

*Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας*

Ερευνητική Πτυχιακή Εργασία

Ανίχνευση Ομάδας υψηλού κινδύνου για άνοια σε άτομα των 65 ετών στα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου και διερεύνηση του βαθμού πληροφόρησης των επαγγελματιών που ασχολούνται με την Γ ηλικία σχετικά με τη νόσο της άνοιας .

*Συντάκτριες
Κατσάνη Σύρμω
Φοροπούλου Μαρία*

*Υπεύθυνη Καθηγήτρια
Παττακού-Παρασύρη Βασιλική*

Ηράκλειο 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
 <u>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ</u>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο : ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ	
1.1. Εισαγωγή.....	7
1.2. Η ιστορία της Τρίτης ηλικίας.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο : ΈΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ, Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	
2α. Η έννοια του γήρατος και γενικά προβλήματα.....	9
2β. Η ψυχολογική κατάσταση των υπερηλικών.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^Ο : ΟΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ13	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	
4α. Εισαγωγή.....	15
4α.1. Τρίτη ηλικία και κόστος υγείας.....	15
4α.2. Μέτρα αντιμετώπισης του φαινομένου για την Τρίτη ηλικία στην Ελλάδα.....	16
4α.3. Εναλλακτικές μορφές φροντίδας για την υγεία	16
4β. Προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους.....	17
4β.1. Στόχοι της πολιτικής για τους ηλικιωμένους.....	17
4β.2. Μέτρα προστασίας, φορείς εφαρμογής προγραμμάτων, προϋποθέσεις επιλεξιμότητας δικαιούχων.....	18
4β.3. Προϋποθέσεις επιλεξιμότητας στα προγράμματα εξωιδρυματικής περίθαλψης.....	21
4β.4. Ιδρυματική περίθαλψη.....	21
4β.5. Αποτελεσματικότητα των μέτρων προστασίας για τους ηλικιωμένους.....	24
4γ. Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων.....	25
4γ.1. Εισαγωγή.....	25
4γ.2. Σύντομο ιστορικό και εξέλιξη του θεσμού.....	26
4γ.3. Ο σκοπός τους σύμφωνα με τον οργανισμό τους.....	28

4γ.4. Διοικητικό Συμβούλιο.....	28
4γ.5. Το προσωπικό που απασχολείται στα ΚΑΠΗ.....	28
4γ.6. Υπηρεσίες που προσφέρουν στα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης.....	29
4γ.6.1. Κοινωνική συμμετοχή.....	29
4γ.6.2. Προληπτική υγιεινή.....	30
4γ.6.3. Ενεργοποίηση.....	31
4γ.6.4. Ευαισθητοποίηση της γειτονιάς.....	33
4γ.6.5. Διασυνδέσεις –συνεργασίες.....	33
4γ7. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα ΚΑΠΗ.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

5α. Ιστορική αναδρομή της νόσου της άνοιας.....	35
5β. Επιδημιολογία της άνοιας.....	36
5β.1. Γενικά στοιχεία.....	36
5β.2. Επιπολασμός και επίπτωση της άνοιας	37
5β.3. Παράγοντες κινδύνου	37
5β.4. Προφυλακτικοί παράγοντες.....	39
5β.4.1. Τρόπος ζωής	42
5γ. Άνοια και διατροφή.....	42
5δ. Ορισμοί της άνοιας.....	43
5δ.1. Ορισμός της άνοιας κατά το ICD-10-.....	43
5δ.2. Ορισμός της άνοιας κατά το DSM IV.....	44
5ε. Κλινική εικόνα της άνοιας.....	44
5ε.1. Ηλικία έναρξης	45
5ε.2. Πορεία και επιπλοκές.....	45
5ε.3. Διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας.....	46
5ε.4. Κριτήρια για τη βαρύτητα της άνοιας.....	47
5ε.5. Αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν άνοια.....	47
5στ. Ταξινόμηση ανοιών.....	48
5ζ. Διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια.....	56
5η. Αντιμετώπιση της άνοιας.....	59
5η.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας.....	59
5η.2. Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις της άνοιας.....	60
5θ. Αναγκαιότητα διασύνδεσης στην κοινότητα.....	65

5θ.1. Προτάσεις για διασύνδεση στην κοινότητα.....	66
5θ.2. Ενημέρωση, πληροφόρηση, οριζόντια επικοινωνία.....	68
5θ.3. Δραστηριότητες ενεργοποίησης, ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης	69
5θ.4. Εκπαίδευση-ειδίκευση.....	69
5ι. Εξωτερικό ιατρείο άνοιας.....	69
5ι.1. Η διεπιστημονική ομάδα του Ιατρείου μνήμης και άνοιας.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ.....	72

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1. Εισαγωγή	78
7.2. Ερευνητική ερωτήματα και Υποθέσεις της έρευνας.....	79
7.3. Πεδίο μελέτης και δείγμα της έρευνας.....	80
7.4. Σχεδιασμός και επιλογή δείγματος.....	80
7.5. Τεχνική συλλογής στοιχείων ή ερευνητικά εργαλεία.....	83
7.6. Δημιουργία ομάδας ελέγχου.....	85
7.7. Στατιστική ανάλυση.....	86
7.8. Εκτίμηση δυσκολιών για την πραγματοποίηση της μελέτης – ενέργειες για την άρση των δυσκολιών	86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο : ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

8.1. Πίνακες συχνοτήτων και συσχετίσεων της ομάδας ελέγχου.....	88
8.2. Πίνακες συχνοτήτων και συσχετίσεων των 466 ηλικιωμένων- συμμετεχόντων στην έρευνα των αγροτικών ΚΑΠΗ του Νομού Ηρακλείου	93
8.3. Πίνακες συχνοτήτων και συσχετίσεων του προσωπικού	126

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ...142

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο : ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....149

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

*Στις οικογένειες μας για την στήριξη
που μας έδειξαν .*

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μελέτη αυτή ξεκίνησε πριν από 11 μήνες περίπου. Είναι το αποτέλεσμα μιας ομαδικής προσπάθειας που άρχισε με ενθουσιασμό και μας οδήγησε στην εξοικείωση με το χώρο της άνοιας και συναφών διαταραχών. Αποτέλεσε για μας εξ αρχής ένα θέμα πρόκληση το οποίο απαιτούσε προσπάθεια και χρόνο μέχρι την ολοκλήρωσή του. Η εντατική έρευνα και η συχνή επαφή με τους υπό διερεύνηση τύπους, είχε ως αποτέλεσμα να αποκτήσουμε νέες γνώσεις και να ανακαλύψουμε τις πραγματικές διαστάσεις του θέματος της άνοιας. Ακόμη αποτέλεσε αφορμή για την απόκτηση μιας πρωτόγνωρης εμπειρίας.

Κατά τη διάρκεια εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας και για την ολοκλήρωσή της συνέβαλλαν κάποια άτομα που οφείλουμε να ευχαριστήσουμε δημόσια. Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κα Παττακού - Παρασύρη Βασιλική, υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής μας εργασίας, για τη πολύτιμη βοήθεια που μας προσέφερε. Μέσα από την εμπειρία και την ενασχόλησή της με το θέμα της άνοιας και συναφών διαταραχών, μας έδωσε κατευθύνσεις που μας επέτρεψαν να φέρουμε σε πέρας με μεγαλύτερη άνεση το ερευνητικό μας έργο.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους επαγγελματίες της Ιδιωτικής Ψυχιατρικής Κλινικής Άγιος Χαράλαμπος, και τη διοίκηση που μας έδωσε την άδεια να παρευρεθούμε στο χώρο του ιδρύματος για ένα χρονικό διάστημα και να εφαρμόσουμε τα τεστ που επιλέξαμε για την συγκεκριμένη έρευνα σε άτομα που ήδη νοσούν από άνοια με σκοπό την εκμάθηση συμπλήρωσής τους.

Ευχαριστούμε τους επαγγελματίες που εργάζονταν στα Κ.Α.Π.Η. τα οποία επισκεφτήκαμε, και οι οποίοι όχι μόνο δέχθηκαν να συμβάλλουν στην διερεύνηση αυτού του θέματος αλλά μας βοήθησαν σημαντικά παραχωρώντας μας έντυπο ενημερωτικό υλικό αλλά και στη μεταφορά μας σε χωριά και περιοχές για τις οποίες δεν υπήρχε συγκοινωνία.

Επίσης ευχαριστούμε θερμά τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, τα οποία μας δέχθηκαν με ευχαρίστηση και μας εμπιστεύθηκαν δεδομένα που αφορούν τη προσωπική τους ζωή.

Τέλος, θέλουμε να σημειώσουμε ότι η ευθύνη για οποιαδήποτε λάθη και παραλείψεις είναι δική μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καθόλη τη διάρκεια της εκπαίδευσής μας ήρθαμε σε επαφή με θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, από τη διάγνωση έως και την αποκατάστασή τους. Σύμφωνα με τα νεότερα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας EUROSTAT, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών θα διπλασιαστεί τα επόμενα 30 χρόνια. Ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο που απασχολεί κυρίως τη Τρίτη ηλικία γιατί επηρεάζει όχι μόνο τους ίδιους αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον είναι η άνοια, η οποία παραμένει δυστυχώς ανίατη και δεν υφίσταται ακόμη η προληπτική θεραπευτική αγωγή της. Για τους παραπάνω λόγους που προαναφέρθηκαν και εξαιτίας προσωπικών βιωμάτων και εκπαιδευτικής - επαγγελματικής εμπειρίας, θελήσαμε να διερευνήσουμε το σύνδρομο της άνοιας και να διαπιστώσουμε σε ποιο βαθμό υπάρχει πληροφόρηση στο συγκεκριμένο θέμα, στους επαγγελματίες που ασχολούνται με την Τρίτη ηλικία.

Βασικός στόχος της έρευνας ήταν η ανίχνευση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών, σε άτομα άνω των 65 ετών στον αγροτικό πληθυσμό του Νομού Ηρακλείου, κυρίως μέσα από τη μέχρι τώρα εμπειρία μας με άτομα της Γ΄ ηλικίας. Ακόμη, η διερεύνηση του βαθμού πληροφόρησης, των επαγγελματιών που ασχολούνται με την Τρίτη ηλικία, σχετικά με το θέμα της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών στην Γ΄ ηλικία και ειδικά σε θέματα άνοιας. Προκειμένου να εξεταστούν τα παραπάνω πραγματοποιήθηκε έρευνα στα ενεργά μέλη των ΚΑΠΗ των αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου και στους επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτά.

Το θέμα της έρευνάς μας είναι πρωτότυπο και δεν έχει διερευνηθεί ξανά. Για πρώτη φορά γίνεται προσπάθεια μιας έμμεσης αδρής αποτύπωσης του προβλήματος της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών σε άτομα άνω των 65 ετών στις αγροτικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου, καθώς και του βαθμού πληροφόρησης, ειδικά σε θέματα άνοιας, των επαγγελματιών που ασχολούνται με την Τρίτη ηλικία. Είναι γνωστό ότι η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών οδηγεί σε άνοια.

Η εργασία περιλαμβάνει 11 κεφάλαια και διαιρείται σε δύο μέρη. Η δομή του κειμένου ακολουθεί μία συγκεκριμένη λογική : Αρχικά καταγράφεται το θεωρητικό πλαίσιο σχετικά με την Τρίτη ηλικία αλλά και τη νόσο της άνοιας. Στη

συνέχεια αναλύεται το εμπειρικό κομμάτι στηριζόμενο σε κεφάλαια και υποκεφάλαια με βάση τις θεματικές που «ανακαλύφθηκαν» από την έρευνα.

Το Πρώτο μέρος αφορά το θεωρητικό κομμάτι της εργασίας και ειδικά στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται η Ιστορία της Τρίτης ηλικίας, δηλαδή πότε εμφανίστηκε ο όρος Τρίτη ηλικία, δίνονται κάποιοι ορισμοί και αναφέρονται κάποιες μελέτες σχετικά με το μέσο όρο ζωής του ανθρώπου.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παραθέτουμε θεωρίες που αφορούν το γήρας. Αναφέρεται ο τρόπος εμφάνισης του γήρατος στους ανθρώπους και ποιοι παράγοντες επηρεάζουν το ρυθμό εμφάνισής του.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ψυχολογική κατάσταση των υπερηλίκων και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν αρνητικά (οικογενειακό περιβάλλον, εργασία, περίγυρος).

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια του γήρατος και οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτό και το επηρεάζουν άμεσα.

Το πέμπτο κεφάλαιο εστιάζεται στο να περιγράψει τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής που υπάρχουν στην Ελλάδα για την Τρίτη ηλικία, τον τρόπο λειτουργίας τους, την αποτελεσματικότητά τους, τις στρατηγικές φροντίδας για κάθε ηλικιωμένο και τα μέτρα που ισχύουν για τους ηλικιωμένους. Καθώς και κάποια στοιχεία για τα ΚΑΠΗ όπως ο τρόπος λειτουργίας τους, νόμοι, ιστορικά στοιχεία και πως λειτουργούν οι επαγγελματίες σε αυτά.

Στο κεφάλαιο έξι περιγράφεται αναλυτικά η νόσος της άνοιας. Γίνεται μια ιστορική αναδρομή του φαινομένου, παραθέτονται ορισμοί, περιγράφεται η κλινική εικόνα της νόσου, γίνεται η ταξινόμηση των ανοιών, αναφέρονται παράγοντες που επηρεάζουν την άνοια και αναλύεται η φαρμακευτική και μη αντιμετώπιση της άνοιας. Τέλος, παρουσιάζεται η αναγκαιότητα διασύνδεσης στην κοινότητα και το πως θα πρέπει να λειτουργούν φορείς και επαγγελματίες έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί ολοκληρωτικά αυτή η μάστιγα.

Στο τέλος του πρώτου μέρους βρίσκεται το κεφάλαιο επτά που αναφέρει το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

Το δεύτερο μέρος αφορά τη Μεθοδολογία της έρευνας, την έρευνα, τα ερευνητικά ευρήματα, τη συλλογή των στοιχείων. Παρατίθεται το χρονικό της έρευνας, τα κριτήρια επιλογής του θέματος, το είδος της έρευνας και οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν. Η εργασία μας ολοκληρώνεται με το δεύτερο κεφάλαιο της Μεθοδολογίας όπου γίνεται η στατιστική ανάλυση και ακολουθούν τα αποτελέσματα, η συζήτηση και οι προτάσεις .

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Ο καθένας μας γνωρίζει κάτι από τα γηρατειά. Γερνάμε σε όλη μας την ζωή, περνώντας από την παιδική ηλικία στην εφηβεία και από την εφηβεία στην ενηλικίωση και στην ωριμότητα. Οι σωματικές αλλαγές που συνοδεύουν τη 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 λευκά. Τέλος έρχεται η στιγμή της αλήθειας όπου διαπιστώνουμε ότι από άνδρας και γυναίκα γίναμε παππούς και γιαγιά.

1.2. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ :

Ο όρος Τρίτη Ηλικία¹ πρωτοεμφανίστηκε στην 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. Ένας σύντομος ορισμός προτείνεται από τον Αμερικανό γεροντολόγο Λάνσινγκ, για την τρίτη ηλικία που αναφέρει το εξής : « Η τρίτη ηλικία είναι μία διαδικασία δυσμενούς, προοδευτικής μεταβολής, συνδεδεμένη συνήθως με τη πάροδο του χρόνου, η οποία εμφανίζεται μετά την ωριμότητα και τελειώνει πάντα με το θάνατο του ατόμου»².

Μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία, μας δίνει την πληροφορία πως ο μέσος όρος ζωής του πρωτόγονου ανθρώπου ήταν περίπου 12 χρόνια, του ανθρώπου της εποχής του χαλκού περίπου 18 χρόνια. Από μελέτες ανθρώπινων σκελετών υπολογίσθηκε ότι το 5% περίπου των ανθρώπων, που έζησαν πριν από 100.000 χρόνια, ζούσε μέχρι τα 45 χρόνια, το 45% μέχρι 20 – 35 χρόνια και το 50% μέχρι τα 20 χρόνια. Στην Αρχαία Ελλάδα, στα χρόνια του Περικλή το προσδόκιμο ζωής ενός νεογέννητου ήταν 20

¹ Μαλγαρινου Μ.-Γουλιιά Ε. «Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα», Αθήνα, Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η Ταβιθά», 1986, σελ.9.

² Σιμόν Ντε Μπωβουάρ «Τα Γηρατειά», Αθήνα, Εκδόσεις: Γλάρος, 1980, σελ.17

χρόνια και στην Ελληνορωμαϊκή εποχή 31 χρόνια, στον 9^ο αιώνα 35 χρόνια, κατά τα μέσα τέλος του 19^{ου} αιώνα τα 40 χρόνια. Σήμερα ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου κυμαίνεται από 70,1 χρόνια έως 75 χρόνια.³

Όπως βλέπουμε όσο περνούν τα χρόνια ο μέσος όρος της ανθρώπινης ζωής ολοένα και αυξάνεται. Οι μεταβολές αυτές είναι κυρίως αποτέλεσμα :

- Της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, δηλαδή κατοικίας, διατροφής και υγιεινής ζωής στις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες.
- Της προόδου της ιατρικής επιστήμης και εφαρμογής προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής με αποτέλεσμα την ανακάλυψη και θεραπεία επικίνδυνων ασθενειών σε πρώιμα στάδιά τους.

³ Ομοίως σελ.18 ..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ, Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

2α. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ :

Την τελευταία εικοσαετία υπάρχουν ενδείξεις για την εξατομίκευση του γήρατος. Έτσι, η χρονολογική ηλικία δεν έχει τη μεγάλη σημασία, που είχε άλλοτε, διότι επί συνομηλικών διαπιστώνεται σημαντικό εύρος παραλλαγών της φυσικής, ψυχικής και πνευματικής κατάστασης. Εξάλλου επιστημονικές έρευνες αποκλίνουν προς την άποψη, ότι η υποκειμενική αίσθηση του βαθμού γήρανσης από το κάθε άτομο, έχει τεράστια σημασία όχι μόνο για την υγεία του, αλλά και για τη μακροβιότητα. Ο σημαντικό βαθμός της ενεργητικότητας ενός ατόμου που αισθάνεται νέο, ενώ η αντικειμενική του ηλικία είναι πολύ μεγαλύτερη, συμβάλλει αποφασιστικά στην καλή του υγεία και στην μακροβιότητά του.

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται αποδεδειγμένα με το γήρας, το επίπεδο υγείας ή τη μακροβιότητα είναι γενετικοί, βιολογικοί, οικολογικοί, οικογενειακοί, επαγγελματικοί και διατροφικοί. Επίσης η προσωπικότητα και το μορφωτικό επίπεδο διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, εκτός των άλλων και στην ποιότητα της τρίτης ηλικίας.

Σημαντικότερος οικογενειακός λόγος, που επηρεάζει την ποιότητα αυτή είναι και η ύπαρξη χηρείας ή μη. Ψυχιατρικές μελέτες απέδειξαν, ότι η απώλεια του συζύγου είναι πολύ βαρύτερο πλήγμα και από την απώλεια τέκνου. Σήμερα η παράταση της ζωής των συζύγων, έχει αποτέλεσμα την παράταση της ζωής της οικογένειας και τη μείωση του αριθμού των ατόμων που βρίσκονται σε χηρεία. Η μείωση αυτή είναι ταχύτερη για τις γυναίκες παρά για τους άνδρες.

Γίνεται κατανοητό, ότι δύο είναι οι κατηγορίες προβλημάτων που παρουσιάζει η τρίτη ηλικία. Είναι δηλαδή αφ' ενός ιατροβιολογικά και αφ' ετέρου

κοινωνικοψυχολογικά. Τα τελευταία μάλιστα κατέχουν τη μερίδα του λέοντος και με την πάροδο των ετών γίνονται όλο και πιο πιεστικά και δυσεπίλυτα.

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των δύο κατηγοριών γεροντικών προβλημάτων είναι η πρόληψη. Αυτή αποτελεί τη φωτεινή ελπίδα, διότι εφαρμοζόμενη σωστά και σε όλα τα επίπεδα, εγγυάται την αποφυγή των δυσάρεστων καταστάσεων ή τουλάχιστον την καθυστέρηση επελεύσεώς τους ή ακόμη τη μείωση και άμβλυνση των βλαπτικών επιπτώσεών τους.

Η πρόληψη μπορεί να επιχειρηθεί σε τρεις βαθμούς. Έτσι διακρίνουμε την πρωτοβάθμια πρόληψη, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια. Η πρωτοβάθμια αποσκοπεί στην ανίχνευση και στον περιορισμό των παραγόντων, που συμβάλλουν στην εκδήλωση κάθε προβλήματος πριν ακόμη εκδηλωθεί αυτό. Η δευτεροβάθμια ελέγχει και εξαφανίζει τις ήδη έκδηλες δυσάρεστες καταστάσεις, ενώ η τριτοβάθμια προσπαθεί να μειώσει τις επιπτώσεις και να προλάβει τις υποτροπές.

Προϋποθέσεις επιτυχίας στην προσπάθεια πρόληψης είναι, αφ' ενός η γνώση των ιδιαιτεροτήτων και της αιτιοπαθογένειας των πάσης φύσεως προβλημάτων του γήρατος και αφ' ετέρου ο καλός προγραμματισμός, η σωστή στελέχωση και οργάνωση της κοινότητας για τα θέματα αυτά.⁴

2β. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ :

Η κοινωνική απομόνωση και η θλίψη είναι δύο μεγάλα προβλήματα για τους ηλικιωμένους. Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να οφείλεται σε θάνατο συγγενών ή στις περιορισμένες οικογενειακές σχέσεις. Στη σύγχρονη κοινωνία τα παιδιά απομακρύνονται αρκετά από τους γονείς τους και έτσι είναι ανίκανοι να συντηρηθούν όπως στο ευρύ οικογενειακό σύστημα του παρελθόντος.

Η συνταξιοδότηση μπορεί να είναι το αίτιο της κοινωνικής απομόνωσης καθώς αιφνιδίως απομακρύνει τους ανθρώπους από φιλίες και σχέσεις μέσα στη δουλειά. Για πολλούς λόγους, η σύνταξη είναι η χειροπιαστή και αναμφισβήτητη απόδειξη του

⁴ Φραγκίσκου Ι.Χ. «Γηριατρική με στοιχεία γεροντολογίας, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1989, σελ 26-27 .

παροπλισμού τους και η επίσημη προειδοποίηση για το επερχόμενο γήρας και το θάνατο.

Ο συνταξιοδοτούμενος καλείται από τη ζώσα πραγματικότητα, να προσαρμοσθεί στην αλλαγή τρόπου ζωής, σε μια ηλικία, που αυτό είναι ιδιαίτερα δύσκολο και καταρχήν αξεπέραστο. Στο σημείο αυτό, παρατηρείται η πιο συνηθισμένη αντίδραση σε τέτοιες περιπτώσεις, που είναι η καταθλιπτική κατάσταση. Αυτή επιτείνεται από την επίγνωση, ότι χάθηκε η σημαντικότητα που είχε λόγω της πρότερος υπεύθυνης θέσης.⁵

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 υπεύθυνη θέση. Υπάρχει ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον όσον αφορά στη σωστή προετοιμασία για την συνταξιοδότηση και ένας αυξανόμενος αριθμός εταιρειών οργανώνει σεμινάρια για το προσωπικό του πριν από τη συνταξιοδότηση. Ένας από τους στόχους του σεμιναρίου είναι η ενημέρωση για την υγεία στη γεροντική ηλικία.

Η σωματική ανικανότητα είναι η μεγαλύτερη αιτία της κοινωνικής απομόνωσης. Συχνά η βαθμιαία αυξανόμενη ακινησία είναι επακόλουθο της τρίτης ηλικίας, αυτό δηλώνει ότι κάτι δεν «πάει καλά». Η θλίψη μπορεί να προέλθει από το θάνατο του συζύγου ή κάποιου άλλου κοντινού συγγενή ή φίλου. Το γεγονός αυτό έχει πολύ σημαντικές επιπτώσεις στα γεράματα. Το άτομο αυτό μπορεί να πέσει σε κατάθλιψη ή μπορεί να γίνει πολύ απαθές. Οι αυτοκτονίες αυξάνονται κυρίως μετά από κάποια απώλεια (πένθος). Υπάρχει μια αυξανόμενη τάση για φυσική νόσηση κι αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ένα υψηλό ποσοστό θνησιμότητας όσον αφορά τους συγγενείς.

Η κοινωνική απομόνωση και η σωματική αδυναμία των γερόντων τους καθιστούν εύκολη λεία για τους κλέφτες και τους βάνδαλους. Η τάση μοναξιάς έχει τις μεγαλύτερες συνέπειες για τον ηλικιωμένο και η πιο μικρή φαινομενική κλοπή μπορεί να τους δημιουργήσει μια σειρά από προβλήματα όπως κατάθλιψη, ασθένειες,

⁵ Μαλγαρινου Μ.-Γουλιιά Ε. «Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα», Αθήνα, Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η Ταβιθά», 1986, σελ.28-30

μειωμένη κινητικότητα, φόβο ακόμα και θάνατο (Coakley και Woodford – Milliams 1979).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΟΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Η φυσιολογική ζωή περιλαμβάνει τρεις φάσεις ⁶:

- 1) Τη φάση της ανάπτυξης.
- 2) Τη φάση της ωρίμανσης και
- 3) Τη φάση του γήρατος ή της υποτροπής.

Στη φάση της ανάπτυξης κυριαρχούν οι δημιουργικές δυνάμεις, στην ωρίμανση υπάρχει ισορροπία μεταξύ των δυνάμεων της δημιουργίας και της φθοράς, ενώ στο γήρας ή στη φάση της υποτροπής, κύρια επεξεργασία είναι η φθορά του οργανισμού. Κατά τον Ferraro « το γήρας είναι μια φυσιολογική κατάσταση και αυτό το ίδιο δεν υπαινίσσεται παθολογικά στοιχεία» .⁷

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 εμφάνισή του περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα.

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 30^ο έτος της ηλικίας του ατόμου και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.

⁶ Μαλγαρινου Μ.-Γουλιιά Ε. «Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα», Αθήνα, Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η Ταβιθά», 1986, σελ.13.

⁷ Ομοίως σελ14 ..

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 60^ο έτος και το όριο του όψιμου γήρατος, όπου το γήρας εμφανίζεται μετά το 90^ο ή το 100^ο έτος.

Υπάρχει απεριόριστος αριθμός θεωριών για την εξήγηση του φαινομένου της υπερηλικίωσης. Όλες οι θεωρίες, αν και ανεπαρκείς 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

4α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Η προσπάθεια σε διεθνές επίπεδο σήμερα των Υπηρεσιών Υγείας, είναι να φροντίζουν και να διατηρούν τους υπερήλικες στο σπίτι τους και μόνο σε ακραίες περιπτώσεις να τους μεταφέρουν σε Νοσοκομεία ή Γηριατρικά Ιδρύματα. Για να ευοδωθεί η τεράστια προσπάθεια, πρέπει να υπάρχει προγραμματισμός για την πρόληψη των ασθενειών και της αναπηρίας καθώς και την ανάπτυξη των κατάλληλων μέσων, μέσα στην κοινότητα, για την από κάθε πλευρά υποστήριξη των υπερηλίκων.

4α.1. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ :⁸

Η δαπάνη για την υγεία είναι, κατά το μεγαλύτερο μέρος, δαπάνη για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εφόσον η ζήτηση σ' αυτή την ηλικία προσανατολίζεται κυρίως στη θεραπεία και την περίθαλψη.

Το κόστος αυτών των μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι υψηλότερο από αυτό άλλων υπηρεσιών, οι οποίες απευθύνονται σε νεαρότερες ηλικίες. Επίσης, η συχνότητα εμφάνισης της ανάγκης για ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους όπως η συχνότητα ιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός ημερών νοσηλείας. Ακόμα, το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, το οποίο απαιτεί σύγχρονες και δαπανηρές μεθόδους θεραπείας και την υποστήριξη της φαρμακευτικής και βιοιατρικής τεχνολογίας. Με την έννοια αυτή, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, και η αντίστοιχη δαπάνη, αυξάνεται για αυτούς τους λόγους για τους ηλικιωμένους.

⁸ Σταθόπουλος Π. «Κοινωνική Πρόνοια, Μία Γενική Θεώρηση», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλη, 1999, σελ309 .

Είναι προφανές ότι η συνολική δαπάνη για υπηρεσίες υγείας προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας θα αυξηθεί στα επόμενα χρόνια εξαιτίας :

- Της αύξησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και του ύψους κατανάλωσης.
- Της μεγέθυνσης του αριθμού των ηλικιωμένων εξαιτίας της πληθυσμιακής γήρανσης και
- Της αναγκαίας διεύρυνσης των παροχών προς τους ηλικιωμένους, στα πλαίσια της βελτίωσης των κοινωνικών παροχών.

4α.2. ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΤΡΙΤΗ

ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ :

Η οικονομική ανάλυση έχει συνεισφέρει σε οργανωτικό και χρηματοδοτικό επίπεδο στις πολιτικές υπηρεσιών υγείας, για την τρίτη ηλικία και ειδικότερα στην προαγωγή εναλλακτικού τύπου περίθαλψης, οι οποίες αποτελούν συνήθη πρακτική σε διεθνή κλίμακα με έμφαση στην οικιακή φροντίδα και την ιδρυματική νοσηλευτική περίθαλψη. Με την έννοια αυτή, και με βάση τις προβλεπόμενες δημογραφικές και οικονομικές εξελίξεις στον υγειονομικό τομέα, είναι αναγκαία η διαμόρφωση αποδοτικής και αποτελεσματικής πολιτικής στα πλαίσια της εθνικής στρατηγικής για την υγεία.

4α.3. ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ :

Η επιλογή του κατάλληλου τύπου φροντίδας, μεταξύ των εναλλακτικών που έχουν αναπτυχθεί, είναι σχετικά σύνθετη υπόθεση γιατί επηρεάζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά του κάθε ηλικιωμένου/ ασθενούς. Οι τύποι φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα που έχουν διαμορφωθεί, στην προσπάθεια για εξεύρεση της πλέον σωστής επιλογής, είναι :

- *Άτυπη Φροντίδα* : αναφέρεται στην περίθαλψη που προσφέρεται, περιστασιακά ή μόνιμα, από άτομα μη ειδικευμένα για την υποστήριξη των αναγκών των ηλικιωμένων, συνήθως από συγγενείς και φίλους.
- *Οικιακή Φροντίδα* : αναφέρεται στο σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται από φορείς και άτομα στα πλαίσια κοινωνικών υπηρεσιών,

εθελοντικών οργανισμών χωρίς να αποκλείεται η συνεργασία των φίλων και των συγγενών.

- *Ιδρυματική Φροντίδα* : αναφέρεται στο είδος της κλειστής περίθαλψης που παρέχεται από κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς.⁹

Αυτοί οι τύποι δεν είναι στατικοί αλλά εξελίσσονται και ίσως διαφοροποιούνται με την εισαγωγή νέων χαρακτηριστικών (π.χ. η περίθαλψη «βραχείας διάρκειας»), χωρίς όμως να αλλάζει ουσιαστικά ο χαρακτήρας τους. Οι διάφοροι τύποι φροντίδας και παροχής υπηρεσιών δεν είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους αλλά αποτελούν μια «συνέχεια», που αρχίζει από τους ηλικιωμένους που αυτοεξυπηρετούνται ή καλύπτουν τις ανάγκες τους δεχόμενοι τις φροντίδες των συγγενών και φθάνει σε αυτούς που δέχονται την ιδρυματική φροντίδα.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί ότι τα ατομικά χαρακτηριστικά της κάθε περίπτωσης μπορεί να είναι καθοριστικά για την επιλογή τύπου φροντίδας, καθώς είναι δυνατόν να διαφοροποιήσουν σημαντικά το κόστος ή να αξιολογήσουν διαφορετικά την αναμενόμενη ωφέλεια.

4β. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

4β.1. ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ :

Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένειά τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειάς τους, περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η πολιτική για τους ηλικιωμένους περικλείει, κατά σειρά προτεραιότητας, τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, σε ανάδοχες οικογένειες, σε κέντρα

⁹ Σταθόπουλος Π. «Κοινωνική Πρόνοια, Μία Γενική Θεώρηση», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλη, 1999, σελ 310.

προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων για ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες (ανίατες). Επιπλέον, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει, θεωρητικά τουλάχιστον, την ευθύνη για την έκδοση αδειών λειτουργίας, τον έλεγχο και την εποπτεία των προγραμμάτων όλων των οργανισμών (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ.), που ασχολούνται με την προστασία των ηλικιωμένων.¹⁰

4β.2. ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΦΟΡΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ, ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ :

Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν :

1. Παροχές σε χρήμα,
2. Παροχές σε είδος και
3. Προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.

1. Εισοδηματική Ενίσχυση :

a) *Επιδόματα :* Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την ευθύνη για την ενίσχυση του εισοδήματος απόρων ηλικιωμένων. Αυτή η πολιτική υλοποιείται με τα εξής μέτρα :

- Συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων, μετά το 65^ο έτος, λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α. Οι δικαιούχοι πρέπει να είναι Έλληνες υπήκοοι ή ομογενείς οι οποίοι διαμένουν μόνιμως στην Ελλάδα.
- Ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών, τα οποία έχουν αναπηρία πάνω από 67% έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση, με βασική προϋπόθεση να μην είναι ασφαλισμένοι.
- Εκτός από τα παραπάνω , ο Ε.Ε.Σ. και τα Φιλόπτωχα ταμεία των ενοριών παρέχουν οικονομική ενίσχυση.

¹⁰ Σταθόπουλος Π. «Κοινωνική Πρόνοια, Μία Γενική Θεώρηση», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλη, 1999, σελ.307 .

- b) *Επιδότηση ενοικίου:*** Μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών που δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και δεν έχουν κινητή ή ακίνητη περιουσία, δικαιούνται την επιδότηση ενοικίου από την Κοινωνική Υπηρεσία της Νομαρχίας.¹¹

2. Παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές παροχές :

Οι παροχή υπηρεσιών περιλαμβάνει βασικά δύο κατηγορίες: την εξωιδρυματική και την ιδρυματική περίθαλψη. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται γιατί η σύγχρονη τάση είναι η ένταξη των ιδρυμάτων σε ένα συνολικό πλέγμα υπηρεσιών φροντίδας, ανάλογα με τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

- a) *Φροντίδα στο σπίτι :*** Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παραμονή του ηλικιωμένου, όσο το επιτρέπουν οι συνθήκες, στο οικογενειακό του περιβάλλον. Το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα το ξεκίνησε ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.) το 1981.
- b) *Πρόγραμμα αναδοχής :*** Αν και στη χώρα μας δεν είναι διαδεδομένη, αυτή η μορφή φροντίδας στην κοινότητα στόχο έχει ταυτοχρόνως την αποτροπή της ιδρυματικής φροντίδας και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μοναχικών κυρίως υπερηλίκων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια.
- c) *Πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα :*** Ο όμιλος εθελοντών ξεκίνησε το πρωτοποριακό πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων. Από τα μέσα της δεκαετίας του 1960, το Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας (Ι.Κ.Ε.) ξεκίνησε ένα πρόγραμμα Αστικής Κοινοτικής Ανάπτυξης, σκοπός του ήταν η παροχή υπηρεσιών σε ηλικιωμένα μοναχικά άτομα. Στη συνέχεια η Αρχιεπισκοπή Αθηνών ξεκίνησε ένα παρόμοιο πρόγραμμα. Και τέλος από το 1979 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ίδρυσε τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) τα οποία, από το 1983, έχουν περιέλθει στην αρμοδιότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- Κ.Α.Π.Η. : Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών, όπως φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα και κοινωνικών υπηρεσιών από κοινωνικούς

¹¹ Σταθόπουλος Π. «Κοινωνική Πρόνοια, Μία Γενική Θεώρηση», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλη, 1999, σελ313 .

λειτουργούς οι οποίοι έχουν και την ευθύνη για το συντονισμό του όλου προγράμματος. Τα προγράμματα σε κάθε Κ.Α.Π.Η. αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα.

- Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας από άλλους φορείς : Ο Δήμος Αθηναίων έχει δημιουργήσει ειδικά προγράμματα για τους ηλικιωμένους μέσω του τμήματος Λεσχών Φιλίας. Στελεχώνονται με επιστημονικό προσωπικό (κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, νοσοκόμες κ.α.). οι δραστηριότητες ποικίλουν από λέσχη σε λέσχη, κατά βάση περιλαμβάνουν προγράμματα οργανωμένης ψυχαγωγίας και απασχόλησης με χορευτικές εκδηλώσεις, θεατρικές παραστάσεις, χορωδίες, ομάδες συζήτησης και χειροτεχνίας. Η λέσχη ηλικιωμένων προσφέρει δημιουργική απασχόληση, κοινωνική φροντίδα και συμβουλευτικές υπηρεσίες από κοινωνικούς λειτουργούς.

Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων στήριξης της οικογένειας ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας (Ε.Ο.Π.) στα περισσότερα κέντρα φροντίδας οικογένειας εφαρμόζει προγράμματα για την τρίτη ηλικία. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής βασικές δραστηριότητες :

- ❖ *Ομάδες* με άτομα τρίτης ηλικίας με σκοπό τη δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία ώστε να αποφεύγεται η απομόνωσή τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντά τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και δράση.
- ❖ *Λέσχες* που στόχο έχουν την ανάπτυξη της κοινωνικότητας των ηλικιωμένων και την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους δημιουργικά.

Επιπροσθέτως, στα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας τα οποία βρίσκονται σε υποβαθμισμένες αστικές περιοχές, λειτουργούν προγράμματα για τους ηλικιωμένους, αντίστοιχα με αυτά του Ο.Ν.Α.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λειτουργεί στην περιοχή των Αθηνών κοινωνικούς ξενώνες, στους οποίους εξασφαλίζεται ύπνος και σίτιση στα οικονομικά άπορα ηλικιωμένα άτομα.

Η Εκκλησία της Ελλάδος, τόσο σε επίπεδο Μητροπόλεων όσο και σε επίπεδο ενοριών, έχει συστήσει διάφορα προγράμματα πρόνοιας στο πλαίσιο της φιλανθρωπικής της αποστολής.

3. Προγράμματα θερινών διακοπών :

- a) Κατασκηνώσεις :* Αρκετοί Δήμοι της χώρας σε συνεργασία με τα Κ.Α.Π.Η., παρέχουν ευκαιρία για καλοκαιρινές διακοπές σε ηλικιωμένα άτομα. Το Κοινωνικό Κέντρο Οικογένειας και Νεότητας, το οποίο λειτουργεί με την άμεση επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αλλά και οι περισσότερες Μητροπόλεις, έχουν επίσης προγράμματα κατασκηνώσεων για ηλικιωμένα άτομα.
- b) Επιδότηση εισιτηρίων – εκδρομών :* Σε αυτό το πρόγραμμα συμμετέχουν ο Οργανισμός Σιδηροδρόμων Ελλάδος (Ο.Σ.Ε.) και ο Εθνικός Οργανισμός Τουρισμού (Ε.Ο.Τ.), παρέχοντας έκπτωση στην τιμή των εισιτηρίων.

4β.3. ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ :

Βασικό κριτήριο για τη συμμετοχή στα προγράμματα αυτά είναι η ηλικία. Συνήθως το 60^ο έτος της ηλικίας θεωρείται ως κριτήριο συμμετοχής. Ένα δεύτερο κριτήριο είναι η εντοπιότητα (π.χ. για τα ΚΑΠΗ, τα Κέντρα Ενοριακής Αγάπης, τις Λέσχες Φιλίας κ.α.). Τέλος η παροχή εξωιδρυματικής φροντίδας δεν προϋποθέτει οικονομική απορία έτσι ώστε να αποφεύγεται ο στιγματισμός των ατόμων που κάνουν χρήση των υπηρεσιών αυτών. Συνήθως όμως, τέτοια προγράμματα εξυπηρετούν άτομα χαμηλών εισοδημάτων.¹²

4β.4. ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ :

Από την πρωτοβυζαντινή εποχή, τα ιδρύματα αποτελούσαν την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για όσους δεν ήταν αυτόνομοι στην κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών. Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι την εποχή μας από την

¹² Σταθόπουλος Π. «Κοινωνική Πρόνοια, Μία Γενική Θεώρηση», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλη, 1999, σελ315 .

Εκκλησία. Εκτός όμως από την Εκκλησία, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του Εθελοντικού Τομέα και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα.

Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίθαλψη των ηλικιωμένων έχει δώσει έμφαση στην εξωιδρυματική μορφή φροντίδας. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός ότι ένα ποσοστό ηλικιωμένων, ασχέτως από την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα χρειάζεται και την ιδρυματική φροντίδα. Η ιδρυματική φροντίδα αυτή καθ' εαυτή δεν είναι απορριπτέα αρκεί να έχει ως βασική αρχή την αυτοεξυπηρέτηση και την κάλυψη αναγκών του ηλικιωμένου με όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον.

Η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών στο ίδρυμα επιτυγχάνεται όταν :

- ❖ Οι χώροι είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι και επιτρέπουν άνετη και ασφαλή πρόσβαση στους χώρους του κτιρίου.
- ❖ Απασχολείται προσωπικό με τα απαιτούμενα επαγγελματικά προσόντα και σε αριθμητική επάρκεια.
- ❖ Το ίδρυμα είναι ανοιχτό στην κοινότητα και η κοινότητα ανοιχτή στους ηλικιωμένους.
- ❖ Υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση και η διοίκηση έχει επίγνωση των αναγκών των ηλικιωμένων και θετική διάθεση αντιμετώπισής τους.

Επειδή οι προϋποθέσεις αυτές συχνά λείπουν, η παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών στα ιδρύματα είναι συνήθως χαμηλού επιπέδου, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αντί να διασφαλίσει αυτές τις προϋποθέσεις λειτουργίας των ιδρυμάτων, τάχθηκε υπέρ της εξωιδρυματικής περίθαλψης. Ωστόσο, η έντονη ζήτηση για ιδρυματική φροντίδα ώθησε ιδιώτες στην ανεξέλεγκτη ίδρυση γηροκομείων και έτσι το κράτος το 1972 καθόρισε τους όρους λειτουργίας των «Οίκων Ευγηρίας», χωρίς όμως να φροντίσει για την επιμόρφωση των διευθυντών και του προσωπικού των οίκων ευγηρίας με τα κατάλληλα προγράμματα.

