

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΕΠΗΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΤΟ
ΔΗΜΟ Μ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ ΤΟΥ Ν. ΠΕΛΛΑΣ**



ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΚΥΡΓΙΑ ΕΛΕΝΗ

ΜΟΥΤΛΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΤΣΙΡΟΥΛΗ ΣΟΥΛΤΑΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΠΑΤΤΑΚΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Περίληψη.....	σελ.4
Ευχαριστίες.....	σελ.6
Εισαγωγή.....	σελ.7

Κεφάλαιο 1^ο: Η Τρίτη Ηλικία

1.1 Το γήρας.....	σελ.10
1.2 Μύθοι και πραγματικότητα για τη δημογραφική γήρανση και τα γηρατειά.....	σελ.11
1.3 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων.....	σελ.13
1.4 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων.....	σελ.15
1.5 Η αλλαγή των κοινωνικών ρόλων των ηλικιωμένων.....	σελ.17

Κεφάλαιο 2^ο: Προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας για τους Ηλικιωμένους

2.1 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.).....	σελ.19
2.2 Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι.....	σελ.20
2.3 Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).....	σελ.22
2.4 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων.....	σελ.23
2.5 Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων.....	σελ.24

Κεφάλαιο 3^ο: Άνοια

3.1 Ιστορική αναδρομή της Άνοιας.....	σελ.25
3.2 Τύποι Άνοιας.....	σελ.26
3.2.1 Άνοια τύπου Alzheimer(ΑΤΑ).....	σελ.27
3.2.2 Αγγειακή Άνοια.....	σελ.35
3.2.3 Άνοια με σωματία Lewy.....	σελ.37
3.2.4 Άνοια οφειλόμενη σε άλλες γενικές ιατρικές εξετάσεις.....	σελ.39
3.3 Επιπολασμός της Άνοιας.....	σελ.47
3.4 Παράγοντες κινδύνου.....	σελ.49
3.5 Προφυλακτικοί παράγοντες.....	σελ.51

Κεφάλαιο 4^ο: Άνοια και Ήπια Νοητική Διαταραχή

4.1 Γενικά.....σελ.53
4.2 Διάγνωση της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής.....σελ.54
4.3 Αιτιολογία της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής.....σελ.55
4.4 Θεραπεία της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής.....σελ.56

Κεφάλαιο 5^ο: Κατάθλιψη

5.1 Η Κατάθλιψη γενικά.....σελ.57
5.2 Η Κατάθλιψη στους ηλικιωμένους.....σελ.58

Κεφάλαιο 6^ο: Αντιμετώπιση – Θεραπεία της νόσου

6.1 Φαρμακευτικές παρεμβάσεις.....σελ.61
6.2 Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις.....σελ.63
6.3 Η οικογένεια του Ανοϊκού ασθενή – Φροντιστές.....σελ.69

Κεφάλαιο 7^ο: Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στα άτομα με Άνοια και τις οικογένειές τους.....σελ.71

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία

1.1 Διατύπωση του Ερευνώμενου Θέματος.....σελ.75
1.2 Συναφείς Έρευνες.....σελ.76
1.3 Σκοπός Μελέτης.....σελ.76
1.4 Ερευνητικά Ερωτήματα και Υποθέσεις της Έρευνας.....σελ.77
1.5 Πεδίο Μελέτης.....σελ.78
1.6 Δείγμα της Έρευνας.....σελ.79
1.7 Τεχνική Συλλογής Στοιχείων.....σελ.81
1.8 Δυσκολίες της Έρευνας.....σελ.84
1.9 Ηθικά Ζητήματα.....σελ.86
1.10 Χρονοδιάγραμμα.....σελ.87
1.11 Διάγνωση.....σελ.88
1.12 Στατιστική Ανάλυση.....σελ.91

Αποτελέσματα

A' Μέρος

Δημογραφικά Στοιχεία.....σελ.93

B' Μέρος

Διάγνωση.....σελ.128

Γ' Μέρος

Συσχέτιση και των τριών εργαλείων ανίχνευσης (*MMSE, IADL, GDS*).....σελ.149

Συμπεράσματα.....σελ.179

Συζήτηση.....σελ.181

Προτάσεις.....σελ.191

Βιβλιογραφία.....σελ.194

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής συνετέλεσε στη ραγδαία αύξηση του γηραιού πληθυσμού, γεγονός που οδήγησε στην επιδείνωση και τον πολλαπλασιασμό των προβλημάτων των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Η εμφάνιση της Άνοιας σε όλο και μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων συνοδευόμενη με τις δραματικές συνέπειες που αυτή προκαλεί, τόσο στους ασθενείς, όσο και τις οικογένειές τους ήταν οι βασικότεροι λόγοι που μας ώθησαν να ασχοληθούμε με την ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων.

Συγκεκριμένα, το θέμα με το οποίο ασχοληθήκαμε ήταν η «Ανίχνευση του Επιπολασμού της Άνοιας στον Δήμο Μ. Αλεξάνδρου του Ν. Πέλλας». Σκοπός μας ήταν να επιχειρήσουμε την ανίχνευση και αποτύπωση του Επιπολασμού της Άνοιας στα άτομα άνω των 65 ετών, μιας αγροτικής περιοχής. Επιπλέον, θελήσαμε να διερευνήσουμε τη λειτουργικότητα και τη συναισθηματική τους κατάσταση, αφού αυτά σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου.

Όσον αφορά το γηραιό πληθυσμό του Δήμου, αυτός ανερχόταν σε 1.443 άτομα σε σύνολο 8.143 κατοίκων. Τα ηλικιωμένα όμως άτομα που τελικά συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 693 στον αριθμό, ενώ τα άτομα που ολοκλήρωσαν την όλη διαδικασία ήταν 678. Επιπλέον, 423 άτομα αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα για ποικίλους λόγους, ενώ υπήρξε και ένας αριθμός ατόμων (327), ο οποίος δεν εντοπίστηκε.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της **απογραφής** (πόρτα – πόρτα), θέλοντας τα αποτελέσματα που θα προέκυπταν να αντιπροσωπεύουν τα πραγματικά δεδομένα, ενώ την τεχνική συλλογής των στοιχείων αποτέλεσαν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων, καθώς και τα τεστ: MMSE (ανίχνευση της νοητικής ικανότητας του ατόμου), GDS (ανίχνευση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου) και IADL (ανίχνευση του επιπέδου λειτουργικότητας του ατόμου). Επιπλέον, η καταγραφή και ανάλυση έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 14,0, μιας και τα δεδομένα που συλλέχθηκαν ήταν ποσοτικά.

Έτσι λοιπόν, τα κυριότερα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι:

- Το 2,4% του ερευνώμενου πληθυσμού εμφανίζει Άνοια.
- Ο Επιπολασμός της Άνοιας, κατά ηλικίες είναι: 0,4% στις ηλικίες άνω των 65 ετών, 0,6% στις ηλικίες άνω των 70 ετών, 0,9% στις ηλικίες άνω των 75 ετών, ενώ στις ηλικίες άνω των 80 ετών μειώνεται στο 0,4%. Βλέπουμε λοιπόν, ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και το ποσοστό της Άνοιας, παρόλο που διαφέρει από αντίστοιχα παγκόσμια δεδομένα που υποστηρίζουν ότι: η συχνότητα εμφάνισης της Άνοιας σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών

κυμαίνεται σε ποσοστό 8 – 10%, σε ηλικίες άνω των 75 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 18 – 20%, άνω των 85 ετών αγγίζει το 40%, ενώ πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών η συχνότητα δεν υπερβαίνει το 40%.

- Όσον αφορά το νοητικό επίπεδο των ερωτώμενων, προέκυψε ότι παραπάνω από το μισό δείγμα παρουσιάζει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό των ατόμων που έχουν Ήπια Νοητική Διαταραχή.

- Μικρό μέρος του δείγματος αντιμετωπίζει λειτουργικά προβλήματα, κυρίως στη μετακίνηση.

- Σημαντικό είναι το ποσοστό του δείγματος που εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.

- Επιπλέον, το φύλο φάνηκε να συνδέεται τόσο με την μείωση της νοητικής και λειτουργικής ικανότητας των ερωτώμενων, όσο και με την τάση για Κατάθλιψη, αφού οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά έκπτωσης.

- Επιπλέον, η συσχέτιση των τεστ με την ηλικία, έδειξε ότι η αύξηση της ηλικίας συνεπάγεται την εμφάνιση έκπτωσης σε όλα τα επίπεδα (νοητική ικανότητα, επίπεδο λειτουργικότητας, τάση για Κατάθλιψη).

Τα παραπάνω αποτελέσματα αποτελούν σημαντικά δεδομένα, αφού μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μαρτυρά την έλλειψη αντίστοιχων ερευνών. Στο σημείο αυτό έγκειται και ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας, αφού η πραγματοποίηση ερευνών για διαπίστωση αναγκών ή μελέτη προβλημάτων ενός πληθυσμού είναι αναγκαία. Άλλωστε, ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι σε θέση και μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στο χώρο των ηλικιωμένων και ειδικότερα, στο κομμάτι της Άνοιας, χρησιμοποιώντας τα απαιτούμενα εργαλεία και έχοντας ως γνώμονα την γνώση.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

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

- Ευχαριστούμε την υπεύθυνη καθηγήτριά μας, Κα Παττακού Βάσω, για την ευαισθητοποίησή της γύρω από το θέμα, και τη συνεργασία της στην πραγματοποίηση και ολοκλήρωση της έρευνας.
- Σημαντική ήταν η βοήθεια που μας προσέφερε η Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών Θεσσαλονίκης. Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την Κα Τσολάκη Μάγδα, Πρόεδρο της Εταιρείας για την άμεση και έγκαιρη ανταπόκρισή της σε κάθε μας απορία.
- Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους Κοινωνικούς Λειτουργούς του Δήμου για τη συνεργασία τους και την διευκόλυνση που μας παρείχαν, προκειμένου να έλθουμε σε επαφή με τον πληθυσμό της έρευνας.
- Ακόμη, πολύτιμη ήταν η συμβολή του Δημάρχου, Κυρίου Μακρίδη Ανέστη και των υπευθύνων του Δήμου Μεγάλου Αλεξάνδρου, οι οποίοι είδαν θετικά και ενέκριναν την προσπάθειά μας αυτή.
- Ένα μεγάλο ευχαριστώ στα συγγενικά και φιλικά μας πρόσωπα για την ψυχολογική και οικονομική στήριξη που μας παρείχαν καθ' όλη την διάρκεια πραγματοποίησης της παρούσας έρευνας.
- Τέλος, ευχαριστίες οφείλουμε σ' όλα τα άτομα της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας που μας δέχθηκαν στο σπίτι τους, με καλή διάθεση και αφιέρωσαν το χρόνο τους. Χωρίς αυτούς, η παρούσα έρευνα δεν θα ήταν ποτέ δυνατόν να πραγματοποιηθεί.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ραγδαία αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων, φαινόμενο που θεωρείται στις μέρες μας ως κοινωνικό πρόβλημα. Το γεγονός αυτό ενισχύεται από παράγοντες όπως η υπογεννητικότητα, η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής.

Σχεδόν σε όλες τις χώρες του κόσμου έχει διαπιστωθεί μια σταθερή αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων, κυρίως των υπερήλικων, με αποτέλεσμα την αναγκαιότητα προετοιμασίας των κοινωνιών για την αντιμετώπιση του φαινομένου της γήρανσης. (Δαρδαβέσης, 1998)

«Πρόσφατες έρευνες στη Βόρεια Αμερική αλλά και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες δείχνουν ότι ζούμε σε μία ‘ηλικιωμένη’ κοινωνία. Ένας στους 8 ανθρώπους, αυτών των χωρών είναι μεγαλύτερος των 65 ετών, ενώ ταυτόχρονα ένας εξηνταπεντάρης αναμένεται πως θα ζήσει κατά μέσο όρο για 18 χρόνια ακόμη. Παράλληλα, οι άνθρωποι που έχουν ηλικία μεγαλύτερη των 85 χρόνων ανήκουν στην πληθυσμιακή ομάδα εκείνη που αυξάνεται με τους ταχύτερους ρυθμούς και εκτιμάται πως θα τριπλασιαστεί μέσα στα επόμενα τριάντα χρόνια». (Πατιστέα και Καραμπότσου, 2003:30) Οι τάσεις αυτές θα συνεχιστούν, και το 2020 αναμένεται ότι θα υπάρχει ακριβώς διπλάσιος αριθμός ατόμων 65 ετών και άνω. (Συμεωνίδου, 1996)

Η Ελλάδα ανήκει ανάμεσα στις 6 πιο γηρασμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, ενώ αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία είναι ότι ο ρυθμός γήρανσης του πληθυσμού της είναι ο ταχύτερος σε σύγκριση με όλες τις χώρες της Ε.Ο.Κ. (Συμεωνίδου, 1996) Συγκεκριμένα, ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 65 ετών εκτιμάται ότι αποτελεί το 18% του γενικού πληθυσμού, ενώ τα άτομα άνω των 80 ετών που ζουν σήμερα στην Ελλάδα είναι περίπου 400.000. Παράλληλα, η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας των τελευταίων ετών αντιστοιχεί κατά το 43% σε άτομα άνω των 65 ετών. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999)

Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, το κοινωνικό αυτό φαινόμενο έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις και προκαλεί τον έντονο προβληματισμό σε ολόκληρη την επιστημονική κοινότητα, αφού δημιουργεί ποικίλα και σοβαρά προβλήματα, τόσο στην ελληνική κοινωνία, όσο και στους ίδιους τους ηλικιωμένους. Προβλήματα που αφορούν στην συναισθηματική και οικονομική κατάσταση του γηραιού πληθυσμού, στην αυτοεξυπηρέτηση, στην έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, στην υγεία, κ.α.

Τα προβλήματα υγείας είναι αυτά που απασχολούν περισσότερο τους ηλικιωμένους,

αφού έχουν επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Αν και δεν είναι ορθό να ταυτίζεται η αύξηση της ηλικίας με την κακή υγεία, εντούτοις είναι σύνηθες φαινόμενο η έναρξη κάποιων ασθενειών να σχετίζεται με το πέρας της ηλικίας, όπως συμβαίνει στην Άνοια.

Ο όρος Άνοια αναφέρεται στην γενική έκπτωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών, χωρίς διαταραχή του επιπέδου συνείδησης, η οποία είναι προοδευτική και (συνήθως) μη αναστρέψιμη. Τα πιο εμφανή συμπτώματα είναι η έκπτωση της μνήμης, της γλώσσας και της νοημοσύνης υπό την έννοια της κρίσης και της λογικής. Άλλα χαρακτηριστικά της είναι οι μεταβολές στην προσωπικότητα, την συμπεριφορά και την λειτουργικότητα του ατόμου. (Katona and Robertson, 2000)

Η συχνότερη μορφή Άνοιας είναι η Άνοια Τύπου Alzheimer, η οποία είναι υπεύθυνη για το 60% περίπου όλων των ανοιών. Βασικό χαρακτηριστικό της νόσου είναι η βαθμιαία εκφύλιση κυττάρων του εγκεφάλου που έχει ως συνέπεια να επηρεάζονται γνωστικές λειτουργίες όπως η μνήμη, ο λόγος, ο προσανατολισμός, η κρίση και η προσωπικότητα. (Χριστοδούλου, 2004)

Η συχνότητα εκδήλωσης της Άνοιας και ιδιαίτερα της Α.Τ.Α. συναρτάται κυρίως από την ηλικία. Έτσι λοιπόν, σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, η Άνοια κυμαίνεται σε ποσοστό 8-10%, σε ηλικίες άνω των 75 ετών αυξάνει και φτάνει σε ποσοστό 18-20%, σε ηλικίες άνω των 85 ετών αγγίζει το 40%, ενώ σε άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών, η συχνότητα δεν υπερβαίνει το 40%. (Τσολάκη και Κάζης, 2005:29) Γίνεται φανερό λοιπόν, ότι η Άνοια προσβάλλει ολοένα και περισσότερα άτομα της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας και αποτελεί μία ασθένεια με πολύ σοβαρές συνέπειες, τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στην οικογένειά του. Το παραπάνω αποτέλεσε έναυσμα για εμάς, προκειμένου να ασχοληθούμε με την Ανίχνευση του Επιπολασμού της Άνοιας σε άτομα άνω των 65 ετών. Αναλυτικότερα, θελήσαμε να μελετήσουμε το βαθμό της απώλειας των γνωστικών λειτουργιών που προδιαθέτουν για Άνοια στον αγροτικό πληθυσμό του Δήμου Μ. Αλεξάνδρου - Ν. Πέλλας και συγκεκριμένα σε άτομα άνω των 65 ετών. Επίσης, θελήσαμε να διερευνήσουμε και να ανιχνεύσουμε τη λειτουργικότητα, τη συναισθηματική κατάσταση και το γενικότερο τρόπο ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Για να διερευνηθούν όλα τα παραπάνω και να είναι πιο πλήρης η μελέτη, απαιτείται ένας σαφής διαχωρισμός θεωρητικού και ερευνητικού μέρους. *Το θεωρητικό μέρος χωρίζεται σε έξι κεφάλαια.*

Το πρώτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται το γήρας, καθώς και θέματα που αφορούν την τρίτη και τέταρτη ηλικία, όπως για παράδειγμα τις ανάγκες και τα προβλήματα των

ηλικιωμένων, καθώς και τις αλλαγές των κοινωνικών τους ρόλων και τις επιπτώσεις που αυτές επιφέρουν στα άτομα.

Το *δεύτερο κεφάλαιο* περιγράφει συνοπτικά τα προγράμματα που έχουν αναπτυχθεί από την Κοινωνική Πρόνοια για τα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας, τα οποία είναι είτε ανοικτής, είτε κλειστής περίθαλψης.

Το *τρίτο κεφάλαιο* αφορά την Άνοια, όπου παρουσιάζονται οι διάφοροι τύποι με τα διαγνωστικά τους κριτήρια. Επίσης, παρατίθενται ο επιπολασμός και η επιδημιολογία της Άνοιας, καθώς και η συνύπαρξη της με άλλες διαταραχές. Παράλληλα, αναλύονται οι προφυλακτικοί παράγοντες και οι παράγοντες κινδύνου.

Το *τέταρτο κεφάλαιο* αναφέρεται στην Ήπια Νοητική Διαταραχή, αφού αποτελεί μεταβατική κατάσταση μεταξύ του υγιούς ηλικιωμένου και του πάσχοντος από ανοϊκό σύνδρομο, ενώ στο *πέμπτο κεφάλαιο* παρουσιάζεται η Κατάθλιψη και η διαφοροδιάγνωσή της από την Άνοια.

Στο *έκτο κεφάλαιο* παρατίθενται οι θεραπευτικές μέθοδοι (φαρμακευτικές ή μη) για την αντιμετώπιση της Άνοιας, ενώ γίνεται αναφορά στον ρόλο της οικογένειας και των φροντιστών σε άτομα που νοσούν.

Στο *τελευταίο κεφάλαιο* αναπτύσσεται ο ρόλος και τα επίπεδα παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού σε ασθενείς με Άνοια και τις οικογένειές τους, καθώς και οι δράσεις που σχεδιάζει / αναπτύσσει, αναφορικά με την πρόληψη της νόσου.

Τέλος, ακολουθεί το ερευνητικό μέρος της μελέτης που περιλαμβάνει δύο κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στη μεθοδολογία της έρευνας, ενώ στο δεύτερο γίνεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνας, ενώ παρατίθενται κάποιες προτάσεις που αφορούν την τρίτη ηλικία, καθώς και την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της Άνοιας.

Κεφάλαιο 1^ο

Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Το γήρας

Υπάρχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά σ' όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως φύλης ή φύλου που αφορούν τις φάσεις της ζωής τους: νήπιο, παιδί, έφηβος, μεσήλικας, ηλικιωμένος. Παρακάτω, θα αναπτυχθούν στοιχεία μίας από αυτές τις φάσεις ζωής του ανθρώπου που αφορά το γήρας.

Πότε ένας άνθρωπος λοιπόν αποκαλείται γέρος; Παρά την ύπαρξη μεγάλων κέντρων γεροντολογίας στον κόσμο δεν έχει δοθεί απάντηση στη βασική ερώτηση από πότε αρχίζει η γεροντική ηλικία. Οι επιστήμονες χρησιμοποιούν ως όριο τα 60, 65, 70, 75, 80 ή 85 έτη. Στην Ελλάδα το όριο είναι τα 65 έτη, παλαιότερα ήταν τα 60 και συζητείται για τα επόμενα έτη να είναι τα 70. Το γήρας επομένως είναι μία έννοια χρονολογική με έναρξη συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές και κοινωνίες. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Η Έμκε - Πουλοπούλου αναφέρει ότι διάφορες επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις ακόλουθες διαπιστώσεις:

- Τα γηρατειά αρχίζουν από τη γέννηση και είναι μία διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη τη διάρκεια της ζωής.
- Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό, όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Για κάθε άνθρωπο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια, διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικές συνέπειες.
- Οι διαφορές που παρατηρούνται αυξάνονται, όσο προχωρεί η ηλικία.
- Το όριο που διαχωρίζει τη μέση ηλικία από τα γηρατειά δεν είναι ξεκάθαρο.
- Ένα όριο ηλικίας συνταξιοδότησης κοινό για όλους δεν λαμβάνει υπόψη τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν στα άτομα. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999:32-33)

Το γήρας δεν είναι μία νόσος, αλλά μία φυσιολογική κατάσταση, που αποτελεί μέρος της εξελικτικής διεργασίας της ζωής. Τη διεργασία αυτή την περνούν όλοι οι άνθρωποι.

Υπάρχει, ωστόσο, μία παραδοξότητα στο γήρας. Ενώ εντάσσεται στο πλαίσιο της

εξελικτικής διεργασίας της ζωής εντούτοις αποτελεί κατέλιξη. Συνεπάγεται δηλαδή, έκπτωση των λειτουργιών του ανθρώπου. Η φυσιολογική γήρανση περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως: βραδύτητα σκέψης, ελαφρά έκπτωση της πρόσφατης μνήμης, η ικανότητα για μάθηση μειώνεται, ο χρόνος απάντησης στα ερεθίσματα επιβραδύνεται και η προσωπικότητα μεταβάλλεται. Εξαιτίας λοιπόν όλων αυτών των αλλαγών που βιώνουν τα άτομα με το πέρασ της ηλικίας, το γήρας δεν γίνεται πάντα δεκτό παθητικά. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004)

Ο άνθρωπος αντιδρά στο γήρας. Προσπαθεί να αντιμετωπίσει την προοδευτική έκπτωση των ψυχοδιανοητικών του λειτουργιών επιστρατεύοντας τις εναπομένουσες δυνατότητές του, προσπαθεί να προσαρμοστεί σε νέες καταστάσεις, ή να καλύψει τις ελλείψεις του. Όπως αναφέρει ο Χριστοδούλου, «το αποτέλεσμα της προσπάθειας προσαρμογής και αυτοπροστασίας καθορίζεται από το ρυθμό και το βαθμό έκπτωσης των λειτουργιών, αλλά και από τον τρόπο που αντιμετωπίστηκαν παρόμοιες καταστάσεις προσαρμογής στο παρελθόν, επομένως καθορίζεται και από την προσωπικότητα». (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004:663) Άτομα δηλαδή με καλά δομημένη προσωπικότητα, με ψυχολογική ωριμότητα και ευρύτητα αντιλήψεων προσαρμόζονται συνήθως καλά. Αντίθετα, άτομα με διαταραχές προσωπικότητας που προϋπήρχαν, δυσκολεύονται να προσαρμοστούν. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004)

1.2 Μύθοι και πραγματικότητα για τη δημογραφική γήρανση και τα γηρατειά

Όπως έγινε γνωστό από τα παραπάνω, το γήρας αποτελεί μία φυσιολογική κατάσταση για τον άνθρωπο, η οποία είναι αναπόφευκτη. Εξαιτίας του γεγονότος ότι τα γηρατειά είναι το τελευταίο στάδιο του ανθρώπου, σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις που επιφέρουν σε κάποιες από τις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων, έχουν δημιουργηθεί κάποιοι μύθοι γύρω από αυτά.

Σύμφωνα με την Έμκε - Πουλοπούλου «είναι μύθος ότι η δημογραφική γήρανση αποτελεί τη σπουδαιότερη αιτία της αύξησης των δαπανών για τις συντάξεις και των δαπανών υγείας. Η πραγματικότητα είναι ότι η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μία από τις πολλές και πολύπλοκες αιτίες της αύξησης των δαπανών για τις συντάξεις, αλλά δεν αποτελεί ούτε τη μοναδική, ούτε τη σπουδαιότερη αιτία». (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999:20)

Επίσης, ο μύθος της κακής υγείας και της απώλειας της αυτονομίας. Έρευνες έδειξαν ότι «7-15% των ηλικιωμένων δεν έχει αυτονομία, ολική ή μερική, οι υπόλοιποι όμως διατηρούν την αυτονομία τους». (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999:20)

Ακόμη, ο μύθος ότι τα γηρατειά είναι ασθένεια. Ορισμένες διαδικασίες των γηρατειών βέβαια ελαττώνουν την ικανότητα του ατόμου να αντιδράσει στις αρρώστιες, παρόλα αυτά το γήρας δεν είναι ασθένεια και επομένως, δεν θεραπεύεται με φάρμακα. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Παράλληλα, ο μύθος της γεροντικής Άνοιας. Υπάρχει η αντίληψη ότι η Άνοια αποτελεί αναπόφευκτο γνώρισμα της τρίτης ηλικίας. Τα χάσματα της μνήμης και η αδυναμία συγκέντρωσης, εμφανίζονται σε ορισμένα μόνο ηλικιωμένα άτομα και είναι αποτέλεσμα ανεπανόρθωτων εγκεφαλικών βλαβών. Επιπλέον, πολλές συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται σαν συμπτώματα Άνοιας, στην πραγματικότητα είναι το αποτέλεσμα του αποκλεισμού των ηλικιωμένων από έναν ενεργητικό ρόλο. Στοιχείο που έρχεται να ενισχύσει την άποψη ότι η Άνοια δεν εμφανίζεται αποκλειστικά σε ηλικιωμένα άτομα, αποτελεί το γεγονός ότι άτομα μικρότερα των 50 ετών είναι ασθενείς της νόσου. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Επιπλέον, μύθο αποτελεί η γεροντική κατάθλιψη. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και η απόσυρση από το περιβάλλον, είναι από τις καταστάσεις εκείνες που θεωρούνται “φυσικές” στην περίοδο αυτή. Η εικόνα ενός γέρου σιωπηλού και αμέτοχου, συνιστά μία εικόνα που τείνουμε να θεωρούμε φυσική, ενώ είναι παθολογική και οφείλεται σε παθολογικά και ψυχολογικά αίτια. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Έναν ακόμη μύθο αποτελεί, αυτός της χρυσής ηλικίας. Δεν είναι πραγματικότητα η ύπαρξη μίας χρυσής ηλικίας, όπου η οικογένεια των πολλών γενεών φροντίζει τους ηλικιωμένους της. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι «η ενσωμάτωση του ηλικιωμένου στην εκτεταμένη οικογένεια, όταν αυτή υπάρχει, δεν γίνεται χωρίς άγχος και αντιδράσεις των νεότερων μελών της». (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999:21)

Επίσης, ο μύθος της εγκατάλειψης. Είναι μύθος ότι οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι ηλικιωμένες γυναίκες εγκαταλείπονται από την οικογένειά τους. Σύμφωνα με όσα υποστηρίζει η Έμκε - Πουλοπούλου, «πολλές έρευνες δείχνουν ότι οι οικογένειες συνεχίζουν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους, αλλά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα. Αν και η συγκατοίκηση δεν είναι συχνή, οι ηλικιωμένοι ζουν κοντά σε τουλάχιστον ένα από τα παιδιά τους με τα οποία ανταλλάσσουν πολλές υπηρεσίες και εξυπηρετήσεις». (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999:21)

Ο μύθος που επικρατεί για τους φροντιστές. Είναι μύθος ότι οι οικογένειες δεν φροντίζουν τα ηλικιωμένα μέλη τους και ότι ο κύριος φροντιστής του ηλικιωμένου είναι άτομο σχετικά νέο σε ηλικία. Δεν είναι ορθό ότι η ελληνική οικογένεια θέλει, πρέπει και μπορεί πάντα να φροντίζει τα ηλικιωμένα μέλη της. Ελληνική μελέτη έδειξε ότι «η έλλειψη εναλλακτικής μορφής κατάλληλης φροντίδας σημαίνει ότι η οικογένεια ή το άτομο που

φροντίζει δεν έχει καμία πραγματική επιλογή». (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999:21)

Τέλος, οι μύθοι για τη διατροφή των ηλικιωμένων. Είναι μύθος ότι οι ηλικιωμένοι τρώνε λιγότερο και διατρέφονται άσχημα, γιατί είναι φτωχοί ή ότι συχνά δεν έχουν όρεξη. Στην περίπτωση που οι ηλικιωμένοι δεν έχουν όρεξη, αυτό συνήθως οφείλεται σε άλλα αίτια και δεν είναι αναγκαστικά συνέπεια της μεγάλης ηλικίας. (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999)

1.3 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων

Είναι αυτονόητο πως, σε όλη τη διάρκεια της ζωής του, ο άνθρωπος προσπαθεί να ικανοποιήσει τις ποικίλες ανάγκες, οι οποίες είναι μέρος της φύσης του ή δημιουργούνται από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Τι συνιστά όμως ανάγκη; «Η ανάγκη συνδέεται με καταστάσεις και σκοπούς που θεωρούνται σημαντικοί για την ανθρώπινη ύπαρξη και όταν δεν ικανοποιηθεί, μπορεί να έχει συνέπειες για το ίδιο το άτομο και την κοινωνία». (Σταθόπουλος, 2003:49)

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από εκείνες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο, η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Η μη ικανοποίηση αυτών των αναγκών ενδέχεται να δημιουργήσει μεγάλη ανασφάλεια, αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, μαρασμό, απογοήτευση, που όλα αυτά είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε συνθήκες έντονης κοινωνικής απομόνωσης του ηλικιωμένου.

Τέτοιες ανάγκες αποτελούν η αρκετή και θρεπτική τροφή, η καθαριότητα και η αξιοπρεπής κατοικία. Για να μπορέσει το ηλικιωμένο άτομο να ικανοποιήσει όλες τις παραπάνω ανάγκες χρειάζεται να έχει εισόδημα που να τις καλύπτει, χωρίς “φιλανθρωπία”. (Καλλιγέρη - Βυθούλκα, 1994, Μπαλούρδος, κ.α., 1996:83, Έμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Επίσης, οι ηλικιωμένοι έχουν την ανάγκη να παραμένουν στο σπίτι με συντροφιά, να διατηρούν ανθρώπινες σχέσεις, να λαμβάνουν αγάπη και στοργή και να νιώθουν ότι είναι ενσωματωμένοι στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σημαντικός είναι ο σεβασμός της ελευθερίας τους, η δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό, καθώς και η αυτονομία τους. Τέλος, ανάγκη αποτελεί το αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, είναι απαραίτητοι, συμμετέχουν δημιουργικά, επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων και λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις, ακόμη και όταν δεν τις εγκρίνουν. (Καλλιγέρη - Βυθούλκα, 1994, Μπαλούρδος, κ.α., 1996, Έμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Όπως παρατηρούν οι Μπαλούρδος, Τεπέρογλου και Φακιολάς (1996:96), οι

ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας από εκείνους που συγκατοικούν με άλλα μέλη της οικογένειά τους. Συχνές είναι οι περιπτώσεις εκείνων που πάσχουν από πολλαπλές αρρώστιες, κάνοντας την ανάγκη των ηλικιωμένων για ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη εντονότερη.

Ανάγκες όπως η απασχόληση, η εκπαίδευση, η επικοινωνία, η προσφορά και η αναγνώρισή της, οι κοινωνικές επαφές, και η διασκέδαση φαίνεται να απασχολούν τους ηλικιωμένους. «Έρευνες έχουν δείξει ότι η βασική ψυχαγωγία και για τα δύο φύλα αποτελεί η παρακολούθηση τηλεόρασης, ενώ υπάρχει και κάποια σημαντική αναλογία ηλικιωμένων που δεν ψυχαγωγείται». (Μπαλούρδος, κ.α., 1996:96-97) Η μη συμμετοχή τους, τους απομονώνει κοινωνικά και για τον λόγο αυτό παύουν να αισθάνονται ενεργά μέλη της κοινωνίας.

