οι παρακάτω:

1. Οι διάφορες λειτουργίες, καθώς το άτομο μεγαλώνει, υποβαθμίζονται ανάλογα με το ρυθμό που ελαττώνεται ο κατά λεπτό όγκος του αίματος που περνά από την καρδιά, καθώς και με το ποσοστό ελάττωσης των κυττάρων στο κάθε όργανο ή σύστημα.

2. Η Ενηλικίωση γίνεται σε όλα τα επίπεδα των λειτουργιών του σώματος, δηλαδή στο επίπεδο του κυττάρου, του οργάνου, του συστήματος και του όλου σώματος.
3. Υπάρχει μείωση της εφεδρικής ικανότητας του οργανισμού που οφείλεται στην πραγματική απώλεια κυττάρων στους ιστούς των διάφορων οργάνων του σώματος.
4. Η διεργασία της ενηλικίωσης παρουσιάζεται με διαφορετικό ρυθμό στα διάφορα συστήματα του ίδιου ατόμου.
5. Γενικά, η προσαρμογή στις βιολογικές αλλαγές γίνεται με περιορισμό των δραστηριοτήτων.
6. Μειώνεται ο τόνος της φωνής και περιορίζεται η συχνότητα της ομιλίας.

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΙΑ

Ομοιοστασία είναι η ικανότητα του σώματος να διατηρείται σε μια ισορροπία, οι δε διαταραχές στην ομοιοστασία είναι:

1. Η μείωση της λειτουργικής ικανότητας και επάρκειας των εναρμονιστικών συστημάτων του οργανισμού κι έτσι προοδευτικά περιορίζεται η ικανότητά του να αντιμετωπίζει καταστάσεις έντασης.
2. Η ελάττωση της λειτουργικής εφεδρείας- το άτομο είναι περισσότερο ευάλωτο στην αρρώστια και στο θάνατο. Χρειάζεται περισσότερο χρόνο γι' ανάρρωση μετά από μια αρρώστια.

ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Αλλαγές στο Δέρμα και τον Υποδόριο Ιστό.

1. Λέπτυνση της επιδερμίδας, αν και σε μερικές περιπτώσεις παρατηρείται πάχυνση.
2. Το δέρμα αφυδατώνεται σχετικά και χάνεται την ελαστικότητα και την αντοχή του, στεγνώνει εύκολα και παρουσιάζει κνησμό.
3. Μειώνεται η αιμάτωση στην περιφέρεια.

4. Η απώλεια του υποδόριου λίπους δίνει χαρακτηριστική εμφάνιση στο δέρμα (αναδιπλώσεις, γραμμές, ρυτίδες, πλαδαρότητα).
5. Τοπική αποχρωμάτωση ή υπερχρωμάτωση.
6. Εκχυμώσεις δέρματος που οφείλονται στην ευθραυστότητα των αγγείων του δέρματος και του υποδόριου ιστού.
7. Περιορίζεται η εφίδρωση.
8. Μειώνεται η αίσθηση της αφής και ελαττώνονται τα αντανακλαστικά. (Μαλαρινού Μ., και συν.,2005)

Το γηρασμένο δέρμα φαίνεται λεπτότερο και ρυτιδωμένο. Το συνδετικό του υπόστρωμα παρουσιάζεται σκληρό και το υποδόριο λίπος ελαττωμένο. Το πάχος της επιδερμίδας φτάνει μέχρι και 0,1 mm. Στα εξαρτήματα του δέρματος (τρίχες, αδένες) μειώνεται ή ελαττώνεται σημαντικά η λειτουργικότητά τους.

Η ταχύτητα αυξήσεως του μήκους των νυχιών είναι μειωμένη κατά 50% στους υπερήλικες σε σχέση με τους νέους. Επιπλέον τα νύχια γίνονται λεπτότερα και εύθραυστα.

Η παραγωγή σμήγματος από τους σμηγματογόνους αδένες στους άνδρες παραμένει η ίδια μέχρι και την ηλικία των 80 χρόνων, ενώ στις γυναίκες μειώνεται αισθητά αμέσως μετά την εμμηνόπαυση και μειώνεται ακόμα περισσότερο μετά τα 60 χρόνια. Ο αριθμός των ενεργών ιδρωτοποιών αδένων μειώνεται σημαντικά, αν και ο απόλυτος αριθμός τους μπορεί να παραμένει ο ίδιος με την πάροδο του χρόνου. Η ελάττωση του υποδόριου λίπους οδηγεί σε ελλειμματική προστασία από το κρύο και προδιαθέτει εύκολους τραυματισμούς και ανάπτυξη άτονων ελκών και των γνωστών "κατακλίσεων" σε μέρη όπου το δέρμα πιέζεται.

Η χρώση του δέρματος διαφοροποιείται με την ηλικία, λόγω βαθμιαίας ελάττωσης του αριθμού των μελανοκυττάρων και διαταραχή της δραστηριότητας της τυροσίνης. Τα μέρη του σώματος που δεν είναι εκτεθειμένα στον ήλιο γίνονται περισσότερο ανοιχτόχρωμα, ενώ εκείνα που τα βλέπει ο ήλιος (πρόσωπο, χέρια) δεν έχουν ομοιόμορφη χρωστική εμφάνιση, αλλά παρουσιάζουν υπέρχρωμες επίπεδες κηλίδες (φακίδες) ή άλλες χρωστικές διαταραχές.

Η αλλαγή χρώματος στις τρίχες της κεφαλής αρχίζει από τους κροτάφους και προχωράει προς την κορυφή. Στην ηλικία των 50 χρόνων το 50% των ανθρώπων έχουν γκρίζα μαλλιά. Οι τρίχες της μασχάλης στους άνδρες αλλάζουν χρώμα συχνότερα από τις γυναίκες, στις οποίες μάλιστα μπορεί και να μην γίνει αλλαγή χρώματος.

Πολύ συνηθισμένο δερματικό πρόβλημα των υπερηλίκων είναι ο κνησμός που μερικές φορές είναι γενικευμένος και βασανιστικός. Αντικειμενικά ευρήματα δεν υπάρχουν. Καταστάσεις άγχους ή υπερτάσεως προκαλούν έξαρση του κνησμού.

Οι φυσικές επιδράσεις του περιβάλλοντος (υπεριώδης ακτινοβολία, αέρας, αιωρούμενα σωματίδια, υγρασία, κλπ) οδηγούν πολλές φορές σε πρόωρη "γήρανση" του δέρματος που εκτίθεται (πρόσωπο, χέρια) στους εξωτερικούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά είναι: το "ρομβοειδές δέρμα του αυχένα", οι πολυάριθμες περιγεγραμμένες υπερπλασίες προσώπου, οι μελαχρωματικές κηλίδες με λεπτύνσεις και ρυτιδώσεις και η ερύθρωση του λαιμού.

Από τις λοιμώξεις του δέρματος συχνός είναι ο έρπης ζωστήρας. Είναι συχνότερος μεταξύ πέμπτης και έβδομης δεκαετίας της ζωής. Σε ορισμένες περιπτώσεις υποκρύπτει κάποια καρκινική κατάσταση ή λέμφωμα. Άλλες λοιμώξεις του δέρματος της τρίτης ηλικίας είναι οι διάφορες μυκητιάσεις.

Πρέπει να τονισθεί με ιδιαίτερη έμφαση, ότι η γήρανση του δέρματος και η εμφάνισή του, προκαλεί εκτός των άλλων και σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα σε αρκετά ηλικιωμένα άτομα. Οι λόγοι μπορεί να είναι αισθητικοί, επαγγελματικοί, κλπ. Έτσι συχνά ζητούν τις καλές υπηρεσίες των Αισθητικών με πολλές φορές αξιοζήλευτα αποτελέσματα ή τη βοήθεια πλαστικών χειρουργών οι οποίοι πραγματικά σήμερα έχουν να παρουσιάσουν εντυπωσιακές επιτυχίες στον τομέα αυτό.(Bourliere F.1966)

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

Με την πάροδο της ηλικίας επηρεάζεται αρνητικά η ικανότητα και η λειτουργία των οφθαλμών. Μειώνεται η οξύτητα στην όραση και η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στο λίγο φως. Μειώνεται η περιφερική όραση και η διαύγεια της όρασης. Στα κλινικά προβλήματα περιλαμβάνονται η πρεσβυωπία, ο γεροντικός καταρράκτης και το γλαύκωμα. Η μείωση της όρασης, είτε λόγω μόνο ηλικίας είτε και σαν συνέπεια συνυπαρχουσών παθήσεων, ενοχλεί σε μέγιστο βαθμό τα ηλικιωμένα άτομα που ασχολούνται περισσότερο με αυτή παρά με οποιαδήποτε άλλη πάθηση. Από τις διαταραχές της όρασης δεν κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου άμεσα, αλλά απειλείται η ποιότητα της ζωής του σε σημαντικό βαθμό. (Μίχου Τ.,1993)

Γενική εκτίμηση του ματιού και της όρασης

Η εκτίμηση του ματιού περιλαμβάνει :

- Λήψη οφθαλμολογικού ιστορικού
- Εξέταση βολβού
- Εξέταση οπτικής οξύτητας
- Αντιδράσεις της κόρης
- Μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης
- Εξέταση του εσωτερικού του βολβού

Ο καταρράκτης αφορά σε ποσοστό 5% των ηλικιωμένων ατόμων, το γλαύκωμα 5-10%. Οι δύο αυτές παθήσεις είναι οι κυριότερες αιτίες απώλειας της οράσεως σε χιλιάδες υπερήλικες. Αυτό συμβαίνει, είτε διότι δεν διαγιγνώσκονται, είτε διότι διαγιγνώσκονται αργά, είτε διότι γίνεται πλημμελής αντιμετώπιση και παρακολούθηση.

Το πιο σταθερό χαρακτηριστικό του γεροντικού οφθαλμού είναι η βαθμιαία μείωση της διαφάνειας του φακού (αύξηση θολερότητας), και ονομάζεται "**γεροντικός καταρράκτης**".

Καταρράκτης

Καταρράκτης είναι η απώλεια της διαφάνειας του φακού του οφθαλμού. Η σκιερότητα οφείλεται στη συλλογή υγρού ανάμεσα στις ίνες του φακού, που συνήθως ακολουθείται από αποσύνθεσή τους. Καθώς ο φακός γίνεται αδιαφανής, σκεδάζει το φως αντί να μεταδίδεται ένα ακριβώς εστιαζόμενο είδωλο στον αμφιβληστροειδή. Το αποτέλεσμα είναι ένα ενοχλητικό θάμβος, αμαυρωμένη όραση με παραμόρφωση ειδώλων και φτωχή νυχτερινή όραση. Η κόρη που, κανονικά, είναι μαύρη, μπορεί να φαίνεται κιτρινωπή, γκριζα ή λευκή. Ο καταρράκτης αναπτύσσεται βαθμιαία μέσα σε χρόνια και, καθώς επιδεινώνεται, ισχυρότερα γυαλιά δεν βελτιώνουν την όραση.

Υπάρχουν διάφορα είδη καταρράκτη:

1. Συγγενής καταρράκτης. Είναι λιγότερο συχνός και οφείλεται στη συγγενή κακή κατασκευή του φακού. Η κακή κατασκευή του φακού μπορεί να είναι αποτέλεσμα προσβολής της μητέρας από ερυθρά κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Σπάνια, ο συγγενής καταρράκτης αναπτύσσεται μετά τη γέννηση εξαιτίας κάκωσης ή φλεγμονώδους

νόσου. Αν ο καταρράκτης είναι στάσιμος και δεν εμποδίζει την όραση, δεν γίνεται θεραπεία.

2. Τραυματικός καταρράκτης. Προκαλείται από ενδοφθalmικά ξένα σώματα που διατρύπουν το φακό, από ραδιενεργό υλικό και από υπέρυθη ακτινοβολία.
3. Γεροντικός καταρράκτης. Είναι ο συχνότερος όλων και θεωρείται και θεωρείται αποτέλεσμα της διεργασίας του γήρατος.

Παρέμβαση

Σήμερα δεν υπάρχει γνωστή τοπική ή συντηρητική θεραπεία, που να μπορεί να σταματήσει την εξέλιξη του γεροντικού καταρράκτη. Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία είναι η χειρουργική, που έχει σκοπό την αποκατάσταση της οπτικής οξύτητας.

Στις μέρες μας, η εγχείρηση του καταρράκτη γίνεται με τοπική αναισθησία, σε κλινικές μιας ημέρας, εκτός αν ο άρρωστος έχει άλλα παθολογικά προβλήματα, οπότε γίνεται κανονική εισαγωγή. Επιτυχής επιστροφή σε χρήσιμη όραση επιτυγχάνεται σε πάνω από 95% των αρρώστων.

Ο ρόλος του νοσηλευτή:

1. Προεγχειρητική φροντίδα

Οι αντικειμενικοί σκοποί της προεγχειρητικής παρέμβασης είναι:

- α. Να βοηθήσει τον άρρωστο να αισθανθεί άνετα στο νέο περιβάλλον του.
- β. Να μειώσει τα μικρόβια του επιπεφυκότα, για να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα μετεγχειρητικής λοίμωξης.
- γ. Να μειώσει τους φόβους του αρρώστου, που αφορούν την εγχείρηση.
- δ. Να προετοιμάσει το μάτι για χειρουργείο.
- ε. Να εξασφαλίσει συγκατάθεση.
- στ. Να χορηγήσει τα προεγχειρητικά φάρμακα.

2. Μετεγχειρητική φροντίδα

Οι αντικειμενικοί σκοποί της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι:

- α. Να εμποδίσει της ενδοφθάλμιας πίεσης.
- β. Να προάγει την άνεση του αρρώστου.

Για την επιτυχία των σκοπών αυτών απαιτούνται:

- α. Παροχή συμβουλών στον άρρωστο να αποφεύγει βήχα και φτάρνισμα, καθώς επίσης και απότομες κινήσεις.
- β. Θέση σώματος: ύπτια ή πλάγια προς το μη χειρουργημένο μάτι.
- γ. Αποφυγή σκυψίματος από τη μέση.
- δ. Χορήγηση αναλγητικών.
- ε. Εξασφάλιση ήσυχου και ασφαλούς περιβάλλοντος για προαγωγή χαλάρωσης.
- στ. Ειδοποίηση γιατρού σε περίπτωση εμφάνισης έντονου πόνου.
- ζ. Παρακολούθηση για ανησυχία και συχνό σφυγμό.
- η. Σωστή εφαρμογή της θωράκισης τη νύχτα και την ημέρα, την ώρα του ύπνου για προστασία.
- θ. Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας.

Γλαύκωμα

Μια άλλη πολύ γνωστή πάθηση είναι το "**γλαύκωμα**", το οποίο στη μέγιστη συχνότητα συνδέεται με την τρίτη ηλικία και κατά το οποίο αυξάνει πέραν του φυσιολογικού η "ενδοφθάλμια πίεση". Η αύξηση αυτής της πίεσης οδηγεί με την πάροδο του χρόνου σε βλάβες του οπτικού νεύρου (ατροφία) και του αμφιβληστροειδούς γενικά. Για μεγάλο χρονικό διάστημα, στα πρώτα στάδια, δεν υπάρχουν συμπτώματα και είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτή από τον ίδιο τον πάσχοντα. Μόνο στα προχωρημένα στάδια ο άρρωστος διαπιστώνει σημαντικό αμφοτερόπλευρο περιορισμό του οπτικού του πεδίου μπορεί να καταφύγει στο γιατρό ή ακόμη όταν έχει ήδη τυφλωθεί, διότι η **τύφλωση** είναι η τελική κατάληξη του παραμελημένου γλαυκώματος.

Επιπεφυκίτιδα

Είναι η φλεγμονή του επιπεφυκότα. Η αιτιολογία της είναι πολλαπλή. Μπορεί να είναι μολυσματική, ανοσολογική, ερεθιστική, η να συνδέεται με συστηματικά νοσήματα. Τα σημεία και τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: υπεραιμία, απέκκριμα, οίδημα, δακρύρροια, κνησμός, αίσθηση καύσους, εκδοράς ή ξένου σώματος και

φωτοφοβία. Είναι πολύ συχνή σε παιδιά σχολικής ηλικίας. Μεταδίδεται από παιδί σε παιδί μέσω μολυσμένων μαντηλιών, πετσετών, τριφτών και δακτύλων

Σκοπός της φροντίδας:

- a. Καταπολέμηση αιτίας
- b. Μείωση φλεγμονωδών φαινομένων
- c. Προαγωγή άνεσης
- d. Πρόληψη εξάπλωσης της λοίμωξης στο άλλο μάτι ή σε άλλα άτομα

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Χρήση τοπικού αντιβιοτικού ή αντισηπτικού ,όπως αλοιφή βορικού οξέος
2. Πιθανή χρησιμοποίηση σταγόνων σουφλοναμίδης ή κορτικοστεροειδών ,τα οποία αντενδείκνυται σε λοιμώξεις από ιούς.
3. Πλύσεις με διάλυμα NaCl 0,9% για απομάκρυνση απεκκρίματος.
4. Εφαρμογή ψυχρών κομπρεσών για το αίσθημα καύσου
5. Χρησιμοποίηση σκούρων γυαλιών για την φωτοφοβία
6. Διατήρηση του δωματίου αμυδρά φωτισμένου και εξασφάλιση δραστηριοτήτων που δεν απαιτούν κοντινή όραση, όπως ακρόαση ραδιοφώνου ή γραμμένης σε μαγνητοταινία μουσικής
7. Λήψη προφυλακτικών μέτρων για πρόληψη εξάπλωσης της λοίμωξης σε άλλα άτομα ή στο άλλο μάτι του αρρώστου

Παθήσεις Αμφιβληστροειδούς

Συχνές επίσης είναι και οι παθήσεις του **αμφιβληστροειδούς**. Η αποκόλλησή του είναι πιο συχνή στα μυωπικά μάτια και στους άνδρες. Εξάλλου η διαβητική αμφιβληστοειδοπάθεια έχει αυξηθεί αρκετά με την επιμήκυνση της ζωής και αποτελεί δύσκολο αντιμετώπισιμο πρόβλημα στα πάσχοντα άτομα. Μεταξύ άλλων οι διαταραχές της οράσεως με την πάροδο της ηλικίας οφείλονται και στην ελάττωση

του μεγέθους της κόρης, και της ωχράς κηλίδος και σε συντελούμενες αλλαγές στο περιφερικό τμήμα του φακού καθώς και στην εμφάνιση και συμπεριφορά του.

Ο φακός με την ηλικία σκληρύνεται, ελαττούμενης έτσι της ικανότητάς του να διογκώνεται κατά την προσαρμογή. Μετά τα 40-45 χρόνια το εύρος της προσαρμογής ελαττώνεται τόσο, ώστε η ανάγνωση μικρών τυπογραφικών στοιχείων γίνεται πολύ δύσκολη, ιδιαίτερα κάτω από τεχνητό φωτισμό. Το άτομο τότε παραπονείται για ανεπαρκή λαμπτήρα ή διαβάζει εφημερίδα με προτεταμένα τα χέρια, διότι η πλησίον όραση είναι δυσχερής. Στην περίπτωση αυτή η διάγνωση της **πρεσβυωπίας** είναι βέβαιη και η πάθηση επιδεινώνεται με το χρόνο. Γύρω στα 60 χρόνια η πρεσβυωπία φθάνει τις 3 - 3,5 δίοπτρες, οπότε ο φακός έχει σκληρυνθεί στο μέγιστο βαθμό και δεν κυρτώνεται πλέον κατά την προσαρμογή. Τα διορθωτικά γυαλιά έτσι γίνονται οπωσδήποτε αναγκαία για το κοντινό διάβασμα κλπ.

Εάν το άτομο έπασχε από **μυωπία**, τότε από το βαθμό της **πρεσβυωπίας** αφαιρείται ο βαθμός της μυωπίας. Έτσι οι υπερήλικες μύωπες αφαιρούν τα "μακρινής απόστασης" προηγούμενα γυαλιά τους προκειμένου να διαβάσουν. Δίδεται λοιπόν η εντύπωση ότι η ηλικία "θεραπεύει" την μυωπία.

Εξάλλου ο γεροντικός οφθαλμός δυσκολεύεται να προσαρμοστεί και στο σκότος και επίσης δυσδιακρίνει τα χρώματα που αντιστοιχούν στα μικρά μήκη κύματος.(Σαχίνη Α., και συν.,)

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ

Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται συχνά μείωση της ακουστικής ικανότητας κυρίως στους άνδρες και αφορά κυρίως τις υψηλές συχνότητες (άνω των 1000 Hz). Παράλληλα εμφανίζεται δυσκολία διάκρισης των διάφορων συχνοτήτων μεταξύ τους και δυσχέρεια στην εντόπιση της κατεύθυνσης των ήχων. Έτσι οι υπερήλικες αντιλαμβάνονται καλύτερα την "χοντρή" φωνή των ανδρών παρά την "ψηλή" φωνή των γυναικών και των παιδιών. Επίσης αδυνατούν να ακούσουν όλες τις συχνότητες από μουσική με πολλά όργανα.

Άτομα που έζησαν σε ήσυχο περιβάλλον, χωρίς έντονη ηχορύπανση, διατηρούν καλύτερη ακοή από άτομα που βρέθηκαν επί μεγάλο χρονικό διάστημα σε χώρους με έντονους και πολλούς θορύβους. Η έκθεση σε δυνατούς ήχους οδηγεί σε **βαρηκοΐα**.

Η ένταση των ήχων (ενέργεια ήχου) μετριέται με μονάδα το Decibel (dB). Η κλίμακα των dB είναι λογαριθμική. Έτσι 10 dB αύξηση αντιστοιχεί σε 100πλάσια

αύξηση της έντασης του ήχου. Δηλαδή ήχος 60 dB είναι 100 φορές ισχυρότερος (δυνατότερος) από άλλον που είναι 50 dB. Συνήθης ομιλία αντιστοιχεί σε 40 dB περίπου, δυνατό φώναγμα αντιστοιχεί σε 80 dB, ενώ μέσος θόρυβος βιομηχανίας σε 80 - 90 dB. Ο ήχος του "κομπρεσέρ" αντιστοιχεί σε 100 dB και ενός αεριοθούμενου αεροπλάνου σε 140 dB. Επίπεδα 100 dB και άνω θεωρούνται πολύ ανθυγιεινά και επικίνδυνα. (Φραγκίσκου, και συν.,1989)

Πρέπει να σημειωθεί ότι η βαρηκοΐα της τρίτης ηλικίας προκύπτει από συνδυασμό πολλών συντρεχουσών παραγόντων.

Τέτοιοι είναι: η αυξημένη ποσότητα κυψελίδας στο έξω ους και η συχνή δημιουργία βυσμάτων, η σκλήρυνση του τυμπάνου, αρθριτικές αλλοιώσεις των τριών οσταρίων στο μέσον ους, η μείωση της ελαστικότητας της βασικής μεμβράνης στο έσω ους, η μείωση της ευαισθησίας των ακουστικών υποδοχέων, ωτοσκλήρυνση του κοχλία και η εκφύλιση πολλών νευρικών ινών του ακουστικού νεύρου.

Επίσης η υπέρβαση δοσολογίας σε ορισμένα φάρμακα (στρεπτομυκίνη, γενταμυκίνη, κ.α.) έχει σοβαρές επιπτώσεις μερικές φορές στο ακουστικό και αιθουσαίο νεύρο με ανάλογες εκδηλώσεις (βαρηκοΐα, εμβολές, ζάλη, αστάθεια βαδίσματος, κλπ). Στις παρενέργειες της ασπιρίνης περιλαμβάνονται και οι **εμβολές**, που είναι από τα συχνότερα και σημαντικότερα συμπτώματα από τα οποία υποφέρουν οι υπερήλικες.

Υπολογίζεται ότι ποσοστό 80% των υπερηλίκων παραπονείται συνεχώς ή διαλειπόντως για εμβολές. Η αιτιολογία τους πέραν της καταχρήσεως ορισμένων φαρμάκων μπορεί να αποδοθεί στην αναμενόμενη φθορά εκ της ηλικίας, στην έκθεση σε υπερβολικούς θορύβους, στο γεροντικό άγχος, σε οστεοαρθριτικές αλλοιώσεις του αυχένα ή σε υπερκόπωση.

Η αντιμετώπιση τους είναι δυσχερής και εξαρτάται από το αίτιο. Επειδή οι εμβολές είναι μια αίσθηση εσωτερικών ήχων, όταν ο άρρωστος παρακολουθεί μερικές φορές εξωτερικούς ηχητικούς ερεθισμούς (μουσική, ομιλία, κλπ) παύει να ενοχλείται από αυτές, πιθανόν λόγω υπερκάλυψης.

Στις περισσότερες καταστάσεις διαταραχής της ακοής κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή της ακοομέτρησης με την οποία προσδιορίζεται η ακουστική ικανότητα ξεχωριστά για τα δύο αυτιά. Τα ευρήματα καταγράφονται σε διάγραμμα (ακοόγραμμα) που έχει στον οριζόντιο άξονα τις συχνότητες (σε Hz) και στον κάθετο τις εντάσεις (σε dB). Για κάθε πάθηση λαμβάνεται χαρακτηριστικής μορφής καμπύλη ακοογράμματος.

Για την αντιμετώπιση της βαρηκοΐας, οι ηλικιωμένοι σήμερα καταφεύγουν στη χρήση των ειδικών και κατάλληλων ακουστικών βαρηκοΐας με ηλεκτρονική τεχνολογία. Παρόμοιες προσπάθειες όμως είχαν γίνει και σε άλλες εποχές.

Απώλεια Ακοής

Η διαταραχή της ακοής μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ατόμου, στην ικανότητά του να επικοινωνεί και να αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του και ακόμα στην ικανότητά του να προστατεύει τον εαυτό του.

Το άτομο με απώλεια ακοής παρακολουθεί αποσπασματικά μια συζήτηση και μπορεί να πιστεύει ότι οι άνθρωποι μιλούν γι' αυτό. Πολλοί άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν ότι η ακοή τους βαθμιαία μειώνεται.

Οι περισσότεροι από αυτούς που υποφέρουν από απώλεια ακοής, μπορούν να βοηθηθούν με συντηρητικές ή χειρουργικές θεραπείες ή με ακουστικά βοηθήματα. Ο νοσηλεύτης και ο οικογενειακός γιατρός παίζουν σημαντικό ρόλο στη διάγνωση απώλειας ακοής και στην καθοδήγηση αρρώστων να ζητήσουν βοήθεια.

Η Εθνική Εταιρεία Ακουστικής Βοήθειας στις ΗΠΑ αναγνώρισε τα σημεία σοβαρής νόσου του αυτιού που απαιτούν εξέταση από ωτορινολαρυγγολόγο.

Αυτά είναι:

- Ορατή συγγενής ή τραυματική παραμόρφωση του αυτιού
- Ενεργός έξοδος υγρού από το αυτί τις προηγούμενες 90 ημέρες
- Ξαφνική ή ταχέως εξελισσόμενη απώλεια ακοής
- Οξεία ή χρόνια ζάλη
- Μονόπλευρη απώλεια ακοής ξαφνικής ή πρόσφατης έναρξης
- Ορατή προφανής μαρτυρία συλλογής κυψέλης ή ξένου σώματος στον έξω ακουστικό πόρο
- Πόνος ή δυσχέρεια στο αυτί

Τα συμπτώματα της ακουστικής απώλειας είναι διάφορα και πολύπλοκα και είναι τα εξής:

- Αλλοίωση λόγου. Τα αυτιά οδηγούν τη φωνή τόσο στην ένταση όσο και στην προσφορά.

- **Κόπωση.** Αν ένα άτομο κουράζεται όταν ακούει μια συζήτηση ή ένα λόγο, η κόπωση μπορεί να είναι αποτέλεσμα προσπάθειας να ακούσει.
- **Αδιαφορία.** Όταν ένα άτομο δεν ακούει τι λένε οι άλλοι, μπορεί εύκολα να αισθανθεί κατάθλιψη και γενική αδιαφορία.
- **Κοινωνική απόσυρση.** Η μη δυνατότητα να ακούσει τι γίνεται γύρω του, κάνει ένα άτομο με μειωμένη ακοή να αποσύρεται από καταστάσεις που μπορεί να αποδειχθούν ενοχλητικές.
- **Ανασφάλεια.** Η έλλειψη αυτοπεποίθησης και ο φόβος λαθών δημιουργούν ένα αίσθημα ανασφάλειας στο άτομο.
- **Αναποφασιστικότητα - αναβλητικότητα.** Η απώλεια αυτοπεποίθησης καθιστά πολύ δύσκολη τη λήψη αποφάσεων.
- **Καχυποψία.** Επειδή συχνά ακούει μέρος μόνο αυτών που λέγονται, το άτομο με τη μειωμένη ακοή υποπτεύεται ότι οι άλλοι μιλούν γι' αυτό ή ότι τα σημεία της συζήτησης που το αφορούν σκόπιμα λέγονται σιγά για να μην τα ακούσει.
- **Ψευδοπερηφάνεια.** Το άτομο με μειωμένη ακοή θέλει να κρύψει το μειονέκτημά του. Κατά συνέπεια, συχνά προσποιείται ότι ακούει, ενώ στην πραγματικότητα δεν ακούει.
- **Μοναξιά και δυστυχία.**
- **Τάση κυριαρχίας στη συζήτηση.** Αποτελεί έναν τρόπο ελέγχου του περιεχομένου της συζήτησης και κατά κάποιον τρόπο, προστατεύει το άτομο με τη μειωμένη ακοή από υπερβολική ενόχληση.

Επικοινωνία με άτομο που έχει απώλεια ακοής

- Δώστε όλη την προσοχή σ' αυτό που λέει το άτομο με απώλεια ακοής. Βλέπετε και ακούτε, προσπαθήστε να μη δίνετε προσοχή σε άλλη εργασία ενώ το ακούτε.
- Αρχίστε συζήτηση μαζί του, όταν είναι δυνατό για σας να περιμένετε τις απαντήσεις του. Αυτό σας κάνει ικανούς να εξοικειωθείτε με κάθε ιδιαιτερότητα στα πρότυπα ομιλίας του.
- Μην προσπαθείτε να δείξετε ότι καταλάβατε ό,τι σας είπε, ενώ δεν το καταλάβατε.

Ακουστικά

Είναι σημαντικό να αναγνωρισθεί ο τύπος διαταραχής της ακοής που έχει ένα άτομο, ώστε οι προσπάθειες αποκατάστασης να κατευθυνθούν στην κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών του. Αν ο άρρωστος έχει πρόβλημα βαρηκοΐας πρέπει να φορέσει ακουστικό βοήθημα, επειδή στις πιο πολλές περιπτώσεις απαιτείται ενίσχυση των ήχων.

Το ακουστικό βοήθημα είναι ένα όργανο μέσα από το οποίο οι ήχοι, τόσο του λόγου όσο και του περιβάλλοντος, λαμβάνονται μέσω ενός μικροφώνου, μετατρέπονται σε ηλεκτρικά σήματα, ενισχύονται και ξαναγίνονται ακουστικά σήματα.

Υπάρχει διαθέσιμη μια ποικιλία ακουστικών βοηθημάτων. Από αυτά πρέπει να επιλεγεί το καταλληλότερο για κάθε άρρωστο.(Edwards B.,2007)

Πίνακας Α. Τύποι ακουστικών βοηθημάτων.

Θέση / εύρος ακουστικής απώλειας	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Σώμα (40-110 dB)	Ο χωρισμός λήπτη και μικροφώνου εμποδίζει ακουστική ανατροφοδότηση, επιτρέποντας υψηλή ενίσχυση.	Μεγάλο σε μέγεθος, απαιτεί μακρύ σύρμα, που μπορεί να είναι δυσάρεστο κοσμητικά.
Πίσω στο αυτί (25-80 dB)	Κοσμητικά καλό, επειδή καλύπτεται εύκολα από τα μαλλιά, άνετο, δεν χρειάζεται μακρύ σύρμα.	Η εγγύτητα μικροφώνου και λήπτη περιορίζει το βαθμό ενίσχυσης εξαιτίας ανατροφοδότησης.
Μέσα στο αυτί 25- 55dB)	Το μικρότερο σε μέγεθος, που κρύβεται πολύ εύκολα.	Η πολύ στενή εγγύτητα ενισχυτή και μικροφώνου και οι περιορισμοί μεγέθους στην ισχύ, κάνουν το ακουστικό

		κατάλληλο μόνο για πολύ ελαφρές ως μέτριες απώλειες ακοής.
--	--	--

Πηγή: Widex, Συμβουλές για τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας., Θεσσαλονίκη, 2007

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΕΥΣΗΣ – ΟΣΦΡΗΣΗΣ

Με την πάροδο της ηλικίας εκπίπτει σε σημαντικό βαθμό κυρίως η οσφρητική και δευτερευόντως η γευστική ικανότητα, λόγω ελαττώσεως του αριθμού και της ευαισθησίας των αισθητικών υποδοχέων. Στην κατάσταση αυτή συμβάλλουν και ορισμένα φάρμακα που λαμβάνονται στην τρίτη ηλικία όπως η αμπισιλίνη, τα αντιισταμινικά, οι τετρακυκλίνες. Επίσης το κάπνισμα και μια πιθανή αβιταμίνωση. Αμβλύνεται η όσφρηση, μειώνεται ο αριθμός των γευστικών καλύκων στη γλώσσα και επομένως και η γεύση. Η αίσθηση του αλμυρού και του γλυκού αμβλύνεται σημαντικά και συνεπώς οι υπερηλικες στις περισσότερες τροφές διαπιστώνουν ξινή ή πικρή γεύση αφού αυτές μένουν σχεδόν ανεπηρέαστες. Έτσι μερικές φορές οι γέροντες έχουν ψευδή αίσθηση της γευστικής ή της οσφρητικής ποιότητας πολλών τροφίμων και δεν τα διακρίνουν με την ευχέρεια που τα διακρίνουν οι νέοι.

Συχνά οι γέροντες λόγω της κακής στοματικής υγιεινής παρουσιάζουν μυκητιασική γλωσσίτιδα και συγγειλίτιδα. Μια τέτοια πάθηση μπορεί να προκληθεί και από τη χρήση αντιβιοτικών που λαμβάνονται για άλλη αιτία. Είναι απαραίτητο λοιπόν να ελέγχεται τακτικά η στοματική κοιλότητα των υπερηλικών, ώστε να διαπιστώνονται τυχόν παθήσεις και να θεραπεύονται. Όταν υπάρχει μυκητιασική γλωσσίτιδα χορηγούνται πλύσεις με αντιμυκητιασικά φάρμακα σε υγρό (π.χ. Mycostatin). Όταν υπάρχει γλωσσίτιδα από αβιταμίνωση του συμπλέγματος Β, γίνεται βιταμινοθεραπεία.

Σε μερικές περιπτώσεις η παραμέληση της στοματικής καθαριότητας μπορεί να οδηγήσει και σε φλεγμονή των σιελογόνων αδένων, με διόγκωση αυτών, πυρετό και πόνο. Σ' αυτό βοηθά και η ελαττωμένη συχνά ποσότητα σάλιου ή τυχόν συνυπάρχουσα αφυδάτωση. Η διαπίστωση ξηρής γλώσσας συχνότατα είναι σημάδι αφυδάτωσης και πρέπει άμεσα να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα.

Οδοντικά Εμφυτεύματα

Τα οδοντικά εμφυτεύματα είναι κατασκευές από τιτάνιο που έχουν το σχήμα της ρίζας ενός δοντιού. Αποτελούν το πιο σύγχρονο τρόπο για την αντικατάσταση των δοντιών . Χρησιμοποιούνται περισσότερο από ηλικιωμένα άτομα που έχουν χάσει όλα τα δόντια τους και υποφέρουν από τη χρήση των συμβατικών ολικών οδοντοστοιχιών.(Abrahamsson, I.,et al.,1996)

Οι περιπτώσεις εφαρμογής των εμφυτευμάτων είναι:

- Αντικατάσταση δοντιού που λείπει.
- Αντικατάσταση πολλών δοντιών που λείπουν.
- Ολική αποκατάσταση δοντιών της γνάθου.

Αντικατάσταση της τεχνητής οδοντοστοιχίας

Τεχνητή οδοντοστοιχία

Η τεχνητή οδοντοστοιχία ή μασέλα είναι κινητή προσθετική κατασκευή που αναπληρώνει το σύνολο των δοντιών, τους παρακείμενους ιστούς και την οστική απώλεια που έχει γίνει από τις απορροφήσεις σε ένα απολύτως νωδό στόμα.

Υπάρχουν δύο μορφές τεχνητής οδοντοστοιχίας:

- Της άνω γνάθου
- Της κάτω γνάθου

Η απλούστερη μορφή της κατασκευής από ακρυλική ρητίνη στο χρώμα των ούλων και από ακρυλικά δόντια. Υπάρχουν πολλοί συνδυασμοί ολικής οδοντοστοιχίας όπως τα εύπλαστα υλικά με διάφορα ενισχυτικά πλέγματα με διάφανο ή μεταλλικό ουρανίσκο ή με πορσελάνινα δόντια.(Buser, D.,et al.,1997)

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Οι διαιτητικές συνήθειες του υγιούς υπερήλικα σπανίως αλλάζουν από αυτές της προηγούμενης ζωής του. Οι αλλαγές συνήθως οφείλονται σε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις, εφόσον το άτομο δεν ζει ενεργό κοινωνική ζωή.

Οι διαιτητικές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι όμοιες με αυτές των ενηλίκων με μόνη διαφοροποίηση τη μείωση του ποσού των λαμβανόμενων θερμίδων με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό οφείλεται σε:

- Μεταβολές του βάρους του σώματος(το βάρος συνήθως αυξάνεται).
- Μεταβολές της σύνθεσης του σώματος(εναπόθεση περισσότερο λιπώδους ιστού).
- Μείωση του βασικού μεταβολισμού.
- Μείωση της φυσικής δραστηριότητας(λόγω ηλικίας).

Οι θερμιδικές προσλήψεις για τις διάφορες ηλικίες:

Ηλικία : 30 – 39 θερμιδική πρόσληψη ενηλίκου

Ηλικία : 40 – 59 ελάττωση κατά 5%

Ηλικία : 60 -69 ελάττωση κατά 15%

Ηλικία : 70 + ελάττωση κατά 25%

Η θερμιδική πρόσληψη επηρεάζεται από τη φυσική δραστηριότητα του ατόμου και γι' αυτό οι προσλαμβανόμενες θερμίδες πρέπει να ρυθμίζονται σε ατομική βάση. Οι θερμιδικές απαιτήσεις των υπερηλίκων κυμαίνονται στο επίπεδο των 2000 Kcals.

Οι αναλογίες στο διαιτολόγιο των υπερηλίκων σε υδατάνθρακες και λίπη πρέπει να είναι οι ίδιες με τους ενήλικες. Δηλαδή το 50-55% της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης να προέρχεται από υδατάνθρακες, το 30% από λίπη και το 15% από λευκώματα. Η λογική κατανάλωση λίπους κάνει τα γεύματα πιο εύγευστα και ορεκτικά.

Οι ανάγκες του οργανισμού του ηλικιωμένου σε ασβέστιο δεν διαφέρουν από τις ανάγκες των νέων ατόμων, παρατηρείται όμως στην ηλικία αυτή μεγάλη οστεοπόρωση , γιατί συνήθως οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν ανεπαρκή ποσότητα ασβεστίου. Από τις φτωχές δίαιτες συνήθως λείπει ο σίδηρος και το ασβέστιο.

Αν και οι υπερήλικες παρουσιάζουν βαθμιαία ελάττωση των αποθηκευμένων βιταμινών στους ιστούς, εντούτοις δεν έχουν διαφορετικές απαιτήσεις σε βιταμίνες από τους υγιείς ενήλικες. Οι αβιταμινώσεις που παρατηρούνται σε ορισμένους υπερήλικες οφείλονται μάλλον σε κακή διατροφή παρά σε αυξημένες ανάγκες της ηλικίας αυτής.

Το διαιτολόγιο του υπερήλικα τις περισσότερες φορές, παρουσιάζει τα πιο κάτω χαρακτηριστικά. Είναι:

1. Ανεπαρκές σε βιταμίνη C, με αποτέλεσμα την εμφάνιση εκχυμώσεων που οφείλονται στην ευθραστότητα των τριχοειδών.
2. Ανεπαρκές σε βιταμίνη A. Αυτό προκαλεί σχίσιμο του δέρματος γύρω από τα χείλη.
3. Ανεπαρκές σε βιταμίνη B με συνέπεια την εμφάνιση γλωσσίτιδας και στοματίτιδας.
4. Ανεπαρκές σε ανόργανα άλατα σιδήρου και ασβεστίου. Αυτό οδηγεί σε αφαλάτωση των οστών με συνέπεια τα άτομα να είναι ευπαθή σε κατάγματα.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη διατροφή των ηλικιωμένων είναι:

1. Μακροχρόνιες συνήθειες διατροφής.
2. Όταν το άτομο ζει μόνο του και παίρνει τα γεύματα χωρίς τη ζεστασιά της συντροφιάς.
3. Κακή κατάσταση δοντιών και ξένες οδοντοστοιχίες. Αυτό μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στη μάσηση.
4. Ελαττωμένη ή διαφοροποιημένη ποσότητα σιέλου.
5. Έλλειψη της γνώσης για το ποια τρόφιμα πρέπει να επιλέγονται, σε ένα πλήρες διαιτολόγιο.
6. Δυσκολία προμήθειας τροφίμων.
7. Μικρό εισόδημα.
8. Τρόπος παρασκευής της τροφής.
9. Έλλειψη κινήτρων για προγραμματισμό και προετοιμασία γευμάτων.
10. Μειωμένη διάθεση για τροφή, που οφείλεται στη μείωση των γευστικών καλύκων και της αίσθησης της οσμής.

Το διαιτολόγιο του υπερήλικα πρέπει:

1. Να έχει όλα τα θρεπτικά συστατικά – λευκώματα, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες, άλατα και νερό, για την κάλυψη όλων των βιολογικών του αναγκών.
2. Να είναι πλούσιο σε κυτταρίνη, για τη διευκόλυνση της κένωσης του εντέρου.
3. Το κρέας να είναι πολύ καλά μαγειρεμένο, για να είναι μαλακό ή να προσφέρεται σε μπιφτέκι.
4. Να αποτελείται από τροφές που να μαγειρεύονται έτσι, ώστε να είναι εύπεπτο.
5. Να μην περιέχει σκληρές τροφές.
6. Όταν περιέχει λαχανικά, να είναι βρασμένα.
7. Να αποφεύγονται οι σούπες και οι πολύ ρευστές τροφές, γιατί δεν μπορεί να τις τρώει με ευκολία, λόγω αστάθειας των κινήσεων των χεριών.
8. Να μην περιέχει πολύ λιπαρές τροφές.
9. Να έχει ποικιλία και να είναι γευστικό.
10. Να προσφέρεται σε μικρές ποσότητες και σε περισσότερα από τα κανονικά γεύματα.(συχνά, μικρά γεύματα).

Τα προβλήματα της διατροφής των ηλικιωμένων μπορούν να μειωθούν σε μεγάλο βαθμό με τη δραστηριοποίηση προγραμμάτων, όπως:

1. Παράδοση έτοιμων γευμάτων στο σπίτι.
2. Οικονομική ενίσχυση του υπερήλικα.
3. Χορήγηση απαρασκευάστων τροφών για την προετοιμασία γευμάτων στο σπίτι.
4. Συμβουλές και ενημέρωση του υπερήλικα σε θέματα διατροφής.
5. Ενεργό συμμετοχή στον προγραμματισμό του διαιτολογίου τους και την Παρασκευή των γευμάτων.(Χρυσόχοου Χ., και συν., 2003)

ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ

Πώς μεταφέρεται η Χοληστερόλη μέσα στο αίμα:

Η χοληστερόλη ως λιπαρή ουσία δεν αναμιγνύεται με το αίμα και έτσι προκειμένου να κυκλοφορήσει ενώνεται με πρωτεΐνες ώστε να είναι διαλυτή. Αποτέλεσμα αυτής της σύζευξης είναι η δημιουργία λιποπρωτεϊνών. Βασικές λιποπρωτεΐνες είναι η λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας (LDL), γνωστή και ως «κακή χοληστερόλη» και η λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας (HDL), γνωστή και ως «καλή χοληστερόλη». Η λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας (LDL), μεταφέρει χοληστερόλη από το ήπαρ στους ιστούς και αντιστοιχεί περίπου στο 70% της χοληστερόλης αίματος. Αντίθετα η λιποπρωτεΐνη υψηλής πυκνότητας (HDL), μεταφέρει τη χοληστερόλη από τους ιστούς στο ήπαρ ξανά για αποβολή. Η Χοληστερόλη που μπορούμε να καταναλώνουμε ημερησίως είναι για τους υγιείς ενήλικες 300mg.

Τροφές και αντίστοιχη Χοληστερόλη (γραμμάρια)

Αβγό (1 των 60 γρ.)

Τυρί φέτα (100 γρ.)

Βούτυρο (1 κουταλιά σούπας – 14 γρ.)

Γαρίδες (15 μέτριες)

Συκώτι μοσχαρίσιο (100 γρ.)

Χοληστερόλη και άσκηση

Έχει αποδειχθεί, ότι η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, μέσα από γρήγορο βάδισμα, κολύμπι, ποδήλατο, για 30 λεπτά την ημέρα και για πέντε μέρες την εβδομάδα τουλάχιστον, είναι ικανά να τροποποιήσουν θετικά τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα. Πιο συγκεκριμένα, η σωματική δραστηριότητα αυξάνει τα επίπεδα της HDL χοληστερόλης, αλλά δεν μειώνει τα επίπεδα της LDL. Επιπλέον η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, μας βοηθά στο να διατηρήσουμε ένα επιθυμητό βάρος. (Καραγιαννόπουλος Σ., 2005)

Ολική Χοληστερόλη: <200 mg/dL επιθυμητή, 200 - 239 mg/dL οριακά υψηλή, >240 mg/dL αρκετά υψηλή

LDL Χοληστερόλη: > 190 mg/dL πολύ υψηλή, 100 - 129 mg/dL οριακή, 130-159 mg/dL ελαφρώς υψηλή, 160-189 mg/dL υψηλή, <100 mg/dL επιθυμητή,

HDL Χοληστερόλη: < 40 mg/dL αρκετά χαμηλή, >45 mg/dL επιθυμητή.

Πίνακας Β. Η επιρροή συστατικών της τροφής αλλά και της άσκησης, στη χοληστερόλη του οργανισμού

	Ολική Χοληστερόλη	HDL «καλή» Χοληστερόλη	LDL «κακή» Χοληστερόλη
Συστηματική σωματική δραστηριότητα (π.χ., ζοηρό βάδισμα, κολύμπι, χορός για 30' καθημερινά)	Μείωση	Αύξηση	Καμία επίδραση
Κορεσμένα λίπη (ζωικά λίπη, βούτυρο, πλήρη γαλακτοκομικά)			Αύξηση
Πολυακόρεστα λίπη (καλαμποκέλαιο, ηλιέλαιο, σογιέλαιο)		Μείωση	Μείωση
Μονοακόρεστα λίπη (ελαιόλαδο, αβοκάντο, αμύγδαλα)		Μικρή αύξηση	Μείωση
Ω-3 λιπαρά οξέα (ψάρια, καρύδια, λιναρόσπορος)	Μικρή μείωση		
Διαιτητική Χοληστερόλη (αβγά, θαλασσινά)	Μικρή αύξηση		
Διαλυτές Φυτικές ίνες	Μείωση	Καμία επίδραση	Μείωση

(ολικής άλεσης δημητριακά φρούτα, λαχανικά)			
Έντονα Επεξεργασμένοι Υδατάνθρακες (ζάχαρη, άσπρο αλεύρι και παράγωγά τους)		Μείωση	
Trans λιπαρά οξέα (π.χ. τηγανητές πατάτες fast food)	Αύξηση	Μείωση	Αύξηση

Πηγή: Καραγιαννόπουλος Σ., Νικήστε τη χοληστερίνη, Εκδόσεις Modern Times, 2005

ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ

Τι είναι τα τριγλυκερίδια

Τα τριγλυκερίδια ονομάζονται και ουδέτερα λίπη. Είναι οργανικές χημικές ενώσεις, και το μόριό τους αποτελείται από ένα μόριο γλυκερόλης, ενωμένο με τρία μόρια ανώτερων λιπαρών οξέων. Από αυτήν ακριβώς τη σύνθεση λαμβάνουν και το χαρακτηριστικό τους όνομα τριγλυκερίδια.

Τα διάφορα τριγλυκερίδια μπορεί να είναι στερεά στη συνήθη θερμοκρασία δωματίου, δηλαδή είναι λίπη, είτε να είναι υγρά, οπότε και αποκαλούνται έλαια. (Harrison, et al., 1995)

Που παράγονται τα τριγλυκερίδια;

Τα τριγλυκερίδια παράγονται τόσο από το φυτικό όσο και από το ζωικό οργανισμό, με τη μορφή των ελαίων και λιπών. Γι' αυτό τα τριγλυκερίδια περιέχονται τόσο στη φυτική τροφή (κατά κύριο λόγο μέσα σε σπόρους και καρπούς), όσο και στην τροφή ζωικής προέλευσης (ζωικό λίπος, βούτυρο γάλακτος, συκώτι, αλλά και άλλα κρέατα και εντόσθια).

Στον άνθρωπο, τα τριγλυκερίδια συντίθενται, κατά κύριο λόγο, μέσα στα ηπατικά κύτταρα (δηλαδή μέσα στο συκώτι), καθώς και μέσα στα λιποκύτταρα, δηλαδή μέσα στα κύτταρα του λιπώδη ιστού του σώματος.

Από ποιες ουσίες παράγονται τα τριγλυκερίδια στον άνθρωπο:

- Από τα ίδια τα τριγλυκερίδια της τροφής είτε αυτά είναι φυτικής είτε είναι ζωικής προέλευσης
- Από τους υδατάνθρακες της τροφής
- Από τα λευκώματα

Το συμπέρασμα είναι ότι τριγλυκερίδια παράγονται στον οργανισμό με υλικά που προέρχονται και από τα τρία είδη των θρεπτικών ουσιών που περιλαμβάνονται στο διαιτολόγιό μας, εφόσον το ολικό ποσό των θερμίδων που προσλαμβάνονται με την τροφή υπερβαίνει το ποσό που απαιτείται για τις άμεσες ανάγκες του σώματος σε ενέργεια.

Αίτια αύξησης των τριγλυκεριδίων

Τα τριγλυκερίδια αυξάνονται σε παχύσαρκα άτομα, με την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ και απλών υδατανθράκων, και σε περιπτώσεις σακχαρώδους διαβήτη.

Πως ερμηνεύονται οι τιμές:

- Φυσιολογικά τριγλυκερίδια: <150mg/dL
- Οριακά υψηλά τριγλυκερίδια: 150-199mg/dL
- Υψηλά τριγλυκερίδια: 200-499mg/ dL
- Πολύ υψηλά τριγλυκερίδια: > 500 mg/dL

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Τα ηλικιωμένα άτομα συνήθως έχουν πολλά προβλήματα υγείας και η χρησιμοποίηση φαρμάκων είναι γεγονός της καθημερινής τους ζωής.

Οι υπερήλικες, σύμφωνα με μελέτες σε πολλές χώρες, φαίνεται ότι προτιμούν ανεπίσημα φάρμακα και γενικά μυστήρια.

Όταν ο άρρωστος χρησιμοποιήσει πολλά φάρμακα μαζί, η αντίδραση του οργανισμού σε αυτά μπορεί να είναι διαφορετική από την αναμενόμενη. Τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα από τη χρήση φαρμάκων μπορεί να είναι 2 ½ φορές πιο συχνά στα άτομα πάνω των 60 χρονών από τα άτομα μικρότερων ηλικιών. Οι γυναίκες είναι διπλάσια επιρρεπείς από τους άνδρες στις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Κάθε λοιπόν αλλαγή (βιολογική ή συμπεριφοράς) πρέπει να αξιολογείται από τη νοσηλεύτρια.

Η πυκνότητα ενός φαρμάκου στο πλάσμα του αίματος έχει σχέση με τη συγκέντρωσή του στο όργανο της δράσης του. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πυκνότητα ενός φαρμάκου στο πλάσμα είναι:

1. Η απορρόφηση: Οι αλλαγές που παρατηρούνται στο γαστρεντερικό σωλήνα κατά τη διεργασία της ενηλικίωσης περιορίζουν την απορρόφηση των φαρμάκων. Αυτές είναι: α) Αύξηση του pH στο γαστρικό υγρό. β) Μείωση της ροής του αίματος στον γαστρεντερικό σωλήνα. γ) Μείωση των κυττάρων του βλεννογόνου του γαστρεντερικού σωλήνα. δ) Μείωση κινητικότητας του γαστρεντερικού σωλήνα.
2. Η κατανομή: Με την ενηλικίωση ο ενεργητικός και λειτουργικός ιστός αντικαθίσταται από λίπος. Παρουσιάζεται η εξής εικόνα: Μειώνεται το ολικό σωματικό H₂O. Μειώνεται η μυϊκή μάζα. Αυξάνεται το σωματικό λίπος και μειώνονται τα λευκώματα του αίματος.
3. Η απέκκριση: Η μειωμένη ροή αίματος στα νεφρά των ηλικιωμένων και η μειωμένη σωληναριακή λειτουργία παρεμποδίζουν την απέκκριση πολλών φαρμάκων.
4. Ο μεταβολισμός: Στους ηλικιωμένους παρατηρείται μείωση της ηπατικής αιμάτωσης και της ηπατικής μάζας και ελάττωση της δραστηριότητας των ένζυμων με αποτέλεσμα να επιβραδύνεται ο μεταβολισμός των φαρμάκων, να παραμένουν στο αίμα σε υψηλά επίπεδα και να έχουν εντονότερη και μεγαλύτερη διάρκεια δράσης.

5. Η αλληλεπίδραση: Στα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζεται ελάττωση του αριθμού των ζώντων και δραστήριων κυττάρων. Το φαινόμενο αυτό δημιουργεί μερικά προβλήματα μεταξύ των οποίων και την ελάττωση της δραστηριότητας των διεγερτικών και υπερτίμηση της δραστηριότητας των κατασταλτικών φαρμάκων.
6. Οι δευτεροπαθείς αποκρίσεις. Όταν ένα φάρμακο χορηγείται για ένα συγκεκριμένο σκοπό συχνά ο οργανισμός αντιδρά διαφορετικά από αυτό που επιδιώκεται. Σκοπός της συμπεριφοράς αυτής είναι η διατήρηση της ομοιοστασίας. Συχνά όμως στα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζεται μεγαλύτερο το δευτερεύον αποτέλεσμα και μικρότερη η πρωτεύουσα δράση. Αυτό οφείλεται στην περιορισμένη ικανότητα του οργανισμού να ανταποκριθεί σε ορισμένες φυσιολογικές απαιτήσεις, όπως:
 - 6.1. Περιορισμένη προσαρμογή στην υψηλή και χαμηλή θερμοκρασία.
 - 6.2. Περιορισμένη ρύθμιση του επιπέδου του σακχάρου στο αίμα.
 - 6.3. Ανεπαρκής αποκατάσταση της οξεοβασικής ισορροπίας.
 - 6.4. Περιορισμένη ικανότητα να ανταποκριθεί σε καταστάσεις έντασης.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα πως τα ηλικιωμένα άτομα έχουν μειωμένη ανοχή στα φάρμακα.(Χριστοδούλου Γ.Ν., και συν.,2000)

Νοσηλευτική Αξιολόγηση

Η συνεχής αξιολόγηση του αρρώστου υπερήλικα που παίρνει φάρμακα αποτελεί βασική νοσηλευτική δραστηριότητα. Η πλήρης αξιολόγηση των παρενεργειών των φαρμάκων θα παίζει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη επιπλοκών και την εξακρίβωση του αρρώστου που διατρέχει κίνδυνο να παρουσιάσει ανεπιθύμητες αντιδράσεις από τη χρήση των φαρμάκων.

1. Πηγές πληροφοριών.
 - 1.1. Ο άρρωστος, η οικογένειά του, οι φίλοι και άλλα πρόσωπα που έχουν σημασία γι' αυτόν.
 - 1.2. Ο φάκελος προηγούμενης ιατρικής ή νοσοκομειακής περίθαλψης.
2. Νοσηλευτικό ιστορικό.
 - 2.1. διερεύνησε όλα τα φάρμακα που παίρνει ο άρρωστος και το σκοπό για τον οποίο τα χρησιμοποιεί.

- 2.2. Κάνε κατάλογο των φαρμάκων που παίρνει στον οποίο να αναφέρεται η δόση, ο χρόνος και η οδός χορήγησης.
 - 2.3. Ξεχώρισε τα φάρμακα που έπαιρνε στο παρελθόν, προσδιόρισε τους λόγους για τους οποίους τα διέκοψε και τυχόν ανεπιθύμητες αντιδράσεις που παρουσίασε σε κάποιο από αυτό.
 - 2.4. Την εντολή για όλα τα φάρμακα την έδωσε κάποιος γιατρός; Σε περίπτωση που περισσότεροι από ένας γιατρός έδωσαν εντολές για τα φάρμακα που παίρνει, ρώτησε τον άρρωστο, αν ο ένας γιατρός είχε πληροφορηθεί τι φάρμακα του είχε συστήσει ο άλλος. Τα ηλικιωμένα άτομα συχνά επισκέπτονται περισσότερους από ένα γιατρούς.
 - 2.5. Προσδιόρισε φαρμακευτικές αλλεργίες ή αλλεργίες από τροφές, ρουχισμό κ.ά. Εάν έχει συμβεί μια αλλεργική αντίδραση προσδιόρισε τι ακριβώς παρουσίασε ο άρρωστος π.χ. κνησμό, εξάνθημα, ερυθρότητα.
 - 2.6. Εκτίμησε τις γνώσεις του αρρώστου για τις ενέργειες και παρενέργειες των φαρμάκων που παίρνει.
 - 2.7. Έχει ο άρρωστος οικονομική δυνατότητα να προμηθεύεται τα φάρμακα; Έχει ανάγκη οικονομικής βοήθειας; Υπάρχει κοντά φαρμακείο που να προμηθεύεται τα φάρμακα;
 - 2.8. Προσδιόρισε εάν ο άρρωστος έχει κάποιο φυσικό περιορισμό που τον εμποδίζει ή τον δυσκολεύει να παίρνει τα φάρμακα. Π.χ. ελαττωμένη όραση.
 - 2.9. Προσδιόρισε εάν ο ηλικιωμένος έχει κάποιο μεταβολικό ή άλλο πρόβλημα από το πεπτικό, ουροποιητικό σύστημα που εμποδίζει την απορρόφηση, την κατανομή και την απέκκριση των λαμβανόμενων φαρμάκων.
 - 2.10. Προσδιόρισε εάν ο ηλικιωμένος έχει προβλήματα συμπεριφοράς που μπορεί να επιδεινωθούν από τα λαμβανόμενα φάρμακα.
3. Φυσική (κλινική) εξέταση.
 - 3.1. Διερεύνησε, εάν ο ηλικιωμένος παρουσιάζει σωματική ή άλλη εκδήλωση από ανεπιθύμητη ενέργεια των λαμβανόμενων φαρμάκων. Εάν, ναι κάνε ακριβή περιγραφή.
 - 3.2. Χρησιμοποίησε την επισκόπηση, επίκρουση, ψηλάφηση και ακρόαση για την εκτίμηση της αντίδρασης του υπερήλικα στο κάθε φάρμακο.
 - 3.3. Εκτίμησε τη βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου σε σχέση με τη δράση των λαμβανόμενων φαρμάκων.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Η νοσηλευτική παρέμβαση αποσκοπεί στη διακοπή, αν ενδείκνυται, της χρήσης των φαρμάκων ή στη μείωση της λαμβανόμενης δόσης, ή στον προγραμματισμό εξατομικευμένης διδασκαλίας και μάθησης που θα στηρίζεται στις ανάγκες του υπερήλικα σχετικά με τη φαρμακευτική του αγωγή.

Όταν ο υπερήλικας θα κάνει χρήση φαρμάκων η νοσηλεύτρια,

1. Ενημερώνει τον υπερήλικα, τόσο προφορικά όσο και γραπτά, για τη δόση και το χρόνο που θα λαμβάνει τα φάρμακα.
2. Εξηγεί το σκοπό για τον οποίο δίνεται το φάρμακο.
3. Εξηγεί πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων.
4. Βεβαιώνεται πως το όνομα του φαρμάκου και οι οδηγίες χρήσης είναι γραμμένα στην ετικέτα με μεγάλα γράμματα.
5. Κανονίζει το πρόγραμμα φαρμάκων να συμπίπτει με κανονικές δραστηριότητες του υπερήλικα
6. Ρυθμίζει κάποιο σύστημα ελέγχου.

Επίσης η νοσηλεύτρια αξιολογεί κατά διαστήματα την ορθή χρήση των φαρμάκων από τον υπερήλικα. Αυτό το επιτυγχάνει ως εξής:

1. Ζητάει από τον υπερήλικα να φέρει, στην άλλη επικοινωνία που θα έχει μαζί του, τα φάρμακα που παίρνει.
2. Μορφώνει γνώμη για τον υπερήλικα, εάν ακολουθεί τη φαρμακευτική αγωγή, εάν απέδωσε η χρήση των φαρμάκων, εάν παρουσίασαν παρενέργειες ή αλληλεπίδραση.

Ακόμη, θεωρείται απαραίτητη η υπογράμμιση των πιο κάτω:

- Βεβαιωθείτε ότι τα φάρμακα που παίρνει ο υπερήλικας είναι απαραίτητα.
- Μη ξεχνάτε πως πολλά προβλήματα της τρίτης ηλικίας ρυθμίζονται και χωρίς φάρμακα.
- Απαγορεύεται να χρησιμοποιούνται πολλά φάρμακα μαζί.
- Αν είναι δυνατόν τα φάρμακα να είναι μιας δόσης τη μέρα.
- Οι δόσεις των ηλικιωμένων είναι μικρότερες των συνήθων.
- Προτιμάτε τα φάρμακα σε διαλύματα.
- Γράφετε έξω από το δοχείο του κάθε φαρμάκου το όνομα και τις οδηγίες με μεγάλα γράμματα.

- Μην αλλάζετε ιδιοσκευάσματα του ίδιου φαρμάκου. Κάθε αλλαγή δημιουργεί σύγχυση.
- Τα δοχεία να ανοίγουν εύκολα.
- Οι ηλικιωμένοι να μην παίρνουν τα φάρμακα χωρίς γυαλιά και επαρκή φωτισμό.
- Πρέπει να υπάρχει κάποιος που να επιβλέπει τη θεραπεία, να προκαθορίζει και χωρίζει τις δόσεις.

Πίνακας Γ. Φάρμακα που συχνά χρησιμοποιούν τα ηλικιωμένα άτομα.

Φάρμακα	Πιθανές Ανεπιθύμητες Ενέργειες	Διδασκαλία – Ενημέρωση αρρώστου, περιβάλλοντος άμεσου
Ασπιρίνη	Πεπτικές διαταραχές. Δερματικές αντιδράσεις.	<ul style="list-style-type: none"> • Πολλά φάρμακα περιέχουν κ ασπιρίνη. Όταν ταυτόχρονα με τα φάρμακα αυτά ο άρρωστος παίρνει κ ασπιρίνη, τότε η δόση είναι πολύ μεγάλη. • Πρέπει να διαβάζεται η ετικέτα στην οποία αναφέρεται η σύνθεση του φαρμάκου. Προβλήματα υγείας μπορεί να επιδεινωθούν από την ασπιρίνη.
Βιταμίνη C	Περισσότερο από 1 gr μπορεί να προκαλέσει διάρροια ή καθίζηση ουρικού οξέος στα ούρα	<ul style="list-style-type: none"> • Δίδαξε στον άρρωστο τη σπουδαιότητα να μη λαμβάνει μεγάλες ποσότητες βιταμίνης C. • Ενημέρωσε τον άρρωστο ποιες τροφές

		περιέχουν βιταμίνη C.
Βιταμίνη D	Μεγάλες δόσεις μπορεί να προκαλέσουν υπερασβεσταιμία και νεφροτοξικότητα.	<ul style="list-style-type: none"> • Δίδαξε στον άρρωστο τα συμπτώματα της υπερασβεσταιμίας(αδυναμία, ναυτία, έμετοι, διάρροια). • Να τονιστεί στον άρρωστο να μη λαμβάνει μεγάλες δόσεις βιταμίνης D.
Φάρμακα που δρουν στο Μυοκάρδιο	Καρδιακή αρρυθμία, πονοκέφαλο, ίλιγγο, διαταραχές όρασης, δυσκολία προσανατολισμού, αδυναμία, ναυτία, έμετοι.	<ul style="list-style-type: none"> • Δίδαξε στον άρρωστο τις παρενέργειες, όπως αλλαγές στη συχνότητα των σφίξεων, ναυτία κ έμετοι. • Δώσε οδηγία στον άρρωστο να αναφέρει αμέσως παρενέργειες φαρμάκων στο γιατρό ή τη νοσηλεύτρια. • Δίδαξε στον άρρωστο πώς να μετράει τους σφυγμούς του.
Αντιπηκτικά	Μείωση του χρόνου προθρομβίνης του αίματος.	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωσε τον άρρωστο για την σπουδαιότητα των συχνών εργαστηριακών εξετάσεων, όπως τις καθόρισε ο γιατρός, για να ρυθμίζονται αναλόγως οι δόσεις των λαμβανόμενων φαρμάκων.