Στην Ελλάδα, η έλλειψη ελέγχου και εποπτείας από τις κρατικές υπηρεσίες συχνά οδηγεί όχι μόνο σε κακή ποιότητα υπηρεσιών, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αλλά και

σε καταστάσεις παραμέλησης και κακοποίησης των φιλοξενουμένων. Η νομοθετική ρύθμιση, το Σεπτέμβριο του 1995, με την οποία προβλέπονται αυστηρές ποινές για γηροκομεία που δεν παρέχουν ανεκτά επίπεδα διαβίωσης, έχει καθαρά κατασταλτικό χαρακτήρα και μακροπρόθεσμα δεν θα έχει ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, γιατί μετά από μία προσωρινή ανταπόκριση στα μέτρα, η προηγούμενη κακή κατάσταση στα γηροκομεία θα συνεχιστεί.¹³

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες :

- 1) Τα γηροκομεία, στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως. Στην Ελλάδα υπάρχουν δύο δημόσια γηροκομεία, υπό τον άμεσο έλεγχο και τη διοίκηση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Προϋπόθεση για την εισαγωγή στο γηροκομείο, εκτός της οικονομικής κατάστασης, είναι και η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ηλικιωμένου. Επίσης η Εκκλησία, με τις κατά τόπους Μητροπόλεις, λειτουργεί πολλά γηροκομεία, είτε άμεσα ως εκκλησιαστικά ιδρύματα είτε έμμεσα ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) κοινωφελούς χαρακτήρα και Στέγες Γερόντων. Ακόμη το γηροκομείο Αθηνών που είναι ένα από τα μεγαλύτερα ιδρύματα, το οποίο ανήκει στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα. Το συγκεκριμένο δεν επιχορηγείται από το κράτος, έχει δικά του έσοδα από κληροδοτήματα και δωρεές. Τέλος ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.) λειτουργεί από το 1966 ένα μικτό γηροκομείο για μικρό αριθμό ηλικιωμένων που ονομάζεται «Αναπαυτήριο Μάρθα – Μαρία».
- 2) Τα άσυλα, τα οποία δέχονται κατάκοιτους που πάσχουν από χρόνιες (ανίατες) παθήσεις. Στις κλινικές για τους χρόνια πάσχοντες, ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθεται για τις ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τα κρατικά θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, λειτουργούν συνολικά 20 ιδιωτικές κλινικές που φιλοξενούν άτομα με χρόνιες παθήσεις σε όλη την Ελλάδα. Τέλος η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών λειτουργεί από το 1974, τη Στέγη Κατάκοιτων Γερόντων.

¹³ Σταθόπουλος Π. «Κοινωνική Πρόνοια, Μία Γενική Θεώρηση», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλη, 1999, σελ318 .

4β.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ :

Παρά την ορθότητα των μέτρων στο επίπεδο των στόχων, η εφαρμογή τους κάθε άλλο παρά ικανοποιητική είναι, ιδιαίτερα όσον αφορά το ύψος της χρηματοδότησης. Το επίπεδο στελέχωσης, η σύνθεση των ειδικοτήτων του προσωπικού, η έλλειψη προγραμμάτων επιμόρφωσης του προσωπικού, δεν εγγυώνται, σε γενικές γραμμές, την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, κυρίως στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Στα ιδρύματα της Εκκλησίας και του Ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα η ποιότητα των υπηρεσιών ποικίλλει. Σε πολλά ιδρύματα, οι συνθήκες διαβίωσης είναι χαμηλού επιπέδου : μερικά από τα ιδρύματα του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα είναι υψηλών προδιαγραφών και καλύπτουν τις ανάγκες των εισοδηματικά εύρωστων οικογενειών. Υπάρχει επίσης άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Οι τελευταίες βρίσκονται σε μειονεκτική θέση.¹⁴

Μια άλλη ουσιαστική αιτία για την κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη σπατάλη πόρων είναι η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η έλλειψη εξειδικευμένων μορφών προνοιακής φροντίδας στην κοινότητα (όπως ξενώνες για προσωρινή φροντίδα των ηλικιωμένων οι οποίοι συγκατοικούν με τα παιδιά τους), είναι η αιτία για την εισαγωγή ηλικιωμένων στα νοσοκομεία τις περιόδους των Χριστουγέννων και του Πάσχα. Αν και η έμφαση στο βαθμό της αλληλεξάρτησης είναι ίσως υπερβολική, δεν παύει να τονίζει την αναγκαιότητα αναθεώρησης του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων της χώρας.

Αξίζει τέλος να αναφερθεί η λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. θεωρείται επιτυχημένη γιατί καλύπτει ουσιαστικές ανάγκες ηλικιωμένων σε όλους σχεδόν τους Δήμους της χώρας. Ο θεσμός αυτός θεωρείται ως η μόνη κοινωνικο – ιατρική υπηρεσία πρόληψης και αποκατάστασης για ηλικιωμένους. Μια βασική αιτία για την επιτυχία του θεσμού είναι ότι τα Κ.Α.Π.Η. είναι πρωτογενείς κοινωνικές υπηρεσίες και προσελκύουν ηλικιωμένους από την κατώτερη αλλά και τη μεσαία οικονομική τάξη. Σε αυτό ίσως

¹⁴ Σταθόπουλος Π. «Κοινωνική Πρόνοια, Μία Γενική Θεώρηση», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλη, 1999, σελ.320 .

οφείλεται και η πολιτική στήριξη του θεσμού, καθώς και η προσήλωση των συντονιστών κοινωνικών λειτουργών σε αξιοκρατικά κριτήρια παροχής υπηρεσιών.

4γ. ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

4γ.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Οπωσδήποτε, το ηλικιωμένο άτομο έχει αρκετό χρόνο στη διάθεσή του. Έχει υπολογισθεί ότι για τα ηλικίας 65 ετών και άνω άτομα, υπάρχει ελεύθερος χρόνος για μεν τις γυναίκες 5 ώρες ημερησίως, για δε τους άνδρες 6,5 ώρες¹⁵. Η διάθεση αυτού του ελεύθερου χρόνου από τον ηλικιωμένο σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσής του, την οικονομική του κατάσταση, την υγεία του, την κοσμοθεωρία του.

Όσο η ελληνικά κοινωνία εξελίσσεται και γίνεται περισσότερο πολύπλοκη η κοινωνική της δομή, τόσο χρειάζεται περισσότερη επιστημονική μελέτη και έρευνα. Με βάση τα επιστημονικά δεδομένα είναι ευκολότερη η διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής. Οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν μπορούν και (δε θα έπρεπε) να υποκαταστήσουν την οικογένεια, την γειτονία, την κοινότητα, στην κάλυψη των υλικών και συναισθηματικών αναγκών των ηλικιωμένων.

Μια από τις αντιπροσωπευτικότερες κοινωνικές υπηρεσίες που απευθύνεται στην Τρίτη ηλικία είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Τα ΚΑΠΗ, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο σε ένα συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό, με στόχο να κρατήσουν τον ηλικιωμένο ενεργό, αυτόνομο και ισότιμο άτομο στην κοινότητα. Όπως τονίστηκε και από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, στους στόχους της πολιτείας θα πρέπει να είναι η βοήθεια προς τους ηλικιωμένους, ώστε να φθάσουν αυτοί υγιείς και δραστήριοι σε βαθιά γεράματα. Σίγουρα τότε, ηλικιωμένοι και κοινωνία θα είναι ωφελημένοι. Οι εγγεγραμμένοι στα ΚΑΠΗ άνδρες είναι περισσότεροι από τις γυναίκες. Το ότι ο ηλικιωμένος άνδρας αισθάνεται περισσότερο από τη γυναίκα την ανάγκη της παρέας, που αναζητά έξω από το σπίτι, αποδεικνύεται

¹⁵ Κ.Ε.Π.Ε. Κοινωνική Πρόνοια, Έκθεση Ομάδας Εργασίας. Πενταετές Πρόγραμμα 1988 – 1992.

και από τα στοιχεία έρευνα όπου οι άνδρες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες απαντούν πως το ΚΑΠΗ τους έχει προσφέρει ψυχαγωγία και συντροφιά¹⁶

4γ.2 ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ :

Τα ΚΑΠΗ έχουν 15 χρόνια λειτουργίας. Το 1979 η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κάλεσε τον Όμιλο Εθελοντών και του ζήτησε να συνεργασθεί στη δημιουργία ενός Πειραματικού Κέντρου Ανοιχτής (εξωιδρυματικής) Περίθαλψης Ηλικιωμένων, στελεχωμένου από μια διεπιστημονική ομάδα προσωπικού: γιατρό μερικής απασχόλησης, κοινωνικό λειτουργό, φυσιοθεραπευτή, επισκέπτη υγείας ή νοσηλεύτη, εργοθεραπευτή, επίσης με οικογενειακό βοηθό. Ο Όμιλος Εθελοντών συμφώνησε να κλείσει το Πρόγραμμα που λειτουργούσε ως τότε με τον τίτλο «Η γωνιά του Παππού και της Γιαγιάς», με παροχή συσσιτίου, και να λειτουργήσει το Ά ΚΑΠΗ με την ονομασία πρότυπο ΚΑΠΗ Ν. Κόσμου. Είναι προς τιμή του Ομίλου Εθελοντών ότι το πρώτο ΚΑΠΗ λειτουργούσε υποδειγματικά και αποτέλεσε παράδειγμα για μίμηση στα άλλα που ακολούθησαν.

Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν 8 ΚΑΠΗ με φορείς Εθελοντικές Οργανώσεις, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, την ΧΕΝ, το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού και ακόμη με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας. Από το 1982 τα ΚΑΠΗ περνούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. των Δήμων και Κοινοτήτων. Στη δεύτερη αυτή φάση ο θεσμός αναπτύσσεται, ανοίγεται σε όλη τη χώρα και τα ΚΑΠΗ φθάνουν τον αριθμό των 260, εκ των οποίων τα 80 στην Αθήνα.

Έως το τέλος του 1988 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δια της Δ/σεως Προστασίας Ηλικιωμένων κάλυπτε τις δαπάνες μισθοδοσίας και λειτουργικών των ΚΑΠΗ και ακόμη, εφόσον οι Δήμοι διέθεταν οικόπεδο χώρο, επιχορηγούσε και για ανέγερση κτιρίου του ΚΑΠΗ. Από το 1989, τις δαπάνες μισθοδοσίας – λειτουργικών υποχρεώθηκαν να αναλάβουν οι Δήμοι και οι Κοινότητες. Το γεγονός αυτό είναι αυτονόητο ότι όχι μόνο επηρέασε αρνητικά στην περαιτέρω εξάπλωση του θεσμού

¹⁶ Τεπέρογλου, Α. κ.ά.: Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Έρευνα στα μέλη των ΚΑΠΗ, ΕΚΚΕ 1990.

αλλά υποβάθμισε και τα λειτουργούντα, γιατί οι Δήμοι άρχισαν περικοπές και στις δαπάνες μισθοδοσίας και στα λειτουργικά έξοδα.

Παρόλες αυτές τις δυσκολίες ως το 1990 το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας συνεχίζει να επιχορηγεί για εξοπλισμό και κτιριακά, κυρίως όμως εποπτεύει και φροντίζει τον θεσμό των ΚΑΠΗ. Από το 1991 η θέση του Υπουργείου διαφοροποιείται απέναντι στο Θεσμό. Υποστηρίζεται ότι δεν ανήκουν πια τα ΚΑΠΗ στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας αλλά στο Υπουργείο Εσωτερικών. Αυτή η θέση, η οποία μέχρι σήμερα δεν δείχνει να έχει διαφοροποιηθεί, είναι λανθασμένη και αργά ή γρήγορα θα πρέπει να αναθεωρηθεί. Και τούτο διότι ιατροκοινωνικές υπηρεσίες, όπως τα ΚΑΠΗ δεν μπορεί να ανήκουν, ως προς την καθ' όλην αρμοδιότητά τους, σε κανένα άλλο Υπουργείο εκτός από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, το οποίο διαθέτει, ως εκ της αποστολής του, το κατάλληλο προσωπικό για να ασκήσει την εποπτεία: Γιατρούς, Κοινωνικούς Λειτουργούς, Νοσηλευτές και Επισκέπτες Υγείας, Φυσικοθεραπευτές και Εργοθεραπευτές. Στα ΚΑΠΗ εγγράφονται τα μέλη χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων και ο αριθμός μελών δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερο από 300 ούτε μικρότερος από 50 μέλη με ενεργό συμμετοχή. Τα μέλη για την εγγραφή τους πληρώνουν μια συνδρομή η οποία είναι συμβολική ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες.

Σε όλη την Ευρώπη, εδώ και πολύ χρόνια οι αρμοδιότητες έχουν περάσει στις Τοπικές Αρχές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι τα αρμόδια Υπουργεία χάνουν την επιτελική τους εποπτεία και καθοδήγηση του σκοπού και ότι δημιουργείται ένα Υδροκέφαλο Υπουργείο Εσωτερικών¹⁷

4γ.3 Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥΣ¹⁸ :

- α. Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου,
- β. Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

¹⁷ Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής και Πολιτιστικής Συμμετοχής για όλες τις Ηλικίες, ΚΑΠΗ Μακεδονίας (1993). Ένα παιδί μεγαλώνει μέσα από τις μνήμες του παππού και της γιαγιάς, Ευρωπαϊκό Συνέδριο – Λαογραφικές Εκδηλώσεις, Έκθεση 6-7 Νοεμβρίου.

¹⁸ Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής (1994), Οδηγός των ΚΑΠΗ, Αθήνα.

γ. Η έρευνα σχετικών με τους ηλικιωμένους Θεμάτων.

4γ.4 ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ¹⁹ :

Διοικούνται από 7 μέλεις Διοικητικό Συμβούλιο, που φροντίζει για την επιτυχία του σκοπού του ΚΑΠΗ, διαχειρίζεται την περιουσία του και γενικά τα συμφέροντα που διοικεί, εποπτεύει και ελέγχει την λειτουργία του. Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου είναι:

1. Ο κάθε φορά Δήμαρχος ή Αντιδήμαρχος, ως πρόεδρος του ΚΑΠΗ.
2. Ένας Δημοτικός σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου
3. Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ που εκλέγεται ανάμεσα στα μέλη του, από αυτά.
4. Ένας Κοινωνικός Λειτουργός, υπάλληλος της οικείας Νομαρχίας. της Δ/σης Κοινωνικής Πρόνοιας.
5. Ένας Δημότης, που προτείνει ο Δήμαρχος ανάμεσα σε πρόσωπα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
6. Ένας εκπρόσωπος των τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων.
7. Ένας αιρετός υπάλληλος από τους εργαζόμενους στο ΚΑΠΗ.

4γ.5 ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΣΤΑ ΚΑΠΗ ΕΙΝΑΙ²⁰ :

1. Ιατρός με μερική απασχόληση
2. Κοινωνικός λειτουργός
3. Επισκέπτρια Αδελφή Νοσοκόμα τριετούς φοίτησης
4. Φυσικοθεραπευτής
5. Εργοθεραπευτής
6. Οικογενειακή Βοηθός

4γ.6 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ :

- Οργανωμένη ψυχαγωγία, εκδρομές με πούλμαν κ.α.

¹⁹ Τεπέρογλου Α. «Ο Θεσμός Προστασίας Ηλικιωμένων : Στασιμότητα ή εξάλιξη ;», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα , 1993.

²⁰ Ήρα Εμκε – Πουλοπούλου «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν και Μέλλον», Εκδόσεις ΈΛΛΗΝ, Αθήνα, 1999.

- Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη Θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους .
- Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους.
- Φυσικοθεραπεία.
- Εργοθεραπεία.
- Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης.
- Είναι πολύ σημαντικό το έργο που προσφέρουν οι ομάδες αυτενέργειας των μελών των ΚΑΠΗ, που βοηθούν τα μέλη σε δραστηριοποίηση.
- Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.
- Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει τρόφιμα, αναψυκτικά κ.λ.π.. και όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.

4γ.6.1. Κοινωνική συμμετοχή

Η πλήρης ανάπτυξη των προγραμμάτων ενός ΚΑΠΗ επιτυγχάνει τη διαφοροποίησή του από τα άλλα γνωστά ως σήμερα προγράμματα, που οργανώνονται από διάφορους φορείς και φιλανθρωπικές οργανώσεις, με παροχή πολύ περιορισμένων υπηρεσιών. Ο παραδοσιακός τρόπος “παροχής βοήθειας”, παραχωρεί τη θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου, που οδηγεί στην “Ένταξη” στην κοινότητα.

Οι υπηρεσίες ποιότητας, σε φροντισμένες αίθουσες των ΚΑΠΗ (φωτεινά χρώματα, μοκέτες, αναπαυτικά καθίσματα), το γεγονός ότι πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου του Κέντρου είναι ο Δήμαρχος, η συμμετοχή των μελών (που εκφράζεται με τον αιρετό τους εκπρόσωπο και με τις Επιτροπές Αυτενέργειας των ίδιων των ηλικιωμένων) δημιουργούν ισχυρά κίνητρα που πετυχαίνουν την κοινωνική συμμετοχή τους. Αποτέλεσμα όλων αυτών, είναι η προσέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια, όπως άλλοτε, μόνο από τις πολύ χαμηλές εισοδηματικές τάξεις.

Έτσι ξεφεύγουμε από τον περιορισμό της κοινωνικής προστασίας στον “άπορο” ηλικιωμένο και επιδιώκουμε χωρίς διάκριση κοινωνικών τάξεων μια από κοινού

αντιμετώπιση των ιδιαίτερων τους καταστάσεων και προβλημάτων, με πρωταρχικά στόχο όπως διαπιστώνεται: το πρόβλημα της ψυχικής μοναξιάς.

Η απορία απομονώνεται σαν πρόβλημα. Όποιος έχει ανάγκη από ένα πιάτο φαγητό θα περιμένει να του έρθει στο σπίτι του, και έτσι αποφεύγεται η υποβάθμιση του Κέντρου σε λαϊκό συσσίτιο. Αυτός που δεν έχει τη δυνατότητα της συμμετοχής στη δαπάνη της εκδρομής θα κόψει το εισιτήριό του όπως και οι άλλοι και μόνο η Κοινωνική Λειτουργός γνωρίζει το γεγονός ότι δεν έχει καταβάλει το αντίτιμο του εισιτηρίου.

Η Οικογενειακή βοήθος φέρνει τη συμπαράσταση μέσα στο σπίτι του ηλικιωμένου που ζει μόνος του, στις ώρες κάποιας προσωρινής ασθένειας όπως γρίπης που τον κρατά στο σπίτι και για την οποία δεν απαιτείται μεταφορά του στο νοσοκομείο. Θετική συμβολή στην Κοινωνική συμμετοχή αποτελούν επίσης οι εκδρομές, συνεστιάσεις, επισκέψεις Μουσείων κ.α.

4γ.6.2. Προληπτική υγιεινή

Όπως έχει παρατηρηθεί, οι ηλικιωμένοι δεν είναι πολλές φορές σε θέση να ξεχωρίσουν την αρρώστια από τα γηρατειά. Αυτό αποτελεί και την κυριότερη αιτία που κάνουν τόσο μεγάλη χρήση φαρμάκων οι άνω των 65 ετών, οι οποίοι ενώ αποτελούν το 13% του πληθυσμού καταλαμβάνουν αναλογικά το 40% των κρεβατιών στα νοσοκομεία, αφήνοντας το υπόλοιπο 60% για το 87% του πληθυσμού που ανήκει στις νεότερες ηλικίες.

Η πρόληψη μέσα στα ΚΑΠΗ διακρίνεται σε:

- α) πρωτογενή (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων) και
- β) δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία).

Στο ΚΑΠΗ, στα πλαίσια της προληπτικής υγιεινής διενεργούνται διαβητολογικές εξετάσεις (καμπύλη σακχάρου, χοληστερίνη, ουρία, σάκχαρο κτλ.), καρδιολογικές με ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφίες θώρακα,

κυτταρολογικές εξετάσεις στις γυναίκες, εξετάσεις για προστάτη, μαστογραφίες κ.α.

4γ.6.3. Ενεργοποίηση

Η Ενεργοποίηση είναι η τρίτη φάση μιας διαδικασίας στην οποία φτάνει ο ηλικιωμένος όταν έχει πειστεί ότι η υγεία του είναι υπό παρακολούθηση και έχει ήδη κοινωνικοποιηθεί με τη συμμετοχή του στα ποικίλα προγράμματα του Κέντρου .Εδώ κρίνεται η όλη ικανότητα του προσωπικού του Κέντρου, κυρίως της Κοινωνικής Λειτουργού . Είναι εκείνη που με το έμπειρο μάτι της και σε συνεργασία με τον Εργοθεραπευτή και όλο τα προσωπικό διακρίνει τις ικανότητες των ηλικιωμένων τα μικρά τους ταλέντα, υποκινεί κάθε δυνατότητα δημιουργίας ομάδων Αυτενέργειας . (Η ομάδες Αυτενέργειας έχουν σκοπό την ενεργοποίηση των μελών και την πλήρη ενσωμάτωσή τους στην Κοινότητα, μέσα από τα ΚΑΠΗ .

Συγκροτούνται ομάδες και επιτροπές αυτενέργειας ανάλογες με τα ενδιαφέροντά τους. Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικές από αυτές που είναι και οι πιο συνηθισμένες²¹ :

- α. Θεάτρου, με συμμετοχή πολλές φορές και άλλων ηλικιών (παιδιών, εφήβων. ενηλίκων), χορωδιών, παραδοσιακών χορών, γυμναστικής.
- β. Δημοσιογραφίας, που εκδίδει εφημερίδα τα νέα του ΚΑΠΗ και λογοτεχνήματα των μελών, εκδόσεις διηγημάτων και παραμυθιών.
- γ. Αλληλεγγύης, για συμπαράσταση και υποστήριξη σε μέλη που έχουν ανάγκη.
- δ. Κεραμικής, πυρογραφίας, κατασκευών καραγκιόζη, κεντημάτων, αποξήρανσης λουλουδιών, αναπαλαίωσης εικόνων, χαλκογραφίας, χειροτεχνίας, με κατά καιρούς εκθέσεις των χειροτεχνημάτων .
- ε. Καντίνας για την εξυπηρέτηση της λέσχης των μελών.
- στ. Κηπουρικής και ανθοκομίας, διαγωνισμού για το πιο όμορφο μπαλκόνι .
- ζ. Ζαχαροπλαστικής, καταγραφής συνταγών, μεζέδων κ.α.
- η. Κατασκευή παιχνιδιών, χαρταετών κ.λ.π.
- στ. Κατασκευών Κοσμημάτων.
- ι. Δημιουργία Δανειστικής Βιβλιοθήκης.

²¹ Σέλμπερης Δ. «Η αναγκαιότητα επιμόρφωσης των ηλικιωμένων», Υπουργείο Πολιτισμού Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης, Αθήνα, 1988.

ια. Ομάδες για εκδρομές, περιπάτους, επισκέψεις μουσείων, θαλάσσια μπάνια, γεύμα σε συνεστιάσεις, παρελάσεις κ.α.

Μερικές από τις ομάδες αυτές παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον τόσο για την πρωτοπορία των προγραμμάτων όσο και για την ενεργοποίηση των μελών π.χ.

α. Ομάδες χειροτεχνίας σε συνεργασία με τον ΕΟΜΜΕΧ (Εθνικό Οργανισμό Μικρομεσαίων και Μεταποιητικών Επιχειρήσεων Χειροτεχνίας) διοργανώνουν εκθέσεις και πώληση χειροτεχνημάτων .

β. Ομάδες πυρασφάλειας σε συνεργασία με Δασική Υπηρεσία φροντίζουν για την έγκαιρη αντιμετώπιση πυρκαγιάς και γνωστοποίησή της στις αρμόδιες υπηρεσίες .

γ. Ανακύκλωση χαρτιού με διπλό σκοπό :την προστασία του περιβάλλοντος και την οικονομική ενίσχυση διαφόρων δραστηριοτήτων .

δ. Τα μέλη των Κ.Α.Π.Η. προσφέρουν σπουδαίο έργο στη στρατολόγηση εθελοντών αιμοδοτών, όπως τα παιδιά τους, φίλους, γείτονες .Έχει κυκλοφορήσει ειδικό έντυπο που ενημερώνει σχετικά με τον τρόπο ευαισθητοποίησης των μελών .Το πρόγραμμα έχει αποδώσει πολύ θετικά αποτελέσματα γιατί η χώρα μας δεν έχει Εθνική Επάρκεια Αίματος .Έτσι τα μέλη των Κ.Α.Π.Η. δεν προσφέρουν μεν το αίμα τους, συμμετέχουν όμως ενεργά στην αιμοδοτική προσπάθεια .

4γ.6.4. Ευαισθητοποίηση της γειτονιάς

Ο κύκλος επιτυχίας ενός ΚΑΠΗ κλείνει με την ευαισθητοποίηση της γειτονιάς, όπου τα νεότερα μέλη της αποδέχονται τα παλαιότερα και εκδηλώνουν την επιθυμία για προσφορά υπηρεσιών στο ΚΑΠΗ, στο σπίτι τους ή στις ποικίλες δραστηριοποίησής τους. Η κινητοποίηση της γειτονιάς μπορεί να γίνει από κάθε ηλικία, περιλαμβανομένων ακόμη και των παιδιών Δημοτικού Σχολείου σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς. Ανάλογα με το πόσο ευαισθητοποιημένη είναι η γειτονιά κρίνεται και ο βαθμός αλληλεγγύης των γενεών από την οποία πηγάζει και η πραγματική ένταξη των ηλικιωμένων

4γ.6.5. Διασυνδέσεις - συνεργασίες

Ο Θεσμός των ΚΑΠΗ ξεκίνησε με δυναμισμό και στέρεες βάσεις και αποτελεί την αρχή μιας νέας πολιτικής. Ο δυναμισμός του δεν του επιτρέπει στατικότητα, αλλά τον οδηγεί σε διασυνδέσεις και συνεργασίες με άλλους φορείς, που ο

καθένας στον κύκλο της αρμοδιότητάς του συμπληρώνει με παροχές και υπηρεσίες:

- Οι Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής επιμόρφωσης του Υπουργείου Παιδείας (ΝΕΛΕ) συνεργάζονται με τα ΚΑΠΗ στέλνοντας τα εξειδικευμένα στελέχη τους για μαθήματα επεξεργασίας χαλκού, δέρματος κ.α., αλλά και ανάπτυξη θεμάτων σχετικά με θέματα ψυχαγωγικά, καλλιτεχνικά, μορφωτικό, διατροφής και άλλα .
- Ο ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού (ΕΟΤ) στην ανάπτυξη του Προγράμματος 'Κοινωνικός Τουρισμός' συμπεριέλαβε και τα μέλη των ΚΑΠΗ .Πρόκειται για επιδοτούμενο τουρισμό που απευθύνεται στις τάξεις περιορισμένου εισοδήματος για την εξάπλωση του Ελληνικού Τουρισμού .

Ακόμη για την σμίκρυνση του χάσματος των γενεών και την πλήρη αρμονική συμμετοχή των ηλικιωμένων στην ευρύτερη Κοινωνική Ζωή¹ έχουν διασυνδεθεί:

- a) με Σχολεία και
- b) με Πολιτιστικούς Συλλόγους καθώς και άλλους φορείς της Κοινότητας,

4γ.7 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΈΡΓΟΥ ΤΩΝ ΚΑΠΗ²² :

Όλες οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσω των ΚΑΠΗ εξαρτώνται σε πολύ μεγάλο βαθμό από την διάθεση των κοινωνικών λειτουργών να ξεφεύγουν από τα στενά δημόσιο-υπαλληλικά πλαίσια και να προσφέρουν προσωπικά για την εξέλιξη και την βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας και οργάνωσης.

Τα προβλήματα που παρατηρούνται συνήθως στα ΚΑΠΗ σχετίζονται με το οικονομικό θέμα και τις επιχορηγήσεις , τα διοικητικά θέματα και την στελέχωση με αρμόδιο προσωπικό. Τη στέγαση που αποτελεί ένα κύριο θέμα καθώς παρουσιάζονται διάφορα χωροταξιακά και κτιριολογικά προβλήματα. Στα ΚΑΠΗ η προσπελασιμότητα των κτιρίων παίζει σημαντικό ρόλο από την στιγμή που καθορίζει την προσέλευση ή όχι των ηλικιωμένων στο χώρο του κέντρου. Ακόμη προβλήματα προκαλούνται σχετικά με τον αριθμό των μελών που εγγράφονται στα ΚΑΠΗ καθώς

²² Τεπέρογλου Α. «Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων», Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση Ηλικιωμένων – Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 1990.

σε κάποιες περιοχές υπερβαίνει το όριο και αυτό στερεί την δυνατότητα σε κάποιους να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες του κέντρου.

Σε γενικές γραμμές όμως τα ΚΑΠΗ αποτελούν ένα σημαντικό και αξιόλογο βήμα στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της Τρίτης Ηλικίας και είναι κατά κοινή ομολογία ένας θεσμός που λειτουργεί εδώ και χρόνια με ένα μεγάλο ποσοστό επιτυχίας ,καλύπτοντας τους στόχους που θέτει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΓΕΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Οι άνοιες αποτελούν ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο των νευροεκφυλιστικών νοσημάτων της τρίτης – κυρίως ηλικίας. Η καταστροφή και η απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων οδηγεί σε έκπτωση της μνήμης και των λοιπών νοητικών λειτουργιών, σε βαθμό που να επηρεάζονται αρνητικά η κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ασθενούς, αλλά και της οικογένειάς του.

Η άνοια τύπου Alzheimer, είναι η συχνότερη μορφή άνοιας και καλύπτει περίπου το 60% των συνολικών περιπτώσεων ανοιών που παρατηρούνται. Από το 1907, όταν ο Γερμανός Alois Alzheimer πρώτος περιέγραψε τα συμπτώματα της νόσου, αλλά ιδιαίτερα σήμερα, η συγκεκριμένη μορφή άνοιας βρίσκεται στο επίκεντρο της έρευνας επιστημόνων πολλών ειδικοτήτων. Ωστόσο, η νόσος παραμένει δυστυχώς ανίατη και δεν υφίσταται ακόμη προληπτική θεραπευτική αγωγή.

Ο καθένας από εμάς κινδυνεύει να αναπτύξει άνοια τύπου Alzheimer ή άλλο είδος άνοιας, καθώς δεν υφίστανται ενδείξεις για την εμφάνισή της σε ομάδες ανθρώπων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, γενετικά, φυλετικά, γεωγραφικά, επαγγελματικά ή κοινωνικονομικά. Οι έρευνες που διεξάγονται, εστιάζονται στην ανεύρεση πιθανών αιτιών, προφυλακτικών παραγόντων και φαρμάκων που βελτιώνουν τα συμπτώματα.²³

5α.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Ο Alois Alzheimer (1864-1915) περιέγραψε σε επιστημονικό συνέδριο την περίπτωση μιας γυναίκας 51 ετών, το 1904. Η γυναίκα αυτή νοσηλεύτηκε επί 4 χρόνια από τον Alzheimer και πέθανε το 1906. Στη συνέχεια ο Alzheimer δημοσίευσε μία σύντομη περιγραφή της περίπτωσης στην οποία αναφερόταν ως εξής : «Γυναίκα, ηλικίας 51

²³ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 7.

ετών, παρουσίασε ως πρώτο σύμπτωμα της πάθησης, έντονη ζήλεια προς τον άντρα της. Ακολούθησε απώλεια μνήμης. Δε μπορούσε να βρει τον δρόμο της μέσα στο ίδιο της το διαμέρισμα. Μετέφερε αντικείμενα χωρίς λόγο και τα έκρυβε. Φώναζε ότι θέλουν να τη σκοτώσουνΠεριοδικά ήταν σε παραλήρημα....και φαινόταν να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις....»²⁴. Η νεκροψία έδειξε γενικά ατροφικό εγκέφαλο χωρίς μακροσκοπικές βλάβες.

Ο όρος ‘Alzheimer disease’ εισήχθη από τον Emil Kraepelin, καθηγητή του Alzheimer το 1910, στην 8^η έκδοση του εγχειριδίου του προς τους φοιτητές : ”Compendium der Psychiatrie”. Ο Kraepelin βασίστηκε στην περιγραφή της πρώτης περίπτωσης του Alzheimer και στην περιγραφή άλλων 3 περιπτώσεων από συνεργάτες του Alzheimer και κατέταξε τη νέα αυτή πάθηση στις προγεροντικές άνοιες.

5β. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

5β.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ :

Η άνοια χαρακτηρίζει κατεξοχήν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και συνεπάγεται την πρόκληση ποικίλων ιατροκοινωνικών προβλημάτων, οι επιπτώσεις των οποίων επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους τους πάσχοντες και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Το ήμισυ των περιπτώσεων οφείλεται στην Άνοια τύπου Alzheimer, ενώ άλλες παθολογικές καταστάσεις που συνδέονται με την άνοια είναι η αρτηριοσκλήρυνση, η νόσος του Parkinson και οι κακώσεις του εγκεφάλου. Είναι όμως δυνατό να εμφανιστούν άνοιες οι οποίες είναι θεραπεύσιμες. Σε αυτή τη κατηγορία περιλαμβάνονται τα ανοικά σύνδρομα τα οποία οφείλονται σε φαρμακευτικές ουσίες (ο αλκοολισμός, όγκοι κ.λ.π.), καθώς και μεταβολικές νόσοι του θυροειδούς, των

²⁴ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 23.

νεφρών και του ήπατος .Άλλη περίπτωση θεραπεύσιμης άνοιας, η οποία εμφανίζεται πολύ συχνά έχει ως αιτία την κατάθλιψη των ηλικιωμένων.²⁵

5β.2. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ²⁶ :

Η συχνότητα εκδήλωσης της άνοιας εξαρτάται από την ηλικία. Οι ειδικότερες διαπιστώσεις επιδημιολογικών ερευνών για την επικράτηση της νόσου κατά ομάδες ηλικιών αφορά στα εξής :

1. Δεν υπάρχουν αξιόπιστες κι ευρέως αποδεκτές εκτιμήσεις για άτομα ηλικίας μικρότερης των 60 ετών.
2. Η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 8 - 10% και εξαρτάται από τον πληθυσμό και την εφαρμοζόμενη μέθοδο εκτίμησης.
3. Η συχνότητα σε ηλικίες άνω των 75 ετών αυξάνει περαιτέρω και κυμαίνεται σε ποσοστό 18-20%, σε ηλικίες άνω των 85 ετών αγγίζει το 40%, ενώ πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών η συχνότητα δεν υπερβαίνει το 40% .

5β.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ²⁷ :

Το αιτιολογικό υπόβαθρο της άνοιας χαρακτηρίζεται από πολυπαραγοντικότητα και περιλαμβάνει γενετικούς, δημογραφικούς, κοινωνικούς, συμπεριφορικούς, ψυχοσωματικούς κι άλλους παράγοντες κινδύνου.

Γενετικοί παράγοντες

Το γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21, το γονίδιο της προσελίνης 1 στο χρωμόσωμα 14 και το γονίδιο της προσενιλίνης 2 στο χρωμόσωμα 1 ενοχοποιούνται για την εκδήλωση ανοιών.

Δημογραφικοί παράγοντες

²⁵ Ομοίως σελ. 24

²⁶ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ .29

²⁷ Ομοίως σελ. 31-33

Μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων κινδύνου έχει αποσαφηνιστεί η σύνδεση της αύξησης του επιπολασμού της νόσου με την πρόοδο της ηλικίας και ιδιαίτερα με το ηλικιακό όριο των 65 ετών και άνω. Ως προς το φύλο, η άποψη ότι η νόσος προσβάλλει τις γυναίκες περισσότερο, με εξελικτική πορεία βαρύτερη, με περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα καθώς και με μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου σε σχέση με τους άντρες της ίδιας ηλικίας, έχει καταγραφεί σε διάφορες έρευνες.

Το μορφωτικό επίπεδο σε συνάρτηση με την εκπαίδευση, αποτελεί ένα πρόσθετο πεδίο ερευνών συσχέτισης με την πρόκληση της νόσου από το οποίο όμως δεν απορρέουν σαφή συμπεράσματα. Είναι γνωστό, βέβαια, ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχει σαν αποτέλεσμα ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου και συμβάλλουν στην εκδήλωση της άνοιας. Παρ' όλ' αυτά όμως η νόσος της άνοιας έχει προσβάλλει και προσωπικότητες υψηλού μορφωτικού διαμετρήματος.²⁸

Κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες

Η ποιότητα και η ένταση της εργασίας, η ανεργία, η κατανάλωση αλκοόλ και οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν πεδίο μελέτης και έρευνας προκειμένου να αποσαφηνιστεί η σχέση τους με την άνοια.

Ψυχοσωματικοί παράγοντες-Παθήσεις-Κακώσεις

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για άνοια καθώς κι ότι οι ήπιες γνωστικές διαταραχές αυξάνουν τη πιθανότητα για εκδήλωση άνοιας. Μία πρόσφατη, επίσης, έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με αρτηριοσκλήρυνση, περιφερειακή αγγειακή νόσο ή σακχαρώδη διαβήτη έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν έκπτωση γνωστικών λειτουργιών.

Ένας επιπλέον παράγοντας κινδύνου για άνοια είναι η χρήση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων ((διαζεπίνες, οπιοειδή, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, υπερτασικά

²⁸ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ .32

φάρμακα), τα οποία αποδεδειγμένα από έρευνες προκαλούν γνωστικές διαταραχές σε ευαίσθητα άτομα .²⁹

5β.4. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ :

Το κεφάλαιο των προφυλακτικών παραγόντων αποτελεί πεδίο έρευνας τα τελευταία χρόνια, λαμβάνοντας υπόψιν ότι επηρεάζουν τη συχνότητα εκδήλωσης και το ρυθμό εξέλιξης της άνοιας .Οι προφυλακτικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τα εξής :

1. Εργασία

Η εργασιακή απασχόληση και η δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου συνδράμουν στην ψυχοσωματική εγρήγορση του ατόμου και στην διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών σε καλό επίπεδο.

2. Διατροφή

Η ποιότητα και η επάρκεια στην κατανάλωση των τροφίμων χωρίς ποσοτικές ακρότητες και με ισορροπία στην κατανάλωση θρεπτικών ουσιών αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για τη διατήρηση της υγείας του ατόμου προφυλακτικά ως προς την άνοια .

3. Κάπνισμα

Η καπνιστική συνήθεια, ανάλογα με τον χρόνο έναρξης και διάρκειάς της, το είδος του καπνού και τον τρόπο του καπνίσματος, έχει αποδειχθεί ότι επιφέρει βλάβες στην υγεία. Παρ' όλ' αυτά η διαπίστωση ότι η συνεχής διέγερση στον εγκέφαλο των καπνιστών των νικοτινικών υποδοχέων, οι οποίοι σε καταμετρήσεις επί ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer βρέθηκαν λιγότεροι οδηγεί στην υπόθεση, ότι το κάπνισμα δια της νικοτίνης καθυστερεί την εκδήλωση της νόσου.

Την ίδια άποψη υιοθετεί κι άλλη έρευνα³⁰ της οποίας τα πορίσματα επεσήμαναν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση άνοιας σε καπνιστές χωρίς οικογενειακό ιστορικό κι

²⁹ Ομοίως σελ. 33

³⁰ Duijijn V.C.M.-Havekes L.M.-Broeckhoven C-Knijff P.-Hofman A., Apolipoprotein E genotype and association between smoking and early onset Alzheimer Disease :BMJ 1995, 310:627-631 .

όχι σε καπνιστές με οικογενειακό ιστορικό. Σε μερικές περιπτώσεις μάλιστα συνίσταται η χορήγηση νικοτίνης με σκοπό την αναστολή της εκδήλωσης της άνοιας.

4. *Αλκοόλ*

Η, χωρίς υπερβάσεις, κατανάλωση διαφόρων αλκοολούχων ποτών και ιδιαίτερα του οίνου συνδυαστικά με τη λήψη γευμάτων, πιθανολογείται ότι συνεισφέρει στην προφύλαξη από την άνοια.

5. *Συστολική πίεση*

Η αντιμετώπιση της συστολικής πίεσης με την χρησιμοποίηση υπερτασικής αγωγής συνεισφέρει στη μείωση της επίπτωσης της άνοιας σε ποσοστό μέχρι και 50% .

6. *Χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων*

Τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα φαίνεται, από έρευνες πάντα, ότι επιβραδύνουν και αναστέλλουν την εξέλιξη της νόσου της άνοιας.

7. *Υποκατάσταση με οιστρογόνα*

Η χρήση οιστρογόνων υποστηρίζεται ότι λόγω του ότι επιδρά στην εγκεφαλική λειτουργία, ενεργοποιώντας μηχανισμούς αποκατάστασης των νευρώνων που έχουν υποστεί βλάβη, συντελεί στην επιβράδυνση αλλά και στην πρόληψη της νόσου.

Επιπροσθέτως, βάσει ερευνών^{31 32} φαίνεται ότι το επάγγελμα, η εκπαίδευση, η νοημοσύνη, οι διανοητικές, κοινωνικές και σωματικές δραστηριότητες λειτουργούν προστατευτικά ως προς τη διανοητική έκπτωση και την άνοια.

Επάγγελμα

Η ανάπτυξη και η πλαστικότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος επηρεάζονται από τις επαγγελματικές εμπειρίες, οι οποίες καλύπτουν μεγάλο μέρος του χρόνου και της ενέργειάς μας. Σε μία μελέτη παραγόντων κινδύνου οι αγροτικές απασχολήσεις και τα επαγγέλματα σε κατώτερες διοικητικές θέσεις ήταν συχνότερα μεταξύ αυτών

³¹ Birge S., The role of estrogen in the treatment of Alzheimer's disease, Neur 1997,48:36-41 .

³² Paganini H.A. Alzheimer disease, women and estrogen replacement therapy, Cont Obst Gyn 1999, May ;110-124 .

