

**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΤΟ ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΤΟΥ. ΤΑΣΕΙΣ  
ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ Ε.Ε.**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:  
ΔΑΦΕΡΜΟΥ ΜΑΡΙΑ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:  
ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ ΑΡΕΤΗ  
ΓΕΡΩΝΥΜΑΚΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΑ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2002**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

A) ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΣΚΟΠΟΣ .....	5
<b>A ΜΕΡΟΣ</b>	
B) ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	8
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ .....	8
1) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	8
2) Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	12
Γ) ΟΡΙΣΜΟΣ (ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ) .....	15
ΕΡΜΗΝΕΙΑ .....	18
Δ) ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	21
1. ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ FERARO .....	23
2) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ J. LOED .....	24
3) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ CARREL .....	24
4) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ WEITZMAN.....	24
5) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ PEARL .....	24
6) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ GREPPI .....	25
7) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ HAYFLICK .....	25
8) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ LEAT.....	25
9) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ SELEY .....	25
10) ΘΕΩΡΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΩΝ.....	26
11) ΘΕΩΡΙΑ ΜΕΤΑΦΥΣΙΚΩΝ .....	27
12) ΘΕΩΡΙΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΩΝ.....	27
Ε) ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΓΗΡΑΝΣΗ .....	30
1) ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ .....	30
2) ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ.....	37
3) ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	50
4) ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	53
5) ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .....	69
6) ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ - ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .....	72

7) ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	81
8) ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ .....	92
ΣΤ ) ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΓΗΡΑΝΣΗ.....	97
1) ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΩΣΕΩΝ (ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ).....	97
2) ΜΟΝΑΞΙΑ – ΜΑΡΑΣΜΟΣ – ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	98
3) ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ.....	103

## **B ΜΕΡΟΣ**

A) ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ .....	109
1) ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	109
B) ΣΤΟΧΟΙ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΩΝ - ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ Ε.Ε.....	114
1) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΖΩΗΣ .....	114
Α) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ (ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ).....	114
Β) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ.....	117
2) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΣΤΕΓΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:.....	122
3) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ .....	127
α) ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ .....	128
β) ΕΣΤΙΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.....	129
γ) ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	132
4) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ .....	138
Α) ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	138
Β) ΒΑΘΜΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ :.....	139
5) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	143
Γ) ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	150
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	130

**Το γήρας και οι διεργασίες του. Τάσεις στήριξης των ηλικιωμένων στο χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.**

## **A) ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΣΚΟΠΟΣ**

Η λύση των προβλημάτων του γήρατος και η προστασία των ηλικιωμένων είναι προσπάθεια πανάρχαια και πανανθρώπινη. Η στάση προς τους υπερήλικες διαφέρει σε όλα τα κοινωνικά επίπεδα και σε όλες τις φάσεις της ιστορίας τους. Μόνο αν οι πρόγονοί μας είχαν την προνοητικότητα να προωθήσουν τη λατρεία στους προγόνους η παρούσα δυσχερής θέση των ηλικιωμένων μπορεί να ήταν διαφορετική. Αν εξετάσουμε τις σημερινές τάσεις θα δούμε ότι αν και οι πλούσιοι και διάσημοι σπάνια θεωρούνται γέροι, οι ηλικιωμένοι που δεν είναι ούτε πλούσιοι ούτε διάσημοι θεωρούνται πρόβλημα. Εκτός των φίλων και των συγγενών τους, θεωρούνται ένα γιγάντιο παγόβουνο που απειλεί να βυθίσει το πλοίο της πολιτείας.

Ο υπερήλικας παρότι ξεπέρασε το 65<sup>ο</sup> έτος, έχει κάθε δικαίωμα, χωρίς να φύγει από το φυσικό του περιβάλλον, να επωφεληθεί από τη σύγχρονη γνώση. Σ' αυτόν ο νέος οφείλει την ύπαρξή του και πρέπει να τον βλέπει σαν την εικόνα του εαυτού του στο μέλλον.

Αν το γήρας συμβολιστεί με τη μυθική Σφίγγα, που τρώγει το σώμα και το πνεύμα και προκαλεί το σύμπτωμα της πνευματικής και σωματικής έκπτωσης, τότε ο Γεώργιος Σεφέρης απαντά: "Μια λέξη διαλύει το τέρας αυτό: η λέξη "Άνθρωπος" ".

Στη χώρα μας η πανάρχαια παράδοση διέσωσε τον αντιπροσωπευτικό τύπο του ηλικιωμένου ατόμου στο πρόσωπο του Νέστορα. Αυτός, μέσα στα δεινά και τις φλόγες του πολέμου της Τροίας, κατόρθωνε να δίνει τον τόνο της σύνεσης και του μέτρου. Εύρισκε τις ορθές ανθρωπιστικές λύσεις μέσα σε ένα περιβάλλον που εκ των πραγμάτων δεν είχε τίποτε το ανθρωπιστικό.

Δυστυχώς, όμως, στις μέρες μας, μέσα στη δύνη της καταναλωτικής κοινωνίας διαφεύγουν βασικά πράγματα που αφορούν την τρίτη ηλικία. Γι' αυτό πρέπει να καθιερωθεί πρόγραμμα ενημέρωσης από την ηλικία του

δημοτικού σχολείου, για το τι είναι η τρίτη ηλικία, πως φθάνει ο άνθρωπος σ' αυτήν, τι στάση πρέπει να τηρούν και πώς να συμπεριφέρονται οι νέοι προς τους υπερήλικες.

Οι Νέστορες της ζωής είναι απαραίτητοι για να τρέφουν το δέντρο της προόδου με τους ανεκτίμητους χυμούς της σοφίας τους.

Στόχος, λοιπόν, της εργασίας αυτής είναι η προβολή της Κοινωνικής διάστασης του θέματος, η ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου όσον αφορά την κατάσταση των ηλικιωμένων, η προώθηση της αρχής της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών καθώς και πληρέστερη και ενεργός συμμετοχή των ηλικιωμένων ατόμων στη διαδικασία της κοινωνικής ολοκλήρωσης.

# ***A' ΜΕΡΟΣ***

**B) ΕΙΣΑΓΩΓΗ**  
**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**  
**1) 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.

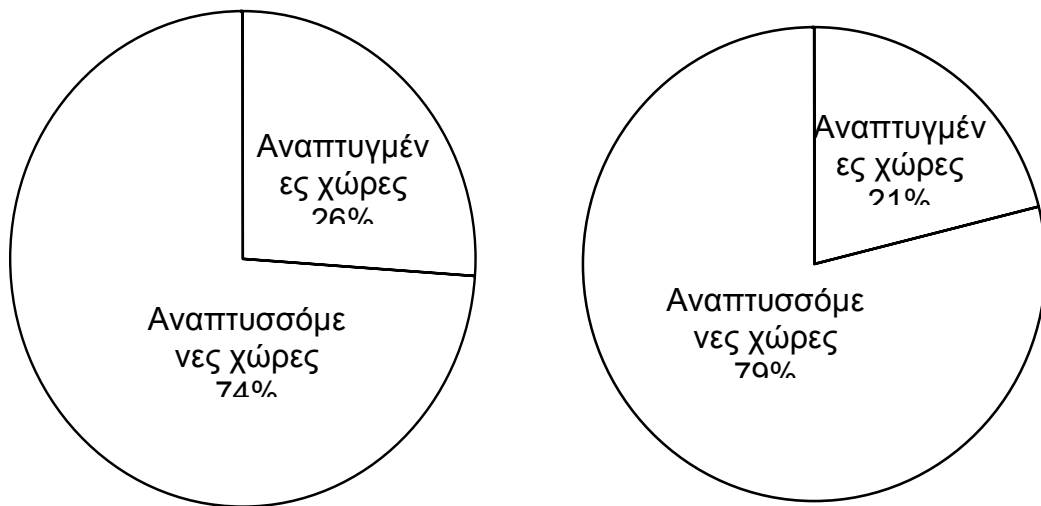
Το 1952 ο πληθυσμός των ηλικιωμένων του κόσμου, δηλαδή αυτός που τον αποτελούσαν άτομα ηλικίας 60 χρόνων και άνω, έφθανε τα 205.000.000. Στα μέσα του 1970 ο αριθμός διαφοροποιήθηκε στα 305.000.000. Τώρα πια στο 2000 ο αριθμός των ηλικιωμένων έχει φθάσει τα 612.000.000.

Το φαινόμενο της αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων παρουσιάζεται πιο έντονο στις αναπτυσσόμενες 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 αναπτυσσόμενες 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 αναπτυσσόμενες 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 αναπτυσσόμενων χωρών και του 50% για τον πληθυσμό των αναπτυσσόμενων χωρών (Σχήμα 1)





	1980	2000	
Πληθυσμός του κόσμου (εκατομ.)		Πληθυσμός (εκατομ.) % αύξηση	
Αναπτυγμένες	1.131	1.272	12.5
Αναπτυσσόμενες	3.284	4.927	50.0
Σύνολο	4.415	6.199	40.4

### Σχήμα1. Ο πληθυσμός του κόσμου

Στο Σχήμα 1 παρουσιάζονται αναπτυγμένες χώρες και αναπτυσσόμενες και η αναλογία του πληθυσμού τους το 1980 και το 2000 αντίστοιχα.

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%.

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%.

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.

Ο πληθυσμός του κόσμου το 1980 ήταν 4.414.000.000 και τώρα στο 2000 έχει φθάσει τα 6.200.000.000. Η αύξηση αυτή υπολογίζεται ότι είναι της τάξης του 12,5% για τον πληθυσμό των αναπτυσσόμενων χωρών και του 50% για τον πληθυσμό των αναπτυσσόμενων χωρών.

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 αναπτυσσόμενες 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 αναπτυσσόμενες 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.

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 ιδιάζουσα.

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.

## **2) Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ (Ορισμός ηλικιωμένου)**

Οι ηλικιωμένοι που διανύουν την 7<sup>η</sup>, 8<sup>η</sup> και 9<sup>η</sup> 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 αναπτυσσόμενες 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<sup>ο</sup> 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<sup>ο</sup> 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".

## **Γ) 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 περνάνε 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 "γέρους 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.

## 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 δημιούργημα 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 γηρασμένος.

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.

#### Συσσώρευση Αποβλήτων:

Συγκεκριμένα κύτταρα του σώματος δε διαχωρίζονται και δεν αναπαράγονται λ.χ. του εγκεφάλου. Η σταδιακή συσσώρευση αποβλήτων προϊόντων φαίνεται να επηρεάζει τη λειτουργία των κυττάρων. Ένα παράδειγμα που υποστηρίζει αυτή τη θεωρεία 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 θεωρία 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.

## Δ) 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. Εξαιρέση 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.

### **1. ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ FERARO**

Κατά τον Feraro "το γήρας είναι μια φυσιολογική κατάσταση και αυτό το ίδιο δεν υπαινίσσεται παθολογικά στοιχεία".

Από παρατηρήσεις σε ηλικιωμένους διαπιστώνεται διαφορά στο ρυθμό της εμφάνισης του γήρατος στα διάφορα άτομα και αυτό δηλώνει την ύπαρξη

παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνιση του περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα.

Υπάρχει απεριόριστος αριθμός θεωριών για την εξήγηση του φαινομένου της υπερηλικίωσης. Όλες οι θεωρίες, αν και ανεπαρκείς να μας προσφέρουν ικανοποιητική επεξήγηση του φαινομένου αυτού, καταλήγουν σε ένα κοινό σημείο: στη διαπίστωση, ότι η υπερηλικίωση συνοδεύεται από εκφυλιστικές αλλαγές οι οποίες επιδρούν στη λειτουργική ικανότητα ολόκληρου του ανθρώπινου οργανισμού.

## **2) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ J. LOED**

Κατά τον *J. Loed*, αμερικανό φυσιολόγο, κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννηση του περιέχει μέσα του ορισμένη ποσότητα κάποιας χημικής ουσίας, απαραίτητη για τη ζωή. Η ουσία αυτή καταναλίσκεται κατά την ανάπτυξη του οργανισμού στην ανταλλαγή της ύλης, μετά την εξάντλησή της το άτομο γηράσκει και πεθαίνει.

## **3) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ CARREL**

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

## **4) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ WEITZMAN**

Ο *Weitzman* από παρατηρήσεις έφθασε στο συμπέρασμα ότι πιθανόν μέσα στο αίμα των γερόντων να υπάρχουν μερικές ουσίες, οι οποίες όχι μόνο αναστέλλουν την ανάπτυξη των κυττάρων, αλλά και προκαλούν βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις σε αυτά.

## **5) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ PEARL**

Η θεωρία του *Pearl* βασίζεται σε προηγούμενες πειραματικές έρευνες των *Carrel* και *Weitzman* και καταλήγει, ότι το γήρας οφείλεται στη βαθμιαία συσσώρευση τοξικών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, τα οποία, όπως είναι γνωστό, δηλητηριάζουν βαθμιαία τα ζωντανά κύτταρα και τους ιστούς του οργανισμού.



## **6) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ GREPPI**

Ο *Greppi* θεωρεί το γήρας ως χρόνια μεταβολική νόσο, θανατηφόρου εξέλιξης. Γι' αυτόν, κύρια φυσικοχημική σημασία έχει η επεξεργασία, την οποία παρουσιάζει ο μεσεγχυματικός ιστός.

## **7) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ HAYFLICK**

Ο *Hayflick* (1970) πιστεύει ότι κάθε οργανισμός έχει στα κύτταρά του ένα εσωτερικό γεννητικό πρόγραμμα, που καθορίζει τον αριθμό των μιτώσεων, επομένως και τη διάρκεια της ζωής του. Ο αριθμός των μιτώσεων στο κάθε είδος καθορίζεται από τα γονίδιά του, ώστε να προσφέρεται στο είδος η πιο μεγάλη πιθανότητα αναπαραγωγής. Όταν το είδος φθάνει στα ανώτατα όρια αναπαραγωγής τότε η επιβίωση γίνεται προοδευτικά πιο δύσκολη, ενώ ο θάνατος προοδευτικά πιο εύκολος. Κατά τη θεωρία αυτή, η πρωτεϊνοσύνθεση που χρειάζεται για τις διαδοχικές μιτώσεις δέχεται ξαφνικά ανασταλτικό σήμα που είναι ειδικό σε κάθε είδος. Αυτή είναι η θεωρία του "προγραμματισμένου" γήρατος.

## **8) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ LEAT**

Ο *Leat*, καθηγητής του Harvard ύστερα από παρατηρήσεις πληθυσμών όπου υπάρχουν πολλοί αιωνόβιοι, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, εάν υπάρχει ένα μυστικό για να γίνεις αιωνόβιος, αυτό είναι καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής σκληρή σωματική εργασία.

Η θεωρία της αυτοανοσίας υποστηρίζει πως, όσο προχωρεί η ηλικία του ατόμου, αυξάνονται και οι αυτοανοσοβιολογικές αντιδράσεις στο άτομο. Τα ανοσοβιολογικά σωμάτια προσκολλούνται στα υγιή κύτταρα και επιφέρουν την καταστροφή τους. Καταστάσεις που στηρίζονται στη θεωρία αυτή είναι η Pernicious αναιμία, η νόσος του Addison και η χρόνια θυρεοειδίτιδα.

## **9) ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΤΑ SELEY**

Η θεωρία του *Seley* "περί συνδρόμου έντασης" μπορεί σε γενικές γραμμές να εφαρμοσθεί στους υπερήλικες. Το σύνδρομο έντασης αναπτύσσεται σε τρία στάδια:

1. Το στάδιο της ξαφνικής αντίδρασης.

2. Το στάδιο της αντίστασης.

3. Το στάδιο της εξάντλησης.