Αρκετές φορές, οι ηλικιωμένοι, λόγω των μυοσκελετικών ασθενειών, έρχονται αντιμέτωποι με κινητικές δυσκολίες, εξαιτίας των οποίων ενδέχεται να χάσουν εν μέρει την ανεξαρτησία τους. Έτσι προκύπτει, η ανάγκη αυτών των ατόμων να έχουν κάποιο φροντιστή, που θα τους προσφέρει τη δυνατότητα να κινηθούν όσο το δυνατόν πιο ανεξάρτητοι στο χώρο τους. (Μπαλούρδος, κ.α., 1996, Έμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν πολλές φορές προβλήματα που σχετίζονται με την ηλικία τους. Ορισμένοι από αυτούς είναι σε θέση να αντεπεξέρχονται μόνοι τους, ωστόσο η πλειοψηφία, είτε εξαιτίας του χαμηλού μορφωτικού τους επίπεδου, είτε εξαιτίας του γεγονότος ότι ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές δεν έχουν τη δυνατότητα ενημέρωσης σε θέματα που τους απασχολούν. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν έχουν την ανάγκη μίας έγκαιρης και ορθής ενημέρωσης σε θέματα που τους αφορούν όπως για παράδειγμα θέματα υγείας, συνταξιοδότησης κ.α. (Μπαλούρδος, κ.α., 1996, Έμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, μία μερίδα των ηλικιωμένων δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες, λόγω του γεγονότος ότι οι περισσότερες από αυτές δημιουργούνται στα αστικά κέντρα. Η ανάγκη όμως για πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα και γιατί όχι, ακόμη και για κατ' οίκον υπηρεσίες είναι έντονη. Γι' αυτόν το λόγο, η προσβασιμότητα των ηλικιωμένων σε υπηρεσίες, θα πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα. (Μπαλούρδος, κ.α., 1996, Έμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Τελειώνοντας, αν και για τον υπόλοιπο πληθυσμό δεν αποτελεί ανάγκη, οι ηλικιωμένοι επιθυμούν να έχουν τη δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα τους άτομα και σε οικείο περιβάλλον. Προϋπόθεση αυτού, αποτελεί η στήριξη των άτυπων δικτύων φροντίδας, αφού ο ηλικιωμένος θα έχει τη δυνατότητα να παραμείνει με τα οικεία του πρόσωπα και να ζήσει με αξιοπρέπεια έως τον θάνατό του. (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Σύμφωνα με την Έμκε - Πουλοπούλου (1999:25), από τις ανάγκες που αναφέρθηκαν, εκείνες που ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο για τους περισσότερους ηλικιωμένους είναι οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο, οι κοινωνικές ανάγκες συχνά δεν καλύπτονται, όπως και οι βασικές οικονομικές ανάγκες, αφού μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Σχετικά με τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, αυτές δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ηλικιωμένους με χρόνιες ασθένειες, ειδικότερα όταν αυτοί ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Επίσης, στη χώρα μας είναι ανεπαρκείς οι κατ' οίκον υπηρεσίες, αφού τα προγράμματα που υπάρχουν είναι πιλοτικά ή βρίσκονται στα πρώτα τους βήματα, μη μπορώντας να καλύψουν έτσι τις ανάγκες των μη αυτοεξυπηρετούμενων ηλικιωμένων.

Ακόμη, πολλοί ηλικιωμένοι που ζουν σε αγροτικές περιοχές και απομακρυσμένα νησιά στερούνται σωστής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Τέλος, η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως και ανύπαρκτη.

1.4 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Τα τελευταία χρόνια, τα προβλήματα των ηλικιωμένων έχουν γίνει εντονότερα ή πολυπλοκότερα και ο προβληματισμός γύρω από αυτά συνθετότερος. Πολλές φορές η τρίτη και τέταρτη ηλικία βρίσκεται αντιμέτωπη με σοβαρά προβλήματα, όπως επιβίωσης, κοινωνικής απομόνωσης κ.α. (Μπαλούρδος, κ.α., 1996)

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στα γηρατειά είναι συχνά συνέπεια των χαρακτηριστικών που απέκτησαν οι ηλικιωμένοι στην προηγούμενη ζωή τους, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, η οικονομική κατάσταση, η υγεία, η οποία συνδέεται με τον τρόπο ζωής. (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Συγκεκριμένα, τα πιο σημαντικά προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι ηλικιωμένοι είναι τα ακόλουθα:

Οικονομικά. Η συνταξιοδότηση αποτελεί για ένα μεγάλο αριθμό υπερηλίκων την κύρια αιτία δημιουργίας οικονομικών προβλημάτων. Δηλαδή, η συνταξιοδότηση σημαίνει για πολλούς ταυτόχρονη μείωση του εισοδήματος, γεγονός που έχει σοβαρές επιπτώσεις στην οικονομική ανεξαρτησία και στον τρόπο ζωής τους στο μέλλον. Επιπλέον, οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους, όσο και το στενό συγγενικό τους περιβάλλον. (Δαρδαβέσης, 1995, Μπαλούρδος, κ.α., 1996, Σταθόπουλος, 2003)

Κατοικία και περιβάλλον. Πολλές φορές η διαμόρφωση των κατοικιών αναγκάζει τους υπερήλικες να διαβιούν σε χώρους, που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους. Στις αγροτικές περιοχές οι κατοικίες είναι κατά κύριο λόγο μεγαλύτερες από αυτές των πόλεων. Το γεγονός αυτό να μεν επιτρέπει την άνετη διαβίωση των ηλικιωμένων, είναι όμως αρνητικό στις περιπτώσεις που τα άτομα ζουν μόνα και αναγκάζονται να φροντίζουν χώρους μεγαλύτερους από τις δυνατότητές τους. Προβλήματα κατοικίας αντιμετωπίζουν και τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στα αστικά κέντρα, αφού συνήθως διαμένουν σε μικρά διαμερίσματα πολυκατοικιών, που δεν περιβάλλονται από υπαίθριους χώρους. (Δαρδαβέσης, 1995 Μπαλούρδος, κ.α., 1996)

Εκπαίδευση. Κατόπιν ερευνών σε διάφορες χώρες του κόσμου, τα αποτελέσματα οδήγησαν στη διαπίστωση ότι «τα ποσοστά των υπερηλικών που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι υψηλά». (Δαρδαβέσης, 1995:240) Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος, είναι ότι δημιουργούνται στα άτομα προβλήματα επικοινωνίας, που έχουν ως επακόλουθο την κοινωνική απομόνωση (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Υγεία. Τα ηλικιωμένα άτομα υποφέρουν από ασθένειες που κάνουν την εμφάνισή τους με το πέρας της ηλικίας, λόγω του ότι αυξήθηκε το προσδόκιμο όριο επιβίωσης. Έτσι, λόγω των ασθενειών και των συνεπειών τους, ο γηραιός πληθυσμός αναγκάζεται να απομονωθεί από το κοινωνικό σύνολο. (Μπαλούρδος, κ.α., 1996, Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Κοινωνικές παροχές. Διάφορες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές στη δομή της οικογένειας που δυσχεραίνουν την προσφορά φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα, σε συνάρτηση με το γεγονός ότι, οι κοινωνικές υπηρεσίες στη χώρα μας δεν έχουν αναπτυχθεί σε τέτοιο βαθμό που να μπορούν να καλύψουν πλήρως αυτές τις ανάγκες, έχουν ως συνέπεια αρκετοί ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα εκείνοι που ζουν μόνοι και δεν είναι αυτοεξυπηρετούμενοι να βρίσκονται σε δύσκολη θέση. (Δαρδαβέσης, 1995, Μπαλούρδος, κ.α., 1996)

Μοναξιά. Το αίσθημα της μοναξιάς βιώνεται εντονότερα από τους ηλικιωμένους, αφού οι απώλειες στενών συγγενών, φίλων και κυρίως του/της συζύγου, είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Έτσι, λόγω του αισθήματος της μοναξιάς, προκαλούνται στα άτομα συναισθηματικά κενά, που μεγαλώνουν, αφού συνοδεύονται σχεδόν πάντα από την ανησυχία του θανάτου. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Ψυχαγωγία. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων σε συνδυασμό με τα οικονομικά προβλήματα δημιουργούν έντονες αρνητικές προϋποθέσεις για τη συμμετοχή τους σε διάφορες πολιτιστικές δραστηριότητες. Όπως έχει διαπιστωθεί από έρευνες, «η πλειοψηφία των υπερηλικών περιορίζεται σε δραστηριότητες μέσα στα πλαίσια της οικογένειας, έχοντας ως βασικό τρόπο διασκέδασης την τηλεόραση και το ραδιόφωνο».

(Μπαλούρδος, κ.α., 1996:84) Το γεγονός της μη συμμετοχής των ατόμων σε δραστηριότητες της κοινότητας, έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση, καθώς και την ψυχολογική τους επιβάρυνση. (Δαρδαβέσης, 1995)

Λανθασμένη στάση της κοινωνίας για τους ηλικιωμένους. Το μεγαλύτερο και βασικότερο κοινωνικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες είναι η στάση των μελών της οικογένειας, της κοινότητας και της κοινωνίας απέναντι στην τρίτη ηλικία. Αρκετοί άνθρωποι βλέπουν τους ηλικιωμένους με συγκατάβαση ή πολλές φορές τους θεωρούν ακόμη και βάρος για την ίδια την κοινωνία. Αυτό όμως που ζητάνε οι ηλικιωμένοι είναι απλώς να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια, ώστε να ζήσουν δημιουργικά και ευχάριστα τα τελευταία χρόνια της ζωής τους. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999, Σταθόπουλος, 2003)

1.5 Η αλλαγή των κοινωνικών ρόλων των ηλικιωμένων

Για πολλούς ανθρώπους, η μεγάλη ηλικία θεωρείται ως η περίοδος στην οποία το άτομο παρουσιάζει βαθμιαία απώλεια των ρόλων του. Η άποψη αυτή είναι εν μέρει σωστή, διότι ναι μεν το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να χάσει κάποιους από τους ρόλους που είχε αναλάβει καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του, αλλά ενδέχεται να αναλάβει νέους. Έτσι, ο ηλικιωμένος αναλαμβάνει καινούριους ρόλους, όπως για παράδειγμα του παππού και της γιαγιάς, του/της συνταξιούχου, του/της χήρου/ας, που χαρακτηρίζονται από αλλαγές, όπως μειωμένη δραστηριότητα και ευθύνη, αλλά και μια νέα προσαρμοστικότητα. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Οι ρόλοι του παππού και της γιαγιάς είναι πολύ σημαντικοί, ιδιαίτερα στις σύγχρονες κοινωνίες και αυτό γιατί αναλαμβάνουν τη φύλαξη των εγγονών και είναι τα πρόσωπα που παρέχουν στοργή, παιδαγωγούν, μαθαίνουν τρόπους και συμπεριφορά στα εγγόνια τους, όταν και οι δύο γονείς εργάζονται. Επίσης, οι ρόλοι του παππού και της γιαγιάς είναι συχνά πιο ευχάριστοι στα άτομα, από το ρόλο των γονιών γιατί χαίρονται τα παιδιά χωρίς να έχουν τις ευθύνες τους. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Οι γυναίκες, περισσότερο από τους άντρες, αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή των ηλικιωμένων γονιών, πεθερικών ή και άλλων συγγενών. Εξάλλου στο μεγαλύτερο μέρος της ενήλικης ζωής τους οι περισσότερες φροντίζουν το νοικοκυριό και ανατρέφουν τα παιδιά τους. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Έναν ακόμη ρόλο που αναλαμβάνουν οι ηλικιωμένοι, είναι αυτός του συνταξιούχου. Για ορισμένους η συνταξιοδότηση αποτελεί πλεονέκτημα, γιατί τους επιτρέπει να περάσουν περισσότερο χρόνο με δραστηριότητες που πάντοτε τους ευχαριστούσαν. Υπάρχουν βέβαια

και περιπτώσεις, στις οποίες τα άτομα μετά τη συνταξιοδότηση παρουσίασαν προβλήματα προσαρμογής στο νέο τους ρόλο, εμφανίζοντας σωματικές και ψυχικές διαταραχές για διάφορους λόγους. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999, Σταθόπουλος, 2003)

Ο ρόλος του/της χήρου/χήρας συναντάται πολύ συχνά στα ηλικιωμένα άτομα, αφού ο θάνατος του/της συζύγου είναι αναπόφευκτος στην προχωρημένη ηλικία, προερχόμενος είτε από ασθένειες, είτε από φυσικά αίτια. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Η προσαρμογή των ατόμων στους νέους ρόλους, δεν είναι ίδια και για τα δύο φύλα. Έτσι, σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να είναι ευκολότερη για τον άντρα και σε άλλες για τη γυναίκα. Για παράδειγμα, η προσαρμογή στους νέους ρόλους μετά τη συνταξιοδότηση είναι δυσκολότερη για τους άντρες, γιατί βρίσκονται χωρίς απασχόληση και με μειωμένο γόητρο, ενώ η γυναίκα ακόμη και αν εργαζόταν έξω από το σπίτι, έκανε όλες τις δουλειές του νοικοκυριού, που εξακολουθεί να τις εκτελεί. Αντίθετα, η προσαρμογή στη χηρεία και στην αλλαγή στη δομή της οικογένειας είναι πιο δύσκολη για τη γυναίκα, γιατί μετά τη χηρεία ενδέχεται να αποκλειστεί από ορισμένες δραστηριότητες που είχε ως μέλος του ζευγαριού. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Κεφάλαιο 2^ο

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Είναι γνωστό, ότι για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, έχουν δημιουργηθεί υπηρεσίες και προγράμματα που διαμορφώνουν τις δραστηριότητές τους, ανάλογα με την ηλικία των ατόμων τα οποία εξυπηρετούν. Οι υπηρεσίες και τα προγράμματα που αφορούν τα ηλικιωμένα άτομα αναπτύσσονται, από τον δημόσιο τομέα, τον ιδιωτικό τομέα και από τους οργανισμούς της τοπικής αυτοδιοίκησης. (Σταθόπουλος, 2003)

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

2.1 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η) αποτελούν υπηρεσίες που παρέχουν ημερήσια φροντίδα σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους ή σαν μέλη της οικογένειας. Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η δημιουργήθηκε το 1984, εξελίχθηκε σταδιακά και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. (Αμηρά, κ.α., 1986, Χτούρης, κ.α., 1993:164, ΟΔΗΓΟΣ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η., 1994:20-21, Έμκε - Πουλοπούλου, 1999)

Σύμφωνα με τον Οργανισμό των Κέντρων, οι βασικοί σκοποί για τους οποίους δημιουργήθηκαν ήταν 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 που σχετίζεται με τα προβλήματα και τις ανάγκες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, καθώς και η πραγματοποίηση διαφόρων ερευνών που αφορούν θέματα της τρίτης ηλικίας αποτελώντας πηγή πληροφόρησης νέων δεδομένων. (Αμηρά, κ.α., 1986, ΟΔΗΓΟΣ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η., 1994:16, Οργανισμός Λειτουργίας & Διοικήσεως Κ.Α.Π.Η., χ.χ.:1)

Βέβαια, εκτός από τους γενικούς σκοπούς για τους οποίους δημιουργήθηκαν τα Κ.Α.Π.Η, υπάρχουν και διάφοροι στόχοι, μέσω των οποίων οι ηλικιωμένοι μπορούν και καλύπτουν διάφορες σημαντικές τους ανάγκες όπως: η κοινωνική συμμετοχή και ενεργοποίηση που επιτυγχάνεται μέσω της συμμετοχής στις διάφορες Ομάδες Αυτενέργειας (ορισμένες ενδεικτικές Ομάδες Αυτενέργειας αποτελούν οι ομάδες θεάτρου, δημοσιογραφίας, αλληλεγγύης, κεραμικής, κηπουρικής, ζαχαροπλαστικής, κ.α) στις εκδρομές, στις συνεστιάσεις, στις επισκέψεις μουσείων, θεάτρων κτλ. και η ανάγκη για ιατρική πρόληψη ασθενειών, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια θεραπεία.

Εφόσον το Κ.Α.Π.Η είναι σε θέση να καλύπτει τις ανάγκες που έχουν τα μέλη του, έρχεται να πραγματοποιήσει κάποιους επίσης βασικούς του στόχους που αφορούν την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, την περαιτέρω ανάπτυξη και προαγωγή της Ιατροκοινωνικής έρευνας για θέματα των ηλικιωμένων και τη δημιουργία διασυνδέσεων και συνεργασιών με άλλους φορείς, που ο καθένας στον κύκλο της αρμοδιότητάς του συμπληρώνει με παροχές και υπηρεσίες. (Αμηρά, κ.α., 1986:15-18, ΟΔΗΓΟΣ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η.,1994:17-20, Έμκε - Πουλοπούλου, 1999:432-434)

Τα Κ.Α.Π.Η παρέχουν πολλές και ποικίλες υπηρεσίες στα μέλη τους καλύπτοντας έτσι, πολλά από τα ενδιαφέροντα τους. Ορισμένες από αυτές τις υπηρεσίες είναι η οργανωμένη ψυχαγωγία και οι εκδρομές, η επιμόρφωση και οι διαλέξεις σε θέματα ποικίλου ενδιαφέροντος, η φροντίδα και οδηγίες που δίνονται για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, η κοινωνική εργασία που παρέχεται στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους, η φυσικοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η συμμετοχή σε ομάδες Αυτενέργειας, η συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις κ.α. (Αμηρά, κ.α., 1986:15-16, ΟΔΗΓΟΣ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η.,1994:16, Οργανισμός Λειτουργίας & Διοικήσεως Κ.Α.Π.Η., χ.χ. :1-2)

Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η προσφέρονται από μία διεπιστημονική ομάδα που υπάρχει σε αυτό και που αποτελείται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, όπως Ιατρό, Κοινωνικό Λειτουργό, Νοσηλεύτη, Φυσιοθεραπευτή και Εργοθεραπευτή. Επιπλέον υπάρχει και βοηθητικό προσωπικό, το οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες του ανάλογα με τις ανάγκες που έχει το κάθε Κέντρο. (ΟΔΗΓΟΣ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η.,1994:8)

2.2 Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» είναι μία από τις πιο ουσιαστικές υπηρεσίες στήριξης πολιτών μέσα στην κοινότητά τους, ιδιαίτερα ατόμων που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες και κυρίως των ηλικιωμένων. Τα τελευταία 20 χρόνια σε πολλές χώρες της Ευρώπης

έχουν αναπτυχθεί διάφορα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι και γενικότερα φροντίδας ατόμων με ειδικές ανάγκες. Η βοήθεια στο σπίτι αποτελεί μέρος ενός φάσματος πολλών προσφερόμενων υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα την υποστηρικτική κοινωνική εργασία, τη συμβουλευτική οικογένειας, τη νοσηλευτική φροντίδα, την εκπαίδευση της οικογένειας και των φροντιστών σε θέματα δεξιοτήτων του εαυτού, την συντροφιά, την ψυχαγωγία, τον καθαρισμό του σπιτιού, τα ψώνια και την προσωπική φροντίδα του εξυπηρετούμενου.

Σύμφωνα με τους Κανδυλάκη και Καραγκούνη (2005:335) στη χώρα μας, παρά τις πιλοτικές προσπάθειες που ξεκίνησαν με κατά τόπους πρωτοβουλίες ήδη από τη δεκαετία του '80, στην ουσία το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες άρχισε να έχει ευρεία εφαρμογή με την αξιοποίηση των τριών Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης. Στις μέρες μας, με την εφαρμογή πλέον και του τρίτου Κ.Π.Σ. τα προγράμματα 'Βοήθεια στο σπίτι' εξαπλώθηκαν και υπάρχουν σε περισσότερους από χίλιους δήμους.

Το πρόγραμμα εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι κοινωνική εργασία, νοσηλευτική φροντίδα, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία και οικογενειακή οικιακή βοήθεια. (Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», χ.χ.:2)

Σύμφωνα με το σχέδιο περιγραφής της δράσης 'Βοήθεια στο σπίτι' του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας ως γενικός σκοπός δημιουργίας του προγράμματος αναφέρεται «η παραμονή των ηλικιωμένων στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειά τους, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας, η παροχή ίσων ευκαιριών και κατοχυρωμένων δικαιωμάτων, ώστε να μη γίνονται οι ηλικιωμένοι αποδέκτες προκαταλήψεων και αποκλεισμών, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους». (Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», χ.χ.:1-2)

Οι Κανδυλάκη και Καραγκούνης (2005:336) αναφέρουν ότι οι στόχοι του προγράμματος είναι η αντίληψη, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων στο σπίτι και η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας φροντίδας, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία. Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων, η συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, η ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης, η διαρκής ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυνατότητες των

ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών. Η σύνδεση των ηλικιωμένων, εξυπηρετούμενων του προγράμματος, με το Κ.Α.Π.Η και η ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών του Κ.Α.Π.Η προς τους εξυπηρετούμενους στο σπίτι. (Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», χ.χ.:2-3)

2.3 Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) είναι μία σχετικά πρόσφατη δομή για ηλικιωμένα άτομα. Αποτελούν σύγχρονες ανοιχτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Ο σκοπός των Κ.Η.Φ.Η., όπως γίνεται γνωστός από το σχέδιο περιγραφής του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας τους (χ.χ.:2-3) είναι «η παραμονή των ηλικιωμένων ατόμων στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής ανάμεσα στην οικογένεια και η εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο μέλος, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας». Εκτός από τα παραπάνω, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο να διαβιούν οι ηλικιωμένοι σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, να υποστηρίζονται ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκειά τους και τέλος μπορούν να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, που τους εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση.

Όπως ορίζει η ομάδα διοίκησης του έργου στον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας των Κ.Η.Φ.Η. (χ.χ.:4), οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν νοσηλευτική φροντίδα, φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, ατομική υγιεινή, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Τα Κ.Η.Φ.Η. δεν αποτελούν έναν απομονωμένο φορέα, όπως οι περισσότερες υπηρεσίες που απευθύνονται σε ηλικιωμένους έτσι και αυτή αναπτύσσει συνεργασίες με άλλους φορείς της Κοινότητας. Πρακτικά τα Κ.Η.Φ.Η. διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με Κ.Α.Π.Η. που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας της περιοχής καθώς και με

το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας. (Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργία των Κ.Η.Φ.Η., χ.χ.:4-5)

Το προσωπικό που απασχολείται σε κάθε Κ.Η.Φ.Η., όπως αναφέρει ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας (χ.χ.:2-5), είναι νοσηλευτές, κοινωνικοί φροντιστές και άτομα ως βοηθητικό προσωπικό. Στο Κέντρο μπορεί να απασχολείται και προσωπικό άλλων ειδικοτήτων, όπως Κοινωνικοί Λειτουργοί, Εργοθεραπευτές, κλπ, ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων.

2.4 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Γηροκομεία)

Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) αποτελούν την νέα ονομασία των Γηροκομείων, δηλαδή των Ιδρυμάτων Κλειστής Περιθάλαψης που υπάρχουν ήδη στη χώρα μας. Ο σκοπός ιδρύσεως των Μ.Φ.Η. δεν αλλάζει, έτσι σύμφωνα με τις διατάξεις του Φ.Ε.Κ. που αφορούν την ίδρυση, καθώς και τη λειτουργία των Μ.Φ.Η. αναφέρεται ότι «πρόκειται για μονάδες μη κερδοσκοπικού (δημόσιες) και κερδοσκοπικού (ιδιωτικές) χαρακτήρα, όπου σκοπός της ίδρυσής τους είναι η φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, αυτοεξυπηρετούμενων ή μη».

Με βάση την Υπουργική Απόφαση, κάθε Μ.Φ.Η. για να εκπληρώνει το σκοπό ίδρυσής της θα πρέπει απαραίτητως να εξασφαλίζει στα άτομα τα οποία εξυπηρετεί, υγιεινή διαμονή που θα είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε εξυπηρετούμενου, καθώς και ασφαλή και άνετη διαβίωση. Επίσης, θα πρέπει να παρέχει υγιεινή και επαρκή διατροφή, ανάλογη με την κατάσταση της υγείας του κάθε περιθάλποντα, καθώς και συνεχή φροντίδα για την ατομική καθαριότητα του καθένα. Τακτική ιατρική παρακολούθηση όπως και έγκαιρη και κατάλληλη για κάθε εξυπηρετούμενο ιατροφαρμακευτική βοήθεια και πρόσκαιρη νοσηλεία καθώς και δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας των ατόμων. Ακόμη θα πρέπει να προσφέρεται στα μέλη ψυχαγωγία, ψυχολογική υποστήριξη και φυσικοθεραπεία με σκοπό την βελτίωση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησης. (Φ.Ε.Κ για Προϋποθέσεις Ίδρυσης & Λειτουργίας Μ.Φ.Η)

Όσον αφορά το προσωπικό που θα πρέπει να διαθέτει κάθε Μ.Φ.Η. αυτό διακρίνεται σε διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό και ειδικό, το οποίο αφορά κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο και φυσικοθεραπευτή ή γυμναστή, όπως επίσης και εργοθεραπευτή. (Φ.Ε.Κ για Προϋποθέσεις Ίδρυσης & Λειτουργίας Μ.Φ.Η)

2.5 Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων

Στην Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς εξυπηρετούνται από τις κλινικές, όπου διαθέτουν ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών για τις ανάγκες αυτών. Ωστόσο, για τους κατάκοιτους και ημικατάκοιτους ασθενείς υπάρχουν τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων, στα οποία γίνονται δεκτοί ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι όλων των φορέων και γενικότερα άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων έχουν σκοπό την περίθαλψη χρονίως πασχόντων, στοχεύοντας στην ιατρική και κοινωνική τους αποκατάσταση. Μέσα σε κάθε Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων λειτουργεί μονάδα αποκατάστασης στελεχωμένη με γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και άτομα άλλων ειδικοτήτων. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999, Σταθόπουλος, 2003)

Κεφάλαιο 3^ο

ΑΝΟΙΑ

3.1 Ιστορική αναδρομή της Άνοιας

«Άνοια χαρακτηρίζουμε μια προϊούσα εγκεφαλική συνδρομή που επηρεάζει τη νόηση και τη συμπεριφορά, έως του σημείου μεγάλης έκπτωσης της λειτουργικότητας και αδυναμίας εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων». (Τσολάκη, 2007:5-6) Οι λειτουργίες που θίγονται περιλαμβάνουν τη γενική νοητική επάρκεια (νοημοσύνη), την ικανότητα μάθησης και μνήμης, το λόγο, τον προσανατολισμό, τη συγκέντρωση, την κρίση, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και τον κοινωνικό ρόλο. Παράλληλα, όμως θίγονται έντονα το συναίσθημα και η προσωπικότητα των ατόμων. Όσο πιο ανώριμο και δυσπροσάρμοστο υπήρξε το άτομο, τόσο πιο ευάλωτο καθίσταται στα στρεσογόνα ερεθίσματα που δέχεται στην καθημερινότητά του εξαιτίας της έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών.

Ήδη οι Αιγύπτιοι από το 2000 π.χ., είχαν διαπιστώσει ότι η μνήμη μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Ενώ από τον 9ο αιώνα η λέξη Άνοια (dementia) αναφέρεται από τον Celsus (παράλληλα και με την ελληνική έννοια του όρου). Ο όρος Άνοια αποσαφηνίζεται περισσότερο γύρω στο 600 μ.Χ. ενώ το 1530 αναφέρεται η σημασία της κληρονομικότητας στην Άνοια, καθώς το 17ο αιώνα περιγράφονται περιστατικά Άνοιας μετά από αποπληξία. Στις αρχές του 20ου αιώνα γίνεται μια ξεκάθαρη και επιστημονική προσέγγιση με επιφανείς νευρολόγους και νευροπαθολόγους (Alois Alzheimer, Arnold Pick), οι οποίοι περιγράφουν ουσιαστικά και θέτουν τις βάσεις της διάγνωσης των κλινικών συνδρόμων που απασχολούν και σήμερα τη νευρολογία στον τομέα της Άνοιας. (Τσολάκη, 2007)

Οι περισσότερες εξελίξεις στον τομέα της Άνοιας έγιναν στη νόσο Alzheimer. Το 1904, ο Alois Alzheimer, στον οποίο οφείλει και το όνομα της, περιέγραψε σε επιστημονικό συνέδριο την περίπτωση μιας γυναίκας ηλικίας 51 ετών. Η γυναίκα αυτή νοσηλεύτηκε επί 4 χρόνια από τον Alzheimer και πέθανε το 1906 (Γραμματικός, 2007:22-23). Από το 1907, ο Alois Alzheimer περιέγραψε τις νευροινδιακές βλάβες και τις γεροντικές πλάκες. Οι γεροντικές πλάκες οι οποίες ταυτίζονται άμεσα με την εμφάνιση της νόσου, είχαν περιγραφεί ήδη από το 1892 από τους Blocq και Marinesco. (Katzaman and Bick, 1994, Γραμματικός, 2007)

3.2 Τύποι Άνοιας

Η Άνοια χαρακτηρίζεται από πολλαπλά γνωστικά ελλείμματα που περιλαμβάνουν και έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον κάποια από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας. Η Άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Συχνά αρχίζει με ασαφή, μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για ζωή. (Μάνος, 1997) Οι ασθενείς φαίνονται σαν να μην είναι ο παλιότερος εαυτός τους, σαν να χάνουν σταδιακά την προσωπικότητα τους. Τα αρχικά συμπτώματα είναι τόσο ασαφή και απροσδιόριστα που η οικογένεια του ασθενή περισσότερο νιώθει από τον ίδιο, μια απάθεια σαν να έπαψε να τους αγαπά και να τους νοιάζεται, παρά ότι είναι άρρωστος. Με το πέρασμα του χρόνου όμως και καθώς η νόσος εξελίσσεται, ο ασθενής αρχίζει να δείχνει ότι έχει δυσκολία σε κάθε δραστηριότητα που απαιτεί απόκτηση νέας γνώσης, για το λόγο αυτό η Άνοια γίνεται εμφανής νωρίτερα σε αυτούς που ασχολούνται με διανοητική ή δημιουργική εργασία.

Η έκπτωση της μνήμης, που τελικά θα γίνει από τα εντονότερα συμπτώματα, στην αρχή περνά απαρατήρητη, τόσο από τον ίδιο τον ασθενή, όσο και από τους συγγενείς του. Αυτό γίνεται για το λόγο ότι, ο ασθενής στην αρχή ξεχνάει ασήμαντες λεπτομέρειες, όπως κάποια ημερομηνία ή αριθμούς τηλεφώνων, αλλά μπορεί και το καλύπτει κρατώντας σημειώσεις. Προοδευτικά αρχίζει να ξεχνά διευθύνσεις οδηγίες ή εντολές τις οποίες χρειάζεται να τις επαναλάβει αρκετές φορές προκειμένου να εγγραφούν στη μνήμη του. Άλλοι ασθενείς αντιλαμβάνονται την δυσκολία τους στο να απομνημονεύσουν πράγματα, άλλοι πάλι δεν το καταλαβαίνουν παρόλο που η οικογένεια τους έχει πλήρη επίγνωση. Στο σημείο αυτό της νόσου είναι πιθανόν κάποιοι ασθενείς προκειμένου να καλύψουν τα κενά της μνήμης τους να χρησιμοποιούν μυθοπλασίες. (Μάνος, 1997)

Στη συνέχεια της νόσου, τα προβλήματα μνήμης γίνονται ακόμη χειρότερα σε βαθμό που ο ασθενής να ξεχνά ονόματα στενών συγγενών και φίλων του, το επάγγελμα του, την ημερομηνία γέννησης του κτλ. Ταυτόχρονα, το έλλειμμα της μνήμης δημιουργεί προβλήματα και κινδύνους στην καθημερινή του ζωή, για παράδειγμα ξεχνά, γιατί άρχισε κάτι, που πήγαινε, τη βρύση ανοικτή, την κουζίνα αναμμένη, κ.ο.κ. Η έκπτωση της μνήμης αφορά λοιπόν, τόσο την άμεση και την πρόσφατη μνήμη, όσο και την απώτερη. (Μάνος, 1997) Η μνήμη που εκπίπτει πρώτη είναι η άμεση και η πρόσφατη. Προοδευτικά το ανοϊκό άτομο χάνει και άλλες δεξιότητες και εμφανίζεται αφασία (διαταραχή του λόγου), απραξία (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες, παρά την άθικτη

κινητική λειτουργία), διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας (διαταραχή στην ικανότητα του να μπορεί να κάνει σχέδια, να οργανώνει, να βάζει στη σειρά, να λειτουργεί αφαιρετικά).