Αντιστηθαγικά	Μπορεί να προκαλέσουν ταχυκαρδία, υπόταση ανακοπή.	<ul style="list-style-type: none"> • Ο άρρωστος πρέπει να κατανοήσει τη σημασία που έχει να αναφέρει στο γιατρό όλα τα συμπτώματα που πιθανόν να παρουσιάσει.
Διουρητικά	Αυξημένη πιθανότητα ανύψωσης της στάθμης της ουρίας του αίματος ή ήπια μεταβολή ηλεκτρολυτών.	<ul style="list-style-type: none"> • Εκτίμησε τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. • Δίδαξε στον άρρωστο συμπτώματα υπερκαλιαιμίας (μυϊκή ατονία, άγχος, σπασμοί, ανακοπή) υπερνατριαιμίας (κατακράτηση υγρών, αύξηση βάρους, οιδήματα).
Αντικαταθλιπτικά	Μπορεί να κάνουν υπόταση.	<ul style="list-style-type: none"> • Παρακολούθησε συνεχώς την πίεση του αίματος του αρρώστου. • Ενημέρωσε τον άρρωστο για τα συμπτώματα της υπότασης. • Παρακολούθησε συνεχώς την ψυχική διάθεση του αρρώστου.
Υπνωτικά Ηρεμιστικά	Αυξημένη ευαισθησία Παραλήρημα Αποπροσανατολισμός Αμνησία	<ul style="list-style-type: none"> • Παρατήρησε τον άρρωστο για πιθανές παρενέργειες των υπνωτικών και

	Φόβος	<p>ηρεμιστικών φαρμάκων.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εκτίμησε αλλαγές συμπεριφοράς.
Ναρκωτικά	<p>Μεγάλη ευαισθησία(στη μορφίνη, γι' αυτό η δόση είναι η μισή από αυτή που χρησιμοποιείται σε μη υπερήλικες). Μπορεί να προκαλέσει αναπνευστικά προβλήματα , υπόταση, δυσκοιλιότητα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Δίδαξε στον άρρωστο να ενημερώσει το γιατρό, αν κάποτε είχε ανεπιθύμητη ενέργεια από χρήση ναρκωτικού.

πηγή: Joanne Kelleher Farley, McGraw – Hill Handbook of clinical Nursing, McGraw- Hill Co., New York 1979.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι παθήσεις του καρδιαγγειακού αποτελούν την πιο συχνή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στα ηλικιωμένα άτομα.

Εμπεριστατωμένες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η γήρανση επηρεάζει το καρδιακό μυοκάρδιο και τη λειτουργία του, ανεξάρτητα από την ύπαρξη συγκεκριμένης πάθησης. Έτσι παρατηρείται λιπώδης διήθηση, σκοτεινότερη απόχρωση και σκλήρυνση (διαταραχή της ενδοτικότητας).

Ακόμη το ποσόν του λίπους γύρω από την καρδιά αυξάνει, ενώ οι βαλβίδες παχύνονται, χάνουν από την ελαστικότητά τους σκληραίνουν και είναι δύσκαμπτες, όταν μάλιστα εναποτεθεί σε αυτές και ασβέστιο. Οι αλλοιώσεις αυτές διαταράσσουν τη φυσιολογική κινητικότητά τους και επηρεάζουν τη ροή δια των καρδιακών στομίων με αποτέλεσμα ανεπιθύμητες αιμοδυναμικές διαταραχές και φυσήματα. Το αμυλοειδές (μια πρωτεΐνη κατατριβής - φθοράς) ανευρίσκεται πιο συχνά στο

μυοκάρδιο (αμυλοείδωση) των γερόντων, πρωτοπαθώς ή δευτεροπαθώς και όταν επηρεάσει το αγωγό σύστημα του μυοκαρδίου, μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες.

Σημαντικό είναι ότι οι καρδιακές εφεδρείες μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας και η καρδιακή απόδοση (καρδιακή παροχή - ΚΠΟΑ) ελαττώνεται αρκετά. Αυτά, γίνονται αντιληπτά κυρίως σε καταστάσεις αυξημένων απαιτήσεων και εμφανίζεται η γνωστή ανεπάρκεια. Αναφέρεται ότι η μείωση της ισχύος της μυϊκής ίνας αρχίζει μετά τα 20 χρόνια με ρυθμό 0,85% το χρόνο.

Πέραν της ηλικίας των 60 χρόνων, παρατηρείται σημαντική ελάττωση του αριθμού των βηματοδωτικών κυττάρων του φλεβόκομβου με αποτέλεσμα στα 75 χρόνια ευρίσκεται μόνο το 10% των κυττάρων αυτών.

Η καρδιακή συχνότητα στις μεγάλες ηλικίες είναι γενικώς μειωμένη. Αυτό οφείλεται και στην αύξηση του τόνου του παρασυμπαθητικού και γίνεται πιο έκδηλη κατά την κόπωση και το stress, οπότε η συγκριτική (με τους νέους) αύξηση της καρδιακής συχνότητας είναι μειωμένη, παρά στο ότι διαπιστώνεται σημαντική αύξηση των κατεχολαμινών του ορού. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί με την άποψη ότι η μείωση της καρδιακής λειτουργίας με τη γήρανση δεν οφείλεται σε αδυναμία παραγωγής και απελευθέρωσης κατεχολαμινών, αλλά σε ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στόχων στις ορμόνες αυτές.

Η καρδιά του υπερήλικα σε τελική ανάλυση, δεν είναι ικανή να αυξήσει αρκετά τα επίπεδα φωσφορυλίωσης, η οποία σχετίζεται με τις ενεργειακές ανάγκες του κυττάρου και με τη διακίνηση των ιόντων ασβεστίου.

Η καρδιά και η λειτουργία της επηρεάζεται από τις αλλαγές στο αγγειακό σύστημα, διότι συνδέεται άμεσα με αυτό. Μειώνεται η ροή του αίματος στα στεφανιαία αγγεία. Στη μεγάλη ηλικία ελαττώνεται η ελαστικότητα του αρτηριακού τοιχώματος. Η ελάττωση αυτή φθάνει στο 50% στην ηλικία των 70 και οδηγεί σε επιμήκυνση και ελικοειδή εμφάνιση των αρτηριών. Η κατάσταση αυτή (αθηρωμάτωση) στις καρωτίδες, δίνει την εντόλωση ανευρίσματος (συχνά στις γυναίκες) και μπορεί να προκαλέσει παροδικά ισχαιμικά εγκεφαλικά επεισόδια. Η ανελαστικότητα και σκλήρυνση των αρτηριών αφ' ενός προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης και αφετέρου επιρρέπεια προς ορθοστατική υπόταση. Η τελευταία μάλιστα ενισχύεται από την συχνά συνυπάρχουσα φλεβική ανεπάρκεια των κάτω άκρων. Η αθηρωμάτωση των στεφανιαίων αρτηριών της καρδιάς, συνεπάγεται την στεφανιαία νόσο, που εκδηλώνεται με στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο θάνατο, κ.α.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες της στεφανιαίας νόσου (υπέρταση, κάπνισμα, υπερχοληστεριναιμία) σήμερα είναι αντικείμενο παγκοσμίου ενδιαφέροντος και προσπάθεια για την πρόληψή τους.

Η έρευνα έχει δείξει, ότι η αρτηριακή πίεση μετά την ενηλικίωση, μεταβάλλεται ομοιόμορφα σε άνδρες και γυναίκες. Η συστολική πίεση δείχνει να αυξάνεται γραμμικά μετά τα 30 χρόνια.

Πίνακας Δ. Επιπολασμός (%) της υπέρτασης, οριακής 140/90- 160/95 mm Hg και μόνιμης > 160 mm Hg ανά 5ετίες ηλικιών και φύλο. "Η Μελέτη των Αθηνών".

Ηλικία έτη	Άντρες		Γυναίκες	
	Οριακή <u>140/90</u> – <u>160/95</u> mm Hg	Μόνιμη > <u>160/95</u> mm Hg	Οριακή <u>140/90</u> – <u>160/95</u> mm Hg	Μόνιμη > <u>160/95</u> mm Hg
	%	%	%	%
30-34	4,9	2,2	2,4	2,4
40-44	6,1	7,8	8,5	3,5
50-54	19,7	17,4	20,7	17,5
60-64	33,6	23,8	31,0	30,3
65-69	40,9	27,6	34,4	43,5
70-74	37,1	37,1	31,7	47,7
75+	30,2	36,5	36,1	50,0

Πηγή: Δόντας Α., Η Τρίτη Ηλικία: Προβλήματα και Δυνατότητες, Αθήνα 1981.

Η διαστολική αυξάνεται λιγότερο, φτάνει σε μια μέγιστη τιμή στα 50 χρόνια για τους άνδρες και στα 60 χρόνια για τις γυναίκες και έπειτα μειώνεται ελαφρά και στα δύο φύλα με την πάροδο του χρόνου.

Πρόσφατες μελέτες φανερώνουν, ότι στην αύξηση της αρτηριακής πίεσης παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες. Αυτοί είναι γενετικοί, περιβαλλοντικοί, διαιτητικοί (αυξημένη πρόσληψη αλατιού), ψυχολογικοί κλπ.

Είναι σφαλερή η άποψη, ότι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης με την ηλικία είναι φυσιολογικό φαινόμενο και κατά συνέπεια δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται από το γιατρό. Βέβαια το ότι οι γέροντες ανέχονται καλύτερα την υπέρταση από τους

νεώτερους ή το ότι οι γυναίκες την ανέχονται καλύτερα από τους άνδρες, δεν πρέπει να μας αποπροσανατολίζουν.

Υπερτασικοί είναι περισσότεροι από 30% του πληθυσμού. Η φυσιολογική τιμή της αρτηριακής πίεσης είναι, για μεν την συστολική μέχρι 140 mm Hg και για δε τη διαστολική μέχρι 90 mm Hg.

Τα όρια συστολικής από 140 - 160 mm Hg προσδιορίζουν την οριακή υπέρταση, εφόσον βέβαια η μέτρηση γίνει τρεις φορές σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα (Πίνακας Δ).

Μακροχρόνιες μελέτες δείχνουν ότι η αντιυπερτασική αγωγή οδηγεί σε μείωση των θανάτων από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και στεφανιαία νόσο.

Πολλά ηλικιωμένα άτομα μετρούν μόνα τους στο σπίτι την αρτηριακή πίεση. Αυτό έχει πολλά πλεονεκτήματα, αλλά μπορεί να γίνουν και σφάλματα από κακή τεχνική.

Αναγκαίο είναι να γίνουν γνωστά στο περιβάλλον των γερόντων τα παρακάτω:

Χρειάζεται σφυγμομανόμετρο και στηθοσκόπιο. Πριν από κάθε μέτρηση να ελέγχεται η σωστή λειτουργία της συσκευής και η αρχή των μετρήσεων να είναι στο μηδέν. Το περιβραχιόνιο να είναι κενό αέρος και να περιτυλίγεται στο βραχίονα σχετικών σφικτά σε πλήρη επαφή με αυτόν, ενώ το κούμπωμά του να είναι σταθερό και το μήκος και το πλάτος ανάλογο της περιμέτρου του βραχίονα. Εάν ο αεροθάλαμος είναι κοντός (έχει μικρό μήκος) θα βρεθεί υψηλότερη αρτηριακή πίεση. Ψευδώς υψηλότερη αρτηριακή πίεση ανευρίσκεται και στους παχύσαρκους. Σ' αυτούς πρέπει ο αεροθάλαμος να έχει μήκος μέχρι 42 cm. Δυστυχώς στο εμπόριο υπάρχουν συνήθως μέχρι 23 cm και συνεπώς είναι απαραίτητο να τοποθετείται το κέντρο του αεροθαλάμου ακριβώς πάνω στην αρτηρία. Αλλά και το πλάτος του αεροθαλάμου οδηγεί σε σφάλματα εάν δεν είναι το πέπον (12 - 15 cm). Μικρό πλάτος (στενό) δίνει μεγαλύτερη της κανονικής αρτηριακή πίεση. Ακατάλληλη κένωση του αεροθαλάμου (ανισόχρονη ή πολύ γρήγορη) μπορεί να δώσει ψευδώς χαμηλότερη συστολική και υψηλότερη διαστολική πίεση. Επίσης εάν η κένωση είναι πολύ αργή ο άρρωστος ενοχλείται και πονάει με συνέπεια την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Το στηθοσκόπιο πρέπει να είναι καλής ποιότητας με καθαρά και καλοεφαρμοζόμενα στα αυτιά ακουστικά.

Η διαδικασία μέτρησης της πίεσης πρέπει να επαναληφθεί τουλάχιστον 3 φορές την ίδια στιγμή για να εξοικειωθεί το άτομο και ανά εβδομάδα περίπου για να γίνει

σωστή διάγνωση της υπέρτασης. Μια μέτρηση για τη διάγνωση δεν αρκεί, αλλά πολύ συχνή μέτρηση βλάπτει και δημιουργεί άγχος.

Δεν πρέπει να ξεχνά κανείς, ότι η πίεση σε κάθε άνθρωπο είναι μεταβαλλόμενη ανάλογα με την ώρα, τα γεύματα, το κάπνισμα, το άγχος, τη θερμοκρασία, τη διατροφή, την εποχή, κλπ.

Κατά κανόνα η χαμηλότερη πίεση παρατηρείται στον ύπνο και συνήθως τις πρωινές ώρες πριν από την αφύπνιση.

Η πίεση συνήθως μετριέται σε καθιστή θέση, αλλά σε άτομα που παίρνουν αντιυπερτασικά ή άλλα φάρμακα πρέπει να γίνεται μέτρηση σε ύπτια, καθιστή και όρθια θέση λόγω αναμενόμενων σημαντικών διαφορών.

Η θέση του βραχίονα πρέπει να είναι στο ύψος της καρδιάς. Κάτω από το επίπεδο αυτό δίνει μεγαλύτερη τιμή πίεσης, ενώ πάνω από αυτό μικρότερη τιμή. Τα ρούχα με στενά μανίκια, πρέπει να αφαιρούνται για να είναι το χέρι ελεύθερο από εμπόρια της κυκλοφορίας του αίματος κατά τη διάρκεια της μέτρησης.

Η συστολική πίεση, πρέπει να εκτιμάται και πριν τη χρήση του στηθοσκοπίου με την ψηλάφηση του σφυγμού. Τη στιγμή που διακόπτεται (χάνεται) ο σφυγμός, καθώς γεμίζουμε με αέρα τον αεροθάλαμο, η ένδειξη του σφυγμομανόμετρου αντιστοιχεί στη συστολική πίεση. Η τεχνική αυτή βοηθάει σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να γίνει σαφής ακρόαση (shock, άσκηση, κλπ). Η διαστολική πίεση για την μέτρησή της, απαιτεί οπωσδήποτε χρήση στηθοσκοπίου. Μετά την εκτίμησή της συστολικής πίεσης και καθώς συνεχίζει να κενώνεται ο αεροθάλαμος σε κάποια στιγμή οι ήχοι (κτύποι) αλλάζουν χροιά (πέφτει απότομα η ακροαστική ένταση). Το σημείο αυτό (φάση 4) κυρίως για τους ηλικιωμένους λαμβάνεται σαν να αντιστοιχεί στη διαστολική πίεση. Στη συνέχεια επακολουθεί η πλήρης εξαφάνιση των ήχων (φάση 5) που κατά πολλούς αντιστοιχεί στην πραγματική διαστολική πίεση.

Σημαντικό είναι, ότι στην αρχική εκτίμηση ενός υπερτασικού (κυρίως υπερήλικα) οι μετρήσεις πρέπει να γίνονται και στα δύο χέρια, διότι συχνά διάφοροι παράγοντες (ανατομικοί, αθηρωμάτωση) δημιουργούν διαφορετική πίεση σε κάθε βραχίονα. Ασφαλώς, σαν πραγματική πίεση λαμβάνεται η μεγαλύτερη μεταξύ των δύο.

Σχετικά με τη θεραπεία της υπέρτασης είναι γνωστό, ότι εκτός από την υγιεινοδιαιτητική αγωγή (αποφυγή αλατιού κλπ) και η φαρμακευτική θεραπεία (διουρητικά, β - αναστολείς όπως π.χ. Visken) εφαρμόζεται σχεδόν δια βίου. Γι' αυτό η συμπεριφορά του γιατρού, και των άλλων στελεχών υγείας, πρέπει να είναι τέτοια,

ώστε να βοηθήσουν τον άρρωστο να προσαρμοστεί στη χρόνια συνεργασία και θεραπεία.

Δεν πρέπει να διαφεύγει, ότι θεραπεύεται ο άρρωστος και όχι το νόσημα της πίεσης. Μερικές φορές το αντιυπερτασικό φάρμακο απαιτεί την πάροδο ημερών ή δύο - τριών εβδομάδων για να αποδώσει. Πρέπει λοιπόν να ενημερώνεται ο ασθενής για να μην άγχεται και αλλάζει μόνος του φάρμακα κάθε μέρα χωρίς αποτέλεσμα. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται να δίνεται στις παρενέργειες των αντιυπερτασικών φαρμάκων, διότι αν δεν προσεχθούν μπορεί να οδηγήσουν σε επικίνδυνες καταστάσεις του υπερήλικα.

Από την άλλη μεριά, μαζί με την υπέρταση και η αυξημένη χοληστερίνη του ορού του αίματος αποτελεί και αυτή σημαντικότατο προδιαθεσικό παράγοντα των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Η ελάττωση της θνητότητας από τα καρδιαγγειακά νοσήματα στις ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία και Ν. Ζηλανδία τα τελευταία 20 χρόνια, ενώ σε άλλες χώρες υπάρχει αύξηση, αποδίδεται στην πρόωμη και σωστή αντιμετώπιση της υπέρτασης και της υπερχοληστεριναιμίας. Στους παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα της χοληστερίνης στο αίμα περιλαμβάνονται το βάρος, το ύψος, η ποιότητα της διατροφής, η άσκηση, το φύλο, η κληρονομικότητα και η ηλικία.

Σύμφωνα με τη μελέτη του Framingham, η τιμή της ολικής χοληστερίνης στους άνδρες μετά την ηλικία των 45 χρόνων έχει την τάση να μην αυξάνεται, ενώ στις γυναίκες συνεχίζει να αυξάνεται μέχρι τα 70. Καθώς προχωράει η ηλικία οι γυναίκες τείνουν να έχουν υψηλότερη χοληστερίνη από τους άνδρες.

Σε όλες τις ηλικίες και κυρίως στην τρίτη ηλικία μεγάλη σημασία έχει η γνώση των λιποπρωτεϊνικών κλασμάτων. Το LDL (χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη) έχει άμεση σχέση με την ταχύτητα και βαρύτητα της αθηροσκλήρωσης (παράγων αθηρογενέσεως) και φαίνεται, ότι αυξάνει μεταξύ των ηλικιών 40 - 65 και κατόπιν βαθμιαία ελαττώνεται, ιδίως μετά τα 75.

Το HDL (υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνη) γνωστό και σαν α - λιποπρωτεΐνη, είναι προστατευτικός παράγων (προστατευτικό κλάσμα) για τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η παρουσία του σε ικανό ποσοστό, έχει πολύ ευνοϊκά αποτελέσματα.

Τα τριγλυκερίδια αυξάνουν στον άνδρα στη μέση και στην πρόωμη γεροντική ηλικία, ενώ στη γυναίκα ακολουθούν μια συνεχή βαθμιαία άνοδο καθώς προχωράει η ηλικία.

Η αθηροσκλήρωση δεν είναι πάθηση της ηλικίας με τη στενή έννοια του όρου. Βέβαια, η ηλικία συνοδεύεται από αλλαγές του τοιχώματος των αγγείων, οι οποίες όμως είναι "αθώας" εξέλιξης και δεν εμποδίζουν το άτομο από το να κάνει μια κανονική ζωή. (Δόντας Α., Αθήνα 1981)

Στις περισσότερες "πολιτισμένες" και βιομηχανικά αναπτυγμένες κοινωνίες, η **αθηροσκλήρωση** αρχίζει από την νεαρή ηλικία, κυρίως στους άνδρες και αυξάνει απειλητικά σε σοβαρό βαθμό στο διάστημα της ενήλικης ζωής. Παρατηρείται πρόωμη εμφάνιση αθηρωματικών πλακών (περιέχουν αρκετή LDL) στα στεφανιαία αγγεία της καρδιάς. Τέτοιες πλάκες βρέθηκαν στο 30% ατόμων ηλικίας 15 - 24 χρονών. Στην ηλικία των 35 - 44 το ποσοστό φθάνει το 85% και επιπλέον αρχίζει και εναπόθεση ασβεστίου (ασβέστωση) και πιθανόν κάποιου βαθμού στένωση του αυλού. Στην ηλικία 55 - 64, άνω του 60% των περιπτώσεων έχει αποδεδειγμένη ασβέστωση και 55% διαπιστωμένης στένωση. Με τα προαναφερθέντα, εύκολα γίνεται αντιληπτό γιατί στις αναπτυγμένες χώρες, άνω του 50% των θανάτων οφείλονται στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι θάνατοι από αυτά αυξάνουν και στη χώρα μας.

Απαιτείται λοιπόν σωστή διαιτητική τακτική (αποφυγή λιπαρών τροφών κλπ) και γενικά εφαρμογή των κανόνων της προληπτικής ιατρικής (ανίχνευση υπέρτασης, διακοπή καπνίσματος κλπ) για να αντιμετωπισθεί ο μεγάλος αυτός κίνδυνος. Είναι προφανές, ότι όλα αυτά τα μέτρα έχουν μεγαλύτερη αξία, όταν εφαρμόζονται από τη νεαρή ηλικία, αλλά και στην τρίτη ηλικία διατηρούν τη σπουδαιότητά τους και ανακουφίζουν τον οργανισμό.

Ένα άλλο καρδιακό πρόβλημα, που υπάρχει συχνά στην τρίτη ηλικία είναι η **καρδιακή ανεπάρκεια** με όλες τις διαβαθμίσεις της. Η χρόνια ιδιοπαθής υπέρταση και η ισχαιμική καρδιοπάθεια διεκδικούν σημαντικό μερίδιο (50%) στην αιτιολογία της καταστάσεως αυτής. Ενδιαφέρον είναι, ότι στους γηριατρικούς ασθενείς τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας φαίνονται συχνά, ως μη προερχόμενα από την καρδιά και έτσι αποπροσανατολίζουν. Έτσι εκτός από τη δύσπνοια στην προσπάθεια την νυκτερινή παροξυσμική δύσπνοια και τα περιφερικά οιδήματα, ιδιαίτερης προσοχής πρέπει να τύχουν και τα εξής: η συρίττουσα αναπνοή, η ανεξήγητη σύγχυση, η αϋπνία, η ανησυχία, η περίεργη κόπωση, οι έμετοι και το οίδημα στην οσφυϊκή χώρα σε κατακεκλημένους υπερήλικες. Η λόγω της ανεπάρκειας μειωμένη καρδιακή παροχή επηρεάζει και υποδύεται νεφρική ή γαστρεντερική πάθηση. Σε παραμελημένους υπερήλικες μπορεί η πρώτη εκδήλωση

της καρδιακής ανεπάρκειας που θα τους φέρει σε επαφή με το γιατρό να είναι το οξύ πνευμονικό οίδημα.

Τα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση (π.χ. διουρητικά - καρδιοτονωτικά κλπ) της καρδιακής ανεπάρκειας πρέπει να χορηγούνται ή να διακόπτονται μόνο με εντολή του γιατρού. Συχνό είναι το φαινόμενο κατά το οποίο οι γέροντες που λαμβάνουν τα φάρμακα αυτά επειδή αισθάνονται ότι "πηγαίνουν καλά" τα διακόπτουν αυτοβούλως με καταστρεπτικά βεβαίως αποτελέσματα. Άλλο πρόβλημα από τα παραπάνω φάρμακα είναι η σχετικά εύκολη ανάπτυξη τοξικότητας ή παρενεργειών, γι' αυτό απαιτείται τακτική παρακολούθηση.

Οι υπερήλικες συχνά παρουσιάζουν διαταραχές του καρδιακού ρυθμού. Μαζί με τις έκτακτες κοιλιακές (20%) και κολπικές (10%) συστολές, αρκετά συχνή είναι και η κολπική μαρμαρυγή (18%).

Συνηθέστερα, οι έκτακτες συστολές δεν υποδηλούν πάθηση της καρδιάς, αλλά σε άλλες περιπτώσεις (σπανιότερα) μπορεί να είναι η πρώτη εκδήλωση κάποιας καρδιακής πάθησης. Εάν δεν συμβαίνει το τελευταίο και ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός θεραπεία δεν απαιτείται. Στην περίπτωση των κοιλιακών έκτακτων συστολών, θα χορηγηθούν φάρμακα, μόνο εάν οι συστολές είναι πολυεστιακές με συχνότητα 8 ανά λεπτό ή υπάρχει στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια ή (R on T) φαινόμενο. Βεβαίως σε κάθε περίπτωση εκτάκτων συστολών πρέπει να αποκλεισθούν η υποξία, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ο τοξικός δακτυλιδισμός, ο πυρετός και οι διαταραχές της αρτηριακής πίεσης. Η υποξία είναι συχνή σε χρόνιες πνευμονοπάθειες.

Στην περίπτωση της **κολπικής μαρμαρυγής** (απόλυτη αρρυθμία) στο ηλεκτροκαρδιογράφημα φαίνονται (καλύτερα στην απαγωγή V_1) μαρμαρυγικά κύματα και τα συμπτώματα εξαρτώνται από το βαθμό της κοιλιακής ανταποκρίσεως. Εάν ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός και η κοιλιακή συχνότης δεν ξεπερνά τις 60-80 συστολές ανά λεπτό δεν απαιτείται θεραπεία. Στις άλλες περιπτώσεις δίδονται φάρμακα (δακτυλίτιδα κλπ) μέχρι να επιτευχθεί ικανοποιητική συχνότητα και να γίνει η αρρυθμία ανεκτή από τον ασθενή. Η επιτυχία της θεραπείας, μπορεί να ελέγχεται από τον ίδιο τον άρρωστο, με το να μετράει κάθε πρωί τις σφίξεις του στο λεπτό. Ανάταξη της αρρυθμίας σπάνια επιτυγχάνει.

Συχνές **αρρυθμίες** στην τρίτη ηλικία είναι η παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία και ο κολπικός πτερυγισμός, το σύνδρομο νοσούντος φλεβόκομβου (Sick

Sinus Syndrome) και οι διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας (1^{ου}, 2^{ου}, 3^{ου} βαθμού αποκλεισμός, κλπ).

Στο **σύνδρομο νοσούντος φλεβόκομβου** μπορεί να παρατηρείται εναλλαγή βραδυκαρδίας - ταχυκαρδίας και συνυπάρχουν ποικίλα συμπτώματα ακόμη δε και συγκοπτικά επεισόδια. Η συσκευή HOLTTER συμβάλλει τα μέγιστα στη διάγνωση και διευκρίνιση των παραπάνω αρρυθμιών (24ωρη καταγραφή του ΗΚΓραφήματος), εκτός από το απλό ηλεκτροκαρδιογράφημα ηρεμίας.

Για την αντιμετώπιση του πλήρους κολποκοιλιακού αποκλεισμού (3^{ου} βαθμού αποκλεισμός) και του συνδρόμου νοσούντος φλεβόκομβου, συχνότατα τοποθετείται μόνιμος βηματοδότης της καρδιάς.

Η σύγχρονη καρδιολογία συνιστά βηματοδότηση και για την αντιμετώπιση ποικίλων αρρυθμιών ανθεκτικών στα φάρμακα. Σήμερα υπάρχουν πολλοί βελτιωμένοι βηματοδότες και διάφοροι τύποι, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε αρρώστου. Η ύπαρξη βηματοδότη πρέπει να γνωστοποιείται από τον ίδιο τον άρρωστο ή από το περιβάλλον του στο γιατρό ή την νοσηλεύτρια έτσι ώστε να διευκολύνεται η αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων.

Η **Στεφανιαία νόσος** κατέχει ασφαλώς τη μερίδα του λέοντος μεταξύ των παθήσεων του καρδιαγγειακού στην τρίτη ηλικία. Χρήσιμο είναι να αναφερθεί ότι η μειωμένη φυσική (σωματική) δραστηριότητα των υπερηλίκων, ελαττώνει κατά πολύ τη συχνότητα εκδήλωσης στηθάγχης, ενώ υπάρχει το υπόστρωμα της στεφανιαίας νόσου. Στις περιπτώσεις δε που υπάρχει στηθαγγικό άλγος, αυτό μπορεί να αντανακλά στον αυχένα, στα χέρια ή στους ώμους και συνεπώς υπάρχει ο κίνδυνος να αποδοθεί σε αρθρίτιδα ή άλλα σκελετικά αίτια. Η κατάσταση δε, περιπλέκεται ακόμη περισσότερο, όταν υπολογισθεί, ότι σε σημαντικό ποσοστό συνυπάρχει στους υπερήλικες ο στηθαγγικός με τους σκελετικούς πόνους. Διαγνωστική δοκιμασία κοπώσεως συχνά δεν γίνεται, λόγω περιφερικής αγγειοπάθειας, αρθρίτιδας ή νευρομυϊκής αδυναμίας. Απαραίτητα λοιπόν οι αρρυθμίες, η επιγαστρική δυσφορία, η ανεξήγητη σύγχυση, η ζάλη ή τα συγκοπτικά επεισόδια πρέπει να εξετάζονται και προς την κατεύθυνση της στεφανιαίας νόσου (στηθάγχη ή οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου).

Σχετικά με τις **βαλβιδοπάθειες** της καρδιάς, πρέπει να αναφερθεί, ότι η αιτιολογία τους μπορεί να είναι: α) συγγενής, β) επίκτητη (π.χ. ρευματική, σκλήρυνση και ασβέστωση, κλπ).

Η **αορτική στένωση** μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματική για 10 - 20 χρόνια και μόνο στα τελικά στάδια προκαλεί στηθάγχη, δύσπνοια, καρδιακή ανεπάρκεια ή συγκοπτικά επεισόδια και αν δεν γίνει εγχείρηση, η μέση επιβίωση είναι από τη στιγμή εκείνη 2 - 5 χρόνια.

Το φύσημα της αορτικής στένωσης μεταδίδεται προς τις καρωτίδες και είναι τύπου εξωθήσεως - μεσοσυστολικό. Στους ηλικιωμένους μπορεί να ακούγεται στην κορυφή της καρδιάς και μερικές φορές συγχέεται με εκείνο της ανεπάρκειας μιτροειδούς.

Η **αορτική ανεπάρκεια** μπορεί να είναι ασυμπτωματική για 10 - 50 χρόνια, ενώ η μη ρευματική ανεπάρκεια της μιτροειδούς είναι συνήθης στους ηλικιωμένους, λόγω διάτασης του μιτροειδικού δακτυλίου κλπ.

Η **μιτροειδική στένωση** είναι συνήθως αποτέλεσμα ρευματικού πυρετού και γίνεται ικανοποιητικά ανεκτή στη μεγάλη ηλικία. Επειδή όμως συχνά συνοδεύεται από κολπική μαρμαρυγή πρέπει να ελέγχεται και η λειτουργία του θυρεοειδούς για το ενδεχόμενο λανθάνοντος υπερθυρεοειδισμού, ο οποίος προκαλεί συχνά και την αρρυθμία αυτή.

Για τη χειρουργική αντιμετώπιση οποιασδήποτε πάθησης της καρδιάς (στεφανιαία νόσο - βαλβιδοπάθειες) λαμβάνεται υπόψη η κατάσταση του αρρώστου από βιολογικής πλευράς σε συνδυασμό με την ηλικία. Στις προχωρημένες αρκετά ηλικίες, οι εγχειρήσεις αποφεύγονται ή γίνονται με δισταγμό.

Η εκτεταμένη αθηροσκλήρωση στις μεγάλες αρτηρίες με την πάροδο του χρόνου, μπορεί να οδηγήσει στο σχηματισμό ανευρύσματος (π.χ. ανεύρυσμα θωρακικής ή κοιλιακής αορτής) σε εκδήλωση του συνδρόμου της διαλείπουσας χωλότητας ή σε απόφραξη της μεσεντερίου κλπ.

Το **αορτικό ανεύρυσμα** παραμένει ασυμπτωματικό για αρκετό καιρό, μέχρι να ραγεί, οπότε ο θάνατος είναι σχεδόν άμεσος. Σημαντικό είναι, ότι το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής κατά την ψηλάφηση δίνει την εντύπωση σφύζουσας μάζας. Η αντιμετώπιση ασφαλώς είναι χειρουργική. Στην περίπτωση της διαλείπουσας χωλότητας που οφείλεται σε στενωτικές αθηρωματικές βλάβες των περιφερικών αρτηριών (από τον διχασμό της αορτής και παρακάτω) συνιστάται διακοπή του καπνίσματος, διότι έτσι μπορεί να επιτευχθεί τέτοια βελτίωση, που να αναβάλλει ακόμη και την εγχειρητική θεραπεία για πολύ χρόνο.

Στους υπερήλικες οι φλέβες χάνουν τη μικρού βαθμού ελαστικότητα τους και οι βαλβίδες τους γίνονται ανεπαρκείς. Αυτή η κατάσταση σε συνδυασμό με τη μειωμένη

χρησιμοποίηση των μυών των άκρων, προκαλεί συχνά φλεβική ανεπάρκεια και κίρσους. Εάν προστεθεί ο παρατεταμένος κλινοστατισμός των γερόντων, η μειωμένη καρδιακή παροχή και ασθενική κυκλοφορία, τότε εξηγείται η συχνά αυξημένη πηκτικότητα του αίματος και θρόμβωση στις φλέβες που οδηγεί στην γνωστή θρομβοφλεβίτιδα, η οποία μπορεί να επιφέρει πνευμονική εμβολή με σοβαρές επιπτώσεις για τη ζωή των ατόμων αυτών. (Μίχου Τ., Αθήνα 1993)

Στηθάγχη

Η στηθάγχη είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από πόνο, που είναι αποτέλεσμα ανεπαρκούς αιματικής ροής και μυοκαρδιακής υποξίας.

Προκαλείται συνήθως από καρδιακή νόσο, μπορεί όμως να οφείλεται και σε μεγάλο βαθμού στένωση ή ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας, υπερθυρεοειδισμό, αναιμία και ταχυκαρδία.

Για τη νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου με στηθάγχη:

1. Συγκεντρώνονται πληροφορίες:
 - 1.1. Από τον άρρωστο για την φύση του προκάρδιου πόνου, τους παράγοντες που τον προκαλούν, εάν και πως ανακουφίζεται από αυτόν.
 - 1.2. Από τους συγγενείς ή φίλους του αρρώστου.
 - 1.3. Από το φάκελο υγείας του (εάν έχει).
2. Λαμβάνεται ατομικό και οικογενειακό ιστορικό υγείας και το κοινωνικό του ιστορικό.
3. Γίνεται φυσική εξέταση.
4. Γίνεται εργαστηριακός έλεγχος όπως ΗΚΓ και στεφανιογραφία.
 1. Ιστορικό υγείας
 - Ηλικία και φύλο. Στους άνδρες, το μέγιστο εμφάνισης βρίσκεται ανάμεσα στα 40 -50 χρόνια της ηλικίας και στις γυναίκες ανάμεσα στα 60 – 70 χρόνια.
 - Επάγγελμα, stress και συγκινησιακοί παράγοντες μπορεί να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση επεισοδίων στηθάγχη.
 - Μπορεί επίσης να παίζει ρόλο στην εμφάνιση επεισοδίων στηθάγχη είναι η συγκίνηση, κόπωση, μεγάλο γεύμα και έκθεση σε κρύο.

- Τρόπος αντιμετώπισης τα :Φάρμακα.
- Παθολογικές καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν υπερλιπιδαιμία.
- Κάπνισμα και τρόπος ζωής.
- Προτιμήσεις στη διαίτα (πολλά κορεσμένα λίπη).
- Φυσική δραστηριότητα.
- Οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης.

Ο πόνος της στηθάγχης έχει τα παρακάτω χαρακτηριστικά.

- Εντόπιση: πίσω από το μέσο ή το άνω τρίτο του στέρνου βαθιά στο θώρακα.
- Ακτινοβολία: συνήθως ακτινοβολεί στον τράχηλο, την κάτω γνάθο, τους ώμους και τα άνω άκρα. Συχνά μπορεί να περιορίζεται μόνο οπισθοστερνικά.
- Χαρακτήρας: δημιουργεί αίσθημα σφιξίματος, πνιγμού και στραγγαλισμού.
 - Μπορεί να είναι ήπιος ή οξύς.
 - Μπορεί να προκαλέσει αίσθημα αδυναμίας στα άνω άκρα.
 - Συνοδεύεται από μεγάλη αγωνία και αίσθημα επικείμενου θανάτου.
- Διάρκεια: συνήθως διαρκεί μερικά λεπτά και παρέρχεται από ανάπαυση. Πόνος που διαρκεί πάνω από 20 – 30 λεπτά είναι ύποπτος εμφράγματος του μυοκαρδίου.

2. Φυσική εκτίμηση

α. Θερμοκρασία: Δεν σημειώνει άνοδο στη στηθάγχη.

β. Αρτηριακή πίεση και σφυγμός: Πριν και μετά τη διάρκεια της κρίσης ο σφυγμός και η αρτηριακή πίεση συνήθως αυξάνονται. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, μπορεί να πέσουν πολύ.

3. Διαγνωστικές εξετάσεις

α. Το ΗΚΓ είναι φυσιολογικό, εκτός αν γίνει η λήψη κατά τη διάρκεια στηθαγικής κρίσης, οπότε μπορεί να δείξει ισχαιμικές μεταβολές .

β. Στεφανιαίο αγγειοκαρδιογράφημα. Δείχνει την κατάσταση των στεφανιαίων αρτηριών.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Πόνος που έχει σχέση με μυοκαρδιακή ισχαιμία.
2. Αγωνία που έχει σχέση με φόβο θανάτου.
3. Χρονιότητα της κατάστασης.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. Παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην ανακούφιση του πόνου είναι:
 - 1.1. Ο άρρωστος διακόπτει κάθε δραστηριότητα και κάθεται μέχρι να περάσει ο πόνος.
 - 1.2. Ο άρρωστος παίρνει υπογλωσσίως νιτρογλυκερίνη, αμέσως μόλις αρχίσει ο πόνος. Επαναλαμβάνεται η λήψη του φαρμάκου κάθε 5- 10 λεπτά. Μετά τη λήψη του φαρμάκου ο άρρωστος ενημερώνεται για την πιθανότητα να έχει πονοκέφαλο.
2. Παρεμβάσεις που αποβλέπουν στην πρόληψη του πόνου είναι:
 - 2.1. Αγχώδη άτομα βοηθούνται από ψυχίατρο για τη μείωση του άγχους.
 - 2.2. Απώλεια βάρους σώματος σε παχύσαρκα άτομα.
 - 2.3. Εφαρμογή προγράμματος άσκησης.
 - 2.4. Χορηγούνται με ιατρική οδηγία, νιτρώδη μακράς δράσης.
 - 2.5. Αποφεύγονται μεγάλα και δύσπεπτα γεύματα.
 - 2.6. Αποφεύγεται η έντονη προσπάθεια και η μεγάλη κόπωση.
 - 2.7. Μείωση αναγκών μυοκαρδίου σε οξυγόνο με τη χορήγηση σχετικών φαρμάκων.
 - 2.8. Ηρεμιστικά και αντικαταθλιπτικά φάρμακα βοηθούν στη μείωση της συχνότητας και της σοβαρότητας της κρίσης.
 - 2.9. Βοήθεια του αρρώστου να αποδεχθεί την εγχείρηση, εάν χρειάζεται να γίνει, προετοιμασία και μετεγχειρητική φροντίδα σε εγχείρηση στεφανιαίων bypass.(Σαχίνη Α., και συν., Αθήνα 2004)

Έμφραγμα Μυοκαρδίου

Το έμφραγμα μυοκαρδίου είναι ισχαιμική νέκρωση μιας εντοπισμένης περιοχής του μυοκαρδίου, που οφείλεται σε απότομη απόφραξη κλάδου της

στεφανιαίας αρτηρίας εξαιτίας σχηματισμού θρόμβου ή υπενδοθηλιακής αιμορραγίας σε σημείο αθηρωματικής στένωσης .

Σπανιότερα ,η απόφραξη οφείλεται σε υπερπλασία των ενδοθηλιακών πλακών ή σε αιμορραγία μέσα στην ίδια την πλάκα. Έμφραγμα μπορεί να συμβεί και όταν δεν υπάρχει τέλεια απόφραξη ,αν η στεφανιαία αιματική ροή μειωθεί παροδικά ,όπως σε μετεγχειρητικό ή τραυματικό shock ή σε γαστρεντερική αιμορραγία ή σε υπέρταση οποιασδήποτε αιτιολογίας. Σπάνια, είναι δυνατό να προκαλέσουν έμφραγμα ο εμβολικός αποκλεισμός, η συφιλιδική αορτίτιδα και η οξεία αγγειίτιδα.

Η θρόμβωση συμβαίνει συχνότερα στον πρόσθιο κατιόντα κλάδο της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας.

Ο πόνος του εμφράγματος μπορεί να εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια ανάπαυσης ή δραστηριότητας. Είναι όμοιος με εκείνον της στηθάγχης όσον αφορά την εντόπιση και την ακτινοβολία. Είναι όμως πιο έντονος, δεν υποχωρεί με την ανάπαυση και την λήψη αγγειοδιασταλτικών και αυξάνεται σε ένταση γρήγορα ή κατά κύματα μέχρι το μέγιστο σημείο. Διαρκεί για ώρες, αν δεν αντιμετωπιστεί με χορήγηση ναρκωτικών.

Σκοπός της φροντίδας:

Άμεσοι: Αντιμετώπιση συμπτωμάτων, Διόρθωση ανισοζυγίων και ανάταξη shock και οξέος πνευμονικού οιδήματος, Πρόληψη ,έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών, Μείωση καρδιακού έργου και παραγόντων που το εμποδίζουν. Παραγωγή επούλωσης της νεκρωμένης περιοχής.

Μακροπρόθεσμοι: Πλήρης αποκατάσταση αρρώστου, Ετοιμασία αρρώστου για συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα, που θα συνεχίσει στο σπίτι, και με το νέο τρόπο ζωής, Αναχαίτιση διεργασίας αθηροσκλήρωσης.

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Εισαγωγή αρρώστου σε μονάδα οξέων εμφραγμάτων και σύνδεσή του με μόνιτορ. Φλεβοκέντηση για εξασφάλιση φλεβικής γραμμής και έναρξη βραδείας ενδοφλέβιας χορήγησης.
2. Συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου μέσω μόνιτορ για έγκαιρη διαπίστωση αρρυθμιών ,ειδικά έκτατων κοιλιακών συστολών που προμηνύουν κοιλιακή ταχυκαρδία και κοιλιακή μαρμαρυγή.
3. Συνεχής εκτίμηση περιφερικής αιματικής άρδευσης των ιστών
4. Προετοιμασία αρρώστου για θρομβολυτική θεραπεία ,αν γίνει, και φροντίδα κατά τη διάρκεια της.
5. Χρησιμοποίηση συνεχούς αιμοδυναμικής καταγραφής
6. Ο άρρωστος σε πλήρη θεραπευτική ανάπαυση για μείωση του έργου της καρδιάς στο κατώτερο δυνατό επίπεδο
7. Χορήγηση οξυγόνου με ρινική κάνουλα ή μάσκα .Μπορεί να ελαττώσει την συχνότητα εμφάνισης αρρυθμιών ,γιατί καθιστά το μυοκάρδιο λιγότερο διεγέρσιμο , με μείωση της υποξίας του. Ακόμα για το ίδιο λόγο, μειώνει τον πόνο.
8. Απαλλαγή του αρρώστου από πόνο και αγωνία.
9. Δίαιτα ανάλογα με την κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος του αρρώστου.
10. Εξατομίκευση δραστηριότητας
11. Λήψη μέτρων για πρόληψη ,έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών
12. Ετοιμασία του αρρώστου για χειρουργική επέμβαση μυοκαρδιακής επαναγγείωσης ,αν ενδείκνυται.
13. Σχεδιασμός ,οργάνωση και εφαρμογή προγράμματος διδασκαλίας του αρρώστου. (Βαρώνος Δ., Αθήνα 1981)

Μυοκαρδίτιδα

Η μυοκαρδίτιδα είναι η φλεγμονώδης διεργασία του μυοκαρδίου, που προκαλείται από νόσους που οφείλονται σε βακτηρίδια, ιούς, ρικέτσιες και παράσιτα. Συχνά προκαλείται δευτεροπαθώς από ενδοκαρδίτιδα και περικαρδίτιδα. Μπορεί να προκαλέσει καρδιακή διαστολή, τοιχωματικούς θρόμβους, διήθηση έμμορφων στοιχείων του αίματος γύρω από τα στεφανιαία αγγεία και ανάμεσα στις μυϊκές ίνες και εκφύλιση των μυϊκών ινών. Τα συμπτώματα της οξείας μυοκαρδίτιδας εξαρτώνται από τον τύπο λοίμωξης, το βαθμό μυοκαρδιακής βλάβης και την δυνατότητα του μυοκαρδίου να αναρρώσει

Σκοποί της φροντίδας:

1. Μείωση έργου καρδιάς για επούλωση και προστασία της.
2. Βοήθεια καρδιάς στο έργο της ,αντιμετώπιση αρρυθμιών.
3. Θεραπεία γενικών λοιμώξεων, αν η μυοκαρδίτιδα οφείλεται σ' αυτές
4. Διόρθωση κάθε ανισοζυγίου
5. Βοήθεια του αρρώστου να ζήσει φυσιολογικά

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Ειδική θεραπεία για υποκειμενική αιτία
2. Πλήρης θεραπευτική ανάπαυση για μείωση καρδιακού ρυθμού ,όγκου παλμού ,πίεσης αίματος και καρδιακής συστολής.
3. Θεραπεία συμπτωμάτων συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας
4. Παρακολούθηση για ενδείξεις εμβολικών φαινομένων
5. Βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την νόσο.(Burnside I., New York 1976)

Περικαρδίτιδα

Ονομάζεται η φλεγμονή του περικαρδίου ,του ινώδους σάκου που περιβάλλει την καρδιά και τις ρίζες των μεγάλων αγγείων που ξεκινούν ή καταλήγουν σ' αυτήν. Κλινικά διακρίνεται σε οξεία, που μπορεί να είναι ξηρή και υγρή και σε χρόνια συμπιεστική ή συμφιτική. Οι πιθανές κλινικές εκδηλώσεις είναι: πόνος, περικαρδιακός ήχος τριβής ,που οφείλεται στην τριβή των φλεγμαινόντων πετάλων του περικαρδίου και ακούγεται σε όλες τις φάσεις του καρδιακού κύκλου ,δύσπνοια που μπορεί να φθάσει μέχρι ορθόπνοια και οφείλεται στην πίεση των πνευμόνων από

το διατεταμένο περικαρδιακό σάκο και στην πνευμονική συμφόρηση που προκαλείται κυρίως σε καρδιακό επιπωματισμό. Καρδιακός επιπωματισμός δημιουργείται όταν το υγρό αθροίζεται γρήγορα στο περικαρδιακό σάκο και εμποδίζει την ομαλή πλήρωση των κοιλιών

Σκοποί της φροντίδας:

1. Απαλλαγή από τα συμπτώματα και διόρθωση ανισοζυγίων
2. Θεραπεία υποκειμενικής συστηματικής νόσου
3. Υποβοήθηση του καρδιακού έργου
4. Πρόληψη επιπλοκών

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Μείωση της δυσχέρειας
2. Θεραπεία υποκειμενικής νόσου
3. Πρόληψη και αντιμετώπιση επιπλοκών
4. Διδασκαλία αρρώστου(Χρυσάνθης, και συν., Αθήνα 2000)

ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μεταβολές στις περιφερικές αντιστάσεις είναι η πιο σημαντική αιτία υπέρτασης στους ηλικιωμένους. Αν και πολύ κοινή στους ηλικιωμένους, η υπέρταση δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο του γήρατος, αλλά μάλλον να αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα υγείας που απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία. Η μακροχρόνια υπέρταση μπορεί να είναι επικίνδυνη για τον ηλικιωμένο άρρωστο.

Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν:

1. Διαταραχή κυκλοφορίας του αίματος στους νεφρούς. Αυτή οδηγεί σε ισχαιμία του νεφρικού ιστού, που με τη σειρά του εκκρίνει ρενίνη, η οποία συμβάλλει στο σχηματισμό αγγειοτασίνης, που αυξάνει τη σύσπαση των αρτηριδίων.
2. Αύξηση του έργου της καρδιάς, καθώς η αριστερή κοιλία υποχρεώνεται να εργαστεί πιο σκληρά για να αντιμετωπίσει τη μειωμένη θρέψη και οξυγόνωση του μυοκαρδίου.
3. Εγκεφαλική αιμορραγία ή θρόμβωση.

Προβλήματα του αρρώστου:

1. Κακή κυκλοφορία οξυγόνου
2. Κίνδυνοι επιπλοκών
3. Κίνδυνοι από ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμακευτικής θεραπείας
4. Κίνδυνοι από αποσυντονισμό, εξαιτίας κακής λειτουργίας του εγκεφάλου
5. Κακή λειτουργία νεφρών

Ο σκοπός της φροντίδας είναι:

- Να βελτιώσει την αιματική άρδευση των ιστών
- Η υποβοήθηση του έργου της καρδιάς
- Πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών
- Βοήθεια για συμμόρφωση του αρρώστου με το θεραπευτικό σχήμα

Ο νοσηλευτής θα πρέπει :

1. Να εξηγήσει αργά και προσεκτικά στον άρρωστο την φύση της υπέρτασης και των συγκινησιακών εκρήξεων που συμβαίνουν εξαιτίας της. Απάντηση σ ' όλες τις ερωτήσεις του αρρώστου.
2. Προσπάθεια να διατηρηθεί η ανεξαρτησία του αρρώστου
3. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να αναγνωρίζει τις εκδηλώσεις υπέρτασης και ενθάρρυνση του να αποφεύγει τις καταστάσεις που δημιουργούν STRESS
4. Παροχή θρεπτικής συμβουλευτικής που αφορά μείωση του βάρους του σώματος και περιορισμός του νατρίου της δίαιτας
5. Αποφυγή αφυδάτωσης αν χορηγούνται διουρητικά. Διδασκαλία σημείων υδατοηλεκτρολυτικής διαταραχής
6. Εξήγηση φύσης πονοκεφάλων. Διδασκαλία μέτρων για την αντιμετώπιση ρινορραγίας: θέση fowler , αναπνοή από το στόμα, πίεση της μύτης. Μετά από επεισόδιο ρινορραγίας είναι απαραίτητη η εξέταση του αρρώστου από τον γιατρό.
7. Αν η αιμορραγία είναι μεγάλη προσδιορισμός αιματοκρίτη, αιμοσφαιρίνης.
8. Σημείωση επεισοδίων πονοκεφάλου και αν αυτός υποχωρεί με ανάπαυση και φαρμακευτική θεραπεία.

9. Πλήρης ενημέρωση αρρώστου για την δράση και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιυπερτασικών φαρμάκων. Έμφαση στην ανάγκη να συμμορφώνεται με το σχήμα , ακόμα και αν δεν υπάρχουν κλινικά συμπτώματα υπέρτασης.
10. Σχεδιασμός προγράμματος άσκησης, αμέσως μετά τον έλεγχο της υπέρτασης, που στηρίζεται στα ενδιαφέροντα και τις ικανότητες του αρρώστου. Οι ασκήσεις μπορούν να περιλαμβάνουν βαδισή, κολύμβηση, ποδηλασία, γκολφ κα .
11. Σχεδιασμός περιόδων ανάπαυσης κατά την διάρκεια της ημέρας. Ο κάλος ύπνος (7-8 ώρες την νύχτα) είναι μεγάλης σημασίας. Η ανάπαυση μετά τα γεύματα μπορεί να εξατομικευτεί, σύμφωνα με τις ανάγκες του ατόμου.
12. Η μείωση του stress είναι καθοριστική στην διατήρηση των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης μέσα στα φυσιολογικά όρια. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να χαλαρώνει.(Πίτσαβος Χ., Αθήνα 2004)

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Κατά τη διάρκεια μιας ημέρας 8.000 λίτρα αέρος εισπνέονται και εκπνέονται από κάθε άτομο. Η ακεραιότητα λοιπόν του αναπνευστικού συστήματος και η λειτουργική του επάρκεια, πρέπει να βρίσκονται σε ικανοποιητικά επίπεδα, πράγμα πους το γήρας δεν είναι πάντα εξασφαλισμένο. Η αδυναμία των αναπνευστικών μυών, η αυξημένη συχνότητα της χρόνιας αποφρακτικής νόσου των πνευμόνων (π.χ. χρόνια βρογχίτις, πνευμονικό εμφύσημα), του καρκίνου του πνεύμονα και των πνευμονικών λοιμώξεων, επιδεινώνουν την αναπνευστική ικανότητα στην τρίτη ηλικία. Η έκκριση της ανοσοσφαιρίνης IgA στην επιφάνεια του αναπνευστικού βλεννογόνου, μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και έτσι επηρεάζεται αρνητικά η αμυντική ικανότητά του. Κατ' αναλογία επηρεάζονται οι πνευμονικοί όγκοι αέρος και τα αέρια του αίματος. Μειώνεται η ελαστικότητα των βρόγχων, των κυψελίδων και των αναπνευστικών μυών. Μειώνεται η διάχυση οξυγόνου. Μειώνεται το ποσό του αίματος που κυκλοφορεί στους πνεύμονες.

Ο μέγιστος εκπνεόμενος όγκος αέρα στο πρώτο 1" (FEV1) ελαττώνεται περίπου 30 ml/έτος μετά την ηλικία των 25. Ο FEV1 φυσιολογικός επί νέων ατόμων αντιστοιχεί στο 80% (FEV1 / FUC) της μέγιστης εκπνευστικής ικανότητας (FUC), ενώ επί ηλικιωμένων φθάνει στο 65% ή και χαμηλότερα, όταν μάλιστα συνυπάρχει και στένωση των αεροφόρων οδών. Επίσης ο μέγιστος εθελοντικός αερισμός (MUV ή

MBC) και η ικανότητα διαχύσεως (μέτρο της διαθέσιμης αναπνευστικής επιφάνειας για ανταλλαγή αερίων) ελαττώνονται με την ηλικία. Η μερική τάση του οξυγόνου στο αρτηριακό αίμα (PaO₂) έχει τη μεγαλύτερη τιμή (98-108 mm Hg) στην ηλικία των 20 χρόνων. Επακολουθεί ελάττωση 0,4 mm Hg/ έτος και στα 80 χρόνια η PaO₂ είναι περίπου 66 mm Hg. Αντιθέτως η PCO₂ παραμένει ανεπηρέαστη και είναι ανεξάρτητη από την ηλικία.

Αυτές όλες οι αναφερθείσες μεταβολές δεν προκαλούν συμπτώματα. Εάν υπάρχει δύσπνοια ή άλλα συμπτώματα, τότε πιθανότατα υποκρύπτεται κάποια πνευμονική νόσος, πέραν της αναμενόμενης επιβάρυνσης εκ της ηλικίας, έστω και αν κατ' αρχήν δεν φαίνεται. (Σωτηρίου Α., και συν., 2000)

Η **πνευμονική εμβολή** είναι συχνότερη στους υπερήλικες, διότι συχνότερα προσβάλλονται από θρομβοφλεβίτιδα των περιφερικών φλεβών λόγω της ακινησίας, της κυκλοφοριακής συμφορήσεως, της συνυπάρξεως καταγμάτων κλπ.

Η πνευμονική εμβολή εκδηλώνεται με ανεξήγητη δύσπνοια, κυάνωση, θωρακικό άλγος, αιμόπτυση ή και shock. Όταν παρουσιαστούν αυτά πρέπει λοιπόν να διερευνάται και η περίπτωση της πνευμονικής εμβολής. Αυτή πρέπει να διακριθεί βέβαια από άλλες συχνές παθήσεις των πνευμόνων στην ηλικία αυτή.

Η εισφορά τροφών και φαρμάκων (λόγω οισοφαγίτιδος ή διαταραχής του μηχανισμού κατάποσης) είναι σχετικά συχνή στους υπερήλικες και οδηγεί σε πνευμονία ή πνευμονίτιδα που μπορεί να ομοιάζει με φυματίωση ή καρκίνο.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι η **πνευμονική φυματίωση** στην τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα. Έτσι παρουσιάζει άτυπη κλινική ή ακτινολογική εικόνα ή ακόμη ψευδώς αρνητική αντίδραση Mantoux. Κατά τη θεραπεία της με φάρμακα, όπως η Ισονιαζίδη ή η Στρεπτομυκίνη έχει βρεθεί συχνότερα ηπατοτοξικότητα ή ωτοτοξικότητα αντίστοιχα στα παραπάνω φάρμακα, σε σχέση με νεαρά άτομα. Είναι απαραίτητο λοιπόν να γίνεται εξέταση πτυέλων για βάκιλο του Koch σε κάθε υπερήλικα με άτυπη πνευμονική νόσο και παραγωγικό βήχα. Αυτή η τακτική θα περιορίσει τα διαγνωστικά λάθη, θα ωφελήσει τους αρρώστους, αλλά και θα προστατέψει τα άτομα του περιβάλλοντός τους (παιδιά, εγγόνια, κ.α.) από τη φυματίωση.

Ο **καρκίνος του πνεύμονα** είναι πρόβλημα, που κατά κύριο λόγο αφορά τους χρόνιους καπνιστές με ηλικία άνω των 40 χρόνων. Η συχνότητά του σήμερα τείνει να εξισωθεί στα δύο φύλα, ενώ στο παρελθόν εθεωρείτο ανδρική αρρώστια. Στα σημεία και συμπτώματα τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στην πρόωμη διάγνωση της

αρρώστιας αυτής συμπεριλαμβάνονται η μονήρης πνευμονική σκιά, η υποτροπιάζουσα πνευμονία στον ίδιο λοβό, η αιμόπτυση, ο επίμονος βήχας, η τμηματική ατελεκτασία κλπ. Επιπλέον χρήσιμη είναι και η ετήσια ακτινογραφία θώρακος στην πρόιμη διάγνωση - θεραπεία του καρκίνου του πνεύμονα.

Εξάλλου πρέπει να αναφερθεί, ότι σε ετήσια βάση πρέπει να γίνεται στους υπερήλικες και το αντιγριπικό εμβόλιο, κυρίως δε στους έχοντες σοβαρά καρδιοαναπνευστικά προβλήματα.

Τέλος ο αγώνας για τη διακοπή του καπνίσματος δεν πρέπει να παραλείπει και τους γέροντες, διότι η επιτυχία του έχει ασφαλώς πολλά να προσφέρει στη διάρκεια και στην ποιότητα ζωής τους. Από την άλλη μεριά εκατομμύρια υπερήλικες σε όλο τον κόσμο, υποφέρουν από την αποφρακτική νόσο των πνευμόνων (χρόνια βρογχίτιδα, πνευμονικό εμφύσημα, βρογχικό άσθμα), λόγω του καπνίσματος.

Οι παθήσεις αυτές προδιαθέτουν για καρδιοπάθεια και για συχνότερες αναπνευστικές λοιμώξεις κυρίως τους χειμερινούς μήνες.

Έτσι, συνιστάται όπως κάθε ηλικιωμένος με αποφρακτική πνευμονική νόσο, το χειμώνα να παίρνει κάθε μήνα προληπτικώς θεραπεία με αντιβιοτικά (μια εβδομάδα κάθε χειμερινό μήνα).

Επίσης στις αρχές του φθινοπώρου ωφέλιμο είναι να γίνεται αντιγριπικός εμβολιασμός για την προστασία από τη γρίπη, η οποία στο παρελθόν είχε καταστροφικές συνέπειες για τους υπερήλικες. (Sin DD, et al.,2007)

Άσθμα

Άσθμα είναι μια διαλείπουσα αναστρέψιμη, αποφρακτική νόσος του αεραγωγού, που χαρακτηρίζεται από αυξημένη αποκριτικότητα του αεραγωγού σε διάφορα ερεθίσματα. Εκδηλώνεται με στένωση του αεραγωγού, που έχει ως αποτέλεσμα δύσπνοια, βήχα και συριγμό. Το άσθμα διαφέρει από τις άλλες αποφρακτικές νόσους κατά το ότι είναι μια αναστρέψιμη διεργασία. Εκδηλώνεται με οξείς παροξυσμούς, που διαρκούν από λεπτά ως ώρες, μεταξύ των οποίων παρεμβάλλονται διαστήματα ελεύθερα συμπτωμάτων. Όταν συνυπάρχουν μαζί άσθμα και βρογχίτιδα, η στένωση επιδεινώνεται και η κατάσταση ονομάζεται ασθματική βρογχίτιδα.

Ερεθίσματα που προκαλούν ασθματική απόκριση περιλαμβάνουν αλλεργιογόνα, λοιμώξης αναπνευστικής οδού., κοινό κρυολόγημα, περιβαλλοντικούς ρύπους, κρύο

αέρα ,ασπιρίνη και άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, χρώματα ,βήτα-αδρενεργικούς ανταγωνιστές, συγκινησιακό stress ,φυσική άσκηση και γέλιο .Το άσθμα μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία. Ωστόσο, το 50 % των περιπτώσεων αρχίζουν στην παιδική ηλικία και ένα 33% των περιπτώσεων πριν από την ηλικία των 40 χρόνων.

Σκοποί της φροντίδας:

1. Βελτίωση της ανταλλαγής των αερίων
2. Προαγωγή καθαρισμού του αεραγωγού
3. Βελτίωση αναπνευστικού προτύπου
4. Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας
5. Πρόληψη βρογχοπνευμονικών λοιμώξεων
6. Διατήρηση θρεπτικού και άλλων ισοζυγίων
7. Ετοιμασία αρρώστου για αυτοφροντίδα στο σπίτι, αντιμετώπιση προβλημάτων χρονιότητας της νόσου και προσκόλληση στο θεραπευτικό σχήμα
8. Διδασκαλία για μέτρα πρόληψης υποτροπών ,για σημεία βρογχοπνευμονικών λοιμώξεων ,καθώς και για τις δικές του ενέργειες, όταν συμβούν.

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Χορηγήσει βρογχοδιασταλτικά σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
2. Να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με μινι-νεφελοποιητή ή IPPB :μείωση δύσπνοιας, συριγμού, τριγμών και άγχους.
3. Χορήγηση οξυγόνου με μάσκα venturi ,με χαμηλό ρυθμό ροής για αποφυγή νάρκωσης με CO₂.
4. Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας οξυγονοθεραπείας με συχνό προσδιορισμό αερίων αίματος και παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία υποξίας
5. Ενυδάτωση αρρώστου ,για διατήρηση ρευστών εκκρίσεων και για αναπλήρωση απωλειών
6. Διδασκαλία και ενθάρρυνση αρρώστου να χρησιμοποιεί διαφραγματική αναπνοή και τεχνικές βήχα για αποβολή εκκρίσεων από το βρογχικό δέντρο.
7. Χορήγηση βλεννολυτικών και αποχρεμπτικών φαρμάκων.

8. Παροχέτευση με πλήξεις και δονήσεις ,σύμφωνα με το θεραπευτικό σχήμα.
9. Παρακολούθηση αρρώστου για πρώιμα σημεία πνευμονικής λοίμωξης και αναφορά τους στο γιατρό.
10. Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία
11. Διδασκαλία αρρώστου για τεχνική διαφραγματικής αναπνοής και αναπνοή με σουρωμένα χείλη, και για συντονισμό τους με τους δραστηριότητές του.
12. Ενθάρρυνση αρρώστου να εναλλάσσει δραστηριότητα με περιόδους ανάπαυσης ,στις εργασίες της καθημερινής ζωής.
13. Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας με σχεδιασμό προγράμματος άσκησης σε συνεργασία του αρρώστου με έναν φυσικοθεραπευτή
14. Υιοθέτηση ελπιδοφόρας και ενθαρρυντικής θέσης απέναντι στον άρρωστο
15. Ενθάρρυνση του αρρώστου να παραμείνει δραστήριος ως το επίπεδο που μπορεί να ανέχεται τα συμπτώματα.
16. Βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει την κατάσταση του και όλα τα προβλήματα που αυτή δημιουργεί.
17. Διδασκαλία αρρώστου να αποφεύγει βρογχικά ερεθίσματα ,όπως κάπνισμα, σπρέι, ακραίες θερμοκρασίες και καπνούς. Ακόμα, να αναφέρει αμέσως στον γιατρό πρώιμα σημεία πνευμονικής λοίμωξης. (Siroux V.,et al., 2000)

Πνευμονία

Είναι φλεγμονή των κυψελίδων του πνεύμονα, που προκαλεί πύκνωση του πνευμονικού ιστού, εξαιτίας πλήρωσης των κυψελίδων με αντιδραστικό υγρό.

Τα τέσσερα στάδια διεργασίας της τοπικής αλλοίωσης της νόσου περιλαμβάνουν: α) οίδημα, β) ερυθρή ηπάτωση, γ) φαιά ηπάτωση, δ) λύση

Ο αιτιολογικός παράγοντας μεταφέρεται στο αναπνευστικό δένδρο από μολυσμένα σταγονίδια ή μέσω επαφής με πάσχοντα άτομα ή φορείς νόσου. Γενικά, η πνευμονία αρχίζει από τους δεξιό κάτω, δεξιό μέσο ή αριστερό λοβό, περιοχές στις οποίες η βαρύτητα να μεταφέρει μολυσμένες εκκρίσεις του ανώτερου αεραγωγού που εισροφούνται κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Η πνευμονία ταξινομείται ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα σε: α) βακτηριακή, β) μη βακτηριακή, γ) λιποειδική, δ) χημική πνευμονία

Προβλήματα του αρρώστου:

1. Ανεπαρκής αερισμός
2. Διαταραχή υγρών
3. Πόνος
4. Μείωση δραστηριοτήτων
5. Προβλήματα κένωσης εντέρου
6. Πυρετός
7. Βήχας

Στο κεφάλαιο αυτό, πρέπει να αναφερθεί και ο καρκίνος του λάρυγγα, ο οποίος ξεκινά στην αρχή σαν μια επιμένουσα βραχνάδα στη φωνή. Η βραχνάδα αυτή συνεχίζεται και πέραν του μηνός, αλλά συνήθως αποδίδεται στο κάπνισμα ή σε κάποιο "κρύωμα" με τραγικές βέβαια συνέπειες. Είναι κανόνας ότι για κάθε βραχνάδα που διαρκεί πέραν του 20ημέρου πρέπει να γίνεται λαρυγγοσκόπηση για να αποκλεισθεί ο καρκίνος.