με νοητικά προβλήματα ή άνοιες. Τα ανώτερα διοικητικά επαγγέλματα και επαγγέλματα όπως γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί ήταν λιγότερο συχνά μεταξύ των ασθενών με άνοια.

Σε μία μελέτη³³ διαπιστώθηκε ότι τα μη χειρονακτικά επαγγέλματα ήταν λιγότερο συχνά στους ασθενείς με άνοια, ενώ σε άλλη μελέτη³⁴ το χειρονακτικό επάγγελμα ήταν πιο σύνηθες για τους ασθενείς με άνοια. Από τα παραπάνω φαίνεται ότι δεν υπάρχει πλήρης συσχέτιση μεταξύ επαγγέλματος και άνοιας.

Εκπαίδευση

Οι διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί δεν ανίχνευσαν καμία συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και άνοιας. Διατύπωσαν όμως την άποψη ότι η χαμηλή εκπαίδευση συνδέεται με χαμηλές επιδόσεις στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες που οδηγούν στην διάγνωση της άνοιας κι αυτό είναι δυνατό να οδηγήσει πολλές φορές σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Νοημοσύνη

Συχνά, παρατηρείται ότι άτομα που μεγάλωσαν σε εποχές πολέμου ή μετανάστες, μπορούν να διαθέτουν κοινωνική ισχύ κι επιρροή στις κοινότητές τους, αλλά οι δυνατότητες αυτές δεν αντικατοπτρίζονται στα έτη εκπαίδευσης ή στον τύπο της εργασίας των ατόμων αυτών.

Επίσης, επειδή όχι μόνο τα έτη εκπαίδευσης καθώς και η μη επίσημη εκπαίδευση κατά τη διάρκεια της ζωής μπορούν να διαφέρουν, οι δείκτες νοημοσύνης μπορούν να παρέχουν μία αντιπροσωπευτικότερη απεικόνιση του επιπέδου νοημοσύνης και είναι αναγκαίο να περιληφθούν στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της νόσου της άνοιας. Τέλος, εν συγκρίσει με ηλικιωμένους υψηλής νοημοσύνης, ηλικιωμένοι με χαμηλά επίπεδα νοημοσύνης εμφανίζουν ταχύτερη έκπτωση της μνήμης.

³³ Dick M.D.J., Deeg et al., Early life psysical activity and cognition at old age .Clin Exp Neuropsychol 2003:25:643-53 .

³⁴ Benett D.A.-Wilson R.S. et al. Education modifies the relation of AD pathology to level of cognitive function in older persons .Neurology 2003:60:1909-1915 .

5β.4.1. ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ :

Κοινωνικές και διανοητικές δραστηριότητες

Πλήθος ειδικών έχει διατυπώσει τη θεωρία ότι η έλλειψη καθημερινών εμπειριών και δραστηριοτήτων μπορούν να οδηγήσουν στην ατροφία των νοητικών διαδικασιών και δεξιοτήτων. Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη την ιδιαίτερη πλαστικότητα των νοητικών δυνατοτήτων των ηλικιωμένων θα μπορούσε να προβλεφθεί ότι η σκόπιμη εξάσκηση τέτοιων δεξιοτήτων θα μπορούσε να οδηγήσει τουλάχιστον σε σταθερή νοητική επίδοση με την πάροδο του χρόνου ή ακόμη και να αντιστρέψει την έκπτωση που έρχεται με την πάροδο της ηλικίας.

Σωματικές δραστηριότητες

Οι κοινωνικές και διανοητικές δραστηριότητες δεν είναι οι μόνες που σχετίζονται με τον κίνδυνο για άνοια. Υπάρχουν μελέτες που διαπιστώνουν ευεργετικά αποτελέσματα της σωματικής άσκησης. Οι σωματικά γυμναζόμενοι φαίνεται να υπερτερούν των μη γυμναζόμενων σε διάφορες νοητικές ικανότητες, όπως ο χρόνος αντίδρασης και η ικανότητα αφηρημένου συλλογισμού.

5γ. ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ :

Το ποσοστό των ασθενών με άνοια βάσει στατιστικών ερευνών πρόκειται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια, λόγω γήρανσης του πληθυσμού. Επομένως, κάθε στρατηγική παρέμβαση που οδηγεί στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου θα έχει και σημαντικό αποτέλεσμα στη μείωση του κόστους της συνολικής φροντίδας των ασθενών αυτών.

Έχει διαπιστωθεί μέσα από μελέτες ότι και η διατροφή λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για τη νόσο της άνοιας. Αν, λοιπόν, ο ειδικός παρέμβει στις διατροφικές συνήθειες ενός ατόμου μπορεί ακόμη και να αναστρέψει την εκδήλωση της άνοιας.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Γήρανσης των ΗΠΑ έχει χρηματοδοτήσει αρκετές μελέτες σχετικά με βιταμίνες (E, C, B6, B12, φολικό οξύ κ.α.) που φαίνονται να είναι σημαντικές και αναγκαίες για τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου των διανοητικών

λειτουργιών. Υγιή ηλικιωμένα άτομα με χαμηλά επίπεδα ορισμένων βιταμινών αποδίδουν με χαμηλότερα σκορ στις δοκιμασίες ελέγχου της μνήμης και της αφηρημένης σκέψης.

Ορισμένες μελέτες έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στις βιταμίνες B12, B6 και φολικό οξύ κι αυτό λόγω του ότι η έλλειψή τους οδηγεί σε διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας και στην ανάπτυξη νοητικών διαταραχών.³⁵

Τελικά, εφόσον η διατροφή είναι ένα από τα στοιχεία που σχετίζονται με τη νόσο της άνοιας και μάλιστα ένα στοιχείο που μπορούμε να το επηρεάσουμε άμεσα, όχι μόνο συνιστάται αλλά και επιβάλλεται εντατική έρευνα στον τομέα διαιτητικών παρεμβάσεων που εκτός των άλλων πιθανώς να έχει και τον υψηλότερο δείκτη κόστους-αποτελέσματος.

5δ. ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

5δ.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ICD - 10 :

Η άνοια είναι μία νόσος που οφείλεται σε εγκεφαλική δυσλειτουργία, συνήθως εξελικτική ή χρόνια, στην οποία διαπιστώνεται διαταραχή πολλών ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών , στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση. Στη συγκεκριμένη νόσο δεν επέρχεται θόλωση της συνείδησης. Τις διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών τις συνοδεύουν συχνά μείωση του ελέγχου του συναισθήματος, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων.³⁶

³⁵ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 48.

³⁶ Στεφανής Κ.-Μαυρέας Β-Σολδάτος Κ «Ταξινόμηση ICD-10- ψυχικών διαταραχών συμπεριφοράς, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1997, σελ.56

5δ.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ DSM – IV - :

Το βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η έκπτωση της βραχύχρονης και της μακρόχρονης μνήμης σε συνδυασμό με έκπτωση της αφηρημένης σκέψης και της κρίσης, άλλες διαταραχές της ανώτερης φλοιικής λειτουργίας ή μεταβολές στην προσωπικότητα. Η διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να παραβλάπτονται σημαντικά η εργασία του ατόμου, οι κοινωνικές του δραστηριότητες ή οι σχέσεις του.³⁷

5ε.ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ :

Η άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Συχνά, αρχίζει με συμπτώματα όπως κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για ζωή. Τα αρχικά συμπτώματα είναι τόσο ασαφή και απροσδιόριστα που η οικογένεια του ασθενή νιώθει περισσότερο ότι ο ασθενής έχει χάσει το ενδιαφέρον του για τη ζωή παρά ότι νοσεί. Με το χρόνο όμως ο ασθενής δείχνει να δυσκολεύεται σε δραστηριότητες που απαιτούν απόκτηση καινούργιας γνώσης.

Η έκπτωση της μνήμης, που τελικά θα γίνει από τα πιο έντονα συμπτώματα, στην αρχή περνά απαρατήρητη όχι μόνο από τον ασθενή αλλά κι από την οικογένειά του π.χ. ο ασθενής μπορεί να αρχίσει να ξεχνά ημερομηνίες ή αριθμούς τηλεφώνων αλλά να το καλύπτει κρατώντας σημειώσεις.

Καθώς προχωρεί η άνοια, η μνήμη χειροτερεύει σε τέτοιο βαθμό που ο ασθενής μπορεί να ξεχάσει ακόμη και ονόματα στενών συγγενών του. Προοδευτικά, το άτομο που νοσεί χάνει κι άλλες δεξιότητες οπότε εμφανίζει απραξία, αγνωσία, κατασκευαστική δυσχέρεια κ.λ.π.

Ο λόγος σιγά-σιγά γίνεται ασαφής, στερεότυπος, έμμονος, ανακριβής. Μπορεί επίσης να εμφανιστεί αφασία, με δυσκολία ανεύρεσης των ονομάτων των αντικειμένων. Η προσωπικότητα του ασθενή παρουσιάζει κι αυτή μεταβολές. Το άτομο που νοσεί γίνεται πιο ήσυχο και αποσυρμένο. Μπορεί όμως να συμβεί και το αντίθετο και το άτομο να γίνει πιο ενεργητικό κατά μη κοινωνικά αποδεκτό όμως τρόπο, όποτε

³⁷ Μάνος Ν. «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1997, σελ 477-478 .

ξοδεύει, θυμώνει, επιτίθεται κ.λ.π. .Πολλές φορές παρουσιάζονται στο άτομο και παρανοϊκές ιδέες δίωξης ή ζηλοτυπίας.

Όταν η άνοια φτάσει στο σημείο να γίνει πολύ βαριά οι ασθενείς δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν ούτε στις απλές καθημερινές τους ανάγκες, οπότε παρουσιάζουν ακράτεια, παιδική συμπεριφορά (με κρίσεις γέλιου ή κλάματος), δεν μπορούν να φάνε μόνοι τους. Ο θάνατος μπορεί τότε να έρθει σε λίγους μήνες, μπορεί όμως να περάσουν και πολλά χρόνια.³⁸

5ε.1. ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ :

Αν και η άνοια εμφανίζεται πιο συχνά στη γεροντική ηλικία, δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμη με τη μεγάλη ηλικία, ούτε είναι φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών. Είναι διάχυτη νόσος του εγκεφάλου, που η διάγνωσή της αφορά οποιαδήποτε ηλικία μετά τα 3 ή 4 χρόνια (ηλικίες που ο δείκτης ευφυΐας αποκτά σημαντική σταθερότητα).³⁹

5ε.2. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΠΛΟΚΕΣ :

Ο τρόπος έναρξης της άνοιας μπορεί να είναι αρκετά απότομος, όπως εγκεφαλίτιδα, τραύμα στο κεφάλι κ.λ.π. ή βαθμιαίος όπως στην άνοια τύπου Alzheimer. Ο τρόπος έναρξης, δηλαδή της συγκεκριμένης νόσου είναι ανάλογος με την αιτιολογία της. Επίσης, η πορεία της άνοιας εξαρτάται από τα αίτιά της. Αν η αιτία μπορεί να θεραπευτεί τότε η νόσος μπορεί ακόμη και να αναστραφεί.

Ανοικοί ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν ψευδαισθήσεις ή και παραλήρημα, κατάθλιψη και ιδέες αυτοκτονίας σαν αποτέλεσμα των μεγάλων μεταβολών της προσωπικότητάς τους. Τα συμπτώματα της άνοιας επιδεινώνονται με το στρες, τη νοσηλεία ή το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου.

³⁸ Μάνος Ν. «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1997, σελ 479-480

³⁹ Ομοίως σελ. 479

Ο θάνατος συνήθως προέρχεται από την αδυναμία του ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του(αποτέλεσμα αυτού είναι η κακή διατροφή, οι λοιμώξεις, η πνευμονία από εισρόφηση).⁴⁰

5ε.3. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ (DSM-IV-) :

A. Έκπτωση της βραχύχρονης και της μακρόχρονης μνήμης .

Η έκπτωση της βραχύχρονης μνήμης είναι η αδυναμία του ατόμου να μάθει νέες πληροφορίες, ενώ η έκπτωση της μακρόχρονης μνήμης είναι η αδυναμία του ατόμου να θυμηθεί προηγούμενες προσωπικές εμπειρίες .

B. Να ισχύει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω :

1. Έκπτωση της αφηρημένης σκέψης (ανικανότητα εύρεσης ομοιοτήτων και διαφορών ανάμεσα σε συναφείς λέξεις, δυσχέρεια στον ορισμό λέξεων ή εννοιών).
2. Έκπτωση της κρίσης (ανικανότητα αντιμετώπισης διαπροσωπικών, οικογενειακών ή εργασιακών προβλημάτων).
3. Διαταραχές της ανώτερης φλοιικής λειτουργίας όπως αφασία(διαταραχές λόγου), απραξία(αδυναμία διεξαγωγής κινητικών δραστηριοτήτων, παρά την άθικτη κατανόηση και κινητική λειτουργία), αγνωσία(αδυναμία προσδιορισμού αντικειμένων, παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία), και κατασκευαστική δυσχέρεια(αδυναμία αντιγραφής τρισδιάστατων σχημάτων, συναρμολόγησης κύβων).
4. Μεταβολή της προσωπικότητας.

Οι διαταραχές αυτές παρεμποδίζουν σημαντικά το άτομο να εργαστεί ή να λειτουργήσει ορθά σε κοινωνικές δραστηριότητες ή στις διαπροσωπικές σχέσεις.⁴¹

5ε.4. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ :

⁴⁰ Ομοίως σελ 480 .

⁴¹ Μάνος Ν. «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1997, σελ 481 .

Ελαφρά :Παρά το γεγονός του ότι η εργασία ή οι κοινωνικές δραστηριότητες παρουσιάζουν σημαντική έκπτωση, η ικανότητα για ανεξάρτητη διαβίωση παραμένει με επαρκή ατομική υγιεινή και σχετικά άθικτη κρίση.

Μέτρια :Η ανεξάρτητη διαβίωση θεωρείται επικίνδυνη και απαιτείται κάποιου βαθμού επίβλεψη.

Βαριά : Οι δραστηριότητες της καθημερινή ζωής παρουσιάζουν τέτοια έκπτωση που απαιτείται συνεχής επίβλεψη.

5ε.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΝΟΙΑ :

Λοιμώδη νοσήματα

- Μηνιγγίτιδα
- Εγκεφαλίτιδα
- Νόσος Jacob-Creutzfeldt
- AIDS
- Σύφιλη

Τραύμα του εγκεφάλου

- Τραύμα κεφαλής, οξύ ή χρόνιο
- Μείζον ενδοκρανιακή χειρουργική επέμβαση
- Επιληψία μετά από τραύμα κατά τον τοκετό

Τοξικές διαταραχές

- Κατάχρηση ουσιών όπως :αλκοόλ κ.α.
- Φάρμακα όπως :στεροειδή κ.α.
- Βιομηχανικές τοξίνες όπως :μονοξειδίο του άνθρακος

Μεταβολικές διαταραχές

- Ηπατική εγκεφαλοπάθεια
- Νεφρική ανεπάρκεια
- Καρδιακή ανεπάρκεια

Ανεπάρκεια βιταμινών

- Κακοήθης αναιμία
- Πελλάγρα
- Ανεπάρκεια φολικού οξέως
- Έλλειψη βιταμινών B12, B6

Νευρολογικές-εκφυλιστικές διαταραχές

- Άνοια τύπου Alzheimer
- Νόσος του Huntington
- Νόσος του Parkinson
- Νόσος του Pick
- Σκλήρυνση κατά πλάκας

Νεοπλάσματα

- Όγκος του εγκεφάλου
- Καρκίνος του πνεύμονα

Αγγειακές διαταραχές

- Πολυεμφρακτική άνοια
- Εγκεφαλική αιμορραγία
- Εγκεφαλική εμβολή
- Αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα.⁴²

5στ. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΟΙΩΝ⁴³ :

Άνοια επί νόσου Alzheimer

Η νόσος αυτή είναι πρωτοπαθής εκφυλιστική εγκεφαλική νόσος άγνωστης αιτιολογίας. Η έναρξή της είναι ύπουλη. Μπορεί να αρχίσει στη μέση ενήλικη ζωή ή ακόμη και νωρίτερα. Σε περιπτώσεις με έναρξη πριν την ηλικία των 65-70 ετών, υπάρχει αυξημένη πιθανότητα οικογενειακού ιστορικού με άνοια παρόμοιου τύπου. Η άνοια επί νόσου Alzheimer είναι προς το παρόν μη αναστρέψιμη.

Οδηγίες για τη διάγνωση

- a) Παρουσία άνοιας.
- b) Ύπουλη έναρξη με βραδεία επιδείνωση .Ενώ είναι δύσκολο, συνήθως να προσδιοριστεί χρονικά η έναρξη, η αναγνώριση των συμπτωμάτων από τους άλλους μπορεί να γίνει ξαφνικά.

⁴² Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 110.

⁴³ Στεφανής Κ.-Μαυρέας Β-Σολδάτος Κ «Ταξινόμηση ICD-10- ψυχικών διαταραχών συμπεριφοράς, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1997, σελ.58-61

- c) Απουσία κλινικών εργαστηριακών ευρημάτων που να υποδηλώνουν ότι η ψυχική κατάσταση μπορεί να οφείλεται σε άλλη εγκεφαλική νόσο η οποία προκαλεί άνοια.
- d) Απουσία αιφνίδια «αποπληκτικής» έναρξης ή νευρολογικών βλαβών, όπως ημιπάρεσης, απώλεια αισθητικότητας.

Άνοια επί νόσου Alzheimer με πρόωμη έναρξη

Σε αυτή τη κατηγορία συμπεριλαμβάνεται η άνοια επί νόσου Alzheimer που εμφανίζεται πριν την ηλικία των 65 ετών. Υπάρχει ταχεία επιδείνωση με έντονες πολλαπλές διαταραχές των ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών. Εμφανίζονται από νωρίς συμπτώματα όπως αφασία, αγραφία, αλεξία και απραξία.

Οδηγίες για τη διάγνωση

Απαιτείται η νόσος να εμφανιστεί πριν την ηλικία των 65 ετών και με ταχεία εξέλιξη των συμπτωμάτων.

Άνοια επί νόσου Alzheimer με όνιμη έναρξη

Παρατηρείται μετά την ηλικία των 65 ετών με βραδεία εξέλιξη και με διαταραχές της μνήμης ως κύριο χαρακτηριστικό.

Οδηγίες για τη διάγνωση

Η νόσος εμφανίζεται μετά την ηλικία των 65 ετών με βραδεία εξέλιξη των συμπτωμάτων.

Άνοια επί νόσου Alzheimer , άτυπη ή μεικτός τύπος

Εδώ συμπεριλαμβάνονται οι μεικτές άνοιες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται στοιχεία άνοιας επί νόσου Alzheimer και στοιχεία αγγειακής άνοιας.

Άνοια επί νόσου του Alzheimer μη καθοριζόμενη .

Αγγειακή άνοια⁴⁴

⁴⁴ Στεφανής Κ.-Μαυρέας Β-Σολδάτος Κ «Ταξινόμηση ICD-10- ψυχικών διαταραχών συμπεριφοράς, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1997, σελ.62

Η αγγειακή άνοια διαχωρίζεται από την άνοια επί νόσου Alzheimer από το ιστορικό έναρξης, τα κλινικά χαρακτηριστικά και τη πορεία της νόσου. Τυπικά υπάρχει ιστορικό ισχαιμικών προσβολών με διαταραχή της συνείδησης, παροδικές παρέσεις ή απώλεια της όρασης. Η άνοια μπορεί επίσης να ακολουθεί μία σειρά εγκεφαλικών επεισοδίων. Στη συνέχεια εμφανίζονται και διαταραχές της μνήμης και της σκέψης. Η έναρξή της τοποθετείται σε μεγάλη ηλικία μετά από ένα ισχαιμικό επεισόδιο.

Οδηγίες για τη διάγνωση

Η διάγνωση προϋποθέτει τη παρουσία άνοιας. Η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών συνήθως είναι άνιση. Έτσι μπορεί να υπάρχουν απώλεια μνήμης, νοητική έκπτωση και νευρολογικά προβλήματα. Η εναισθησία και η κρίση είναι δυνατόν να διατηρούνται σε σχετικά καλό επίπεδο. Σε αυτό το είδος άνοιας είναι απαραίτητη η αξονική τομογραφία για τη διάγνωση.

Συνοδά χαρακτηριστικά :Υπέρταση, συναισθηματική αστάθεια με παροδικό καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάματα ή εκρηκτικοί γέλωτες και παροδικά επεισόδια θόλωσης της συνείδησης. Η προσωπικότητα πιστεύεται ότι διατηρείται σε καλή κατάσταση, αλλά μεταβολές της προσωπικότητας παρατηρούνται συχνά όπως απάθεια, έλλειψη αναστολών, εγωκεντρικότητα, ευερεθιστικότητα.

Αγγειακή άνοια οξείας έναρξης

Αναπτύσσεται ταχέως μετά από σειρά αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων λόγω αγγειακής εγκεφαλικής θρόμβωσης ή αιμορραγίας.

Πολυεμφρακτική άνοια

Είναι προοδευτική, όσον αφορά την έναρξη και ακολουθεί μια σειρά ελασσόνων ισχαιμικών επεισοδίων.

Υποφλοιώδης αγγειακή άνοια

Απαιτείται η ύπαρξη ιστορικού υπέρτασης και εστίες ισχαιμικής καταστροφής στο βάθος των εγκεφαλικών ημισφαιρίων, τις οποίες μπορεί να υποπτευθεί κανείς βασιζόμενος σε κλινικά στοιχεία και οι οποίες απεικονίζονται στην αξονική τομογραφία.

Μεικτή φλοιώδης και υποφλοιώδης αγγειακή άνοια .⁴⁵

Άλλη αγγειακή άνοια

Αγγειακή άνοια μη καθοριζόμενη

Άνοια επί νόσων που ταξινομούνται αλλού

Άνοια επί νόσου του Pick⁴⁶

Προοδευτική άνοια που αρχίζει στη μέση ηλικία (50-60ετών) και χαρακτηρίζεται από βραδείες προοδευτικές μεταβολές του χαρακτήρα κι από κοινωνική υποβάθμιση, η οποία ακολουθείται από διαταραχή των νοητικών ικανοτήτων, της μνήμης και των λειτουργιών της γλώσσας, με απάθεια και ευφορία. Οι περιπτώσεις με πρόωμη έναρξη φαίνεται ότι έχουν πιο κακοήθη πορεία. Οι εκδηλώσεις που αφορούν στην κοινωνική ζωή και στη συμπεριφορά συχνά προηγούνται της γνήσιας διαταραχής της μνήμης.

Οδηγίες για τη διάγνωση

- a) Προοδευτική άνοια
- b) Συμπτώματα προσβολής του μετωπιαίου λοβού με ευφορία, συναισθηματική άμβλυνση, τραχύτητα της κοινωνικής συμπεριφοράς, έλλειψη αναστολών και απάθεια ή ανησυχία.
- c) Διαταραχές συμπεριφοράς οι οποίες προηγούνται της διαταραχής της μνήμης.

Άνοια επί νόσου των Creutzfeldt-Jakob

Προοδευτική άνοια με εκτεταμένα νευρολογικά σημεία λόγω ειδικών νευροπαθολογοανατομικών μεταβολών, οι οποίες θεωρείται ότι οφείλονται σε μεταδοτικό παράγοντα. Η έναρξη συμβαίνει συνήθως στη μέση ή σε μεγάλη ηλικία, τυπικά στη 5^η δεκαετία της ζωής αλλά δεν αποκλείεται να εμφανιστεί οποτεδήποτε στην ενήλικη ζωή. Η πορεία είναι υποξεία και οδηγεί στο θάνατο σε 1-2 έτη.

⁴⁵ Στεφανής Κ.-Μαυρέας Β-Σολδάτος Κ «Ταξινόμηση ICD-10- ψυχικών διαταραχών συμπεριφοράς, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1997, σελ.63

⁴⁶ Ομοίως σελ. 64-65

Οδηγίες για τη διάγνωση

Υποψία νόσου των Creutzfeldt-Jakob πρέπει να υπάρχει σε όλες εκείνες τις περιπτώσεις άνοιας οι οποίες εξελίσσονται σχετικά ταχέως, σε διάστημα μηνών έως 1-2 έτη και οι οποίες συνοδεύονται από νευρολογικά συμπτώματα. Συνήθως υπάρχει προοδευτική σπαστική παράλυση των κάτω άκρων, δυσκαμψία, ελάττωση της όρασης. Η ταχεία πορεία και η πρόιμη εμφάνιση κινητικών διαταραχών υποδηλώνει το συγκεκριμένο είδος της άνοιας.

Άνοια επί νόσου του Huntington ⁴⁷

Η νόσος αυτή μεταδίδεται με απλό αυτοσωματικό επικρατητικό γονίδιο. Τα συμπτώματα εμφανίζονται στην 3^η και 4^η δεκαετία της ζωής και η επίπτωση στα δύο φύλα πιθανόν να είναι ίση. Σε ένα ποσοστό περιπτώσεων, ως πρώιμα συμπτώματα παρατηρούνται κατάθλιψη, άγχος ή παρανοειδής διαταραχή τα οποία συνοδεύονται από μεταβολή της προσωπικότητας. Η εξέλιξη είναι βραδεία και συνήθως οδηγεί στο θάνατο σε 10-15 έτη.

Οδηγίες για τη διάγνωση

Η συνύπαρξη χορειακών κινήσεων, άνοιας και οικογενειακού ιστορικού νόσου του Huntington υποδηλώνει έντονα τη διάγνωση. Οι πρώιμες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ακούσιες χορειακές κινήσεις τυπικά στο πρόσωπο, στα χέρια και στους ώμους ή στο βάδισμα. Ορισμένες φορές εμφανίζονται αποδιοργανωμένος λόγος και ψυχωτικά στοιχεία. Στα αρχικά στάδια η μνήμη διατηρείται σε σχετικά καλό επίπεδο επί μακρόν.

Άνοια επί νόσου του Parkinson

Είναι η άνοια που εμφανίζεται στην πορεία εγκατεστημένης νόσου του Parkinson. Μέχρι στιγμής από κλινικές μελέτες δε διαχωρίζεται από τις άλλες άνοιες. Η άνοια επί νόσου του Parkinson μπορεί να είναι διαφορετική από την άνοια επί νόσου Alzheimer ή την αγγειακή άνοια παρ' όλ' αυτά υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί οι εκδηλώσεις της άνοιας να οφείλονται σε συνύπαρξη μιας από αυτές τις νόσους με τη

⁴⁷ Στεφανής Κ.-Μαυρέας Β-Σολδάτος Κ «Ταξινόμηση ICD-10- ψυχικών διαταραχών συμπεριφοράς, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1997, σελ.65-66

νόσο του Parkinson. Μέχρι όμως να αποδειχθεί το παραπάνω από κλινικές μελέτες δικαιολογείται η διάγνωση της άνοιας επί νόσου του Parkinson.

Οδηγίες για τη διάγνωση

Άνοια η οποία αναπτύσσεται σε άτομα με προχωρημένη, συνήθως σοβαρή, νόσο του Parkinson.

Άνοια επί νόσου η οποία οφείλεται στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV)⁴⁸

Διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ελλείμματα των γνωστικών λειτουργιών και η οποία πληρεί τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας, σε απουσία συνυπάρχουσας νόσου ή κατάστασης άλλης εκτός από τη λοίμωξη με τον HIV. Αυτό το είδος άνοιας παρουσιάζεται με αιτιάσεις μειωμένης μνημονικής ικανότητας, δυσχέρεια συγκέντρωσης και δυσκολίας στην επίλυση προβλημάτων και στο διάβασμα.

Συχνά εμφανίζονται συμπτώματα όπως απάθεια, μείωση του αυθορμητισμού και κοινωνική απόσυρση, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν εμφανιστεί επιληπτικές κρίσεις, ψύχωση και συναισθηματική διαταραχή. Η σωματική εξέταση αποκαλύπτει τρόμο, αστάθεια, αταξία, επιληπτικές κινήσεις. Η άνοια που οφείλεται στον HIV ταχέως σε σοβαρή γενικευμένη άνοια, αλαλία και θάνατο.

Άνοια με σωματία Lewy⁴⁹

Την τελευταία δεκαετία, εμφανίστηκε η άνοια με σωματία Lewy. Το ενδιαφέρον ξεκίνησε από το γεγονός της ανεύρεσης σωματίων του Lewy στους νευρώνες του φλοιού ασθενών που είχαν διαγνωσθεί κλινικά ότι έπασχαν από άνοια τύπου

⁴⁸ Στεφανής Κ.-Μαυρέας Β-Σολδάτος Κ «Ταξινόμηση ICD-10- ψυχικών διαταραχών συμπεριφοράς, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, 1997, σελ.67

⁴⁹ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 206.

Alzheimer. Το 1995 διοργανώθηκε στο Newcastle ένα διεθνές συμπόσιο για τον καθορισμό των κλινικών της συγκεκριμένης νόσου.

Οδηγίες για τη διάγνωση

1. Προοδευτική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών (η οποία διαταράσσει την κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα) .
 - a) Προσοχή
 - b) Μετωπιαίες λειτουργίες
 - c) Οπτικοχωρική ικανότητα
2. - Διακυμάνσεις των γνωστικών λειτουργιών και κυρίως της προσοχής και εγρήγορσης.
 - Υποτροπιάζουσες οπτικές ψευδαισθήσεις που είναι καλοσηματισμένες και λεπτομερείς.
 - Πρωτοπαθής παρκινσονισμός.

Άλλα χαρακτηριστικά που ενισχύουν τη διάγνωση για αυτή τη νόσο είναι : οι επαναλαμβανόμενες πτώσεις, η συγκοπή, η παροδική απώλεια συνείδησης, η ευαισθησία στα νευροληπτικά, οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες. Η διάγνωση της άνοιας με σωματία Lewy είναι λιγότερο πιθανή όταν υπάρχει αγγειακή νόσος ή άλλη σωματική νόσος ή εγκεφαλική διαταραχή.

Μετωποκροταφικές άνοιες

Σε αυτήν την κατηγορία υπάγονται ορισμένα ανοικά σύνδρομα τα οποία χαρακτηρίζονται από προοδευτική εκφύλιση ενός ή περισσότερων λοβών του εγκεφάλου. Το 1998, μία διεθνής επιτροπή επιστημόνων κατέληξε σε ομοφωνία ως προς τα διαγνωστικά κριτήρια αυτής της κατηγορίας.

- Ύπουλη έναρξη και βραδεία εξέλιξη
- Συμπεριφορική διαταραχή
- Πρώιμη απώλεια εναισθησίας (παραμέληση προσωπικής υγιεινής και περιποίησης).
- Πρώιμη απώλεια κοινωνικής επίγνωσης(έλλειψη κοινωνικής ευαισθησίας, παραπτώματα όπως κλοπή καταστημάτων).
- Πρώιμη άρση αναστολών (ασυγκράτητη σεξουαλικότητα, βίαιη συμπεριφορά)

- Νοητική ακαμψία
- Στοματική υπεραπασχόληση(υπερφαγία, υπέρμετρο κάπνισμα, αλκοόλ)
- Στερεότυπη κι επίμονη συμπεριφορά (περιπλάνηση, ιδιομορφίες όπως παλαμάκια, τραγούδι, χορός)
- Χρηστική συμπεριφορά (ασυγκράτητη εξερεύνηση αντικειμένων του περιβάλλοντος)
- Διάσπαση προσοχής, παρορμητικότητα.
- Συναισθηματική διαταραχή
- κατάθλιψη, ανησυχία, υπέρμετρη συναισθηματικότητα, αυτοκτονικός ιδεασμός, παραλήρημα.
- υποχονδριασμός, αλλόκοτη σωματική φροντίδα.
- Πρώιμη άμβλυνση συναισθήματος(συναισθηματική αδιαφορία κι απομάκρυνση, έλλειψη συμπάθειας, απάθεια).
- Αδράνεια, απουσία αυθορμητισμού.
- Διαταραχές του λόγου
- Προοδευτική μείωση(απουσία αυθορμητισμού λόγου και οικονομία λόγου ή εκφράσεων).
- Στερεότυπος λόγος (επανάληψη του περιορισμένου αριθμού λέξεων, φράσεων ή θεμάτων).
- Ηχολαλία και εμμονή
- Βωβότητα
- Σχετικά καλός προσανατολισμός στο χώρο
- Κλινικά σημεία
- Ακράτεια ούρων
- Ακινησία, δυσκαμψία, τρόμος
- Αρχέγονα αντανακλαστικά
- χαμηλή κι ευμετάβλητη αρτηριακή πίεση.
- Εργαστηριακά ευρήματα
- Μετωπιαία ή πρόσθια κροταφική διαταραχή
- διαταραχές του μετωπιαίου λοβού
- Υποστηρικτικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά
- έναρξη πριν από την ηλικία των 65 ετών
- οικογενειακό ιστορικό

- προμηκική παράλυση, μυική αδυναμία.

5ζ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ⁵⁰:

Η κατάθλιψη και η άνοια είναι από τις πλέον συνήθεις διαταραχές που πλήττουν την τρίτη ηλικία. Όπως έχει αναφερθεί ο επιπολασμός της άνοιας είναι περίπου 5% σε άτομα άνω των 65 ετών, ενώ ο αντίστοιχος επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης είναι 1 – 3%. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην άνοια τύπου Alzheimer κυμαίνεται από 30 μέχρι και 50%.

Η σχέση ανάμεσα στην άνοια και την κατάθλιψη είναι πολύπλοκη και η διαφοροδιάγνωση δεν είναι εφικτή. Έτσι η παρουσία κατάθλιψης χωρίς άνοια στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται από γνωσιακή δυσλειτουργία και μπορεί μερικές φορές να διαγνωσθεί εσφαλμένα ως άνοια. Επίσης η παρουσία άλλων συμπτωμάτων όπως απάθεια, ευερεθιστότητα αλλά και οι διαταραχές του ύπνου μπορεί εσφαλμένα να διαγνωσθούν ως συμπτώματα κατάθλιψης.

Η παρουσία κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική γι' αυτούς, αλλά και για τους συγγενείς – περιθαλπόντες αυτών των ατόμων. Αυτό καθιστά τη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια, ιδιαίτερα σημαντική, γιατί έχει ως αποτέλεσμα τόσο τον έλεγχο διαταραχών συμπεριφοράς, όπως η επιθετικότητα που μπορεί να αποτελεί σύμπτωμά της, όσο και τον περιορισμό της επιβάρυνσης των περιθαλπόντων και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς με το να παραμένει στο οικείο προς αυτούς περιβάλλον.

Υπάρχουν βέβαια μελέτες που διατυπώνουν την άποψη ότι η κατάθλιψη σε ένα ποσοστό ασθενών μπορεί να βελτιωθεί χωρίς τη λήψη φαρμάκων. Δηλαδή, η κατάθλιψη στην άνοια μπορεί να εμφανίζεται να διαρκεί μερικούς μήνες και να υποχωρεί χωρίς λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια⁵¹

⁵⁰ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 268.

⁵¹ Ομοίως σελ. 269 .

1. Πλήρωση των κριτηρίων σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο DSM – IV.
2. Παρουσία τριών ή περισσότερων συμπτωμάτων: καταθλιπτική διάθεση, μειωμένη άντληση ευχαρίστησης σε κοινωνικές συναντήσεις και στις καθημερινές δραστηριότητες, κοινωνική απόσυρση, διαταραχές της όρεξης, αλλαγές στην ψυχοκινητικότητα, ευερεθιστότητα, κόπωση, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονικός ιδεασμός.
3. Τα κριτήρια που προστέθηκαν για τη διαφοροδιάγνωση είναι η παρουσία ευερεθιστότητας, κοινωνικής απόσυρσης, αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και τη κοινωνική επαφή.
4. Τα κριτήρια προϋποθέτουν την παρουσία κατάθλιψης στη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

Άλλες μορφές κατάθλιψης⁵²

A. Συναισθηματική αντίδραση : Η άνοια αποτελεί ιδιαίτερα σοβαρή διάγνωση και επίγνωση της έκπτωσης της μνήμης στα αρχικά στάδια της νόσου μπορεί να πυροδοτήσει αρνητική συναισθηματική αντίδραση. Στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι το 25% των ασθενών ανησυχούν για την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών του. Η αντίδραση αυτή έχει τα χαρακτηριστικά της δυσθυμίας στους ασθενείς με επίγνωση της έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών τους και διαφέρει από το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο που έχει βιολογική αιτιολογία.

B. Κατάθλιψη στην άνοια σε ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης : Ένα ποσοστό ασθενών με άνοια υποφέρουν από υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, με όψιμη έναρξη κυρίως. Είναι πολύ πιθανόν λοιπόν αυτοί οι ασθενείς να μην συνεχίζουν να εμφανίζουν κατάθλιψη στη διάρκεια της ανοικής συνδρομής. Επίσης, ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης, δέκα χρόνια πριν από την εμφάνιση της άνοιας έχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν άνοια.

Γ. Αγγειακή κατάθλιψη : πρόκειται για ένα είδος κατάθλιψης η οποία εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένους ως αποτέλεσμα υποφλοιωδών βλαβών αγγειακής

⁵² Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 286.

αιτιολογίας, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν κυρίως διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών.

Θεραπεία

Αν και υφίστανται λίγες μελέτες αναφορικά με τη θεραπεία της κατάθλιψης στην άνοια, υπάρχουν φάρμακα για ασθενείς με άνοια. Στις μη θεραπευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνονται δραστηριότητες που προκαλούν ευχαρίστηση αλλά και βοήθεια για την επίλυση του προβλήματος σε περιθάλποντες. Οι ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η σημαντική απώλεια βάρους, η μείωση της όρεξης, η δυσκοιλιότητα κ.α.

Οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Όλοι οι ασθενείς θα ελέγχονται για την παρουσία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, παράλληλα με τον έλεγχο των νοητικών λειτουργιών, της βραχείας κλίμακας εκτίμησης των νοητικών λειτουργιών (MMSE), τη λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, τον βιοχημικό και αιματολογικό έλεγχο και την αξιολόγηση της κατάθλιψης με τη χρήση της αντίστοιχης κλίμακας. Επίσης είναι αναγκαίο να γίνεται έλεγχος για την παρουσία σωματικής νόσου αλλά και εξωτερικών στρεσογόνων παραγόντων, όπως κακές σχέσεις με τους περιθάλποντες ή άλλες απώλειες που θα πρέπει να εκτιμούνται.

Η κατάθλιψη στην άνοια αποτελεί μία ιδιαίτερα συχνή νευροψυχιατρική διαταραχή που επιβαρύνει τον συγγενή και τον ασθενή, με άμεσες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και των δύο, αλλά και στην πορεία της νόσου. Η έγκαιρη αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η κατάλληλη διάγνωση που πρέπει να τεθεί και η επιλογή θεραπείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

5η.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

5η.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ⁵³ :

⁵³ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 310.

Η καλύτερη αντιμετώπιση της άνοιας είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, νευροαποκατάστασης των ασθενών και συμβουλευτικής των συγγενών – περιθαλπόντων.

Για 90 ολόκληρα χρόνια, από τότε που ο Alois Alzheimer περιέγραψε την άνοια τύπου Alzheimer για πρώτη φορά, οι γιατροί παρακολουθούσαν την έκπτωση νοητικών λειτουργιών στις καθημερινές δραστηριότητες καθώς επίσης και τις διαταραχές συμπεριφοράς, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν θεραπευτικά.

Τα τελευταία όμως χρόνια, κάποια φάρμακα πέρασαν τη δοκιμασία της συμπτωματικής αποτελεσματικότητας κι έτσι σήμερα υπάρχει η δυνατότητα της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της άνοιας, καθώς επίσης και η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση γνώρισε μεγάλη πρόοδο στις μέρες μας.

Βέβαια, παρόλες τις προσπάθειες μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου. Με λίγα λόγια δεν υπάρχει θεραπεία ή προληπτική αγωγή για την άνοια. Ωστόσο, πρόσφατα έχουν αναπτυχθεί ειδικά σκευάσματα για την άνοια, με τα οποία έχουμε τη δυνατότητα να βελτιώσουμε τα συμπτώματα της νόσου και να καθυστερήσουμε την επιδείνωσή της.

Τα φάρμακα τα οποία έχουν εγκριθεί τα τελευταία δέκα χρόνια και διατίθενται στο εμπόριο είναι :

- Η τακρίνη (**Cognex**)
- Η δονεπεξίλη (μία πιπεριδίνη, **Aricept**)
- Η ριβαστιγμίνη, μία φαινυλ – καρβαμάτη (**Exelon**)
- Η γκαλανταμίνη, ένα αλκαλοειδές της φαινανθρένης (**Reminyl**)
- Η μεμαντίνη (**Ebixa**)

Όλοι οι παγκόσμιοι οργανισμοί που έχουν ασχοληθεί με την αντιμετώπιση της άνοιας υποστηρίζουν τη χρησιμοποίηση των ανωτέρω φαρμάκων, μερικοί από αυτούς είναι : η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association) (Rabins PV, 1997, Am J Psychiatry), το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικών Αριστείων (National Institute

for Clinical Excellence) (Clegg, 2001), η Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας (American Academy of Neurology) (Doody RS et al, Neurology, 2001), η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νευρολογικών Εταιρειών.

Η άνοια είναι μία προοδευτική εκφυλιστική (Alzheimer) νόσος και απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία. Για το λόγο αυτό, οι θεραπείες που σκοπό έχουν τη βελτίωση της συμπτωματολογίας της άνοιας χρειάζεται να είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές για πολλά χρόνια.

5η.2. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ⁵⁴ :

1. Ψυχοθεραπεία

Είναι γνωστό ότι για να συμμετέχει κανείς σε μία ψυχοθεραπευτική διαδικασία χρειάζεται να έχει ένα καλό νοητικό επίπεδο, καθώς και ικανότητα επικοινωνίας κι επεξεργασίας πληροφοριών. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη είναι πολύ δύσκολο, άτομα με νοητική έκπτωση να συμμετέχουν σε μία τέτοια διαδικασία.