Αν και η Άνοια είναι πιο κοινή στη γεροντική ηλικία, δε πρέπει να θεωρείται συνώνυμη με τη μεγάλη ηλικία, ούτε είναι φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών. Είναι διάχυτη νόσος του εγκεφάλου, που η διάγνωση της αφορά οποιαδήποτε ηλικία μετά τα 3 ή 4 (ηλικία που ο δείκτης ευφυΐας αποκτά σημαντική σταθερότητα). Σε άτομα κάτω των 18 ετών με διανοητική καθυστέρηση θα μπει επιπρόσθετα η διάγνωση της Άνοιας, μόνο αν η κατάσταση τους δεν εξηγείται επαρκώς από τη διάγνωση της διανοητικής καθυστέρησης. Οπωσδήποτε πάντως αν και η Άνοια δεν είναι συχνή σε παιδιά και εφήβους μπορεί να συμβεί από γενικές ιατρικές καταστάσεις (όπως π.χ τραύμα κεφαλής, όγκοι του εγκεφάλου, λοίμωξη από HIV) και να εμφανιστεί, είτε με έκπτωση λειτουργικότητας είτε με καθυστέρηση ή παρέκκλιση στη φυσιολογική ανάπτυξη. (Μάνος, 1997)

Οι διάφορες άνοιες ταξινομούνται σύμφωνα με την αιτιολογία τους: Άνοια τύπου Alzheimer, Αγγειακή Άνοια, Άνοια οφειλόμενη σε άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις (π.χ νόσο από HIV, τραύμα κεφαλής, νόσο του Parkinson, νόσο του Huntington), Άνοια επίμονη προκαλούμενη από ουσίες, Άνοια πολλαπλής αιτιολογίας, Άνοια μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. (Μάνος, 1997)

3.2.1 Άνοια τύπου Alzheimer (ΑΤΑ)

Το 1906, περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alois Alzheimer η ομώνυμη νόσος, της οποίας το κύριο διαγνωστικό κριτήριο αφορά τη διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών. Η πρώτη ασθενής ήταν μια γυναίκα 51 ετών με απώλεια μνήμης, δυσκολία στον προσανατολισμό, απραξία, κατάθλιψη, διωκτικό παραλήρημα και παραλήρημα ζηλοτυπίας. «Η νόσος προσβάλλει 8% με 10% των ατόμων άνω της ηλικίας των 65 ετών, 18% με 20% άνω των 75 ετών, και 40% στα άτομα άνω των 85 ετών». (Δαρδαβέσης, 2005:29) Αν και οι οικογενείς περιπτώσεις δεν είναι σχετικά συχνές, ωστόσο υπάρχουν συνεχώς αυξανόμενα ευρήματα που δείχνουν ότι η αιτιολογία της επηρεάζεται σημαντικά από γενετικούς παράγοντες. Η προοδευτική επιδείνωση συνήθως καταλήγει στο θάνατο σε ένα χρονικό διάστημα 5- 20 χρόνων μετά την έναρξη της νόσου.

Μολονότι η νόσος παρουσιάζει ετερογένεια ως προς τη διάρκεια, τη σειρά και τη σοβαρότητα της γνωστικής έκπτωσης, η έναρξη της χαρακτηρίζεται από μνημονικές διαταραχές, δυσκολίες στην εύρεση των ζητούμενων λέξεων και γενικότερη έκπτωση στις γνωστικές λειτουργίες. Συνήθεις εκδηλώσεις των παραπάνω διαταραχών είναι ότι οι ασθενείς

δε θυμούνται που βάζουν τα αντικείμενα τους, ξεχνούν πρόσφατα γεγονότα, αδυνατούν να μάθουν νέες πληροφορίες και ξεχνούν οικεία ονόματα. Η νόσος δεν εμφανίζεται αιφνιδίως, καθώς οι ασθενείς με ΑΤΑ πολύ πριν εκδηλώσουν τη νόσο παρουσιάζουν διαταραχές στις γνωστικές διεργασίες, όπως στην αφηρημένη σκέψη, την προσοχή, στη γλωσσική ικανότητα, στην επεξεργασία πληροφοριών και στην οπτικοχωρική αντίληψη. (Calev and Phil, 1999) Βασικά της χαρακτηριστικά από καθαρά ιατρική πλευρά είναι η παρουσία αμυλοϊδεικών πλακών και νευροϊνδιακών τολυπίων στον ιππόκαμπο και στο συνειρμικό φλοιό. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να διαγνωστεί μόνο με μεταθανάτια αυτοψία. «Για αυτό τα διαγνωστικά κριτήρια που βασίζονται σε κλινικά κριτήρια επιτρέπουν μόνο τη διάγνωση της πιθανής ΑΤΑ, καθώς η ακρίβεια τους ανέρχεται στο 80%». (Κουντή, 2007:88-90) Η διάγνωση υποβοηθείται από εργαστηριακή, νευρολογική, νευροψυχολογική και νευροαπικονιστική εξέταση.

Η ΑΤΑ έχει συγκεκριμένα στάδια, κατά τα οποία εξελίσσεται. Τα στάδια αυτά είναι 4 και είναι τα εξής:

Πρώτο στάδιο (έχει διάρκεια 2 με 4 έτη): Υπάρχει μια ελαφρά σύγχυση του ασθενή στη λειτουργική του κατάσταση και ότι αφορά στις καθημερινές του δραστηριότητες. Σχετικά με τη γνωστική κατάσταση, ο ασθενής είναι ακόμη ανεξάρτητος σε ότι αφορά τη μνήμη, την προσοχή, την εκτελεστική λειτουργία, τη γλώσσα και τις έννοιες αριθμών.

Δεύτερο στάδιο (διαρκεί 2 με 4 έτη): Η λειτουργική κατάσταση του ασθενή αρχίζει να διαταράσσεται, καθώς ο ασθενής παρουσιάζει δυσκολίες στις καθημερινές του δραστηριότητες. Παράλληλα εμφανίζονται ελαφρά ψυχιατρικά συμπτώματα τα οποία δεν υπήρχαν. Επίσης η γνωστική κατάσταση (μνήμη, προσοχή) και η εκτελεστική λειτουργία (γλώσσα, προσανατολισμός και έννοιες αριθμών) του ασθενή δυσχεραίνουν και υπάρχει ανάγκη συνοδού.

Τρίτο στάδιο (διαρκεί 2-4 έτη): Χαρακτηρίζεται από μεγάλες δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες, ενώ τα ψυχιατρικά συμπτώματα γίνονται συνεχώς μεγαλύτερα και επηρεάζουν κατά πολύ τη λειτουργική κατάσταση του ασθενή. Παράλληλα υπάρχει πλήρης νοητική σύγχυση και αποπροσανατολισμός.

Τέταρτο στάδιο (διαρκεί 6 μήνες με 2 έτη) Η ΑΤΑ έχει προχωρήσει πάρα πολύ. Υπάρχει εξαιρετικά σοβαρός διανοητικός αποπροσανατολισμός, παλινδρόμηση σε εμβρυακή κατάσταση, αδυναμία επικοινωνίας με το περιβάλλον, απώλεια κινητικών ικανοτήτων, αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα και αναπνευστικά προβλήματα. (Κουντή, 2007:88-90)

Οι διαταραχές και οι αλλαγές που συμβαίνουν στο άτομο που πάσχει από ΑΤΑ χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τα σημεία του εγκεφάλου που έχουν προσβληθεί

και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο κάθε ασθενής. Οι διαταραχές λοιπόν που συμβαίνουν είναι οι νοητικές, οι λειτουργικές, οι κινητικές και αισθητικές.

Οι νοητικές διαταραχές:

Στην εγκαταστημένη ΑΤΑ είναι διαταραγμένα όλα τα μνημονικά συστήματα, με επίκεντρο των διαταραχών την επεισοδιακή μνήμη, η οποία αφορά στην αποθήκευση πληροφοριών και γεγονότων που συνέβησαν. Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό είναι η ταχεία λήθη, η οποία αποτελεί και ένα πρώιμο σημείο εκδήλωσης της νόσου, η οποία σχετίζεται με τη δυσκολία εγγραφής και ανάκλησης πληροφοριών που αποκτήθηκαν πρόσφατα. Αντίθετα, η παλαιά μνήμη διατηρείται αρχικά και διαταράσσεται σταδιακά κατά την πορεία της νόσου. Το φαινόμενο αυτό πιθανόν να σημαίνει ότι η διαταραχή της μνήμης δεν οφείλεται μόνο στην ανάκληση αλλά κυρίως στην αποθήκευση των πληροφοριών ή στην κατήλωση τους. (Βαγενάς, 2005)

Στα πρώιμα στάδια της νόσου ο πάσχων:

- Χάνει τα πράγματα του, τα προσωπικά του αντικείμενα, τα οποία δεν θυμάται που τα έβαλε
- Ξεχνά τα ραντεβού του
- Επαναλαμβάνει συχνά τηλεφωνήματα στους οικείους του, μερικές φορές σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα, ρωτώντας συνεχώς τα ίδια πράγματα
- Γράφει καταλόγους για πράγματα που πρέπει να κάνει ή να αγοράσει

Σε μεταγενέστερα στάδια:

- Ξεχνά πρόσωπα, αρχικά επωνύμων (ηθοποιών, πολιτικών) και γνωστών του, αργότερα και των οικείων του
- Είναι ανίκανος να χρησιμοποιήσει τους καταλόγους
- Ξεχνά πρόσφατα γεγονότα
- Αδυνατεί να τηρήσει οποιοδήποτε ραντεβού

Τέλος στα τελικά στάδια:

- Ζει στο παρελθόν
- Συγγέει τα πρόσωπα της οικογένειάς του

Οι διαταραχές του λόγου στην ΑΤΑ σχετίζονται, εκτός από την πιθανή εκφύλιση και απώλεια νευρώνων σε αντίστοιχες περιοχές του εγκεφάλου, και με τη διαταραχή της σημασιολογικής μνήμης, η οποία αποτελεί το υπόστρωμα των γνώσεων του ατόμου. (Βαγενάς, 2005:273-279)

Έτσι λοιπόν στα πρώτα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνονται:

- Περιστασιακή δυσκολία στην εύρεση λέξεων. Αποτέλεσμα αυτής της δυσκολίας είναι η χρήση από τον πάσχοντα περιφράσεων στον προφορικό λόγο
- Όχι τόσο καλή άρθρωση
- Ελαττωμένη ευφράδεια. Η ικανότητα για συζήτηση περιορίζεται, οδηγώντας μερικές φορές τον πάσχοντα σε προοδευτική κοινωνική απόσυρση

Σε μεταγενέστερα στάδια παρατηρούνται:

- Δυσκολία εξεύρεσης λέξεων στις συνήθεις συζητήσεις
- Αυξανόμενη τάση για επαναλήψεις. Ο λόγος αρχίζει και χάνει τον ειρμό του, περιορίζεται το περιεχόμενο του, γίνεται προοδευτικά ανόητος
- Δυσκολία στην παρακολούθηση συζητήσεων
- Έντονες παρανοήσεις κατά τη διάρκεια συζητήσεων

Τέλος στα όνυμα σημεία, στα τελικά στάδια της νόσου, περιλαμβάνονται:

- Ασυνέχεια λόγου, λόγος χωρίς κανένα ειρμό
- Πλήρης απώλεια ικανότητας κατανοητού λόγου. Το λεξιλόγιο περιορίζεται σε ελάχιστες λέξεις, οι οποίες δεν είναι πάντα κατανοητές, έως ότου ο λόγος χάνεται πλήρως.

Λειτουργικές διαταραχές

Η έκπτωση της λειτουργικότητας στις δραστηριότητες τις καθημερινής ζωής είναι μια βασική κατηγορία συμπτωμάτων στην ΑΤΑ. Η προοδευτική έκπτωση των λειτουργικών ικανοτήτων οδηγεί σε προοδευτική απώλεια της ανεξαρτησίας του πάσχοντος, γεγονός που έχει αντίκτυπο στους περιθάλποντες εφόσον όλο το βάρος πέφτει επάνω τους, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Η έκπτωση της λειτουργικότητας δε συνδέεται άμεσα με τη γνωστική έκπτωση, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι όταν μια ικανότητα χαθεί δύσκολα επανακτάται.

Υπάρχουν δύο κατηγορίες λειτουργικών διαταραχών. Αυτές που σχετίζονται με τις σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και αυτές που έχουν σχέση με την αυτοεξυπηρέτηση του ατόμου. Οι πρώτες είναι εκείνες που προσβάλλονται πρώτα ενώ οι δεύτερες προσβάλλονται στα βαρύτερα στάδια. (Βαγενάς,2005) Στις σύνθετες δραστηριότητες ανήκουν, η απόδοση στην εργασία, η οποία είναι πολλές φορές η πρώτη διαταραχή που παρουσιάζεται, η ικανότητα να διαχειρίζεται τα οικονομικά, η ικανότητα να χρησιμοποιεί το αυτοκίνητο του ή τα μέσα μαζικής μεταφοράς, η ικανότητα να προετοιμάζει γεύματα, η διατήρηση κάποιων ενδιαφερόντων που είχε (hobby), η χρήση του τηλεφώνου και η λήψη της φαρμακευτικής του αντοχής χωρίς υπενθύμιση. Στις βασικές δραστηριότητες

τώρα κατατάσσονται, η ικανότητα ένδυσης, η ικανότητα να επιμελείται την τουαλέτα του και την καθαριότητα του και η ικανότητα να τρώει χωρίς βοήθεια.

Οι λειτουργικές ικανότητες του πάσχοντος από ΑΤΑ περιορίζονται προοδευτικά με την εξέλιξη της νόσου. (Βαγενάς, 2005) Έτσι στα **ήπια στάδια της νόσου**, οι συνήθεις λειτουργικές διαταραχές είναι:

- Λιγότερο προσεγμένη αμφίεση
- Αποφυγή σύνθετων δραστηριοτήτων στο σπίτι (π.χ μια νοικοκυρά αποφεύγει να παρασκευάζει σύνθετα φαγητά και περιορίζεται σε απλούστερες συνταγές)
- Μειωμένη απόδοση στην ατομική υγιεινή και καθαριότητα.
- Δυσκολία σε σύνθετους οικονομικούς χειρισμούς
- Μειωμένη ικανότητα οδήγησης
- Κοινωνική απόσυρση
- Μειωμένος χρόνος που αφιερώνεται σε αγαπημένες ασχολίες
- Δυσκολία στον προσανατολισμό σε μη γνωστό περιβάλλον
- Ο πάσχων μπορεί να ζει ακόμα ανεξάρτητος αλλά είναι εμφανείς οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει στην καθημερινή του ζωή.

Στα μέτρια βαρύτητας στάδια της νόσου:

- Είναι απαραίτητη η βοήθεια από τον περιθάλποντα
- Έχει ανάγκη καθοδήγησης ή βοήθειας για την ένδυση και την καθαριότητα
- Υπάρχει εμφανής αδυναμία για τις εργασίες στο σπίτι
- Δυσκολεύεται με κάθε είδους οικονομικούς χειρισμούς
- Πανικός, όταν ο περιθάλπων δεν είναι κοντά
- Ανικανότητα να κυκλοφορήσει εκτός της οικίας του μόνος του

Τέλος στα βαρύτερα στάδια της νόσου:

- Εξαρτάται αποκλειστικά από τον περιθάλποντα
- Αδυνατεί να φροντίσει για την καθαριότητα του και να ντυθεί μόνος του
- Αδυναμία να χειριστεί το μαχαίρι και το πιρούνι
- Υψηλή πιθανότητα αυτοτραυματισμού
- Ελάχιστο ενδιαφέρον για τους άλλους
- Ανικανότητα χρησιμοποίησης του τηλεφώνου
- Ενοχλείται πολύ σε αλλαγές της καθημερινότητας του
- Υπάρχει σχεδόν ολική εξάρτηση από τον περιθάλποντα

Η απώλεια των λειτουργικών ικανοτήτων έχει και άλλες επιπτώσεις στους πάσχοντες. Μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, εκνευρισμό, κατάθλιψη και να οδηγήσει στην ανάγκη

ιδρυματοποίησης τους. (Βαγενάς, 2005)

Κινητικές και αισθητηριακές διαταραχές

Κινητικές και αισθητικές διαταραχές δεν παρατηρούνται στην ήπια ή μέτριας βαρύτητας μορφή της ΑΤΑ. Το σωματοαισθητικό σύστημα τυπικά δεν επηρεάζεται, όμως η ανταπόκριση σε ταυτόχρονα ερεθίσματα μπορεί να είναι διαταραγμένη, πιθανώς ως αποτέλεσμα της διαταραχής της προσοχής. Σε πιο προχωρημένα στάδια όμως, αδυνατεί να σταθεί όρθιος και ακόμη να διατηρήσει την ισορροπία του καθιστός χωρίς να πέσει, αν στηρίξει τα χέρια του στα μπράτσα της πολυθρόνας. Επιπλέον, αδυνατεί να κρατήσει το κεφάλι του ψηλά. Ένα άλλο χαρακτηριστικό που παρουσιάζεται σε αυτό το στάδιο είναι η υπέρταση των άκρων και οι αγκυλώσεις των μεγάλων αρθρώσεων, με αποτέλεσμα τα άκρα να βρίσκονται σχεδόν μόνιμα σε κάμψη. «Περίπου το 40% των ασθενών σε αυτό το στάδιο παρουσιάζουν αυτή την συμπτωματολογία». (Βαγενάς, 2005:273-279) Τέλος στα τελικά στάδια της νόσου η ανάδυση παθολογικών αντανακλαστικών όπως είναι το αντανακλαστικό της σύλληψης (grasping), το αντανακλαστικό του θηλασμού και το σημείο Babinski. Συνέπεια της πολύ μεγαλύτερης φυσικής δύναμης των ασθενών με ΑΤΑ σε σύγκριση με τα βρέφη, τα αντανακλαστικά αυτά μπορεί να είναι πολύ ισχυρά και μπορεί να έχουν τόσο θετικό όσο και αρνητικό αποτέλεσμα στη φροντίδα που παρέχεται στους πάσχοντες. Παρατηρούμε λοιπόν ότι καθώς εξελίσσεται η νόσος η ανάδρομη πορεία επέρχεται σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ύπαρξης. Επίσης στα τελικά στάδια της νόσου παρατηρούμε και ορθοκιστικές διαταραχές με την ακράτεια και τις απώλειες ούρων να προηγούνται αυτών των κοπράνων. (Βαγενάς, 2005)

Ο ασθενής με νόσο Alzheimer όχι μόνο δικαιούται να νοσήσει οξέως όπως κάθε άλλος υγιείς συνομήλικός του, αλλά δυστυχώς σε μεγάλη συχνότητα μπορεί να πάσχει χρονίως από σοβαρά νοσήματα. Το σύνολο των χρόνιων, αλλά και οξέων νοσημάτων που αποτελούν το επιπλέον νοσολογικό φορτίο ενός ασθενούς με Άνοια καλούνται συνοσηρότητα.

Το φορτίο της συνοσηρότητας αποτελείται από: α) νοσήματα που προϋπάρχουν της Άνοιας (σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια), β) νοσήματα που συνυπάρχουν με Άνοια (έλλειψη βιταμίνης Β12, υπερ/υποθυρεοειδισμός, οστεοπόρωση), γ) επιπλοκές νόσου ή και θεραπείας (κατάθλιψη, αρρυθμίες, γαστρεντερικές επιπλοκές), δ) παθολογικές καταστάσεις συνδεόμενες με νόσο Alzheimer (διαταραχές συμπεριφοράς, πτώσεις, κατάγματα), και ε) ιατρογενείς καταστάσεις (αλληλεπιδράσεις φαρμάκων). (Μαϊόβης 2007)

Τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου Alzheimer κατά το DSM IV είναι:

A. Εγκατάσταση πολλαπλών νοητικών διαταραχών εμφανιζομένων συγχρόνως με:

1. διαταραχή της μνήμης (μείωση της ικανότητας μάθησης νέων πληροφοριών ή ανάκλησης πληροφοριών που έμαθε προηγουμένως)

2. μια (ή περισσότερες) από τις ακόλουθες νοητικές διαταραχές:

- Αφασία (διαταραχή του λόγου)
- Απραξία(μείωση των ικανοτήτων να εκτελεί δια των χεριών δραστηριότητες παρά μια ανέπαφη κινητική λειτουργία)
- Αγνωσία(αδυναμία να αναγνωρίζει τα αντικείμενα παρά τις ανέπαφες αισθητηριακές λειτουργίες)
- Διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών (π.χ σχεδιασμός, οργάνωση, διαδοχή, αφαίρεση)

B. Οι νοητικές διαταραχές των κριτηρίων A1 και A2 προκαλούν εκάστη αξιοσημείωτη μείωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων και αντιπροσωπεύουν αξιοσημείωτη αποδιοργάνωση σε σχέση με το προηγούμενο λειτουργικό επίπεδο.

Γ. Η εξέλιξη χαρακτηρίζεται από μια προοδευτική έναρξη και συνεχή νοητική αποδιοργάνωση.

Δ. Οι νοητικές διαταραχές των κριτηρίων A1 και A2 δεν οφείλονται σε κανένα από τα παρακάτω στοιχεία:

- Άλλες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος που μπορούν να προκαλέσουν προοδευτική μείωση της μνήμης και της νοημοσύνης (π.χ αγγειακή εγκεφαλική νόσος, νόσος του Parkinson, του Huntington, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, εγκεφαλικός όγκος)
- Γνωστές συστηματικές παθήσεις ως αιτία Άνοιας (π.χ υποθυρεοειδισμός, έλλειψη βιταμίνης B12 ή φυλικού οξέως, έλλειψη βιταμίνης PP, υπερασβεσταιμία, νευροσύφιλις, μόλυνση με HIV)
- Παθήσεις από εξωγενείς ουσίες.

Ε. Οι διαταραχές δεν επέρχονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της εξέλιξης μιας συγχυτικής κατάστασης.

Z. Η διαταραχή δεν εξηγείται από μια πάθηση του άξονα I (π.χ μείζων καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια). (Μεντενόπουλος και Μπούρας, 2002:236- 237)

Για τη διαφορική διάγνωση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

1. *Καταθλιπτικές διαταραχές.* Πολλά ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα

Άνοιγας – έκπτωση της μνήμης, δυσκολία στη συγκέντρωση, συνολική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, που να οφείλονται όμως σε κατάθλιψη. Η εικόνα αυτή ονομάζεται ψευδοάνοια ή το ανοϊκό σύνδρομο της κατάθλιψης. Μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να διαφοροδιαγνωστεί η κατάθλιψη από την Άνοια, αν παρθεί όμως προσεκτικά ιστορικό από συγγενείς και φίλους είναι πιθανό να αποδειχθεί ότι η ψευδοάνοια αυτή αναπτύχθηκε μέσα σε λίγες εβδομάδες. Τη διάγνωση θα βοηθήσει η ύπαρξη καταθλιπτική διάθεσης ή οικογενειακού ιστορικού διαταραχής της διάθεσης. Καθώς όμως μπορεί ανοϊκοί ασθενείς να αντιδρούν με κατάθλιψη στην Άνοια τους και καταθλιπτικοί ασθενείς να αναπτύξουν Άνοια, η διαφοροδιάγνωση γίνεται πολύ δύσκολη. (Μάνος, 1997)

2. *Παραλήρημα* (η έκπτωση της μνήμης είναι κοινή και στο παραλήρημα και στην Άνοια αλλά το άτομο που έχει μόνο Άνοια δεν έχει διαταραχή της συνείδησης. Το παραλήρημα αναπτύσσεται γρήγορα και η πορεία του είναι ταχεία, ενώ η Άνοια αναπτύσσεται συνήθως αργά και ύπουλα και η πορεία της είναι χρόνια και προοδευτική. Επίσης στο παραλήρημα υπάρχει διακύμανση συμπτωμάτων ενώ στην Άνοια όχι. Οποσδήποτε πάντως σε άτομο με παραλήρημα θα αναζητηθούν πληροφορίες από συγγενείς ή άλλους για την περίπτωση που προϋπήρχε Άνοια. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι προτιμότερο να μπει έστω προσωρινά η διάγνωση του παραληρήματος ώστε η θεραπευτική αντιμετώπιση να είναι άμεση και ενεργητική και να διευκολυνθεί η συνύπαρξη ή όχι Άνοιγας μετά την υποχώρηση του παραληρήματος. (Μάνος, 1997)

3. *Αμνησιακό οργανικό σύνδρομο* (σε αυτό υπάρχει σοβαρή έκπτωση της μνήμης χωρίς όμως άλλη σημαντική διαταραχή στις γνωστικές λειτουργίες). (Μάνος, 1997)

4. *Νοητική καθυστέρηση ελαφρά, μέσης βαρύτητας ή βαριά* (η νοητική καθυστέρηση δεν συνοδεύεται αναγκαστικά από έκπτωση της μνήμης και αρχίζει πριν την ηλικία των 18 ετών, ενώ η Άνοια συνήθως αρχίζει σε μεγάλη ηλικία. Αν όμως η διάγνωση της Άνοιγας είναι πριν τα 18, μπορεί να μπει διπλή διάγνωση, εφόσον συμπληρώνονται τα κριτήρια και για τις δύο καταστάσεις). (Μάνος, 1997)

5. *Φυσιολογική διεργασία του γήρατος* (η διάγνωση της Άνοιγας θα μπει μόνον όταν η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών παρεμποδίζει σημαντικά την κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία του ατόμου). (Μάνος, 1997)

6. *Άνοιγες που μπορούν να θεραπευτούν* (τέτοιες άνοιγες είναι αυτές που οφείλονται σε όγκους του εγκεφάλου, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, ανεπάρκειες βιταμινών κ.α).

3.2.2. Αγγειακή Άνοια

Πρόκειται για Άνοια, που οφείλεται σε ισχαιμική ή αιμορραγική εγκεφαλική βλάβη καθώς και σε διάχυτες ισχαιμικές – υποξικές αλλοιώσεις λόγω καρδιακής ανακοπής. Η αγγειακή Άνοια χαρακτηρίζεται από απότομη έναρξη και από κλιμακωτή πορεία επιδείνωσης με «κατά τόπους» κατανομή των ελλειμμάτων (επηρεάζονται ορισμένες λειτουργίες, αλλά όχι άλλες) στα αρχικά τουλάχιστον στάδια της πορείας της.

Οι εγκεφαλικές βλάβες που μπορεί να οδηγήσουν σε αγγειακή Άνοια είναι:

- Πολλαπλά ισχαιμικά εμφράγματα, λόγω απόφραξης σχετικά μεγάλων αγγείων, τα οποία αφαιρούν το φλοιό και υποφλοιώδεις δομές.
- Μεμονωμένα, αλλά σε καίριο σημείο, έμφρακτα, τα οποία καταστρέφουν εγκεφαλικές δομές όπου εδράζονται βασικές γνωστικές λειτουργίες.
- Αγγειοπάθεια μικρών αγγείων με συνέπεια τη δημιουργία πολλαπλών, μικρών εμφράκτων στις υποφλοιώδεις δομές του εγκεφάλου.
- Συνολική εγκεφαλική ισχαιμία, από διακοπή της παροχής αίματος λόγω καρδιακής ανακοπής.
- Αιμορραγική αγγειακή Άνοια

Τα κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση της αγγειακής Άνοιας είναι τα εξής:

- Πρώιμη εμφάνιση διαταραχών βάδισης (μικροβηματισμός, μαγνητικό, απρακτικό, αταξικό ή παρκινσονικού τύπου βάδισμα).
- Ιστορικό αστάθειας και συχνών αδικαιολόγητων πτώσεων
- Πρώιμη εμφάνιση ακράτειας ούρων, επείγουσας ούρησης και άλλων διαταραχών ούρησης, που δεν οφείλονται σε πάθηση του ουροποιητικού
- Ψευδοπρομηκική παράλυση
- Διαταραχές προσωπικότητας και συναισθήματος (αβουλία, κατάθλιψη, συναισθηματική ακράτεια, ψυχοκινητική επιβράδυνση και ανώμαλη εκτελεστική λειτουργία. (Μεντενόπουλος, Μποστάντζοπουλου, Κατσαρού 1997:81-83)

Τα διαγνωστικά κριτήρια της αγγειακής Άνοιας είναι:

A. Η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων που εκδηλώνονται και με τα δύο

1. έκπτωση της μνήμης

2. μία από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές:

- Αφασία(διαταραχή του λόγου)
- Απραξία (μείωση των ικανοτήτων να εκτελεί δια των χεριών δραστηριότητες παρά μια

ανέπαφη κινητική λειτουργία)

- Αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίζει τα αντικείμενα παρά τις ανέπαφες αισθητηριακές λειτουργίες)
- Διαταραχή στην εκτελεστική λειτουργία (π.χ σχεδιασμός, οργάνωση, διαδοχή, αφαίρεση)

Β. Το κάθε ένα από τα γνωστικά ελλείμματα στα κριτήρια A1 και A2 προκαλεί σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα και αντιπροσωπεύει σημαντική μείωση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

Γ. Εστιακά νευρολογικά σημεία και συμπτώματα (π.χ αύξηση του εν τω βάθει τενοντίων αντανακλάσεων, θετικό Babinski, διαταραχές στη βάδιση) ή εργαστηριακή απόδειξη που υποδεικνύει αγγειακή νόσο του εγκεφάλου που κρίνονται ότι αιτιολογικά σχετίζονται με τη διαταραχή.

Δ. Τα ελλείμματα δε συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος. (Μάνος, 1997:482)

Η αγγειακή Άνοια εμφανίζεται νωρίτερα από ότι η Άνοια τύπου Alzheimer. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η Άνοια αυτή οφείλεται σε πολλαπλά μικρά εμφράγματα του εγκεφαλικού ιστού απότοκα αρτηριοσκληρωτικής νόσου των μεγάλων αγγείων ή των βαλβίδων της καρδιάς. Η αρτηριοσκλήρωση λοιπόν που ευθύνεται για την αγγειακή Άνοια δεν την προκαλεί άμεσα αλλά προδιαθέτει τον ασθενή για εγκεφαλική βλάβη από έμβολα, θρόμβους ή αιμορραγία. (Μάνος, 1997:482)

Ασθενείς με αγγειακή Άνοια συνήθως έχουν υπέρταση ή διαβήτη που προδιαθέτουν στην ανάπτυξη αρτηριοσκλήρωσης. Μπορεί να αναφέρουν ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων ή να μην αντιλήφθηκαν ότι είχαν τέτοια επεισόδια. Η χορήγηση αντιπηκτικών ή ασπιρίνης σε άτομα που έχουν ή κινδυνεύουν να έχουν εγκεφαλικά επεισόδια μαζί με τη ρύθμιση της υπέρτασης ή του διαβήτη μπορούν να προφυλάξουν ή να αναστείλουν την πρόοδο της αγγειακής Άνοιας. (Μάνος, 1997:482)

Όσον αφορά στην πρόληψη της αγγειακής βλάβης θα πρέπει να εστιαστούν οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση της αγγειακής Άνοιας. Αυτό μπορεί να γίνει με έγκαιρο έλεγχο υπέρτασης, όχι απαραίτητα φαρμακευτικά αλλά και με τον κατάλληλο τρόπο ζωής, διατροφής και άθλησης. Στα ίδια πλαίσια εντάσσεται και η αποχή από το κάπνισμα, ο έλεγχος του σωματικού βάρους και ο προστατευτικός ρόλος της μεσογειακής διατροφής. Η ανάπτυξη νοητικών δραστηριοτήτων φαίνεται να κατέχει προστατευτική δράση απέναντι στην Άνοια. Οι πνευματικές ενασχολήσεις και το υψηλό επίπεδο μόρφωσης είναι δυνατόν να καθυστερήσουν την εκδήλωση αλλά και την πορεία της νόσου. Πιθανή εξήγηση, χωρίς να

υπάρχει κάποιου είδους απόδειξη, μπορεί να θεωρηθεί ο μεγαλύτερος αριθμός συνάψεων ή ο μικρότερος ρυθμός «φυσιολογικών» απωλειών νευρικών κυττάρων σε άτομα με υψηλό επίπεδο και συνεχή πνευματική ενασχόληση. (Μάνος, 1997:482)

3.2.3 Άνοια με σωματίδια Lewy

Τα σωματίδια Lewy είναι ενδοκυττάρια μορφώματα πρωτεϊνικού υλικού και περιγράφηκαν για πρώτη φορά από τον F. Lewy, το 1911 στη μέλαινα ουσία παρκινσονικών ασθενών. Έκτοτε, αποτελούν παθογνωμονικό ιστοπαθολογικό γνώρισμα της ιδιοπαθούς νόσου του Πάρκινσον. Για τα επόμενα χρόνια, η Άνοια με σωματίδια Lewy θεωρούνταν υπότυπος της ΑΤΑ, λόγω και της ιστοπαθολογικής αναγνώρισης πολλών μεικτών μορφών. (Σακκά, 2005)

Υπάρχουν ακόμη αμφιλεγόμενες απόψεις για το αν η νόσου του Πάρκινσον και η Άνοια με σωματίδια Lewy είναι μία νόσος ή αντιπροσωπεύουν δύο ξεχωριστά νοσήματα. Νευροπαθολογικά είναι ακόμη δύσκολη η διάγνωση. Από τους 66 εγκεφάλους, όπου είχε τεθεί κλινικά η διάγνωση της Άνοιας με σωματίδια Lewy μόνο στους 11 είχαν βρεθεί νευροπαθολογικά ευρήματα αμιγώς της Άνοιας με σωματίδια Lewy. Επομένως μέχρι σήμερα υπάρχουν κλινικές διαφορές οι οποίες είναι:

- Η Άνοια είναι από τα πρώτα συμπτώματα στην Άνοια με σωματίδια Lewy, ενώ παρουσιάζεται στα τελικά στάδια της νόσου του Πάρκινσον.
- Οι ασθενείς με Άνοια με σωματίδια Lewy ζουν το πολύ 10 χρόνια μετά τη διάγνωση, ενώ οι ασθενείς με νόσου του Πάρκινσον ζουν μέχρι και 30 χρόνια.
- Οι ασθενείς με Άνοια με σωματίδια Lewy είναι μεγαλύτεροι από τους ασθενείς με νόσου του Πάρκινσον τη στιγμή της διάγνωσης. (Σακκά, 2005)

Οι διαταραχές μνήμης είναι ήπιες, στα αρχικά στάδια τουλάχιστον, και λιγότερο έκδηλες από εκείνες της ΑΤΑ. Με το πέρασμα του χρόνου υπάρχει συνολική νοητική έκπτωση, που επηρεάζει την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Οι διαταραχές προσοχής, οι διαταραχές οπτικοχωρικών κατασκευαστικών δεξιοτήτων, η έκπτωση σύνθετων εκτελεστικών λειτουργιών (κρίση, αφηρημένη σκέψη) είναι πρόδηλες. Η κλινική εικόνα ακόμη περιλαμβάνει διακύμανση της νοητικής ικανότητας με ευρείες μεταβολές των επιπέδων προσοχής, εγρήγορσης και συγκέντρωσης. Περίοδοι σύγχυσης, υπνηλίας, αδράνειας εναλλάσσονται εντυπωσιακά με περιόδους σχεδόν φυσιολογικής νοητικής κατάστασης και καθημερινής λειτουργικότητας. «Οι μεταβολές αυτές είναι χαρακτηριστικές και συμβαίνουν σε μεσοδιάστημα ωρών ή και ημερών σε συχνότητα 50% - 70% των

ασθενών». (Σακκά 2005:301–306)

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Άνοιας με σωμάτια Lewy είναι:

Η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών η οποία έχει μεγάλη βαρύτητα γιατί διαταράσσει την φυσιολογική, κοινωνική ή επαγγελματική απόδοση να εμφανίζεται πρώτη. Έκδηλη ή επίμονη διαταραχή μνήμης δεν είναι απαραίτητο να συμβαίνει στα αρχικά στάδια αλλά συνήθως εμφανίζεται στην πορεία της νόσου. Οι διαταραχές σε δοκιμασίες της προσοχής, του μετωπιαίου λοβού και της οπτικοχωρικής ικανότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονες.