Το τελευταίο εκφράζει εκκένωση και μπορεί να παραληφθεί με το στάδιο της υπερηλικίωσης.

Ακόμη πιστεύεται πως η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου ασκεί ουσιαστική επίδραση στην εμφάνιση του γήρατος.

Από όσα έχουν σημειωθεί φαίνεται καθαρά ότι οι θεωρίες για το γήρας και για τη φθορά του οργανισμού είναι πολλές και τα αίτια ποικίλα. Γι' αυτό εμφανίζεται το φαινόμενο μερικά πολύ ηλικιωμένα άτομα να είναι ακόμη διανοητικά και φυσικά πολύ δραστήρια, ενώ άλλα κάτω των 60 χρόνων να βρίσκονται σε επισφαλή υγεία, να υποφέρουν από αμνησία, να εμφανίζουν μειωμένη ενεργητικότητα και ικανότητα για πρωτοβουλία.

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

### **10) ΘΕΩΡΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΩΝ**

Οι Κοινωνιολόγοι, θεωρούν ότι ένα άτομο γηράσκει όταν δεν παρουσιάζει πλέον κοινωνικό - οικονομικό ενδιαφέρον για τη ζωή. Όταν, δηλαδή, το άτομο δεν μπορεί να έχει ενεργό κοινωνική ζωή, όταν δεν μπορεί να συμμετέχει στα κοινά και όταν δεν μπορεί να ενταχθεί ικανοποιητικά μέσα στα κοινωνικά πλαίσια, λόγω της μόνωσης και της πληθώρας των ψυχολογικών προβλημάτων που οδηγεί τον άνθρωπο στο γήρας. Όλα αυτά από κοινωνικής απόψεως.

Από οικονομικής απόψεως, το άτομο γηράσκει όταν δεν μπορεί πια να συνεισφέρει ικανοποιητικά στην ανάπτυξη της οικονομίας του κράτους όπου έζησε, αναπτύχθηκε και συνεχίζει να ζει και να υπάρχει παρόλο το πέρασμα του χρόνου. Επικρατεί η γνώμη ότι το άτομο γηράσκει απότομα από τη στιγμή που θα συνταξιοδοτηθεί, από τη στιγμή δηλαδή, που παύει να δουλεύει και απομακρύνεται οριστικά από την ενεργό οικονομική ζωή αντίστοιχα.

### **11) ΘΕΩΡΙΑ ΜΕΤΑΦΥΣΙΚΩΝ**

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

### **12) ΘΕΩΡΙΑ ΙΑΤΡΟΒΙΟΛΟΓΩΝ**

Οι Ιατροβιολόγοι διαιρούν το γήρας σε φυσιολογικό ή βιολογικό γήρας και σε παθολογικό ή πρόωρο ή "γήρας νόσος". Φυσιολογικό θεωρείται η αρμονική γεροντική εξέλιξη και φθορά όλων των οργάνων και των ιστών του οργανισμού. Παθολογικό ή πρόωρο ή "γήρας νόσος" χαρακτηρίζεται η ασύγχρονη, δυσαρμονική και πρόωρη γεροντική φθορά των διαφόρων οργάνων, η οποία οφείλεται σε συγκεκριμένα εσωτερικά, κυρίως, νοσολογικά αίτια. Η χρονολογική ηλικία δεν έχει αναγκαστικά σχέση με τις βιολογικές ή κοινωνικές ικανότητες κάθε ατόμου, και μπορούν να είναι τεράστιες οι ατομικές διαφορές μεταξύ γερόντων της ίδιας ακριβώς ηλικίας.

Πολλοί θεωρητικοί στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν τη βιολογική γήρανση έχουν ενστερνιστεί την επίδραση εξωγενών και ενδογενών παραγόντων. Στους ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνονται τα γενετικά προγράμματα, οι κυτταρικές μεταλλάξεις, οι αυτοάνοσες αντιδράσεις και άλλες εγγενείς διεργασίες. Στους εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνονται οι επιδράσεις του περιβάλλοντος, όπως η διαίτα, η ακτινοβολία, κ.α.

### **Ενδογενείς παράγοντες**

Σε αρκετές θεωρίες εκφράζεται η υπόθεση ότι τα άτομα κληρονομούν γενετικό διάγραμμα, το οποίο καθορίζει τον ειδικό αναμενόμενο χρόνο ζωής για το καθένα. Πράγματι σε πολλές μελέτες έχει αποδειχτεί ότι υπάρχει θετική

συσχέτιση ως προς τον αναμενόμενο χρόνο ζωής μεταξύ πατρός και τέκνου. Ακόμα γενετικές μεταλλάξεις θεωρούνται υπεύθυνες για τη γήρανση, αν και τα εργαστηριακά ευρήματα μειώνουν στην στήριξη της θεωρίας. Η εξήγηση της θεωρίας παρουσιάζεται σχηματικά.

### **ΜΕΤΑΛΛΑΞΗ ΤΟΥ DNA**

Συνεχιζόμενη μετάλλαξη κατά τη διαίρεση του κυττάρου



Αυξημένος αριθμός μεταλλαγέντων κυττάρων του σώματος



Δυσλειτουργία ιστών, οργάνων και συστημάτων

Ορισμένοι θεωρητικοί πιστεύουν ότι ουσία που σχετίζεται με την αύξηση παύει να παράγεται, με αποτέλεσμα την αναστολή της αυξήσεως και της αναπαραγωγής του κυττάρου. Άλλοι υποθέτουν ότι παράγοντας γηράνσεως, ο οποίος παράγεται υπερβολικά κατά τη διάρκεια της ζωής, ευθύνεται για την ανάπτυξη και την κυτταρική ωριμότητα.

### **ΚΥΤΤΑΡΙΚΕΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ**

Με το πέρασμα του χρόνου τα κύτταρα του οργανισμού υφίστανται μεταλλάξεις



Ο οργανισμός εκλαμβάνει τα κύτταρα αυτά ως ξένες προς αυτόν ουσίες



Σχηματίζονται αντισώματα τα οποία προσπαθούν να απαλλάξουν τον οργανισμό από τις ξένες ουσίες



Ακολουθεί θάνατος των κυττάρων

Η εξήγηση της βιολογικής γηράνσεως επιχειρείται και με άλλη θεωρία, η οποία συνδέει τις μεταβολές που υφίσταται ο κολλαγονικός ιστός με τη

γήρανση. Με το πέρασμα του χρόνου ο κολλαγονικός ιστός σχηματίζει δεσμίδες, γίνεται άκαμπτος και λιγότερο διαπερατός. Η μεγάλη πυκνότητά του εμποδίζει την απόθεση θρεπτικών ουσιών και την απομάκρυνση των αχρήστων. Οι ερευνητές αδυνατούν να καθορίσουν αν η περίσσεια του κολλαγονικού ιστού, που παρατηρείται στα ηλικιωμένα άτομα, αποτελεί τον αιτιολογικό παράγοντα της γηράνσεως.

### **Εξωγενείς παράγοντες**

Η σχέση της ακτινοβολίας με τις αλλαγές της ηλικίας διερευνούνται. Πάντως η παρατεταμένη έκθεση του σώματος στην υπεριώδη ακτινοβολία προκαλεί την ηλιακή ελάσταση, που σημαίνει καταστροφή του ελαστικού ιστού και εκδηλώνεται με ρυτίδωση του δέρματος, ως αποτέλεσμα της αντικαταστάσεως του κολλαγονικού ιστού από την ελαστίνη.

Η διατροφή φαίνεται ότι ασκεί σημαντική επίδραση στη διεργασία του γήρατος. Αναφέρεται ότι η παχυσαρκία συντομεύει το χρόνο της ζωής. Αντίθετα η ποιοτικά και ποσοτικά ανάλογη με τις ανάγκες του οργανισμού, τροφή συμβάλλει στην παράταση του χρόνου ζωής.

Γνωστοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως ο υδράργυρος, ο μόλυβδος, το αρσενικό, τα ραδιενεργά ισότοπα και άλλες ουσίες όταν απορροφηθούν από τον οργανισμό προκαλούν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, οι οποίες είναι δυνατό να απειλήσουν τη ζωή. Άλλοι παράγοντες είναι το ενεργητικό και το παθητικό κάπνισμα, η ρύπανση της ατμόσφαιρας, η υπερβολική λήψη αλκοόλης. Οι πιο πάνω εξωγενείς παράγοντες πιστεύεται ότι επηρεάζουν τη διεργασία γήρατος.

## **E) ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΓΗΡΑΝΣΗ**

### **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.

#### **1) ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ**

##### **ΔΕΡΜΑ**

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. Τα εξαρτήματα του δέρματος (τρίχες, αδένες) μειώνονται 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.

### **ΟΡΑΣΗ**

Με την πάροδο της ηλικίας επηρεάζεται αρνητικά η ικανότητα και η λειτουργία των οφθαλμών. 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.

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.

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 αντιμετωπίσιμο 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.

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

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 οπότε 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.

Μεγάλη σημασία αποδίδεται στην υγεία των ματιών των γεροντικών ατόμων, τα οποία οδηγούν αυτοκίνητο, ώστε να αποφεύγονται ατυχήματα. Τα ποικίλα οφθαλμολογικά προβλήματα των ατόμων αυτών ασφαλώς διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο στα τροχαία συμβάντα, αλλά δεν είναι τα μόνα υπεύθυνα. Έτσι μπορεί να συνυπάρχει μειωμένη ακουστική ικανότητα, όχι ικανοποιητική αντανακλαστική αντιδραστικότητα, βραδύτητα στη διόρθωση λαθών οδήγησης, έλλειψη θάρρους και επιδεξιότητας σε κρίσιμες στιγμές, κ.α.

Γενικώς τα τροχαία συμβάντα από ηλικιωμένους οδηγούς είναι ελαφρότερα από εκείνα που προκαλούν οι νέοι και σε αριθμό σχετικώς λιγότερα. Ο μικρότερος αριθμός οφείλεται στο περιορισμένο πλήθος ηλικιωμένων οδηγών, στα λιγότερα συνολικά χιλιόμετρα που διανύουν κάθε χρόνο και στο ότι οι απρόσεκτοι νεαροί οδηγοί χάνουν τη ζωή τους πριν γεράσουν. Κοινή είναι η εκτίμηση των ειδικών, ότι στους γέροντες οδηγούς μεγαλύτερη σημασία πρέπει να δίδεται στη διανοητική τους έκπτωση παρά στη φυσική τους κατάσταση.

### **ΑΚΟΗ**

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) μετρείται 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 αεριωθούμενου αεροπλάνου σε 140 dB. Επίπεδα 100 dB και άνω θεωρούνται πολύ ανθυγιεινά και επικίνδυνα.

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 εμβοές. 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 οστεοαρθρικές αλλοιώσεις του αυχένα ή σε υπερκόπωση.

Η αντιμετώπιση τους είναι δυσχερής και εξαρτάται από το αίτιο. Επειδή οι εμβοές 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.

### **ΓΕΥΣΗ - ΟΣΦΡΗΣΗ**

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 αμπισιλλίνη, τα αντιισταμινικά, οι τετρακυκλίνες. Επίσης το κάπνισμα και μια πιθανή αβιταμίνωση. Η αίσθηση του αλμυρού και του γλυκού αμβλύνεται σημαντικά και συνεπώς οι υπερηλίκες 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.

## **2) ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ**

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 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 φλεβοκόμβου 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.

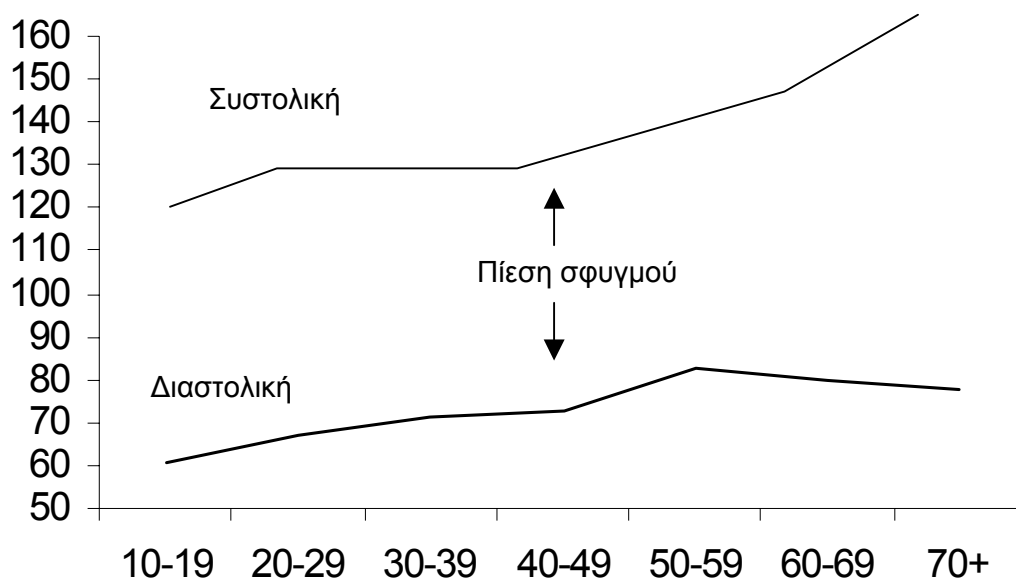
Στη μεγάλη ηλικία ελαττώνεται η ελαστικότητα του αρτηριακού τοιχώματος. Η ελάττωση αυτή φθάνει στο 50% στην ηλικία των 70 και οδηγεί σε επιμήκυνση και ελικοειδή εμφάνιση των αρτηριών.

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 (Εικόνα 11). 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.

Αρτηριακή πίεση (mm Hg)



Ηλικία σε χρόνια

**Εικόνα 11.** Αρτηριακή πίεση και ηλικία

**Πίνακας 8.** Επιπολασμός (%) της υπέρτασης, οριακής 140 - 160 mm Hg και

μόνιμης >  $\frac{160}{95}$  mm Hg ανά 5ετίες ηλικιών και φύλο. "Η Μελέτη των Αθηνών".

Ηλικία έτη	Άντρες		Γυναίκες	
	Οριακή	Μόνιμη	Οριακή	Μόνιμη
	$\frac{140}{90} - \frac{160}{95}$ mm Hg	> $\frac{160}{95}$ mm Hg	$\frac{140}{90} - \frac{160}{95}$ mm Hg	> $\frac{160}{95}$ 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



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 8).

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 σφιχτά 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 πρότερον (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. Γί 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 σημαντικότερο 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 αθηροσκλήρωσεως (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.

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 πρώιμη 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 οίδημα, ιδιαίτερης προσοχής πρέπει να τύχουν και τα εξής: η συρίπτουσα 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<sub>1</sub>) 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 φλεβοκόμβου (Sick Sinus Syndrome) και οι διαταραχές της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας (1<sup>ου</sup>, 2<sup>ου</sup>, 3<sup>ου</sup> βαθμού αποκλεισμός, κλπ).

Στο *σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου* μπορεί να παρατηρείται εναλλαγή βραδυκαρδίας - ταχυκαρδίας και συνυπάρχουν ποικίλα συμπτώματα ακόμη δε και συγκοπτικά επεισόδια. Η συσκευή HOLTHER 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<sup>ου</sup> βαθμού αποκλεισμός) και του συνδρόμου νοσούντος φλεβοκόμβου, 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 στηθαγχικό 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 υπερηλίκους ο στηθαγχικός 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 αναβάλει 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 *κιρσούς*. 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.

### **3) ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

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 που 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.

Ο μέγιστος εκπνεόμενος όγκος αέρα στο πρώτο 1" (FEV<sub>1</sub>) ελαττώνεται περίπου 30 ml/έτος μετά την ηλικία των 25. Ο FEV<sub>1</sub> φυσιολογικώς επί νέων ατόμων αντιστοιχεί στο 80% (FEV<sub>1</sub> / 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 (PaO<sub>2</sub>) 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 PaO<sub>2</sub> είναι περίπου 66 mm Hg. Αντιθέτως η PCO<sub>2</sub> 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.