Η ψυχοθεραπεία στην άνοια δε μπορεί εκ των πραγμάτων να βασιστεί στις κλασικές μεθόδους της, αλλά θα πρέπει :

- Να ακολουθεί το νοητικό και λειτουργικό επίπεδο του ασθενούς.
- Να συνυπολογίζει τη σχέση ασθενούς και φροντιστή.
- Να βασίζεται στους χειρισμούς του θεραπευτή.
- Να θέτει στόχους επιτεύξιμους.
- Να εξασφαλίζει την αποδοχή του ασθενούς ως ατόμου με προσωπικότητα και να βλέπει το άτομο σε σύνολο.

Η ψυχοθεραπεία στην άνοια δε λειτουργεί ανεξάρτητα από τις νοητικές ικανότητες του ατόμου. Οι μορφές παρέμβασης είναι συνήθως λεκτικού τύπου στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ στη συνέχεια προτιμούνται παρεμβάσεις που στηρίζονται σε άλλους τρόπους έκφρασης, όπως η τέχνη(μουσικοθεραπεία, ζωγραφική κ.λ.π.). Αυτό συμβαίνει γιατί οι ασθενείς, ίσως να μην έχουν την ικανότητα κατανόησης ενός

⁵⁴ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 330.

λεκτικού μηνύματος. Τέτοιου είδους δραστηριότητες οι ασθενείς της βρίσκουν ιδιαίτερα ευχάριστες.

2. Γνωστική παρέμβαση

I. Η γνωστική θεραπεία βελτιώνει :

- Τις νοητικές ικανότητες
- Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας
- Τις λειτουργικές διαταραχές και
- Την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας .

II. Ο συνδυασμός της γνωστικής θεραπείας των ασθενών και της συμβουλευτικής των συγγενών είναι απαραίτητος.

III. Η παρέμβαση χρειάζεται να προσαρμόζεται στις ανάγκες και τις δεξιότητες του ασθενή.

IV. Ο συνδυασμός γνωστικής άσκησης, φαρμακευτικής αγωγή των ασθενών και συμβουλευτικής των συγγενών ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Οι ανοϊκοί ασθενείς είναι μεγάλο πρόβλημα για τους συγγενείς και τους φροντιστές καθώς η νόσος εξελίσσεται. Έρευνες έδειξαν ότι ένα πρόγραμμα φυσικών ασκήσεων, παιχνιδιού, κοινωνικής επαφής και δομημένων δραστηριοτήτων, έχει τη δυνατότητα θετικών επιδράσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και στο κοινωνικό περιβάλλον.

Τέλος παρατηρήθηκε ότι μετά από ασκήσεις μνήμης και προσανατολισμού, υπήρξε βελτίωση όχι μόνο της μνήμης των ασθενών αλλά και βελτίωση στην καθημερινή τους ζωή. Το γεγονός αυτό οι ασθενείς το εκτιμούν αισιόδοξα και μειώνεται σε αυτούς και το άγχος της μνημονικής ανεπάρκειας.

3. Τροποποίηση της συμπεριφοράς

Ως τροποποίηση της συμπεριφοράς ορίζεται οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης που στόχο έχει την αλλαγή της συχνότητας, της έντασης, της διάρκειας και του χώρου έκφρασης μίας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, είτε μέσω της τροποποίησης των ερεθισμάτων που την προκαλούν, είτε μέσω της τροποποίησης των συνεπειών της

συμπεριφοράς (κλασσική εξαρτημένη μάθηση). Αν η συμπεριφορά συνοδεύεται από κάτι ενισχυτικό επέρχεται η μάθηση, αν συνοδεύεται από κάτι δυσάρεστο αποσβένεται.⁵⁵

Ο χειρισμός της συμπεριφοράς των ανοϊκών ασθενών ακολουθεί πέντε χωριστά βήματα, τα οποία ακολουθούν επιγραμματικά :

❖ Πρώτο βήμα :

- Ορισμός του προβλήματος
- Πληροφόρηση για τις διαταραχές συμπεριφοράς.
- Ιατρικό ιστορικό
- Συνεντεύξεις με τους συνοδούς
- Παρατήρηση.

❖ Δεύτερο βήμα : Συλλογή δεδομένων

❖ Τρίτο βήμα : Αρχική/άμεση αλλαγή

❖ Τέταρτο βήμα : Αξιολόγηση της αλλαγής

❖ Πέμπτο βήμα : Διατήρηση της αλλαγής.

4. Μέθοδος Reminiscence (αναμνήσεις)

Η βασική ιδέα της μεθόδου αυτής, είναι ότι εφόσον δε μπορούμε να επικοινωνήσουμε με το άτομο στο δικό μας παρόν, έχουμε τη δυνατότητα να το ακολουθήσουμε στο δικό του παρόν. Προσπαθούμε να πάμε πίσω μαζί του στο παρελθόν, να συζητήσουμε για αυτά που έχει βιώσει, για τις αναμνήσεις του. Με τη μέθοδο αυτή μαθαίνουμε περισσότερα για τον ασθενή και τον αντιμετωπίζουμε σα ξεχωριστή προσωπικότητα.

Οι συνεδρίες της συγκεκριμένης μεθόδου είναι άλλοτε ομαδικές και παρακολουθούνται από τον ασθενή και το φροντιστή του κι άλλοτε ατομικές είτε με τον ασθενή, είτε με το φροντιστή του.

Οι στόχοι που τίθενται είναι οι εξής :

- Βελτίωση της επικοινωνίας με το ανοϊκό άτομο.
- Βελτίωση και διατήρηση σχέσεων που δοκιμάζονται λόγω της ασθένειας.

⁵⁵ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 456-457.

- Μείωση της απομόνωσης.
- Εύρεση νέων τρόπων επικοινωνίας που να διευκολύνουν και τους φροντιστές.
- Έκφραση αναγκών του ασθενούς.
- Ανάπτυξη ικανοτήτων επικοινωνίας.
- Διατήρηση της λειτουργικότητας και της κοινωνικότητας του ατόμου.
- Διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής ασθενή και φροντιστή.
- Αντιμέτωπιση του ατόμου με άνοια ως ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαιτερότητες.
- Διατήρηση της ταυτότητάς του μέσω της σύνδεσης παρελθόντος-παρόντος.

Οφέλη από την εφαρμογή της μεθόδου Reminiscence

Άτομα με άνοια

Βελτιώνεται η επικοινωνία με τον κοινωνικό περίγυρο κι ακούγονται οι ανάγκες του. Το άτομο γίνεται σεβαστό ως προσωπικότητα και βελτιώνεται η κοινωνική του θέση. Το άτομο-ασθενή αποκτά αυτοεκτίμηση και μέσα από τις αναμνήσεις δε χάνει την ταυτότητά του.

Φροντιστές

Ο φροντιστής αποκτά μία θετική εικόνα για την άνοια. Μέσα από τις συνεδρίες εκφράζονται οι προσωπικές του ανάγκες κι απόψεις. Ο φροντιστής γίνεται καλύτερος ακροατής και βελτιώνεται έτσι η επικοινωνία του με τον ασθενή. Οι ομαδικές συνεδρίες δίνουν τη δυνατότητα στον φροντιστή να γνωρίσει ομοίους του, να συζητήσει μαζί τους και να διασκεδάσει μέσα από τις αφηγήσεις.

Θεραπευτές

Με τη μέθοδο αυτή βελτιώνονται οι ικανότητες του θεραπευτή στην επικοινωνία, την εμπάθεια και την αντιμετώπιση των ασθενών. Καταφέρνει ο θεραπευτής να γνωρίσει τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες του ασθενή κι έτσι να προσφέρει αποτελεσματικό έργο.

5. Λογοθεραπευτική παρέμβαση

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση ξεκινά με τη διάγνωση των διαταραχών επικοινωνίας του ασθενούς, οι οποίες αυξάνονται όσο η πορεία της νόσου προοδεύει. Η

συμβουλευτική παρέμβαση του λογοπεδικού είναι αναγκαία στο αρχικό στάδιο, έτσι ώστε να μπορέσουν οι οικείοι του ασθενή να καταλάβουν τη φύση της διαταραχής και τον τρόπο αντιμετώπισής της.

Ο συμβουλευτικός ρόλος του λογοπεδικού περιλαμβάνει στοιχεία πρόληψης κι έγκαιρης ενημέρωσης των συγγενών. Επίσης, εμπεριέχει στοιχεία συντονισμού των προσπαθειών των συγγενών με τις ενέργειες του λογοπεδικού, έτσι ώστε να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία.

6. Εργοθεραπευτική παρέμβαση

Στόχος της εργοθεραπείας είναι η αποκατάσταση του ατόμου στο μέγιστο βαθμό των ικανοτήτων του, μέσα στα πλαίσια του προβλήματος ή της αναπηρίας του, ώστε να έχει ανεξάρτητη, παραγωγική και ικανοποιητική ζωή.

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση του ανοικτού ασθενούς περιλαμβάνει προγράμματα δραστηριοποίησης, αυτοεξυπηρέτησης στην καθημερινή ζωή, παρέμβασης στο χώρο του ασθενή και συναισθηματικής υποστήριξης ασθενούς-φροντιστών. Οι στόχοι της εργοθεραπευτικής παρέμβασης αλλάζουν ανάλογα με τα στάδια της νόσου.

7. Μουσικοθεραπεία

Η μουσικοθεραπεία :

- Λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας είτε με το γέλιο, είτε με το τραγούδι-μουσική.
- Στοχεύει να αυξήσει την προσοχή και την επαγρύπνηση και
- Εμψυχώνει τους φροντιστές και τους πάσχοντες.

Η μουσικοθεραπεία είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τους ασθενείς με άνοια, γιατί παρουσιάζει θεραπευτικές λειτουργίες προκειμένου να μην περιθωριοποιεί τα πάσχοντα άτομα από το κοινωνικό σύνολο.

8. Πρόγραμμα άσκησης σε ασθενείς με άνοια

Η σωματική άσκηση έχει αποδειχθεί μέσα από έρευνες, ότι έχει θεραπευτικές ιδιότητες σε άτομα που πάσχουν από άνοια. Ένας ανοϊκός ασθενής που συμμετέχει σε ένα πρόγραμμα μυϊκής ενδυνάμωσης μπορεί να βελτιώσει τη δύναμη και την ευλυγισία του. Αυτό βοηθά στο να γίνει το άτομο λειτουργικό στην καθημερινή του ζωή και να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του με συνέπεια την καλή ψυχολογική του κατάσταση.

50. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗΣ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ⁵⁶ :

Υπηρεσίες που υπάρχουν στην Ελλάδα και προσφέρουν βοήθεια σε ασθενείς με άνοια και στους συγγενείς τους είναι οι εξής :

- Τα ειδικά εξωτερικά ιατρεία ορισμένων νοσοκομείων που ασχολούνται με την άνοια.
- Τα ειδικά Ιατρεία εταιρειών για την άνοια.
- Τα Νοσοκομεία που έχουν ψυχιατρικές κλινικές.
- Οι Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές.
- Τα Νοσοκομεία που έχουν Νευρολογικές κλινικές.
- Τα ΚΑΠΗ της χώρας.
- Τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι».
- Οι οίκοι ευγηρίας.
- Τα γηροκομεία της χώρας.
- Τα θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων.
- Τα γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία και
- Τα Κέντρα Υγείας όλης της χώρας.

Αναγκαιότητα διασύνδεσης

Διαφαίνεται, έντονα στις μέρες μας η αναγκαιότητα συγκρότησης, οργάνωσης και λειτουργίας ενός άτυπου δικτύου όλων των φορέων που ασχολούνται με την άνοια σε περιφερειακό αλλά και σε πανελλαδικό επίπεδο έτσι ώστε :

⁵⁶ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 591-593.

- Να ομογενοποιηθεί η διαδικασία για τη διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία και υποστήριξη των ανοϊκών ασθενών και των οικογενειών τους για την αντιμετώπιση προβλημάτων.
- Να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο ανταλλαγής πληροφοριών και τεχνογνωσίας για θέματα που απασχολούν αυτούς που δραστηριοποιούνται στο χώρο της άνοιας.
- Να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο συζήτησης για τις προσεγγίσεις στο θέμα της άνοιας.
- Να συμβάλλει στην ενεργοποίηση των τοπικών κοινωνιών, την καταπολέμηση του στιγματισμού και στη συνεργασία μεταξύ των φορέων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της άνοιας.
- Να συμβάλλει στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ανοϊκών ασθενών και των συγγενών τους από τους εμπλεκόμενους φορείς.

50.1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ⁵⁷ :

Συλλογική έκφραση

- Εντοπισμός προβλημάτων σχεδιασμού και υλοποίησης της διασύνδεσης από τους εμπλεκόμενους φορείς.
- Προσπάθεια για την επίλυση των προβλημάτων υλοποίησης της διασύνδεσης.
- Διαρκής επικοινωνία με το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και τους εμπλεκόμενους φορείς.
- Αξιολόγηση άλλων Ευρωπαϊκών μοντέλων με στόχο τη πιθανή υιοθέτησή τους.

Συνεργαζόμενοι φορείς : Ρόλοι και Αρμοδιότητες

Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία/Πανεπιστημιακά Περιφερειακά Νοσοκομεία :

- Λειτουργία Ιατρείου για τη νόσο Alzheimer όπου θα γίνεται η διάγνωση, η συνταγογράφηση και η παρακολούθηση του ανοϊκού ασθενούς. Κατάλληλη για τη διάγνωση της νόσου θεωρούνται οι νευρολόγοι, οι ψυχογηγίατροι και οι ψυχίατροι με τη συνεργασία νευροψυχολόγων.

⁵⁷ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 593.

- Λειτουργία Κινητής Μονάδας Νοσηλείας η οποία θα επισκέπτεται, σε τακτά χρονικά διαστήματα, τους ανοϊκούς ασθενείς που υπάρχουν στη περιφέρεια κάλυψης του Νοσοκομείου.

Κέντρα Υγείας και Ιδιώτες Ιατρού

Οι παθολόγοι και οι Γενικοί Ιατροί, μπορούν σε συνεργασία με το αντίστοιχο Γενικό Νοσοκομείο της περιοχής τους να επιφορτιστούν τη θεραπεία του ανοϊκού ασθενούς με ό,τι αυτή περιλαμβάνει όπως παθολογικά προβλήματα κατά τη πορεία της νόσου.

ΚΑΠΗ

- Τα ΚΑΠΗ με τα σημερινά δεδομένα λειτουργίας τους, μπορούν να προσφέρουν στους ανοϊκούς ηλικιωμένους :ποικιλία δραστηριοτήτων, κοινωνικές συναναστροφές, επαφή με νοσηλεύτη ή με κοινωνικό λειτουργό.
- Παράλληλα έχει αναπτυχθεί και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» το οποίο συνεισφέρει σημαντικά στην φροντίδα των ανοϊκών ασθενών.

Σωματεία Αλληλοβοήθειας

Τα Σωματεία Αλληλοβοήθειας των συγγενών ανοϊκών ασθενών λειτουργούν με ευθύνη και πρωτοβουλία των εταιρειών που δραστηριοποιούνται στο χώρο. Αυτού του είδους τα Σωματεία χρησιμεύουν στην πληροφόρηση των οικογενειών των ανοϊκών ασθενών και στη δημιουργία ενός κοινού χώρου συνάντησης των φροντιστών, όπου συζητούνται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν κι ανταλλάσσουν εμπειρίες.

Ασφαλιστικά ταμεία

Λόγω του ότι το ενδιαφέρον για τα άτομα με άνοια είναι πρόσφατο στη χώρα μας, δεν υπάρχει σχετική νομοθεσία. Το άτομο με άνοια δικαιούται να πάρει σύνταξη εξαιτίας της νόσου, αλλά δε δικαιούται να πάρει κάποιο πρόσθετο ποσό για συνοδό .Θεωρείται, λοιπόν, σημαντική η αλλαγή της πολιτικής των ασφαλιστικών ταμείων και η δυνατότητα προσαρμογής των παροχών τους στις ανάγκες των ασθενών.

Ιδρύματα

Τα ιδρύματα που ήδη υπάρχουν και θα μπορούσαν να παρέχουν περίθαλψη και νοσηλεία σε ανοϊκούς ασθενείς είναι τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων και τα Γηροκομεία. Η δημιουργία, όμως, και λειτουργία δομών μικρής δυναμικότητας 15 - 20 ενοίκων για ολιγοήμερη παραμονή, θα συνέβαλλε στην ποιοτικότερη φροντίδα κι ολοκληρωμένη κάλυψη των αναγκών των ανοϊκών ασθενών.

50.2. ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ, ΟΡΙΖΟΝΤΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ⁵⁸ :

- Δημιουργία μιας Τοπικής Υπηρεσίας για άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας στον εκάστοτε Δήμο ή Νομαρχία, όπου θα δίνονται πληροφορίες ή συμβουλές για θέματα που αφορούν τα ανοϊκά άτομα και το συγγενικό τους περιβάλλον.
- Δημιουργία ενός πανελλαδικού καταλόγου των διαθέσιμων ανά περιφέρεια δομών υγείας που ασχολούνται με τη νόσο της άνοιας.
- Δημιουργία μιας τηλεφωνικής γραμμής 24ωρης κάλυψης, όπου θα παρέχονται πληροφορίες και οδηγίες στους ανοϊκούς ασθενείς και τους συγγενείς τους.
- Δημιουργία και λειτουργία ενός site για τη νόσο Alzheimer και γενικότερα τις άνοιες στο Διαδίκτυο, όπου θα παρέχονται χρήσιμες πληροφορίες.
- Διενέργεια Επιστημονικών συνεδρίων για ανταλλαγή εμπειριών και τεχνογνωσίας, ανάμεσα σε φορείς.

50.3. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ, ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ :

- Διαμόρφωση πλαισίου δεοντολογίας για την άνοια, τον ασθενή και την οικογένειά του.
- Εθελοντισμός σε υπηρεσίες συνοδών, σε ΚΑΠΗ κ.α.
- Δημοσιεύματα, εκπομπές και προβολή διαφημιστικού spot σε τηλεόραση και ραδιόφωνο με στόχο την ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου.
- Δημιουργία ενημερωτικών φυλλαδίων .

⁵⁸ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 594-595.

- Παραγωγή και πώληση διαφόρων αντικειμένων όπου τα έσοδα θα διατίθενται για τους πάσχοντες.

50.4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ⁵⁹ :

- Συγκρότηση πιστοποιημένων φορέων εκπαίδευσης σχετικά με το θέμα των ανοιών, όπου θα παρέχονται επιμορφωτικά σεμινάρια σε ειδικούς υγείας, σε οικογένειες ασθενών/φροντιστές.
- Σε συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων, θα μπορούσε να εισαχθεί ειδικό μάθημα για τις άνοιες στα Πανεπιστημιακά Τμήματα(Ιατρικής, Ψυχολογίας, Φυσικής αγωγής) καθώς και στα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Κοινωνικής Εργασίας, Επισκεπτών Υγείας, Φυσιοθεραπείας, Εργοθεραπείας, Νοσηλευτικής), με δυνατότητα πρακτικής άσκησης σε χώρους διάγνωσης και περίθαλψης ανοϊκών ασθενών.

5ι. ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑΣ :

Το Εξωτερικό Ιατρείο Μνήμης και Άνοιας σε ένα Γενικό Νοσοκομείο προσφέρει ποικίλες υπηρεσίες περίθαλψης σε ασθενείς με άνοια ή σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους με προβλήματα στη μνήμη. Το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών απευθύνεται και στους ασθενείς αλλά και στους φροντιστές.

Οι επισκέπτες του Ιατρείου Μνήμης και Άνοιας στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στη Βόρεια Ελλάδα, καλύπτουν ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα, από 30 έως 90 χρονών, όπου περισσότερες είναι γυναίκες και η πλειοψηφία του έχει εκπαίδευση μικρότερη των 6 ετών. Το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο είναι χαμηλό καθώς αφορά συνήθως συνταξιούχους ασφαλισμένους στο ΙΚΑ και στον ΟΓΑ.

5ι.1. Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑΣ⁶⁰ :

⁵⁹ Τσολάκη Μ.Καζής Α «Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις :University Studio Press, 2005,σελ 596-597.

⁶⁰ Ομοίως σελ. 645-652

Στο Εξωτερικό Ιατρείο Μνήμης και Άνοιας εργάζεται μία επιστημονική ομάδα, που περιλαμβάνει επαγγελματίες υγείας, ειδικούς στην αντιμετώπιση της νόσου. Οι ειδικότητες που περιλαμβάνονται σε αυτή την ομάδα είναι οι εξής : νευρολόγος, ψυχίατρος, ακτινολόγος, πυρηνικός γιατρός, μικροβιολόγος, νευροψυχολόγος, γνωστικός ψυχολόγος, κλινικός ψυχολόγος, φυσικοθεραπευτής, βιολόγος, κοινωνικός λειτουργός, γηρίατρος, και ειδικοί νοσηλευτές.

Ο ρόλος του καθενός αποδεικνύεται πολύτιμος και αναγκαίος, προκειμένου να διαμορφωθεί έγκαιρη και σωστή διάγνωση αλλά και αποτελεσματική αγωγή και παρακολούθηση του ασθενή.

- *Νευρολόγος-Ψυχίατρος* : Κάνει διάγνωση, δίνει φαρμακευτική αγωγή και την παρακολουθεί.
- *Ακτινολόγος* : Εξετάζει τον υποψήφιο νευροαπεικονιστικά και εκφέρει πόρισμα σχετικά με τις δομικές αλλαγές του εγκεφάλου.
- *Πυρηνικός γιατρός* : μελετά την αιματική ροή των περιοχών του εγκεφάλου και βοηθά τον νευρολόγο στη διάγνωση.
- *Μικροβιολόγος* : εκτελεί εργαστηριακές εξετάσεις που ζητά ο νευρολόγος.
- *Ψυχολόγος* : μετρά με ψυχομετρικά τεστ την εξέλιξη της νόσου και εμπλέκεται στην υποστήριξη του ατόμου και της οικογένειας.
- *Φυσικοθεραπευτής* : συμβάλλει στην ανάληψη δεξιοτήτων που προσβάλλονται λόγω της άνοιας.
- *Νοσηλευτής* : διενεργεί νοσηλεία ανάλογα με τις οδηγίες των γιατρών.
- *Γηρίατρος* : Βοηθάει στην εκτίμηση προβλημάτων που εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία (υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια).
- *Κοινωνικός λειτουργός* : Αναλαμβάνει τους ασθενείς ή τις οικογένειές τους που χρειάζονται υποστήριξη.

Απαραίτητο είναι όλες οι ειδικότητες να συνεργάζονται με αλληλοενημέρωση, σεβασμό στο ρόλο του καθενός με τακτικές συναντήσεις όλης της ομάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΚΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ⁶¹

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολύ σημαντικός . Έχει σαν αντικείμενο εργασίας την πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση προβλημάτων της κοινωνικής και ψυχικής υπόστασης του ηλικιωμένου. Η εργασία του κοινωνικού λειτουργού είναι

⁶¹ Σημειώσεις του μαθήματος Κλινική Κοινωνική Εργασία .

διαμεθοδική .Εφαρμόζει όλες τις μεθόδους της κοινωνικής εργασίας με άτομα και οικογένεια , ομάδες και κοινότητα είτε ξεχωριστά, είτε παράλληλα όπου κρίνεται αναγκαίο .

Συγκεκριμένα στην εργασία του με άτομα και οικογένεια ασχολείται με τα θέματα που απασχολούν τον ηλικιωμένο, προσπαθεί να επιλύσει διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ατόμου, έρχεται σε επαφή με την οικογένειά του αν αυτό κριθεί αναγκαίο, ενθαρρύνει και επιβραβεύει τον ηλικιωμένο με σκοπό να αισθανθεί χρήσιμος και να μη χάνει το ενδιαφέρον του για τη ζωή, συνεργάζεται με το ιατρικό προσωπικό που τον παρακολουθεί και τον ενημερώνει τον κινητοποιεί και τον ενεργοποιεί για την διεκδίκηση των δικαιωμάτων του και των κοινωνικοπρονοιακών παροχών του. Ο κοινωνικός λειτουργός έχει την ικανότητα και τη γνώση να ελέγχει το επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση, η οποία μπορεί να βοηθήσει ώστε με τις κατάλληλες έγκαιρες παρεμβάσεις να σταθεροποιηθούν ή να επιβραδυνθούν οι συνέπειες κάθε νόσου .

Επίσης συνεργάζεται με την οικογένεια του ηλικιωμένου με στόχο την άντληση περισσότερων πληροφοριών για την καλύτερη δυνατή επίλυση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του ηλικιωμένου .Απώτερος σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι η υποστήριξη και ενθάρρυνση του ατόμου αλλά και η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης, συνεργασίας και επικοινωνίας ανάμεσα στον ίδιο, την οικογένεια του ηλικιωμένου και τον ηλικιωμένο, με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης του ατόμου μέσα στην οικογένεια αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον .

Όσον αφορά τη κοινωνική εργασία με ομάδες ο κοινωνικός λειτουργός δημιουργεί ομάδες που τις αποτελούν άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα έτσι ώστε τα άτομα να μοιραστούν μεταξύ τους τις εμπειρίες τους μέσω συζήτησης, να ανακουφιστούν με το να συνειδητοποιήσουν ότι δεν είναι μόνοι και να αφυπνιστούν έτσι ώστε να προσπαθήσουν να βρουν ακόμη και λύσεις στα προβλήματά τους .

Ακόμη η κοινωνική εργασία με ομάδες έχει σαν στόχο την ανάπτυξη των ατόμων που τις αποτελούν μέσα από την ψυχαγωγία τους, τη δημιουργική απασχόληση του ελεύθερου χρόνου τους, την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους, την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεών τους, την επικοινωνία, τη μείωση των προβλημάτων ανίας και μοναξιάς που ακολουθούν αυτή την ηλικία .

Τέλος, η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα μπορεί να αφορά την έρευνα για εύρεση ατόμων με έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, δημιουργία προγραμμάτων εθελοντισμού για την υποστήριξη ατόμων, αλλά και την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός εργάζεται με την κοινότητα εφαρμόζοντας διαλέξεις-ενημερώσεις, οργανώνοντας ομάδες εθελοντών και δημιουργεί δίκτυα φροντίδας ηλικιωμένων. Ακόμη, ευαισθητοποιεί νεότερα άτομα ιδίως μέσα στα σχολεία για τις ανάγκες της Γ και Δ ηλικίας.

Απόρροια όλων των παραπάνω είναι ότι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού είναι πολύπλευρός και με πολλές διαστάσεις. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ο ρόλος του είναι διαμεσολαβητικός, οργανωτικός, ενισχυτικός, συμβουλευτικός, διαγνωστικός, θεραπευτικός, χειριστής ομάδων, διαιτητής κ.τ.λ.

Επιγραμματικά αναφέρουμε παρακάτω ενέργειες που πράττει ο κοινωνικός λειτουργός ασκώντας διαμεθοδική κοινωνική εργασία σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών που οδηγούν σε άνοια.

Παρέμβαση στον ασθενή

1. Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία (μετά από ειδίκευση του κοινωνικού λειτουργού)

- Συνειδητοποίηση της ασθένειας κατά την έναρξή της.
- Αποδοχή της αναπηρίας εφόσον υπάρχει εναισθησία.
- Επικέντρωση σε θέματα αυτοεκτίμησης.
- Έμφαση σε ανέπαφες λειτουργίες που οδηγούν σε δραστηριότητες με επιτυχή λειτουργικότητα.
- Ενθάρρυνση για σωστή διατροφή.
- Παρακολούθηση για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.
- Ενθάρρυνση για περιποίηση του εαυτού του.
- Ενθάρρυνση για συντήρηση χρόνιων συνηθειών.

2. Εκπαιδευτική Ψυχοθεραπεία

- Εξήγηση της φύσης της νόσου.
- Δραστηριότητες με χρήση ημερολογίων.

- Βοήθεια στην εύρεση αντικειμένων με ταμπέλες στα συρτάρια.
- 3. Φροντίδα για τη θεραπεία παθολογικών προβλημάτων.
- 4. Ενθάρρυνση και παρακολούθηση της αυτοφροντίδας.
- 5. Ενθάρρυνση για συμμετοχή του ασθενή σε κινητοποιητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.
- 6. Βοήθεια για τη λύση νομικών ασφαλιστικών θεμάτων.

Παρέμβαση στην οικογένεια

Φάση 1^η .Κατά την έναρξη της νόσου

- Εκπαίδευση της οικογένειας :

- Στη φύση της νόσου
- Στη διάρκεια και τα εξελικτικά στάδια
- Στη χρησιμότητα κι αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής.

- Αποδοχή της νόσου :ξεπέρασμα συναισθημάτων άρνησης, θυμού, ντροπής, ενοχής, σωματικής εξάντλησης.

Φάση 2^η :Κατά τη μέση περίοδο της νόσου.

- Καθορισμός φροντιστών
- Ένταξη σε ομάδες «συγγενών και φίλων ατόμων που πάσχουν από άνοια» .

Στόχοι των ομάδων

- ενίσχυση του ρόλου του φροντιστή

- αλληλοεκτόνωση συναισθημάτων.

- Συνεργασία με τους ειδικούς για την αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή.
- Ατομική ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου του «φροντιστή».

Φάση 3^η :Κατά τη τελική περίοδο της νόσου .

- Ομαδική κι ατομική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών (συνεχίζουν να ισχύουν οι στόχοι της 2^{ης} φάσης).
- Εμπλοκή περισσότερων ατόμων στη φροντίδα του ασθενή.

Παρέμβαση στη κοινότητα

- Έρευνα στη κοινότητα για εύρεση ατόμων με άνοια.
- Επίσκεψη ατόμων που πάσχουν από άνοια στα πλαίσια του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι».
- Ενημέρωση της κοινότητας για προγράμματα που προσφέρει το ΚΑΠΗ.
- Ευαισθητοποίηση της κοινότητας με στόχους όπως η πρόληψη, η εξάλειψη προκαταλήψεων, στιγματισμού.
- Εφαρμογή Προγραμμάτων Εθελοντισμού.
- Δημιουργία συλλόγου «φίλων και συγγενών ατόμων με άνοια».
- Εκπαίδευση-υποστήριξη ομάδων φροντιστών.
- Συνεργασία με υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης.
- Δημιουργία νέων δομών στη κοινότητα όπως :Κέντρα Ημέρας και Ιατρεία Μνήμης και Άνοιας .

Κοινωνική Πολιτική

Γενικά, ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει στη χάραξη Κοινωνικής Πολιτικής στη κοινότητα με στόχο τη δημιουργία προγραμμάτων στην κοινότητα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων που αφορούν την ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη .Επίσης φροντίζει για την οικονομική τους στήριξη άμεσα ή έμμεσα π.χ. δωρεάν παροχή φαρμάκων .Επιπλέον, προσπαθεί για τη δημιουργία κλειστών δομών περίθαλψης όταν πλέον ο ηλικιωμένος είναι ανίκανος να ζήσει μόνος του .

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΈΒΔΟΜΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ :

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μέρος της έρευνας για την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών των ενεργών μελών των ΚΑΠΗ όλου του Νομού Ηρακλείου.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής ομάδας αποτελεί :

- A. Η αδρή αποτύπωση του βαθμού έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών των ενεργών μελών των ΚΑΠΗ του Νομού Ηρακλείου, που προδιαθέτουν για άνοια στον αγροτικό πληθυσμό (στη συγκεκριμένη έρευνα).
- B. Η έκταση της γνώσης του προσωπικού των ΚΑΠΗ σε θέματα που έχουν προκύψει με την αύξηση του μέσου όρου ζωής των ηλικιωμένων, όπως αυτό της άνοιας.

Οι επιμέρους **στόχοι** είναι :

- 1) Η διερεύνηση και ανίχνευση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών σε σχέση, σε επίπεδο ποσοστών, με δημογραφικά χαρακτηριστικά του αγροτικού πληθυσμού.
- 2) Η αδρή διερεύνηση και ανίχνευση της έκτασης της ύπαρξης προβλημάτων κατάθλιψης στο ίδιο δείγμα πληθυσμού.
- 3) Η αδρή αποτύπωση του βαθμού γνώσης του προσωπικού των ΚΑΠΗ σε θέματα ειδικά για άνοια.

Η εργασία αυτή ανήκει στο πεδίο των ανθρωπιστικοκοινωνικών επιστημονικών ερευνών και επιθυμεί να προσφέρει περισσότερες πληροφορίες που έχουν σχέση με άτομα Γ' και Δ' ηλικίας. Αυτό πιστεύουμε ότι μπορεί να οδηγήσει σε προτάσεις για τη δημιουργία νέων προγραμμάτων που προκύπτουν από την καταγραφή νέων αναγκών των ηλικιωμένων.

7.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΣ :

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Τι ρόλο διαδραματίζει η βαθμίδα εκπαίδευσης (πρωτοβάθμια – δευτεροβάθμια – τριτοβάθμια) στην έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών ;
- Ποιο από τα δύο φύλα είναι περισσότερο επιρρεπές στην έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών;
- Επηρεάζει η φύση του επαγγέλματος των ατόμων την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών;
- Επιδεινώνει την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών η ύπαρξη ή η έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος;
- Επιβαρύνει η ύπαρξη άλλης ασθένειας, οργανικής ή ψυχικής, τη πορεία της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών;
- Η δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου (πχ διάβασμα, γυμναστική) συμβάλλει στη μείωση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων ;
- Σε τι βαθμό είναι ενημερωμένος ο αγροτικός πληθυσμός γύρω από το θέμα της άνοιας;

- Ποιος ο βαθμός ενημέρωσης των επαγγελματιών, που ασχολούνται με την Τρίτη ηλικία, για την άνοια;
- Ποια η χρησιμότητα της πληροφόρησης των επαγγελματιών που εργάζονται με άτομα τρίτης ηλικίας στην καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών προς αυτούς;
- Βοηθάει η συνεχής ενημέρωση – επιμόρφωση των εργαζομένων σε πλαίσια παροχής υπηρεσιών για άτομα τρίτης ηλικίας στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και στην αντιμετώπιση του προβλήματος;

Οι υποθέσεις που παραθέτουμε είναι οι εξής :

- Με τη συγκεκριμένη έρευνα υποθέτουμε ότι τα άτομα που διαμένουν στις αγροτικές περιοχές έχουν πιθανότητες να εμφανίσουν έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών τους, λόγω του ότι από τη βιβλιογραφία⁶² φαίνεται ότι αυτή η ομάδα ατόμων με το να ζει σε απομακρυσμένες περιοχές και με το να ασχολείται με χειρονακτικές εργασίες δεν εξασκεί την γνωστική ικανότητα. Ακόμη στερείται ενημέρωσης όπου αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την απουσία πρόληψης-αποφυγής εμφάνισης γνωστικών διαταραχών.
- Ακόμη υποθέτουμε ότι η ομάδα υγείας των ΚΑΠΗ, δεν έχει επαρκή πληροφόρηση - εκπαίδευση για προβλήματα που εμφανίζονται στην Τρίτη ηλικία και πιο συγκεκριμένα για τη μάστιγα του αιώνα, την άνοια. Τη συγκεκριμένη υπόθεση τη στηρίζουμε στη βιβλιογραφία αλλά και στην εκπαιδευτική μας εμπειρία, όπου παρατηρήσαμε ότι λίγοι είναι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν μία πλήρη ενημέρωση-εξειδίκευση γύρω από το θέμα.

7.3. ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ :

Η έρευνα που θα πραγματοποιηθεί είναι μία ποσοτική – διερευνητική έρευνα. Το πεδίο μελέτης αποτέλεσαν τα αγροτικά ΚΑΠΗ του Νομού Ηρακλείου, τα οποία στο σύνολό τους είναι 13.

⁶² Σταθόπουλος Π. «Κοινωνική Πρόνοια, Μία Γενική Θεώρηση», Αθήνα, Εκδόσεις Έλλη, 1999, σελ309 .

Το δείγμα της έρευνάς μας αποτέλεσε μέρος των ενεργών μελών των 13 ΚΑΠΗ του Νομού Ηρακλείου και αφορούσε άτομα άνω των 65 ετών.

7.4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ :

Είναι πολύ σπάνιο να λάβει χώρα μια έρευνα στο σύνολο των ατόμων που συνθέτουν ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό συμβαίνει μόνο στην περίπτωση της απογραφής. Γι' αυτό το λόγο χρειάστηκε να επιλέξουμε από την καρδιά του πληθυσμού έναν ορισμένο αριθμό ατόμων, οι οποίοι συνθέτουν το επιθυμητό αντιπροσωπευτικό δείγμα. Η διαδικασία που ακολουθήσαμε είναι η ακόλουθη :

Αρχικά επισκεφτήκαμε την Διεύθυνση Πρόνοιας του Ηρακλείου με σκοπό να μάθουμε για το ποια αγροτικά ΚΑΠΗ υπάρχουν στο Νομό Ηρακλείου. Η συγκεκριμένη υπηρεσία μας παραχώρησε λίστα με αυτά τα ΚΑΠΗ στην οποία περιέχονταν και τα ονόματα των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε αυτά αλλά και τα τηλέφωνα τους.

Έτσι, ενημερωθήκαμε τηλεφωνικά από τους κοινωνικούς λειτουργούς των ΚΑΠΗ για τον αριθμό ατόμων που είναι εγγεγραμμένα σε αυτά και για το πόσα άτομα είναι τα ενεργά μέλη. Αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν στην έρευνα τα ενεργά μέλη των ΚΑΠΗ έτσι ώστε να είναι εφικτή η εύρεσή τους.

Στη συνέχεια απευθυνθήκαμε στο στατιστικολόγο με στόχο να μας βοηθήσει στην εύρεση του αντιπροσωπευτικού δείγματος. Το σύνολο των ενεργών μελών στα 13 ΚΑΠΗ υπολογίστηκε στα 1165 ενεργά μέλη. Για να είναι αντιπροσωπευτικό το δείγμα μας πήραμε το 4% του συνόλου ($\Sigma = 1165$) των ενεργών μελών το οποίο αντιστοιχεί σε 466 άτομα.

Τα ΚΑΠΗ που χρησιμοποιήθηκαν για τη διεκπεραίωση της έρευνας είναι τα ακόλουθα : Αρκαλοχώρι, Ασήμι, Βιάννος, Γέργερη, Γοργολαίни, Κρουσσώνας, Χερσόνησος, Χάρακας, Τυμπάκι, Τέμενος, Πύργος, Μοίρες και Αρχάνες. Στο πεδίο της έρευνάς μας συμπεριλαμβάνονταν και τα Κ.Α.Π.Η. του Καστελίου και του Δήμου Καζαντζάκη, αλλά τελικά δεν χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα λόγω έλλειψης προσωπικού στο Καστέλι και απουσίας ΚΑΠΗ στο Δήμο Καζαντζάκη.

Επειδή ο αριθμός των ενεργών μελών ήταν διαφορετικός στο κάθε ΚΑΠΗ, έπρεπε να βρούμε πόσα άτομα θα συμμετάσχουν στην έρευνα από το καθένα. Για να το υπολογίσουμε αυτό χρησιμοποιήσαμε την **απλή μέθοδο των τριών**. Έτσι για παράδειγμα αν σε ένα ΚΑΠΗ τα ενεργά μέλη ήταν 50 κάναμε το εξής :

$$\begin{array}{r} 1165(\text{Σύνολο ενεργών μελών}) \\ \underline{466(\text{Ερωτηματολόγιο})} \end{array} \qquad \begin{array}{r} 50(\text{Ενεργά μέλη}) \\ \underline{X(\text{Ερωτηματολόγια ;})} \end{array}$$

$$X \cdot 1165 = 466 \cdot 50$$

$$X = 23300 \div 1165$$

$$X = 20$$

Στην περίπτωση που το αποτέλεσμα ήταν δεκαδικός αριθμός το υπολογίζαμε κατά προσέγγιση. Τα αποτελέσματα των υπολογισμών μας παραθέτονται παρακάτω .

ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΩΝ ΜΕΛΩΝ:1165			
ΧΩΡΙΑ	ΕΓΓΕΓΡΑΜ ΜΕΝΟΙ	ΕΝΕΡΓ ΟΙ	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟ ΓΙΑ 466
ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙ	1776	50	19
ΑΣΗΜΙ	350	150	57
ΒΙΑΝΝΟ	500	60	22
ΓΕΡΓΕΡΗ	700	150	56
ΓΟΡΓΟΛΑΙΝΙ	377	100	40
ΚΡΟΥΣΣΩΝΑΣ	300	200	75
ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΣ	500	50	19
ΧΑΡΑΚΑΣ	450	80	28

ΤΥΜΠΑΚΙ	300	15	15
ΤΕΜΕΝΟΣ	326	100	38
ΠΥΡΓΟΣ	780	30	11
ΜΟΙΡΕΣ	600	30	30
ΑΡΧΑΝΕΣ	ΟΛΟ ΤΟ ΧΩΡΙΟ	150	56
			ΣΥΝΟΛΟ :466 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟ ΓΙΑ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ Κ.Α.Π.Η. ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ .

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Αρχάνες	56	12,0
Χάρακας	28	6,0
Αρκαλοχώρι	19	4,1
Κρουσσώνας	75	16,1
Τυμπάκι	15	3,2
Χερσόνησος	19	4,1
Μοίρες	30	6,4
Τέμενος	38	8,2
Γοργολαίни	40	8,6
Βιάννος	22	4,7
Γέργερη	56	12,0
Πύργος	11	2,4
Ασήμι	57	12,2
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Στον συγκεκριμένο πίνακα παρουσιάζεται το ποσοστό επιλογής του δείγματος από τα αγροτικά Κ.Α.Π.Η. .Συγκεκριμένα, από τις Αρχάνες επιλέχτηκαν 56 ηλικιωμένοι (12%), από το Χάρακα 28 ηλικιωμένοι (6%), από το Αρκαλοχώρι 19 (4,1%), από τον Κρουσσώνα 75 (16,1%), από το Τυμπάκι 15 (3,2%), από τη Χερσόνησο 19 (4,1%), από τις Μοίρες 30 (6,4%), από το Δήμο Τεμένους επιλέχτηκαν 38 άτομα (8,2%), από το Γοργολαίни 40 (8,6%) άτομα, από τη Βιάννο 22 άτομα (4,7%), από τη Γέργερη 56

(12%), από το Πύργο 11 (2,4%) και τέλος από το Ασήμι 57 άτομα 12,2% του δείγματος .