Δύο από τα παρακάτω είναι απαραίτητα για τη διάγνωση της πιθανότητας Άνοιας με σωμάτια Lewy και ένα για τη διάγνωση της ενδεχόμενης νόσου.

- Διακυμάνσεις των γνωστικών λειτουργιών κυρίως της προσοχής και της εγρήγορσης.
- Υποτροπιάζουσες οπτικές ψευδαισθήσεις που είναι καλοσχηματισμένες και λεπτομερείς

Τα πρωτοπαθή κινητικά χαρακτηριστικά παρκινσονισμού ενισχυτικά της διάγνωσης είναι:

- Επαναλαμβανόμενες πτώσεις
- Συγκοπή
- Παροδική απώλεια συνείδησης
- Ευαισθησία στα νευροληπτικά
- Συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες
- Ψευδαισθήσεις άλλου είδους

Η διάγνωση της Άνοιας με σωμάτια Lewy είναι λιγότερο πιθανή όταν υπάρχει Αγγειακή νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος με εστιακή νευρολογική σημειολογία ή με ευρήματα στην απεικόνιση του εγκεφάλου. Επίσης η παρουσία στην φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο ευρημάτων άλλης σωματικής νόσου ή άλλης εγκεφαλικής διαταραχής ικανής να προκαλέσει την παραπάνω κλινική εικόνα. (Μεντενόπουλος και Μπούρας, 2002:380-381)

Στα αρχικά στάδια, συνυπάρχουν ήπια παρκινσονικά συμπτώματα του τύπου της βραδυκινησίας και της ακαμψίας, ενώ ο τρόμος συνήθως απουσιάζει. Βαθμιαία προστίθεται καθηλωμένο προσωπείο, χαμηλόφωνη και μονότονη ομιλία και παρκινσονικό βάδισμα με συχνές πτώσεις. Η σειρά εμφάνισης των παρκινσονικών σε σύγκριση με τα νοητικά συμπτώματα διακρίνει την Άνοιας με σωμάτια Lewy από την Άνοια της νόσου του Πάρκινσον. Εάν η Άνοια εμφανιστεί μέσα στους επόμενους 12 μήνες από την έναρξη των παρκινσονικών συμπτωμάτων τότε η διάγνωση είναι Άνοιας με σωμάτια Lewy.

«Η ψυχιατρική συμπτωματολογία της νόσου περιλαμβάνει επανεμφανιζόμενες,

οπτικές ψευδαισθήσεις, συνήθως καλοσχηματισμένες και λεπτομερείς σε συχνότητα 80% των ασθενών». (Σακκά, 2005:301) Τυπικά θέματα των οπτικών ψευδαισθήσεων είναι πλήθη ανθρώπων και ζώων που εισβάλλουν στην καθημερινότητα των ασθενών. Η συναισθηματική αντίδραση ποικίλει (φόβος, αδιαφορία, ευχαρίστηση). Συχνά υπάρχει βαθμός εναισθησίας. Δευτερευόντως υπάρχει παραλήρημα, ακουστικές ψευδαισθήσεις, άγχος, ανησυχία, ευερεθιστότητα, διαταραχές του ύπνου, καταθλιπτικό συναίσθημα και απάθεια. (Σακκά, 2005)

3.2.4 Οφειλόμενη σε γενικές ιατρικές εξετάσεις

Άνοια οφειλόμενη σε νόσο HIV

Η εμφάνιση Άνοιας σε ασθενείς με AIDS αποτελεί την πιο συχνή νευρολογική επιπλοκή της νόσου(μέχρι το 60% των ασθενών στα τελικά στάδια). Η Άνοια στο AIDS έχει τους χαρακτήρες της υποφλοιώδους Άνοιας με γνωστικές, συμπεριφορικές και κινητικές διαταραχές. Τα κύρια γνωρίσματα της είναι η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η έκπτωση της μνήμης και η απάθεια. Η έναρξη της Άνοιας είναι ύπουλη μέσα σε εβδομάδες ή μήνες. Τα πρώτα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν ελαφρές συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολία συγκέντρωσης, λήθη, διαταραχή προσανατολισμού, κακοδιαθεσία, αηδονία, απώλεια ενδιαφέροντος και κινητικές διαταραχές (αδεξιότητα, δυσκολία στις λεπτές κινήσεις, τρόμος). (Μεντενόπουλος και Μπούρας 2002)

Με την εξέλιξη της νόσου παρατηρείται επιδείνωση των νοητικών και κινητικών διαταραχών (έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης, της λεκτικής και οπτικής μνήμης, της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών, της ευελιξίας σκέψης και οπτικοχωρικές διαταραχές). (Μεντενόπουλος και Μπούρας, 2002)

Οι Sidtis και Price (1990) διακρίνουν 5 στάδια βαρύτητας του συμπλέγματος AIDS σε συνδυασμό με γνωστικές και κινητικές διαταραχές τα οποία είναι:

1) Επίκτητη διαταραχή σε τουλάχιστον δύο από τις παρακάτω γνωστικές λειτουργίες (παρούσα τουλάχιστον για ένα μήνα) προσοχή/συγκέντρωση, ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, αφαιρετική/λογική σκέψη, οπτικοχωρικές ικανότητες, μνήμη/μάθησης και ομιλία/λόγος. Η γνωστική διαταραχή θα πρέπει να διαταράσσει την επίδοση και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

2) Τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

A) Επίκτητη διαταραχή της κινητικής λειτουργίας ή της επίδοσης βεβαιωμένη με κλινική εξέταση (διαταραχή βάδισης, ασυνέργεια άκρων, υπέρταση ή αδυναμία, ζωνρά

αντανακλαστικά) με νευροψυχολογικές δοκιμασίες (ταχύτητα λεπτών κινήσεων, επιδεξιότητα) ή και με τα δύο. Β) Μείωση της κινητοποίησης για δράση ή του συναισθηματικού ελέγχου ή μεταβολή στην κοινωνική συμπεριφορά (απάθεια, αδράνεια, ευερεθιστότητα, άρση αναστολών).

3) Απουσία θόλωσης της συνείδησης.

4) Απουσία άλλης αιτιολογίας για την πρόκληση διαταραχών από το κεντρικό νευρικό σύστημα. (Μεντενόπουλος και Μπούρας 2002:389-390)

Η βαρύτητα της γνωστικής διαταραχής θα μπορούσε να εκτιμηθεί ως εξής:

- Ελαφρά (μείωση στην επίδοση, αλλά μπορεί να εργασθεί σε ελαφρότερη εργασία, διαταραχή στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής χωρίς εξάρτησης από άλλους).
- Μέτρια (αδυναμία για εκτέλεση οποιαδήποτε εργασίας, χρειάζεται κάποια βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες)
- Βαριά (πλήρης αδυναμία στις καθημερινές δραστηριότητες, χρειάζεται συνεχή φροντίδα από άλλο άτομο). (Μεντενόπουλος και Μπούρας 2002: 389-390)

Παράγοντες κινδύνου για ταχύτερη εξέλιξη της Άνοιας είναι η χαμηλή αιμοσφαιρίνη και ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος 1 με 6 μήνες πριν απο το AIDS και η μεγαλύτερη ηλικία στην έναρξη της νόσου). (Μεντενόπουλος και Μπούρας, 2002)

Άνοια οφειλόμενη σε τραύμα κεφαλής

Βασικό ρόλο σε αυτή τη μορφή Άνοιας παίζει το υποσκληρίδιο αιμάτωμα το οποίο μπορεί να προκαλέσει Άνοια το ίδιο ή να επιπλέξει άλλες μορφές Άνοιας. Τα υποσκληρίδια αιματώματα προκαλούνται από διάρρηξη των φλεβών που γεφυρώνουν το εγκεφαλικό παρέγχυμα και τις μήνιγγες και συνήθως οφείλονται σε τραύμα της κεφαλής. Προδιαθετικοί παράγοντες για υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι η ηλικία πάνω από τα 60, ο αλκοολισμός, η επιληψία και η νεφρική αιμοκάθαρση. Ο τραυματισμός που προκάλεσε το αιμάτωμα ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς μπορεί να είναι μικρός και να έχει ξεχασθεί τελείως. Η συλλογή αίματος συνεχώς αυξάνει και ο ασθενής προοδευτικά γίνεται ανοϊκός χωρίς ειδικά νευρολογικά σημεία ή θόλωση της συνείδησης. Η αξονική τομογραφία αποκαλύπτει τη μαζική αυτή συλλογή που συχνά είναι αμφοτερόπλευρη. Η διαταραχή αυτή μπορεί να θεραπευτεί με εκκένωση του αιματώματος χειρουργικά, οπότε αποκαθίσταται οι γνωστικές λειτουργίες του ασθενή. (Μάνος, 1997)

Άνοια οφειλόμενη στη νόσο του Parkinson

Η νόσος του Parkinson είναι μια προοδευτικά επιδεινούμενη νευροεκφυλιστική νόσος που χαρακτηρίζεται κλινικά από ασύμμετρη βραδυκινησία, δυσκαμψία, τρόμο ηρεμίας και αδυναμία αντισταθμιστικών κινήσεων. Οι ασθενείς με νόσο του Parkinson συχνά 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 πολύ συχνά αναφέρουν ότι ξεχνούν και ότι δυσκολεύονται να παρακολουθήσουν συνομιλίες στις οποίες συμμετέχουν πολλά πρόσωπα. Αυτά τα συμπτώματα είναι δυνατόν να αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα μιας καταθλιπτικής κατάστασης, που μπορεί να συνυπάρχει. (Ντόσκας και Μητσικώστας, 2005:323-328)

Η Άνοια της νόσου του Parkinson χαρακτηρίζεται από ένα εξελισσόμενο δυσεκτελεστικό σύνδρομο, με διαταραχές μνήμης χωρίς αφασικές, απρακτικές και αγνωσικές διαταραχές. Η διαταραχή στην καταγραφή νέων πληροφοριών, η οποία αποτελεί τον θεμέλιο λίθο στη διάγνωση της Άνοιας, είναι λιγότερο επηρεασμένη στην Άνοια της νόσου του Parkinson από ότι στην ΑΤΑ. Οι παρκινσονικοί ασθενείς με Άνοια εμφανίζουν διαταραχή της άμεσης ανάκλησης, η οποία όμως βελτιώνεται πάρα πολύ με σημασιολογική υποβοήθηση και αναγνώριση, τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της νόσου. Επιπλέον εμφανίζουν διαταραχή τόσο στη λειτουργική μνήμη όσο και στη μη δηλωτική μνήμη. Έτσι παρουσιάζεται διαταραχή σε δοκιμασίες μάθησης με οπτικοχωρικές επιδόσεις. (Ντόσκας και Μητσικώστας, 2005:323-328)

Χαρακτηριστικά επίσης διαταράσσονται οι εκτελεστικές λειτουργίες, δηλαδή η ικανότητα σχεδιασμού και προγραμματισμού, η ρύθμιση και η επιβεβαίωση της ορθότητας μιας ενέργειας ή ενός τρόπου συμπεριφοράς, με βάση ένα πρότυπο. Ακόμη επηρεάζονται η αφαιρετική ικανότητα, η αφηρημένη σκέψη, το εύρος της προσοχής, ο βαθμός της συγκέντρωσης η οπτικοχωρική αντίληψη, η κατασκευαστική ικανότητα και η νοητική ευκαμψία. Επίσης επιβραδύνεται η ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών και δυσχεραίνεται η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. (Ντόσκας και Μητσικώστας, 2005:323-328)

Παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την εμφάνιση Άνοιας στην νόσο του Parkinson είναι (Μεντενόπουλος και Μπούρας, 2002):

- Η μεγάλη ηλικία και κυρίως άνω των 70 ετών
- Βαριά κινητική σημειολογία
- Η ακινησία σαν προέχον κλινικό σημείο

- Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης
- Προηγούμενο ιστορικό συγγυτικών επεισοδίων
- Η αδύναμη και βραχνή ομιλία
- Το θετικό ιστορικό καπνίσματος
- Η όψιμη έναρξη της νόσου
- Η εμφάνιση ψευδαισθήσεων και άλλων συμπεριφορικών διαταραχών

Όσον αφορά τώρα στα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου δεν είναι ειδικά για τη νόσο του Parkinson, όπου αφενός η βαριά κινητική διαταραχή δυσχεραίνει την κοινωνική και επαγγελματική του δραστηριότητα και αφετέρου η κατάθλιψη αποτελεί στοιχείο της νόσου.

Τα σημαντικότερα προβλήματα στη διάγνωση της νόσου είναι:

- Η συνύπαρξη κατάθλιψης στο 50% περίπου των ασθενών, η οποία επηρεάζει άμεσα την προσοχή, τη μνήμη και τις νοητικές λειτουργίες που σχετίζονται με τον μετωπιαίο λοβό.
- Η μεταβολή των νοητικών λειτουργιών από τη φάση on στη φάση off. Συγκεκριμένα στη φάση off οι ασθενείς έχουν σοβαρή κινητική και νοητική επιβράδυνση, με υποφωνία, ψιθυριστή ομιλία ενώ βιώνουν έντονο άγχος. Στη φάση on οι ασθενείς γίνονται απρόσεκτοι και περιορίζονται σημαντικά από τις μη ελεγχόμενες δυσκινησίες.
- Τα αντιχολινεργικά φάρμακα επιδεινώνουν τις νοητικές λειτουργίες ή μπορεί να προκαλέσουν και οξύ συγγυτικό επεισόδιο ιδίως στα ηλικιωμένα άτομα που έχουν και διαταραχές μνήμης.

Συχνά συνυπάρχουν σύγχυση διαταραχές συμπεριφοράς, ψυχωσική συμπτωματολογία και πιθανώς εικόνα οργανικού ψυχοσυνδρόμου, που μπορεί να οφείλεται είτε στην ίδια τη νόσο είτε στη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, είτε και στα δύο. (Ντόσκακας και Μητσικώστας, 2005:323-328)

Άνοια οφειλόμενη στη νόσο του Huntington

Είναι κληρονομική εκφυλιστική πάθηση του νευρικού συστήματος και μεταβιβάζεται με τον επικρατητικό αυτοσωματικό χαρακτήρα. Εκτός από τον τύπο κλινικής μεταβίβασης δύο άλλα είναι τα κύρια χαρακτηριστικά της πάθησης:

- Ανώμαλες ακούσιες κινήσεις
- Ψυχικές και γνωστικές (νοητικές) διαταραχές, που καταλήγουν σε Άνοια

Η νόσος αρχίζει συνήθως στην 5η-6η δεκαετία, αλλά αναφέρονται περιπτώσεις με

έναρξη στη νεανική ή τη γεροντική ηλικία. Οι ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε αυτή τη νόσο είναι ποικίλες και μη ειδικές. Καταλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα που κυμαίνεται από μεταβολές της προσωπικότητας, μέχρι συναισθηματικές διαταραχές (μελαγχολία, μανία) και σχιζοφρενικόμορφες ψυχώσεις. (Ντόσκας και Μητσικώστας, 2005)

Η Άνοια της νόσου του Huntington εμφανίζεται στα τελικά στάδια. Οι γνωστικές διαταραχές στους ασθενείς αυτούς αρχίζουν νωρίς και προοδευτικά επιδεινώνονται, καταλήγοντας σε Άνοια μετά από αρκετά χρόνια.

Η έκπτωση των μετωπιαίων (εκτελεστικών) λειτουργιών και οι οπτικοχωρικές διαταραχές είναι οι πρώτες εκδηλώσεις. Διαταράσσεται επίσης και η μνήμη, αρχικά ελαφρά, αλλά με την πάροδο των ετών περισσότερο. Οι ασθενείς με νόσο του Huntington, στα προχωρημένα στάδια της νόσου έχουν σοβαρή έκπτωση της μνήμης αλλά διατηρούν την ικανότητα ανάμνησης με υποβοήθηση. Διατηρείται δηλαδή στις περιπτώσεις αυτές η αναγνωριστική μνήμη. (Μεντενόπουλος και Μπούρας, 2002)

Στην κλινική εικόνα της Άνοιας κυριαρχεί η βραδύτητα στην επεξεργασία των πληροφοριών, η διαταραχή στην προσοχή, την κρίση, την αφηρημένη σκέψη και την ικανότητα σχεδιασμού και εκτέλεσης ενός σύνθετου έργου. Ο ασθενής είναι αδρανής και έχει τάση απόσυρσης. Δεν υπάρχει αφασία, αγνωσία ή απραξία. Η εναισθησία διατηρείται μέχρι τα προχωρημένα στάδια.

Η διαφορική διάγνωση της νόσου του Huntington πρέπει να γίνει από άλλες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος που χαρακτηρίζεται από: α) ακούσιες κινήσεις ή β) Άνοια.

Οι κυριότερες μορφές Άνοιας (Μάνος, 1997) που θα πρέπει να διαφοροποιηθούν από τη νόσο του Huntington είναι:

- *Η νόσος του Alzheimer.* Η Άνοια στη νόσο του Huntington έχει στις περισσότερες περιπτώσεις χαρακτηριστικά φλοιώδους Άνοιας και η κλινική της εικόνα, ακόμη και σε σχετικά προχωρημένα στάδια είναι διαφορετική από εκείνη της νόσου του Huntington.
- Επίσης, η έναρξη της νόσου του Huntington σε μέση ηλικία, η κληρονομική της μεταβίβαση κατά τον αυτοσωματικό επικρατητικό χαρακτήρα και η δυνατότητα εργαστηριακής επιβεβαίωσης της ύπαρξης του παθολογικού γονιδίου στο χρωμόσωμα 4 αποτελούν σημαντικά στοιχεία της διαφοροποίησης αυτών των δύο νοσημάτων.
- Επίσης οι διάφορες μορφές των ανοϊκών συνδρόμων που περιλαμβάνονται στην κατηγορία των μετοποκροταφικών ανοϊών πρέπει να ληφθούν υπόψη στη διαφορική

διάγνωση της νόσου του Huntington, επειδή στις καταστάσεις αυτές συχνά υπάρχει θετικό κληρονομικό ιστορικό και η εκδήλωση τους αρχίζει στην προγεροντική ηλικία. Επιπλέον η κλινική τους εικόνα κυριαρχείται από συμπεριφορική και νοητική διαταραχή με χαρακτηριστικά μετωπιαίας δυσλειτουργίας, όπως συμβαίνει και στη νόσο του Huntington.

Άνοια οφειλόμενη στη νόσο του Pick

Η νόσος του Pick αν και σχετικά σπανιότερη (1%-2% των περιπτώσεων) και σε μικρότερες ηλικίες (50-60 χρόνια) εμφανιζόμενη έχει παρόμοια κλινική εικόνα με τη νόσο Alzheimer, από την οποία δεν είναι εύκολο να διαφοροδιαγνωστεί με βάση τα κοινά και για τις δύο νόσους κλινικά χαρακτηριστικά, όπως η αφασία, η απραξία και η αγνωσία. Σε ορισμένες περιπτώσεις η αξονική τομογραφία εγκεφάλου μπορεί να αναδείξει χαρακτηριστικές, αλλά όχι απαραίτητα και παθολογικές εικόνες ελλειμμάτων ελίκων στους μετωπιαίους συνήθως λοβούς. (Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004)

Η οριστική διάγνωση τίθεται νευροπαθολογοανατομικά, με την ανάδειξη των καλούμενων σωματίων του Pick. Εκτιμάται ότι στο 20% των περιπτώσεων η νόσος του Pick είναι κληρονομική και μεταβιβάζεται. Τέλος η πορεία της νόσου αναπτύσσεται μέσα σε 2 με 10 χρόνια, με μέσο όρο διάρκειας τα 5 χρόνια και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει θεραπεία. (Μαΐλης, 2004:183-189)

Άνοια οφειλόμενη στη νόσο Greutzfeldt-Jacob

Το κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ταχεία έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Η απώλεια της μνήμης είναι ένα αρχικό σύμπτωμα. Άλλα πρώιμα συμπτώματα νοητικής έκπτωσης είναι η επιβάρυνση της σκέψης, η δυσκολία συγκέντρωσης και η διαταραχή κρίσης. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές συναισθήματος όπως απάθεια, κατάθλιψη, συναισθηματική ακράτεια, διαταραχές συμπεριφοράς, ψευδαισθήσεις και οπτική αγνωσία. Γρήγορα όμως εγκαθίσταται η σφαιρική γνωστική διαταραχή και τέλος η Άνοια η οποία δεν έχει χαρακτηριστική εικόνα και είναι αρκετά πολύμορφη με στοιχεία τόσο φλοιικής όσο και υποφλοιώδους Άνοιας. (Μεντενόπουλος και Μπούρας, 2002:391)

Το πιο συχνό σύμπτωμα της νόσου είναι ένας προγεροντικός παραλογισμός που εμφανίζεται σε ηλικία γύρω στα 60 και υπάρχει μεγάλο πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης της Άνοιας οφειλόμενη στη νόσο Greutzfeldt-Jacob από την ATA τουλάχιστον στα πρώτα στάδια της νόσου. Αυτό που εντυπωσιάζει σε αυτή τη νόσο είναι η ταχεία εξέλιξη της παραφροσύνης που λαμβάνει χώρα μέσα σε μερικές εβδομάδες. Η εγκεφαλική απεικόνιση

στην αρχή της νόσου είναι φυσιολογική σε αντίθεση με την ΑΤΑ που η εγκεφαλική ατροφία διαφαίνεται. Από την πρώτη φάση της νόσου ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχές γνωστικές και μνήμης. Επίσης μπορεί να εμφανίσει δυσκολία στην ομιλία στη γραφή αλλά και μια γενικότερη σύγχυση. (Σκλαβιάδης, 2005:329-336)

Η κατάθλιψη και οι τάσεις αυτοκτονίας δεν είναι συχνές σε αυτή τη νόσο. Αντίθετα είναι συχνό ασθενείς να παραπονιούνται για οπτικές παραισθήσεις καθώς και για θάμβωση, διπλωπία, τροποποιήσεις στην όραση όπως βλάβες στην αντίληψη των χρωμάτων κ.α. Τα παρεγκεφαλιδικά συμπτώματα είναι πολύ συχνά. Ο πάσχων εμφανίζει διαταραχές της ισορροπίας με ταχεία επιδείνωση. Η βάδιση γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη έως αδύνατη. Άλλα κλινικά ευρήματα περιλαμβάνουν αστάθεια της αρτηριακής πίεσης, μεταβολή της όρεξης με σημαντικές διαταραχές του ύπνου. (Σκλαβιάδης, 2005)

Άνοια επίμονη προκαλούμενη από ουσίες

Ένας μεγάλος αριθμός συστηματικών νόσων- μεταβολικών, ενδοκρinoπαθειών, λοιμώξεων ή έκθεση σε ουσίες, φάρμακα και τοξίνες, μπορεί να προκαλέσουν Άνοια. Για το λόγο αυτό πρέπει κάθε ανοϊκός ασθενής να εξεταστεί εργαστηριακά, ώστε να μη μας ξεφύγει κάποια μορφή δυνητικά θεραπεύσιμης Άνοιας.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Άνοιας προκαλούμενης από ουσίες είναι:

A. Η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων που εκδηλώνεται και με τα δύο

1. Έκπτωση της μνήμης (έκπτωση της ικανότητας μάθησης νέων πληροφοριών ή ανάκλησης πληροφοριών που έμαθε προηγουμένως)

2. Μία (ή περισσότερες) από τις ακόλουθες νοητικές διαταραχές:

- Αφασία (διαταραχή του λόγου)
- Απραξία(μείωση των ικανοτήτων να εκτελεί δια των χεριών δραστηριότητες παρά μια ανέπαφη κινητική λειτουργία)
- Αγνωσία(αδυναμία να αναγνωρίζει τα αντικείμενα παρά τις ανέπαφες αισθητηριακές λειτουργίες)
- Διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών (π.χ. σχεδιασμός, οργάνωση, διαδοχή, αφαίρεση)

B. Το κάθε ένα από τα γνωστικά ελλείμματα στα κριτήρια A1 και A2 προκαλεί σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα και αντιπροσωπεύει σημαντική μείωση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

Γ. Τα ελλείμματα δε συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός

παραληρήματος και επιμένουν πέρα από τη συνηθισμένη διάρκεια τοξίκωσης ή στερητικής διαταραχής από ουσίες.

Δ. Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι τα ελλείμματα αιτιολογικά σχετίζονται με τα επιμέμοντα αποτελέσματα της χρήσης ουσιών. (Μάνος, 1997:484)

Άνοια πολλαπλής αιτιολογίας

Τα κριτήρια για την Άνοια πολλαπλής αιτιολογίας είναι:

A. Η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων που εκδηλώνεται και με τα δύο.

1. Έκπτωση της μνήμης (έκπτωση της ικανότητας μάθησης νέων πληροφοριών ή ανάκλησης πληροφοριών που έμαθε προηγουμένως)

2. Μία (ή περισσότερες) από τις ακόλουθες νοητικές διαταραχές:

- Αφασία
- Απραξία
- Αγνωσία
- Διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών

B. Το κάθε ένα από τα γνωστικά ελλείμματα στα κριτήρια A1 και A2 προκαλεί σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα και αντιπροσωπεύει σημαντική μείωση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

Γ. Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή έχει περισσότερες από μία αιτιολογίες (π.χ τραύμα κεφαλής και επιπρόσθετα χρόνια χρήση αλκοόλ, Άνοια τύπου Alzheimer με ακόλουθη ανάπτυξη αγγειακής Άνοιας).

Δ. Τα ελλείμματα δε συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος. (Μάνος, 1997:485)

Άνοια μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για άνοιες που δε συμπληρώνουν τα κριτήρια για καμία από τις παραπάνω κατηγορίες για το λόγο του ότι δε μπορεί να βρεθεί συγκεκριμένη αιτιολογία.

3.3 Επιπολασμός και επίπτωση της Άνοιας

Όσον αφορά τον επιπολασμό της Άνοιας εκτιμάται ότι το 2-4% του πληθυσμού πάνω από 65 χρονών έχουν Άνοια τύπου Alzheimer, ενώ οι άλλες άνοιες είναι λιγότερο συχνές. Δεν υπάρχουν αξιόπιστες και ευρέως αποδεκτές εκτιμήσεις για άτομα ηλικίας μικρότερης των 60 ετών. Η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 8-10% και εξαρτάται από τον πληθυσμό και την εφαρμοζόμενη μέθοδο εκτίμησης. (Δαρδαβέσης, 2005:29-30) Γενικότερα, τα ποσοστά που αφορούν την επίπτωση και τον επιπολασμό της Άνοιας έχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις, ανάλογα με τον τόπο που έγινε η έρευνα, τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε, καθώς και τις επικρατούσες συνθήκες στις εκάστοτε χώρες τη δεδομένη στιγμή.

Εκτιμάται ότι 24,3 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν Άνοια σήμερα και 4,6 εκατομμύρια νέα περιστατικά Άνοιας διαγιγνώσκονται κάθε χρόνο (ένα νέο περιστατικό κάθε 7 δευτερόλεπτα). Ο αριθμός των προσβεβλημένων ατόμων θα διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια και το 2040 θα είναι 81,1 εκατομμύρια. Η πλειοψηφία των ατόμων με Άνοια ζει σε ανεπτυγμένες χώρες (60% το 2001, αύξηση 71% το 2040). Οι βαθμοί αύξησης δεν είναι ομοιόμορφοι, υπάρχει πρόβλεψη για αύξηση των αριθμών σε αναπτυχθείσες χώρες κατά 100% μεταξύ 2001 και 2040, αλλά για μεγαλύτερη από 300% στην Ινδία, Κίνα και για τις γειτονικές χώρες τους, στη Νότιο Ασία και τον Δυτικό Ειρηνικό. (Ferri, 2005:5-15)

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Παγκόσμιου φορτίου της νόσου για την παγκόσμια αναφορά υγείας του 2003, η Άνοια είχε συνεισφέρει στο 11,2 % των ετών με αναπηρία για τους ασθενείς ηλικίας 60 ετών και πάνω. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο από τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (9,5%), τις μυοσκελετικές διαταραχές (8,9%), την καρδιακή νόσο (5,9%) και όλες τις μορφές καρκίνου (2,4%). (Ferri, 2005:5-15)

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε το 2005 σε παγκόσμια κλίμακα, τα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετικά με τον επιπολασμό είναι τα εξής: αν και η αρχική υπόθεση των ερευνητών ήταν ότι οι αναπτυγμένες χώρες θα έχουν μεγαλύτερα ποσοστά Άνοιας, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι, η Κίνα και οι αναπτυσσόμενοι γείτονες της, του Δυτικού Ειρηνικού, φαίνεται να έχουν τον μεγαλύτερο αριθμό ατόμων με Άνοια (6 εκατομμύρια), ακολουθούν η Δυτική Ευρώπη με 4,9 εκατομμύρια και η Β. Αμερική με 3,4 εκατομμύρια. Το 2001, 60% όλων των ατόμων με Άνοια ζούσαν σε αναπτυσσόμενες χώρες. Το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί σε 64, 5% το 2020 και σε 71,2% το 2040. Σε επίπεδο κρατών, οι 7 χώρες με τον μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων με Άνοια το 2001 ήταν: Κίνα (5 εκατομμύρια), η Ευρωπαϊκή ένωση (5 εκατομμύρια), Ιαπωνία (1,1 εκατομμύριο) Ρωσία (1,1 εκατομμύριο)

και Ινδονησία (1 εκατομμύριο). Αντίθετα από άλλες επιδημιολογικές έρευνες προκύπτει ότι το 5% με 10% των ηλικιωμένων άνω των 70 ετών πάσχει από Άνοια. Το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται κάθε πενταετία με αποτέλεσμα ο ένας στους δύο από εκείνους που φτάνουν την ηλικία των 85 ετών να παρουσιάζει Άνοια. Στην Ευρώπη πάσχουν 3,5 εκατομμύρια άνθρωποι από Άνοια. (Ferrì, 2005:5-15)

Όσον αφορά την Ελλάδα, το 2005 ο αριθμός των ατόμων με Άνοια ήταν 141.000, το 2020 ο αριθμός αυτός θα φτάσει τους 196.000 ανθρώπους, ενώ το 2040 ο αριθμός αυτός υπολογίζεται ότι θα φτάσει στους 257.000. Σύμφωνα με επιδημιολογική μελέτη που έγινε στην Βόρεια Ελλάδα το 2001 στην Ελλάδα πάσχουν 60.000 άνθρωποι, εάν όμως αναλογιστεί κανείς ότι η νόσος προσβάλλει συγχρόνως δύο άτομα, τον ασθενή και τον περιθάλλοντα ο αριθμός αυτός διπλασιάζεται. (Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 8, 2001:4-5)

Η συχνότητα της Άνοιας σε ηλικίες άνω των 75 ετών αυξάνει και κυμαίνεται σε ποσοστό 18-20%, σε ηλικίες άνω των 85 ετών αγγίζει το 40%, ενώ πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών η συχνότητα δεν υπερβαίνει το 40%, υποδηλώνοντας την ύπαρξη ηλικιακού ορίου επικινδυνότητας και την πιθανότητα να υπάρχουν άτομα μη ευάλωτα στη νόσο. (Δαρδαβέσης, 2005:29-30)

Ειδικότερα, η επίπτωση της ΑΤΑ, καθώς και ο επιπολασμός της εξαρτάται από την ηλικία. Έχει διαπιστωθεί ότι σε άτομα ηλικίας από 65-75 έτη η επίπτωση ανέρχεται στο 2,5% καθώς διπλασιάζεται ανά δεκαετία, ώστε στην ηλικία των 85 ετών να εγγίζει το 10%. Η Άνοια αγγειακής αιτιολογίας κατέχει τη δεύτερη κατά σειρά συχνότητας θέση μετά την ΑΤΑ και υπολογίζεται ότι στις δυτικές χώρες ευθύνεται για ποσοστό 5-10% των ανοϊκών ασθενών, οι οποίοι έχουν παραπεμφθεί στα νοσοκομεία. Αναφέρεται, όμως ότι στην Ιαπωνία και τουλάχιστον σε πληθυσμούς ενδονοσοκομειακών ασθενών, η Άνοια αγγειακής αιτιολογίας είναι συχνότερη από την ΑΤΑ. (Δαρδαβέσης, 2005:29-30)

Με βάση παθολογοανατομικά κριτήρια περίπου το 10% των ασθενών με Άνοια είχαν καθαρή αγγειακή Άνοια, ενώ το 29% - 38% είχαν αγγειακές βλάβες που σχετιζόνταν, αλλά δεν ήταν η μόνη αιτία Άνοιας. Σε μια Σουηδική μελέτη βασισμένη σε κλινικά κριτήρια 74% είχαν ΑΤΑ 16% αγγειακή Άνοια και 4% και τις δύο μορφές Άνοιας μαζί. Γενικά η αγγειακή Άνοια είναι η δεύτερη σε συχνότητα μετά την ΑΤΑ και αφορά το 15-20% των περιπτώσεων Άνοιας. Η συνολική επίπτωση της αγγειακής Άνοιας στην Ευρώπη υπολογίζεται στο 16/1000 άνω των 75 ετών και φθάνει σε 52/1000 σε ηλικίες άνω των 90 ετών. (Αργυροπούλου, 2005:281-287)

Σε γενικές γραμμές η επίπτωση και ο επιπολασμός της αγγειακής Άνοιας:

- Αυξάνει εκθετικά με την ηλικία, κυρίως μετά τα 65 το ποσοστό επίπτωσης

διπλασιάζεται κάθε 5,3 χρόνια σε σύγκριση με 4,5 χρόνια της ΑΤΑ.