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 πρώιμη διάγνωση της αρρώστιας αυτής συμπεριλαμβάνονται η μονήρης πνευμονική σκιά, η υποτροπιάζουσα πνευμονία στον ίδιο λωβό, η αιμόπτυση, ο επίμονος βήχας, η τμηματική ατελεκτασία κλπ. Επιπλέον χρήσιμη είναι και η ετήσια ακτινογραφία θώρακος στην πρώιμη 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.

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.

#### 4) ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

##### 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.

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.

Επίπτονες μελέτες δείχνουν ότι σημαντικές απώλειες κυττάρων συμβαίνουν σε κάποιες περιοχές του φλοιού που ενδέχεται να φτάσουν μέχρι 45%. Ακόμα παρατηρήθηκε ότι ο ρυθμό απώλειας των κυττάρων δεν είναι πάντοτε ο ίδιος, μάλιστα δε σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου η απώλεια επιταχύνεται σε κάποιο συγκεκριμένο χρόνο. Ο Brodly 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 εμφάνισης 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. Οι αλλαγές που υφίστανται τα νευρικά κύτταρα με την ηλικία και τη γήρανση φαίνονται στο Σχήμα 7.

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 3 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 (ΚΟ<sub>2</sub>Ε).

**Πίνακας 3.** Η επίδραση της ηλικίας στο μεταβολισμό και την αιμοδυναμική του εγκεφάλου.

	Αριθμός παρατηρήσεων	Ομάδες ηλικιών	Ηλικία	ΜΑΠ	ΚΕΑ	ΑΕΑ	Μέση ΚΟ <sub>2</sub> Ε
1*	4	17-18	17	97	79,3	1,3	3,6
2 <sup>~</sup>	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 <sup>~</sup>	15	38-55		96	60,5	1,6	4,0
7±	23	45-75	56	101	46,0	2,2	2,9
8 <sup>~</sup>	17	56-79	63	97	50,6	2,0	3,3

9°	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

ˆ Scheinberg P et al: Arch Neurol Psychiatr 70:77, 1953

± Heyman A et al: New Engl J Med 249:233, 1953

° 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 ΚΟ<sub>2</sub>Ε από 3,6 έπεσε σε 2,7 mlO<sub>2</sub>/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. Έχουν αναγνωρισθεί 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 4 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 γονοαμήνες και ο καταβολισμός τους εξαρτάται σε κάποιο βαθμό από τη δραστηριότητα της μονοαμινικής οξειδάσης (ΜΑΟ). Σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι η ΜΑΟ και η σεροτονίνη αυξάνουν με την ηλικία στον ανθρώπινο εγκέφαλο τα αιμοπετάλια και το πλάσμα, ενώ μειώνεται η νορεπινεφρίνη.

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

**Πίνακας 4.** Μεταβολές του ύπνου με την ηλικία

<b>Μετρήσεις</b>	<b>Μεταβολές με την ηλικία</b>
<b>Αντικειμενικές</b>	
• Αϋπνία	Αυξημένη



• Συνολικός χρόνος ύπνου	Αυξημένος
• Αφύπνιση κατά τη νύχτα	Αυξημένη
• Βραχύς ύπνος κατά την ημέρα	Αυξημένος
• Αφύπνιση μετά την έναρξη του ύπνου	Αυξημένη
<b>Υποκειμενικές</b>	
• Ύπνος 4 <sup>ου</sup> σταδίου REM	Αμετάβλητος
• Ύπνος μη REM	Ελαττωμένος
• Ύπνος 1 <sup>ου</sup> - 3 <sup>ου</sup> σταδίου	Αμετάβλητος
• Ύπνος 4 <sup>ου</sup> 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 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.

### **ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ [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 καταλείπεται 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 αρτηριοσκληρώσεως. 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 αποκατάσεως. Υπάρχουν στοιχεία που κάνουν μερικούς να πιστεύουν ότι η σκληρότητα του νερού ασκεί κάποια προστατευτική επίδραση κατά της εμφανίσεως ΑΕΕ και ισχαιμικής μυοκαρδιοπάθειας, αλλά δεν υπάρχουν οριστικές αποδείξεις γι' αυτό.

### **ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ**

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.

### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

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 αποκατάσεως, 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.

### **ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

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, αντιαμοπεταλιακούς 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.

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

Η θρόμβωση των εν τω βάθει 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 περιδέρηση του άκρου.

## **Η ΑΝΟΙΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

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 εξασθένηση, 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 εμ αυτήν και με τον τρόπο αντιμετώπισής της.

## **Η ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ 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 1906. 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 έναρξής 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.

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 της νόσου**

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 αιτίων 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 της νόσου**

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 κατανοήσεως 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 της νόσου**

Τα κυριότερα συμπτώματα είναι: προοδευτική απώλεια μνήμης, ελάττωση της ικανότητας εκτελέσεως απλών καθημερινών ασχολιών, διαταραχή της κρίσεως και του προσανατολισμού, αλλαγή της προσωπικότητας, αλλαγή της συμπεριφοράς, δυσκολία μαθήσεως, απώλεια λεκτικών ικανοτήτων και έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Κατά τη διαδρομή



της νόσου τα συμπτώματα ποικίλουν από άρρωστο σε άρρωστο, ώσπου η νόσος να καταστήσει τα θύματα της ανίκανα για αυτοφροντίδα.

### **Θεραπεία της νόσου**

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.

### **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<sup>ο</sup> Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
- 2<sup>ο</sup> Παραγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικά εξαρτημένη κατάσταση.
- 3<sup>ο</sup> 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 ντύνεσαι, 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 θωπείες, 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.

## 5) ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

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. 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.

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 υπερηλικών 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 B<sub>12</sub>. 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 μπροκήλη 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).

## **6) ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ - ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

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

### **ΝΕΦΡΟΙ**

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 διάρκεια 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 νομογραμμάτων.

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 νεφρώνων, της σπειραματικής διήθησης και της αιμάτωσης των νεφρών ακολουθείται από μειωμένη ικανότητα συμπύκνωσης - αραίωσης των ούρων, ρύθμισης του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών και διατήρηση της οξεοβασικής ισορροπίας.

Η συμπτωκνωτική - 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 χάσουν νερό, έχοντας μειωμένη συμπτωκνωτική 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 επαναρροφηθεί 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 εξωκυττάριου 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 άπρω εσπειραμένα σωληνάρια. 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)<sub>2</sub> 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 (>10<sup>5</sup>). 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. υπερτροφία 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 υπερηλίκων 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 I<sub>2</sub> νευροτομίου του νωτιαίου μυελού, προκύπτει η "σπαστική" κύστη ενώ σε βλάβη των περιφερικών νευρικών οδών ή και των νευροτομιών I<sub>2</sub> - I<sub>4</sub> 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 μετεμηνοπαυσιακές 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).

## **ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ**

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 αδένος. 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.

## **7) ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

### **Η Σεξουαλικότητα και ο ηλικιωμένος**

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 γεννητοουρική 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, συνεχίζοντας να κρατά το σπίτι της σε τάξη και να εξακολουθεί να παρακολουθεί τις διάφορες συναντήσεις γυναικών.

Μια γυναίκα της ίδιας ηλικίας, παντρεμένη και υγιής, με συχνή σεξουαλική σχέση και απόλαυση των ίδια με κάποιον που είναι 10 - 20 χρόνια νεότερος, εξαρτάται η αντίδραση της ανάλογα με το πόσο πιστεύει στην σεξουαλική της ζωή. Κάποιοι πάλι το θεωρούν σαν κουραστικό καθήκον και ανακουφίζονται αν δεν είναι πλέον απαραίτητο ή δυνατόν. Μέχρι που να φθάσουν σε αυτό το σημείο, οποιαδήποτε σωματική αλλαγή που απαιτεί και αλλαγή στις συνήθειες, όπως χειρουργική επέμβαση ή καρδιακή νόσος, θεωρείται σαν δικαιολογία για να τερματίσει κάποιος τη σεξουαλική σχέση.

Ακόμη και αν το ζευγάρι επιθυμεί να ξαναρχίσει τη σεξουαλική δραστηριότητα μετά από μια νόσο, μπορεί να βρουν δύσκολο να συζητήσουν το πρόβλημα με έναν επιστημονικό σύμβουλο επειδή φοβούνται πως δεν θα φαίνονται ρεαλιστικοί στις επιθυμίες τους. Αυτό που οι ηλικιωμένοι εραστές μπορεί να περιμένουν από τη σεξουαλική δραστηριότητα ποικίλει και είναι πιθανόν περισσότερα από αυτά που μπορεί να πιστέψουν οι νέοι.

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.

Δεν υπάρχει μεγάλη πληροφόρηση διαθέσιμη για τη σεξουαλική δραστηριότητα των γυναικών ηλικίας άνω των 60. Πολλές συμβουλές διατίθενται μέσα από διάφορα γυναικεία περιοδικά για τις σωματικές αλλαγές που μπορεί να εμφανίσει μια γυναίκα και για το πώς μπορεί να αντιμετωπίσει την κακουχία μιας εμμηνόπαυσης και την αύξηση του τριχωτού του σώματος. Υπάρχει πληθώρα σωματικών αποκαταστατικών μεθόδων όπως η πλαστική χειρουργική, οι ακριβές δίαιτες, τα ρούχα και τα καλλυντικά.

Η Susan Soutag (1978) περιγράφει τις γυναίκες που φροντίζουν την εμφάνισή τους μανιωδώς και πηγάζει από τη ριζοσπαστική φεμινιστική άποψη

για το άδικο πλεονέκτημα που έχουν οι άνδρες στο να μπορούν να συμμαχούν με τα σημάδια της ηλικίας και τις παγίδες που οι ίδιες οι γυναίκες επιτρέπουν στην κοινωνία να τους θέσει και τις ωθεί να ξοδεύουν τόσο πολύ χρόνο στην προσπάθεια να φαίνονται νεότερες από ότι πραγματικά είναι.

Η ηλικιωμένη ασθενής πιθανόν να πέρασε μια σκληρή ζωή, να ανέθρεψε παιδιά στη διάρκεια του πολέμου, να δούλεψε σε εργοστάσιο, να χήρεψε ίσως περισσότερο από μια φορά. Όμως είναι ασθενής δε φαίνεται να είναι στην καλύτερη της κατάσταση και είναι λιγότερο ικανή να κάνει μικρές προσπάθειες που συνήθως απαιτεί η επίτευξη του αυτοσεβασμού. Η έλλειψη ενδιαφέροντος στην ζωή μπορεί να είναι αποτέλεσμα της δηλητηριώδους επίδρασης των φαρμακευτικών αγωγών που λαμβάνει. Οι περισσότεροι άνθρωποι άνω των 65 παίρνουν τρία διαφορετικά φάρμακα πέραν από τις μη ιατρικά χορηγούμενες θεραπείες.

Μπορεί να έχει ψυχολογικά εμπόδια για να φροντίζει τον εαυτό της λόγω κατάθλιψης ή σύγχυσης.

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.

Έτσι αυτό που οι ηλικιωμένοι επιδιώκουν εξαρτάται από το πώς συνήθιζαν να είναι. Το κάθε τι διεξάγεται με έναν πιο ήπιο ρυθμό και οι γυναίκες είναι πιθανόν να έχουν προβλήματα στη λιπαντικότητα που θα οδηγήσει σε συναισθήματα ούρησης και κάψιμο μετά την επαφή.

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 γελοίοι 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.

### **Τι μπορεί να μην παι καλά στον ηλικιωμένο εραστή**

Σύμφωνα με τους Masters και Johnson (1966) ένας αριθμός παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της σεξουαλικής λειτουργίας τους ηλικιωμένους άνδρες.

- Μονοτονία της επαναλαμβανόμενης σεξουαλικής σχέσης.

- Πλήρης ενασχόληση με την καριέρα ή οικονομικά θέματα.
- Υπερβολικό ενδιαφέρον για την τροφή ή το ποτό.
- Σωματική και νοητική αστάθεια και στους δυο συντρόφους.
- Φόβος της εκτέλεσης που συνδέεται ή προέρχεται από τα παραπάνω.

### Μονοτονία

"Στο πρώτο της ρομάντζο η γυναίκα αγαπά τον εραστή της. Σε όλα τα άλλα αυτό με το οποίο είναι ερωτευμένη είναι ο έρωτας" (Byron)

Δεν υπάρχει λόγος για έναν ηλικιωμένο να αλλάξει ριζικά τη σεξουαλική του συμπεριφορά, εάν μόνο ένας σύντροφος ήταν η παρηγοριά κάποιου ατόμου τότε η πολυγαμία σαν ξαφνική αλλαγή συμπεριφοράς μπορεί να είναι πασιφανής. Εάν ο ηλικιωμένος ήταν πολυγαμικός τότε η διαθεσιμότητα των συντρόφων μπορεί να είναι μικρότερη καθώς η έλξη του ατόμου σε στερεότυπα φυσικά πρότυπα μπορεί να είναι μικρότερη. Εάν κάποιος είχε τη συνήθεια να επισκέπτεται οίκους ανοχής, τότε η έλλειψη διαθέσιμων συντρόφων μπορεί να τους οδηγήσει ακόμη και σε μεγάλη ηλικία, να βασιστούν σε αυτό, με τα συναφή προβλήματα των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Ένας νέος σύντροφος είναι πηγή εκνευρισμού στην οικογένεια και είναι ακόμη χειρότερο εάν έχει επιλέξει και κάποιον πολύ νεότερο καθώς μπορεί να φοβάται για τη νομιμότητα, να αμφισβητήσει το λογικό του καθώς και τα κίνητρα ή τα ερεθίσματα του νέου συντρόφου. Οι νοσηλεύτριες πολλές φορές στα διάφορα κέντρα και στα νοσοκομεία τρομάζουν όταν βλέπουν πόσο ρομαντικά ερωτεύονται οι ηλικιωμένοι μεταξύ τους.

Το πρόβλημα της μονοτονίας μέσα σε μια σχέση μπορεί να τεθεί έναντι του πλεονεκτήματος του ηλικιωμένου για έναν ασφαλή μόνιμο σύντροφο, προκειμένου να αποτρέψει όλα αυτά τα εμπόδια. Οι ετερόφυλοι άνθρωποι μπορούν να μάθουν από τους ομοφυλόφιλους αυτή την αντίληψη. Οι λεσβίες εκτιμούν τις ηλικιωμένες με έναν τρόπο που το υπόλοιπο της κοινωνίας

αποτυγχάνει να κάνει, ίσως σαν μέτρο της δικής τους μεγαλύτερης ισχύος σαν γυναίκες γενικά.

### Αποκλειστική ενασχόληση

"Ο πατέρας σου ήταν καλός άνθρωπος. Δεν με ενοχλούσε καθόλου".

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν είναι υποχρεωμένοι πλέον να πηγαίνουν στη δουλειά, αλλά έχουν πρόβλημα οικονομικής επιβίωσης και βασίζονται σε ένα σταθερό εισόδημα το οποίο προφανώς είναι πολύ χαμηλότερο από αυτό που συνήθιζαν να έχουν όταν δούλευαν. Αυτές οι ανησυχίες πραγματικές ή φανταστικές εμποδίζουν τον ηλικιωμένο να χαλαρώσει πραγματικά και να απολαύσει οτιδήποτε. Επίσης υπάρχει το πλεονέκτημα των συνταξιούχων ζευγαριών που για πρώτη φορά μπορούν να περάσουν το χρόνο τους μαζί. Αυτός είναι ο χρόνος που οι ηλικιωμένοι μπορούν να αρχίσουν να γνωρίζουν ο ένας το σώμα του άλλου και πάλι σε μια χαλαρή ατμόσφαιρα συνταξιοδότησης. Δηλαδή εάν μπορούν να συμπαρασταθούν ο ένας στον άλλον όταν πέρασαν χρόνια ολόκληρα επιβίωσης μακριά ο ένας από τον άλλον. Η συνταξιοδότηση μπορεί να κάνει τον πρώην εργαζόμενο να νιώθει άχρηστος και η απώλεια του αυτοσεβασμού που συμβαδίζει με την απώλεια του ρόλου στην ζωή μπορεί να προξενήσει προβλήματα.

