

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ**

**ΚΡΗΤΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:**

**«ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΕ  
ΑΤΟΜΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ ΣΤΑ Κ.Α.Π.Η. ΣΤΗΝ  
ΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ».**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

**ΜΟΥΛΟΥ ΙΣΜΗΝΗ  
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ  
ΧΑΡΑΜΗ ΕΥΓΕΝΙΑ**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2006**

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Εισαγωγή.....	10
Κεφάλαιο 1. Γήρανση.....	13
Κεφάλαιο 2. Προβλήματα Γ' Ηλικίας.....	15
2.1. Κοινωνικο – οικονομικά προβλήματα .....	16
2.2. Προβλήματα υγείας .....	17
2.3. Ψυχολογικά προβλήματα.....	19
Κεφάλαιο 3. Άνοια.....	23
Κεφάλαιο 4. Κλινική εικόνα Άνοιας.....	27
4.1. Διαγνωστικά κριτήρια ανοιών.....	27
4.2. Σχετιζόμενα γνωρίσματα και διαταραχές.....	28
4.3. Παράγοντες κινδύνου πρόκλησης άνοιας.....	29
4.4. Προφυλακτικοί παράγοντες για την άνοια.....	30
Κεφάλαιο 5. Τύποι Άνοιας.....	32
5.1. Νοητική διαταραχή.....	32
5.2. Άνοια επί νόσου Alzheimer.....	33
5.3. Αγγειακή Άνοια.....	35
5.4. Αγγειακή εγκεφαλική νόσος και αιμόσταση.....	36
5.5. Μετωποκροταφική Άνοια (Άνοια επί νόσου Pick).....	36
5.6. Άνοια επι νόσου Creutzfeldt- Jacob.....	37
5.7. Άνοια επί νόσου Huntington.....	38
5.8. Άνοια επί νόσου Parkinson.....	38
5.9. Άνοια επι νόσου, οφειλόμενη στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV).....	39
5.10. Άνοια από τραύμα εγκεφάλου.....	40
Κεφάλαιο 6. Συσχέτιση άνοιας και κατάθλιψης.....	41
Κεφάλαιο 7. Φαρμακευτικές παρεμβάσεις.....	45
7.1. Φαρμακευτική αντιμετώπιση της Άνοιας.....	45

Κεφάλαιο 8. Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις.....	48
8.1. Θεραπείες μέσα από την τέχνη.....	48
8.2. Εικαστική τέχνη (Art – Therapy).....	49
8.3. Μουσικοθεραπεία.....	50
8.4. Λογοθεραπευτική Παρέμβαση.....	51
8.5. Εργοθεραπευτική Παρέμβαση.....	51
Κεφάλαιο 9. Προγράμματα για την Τρίτη Ηλικία.....	53
Κεφάλαιο 10. Υπηρεσίες για ηλικιωμένους στην κοινότητα.....	56
10.1. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.).....	56
10.2. Το Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι.....	57
10.3. Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).....	58
10.4. Λέσχες Φιλίας.....	59
10.5. Κατασκηνώσεις.....	59
10.6. Γηροκομεία.....	60
10.7. Άσυλα – Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων.....	60
10.8. Υπηρεσίες για ηλικιωμένους με άνοια.....	61
10.9. Εξωτερικό ιατρείο μνήμης και Άνοιας.....	61
Κεφάλαιο 11. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε προγράμματα με Ασθενείς με Άνοια.....	62
Κεφάλαιο 12. Μεθοδολογία έρευνας.....	69
12.1. Επιλογή και διατύπωση του ερευνητικού θέματος.....	69
12.2. Μεθοδολογία έρευνας.....	69
12.3. Ερευνητική στρατηγική.....	70
12.4. Αξία της μελέτης.....	71
12.5. Τεχνικές συλλογής δεδομένων.....	71
12.6. Διαδικασία επιλογής δείγματος.....	75
12.7. Πιλοτική έρευνα.....	76
12.8. Δυσκολίες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.....	76
Κεφάλαιο 13. Ανάλυση έρευνας.....	78
Κεφάλαιο 14. Αποτελέσματα ερευνητικού.....	157
Κεφάλαιο 15. Συζήτηση- προτάσεις.....	168

Επίλογος.....	173
Βιβλιογραφία.....	175
Παραρτήματα.....	183

## **Ευχαριστίες**

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής αυτής εργασίας, έχουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε όλους αυτούς που συνέβαλαν με τον δικό τους μοναδικό τρόπο.

Ευχαριστούμε την καθηγήτριά μας, Κα Παττακού Βάσω, για την ευαισθητοποίησή της γύρω από το θέμα, και τη συνεργασία της για την ολοκλήρωση της έρευνας.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τόσο τις κοινωνικούς λειτουργούς των Κ.Α.Π.Η. του Ηρακλείου όσο και το υπόλοιπο προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. του Ηρακλείου για τη συνεργασία τους, τη φιλοξενία τους στον χώρο τους και την διευκόλυνση που μας παρείχαν τόσο σε θέματα επικοινωνίας όσο και σε τεχνικά μέσα.

Παράλληλα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους σπουδαστές πληροφορικής που πραγματοποιούν την πρακτική τους άσκηση στα εργαστήρια υπολογιστών στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας για τη βοήθειά τους σε τεχνικές γνώσεις και στην παροχή χρόνου.

Στην πορεία θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Ψυχίατρο, Κα Αδρακτά Δώρα και το προσωπικό της ψυχιατρικής κλινικής «Άγιος Χαράλαμπος» για τη συνεργασία τους στη διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας που πραγματοποιήσαμε στον χώρο τους στους νοσηλευόμενους, καθώς και τους ίδιους τους νοσηλευόμενους σε αυτή.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τα ίδια τα μέλη των Κ.Α.Π.Η. που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα.

## Περίληψη

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται σε εγκεφαλική νόσο και συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία. Συχνά αρχίζει με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Διαπιστώνεται επίσης 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. Στο σύνδρομο αυτό δεν επέρχεται θόλωση της συνείδησης.

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι η άνοια έχει ως αποτέλεσμα σημαντική έκπτωση των διανοητικών λειτουργιών με συνήθη επίπτωση στις προσωπικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, με αποτέλεσμα το άτομο να καθίσταται σταδιακά μη λειτουργικό.

Το κύριο σύμπτωμα είναι η έκπτωση της μνήμης, που στην αρχή περνά απαρατήρητη τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του. Άλλοι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα προοδευτικά αυξανόμενα ελλείμματα της μνήμης, άλλοι όμως δεν τα καταλαβαίνουν ενώ είναι εμφανή στην οικογένειά τους. Φυσικά, ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιήσουν *μυθοπλασίες* ( ψευδή στοιχεία) για να καλύψουν τα κενά της μνήμης τους.(ΜΑΝΟΣ, Ν.,1988 Σελ.365).

Καθώς η άνοια έχει εξελικτική πορεία, η έκπτωση της μνήμης είναι σε τόσο μεγάλο βαθμό που αρχίζει να του δημιουργεί προβλήματα και κινδύνους στην καθημερινή του ζωή. Προοδευτικά το ανοϊκό άτομο, χάνει κι άλλες δεξιότητες, οπότε εμφανίζεται αγνωσία , απραξία, κατασκευαστική δυσχέρεια κ.α. Ο λόγος αρχικά δεν παραβλάπτεται αλλά αργότερα ακολουθώντας την επιδείνωση και των άλλων νοητικών λειτουργιών γίνεται ασαφής, στερεότυπος, έμμονος και ανακριβής.

Η προσωπικότητα του ατόμου επίσης παρουσιάζει μεταβολές. Συνήθως το άτομο γίνεται πιο ήσυχο και αποσυρμένο.

Όταν η άνοια επιδεινωθεί πολύ, οι ασθενείς δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν, ούτε στις απλές καθημερινές τους ανάγκες, με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατος.

Η νόσος μπορεί να αρχίσει στη μέση ενήλικη ζωή ή ακόμη και νωρίτερα, αλλά η συχνότητα της νόσου είναι μεγαλύτερη στην όψιμη ηλικία (65 ετών και άνω).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ενεργητική για να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να αντεπεξέλθουν. Όμως, η φαρμακευτική αγωγή πολλές φορές είναι απαραίτητη. Πάντα βέβαια χρειάζεται προσοχή ώστε οι δόσεις να μην είναι γενικά μεγάλες και να μη παραβλέπονται τυχούσες παρενέργειες.

Θα πρέπει να τονιστεί όμως ότι η άνοια δεν είναι συνώνυμη με τη μεγάλη ηλικία ούτε είναι φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών (ΜΑΝΟΣ, Ν.,1988 Σελ.366).

Τα γηρατεία δεν αποτελούν ένα απλό στατιστικό γεγονός. Είναι η συνέχεια και το τελευταίο στάδιο μιας συγκεκριμένης διαδικασίας.( ΣΙΜΟΝ ΝΤΕ ΜΠΩΒΟΥΑΡ,1991, Σελ.17). Η κατανόηση των προβλημάτων των σχετικών με την εξέλιξη και την αλλαγή στην ζωή των ηλικιωμένων συνίσταται στον εντοπισμό και την εξέταση των νευροψυχολογικών και συναισθηματικών δυσκολιών που συνδέονται με την απώλεια της υγείας, της ταυτότητας, και των νοητικών ικανοτήτων των ηλικιωμένων. Δεδομένου ότι η μέση διάρκεια της ζωής του ανθρώπου αυξάνεται, αυξάνεται και ο αριθμός διαφορετικών γενεών που εξακολουθούν να επιβιώνουν μέσα στις οικογένειες.

Η Τρίτη Ηλικία είναι ετερογενής ομάδα πληθυσμού, με διαφορές στο μορφωτικό επίπεδο, υγεία, οικονομική κατάσταση αλλά και εμπειρίες ζωής. Αυτά συνεπάγονται και την αύξηση των ψυχοπιεστικών παραγόντων, οι οποίοι κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες: βιολογικούς, περιβαλλοντικούς (συνταξιοδότηση, μείωση εισοδήματος, αλλαγή τρόπου ζωής), ψυχολογικούς (αλλαγή στη νοητική λειτουργία, απώλειες προσφίλων προσώπων, πένθος), κοινωνικούς / πολιτισμικούς (κοινωνικός αποκλεισμός).

Η παρουσία ψυχοπιεστικών παραγόντων έχει ενοχοποιηθεί ως παράγοντας που πυροδοτεί μία κατάσταση κρίσης και ο τρόπος με τον οποίο κάποιος προσαρμόζεται σε μια κατάσταση κρίσης είναι μοναδικός και καθορίζεται πολύ από τις προσαρμοστικές του ικανότητες, τις εμπειρίες ζωής αλλά και τις πεποιθήσεις του. Τέτοιες σημαντικές καταστάσεις στην Τρίτη Ηλικία είναι η κατάθλιψη, το επιλεγμένο πένθος, η παρουσία σοβαρού προβλήματος υγείας και τέλος η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών.

Εντοπίζοντας όλα αυτά, 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 στα πλαίσια της κοινότητας. Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίησή τους

από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν παροχές σε χρήμα, σε είδος και προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες (ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ,Π.,1999 Σελ.307).



## Εισαγωγή

Η παρούσα πτυχιακή έρευνα, διεξήχθη από τις σπουδάστριες Μουλού Ισμήνη, Παπαγεωργίου Φωτεινή και Χαραμή Ευγενία. Ο λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο θέμα, είναι η ολοένα αυξανόμενη προβολή θεμάτων που αφορούν στην τρίτη ηλικία και στη συσχέτισή της με την γνωστική διαταραχή σε άρθρα εφημερίδων και γενικότερα στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, τις περισσότερες φορές δίχως την ταυτόχρονη παρουσία ερευνητικού υλικού, που να στηρίζει το παραπάνω.

Συνθέτοντας έτσι και αποκαλύπτοντας ένα πολυδιάστατο πρόβλημα που επηρεάζει και επηρεάζεται από παλαιότερα και σύγχρονα κοινωνικά δεδομένα. Στην επιλογή του θέματος, συνέβαλε πέραν της δικής μας ευαισθητοποίησης, και η κατεύθυνση της υπεύθυνης καθηγήτριας Κας Παττακού Βασιλικής, σε συνεργασία με την Ψυχίατρο, της ψυχιατρικής κλινικής «Άγιος Χαράλαμπος» Κα Αδρακτά Δώρα.

Σε μακροπρόθεσμο ωστόσο επίπεδο, θεωρούμε πως είναι ένα θέμα το οποίο πρέπει να αφορά την κοινωνική πολιτική κάθε χώρας, η οποία είναι καλό και να σχεδιάζει την πολιτική της και γύρω από αντίστοιχα θέματα. Το γεγονός αυτό, αποτέλεσε αφορμή μελέτης του συγκεκριμένου θέματος συνθέτοντας μια προσπάθεια κοινωνικής και επιστημονικής προσέγγισης.

Ο σκοπός της έρευνας, αφορά στην ανίχνευση της τάσης για γνωστική διαταραχή και τα επίπεδα λειτουργικότητας στον πληθυσμό των Κ.Α.Π.Η. της πόλης του Ηρακλείου.

Βασικός λοιπόν στόχος της εργασίας αυτής, είναι η αντικειμενική και καίρια καταγραφή όλων των υφιστάμενων πλευρών του ζητήματος, μέσα από μια προσπάθεια συλλογής, επεξεργασίας και ανάλυσης του υπάρχοντος βιβλιογραφικού υλικού, αλλά και των ερευνητικών μας αποτελεσμάτων, με απώτερο σκοπό τη διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων, χρήσιμων για τη βαθύτερη γνώση του θέματος. Ειδικότερα, μια επιστημονική προσέγγιση του πολύπλοκου αυτού φαινομένου της γήρανσης, καθώς και των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας, που αντανακλά τεράστιες κοινωνικές διαστάσεις, μέσα από τη σύνθεση όλων των παραγόντων, υποκειμενικών και αντικειμενικών, ψυχολογικών και κοινωνικών, ιδεολογικών και πολιτιστικών.

Μια σφαιρική επίσης θεώρηση της συγκρότησης της δομής και της λειτουργίας του φαινομένου της γνωστικής διαταραχής αλλά και την περιγραφή του ρόλου της Κοινωνικής Εργασίας, της πρακτικής της και της συμβολή της γύρω από το ζήτημα αυτό. Όσον αφορά τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, για το θεωρητικό της μέρος είναι κυρίως της βιβλιογραφικής και ηλεκτρονικής αναζήτησης. Στο ερευνητικό μέρος πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με δομημένα επιστημονικά ερωτηματολόγια με κλειστές ερωτήσεις και προεπιλεγμένες απαντήσεις.

Το δείγμα της έρευνάς μας ήταν εγγεγραμμένα μέλη στα Κ.Α.Π.Η. του Ηρακλείου και διεξήχθησαν 360 συνεντεύξεις, όπου τα άτομα ήταν τουλάχιστον 65 ετών.

Οι βασικές δυσκολίες που παρουσιάστηκαν στην εκπόνηση της εργασίας, ήταν η αρχικά ελλιπής πρόσφατη ελληνική βιβλιογραφία, αρθρογραφία η οποία να επικεντρώνεται στη σύνθεση της τρίτης ηλικίας και της γνωστικής διαταραχής αλλά και της γνωστικής διαταραχής με την κατάθλιψη. Αυτό αντιμετωπίστηκε με την κατεύθυνση σε βιβλιοθήκες άλλων πανεπιστημιακών ιδρυμάτων πέραν του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, όπως του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, του Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς και μέσα από την αναζήτηση από το διαδίκτυο.

Παράλληλα, μια σημαντική δυσκολία που προέκυψε είχε να κάνει με την επιφυλακτική στάση που αντιμετωπίσαμε από ορισμένες κοινωνικούς λειτουργούς των Κ.Α.Π.Η. αναφορικά με τη διατήρηση του απορρήτου των στοιχείων των ερωτώμενων, παρ' όλο που το διασφάλισαμε τόσο από την αρχή της επαφής μας μαζί τους όσο και εγγράφως στις ίδιες αλλά και στα μέλη των Κ.Α.Π.Η.

Τέλος η δομή της παρούσας εργασίας αποτελείται από 12 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση του φαινομένου της γήρανσης ενώ στο επόμενο κεφάλαιο καταγράφονται τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, χωρισμένα σε 3 μεγάλες κατηγορίες, τα κοινωνικο-οικονομικά, τα προβλήματα υγείας και τα ψυχολογικά προβλήματα. Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση της Άνοιας, της κλινικής της εικόνας καθώς και των κατηγοριών της.

Στη συνέχεια επιχειρούμε μια συσχέτιση της Άνοιας με την κατάθλιψη, καθώς αυτές οι δύο νόσοι πολύ πιθανόν να εμφανιστούν παράλληλα σε κάποιον ασθενή.

Στην πορεία παρουσιάζονται οι φαρμακευτικές και οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για την Άνοια.

Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται μια καταγραφή των υπηρεσιών για ηλικιωμένους στην κοινότητα, καταλήγοντας με τις υπηρεσίες για ανοϊκούς. Τέλος, παρουσιάζεται ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε προγράμματα με ασθενείς με Άνοια.

Στη συνέχεια της εργασίας παρουσιάζεται η μεθοδολογία έρευνας και η παρουσίαση της ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων, ενώ η παρούσα εργασία ολοκληρώνεται με τη σύγκριση των αποτελεσμάτων του ερευνητικού υλικού με το υλικό που συλλέξαμε από τη βιβλιογραφία, και το κεφάλαιο της συζήτησης και των προτάσεων για τη βελτίωση της Κοινωνικής Πολιτικής της χώρας μας πάνω στο ζήτημα αυτό.

## Κεφάλαιο 1. Γήρανση

Αρχικά οφείλουμε να πούμε ότι το γήρας δεν είναι ένα απλό στατιστικό γεγονός. Είναι η συνέχεια και το τελευταίο στάδιο μιας διαδικασίας.

Είναι φυσικός νόμος το ανθρώπινο σώμα και οι λειτουργίες του να αλλάζουν με τη πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος σκέφτεται, κινείται και αισθάνεται. Οι βιολογικές αλλαγές που επέρχονται με την αύξηση της ηλικίας καθορίζουν την ποιότητα της φυσικής και κινητικής απόδοσης και η ένταση των αλλαγών αυτών εξαρτάται από την επίδραση του περιβάλλοντος του ατόμου, τις εμπειρίες του, τον τρόπο και την στάση ζωής του και τις επιλογές που έχει. (Beauvois, S., 1987,9).

Σαν όριο ηλικίας για την είσοδο στην Τρίτη ηλικία κρίνεται το 65ο έτος.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας διαιρεί τη χρονολογική ηλικία σε 3 στάδια:

1. Άτομα μεσήλικα (46- 59 ετών)
2. Άτομα ηλικιωμένα (60- 75 ετών)
3. Γέροντες (75 ετών και άνω)

Συνήθως το γήρας διακρίνεται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη αφορά στο φυσιολογικό ή βιολογικό γήρας. Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται μια αρμονική γεροντολογική εξέλιξη και φθορά όλων των οργάνων και των ιστών με την πάροδο του χρόνου. Η δεύτερη αφορά στο παθολογικό ή πρόωρο γήρας. Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται μια δυσαρμονική και πρόωρη γεροντική φθορά των διάφορων οργάνων, που συνήθως οφείλεται σε συγκεκριμένα εσωτερικά κυρίως νοσολογικά αίτια. (Μουσούρου, Στρατηγάκη, 2004, 173).

Τα γηρατειά συνοδεύονται από προβλήματα υγείας, από την απόχρη του ατόμου από την αγορά εργασίας, την απώλεια των λειτουργικών του ικανοτήτων, τις διάφορες αλλαγές που εκ των πραγμάτων επέρχονται σε ψυχολογικό, οικονομικό, κοινωνικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τη θεωρία της δράσης οι υπερήλικες έχουν τις ίδιες ανάγκες που έχουν και οι μεσήλικες. Συνήθως δεν είναι οι ηλικιωμένοι που αποσύρονται από την κοινωνία αλλά είναι η κοινωνία εκείνη που αποσύρεται από αυτούς.

Το γήρας είναι μια φυσιολογική εξελικτική φάση της ζωής, κατά την οποία μπορεί μεν η κοινωνική συναλλαγή να μειώνεται αλλά η προσωπικότητα και η δυνατότητα προσαρμογής παραμένουν ίδιες.

Σε αυτό το διάστημα της ζωής τους τα άτομα χάνουν τους μέχρι τότε ρόλους τους, καθώς και όλα εκείνα που τους έκαναν να νιώθουν παραγωγικοί και χρήσιμοι.

Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη φάση της ζωής τους παίζει η οικογένεια καθώς και οι δεσμοί που δημιουργούνται ανάμεσα στα μέλη. Οι αλλαγές στη δομή της με την πάροδο του χρόνου αποτελούν πολύ σημαντικό παράγοντα για τη διαμόρφωση της στάσης ζωής του ηλικιωμένου απέναντι στη ζωή καθώς και στην ποιότητα της ζωής του. Η οικογένεια παραμένει πυρηνική, διατηρώντας όμως την επαφή με τα ηλικιωμένα μέλη της και, παράλληλα, παρατηρείται ότι σε μεγάλο ποσοστό επιδιώκεται η μόνιμη κατοικία των ηλικιωμένων μελών να είναι σε κοντινή απόσταση προκειμένου να διατηρούν την επαφή αλλά και μέσα από διάφορες δραστηριότητες να παραμένουν ενεργοί. Η οικογένεια θα πρέπει να παρέχει στα άτομα το αίσθημα της ασφάλειας, της υποστήριξης, της κατανόησης, της τρυφερότητας και της αγάπης. (Μουσούρου, 1993, 74)

## Κεφάλαιο 2. Προβλήματα Γ΄ Ηλικίας

Η Τρίτη ηλικία αντιμετωπίζει μια πληθώρα προβλημάτων η οποία δυσχεραίνει όλο και περισσότερο την καθημερινότητά των ηλικιωμένων. Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γέροντες είναι η μοναξιά, καθώς στενεύει ο κύκλος αγαπημένων φιλικών και συγγενικών προσώπων. Το συναίσθημα αυτό της μοναξιάς οξύνεται με την απώλεια του συντρόφου.

Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα είναι το χαμηλό βιοτικό τους επίπεδο, καθώς οι συντάξεις που παίρνουν είναι αρκετά μικρές και πολλές φορές δεν αρκούν για να τους παρέχουν ακόμα και τα είδη πρώτης ανάγκης.

Σε μεγάλο βαθμό τη ζωή τους δυσκολεύουν οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας καθώς και λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά που δέχονται. Πολλές φορές η κοινωνία βλέπει τον ηλικιωμένο με συγκατάβαση ή τον θεωρεί βάρος με αποτέλεσμα το ηλικιωμένο άτομο να απομονώνεται και πολλές φορές να αυθυποβάλεται και να δυσκολεύει ο ίδιος τη ζωή του, αφού καταλήγει να πιστεύει ότι είναι βάρος ενώ στην πραγματικότητα μπορεί και να είναι απόλυτα παραγωγικός.

Τα πλέον σύνηθες στην Τρίτη ηλικία είναι η εμφάνιση κάποιων ασθενειών και τα διάφορα προβλήματα που αυτές προκαλούν. Η ύπαρξη αυτών των ασθενειών συχνά καθιστά το άτομο μη λειτουργικό και ανίκανο κοινώς να αυτοεξυπηρετηθεί καθώς χρειάζεται απαραίτητα την βοήθεια ενός τρίτου προσώπου.

Τέλος, ένα ακόμη πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Τρίτη ηλικία είναι οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας, η δυσχερής πρόσβαση των ηλικιωμένων σε αυτές και η έλλειψη κοινωνικο -ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου – η άνιση κατανομή τους στο χώρο.

Ετσι λοιπόν τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι κατατάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες: α) κοινωνικο – οικονομικά προβλήματα, β) προβλήματα υγείας, γ) ψυχολογικά προβλήματα.

## 2.1. Κοινωνικο – οικονομικά προβλήματα

Βασική προϋπόθεση για μια καλή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι η επίλυση των κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων που υπάρχουν και που προκύπτουν σε αυτή την περίοδο ζωής. Η είσοδος στα γηρατεία συνεπάγεται μια πληθώρα προβλημάτων που κάνουν την αρχική εμφάνισή τους με το πέρασμα στη συνταξιοδότηση. Η συνταξιοδότηση του ηλικιωμένου επιφέρει αλλαγές στη ζωή του, τόσο στον οικονομικό όσο και στον κοινωνικό τομέα. Όσον αφορά στον οικονομικό τομέα, οι οικονομικές ανέσεις στην καθημερινότητα του, περιορίζονται, καθώς το ποσό της σύνταξης του δε είναι τόσο μεγάλο σε σχέση με το μισθό που έπαιρνε. Παράλληλα η είσοδος στη συνταξιοδότηση, οδηγεί τον ηλικιωμένο πιο κοντά στην οικογένεια του, καθώς έχει ανάγκη όχι μόνο την φροντίδα και την συμπαραστάσή της αλλά και την οικονομική της στήριξη, κάτι που παλαιότερα δεν ήταν αναγκαίο. Πολλά ηλικιωμένα άτομα συγκατοικούν με τα παιδιά τους κυρίως για οικονομικούς λόγους. Η παραμονή του ηλικιωμένου με τα παιδιά του οφείλεται συχνά στο χαμηλό ποσό της σύνταξής του. Στις αστικές περιοχές αν η σύνταξη είναι μικρή και δεν επαρκεί για διαβίωση του ηλικιωμένου, τότε ο γονιός παραμένει στην οικογένεια. Αν το ποσό της σύνταξης είναι μεγάλο, είτε διατηρεί δικό του σπίτι, είτε μένει με τα παιδιά του, εξακολουθεί όμως να συμβάλει στον οικογενειακό προϋπολογισμό. (Πουλοπούλου, Ε.,1999).

Πολύ σημαντικό ρόλο για τη ζωή ενός ηλικιωμένου ατόμου είναι το συναίσθημα της προσφοράς στην οικογένεια, καθώς ακόμη και σε μεγάλη πλέον ηλικία νιώθει ότι έχει τη δύναμη της προσφοράς και της οικονομικής ανεξαρτησίας.

Η τάση για ανεξαρτητοποίηση των ηλικιωμένων είναι αποτέλεσμα καλής υγείας και οικονομικής κατάστασης. Σημαντικοί παράγοντες για την ανεξαρτητοποίηση των ηλικιωμένων είναι το χαμηλό κόστος κατοικίας, η απόσταση από τα παιδιά τους, οι συγκοινωνίες που εξυπηρετούν την κατοικία, η διαβίωση στη γειτονιά για μεγάλο χρονικό διάστημα.

## 2.2. Προβλήματα υγείας

Με το πέρασμα του χρόνου αυξάνονται ολοένα και περισσότερο τα προβλήματα υγείας που πλήττουν την Τρίτη ηλικία. Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι μπορεί να οφείλονται σε φυσικά – οργανικά αίτια, στην έλλειψη παροχής ιατρικών υπηρεσιών, στη λανθασμένη διατροφή. Οι κακές διατροφικές συνήθειες και η άτακτη λήψη τροφών έχουν σαν αποτέλεσμα την έλλειψη σωστών και απαραίτητων βιταμινών για το ανθρώπινο σώμα.

Οι πιο συνηθισμένες ασθένειες που εμφανίζονται στην Τρίτη Ηλικία , είναι τα αρθρικά και οι ρευματισμοί, που θεωρούνται χρόνιες παθήσεις (Kastenbaum, R.,1980,17-18).

Εκτός από τα συνηθισμένα προβλήματα υγείας που πλήττουν την Τρίτη ηλικία και τα οποία παραθέτουμε παρακάτω, συνηθισμένη αιτία που προκαλεί σημαντικά προβλήματα στους ηλικιωμένους είναι οι συχνές πτώσεις. Οι πτώσεις είναι η πιο συνηθισμένη αιτία ατυχήματος στα ηλικιωμένα άτομα. Τα γηρατειά, οι οξείες ή χρόνιες παθήσεις, τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και η χρήση φαρμάκων συγκαταλέγονται στους παράγοντες εκείνους που οδηγούν στην εμφάνιση ατυχημάτων.

Ακόμη και κάτω από τις καλύτερες συνθήκες η αιτία για μια δεδομένη πτώση μπορεί να μην είναι δυνατόν να προσδιοριστεί και η σημασία μιας συγκεκριμένης πτώσης μπορεί δύσκολα να εκτιμηθεί.

Η πτώση ενός ηλικιωμένου ατόμου διαφέρει σημαντικά από την πτώση ενός νεαρού. Στους ηλικιωμένους μοιάζει με ήπιο σώριασμα ή με κατάρρευση στο πάτωμα η οποία είναι συχνά ασυμπτωματική, περνάει απαρατήρητη και το άτομο δεν τη θυμάται. Η απώλεια της ισορροπίας, η ζάλη, η μειωμένη όραση και η αδυναμία στα γόνατα αποτελούν τα κυριότερα αίτια πτώσεων για τους ηλικιωμένους.

Οι πτώσεις των ηλικιωμένων αφορούν ένα δυσανάλογο μεγάλο αριθμό τραυματισμών, που επιφέρουν αναπηρία και οδηγούν στο νοσοκομείο, όπως επίσης μπορεί να θεωρηθούν ως η αιτία παρατεταμένης νοσηλείας σε νοσοκομεία ή σε άλλα ιδρύματα. Ωστόσο οι πτώσεις αυτές συμβαίνουν αποτελούν ένα μικρό ποσοστό του συνολικού αριθμού των πτώσεων που συμβαίνουν σε άτομα προχωρημένης ηλικίας. (Kastenbaum, R.,1980,17-18).



Η αντίληψη των ηλικιωμένων για την κατάσταση υγείας τους διαφέρει καθώς υπάρχει μια μερίδα ανθρώπων που πιστεύει ότι η υγεία τους δεν είναι καλή. Η υγεία και ειδικά η κακή υγεία είναι έννοιες που είναι δύσκολο να μετρηθούν και να κατανοηθούν. Πολλοί ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι η κατάσταση υγείας τους δεν είναι καλή. Κάποιοι άλλοι αναφέρουν ότι πάσχουν από περισσότερες από μια ασθένειες. Οι σημαντικότερες από τις παθήσεις που αναφέρονται είναι οι καρδιακές, οι ρευματικές, οι πνευμονικές και οι πεπτικές. Ένα ποσοστό ηλικιωμένων όταν νοσούν απευθύνονται στο γιατρό ενώ μια μεγάλη μερίδα ηλικιωμένων ειδικά γυναικών απευθύνεται στα παιδιά και την οικογένειά τους. Το νοσοκομείο αποτελεί την τρίτη για αυτούς επιλογή. Ελάχιστοι επισκέπτονται άλλον γιατρό πέραν αυτόν του ΚΑΠΗ. Και τέλος υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις των κοινωνικο-οικονομικών ομάδων στο επίπεδο νοσηρότητας, με την αναφορά χρόνιων ασθενειών, συμπτωμάτων ψυχοσωματικής υγείας και χαμηλότερης υποκειμενικής εκτίμησης του επιπέδου υγείας από τις χαμηλότερες κοινωνικό – οικονομικές ομάδες (Πουλοπούλου, Ε.,1999).

Τα βασικότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι:

1. Λοιμώδη παρασιτικά νοσήματα
2. Νεοπλάσματα
3. Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα
4. Νοσήματα αίματος
5. Ψυχικές διαταραχές
6. Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητήριο όργανο
7. Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος
8. Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος
9. Νοσήματα πεπτικού συστήματος
10. Νοσήματα ουροποιογενετικού συστήματος
11. Νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού
12. Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού
13. Συγγενείς ανωμαλίες
14. Καταστάσεις προερχόμενες από περιγεννητική περίοδο
15. Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις

## 16. Κακώσεις και δηλητηριάσεις

(Παγκόσμια Κατάταξη Υγείας, Mohaw – Παγκόσμια Οργάνωση για την Υγεία – Ευρώπη, w.w.w. mohaw. gr, w.w.w. pou. gr, w.w.w. keel. org. gr, w.w.w. uti. gr/ doc/gr, <http://news/duncher.pathfinder.gr>).

### 2.3. Ψυχολογικά προβλήματα

Τα συναισθήματα που επικρατούν στη ζωή ενός ηλικιωμένου ατόμου ποικίλλουν. Και μάλιστα ο συνδυασμός κοινωνικο- οικονομικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας, δημιουργούν πολλά προβλήματα σε ψυχολογικό επίπεδο στον ηλικιωμένο.

Ένα βασικό συναίσθημα που επικρατεί στην Τρίτη ηλικία είναι ο φόβος που απορρέει από την αβεβαιότητα που συνεπάγονται τα ίδια τα γηρατειά. Ο φόβος αυτός δεν έχει τόσο να κάνει με την ιδέα του θανάτου, όσο με μια πιθανή κινητική ανικανότητα ως και αναπηρία και να είναι απαραίτητη η βοήθεια ενός τρίτου ατόμου. Και ο φόβος αυτός στηρίζεται ακόμη περισσότερο στην ιδέα ότι ο ηλικιωμένος μπορεί να αποτελέσει βάρος για την οικογένειά του.

Στη συνέχεια ο φόβος που είναι σαφώς συνέπεια της συνταξιοδότησης. Πολλοί από τους ηλικιωμένους νιώθουν καταπεσμένοι ψυχολογικά εξαιτίας της συνταξιοδότησής τους. Στην ηλικία των 65-75 ετών πολλοί άνθρωποι εξακολουθούν να νιώθουν αρκετά δυναμικοί και ενεργητικοί. Η διακοπή της εργασίας στην ψυχοσύνθεση των ατόμων αυτών επιδρά αρνητικά με αποτέλεσμα να προκαλούνται συναισθήματα αβεβαιότητας και ανικανότητας (Rappoport, R., 1982, 43-45)

Ξαφνικά περνούν σε μια φάση απραξίας, οι κοινωνικοί ρόλοι και οι διαπροσωπικές σχέσεις τους αλλάζουν, ειδικά όταν πρόκειται για ανθρώπους που απέδιδαν μεγάλη σημασία στις σχέσεις με συναδέλφους και στην εργασιακή τους ζωή. Πολλές φορές η απομάκρυνση από την εργασία προκαλεί το αίσθημα του μη παραγωγικού μέλους της ομάδας, του βάρους στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο.

Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι νιώθουν την απόρριψη την απομόνωση, ιδιαίτερα όταν η διακοπή της απασχόλησης δεν μπορεί να αιτιολογηθεί από τη φθορά του οργανισμού. Όλες αυτές οι συναισθηματικές επιπτώσεις επιδρούν αρνητικά στην υγεία του ατόμου με

αποτέλεσμα, άτομα που κατά την εργασιακή τους απασχόληση ήταν υγιή, ξαφνικά μετά την συνταξιοδότησή τους να παρουσιάζουν πολλά από τα συμπτώματα της γεροντικής ηλικίας.

Από την άλλη πλευρά όταν η πρόωρη συνταξιοδότηση αποτελεί επιλογή του ίδιου του ατόμου, τότε οι ψυχολογικές επιπτώσεις μπορεί να είναι πολύ θετικές και το άτομο να αισθάνεται απελευθερωμένο από την αίσθηση της ρουτίνας και της καταπίεσης, της καθημερινής απασχόλησης στη δουλειά. Το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να νιώθει ανανεωμένο, ειδικά όταν η διακοπή της εργασίας του απορρέει από την ανάγκη για πραγματοποίηση νέων στόχων. Οι επιπτώσεις στην υγεία κατά την πρόωρη συνταξιοδότηση απορρέουν κυρίως από ψυχολογικά αίτια εκτός κι αν το άτομο παρουσίαζε ήδη προβλήματα υγείας. (Rappoport, R.,1982,47-49).

Σημαντικά επιδρά η ύπαρξη προβλημάτων υγείας στην ψυχολογία των ηλικιωμένων καθώς κυριαρχεί αυτόματα μια αβεβαιότητα για τα χρόνια που έρχονται. Μαζί με την αβεβαιότητα, γεννάται κι ο φόβος, του να μην καταπέσουν και γίνουν βάρος στα παιδιά τους και το ευρύτερο περιβάλλον τους.

Η αίσθηση της μη αυτοεξυπηρέτησης και λειτουργικότητας αποτελεί το μεγαλύτερο φόβο αυτών των ανθρώπων. (Kastenbaum, R.,1980,72-73).

Ο ηλικιωμένος έχοντας περάσει και ολοκληρώσει τα μέχρι τώρα στάδια της ζωής, του φτάνει σε ένα σημείο όπου κάνει πλέον τον δικό του απολογισμό και την δική του κριτική για τα χρόνια που πέρασαν. Κάνει τη δική του αυτοκριτική για τα επιτεύγματά του, την προσφορά του από την μια στην κοινωνία και από την άλλη στην ίδια την οικογένειά του, στα παιδιά του. Οι ρόλοι του εναλλάσσονται και διαφοροποιούνται (Kastenbaum, R.,1980,72-73).

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει η απώλεια των αγαπημένων προσώπων. Οι ηλικιωμένοι εφόσον έχουν περάσει από τα διάφορα στάδια ζωής και δημιουργήσει αυτά που θα ήθελαν, απομένουν με το σύντροφο τους και απολαμβάνουν τα χρόνια που έρχονται Η ύπαρξη ενός συντρόφου, γεννά την ελπίδα, την ανάγκη για δημιουργία, τη συνύπαρξη, το μοίρασμα. Η απώλεια ενός συντρόφου αντιθέτως, μηδενίζει τα πάντα ειδικά για τη ζωή ενός προχωρημένου σε ηλικία ατόμου. (Kastenbaum, R.,1980,118).

Ένα ακόμη στοιχείο που επιβαρύνει τη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι ο φόβος τους για το ενδεχόμενο να μην μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν αλλά και η

οικογένειά τους να μην μπορεί να τους στηρίξει και να αναγκαστούν να παραμείνουν σε κάποιο ίδρυμα. Και αυτό το πλήγμα είναι πολύ σημαντικό διότι το ηλικιωμένο άτομο παρουσιάζει πολύ άγχος και αναγκάζεται να απομακρυνθεί από την οικογένειά του για να μην τους επιβαρύνει με αποτέλεσμα να καταπέσει απότομα και τότε όντως ο εγκλεισμός του σε κάποιο ίδρυμα να είναι αναπόφευκτος. (Rapoport, R., 1989, 117).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ιδρυματοποίησης δεν απαλλάσσουν την οικογένεια από τις ενοχές και τον ηλικιωμένο από το αίσθημα της απομόνωσης. Ο ηλικιωμένος με την εισαγωγή του στο ίδρυμα δοκιμάζει τον πόνο του αποχωρισμού, της μοναξιάς, της αβεβαιότητας. Η ιδρυματοποίηση μπορεί να καταρρακώσει την προσωπικότητα του ατόμου και να απειλήσει την ακεραιότητά του. Το ίδρυμα αν και παρέχει τη απόλυτη ασφάλεια για τη διαβίωση του ηλικιωμένου μπορεί να υποσκάπτει την ψυχολογική του ασφάλεια εξαιτίας του καθολικού ελέγχου που ασκεί πάνω του. Το άγχος και ο φόβος του ηλικιωμένου κατά την διαμονή του στο ίδρυμα μπορεί να εντείνει τα ήδη υπάρχοντα ψυχολογικά, κοινωνικά και σωματικά προβλήματα.

Οι ψυχολογικές ανάγκες ενός ηλικιωμένου ατόμου όπου κι αν βρίσκεται μπορούν να αντιμετωπιστούν από τους ειδικούς και τους συγγενείς με την εξήγηση της φύσης και την έκταση του προβλήματος, με την τόνωση της θέλησης και της ελπίδας, με ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του, την εκπλήρωση των ψυχολογικών του αναγκών: αγάπη, αυτοέκφραση, συμμετοχή.

Η παρουσία, η συνεισφορά, η συμπαράσταση και η αγάπη της οικογένειας αποτελούν βασικούς παράγοντες για τη διατήρηση και βελτίωση της καθημερινότητας στη ζωή ενός ηλικιωμένου.

Βασικό ρόλο στην καθημερινότητα του ηλικιωμένου ατόμου παίζει η οικογένειά του.

Τα παιδιά φαίνεται να φροντίζουν τους γονείς τους και οι λόγοι είναι περισσότερο ηθικοί παρά νομικοί. Οι συναισθηματικοί δεσμοί ανάμεσα στις γενεές είναι στενοί. Οι επαφές που υπάρχουν ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από την απόσταση που υπάρχει ανάμεσά τους. Παρά την απόσταση οι δεσμοί ανάμεσά τους είναι ισχυροί και οι νέοι παραδέχονται τους ηλικιωμένους σε ορισμένους ρόλους. Υπάρχει η επιθυμία και η ανάγκη να βρίσκονται σε απόσταση επικοινωνίας. Όταν η απόσταση είναι μικρή οι ηλικιωμένοι είναι ικανοποιημένοι και δεν βιώνουν τόσο πολύ το αίσθημα της μοναξιάς ή της εγκατάλειψης. (Πουλοπούλου, E., 1999, 123).

Ακόμη ο ρόλος των ηλικιωμένων όταν ζει με τα παιδιά ή κοντά στα παιδιά του μεταβάλλεται καθώς αναλαμβάνει τον ρόλο του παππού ή της γιαγιάς αντίστοιχα, αναλαμβάνει ένα κομμάτι της ανατροφής των εγγονιών του με αποτέλεσμα να έχει την ευκαιρία της ανατροφής παιδιών πάλι, χωρίς να φέρει την ίδια ευθύνη. Αυτόματα η παρουσία του μέσα στην οικογένεια του δίνει ένα μεγάλο αίσθημα ικανοποίησης και προσφοράς. Επίσης δεν είναι λίγοι οι γονείς εκείνοι οι οποίοι στηρίζουν οικονομικά τα παιδιά του σ και συνεχίζουν να παρέχουν ενεργά στην οικογένεια.