Σκοποί της φροντίδας:

- 1.Αμεσοι: Αναγνώριση και καταπολέμηση αιτιολογικού παράγοντα, Βελτίωση αναπνευστικής λειτουργίας, Καταπολέμηση συμπτωμάτων , Πρόληψη επέκτασης της λοίμωξης , Πρόληψη επιπλοκών και αντιμετώπισής τους, όταν συμβούν, Προαγωγή άνεσης
- 2.Μακροπρόθεσμοι: πρόληψη υποτροπής και όψιμων επιπλοκών.

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Συλλογή και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων καλλιέργειας πτυέλων και αίματος.
2. Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την οδηγία. Η πενικιλίνη είναι συνήθως το φάρμακο εκλογής .Παρακολούθηση του αρρώστου για ναυτία, εμέτους, διάρροια, κνησμό δακτυλίου και εξάνθημα.
3. Βοήθεια αρρώστου να βήχει παραγωγικά.
4. Εκτέλεση βρογχικής παροχέτευσης επίκρουσης και δονήσεων για κινητοποίηση εκκρίσεων.
5. Χρήση μέτρων για μείωση πλευριτικού πόνου.
6. Χορήγηση οξυγόνου για δύσπνοια ,κυκλοφορική διαταραχή, υποξαιμία ή παραλήρημα. Στενή παρακολούθηση αερίων αρτηριακού αίματος για

προσδιορισμό των αναγκών σε οξυγόνο και αξιολόγηση αποτελεσματικότητας της οξυγονοθεραπείας. Μπορεί να χρειαστεί μηχανικός αερισμός, αν η αναπνευστική δυσλειτουργία είναι βαριά.

7. Στενή παρακολούθηση της απόκρισης του αρρώστου στη θεραπεία.
8. Προαγωγή ανάπαυσης .Υποβοήθηση αρρώστου να παίρνει αναπαυτική θέση και να αλλάζει συχνά θέση.
9. Κατά την οξεία φάση, μπορεί να χρειαστεί χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου.
10. Ασκήσεις για την αποφυγή επιπλοκών από την ακινησία.
11. Βοήθεια αρρώστου στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων.
12. Φροντίδα δέρματος. Διατήρηση του αρρώστου στεγνού και ζεστού. Επάλειψη χειλιών με γλυκερίνη, αν είναι ξηρά και σκασμένα.
13. Συχνή υγιεινή στόματος
14. Πλήρης δίαιτα με καλή ενυδάτωση. Τήρηση δελτίου προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.
15. Διδασκαλία του αρρώστου για προληπτικά μέτρα.(Thorn J.,et al., 2008)

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των λευκωμάτων και από βλάβη της υφής και της λειτουργίας των κυττάρων του σώματος και κυρίως των αγγείων. Διακρίνουμε δύο μορφές σακχαρώδη διαβήτη: α) τον πρωτοπαθή διαβήτη ή ιδιοπαθή, β)το δευτεροπαθή.

Η ακριβής αιτιολογία του πρωτοπαθή σακχαρώδη διαβήτη δεν είναι γνωστή, αν και πολλοί παράγοντες φαίνεται ότι συμμετέχουν στην εκδήλωσή του. Πιστεύεται ότι υπάρχει κληρονομική προδιάθεση στο διαβήτη, μεταβιβαζόμενη με τον υπολειπόμενο χαρακτήρα. Επιβαρυνόμενο κληρονομικό ιστορικό βρίσκεται στο 40% των αρρώστων. Δεν αρκεί όμως ο κληρονομικός παράγοντας για την κλινική εκδήλωση της νόσου, απαιτούνται και άλλοι υποβοηθητικοί παράγοντες, μεταξύ των οποίων ο κυριότερος είναι η παχυσαρκία.

Ο δευτεροπαθής σακχαρώδης διαβήτης εμφανίζεται μετά από καταστάσεις όπως ολική παγκρεατεκτομή, παθήσεις του παγκρέατος (οξεία και χρόνια παγκρεατίτιδα, νεοπλασίες παγκρέατος), αιμοχρωμάτωση, φαιωχρωμοκύτωμα, υπερθυρεοειδισμός, παθήσεις του ήπατος (κίρρωση ή καρκίνος) και θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

Οι όροι για να καθορίσουν τους τύπους του διαβήτη είναι δύο:

(α) Τύπος I: Ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης.

(β) Τύπος II: Μη ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης.

Ο διαβήτης τύπου I έχει απότομη έναρξη, ανακαλύπτεται κατά την παιδική ηλικία (πριν από την παιδική ηλικία), είναι ασταθής και εξαιτίας των χαμηλών επιπέδων ινσουλίνης που έχουν τα άτομα αυτά, χρειάζεται ινσουλίνη για τη ρύθμισή του. Οι άρρωστοι αυτοί είναι επιρρεπείς σε κέτωση.

Ο διαβήτης τύπου II εμφανίζεται συνήθως σε άτομα άνω των 40 ετών. Η έναρξη του διαβήτη αυτού του τύπου είναι αθόρυβη και τα επίπεδα ινσουλίνης του αίματος είναι φυσιολογικά. Είναι σταθερός και οι άρρωστοι δεν είναι επιρρεπείς σε κέτωση.

Ο διαβήτης επίσης, ταξινομείται ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται .

1) Το προδιαβητικό ή δυνητικό στάδιο που καλύπτει την περίοδο από τη στιγμή της σύλληψης μέχρι τη διαπίστωση.

2) Το λανθάνον ή υποκλινικό στάδιο, που χαρακτηρίζεται από φυσιολογικό σάκχαρο αίματος και φυσιολογική δοκιμασία ανοχής γλυκόζης.

3) Το ασυμπτωματικό στάδιο, στο οποίο το σάκχαρο αίματος είναι φυσιολογικό αλλά η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης είναι παθολογική.

4) Ο κλινικός διαβήτης, που αντιπροσωπεύει το συμπτωματικό στάδιο, κατά το οποίο διαπιστώνεται υπεργλυκαιμία και σακχαουρία.

Οι παράγοντες που προδιαθέτουν τους ηλικιωμένους στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη είναι :

- Παχυσαρκία
- Λοίμωξη
- Έντονη ψυχική καταπόνηση
- Κληρονομική προδιάθεση
- Χειρουργικές διαδικασίες
- Διαβητογόνα άτομα
- Μακροχρόνια ακινησία

Προβλήματα του αρρώστου :

- Θρεπτικό ανισοζύγιο
- Ενεργειακό ανισοζύγιο
- Κίνδυνοι επιπλοκών από τη νόσο και τη θεραπεία
- Μείωση δραστηριοτήτων (μυϊκή αδυναμία)
- Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο (δυσνητικά)
- Χρονιότητα της νόσου
- Μείωση ικανότητας για συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα και για εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας του.

Ο σκοπός της φροντίδας είναι:

- Ανάπτυξη ικανότητας του αρρώστου ή μέλλος της οικογένειας να συνεχίσουν την θεραπεία και την φροντίδα στο σπίτι
- Πλήρης κατανόησης της φύσης της νόσου, του θεραπευτικού σχήματος και του σχεδίου φροντίδας.
- Βοήθεια στην ενσωμάτωση αυτών των νέων τύπων συμπεριφοράς στην ζωή του αρρώστου

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να:

1. Να αναπτύξει εξατομικευμένο σχέδιο διδασκαλίας για κάθε ηλικιωμένο διαβητικό, στο οποίο να λαμβάνονται υπόψη όλες οι μεταβολές εξαιτίας γήρατος.
2. Τονισμός κάθε προόδου που σημειώνεται στην φροντίδα του αρρώστου. Χρήση της επανάληψης και επίβλεψη εκτέλεσης από τον άρρωστο αυτών που διδάχθηκε.
3. Συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα θεραπείας και φροντίδας, στο βαθμό που είναι αναγκαία. Παραπομπή σε υπηρεσίες κοινοτικής νοσηλευτικής και σ ' άλλες υπηρεσίες υγείας της κοινότητας, για παρακολούθηση του αρρώστου και παροχή κάθε βοήθειας στην εφαρμογή του σχεδίου θεραπείας και φροντίδας στο σπίτι.

4. Στο σχεδιασμό διδασκαλίας που αφορά την δίαιτα του αρρώστου, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:
 - a) Η ανορεξία, καθώς και οι δυσκολίες μάσησης, είναι συχνά φαινόμενα στους ηλικιωμένους.
 - b) Η προπαρασκευή φαγητού είναι συχνά δύσκολη, ειδικά αν ζουν μόνοι ή δεν έχουν τις απαραίτητες δυσκολίες.
 - c) Ο ηλικιωμένος είναι προσκολλημένος στις δικές του διατροφικές συνήθειες, γι' αυτό πρέπει να διατηρηθούν, όσο το δυνατό, στο σχεδιασμό της δίαιτάς του.
5. Ενθάρρυνση άσκησης, σύμφωνα με την ανοχή του αρρώστου. Η εξήγηση της σχέσης ανάμεσα σε διαβήτη και άσκηση πρέπει να περιλαμβάνεται στο σχέδιο διδασκαλίας . Σχεδιασμός προγράμματος άσκησης γύρω από τις κανονικές συνήθειες άσκησης του αρρώστου. Ενθάρρυνση βάδισης.
6. Διδασκαλία αρρώστου πώς να χορηγεί στον εαυτό του όλα τα φάρμακα. Έμφαση πρέπει να δίνεται στην ακριβή συμμόρφωση. Στο πρόγραμμα διδασκαλίας περιλαμβάνονται και μέλη της οικογένειας.
7. Αν διαταραχές όρασης του αρρώστου εμποδίζουν την εκτέλεση της ένεσης της ινσουλίνης, βοήθεια του αρρώστου να χρησιμοποιεί φώς με μεγεθυντικό φακό ή σύριγγα με προκαθορισμένη δόση.
8. Διδασκαλία αρρώστου να εξετάζει τα ούρα, με χρήση δείγματος δεύτερης ούρησης πριν από οποιοδήποτε γεύμα, και να διατηρεί δελτίο καθημερινής αναγραφής σακχάρου και οξόνης. Επίσης σε περίπτωση νόσου, να εξετάζει τα ούρα πριν από κάθε γεύμα και πριν από την βραδινή κατάκλιση.(Ντ' αντάμο Π., 2006)

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Μεταβολές στο Νευρικό Σύστημα

Η πολυπλοκότητα της δομής και της λειτουργίας του νευρικού συστήματος κάνει δύσκολη τη διατύπωση μιας περιεκτικής απόψεως που έχει σχέση με τη διεργασία του γήρατος. Μερικές αλλαγές που παρατηρούνται είναι η προοδευτική ατροφία των μηνίγγων που περιβάλλουν τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να διευρύνονται και να γίνονται πιο βαθιά τα διαστήματα μεταξύ των μηνίγγων, η μείωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου, η επιβράδυνση των αντιδράσεων. Το άτομο χρειάζεται περισσότερο χρόνο για να πάρει μια απόφαση, η προοδευτική μείωση της

μνήμης και ειδικότερα της πρόσφατης μνήμης και η αλλαγή στην προσωπικότητα, αυτό φαίνεται να έχει σχέση με την αιμάτωση του εγκεφάλου, καθώς και με τις αλλαγές στο νευρικό σύστημα.

Τα νευρικά κύτταρα ως μεταμιτωτικά, όταν για οποιοδήποτε λόγο χαθούν, δεν αντικαθίστανται. Σε μελέτες σχετικές με το βάρος του εγκεφάλου επισημαίνεται μικρή αλλά σταθερή απώλεια, η οποία υπολογίστηκε από την περίοδο της ωριμότητας μέχρι της προχωρημένης ηλικίας σε 6% έως 7% το ανώτερο. Το βάρος του εγκεφάλου επηρεάζεται από το μέγεθος του σώματος, ενώ το μέγεθος του σώματος αυξάνεται από γενεά σε γενεά. Σύμφωνα με την άποψη αυτή η σημαντικότητα της μείωσης του βάρους του εγκεφάλου αμφισβητήθηκε, επειδή τα ευρήματα προέρχονταν από μικροσκοπικά άτομα.

Επίπονες μελέτες δείχνουν ότι σημαντικές απώλειες κυττάρων συμβαίνουν σε κάποιες περιοχές του φλοιού που ενδέχεται να φτάσουν μέχρι 45%. Ακόμα παρατηρήθηκε ότι ο ρυθμός απώλειας των κυττάρων δεν είναι πάντοτε ο ίδιος, μάλιστα δε σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου η απώλεια επιταχύνεται σε κάποιο συγκεκριμένο χρόνο. Ο Brody εντοπίζει τις μεγαλύτερες απώλειες που συμβαίνουν στην περιοχή του μετωπιαίου λοβού κατά την πέμπτη δεκαετία.

Στο κυτταρικό επίπεδο έχουν τεκμηριωθεί πολλές αλλαγές. Αλλαγή που μελετήθηκε εκτεταμένα είναι η ενδοκυτταρική συγκέντρωση της χρωστικής λιποφουσκίνης. Η συγκέντρωση αυτή βρίσκεται σε κενोटόπια, τα οποία ποσοτικά έχουν υψηλή συσχέτιση με την ηλικία. Οι αναφερόμενες αλλαγές θα μπορούσαν να θεωρηθούν αρκετές για την εξήγηση της εμφανίσεως της γεροντικής άνοιας, ενώ η διανοητική λειτουργία φαίνεται να υποστηρίζεται αναλογικά με ανατομικές μεταβολές.

Όμως υπάρχουν αρκετές ανατομικές βλάβες που έχουν υψηλή συσχέτιση με τη γεροντική **άνοια** και είναι άσχετες με το χρόνο ενάρξεως ερώτημα που έχει μείνει ακόμα αναπάντητο είναι κατά πόσον η γεροντική άνοια είναι μια εκδήλωση γήρατος ή διεργασία κάποιας νόσου. Η προχωρημένη ηλικία αναμφίβολα είναι ο σημαντικότερος παράγοντας, επειδή η επίπτωση της άνοιας αυξάνει γεωμετρικά με την ηλικία. Η άποψη αυτή δεν έχει γίνει γενικά αποδεκτή, εντούτοις το γεγονός ότι η άνοια συνοδεύεται με υψηλή θνησιμότητα θα μπορούσε πραγματικά να θεωρηθεί ως η κυριότερη αιτία θανάτου που σχετίζεται με τη γεροντική ηλικία.

Η κυκλοφορία και η χρησιμοποίηση του οξυγόνου από τον εγκέφαλο σαν φυσιολογικό συστατικό της λειτουργίας του έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές.

Οι κυριότερες παράμετροι που μελετήθηκαν περιλαμβάνονται στον **Πίνακα ΣΤ** και είναι: η μέση αρτηριακή πίεση (ΜΑΠ), η κυκλοφορία του αίματος στα εγκεφαλικά αγγεία (ΚΕΑ), η αντίσταση των εγκεφαλικών αγγείων (ΑΕΑ) και η κατανάλωση του οξυγόνου στον εγκέφαλο (ΚΟ₂Ε).

Πίνακας ΣΤ. Η επίδραση της Ηλικίας στο μεταβολισμό και την αιμοδυναμική του εγκεφάλου

	Αριθμός Παρατηρήσεων	Ομάδες Ηλικιών	Ηλικία	ΜΑΠ	ΚΕΑ	ΑΕΑ	Μέση ΚΟ ₂ Ε
1*	4	17-18	17	97	79,3	1,3	3,6
2 [~]	19	18-36		85	65,3	1,3	3,8
3 [~]	25	20-44	29	91	52,0	1,8	3,1
4**	12	18-40	30	91	53,0	1,8	3,4
5*	12	18-47	32	94	57,5	1,7	3,2
6 [~]	15	38-55		96	60,5	1,6	4,0
7 [~]	23	45-75	56	101	46,0	2,2	2,9
8 [~]	17	56-79	63	97	50,6	2,0	3,3
9 ^ο	23	45-86	68	95	46,0	2,1	2,7
10*	13	57-99	80	94	47,7	2,1	2,7

* Fazeka JF, Kleh J. Finnerty FA: Am J Med 18:447, 1955

[~]Scheinberg P et al: Arch Neurol Psychiatr 70:77, 1953

[~]Heyman A et al: New Engl J Med 249:233, 1953

^ο Shenkin HA et al: J Clin Invest 32:459, 1953

Από τα δεδομένα του πίνακα προκύπτει ότι η ΜΑΠ παρέμεινε μεταξύ 90 - 100 mm Hg, η ΚΕΑ από 79 μειώθηκε σε 47 ml/min/100gm εγκεφαλικού ιστού, η ΑΕΑ από 1,3 έπεσε σε 2,1 mm Hg/ml/min/100 mg εγκεφαλικού ιστού και η ΚΟ₂Ε από 3,6 έπεσε σε 2,7 mlO₂/min/ 100 gm εγκεφαλικού ιστού. Εκτός από την ΑΕΑ που παρουσίασε αντίστροφη αύξηση οι υπόλοιπες μεταβλητές παρουσίασαν σταθερή αύξηση με την ηλικία. Αναφέρεται ότι σε ασθενείς με άνοια το ρυθμός καταναλώσεως του οξυγόνου παρουσιάζει χαμηλότερες τιμές.

Η ταχύτητα αγωγής του νεύρου είναι μεγαλύτερη στις εμύελες ίνες και σχεδόν αναλογική στη διάμετρο του νευρώνα. Η ταχύτητα αγωγής στη νηπιακή ηλικία είναι πολύ βραδεία, περίπου 30 μέτρα ανά δευτερόλεπτο. Στη συνέχεια αυξάνεται με ταχύ ρυθμό και μέχρι να φτάσει το άτομο σε ηλικία 5 ετών έχει επιτύχει τις χαμηλότερες

και τις μέγιστες φυσιολογικές τιμές ενός ενήλικου. Μεταξύ των ατόμων παρατηρούνται μεγάλες παραλλαγές. Υπολογίζεται ότι η ταχύτητα αγωγής του νεύρου στα νέα άτομα φτάνει κατά προσέγγιση τα 60 μέτρα το δευτερόλεπτο. Από την περίοδο της ωριμότητας και μέχρι την πέμπτη δεκαετία περίπου 50 μέτρα, δηλαδή σε μείωση 15%.

Ο ύπνος είναι φαινόμενο μεγάλης κλινικής και βιολογικής σπουδαιότητας. Αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου, δηλαδή κοιμούνται λιγότερο και έχουν αυξημένες περιόδους εγρήγορσης. Έχουν αναγνωριστεί τέσσερα στάδια αυξήσεως του βάθους του ύπνου. Ένα επιπρόσθετο στάδιο, γνωστό ως rapid eye movement (REM) ύπνος, είναι οριακό σε βάθος, συνοδεύεται όμως με την πλειονότητα των ονείρων με πολλαπλά φυσιολογικά χαρακτηριστικά. Στα νήπια τα στάδια 3 και 4 επικρατούν χωρίς αφύπνιση σε όλον τον κύκλο του ύπνου. Μετά την ηλικία τα στάδια 3 και 4 επικρατούν λιγότερο με συχνές και σύντομες αφυπνίσεις. Στους ηλικιωμένους το στάδιο 4 είναι μόλις αισθητό και παρατηρούνται πολύ συχνές αφυπνίσεις. Όμως και το σύνολο του χρόνου του ύπνου ελαττώνεται ελαφρά λόγω των συχνών αφυπνίσεων, εντούτοις στις περισσότερες περιπτώσεις η απώλεια του ύπνου είναι ελάχιστη.

Σε έρευνες που έχουν σχέση με τον ύπνο και τις μεταβολές που υφίσταται με την ηλικία υποστηρίζεται ότι με την πάροδο του χρόνου ο ύπνος μειώνεται ποσοτικά και ποιοτικά. Ο **πίνακας Z** δείχνει ορισμένες αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία.

Οι νευροδιαβιβαστές είναι ακετυλοχολίνη και επινεφρίνη με τις πρόδρομες μορφές τους, μεταβολίτες, καθώς και μια μεγάλη ποικιλία εξωγενών και ενδογενών συστατικών τα οποία αντιδρούν στη νευρική οδό με τους μεταβολίτες τους. Το ενδιαφέρον των ερευνητών επικεντρώνεται στις κατεχολαμίνες και τη σεροτονίνη, οι οποίες είναι γονοαμίνες και ο καταβολισμός τους εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από τη δραστηριότητα της μονοαμινικής οξειδάσης (MAO). Σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι η MAO και η σεροτονίνη αυξάνουν με την ηλικία στον ανθρώπινο εγκέφαλο τα αιμοπετάλια και το πλάσμα, ενώ μειώνεται η νορεπινεφρίνη.

Πίνακας Z. Μεταβολές του ύπνου με την ηλικία.

Μετρήσεις	Μεταβολές με την ηλικία
Αντικειμενικές	
Αϋπνία	Αυξημένη
Συνολικός χρόνος ύπνου	Αυξημένος

Αφύπνιση κατά τη νύχτα	Αυξημένη
Βραχύς ύπνος κατά την ημέρα	Αυξημένος
Αφύπνιση μετά την έναρξη του ύπνου	Αυξημένη
Υποκειμενικές	
Ύπνος 4 ^{ου} σταδίου REM	Αμετάβλητος
Ύπνος μη REM	Ελαττωμένος
Ύπνος 1 ^{ου} - 3 ^{ου} σταδίου	Αμετάβλητος
Ύπνος 4 ^{ου} σταδίου	Μειωμένος
Συνολικός χρόνος ύπνου	Μειωμένος
Λανθάνων ύπνος	Αυξημένος
Αφύπνιση κατά τη νύχτα	Αυξημένος

Πηγή: "An Aging Society", Eds Corr D. and Cor Ch., Springer Publishing Company, New York 1990, p. 80.

Η σύγχρονη θεραπεία της καταθλιψεως βασίζεται στην υπόθεση ότι αυτή συνοδεύεται με ελαττωμένη διάθεση κατεχολαμινών στον εγκέφαλο, καθώς και με αδυναμία χρησιμοποίησεως των αναστολέων της MAO, οι οποίοι μπλοκάρουν την εξουδετέρωσή της. Η αντίστροφη αύξηση της MAO και η μείωση της νορεπινεφρίνης μπορούν να εξηγήσουν την κατάθλιψη και την απάθεια, εκδηλώσεις που τόσο συχνά εμφανίζονται στα ηλικιωμένα άτομα.

Η συχνότητα της νόσου του Parkinson's αυξάνεται με την ηλικία. Από τις διάφορες μελέτες βρέθηκε ότι σ' αυτούς τους ασθενείς η ντοπαμίνη, η οποία είναι πρόδρομη μορφή της επινεφρίνης, μειώνεται στο μεσεγκέφαλο. Γι' αυτό και η L' Dopa που τα αποτελέσματά της είναι εντυπωσιακά στον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου χορηγείται με αυτή τη λογική.

Σκλήρυνση κατά πλάκας

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι απομυελινωτική νόσος. Σχεδόν κάθε βλάβη του νευρικού συστήματος προκαλεί εκφύλιση του μυελίνου έλυτρου των νευρικών ιών, που αντικαθίσταται από πλάκες. Όμως, σε ορισμένα νοσήματα η εκφύλιση αυτή γίνεται αυτόματα, χωρίς γνωστή αιτία. Η απώλεια του μυελίνου έλυτρου διαταράσσει την αγωγή ώσεων μέσα από τους άξονες με αποτέλεσμα απώλεια λειτουργίας στο ανάλογο τμήμα του σώματος.

Η αιτία της νόσου είναι άγνωστη, όμως διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνισή της, όπως λοίμωξη, αλλεργία, διαίτα , κλίμα, τοξίνες, θρόμβωση μικρών φλεβών και κληρονομική προδιάθεση.

Η νόσος συνήθως αρχίζει στην πρώτη ώριμη ηλικία, είναι λίγο συχνότερη στις γυναίκες. Οι πλάκες απομυελίνωσης αναπτύσσονται σε ορισμένα σημεία του νωτιαίου μυελού, στην παρεγκεφαλίδα, στο εγκεφαλικό στέλεχος, στα ημισφαίρια ή στις οπτικές οδούς. Τα περιφερικά νεύρα δεν προσβάλλονται.

Πίνακας Ε. Εκδηλώσεις που προκαλούνται από απομυελινωτικές νόσους:

Περιοχή βλάβης	Εκδηλώσεις
----------------	------------

Νωτιαίος μυελός	Αδυναμία, παράλυση, αισθητικές απώλειες, δυσλειτουργίες εντέρου, ουροδόχου κύστεως και σεξουαλικές.
Εγκεφαλικό στέλεχος	Διαταραχές κρανιακών νεύρων: διπλωπία, νυσταγμός, ζάλη, διαταραχή στον έλεγχο των μυών του προσώπου, δυσκολία στην κατάποση και μάσηση, τρόμος, ασταθείς βάδισμα.
Παρεγκεφαλίδα Εγκεφαλικά ημισφαίρια	Συγκινησιακή αστάθεια, ευφορία, διαταραγμένη κρίση και κατανόηση.

Πηγή: Κέκατος Ε., Σκλήρυνση κατά πλάκας, Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ. Μαρία, 1994

Προβλήματα του αρρώστου:

1. Μεταβολές στην αντίληψη και το συντονισμό.
2. Μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας.
3. Μεταβολές στη θρέψη.
4. Περιορισμένη τροχιά κινήσεων.
5. Σύγχυση.
6. Μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης.
7. Σεξουαλικά προβλήματα.

Ο νοσηλευτής πρέπει να :

1. Ακριβής αναγνώριση της απομυελινωτικής εξεργασίας σε άρρωστο με συμπτώματα ή σημεία νευρολογικής δυσλειτουργίας.
2. Προστασία αρρώστου από καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση της νόσου.
3. Βοήθεια αρρώστου να κατανοήσει ότι η ασθένεια του είναι επεισοδιακή και ότι εμφανίζεται με κρίσεις, και διδασκαλία τρόπων αντιμετώπισής τους.
4. Χορήγηση κορτικοστεροειδών με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.
5. Αγωγή αρρώστου με δυσκολίες έγερσης από το κρεβάτι.
6. Αγωγή αρρώστου με διαταραχές όρασης.
7. Αγωγή δυσλειτουργίας εντέρου.

8. Διατήρηση της καλύτερης δυνατής λειτουργίας της κύστης, για αποφυγή ουρολοιμώξεων.
9. Αγωγή αρρώστου με αισθητικές διαταραχές
10. Αγωγή αρρώστου με διαταραχές λόγου και κατάποσης(Κέκατος Ε., 1994)

Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια [Α.Ε.Ε.]

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) είναι αιφνίδιες διαταραχές της εγκεφαλικής λειτουργίας, που οφείλονται σε αγγειακά αίτια και προκαλούν κινητική - αισθητική ανικανότητα, διάρκειας μεγαλύτερης των 24 ωρών. Η έκβαση της καταστάσεως εξαρτάται από τη βαρύτητα της βλάβης, την εντόπιση και το μέγεθός της. Σε μερικούς ασθενείς επέρχεται γρήγορα πλήρης αποκατάσταση. Σε άλλους καταλείπετε άλλοτε άλλου βαθμού μόνιμη κινητική, αισθητική ή λεκτική ανικανότητα, ενώ σε μερικούς επέρχεται γρήγορα ο θάνατος, οφειλόμενος στην πάθηση ή στις επιπλοκές της. Τα ΑΕΕ διαιρούνται σε δύο ομάδες: στα οφειλόμενα σε εγκεφαλικά έμφρακτα και τα οφειλόμενα σε εγκεφαλικές αιμορραγίες.

Τα οφειλόμενα σε εγκεφαλικά έμφρακτα προκαλούνται από απόφραξη μιας εγκεφαλικής αρτηρίας, λόγω θρομβώσεως ή εμβολής, ενώ τα οφειλόμενα σε αιμορραγία προκαλούνται από ρήξη ενός εγκεφαλικού αγγείου που συνεπάγεται ενδεγκεφαλική ή υπαραχνοειδή αιμορραγία. Η εγκεφαλική αιμορραγία είναι σπανιότερη στους ηλικιωμένους, ενώ τα 3/4 των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων οφείλονται σε θρόμβωση εγκεφαλικής αρτηρίας, δηλαδή είναι αποφρακτικού, ισχαιμικού τύπου. Τα περισσότερα από τα επεισόδια αποφρακτικού τύπου οφείλονται ειδικότερα, σε έμβολα, τα οποία προέρχονται από την καρδιά, όταν υπάρχει κολπική μαρμαρυγή (ιδιαίτερα εάν υπάρχει στένωση μιτροειδούς) ή από τις έσω καρωτίδες, εφόσον έχουν υποστεί αθηρωματώδεις αλλοιώσεις.

Τα ΑΕΕ είναι αποτέλεσμα ελαττώσεως της αιματικής ροής στον εγκέφαλο και συνήθως προάγονται με την παρουσία εκτεταμένης αρτηριοσκληρύνσεως. Μεταξύ των προδιαθετικών παραγόντων συγκαταλέγονται: η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και καταστάσεις που προκαλούν μεγάλες τιμές αιματοκρίτου, όπως η πολυκυτταραιμία, που ευθύνονται για τη μεγάλη αύξηση της γλοιότητας του αίματος και μείωση της αιματώσεως στον εγκέφαλο. Το κάπνισμα μεταξύ των ατόμων μέσης ηλικίας συσχετίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα ΑΕΕ, αλλά αυτό μπορεί να μην είναι

απόλυτα αληθινό για τους ηλικιωμένους καπνιστές. Δεν έχει ακόμη με ακρίβεια διευκρινισθεί αν η παχυσαρκία και οι αυξημένες τιμές λιπιδίων στο αίμα σχετίζονται με μεγαλύτερη αναλογία ΑΕΕ στη γεροντική ηλικία των παχύσαρκων, αλλά οι περισσότεροι από τους ασθενείς με ΑΕΕ είναι παχύσαρκοι. Επιπλέον η παχυσαρκία αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο, αναφορικά με τον αναμενόμενο βαθμό αποκατάστασης. Υπάρχουν στοιχεία που κάνουν μερικούς να πιστεύουν ότι η σκληρότητα του νερού ασκεί κάποια προστατευτική επίδραση κατά της εμφάνισης ΑΕΕ και ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας, αλλά δεν υπάρχουν οριστικές αποδείξεις γι' αυτό. (Πολυκανδριώτη Μ., και συν., 2005)

Συχνότητα

Πιστεύεται ότι υπάρχουν περίπου 130.000 άτομα με ιστορικό ΑΕΕ, στην Αγγλία. Στους ηλικιωμένους τα ΑΕΕ εμφανίζονται όσο συχνά και η ισχαιμική καρδιοπάθεια και η επίπτωση της παθήσεως αυξάνεται πολύ με την πάροδο της ηλικίας.

Κλινική Εικόνα

Ένα ΑΕΕ μπορεί να αναπτυχθεί μέσα σε λίγα λεπτά ή σε διάστημα μερικών ημερών. Γενικά, η εγκεφαλική αιμορραγία θα απολήξει στην εμφάνιση συμπτωμάτων πολύ γρήγορα, ενώ η θρόμβωση θα χρειαστεί μερικές ημέρες για την πλήρη εγκατάσταση του συνδρόμου.

Όπως είναι εύκολα αντιληπτό η κλινική εικόνα θα εξαρτηθεί από την ανατομική περιοχή του εγκεφάλου που θα προσβληθεί. Η κλινική εικόνα, επομένως, ποικίλλει πολύ από ασθενή σε ασθενή. Μια συνηθισμένη εικόνα είναι αυτή της παραλύσεως ενός ή περισσότερων μελών. Στην αρχή παρατηρείται χαλαρή παράλυση, αλλά αργότερα μετατρέπεται σε πολύ επώδυνη σπαστική παράλυση με την εμφάνιση κλονικών σπασμών. Η απώλεια της κινητικότητας του χεριού είναι χαρακτηριστική, όπως και η παραμόρφωση του προσώπου. Μεταξύ των αισθητικών διαταραχών θα πρέπει να αναφέρουμε τις διαταραχές οράσεως. Οι περισσότεροι συνηθισμένες καταστάσεις είναι οι ημιανοψίες, αλλά δεν αποτελούν κύριο πρόβλημα αποκατάστασης, επειδή οι ασθενείς, εάν αναλάβουν, μπορούν να συνηθίσουν να βλέπουν καλά από το άλλο μάτι με μικρή, κατάλληλη στροφή του κεφαλιού τους.

Οι διαταραχές του λόγου είναι πολύ ενοχλητικές και προκαλούν αισθήματα απελπισίας στους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Οι διαταραχές αυτές διακρίνονται

στην : αφασία εκφράσεως και στην αφασία αντιλήψεως. Κατά την αφασία εκφράσεως, ο ασθενής έχει σημαντική δυσχέρεια να χρησιμοποιεί τις σωστές λέξεις, αλλά αντιλαμβάνεται τις ακουόμενες ή τα γραμμένα κείμενα. Αντίθετα, η αφασία αντιλήψεως, που είναι περισσότερο σοβαρή, χαρακτηρίζεται από τη σχετική ή απόλυτη αδυναμία του ασθενούς να αντιληφθεί λέξεις, προφέρει δε λέξεις χωρίς ειρμό. Μια άλλη συνηθισμένη διαταραχή είναι η απραξία. Μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να εκτελέσουν απλές πράξεις, παρόλο που δεν έχουν οποιαδήποτε κινητική ανικανότητα.

Θεραπευτική Αντιμετώπιση

Ο ασθενής πρέπει να μεταφερθεί επείγοντως στο νοσοκομείο, παρά το γεγονός ότι πολλοί πιστεύουν πως τα αναγκαία θεραπευτικά μέσα μπορεί να παρασχεθούν και από τον οικογενειακό του γιατρό. Είναι όμως ανάγκη να εισαχθεί στο νοσοκομείο για μικρό διάστημα, ώστε να υποστεί τον διαγνωστικό έλεγχο που απαιτείται, παρά το γεγονός ότι η κλινική εικόνα είναι τόσο χαρακτηριστική, που σχεδόν δεν αφήνει καμιά αμφιβολία, για τη βαρύτητα και την πρόγνωση της βλάβης. Η θεραπεία του ΑΕΕ περιλαμβάνει κορτικοειδή σαν αποιδηματικά, αντισταθμιστικούς παράγοντες και αντιπηκτική θεραπεία. Η εγχειρητική εμβολεκτομή αποφασίζεται σε μερικές περιπτώσεις επίσης. Η φυσιοθεραπεία και η προσεκτική νοσηλεία του ασθενούς θα αποφέρουν βέβαια αποτελέσματα, προς την κατεύθυνση της καλύτερης δυνατής αποκατάστασης. Η νοσηλεύτρια έχει να διαδραματίσει πρωταγωνιστικό ρόλο στις καταστάσεις αυτές, επειδή η σωστή νοσηλεία θα απολήξει σε θετική έκβαση της περιπτώσεως. Παθητική και ενεργητική φυσιοθεραπεία είναι ουσιώδη μέτρα που πρέπει να αρχίζουν αμέσως από την οξεία φάση της εισβολής.

Επιπλοκές

Η θρόμβωση των εν τω βάθη φλεβών, μπορεί να προκαλέσει πνευμονική εμβολή, λίγες ημέρες μετά την εγκατάσταση του ΑΕΕ και οφείλεται στην ακινησία του άκρου. Η συχνότητα της βαριάς και συχνά θανατηφόρου αυτής επιπλοκής πλησιάζει σχεδόν το 60% των περιπτώσεων με ΑΕΕ. Η αναλογία αυτή μπορεί να μειωθεί δραστικά με την άμεση κινητοποίηση του προσβεβλημένου μέλους και τη χρήση χαμηλών δόσεων ηπαρίνης στους υποψήφιους για πνευμονική εμβολή. Εάν η επιπλοκή επισυμβεί, πρέπει να αντιμετωπισθεί με χορήγηση ηπαρίνης και περιέδεση του άκρου.

Σκοπός της φροντίδας είναι:

- Εξασφάλιση καλής αναπνευστικής λειτουργίας και επαρκούς ανταλλαγής αερίων.
- Διατήρηση θρεπτικού και ενεργειακού ισοζυγίου.
- Πρόληψη επιπλοκών απ' όλες τις αιτίες
- Βοήθεια του αρρώστου και της οικογένειάς του να αντιμετωπίσουν το νόσημα και να κάνουν τις ανάλογες προσαρμογές.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να:

1. Διατήρηση θρεπτικού ισοζυγίου: Ενδοφλέβιες χορηγήσεις, Τεχνητή διατροφή (αν ο άρρωστος συνεχίζει να έχει πρόβλημα λήψης τροφής από το στόμα), Βοήθεια αρρώστου να παίρνει τα γεύματά του (μικρά και συχνά ανάλογα με την ανοχή του) .Προσπάθεια να ακολουθηθούν οι διαιτητικές συνήθειες του αρρώστου όσο είναι δυνατό
2. Μεγάλη προσοχή στην τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι , για αποφυγή ρήξης του δέρματος και μόνιμων παραμορφώσεων. Η μειωμένη κινητικότητα των αρθρώσεων, που συνοδεύει το γήρας, μπορεί να επιδεινωθεί με το ΑΕΕ. Μεγάλης σημασίας είναι η έγκαιρη έναρξη ασκήσεων πλήρους τροχιάς.
3. Βασικής σημασίας είναι η σχολαστική φροντίδα του δέρματος, ειδικά αν οι απώλειες αποτελούν πρόβλημα
4. Προσεκτική χρήση όλων των φαρμάκων, καθώς το ΑΕΕ μπορεί να μεταβάλει την αντίδραση του ατόμου σε κάποιο φάρμακο (όπως τα αναλγητικά).
5. Με την βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου, είναι μεγάλης σημασίας να δείχνουν υπομονή τα μέλη της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να είναι πολύ βραδύς στην εκτέλεση ενός έργου, όπως πρέπει, όπου είναι δυνατό, να ενθαρρύνονται οι ανεξάρτητες δραστηριότητες του.

6. Κατάθλιψη και λήθη για την απώλεια σωματικής λειτουργίας δεν είναι ασυνήθη. Ο νοσηλευτής πρέπει να υποστηρίζει τον άρρωστο και την οικογένεια και να ενθαρρύνει όλες τις ενέργειες που προάγουν ανεξαρτησία.
7. Πληροφόρηση του αρρώστου για προέλευση των δυσκολιών επικοινωνίας και λήψη κάθε μέτρου για βελτίωση του λόγου. Οι δυσκολίες επικοινωνίας μπορεί να ενισχύσουν το αίσθημα ματαιώσης του αρρώστου και να οδηγήσουν σε ξεσπάσματα θυμού.
8. Διέγερση, μέσα στο περιβάλλον, συμπεριλαμβανόμενης φυσικοθεραπείας και εργασιοθεραπείας. Εκτέλεση των απαραίτητων μεταβολών στο περιβάλλον του αρρώστου (σταθερές καρέκλες, απομάκρυνση μικρών χαλιών, στηρίγματα μπάνιου κ.α.)
9. Παροχή συμβουλών που αφορούν την ένδυσή του. Να αγοράζει ρούχα μεγαλύτερου μεγέθους κατά ένα νούμερο, με ελαστική μέση και μπροστινό κούμπωμα, για να φοριούνται εύκολα.
10. Διδασκαλία αρρώστου να αποφεύγει ζεστό μπάνιο, για αποφυγή συλλογής του αίματος στα κάτω άκρα (εξαιτίας αγγειοδιαστολής) όταν σηκωθεί από την μπανιέρα. Επίσης, διδασκαλία για αποφυγή προσπάθειας κατά την αφόδευση και χειρισμού Valsalva, γιατί αυξάνουν το μυϊκό stress και ενεργούν ως ερεθίσματα του πνευμονογαστρικού.
11. Μείωση του stress μέσα στο περιβάλλον του αρρώστου, επειδή ο ηλικιωμένος έχει μειωμένη ικανότητα να αντιμετωπίζει τα πολλά προβλήματα της καθημερινής ζωής.
12. Επανεκπαίδευση της κύστης και θρεπτική συμβουλευτική πρέπει να παρέχονται σύμφωνα με τις ανάγκες του αρρώστου

Άνοια

Ο όρος "άνοια" (dementia) σημαίνει παραφροσύνη, δηλαδή άτομο ανίκανο να χρησιμοποιήσει το νου του. Τις άνοιες συνθέτουν ομάδες νοσημάτων τα οποία συντελούν βαθμιαία, στην εμφάνιση της με πνευματική υποβάθμιση, ανικανότητα εκτέλεσεως καθημερινών ασχολιών και προοδευτική απομόνωση. Η άνοια ποτέ δεν είναι επακόλουθο της προχωρημένης ηλικίας. Ανεξάρτητα όμως από την αιτιολογία

που την προκάλεσε, τελικά αναμένεται διάχυτη και μόνιμη απώλεια νευρώνων σε όλες τις περιοχές του εγκεφάλου.

Σύμφωνα με τον Grumbach η άνοια είναι σύνδρομο και αποτελείται από πολλές άνοιες. Από ανατομική και κλινική άποψη το σύνδρομο αυτό ορίζεται ως διανοητική εξασθένιση, επίκτητη, καθολική και τις περισσότερες φορές έντονη. Ο Pitt και οι συνεργάτες του περιγράφουν την άνοια ως ποικιλία διαταραχών που συντελούν στη διανοητική ή τη γνωστική υποβάθμιση.

Αναφέρεται ακόμα ότι η άνοια, περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο ψυχιατρικό πρόβλημα, ευθύνεται για το μεγαλύτερο αριθμό εισαγόμενων ηλικιωμένων ασθενών στο νοσοκομείο.

Ορισμένοι τύποι άνοιας είναι αναστρέψιμοι και θεραπεύσιμοι, πολύ συχνά όμως ο βαθμός δυσλειτουργιών που προκαλούν - βαριά διαταραχή ή απώλεια πρόσφατης μνήμης, με όλες τις συνέπειες, διαταραχή της κρίσεως με τις επώδυνες εκδηλώσεις της κ.α. - μπορεί να παρατηρηθεί σε μη αναστρέψιμη άνοια, όπως εκείνη του Alzheimer.

Στις ΗΠΑ η ομάδα ηλικίας άνω των 65 ετών παρουσιάζει 5% σοβαρής μορφής άνοια και 10% ως 15% μέτρια ως ήπια διανοητική υποβάθμιση. Ακόμα 580.000 άτομα που πάσχουν από άνοια ζουν σε γηριατρικά ιδρύματα, ενώ άλλα 2,5 εκατομμύρια αντιμετωπίζονται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον τους στην κοινότητα. Σύμφωνα με τον Prochazka και τους συνεργάτες του η συχνότητα της άνοιας στον πληθυσμό της Αυστραλίας αντιστοιχεί σε 5% στην ομάδα 75 - 79 ετών και σε 23,6% σε άτομα μεγαλύτερα των 85 ετών.

Ο πιο κοινός τύπος άνοιας στους ηλικιωμένους είναι η νόσος του Alzheimer, η συχνότητα της οποίας κυμαίνεται μεταξύ 35% και 55% στο σύνολο των ανοιών. Ο Brown και οι συνεργάτες του υπολογίζουν τα θύματα της άνοιας Alzheimer στην Αυστραλία σε 110.000, ενώ μέχρι το 2000 φρονούν ότι θα ανέλθουν σε 310.000 και με επιμήκυνση του χρόνου ζωής αναμένεται ότι θα αυξηθούν περισσότερο.

Πάντως προς το παρόν μοναδικός τρόπος ομαδοποίησης των διαφόρων μορφών άνοιας δεν κατέστη δυνατός. Συνήθως διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς οι άνοιες. Στις πρωτοπαθείς περιλαμβάνονται η πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια (τύπου Alzheimer), η πολυεμφρακτική, η νόσος του Pick, του Huntington και των Creutzfeldt - Jakob. Στις δευτεροπαθείς περιλαμβάνονται οι φυσιολογική πίεση υδροκεφάλου, η άνοια του Parkinson, η ψευδοάνοια, οι μεταβολικές διαταραχές και διάφορες άλλες νευρολογικές διαταραχές.

Επειδή τα κλινικά χαρακτηριστικά και η πορεία της άνοιας τύπου Alzheimer προσελκύουν το ενδιαφέρον των σύγχρονων ερευνητών, αλλά και επειδή παρουσιάζει εξαιρετικό νοσηλευτικό ενδιαφέρον από τις 100 περίπου άνοιες που έχουν αναφερθεί, γι' αυτό θα ασχοληθούμε περισσότερο με αυτήν και με τον τρόπο αντιμετώπισεώς της. (Παγοροπούλου Α., Αθήνα 2000)

Πίνακας Η. Διαφορική διάγνωση άνοιας, ψευδοάνοιας και παραληρήματος

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ	ΑΝΟΙΑ	ΨΕΥΔΟΑΝΟΙΑ	ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ
Αίτιο	Οργανικό	Μη οργανικό	Οργανικό
Έναρξη	Χρονία-Βραδεία	Ταχεία	Οξεία
Συνείδηση	Χωρίς διαταραχή αρχικά	Φυσιολογική	Θόλωση
Επίπεδο εγρήγορσης	Φυσιολογικό	Φυσιολογικό	Διέγερση
Γνωσιακές λειτουργίες	Σπάνια απώλεια μνήμης	Συχνή απώλεια μνήμης και γνωσιακών λειτουργιών	Έκπτωση μνήμης και προσοχής-συγκέντρωσης
Πορεία	Επιδείνωση (προοδευτικά)	Σταθερή	Αναστρέψιμη τις περισσότερες φορές
Οικογενειακό ιστορικό	Ίσως όχι θετικό	Ίσως θετικό	Αρνητικό

Πηγή: Αβεντησιάν, Παγοροπούλου Α., Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000

Νόσος του Alzheimer

Η άνοια τύπου Alzheimer είναι η πιο κοινή από τις άνοιες και η πλέον υπεύθυνη για το 50% όλων των άλλων ανοιών. Η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alzheimer το 1406. Πρόκειται για προοδευτική μη αναστρέψιμη νόσο, που χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού.

Παραδοσιακά οι κλινικοί τη διέκριναν σε γεροντική και προγεροντική άνοια, με ενδεικτικό κριτήριο το χρόνο ενάρξεώς της. Παλιότερα η νόσος Alzheimer ανήκε στην προγεροντική άνοια. Σήμερα όμως αναφέρεται και στη γεροντική, και μάλιστα με μεγαλύτερη συχνότητα, αφού 2 - 4% του πληθυσμού άνω των 65 ετών πλήττεται από τη νόσο. Ως προς το φύλο, μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στις γυναίκες.(Lynch, et al., 1993)

Στις ΗΠΑ μέχρι το 2030, τα θύματα της νόσου θα ανέλθουν σε 4,8 εκατομμύρια, ενώ ένας στους τρεις νέους που θα έχει γονείς άνω των 65 ετών θα ασχολείται με τη φροντίδα τους εξαιτίας της νόσου.

Η νόσος είναι προοδευτική και παρουσιάζει επιδείνωση που μπορεί να διαρκέσει πιο πολύ και από 10 χρόνια και με κατάληξη πάντοτε το θάνατο.

Διάγνωση

Αντικειμενικά ευρήματα δεν υπάρχουν παρά μόνο στο τελικό στάδιο της νόσου, και αυτά είναι μη παθογνωμονικά. Κατά την αυτοψία ανευρίσκονται με ιστοπαθολογικές μεθόδους γεροντικές πλάκες - μικροσκοπικές βλάβες του εγκεφαλικού φλοιού που αποτελούνται από νευρώνες, τυλιγμένους γύρω από αμυλοειδή πυρήνα, νευροϊνδιακούς κόμβους - ελικοειδή ινίδια που εμπλέκονται με τους νευρώνες, κοκκιοκενοτοπιώδης εκφύλιση των νευρικών κυττάρων. Παρόμοια ευρήματα έχουν παρατηρηθεί και σε φυσιολογικούς εγκεφάλους ηλικιωμένων ατόμων αλλά σε μικρότερο βαθμό. Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της, στην προοδευτική επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ύστερα από προοδευτική εκτίμηση οι κλινικοί μπορούν να φτάσουν στη διάγνωση, αρκεί να αξιολογήσουν σωστά την κλινική, τη νευρολογική, την ψυχιατρική, τη νευροφυσιολογική κατάσταση και το ιστορικό του ασθενή.

Αίτιο

Παρά τις εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν είναι άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν μεγάλη ποικιλία ύποπτων παραγόντων, όπως γενετικούς παράγοντες, βιοχημικές διαταραχές, ανοσιακές διαταραχές, ιούς, άλλους λοιμογόνους παράγοντες, καθώς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι το αλουμίνιο.

Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου, σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψεως των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου. Έτσι σήμερα γνωρίζουμε ότι:

- η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γηράνσεως,
- δεν προκαλείται από σκλήρυνση αρτηριών, ούτε από υποξία του εγκεφάλου,
- δεν είναι μεταδοτική,
- δεν σχετίζεται με τον αλκοολισμό και την ανεπαρκή διατροφή,
- είναι νόσος του εγκεφάλου και
- δεν θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας.

Συμπτώματα

Τα πρώιμα συμπτώματα της άνοιας τύπου Alzheimer είναι τα ακόλουθα:

- 1) Προβλήματα πρόσφατης μνήμης (όχι απώλεια).
- 2) Δυσκολία σε συνηθισμένες ασχολίες στην ολοκλήρωσή τους
- 3) Προβλήματα λόγου και προφορικής έκφρασης, της κατάλληλης λέξης κάποιες φορές
- 4) Αποπροσανατολισμός ως προς τον τόπο και το χρόνο.
- 5) Μειωμένη κρίση (ακατάλληλο ντύσιμο, άκριτες αγορές).
- 6) Προβλήματα στην αφαιρετική σκέψη (αδυναμία κατανόησης αφηρημένων εννοιών).
- 7) Μεταβολές της διάθεσης ή της συμπεριφοράς (μεταπτώσεις διάθεσης).
- 8) Αλλαγή της προσωπικότητας (από φυσιολογική σε καχύποπη).
- 9) Απώλεια πρωτοβουλιών-παθητικότητα.
- 10) Τοποθέτηση αντικειμένων σε λάθος θέση.

Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου Alzheimer αυξάνει την πιθανότητα πρώιμης αγωγής και σταθεροποίησης της κατάστασης. Κατά τη διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλουν από άρρωστο σε άρρωστο, ώσπου η νόσος να καταστήσει τα θύματα της ανίκανα για αυτοφροντίδα.

Θεραπεία

Συγκεκριμένη θεραπεία δεν υπάρχει. Εφόσον η νόσος είναι προοδευτική και μη αναστρέψιμη, όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων ώστε να εξασφαλιστεί ικανοποιητική και κατά το δυνατόν άνετη ζωή.

Η εφαρμογή αξονικής τομογραφίας σε ασθενείς που πάσχουν από την νόσο Alzheimer έχει δείξει μείωση της σχέσης φαιάς προς λευκή ουσία, μείωση του όγκου της φαιάς ουσίας, αυξημένο όγκο του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, αύξηση του μεγέθους των πλαγίων κοιλιών. Με μαγνητική τομογραφία έχει βρεθεί ότι οι κροταφικοί λοβοί είναι μικρότεροι σε όγκο και μεγαλύτερους όγκους πλαγίων κοιλιών. Η εμφάνιση βαρύτερης κλινικής συμπτωματολογίας συμβαδίζει με την προοδευτική επιδείνωση της ανατομικής έρευνας του εγκεφάλου. Πρέπει να σημειωθεί ότι στους θαλαμικούς πυρήνες – τον κερκοφόρο και το φακοειδή – δεν έχουν παρατηρηθεί αλλοιώσεις.

Η χρήση τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων προσφέρει τη δυνατότητα εκτίμησης του μεταβολισμού της γλυκόζης σε εγκεφαλικές περιοχές. Έχει ανευρεθεί μία μείωση του μεταβολισμού της γλυκόζης του προμετωπιαίου, βρεγματικού, ινιακού και του κροταφικού φλοιού σε όλη την έκταση των φλοιών. Η μείωση φαίνεται μικρότερου βαθμού στις μη συνειρμικές περιοχές (ακουστικός, οπτικός, αισθητικοκινητικός φλοιός). Χορήγηση ενός αναστολέα της χολινεστεράσης επιφέρει αύξηση της πρόσληψης C-νικοτίνης στο μετωπιαίο και κροταφικό πυρίνα, η οποία συνδυάζεται με πιθανή αποκατάσταση των νικοτινικών και χολινεργικών υποδοχέων και στους υποφλοιώδεις πυρήνες. Τα ευρήματα αυτά συμβαδίζουν με τα άλλα απεικονιστικά και παθολογοανατομικά και κλινικά συμπτώματα.

Η μείωση του μεταβολισμού της γλυκόζης αντανακλά τη δυσλειτουργία των συνάψεων στις περιοχές αυτές. Το βασικό εύρημα είναι η ετερογένεια στην μείωση του μεταβολισμού της γλυκόζης, όπως μεταβολές του ρυθμού του μεταβολισμού μεταξύ βρεγματικών και μετωπιαίων περιοχών.

Η χρήση μεθόδου SPECT έχει δείξει διάφορα ευρήματα, όπως μια τροποποίηση της αιματικής ροής στην αυξημένη δραστηριότητα μετασυναπτικών χολινεργικών υποδοχέων στην περιοχή αυτή.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν τη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από τη νόσο του Alzheimer είναι δύσκολο να περιγραφούν και τούτο γιατί οι νοσηλευτές, αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων, τα

οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:

- (α) τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα,
- (β) τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

- 1^{ov} Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
- 2^{ov} Παραγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικά εξαρτημένη κατάσταση.
- 3^{ov} Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται.

Ανάμεσα στις τόσες απώλειες που υφίστανται τα θύματα της νόσου του Alzheimer η απώλεια της επικοινωνίας με τους άλλους είναι ίσως η μεγαλύτερη. Πολύ χαρακτηριστικά λέγεται: "Φαντάσου να ζεις σε έναν κόσμο όπου κάθε λεπτό της ζωής σου σβήνεται από τη μνήμη σου καθώς το λεπτό αυτό περνάει. Φαντάσου πως η μνήμη σου σβήνεται τελείως, ώστε αρχίζεις να ξεχνάς πώς να μιλάς, πώς να φέρεσαι δημόσια, πώς να ντύνεται, ακόμα και πώς να τρως. Φαντάσου πως θα ήταν η ζωή σου αν ότι έμαθες κατά τη διάρκειά της εξασθενούσε στη μνήμη σου".

Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρουσιάζουν οι ανοϊκοί ασθενείς είναι κοινά. Η ομιλία είναι αόριστη, κενή νοήματος και συνήθως αυτόματη, ενώ στην τελική φάση της νόσου το άτομο μπορεί να μην μιλάει καθόλου.

Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο η τροφή και το νερό. Σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία ανοϊκών ασθενών - νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνον το 10% του χρόνου τους για επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ δαπανούν πολύ περισσότερο χρόνο για συζητήσεις μεταξύ τους.

Τα επίπεδα απομονώσεως στους ανοϊκούς ασθενείς είναι προφανή σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους. Η μειωμένη κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και τη φυσική του αποκατάσταση.

Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια, κ.α.

Για να γίνει αποτελεσματικότερη η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι ανάγκη να ακολουθούνται οι οδηγίες:

- Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
- Να χρησιμοποιείται γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
- Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοιχτές ερωτήσεις.
- Να αποφεύγεται το απαγορευτικό "μη" και να δίνετε θετικές οδηγίες.
- Να αποφεύγεται συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Να δίνετε απλές οδηγίες, που δεν απαιτούν να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μία πράξεις.
- Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
- Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.
- Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε θα επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε τη σύγχυση.
- Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.
- Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε τη συμπεριφορά του απέναντί σας.
- Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή.

Οι αναμνήσεις είναι ανακουφιστικό μέσω επικοινωνίας για τον ασθενή. Η υπενθύμιση γεγονότων που έχουν αποθηκευτεί στη μνήμη του λειτουργούν με δυο τρόπους:

- (α) Διαπιστώνουμε τι μπορεί να θυμηθεί ο ασθενής και
- (β) πως αντιλαμβάνεται τη φάση του κύκλου της ζωής του.

Το άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει τη λεκτική ικανότητα του ασθενή. Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται με κινήσεις και θωπίες, όπως ένα χάδι, ένα απαλό χτύπημα της πλάτης,

ένα θερμό σφίξιμο του χεριού και τόσες άλλες μικρές αλλά τόσο σημαντικές πράξεις, που όμως προϋποθέτουν εμπιστοσύνη για να είναι αποτελεσματικές.

Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ανοϊκού ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία του ασθενή γίνεται περισσότερο σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους τους επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα του - σύζυγοι, αδέρφια - στην προσπάθειά τους να του παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση. Γι' αυτό καθήκον του νοσηλευτή είναι:

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Να παρέχει βοήθεια - όπου είναι ανάγκη - για την κάλυψη των ποικίλων αναγκών του ασθενή.
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής και σωματικής έντασης.

Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα των θυμάτων της νόσου του Alzheimer είναι αναγκαίο να διαθέτουν ψυχικό σθένος και ηρωισμό. Και τούτο γιατί πολλές φορές δοκιμάζουν βαθιά οδύνη όταν βλέπουν ανθρώπινα πλάσματα να παλινδρομούν και χωρίς αναστολές να συμπεριφέρονται κατά τρόπο που ποτέ δε θα τον ενέκριναν. Επομένως στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών πρέπει να περιληφθεί ειδική μέριμνα και για εκείνους που παρέχουν τη φροντίδα. (Καπάκη Ε., και συν., Αθληνα 2004)

Parkinson

Η νόσος του Parkinson είναι μια εξωπυραμιδική ανωμαλία θέσης και κίνησης του σώματος. Παθοφυσιολογικά , σχετίζεται με απουσία ή χαμηλή συγκέντρωση

δοπαμίνης, που είναι νευροδιαβιβαστική ουσία και υπάρχει στα βασικά γάγγλια. Τα χαρακτηριστικά της νόσου οφείλονται στην εκφύλιση των νευρικών κυττάρων του εξωπυραμιδικού : βασικά γάγγλια και πυρήνες του άνω εγκεφαλικού στελέχους.

Τα τρία κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι : τρόμος, δυσκαμψία μυών και αδυναμία έναρξης κινήσεων ή εκτέλεσής τους γρήγορα και αποτελεσματικά. Αρχίζει στην μέση ηλικία, με μείωση όλων των κινήσεων, μαζί με πόνο στους μύες και στους βραχίονες. Καθώς η δυσκαμψία και αδυναμία για έναρξη κινήσεων επιτείνονται, ο άρρωστος δυσκολεύεται να σηκώσει το βραχίονα, π.χ. να χτενίσει τα πίσω μαλλιά του, να σηκωθεί από την καρέκλα ή να γυρίσει απότομα

Τα γράμματα των χειρογράφων του γίνονται όλο και μικρότερα και η ομιλία του μονότονη και δυσδιάκριτη.

Ο τρόμος αρχίζει από τον αντίχειρα του ενός χεριού, είναι ρυθμικός και βαθμιαία περιλαμβάνει τον καρπό, τον υπόλοιπο βραχίονα και αργότερα το κάτω άκρο. Εκδηλώνεται όταν ο άρρωστος προσπαθεί να μείνει ακίνητος. Όμως με τα χρόνια αυξάνεται σε ένταση, ώσπου γίνεται τόσο μεγάλος, που δεν μπορεί να τεθεί υπό έλεγχο.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα επίσης διαταράσσεται, όπως φαίνεται από την μεγάλη σιαλόρροια, την εφίδρωση και το λιπαρό δέρμα. Υπάρχει επίσης δυσκοιλιότητα.

Το πρόσωπο του ατόμου είναι σαν μάσκα, τα βήματα του μικρά, γέρνει προς τα εμπρός, οι βραχίονες και τα κάτω άκρα βρίσκονται σε κάμψη. Οι γρήγορες κινήσεις, οι απαραίτητες για διόρθωση απότομων αλλαγών θέσης, είναι αδύνατες.

Προβλήματα του αρρώστου:

- 1) Μείωση δραστηριοτήτων (διαταραγμένη φυσική κινητικότητα εξαιτίας μυϊκής δυσκαμψίας και αδυναμίας)
- 2) Ελλείμματα αυτοφροντίδας (τρόμος, κινητικές διαταραχές)
- 3) Δυσκοιλιότητα (φάρμακα, ακινησία)
- 4) Θρεπτικό ανισοζύγιο (αργή λήψη φαγητού, δυσκολίες μάσησης και κατάποσης)
- 5) Διαταραχή επικοινωνίας με λόγια
- 6) Αποτελεσματική αντιμετώπιση (κατάθλιψη, δυσλειτουργία από εξέλιξη της νόσου).

Σκοποί φροντίδας

Έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων με φαρμακευτική και υποστηρικτική θεραπεία. Με την εμφάνιση και πρόοδο των συμπτωμάτων, ο άρρωστος πρέπει να αξιολογείται κλινικά, με ακριβή καταγραφή των ευρημάτων. Πρέπει επίσης να αξιολογείται η συγκινησιακή απόκριση του αρρώστου.

Παρέμβαση

- a. Η κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να μειώσει : Τρόμο, δυσκαμψία, βραδύτητα, αυτόνομη λειτουργία .
- b. Η εκλογή του φαρμάκου εξαρτάται από την ακριβή εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης. Η φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνει: L-Dopa, συνδυασμός L-Dopa και Carbi-Dopa, αντιχολινεργικά, αντισταμινικά.
- c. Προσεκτική λήψη ιστορικού, για να διαπιστωθούν αντενδείξεις στα φάρμακα, που περιλαμβάνουν παράγοντες όπως : Ηλικία, υπάρχοντα ιατρικά προβλήματα, Άλλα φάρμακα που λαμβάνει
- d. Προσεκτική παρακολούθηση για διαπίστωση ανεπιθύμητων ενεργειών : Γαστρεντερική δυσφορία, κινητικές ανωμαλίες και νευρολογικά παράπονα, καρδιαγγειακές ή αναπνευστικές μεταβολές, ψυχοτροπικές μεταβολές.
- e. Διδασκαλία αρρώστου για πρόληψη και αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών :Να τρώει κράκερς τη νύχτα και να παίρνει τα φάρμακα που περιέχουν L-Dopa με το φαγητό, να αλλάζει θέση αργά, για να αποφεύγει ζάλη και ορθοστατική υπόταση, να αποφεύγει λήψη αλκοόλ, να μην χειρίζεται βαριά μηχανήματα, όταν είναι νυσταγμένος, να τρώει σκληρά γλυκά, για να ενεργοποιεί την έκκριση σάλιου
- f. Ενθάρρυνση αρρώστου να διατηρεί φυσιολογικό επίπεδο δραστηριότητας και κοινωνικής ζωής, για να μειώσει την δυσκαμψία και προλάβει μόνιμες μυϊκές συσπάσεις
- g. Ειδικές ασκήσεις προσώπου και ρουτίνες για βάδιση και αλλαγή θέσης, πρέπει να γίνονται καθημερινά.
- h. Η οικογένεια πρέπει να κατανοήσει τη σπουδαιότητα διατήρησης του αρρώστου ενεργητικού και να βοηθήσει στο σχεδιασμό δραστηριοτήτων
- i. Η συμβουλευτική θα βοηθήσει τον άρρωστο να εκφράσει στεναχώρια για τους περιορισμούς που του δημιουργεί η νόσος

- j. Ορισμένες αυτόνομες δυσλειτουργίες πρέπει να αντιμετωπιστούν προσεκτικά : Δυσφαγία: Ετοιμασία ευκολομάσητων φαγητών, Απώλειες: Παροχή καλής φροντίδας της κύστης, για αποφυγή λοίμωξης και προστασία του δέρματος.
- k. Η ακινησία καθιστά απαραίτητη : Τη μέτρηση υγρών και ηλεκτρολυτών, την πρόληψη λύσης της συνέχειας του δέρματος, την πρόληψη ή των έλεγχο των αναπνευστικών λοιμώξεων και των λοιμώξεων του ουροποιητικού, την φυσικοθεραπεία, τον σχεδιασμό για συνεχή φροντίδας στο σπίτι ή σε άλλο ίδρυμα.(Γεωργιάδης Μ., Αθήνα 2006)

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Τα γαστρεντερικά προβλήματα είναι πολύ συχνά στην τρίτη ηλικία και στην πλειονότητα είναι λειτουργικά παρά οργανικά. Είναι δύσκολο όμως μερικές φορές να γίνει διάκριση λειτουργικών - οργανικών εξ αρχής, διότι οι ιατρικές εξετάσεις ταλαιπωρούν τους γέροντες και όσο το δυνατόν πρέπει να είναι περιορισμένης εκτάσεως. Επιβαρύνεται η λειτουργία του πεπτικού συστήματος με την απώλεια των δοντιών, τη μείωση της ικανότητας κατάποσης και τη μείωση των πεπτικών υγρών και ενζύμων. Μειώνεται η ικανότητα για την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και των αλάτων. Μειώνεται η κινητικότητα του στομάχου και εμφανίζεται χάλαση των τοιχωμάτων του. Μειώνεται η περίσταση του πεπτικού σωλήνα, αυτό οφείλεται στη γενική αδυναμία των μυών. Η δυσκοιλιότητα αποτελεί μόνιμο ενόχλημα και μπορεί να οδηγήσει και σε αποφρακτικό ειλεό. Υπολογίζεται ότι 60% αυτών που έχουν συμπτώματα από γαστρεντερικό (στην τρίτη ηλικία) είναι λειτουργικής φύσεως.