7.5. ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ Ή ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ :

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας ήταν ερωτηματολόγια που συμπληρώνονταν με συνέντευξη από τον συνεντευκτή στον ερωτώμενο . Συγκεκριμένα χρησιμοποιήσαμε τα παρακάτω εργαλεία :

- 1) Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων των ηλικιωμένων που περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου πληθυσμού όπως : φύλο, ηλικία, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, υγεία κτλ. (Βλέπε παράρτημα) .

- 2) MINI-MENTAL STATE EXAMINATION(M.M.S.E.) .Το M.M.S.E. είναι το πιο διαδεδομένο εργαλείο σε όλο τον κόσμο , σύντομο , εύχρηστο , με αρκετά υψηλή εγκυρότητα κι αξιοπιστία τόσο για την ανίχνευση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών ,όσο και για την παρακολούθηση των ατόμων που πάσχουν από άνοια .Οι ερωτηθέντες καλούνται να απαντήσουν και στις 30 ερωτήσεις .Η κάθε σωστή απάντηση βαθμολογείται με μία μονάδα .Έτσι, λοιπόν, ανάλογα με το σκορ που βγάζουνε έχει τη δυνατότητα ο ειδικός που κάνει την εξέταση να δει σε τι επίπεδο είναι οι γνωστικές λειτουργίες του ατόμου .Η βαθμολογική κλίμακα του συγκεκριμένου τεστ ανάλογα με το σκορ των ερωτηθέντων είναι η εξής :

1= 30-25 Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο

2= 24-20 Ελαφρά γνωστική διαταραχή

3= 19-11 Μέτρια γνωστική διαταραχή

4= 10-0 Σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα(Fountoulakis et al,1999).

- 3) Κλίμακα GERIATRIC DEPRESSION SCALE (G.D.S.) .Το G.D.S. είναι διαδεδομένη κλίμακα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για τη διάγνωση της κατάθλιψης .Είναι ένα εύχρηστο εργαλείο ,αποτελούμενο από 30 ερωτήσεις του οποίου η κλίμακα είναι μεταφρασμένη και σταθμισμένη στη χώρα μας (

Fountoulakis et al ,1999) .Το συγκεκριμένο τεστ επειδή αποτελείται από ερωτήσεις που άλλοτε έχουν θετική σημασία και άλλοτε αρνητική η κάθε ερώτηση βαθμολογείται διαφορετικά .Για παράδειγμα η πρώτη ερώτηση είναι: «Είστε ευχαριστημένος από τη ζωή σας ;» και η δεύτερη «Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας;».Η διαφορά μεταξύ των ερωτήσεων είναι εμφανής .Έτσι αν κάποιος από τους ερωτηθέντες απαντήσει ναι στην πρώτη ερώτηση αυτό μετράει για 0, αν όμως απαντήσει ναι στην δεύτερη ερώτηση αυτό μετράει για 1 .Έτσι συνυπολογίζεται το σκορ σε αυτό το τεστ . Η βαθμολογική κλίμακα του τεστ ανάλογα με το σκορ, όπου ένας ειδικός έχει τη δυνατότητα να δει αν ο ερωτηθέντας έχει συμπτώματα κατάθλιψης ή όχι είναι η παρακάτω :

1= 0-10 Απουσία κατάθλιψης

2= 11-20 Ήπια κατάθλιψη

3= 21-30 Σοβαρή κατάθλιψη

- 4) Κλίμακα HAMILTON DEPRESSION SCALE (H.D.R.S.).Η κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη δημιουργήθηκε από τον Maxwell Hamilton το 1960 και από τότε θεωρείται ως ένα από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης αλλά και της αποτελεσματικότητας των διαφόρων θεραπειών .Αποτελείται από 17 ερωτήσεις οι οποίες βαθμολογούνται από 0 έως 4 ανάλογα με το επίπεδο βαρύτητας της απάντησης των συμμετεχόντων .Η βαθμολογική κλίμακα του συγκεκριμένου τεστ με την οποία μπορεί να διαπιστωθεί, ανάλογα με το σκορ, αν ο ερωτηθείς έχει συμπτώματα κατάθλιψης ή όχι είναι η εξής :

1= 0-10 Απουσία κατάθλιψης

2= 11-20 Ήπια κατάθλιψη

3= 21-30 Σοβαρή κατάθλιψη

- 5) Ακόμη δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο στους επαγγελματίες των αγροτικών ΚΑΠΗ του Ν. Ηρακλείου το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων όπως το φύλο, την ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, αν γνωρίζουν τη νόσο της άνοιας, αν αναγνωρίζουν τα συμπτώματά της κτλ.

Τέλος θα πρέπει να αναφέρουμε ότι όλα τα παραπάνω ερωτηματολόγια περιλαμβάνονται αυτούσια στο παράρτημα της εργασίας.

7.6. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ :

Για να διαπιστώσουμε αν τα δεδομένα της έρευνας που θέλαμε να πραγματοποιήσουμε είναι έγκυρα και αν συμφωνούν με τη Παγκόσμια Κλίμακα δημιουργήσαμε μια ομάδα ελέγχου (πilotική έρευνα) από 50 άτομα σε 5 διαφορετικά χωριά, 10 άτομα από το κάθε χωριό, δηλαδή .Τα άτομα αυτά επιλέχτηκαν τυχαία από το δημοτολόγιο του κάθε χωριού σε συνεργασία με τους δημάρχους .Τα χωριά που επισκεφτήκαμε αρχικά, αφού ήρθαμε σε επαφή με τους κοινωνικούς λειτουργούς των ΚΑΠΗ ήταν το Ασήμι, οι Αρχάνες, η Χερσόνησος, η Γέργερη και το Αρκαλοχώρι .Στα 50 αυτά άτομα κάναμε 50 ερωτηματολόγια του Mini-Mental State Examination (M.M.S.E.), αναλύσαμε τα αποτελέσματα κι αφού είδαμε ότι τα δεδομένα συμφωνούν με τη Παγκόσμια Κλίμακα προχωρήσαμε στη βασική μας έρευνα .

7.7. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ :

Μετά τη συλλογή των στοιχείων μέσω της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, τα δεδομένα εισήχθησαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS 11. Η επεξεργασία των στοιχείων (στατιστική ανάλυση) έγινε μέσω του προγράμματος του SPSS 11 που είχαμε εισάγει τα στοιχεία μας. Χρησιμοποιήσαμε τα ποσοστά για να δούμε τις συχνότητες έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών και τα ποσοστά έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών σε κάθε ομάδα, όπως αυτές οι ομάδες ορίζονται από το M.M.S.E. στους ηλικιωμένους. Χρησιμοποιήσαμε το χ^2 (Chi-Squared) και το One Way Anova προκειμένου να βρούμε τη συσχέτιση ανάμεσα στην έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και της κατάθλιψης με δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματός μας. Επίσης όπου είχαμε αριθμητικά δεδομένα χρησιμοποιήσαμε το συντελεστή συσχέτισης Pearson r (Pearson product – moment correlation coefficient r). Τέλος η ομάδα προέβη σε ερμηνεία των αποτελεσμάτων και εξαγωγή συμπερασμάτων.

7.8. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ-ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΣΗ ΤΩΝ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ :

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας προέκυψαν ορισμένες δυσκολίες, τις οποίες είχαμε προβλέψει και για τις οποίες είχαμε προετοιμαστεί .Όσον αφορά τη συνεργασία μας με το προσωπικό αντιμετωπίσαμε την άρνηση ορισμένων επαγγελματιών να

συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο που τους αφορούσε .Θα πρέπει να αναφερθεί, όμως, ότι στην πλειοψηφία τους υπήρχε μεγάλη προθυμία να μας βοηθήσουν, να μας δώσουν τα στοιχεία που χρειαζόμασταν και να αφιερώσουν χρόνο από τη δουλειά τους για να μας εξυπηρετήσουν.

Ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας της έρευνας ήταν οι δύσκολες καιρικές συνθήκες που αντιμετωπίσαμε λόγω του ότι η έρευνα διεξήχθη κατά τη χειμερινή περίοδο, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές. Για την αντιμετώπιση αυτής της δυσκολίας έγινε προσπάθεια να πραγματοποιηθεί το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας τις μέρες που είχε καλοκαιρία.

Σημαντικό ήταν το γεγονός ότι απαιτούνταν μεγάλο οικονομικό κόστος για την διεξαγωγή της έρευνας γιατί η μετακίνησή μας στις αγροτικές περιοχές γινόταν με τη χρήση αστικής συγκοινωνίας. Σχετικά με αυτό έγινε προσπάθεια επικοινωνίας με τον /την Κοινωνικό /ή Λειτουργό του εκάστοτε ΚΑΠΗ για τη διευκόλυνση της μετακίνησής μας σε περίπτωση που διέμενε στην πόλη του Ηρακλείου.

Επίσης υπήρχε και η δυσκολία της επιβαρυσμένης υγείας των ερωτηθέντων εξαιτίας της ηλικίας τους (έλλειψη αντοχών, δυνάμεων, υπομονής). Για την διευκόλυνσή τους προσπαθήσαμε να είμαστε συγκεκριμένες, σαφείς και σύντομες.

Θα πρέπει να συμπεριλάβουμε στις δυσκολίες και την απόσταση των αγροτικών περιοχών ,η οποία επηρέασε τον καθορισμένο χρόνο διεξαγωγής της έρευνας .Για αυτό το θέμα φροντίσαμε να έχουμε υπομονή και να χρησιμοποιούμε ένα ημερολόγιο δραστηριοτήτων.

Κάτι ακόμη που μας δυσκόλεψε στη συγγραφή της εργασίας ήταν το γεγονός του ότι για τα δεδομένα που προέκυψαν από την έρευνα στους επαγγελματίες των αγροτικών ΚΑΠΗ, δεν υπήρχε επαρκής βιβλιογραφία που να τα επιβεβαιώνουν ως ορθά αποτελέσματα .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΌΓΔΟΟ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

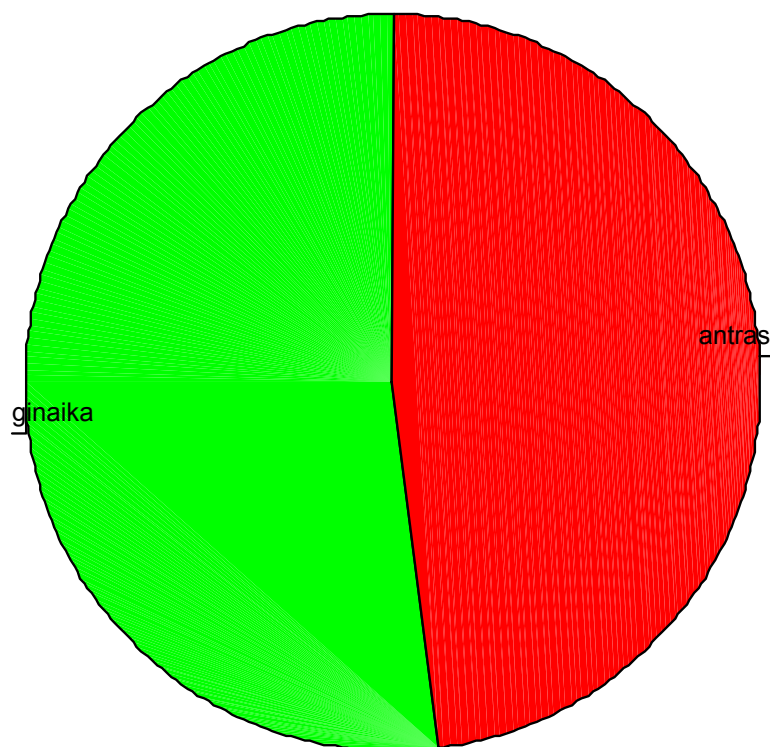
8.1. ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ

Φύλο	Συχνότητες	Ποσοστά
Άντρες	24	48%
Γυναίκες	26	52%
Σύνολο	50	100%

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρείται ότι από τα 50 άτομα του δείγματος, τα 24 (48%) είναι άντρες και τα 26 (52%) είναι γυναίκες.

filo

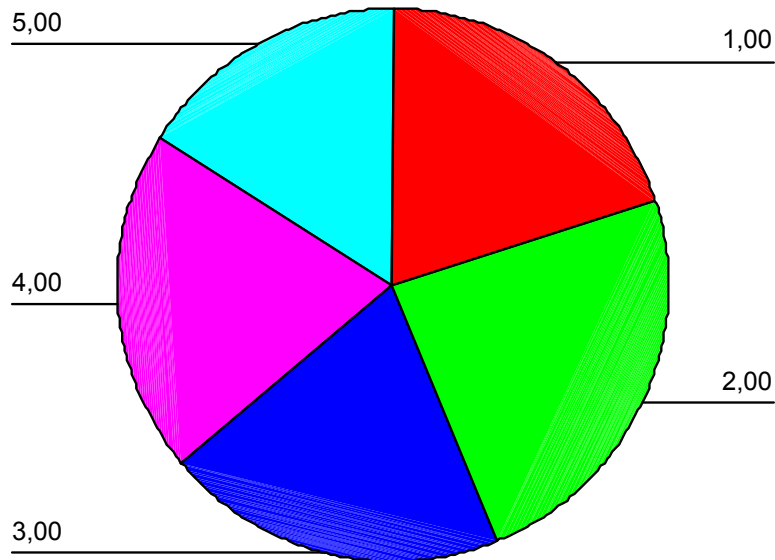


ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ

Ηλικιακές ομάδες	Συχνότητες	Ποσοστά
65 έως 70	10	20%
71 έως 75	12	24%
76 έως 80	10	20%
81 έως 85	10	20%
86 έως 90	8	16%
Σύνολο	50	100%

Από αυτόν το πίνακα βλέπουμε ότι από τους 50 ερωτώμενους, οι 10 (20%) είναι από 65 έως 70 ετών, οι 12 (24%) είναι από 71 έως 75 ετών, οι 10 (20%) είναι από 76 έως 80 ετών, οι 10 (20%) είναι από 81 έως 85 και 8 ερωτώμενοι (16%) είναι από 86 έως 90 ετών.

ILIKOMAD

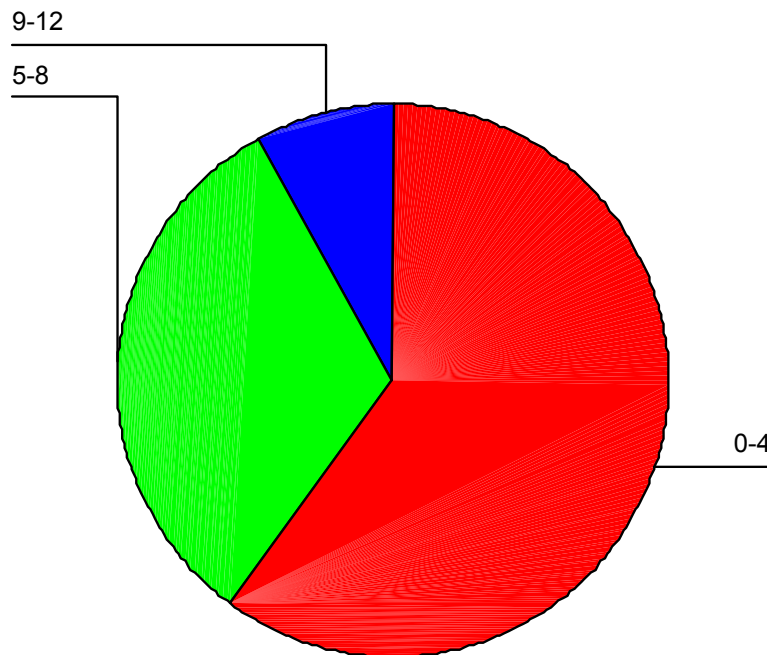


ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Χρόνια εκπαίδευσης	Συχνότητες	Ποσοστά
0 έως 4	30	60%
5 έως 8	16	32%
9 έως 12	4	8%
Σύνολο	50	100%

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τα 50 άτομα του δείγματος, τα 30 (60%) έχουν από 0 έως 4 χρόνια εκπαίδευσης, τα 16 (32%) έχουν από 5 έως 8 και τα 4 (8%) από 9 έως 12 χρόνια εκπαίδευσης.

xronia ekpaideusis



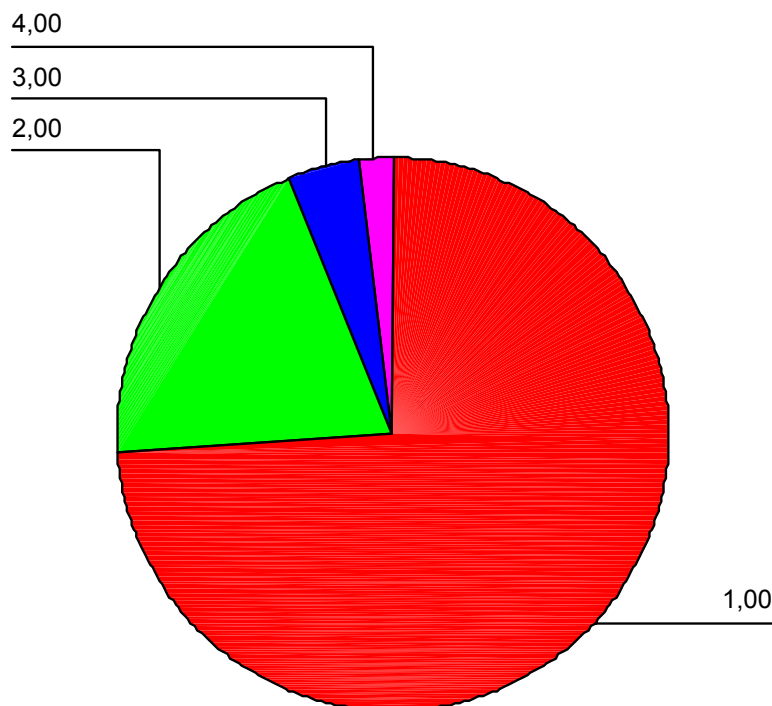
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΟΥ MINI – MENTAL STATE EXAMINATION.

Βαθμολογική κλίμακα	Συχνότητες	Ποσοστό
Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	37	74%
Ελαφρά γνωστική διαταραχή	10	20%
Μέτρια γνωστική διαταραχή	2	4%
Σοβαρή γνωστική διαταραχή	1	2%
Σύνολο	50	100%

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τα 50 άτομα του δείγματος, τα 37 (74%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 10 άτομα (20%) παρουσιάζουν ελαφρά

γνωστική διαταραχή, τα 2 άτομα (4%) φαίνεται να έχουν μέτρια γνωστική διαταραχή και ένα άτομο (2%) παρουσιάζει σοβαρή γνωστική διαταραχή.

MMSEOMAD



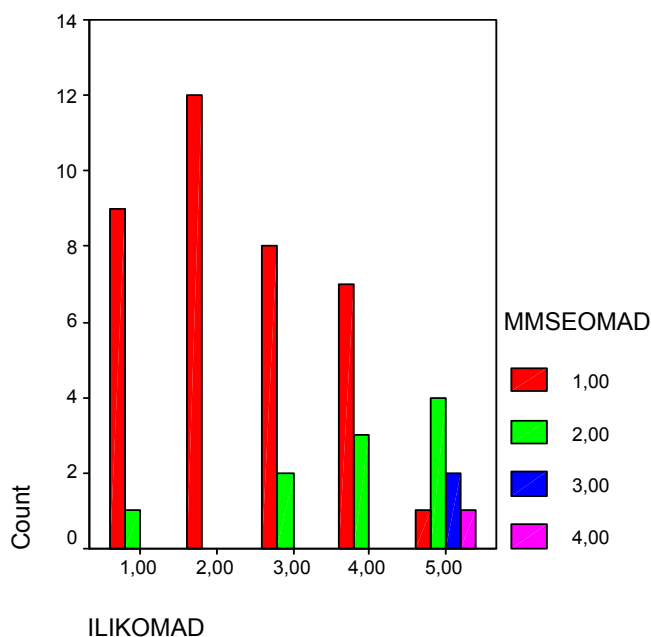
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ MINI – MENTAL STATE EXAMINATION.

Ηλικιακές ομάδες	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
65 έως 70	9 (18%)	1 (2%)			10 (20%)
71 έως 75	12 (24%)				12 (24%)
76 έως 80	8 (16%)	2 (4%)			10 (20%)
81 έως 85	7 (14%)	3 (6%)			10 (20%)
86 έως 90	1 (2%)	4 (8%)	2 (4%)	1 (2%)	8 (16%)
Σύνολο	37 (74%)	10 (20%)	2 (4%)	1 (2%)	50 (100%)

Pearson Chi- Square: 28,351, df= 12, r= 0,005

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 10 ερωτώμενους (20%) ηλικίας από 65 έως 70 ετών, οι 9 (18%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο και ένας (2%) εμφανίζει ελαφρά γνωστική διαταραχή. Από τους 12 ερωτώμενους (24%) ηλικίας 71 έως 75 ετών όλοι έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο. Από τους 10 (20%) ηλικίας

76 έως 80 ετών, οι 8 (16%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο και οι 2 (4%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή. Από τους 10 (20%) ηλικίας 81 έως 85 ετών, οι 7 (14%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο και οι 3 (6%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή. Από τους 10 ερωτώμενους (20%) ηλικίας 86 έως 90 ένας (2%) έχει φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 4 (8%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 2 (4%) φαίνεται να εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και ένας ερωτώμενος (2%) εμφανίζει σοβαρή γνωστική διαταραχή.



8.2. ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΩΝ 466 ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΚΑΠΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ .

Φύλο	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Άντρας	237	50,9
Γυναίκα	229	49,1
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τα 466 άτομα του δείγματός μας οι 237 δηλαδή το 50,9% είναι άντρες και οι 229 δηλαδή το 49,1% είναι γυναίκες. Βλέπουμε ότι το δείγμα μας αποτελείται περίπου από το ίδιο ποσοστό ανδρών και γυναικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
65-70	147	31,5

71-75	116	24,9
76-80	104	22,3
81-85	60	12,9
86-90	25	5,4
91-95	10	2,1
96-100	4	0,9
ΣΥΝΟΛΟ	466	100

Στο συγκεκριμένο πίνακα βλέπουμε ότι από τα 466 άτομα τα 147 (31,5%) βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα των 65-70, τα 116 (24,9%) στα 71-75, τα 104 (22,3%) στα 76-80, τα 60 (12,9%) στα 81-85, τα 25 (5,4%) στα 86-90, τα 10 (2,1%) στα 91-95 και υπάρχουν και 4 άτομα που βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα των 96-100 .

**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Χρόνια εκπαίδευσης	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0-4	251	53,9
5-8	192	41,2
9-12	23	4,9
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Σε αυτόν τον πίνακα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι από τα 466 άτομα που αποτελούν το μέγεθος του δείγματός μας τα 251 (53,95%) έχουν πάει από 0 έως 4 χρόνια στο σχολείο, τα 192 (41,2%) έχουν πάει από 5 έως 8 χρόνια και τα 23 (4,9%) από 9 έως 12. Δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας δεν έχει τελειώσει το δημοτικό και πολύ λίγα άτομα έχουν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	5	1,1
Όχι	461	98,9
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Από τον συγκεκριμένο πίνακα καταλαβαίνουμε ότι μόνο το 1,1% δηλαδή 5 άτομα έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία 461 άτομα (98,9%) δεν έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ**

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
-------------	-----------	-----------

Υπάλληλοι σε δημόσια υπηρεσία με πτυχίο	4	0,9
Εκπαιδευτικά επαγγέλματα	1	0,2
Προς.υπηρ.δημ/ιδιωτ.φορέων/υπηρ.	10	2,1
Επιχειρηματίες πολίτες	18	3,9
Αγρότες /ψαράδες /δασικοί	279	59,9
Τεχνικοί /ηλεκτρολόγοι /εργάτες / μεταφορείς	31	6,7
Διάφορες υπηρεσίες /τουριστικά /εστιατόρια /κομμωτήρια	18	3,9
Οδηγοί /ναυτικοί	6	1,3
Στρατιωτικοί	1	0,2
Οικιακά	98	21,0
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι τα επαγγέλματα που εμφανίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι οι αγροτικές εργασίες- ψαράδες- δασικοί 278 άτομα (59,9%). Στη συνέχεια ακολουθούν οι οικιακές δουλειές με 98 άτομα (21%). Μετά οι τεχνικές- ηλεκτρολογικές- εργατικές δουλειές με 31 άτομα (6,7%). Ακολουθούν ισοψηφώντας οι επιχειρηματικές με τις τουριστικές δουλειές με 18 άτομα η κάθε μια (3,9%). Τέλος με πολύ μικρές συχνότητες ακολουθούν οι δημόσιοι υπάλληλοι (0,9%), οι εκπαιδευτικοί (0,2%), οι στρατιωτικοί (0,2%), οι οδηγοί- ναυτικοί (1,3%) και οι υπάλληλοι σε υπηρεσίες δημόσιου και ιδιωτικού φορέα με ποσοστό (2,1%).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ**

Χρόνια συνταξιοδότησης	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
1-10	243	52,1
11-20	162	34,8
21-30	54	11,6
31-40	6	1,3
41-50	1	0,2
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Από τον παραπάνω πίνακα διαφαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (52,1%) του δείγματος 243 άτομα παίρνουν σύνταξη εδώ 1 με 10 χρόνια. Τα 162 άτομα (34,8%) παίρνουν εδώ και 11 με 20 χρόνια. Οι 54 (11,6%) 21 με 30 χρόνια. Τα 6 άτομα (1,3%) 31 με 40 και ένα άτομο (0,2%) παίρνει 41 με 50 χρόνια σύνταξη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οικογενειακή κατάσταση	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Άγαμος	24	5,2
Έγγαμος	301	64,6
Εν διαστάσει	1	0,2
Διαζευγμένος	3	0,6
Χήρος	137	29,4
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Στο συγκεκριμένο πίνακα παρατηρούμε ότι το δείγμα μας αποτελείται κυρίως από έγγαμα άτομα κατά 64,6%. Επίσης υπάρχουν 137 άτομα που έχουν χηρέψει (29,4%). Υπάρχουν 24 άτομα που είναι άγαμοι με ποσοστό 5,2 % και 3 οι οποίοι είναι διαζευγμένοι (0,6%) και ένας που είναι εν διαστάσει (0,2%)

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 .
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Ύπαρξη παιδιών	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	419	89,9
Όχι	47	10,1
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Με αυτόν τον πίνακα διαπιστώνεται ότι από τα 466 άτομα του συνολικού δείγματος οι πλειοψηφία 419 άτομα (89,9%) έχει παιδιά , ενώ 47 άτομα (10,1%) δεν έχουν παιδιά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Μέρος που ζουν τα παιδιά	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Δεν έχουν παιδιά	47	10,1
Περιοχή Κ.Α.Π.Η.	221	47,4
Νομός Ηρακλείου	163	35,0
Άλλος νομός Κρήτης	18	3,9
Αθήνα	10	2,1
Υπόλοιπη Ελλάδα	5	1,1
Εξωτερικό	2	0,4
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Σε αυτόν τον πίνακα βλέπουμε ότι τα παιδιά των 419 ηλικιωμένων του δείγματος ζουν στο ίδιο χωριό με αυτούς κατά 221 άτομα (47,4%), κατά 163 άτομα ζουν στο Νομό Ηρακλείου (35%), κατά 18 άτομα ζουν σε άλλο νομό της Κρήτης (3,9%). Δέκα άτομα ζουν στην Αθήνα (2,1%), 5 στην υπόλοιπη Ελλάδα (1,1%) και 2 άτομα ζουν στο εξωτερικό (0,4%).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ .**

ΑΣΦΑΛΙΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ανασφάλιστοι	2	0,4
ΟΓΑ	375	80,5
ΙΚΑ	43	9,2
ΤΕΒΕ	21	4,5
ΔΗΜΟΣΙΟ	17	3,6
ΤΣΑ	4	0,9
ΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ	4	0,9
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος 375 άτομα έχει ασφάλιση ΟΓΑ. Τα 43 άτομα έχουν ασφάλιση ΙΚΑ (9,2%), 21 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΤΕΒΕ (4,5%), και ακολουθούν η ασφάλεια του Δημοσίου με 17 άτομα (3,6%), το ΤΣΑ με 4 άτομα (0,9%) και τα λοιπά ταμεία με επίσης 4 άτομα (0,9%). Ενώ 2 άτομα (0,4%) είναι ανασφάλιστα.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .**

Χώρος διαμονής	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ιδιόκτητο	453	97,2
Ενοίκιο	5	1,1
Φιλοξενία	8	1,7
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Εδώ παρατηρούμε ότι τα 453 άτομα δηλαδή το 97,2% του δείγματος ζουν σε ιδιόκτητο σπίτι, ενώ 8 άτομα δηλαδή το 1,7% φιλοξενούνται και μόλις το 1,1% δηλαδή 5 άτομα ζουν σε κατοικία που την ενοικιάζουν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Πρόβλημα υγείας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	417	89,5
Όχι	49	10,5
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Από αυτόν τον πίνακα γίνεται ξεκάθαρο ότι τα 417 άτομα (89,5%) έχουν πρόβλημα υγείας ,αφού το δείγμα μας αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών και μόλις 49 άτομα (10,5%) δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα υγείας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18 .

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΠΑΡΕΞΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Φροντίδα στο σπίτι	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	285	61,2
Όχι	181	38,8
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Από αυτόν τον πίνακα βλέπουμε ότι 285 ηλικιωμένοι δηλαδή το 61,25 του δείγματος έχουν κάποιον που τους φροντίζει στο σπίτι, ενώ 181 άτομα το 38,8% δεν έχουν κάποιον να τους φροντίζει.

ΠΙΝΑΚΑΣ 19 . ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΗΣ ΓΙΑ ALZHEIMER .

Γνώση για Alzheimer	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	193	41,4
Όχι	273	58,6
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Σε αυτό το σημείο φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν γνωρίζουν για το Alzheimer, 273 άτομα με ποσοστό 58,6% του δείγματος. Ενώ 193 άτομα 41,4 % έχουν κάποια γνώση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 . ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΑΣΜΑΤΟΣ

Διάβασμα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	162	34,8
Όχι	304	65,2
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τους 466 ηλικιωμένους του δείγματος οι 304 (65,2%) δεν διαβάζουν, ενώ οι 162 ηλικιωμένοι (34,8%) διαβάζουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 . ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ .

Κάπνισμα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	50	10,7
Όχι	416	89,3
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Από αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ότι 416 ηλικιωμένοι (89,3%) δεν καπνίζουν, ενώ 50 ηλικιωμένοι (10,7%) καπνίζουν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22 .
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ .**

Αλκοόλ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Ναι	156	33,5
Όχι	310	66,5
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Από τον παραπάνω πίνακα καταλαβαίνουμε ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, 310 άτομα 66,5% του δείγματος, δεν καταναλώνουν αλκοόλ. Τα υπόλοιπα 156 άτομα 33,5% του δείγματος καταναλώνουν αλκοόλ.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23 .
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΗΝΙΑΙΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ .**

Εισόδημα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
0-200	67	14,4
201-500	341	73,2
501-800	39	8,4
801-900	6	1,3
901-1500	11	2,4
1501-2100	1	0,2
2101-4500	1	0,2
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

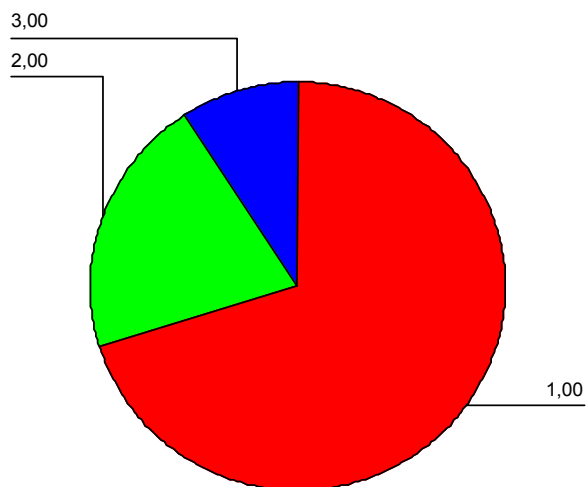
Σε αυτόν τον πίνακα διαπιστώνουμε ότι 67 άτομα (14,4%) έχουν μηνιαίο εισόδημα από 0-200 ευρώ, 341 άτομα (73,2%) έχουν 201 – 500, 39 άτομα (8,4%) 501 – 800, 6 άτομα (1,3%) 801 – 900, 11 άτομα (2,4%) έχουν 901 – 1500, ένα άτομο (0,2%) έχει μηνιαίο εισόδημα 1501 – 2100 και ακόμη ένα άτομο (0,2%) 2101 – 4500.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΟΥ GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) .

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Απουσία κατάθλιψης	327	70,2
Ήπια κατάθλιψη	96	20,6
Σοβαρή κατάθλιψη	43	9,2
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Σε αυτόν τον πίνακα φαίνεται ότι σύμφωνα με τη βαθμολογική κλίμακα του G.D.S. οι 327 (70,2%) ηλικιωμένοι δεν έχουν κατάθλιψη, οι 96 (20,6%) εμφανίζουν ήπια κατάθλιψη και οι 43 (9,2%) παρουσιάζουν σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

GDSOMADE

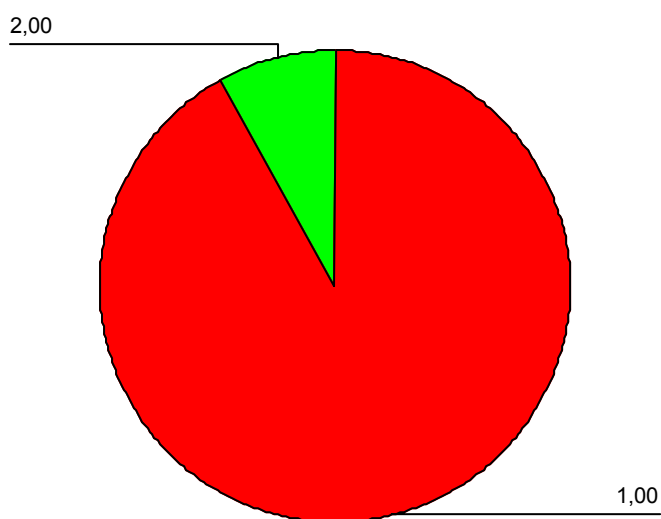


ΠΙΝΑΚΑΣ 25.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΗΣ
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΟΥ HAMILTON .

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Απουσία κατάθλιψης	429	92,1
Ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων	37	7,9
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Στο συγκεκριμένο πίνακα διακρίνεται ότι σύμφωνα με τη βαθμολογική κλίμακα του HAMILTON οι 429 ηλικιωμένοι (92,1%) δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ 37 άτομα (7,9%) εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

HAMOMADE

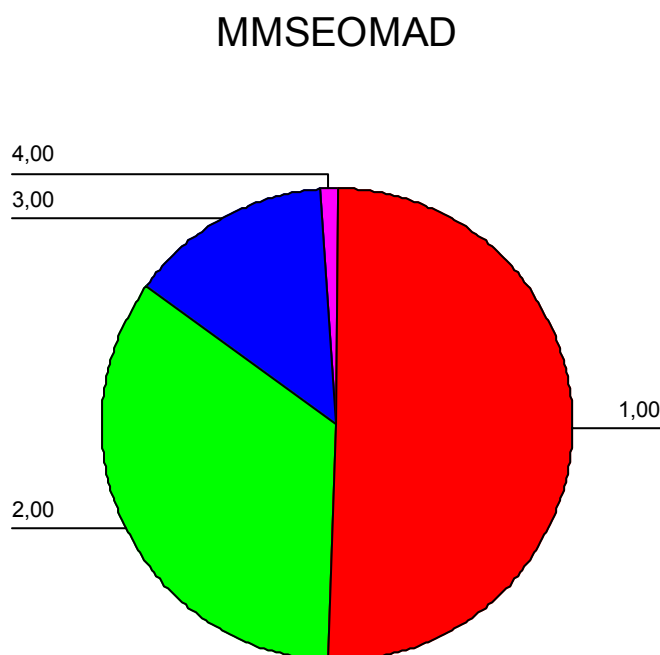


ΠΙΝΑΚΑΣ 26.
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΟΥ MINI-MENTAL
(M.M.S.E.)

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	236	50,6
Ελαφρά γνωστική διαταραχή	160	34,3
Μέτρια γνωστική διαταραχή	65	13,9
Σοβαρή γνωστική διαταραχή	5	1,1
ΣΥΝΟΛΟ	466	100,0

Στον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε από τα 466 άτομα του δείγματος οι 233 (50,6%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 160 (34,3%) παρουσιάζουν

ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 65 (13,9%) εμφανίζουν μέτρια γνωστική διαταραχή και μόλις 5 άτομα (1,1%) παρουσιάζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή .



ΠΙΝΑΚΑΣ 27.
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΟΥ MINI-MENTAL (M.M.S.E.) ΜΕ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ .

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	ΜΕΣΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
0-4	251	23	4,4
5-8	192	25	4,1
9-12	23	28	1,9
ΣΥΝΟΛΟ	466	24	4,3

$F_{(2,101)}=16,371, df=2, p<0,000$.

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι τα 251 άτομα που έχουν πάει σχολείο από 0-4 χρόνια έχουν μέση τιμή επίδοσης στο M.M.S.E. 23 μονάδες, τα 192 άτομα που έχουν πάει σχολείο από 5-8 χρόνια 25 μονάδες και τα 23 άτομα που έχουν πάει σχολείο 9-12 χρόνια 28 μονάδες . Βλέπουμε λοιπόν μία στατιστικά σημαντική

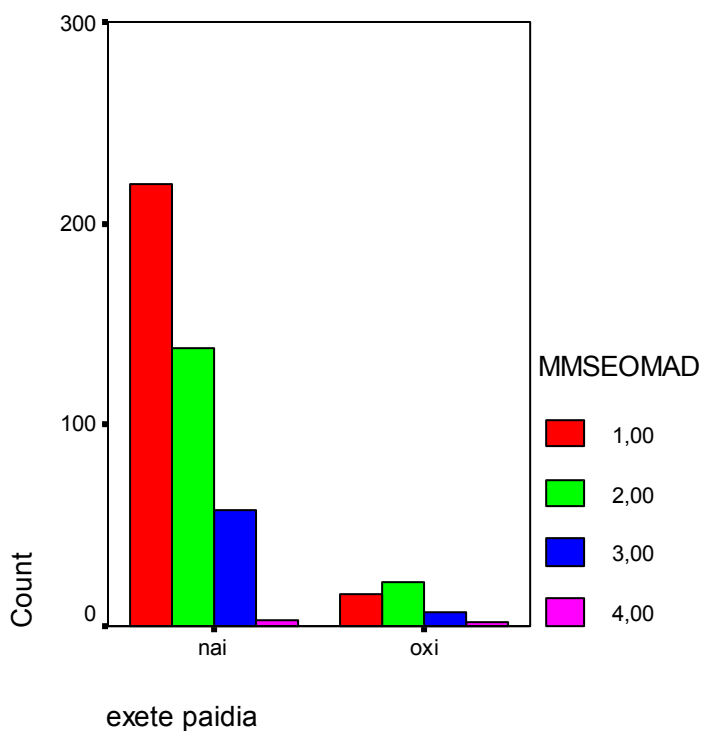
διαφορά των μέσων όρων της εκπαίδευσης με την επίδοση στο test που ανιχνεύει την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών(M.M.S.E.) .

ΠΙΝΑΚΑΣ 28.
ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ MINI -MENTAL (M.M.S.E.)

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	ΣΥΝΟΛΟ
Έχουν παιδιά	220 47,2 %	138 29,6 %	58 12,4 %	3 0,6%	419 89,9 %
Δεν έχουν παιδιά	16 3,4%	22 4,7%	7 1,5%	2 0,4%	47 10,1 %
ΣΥΝΟΛΟ	236 50,6 %	160 34,3%	65 13,9%	5 1,1%	466 100 %

$$x^2 = 10,181, df = 3, r = 0,017 .$$

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα της ύπαρξης παιδιών και της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων που είναι ενεργά μέλη στα αγροτικά ΚΑΠΗ του Ν. Ηρακλείου. Συγκεκριμένα από τα 419 (89,9%) άτομα που έχουν παιδιά τα 220 (47,2%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 138 (29,6%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 58 (12,4%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 3 (0,6%) άτομα παρουσιάζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή .Από τα 47 (10,1%) άτομα που δεν έχουν παιδιά τα 16 (3,4%) άτομα βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 22 (4,7%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 7 (1,5%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 2 (0,4%) άτομα σοβαρή γνωστική διαταραχή.

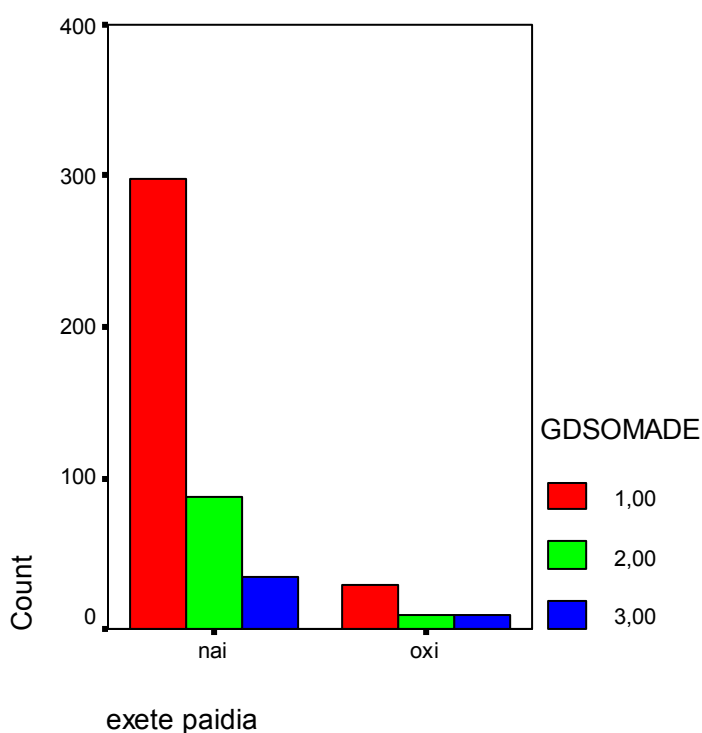


ΠΙΝΑΚΑΣ 29.
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙΜΑΚΑ ΤΟΥ GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) .