### Νοητική ή σωματική κόπωση

Οι παλιοί εραστές μπορεί να κουραστούνε εύκολα, αλλά να έχουν περισσότερο χρόνο να κάνουν έρωτα όταν νιώθουν την ανάγκη, εάν μπορούν να χαλαρώσουν και εάν έχουν το δικό τους χώρο. Η ποσότητα ενέργειας που χρησιμοποιείται, στην σεξουαλική τους σχέση συχνά ξεπερνιέται. Όμως το κύριο πρόβλημα επιβίωσης μπορεί να εμπλακεί στους ηλικιωμένους και να συνεισφέρει στην παύση της σεξουαλικής τους ζωής.

### Παράδοση στο φαγητό και στο ποτό



Από πρακτική άποψη είναι σημαντικό οι ηλικιωμένοι να γνωρίζουν αυτό το πρόβλημα. Στους ηλικιωμένους η αποτυχία της σεξουαλικής επαφής μπορεί να συνδυάζεται με την παράδοση στο φαγητό και στο ποτό και τη λανθασμένη αντίληψη για τη σεξουαλικότητα και να οδηγήσει το ηλικιωμένο ζευγάρι να σκεφτεί ότι το σώμα τους δεν είναι πλέον ικανό να δώσει ευχαρίστηση γι' αυτό παραιτούνται και οι δύο ολοκληρωτικά.

### Φόβοι πτώσης της όλης ανεπάρκειας

Η αποτυχία της εκτέλεσης είναι ιδιαίτερο πρόβλημα στους άνδρες. Ακόμη και αν έχει ένα υποστηρικτικό σύντροφο που ενδιαφέρεται για τη διατήρηση μιας ενεργούς σεξουαλικής ζωής και ενθαρρύνεται από αυτή να πάει στο γιατρό για το πρόβλημα του, μπορεί να φοβηθεί για τυχόν έλλειψη συμπάθειας και ανταπόκρισης. Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τις θεραπευτικές αγωγές που όμως μπορεί να οδηγήσουν σε ανικανότητα και άλλες σεξουαλικά προβλήματα οποιασδήποτε ηλικίας.

### 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 μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, υπάρχουν άνδρες με νεότερες συντρόφους που θα ήθελαν να αποκτήσουν παιδί. 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 κνησμόδες 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.

## 8) ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

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, 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 ακτινολογικώς. 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.

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 αδρανείας (ακινησίας) (Εικόνα 19).

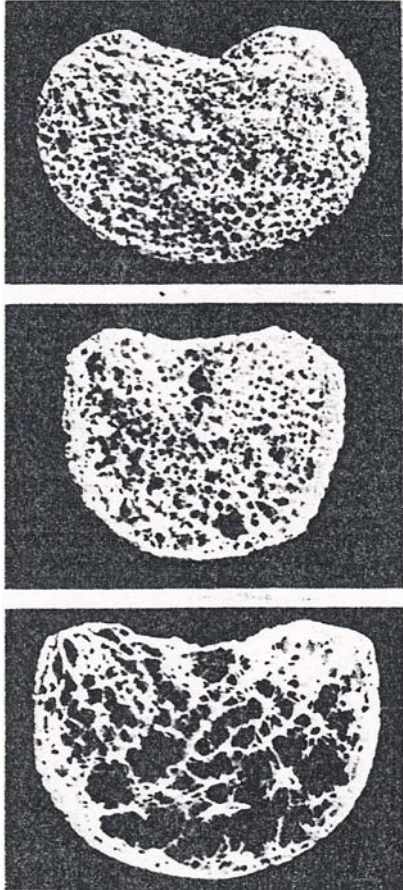
Με βάση την ακτινολογική εικόνα δεν πρέπει να γίνεται σύγχυση με άλλες καταστάσεις στις οποίες παρατηρείται απώλεια οστικού ιστού. Τέτοιες είναι οι οστεολυτικές καρκινικές μεταστάσεις, το πολλαπλούν μυέλωμα, η ινώδης οστίτις, η οστεομαλάκυνση κα.

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 απωλείας 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 μακροχρόνια χρήση ορθοπεδικής ζώνης επιτείνει την οστική ατροφία των σπονδύλων.

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

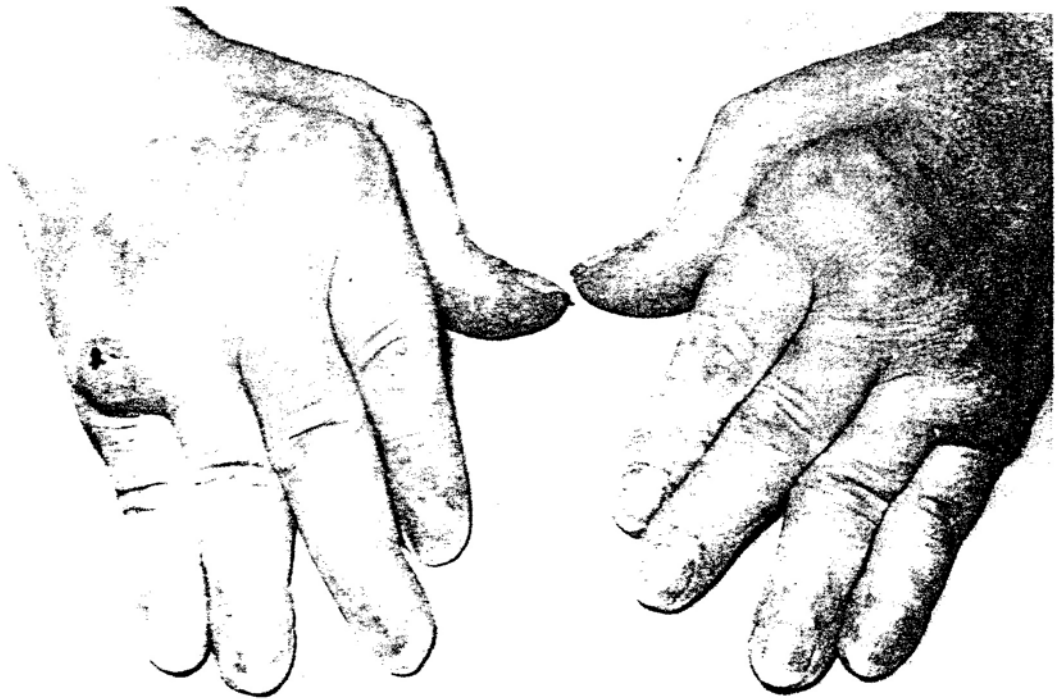
Η διατροφή του ηλικιωμένου οστεοπορωτικού πρέπει να περιλαμβάνει 1/2 λίτρο γάλα (0,6 gr ασβεστίου) ή 100 gr τυρί (1 gr Ca/ 100gr). Η φέτα έχει δέκα φορές λιγότερο ασβέστιο από τα σκληρά τυριά, ενώ η μυζήθρα έχει ελάχιστο.

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.



**Εικόνα 19. Η εξέλιξη της οστεοπόρωσης στο σπονδυλικό σώμα (σώμα σπονδύλου σε εγκάρσια διατομή)**

- α) Φυσιολογική σπογγώδης ουσία
- β) Αργόμενη οστική ατροφία



**Εικόνα 20α:** Τυπική εμφάνιση άκρων χεριών- δακτύλων (παραμόρφωση) σε ρευματοειδή αρθρίτιδα.



## ΣΤ ) ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

### 1) ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΩΣΕΩΝ (ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ)

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 διδύμους ήταν καλός και κοινωνικός, ο δεύτερος όμως ήταν ιδιότροπος και μνησίκακος. 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, ψυχοπαθολογικώς ή κληρονομικοβιολογικώς 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.

## **2) ΜΟΝΑΞΙΑ – ΜΑΡΑΣΜΟΣ – ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

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 δυσaréσκεια 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, κεφαλγίες 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 αναβίωσαν 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.

### **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 χρονιότητα.

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 νοσηλευτή - ηλικιωμένου.

### **3) 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.

### **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

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.

### **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<sup>η</sup> 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.

### Η 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 νοσηλεύονταν 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 ανήσυχο 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.



# ***B´ ΜΕΡΟΣ***

## **A) ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ**

### **1) ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Όπως είναι γνωστό, για να μελετηθεί ένα βιοκοινωνικό φαινόμενο, όπως είναι το γήρας, πρέπει να εντοπισθεί μια σειρά περιγραφικών χαρακτηριστικών, όπως η δημογραφία του φαινομένου, ο επιπολασμός του, η ένταση με την οποία κληρονομούμενοι ή εξωγενείς παράγοντες υπεισέρχονται στη διαμόρφωση του φαινομένου κλπ.

Οι σύγχρονες κοινωνίες των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) αντιμετωπίζουν ένα προοδευτικά οξυνόμενο πρόβλημα, αυτό, δηλαδή, της

ανατροπής της παραδοσιακής αναλογίας γερόντων προς νέους. Ενώ στις αρχές του προηγούμενου αιώνα η συμμετοχή των ηλικιωμένων στην καθ' ηλικία σύνθεση του πληθυσμού δεν ξεπερνούσε το 2,5%, προοδευτικά η ομάδα των ηλικιωμένων διογκώθηκε, ούτως ώστε στη Γαλλία π.χ. ο πληθυσμός που είναι πάνω των 65 ετών αντιπροσωπεύει σχεδόν ήδη το 14% του γαλλικού πληθυσμού. Η ανατροπή αυτή επίσης ισχυρή - παρά το γεγονός ότι ο πληθυσμός των ομάδων μικρών ηλικιών επίσης αυξάνεται - οφείλεται στο γεγονός ότι η αύξηση των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερη από την αύξηση του πληθυσμού των ομάδων νεαρών ηλικιών. Βρισκόμαστε, δηλαδή, μπροστά σε μια πληθυσμιακή ανακατανομή με όλα τα οικολογικά και κοινωνικό - οικονομικά επακόλουθα που συνεπάγεται το φαινόμενο αυτό. Η πληθυσμιακή έκρηξη είναι τόσο περισσότερο έκδηλη, όσο περισσότερο αναπτυγμένη είναι η χώρα της Ε.Ε. για την οποία μελετάται.

Έτσι, ενώ στην Σουηδία πριν από 70 χρόνια 40 άτομα στα 1.000 είχαν ηλικία άνω των 60 χρόνων, σήμερα η ηλικιωμένοι είναι 170 στους 1.000. Το φαινόμενο αυτό πρέπει να ερμηνευτεί από τη βελτίωση των χωροβιολογικών συνθηκών διαβίωσης, την δραστική μείωση του επιπολασμού των λοιμώξεων και την βελτίωση των συστημάτων υγείας. Όσο βελτιώνονται οι συνθήκες διαβίωσης, τόσο επιμηκύνεται η ζωή. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η καμπύλη που εκφράζει τη σχέση της θνησιμότητας με την ηλικία μετατοπίζεται προς τα δεξιά, δηλαδή το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται για κάθε ομάδα ηλικιών ή αντίθετα, η πιθανότητα θανάτου μειώνεται. Η αύξηση της μακροβιότητας δεν μπορεί όμως να συνεχισθεί επ' άπειρον, επειδή δεν μπορεί να υπερσκελισθεί ο γενετικά προκαθορισμένος φραγμός του ορίου της ζωής. Το ότι αυξήθηκε το προσδόκιμο επιβίωσης σημαίνει απλά ότι η βελτίωση των χωροβιολογικών συνθηκών απέληξε στην καλύτερη εκμετάλλευση των βιολογικών εφεδρειών του ανθρώπου.

Στις πολύ μεγάλες ηλικίες το προσδόκιμο επιβίωσης δεν έχει πάντως αλλάξει. Η παρατηρούμενη αύξηση της μακροβιότητας σημαίνει ότι τώρα περισσότεροι άνθρωποι στις χώρες της Ε.Ε. πλησιάζουν στις μεγάλες ηλικίες.

Δεν έχει επιτευχθεί προς το παρόν επιμήκυνση του χρόνου ζωής. Οι θάνατοι εκ γήρατος κατά μέσο όρο εξακολουθούν να επισυμβαίνουν στην ηλικία των 76 ετών.

### **Η γήρανση του πληθυσμού στις χώρες της Ε.Ε.**

Το φαινόμενο της ανακατανομής της καθ' ηλικία συνθέσεως του πληθυσμού δεν ερμηνεύεται μόνο από την αύξηση της μακροβιότητας των ανθρώπων, αλλά αποκαλύπτει επιπλέον ένα παράλληλο, ανησυχητικό φαινόμενο, τη μείωση των δεικτών γεννητικότητας. Η αιτιολογία της μεταβολής των δεικτών θνησιμότητας πρέπει να αναζητηθεί στις κοινωνικό - οικονομικές μεταμορφώσεις των ομάδων πληθυσμού, στις μεταβολές των ηθών και στη χαλάρωση των εθιμικών κανόνων. Ο συνδυασμός της μείωσης της γενικής θνησιμότητας και της μείωσης της γεννητικότητας συνεπάγεται την αύξηση της κοινωνικής ηλικίας των πληθυσμιακών ομάδων, που εμφανίζονται προοδευτικά γηραιότερες.

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που επισημαίνεται σε όλες τις χώρες της Ε.Ε. και συνδέεται αναπόδραστα με την κοινωνικό - οικονομική εξέλιξη της κάθε χώρας χωριστά. Πραγματικά, όσο πιο αναπτυγμένη είναι μια χώρα, τόσο πιο μεγάλη είναι η κοινωνική της ηλικία, δηλαδή τόσο πιο μεγάλος είναι ο μέσος όρος ηλικίας των μελών της.

Το ζήτημα της γηράνσεως των πληθυσμών είναι εξαιρετικά περίπλοκο. Για περιγραφικούς αλλά και αναλυτικούς λόγους η γήρανση των πληθυσμών μπορεί να διακριθεί:

- (α) Σε καθολική γήρανση, όταν όλα τα άτομα ενός πληθυσμού είναι γηραιότερα συγκριτικά με τον πληθυσμό αναφοράς.
- (β) Σε γήρανση κατά την κορυφή της πυραμίδας, όταν η αναλογία των υπερηλίκων αυξάνει και,

(γ) Σε γήρανση κατά τη βάση της πυραμίδας, όταν η αναλογία των νεαρών ατόμων μειώνεται.