Μετά την ηλικία των 45 χρόνων στο 7% του πληθυσμού επισυμβαίνει κάποιο οξύ γαστρεντερικό επεισόδιο κάθε χρόνο.(Games G., et al., 1992)

Η απλή **δυσκοιλιότητα** είναι το πιο συχνό σύμπτωμα των υπερηλικών από το γαστρεντερικό. Αυτή μερικές φορές εναλλάσσεται με διάρροια, η οποία συχνά είναι "ψευδοδιάρροια" εξ υπερχειλίσεως. Σε κάθε περίπτωση αλλαγής των συνηθειών του εντέρου, όταν μάλιστα η αλλαγή αυτή συνοδεύεται και από άλλα γενικά συμπτώματα (πυρετός, απώλεια βάρους, άλγος κλπ) πρέπει να γίνονται ιατρικές εξετάσεις (ορθοσκόπηση κ.α.).

Η "**ψευδοδιάρροια**" δημιουργείται από ενσφήνωση σκληρής κοπρανώδους μάζας, με συνέπεια το όπισθεν αυτής ευρισκόμενο υδαρές περιεχόμενο του εντέρου να προωθείται προς την έξοδο, με το μηχανισμό της υπερχειλίσεως. Επειδή λοιπόν τα στερεά κόπρανα δεν μπορούν να προωθηθούν, η έξοδος μόνων υδαρών κοπράνων και μάλιστα με συνεχή ρυθμό, δίδει την εντύπωση διάρροιας. Η μηχανική αφαίρεση των σκληρών κοπράνων από το ορθό δίδει τη λύση στο παραπάνω πρόβλημα και όχι η χρήση αντιδιαρροϊκών φαρμάκων, τα οποία θα τα επιτείνουν και γι' αυτό αποφεύγονται.

Αξιοσημείωτη είναι η δυσκοιλιότητα που παρατηρείται στα ηλικιωμένα άτομα, μετά από ακτινολογική εξέταση, με χρήση Βαρίου. Στην περίπτωση αυτή πρέπει αμέσως μετά την εξέταση να εκτελείται υποκλυσμός για την απομάκρυνση του φαρμάκου από το έντερο. Εάν δεν ληφθεί φροντίδα γι' αυτό, τότε το Βάριο συχνά συμπαγοποιείται μέσα στον εντερικό αυλό και προκαλεί έντονη δυσκοιλιότητα.

Μια έντονη και ανεξήγητη δυσκοιλιότητα που επιδεινώνεται με το χρόνο, και δεν υποχωρεί εύκολα με υπακτικά, πρέπει να δίδει την υποψία καρκίνου στο παχύ έντερο (συνήθως στο σιγμοειδές) με απόφραξη του αυλού του. Αλλά και μια εναλλαγή δυσκοιλιότητας - διάρροιας που δεν είχε ξανασυμβεί στο παρελθόν, μπορεί να υποδηλώνει καρκίνο, εκτός από διαβήτη, εκκολπωμάτωση ή ισχαιμική νόσο του εντέρου.

Η **εκκολπωμάτωση** είναι παρούσα στο 70% των υπερηλίκων και μερικές φορές πρωτοεμφανίζεται σαν εκκολπωματίτιδα με πυρετό και κοιλιακά άλγη.

Η **διαφραγματοκήλη** ανευρίσκεται σε ποσοστό 67% σε άτομα άνω των 60 ετών και πρέπει να διακριθεί από την οισοφαγίτιδα ή το πεπτικό έλκος.

Η **οισοφαγίτιδα** δημιουργείται διότι με την ηλικία χαλαρώνει ο σφιγκτήρας του οισοφαγογαστρικού στομίου του στομάχου, με αποτέλεσμα παλινδρόμηση του περιεχομένου του. Έτσι ο ασθενής παραπονείται για οπισθοστερνική καυσαλγία (ομοιάζουσα με στηθάγχη), δυσφαγία, όξινες ερυγές και ενίοτε φαινόμενα πνιγμονής, ιδίως τις νυχτερινές ώρες.

Η αναλογία δωδεκαδακτυλικού προς γαστρικό (στομάχου) έλκος στους γέροντες είναι 2:1, ενώ στα νεαρά άτομα 10:1 και περισσότερο αφορά τους άνδρες. Συνήθως στους υπερηλικες μαζί με το πεπτικό έλκος συνυπάρχει και ατροφική γαστρίτιδα (πολύ συχνή κατάσταση της τρίτης ηλικίας).

Η **ατροφική γαστρίτις** δημιουργεί προβλήματα λόγω πλημμελούς απορρόφησης του σιδήρου και της βιταμίνης B12. Τέλος δεν πρέπει να διαφεύγει το

γεγονός ότι συχνή είναι και η σκωληκοειδίτιδα και η παγκρεατίτιδα και η αιμορραγία του πεπτικού σωλήνα στην ηλικία αυτή καθώς επίσης και η οξεία κοιλία από περίσφιγξη κηλών. Η μπροκίλη είναι συχνή στις ηλικιωμένες.

Η **δυσφαγία - δυσκαταποσία** είναι συχνό σύμπτωμα, από το γαστρεντερικό, στην τρίτη ηλικία. Η ορολογία αυτή δηλώνει τη δυσκολία ή αδυναμία ομαλής προωθήσεως των υγρών ή στερεών τροφών από το στόμα μέχρι το στομάχι.

Η κατάποση είναι λειτουργία εξελισσόμενη σε τρία στάδια:

Στο πρώτο στάδιο ελέγχεται με τη βούληση, αφού η τροφή βρίσκεται μέσα στο χώρο της στοματικής κοιλότητας και μέχρι αυτή να ριφθεί προς το φάρυγγα. Τη στιγμή αυτή ο μηχανικός ερεθισμός που προκαλεί η παρουσία της τροφής, ενεργοποιεί νευρικούς υποδοχείς, οι οποίοι αποστέλλουν νευρικές ώσεις στον εγκέφαλο (προμήκη μυελό) και ενεργοποιούν το "αντανακλαστικό κέντρο της καταπόσεως".

Στο δεύτερο στάδιο η τροφή εμποδίζεται να προχωρήσει προς το ρινοφάρυγγα ή να οπισθοδρομήσει στη στοματική κοιλότητα ή να κινηθεί προς το λάρυγγα, ενώ αναστέλλεται κάθε αναπνευστική κίνηση και χαλαρώνει ο άνω σφιγκτήρας του οισοφάγου. Αναγκαστικά λοιπόν η τροφή εισέρχεται στον οισοφάγο και αρχίζει το τρίτο στάδιο κατά το οποίο, μεταξύ άλλων, εμφανίζεται περισταλτικό κύμα του οισοφάγου με πορεία από άνω προς τα κάτω και χαλάρωση του καρδιακού σφιγκτήρα του οισοφάγου για την είσοδο της τροφής στο στομάχι.

Από τα προαναφερθέντα γίνεται αντιληπτό, ότι η ομαλή λειτουργία της καταπόσεως απαιτεί ακεραιότητα και συνεργασία πολλών παραγόντων. Έτσι εγκεφαλικές ή νευρικές παθήσεις, διαταραχές στη λειτουργία των αρμοδίων μυών κ.α., επηρεάζουν τη ρύθμιση ή επιτέλεση της καταπόσεως.

Τα φαινόμενα αυτά παρατηρούνται συχνά μετά από εγκεφαλικά επεισόδια, όταν βλαφτούν τα νεύρα των τελευταίων εγκεφαλικών συζυγιών. Αυτές συμμετέχουν στο μηχανισμό καταπόσεως, και είναι η IX (γλωσσοφαρυγγικό νεύρο), η X (πνευμονογαστρικό νεύρο), η XI (παραπληρωματικό νεύρο) και η XII (υπογλώσσιο νεύρο).

Εάν γίνει αντιληπτό ότι ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να τραφεί με ασφάλεια από το στόμα, πρέπει να χρησιμοποιηθούν άλλοι τρόποι (π.χ. με ρινογαστρικό καθετήρα).

Τα προβλήματα στην κατάποση για να αντιμετωπιστούν μερικές φορές απαιτείται η συνεργασία ομάδος ειδικών (νοσηλεύτης, διαιτολόγος, εργοθεραπευτής, νευρολόγος, πνευμονολόγος και ωτορινολαρυγγολόγος).

Πεπτικό Έλκος

Είναι μια περιγεγραμμένη διάβρωση ,που περιλαμβάνει το βλεννογόνο ,τον υποβλεννογόνο ή και το μυϊκό χιτώνα του γαστρεντερικού σωλήνα. Η συνήθης εντόπιση του είναι στο στομάχι και το δωδεκαδάκτυλο, μπορεί όμως να συμβεί σε οποιαδήποτε περιοχή που εκτίθεται στο γαστρικό υγρό ,όπως ο οισοφάγος ή η νήστιδα ή μετά από γαστρική χειρουργική .Πεπτικό έλκος αναπτύσσεται όταν η πεπτική ικανότητα των γαστρικών εκκρίσεων αποδειχθεί πιο ισχυρή από τα βλεννογόνια άμυνα, όπως σε υπερχλωρυδρία, ή όταν η αντίσταση του βλεννογόνου μειωθεί εξαιτίας κακής κυκλοφορίας ,ανεπαρκούς ιστικής αναγέννησης ή ανεπαρκούς έκκρισης βλέννας

Σκοπός της φροντίδας:

Άμεσοι: Απαλλαγή από τα συμπτώματα, Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων, Διατήρηση επαρκούς θρέψης, Προαγωγή επούλωσης του έλκους

Μακροπρόθεσμοι: Πλήρης επούλωση του έλκους και αποφυγή υποτροπής ή επιπλοκών, Μείωση καταστάσεων στρες στο σπίτι και στο χώρο δουλειάς, Ανάπτυξη υγιών στρατηγικών διαπραγμάτευσης για χειρισμό του στρες.

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

A. οξεία φάση

- 1.Διαιτητική θεραπεία ανάλογα με τις προτιμήσεις του αρρώστου
- 2.Φαρμακευτική θεραπεία με στόχους την εξουδετέρωση του οξέος ,την ελάττωση της γαστρικής έκκρισης και κινητικότητας και την μείωση του άγχους

B. Υποξεία φάση

1. Με την εφαρμογή της διαιτητικής και φαρμακευτικής θεραπείας, οι άρρωστοι συχνά απαλλάσσονται από τα συμπτώματα μέσα σε μια εβδομάδα. Η θεραπεία όμως διαρκεί 6 εβδομάδες, ώσπου να επουλωθεί το έλκος.
2. Σχεδιασμός ενός πλήρους προγράμματος διδασκαλίας για εξασφάλιση κατανόησης και συνεργασίας του αρρώστου
3. Εξασφάλιση προϋποθέσεων για ανάπαυση και ψυχαγωγία, που προάγουν τη φυσική και διανοητική χαλάρωση
4. Διερεύνηση των καθημερινών καταστάσεων στρες μαζί με τον άρρωστο και την οικογένεια του. Ανεύρεση τρόπων μείωσης του στρες και βοήθεια αρρώστου στην ανάπτυξη εναλλακτικών μηχανισμών χειρισμού τους. Ενημέρωση με χορήγηση στον άρρωστο γραπτού καταλόγου των φαρμάκων που προδιαθέτουν στο έλκος και προειδοποίησή του να μη παίρνει κανένα φάρμακο, αν αυτό δεν έχει εγκριθεί προηγουμένως από τον γιατρό.
5. Αν ο πόνος είναι έντονος και υποτροπιάζει και η γενική κατάσταση του αρρώστου καθιστά την χειρουργική επέμβαση επικίνδυνη ,μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακτινοβολία. Η ακτινοβολία του στομαχιού γίνεται με σκοπό την καταστροφή των καλυπτήριων και θεμέλιων κυττάρων ,με αποτέλεσμα την μείωση έκκρισης πεψίνης και υδροχλωρικού οξέος.(Γρηγοράς Γ., Αθήνα 2002)

Οξεία Παγκρεατίτιδα

Είναι μια βαριά νόσος ,οφειλόμενη σε οξεία φλεγμονή του παγκρέατος ,η οποία χαρακτηρίζεται από διαφυγή παγκρεατικών ενζύμων ,ειδικά θρυψίνης ,από τα κυψελιδικά κύτταρα στους γύρω ιστούς .

Η γένεση της περιλαμβάνει ενεργοποίηση των πρωτεολυτικών και λιπολυτικών ενζύμων μέσα στο πάγκρεας και αυτοπεψία του παγκρεατικού ιστού.

Αρχικά, η φλεγμονή δημιουργεί οίδημα. Καθώς όμως αναπτύσσεται φλεβική συμφόρηση ,προκαλείται νέκρωση του παγκρέατος. Με την ενζυμική καταστροφή του ιστού προκαλείται ρήξη των αγγείων με αποτέλεσμα την αιμορραγία. Οι λιπάσες

που απελευθερώνονται από το πάγκρεας ,επιφέρουν νέκρωση του λιπώδους ιστού. Αυτή η νέκρωση συχνότερα περιλαμβάνει το πάγκρεας και το λιπώδη ιστό που το περιβάλλει ,μπορεί όμως να επεκταθεί και σ' άλλους λιπώδης ιστούς .Με την αύξηση των νεκρωμένων ιστών , η λοίμωξη καθίσταται μεγάλη απειλή.

Η βασική αιτία της νόσου δεν είναι γνωστή. Πολλοί όμως παράγοντες μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την πρόκλησή της.

Σκοπός της φροντίδας:

Άμεσοι: Απαλλαγή από τον πόνο, Έλεγχος εμέτων, Πρόληψη ,αντιμετώπιση shock, Μείωση έκκρισης και δράσης παγκρεατικών ενζύμων, Πρόληψη, αντιμετώπιση λοιμώξεων, Πρόληψη τετανίας, Πρόληψη κετοξέωσης

Μακροπρόθεσμοι: Διατήρηση επαρκούς θρέψης, Πρόληψη υποτροπής

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Διατήρηση φυσιολογικού όγκου αίματος με χορήγηση ανθρώπινης λευκωματίνης , πλάσματος και ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων .
2. Ο πόνος ελέγχεται με μεπεριδίνη ,που προκαλεί μικρότερο σπασμό του σφιγκτήρα του oddi από τα οπιούχα. Αν όμως δεν φέρνει αποτέλεσμα χορηγείται μορφίνη. Η τοποθέτηση του αρρώστου στο ένα πλάγιο με τα γόνατα και την ράχη σε κάμψη, βοηθά πολύ στην μείωση του πόνου
3. Η πνευμονική συμφόρηση και η ατελεκτασία αποφεύγονται με βαθιές αναπνοές, βήχα και συχνή αλλαγή θέσης
4. Για απαλλαγή από διάταση και μείωση διέγερσης της παγκρεατικής έκκρισης από το υδροχλωρικό οξύ του γαστρικού υγρού, εφαρμόζεται ρινογαστρικός σωλήνας με διαλείπουσα αναρρόφηση. Ο άρρωστος δεν παίρνει τίποτα από το στόμα και μέσα από τον σωλήνα του χορηγούνται αντιόξινα φάρμακα
5. Αντιβιοτικά χορηγούνται για τον κίνδυνο λοίμωξης
6. Για μείωση της παγκρεατικής έκκρισης χορηγείται Diamox

7. Παρακολουθείται στενά το επίπεδο του ασβεστίου του ορού. Σε υπασβεστιαμία χορηγείται γλυκονικό ασβέστιο ενδοφλέβια.
8. Αν το shock δεν απαντά στην ενδοφλέβια χορήγηση υγρών δίνονται ενδοφλέβια κορτικοστεροειδή
9. Παρακολουθείται το επίπεδο γλυκόζης του αίματος και τον ούρων και, αν χρειαστεί, χορηγείται ινσουλίνη
10. Μπορεί να χορηγηθεί γλυκαγόνη γιατί καταστέλλει την παγκρεατική έκκριση και αυξάνει την αιματική ροή στο έντερο
11. Μετά την βελτίωση της κατάστασης του, ο άρρωστος επιτρέπεται να παίρνει μικρές ποσότητες νερού. Αν τις ανέχεται, η διαίτα προχωρεί σε υδατανθρακούχα υγρά. Μια εβδομάδα τουλάχιστον μετά την υποχώρηση του πόνου, η διαίτα γίνεται υπολιπούχα και χορηγείται σε μικρά συχνά γεύματα. Αποφεύγεται η λήψη αλκοόλ και καφέ
12. Γίνεται ενημέρωση του αρρώστου για τον κίνδυνο σακχαρώδη διαβήτη και διδασκαλία των σημείων και των συμπτωμάτων για τα οποία πρέπει να παρακολουθεί τον εαυτό του και για αποφυγή υπερυδατανθρακούχας διαίτας. (Κουσίδης Α., Αθήνα 2002)

Χολολιθίαση

Η χολολιθίαση είναι πάθηση που προσβάλλει το χοληφόρο σύστημα και εμποδίζει τη φυσιολογική παροχέτευση χολής στο δωδεκαδάκτυλο. Αυτή η πάθηση περιλαμβάνει καρκίνωμα που αποφράζει το χοληφόρο δένδρο και λοίμωξη του χοληφόρου συστήματος. Οι χολόλιθοι συνήθως σχηματίζονται στη χοληδόχο κύστη από στερεά συστατικά της χολής και ποικίλλουν πολύ σε μέγεθος, σχήμα και σύσταση.

Προβλήματα του αρρώστου

1. πόνος, επιπόλαιες αναπνοές
2. ναυτία, έμετοι, ατελής πέψη
3. πυρετός
4. ειλεός
5. προβλήματα κένωσης εντέρου

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Τίποτα από το στόμα, για ελαχιστοποίηση διέγερσης της χοληδόχου κύστης.
2. Παρεντερικά υγρά δίνονται για κάλυψη θρεπτικών αναγκών και αντικατάσταση απωλειών σε υγρά εξαιτίας οιδήματος, πολυουρίας και ιδρώτα.
3. Ενθάρρυνση του αρρώστου να παίρνει βαθιές αναπνοές και να βήχει, ακινητοποιώντας την κοιλιά για μείωση πόνου.
4. Αποθάρρυνση αρρώστου να ξύνεται. Συχνή περιποίηση δέρματος.
5. Η διδασκαλία επικεντρώνεται στη σημασία της υπολιπούχας δίαιτας και τη μείωση του βάρους του σώματος, αν χρειάζεται.(Σαπουτζή Δ., και συν., Αθήνα 2004)

Ηπατίτιδα

Ηπατίτιδα είναι η φλεγμονή το ήπατος. Όταν προκαλείται από τοξική για το ήπαρ ουσία, ονομάζεται τοξική ή φαρμακευτική. Ο πιο συνηθισμένος τύπος ηπατίτιδας είναι η ιογενής. Η ιογενής ηπατίτιδα διακρίνεται στους τύπους:

- Ηπατίτιδα Α
- Ηπατίτιδα Β
- Ηπατίτιδα C
- Ηπατίτιδα D

Ο τύπος Α ονομάζεται ηπατίτιδα μικρού χρόνου επώασης. Είναι μια λοίμωξη που μπορεί να συμβαίνει σποραδικά ή κατά επιδημίες. Ο ιός Α έχει πύλη εισόδου το γαστρεντερικό σωλήνα. Επίσης βρίσκεται στο αίμα και στα κόπρανα. Το στάδιο επώασης είναι 2-6 εβδομάδες. Συμβαίνει συνήθως σε περιοχές όπου δεν εφαρμόζονται υγειονομικά μέτρα. Προσβάλλει κυρίως παιδιά και νεαρούς ενήλικες.

Ο τύπος Β ονομάζεται ηπατίτιδα αυστραλιανού αντιγόνου. Είναι λοίμωξη του ήπατος που οφείλεται σε ιό ο οποίος μεταδίδεται με ενδοφθαλμισμό του μολυσμένου αίματος. Η μετάδοση γίνεται μέσω μεταγγίσεων, ενέσεων, σεξουαλικής επαφής και αιμοδιύλισης. Ο ιός βρίσκεται μόνο στο αίμα και στους ιστούς του μολυσμένου

ατόμου και δεν αποβάλλεται από το γαστρεντερικό σωλήνα. το στάδιο επώασης είναι 6 εβδομάδες ως 6 μήνες.

Ο τύπος C προκαλείται από τρεις τουλάχιστον ιούς. Τα συμπτώματα είναι συνήθως ελαφριά. Το στάδιο επώασης ποικίλει. Υπάρχει όμως αυξημένος κίνδυνος καρκίνου ήπατος.

Ο τύπος D συμβαίνει σε ορισμένες περιπτώσεις ηπατίτιδας B. Τα συμπτώματα της ηπατίτιδας D είναι όμοια με εκείνα της ηπατίτιδας B.

Προβλήματα του αρρώστου

1. θρεπτικό ανισοζύγιο
2. υδατοηλεκτρολυτικά ανισοζύγια
3. μείωση άνεσης και δραστηριοτήτων
4. προβλήματα κένωσης εντέρου
5. προβλήματα χρονιότητας
6. προβλήματα κινδύνου εξάπλωσης της νόσου
7. μείωση ασφάλειας

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. προσοχή σε κάθε πύλη εισόδου για αποφυγή εξάπλωσης της νόσου.
2. πλύσιμο χεριών, απομόνωση λευχειμάτων, ξεχωριστή τουαλέτα, ξεχωριστά ή μιας χρήσης σκεύη φαγητού και χρησιμοποίηση συριγγών μιας χρήσης.
3. συμμετοχή της οικογένειας σε όλες τις συζητήσεις, όταν είναι δυνατό.
4. χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ορού σε άτομα που εκτέθηκαν σ ηπατίτιδα τύπου A, κατά την περίοδο επώασης.
5. επαρκής ανάπαυση και αποφυγή κάθε είδους stress.
6. επαρκής θρέψη.
7. αποφυγή χορήγησης ηρεμιστικών.(Κουτής X., 1998)

Η λειτουργικότητα και ο βαθμός των μεταβολών του ουροποιητικού συστήματος στην τρίτη ηλικία συμβάλλουν αποφασιστικά στο επίπεδο υγείας των υπερηλίκων.

Αλλαγές στο Ουροποιητικό Σύστημα

1. Μειώνεται η λειτουργική ικανότητα και προσαρμοστικότητα των νεφρών.
2. Μειώνεται η αιμάτωση των νεφρών. Αυτό οφείλεται στη μείωση της καρδιακής παροχής και στην αύξηση της περιφερικής αντίστασης.
3. Μειώνεται η διηθητική συχνότητα και σωληναριακή λειτουργία των νεφρών.(Cape R., et al., Θεσσαλονίκη 1990)

Νεφροί

Η νεφρική λειτουργία συμμετέχει μαζί με την αναπνευστική, στη διατήρηση σταθερού του εσωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού. Η ανεπάρκεια της λειτουργίας αυτής έχει δυσμενή επίδραση όχι μόνο στην ποιότητα της ζωής, αλλά και στη διάρκειά της. Τα νεφρά με τη λειτουργία τους απομακρύνουν τις ξένες ουσίες και τα προϊόντα μεταβολισμού (καταβολισμού). Σπειραματική διήθηση είναι το ποσόν του πλάσματος που περνά και καθαρίζεται από τα Μαλπιγγιανά σωμάτια κάθε πρώτο λεπτό. Η διήθηση αυτή ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας, λόγω εξωνεφρικών ή ενδονεφρικών αιτίων.

Το κύριο εξωνεφρικό αίτιο είναι η μείωση του κατά λεπτόν όγκου αίματος (ΚΛΟΑ) και συνεπώς της νεφρικής αιμάτωσης, με την πάροδο της ηλικίας.

Στα ενδονεφρικά αίτια ανήκει η μείωση του αριθμού των νεφρώνων η οποία στην ηλικία των 80 φθάνει το 40% περίπου. Οι σημαντικότεροι μηχανισμοί της μείωσης αυτής είναι νεφροσκληρυντικής ή αυτοάνοσης αιτιολογίας και προοδευτικά περιορίζεται η συνολική διηθούσα επιφάνεια. Αξιοσημείωτο είναι, ότι στην προχωρημένη ηλικία οι γυναίκες έχουν περίπου 10% μεγαλύτερη σπειραματική διήθηση από τους συνομήλικους άνδρες. Επίσης γέροντες με φυσιολογική αρτηριακή πίεση έχουν καλύτερη (μεγαλύτερη) σπειραματική διήθηση από τους υπερτασικούς της ίδιας ηλικίας.

Η ελαττωμένη νεφρική λειτουργία στα υπερήλικα άτομα συνδυάζεται (σε ποσοστό περίπου 70%) με φυσιολογική τιμή κρεατινίνης ορού. Το "παράδοξο" αυτό γεγονός εξηγείται από το ότι στη γεροντική ηλικία υπάρχει, για ποικίλους λόγους, σημαντικός βαθμός μυϊκής ατροφίας και πτώσης της μεταβολικής δραστηριότητας

της μυϊκής μάζας, συνάρτηση της οποίας είναι η παραγωγή και απέκκριση κρεατινίνης.

Από τα παραπάνω συμπεραίνεται, ότι η τιμή της κρεατινίνης του ορού στους υπερήλικες δεν είναι αντιπροσωπευτική της βαρύτητας της νεφρικής ανεπάρκειάς τους.

Το γεγονός αυτό δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής, κυρίως στις περιπτώσεις που χορηγούνται φάρμακα αποβαλλόμενα κατά κύριο λόγο από τα νεφρά και επομένως, πρέπει να γίνεται χρήση των ειδικών νομογραμμμάτων.

Αύξηση της κρεατινίνης του ορού του αίματος πάνω από 1,5 mg/ 100 ml υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιας νεφροπάθειας και σπάνια αποδίδεται σε φυσιολογικό γήρας. Η νεφρική ροή πλάσματος στην ηλικία των 80 χρόνων φθάνει τα 300 ml/min ενώ στα νεαρά άτομα είναι περίπου 650 ml/min. Ο περιορισμός της νεφρικής αιμάτωσης με την πάροδο του χρόνου αγγίζει το 10% ανά δεκαετία από την ηλικία των 40 χρόνων και μετά. Στην πραγματικότητα υπάρχει μείωση της αιμάτωσης στη φλοιώδη μοίρα μόνον, αφού η αιμάτωση στη μυελώδη μοίρα διατηρείται ανεπηρέαστη.

Η ελάττωση του αριθμού των νεφρών, της σπειραματικής διήθησης και της αιμάτωσης των νεφρών ακολουθείται από μειωμένη ικανότητα συμπίκνωσης - αραιώσης των ούρων, ρύθμισης του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας.

Η συμπτωτική - αραιωτική ικανότητα των νεφρών αποδυναμώνεται με την ηλικία, αλλά δεν γίνεται αντιληπτή και δεν έχει κλινική σημασία κάτω από φυσιολογικές συνθήκες ελεύθερης πρόσληψης νερού. Σοβαρό όμως πρόβλημα δημιουργείται σε οξείες καταστάσεις (αρρώστια κλπ) μειωμένης λήψης ή μεγάλης απώλειας νερού (π.χ. πυρετός - εφιδρώσεις), οπότε και παρατηρείται στους ηλικιωμένους διαταραχή των διανοητικών τους λειτουργιών. Αυτό οφείλεται αφ' ενός στην τάση των γηρασμένων νεφρών να χάνουν νερό, έχοντας μειωμένη συμπτωτική ικανότητα και αφ' ετέρου στην αύξηση της συγκέντρωσης των ιόντων νατρίου στο πλάσμα (άνω των 160 mEq/L).

Στα νεαρά άτομα η 12ωρη στέρηση νερού ανεβάζει την ωσμωτικότητα των ούρων στις 800 mOsm/kg και η παράταση της στέρησης αυτής οδηγεί σε ωσμωτικότητα μέχρι και 1330 mOsm/kg. Κάτι τέτοιο στα υπερήλικα άτομα δεν μπορεί να συμβεί, αφού στην καλύτερη περίπτωση η ωσμωτικότητα των ούρων τους (σε στέρηση νερού) φθάνει τις 990 mOsm/kg. Αυτό οφείλεται στη μειονεκτική

απάντηση του επιθηλίου του ουροφόρου σωληναρίου στην Αντιδιουρητική ορμόνη (ADH) (με την επίδραση της οποίας επαναροφάται νερό και συμπυκνώνονται τα ούρα).

Σχετικά με τη ρύθμιση του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών έχει βρεθεί ότι η ικανότητα των νεφρών να κατακρατούν νάτριο ελαττώνεται με την ηλικία καθώς και η ταχύτητα με την οποία επιτυγχάνεται ισορροπία μεταξύ προσλαμβανομένου και αποβαλλομένου νατρίου. Ο χρόνος που απαιτείται για την επίτευξη ισοζυγίου στο νάτριο, στα άνω των 60 χρόνων άτομα, είναι περίπου 64 ώρες, ενώ σε εκείνα των 25 χρόνων εγγίζει τις 36 ώρες. Σαν κύριο αίτιο αυτής της σημαντικής διαφοράς θεωρείται η μείωση του αριθμού των νεφρώνων, που συνεπάγεται την αύξηση του ωσμωτικού φορτίου (ιόντα, γλυκόζη, ουρία, κλπ) στους εναπομείναντες. Έτσι, είναι αδύνατο να επαναροφηθεί η απαιτούμενη ποσότητα NaCl, αποβαλλόμενο στα ούρα και συμπαρασύροντας αρκετό νερό. Βέβαια για τα προαναφερθέντα μεγάλη σημασία έχει και η μειωμένη ανταπόκριση του συστήματος ρενίνης - αλδοστερόνης στους γέροντες.

Μετά από λήψη αυξημένων ποσοτήτων νατρίου (σκιαγραφικά υγρά κ.α.) ο ρυθμός απομάκρυνσης των ιόντων νατρίου είναι ελαττωμένος (στους υπερήλικες) λόγω της ελλειματικής σπειραματικής διήθησης. Αυτό συνεπάγεται αύξηση του όγκου του εξωκυττάρου υγρού και συνεπώς αύξηση της αρτηριακής πίεσης και πιθανόν καρδιακή κάμψη. Από πλευράς ιόντων καλίου (K^+) αναφέρεται ότι αφενός η ελαττωμένη σπειραματική διήθηση και αφετέρου η μειωμένη έκκριση αλδοστερόνης με την ηλικία, συνεπάγεται μειωμένη απέκκριση τους από τα άπω εσπειραμένα σωληνάκια. Αυτό πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, όταν στους γέροντες χορηγείται ενδοφλέβια κάλιο. Επίσης επί γαστρορραγίας, λόγω σημαντικής απελευθέρωσης ιόντων καλίου από τα καταστρεφόμενα ερυθρά αιμοσφαίρια ή επί χορηγήσεως διουρητικών τύπου σπιρονολακτόνης.

Αναφορικά με την διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας είναι γνωστό ότι ο τρόπος με τον οποίο αποβάλλονται τα H^+ στα ούρα είναι διαφορετικός μεταξύ νεαρών και ηλικιωμένων ατόμων. Έτσι παρατηρείται αύξηση της αναλογίας των H^+ που αποβάλλονται με τη βοήθεια των HPO_4 , ενώ αυξανόμενης της ηλικίας ελαττώνεται το ποσόν των H^+ που απομακρύνονται με τη μορφή NH_4 . Αυτό το τελευταίο αποδίδεται στην προοδευτική με τα χρόνια μείωση της έκκρισης της NH_3 . Γενικά τα

γηρασμένα νεφρά έχουν ελαττωμένη ικανότητα να απαλλαγούν από πλεονάζουσες ποσότητες οξέος. Βέβαια, το ΡΗ του αίματος δεν αλλάζει με την ηλικία, αλλά σε καταστάσεις αυξημένης πρόσληψης οξέος (σε υπερήλικες) η ελάττωση του ΡΗ είναι περισσότερο παρατεταμένη και πλέον έντονη.

Η παρατεταμένη ελάττωση του βάρους των νεφρών με την ηλικία, οφείλεται κυρίως στη μείωση της φλοιώδους μοίρας των. Αυτό μειώνει την καταλληλότητα για μεταμόσχευση νεφρών από ηλικιωμένους δότες.

Σχετικά με την εφαρμογή της αιμοκάθαρσης σε νεφροπαθείς υπερήλικες, πρέπει να λεχθεί, ότι η αντιμετώπιση των ποικίλων επιπλοκών (π.χ. νεφρική οστεοδυστροφία) είναι περισσότερο δύσκολη από ότι στα νεαρά άτομα.

Οι νεφροί όμως εκτός από την απεκκριτική τους αποστολή έχουν και ενδοκρινική δραστηριότητα. Γνωστή είναι η σημασία του συστήματος ρενίνης - αγγειοτενσίνης - αλδοστερόνης, η παραγωγή της ερυθροποιητίνης και η δημιουργία του τελικού δραστικού προϊόντος της βιταμίνης D (δηλαδή της 1,25 (OH)₂ καλσιφερόλης) που έχει σημασία για τα οστά.

Σημαντική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας δημιουργείται επί πλέον, από συνυπάρχουσες φλεγμονές και λοιμώξεις του ουροποιητικού. Κυριότερος εκπρόσωπος τους είναι η μικροβιακή πυελονεφρίτιδα, η οποία στους ηλικιωμένους είναι συνήθως ασυμπτωματική και βαθμιαία καταστρέφει την υπάρχουσα αρχιτεκτονική του νεφρού και διαταράσσεται η σπειραματική διήθηση και οι σωληναριακές λειτουργίες. Το βασικό κριτήριο λοίμωξης των ουροφόρων οδών είναι η παρουσία σταθερής βακτηριουρίας με αριθμό αποικιών μεγαλύτερο του 100.000 ανά κε ούρων (>10⁵). Μετά την ηλικία των 60 χρόνων αυξάνει σημαντικά και απότομα ο επιπολασμός της βακτηριουρίας.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι αρκετά ηλικιωμένα άτομα των οποίων τα δείγματα ούρων δίδουν αρνητικές καλλιέργειες, τελικά με τη χρησιμοποίηση ειδικών τεχνικών (π.χ. προκλητή διούρηση) αποκαλύπτεται ότι είναι βακτηριουρικά (διαλείπουσα βακτηριουρία). Στην ηλικία των 65 χρόνων τα άτομα αυτά (κρυπτοβακτηριουρικά) ευρίσκονται σε ποσοστό 5%, στην ηλικία των 75 χρόνων 20% και στην ηλικία των 85 η συχνότητά τους φθάνει το 50%. Βέβαια η γυναίκες έχουν μεγαλύτερη συχνότητα ουρολοιμώξεων από τους άνδρες στις νεαρές ηλικίες, αλλά μετά την ηλικία των 70 ετών, εξισώνονται οι συχνότητες στα δύο φύλα.

Τα αίτια που ευνοούν την ανάπτυξη των μικροβίων και τη δημιουργία συχνών ουρολοιμώξεων στην τρίτη ηλικία είναι η πλημμελής αιμάτωση των νεφρών, η στάση των ούρων, η απόφραξη (π.χ. υπερτοφία προστάτη), η κυστεουρητηρική παλινδρόμηση των ούρων, η σχετική αφυδάτωση, ο περιορισμός της κινητικότητας των γερόντων, η ύπαρξη σε μερικά άτομα σακχαρώδη διαβήτη, η κακή διατροφή και η μειονεκτικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Στους άνδρες παρατηρείται επιπλέον και απώλεια της βακτηριοκτόνου ιδιότητας του προστατευτικού εκκρίματος.

Τα συχνότερα μικρόβια στις ουρολοιμώξεις των υπερηλικών είναι το κολοβακτηρίδιο (*Escherichia coli*) και ο πρωτέας (*Protens*). Ακολουθούν η κλεμπστέλλα, η ψευδομονάδα κ.α. Προφανές είναι, ότι για να είναι αξιόπιστη μια ουροκαλλιέργεια πρέπει να έχουν ληφθεί τα ούρα με όλους τους κανόνες της ασηψίας. Στις ουρολοιμώξεις, εκτός των άλλων, υπάρχει και σημαντική πυουρία.

Στο σημείο αυτό όμως πρέπει να λεχθεί, ότι παθήσεις όπως η φυματίωση, η βαριά αρτηριακή υπέρταση, η νεφρική ισχαιμία και η κατάχρηση αναλγητικών, μπορούν να συνοδεύονται από πυουρία στους υπερήλικες. Επίσης, πρέπει να τονισθεί ότι στα άτομα αυτά η ουρολοίμωξη, πλην των κλασικών συμπτωμάτων, μπορεί να προκαλέσει διανοητική σύγχυση, που επιπλέκει τα πράγματα και μερικές φορές δυσκολεύει τη σωστή διάγνωση.

Είναι σύνηθες και σημαντικό φαινόμενο της τρίτης ηλικίας είναι και η **ακράτεια των ούρων** (μη ελεγχόμενη απώλεια). Αυτή είναι ένα σύμπτωμα, που η αιτιολογία του ποικίλει. Υπολογίζεται ότι περίπου το 38% των ηλικιωμένων που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία έχουν ακράτεια και το 10% των διαβιούντων στο σπίτι, αν και σπανίως το αποκαλύπτουν στο περιβάλλον τους. Εκτός του ότι προάγει τις ουρολοιμώξεις, η ακράτεια συνεπάγεται οικογενειακά και ατομικά προβλήματα, μείωση της δραστηριότητας και απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον. Μερικές φορές αυτή μπορεί να είναι πρόσκαιρη (σύγχυση, φάρμακα, οξεία φλεγμονή της ουροδόχου κύστης κ.α.) και άλλες φορές είναι μόνιμη, εκδηλούμενη με τη μορφή διαφόρων κλινικών συνδρομών.

Η ταξινόμηση της ακράτειας είναι απαραίτητη για να μπορεί να εφαρμοσθεί η σωστή αντιμετώπιση σε κάθε περίπτωση. Έτσι υπάρχει η ψευδής ή λειτουργική ακράτεια, η οποία συμβαίνει διότι ο ασθενής δεν μπορεί να μεταβεί έγκαιρα στην "τουαλέτα".

Στην περίπτωση αυτή η λήψη φαρμάκων (ηρεμιστικά, διουρητικά) επιδεινώνει το πρόβλημα. Στην αντιμετώπισή της συμβάλλει η κοντινή απόσταση "τουαλέτας" και κρεβατιού και η ορθή χρήση φαρμάκων.

Άλλη μορφή ακράτειας είναι η παρατηρούμενη επί νευρογενούς κύστεως και οφείλεται σε βλάβη των νευρικών οδών μέσω των οποίων ρυθμίζεται η ούρηση. Έτσι, η βλάβη της κεντρικής κινητικής οδού (διατομή) άνω του I2 νευροτομίου του νωτιαίου μυελού, προκύπτει η "σπαστική" κύστη ενώ σε βλάβη των περιφερικών νευρικών οδών ή και των νευροτομιών I2 - I4 προκύπτει η "χαλαρή" κύστη.

Στους άνδρες υπερήλικες με υπερτροφία προστάτη, παρατηρείται η ακράτεια από υπερχειλίση. Η ίδια μορφή ακράτειας προκύπτει από χρήση αντιχολινεργικών φαρμάκων (ατροπίνη κλπ), που προκαλούν κατακράτηση και στη συνέχεια υπερχειλίση των ούρων. Διακοπή των φαρμάκων αυτών ή η προστατεκτομή λύνουν το πρόβλημα.

Στις μετεμνηνοπαυσιακές γυναίκες σύνηθες είναι το πρόβλημα της ακράτειας (stress incontinence) και μπορεί να οφείλεται στα μειωμένα οιστρογόνα, στην ατροφία ουρήθρας και κόλπου ή στη χαλάρωση του εδάφους της πυέλου (λεκάνης). Στην περίπτωση αυτή, η χορήγηση οιστρογόνων, η ενίσχυση των μυών της περιοχής με ειδικές ασκήσεις και κάποια μορφή επέμβασης, ανακουφίζει την ηλικιωμένη γυναίκα.

Τέλος, η ενσφήνωση κοπράνων είναι συνήθης αιτία ακράτειας ούρων σε ακινητοποιημένα ηλικιωμένα άτομα, μέσω μηχανισμού τοπικού νευρογενούς ερεθισμού ή αλλαγής της ουρηθροκυστικής γωνίας. Ασφαλώς αυτή η μορφή είναι η πιο εύκολα αντιμετωπίσιμη (χρήση καθαρτικών κλπ).

Εφαρμόστε μέτρα για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων:

1. Έχετε διαθέσιμα ουροδοχεία δίπλα στο κρεβάτι του ηλικιωμένου ή βοηθήστε τον να μεταβαίνει στο λουτρό κάθε 2-3 ώρες ή και συχνότερα, ανάλογα με τις συνήθειες του ασθενούς κατά την ούρηση.
2. Βοηθήστε τον ασθενή να λάβει μία φυσιολογική θέση κατά την ούρηση για την διευκόλυνση της πλήρους κένωσης της κύστης, εκτός αν υπάρχει αντένδειξη.
3. Διευκολύνετε την πρόσβασή του στο λουτρό και βοηθήστε τον να επιλέξει ρουχισμό που αφαιρείται εύκολα με σκοπό την ελάττωση των καθυστερήσεων.

4. Καθοδηγείστε τον ασθενή στην εκτέλεση ασκήσεων περινέου.
5. Συμβουλευτείτε τον ασθενή να κατανέμει τα υγρά ισομερώς κατά την διάρκεια της ημέρας αντί να πίνει μεγάλες ποσότητες μονομιάς. (η ταχεία πλήρωση της κύστης μπορεί να προκαλέσει ακράτεια όταν υπάρχει μειωμένος έλεγχος του σφιγκτήρα).
6. Περιορίστε την ούρηση κατά το απόγευμα για τη μείωση της πιθανότητας νυχτερινής ακράτειας.
7. Συμβουλευτείτε τον ασθενή να αποφεύγει να πίνει ποτά που περιέχουν καφεΐνη (η καφεΐνη είναι ήπιο διουρητικό και μπορεί να δυσχεραίνει τον έλεγχο της ούρησης).

Προστάτης

Μετά την ηλικία των 40 χρόνων, όλοι σχεδόν οι άνδρες, έχουν κάποια υπερτροφία του προστάτη, που στο 1/3 των προαναφερθέντων ατόμων, γίνεται αντιληπτή κατά τη δακτυλική εξέταση από το ορθό.

Παράλληλα με την υπερτροφία έχει διαπιστωθεί και η απώλεια της βακτηριοκτόνου ιδιότητας του προστατικού εκκρίματος. Αυτό το τελευταίο, σε συνδυασμό με την στάση των ούρων στην ουροδόχο κύστη κλπ αυξάνει τη συχνότητα των ουρολοιμώξεων στην τρίτη ηλικία.

Στα συμπτώματα της υπερτροφίας του προστάτη κυριαρχούν εκείνα, που έχουν σχέση με τη βαθμιαία ως αυξανόμενη απόφραξη του αυλού, της ουρήθρας. Έτσι, παρατηρείται καθυστέρηση στην έναρξη της ούρησης, μείωση της ακτίνας και της πίεσεως (στάγδην ούρηση) αυτής καθώς και νυκτουρία (64%). Σε χρονίζουσες καταστάσεις με αρκετό "υπόλειμμα" ούρων μπορεί να δημιουργηθεί οξεία επίσχεση ούρων ή αμφοτερόπλευρη υδρονέφρωση και ουραιμία.

Άλλες παθήσεις, που συγχέονται μερικές φορές με την υπερτροφία του προστάτη, είναι λιθίαση ή νεόπλασμα της ουροδόχου κύστεως, "νευρογενής" κύστη ή το καρκίνωμα του προστάτη.

Ο καρκίνος του προστάτη είναι πολύ σπάνιος πριν από την ηλικία των 60 χρόνων, ενώ μετά από αυτήν αυξάνει σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Στην περίπτωση αυτή, η ψηλάφηση του προστάτη δίδει την αίσθηση του ανελαστικού και

σκληρού αδένα. Δίδει οστικές μεταστάσεις και γι' αυτό παρουσιάζονται άλγη από τα οστά, ιδιαίτερα στην οσφυϊκή μοίρα.

Χαρακτηριστική είναι η αύξηση της οξίνου φωσφατάσης στο 85% των ασθενών που έχουν μεταστάσεις. Ο όγκος αυξάνει με την επίδραση των ανδρογόνων, ενώ υποστρέφει με τα οιστρογόνα τα οποία χορηγούνται και θεραπευτικώς. Ο καρκίνος του προστάτη όπως και η καλοήθης υπερτροφία του, είναι δυνατόν να προκαλέσουν οξεία επίσχεση, η οποία συνηθέστατα αντιμετωπίζεται με τη χρήση καθετήρα Folley.

Ο καθετήρας πρέπει να εισαχθεί με την εφαρμογή όλων των κανόνων αντισηψίας και πρέπει να αντικαθίσταται μετά από μερικές ημέρες (7 - 15) για την αποφυγή ουρολοιμώξεως. Ουροκαθετήρας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε αρκετές περιπτώσεις ακράτειας, καθώς και σε μετεγχειρητικές καταστάσεις.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι κατά την πρώτη εφαρμογή (εισαγωγή) του καθετήρος, δεν πρέπει η κύστη να κενωθεί μαζικά και άμεσα, αλλά σταδιακά και βαθμιαία, διότι υπάρχει κίνδυνος επιπλοκών από το γενικότερο οργανισμό. Γνωστή είναι η διατασιμότητα της κύστεως με αποτέλεσμα πολλές φορές να κατακρατεί υπόλειμμα ούρων, μέχρι 2000 εκ και παραπάνω.

Ιδιαίτερα προβλήματα των ηλικιωμένων γυναικών, είναι τα παρουσιαζόμενα από την αρχή της μετεμμηνοπαυσιακής περιόδου και μετά. Έτσι, παρατηρούνται παθήσεις των έσω και έξω γεννητικών οργάνων (δυστροφίες, μυκητιάσεις, καρκίνος, αιμορραγίες κ.α.) και μεγαλύτερη συχνότητα των παθήσεων του μαστού (καρκίνος κ.α.)

Θεωρείται απαραίτητο, μια φορά το χρόνο τουλάχιστον, κάθε ηλικιωμένη γυναίκα να υποβάλλεται σε προληπτική εξέταση των γεννητικών της οργάνων (κλινική εξέταση, PAP test κλπ) και των μαστών της (αυτοεξέταση, ιατρική εξέταση, μαστογραφία κλπ).

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει ποιες περιπτώσεις πρέπει να συντρέχουν για να θεωρείται μια γυναίκα υψηλού κινδύνου για καρκίνο των μαστών.

- Ηλικία άνω των 40
- Ιστορικό καρκίνου μαστών σε άλλες γυναίκες της οικογένειας (μητέρα, αδελφές).
- Πρώτη εγκυμοσύνη μετά τα 34
- Προκαρκινικές μεταστάσεις των μαστών.
- Γυναίκες με ελαττωματικό ανοσολογικό σύστημα.
- Έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες.
- Γυναίκες με κατάχρηση λιπαρών τροφών.

- Εκείνες με χρόνια ψυχολογική καταπόνηση.
- Γυναίκες με ευμεγέθεις μαζικούς αδένες.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η Σεξουαλικότητα και ο ηλικιωμένος

Αλλαγές στο Σύστημα της Αναπαραγωγής:

1. Η σεξουαλική ικανότητα, αν και διαφοροποιείται, διατηρείται μέχρι τα τελευταία στάδια της ζωής.
2. Η μείωση σε κάποιο βαθμό της σεξουαλικής ικανότητας οφείλεται στην κάμψη της φυσικής υγείας στον ένα ή και στους δυο συζύγους ή στο θάνατο του ενός.

Το ζήτημα της σεξουαλικότητας των ασθενών είναι μεγάλο και δεν μπορεί εύκολα να συζητηθεί λόγω του ότι το σεξ είναι ένα αντικείμενο που δίνει ώθηση στην αισχρολογία προφανώς λόγω της ανασφάλειας που επικρατεί γύρω από το θέμα. Σε μια περιοχή ειδικών όπως είναι η γεννητοορική χειρουργική, νοητική καθυστέρηση, γυναικολογία και ψυχιατρική το θέμα μπορεί να καλυφθεί από συγκεκριμένα σημεία απόψεων σε σχέση με ειδικά προβλήματα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν πρόβλημα που σχετίζεται με άλλη ειδικότητα, αλλά λόγω της κοινωνικής στάσης προς του ηλικιωμένους, αυτά τα προβλήματα είναι πιθανόν να παραβλέπονται ή να αποφεύγονται από τις νοσηλεύτριες που περιποιούνται ηλικιωμένους ασθενείς σε ένα νοσοκομείο, σε ίδρυμα ή στο εξωτερικό περιβάλλον. Για τη νέα νοσηλεύτρια μπορεί να είναι δύσκολο να φανταστεί ότι ο ηλικιωμένος που έχει υπό την προστασία της είναι μια ανύπαντρη μητέρα, ομοφυλόφιλη, ο εραστής κάποιας ή "ερωτευμένος".

Οι νέοι πιστεύουν ότι αυτά τα πράγματα σταματούν πολύ πριν την ηλικία των 65. Οι νοσηλεύτριες έχουν την ευχαρίστηση να συζητούν για τους σεξουαλικούς ρόλους από κοινωνιολογική άποψη, ή τις θέσεις της σεξουαλικότητας στα πλαίσια της αλλοιωμένης σωματικής εικόνας μετά από κάποια χειρουργική επέμβαση. Αλλά είναι σίγουρα λιγότερο ευχαριστημένες όταν συζητούν την πρακτική πλευρά της σεξουαλικής επαφής όταν υπάρχει καθετήρας, εναλλακτικές στάσεις που πρέπει να υιοθετηθούν για να μην εμποδιστεί η δύσπνοια στη διάρκεια της επαφής, η νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένου που έπεσε θύμα βιασμού, ή τους φόβους του ηλικιωμένου που υποφέρει από AIDS.

Το πρώτο πρόβλημα που πρέπει να ξεπεράσουν οι νοσηλεύτριες που μιλάνε για τη σεξουαλικότητα, είναι οι δικές τους προκαταλήψεις. Ενώ το σεξ φαίνεται να είναι αποδεκτό θέμα συζήτησης, στην απελευθερωμένη εποχή μας, στην πραγματικότητα όλα αυτά που συμβαίνουν είναι επειδή έχουν εδραιωθεί νέα ταμπού. Το εξωσυζυγικό σεξ, η ομοφυλοφιλία, η πορνογραφία κι οι σεξουαλικά μεταδιδόμενες νόσοι μπορούν να συζητηθούν ελεύθερα. Αλλά υπάρχει ακόμα κάποια αμηχανία όταν συζητάμε τη σεξουαλικότητα των αναπήρων και των ηλικιωμένων. Στην κοινωνία μας όπου φαίνεται ότι μόνο οι νέοι, οι υγιείς, οι όμορφοι έχουν το δικαίωμα να ολοκληρώνουν μια σεξουαλική ζωή, οι ηλικιωμένοι και οι ανάπηροι θεωρείται ότι πρέπει να βρουν εναλλακτική έκφραση των σεξουαλικών συναισθημάτων τους. Όταν τα προβλήματα εμφανιστούν μπορεί από ιατρική άποψη να εκδηλωθούν ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως πόνοι και κόπωση. Ο μέσος φοιτητής της νοσηλευτικής που μπορεί να είναι αρκετά νέος και ήδη να αγωνίζεται για την αλλαγή του δικού του σεξουαλικού ρόλου, χρειάζεται να ξέρει κάτι για αυτό. Οι νοσηλεύτριες, ιδίως οι φοιτητές, χρειάζονται παραπάνω εξάσκηση για να γίνουν σύμβουλοι σε αυτή την περιοχή. Όμως η στενή παρατήρηση από τη νοσηλεύτρια και τις σχέσεις της με τον ασθενή σημαίνει ότι είναι σε θέση να ανακαλύψει και να αναρωτηθεί για προβλήματα σεξουαλικότητας και ότι είναι ευαίσθητη με τον ασθενή της αλλά και ειλικρινής και πληροφοριακή ταυτόχρονα. Πρέπει να ξέρει τι μπορεί να περιμένει ένας ηλικιωμένος να πετύχει στο θέμα της σεξουαλικής ικανοποίησης, τι μπορεί να πάει στραβά και ποια πράγματα μπορεί να προκληθούν αυθόρμητα μέσα από τη συζήτηση.

Δεν είναι όμως θέμα αυτού του κεφαλαίου να συζητήσουμε τρόπους πειθούς των ανθρώπων να συζητούν για μυστικά ή προσωπικά συναισθήματα.

Τι μπορούν να περιμένουν οι ηλικιωμένοι εραστές

Η σεξουαλική δραστηριότητα των ηλικιωμένων, κάπως όμοια με αυτή των νέων, εξαρτάται από τις ευκαιρίες, την υγεία και την επιθυμία. Η ηλικιωμένη γυναίκα που έχασε τον άνδρα της πιθανόν μετά από μια ολόκληρη ζωή που εξυπηρετούσε τις ανάγκες του και αυτές των παιδιών της, να έχασε τις ικανότητες που απαιτούνται για να βρει έναν άλλο σεξουαλικό σύντροφο. Ο πόνος του θανάτου μπορεί να αφαιρέσει επίσης την επιθυμία. Εάν η ίδια είναι επίσης άρρωστη μπορεί να μη νοιώθει καμία ανάγκη σεξουαλικής επαφής αλλά περισσότερη μοναξιά. Μπορεί να υποθάλπει τα συναισθήματα της αφιερώνοντας τον εαυτό της στα παιδιά της και στα εγγόνια της,

Η αλλαγή στο γυναικείο σώμα με την εμμηνόπαυση μπορεί να σηματοδοτήσει μια αρνητική αλλαγή στη στάση της προς το σεξ ή να σηματοδοτήσει την εποχή της απελευθέρωσης από το άγχος της εγκυμοσύνης. Η αντίδραση του σώματος της κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής σχέσης εξακολουθεί να αλλάζει από την εφηβεία μέχρι τη γήρανση και η γεμάτη αυτοπεποίθηση ώριμη γυναίκα καθώς και ο σύντροφός της θα δεχθούν την σταδιακή αλλαγή.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες απολαμβάνουν τον έρωτα, την στοργή, την σωματική επαφή αλλά μπορεί να αργούν να ανταποκριθούν λόγω της λιγότερο συχνής τους έκθεσης στη σωματική επαφή. Στη διάρκεια της σεξουαλικής σχέσης οι γυναίκες δοκιμάζουν αλλαγή στις θηλές του στήθους, στην κλειτορίδα, σε κάθε ηλικία, αλλά οι αντιδράσεις είναι πιο αργές στη γήρανση και η μυϊκή ένταση στην σχέση είναι μικρότερη. Βασικά οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν λιγότερες εκκρίσεις από τους αδένες τους και οι αλλαγές στα τοιχώματα του κόλπου τις κάνουν πιο στεγνές και πιο επιρρεπείς στον τραυματισμό στην διάρκεια της επαφής. Στη διάρκεια της σχέσης η ηλικιωμένη γυναίκα έχει κολπικές συσπάσεις που είναι μικρότερες από αυτές μιας μικρότερης γυναίκας.

Οι ηλικιωμένοι άνδρες μπορεί να μην έχουν διέγερση του πέους τόσο εύκολα με απλή ψυχολογική διέγερση και η πλήρης ενεργή συμμετοχή στο σεξ μπορεί να πάρει λιγότερη ώρα. Η παραγωγή εκκρίσεων μπορεί να είναι περισσότερο αργή και με αργή επίσης ροή του σπέρματος παρά με έντονη εκσπερμάτωση, όπως στην νεότητα. Ο ηλικιωμένος άνδρας μπορεί να συνεχίσει την επαφή περισσότερη ώρα χωρίς οργασμό για να ικανοποιήσει την σύντροφό του. Πιθανόν να μην μπορεί να επαναλάβει τη διαδικασία τόσο γρήγορα όσο στα νιάτα του. Οι Masters και Johnson (1966) λένε "αν τα ανεβασμένα επίπεδα σεξουαλικής δραστηριότητας διατηρηθούν από τα νεότερα χρόνια και δεν παρέμβει κάποια χρονιά η οξεία φυσική ανικανότητα, οι ηλικιωμένοι άνδρες συνήθως είναι ικανοί να συνεχίσουν κάποια μορφή σεξουαλικής έκφρασης στα 70 ή ακόμη και στα 80 τους.

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι όμως σε κάθε σφαίρα της ύπαρξης τους περιμένουν ελάχιστα για τον εαυτό τους και είναι ευχαριστημένοι με ακόμα λιγότερα. Όπως είπε ο Comfort (1974) "Οι ηλικιωμένοι σταματούν να έχουν σεξουαλική σχέση για τους ίδιους λόγους που σταματούν να κάνουν ποδήλατο, γενική αστάθεια, το σκεπτικό ότι φαίνονται γελοίιοι και μέσα από αυτούς τους λόγους ο μεγαλύτερος είναι η κλινική εικόνα του βρώμικου γέρου και η μη σεξουαλική ανεπιθύμητη γριά".

Η συχνότητα της σχέσης μπορεί να μειωθεί με τον καιρό αλλά αν δεν έρθει ο θάνατος, η αστάθεια κι η αρνητική στάση της κοινωνίας, η συνέχιση της σχέσης και η σεξουαλικότητα μπορεί να περάσει τα 70 και τα 80. (Ερωτοκρίτου Α., 1995)

Προβλήματα στο σεξ

Ανικανότητα

Είναι η αποτυχία πρόκλησης ή διατήρησης της διέγερσης έτσι ώστε να γίνει δυνατή η διείσδυση για τη σεξουαλική σχέση. Τα αίτια, τα οποία είναι πολύ πιθανό να είναι ψυχογενή όπως αναφέρθηκε παραπάνω μπορεί να περιλαμβάνουν διαβήτη, διάφορες ενδοκρινικές διαταραχές, σκλήρυνση κατά πλάκας, μετεγχειρητικές επιδράσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει να βεβαιωθεί εάν ο ασθενής είχε την ευκαιρία να συζητήσει με κάποιον πριν από την επέμβαση και την επίδραση που μπορεί να έχει αυτή στη σεξουαλική του ζωή. Κάποιες κοινές αλλά λανθασμένες αντιλήψεις υπάρχουν μεταξύ ανδρών, όπως δηλαδή ότι η εγχείριση του προστάτη οδηγεί σε ανικανότητα. Τα φάρμακα για την κατάθλιψη είναι η συνηθέστερη αιτία διεγερτικής ανικανότητας.

Μη γονιμότητα

Ενώ αυτό μπορεί να θεωρείται "απελευθέρωση" για πολλές αν όχι για όλες τις μετεμνηνοπαυσιακές γυναίκες, υπάρχουν άνδρες με νεότερες συντρόφους που θα ήθελαν να αποκτήσουν παιδιά. Αν και η γονιμότητα μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας, ένας μεγάλος άνδρας μπορεί να κάνει παιδιά και η μη γονιμότητά του να προέρχεται από μια θεραπεύσιμη κατάσταση, όπως υποθυρεοειδισμός ή μπορεί να βοηθηθεί με κάποιες συμβουλές που δίνονται στους νεότερους άνδρες και αφορούν τη συχνότητα και το χρόνο της σεξουαλικής σχέσης.

Επώδυνη συνουσία

Πόνος στη σεξουαλική σχέση που μπορεί να προκαλείται στην διάρκεια της διείσδυσης ή μετά το πέρας αυτής. Σε κάθε περίπτωση τα αίτια είναι θεραπεύσιμα. Τα προβλήματα που προξενούνται από στεγνή λεπτή επιδερμίδα στον κόλπο μπορεί να βοηθηθούν από απλά λιπαντικά όπως εν τω βάθου υδατοδιαλυτή ζέλη, ή με χορήγηση οργανικού υποκατάστατου. Πόνος μπορεί να είναι σημείο παθολογικής καταστάσεως όπως πυελική λοίμωξη ή κακοήθεια.

Κνησμός του αιδοίου

Το κνησμάδες και φλεγμονώδες αιδοίο μπορεί να είναι πηγή μεγάλης απογοήτευσης και κακουχίας σε ηλικιωμένες γυναίκες και πιθανόν να οδηγήσει σε

υπερβολικό κνησμό, μόλυνση και κοινωνικά απαράδεκτη συμπεριφορά καθώς προσπαθεί να ανακουφίσει την κακουχία της. Το αίτιο είναι μυκητιακή μόλυνση στην οποία η ηλικιωμένες διαβητικές μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιρρεπής.

Κυστίτιδα

Το πρόβλημα της κυστίτιδας και της σχέσης της με τη σεξουαλική επαφή διακρίνεται στην ηλικιωμένη γυναίκα που μπορεί να δοκιμάσει πόνο και μεγάλη συχνότητα διούρησης. Η θεραπεία αποτελείται από αυστηρή προσωπική υγιεινή, ιδιαίτερα πριν και μετά την επαφή, και στους δυο συντρόφους και σύσταση διατήρησης υψηλής ποσότητας λήψης υγρών και διουρητικών όσο γίνεται περισσότερο συχνά μετά τη σεξουαλική επαφή. Οι επανεμφανιζόμενες μολύνσεις της ουροποιητικής οδού είναι συνήθεις στους ηλικιωμένους λόγω της στασιμότητας των ούρων στους νεφρούς που προξενείται από κώλυμα της εκροής όπως σε υπερτροφικό προστάτη ή σε παρεμβολή, που προκαλείται στις γυναίκες, του ανώτερου κοιλιακού τοιχώματος από πτώση.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι παθολογικές εκδηλώσεις και καταστάσεις από το μυοσκελετικό σύστημα έχουν συνδεθεί κυρίως με την τρίτη ηλικία από τα αρχαιότατα χρόνια. Χαρακτηριστικό είναι, ότι στην ιερογλυφική γραφή, η έννοια του γήρατος αποδίδεται με την απεικόνιση ενός παραμορφωμένου από αρθρίτιδα ατόμου.

Με την αύξηση της ηλικίας εμφανίζονται εκφυλιστικές αλλοιώσεις στις αρθρώσεις, στους τένοντες, στα οστά και στους μυς. Έτσι παρατηρείται αλγινός περιορισμός των κινήσεων, μείωση της μυϊκής μάζας, αύξηση της κόπωση, λόγω αύξησης τριφωσφορικής αδενοσίνης, και του γαλακτικού οξέως στους μυς, αλλαγή της στάσης του σώματος από αλλαγές στους συνδέσμους, τις αρθρώσεις και τα οστά, οι αρθρώσεις γίνονται δύσκαμπτες, μεγάλωμα της κυρτότητας της σπονδυλικής στήλης (κύφωση), μείωση του ύψους του σώματος (λέπτυνση ή συμπίεση του μεσοσπονδύλιου δίσκου), τα οστά γίνονται πορώδη, πιο ελαφρά και χάνουν πολύ από την πυκνότητα τους (απασβέτωση - αφαλάτωση), εμφάνιση διαταραχής στο βάδισμα συνέπεια διαταραχής του συντονισμού, οστεοπόρωση, και αυξημένη συχνότητα καταγμάτων. Στην ηλικία των 70 χρόνων το 85% πάσχει από κάποιο βαθμό οστεοαρθρίτιδας. Ορισμένοι τύποι καταγμάτων (όπως του αυχένος του μηριαίου

οστού) είναι πολύ συνηθισμένοι στους υπερήλικες και κυρίως στις γυναίκες, διότι αυτές έχουν και αυξημένη (διπλάσια) επίπτωση της οστεοπόρωσης σε σχέση με τους άνδρες.

Κάθε **κάκωση** της περιοχής του ισχίου σε άτομο με ηλικία άνω των 60 χρόνων, πρέπει να θεωρείται ύποπτη για κάταγμα και να εξετάζεται ακτινολογικά. Σήμερα η χειρουργική αντιμετώπιση των καταγμάτων αυτών, αποδίδει σε σύντομο χρόνο την κινητικότητα στους γέροντες και έχει περιορίσει κατά πολύ την άλλοτε μεγάλη θνητότητα στις καταστάσεις αυτές. Με την εγχείρηση γίνεται αντικατάσταση της κεφαλής του μηριαίου δια μεταλλικής (αρθροπλαστική).

Η κλινική διάγνωση των καταγμάτων του αυχένος του μηριαίου είναι εύκολη, διότι πέραν του άλγους υπάρχει βράχυνση του σκέλους (φαίνεται πιο κοντό το πόδι) και εξωτερική στροφή του. Η ακτινογραφία επισφραγίζει τη διάγνωση.

Άλλος τύπος κατάγματος, συχνός στους υπερήλικες, είναι εκείνο της κάτω επιφύσεως της κερκίδος (κάταγμα Colles). Αυτό δημιουργείται μετά από πτώση πάνω στην ανοικτή παλάμη. Δηλαδή όταν η άκρα χείρα βρίσκεται σε υπερέκταση.

Συχνά είναι και τα κατάγματα (συμπιεστικά κα) των σπονδύλων ή η παραμόρφωσή των (λόγω οστεοπορώσεως) που οδηγεί σε κύφωση και σε μείωση του σωματικού ύψους. (Κωσταρίδου Α., Αθήνα 1999)

Η **οστεοπόρωση** προχωράει σταδιακά από χρόνο σε χρόνο και εκδηλώνεται κυρίως με χρόνια διάχυτα οστικά άλγη που ενίοτε έχουν σημαντικές εξάρσεις. Η ολική οστική μάζα μειώνεται πολύ, αν και η σύνθεση καθόλου και η μορφολογία των οστών μερικώς επηρεάζεται. Αν και η οστεοπόρωση είναι αναμενόμενη στα ηλικιωμένα άτομα, λίγες φορές διαγιγνώσκεται νωρίς. Σ' αυτό συμβάλει και η δυσκολία καταγραφής των μικρού βαθμού αλλοιώσεων στην ακτινογραφία. Έτσι συχνά η διάγνωση γίνεται με την ευκαιρία κάποιου κατάγματος, διότι πρέπει να απολεσθεί οστική ουσία άνω του 30% για να γίνει αντιληπτή.