Τέλος, οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη την παρουσία της οικογένειας δίπλα τους, της ανάγκη για φροντίδα, αγάπη , συμμετοχή, σεβασμό. Ο μεγαλύτερος φόβος είναι η εγκατάλειψη, η μοναξιά και μη αυτοεξυπηρέτηση. Όσο όμως υπάρχουν στενές σχέσεις με την οικογένεια τόσο καλύτερη ψυχολογική υγεία θα έχει ο ηλικιωμένος.

### **Κεφάλαιο 3. Άνοια**

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας που ταλαιπωρεί τα άτομα άνω των 65 ετών είναι η Άνοια.

Η Άνοια, ένα από τα βασικά Οργανικά Ψυχοσύνδρομα. Τα οργανικά Ψυχοσύνδρομα, είναι ψυχολογικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς που οφείλονται σε έναν εμφανή βιολογικό παράγοντα. Μια αρρώστια, εγκεφαλική βλάβη, ή εγκεφαλικό τραύμα είναι ικανά να προκαλέσουν παροδική ή μόνιμη αποδιοργάνωση και δυσλειτουργία του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να παρουσιαστούν οι διαταραχές αυτές.

Μπορούν να προσβάλλουν γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, αισθητηριακές καθώς και λειτουργίες της αντίληψης της σκέψης ή των συναισθημάτων.

Το ποσοστό της Άνοιας στην ηλικία άνω των 65 ετών είναι πάνω από 10% και από αυτό το ποσοστό, ένα 20% υπολογίζεται ότι θα πάθει Alzheimer. Οι επιπτώσεις είναι πολλές, κοινωνικές, οικονομικές, ψυχολογικές, τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για την οικογένεια, το κράτος και την κοινωνία γενικότερα. Γι' αυτό και χαρακτηρίζεται από πολλούς ως «Η επιδημία του 20<sup>ου</sup> αιώνα» (Μάνος, Ν., 1999, 269).

Το βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η έκπτωση της βραχύχρονης και της μακρόχρονης μνήμης σε συνδιασμό με έκπτωση της αφηρημένης σκέψης και κρίσης, ή μεταβολές στην προσωπικότητα. Η διαταραχή είναι αρκετά σοβαρή ώστε να παραβλάπτεται σημαντικά η εργασία του ατόμου, οι κοινωνικές του δραστηριότητες και οι σχέσεις του.

Η Άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα, εξελίσσεται βαθμιαία και επιδεινώνεται για μήνες ή και για χρόνια. Συχνά αρχίζει με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακή διάθεση ή ευερεθιστικότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Σιγά σιγά όμως ο ασθενής αρχίζει να δείχνει ότι έχει δυσκολία σε κάθε δραστηριότητα που απαιτεί απόκτηση καινούριας γνώσης. (Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 52- 54).

Η έκπτωση της μνήμης, είναι από τα πιο έντονα συμπτώματα στην αρχή όμως περνάει απαρατήρητη τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του.

Επειδή όμως αυτό επιδεινώνεται, το άτομο χρειάζεται να επαναλαμβάνει για να διατηρεί τη μνήμη του. Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις που το άτομο αντιλαμβάνεται και τα προοδευτικά αυξανόμενα ελλείματα της μνήμης, αλλά χρησιμοποιεί την άρνηση και το ψέμα για να καλύψει τα κενά μνήμης. Αυτή η αντιμετώπιση και η φυσική πορεία επιδείνωσης που ακολουθεί η ασθένεια, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα και κινδύνους στην καθημερινή ζωή αφού το άτομο πλέον ξεχνάει που πηγαίνει ή τι κάνει κ.λπ. (Μάνος, Ν., 1999, 269).

Προοδευτικά το άτομο χάνει και άλλες δεξιότητες και βρίσκεται σε κατάσταση απραξίας, αφασίας και αγνωσίας και ο λόγος του σε συνδιασμό με τις άλλες νοητικές λειτουργίες γίνεται ασαφής. Η προσωπικότητα του ασθενούς παρουσιάζει μεταβολές, το άτομο γίνεται πιο ήσυχο και αποσυρμένο, μπορεί όμως να γίνει και πιο ενεργητικό κατά κοινωνικά απρόσφορο τρόπο και πιθανόν να κάνει απρέπειες ή να θυμώνει. Μπορεί επίσης να επιταθούν προνοσηρά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και το άτομο να παρουσιάσει παρανοϊκές ιδέες δίωξης ή ζηλοτυπίας (Πολίτης, Α. «Διάγνωση της κατάθλιψης στην Άνοια», στο Τσολάκη, Καζής, 2005, 167).

Παρ' όλο που την άνοια τη συναντάμε περισσότερο στη γεροντική ηλικία, δεν είναι φυσικό επακόλουθο των γηρατειών. Είναι διάχυτη νόσος του εγκεφάλου της οποίας η διάγνωση αφορά οποιαδήποτε ηλικία μετά τα 3 ή τα 4 έτη, ηλικία που ο δείκτης ευφυΐας αποκτά σημαντική σταθερότητα. (Μάνος, Ν., 1999, 269).

Η πορεία της Άνοιας, εξαρτάται επίσης και από την αιτία της. Αν η αιτία μπορεί να θεραπευτεί, όπως π.χ σε όγκους εγκεφάλου, τότε η Άνοια μπορεί να αναχαιτιστεί ή να αντιστραφεί. Αν όμως πρόκειται για Πρωτοπαθή Εκφυλιστική Άνοια τύπου Alzheimer, τότε ο θάνατος είναι η κατάληξη μετά από μακρά πορεία.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, υποχονδριακές ιδέες, κατάθλιψη και ιδέες αυτοκτονίας. (Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 52- 54).

Κατά τα παραπάνω, μπορούμε να διαχωρίσουμε την άνοια σε ελαφρά, όταν το άτομο μπορεί να παρουσιάσει έκπτωση στην εργασία του ή στις κοινωνικές δραστηριότητες,

παραμένει όμως η ικανότητα για ανεξάρτητη διαβίωση με επαρκή ατομική υγιεινή και σχετικά άθικτη κρίση.

Μέτρια όταν η ανεξάρτητη διαβίωση του ατόμου είναι επικίνδυνη και απαιτείται κάποιου βαθμού επίβλεψη.

Βαριά όταν οι δραστηριότητες του ατόμου παρουσιάζουν τέτοια έκπτωση που απαιτείται συνεχής επίβλεψη. (Μάνος, Ν., 1999, 269).

Για να διαγνώσουμε ότι ένα άτομο πάσχει από Άνοια θα πρέπει να φέρει τα εξής χαρακτηριστικά: (Μάνος, Ν., 1999, 269, Ρηγοπούλου Σ., 2005, «Διαγνωστικά κριτήρια Ανοιών» στο Τσολάκη, Καζής, 167, Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 52- 54).

✓ Υπαρξη ενδείξεων έκπτωσης τόσο στη μνήμη όσο και στη σκέψη σε τέτοιο βαθμό που να παραβιάζουν τις προσωπικές δραστηριότητες στη καθημερινή ζωή.

✓ Μείωση της μνημονικής ικανότητας η οποία επηρεάζει την αποθήκευση και ανάκλαση νέων πληροφοριών και γνώσεων. Παράλληλα μπορεί να παρατηρηθεί και απώλεια του παρελθοντικού μνημονικού υλικού. Στην Άνοια υπάρχει και διαταραχή σκέψης και της ικανότητας κρίσης όπως και μείωση στη ροή ιδεών.

✓ Ελλιπής επεξεργασία των εισερχομένων πληροφοριών, με αποτέλεσμα το άτομο να έχει όλο και περισσότερη δυσκολία να παρακολουθήσει περισσότερα από ένα ερεθίσματα ταυτόχρονα, να πάρει μέρος σε μια συζήτηση με αρκετά άτομα και να μεταθέσει την εστία της προσοχής του από το ένα θέμα το άλλο.

Τα παραπάνω συμπτώματα και διαταραχές θα πρέπει να διαρκούν εμφανώς τουλάχιστον επί 6 μήνες ώστε να τεθεί βάσιμα η κλινική διάγνωση της άνοιας.

✓ Η διαφορική διάγνωση της άνοιας μπορεί να γίνει από το παραλήρημα, στο οποίο υπάρχει έκπτωση της μνήμης και θόλωση της συνείδησης ενώ στην άνοια όχι, το παραλήρημα αναπτύσσεται γρήγορα ενώ η άνοια αργά και προοδευτικά.

✓ Από την ψευδοάνοια, όπου πολλά ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα άνοιας που να οφείλονται όμως σε λειτουργική ψυχική διαταραχή.



✓ Τέλος, από ακατανόητα Προσποιητή διαταραχή με Ψυχολογικά συμπτώματα που δεν υπάρχει οργανικός παράγοντας όπως συμβαίνει με την Άνοια.

## Κεφάλαιο 4. Κλινική εικόνα Άνοιας

### 4.1. Διαγνωστικά κριτήρια ανοιών

Οι Άνοιες χαρακτηρίζονται από πολλαπλά νοητικά ελλείμματα (συμπεριλαμβανομένης της έκπτωσης της μνήμης), τα οποία οφείλονται είτε στις άμεσες φυσιολογικές επιπτώσεις μιας γενικής παθολογικής κατάστασης, είτε στις εμμένουσες επιπτώσεις της χρήσης μιας ουσίας, είτε σε άλλη αιτιολογία. Οι διαταραχές έχουν κοινή συμπτωματολογία εμφάνισης, αλλά διαφοροποιούνται ως προς την αιτιολογία. (Μάνος, Ν., 1999, 269).

Το ουσιώδες γνώρισμα της άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλού νοητικού ελλείμματος, το οποίο περιλαμβάνει έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον μία από τις εξής νοητικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία και διαταραχές της εκτελεστικής λειτουργίας. Τα νοητικά ελλείμματα θα πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά για να διαταράξουν το κοινωνικό ή το επαγγελματικό επίπεδο λειτουργικότητας και θα πρέπει να αντιπροσωπεύουν μία έκπτωση από ένα προηγούμενο υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας. (Ρηγοπούλου Σ., 2005, «Διαγνωστικά κριτήρια Ανοιών» στο Τσολάκη, Καζής, 124).

A1). Ασθενείς με άνοια έχουν έκπτωση της ικανότητάς τους να αποκτούν καινούριες γνώσεις ή ξεχνούν πράγματα που είχαν μάθει στο παρελθόν. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν και τις δύο αυτές μορφές έκπτωσης της μνήμης, παρόλο που είναι ορισμένες φορές δύσκολο να καταδειχθεί η απώλεια προγενέστερου μνημονικού υλικού κατά τη διάρκεια της διαταραχής.

A2a). Η επιδείνωση της γλωσσικής λειτουργίας (αφασία), ενδεχομένως, εκδηλώνεται με δυσκολία στην κατονομασία ατόμων και αντικειμένων. Η ομιλία του ασθενούς με αφασία μπορεί να γίνει αόριστη ή ρηχή, με μακρές φάσεις περιστασιακής λεπτολογίας και υπερβολική χρήση αόριστων αναφορών. Η κατανόηση του γραπτού και προφορικού λόγου και η επανάληψη είναι επίσης δυνατόν να έχουν επηρεαστεί. Σε προχωρημένα στάδια της άνοιας, οι ασθενείς μπορεί να είναι βωβοί ή να έχουν διαταραγμένη ομιλία,

που να χαρακτηρίζεται από ηχολαλία (επανάληψη όλων των ήχων που ακούν) ή από παλιλαλία (επανάληψη ήχων και λέξεων ξανά και ξανά).

A2β). Οι ασθενείς με άνοια μπορεί να εκδηλώσουν απραξία (δηλαδή διαταραγμένη ικανότητα εκτέλεσης κινητικών δραστηριοτήτων παρά τη μη προσβολή του κινητικού μηχανισμού, της αισθητηριακής λειτουργίας και της κατανόησης της απαιτούμενης εργασίας).

A2γ). Οι ασθενείς με άνοια μπορεί να εκδηλώσουν αγνωσία (δηλαδή αποτυχημένη αναγνώριση ή ταυτοποίηση αντικειμένων παρά τη μη προσβολή του αισθητηριακού μηχανισμού) (Ρηγοπούλου Σ., 2005, «Διαγνωστικά κριτήρια Ανοιών» στο Τσολάκη, Καζής, 125).

#### **4.2. Σχετιζόμενα γνωρίσματα και διαταραχές**

Η άνοια, ορισμένες φορές, συνοδεύεται από διαταραχές της κίνησης και της στάσης, που οδηγούν σε πτώσεις. Ορισμένοι ασθενείς με άνοια επιδεικνύουν άρση των αναστολών στη συμπεριφορά τους, κάνοντας απρόσφορα αστεία, παραμελώντας την προσωπική τους υγιεινή, επιδεικνύοντας μη οφειλόμενη οικειότητα σε ξένους και παραβλέποντας τους συμβατικούς κανόνες της κοινωνικής συμπεριφοράς. Η διαταραγμένη ομιλία μπορεί να παρατηρηθεί σε άνοια που σχετίζεται με υποφλοιώδεις παθολογικές διαταραχές. (Μάνος, Ν., 1999, 298).

Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να αφορούν σε όλους τις αισθήσεις, αλλά οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι οι πιο συνηθισμένες. Το παραλήρημα συχνά επιπροστίθεται στην άνοια, επειδή η υποκείμενη εγκεφαλική δυσλειτουργία, ενδεχομένως, καθιστά περισσότερο επιρρεπή τον ασθενή σε συγχυτικές καταστάσεις, τις οποίες μπορεί να προκαλεί η φαρμακευτική αγωγή ή σε άλλες συνυπάρχουσες γενικές παθολογικές καταστάσεις. Οι ασθενείς με άνοια μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε φυσικούς παράγοντες πίεσης και ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες πίεσης, οι οποίοι ενδεχομένως να

επιτείνουν τα νοητικά τους ελλείμματα και άλλα σχετιζόμενα με αυτά προβλήματα. (Ρηγοπούλου Σ., 2005, «Διαγνωστικά κριτήρια Ανοιών» στο Τσολάκη, Καζής, 126).

### 4.3. Παράγοντες κινδύνου πρόκλησης άνοιας

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

A) *Γενετικοί παράγοντες*. Ο σοβαρότερος γενετικός παράγοντας κινδύνου για την άνοια είναι το αλληλόμορφο γονίδιο ε4, το οποίο σχετίζεται επίσης με την ήπια γνωστική διαταραχή και την κατάθλιψη. Ενδεικτικό στοιχείο της διαγνωστικής αξίας του συγκεκριμένου γονιδίου είναι η εκπόνηση επί δειγμάτων ατόμων υψηλού κινδύνου σειράς μελετών με ερευνητικούς στόχους επικεντρωμένους σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό και θετικό ε4.

B) *Δημογραφικοί παράγοντες*. Η νόσος προσβάλλει τα άτομα άνω των 65 ετών, κυρίως γυναίκες, λόγω του μεγαλύτερου μέσου όρου ζωής. Έχουν τα περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα καθώς και μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου σε σχέση με τους άνδρες της ίδιας ηλικίας. Το μορφωτικό επίπεδο συνδεδεμένο με την εκπαίδευση σχετίζεται με την πρόκληση της νόσου. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου. Παρόλα αυτά η άνοια προσβάλλει και άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

Γ) *Κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες*. Η ποιότητα και η ένταση της εργασίας, η ανεργία, οι διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους και συνήθειες, οι οποίες ερευνώνται για να αποσαφηνιστεί η σχέση τους με την άνοια.

Δ) *Ψυχοσωματικοί παράγοντες – Παθήσεις – Κακώσεις*. Μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την άνοια, καθώς και ότι οι ήπιες γνωστικές διαταραχές αυξάνουν την πιθανότητα για εκδήλωση της άνοιας.

Ένας πρόσθετος παράγοντας κινδύνου για άνοια είναι η χρήση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, τα οποία στο σύνολό τους, είναι δυνατό να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές σε ευαίσθητα άτομα. (Παναγιωτοπούλου, Β., 2005, «Ψυχιατρικά συμπτώματα στην άνοια τύπου Alzheimer. Διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθήματος» στο Τσολάκη, Καζής, 167).

#### **4.4. Προφυλακτικοί παράγοντες για την άνοια**

Οι προφυλακτικοί παράγοντες επηρεάζουν την εξέλιξη της άνοιας. Μεταξύ των παραγόντων που προφυλάσσουν από την Άνοια είναι οι εξής:

*Εργασία.* Η εργασιακή απασχόληση και η δημιουργική κάλυψη του ελεύθερου χρόνου συνεισφέρουν στην ψυχοσωματική εγρήγορση του ατόμου και στη διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών σε επαρκές επίπεδο (Δαρδαβέσης, Θ., 2005, «Επιδημιολογία της άνοιας» στο Τσολάκη, Καζής, 33).

*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 του επιπέδου της υγείας του ατόμου και πιθανώς λειτουργούν προφυλακτικά για την άνοια.

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

*Κάπνισμα.* Η καπνιστική συνήθεια επιφέρει σοβαρές βλάβες στην υγεία. Πορίσματα ερευνών επεσήμαναν ότι το κάπνισμα δια της νικοτίνης καθυστερεί την εκδήλωση της άνοιας.

*Συστολική πίεση.* Η αντιμετώπιση της συστολικής πίεσης με την εφαρμογή αντιυπερτασικής αγωγής, συνεισφέρει στην μείωση της επίπτωσης της άνοιας σε ποσοστά τα οποία αγγίζουν μέχρι και το 50%.

*Χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.* Η εξέλιξη των παθοφυσιολογικών σταδίων της άνοιας οδηγεί σε νευρωτικό θάνατο. Η επιβράδυνση ή ακόμα και η αναστολή της εξέλιξης αυτής φαίνεται να επηρεάζεται από την κατανάλωση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

*Υποκατάσταση με οιστρογόνα.* Τα οιστρογόνα επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία, ενεργοποιώντας μηχανισμούς αποκατάστασης των νευρώνων, οι οποίοι έχουν υποστεί βλάβες κατά την εξέλιξη της άνοιας και επιπλέον, μειώνουν την συσσώρευση αμυλοειδούς μεταξύ των νευρωνικών κυττάρων (Δαρδαβέσης, Θ., 2005, «Επιδημιολογία της άνοιας» στο Τσολάκη, Καζής, 34).

## **Κεφάλαιο 5. Τύποι Άνοιας**

### **5.1. Νοητική διαταραχή**

Είναι γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι, αρκετές φορές παρουσιάζουν ένα βαθμό έκπτωσης της μνημονικής τους ικανότητας. Έχει παρατηρηθεί μειωμένη απόδοση σε μετρήσεις της επεισοδιακής μνήμης, οπτικοχωρικής ικανότητας, ονομασίας αντικειμένων και βραδύτητα εκτελεστικής ικανότητας. Οι διαταραχές αυτές είναι συνήθως μικρές και δεν επηρεάζουν την λειτουργική ικανότητα του ατόμου. Υπάρχουν όμως και ηλικιωμένοι που χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για κάποιο ανοϊκό σύνδρομο παρουσιάζουν κάποια νοητική διαταραχή μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για την ηλικία τους. (Βαγενάς Β, 2005, «Ήπια νοητική διαταραχή» στο Τσολάκη, Καζής, 267).

Με τον όρο «Ήπια Νοητική Διαταραχή» προσδιορίζεται η μεταβατική κατάσταση μεταξύ του υγιούς ηλικιωμένου και του πάσχοντος από ανοϊκό σύνδρομο.

Η διάγνωσή του χαρακτηρίζεται από παρουσία διαπιστωμένης έκπτωσης της μνήμης, διατήρηση των γενικών νοητικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου και απουσία διαγνωσμένου ανοϊκού κλινικού συνδρόμου (Βαγενάς Β, 2005, «Ήπια νοητική διαταραχή» στο Τσολάκη, Καζής, 268).

Η «Ήπια Νοητική Διαταραχή» μπορεί να περιλαμβάνει άτομα που δεν πάσχουν από Άνοια αλλά με διαταραχές στις νοητικές λειτουργίες, υγιείς ηλικιωμένους που ανησυχούν για τη νοητική τους κατάσταση, άλλους που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο εμφάνισης νόσου Alzheimer ή άλλου ανοϊκού συνδρόμου και αυτούς που έχουν κάποια νοητική δυσλειτουργία που συνδέεται με φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν, κατάχρηση αλκοόλ, κατάθλιψη, μεταβολικές διαταραχές ή σωματική νόσο. (Μάνος, Ν., 1999, 269, Παναγιωτοπούλου, Β., 2005, «Ψυχιατρικά συμπτώματα στην άνοια τύπου Alzheimer. Διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθήματος» στο Τσολάκη, Καζής, 167, Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 52- 54).

## 5.2. Άνοια επί νόσου Alzheimer

Αυτός ο τύπος Άνοιας είναι ο πιο κοινός. Είναι υπεύθυνη για το 50% περίπου όλων των ανοιών. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη και χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού. Παρουσιάζεται πρόιμη συρρίκνωση της μάζας του εγκεφάλου και άρα δεν αιματώνεται σωστά ο εγκέφαλος. Κλινικά χαρακτηρίζεται από έκπτωση της μνήμης, και των άλλων νοητικών λειτουργιών. Υπάρχουν διαταραχές του χωροχρονικού προσανατολισμού, της συγκέντρωσης και της προσοχής, έκπτωση στις λειτουργικές ικανότητες του πάσχοντος, καθώς και συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα. (Rubinstein H., 2000, 69).

Η Πρωτοπαθής Εκφυλιστική Άνοια τύπου Alzheimer αρχίζει μετά τα 65(όψιμη έναρξη). Λίγες περιπτώσεις αρχίζουν πριν τα 49 χρόνια(πρόιμη έναρξη). Υπολογίζεται ότι το 2- 4% του πληθυσμού πάνω από 65 έχει Alzheimer και πιο συχνά οι γυναίκες. Τα συμπτώματα αρχίζουν βαθμιαία και χειροτερεύουν προοδευτικά. Η ασθένεια καταλήγει σε θάνατο μέσα σε διάστημα από 5 εως 10 χρόνια.(Μάνος Ν, *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, σελ 361*)

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα: (Rubinstein H., 2000, 74).

Ύπουλη έναρξη με βραδεία επιδείνωση, ενώ είναι συνήθως δύσκολο να προσδιοριστεί χρονικά η έναρξη και η αναγνώριση των ελλειμάτων που προκαλεί η νόσος από τους άλλους μπορεί να γίνει ξαφνικά.

Απουσία κλινικών ενδεικτικών στοιχείων ή ευρημάτων από ειδικές εξετάσεις, που να υποδηλώνουν ότι η ψυχική κατάσταση οφείλεται σε άλλη συστηματική ή εγκεφαλική νόσο που μπορεί να προκαλέσει άνοια.

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η Άνοια τύπου Alzheimer είναι μη αναστρέψιμη. (Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 60-61).



Η νόσος Αλτσχάϊμερ αποτελεί σήμερα την πλέον διαδεδομένη νόσο μεταξύ των νευρολογικών παθήσεων, η οποία εκδηλώνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας. Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού, η νόσος Αλτσχάϊμερ συνιστά μια κοινότυπη εκφυλιστική πάθηση ευρείας κλίμακας στις δυτικές κοινωνίες με νευροπαθολογικά και κλινικά σημεία εκδήλωσης και συμπτώματα. (Rubinstein H., 2000, 112).

Ο άρρωστος που πάσχει από τη νόσο του Αλτσχάϊμερ αναπτύσσει και ψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες περιπλέκουν επίσης τις επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα ζωής του. Οι προκαλούμενες από τη νόσο αναπηρίες είναι τόσο έντονες όπου οι παρέχοντες υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης (συγγενείς ή επαγγελματίες υγείας), προσεγγίζουν τα δικά τους όρια αντοχής και άμυνας. Ιδιαίτερα πολλοί συγγενείς λόγω της συναισθηματικής φόρτισης, αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους σε όρια νευρικής κρίσης, καθώς δεν απουσιάζουν και οι διαταραχές των οικογενειακών σχέσεων ή και η διάλυσή τους. (Σαρρής.Μ.Σελ.346.)

Στα πρώιμα στάδια η νόσος εκδηλώνεται με αλλαγές στη ψυχο-συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου, με εμφανή την εκδήλωση κατάθλιψης, απάθειας, υπερδιέγερσης και άγχους. Πολλές φορές συνεχής επανάληψη των ίδιων ερωτήσεων, οδηγεί τους συγγενείς στα όριά της αντοχής τους.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται ο άρρωστος δεν αναγνωρίζει τα οικεία του πρόσωπα, τον εαυτό του, αδυνατεί να αυτό-εξυπηρετηθεί, αποπροσανατολίζεται και συχνά χάνεται. Οι συγγενείς με τη σειρά τους αδυνατούν να αναγνωρίσουν τον άνθρωπό τους, με αποτέλεσμα η ποιότητα ζωής τους να επηρεάζεται σε τέτοιο βαθμό ώστε να δυσκολεύονται να διατηρήσουν τα ίδια συναισθήματα που έτρεφαν απέναντι στον άνθρωπό τους.

Οι δυσκολίες αυτές οδηγούν σε διαταραχές της συναισθηματικής ζωής και καταλήγουν σε συναισθηματικά τραύματα καθώς ο άρρωστος καταλήγει να υφίσταται ως «ξένος» με ουσιαστική αδυναμία επικοινωνίας μαζί του. Η ποιότητα ζωής του ασθενή όχι μόνο επιδεινώνεται αλλά εξαφανίζεται σε ότι αφορά την ψυχο-συναισθηματικά και κοινωνική του διάσταση.

### 5.3. Αγγειακή Άνοια

Η Αγγειακή Άνοια διαχωρίζεται από την άνοια επί τύπου Alzheimer από το ιστορικό έναρξης, τα κλινικά χαρακτηριστικά και την επακολουθείσα πορεία. Τυπικά υπάρχει ιστορικό παροδικών ισχαιμικών προσβολών με διαταραχή της συνείδησης βραχείας διάρκειας. Η άνοια μπορεί επίσης να ακολουθεί μια σειρά οξέων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Στη συνέχεια γίνονται εμφανείς κάποιες διαταραχές της μνήμης και της σκέψης.

Η έναρξη γίνεται συνήθως σε μεγάλη ηλικία. Η αγγειακή άνοια συνήθως είναι το αποτέλεσμα εγκεφαλικών επεισοδίων τα οποία οφείλονται σε αγγειακή νόσο, συμπεριλαμβανομένης της υπερτασικής αγγειακής εγκεφαλικής νόσου. (Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 62, Αργυροπούλου, Ο., 2005, «Αγγειακή άνοια και νοητικές διαταραχές αγγειακής αιτιολογίας» στο Τσολάκη, Καζής, 281).

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

Απώλεια μνήμης, νοητική έκπτωση και εστιακά νευρολογικά σημεία.

Υπέρταση, φύσημα των καρωτίδων, συναισθηματική αστάθεια με παροδικό καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάμα ή έντονο γέλιο και παροδικά επεισόδια θόλωσης της συνείδησης.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι εμφανείς οι μεταβολές της προσωπικότητας με απάθεια, έλλειψη αναστολών ή εμφάνιση χαρακτηριστικών της προηγούμενης προσωπικότητας, όπως εγωκεντρικότητα, παρανοειδής στάση ή ευερεθιστικότητα.(Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Αργυροπούλου, Ο., 2005, «Αγγειακή άνοια και νοητικές διαταραχές αγγειακής αιτιολογίας» στο Τσολάκη, Καζής, 285).

#### **5.4. Αγγειακή εγκεφαλική νόσος και αιμόσταση**

Μετά από ιατρικές μελέτες, επιβεβαιώθηκε ότι οι αγγειακές βλάβες, παίζουν ρόλο στη νοητική έκπτωση και τελικά στην Άνοια, ιδιαίτερα ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου(υπέρταση, διαβήτης, κάπνισμα, υψηλή χοληστερόλη, κολπική μαρμαρυγή) φαίνεται ότι και συγκεκριμένοι δείκτες αυξημένης πηκτικής δραστηριότητας σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο νοητικής έκπτωσης, αγγειακού ή μη τύπου.

Η μέτρηση παραγόντων της πήξης του αίματος, θα μπορούσε να εντοπίσει άτομα με αυξημένο κίνδυνο αγγειακών επεισοδίων και πιθανό επακόλουθο τη νοητική έκπτωση.

Τροποποίηση των παραμέτρων της αιμόστασης και εφαρμογή αντιαιμοπεταλιακής ή άλλης αντιθρομβωτικής αγωγής συμβάλλει σημαντικά στην προφύλαξη, στον έλεγχο και πιθανώς στην βελτίωση της νοητικής έκπτωσης αγγειακής αιτιολογίας ή αιτιολογίας τύπου Alzheimer. Γεωργούλης, Ι, 2005, «Αγγειακή εγκεφαλική νόσος και αιμόσταση: εργαστηριακή και θεραπευτική προσέγγιση» στο Τσολάκη, Καζής, 295).

#### **5.5. Μετωποκροταφική Άνοια (Άνοια επί νόσου Pick)**

Είναι ο τύπος άνοιας που αρχίζει στη μέση ηλικία (50- 60 ετών) και χαρακτηρίζεται από βραδείες προοδευτικές μεταβολές του χαρακτήρα και από κοινωνική υποβάθμιση, η οποία ακολουθείται από διαταραχή των νοητικών ικανοτήτων της μνήμης και των λειτουργιών της γλώσσας με απάθεια και ευφορία. Η μνήμη και οι νοητικές λειτουργίες παραμένουν σε ικανοποιητικό βαθμό μέχρι τα τελικά στάδια της νόσου.

Διακρίνεται σε 3 τύπους: τον τύπο με άρση των αναστολών, τον τύπο με απάθεια και τον τύπο με στερεοτυπίες.

Στον τύπο με άρση των αναστολών η συμπεριφορική διαταραχή διαπιστώνεται με υπομανία, υπεραπασχόληση, άρση των αναστολών και κοινωνικά απαράδεκτη συμπεριφορά.

Στον τύπο με απάθεια κυριαρχεί η διαταραχή της βούλησης και ο ασθενής παρουσιάζεται απαθής, με ομιλία πτωχή και αργή ενώ συχνά θεωρείται καταθλιπτικός.

Στον τύπο με στερεοτυπίες η κατάσταση θυμίζει ψυχαναγκαστική διαταραχή.

Για να διαγνωστεί αν κάποιο άτομο πάσχει από άνοια επί νόσου Pick πρέπει να παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

Προοδευτική Άνοια, επικράτηση συμπτωμάτων χαρακτηριστικών προσβολής του μετωπιαίου λοβού με ευφορία συναισθηματική άμβλυση, τραχύτητα της κοινωνικής συμπεριφοράς, έλλειψη αναστολών και απάθεια ή ανησυχία, διαταραχές συμπεριφοράς οι οποίες συνήθως προηγούνται της γνήσιας διαταραχής της μνήμης.(Μάνος Ν, *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, 64, Σακκά, Π., 2005, «άνοια με σωματία Lewy» στο Τσολάκη, Καζής, 304).

## **5.6. Άνοια επι νόσου Creutzfeldt- Jacob**

Είναι προοδευτική άνοια με εκτεταμένα νευρολογικά σημεία, λόγω ειδικών νευροπαθολογικών μεταβολών οι οποίες θεωρείται ότι οφείλονται σε μεταδοτικό παράγοντα. Η έναρξη συμβαίνει συνήθως στη μέση ή μεγάλη ηλικία, κατά κύριο λόγο στην 5η δεκαετία της ζωής. Η πορεία είναι υποξεία και οδηγεί στον θάνατο σε 1- 2 έτη..(Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 62- 63).

Από την πρώτη φάση παρουσιάζεται με διαταραχές γνωστικές και μνήμης. Μπορεί επίσης να παρουσιαστεί με μια παράλληλη δυσκολία στην ομιλία, το γράψιμο και μια γενικότερη σύγχυση.πιο σπάνια μπορεί να ξεκινήσει με σύνδρομο κατάθλιψης καθώς και με τάσεις αυτοκτονίας. Αναφέρονται και διαταραχές στην όραση. Ο ασθενής μπορεί να παραπονείται για θάμβωση, διπλωπία ή οπτικές παραισθήσεις, βλάβες στην αντίληψη των χρωμάτων και διαστροφή σχημάτων ή και απώλεια του μισού οπτικού πεδίου. Άλλα ευρήματα περιλαμβάνουν αστάθεια της αρτηριακής πίεσης, μεταβολή της όρεξης με σημαντικές διαταραχές του ύπνου και των βιορυθμών.

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

Προοδευτική παράλυση των κάτω άκρων, αταξία ή ελάττωση της όρασης και πολλαπλά νευρολογικά συμπτώματα τα οποία εκδηλώνονται σχετικά ταχέως σε διάστημα από κάποιους μήνες έως και 2 χρόνια

Χαρακτηριστικά που δηλώνουν έντονα τη νόσο είναι η εξελισσόμενη, ισοπεδωτική άνοια, παραφροσύνη, μυϊκές εκφορτίσεις, παρεγκεφαλικά συμπτώματα και μερικές οπτικές εκδηλώσεις (Σκλαβιάδης, Θ, 2005, «Νόσοι Prion, σπογγόμορφες μεταδοτικές εγκεφαλοπάθειες» στο Τσολάκη, Καζής, 330).

### **5.7. Άνοια επί νόσου Huntington**

Είναι η άνοια η οποία συμβαίνει ως εκδήλωση διάχυτης εκφύλισης του εγκεφάλου και μεταδίδεται με απλό αυτοσωματικό γονίδιο. Τυπικά εμφανίζεται στην 3η με 4η δεκαετία της ζωής και η έκπτωση είναι ίση και για τα δύο φύλα.

Σε ένα ποσοστό περιπτώσεων, ως πρώιμα συμπτώματα παρατηρούνται κατάθλιψη, άγχος ή γνήσια κρανοειδής διαταραχή, τα οποία συνοδεύονται από μεταβολή της προσωπικότητας. Η εξέλιξη είναι βραδεία και συνήθως οδηγεί στον θάνατο μετά από 10 με 15 έτη.

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

Χορειακές κινήσεις τυπικά στο πρόσωπο στα χέρια, στους ώμους ή στο βάδισμα.

Η συνύπαρξη χορειακών κινήσεων άνοιας τύπου Huntington υποδηλώνει έντονα τη διάγνωση. (Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 66).

### **5.8. Άνοια επί νόσου Parkinson**

Άνοια που αναπτύσσεται στην πορεία εγκατεστημένης νόσου του Parkinson. Οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στην ευφράδεια λόγου και στην αφηρημένη σκέψη καθώς και βραδύτητα στον συλλογισμό, αλλά αυτά τα συμπτώματα είναι γενικώς ήπια και δεν εμποδίζουν σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες. Παρ'όλα αυτά όμως, συχνά εμφανίζονται δυσκολίες στη συνομιλία με πολλά πρόσωπα.

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

Οπτικοχωρική διαταραχή, μνημονική διαταραχή και δυσεκτελεστικό σύνδρομο.

Κατά κύριο λόγο εμφανίζεται ύστερα από μια αρχική περίοδο της νόσου και τυπικά στην όψιμης έναρξης μορφή. Αυτό είναι και το βασικό στοιχείο που την διαφοροποιεί από την άνοια Lewy Body στην οποία οι διαταραχές είναι ίδιες αλλά εμφανίζονται σε άτομα με προχωρημένη και συνήθως σε τελικό στάδιο την νόσο του Parkinson είτε ακόμη μπορεί και να προηγούνται αυτής. (Μάνος, Ν., 1999, 269, Παναγιωτοπούλου, Β., 2005, «Ψυχιατρικά συμπτώματα» στο Τσολάκη, Καζής, 167, Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 52- 54).

### **5.9. Άνοια επι νόσου, οφειλόμενη στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV)**

Είναι η διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από ελλείματα των γνωστικών λειτουργιών και η οποία πληρεί τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας και συνυπάρχει με τη λοίμωξη του ιού HIV. Συνήθως εξελίσσεται ταχέως σε σοβαρή γενικευμένη άνοια, αλαλία και θάνατο. Τυπικά παρουσιάζεται με αιτιάσεις μειωμένης μνημονικής ικανότητας, επιβραδυμένης δραστηριότητας, δυσχέρειας συγκέντρωσης, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων και στο διάβασμα.

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

Απάθεια, μείωση του αυθορμητισμού και κοινωνική απόσυρση, διάφορες μορφές συναισθηματικών διαταραχών, ψύχωση ή επιληπτικές κρίσεις, φόβος στη σωματική εξέταση, διαταραχή των ταχείων επαναληπτικών κινήσεων, απάθεια, αστάθεια, αταξία και υπερτονία, έκπτωση της λεκτικής και της οπτικοχωρικής μνήμης, της αφαιρετικής ικανότητας και της σφαιρικής νοητικής κατάστασης..(Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 66, Καρλοβασίτου, Α, 2005, «Άνοια και επιληπτικές κρίσεις» στο Τσολάκη, Καζής, 354).

### **5.10. Άνοια από τραύμα εγκεφάλου**

Για να γίνει διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου θα πρέπει να αναφέρεται κάποιος κρανιακός τραυματισμός. Πολλές φορές όμως το υποσκληρίδιο αιμάτωμα μένει αδιάγνωστο. Άλλες φορές μπορεί ο τραυματισμός να θεωρήθηκε ασήμαντος ή να έγινε πολύ καιρό πριν τη διάγνωση και κατά συνέπεια να μην υπήρξε απώλεια συνείδησης. Προδιαθετικοί παράγοντες για υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι η ηλικία άνω των 60 ετών, ο αλκοολισμός, η επιληψία και η νεφρική αιμοκάθαρση.

Στη διάγνωση παρατηρείται ότι η κλινική εικόνα παρουσιάζει κεφαλαγίες και άλγος κατά την πίεση της κροταφικής περιοχής (συμπτώματα ενδοκρανιακού όγκου), θόλωση της συνείδησης ή λήθαργος.

Ακτινογραφία του κρανίου, η εξέταση του βυθού των οφθαλμών και το Ηλεκτρονικό Εγκεφαλογράφημα βοηθούν στον προσανατολισμό της διάγνωσης, η οποία επιβεβαιώνεται από Αξονική Τομογραφία.(T. Lenperiere- A. Feline και συνεργάτες, Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων, σελ. 561)

## Κεφάλαιο 6. Συσχέτιση άνοιας και κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση, που έχει απασχολήσει αρκετά την ανθρωπότητα, από τα πρώιμα στάδια της μέχρι και σήμερα. Εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους έντεκα θα νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του.

Όπως και κάθε άλλη νόσος, χαρακτηρίζεται από μια σειρά συμπτωμάτων η οποία περιγράφεται στα διαγνωστικά κριτήρια των ταξινομικών συστημάτων DSM IV και ICD-10. Τα συμπτώματα οφείλονται κατά κύριο λόγο σε διαταραχή του συναισθήματος, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, των γνωστικών λειτουργιών, αλλά και των λειτουργιών του φυτικού νευρικού συστήματος.

Κάποια συμπτώματα που φέρει ο καταθλιπτικός ασθενής είναι: το ψυχικό άλγος το οποίο βιώνει, τα μειωμένα ενδιαφέροντά και δραστηριότητές του, δυσκολίες στη συγκέντρωση, περιορισμένη όρεξη για φαγητό, επικράτηση αναίτιων συναισθημάτων ενοχής και τύψεων, αυτοκαταστροφικές τάσεις. Τα συμπτώματα αυτά σε συνδυασμό με άλλες εκδηλώσεις όπως διαταραχή της υπνικής λειτουργίας, της σεξουαλικής δραστηριότητας και πολλών βιολογικών ρυθμών έχουν ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση της προσωπικής κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής του πάσχοντος. (Γ.Ν. Χριστοδούλου, Σελ.14-15.)

Η κατάθλιψη και η Άνοια είναι από τις πλέον συνήθεις διαταραχές που πλήττουν την τρίτη ηλικία. Η σχέση ανάμεσα στην Άνοια και την κατάθλιψη είναι πολύπλοκη και η διαφοροδιάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή. Έτσι η παρουσία κατάθλιψης χωρίς Άνοια στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται από γνωσιακή δυσλειτουργία και μπορεί, μερικές φορές να διαγνωστεί εσφαλμένα ως Άνοια.

Παράλληλα, η παρουσία άλλων νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, όπως η απάθεια, η ευερεθιστότητα αλλά και οι διαταραχές του ύπνου μπορεί εσφαλμένα να διαγνωστούν ως συμπτώματα κατάθλιψης (Πολίτης, Α, 2005, «Διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια» στο Τσολάκη, Καζής, 169).



Αν και η κατάθλιψη είναι εν δυνάμει αναστρέψιμη κατάσταση, η παρουσία της σε ανοϊκούς ασθενείς είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική γι' αυτούς. Είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με ήπιου και μέτριου βαθμού άνοια. Επίσης συνοδεύεται από μεγάλη επιβάρυνση των συγγενών- φροντιστών και ακολουθείται από μεγάλο αριθμό νοσηλειών σε οικοτροφεία ή οίκους ευγηρίας (Πολίτης, Α, 2005, «Διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια» στο Τσολάκη, Καζής, 169).