	Απουσία κατάθλιψης	Ήπια κατάθλιψη	Σοβαρή μορφή κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Έχουν παιδιά	298 63,9%	87 18,7 %	34 7,3 %	419 89,9 %
Δεν έχουν παιδιά	29 6,2%	9 1,9 %	9 1,9%	47 10,1 %
ΣΥΝΟΛΟ	327 70,2%	96 20,6 %	43 9,2%	466 100,0 %

$\chi^2 = 6,164$, $df = 2$, $r = 0,046$.

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (αν και όχι τόσο υψηλή) της ύπαρξης παιδιών και της παρουσίας κατάθλιψης στους ηλικιωμένους των αγροτικών ΚΑΠΗ του Ν. Ηρακλείου. Δηλαδή από τα 419 (89,9%) άτομα που έχουν παιδιά τα 298 (63,9%) άτομα δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, τα 87 (18,7%) εμφανίζουν ήπια κατάθλιψη και τα 34 (7,3%) σοβαρή μορφή κατάθλιψης. Από τα 47 (10,1%) άτομα που δεν έχουν παιδιά τα 29 (6,2%) άτομα δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, τα 9 (1,9%) παρουσιάζουν ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα και 9 (1,9%) άτομα παρουσίασαν σοβαρή μορφή κατάθλιψης.

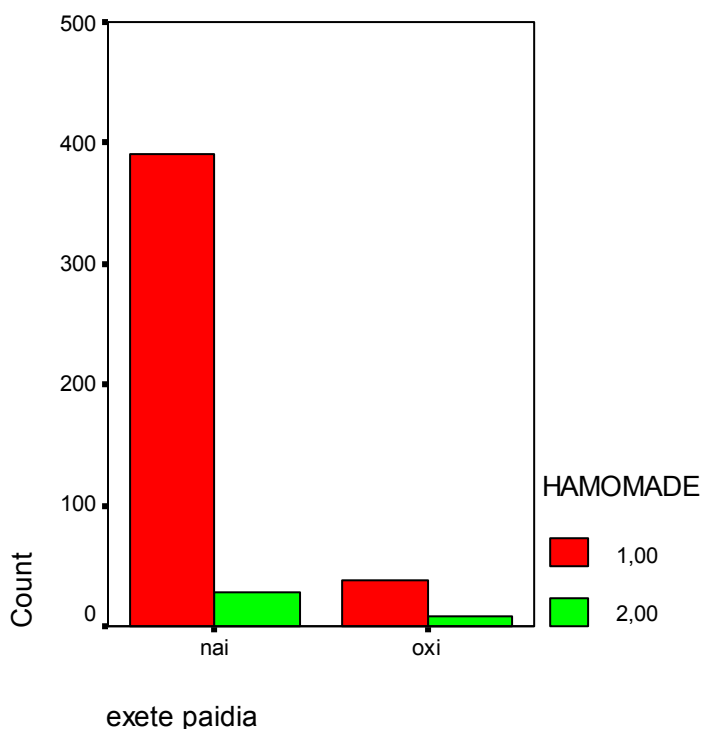


ΠΙΝΑΚΑΣ 30.
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ HAMILTON .

	Απουσία κατάθλιψης	Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Έχουν παιδιά	391 83,9 %	28 6,0 %	419 89,9 %
Δεν έχουν παιδιά	38 8,2 %	9 1,9 %	47 10,1 %
ΣΥΝΟΛΟ	429 92,1 %	37 7,9 %	466 100,0 %

$$x^2 = 8,985, df = 1, r = 0,003$$

Σε αυτόν τον πίνακα διαφαίνεται υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ύπαρξης παιδιών και της παρουσίας κατάθλιψης στους ηλικιωμένους των αγροτικών ΚΑΠΗ του Ν. Ηρακλείου. Από τα 419 (89,9%) άτομα που έχουν παιδιά, τα 28 (6,0%) άτομα εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ από τα 47 (10,1%) άτομα που δεν έχουν παιδιά τα 9 (1,9%) άτομα εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης.



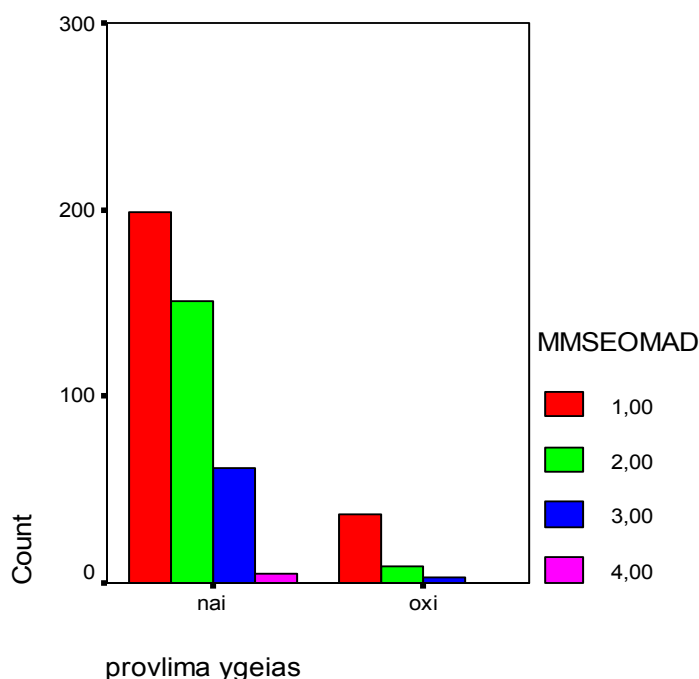
ΠΙΝΑΚΑΣ 31 .

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙΜΑΚΑ ΤΟΥ ΜΙΝΙ- ΜΕΝΤΑΛ (Μ.Μ.Σ.Ε)

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	ΣΥΝΟΛΟ
Έχουν πρόβλημα υγείας	199 42,7 %	151 32,4 %	62 13,3 %	5 1,1 %	417 89,5 %
Δεν έχουν πρόβλημα υγείας	37 7,9 %	9 1,9 %	3 0,6 %		49 10,5 %
ΣΥΝΟΛΟ	236 50,6 %	160 34,3 %	65 13,9 %	5 1,1 %	466 100,0 %

$$\chi^2 = 13,744, df = 3, r = 0,003$$

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό γνωστική διαταραχής και στην ύπαρξη προβλήματος υγείας. Έτσι βλέπουμε ότι από τους 417 (89,5%) που έχουν πρόβλημα υγείας οι 199 (42,7%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 151 (32,4%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 62 (13,3%) μέτρια και 5 (1,1%) άτομα εμφανίζουν σοβαρή διαταραχή. Από τα 49 (10,5%) άτομα που δεν έχουν πρόβλημα υγείας τα 37 (7,9%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 9 (1,9%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και 3 (0,6%) μέτρια γνωστική διαταραχή.



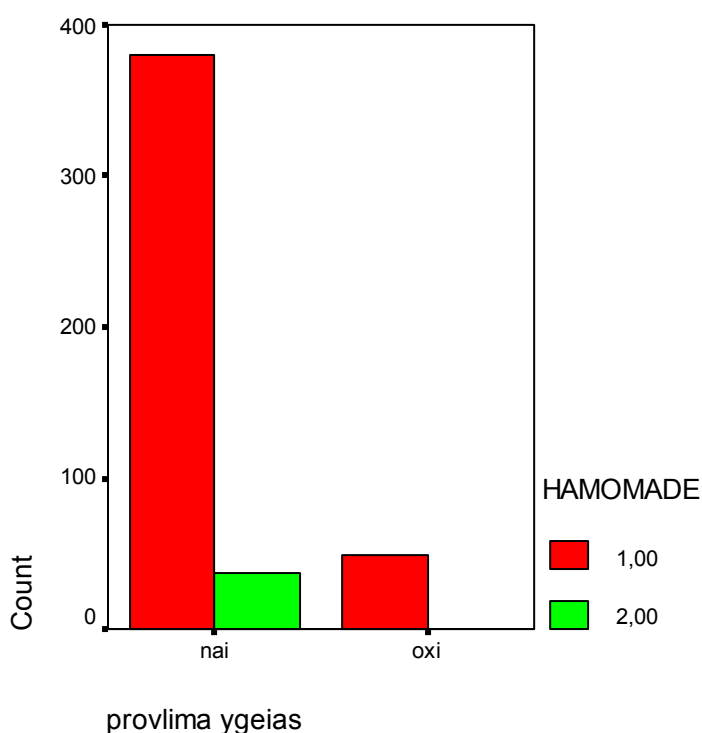
ΠΙΝΑΚΑΣ 32.
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ HAMILTON .

	Απουσία κατάθλιψης	Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Έχουν πρόβλημα υγείας	380 81,5 %	37 7,9 %	417 89,5 %
Δεν έχουν πρόβλημα υγείας	49 10,5 %		49 10,5 %
ΣΥΝΟΛΟ	429 92,1 %	37 7,9 %	466 100,0 %

$$\chi^2 = 4,723, df = 1, r = 0,030$$

Σε αυτόν τον πίνακα διαφαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ύπαρξης προβλήματος υγείας με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης.

συγκεκριμένα από τα 417 (89,5%) άτομα που έχουν προβλήματα υγείας, τα 37(7,9%) άτομα εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ από τα 49 (10,5%) άτομα που δεν έχουν προβλήματα υγείας δεν εμφανίζει κανένας συμπτώματα κατάθλιψης .



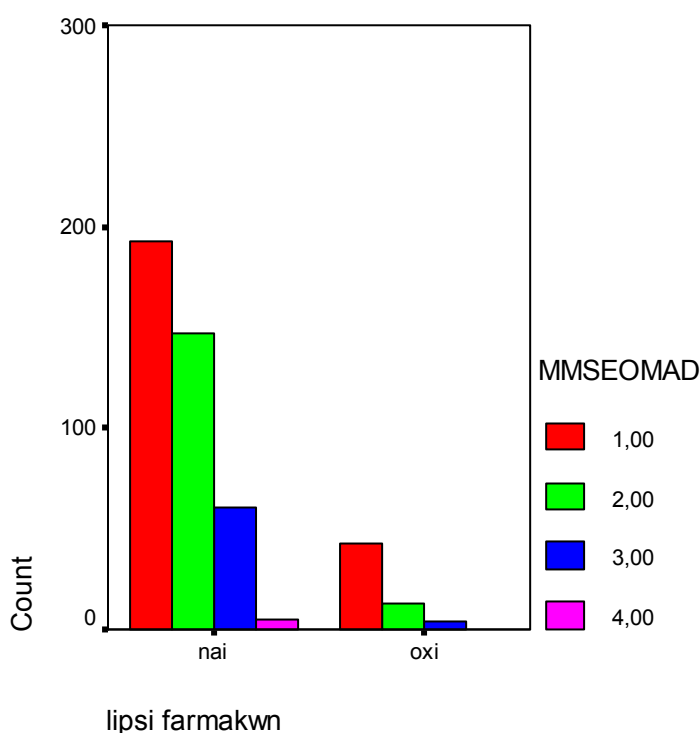
ΠΙΝΑΚΑΣ 33 .
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΜΕ ΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ MINI-MENTAL(M.M.S.E.) .

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	ΣΥΝΟΛΟ
Λήψη φαρμάκων	193 41,4 %	147 31,5 %	61 13,1 %	5 1,1 %	406 87,1 %
Μη λήψη φαρμάκων	43 9,2 %	13 2,8 %	4 0,9 %		60 12,9 %
ΣΥΝΟΛΟ	236 50,6 %	160 34,3 %	65 13,9 %	5 1,1 %	466 100,0%

$$x^2 = 12,586, df = 3, r = 0,006$$

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της λήψης φαρμάκων με την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών σύμφωνα με τη βαθμολογική κλίμακα του MMSE. Δηλαδή από τους 406 (87,1%) που λαμβάνουν

φαρμακευτική αγωγή οι 193 (41,4%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 147 (31,5%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 61 (13,1%) μέτρια και 5 (1,1%) άτομα εμφανίζουν σοβαρή διαταραχή. Από τα 60 (12,9%) άτομα που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή τα 43 (9,2%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 13 (2,8%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και 4 (0,9%) μέτρια γνωστική διαταραχή.



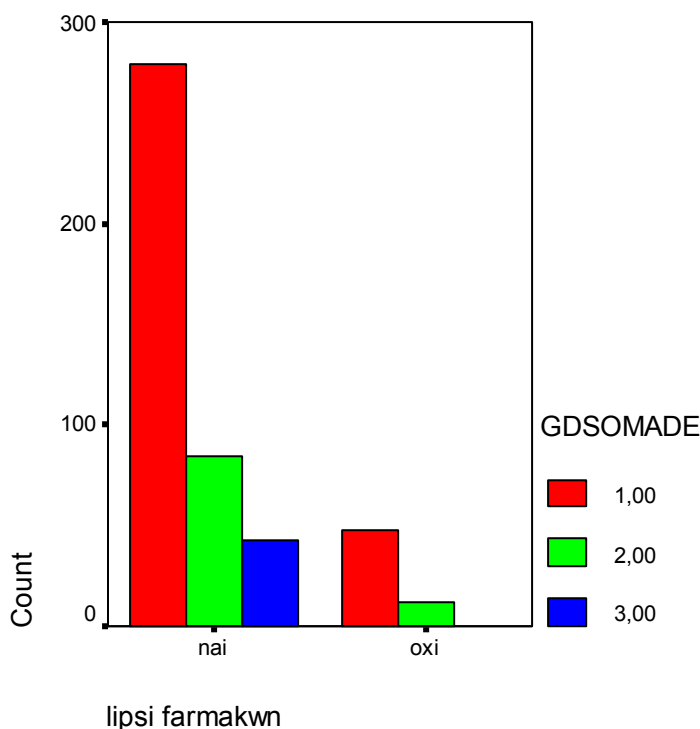
ΠΙΝΑΚΑΣ 34 .
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΤΗ
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ GERIATRIC DEPRESSION
SCALE(GDS) .

	Απουσία κατάθλιψης	Ήπια κατάθλιψη	Σοβαρή μορφή κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Λήψη φαρμάκων	279 59,9 %	84 18,0%	43 9,2%	406 87,1%
Μη λήψη φαρμάκων	48 10,3 %	12 2,6%		60 12,9%
ΣΥΝΟΛΟ	327 70,2%	96 20,6%	43 9,2%	466 100,0%

$$\chi^2 = 7,315 , df = 2, r = 0,026 .$$

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της λήψης φαρμακευτικής αγωγής με την βαθμολογική κλίμακα του GDS. Από τα 406(87,1%) άτομα που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή τα 279 (59,9%) άτομα δεν

εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, τα 84 (18,0%) εμφανίζουν ήπια κατάθλιψη και τα 43 (9,2%) σοβαρή μορφή κατάθλιψης .Από τα 60 (12,9%) άτομα που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή τα 48 (10,3%) άτομα δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης και τα 12 (2,6%) παρουσιάζουν ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα .



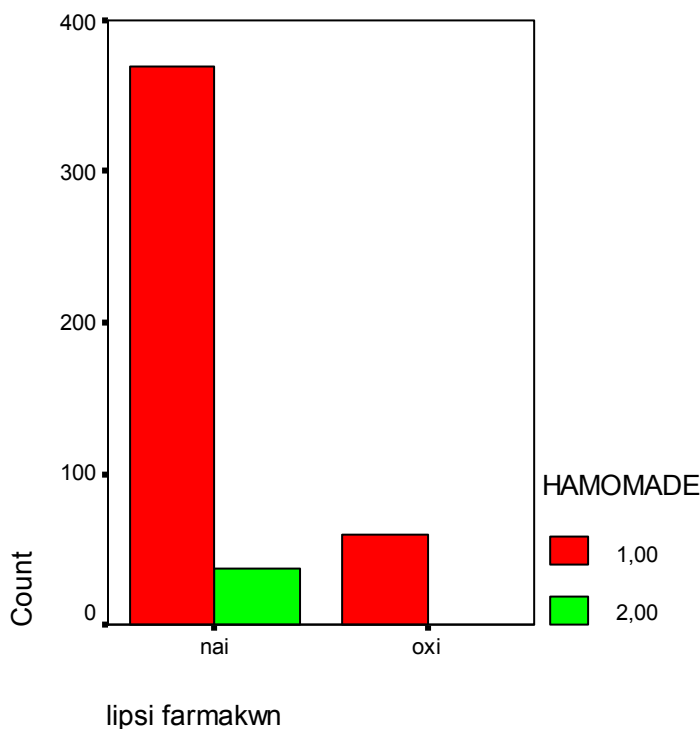
ΠΙΝΑΚΑΣ 35 .
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ HAMILTON .

	Απουσία κατάθλιψης	Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Λήψη φαρμάκων	369 79,2%	37 7,9%	406 87,1%
Μη λήψη φαρμάκων	60 12,9%		60 12,9%
ΣΥΝΟΛΟ	429 92,1%	37 7,9%	466 100,0%

$$x^2 = 5,940, df = 1, r = 0,015$$

Σε αυτόν τον πίνακα διαφαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της λήψης φαρμακευτικής αγωγής με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σύμφωνα με τη βαθμολογική κλίμακα του HAMILTON. Συγκεκριμένα από τα 406 (87,1%) άτομα που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 37 (7,9%) άτομα εμφανίζουν

συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ από τα 60 (12,9%) άτομα που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή δεν εμφανίζει κανέναν συμπτώματα κατάθλιψης.



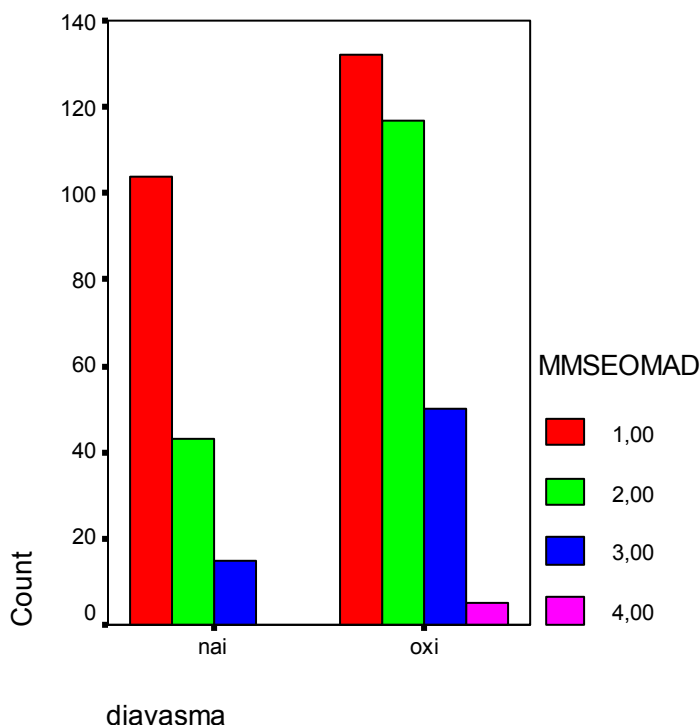
**ΠΙΝΑΚΑΣ 36 .
ΤΟ ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ
MINI- MENTAL (M.M.S.E)**

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	ΣΥΝΟΛΟ
Διαβάζουν	104 22,3%	43 9,2%	15 3,2%		162 34,8%
Δε διαβάζουν	132 28,3%	117 25,1%	50 10,7%	5 1,1%	304 65,2%
ΣΥΝΟΛΟ	236 50,6%	160 34,3%	65 13,9%	5 1,1%	466 100,0%

$$\chi^2 = 19,978, df = 3, r = 0,000$$

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του διαβάσματος με την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών σύμφωνα με τη βαθμολογική κλίμακα του MMSE. Συγκεκριμένα από τους 162 (34,8%) που διαβάζουν οι 104 (22,3%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 43 (9,2%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και οι 15 (3,2%) μέτρια . Από τα 304 (65,2%) άτομα που δεν διαβάζουν τα 132 (28,3%) βρίσκονται σε φυσιολογικό

γνωστικό επίπεδο, τα 117 (25,1%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 50 (10,7%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 5 (1,1%) παρουσιάζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.



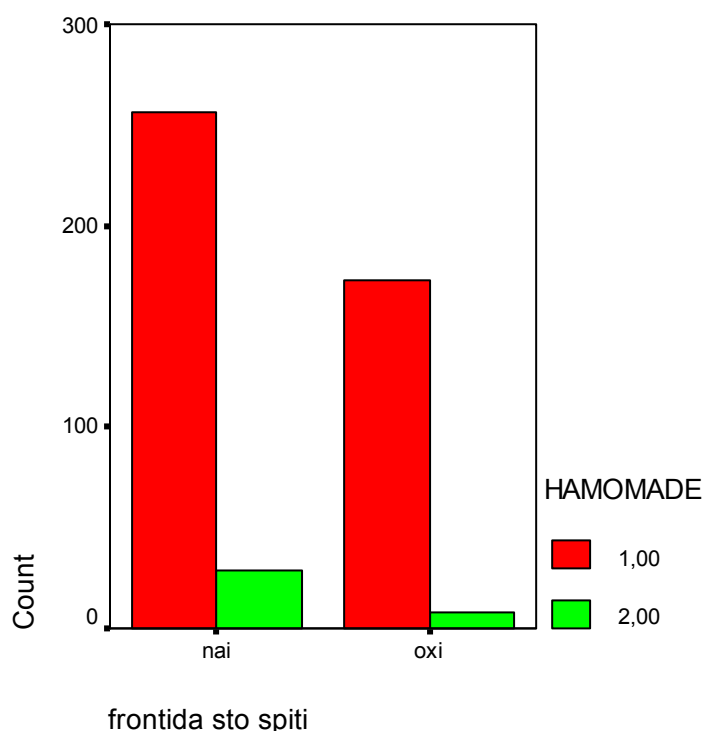
ΠΙΝΑΚΑΣ 37.
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΑΡΞΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΕ ΤΗΝ
ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ HAMILTON .

	Απουσία κατάθλιψης	Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Ύπαρξη φροντιστή στο σπίτι	256 54,9%	29 6,2%	285 61,2%
Απουσία φροντιστή στο σπίτι	173 37,1%	8 1,7%	181 38,8%
ΣΥΝΟΛΟ	429 92,1%	37 7,9%	466 100,0%

$$\chi^2 = 5,017, df = 1, r = 0,025$$

Σε αυτόν τον πίνακα διαφαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ύπαρξης φροντιστή στο σπίτι με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σύμφωνα με τη βαθμολογική κλίμακα του HAMILTON. Συγκεκριμένα από τα 285 (61,2%) άτομα που δεν τους παρέχεται φροντίδα στο σπίτι, τα 29 (54,9%) άτομα εμφανίζουν

συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ από τα 181 (38,8%) άτομα που δεν τους παρέχεται φροντίδα στο σπίτι τα 8 (1,7%) εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης.



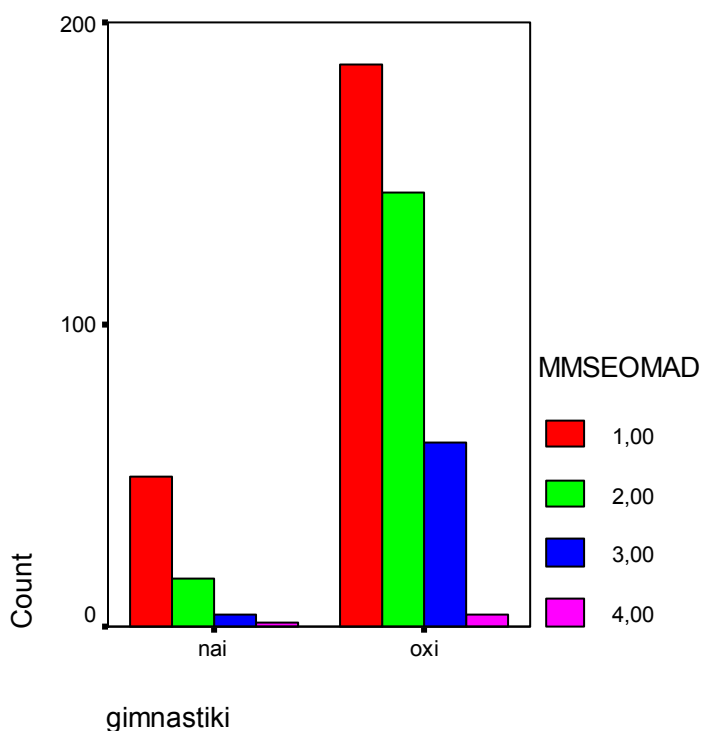
ΠΙΝΑΚΑΣ 38.
Η ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ MINI- MENTAL (M.M.S.E)

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	ΣΥΝΟΛΟ
Γυμνάζονται	50 10,7%	16 3,4%	4 0,9%	1 0,2%	71 15,2%
Δε γυμνάζονται	186 39,9%	144 30,9%	61 13,1%	4 0,9%	395 84,8%
ΣΥΝΟΛΟ	236 50,6%	160 34,3%	65 13,9%	5 1,1%	466 100,0%

$$x^2 = 14,106, df = 3, r = 0,003$$

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γυμναστικής με την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών σύμφωνα με την βαθμολογική κλίμακα του MMSE. Δηλαδή από τους 71 (15,2%) που γυμνάζονται οι 50 (10,7%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 16 (3,4%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 4 (0,9%) μέτρια και 1 (0,2%) άτομο εμφανίζει σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τα 395 (84,8%) άτομα που δεν γυμνάζονται τα 186 (39,9%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 144 (30,9%)

παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 61 (13,1%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 4 (0,9%) παρουσιάζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή .



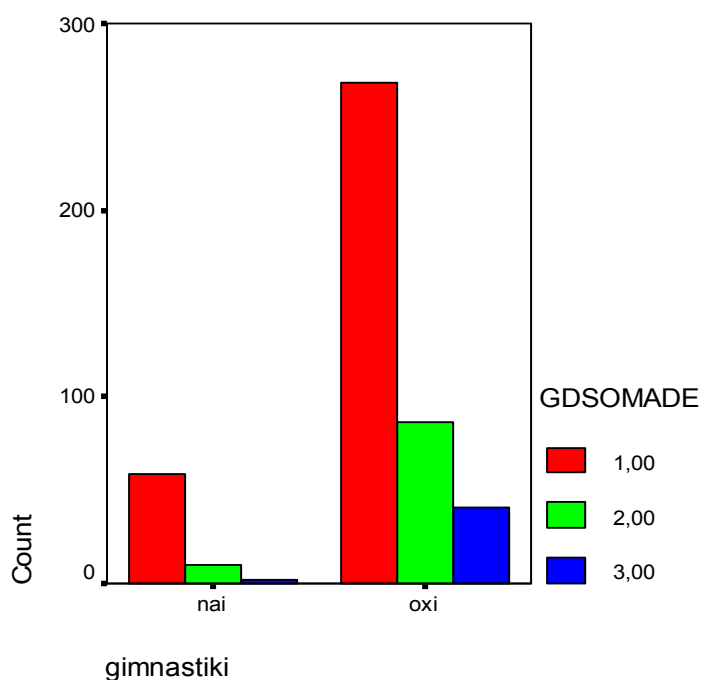
ΠΙΝΑΚΑΣ 39.
Η ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ GERIATRIC DEPRESSION SCALE(GDS) .

	Απουσία κατάθλιψης	Ήπια κατάθλιψη	Σοβαρή μορφή κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Γυμνάζονται	59 12,7%	10 2,1%	2 0,4%	71 15,2%
Δε γυμνάζονται	268 57,5%	86 18,5%	41 8,8%	395 84,8%
ΣΥΝΟΛΟ	327 70,2%	96 20,6%	43 9,2%	466 100,0%

$$x^2 = 7,452 , df = 2, r = 0,024 .$$

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γυμναστικής με την βαθμολογική κλίμακα του GDS. Δηλαδή από τα 71 (15,2%) άτομα που κάνουν γυμναστική τα 59 (12,7%) άτομα δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, τα 10 (2,1%) εμφανίζουν ήπια κατάθλιψη και τα 2 (0,4%) σοβαρή μορφή κατάθλιψης .Από τα 395 (84,8%) άτομα που δεν κάνουν γυμνάζονται τα 268 (57,5%) άτομα δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης τα 86 (18,5%) παρουσιάζουν

ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα και τα 41 (8,8%) άτομα εμφανίζουν σοβαρή μορφή κατάθλιψης .

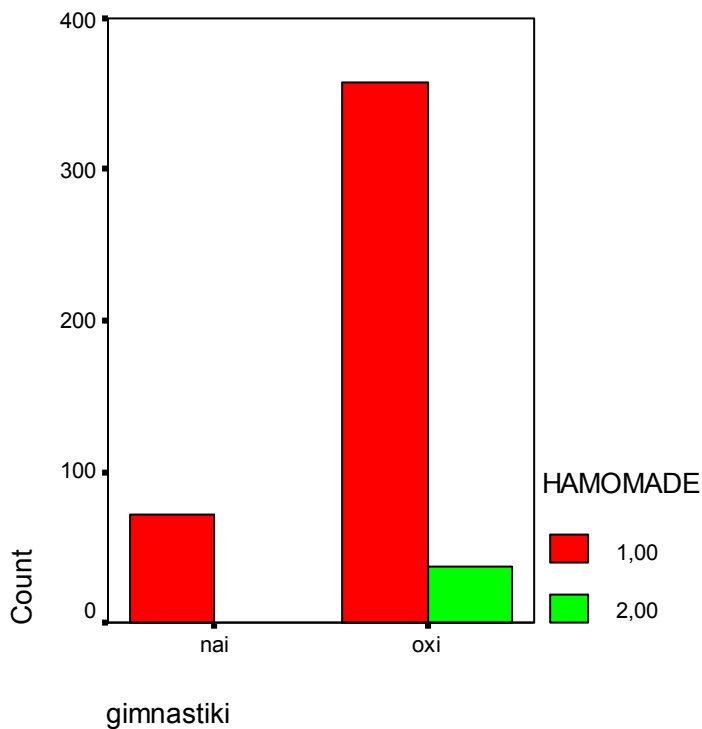


ΠΙΝΑΚΑΣ 40.
Η ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ HAMILTON .

	Απουσία κατάθλιψης	Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Γυμνάζονται	71 15,2%		71 15,2%
Δε γυμνάζονται	358 76,8%	37 7,9%	395 84,8%
ΣΥΝΟΛΟ	429 92,1%	37 7,9%	466 100,0%

$$x^2 = 7,224, df = 1, r = 0,007$$

Σε αυτόν τον πίνακα διαφαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της γυμναστικής με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης με βάση τη βαθμολογική κλίμακα του HAMILTON. Συγκεκριμένα από τα 71 (15,2%) άτομα που κάνουν γυμναστική, κανείς δεν εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ από τα 395 (84,8%) άτομα που δεν κάνουν γυμναστική τα 37 (7,9%) εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης.



ΠΙΝΑΚΑΣ 41.
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΤΕΣΤ :GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) ,HAMILTON, MINI-MENTAL(M.M.S.E.)

	G DSTOT AL	HAMTOT L	MMSETOT A
G DSTOTAL	1		
HAMTOTAL	,640**	1	
MMSETOTA	-,305**	-,387**	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Το συνολικό σκορ της βαθμολογικής κλίμακας του G.D.S. συσχετίζεται θετικά με το συνολικό σκορ της βαθμολογικής κλίμακας του Hamilton κατά $\rho = 0,640^{**}$, $r = 0,01$. Δηλαδή το συνολικό σκορ του G.D.S. είναι ανάλογο με το συνολικό σκορ του Hamilton. Το συνολικό σκορ της βαθμολογικής κλίμακας του G.D.S. συσχετίζεται αρνητικά με το συνολικό σκορ της βαθμολογικής κλίμακας του M.M.S.E. κατά $\rho = -$

0,305** , $r = 0,01$. Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο υψηλή βαθμολογία έχουμε στο G.D.S. τόσο χαμηλότερη βαθμολογία θα έχουμε στο M.M.S.E. Δηλαδή όσο περισσότερη κατάθλιψη ανιχνεύεται τόσο αυξάνονται και τα προβλήματα γνωστικής διαταραχής του ατόμου .

Το συνολικό σκορ της βαθμολογικής κλίμακας του Hamilton συσχετίζεται θετικά με το συνολικό σκορ της βαθμολογικής κλίμακας του G.D.S. κατά $\rho = 0,640^{**}$, $r = 0,01$. Δηλαδή το συνολικό σκορ του Hamilton είναι ανάλογο με το συνολικό σκορ του G.D.S. Το συνολικό σκορ της βαθμολογικής κλίμακας του Hamilton συσχετίζεται αρνητικά με το συνολικό σκορ της βαθμολογικής κλίμακας του M.M.S.E. κατά $\rho = -0,387^{**}$, $r = 0,01$. Αυτό σημαίνει ότι όσο πιο υψηλή βαθμολογία έχουμε στο Hamilton τόσο χαμηλότερη βαθμολογία θα έχουμε στο M.M.S.E.

ΠΙΝΑΚΑΣ 42.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ MINI-MENTAL (M.M.S.E.) .

	ΗΛΙΚΙΑ	MMSETOT
ΗΛΙΚΙΑ	1	
MMSETOT	-.229 **	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ο παραπάνω μας δείχνει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών σύμφωνα με το M.M.S.E. (Minimal State Examination) . Αυτό μας δείχνει ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνονται οι ικανότητες των γνωστικών λειτουργιών στους ηλικιωμένους .

ΠΙΝΑΚΑΣ 43.

ΥΠΑΡΞΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΟΥ MINI-MENTAL (M.M.S.E.) .

Ηλικιακές ομάδες	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	ΣΥΝΟΛΟ
65-70	87 18,7%	49 10,5%	9 1,9%	2 0,4%	147 31,5%

71-75	62 13,3%	38 8,2%	15 3,2%	1 0,2%	116 24,9%
76-80	51 10,9%	38 8,2%	15 3,2%		104 22,3%
81-85	24 5,2%	19 4,1%	17 3,6%		60 12,9%
86-90	8 1,7%	12 2,6%	5 1,1%		25 5,4%
91-95	4 0,9%	3 0,6%	1 0,2%	2 0,4%	10 2,1%
96-100		1 0,2%	3 0,6%		4 0,9%
ΣΥΝΟΛΟ	236 50,6%	160 34,3%	65 13,9%	5 1,1%	466 100,0%

$$\chi^2 = 72,107, df = 18, r = 0,000$$

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση της ηλικίας με την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών. Πιο συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι από τα 147 (31,5%) άτομα ηλικίας 65-70, τα 87 (18,7%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 49 (10,5%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 9 (1,9%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 2 άτομα (0,4%) εμφανίζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Τα άτομα ηλικίας 71-75 που είναι το 24,9% του δείγματος τα 62 άτομα (13,3%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 38 (8,2%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 15 (3,2%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 1 άτομο (0,2%) παρουσιάζει σοβαρή γνωστική διαταραχή .

Στην επόμενη ηλικιακή ομάδα 76-80 που είναι 104 άτομα (22,3%) παρατηρούμε ότι υπάρχουν 51 άτομα (10,9%) που βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, 38 άτομα (8,2%) που εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και 15 άτομα (3,2%) μέτρια γνωστική διαταραχή, ενώ δεν υπάρχει κανένα άτομο που να παρουσιάζει σοβαρή γνωστική διαταραχή .

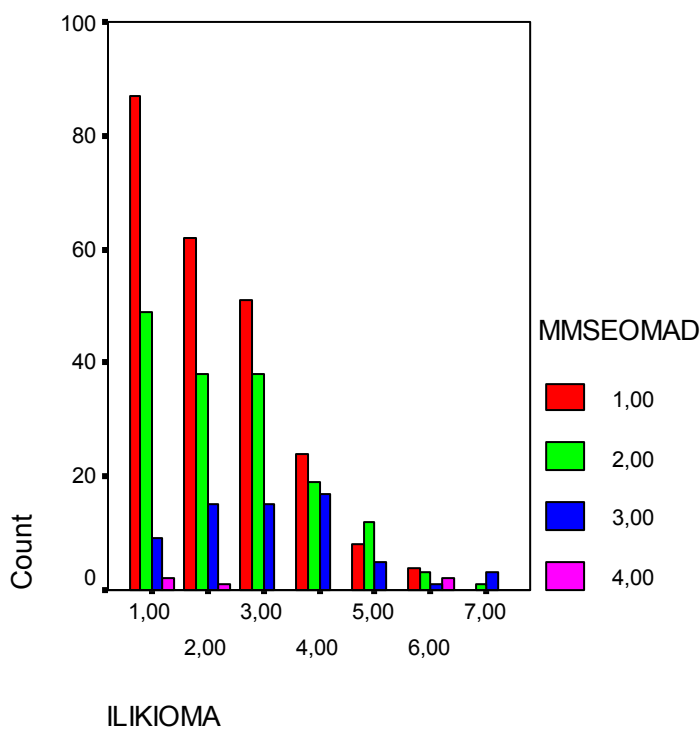
Η επόμενη ομάδα 81-85 που είναι 60 άτομα (12,9%) παρατηρούμε ότι αποτελείται από 24 άτομα (5,2%) που βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, 19 άτομα (4,1%) που εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και 17 άτομα (3,6%) μέτρια

γνωστική διαταραχή, ενώ δεν υπάρχει κανένα άτομο που να παρουσιάζει σοβαρή γνωστική διαταραχή .

Τα άτομα ηλικίας 86-90 που είναι το 5,4% του δείγματος τα 8 άτομα (1,7%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 12 (2,6%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 5 (1,1%) μέτρια γνωστική διαταραχή .Επίσης παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει κανένα άτομο με σοβαρή γνωστική διαταραχή .

Στα άτομα ηλικίας 91-95 που αποτελούν το 2,1% του δείγματος βλέπουμε ότι 4 άτομα (0,9%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, 3 άτομα (0,6%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, 1 άτομο (0,2%) εμφανίζει μέτρια γνωστική διαταραχή και 2 άτομα (0,4%) παρουσιάζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή .Στην τελευταία ηλικιακή ομάδα 96-100 βρίσκονται 4 άτομα (0,9%) του δείγματος από τα οποία τα 3 (0,6%) εμφανίζουν μέτρια γνωστική διαταραχή και 1 άτομο (0,2%) παρουσιάζει ελαφρά γνωστική διαταραχή .

Γενικά υπάρχει υψηλή συσχέτιση του φύλου με τη κατάθλιψη σύμφωνα με τον έλεγχο που έγινε με το ερωτηματολόγιο του Hamilton (Pearson Chi-Square $\chi^2 = 74,464$, $df = 27$, $r = 0,000$



ΠΙΝΑΚΑΣ 44.
ΥΠΑΡΞΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ
ΗΛΙΚΙΑΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΑΙΜΑΚΑΣ ΤΟΥ
HAMILTON .

Ηλικιακές ομάδες	Απουσία κατάθλιψης	Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
65-70	136 29,2%	1 2,4%	147 31,5%
71-75	113 24,2%	3 0,6%	116 24,9%
76-80	95 20,4%	9 1,9%	104 22,3%
81-85	49 10,5%	11 2,4%	60 12,9%
86-90	23 4,9%	2 0,4%	25 5,4
91-95	10 2,1%		10 2,1%
96-100	3 0,6	1 0,2%	4 0,9%
ΣΥΝΟΛΟ	429 92,1%	37 7,9%	466 100,0%

$$x^2 = 15,986 , df = 6 , r = 0,014$$

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα και υψηλή συσχέτιση της ηλικίας με την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα παρατηρούμε ότι από τα 147 (31,5%) άτομα ηλικίας 65-70, τα 136 (29,2%) δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ 1 άτομο (2,4%) εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα .

Τα άτομα ηλικίας 71-75 που είναι το 24,9% του δείγματος τα 113 άτομα (24,2%) δεν εμφανίζουν κατάθλιψη, και τα 3 άτομα (0,6%) εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης .

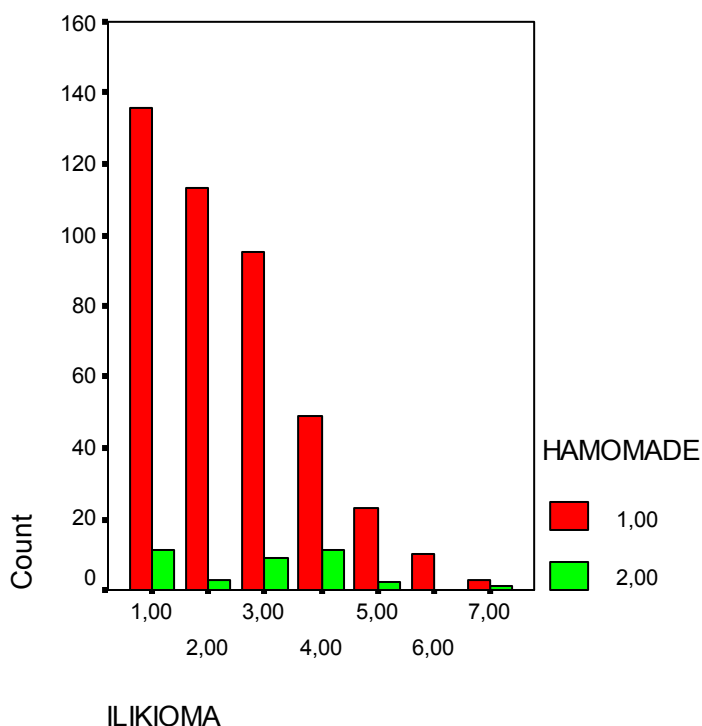
Στην επόμενη ηλικιακή ομάδα 76-80 που είναι 104 άτομα (22,3%) παρατηρούμε ότι υπάρχουν 95 άτομα (20,4%) που δεν εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και 9 άτομα (1,9%) που εμφανίζουν.

Η επόμενη ομάδα 81-85 που είναι 60 άτομα (12,9%) παρατηρούμε ότι αποτελείται από 49 άτομα (10,5%) που δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και 11 άτομα (2,2%) που εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα .

Τα άτομα ηλικίας 86-90 που είναι το 5,4% του δείγματος κατά 23 άτομα (4,9%) δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ κατά 2 άτομα (0,4%) παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Στα άτομα ηλικίας 91-95 που αποτελούν το 2,1% του δείγματος βλέπουμε ότι και τα 10 άτομα (2,1%) δεν παρουσιάζουν κανένα καταθλιπτικό σύμπτωμα .

Στην τελευταία ηλικιακή ομάδα 96-100 βρίσκονται 4 άτομα (0,9%) του δείγματος από τα οποία τα 3 (0,6%) δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και 1 άτομο (0,2%) παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα .



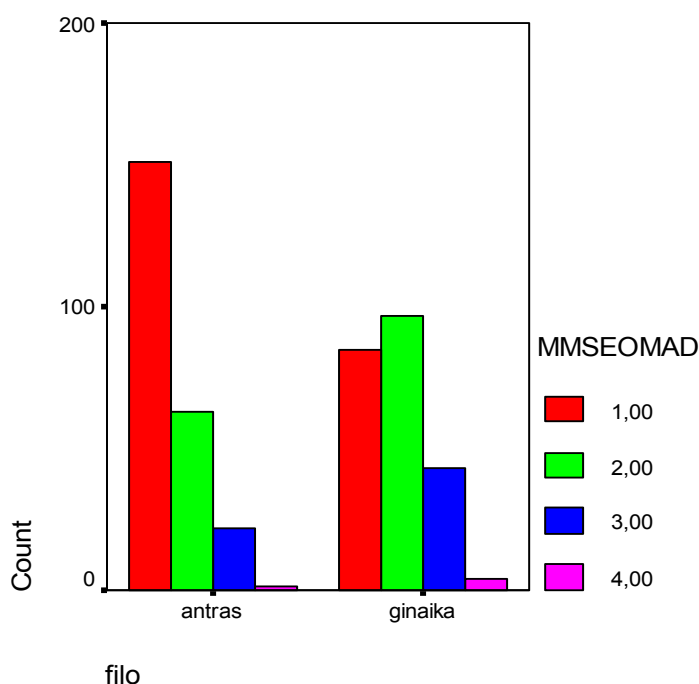
ΠΙΝΑΚΑΣ 45.
ΥΠΑΡΞΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΟΥ ΜΙΝΙ-MENTAL(M.M.S.E.) .

Φύλο	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Άντρας	151 32,4%	63 13,5%	22 4,7%	1 0,2%	237 50,9%
Γυναίκα	85 18,2%	97 20,8%	43 9,2%	4 0,9%	229 49,1%
Σύνολο	236 50,6%	160 34,3%	65 13,9%	5 1,1%	466 100,0%

$$\chi^2 = 34,140 , df = 3 , r = 0,000$$

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντικά συσχέτιση του φύλου με την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών με βάση την βαθμολογική κλίμακα του MMSE. Συγκεκριμένα από τους 237 (50,9%) άντρες οι 151 (32,4%)

βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 63 (13,5%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 22 (4,7%) μέτρια και 1 (0,2%) άντρας εμφανίζει σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τις 229 (49,1%) γυναίκες οι 85 (18,2%) βρίσκονται σε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 97 (20,8%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 43 (9,2%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 4 (0,9%) παρουσιάζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή .



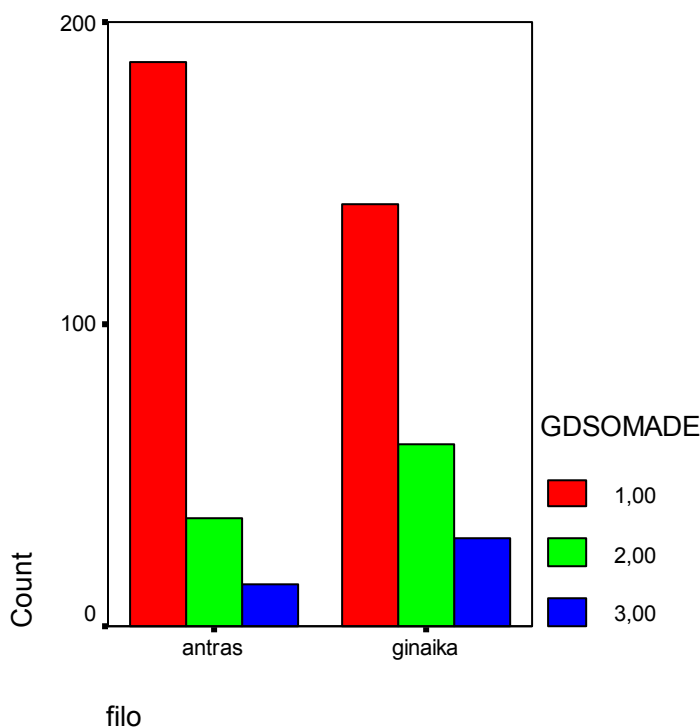
ΠΙΝΑΚΑΣ 46.
ΥΠΑΡΞΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΤΟΥ GERIATRIC DEPRESSION
SCALE (GDS)

Φύλο	Απουσία κατάθλιψης	Ήπια κατάθλιψη	Σοβαρή μορφή κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Άντρας	187 40,1%	36 7,7%	14 3,0%	237 50,9%
Γυναίκα	140 30,0%	60 12,9%	29 6,2%	229 49,1%
ΣΥΝΟΛΟ	327 70,2%	96 20,6%	43 9,2%	466 100,0%

$$x^2 = 17,856 , df = 2, r = 0,000 .$$

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου με την βαθμολογική κλίμακα του GDS. Συγκεκριμένα από τους 237 (50,9%)

άντρες, οι 187 (40,1%) δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, οι 36 (7,7%) εμφανίζουν ήπια κατάθλιψη και 14 (3,0%) σοβαρή μορφή κατάθλιψης .Από τις 229 (49,1%) γυναίκες οι 140 (30,0%) δεν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης, οι 60 (12,9%) παρουσιάζουν ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα και οι 29 (6,2%) εμφανίζουν σοβαρή μορφή κατάθλιψης .



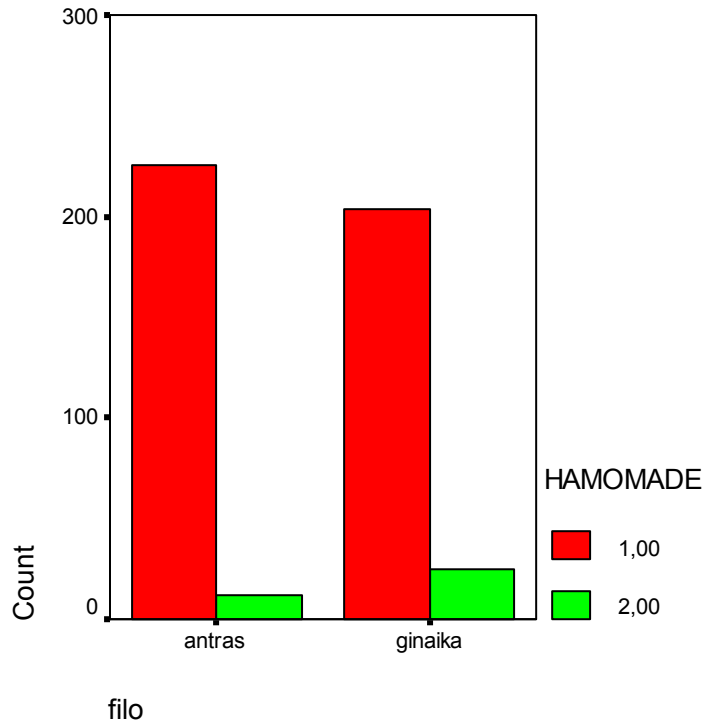
ΠΙΝΑΚΑΣ 47.
ΥΠΑΡΞΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ HAMILTON

Φύλο	Απουσία κατάθλιψης	Εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης	ΣΥΝΟΛΟ
Άντρας	225 48,3%	12 2,6%	237 50,9%
Γυναίκα	204 43,8%	25 5,4%	229 49,1%
ΣΥΝΟΛΟ	429 92,1%	37 7,9%	466 100,0%

$$\chi^2 = 5,460, df = 1, r = 0,019$$

Σε αυτόν τον πίνακα διαφαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σύμφωνα με τη βαθμολογική κλίμακα του HAMILTON. Δηλαδή από τους 237 (50,9%) άντρες, οι 225 (48,3%) δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, και οι 12 (2,6%) εμφανίζουν καταθλιπτικά

συμπτώματα .Ενώ από τις 229 (49,1%) γυναίκες 204 (43,8%) δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και οι 25 (5,4%) εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα .



8.3. ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΚΑΠΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΦΥΛΛΟ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το concode01 είναι ο κωδικός ερευνητή:

Το Na 1 αντιστοιχεί στην ερευνήτρια Κατσάνη Σύρμω

Το Na 2 αντιστοιχεί στην Κοκκώδη Μαρία

Το Na 3 αντιστοιχεί στην Ροροπούλου Μαρία και

Το Na 4 αντιστοιχεί στην Σαμαρά Ευαγγελία.

Το kappi02 αντιστοιχεί στα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του νομού Ηρακλείου:

Αρχάνες = 1

Χάρακας = 2

Αρκαλοχώρι = 3

Κρουσσώνας = 4

Τυμπάκι = 5

Χερσόνησος = 6

Μοίρες = 7

Τέμενος = 8

Γοργολαΐνη = 9

Βιάννος = 10

Γέργερη = 11

Πύργος = 12 και

Ασήμι = 13

Το am03 αντιστοιχεί στον κωδικό μέλους των Κ.Α.Π.Η., αλλά δεν είχαμε τη δυνατότητα να έχουμε τους κωδικούς, λόγω ορισμένων κοινωνικών λειτουργιών.

Το d04 αντιστοιχεί στο φύλο

Άνδρας = 1 και

Γυναίκα = 2.

Το d05 αντιστοιχεί στην ηλικία.

Το d06 αντιστοιχεί στα χρόνια εκπαίδευσης:

0-4 = 1

5-8 = 2 και

9-12 = 3

Το d07 αντιστοιχεί στην ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης:

Ναι = 1 και όχι = 2

Το d08 αντιστοιχεί στο επάγγελμα:

Επιστήμονες, γιατροί, μηχανικοί, δικηγόροι = 1

Δημόσιοι υπάλληλοι με πτυχίο = 2

Εκπαιδευτικά επαγγέλματα = 3

Κληρικοί = 4

Προσωπικές υπηρεσίες στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα = 5

Επιχειρηματίες και πωλητές = 6

Αγρότες, ψαράδες, δασικοί = 7

Τεχνικοί, ηλεκτρολόγοι, εργάτες, μεταφορείς = 8

Διάφορες υπηρεσίες, τουριστικά επαγγέλματα, σε κομμωτήρια, εστιατόρια, ψήστες = 9

Οδηγοί, ναυτικοί = 10

Στρατιωτικοί = 11 και

Οικιακά = 12

Το d09.1 αντιστοιχεί στις άλλες εργασίες που έχουν απασχοληθεί:

Οι κωδικοί είναι ίδιοι με την ερώτηση d08.

Το d09.2 αντιστοιχεί στα χρόνια απασχόλησης των παραπάνω εργασιών.

Το d10 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα χρόνια έχετε συνταξιοδοτηθεί;»

Το d11 αντιστοιχεί στην οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος = 1

Έγγαμος = 2

Εν διαστάσει = 3

Διαζευγμένος/η = 4

Χήρος/α = 5 και

Αν συζεί = 6

Το d12 αντιστοιχεί στην ερώτηση « έχετε παιδιά;»:

Ναι = 1 και όχι = 2

Το d13 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα παιδιά έχετε;»:

Το d14 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πού ζουν τα παιδιά σας;»:

Περιοχή Κ.Α.Π.Η. = 1

Νομός Ηρακλείου = 2

Άλλος νομός Κρήτης = 3

Αθήνα = 4

Υπόλοιπη Ελλάδα = 5 και

Εξωτερικό = 6

Το d15 αντιστοιχεί στον τόπο καταγωγής:

Περιοχή Κ.Α.Π.Η. = 1

Νομός Ηρακλείου = 2

Άλλος νομός Κρήτης = 3

Άλλος νομός Ελλάδας = 4 και

Μ.Ασία = 5

Το d16 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα χρόνια μένετε στο χωριό;»

Το d17 αντιστοιχεί στην ασφάλιση:

ΟΓΑ = 1

ΙΚΑ = 2

ΤΕΒΕ = 3

ΔΗΜΟΣΙΟ = 4

ΤΣΑ = 5

NAT = 6 και

ΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ = 7

Το d18 αντιστοιχεί στο μηνιαίο εισόδημα.

Το d19 αντιστοιχεί στο χώρο διαμονής:

Ιδιόκτητο σπίτι = 1

Ενοίκιο = 2 και

Φιλοξενία = 3

Το d20 αντιστοιχεί στην ερώτηση « αν ναι, ποιος σας φιλοξενεί;»:

Παιδί = 1

Φίλος = 2

Άλλος συγγενής = 3 και

Γηροκομείο = 4.

Το d21 αντιστοιχεί στο πρόβλημα υγείας:

Ναι = 1 και όχι = 2.

Το d22 αντιστοιχεί στην ερώτηση « από τι ασθένεια πάσχετε;»:

Λοιμώδη παρασιτικά νοσήματα = 1

Νεοπλάσματα = 2

Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα = 3

Νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων = 4

Ψυχικές διαταραχές = 5

Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων = 6

Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος = 7
Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος = 8
Νοσήματα πεπτικού συστήματος = 9
Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος = 10
Επιπλοκές κνήσεως = 11
Νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού = 12
Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος = 13
Συγγενείς ανωμαλίες = 14
Καταστάσεις προερχόμενες από περιγεννητική περίοδο = 15
Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις = 16 και
Κακώσεις και δηλητηριάσεις = 17

Το d23 αντιστοιχεί στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής:
Ναι = 1 και όχι = 2

Το d24 αντιστοιχεί στην ερώτηση «έχετε κάποιον στο σπίτι που σας φροντίζει;»:
Ναι = 1 και όχι = 2

Το d25 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, τι σχέση έχετε;»:
Σύζυγος = 1
Παιδί = 2
Οικογενειακή βοηθός Ελληνίδα = 3
Οικογενειακή βοηθός αλλοδαπή = 4 και
Άλλο = 5

Το d26 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πόσο συχνά είναι για φροντίδα;»:
24 ώρες = 1
μόνο μέρα = 2
μόνο νύχτα = 3 και
μερικές ώρες = 4.

Το d27 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πώς περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας;»:
Συμμετοχή στο Κ.Α.Π.Η. = 1
Αγροτικές εργασίες = 2
Καφενείο = 3
Βόλτες = 4
Σπίτι = 5 και
Εργόχειρο = 6.

Το d28 αντιστοιχεί στην ερώτηση «γνωρίζετε για τη νόσο Alzheimer ;»
ναι = 1 και όχι = 2.

Το d29 αντιστοιχεί στην ερώτηση « από που ενημερωθήκατε;»:

Τηλεόραση = 1

Κ.Α.Π.Η. = 2

Γιατρός = 3 και

Περίγυρος = 4.

Το d30 αντιστοιχεί στην ερώτηση «έχετε κάποιο συγγενή με άνοια;»

ναι = 1 και όχι = 2.

Το d31 αντιστοιχεί στην ερώτηση « αν ναι, ποιος είναι ο βαθμός συγγένειας;»

Γονείς = 1

Ο/η σύζυγος = 2

Παιδιά = 3

Αδέρφια = 4 και

Λοιποί συγγενείς = 5.

Το d32 αντιστοιχεί στην ερώτηση « ποιες είναι οι αντιλήψεις σας για τη νόσο Alzheimer;»

Θανατηφόρα ασθένεια = 1

Δύσκολη ασθένεια = 2

Ταλαιπωρία ασθενούς = 3 και

Ταλαιπωρία συγγενών = 4.

Το d33 αντιστοιχεί στην ερώτηση « ασχολείστε με το διάβασμα;»

ναι = 1 και όχι = 2.

Το d34 αντιστοιχεί στην ερώτηση « αν ναι, πόσο συχνά;»

Πολύ συχνά = 1

λιγότερο συχνά = 2 και

σπάνια = 3.

Το d35 αντιστοιχεί στην ερώτηση « ασχολείστε με τη γυμναστική;»

ναι = 1 και όχι = 2.

Το d36 αντιστοιχεί στην ερώτηση « αν ναι, πόσο συχνά;»

Πολύ συχνά = 1

Λιγότερο συχνά = 2 και

Σπάνια = 3.

Το d37 αντιστοιχεί στην ερώτηση « καπνίζετε;»

ναι = 1 και όχι = 2.

Το d38 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα τσιγάρα ημερησίως;»

Το d39 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πίνετε αλκοόλ;»
ναι = 1 και όχι =2.

Το d40.1 αντιστοιχεί στο είδος του αλκοόλ.
Κρασί = 1
Ρακί = 2 και
Άλλο ποτό = 3.

Το d40.2 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα ποτήρια πίνετε ημερησίως;»
1 = 1
2 = 2
3 = 3
4 = 4
5 = 5 και
παραπάνω ποτήρια = 6.

Το d41 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσο συχνά πίνετε;»
Κάθε μέρα = 1
3 φορές την εβδομάδα = 2
1 φορά την εβδομάδα = 3 και
1-3 φορές το μήνα = 4.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Από την ερώτηση mmse42 έως την mm71:
Το «0» αντιστοιχεί στην λάθος απάντηση του ερωτώμενου και
Το «1» αντιστοιχεί στη σωστή απάντηση του ερωτώμενου.

Οι ερωτήσεις είναι οι εξής:
mmse42 Τι έτος έχουμε;
mm43 Τι εποχή;
mm44 Τι μήνα;
mm45 Τι ημερομηνία;
mm46 Τι ημέρα της εβδομάδας;
mm47 Πώς ονομάζεται το νοσοκομείο μας;
mm48 Σε ποια πόλη βρίσκεστε;
mm49 Σε ποιο νομό βρίσκεστε;
mm50 Σε ποια χώρα;
mm51 Σε ποιόν όροφο;

Τις 3 παρακάτω λέξεις ο ερωτώμενος τις επαναλαμβάνει γιατί καλείται μετά να τις θυμηθεί.

mm52 Καρέκλα

mm53 Φούστα

mm54 Ποδήλατο

Ο ερωτώμενος καλείται να κάνει συνεχείς αφαιρέσεις του 7 από το 100.

mm55 Η σωστή απάντηση είναι 93

mm56 Η σωστή απάντηση είναι 86

mm57 Η σωστή απάντηση είναι 79

mm58 Η σωστή απάντηση είναι 72

mm59 Η σωστή απάντηση είναι 65

Εναλλακτικά ο ερωτώμενος μπορεί να συλλαβίσει ανάποδα τη λέξη «πέτρα».

Επαναλαμβάνει τις λέξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

mm60 Καρέκλα

mm61 Φούστα

mm62 Ποδήλατο

mm63 Τι είναι αυτό; (δείχνουν στον ερωτώμενο ένα μολύβι)

mm64 Τι είναι αυτό; (δείχνουν στον ερωτώμενο ένα ρολόι)

mm65 Ακούστε με προσοχή και επαναλάβετε μετά από μένα: « παιδί, κλειδί, κλαδί»

Στο γραφείο υπάρχει ένα φύλλο χαρτί.

mm66 Πάρτε αυτό το φύλλο χαρτί με το δεξί σας χέρι

mm67 Διπλώστε το στα δύο

mm68 Και ακουμπήστε το στο πάτωμα

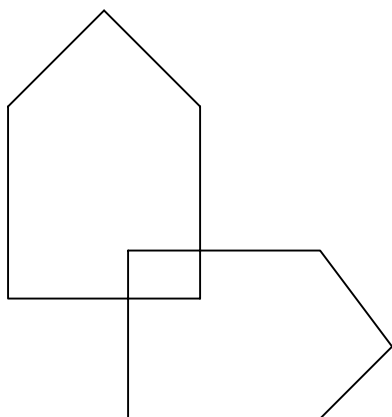
mm69 Παρακαλώ κάντε ό,τι γράφει το χαρτί που σας δείχνω

(Το χαρτί γράφει ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ)

Δίνεται στον ερωτώμενο ένα χαρτί και ένα μολύβι.

mm70 Θα θέλατε να μου γράψετε μια πρόταση, όποια θέλετε, αλλά να είναι ολοκληρωμένη;

mm71 Παρακαλώ αντιγράψτε μου το παρακάτω σχήμα:



FUNCTIONAL RATING SCALE FOR SYMPTOMS OF DEMENTIA

Το fu72 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Τροφή»

Τρώει κανονικά = 0

Δυσκολεύεται με τα μαχαιροπίρουνα = 1

Τρώει με τα χέρια στερεές τροφές = 2

Πρέπει να τον ταΐσουν = 3

Το fu73 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ντύσιμο»

Ντύνεται μόνος του = 0

Κάνει λάθη = 1

Χρειάζεται επίβλεψη = 2

Χρειάζεται βοήθεια = 3

Το fu74 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Ακράτεια»

Πλήρης έλεγχος των σφιγκτήρων = 0

Κάπου κάπου βρέχει το κρεβάτι = 1

Ημερήσια ακράτεια ούρων = 2

Ακράτεια ούρων και κοπράνων = 3

Το fu75 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ομιλία»

Κανονική ομιλία = 0

Δυσκολίες = 1

Απλές συνομιλίες = 2

Δεν μπορεί να μιλήσει = 3

Το fu76 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ύπνος»

Αμετάβλητος = 0

Περισσότερος ή λιγότερος = 1

Εφιάλτες = 2

Περιπλανιέται όλη νύχτα = 3

Το fu77 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Αναγνώριση προσώπων»

Αναγνωρίζει πρόσωπα = 0

Όχι πρόσωπα γνωστών = 1

Όχι πρόσωπα συγγενών = 2

Όχι τον σύζυγο = 3

Το fu78 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Ατομική υγιεινή»

Καθαρός = 0

Αγνοεί την αυτοπεριποίηση = 1

Όχι συχνά μπάνιο = 2

Του κάνουν μπάνιο = 3

Το fu79 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Μνήμη ονομάτων»

Θυμάται ονόματα = 0

Όχι ονόματα γνωστών = 1

Όχι ονόματα φίλων – συγγενών = 2

Όχι όνομα συζύγου = 3

Το fu80 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Μνήμη γεγονότων»

Θυμάται = 0

Όχι λεπτομέρειες = 1

Χρειάζεται υπενθύμιση = 2

Δεν θυμάται τίποτε = 3

Το fu81 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Εγρήγορση»

Συνήθως προσεκτικός = 0

Αποσπάται εύκολα = 1

Ρωτά τις ίδιες ερωτήσεις = 2

Δεν παρακολουθεί TV = 3

Το fu82 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Σφαιρική σύγχυση»

Απαντάει κατάλληλα = 0

Νυχτερινή σύγχυση = 1

Περιοδική σύγχυση = 2

Πάντα συγχυσμένος = 3

Το fu83 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Προσανατολισμός στο χώρο»

Προσανατολισμένος = 0

Σύγχυση όταν οδηγεί = 1

Χάνεται στη γειτονιά = 2

Χάνεται στο σπίτι = 3

Το fu84 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Συγκινησιακή κατάσταση»

Φυσιολογική = 0

Εριστικός, ήπια κατάθλιψη = 1

Απάθεια, κλάματα = 2

Δεν υπάρχει έλεγχος = 3

Το fu85 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Κοινωνική απαντητικότητα»

Αμετάβλητη = 0

Επιστροφή στο παρελθόν = 1

Μαχητικός = 2

Αντικοινωνική συμπεριφορά = 3

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

gds86 Είστε γενικά ευχαριστημένος με τη ζωή σας;

OXI= 0, NAI = 1

ge87 Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;

OXI= 0, NAI = 1

ge88 Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;

OXI= 0, NAI = 1

ge89 Αισθάνεστε συχνά να βαριέστε;

OXI= 0, NAI = 1

ge90 Έχετε ελπίδες για το μέλλον;

OXI= 0, NAI = 1

ge91 Στεναχωριέστε για πράγματα που δεν μπορείτε να βγάλετε από τη σκέψη σας;

OXI= 0, NAI = 1

ge92 Έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό;

OXI= 0, NAI = 1

ge93 Φοβάστε ότι κάτι κακό μπορεί να σας συμβεί;

OXI= 0, NAI = 1

ge94 Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;

OXI= 0, NAI = 1

ge95 Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;

OXI= 0, NAI = 1

ge96 Είστε συχνά ανήσυχος ή εκνευρισμένος;

OXI= 0, NAI = 1

ge97 Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούρια πράγματα;

OXI= 0, NAI = 1

ge98 Στεναχωριέστε συχνά για το μέλλον;

OXI= 0, NAI = 1

ge99 Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από άλλους;

OXI= 0, NAI = 1

ge100 Αισθάνεστε ότι είναι θαυμάσιο που ζείτε;

OXI= 0, NAI = 1

ge101 Αισθάνεστε συχνά ψυχικά κατεβασμένος;

OXI= 0, NAI = 1

ge102 Αισθάνεστε άχρηστος τώρα;

OXI= 0, NAI = 1

ge103 Στεναχωριέστε πολύ για το παρελθόν;

OXI= 0, NAI = 1

- ge104 Βρίσκετε τη ζωή ενδιαφέρουσα;
OXI= 0, NAI = 1
- ge105 Σας είναι δύσκολο να ξεκινήσετε καινούρια πράγματα;
OXI= 0, NAI = 1
- ge106 Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια και δύναμη;
OXI= 0, NAI = 1
- ge107 Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι απελπιστική;
OXI= 0, NAI = 1
- ge108 Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτεροι από εσάς;
OXI= 0, NAI = 1
- ge109 Θυμώνετε συχνά για μικροπράγματα;
OXI= 0, NAI = 1
- ge110 Αισθάνεστε συχνά να θέλετε να κλάψετε;
OXI= 0, NAI = 1
- ge111 Έχετε δυσκολία να κρατήσετε την προσοχή σας σε κάτι;
OXI= 0, NAI = 1
- ge112 Σηκώνεστε το πρωί με ευχαρίστηση από το κρεβάτι;
OXI= 0, NAI = 1
- ge113 Προτιμάτε να μην έχετε παρέα;
OXI= 0, NAI = 1
- ge114 Σας είναι εύκολο να παίρνετε αποφάσεις;
OXI= 0, NAI = 1
- ge115 Αισθάνεστε το μυαλό σας καθαρό όπως παλιά;
OXI= 0, NAI = 1

Η παραπάνω βαθμολόγηση του Geriatric Depression Scale είναι λανθασμένη καθώς με αυτόν τον τρόπο ήταν αδύνατο να βαθμολογηθεί σωστά. Η σωστή βαθμολόγηση ακολουθεί παρακάτω.

HAMILTON DEPRESSION SCALE

- Το ha116 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Καταθλιπτική διάθεση»
Δεν υπάρχει = 0
Λύπη, απελπισία κλπ που αποκαλύπτονται μόνο μετά άπω σχετικές ερωτήσεις = 1
Ο άρρωστος αναφέρει τα παραπάνω αισθήματα χωρίς να ερωτηθεί = 2
Φανερώνει αυτά τα αισθήματα όχι λεκτικά = 3
Υπερβολικά συμπτώματα = 4

Το ha117 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Αισθήματα ενοχής»

Δεν υπάρχουν = 0

Αυτομομφή, αισθάνεται ότι έχει απογοητεύσει τους ανθρώπους = 1

Ιδέες ενοχής/ τύψεις = 2

Η παρούσα αρρώστια είναι μια τιμωρία = 3

Ψευδαισθήσεις ενοχής = 4

Το ha118 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γάση αυτοκτονίας»

Δεν υπάρχει = 0

Αισθάνεται ότι η ζωή του δεν έχει αξία = 1

Εύχεται να είχε πεθάνει = 2

Ιδέες αυτοκτονίας = 3

Απόπειρες αυτοκτονίας = 4

Το ha119 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Αρχική αϋπνία»

Δεν έχει δυσκολία να τον πάρει ο ύπνος = 0

Παραπονιέται για δυσκολία κάπου κάπου να τον πάρει ο ύπνος = 1

Παραπονιέται για δυσκολία να τον πάρει ο ύπνος = 2

Το ha120 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ενδιάμεση αϋπνία»

Όχι δυσκολία = 0

Ο άρρωστος είναι ανήσυχος και ταραγμένος κατά τη διάρκεια της νύχτας = 1

Ευπνάζει κατά τη διάρκεια της νύχτας = 2

Το ha121 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Όψιμη αϋπνία»

Όχι δυσκολία = 0

Ευπνάζει πολύ νωρίς το πρωί αλλά ξανακοιμάται = 1

Ευπνάζει πολύ νωρίς αλλά δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί = 2

Το ha122 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Εργασία και ενδιαφέροντα»

Όχι δυσκολία = 0

Αισθήματα ανικανότητας, κόπωση ή αδυναμία σε δραστηριότητες, την εργασία ή τα χόμπι = 1

Απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητα, εργασία, χόμπι ή ακεφιά, αναποφασιστικότητα και αμφιταλάντευση = 2

Περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες, μειωμένη παραγωγικότητα, μείωση του πραγματικού χρόνου που ξοδεύει σε δραστηριότητες = 3

Έπαψε να εργάζεται εξαιτίας της νόσου = 4

Το ha123 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Επιβράδυνση»

Κανονική ομιλία και σκέψη = 0

Ελαφρά επιβράδυνση κατά την εξέταση = 1

Στεναχωριέται για ασήμαντα πράγματα = 2
Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και την ομιλία = 3
Φόβοι εκφραζόμενοι χωρίς ερώτηση = 4

Το ha124 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Κινητική ανησυχία»
Καθόλου = 0
Παίζει με τα χέρια του, τα μαλλιά του = 1
Συστρέφει τα χέρια, δαγκώνει τα νύχια, τραβάει τα μαλλιά του, δαγκώνει τα χείλια του = 2.

Το ha125 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ψυχικό άγχος»
Καθόλου = 0
Αίσθημα έντασης και ευερεθιστότητα = 1
Στεναχωριέται για ασήμαντα πράγματα = 2
Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και την ομιλία = 3
Φόβοι εκφραζόμενοι χωρίς ερώτηση = 4.

Το ha126 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Σωματικό άγχος»
Δεν υπάρχει = 0
Τον στεναχωρεί κατά τη διάρκεια της ημέρας = 1
Έχει συμπτώματα αλλά εξακολουθεί να εργάζεται = 2
Έχει συμπτώματα που τον αναγκάζουν να περιορίσει τις δραστηριότητές του = 3
Τα συμπτώματα τον κάνουν ανίκανο να εργαστεί = 4.

Το ha127 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γαστρεντερικά συμπτώματα»
Δεν υπάρχουν = 0
Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητά του = 1
Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες = 2

Το ha128 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γενικά σωματικά συμπτώματα»
Δεν υπάρχουν = 0
Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητά του = 1
Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες = 2.

Το ha129 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γεννητικά συμπτώματα»
Δεν υπάρχουν = 0
Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητά του = 1

Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες = 2.

Το ha130 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Υποχονδριακά συμπτώματα»

Δεν υπάρχουν = 0

Σωματική ενασχόληση = 1

Υπεραπασχόληση με την υγεία = 2

Μεμφίμοιρη στάση σε σχέση με τη σωματική υγεία = 3

Υποχονδριακό παραλήρημα = 4.

Το ha131 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Απώλεια βάρους»

A) Εκτίμηση με βάση το ιστορικό

Όχι απώλεια βάρους = 0

Πιθανή απώλεια βάρους που συνδέεται με την παρούσα νόσο = 1

Βέβαιη (κατά τον άρρωστο) απώλεια βάρους = 2.

B) Εκτίμηση από τον ψυχίατρο με ζύγιση του αρρώστου ανά εβδομάδα.

Απώλεια βάρους μικρότερη από 0,5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα = 0

Απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 0,5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα = 1

Απώλεια βάρους μικρότερη από 1 χιλιόγραμμο την εβδομάδα = 2.

Το ha132 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Επίγνωση του νοσηρού»

Δεν υπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα = 0

Γνωρίζει ότι είναι καταθλιπτικός και άρρωστος = 1

Γνωρίζει την ασθένεια αλλά την αποδίδει σε κακή διατροφή, άσχημο κλίμα, υπερκόπωση, ίωση, ανάγκη για ανάπαυση κ.α. = 2

Αρνείται εντελώς ότι είναι άρρωστος = 3

Το ilikioma δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στις ηλικίες των ερωτηθέντων :

1 = 65-70

2 = 71-75

3 = 76-80

4 = 81-85

5 = 86-90

6 = 91-95

7 = 96-100

Το xrsintom δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στα χρόνια συνταξιοδότησης των ερωτηθέντων:

1 = 1-10

2 = 11-20

3 = 21-30

4= 31-40

5= 41-50

Το xixwriom δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στα χρόνια διαμονής των ερωτηθέντων στο χωριό:

1= 1-20

2= 21-40

3= 41-60

4= 61-80

5= 81-100

Το eisodiom δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στο μηνιαίο εισόδημα των ερωτηθέντων:

1= 0-200

2= 201-500

3= 501-800

4= 801-900

5= 901-1500

6= 1501-2100

7= 2101-4500

Το mmsetota δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination.

Το mmprosto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Προσανατολισμός» που περιλαμβάνει τις 10 πρώτες ερωτήσεις του Mini Mental Scale Examination.

Το mmegxto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Εγγάραξη» που περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmypolto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών» που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmanato δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Ανάκληση» που περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmglosto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Γλώσσα» που περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmpraxto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Πραξία» που περιλαμβάνει 1 ερώτηση από το Mini Mental Scale Examination.

Ακολουθεί η σωστή βαθμολόγηση του Geriatric Depression Scale :

- ge87.2.re Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;
NAI = 1, OXI = 0
- ge88.3re Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;
NAI= 1, OXI = 0
- ge89.4re Αισθάνεστε συχνά να βαριέστε;
NAI= 1, OXI= 0
- ge90.5re Έχετε ελπίδες για το μέλλον;
NAI= 0, OXI = 1
- ge91.6re Στεναχωριέστε για πράγματα που δεν μπορείτε να βγάλετε από τη σκέψη σας;
NAI= 1, OXI= 0
- ge92.7re Έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό;
NAI= 0, OXI= 1
- ge93.8re Φοβάστε ότι κάτι κακό μπορεί να σας συμβεί;
NAI= 1, OXI= 0
- ge94.9re Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;
NAI= 0, OXI= 1
- g95.10re Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;
NAI= 1, OXI= 0
- g96.11re Είστε συχνά ανήσυχος ή εκνευρισμένος;
NAI= 1, OXI= 0
- g97.12re Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούρια πράγματα;
NAI= 1, OXI= 0
- g98.13re Στεναχωριέστε συχνά για το μέλλον;
NAI= 1, OXI= 0
- g99.14re Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από άλλους;
NAI= 1, OXI= 0
- g100.15r Αισθάνεστε ότι είναι θαυμάσιο που ζείτε;
NAI= 0, OXI= 1
- g101.16r Αισθάνεστε συχνά ψυχικά κατεβασμένος;
NAI= 1, OXI= 0
- g102.17r Αισθάνεστε άχρηστος τώρα;
NAI= 1, OXI= 0
- g103.18r Στεναχωριέστε πολύ για το παρελθόν;
NAI= 1, OXI= 0
- g104.19r Βρίσκετε τη ζωή ενδιαφέρουσα;
NAI= 0, OXI= 1
- g105.20r Σας είναι δύσκολο να ξεκινήσετε καινούρια πράγματα;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g106.21r Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια και δύναμη;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

g107.22r Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι απελπιστική;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g108.23r Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτεροι από εσάς;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g109.24r Θυμώνετε συχνά για μικροπράγματα;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g110.25r Αισθάνεστε συχνά να θέλετε να κλάψετε;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g111.26r Έχετε δυσκολία να κρατήσετε την προσοχή σας σε κάτι;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g112.27r Σηκώνεστε το πρωί με ευχαρίστηση από το κρεβάτι;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

g113.28r Προτιμάτε να μην έχετε παρέα;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g114.29r Σας είναι εύκολο να παίρνετε αποφάσεις;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

g115.30r Αισθάνεστε το μυαλό σας καθαρό όπως παλιά;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

ge86.1re Είστε γενικά ευχαριστημένος με τη ζωή σας;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

Το gdstotal δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διαταραχής Geriatric Depression Scale.

Το gdsomade δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διαταραχής Geriatric Depression Scale ομαδοποιημένο με τον παρακάτω τρόπο:

1= 0-10 Απουσία κατάθλιψης

2= 11-20 Ήπια κατάθλιψη

3= 21-30 Σοβαρή κατάθλιψη

Το hamtotal δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διάθεσης Hamilton Depression Scale.

Το hamomade δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διάθεσης Hamilton Depression Scale, ομαδοποιημένο με τον παρακάτω τρόπο :

1= 0-15 Απουσία κατάθλιψης

2= 16-51 Ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Το mmseomad δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination, ομαδοποιημένο με τον παρακάτω τρόπο:

1= 30-25 Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο

2= 24-20 Ελαφρά γνωστική διαταραχή

3= 19-11 Μέτρια γνωστική διαταραχή

4= 10-0 Σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Το xrapasom δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στα χρόνια απασχόλησης των ερωτηθέντων:

0= 0

1= 1-6

2= 7-9

3= 10-14

4= 15-19

5= 20-60.

Το tsigaoma δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν οι ερωτώμενοι:

0= 0

1= 1-25

2= 26-50.

ΦΥΛΛΟ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το concode01 είναι ο κωδικός ερευνητή:

Το Να 1 αντιστοιχεί στην ερευνήτρια Κατσάνη Σύρμω

Το Να 2 αντιστοιχεί στην Κοκκώδη Μαρία
Το Να 3 αντιστοιχεί στην Ροροπούλου Μαρία και
Το Να 4 αντιστοιχεί στην Σαμαρά Ευαγγελία.

Το kappa02 αντιστοιχεί στα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του νομού Ηρακλείου:

Ασήμι=1
Αρχάνες=2
Γέργερη=3
Χερσόνησος=4
Αρκαλοχώρι=5

Το filo03 αντιστοιχεί στο φύλο
Άνδρας = 1 και
Γυναίκα = 2.

Το ilikia04 αντιστοιχεί στην ηλικία.

Το xrekre05 αντιστοιχεί στα χρόνια εκπαίδευσης:

0-4 = 1
5-8 = 2 και
9-12 = 3

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Από την ερώτηση mmse06 έως την mmse35:

Το «0» αντιστοιχεί στην λάθος απάντηση του ερωτώμενου και

Το «1» αντιστοιχεί στη σωστή απάντηση του ερωτώμενου.

Οι ερωτήσεις είναι οι εξής:

mmse06 Τι έτος έχουμε;

mmse07 Τι εποχή;

mmse08 Τι μήνα;

mmse09 Τι ημερομηνία;

mmse10 Τι ημέρα της εβδομάδας;

mmse11 Πώς ονομάζεται το νοσοκομείο μας;

mmse12 Σε ποια πόλη βρίσκεστε;

mmse13 Σε ποιο νομό βρίσκεστε;

mmse14 Σε ποια χώρα;

mmse15 Σε ποιόν όροφο;

Τις 3 παρακάτω λέξεις ο ερωτώμενος τις επαναλαμβάνει γιατί καλείται μετά να τις θυμηθεί.

mmse16 Καρέκλα

mmse17 Φούστα

mmse18 Ποδήλατο

Ο ερωτώμενος καλείται να κάνει συνεχείς αφαιρέσεις του 7 από το 100.

mmse19 Η σωστή απάντηση είναι 93

mmse20 Η σωστή απάντηση είναι 86

mmse21 Η σωστή απάντηση είναι 79

mmse22 Η σωστή απάντηση είναι 72

mmse23 Η σωστή απάντηση είναι 65

Εναλλακτικά ο ερωτώμενος μπορεί να συλλαβίσει ανάποδα τη λέξη «πέτρα».

Επαναλαμβάνει τις λέξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

mmse24 Καρέκλα

mmse25 Φούστα

mmse26 Ποδήλατο

mmse27 Τι είναι αυτό; (δείχνουν στον ερωτώμενο ένα μολύβι)

mmse28 Τι είναι αυτό; (δείχνουν στον ερωτώμενο ένα ρολόι)

mmse29 Ακούστε με προσοχή και επαναλάβετε μετά από μένα: « παιδί, κλειδί, κλαδί»

Στο γραφείο υπάρχει ένα φύλλο χαρτί.

mmse30 Πάρτε αυτό το φύλλο χαρτί με το δεξί σας χέρι

mmse31 Διπλώστε το στα δύο

mmse32 Και ακουμπήστε το στο πάτωμα

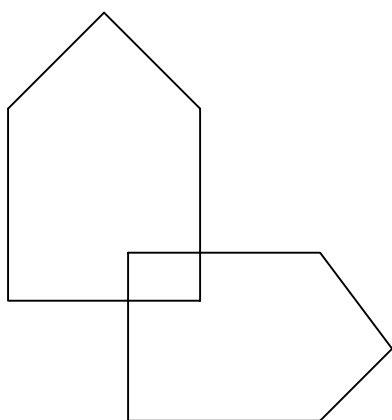
mmse33 Παρακαλώ κάντε ό,τι γράφει το χαρτί που σας δείχνω

(Το χαρτί γράφει ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ)

Δίνεται στον ερωτώμενο ένα χαρτί και ένα μολύβι.

mmse34 Θα θέλατε να μου γράψετε μια πρόταση, όποια θέλετε, αλλά να είναι ολοκληρωμένη;

mmse35 Παρακαλώ αντιγράψτε μου το παρακάτω σχήμα:



Το ilikiomad δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στις ηλικίες των ερωτηθέντων :

1 = 65-70

2= 71-75

3= 76-80

4= 81-85

5= 86-90

Το mmsetota δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination.

Το mmseomad δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination, ομαδοποιημένο με τον παρακάτω τρόπο:

1= 30-25 Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο

2= 24-20 Ελαφρά γνωστική διαταραχή

3= 19-11 Μέτρια γνωστική διαταραχή

4= 10-0 Σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Το mmsepros δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Προσανατολισμός» που περιλαμβάνει τις 10 πρώτες ερωτήσεις του Mini Mental Scale Examination.