Με τη διάκριση αυτή στο νου, οι πληθυσμοί της γης μπορούν να διακριθούν στις 4 παρακάτω κατηγορίες:

1. Νεαροί πληθυσμοί, με άτομα μεγαλύτερα των 65 χρόνων λιγότερα του 4% του συνολικού πληθυσμού. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται οι περισσότεροι πληθυσμοί της γης, όπως της Ασίας και της Αφρικής.
2. Ωριμοί πληθυσμοί, στους οποίους το ανώτερο ποσοστό υπερηλίκων κυμαίνεται μεταξύ 4 - 7%. Στους πληθυσμούς αυτούς περιλαμβάνονται: το Περού, της Ιαπωνίας, της Ελλάδας, της Γιουγκοσλαβίας, της Πορτογαλίας και της Ρωσίας.
3. Γηρασμένοι πληθυσμοί, στους οποίους το ποσοστό των γερόντων υπερβαίνει το 7%, είναι όμως μικρότερο του 10%. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται οι οικονομικά προηγμένες χώρες, όπως ο Καναδάς, οι ΗΠΑ και η Αυστραλία. Το πρόβλημα στις χώρες αυτές δεν είναι τόσο έντονο, όσο είναι στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, διότι το αποτέλεσμα από την πτώση της γεννητικότητας αντιρροπείται λόγω της μεταναστεύσεως νεαρών ατόμων από την Ευρώπη. Επιπλέον, η πρόβλεψη για το μέλλον βελτιώθηκε επειδή οι δείκτες γεννητικότητας έχουν αυξηθεί σημαντικά στην Αυστραλία και στις ΗΠΑ. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται και μερικές χώρες της Δυτικής Ευρώπης επειδή οι δείκτες γεννητικότητας έχουν διατηρηθεί σχετικά υψηλοί, όπως π.χ. η Δανία, η Ολλανδία, η Ιταλία και η Ισπανία.
4. Πολύ γερασμένοι πληθυσμοί, στους οποίους το ποσοστό των γερόντων υπερβαίνει το 10% του συνολικού πληθυσμού. Στην ομάδα αυτή περιλαμβάνονται οι χώρες της Δυτικής Ευρώπης, στις οποίες η γεννητικότητα παρέμεινε χαμηλή ή σε μερικές περιπτώσεις, στη γήρανση του πληθυσμού συνέβαλε η μετανάστευση νεαρών ατόμων.

Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Αναπτύξεως εκπόνησε συστηματικές μελέτες επί των δημογραφικών τάσεων της ηλικιακής δομής των



πληθυσμών μερικών ευρωπαϊκών χωρών. Ο δείκτης γηράνσεως (δηλαδή το εκατοστιαίο ποσοστό των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών) υπολογίσθηκε για μερικές χώρες της Ευρώπης. Μεταξύ των χωρών αυτών συγκαταλέγονται η Γερμανία με δείκτη γηράνσεως 17,6%, η Αυστρία με 15,9%, η Σουηδία με 14,8%, η Αγγλία με 13,9%, η Γαλλία με 13,7% και η Νορβηγία με 12,4%.

Στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. η αναλογία γηραιών γυναικών είναι μεγαλύτερη από την αναλογία γηραιών ανδρών. Η σημερινή εικόνα που παρουσιάζουν οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες είναι πολύ ενδιαφέρουσα: υπολογίζεται ότι σε κάθε άνδρα ηλικίας 80 ετών αντιστοιχούν δύο περίπου γυναίκες, ενώ η αναλογία ανδρών - γυναικών στα άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών είναι 1 προς 3.

Στις περισσότερες χώρες που το πρόβλημα της γηράνσεως του πληθυσμού έχει γίνει οξύ, η διεργασία της γηράνσεως θα συνεχισθεί. Θεωρητικά, η γεννητικότητα, η μετανάστευση και η θνησιμότητα παριστάνουν τους κυριότερους δείκτες, που καθορίζουν την ηλικιακή ποιότητα των πληθυσμών.

## **B) ΣΤΟΧΟΙ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΩΝ - ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ Ε.Ε.**

### **1) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΖΩΗΣ**

#### **A) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ (ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ)**

Είναι απόλυτα γνωστό ότι σε όλα τα Κράτη - Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει καθιερωθεί το σύστημα αυτόματης συνταξιοδότησης των ατόμων που κάλυψαν το προβλεπόμενο από την ειδική νομοθεσία όρια ηλικίας ή χρόνια υπηρεσίας.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί κάθε άτομο γηράσκει σε διαφορετικό από τη γέννησή του χρόνο. Η κοινωνία όμως αγνοεί αυτή την επιστημονική αλήθεια. Το συνταξιοδοτικό σύστημα των ευρωπαϊκών χωρών για ορισμένους ηλικιωμένους αποτελεί πανάκεια και λύτρωση από την συσσωρευμένη κούραση τόσων χρόνων εργασίας. Για τους περισσότερους όμως, η αναγκαστική αποχώρηση από την εργασία, προσκρούει στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων αυτών και κυρίως των ατόμων που ζουν στο σμικρυσμένο "ζωτικό χώρο" του μικρού διαμερίσματος της μεγαλούπολης, που φαίνεται ότι παίζει κάποιο ρόλο, με το άγνωστο, απρόσωπο περιβάλλον.

Είναι αναμφισβήτητα φοβερό, τη μια μέρα να είναι κανείς στο περιβάλλον του απαραίτητος, να ζητιέται η γνώμη του από τους συναδέλφους και συνεργάτες του και ξαφνικά από την άλλη μέρα να έχει αντικατασταθεί από άλλον και αυτός να βρίσκεται σε μια νέα τόσο σκληρή πραγματικότητα, στο περιθώριο της ζωής.

Σύμφωνα με μια στατιστική του Roth (1962) στην Αγγλία, ενώ στο τέλος του περασμένου αιώνα είχαν απασχολήσει πάνω από τα 66% του όλου αριθμού των ηλικιωμένων, στο τέλος του 20ου αιώνα το ποσοστό έφθασε μόνο το 43%.

Η ανακούφιση από τη σκληρή πραγματικότητα του παρόντος, οδηγεί το συνταξιούχο - ηλικιωμένο - στην αναπόληση του παρελθόντος, κατάσταση που τον αποσύρει σε ψυχολογική απομόνωση. Πολύ συχνά όμως εμφανίζονται και οι τόσο γνωστές πένθιμες σκέψεις "πέρασαν τα νιάτα", "τώρα τελείωσαν για μένα όλα" κ.α., που θολώνουν το νου και εξουθενώνουν τον άνθρωπο.

Αποτελεί σήμερα πραγματικότητα το γεγονός ότι ζουν άτομα μετά τη συνταξιοδότησή τους τόσα χρόνια, όσα εργάστηκαν μέχρι τη θεμελίωση αυτού του δικαιώματος και αυτό γιατί ο μέσος όρος ζωής ολοένα και αυξάνεται. Παρόλα αυτά η εργασιακή απασχόληση των υπερηλίκων είναι μάλλον αδύνατη τη στιγμή που το ποσοστό ανεργίας των νέων ατόμων συνεχώς διογκώνεται.

Όπως, όμως τα άτομα των άλλων ηλικιών έτσι και οι υπερηλικές έχουν ανάγκη να αισθάνονται ότι δεν είναι άχρηστοι. Το αίσθημα αυτό βρίσκει την ικανοποίησή του στην απασχόληση και στην ανάπτυξη ενδιαφέροντος ερασιτεχνικής απασχόλησης (hobby). Επίσης, η ενεργός συμμετοχή τους σε δραστηριότητες επαγγελματικών, πολιτιστικών και φιλανθρωπικών συλλόγων, προγράμματα που και τα κράτη - μέλη της Ε.Ε. οργανώνουν και συμβάλλουν ώστε τα άτομα μετά τη συνταξιοδότηση να μην πέσουν στην ατέρμονη ανία και στην αβάσταχτη μελαγχολία.

Η προετοιμασία του ατόμου για να αντικρούσει τη συνταξιοδότηση πρέπει να αρχίζει από τη βασική εκπαίδευση και να ενισχυθεί ιδιαίτερα, όταν περνάει την κρίση της μέσης ηλικίας, ώστε να βγει δυναμωμένο και ανανεωμένο για μια καινούρια ζωή σε σφαίρες κυρίως πνευματικές. Ακόμη πολλοί υπερηλικές, μετά την περιθωριοποίησή τους, χάνουν σε κάποιο βαθμό και την οικονομική τους ανεξαρτησία. Κατά συνέπεια περιορίζουν τις απαιτήσεις και τις ικανοποιήσεις τους από τη ζωή και έτσι τραυματίζονται ψυχικά. Βέβαια, υπάρχει και ένα άλλο ποσοστό υπερηλίκων που φθάνουν στη σύνταξη με αρκετή οικονομική άνεση για να ζήσουν, έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τη νέα φάση της ζωής τους στην οποία βρίσκουν έντονα

ενδιαφέροντα που τους ίδιους γεμίζουν ικανοποίηση αλλά και την κοινωνία επηρεάζουν θετικά.

Παράλληλα με τη συνταξιοδότηση η απελευθέρωση από τη σκλαβιά του ωραρίου, της καθημερινής εργασίας, με τα δυσβάσταχτα μερικές φορές βάρη και ευθύνες, τους δίνει το αίσθημα της άνεσης και τους ανοίγει ορίζοντες κοινωνικών δραστηριοτήτων και πολύτιμης κοινωνικής προσφοράς που με την εργασία δεν μπόρεσαν να αναπτύξουν.

Ο Atchley (1975) περιγράφει επτά φάσεις που περνάει το άτομο που συνταξιοδοτείται. Αυτές είναι:

1. Η απομακρυσμένη φάση: Στην αρχή της επαγγελματικής σταδιοδρομίας το άτομο διαπιστώνει πως κάποτε θα συνταξιοδοτηθεί. Πολύ σπανίως όμως αρχίζει, από τη φάση αυτή και η ανάλογη προετοιμασία για τη συνταξιοδότηση.
2. Η εγγύς φάση: όταν πλησιάζει η συνταξιοδότηση ο υποψήφιος συνταξιούχος αρχίζει να προετοιμάζεται για την απομάκρυνση από την εργασία. Ταυτόχρονα, με την φαντασία του, οραματίζεται το ρόλο του σαν συνταξιούχος.
3. Η φάση του μήνα του μέλιτος: Αμέσως μετά τη συνταξιοδότηση αρχίζει η περίοδος της ευφορίας. Το άτομο πιστεύει πως θα απολαύσει αυτά που ονειρεύτηκε στην προηγούμενη φάση. Συνταξιούχος τώρα, προσπαθεί να κάνει αυτό που δεν μπόρεσε ποτέ να κάνει. Διάφοροι όμως παράγοντες (οικονομικοί, υγείας, κα) δεν του επιτρέπουν να τα πραγματοποιήσει και οδηγείται σε ένα μονότονο τρόπο ζωής.
4. Η φάση της αφύπνισης: Όσο προχωρούν τα χρόνια το ηθικό του συνταξιούχου μειώνεται και γίνεται εμφανής η κατάθλιψη. Ο βαθμός της κατάθλιψης έχει άμεση σχέση με το πόσο εξωπραγματικά ονειρεύτηκε τη ζωή του συνταξιούχου.
5. Η φάση του επαναπροσανατολισμού: Καθώς το άτομο αναζητάει στη ζωή υλοποιήσιμους τρόπους ικανοποίησης, ανακαλύπτει τρόπους ζωής που του προσφέρουν ικανοποίηση, ο βαθμός της οποίας ποικίλλει.

6. Η φάση της σταθερότητας: Το άτομο κατανόησε το ρόλο του σαν συνταξιούχος. Αυτό του προσφέρει τη βάση για να αναπτύξει νέα ενδιαφέροντα στη ζωή. Μερικοί φθάνουν σ' αυτή τη φάση απευθείας από τη φάση του μήνα του μέλιτος και μερικοί δεν τη φθάνουν ποτέ.
7. Η φάση του τέλους: Στη φάση αυτή το άτομο είναι δυνατόν είτε να αναπτύξει καινούργιο ρόλο με νέα εργασιακή απασχόληση, είτε από μια αρρώστια ή αναπηρία να γίνει εξαρτημένο από το άμεσο περιβάλλον.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη διάρκεια της κάθε φάσης που περνά το άτομο που συνταξιοδοτείται είναι ουσιαστικότερες! Πρέπει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι όλοι οι συνταξιούχοι δεν είναι υποχρεωτικό να περάσουν όλες τις παραπάνω φάσεις.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ανακαλύπτει πως προσωπικά τοποθετείται προς τη συνταξιοδότηση. Τη βλέπει σαν νέα περίοδος της ζωής με νέες και ενδιαφέρουσες προκλήσεις, ή τη βλέπει σαν περίοδο μοναξιάς, εξάρτησης, απομόνωσης, κατάθλιψης... Η περίοδος πάντως, της συνταξιοδότησης, όταν βρει τα άτομα μέσα στους στενούς δεσμούς της οικογένειας, αναμφισβήτητα εμφανίζεται με λιγότερα ή και καθόλου ψυχοβιολογικά προβλήματα.

Μέγιστο, τέλος, πρόβλημα της τρίτης ηλικίας αποτελεί η χαμηλόμισθη συνταξιοδότηση που χορηγείται σχεδόν σε όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες της Ε.Ε. Στην πλειοψηφία τους οι ηλικιωμένοι μιλάνε για "συντάξεις πείνας". Αυτό το σύστημα ισχύει σε διάφορες χώρες όπως η Ισπανία, η Ελλάδα, η Πορτογαλία κ.α. Από τη μεριά των Κρατών γίνονται προσπάθειες, ούτως ώστε να μειωθεί η έκταση του προβλήματος και να αυξηθούν οι μηνιαίες χορηγήσεις των ηλικιωμένων. Παρόλα αυτά, το πρόβλημα δεν παύει να υπάρχει, μια και σε πολλές περιπτώσεις η μηνιαία σύνταξη δεν φθάνει για την αγορά των φαρμάκων, αλλά και των απαραίτητων αγαθών ως προς το ζην!

## **B) ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ**

Οι αντιλήψεις για τους ηλικιωμένους σε όλο τον κόσμο έχουν κληρονομηθεί από δυο αντίθετες διαμετρικά απόψεις.

Μια άποψη είναι η Κλασσική Ελληνική, κατά την οποία η υπερηλικίωση είναι μια αμείωτη δυστυχία και, όταν η περίοδος της άνοιξης της ζωής περάσει, τότε η πραγματικότητα του θανάτου είναι προτιμότερη από την πραγματικότητα της ζωής. Η αντίληψη όμως αυτή δεν απέβαλε το σεβασμό στο γήρας το οποίο χαρακτηριζόταν όχι απλώς σαν ηθικό χρέος, αλλά και σαν η κυριότερη απόδειξη του ευγενούς και αγαθού ανθρώπου. Στην αρχαία Ελλάδα το συμβουλευτικό σώμα της Πυθίας αποτελούσαν επτά σοφοί γέροντες, στη δε Σπάρτη η Γεροντοκρατία ήταν απόλυτη.

Η άλλη είναι η άποψη της Ανατολής. Γι' αυτούς η μεγάλη ηλικία είναι η κορυφή της ζωής, δίνει αξία και γόητρο στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Η τοποθέτηση του ηλικιωμένου στις περισσότερες κοινωνίες, είναι μάλλον απόρροια των απόψεων της Κλασσικής Ελληνικής φιλοσοφίας. Οι άνθρωποι σήμερα δίνουν προβάδισμα στην νεότητα και φοβούνται το γήρας, αφού αυτό οδηγεί στην απώλεια της αξιοπρέπειάς τους.

Η έμφαση στη νεότητα, καρπός παλαιότερων χρόνων, κατά τους οποίους η νεότητα και η δύναμη ήταν διακριτικά πλεονεκτήματα, έχει εμποδίσει την ανθρωπότητα να υιοθετήσει μια λογική στάση προς το γήρας. Σήμερα ο άνθρωπος μάχεται ενάντια στις ρυτίδες και απελπίζεται μπροστά σε κάθε λευκή τρίχα των μαλλιών του.

Το γήρας παρουσιάζει μερικά από τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών μειονοτήτων. Ένδειξη της θέσης αυτής των ηλικιωμένων είναι:

1. Ότι η κοινωνία επιλαμβάνεται των προβλημάτων του γήρατος με τη βοήθεια οργανισμών και φιλανθρωπικών οργανώσεων και
2. Ότι οι υπερήλικες αποτελούν κοινωνικό πρόβλημα.