Αυτό καθιστά την αναγνώριση αλλά και τη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια ιδιαίτερα σημαντική, γιατί έχει σαν αποτέλεσμα τόσο τον έλεγχο διαταραχών συμπεριφοράς, τον περιορισμό της επιβάρυνσης των φροντιστών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με το να παραμένουν στο οικείο προς αυτούς περιβάλλον.

Αν και δεν είναι σαφής η φυσική πορεία της νόσου, είναι σαφείς οι επιπτώσεις, τόσο στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των φροντιστών όσο και στην έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών. (Aging & Mental Health (1998);2(4):319-327 L. K. Ross, P. Arnsberger, P. J. Fox. The Institute for Health and Aging,, USA. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ).

Η κατάθλιψη αποτελεί βασικό σύμπτωμα τόσο στην Alzheimer όσο και στις άλλες κατηγορίες άνοιας. Οι στατιστικές μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς με Alzheimer παρουσιάζουν ποσοστό κατάθλιψης 13% ενώ ασθενείς με αγγειακή άνοια παρουσιάζουν ποσοστό κατάθλιψης 57% και ασθενείς με άνοια επί νόσου Parkinson παρουσιάζουν ποσοστό κατάθλιψης 50%. Πολίτης, Α, 2005, «Διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια» στο Τσολάκη, Καζής, 169).

Στην άνοια, τα συναισθήματα θλίψης είναι παροδικά, σαν αποτέλεσμα αντίδρασης σε ψυχοπιεστικά γεγονότα, και θεωρούνται από το οικείο περιβάλλον ως φυσιολογικά.

Σε αντίθεση με τη φυσιολογική θλίψη, η καταθλιπτική διάθεση που θεωρείται ως παθολογική αλλαγή της διάθεσης χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη χρονική διάρκεια και σοβαρότερου βαθμού θλίψη. Σ' αυτή την περίπτωση υπάρχει παρουσία και βιολογικών συμπτωμάτων όπως η αϋπνία, το κλάμα, η απώλεια βάρους αλλά και η αδυναμία να ρηματοποιήσει ο ασθενής με άνοια τη συναισθηματική του κατάσταση. Τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζονται τόσο σε καταθλιπτικούς, όσο και σε μη καταθλιπτικούς ανοϊκούς ασθενείς. (Semion G, Kermtzmani, A., Treves, Trevesi, M., Vainder, Korczyni, Department of Neurology, Tel Aviv Medical Center; 2Shalvata Mental Health Center ).

Τις περισσότερες φορές, η διάγνωση της κατάθλιψης τίθεται σε ποσοστό 14% από την ψυχιατρική εκτίμηση του ασθενούς, ενώ, 50% από την ψυχιατρική εκτίμηση και τις πληροφορίες που παρέχουν οι φροντιστές. (Τσολάκη, Καζής, 2005, 170). Αυτό γιατί οι ασθενείς με κατάθλιψη συνήθως δεν αντιλαμβάνονται την καταθλιπτική συμπτωματολογία και δεν έχουν επίγνωση της νόσου.

Υπάρχουν όμως κάποια συγκεκριμένα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια.

Το πρώτο είναι, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και στατιστικό Εγχειρίδιο DSM- IV, πλήρωση των κριτηρίων για τη διάγνωση της Alzheimer.

Το δεύτερο αφορά στην παρουσία τριών ή περισσότερων συμπτωμάτων: καταθλιπτική διάθεση, μειωμένη άντληση ευχαρίστησης σε απάντηση σε κοινωνικές συναντήσεις και στις καθημερινές δραστηριότητες, κοινωνική απόσυρση, διαταραχή της όρεξης, αλλαγές στην ψυχοκοινωνικότητα, ευερεθιστότητα, κόπωση, μη ρεαλιστικές ενοχές, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός και σχεδιασμός.

Το τρίτο αφορά στη μη εμφάνιση της κατάθλιψης σε καθημερινή βάση, όπως αυτό ισχύει στο καταθλιπτικό επεισόδιο, αλλά στην παρουσία της στη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων της εμφάνισης της νόσου. (Τσολάκη, Καζής, 2005, 170, J. Kevin McNeil Atlantic Health Sciences Corporation, Saint John, New Brunswick, Canada).

Με βάση αυτά τα κριτήρια είναι πιο εύκολο να διαγνωστεί η κατάθλιψη μέσα στην άνοια, η οποία αποτελεί ιδιαίτερα σοβαρή διάγνωση και η επίγνωση της έκπτωσης της μνήμης στα αρχικά στάδια της νόσου μπορεί να πυροδοτήσει αρνητική συναισθηματική αντίδραση.

Στη βιβλιογραφία φέρεται ότι περίπου το 25% των ασθενών ανησυχούν για την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών τους. Η αντίδραση αυτή έχει τα χαρακτηριστικά της δυσθυμίας στους ασθενείς με επίγνωση της έκπτωσης των νοητικών τους λειτουργιών και διαφέρει από το καταθλιπτικό επεισόδιο που έχει βιολογική αιτιολογία.

Επίσης, ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ασθενούς έχουν πολλή σημασία στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αφού μπορεί να λειτουργήσουν ως διαμεσολαβητές ανάμεσα στην έκπτωση των νοητικών λειτουργιών και στην κατάθλιψη.

Χαμηλά ποσοστά νευροτισμού σε άντρες και η εσωτερική εστία ελέγχου στις γυναίκες μπορεί να λειτουργήσουν προστατευτικά στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που λαμβάνει τα χαρακτηριστικά της δυσθυμίας. (Πολίτης, Α, 2005, «Διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια» στο Τσολάκη, Καζής, 171).

Στη συνέχεια, ένα ποσοστό ασθενών με άνοια, υποφέρει από υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, με όψιμη έναρξη κυρίως. Οι ασθενείς αυτοί είναι πολύ πιθανόν να εξακολουθούν να εμφανίζουν κατάθλιψη στη διάρκεια της ανοϊκής συνδρομής. Επίσης, ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης, δέκα χρόνια πριν από την εμφάνιση της άνοιας θεωρούνται ως ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση άνοιας.

Τέλος, στην αγγειακή κατάθλιψη, η οποία πρόκειται για καταθλιπτική συνδρομή, εμφανίζεται στους ηλικιωμένους ως αποτέλεσμα υποφλοιωδών βλαβών αγγειακής αιτιολογίας, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών. (Πολίτης, Α, 2005, «Διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια» στο Τσολάκη, Καζής, 171).

Αν και υπάρχουν λίγες μελέτες αναφορικά με τη θεραπεία της κατάθλιψης στην άνοια, οι φαρμακευτικές παρεμβάσεις προχωρούν ραγδαία και στοχεύουν αρχικά στην καταστολή της κατάθλιψης και σταδιακά στην πλήρη αποθεραπεία.

Στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, περιλαμβάνονται δραστηριότητες που προκαλούν ευχαρίστηση αλλά και βοήθεια στην επίλυση του προβλήματος σε περιθάλποντες.

## **Κεφάλαιο 7. Φαρμακευτικές παρεμβάσεις**

Σε ηλικιωμένα άτομα εμφανίζονται μεταβολές στη μορφολογία του σώματος, αλλά και των κυτταρικών δομών, οι οποίες συνεπάγονται ουσιαστικές αλλαγές στη δράση των φαρμάκων. Επίσης, αναφορικά με τις κυτταρικές δομές, εμφανίζονται χαρακτηριστικές μεταβολές στις δομικές πρωτεΐνες, με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία πολλών άλλων μηχανισμών.

Στον άνθρωπο το γήρας σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση διαφόρων προβλημάτων, μεταξύ των οποίων είναι και η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια των φαρμακευτικών θεραπειών.

Με δεδομένο ότι ο αριθμός των συνυπαρχουσών νόσων αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας και η αντίστοιχη συνταγογράφηση αυξάνεται αναλογικά, είναι αναμενόμενο να αυξάνεται και ο σχετικός κίνδυνος από αυτήν (Αλεβιζόπουλος, Γ, 2005, «Φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων» στο Τσολάκη, Καζής, 398).

Σχετικά με τις φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιαιτερότητες των φαρμακευτικών ουσιών σε ηλικιωμένους, διαπιστώνεται ότι η βελτιστοποίηση της θεραπευτικής αντιμετώπισης θα πρέπει να καθορίζεται από δύο παράγοντες: αφενός από την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα του εκάστοτε φαρμάκου, το οποίο θα πρέπει να υπερέχει των δυνητικών κινδύνων, και αφετέρου από την επιλογή εκείνων των δόσεων που φαίνονται κλινικά αναγκαίες και προβλέπονται αν είναι ανεκτές από τον ασθενή, χωρίς τον κίνδυνο εμφάνισης τοξικότητας (Αλεβιζόπουλος, Γ, 2005, «Φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων» στο Τσολάκη, Καζής, 403).

### **7.1.Φαρμακευτική αντιμετώπιση της Άνοιας**

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

Μέχρι πρόσφατα, οι δυνατότητες για την αντιμετώπιση της άνοιας ήταν πραγματικά περιορισμένες. Ακόμη και σήμερα, δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, έχουν αναπτυχθεί πρόσφατα ειδικά σκευάσματα για την άνοια, με τα οποία μπορούμε πλέον να βελτιώσουμε τα συμπτώματα της νόσου και να καθυστερήσουμε την επιδείνωσή της.

Τα φάρμακα που έχουν εγκριθεί τα τελευταία χρόνια για την άνοια Τύπου Alzheimer είναι η Τακρίνη (Cognex), η Δονεπεξίλη, μία πιπερίνη (Aricept), η Ριβαστιγμίνη, μία φαινυλ-καρβαμάτη (Exelon), η Γκαλανταμίνη, ένα αλκαλοειδές της φαινανθρένης (Reminyl) και η Μεμαντίνη (Ebixa).

Σύμφωνα με μελέτες Σκανδιναβών, η Δονεπεξίλη μειώνει την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας σημαντικά. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ADAS-Cog, μια αναλυτική ψυχομετρική δοκιμασία αναφοράς, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί μόνο στις μελέτες και όχι στο καθημερινό κλινικό ιατρείο, λόγω της πολυπλοκότητάς της και του μεγέθους της. Δείχνει βελτίωση, στις διαταραχές συμπεριφοράς και σε περιστατικά με σοβαρή άνοια. Οι διαταραχές που βελτιώθηκαν σημαντικά ήταν το άγχος, η καταθλιψη, η δυσφορία και η απάθεια.

Σε μακροχρόνια χορήγηση η Ριβαστιγμίνη καθυστερεί την επιδείνωση των συμπτωμάτων της άνοιας. Είναι φανερό για τους ειδικούς ότι όσο νωρίτερα αρχίσει η θεραπεία τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα. (Τσολάκη, Μ, 2005, «Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας», στο Τσολάκη, Καζής, 410).

Πέρα από την βελτίωση της μνήμης, βελτιώνει και η λειτουργικότητα των ασθενών με άνοια και η ικανότητα να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Έχει μελετηθεί ότι η Γκαλανταμίνη μαζί με την χρήση δύο διαφορετικών κλιμάκων αξιολόγησης, της (ADCS-ADL), καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην λειτουργικότητα. Η διαφορά αυτή αφορά στις βασικές όσο και στις σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες. Σε ανεξάρτητη μελέτη αξιολόγησης της επίδρασης της γκαλανταμίνης στην κατάθλιψη οι ασθενείς παρουσίασαν μείωση των καταθλιπτικών επεισοδίων κατά 63% στην κλίμακα NPI-D και κατά 59% στην κλίμακα TFDD. Θετική επίδραση της γκαλανταμίνης σημειώνεται και σε ασθενείς με αγγειακή άνοια και μικτού τύπου άνοια, ενώ θετικά αποτελέσματα φαίνεται να μεγιστοποιούνται στους ασθενείς που βρίσκονται στο μέτριο στάδιο της νόσου.

Η Μεμαντίνη χρησιμοποιείται στην Γερμανία τις τελευταίες δύο δεκαετίες με ένδειξη τον παρκινσονισμό, την εγκεφαλική και περιφερική σπαστικότητα και τις νοητικές διαταραχές.

Οι στόχοι θεραπείας μ' αυτά τα φάρμακα αναμένονται από τους ειδικούς στους πρώτους έξι μήνες θεραπείας, και στη συνέχεια τη σταθεροποίηση και ως τελική προσδοκία την καθυστέρηση του ρυθμού εξέλιξης της νόσου.

Κάποιες φορές υπάρχουν και ανεπιθύμητες ενέργειες, σε οποιαδήποτε δόση των φαρμάκων. Εκεί χρησιμοποιείται μικρότερη δόση. Αν υπάρχουν και τότε ανεπιθύμητες ενέργειες τότε αλλάζουμε αναστολέα. Όταν οι συγγενείς αναφέρουν ότι δεν υπάρχει καμιά βοήθεια από τα φάρμακα, τότε ενημερώνονται ότι μπορεί να παρατηρηθεί επιδείνωση και διακόπτεται η θεραπεία. (Τσολάκη, Καζής,2005,431-432).

## **Κεφάλαιο 8. Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις**

Η ψυχοθεραπεία στην άνοια δεν μπορεί εκ των πραγμάτων, να βασιστεί στις κλασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας, όπως την ψυχαναλυτική, την συμπεριφορική ή τη γνωστική κ.α., χωρίς τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές.

Η ψυχοθεραπεία ως μορφή παρέμβασης στην άνοια δεν είναι ανεξάρτητη από τις νοητικές ικανότητες του ασθενούς. Οι μορφές παρέμβασης είναι συνήθως λεκτικού τύπου στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ στη συνέχεια προτείνονται παρεμβάσεις που στηρίζονται σε άλλους τρόπους έκφρασης, όπως η τέχνη (μουσικοθεραπεία, ζωγραφική, κ.λ.π.). ακριβώς επειδή οι ασθενείς ίσως να μην έχουν την ικανότητα για πλήρη επεξεργασία ενός λεκτικού μηνύματος, θα πρέπει οι λεκτικού τύπου παρεμβάσεις να τροποποιηθούν, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές σε ασθενείς με άνοια (Τζανακάκη, Μ., Καστανάκη, Α., Πέτσιου, Μ., 2005, «Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις της άνοιας τύπου Alzheimer» στο Τσολάκη, Καζής, 451).

### **8.1. Θεραπείες μέσα από την τέχνη**

Αναπτύχθηκαν σαν ξεχωριστοί επιστημονικοί κλάδοι τα τελευταία πενήντα χρόνια στην Αγγλία και στις Η.Π.Α. Κοινό σημείο αναφοράς τους είναι ότι αφετηρία της τέχνης υπήρξε η ανάγκη του ανθρώπου για έκφραση, καθώς και ότι όλοι οι άνθρωποι, χωρίς καμία προεργασία έχουν την ικανότητα να εκφράζονται δημιουργικά.

Το πώς χρησιμοποιείται το «μέσον» έκφρασης (κίνηση, εικόνα, ρόλος κ.α) φανερώνει τον τρόπο που ο άνθρωπος σκέφτεται και αισθάνεται.

Η δημιουργική εμπειρία οδηγεί σε μια ευρύτερη αίσθηση του εαυτού και του άλλου μέσα από την εξής διαδικασία. Εκφραση συνειδητών και ασυνειδητών συναισθημάτων, εξερεύνηση και κατανόηση των προσωπικών συμβολικών μεταφορών, αναγνώριση και ανάπτυξη του τρόπου με τον οποίο ο άνθρωπος δρα, αντιδρά και σχετίζεται και αποδοχή της εμπειρίας της αλλαγής του εαυτού (Τζανακάκη, Μ., Καστανάκη, Α., Πέτσιου, Μ.,

2005, «Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις της άνοιας τύπου Alzheimer» στο Τσολάκη, Καζής, 474).

## **8.2. Εικαστική τέχνη (Art – Therapy)**

Η θεραπεία μέσω εικαστικών είναι η τριαδική σχέση θεραπευτή – Θεραπευόμενου και εικαστικής διαδικασίας, στόχος της οποίας είναι η ανακάλυψη εαυτού.

Στη θεραπεία μέσω εικαστικών κάποιος έχει την δυνατότητα να έρθει σε επαφή με διαφορετικά υλικά διευρύνοντας τη δημιουργική και εκφράστική του δυνατότητα, κατά συνέπεια λοιπόν, να βρει νέα ενδιαφέροντα που θα του παρέχουν νέα γνώση, βασικός τρόπος καταπολέμησης ή καταστολής της Άνοιας. (Βαρσαμοπούλου, Α., 2005, «Εικαστική παρέμβαση, fine- art therapy» στο Τσολάκη, Καζής, 553).

Εικαστική Θεραπεία: Είναι η αξιοποίηση της καλλιτεχνικής δημιουργίας του ατόμου ώστε να προωθηθεί η ικανότητά του να εκφράσει συναισθήματα, σκέψεις, εσωτερικές συγκρούσεις και να τις μεταβιβάξει στο περιβάλλον του.

Ουσία: Είναι η δημιουργική διαδικασία του ατόμου παρουσία του θεραπευτή. Ο θεραπευτής ενθαρρύνει με την παρεμβατική του στάση ή σιωπώντας, την καλλιτεχνική έκφραση του θεραπευόμενου.

Δυναμική: Όλη η διαδικασία είναι η συναλλαγή του θεραπευόμενου με το μέσον και με τα αποτελέσματα που το «έργο τέχνης» δημιουργεί.

Οι θεραπευόμενοι προσπαθούν να συγκροτήσουν κάποια αντιφατικά στοιχεία της ζωής τους. Συχνά παλινδρομούν στη θεραπεία και καταφεύγουν σε ζωγραφιές με χαοτικές και ανακατεμένες φιγούρες.

Στάση θεραπευτή: Ο θεραπευτής να μην δίνει έξυπνες ερμηνείες, αλλά ο ίδιος ο θεραπευόμενος να κάνει ανακαλύψεις ως προς το νόημα των εικόνων του. Να είναι υπεύθυνη, έντιμη και άμεση επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή, και τέλος συνεργασία μεταξύ των δύο για να κατανοήσουν τη διαδικασία και το τελικό



προϊόν της κάθε συνεδρίας, που υλοποιείται σε έργο τέχνης (Βαρσαμοπούλου, Α., 2005, «Εικαστική παρέμβαση, fine- art therapy» στο Τσολάκη, Καζής, 553).

### **8.3. Μουσικοθεραπεία**

Η μουσική και οι ήχοι έχουν θετική επίδραση στον άνθρωπο. Γι' αυτό μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για θεραπευτικούς σκοπούς. Η μουσική είναι αποτελεσματικό, πολύ ευαίσθητο μέσο για την προσέγγιση του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου, και πόσο μάλλον στις περιπτώσεις που το άτομο πάσχει από Άνοια και διαπιστώνεται ότι λόγω του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει υπάρχει έντονα η συναισθηματική διαταραχή. Παράλληλα, εκτός του ότι η μουσική κατευνάζει συναισθήματα, ενεργοποιεί το άτομο στα ερεθίσματα που λαμβάνει από το περιβάλλον του και αυξάνει την αντιληπτική του ικανότητα.

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας είτε με το γέλιο, είτε με το τραγούδι – μουσική, στοχεύει στο να μειώσει το άγχος και την καταθλιπτική συμπεριφορά, να αυξήσει την προσοχή και την επαγρύπνηση και μέσω επιμονής – εμμονής και υπομονής, ενθαρρύνει και εμψυχώνει τους φροντιστές και τους πάσχοντες διαμέσου των ατομικών και ομαδικών τραγουδιών σ' επίπεδο ατομικής – οικογενειακής και κοινωνικής επικοινωνίας. (Βαρσαμοπούλου, Α., 2005, «Εικαστική παρέμβαση, fine-art therapy» στο Τσολάκη, Καζής, 475).

Με την μουσικοθεραπεία, ο άνθρωπος μπορεί να βελτιώσει ή να διατηρήσει την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, να βελτιώσει την κίνηση, τη δύναμη και την γενική αντοχή. Επιπλέον, να βελτιώσει τη γενική εγρήγορση μέσα από κινητικούς ερεθισμούς οι οποίοι παρέχουν στους ασθενείς την ευκαιρία της ευχαρίστησης της κίνησης και της φυσικής επαφής με τους άλλους. Ακόμη, δίνεται μια διέξοδος από καλά δομημένα προγράμματα στην εγκλωβισμένη ενέργεια των ασθενών και δυνατότητα αυτοέκφρασης μέσα από την κίνηση.

Τέλος, η συμμετοχή σε κάποιες δραστηριότητες συντελεί στη διατήρηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα, στον χρόνο, την ημέρα, την ώρα, την

κοινωνικότητα και την οριοθέτηση και επίτευξη στόχων (Βαρσαμοπούλου, Α., 2005, «Εικαστική παρέμβαση, fine- art therapy» στο Τσολάκη, Καζής, 475).

#### **8.4. Λογοθεραπευτική Παρέμβαση**

Ο Λογοθεραπευτής καταγράφει στην καρτέλα του ασθενή το ιστορικό, την εξέταση οργάνων ομιλίας και την ικανότητα γλώσσας και ομιλίας, που αξιολογείται με λεκτικές και μη λεκτικές δοκιμασίες.

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές: Στην ολιστική θεώρηση της επικοινωνίας, στην επιλεκτική πρόταση στη θεραπεία και στην καθημερινή αγωγή.

Η αγωγή στοχεύει στην καθημερινή επικοινωνία, ενθαρρύνοντας θέματα προς συζήτηση και αναπτύσσοντας κοινωνικοποιημένες σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους που βρίσκονται δίπλα στον ασθενή. Κυρίως σε έναν ανοϊκό ασθενή, η λογοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη αφού διατηρεί τη λεκτική επικοινωνία και την ενισχύει. Στοχεύει επίσης στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ατόμου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στη συντήρηση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, επαναφορά των ικανοτήτων και κατανόησης και έκφρασης λόγου (Βαρσαμοπούλου, Α., 2005, «Εικαστική παρέμβαση, fine- art therapy» στο Τσολάκη, Καζής, 463).

#### **8.5. Εργοθεραπευτική Παρέμβαση**

Η εργοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας που παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης σε άτομα που παρουσιάζουν νοητικές, συναισθηματικές, μαθησιακές, κινητικές διαταραχές. 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, ικανοποιητική ζωή.

Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς αναφέρεται σε προγράμματα ενεργοποίησης – δραστηριοποίησης, αυτοϋπηρέτησης σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εργονομικής παρέμβασης στον χώρο που ζει ο ασθενής, συναισθηματικής υποστήριξης ασθενούς – φροντιστών.

Οι στόχοι της Εργοθεραπευτικής Παρέμβασης είναι η βελτίωση της ικανότητας και της λειτουργικότητάς του, η εκπαίδευση και διευκόλυνση του ασθενούς σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής και η μελέτη και εκπαίδευση στα μαθήματα.

Τέλος, οι στόχοι της Εργοθεραπείας στα τελευταία στάσια της νόσου, είναι η βελτίωση κάποιων ειδικών περιορισμών από συγκεκριμένα προβλήματα στη μάσηση, κατάποση, ενυδάτωση κ.α., η εξασφάλιση του ασθενούς. (Βαρσαμοπούλου, Α., 2005, «Εικαστική παρέμβαση, fine- art therapy» στο Τσολάκη, Καζής, 463).

## Κεφάλαιο 9. Προγράμματα για την Τρίτη Ηλικία

Στην Ελλάδα, η παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας αποτελεί υποχρέωση του κράτους.

Η προστασία ορισμένων ομάδων του πληθυσμού, έχει την έννοια ότι η πολιτεία λαμβάνει προληπτικά μέτρα, στο πλαίσιο της άσκησης κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής, ώστε να καλύπτονται οι βασικές ανάγκες ολόκληρου του πληθυσμού, καθώς η ύπαρξή τους δημιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες έχουν πέντε βασικούς ρόλους:

Πρώτος και βασικός τους ρόλος, είναι η προστασία των ατόμων με διάφορες μορφές ανικανότητας που εξ' αιτίας της ηλικίας, της διανοητικής ή σωματικής τους αναπηρίας, αλκοολισμού και άλλων καταστάσεων χρειάζονται προστασία.

Ο επόμενος ρόλος είναι ενημερωτικός. Να ενημερωθεί δηλαδή το κοινό σχετικά με το ποιές κοινωνικές υπηρεσίες υπάρχουν και ποιά η χρησιμότητά τους.

Έπειτα, ο ρόλος τους αφορά στην ανάπτυξη της κοινωνικής ευθύνης και λειτουργικότητας των πολιτών με προγράμματα που στοχεύουν στην υποστήριξη της οικογένειας, την υγεία, την κοινωνική ψυχαγωγία έτσι ώστε να ωφελείται το κοινωνικό σύνολο και να προστατεύονται τα άτομα.

Ο επόμενος ρόλος είναι προωθητικός. Έργο τους δηλαδή είναι να προωθηθεί η νομοθεσία με σκοπό την παροχή ίσων ευκαιριών σε κάθε πολίτη.

Τέλος, ένας βασικός ρόλος των κοινωνικών υπηρεσιών είναι να θεσμοθετήσει μέτρα για τη στοιχειώδη οικονομική κατάσταση όλων των ανθρώπων. Πρέπει δηλαδή να διασφαλίζονται τα βασικά δικαιώματα των ατόμων και των ομάδων που χρησιμοποιούν τις κοινωνικές υπηρεσίες(Σταθόπουλος, Π., 1999, 305).

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, είναι ο κύριος δημόσιος φορέας διαμόρφωσης της Κοινωνικής Πολιτικής και εφαρμογής των προγραμμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας. Η Κοινωνική Πρόνοια μεριμνά για τη διαμόρφωση νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου, για την άσκηση Κοινωνικής Πολιτικής και την εξειδίκευση των προγραμμάτων.

Οι υπηρεσίες του Υπουργείου, στοχεύουν στην άρση της πραγματοποιηθείσης δυσχερούς κατάστασης του ατόμου. Διαμορφώνουν επίσης τις δραστηριότητές τους, ανάλογα με την ηλικία των ατόμων που εξυπηρετούν ( Ιατρίδης, Δ., 1990, 93).

Η υγεία του λαού, είναι βασική προϋπόθεση για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη μιας χώρας.

Μέσα από αλληλοσυνδεόμενα προγράμματα δράσης στους τομείς υγείας, Κοινωνικής Πρόνοιας, εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης, επιδιώκεται η δημιουργία των πλέον ευνοϊκών κοινωνικών συνθηκών για τη κοινωνική, συναισθηματική και βιολογική ανάπτυξη του ατόμου.

Ενισχύει επίσης και τους ηλικιωμένους αποσκοπώντας στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και στην επικοινωνία με την οικογένειά τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας γεγονός που περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Πλέον ο κεντρικός άξονας στον καθορισμό στόχων για κάθε ασθενή- φιλοξενούμενο σε ιδρύματα, είναι η παραμονή του στο ελάχιστο για την περίπτωση του περιοριστικό πλαίσιο και η κοινωνική και επαγγελματική του αποκατάσταση (Κατσούλης, Η., 1996, 114).

Γενικότερα η εφαρμογή προγραμμάτων, στοχεύει στην πρόληψη και τη θεραπεία τυχόν ασθενειών που απευθύνονται σε ολόκληρο τον πληθυσμό και κυρίως στα άτομα με οικονομικές, κοινωνικές και ψυχοσωματικές ιδιαιτερότητες και ανεπάρκειες.

Παρέχουν χρήμα, ανθρώπινο δυναμικό, τεχνικά μέσα και ψυχολογική και ιατρική υποστήριξη.

Ειδικά για τους ανοϊκούς ασθενείς, γίνονται έρευνες στη κοινότητα για εύρεση άλλων ανοϊκών, επισκέψεις ασθενών στα πλαίσια του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», ενημερώσεις της κοινότητας για προγράμματα που προσφέρονται για ανοϊκούς, ευαισθητοποίηση της κοινότητας με στόχο την πρόληψη, την εξάλειψη προκαταλήψεων, φοβιών, στιγματισμού, απόρριψης, παρότρυνση για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων, εφαρμογή Προγραμμάτων Εθελοντισμού, έχουν δημιουργηθεί οι σύλλογοι «φίλων και συγγενών ατόμων με Άνοια», γίνεται έντονα η προσπάθεια για την εκπαίδευση και

υποστήριξη ομάδων φροντιστών και υπάρχει συνεργασία με υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης.(Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1986, 47).

## **Κεφάλαιο 10. Υπηρεσίες για ηλικιωμένους στην κοινότητα**

Όλοι οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να παραμείνουν περισσότερο στον χώρο τους, στο σπίτι τους, στη γειτονιά τους. Η παραμονή στο σπίτι επιτρέπει επίσης την καλύτερη χρήση των πόρων της κοινότητας διότι δίνει την δυνατότητα να αναπτυχθεί το άτυπο σύστημα φροντίδας.

Οι υπηρεσίες παρέχονται από το κράτος, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, μη κυβερνητικές και εθελοντικές οργανώσεις. Πρόκειται για υπηρεσίες που παρέχονται στην κοινότητα, στο σπίτι του ηλικιωμένου, ή σε ιδρύματα ( Ιατρίδης, Δ., 1990, 93).

### **10.1. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)**

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου, η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, η έρευνα σχετικών με τους ηλικιωμένους θεμάτων.

Βασικοί στόχοι του Κ.Α.Π.Η. είναι:

1. Κοινωνική συμμετοχή. Η πλήρης ανάπτυξη των προγραμμάτων ενός Κ.Α.Π.Η. επιτυγχάνει τη διαφοροποίησή του από τα άλλα γνωστά ως σήμερα προγράμματα, που οργανώνονται από διάφορους φορείς και φιλανθρωπικές οργανώσεις, με παροχή πολύ περιορισμένων υπηρεσιών. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η προέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια, μόνο από τις πιο πολύ χαμηλές εισοδηματικές τάξεις.

Έτσι ξεφεύγουμε από του περιορισμό της κοινωνικής προστασίας στον «άπορο» ηλικιωμένο και επιδιώκουμε χωρίς διάκριση κοινωνικών τάξεων μια από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερών τους καταστάσεων και προβλημάτων, με πρωταρχικό στόχο το πρόβλημα της ψυχικής μοναξιάς.

Επίσης θετική συμβολή στην κοινωνική συμμετοχή αποτελούν οι εκδρομές, συνεστιάσεις, επισκέψεις Μουσείων κ.α.

2. Προληπτική υγιεινή. Όπως έχει παρατηρηθεί, οι ηλικιωμένοι δεν είναι πολλές φορές σε θέση να ξεχωρίσουν την αρρώστια από τα γηρατεία. Αυτό αποτελεί και την κυριότερη αιτία που κάνουν τόσο μεγάλη χρήση φαρμάκων οι άνω των 65 ετών. Η πρόληψη μέσα στα Κ.Α.Π.Η. διακρίνεται σε: πρωτογενή (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων) και δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία).

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι: οργανωμένη ψυχαγωγία, εκδρομές, 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, ομάδες αυτενέργειας, συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις, εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά κτλ. που βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.

Μέλη του Κ.Α.Π.Η. Μέλη των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων εγγράφονται άτομα από 60 ετών και άνω άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το κέντρο, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων.

Επιπλέον, λειτουργούν γενικά στα Κ.Α.Π.Η. οι ομάδες Αυτοβοήθειας, Αθλητισμού, Περιπάτου, Χορωδίας, Κηπουρικής, Βιβλίου, Χορού, Μαγειρικής, κ.α. (Σταθόπουλος, Π., 1996, 311)

## **10.2. Το Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι**

Ο κύριος στόχος του προγράμματος που εφαρμόστηκε το 1997 είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων. Προτεραιότητα δίδεται στους ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα, δηλαδή, που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, σ' αυτούς που χρειάζονται ειδική φροντίδα, που ζουν μοναχικά, που δεν έχουν επαρκείς πόρους, αφενός να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους, αφετέρου να παραμείνουν στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.



Η λειτουργία του προγράμματος παρέχει την συστηματική αξιοποίηση των δυνατοτήτων των εθελοντικών πρωτοβουλιών, την διαρκή ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και δυνατότητες των ηλικιωμένων, την σύνδεση των εξυπηρετούμενων με τα Κ.Α.Π.Η. και ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών των Κ.Α.Π.Η., την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας, της Νοσηλευτικής φροντίδας, της Φυσικοθεραπείας, της Εργοθεραπείας, και της Οικογενειακής Βοήθειας για την κάλυψη των βασικών αναγκών των ηλικιωμένων. ( Ιατρίδης, Δ., 1990, 127).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν την διεύρυνση, την καταγραφή, την επεξεργασία και την μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους σχετικούς Δήμους, την ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 213)

### **10.3. Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)**

Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας, στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας.

Το πρόγραμμα διέπεται από ειδικές αρχές που δίνουν έμφαση στην διασφάλιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και είναι οι εξής:

οι ηλικιωμένοι να ζουν σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο και φυσικό τους περιβάλλον, να υποστηρίζονται ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκειά τους, να απολαμβάνουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας που τους εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση.

Στόχος του προγράμματος είναι να απευθύνεται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (κινητικές δυσκολίες – άνοια) (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 214),

#### **10.4. Λέσχες Φιλίας**

Οι Λέσχες Φιλίας είναι θεσμός που εξυπηρετεί ανάγκες ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Ιδρύθηκαν το 1985 με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου στις συνοικίες της Αθήνας.

Ο ηλικιωμένος πρέπει να είναι άνω των 60, να είναι κάτοικος της περιοχής της Λέσχης και να πληρώνει συνδρομή. Λειτουργούν από τις 8:00 το πρωί μέχρι τις 20:00 το βράδυ.

Το προσωπικό απαρτίζεται από 2 Κοινωνικούς Λειτουργούς, φυσικοθεραπευτή και νοσηλεύτες. Η ιατρική κάλυψη παρέχεται από τα δημοτικά ιατρεία.

Στόχος της Λέσχης Φιλίας είναι να προσφέρει σε ηλικιωμένα άτομα φροντίδα και υποστήριξη, ψυχαγωγία και δημιουργική απασχόληση, πολιτιστικά προγράμματα, δράσεις για την πράγμάτωση της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, κοινωνικές υπηρεσίες και προληπτική φροντίδα υγείας από τους λειτουργούς πρόνοιας που εργάζονται σ' αυτές. (Σταθόπουλος, Π., 1996, 312)

#### **10.5. Κατασκηνώσεις**

Αρκετοί Δήμοι της χώρας, σε συνεργασία με τα Κ.Α.Π.Η., παρέχουν ευκαιρίες για καλοκαιρινές διακοπές σε ηλικιωμένα άτομα. Το Κοινωνικό Κέντρο Οικογένειας και Νεότητας, το οποίο λειτουργεί με την άμεση επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, παρέχει τη δυνατότητα σε ηλικιωμένους να κάνουν καλοκαιρινές διακοπές δωρεάν σε κατασκηνώσεις για δέκα μέρες. Οσοι χρειάζονται να πάνε κατασκήνωση σε περιοχές με ιαματικές πηγές, επιδοτούνται για να καλύψουν τα έξοδα για τις επισκέψεις στις ιαματικές πηγές.

Οι περισσότερες Μητροπόλεις έχουν προγράμματα κατασκηνώσεων για ηλικιωμένα άτομα σε δικές τους εγκαταστάσεις. . (Σταθόπουλος, Π., 1996, 314)

## **10.6. Γηροκομεία**

Λειτουργούν δύο δημόσια γηροκομεία, στην Ηγουμενίτσα και τη Ρόδο, υπό τον άμεσο έλεγχο και τη διοίκηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, χωρητικότητας συνολικά 100 περίπου ατόμων. Προϋπόθεση για την εισαγωγή στο γηροκομείο, εκτός της οικονομικής κατάστασης, είναι η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ηλικιωμένου. Η Εκκλησία, με τις κατά τόπους Μητροπόλεις, λειτουργεί πολλά γηροκομεία, είτε άμεσα ως εκκλησιαστικά ιδρύματα είτε έμμεσα ως Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα.

Στις υπηρεσίες (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, σίτιση, ψυχαγωγία, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες) δεν υπάρχει καμιά διαφοροποίηση μεταξύ των φιλοξενούμενων. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις το Γηροκομείο φιλοξενεί δωρεάν άπορα άτομα.

Στο ίδρυμα απασχολείται εθελοντικά ιατρικό προσωπικό, ανάλογα με τις ανάγκες των διαμενόντων σ' αυτό. Υπάρχει επίσης και ο Κοινωνικός Λειτουργός ο οποίος ασχολείται με ατομικά προβλήματα των φιλοξενούμενων.

Χαρακτηριστικά των τροφίμων ιδρυμάτων είναι το ότι οι περισσότεροι τρόφιμοι ιδρυμάτων είναι υπερήλικες και το ποσοστό ιδρυματοποίησης αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας, οι περισσότεροι είναι γυναίκες, οι περισσότεροι είναι άγαμοι ή χήροι χωρίς παιδιά και άτομα που πάσχουν από βαριές ή/ και ανίατες ασθένειες.

Σκοπός του, είναι η παροχή στέγης και ιατροφαρμακευτικής και όχι μόνο φροντίδας. . (Σταθόπουλος, Π., 1996, 318)

## **10.7. Άσυλα – Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων**

Στις κλινικές για τους χρόνια πάσχοντες, ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθεται για τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τα κρατικά θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, λειτουργούν συνολικά 20 ιδιωτικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα, με δυναμικότητα 2.000 κρεβατιών . (Σταθόπουλος, Π., 1996, 320).

## **10.8. Υπηρεσίες για ηλικιωμένους με άνοια**

Συνοπτικά οι υπάρχουσες υπηρεσίες που εν δυνάμει μπορούν να προσφέρουν ορισμένου τύπου βοήθεια σε ασθενείς με άνοια και στους συγγενείς τους είναι τα Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία ορισμένων νοσοκομείων που ασχολούνται με Alzheimer (ΑΤΑ) και άλλες μορφές άνοιας. Επιπλέον, τα Ειδικά Ιατρεία Εταιριών για την ΑΤΑ και συναφών διαταραχών, που ασχολούνται με τη νόσο και άλλες μορφές άνοιας και τα οποία ονομάζονται συνήθως Ιατρεία «ΑΤΑ» ή «Άνοιας». Τα Νοσοκομεία που έχουν εξειδικευμένες Ψυχογηριατρικές Κλινικές και τα Νοσοκομεία που έχουν Ψυχιατρικές Κλινικές, είτε Ψυχιατρικές Κλινικές, είτε έχουν κρεβάτια για νοσηλεία, είτε όχι. Τα Νοσοκομεία που έχουν Νευρολογικές Κλινικές και Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές. Ακόμη, τα Κέντρα Ημέρας, τα Alzheimer καφέ, οι οίκοι Ευγηρίας και τέλος τα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομειακά Κέντρα Υγείας όλης της χώρας. (Τζανακάκη, Μ., Καστανάκη, Α., 2005, «Άνοια τύπου Alzheimer: Προτάσεις για διασύνδεση στην κοινότητα» στο Τσολάκη, Καζής, 590 ).

## **10.9. Εξωτερικό ιατρείο μνήμης και Άνοιας.**

Το Εξωτερικό ιατρείο μνήμης και Άνοιας, σ' ένα γενικό νοσοκομείο, προσφέρει ποικίλες υπηρεσίες περίθαλψης σε ασθενείς με Άνοια και φυσιολογικούς ηλικιωμένους με μνημονικές ελλείψεις.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να αναλάβει τους ασθενείς και τις οικογένειες που χρειάζονται κοινωνική υποστήριξη. Τέτοιες περιπτώσεις είναι άτομα μοναχικά, χωρίς συγγενείς που χρειάζεται να εισαχθούν σε οίκους ευγηρίας ή ιδρύματα. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει την οικογένεια που έχει αναλάβει το επίδομα που αφορά τη φροντίδα του ασθενούς με Άνοια. (Τζανακάκη, Μ., Καστανάκη, Α., 2005, «Άνοια τύπου Alzheimer: Προτάσεις για διασύνδεση στην κοινότητα» στο Τσολάκη, Καζής, 589 ).

## **Κεφάλαιο 11. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε προγράμματα με ασθενείς με Άνοια.**

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε υπηρεσίες υγείας είναι να βοηθήσει με τις γνώσεις του στη θεραπεία του ασθενή και την διεκδίκηση των δικαιωμάτων του. Με τις γνώσεις που διαθέτει είναι σε θέση να κατανοεί όλες τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενή και να δώσει στο ιατρικό προσωπικό πληροφορίες που θα συνθέτουν μια πληρέστερη εικόνα του. (Σταθόπουλος, Π., 1999, 264).

Παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη σε ασθενείς σε ατομικό, οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον σύμφωνα με τις γνώσεις, τις τεχνικές και τις δεξιότητές του, προκειμένου να προληφθούν ή και να αποκατασταθούν προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις του που μπορεί να προκύψουν ή έχουν ήδη προκύψει σαν αποτέλεσμα της ασθένειας. (Σταθόπουλος, Π., 1996, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 214),

Συνεργάζεται με άτομα αλλά και με ομάδες ώστε να φέρει σε επαφή άτομα που πάσχουν από την ίδια ασθένεια και να τα βοηθήσει ν' αναπτύξουν συναισθήματα αλληλεγγύης, συμπαράστασης και συμπάθειας μεταξύ τους.