- Δεν είναι ακόμη σαφή τα συμπεράσματα ως προς το φύλο
- Τα αποτελέσματα διαφέρουν στις διάφορες χώρες: είναι συχνότερο στους Ασιάτες, τους μαύρους και τους Ισπανόφωνους.
- Υπάρχουν ενδείξεις ότι η επιδείνωση των νοητικών διαταραχών είναι ηπιότερη στην αγγειακή Άνοια από ότι στην ΑΤΑ
- Η θνησιμότητα της αγγειακής Άνοιας εξαρτάται από το φύλο, τη βαρύτητα της Άνοιας και τη βαρύτητα της λειτουργικής ανικανότητας.

Όσον αφορά την Άνοια με σωματία Lewy, σήμερα θεωρείται διεθνώς η Τρίτη σε συχνότητα Άνοια μετά την ΑΤΑ και την αγγειακή Άνοια και αφορά σε ποσοστό 10% - 20% του συνόλου των ανοϊκών συνδρόμων μεγάλης ηλικίας. Υπάρχει μικρή υπεροχή των αρρένων μεταξύ των ασθενών. Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 75 έτη (50 – 83 έτη). Η εξέλιξη είναι ταχεία (1–5έτη) σε ένα τελικό στάδιο βαριάς Άνοιας και ακινητικού παρκινσονισμού. (Σακκά, 2005:301-306)

Όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης στην Άνοια οφειλόμενη από τη νόσο Πάρκινσον, κυμαίνεται στις διάφορες κλινικές μελέτες από 15% έως 20%. Ειδικότερα, ο ετήσιος επιπολασμός της Άνοιας κυμαίνεται μεταξύ 12% με 20% σε νοσηλευόμενους ασθενείς, ενώ σε αμιγή παρκινσονικό νοσηλευόμενο πληθυσμό ο επιπολασμός ήταν 41%. Η ετήσια επίπτωση κυμαίνεται από 6,9% έως 11,3%. Έχει υπολογιστεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης Άνοιας στους παρκινσονικούς ασθενείς είναι σχεδόν διπλάσιος από τους μάρτυρες της ίδιας ηλικίας. (Ντόσκας και Μητσκώστας, 2005:323-328)

3.4 Παράγοντες κινδύνου στην Άνοια

Η ηλικία. Η συχνότητα της νόσου αυξάνει, όσο αυξάνεται και η ηλικία. Αρκετές ερευνητικές μελέτες δείχνουν να υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και την εμφάνιση Άνοιας. Αυτή η τάση συσχέτισης της ηλικίας με την Άνοια αποτέλεσε αντικείμενο σχολιασμού για πολλούς ερευνητές. Μια υπόθεση που διατυπώθηκε είναι ότι η εμφάνιση Άνοιας αποτελεί την αναπόφευκτη συνέπεια της διαδικασίας του γήρατος. Αυτό σημαίνει ότι εάν ζήσει κανείς για πολλά χρόνια, το μόνο σίγουρο είναι ότι θα εμφανίσει Άνοια. Αξίζει εδώ να αναφερθεί ότι ένα κύριο χαρακτηριστικό της προχωρημένης ηλικίας είναι η εμφάνιση κάποιων προβλημάτων υγείας, τα οποία με τη σειρά τους θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για την Άνοια (υπέρταση, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σακχαρώδεις διαβήτης κτλ).

(Σούμπουρου, 2007)

Οικογενειακό ιστορικό - γενετική. Οι πιθανότητες να εμφανίσει κάποιος την ΑΤΑ τετραπλασιάζονται όταν υπάρχουν συγγενείς πρώτου βαθμού, οι οποίοι έχουν προσβληθεί από τη νόσο. (Μαϊόβης, 2007) «Στις πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς με νόσο Alzheimer έχουν πιο συχνά έναν τουλάχιστον συγγενή με Άνοια τύπου Alzheimer, γονέα, αδερφό, γιο, κόρη, από ότι οι ηλικιωμένοι χωρίς Άνοια. Οι παρατηρήσεις αυτές αποτέλεσαν τη βάση της γενικής αποδοχής ότι ηλικιωμένοι με συγγενείς που πάσχουν από νόσο Alzheimer βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο από τους ηλικιωμένους με ελεύθερο κληρονομικό ιστορικό». (Τσολάκη, 1996:126 127) Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι, εάν κάποιος έχει συγγενή με νόσο Alzheimer πρόκειται οπωσδήποτε να νοσήσει.

Γενετική. Μερικές οικογένειες με Ν.Α παρουσιάζουν την εικόνα μιας κληρονομικής νόσου. Από μελέτες σε τέτοιες οικογένειες, οι ερευνητές βρήκαν περιοχές τεσσάρων χρωμοσωμάτων, που σχετίζονται με τη Ν.Α όπως είναι τα χρωμοσώματα 21, 14, 19, και 1. (Τσολάκη, 1996:126) Επίσης, υπάρχει γενετική σύνδεση της ΑΤΑ με το σύνδρομο Dawn, καθώς παρατηρούνται οι ίδιες παθολογοανατομικές αλλοιώσεις. Ο κίνδυνος νόσου στα άτομα αυτά, αυξάνεται πάνω από την ηλικία των 35 ετών. Επιπλέον και η νόσος του Parkinson θεωρείται παράγοντας κινδύνου, καθώς βρέθηκε ότι και οι δύο ασθενείς μοιράζονται κοινά παθογενετικά στοιχεία, που πιθανώς καθορίζονται γενετικώς.

Παράλληλα, υπάρχουν και κάποιοι παράγοντες κινδύνου που δεν είναι εντελώς αποδεκτοί από όλη την επιστημονική κοινότητα, εφόσον δεν τεκμηριώνεται απόλυτα η συνδεσιμότητα τους με την εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τα νοσήματα του θυρεοειδούς, η μεγάλη ηλικία της μητέρας, η κατάθλιψη και η φυλή και το φύλο.

Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Είναι γνωστή η υψηλή επίπτωση της Άνοιας των πυγμάχων στους αθλητές. Στους ασθενείς με το σύνδρομο αυτό έχουν διαπιστωθεί αλλοιώσεις όμοιες με τις παρατηρούμενες στην ΑΤΑ. Τα ευρήματα αυτά οδήγησαν στην υπόθεση ότι οι τραυματισμοί στο κεφάλι εμπλέκονται με τη συγκεκριμένη μορφή Άνοιας. Νοσήματα του θυρεοειδούς. Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες υποστηρίζουν ότι νοσήματα του θυρεοειδούς αποτελούν πιθανό προδιαθεσικό παράγοντα για τη Ν.Α, και κυρίως ο υποθυρεοειδισμός.

Μεγάλη ηλικία της μητέρας. Έχουν διατυπωθεί αντιθετικές απόψεις όσον αφορά τη σχέση της μεγάλης ηλικίας της μητέρας και του πατέρα κατά τη μέρα της γέννησης του αρρώστου με Ν.Α. (Τσολάκη, 1996:126)

Επιπρόσθετα θεωρείται ότι και ορισμένα νοσήματα προδιαθέτουν τον οργανισμό για

εκδήλωση Άνοιας, όπως πιθανολογείται για τον υποθυρεοειδισμό και κυρίως για την κατάθλιψη.

Επίσης, παράγοντες κινδύνου για Alzheimer έχουν αναγνωριστεί οι αγγειακοί και αθηροσκληρωτικοί παράγοντες (υπέρταση, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σακχαρώδεις διαβήτης, υπερχοληστερολαιμία, κάπνισμα, παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο, αυξημένη πρόσληψη λίπους και υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης). Αυτοί είναι μεταβαλλόμενοι και μπορούν να τροποποιήσουν τον κίνδυνο, αλλά και την θεραπεία για τη νόσο Alzheimer, είτε σε ήδη ασθενείς ή σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο να νοσήσουν. (Τσολάκη, 1996)

Οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν εντοπίσει και άλλους πιθανούς παράγοντες κινδύνου όπως το φύλο, καθώς φαίνεται ότι οι γυναίκες υψηλότερα ποσοστά στις έρευνες αν και αυτό αμφισβητείται με την αιτιολογία του αυξημένου μέσου όρου ζωής στις γυναίκες. Επίσης άλλοι πιθανοί παράγοντες κινδύνου είναι διάφορες λοιμώξεις και το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης. Ουσιαστικά όμως οι παράγοντες αυτοί έχουν ασαφή και χαμηλή επίδραση στον κίνδυνο για να νοσήσει από Άνοια Alzheimer.

3.5 Προφυλακτικοί παράγοντες

Οι προφυλακτικοί παράγοντες είναι αυτοί που επηρεάζουν τη συχνότητα εκδήλωσης ή τον ρυθμό εξέλιξης της Άνοιας, και 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 του σε επαρκές επίπεδο.

Διατροφή: Μια διατροφή με πλούσια θρεπτικά στοιχεία, χωρίς ποσοτικές ακρότητες και με ισορροπία στην κατανάλωση θρεπτικών ουσιών αποτελούν βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση της καλής υγείας του ατόμου καθώς δρα προφυλακτικά σε πολλές ασθένειες μια από τις οποίες είναι και η Άνοια.

Αλκοόλ: Η κατανάλωση διάφορων αλκοολούχων ποτών και ιδιαίτερα του κρασιού σε μικρές ποσότητες και συνδυαστικά με τη λήψη κανονικών γευμάτων πιθανολογείται ότι συνεισφέρει στην προφύλαξη από την Άνοια.

Κάπνισμα: Υπάρχουν μαρτυρίες ότι η νικοτίνη βελτιώνει τη διαδικασία της πληροφόρησης και την προσοχή στους ασθενείς με ΑΤΑ και αυτό ενισχύει την άποψη της προστατευτικής επίδρασης του καπνίσματος σε αυτή τη νόσο. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι η νικοτίνη του καπνού αντιστρατεύεται την απώλεια των νικοτινικών υποδοχέων και έτσι επιβραδύνει την πρόοδο της νόσου. Παρόλο αυτά το κάπνισμα κατά βάση λειτουργεί αρνητικά και βλάπτει

πολλά όργανα του ανθρώπινου σώματος όπως την καρδιά τους πνεύμονες κ.τ.λ. (Λουκοπούλου, 2004)

Συστολική πίεση: Η αντιμετώπιση της συστολικής πίεσης με την εφαρμογή αντιυπερτασικής αγωγής και ειδικότερα με τη χρήση αποκλειστών ιόντων του Ca φαίνεται ότι συνεισφέρει στη μείωση της επίπτωσης της Άνοιας σε ποσοστά τα οποία εγγίζουν μέχρι και το 50%. (Δαρδαβέσης, 2005:33-35)

Αντιφλεγμονώδη φάρμακα: Η εξέλιξη των παθοφυσιολογικών σταδίων της ΑΤΑ οδηγεί καταληκτικά σε νευρωτικό θάνατο. Η επιβράδυνση ή ακόμα και η αναστολή της εξέλιξης αυτής φαίνεται ότι επηρεάζεται από την κατανάλωση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Η συγκεκριμένη διαπίστωση αποτελεί προϊόν επιδημιολογικών ερευνών σε πάσχοντες από αρθρίτιδα, οι οποίοι έκαναν χρήση επί μακρό χρόνο αντιφλεγμονωδών παραγόντων και οι οποίοι παρουσίασαν μείωση της επίπτωσης της νόσου. (Δαρδαβέσης, 2005)

Μορφωτικό επίπεδο: Ένας άλλος προφυλακτικός παράγοντας είναι το μορφωτικό επίπεδο. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι τα υψηλής εκπαίδευσης άτομα έχουν μεγαλύτερες διανοητικές ή νευρωτικές αποθήκες και κατά συνέπεια μπορούν να χάνουν μεγαλύτερο αριθμό νευρώνων προτού εμφανίσουν τα συμπτώματα της νόσου. (Λουκοπούλου, 2004) Αντίθετα, άτομα με λιγότερα έτη εκπαίδευσης συσχετίζονται με ταχύτερη ηλικιακή έκπτωση στη μνήμη, στη γενική γνωστική κατάσταση και στη λεκτική ικανότητα του ατόμου. Είναι επίσης βέβαιο, ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται από ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις οι οποίες αποτελούν ένα εύκολο υπόστρωμα για την εκδήλωση Άνοιας. (Δαρδαβέσης, 2005) Η θεωρία του νοητικού αποθέματος υποστηρίζει ότι ένα υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο θα μπορούσε να καθυστερήσει την κλινική έκφραση της νόσου, παρόλο που οι νευροπαθολογικές αλλαγές συμβαίνουν κανονικά στον εγκέφαλο. Για το λόγο αυτό οι ασθενείς με υψηλότερο νοητικό απόθεμα είναι πιθανό να εμφανίσουν ταχύτερη επιδείνωση μετά την έναρξη της νόσου, επειδή μπορούν να εκδηλώνουν συμπτωματολογία Άνοιας αργότερα στη ζωή. (Σούμπουρου, 2007)

ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΗΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

4.1 Γενικά

Είναι γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι, αρκετές φορές, παρουσιάζουν ένα βαθμό έκπτωσης στην μνημονική τους ικανότητα. Έρευνες έχουν δείξει μειωμένη απόδοση σε μετρήσεις της επεισοδιακής μνήμης, οπτικοχωρικής ικανότητας, ονομασίας αντικειμένων και βραδύτητα εκτελεστικής ικανότητας. Ωστόσο, οι ελλείψεις αυτές είναι συνήθως μικρές και δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου και τις ικανότητές του στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Υπάρχουν όμως και ηλικιωμένοι, οι οποίοι παρόλο που δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποιο ανοϊκό σύνδρομο παρουσιάζουν κάποια νοητική διαταραχή από την αναμενόμενη για την ηλικία τους. (Βαγενάς, 2005:267)

Προβλήματα με την μνήμη τα οποία δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την Άνοια, συνήθως ονομάζονται Ήπια Νοητική Διαταραχή. Ο όρος «Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ) εισήχθη προσφάτως ως ένα νέο διαγνωστικό σύνδρομο με στόχο να καθορίσει ένα στάδιο γνωστικής έκπτωσης που θεωρείται ως ενδιάμεσος κατάσταση μεταξύ Άνοιας και φυσιολογικού γήρατος». (Καπάκη, 2002:63)

Εντούτοις, υπάρχει έντονος προβληματισμός, εάν η Ήπια Νοητική Διαταραχή αποτελεί σύνδρομο και όχι κάποιο συγκεκριμένο νόσημα. Πράγματι, στην πράξη ένα ποσοστό των ηλικιωμένων που χαρακτηρίζονται από ΗΝΔ δεν παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση από την αρχική και παραμένουν σε σταθερό επίπεδο. Επιπλέον, μικρό ποσοστό, δεν μετεξελίσσεται ποτέ σε νόσο Alzheimer ή και βελτιώνεται. Επειδή, όμως οι ηλικιωμένοι που χαρακτηρίζονται με ΗΝΔ έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν Άνοια (κυρίως Άνοια Τύπου Alzheimer), σε διάστημα 4-5 χρόνων, η ΗΝΔ θεωρείται σήμερα σαν ένα κλινικό σύνδρομο που ανταποκρίνεται στα πρωιμότερα στάδια της νόσου. (Βαγενάς, 2005, Παρασκευάς, 2003)

Το γεγονός λοιπόν, ότι δύναται να προσδιοριστούν οι ηλικιωμένοι αυτοί μπορεί να προσφέρει πολύτιμες προγνωστικές πληροφορίες για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και μακροπρόθεσμα να δώσει πληροφορίες για πιθανή προφυλακτική αγωγή ή ακόμα και για το πότε πρέπει να αρχίζει η φαρμακευτική αγωγή. Άλλωστε μην ξεχνάμε, πως η πρόωμη διάγνωση της Άνοιας είναι χρήσιμη για την όσο το δυνατόν πιο έγκαιρη ενημέρωση του ασθενή και της οικογένειάς του. Αν ληφθούν υπόψη και τα πρόσφατα στοιχεία που δείχνουν

ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση μπορεί να μεταβάλλει την εξέλιξη της νόσου, η πρόωμη διάγνωση αποκτά ιδιαίτερη σημασία, γιατί δίνει τη δυνατότητα και για πρόωμη αντιμετώπιση. Αυτή είναι και η μεγάλη πρακτική σημασία της ΗΝΔ και της έγκαιρης διάγνωσης της.

4.2 Διάγνωση της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής

Σύμφωνα με τους Petersen et al. (1999:303-318), τα κριτήρια που μπορούν να οδηγήσουν στην διάγνωση της ΗΝΔ είναι τα εξής:

- Αναφερόμενη Διαταραχή μνήμης
- Μη φυσιολογική για την ηλικία του ατόμου μνήμη
- Φυσιολογικές ή ελαφρά διαταραγμένες λοιπές γνωστικές λειτουργίες
- Φυσιολογική ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων
- Απουσία Άνοιας

Γίνεται φανερό, ότι τα κριτήρια για την ΗΝΔ είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικά και είναι δύσκολο να εφαρμοσθούν. (Βαγενάς, 2005) Αυτό εξηγείται κυρίως από τους εξής δύο λόγους:

A) Η μαρτυρία για την έκπτωση της μνήμης μπορεί να γίνει από πληροφορίες του ίδιου του ατόμου ή των συγγενών του προσώπων. Αυτό προϋποθέτει ότι το ίδιο το άτομο έχει υποκειμενική γνώση της έκπτωσής του, πράγμα που πρέπει να επιβεβαιωθεί και από άλλα άτομα από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και από μία ψυχομετρική δοκιμασία.

B) Επιπλέον, παρά το γεγονός ότι η διατήρηση των γενικών νοητικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου είναι απαραίτητη, μπορεί η ήπια έκπτωση να αφορά και άλλα νοητικά πεδία με αποτέλεσμα να υπάρχουν λεπτές διαταραχές στις λειτουργικές ικανότητες του ατόμου (χωρίς αυτές να επηρεάζουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής).

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό, πως *«η έκπτωση της μνήμης και πιθανώς και άλλων νοητικών ικανοτήτων του ατόμου είναι αντίστοιχη με αυτή των ανοϊκών συνδρόμων, αλλά εμφανίζεται σε πολύ μικρότερο βαθμό και λιγότερο σοβαρή απ' ότι στην Άνοια»*. (Βαγενάς, 2005:268)

Η διάγνωση λοιπόν, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εμπειρία και τις ικανότητες του εξεταστή, από το πόσο καλά γνωρίζει τον πάσχοντα, καθώς και από τις ψυχομετρικές δοκιμασίες που πραγματοποιούνται.

Σήμερα έχουν αναπτυχθεί αρκετές ειδικές ψυχομετρικές δοκιμασίες για την αξιολόγηση της νοητικής έκπτωσης στην ΗΝΔ (Rey Auditory Verbal Test, New York

University Paragraph Recall Test). Οι δοκιμασίες αυτές, εκτός από την πιθανή έκπτωση της μνήμης, εξετάζουν επίσης, τη γλωσσική λειτουργία, την προσοχή, λεπτές και σύνθετες κινητικές ή ψυχοκινητικές ικανότητες. (Βαγενάς, 2005)

4.3 Αιτιολογία της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής

Τα άτομα, τα οποία κατατάσσονται στην ομάδα της ΗΝΔ αποτελούν έναν ετερογενή πληθυσμό, με διαφορετική παθογένεση και πρόβλεψη. *Μπορεί να συμπεριλάβει:*

- άτομα που δεν πάσχουν από Άνοια, αλλά με διαταραχές στις νοητικές λειτουργίες
- υγιείς ηλικιωμένους που ανησυχούν για την νοητική τους κατάσταση
- άτομα που βρίσκονται σε πολύ πρώιμα στάδια ΑΤΑ ή άλλου ανοϊκού συνδρόμου
- ασθενείς με συστηματικά νοσήματα που επηρεάζουν τον εγκέφαλο, όπως καρδιακή ανεπάρκεια, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια λοίμωξη ΚΝΣ, ενδοκρινολογικές διαταραχές
- ασθενείς με διαιτητική ανεπάρκεια, επίδραση φαρμάκων, οινοπνεύματος ή άλλων τοξικών ή μεταβολικών παραγόντων, νεοπλάσματα, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, υδροκέφαλο
- ασθενείς που έχουν υποστεί κάποια εγκεφαλική βλάβη, είτε λόγω κάκωσης, είτε λόγω κάποιου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. (Βαγενάς, 2005, Μαϊόβης, 2007)

Εξαιτίας λοιπόν, της ετερογένειας της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής, η εξέλιξή της μπορεί να ποικίλλει. Το σίγουρο είναι ότι, μία μικρή μειοψηφία από αυτούς που χαρακτηρίζονται ως ευρισκόμενοι με ΗΝΔ μπορεί να παραμείνουν σταθεροποιημένοι επί μακρόν, κάποιοι άλλοι να πάσχουν από ένα αναστρέψιμο αίτιο νοητικής έκπτωσης, όμως η μεγάλη πλειοψηφία αυτής της ομάδας θα οδηγηθεί προοδευτικά σε Άνοια Τύπου Alzheimer ή άλλο ανοϊκό σύνδρομο.

Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το 50% - 67% των πασχόντων από ΗΝΔ κατέληξε σε Άνοια, σε μία χρονική περίοδο 4 ετών. (Βαγενάς, 2005:269) Σύμφωνα με άλλες μελέτες, ασθενείς με ΗΝΔ μεταπίπτουν σε νόσο Alzheimer με ρυθμό που κυμαίνεται από 10% - 15% το χρόνο, ενώ τρία χρόνια παρακολούθησης ατόμων με ΗΝΔ έδειξαν ότι το 12% αυτών βελτιώθηκαν, το 53% παρέμειναν σε σταθερό επίπεδο και το 35% εξελίχθηκαν σε Άνοια. (Μαϊόβης, 2007:10)

Όσον αφορά τον επιπολασμό της ΗΝΔ, αυτός διαφέρει επίσης από μελέτη σε μελέτη και στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 11%-17% (Μαϊόβης, 2007:10) ή σύμφωνα με άλλη

ανασκόπηση από 3%-19%. (Gauthier et al, 2006:1262-1270)

Οι διαφορές μεταξύ των παραπάνω μελετών είναι αποτέλεσμα κυρίως των διαφορών που υπάρχουν στον ορισμό της ΗΝΔ, και πιθανόν και στον σχεδιασμό αυτών ως προς τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Το σίγουρο είναι ότι οι διαφορές αυτές επιβεβαιώνουν την πολυεπίπεδη υπόσταση της ΗΝΔ, τόσο ως προς τις διάφορες υπομορφές με τις οποίες εμφανίζεται, όσο και την πιθανή αιτιολογία της.

Επιπλέον, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι κάθε μελέτη που πραγματοποιείται και αφορά την ΗΝΔ (παρά τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους), είναι καίριας σημασίας για την κατανόηση των αρχικών σταδίων της νόσου Alzheimer, την πρόιμη διάγνωσή της, αλλά και την ανάπτυξη ή αξιολόγηση θεραπειών που θα επιτύχουν την επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου.

4.4 Θεραπεία της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν εγκεκριμένες φαρμακευτικές ή μη φαρμακευτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής. Σημαντικό λοιπόν είναι να γίνεται ένας πλήρης νευροψυχολογικός και εργαστηριακός έλεγχος, προκειμένου να εντοπιστεί η πιθανή ύπαρξη δυνητικώς θεραπευόμενων ή αντιμετωπίσιμων αιτιών (μεταβολικές και ενδοκρινολογικές διαταραχές, κατάθλιψη, κ.α.), τα οποία θα πρέπει και να αντιμετωπιστούν.

Επιπλέον, παρόλο που ασθενείς με ΗΝΔ έχουν αυξημένες πιθανότητες να καταλήξουν σε Άνοια, η χρήση ειδικής αγωγής για τη νόσο Alzheimer δεν συνιστάται από τους περισσότερους, γιατί η αξία της, αν και εικάζεται, δεν έχει αποδειχθεί.

Ωστόσο, μερικοί επιστήμονες προτείνουν τη χρήση φαρμάκων (αναστολείς χολινεστερασών) σε ασθενείς που θεωρούνται ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο για μετάπτωση στη νόσο Alzheimer, όπως άτομα που έχουν θετικό οικογενειακό ιστορικό, ενδείξεις ατροφίας ιππόκαμπου, σταδιακή επιδείνωση σε διαδοχικούς νευροψυχολογικούς ελέγχους. (Παρασκευάς, 2003:36) *Εντούτοις, οργανωμένες παρεμβάσεις γνωστικής αποκατάστασης (μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις) σε άτομα με ΗΝΔ είναι δυνατό να επιβραδύνουν την εξέλιξη σε Άνοια ή ακόμα και να οδηγήσουν σε βελτίωση.* (Μαϊόβης, 2007)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

5.1 Η Κατάθλιψη γενικά

«Το συναίσθημα είναι η λειτουργία που καθορίζει την ψυχική διάθεση του ατόμου. Η δυνατότητα που έχει κανείς να νιώθει χαρά ή λύπη είναι συναρτημένη με την εύρυθμη λειτουργία του συναισθήματος». (Χριστοδούλου και συνεργάτες 2004:164) Πολλές φορές η συναισθηματική κατάσταση των ανθρώπων μεταβάλλεται μεταξύ διαφόρων ακραίων βαθμών, από τη χαρά και ευθυμία μέχρι και τη βαθιά λύπη. Πάντοτε όμως, ο φυσιολογικός άνθρωπος αναγνωρίζει τις αιτίες των μεταβολών αυτών και έχει συγχρόνως την αίσθηση ότι, λίγο ή πολύ, μπορεί να ελέγξει τις μεγάλες μεταπτώσεις. Αντίθετα, στην Κατάθλιψη, το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του με αποτέλεσμα να υποφέρει από διάφορα συμπτώματα, γεγονός που έχει αντίκτυπο στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους γύρω του, στο οικογενειακό, εργασιακό ή και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του. (Μπάλλης, 2000)

Η Κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή, καθώς εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο νοσούν από αυτή. «Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το 15% του γενικού πληθυσμού πάσχει από την ασθένεια, ενώ αυτό το ποσοστό αγγίζει το 10 - 25% στις γυναίκες και το 5 – 12% στους άντρες. Τα αίτια της συχνότερης εμφάνισης στις γυναίκες παραμένουν ανερμήνευτα, ωστόσο ενοχοποιούνται ορμονικοί, ψυχολογικοί όσο και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες». (Μάνος, 1997:201, Μπάλλης, 2000:115) Επίσης, αποτελεί ένα από τα συχνότερα ιατρικά προβλήματα, «αφού σύμφωνα με εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το έτος 2020 θα αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη σε συχνότητα αιτία θανάτου και αναπηρίας». (Χριστοδούλου, 2004:313) Γενικά, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως «μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας, από απώλεια ενδιαφέροντος, ευχαρίστησης, μειωμένη ενεργητικότητα, περιορισμένη δραστηριότητα και αίσθημα αυξημένης κόπωσης». (Κλεφτάρας, 1998:24, Αργυριάδου, 2002:8)

Οι αιτιολογικοί παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση της ασθένειας είναι πολλοί και ποικίλοι. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί ενδέχεται να είναι βιολογικής, γενετικής και ψυχολογικής φύσεως, αλλά στην πραγματικότητα συμμετέχουν όλοι τους στην εμφάνιση της συναισθηματικής αυτής διαταραχής. Όσον αφορά τους βιολογικούς

παράγοντες, φαίνεται ότι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της νόσου είναι κυρίως δύο νευροδιαβιβαστές, η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. (Μπάλλης, 2000) Στους γενετικούς παράγοντες, οι επιδράσεις φαίνεται να είναι περισσότερο πολύπλοκες, καθώς μαζί με αυτούς, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι ψυχολογικοί. «Επίσης, σύμφωνα με διάφορες μελέτες, προέκυψε ότι τα στρεσογόνα γεγονότα που προηγούνται της πάθησης, καθώς και κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως δυσθυμικές ή κυκλοθυμικές διαταραχές, σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες, παίζουν το ρόλο τους στην πρόκληση των διαταραχών του συναισθήματος». (Κλεφτάρας, 1998:28, Μπάλλης, 2000:114)

Παρά το γεγονός ότι διαφορετικοί παράγοντες (ή ο συνδυασμός αυτών) ευθύνονται για την εμφάνιση Κατάθλιξης σε κάθε άτομο, ωστόσο η συμπτωματολογία της εκδηλώνεται, είτε με ψυχολογικούς, είτε με οργανικούς τρόπους. (Μάνος, 1997, Κλεφτάρας, 1998)

ΤΡΟΠΟΙ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	
Ψυχολογικοί	Οργανικοί
Καταθλιπτική διάθεση ¹	Αίσθηση κόπωσης
Απώλεια ενδιαφέροντος	Επιβράδυνση λόγου - σκέψης - κίνησης
Μειωμένη ικανότητα σκέψης - συγκέντρωσης	Αλλαγές στην όρεξη
Χαμηλή αυτοεκτίμηση - αναξιότητα	Διαταραχή ύπνου
Άγχος	Σωματικά παράπονα – δυσφορία
Συναισθήματα ανικανότητας – απαισιοδοξίας	Διέγερση
Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας	Ελάττωση σεξουαλικής διάθεσης

Η Κατάθλιξη λοιπόν είναι μια ασθένεια που δεν εκδηλώνεται σε όλους τους ανθρώπους με τον ίδιο τρόπο. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την συχνότητα εμφάνισης της, σε όλες ανεξαιρέτως τις ηλικιακές ομάδες (παιδιά, έφηβοι, ενήλικοι και ηλικιωμένοι), την εντάσσει σε μία από τις σημαντικότερες ψυχικές ασθένειες.