Στην οστεοπόρωση εκτός από τη μείωση του αριθμού και του πάχους των οστεοδοκίδων μειώνεται και το πάχος του οστικού φλοιού και το σωματικό ύψος. Αυτό οφείλεται σε εξασθένηση του σχηματισμού οστεοειδούς ή σε αυξημένη απορρόφηση αυτού.

Η απώλεια της οστικής μάζας, αρχίζει μεταξύ του 30ου και 40ου έτους. Μεταξύ της ηλικίας των 50 και 80 χρόνων οι γυναίκες χάνουν διπλάσια μάζα από τους άνδρες. Οι λευκές γυναίκες εμφανίζουν τετραπλάσιως μεγαλύτερη συχνότητα οστεοπορώσεως από ότι οι μαύρες γυναίκες. Η οστεοπόρωση δεν προσβάλλει τα

οστά του κρανίου, ενώ είναι πολύ έντονη στους σπονδύλους (μοιάζουν σαν "άδεια κουτιά") και στη λεκάνη.

Η συνηθέστερη μορφή οστεοπορώσεως είναι η μετεμμηνοπαυσιακή και λιγότερο συχνές είναι η γεροντική, η ιδιοπαθής, η οφειλόμενη σε ενδοκρινοπάθειες (σύνδρομο Cushing, θυρεοτοξίκωση κλπ) ή σε νεφροπάθειες (χρόνια ανεπάρκεια), η φαρμακευτική (από κορτιζόνη κλπ), η υποσιτιστική και η εξ αδρανεΐας (ακινησίας) (Εικόνα 1). (Σμίθ Γ., 1993)

Με βάση την ακτινολογική εικόνα δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση με άλλες καταστάσεις στις οποίες παρατηρείται απώλεια οστικού ιστού. Τέτοιες είναι οι οστεολυτικές καρκινικές μεταστάσεις, το πολλαπλού μυέλωμα, η ινώδης οστίτις, η οστεομαλάκυνση κα.

Στη γεροντική οστεοπόρωση, όπως και σε άλλες μορφές, ο σκοπός κάθε είδους θεραπείας δεν είναι η τέλεια αποκατάσταση του απορρηφθέντος οστού (αφού αυτό είναι σχεδόν αδύνατο), αλλά κυρίως η επιβράδυνση του ρυθμού απώλειας της οστικής μάζας. Αξιοσημείωτο είναι, ότι η ανάπαυση (ακινησία) την οποία τόσο συχνά επιδιώκουν οι οστεοπορωτικοί γέροντες, λόγω των οστεοπορωτικών αλγών, πρέπει να περιορίζεται πάρα πολύ, διότι μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση (οστεοπόρωση από ακινησία) με ολέθρια αποτελέσματα. Η φυσική δραστηριότητα, όταν γίνεται με μέτρο, είναι αναγκαία για την καλή κατάσταση των οστών και για τη μείωση των φαρμάκων. Ακόμη και η μακροχρόνιας χρήσης ορθοπεδικής ζώνης επιτείνει την οστική ατροφία των σπονδύλων.

Ευεργετικά μέτρα είναι και η αυστηρή αποφυγή κορτιζονούχων φαρμάκων και η σωστή διατροφή.

Η διατροφή του ηλικιωμένου οστεοπορωτικού πρέπει να περιλαμβάνει 1/2 λίτρο γάλα (0,6 gr ασβεστίου) ή 100 gr τυρί (1 gr Ca/ 100gr). Η φέτα έχει δέκα φορές λιγότερο ασβέστιο από τα σκληρά τυριά, ενώ η μυζήθρα έχει ελάχιστο.

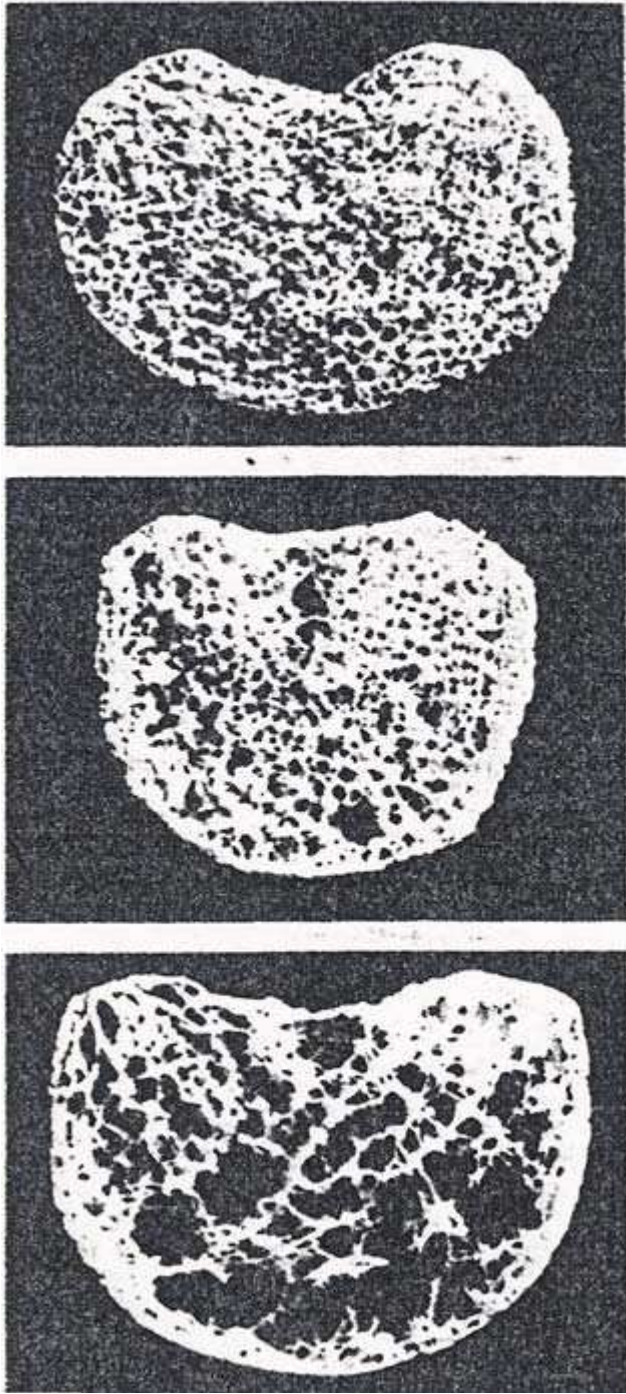
Παθήσεις λιγότερο συχνές, από την οστεοπόρωση στην τρίτη ηλικία είναι η ρευματοειδής αρθρίτις, η ουρική αρθρίτις, η περιαρθρική ωμαρθρίτις, η νόσος του Paget, η ρευματική πολυμυαλγία και το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνος.

Σκοποί της φροντίδας:

1. Διόρθωση μεταβολικής διαταραχής ασβεστίου
2. Πρόληψη επιπλοκών
3. Πρόληψη υποτροπής

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Ενθαρρύνει για φυσική δραστηριότητα, της οποίας η ένταση αυξάνεται μέσα σε μια σχεδιασμένη χρονική περίοδο.
2. Συνέχιση του σχήματος ασκήσεων που άρχισε στη φυσικοθεραπεία.
3. Εξακολούθηση βοήθειας για κίνηση του αρρώστου :δεκανίκια, μπαστούνι, περιπατητής ή κορσές, ανάλογα με τις ανάγκες του.
4. Διδασκαλία τρόπων για αποφυγή πιθανής πτώσης ή τραυματισμού ,καλής μηχανικής του σώματος και αποφυγής άρσης βαριών αντικειμένων.
5. Δίαιτα με άφθονο λεύκωμα, ασβέστιο, φώσφορο, βιταμίνες και άλατα.
6. Ορμονοθεραπεία, που γίνεται μόνο μετά από προσεκτική εκτίμηση της κατάστασης υγείας του κάθε ατόμου.
7. Παρακολούθηση και ενημέρωση αρρώστου για αιμορραγία από τον κόλπο, που μπορεί να συμβεί σε οιστρογονοθεραπεία. Άμεση αναφορά της.
8. Παροχή ψυχικής υποστήριξης αρρώστου. Ευκαιρίες για εξωτερίκευση των συναισθημάτων του.
9. Το σχέδιο εξόδου περιλαμβάνει πληροφόρηση που αφορά την φαρμακευτική, διαιτητική και άλλη αγωγή που θα συνεχίσει στο σπίτι του. Παραπομπή σε υπηρεσίες της κοινότητας



Εικόνα 1. Η εξέλιξη της οστεοπόρωσης στο σπονδυλικό σώμα (σώμα σπονδύλου σε εγκάρσια διατομή) α) Φυσιολογική σπογγώδης ουσία β) Αρχόμενη οστική ατροφία
Πηγή: Σμίθ Γουέντι, Οστεοπόρωση: Πώς να προλάβετε την πάθηση της ατροφίας των οστών και τις συνέπειές της, Εκδόσεις Erian, 1993

Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια φλεγμονώδης πολυαρθρίτιδα, υποξεία ή χρόνια και εξελικτική, με κύριες εκδηλώσεις τη φλεγμονή των αρθρικών υμένων διαφόρων αρθρώσεων, που έχει ως αποτέλεσμα βαριές παραμορφώσεις και αναπηρίες των αρθρώσεων. Εκτός, όμως από τις αρθρώσεις προσβάλλει και όλους τους ιστούς που προέρχονται από το μεσέγχυμα: μυς, δέρμα, υποδόριο ιστό, ίριδα, σιαλογόνους αδένες, συνδετικό υπόστρωμα των πνευμόνων. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα εντάσσεται στις νόσους του κολλαγόνου.

Στο αίμα των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο ανιχνεύεται ο ρευματοειδής παράγοντας. Η νόσος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ειδική μορφή του μεσεγχύματος, που εκλύεται από την επίδραση διαφόρων βλαπτικών αιτιών.

Η νόσος εισβάλλει ύπουλα. Αρχίζει από τις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών και κατόπιν εκτείνεται κεντρικότερα. Τα κύρια συμπτώματα είναι πόνος στις αρθρώσεις, δυσκαμψία και παραμόρφωσή τους, που αναπτύσσονται μέσα σε διάστημα ετών. Προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες απ' ότι τους άνδρες.

Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου:

- α. Παρουσία όζων, διόγκωση αρθρώσεων και δυσκαμψία
- β. Τυπικές παραμορφώσεις: 1)Βραχίονες σε προσαγωγή και έσω στροφή 2)Αγκώνες σε κάμψη, αντιβράχια σε πρηνισμό 3)Καρπός σε κάμψη και ωλένια απόκλιση 4)Ισχία σε κάμψη και προσαγωγή 5)Γόνατα σε κάμψη
- γ. Διόγκωση ήπατος και σπλήνα
- δ. Σημεία περικαρδίτιδας
- ε. Ιρίτιδα

Προβλήματα του αρρώστου:

1. Αναιμία
2. Πόνος
3. Μείωση δραστηριοτήτων
4. Επιπλοκές από τη φαρμακευτική θεραπεία
5. Παραμόρφωση
6. Κίνδυνοι ατυχημάτων εξαιτίας δυσλειτουργίας των αρθρώσεων
7. Προβλήματα χρονιότητας

Σκοποί της φροντίδας:

1.Άμεσοι: Μείωση ή απαλλαγή από τον πόνο, Διατήρηση ή βελτίωση της αρθρικής κινητικότητας, Μείωση της φόρτισης που επιβάλλεται στην πάσχουσα άρθρωση, Αποκατάσταση της ψυχικής ισορροπίας

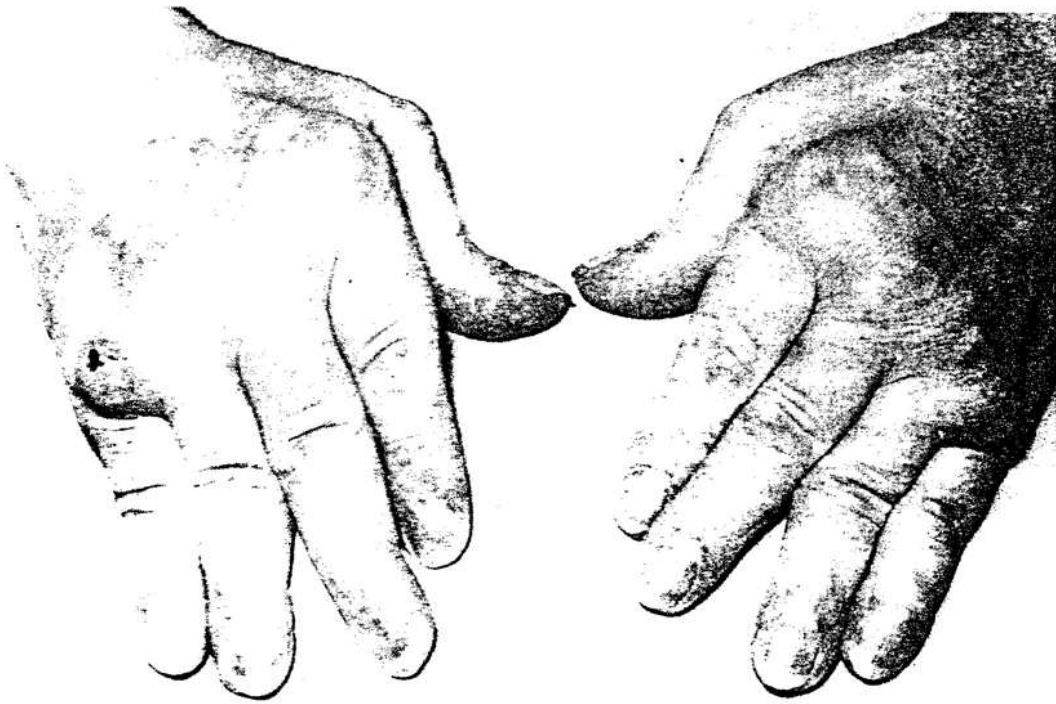
2.Μακροπρόθεσμοι: Απομάκρυνση της πηγής φόρτισης της άρθρωσης, Επιστροφή αρρώστου στο αριστερό επίπεδο λειτουργίας, Πρόληψη ή έλεγχος πόνου, Πρόληψη τραύματος στις αρθρώσεις που σηκώνουν βάρος, Αποκατάσταση μέγιστης λειτουργίας της άρθρωσης, Προετοιμασία για χειρουργική επέμβαση, αν γίνει.

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Πρέπει να γίνει συντηρητική θεραπεία:
2. Βοήθεια αρρώστου να κατανοήσει την πάθησή του και τα αίτια που επιδεινώνουν τα ενοχλήματά του από αυτή
3. Αποφυγή μακράς ορθοστασίας και βάδισης
4. Ακινησία στο κρεβάτι για μερικές ημέρες σε περίπτωση έξαρσης του πόνου ή ,καλύτερα, εφαρμογή δερματικής έκτασης στο σκέλος.
5. Μείωση βάρους ,αν ο άρρωστος είναι παχύσαρκος.
6. Χρησιμοποίηση μαστουνιού από την αντίθετη προς την πάσχουσα άρθρωση πλευρά, για μείωση φόρτισής της και, επομένως, ανακούφιση του πόνου.
7. Εφαρμογή θερμού για το οίδημα και για μείωση του πόνου.
8. Άσκηση. Διατηρεί τους μυς σε καλή κατάσταση και προλαβαίνει παραμορφώσεις και δυσκαμψία.
9. Εφαρμογή χειρισμών της άρθρωσης ενώ ο άρρωστος είναι υπό νάρκωση ,για αντιμετώπιση πρώιμης δυσκαμψίας.
10. Χορήγηση αναλγητικών :βουταζολιδίνης ή ενδομεθακίνης
11. Εξήγηση και βοήθεια αρρώστου κατά την ενδοαρθρική έγχυση κορτιζόνης..
12. Ενθάρρυνση αυτοφροντίδας και άλλων φυσικών δραστηριοτήτων .
13. Παραπομπή σε συμβουλευτικά κέντρα για επαγγελματική αποκατάσταση, αν υπάρχουν.
14. Σχέδιο διδασκαλίας:
 - Σημαντικότητα μείωση υποστήριξης βάρους από την άρθρωση.

- Μείωση τάσης της άρθρωσης.
- Αιτιολόγηση λήψης και ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων.
- Τροποποίηση δραστηριοτήτων, ώστε να εκτελούνται μέσα σε φυσιολογικά όρια
- Περίοδοι ανάπαυσης δυο φορές την ημέρα σε ύπτια θέση. Ενθάρρυνση να κάθεται.
- Σωστή μηχανική του σώματος. Σχέδιο προγράμματος ασκήσεων για συνέχιση τους στο σπίτι.

15. Συνέχεια της φροντίδας υγείας στην κοινότητα και παραπομπή για μετέπειτα παρακολούθηση.



Εικόνα 2: Τυπική εμφάνιση άκρων χεριών- δακτύλων (παραμόρφωση) σε ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Πηγή: Γρηγοράς Γ., Επιτομή παθολογικής φυσιολογίας, Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2002

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ

Όγκοι του θυρεοειδή αδένα

Οι όγκοι του θυρεοειδή αδένα μπορεί να είναι καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι καλοήθεις ονομάζονται αδενώματα. Τα αδενώματα είναι μη διηθητικοί όγκοι που εμφανίζουν αυτόνομη ανάπτυξη και λειτουργία.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα του θυρεοειδή δεν είναι συχνά και σπάνια είναι θανατηφόρα. Η πρόγνωση τους εξαρτάται κυρίως από το είδος του καρκίνου, το εξελικτικό τους στάδιο και το είδος θεραπείας.

Διακρίνονται σε τέσσερις ιστολογικούς τύπους: 1) το θηλώδες, 2) το θηλακιώδες, 3) το μυελοειδές, 4) το αμετάπλαστο καρκίνωμα.

Προβλήματα του αρρώστου:

1. Κακή κυκλοφορία οξυγόνου εξαιτίας δύσπνοιας.
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο (δυσκαταποσία, διάρροια).
3. Μείωση άνεσης(πόνοι οστών, αυτόματα κατάγματα)
4. Μείωση δραστηριοτήτων.
5. Πόνος.
6. Προβλήματα επικοινωνίας
7. Προβλήματα χρονιότητας της νόσου.

Σκοποί της φροντίδας:

Άμεσοι: Ανακούφιση από πόνο, Προαγωγή φυσικής και συναισθηματικής ανάπαυσης., Προαγωγή φυσικής και συναισθηματικής υποστήριξης., Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων., Συναισθηματική και ψυχολογική προετοιμασία αρρώστου για χειρουργική επέμβαση και ακτινοβολία, για περιπτώσεις που η τελευταία θα ακολουθήσει μετά την χειρουργική επέμβαση.

Μακροπρόθεσμοι: Βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να διαπραγματευτούν με την νόσο και να αποδεχθούν και να εφαρμόσουν το θεραπευτικό σχήμα., Βοήθεια αρρώστου να αναλάβει οικογενειακούς και κοινωνικούς ρόλους, όπου είναι δυνατό.

Ο νοσηλευτής πρέπει να:

1. Να χορηγήσει αναλγητικά για ανακούφιση από τον πόνο
2. Χορήγηση αντιδιαρροικών φαρμάκων σε περίπτωση διάρροιας.
3. Χορήγηση υπνωτικών και μυοχαλαρωτικών ,για εξασφάλιση ανάπαυσης και ύπνου
4. Εξασφάλιση δίαιτας πλούσια σε θερμίδες και λευκώματα .Υγρά χορηγούνται ανάλογα με τις προτιμήσεις του αρρώστου.
5. Εκτίμηση αναπνευστικής λειτουργίας και λήψη κατάλληλων μέτρων
6. Υποστήριξη ,φυσική και ψυχολογική, κατά τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων .
7. Υποστήριξη αρρώστου και οικογένειας να αντιμετωπίσουν την περίπτωση δυσμενούς πρόγνωσης
8. Αν έγινε μετάσταση ,η παρέμβαση πρέπει να επικεντρώνεται στη συμπτωματική αγωγή των συστημάτων που προσβλήθηκαν
9. Ενημέρωση αρρώστου και οικογένειας για την θεραπεία και τις αναμενόμενες αποκρίσεις
10. Ετοιμασία αρρώστου για χειρουργική επέμβαση και ακτινοβολία με ραδιενεργό ιώδιο.
11. Αντιμέτωπιση ανεπιθύμητων ενεργειών ,αν ο άρρωστος υποβάλλεται σε θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο. Διδασκαλία και βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να διαπραγματευθούν με τυχόν παρενέργειες.
12. Τονισμός της σπουδαιότητας της μετέπειτα παρακολούθησης .Παραπομπή σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες για συνέχιση φροντίδας στο σπίτι.
(Χριστοδούλου Γ.Ν., και συν., Αθήνα 2000)

Υπερθυρεοειδισμός

Υπερθυρεοειδισμός ονομάζεται η παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερέκκριση θυρεοειδικών ορμονών.

Διακρίνουμε τις παρακάτω μορφές:

α. Τη διάχυτη τοξική βρογχοκήλη κατά την οποία παρατηρείται υπερλειτουργία και συγχρόνως υπερπλασία ολόκληρου του αδένου, με αποτέλεσμα την υπερέκκριση θυρεοειδικών ορμονών. Είναι η συχνότερη μορφή υπερθυρεοειδισμού.

β. Το τοξικό αδένωμα, κατά το οποίο η υπερβολική έκκριση θυρεοειδικής ορμόνης οφείλεται σε μονήρες υπερπλαστικό αδένωμα.

γ. Η οζώδης τοξική βρογχοκήλη κατά την οποία ο θυρεοειδής εμφανίζει πολυοζώδη διόγκωση μετρίου ή μεγάλου βαθμού.

Υπερθυρεοειδισμός επίσης μπορεί να προκληθεί από υπερβολική έκκριση TSH, εξαιτίας αδενώματος του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης.

Είδη θεραπείας

1. Φαρμακευτική

Η δράση των αντιθυρεοειδικών φαρμάκων στηρίζεται στην ανασταλτική επίδραση που ασκούν στη βιοσύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών και ειδικότερα στην ενσωμάτωση του ιωδίου στο μόριο της τυροσίνης και στη σύζευξη για σχηματισμό T4 και T3. Η θεραπεία ρυθμίζεται με βάση κλινικά κριτήρια, συμπεριλαμβανομένων και των μεταβολών στη συχνότητα του σφυγμού, στη διαφορά μεταξύ συστολικής και διαστολικής πίεσης και στο μέγεθος του αδένου.

2. Ακτινοβολία με ραδιενεργό ιώδιο

Η θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο στηρίζεται στην ιδιότητα του θυρεοειδή να κατακρατεί το ιώδιο επιλεκτικά. Έτσι, επιτυγχάνεται μερική καταστροφή του αδένου, με αποτέλεσμα την εξάλειψη των εκδηλώσεων του υπερθυρεοειδισμού.

3. Χειρουργική

Είναι αποτελεσματική στη θεραπεία υπερθυρεοειδισμού και συνιστάται στην αφαίρεση μεγάλου τμήματος του αδένου.

Προβλήματα του αρρώστου:

1. Μείωση άνεσης (υπερκινητικότητα, εφίδρωση, ευερεθιστότητα).
2. Μείωση δραστηριοτήτων (μυϊκή αδυναμία, εύκολη κόπωση).
3. Ενεργειακό ανισοζύγιο (αυξημένος μεταβολισμός).

4. Δυνητικές επιπλοκές (πίεση της τραχείας από τη διόγκωση του αδένου, οφθαλμοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, θυρεοειδική κρίση)
5. Μεταβολή σωματικού ειδώλου.

Σκοποί της φροντίδας:

Άμεσοι: Άμεσος έλεγχος καρδιακής ανεπάρκειας, Έλεγχος έκκρισης θυροξίνης και επαναφορά στην ευθυρεοειδική κατάσταση, Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων, Τροποποίηση δραστηριοτήτων, Πρόληψη και /ή αντιμετώπιση επιπλοκών

Μακροπρόθεσμοι: διατήρηση της ευθυρεοειδικής κατάστασης με αυτόματη ύφεση , φάρμακα ή χειρουργική επέμβαση

Ο νοσηλευτής πρέπει:

- 1.Εξασφάλιση άνετου και θεραπευτικού περιβάλλοντος
- 2.Ενθάρρυνση συμμετοχής στον σχεδιασμό της καθημερινής φροντίδας ,δίνοντας έμφαση στην επαρκή ανάπαυση στα μεσοδιαστήματα των δραστηριοτήτων
- 3.Παροχή βοήθειας στις καθημερινές δραστηριότητες. Ο τρόμος των χεριών και η μυϊκή αδυναμία του δημιουργούν προβλήματα
- 4.Ρύθμιση θερμοκρασίας περιβάλλοντος για εξασφάλιση άνεσης. Χρησιμοποίηση ανεμιστήρων
- 5.Εξασφάλιση θρεπτικής διαίτας
- 6.Απαλλαγή αρρώστου από ψυχική ένταση
- 7.Υποστήριξη αρρώστου κατά την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων
- 8.Χορήγηση υπνωτικών κατευναστικών (βρωμιούχα και φαινοβαρβιτάλη) για μείωση νευρικότητας και εξασφάλιση ύπνου.
- 9.Πρόληψη τραύματος οφθαλμών εξαιτίας του εξόφθαλμου.
- 10.Παρακολούθηση και αναγραφή αποκρίσεων του αρρώστου στην θεραπεία.
- 11.Στενή παρακολούθηση αρρώστου για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από την χορήγηση αντιθυρεοειδικών φαρμάκων και άμεση αναφορά.
- 12.Παρακολούθηση αρρώστου για συμπτώματα τοξικότητας του ιωδίου , η εμφάνιση των οποίων αποτελεί ένδειξη για άμεση διακοπή της αγωγής.

13. Κατανόηση της κατάστασης του αρρώστου και υποστήριξη του ίδιου και της οικογένειάς του

14. Διδασκαλία αρρώστου και οικογένειας. (Χριστοδούλου Γ.Ν., και συν., Αθήνα 2000)

Υποθυρεοειδισμός

Υποθυρεοειδισμός είναι η παθολογική κατάσταση κατά την οποία η έκκριση των θυρεοειδικών ορμονών είναι ανεπαρκής.

Ο υποθυρεοειδισμός διακρίνεται σε: πρωτοπαθή και δευτεροπαθή.

Ο πρωτοπαθής υποθυρεοειδισμός αναφέρεται στην ανεπάρκεια των θυρεοειδικών ορμονών που προκαλείται από βλάβη του θυρεοειδή αδένου και οφείλεται σε καταστροφή του αδένου (θυρεοειδεκτομή, θεραπεία με ραδιενεργό ιώδιο, τοπική ακτινοβολία, ιδιοπαθής ατροφία του θυρεοειδή) ή σε διαταραχές στη σύνθεση των θυρεοειδικών ορμονών.

Ο δευτεροπαθής υποθυρεοειδισμός προκαλείται από αδυναμία της αδενούπόφυσης να εκκρίνει επαρκή ποσότητα TSH. Η υπολειτουργία του θυρεοειδή, επειδή δημιουργεί χαρακτηριστική εμφάνιση στον άρρωστο λόγω των αλλοιώσεων του δέρματος, ονομάζεται και μυξοίδημα (συσσώρευση βλεννοπολυσακχαριτών στους ιστούς, που κατακρατούν νερό).

Προβλήματα του αρρώστου:

6. Μείωση άνεσης (οίδημα, δυσπεψία, τυμπανισμός κοιλιάς, μη ανοχή χαμηλών θερμοκρασιών).
7. Μείωση δραστηριοτήτων (αδυναμία, εύκολη κόπωση).
8. Θρεπτικό και ενεργειακό ανισοζύγιο (ανορεξία, εύκολη κόπωση).
9. Ελλιπής επικοινωνία με το περιβάλλον (δυσκολία στην ομιλία).
10. Μεταβολή σωματικού ειδώλου.
11. Απάθεια.
12. Επιπλοκές από τη θεραπεία.

Σκοπός της φροντίδας είναι:

A. Γενικά

1. Άμεσοι: Πρόληψη και /ή έλεγχος επιπλοκών, Διόρθωση θρεπτικού και ενεργειακού ανισοζυγίου, Εξασφάλιση μέσων άνεσης, Προαγωγή λειτουργίας εντέρου, Παροχή φυσικής υποστήριξης, Αποκατάσταση μεταβολικής διαταραχής, Παροχή βοήθειας στην δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου, Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στην οικογένεια του αρρώστου

2. Μακροπρόθεσμοι: Επαναφορά αρρώστου στην πριν από την αρρώστια κατάσταση ,φυσική, συγκινησιακή και ψυχολογική ,εάν είναι δυνατό.

B. Μυξοιδηματικό κώμα

1. Άμεσοι: Παροχή φυσικής υποστήριξης, Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης στην οικογένεια του αρρώστου, Βοήθεια στην πρόληψη και των έλεγχο των επιπλοκών, Διόρθωση τυχόν ανισοζυγίων, Υποστήριξη αναπνευστικής λειτουργίας

2. Μακροπρόθεσμοι (ίδιοι όπως παραπάνω)

Ο νοσηλευτής θα πρέπει:

1. Χορηγήσει θυροειδικές ορμόνες, για επαναφορά του αρρώστου σε ευθυρεοειδική κατάσταση
2. Παρακολούθηση αποκρίσεων στην θεραπεία
3. Παρακολούθηση για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων ,ειδικά στους καρδιοπαθείς .
4. Αναγνώριση εκλυτικών παραγόντων και αποφυγή τους, ώστε να προληφθεί παραπέρα καρδιαγγειακή βλάβη καθώς και εμφάνιση μυξοιδηματικού κώματος.
5. Χορήγηση υπνωτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων σε δόσεις πολύ μικρότερες από εκείνες που χορηγούνται σε υγιή άτομα της ίδιας ηλικίας και του ίδιου βάρους
6. Εξασφάλιση ισορροπημένης διαίτας με περιορισμένες θερμίδες και αλάτι ,αλλά πάντα στα πλαίσια προτιμήσεων του αρρώστου
7. Προαγωγή ικανοποιητικής λειτουργίας του εντέρου
8. Ενθάρρυνση αρρώστου για συμμετοχή στο σχεδιασμό της καθημερινής του φροντίδας
9. Ρύθμιση θερμοκρασίας περιβάλλοντος

10. Εξασφάλιση άνετου και ήρεμου περιβάλλοντος
11. Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στον άρρωστο και στην οικογένειά του
12. Λήψη μέτρων για αποφυγή κατακλίσεων όταν ο άρρωστος είναι κλινήρης.
13. Επεξήγηση όλων των διαδικασιών και των αναμενόμενων αποκρίσεων
14. Διδασκαλία του αρρώστου και της οικογένειάς του. (Χριστοδούλου Γ.Ν., και συν., Αθήνα 2000)

ΨΥΧΙΚΑ - ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Διάφορες Μορφές Ψυχώσεων (σχιζοφρένεια)

Ο Kallmann, κατόπιν ερευνών σε δίδυμους, παρατήρησε, ότι η ανάπτυξη ψυχώσεων κατά το γήρας οφείλεται αφενός μεν σε διάφορους παθολογικούς παράγοντες (προνοσηρές βλάβες της προσαρμοστικής ικανότητας, οι οποίες με την πρόοδο της ηλικίας ενεργοποιούνται και εμφανίζονται ως τυπικές γεροντικές ψυχικές ανωμαλίες), αφετέρου δε σε βιολογικές αλλοιώσεις των ειδικών εκείνων γονιδίων, τα οποία ελέγχουν την εποικοδόμηση και την παρακμή. Κατά τον ίδιο ερευνητή, δεν πρέπει πάντοτε να αποδίδουμε τις εκδηλώσεις της γεροντικής ψύχωσης σε ιδιαίτερο γενετικό παράγοντα. Φέρει αυτός σαν παράδειγμα την περίπτωση ενός ζευγαριού διδύμων πάλι. Ο πρώτος από τους δίδυμους ήταν καλός και κοινωνικός, ο δεύτερος όμως ήταν ιδιότροπος και μνησικάκος. Ο δεύτερος, λοιπόν, από τους δύο σε ηλικία 75 ετών εμφάνισε παρανοειδοκαταθλιπτική ψύχωση, παρόλο που οι όροι διαβίωσης ήταν παρόμοιοι και για τους δυο αδελφούς. Τέλος, ο ίδιος ο ερευνητής παραδέχεται, ότι πολλά τέτοια άτομα είναι ετεροζύγωτοι φορείς ενός ειδικού παράγοντος της σχιζοφρένειας.

Επίσης τονίζεται και από πολλούς άλλους ερευνητές ότι άτομα που παρουσιάζουν παρανοϊκή ψύχωση και ψευδαισθήσεις κατά το γήρας (καλούμενα σχιζοφρενείς), πριν από την εμφάνιση της νόσου εμφανίζουν πλήρη δραστηριότητα.

Οι περισσότερες καταθλιπτικές καταστάσεις, βρίσκονται κοντά στις μανιοκαταθλιπτικές μορφές ψυχώσεων στους ηλικιωμένους. Φαίνεται, όμως, ότι δεν

έχουν την ίδια κληρονομική επιβάρυνση. Κατά το γήρας, ο αυστηρός διαχωρισμός της σχιζοφρένειας από τις μανιοκαταθλιπτικές καταστάσεις, ψυχοπαθολογικός ή κληρονομικοβιολογικός δεν είναι δυνατός. Δυο άλλοι μεγάλοι ερευνητές και επιστήμονες οι Hoffmann και Luther βρήκαν συχνά σχιζοφρενικούς απογόνους σε μελαγχολικά άτομα. Επίσης, διαπίστωσαν, ότι αν υπάρχει κυκλοθυμικό σύνδρομο σε νεαρή ηλικία, κατά το γήρας εμφανίζονται παρανοειδικές εκδηλώσεις. (Μαδιανός Μ., Αθήνα 1994)

Σύγχυση

Μια συνηθισμένη ανησυχία των ηλικιωμένων είναι ο φόβος του γήρατος, τον οποίο και συνδέουν με την απώλεια της ανεξαρτησίας τους και την αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς τους.

Όταν οι ηλικιωμένοι βρεθούν υπό την επίδραση συγκυτικής κατάστασης που μπορεί να είναι αποτέλεσμα υποκείμενης νόσου τότε είναι δυνατόν μια αναστρέψιμη σύγχυση να συνοδευτεί με μη αναστρέψιμη γήρανση .

Η κατάσταση της οξείας σύγχυσης είναι ένα φαινόμενο γνωστό και ως Delirium. Αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας για τους ηλικιωμένους που βρίσκονται υπό την επίδραση μιας οξείας νόσου .Οι γηριατρικοί ασθενείς βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να παρουσιάσουν οξεία σύγχυση εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που σχετίζονται με το γήρας .

Η οξεία σύγχυση ως κατάσταση παραμένει παραμελημένη παρά τα σοβαρά λειτουργικά , ψυχολογικά , κοινωνικά και οικονομικά επακόλουθα , και τούτο γιατί οι γνώσεις του φαινομένου βασίζονται σε περιορισμένα ευρήματα .

Εντούτοις , ο ρόλος των νοσηλευτών στη διευθέτηση αναστρέψιμης σύγχυσης θα είναι αποτελεσματικός μόνον όταν η αντίληψη τους γι' αυτήν θα βασίζεται στη γνώση ότι η σύγχυση είναι σύμπτωμα και όχι νόσημα . Δηλαδή, πρέπει να ξέρουν πως η σύγχυση δεν είναι "τρέλα" αλλά εκδήλωση εγκεφαλικής δυσπραγίας από υποκείμενη νόσο και προειδοποιητικό σημείο ότι η κατάσταση του αρρώστου έχει επιδεινωθεί .

Στην περίπτωση που η σύγχυση είναι αποτέλεσμα νόσου και αντιμετωπιστεί σωστά , ενδέχεται η συχνότητα , η ένταση , και το μέγεθος της να μην επιδεινωθούν , ενώ , όταν διαρκέσει περισσότερο από ένα μήνα , τότε μπορεί να οδηγήσει σε άνοια . Σε πολλές καταστάσεις η σύγχυση εκδηλώνεται μόνο την

νύχτα , γεγονός που κάνει σημαντικότερο το ρόλο των νοσηλευτών για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάστασης του ηλικιωμένου .

Σύγχυση αυτού του τύπου σε 30% των ηλικιωμένων μπορεί να σημαίνει προθανάτια ειδοποίηση.(Μάνος Ν., Αθήνα 1992)

Μοναξιά

Η μοναξιά είναι γενικό φαινόμενο, χαρακτηριζόμενο ως αρνητικό και δυσάρεστο. Η μοναξιά υποδηλώνει έλλειψη αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης φιλίας, οδηγεί σε προσωρινή ταλαιπωρία και χαρακτηρίζεται από αίσθημα εγκατάλειψης και δυσαρέσκεια ορισμένες φορές συμβάλλει στην ανάπτυξη άγχους και άλλοτε σε κατάθλιψη. Η μοναξιά δημιουργείται από απουσία ανθρώπινης επαφής και οικειότητας ή από αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει κάποια σχέση. Ο Meer την περιγράφει ως δυναμική κυκλική διεργασία που μπορεί να δημιουργήσει ή να συμβάλλει στη δημιουργία αναρίθμητων προβλημάτων υγείας. Επιπλέον η μοναξιά καθιστά το άτομο επιρρεπές προς τη νόσο, ενώ η νόσος οδηγεί το άτομο προς τη μοναξιά.

Οι μελετητές της μοναξιάς συμφωνούν σε τρία βασικά σημεία:

- Προκύπτει από την αδυναμία του ατόμου να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις.
- Είναι υποκειμενική και πολύ συχνά σχετίζεται με κοινωνική απομόνωση.
- Δημιουργεί δυσάρεστα συναισθήματα.

Με αξιόπιστες εκτιμήσεις υπολογίζεται ότι το 1 / 4 του πληθυσμού σε κάποιο χρόνο μέσα στο μήνα, αισθάνεται μοναξιά. Η μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στους ενήλικες ενώ αποτελεί το μεγαλύτερο κοινωνικό πρόβλημα, επειδή το 10 % ως 20% από αυτούς υποφέρουν από σοβαρή μοναξιά, η οποία μειώνεται κάπως με την πάροδο του χρόνου, για να σταθεροποιηθεί στην 7η δεκαετία της ζωής.

Η μοναξιά είναι συχνότερο φαινόμενο σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε ιδρύματα, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές με ανεπαρκή μέσα συγκοινωνίας, σε πολυθόρυβες πόλεις όπου επικρατούν το απρόσωπο και η αδιαφορία, σε άτομα με μειωμένες αισθήσεις - κυρίως οράσεως και ακοής αλλά και σ' εκείνα τα άτομα που παρουσιάζουν αδυναμία ελέγχου του εντέρου και της κύστεως. Επιπλέον ο χρόνος πόνος που προκαλείται από διάφορες καταστάσεις, όπως οσφυαλγίες, ημικρανίες,

αρθραλγίες, κεφαλαλγίες κ.α. ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου, δημιουργεί έντονο αίσθημα απομονώσεως από τους άλλους. Μοναξιάς ή και εγκαταλείψεως.

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν το άτομο στη μοναξιά και την απομόνωση είναι ο θάνατος προσφιλών προσώπων όπως συζύγου, αδελφού, παιδιών και φίλων. Η απομάκρυνση του ανθρώπου από το περιβάλλον του είναι επίσης ένας άλλος παράγοντας που τον κάνει άθελά να επικοινωνεί μόνο με αλληλογραφία ή με λίγες τηλεφωνικές συνδιαλέξεις κλπ. Και οι δύο αυτοί παράγοντες συνεισφέρουν στη μοναξιά γιατί δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τη χαρά που νιώθει ο ηλικιωμένος όταν επικοινωνεί προσωπικά με τα αγαπημένα του πρόσωπα και απολαμβάνει τη ζεστασιά της παρουσίας τους και την αγάπη και τη στοργή τους που εκδηλώνονται με πολλούς άλλους σημαντικούς μη λεκτικούς τύπους επικοινωνίας.

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

Ακόμη ο φόβος μήπως εγκαταλειφθούν στην τελική φάση της ζωής τους ζυγίζει περισσότερο από το φόβο του θανάτου. Για τους ηλικιωμένους η απώλεια φίλων και γνωστών είναι πραγματικότητα, ενώ το πένθος και η βαθιά αίσθηση της απώλειας είναι αναπόφευκτα. Τελικά η μοναξιά και η κατάθλιψη που συνοδεύουν το πένθος είναι αποτέλεσμα του κενού και της απελπισίας που νιώθουν οι ηλικιωμένοι. Αυτό είναι και το βασικό μέτρο εκτιμήσεως του μεγέθους της μοναξιάς και του άγχους που παρατηρείται στην εποχή μας.

Με την πάροδο του χρόνου οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν χαρακτηριστική συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές που γνωρίζουν τη φυσιολογική διεργασία του γήρατος παρεμβαίνουν με κατάλληλες τεχνικές, που αποβλέπουν στην ανάπτυξη φιλικής σχέσεως, η οποία βοηθάει τον ηλικιωμένο να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματα του. Η θεώρηση του παρελθόντος είναι διεργασία της σκέψεως κατά την οποία ο άνθρωπος αναπολεί. Η διεργασία αυτή είναι γενική στους ηλικιωμένους καθώς αντιμετωπίζουν τον επερχόμενο θάνατο. Ακόμη τους διευκολύνει να ξαναθυμηθούν

το παρελθόν τους και οδηγεί σε προσωπική ολοκλήρωση, αφού αναβίωναν συνειδησιακά τις κρίσεις της ζωής τους που δεν είχαν διέξοδο.

Οι νοσηλευτές που γνωρίζουν την ενεργητική επίδραση αυτής της διεργασίας δίνουν αρκετό χρόνο στους ηλικιωμένους για να περιγράψουν γεγονότα, μέρη και άτομα που συνέβαλαν στην αλλαγή της ζωής τους και της έδωσαν πραγματικό νόημα. Για να είναι όμως αποτελεσματική αυτή η βοήθεια οι νοσηλευτές πρέπει να πρώτα να είναι ενήμεροι των δικών του συναισθημάτων μοναξιάς. Και αυτό γιατί όταν οι ίδιοι δοκιμάζουν αισθήματα μοναξιάς, αναζητώντας την ταυτότητα τους μεταβιβάζουν αρνητικά μηνύματα στους ηλικιωμένους που κατέχονται από αμοιβαία αισθήματα. Η ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών - ηλικιωμένων μπορεί να καλύψει το κενό, πριν προλάβει η μοναξιά να εγκατασταθεί και ορισμένες φορές να εξελιχθεί σε ψυχική διαταραχή και μάλιστα μη αναστρέψιμη. (Παγοροπούλου Α., Αθήνα 2000)

Κατάθλιψη

Μεταξύ των λειτουργικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και των συνδρόμων η κατάθλιψη έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους. Η δυσθυμία, με επικρατέστερη τη μελαγχολική διάθεση, επηρεάζει στις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, γεγονός που γίνεται φανερό σε όλη τη συμπεριφορά του. Σε ορισμένα ηλικιωμένα άτομα η δυσθυμία συνοδεύεται με κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους. Σε άλλα η δυσθυμία συνοδεύεται με ανησυχία, αϋπνία και σωματικά ενοχλήματα. Η απλή επιβραδυνόμενη κατάθλιψη συνήθως εκδηλώνεται με αυξημένα σωματικά ενοχλήματα, όπως δυσκοιλιότητα, έλλειψη αποφασιστικότητας και αποτελεσματικότητας κ.α.

Σε νευροφαρμακολογικές μελέτες, για να εξηγηθεί η παθογένεση της καταθλίψεως, αναφέρονται ορισμένες ορμόνες και άλλες ουσίες του οργανισμού που θεωρείται ότι ευθύνονται ή παίζουν κάποιο ρόλο για την εμφάνισή τους. Η κατάθλιψη έχει βαρύτερη μορφή στους ηλικιωμένους από τις άλλες ομάδες ηλικιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Ειδικότερα στους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα η συχνότητα της κατάθλιψης υπερβαίνει το 25%.

Η έγκαιρη διάγνωση της καταθλίψεως παραμελείται επειδή τα συμπτώματα της συνδέονται με το γήρας ή συγχέονται με εκδηλώσεις σωματικών νόσων. Ακόμα και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι όταν νιώσουν κάποιο αίσθημα δυσαρέσκειας ή απογοητεύσεως εύκολα το συνδέουν με το γήρας. Έτσι η κατάθλιψη όσο παραμελείται τόσο πιο σύνθετη γίνεται, με αποτέλεσμα να λειτουργεί ως υπόστρωμα για την ανάπτυξη νέων προβλημάτων και επιπλοκών που δυσκολεύουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς.

Στους ηλικιωμένους ασθενείς τα σημεία και τα συμπτώματα της καταθλίψεως δύσκολα διαφοροποιούνται από εκείνα του φυσιολογικού γήρατος. Επιπλέον εκλυτικοί παράγοντες αλλά και οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς συντελούν στην ανάπτυξη αισθημάτων δυσαρέσκειας, μοναξιάς και απογοητεύσεως.

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα σοβαρής σωματικής νόσου ή και ο πρόδρομος εκδηλώσεως καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τη χρήση φαρμάκων που συνήθως χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι. Πολύ συχνά συμβαίνει να συνυπάρχει η κατάθλιψη με κάποια σωματική νόσο. Ορισμένες φορές μπορεί σε ηλικιωμένο ασθενή με σωματική νόσο να παραβλεφθεί η κατάθλιψη και σε διαγνωσμένο καταθλιπτικό άτομο το υπάρχον σωματικό πρόβλημα να μην αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά. Τελικά η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι ιάσιμη αν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αρχίσουν νωρίς. Αντίθετα, αν η κατάθλιψη παραμεληθεί τότε μεταπίπτει σε χρόνια.

Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος έχει χάσει το πραγματικό νόημα της ζωής. Γι' αυτό και πολύ χαρακτηριστικά η κατάθλιψη ορίστηκε ως “θάνατος μέσα στη ζωή”, δηλαδή πλήρης απώλεια ζωτικότητας, κινήσεως και σκοπού. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι τάσεις ή και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ συχνές.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη φροντίδα του ηλικιωμένου καταθλιπτικού είναι σημαντικός, επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Σήμερα ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας καταθλιπτικού ηλικιωμένου ατόμου επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των αναγκών ανώτερου επιπέδου. Η φιλοσοφία αυτή βασίζεται στην ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow, στη οποία η αυτοεκτίμηση τοποθετείται στο υψηλότερο επίπεδο συνέχειας των ανθρώπινων αναγκών. Όταν οι νοσηλευτές κατορθώνουν να αναπτύξουν κατάλληλες διαπροσωπικές δεξιότητες, τότε είναι δυνατόν να ενθαρρύνουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει περισσότερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στις σχέσεις του, προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου.

Πρέπει να τονισθεί ότι για να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος καταθλιπτικός σε επιθυμητό επίπεδο λειτουργίας θα πρέπει η ευγένεια, η καλοσύνη και η συμπάθεια να κυριαρχούν στη σχέση νοσηλεύτη - ηλικιωμένου. (Παγοροπούλου Α., Αθήνα 2000)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Η ηλικία θεωρείται ο πιο ισχυρός και αποφασιστικός παράγοντας της συμπεριφοράς του ύπνου στον άνθρωπο. Η μεγαλύτερη έρευνα για τον ύπνο διεξήχθη σε υγιείς νέους εθελοντές και υπάρχουν ελάχιστες πληροφορίες για την συγκεκριμένη φύση των αλλαγών του ύπνου με τη γήρανση από τις οποίες μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα για τους ηλικιωμένους.

Ο Bahr (1973) αναφέρει ότι ερευνητές βρήκαν πως ούτε η ποσότητα ύπνου ούτε η ανάγκη του ύπνου μειώνεται με τη γήρανση. Ο συνολικός χρόνος ύπνου για μια 24ωρη περίοδο δεν μπορεί να αλλάξει παρά μόνο μέχρι μια ώρα για όλη τη ζωή ενός ανθρώπου. Αλλά ο συγχρονισμός και η ποιότητά του ύπνου αλλοιώνονται σημαντικά. Ο ολικός χρόνος ύπνου βρέθηκε ότι είναι μεταξύ 6 και 6 1/2 ωρών στους ηλικιωμένους αν και οι ηλικιωμένοι φαίνεται να περνούν πολύ περισσότερο χρόνο από αυτό στο κρεβάτι. Οι Webb και Swinbourn (1971) βρήκαν ότι ο μέσος χρόνος στο κρεβάτι στους ηλικιωμένους είναι 12,1 ώρες στους άνδρες και 11,7 ώρες την ημέρα στις γυναίκες.

Διάφοροι επιστήμονες αναφέρουν ότι παράπονα για δυσκολία στον ύπνο τείνουν να είναι πιο συχνά στην τρίτη ηλικία από ότι σε άλλες ηλικίες. Κοινά προβλήματα περιλαμβάνουν διάφορες πλευρές αϋπνίας αλλά και αναπνευστική εξασθένηση στην διάρκεια του ύπνου, πιθανόν να αποτελεί κύρια αιτία στις διαταραχές του ύπνου στους ηλικιωμένους. (Allen B, 2004)

Αναπνευστικά προβλήματα που συνδέονται με τον ύπνο

Τα αναπνευστικά προβλήματα που συνδέονται με τον ύπνο θεωρείται ότι αυξάνουν αρχικά στην μέση ηλικία και στην 8^η δεκαετία.

Ροχαλητό

Το ροχαλητό αυξάνεται με τη γήρανση σαν αποτέλεσμα της χαλάρωσης των οργάνων. Περίπου 60% των ανδρών στα 60 τους και 45% των γυναικών στα 60 τους ροχαλίζουν. Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι το ροχαλητό σχεδόν πάντα προηγείται της ανάπτυξης του συνδρόμου της άπνοιας.

Άπνοια του ύπνου

Η άπνοια του ύπνου ορίζεται ως η άπνοια που διαρκεί τουλάχιστον 10 δευτερόλεπτα και συμβαίνει περίπου 30 φορές ή και περισσότερες κατά τη διάρκεια του ύπνου. Μπορεί επίσης να επηρεάσει άνω του 1/3 των ηλικιωμένων που θεωρείται ότι έχουν καλή υγεία. Πολλοί που υποφέρουν δεν γνωρίζουν το λόγο που έχουν διαταραχές του ύπνου, αλλά παραπονούνται για πονοκέφαλο και αποπροσανατολισμό στην αφύπνιση και υπερβολική κούραση στην διάρκεια της ημέρας. Είναι πιθανόν η άπνοια του ύπνου να δημιουργεί ληθική καρδιακή αρρυθμία. Οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από άπνοια δεν έχουν εμφανή ανατομική ένδειξη αν και η απώλεια βάρους, η φαρμακοθεραπεία και η χειρουργική κυρίως αμυγδαλεκτομή και τραχειεκτομή, χρησιμοποιήθηκαν σαν θεραπευτικά μέτρα.

Αϋπνία

Η αϋπνία τείνει να συνδέεται με άσχημο ύπνο και με κούραση στην διάρκεια της επόμενης ημέρας. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολία στον ύπνο, συχνές αφυπνίσεις, ανικανότητα να ξανακοιμηθεί από τη στιγμή που ξύπνησε και αφύπνιση πολύ νωρίς το πρωί. Τα προβλήματα της υπερβολικής υπνηλίας και της κούρασης στην διάρκεια της ημέρας είναι συμπτώματα της υπεραϋπνίας και τείνουν να συνδέονται με ακατάλληλο ύπνο, αδυναμία και μνημονικά και μαθησιακά προβλήματα.

Ασυνήθιστη νυκτερινή συμπεριφορά

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να είναι επιρρεπείς στο νυκτερινό αποπροσανατολισμό και στην περιπλάνηση που μπορεί να επιδεινωθεί από κάποια ασθένεια, φαρμακευτική αγωγή ή αλλαγή στο περιβάλλον. Η αφύσικη συμπεριφορά στη διάρκεια της νύχτας μπορεί να περιλαμβάνει κραυγές, παραμιλητό, ροχαλητό, χτύπημα των δοντιών και άλλες κινήσεις.

Νυκτουρία

Σύνηθες πρόβλημα στους ηλικιωμένους που προξενεί διακοπή του ύπνου. Ανικανότητα να βγει από το κρεβάτι, διουρητική θεραπεία, άγχος, αλλαγή στο περιβάλλον ή στις συνήθειες μπορεί να επιδεινώσουν το πρόβλημα.

Συναισθηματικοί παράγοντες

Μελέτες απέδειξαν ότι άτομα που έχουν φτωχό ύπνο τείνουν να έχουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους. Άτομα επίσης, που έχουν βραχυχρόνιους ύπνους είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους από ότι τα άτομα που κοιμούνται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι άνθρωποι που θεωρούν τον εαυτό τους νευρικό τείνουν να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να κοιμηθούν και έχουν σημαντικά περισσότερο ενοχλημένο ύπνο. Η γήρανση φέρνει ποικιλία γεγονότων που προκαλούν άγχος. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν φυσιολογική πτώση, απώλεια συντρόφου ή φίλου, μείωση της οικονομικής ευρωστίας και πιθανή πτώση του επιπέδου της αξίας και της ικανότητας να ελέγχει τα γεγονότα.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπαυση και τον ύπνο του ηλικιωμένου στο νοσοκομείο

Διάφορες μορφές νοσηλείας στο νοσοκομείο μπορεί να επηρεάσουν κατά κανόνα την ξεκούραση και τον ύπνο των ηλικιωμένων ανθρώπων. Οι υπάρχουσες διαταραχές μπορεί να επιδεινωθούν από την ασθένεια και άνθρωποι που προηγούμενα δεν είχαν προβλήματα ύπνου μπορεί να αντιληφθούν ότι τώρα έχουν, και ότι δεν νιώθουν καλά. Οι Pacini και Fatzpatrick σε μια μελέτη νοσοκομειακών και μη ηλικιωμένων βρήκε σημαντικές διαφορές στον συγχρονισμό και στην διάρκεια του ύπνου.

Αυτοί που νοσηλευόταν ανέφεραν λιγότερο ύπνο στη διάρκεια της νύχτας με περισσότερες άλλες ώρες ύπνου και πήγαιναν στο κρεβάτι νωρίτερα και ξυπνούσαν νωρίτερα.

Πολλές βασικές ενοχλήσεις ύπνου προκαλούνται από ακατάλληλους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να είναι λιγότερο έτοιμο να προσαρμοστεί σε διαφορετικές καταστάσεις και μπορεί να γίνει ανήσυχος μπροστά στην ανικανότητα να κοιμηθεί σε ένα ξένο περιβάλλον. Αυτοί που λόγω ασθένειας, όπως εξασθενημένη κινητικότητα ή νοητική διαταραχή, δεν μπορούν να ενσωματωθούν με τις αλλαγές του περιβάλλοντος, εξαρτώνται από τους άλλους για να πετύχουν κάτι τέτοιο. Το γεγονός του να γίνει ασθενής, ιδιαίτερα ένας

ηλικιωμένος ασθενής, μπορεί να εκληφθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και από τον ασθενή, σαν παθητικότητα και άφεση του περιβαλλοντολογικού ελέγχου και της ρουτίνας στους άλλους. Σίγουρα οι περισσότεροι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες είναι δυνατόν να ελέγχονται αποτελεσματικά από το νοσηλευτικό προσωπικό δεδομένου ότι έχουν τις γνώσεις και μπορούν να συνεργάζονται με τον ασθενή.

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Τα ατυχήματα είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου στα ηλικιωμένα άτομα. Η μεγάλη συχνότητα των ατυχημάτων οφείλεται στους εξής παράγοντες:

1. Διανοητική επιβάρυνση. Η μνήμη και ο προσανατολισμός στο χρόνο, τον τόπο και τα πρόσωπα υποβαθμίζονται με αποτέλεσμα να ξεχνούν τις διάφορες ηλεκτρικές συσκευές ανοιχτές. Επίσης, δεν θυμούνται το σκαλοπάτι της εξώπορτας του σπιτιού τους ή δεν κοιτάζουν δεξιά και αριστερά πριν διασταυρώσουν ένα δρόμο.
2. Ελαττωμένη αντίδραση στα ερεθίσματα, όπως το κορνάρισμα ενός αυτοκινήτου ή ξαφνική αντίδραση στην παρουσία κινδύνου.
3. Μείωση της όρασης και της ακοής. Όταν η όραση ελαττωθεί, το ηλικιωμένο άτομο είναι περισσότερο ευαίσθητο στους κινδύνους από χαμηλό φωτισμό ή ξαφνική λάμψη φωτός και ελαττωμένη νυκτερινή όραση. Και καθώς αυξάνεται η απώλεια της ακοής το ηλικιωμένο άτομο δεν αντιλαμβάνεται σημεία προειδοποίησης παρουσίας κινδύνου.
4. Προσκόλληση σε συνήθειες και αντικείμενα. Τα ηλικιωμένα άτομα φυλάσσουν οτιδήποτε έχουν, για να μην κοπούν από το παρελθόν ή γιατί δεν μπορούν να τα αποχωριστούν και έτσι διατρέχουν τον κίνδυνο της φωτιάς και της πτώσης. Ακόμη διατηρούν συνήθειες που τους θυμίζουν το παρελθόν, η συνέχισή τους όμως τους θέτει σε κινδύνους λόγω της βιολογικής διαφοροποίησής τους.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να:

1. Αναγνώριση δυνητικών παραγόντων για πρόκληση ατυχημάτων στο περιβάλλον του αρρώστου και απομάκρυνση ή διόρθωσής του

2. Εξασφάλιση επαρκούς φωτισμού και προσθήκη σταθερών υποστηριγμάτων στα επικίνδυνα σημεία του περιβάλλοντος του αρρώστου.
3. Ενθάρρυνση χρήσης παπουτσιών με τραχιές σόλες, ειδικά τον χειμώνα.
4. Αποφυγή να βγαίνει έξω, όταν βρέχει ή χιονίζει.
5. Εξέταση και διόρθωση όρασης και ακοής, αν χρειάζεται οδήγηση. Προτίμηση περιφερικών δρόμων γι' αυτήν.
6. Αργή βάδιση.
7. Προσοχή στην εφαρμογή θερμών και ψυχρών επιθεμάτων. Αποφυγή έκθεσης σε υπερβολικό ψύχος ή ζέστη.
8. Διατήρηση σταθερού βάρους σώματος.
9. Χρησιμοποίηση χαμηλού κρεβατιού και προφυλακτήρων, αν είναι ανάγκη.(Σαχίνη Α., και συν., Αθήνα 2004)

ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Οι Επιπτώσεις του τσιγάρου στην Υγεία

Αναφέρεται ότι τα προϊόντα καύσης του καπνού (στους 950οC της ζώνης πυρόλυσης του τσιγάρου) φτάνουν τις 2.500 αέριες και υδροστερεές ενώσεις. Ανάμεσα τους μονοξειδίο του άνθρακα, διοξειδίο του άνθρακα, οξείδια του αζώτου, φορμαλδεύδη, νικοτίνη, πίσσα, αρωματικοί υδρογονάνθρακες, χρώμιο, κάδμιο, άζωτο, αλδεύδες, μεθάνιο, βουτάνιο, ανιλίνη, αμμωνία, ακετυλένιο, κυάνιο κλπ. Τα σωματίδια της υγροστερεάς μορφής είναι και τα κατ' εξοχήν καρκινογόνα (Χ. Ανδρεάδης, Ε. Βασιλειάδου, Ιατρικό Βήμα, 1998). Η παρουσία των ουσιών αυτών στον εισπνεόμενο αέρα, δημιουργεί τα διάφορα προβλήματα υγείας.

Διαπιστώθηκε, ότι το 26% των προϊόντων και υποπροϊόντων καπνού μένει μέσα στο τσιγάρο (φίλτρο), το 28% εισπνέετε από τον καπνιστή και το 46% σκορπίζεται στον αέρα και το εισπνέουν εκείνοι που δεν καπνίζουν. Τα προβλήματα υγείας που δημιουργεί το κάπνισμα είναι πολλά. Μερικά από αυτά ο καπνιστής τα διαπιστώνει και τα βιώνει καθημερινά. Άλλα κτίζονται σταδιακά και τα

αποτελέσματα εμφανίζονται σαν τη κορυφή του παγόβουνου, πολύ αργότερα στη ζωή του.

Ειδικότερα, το στόμα του καπνιστή μυρίζει άσχημα, τα δόντια αποχρωματίζονται και καταστρέφονται γρήγορα. Εξασθενεί η όσφρηση και η γεύση. Επηρεάζονται οι φωνητικές χορδές και εμφανίζονται συχνά λαρυγγίτιδες και φαρυγγίτιδες. Ο πονόλαιμος είναι κάτι σχεδόν καθημερινό στον καπνιστή. Στις παθήσεις των πνευμόνων, αναφέρονται ασθένειες που σχετίζονται με το τσιγάρο όπως τον καρκίνο, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το πνευμονικό εμφύσημα, την καταστροφή των κυψελίδων, την ελάττωση της πνευμονικής χωρητικότητας. Στις παθήσεις της καρδιάς και του κυκλοφοριακού συστήματος αναφέρεται η στεφανιαία νόσος (στηθάγχη), η ισχαιμική καρδιοπάθεια, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η υπέρταση, οι διαταραχές αιματώσεως των κάτω άκρων, (ιδίως η ευθραυστότητα των τριχοειδών), η ελάττωση της οξυγόνωσης των κυττάρων, η βαλβιδοπάθεια και η αρτηριοσκλήρυνση.

Στις παθήσεις του στομάχου και του δωδεκαδάκτυλου, η γαστρίτιδα και το έλκος. Οι ξινίλες και οι καούρες είναι συχνές ενώ το έντερο προσαρμόζεται ώστε να λειτουργεί μόνο με καφέ και τσιγάρο. Το κάπνισμα αυξάνει την ανδρική ανικανότητα, συμβάλλει στη μείωση της παραγωγής ορμονών - οιστρογόνων, αυξάνει τις πιθανότητες οστεοπόρωσης κατά την εμμηνόπαυση.

Περιγράφονται επίσης σοβαρές επιπτώσεις στο Ανοσολογικό (αμυντικό) σύστημα, με άμεση συνέπεια μεγαλύτερες πιθανότητες ασθένειας από οποιοδήποτε λοιμώδες νόσημα, αλλεργικό νόσημα ή δερματική πάθηση (ελαττώνεται η χημειοταξία των ουδετερόφιλων κυττάρων του αίματος με ταυτόχρονη ελάττωση της αμυντικής ικανότητας του οργανισμού). Σήμερα θεωρείται βέβαιο ότι το κάπνισμα επιδεινώνει τα συμπτώματα μιας υπάρχουσας ασθένειας μειώνοντας την δραστηριότητα της φαρμακευτικής αγωγής και τελικά την ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών. Εν κατακλείδι, το κάπνισμα έχει συσχετισθεί κυρίως με τρεις κατηγορίες νοσημάτων: τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο (πνεύμονα, λάρυγγα, ουροδόχου κύστης) και τις χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονικό εμφύσημα).

Όμως, οι συνέπειες του καπνίσματος δεν σταματούν σ' αυτούς που καπνίζουν. Γι' αυτό, η επιστήμη και το κράτος βρέθηκαν υποχρεωμένοι, παράλληλα με την προστασία των καταναλωτών καπνού, να προστατέψουν και αυτούς που δεν καπνίζουν αλλά υφίστανται παρόμοιες συνέπειες με τους καπνιστές. Έχει διαπιστωθεί ότι στο αίμα, στο σάλιο, στα ούρα των παιδιών, στα έμβρυα στην κοιλιά της μάνας και στο γάλα των γυναικών που θηλάζουν, βρέθηκαν ορισμένα υποπροϊόντα καπνού. Παγκοσμίως 100.000.000 ενήλικοι καπνίζουν.(Τσαρούχας Κ., Αθήνα 2007)

ΑΛΚΟΟΛ

Τουλάχιστον το 10% με 15% των Αμερικανών, ηλικίας 55 ετών και άνω, κάνουν κατάχρηση αλκοόλ - όπως και τα πιο νέα άτομα. Όλο και πιο πολλά ηλικιωμένα άτομα (άνω των 55), νοσηλεύονται λόγω της κατάχρησης οινοπνεύματος σχεδόν εξίσου με τα εμφράγματα.

Η χρήση κι η κατάχρηση δεν μειώνεται με τη γήρανση, και τουλάχιστον το ένα τρίτο των ηλικιωμένων ατόμων θα αποκτήσει πρόβλημα αλκοολισμού κάποια στιγμή στην πορεία της ζωής του - συνήθως ως αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις, κρίσεις ή γεγονότα. Καθώς λοιπόν μεγαλώνουμε, η κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να ξεφύγει από τον έλεγχο πολύ γρήγορα, ακόμα και σε διάστημα λίγων μηνών.

Οι ερευνητές λένε ότι οι δραματικές εξελίξεις της ζωής που αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας είναι οι εξής:

- *Η απώλεια αγαπημένου ή συζύγου
- *Η συνταξιοδότηση, η υποαπασχόληση ή η ανεργία
- *Η μείωση του εισοδήματος ή τα οικονομικά προβλήματα
- *Προβλήματα υγείας ή μείωση της λειτουργικότητας ή κινητικότητας
- *Η μείωση ή η απώλεια της αυτονομίας
- *Η απομόνωση ή η αύξηση του ελεύθερου χρόνου

Όλα αυτά σας φαίνονται γνωστά; Πολλοί από του παράγοντες αυτούς περιγράφουν τη ζωή με την ΚΝΜ πολλών από εμάς. Γι' αυτούς τους λόγους ίσως δικαιολογείται το γεγονός ότι τα άτομα με ΚΝΜ κάνουν κατάχρηση αλκοόλ σε ποσοστό διπλάσιο από το γενικό πληθυσμό.