Ακόμα, εργάζεται για θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών προς τους ασθενείς, ανάλογα με το είδος της ασθένειας. (Ιατρίδης, Δ., 1990, 93).

Είναι αναμενόμενο, λόγω της πολυπλοκότητας των καταστάσεων αυτών ο κοινωνικός λειτουργός ν' αντιμετωπίζει προβλήματα, κυρίως στις περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων, γεγονός που δυσχεραίνει το έργο του, την κοινωνική επανένταξη του πάσχοντος ατόμου. Θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή ν' αντιμετωπίσει με θάρρος και συνέπεια την κατάστασή του και να τον παραπέμπει στο κατάλληλο ίδρυμα όπου και καταρτισμένο προσωπικό θα φροντίσει να του παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ψυχολογική υποστήριξη και ακόμη και εύρεση εργασίας. (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1986, 67).

Η προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντός του για την επανένταξή τους στον κοινωνικό τους χώρο είναι ο πρωταρχικός και βασικός στόχος του κοινωνικού λειτουργού σε όλες τις περιπτώσεις που ο ασθενής πέρασε μια σοβαρή δοκιμασία.

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στην εργασία του με ανοϊκούς ασθενείς, έγκειται στην παρέμβασή του στον ασθενή, στην οικογένεια και στην κοινότητα, καθώς και στη συνεργασία του με τη διεπιστημονική ομάδα. (Κατσούλης, Η., 1996, 144).

Το πιο βασικό μέρος της δουλειάς του Κοινωνικού Λειτουργού με ανοϊκούς ασθενείς αφορά στην παρέμβαση στον ίδιο τον ασθενή και στον φροντιστή του.

Αρχικά θα πρέπει να επικεντρωθεί στην ενίσχυση του ασθενή σε θέματα αυτοεκτίμησης. Προκειμένου να το πετύχει αυτό θα πρέπει να δώσει έμφαση σε ανέπαφες λειτουργίες που οδηγούν σε δραστηριότητες με επιτυχή λειτουργικότητα. Έτσι ο ασθενής θα καταφέρει να τονώσει την αυτοεκτίμησή του με αποτέλεσμα να βρίσκει μέσα από τη διαδικασία αυτή κίνητρο να συνεχίσει τη προσπάθεια να διατηρήσει τις γνωστικές του λειτουργίες στο επίπεδο που βρίσκονται χωρίς να υπάρξει περισσότερη διαταραχή.

Ταυτόχρονα και σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας του με τον ασθενή, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να τον ενθαρρύνει για σωστή διατροφή και να μεριμνά για τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1986, 93).

Ένα σημείο που χρειάζεται πολύ ιδιαίτερους χειρισμούς είναι αυτό της περιποίησης του εαυτού. Τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα πολλές φορές λόγω άλλων ασθενειών επιβαρύνονται σωματικά με αποτέλεσμα να μειώνεται η ατομική υγιεινή. Όταν υπάρχει και η Άνοια δυσχεραίνει την κατάσταση και το άτομο μπορεί να χάνει την αυτοεκτίμησή του. Και πόσο μάλλον όταν κάποιος άλλος, έστω και επαγγελματίας θίξει ένα θέμα τόσο ευαίσθητο. Γι' αυτό και χρειάζεται πολύ λεπτούς χειρισμούς προκειμένου ο ασθενής να πειστεί να συνεχίσει την προσπάθειά του για αυτοφροντίδα. Και για μια ακόμη φορά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και Κοινωνικού Λειτουργού θα πρέπει να θεμελιωθεί προκειμένου ο δεύτερος να μπορεί να χειρίζεται καταλλήλως τέτοια ζητήματα που ενδεχομένως προκύπτουν. (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 214).

Τέλος ένα βασικό κομμάτι της δράσης του Κοινωνικού Λειτουργού έγκειται στην ενθάρρυνση του ασθενή για συντήρηση χρόνιων συνηθειών καθώς και για συμμετοχή

του σε κινητοποιητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες για παράδειγμα εκκλησιασμός, καθημερινά ψώνια κ.α.

Εκτός από τη διατήρηση των μη διαταραγμένων γνωστικών λειτουργιών, ο ασθενής θα πρέπει να επανεκπαιδευτεί.

Αφού καταλάβει τη φύση της ασθένειάς του, εφ' όσον αυτή βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, (ο ρόλος του ψυχιάτρου εδώ πρωτεύει), θα πρέπει να τεθεί ένας προγραμματισμός στη δόμηση δραστηριοτήτων με χρήση ημερολογίων τοίχου, καταγραφή σημειώσεων, βοήθεια στην εύρεση αντικειμένων με ταμπέλες στα συρτάρια κ.λπ. Ο ασθενής με αυτή τη μέθοδο θα καταφέρει να βοηθείται και να αυτοεξυπηρετείται αλλά είναι απαραίτητο η εκπαίδευσή του να γίνεται εκτεταμένα και με τις ανάλογες προσαρμογές κατά τη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου, ιδιαίτερα στο αρχικό στάδιο της νόσου, δηλαδή όταν παρατηρηθούν τα πρώτα συμπτώματα διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών. (Κατσούλης, Η., 1996, 144).

Στη συνέχεια ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να μεριμνήσει για τη φροντίδα για τη θεραπεία παθολογικών προβλημάτων (όρασης, ακοής και άλλων δυσλειτουργιών). Πέραν του ασθενούς, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να ασχοληθεί εκτενώς και με την οικογένεια. Η παρέμβασή του χωρίζεται πρακτικά σε τρία στάδια. (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 231).

Το πρώτο αφορά τη συνεργασία του με αυτή κατά τη διάρκεια της νόσου.

Θα πρέπει να εκπαιδεύσει την οικογένεια τόσο στη φύση της νόσου όσο και στη διάρκεια και τα εξελικτικά στάδια που περνάει, καθώς και στη χρησιμότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Βασική αρχή για να ξεκινήσει η συνεργασία είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός να έχει προετοιμαστεί κατάλληλα προκειμένου να είναι ικανός να προσφέρει πλήρη και ακριβή ενημέρωση στην οικογένεια, να αντιμετωπίσει τυχόν στερεότυπα και να λύσει τις ενδεχόμενες απορίες.

Πολύ συχνά, στην ιδέα μιας ασθένειας, δημιουργούνται ποικίλα συναισθήματα όπως ο φόβος, ο θυμός, η άρνηση, το άγχος, η ντροπή, η ματαίωση, αλλά και η σωματική εξάντληση και η ψυχική κόπωση, αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση κ.λπ. Μια λοιπόν πολύ σημαντική παράμετρος είναι να βοηθήσει την οικογένεια να τα αναγνωρίσει, να τα αποδεχτεί, να τα διαχειριστεί και σταδιακά να τα αποβάλλει διότι εκτός από την ψυχολογική επιβάρυνση που αυτά προκαλούν, πολλές φορές

αδρανοποιούν την οικογένεια και λειτουργούν ανασταλτικά στην κινητοποίησή της για την αντιμετώπιση της ασθένειας και την ενθάρρυνση και στήριξη του ασθενούς. (Κατσούλης, Η., 1996, 107).

Παράλληλα ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να επεξεργαστεί τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που οξύνονται λόγω της νόσου κι αυτό διότι τα αρνητικά συναισθήματα που αναφέρονται παραπάνω επιφέρουν εκνευρισμό και κατά συνέπεια εντάσεις και συγκρούσεις μεταξύ των μελών.

Το δεύτερο στάδιο αφορά στη μέση περίοδο της νόσου.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να βοηθήσει στην επιλογή του φροντιστή είτε από κάποιο μέλος της οικογένειας είτε από κάποιον επαγγελματία. Και αυτό γιατί σε μια τόσο δύσκολη ασθένεια όπως η Άνοια, όπου παρουσιάζεται σημαντική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, σαφώς όλη η οικογένεια θα πρέπει να παραστέκεται στον ασθενή, αλλά είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα άτομο που θα αναλάβει να φροντίζει τις πιο άμεσες ανάγκες του και να ενημερώνει τους ειδικούς για το οτιδήποτε προκύπτει.

Σε αυτό το σημείο θα ήταν εύλογο να τονιστεί η σημασία του ρόλου του φροντιστή. Και αυτό διότι συχνά υπάρχει η τάση να συγχέεται το συναίσθημα με την ευθύνη. (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 231).

Ο ρόλος του φροντιστή είναι σημαντικός όχι για συναισθηματικούς λόγους αλλά γιατί συνεπάγεται την ανάληψη πολλών ευθυνών για τη συνεχή στήριξη του ασθενούς. Αυτό επιφέρει τόσο τη σωματική του εξάντληση, όσο και την ψυχική κόπωση που αργά ή γρήγορα επέρχεται και συνοδεύεται από συναισθήματα ενοχής. Ουσιαστικά όλα όσα έχουν αναφερθεί για τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού τόσο με τον ασθενή όσο και με την οικογένεια, είναι στοιχεία που ο φροντιστής θα πρέπει να αφομοιώσει άμεσα και να τα εφαρμόσει στην πράξη. Και επειδή στην Άνοια ο χρόνος δεν είναι σύμμαχος, υπάρχει μια παραπάνω πίεση. Παράλληλα επειδή ο φροντιστής συνήθως επιλέγεται από τον Κοινωνικό Λειτουργό μετά την επαφή του με την οικογένεια, είναι συνήθως άτομο που παρουσιάζει υπευθυνότητα, ικανότητα για ανάληψη ευθυνών και μια γενική σύνθεση στοιχείων. Αυτό όμως ενέχει το ρίσκο να έχει ήδη πολλές ευθύνες και να πιέζεται ακόμα παραπάνω. (Καλλινικάκη, 1998, 144).

Γι' αυτό και θα πρέπει να δοθεί εξ ίσου μεγάλη σημασία στη στήριξη του ίδιου του φροντιστή πέραν του ασθενούς, τόσο σε ψυχικό και σωματικό, όσο και σε οικονομικό,



κοινωνικό, ακόμα και χωροχρονικό επίπεδο. (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1986, 127).

Σε αυτό συχνά βοηθά η ένταξη σε υποστηρικτικές ομάδες για ολόκληρη την οικογένεια. Οι στόχοι των ομάδων αφορούν στην ενίσχυση του ρόλου του φροντιστή και στην αλληλοεκτόνωση συναισθημάτων, στην υποστήριξη μέσω της γενίκευσης των προβλημάτων και στη θετική ανατροφοδότηση από υγιείς δραστηριότητες που αναπτύσσει η ομάδα. (Καλλινικάκη, 1998, 144).

Εντοπίζεται λοιπόν η ανάγκη για συνεχή συνεργασία με τους ειδικούς για την αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή αλλά και για την ατομική ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου του φροντιστή.

Το τρίτο στάδιο αφορά στην τελική περίοδο της νόσου. (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 231).

Εξακολουθούν να ισχύουν οι στόχοι της 2ης φάσης, με έμφαση στην ομαδική και ατομική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών προκειμένου να τονωθούν και να συνεχίσουν το παραγωγικό τους έργο, καθώς και στην εμπλοκή περισσότερων ατόμων στη φροντίδα του ασθενή καθώς οι απαιτήσεις φροντίδας προς αυτόν αυξάνονται. Κι αυτό γιατί σταδιακά εμφανίζεται όλο και περισσότερη έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών του ασθενή.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί πως πέρα από τη συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να έχει πολύ στενή συνεργασία και με την διεπιστημονική ομάδα αλλά και με τη διεπαγγελματική, προκειμένου να υπάρχουν θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή και την οικογένειά του με βασικό την εξασφάλιση της καλής ποιότητας ζωής. (Κατσούλης, Η., 1996, 121).

Οι υπόλοιπες ειδικότητες που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση της Άνοιας είναι:

Ο νευρολόγος, ο οποίος κάνει διάγνωση, δίνει φαρμακευτική αγωγή και την παρακολουθεί. Ο παθολόγος που αντιμετωπίζει τα παθολογικά προβλήματα που προκύπτουν λόγω της Άνοιας. Ο ψυχολόγος ο οποίος μετρά την εξέλιξη της νόσου και εμπλέκεται στην υποστήριξη της οικογένειας και του ατόμου. Ο εργοθεραπευτής που δίνει λύσεις σε πρακτικά προβλήματα λειτουργικότητας του ασθενή. Ο φυσιοθεραπευτής που συμβάλει στην ανάνηψη δεξιοτήτων που προσβάλλονται. Ο νοσηλευτής ο οποίος

φροντίζει τη φαρμακευτική αγωγή και φροντίζει τη σωματική υγεία του ασθενή και ο επισκέπτης Υγείας που παρακολουθεί τη λειτουργία των φροντιστών και τους καθοδηγεί.

Απαραίτητο είναι όλες οι ειδικότητες να συνεργάζονται με αλληλοενημέρωση, σεβασμό στο ρόλο του καθενός με τακτικές συναντήσεις και συνεδρίες όλης της ομάδας. Τέλος, ένα πολύ βασικός τομέας απασχόλησης του κοινωνικού λειτουργού αποτελεί η συνεργασία του με την ευρύτερη κοινότητα. (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 231).

Ουσιαστικά, πρόκειται για μια διαδικασία κινητοποίησης και παροχής βοήθειας της κοινότητας να αντιληφθεί την πραγματική διάσταση των ζητημάτων που την απασχολούν, να τα αξιολογήσει, να τα ιεραρχήσει και να σχεδιάσει με συστηματικό και κατάλληλο τρόπο την αντιμετώπισή τους. (Καλλινικάκη, 1998, 144).

Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να αναλάβει να ενημερώσει την κοινότητα για τις ανάγκες των ανοϊκών, για τις ιδιαιτερότητές τους σαν πληθυσμιακή ομάδα, να είναι άμεσος με το κοινό και μέσα από ομάδες, συλλόγους, υπηρεσίες αλλά και κρατικά όργανα να φροντίζει να ενισχύει την εθελοντική διάθεση των κατοίκων μιας περιοχής καθώς και να στοχεύει στην ευαισθητοποίησή τους. Όλα αυτά προϋποθέτουν μια πολύ καλή γνώση της νόσου, καθώς και μια πολύ προσεκτική διερεύνηση σχετικά με τις ανάγκες των ανοϊκών και των υπηρεσιών που υπάρχουν στην περιοχή, όπως και για τις υπηρεσίες που υπάρχει η δυνατότητα να λειτουργήσουν με τις ανάλογες διαδικασίες.

Αφού καταφέρει να ενημερώσει τους κατοίκους αλλά και να τους ευαισθητοποιήσει, θα πρέπει να πραγματοποιήσει μια πολύ καλή έρευνα για να εντοπίσει τις πραγματικές ανάγκες των ανοϊκών μέσα στην κοινότητα και με τη συμμετοχή των κατοίκων να προσπαθήσει να αναπτύξει τα κοινωνικά δίκτυα δράσης.

Αυτό περιλαμβάνει τον σχεδιασμό προγραμμάτων, τη δυνατότητα για οργάνωση των προγραμμάτων αυτών που να αφορούν τη πρόληψη της εμφάνισης άνοιας αλλά και τη φροντίδα των ανοϊκών ασθενών, την οργάνωση ομάδων πρωτοβουλίας, αυτοβοήθειας και αμοιβαίας βοήθειας στο επίπεδο της γειτονιάς, την ενεργοποίηση συλλόγων, τη διαφώτιση και τον συντονισμό ομάδων επαγγελματιών, τη διοργάνωση ενημερωτικών συγκεντρώσεων σε πολυσύχναστα σημεία της κοινότητας, τη δραστηριοποίηση των φορέων της κοινότητας προκειμένου να συμμετάσχουν ως συνδιοργανωτές στις ενημερωτικές εκδηλώσεις και την παραγωγή και κυκλοφορία ενημερωτικών εντύπων με

απλές, σαφείς και κατατοπιστικές αναφορές σχετικά με την άνοια και στις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να γίνουν (Καλλινικάκη, 1998, 148). Ο κοινωνικός λειτουργός δημιουργεί και ασκεί κοινωνική πολιτική στον χώρο της κοινότητας. Ομάδες εθελοντών, ομάδες συμβουλευτικής και στήριξης των φροντιστών, ομάδες ανοϊκών ασθενών για ενίσχυση μνήμης και λειτουργικών τους ικανοτήτων. Τα κέντρα ημέρας και τα Alzheimer café είναι μερικές από τις δράσεις που μπορεί να αναπτύξει μέσα στα πλαίσια των δικτύων που ήδη λειτουργούν όπως τα Κ.Α.Π.Η., τα Κ.Η.Φ.Η. κ.λπ.

## **Κεφάλαιο 12: Μεθοδολογία Έρευνας**

### **12.1 Επιλογή και διατύπωση του ερευνητικού θέματος**

Σκοπός της επιστημονικής έρευνας είναι να δώσει απάντηση σε σημαντικά ερωτήματα με την εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων. Η απόφαση, αν ένα σημαντικό πρόβλημα, χρειάζεται, μπορεί ή πρέπει να ερευνηθεί με επιστημονικές μεθόδους είναι το πρώτο βήμα στην ερευνητική διαδικασία.

Η ερευνητική διαδικασία στην κοινωνική επιστήμη, είναι μια σειρά στενά συνδεδεμένων δραστηριοτήτων που συνεχώς αλληλοκαλύπτονται, παρά μια αυστηρά προδιαγραμμένη αλληλουχία φάσεων.

Όσον αφορά, την επιλογή του θέματος της έρευνας, δεν είναι ολοκληρωτικά λογικά εδραιωμένη. Είναι συνηθέστατα συνάρτηση τόσο της προσωπικότητας του ερευνητή, όσο και του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο κινείται και εργάζεται. (Πελεκίδου Μ.-Στεργίου Κ., 2004, 71, Janeau, 1996, 54).

Η επιλογή του δικού μας ερευνητικού θέματος αφορά στην ανίχνευση της γνωστικής διαταραχής σε άτομα άνω των 65 ετών στα Κ.Α.Π.Η. στην αστική περιοχή του Ηρακλείου. Η επιλογή του ερευνητικού θέματος της παρούσας μελέτης, επήλθε μέσα από την ευαισθητοποίηση των τριών σπουδαστών και την κατεύθυνση της υπεύθυνης καθηγήτριας Παττακού Βασιλικής, σε συνεργασία με την ψυχίατρο της ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής «Άγιος Χαράλαμπος», Κα Αδρακτά Θεοδώρα. Μετά από παρότρυνση δική της αλλά και την επαφή που είχαμε με ανοϊκούς ασθενείς στα πλαίσια των εργαστηρίων θεωρήσαμε ότι είναι ένας τομέας που μας αφορά και μας ενδιαφέρει να ερευνηθεί, κυρίως εφ' όσον επρόκειτο για έρευνα σε τοπικό- αστικό επίπεδο.

### **12.2 Μεθοδολογία έρευνας**

Σκοποί της έρευνάς μας, αποτελούν οι ακόλουθοι:

A) Η αναζήτηση, διερεύνηση και καταγραφή της τάσης της γνωστικής διαταραχής σε δείγμα πληθυσμού των μελών των Κ.Α.Π.Η. του δήμου Ηρακλείου. Τα εγγεγραμμένα μέλη στα Κ.Α.Π.Η. κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας ήταν 9000. Για να βρούμε την τάση έπρεπε να ερευνήσουμε το 4% που είναι 360 μέλη. Ο αριθμός μελών που ερευνήσαμε από το εκάστοτε Κ.Α.Π.Η. προέκυψε παίρνοντας το 4% από τα εγγεγραμμένα μέλη.

B) Μια επιστημονική προσέγγιση του πολύπλοκου αυτού φαινομένου της γνωστικής διαταραχής, καθώς και της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων ατόμων.

Γ) Τέλος η καταγραφή και παράθεση των υφιστάμενων πλευρών του ζητήματος μέσα από τη συλλογή, μελέτη και ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, με απώτερο σκοπό την έκθεση του ζητήματος και τη διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων, χρήσιμων για τη βαθύτερη γνώση του θέματος.

Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα στους ηλικιωμένους, σε παγκόσμια κλίμακα, υπάρχει η τάση σε ποσοστό 25% να παρουσιάσουν γνωστική διαταραχή, που αυτό με την πάροδο του χρόνου οδηγεί σε Άνοια. Άτομα άνω των 65 ετών εμφανίζουν άνοια σε ποσοστό 5%. Αυτό το ποσοστό διπλασιάζεται ανά 5ετία, δηλαδή άτομα ηλικίας 70- 74 ετών θα έχουν άνοια σε ποσοστό 10%, άτομα ηλικίας από 75- 79 θα παρουσιάσουν άνοια σε ποσοστό 20% κ.ο.κ. (Μάνος, Ν., 1999, 269, Ρηγοπούλου Σ., 2005, «Διαγνωστικά κριτήρια Ανοιών» στο Τσολάκη, Καζής, 167, Ταξινόμηση ICD- 10 Ψυχικών Διαταραχών της Συμπεριφοράς, σελ 52- 54).

Βασιζόμενοι λοιπόν στην παραπάνω θεωρητική προσέγγιση, θέλουμε να εξετάσουμε το κατά πόσο το φαινόμενο της γνωστικής διαταραχής επηρεάζει την τρίτη ηλικία και σε τι ποσοστό, επικεντρώνοντάς το στην αστική περιοχή του Ηρακλείου.

### **12.3 Ερευνητική στρατηγική**

Η έρευνα μας, αποτέλεσε μια ποσοτική μελέτη. Χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πακέτο SPSS για την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων, τη στατιστική ανάλυση  $\chi^2$ , t-test και descriptive statistics για να δούμε διαφορές μεταξύ των ερωτηματολογίων αλλά και μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων που συλλέξαμε.

Οι λόγοι που επιλέξαμε να διεξάγουμε την έρευνά μας με την μέθοδο της ποσοτικής ανάλυσης ήταν γιατί επιδιώκαμε τη συλλογή δεδομένων με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια. Οι ποσοτικές μελέτες εξετάζουν δεδομένα που αφορούν τους ανθρώπους με τους οποίους οι ερευνητές μέσα από συγκεκριμένες ερωτήσεις, συγκεντρώνουν και μεταφράζουν τα στοιχεία που συγκεντρώνουν για το συγκεκριμένο ερευνητικό ερώτημα που μελετούν ( Javeau, 1996, 46).

#### **12.4 Αξία της μελέτης**

Στην ποσοτική έρευνα, η βασική ιδέα είναι η αξιοπιστία και η σταθερότητα της μελέτης, αλλά και η εγκυρότητα αυτής. Το παραπάνω σημαίνει ότι δημιουργούμε ή χρησιμοποιούμε εργαλεία συλλογής στοιχείων, που πραγματικά μετράνε αυτό που θέλουμε να μετρήσουμε· η εγκυρότητα, είναι παρούσα σε όλα τα στάδια της έρευνας.

Και αυτό προσπαθήσαμε να πετύχουμε στην παρούσα μελέτη. Σ' αυτό το σημείο έγκειται και η αξία της μελέτης μας, καθώς μας βοηθά να καταλάβουμε το φαινόμενο της γνωστικής διαταραχής αλλά και να εντοπίσουμε τα επίπεδα λειτουργικότητας των ηλικιωμένων.

#### **12.5 Τεχνικές συλλογής δεδομένων**

Στην προσπάθειά μας να φέρουμε εις πέρας τη συγκεκριμένη έρευνα, έπρεπε να χρησιμοποιήσουμε τα κατάλληλα μέσα που να ανταποκρίνονται στους στόχους μας και να μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες για τα θέματα που μας αφορούν. Η επιλογή μας στον τρόπο συλλογής δεδομένων είναι μέσω ερωτηματολογίων με ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις.

Ένα βασικό πλεονέκτημα των ερωτηματολογίων είναι ότι επιτρέπει να εξετάζουμε το ερευνητικό πρόβλημα σε βάθος και τα αποτελέσματα που βγαίνουν είναι ακριβέστερα μετρήσιμα και διαχρονικά.

Όσον αφορά το στόχο μας, αυτός ο τρόπος συλλογής δεδομένων μας προσφέρει περισσότερα πλεονεκτήματα, καθώς μας επιτρέπεται να έχουμε μια συνολική, αλλά κυρίως συγκεκριμένη εικόνα όσον αφορά τη συσχέτιση του φαινομένου της ποιότητας

ζωής των ηλικιωμένων με το φαινόμενο της γνωστικής διαταραχής ώστε να πάρουμε τα στοιχεία που θέλουμε και να μπορέσουμε να επαληθεύσουμε ή όχι τη βασική υπόθεσή μας που αφορά στο ότι οι ηλικιωμένοι, σε παγκόσμια κλίμακα, υπάρχει η τάση σε ποσοστό 25% να παρουσιάσουν γνωστική διαταραχή, που αυτό με την πάροδο του χρόνου οδηγεί σε Άνοια. Άτομα άνω των 65-69 ετών εμφανίζουν άνοια σε ποσοστό 5%. Αυτό το ποσοστό διπλασιάζεται ανά 5ετία, δηλαδή άτομα ηλικίας 70- 74 ετών θα έχουν άνοια σε ποσοστό 10%, άτομα ηλικίας από 75- 79 θα παρουσιάσουν άνοια σε ποσοστό 20% κ.ο.κ.

Για τις ανάγκες της έρευνας, χρησιμοποιήσαμε 4 ερωτηματολόγια που απαντιόνταν γρήγορα το καθένα μαρκάροντας την απάντηση που μας έδινε ο ερωτώμενος. Παράλληλα χρησιμοποιήσαμε ένα ερωτηματολόγιο με δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία τα οποία, σε συνδυασμό με τα ερωτηματολόγια θα μας έδιναν αποτελέσματα ικανά για ανάλυση.

Τα ερωτηματολόγια επεξηγήθηκαν στους ερωτώμενους αρχικά με την προϋπόθεση πως είναι ανώνυμα και εμπιστευτικά και πως ποτέ και σε καμία περίπτωση δεν θα συνδεθεί το πρόσωπο που απαντά με τα ερωτηματολόγια του. Δίνονταν οδηγίες στον ερωτώμενο για τον τρόπο που όφειλε να τα απαντήσει και του εξηγούνταν ότι η συμπλήρωση θα γίνει από τον ερευνητή, ο οποίος θα συμπληρώνει, θα παρεμβαίνει και θα δίνει οδηγίες κάθε φορά που θα εκφράζεται κάποια απορία. Η μέση διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν 15 με 20 λεπτά περίπου.

Το γεγονός ότι οι ερευνητές αφενός εξηγούσαν ότι πρόκειται για μια απλή μελέτη στα πλαίσια της εκπαιδευτικής τους διαδικασίας και αφ' ετέρου ότι υπήρξε παρακίνηση από τις Κοινωνικούς Λειτουργούς, διευκόλυνε περισσότερο την προσέγγιση τους. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ ερευνητών και ερωτώμενων έτσι ώστε οι τελευταίοι να απαντήσουν χωρίς ενδοιασμούς σε όλες τις ερωτήσεις.

Δεν καταγράφηκαν άτομα που ν' αρνήθηκαν να απαντήσουν για διάφορους λόγους. Επιπροσθέτως αξίζει να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν αισθανόταν άνετα ν' απαντήσει στο ερώτημα που αφορούσε το μηνιαίο εισόδημα θεωρώντας ότι δεν είναι απαραίτητο.

Για να πραγματοποιήσουμε την έρευνά μας και να διερευνηθούν εμπειρικά τα θεωρητικά πλαίσια για την τάση για γνωστική διαταραχή τα ερωτηματολόγια χωρίστηκαν σε 5 ενότητες, με λογική μεταξύ τους συνέχεια και επιλέξαμε ενότητες, πάνω στις οποίες κινήθηκαν οι συνεντεύξεις μας. Οι ενότητες είναι οι εξής:

1. Δημογραφικά στοιχεία.

Μια σειρά εισαγωγικών ερωτήσεων (πρώτη ενότητα) μελετούσαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτωμένων όπως την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την απασχόληση, το εισόδημα, τις ήδη υπάρχουσες ασθένειες, τη γνώση τους για τη νόσο Alzheimer και την ύπαρξη κάποιου ανοϊκού συγγενή για να μετρηθεί ο παράγοντας της κληρονομικότητας, καθώς και βασικές τους συνήθειες που αφορούν το διάβασμα και τη γυμναστική.

2. Το Mini Mental State Examination test, μια κλίμακα μέτρησης της γνωστικής διαταραχής.

Είναι ένα σύντομο, εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο σταθμισμένο στην Ελλάδα και χρησιμοποιείται ευρύτατα από όλες σχεδόν τις ειδικότητες επιστημόνων υγείας για μια γρήγορη αξιολόγηση γνωστικών διαταραχών. Η κλίμακα MMSE αποτελείται από 6 υποκλίμακες. Η πρώτη υπόκλιμακα αφορά στις ερωτήσεις 1- 10 για τον προσανατολισμό. Η δεύτερη υπόκλιμακα αφορά στις ερωτήσεις 11- 13 για την εγχαράξη. Η τρίτη υπόκλιμακα αφορά στις ερωτήσεις 14- 18 για την προσοχή και την ικανότητα υπολογισμών. Η τέταρτη υπόκλιμακα αφορά στις ερωτήσεις 19- 21 για την ανάκληση. Η πέμπτη υπόκλιμακα αφορά στις ερωτήσεις 22- 29 για την χρήση της γλώσσας. Τέλος η έκτη υπόκλιμακα αφορά στην ερώτηση 30 για την ικανότητας πραξίας. Το σύνολο των ερωτήσεων ήταν 30 σύντομης απάντησης και με βάση τις σωστές τους απαντήσεις έβγαине το σκορ. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 30- 26 δείχνουν ότι δεν υπάρχει γνωστική διαταραχή. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 25- 20 δείχνουν ήπια γνωστική διαταραχή. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 19- 11 δείχνουν μέτρια γνωστική διαταραχή. Τέλος οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 10- 0 δείχνουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

3. Το Geriatric Depression Scale, που μετρά την καταθλιπτική διάθεση ατόμων άνω των 65 ετών.



Συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με τις καθημερινές συνήθειές των ηλικιωμένων, τις αντιδράσεις τους κυρίως σε περιπτώσεις ψυχολογικής επιβάρυνσης, τις αντιλήψεις τους για την ίδια τη ζωή τους καθώς και την ψυχική τους διάθεση, προκειμένου να μετρηθεί η καταθλιπτική διάθεση.

Το σύνολο των ερωτήσεων ήταν 30 σύντομης απάντησης και με βάση τις απαντήσεις τους έβγαινε το σκορ. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 0- 10 δείχνουν ότι δεν υπάρχει καταθλιπτική διαταραχή. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 11- 20 δείχνουν καταθλιπτική διάθεση. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 21- 30 δείχνουν καταθλιπτική διαταραχή.

4. Το Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia, μια κλίμακα μέτρησης για το επίπεδο λειτουργικότητας ατόμων άνω των 65 ετών.

Συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με την ικανότητα των ηλικιωμένων να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της καθημερινότητας, καθώς και στην ικανότητά τους για ανάκληση γεγονότων, ονομάτων και προσώπων. Τέλος στο ερωτηματολόγιο ερευνάται το ποσοστό της σφαιρικής σύγχυσης, του προσανατολισμού τους στον χώρο, της συγκινησιακής τους κατάστασης και της κοινωνικής απαντητικότητας.

Το σύνολο των ερωτήσεων ήταν 14 πολλαπλής επιλογής και με βάση τις απαντήσεις τους έβγαινε το σκορ. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 0- 6 δείχνουν ότι δεν υπάρχει διαταραχή της λειτουργικότητας. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 7 και άνω δείχνουν διαταραχή της λειτουργικότητας και όσο μεγαλύτερο το σκόρ τόσο πιο σοβαρή είναι και η διαταραχή.

5. Το Hamilton Depression Rating Scale ως ένα από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάθλιψης αλλά και της αποτελεσματικότητας διάφορων θεραπειών.

Συμπεριλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με την καταθλιπτική διάθεση που τυχόν εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι, καθώς και τις σωματικές ενοχλήσεις που προκύπτουν ως ψυχοσωματικά συμπτώματα λόγω της ύπαρξης της ασθένειας. Τέλος, ερευνήσαμε τις γνώσεις τους την αντιληπτική τους ικανότητα όσον αφορά της ασθένεια.

Το σύνολο των ερωτήσεων ήταν 16 πολλαπλής επιλογής και με βάση τις απαντήσεις τους έβγαινε το σκορ. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 0- 10 δείχνουν ότι δεν υπάρχει κατάθλιψη. Οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 11- 15 δείχνουν καταθλιπτική διάθεση και οι απαντήσεις που βγάζουν σκορ 16 και άνω δείχνουν καταθλιπτική διαταραχή. Επίσης

υπήρχε μια ερώτηση που συμπληρωνόταν από εμάς και η οποία αφορούσε στο κατά πόσο κατά την κρίση μας ο ερωτώμενος είχε επίγνωση του νοσηρού και αφορούσε τις περιπτώσεις ατόμων που ήδη πάσχουν από καταθλιπτική διάθεση ή διαταραχή. Όταν αυτό δεν υπήρχε έμπαινε μηδενική επιλογή που δηλώνει ότι δεν εμφανίζει το άτομο συμπτώματα κατάθλιψης.

Στόχος μας ήταν να εξηγήσουμε στον ερωτώμενο το σκοπό της έρευνας, να δημιουργήσουμε κλίμα άνεσης και να διεγείρουμε κάθε φορά το ενδιαφέρον για συνεργασία.

Κλίμα άνεσης δημιουργήθηκε σε όλες τις συνεντεύξεις που πραγματοποιήσαμε. Φροντίσαμε οι ερωτώμενοι να νιώσουν ελεύθεροι, χωρίς πίεση και χρησιμοποιήσαμε λεξιλόγιο απλό και λιτό, έτσι ώστε να είναι σε θέση να κατανοηθεί από όλους τους ερωτώμενους πλήρως, για να απαντήσουν χωρίς δισταγμούς στις ερωτήσεις μας· ώστε να συλλέξουμε τα στοιχεία που θέλαμε, καθώς και να τους τονίσουμε ότι θα τηρηθεί το απόρρητο προκειμένου να νιώσουν άνετα σε κάποιες ερωτήσεις που αφορούσαν πολύ ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα..

## **12.6 Διαδικασία επιλογής δείγματος**

Το δείγμα το επιλέξαμε με τη συνεργασία των Κ.Α.Π.Η. Μελετήθηκαν 360 άτομα, 178 άντρες και 182 γυναίκες, εγγεγραμμένα μέλη των 7 Κ.Α.Π.Η. του Ηρακλείου στην αστική περιοχή ηλικίας 65 ετών και άνω. Η αναζήτηση, διερεύνηση και καταγραφή της τάσης γνωστικής διαταραχής σε δείγμα πληθυσμού των μελών των Κ.Α.Π.Η. του δήμου Ηρακλείου. Τα εγγεγραμμένα μέλη στα Κ.Α.Π.Η. είναι 9000. Για να βρούμε την τάση έπρεπε να ερευνήσουμε το 4% που είναι 360 μέλη. Ο αριθμός μελών που ερευνήσαμε από το εκάστοτε Κ.Α.Π.Η. προέκυψε παίρνοντας το 4% από τα εγγεγραμμένα μέλη.

Τα κριτήρια επιλογής δείγματος ήταν τα άτομα να είναι άνω των 65 ετών, εγγεγραμμένα μέλη του εκάστοτε Κ.Α.Π.Η. και φυσικά να επιθυμούν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Όταν τα μέλη που επιλέγαμε δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην

έρευνα ή όταν κάποιο μέλος είχε απεβιώσει παίρναμε τον πριν από αυτόν αριθμό πρωτοκόλλου ή τον ακριβώς επόμενο.

### **12.7 Πιλοτική έρευνα**

Στην διάρκεια της φάσης αυτής που διεξήχθη στις 27/5/2005 κατά την επίσκεψή μας στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική «Άγιος Χαράλαμπος» πραγματοποιήθηκαν 15 συνεντεύξεις πριν την έναρξη της έρευνας προκειμένου να διαπιστωθεί τόσο το επίπεδο ευκολίας ή μη των συγκεκριμένων τεστ και ερωτηματολογίων, όσο και για να εντοπίσουμε τυχόν λάθη που θα μπορούσαν να προκύψουν κατά τη διάρκεια της έρευνας. Το πιλοτικό δείγμα αποτελούσαν 15 ανοϊκοί ασθενείς που νοσηλεύονταν στη κλινική.

### **12.8 Δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε**

Στόχος μας ήταν να δημιουργήσουμε ένα κλίμα άνεσης σε όλες τις συναντήσεις με τους ερωτώμενους. Δημιουργώντας από την πλευρά μας ένα κλίμα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και κατανόησης χρησιμοποιώντας στη διατύπωση των ερωτήσεων λόγο απλό και κατανοητό, κρατήσαμε ζωντανό το ενδιαφέρον όσων συνεργαστήκαμε για να απαντήσουν στις ερωτήσεις μας. με όσα μέλη συνεργαστήκαμε, διαπιστώσαμε ότι υπάρχει έντονη η επιθυμία για συνεργασία.

Παρ' όλα αυτά όμως, στην προσπάθειά μας να πραγματοποιήσουμε τη συγκεκριμένη έρευνα συναντήσαμε κάποιες δυσκολίες.

Μια από τις πρώτες δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε ήταν η χρονική περίοδος κατά την οποία έλαβε μέρος η έρευνα. Η έναρξή της έγινε αρχές Ιουνίου και ολοκληρώθηκε τέλος Ιουλίου. Αυτό σημαίνει ότι οι ομάδες και οι δραστηριότητες του εκάστοτε Κ.Α.Π.Η. είχαν σταματήσει, με αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός μελών να μην συμμετέχει πλέον στο Κ.Α.Π.Η., με εξαίρεση τα ενεργά μέλη και τα άτομα που επισκέπτονταν τον γιατρό. Αυτό ήταν περισσότερο έκδηλο στο γ' Κ.Α.Π.Η. Πόρου, όπου και υπήρξε μεγάλη δυσκολία στην εύρεση μελών, με αποτέλεσμα η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων να είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα.

Ξεκινήσαμε την έρευνά μας με την προϋπόθεση το δείγμα μας να είναι τυχαίο με βάση τον αριθμό μητρώου του κάθε Κ.Α.Π.Η. , έτσι ώστε να έχουμε όσο το δυνατόν πιο έγκυρο δείγμα. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της έρευνας κάποιο από τα Κ.Α.Π.Η. αρνήθηκε να μας δώσει τον αριθμό μητρώου των μελών του, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να συνεχίσουμε την έρευνα υπό αυτές τις συνθήκες. Επίσης διαπιστώσαμε ότι η γενικότερη χρήση του αριθμού μητρώου ήταν ανέφικτη, διότι κάποια από τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. που συμπεριλαμβάνονταν στον αριθμό μητρώου δεν το επισκέπτονταν πλέον ή δεν ήταν εν ζωή. Επειδή αυτό το γεγονός δημιούργησε μεγάλη δυσκολία στη διεξαγωγή της έρευνας καταλήξαμε στην επιλογή των ενεργών μελών των Κ.Α.Π.Η.

Ιδιαίτερη προσοχή από την πλευρά μας χρειάστηκε σε κάποια ερωτήματα, διότι κάποιες ερωτήσεις ήταν δύσκολες ως προς την εκφώνησή τους. Τέτοιες ερωτήσεις αφορούσαν για παράδειγμα τα ενδεχόμενα προβλήματα με την ακράτεια και τη σεξουαλικότητα των ηλικιωμένων. Ιδιαίτερα το θέμα της σεξουαλικότητας, ήταν κάτι που μας προβλημάτιζε κατά την έναρξη της έρευνας, καθώς δυσκολευόμασταν ως προς την τοποθέτηση του ερωτήματος και ακόμη περισσότερο αναφορικά με την αντίδραση των ηλικιωμένων στο άκουσμα της συγκεκριμένης ερώτησης. Στην πορεία βέβαια, διαπιστώσαμε ότι δεν υπήρξε λόγος προβληματισμού, καθώς από την αρχή καταφέραμε να δημιουργήσουμε ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα σε συνεντευκτή και ερωτώμενο. Γι' αυτό το λόγο άλλωστε, από την αρχή, δινόταν ένα έγγραφο στους ηλικιωμένους το οποίο εξηγούσε αφ' ενός τον ρόλο μας και την ιδιότητά μας και αφ' ετέρου κατοχύρωνε το απόρρητο και την εχεμύθεια.

Τέλος, ο αριθμός των ερωτήσεων ήταν μεγάλος,(128 ερωτήματα), με αποτέλεσμα σε κάποιες περιπτώσεις οι ερωτώμενοι να δυσανασχετούν και να κουράζονται. Αυτό, ήταν κάτι που εξ' αρχής προβλημάτιζε τόσο εμάς, όσο και τις κοινωνικούς λειτουργούς των Κ.Α.Π.Η., κάτι που συχνά αποτελούσε και το επίκεντρο των συζητήσεών μας.

## **Κεφάλαιο13. Ανάλυση έρευνας**

### **Μεθοδολογία ανάλυσης.**

Προκειμένου να επεξεργαστούμε το υλικό που συλλέξαμε από τις συνεντεύξεις που πήραμε, σκοπεύοντας να δούμε κατά πόσο το ποσοστό για γνωστική διαταραχή εμφανίζεται και διπλασιάζεται ανά 5ετία (δηλαδή άτομα άνω των 65- 69 ετών εμφανίζουν άνοια σε ποσοστό 5%, άτομα ηλικίας 70- 74 ετών θα έχουν άνοια σε ποσοστό 10%, άτομα ηλικίας από 75- 79 θα παρουσιάσουν άνοια σε ποσοστό 20% κ.ο.κ.) κάναμε τα εξής:

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από 360 άτομα, το 4% του συνολικού πληθυσμού των εγγεγραμμένων μελών στα Κ.Α.Π.Η. της αστικής περιοχής του νομού Ηρακλείου, παρουσία του ερευνητή που διξήγαγε τις ερωτήσεις.