Το mmseegxa δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Εγχάραξη» που περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmseyrol δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών» που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmseanak δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Ανάκληση» που περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmseglos δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Γλώσσα» που περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmseprax δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Πραξία» που περιλαμβάνει 1 ερώτηση από το Mini Mental Scale Examination.

ΦΥΛΛΟ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Το karh01 αντιστοιχεί στα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του νομού Ηρακλείου:

Αρχάνες = 1

Χάρακας = 2

Αρκαλοχώρι = 3

Κρουσσώνας = 4

Τυμπάκι = 5

Χερσόνησος = 6

Μοίρες = 7

Τέμενος = 8

Γοργολαίτι = 9

Βιάννος = 10

Γέργερη = 11

Πύργος = 12

Ασήμι = 13

Το kodik02 είναι ο κωδικός ερευνητή,

Το Νο 1 αντιστοιχεί στην ερευνήτρια Κατσάνη Σύρμω και

Το Νο 2 αντιστοιχεί στην ερευνήτρια Ροροπούλου Μαρία .

Το filo03 αντιστοιχεί στο φύλο .

Άντρας = 1 και Γυναίκα = 2

Το hlikia04 αντιστοιχεί στην ηλικία .

Το oikat05 αντιστοιχεί στην οικογενειακή κατάσταση .

Άγαμος = 1

Έγγαμος = 2

Εν διαστάσει = 3

Διαζευγμένος/η = 4

Χήρος = 5

Συζεί = 6

Το paidia06 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<έχετε παιδιά ;>>

Ναι = 1 και όχι = 0

Το posa07 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<πόσα παιδιά έχετε;>>

Το katag08 αντιστοιχεί στον τόπο καταγωγής .

Περιοχή Κ.Α.Π.Η. = 1

Νομός Ηρακλείου = 2

Άλλος νομός Κρήτης = 3

Αθήνα = 4

Άλλος νομός Ελλάδας = 5

Το diamon09 αντιστοιχεί στον τόπο διαμονής .

Περιοχή Κ.Α.Π.Η. = 1

Νομός Ηρακλείου = 2

Άλλος νομός της Κρήτης = 3

Το ekpaid10 αντιστοιχεί στα χρόνια εκπαίδευσης

0-4 = 1

5-8 = 2 και

9-12 = 3 .

Το trite11 αντιστοιχεί στην ολοκλήρωση της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης .

Ναι = 1 και όχι = 0

Το eidiko12 αντιστοιχεί στην ειδικότητα

Κοινωνικός λειτουργός = 1

Γιατρός = 2

Νοσηλεύτης = 3

Φυσιοθεραπευτής = 4

Διοικητική υπάλληλος = 5

Οικογενειακή βοηθός = 6

Εργοθεραπεύτρια = 7

Το asfal13 αντιστοιχεί στην ασφάλιση .

ΙΚΑ = 1

ΤΕΒΕ = 2

ΔΗΜΟΣΙΟ = 3

ΤΣΑ = 4

ΛΟΙΠΑ = 5

Το eisod14 αντιστοιχεί στο μηνιαίο εισόδημα .

Το plesia15 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<σε τι πλαίσια έχετε απασχοληθεί;>>

Δήμο = 1

Προγράμματα για ηλικιωμένους = 2

Νοσοκομείο = 3

Ιδιωτική κλινική = 4

Άλλες κοινωνικές υπηρεσίες (ΝΕΛΕ, ΟΑΕΔ, ΕΛΕΠΑΠ) = 5

Το apax16 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<πόσα χρόνια απασχολείστε με την Τρίτη ηλικία ;>> .

Το gnosi17 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<γνωρίζετε για το σύνδρομο της άνοιας;>>

Ναι = 1 και όχι = 0

Το apo rou αντιστοιχεί στην ερώτηση <<από πού γνωρίζετε;>>

Σπουδές = 1

Επάγγελμα = 2

Μεταπτυχιακό = 3

Σεμινάριο = 4

Κοινωνικός περίγυρος = 5

Μ.Μ.Ε. (Μέσα μαζικής ενημέρωσης) = 6

Βιβλιογραφία = 7

Το sygen19 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<έχετε κάποιο συγγενή με άνοια;>>

Ναι = 1 και όχι = 0

Το vathmos20 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<αν ναι ποιος ο βαθμός συγγένειας;>>

Γονείς = 1

Σύζυγος = 2

Αδέρφια = 3

Λοιποί συγγενείς = 4

Το anagno21 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<αναγνωρίζετε;>> τα συμπτώματα της άνοιας;>> .

Ναι = 1 και όχι = 0

Τα συμπτώματα παρουσιάζονται ομαδοποιημένα για την ευκολότερη κατανόησή τους .Αναλυτικότερα οι ομάδες συμπεριλαμβάνουν τα εξής συμπτώματα :

Το sumpr22.1 αντιστοιχεί στις νοητικές διαταραχές (αμνησία, απώλεια προσανατολισμού, μειωμένη ικανότητα σκέψης, ελάττωση διανοητικών λειτουργιών, ανικανότητα λογικού σχεδιασμού, αδυναμία προσδιορισμού αντικειμένων, απραξία, αφασία, αγνωσία, γνωστικές διαταραχές, μειωμένη αντίληψη, ανικανότητα οικονομικής διαχείρισης, παραμέληση ατομικής φροντίδας, μη κρίση, επιβράδυνση ομιλίας, επανάληψη, επιστροφή στο παρελθόν .

Το sumpr22.2 αντιστοιχεί στις ψυχικές διαταραχές (αλλαγή στο χαρακτήρα, παραμέληση προσωπικότητας, σύγχυση, ιδεασμούς, επιθετικότητα, κατάθλιψη,

διαταραχές στη συμπεριφορά, φοβίες, άρνηση, απάθεια, φυγή, μειωμένη αίσθηση σωματικής ασφάλειας, αϋπνία, υπέρπνοια, μελαγχολία, μειωμένη-αυξημένη όρεξη . Το symp22.3 αντιστοιχεί στις διαταραχές κίνησης και στάσης (μειωμένη σωματική δραστηριότητα) .

Το symp22.4 αντιστοιχεί στις οργανικές διαταραχές (μειωμένη λειτουργία αισθητήριων οργάνων, εκφύλιση εγκεφαλικών κυττάρων .

Με τον ίδιο τρόπο ομαδοποιήθηκαν και οι αντιλήψεις .

Το anti23.1 αντιστοιχεί στις αντιλήψεις που αναφέρονται στη θεραπεία (δε θεραπεύεται, δεν επέρχεται ο θάνατος-θεραπεύσιμη) .

Το anti23.2 αντιστοιχεί στις αντιλήψεις που σχετίζονται με τη παροχή υπηρεσιών (ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης-φροντίδας του ασθενή, ανάγκη καλύτερης παροχής υπηρεσιών, έλλειψη παροχής υπηρεσιών).

Το anti23.3 αντιστοιχεί στις αντιλήψεις που έχουν σχέση με τη πρόληψη (δεν είναι δυνατή η πρόληψη, ανάγκη πρόληψης) .

Το anti23.4 αντιστοιχεί στις αντιλήψεις που σχετίζονται με τη διάγνωση (απουσία έγκαιρης διάγνωσης, ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης) .

Το anti23.5 αντιστοιχεί στις αντιλήψεις που έχουν σχέση με το κρατικό μηχανισμό (ανάγκη ευαισθητοποίησης κρατικού μηχανισμού, ανάπτυξη υποστηρικτικού πλαισίου για τους φροντιστές, έλλειψη ενημέρωσης-πληροφόρησης) .

Το anti23.6 αντιστοιχεί στις αντιλήψεις που αναφέρονται στην επιδημιολογία (έκπτωση της λειτουργικότητας του ασθενή, νόσος της τρίτης ηλικίας, εντοπίζεται περισσότερο σε γυναίκες, κληρονομικότητα) .

Το antim24 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<έχετε αντιμετωπίσει περιπτώσεις άνοιας ;>>

Ναι = 1 και όχι = 0

Το ekp25 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<έχετε κάποια ειδική εκπαίδευση για τη συγκεκριμένη νόσο ;>>

Ναι = 1 και όχι = 0

Το tiekp26 αντιστοιχεί στην ερώτηση << ειδική εκπαίδευση έχετε κάνει;>>

Τίποτα = 1

Το semin27 αντιστοιχεί στην ερώτηση <<αν όχι θα επιθυμούσατε να παρακολουθήσετε ένα πρόγραμμα σεμινάριο για την άνοια;>>

Ναι = 1 και όχι = 0

Το ilikiaom δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στις ηλικίες των ερωτηθέντων .

1 = 20-30

2 = 31-40

3 = 41-50

4 = 51-60

Το εισόδημα δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στο εισόδημα των ερωτηθέντων .

1 = 450-1000

2 = 1001-1500

3 = 1501-2000

4 = 2001-2500

5 = 2501-3000

Το χροασομ αντιστοιχεί στα χρόνια απασχόλησης των ερωτηθέντων με την Τρίτη ηλικία .

1 = 1-10

2 = 11-20

3 = 21-30 .

ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Το κείμενο που ακολουθεί έχει σαν στόχο να σας ενημερώσει για το θέμα και το σκοπό της έρευνάς μας .Για το λόγο αυτό παραθέτονται αναλυτικά όχι μόνο η μεθοδολογία που θα χρησιμοποιήσουμε για τη διεξαγωγή της έρευνας αλλά και τα ερευνητικά ερωτήματα που θα απαντηθούν από την ανάλυση-μελέτη των αποτελεσμάτων .Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης έρευνας και την επίτευξη των σκοπών και στόχων της ,επιθυμούμε τη βοήθεια και την κατατόπιση από τη μεριά του προσωπικού των Κ.Α.Π.Η. όσον αφορά στον εντοπισμό (τυχαία δειγματοληψία των ενεργών μελών μέσω της λίστας με τα ονόματα αυτών) και την προσέγγιση του δείγματος της έρευνας ,που αποτελούν τα ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η. .Η συνεργασία

ανάμεσα στο προσωπικό και σε εμάς θα είναι πολύτιμη κυρίως στη φάση κατά την οποία θα ορίζονται οι συναντήσεις μας με τους ηλικιωμένους ,είτε στο χώρο του Κ.Α.Π.Η. ή στις οικίες τους . Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα μας διαθέσετε και για τις όποιες ενέργειες θα κάνετε για να μας διευκολύνετε σε αυτή μας την προσπάθεια ,προσδοκώντας πάντα στην κατανόησή σας .

ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Οι σπουδάστριες :Κατσάνη Σύρμω

Κοκκώδη Μαρία

Ροροπούλου Μαρία

Σαμαρά Ευαγγελία

ΤΙΤΛΟΣ

Ανίχνευση ομάδας υψηλού κινδύνου για άνοια σε άτομα άνω των 65 ετών στα ΚΑΠΗ των αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου και διερεύνηση του βαθμού πληροφόρησης των επαγγελματιών που ασχολούνται με τη τρίτη ηλικία σχετικά με το σύνδρομο της άνοιας .

ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΕ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Καθόλη τη διάρκεια της εκπαίδευσής μας ερχόμαστε σε επαφή με θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, από τη διάγνωση έως και την αποκατάστασή τους. Σύμφωνα με τα νεότερα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας EUROSTAT, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών θα διπλασιαστεί τα επόμενα 30 χρόνια. Θεωρούμε λοιπόν, ότι η Τρίτη Ηλικία αποτελεί πλέον το επίκεντρο μελέτης από πληθώρα προσεγγίσεων τόσο του

ερευνητικού νευροβιολογικού, νευροψυχολογικού και φαρμακολογικού πεδίου όσο και των ανθρωπιστικών, θεραπευτικών, προνοιακών και κοινωνικών εφαρμογών. Ένα πολύ σημαντικό κεφάλαιο που απασχολεί-κυρίως- την Τρίτη Ηλικία γιατί επηρεάζει όχι μόνο τους ίδιους αλλά και το οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον είναι η άνοια, η οποία παραμένει δυστυχώς ανίατη και δεν υφίσταται ακόμη η προληπτική θεραπευτική αγωγή της . Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν και εξαιτίας προσωπικών βιωμάτων και εκπαιδευτικής – επαγγελματικής εμπειρίας, θελήσαμε να διερευνήσουμε το σύνδρομο της άνοιας και να διαπιστώσουμε σε ποιο βαθμό υπάρχει πληροφόρηση στο συγκεκριμένο θέμα, στους επαγγελματίες που ασχολούνται με την Τρίτη Ηλικία .

Το θέμα που προτείνουμε για πτυχιακή εργασία είναι πρωτότυπο και δεν έχει διερευνηθεί ξανά γιατί πρώτη φορά γίνεται προσπάθεια ανίχνευσης της άνοιας στον αγροτικό πληθυσμό του Νομού Ηρακλείου. Επιπλέον, κατά την έρευνα θα διαπιστωθεί ο βαθμός ενημέρωσης των επαγγελματιών που ασχολούνται με την Τρίτη ηλικία γύρω από το συγκεκριμένο θέμα.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η ανίχνευση ομάδας υψηλού κινδύνου για άνοια άνω των 65 ετών στον αγροτικό πληθυσμό του Νομού Ηρακλείου ,κυρίως μέσα από τη μελέτη έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών και το ερωτηματολόγιο για τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων .Ακόμη η διερεύνηση του βαθμού πληροφόρησης, των επαγγελματιών που ασχολούνται με την Τρίτη Ηλικία, σχετικά με το θέμα της άνοιας. Προκειμένου να εξεταστούν τα παραπάνω θα πραγματοποιηθεί έρευνα στα ενεργά μέλη των ΚΑΠΗ των αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου και στους επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτά .

ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ Ή ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Τι ρόλο διαδραματίζει η βαθμίδα εκπαίδευσης (πρωτοβάθμια – δευτεροβάθμια – τριτοβάθμια)στην εκδήλωση της νόσου;

- Ποιο από τα δύο φύλα είναι περισσότερο επιρρεπές στο σύνδρομο της άνοιας;
- Σε ποιο βαθμό επηρεάζει η ποιότητα ζωής, σε αγροτικές περιοχές, στην εμφάνιση της ασθένειας;
- Επηρεάζει την εκδήλωση της νόσου η φύση του επαγγέλματος των ατόμων;
- Επιδεινώνει τη νόσο η ύπαρξη ή η έλλειψη υποστηρικτικού συστήματος;
- Επιβαρύνει η ύπαρξη άλλης ασθένειας, οργανικής ή ψυχικής, τη πορεία της άνοιας;
- Η δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου (πχ διάβασμα, γυμναστική) αναστέλλει την εξέλιξη της νόσου ;
- Σε τι βαθμό είναι ενημερωμένος ο αγροτικός πληθυσμός γύρω από το θέμα της άνοιας;
- Η ψυχολογική διάθεση σχετίζεται με την πορεία της νόσου;
- Ποιος ο βαθμός ενημέρωσης των επαγγελματιών, που ασχολούνται με την Τρίτη ηλικία, για την άνοια;
- Ποια η χρησιμότητα της πληροφόρησης των επαγγελματιών που εργάζονται με άτομα τρίτης ηλικίας στην καλύτερη ποιότητα παροχής υπηρεσιών προς αυτούς;
- Βοηθάει η συνεχείς ενημέρωση – επιμόρφωση των εργαζομένων σε πλαίσια παροχής υπηρεσιών για άτομα τρίτης ηλικίας στην πρόληψη, στην έγκαιρη διάγνωση και στην αντιμετώπιση του προβλήματος;

Οι υποθέσεις που παραθέτουμε είναι οι εξής :

- Με τη συγκεκριμένη έρευνα θα προσπαθήσουμε να διαπιστώσουμε αν τα άτομα που διαμένουν στις αγροτικές περιοχές έχουν πιθανότητες να εμφανίσουν έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών τους ,λόγω του ότι από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι αυτή η ομάδα ατόμων με το να ζει σε απομακρυσμένες περιοχές και με το να ασχολείται με χειρονακτικές εργασίες δεν εξασκεί την γνωστική ικανότητα .Ακόμη στερείται ενημέρωσης όπου αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την απουσία πρόληψης-αποφυγής εμφάνισης γνωστικών διαταραχών .
- Ακόμη θα γίνει προσπάθεια διαπίστωσης αν στους επαγγελματίες που απασχολούνται με την Τρίτη Ηλικία υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για το θέμα της άνοιας .Τη συγκεκριμένη υπόθεση τη στηρίζουμε στη βιβλιογραφία αλλά και στην εκπαιδευτική μας εμπειρία ,όπου παρατηρήσαμε ότι λίγοι είναι

οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν μία πλήρη ενημέρωση-εξειδίκευση γύρω από το θέμα .

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το είδος της έρευνας που θα ακολουθήσουμε ως προς τον επιδιωκόμενο σκοπό είναι η περιγραφική έρευνα. Με βάση αυτή θα προσπαθήσουμε να καταγράψουμε το θέμα που μας απασχολεί την παρούσα χρονική περίοδο .

Η έρευνα που θα πραγματοποιηθεί θα είναι ποσοτική γιατί θα χρησιμοποιηθεί η μέθοδος συμπληρωμένων ερωτηματολογίων με απευθείας συνομιλία. Αυτό σημαίνει ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα γίνεται από εμάς, όπου θα σημειώνουμε τις απαντήσεις, κατά τη διάρκεια συνομιλίας μας με τους ερωτηθέντες. Έτσι είναι ευκολότερο να σεβαστούμε τη σύνθεση του δείγματος. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να υπολογίσουμε και τις τυχόν αρνήσεις ή απουσίες των ερωτώμενων ατόμων.

Τα ερωτηματολόγια που θα δοθούν θα είναι ανώνυμα για την εξασφάλιση του ιατρικού απορρήτου και τα αποτελέσματα της έρευνας θα ανακοινωθούν μόνο ως στατιστικά αριθμητικά δεδομένα.

Στάδια Έρευνας

- 1) *Προσδιορισμός αντικειμένου έρευνας* : Θα προβούμε σε μια έμμεση αδρή αποτύπωση του προβλήματος της άνοιας στις αγροτικές περιοχές του Νομού Ηρακλείου μέσα από τη μελέτη της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων ,καθώς και του βαθμού πληροφόρησης των επαγγελματιών που ασχολούνται με την Τρίτη Ηλικία.
- 2) *Επιλογή των υλικών μέσων, που θα διατεθούν στους πραγματοποιούντες την έρευνα* : Η εκπλήρωση αυτής της προϋπόθεσης, το έχουμε άλλωστε ήδη αναφέρει, μπορεί να ασκήσει μια σημαντική επιρροή στο ίδιο το αντικείμενο μελέτης. Είναι σημαντικό να εξετάζεται διαδοχικά η διαθεσιμότητα σε χρόνο, χρήμα, επιπλέον διαθέσιμες πληροφοριακές πηγές και τα διάφορα υλικά μέσα. Για την αντιμετώπιση αυτών των παραγόντων θα ακολουθήσουμε τις εξής ενέργειες:
 - Χρόνος : Μία έρευνα δε διεξάγεται εξολοκλήρου σε διάστημα λίγων ημερών, ακόμη κι αν επιστρατευτεί ένας μεγάλος αριθμός

προσωπικού. Γι' αυτό θα φροντίσουμε να έχουμε υπομονή και να λειτουργούμε βάση ενός ημερολογίου δραστηριοτήτων.

- Χρήμα : Το κόστος της έρευνας θα το αναλάβουμε εμείς εξολοκλήρου.
- Επιπλέον διαθέσιμες πηγές : Εκτός από τη βιβλιοθήκη του ΤΕΙ Ηρακλείου, στην οποία έχουμε πρόσβαση, θα επισκεφτούμε και άλλες βιβλιοθήκες για αναζήτηση βιβλιογραφίας. Επίσης θα χρησιμοποιήσουμε πηγές από το Internet και ξενόγλωσσα βιβλιογραφία-αρθρογραφία .
- Διάφορα υλικά μέσα : Ο τρόπος μετακίνησής μας στις αγροτικές περιοχές θα γίνει με τη χρήση αστικής συγκοινωνίας και η εκτύπωση των ερωτηματολογίων θα γίνει σε βιβλιοπωλεία με δικό μας κόστος.

3) *Προηγούμενες έρευνες* : Αυτό το στάδιο το προσπερνάμε, για το λόγο του ό,τι δεν έχει πραγματοποιηθεί προηγούμενη έρευνα σχετική με το συγκεκριμένο θέμα για να μπορούμε να τη μελετήσουμε.

4) *Καθορισμός των σκοπών και υποθέσεων εργασίας* : Το σκοπό της έρευνας και τις υποθέσεις εργασίας τα έχουμε ήδη αναφέρει.

5) *Καθορισμός του πληθυσμού ή του πεδίου έρευνας* : Η πληθυσμιακή ομάδα η οποία αποφασίσαμε να μελετηθεί σύμφωνα πάντα με το αντικείμενο της έρευνάς μας είναι άτομα άνω των 65 ετών τα οποία είναι εγγεγραμμένα στα ΚΑΠΗ των αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου.

6) *Κατασκευή του δείγματος* : Είναι πολύ σπάνιο να λάβει χώρα μια έρευνα στο σύνολο των ατόμων που συνθέτουν ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό συμβαίνει μόνο στην περίπτωση της απογραφής. Γι' αυτό το λόγο χρειάστηκε να επιλέξουμε από την καρδιά του πληθυσμού έναν ορισμένο αριθμό ατόμων, οι οποίοι συνθέτουν το επιθυμητό αντιπροσωπευτικό δείγμα. Η διαδικασία που ακολουθήσαμε είναι η ακόλουθη :

Αρχικά, ενημερωθήκαμε τηλεφωνικά από τους κοινωνικούς λειτουργούς των ΚΑΠΗ για τον αριθμό ατόμων που είναι εγγεγραμμένα σε αυτά και για το πόσα άτομα είναι τα ενεργά μέλη. Αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθούν στην έρευνα τα ενεργά μέλη των ΚΑΠΗ έτσι ώστε να είναι εφικτή η εύρεσή τους.

Στη συνέχεια απευθυνθήκαμε στο στατιστικολόγο με στόχο να μας βοηθήσει στην εύρεση του αντιπροσωπευτικού δείγματος. Υπολογίζοντας το σύνολο των ενεργών μελών ($\Sigma = 1333$) θεωρήθηκε ότι τα 500 άτομα είναι ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα για την αντικειμενικότητα της έρευνας.

Επειδή ο αριθμός των ενεργών μελών ήταν διαφορετικός στο κάθε ΚΑΠΗ , έπρεπε να βρούμε πόσα άτομα θα συμμετάσχουν στην έρευνα από το καθένα. Για να το υπολογίσουμε αυτό χρησιμοποιήσαμε την **απλή μέθοδο των τριών**. Έτσι για παράδειγμα αν σε ένα ΚΑΠΗ τα ενεργά μέλη ήταν 50 κάναμε το εξής :

1333(Σύνολο ενεργών μελών)	50(Ενεργά μέλη)
<u>500(Ερωτηματολόγιο)</u>	<u>X(Ερωτηματολόγια ;)</u>

$$X \cdot 1333 = 500 \cdot 50$$
$$X = 25000 \div 1333$$
$$X = 19,75$$

Στην περίπτωση που το αποτέλεσμα ήταν δεκαδικός αριθμός το υπολογίζαμε κατά προσέγγιση. Τα αποτελέσματα των υπολογισμών μας παραθέτονται στην επόμενη σελίδα .

ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΩΝ ΜΕΛΩΝ:1333			
ΧΩΡΙΑ	ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟΙ	ΕΝΕΡΓΟΙ	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ 500
ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙ	1776	50	19
ΑΣΗΜΙ	350	150	56
ΒΙΑΝΝΟ	500	60	22
ΓΕΡΓΕΡΗ	700	150	56
ΓΟΡΓΟΛΑΙΝΙ	377	100	38
ΚΑΣΤΕΛΙ	600	150	56
ΚΡΟΥΣΣΩΝΑΣ	300	200	75
ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΣ	500	50	19
ΧΑΡΑΚΑΣ	450	80	30
ΤΥΜΠΑΚΙ	300	15	6
ΤΕΜΕΝΟΣ	326	100	38
ΠΥΡΓΟΣ	780	30	11
ΚΑΖΑΝΤΖΑΚΗ	380	18	7
ΜΟΙΡΕΣ	600	30	11

ΑΡΧΑΝΕΣ	ΟΛΟ ΤΟ ΧΩΡΙΟ	150	56
			ΣΥΝΟΛΟ :500 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

7) *Σύνταξη του πλάνου του ερωτηματολογίου* : Η μόνη ενέργεια που έγινε για το συγκεκριμένο στάδιο έρευνας ήταν η σύνταξη ενός ερωτηματολογίου που απευθύνεται στους επαγγελματίες που εργάζονται στα ΚΑΠΗ, με στόχο να διαπιστωθεί ο βαθμός πληροφόρησής τους σχετικά με τη νόσο της άνοιας. Δεν έγινε κάποια άλλη ενέργεια από μέρους μας γιατί χρησιμοποιήσαμε υπάρχοντα σταθμισμένα τεστ στον Ελληνικό πληθυσμό κι ένα ερωτηματολόγιο που αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία των μελών των ΚΑΠΗ, συνταγμένο από άλλη ομάδα πτυχιακής εργασίας.

Τα τεστ που θα χρησιμοποιήσουμε είναι τα εξής :

- I. Κλίμακα MINI-MENTAL(M.M.S.E.) .Το M.M.S.E. είναι το πιο διαδεδομένο εργαλείο σε όλο τον κόσμο ,σύντομο ,εύχρηστο ,με αρκετά υψηλή εγκυρότητα κι αξιοπιστία τόσο για την ανίχνευση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών ,όσο και για την παρακολούθηση των ατόμων που πάσχουν από άνοια .Η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα(Fountoulakis et al,1999) και φαίνεται ότι στο επίπεδο 24/23 παρουσιάζει την καλύτερη απόδοσή του ,στη διάκριση φυσιολογικών και παθολογικών .{CRUM RM,ANTHONY JC,BASSET S.S.,ET AL Population-based norms for the Mini-Mental Examination By age and education level.JAMA 1993,American Medical Association } .
- II. Κλίμακα FUNCTIONAL RATING SCALE FOR SYMPTOMS OF DEMENTIA .Το F.R.S.S.D. είναι μία κλίμακα ελέγχου της λειτουργικότητας των ασθενών με νοητικές διαταραχές ,που περιέχει 14 δραστηριότητες και οι απαντήσεις βαθμολογούνται από 0 (φυσιολογική) έως 3 (παθολογική δραστηριότητα) .

III. Κλίμακα GERIATRIC DEPRESSION SCALE (G.D.S.) .Το G.D.S. είναι διαδεδομένη κλίμακα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για τη διάγνωση της κατάθλιψης .Είναι ένα εύχρηστο εργαλείο ,αποτελούμενο από 15 ερωτήσεις του οποίου η κλίμακα είναι μεταφρασμένη και σταθμισμένη στη χώρα μας (Fountoulakis et al k.n.,1999) .Βαθμολογία πάνω από 5 συνεπάγεται υποψία διαταραχών της διάθεσης ,ενώ από 7 και πάνω συνηγορεί για τη διάγνωση της κατάθλιψης .

- 8) *Εκπαίδευση των ερευνητών συνεντευκτών* : Η συμπλήρωση των τεστ, παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες και απαιτεί ιδιαίτερη κλινική εξάσκηση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η αξιοπιστία των κλιμάκων να εξαρτάται ιδιαίτερα από αυτόν που βαθμολογεί, ενώ η χρήση των κλιμάκων είναι δυνατόν να οδηγήσει σε λανθασμένες εκτιμήσεις. Για την εκμάθηση συμπλήρωσης των τεστ επιλέξαμε την ψυχιατρική κλινική Άγιος Χαράλαμπος, στην οποία τα εφαρμόσαμε σε άτομα που ήδη νοσούν από το σύνδρομο της άνοιας.
- 9) *Κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων – επεξεργασία – ανάλυση δεδομένων* : Η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων, η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων θα γίνει με τη χρήση του προγράμματος SPSS.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ ΚΑΠΗ

ΗΜ/ΝΙΑ : ___/___/2005

ΚΑΠΗ : _____

ΚΩΔΙΚΟΣ : _____/_____

ΦΥΛΟ : ΑΝΤΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

ΗΛΙΚΙΑ : _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΕΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙ

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/ΝΗ

ΧΗΡΟΣ/Α

ΣΥΖΕΙ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ : ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ : _____

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ : _____

ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ : 0-4 5-8 9-12

ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ : ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ : _____

ΑΣΦΑΛΙΣΗ : _____

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ : _____

ΣΕ ΤΙ ΠΛΑΙΣΙΑ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΣΧΟΛΗΘΕΙ 1. _____

2. _____

3. _____

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΤΗΝ Γ' ΗΛΙΚΙΑ : _____

ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΠΟ ΠΟΥ ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ; _____

ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΓΓΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΟΣ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ; _____

ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΓΡΑΨΤΕ ΜΑΣ ΟΣΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ
ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ

: _____

ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

: _____

ΣΑΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΕΧΕΤΕ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ ΠΟΤΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

ΑΝΟΙΑΣ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΝΟΣΟ ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΤΙ ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ

ΑΝ ΟΧΙ ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΕΤΕ ΕΝΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

/ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ : ____/____/2005

ΚΑΠΗ : _____

ΚΩΔΙΚΟΣ : ____/____

ΦΥΛΟ: ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΗΛΙΚΙΑ _____

ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ; 0-4 5-8 9-12

ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ : ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ : _____

ΣΕ ΤΙ ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΣΧΟΛΗΘΕΙ ; 1. _____

2. _____ 3. _____

4. _____

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΙΝΑΙ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΘΕΙ _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΑΓΑΜΟΣ/Η ΕΓΓΑΜΟΣ

ΕΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ΧΗΡΟΣ/Α

ΣΥΖΕΙ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ ;

ΠΟΥ ΜΕΝΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ ; _____

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ : _____

ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕΝΕΤΕ ΣΤΟ ΧΩΡΙΟ ; _____

ΑΣΦΑΛΙΣΗ : _____

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ : _____

ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ : ΙΔΙΟΚΤΗΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΜΕ ΕΝΟΙΚΙΟ

ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ

ΑΝ, ΝΑΙ ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΕΙ ; _____

ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ : ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ, ΝΑΙ ΑΠΟ ΤΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΠΑΣΧΕΤΕ ; _____

ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ : ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΠΟΥ ΣΑΣ ΦΡΟΝΤΙΖΕΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ,ΝΑΙ ΤΙ ΣΧΕΣΗ ΕΧΕΤΕ ;ΕΙΝΑΙ : ΣΥΖΥΓΟΣ

ΠΑΙΔΙ

ΟΙΚ.ΒΟΗΘ.ΕΛΛΗΝ. ΑΛΛΟΔ.

ΑΛΛΟ _____

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΙΝΑΙ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ :24 ΩΡΕΣ

ΜΟΝΟ ΗΜΕΡΑ

ΜΟΝΟ ΝΥΧΤΑ

ΜΕΡΙΚΕΣ ΩΡΕΣ

ΠΩΣ ΠΕΡΝΑΤΕ ΤΟΝ ΕΛΕΥΘΕΡΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ ; _____

ΓΝΩΡΙΖΕΤΑΙ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER : ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ : _____

ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΣΥΓΓΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ, ΝΑΙ ΠΟΙΟΣ Ο ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ; _____

ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER ; _____

ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΑΣΜΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ,ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ; _____

ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΤΗ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ;ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ, ΝΑΙ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ; _____

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ ; _____

ΠΙΝΕΤΕ ΑΛΚΟΟΛ ;ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΥΝΗΘΩΣ ΤΙ ΠΙΝΕΤΕ; ΚΡΑΣΙ 1. 2. 3. 4. 5. ΠΑΡΑΠΑΝΩ
ΠΟΤΗΡΙΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ ΑΛΛΟ _____

ΡΑΚΙ 1. 2. 3. 4. 5. ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΟΤΗΡΙΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ
ΑΛΛΟ _____

ΑΛΛΟ ΠΟΤΟ _____ 1. 2. 3. 4. 5. ΠΑΡΑΠΑΝΩ
ΠΟΤΗΡΙΑ ΗΜΕΡΗΣΙΩΣ ΑΛΛΟ _____

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1.Ελληνόγλωσση

- Payne M., Σύγχρονη Θεωρία της Κοινωνικής Εργασίας Καλλινικάκη Θεανώ (επιμ.), μτφρ. Στρατιδάκη Μ., Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2000.
- Καλλινικάκη Θ., Κοινωνική Εργασία .Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1998 .
- Σταθόπουλος Α.Π. Κοινωνική Πρόνοια .Μια γενική θεώρηση, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην, 1999 .
- Δόντα Σ.Α., Η Τρίτη ηλικία .Προβλήματα και Δυνατότητες . Αθήνα,Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισσιανός Γρηγόριος Κ. 1981 .
- Χανιώτης Ι.Φ., Γηριατρική (με στοιχεία γεροντολογίας), Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1989 .
- Τσούκας Γ.Α.-Βελεχέρη Δ.Ν.-Γουσγούνη Π.Φ. , Γεροντολογία και Γηριατρική .Ιατροκοινωνικά προβλήματα,Πρόληψη-Θεραπεία του Γήρατος, Αθήνα,Εκδόσεις Παρισσιανός Γρηγόριος Κ. 1960 .
- Ronald D.T.-Rodney M.C.-Rossman I., Βασικές αρχές της Γηριατρικής,(επιμέλ.- μτφρ) Ιμπριάλος Κ.Π., Θεσσαλονίκη, Unovercity Studio Press, 1990 .
- Καρδάση-Σαχίνη Α., Μεθοδολογία Έρευνας .Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας, Αθήνα,Εκδόσεις ΒΗΤΑ,1997 .
- Μακράκης Γ.Β., Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS.Από τη θεωρία στη πράξη, Αθήνα, Εκδόσεις Gutenberg, 1997 .
- Τσολάκη Μ.-Καζής Α., Άνοια.Ιατρική και Κοινωνική πρόκληση, Θεσσαλονίκη, University studio press, 2005 .
- Στεφανής Κ.-Σολδάτος Κ.-Μαυρέας Β., Ταξινόμηση ICD-10- Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς.Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση, Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, 1997 .
- Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, Univercity Studio Press, 1988 .

- Morris V. Οδηγός Φροντίδας ηλικιωμένων γονιών. Το βιβλίο που απαντάει σε όλες τις απορίες για την αντιμετώπιση των αναγκών και τη φροντίδα των ηλικιωμένων γονιών ., Καλαιτζή Σ. (επιμ.), μτφρ. Πάλμου Μ., Αθήνα, Εκδόσεις Mendor, 2004 .
- Σιμόν ντε Μποβουάρ Τα Γηρατειά, Αθήνα, Εκδόσεις: Γλάρος, 1980.
- Ζαϊμάκης Γ. Κοινωνική Εργασία και Τοπικές Κοινωνίες. Ανάπτυξη, Συλλογική Δράση, Πολυπολιτισμικότητα, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2002 .
- Σταθόπουλος Π.Α. Κοινωνική Εργασία .Θεωρία και Πράξη, Αθήνα, Εκδόσεις Έλληνα, 2001 .
- Παπαδοπούλου Κατσορίδου Χ., Κοινωνική Εργασία με ομάδες. Μια μορφή προσέγγισης για συνεργασία & δράση, Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην, 1999 .
- Μαλγαρινου Μ.-Γουλιιά Ε. Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα, Αθήνα, Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η Ταβιθά» 1986
- Φραγκίσκου Ι.Χ. Γηριατρική με στοιχεία γεροντολογίας, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1989
- Stephen G. Wright. Νοσηλευτική Υπερηλικών, Αθήνα, Εκδόσεις «Έλλην», 1998
- Wagstaff Coakley. Φυσιοθεραπεία και Ασθενείς Τρίτης Ηλικίας, Αθήνα, Εκδόσεις «Έλλην», 1997
- Τσούκα Γ. Α. – Βελεχέρη Δ.Ν. – Γουσγούνη Π.Φ. Γεροντολογία και Γηριατρική, Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανός Κ. Γρηγόριος, 1960
- Πλάτη Χρυσάνθη Δ. Γεροντολογική νοσηλευτική, Αθήνα, Εκδόσεις Παραγωγή, 1993
- Henri Rubinstein Η νόσος του Αλτσχαιμερ, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2000
- Κ.Ε.Π.Ε. Κοινωνική Πρόνοια, Έκθεση Ομάδας Εργασίας. Πενταετές Πρόγραμμα 1988 – 1992.
- Τεπέρογλου, Α. κ.ά.: Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Έρευνα στα μέλη των ΚΑΠΗ, ΕΚΚΕ 1990.
- Peters Μ.-Γεωργακούδης Ι.-Κωστάκης Μ.-Μουχτάρη Γ.-Τζαβέλλου Ε.-Φιλιππάτου Ν. Σύγχρονη Ψυχολογία, Αθήνα, Εκδόσεις Αλέξανδρος, 2000, 1^{ος} τόμος .
- Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής (1994), Οδηγός των ΚΑΠΗ, Αθήνα .

- Τεπέρογλου Α. «Ο Θεσμός Προστασίας Ηλικιωμένων :Στασιμότητα ή εξέλιξη», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας, Αθήνα, 1993 .
- Εκμέ Η.-Πουλοπούλου «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες Παρελθόν και Μέλλον», Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 1999 .
- Σέλμπερης Δ. «Η αναγκαιότητα επιμόρφωσης των ηλικιωμένων», Υπουργείο Πολιτισμού Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης, Αθήνα, 1988 .
- Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος(1991), *Κοινωνική Εργασία*, Τεύχος 24 .Έτος 6^ο , Εκδόσεις Ελλάς .
- Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (1991), *Κοινωνική Εργασία*, Τεύχος 30^ο .Έτος 8^ο , Εκδόσεις Ελλάς .
- Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (1982), *Εκλογή*, Τεύχος 59, Δεκέμβριος, Εκδόσεις Ακρίτας .
- Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (1978)*Εκλογή*, Τεύχος 47, Δεκέμβριος, Εκδόσεις Ακρίτας .
- Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (1990), *Εκλογή*, Τεύχος 87 Οκτώβριος – Νοέμβριος - Δεκέμβριος , Εκδόσεις Ακρίτας .
- Περιοδικό Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος Εκλογή (1993) , Τεύχος 98 Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, Εκδόσεις Ακρίτας .
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Μάρτιος 1998, Έτος 2^ο , τεύχος 2
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Σεπτέμβριος 1998, Έτος 2^ο , τεύχος 3
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Σεπτέμβριος 1999, Έτος 3^ο , τεύχος 5
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Μάρτιος 2000, Έτος 4^ο , τεύχος 6
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Σεπτέμβριος 2000, Έτος 4^ο , τεύχος 7
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Μάρτιος 2001, Έτος 5^ο , τεύχος 8
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Σεπτέμβριος 2001, Έτος 5^ο , τεύχος 9

- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Μάρτιος 2002, Έτος 5^ο, τεύχος 10
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Δεκέμβριος 2002, Έτος 5^ο, τεύχος 12
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Μάρτιος 2003, Έτος 6^ο, τεύχος 13
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Ιούλιος 2002, Έτος 5^ο, τεύχος 11
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Σεπτέμβριος 2003, Έτος 6^ο, τεύχος 14
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Δεκέμβριος 2003, Έτος 6^ο, τεύχος 15
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Μάρτιος 2004, Έτος 7^ο, τεύχος 16
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Σεπτέμβριος 2004, Έτος 7^ο, τεύχος 18
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Δεκέμβριος 2004, Έτος 8^ο, τεύχος 19
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Μάρτιος 2005, Έτος 8^ο, τεύχος 20
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Ιούλιος 2005, Έτος 8^ο, τεύχος 21
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Σεπτέμβριος 2005, Έτος 8^ο, τεύχος 22
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Δεκέμβριος 2005, Έτος 8^ο, τεύχος 23
- Περιοδικό Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Μάρτιος 2006, Έτος 9^ο, τεύχος 24

2. Ξενόγλωσση

- Richards C.K.-Beck C-Sullivan S,P,-Shue M.V. (2005), *Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia*. American Geriatrics Society. September, Jags 53:1510-1517 ,No 9 .
- Heath M.J.-Kobylarz F.A.-Brown M.-Castano S.(2005), *Interventions from home-based Geriatric Assessments of Aduld Protective Service Clients Suffering Elder Mistreatment*. September, Jags 53:1538-1542, No 9 .
- Cotter T.V.(2005), *Restraint free care in older adults with dementia*. February 17.54(2):80-84 .
- Ducharm F.-Levesque L.-Giroyx F.-Lachance L.(2004) *Follow-up of an intervention program for caregivers of a relative with dementia living in a long-term care setting:Are there any persident and delayed effects* .September.
- Hein S.-Heun R. (2005).*Risk factors of major depression in the elderly* .February,European Psychiatry 20,199-204 .
- Ronchi D.-Bell;ini F.-Berardi D.-Serretti A.-Ferrari B.-Dalmonte E.(2005),*Cognitive Status, Depressive Symptoms and Health Status as Predictors of Functional Disability Among Elderly Persons With Low-to-Moderate Education:The Faenza Community Aging Study* .August;13(8):672-85 .
- Buchanan R.-Wang S.-Ju H-Graber D.(2004)*Analyzes of Gender Differences in Profiles of Nusing Home Residents with Alzheimer's Disease*. Gender Medicine/Vol.1.,No 1 .
- Carlo A. et al., (2002) , «*Incidence of Dementia Alzheimer's Disease and Vascular Dementia in Italy .The ILSA Study*» .Journal of the American Geriatrics Society, vol 50 Page 41, 2002 January .
- Korf E.S., White L.S. et al, (2006), «*Brain aging in very old men with type 2 diabetes ;the Honolulu;Asia aging study*» .Diabetes care, Oct;29(10);2268-74 .
- Hanon O, Pequignot R, et al(2006) «*Relantionship between antihypersive drug therapy and cognitive function in elderly hypertensive patients with memory complaints*»Nov;26(11);2343-32 .

ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- www.health.in.gr
- www.iatronet.gr
- www.medis.gr
- www.mypep.gr
- www.stress.gr