Γιατί όμως η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί πρόβλημα:

Καθώς γερνάμε, το σώμα μας αδυνατεί να ελέγξει το αλκοόλ. Έτσι μπορούμε να αποκτήσουμε πρόβλημα χωρίς καν να αυξήσουμε την καθημερινή μας κατανάλωση οινοπνεύματος. Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα ασφάλειας και υγείας στα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με ΚΝΜ, που κινδυνεύουν ακόμα περισσότερο λόγω της επιβάρυνσης του οργανισμού από την κάκωση, αλλά και λόγω της συχνής χρήσης φαρμάκων. Επί προσθέτως κι άλλοι κίνδυνοι ελλοχεύουν όπως:

- Το αλκοόλ σε συνδυασμό με την καθημερινή χρήση φαρμάκων μπορεί να μειώσει την ικανότητα κρίσης και συντονισμού, να επιβραδύνει ή να επιταχύνει τη δράση των φαρμάκων, και να προκαλέσει υπνηλία.
- Το αλκοόλ σε συνδυασμό με τα αντιβιοτικά μπορεί να προκαλέσει ανοχή στο αλκοόλ. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν πονοκέφαλο, αύξηση των καρδιακών παλμών και σφυγμών, εμετό και αύξηση του ρυθμού αναπνοής.
- Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει αφυδάτωση και συχνουρία. Μια κατάχρηση ίσως διαταράξει το πρόγραμμα καθετηριασμού ή να προκαλέσει απώλειες ούρων ή λοιμώξεις της κύστης και των νεφρών.
- Η ασφάλεια επίσης επηρεάζεται. Οι πτώσεις και τα τροχαία ατυχήματα είναι πολύ συχνά. Η μνήμη εξασθενεί, καθώς και η ικανότητα να σηκώνουμε βάρη και να εκτελούμε τις μεταφορές μας με ασφάλεια.
- Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη γήρανση όπως η αϋπνία, η μειωμένη σεξουαλικότητα, η κατάθλιψη κτλ, εντείνονται με την κατάχρηση αλκοόλ. Η ελάττωση ή η αποχή από το αλκοόλ είναι οι πιο αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης των συμπτωμάτων των «γηρατειών». (Ποταμιανός Γρ., Αθήνα 2005)

ΧΡΟΝΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στην εποχή μας παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ασθενών με νοσήματα που χρειάζονται μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα. Αυτοί είναι οι χρόνιοι άρρωστοι. Χρόνια νοσήματα είναι:

- Καρδιαγγειακά νοσήματα
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
- Νευρολογικά νοσήματα
- Ψυχικά νοσήματα

Δεν υπάρχουν όρια ηλικίας για τους αρρώστους αυτούς, διότι η χρόνια ασθένεια είναι δυνατόν να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Το διαβητικό παιδί, ο συνταξιούχος έμπορος που αναρρώνει από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ο εικοσάχρονος νεφροπαθής, ο σαραντάχρονος ψυχικά άρρωστος ή ο εξηντάχρονος καρκινοπαθής, όλη χρειάζονται καθοδήγηση για να προσαρμοστούν σε νέους τρόπους ζωής, καθώς μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα της ζωής τους.

Πόσοι όμως είναι χρόνιοι άρρωστοι?

Ακριβείς στατιστικές για το ποσοστό των ατόμων μιας χώρας που πάσχουν από χρόνια νοσήματα δεν έχουμε, επειδή είναι δύσκολο να καταρτιστούν. Κι' αυτό γιατί η χρόνια ασθένεια είναι μια αργή και ύπουλη διαδικασία με ελαφρά ή απαρατήρητη αρχή. Ενώ πάσχουν, δεν γνωρίζουν τα προβλήματά τους.

Επιπλέον, η χρόνια ασθένεια μπορεί να μην διαγνωστεί λόγω ασάφειας των συμπτωμάτων.

Ενδεικτικά αναφέρονται μερικά στοιχεία του Αμερικανικού Κέντρου Στατιστικής Υγείας. Μια έρευνα χρόνιων νοσημάτων κατά τη χρονική περίοδο 1980-1987 έδειξε ότι υπέφεραν από αρθρίτιδα το 20,3% του πληθυσμού, από βρογχικό άσθμα το 20%, από εγκεφαλικά νοσήματα το 25% και από σακχαρώδη διαβήτη το 30,6% του πληθυσμού.

Η σύγχρονη νοσηλευτική εκπαίδευση ευτυχώς δεν περιορίζεται σε μία μόνο άποψη του αρρώστου, δηλαδή μόνο στα συμπτώματα της ασθένειάς του. Σήμερα αναγνωρίζεται ότι, ενώ η γνώση των λειτουργικών και παθολογοανατομικών αλλοιώσεων λόγω της ασθένειας είναι σημαντική,

εντούτοις δεν είναι αρκετή ώστε οι νοσηλευτές να προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας στο χρόνιο άρρωστο.

Οι χρόνιοι άρρωστοι, ανεξάρτητα από την ασθένεια που ελαττώνει τις ικανότητές του σε πολλά επίπεδα, έχουν ορισμένες κοινές ανάγκες : Μπορεί να χρειάζονται οικονομική βοήθεια, υπηρεσίες αποκατάστασης και ενίσχυσης, για να υπερνικήσουν τυχόν συναισθηματικές διαταραχές, αποτέλεσμα της νοσοκομειακής περίθαλψης και υποτιμητικής στάσης του κοινού προς τους αρρώστους αυτούς.

Στο σημείο αυτό πρέπει να διευκρινιστεί ότι η χρόνια ασθένεια περιλαμβάνει όλες τις βλάβες ή αποκλίσεις από το φυσιολογικό, που έχουν ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά από τα ακόλουθα :

- 1) Είναι μόνιμες
- 2) Αφήνουν υπολειμματική ανικανότητα
- 3) Προκαλούνται από μη ανατάξιμη παθολογική αλλοίωση
- 4) Απαιτούν ειδική εκπαίδευση του αρρώστου για αποκατάσταση
- 5) Δημιουργούν την ανάγκη μακροχρόνιας επίβλεψης, παρακολούθησης και φροντίδας.

Το στοιχείο του χρόνου επηρεάζει καθοριστικά τη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και χρόνιου αρρώστου. Η παραμέληση των λεπτομερειών της φροντίδας ή η μη πρόβλεψη των αναγκών ή η έλλειψη προγραμματισμού για την έξοδο από το νοσοκομείο μπορούν να είναι ανεκτά από τον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας οξείας αρρώστιας. Όταν όμως η σχέση νοσηλευτή – αρρώστου διαρκεί τι λιγότερο 30 ημέρες στο νοσοκομείο ή 3 μήνες στο σπίτι, η ποιότητας της επικοινωνίας και της νοσηλείας είναι ουσιαστική για την άσκηση της θεραπευτικής νοσηλευτικής.

Οι νοσηλευτές πρέπει να πλησιάζουν τον άρρωστο σαν ολότητα, ώστε όλες οι διαστάσεις της φροντίδας να προγραμματίζονται σαν μια ενότητα και όχι σαν μια απλή σειρά έργων που πρέπει να εκτελεστούν.

Νοσηλεία και θεραπεία

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία χρονίως πασχόντων θα πρέπει :

- Να γνωρίζουν τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες
- Να γνωρίζουν τις δόσεις και τους τρόπους χορήγησης των φαρμάκων

- Να έχουν επιδεξιότητα στο χειρισμό των ειδικών οργάνων και συσκευών
- Να ενημερώνονται συνεχώς για τα σύγχρονα θεραπευτικά σχήματα και τις νέες μεθόδους νοσηλείας

Χωρίς την συνεχή μελέτη και επιμόρφωση δεν μπορούν να είναι πληροφορημένοι για τις σύγχρονες απόψεις στην περίθαλψη των χρονίων ασθενών και τη να εφαρμόζουν στην νοσηλεία. (Μαλγαρινού Μ., Αθήνα 2005)

Β΄ ΜΕΡΟΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Η Νοσηλευτική ασχολείται με την υγεία αλλά και την ασθένεια σε όλες τις φάσεις της ζωής του ανθρώπου. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη βοήθεια των ηλικιωμένων είναι ο ίδιος με αυτόν των άλλων ηλικιών. Είναι όμως γεγονός πως χρειάζονται εσωτερικά δυνατά κίνητρα, υπομονή, κατανόηση, αλλά και ψυχικό σθένος, για να προσφέρει η νοσηλεύτρια στον ηλικιωμένο νοσηλευτική βοήθεια. Συνοπτικά ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα του ηλικιωμένου μπορεί να ορισθεί ως εξής:

1. Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών του ατόμου ή ομάδας ατόμων.
2. Ο προγραμματισμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής βοήθειας που έχει προγραμματισθεί και τέλος η αξιολόγηση της προσφερόμενης νοσηλευτικής βοήθειας.
3. Η συνεργασία με άλλα επαγγέλματα που ασχολούνται με τον ηλικιωμένο - άρρωστο ή υγιή- και την οικογένεια του.
4. Η προαγωγή της τέχνης και επιστήμης της Γεροντολογικής και Γηριατρικής Νοσηλευτικής με την έρευνα και την εφαρμογή των ευρημάτων της έρευνας.

Οι Βασικές Αρχές που Διέπουν τη Νοσηλευτική Βοήθεια των Ηλικιωμένων είναι οι εξής:

1. Η νοσηλευτική βοήθεια πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη το παρελθόν και το παρόν του ηλικιωμένου, τις ανάγκες και τις προσωπικές του επιδιώξεις.
2. Η κατανόηση ρεαλιστικών και πραγματοποιήσιμων επιδιώξεων που αποβλέπουν στη βοήθεια του υπερήλικα να αποκτήσει την αίσθηση της επίτευξης και της ανάπτυξης σκοπού, όπως είναι η συμμετοχή του στη διαμόρφωση των στόχων της φροντίδας του.
3. Ο ηλικιωμένος πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή στον όλο προγραμματισμό της βοήθειάς του, γι' αυτό η νοσηλεύτρια οφείλει, να μάθει κάτι γι' αυτόν, πριν από την πρώτη επικοινωνία μαζί του, ν' ανακαλύψει τις δυνατότητές του, ν' ακούσει τις προτιμήσεις του, να επικεντρωθεί σ' αυτό που μπορεί να κάνει, να ρωτάει τη γνώμη του και να τον ενισχύει να κάνει μόνος του την εκλογή, όταν χρειάζεται, και να

παίρνει τις αποφάσεις. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει να παίρνει αποφάσεις γι' αυτόν, γιατί τον μειώνει, τον κάνει εξαρτημένο και μελαγχολικό.

4. Η διατήρηση και προαγωγή της αυτοφροντίδας.
5. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες πρέπει να γίνονται με τον ηλικιωμένο και όχι για τον ηλικιωμένο.
6. Επιβάλλεται να γίνονται απαραίτητες τροποποιήσεις και συμβιβασμοί στην προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας στον ηλικιωμένο, όταν το απαιτούν οι φυσιολογικοί περιορισμοί του.
7. Πρέπει να ενισχύεται η ατομικότητα του ηλικιωμένου, να διατηρείται η ακεραιότητά του και η αίσθηση του ελέγχου, τα οποία η νοσηλεύτρια επιτυγχάνει με το να τον ενισχύει να χρησιμοποιεί οτιδήποτε βοηθάει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ του παρελθόντος και του παρόντος. Να διαθέτει χρόνο στον ηλικιωμένο για να εκφράσει τα αισθήματά του, να τον βοηθάει να διατηρήσει την κοινωνική εκτίμηση.
8. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διατηρούνται στο κεντρικό ρεύμα της ζωής για να παρεμποδίζεται η φυσική, η συναισθηματική και η διανοητική επιβάρυνση τους.
9. Βοηθείται ο ηλικιωμένος να χρησιμοποιεί τις δυνατότητές του με την επιλογή δραστηριοτήτων που μπορεί να διεκπεραιώσει και διατηρούν το ενδιαφέρον του για ζωή ή ακόμη με την δημιουργία ευκαιριών να ακούσει, να μάθει, να ζήσει το παρόν.
10. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει πως κάθε αλλαγή αποτελεί απειλή ή πηγή άγχους για τον ηλικιωμένο.
11. Ικανοποίηση της ανάγκης της επικοινωνίας του ηλικιωμένου στο σπίτι ή στο ίδρυμα.

Η νοσηλεύτρια κοντά στον ηλικιωμένο προσπαθεί:

- Να ακούει με κατανόηση τις ατελείωτες ανησυχίες που τον περιβάλλουν.
- Να διαθέτει χρόνο για να ακούσει τον ηλικιωμένο που ζει στο ίδρυμα ή μόνος στο σπίτι του και συχνά δεν έχει άλλον επισκέπτη απ' αυτήν.

- Να εξηγεί, όσο μπορεί πιο καλά, τι σημαίνουν τα συμπτώματα – ενοχλήματα – που ίσως παρουσιάζει.
- Να τον ενθαρρύνει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών, σε ρεαλιστική βάση.
- Να εφαρμόζει νοσηλευτικά μέτρα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών ή να εξασφαλίζει ιατρική βοήθεια, όταν αυτή χρειάζεται.
- Να τον ενημερώνει, σε μια συστηματική προσπάθεια, για τη δράση και επίδραση των φαρμάκων που χρησιμοποιεί.
- Να τον μεταχειρίζεται πάντοτε σαν ενήλικα και ποτέ σαν παιδί, έστω κι αν έχει παλινδρομήσει¹ στην παιδική ηλικία.

1. Παλινδρόμηση είναι η επιστροφή σε σκέψεις, συναισθήματα ή συμπεριφορά, που αποδέχθηκε επιτυχώς σε προηγούμενη περίοδο ζωής. Αποτελεί διεργασία ανακούφισης από το άγχος ή φυγής από ψυχολογική ένταση. (Μαλγαρινού Μ., Αθήνα 2005)

ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΣΤΕΓΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στεγαστική Πολιτική

Ένα παλιό Κινέζικο ρητό λέει “ για να καταλάβεις έναν άνθρωπο πρέπει πρώτα να καταλάβει τις αναμνήσεις του”. Ας υποθέσουμε ότι με τη μηχανή του χρόνου μεταφερθήκατε προς τα πίσω κάπου μεταξύ των δύο πολέμων. Η αίσθησή σας λέει ότι τα πράγματα δεν είναι και τόσο καλά. Το τοπίο σπάνια το αναγνωρίζεται και τα ρουθούνια σας δεν έχουν συνηθίσει σε πολλές μυρωδιές, τα μάτια σας βρίσκονται σε μία χαοτική σύγχυση από ζώα και μηχανήματα που παράγουν ήχους. Οι άνθρωποι φοράνε παράξενα ρούχα και η ομιλία τους είναι παράξενη και σε τόνο και σε τρόπο. Στην πραγματικότητα δεν νιώθετε σαν το σπίτι σας. Τα σαφώς γνωστά εξυπηρετούν μόνο για να σας τονίσουν ότι ταιριάζετε με το χώρο. Το περιβάλλον αυτό σας είναι μάλλον άγνωστο. Αρχίζετε να μη νιώθετε άνετος, ήσυχος και η αίσθηση του χώρου σας είναι εχθρική. Έτσι είστε ανασφαλής.

Μέσα από αυτή τη φαντασίωση βλέπετε τον κόσμο μιας άλλης γενιάς. Το πως μπορείτε να νιώθει κανείς όταν ζεις σε μία κοινωνία που δεν έχεις συνηθίσει, είναι σημαντικό στην προώθηση της ασφάλειας και της άνεσης για τους ηλικιωμένους. Πως θα βρουν οι ηλικιωμένοι τρόπους να αντιμετωπίσουν αυτόν τον παράξενο κόσμο και με τη συμπεριφορά των άλλων προς την γήρανσή τους: “Η έννοια ότι οι άνθρωποι παύουν να είναι άνθρωποι, παύουν να είναι οι ίδιοι άνθρωποι ή γίνονται άτομα απόμακρης και κατώτερης τάξης συνέπεια ενός αριθμού χρόνων που έχουν στην πλάτη τους (Comfort 1977). Τα συναισθήματα τους δεν είναι διαφορετικά από αυτά της νεότερης γενιάς.

Συνεπώς, μία πλήρης αίσθηση ασφαλείας έρχεται από την εξοικείωση και την άνεση στον χώρο, που διώχνει κάθε απειλή από το μυαλό ή το σώμα. Οι μεγαλύτεροι ασθενείς δοκιμάζουν το άγχος της διαμονής, του ιδρύματος και την ανάγκη να προσαρμόσουν τις ικανότητες τους, ώστε να διατηρούν τη δική τους ασφάλεια και άνεση μέσα σε ένα άγνωστο περιβάλλον. Αυτό περιέχει τη σημαντική αντίληψη του προσωπικού χώρου. Ο Ebersole (1981) περιγράφει σαν γεωγραφικά και νοητά καθορισμένο, που υπόκειται σε μεγέθυνση και ανασυγκρότηση. Υποστηρίζει ότι ο προσωπικός γεωγραφικός χώρος μπορεί να περιορίζεται σε πέντε ή δέκα κυβικά μέτρα.

Όμως, όπως επισημαίνει ο Morris (1977), “όταν οι άνθρωποι κινούνται σε αυτό το χώρο νιώθουμε να μας απορρίπτουν”. Ο Roberts πολύ προσεκτικά (1973) αναλύει πολλές μορφές της νοσηλείας μέσα στο νοσοκομείο που παρεμβαίνουν στον προσωπικό χώρο και την επίδραση μέχρι και οι νοσοκόμες που καθαρίζουν φαίνεται να παρεμβαίνουν σε αυτή την αίσθηση της προσωπικής περιοχής. Τονίζει ότι “η νοσοκόμος που μετακινεί πράγματα όπως γυαλιά, χαρτομάντιλά ή εφημερίδες από το κρεβάτι φαίνεται ως απειλή στην προσωπική ασφάλεια”. Το ηλικιωμένο άτομο διατηρεί την αίσθηση του προσωπικού χώρου με τρεις τρόπους: με την συλλογή άχρηστων αντικειμένων, με τα προσωπικά αντικείμενα και με την ιδιοκτησία τους. Αυτή τη συμπεριφορά μπορούμε να παρατηρήσουμε σε όσους φροντίζουν ηλικιωμένους.

Το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και στην ατομική περιοχή κατά κανόνα αγνοείται στα ιδρύματα. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή συνήθως το νοσοκομείο ή το ίδρυμα θεωρείται περιοχή των νοσηλευτών και ο χώρος ρυθμίζεται έτσι που να εξυπηρετεί το προσωπικό περισσότερο παρά τους ασθενείς. Και πρέπει να γίνουν

συγκεκριμένες παρατηρήσεις για να εκτιμήσουμε την ανάγκη για τον προσωπικό χώρο:

- Η διαφορά της μόρφωσης επηρεάζει το μέγεθος του προσωπικού χώρου που προτιμά το άτομο.
- Υπάρχουν πολλές διαφορές μεταξύ των εσωτερικεύσεων και εξωτερικεύσεων για τον προσωπικό χώρο.
- Το ηλικιωμένο άτομο αντιδρά στη χωρική παρεμβολή με διάφορους τρόπους. Κάποιοι το σκάνε, κάποιοι γίνονται βίαιοι με λόγια ή χωρίς, και κάποιοι ακόμη αποσύρονται σε ένα ιδιωτικό χώρο που φαίνεται συγκεχυμένος ή ακόμη και απαθής.
- Η τοποθέτηση σε μερικές ομάδες δε γίνεται τυχαία αλλά ακολουθεί την προσωπικότητα και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων.

Μέσα σε αυτό το περιβάλλον ο νοσηλευτής μπορεί να προωθήσει την άνεση και την ασφάλεια με:

- Τοποθέτηση των ασθενών σε ξεχωριστά δωμάτια.
- Αποφυγή της μεταφοράς των ασθενών από θάλαμο σε θάλαμο, δωμάτιο σε δωμάτιο και περιοχή σε περιοχή.
- Να περιλάβει αντικείμενα προσωπικής αξίας μέσα στο χώρο του.
- Σεβασμός στη θέση που έχει τοποθετήσει τα αντικείμενα ο ασθενής και να μην τα μετακινεί χωρίς την άδειά του.
- Προετοιμασία για τις διάφορες εξετάσεις που είναι απαραίτητες ακόμη και αν θεωρούνται υπόθεση ρουτίνας για το νοσηλευτή. Τα προσωπικά αντικείμενα π.χ. ρούχα για πλύσιμο πρέπει να διαφυλάττουν την προσωπικότητα και να σέβονται την αξιοπρέπεια του ασθενή όταν διεξάγεται οποιαδήποτε διαδικασία.
- Ρωτήστε τον ασθενή σας εάν θα ήθελε τις πόρτες και τις κουρτίνες ανοικτές ή κλειστές.
- Κάντε μια εκτίμηση των αναγκών του ασθενή για τις προτιμήσεις του στον προσωπικό του χώρο και δώστε αυτές τις πληροφορίες και στους άλλους συναδέλφους.

Στην Κοινότητα η διατήρηση της περιοχής και του ιδιωτικού χώρου μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα. Η αλλαγή τόπου, η φυγή του ατόμου από το σπίτι του, μπορεί να προκαλέσουν παράγοντες άγχους.

Η αλλαγή τόπου διαμονής για τους ηλικιωμένους μπορεί να έγινε κάτω από τις καλύτερες προθέσεις για να διασφαλίσουν την ασφάλεια και την άνεσή του. Έγινε

πλέον παράδοση στις τοπικές αρχές και στους οργανισμούς να δίνουν κατάλυμα στους ηλικιωμένους και τελευταία παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση και σε ιδιωτικά ιδρύματα. Σε πολλούς ηλικιωμένους η αλλαγή αυτή φαίνεται σαν κρίση και πολλοί πραγματικά υποφέρουν.

Τελευταίες συστάσεις για να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι ασφαλείς βρίσκονται σε μια έκθεση με το τίτλο “Staying Put” (Age Concern 1988), που δίνει μια πραγματική προσέγγιση στις ανάγκες στέγασης των ηλικιωμένων. Στόχος αυτής της έκθεσης το 1998 ήταν να ρίξουν μια επιπλέον ματιά στις πρακτικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι και που δεν έχουν που να μείνουν στο δικό τους σπίτι. Άλλες δυσκολίες που επισημαίνονται στην έκθεση δείχνουν τα προβλήματα που δημιουργεί η ακινησία και που δεν διευκολύνουν καθόλου τους ηλικιωμένους να μείνουν στο σπίτι τους.

Σ’ όλες τις χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι γνωστό ότι παρέχονται διάφορα μέτρα πρόνοιας και περίθαλψης των ηλικιωμένων, όπως η ίδρυση Γηροκομείων τα, οποία, κατά το πλείστον διαχειρίζεται το Κράτος και ο Κλήρος. Οι προσπάθειες που καταβάλλονται από όλες τις χώρες είναι φιλότιμες και τα αποτελέσματα είναι αρκετά ικανοποιητικά, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, όπου οι προσπάθειες είναι εντονότερες.

Στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία η κατάσταση στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά ιδρύματα - γηροκομεία, ολοένα και καλύτερα. Οι συνθήκες και τα κτήρια είναι, στις περισσότερες περιπτώσεις πλέον, κατάλληλα για τη διαμονή των ηλικιωμένων ατόμων. Το προσωπικό είναι εξειδικευμένο και κατάλληλα καταρτισμένο ώστε να βοηθούν τα άτομα της Τρίτης ηλικίας να εγκλιματίζονται εύκολα και να θεωρούν τη διαμονή τους στο ίδρυμα ευχάριστη (όσο μπορεί να γίνει αυτό). (Arling G Strain, 1987)

Σεβασμός της Αυτονομίας

Δεδομένου ότι εσείς έχετε κάποια χρήματα και καλή υγεία, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα γηρατειά θα είναι από τις ευτυχέστερες περιόδους της ζωής σας. Δεν έχετε κανένα όριο στην επιλογή της διασκέδασής σας. Αν και κάποιοι δεν έχουν κανένα πρόβλημα στο να αποφασίσουν τι θέλουν να κάνουν, και άλλοι μπορεί να χρειάζονται ενθάρρυνση για να βρουν τρόπους συμμετοχής σε δραστηριότητες της επιλογής τους, κλειδί στη διασκέδαση είναι το ότι πρόκειται για τη δική σας επιλογή,

με την ελευθερία να κάνετε τόσα λίγα ή τόσα πολλά όσα θα θέλατε. Υπάρχουν όμως σημαντικές, συγκεκριμένες ανάγκες που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν για να είναι η φάση της αυτονομίας όσο γίνεται πιο παρατεταμένη. Το μυστικό των επιτυχημένων γηρατειών είναι η καλή υγεία και γι' αυτό θα πρέπει να επικεντρωνόμαστε σε δυο σημεία: Πρώτον, η ενημέρωση και η συμβουλή για την πρόοδο της καλής υγείας θα πρέπει να διατίθεται χωρίς περιορισμούς σε όλους. Ακριβώς όπως κάνουμε έλεγχο τακτικό στο αυτοκίνητο, οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να κάνουν έλεγχο για την έγκαιρη αναγνώριση και τη θεραπεία των πιθανών προβλημάτων υγείας. (Turner B., Sage 1995)

Αυτονομία με Υποστήριξη

Από τη στιγμή που θα αρχίσει η καθοδική πορεία από την αυτονομία στην εξάρτηση, η ζωή δεν είναι και τόσο εύκολη. Είναι ο χρόνος των απωλειών. Αν και οι περισσότεροι συνδέουν τη λέξη με την απώλεια των αγαπημένων, πρέπει να καταλάβουμε, ότι ο ίδιος ο τρόπος ζωής που για τόσα χρόνια ακολουθούσανε, είναι τόσο μεγάλη απώλεια όσο και οποιαδήποτε άλλη. Η αυτονομία είναι εύθραυστη και βρίσκεται κατά κανόνα σε κίνδυνο κάθε στιγμή, από μια υπολειτουργία του νευρικού συστήματος έως την απόφραξη μιας αρτηρίας. Τα αποτελέσματα μπορεί να κυμαίνονται από διακοπή των επισκέψεων στην πινακοθήκη έως απώλεια της όρασης ή της ακοής. Είναι αλήθεια ότι εάν οι σωματικές αλλαγές είναι σταδιακές είναι ευκολότερο να προσαρμοστούν σε αυτές και να μάθουν να προσαρμόζονται στις δραστηριότητές τους σύμφωνα με τις ικανότητες τους. Χωρίς αμφιβολία όμως, είναι και η περίοδος που χρειάζονται βοήθεια. Όμως η βοήθεια σε αυτούς που υπέστησαν κάποια απώλεια οποιασδήποτε μορφής κάνει πολλούς να αγχώνονται και εμείς πρέπει είτε να τους αποφύγουμε εντελώς, είτε διαφορετικά να τους ηρεμήσουμε με τη διαβεβαίωση ότι δεν χάθηκε το παν. Δεν πρέπει ποτέ να ξεχνάμε ότι όποιος και αν είναι ο λόγος της απώλειας όλοι αυτοί που την υπέστησαν πέρασαν και από τις ίδιες αντιδράσεις σοκ, άρνησης, θυμού και κατάθλιψης πριν την τελική αποδοχή της κατάστασής τους. Αυτό που χρειάζεται περισσότερο αυτή την ώρα είναι υποστήριξη και συμβουλή για να ξεπεράσουν τον πόνο και την λύπη. Αυτό απαιτεί πραγματική εμπειρία, διότι είναι άσκοπο απλά να προσπαθήσουμε και να δώσουμε συμβουλή. Εδώ, και προς βοήθεια των πολυάσχολων επιστημόνων, βρίσκεται ο ρόλος μιας ομάδας ειδικά εκπαιδευμένων εθελοντών που διδάχθηκαν την τέχνη του να ακούνε.

Έχουν και το χρόνο και την υπομονή να βοηθήσουν στην λήξη της λύπης για την απώλεια. Το ρητό τους μπορεί να είναι: "Μην κάνεις απλά κάτι, να επιμένεις σε αυτό".

Είναι, επίσης, σημαντικό να διατηρήσουμε την αυτονομία για όσο το δυνατό περισσότερο χρόνο και αυτό σημαίνει προσπάθεια για να μείνουν οι ηλικιωμένοι στο σπίτι τους. Η απώλεια του σπιτιού μπορεί να καταστρέψει όλη την πραγματικότητα πάνω στην οποία εδραιώθηκε μια ζωή. Όταν όλος ο κόσμος συρρικνώθηκε στο καθιστικό τους, αυτός ο χώρος είναι το κέντρο του κόσμου τους. Το τελευταίο μέρος που κάποτε αγκάλιαζε όλα τα αγαπημένα πρόσωπα, τις συνήθειες, τα αντικείμενα. Τα πρόσωπα μπορεί να αλλάζουν. Ο θάνατος παίρνει την οικογένεια και τους φίλους, ακόμη και η γάτα ή το καναρίνι πεθαίνουν, αλλά το μπλε μικρό βάζο, το φλιτζάνι με τα ζωγραφισμένα τριαντάφυλλα και το παλιό ρολόι στην κουζίνα του τζακιού θυμίζουν εκείνο το μωρό που πηγαίναμε στο κρεβάτι για ύπνο. Δεν υπάρχει αμφιβολία πως αν τελικά πρέπει να εγκαταλείψουμε το σπίτι θα ανακουφιστούνε αν πάρουνε και αυτά μαζί τους.

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Ο βασικός στόχος των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας του γήρατος είναι, βέβαια, η προφύλαξη από τη νόσηση και αυτό επιτυγχάνεται με τη συνεχή κοινωνική και υγειονομική επαγρύπνηση των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ώστε να εξασφαλίζεται η έγκαιρη διάγνωση της παθολογικής εκτροπής και η εφαρμογή κατάλληλης θεραπείας.

Στόχος των υπηρεσιών προστασίας του γήρατος είναι και πρέπει να είναι η εξασφάλιση της δυνατότητας του ηλικιωμένου ασθενούς να διατηρεί την ανεξαρτησία του και να παραμένει στο κοινωνικό του περιβάλλον. Η συγκέντρωση των ηλικιωμένων σε κοινοβιακούς χώρους ή σε ιδρύματα πρέπει να αποφεύγεται και να προτείνεται μόνο σε άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες, όπως ανάπηρα άτομα, χωρίς τη δυνατότητα φροντίδας στο σπίτι τους ή άτομα σε βαθύ γήρας. Ακόμη και σε αυτές τις ακραίες καταστάσεις θα πρέπει να επιδιώκεται η παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι τους, το οποίο μπορεί και πρέπει να υποστεί κατάλληλες ρυθμίσεις, ώστε να είναι περισσότερο ασφαλές και λειτουργικό για τους γέροντες ενοίκους του. Αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη διαθέσιμου κατάλληλου περιβάλλοντος, κάτι που δεν συμβαίνει πάντα. Μπορεί ο ηλικιωμένος να ζει μόνος του, να έχει πεθάνει ο/η

σύζυγός του, να μην έχει παιδιά ή να κατοικούν σε άλλη πόλη ή οι συνθήκες διαβίωσης των παιδιών να μην είναι ευνοϊκές για τη φιλοξενία του γέροντος γονέως. Είναι αντιληπτό επομένως ότι κάθε ηλικιωμένο άτομο αποτελεί μια προσωπική περίπτωση, που πρέπει να τυχαίνει εξατομικευμένης αντιμετώπισης από την υγειονομική και κοινωνική υπηρεσία, που επιλαμβάνεται τα προβλήματα των γερόντων.

Η γηριατρική φροντίδα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι μια δυναμική διαδικασία, κατά την οποία οι ανάγκες των ασθενών καθορίζονται με λεπτομέρειες και επιδιώκεται η ικανοποίηση τους από ένα πολυδύναμο επιτελείο, που περιλαμβάνει γιατρούς ειδικοτήτων, γηριάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτικό προσωπικό, επισκέπτριες αδελφές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους, οικιακές βοηθούς, κλπ. Ο κατάλληλος σχεδιασμός της γηριατρικής αντιλήψεως αφορά την ιατρική θεραπεία, την αποκατάσταση στον υψηλότερο δυνατό βαθμό και τη συνεχή μέριμνα και αποσκοπεί στο να εξασφαλίσει στους γέροντες τη φυσιολογικότερη δυνατή ζωή.

Έχει παιδιά ή να κατοικούν σε άλλη πόλη ή οι συνθήκες διαβίωσης των παιδιών να μην είναι ευνοϊκές για τη φιλοξενία του γέροντος γονέως. Είναι αντιληπτό επομένως ότι κάθε ηλικιωμένο άτομο αποτελεί μια προσωπική περίπτωση, που πρέπει να τυχαίνει εξατομικευμένης αντιμετώπισης από την υγειονομική και κοινωνική υπηρεσία, που επιλαμβάνεται τα προβλήματα των γερόντων.

Η γηριατρική φροντίδα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι μια διαδικασία κατά την οποία οι ανάγκες των ασθενών καθορίζονται με λεπτομέρειες και επιδιώκεται η ικανοποίηση του από ένα πολυδύναμο επιτελείο που περιλαμβάνει γιατρούς ειδικοτήτων, γηριάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτικό προσωπικό, επισκέπτριες αδελφές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους, οικιακές βοηθούς, κ.λπ. Ο κατάλληλος σχεδιασμός της γηριατρικής αντιλήψεως αφορά την ιατρική θεραπεία, την αποκατάσταση στον υψηλότερο δυνατό βαθμό και τη συνεχή μέριμνα και αποσκοπεί στο να εξασφαλίσει στους γέροντες τη φυσιολογικότερη δυνατή ζωή. (Nies Mary A., et al., Αθήνα 2001)

Τομέας Τριτοβάθμιας Περιθάλψεως Γήρατος

Περιλαμβάνει ειδικές γηριατρικές κλινικές, που αναπτύσσονται στα πλαίσια του γενικού νομαρχιακού νοσοκομείου, σαν ανεξάρτητοι τομείς (γηριατρικοί τομείς). Υποδέχεται ασθενείς ηλικιωμένους με οξείες παθολογικές καταστάσεις κι έχει τεχνολογική ανάπτυξη και επιστημονική επάνδρωση παρόμοια μ' αυτές των άλλων κλινικών του νοσοκομείου. Υποστηρίζεται από το σύνολο της παρακλινικής υποδομής του νοσοκομείου και χρειάζεται τη συνεργασία άλλων τμημάτων, όπως του ψυχιατρικού τομέα, του χειρουργικού τομέα, της φυσικής αποκαταστάσεως κ.λπ. Η μονάδα αυτή συνεργάζεται με άλλες περιφερικές και εξαρτημένες από τον νοσοκομείο υπηρεσίες παροχής παρατεταμένης θεραπείας, μακροχρόνιων προγραμμάτων αποκαταστάσεως και μέριμνας. Ο γηριατρικός τομέας διατηρεί εξωτερικά ιατρεία για παροχή συμβούλων και παρακολούθησης ασθενών και επανδρώνει εξωτερικά συνεργεία για επιτόπια εξέταση νοσηλευμένων σε ιδρύματα διαρκούς θεραπείας ή ανοικτά κέντρα περιθάλψεως. Ο γηριατρικός τομέας είναι ακόμη υπεύθυνος για την εκπαίδευση και διδασκαλία των γηριατρικών πεδίων της ιατρικής, της νοσηλευτικής και της αποκαταστάσεως. Επίσης, συντονίζει και κατευθύνει την έρευνα σε θέματα γεροντολογίας και γηριατρικής.

Υγειονομικός Τομέας Αποκαταστάσεως

Ο υγειονομικός τομέας αποκαταστάσεως είναι γηριατρικός φυσικά τομέας. Περιλαμβάνει γηριατρικά προβλήματα, όπως αγγειοεγκεφαλικές παθήσεις, καρδιαγγειακές παθήσεις, κατάγματα του μηριαίου, ακρωτηριασμός, εκφυλιστικές εγκεφαλοπάθειες και μυοσκελετικές παθήσεις, που χρήζουν άμεσης αποκατάστασης. Ο ασθενής δεν είναι απαραίτητο να νοσηλεύεται σε τμήμα οξέων περιστατικών, για όλο αυτό το διάστημα, ένα τέτοιο ενδεχόμενο θα προκαλούσε προβλήματα διαθέσεως κλινών και δεν είναι το καταλληλότερο περιβάλλον για την μακροχρόνια περίθαλψη των ηλικιωμένων.

Υγειονομικός Τομέας Μακροχρόνιας Φροντίδας

Εάν η θεραπεία αποκαταστάσεως δεν έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα και έχει παραμείνει σημαντικός βαθμός ανικανότητας, ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να

επιστρέφει σε συνθήκες απόλυτης ανεξαρτησίας. Οι περιπτώσεις αυτές πρέπει να περιθάλπονται σε άλλα κέντρα, με διαφορετική δομή και χαμηλότερο κόστος, συγκριτικά με τους νοσοκομειακούς τομείς. Ο ηλικιωμένος ασθενής πρόκειται να μείνει στα ιδρύματα αυτά μεγάλο διάστημα. Η λειτουργική μονάδα των ιδρυμάτων μακροχρόνιας φροντίδας είναι ο/η Νοσηλεύτρια /ης, που επιτηρεί, περιποιείται και φροντίζει τη διατήρηση της κοινωνικής επαφής του ηλικιωμένου ασθενούς. Στα ιδρύματα αυτά δεν εκτελείται διαγνωστική έρευνα και δεν εφαρμόζεται εντατική θεραπεία. Το βασικό μέλημα των κέντρων αυτών είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου ασθενούς. Οι δραστηριότητες και οι συχνές επισκέψεις εθελοντικών σωματείων ή συγγενών πρέπει να ενθαρρύνονται καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Τα υγειονομικά αυτά κέντρα προσφέρουν θαλπωρή, φιλοξενία και θεραπεία στους ηλικιωμένους ασθενείς, ενώ παράλληλα θα βοηθήσουν την αποσυμφόρηση των – υψηλού κόστους – κλινών των γενικών νοσοκομείων.

Νοσοκομεία Ημέρας

Τα ιδρύματα αυτά παρέχουν περιορισμένη νοσοκομειακή εξυπηρέτηση, χωρίς να προβλέπεται η παραμονή των γερόντων κατά τη διάρκεια της νύχτας και των αργιών. Έχουν γίνει πολύ δημοφιλή σε αρκετές από τις χώρες της Ε.Ε., όπως : Αγγλία, Γερμανία, Γαλλία, Σουηδία, Ελλάδα, κ.λπ. Συνήθως επιδιώκουν τους επόμενους στόχους : συνέχιση των τελευταίων σταδίων της θεραπείας αποκαταστάσεως, η οποία άρχισε στα γενικά νοσοκομεία, στη διάρκεια της οξείας φάσεως της νόσου, παροχή συντηρητικής θεραπείας προς εξασφάλιση της διατηρήσεως των επιπέδων ανεξαρτησίας που επιτεύχθηκαν με την εφαρμογή της θεραπείας αποκαταστάσεως κοινωνική φροντίδα σε άτομα με φυσική ανικανότητα, ώστε να αναπτυχθεί κοινωνικό ενδιαφέρον στους απομονωμένους γέροντες και να αποφευχθεί η απειλητική στην περίοδο αυτή της ζωής κατάθλιψη ή να παρασχεθεί κάποια ελάφρυνση στα μέλη των οικογενειών των γερόντων, που έχουν επιφορτισθεί με τη φροντίδα τους και, τέλος, η δυνατότητα νοσηλευτικής και ιατρικής παρακολούθησεως των ηλικιωμένων.

Κλειστή ή Ιδρυματική περίθαλψη

Η κοινωνική πρόνοια στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ιδρυματική κυρίως περίθαλψη. Πρόσφατα άρχισαν προγράμματα παροχής υπηρεσιών στην κατοικία, ώστε να διευκολυνθούν οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν στο στενό οικογενειακό περιβάλλον και ευρύτερο κοινωνικό της κοινότητας που ζουν.

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια είναι χαμηλές σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Περίπου το 1% των ηλικιωμένων διαμένουν σε ιδρύματα, τα οποία είναι τουλάχιστον εξολοκλήρου με ανειδίκευτο προσωπικό. Οι ηλικιωμένοι δεν θέλουν ή δεν χρειάζονται ιδρυματική περίθαλψη, αλλά δεν έχουν δυνατότητες να ζήσουν μόνοι τους στην κοινότητα.

Περίπου το 90% των θέσεων σε ιδρύματα ανήκουν σε κερδοσκοπικές επιχειρήσεις ή σε ιδρύματα ιδιωτικής πρωτοβουλίας, επιδοτούμενα αποκλειστικά από το κράτος. Η χωροταξική κατανομή των ιδρυμάτων είναι απρογραμματίστη.

Γενικά, οι άνθρωποι που μπαίνουν σε ιδρύματα είναι +82 ετών. Η ιδρυματοποίηση γίνεται πιο αναγκαία για τους γέροντες και δεν θα αργήσει η ιδέα ίδρυμα – σπίτι να γίνει και δική μας, είτε το θέλουμε είτε όχι.

Η διαδικασία αυτή της ιδρυματοποίησης είναι κάτι πολύ βαρύ και επιβλητικό. Πράγματι, για να μπει ο ηλικιωμένος σ' ένα ίδρυμα, είναι πολύ σημαντικό και διαφορετικό απ' το να μετακομίσει από το ένα σπίτι σ' ένα άλλο. Η διαδικασία είναι πολύ δύσκολη. Η αναστάτωση του ηλικιωμένου αρχίζει πριν καν πάει στο ίδρυμα. Το άγχος και ο τρόμος είναι σκληρές λέξεις ωστόσο εδώ μπορούν να χρησιμοποιηθούν θαυμάσια.

Το ίδρυμα είναι η μοναδική λύση, αλλά αυτό δεν απαλλάσσει από την οικογένεια από τις ενοχές και τον ηλικιωμένο από το αίσθημα της εγκατάλειψης. Η οικογένεια μπορεί να καταβάλλει υπεράνθρωπες προσπάθειες για να βοηθήσει τον ηλικιωμένο και αυτός μπορεί να νιώθει ότι φέρνει βάρος στην οικογένεια, αλλά παρόλα αυτά τα αισθήματα δεν αλλάζουν. Μετά από τόσα χρόνια ζωής με τα παιδιά του ο ηλικιωμένος δοκιμάζει τον πόνο του χωρισμού. Μέσα σ' αυτό το αίσθημα είναι και ο φόβος του τι θα αντιμετωπίσει εκεί που θα πάει.

Άραγε είναι ένας χώρος για να περάσει όμορφα τα υπόλοιπα χρόνια του σ' ένα περιβάλλον άγνωστο ή ένας τόπος για να πεθάνει? Πως θα είναι μαζί του άραγε οι ξένοι άνθρωποι?

Πολλές μελέτες έδειξαν ότι πολύ πριν μπει ο τρόφιμος στο ίδρυμα πρέπει να τον επισκέπτονται στο σπίτι του το ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό του ιδρύματος, δηλαδή η επισκέπτρια νοσηλεύτρια ή κοινωνική λειτουργός, ο γεροντολόγος ιατρός και ο φυσικοθεραπευτής. Ο καθένας απ' αυτούς με το δικό του τρόπο θα αποσπάσει την εμπιστοσύνη του ηλικιωμένου και θα του δώσει να καταλάβει ότι το ίδρυμα θα βρει, εκτός από φίλους, το γιατρό του και άτομα κατάλληλα εκπαιδευμένα που θα του συμπαρασταθούν και θα τον βοηθήσουν σε κάθε πρόβλημά του. Έτσι ο ηλικιωμένος θα έρθει στο ίδρυμα χωρίς φόβο και μελαγχολία.

Ο ηλικιωμένος μπορεί να πάρει μαζί του τα αγαπημένα αντικείμενα που θα του δίνουν την αίσθηση της συνέχειας και της ταυτότητας. Το προσωπικό θα πρέπει να καταβάλλει ιδιαίτερες προσπάθειες για να καθησυχάσει το νεοφερμένο και οι συγγάτοικοι να δημιουργήσουν ένα φιλικό κλίμα υποδοχής. Απλά μέτρα σαν και αυτά δεν αλλάζουν την σημασία της μετακόμισης, ωστόσο βοηθούν ώστε ο ηλικιωμένος να νιώσει λιγότερο ξένος. Το προσωπικό του ιδρύματος πρέπει με οικειότητα αλλά χωρίς να αλλοιώσει τα χαρακτηριστικά της ταυτότητας του να πλησιάσει το νεοφερμένο. Το κυρία Κατερίνα, κυρία Μαρία, το χρυσή μου, γλυκιά μου ή ακόμα το παππού, γιατί δίνουν την ευκαιρία να ξεχαστεί η προσωπικότητα του ατόμου. Έτσι περνά το μήνυμα : <<Δεν ξέρω ποιος ήσουν και τη ήσουν. Αυτά ξεχασέ τα. Εμείς σου δίνουμε αυτή την ταμπέλα και για να τα πάμε καλά, κράτησέ την >>. Ο ηλικιωμένος που μπαίνει στο ίδρυμα ξέρει πολύ καλά ότι μόνο νεκρός θα φύγει πια από δω. Έχει έντονα το αίσθημα της αποκοπής από την προηγούμενη ζωή και ότι δεν υπάρχει δρόμος επιστροφής.

Από έρευνες έχει προκύψει ότι πιο κατάλληλα ιδρύματα είναι αυτά που έχουν λιγότερους ηλικιωμένους και αποτελούν όλοι μαζί μια οικογένεια, ακόμη και τα μέλη του προσωπικού – πέρα από τα όρια που δημιουργεί το επαγγελματικό καθήκον – και δημιουργούν τέτοια ατμόσφαιρα, που προσφέρεται η δυνατότητα στο τρόφιμο να ζει σαν στο σπίτι του.

Το ίδρυμα πρέπει να προσφέρει στους ηλικιωμένους την σιγουριά ότι οι επείγουσες ανάγκες του θα καλυφθούν σύντομα. Η μέρα θα περνά ευχάριστα με καθημερινές απασχολήσεις που θα του δίνουν την δυνατότητα να αυτοεξυπηρετούνται – αν μπορούν, να δημιουργούν, να αισθάνονται παραγωγικοί και όχι άχρηστοι.

Σε ολόκληρο το ίδρυμα δεν πρέπει να υπάρχουν σκαλοπάτια ή άλλα εμπόδια. Οι πόρτες πρέπει να ανοίγουν προς τα έξω και χωρίς περισσότερη δύναμη απ' ότι

διαθέτουν αυτά τα άτομα. Οι πόρτες του ασανσέρ να ανοίγουν αργά και χωρίς θόρυβο. Χειρολαβές και κιγκλιδώματα να υπάρχουν παντού, για να βοηθούν όσους νιώθουν ανασφάλεια στην ισορροπία τους.

Το ίδρυμα προσπαθεί να προσφέρει στοιχεία από την καθημερινή ζωή της κοινωνίας, όπως καφενείο, περίπτερο για εφημερίδες και ψιλικά, αίθουσα βιβλιοθήκης, μουσική, ζωγραφική, χειροτεχνία. Έτσι, ο καθένας να επιδοθεί σε κάτι που τον ενδιαφέρει ή τον ενδιέφερε και που δεν μπορούσε να το αναπτύξει προηγουμένως, επειδή η υπηρεσία του ή η οικογένεια του δεν του άφηναν χρόνο να το αποδείξει. Έτσι, ανάλογα με τα hobbies του ο καθένας, γίνονται ομάδες με κοινά ενδιαφέροντα, που φέρνουν πολύ κοντά τον ένα στον άλλο.

Φροντίζει το ίδρυμα και για την ψυχαγωγία. Οι εκδρομές το καλοκαίρι στη θάλασσα και το χειμώνα τις καλές μέρες στην ύπαιθρο, γεμίζουν με αισιοδοξία και κέφι κάθε ηλικιωμένο. Τα παγκάκια και οι ποικιλίες λουλουδιών στα πάρκα προσφέρουν γαλήνη στην κουρασμένη ψυχή τους

Φυσικά, το εκκλησάκι με το καμπαναριό και τα χρωματιστά τζάμια και τα κεριά που τρεμοσβήνουν γεμίζουν την ψυχή παρηγοριά και γαλήνη.

Από τους επισκέπτες εξαρτάται να μην νιώθουν απομονωμένοι και αποκομμένοι από την κοινωνία. Με συχνές επισκέψεις και με το να τους παίρνουν στο σπίτι τους στις μεγάλες γιορτές, οι ηλικιωμένοι διατηρούν την ψυχική τους ισορροπία.

Σήμερα υπάρχουν 4.500 θέσεις για ηλικιωμένους χωρίς προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και 210.000 για άτομα με χρόνιες παθήσεις ανεξαρτήτως ηλικίας. Η εισαγωγή των ηλικιωμένων σε ιδρύματα εξαρτάται από τους όρους που προβλέπει ο εσωτερικός κανονισμός κάθε ιδρύματος.

Κατά γενικό κανόνα τα κριτήρια που ακολουθούν όλα τα ιδρύματα είναι:

1. Οι εισαγόμενοι να μπορούν να αυτοεξυπηρετούνται
2. Να μην είναι πάνω από 67 ή 70 ετών
3. Να μην πάσχουν από μεταδοτικό νόσημα
4. Να έχουν εισόδημα ανάλογα μ' αυτό που ορίζει το ίδρυμα ή εφόσον είναι άποροι – να έχουν πιστοποιητικό απορίας.

Την διαδικασία αυτή ακολουθούν τα γηροκομεία του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα, εκτός των οίκων ευγηρίας, των οποίων τα κριτήρια δεν είναι και τόσο αυστηρά ως προς την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων, αλλά η διαμονή σ' αυτά είναι πολύ δαπανηρή και το κυριότερο αίτιο που οδηγεί στο γηροκομείο είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων για να ζήσει μόνος του.

Σήμερα, λόγω βελτίωσης των ασφαλιστικών συστημάτων, των συντάξεων και των ιατροκοινωνικών παροχών, μειώνεται συνεχώς ο αριθμός των αυτοεξυπηρετούμενων που ζει στα γηροκομεία.

Το θέμα της εισαγωγής στο ίδρυμα απασχολεί την οικογένεια από τη στιγμή που ένα μέλλος της χάνει τη σωματική ή πνευματική του υγεία. Και αυτό γιατί, όπως είναι σήμερα οργανωμένη η οικογένεια με όλο και περισσότερα μέλη της να έχουν εμπλακεί στην παραγωγική διαδικασία, δεν υπάρχει χρόνος να ασχοληθεί με το χρόνια πάσχον μέλος της.

Η θεραπευτική φροντίδα λοιπόν πρέπει να τείνει προς τη δημιουργία θεραπευτηρίων χρόνιων παθήσεων. Αυτά είναι κρατικά με προσφορά υπηρεσιών φυσικοθεραπείας, κοινωνικής εργασίας και ιατρικής φροντίδας. Πρόσφατα ιδρύματα δύο μονάδες με δυναμικότητα 330 κλινών στην περιοχή της Αττικής και στην Εύβοια.

Στην περιφερειακή Ελλάδα λειτουργούν οκτώ θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων σε: Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα, Σέρρες, Ζάκυνθο, Χανιά, Ρόδο και Μυτιλήνη. Κύριο χαρακτηριστικό αυτών είναι η ανάμιξη των ηλικιών, μια και παρέχεται περίθαλψη σε κάθε ενήλικο άτομο από 18 ετών και πάνω. Η συνύπαρξη των ηλικιών σε κοινά θεραπευτήρια δίνει τη δυνατότητα στους νεώτερους να αισθάνονται χρήσιμοι απέναντι στους ηλικιωμένους, οι δε ηλικιωμένοι να φέρονται με στοργή και τρυφερότητα προς τους νεότερους.

Επίσης, στην Αγιάσο της Λέσβου συγχωνεύτηκε το Σανατόριο με το Ίδρυμα κοινωνικής Πρόνοιας και στην Νιγρίτα έγινε μετατροπή του Πρεβεντορίου σε θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων. Ακόμη έχουν κατασκευαστεί κτίρια δυναμικότητας 850 περίπου κλινών.

Παράλληλα, η κυβερνητική στάση σήμερα στην Ελλάδα είναι η ενίσχυση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και η ενθάρρυνση της προσπάθειας του έργου της. Δεν επιδιώκεται δηλαδή η κρατικοποίηση των ιδρυμάτων ακόμη κι αν αυτό είναι έτοιμα των συμβουλίων τους, παρόλο που η νομοθεσία παρέχει αυτή την ευχέρεια. Αυτό, για να ενθαρρύνει τον ιδιωτικό παράγοντα στην προσφορά και τη συμμετοχή του σε έργα

κοινωνικής αλληλοβοήθειας και επίσης για να διαφυλάξει την ευελιξία που υπάρχει γενικά στην λειτουργία των ιδιωτικών φορέων.

Μια ενδιαμέση μορφή κοινωνικής προστασίας μεταξύ ανοιχτής και κλειστής προστασίας είναι οι «τέσσερις στέγες» ηλικιωμένων. Στις στέγες αυτές προσφέρεται μόνιμη κατοικία σε μικρά μονά δωμάτια – διαμερίσματα για μοναχικούς ηλικιωμένους ή ζευγάρι ηλικιωμένων. Οι προϋποθέσεις για την παραχώρηση στέγης είναι: η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και η οικονομική αδυναμία για στεγαστικές δαπάνες. Στα ιδρύματα αυτά ζουν περίπου 300 άτομα. Στην διάθεση των ηλικιωμένων είναι κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές και γιατροί.(Αμηρά Α., και συν., Αθήνα 1986)

Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Η ίδρυση και λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. στους περισσότερους Δήμους της χώρας αποτελεί την πλέον σαφή απόδειξη του ενδιαφέροντος του κράτους για την εξωιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών όπως (Φυσιοθεραπεία, Εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα) και κοινωνικών υπηρεσιών από κοινωνικούς λειτουργούς. Τα προγράμματα σε κάθε Κ.Α.Π.Η αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα.

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι:

- Η πρόληψη των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία, την ισοτιμία και την ενεργητικότητά τους.
- Η ενημέρωση και η συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Έρευνα θεμάτων που αφορούν τους ηλικιωμένους.

Η πρόληψη του Κ.Α.Π.Η. διακρίνεται σε:

Πρωτογενή: όπου γίνονται εμβολιασμοί ενώ παράλληλα υπάρχει και η διαφώτιση για τη σωστή διατροφή, ένδυση και προφύλαξη ατυχημάτων.

Δευτερογενή: σκοπός η έγκαιρη διάγνωση ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια θεραπεία. Γίνονται διάφορες εξετάσεις. Αν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα στην υγεία του ηλικιωμένου τότε παραπέμπετε στο γιατρό του ασφαλιστικού φορέα του.

Υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η. :

1. Απασχόληση και κοινωνική δραστηριότητα.
2. Κοινωνική εργασία στους ηλικιωμένους και στο άμεσο περιβάλλον τους.
3. Εργασιοθεραπεία.
4. Φυσικοθεραπεία.
5. Παροχή δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης στα άτομα μέλη.
6. Ημερήσιες εκδρομές και περιπάτους.
7. Μουσικά απογεύματα και θεατρικές παραστάσεις.
8. Διαλέξεις γύρω από θέματα που ενδιαφέρουν τους ηλικιωμένους.
9. Εργασία με ομάδες.
10. Παροχή βοήθειας στο σπίτι σε ανήμπορους ηλικιωμένους του Κ.Α.Π.Η.

Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν Δημόσιες Υπηρεσίες με επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Υπάγονται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και επιχορηγούνται αποκλειστικά από αυτήν.

Το επταμελές συμβούλιο αποτελείται:

- Από τον εκάστοτε δήμαρχο ή αντιδήμαρχο που ορίζεται ως πρόεδρος.
- Από ένα Δημοτικό Συμβούλιο που ορίζεται από το Δ.Σ.

- Από ένα δημότη που διακρίνεται για τα έργα του και την ευαισθησία του στα ανθρώπινα θέματα (γιατρός, κοινωνικός λειτουργός, δικηγόρος) που του προτείνει ο δήμαρχος και τον ορίζει με απόφαση Δ.Σ.
- Από ένα κοινωνικό λειτουργό, υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που ορίζεται από το Υπουργείο.
- Από ένα εκπρόσωπο των Τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων.
- Από ένα αιρετό εκπρόσωπο των εργαζομένων στο Κ.Α.Π.Η.

Τα καθήκοντα που έχει κάθε μέλος καθορίζονται από τον κανονισμό Διοικήσεως και Διαχειρίσεως του Κ.Α.Π.Η.

Στα μέλη του Κ.Α.Π.Η εγγράφονται κάτοικοι της περιοχής που λειτουργεί το κέντρο ηλικίας >_ 60 ετών. Σε μερικές περιπτώσεις που υπάρχει κάποιος ειδικός λόγος για το συγκεκριμένο άτομο μικρότερης ηλικίας των 60 ετών τότε αυτό το πρόσωπο μπορεί να γραφεί στο Κ.Α.Π.Η. ύστερα από απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου.

Ο αριθμός των μελών κάθε κέντρου δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 300 μέλη και μικρότερος από 50. Ο αριθμός αναφέρεται στην ενεργό συμμετοχή και όχι στα εγγεγραμμένα μέλη. Εάν το αριθμητικό όριο δεν έχει συμπληρωθεί τότε εγγράφονται και νεότερες ηλικίες. Τα μέλη για την εγγραφή τους πληρώνουν συμβολή συνδρομή ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητές τους.(Καραγιάννης Γ., Αθήνα 1999)

Το προσωπικό που απασχολούν τα Κ.Α.Π.Η. είναι :

- Κοινωνικός Λειτουργός
- Νοσηλεύτρια- της
- Ιατρός
- Οικογενειακός βοηθός
- Εργοθεραπευτής
- Φυσικοθεραπευτής

Κατ' οίκον Φροντίδα

Ο όρος << κατ' οίκον φροντίδα >> περιγράφει ένα σύστημα μέσω του οποίου παρέχονται φροντίδα υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες σε άτομα με κινητικά ή άλλα προβλήματα υγείας, εξαιτίας των οποίων είναι υποχρεωμένα να παραμένουν στο περιβάλλον του σπιτιού τους και όχι σε άλλες νοσηλευτικές εγκαταστάσεις. Το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των ΗΠΑ έδωσε τον ορισμό της κατ' οίκον υγειονομικής περίθαλψης όπως αυτός διατυπώθηκε από μια διατμηματική ομάδα εργασίας και ο οποίος έχει ως ακολούθως: Η κατ' οίκον φροντίδα είναι η συνιστώσα εκείνη ενός συνεχούς περιεκτικής φροντίδας υγείας,

Σκοπός των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα και τις οικογένειες τους, στο σπίτι τους. Οι συγκεκριμένοι στόχοι και οι υπηρεσίες που παρέχουν οι νοσηλευτές ποικίλλουν, ανάλογα με τον τύπο των παρεχόμενων από διάφορους οργανισμούς υπηρεσιών και των αποδεκτών αυτών των υπηρεσιών. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια υγειονομικά ιδρύματα, οι σύλλογοι επισκεπτών νοσηλευτών, οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας ή οι νοσηλευτές σχολικής υγιεινής συνήθως εκτελούν κατ' οίκον επισκέψεις.

Οι νοσηλευτές ιατρικών συνήθως πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις στο πλαίσιο της χρόνιας παρακολούθησης του ασθενούς. Οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας κάνουν επισκέψεις για την παρακολούθηση των ασθενών με μεταδοτικές νόσους και την παροχή αγωγής υγείας και κοινοτικών παραπομπών σε ασθενείς με διαγνωσμένα προβλήματα υγείας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε οργανισμούς κατ' οίκον φροντίδας, μέσω νοσοκομειακών ή νοσηλευτικών μητρώων, διεξάγουν συνήθως επισκέψεις στο σπίτι για να βοηθούν τους ασθενείς κατά την μετάβασή τους από το νοσοκομείο στο σπίτι, αλλά και οι προμηθευτές φροντίδας υγείας παραγγέλλουν αυτές τις επισκέψεις όταν οι ασθενείς παρουσιάζουν παρόξυνση χρόνιας νόσου.

Στο κέντρο όλων των κατ' οίκον επισκέψεων βρίσκεται το άτομο για το οποίο έχει γίνει η παραπομπή. Επιπλέον, ο νοσηλευτής εκτιμά την αλληλεπίδραση ατόμου-οικογένειας και παρέχει ενημέρωση και παρεμβάσεις για την οικογένεια και τον πελάτη. Ο νοσηλευτής εκτιμά τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρά η οικογένεια και

το άτομο στο πλαίσιο μιας κοινωνικής ομάδας. Ο νοσηλευτής προσδιορίζει την ανάγκη παραπομπής σε κοινοτικές υπηρεσίες και κάνει τις δέουσες παραπομπές.

Οι επισκέπτες νοσηλευτές λαμβάνουν τις παραπομπές από διάφορες πηγές, όπως ο θεράπων ιατρός του ασθενούς, ο κλινικός νοσηλευτής ή η μαία, ο αρμόδιος σχεδιασμού της εξόδου από το νοσοκομείο ή ο διαχειριστής περιστατικών, ο δάσκαλος ή ο προμηθευτής υγειονομικής περίθαλψης. Ο ασθενής ή η οικογένειά του μπορούν να ζητήσουν την επίσκεψη νοσηλευτή, προκειμένου ο ίδιος να αξιολογήσει και να συνδράμει στην υγειονομική περίθαλψη του ασθενούς.

Οι κατ' οίκον επισκέψεις υπήρξαν αναπόσπαστο τμήμα της νοσηλευτικής, για περισσότερο από έναν αιώνα και ξεκίνησαν από τους <<επισκέπτες νοσηλευτές>> της Florence Nightingale στην Αγγλία. Στις ΗΠΑ, το 1877, ο <<Γυναικείος Κλάδος Αποστόλων της Πόλης της Νέας Υόρκης>> έστειλε τους πρώτους εκπαιδευμένους νοσηλευτές σε σπίτια απόρων για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Υπό την καθοδήγηση της Lillian Wald, ξεκίνησαν οι πρωτοποριακές προσπάθειες για την παροχή υπηρεσιών σε απόρους στο περιβάλλον του σπιτιού τους, κατά τα τέλη του 19^{ου} αιώνα. (Bumside I., New York 1976)

ΕΣΤΙΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

(1) Ηλικιωμένα άτομα χωρίς εμφανή προβλήματα υγείας

Τα άτομα αυτά έχουν συνήθως ελάχιστες απαιτήσεις από τις υγειονομικές υπηρεσίες. Βασική αρχή της σύγχρονης γεροντολογίας σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στα κράτη - μέλη της Ε.Ε. είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων. Τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης, ιδιαίτερα όταν έχουν μείνει μόνα, μακριά από την οικογενειακή θαλπωρή, μακριά από το οικογενειακό περιβάλλον, μακριά από τα παιδιά τους. Φιλοξενούνται λοιπόν, σε διάφορους οίκους ευγηρίας, (τα λεγόμενα Γηροκομεία). Τα ευαγή αυτά ιδρύματα έχουν, με το πέρασμα του χρόνου αναπτυχθεί, ολοένα και περισσότερο καλύπτουν τώρα πια σχεδόν όλες τις ανάγκες που θα μπορούσε να έχει ένα ηλικιωμένο άτομο. Προσφέρονται ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες καθημερινά και με την στήριξη των κοινωνικών λειτουργιών διαθέτουν δημιουργικά των ελεύθερο χρόνο τους,

προβλέπονται, δηλαδή, οργανωμένα προγράμματα δημιουργικής, ψυχαγωγικής, πολιτιστικής και εκπαιδευτικής δραστηριότητας. (Richter, London 1980)

(2) Ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια ανικανότητα

Η ομάδα αυτή των ηλικιωμένων κατατρέχεται από χρόνια προβλήματα που απολήγουν σε άλλοτε άλλο βαθμό ανικανότητας. Οι περισσότεροι, μάλιστα, από τους ηλικιωμένους ασθενείς έχουν σύμπλοκα παθολογικά σύνδρομα, μάλλον, παρά μεμονωμένα νοσήματα. Αυτοί, π.χ. που επί πολλά χρόνια υποφέρουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα, αλλά διατηρούνται σε ένα αποδεκτό επίπεδο ικανότητας, μπορεί να επιβαρυνθούν σημαντικά είτε από την εγκατάσταση οστεοπορώσεως, οστεοαρθρίτιδας ή η αρχική νόσος τους να επεκταθεί στους πνεύμονες και να εμφανιστούν με συμπτωματολογία αναπνευστικής ανεπάρκειας. Επιπλέον, η ενδεχόμενη εμφάνιση παρκινσονισμού θα επιδεινώσει τη στηρικτική τους ικανότητα και συνήθως, θα καταστήσει τους ασθενείς ανίκανους ακόμη και για την αυτοεξυπηρέτηση των στοιχειωδών αναγκών τους.

Η ιατρική εκπαίδευση έχει, συνήθως, αρκестεί στο να εκπαιδεύει το ιατρικό προσωπικό στην αναγνώριση και τη θεραπευτική προσέγγιση των πολύπλοκων αυτών προβλημάτων των ηλικιωμένων, αλλά οι γιατροί δεν είναι συνήθως ευαισθητοποιημένοι στην εκτίμηση πολλών πρακτικών προβλημάτων που εκκρεμούν στις καταστάσεις αυτές. Οι ασθενείς και οι άνθρωποι που έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους ενδιαφέρονται πολύ περισσότερο στο να διατηρηθεί η να επαναποκτηθεί η ικανότητα βαδίσεως μέχρι π.χ. στην τουαλέτα, παρά για τις λεπτομέρειες π.χ. της αξονικής εγκεφάλου. Μεγάλος αριθμός από τους ηλικιωμένους ασθενείς με επιλεγμένα προβλήματα ζουν μόνοι τους, χωρίς την παρουσία κάποιου που να έχει αναλάβει τη φροντίδα τους και να ικανοποιεί τις καθημερινές ανάγκες καθαριότητας, παρασκευής φαγητού, τακτοποιήσεως του νοικοκυριού και βοήθειας για την εξασφάλιση μιας στοιχειώδους κοινωνικής επαφής.