Σαν καθολικό επίσης φαινόμενο πρέπει να σημειωθεί ότι η τοποθέτηση των ηλικιωμένων στην κοινωνία - χωρίς αυτό βέβαια να είναι απόλυτο - επηρεάζεται από την τεχνολογική πρόοδο της χώρας. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες της Ε.Ε. οι ηλικιωμένοι - άνδρες και γυναίκες -

αναγνωρίζονται και εκτιμούνται ως αρχηγοί. Θεωρούνται πηγή των γνώσεων και της σοφίας. Στην πλειονότητα των βιομηχανικών χωρών μελών της Ε.Ε. από το άλλο μέρος, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται απώλεια, ανεπάρκεια, δυσλειτουργία και ανικανότητα.

Από αρχαιοτάτων χρόνων η ανθρωπότητα καταβάλλει προσπάθεια για να βρει τρόπους να παρατείνει τη ζωή του ανθρώπου. Σήμερα, που ο άνθρωπος βρίσκεται μπροστά σε αυτό το επίτευγμα, καλείται να αγωνισθεί για να προσφέρει και δημιουργικότητα στα χρόνια της ζωής που του απομένουν. Δεν είναι λοιπόν χωρίς βάση η επιτακτική ανάγκη που δημιουργήθηκε σήμερα, καθώς ο καιρός περνάει και αυξάνεται ο αριθμός των υπερηλίκων, να αναπτυχθεί παράλληλα με τη στοργική φροντίδα και το αμέριστο ενδιαφέρον της οικογένειας, η οποία αποτελεί το φυσικό περιβάλλον του ηλικιωμένου ατόμου, και ανάλογο ενδιαφέρον από την κοινότητα και ολόκληρο το έθνος. Το ενδιαφέρον αυτό θα βοηθήσει να προφυλαχθεί ο υπερήλικας από τα ατυχήματα, τις αρρώστιες, την απραξία, το "γήρας νόσος", την κατάθλιψη, το άγχος, την απογοήτευση και πάνω από όλα τη μοναξιά, ή να του προσφέρουμε το υποκατάστατο της οικογένειας. Επίσης το κοινωνικό ενδιαφέρον, θα αντικαταστήσει, σε κάποιο βαθμό την οικογένεια, όταν αυτή δεν υπάρχει ή δεν μπορεί να προσφερθεί στον υπερήλικα και, τέλος θα του δώσει τη θέση που του ανήκει μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

Φαίνεται πως το ανθρώπινο πνεύμα δεν είναι καλά προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τη νίκη αυτή της μεγάλης ηλικίας. Τελικά η παράταση της ζωής παραμένει σε πολλές περιπτώσεις "δώρον άδωρον" καθώς οι νικητές μπορούν να την υποφέρουν μόνο κάτω από το κάλυμμα των φαρμάκων, εφόσον δεν είναι σε θέση να δώσουν νόημα και ομορφιά μέσα στις δυνατότητες της εποχής. Έτσι για τους περισσότερους, η ενηλικίωση σημαίνει περίοδο καρτερίας και όχι απόλαυσης.

Τα τελευταία χρόνια, εμφανίζεται σε όλα τα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η ίδρυση και η ταχεία ανάπτυξη επιτροπών, συμβουλίων, Ιδρυμάτων, κλπ. Με σκοπό τη βοήθεια της τόσο συμπαθητικής

αλλά και πολύ ευαίσθητης “τρίτης ηλικίας” προκειμένου τα ώριμα χρόνια της ζωής να είναι ευτυχισμένα και γεμάτα δραστηριότητες. Πρέπει να υπογραμμισθεί πως η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα αν ζουν στις αναπτυσσόμενες ή ανεπτυγμένες χώρες - μέλη, στην οικογένειας ή σε κάποιο ίδρυμα είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών. Συνήθως, τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο φτωχά, μειονεκτούν σε σχέση με τα άτομα άλλων ηλικιών στη σύγχρονη κοινωνία. Αυτό όμως αποτελεί αδικία γι’ αυτούς που όπως γράφει ο Καλλίνικος ”...εκόπιασαν, εμόχθησαν, ιδρωσαν, επόνεσαν, εξαντλήθηκαν δια την ανάπτυξίν μας...”

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, τώρα πια αντικαταστάθηκαν από τις σύγχρονες, από τις οποίες αποκλείονται οι γέροντες γονείς.

Ο ηλικιωμένος πληθυσμός, ο “γκρίζος” πληθυσμός, όπως χαρακτηρίζεται, αισθάνεται κοινωνικά αλλοτριωμένος και εύκολο το συναίσθημα αυτό μετά από τις μεγάλες αλλαγές και τα αλματώδη βήματα της τεχνολογίας που έγιναν στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες Ευρωπαϊκές χώρες.

Το σύγχρονο Κοινωνικό Περιβάλλον δεν είναι ευνοϊκό για τους ηλικιωμένους. Οι γέροντες δεν έχουν να αντιμετωπίσουν μόνο τη μείωση των σωματικών και ψυχικών τους εφεδρειών, που είναι αποτέλεσμα των εκφυλιστικών οργανικών διεργασιών, ούτε μόνο την ευκαιριακή επίταση διαφόρων παθογόνων παραγόντων, που δρουν σε ένα οργανισμό μειωμένης αντίστασης έχουν να αντιμετωπίσουν την κοινωνική εγκατάλειψη.

Στα πλαίσια των τροποποιήσεων του Κοινωνικοοικονομικού Περιβάλλοντος αναπτύσσονται παράγοντες που καθιστούν την επιβίωση του



ανθρώπου επισφαλή. Τα ήθη και τα έθιμα π.χ. πίσω από τα οποία υπήρχε η σκοπιμότητα της ατομικής, εθνικής, θρησκευτικής κλπ. Επιβίωσης έχουν ήδη αρχίσει να αμβλύνονται. Οι κατοικίες προοδευτικά γίνονται ανθυγιεινές και επιβάλλουν συνθήκες απάνθρωπης διαβίωσης, οι πατρικές κατοικίες δεν επαρκούν για τη συγκατοίκηση των απογόνων οι οποίοι μεταστεγάζονται. Εγκαταλείπουν, έτσι, τους γονείς τους, οι οποίοι υποχρεώνονται σε μοναχική διαβίωση. Τα παιδιά πολύ συχνά μετοικούν όχι μόνο σε άλλη περιοχή της πόλεως αλλά και σε άλλη πόλη και κάποτε σε άλλη χώρα. Οι συναντήσεις μεταξύ των μελών είναι πλέον προβληματικές και σπάνιες.

Η εισαγωγή των μορφών της πλήρους Κοινωνικής ασφαλίσεως έχει επικριθεί ότι επιφέρει άμβλυνση της οικογενειακής ευθύνης για την φροντίδα των υπερηλίκων. Η εκβιομηχάνιση της κοινωνίας απομόνωσε τους ανθρώπους και μάλιστα τα μέλη της ίδιας οικογένειας. Οι ηλικιωμένοι, περισσότερο δυσκίνητοι, υποχρεώθηκαν να ζουν μόνοι τους. Υπολογίζεται ότι στην Αγγλία το 65% των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών ζουν μόνοι τους, ενώ ένα παρόμοιο ποσοστό δεν έχουν συγγενείς, στη βοήθεια των οποίων να μπορούν να βασίζονται την επίλυση των προβλημάτων τους ή των δυσχερειών του. Και είναι γεγονός ότι πάνω από τα 2/3 των νοσοκομειακών κλινών που καταλαμβάνονται από άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών, διατίθενται σε υπερήλικα άτομα χωρίς οικογενειακή υποστήριξη.

## 2) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΣΤΕΓΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:

### Στεγαστική Πολιτική

Ένα παλιό Κινέζικο ρητό λει “ 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 λει 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 παράξενοι και σε τόνο και σε τρόπο. Στην πραγματικότητα δεν νιώθετε σαν το σπίτι σας. Τα σαφώς γνωστά εξυπηρετούν μόνο για 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 μπορείς να νιώθεις όταν ζεις σε μία κοινωνία που δεν έχει 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 σκανε, 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 θωρούν τη διαμονή τους στο ίδρυμα ευχάριστη (όσο μπορεί να γίνει αυτό).

### **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.

### **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 ικανότητές 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 αλλάξουν. 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.

### **3) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΦΡΟΝΤΙΑΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

## **A) ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Η κεντρική λειτουργική μονάδα μιας άρτιας αναπτυγμένης γηριατρικής υπηρεσίας είναι η νοσηλεύτρια που ασχολείται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επισκέπτεται τους ηλικιωμένους στα σπίτια τους, κατά συχνά χρονικά διαστήματα και διαπιστώνει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, καταγράφει τις ανάγκες τους, επισημαίνει τις επιδεινώσεις των χρόνιων παθολογικών προβλημάτων τους και κινητοποιεί άλλες υπηρεσίες, όπως την ιατρική ή την κοινωνική, εφόσον υπάρχει ανάγκη. Συζητάει τα προβλήματα με τα άτομα της οικογένειας ή τους εθελοντές που έχουν αναλάβει τη φροντίδα των γερόντων και υποδεικνύει λύσεις σε μεγάλη σειρά καθημερινών προβλημάτων. Επαναπροσδιορίζει το επίπεδο παροχής βοήθειας, αφού προηγουμένως διαπιστώσει την επάρκεια ή μη της ήδη παρεχόμενης βοήθειας. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ανακύπτουν, η νοσηλεύτρια υποδεικνύει τις υπηρεσίες, των οποίων ο ηλικιωμένος και οι συγγενείς του μπορούν να κάνουν χρήση.

Σε κάθε επίσκεψη ηλικιωμένου ασθενούς, η νοσηλεύτρια πρέπει να συμπληρώνει δυο ομάδες συγκεκριμένων ερωτημάτων, που έχουν ομαδοποιηθεί στα υποδείγματα που υπάρχουν στον πίνακα 4 και 5. Η πρώτη ομάδα αφορά ερωτήματα αναγκαία για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και η άλλη για την εκτίμηση της υγιεινής τους καταστάσεως. Μετά την Νοσηλεύτρια είναι ο γιατρός (Γηρύατρος) που ασχολείται αποκλειστικά με τα προβλήματα του γήρατος. Επισκέπτεται τους ηλικιωμένους στο σπίτι τους και σε συνεργασία με την Νοσηλεύτρια ή άλλο Κοινωνικό Λειτουργό προσδιορίζει την κοινωνική, ψυχική και φυσική κατάσταση του ηλικιωμένου.

Είναι γνωστό ότι ο ειδικός γιατρός πρέπει να συνεργάζεται με τον ειδικό γιατρό (τον γηρύατρο) και στο σπίτι του ηλικιωμένου και στο ίδρυμα που θα μεταφερθεί για αντιμετώπιση οξέος γεγονότος. Αυτό γιατί έχει εξακριβωθεί ότι οι γενικοί γιατροί ενδιαφέρονται μόνο για το διαγνωστικό πρόβλημα του



ασθενούς, δεν το συνδυάζουν και δεν το ιεραρχούν σύμφωνα με τις βιολογικές ανάγκες του ηλικιωμένου.

Το σύστημα αυτό της κατ' οίκον νοσηλείας, αλλά και των κινητών υπηρεσιών ισχύει σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η προσπάθεια των μελών είναι συλλογική και το αποτέλεσμα είναι αρκετά ικανοποιητικό. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια η προσπάθεια στήριξης και φροντίδας των ηλικιωμένων είναι εντονότερη. Τώρα πια δίνεται ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η πρόληψη που προσφέρεται, ως απόρροια της όλης προσπάθειας, προλαμβάνει τους ηλικιωμένους από πολλές νόσους, αλλά και επιπλοκές που σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να αποβούν μοιραίες!

## **B) 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.

## (2) Ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια ανικανότητα

Η ομάδα αυτή των ηλικιωμένων κατατρέχετε 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, ωστεοαρθρίτιδας 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, αρκεστεί 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 βαδίσσεως 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.

### (3) Υπερήλικες 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.

### (4) Υπερήλικες 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 οικογένειάς 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.

#### (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.

### **Γ) 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 αναπτυσσόμενων 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 γέρους 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 ικανοποίησή 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.λ.π. 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.

(1) 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.λ.π. Η μονάδα αυτή συνεργάζεται με άλλες περιφερικές και εξαρτημένες από τον νοσοκομείο υπηρεσίες παροχής

παρατεταμένης θεραπείας, μακροχρόνιων προγραμμάτων αποκατάστασης 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 αποκατάστασης. Επίσης, συντονίζει και κατευθύνει την έρευνα σε θέματα γεροντολογίας και γηριατρικής.

#### (2) Υγειονομικός Τομέας Αποκατάστασης :

Ο υγειονομικός τομέας αποκατάστασης 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.

#### (3) Υγειονομικός Τομέας Μακροχρόνιας Φροντίδας :

Εάν η θεραπεία αποκατάστασης δεν έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα και έχει παραμείνει σημαντικός βαθμός ανικανότητας, ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να επιστρέψει 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 Νοσηλεύτριας /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.

#### (4) 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.λ.π. Συνήθως επιδιώκουν τους επόμενους στόχους : συνέχιση των τελευταίων σταδίων της θεραπείας αποκατάστασης, 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 αποκατάστασης 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 παρακολουθήσεως των ηλικιωμένων.

#### (5) Κέντρα Ανοικτής Περιθάψεως Ηλικιωμένων :

Τα κέντρα αυτά είναι παραλλαγή των νοσοκομείων ημέρας που αναπτύσσεται σε μερικές χώρες. Είναι ένας θεσμός που πρόσφατα υλοποιείται και στη χώρα μας σε ικανοποιητικά αποτελέσματα και αρκετές ελλείψεις φυσικά. Στις χώρες τις Ευρώπης, όμως και στην Αμερική πρωτίστως, ισχύει εδώ και αρκετά χρόνια και προσφέρει απλόχερα φροντίδα ικανοποιητική στους ηλικιωμένους.



Όλα τα παραπάνω Υγειονομικά κέντρα, όλα τα παραπάνω γηριατρικά ιδρύματα, υπάρχουν και ισχύουν κατά το πλείστον στις αναπτυγμένες χώρες της Ε.Ε. και έπονται οι αναπτυσσόμενες χώρες όπου και σ' αυτές οι προσπάθειες είναι φιλότιμες και το αποτέλεσμα αρκετά ικανοποιητικό και άκρως εξυπηρετικό για τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

#### **4) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ**

##### **A) ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

Όλοι οι ηλικιωμένοι έχουν υιοθετήσει μια στάση προς τη συνταξιοδότηση τους. Άλλο από αυτούς περιμένουν με ανυπομονησία και κάνουν σχέδια για να πραγματοποιήσουν όλα αυτά που πάντα ήθελαν να κάνουν, ενώ άλλοι τρομάζουν στην σκέψη του μέλλοντος διερρωτώμενοι πώς να γεμίσουν τον χρόνο τους, τις ατελείωτες άδειες μέρες που έχουν μπροστά τους. Όποια και αν είναι η στάση τους, είναι χρόνος περισσότερης έντασης και άγχους από ότι μπορούν να αντληθούν. Η πειθαρχία στη δουλεία τους ήταν πάντοτε το επίκεντρο της ζωής τους, και τώρα πρέπει να μάθουν ένα νέο τρόπο συμπεριφοράς. Οι παλιοί συνεργάτες δεν παραμένουν φίλοι τους και έτσι πρέπει να ξεκινήσουν ένα νέο κύκλο. Αυτό γίνεται ακόμη δυσκολότερο εάν η συνταξιοδότηση συνδυαστεί και με αλλαγή κατοικίας. Οι οργανώσεις και οι επαγγελματικές ενώσεις δεν μάχονται πλέον για τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων. Έτσι, πρέπει να μάθουν οι γεροντότεροι να δίνουν μόνοι τους τη δική τους μάχη ή τουλάχιστον να μάθουμε που πρέπει να στραφούμε για να αναζητήσουν βοήθεια. Το να ζουν από μια σύνταξη παρά από μεροκάματο ή από μισθό συχνά απαιτεί σημαντική αναπροσαρμογή του τρόπου ζωής και μπορεί να πάρει χρόνο για να βρουν νέες λύσεις. Η τάξη των συνταξιούχων μπορεί να συμβουλευτεί σε θέματα οικονομικά αλλά το κεντρικό πρόβλημα είναι η αποδοχή του γεγονότος ότι είναι πραγματικά στη σύνταξη.