Δημιουργήσαμε βάση δεδομένων με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS στο οποίο και κωδικοποιήσαμε τις συνεντεύξεις με αύξοντα αριθμό προκειμένου να συγκεντρώσουμε τα αποτελέσματα.

Στην κάθε ερώτηση, βγάλαμε τις συχνότητες των απαντήσεων που δόθηκαν από το δείγμα, καθώς επίσης μπήκαμε και στη διαδικασία να συσχετίσουμε ερωτήσεις μεταξύ τους, προκειμένου να καταλήξουμε στα συμπεράσματα της έρευνας και να δώσουμε μια πιο σαφή εικόνα της κατάστασης που επικρατεί.

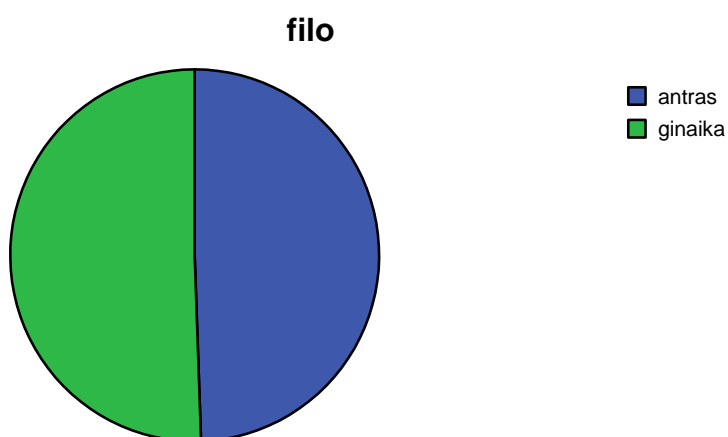
Παρακάτω ακολουθούν οι πίνακες των συχνοτήτων και των συσχετίσεων των ερωτήσεων μεταξύ τους.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΦΥΛΟ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι από το σύνολο του δείγματος των 360 ατόμων, οι 178 δηλαδή το 49,4% ήταν άντρες και οι 182 δηλαδή το 50,6% ήταν γυναίκες.

#### ΦΥΛΟ

	Frequency	Percent
ΑΝΔΡΑΣ	178	49,4
ΓΥΝΑΙΚΑ	182	50,6
Total	360	100,0

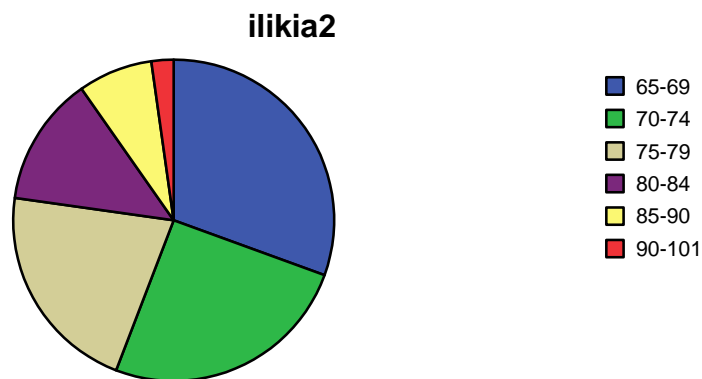


## ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΗΛΙΚΙΑ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι το δείγμα ανήκε στις εξής ηλικιακές ομάδες:  
από 65 έως 69 ετών ήταν 110 άτομα, δηλαδή το 30,6% του δείγματος.  
από 70 έως 74 ετών ήταν 91 άτομα, δηλαδή το 25,3% του δείγματος.  
από 75 έως 79 ετών ήταν 77 άτομα, δηλαδή το 21,4% του δείγματος.  
από 80 έως 84 ετών ήταν 47 άτομα, δηλαδή το 13,1% του δείγματος.  
από 85 έως 90 ετών ήταν 27 άτομα, δηλαδή το 7,5% του δείγματος.  
από 90 έως 101 ετών ήταν 8 άτομα, δηλαδή το 2,2% του δείγματος.

### ΗΛΙΚΙΑ

	Frequency	Percent
65-69	110	30,6
70-74	91	25,3
75-79	77	21,4
80-84	47	13,1
85-90	27	7,5
90-101	8	2,2
Total	360	100,0



### ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

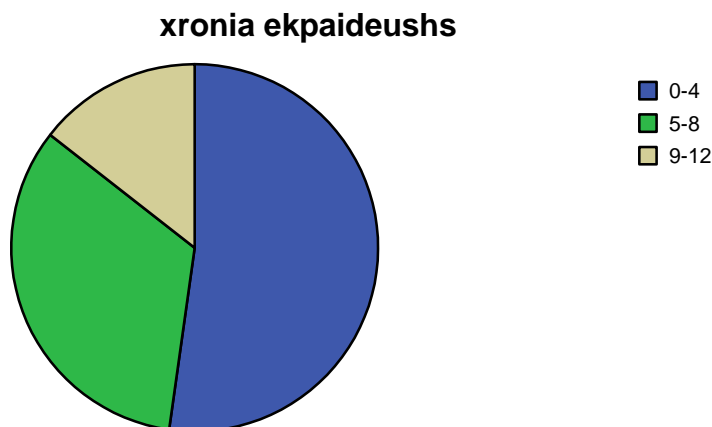
Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος. Η ομαδοποίηση αυτή έγινε σύμφωνα με το MMSE, για να είναι πιο εύκολη η στατιστική ανάλυση με βάση τη συγκεκριμένη ηλικία. Βλέπουμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας ανήκει στην κατηγορία της χαμηλότερης εκπαίδευσης, δηλαδή 188 ηλικιωμένοι έχουν λάβει εκπαίδευση από 0 έως 4 χρόνια, και αντιστοιχεί σε ποσοστό 52,2%.

120 άτομα έχουν λάβει εκπαίδευση από 5 έως 8 χρόνια, και αντιστοιχεί σε ποσοστό 33,3%.

Τέλος, 52 άτομα έχουν λάβει εκπαίδευση από 9 έως 12 χρόνια και αντιστοιχεί σε ποσοστό 14,4%.

### ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

	Frequency	Percent
0-4	188	52,2
5-8	120	33,3
9-12	52	14,4
Total	360	100,0





#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι μόλις 21 άτομα από τα 360 του συνολικού δείγματος, δηλαδή το 5,8% έχουν ολοκληρώσει σπουδές στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

#### **ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

	Frequency	Percent
ΝΑΙ	21	5,8
ΟΧΙ	339	94,2
Total	360	100,0



## ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το επάγγελμα των ερωτώμενων.

2 άτομα ανήκουν στην κατηγορία των επιστημόνων, δηλαδή το 0,6%.

14 άτομα είναι υπάλληλοι σε δημόσια υπηρεσία με πτυχίο, δηλαδή το 3,9%.

6 άτομα ανήκουν στα εκπαιδευτικά επαγγέλματα, δηλαδή το 1,7%.

1 άτομο επαγγέλλεται κληρικός, δηλαδή το 0,3%.

25 άτομα εργάζονται σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, δηλαδή το 6,9%.

53 άτομα επαγγέλλονται επιχειρηματίες και πωλητές, δηλαδή το 14,7%.

60 άτομα είναι αγρότες, ψαράδες και δασικοί, δηλαδή το 16,7%.

56 άτομα είναι εργάτες, δηλαδή το 15,6%.

26 άτομα ασχολούνται με τουριστικά επαγγέλματα, δηλαδή το 7,2%.

8 άτομα είναι οδηγοί και ναυτικοί, δηλαδή το 2,2%.

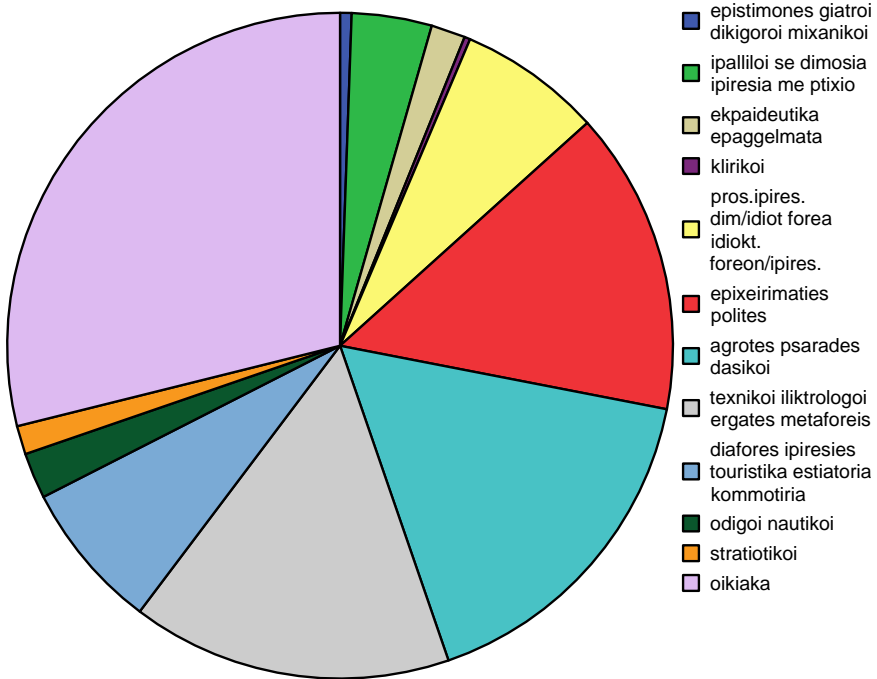
5 άτομα είναι στρατιωτικοί, δηλαδή το 1,4%.

104 άτομα ασχολούνται με οικιακά, δηλαδή το 28,9%.

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

	Frequency	Percent
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ, ΓΙΑΤΡΟΙ, ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ, ΜΗΧΑΝΙΚΟΙ	2	,6
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΕ ΠΤΥΧΙΟ	14	3,9
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	6	1,7
ΚΛΗΡΙΚΟΙ	1	,3
ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, ΔΗΜ/ΙΔΙΩΤ. ΦΟΡΕΑ.	25	6,9
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΕΣ ΠΩΛΗΤΕΣ	53	14,7
ΑΓΡΟΤΕΣ ΨΑΡΑΔΕΣ ΔΑΣΙΚΟΙ	60	16,7
ΤΕΧΝΙΚΟΙ ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΟΙ ΕΡΓΑΤΕΣ ΜΕΤΑΦΟΡΕΙΣ	56	15,6
ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΑ ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΑ	26	7,2
ΚΟΜΜΩΤΗΡΙΑ ΟΔΗΓΟΙ ΝΑΥΤΙΚΟΙ	8	2,2
ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΙ	5	1,4
ΟΙΚΙΑΚΑ	104	28,9
Total	360	100,0

## epaggelma



## ΠΙΝΑΚΑΣ:6 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος. Το 2.2% του δείγματος είναι άγαμοι. Το 64.4% είναι έγγαμοι, το 0.6% είναι εν διαστάσει, το 2.5% είναι διαζευγμένοι, το 29.7% είναι χήροι και το 0.6% συζεί.

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

	Frequency	Percent
ΑΓΑΜΟΣ	8	2,2
ΕΓΓΑΜΟΣ	232	64,4
ΕΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙ	2	,6
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	9	2,5
ΧΗΡΟΣ/ Α	107	29,7
ΣΥΖΕΙΙ	2	0,6
Total	360	100,0



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ**

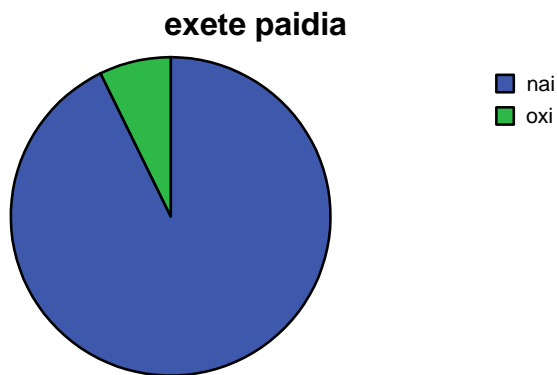
Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το αν έχουν ή όχι παιδιά οι ηλικιωμένοι.

334 άτομα απάντησαν πως έχουν παιδιά, δηλαδή το 92,8%.

26 άτομα απάντησαν πως δεν έχουν παιδιά, δηλαδή το 7,2%.

#### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;**

	Frequency	Percent
ΝΑΙ	334	92,8
ΟΧΙ	26	7,2
Total	360	100,0



### ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τις απαντήσεις των ατόμων που στην προηγούμενη ερώτηση, στο αν έχουν παιδιά.

26 άτομα δεν έχουν παιδιά, δηλαδή το 7,2%.

43 άτομα έχουν 1 παιδιά, δηλαδή το 11,9%.

154 άτομα έχουν 2 παιδιά, δηλαδή το 42,8%.

97 άτομα έχουν 3 παιδιά, δηλαδή το 26,9%.

25 άτομα έχουν 4 παιδιά, δηλαδή το 6,9%.

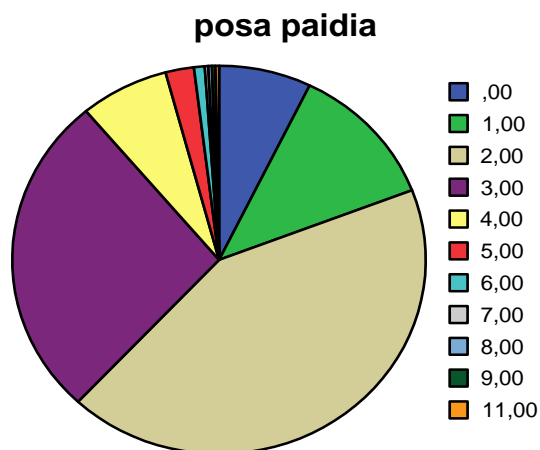
8 άτομα έχουν 5 παιδιά, δηλαδή το 2,2%.

3 άτομα έχουν 6 παιδιά, δηλαδή το 0,8%.

1 άτομα έχουν 7, 8, 9 και 11 παιδιά αντίστοιχα, δηλαδή το 0,9%.

### ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΕΤΕ;

	Frequency	Percent
,00	26	7,2
1,00	43	11,9
2,00	154	42,8
3,00	97	26,9
4,00	25	6,9
5,00	8	2,2
6,00	3	,8
7,00	1	,3
8,00	1	,3
9,00	1	,3
11,00	1	,3
Total	360	100,0



### ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΜΕΝΟΥΝ ΚΟΝΤΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

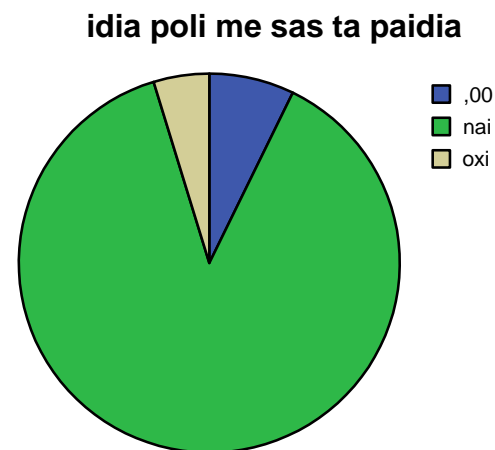
Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται το στα πόσα άτομα που απάντησαν ότι έχουν παιδιά, τα παιδιά τους μένουν κοντά τους 26 άτομα απάντησαν ότι δεν έχουν παιδιά, δηλαδή το 7,2%.

317 άτομα απάντησαν ότι τα παιδιά τους μένουν κοντά, δηλαδή το 88,1%.

17 άτομα απάντησαν ότι τα παιδιά τους δεν μένουν κοντά, δηλαδή το 4,7%.

### ΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΙΔΙΑ ΠΟΛΗ ΜΕ ΕΣΑΣ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ;

	Frequency	Percent
,00	26	7,2
ΝΑΙ	317	88,1
ΟΧΙ	17	4,7
Total	360	100,0



### ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΣΕ ΠΟΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΕΙΣΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε την ασφάλιση των ηλικιωμένων.

7 άτομα είναι ανασφάλιστα, δηλαδή το 1,9%.

136 άτομα είναι ασφαλισμένα στον ΟΓΑ, δηλαδή το 37,8%.

146 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΙΚΑ, δηλαδή το 40,6%.

30 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΤΕΒΕ, δηλαδή το 8,3%.

24 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΔΗΜΟΣΙΟ, δηλαδή το 6,7%.

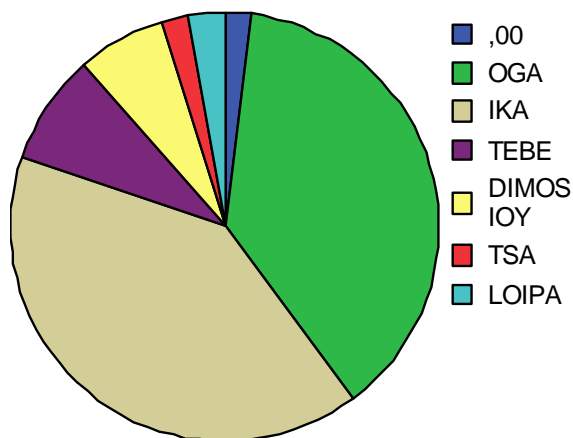
7 άτομα είναι ασφαλισμένα στο ΤΣΑ, δηλαδή το 1,9%.

10 άτομα είναι ασφαλισμένα σε λοιπά ταμεία, δηλαδή το 2,8%.

#### ΑΣΦΑΛΙΣΗ

	Frequency	Percent
,00	7	1,9
ΟΓΑ	136	37,8
ΙΚΑ	146	40,6
ΤΕΒΕ	30	8,3
ΔΗΜΟΣΙΟΥ	24	6,7
ΤΣΑ	7	1,9
ΛΟΙΠΑ	10	2,8
Total	360	100,0

#### asfalisi





### ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων κατά κατηγοριοποίηση. Έχουμε μόνο 3 άτομα με πολύ υψηλά εισοδήματα και αν τα αφαιρέσουμε, ο μέσος όρος του εισοδήματος κυμαίνεται στα Μ= 520 ευρώ.

36 άτομα έχουν εισόδημα 0-200 ευρώ, δηλαδή το 10%.

194 άτομα έχουν εισόδημα 201-500 ευρώ, δηλαδή το 53,9%.

82 άτομα έχουν εισόδημα 501-700 ευρώ, δηλαδή το 22,8%.

20 άτομα έχουν εισόδημα 701-900 ευρώ, δηλαδή το 5,6%.

25 άτομα έχουν εισόδημα 901- 1500 ευρώ, δηλαδή το 6,9%.

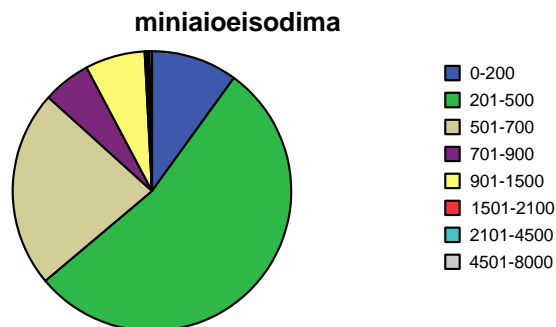
1 άτομα έχουν εισόδημα 1501- 2100 ευρώ, δηλαδή το 0,3%.

1 άτομα έχουν εισόδημα 2101- 4500 ευρώ, δηλαδή το 0,3%.

1 άτομα έχουν εισόδημα 4501- 8000 ευρώ, δηλαδή το 0,3%.

#### ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

	Frequency	Percent
0-200	36	10,0
201-500	194	53,9
501-700	82	22,8
701-900	20	5,6
901-1500	25	6,9
1501-2100	1	,3
2101-4500	1	,3
4501-8000	1	,3
Total	360	100,0



## ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον χώρο διαμονής των ηλικιωμένων.

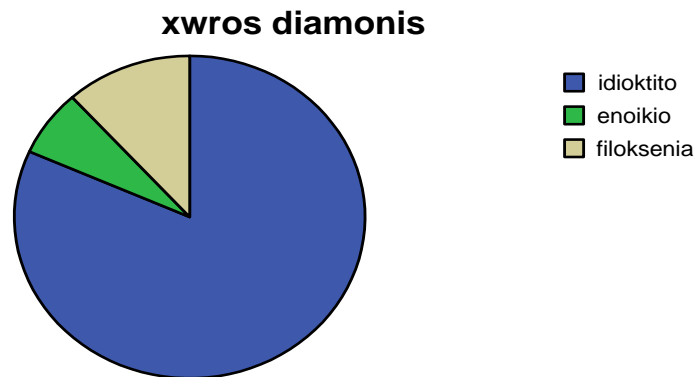
294 άτομα μένουν σε δικό τους σπίτι, δηλαδή το 81,7%.

24 άτομα μένουν σε ενοικιαζόμενο σπίτι, δηλαδή το 6,7%.

Όμως, βλέπουμε ότι 42 άτομα φιλοξενούνται από άλλους, δηλαδή το 11,7%.

### ΧΩΡΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

	Frequency	Percent
ΙΔΙΟΚΤΗΤΟ	294	81,7
ΜΕ ΕΝΟΙΚΙΟ	24	6,7
ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ	42	11,7
Total	360	100,0



### ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΠΟΙΟΣ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΗ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ποιος φιλοξενεί τα άτομα που έδωσαν την αντίστοιχη απάντηση στην προηγούμενη ερώτηση.

318 άτομα δεν φιλοξενούνται από κανέναν, δηλαδή το 88,3%.

34 άτομα φιλοξενούνται από τα παιδιά τους, δηλαδή το 9,4%.

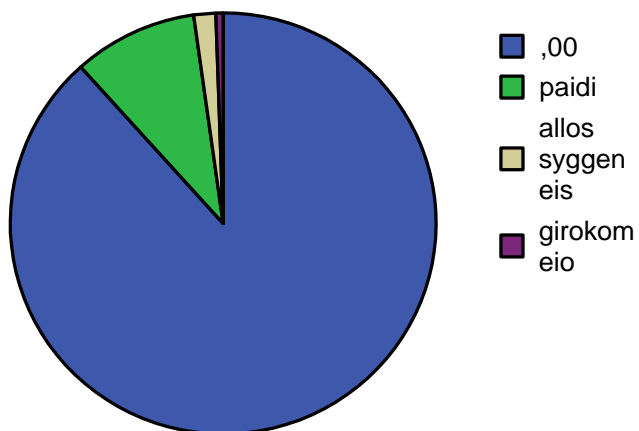
6 άτομα φιλοξενούνται από άλλους συγγενείς, δηλαδή το 1,7%.

Τέλος, βλέπουμε ότι 2 άτομα διαμένουν σε γηροκομείο, δηλαδή το 0,6%.

#### ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΦΙΛΟΞΕΝΕΙ;

	Frequency	Percent
,00	318	88,3
ΠΑΙΔΙ	34	9,4
ΑΛΛΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ	6	1,7
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	2	,6
Total	360	100,0

**poios sas filoksenei**



#### ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε αν υπάρχουν προβλήματα υγείας που να ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους.

322 άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, δηλαδή το 89,4%, ενώ 38 άτομα δεν αντιμετωπίζουν, δηλαδή το 10,6%.

#### ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

	Frequency	Percent
ΝΑΙ	322	89,4
ΟΧΙ	38	10,6
Total	360	100,0



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΤΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΑΡΧΕΙ**

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σύμφωνα με την Παγκόσμια Κατάταξη Υγείας, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

38 άτομα δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας, δηλαδή το 10%.

2 άτομα πάσχουν από Λοιμώδη παρασιτικά νοσήματα, δηλαδή το 0,6%.

6 άτομα πάσχουν από νεοπλάσματα, δηλαδή το 1,7%.

65 άτομα πάσχουν από ενδοκρινικά νοσήματα, δηλαδή το 18,1%.

3 άτομα πάσχουν από νοσήματα του αίματος, δηλαδή το 0,8%.

15 άτομα πάσχουν από ψυχικά νοσήματα, δηλαδή το 4,2%.

8 άτομα πάσχουν από νοσήματα του νευρικού συστήματος, δηλαδή το 2,2%.

125 άτομα πάσχουν από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, το 34,7%.

20 άτομα πάσχουν από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, το 5,6%.

14 άτομα πάσχουν από νοσήματα του πεπτικού συστήματος, το 3,9%.

17 άτομα πάσχουν από νοσήματα του ουροποιογενετικού συστήματος, το 4,7%.

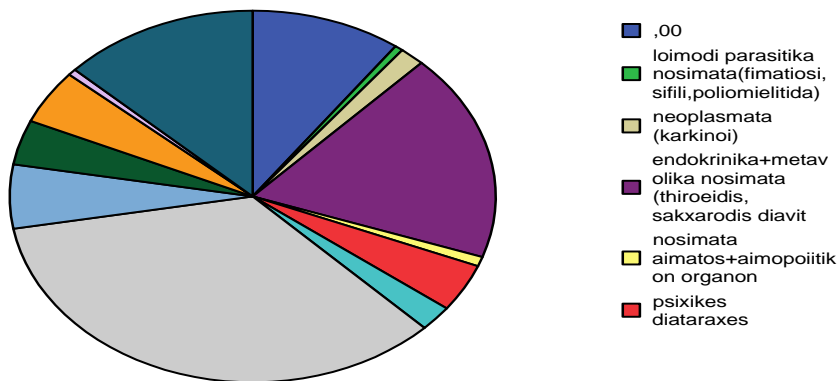
2 άτομα πάσχουν από νοσήματα δέρματος, δηλαδή το 0,6%.

47 άτομα πάσχουν από νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος, δηλαδή το 13,1%.

**ΤΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ;**

	Frequency	Percent
,00	38	10,0
ΛΟΙΜΩΔΗ ΠΑΡΑΣΙΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	2	,6
ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	6	1,7
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ	65	18,1
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	3	,8
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	15	4,2
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	8	2,2
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	125	34,7
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	20	5,6
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΙΣΤΟΥ	14	3,9
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ+ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ	17	4,7
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΡΙΟΥ ΙΣΤΟΥ	2	,6
ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ+ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ	47	13,1
Total	360	100,0

**ti provlima ygeias**



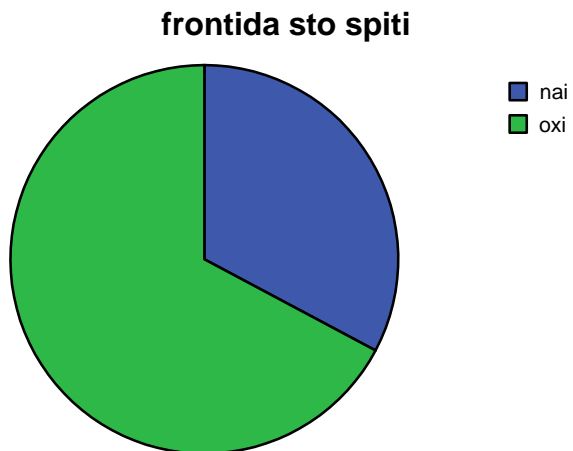
### **ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε πόσοι από τους ερωτώμενους έχουν κάποιο φροντιστή στο σπίτι.

118 άτομα απάντησαν πως έχουν στο σπίτι κάποιον φροντιστή, δηλαδή το 32,8%, ενώ 242 άτομα, δηλαδή το 67,2% απάντησαν πως δεν έχουν φροντιστή.

#### **ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

	Frequency	Percent
ΝΑΙ	118	32,8
ΟΧΙ	242	67,2
Total	360	100,0



### ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΠΟΙΑ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ποια είναι η σχέση του ερωτώμενου με τον φροντιστή.

242 άτομα δεν έχουν φροντιστή, δηλαδή το 67,2%.

83 άτομα έχουν για φροντιστή τον/ την σύζυγό τους, δηλαδή το 23,1%, 33 άτομα έχουν για φροντιστή τα παιδιά τους, δηλαδή το 9,2% και 2 άτομα έχουν για φροντιστή κάποιο άλλο άτομο, δηλαδή το 0,6%.

#### ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

	Frequency	Percent
,00	242	67,2
ΣΥΖΥΓΟΣ	83	23,1
ΠΑΙΔΙ	33	9,2
ΑΛΛΟ	2	,6
Total	360	100,0





### ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε πόσο συχνά λαμβάνουν φροντίδα οι ερωτώμενοι από τον φροντιστή.

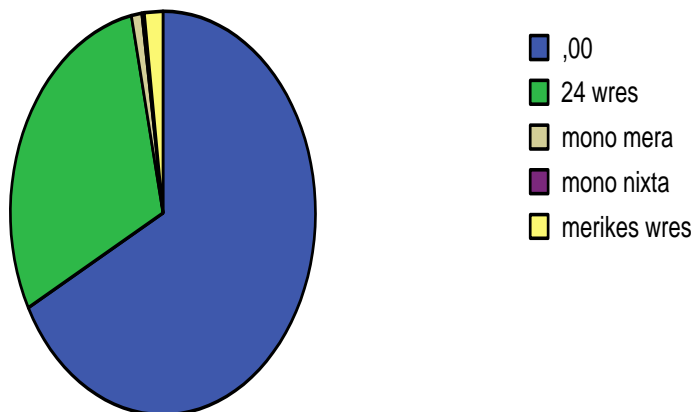
242 άτομα δεν λαμβάνουν φροντίδα από φροντιστή, δηλαδή το 67,2%. 106 άτομα, δηλαδή το 29,4% λαμβάνουν φροντίδα 24 ώρες.

4 άτομα λαμβάνουν φροντίδα μόνο την ημέρα, δηλαδή το 1,1%, 1 άτομο λαμβάνει φροντίδα μόνο τη νύχτα, δηλαδή το 0,3% και τέλος 7 άτομα λαμβάνουν φροντίδα μόνο μερικές ώρες, δηλαδή το 1,9%.

#### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

	Frequency	Percent
,00	242	67,2
24 ΩΡΕΣ	106	29,4
ΜΟΝΟ ΜΕΡΑ	4	1,1
ΜΟΝΟ ΝΥΧΤΑ	1	,3
ΜΕΡΙΚΕΣ ΩΡΕΣ	7	1,9
Total	360	100,0

sixnotita frontidas



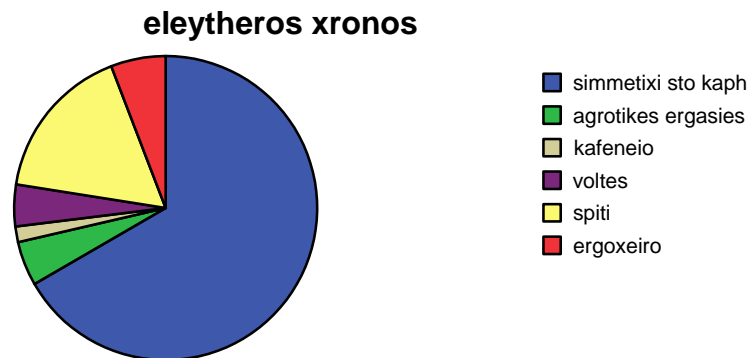
## ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τον τρόπο με τον οποίο οι ηλικιωμένοι αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους.

240 άτομα αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους στο ΚΑΠΗ, δηλαδή το 66,7%. 17 άτομα ασχολούνται με αγροτικές εργασίες, δηλαδή το 4,7%. 6 άτομα πηγαίνουν στο καφενείο, δηλαδή το 1,7%, 16 άτομα πηγαίνουν βόλτες, δηλαδή το 4,4%, 60 άτομα κάθονται στο σπίτι, δηλαδή το 5,8% και τέλος, 21 άτομα ασχολούνται με το εργόχειρο, δηλαδή το 5,8%.

### ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΧΡΟΝΟΣ

	Frequency	Percent
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΚΑΠΗ.	240	66,7
ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ	17	4,7
ΚΑΦΕΝΕΙΟ	6	1,7
ΒΟΛΤΕΣ	16	4,4
ΣΠΙΤΙ	60	16,7
ΕΡΓΟΧΕΙΡΟ	21	5,8
Total	360	100,0



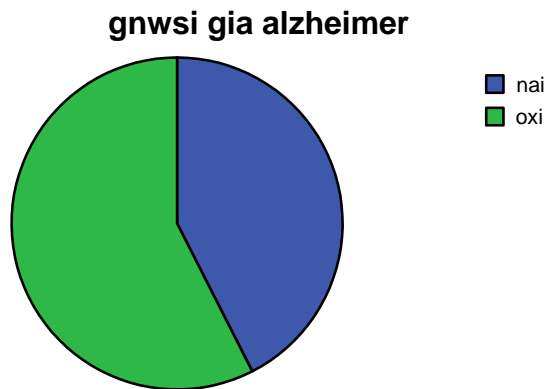
## **ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER**

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε το κατά πόσο γνωρίζουν οι ηλικιωμένοι τη νόσο ALZHEIMER.

153 άτομα, δηλαδή το 42,5% απάντησαν ότι γνωρίζουν τη νόσο, ενώ 207 άτομα απάντησαν ότι δεν τη γνωρίζουν, δηλαδή το 57,5%.

### **ΓΝΩΣΗ ΓΙΑ ALZHEIMER**

	Frequency	Percent
NAI	153	42,5
OXI	207	57,5
Total	360	100,0



## ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε την πηγή ενημέρωσης για τη νόσο ALZHEIMER όσων ερωτώμενων απάντησαν ότι τη γνωρίζουν.

207 άτομα δεν γνωρίζουν τη νόσο, δηλαδή το 57,5%.

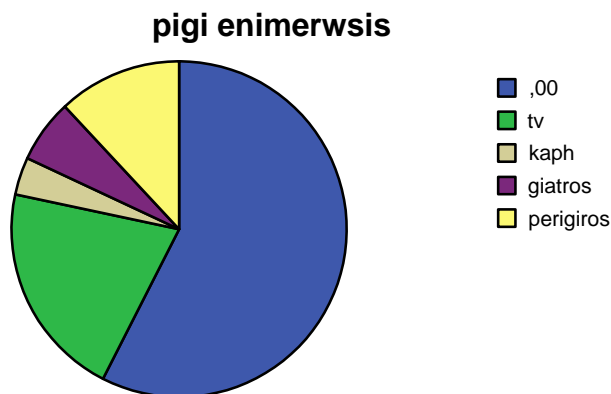
75 άτομα, δηλαδή το 20,8% τη γνωρίζουν μέσω τηλεόρασης.

13 άτομα, δηλαδή το 3,6%, ενημερώθηκαν από το ΚΑΠΗ για τη νόσο.

22 άτομα, δηλαδή το 6,1%, ενημερώθηκαν μέσω του γιατρού και τέλος, 43 άτομα, δηλαδή το 11,9%, ενημερώθηκαν για τη νόσο από τον περίγυρό τους.

### ΠΗΓΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ

	Frequency	Percent
,00	207	57,5
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	75	20,8
ΚΑΠΗ	13	3,6
ΓΙΑΤΡΟΣ	22	6,1
ΠΕΡΙΓΥΡΟΣ	43	11,9
Total	360	100,0



## ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΥΠΑΡΞΗ ΑΝΟΪΚΟΥ ΣΥΓΓΕΝΗ

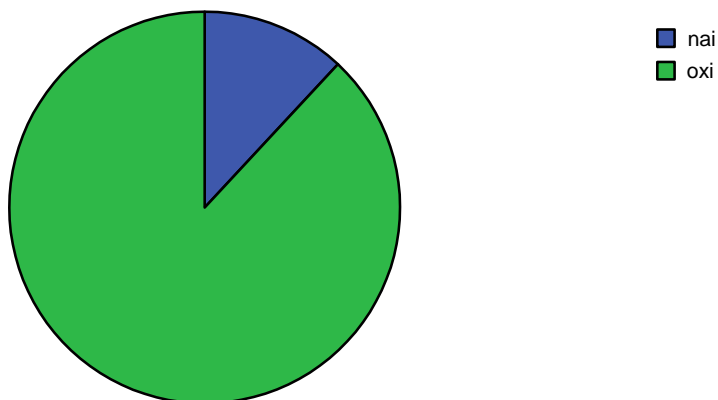
Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η ύπαρξη ή μη ανοϊκού συγγενή.

43 άτομα, δηλαδή το 11,9%, απάντησαν ότι έχουν ανοϊκό συγγενή, ενώ 317 άτομα, δηλαδή το 88,1%, απάντησαν ότι δεν έχουν ανοϊκό συγγενή.

### ΥΠΑΡΞΗ ΑΝΟΪΚΟΥ ΣΥΓΓΕΝΗ

	Frequency	Percent
ΝΑΙ	43	11,9
ΟΧΙ	317	88,1
Total	360	100,0

iparksi anoikoy siggeni



### ΠΙΝΑΚΑΣ 23: ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΟΪΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε το βαθμό συγγένειας με ανοϊκό ασθενή.

317 άτομα, δηλαδή το 88,1%, δεν έχουν ανοϊκό συγγενή.

14 άτομα, δηλαδή το 3,9%, είχαν ανοϊκό γονέα.

8 άτομα, δηλαδή το 2,2%, είχαν ανοϊκό σύζυγο.

1 άτομο, δηλαδή το 0,3%, είχε ανοϊκό παιδί.

5 άτομα είχαν ανοϊκό αδερφό/ή, δηλαδή το 1,4%.

15 άτομα, δηλαδή το 4,2%, είχαν ανοϊκό συγγενή, μεγαλύτερου του πρώτου βαθμού συγγένειας.

#### ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΓΓΕΝΕΙΑΣ

	Frequency	Percent
,00	317	88,1
ΓΟΝΕΙΣ	14	3,9
ΣΥΖΥΓΟΣ	8	2,2
ΠΑΙΔΙΑ	1	,3
ΑΔΕΡΦΙΑ	5	1,4
ΛΟΙΠΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	15	4,2
Total	360	100,0



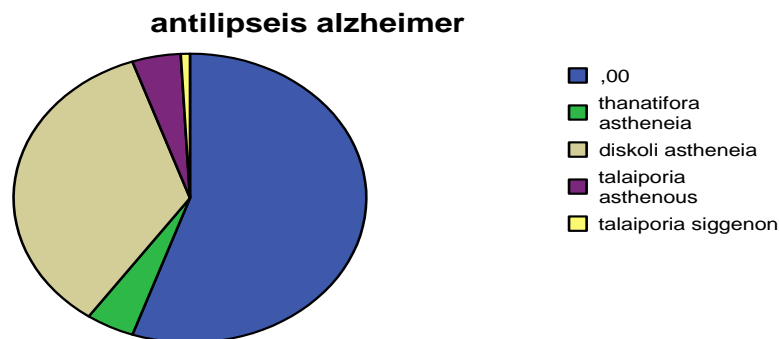
## ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τις αντιλήψεις των ερωτώμενων για τη νόσο ALZHEIMER.

199 άτομα, δηλαδή το 55,3%, δεν εξέφρασαν καμία αντίληψη για τη νόσο. 16 άτομα, δηλαδή το 4,4%, υποστηρίζουν ότι είναι θανατηφόρα νόσος. 126 άτομα, δηλαδή το 35%, υποστηρίζουν ότι είναι δύσκολη ασθένεια. 16 άτομα, δηλαδή 4,4, υποστηρίζουν ότι ταλαιπωρείται ο ασθενής. 3 άτομα υποστηρίζουν ότι ταλαιπωρούνται οι συγγενείς.

### ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ALZHEIMER

	Frequency	Percent
,00	199	55,3
ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	16	4,4
ΔΥΣΚΟΛΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	126	35,0
ΤΑΛΑΙΠΩΡΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	16	4,4
ΤΑΛΑΙΠΩΡΙΑ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	3	,8
Total	360	100,0

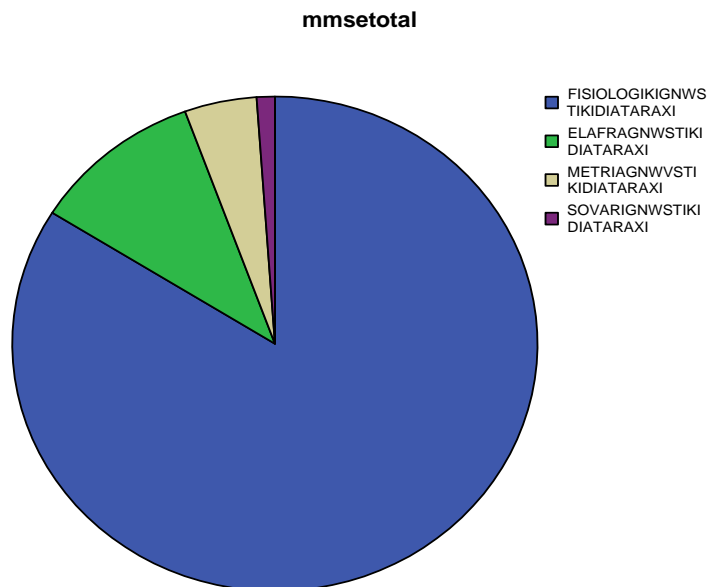


### ΠΙΝΑΚΑΣ 25: MMSE TOTAL

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τα ποσοστά γνωστικής διαταραχής που κατέχει το δείγμα μας. Από τα 360 άτομα παρατηρείται ότι τι 83.9% έχει φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, το 10.6% έχει ελαφρά γνωστική διαταραχή, το 4.4% έχει μέτρια γνωστική διαταραχή και το 1.1% έχει βαριά γνωστική διαταραχή.