Έχοντας λοιπόν, ηλικιωμένοι ασθενείς, όλα τα παραπάνω προβλήματα, έχουν δημιουργηθεί σε όλα τα κράτη - μέλη, της Ε.Ε. ορισμένα "Κέντρα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων", τα οποία παρέχουν άμεση, γρήγορη και αποτελεσματική βοήθεια και φροντίδα στα άρρωστα άτομα. Επίσης, άλλα ιδρύματα όπου μπορούν να απευθύνονται οι γέροντες είναι τα "νοσοκομεία ημέρας" τα οποία παρέχουν περιορισμένη νοσοκομειακή εξυπηρέτηση, χωρίς να είναι απαραίτητη η παραμονή

τους το βράδυ (θα μιλήσουμε γι' αυτά παρακάτω). Τέλος, υπάρχουν και "κέντρα ανοιχτής περιθάλψεως ηλικιωμένων", τα οποία είναι σχεδόν όμοια με τα νοσοκομεία ημέρας με κάποιες ελάχιστες μικροδιαφορές. (Knowles L., 1982)

(3) Ηλικιωμένοι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα, όπως άνοια, κατάθλιψη κλπ έχουν απόλυτη ανάγκη κοινωνικής υποστηρίξεως και συνήθως πρέπει να εισάγονται για μακροχρόνια φιλοξενία σε ειδικά ιδρύματα χαμηλού κόστους, που πρέπει να λειτουργούν παράλληλα και σε σύνδεση με τα γενικά νοσοκομεία, σε κάθε υγειονομική περιφέρεια. Αυτονόητο είναι ότι με τον όρο "ιδρύματα χαμηλού κόστους" εννοούμε απλά ιδρύματα που δεν χρειάζονται ακριβό τεχνολογικό εξοπλισμό και πολύπλοκη επιστημονική επάνδρωση. Τα ιδρύματα αυτά πρέπει να είναι οργανωμένα ώστε να μπορούν να υποδέχονται ανίκανα για αυτοεξυπηρέτηση ηλικιωμένα άτομα, χωρίς οξεία προβλήματα υγείας. (Nettlet on S., Αθήνα 2002)

(4) Ηλικιωμένοι ασθενείς με κινητική ανικανότητα

Η διατήρηση της ανεξαρτησίας στα άτομα αυτά είναι ανέφικτη. Τα άτομα αυτά έχουν πολλαπλές ανάγκες. Εάν υπάρχει κάποιο από τα νεότερα μέλη της οικογένειας τους που να δέχεται να αναλάβει τη φροντίδα τους, το μέλος αυτό πρέπει να στηριχθεί από την κοινωνική υπηρεσία και σε ότι αφορά κάποια αποζημίωση και σε ότι αφορά στην ενημέρωση και στην εκπαίδευση ώστε η φροντίδα αυτή να είναι αποτελεσματικότερη. Εάν δεν υπάρχει οικειοθελής προσφορά φροντίδας στα άτομα αυτά, πρέπει η τοπική κοινωνική υπηρεσία να έχει αναπτύξει προγράμματα υποστηρίξεως. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να αφορούν είτε στη συχνή επίσκεψη κάποιου κοινωνικού υπαλλήλου στο σπίτι του ηλικιωμένου για εκτέλεση εργασιών νοικοκυριού, παρασκευής φαγητού και βοήθειας στη διατήρηση σωματικής καθαριότητας ή με την καθημερινή μετάβαση του ηλικιωμένου σε κέντρα ανοικτής περίθαλψης ηλικιωμένων. Η Κοινωνική Υπηρεσία πρέπει να αναγνωρίζει εύκολα τα άτομα αυτά. Να εξασφαλίζει με επικουρικές παροχές τις οικονομικές τους ανάγκες. Να έχει δυνατότητα πραγματοποίησεων μικρών μετατροπών στο σπίτι των ηλικιωμένων, ώστε να γίνονται περισσότερο ασφαλή και άνετα και να εξασφαλίζει όμοια θέρμανση σε όλους τους χώρους του σπιτιού. (Nettlet on S., Αθήνα 2002)

(5) Άτομα σε βαθύ γήρας

Τα άτομα πολύ μεγάλης ηλικίας, πάνω από 85 ετών, που ζουν μόνα τους ή με τον επίσης υπέργηρο σύντροφό τους, έχουν απόλυτη ανάγκη παροχής βοήθειας στο επίπεδο των καθημερινών δραστηριοτήτων. Όλοι συμφωνούν ότι οι υπέργηροι δεν μπορούν να διαβιούν πλέον σαν ανεξάρτητα άτομα. Όσοι από αυτούς δεν μπορούν να ζουν στα σπίτια τους με την παροχή κατάλληλης βοήθειας από κοινωνική ή άλλη εθελοντική πηγή, πρέπει να μεταφέρονται σε ιδρύματα χαμηλού κόστους, για φιλοξενία και παροχή περιθάλψεως σε συνήθη ιατρικά προβλήματα. Εάν υποστούν παρόξυνση χρόνιας παθήσεως ή άλλο οξύ νόσημα, μεταφέρονται από τα ιδρύματα αυτά σε γηριατρικές κλινικές, παθολογικές ή ειδικές κλινικές των νομαρχιακών νοσοκομείων για περίθαλψη επί μικρό διάστημα για διαγνωστική εκτίμηση, θεραπεία και αποκατάσταση και επιστρέφουν πάλι στα ιδρύματα φιλοξενίας.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Η διατήρηση της ανεξαρτησίας του ηλικιωμένου, η πρόληψη της εμφάνισης ανικανοτήτων, η ενίσχυση και προαγωγή της αυτοφροντίδας, η παροχή βοήθειας για την κάλυψη των φυσικών και ψυχολογικών αναγκών, όταν χρειάζεται, είναι παράγοντες πολύ ουσιαστικοί για τη βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων και την προσφορά νοήματος και χαράς στα χρόνια. Η επιτυχία τους απαιτεί χειρισμό από άτομα με ειδικό προσανατολισμό, γνώσεις και δεξιότητες. Αλλά ποια άτομα χρειάζεται να έχουν τον ειδικό αυτό προσανατολισμό; Η απάντηση στο πιο πάνω ερώτημα είναι: «Όλα τα άτομα που αποτελούν την κοινότητα, αλλά κυρίως αυτά που ανήκουν στο προσωπικό των επαγγελματιών υγείας».

Σήμερα, σε πολλές χώρες του κόσμου συνήθως προσφέρουν φροντίδα στους ηλικιωμένους τα λιγότερα εκπαιδευόμενα άτομα στο χώρο των επαγγελματιών υγείας. Όσοι όμως ασχολούνται με τη φροντίδα του ηλικιωμένου, για να επιτύχουν στο ρόλο τους, πρέπει να έχουν εξειδικευμένες γνώσεις στο αντικείμενο αυτό (Γεροντολογία, Γηριατρική, Γεροντολογική και Γηριατρική Νοσηλευτική), ενδιαφέρον για τον ηλικιωμένο άνθρωπο, δεξιότητες να εργάζονται με επιτυχία κοντά σ' αυτόν και να

τους απασχολεί η ποιότητα φροντίδας που προσφέρεται στον υπερήλικα. Εφόσον όλες σχεδόν οι χώρες αντιμετωπίζουν την έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού για τη φροντίδα του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας η καλύτερη προσφορά που μπορεί να γίνει στον τομέα αυτό είναι η βελτίωση της προσφερόμενης ειδικής εκπαίδευσης στο προσωπικό των επαγγελματιών υγείας, η υιοθέτηση του θεσμού του συμβόλου για τα θέματα των ηλικιωμένων, η προαγωγή της έρευνας και η προσφορά υποστηρικτικής βοήθειας στις υπηρεσίες υγείας σε επίπεδο περιφερειακό και τοπικό (νομού, κοινότητας) για την αντιμετώπιση θεμάτων των ηλικιωμένων.

Για να φθάσει όμως το Νοσηλευτικό προσωπικό στο χώρο της κοινότητας απαραίτητες είναι οι πιο κάτω προϋποθέσεις:

1. Το ζωντάνεμα αυτών που υπάρχουν και η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών υγείας στο χώρο της κοινότητας.
2. Η επάνδρωσή τους με επαρκή σε αριθμό και ανάλογα εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό που να ανταποκριθεί στον πολυδιάστατο ρόλο του και τέλος,
3. Η κατοχύρωση της νοσηλεύτριας, δηλ. ο προσδιορισμός του ρόλου της και η κατοχύρωση των αρμοδιοτήτων της.

Νοσηλευτική Εκπαίδευση

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

Η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό, μεταξύ άλλων απαιτεί αναθεώρηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων της βασικής και της μεταβασικής εκπαίδευσης. Στην αναθεώρηση πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες του ανθρώπου, όπως διαμορφώνονται σήμερα, η αξία της υγείας, η φύση αλλά και η οργάνωση της σημερινής κοινωνίας, η σύνθεση του πληθυσμού με ιδιαίτερη υπογράμμιση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, το σύστημα των

υπηρεσιών υγείας της χώρας και οι αντικειμενικοί σκοποί του και τέλος ο προσδιορισμός των ρόλων όλων, όσων συμμετέχουν στην προσφορά υπηρεσιών στο σύστημα υγείας.

Ειδικότερα για τη Νοσηλευτική εκπαίδευση, αυτή όπως ήδη αναφέρθηκε, διακρίνεται στη βασική και μεταβατική. Για την κάθε μια από αυτές αναφερόμεθα στη συνέχεια.

Βασική Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Το βασικό πρόγραμμα της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης πρέπει να προσφέρει γνώσεις που προετοιμάζουν την σπουδάστρια να εργασθεί με όλες τις ηλικίες, συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ειδικότερα η Γεροντολογική νοσηλευτική αποβλέπει στη βοήθεια σπουδαστή/μαθητή να αποκτήσει ειδικές γνώσεις, διαθέσεις και δεξιότητες, για να προσεγγίζει και κατανοεί τον ηλικιωμένο σαν άτομο και να συμβάλλει θετικά στη φροντίδα της υγείας του. Για την υλοποίηση η νοσηλεύτρια του ρόλου της αυτού πρέπει να αποκτήσει γνώσεις γύρω από τις θεωρίες της ανάπτυξης και ενηλικίωσης του ανθρώπου, την προαγωγή του ανθρώπου, την προαγωγή της υγείας του ατόμου και της κοινότητας, τη βιολογική ανικανότητα και την κοινωνική δυσλειτουργία των ηλικιωμένων, για την ειδική φροντίδα και την αποκατάστασή τους και ακόμη για την αυτοφροντίδα.

Επίσης πρέπει να δίδονται ευκαιρίες στους σπουδαστές να αποκτήσουν προσωπικές εμπειρίες με ηλικιωμένα άτομα στο Νοσοκομείο, στην οικογένεια και την κοινότητα αγροτικών, ημιαγροτικών και αστικών περιοχών. Εφόσον παρέχονται τέτοιες εμπειρίες μάθησης στο βασικό πρόγραμμα, εντυπώνεται στη νοσηλεύτρια ο ρόλος της κοντά στο ηλικιωμένο άτομο μέσα στο Νοσοκομείο, την οικογένεια και την κοινότητα.

Οι σπουδαστές πρέπει ακόμη να συμμετέχουν σε εκπαιδευτικές εργασίες με άλλα επαγγέλματα υγείας, για να μπορούν να εκτιμούν το ρόλο άλλων επαγγελματιών στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Τέλος, από το επίπεδο της βασικής Νοσηλευτικής εκπαίδευσης η/ο σπουδαστής αναπτύσσει γενικές τεχνικές δεξιότητες στην επικοινωνία και τη διδασκαλία με άτομα όλων των ηλικιών και τους ηλικιωμένους.

Μεταβατική, Μεταπτυχιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Μεταβατική ή μεταπτυχιακή Νοσηλευτική εκπαίδευση στον τομέα της φροντίδας υγείας για τον ηλικιωμένο, αποβλέπει στην προετοιμασία ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού για να ασκήσει το επάγγελμα, να διδάξει, να επιβλέψει, να διοικήσει, να ασχοληθεί με έρευνα στη Γηριατρική και Γεροντολογική Νοσηλευτική και ακόμη να γίνει σύμβουλος σε θέματα Γηριατρικής και Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.

Σε πολλές περιπτώσεις οι ανάγκες των ηλικιωμένων ανθρώπων δεν απαιτούν άμεση Νοσηλευτική φροντίδα που να προσφέρεται από επιστήμονα νοσηλεύτρια αλλά από ομάδα που την αποτελούν σπουδαστές/μαθητές Νοσηλευτικών Σχολών και Πρακτικοί Νοσοκόμοι. Η Διπλωματούχος Νοσηλεύτρια που θα είναι η αρχηγός αυτής της ομάδας χρειάζεται μεταβατική εκπαίδευση.

Νοσηλευτική Έρευνα

Εάν η Νοσηλευτική πρόκειται να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις νέες κοινωνικές ανάγκες, όπως είναι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον ηλικιωμένο, πρέπει να συνεχίσει να προσθέτει γνώσεις στο σώμα των ήδη υπάρχουσών με την Νοσηλευτική έρευνα.

Οι νοσηλεύτριες πρέπει να αναλύουν την εργασία τους και να προσδιορίζουν τις γενικές αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται κάθε ειδική Νοσηλευτική δραστηριότητα. Πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιούν τα ευρήματα της έρευνας για να βελτιώσουν την άσκηση και να διαμορφώνουν τη Νοσηλευτική πολιτική.

Οι νοσηλεύτριες που έχουν ταλέντο αλλά και τη δύναμη να κάνουν έρευνα πρέπει να σπουδάσουν, για να μπορούν να κάνουν ανεξάρτητη Νοσηλευτική έρευνα και να συμμετέχουν σε έρευνες όπου συμπράττουν περισσότερο από ένα επαγγέλματα και που έχουν σχέση με τους ηλικιωμένους.

Πριν κλεισθεί η τελευταία παράγραφος της περιορισμένης μελέτης που ασχολήθηκε με την νοσηλεύτρια κοντά στο ηλικιωμένο άτομο τοποθετούνται σαν μια ανακεφαλαίωση αλλά και υπογράμμιση της αξίας της μεγάλης ηλικίας οι πιο κάτω σκέψεις γραμμένες από την Joan Jenny.

«Η νοσηλεύτρια που εργάζεται κοντά στους ηλικιωμένους το πιο σπουδαίο μάθημα που μπορεί να πάρει απ' αυτούς είναι ότι ο ηλικιωμένος, περισσότερο από κάθε άλλη ηλικία είναι πιο πολύ ξεχωριστό άτομο και όχι πιο λίγο. Το άτομο είναι το άθροισμα των ημερών της ζωής του, και στο στάδιο αυτό της ζωής – Τρίτη ηλικία – το άθροισμα αυτό είναι μεγαλύτερο απ' ότι στην πρώτη ή στην δεύτερη – μέση – ηλικία. Ακόμη η διεργασία της ενηλικίωσης αποτελεί μεγάλη προσφορά στη μοναδικότητα του ανθρώπου».(Μαλγαρινού Μ., και συν., Αθήνα 2005)

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση αυτών, σε ηλικιωμένους των ΚΑΠΗ του Ηρακλείου.

Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή και η αξιολόγηση των προβλημάτων σχετιζόμενων με την ηλικία και την διατροφή που συμβάλλουν στην εμφάνιση των ασθενειών καθώς και στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών για την πρόληψη των προβλημάτων.

Υλικό & Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μέρος της επιδημιολογικής μελέτης ηλικιωμένων ατόμων εγγεγραμμένων στα ΚΑΠΗ του Ηρακλείου με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας και των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας, καθώς επίσης το ρόλο και τη σημασία της σωστής διατροφής στην πρόληψη εμφάνισης των προβλημάτων καθώς και τη σωστή ενημέρωση και αντιμετώπιση από τους νοσηλευτές.

Το δείγμα περιλαμβάνει 200 άτομα ηλικίας 50 έως 95 ετών.

Κύριος στόχος αυτής της επιδημιολογικής μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ προβλημάτων και διατροφής της τρίτης ηλικίας.

Μέσα στα πλαίσια αυτής της μελέτης, έγιναν τα ακόλουθα:

- Λήψη ιστορικού ηλικιωμένων και νοσηλευτών.
- Διατροφικές συνήθειες (συχνότητα κατανάλωσης ορισμένων τροφίμων, λήψη πρωινού)
- Συνήθειες υγείας (οινοπνευματώδη ποτά, κάπνισμα κ.ά)
- Επαγγελματική κατάσταση.

Χρονοδιάγραμμα υλοποίησης

Η συλλογή όλων των στοιχείων και των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε τους μήνες Απρίλιο-Μάιο του 2009.

Δεοντολογία

Για την διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε άδεια από την γραμματεία των Κ.Α.Π.Η Ηρακλείου.

Για τη συμμετοχή των ατόμων ζητήθηκε η συγκατάθεσή τους, τόσο αυτών όσο και των νοσηλευτών, για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επίσης, τηρήθηκαν και τηρούνται όλες οι προϋποθέσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και του ιατρικού απόρρητου.

Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε πρόγραμμα SPSS, έκδοση 16.0. Κατά κύριο λόγο ακολουθήθηκαν μέθοδοι ανάλυσης σε στρωματοποιημένα δεδομένα. Ακολούθησε έλεγχος συσχέτισης κατά Spearman της ηλικίας με τα διάφορα προβλήματα των ηλικιωμένων.

Ερωτηματολόγια Συνηθειών Υγείας

Ιστορικό Ηλικιωμένων

Από τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή ορισμένων διατροφικών συνηθειών, ασθενειών, κατανάλωσης αλκοόλ, διαταραχών ύπνου, μέσω των ερωτηματολογίων που δόθηκαν. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με την βοήθειά μας δίνοντας ακριβείς πληροφορίες και υποδείξεις για την καλύτερη συμπλήρωσή τους.

Νοσηλευτικό Ιστορικό

Από τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή γνώσεων, ειδίκευσης, ευχαρίστησης από τη δουλειά τους στα ΚΑΠΗ, αποτελεσματικότητας, εάν συνεργάζονται με την υπόλοιπη υγειονομική ομάδα, ποιο είναι κατ' αυτούς το μεγαλύτερο πρόβλημα των ηλικιωμένων καθώς και ποιοι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για την καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα του ηλικιωμένου μέσω των ερωτηματολογίων που δόθηκαν. Δόθηκαν ακριβείς πληροφορίες και έγιναν οι κατάλληλες υποδείξεις για την καλύτερη συμπλήρωσή τους.

Αποτελέσματα

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΗΛΗΚΙΩΜΕΝΩΝ

Στον **πίνακα 1** απεικονίζονται οι ηλικίες των ηλικιωμένων και παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 37% που είναι εγγεγραμμένοι στα ΚΑΠΗ είναι μεταξύ 70-75 χρονών .Το δείγμα μας αποτελείται από 53% (106) άνδρες και 94(47%) γυναίκες, όχι μεγάλη διαφορά, αναλύουμε την μόρφωση των ηλικιωμένων και παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό έχει τελειώσει μόλις το δημοτικό 73% (146), λίγοι είναι αυτοί που έχουν τελειώσει το γυμνάσιο 11% (22) ή δεν έχουν μόρφωση 12% (24), ενώ ελάχιστοι είναι αυτοί που έχουν τελειώσει το λύκειο 1,5% (3) ή το πανεπιστήμιο 5(2,5%). Παρατηρείται ότι το 66,5% (133)του δείγματός μας είναι παντρεμένοι και αμέσως μετά με ποσοστό 30,5% (61) είναι χήροι, ελάχιστοι είναι οι χωρισμένοι 1% (2) και οι ελεύθεροι 2% (4). Το 93,5% (187) έχει παιδιά, διαπιστώνεται ότι το 95% (190) δεν εργάζεται και είναι φυσιολογικό αυτό λόγω της ηλικίας. Από αυτούς το 84,5% (169) είναι συνταξιούχοι, **πίνακας 2**. Ρωτήθηκε το δείγμα μας πόσες φορές τρώνε την ημέρα και παρατηρήθηκε ότι το 64% (128) τρώει 3 με 4 φορές τη μέρα και αμέσως μετά με 33%(66) 1 με 2 φορές και το 78,5%(157) παίρνει πρωινό **πίνακας 3**.

Σύμφωνα με τους **πίνακα 4** παρατηρείται ότι τα ποσοστά κατανάλωσης για κάθε τρόφιμο είναι:

Καθημερινά: γάλα 44%(88), τυρί 40,5%(81), κρέας 3,5%(7), ψάρι 1,5%(3), όσπρια 4%(8), φρούτα 66,5% (133), ψωμί 52% (104), δημητριακά 5,5%(11), αναψυκτικά 11%(22), γλυκά 12,5%(25).

1 φορά τη βδομάδα: γάλα 17%(34), τυρί 23,5%(47), κρέας 16%(32), ψάρι 34,5%(69), όσπρια 32,5%(65), φρούτα 3,5%(7), ψωμί 20%(40), δημητριακά 11,5%(23), αναψυκτικά 8,5%(17), γλυκά 16%(32).

2 με 4 φορές τη βδομάδα : γάλα 6,5%(13), τυρί 16%(32), κρέας 67% (134), ψάρι 42% (84), όσπρια 51,5% (103), φρούτα 12%(24), ψωμί 8%(16), δημητριακά 11%(22), αναψυκτικά 12%(24), γλυκά 16,5%(33).

4 με 6 φορές: γάλα 2%(4), τυρί 3,5%(7), κρέας 4%(8), ψάρι 5%(10), όσπρια 5,5%(11), φρούτα 12%(24), ψωμί 1%(2), δημητριακά 1%(2), αναψυκτικά 2%(4), γλυκά 2,5%(5).

Ποτέ: γάλα 16,5%(33), τυρί 3,5%(7), κρέας 2%(4), ψάρι 4%(8), όσπρια 0,5%(1), φρούτα 1%(2), ψωμί 4,5%(9), δημητριακά 48,5% (97), αναψυκτικά 35% (70), γλυκά 24,5%(49).

Σπάνια: γάλα 14%(28), τυρί 13%(26), κρέας 7,5%(15), ψάρι 13%(26), όσπρια 6%(12), φρούτα 5%(10), ψωμί 14,5%(29), δημητριακά 22,5%(25), αναψυκτικά 31,5%(63), γλυκά 28% (56).

Μόλις το 30,5%(61) ακολουθεί κάποια ειδική διατροφή και το 11%(22) γυμνάζεται, **πίνακας 3**.

Το ποσοστό των ηλικιωμένων που πάσχει από κάποιο αναπνευστικό πρόβλημα είναι το 35,5%(71) με πιο συχνό τη δύσπνοια σε 11,5%(23) και αμέσως μετά το βήχα 10%(20), **πίνακας 7**. Στον **πίνακα 5** παρατηρείται ότι το 54%(108) έχει υπέρταση, από τους οποίους το 51%(102) λαμβάνει ήδη κάποιο χάπι. Επίσης παρατηρείται ότι το 37%(74) έχει χοληστερίνη και το 31,5%(63) από αυτούς παίρνει κάποιο χάπι και το 22,5%(45) έχει αυξημένα τριγλυκερίδια, απ' το οποίο το 17%(34) κάνει χρήση χαπιού.

Στον **πίνακα 6** παρατηρείται ότι το 71,5%(143) δεν έχει κάποιο ακουστικό πρόβλημα, μόλις το 1,5%(3) έχει απώλεια ακοής, ενώ το 27%(54) πάσχει από βαρηκοΐα και μόνο το 7,5%(15) χρησιμοποιεί κάποιο είδος ακουστικού. Στα προβλήματα όρασης συγκαταλέγεται το 70,5%(141), αρκετά μεγάλο ποσοστό, με τον καταρράκτη 31%(62) να καταλαμβάνει την πρώτη θέση και να ακολουθούν η πρεσβυωπία 24%(48), η μυωπία 10,5%(21) με αρκετά μεγάλη διαφορά από την

πρεσβυωπία, το γλαύκωμα 3%(6), η επιπεφυκίτιδα 1,5%(3) και τέλος με μόλις 0,5%(1) η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς, **πίνακας 7**.

Ακόμα παρατηρείται ότι το 44,5%(89) πάσχει από νοσήματα του ουροποιητικού, με συχνότερο πρόβλημα τη συχνουρία 29%(58), αμέσως μετά την ακράτεια 10,5%(21) και τέλος με ποσοστό 2,5%(5) την ουρολοίμωξη και την δυσουρία. Από κάποια νεφρική ασθένεια πάσχει το 6,5%(13) σύμφωνα με τον **πίνακα 9**. Από νόσημα του νευρικού συστήματος πάσχει το 10%(20), το οποίο χωρίζεται σε 5,5%(11) αγγειακή εγκεφαλική νόσο, 2%(4) Parkinson και Alzheimer και το 0,5%(1) σκλήρυνση κατά πλάκας, σύμφωνα με τον **πίνακα 7**.

Κατά τον **πίνακα 5** το 21%(42) του δείγματός μας πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη, η διάρκειά του για τους πάσχοντες κυμαίνεται από 1 έως 50 χρόνια, χρήση ινσουλίνης κάνει μόλις το 7%(14), ενώ χρήση χαπιού κάνει το 18%(36).

Στον **πίνακα 7** απεικονίζονται οι παθήσεις του Θυρεοειδή, όπου παρατηρούμε ότι το 13,5%(27) πάσχει από κάποια ασθένεια του αδένου, όπως υποθυρεοειδισμός 6%(12), όγκο θυρεοειδή 4%(8) και υπερθυρεοειδισμό 3,5%(7). Παρατηρείται ότι το 46%(92) πάσχει από κάποια μυοσκελετική πάθηση, όπως οστεοπόρωση 20,5%(41), δισκοπάθεια 13,5%(27), οστεοαρθρίτιδα 8,5%(17) και ρευματοειδή αρθρίτιδα 3,5%(7). Επίσης παρατηρείται ότι μόλις το 17%(34) πάσχει από κάποιο πεπτικό νόσημα με το έλκος να κυριαρχεί με 8%(16), με αμέσως επόμενη νόσο τη γαστρίτιδα 6,5%(13), την ελκώδη κολίτιδα 1%(2) και τέλος με ποσοστό 0,5%(1) τη χολολιθίαση, την ηπατίτιδα και την κίρρωση ήπατος. Ζαλάδες ενοχλούν το 24,5%(49) του δείγματός μας που πάσχει από κάποια νόσο του κυκλοφορικού συστήματος 46%(88). Από καρδιαγγειακά νοσήματα υποφέρει το 22%(44) του δείγματός μας, από τα οποία τα κυριότερα είναι έμφραγμα μυοκαρδίου 5,5%(11), στηθάγχη 5%(10), βαλβιδικές παθήσεις 4%(8), αρτηριοσκλήρυνση 3%(6), μυοκαρδίτιδα 2%(4), περικαρδίτιδα 1%(2), αθηροσκλήρωση και αορτικό ανεύρυσμα 0,5%(1).

Στον **πίνακα 10** παρατηρείται ότι το 67%(134) φοράει οδοντοστοιχίες και ότι το 14%(28) οδοντικά εμφυτεύματα. Στον **πίνακα 11** παρατηρούμε ότι το 50,5%(101) ταλαιπωρείται από διαταραχές ύπνου, μόνο το 24,5%(49) έχει κανονικό ύπνο, οι περισσότεροι κάνουν ελαφρύ ύπνο 41,5%(83), ορισμένοι ακανόνιστο 20%(40) και σε λιγότερους ο ύπνος τους διακόπτεται 14%(28), γι' αυτό και το 73%(146) κοιμάται λιγότερο από 8 ώρες την μέρα και 1 με 2 φορές το 77,5%(155). Ακόμα παρατηρείται ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 9%(18) παίρνει κάποιο χάπι για να κοιμηθεί.

Στον **πίνακα 8** παρατηρούμε ότι το 39,5%(79) έχει υποστεί κάταγμα με πιο συχνά τα κατάγματα των άνω άκρων 21%(42) και αμέσως μετά των κάτω άκρων 12%(24), τα οποία συνέβησαν κατά κύριο λόγο εξαιτίας απροσεξίας 19%(38), γλιστρήματος 14,5%(29), και λιγότερο λόγω αστάθειας 3,5%(7) και πτώσεως από το κρεβάτι 2%(4).

Στον **πίνακα 7** ένα μικρό ποσοστό αντιμετωπίζει προβλήματα επικοινωνίας 4,5%(9) κυρίως με την οικογένειά τους 3%(6). Ακόμα το 40%(80) αντιμετωπίζει προβλήματα στην κινητικότητα με κυριότερο πρόβλημα του δείγματος να είναι το βάδισμα 15,5%(31) και αμέσως μετά με μικρή διαφορά η μυϊκή ακαμψία 14%(28) και τελευταία αλλά με αρκετά σημαντικό ποσοστό η έλλειψη ισορροπίας. Ακόμα ρωτήσαμε τους ηλικιωμένους πως αισθάνονται και οι περισσότεροι μας απάντησαν ότι νοιώθουν μόνοι 26,5%(53).

Τους ρωτήσαμε εάν καπνίζουν **πίνακας 12**, πόσα τσιγάρα την ημέρα και πόσα χρόνια, η απάντηση που πήραμε ήταν: καπνίζει το 11,5%(23), το μεγαλύτερο ποσοστό 6%(12) καπνίζει 20 τσιγάρα ημερησίως και η διάρκεια του καπνίσματος ξεκινά από 10 έως 65 χρόνια. Τέλος ρωτήσαμε εάν καταναλώνουν αλκοόλ, το 19%(38) καταναλώνει αλκοόλ και ακόμα ρωτήσαμε πόσα ποτήρια ημερησίως, το ποσοστό κυμαίνεται από 1 έως 5 ποτήρια την ημέρα, με το μεγαλύτερο να καταναλώνει 1 ποτήρι την ημέρα 10,5%(21).

Στον **πίνακα 13**, από τη συσχέτιση της ηλικίας με διάφορες μορφές προβλημάτων, παρατηρείται πως υπάρχει σημαντικά θετική συσχέτιση με τα νοσήματα ακοής ($r = 0,262$ $p < 0,01$), τα νοσήματα του κυκλοφορικού ($r = 0,148$ $p = 0,036$), με τα οδοντικά εμφυτεύματα ($r = 0,202$ $p = 0,004$), τα προβλήματα κινητικότητας ($r = 0,247$ $p < 0,01$) και με το κάπνισμα ($r = 0,186$ $p = 0,008$). Μέτριας σημασίας θετικής σχεδόν τέλειας συσχέτισης παρατηρούμε στα νοσήματα του νευρικού ($r = 0,031$ $p = 0,66$), στα προβλήματα επικοινωνίας ($r = 0,068$ $p = 0,342$) και στο αλκοόλ ($r = 0,025$ $p = 0,727$). Αντιθέτως σημαντικά αρνητική συσχέτιση παρατηρούμε στα νοσήματα της όρασης ($r = -0,138$ $p = 0,05$), τα νοσήματα του θυρεοειδή ($r = -0,291$ $p < 0,01$) και στις οδοντοστοιχίες ($r = -0,266$ $p < 0,01$). Μέτριας σημασίας σχεδόν τέλειας αρνητικής συσχέτισης παρατηρούμε στη χοληστερίνη ($r = -0,035$ $p = 0,623$), στο σακχαρώδη διαβήτη ($r = -0,113$ $p = 0,11$), στις διαταραχές ύπνου ($r = -0,037$ $p = 0,601$) και στα κατάγματα ($r = -0,052$ $p = 0,465$)

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στον **πίνακα 14** παρατηρούμε ότι η ηλικία του δείγματός μας κυμαίνεται από 24 έως 53 χρονών. Στον **πίνακα 15** σημαντική εντύπωση μας κάνει ότι το 96%(24) του δείγματός μας αποτελείται από γυναίκες. Το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος είναι αρκετά ικανοποιητικό με το 88%(22) να έχει πτυχίο ΤΕΙ, το 8%(2) πτυχίο ΑΕΙ και μόλις το 4%(1) πτυχίο ΙΕΚ. Το μεγαλύτερο ποσοστό τους δείγματος διαθέτει περισσότερο βασικές γνώσεις και δεξιότητες 40%(10), ακολουθεί η ικανότητα και αντοχή για την επίλυση των προβλημάτων των ηλικιωμένων όταν αυτός έχει ανάγκη στήριξης 28%(7), μετά ακολουθεί η καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της κοινοτικής υγείας και της νοσηλευτικής επιστήμης 16%(4) και τέλος ακολουθούν οι γνώσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια και η γνώση των πηγών και των μέσων που διαθέτει η κοινότητα 8%(2).

Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό πριν εργαστεί στα ΚΑΠΗ εργαζόταν σε άλλα ιδρύματα ή είναι η πρώτη τους δουλειά 28%(7), ενώ με ποσοστό 20%(5) εργάζονταν κάπου αλλού ή στο νοσοκομείο και μόνο το 4%(1) εργαζόταν σε κέντρο υγείας. Επίσης παρατηρείται ότι για το 80%(20) ήταν επιλογή του να εργαστεί σε ΚΑΠΗ και το 88%(22) είναι ευχαριστημένοι από την εργασία τους. Το 44%(11) θεωρεί πάρα πολύ αποτελεσματικά τα ΚΑΠΗ, το 28%(7) τα θεωρεί πολύ αποτελεσματικά, το 24%(6) αρκετά αποτελεσματικά και μόνο το 4%(1) τα θεωρεί λίγο αποτελεσματικά.

Από το δείγμα μας δυστυχώς μόνο το 36%(9) έχει ειδικευτεί σε θέματα της τρίτης ηλικίας και μόνο το 16%(4) έχει μεταπτυχιακό/εξειδικευμένη μόρφωση σε θέματα τρίτης ηλικίας, αντιθέτως το 68%(17) έχει παρακολουθήσει σεμινάρια/συνεχιζόμενη εκπαίδευση για την τρίτη ηλικία.

Δυστυχώς στον παρατηρείται ότι όλο μας το δείγμα (100%) πιστεύει ότι υπάρχουν ελλείψεις στα ΚΑΠΗ, καθώς επίσης όλοι (100%) πιστεύουν ότι το πρόγραμμα 'ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ' βοηθάει τους εγγεγραμμένους ηλικιωμένους των ΚΑΠΗ.

Οι ερωτηθέντες μας πιστεύουν με ποσοστό 72%(18) ότι οι εκδρομές είναι δραστηριότητα που προτιμούν περισσότερο και μετά ακολουθούν τα ιατρικά θέματα 20%(5) και με ποσοστό 4%(1) ο χορός και οι χειροτεχνίες. Παρατηρείται ότι, οι περισσότεροι νοσηλευτές πιστεύουν πως ο ηλικιωμένος δυσκολεύεται να προσαρμοστεί σε νέα συμπτώματα και προβλήματα, σε θεραπείες για την

αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, στις παρενέργειες των θεραπειών και των φαρμάκων, στην αλλαγή του διαιτολογίου και στην παραβίαση της ατομικότητάς τους 40%(10), υπάρχουν όμως και αυτοί που πιστεύουν ότι κάποιο από αυτά ξεχωριστά δυσκολεύει περισσότερο τον ηλικιωμένο από τα άλλα. Παρατηρείται τους παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη σωστή νοσηλευτική φροντίδα του ηλικιωμένου και σύμφωνα με τους ερωτηθέντες σε ποσοστό 76%(19) είναι η διατήρηση και ο σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου, η ενθάρρυνση για φροντίδα, η διδασκαλία και αγωγή υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειάς του και η ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της υγειονομικής ομάδας. Ακόμα παρατηρείται ότι πάλι οι νοσηλευτές σε μεγάλο ποσοστό 76%(19) συμφώνησαν ότι το νοσηλευτικό /κοινωνικό ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει ατομικά χαρακτηριστικά, οικογενειακές συνθήκες, συνθήκες κατοικίας και περιβάλλοντος, πηγές και μέσα που χρησιμοποιεί, κοινωνικές δραστηριότητες και ιστορικό υγείας.

Παρατηρείται ότι το 96%(24) συμφωνεί πως εφαρμόζεται αγωγή υγείας στα ΚΑΠΗ, η οποία είναι κατά το 56%(14) μέτρια, κατά το 40%(10) ικανοποιητική και μόνο για το 4%(1) είναι μη ικανοποιητική. Το 84%(21) εφαρμόζει με αποτελεσματικότητα νοσηλευτικές/ κοινωνικές διεργασίες και συνεργάζεται σωστά και αποτελεσματικά με την υπόλοιπη υγειονομική ομάδα.

Τέλος στην ερώτηση ποιο πρόβλημα θεωρούν μεγαλύτερο για τους ηλικιωμένους το 40%(10) απάντησε τη μοναξιά, το 28%(7) την κατάθλιψη, το 8%(2) τα καρδιαγγειακά νοσήματα και το Alzheimer και με ποσοστό 4%(1) ακουστικά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη, κινητικά προβλήματα και ουροποιητικά νοσήματα.

Συζήτηση

«Το ποσοστό των ηλικιωμένων στον συνολικό πληθυσμό θα αυξάνεται προοδευτικά τις επόμενες δεκαετίες στην Ελλάδα, και η τάση αυτή είναι μη αναστρέψιμη», είναι το βασικό συμπέρασμα μελέτης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Εκτιμάται ότι η προσδοκώμενη ζωή στη γέννηση το 1991 ήταν στη χώρα μας 74,74 έτη για τους άνδρες και 79,65 για τις γυναίκες, με τις τελευταίες να ζουν 4,91 έτη περισσότερο. Μια δεκαπενταετία αργότερα (2006), ο μέσος όρος ζωής αυξάνεται κατά 2,43 έτη στους άνδρες και κατά 2,20 έτη στις γυναίκες (μέση προσδοκώμενη ζωή στη γέννηση 77,17 και 81,85 έτη αντίστοιχα). Παράλληλα, ενώ όλες οι ηλικίες

μέχρι και τα 84 έτη, συμβάλλουν θετικά στο προσδόκιμο ζωής, η ομάδα των υπερήλικων (άνω των 85 ετών) παρουσιάζει αρνητική συμβολή, κάτι που αντικατοπτρίζεται και στην αύξηση, ανάμεσα στο 1991 και το 2001, των πιθανοτήτων θανάτου στις ηλικίες αυτές (ιδιαίτερα δε στις γυναίκες). Είναι προφανές, ότι στη χώρα μας, τα μελλοντικά κέρδη στο προσδόκιμο ζωής θα οφείλονται όλο και περισσότερο στη μείωση των πιθανοτήτων θανάτου στις μεγάλες ηλικίες και δευτερευόντως στις ηλικίες που θίγονται ιδιαίτερα από τα τροχαία ατυχήματα, στο βαθμό που τα περιθώρια συρρίκνωσης της θνησιμότητας στην παιδική και εφηβική ηλικία τείνουν πλέον να εξαντληθούν. Η αύξηση αυτή του μέσου όρου ζωής μας, οδηγεί αναπόφευκτα και στην επιτάχυνση της γήρανσης του πληθυσμού. Επομένως εν απουσία σημαντικών αλλαγών των αναπαραγωγικών μας συμπεριφορών, αλλαγών που δεν φαίνονται πιθανές, το ποσοστό των ηλικιωμένων στον συνολικό πληθυσμό θα αυξάνεται προοδευτικά τις επόμενες δεκαετίες στην Ελλάδα, και η τάση αυτή είναι μη αναστρέψιμη.

Η «διαχείριση» επομένως της δημογραφικής γήρανσης (που θα οφείλεται όλο και περισσότερο στην αύξηση του μέσου όρου ζωής μας) - οι τρόποι δηλαδή που θα βρούμε αφενός μεν για να επιβραδύνουμε τους ρυθμούς της, αφετέρου δε για να αξιοποιήσουμε το τεράστιο απόθεμα των ανθρώπινων πόρων που αντιπροσωπεύουν τα ηλικιωμένα άτομα- τίθεται όλο και πιο επιτακτικά και στην Ελλάδα.

Πρόβλημα μυϊκής καταστροφής αντιμετωπίζει μεγάλο μέρος των Ελλήνων της τρίτης ηλικίας (60 ετών και άνω), λόγω της κακής διατροφής και της χαμηλής φυσικής δραστηριότητάς τους, με βασικότερους κινδύνους την παχυσαρκία, την οστεοπόρωση και τα κινητικά προβλήματα. Σύμφωνα με έρευνα για τις "Διαταραχές της θρέψης σε Έλληνες υπερήλικες" το 70% των γυναικών παρουσιάζει πρωτεϊνική έλλειψη, ενώ το ποσοστό στους άνδρες φτάνει το 40-45%. Η χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών, που προκαλεί τη μυϊκή καταστροφή, επιβαρύνεται από την ταυτόχρονη υπερκατανάλωση κορεσμένων λιπών, που οδηγούν σε παχυσαρκία. Μάλιστα, περίπου το 30% των υπερηλικών εμφανίζεται υπέρβαρο, ενώ το 70-80% έχει αυξημένα επίπεδα συγκέντρωσης κοιλιακού λίπους, που ευθύνεται για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. "Η λύση δεν είναι η μείωση της ποσότητας του φαγητού, αλλά η λήψη υψηλής ποιότητας και απόδοσης θρεπτικών συστατικών". Σημαντική είναι και η συσχέτιση έλλειψης βιταμινών (B12) με την άνοια, αλλά και με άλλες εκφυλιστικές νευροπάθειες (π.χ.

νόσος Αλτσχάιμερ). Σημειώνεται ότι το 14% των Ελλήνων υπερήλικων με άνοια, εμφανίζει σημαντική έλλειψη βιταμίνης B12, ενώ στο 50% των ασθενών βρίσκεται στα χαμηλότερα επίπεδα. (Greagan Edward T., 2005)

Οι αλλαγές στη διατροφή του ηλικιωμένου συνήθως οφείλονται σε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις, εφόσον το άτομο δεν ζει ενεργό κοινωνική ζωή. Σύμφωνα με την έρευνά μας οι περισσότεροι ηλικιωμένοι 64% τρώνε καθημερινά μονάχα 3 με 4 γεύματα, ενώ σύμφωνα με τον ΠΟΥ η καθημερινή κατανάλωση πρέπει να είναι 5 με 6 γεύματα ημερησίως, αυτό οφείλεται στις μακροχρόνιες συνήθειες διατροφής, στην κακή κατάσταση των δοντιών και των ξένων οδοντοστοιχιών, στην ελαττωμένη ή την διαφοροποιημένη ποσότητα σιέλου, στο μικρό εισόδημα και στην μειωμένη διάθεση για τροφή, εξαιτίας των μειωμένων γευστικών καλύκων και της αίσθησης της οσμής.

Η άμεση λήψη προληπτικών μέτρων για την καταπολέμηση των καρδιοπαθειών είναι αναγκαία στην Ελλάδα, καθώς έχουμε μείνει πολύ πίσω στον τομέα αυτό. Οι χώρες οι οποίες είναι 'πρωταθλήτριες' αρνητικά (χώρες της ανατολικής Ευρώπης) φαίνεται πως σταδιακά αγωνίζονται να βελτιώσουν τη θέση τους, όσον αφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης των πληθυσμών τους, ενώ η Ελλάδα, από το 1980 δεν έχει την κακή πορεία αυτών των χωρών, έχει φθάσει όμως σ' ένα επίπεδο από το οποίο, δυστυχώς, δεν βελτιώνεται. Αντίθετα οι πρωταθλήτριες χώρες με εξαιρετικά ήδη αποτελέσματα, η Αμερική, η Αυστραλία, η Αγγλία και ο Καναδάς συνέχισαν με τη λήψη μέτρων να βελτιώνουν όπως καταδεικνύουν οι έρευνες τα μεγέθη επιβίωσης.

Την τελευταία περίπου δεκαετία τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τα 2/3 όλων των αιτιών θανάτου για τα άτομα 65 ετών και άνω. Ιδιαίτερα συχνή νόσος του καρδιαγγειακού συστήματος είναι η ανεπάρκεια των στεφανιαίων. Αυτή συχνά παρουσιάζεται με συμπτωματική ή ασυμπτωματική στηθάγχη, θρόμβωση των στεφανιαίων και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Κατά την έρευνά μας αυτό βεβαιώνεται, διότι παρατηρούμε ότι η στηθάγχη μαζί με το έμφραγμα μυοκαρδίου, τις βαλβιδικές παθήσεις και την αρτηριοσκλήρυνση καταλαμβάνουν τις πρώτες θέσεις στις ασθένειες από τις οποίες πάσχει το δείγμα μας.

Μια μεγάλη διεθνής επιστημονική έρευνα, με τη συμμετοχή 159 ερευνητών από 93 επιστημονικά κέντρα στις ΗΠΑ και την Ευρώπη, εντόπισε οκτώ γονίδια που σχετίζονται με το επίπεδο της πίεσης του αίματος στους ανθρώπους. Έξι από αυτά τα γονίδια ποτέ πριν δεν είχαν συσχετισθεί με τη ρύθμιση της πίεσης και την υπέρταση. Η ανακάλυψη θεωρείται σημαντική και ανοίγει πιθανώς το δρόμο για νέες και πιο αποτελεσματικές φαρμακευτικές θεραπείες στο μέλλον, ακόμα και για την πλήρη πρόληψη της υπέρτασης μέσα από την επινόηση νέων μεθόδων έγκαιρης προειδοποίησης, πριν εκδηλωθούν καν τα συμπτώματα. Η υπέρταση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για έμφραγμα, εγκεφαλικό, προβλήματα στα νεφρά κ.α. Εκδηλώνεται σε περίπου 30% των ενηλίκων και προκαλεί εκατομμύρια θανάτους κάθε χρόνο παγκοσμίως.

Κατά τη διάρκεια του 4ου Ετήσιου Διεθνούς Συνεδρίου Καρδιολογίας, που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη, αρτηριακή υπέρταση εμφανίζουν τουλάχιστον 2.500.000 Έλληνες. Η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί το βασικότερο παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακών επεισοδίων και εμφραγμάτων του μυοκαρδίου καθώς και τον πρωταρχικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και μία από τις κυριότερες αιτίες για την πρόκληση νεφρικής ανεπάρκειας. «Σε άτομα άνω των 50 ετών η συστολική αρτηριακή πίεση είναι ισχυρότερος παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου από τη διαστολική. Η συσχέτιση της αρτηριακής πίεσης με τη στεφανιαία νόσο είναι σταθερή, συνεχόμενη και ανεξάρτητη από τους άλλους παράγοντες κινδύνου. Με αφετηρία τα 115/75 mmHg, ο καρδιαγγειακός κίνδυνος διπλασιάζεται με κάθε αύξηση της αρτηριακής πίεσης κατά 20/10 mmHg σε όλο το φάσμα των τιμών της».

Η υπέρταση απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία, επιταχύνει την αθηρογένεση σε διάφορα σημεία του αγγειακού συστήματος. Η σειρά της κλινικής εκδήλωσης της προβολής είναι αρχικά η καρδιά με τα στεφανιαία της αγγεία, ακολουθούν τα αγγεία του εγκεφάλου και έπονται τα αγγεία των νεφρών. Στην έρευνά μας διαπιστώνουμε ότι πάνω από τους μισούς, το 54% , πάσχουν από υπέρταση και το 51% λαμβάνει κάποιο χάπι για την ρύθμισή της, και αυτό δικαιολογείται διότι παρατηρούμε ότι το 67% τρώει 2 με 4 φορές τη βδομάδα κρέας, ποσοστό αρκετά υψηλό. Επομένως η αύξηση της υπέρτασης οδηγεί και σε αύξηση των παθήσεων των νεφρών, διότι επιβαρύνει την κυκλοφορία του αίματος στα νεφρά, το δείγμα μας που πάσχει από

κάποια νεφρική ασθένεια είναι 6,5%. Ακόμα η αύξηση της υπέρτασης οδηγεί σε αύξηση του έργου της καρδιάς, αυτό προκαλείται γιατί η αριστερή κοιλία υποχρεώνεται να εργασθεί περισσότερο για να αντιμετωπίσει την ελάττωση της θρέψης και οξυγόνωσης του μυοκαρδίου και επομένως το 22% του δείγματός μας που πάσχει από καρδιαγγειακό νόσημα είναι απολύτως λογικό. Τέλος η αύξηση της υπέρτασης προκαλεί νευρολογικά προβλήματα επακόλουθα εγκεφαλικής αιμορραγίας ή θρόμβωσης ή εμβολής, γι' αυτό και το 10% του δείγματος πάσχει από κάποιο νευρικό νόσημα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι πάνω από 340 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από ΧΑΠ παγκοσμίως. Το 2020 θα αποτελεί το τρίτο μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας παγκοσμίως. Στην Ελλάδα, υπάρχουν περίπου 300.000 ασθενείς που ταλαιπωρούνται από τη Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, ενώ οι σχετικοί θάνατοι έχουν διπλασιαστεί τις τελευταίες δεκαετίες. Την τέταρτη κυριότερη αιτία θανάτου αποτελεί η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια και οι ρυθμοί αύξησης της συχνότητας και της θνησιμότητάς της είναι δραματικοί, αλλά πολλοί είναι εκείνοι, που δεν αναγνωρίζουν ούτε τα πρώιμα σημάδια της νόσου. Η ασθένεια αυτή εξελίσσεται με πολύ αργούς ρυθμούς και όταν εκδηλώνεται είναι ήδη αρκετά αργά. Η ΧΑΠ είναι πολύ συχνή αρρώστια, αφού εμφανίζεται στο 6-8% του πληθυσμού περίπου. Προσβάλλει σχεδόν αποκλειστικά καπνιστές μέσης ηλικίας (άνω των 40-45 ετών). Ο επιπολασμός της ΧΑΠ αυξάνει δραματικά. Τα νοσήματα του πνεύμονα αποτελούν τον υπ' αριθμό ένα στόχο του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας και είναι ενδεικτικό, ότι από Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) πάσχουν παγκοσμίως περίπου 350.000.000 άνθρωποι και από άσθμα 150.000.000 και ότι οι περισσότεροι θάνατοι στην Αφρική οφείλονται σε λοιμώξεις του αναπνευστικού. Επίσης υπολογίζεται ότι από καρκίνο του πνεύμονος πεθαίνουν 4.000 Έλληνες ετησίως.

Σύμφωνα με άλλες έρευνες οι δύο πιο συχνές παθήσεις των πνευμόνων στον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι η βρογχίτιδα και το πνευμονικό εμφύσημα. Στην δική μας έρευνα παρατηρούμε ότι η βρογχίτιδα βρίσκεται στην τέταρτη θέση των αναπνευστικών προβλημάτων όμως παρατηρούμε επίσης ότι στις πρώτες θέσεις βρίσκεται ο βήχας ο οποίος παρουσιάζεται στη βρογχίτιδα επίμονος, όπως και η απάντηση που μας έδωσε το δείγμα μας και γνωρίζοντας ότι πολλοί ηλικιωμένοι δεν πήγαν σε κάποιο γιατρό για να δουν που οφείλεται αυτός ο επίμονος βήχας μπορούμε

να πούμε ότι είναι ίσως κάποιο είδος βρογχίτιδας μη διαγνωσμένης.(Celli B., et al., 2003)

Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, 250 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν σήμερα από σακχαρώδη διαβήτη και ο αριθμός των ασθενών αναμένεται να ξεπεράσει τα 380 εκατομμύρια τα επόμενα 20 χρόνια. Η Ελλάδα βρίσκεται στην 21η θέση (από τις 29) στον ευρωπαϊκό πίνακα για το σακχαρώδη διαβήτη και θεωρείται επιτακτική ανάγκη να υπάρξει οργανωμένο πρόγραμμα σε θέματα ενημέρωσης, πρόσβασης και πρόληψης.

Σύμφωνα με άλλες έρευνες τα 64,4 από τα 1000 άτομα ηλικίας 65-74 χρόνων είναι διαβητικοί. Μπορεί επομένως να λεχθεί πως ο διαβήτης αποτελεί κατ' εξοχήν πρόβλημα των μεγαλύτερων ηλικιών και κυρίως των υπερηλίκων. Συνήθως αλλά όχι πάντα, ο διαβήτης που εμφανίζεται σε μεγάλη ηλικία δεν είναι ισουλινο – εξαρτώμενος. (Cook L., 2006)

Στην ερευνά μας παρατηρούμε ότι το 21% πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και μόνο το 7% κάνει χρήση ινσουλίνης, οι περισσότεροι τον ρυθμίζουν με χάπι 18%. Το ποσοστό του δείγματος που πάσχει από διαβήτη είναι αρκετά σημαντικό και αυτό οφείλεται στη λάθος διατροφή και στην καθιστική ζωή, όπως παρατηρούμε το 16-16,5% τρώνε 1 έως 4 φορές τη βδομάδα γλυκά, το 12% πίνει 2 με 4 φορές τη βδομάδα αναψυκτικά, το 11-11,5% τρώει 1 με 4 φορές τη βδομάδα δημητριακά, τα οποία γνωρίζουμε ότι περιέχουν μεγάλες ποσότητες άμυλου, προϊόντος αρκετά επιβλαβούς για αυτούς που πάσχουν από διαβήτη και το 52% τρώει καθημερινά ψωμί που περιέχει υδατάνθρακες. Όλα αυτά συμβάλουν αρνητικά στον διαβήτη, και σαν να μην έφταναν όλα αυτά μονάχα ένα μικρό ποσοστό 11% γυμνάζεται συχνά και ελάχιστοι είναι αυτοί που ακολουθούν κάποια ειδική διατροφή 30,5%.

Συχνότερο πρόβλημα του νευρικού συστήματος αποτελεί το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο(ΑΕΕ). Τα ΑΕΕ συχνά προκαλούνται από την υπέρταση και είναι μια συχνή αιτία θανάτου και μόνιμων αναπηριών στους ηλικιωμένους, παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση εγκεφαλικού επεισοδίου είναι η αύξηση της χοληστερίνης του αίματος, η υπερτροφία αριστεράς κοιλίας, η ένδειξη στεφανιαίας νόσου, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και ο σακχαρώδης διαβήτης. Έτσι λοιπόν σύμφωνα με την έρευνά μας παρατηρείται ότι όντως το

μεγαλύτερο πρόβλημα του δείγματός μας είναι το AEE 5,5% και είναι λογικό διότι συμβάλλει σ' αυτό όπως παρατηρείται η αυξημένη χοληστερίνη που διαθέτει το δείγμα μας 37% και ο διαβήτης 21% .

Η υπερλιπιδαιμία ή δυσλιπιδαιμία είναι η πιο διαδεδομένη αρρώστια της σύγχρονης εποχής, καθώς το 50% των ανθρώπων πάσχει απ' αυτή. Είμαστε από τις χώρες που έχουμε την ταχύτερα αναπτυσσόμενη υπερλιπιδαιμία στον κόσμο. Δεν είναι τυχαίο ότι στην Ελλάδα το 30%-40% των ενηλίκων πάσχει από υπερλιπιδαιμία. Το 30% της χοληστερίνης είναι αυτή που προέρχεται από την κακή διατροφή, ενώ το 70% είναι η λεγόμενη ενδογενής. Η χοληστερίνη μπορεί να βλάψει την υγεία, καθώς μπορεί να προκαλέσει ισχαιμικό επεισόδιο, εγκεφαλικό και φλεβίτιδες. (Κρεμαστινός Δ., 2008)

Όπως αναφέραμε παραπάνω από χοληστερίνη πάσχει το 37% της έρευνας μας κάνοντας χρήση χαπιού για την ρύθμιση της το 31,5% . Αναμέναμε αυτό το ποσοστό λόγω των διατροφικών τους συνθηκών, το 40,5% καταναλώνει καθημερινά τυρί, το 67% καταναλώνει 2 με 4 φορές την εβδομάδα κρέας , το 16-16,5% 1 με 4 φορές γλυκά , τροφές που συμβάλουν θετικά στην αύξηση της χοληστερίνης καθώς και η καθιστική ζωή. Η μόνη σωστή τους συνήθεια που συμβάλλει αρνητικά είναι η μεγάλη καθημερινή κατανάλωση φρούτων 66,5%.

Όπως γνωρίζουμε τα τριγλυκερίδια αυξάνονται με την κατανάλωση υδατανθράκων, αλκοόλ και σε περιπτώσεις Σακχαρώδη Διαβήτη. Στην έρευνά μας παρατηρούμε ότι το 22,5% έχει αυξημένα τριγλυκερίδια και το 17% κάνει χρήση χαπιού. Οι τροφές βάσει της έρευνας που βοηθούν στην αύξηση τους είναι τα γλυκά με ποσοστό κατανάλωσης 12,5% καθημερινά, τα αναψυκτικά με 11% καθημερινά, το ψωμί με καθημερινή κατανάλωση 52% και ορισμένα όσπρια με 4% καθημερινά. Τα φρούτα είναι η μόνη τροφή που μειώνει τα τριγλυκερίδια και ευτυχώς τα καταναλώνουν καθημερινά , όμως δεν είναι μόνο οι τροφές που συμβάλλουν στην αύξηση των τριγλυκεριδίων, είναι και ο διαβήτης που όπως είδαμε παραπάνω κυμαίνεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα 21% για την εποχή καθώς και με την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ που είναι για το δείγμα μας 19% πίνοντας το 10,5% 1 ποτήρι καθημερινά.

Τα 500.000.000 υπολογίζεται ότι θα φτάσουν μέχρι το τέλος του 2005 τα βαρήκοα άτομα παγκοσμίως. Η βαρηκοΐα είναι μια σοβαρή πάθηση που κατά κύριο λόγο δυσχεραίνει την επικοινωνία και είναι παγκοσμίως τρίτη σε συχνότητα με 1 στα

10 άτομα να παρουσιάζουν μικρό ή μεγάλο πρόβλημα ακοής. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΕ στην Ευρώπη σήμερα υπάρχουν 35.000.000 βαρήκοα άτομα

Σύμφωνα με άλλες μελέτες το μεγαλύτερο ακουστικό πρόβλημα των ηλικιωμένων είναι η βαρηκοΐα και αυτό επιβεβαιώνεται και από την δική μας με ποσοστό 27% , παρ' όλα αυτά παρατηρούμε ότι μόλις το 7,5% κάνει χρήση κάποιου είδους ακουστικού, εάν και στις μέρες μας έχουν εφευρεθεί διάφορων ειδών ακουστικά για πολλές ακουστικές διαταραχές.(Edwards B., 2007)

Η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (ΗΕΩ) αποτελεί την κύρια αιτία σοβαρής απώλειας όρασης σε άτομα άνω των 50 ετών. Υπολογίζεται ότι σήμερα περίπου 400.000 Έλληνες πάσχουν από εκφυλιστική ωχροπάθεια.

Τα κυριότερα οφθαλμολογικά προβλήματα στους ηλικιωμένους δημιουργούν τα νοσήματα της ωχράς κηλίδας, ο καταρράκτης και το γλαύκωμα. Η οπτική ευαισθησία προοδευτικά ελαττώνεται στους ηλικιωμένους. Κατά την ερευνά μας το μεγαλύτερο πρόβλημα του δείγματος αποτελεί ο καταρράκτης 31%. Γενικά παρατηρείται ότι το 70,5% πάσχει από οφθαλμολογικά προβλήματα και αυτό συμβαίνει γιατί όπως είπαμε ήδη η οπτική ευαισθησία ελαττώνεται με την πάροδο του χρόνου. Εάν και το γλαύκωμα σε άλλες μελέτες είναι από τις κυριότερες οφθαλμολογικές παθήσεις στην δική μας έρευνα μονάχα το 3% πάσχει από γλαύκωμα.

Περισσότεροι από 50.000.000 Ευρωπαίοι (άνδρες και γυναίκες) αντιμετωπίζουν πρόβλημα ακράτειας ούρων, καθώς τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί αύξηση των περιστατικών κατά 20-30%. Στην Ελλάδα, υπολογίζεται πως περίπου 1.000.000 άνθρωποι από τους οποίους οι 600.000 είναι γυναίκες αντιμετωπίζουν πρόβλημα ακράτειας. Στην έρευνά μας το 44,5% ταλαιπωρείται από ουροποιητικά προβλήματα, το μεγαλύτερο ποσοστό αντιμετωπίζει συχνοουρία 29% και αμέσως μετά το 10,5% από ακράτεια ούρων.

Στην κατηγορία των ρευματικών νοσημάτων ανήκει το 27,4% των παθήσεων που καταγράφονται στην Ελλάδα, σύμφωνα με έρευνα του Ελληνικού Ιδρύματος Ρευματολογικών Ερευνών που διενεργήθηκε σε 1.640.000 άτομα. Το ποσοστό αυτό παγκοσμίως κυμαίνεται από 20% έως 30%.

Σύμφωνα με στοιχεία που ανακοινώθηκαν με αφορμή την επιστημονική ημερίδα με θέμα "Νεότερες εξελίξεις στη ρευματολογία" το 26,9% του πληθυσμού της Ελλάδας ή 2.900.000 άτομα, υποφέρουν από ρευματικές παθήσεις, ενώ οι περισσότερες από τις 200 παθήσεις, που ανήκουν στην κατηγορία των ρευματικών, ευθύνονται για: το 39% των χρόνιων προβλημάτων υγείας, το 47% της μακρόχρονης λειτουργικής ανικανότητας, το 26% των απουσιών από την εργασία (αποτελεί τη 2η αιτία απουσιών από την εργασία), το 20% των ιατρικών επισκέψεων και το 24% των ιατρικών συνταγών. Διεθνώς, η συχνότητα των ρευματικών παθήσεων στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται σε 9,8% - 33,2%. Συγκεκριμένα οι συχνότερες ρευματικές παθήσεις στην Ελλάδα είναι: οσφυαλγία- ραχιαλγίες 11%, αυχεναλγία 4,8%, οστεοαρθρίτιδα περιφερειακών αρθρώσεων 7,9% οστεοπόρωση 29,8% (κυρίως στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες), εξωαρθρικές παθήσεις 4,3%, φλεγμονώδεις ρευματοπάθειες 2,1%.

Σύμφωνα με έρευνα το μεγαλύτερο μυοσκελετικό πρόβλημα αποτελούν η οστεοπόρωση και οι αρθρίτιδες. Για τη συχνότητα της οποιασδήποτε μορφής αρθρίτιδας ο Grob (1971) αναφέρει πώς τα 15% των ανδρών και τα 25% των γυναικών ηλικίας 60 χρόνων και πάνω, έχουν συμπτώματα αρθρίτιδας χωρίς φλεγμονή. Ο μεγαλύτερος προδιαθεσικός παράγον είναι η ηλικία. Και στην μελέτη μας παρατηρείται ότι το 44% πάσχει από μυοσκελετικές παθήσεις από τις οποίες πρωταρχική θέση έχει η οστεοπόρωση 20,5% και μετά ακολουθούν η οστεοαρθρίτιδα 8,5% και η ρευματοειδής αρθρίτιδα 3,5% ,αν και έχουν περάσει αρκετά χρόνια συνεχίζουν να κατέχουν την πρώτη θέση στα μεγαλύτερα προβλήματα του μυοσκελετικού. Παρ' όλο που στην έρευνά μας το 44% καταναλώνει καθημερινά γάλα και το 40,5% τυρί η οστεοπόρωση ταλαιπωρεί τους ηλικιωμένους και αυτό συμβαίνει διότι η οστεοπόρωση είναι ρητά συνδεδεμένη με την ηλικία και χρόνο με το χρόνο έχουμε απώλεια της οστικής μάζας. Γι' αυτό το λόγο οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν σε ποσοστό 39,5% κατάγματα. Υπερισχύουν αυτά των άνω άκρων 21% σε σχέση με αυτά των κάτω άκρων , του ισχίου και άλλα , λόγω των βιολογικών φθορών που υπόκεινται οι ηλικιωμένοι, όπως μειωμένη όραση επομένως είναι εύκολο να πέσουν και να χτυπήσουν,. Οι λόγοι των καταγμάτων αυτών είναι η απροσεξία 19% το γλίστρημα 14,5%, η αστάθεια 3,5% και η πτώση από το κρεβάτι 2%. Τα κινητικά προβλήματα αντιπροσωπεύουν το 40% του δείγματός μας και αυτά είναι το βάδισμα 15,5%, η μυϊκή ακαμψία 14% η έλλειψη ισορροπίας κ.α.

Σε διεθνή, πολυκεντρική έρευνα, με δείγμα 35.327 ενήλικες, βρέθηκε ότι το 27% του γενικού πληθυσμού αντιμετωπίζει προβλήματα με τον ύπνο του χωρίς να το συνειδητοποιεί, ενώ από αυτούς που αναγνωρίζουν το πρόβλημα μόνο το ένα τρίτο (32%) λαμβάνει θεραπεία (SLE-EP survey 2002). Η αϋπνία που χαρακτηρίζεται από δυσκολία στη διατήρηση του ύπνου λόγω νυχτερινών αφυπνίσεων, είναι εξίσου συχνή με την αϋπνία που χαρακτηρίζεται από καθυστερημένη επέλευση ύπνου και απαντάται στο 80% των ασθενών. Μάλιστα οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρούν σε ποσοστό 41% σημαντικότερο πρόβλημα τις αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας, έναντι του 38% περίπου που επισημαίνουν τη δυσκολία στην επέλευση του ύπνου ως το μεγαλύτερο πρόβλημα τους.

Σύμφωνα με τους ερευνητές η ποσότητα και η ποιότητα του ύπνου δεν μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου και όμως στην έρευνά μας παρατηρείται ότι το 50,5% έχει διαταραχές ύπνου, το 73% κοιμάται λιγότερο από 8 ώρες και με ποσοστό 77,5% να κοιμάται 1 με 2 φορές τη μέρα. Πολλοί ηλικιωμένοι σχολίασαν πως έχουν συνηθίσει να κοιμούνται λίγες ώρες και ότι συνήθως κοιμούνται και ξυπνάνε νωρίς. Το πρόβλημά τους δεν είναι στην ποσότητα αλλά στην ποιότητα, το ότι δηλαδή κοιμούνται ελαφρά 41,5% και ο ύπνος τους διακόπτεται συχνά, γι' αυτό και ορισμένοι ηλικιωμένοι 9% παίρνουν κάποιο χάπι για να μπορέσουν να κοιμηθούν.