Τώρα που οι ηλικιωμένοι ζούνε πολύ περισσότερο είναι πιθανόν να ζήσουν 20 και 30 χρόνια της “γηριατρικής ζωής”. Το κλειδί στην ευτυχία είναι η ανεξαρτησία. Κάποιοι από αυτούς θα είναι αρκετά τυχεροί να είναι ανεξάρτητοι σε όλη τους τη ζωή. Άλλοι θα τα καταφέρουν αν έχουν κάποια βοήθεια ή υποστήριξη και άλλοι δυστυχώς και αναπόφευκτα θα εξαρτώνται εξολοκλήρου από τους άλλους. Αυτές οι τρεις φάσεις της γήρανσης δεν έχουν σχέση με τη χρονολογική ηλικία και αυτή που είναι τυχεροί και έχουν καλή υγεία μπορεί να παραμείνουν ανεξάρτητοι σε όλη τους τη ζωή.

## **B) ΒΑΘΜΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ :**

Ο κάθε άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του, περνάει από πολλές κρίσιμες καμπές, μερικές από τις οποίες, επιδρούν καθοριστικά για την παραπέρα πορεία του. Μια από αυτές ήταν το πέρασμα από την εφηβεία στην ενηλικίωση. Με την αύξηση όμως του προσδόκιμου επιβίωσης και του μέσου όρου ζωής στις μέρες το κατώφλι της συνταξιοδότησης απεδείχθη, εξίσου με την εφηβεία, σημαντικό ορόσημο.

Πλείστα προβλήματα αναφύονται και μεγάλες εσωτερικές ανακατατάξεις συντελούνται στα αποχωρούντα από τα ενεργό υπηρεσία άτομα.

Για πολλούς, τη σύνταξη είναι η χειροπιαστή και αναμφισβήτητη απόδειξη του παροπλισμού τους και η επίσημη προειδοποίηση για το επερχόμενο γήρας και το θάνατο. Υπάρχουν βέβαια και οι λίγοι, που γι' αυτούς η συνταξιοδότηση είναι μια πραγματική απελευθέρωση, από τη γεμάτη βάρη και ευθύνες ζωή. Εξ' άλλου η μείωση του ορίου συνταξιοδότησης δημιουργεί πολλές φορές "ηλικιωμένους εφήβους", που εκ των πραγμάτων δεν είναι δυνατό να μπουν στο περιθώριο, ούτε να περιορισθούν στον κλασσικό ρόλο του συνταξιούχου.

Τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι στην ηλικία των 60 ετών η προσδοκώμενη ζωή είναι 17,5 χρόνια για τους άνδρες και 19 χρόνια για τις γυναίκες. Στην ηλικία των 65 είναι 14 και 18 αντίστοιχα, ενώ για την ηλικία των 70 τα αντίστοιχα είναι 10 και 11.

Ο συνταξιοδοτούμενος καλείται από τη ζώσα πραγματικότητα, να προσαρμοσθεί στην αλλαγή τρόπου ζωής, σε μια ηλικία, που αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο και κατ' αρχήν αζεπέραστο. Στο σημείο αυτό παρατηρείται η πιο συνηθισμένη αντίδραση σε τέτοιες περιπτώσεις, που είναι η "καταθλιπτική κατάσταση". Αυτή επιτείνεται από την επίγνωση, ότι ανήκει στα μη ενεργά μέλη της κοινωνίας και ότι χάθηκε η σημαντικότητα που είχε λόγο της πρότερος υπεύθυνης θέσης.

Μελέτες δείχνουν ότι το 1/3 των ατόμων αυτών, έχει τη θέληση και την ικανότητα να εργασθεί με πλήρη υπευθυνότητα. Χρονίζουσες στον εσωτερικό κόσμο του συνταξιούχου ασυνείδητες συγκρούσεις, που καλύπτονται από τη μέχρι τη στιγμή εκείνη ρυθμισμένη και υπεύθυνη δραστηριότητα του, εκδηλώνονται. Έλλειψη μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας διευκολύνει τέτοιες καταστάσεις.

Άτομα που ζουν μια συνειδητή θρησκευτική ζωή και διαθέτουν συγκροτημένη προσωπικότητα, έχουν πολύ λιγότερες νοσηρές καταστάσεις από την ψυχική σφαίρα, διότι έτσι, βρίσκουν ένα υπερβατικό σημείο αναφοράς, γύρω από το οποίο κινούνται ικανοποιώντας τις αναζητήσεις τους.

Αρκετά συχνά, οι συνταξιούχοι εμφανίζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα, που υποκρύπτουν μορφή υστερίας ή εξακολουθούν να ζουν με το όραμα της αίγλης που είχαν όταν κατείχαν κάποια υψηλή θέση.

Όπως προαναφέρθηκε, η συνταξιοδότηση έχει μεγάλες απαιτήσεις προσαρμογής. Την προσπάθεια αυτή, επιβραδύνει η νοητική εξασθένηση και η γενικότερη οργανική ή μεταβολική έκπτωση.

Η έκπτωση αυτή εκδηλώνεται, με διαταραχή της πρόσφατης μνήμης, με κάποιου βαθμού αδυναμίας συγκέντρωσης ή με την εύκολη πνευματική κόπωση. Επίσης, με ανεξήγητη ευερεθιστότητα, με στείρα εμμονή στις ιδέες και απόψεις τους ή τέλος με ποικίλου βαθμού διαταραχές του ύπνου.

Σε περιπτώσεις που οι συνταξιοδοτούμενοι είναι αγρότες και εγκατασταθούν στη μεγαλούπολη, τότε ο περιορισμός του “ζωτικού χώρου” στα λίγα τετραγωνικά ενός διαμερίσματος, το άγνωστο και το απρόσωπο περιβάλλον, το αίσθημα της αχρηστίας και η αίσθηση της μοναξιάς, όχι μόνο οδηγούν σε αύξηση της νοσηρότητας αλλά και της θνησιμότητας σε τέτοια άτομα. Στις περιπτώσεις αυτές, διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο τα εξειδικευμένα στελέχη της κοινωνικής αντίληψης (κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτριες υγείας κ.λ.π.)

Επειδή λοιπόν, η τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται από πτώση των υψηλών διανοητικών λειτουργιών, καταφεύγουν τα άτομα αυτά στη χρήση διαφόρων φαρμάκων, με στόχο τη βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Έτσι, είναι συχνό το φαινόμενο σήμερα, να βλέπουμε κάθε συνταξιούχο να έχει ένα πλήρες “σακουλάκι” με φάρμακα τέτοιου τύπου.

Με τα φάρμακα αυτά επηρεάζεται η λεγόμενη “ψυχοκινητική λειτουργία”, η εγρήγορση, που είναι το γενικό επίπεδο εγκεφαλικής ενεργοποίησης και η ικανότητα διάνοησης. Σήμερα η αξιολόγηση των λειτουργικών αυτών, γίνεται με διάφορους τρόπους (ειδικές κλίμακες κ.λ.π.).

Πιο γνωστές είναι οι μετρήσεις CFF, VARS, COITEST και SGAG, αν και δεν είναι αρκετά ευαίσθητες.

Όλα τα παραπάνω είναι δυσάρεστα και επικίνδυνα να επισυμβαίνουν στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η προφύλαξη από τον κίνδυνο αυτό, προϋποθέτει την προσεκτική προετοιμασία του ατόμου, ώστε να αποδεχθεί τη συνταξιοδότηση του και την παραδοχή από μέρους τη κοινωνίας ότι αξίζει στους συνταξιούχους μια ζωή γεμάτη νόημα, ανεξαρτησία και χρησιμότητα. Πρέπει η κοινωνία να κάνει τους αναγκαίους μετασχηματισμούς, ώστε οι συνταξιούχοι, τουλάχιστον μερικούς από αυτούς, που έχουν ακόμα υποθέματα δυνάμεων μέσα τους, να συνεχίσουν και μετά την έξοδο τους από την υπηρεσία τους να συμμετέχουν – υπό άλλους, έστω, όρους – στην κοινωνική δραστηριότητα π.χ. επανδρώνοντας συμβουλευτικά υποστηρικτά σώματα. Ακόμη και οι ηλικιωμένοι εργάτες σε σχετικά βαρεία επαγγέλματα μπορεί να είναι αργοί στις κινήσεις τους, αλλά πού γρήγοροι στις αποφάσεις τους, επειδή διαθέτουν ένα πλούσιο υπόστρωμα εμπειριών, που τους διευκολύνει στον τρόπο αντιμετώπισης των ζητημάτων και λήψεως αποφάσεων. Αυτός είναι ένας από τους λόγους που μερικές εταιρίες έχουν υιοθετήσει την τακτική της εσωτερικής μεταθέσεως των υπαλλήλων τους. Από εργάτες παραγωγής π.χ. οι ηλικιωμένοι υπάλληλοι θα μπορούσαν να αποδώσουν πολύ καλά σε κάποια καθήκοντα ποιοτικού ελέγχου – για παράδειγμα – ή σαν υπεύθυνοι κινήσεως.

Σημαντική άμυνα στον κίνδυνο καταρρεύσεως των συνταξιούχων, ιδίως αυτών σε καλή ψυχολογική και σωματική κατάσταση, είναι η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους. Πολλοί ηλικιωμένοι που έχουν υποχρεωθεί σε “αναγκαστική” αργία, λόγω συμπληρώσεως ορίου ηλικίας, έχουν επαναπροσληφθεί σε άλλες θέσεις και έχουν εκκινήσει μια δεύτερη καριέρα. Έτσι, σε διάφορες χώρες της Ε.Ε. έχουν συσταθεί υπηρεσίες επαναπροσλήψεως, οι οποίες επιλαμβάνονται των εκπαιδευτικών αναγκών που έχουν τα άτομα ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στα νέα τους καθήκοντα. Έχει διαπιστωθεί μάλιστα ότι οι υποψήφιοι υπερήλικες έφθασαν στα ίδια επίπεδα επιτυχίας, όπως οι νεότεροι, σε εξετάσεις υποψηφίων, το ενδεχόμενο της επαναπρόσληψης σε άλλες θέσεις εργασίας έχει αρχίσει να αναγνωρίζεται σε προοδευτικά αυξανόμενο αριθμό των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

## 5) ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ο κατά συνθήκη προσδιορισμός ενός ηλικιακού ορίου πέρα από το οποίο το άτομο αποσύρεται από τη ενεργό παραγωγική διαδικασία, συνταξιοδοτείται και παραχωρεί τη θέση του σε νεότερους του, είναι μια κοινωνική ανάγκη, που αποβλέπει στην εκπλήρωση ενός ηθικού χρέους στις προηγούμενες γενεές και επιχειρεί μια υγειονομική τακτοποίηση στους κατά κανόνα ασθενέστερους βιολογικά ηλικιωμένους.

Παράλληλα επιδιώκει τη διαδοχή στις θέσεις εργασίας, με σκοπό την ανανέωση του δυναμικού και την επαγγελματική εξασφάλιση και ανέλιξη των νεότερων.

Έχει παρατηρηθεί αρκετά συχνά πνευματικά, κυρίως, ασχολούμενοι ανώτεροι υπάλληλοι, αλλά όχι μόνο αυτοί, λίγο καιρό μετά την υποχρεωτική τους συνταξιοδότηση, λόγω ορίου ηλικίας, καταρρέουν, χάνουν κάθε ενδιαφέρον για τη ζωή και περιμένουν παθητικά το θάνατο, ο ερχομός του οποίου φαίνεται να επισπεύδεται. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε “θάνατο από συνταξιοδότηση”, κι οφείλεται στον ψυχικό τραυματισμό που υφίσταται το άτομο, που θεωρεί πλέον τον εαυτό του παραγκωνισμένο, άχρηστο, αφού στερήθηκε από τη δυνατότητα να έχει κάποιο κοινωνικό ρόλο. Δεν μπορεί να δικαιολογήσει πως είναι δυνατό να πειθαναγκαστεί σε απραξία, αυτός που διαδραμάτιζε κυρίαρχο ρόλο στην προηγούμενη ζωή του.

Στις χώρες όμως, της Ευρωπαϊκής Ένωσης η κοινωνική πρόνοια των ηλικιωμένων βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο και οι συνθήκες διαβίωσης και ιατρικής περιθάλψεως, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, είναι αρκετά ικανοποιητικές. Σήμερα, όμως, αφ' ενός μεν, λόγω της παρατάσεως της ζωής και της διατηρήσεως της ζωτικότητας των ηλικιωμένων και αφ' ετέρου, λόγω της αλματώδους εξέλιξης σε διάφορους κλάδους της βιομηχανίας, καθώς και της αντικαταστάσεως πια των ανθρώπων από τις μηχανές, το πρόβλημα της χρησιμοποίησεως των ηλικιωμένων στις διάφορες βιομηχανικές ή άλλου είδους εργασίες έχει καταστεί πολύ σοβαρό και οξύ. Εκτός τούτων, η προεξέχουσα θέση των ηλικιωμένων, από απόψεως πείρας και σοφών

συμβουλών, έχουν κλονισθεί βαθιά και έχουν μεταβληθεί ριζικά. Έτσι, η διαφοροποίηση της ζωής των ηλικιωμένων, η απότομη μετάπτωση από την περίοδο της δράσεως στην περίοδο της άνεργης ζωής, η καταστολή της υπάρχουσας ικανότητας και ζωτικότητας, δημιουργούν σε αυτούς φοβερό κενό.

Λόγω, επίσης, του ότι η νοοτροπία των νέων σήμερα, οι συνθήκες των ατόμων και γενικώς οι συνθήκες της ζωής και τη οικογένειας έχουν βασικά μεταβληθεί. Οι ηλικιωμένοι πολύ συχνά παραμελούνται, παραμένουν στο περιθώριο της ζωής και σχεδόν διατελούν σε ψυχική απομόνωση. Οι υπερήλικες μετά την συνταξιοδότηση τους αρχίζουν να περιορίζουν τις απαιτήσεις τους και τις απολαύσεις τους, χάνουν την ανεξαρτησία τους, στερούνται της απασχολήσεως τους και τραυματίζονται έτσι ψυχικά. Αυτό έχει σαν συνέπεια τη βαθμιαία εμφάνιση σωρείας νευροψυχικών φαινομένων, τα οποία καθιστούν την συμβίωση με την υπόλοιπη οικογένεια προβληματική.

Σήμερα, σ' όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και όχι μόνο, καταβάλλονται προσπάθειες διατηρήσεως της πνευματικής και σωματικής ικανότητας, καθώς και της ψυχικής ισορροπίας των ατόμων της "τρίτης ηλικίας", για τη μετά τη συνταξιοδότηση τους, καλή διαβίωση, ψυχαγωγία και ιδίως για την "ελαφρά" απασχόληση τους.