#### MMSE TOTAL

	Frequency	Percent
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (30-26)	302	83,9
ΕΛΑΦΡΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (25-20)	38	10,6
ΜΕΤΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (19-11)	16	4,4
ΣΟΒΑΡΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (10-0)	4	1,1
Total	360	100,0



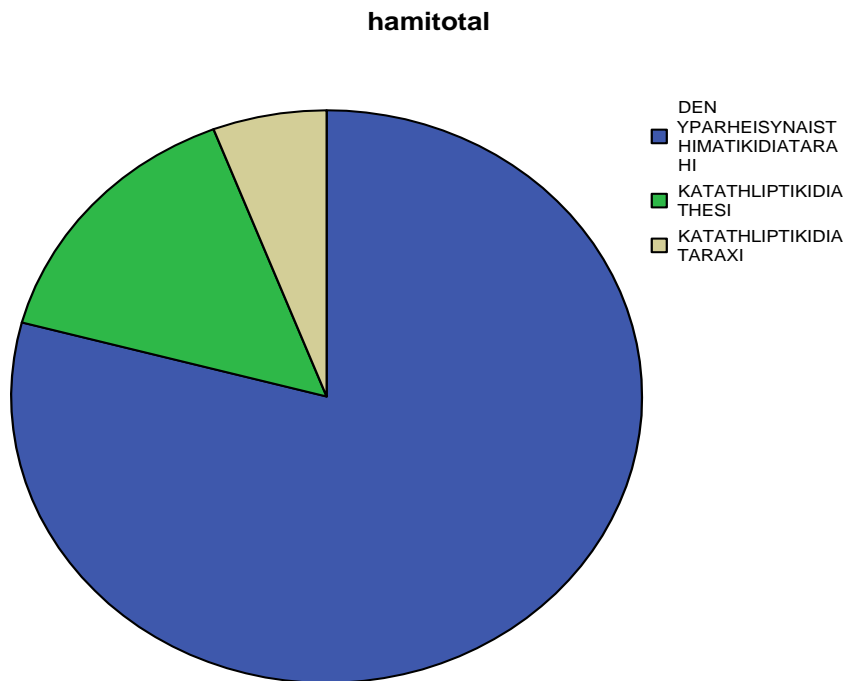


### ΠΙΝΑΚΑΣ 26: HAMILTON TOTAL

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τα ποσοστά καταθλιπτικής διάθεσης που κατέχει το δείγμα μας. Από τα 360 άτομα, το 79.2% δεν παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση, το 15% έχει καταθλιπτική διάθεση και το 21% έχει καταθλιπτική διαταραχή.

#### HAMILTON TOTAL

	Frequency	Percent
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	285	79,2
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	54	15,0
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	21	5,8
Total	360	100,0



**ΠΙΝΑΚΑΣ 26.α.**

**Συσχετίσεις (Pearson Correlation) ανάμεσα στο MMSEtotal, HDSEtotal, Συχνότητα Φροντίδας, Χρόνια Εκπαίδευσης, Μηνιαίο Εισόδημα.**

	MMSE TOTAL	HAMILTON TOTAL	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ
MMSE TOTAL	1				
HAMILTON TOTAL	-,285**	1			
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	-,218	,125*	1		
ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	,109*	-,272**	-,001*	1	
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	,059	-,086	,179**	,167**	1

\*\*Correlation is significant at the 0.05 level (2- tailed)

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

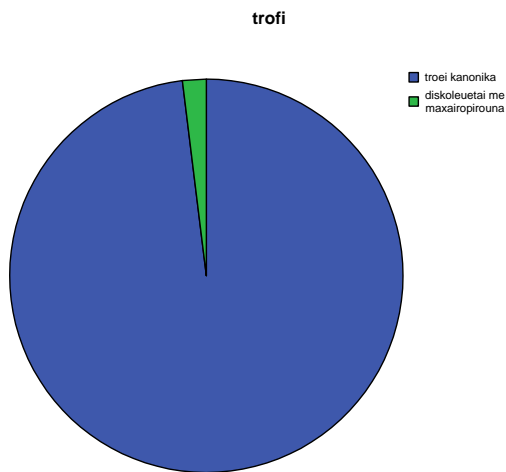
**Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ MMSEtotal και της κλίμακας HDSEtotal, όπως επίσης με τη Συχνότητα Φροντίδας. Τα χρόνια εκπαίδευσης συσχετίζονται με το MMSEtotal. Επίσης υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας HDSEtotal και της Συχνότητας Φροντίδας και αρνητική συσχέτιση με τα χρόνια εκπαίδευσης. Η συχνότητα φροντίδας συσχετίζεται με το μηνιαίο εισόδημα των ηλικιωμένων. Επίσης τα χρόνια εκπαίδευσης συσχετίζονται με το μηνιαίο εισόδημα.**

## ΠΙΝΑΚΑΣ 27 : ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε ότι από τα 360 άτομα του δείγματός μας, το 98.1 % τρώει κανονικά, και ότι το 1.9% δυσκολεύεται με τα μαχαιροπίρουνα.

### ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ

	Frequency	Percent
ΤΡΩΕΙ ΚΑΝΟΝΙΚΑ	353	98,1
ΔΥΣΚΟΛΕΥΕΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΜΑΧΑΙΡΟΠΙΡΟΥΝΑ	7	1,9
Total	360	100,0

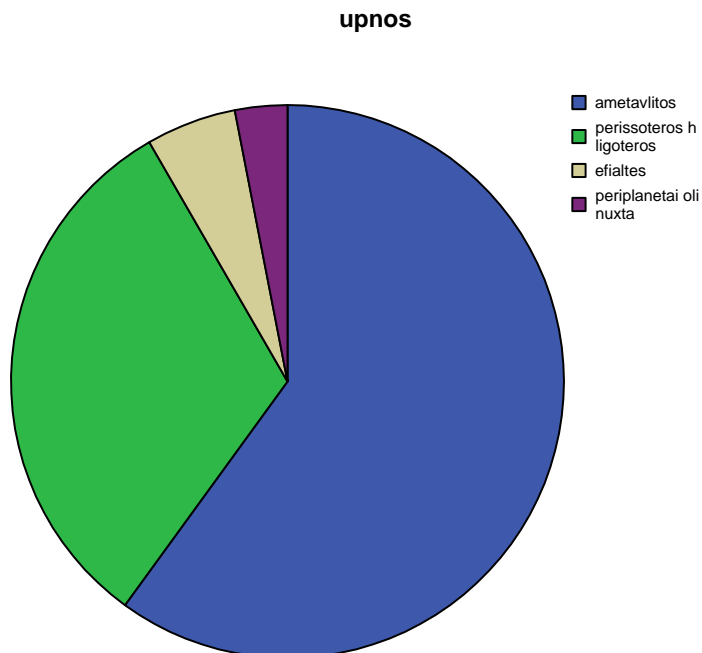


### ΠΙΝΑΚΑΣ 28: ΥΠΝΟΣ

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τη λειτουργία του ύπνου του δείγματός μας. Από τα 360 άτομα, το 60% έχει αμετάβλητο ύπνο, το 31.7% κοιμάται περισσότερο ή λιγότερο, το 5.3% έχει εφιάλτες και το 3.1% περιπλανάται όλη τη νύχτα.

#### ΥΠΝΟΣ

	Frequency	Percent
ΑΜΕΤΑΒΛΗΤΟΣ	216	60,0
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΣ Η ΛΙΓΟΤΕΡΟΣ	114	31,7
ΕΦΙΑΛΤΕΣ	19	5,3
ΠΕΡΙΠΛΑΝΑΤΑΙ ΟΛΗ ΝΥΧΤΑ	11	3,1
Total	360	100,0

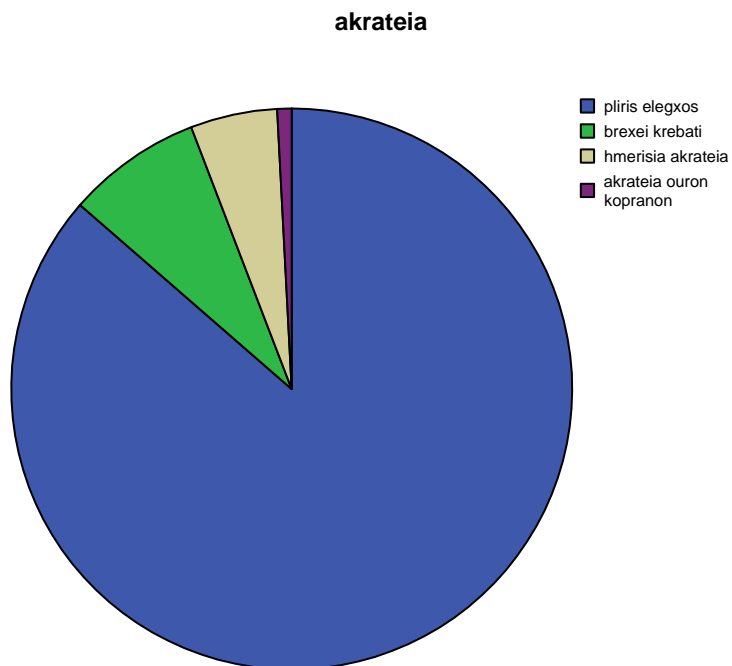


### ΠΙΝΑΚΑΣ 29: ΑΚΡΑΤΕΙΑ

Ο παρακάτω πίνακας αφορά στην ακράτεια. Βλέπουμε ότι το 86.4% του δείγματός μας έχει πλήρη έλεγχο της ακράτειας, το 7.8% βρέχει το κρεβάτι, το 5% έχει ημερήσια ακράτεια και το 0,8% έχει ακράτεια ούρων και κοπράνων.

#### ΑΚΡΑΤΕΙΑ

	Frequency	Percent
ΠΛΗΡΗΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	311	86,4
ΒΡΕΧΕΙ ΚΡΕΒΑΤΙ	28	7,8
ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΑΚΡΑΤΕΙΑ	18	5,0
ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΚΟΠΡΑΝΩΝ	3	,8
Total	360	100,0

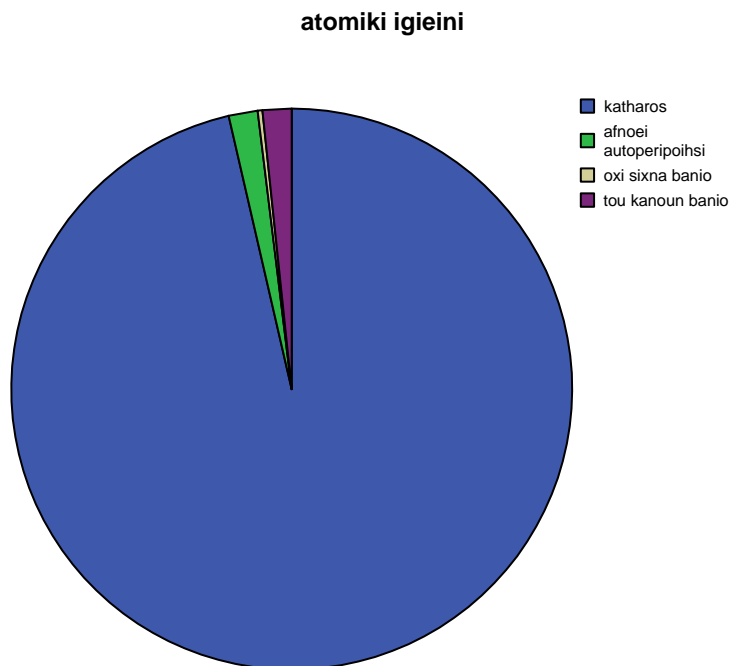


### ΠΙΝΑΚΑΣ 30: ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Ο παρακάτω πίνακας αφορά στην ατομική υγιεινή του δείγματος. Από τα 360 άτομα το 96.4% του δείγματος είναι καθαροί, το 1.7% αγνοεί την αυτοπεριποίηση, το 0.3% δεν κάνει συχνά μπάνιο και 1.7% χρειάζεται τη βοήθεια κάποιου προκειμένου να του κάνει μπάνιο.

#### ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

	Frequency	Percent
ΚΑΘΑΡΟΣ	347	96,4
ΑΓΝΟΕΙ ΑΥΤΟΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ	6	1,7
ΟΧΙ ΣΥΧΝΑ ΜΠΑΝΙΟ	1	,3
ΤΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΜΠΑΝΙΟ	6	1,7
Total	360	100,0



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 31: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΖΩΗ ΑΔΕΙΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και «στην ζωή άδεια».

$\chi^2= 5,457, df=1, p=0,019$

#### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΖΩΗ ΑΔΕΙΑ**

		ΖΩΗ ΑΔΕΙΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	47	131	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	69	113	182
Total		116	244	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 32: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα «στενοχώρια για πράγματα».

$\chi^2=13,116, df=1, p=0,000$

#### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ**

		ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	103	75	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	138	44	182
Total		241	119	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 33: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα «αν έχουν κέφι τον περισσότερο καιρό».

$\chi^2 = 9,876$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,002$

#### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ**

		ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	141	37	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	117	65	182
Total		258	102	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 34: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα «φόβος για κακό».

$\chi^2 = 5,25$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,022$

#### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ**

		ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	36	142	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	56	126	182
Total		92	268	360



**ΠΙΝΑΚΑΣ 35: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΑΝ ΑΙΣΘΑΝΕΤΑΙ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ/Η.**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα «αν αισθάνεται ευτυχισμένος».

$\chi^2 = 7,95, df=1, p=0,005$

**ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΑΝ ΑΙΣΘΑΝΕΤΑΙ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ/Η.**

		ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	141	37	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	120	62	182
Total		261	99	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 36: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΜΕΝΕΤΕ ΣΠΙΤΙ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα «αν προτιμούν να μένουν σπίτι».

$\chi^2 = 17,338, df=1, p=0,000$

**ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΜΕΝΕΤΕ ΣΠΙΤΙ**

		ΜΕΝΕΤΕ ΣΠΙΤΙ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	43	135	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	82	100	182
Total		125	235	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 37: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα αν αισθάνεται «ψυχικά κατεβασμένος».

$\chi^2=5,977$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,014$

### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ**

		ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	56	122	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	80	102	182
Total		136	224	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 38: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΛΑΙΤΕ ΣΥΧΝΑ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και «κλάμα».

$\chi^2= 33,450$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$

### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΛΑΙΤΕ ΣΥΧΝΑ**

		ΚΛΑΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	49	129	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	105	77	182
Total		154	206	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 39: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο αν έχει «ευχάριστη διάθεση το πρωί».

$\chi^2 = 10,340$ ,  $df=1$ ,  $p=0,001$

### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ**

		ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	152	26	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	130	52	182
Total		282	78	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 40: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΕΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα αν προτιμάει να μένει «χωρίς παρέα».

$\chi^2 = 7,032$ ,  $df=1$ ,  $p=0,008$

### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΕΑ**

		ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΕΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	19	159	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	38	144	182
Total		57	303	360

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 41: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα «αισθάνεται το μυαλό του καθαρό».

$\chi^2=6,710$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,010$

#### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ**

		ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	126	52	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	105	77	182
Total		231	129	360

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 42: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα αν μπορεί «να παίρνει εύκολα αποφάσεις».

$\chi^2= 5,601$ ,  $df=1$ ,  $p=0,018$

#### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ**

		ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	140	38	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	123	59	182
Total		263	97	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 43: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗ ΖΩΗ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν είναι ευχαριστημένοι με τη ζωή τους».

$\chi^2= 6,077, df=1, p=0,014$

### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗ ΖΩΗ**

		ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΙ ΜΕ ΖΩΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	263	71	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	15	11	26
Total		278	82	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 44: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν βαριούνται συχνά».

$\chi^2=5,657, df=1, p=0,023$

### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ**

		ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	115	219	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	15	11	26
Total		130	230	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 45: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΧΕΤΕ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν έχουν ελπίδες για το μέλλον».

$\chi^2=5,164$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,023$

**ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΧΕΤΕ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ**

		ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	238	96	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	13	13	26
Total		251	109	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 46: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΧΕΤΕ ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν έχουν κέφι τον περισσότερο καιρό».

$\chi^2=6,479$ ,  $df=1$ ,  $p=0,011$

**ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΧΕΤΕ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ**

		ΚΕΦΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	245	89	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	13	13	26
Total		258	102	360

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 47: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν φοβούνται ότι κάτι κακό μπορεί να τους συμβεί».

$\chi^2=4,134$ ,  $df=1$ ,  $p=0,042$

#### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ**

		ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	81	253	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	11	15	26
Total		92	268	360

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 48: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΙ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν αισθάνονται ευτυχισμένοι».

$\chi^2=7,116$ ,  $df=1$ ,  $p=0,008$

#### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΙ**

		ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	248	86	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	13	13	26
Total		261	99	360

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 49: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΘΑΥΜΑΣΙΟ ΠΟΥ ΖΕΙΤΕ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν αισθάνονται ότι είναι θαυμάσιο που ζουν».

$\chi^2 = 4,200$ ,  $df=1$ ,  $p=0,040$

#### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΘΑΥΜΑΣΙΟ ΠΟΥ ΖΕΙΤΕ**

		ΘΑΥΜΑΣΙΟ ΠΟΥ ΖΕΙΤΕ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	316	18	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	22	4	26
Total		338	22	360

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 50: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΙ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν νιώθουν ψυχικά κατεβασμένοι».

$\chi^2=4,728$ ,  $df=1$ ,  $p=0,030$

#### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΙ**

		ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	121	213	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	15	11	26
Total		136	224	360



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 51: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΔΥΝΑΜΗ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν νιώθουν ότι έχουν ακόμη ενέργεια και δύναμη».

$\chi^2=4,548$ ,  $df=1$ ,  $p=0,033$

### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΔΥΝΑΜΗ**

		ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	245	89	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	14	12	26
Total		259	101	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 52: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΖΩΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν βρίσκουν τη ζωή ενδιαφέρουσα».

$\chi^2=4,725$ ,  $df=1$ ,  $p=0,030$

### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΔΥΝΑΜΗ**

		ΖΩΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	310	24	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	21	5	26
Total		331	29	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 53: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΣΑΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν πιστεύουν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτερα από αυτούς».

$\chi^2=8,043$ ,  $df=1$ ,  $p=0,005$

#### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΔΥΝΑΜΗ**

		ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΣΑΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	82	252	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	13	13	26
Total		95	265	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 54: ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν παιδιά» και το ερώτημα «αν ξυπνάνε με ευχάριστη διάθεση το πρωί».

$\chi^2=4,657$ ,  $df=1$ ,  $p=0,031$

#### **ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ**

		ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΕΧΕΤΕ	ΝΑΙ	266	68	334
ΠΑΙΔΙΑ	ΟΧΙ	16	10	26
Total		282	78	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 55: ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν προβλήματα υγείας» και το ερώτημα «αν έχουν εγκαταλείψει δραστηριότητες που έκαναν στο παρελθόν».

$\chi^2=7,209$ ,  $df=1$ ,  $p=0,067$

**ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ**

		ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΥΓΕΙΑΣ	ΝΑΙ	192	130	322
	ΟΧΙ	14	24	38
Total		206	154	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 56: ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν προβλήματα υγείας» και το ερώτημα «αν βαριούνται συχνά».

$\chi^2=4,176$ ,  $df=1$ ,  $p=0,041$

**ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ**

		ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ		Total
			ΟΧΙ	
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΝΑΙ	122	200	322
	ΟΧΙ	8	30	38
Total		130	230	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 57: ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΒΟΗΘΗΤΟΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν προβλήματα υγείας» και το ερώτημα «αν αισθάνονται αβοήθητοι».

$\chi^2=4,145$ ,  $df=1$ ,  $p=0,042$

**ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΒΟΗΘΗΤΟΣ**

	ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΒΟΗΘΗΤΟΣ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΙ	32	290	322
ΟΧΙ	0	38	38
Total	32	328	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 58: ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΝΕΤΕ ΣΠΙΤΙ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν προβλήματα υγείας» και το ερώτημα «αν προτιμούν να μένουν σπίτι».

$\chi^2=4,981$ ,  $df=1$ ,  $p=0,026$

**ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΝΕΤΕ ΣΠΙΤΙ**

	ΜΕΝΕΤΕ ΣΠΙΤΙ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΙ	118	204	322
ΟΧΙ	7	31	38
Total	125	235	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 59: ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΓΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ.**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν προβλήματα υγείας» και το ερώτημα «αν τους είναι δύσκολο να ξεκινήσουν νέα πράγματα».

$\chi^2=5,307$ ,  $df=1$ ,  $p=0,021$

**ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΓΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ.**

	ΔΥΣΚΟΛΟ ΓΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ			
ΝΑΙ	182	140	322
ΟΧΙ	14	24	38
Total	196	164	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 60: ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ.**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «αν έχουν προβλήματα υγείας» και το ερώτημα «αν αισθάνονται το μυαλό τους καθαρό».

$\chi^2=4,037$ ,  $df=1$ ,  $p=0,045$

**ΕΧΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ.**

	ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ			
ΝΑΙ	201	121	322
ΟΧΙ	30	8	38
Total	231	129	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 61: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΖΩΗ ΑΔΕΙΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «αν αισθάνεστε τη ζωή σας άδεια».

$\chi^2=14,819$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$

#### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΖΩΗ ΑΔΕΙΑ**

		ΖΩΗ ΑΔΕΙΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΝΑΙ	22	96	118
	ΟΧΙ	94	148	242
Total		116	244	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 62: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «αν βαριέστε συχνά».

$\chi^2=4,052$ ,  $df=1$ ,  $p=0,044$

#### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ**

		ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΝΑΙ	34	84	118
	ΟΧΙ	96	146	242
Total		130	230	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 63: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «αν έχετε ελπίδες για το μέλλον».

$\chi^2=9,674$ ,  $df=1$ ,  $p=0,002$

#### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ**

	ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΑΙ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	95	23	118
ΟΧΙ	156	86	242
Total	251	109	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 64: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «αν στενοχωριέστε για πράγματα που δεν μπορείτε να βγάλετε από τη σκέψη σας».

$\chi^2=11,157$ ,  $df=1$ ,  $p=0,001$

#### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ**

	ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΑΙ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	65	53	118
ΟΧΙ	176	66	242
Total	241	119	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 65: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «αν έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό»

$\chi^2=8,116$ ,  $df=1$ ,  $p=0,004$

#### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ**

		ΚΕΦΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΗΤΙ	ΝΑΙ	96	22	118
	ΟΧΙ	162	80	242
Total		258	102	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 66: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «φοβάστε ότι κάτι κακό μπορεί να σας συμβεί».

$\chi^2=19,503$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$

#### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ**

		ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΗΤΙ	ΝΑΙ	13	105	118
	ΟΧΙ	79	163	242
Total		92	268	360



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 67: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «αν αισθάνεστε ευτυχισμένος».

$\chi^2=15,094$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$

### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ**

	ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΑΙ	101	17	118
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΟΧΙ	160	82	242
Total	261	99	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 68: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «αν αισθάνεστε συχνά ψυχικά κατεβασμένος».

$\chi^2=13,015$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$

### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ**

	ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΑΙ	29	89	118
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΟΧΙ	107	135	242
Total	136	224	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 69: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΑΡΕΛΘΟΝ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «στενοχωριέστε για το παρελθόν».

$\chi^2=5,061$  ,  $df=1$ ,  $p=0,024$

### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΑΡΕΛΘΟΝ**

		ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΕΣΤΕ ΓΙΑ ΠΑΡΕΛΘΟΝ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΑΙ	70	48	118
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΟΧΙ	113	129	242
Total		183	177	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 70: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «αισθάνεστε ότι έχετε την ενέργεια και τη δύναμη να κάνετε πράγματα».

$\chi^2=20,000$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$

### **ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ**

		ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΑΙ	67	51	118
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΟΧΙ	192	50	242
Total		259	101	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 71: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΣΑΣ.**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «πιστεύετε ότι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτερα από εσάς».

$\chi^2=14,874$ ,  $df= 1$ ,  $p= 0,000$

**ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΣΑΣ.**

	ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΣΑΣ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΑΙ	16	102	118
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΟΧΙ	79	163	242
Total	95	265	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 72: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΚΛΑΜΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «αισθάνεστε συχνά την ανάγκη να κλάψετε».

$\chi^2=28,38,8$ ,  $df=1$ ,  $p=0,000$

**ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΚΛΑΜΑ**

	ΚΛΑΜΑ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΑΙ	27	91	118
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΟΧΙ	127	115	242
Total	154	206	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 73: ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ.**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «έχετε κάποιον που σας φροντίζει» και στο ερώτημα «έχετε ευχάριστη διάθεση το πρωί».

$\chi^2 = 9,938$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,002$

**ΕΧΕΤΕ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ**

		ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΝΑΙ	104	14	118
ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	ΟΧΙ	178	64	242
Total		282	78	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 74: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΖΩΗ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και το ερώτημα «είστε ευχαριστημένος με τη ζωή σας».

$\chi^2 = 8,866$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,003$

**ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΖΩΗ**

		ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΖΩΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	140	26	166
	ΟΧΙ	138	56	194
Total		278	82	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 75:ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα «έχετε εγκαταλείψει δραστηριότητες που κάνατε στο παρελθόν»

$\chi^2=11,675$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,001$

### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

		ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	79	87	166
	ΟΧΙ	127	67	194
Total		206	154	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 76:ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΖΩΗ ΑΔΕΙΑ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα «αισθάνεστε τη ζωή σας άδεια».

$\chi^2=23,636$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,000$

### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΛΕΙΨΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

		ΖΩΗ ΑΔΕΙΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	32	134	166
	ΟΧΙ	84	110	194
Total		116	244	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 77: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « βαριέστε συχνά».

$\chi^2= 8,119$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,004$

#### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ

	ΒΑΡΙΕΣΤΕ ΣΥΧΝΑ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΝΑΙ	47	119	166
ΟΧΙ	83	111	194
Total	130	230	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 78: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « έχετε ελπίδες για το μέλλον».

$\chi^2=9,312$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,002$

#### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ

	ΕΛΠΙΔΕΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΝΑΙ	129	37	166
ΟΧΙ	122	72	194
Total	251	109	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 79: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα «στενοχωριέστε για πράγματα».

$\chi^2 = 7,430$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,006$

#### **ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ**

		ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΓΙΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	99	67	166
	ΟΧΙ	142	52	194
Total		241	119	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 80: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα «έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό».

$\chi^2 = 5,542$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,019$

#### **ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ**

		ΚΕΦΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	129	37	166
	ΟΧΙ	129	65	194
Total		258	102	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 81: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα «φοβάστε ότι κάτι κακό μπορεί να σας συμβεί».

$\chi^2=17,835$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,000$

#### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ

		ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	25	141	166
	ΟΧΙ	67	127	194
Total		92	268	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 82: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « αισθάνεστε ευτυχισμένος».

$\chi^2=13,733$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,000$

#### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ

		ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	136	30	166
	ΟΧΙ	125	69	194
Total		261	99	360



### ΠΙΝΑΚΑΣ 83: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΜΕΝΕΤΕ ΣΠΙΤΙ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « μένετε σπίτι».

$\chi^2= 6,681$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,010$

#### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΜΕΝΕΤΕ ΣΠΙΤΙ

		ΜΕΝΕΤΕ ΣΠΙΤΙ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	46	120	166
	ΟΧΙ	79	115	194
Total		125	235	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 84: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΜΝΗΜΗ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « έχετε προβλήματα με τη μνήμη».

$\chi^2=14,247$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,000$

#### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΜΝΗΜΗ

		ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΜΝΗΜΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	17	149	166
	ΟΧΙ	50	144	194
Total		67	293	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 85: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΘΑΥΜΑΣΙΟ ΠΟΥ ΖΕΙΤΕ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « αισθάνεστε ότι είναι θαυμάσιο που ζείτε».

$\chi^2= 7,356$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,007$

#### **ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΘΑΥΜΑΣΙΟ ΠΟΥ ΖΕΙΤΕ**

		ΘΑΥΜΑΣΙΟ ΠΟΥ ΖΕΙΤΕ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	162	4	166
	ΟΧΙ	176	18	194
Total		338	22	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 86: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « είστε συχνά ψυχικά κατεβασμένος».

$\chi^2=14,918$  ,  $df= 1$ ,  $p=0,000$

		ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	45	121	166
	ΟΧΙ	91	103	194
Total		136	224	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 87: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΕΣΤΕ ΓΙΑ ΠΑΡΕΛΘΟΝ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « στενοχωριέστε για το παρελθόν».

$\chi^2=12,005$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,001$

#### **ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΕΣΤΕ ΓΙΑ ΠΑΡΕΛΘΟΝ**

		ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΕΣΤΕ ΓΙΑ ΠΑΡΕΛΘΟΝ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	68	98	166
	ΟΧΙ	115	79	194
Total		183	177	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 88: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΖΩΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « βρίσκετε τη ζωή σας ενδιαφέρουσα».

$\chi^2= 10,579$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,001$

#### **ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΖΩΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ**

		ΖΩΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	161	5	166
	ΟΧΙ	170	24	194
Total		331	29	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 89: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « αισθάνεστε ότι έχετε ενέργεια και δύναμη».

$\chi^2= 15,210, df= 1, p=0,000$

#### **ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ**

		ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	136	30	166
	ΟΧΙ	123	71	194
Total		259	101	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 90: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΣΑΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτερα από εσάς».

$\chi^2= 6,719, df= 1, p=0,010$

#### **ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΣΑΣ**

		ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟ ΕΣΑΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	33	133	166
	ΟΧΙ	62	132	194
Total		95	265	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 91: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΚΛΑΙΤΕ ΣΥΧΝΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « αισθάνεστε συχνά την ανάγκη να κλάψετε».

$\chi^2= 5,537, df= 1, p=0,019$

#### **ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΚΛΑΙΤΕ ΣΥΧΝΑ**

		ΚΛΑΜΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	60	106	166
	ΟΧΙ	94	100	194
Total		154	206	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 92: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « ξυπνάτε ευχάριστα το πρωί».

$\chi^2=11,074 , df= 1, p=0,001$

#### **ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ**

		ΕΥΧΑΡΙΣΤΗ ΔΙΑΘΕΣΗ ΤΟ ΠΡΩΙ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	143	23	166
	ΟΧΙ	139	55	194
Total		282	78	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 93: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΕΑ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « προτιμάτε να μην έχετε παρέα».

$\chi^2=5,756$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,016$

#### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΕΑ

		ΧΩΡΙΣ ΠΑΡΕΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	18	148	166
	ΟΧΙ	39	155	194
Total		57	303	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 94: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « παίρνετε εύκολα αποφάσεις».

$\chi^2=1,269$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,260$

#### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

		ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ	ΝΑΙ	126	40	166
	ΟΧΙ	137	57	194
Total		263	97	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 95: ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «διαβάζετε» και στο ερώτημα « αισθάνεστε το μυαλό σας καθαρό».

$\chi^2=18,455$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,000$

#### ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΚΑΙ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

	ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΔΙΑΒΑΣΜΑ ΝΑΙ	126	40	166
ΟΧΙ	105	89	194
Total	231	129	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 96: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα « έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό».

$\chi^2=14,790$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,000$

#### ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΕΦΙ ΤΟΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ

	ΚΕΦΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΚΑΙΡΟ		Total
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΝΑΙ	39	1	40
ΟΧΙ	219	101	320
Total	258	102	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 97: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα «αισθάνεστε ότι κάτι κακό μπορεί να σας συμβεί».

$\chi^2=7,711$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,005$

#### ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ

		ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΚΑΚΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΝΑΙ	3	37	40
	ΟΧΙ	89	231	320
Total		92	268	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 98: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα «αν αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό»

$\chi^2=14,107$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,000$

#### ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ

		ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΕΥΤΥΧΙΣΜΕΝΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΝΑΙ	39	1	40
	ΟΧΙ	222	98	320
Total		261	99	360



### **ΠΙΝΑΚΑΣ 99: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΜΝΗΜΗ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα «έχετε προβλήματα με τη μνήμη».

$\chi^2=5,504$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,019$

#### **ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΜΝΗΜΗ**

		ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΜΝΗΜΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΝΑΙ	2	38	40
	ΟΧΙ	65	255	320
Total		67	293	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 100: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα «αισθάνεστε ψυχικά κατεβασμένος».

$\chi^2=14,772$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,000$

#### **ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ**

		ΨΥΧΙΚΑ ΚΑΤΕΒΑΣΜΕΝΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΝΑΙ	4	36	40
	ΟΧΙ	132	188	320
Total		136	224	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 101: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΧΡΗΣΤΟΣ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα «αισθάνεστε άχρηστος».

$\chi^2=5,467$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,019$

### ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΧΡΗΣΤΟΣ

		ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΑΧΡΗΣΤΟΣ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΝΑΙ	0	40	40
	ΟΧΙ	39	281	320
Total		39	321	360

### ΠΙΝΑΚΑΣ 102: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΖΩΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα «βρίσκετε τη ζωή σας ενδιαφέρουσα».

$\chi^2=3,943$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,047$

### ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΖΩΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ

		ΖΩΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΝΑΙ	40	0	40
	ΟΧΙ	291	29	320
Total		331	29	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 103: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΓΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα «σας είναι δύσκολο να ξεκινήσετε νέα πράγματα».

$\chi^2=6,860$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,009$

#### **ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΖΩΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ**

		ΔΥΣΚΟΛΟ ΓΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΝΑΙ	14	26	40
	ΟΧΙ	182	138	320
Total		196	164	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 104: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα «αισθάνεστε ενέργεια και δύναμη».

$\chi^2=9,420$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,002$

#### **ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ**

		ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΜΗ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΝΑΙ	37	3	40
	ΟΧΙ	222	98	320
Total		259	101	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 105: ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ερώτημα «γυμνάζεστε» και το ερώτημα «αισθάνεστε το μυαλό σας καθαρό».

$\chi^2=6,578$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,010$

### **ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ**

		ΚΑΘΑΡΟ ΜΥΑΛΟ		Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	ΝΑΙ	33	7	40
	ΟΧΙ	198	122	320
Total		231	129	360

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 106: ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΖΩΗ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο «φύλο» και στο ερώτημα «αν είστε ευχαριστημένος με τη ζωή».

$\chi^2= 4,612$ ,  $df=1$ ,  $p=0,032$

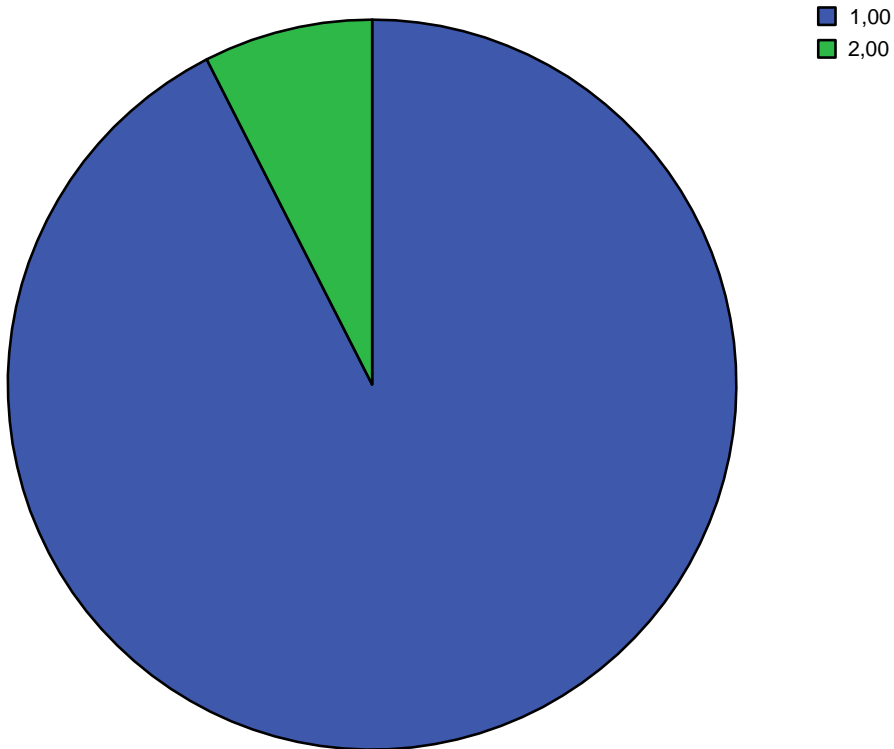
### **ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΜΕ ΖΩΗ**

				Total
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	146	32	178
	ΓΥΝΑΙΚΑ	132	50	182
Total		278	82	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 107: FACTIONAL TOTAL**

		Frequency	Percent
1,00	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	333	92,5
2,00	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ	27	7,5
	Total	360	100,0

**FACTIONALTOT**



**ΠΙΝΑΚΑΣ 108: HAMILTON ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη «κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διάθεσης Hamilton Depression Scale» και στην ηλικία.

$\chi^2 = 4,612, df=1, p=0,032$

HAMTOTAL	ΗΛΙΚΙΑ						Total
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-90	90-101	
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	76	60	53	33	17	5	244
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	27	17	14	9	9	2	78
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	7	14	10	5	1	1	38
Total	110	91	77	47	27	8	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 109: HAMILTON ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη «κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διάθεσης Hamilton Depression Scale» και στα χρόνια εκπαίδευσης.

$\chi^2 = 6,578, df= 1, p=0,010$

HAMTOTAL	ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ			Total
	0-4	5-8	9-12	
1 ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	104	95	45	244
2 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ	56	17	5	78
3 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	28	8	2	38
Total	188	120	52	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 110: MMSE ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination και στην ηλικία.

$\chi^2=9,420$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,002$

MMSETOT		ΗΛΙΚΙΑ						Total
ΚΛΙΜΑΚΑ MMSE		65-69	70-74	75-79	80-84	85-90	90-101	
26- 30	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	92	71	58	32	16	4	273
20- 25	ΕΛΑΦΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	14	16	13	13	8	3	67
11-19	ΜΕΤΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	4	3	4	2	2	1	16
0-10	ΣΟΒΑΡΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	0	1	2	0	1	0	4
Total		110	91	77	47	27	8	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 111: MMSE ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination και στα χρόνια εκπαίδευσης.

$\chi^2=5,467$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,019$

MMSETOT		ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ			Total
		0-4	5-8	9-12	
26- 30	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	136	92	45	273
20- 25	ΕΛΑΦΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	37	24	6	67
11-19	ΜΕΤΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	12	3	1	16
0-10	ΣΟΒΑΡΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	3	1	0	4
Total		188	120	52	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 112: MMSE ΚΑΙ FUCTIONAL**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination και στη κλίμακα μέτρησης λειτουργικότητας Fuctional Rating Scale.

$\chi^2=7,711$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,005$

MMSETOT		FUCTIONALTOT		Total
		ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ	
26- 30	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	263	10	273
20- 25	ΕΛΑΦΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	60	7	67
11-19	ΜΕΤΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	10	6	16
0-10	ΣΟΒΑΡΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	0	4	4
Total		333	27	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 113: FUCTIONAL ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα μέτρησης λειτουργικότητας Fuctional Rating Scale και στην ηλικία.

$\chi^2= 6,681$ ,  $df= 1$ ,  $p=0,010$

FUCTIONALTOT	ΗΛΙΚΙΑ						Total
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-90	90-101	
1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	105	84	70	44	24	6	333
2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ	5	7	7	3	3	2	27
Total	110	91	77	47	27	8	360



**ΠΙΝΑΚΑΣ 114: FUNCTIONAL ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα μέτρησης λειτουργικότητας Functional Rating Scale και στα χρόνια εκπαίδευσης .

$\chi^2=4,548$ ,  $df=1$ ,  $p=0,033$

FUNCTIONALTOT		ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ			Total
		0-4	5-8	9-12	
1,00	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	166	115	52	333
2,00	ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ	22	5	0	27
Total		188	120	52	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 115: GERIATRIC DEPRESSION SCALE ΚΑΙ MMSE**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διαταραχής Geriatric Depression Scale και στη κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination.

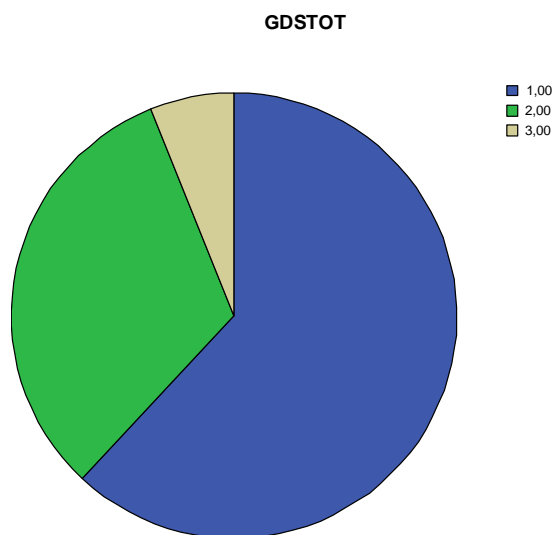
$\chi^2= 7,032$ ,  $df=1$ ,  $p=0,008$

GDSTOT		MMSETOT				Total
		ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΕΛΑΦΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	ΜΕΤΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	ΣΟΒΑΡΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
1,00	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	117	25	5	0	147
2,00	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	156	42	11	4	213
Total		273	67	16	4	360

## ΠΙΝΑΚΑΣ 116: GERIATRIC DEPRESSION SCALE

### GERIATRIC DEPRESSION SCALE

	Frequency	Percent
1 ΑΠΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕΤΡΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	223	61,9
2 ΣΟΒΑΡΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	115	31,9
3	22	6,1
Total	360	100,0



**ΠΙΝΑΚΑΣ 117: GERIATRIC DEPRESSION SCALE ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διαταραχής Geriatric Depression Scale και στην ηλικία.