5.2 Η Κατάθλιξη στους ηλικιωμένους.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η Κατάθλιψη αποτελεί μία από τις συχνότερες ψυχικές

¹ Η καταθλιπτική διάθεση, είναι ένα σύμπτωμα που αφορά το συναίσθημα της θλίψης και της δυστυχίας που βιώνουν οι περισσότεροι καταθλιπτικοί. Συνήθως αυτοί παρουσιάζουν το χαρακτηριστικό καταθλιπτικό προσωπείο, δηλαδή οι άκρες του στόματος βρίσκονται σε πτώση, τα μάτια είναι πρησμένα και κόκκινα από το κλάμα, το βλέμμα απλανές και η έκφραση θλιμμένη. (Κλεφτάρας, 1998, Χριστοδούλου, 2004)

ασθένειες, που προσβάλλει, τα παιδιά, τους ενήλικες όσο και τους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με μελέτες, «περίπου το 15% των ατόμων άνω των 65 ετών υποφέρουν από κάποια μορφή Κατάθλιψης, ενώ στις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 30%-50%». (Καλαϊτζή, 2005:300)

Ωστόσο, παρά το μεγάλο ποσοστό εμφάνισης της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, πολλές φορές αγνοείται τόσο από τους ίδιους, όσο και από τις οικογένειες τους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι μεγάλωσαν σε μία εποχή, όπου η κατάθλιψη θεωρούνταν αδυναμία και ελάττωμα του χαρακτήρα. Για το λόγο αυτό, αποφεύγουν να γνωστοποιήσουν την ασθένεια, θεωρώντας ότι μπορούν να την ελέγξουν μόνοι τους. Παράλληλα, τα μέλη της οικογένειας, δεν αντιλαμβάνονται τη νόσο, επειδή θεωρούν πολλές φορές ότι τα συμπτώματα της (ελάττωση κοινωνικών επαφών, άγχος, ανησυχία, κ.τ.λ) είναι αναπόσπαστο μέρος των γηρατειών. Επιπλέον, κάποιες φορές η κατάθλιψη παραβλέπεται επειδή συγκαλύπτεται από άλλες ασθένειες, καθώς και από τη θλίψη που πιθανόν να νιώθουν, λόγω της απώλειας αγαπημένου προσώπου ή της μετακίνησης του από την οικογένεια σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης. Οι παραπάνω λόγοι περιπλέκουν και καθυστερούν τη διάγνωση της Κατάθλιψης, γεγονός που επιβαρύνει ακόμη περισσότερο την υγεία των ηλικιωμένων. (Καλαϊτζή, 2005) Επίσης, είναι δυνατόν σε μερικούς ασθενείς της τρίτης ηλικίας η Κατάθλιψη να συγκαλύπτεται και από διαταραχές νοητικού τύπου, που έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της ψευδοάνοιας. (Μπάλλης, 2000)

Η ψευδοάνοια, από τότε που την πρωτοπεριέγραψε ο Ganser πριν από 100 χρόνια αποτέλεσε αντικείμενο προσοχής και ενδιαφέροντος για την ψυχιατρική και τη νευρολογία επειδή συνιστά μία διαγνωστική πρόκληση. Ο όρος *ψευδοάνοια* (κατάθλιψη) «υποδηλώνει την ύπαρξη μιας κλινικής εικόνας που είναι αναστρέψιμη, (εντελώς ή εν μέρει) και μοιάζει με εκείνη μιας Άνοιας ενώ στην ουσία δεν είναι». (Ντόνιας, 1997:119) Παρόλα αυτά, προκαλεί απορία το γεγονός ότι μία συναισθηματική διαταραχή, όπως είναι η κατάθλιψη, μπορεί να συγχέεται με μία διαταραχή του εγκεφάλου, όπως είναι η Άνοια. Αυτό συμβαίνει διότι πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη παρουσιάζουν κοινά συμπτώματα με αυτά της Άνοιας.

Έτσι, ασθενείς με κατάθλιψη, αλλά όχι Άνοια, παρουσιάζουν συμπτώματα έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών. Κάποιοι από αυτούς μπορεί να έχουν πολύ κακές επιδόσεις στις διάφορες δοκιμασίες ελέγχου των νοητικών λειτουργιών, λόγω ελαττωμένου ενδιαφέροντος, ελαττωμένης συγκέντρωσης ή ελαττωμένης κινητοποίησης. Επιπλέον, κάποιοι άλλοι παρουσιάζουν πιο σύνθετα νοητικά ελλείμματα, που δε μπορούν να αποδοθούν στην ελαττωμένη προσοχή ενός καταθλιπτικού. Για τον λόγο αυτό, σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει

να πραγματοποιείται λεπτομερής έλεγχος, ώστε να γίνεται η διαφορική διάγνωση μεταξύ της κατάθλιψης και της Άνοιας. (Καπρίνης, 2005)

Η διαφορική διάγνωση λοιπόν μεταξύ των δύο ασθενειών, έγκειται σε τέσσερα σημεία:

➤ Οι ασθενείς με ψευδοάνοια εμφανίζουν απότομη έναρξη της νόσου, υπάρχει γρήγορη εξέλιξη των συμπτωμάτων και το ψυχιατρικό ιστορικό για κατάθλιψη είναι θετικό. Η οικογένεια του ασθενή είναι έντονα θορυβημένη, ενώ η προσέλευσή της σε κάποιο ειδικό γίνεται σε μικρό χρονικό διάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων. **Αντίθετα**, στην Άνοια η πρόοδος των συμπτωμάτων είναι σταδιακή, ενώ η οικογένεια του ασθενή ζητάει ιατρική βοήθεια αργότερα.

➤ Πολύ σημαντικές διαφορές υπάρχουν στην τοποθέτηση των ίδιων των ασθενών απέναντι στα συμπτώματά τους. Έτσι, οι ασθενείς με ψευδοάνοια τείνουν να παραπονιούνται για τις αδυναμίες τους, για την έκπτωση της μνήμης τους και να δίνουν λεπτομερής περιγραφές των καταστάσεων που τους προβληματίζουν, συχνά διογκώνοντας τις αποτυχίες τους. **Αντίθετα**, οι ασθενείς με Άνοια δεν εμφανίζονται θορυβημένοι. Έχουν την τάση να συγκαλύπτουν τα νοητικά ελλείμματά τους, να υποβαθμίζουν τις αδυναμίες τους και να αγωνίζονται να κρατηθούν σε ένα ικανοποιητικό λειτουργικό επίπεδο, έτσι ώστε να δίνουν την εντύπωση ότι είναι υγιείς.

➤ Οι ασθενείς με ψευδοάνοια διατηρούν την προσοχή και την συγκέντρωσή τους, ακόμα αναφέρουν έκπτωση μνήμης που αφορά συγκεκριμένη χρονική περίοδο και στις ερωτήσεις των δοκιμασιών εύκολα δίνουν την απάντηση: «δεν ξέρω» ή «δεν θυμάμαι». **Αντίθετα**, οι ασθενείς με Άνοια έχουν ελαττωμένη προσοχή και συγκέντρωση, εμφανίζουν έκπτωση της πρόσφατης μνήμης και στις ερωτήσεις των δοκιμασιών δίνουν λανθασμένες ή κατά προσέγγιση απαντήσεις, συχνά καταφεύγοντας σε τεχνάσματα προκειμένου να συγκαλύπτουν τις αδυναμίες τους.

➤ Μεγάλη σημασία στην διαφοροδιάγνωση της ψευδοάνοιας από την Άνοια, έχει και το συναίσθημα. Οι ασθενείς με ψευδοάνοια έχουν συχνά καταθλιπτικό συναίσθημα, ενώ **αντίθετα** οι ανοϊκοί ασθενείς συνήθως εμφανίζονται να έχουν επιπεδωμένο ή ακόμη ρηχό και ευφορικό συναίσθημα.

➤ Τέλος, οι ασθενείς με ψευδοάνοια εμφανίζουν σημεία αφασίας, αγνωσίας και απραξίας, **αντίθετα** από τους ασθενείς με ψευδοάνοια. (Καπρίνης, 2005:175-176)

Όπως γίνεται αντιληπτό και από τα παραπάνω, είναι πολύ σημαντικό να διαγνωστούν έγκαιρα, τόσο η Κατάθλιψη, όσο και η Άνοια, ώστε να πραγματοποιηθεί η διαφορική τους διάγνωση, με σκοπό την κατάλληλη αντιμετώπισή τους.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

6.1 Φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Αυτό που θα πρέπει αρχικά να αναφερθεί είναι ότι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης της Άνοιας είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, νοητικών παρεμβάσεων στον ασθενή και συμβουλευτικής των συγγενών – περιθαλπόντων. Ο συνδυασμός αυτών των παρεμβάσεων είναι δυνατό, ανάλογα βέβαια και με το στάδιο που εφαρμόζονται, να έχουν πολύ θετικά αποτελέσματα, όπως: να προφυλάσσουν τους ασθενείς από την Άνοια, να επιστρέφουν την κλινική τους εικόνα σε προηγούμενα στάδια, να επιβραδύνουν ή και να σταματούν την εξέλιξη της νόσου για κάποιο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, «έχει αποδειχθεί ότι ακόμα και ασθενείς που εξελίσσονται προς το χειρότερο υπό φαρμακευτική αγωγή, η επιδείνωσή τους θα ήταν ακόμη μεγαλύτερη χωρίς θεραπεία». (Επικοινωνία για τη νόσο Alzheimer, τεύχος 29, 2007:5)

Καθημερινά λοιπόν, αυξάνονται τα φάρμακα, αλλά και οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για τους ασθενείς που πάσχουν από Άνοια και κυρίως Άνοια Τύπου Alzheimer. Στόχος όλων αυτών των παρεμβάσεων είναι η βελτίωση ή η διατήρηση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των περιθαλπόντων για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα, αφού μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί κάποια θεραπεία που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου.

Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια έχουν βρεθεί ορισμένες ουσίες, οι οποίες όταν χορηγηθούν σε ασθενείς δύναται να βελτιώσουν τα συμπτώματα της νόσου και να καθυστερήσουν την εξέλιξή της.

Μία κατηγορία φαρμακευτικών ουσιών, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στη θεραπεία της νόσου είναι οι αναστολείς των χολινεστερασών. Οι χολινεστεράσες είναι ένζυμα, τα οποία διασπών την ουσία ακετυλοχολίνη, υπεύθυνη για την μεταφορά των πληροφοριών μεταξύ των νευρικών κυττάρων και πιστεύεται ότι είναι σημαντική στη λειτουργία της μνήμης και της μάθησης. Στην νόσο Alzheimer τα κύτταρα αυτά καταστρέφονται, με αποτέλεσμα να ελαττώνονται τα επίπεδά της ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο.

Κατά συνέπεια, η θεραπεία με αναστολείς των χολινεστερασών είναι απαραίτητη, αφού αυξάνουν τη δράση του νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη στον εγκέφαλο. (Σακκά, 2007)

Τα φάρμακα που έχουν εγκριθεί τα τελευταία χρόνια για την Άνοια Τύπου Alzheimer είναι η Τακρίνη (Cognex), η Δονεπεζίλη (Aricept), η Ριβαστιγμίνη (Exelon), η Γκαλανταμίνη (Reminyl) και η Μεμαντίνη (Ebixa). Τα παραπάνω φάρμακα διαφέρουν ως προς τις φαρμακολογικές τους ιδιότητες.

Η **Τακρίνη** (1996) ήταν ο πρώτος αναστολέας, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο ήπαρ και το φάρμακο αυτό έχει αποσυρθεί στις περισσότερες χώρες. (Μπάστας, 2007)

Η **Δονεπεζίλη** (1997) έχει βρεθεί σε ελεγχόμενες μελέτες (συνήθως διάρκειας μέχρι 1 έτους), ότι βελτιώνει τη νοητική λειτουργία, την λειτουργικότητα και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε ασθενείς με Ήπια Νοητική Διαταραχή, Ήπια και Μέτρια νόσο Alzheimer. (Επικοινωνία για τη νόσο Alzheimer, τεύχος 14^ο, 2003:9, τεύχος 18^ο, 2004:9, & τεύχος 25^ο, 2006:4)

Ωστόσο, η πιο σημαντική διαπίστωση από την χορήγηση του Aricept είναι το γεγονός, ότι μπορεί και βελτιώνει τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα. Αυτό έχει θετικό αντίκτυπο, τόσο στους ίδιους τους ασθενείς, όσο και στα άτομα που τους φροντίζουν.

Η **Ριβαστιγμίνη** (1999) πέρα από τη βελτίωση της μνήμης, βελτιώνει και τη λειτουργικότητα των ασθενών με Άνοια, καθώς και την ικανότητά τους να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επίσης, βελτιώνει τις συμπεριφορικές διαταραχές των ασθενών με Alzheimer, ειδικότερα την απάθεια, τις παραισθήσεις και τις ψευδαισθήσεις, ενώ μειώνει και την ανάγκη χορήγησης ψυχοτρόπων φαρμάκων.

Επιπλέον, πριν από λίγο καιρό, το Exelon έλαβε ένδειξη χορήγησης στην Άνοια οφειλόμενη στη Νόσο του Parkinson, όπου εμφανίζει αποδεδειγμένα κλινικά οφέλη. (Επικοινωνία για τη νόσο Alzheimer, τεύχος 24^ο, 2006:5)

Η **Γκαλανταμίνη** (2001) σε μελέτες διάρκειας 1 έτους έχει βρεθεί ότι βελτιώνει τη νοητική λειτουργία των ασθενών, καθώς και τα συμπεριφορικά - καταθληπτικά συμπτώματα. Ωστόσο, σημαντικό όφελος, τόσο για τους ασθενείς - όσο και για τους περιθάλποντες, είναι η δυνατότητα διατήρησης των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και των νοητικών λειτουργιών των ασθενών, τουλάχιστον για 12 μήνες. (Επικοινωνία για τη νόσο Alzheimer, τεύχος 16^ο, 2004:6-7 και τεύχος 27^ο, 2006:4)

Η **Μεμαντίνη** (2003) αποτελεί το νεότερο φάρμακο για τη θεραπεία της νόσου. Ο μηχανισμός δράσης του είναι διαφορετικός από τα φάρμακα που αναφέρθηκαν ως τώρα.

Χρησιμοποιείται για τη θεραπεία μέτριας και σοβαρής νόσου Alzheimer και βοηθάει στην διατήρηση ορισμένων καθημερινών λειτουργιών (π.χ. αυτοεξυπηρέτηση στο μπάνιο για μερικούς μήνες παραπάνω). (Επικοινωνία για τη νόσο Alzheimer, τεύχος 17^ο, 2004:8)

Ωστόσο, παρά τα ευεργετικά αποτελέσματα των παραπάνω φαρμάκων, το ζήτημα της ασφάλειας χορήγησης των σκευασμάτων αυτών για τους ανοϊκούς ασθενείς είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς αυτοί είναι κατά κύριο λόγο ηλικιωμένοι και συνήθως λαμβάνουν πληθώρα φαρμάκων για διάφορες άλλες συνυπάρχουσες παθήσεις. Επιπλέον, όπως κάθε φάρμακο, έτσι και αυτά προκαλούν ανεπιθύμητες παρενέργειες (π.χ. ναυτία, ζάλη, κόπωση, έμετο, κ.α.), οι οποίες θα πρέπει να αντιμετωπιστούν. *Επομένως, είναι σημαντικό να γίνεται σωστή χορήγηση των φαρμάκων αυτών, στις ανάλογες δόσεις και για το χρονικό διάστημα που απαιτείται.*

6.2 Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Μέχρι πρόσφατα, το μόνο μέσο που υπήρχε για την αντιμετώπιση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών των ανοϊκών ασθενών ήταν η χορήγηση ειδικής φαρμακευτικής αγωγής. Πράγματι, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων για την Άνοια είναι αποδεδειγμένη, καθώς αναστέλλουν την εξέλιξη της νόσου, διατηρώντας τις νοητικές λειτουργίες του ασθενούς σε ικανοποιητικό επίπεδο, για σημαντικό χρονικό διάστημα.

Σήμερα όμως, οι έρευνες δείχνουν πως υπάρχει ακόμα ένας τρόπος αντιμετώπισης της γνωστικής αποδυνάμωσης των ασθενών: **η άσκηση των νοητικών λειτουργιών τους**. Ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής με τη συστηματική πνευματική άσκηση έχει θεαματικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, παρατηρείται σημαντική βελτίωση, τόσο των νοητικών λειτουργιών των ασθενών, όσο και της ικανότητάς τους να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. (Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών, 2006:20)

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον όλων των ειδικών να έχει επικεντρωθεί στην οργάνωση προγραμμάτων νοητικής ενδυνάμωσης. Πρόκειται για ειδικά δομημένα προγράμματα πνευματικής άσκησης που αποσκοπούν στην πλήρη αξιοποίηση εκείνων των γνωστικών λειτουργιών των ασθενών που παραμένουν σε ικανοποιητικό επίπεδο και την ενίσχυσή τους μέσα από μία σειρά εξειδικευμένων ασκήσεων και μεθόδων. (Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών, 2006:20) Απώτερος στόχος βέβαια είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του ασθενούς, όσο και

της οικογένειάς του.

Τα προγράμματα αυτά πραγματοποιούνται με επιτυχία στο εξωτερικό τα τελευταία 15 χρόνια και πρόσφατα έχουν αρχίσει να εφαρμόζονται και στην Ελλάδα. Είναι κατάλληλα, κυρίως για ασθενείς με ήπια έως μέτριας βαρύτητας Άνοια, καθώς σε αυτή τη φάση της νόσου οι ασθενείς διατηρούν αρκετά γνωστικά αποθέματα που μπορούν να αξιοποιηθούν προς όφελός τους.

Αποτελούν μία θεραπευτική προσέγγιση προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ασθενή, γίνονται ατομικά ή ομαδικά και αναπροσαρμόζονται, καθώς η ασθένεια εξελίσσεται και η κατάσταση του ασθενούς μεταβάλλεται. Ιδιαίτερης σημασίας είναι το γεγονός ότι ο ασθενής ενθαρρύνεται συνειδητά να βοηθήσει ο ίδιος τον εαυτό του, συμμετέχει ενεργά στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου και νιώθει να αποκτά ξανά τον έλεγχο της ζωής του.

Στη θεραπεία νοητικής ενδυνάμωσης χρησιμοποιείται μία μεγάλη ποικιλία ερεθισμάτων και εξειδικευμένων μεθόδων, προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι, όπως:

Γνωστική Αποκατάσταση

Η Γνωστική παρέμβαση σε ασθενείς με Άνοια έχει ως στόχο την βελτίωση των νοητικών τους ικανοτήτων, των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων της νόσου, τις λειτουργικές διαταραχές και την εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους. (Τζανακάκη-Μελισσάρη, 2005:454)

Απαραίτητη στη γνωστική παρέμβαση είναι η τροποποίηση των πεποιθήσεων για το γήρας και τη μνήμη. Ο ασθενής πρέπει να μάθει να δίνει προσοχή στις μνημονικές του ελλείψεις και να μην τις αντιμετωπίζει σαν φυσική εξέλιξη του γήρατος. Επιπλέον, πρέπει να πιστέψει ότι το γήρας δεν είναι μία περίοδος που σημαδεύεται μόνο από απώλειες, αλλά και από κέρδη. (Κουντή, 2007:97)

Βέβαια, απαιτείται, ο συνδυασμός γνωστικής θεραπείας των ασθενών και συμβουλευτικής των συγγενών του, γιατί με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Ειδικότερα, η γνωστική παρέμβαση μπορεί να γίνει:

1) Με άσκηση της προσοχής, της μνήμης και της γλώσσας.

Οι ασκήσεις αυτές στοχεύουν στην αξιοποίηση των γνωστικών λειτουργιών του ανοϊκού ασθενή που παραμένουν σε ικανοποιητικό επίπεδο και η εκμάθηση στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται η σταθεροποίηση ή ακόμα και η

επιβράδυνση της γνωστικής έκπτωσης του ασθενή, καθώς και η βελτίωση της καθημερινότητάς τους, ενώ είναι κατάλληλες κυρίως για ασθενείς με νόσο Alzheimer (ήπιας έως μέτριας βαρύτητας) και Ήπια Γνωστική Διαταραχή. (Γιαλαουζίδης, 2007:3)

2) Μέσα από άσκηση εκτέλεσης διπλού έργου

Η εκτέλεση δύο ταυτόχρονων πράξεων είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους ανοϊκούς ασθενείς, αφού η ικανότητα παράλληλης ενασχόλησης με δύο έργα πλήττεται.

Το παράλληλο έργο λοιπόν αποτελεί μία άσκηση γνωστικής αποκατάστασης, κατά την οποία γίνεται ταυτόχρονη εκτέλεση δύο έργων – ταυτόχρονη εστίαση της προσοχής σε δύο ερεθίσματα, ένα γνωστικό και ένα κατασκευαστικό (π.χ. απαντάει προφορικά σε ερωτήσεις, ενώ παράλληλα ζωγραφίζει) (Νικολαΐδου, 2007) Το γνωστικό έργο στοχεύει στη βελτίωση της μνήμης, ενώ το κατασκευαστικό στην ικανότητα του ατόμου να επιλέξει τα υλικά που του δίνονται και να λύσει το έργο, σύμφωνα με ένα πλάνο οργάνωσης. (Μάρκου, 2007:2)

3) Με Νοερή Απεικόνιση

Η φαντασία παίζει σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία, βάση της οποίας αποτελεί η νοερή εικόνα. «Ο όρος ‘νοερή απεικόνιση’ περιγράφει μία τεχνική που βρίσκεται ανάμεσα στην φαντασία και την ονειροπόληση. Είναι η νοητική διαδικασία, η οποία ενεργοποιεί και χρησιμοποιεί τις αισθήσεις και εφαρμόζεται στην ψυχοθεραπεία ως θεραπευτική τεχνική». (Πόπτη, 2007:29)

Η Νοερή Απεικόνιση εφαρμόζεται σε ασθενείς με Άνοια στο πρώτο στάδιο και σε ανθρώπους με Ήπια Νοητική Διαταραχή. Στόχος της είναι, τόσο η μείωση του άγχους και η διαχείριση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (σε ασθενείς και περιθάλποντες), όσο και η βελτίωση της λεκτικής ευχέρειας και της οπτικοχωρικής ικανότητας των συμμετεχόντων.

4) Μέσα από γνωστική άσκηση με τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή.

Η γνωστική αποκατάσταση είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί και μέσα από γνωστική άσκηση με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή. Χρησιμοποιούνται ασκήσεις που αφορούν καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών, όπως ασκήσεις που ζητούν από τους ασθενείς να χρησιμοποιήσουν το ποντίκι του Η/Υ και να ψάξουν στα ράφια ενός μαγαζιού, να βρουν προϊόντα που τους ζητούνται.

Ψυχοθεραπεία Gestalt

Η ψυχοθεραπεία Gestalt είναι μία φαινομενολογική, υπαρξιακή, εμπειρική και ολιστική προσέγγιση. Εστιάζει στον τρόπο που το άτομο βλέπει την πραγματικότητα και σε αυτό που είναι φανερό σε μία συγκεκριμένη κατάσταση, χωρίς ερμηνείες ή προσδοκίες από τη πλευρά του θεραπευτή. Βασίζεται στην ιδέα πως οι άνθρωποι είναι πάντα σε διαδικασία επαναδημιουργίας και ανακάλυψης του εαυτού τους και αποδέχεται το άτομο σαν ολότητα. Δίνει έμφαση στην έκφραση των συναισθημάτων του και στην ενεργή συμμετοχή του, στη διαδικασία διαχείρισης και λύσης των προβλημάτων του. (Σιαμπάνη, 2007:61 – 63)

Χρησιμοποιείται σε ασθενείς με Άνοια σε πρώιμο, πρώτο και δεύτερο στάδιο της νόσου. Συγκεκριμένα, ο θεραπευτής βοηθά τους ασθενείς να ενεργοποιηθούν και να νιώσουν ανακούφιση και ψυχική ηρεμία. Τους καθοδηγεί να βιώσουν στο «εδώ και τώρα» την παρουσία και την επαφή με τον εαυτό τους και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, ενώ επιδιώκει να αυξήσει την επίγνωση του ασθενούς ως προς το τι αισθάνεται λεπτό προς λεπτό

Μουσικοθεραπεία

Η μουσικοθεραπεία, σαν εναλλακτική μορφή μη φαρμακευτικής αντιμετώπισης στην Άνοια είναι μια καινούρια μορφή αποκατάστασης, η οποία συμβάλλει στην άσκηση της μνήμης, της προσοχής, των γλωσσικών δεξιοτήτων, στη γνωστική θεραπεία, καθώς και στη χαλάρωση και ευχαρίστηση του ασθενή. (Παππά, 2007)

Μπορεί να εφαρμοστεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους (παθητική ακρόαση, ενεργητική μουσικοθεραπεία, ατομική ή ομαδική), ανάλογα τις ανάγκες του ασθενούς, αλλά και το στάδιο που βρίσκεται. Με αυτό τον τρόπο, παρέχει τη δυνατότητα εισόδου σε γεγονότα και μνήμες, την έκφραση συναισθημάτων, την αύξηση της συμμετοχής - των κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων, καθώς και τη μείωση των σύνοδων προβλημάτων συμπεριφοράς. (Τζανακάκη-Μελισσάρη, 2005)

Χορός

Ο χορός είναι μία ψυχοθεραπευτική τεχνική που χρησιμοποιεί την κίνηση. *Στόχος του είναι:* η βελτίωση της ψυχοσωματικής κατάστασης του ασθενούς, η ανάπτυξη της αίσθησης του «ανήκειν» σε μία ομάδα και η μείωση της κατάθλιψης και της επιθετικότητας. (Κουντή, 2007:95, Πόππη, 2007:187)

Εικαστική Παρέμβαση

Η Εικαστική Παρέμβαση βασίζεται στη δύναμη της εικαστικής έκφρασης (ζωγραφικής, πηλού, κολλάζ, φωτογραφίας, κ.α.), ως μέσου επικοινωνίας. Αναγνωρίζει το χάρισμα του ανθρώπου να γίνεται δημιουργός, με τη χρησιμοποίηση του χεριού του σαν μέσο κατασκευής, ενώ αποτελεί μία μορφή ψυχοθεραπείας που επιτρέπει στο άτομο την συναισθηματική του έκφραση και «ίαση», μέσα από την ενεργή συμμετοχή του ίδιου.

Μπορούν να συμμετέχουν ασθενείς με Άνοια που βρίσκονται σε όλα τα στάδια, καθώς μέσα από την Εικαστική παρέμβαση ενθαρρύνεται η έκφραση των εσωτερικών εμπειριών του ατόμου, οι οποίες βρίσκουν ως μέσο, τις εικόνες παρά τις λέξεις (μη λεκτική επικοινωνία). (Βαρσαμοπούλου, 2005:553)

Προσφέρει τη δυνατότητα συνεχούς αποτίμησης των ελλειμμάτων στη μνήμη, την οπτική αντίληψη και τον συγκροτισμό του ασθενή. Παράλληλα, μέσα από την ερμηνεία των σκίτσων δύναται να προσδιοριστεί το στάδιο της νόσου ή ακόμη και να εντοπιστούν συμπτώματα κατάθλιψης ή ψύχωσης, που ενδεχομένως να περιγράφουν μία παθολογική κατάσταση. (Θεοδοσίου, 2007:133)

Πρόκληση Ευχάριστων Αναμνήσεων (Reminiscence)

Η θεραπεία *Reminiscence* είναι «μία δομημένη διαδικασία ανάκλησης ευχάριστων κυρίως εμπειριών και γεγονότων που έχουν για μεγάλο διάστημα ξεχαστεί, υπό την καθοδήγηση πάντα του θεραπευτή». (Καραουλάνη & άλλοι, 2005:547)

Τα άτομα δεν επαναφέρουν απλά αναμνήσεις του παρελθόντος, αλλά βιώνουν ξανά όσα έζησαν (απώλειες και αλλαγές στη ζωή τους), μέσα από οπτικά, ακουστικά, οσφρητικά, γευστικά και απτικά ερεθίσματα.

Συνήθως, διεξάγεται με ομαδικές συναντήσεις, έχοντας ως στόχο να βοηθήσει τον ασθενή στην διατήρηση της αυτοεκτίμησής του, στην ενίσχυση της αίσθησης αυτονομίας και αναγνώρισης του εαυτού, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Το πιο σημαντικό όμως πλεονέκτημα της παρέμβασης είναι η ικανότητα να αυξάνει την κοινωνικότητα των συμμετεχόντων και να μειώνει τα συμπεριφορικά προβλήματά τους. (Διαμαντίδου, 2007)

Προσανατολισμός στην Επικαιρότητα

Ο 'Προσανατολισμός στην Επικαιρότητα' αποτελεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα γνωστικής αποκατάστασης, σύμφωνα με το οποίο οι συμμετέχοντες καλούνται να σχολιάσουν θέματα της επικαιρότητας, χρησιμοποιώντας ποικίλα ερεθίσματα (οπτικά, ακουστικά, κ.α.)

Στοχεύει στην βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών, των γλωσσικών ικανοτήτων και στην ενίσχυση της κοινωνικότητας των ασθενών, στην αύξηση της προσοχής, της αντίληψης, της κριτικής σκέψης, του προσανατολισμού και της αυτοπεποίθησης του ατόμου, καθώς και στην μεταβίβαση της νέας γνώσης στην καθημερινή ζωή των ασθενών, γεγονός που βελτιώνει την καθημερινότητά τους. (Σούμπουρου, 2007)

Φυσιοθεραπεία

Το φυσιολογικό γήρας, επιφέρει αναμενόμενη φθορά των βιολογικών λειτουργιών, γεγονός που συνοδεύεται συνήθως, από την εμφάνιση κινητικών προβλημάτων. Ιδιαίτερα, στην περίπτωση των ασθενών με Άνοια, οι επιπτώσεις των κινητικών προβλημάτων επηρεάζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες και μειώνουν τη λειτουργικότητα και την ανεξάρτητη διαβίωσή τους.

Για το λόγο αυτό, απαραίτητη είναι η φυσιοθεραπεία σε ασθενείς με Άνοια, αφού στοχεύει στη διατήρηση της ανεξαρτησίας του ασθενή, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του, χρησιμοποιώντας διάφορες μεθόδους (όπως μάλαξη, υδροθεραπεία, κινησιοθεραπεία) και έχοντας υπόψη πάντα τις ανάγκες του ατόμου. (Παπάντσιος, 2007)

Σωματική Άσκηση

Η σωματική άσκηση, περιέχει σχεδιασμένες επαναλαμβανόμενες και δομημένες δραστηριότητες, με συγκεκριμένη συχνότητα, διάρκεια και ένταση, ανάλογα με τον επιδιωκόμενο στόχο. (Τσανακάκη-Μελισσάρη, 2005:470)

Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους με Άνοια, η οργανωμένη συμμετοχή σε προγράμματα σωματικής άσκησης δύναται να έχει θετικά αποτελέσματα, συμβάλλοντας στη βελτίωση των φυσικών, λειτουργικών και γνωστικών τους ικανοτήτων, καθώς και στην βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης (μείωση κατάθλιψης, συμπτωμάτων ανησυχίας, κ.α.). (Μουζακίδης, 2007:5)

6.3 Η οικογένεια του Άνοϊκού ασθενή - Φροντιστές

Οι περιθάλποντες των ασθενών με Άνοια είναι τα άτομα που επωμίζονται την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών. Συχνότερα, είναι η γυναίκα σύζυγος, η κόρη, η μητέρα ή άλλος συγγενής. Έχει εκτιμηθεί ότι πάνω από το 90% των ατόμων με Άνοια παραμένει στο σπίτι, ενώ τη φροντίδα του ατόμου αυτού πολύ συχνά (το 80%) την επωμίζεται μόνο ένα μέλος της οικογένειας. Επιπλέον, δεδομένου ότι η Άνοια εξελίσσεται συνεχώς, ο βαθμός εξάρτησης του ασθενή από τον περιθάλποντα αυξάνεται, καθώς περνά ο καιρός. (Καραγκιόζη & Μαργαριτίδου, 2007:152)

Έτσι λοιπόν, η οικογενειακή φροντίδα για τους ανθρώπους που πάσχουν από Άνοια αποτελεί ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα, αφού οι οικογένειες που ζουν και φροντίζουν έναν ασθενή με Άνοια έρχονται αντιμέτωποι με πολλά και ποικίλα προβλήματα. Οι περιθάλποντες καλούνται να αποδεχτούν και να διαχειριστούν τα νέα δεδομένα στην οικογενειακή τους ζωή. Πρέπει να ανταπεξέλθουν στις πολλαπλές απαιτήσεις των διαφόρων ρόλων της ζωής τους (σύζυγος, γονιός, εργαζόμενος, φροντιστής), ενώ νιώθουν να περιορίζεται ο ελεύθερος και προσωπικός τους χρόνος, με αποτέλεσμα την έντονη κοινωνική τους απομόνωση.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία κάθε περίπτωση της νόσου έχει τουλάχιστον δύο θύματα, τον ασθενή και τον άνθρωπο που τον φροντίζει. Ο περιθάλπων βάζει τον εαυτό του σε συνεχιζόμενη 24ωρη καθημερινή δοκιμασία, η οποία γίνεται σταδιακά περισσότερο απαιτητική για πολλά χρόνια, καθώς η διάρκεια της νόσου κυμαίνεται από 3 ως 20 χρόνια, με μέσο όρο διάρκειας τα 8. (Σιαμπάνη, 2006:6-7)

Εξαιτίας λοιπόν, της μεγάλης διάρκειας της νόσου και της φροντίδας που απαιτείται, τα μέλη της οικογένειας καλούνται να παίξουν σημαντικό λειτουργικό και αναγκαίο ρόλο στην φροντίδα του ασθενή. Απαιτείται εργασία με πλήρες ωράριο και τεράστια εσωτερική δύναμη.

Επιπλέον, πολλές φορές οι περιθάλποντες γίνονται δέκτες της επιθετικής συμπεριφοράς των ασθενών ή των συναισθημάτων θλίψης που νιώθουν. Η ύπαρξη ψευδαισθήσεων, παραισθήσεων και διαταραχών ύπνου, κάνουν ακόμα πιο επιβαρυντική την κατάσταση.