Για τους παραπάνω λόγους, οφείλει κάθε εργαζόμενος, από πολύ νωρίς (40-50 ετών), αν προετοιμάζεται για τις συνέπειες του γήρατος. Δηλαδή, οφείλει να μεριμνά για τη δημιουργία ευνοϊκών συνθηκών διαβίωσης και κάποιας ευχάριστης απασχόλησης και κατά προτίμηση σε κάτι που από παλιά είχε κλίση.

Απαραίτητες, ωστόσο, είναι οι συμβουλές των ειδικών επιστημόνων των ειδικών υπηρεσιών πρόνοιας, των ειδικών γεροντολογικών ινστιτούτων, καθώς και το απαραίτητο ενδιαφέρον και τις φροντίδες της κοινωνίας και τους Κράτους για την προσαρμογή των ηλικιωμένων στους νέους και κατάλληλους όρους διαβίωσης.



Από τις χώρες που εφάρμοσαν πρώτες τα συστηματικά μέτρα πρόνοιας υπέρ των υπερήλικων είναι : η Αγγλία, η Γερμανία, η Αυστρία, η Γαλλία, οι Σκανδιναβικές Χώρες κ.α.

#### **A. ΑΓΓΛΙΑ :**

Στη χώρα αυτή συνεκροτήθει η “Εθνική Επιτροπή” (1952), η οποία κατόπιν εξονυχιστικής μελέτης του προβλήματος της απασχολήσεως των γερόντων, εισηγήθηκε για την πρόσληψη υπαλλήλων σε διάφορες υπηρεσίες, μη λαμβάνοντας υπόψιν την ηλικία του ατόμου, αλλά κυρίως την λειτουργική ικανότητα του. Οι σχετικές προς αυτό υποδείξεις έγινα μέσω του ημερήσιου τύπου, του ραδιοφώνου, της τηλεοράσεως, καθώς και άλλων διαφωτιστικών μέσω σε συνεργασία με τις κρατικές, δημοτικές αρχές, οι οποίες ανέλαβαν από κοινού τον αγώνα αυτό. Ήδη το Κράτος επιτρέπει στους υπαλλήλους του, να εξακολουθούν να εργάζονται και πέρα από τα καθιερωμένα όρια συνταξιοδότησης του νόμου, εφόσον διατηρείται ακέραια η σωματική και πνευματική τους ικανότητα και οι ίδιοι το επιθυμούν.

Για την προφύλαξη από τις διάφορες νοσηρές καταστάσεις των εργαζόμενων ηλικίας 65 ετών και άνω, οι βαριές βιομηχανίες προβαίνουν περιοδικά σε εμπεριστατωμένη ιατρική εξέταση των υπερήλικων.

Μετά την ιατρική εξέταση και αναλόγως τα αποτελέσματα, οι υπερήλικες είτε διατηρούνται στις ίδιες θέσεις που εργάζονταν, είτε μετατίθενται σε ελαφρύτερες εργασίες, είτε, τέλος, συνταξιοδοτούνται, εάν κριθούν ακατάλληλοι για εργασία.

Σε κάποιες, επίσης, βιομηχανίες οι γέροντες τεχνίτες τοποθετούνται ως εργοδηγοί έχοντας νεαρούς εργάτες ως βοηθούς, και γίνεται αυτό γιατί αφ' ενός κατανέμεται η ευθύνη της εργασίας και αφ' ετέρου οι νεότεροι καταρτίζονται καλύτερα.

Άξιον παρατηρήσεως τυγχάνει, ότι όλοι σχεδόν οι εργάτες ναυπηγείων, αν και η εργασία είναι πολύ κουραστική, εν τούτοις επιθυμούν να εξακολουθούν να εργάζονται και μετά το 70ο έτος. Σε αυτούς τους εργάτες

παρέχεται, μάλιστα, η διευκόλυνση της μέσης απόδοσης εργασίας, σε σχέση πάντα με τους νεότερους εργάτες.

Σημαντικό επίσης μέτρο θεωρείται και η “μετεκπαίδευση των εργαζόμενων” η οποία έχει εφαρμοσθεί. Αυτή εφαρμόζεται από το Κράτος και από τα εργαστήρια διαφόρων βιομηχανιών με σκοπό την εκμάθηση κάποιου άλλου είδους εργασίας, ανάλογη βέβαια με την σωματική και πνευματική ικανότητα καθ’ ενός χωριστά από αυτούς.

#### **Β. ΓΑΛΛΙΑ :**

Στη χώρα αυτή επικρατεί γενικός η γνώμη, ότι η σωματική και διανοητική ικανότητα των ατόμων στην ηλικία των 50- 60 ετών όταν εργάζονται, είναι πάρα πολύ αποδοτική. Σε σχετική έρευνα που έγινε σε εργάτες μεταλλωρυχείων, κλωστούφαντουργείων, οικοδομών κ.λ.π. έδειξε ότι, αυτό ισχύει μέχρι το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας. Για δε τους υπαλλήλους η απόδοση εργασίας αυξάνει μετά το 50ο έτος της ηλικίας. Ομοίως, έχει αποδειχθεί ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας εργάτες και εργάτριες είναι περισσότερο ευσυνειδητοί και δείχνουν μεγαλύτερη επιμέλεια κατά τη χρήση και τη συντήρηση διαφόρων μηχανημάτων στην κατανάλωση πρώτων υλών. Εκτός αυτών, πρέπει να αναφερθεί, ότι πολύ σημαντικός τυχαίνει να είναι και ο παράγοντας της αποκτηθείσας πείρας των γεροντότερων εργατών η οποία εκτιμάται ιδιαίτερα από τους εργοδότες, αλλά και από το Γαλλικό Κράτος.

#### **Γ. ΓΕΡΜΑΝΙΑ :**

Το πρόβλημα της απασχολήσεως των γερόντων και σ’ αυτή τη χώρα αναγνωρίσθηκε έγκαιρα, επειδή έχει σπουδαία σημασία για την κοινωνία, την οικονομία και την πολιτική του κράτους.

Το Κράτος, οι Δήμοι, η Ομοσπονδία της Γερμανικής Ένωσης εργοδοτών, οι διάφορες επιστημονικές ενώσεις, οι εκκλησιαστικές οργανώσεις κ.α. ανέλαβαν τον αγώνα, από τη μια πλευρά για την συμπλήρωση των κενών θέσεων για υπερήλικους άνεργους, από την άλλη πλευρά για την παραμονή των εργαζόμενων στην εργασία τους για μακρό χρονικό διάστημα, εφ’ όσον βέβαια είναι ικανοί σωματικά και πνευματικά και εφόσον το επιθυμούν και οι

ίδιοι, τον αγώνα αυτό ενίσχυσαν ο τύπος, το ραδιόφωνο, η τηλεόραση, τα διάφορα ινστιτούτα εργασίας κ.λ.π.

Οι προσπάθειες της απορροφήσεως των ανέργων από διάφορες υπηρεσίες στρέφονται κυρίως στην αποκατάσταση σε διάφορες εργασίες άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών, το δε 25% των νεοδιοριζόμενων εργατών και υπάλληλοι είναι κυρίως ηλικίας άνω των 55 ετών.

#### **Δ. ΣΟΥΗΔΙΑ :**

Και στη Σουηδία το όλο πρόβλημα της απασχολήσεως των ηλικιωμένων έτυχε ιδιαίτερης προσοχής, διότι τόσο η έρευνα, όσο και τα προταθέντα μέτρα για τη ρύθμιση του προβλήματος βρίσκονται σε πάρα πολύ υψηλό επίπεδο.

Στη χώρα αυτή η διατήρηση των εργαζομένων στις θέσεις τους δεν εξαρτάται καθόλου από την ηλικία τους, αλλά από τη λειτουργική ικανότητα των υπερηλίκων. Ως όριο παραμονής στην υπηρεσία δημόσιων και δημοτικών υπαλλήλων καθορίστηκε το 67ο έτος για τους άνδρες και 60ο έτος για τις γυναίκες. Έχουν βέβαια το δικαίωμα παράτασης των ορίων αυτών μέχρι του 72<sup>ου</sup> και 63<sup>ου</sup> έτους, όποτε αυξάνεται και η σύνταξη αυτών κατά ποσοστό 1% για κάθε επιπλέον μήνα εργασίας. Ως προς τα μέτρα που λαμβάνονται από το Κράτος, άξιο ενδιαφέροντος τυγχάνει αυτό που ισχύει για τις οικοδομικές εταιρίες : δηλαδή, χορηγούνται άδειες ανεγέρσεως κτηρίων εάν και εφόσον το ποσοστό των οικοδομών – εργατών που είναι σε ηλικία άνω των 50 ετών να αποτελεί το 1/3 του συνόλου των απασχολούμενων.

Σε έρευνα που έγινε στη Στοκχόλμη το 1999 προέκυψε ότι το 38,7% των απασχολούμενων στην οικιακή οικονομία ατόμων ήταν ηλικίας 50 ετών, το δε 16,4% ήταν ηλικίας άνω των 60 ετών.

Ειδικότερα, όσον αφορά ανέργους επιστήμονες και μουσικοί, αυτοί προσλαμβάνονται σε εργασία ανεξαρτήτου ηλικίας, η συνηθισμένη ηλικία των διοριζόμενων σ' αυτά τα επαγγέλματα είναι 60 ετών και άνω.

Το όλο πρόβλημα της μετεκπαίδευσης και αναπροσαρμογής του επαγγέλματος ερευνήθηκε ειδικά από τη "Σουηδική Ένωση Εργοδοτών",

παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της έρευνας αυτής, ότι η αναγκαία μετάταξη, των εργαζομένων λόγω ηλικίας ή υγείας σε ελαφρύτερη εργασία, έχει επιτευχθεί από τους ίδιους τους εργοδότες. Σήμερα σε πολλές μεγάλες επιχειρήσεις έχουν ιδρυθεί ειδικά εργαστήρια, προορισμένα για εργάτες μειωμένης ικανότητας λόγω νόσου ή ατυχήματος ή γήρατος (άνω των 65 ετών). Σε μικρότερες επιχειρήσεις καταβάλλεται προσπάθεια συνεχώς για την χρησιμοποίηση των γεροντότερων εργατών ως επόπτες, εκπαιδευτές, αποθηκάριοι κ.τ.λ.

#### **E. ΝΟΡΒΗΓΙΑ :**

Στη Νορβηγία, το Κράτος και οι διάφορες άλλες αρχές ελάχιστα ασχολούνται με το θέμα αυτό , λόγω της πλήρους απασχολήσεως όλως των πολιτών της χώρας ακόμη και μεγάλης ηλικίας. Έτσι, όλο το θέμα αφέθηκε σχεδόν αποκλειστικά στην κρίση και τη διάθεση των εργοδοτών, οι οποίοι μεριμνούν έτσι ώστε οι εργαζόμενοι τους και όταν ακόμη γεράσουν και δεν είναι ικανοί για την άσκηση πλέον της εργασίας τους, να μετατίθενται σε άλλες ελαφρύτερες και πλέον κατάλληλες θέσεις, ώστε η νέα τους απασχόληση να είναι ανάλογη των δυνατοτήτων τους.

#### **ΣΤ. ΑΥΣΤΡΙΑ :**

Στη χώρα αυτή , ως όριο συνταξιοδότησης έχει θεσπιστεί το 65<sup>ο</sup> έτος για τους άνδρες και το 60ο έτος για τις γυναίκες. Το Υπουργείο της Κοινωνικής Πρόνοιας της χώρας αυτής εξέδωσε προκήρυξη προς όλους τους εργοδότες να αναθεωρήσουν την προκατάληψη τους κατά της προσλήψεως γεροντότερων εργατών και υπαλλήλων. Σήμερα, επίσης εφαρμόζονται διάφορα μέτρα εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης των ηλικιωμένων ατόμων, ανδρών και γυναικών, τα οποία φαίνεται, ότι από τα μέχρι τώρα αποτελέσματα, εξελίσσονται αρκετά ικανοποιητικά.

Πάντως, η πλήρης και οριστική λύση του προβλήματος της συμμετοχής των ηλικιωμένων και της απασχολήσεως, αποτελεί καθήκον κυρίως του Κράτους, καθώς και της κοινωνίας και των διάφορων φιλανθρωπικών οργανώσεων.

Σήμερα όλες οι συστάσεις των ειδικών γεροντολόγων τονίζουν διαρκώς τη σημασία, που έχει και για τα δύο φύλα η συνέχιση της εργασίας και πέρα από το καθορισμένο όριο ηλικίας. Έτσι, θα αισθάνονται ότι αποτελούν ακόμη χρήσιμα και αξιοπρεπή μέλη της κοινωνίας.

## Γ) ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καθένας μας γνωρίζει κάτι για τα γηρατειά. Γερνάμε σε όλη μας τη ζωή, περνώντας από τη παιδική ηλικία στην εφηβεία και από τη εφηβεία στην ενηλικίωση και στην ωριμότητα. Οι σωματικές αλλαγές που συνοδεύονται γήρανση έρχονται σταδιακά για να μας θυμίσουν ότι ο καιρός περνάει. Τα χέρια μας με τον καιρό έρχονται όλο και πιο κοντά στα μάτια μας καθώς προσπαθούμε να βρούμε κάποιο αριθμό στον τηλεφωνικό κατάλογο, ενώ τα μαλλιά μας γίνονται άσπρα. Τέλος έρχεται η στιγμή της αλήθειας όπου διαπιστώνουμε ότι από άνδρας και γυναίκα γίναμε παππούς και γιαγιά.

“Αυτό έτυχε και σε μένα μια μέρα είδα στον δρόμο μια ηλικιωμένη κυρία” λει μια Βρετανίδα κύρια. “Αυτή φορούσε ένα παλιό αδιάβροχο, μια πολυφορεμένη άκομψη φούστα, τα παπούτσια της και σε κάπως καλύτερη κατάσταση και ένα στρογγυλό μάλλινο καπέλο γύρω από το κεφάλι της. Τη λυπήθηκα τόσο πολύ που της χαμογέλασα και ταυτόχρονα είδα να μου χαμογελάει και εκείνη. Προς μεγάλη μου έκπληξη διαπίστωσα ότι ήταν ο εαυτός μου που έβλεπα στη βιτρίνα ενός καταστήματος”

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. “Η Νοσηλεύτρια Κοντά Στον Υπερήλικα” ΜΑΡΙΑ ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ – ΕΙΡΗΝΗ ΓΟΥΛΙΑ.
2. “ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ” ΑΝΔΡΕΟΥ ΤΣΟΥΚΑ, ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΒΕΛΕΧΕΡΗ, ΦΩΤΗΣ ΓΟΥΣΓΟΥΝΗΣ.
3. “Νοσηλευτική Υπερήλικων” STEPHEN WRIGHT
4. “ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ (Με στοιχεία γεροντολογίας)” ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΥ ΧΑΝΙΩΤΗ
5. “Γεροντολογική Νοσηλευτική” ΧΡΥΣΑΝΘΗΣ ΠΛΑΤΗ
6. “Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής” Νικόλας Μάνος
7. “Nursing care in an aging Society” Corr D, Corr C
8. “Safety of autonomy” Hogstel M , Gaul A.
9. “Family members has Alzheimer’ s disease” Lynch –Saner
10. “Need for social support” Richter.
11. “Relocating adult day care it impact on persons with dementia” Bellin C.
12. “Working with the elderly : Group processes and Techniques” Bumside I.
13. “The teaching nursing home” Butler R.
14. “Visual difficulty in old age” Gardiner PA
15. “Notes on Nursing : What it is and what it is not, Dover Publications”  
Florence Nightingale
16. “ Αποκατάσταση Υπερήλικων” ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ Δ.
17. “Γηριατρική Φροντίδα στην Αγγλία και προτάσεις για Γηριατρική Νοσηλευτική στην Ελλάδα” ΤΖΟΥΡΙΑΔΟΥ, Ε.