Η δεύτερη κυριότερη αιτία θανάτου στον κόσμο είναι το κάπνισμα, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Το κάπνισμα ευθύνεται για το θάνατο περίπου 5 εκατομμυρίων ανθρώπων σε ετήσια βάση παγκοσμίως ενώ ο αριθμός αυτός αναμένεται να διπλασιαστεί μετά το 2020, αν συνεχιστεί ο ρυθμός αύξησης του καπνίσματος.

Νέα έρευνα αποδεικνύει ότι ποτέ δεν είναι αργά να διακόψει κάποιος το κάπνισμα και να δει οφέλη στην υγεία του. Η έρευνα αποκαλύπτει ότι γυναίκες που διέκοψαν το κάπνισμα μείωσαν τον κίνδυνο θανάτου από καρδιοπάθεια μέσα σε

διάστημα 5 ετών και είχαν χαμηλότερο κίνδυνο κατά 20% να εμφανίσουν καρκίνο σχετιζόμενο με το κάπνισμα, στο διάστημα αυτό. Υπολογίζεται ότι 5 εκατ. πρόωροι θάνατοι, το 2000, οφείλονταν στο κάπνισμα. Ο Π.Ο.Υ εκτιμά ότι μέχρι το 2030 οι θάνατοι που οφείλονται στο τσιγάρο, θα φτάσουν σε 10 εκατ. ετησίως, στις βιομηχανικές και αναπτυσσόμενες χώρες. Προηγουμένως, δεν ήταν ξεκάθαρο αν μπορεί να έχει οφέλη στην υγεία του κάποιος που διακόπτει το κάπνισμα. Η νέα έρευνα αποκάλυψε ότι πολλά από τα προβλήματα υγείας που συνδέονται με το κάπνισμα μπορεί να περιοριστούν τα πέντε πρώτα χρόνια μετά τη διακοπή του καπνίσματος. Ερευνητές από τη χολή Δημόσιας υγείας του Χάρβαρντ που έκαναν την έρευνα, εξέτασαν στοιχεία 100.000 γυναικών. Σε διάστημα 24 ετών 12.483 από αυτές πέθαναν. Οι ερευνητές εξέτασαν ποιες ήταν καπνίστριες, ποιες είχαν διακόψει το κάπνισμα και ποιες δεν κάπνισαν ποτέ. Ανακάλυψαν ότι ο κίνδυνος θνησιμότητας από οποιοδήποτε αίτιο μειώθηκε κατά 13% μέσα στα πέντε πρώτα χρόνια διακοπής του τσιγάρου, σε σχέση με τον κίνδυνο ανθρώπων που συνέχιζαν να καπνίζουν. Σχετικά με τις αιτίες θανάτου, οι περισσότερες μειώσεις ποσοστών φάνηκαν σε διάστημα πέντε ετών όσον αφορά τις καρδιοπάθειες και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Όσον αφορά τον θάνατο από νόσους του αναπνευστικού, ο κίνδυνος θνησιμότητας μειώθηκε κατά 18% τα πέντε έως δέκα χρόνια κατά τη διακοπή της συνήθειας του καπνίσματος. Στην δική μας έρευνα το 11,5% είναι καπνιστές με ποσοστό 6% να καπνίζει 20 τσιγάρα ημερησίως. Όπως είδαμε στην παραπάνω έρευνα το κάπνισμα σχετίζεται με τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αναπνευστικά και τα εγκεφαλικά επεισόδια, γι' αυτό και στην δική μας αυτά τα νοσήματα είναι πιο αυξημένα σε σχέση με κάποια άλλα.

Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ σε συνδυασμό με τις κοινωνικές συναναστροφές προάγουν την υγεία της καρδιάς. Μελέτη Ιαπώνων ερευνητών δείχνει ότι οι κοινωνικοί άνθρωποι που πίνουν έως 299 γραμμάρια αλκοολούχων ποτών την εβδομάδα εμφανίζουν μικρότερο κίνδυνο να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο. Ερευνητική ομάδα από το πανεπιστήμιο της Οσάκα έθεσαν υπό ιατρική παρακολούθηση για 9 χρόνια 19.356 άνδρες ηλικίας από 40 έως 69 ετών. Ανάλογα με την ποσότητα αλκοολούχων ποτών που καταλάωναν, οι εθελοντές χωρίστηκαν σε επτά κατηγορίες: σε όσους δεν έπιναν ποτέ, σε εκείνους που έπιναν στο παρελθόν, σε αυτούς που έπιναν περιστασιακά και σε όσους καταλάωναν από 1 έως 149, 150 έως 299, 300 έως 499 ή περισσότερα από 450 γραμμάρια αλκοόλ την

εβδομάδα. Κατά τη διάρκεια της μελέτης καταγράφηκαν 629 εγκεφαλικά επεισόδια και 207 περιστατικά στεφανιαίας νόσου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι εθελοντές που κατανάλωναν μέτριες ποσότητες αλκοολούχων ποτών (έως 299 γραμμάρια αλκοολούχων ποτών την εβδομάδα) εμφάνιζαν μειωμένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και εγκεφαλικού επεισοδίου. Μάλιστα, οι θετικές αυτές επιδράσεις φάνηκε να ενισχύονται όταν οι συμμετέχοντες είχαν έντονη κοινωνική ζωή, γεγονός που ίσως εξηγείται από το ότι οι κοινωνικοί άνθρωποι αποφεύγουν να υιοθετούν ανθυγιεινές συμπεριφορές και εμφανίζουν λιγότερο άγχος.

Η κατανάλωση μικρής ποσότητας αλκοόλ φαίνεται ότι ωφελεί τους ηλικιωμένους, περισσότερο από τη μεγάλη κατανάλωση ή την αποχή από το ποτό, σύμφωνα με νέα μελέτη. Όσοι πίνουν με μέτρο βρίσκονται σε καλύτερη φυσική κατάσταση από τους πότες ή όσους δεν πίνουν καθόλου. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η μικρή ποσότητα αλκοόλ μετριάξει τα συμπτώματα των φλεγμονών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 5.962 άντρες ηλικίας άνω των 65 ετών οι οποίοι κατατάχτηκαν σε 5 κατηγορίες. Όσοι κατανάλωναν 5 και περισσότερα ποτά τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας κατατάχτηκαν στην κατηγορία αυτών που έπιναν συστηματικά. Όσοι απάντησαν θετικά σε ερωτηματολόγιο για την ανίχνευση του αλκοολισμού κατατάχτηκαν στους προβληματικούς πότες. Αυτοί που έπιναν μικρές ποσότητες ήταν όσοι κατανάλωναν μεταξύ 7 και 20 ποτών εβδομαδιαίως. Η πιο ακραία ομάδα έπινε περισσότερα από 21 ποτά την εβδομάδα. Στην τελευταία κατηγορία κατατάχτηκαν όσοι απείχαν από το ποτό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας όσοι έπιναν με μέτρο σημείωσαν καλύτερα αποτελέσματα κατά 3% ως 5% σε δοκιμασίες φυσικής κατάστασης σε σχέση με όσους δεν έπιναν καθόλου. Το συνολικό αποτέλεσμα ήταν σχεδόν το ίδιο για όσους έπιναν πολύ και για όσους απείχαν από το ποτό. Όσοι απείχαν από το ποτό είχαν τις μεγαλύτερες δυσκολίες σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σκάλας και οι βαριές οικιακές εργασίες. Ελαφρώς λιγότερες δυσκολίες στις παραπάνω δραστηριότητες σε σχέση με την παραπάνω κατηγορία συναντούσαν όσοι έπιναν πολύ. Τα λιγότερα προβλήματα στις καθημερινές τους δραστηριότητες παρουσίαζαν οι άντρες που έπιναν σε μέτριες ποσότητες, δηλαδή μεταξύ 7 και 14 ποτών την εβδομάδα. Η ομάδα αυτή, σε σχέση με όσους απείχαν από το ποτό είχε μικρότερο κίνδυνο κατά 38% για προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες. Έτσι λοιπόν και στη δική μας έρευνα μπορεί η κατανάλωση του αλκοόλ να είναι σε ποσοστό 19% , όμως το 10,5% από

αυτό το ποσοστό πίνει 1 ποτήρι ημερησίως και ιδιαίτερα από ότι μας είπαν μετά το μεσημεριανό τους γεύμα.

Η μόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού που απαρτίζει τα ΚΑΠΗ του Ηρακλείου είναι αρκετά ικανοποιητική σε θέμα βασικής εκπαίδευσης, δυστυχώς όμως υστερεί σε γνώσεις πάνω σε θέματα της τρίτης ηλικίας, μόνο το 36% του δείγματος έχει κάποια ειδίκευση σε θέματα τρίτης ηλικίας και το 16% έχει κάνει κάποιο μεταπτυχιακό για την Τρίτη ηλικία. Παρ' όλα αυτά παρατηρούμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν μένει εφησυχασμένο διότι το 68% έχει παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο/συνεχιζόμενη εκπαίδευση πάνω σε θέματα της τρίτης ηλικίας.

Αρκετοί προτού εργαστούν σε ΚΑΠΗ είχαν εργασθεί σε άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα 28%, άλλοι σε νοσοκομεία 20%, άλλοι σε κέντρα υγείας 4%, αλλά για πολλούς τα ΚΑΠΗ αποτελούν την πρώτη τους εργασία, δηλαδή την πρώτη τους επαφή με το επάγγελμα που επέλεξαν να ασκήσουν και το καλό είναι ότι για το 80% τα ΚΑΠΗ αποτέλεσαν την πρώτη τους επιλογή ως τόπος εργασίας. Το αμέσως επόμενο καλό γεγονός είναι ότι το 88% του δείγματος είναι ευχαριστημένο από την εργασία του στα ΚΑΠΗ. Άρα από αυτά συμπεραίνουμε ότι το προσωπικό που απαρτίζει τα ΚΑΠΗ του Ηρακλείου είναι αρκετά ικανοποιημένο από την δουλειά του, και γι' αυτό το 44% θεωρεί τα ΚΑΠΗ πάρα πολύ αποτελεσματικά απέναντι στην βοήθεια που προσφέρεται στον ηλικιωμένο.

Το 96% του δείγματος εφαρμόζει αγωγή υγείας σε διάφορα θέματα, αλλά τα αποτελέσματα αυτών κατά 56% είναι μέτρια και μόνο κατά 40% είναι ικανοποιητικά. Απ' αυτό συμπεραίνουμε είτε ότι υπάρχει μικρή συμμετοχή είτε ότι οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν, δεν έχουν τη δυνατότητα να καταλάβουν. Ακόμα παρατηρούμε ότι οι ηλικιωμένοι δεν γνωρίζουν αρκετές σημαντικές ασθένειες και μάλλον αυτό είναι απόρροια της μέτριας αγωγής υγείας. Αντιθέτως στις νοσηλευτικές διεργασίες που εφαρμόζουν το 84% παίρνει τα αποτελέσματα που αναμένει και αυτό σίγουρα οφείλεται και στην καλή, σωστή και ομαλή συνεργασία που υπάρχει μεταξύ της υγειονομικής ομάδας των ΚΑΠΗ 84%. Αν και όπως παρατηρήσαμε παραπάνω η επάνδρωση των ΚΑΠΗ δεν είναι σωστή και ολοκληρωμένη, παρ' όλα αυτά το προσωπικό προσπαθεί και καλύπτει αρκετές φορές θέσεις και εργασίες που δεν

ανήκουν στην δικαιοδοσία του για την καλύτερη και ομαλότερη λειτουργία των ΚΑΠΗ.

Ως προς την στελέχωση των ΚΑΠΗ του Ηρακλείου παρατηρήσαμε ότι υπήρχαν ελλείψεις άλλα το ήδη υπάρχων προσωπικό λειτουργούσε έτσι ώστε να τις καλύψει όσο μπορούσε. Τι εννοούμε με αυτό, δεν υπήρχε σε κανένα από τα ΚΑΠΗ κάποιος μόνιμος γιατρός, αντί γι' αυτού είχαν γιατρό μία φορά τη βδομάδα ή στις 15 μέρες και έκλειναν σ'ραντεβού στους ηλικιωμένους για την ημέρα της εξέτασης. Συνήθως η δουλειά του γιατρού του γιατρού ήταν η συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων, δυστυχώς στα περισσότερα ΚΑΠΗ υπήρχε μόνο ένας μικρός χώρος που λειτουργούσε σαν εξεταστήριο και αυτός είχε τα απολύτως απαραίτητα. Σε αρκετά ΚΑΠΗ δεν υπήρχε καν κάποιος χώρος φυσιοθεραπείας, επομένως που να υπάρχει και φυσιοθεραπευτής. Παρατηρήσαμε ότι σε ορισμένα ΚΑΠΗ διεξάγονταν συχνά ομιλίες που σκοπό είχαν την ενημέρωση των ηλικιωμένων αλλά και του προσωπικού ταυτόχρονα πάνω σε θέματα υγείας για την Τρίτη ηλικία από ειδικευμένους γιατρούς. Επίσης το προσωπικό ενημέρωνε τους ηλικιωμένους για κάποια συγκεκριμένη πάθηση που έπασχαν σε ποιο νοσοκομείο πρέπει να πάμε και σε ποιον γιατρό ειδικότερα και μάλιστα αρκετές φορές έκλειναν οι ίδιοι το ραντεβού για εκείνους. Γενικότερα ως προς το προσωπικό στα περισσότερα ΚΑΠΗ, αν όχι σε όλα, είχε μεγάλη διάθεση και όρεξη να βελτιώσει τις συνθήκες των ΚΑΠΗ, πράγμα που μας ευχαρίστησε ιδιαίτερω.

Εκτός από τις ερωτήσεις για την λειτουργία των ΚΑΠΗ και την επάνδρωση τους θελήσαμε να μάθουμε και να συγκρίνουμε την άποψη των νοσηλευτών για την υγεία και την ασθένεια των ηλικιωμένων. Έτσι λοιπόν το δείγμα μας θεωρεί πως αγαπημένη δραστηριότητα των ηλικιωμένων είναι οι εκδρομές 72% που διοργανώνουν τα ΚΑΠΗ, μετά ακολουθούν τα ιατρικά θέματα 20% και λιγότερο έως ελάχιστα ο χορός και οι χειροτεχνίες 4% , κανένας δεν θεωρεί την γυμναστική ως αγαπημένη δραστηριότητα και μάλλον έχουν δίκιο σύμφωνα και με το ερωτηματολόγιο των ηλικιωμένων. Οι μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος σύμφωνα με τους νοσηλευτές είναι σε νέα συμπτώματα και προβλήματα, σε θεραπείες, σε παρενέργειες, στην αλλαγή διαιτολογίου και στην παραβίαση της ατομικότητάς του 40%, υπήρχαν και ορισμένοι που θεώρησαν κάποια από αυτά μεμονωμένα σαν μεγαλύτερη δυσκολία προσαρμογής. Και όντως όπως

παρατηρήσαμε ο ηλικιωμένος διατηρεί πάντα μία επιφύλαξη και όντας κουρασμένος από τα χρόνια και τις ασθένειες έχει γίνει περισσότερο καχύποπτος, δεν υπάρχει πλέον ξενοιασιά γι' αυτούς.

Για να μπορέσει να αξιολογήσει σωστά ο νοσηλευτής τα προβλήματα του ηλικιωμένου πιστεύει πως το νοσηλευτικό/κοινωνικό ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει τα ατομικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου, τις οικογενειακές του συνήθειες, τις συνθήκες κατοικίας και περιβάλλοντός του, τις πηγές και τα μέσα που χρησιμοποιεί, τις κοινωνικές του δραστηριότητες και το ιστορικό υγείας του 76%. Έτσι ο νοσηλευτής θα έχει μία πλήρη εικόνα του ηλικιωμένου και θα μπορέσει να σχεδιάσει καλύτερες νοσηλευτικές διεργασίες και να οργανώσει αγωγή υγείας που θα βοηθήσουν τον ηλικιωμένο. Διότι γνωρίζοντας τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο καθένας ξεχωριστά θα μπορέσει να τα επιλύσει καλύτερα και σε βάθος.

Τέλος το προσωπικό των ΚΑΠΗ πιστεύει πως το μεγαλύτερο πρόβλημα των ηλικιωμένων είναι η μοναξιά 40%, με αμέσως επόμενο πρόβλημα κατά τους νοσηλευτές την κατάθλιψη 28%, το Alzheimer 8%, με 4% τα προβλήματα ακοής, σακχάρου, τα κινητικά και του ουροποιητικού. Σύμφωνα με τους ηλικιωμένους τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν περισσότερο είναι της όρασης 70,5%, της υπέρτασης 54%, του ύπνου 50,5%, του ουροποιητικού 44,5%, του κυκλοφορικού 44% και ύστερα όλα τα υπόλοιπα. Παρατηρείται ότι τα δύο μεγαλύτερα προβλήματα για τους ηλικιωμένους, η όραση 70,5% και η υπέρταση 51% από τους νοσηλευτές δεν θεωρήθηκαν ιδιαίτερος σημαντικά και αυτό δείχνει ότι οι νοσηλευτές δυστυχώς δεν γνωρίζουν τα προβλήματα των ηλικιωμένων τόσο καλά όσο θα έπρεπε. Βέβαια από κινητικά πάσχει το 40%, από ακουστικά το 28,5% , από μοναξιά το 26,5% των ηλικιωμένων, από καρδιαγγειακά το 22% , από σακχαρώδη διαβήτη το 21% και από Alzheimer μόλις το 2%. Παρατηρούμε ότι από τα περισσότερα από αυτά τα νοσήματα νοσούν μεγάλα ποσοστά των ηλικιωμένων αλλά ας μην ξεχνάμε ότι κάποιες ασθένειες που μαστίζουν σε μεγάλο ποσοστό τους ηλικιωμένους οι εκδηλώσεις τους δεν είναι τόσο εμφανής και για το λόγο αυτό οι ηλικιωμένοι δεν τις θεωρούν τόσο σημαντικές σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που γνωρίζουν και γι' αυτό το λόγο παρατηρούμε και ορισμένες διαφορές (πίνακας 15).

Συμπεράσματα-Προτάσεις

Στην παρούσα έρευνα καταγράφονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το δείγμα των ηλικιωμένων που είναι εγγεγραμμένοι στα ΚΑΠΗ του Ηρακλείου (200 άτομα) που μελετήθηκαν. Καταγράφεται επίσης η γνώμη και οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού (25 άτομα) των συγκεκριμένων ΚΑΠΗ. Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο προς τους ηλικιωμένους εντοπίζονται προβλήματα σε όλα τα συστήματα (καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, κυκλοφορικό, νευρικό, ουροποιητικό, μυοσκελετικό, ψυχικό, αισθητηριακό). Τα μεγαλύτερα προβλήματα των ηλικιωμένων παρατηρήθηκαν στην όραση με πιο αυξημένο νόσημα τον καταρράκτη (31%), στο ουροποιητικό με πιο αυξημένο την συχνουρία (29%), στο μυοσκελετικό με πιο αυξημένο νόσημα την οστεοπόρωση (29,5%), στο αναπνευστικό με μεγαλύτερο νόσημα την δύσπνοια (11,5%), στο καρδιαγγειακό με αυξημένο νόσημα την στηθάγχη (5%) και άλλα προβλήματα όπως η υπέρταση (54%), οι διαταραχές ύπνου (50,5%), η χοληστερίνη (37%), τα τριγλυκερίδια (22,5%), τα κατάγματα (39,5%) και ο σακχαρώδης διαβήτης (21%).

Οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι αρκετά ικανοποιητικές σε θέματα της τρίτης ηλικίας (36%), αλλά όλοι αυτοί που εργάζονται στα ΚΑΠΗ του Ηρακλείου κάνουν πολλές προσπάθειες για να τις βελτιώσουν. Σχεδιάζουν Αγωγές Υγείας και νοσηλευτικές/κοινωνικές διεργασίες (96%) για να ενημερώσουν και να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους στα διάφορα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Αποτελεί λοιπόν επιτακτική ανάγκη η λήψη μέτρων πρωτογενούς πρόληψης για την επίλυση των προβλημάτων των ηλικιωμένων. Η Κρητική διατροφή πρέπει να αποτελεί πρότυπο καθημερινής διατροφής και ο Κρητικός πρέπει να γυρίσει στην διατροφική του παράδοση. Σε αρκετές έρευνες, καθώς και την παρούσα, έχει δειχθεί ότι τα προβλήματα των ηλικιωμένων δεν σχετίζεται αποκλειστικά με την διατροφή, αφού μεγάλο ποσοστό ατόμων με φυσιολογικό ή χαμηλό βάρος σώματος μπορεί να προσβληθεί από αυτά. Για την εμφάνιση των προβλημάτων ενοχοποιούνται και άλλοι επιπλέον παράγοντες, όπως είναι διάφορες συνήθειες υγείας (κάπνισμα, οινοπνευματώδη ποτά), έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και λανθασμένες διατροφικές επιλογές που ενδεχομένως μπορεί να επηρεάσουν την εμφάνιση και την εξέλιξή τους.

Ακόμα πρέπει ο νοσηλευτής να έχει παρακολουθήσει βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα Γηριατρικής, για την καλύτερη απόδοσή του σε εξειδικευμένους τομείς. Η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας απαιτεί αναθεώρηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων της βασικής και της μεταβασικής εκπαίδευσης, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες του ανθρώπου, όπως διαμορφώνονται σήμερα, η αξία της υγείας, η φύση αλλά και η οργάνωση της σημερινής κοινωνίας, η σύνθεση του πληθυσμού με ιδιαίτερη υπογράμμιση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, το σύστημα των υπηρεσιών υγείας της χώρας και οι αντικειμενικοί σκοποί του.

Βιβλιογραφία

Allen, B. Sleep Disorders. U.S. National Library of Medicine 2004

Arling G. Strain. Social support and distress in old age: Gerontology.1987, 42:107–113

Bourliere F.. Aging and the Individual. In Canadian Conference of Aging. Toronto, 20-24 Jan. 1966

Bower A. “ Self- regulation Techniques in the Elderly”. Gerontol Nurs, 1989.

Bristow et al: Management of heart failure. Braunwald Heart Disease, 6th edition 2001; 21: 640-641.

Burnside I. Working with the elderly : Group processes and Techniques. New York 1976

Burnside I.. Nursing and the Aged. McGraw- Hill Book Company New York 1976

Cape R, Coe R, Rossman I.. Βασικές αρχές της Γηριατρικής. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1990

Celli B, Halbert R, Isonaka S, Schau B.. Population impact of different definitions of airway obstruction. Eur Respir J 2003

Chockalingam A, Balaguer-Vintro I, Achutti A, et al. the World Heart Federation’s white book: impending global pandemic of cardiovascular diseases: challenges and opportunities for the prevention and economies in transition. Can J Cardiol. 2000; 16:227-9

Christine A. Bruce P. Sterling A. Ψυχιατρική Νοσηλευτική, ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 2001.

Cook Lala. Διαβήτης: Πρακτικός οδηγός για την αντιμετώπισή του. Εκδόσεις Erian,2006

Corr D and Corr C. Nursing care in an aging Society. Αθήνα 1987

Edwards B. The future of hearing aid technology. Trends Amplif. 2007 Mar;11(1):31-45

Eds Corr D. and Cor Ch.. An Aging Society. Springer Publishing Company, New York 1990, p. 80.

Fazeka JF, Kleh J. Finnerty FA: Am J Med 18:447, 1955

Givertz M et al: Clinical aspects of heart failure. Braunwald Heart Disease, 7th edition 2005; 22: 539-542.

Greagan Edward T.. Η τρίτη ηλικία: Όλα όσα πρέπει να γνωρίζετε εκ των προτέρων για να εξασφαλίσετε καλύτερη ποιότητα ζωής ακόμα και σε πολύ προχωρημένη ηλικία. Εκδόσεις Modern Times,2005

Grob D, Prevalent Joint Diseases in Older Persons, Working with Older People, Clinical Aspectew of Aging, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Rockwille, Md, 1971

Harrison, Lewis,. Λίπη και Έλαια. Εκδόσεις Διόπτρα 1995

Heyman A et al: New Engl J Med 249:233, 1953

Hunt S. et al: ACC/AHA Guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult. J Am Coll Cardiol, 2001; 14: 326-367.

Julian DG. Cardiology. Fifth Edition. Bailliere Tindall. London. 1998.

Lynch –Saner. Family members has Alzheimer’ s disease. London,1993

Moss AJ, Hall WJ, Cannon DS, et al. Improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary disease at high risk for ventricular arrhythmia. Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial Investigators (MADITT). N Engl J Med 1996; 335: 1933-40.

- Needham J. Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα, ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 1999.
- Nettlet on S. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Εκδόσεις Δαρδανός, Αθήνα, 2002
- Nies Mary A.- McEwen Melanie.. Κοινοτική Νοσηλευτική. Αθήνα, 2001, τόμος ^{1ος}, 3^η έκδοση
- O. Games Garden, Andrew W Bradbury and Gohn Forsythe. Αρχές Χειρουργικής Θεωρίας και Πράξης. Τέταρτη Έκδοση 1992
- Raffoul R. Cooper K. Love W. Drug Misuse in older people. Gerontologist. 1981.
- Rich MW, Beckham V, Wittenderg C, Leven CL, Fredland KE. Carney RM.,A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. Engl J Med 1995;333:1190-5
- Richter. Need for social support. London 1980
- Rose E, Gelijns A, Moskowitz A et al: Long-term use of a left ventricular assist device for end-stage heart failure REMATCH study group. N Engl J Med 2001; 345: 1435-43
- Scheinberg P et al: Arch Neurol Psychiatr 70:77, 1953
- Shenkin HA et al: J Clin Invest 32:459, 1953
- Sin DD, et al. Understanding the Biological Differences in Susceptibility to Chronic Obstructive Pulmonary Disease between Men and Women. Proc Am Thorac Soc 2007, 4: 671-674
- Siroux V, Pin I, Oryscyn MP, Le Moual N, Kauffmann F. Relationships of active smoking to asthma and asthma severity in the EGEA study. Eur Respir J 2000; 15:470-477

Swedberg K. et al: ESC guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. European Heart Journal 2005; 26: 1115-1140.

Thorn J, Norrhall M, Larsson R, Curiac D, Axelsson G, Ammon C, Månsson J, Brisman J, Söderström AL, Björkelund C. Management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in primary care. Prim Care Respir J. 2008;17(1):26-31

Turner B. Medical power and social knowledge. Sage, 1995

Ulrich S. Canale S. Wendell Sharron. Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας. Λαγός Π.Δ., Αθήνα, 1997.

WHO 2002 Report-Preventing Risks, Promoting Healthy Life. 2002

Widex. Συμβουλές για τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας. Θεσσαλονίκη, 2007

Wright St., Νοσηλευτική Υπερηλίκων. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 1998.

Αθανάτου Ε. Κλινική Νοσηλευτική. Βασικές και ειδικές Νοσηλείες. Αθήνα, 2000.

Αμηρά Α, Γεωργιάδη Ε, Τεπέρογλου Α. Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 1986

Ανδρέου, Τσούκα, Νικολάου, Βελεχέρη και Γουσγούνης Φ..Γεροντολογία και Γηριατρική. Αθήνα, 1992

Άννα Σαχίνη και Καρδάση Μαρία Πάνου. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Αθήνα 2004, 1^{ος}, 2^{ος}, 3ος Τόμος Β' Έκδοση

Βαρώνος Δ., Διεθνές συμπόσιο. Τρίτη Ηλικία: Ιατρικά και Νοσηλευτικά Προβλήματα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας στην Ελλάδα και στις άλλες Χώρες. Αθήνα 1981

Γεωργιάδης Μιχάλης Ι.. Νόσος πάρκινσον και παρκινσονισμός Παθογένεση, θεραπευτικές προσεγγίσεις, κλινικές περιπτώσεις. University Studio Press, 2006

Γκούμας – Κωτσιόπουλος. ΥΓΕΙΑ. Τρίτη ηλικία. Δομική Ο.Ε., 1992.

- Γρηγοράς. Γ.. Επιτομή παθολογικής φυσιολογίας. Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2002
- Δέσποινα Σαπουντζή - Κρεπιά. Χρόνια ασθένεια και Νοσηλευτική φροντίδα. 2^η έκδοση. Αθήνα, 2004
- Δόντας Α.. Η Τρίτη Ηλικία: Προβλήματα και Δυνατότητες. Αθήνα, 1981
- Ερωτοκρίτου Α. Η ψυχολογία και η σεξουαλικότητα της τρίτης ηλικίας. Λευκωσία Intercollege Press, 1995
- Καπάκη Ελισσάβετ, Παρασκευάς Γεώργιος Π.. Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2004
- Καραγιάννης, Γ.. Κοινωνική νοσηλευτική. Ταβιθά. Τρίτη έκδοση, Αθήνα, 1997
- Καραγιαννόπουλος Σ.. Νικήστε τη χοληστερίνη. Εκδόσεις Modern Times, 2005
- Κέκατος Ε.. Σκλήρυνση κατά πλάκας. Εκδόσεις Παρισιάνου Γρ. Μαρία, 1994
- Κοτζαμάνης Β, Μάρα Του-Αλιπράν Τη Α. Οι δημογραφικές εξελίξεις στη μεταπολεμική Ελλάδα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 1992
- Κουσίδης Άγγελος. Οξεία νεκρωτική ή αιμορραγική παγκρεατίτιδα Συντηρητική-χειρουργική θεραπεία, προοπτικές: Νέα χειρουργική μέθοδος θεραπείας της οξείας νεκρωτικής παγκρεατίτιδας. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2002
- Κουτής Χαρίλαος. Ηπατίτιδα Β και πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος. Εκδόσεις Έλλην, 1998
- Κρεμαστινός Δημήτριος Θ.. Καρδιολογία. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, 2008
- Κωσταρίδου - Ευκλειδή Α.. Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999

Κώστας Τσαρούχας. Κάπνισμα η απόλαυση που σκοτώνει. Εκδόσεις Αλήθεια, Αθήνα, 01/01/2007

Μαρία Μαλγαρινού και Ειρήνη Γουλιά. Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα. Αθήνα, 2005, 5^η έκδοση.

Μιχάλης Γ. Μαδιανός. Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη Αθήνα 1994
Χριστίνα Α. Χρυσοχόου, Αντώνης Ζαμπέλας, Αναστάσιος Σ. Δοντάς. Η Διατροφή στην Τρίτη ηλικία. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2003: 325-380

Μίχου, Τ.. Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων υγείων – ασθενών. Αθήνα 1993

Νικόλαος Χ. Γκαργκάνας. The rising demands of an ageing population The Greek Experience. Αθήνα, 14 Φεβρουαρίου 2008

Νικόλαος Μάνος. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Αθήνα 1992

Ντ' αντάμο Πίτερ. Διαβήτης. Εκδόσεις Διόπτρα, 2006

Παγοροπούλου Α. Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000

Πολυκανδριώτη Μ., Κυρίτση Ε., Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Εκδόσεις το βήμα του Ασκληπιού 2005

Ποταμιανός Γρηγόρης. Αλκοόλ. Εκδόσεις Λιβάνης Α.Α. Αθήνα 2005

Πουλοπούλου Η.. Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν,παρόν και μέλλον. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1999

Συλλογικό έργο, Bird Howard, Green Caroline, Hamer Andrew, Hammond Alison, Harkness Janet, Hurley Mike, Jefferson Paula, Pattison Dorothy, Scott David L..

Αρθρίτιδα Όσα πρέπει να ξέρουμε: Οι ερωτήσεις μας έχουν απάντηση. Εκδόσεις Σκάι, 2008

Σωτηρίου Α. Ράπτη. Εσωτερική Παθολογία. 1^{ος} τόμος, Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισιανός», Μαρία Γρ. Παρισιανού Αθήνα 1994

Τζουριάδου, Ε.. Γηριατρική Φροντίδα στην Αγγλία και προτάσεις για Γηριατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα. Αθήνα, 1976

Φραγκίσκου Χανιώτη. Γηριατρική (Με στοιχεία γεροντολογίας). Αθήνα 1989

Χρήστος Η. Πιτσαβος, Δημοσθένης Β. Παναγιωτάκος, χριστοδουλος Ι. Στεφανάδης. Υπέρταση. Εκδόσεις «Κωστάκη» Αθήνα 2004 113-119

Χριστοδούλου, Γ.Ν., και Κονταξάκης, Β.Π.. Η Τρίτη ηλικία. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000

Χρυσάνθη Πλάτη. Γεροντολογική Νοσηλευτική. Αθήνα 2000

Πίνακας 1. Η ηλικία των εγγεγραμμένων ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ.

	Συχνότητα	Επί τοις εκατό
Εγκυρο 50-55	3	1,5
55-60	5	2,5
60-65	28	14,0
65-70	29	14,5
70-75	74	37,0
75-80	34	17,0
80-85	17	8,5
85-90	7	3,5
90-95	3	1,5
Σύνολο	200	100,0

Πίνακας 2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων της έρευνας.

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Φύλο	ΑΝΔΡΑΣ	106	53,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	94	47,0
Εκπαίδευση	ΔΗΜΟΤΙΚΟ	146	73,0
	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	22	11,0
	ΛΥΚΕΙΟ	3	1,5
	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	5	2,5
	ΚΑΜΙΑ	24	12,0
Συζυγική Κατάσταση	ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ	4	2,0
	ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ	133	66,5
	ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ	2	1,0
	ΧΗΡΟΣ	61	30,5

Παιδιά	ΝΑΙ	187	93,5
	ΟΧΙ	13	6,5
Εργασία	ΝΑΙ	10	5,0
	ΟΧΙ	190	95,0
Για ποιο λόγο όχι	ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ	10	5,0
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	169	84,5
	ΝΟΙΚΟΚΥΡΑ	21	10,5
Είδος Απασχόλησης	ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ	190	95,0
	Ελεύθερος επαγγελματίας	4	2,0
	Εργάτης, τεχνίτης κλπ	6	3,0

Οι τιμές δίνονται ως Ν (%).

Πίνακας 3. Διατροφικά Δεδομένα και Σωματική Άσκηση.

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Καθημερινά Γεύματα	1-2	66	33,0
	3-4	128	64,0
	5-6	6	3,0
Τρώτε Πρωινό;	ΝΑΙ	157	78,5
	ΟΧΙ	43	21,5
Παίρνετε Συμπληρώματα Διατροφής;	ΝΑΙ	15	7,5
	ΟΧΙ	185	92,5
ΕΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ	ΝΑΙ	61	30,5
	ΟΧΙ	139	69,5
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΣΥΧΝΑ	22	11,0
	ΣΠΑΝΙΑ	44	22,0
	ΠΟΤΕ	134	67,0
Σύνολο		50	100,0

Οι τιμές δίνονται ως Ν (%)

Πίνακας 4. Συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων των ατόμων της μελέτης

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	1 ΦΟΡΑ	2-4 ΦΟΡΕΣ	4-6 ΦΟΡΕΣ	ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ
ΓΑΛΛΑ	33 (16,5%)	28 (14 %)	34 (17%)	13 (6,5%)	4 (2%)	88 (44%)
ΤΥΡΙ	7 (3,5%)	26 (13%)	47 (23,5%)	32 (16%)	7 (3,5%)	81 (40,5%)
ΚΡΕΑΣ	4 (2%)	15 (7,5%)	32 (16%)	134 (67%)	8 (4%)	7 (3,5 %)
ΨΑΡΙ	8 (4%)	26 (13%)	69 (34,5%)	84 (42%)	10 (5%)	3 (1,5%)
ΟΣΠΡΙΑ	1(0,5 %)	12 (6%)	65 (32%)	103 (51,5%)	11 (5,5%)	8 (4%)
ΦΡΟΥΤΑ	2 (1%)	10 (5%)	7 (3,5%)	24 (12%)	24 (12%)	133 (66,5%)
ΨΩΜΙ	9 (4,5%)	29 (14,5%)	40 (20%)	16 (8%)	2 (1%)	104 (52 %)
ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ	97 (48,5 %)	45 (22,5 %)	23 (11,5%)	22 (11%)	2 (1%)	11 (5,5%)
ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ	70 (35 %)	63 (31,5%)	17 (8,5%)	24 (12%)	4 (2%)	22 (11%)
ΓΛΥΚΑ	49 (24,5 %)	56 (28%)	32 (16%)	33 (16,5%)	5 (2,5%)	25 (12,5%)

Οι τιμές δίνονται ως N (%)

Πίνακας 5. Διάφορες παθήσεις.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Υπέρταση	108 (54%)	92 (46 %)	
Χρήση Χαπιού Υπέρτασης	102 (51%)	98 (49%)	
Χοληστερίνη	74 (37%)	125 (62,5%)	1(0,5%)
Χρήση Χαπιού Χοληστερίνης	63 (31,5%)	136 (68%)	1(0,5%)
Τριγλυκερίδια	45 (22,5 %)	153 (76,5%)	2(1%)
Χρήση Χαπιού για Τριγλυκερίδια	34 (17%)	164 (82%)	2(1%)
Σακχαρώδης Διαβήτης	42(21,0%)	157(78,5%)	1(0,5%)
Χρήση Ινσουλίνης	14(7,0%)	186(93,0%)	-
Χρήση Χαπιού για Σ.Δ.	36(18,0%)	164(82,0%)	-

Οι τιμές δίνονται ως N (%)

Πίνακας 6. Προβλήματα ακοής και ακουστικά.

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Νοσήματα Ακοής	ΚΑΝΕΝΑ	143	71,5
	ΒΑΡΗΚΟΙΑ	54	27,0
	ΑΠΩΛΕΙΑ	3	1,5
	ΑΚΟΗΣ		
Χρήση Ακουστικού	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	12	6,0
	ΝΑΙ	15	7,5
	ΟΧΙ	173	86,5
Σύνολο		200	100

Οι τιμές δίνονται ως N (%)

Πίνακας 7. Άλλες παθήσεις των ηλικιωμένων της μελέτης.

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ			
	ΚΑΝΕΝΑ	129	64,5
	ΔΥΣΠΝΟΙΑ	23	11,5
	ΒΗΧΑΣ	20	10,0
	ΑΙΜΟΠΤΥΣΗ	1	0,5
	ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ	4	2,0
	ΒΡΟΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ	14	7,0
	ΒΡΟΧΙΤΙΔΑ	9	4,5
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ			
	ΚΑΝΕΝΑ	59	29,5
	ΚΑΤΑΡΑΚΤΗΣ	62	31,0
	ΓΛΑΥΚΩΜΑ	6	3,0
	ΑΠΟΚΟΛΛΗΣΗ	1	0,5
	ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ		
	ΕΠΙΠΕΦΥΚΙΤΙΔΑ	3	1,5
	ΠΡΕΣΒΥΩΠΙΑ	48	24,0
	ΜΥΩΠΙΑ	21	10,5

ΠΑΘΗΣΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ	ΚΑΝΕΝΑ	111	55,5
	ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ	5	2,5
	ΣΥΧΝΟΟΥΡΙΑ	58	29,0
	ΑΚΡΑΤΕΙΑ	21	10,5
	ΔΥΣΟΥΡΙΑ	5	2,5
ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	ΚΑΜΙΑ	180	90,0
	PARKINSON	4	2,0
	ΑΓΓΕΙΑΚΗ	11	5,5
	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER	4	2,0
	ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ¹		0,5
	ΠΛΑΚΑΣ		
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ ΑΔΕΝΑ	ΚΑΜΙΑ\ΑΛΛΟ	173	86,5
	ΥΠΕΡΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	7	3,5
	ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	12	6,0
	ΟΓΚΟΣ	8	4,0
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΠΑΘΗΣΗ	ΚΑΜΙΑ\ΑΛΛΟ	108	54,0
	ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ	41	20,5
	ΔΙΣΚΟΠΑΘΕΙΑ	27	13,5
	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	7	3,5
	ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	17	8,5
ΝΟΣΗΜΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ	ΚΑΝΕΝΑ\ΑΛΛΟ	166	83,0
	ΕΛΚΟΣ	16	8,0
	ΓΑΣΤΡΙΤΙΔΑ	13	6,5
	ΕΛΚΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ	2	1,0
	ΧΟΛΟΛΙΘΙΑΣΗ	1	0,5
	ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ	1	0,5
	ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ	1	0,5
ΝΟΣΟΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ	ΚΑΜΙΑ\ΑΛΛΟ	112	56,0
	ΠΟΝΟΣ ΚΑΡΔΙΑΣ	15	7,5
	ΑΡΡΥΘΜΙΕΣ	22	11,0
	ΣΦΥΓΜΟΣ	2	1,0
	ΖΑΛΗ	49	24,5
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΝΟΣΗΜΑ	ΚΑΝΕΝΑ\ΑΛΛΟ	156	78,0
	ΣΤΗΘΑΓΧΗ	10	5,0
	ΕΜΦΡΑΓΜΑ	11	5,5
	ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ		
	ΜΥΟΚΑΡΔΙΤΙΔΑ	5	2,5

	ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ	2	1,0
	ΒΑΛΒΙΔΙΚΕΣ	8	4,0
	ΠΑΘΗΣΕΙΣ		
	ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ	1	0,5
	ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΥΝΣΗ	6	3,0
	ΑΟΡΤΙΚΟ ΑΝΕΥΡΙΣΜΑ	1	0,5
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	ΚΑΝΕΝΑ	191	95,5
	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	6	3,0
	ΦΙΛΟΙ	2	1,0
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ	1	0,5
	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ		
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΤΗΝ ΚΑΝΕΝΑ	120	60,0
	ΒΑΔΙΣΜΑ	31	15,5
	ΜΥΙΚΗ ΑΚΑΜΨΙΑ	28	14,0
	ΕΛΛΕΙΨΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ	21	10,5
ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ	ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ	138	69,0
	ΠΑΡΑΚΑΤΩ		
	ΜΟΝΑΞΙΑΣ	53	26,5
	ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ	3	1,5
	ΣΥΓΧΥΣΗ	2	1,0
	ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣΗ	4	2,0
Σύνολο		200	100,0

Οι τιμές δίνονται ως N (%)

Πίνακας 8. Κατάγματα των ηλικιωμένων της μελέτης και πως συνέβησαν.

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	121	60,5
	ΑΝΩ ΑΚΡΩΝ	42	21,0
	ΙΣΧΙΟΥ	3	1,5
	ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ	24	12,0
	ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ	6	3,0
	ΠΛΕΥΡΩΝ	4	2,0
ΠΩΣ ΣΥΝΕΒΗΣΑΝ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	122	61,0
	ΑΠΡΟΣΕΞΙΑ	38	19,0
	ΑΣΤΑΘΕΙΑ	7	3,5
	ΓΛΙΣΤΡΗΜΑ	29	14,5
	ΠΤΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ⁴ ΚΡΕΒΑΤΙ		2,0
	Σύνολο		200

Οι τιμές δίνονται ως N (%)

Πίνακας 9. Εάν πάσχουν από νεφρική ασθένεια.

	Συχνότητα	Επί τοις εκατό
Εγκυρο ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	3	1,5
ΝΑΙ	13	6,5
ΟΧΙ	184	92,0
Σύνολο	200	100,0

Πίνακας 10. Οδοντοστοιχίες και Οδοντικά Εμφυτεύματα.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
Οδοντοστοιχίες	134 (67,0%)	66 (33 %)	-
Οδοντικά Εμφυτεύματα	28 (14%)	171 (85,5%)	1(0,5%)

Οι τιμές δίνονται ως N (%)

Πίνακας 11. Συνήθειες Ύπνου.

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Διαταραχές Ύπνου	ΝΑΙ	101	50,5
	ΟΧΙ	99	49,5
Τρόπος Ύπνου	ΚΑΝΟΝΙΚΟΣ	49	24,5
	ΕΛΑΦΡΥΣ	83	41,5
	ΑΚΑΝΟΝΙΣΤΟΣ	40	20,0
	ΔΙΑΚΟΠΤΕΤΑΙ	28	14,0
Ύπνος λιγότερο από 8 ώρες	ΝΑΙ	156	73,0
	ΟΧΙ	54	27,0
Πόσες φορές κοιμάστε την ημέρα	1-2	155	77,5
	2-3	11	5,5
	4-5	1	0,5
	ΣΠΑΝΙΑ	23	11,5
	ΚΑΜΙΑ	10	5,0
Χάπι Ύπνου	ΝΑΙ	18	9,0
	ΟΧΙ	182	91,0
Σύνολο		200	100

Οι τιμές δίνονται ως N (%)

Πίνακας 12. Κάπνισμα - Αλκοόλ.

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Καπνίζετε;	ΝΑΙ	24	12,0
	ΟΧΙ	176	88,0
Τσιγάρα Ημερησίως	ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΩ	176	88,0
	10	5	2,5
	15	1	0,5
	20	12	6,0
	30	4	2,0
	40	2	1,0
Αλκοόλ	ΝΑΙ	38	19,0
	ΟΧΙ	162	81,0
Ποτήρια Ημερησίως	ΚΑΝΕΝΑ	162	81,0
	1	21	10,5
	2	7	3,5
	3	6	3,0

	4	2	1,0
	5	2	1,0
Σύνολο		200	100

Οι τιμές δίνονται ως N (%)

Πίνακας 13. Συσχέτιση διαφόρων παραμέτρων με την ηλικία.

	Ηλικία	
	r-Spearman	P-value
Χοληστερίνη ¹	-0,035	0,623
Νοσήματα Όρασης ²	-0,138	0,05
Νοσήματα Ακοής ³	0,262	P<0,01
Νοσήματα Ουροποιητικού ⁴	0,132	0,62
Νεφρική Ασθένεια ¹	-0,069	0,33
Νοσήματα Νευρικού ⁵	0,031	0,66
Σακχαρώδης Διαβήτης ¹	-0,113	0,11
Νοσήματα Θυρεοειδή ⁶	-0,291	P<0,01
Νοσήματα Μυοσκελετικού ⁷	0,052	0,464
Νοσήματα Πεπτικού ⁸	0,016	0,824
Νοσήματα Κυκλοφοριακού ⁹	0,148	0,036
Νοσήματα Καρδιαγγειακού ¹⁰	0,83	0,243
Οδοντοστοιχίες ¹	-0,266	P<0,01
Οδοντικά Εμφυτεύματα ¹	0,202	0,004
Διαταραχές Ύπνου ¹	-0,037	0,601
Κατάγματα ¹¹	-0,052	0,465
Προβλήματα Επικοινωνίας ¹²	0,068	0,342
Προβλήματα Κινητικότητας ¹³	0,247	P<0,01
Κάπνισμα ¹	0,186	0,008
Αλκοόλ ¹	0,025	0,727

- 1)Κατηγοριοποίηση: Ναι-Όχι
- 2)Κατηγοριοποίηση: 1.Καταρράκτης 2.γλαύκωμα 3.Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς 4.Επιπεφυκίτιδα 5.Πρεσβυωπία 6.Μυωπία
- 3)Κατηγοριοποίηση: 1.Βαρηκοία 2.Απώλεια ακοής
- 4) Κατηγοριοποίηση:1.Ουρολοιμώξεις 2.Συχνουρία 3.Ακράτεια ούρων 4.Δυσουρία 5.Αιματουρία
- 5) Κατηγοριοποίηση:1. Parkinson 2.ΑΕΕ 3.Alzheimer 4.Σκλήρυνση κατά πλάκας
- 6) Κατηγοριοποίηση:1.Υπερθυρεοειδισμός 2.Υποθυρεοειδισμός 3.Όγκοι θυροειδή αδένα
- 7) Κατηγοριοποίηση:1.Οστεοπόρωση 2.Δισκοπάθεια 3.Οξεία αιματογενής οστεομυελίτιδα 4.Ρευματοειδής αρθρίτιδα 5.Ουρική αρθρίτιδα 6.Οστεοαρθρίτιδα
- 8) Κατηγοριοποίηση:1.Πεπτικό έλκος 2.Γαστρίτιδα 3.Ελκώδης κολίτιδα 4.Χολοκυστίτιδα 5.Χολολιθίαση 6.Παγκρεατίτιδα 7.ηπατίτιδα 8.Κίρρωση ήπατος
- 9)Κατηγοριοποίηση:1.Πόνος στην καρδιά 2.Αρρυθμίες 3.Σφυγμός 4.Ζάλη
- 10)Κατηγοριοποίηση:1.Στηθάγχη 2.Εμφραγμα μυοκαρδίου 3.Μυοκαρδίτιδα 4.Περικαρδίτιδα 5.Βαλβηδικές παθήσεις 6.Αθηροσκλήρωση 7.Αρτηριοσκλήρωση 8.Αορτικό ανεύρισμα
- 11)Κατηγοριοποίηση:1.Άνω άκρων 2.Ισχίου 3.Κάτω άκρων 4.Σπονδυλικής στήλης 5.Πλευρών
- 12)Κατηγοριοποίηση:1.Οικογένεια 2.Φίλοι 3.Κοινωνικό περιβάλλον
- 13)Κατηγοριοποίηση:1.Βάδισμα 2.Μυική ακαμψία 3.Έλλειψη ισορροπίας

Πίνακας 14. Η ηλικία των νοσηλευτών/κοινωνιολόγων της έρευνας.

	Συχνότητα	Επί τοις εκατό
Έγκυρο 24	2	8,0
25	1	4,0
27	1	4,0
28	3	12,0
29	1	4,0
30	2	8,0
31	2	8,0
32	1	4,0
33	1	4,0
34	1	4,0
36	1	4,0
37	1	4,0
39	1	4,0
43	1	4,0
44	3	12,0

45	2	8,0
53	1	4,0
Σύνολο	25	100,0

Πίνακας 15. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών/κοινωνιολόγων της έρευνας, οι ενέργειες και οι απόψεις τους για τους Ηλικιωμένους και τα ΚΑΠΗ.

		ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Φύλο	ΑΝΔΡΑΣ	1	4,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	24	96,0
Εκπαίδευση	ΙΕΚ	1	4,0
	ΑΤΕΙ	22	88,0
	ΑΕΙ	2	8,0
Γνώσεις	ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	10	40,0
	ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	2	8,0
	ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ	4	16,0
	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	7	28,0
	ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΠΗΓΩΝ ΚΑΙ ΜΕΣΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ	2	8,0
Προηγούμενη Εργασία	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	5	20,0
	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ	1	4,0
	ΙΔΡΥΜΑΤΑ	7	28,0
	ΑΛΛΟ	5	20,0
	ΠΡΩΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ	7	28,0
Ειδίκευση σε Τρίτης Ηλικίας Θέματα	ΝΑΙ	9	36,0
	ΟΧΙ	16	64,0

Μεταπτυχιακό σε θέματα Τρίτης Ηλικίας	ΝΑΙ	4	16,0
	ΟΧΙ	21	84,0
Σεμινάρια/Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση σε θέματα Τρίτης Ηλικίας	ΝΑΙ	17	68,0
	ΟΧΙ	8	32,0
Εφαρμογή Αγωγής Υγείας	ΝΑΙ	24	96,0
	ΟΧΙ	1	4,0
Κριτική Αγωγής Υγείας	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	10	40,0
	ΜΕΤΡΙΑ	14	56,0
	ΜΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ	1	4,0
Αναμενόμενα Αποτελέσματα Νοσηλευτικών/Κοινωνικών Διεργασιών	ΝΑΙ	21	84,0
	ΟΧΙ	4	16,0
Ομαλή/Σωστή συνεργασία με υπόλοιπη Υγειονομική Ομάδα	ΝΑΙ	21	84,0
	ΟΧΙ	4	16,0
Εάν είναι ευχαριστημένοι από τη δουλειά τους στα ΚΑΠΗ	ΝΑΙ	22	88,0
	ΟΧΙ	3	12,0
Εάν υπάρχουν ελλείψεις στα ΚΑΠΗ	ΝΑΙ	25	100,0
Εάν βοηθάει το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι	ΝΑΙ	25	100,0
Παράγοντες που πρέπει να ληφθούν για καλύτερη Νοσηλευτική/Κοινωνική φροντίδα Ηλικιωμένου	ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	3	12,0

	ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1	4,0	
	ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	1	4,0	
	ΟΜΑΔΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	1	4,0	
	ΟΛΑ	19	76,0	
Δραστηριότητες που προτιμούν οι ηλικιωμένοι	ΧΟΡΟΣ	1	4,0	
	ΧΕΙΡΟΤΕΧΝΙΕΣ	1	4,0	
	ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ	5	20,0	
	ΕΚΔΡΟΜΕΣ	18	72,0	
Δυσκολίες Ηλικιωμένων	ΝΕΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	6	24,0	
	ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	4	16,0	
	ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ/ΦΑΡΜΑΚΩΝ	1	4,0	
	ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΥ	1	4,0	
	ΠΑΡΑΒΙΑΣΗ ΑΤΟΜΙΚΟΤΗΤΑΣ	3	12,0	
	ΣΕ ΟΛΑ	10	40,0	
	Μεγαλύτερο πρόβλημα ηλικιωμένων	ΑΚΟΗ	1	4,0
		ΣΑΚΧΑΡΟ	1	4,0
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ		2	8,0	
ΜΟΝΑΞΙΑ		10	40,0	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ		7	28,0	
ΚΙΝΗΤΙΚΑ		1	4,0	
ΑΛΖΧΕΙΜΕΡ		2	8,0	
ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ		1	4,0	
Σύνολο		25	100	

Οι τιμές δίνονται ως N (%).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Κοινωνικο- Δημογραφικά Στοιχεία

1) Ηλικία:

60-65 65-70 70-75 75-80 80-85 85-90 90-95

2) Φύλο: άνδρας γυναίκα

3) Μορφωτικό επίπεδο:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Πανεπιστήμιο- Τ.Ε.Ι

Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό

4) Συζυγική κατάσταση:

Ελεύθερος/ η

Παντρεμένος/ η ή συζεί με σύντροφο

Χωρισμένος/ η

Χήρος/ α

5) Έχετε παιδιά: Ναι Όχι

Εργασία

6) Εργάζεστε;

Ναι Όχι

**** Για όσους δεν εργάζονται**

7) Για ποιο λόγο:

- Είμαι άνεργος
- Είμαι συνταξιούχος/ α
- Είμαι νοικοκυρά

8) Πόσα χρόνια εργάζεστε:

9) Τομέας Απασχόλησης:

- Ιδιωτικός
- Δημόσιος

10) Είδος απασχόλησης:

- Επιστήμονες
- Ελεύθεροι Επαγγελματίες
- Υπάλληλοι Γραφείου
- Εργάτες - Τεχνίτες

Διατροφικές συνήθειες

11) Πόσα γεύματα τρώτε καθημερινά:

- 1 έως 2
- 3 έως 4
- 5 έως 6

12) Τρώτε πρωινό: Ναι Όχι

13) Λαμβάνετε συμπληρώματα διατροφής: Ναι Όχι

14) Πόσο συχνά καταναλώνετε τα παρακάτω τρόφιμα την εβδομάδα:

Γάλα κάθε μέρα 1 φορά 2- 4 φορές 4-6 φορές ποτέ σπάνια

Τυρί κάθε μέρα 1 φορά 2- 4 φορές 4-6 φορές ποτέ σπάνια

Κρέας κάθε μέρα 1 φορά 2-4 φορές 4-6 φορές ποτέ σπάνια

Ψάρι κάθε μέρα 1 φορά 2-4 φορές 4-6 φορές ποτέ σπάνια

Όσπρια κάθε μέρα 1 φορά 2-4 φορές 4-6 φορές ποτέ σπάνια

Φρούτα κάθε μέρα 1 φορά 2-4 φορές 4-6 φορές ποτέ σπάνια

Ψωμί κάθε μέρα 1 φορά 2-4 φορές 4-6 φορές ποτέ σπάνια

Δημητριακά κάθε μέρα 1 φορά 2-4 φορές 4-6 φορές ποτέ σπάνια

Αναψυκτικά κάθε μέρα 1 φορά 2-4 φορές 4-6 φορές ποτέ σπάνια

Γλυκά κάθε μέρα 1 φορά 2-4 φορές 4-6 ποτέ σπάνια

15) Ακολουθείται κάποια ειδική διατροφή: Ναι Όχι

16) Πόσο συχνά γυμνάζεστε: Συχνά Σπάνια Ποτέ

17) Έχετε κάποιο πρόβλημα με το αναπνευστικό σύστημα όπως :

Δύσπνοια

Βήχας

Αιμόπτυση

Θωρακικός πόνος

Βρογχικό άσθμα

Βρογχίτιδα

18) Πάσχετε από υπέρταση: Ναι Όχι

19) Χρήση φαρμάκων για υπέρταση Ναι Όχι

20) Χοληστερίνη αυξημένη: Ναι Όχι

21) Χρήση φαρμάκων για χοληστερίνη Ναι Όχι

22) Τριγλυκερίδια αυξημένα Ναι Όχι

23) Χρήση φαρμάκων για Τριγλυκερίδια Ναι Όχι

24) Νάτριο αυξημένο Ναι Όχι

25) Κάλιο αυξημένο Ναι Όχι

26) Έχετε κάποιο πρόβλημα ακοής όπως :

Βαρηκοΐα

Απώλεια ακοής

27) Φοράτε ακουστικό Ναι Όχι

28) Έχετε κάποιο πρόβλημα στην όραση όπως:

Καταρράκτη

Γλαύκωμα

Αποκόλληση αμφιβληστροειδούς

Επιπεφυκίτιδα

Μυωπία

Πρεσβυωπία

29) Έχετε κάποιο πρόβλημα στο ουροποιητικό σύστημα όπως:

Ουρολοιμώξεις

Συχνουρία

Ακράτεια ούρων

Δυσουρία

30) Πάσχετε από κάποια νεφρική ασθένεια: Ναι Όχι

31) Πάσχετε από κάποια νόσο στο νευρικό σύστημα όπως:

Νόσο Parkinson

Αγγειακή εγκεφαλική νόσο

Νόσο Alzheimer

Νόσο σκλήρυνση κατά πλάκας

32) Έχετε κάποιο πρόβλημα ενδοκρινολογικό όπως:

Σακχαρώδη διαβήτη

Χρονική διάρκεια Διαβήτη.....

Χρήση Ινσουλίνης Ναι Όχι

Χρήση χαπιού Ναι Όχι

33) Πάσχετε από παθήσεις του θυρεοειδή Αδένα όπως:

- Υπερθυρεοειδισμός
- Υποθυρεοειδισμός
- Όγκοι του θυρεοειδή αδένου

34) Πάσχετε από κάποια Μυοσκελετική πάθηση όπως:

- Οστεοπόρωση
- Δισκοπάθεια
- Οξεία αιματογενής οστεομυελίτιδα
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Ουρική αρθρίτιδα
- Οστεοαρθρίτιδα

35) Πάσχετε από κάποιο νόσημα του πεπτικού συστήματος όπως:

- Πεπτικό έλκος
- Γαστρίτιδα
- Ελκώδης κολίτιδα
- Χολοκυστίτιδα
- Χολολιθίαση
- Παγκρεατίτιδα
- Ηπατίτιδα
- Κίρρωση Ήπατος

36) Πάσχετε από κάποιο νόσημα του κυκλοφορικού συστήματος όπως:

- Πόνος καρδιάς
- Αρρυθμίες
- Σφυγμός
- Ζάλη

37) Πάσχετε από κάποιο καρδιαγγειακό όπως:

- Στηθάγχη
- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Μυοκαρδίτιδα
- Περικαρδίτιδα
- Βαλβιδικές παθήσεις
- Αθηροσκλήρωση
- Αρτηριοσκλήρωση
- Αορτικό ανεύρυσμα

- 38) Φοράτε οδοντοστοιχίες Ναι Όχι
- 39) Έχετε οδοντικά εμφυτεύματα Ναι Όχι
- 40) Έχετε διαταραχή στον ύπνο σας Ναι Όχι
- 41) Ο ύπνος σας είναι:
- Ελαφρύς
 - Ακανόνιστος
 - Διακόπτεται από επεισόδια
- 42) Κοιμάστε λιγότερο από 8 ώρες Ναι Όχι
- 43) Πόσες φορές κοιμάστε τη μέρα:
- 1-2 φορές
 - 2-3 φορές
 - 3-4 φορές
 - 4-5 φορές
 - Σπάνια
 - Καμία
- 44) Παίρνετε κάποιο χάπι για να κοιμηθείτε:
- 45) Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ κατάγματα όπως:
- Άνω άκρων
 - Ισχίου
 - Κάτω άκρων
 - Σπονδυλικής στήλης
 - Πλευρών
- 46) Πώς συνέβησαν αυτά:
- Απροσεξία
 - Αστάθεια
 - Γλίστρημα
 - Απουσία βοηθητικού περπατήματος
 - Πτώση από κρεβάτι
- 47) Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα επικοινωνίας με:
- Οικογένεια
 - Φίλοι
 - Κοινωνικό περιβάλλον

48) Αντιμετωπίζεται προβλήματα κινητικότητας όπως:

- Βάδισμα
- Μυϊκή ακαμψία
- Έλλειψη ισορροπίας

49) Νιώθετε:

- Μοναξιά
- Απομόνωση
- Σύγχυση
- Παραμέληση

50) Καπνίζετε: Ναι Όχι

51) Εάν ναι πόσα τσιγάρα ημερησίως:.....

52) Πόσα χρόνια είστε καπνιστής:.....

53) Καταναλώνετε αλκοόλ: Ναι Όχι

54) Εάν ναι πόσα ποτήρια ημερησίως:.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

1. Φύλο: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ
2. Ηλικία:
3. Τι μόρφωση έχετε;
 ΤΕΕ ΙΕΚ ΑΤΕΙ ΑΕΙ Άλλες Σχολές
4. Ποιες από τις παρακάτω γνώσεις διαθέτετε περισσότερο (διαλέξτε μία απάντηση):
 Βασικές γνώσεις και δεξιότητες
 Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια
 Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της κοινοτικής υγείας και της νοσηλευτικής επιστήμης
 Ικανότητα και αντοχή για την επίλυση των προβλημάτων των ηλικιωμένων όταν έχουν ανάγκη στήριξης

- Γνώση των πηγών και των μέσων που διαθέτει η κοινότητα
 - Βασικές γνώσεις κόστους και ωφελιμότητας
 - Ικανότητα συνεργασίας με τους τοπικούς παράγοντες
5. Πόσα χρόνια εργάζεστε;.....
6. Πού έχετε εργαστεί μέχρι τώρα;
- Νοσοκομείο Κέντρο Υγείας Ιδρύματα
 - Άλλο πρώτη δουλειά
7. Ήταν επιλογή σας να εργαστείτε σε ΚΑΠΗ;
- Ναι Όχι
8. Είστε ευχαριστημένοι από την δουλειά σας στα ΚΑΠΗ;
- Ναι Όχι
9. Πόσο αποτελεσματικά πιστεύετε πως βοηθάει τον ασθενή το έργο που προσφέρετε;
- Λίγο Αρκετά Πολύ Πάρα Πολύ
10. Έχετε ειδικευτεί σε θέματα τρίτης ηλικίας;
- Ναι Όχι
11. Έχετε κάποιο μεταπτυχιακό/εξειδικευμένη μόρφωση σε θέματα της τρίτης ηλικίας;
- Ναι Όχι
12. Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια/συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε θέματα της τρίτης ηλικίας;
- Ναι Όχι
13. Πιστεύετε ότι υπάρχουν ελλείψεις στα ΚΑΠΗ;
- Ναι Όχι
14. Πιστεύετε πως το πρόγραμμα 'ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ' βοηθάει τους ασθενείς;
- Ναι Όχι
15. Ποιες δραστηριότητες πιστεύετε ότι προτιμούν περισσότερο οι ηλικιωμένοι (σημειώστε ένα):

- Χορός
- Γυμναστική
- Χειροτεχνίες
- Ιατρικά θέματα
- Εκδρομές

16. Σε ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι ο ηλικιωμένος δυσκολεύετε πιο πολύ να προσαρμοστεί (διαλέξτε ένα):

- Νέα συμπτώματα και προβλήματα
- Θεραπείες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων
- Παρενέργειες θεραπειών και φαρμάκων
- Αλλαγή διαιτολογίου
- Παραβίαση της ατομικότητάς του
- Σε όλα

17. Ποιους από τους παρακάτω παράγοντες πιστεύετε ότι πρέπει να ληφθούν υπόψη για τη σωστή νοσηλευτική/κοινωνική φροντίδα του ηλικιωμένου (διαλέξτε ένα):

- Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου
- Ενθάρρυνση για φροντίδα
- Διδασκαλία-Αγωγή υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας
- Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας
- Όλα τα παραπάνω

18. Τι πιστεύετε ότι πρέπει να περιλαμβάνει το νοσηλευτικό/κοινωνικό ιστορικό για να αξιολογηθεί αποτελεσματικότερα η κατάσταση του ηλικιωμένου (διαλέξτε ένα):

- Ατομικά χαρακτηριστικά
- Οικογενειακές συνήθειες

- Συνθήκες κατοικίας-περιβάλλοντος
 - Πηγές και μέσα που χρησιμοποιεί
 - Κοινωνικές δραστηριότητες
 - Ιστορικό υγείας
 - Όλα τα παραπάνω
19. Εφαρμόζετε Αγωγή υγείας στα ΚΑΠΗ:
20. Εάν ναι πιστεύετε ότι είναι:
- Ικανοποιητική
 - Μέτρια
 - Μη ικανοποιητική
21. Οι νοσηλευτικές/κοινωνικές διεργασίες που σχεδιάζετε έχουν τα αποτελέσματα που αναμένετε:
- Ναι Όχι
22. Συνεργάζεστε σωστά και ομαλά με την υπόλοιπη υγειονομική ομάδα:
- Ναι Όχι
23. Ποιο από τα παρακάτω πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα των ηλικιωμένων (διαλέξτε ένα):
- Προβλήματα στην ακοή
 - Προβλήματα στην όραση
 - Σάκχαρο
 - Καρδιαγγειακά νοσήματα
 - Μοναξιά
 - Κατάθλιψη
 - Κινητικά προβλήματα
 - Υπέρταση
 - Νόσος Alzheimer
 - Προβλήματα ουροποιητικού