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα λοιπόν, έχουν τεράστια επίδραση στις οικογένειές τους και ιδιαίτερα στη συναισθηματική κατάσταση και τη ποιότητα ζωής τους. Ένα από τα συχνότερα συμπτώματα που βιώνουν οι περιθάλποντες είναι η απώλεια του ύπνου, καθώς αναγκάζονται να ακολουθήσουν τις συνήθειες του ασθενή, προκειμένου να μην του συμβεί

κάτι κακό. (Καραγκιόζη και Μαργαριτίδου, 2007)

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να διαταράσσεται η ψυχική του ηρεμία και να κατακλύζεται από έντονα συναισθήματα ανησυχίας. Εξαιτίας αυτής της κατάστασης, ο περιθάλπων βιώνει έντονα συναισθήματα, όπως αγανάκτηση - θλίψη, η οποία πολύ συχνά οδηγείται σε κατάθλιψη. Νέες μελέτες δείχνουν ότι, το 50-60% των φροντιστών υποφέρει από Κατάθλιψη.

Ακόμη και στην περίπτωση που ο περιθάλπων αποφασίζει να ζητήσει βοήθεια από κάποιον επαγγελματία, αυτό δεν συνδέεται με θετικές αλλαγές στη ζωή της οικογένειας. Τα συναισθήματα άγχους και έντασης συνεχίζουν να υφίστανται και μάλιστα αυξάνονται.

Επίσης, συχνά βιώνετε και το συναίσθημα της ενοχής από τους περιθάλποντες, το οποίο συνδέεται με αισθήματα ανεπάρκειας που πιθανόν νιώθουν ή με την πεποίθηση πως είναι ανίκανοι να φανούν αντάξιοι των προσδοκιών και των ρόλων που θέτει η κοινωνία.

Γίνεται εμφανής λοιπόν, η αναγκαιότητα ψυχολογικής και συμβουλευτικής στήριξης των περιθαλπόντων, προκειμένου να διατηρήσουν τη συναισθηματική τους ισορροπία. Ιδιαίτερα εκείνων που έχουν αναλάβει εξ' ολοκλήρου τη φροντίδα του ασθενή για λόγους που συνδέονται α) με τη διαχείριση της κατάστασης, β) με τον διαχωρισμό του λόγου που ανέλαβε τη ευθύνη αυτή και γ) με την αποδοχή και διαχείριση των συναισθημάτων του. (Σιαμπάνη, 2006:6-7)

Σύμφωνα με την παρούσα βιβλιογραφία υπάρχουν διαφόρων ειδών ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που εστιάζουν, κυρίως στην ψυχική ανακούφιση των περιθαλπόντων. Ευρήματα σχετικά με τις παρεμβάσεις αυτές δείχνουν θετικά αποτελέσματα στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των συναισθηματικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη, «ο Κοινωνικός Λειτουργός κατά την άσκηση του επαγγέλματός του αναπτύσσει έναν ή και περισσότερους ρόλους, ανάλογα με τη φύση της υπηρεσίας στην οποία εργάζεται και τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε εξυπηρετούμενου». (Καλλινικάκη, 1998:89)

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν οι ρόλοι που αναλαμβάνει ένας Κοινωνικός Λειτουργός σε υπηρεσίες που αφορούν την Άνοια. Ο ρόλος του βασίζεται στις αρχές και τις αξίες του επαγγέλματος, τη δεοντολογία και τη μεθοδολογία της κοινωνικής εργασίας., τόσο στην πρόληψη της ασθένειας (παρέμβαση στην Κοινότητα), όσο και κατά την εξέλιξη της, αφού παρεμβαίνει στον ίδιο τον ασθενή, καθώς και στον περιβάλλοντά του.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός κατέχει σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη της Άνοιας, αφού είναι σε θέση να την πραγματοποιεί στις διάφορες υπηρεσίες όπου εργάζεται. Τέτοιες υπηρεσίες αποτελούν τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και τα Κέντρα Ημερήσιας φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.), όπου ο Κοινωνικός λειτουργός λαμβάνοντας το κοινωνικό ιστορικό του ατόμου και αξιοποιώντας διάφορα εργαλεία (tests) που έχει στη διάθεσή του, πραγματοποιεί έναν αρχικό έλεγχο με σκοπό να ανιχνεύσει τυχόν διαταραχές στη μνήμη των ηλικιωμένων και κατόπιν να τους παραπέμψει στους κατάλληλους ειδικούς, εφόσον το κρίνει απαραίτητο. (Τζανακάκη - Μελισσάρη και Καστανάκη 2005:593-594, Παττακού - Παρασύρη, 2008:2)

Επιπλέον, ο Κοινωνικός Λειτουργός μέσα από τους ποικίλους ρόλους του, μπορεί και πραγματοποιεί διάφορες ομάδες μνήμης, τόσο σε υγιείς ηλικιωμένους, όσο και σε ηλικιωμένους που έχουν προσβληθεί από Άνοια και βρίσκονται στο αρχικό στάδιο της ασθένειας. Οι ομάδες που απευθύνονται σε υγιείς ηλικιωμένους έχουν προληπτικό χαρακτήρα και συντελούν, μέσω ειδικών ασκήσεων, ώστε τα άτομα να ενδυναμώσουν τη μνήμη τους. Όσον αφορά τις ομάδες που δημιουργούνται για τους ηλικιωμένους που ήδη πάσχουν από Άνοια, αυτές έχουν ως στόχο τη σταθερή διατήρηση της γνωστικής κατάστασης των ηλικιωμένων για όσο το δυνατόν περισσότερο διάστημα, καθώς και την προαγωγή της ψυχολογικής τους κατάστασης. (Τζανακάκη - Μελισσάρη και Καστανάκη 2005:593-594, Παττακού - Παρασύρη, 2008:11)

Σημαντικός είναι ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού ως εμπειρογνώμονα σε θέματα που αφορούν την Άνοια, διότι έχει τη δυνατότητα να οργανώνει προγράμματα ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης και να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την ασθένεια. Διαμέσου των ενημερώσεων συμβάλλει σημαντικά στην άρση των προκαταλήψεων και στην καταπολέμηση του στιγματισμού των πασχόντων και των οικογενειών τους. (Καλλινικάκη, 1998:91, Χριστοδούλου και συνεργάτες, 2004:913, Παττακού - Παρασύρη, 2008:11) Επιπλέον, έχει τη δυνατότητα να συγγράφει και να δημοσιεύει επιστημονικά άρθρα στον ημερήσιο και στον περιοδικό τύπο, που αφορούν την Άνοια ή να δημιουργεί ενημερωτικά φυλλάδια παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες γύρω από την ασθένεια. (Τζανακάκη - Μελισσάρη και Καστανάκη 2005:594-595)

Μέσω των ενημερώσεων του κοινού, ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να επιτύχει έναν ακόμη σημαντικό στόχο, την ανάδειξη της σημασίας του εθελοντισμού και την προώθηση μορφών εθελοντισμού στον χώρο της Άνοιας, τόσο στη διάγνωση, όσο και στην παρέμβαση. Η εθελοντική προσφορά των πολιτών στον τομέα της Άνοιας είναι σημαντική, γιατί με τον τρόπο αυτό ο εθελοντής αντιλαμβάνεται την ασθένεια, αλλά συγχρόνως προσφέρει την πολύτιμη βοήθεια του στους ασθενείς και τους φροντιστές τους. (Τζανακάκη - Μελισσάρη και Καστανάκη, 2005:595, Παττακού - Παρασύρη, 2008:11)

Σπουδαίο ρόλο κατέχει η Κοινωνική Εργασία στον τομέα της έρευνας, αφού παρέχεται η δυνατότητα στον Κοινωνικό Λειτουργό να πραγματοποιεί έρευνες που αφορούν την Άνοια και τις ανάγκες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και οι φροντιστές τους. Έρευνες που έχουν ως στόχο την σφαιρική κατανόηση του φαινομένου, την παραγωγή νέας γνώσης, καθώς και την εκτίμηση αναγκών, συμβάλλοντας στη δημιουργία νέων υπηρεσιών και δομών. (Παττακού - Παρασύρη, 2008:3)

Από τα παραπάνω, έγινε κατανοητό πόσο σημαντική είναι η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού στην πρόληψη της Άνοιας. Ωστόσο, ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στην πρόληψη αλλά επεκτείνεται, έτσι ο Κοινωνικός λειτουργός παρεμβαίνει σε ανοϊκούς ασθενείς και στους φροντιστές τους.

Μετά την διάγνωση της ασθένειας, ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει συμβουλευτικό ρόλο παρέχοντας βοήθεια στο ανοϊκό άτομο, ώστε να ανταποκριθεί στις προκλήσεις της ασθένειας, εστιάζοντας στα συναισθήματα και τους φόβους του. Πληροφορεί τον ασθενή σχετικά με τις αλλαγές που θα επέλθουν στη ζωή του και προτείνει τρόπους για την καλύτερη αντιμετώπιση αυτών των αλλαγών. Ενημερώνει το άτομο σχετικά με τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που υπάρχουν και συνηγορεί υπέρ του με σκοπό να συμβάλλει στην εξασφάλιση των δικαιωμάτων του. Επιπλέον, όσο η ασθένεια εξελίσσεται,

μειώνοντας την κρίση του ασθενή και καθιστώντας τον ανίκανο να λάβει αποφάσεις, ο Κοινωνικός Λειτουργός φροντίζει για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων, των συμφερόντων και των υποθέσεων του. (Παττακού - Παρασύρη, 2008:2-9)

Ο Κοινωνικός Λειτουργός γνωρίζει ότι, όταν το άτομο νοσεί από Άνοια, τότε «νοσεί» η οικογένειά του και ο φροντιστής του, έτσι η παρέμβαση του δεν σταματάει απλώς στον πάσχοντα, αλλά επεκτείνεται και στην οικογένειά του.

Οι οικογένειες που ζουν και φροντίζουν έναν ασθενή με Άνοια, στην προσπάθειά τους να φροντίσουν τον ασθενή τους όσο καλύτερα μπορούν, έρχονται αντιμέτωποι με πολλά και ποικίλα προβλήματα. Οι περιθάλποντες καλούνται να αποδεχτούν και να διαχειριστούν τα νέα δεδομένα στην οικογενειακή τους ζωή. Πρέπει να αντεπεξέλθουν στις πολλαπλές απαιτήσεις των διαφόρων ρόλων της ζωής τους (σύζυγος, γονιός, εργαζόμενος, φροντιστής). Νοιώθουν να περιορίζεται ο ελεύθερος και προσωπικός τους χρόνος και πολλές φορές νοιώθουν έντονη την κοινωνική απομόνωση. Τέλος, δεν είναι λίγες οι φορές που έρχονται αντιμέτωποι με την οικονομική επιβάρυνση και πολλές φορές νοιώθουν ότι χάνουν τον εαυτό τους. (Τσοκανάρη, 2007:8)

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού αρχικά έγκειται στο να παρέχει πληροφόρηση στην οικογένεια/φροντιστή σχετικά με την ασθένεια και τις εξειδικευμένες υπηρεσίες στις οποίες μπορούν να απευθυνθούν. Εν συνεχεία, μέσω της ψυχοκοινωνικής εκτίμησης εντοπίζει το μέγεθος του άγχους του φροντιστή, τον βαθμό επιβάρυνσης που βιώνει και εκτιμά τις κοινωνικές ανάγκες της οικογένειας (ενδοοικογενειακές σχέσεις, κοινωνικότητα, επαγγελματικός τομέας, πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν). (Τσοκανάρη, 2007:8)

Ένας ακόμη στόχος του Κοινωνικού Λειτουργού εφόσον εντοπίσει σημάδια περιθωριοποίησης της οικογένειας και ιδιαίτερα του κύριου φροντιστή είναι να τους κινητοποιήσει να ενεργοποιηθούν κοινωνικά. Έτσι, τους παρακινεί ώστε να αφιερώνουν λίγο χρόνο για τον εαυτό τους και να αναθερμάνουν τις σχέσεις τους με φίλους και συγγενείς. Ακόμη, τους συμβουλεύει να μην θέτουν τον εαυτό τους στο περιθώριο και καταπιέζουν τις ανάγκες τους για κοινωνικότητα, γιατί κάτι τέτοιο θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, νοητική και ψυχική τους υγεία και πιθανώς και τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Επίσης, τους προτρέπει να μην ντρέπονται και να μην διστάζουν να ζητούν βοήθεια και από άλλα μέλη της οικογένειας προκειμένου να μπορούν να έχουν λίγο ελεύθερο χρόνο για τον εαυτό τους. Τέλος, τους παρακινεί να επισκέπτονται τις δομές που υπάρχουν για τη νόσο, τόσο για να δικτυωθούν με άλλους περιθάλποντες, όσο και για να συμμετέχουν στις εκπαιδευτικές και θεραπευτικές ομάδες, που θα τους βοηθήσουν σημαντικά στην

αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. (Τσοκανάρη, 2007:8)

Κατά το τελικό στάδιο της ασθένειας, και καθώς παρατηρείται συνεχής μείωση των γνωστικών ικανοτήτων του ανοϊκού, ο ασθενής βιώνει συναισθήματα κατάθλιψης και ανησυχίας. Επιπλέον, ο φροντιστής του νιώθει συναισθήματα απώλειας και πένθους που εντείνονται καθώς τα συμπτώματα του ασθενή γίνονται εντονότερα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο Κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή και τον φροντιστή του να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα της ασθένειας και να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα που απορρέουν από το πένθος και την απώλεια. (Παττακού – Παρασύρη, 2008)

Κλείνοντας, σημαντικός θεωρείται ο ρόλος που διαδραματίζει ο Κοινωνικός λειτουργός σε κλειστά πλαίσια νοσηλείας για ανοϊκούς ασθενείς. Στην χώρα μας βέβαια δεν υπάρχουν κλειστά ιδρύματα, τα οποία να δέχονται αποκλειστικά ανοϊκά άτομα, οι μόνες υπηρεσίες που μπορούν να περιθάλψουν και να νοσηλεύσουν τα άτομα αυτά είναι τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων και τα Γηροκομεία. Στους χώρους αυτούς, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να είναι πρωτοπόρος για την ποιότητα φροντίδας των πασχόντων από Άνοια και να κινείται σύμφωνα με δύο βασικές λειτουργίες:

- Να συμμετέχει στο σχεδιασμό και στην ανάπτυξη προγραμμάτων για τους ασθενείς με Άνοια και
- να βοηθάει, ώστε να διατηρηθεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον που θα παρέχει καλύτερη ποιότητα ζωής στους ανοϊκούς. (Παττακού - Παρασύρη, 2008:12)

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορούν να συμβάλλουν στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της Άνοιας, χρειάζεται όμως να διαθέτουν ειδικές γνώσεις και συνεχή εκπαίδευση, γιατί η ασθένεια εξελίσσεται ραγδαία, δίνοντας συνεχώς νέα δεδομένα.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1.1 Διατύπωση του Ερευνώμενου Θέματος

Με αφορμή την ολοκλήρωση της εκπαίδευσής μας στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας κληθήκαμε να εκπονήσουμε την Πτυχιακή μας εργασία. Μέσω αυτής μας δόθηκε η δυνατότητα να εμπλουτίσουμε τις γνώσεις μας, τόσο σε θεωρητικό επίπεδο, όσο και σε πρακτικό.

Η μελέτη αυτή είχε ως κύριο προσανατολισμό τα άτομα της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας, τα οποία και αποτελούν μία από τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Είναι γνωστό άλλωστε, ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί ραγδαία αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων, κάτι που ενισχύεται από παράγοντες όπως η υπογεννητικότητα, η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής.

Λόγω λοιπόν της αύξησης του μέσου όρου ζωής, που δεν συνάδει με την καλή υγεία, τα ηλικιωμένα άτομα κινδυνεύουν να νοσήσουν από διάφορες παθήσεις. Στη σύγχρονη Βιβλιογραφία, αναφέρεται ότι σχεδόν το 20% των ηλικιωμένων κατοίκων μίας Κοινότητας θα παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα ψυχικής διαταραχής. (Παττακού – Παρασύρη, 2007) Η πιο κοινή ψυχική διαταραχή ανάμεσα στα ηλικιωμένα άτομα είναι η Άνοια, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, διαταραχές στη συμπεριφορά και ψυχολογικά προβλήματα. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι να διαταράσσεται η συνολική λειτουργικότητα του ατόμου και η ποιότητα ζωής του. Γίνεται φανερό λοιπόν, ότι η Άνοια αποτελεί μία ασθένεια με πολύ σοβαρές συνέπειες, τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στην οικογένειά του.

Τα παραπάνω αποτέλεσαν έναυσμα για εμάς, προκειμένου να ασχοληθούμε με την Ανίχνευση του Επιπολασμού της Άνοιας σε άτομα άνω των 65 ετών. Η έρευνα διεξήχθη στον αγροτικό πληθυσμό του Δήμου Μ. Αλεξάνδρου του Ν. Πέλλας. Η επιλογή του συγκεκριμένου Δήμου έγινε λόγω καταγωγής της μίας εκ των τριών ερευνητριών.

Επιπλέον, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, είδαμε ότι μελέτες στον Ελληνικό πληθυσμό, σχετικά με τον Επιπολασμό της Άνοιας δεν υπάρχουν. Αυτό αποτέλεσε πρόκληση για εμάς! Άλλωστε, ένας ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας είναι η πραγματοποίηση ερευνών για διαπίστωση αναγκών ή μελέτη προβλημάτων ενός πληθυσμού.

1.2 Συναφείς Έρευνες

Λαμβάνοντας υπόψιν την επιθυμία ενασχόλησής μας με την ευπαθή ομάδα των ηλικιωμένων, ερευνήσαμε ανάλογες έρευνες που έχουν λάβει χώρα από σπουδαστές του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας.

Συγκεκριμένα έχουν πραγματοποιηθεί οι ακόλουθες πτυχιακές εργασίες, οι οποίες συνδέονται άμεσα με το θέμα μελέτης μας:

- ✓ «Ανίχνευση της γνωστικής διαταραχής σε άτομα άνω των 65 ετών στα Κ.Α.Π.Η. στην αστική περιοχή του Νομού Ηρακλείου» (2006)
- ✓ «Ανίχνευση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών ατόμων άνω των 65 ετών και διερεύνηση της λειτουργικότητάς τους : έρευνα στα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου» (2006)

Πιστεύουμε όμως, ότι κάθε νέα έρευνα έχει να δώσει καινούργια στοιχεία, και σ' αυτό ακριβώς έγκειται η αξία της κάθε μελέτης. Άλλωστε είναι γνωστό, πως τα δεδομένα και οι συνθήκες αλλάζουν συνεχώς. Καθημερινά ανακαλύπτονται νέα ευρήματα που έρχονται να συμπληρώσουν / επιβεβαιώσουν τα προηγούμενα.

Έτσι λοιπόν, η μελέτη μας έγινε με σκοπό να διερευνήσει τον Επιπολασμό της άνοιας, καθώς και θέματα των ηλικιωμένων (που αναδείχθηκαν από το ερωτηματολόγιο για τα δημογραφικά των ερωτώμενων), σε μία περιοχή που μέχρι σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί αντίστοιχη έρευνα. Παράλληλα, θεωρούμε ότι η μελέτη αυτή αποτέλεσε ένα πρώτο βήμα ενημέρωσης – ευαισθητοποίησης της τοπικής κοινωνίας πάνω σε θέματα που αφορούν την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία για την Άνοια.

Τέλος, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης θα αποτελέσουν πολύτιμο εργαλείο για τις υπηρεσίες που δρουν στην περιοχή, αφού θα συμβάλουν στην ανάπτυξη του ευρύτερου πληθυσμού. Επιπλέον, αφορούσε μία επιδημιολογική έρευνα, όπου το δείγμα αποτελούνταν από το σύνολο των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών, κάτι που θεωρούμε ότι μας έδωσε, όσο αυτό κατέστη δυνατό, μία σαφή και πλήρη εικόνα της τάσης που υπάρχει στην περιοχή.

1.3 Σκοπός Μελέτης

Η ανίχνευση και αποτύπωση του Επιπολασμού της Άνοιας στα άτομα άνω των 65 ετών του Δήμου Μ. Αλεξάνδρου, στο Νομό Πέλλας, καθώς και η διερεύνηση της λειτουργικότητας και της συναισθηματικής τους κατάστασης.

Επιμέρους Στόχοι:

- Η σφαιρική προσέγγιση του θέματος μέσα από τη συλλογή, μελέτη και ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, με απώτερο σκοπό την διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων χρήσιμων για τη βαθύτερη γνώση του θέματος.
- Η ανάδυση θεμάτων ή αναγκών των ηλικιωμένων της συγκεκριμένης περιοχής.
- Μελέτη του Επιπολασμού της Άνοιας μιας αγροτικής περιοχής, – πόσο σχετίζεται με τα μέχρι τώρα διεθνή δεδομένα;

1.4 Ερευνητικά Ερωτήματα και Υποθέσεις της Έρευνας

- Κατά πόσο το φύλο των ηλικιωμένων συνδέεται με την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών;
- Αυξάνονται με την πάροδο της ηλικίας, οι πιθανότητες στα ηλικιωμένα άτομα να εμφανίσουν έκπτωση στις γνωστικές τους λειτουργίες;
- Η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο του ηλικιωμένου;
- Υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες ένας ηλικιωμένος που δεν έχει δημιουργήσει οικογένεια (μοναχικό άτομο) να εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης από έναν ηλικιωμένο που έχει δημιουργήσει οικογένεια;
- Η έκπτωση στις γνωστικές λειτουργίες ενός ατόμου σχετίζεται με την μείωση της λειτουργικότητάς του;
- Η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών σχετίζεται με το επάγγελμα του ηλικιωμένου;

Οι υποθέσεις που θέσαμε εξ' αρχής ήταν οι παρακάτω:

A) Υποθέσαμε ότι από τη στιγμή που δεν υπάρχουν Επιδημιολογικές Έρευνες στην Ελλάδα για την Άνοια, λόγω ποιότητας ζωής στην Περιφέρεια, η νόσος δεν ακολουθεί τα Παγκόσμια ποσοστά.

B) Το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο υποθέσαμε ότι, όπως συνάδει από τη διεθνή βιβλιογραφία θα επηρεάζει τον επιπολασμό την Άνοιας και στην περιοχή έρευνας.

1.5 Πεδίο Μελέτης

Η προσέγγιση που χρησιμοποιήσαμε ήταν η ποσοτική, αφού αυτή παρέχει τη δυνατότητα συλλογής των δεδομένων με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια και αξιοπιστία. Επιπλέον, οι ποσοτικές μελέτες είναι κατάλληλες, όταν απαιτείται η διερεύνηση ενός μεγάλου δείγματος, δεδομένου ότι ο ερευνητής μπορεί να πραγματοποιήσει συγκρίσεις ευκολότερα. (Ανδριώτης, 2003)

Όσον αφορά το πεδίο μελέτης της έρευνας αποτέλεσε ο Δήμος Μ. Αλεξάνδρου του Νομού Πέλλας. Ο Δήμος Μ. Αλεξάνδρου προήλθε από τη συνένωση των κοινοτήτων Γαλατάδων, Καρυώτισσας, Παλαιφύτου, Τριφυλλίου, Δροσερού, Λιπαρού και των οικισμών Αγίου Γεωργίου και Γυψοχωρίου. Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ο πληθυσμός του Δήμου ανέρχεται σε 8.143 κατοίκους, εκ των οποίων οι 1443 είναι άτομα άνω των 65 ετών. Η συνολική του έκταση είναι 87.529 στρέμματα, ενώ βρίσκεται στα νοτιοανατολικά του Νομού Πέλλας και συνορεύει με τους Δήμους Γιαννιτσών, Κρύας Βρύσης, Σκύδρας, Μενήιδος και Κύρρου. Η έδρα του Δήμου είναι στους Γαλατάδες. Η γεωγραφική θέση του Δήμου είναι και το συγκριτικό του πλεονέκτημα, μιας και απέχει μόλις 60χλμ. από τη Θεσσαλονίκη και 30χλμ. από την πρωτεύουσα του Νομού, την Έδεσσα.

Το έδαφος της περιοχής είναι πεδινό και η κύρια απασχόληση των κατοίκων είναι η γεωργία. Κυριότερα προϊόντα που καλλιεργούνται είναι τα σπαράγγια, τα τεύτλα, τα ροδάκινα και τα καπνά, ενώ έντονη είναι και η καλλιέργεια οπωροκηπευτικών σε θερμοκήπια.

Οι κάτοικοι του Δήμου έχουν την δυνατότητα πρόσβασης σε ποικίλες δομές που αφορούν την υγεία, τον πολιτισμό, τον ελεύθερο χρόνο. Συγκεκριμένα, η ιατρική περίθαλψη των κατοίκων καλύπτεται από τα Αγροτικά Ιατρεία που βρίσκονται σε όλα τα χωριά του Δήμου. Όλα τα ιατρεία στελεχώνονται από έναν αγροτικό γιατρό ορισμένες μέρες της εβδομάδας, εκτός από την Καρυώτισσα και τους Γαλατάδες, όπου υπάρχει μόνιμα από ένας γιατρός.

Το ΚΑΠΗ του Δήμου Μεγάλου Αλεξάνδρου ιδρύθηκε το 1999. Σκοπός του είναι να βοηθήσει τα ηλικιωμένα άτομα στην προσπάθειά τους να επιλύσουν ή να μειώσουν κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, καθώς και προβλήματα υγείας. Σε αυτά τα πλαίσια, υλοποιείται στο ΚΑΠΗ από τη ΔΕΑΜΑ το πρόγραμμα "Δημιουργία Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας" με προσωπικό μια κοινωνική λειτουργό, δύο νοσηλεύτριες και μια οικογενειακή βοηθό. Η έδρα του προγράμματος βρίσκεται στο Παλαιφύτο και εξυπηρετεί τις ανάγκες 4 χωριών (Παλαιφύτο, Δροσερό, Γυψοχώρι και Τριφύλλι). Ακόμα, στα πλαίσια του ΚΑΠΗ

στους Γαλατάδες λειτουργεί το 'Βοήθεια στο Σπίτι', το οποίο και εξυπηρετεί τις ανάγκες των υπολοίπων 4 χωριών (Γαλατάδες, Καρυώτισσα, Αγ. Γιώργης, Λιπαρό). Τμήματα του ΚΑΠΗ λειτουργούν επίσης στην Καρυώτισσα και στο Τριφύλλι. Όσον αφορά τις δράσεις που αναπτύσσονται αφορούν την οργάνωση εκδρομών, συνεστιάσεων, ομιλιών, τμήματος χορού και γυμναστικής. Αυτό που θα πρέπει να αναφερθεί είναι ότι η πλειοψηφία των δράσεων αναπτύσσονται κυρίως στα μεγάλα χωριά, ενώ αντίθετα στα μικρά χωριά του Δήμου αυτές είναι περιορισμένες.

Επιπλέον, για τις ανάγκες των ηλικιωμένων πρόσφατα ιδρύθηκε στην Καρυώτισσα, Σωματείο της Εταιρείας Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών. Η δημιουργία του βασίστηκε στην εθελοντική πρωτοβουλία κάποιων ευαισθητοποιημένων πολιτών.

Παράλληλα, στο κάθε χωριό υπάρχει Πολιτιστικός Σύλλογος που διαθέτει τμήματα χορού, χορωδίας, ζωγραφικής και απευθύνονται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Βέβαια, να αναφερθεί ότι η λειτουργία των παραπάνω τμημάτων εξαρτάται από την εκδήλωση ενδιαφέροντος των κατοίκων του κάθε χωριού.

1.6 Δείγμα της Έρευνας

Το δείγμα της έρευνας μας αποτέλεσαν τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, ανεξαρτήτως φύλου, που διαμένουν στο Δήμο Μ. Αλεξάνδρου. Συγκεκριμένα, ο γηραιός πληθυσμός ανέρχεται σε 1.443 άτομα, σε σύνολο 8.143 κατοίκων. (<http://www.statistics.gr> [5 Ιουνίου 2007]) Τα ηλικιωμένα άτομα που τελικά συμμετείχαν στην έρευνα ήταν στον αριθμό 693 (*Πίνακας 1*), όμως τελικά τα άτομα που ολοκλήρωσαν τη διαδικασία ήταν στο σύνολο 678. Ωστόσο, παρατηρήθηκαν περιπτώσεις ατόμων (423) που αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα για ποικίλους λόγους (*Πίνακας 3*). Παράλληλα, όπως σε κάθε έρευνα, έτσι και στην παρούσα, υπήρξε ένας αριθμός ατόμων (327), ο οποίος δεν κατέστη δυνατόν να τον εντοπίσουμε (*Πίνακας 2*).

Όσον αφορά τη συλλογή των στατιστικών μας δεδομένων αυτή έγινε με τη μέθοδο της **απογραφής** ('πόρτα – πόρτα'). «Η απογραφή συνίσταται στην καταγραφή όλων των στοιχείων του πληθυσμού, χωρίς εξαίρεση και από κάθε μονάδα λαμβάνονται μετρήσεις ή απαριθμήσεις των χαρακτηριστικών που ενδιαφέρουν». (Αποστολόπουλος, 1988:18) Επιπλέον, αποτελεί ιδανική μέθοδο, αφού γίνεται καταγραφή όλου του πληθυσμού και τα αποτελέσματα που προκύπτουν αντιπροσωπεύουν τα πραγματικά δεδομένα. (Ανδρειώτης, 2003)

Πίνακας 1: Αριθμός Συμπληρωμένων Ερωτηματολογίων ανά Χωριό

Δημοτικό Διαμέρισμα	Χωριό	Συνολικός Πληθυσμός	Πληθυσμός ατόμων άνω των 65 ετών	Αριθμός Συμπληρωμένων Ερωτηματολογίων	Αρνήσεις συμμετοχής κατά φύλο		
					Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Παλαιόφυτου	Παλαιόφυτο	1.468	249	191	18	36	54
Δροσερού	Δροσερό	496	134	68	19	35	54
Τριφυλλίου	Γυψοχώρι	470	204	40	12	20	32
	Τριφύλλι	531		45	9	16	25
Λιπαρού	Λιπαρό	478	88	48	12	16	28
Άγιος Γεώργιος	Άγ. Γιώργης	359	80	32	10	18	28
Καρυτότισσα	Καρυτότισσα	1.999	369	166	20	86	106
Γαλατάδων	Γαλατάδες	2.339	319	103	37	59	96
Σύνολο		8.140	1443	693	137	286	423

Πίνακας 2: Άτομα που δεν εντοπίστηκαν

Ερευνώμενα Χωριά	Πληθυσμός ατόμων άνω των 65 ετών	Αριθμός Συμπληρωμένων Ερωτηματολογίων	Αρνήσεις συμμετοχής	Άτομα που δεν εντοπίστηκαν
Παλαιόφυτο	249	191	54	4
Δροσερό	134	68	54	12
Γυψοχώρι	204	40	32	62
Τριφύλλι		45	25	
Λιπαρό	88	48	28	12
Άγ. Γιώργης	80	32	28	20
Καρυτότισσα	369	166	106	97
Γαλατάδες	319	103	96	120
Σύνολο	1443	693	423	327

Πίνακας 3: Λόγοι Άρνησης Συμμετοχής στην Έρευνα

ΛΟΓΟΣ ΑΡΝΗΣΗΣ	ΕΡΕΥΝΩΜΕΝΑ ΧΩΡΙΑ								
	Παλαίφ.	Δροσ.	Γυψοχ.	Τριφ.	Λιπ.	Αγ. Γιώργ.	Καρυότ.	Γαλατ.	Σύνολο
Προβλήματα Υγείας	13	14	10	6	4	9	24	18	98
Άρνηση Παιδιών/συζύγου	----	----	----	----	----	----	2	6	8
Έλλειψη Ενδιαφέροντος	18	24	7	10	18	15	45	38	175
Εργασία - Απασχόληση	8	9	4	5	3	3	15	10	57
Φόβος – Καχυποψία	12	6	11	3	3	1	5	4	45
Διακοπές	----	----	----	1	----	----	----	14	15
Συμπλήρωσε ο/η σύζυγος	----	----	----	----	----	----	6	1	7
Διαγνωσμένο Alzheimer	1	----	----	----	----	----	5	3	9
Κούραση	2	1	----	----	----	----	1	1	5
Πένθος	----	----	----	----	----	----	3	1	4
Σύνολο	54	54	32	25	28	28	106	96	423

1.7 Τεχνική Συλλογής Στοιχείων

Για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας, απαραίτητη ήταν η επιλογή των κατάλληλων μέσων συλλογής στοιχείων. Σημαντική επιλογή, αφού έπρεπε να ανταποκρίνεται στους στόχους που είχαν τεθεί εξ' αρχής, καθώς και να δοθούν απαντήσεις στα βασικά ερωτήματα που μας απασχόλησαν.

Έτσι λοιπόν, η συλλογή των στοιχείων αυτών έγινε μέσω ερωτηματολογίου που εμπεριείχε ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις. Βασικό πλεονέκτημα της τεχνικής αυτής είναι ότι επιτρέπει να εξεταστεί το προς έρευνα θέμα με ακρίβεια και τα αποτελέσματα που

προκύπτουν είναι αξιόπιστα, μετρήσιμα και διαχρονικά. Επιπλέον, ο προς έρευνα πληθυσμός ήταν μεγάλος σε μέγεθος, οπότε και δεν ήταν δυνατή η χρησιμοποίηση κάποιου άλλου μέσου. Έτσι, απαιτούνταν ένα μέσο που θα ήταν γρήγορο, κατανοητό και εύκολο για τους ερωτώμενους.