$\chi^2=5,307$ ,  $df=1$ ,  $p=0,021$

GDSTOT	ΗΛΙΚΙΑ						Total
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-90	90-101	
1 ΑΠΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕΤΡΙΑ	68	49	52	30	18	6	223
2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΟΒΑΡΗ	35	35	20	16	8	1	115
3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	7	7	5	1	1	1	22
Total	110	91	77	47	27	8	360

**ΠΙΝΑΚΑΣ 118: GERIATRIC DEPRESSION SCALE ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διαταραχής Geriatric Depression Scale και στα χρόνια εκπαίδευσης.

$\chi^2= 5,601$ ,  $df=1$ ,  $p=0,018$

GDSTOT	ΧΡΟΝΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ			Total
	0-4	5-8	9-12	
1,00 ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	52	60	35	147
2,00 ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	136	60	17	213
Total	188	120	52	360

## Κεφάλαιο 14. Αποτελέσματα ερευνητικού

Συμπερασματικά, από την έρευνά μας, προκύπτει ότι άτομα άνω των 65 ετών μέλη των Κ.Α.Π.Η. της πόλης του Ηρακλείου, έχουν τάση να παρουσιάσουν γνωστική διαταραχή σε ποσοστό 16,1% (βλ. πίνακα 107). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η τάση για γνωστική διαταραχή στον παγκόσμιο πληθυσμό, καταγράφεται σε ποσοστό περίπου 25% μέχρι την ηλικία των 80 ετών. Αυτό σημαίνει πως στην έρευνά μας παρουσιάζεται απόκλιση της τάξεως του 9%, ποσοστό όμως που καλύπτεται από το στατιστικό λάθος, που αναφέρεται σε ποσοστό  $\pm 10\%$ , και μπορεί να αποδοθεί σε πολλούς παράγοντες, όπως αναφέραμε και στο κεφάλαιο 12.8 σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε.

Παράλληλα όμως, από την έρευνά μας, προέκυψαν και πολλά άλλα συμπεράσματα αναφορικά με την τρίτη ηλικία.

Το πρώτο στοιχείο που απορρέει από τις συσχετίσεις των δεδομένων είναι το ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο MMSE και στο HAMILTON.(βλ. πίνακα 25).

Αυτό σημαίνει ότι άτομα που έχουν υψηλό σκορ στη κλίμακα για τη μέτρηση της γνωστικής διαταραχής, παρουσιάζουν χαμηλό σκορ στη κλίμακα για τη μέτρηση της καταθλιπτικής διαταραχής. Και αυτό διότι όταν ένα άτομο παρουσιάζει συμπτώματα γνωστικής διαταραχής, αυτό έχει σαν συνέπεια να παραβλάπτονται όλες οι νοητικές και οι γνωστικές του λειτουργίες. Κατά συνέπεια η συναισθηματική του κατάσταση δεν μπορεί να μείνει ανέπαφη.

Η κατάθλιψη και η Άνοια είναι από τις πλέον συνήθεις διαταραχές που πλήττουν την τρίτη ηλικία. Η σχέση ανάμεσα στην Άνοια και την κατάθλιψη είναι πολύπλοκη και η διαφοροδιάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή. Έτσι η παρουσία κατάθλιψης χωρίς Άνοια στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται από γνωσιακή δυσλειτουργία και μπορεί, μερικές φορές να διαγνωστεί εσφαλμένα ως Άνοια.

Παράλληλα, η παρουσία άλλων νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, όπως η απάθεια, η ευερεθιστότητα αλλά και οι διαταραχές του ύπνου μπορεί εσφαλμένα να διαγνωστούν ως συμπτώματα κατάθλιψης.(Τσολάκη, Καζής, 2005, 169).

Αν και η κατάθλιψη είναι εν δυνάμει αναστρέψιμη κατάσταση, η παρουσία της σε ανοϊκούς ασθενείς είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική γι' αυτούς. Είναι ιδιαίτερα συχνή σε

ασθενείς με ήπιου και μέτριου βαθμού άνοια. Επίσης συνοδεύεται από μεγάλη επιβάρυνση των συγγενών- φροντιστών και ακολουθείται από μεγάλο αριθμό νοσηλειών σε οικοτροφεία ή οίκους ευγηρίας. (Τσολάκη, Καζής, 2005, 169).

Αν και δεν είναι σαφής η φυσική πορεία της νόσου, είναι σαφείς οι επιπτώσεις, τόσο στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των φροντιστών όσο και στην έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών. (Aging & Mental Health (1998);2(4):319± 327 L. K. ROSS, P. ARNSBERGER & P. J. FOX. The Institute for Health and Aging, University of California, San Francisco, California, USA. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ).

Στη συνέχεια προκύπτει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο MMSE και στη συχνότητα φροντίδας (βλ. πίνακα 25).

Τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα φροντίδας, , βαριούνται συχνά, δεν έχουν ελπίδες για το μέλλον, δεν έχουν κέφι τον περισσότερο καιρό, δεν αισθάνονται ευτυχισμένοι, νιώθουν αβοήθητοι, είναι ανήσυχοι, στεναχωριούνται για το μέλλον, έχουν προβλήματα με τη μνήμη, δεν θεωρούν ότι είναι θαυμάσιο που ζουν, αισθάνονται ψυχικά κατεβασμένοι, στεναχωριούνται για το παρελθόν, δεν βρίσκουν ενδιαφέρον για τη ζωή, δυσκολεύονται να ξεκινήσουν νέα πράγματα (βλ. πίνακες 61- 73).

Άτομα που έχουν υψηλό σκορ στη κλίμακα για τη μέτρηση της γνωστικής διαταραχής, δεν έχουν τόσο μεγάλη την ανάγκη για ύπαρξη ενός φροντιστή αφού είναι ικανά να αυτοεξυπηρετηθούν (βλ. πίνακα 25).

Επίσης άτομα που έχουν λάβει εκπαίδευση για αρκετό χρονικό διάστημα και κατά συνέπεια διατηρούν σε πολύ καλή κατάσταση τις γνωστικές και νοητικές τους λειτουργίες, δεν έχουν μεγάλη ανάγκη από κάποιον φροντιστή αφού είναι ικανά να αυτοεξυπηρετηθούν. Γι' αυτό και παρουσιάζεται θετική συσχέτιση ανάμεσα στο MMSE και στα χρόνια εκπαίδευσης και αρνητική συσχέτιση αυτών των στοιχείων με την συχνότητα ύπαρξης φροντιστή (βλ. πίνακα 25).

Ένα ακόμη σημαντικό στοιχείο που προκύπτει είναι το ότι ανάμεσα στη κλίμακα μέτρησης για καταθλιπτική διάθεση και στα χρόνια εκπαίδευσης και το μηνιαίο εισόδημα υπάρχει αρνητική συσχέτιση (βλ. πίνακα 25).

Πέραν του καλού μορφωτικού επιπέδου που εξασφαλίζει όπως προαναφέρθηκε τη διατήρηση των γνωστικών και νοητικών λειτουργιών σε καλό επίπεδο, και κατά συνέπεια είναι λιγότερο πιθανό το άτομο να εμφανίσει καταθλιπτική διάθεση, ένα καλό

μηνιαίο εισόδημα εξασφαλίζει την ύπαρξη και τη διατήρηση ενός εξ' ίσου καλού επιπέδου ποιότητας ζωής. Όταν όμως αυτό δεν υπάρχει, τότε οι οικονομικές δυσκολίες επιφέρουν συναισθήματα άγχους και αμφιβολίας, με αποτέλεσμα το άτομο να επιβαρύνεται και συναισθηματικά και άρα να παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία, ακόμα και αν οι γνωστικές και νοητικές του λειτουργίες παραμένουν ανέπαφες (βλ. πίνακα 25).

Βασική προϋπόθεση για μια καλή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι η επίλυση των κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων που υπάρχουν και που προκύπτουν σε αυτή την περίοδο ζωής. Η είσοδος στα γηρατεία συνεπάγεται μια πληθώρα προβλημάτων που κάνουν την αρχική εμφάνισή τους με το πέρασμα στη συνταξιοδότηση.

Τα συναισθήματα που επικρατούν στη ζωή ενός ηλικιωμένου ατόμου ποικίλλουν. Και μάλιστα ο συνδυασμός κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας, δημιουργούν πολλά προβλήματα σε ψυχολογικό επίπεδο στον ηλικιωμένο. Ένα βασικό συναίσθημα που επικρατεί στην Τρίτη ηλικία είναι ο φόβος που απορρέει από την αβεβαιότητα που συνεπάγονται τα ίδια τα γηρατεία.(Rapoport, R.,1989,117).

Ένα συμπέρασμα που προκύπτει μέσα από τη συσχέτιση του φύλου και της κλίμακας GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS), κλίμακα που μετράει τη καταθλιπτική διάθεση, είναι το ότι οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες παρουσιάζουν διαφορά όσον αφορά την καταθλιπτική διάθεση αφού οι γυναίκες παρουσιάζονται πιο ευάλωτες σε συναισθηματικές διαταραχές (βλ. πίνακες 31- 42). Η κατάθλιψη αφορά το πιο παραγωγικό κομμάτι του πληθυσμού: συναισθηματικούς, εξωστρεφείς, συμπαθείς, δημιουργικούς. Με αποτέλεσμα να έχουμε μεγάλο κοινωνικό κόστος. (Γ.Ν. Χριστοδούλου, 1997, 2-3).

Η κατάθλιψη όπως και κάθε άλλη νόσος, χαρακτηρίζεται από μια σειρά συμπτωμάτων η οποία περιγράφεται στα διαγνωστικά κριτήρια των ταξινομικών συστημάτων DSM IV και ICD-10. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα οφείλονται κατά κύριο λόγο σε διαταραχή του συναισθήματος, της ψυχοκινητικής δραστηριότητας, των γνωστικών λειτουργιών, αλλά και των λειτουργιών του φυτικού νευρικού συστήματος. Η διαφορά ανάμεσα στο φύλο έγκειται στο ότι οι γυναίκες παρουσιάζονται ως πιο επιρρεπείς στις συναισθηματικές διαταραχές από τους άντρες.(Μάνος, Ν, 1999, 365).

Κατά συνέπεια το ποσοστό συσχέτισης για τις γυναίκες στη καταθλιπτική διάθεση, είναι πιο υψηλό από αυτό των αντρών.

Στον πίνακα 43-54 παρουσιάζεται ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS), και στο αν οι ηλικιωμένοι έχουν παιδιά.

Άτομα που δεν έχουν παιδιά, αισθάνονται τη ζωή τους άδεια, βαριούνται συχνά, δεν έχουν ελπίδες για το μέλλον, δεν έχουν κέφι τον περισσότερο καιρό, δεν αισθάνονται ευτυχισμένοι, νιώθουν αβοήθητοι, είναι ανήσυχοι, στεναχωριούνται για το μέλλον, έχουν προβλήματα με τη μνήμη, δεν θεωρούν ότι είναι θαυμάσιο που ζουν, αισθάνονται ψυχικά κατεβασμένοι, στεναχωριούνται για το παρελθόν, δεν βρίσκουν ενδιαφέρον για τη ζωή, δυσκολεύονται να ξεκινήσουν νέα πράγματα, δεν έχουν ενέργεια και δύναμη, βρίσκουν απελπιστική την κατάστασή τους, αισθάνονται τους άλλους να είναι καλύτερα από τους ίδιους θυμώνουν για μικροπράγματα, κλαίνε, δεν σηκώνονται το πρωί με ευχάριστη διάθεση, είναι χωρίς παρέα, δεν έχουν καθαρό μυαλό.

Από αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε τη σημαντικότητα του οργανωμένου οικογενειακού δικτύου για τη διατήρηση της υγιούς συναισθηματικής κατάστασης του ηλικιωμένου.

Είναι γνωστό ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε συνδυασμό με άλλες εκδηλώσεις όπως διαταραχή της λειτουργίας του ύπνου, της σεξουαλικής δραστηριότητας και πολλών βιολογικών ρυθμών έχουν ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση της προσωπικής, κοινωνικής και επαγγελματικής ζωής του πάσχοντος. (Γ.Ν. Χριστοδούλου, Σελ.14-15.). Αλλά αυτό μπορεί να λειτουργεί και αντίστροφα. Δηλαδή όταν δεν λειτουργεί σε σωστά δομημένα επίπεδα η προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου, να εκδηλώνονται πιο εύκολα και πιο έντονα τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η αίσθηση της μη αυτοεξυπηρέτησης και λειτουργικότητας αποτελεί το μεγαλύτερο φόβο αυτών των ανθρώπων.

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει η απώλεια των αγαπημένων προσώπων. Οι ηλικιωμένοι εφόσον έχουν περάσει από τα διάφορα στάδια ζωής και δημιουργήσει αυτά που θα ήθελαν, απομένουν με το σύντροφο τους και απολαμβάνουν τα χρόνια που έρχονται. Η ύπαρξη ενός συντρόφου, γεννά την ελπίδα, την ανάγκη για δημιουργία, τη

συνύπαρξη, το μοίρασμα. Η απώλεια ενός συντρόφου αντιθέτως, μηδενίζει τα πάντα ειδικά για τη ζωή ενός προχωρημένου σε ηλικία ατόμου.

Ένα ακόμη στοιχείο που επιβαρύνει τη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι ο φόβος τους για το ενδεχόμενο να μην μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν αλλά και η οικογένειά τους να μην μπορεί να τους στηρίξει και να αναγκαστούν να παραμείνουν σε κάποιο ίδρυμα. Και αυτό το πλήγμα είναι πολύ σημαντικό διότι το ηλικιωμένο άτομο παρουσιάζει πολύ άγχος και αναγκάζεται να απομακρυνθεί από την οικογένειά του για να μην τους επιβαρύνει με αποτέλεσμα να καταπέσει απότομα και τότε όντως ο εγκλεισμός του σε κάποιο ίδρυμα να είναι αναπόφευκτος.(Rapoport, R.,1989,117). Οι φόβοι αυτοί προκύπτουν και όταν υπάρχει ένα κοινωνικό αλλά κυρίως οικογενειακό περιβάλλον, μεγαλώνουν όταν δεν υπάρχει το οικογενειακό περιβάλλον για να καθησυχάσει το άτομο.

Το επόμενο συμπέρασμα που προκύπτει από τον πίνακα είναι το ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS), και στο αν οι ηλικιωμένοι έχουν κάποιο πρόβλημα που να τους απασχολεί (βλ. πίνακες 54- 60).

Άτομα με προβλήματα υγείας, αισθάνονται τη ζωή τους άδεια, βαριούνται συχνά, δεν έχουν ελπίδες για το μέλλον, δεν έχουν κέφι τον περισσότερο καιρό, δεν αισθάνονται ευτυχισμένοι, νιώθουν αβοήθητοι, είναι ανήσυχοι, στεναχωριούνται για το μέλλον, έχουν προβλήματα με τη μνήμη, δεν θεωρούν ότι είναι θαυμάσιο που ζουν, αισθάνονται ψυχικά κατεβασμένοι, στεναχωριούνται για το παρελθόν, δεν βρίσκουν ενδιαφέρον για τη ζωή, δυσκολεύονται να ξεκινήσουν νέα πράγματα, δεν έχουν ενέργεια και δύναμη, βρίσκουν απελπιστική την κατάστασή τους, αισθάνονται τους άλλους να είναι καλύτερα από τους ίδιους θυμώνουν για μικροπράγματα, κλαίνε, δεν σηκώνονται το πρωί με ευχάριστη διάθεση, είναι χωρίς παρέα, δεν έχουν καθαρό μυαλό.

Είναι πολύ φυσικό, όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας να απασχολεί τον ηλικιωμένο, να επιβαρύνεται και η ψυχολογική του κατάσταση. Ήδη το πέρασμα στην τρίτη ηλικία συνεπάγεται μια πληθώρα προβλημάτων που κάνουν την αρχική εμφάνισή τους. Το πλέον σύνηθες στην Τρίτη ηλικία είναι η εμφάνιση κάποιων ασθενειών και τα διάφορα προβλήματα που αυτές προκαλούν. Η ύπαρξη αυτών των ασθενειών συχνά καθιστά το άτομο μη λειτουργικό και ανίκανο κοινώς να αυτοεξυπηρετηθεί καθώς χρειάζεται απαραίτητα την βοήθεια ενός τρίτου προσώπου.



Όλα αυτά επιβαρύνουν άμεσα οποιοδήποτε άτομο, οποιασδήποτε ηλικίας. Πόσο μάλλον ένα ηλικιωμένο άτομο που έχει ήδη αρχίσει να επιβαρύνεται ψυχολογικά λόγω όλων των κοινωνικό- οικονομικών παραγόντων και δεδομένων που αλλάζουν στη ζωή του και υποφέρει από κάποιο πρόβλημα υγείας που το καθιστά ανίκανο να έχει μια καλή ποιότητα ζωής.

Στον πίνακα 25 και στους πίνακες 61- 73 παρουσιάζεται σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS), και στο αν έχουν κάποιον φροντιστή. Αυτό σημαίνει πως όταν ένα άτομο παρουσιάζει υψηλό σκορ στη κλίμακα για τη μέτρηση της καταθλιπτικής διάθεσης, έχει και περισσότερη ανάγκη από κάποιον φροντιστή. Και είναι λογικό διότι η κατάθλιψη είναι νόσος που χρίζει ιατρικής παρακολούθησης. Και άρα οι λειτουργίες του ατόμου παραβλάπτονται με αποτέλεσμα να του είναι πολύ δύσκολο να αυτοεξυπηρετηθεί και άρα να χρειάζεται άμεσα τη φροντίδα κάποιου ατόμου. (Γ.Ν. Χριστοδούλου, 1997,15).Και όσο μεγαλύτερο το πρόβλημα τόσο πιο έντονη προκύπτει η ανάγκη για φροντιστή.

Στους πίνακες 74- 105 φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ του GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS), και της ενασχόλησής τους με το διάβασμα και τη γυμναστική.

Οι περισσότεροι που δεν είναι ευχαριστημένοι με τη ζωή τους δεν διαβάζουν. Επίσης από όσους δεν διαβάζουν οι περισσότεροι αισθάνονται τη ζωή τους άδεια, βαριούνται συχνά, δεν έχουν ελπίδες για το μέλλον, δεν έχουν κέφι τον περισσότερο καιρό, δεν αισθάνονται ευτυχισμένοι, νιώθουν αβοήθητοι, είναι ανήσυχοι, στεναχωριούνται για το μέλλον, έχουν προβλήματα με τη μνήμη, δεν θεωρούν ότι είναι θαυμάσιο που ζουν, αισθάνονται ψυχικά κατεβασμένοι, στεναχωριούνται για το παρελθόν, δεν βρίσκουν ενδιαφέρον για τη ζωή, δυσκολεύονται να ξεκινήσουν νέα πράγματα, δεν έχουν ενέργεια και δύναμη, βρίσκουν απελπιστική την κατάστασή τους, αισθάνονται τους άλλους να είναι καλύτερα από τους ίδιους θυμώνουν για μικροπράγματα, κλαίνε, δεν σηκώνονται το πρωί με ευχάριστη διάθεση, είναι χωρίς παρέα, δεν έχουν καθαρό μυαλό.

Από αυτούς που δεν κάνουν γυμναστική (βλ. πίνακες 96- 105), οι περισσότεροι αισθάνονται τη ζωή τους άδεια, δεν έχουν ελπίδα για το μέλλον, δεν έχουν κέφι, παρουσιάζουν αρκετούς φόβους, δεν αισθάνονται ευτυχείς, είναι συχνά ανήσυχοι, έχουν προβλήματα μνήμης, είναι ψυχικά κατεβασμένοι, αισθάνονται άχρηστοι, δεν βρίσκουν

ενδιαφέρον για τη ζωή, παρουσιάζουν δυσκολία στο να ασχοληθούν με νέα πράγματα, δεν αισθάνονται να έχουν ενέργεια και δύναμη και δεν αισθάνονται να έχουν καθαρό μυαλό.

Το διάβασμα είναι ένα πολύ βασικό μέσο για να διατηρούν οι ηλικιωμένοι αλλά και άτομα νεαρότερης ηλικίας τις νοητικές και τις γνωστικές τους λειτουργίες αν όχι ανέπαφες, σε πολύ καλό επίπεδο. Με αποτέλεσμα να έχουν πολύ μικρότερη πιθανότητα να παρουσιάσουν γνωστική διαταραχή, και σαν συνέπεια να μην παραβλάπτονται οι νοητικές και οι γνωστικές του λειτουργίες. Κατά συνέπεια η συναισθηματική τους κατάσταση να μένει ανέπαφη. Και παράλληλα συσχετίζεται άμεσα με το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι φοβούμενοι την εμφάνιση της άνοιας και της γνωστικής διαταραχής, παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση, όπως προαναφέρθηκε.

Παράλληλα η γυμναστική διατηρεί τη σωματική τους κατάσταση σε υγιή επίπεδα και άρα είναι μικρότερη η πιθανότητα να παρουσιάσουν γενικά ασθένειες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μειώνεται και η καταθλιπτική τους διάθεση, από τον φόβο τους για την εμφάνιση οποιασδήποτε ασθένειας, και, ταυτόχρονα, η ενασχόλησή τους με τη γυμναστική τους κάνει να αισθάνονται πιο ενεργοί, παραγωγικοί και δημιουργικοί. Όλα αυτά συμβάλουν στη μείωση της εμφάνισης της καταθλιπτικής τους διάθεσης και αντίθετα, όσο μικρότερη η ενασχόλησή τους τόσο με το διάβασμα, όσο και με τη γυμναστική, κάνει τα ηλικιωμένα άτομα να αισθάνονται απομονωμένα και να κλείνονται στον εαυτό τους και τους φόβους τους με αποτέλεσμα να έχουμε το σύμπτωμα της αυτολύπησης και άρα να είναι πολύ πιο εύκολο να εμφανιστεί η καταθλιπτική διαταραχή.

Όσον αφορά το θέμα της ομιλίας (παρουσίαση δυσκολιών ή μη),(βλ. πίνακα 106), παρατηρήθηκε ότι σημαντικό ρόλο παίζει η οικογενειακή κατάσταση του ηλικιωμένου. Βασικός παράγοντας στην ομιλία είναι η επικοινωνία. Παρατηρήθηκε λοιπόν, ότι οι έγγαμοι ηλικιωμένοι δεν παρουσιάζουν προβλήματα ή δυσκολίες στην ομιλία, σε αντίθεση με άτομα που δεν έχουν σύντροφο, όπως είναι οι άγαμοι, οι χήροι και οι διαζευγμένοι.

Παράλληλα, μόνο 17 ηλικιωμένοι απάντησαν ότι τα παιδιά τους δεν ζουν κοντά τους (βλ. πίνακα 9). Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι είχαμε μόνο αστικά Κ.Α.Π.Η. και σε μια πόλη όπως το Ηράκλειο όπου δεν υπάρχει ιδιαίτερη μετανάστευση πληθυσμού σε

άλλες πόλεις ή στο εξωτερικό, τα παιδιά ζουν κοντά στους ηλικιωμένους γονείς. Αυτό μπορεί να σημαίνει πολλά όπως είδαμε στο θεωρητικό μέρος.

Τα παιδιά εξασφαλίζουν τη συντροφιά και τη φροντίδα προς τους γονείς αλλά και το γεγονός ότι πολύ συχνά οι ηλικιωμένοι αναλαμβάνουν να φροντίζουν τα εγγόνια τους, τους κρατά ενεργούς και σε καλή ψυχολογική κατάσταση, αφού έτσι αισθάνονται ενεργοί, παραγωγικοί και δημιουργικοί και μειώνεται το αίσθημα της παραίτησης.

Τα γηρατειά είναι μια ιδιαίτερη περίοδος ζωής που συνοδεύεται σχεδόν πάντα από ψυχολογικά προβλήματα. Σε αυτή την ηλικία οι άνθρωποι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στις σωματικές διαταραχές και τις ψυχολογικές ταλαιπωρίες που έρχονται μαζί με τα γηρατειά. Γενικότερα, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα που μένουν μόνα τους, είτε λόγω απώλειας αγαπημένων προσώπων και συντρόφων, είτε για οποιοδήποτε άλλο λόγο, απομονώνονται κοινωνικά και βάζονται συναισθηματικά. Αν οι νεότεροι συγγενείς έχουν φύγει, όπως συμβαίνει συχνά, οι ηλικιωμένοι θα είναι περισσότερο απομονωμένοι από ότι ήταν για παράδειγμα στα 60 τους χρόνια. Η περισσότερη ευχαρίστηση χάνεται, ιδιαίτερα όταν αισθάνεται κανείς ότι είναι βάρος ή ότι γίνεται πληκτικός προς τους άλλους. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι γίνονται θύματα αυξανόμενης μοναξιάς και ανασφάλειας(R.Raport). Το γεγονός αυτό επιδρά καταλυτικά στην καθημερινή επικοινωνία τους με τον περίγυρο, και συνάμα στην ομιλία τους.

Με βάση το ερωτηματολόγιο FUNCTIONAL RATING SCALE που μελετά την λειτουργικότητα των ατόμων άνω των 65 ετών διαπιστώθηκε ότι το 92,5% του δείγματος παρουσιάζει φυσιολογικό επίπεδο λειτουργικότητας, ενώ το 7,5% παρουσιάζει διαταραχή λειτουργικότητας. (βλ. πίνακα 107).

Αυτό δείχνει ότι τα άτομα άνω των 65 ετών παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα λειτουργικότητας.

Αναλυτικότερα, στον πίνακα 113, βλέπουμε ότι άτομα ηλικίας 65- 84, που παρουσιάζουν φυσιολογικά επίπεδα λειτουργικότητας, είναι στο σύνολο 303, δηλαδή το 84% του δείγματος. Ενώ τα άτομα ηλικίας 85-101, δηλαδή 20 άτομα, αγγίζουν το 12% που παρουσιάζουν φυσιολογικά επίπεδα λειτουργικότητας. Προκύπτει λοιπόν ότι τα επίπεδα λειτουργικότητας μειώνονται αναλογικά με την αύξηση της ηλικίας.

Στον πίνακα 114, παρατηρούμε ότι στα 188 άτομα που έχουν λάβει εκπαίδευση 0-4 χρόνια, 166 άτομα, δηλαδή το 88,2% παρουσιάζουν φυσιολογικά επίπεδα

λειτουργικότητας, στα 120 άτομα που έχουν λάβει εκπαίδευση 5-8 χρόνια, 115 άτομα, δηλαδή το 95,8% παρουσιάζουν φυσιολογικά επίπεδα λειτουργικότητας, και τέλος, στα 52 άτομα που έχουν λάβει εκπαίδευση 9-12 χρόνια, όλα τα άτομα, δηλαδή το 100% παρουσιάζουν φυσιολογικά επίπεδα λειτουργικότητας.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι τα επίπεδα λειτουργικότητας των ατόμων επηρεάζονται άμεσα από τα χρόνια εκπαίδευσης.

Στον πίνακα 112 παρατηρούμε ότι η λειτουργικότητα των ατόμων επηρεάζεται άμεσα από την ύπαρξη ή μη γνωστικής διαταραχής. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι από τα 273 άτομα που παρουσιάζουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 263, δηλαδή το 96,3% του δείγματος, παρουσιάζουν φυσιολογικά επίπεδα λειτουργικότητας. Επίσης και τα 4 άτομα που παρουσιάζουν βαριά γνωστική διαταραχή παρουσιάζουν και διαταραχή λειτουργικότητας.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι όσο μεγαλύτερα επίπεδα γνωστικής διαταραχής υπάρχουν τόσο μειώνεται και η λειτουργικότητα των ατόμων.

Στον πίνακα 110, παρατηρούνται τα επίπεδα γνωστικής διαταραχής. Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα άτομα άνω των 65-69 ετών εμφανίζουν άνοια σε ποσοστό 5%. Αυτό το ποσοστό διπλασιάζεται ανά 5ετία, δηλαδή άτομα ηλικίας 70-74 ετών θα εμφανίσουν άνοια σε ποσοστό 10%, άτομα ηλικίας από 75-79 θα εμφανίσουν άνοια σε ποσοστό 20% κ.ο.κ. Αυτό επαληθεύεται και στην έρευνά μας καθώς παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα γνωστικής διαταραχής.

Στον πίνακα 111 παρατηρούμε τη συνάρτηση της εκπαίδευσης και της γνωστικής διαταραχής. Βλέπουμε λοιπόν ότι άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (0-4 χρόνια) έχουν την τάση να εμφανίσουν γνωστική διαταραχή σε ποσοστό 59,7%, σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο (9-12 χρόνια) που δεν τείνουν να παρουσιάσουν γνωστική διαταραχή σε τόσο υψηλά επίπεδα αφού αγγίζουν το ποσοστό του 8%.

Στον πίνακα 108, παρατηρείται η εμφάνιση της καταθλιπτικής διάθεσης σε συνάρτηση με την ηλικία. Διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι από τα 360 άτομα του δείγματος, τα 244 δηλαδή το 67,7%, δεν παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση. Ωστόσο παρατηρείται ότι καταθλιπτική διάθεση εμφανίζεται εντονότερα στην ηλικία 65-69 ετών σε ποσοστό

24,5% και καταθλιπτική διαταραχή εμφανίζεται εντονότερα στην ηλικία 70-74 ετών σε ποσοστό 15%.

Στον πίνακα 109 παρατηρούμε ότι τα χρόνια εκπαίδευσης επηρεάζουν άμεσα την ύπαρξη ή μη συναισθηματικής διαταραχής. Άτομα που έχουν λάβει εκπαίδευση από 0-4 χρόνια παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση ή διαταραχή σε ποσοστό 44,5%, από 5-8 χρόνια παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση ή διαταραχή σε ποσοστό 20,7% και από 9-12 χρόνια παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση ή διαταραχή σε ποσοστό 13,4%.

Τέλος, στον πίνακα 115 βλέπουμε ότι άτομα που δεν πάσχουν από συναισθηματική διαταραχή παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα γνωστικής διαταραχής και το αντίθετο. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι η ύπαρξη ή μη συναισθηματικής διαταραχής μπορεί άμεσα να επηρεάσει το επίπεδο γνωστικής διαταραχής. (Πολίτης, Α, 2005, «Διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια» στο Τσολάκη, Καζής, 169).

Βασική επίδραση στη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου, ασκεί η ύπαρξη προβλημάτων υγείας. Κάποια προβλήματα υγείας (όπως διαταραχές γνωστικών λειτουργιών και εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης) συμβάλλουν στην έκπτωση των λειτουργικών ικανοτήτων και δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων, όπως είναι η λήψη τροφής, το ντύσιμο, η ομιλία, η αναγνώριση προσώπων, η ατομική υγιεινή. Επίσης, προκαλείται βραδύτητα στην σκέψη, την κινητική συμπεριφορά και την εμφάνιση απάθειας. Συχνά, σαν επακόλουθο της εμφάνισης προβλημάτων υγείας παρατηρείται η ανικανότητα στην αυτοεξυπηρέτηση του ηλικιωμένου, κάτι που είναι περισσότερο εμφανές στα άτομα που πάσχουν από Άνοια. Οι ασθενείς παρουσιάζουν επίσης σφαιρική σύγχυση και αποπροσανατολισμό χώρου. (Τσολάκη, Καζής, 2005, 278).

Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η συσχέτιση τριών διαφορετικών παραγόντων, τέτοιων όπως η υγεία, το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα. Όταν και τα τρία από τα παραπάνω είναι υψηλά ένας ηλικιωμένος μπορεί να είναι σχετικά δραστήριος και να αντλεί ικανοποίηση από τις δραστηριότητές του. Όταν ένα από τα τρία είναι χαμηλό το πιο πιθανό είναι ότι ο ηλικιωμένος θα είναι αδρανής και ανικανοποίητος. Η κακή υγεία επηρεάζει την ικανοποίηση, αλλά το μορφωτικό επίπεδο είναι εξίσου καθοριστικός παράγοντας, που επιβεβαιώνει τη σημασία αυτού του παράγοντα στο να ανακαλύπτουμε και να αναπτύσσουμε τα ενδιαφέροντά μας (R.Raporport).

Όταν οι ηλικιωμένοι περνούν στο στάδιο της συνταξιοδότησης, έχουν άπλετο ελεύθερο χρόνο τον οποίο μπορούν να αξιοποιούν με διάφορους τρόπους. Οι άνδρες κυρίως απασχολούνται με το ψάρεμα, την κηπουρική ή ακόμη και με σεξουαλικές δραστηριότητες. Συνήθως όταν οι άνθρωποι έχουν λιγότερα ενδιαφέροντα λίγο πριν αποχωρήσουν από τη δουλειά, έχουν μια φτωχή βάση για να οικοδομήσουν καινούρια. Γενικότερα οι ηλικιωμένοι ασχολούνται με λιγότερο σημαντικές δραστηριότητες, όπως τηλεόραση, διάβασμα, περίπατο. Οι περισσότερο εύποροι άνθρωποι κάνουν τουρισμό ή πηγαίνουν εκδρομές με το αυτοκίνητο. Η απραξία χαρακτηρίζει περισσότερο τους υπερήλικες (κοιτάνε έξω από το παράθυρο, κοιμούνται ή απλώς κάθονται) (R.Rapoport, 69).

## **Κεφάλαιο 15. Συζήτηση- Προτάσεις.**

Στο παρακάτω κεφάλαιο παραθέτουμε κάποιους προβληματισμούς και σχόλια όπως αυτά προέκυψαν μετά την εξαγωγή των συμπερασμάτων μας. Κάποιοι από τους προβληματισμούς αυτούς παραθέτονται παρακάτω και η διατύπωση αυτών από την πλευρά μας, έχει σαν στόχο την τροφή ερεθισμάτων για συζήτηση και σκέψη.

Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων με τους ηλικιωμένους διαπιστώσαμε ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι σε ποσοστό 57.5% δεν γνώριζαν για τη νόσο Alzheimer. Το γεγονός αυτό μας προκάλεσε αρκετά μεγάλη εντύπωση καθώς η άγνοια αυτή αντιπροσώπευε την πλειοψηφία του δείγματος. Οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ενεργά μέλη του Κ.Α.Π.Η, πράγμα που σημαίνει ότι θα έπρεπε να γνωρίζουν τη νόσο και να ενημερώνονται από τους αρμόδιους ειδικούς μέσω συζητήσεων και ομιλιών γύρω από τη φύση της νόσου, τα συμπτώματά της και τους τρόπους πρόληψης ή αντιμετώπισής της. Παρ' όλα αυτά διαπιστώθηκε ότι ένα ποσοστό 20.8% ενημερώθηκε για τη νόσο από Μ.Μ.Ε. Ωστόσο, πολλές φορές μετά τη διεξαγωγή της συνέντευξης χρειάστηκε να τους εξηγήσουμε εμείς κάποια πράγματα για τη νόσο και για τον τρόπο που μπορούν να ενημερωθούν.

Αυτό που κατά τη γνώμη μας πρέπει να γίνει είναι να δοθεί βαρύτητα στην ενημέρωση των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη Ηλικία, καθώς η Άνοια και η γνωστική διαταραχή εμφανίζονται συνήθως σταδιακά. Έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην πρόληψη της νόσου μέσω της σωστής ενημέρωσης, και ο κατάλληλος φορέας για αυτό είναι τα Κ.Α.Π.Η.

Κάτι ακόμη που παρατηρήσαμε τόσο μέσω της φοίτησής μας στο Τ.Ε.Ι όσο και κατά τη διαμονή μας στο Ηράκλειο είναι το γεγονός ότι υπάρχει ένα έντονα οργανωμένο τοπικό δίκτυο Κοινωνικών Υπηρεσιών όσον αφορά στην Τρίτη Ηλικία. Κατά την έρευνά μας όμως διαπιστώσαμε ότι δεν υπάρχει επικέντρωση στο πρόβλημα της γνωστικής διαταραχής. Είναι εύλογο ότι ένα Κ.Α.Π.Η που έχει αρκετά εγγεγραμμένα μέλη και πολλούς τομείς δράσης να μη μπορεί να ασχοληθεί διεξοδικά με ένα τομέα. Κρίνουμε λοιπόν απαραίτητη τη σύσταση υπηρεσιών για ηλικιωμένους με Άνοια( Βλ. κεφάλαιο 10.8 και 10.9), κι αυτό διότι με την ύπαρξη των αρμόδιων υπηρεσιών τόσο οι

ηλικιωμένοι όσο και οι οικογένειές τους θα μπορούν να απευθυνθούν και να εξυπηρετηθούν από εξειδικευμένο προσωπικό άμεσα.

Κατά την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων του ερευνητικού μέρους, διαπιστώθηκε ότι κάποιοι από τους ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας, είχαν την ανάγκη φροντιστή. Η ύπαρξη ενός φροντιστή μπορεί να διευκολύνει τη ζωή του ηλικιωμένου σε μεγάλο βαθμό, ειδικά όταν είναι μόνος στη ζωή, ή για κάποιους λόγους βρίσκεται μακριά από την οικογένειά του. Ωστόσο, η ύπαρξη φροντιστή σε τακτική βάση μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά όσον αφορά στην αυτοεξυπηρέτηση του ίδιου του ατόμου. Δηλαδή, η ύπαρξη φροντιστή, όταν είναι σε μεγαλύτερη συχνότητα απ' ότι είναι πραγματικά απαραίτητο, να μην αφήνει το άτομο να αναλάβει ευθύνες και να του δημιουργεί ένα αίσθημα παραίτησης με αποτέλεσμα να παρουσιάσει εξελικτικά καταθλιπτική διάθεση. Είναι πολύ σημαντικό να αντιληφθεί κανείς ότι ένα ηλικιωμένο άτομο, δεν υστερεί σε τίποτα από ένα άλλο άτομο οποιασδήποτε ηλικίας, όταν βέβαια δεν υπάρχει κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα που να το καθιστά ανίκανο να αυτοεξυπηρετηθεί. Όταν το ηλικιωμένο άτομο έχει αυτοαντίληψη γνωρίζει σε ποιες δραστηριότητες μπορεί να συμμετέχει χωρίς να κινδυνεύσει να αυτοτραυματιστεί. Η υπερβολική ευαισθησία και ο φόβος κυρίως του οικογενειακού περιβάλλοντος του ατόμου, σε καμία περίπτωση δε το βοηθούν, διότι μπορεί να το προστατεύουν από σωματικό τραυματισμό αλλά του δημιουργούν ψυχολογικό τραυματισμό με το να αντιδρούν έτσι γιατί σταδιακά το κάνουν να αισθάνεται ανήμπορο. Και φτάνει να το πιστεύει με αποτέλεσμα να γίνεται, ακόμα και αν είναι καθ' όλα ικανό.

Επίσης πολλές φορές οι φροντιστές, όταν δεν είναι άρτια εκπαιδευμένοι, μπορεί από την κούραση με την οποία τους επιβαρύνει το επάγγελμά τους, τόσο σωματική όσο και ψυχολογική, να μην αφήνουν το άτομο να πάρει πρωτοβουλίες και να αυτοεξυπηρετηθεί γιατί οι χρόνοι του είναι μεγαλύτεροι και αφού κάτι μπορεί να γίνει σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα το αναλαμβάνουν οι ίδιοι.

Συχνά θεωρούμε ότι το να αφήσουμε κάποια δουλειά σε έναν ηλικιωμένο είναι άσχημο από την ανάγκη μας να μην τον κουράσουμε. Και εδώ έγκειται και το στερεότυπο που αναφέρεται στο ότι άτομα τρίτης ηλικίας είναι αδύναμα και ανίκανα και κουράζονται εύκολα. Αλλά τα όρια μεταξύ της πραγματικής κατάστασης και των



πραγματικών αναγκών των ηλικιωμένων και αυτών που πολλές φορές πιστεύουμε λόγω διαφόρων παραγόντων και στερεοτύπων είναι δυσδιάκριτα.

Γι' αυτό είναι απαραίτητο να εξετάζουμε πολύ προσεκτικά το αν τα άτομα είναι όντως ανίκανα να αυτοεξυπηρετηθούν ή αν έτσι θέλουμε να πιστεύουμε από την ανάγκη μας να τους παρέχουμε μια εικονικά καλή ποιότητα ζωής, στερώντας τους όμως έτσι την ανάγκη τους να νιώθουν ενεργοί, παραγωγικοί και δημιουργικοί ώστε να μην θεωρούν τον εαυτό τους βάρος.

Σύμφωνα με την ανάλυση των στοιχείων που προηγήθηκε, αναδείχθηκαν πολλά σημαντικά θέματα που αφορούν ευρύτερα μια κοινωνία που έχει αναπτύξει τις θέσεις και τις στάσεις της, που έχει δημιουργήσει ένα σύστημα πρόνοιας και έχει δώσει τη δυνατότητα στα μέλη της να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους και να σταθούν υπεύθυνα στις υποχρεώσεις τους.

Όλα τα παραπάνω, ωστόσο, αφορούν ειδικότερα τις κοινωνικές επιστήμες και συγκεκριμένα την επιστήμη της Κοινωνικής Εργασίας, καθώς και όλους τους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, όλους δηλαδή τους ειδικούς που εξυπηρετούν και εργάζονται με άτομα, ομάδες και κοινότητα.

Σήμερα, οι διεθνείς εξελίξεις, η σχετική εμπειρία, η δυνατότητα έρευνας, η κλινική προσέγγιση, η εφαρμογή πιλοτικών προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα, μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση του φαινομένου αυτού.

Ένα από τα θέματα που προκύπτουν από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας, αφορά στην αναγκαιότητα λειτουργίας του τομέα της πρόληψης, σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο. Η πρόληψη, ως τρόπος συμπεριφοράς, αρχίζει να αναπτύσσεται με τη διερεύνηση θεμάτων και των χαρακτηριστικών ενός φαινομένου, ώστε να μπορέσει να λειτουργήσει κατάλληλα. Αυτή η λογική, αποτελεί το μοντέλο πάνω στο οποίο θα πρέπει να εστιάζονται δράσεις και προγράμματα.

Η γνωστική διαταραχή στην τρίτη ηλικία θα πρέπει να αντιμετωπιστεί και από τις τρεις μορφές πρόληψης. Της πρωτογενούς, με στόχο τη γενική βελτίωση της ποιότητας ζωής όλου του πληθυσμού. Η συνεχής ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού, οφείλει να στοχεύσει στην αλλαγή των κοινωνικών αξιών, δομών και θεσμών. Της δευτερογενούς, με στόχο την έγκαιρη εντόπιση πληθυσμού ατόμων που χαρακτηρίζονται ως ευάλωτες για την ανάπτυξη συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Της τριτογενούς, στοχεύοντας στη

θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων που πάσχουν από γνωστική διαταραχή, δράση που έγκειται κατά κύριο λόγο στη διατήρηση των λειτουργιών που είναι απείραχτες αλλά και τη βελτίωση των λειτουργιών που έχουν αλλοιωθεί λόγω της νόσου.

Σύμφωνα με τα παραπάνω και λαμβάνοντας υπ' όψη τα στοιχεία που συλλέξαμε από την έρευνά μας, θεωρούμε ότι ο καθορισμός μιας βασικής πολιτικής πρόληψης και θεραπείας, θα μπορούσε ρεαλιστικά να περιλαμβάνει:

1. Καλύτερο συντονισμό και πιο άρτια οργάνωση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, ψυχικής υγείας, πρόνοιας και εκπαίδευσης, για τη σφαιρική αντιμετώπιση του θέματος.
2. Στελέχωση των υπηρεσιών με διεπιστημονική ομάδα και συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού τους γύρω από το θέμα αυτό.
3. Ενημέρωση σε ομάδες με στόχο την ευαισθητοποίηση γύρω από τα θέματα που αφορούν γενικά στην τρίτη ηλικία.
4. Προσέγγιση ευάλωτων ατόμων, με την ενίσχυση του θεσμού «Βοήθεια στο Σπίτι».
5. Σχεδιασμό και παροχή υπηρεσιών, ευθυγραμμισμένων στις ανάγκες των ατόμων αυτών.
6. Προώθηση ερευνών για θέματα που αφορούν στη διαγνωστική διαταραχή, ώστε να λειτουργήσει κατάλληλα ο τομέας της πρόληψης και της θεραπείας.
7. Νομοθετικές ρυθμίσεις που να εξασφαλίζουν την διευκόλυνση των ατόμων τρίτης ηλικίας σε κάθε πεδίο.

Από την έρευνά μας διαπιστώθηκε η αναγκαιότητα για βελτίωση των παροχών, σε ποσοτικό και ποιοτικό επίπεδο στα άτομα τρίτης ηλικίας, από τους αντίστοιχους φορείς, χωρίς αυτό να θίγει την υπάρχουσα δράση τους.

Στην Ελλάδα λειτουργούν διάφοροι θεσμοί για την εξυπηρέτηση και φροντίδα των ηλικιωμένων όπως τα Κ.Α.Π.Η., τα Κ.Η.Φ.Η., το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» κ.α. Στα πλαίσια αυτά, υπάρχουν υπηρεσίες που καλύπτουν ευρύ φάσμα γεωγραφικών περιοχών και ομάδων, με στόχο να ανταποκριθούν στις ανάγκες των χρηστών που διαφέρουν ως προς τον τόπο διαμονής, τα κοινωνικά δημογραφικά τους χαρακτηριστικά,

τις συνθήκες ζωής και τα μοντέλα χρήσης. Τα προγράμματα παρέχουν πολύπλευρες υπηρεσίες και προβλέπεται να αναπτυχθούν πλήρως τα επόμενα χρόνια.

Εν κατακλείδι, προβάλλει η ανάγκη για την ανάπτυξη σε τοπικό και εθνικό επίπεδο ενός τεκμηριωμένου πλέον διαλόγου πάνω στο πρόβλημα της γνωστικής διαταραχής στην τρίτη ηλικία και την πολύπλευρη επίδραση που επιφέρει το γενικότερο πλαίσιο τόσο στον ίδιο τον ηλικιωμένο, όσο και στην οικογένειά του, ώστε και αυτή να ανακτήσει τη λειτουργικότητά της στη διαχείριση και αντιμετώπιση του προβλήματος, παύοντας παράλληλα να αποτελεί μέρος του.

## Επίλογος

Φτάνοντας στο τέλος αυτής της μελέτης, θεωρούμε σημαντικό να σκιαγραφήσουμε σε πιο προσωπικό ύφος την πορεία αυτής. Αρχικά λοιπόν, η έρευνα αυτής της μελέτης ξεκίνησε με ενθουσιασμό, κατάλληλη προετοιμασία, καθώς και οργάνωση όσον αφορά στη δομή του θεωρητικού μέρους και τις συνεντεύξεις μας στα μέλη των Κ.Α.Π.Η.

Τα ερωτήματα της έρευνας ήταν σαφή, καθώς και η διάθεσή μας για την κατανόηση των απαντήσεων του κάθε ερωτώμενου, ευδιάκριτη. Δυστυχώς η έλλειψη χρόνου, δεν άφησε ορισμένες φορές το περιθώριο για τη διεξαγωγή μιας περισσότερο επικοινωνιακής συνέντευξης, αφού οι ερωτώμενοι συχνά, είχαν πολλή διάθεση να αφηγηθούν ιστορίες και γεγονότα από τη ζωή τους που δεν αφορούσαν στα συγκεκριμένα ερωτήματα της έρευνάς μας.

Ο περιορισμένος χρόνος αλλά και η δυσκολία συλλογής του δείγματος, καθώς προαναφέρθηκε, δεν μας επέτρεψε να συλλέξουμε στοιχεία ικανά, να μας κάνουν να διερευνήσουμε σε βάθος όλες τις διαστάσεις, καθώς και την πολυπλοκότητα του θέματος.

Η ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας, έδωσε ένα πολύ ευχάριστο συναίσθημα στην ομάδα μας. η επεξεργασία και η ανάλυση των στοιχείων αυτής, ήταν ένα ακόμη δημιουργικό και παραγωγικό μέρος της μελέτης μας, ενώ η ανάδειξη των αποτελεσμάτων της έρευνας, έδωσε την ευκαιρία για την ανάπτυξη προβληματισμών σχετικά με θέματα που αφορούν στην τρίτη ηλικία και στη γνωστική διαταραχή.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής μπορεί να μην αποδίδουν μια απόλυτα αντιπροσωπευτική εικόνα, όμως αυτό που διατυπώθηκε ήταν τόσο η ανάγκη της τρίτης ηλικίας να διατηρηθεί ενεργή με άμεσες παρεμβάσεις αντιμετώπισης, όσο και η διάθεση των επαγγελματιών για την ανάπτυξη συνεργασιών και η ευαισθητοποίησή τους γύρω από το θέμα αυτό.

Το σημαντικότερο για εμάς ήταν η διαδικασία εμπλοκής στην παρούσα έρευνα και η ευαισθητοποίηση των συμμετεχόντων για ένα τόσο σημαντικό και πολυδιάστατο φαινόμενο. Η αξιοποίηση ωστόσο, των αποτελεσμάτων αυτής, θεωρούμε ότι προσδίδει

ένα καλό υλικό για την περαιτέρω διερεύνηση θεμάτων που αφορούν στην τρίτη ηλικία και στη γνωστική διαταραχή.

Ευχάριστο θα ήταν για εμάς η διεξαγωγή σε περισσότερες ταυτόχρονα υπηρεσίες για την τρίτη ηλικία και σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, για την πλήρη διερεύνηση των συνθηκών και των παραγόντων που επηρεάζουν τα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας και γενικότερα τις δυναμικές που επιδρούν και συμβάλλουν στη διαμόρφωση του επιπέδου της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΓΕΤΙΜΗΣ, Π., (1993), *Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική: η σύγχρονη προβληματική*, Αθήνα: Θεμέλιο.
2. ΔΟΝΤΑΣ, Α. (1981). *Η Τρίτη Ηλικία: Προβλήματα και Δυνατότητες*. Αθήνα: (χ.ο.)
3. ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, (1986), *Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
4. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ, (2004), *Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων γονιών*, Αθήνα: Mendor.
5. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΓΗΡΑΤΟΣ, (1982), *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα*, Αθήνα(χ.ε.).
6. ΕΜΚΕ, Ε., (1981), *Ψυχοκυβερνητική και ολοκλήρωση*, Αθήνα:Γλάρος.
7. ΙΑΤΡΙΔΗΣ, Δ., (1990), *Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής*, Αθήνα: Gutenberg.
8. ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ, Χ., ΦΩΤΙΑΔΗΣ, Χ., (1988), *Ψυχιατρική*, Θεσσαλονίκη: Μαστορίδη
9. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. (1984). *Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα: Στατιστική Ανάλυση των Κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών*. Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.
10. ΚΑΡΑΓΙΩΡΓΑΣ, Σ., (1998), *Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός*, Αθήνα: Εξάντας.
11. ΚΑΤΣΟΥΛΗΣ, Η., (1996), *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
12. ΚΥΡΙΑΖΗ, Ν., (1999), *Η κοινωνιολογική έρευνα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
13. ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., (1989), *Κοινωνία και Ψυχική υγεία*, Αθήνα: Καστανιώτη
14. ΜΑΔΙΑΝΟΣ, Μ., (1988), *Υγεία και Ελληνική κοινωνία, εμπειρική έρευνα*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

15. ΜΑΚΡΑΚΗΣ, Β., (1997), *Ανάλυση δεδομένων στην επιστημονική έρευνα με τη χρήση του SPSS*, Αθήνα: Gutenberg.
16. ΜΑΝΟΣ, Ν. (1988). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
17. ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ, Λ., ΣΤΡΑΤΗΓΑΚΗ, Μ. (2004). *Ζητήματα Οικογενειακής Πολιτικής*:
18. *Θεωρητικές Αναφορές Και Εμπειρικές Διευκρινίσεις*. Αθήνα: Gutenberg.
19. ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ, Λ., (1993). *Κοινωνιολογία της Σύγχρονης Οικογένειας*:. Αθήνα: Gutenberg.
20. ΝΑΣΙΑΚΟΥ, Μ., ΧΑΝΤΖΗ, Α., *Εξελικτική Ψυχολογία*, 1984, ΑΘΗΝΑ: Ελληνικά Γράμματα.
21. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Α. (1989), *Ψυχιατρική*, Αθήνα: Αργυρίου.
22. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, Γ., (1998), *Μέθοδοι στην Κοινωνιολογική έρευνα*, Αθήνα: Δάρδανος.
23. ΠΑΠΑΔΑΚΟΥ, Γ., ΣΤΟΓΙΑΝΝΙΔΟΥ, Α., (1992) «*Κοινοτική Ψυχική υγιεινή*», α' τόμος., ιατρ. Εκδ. ΛΙΤΣΑΣ
24. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Ι., *Εξελικτική ψυχολογία*, τόμος 1ος, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
25. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Ι., *Εξελικτική ψυχολογία*, τόμος 2ος, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
26. ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ, Ι., *Εξελικτική ψυχολογία*, τόμος 3ος, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
27. ΠΕΡΙΣΤΕΡΑΚΗ – ΨΥΧΟΓΙΟΥ, Α., (χ.χ.), *Σχέσεις γονέων – παιδιών*, Αθήνα: Φυκίρης.
28. ΠΕΤΡΟΥΛΑΚΗΣ, Ν. Β., *Ψυχολογία της προσαρμογής*, 1984, ΑΘΗΝΑ: εκδ. Γρηγόρη
29. ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΕΜΚΕ, Η. (1999). *Έλληνες ηλικιωμένοι Πολίτες: Παρελθόν – Παρόν – Μέλλον*. Αθήνα: Ίων.
30. ΠΡΟΒΟΠΟΥΛΟΣ, Γ., (1994), *Ειδικά θέματα κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα: Σάκκουλας.

31. ΡΟΜΠΟΛΗΣ, Σ., (1995), *Η κοινωνική πολιτική μετά τη κρίση του κράτους πρόνοιας*, Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής.
32. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Θ., (1993), *Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική*, Αθήνα: Κρητικός.
33. ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ – ΚΡΕΠΙΑ, Δ., (1998), *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα: μια ολιστική προσέγγιση*, Αθήνα: Έλλην
34. ΣΑΡΡΗΣ, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
35. ΣΕΡΑΦΕΤΙΝΙΔΟΥ, Μ. (1995), *Κοινωνιολογία των Μ.Μ.Ε.*, Αθήνα: Gutenberg.
36. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Π. (1998). *Κοινωνική Εργασία: Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα: Έλλην.
37. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Π. (1996). *Κοινωνική Πρόνοια: Για μια γενική Θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην.
38. ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΜΕ ΘΕΜΑ: *Προβλήματα Γεροντικής Ηλικίας*, Αθήνα: 17-21 Φεβρ. 1975, Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος.
39. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ICD- 10 (1992), « *Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών και διαταραχών της Συμπεριφοράς*», Αθήνα: ΒΗΤΑ
40. ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Α.Γ., (1997), *Η κοινωνία μας*, Αθήνα: Gutenberg.
41. ΤΣΟΛΑΚΗ, ΚΑΖΗΣ. (2005). *Άνοια*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
42. ΦΙΛΙΑΣ, Β., (1996), *Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών*, Σπουδαστήριο Κοινωνιολογίας ΠΑΣΠΕ, Αθήνα: Gutenberg.
43. ΦΙΛΙΑΣ, Β., (1994), *Όψεις της διατήρησης και της μεταβολής του κοινωνικού συστήματος*, Α' Τόμος, Αθήνα: Λιβάνη
44. ΧΑΝΙΩΤΗΣ, Φ., (1989), *Γηριατρική με στοιχεία γεροντολογίας*, Αθήνα: Λίτσα.
45. ΧΑΡΤΟΚΑΛΗΣ, Π.,(1998), «*Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*», Αθήνα: Θεμέλιο
46. ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΥ, Α., ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ, Β., ΣΤΕΦΑΝΟΥ, Ι., (1995), *Αστική Ανάπλαση*, Αθήνα: Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος.
47. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, Γ.Ν. (1997). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: Βήτα.



48. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ, Γ.Ν. (1997). *Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα, Οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση, ICD-10*. Αθήνα: Βήτα, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.
49. ΧΤΟΥΡΗΣ, Σ. Ν. (1993). *Θεσμοί και ρυθμίσεις της κοινωνικής πολιτικής: Άνεργοι – Ηλικιωμένοι – Άτομα με ειδικές ανάγκες – Αστική μεγέθυνση και Κράτος Πρόνοιας*. Αθήνα: Praxis.
50. ΨΥΧΑΡΗΣ, Γ., (1993), *ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΗΜΕΡΑ*, Αθήνα:Καράγιωργα.

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. ΕΞΑΡΧΟΥ, Ο, (1965). Πρόνοια για τη γεροντική ηλικία. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.7, σελ. 2
2. ΖΑΡΝΑΡΗ, Ο., (1977). Δυνατότητα πρόληψης και κοινοτικής ψυχιατρικής. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.42, σελ. 11
3. ΚΑΛΟΥΤΣΗ, Α., (1982). Σύγχρονα προγράμματα κοινωνικών υπηρεσιών. Αρχές, έννοιες- αναφορά στον ελληνικό χώρο. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ 58, σελ. 75
4. ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ.(1980). *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.51, σελ. 59
5. ΜΑΡΔΑΣ, Γ., (1989). Η Κοινωνικο- οικονομική διάσταση του συστήματος υγείας. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.81, σελ.67
6. ΞΑΓΟΡΑΚΗ- ΤΑΜΒΑΡΑΚΗ, Ε., (1987). Εργοθεραπεία σε μονάδες ημερήσιας περίθαλψης ψυχιατρικών ασθενών. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.72, σελ. 23
7. ΡΙΤΣΑΤΑΚΗ, Α., (1996), Η ανάπτυξη πολιτικής υγεία για όλους 2000. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.76, σελ. 17
8. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Π., (1988), Αξιολόγηση Προγραμμάτων Ψυχικής Υγείας *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.79, σελ. 194.
9. ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΕΩΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, (1974), Πρόγραμμα Αναδοχών Υπεριλήκων. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.33, σελ. 29.

10. ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (1982), Συνθήκες Διαβίωσης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα: Υπόμνημα Κοινωνικής Πολιτικής. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.59, σελ. 137
11. ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (1974),. Δεκαετία αποφάσεων στη Γεροντική ηλικία. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.33, σελ. 13.
12. ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ, (1982), Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.59, σελ. 206
13. ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, Α., (1978), Η οικογένεια σαν πρωταρχικός φορέας πρόνοιας των ηλικιωμένων. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.47, σελ. 149.
14. ΧΑΡΤΟΚΑΛΛΗΣ, Π., (1981), Προβλήματα γύρω από την κοινωνική αποκατάσταση ψυχικά ασθενών. *ΕΚΛΟΓΗ*, τ.56, σελ. 119.

### **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. BEAUVOIR, S.De, (1980), *Τα γηρατειά*, Αθήνα: Γλάρος.
2. BELL, J., (2001), *Μεθοδολογικός Σχεδιασμός Κοινωνικής Έρευνας*, Αθήνα: Gutenberg.
3. COHEN, L., (1994), *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Αθήνα: Μεταίχμιο.
4. DOWNIE, R., (1997), *Υγιής σεβασμός: η ηθική στην φροντίδα υγείας*, Αθήνα: Λίτσας.
5. FLACH, F., (19..), *Κατάθλιψη, η μθστική της δύναμη*, Αθήνα, Δίοδος.
6. GILBERT, P., (1999), *Ξεπερνώντας την κατάθλιψη: ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές συμπεριφοριστικές τεχνικές*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα- Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της συμπεριφοράς.
7. JANEAU, C., (1996), *Η Έρευνα με ερωτηματολόγιο*, Αθήνα, Δάρδανος
8. KASTENBAUM, R., (1982), *Η τρίτη ηλικία: τα χρόνια της ολοκλήρωσης*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ψυχογιός.
9. KASTENBAUM, R., (1980), *Ο κύκλος της ζωής*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ψυχογιός.
10. LAING, R. D., (1989), *Η πολιτική της οικογένειας*, Αθήνα: Καστανιώτη.

11. LEMPERIERE, T., FELINE ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ(1995), «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», α' τόμος, ΑΘΗΝΑ, ΠΑΠΑΖΗΣΗ
12. RAPPOPORT, R., (1980), *Ta στάδια της ζωής*, Αθήνα: Ψυχογιός.
13. RUBISTEIN, H., (2000), *Η Νόσος του Αλτσαϊμέρ*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
14. SKYNNER, R., CLEEZE, J., (1989), *Οικογένεια. Η σύγχρονη Οδύσσεια*, Αθήνα: Κέδρος.
15. TRNKA, S., (χ.χ.), *Family issues between gender and generations. Seminar Report*, European Observatory on family matters.

### **ΞΕΝΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**

1. BRODY, M., S., (1979), Δαπάνες για την υγεία. *EΚΛΟΓΗ*, τ.49, σελ. 49
2. FORTINSKY R. H. (2000), Dementia and depression in older persons: cross national challenges to primary care medicine. *T. 4(4)*, σελ. 283- 285
3. JAHODA, M., (1968), Έννοια της Ψυχικής Υγείας, *EΚΛΟΓΗ*, τ.18, σελ. 2.
4. KERTZMAN, SEMION G, TREVES I., KORCZYN, D., AND AMOS (2002), Hamilton Depression Scale in dementia.
5. L. K. ROSS, P. ARNSBERGER & P. J. FOX , (1998) The relationship between cognitive functioning and disease severity with depression in dementia of the Alzheimer's type. *T.2. σελ.319- 327*
6. MENCHER, S., (1964), Ορισμένες Βασικές Αρχές Οργάνωσης των Υπηρεσιών Κοινωνικής Πρόνοιας, *EΚΛΟΓΗ*, τ.4, σελ. 3.
7. NEIL, Mc K., (1999), Neuropsychological Characteristics of the Dementia Syndrome of Depression: Onset, Resolution, and Three-Year Follow-Up\* *τ. 2, σελ. 136-146*
8. TIERNEY M. C., BOYLE, E. R. LAM .E. & SZALAI J. P. (1999), Do depressive symptoms in memory-impaired elders predict probable Alzheimer's disease?. *T. 3(1)*, σελ. 88- 93

## **ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΠΑΡΑΔΟΣΕΙΣ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ**

1. Σημειώσεις προφορικής παράδοσης μαθήματος Ψυχιατρικής, υπ. Καθ. Κος ΚΑΝΑΒΑΚΗΣ
2. Σημειώσεις προφορικής παράδοσης μαθήματος Κλινικής Κοινωνικής Εργασίας, υπ. Καθ. Κα ΣΑΠΟΥΝΑΚΗ
3. (Σημειώσεις προφορικής παράδοσης μαθήματος Μεθοδολογία Έρευνας, υπ. Καθ. Κα ΡΑΤΣΙΚΑ).
4. (Σημειώσεις προφορικής παράδοσης μαθήματος Ποιοτικής Έρευνας, υπ. Καθ. Κος ΧΛΙΑΟΥΤΑΚΗΣ).

## **ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ:**

1. <http://www.pepkm.gr>.
2. <http://www.kedke.gr>.
3. <http://www.nh.gr>.
4. <http://www.yyp.gr>
5. <http://www.stress.gr>.
6. <http://www.malliori.gr>.
7. <http://www.search.pathfinder.gr>.
8. <http://www.dementia.com>.
9. <http://www.in.gr>
10. <http://www.google.gr>.
11. <http://www.health.gr>.
12. <http://www.medline.gr>.
13. <http://www.avdis.gr>
14. <http://www.skle.gr>.
15. <http://www.alzheimersconcern.com>
16. <http://www.alzheimer.com>
17. <http://www.novartis.gr>
18. <http://www.alzheimer-hellas.gr>

19. <http://w.w.w. mohaw. gr>
20. <http://w.w.w. poy. gr>
21. <http://w.w.w. keel. org. gr>
22. <http://w.w.w. uti. gr/ doc/gr>
23. <http://news/duncher.pathfinder.gr>

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το encode01 είναι ο κωδικός ερευνητή,  
το No1 αντιστοιχεί στην ερευνήτρια Μουλού Ισμήνη,  
το No2 αντιστοιχεί στην Παπαγεωργίου Φωτεινή και  
το No3 αντιστοιχεί στην Χαραμή Ευγενία.

Το kappa02 αντιστοιχεί στα Κ.Α.Π.Η. του Ηρακλείου,

Μασταμπάς =1

Θέρισσος =2

Πόρος =3

Αγ. Δημήτριος =4

Φορτέτσα =5

Κατσαμπά =6 και

Αγ. Τριάδα =7.

Το am3 αντιστοιχεί στον κωδικό μέλους των Κ.Α.Π.Η., αλλά δεν είχαμε την δυνατότητα να έχουμε τους κωδικούς, λόγω ορισμένων Κοινωνικών Λειτουργιών.

Το d04 αντιστοιχεί στο Φύλο.

Ανδρας=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, και 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,  
στρατιωτικά επαγγέλματα=11 και  
οικιακά=12.

Το d09<sup>1</sup> αντιστοιχεί στις εργασίες που έχουν απασχοληθεί. Οι κωδικοί είναι ίδιοι με την ερώτηση d08.

Το d09<sup>2</sup> αντιστοιχούν τα χρόνια απασχόλησης.

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 «αν έχετε παιδιά;»

ναι=1 και όχι=2.

Το d13 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πόσα παιδιά έχετε;»

Το d14 αντιστοιχεί στην ερώτηση «ζουν στην ίδια πόλη μ' εσάς;»

ναι=1 και όχι=2.

Το d15 αντιστοιχεί στον τόπο καταγωγής.

Νομός Ηρακλείου=1,  
Νομός Ρεθύμνου=2,  
Νομός Λασιθίου=3,  
Νομός Χανίων=4,  
Μ. Ασία=5,

Μακεδονία=6,  
Ήπειρο=7,  
Κεντρική Ελλάδα=8,  
Πελοπόννησο=9 και  
νησιά=10.

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

Το d17 -//- στην ερώτηση «σε ποια συνοικία μένετε;»

Μασταμπάς =1  
Θέρισσος =2  
Πόρος =3  
Αγ. Δημήτριος =4  
Φορτέτσα =5  
Κατσαμπά =6 και  
Αγ. Τριάδα =7.

Το d18 -//- στην ασφάλιση.

ΟΓΑ=1,  
ΙΚΑ=2,  
ΤΕΒΕ=3,  
ΔΗΜΟΣΙΟ=4,  
ΤΣΑ=5,  
ΝΑΤ=6 και  
ΛΟΙΠΑ=7.

Το d19 -//- στο μηνιαίο εισόδημα.

Το d20 -//- ο χώρος διαμονής.

ιδιόκτητο σπίτι=1,  
ενοίκιο=2 και  
φιλοξενία=3.

Το d21 -//- στην ερώτηση «αν ναι, ποιος σας φιλοξενεί;»

παιδί=1,  
φίλος=2,



άλλος συγγενής=3 και  
γηροκομείο=4.

Το d22 -//- στο πρόβλημα υγείας.  
ναι=1 και όχι=2.

Το d23 αντιστοιχεί στην ερώτηση «από τι ασθένεια πάσχετε;»  
λοιμώδη παρασιτικά νοσήματα=1,  
νεοπλάσματα=2,  
ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα=3,  
νοσήματα αίματος=4,  
ψυχικές διαταραχές=5,  
νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθ.όργανο=6,  
νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος=7,  
νοσήματα αναπνευστικού συστήματος=8,  
νοσήματα πεπτικού συστήματος=9,  
νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος=10,  
επιπλοκές κύησης=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  
κακώσεις και στις δηλητηριάσεις=17.

Το d24 αντιστοιχεί στην λήψη φαρμακευτικής αγωγής.  
ναι=1 και όχι=2.

Το d25 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν έχετε κάποιον στο σπίτι που σας φροντίζει;»  
ναι=1 και όχι=2.

Το d26 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, τι σχέση έχετε;»  
σύζυγος=1,  
παιδί=2,  
οικιακή βοηθός, ελληνίδα=3,  
οικιακή βοηθός, αλλοδαπή=4,

άλλο=5.

To d27 -//- στην ερώτηση «πόσο συχνά είναι για φροντίδα;»

24 ώρες=1,

μόνο μέρα=2,

μόνο νύχτα=3,

μερικές ώρες=4.

To d28 -//- στην ερώτηση «πως περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας;»

συμμετοχή στο Κ.Α.Π.Η.=1,

αγροτικές εργασίες=2,

καφενείο=3,

βόλτες=4

σπίτι=5 και

εργόχειρο=6.

To d29 -//- στην ερώτηση «γνωρίζετε για τη νόσο Alzheimer;»

ναι=1 και όχι=2.

To d30 αντιστοιχεί στην ερώτηση «από πού ενημερωθήκατε;»

τηλεόραση=1,

Κ.Α.Π.Η.=2,

γιατρός=3 και

περίγυρος=4.

To d31 -//- στην ερώτηση «αν έχετε κάποιον συγγενή ε άνοια;»

ναι=1 και όχι=2.

To d32 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν, ναι ποιος είναι ο βαθμός συγγένειας;»

γονείς=1,

ο/η σύζυγος=2,

παιδιά=3,

αδέρφια=4 και

λοιποί συγγενείς=5.

To d33 -//- στην ερώτηση ποιες είναι οι αντιλήψεις σας για τη νόσο Alzheimer;»

θανατηφόρα ασθένεια=1,

δύσκολη ασθένεια=2,

ταλαιπωρία ηλικιωμένων=3 και  
ταλαιπωρία του περίγυρου=4.

Το d34 -//- στην ερώτηση «ασχολείστε με το διάβασμα;»  
ναι=1 και όχι=2.

Το d35 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, πόσο συχνά;»  
πολύ συχνά=1,  
λιγότερο συχνά=2 και  
σπάνια=3.

Το d36 -//- στην ερώτηση «ασχολείστε με τη γυμναστική;»  
ναι=1 και όχι=2.

Το d37 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, πόσο συχνά;»  
πολύ συχνά=1,  
λιγότερο συχνά=2 και  
σπάνια=3.

### **MINI MENTAL STATE EXAMINATION**

Από την ερώτηση m38 έως την m67:

Το «0» αντιστοιχεί στην λάθος απάντηση του ερωτώμενου και

Το «1» αντιστοιχεί στην σωστή απάντηση του ερωτώμενου.

Οι ερωτήσεις είναι οι εξής:

M38 Τι έτος έχουμε;

M39 Τι εποχή;

M40 Τι μήνα;

M41 Τι ημερομηνία;

M42 Τι ημέρα της εβδομάδας;

M43 Πως ονομάζεται το νοσοκομείο μας;

M44 Σε ποια πόλη βρίσκεσαι;

M45 Σε ποιο νομό βρίσκεσαι;

M46 Σε ποια χώρα;

M47 Σε ποιον όροφο;

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

M48 Καρέκλα

M49 Φούστα

M50 Ποδήλατο

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

M51 Η σωστή απάντηση είναι 93

M52           --/--           86

M53           --/--           79

M54           --/--           72

M55           --/--           65

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

Επαναλαμβάνει τις λέξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

M56 Καρέκλα

M57 Φούστα

M58 Ποδήλατο

M59 Τι είναι αυτό; (του ερωτώμενου του δείχνουν ένα μολύβι)

M60 Τι είναι αυτό; (           ---/--           ένα ρολόι)

M61 Ακούστε με προσοχή και επαναλάβετε μετά από μένα: «παιδί, κλειδί, κλαδί»

Στο γραφείο υπάρχει ένα φύλλο χαρτί.

M62 Πάρτε αυτό το φύλλο χαρτί με το δεξί χέρι.

M63 Διπλώστε το στα δύο.

M64 Και ακουμπήστε στο πάτωμα.

M65 Παρακαλώ κάντε ότι γράφει στο χαρτί που σας δείχνω.

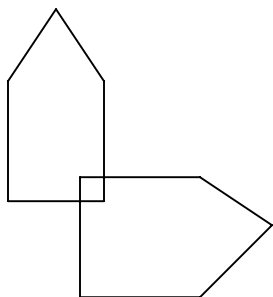
(Το χαρτί γράφει ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ).

Δίνεται στον ερωτώμενο ένα χαρτί και ένα μολύβι.

M66 Θα θέλατε να μου γράψετε μια πρόταση, όποια θέλετε, αλλά να είναι ολοκληρωμένη;

Δίνεται στον ερωτώμενο ένα χαρτί και ένα μολύβι.

M67 Παρακαλώ αντιγράψτε μου το παρακάτω σχήμα.



### **FACTIONAL RATING SCALE FOR SYMPTOMS OF DEMENTIA**

Το f68 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 f69 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ντύσιμο»

Ντύνεται μόνος του=0,

Κάνει λάθη=1,

Χρειάζεται επίβλεψη=2,

Χρειάζεται βοήθεια=3.

Το f70 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ακράτεια»

Πλήρης έλεγχος των σφικτήρων=0,

Κάπου κάπου βρέχει το κρεβάτι=1, Ημερήσια ακράτεια

ούρων=2,

Ακράτεια ούρων και κοπρώνων=3.

Το f71 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ομιλία»

Μικρές δυσκολίες=0,

Μεγάλες δυσκολίες=1,

Απλές συνομιλίες=2,

Δεν μπορεί να μιλήσει=3.

Το f72 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ύπνος»

Αμετάβλητος=0,

Περισσότερος ή λιγότερος=1,

Εφιάλτες=2,

Περιπλανάται όλη νύχτα=3.

Το f73 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Αναγνώριση προσώπων»

Αναγνωρίζει πρόσωπα=0,

Όχι πρόσωπα γνωστών=1,

Όχι πρόσωπα συγγενών=2,

Όχι τον σύζυγο=3.

Το f74 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ατομική Υγιεινή»

Καθαρός=0,

Αγνοεί την αυτοπεριποίηση=1,

Όχι συχνά μπάνιο=2,

Του κάνουν μπάνιο=3.

Το f75 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Μνήμη για τα ονόματα»

Θυμάται ονόματα=0,  
Όχι γνωστών=1,  
Όχι φίλων και συγγενών=2,  
Όχι του συζύγου=3.

Το f76 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Μνήμη για τα γεγονότα»

Θυμάται=0,  
Όχι λεπτομέρειες=1,  
Χρειάζεται υπενθύμιση=2,  
Δεν θυμάται τίποτε=3.

Το f77 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Εγρήγορση»

Συνήθως προσεκτικός=0,  
Αποσπάται εύκολα=1,  
Ρωτά τις ίδιες ερωτήσεις=2  
Δεν παρακολουθεί TV=3.

Το f78 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Σφαιρική σύγχυση»

Απαντάει κατάλληλα=0,  
Νυχτερινή σύγχυση=1,  
Περιοδική σύγχυση=2,  
Πάντα συγχυσμένος=3.

Το f79 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Προσανατολισμός στον χώρο»

Προσανατολισμένος=0,  
Σύγχυση όταν οδηγεί=1,  
Χάνεται στη γειτονιά=2,  
Χάνεται στο σπίτι=3.

Το f80 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Συγκινησιακή κατάσταση»

Φυσιολογική=0,  
Εριστικός, ήπια Κατάθλιψη=1,  
Απάθεια, κλάματα=2,  
Δεν υπάρχει έλεγχος=3.

Το f81 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Κοινωνική απαντητικότητα»

Αμετάβλητη=0,

Επιστροφή στο παρελθόν=1,

Μαχητικός=2,

Αντικοινωνική συμπεριφορά=3.

### **GERIATRIC DEPRESSION SCALE**

G82 Είστε γενικά ευχαριστημένος με τη ζωή σας;

NAI= 0 OXI= 1

G83 Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας;

NAI= 1 OXI= 0

G84 Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;

NAI= 1 OXI= 0

G85 Αισθάνεστε συχνά να βαριέστε;

NAI= 1 OXI= 0

G86 Έχετε ελπίδες για το μέλλον;

NAI= 0 OXI= 1

G87 Στενοχωριέστε για πράγματα που δεν μπορείτε να τα βγάλετε από την σκέψη σας;

NAI= 1 OXI= 0

G88 Έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό;

NAI= 0 OXI= 1

G89 Φοβάστε ότι κάτι κακό μπορεί να σας συμβεί;

NAI= 1 OXI= 0

G90 Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;

NAI= 0 OXI= 1

G91 Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;

NAI= 1 OXI= 0



G92 Είστε συχνά ανήσυχος ή εκνευρισμένος;

NAI= 1 OXI= 0

G93 Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούρια πράγματα;

NAI= 1 OXI= 0

G94 Στενοχωριέστε συχνά για το μέλλον;

NAI= 1 OXI= 0

G95 Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από τους άλλους;

NAI= 1 OXI= 0

G96 Αισθάνεστε ότι είναι θαυμάσιο που ζείτε;

NAI= 0 OXI= 1

G97 Αισθάνεστε συχνά ψυχικά κατεβασμένος;

NAI= 1 OXI= 0

G98 Αισθάνεστε άχρηστος τώρα;

NAI= 1 OXI= 0

G99 Στενοχωριέστε πολύ για το παρελθόν;

NAI= 1 OXI= 0

G100 Βρίσκετε τη ζωή ενδιαφέρουσα;

NAI= 0 OXI= 1

G101 Σας είναι δύσκολο να ξεκινήσετε καινούρια πράγματα;

NAI= 1 OXI= 0

G102 Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια και δύναμη;

NAI= 0 OXI= 1

G103 Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;

NAI= 1 OXI= 0

G104 Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτερα από εσάς;

NAI= 1 OXI= 0

G105 Θυμώνετε συχνά για μικροπράγματα;

NAI= 1 OXI= 0

G106 Αισθάνεστε συχνά να θέλετε να κλάψετε;

NAI= 1 OXI= 0

G107 Έχετε δυσκολία να κρατήσετε την προσοχή σας σε κάτι;

ΝΑΙ= 1 ΟΧΙ= 0

G108 Σηκώνεστε το πρωί με ευχαρίστηση από το κρεβάτι;

ΝΑΙ= 0 ΟΧΙ= 1

G109 Προτιμάτε να μην έχετε παρέα;

ΝΑΙ= 1 ΟΧΙ= 0

G110 Σας είναι εύκολο να παίρνετε αποφάσεις;

ΝΑΙ= 0 ΟΧΙ= 1

G111 Αισθάνεστε το μυαλό σας καθαρό όπως παλιά;

ΝΑΙ= 0 ΟΧΙ= 1

### **HAMILTON DEPRESSION SCALE**

Το h112 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Καταθλιπτική διάθεση»

Δεν υπάρχει=0,

Λύπη, απελπισία κλπ, που αποκαλύπτονται μόνο μετά από σχετικές ερωτήσεις=1,

Ο άρρωστος αναφέρει τα παραπάνω αισθήματα χωρίς να ερωτηθεί=2,

Φανερώνει αυτά τα αισθήματα όχι λεκτικά=3,

Υπερβολικά συμπτώματα=4.

Το h113 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 h114 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Τάσεις 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 h115 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Αρχική αϋπνία»

Δεν έχει δυσκολία αν 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 h116 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 h117 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 h118 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 ή  
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 h119 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Επιβράδυνση»

Κανονική ομιλία και σκέψη=0,

Ελαφρά επιβράδυνση κατά την εξέταση=1,  
Στενοχωριέται για ασήμαντα πράγματα=2,  
Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και την Ομιλία=3,  
Φόβοι εκφραζόμενοι χωρίς ερώτηση=4.

Το h120 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 χείλη του=2.

Το h121 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Άγχος ψυχικό»

Καθόλου=0,  
Αίσθημα έντασης και ευερεθιστότητα=1,  
Στενοχωριέται για ασήμαντα πράγματα=2,  
φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και την ομιλία=3,  
Φόβοι εκφραζόμενοι χωρίς ερώτηση=4.

Το h122 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Άγχος σωματικό»

Δεν υπάρχει=0,  
τον στενοχωρεί κατά τη διάρκεια της μέρας=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 h123 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 h124 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 h125 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 h126 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Υποχονδριακά συμπτώματα»

Δεν υπάρχουν=0,

Σωματική ενασχόληση=1,

Υπεραπασχόληση με τη σωματική υγεία=2,

Μεμφίμοιρη στάση σε σχέση με τη σωματική υγεία=3.

Υποχονδριακό παραλήρημα=4.

Το h127 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.

A) 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 χιλιόγραμμα την εβδομάδα=2.

Το h127 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Επίγνωση του νοσηρού»

Γνωρίζει ότι είναι καταθλιπτικός και άρρωστος=0,

Γνωρίζει την ασθένεια αλλά την αποδίδει σε κακή διατροφή, άσχημο κλίμα, υπερκόπωση, ίωση, ανάγκη για ανάπαυση κ.α.=1,

Αρνείται εντελώς ότι είναι άρρωστος=2.

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

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

1= 26- 30, Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο.

2= 21- 25, Ελαφριά γνωστική διαταραχή.

3= 11- 20, Μέτρια γνωστική διαταραχή.

4= 0- 10, Βαριά γνωστική διαταραχή.

Το ilikia2 δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στις ηλικίες των ερωτηθέντων.

1= 65- 69

2= 70- 74

3= 75- 79

4= 80- 84

5= 85- 89

6= 90- 101

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

1= 0- 200 ευρώ

2= 201- 500 ευρώ

3= 501- 700 ευρώ

4= 701- 900 ευρώ

5= 901- 1500 ευρώ

6= 1501- 2100 ευρώ

7= 2101- 4500 ευρώ

8= 4501-8000 ευρώ

Το *xroniaapas* δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στα χρόνια απασχόλησης των ερωτηθέντων.

1= 0- 1 έτη

2= 2- 20 έτη

3= 21- 40 έτη

4= 41- 50 έτη

Το *xroniasidaksio* δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στα χρόνια συνταξιοδότησης των ερωτηθέντων.

1= 0- 10 έτη

2= 11- 20 έτη

3= 21- 30 έτη

4= 31- 40 έτη

Το *xroniairaklio* δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στα χρόνια διαμονής των ερωτηθέντων στην πόλη του Ηρακλείου.

1= 0- 10 έτη

2= 11- 20 έτη

3= 21- 30 έτη

4= 31- 40 έτη

5= 41- 50 έτη

6= 51- 60 έτη

7= 61- 70 έτη

8= 71- 80 έτη

9= 81- 90 έτη

10= 91- 100 έτη

Το *FACTIONALTOTAL* δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης για το επίπεδο λειτουργικότητας ατόμων άνω των 65 ετών.

Το *FACTIONTOTAL* δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης για το επίπεδο λειτουργικότητας ατόμων άνω των 65 ετών, ομαδοποιημένο με τον παρακάτω τρόπο:

1= 0- 6, Φυσιολογική λειτουργικότητα.

2= 7- 30, Διαταραχή λειτουργικότητας.

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

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

1= 0- 10, Δεν υπάρχει κατάθλιψη.

2= 11- 20, Καταθλιπτική διάθεση.

3= 21- 30, Καταθλιπτική διαταραχή.

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

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

1= 0- 10, Δεν υπάρχει κατάθλιψη.

2= 11- 15, Καταθλιπτική διάθεση.

3= 16- 30, Καταθλιπτική διαταραχή.