Στην παρούσα έρευνα, την τεχνική συλλογής στοιχείων αποτέλεσαν test (βλ. Παράρτημα) που χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλεία ανίχνευσης, τα οποία εκτιμούν σε ένα γενικό επίπεδο τις ικανότητες του ατόμου. Τα εργαλεία αυτά είναι το **Mini - Mental State Examination** ή **Hindi Mental State Examination** (τεστ ανίχνευσης της έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών), το **Instrumental Activity of Daily Living** (τεστ εκτίμησης του λειτουργικού επιπέδου) και τέλος, το **Geriatric Depression Scale** (τεστ ανίχνευσης της Κατάθλιψης).

1) Το **Mini - Mental State Examination (MMSE)** είναι ένα σύντομο, εύχρηστο και αξιόπιστο εργαλείο, σταθμισμένο στον Ελληνικό πληθυσμό. Χρησιμοποιείται σε άτομα τα οποία έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον 5 χρόνια βασικής εκπαίδευσης. Ενώ αντίστοιχα σε άτομα με λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης χρησιμοποιείται το Hindi. Μέσω αυτής της δοκιμασίας διακρίνεται η ύπαρξη ή μη γνωστικής διαταραχής. Εξετάζει τον προσανατολισμό σε χρόνο και τόπο, την κατανομασία, την φωνητική διάκριση, την άμεση μνήμη, την συγκέντρωση και την καθυστερημένη ανάκληση λέξεων. Επίσης, ελέγχει την κατανόηση γραπτού λόγου, τις οπτικοκατασκευαστικές ικανότητες, τον αυθόρμητο γραπτό λόγο και την κατανόηση σύνθετων οδηγιών. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 6 υποκλίμακες: προσανατολισμός (ερώτηση 1-10), εγγάραξη (ερώτηση 11-13), προσοχή και ικανότητα υπολογισμών (ερώτηση 14-18), ανάκληση (ερώτηση 19-21), γλώσσα (ερώτηση 22-29) και πραξία (ερώτηση 30). Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται με 0 (λανθασμένες απαντήσεις) και 1 (σωστές απαντήσεις). Μέγιστο σκορ στην δοκιμασία είναι το 30, ενώ το όριο μεταξύ φυσιολογικών και ανοϊκών ατόμων είναι το 24 (Harvey, Dahlman 1999) (Αγωγιάτου, 2007). Συγκεκριμένα, η βαθμολογική κλίμακα του τεστ έχει ως εξής:

Συνολική Βαθμολογία	Γνωστικό επίπεδο
MMSE: 30 – 28	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο
MMSE: 27 – 25	Ήπια Γνωστική Διαταραχή
MMSE: 24 – 20	Ήπια Άνοια
MMSE: 19 – 11	Μέτρια Άνοια
MMSE: 10 – 0	Σοβαρή Άνοια

2) Το **Instrumental Activity of Daily Living (IADL)** αφορά τις δραστηριότητες που υπό κανονικές συνθήκες, το άτομο κάνει στην καθημερινή του ζωή. Γίνεται άμεση εκτίμηση της εκτελεστικής λειτουργικότητας στις καθημερινές δραστηριότητες. Το **IADL** αποτελείται από 8 ερωτήσεις στις οποίες ελέγχεται η ικανότητα του εξεταζόμενου για τη σωστή χρήση του τηλεφώνου, την αγορά των απαραίτητων αγαθών, τη καθαριότητα (σπιτιού και πλύσιμο προσωπικών ενδυμάτων), τη μεταφορά, τη σωστή λήψη φαρμάκων και τη δυνατότητα συναλλαγής με χρήματα. Ωστόσο, για να εκτιμήσουμε την λειτουργικότητα του ατόμου, αξιολογήσαμε μόνο τις 4 από τις 8 ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις που λάβαμε υπόψη, αφορούν την ικανότητα χρησιμοποίησης του τηλεφώνου, μεταφοράς, λήψης φαρμάκων και διαχείρισης των χρημάτων. Ο λόγος που αξιολογούνται οι συγκεκριμένες ερωτήσεις είναι ότι ο αντρικός πληθυσμός, συνήθως δεν συμμετέχει στην φροντίδα του σπιτιού. *Η βαθμολόγηση του τεστ γίνεται ως εξής:*

Βαθμολογία	Επίπεδο Λειτουργικότητας
Σύνολο = 4	Απουσία Λειτουργικών προβλημάτων
Σύνολο > 4	Ύπαρξη Λειτουργικών προβλημάτων

3) Το **Geriatric Depression Scale (GDS)** είναι η κλίμακα για την εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου και την ανίχνευση της Κατάθλιψης, και αποτελείται από 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου. (Αγωγιάτου, 2007:78) Αποτυπώνει τη διάθεση και τα συναισθήματα των ηλικιωμένων, καθώς και πιθανά συμπτώματα τάσης για Κατάθλιψη. Κάθε ερώτηση επιζητά μία απάντηση του τύπου Ναι ή Όχι που βαθμολογείται αντίστοιχα με 0 ή 1. Συγκεκριμένα, στις ερωτήσεις 1, 5, 7, 11, 13 ο ερωτώμενος βαθμολογείται με 1 βαθμό στην απάντηση Όχι. Αντίστοιχα, στις υπόλοιπες ερωτήσεις βαθμολογείται με 1 βαθμό στην απάντηση Ναι. (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002:300) *Οι ερωτώμενοι ανάλογα με τη βαθμολογία ταξινομούνται ως εξής:*

Βαθμολογία	Συναισθηματική Κατάσταση
GDS: 0 - 6	Απουσία Κατάθλιψης
GDS: 7 - 15	Ύπαρξη Κατάθλιψης

4) Το **Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων** των ηλικιωμένων περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τα ατομικά στοιχεία του ερωτώμενου (φύλο, ηλικία, μόρφωση, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση), τα προβλήματα υγείας (ασθένειες, λήψη

φαρμακευτικής αγωγής), τη λήψη φροντίδας (από υπηρεσίες ή συγγενικά πρόσωπα), την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου (συμμετοχή σε συλλογικές δραστηριότητες), ο τρόπος ζωής (κάπνισμα, ενασχόληση με τη γυμναστική) και τη γνώση/αντιλήψεις για την νόσο Alzheimer.

Ωστόσο, πριν από την πραγματοποίηση της τελικής εφαρμογής των ερωτηματολογίων στον ερευνώμενο πληθυσμό, κρίθηκε απαραίτητη η δοκιμή του, ώστε να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά του. Συγκεκριμένα, αναγκαία ήταν η διαπίστωση του βαθμού κατανόησης, «αποδοχής» και ερμηνείας από τους ερωτώμενους, καθώς και ο εντοπισμός τυχόν παραλείψεων ή δυσκολιών. Η δοκιμαστική αυτή εφαρμογή πραγματοποιήθηκε σε 10 ηλικιωμένους που διαμένουν στο Γηροκομείο ‘Ανδρέα & Μαρίας Καλοκαιρινού’, στην περιοχή Άγιος Ιωάννης – Ηράκλειο.

Έτσι λοιπόν, αυτό που διαπιστώσαμε από την μετέπειτα εξέταση των απαντήσεων, συμπεριλαμβανομένων και των αντιδράσεων που είχαν καταγραφεί (κατά την διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων) ήταν ότι το ερωτηματολόγιο παρουσίαζε δυσκολίες στην χρήση του (αποτελούνταν από πολλές σελίδες). Για το λόγο αυτό προχωρήσαμε στον σχεδιασμό ενός απαντητικού, μικρής έκτασης (2 σελίδες) στο οποίο και θα καταγράφονταν οι απαντήσεις των ερωτώμενων (βλ. Παράρτημα, σελ.). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να μειωθεί ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου σε 15 – 20 λεπτά.

1.8 Δυσκολίες της Έρευνας

Οι δυσκολίες που προέκυψαν κατά την διάρκεια πραγματοποίησης της έρευνας ήταν πολλές. Εξ’ αρχής βέβαια είχαμε προβλέψει ότι θα παρουσιαζόταν κάποιες δυσκολίες (λόγω της φύσης της έρευνας), όπως συμβαίνει σε κάθε έρευνα.

Μία δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν οι χιλιομετρικές αποστάσεις που υπήρχαν μεταξύ των Δημοτικών Διαμερισμάτων του Δήμου και του τόπου διαμονής μας, αφού η έλλειψη μεταφορικού μέσου, η μη τακτική ή και η απουσία συγκοινωνίας για ορισμένα χωριά, έκανε πιο δυσχερή την μετακίνησή μας.

Επιπλέον, η έρευνα έγινε με την μέθοδο της απογραφής (πόρτα – πόρτα), οπότε και απαιτούνταν η κάλυψη μεγάλων αποστάσεων περπατώντας. Αυτό σε συνάρτηση με την χρονική περίοδο (καλοκαιρινοί μήνες) διεξαγωγής της έρευνας και τις συνθήκες που επικρατούσαν (ζέστη), προκαλούσε την έντονη σωματική μας κόπωση.

Επιπρόσθετος παράγοντας που δυσκόλεψε το έργο μας ήταν η απουσία μεγάλου μέρους του πληθυσμού. Αυτό οφειλόταν, αφ’ ενός στις αυξημένες υποχρεώσεις των αγροτών

και αφ' ετέρου στις ήδη προγραμματισμένες διακοπές που πραγματοποιούνται τους καλοκαιρινούς μήνες.

Μία ακόμη δυσκολία που προέκυψε σχετίζονταν με την κάλυψη των υλικών μέσων (φωτοτυπίες, έξοδα μετακίνησης), αφού αυτό είχε ως συνέπεια την μεγάλη οικονομική μας επιβάρυνση.

Η έλλειψη παρόμοιων ερευνών στην συγκεκριμένη περιοχή λειτούργησε επίσης ανασταλτικά, αφού αισθήματα φόβου και καχυποψίας ήταν εμφανή καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης μας. Σ' αυτό συνετέλεσαν αρνητικά παράγοντες, όπως η αδράνεια και η ανυπαρξία δομών (ΚΑΠΗ) σε κάποια χωριά. Θεωρούμε ότι η ύπαρξη αντίστοιχων δομών (όπως αυτές στα μεγάλα χωριά), θα συνέβαλλαν τόσο στην καλύτερη πληροφόρηση των κατοίκων, όσο και στην ενεργοποίησή τους, διευκολύνοντας με τον τρόπο αυτό και το δικό μας έργο. Βέβαια, αξίζει να αναφερθεί ότι, ακόμα και στα χωριά που υπήρχαν ΚΑΠΗ, αυτά λειτουργούσαν περισσότερο, ως χώρος συνάντησης (καφενείο) των ηλικιωμένων αντρών.

Επιπλέον, η επιλογή του συγκεκριμένου Δήμου, εκτός των άλλων, έγινε λόγω της ύπαρξης Εταιρείας Alzheimer σε ένα από τα δημοτικά διαμερίσματα. Αυτό θεωρήσαμε ότι θα λειτουργούσε ως πλεονέκτημα, αφού θα υπήρχε καλύτερη πληροφόρηση στον πληθυσμό σε θέματα σχετικά με την άνοια. Αυτό στην πράξη δεν επιβεβαιώθηκε, αφού η Εταιρεία βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, η ύπαρξή της δεν είναι ευρέως γνωστή και οι δράσεις της είναι περιορισμένες.

Τέλος, μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων δεν κατέστη δυνατό να συμμετέχει στην έρευνα, λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετώπιζανε. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την απώλεια μέρους του δείγματός μας (98 άτομα).

Παρά τις δυσκολίες που προέκυψαν, ήμασταν διατεθειμένες να τις ξεπεράσουμε και γι' αυτό προβήκαμε στην λήψη κάποιων μέτρων αντιμετώπισης· όσο αυτό ήταν εφικτό. Το σημαντικότερο ήταν η γνωστοποίηση της έρευνας σε όλο τον Δήμο, ώστε να μας αποδέχονται καλύτερα. Για τον λόγο αυτό:

- Ήρθαμε σε επαφή με τον Δήμαρχο του Δήμου Μ. Αλεξάνδρου, προκειμένου να εξασφαλίσουμε την άδεια πραγματοποίησης της έρευνάς μας, καθώς και την στήριξή του σε οτιδήποτε προκύψει.
- Συντάξαμε ανακοινώσεις (βλ. Παράρτημα, σελ.), στις οποίες κοινοποιούσαμε την πραγματοποίηση της έρευνας και τις τοιχοκολλήσαμε σε κεντρικά σημεία του κάθε χωριού.
- Ενημερώσαμε το προσωπικό των προγραμμάτων 'Βοήθεια στο Σπίτι' και 'Κοινωνικής

Μέριμνας', ούτως ώστε κατά την επίσκεψη στους εξυπηρετούμενους τους, να γνωστοποιούν την προσπάθειά μας αυτή. Παράλληλα, το προσωπικό μοίραζε στους εξυπηρετούμενούς του το ενημερωτικό έντυπο που είχαμε συντάξει.

- Πληροφορήσαμε τους τοπικούς 'άρχοντες' (Πρόεδροι των Κοινοτήτων, Ιερείς, Αγροτικούς γιατρούς, κ.α.) του κάθε χωριού και ζητήσαμε την βοήθειά τους στην ευαισθητοποίηση των κατοίκων.
- Πραγματοποιήσαμε ενημερώσεις σε χώρους συγκέντρωσης των κατοίκων (ΚΑΠΗ, καφετερίες, καφενεία, φαρμακεία, πλατείες, κ.α.).

Επιπλέον, προκειμένου να εξαλείψουμε αισθήματα φόβου και επιφυλακτικότητας από την πλευρά των ερωτώμενων, τους εξηγήσαμε με τον πιο απλό και κατανοητό τρόπο την ιδιότητά μας, την χρησιμότητα και τον σκοπό της έρευνας. Ακόμη, τονίζαμε την τήρηση του απορρήτου και των αρχών του κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος.

Παράγοντας που συνετέλεσε θετικά στην αποδοχή μας από τους ηλικιωμένους αποτέλεσε το γεγονός, ότι ένα μέλος της ομάδας κατάγεται από ένα δημοτικό διαμέρισμα του Δήμου. Επιπλέον, αυτό διευκόλυνε και την παραμονή και μετακίνησή μας στον ερευνώμενο Δήμο.

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζαμε καθημερινά, σκοπός δικός μας ήταν η ολοκλήρωση της έρευνας με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Άλλωστε, βρίσκαμε πάντα τρόπο, την δυσκολία να την αντιμετωπίσουμε με καλή διάθεση και χιούμορ!

1.9 Ηθικά Ζητήματα

Η επιδίωξη κάθε ατόμου που πραγματοποιεί μία έρευνα, είναι η εκπλήρωση των σκοπών που έχει θέσει, χωρίς όμως η συνολική διαδικασία να προσβάλλει τα άτομα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή.

Θεωρούμε, ότι στην έρευνα μας δεν προέκυψαν ηθικά ζητήματα που προσέβαλλαν τους ερωτώμενους, γιατί τηρήθηκε απόλυτα ο Κώδικας Δεοντολογίας των Κοινωνικών Λειτουργών, που αφορά την διαφύλαξη του απορρήτου, σχετικά με την προστασία των προσωπικών δεδομένων των ερωτώμενων.

1.10 Χρονοδιάγραμμα

Διάγραμμα	ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑ ΜΗΝΑ									
	Ιούνιος	Ιούλιος	Αύγουστος	Σεπτέμβριος	Δεκέμβριος	Ιανουάριος	Φεβρουάριος	Μάρτιος	Απρίλιος	Μάιος
Πτυχιακής Εργασίας										
Κατάθεση Ερευνητικής πρότασης										
Έγκριση Θέματος										
Προετοιμασία Ερευνητικού Μέρους										
Ερευνητικό Μέρος										
Θεωρητικό Μέρος										
Καταγραφή Ερωτηματολογίων στο SPSS										
Ανάλυση Ερευνητικού Μέρους										
Παρουσίαση Πτυχιακής Εργασίας										

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι αρχικά, κινηθήκαμε βάση χρονοδιαγράμματος, (όσον αφορά στο ερευνητικό μέρος) στην πορεία όμως, διαπιστώσαμε ότι αποκλίναμε από αυτό. Η απόκλιση αυτή οφειλόταν στο γεγονός ότι, κατά τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο συμμετείχαμε στο πρόγραμμα επαγγελματικής κατάρτισης για επαγγελματίες υγείας, που οργανώνει η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών Θεσσαλονίκης, με θέμα: «Εκπαίδευση στην Άνοια και σε προβλήματα της Τρίτης ηλικίας». Θεωρήσαμε, ότι η συμμετοχή μας στα μαθήματα αυτά ήταν απαραίτητη, καθώς οι γνώσεις που θα μας παρείχαν θα ήταν χρήσιμες στη συγγραφή του θεωρητικού μέρους, καθώς και στην καλύτερη κατανόηση του ερευνητικού (διεξαγωγή συμπερασμάτων).

Επίσης, ο χρόνος που χρειαστήκαμε για την καταγραφή των ερωτηματολογίων στο SPSS ήταν μεγαλύτερος απ' τον προβλεπόμενο, λόγω του μεγάλου όγκου των

ερωτηματολογίων που είχαμε συλλέξει (693 στον αριθμό).

Επιπλέον, συνεργαστήκαμε με την Εταιρεία Alzheimer Θεσσαλονίκης, προκειμένου να τεθεί διάγνωση για κάθε ερωτηματολόγιο. Η συγκεκριμένη κίνηση δεν είχε προβλεφθεί εξ' αρχής, μολονότι απαιτούσε το χρόνο της. Παρακάτω αναλύεται η διαδικασία που ακολουθήσαμε, όσον αφορά την διάγνωση.

1.11 Διάγνωση

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, αφορούσε την ανίχνευση του Επιπολασμού της Άνοιας. Προκειμένου λοιπόν να επιτευχθεί αυτό, απαιτούμενη ήταν η συνολική αξιολόγηση της απόδοσης του κάθε ερωτώμενου και στα τρία εργαλεία ανίχνευσης που χρησιμοποιήθηκαν (MMSE, IADL και GDS), με σκοπό να ανιχνευθεί ο Επιπολασμός της Άνοιας.

Στην συνέχεια, παρουσιάζεται αναλυτικά η αυστηρή διαδικασία που ακολουθήσαμε, υπό την καθοδήγηση της κας Τσολάκη, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και Πρόεδρο της Εταιρείας Alzheimer Θεσσαλονίκης.

Ειδικότερα:

Κάθε ερωτηματολόγιο αποτέλεσε ξεχωριστή περίπτωση, χωρίς όμως να παραβλέπουμε την αναγκαιότητα ακολουθίας ενιαίας πορείας.

Έτσι λοιπόν, προκειμένου να μπει η διάγνωση, λαμβάνονταν υπόψη το σύνολο των πληροφοριών που συλλέχθηκαν. Συγκεκριμένα, πέρα από τα τρία εργαλεία ανίχνευσης που πραγματοποιήθηκαν (Mini Mental State Examination / Hindi Mental State Examination, Instrumental Activity of Daily Living, Geriatric Depression Scale), λήφθηκαν υπόψη στοιχεία, όπως η ηλικία του ερωτώμενου, το φύλο, η τωρινή απασχόληση, η οικογενειακή κατάσταση, η λήψη φροντίδας, τα προβλήματα υγείας, με ποιον μένουν, το δημοτικό διαμέρισμα.

Το παραπάνω εξηγείται αν αναλογιστεί κανείς την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο) που έχουν ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση της Άνοιας. Έτσι, δεν θα μπορούσαν να παραληφθούν και να μπει η διάγνωση αξιολογώντας μόνο το συνολικό σκορ στα τεστ.

Όσον αφορά την ηλικία των ερωτώμενων, αξιολογήθηκε σε περιπτώσεις ατόμων που ήταν προχωρημένης ηλικίας (άνω των 80 ετών) και παρουσίαζαν διάφορα προβλήματα υγείας, γεγονός που δυσχέραινε τη λειτουργικότητά τους.

Όσον αφορά το φύλο, λήφθηκε υπόψη σε περιπτώσεις αντρών που παρουσίαζαν

λειτουργικά προβλήματα στην ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου. Αυτό συνέβαινε, όχι γιατί δεν ήταν ικανοί, αλλά επειδή δεν το θεωρούν απαραίτητο. Έτσι, σ' αυτές τις περιπτώσεις, εφόσον δεν αναφερόταν κάποιο άλλο λειτουργικό πρόβλημα, δεν λαμβάνονταν υπόψη.

Επιπλέον, προβλημάτισαν πολύ περιπτώσεις ερωτώμενων (κυρίως γυναικών) με λειτουργικά προβλήματα στη μετακίνηση, αφού η έλλειψη συγκοινωνίας ή τα περιορισμένα δρομολόγια στο τόπο κατοικίας τους ήταν μία πραγματικότητα. Έτσι πολύ συχνά, αναγκάζονται να μετακινούνται με τους συζύγους ή τα παιδιά τους, γεγονός που προκαλεί την ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων.

Δεν θα μπορούσαν να παραληφθούν οι ιδιαιτερότητες της περιοχής, αφού περιπτώσεις ερωτώμενων που συγκατοικούν ή διαμένουν κοντά με τα παιδιά τους είναι πολύ συχνό φαινόμενο (τα παιδιά τους) να αναλαμβάνουν την κάλυψη κάποιων αναγκών τους (μετακίνηση και διαχείριση οικονομικών ή πληρωμή λογαριασμών). Συνεπάγεται λοιπόν, η ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων που στην πραγματικότητα δεν υφίστανται.

Βαρύτητα δόθηκε στην ικανότητα του ατόμου, όσον αφορά την λήψη των φαρμάκων του (ερώτηση 8 στο IADL), αφού αποτελεί την πιο αξιόπιστη ερώτηση του συγκεκριμένου τεστ.

Σαφώς, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στα αναφερόμενα προβλήματα υγείας, εφόσον συνδέονται με την ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων. Έτσι, όταν τα λειτουργικά προβλήματα οφείλονται σε άλλα νοσήματα ή αίτια (π.χ. τύφλωση, προβλήματα μυοσκελετικού, κινητικά προβλήματα – κατάκοιτος, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, κ.α.), τότε δεν υφίσταται διάγνωση 'άνοια'. Στις περιπτώσεις αυτές, η διάγνωση προέκυψε βάση τα συνολικά σκορ στα τεστ MMSE και GDS.

Έτσι λοιπόν, προέκυψαν 16 περιπτώσεις ερωτώμενων που διαγνώστηκαν με άνοια. Τα κριτήρια που συνέβαλλαν σ' αυτό ήταν η ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων, τα οποία δεν μπορούσαν να επεξηγηθούν από τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας. Επιπλέον, υπήρχαν ερωτώμενοι που παρουσίαζαν λειτουργικά προβλήματα, παρά το γεγονός ότι δεν δηλώθηκε κάποιο πρόβλημα υγείας, ή έστω κάποια άλλη πληροφορία, ικανή να δικαιολογήσει την ύπαρξη των λειτουργικών προβλημάτων. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με τη χαμηλή απόδοση στο MMSE και την απουσία κατάθλιψης, οδήγησαν στο να τεθεί η διάγνωση της Άνοιας. Εντούτοις, στο σημείο αυτό θα πρέπει να διευκρινισθούν περιπτώσεις που αποτέλεσαν την εξαίρεση στα παραπάνω. Συγκεκριμένα:

➤ Καταγράφηκαν περιπτώσεις ερωτώμενων που είχαν MMSE > 28 και απουσία Κατάθλιψης, όμως εμφάνιζαν λειτουργικά προβλήματα που δεν μπορούσαν να επεξηγηθούν

από τα προβλήματα υγείας (ίσως και να μην υπήρχαν) ή κάποιο άλλο παράγοντα.

► Μία περίπτωση που είχε MMSE < 28, ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων και κατάθλιψη. Όμως, είχε δηλώσει ότι έχει διαγνωστεί με Άνοια, οπότε και συγκαταλέχθηκε στα άτομα με Άνοια.

Επιπλέον, υπήρξαν 179 περιπτώσεις ερωτώμενων που διαγνώστηκαν με Ήπια Νοητική Διαταραχή. Τα κριτήρια που συνέβαλλαν σ' αυτό ήταν το χαμηλό σκορ στο MMSE, η απουσία λειτουργικών προβλημάτων ή η ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων που επεξηγούνταν από τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας και βέβαια, η απουσία κατάθλιψης.

Ωστόσο, σε 66 ερωτώμενους τέθηκε η διάγνωση της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής οφειλόμενη σε Κατάθλιψη. Στις περιπτώσεις αυτές ισχύουν τα παραπάνω κριτήρια, όμως η ύπαρξη κατάθλιψης συνηγορεί υπέρ της διάγνωσης της HND οφειλόμενη σε Κατάθλιψη (GDS>6).

Ακόμη, 34 ερωτώμενοι διαγνώστηκαν με “Κατάθλιψη”, δεδομένου ότι το τελικό σκορ του MMSE ήταν μεγαλύτερο του 28, δεν εμφάνιζαν λειτουργικά προβλήματα ή αν εμφάνιζαν, επεξηγούνταν από τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας, ενώ το συνολικό σκορ του GDS ήταν μεγαλύτερο του 6.

Τέλος, οι ερωτώμενοι που δεν συγκαταλέχθηκαν σε καμία από τις παραπάνω κατηγορίες, είχαν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο. Περιπτώσεις, όπου είχαν υψηλό σκορ στο MMSE (>28), απουσία λειτουργικών προβλημάτων ή ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων που επεξηγούνταν από την κατάσταση υγείας και απουσία κατάθλιψης.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η διάγνωση τέθηκε βάση των οδηγιών που μας δόθηκαν, χωρίς να παραβλέπουμε την προσωπική εμπειρία και επαφή που είχαμε με τον ερευνώμενο πληθυσμό. Επιπλέον, αξίζει να τονιστεί, ότι λάβαμε υπόψη τη συνολική αξιολόγηση όλων των πληροφοριών και όχι τη μεμονωμένη αξιοποίηση των δεδομένων.

Βέβαια, θα πρέπει να σημειωθεί το γεγονός ότι μέχρι σήμερα, δεν είχαμε ανάλογη εμπειρία και κατεύθυνση, πέρα της παρακολούθησης του προγράμματος επαγγελματικής κατάρτισης για επαγγελματίες υγείας, που οργανώνει η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών Θεσσαλονίκης, με θέμα: «Εκπαίδευση στην Άνοια και σε προβλήματα της Τρίτης ηλικίας».

Πίνακας 4: Διάγνωση

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	MMSE	IADL	GDS
Φυσιολογικό Επίπεδο Νοητικό	MMSE = 28 – 30	Απουσία λειτουργικών προβλημάτων ή Ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων που επεξηγούνται από τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας	GDS < 6
Ήπια Νοητική Διαταραχή	MMSE < 28	Απουσία λειτουργικών προβλημάτων ή Ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων που επεξηγούνται από τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας	GDS < 6
Ήπια Νοητική Διαταραχή Οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	MMSE < 28	Απουσία λειτουργικών προβλημάτων ή Ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων που επεξηγούνται από τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας ή την ύπαρξη κατάθλιψης	GDS > 6
Κατάθλιψη	MMSE = 28 - 30	Απουσία λειτουργικών προβλημάτων ή Ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων που επεξηγούνται από τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας ή την ύπαρξη κατάθλιψης	GDS > 6
Άνοια	MMSE < 28 ή MMSE = 28 -30	Ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων, που δεν επεξηγούνται από τα υπάρχοντα προβλήματα υγείας ή από κάποιο άλλο παράγοντα	GDS < 6

1.12 Στατιστική Ανάλυση

Η καταγραφή και ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 14,0. Αρχικά, λοιπόν καταχωρήθηκαν τα δεδομένα (το ερωτηματολόγιο), καθώς και όλες οι απαντήσεις του δείγματος. Βέβαια, πριν την πραγματοποίηση της ανάλυσης, διενεργήθηκε ένας έλεγχος ορθότητας για να επιβεβαιωθεί ότι η εισαγωγή των δεδομένων έγινε με τον σωστό τρόπο και χωρίς κανένα λάθος. Επιπλέον, για την καλύτερη στατιστική ανάλυση προβήκαμε στην επανακωδικοποίηση (Recode) των

τιμών κάποιων μεταβλητών (ομαδοποίηση και συγχώνευση), γεγονός που συνετέλεσε θετικά στην κατανόηση και αποσαφήνιση των αποτελεσμάτων της έρευνας.²

Στη συνέχεια, προχωρήσαμε στην επεξεργασία των δεδομένων που είχαν καταχωρηθεί. Το πρώτο βήμα στην ανάλυση των ποσοτικών μας δεδομένων ήταν η χρήση περιγραφικών στατιστικών, δηλαδή η εξέταση της κάθε μιας μεταβλητής ξεχωριστά, ώστε να διερευνήσουμε την κατανομή των συχνοτήτων.

Ωστόσο, η χρήση περιγραφικών στατιστικών μας προσέφεραν απαντήσεις μόνο σε περιγραφικού τύπου ερωτήσεις, χωρίς να παρέχουν την δυνατότητα να επεξηγηθούν διαφορές και συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Για το λόγο αυτό προχωρήσαμε στην χρήση πιο εξεζητημένων μεθόδων (πίνακες διασταύρωσης, συντελεστής συσχέτισης pearson's r , έλεγχος χ^2), προκειμένου να δοθούν απαντήσεις σε σύνθετα ερωτήματα που είχαν τεθεί εξ' αρχής. (βλ. Ερευνητικά Ερωτήματα)

² Οι μεταβλητές που επανακωδικοποιήθηκαν αφορούσαν την ηλικία (d05), τον τόπο καταγωγής (d16) και το μηνιαίο εισόδημα (d19). (βλ. Παράρτημα, σελ.)

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

A' Μέρος

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 1 που αφορά τα Δημοτικά Διαμερίσματα, στα οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα, παρατηρείται ότι συνολικά συμμετείχαν 693 άτομα.

Συγκεκριμένα:

- Στο Παλαίφυτο έλαβαν μέρος 191 άτομα, που αντιστοιχούν στο 27,6% του συνόλου.
- Στην Καρυώτισσα συμμετείχαν 166 άτομα σε ποσοστό 24%.
- Στους Γαλατάδες συλλέξαμε 103 ερωτηματολόγια, τα οποία εκφράζονται σε ποσοστό 14,9%.
- Στο Δροσερό συμμετείχαν 68 άτομα, δηλαδή το 9,8% του πληθυσμού.
- Στο Λιπαρό συλλέχθηκαν 48 ερωτηματολόγια, δηλαδή το 6,9% του συνόλου.
- Στο Τριφύλλι πήραν μέρος 45 άτομα, αριθμός που εκφράζεται με το 6,5% του συνόλου.
- Στο Γυψοχώρι συλλέξαμε 40 ερωτηματολόγια ποσοστό που αποτελεί το 5,8% του συνόλου.
- Στον Άγιο-Γιώργη συμπληρώθηκαν 32 ερωτηματολόγια, ποσοστό που ανέρχεται στο 4,6%.

Πίνακας 1: Δημοτικό Διαμέρισμα

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Δημοτικό Διαμέρισμα</i>	Παλαίφυτο	191	27,6
	Δροσερό	68	9,8
	Γυψοχώρι	40	5,8
	Τριφύλλι	45	6,5
	Λιπαρό	48	6,9
	Άγιος-Γιώργης	32	4,6
	Καρυώτισσα	166	24,0

	Γαλατάδες	103	14,9
	Σύνολο	693	100,0

Ο **Πίνακας 2** παραπέμπει στο φύλο των ερωτώμενων, από τον οποίο προκύπτει ότι οι άντρες συμμετέχοντες είναι 300 στον αριθμό και οι γυναίκες 393, ποσοστό που εκφράζεται σε 43,3% και 56,7% αντίστοιχα.

Πίνακας 2: Φύλο

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Φύλο	Άντρας	300	43,3
	Γυναίκα	393	56,7
	Σύνολο	693	100,0

Στον **Πίνακα 3** κατανέμονται σε ομάδες οι ηλικίες των ερωτώμενων. Παρατηρείται λοιπόν, ότι το 27,3% των ερωτώμενων ανήκουν στην ομάδα των 65-69, το 35,5% ανήκει στην ομάδα των 70-74, το 20,5% ανήκει στην ομάδα των 75-79 και το 16,7% ανήκει στην ομάδα των 80 και άνω.

Ο μικρότερος σε ηλικία ερωτώμενος που έλαβε μέρος στην έρευνα είναι 65 ετών, ενώ ο μεγαλύτερος είναι 98. Ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 73 έτη και η τυπική απόκλιση είναι 5,7 (δηλαδή, οι ηλικίες του δείγματος διαφέρουν κατά 5,7 χρόνια από το μέσο όρο). (**Πίνακας 4.1**)

Πίνακας 4: Ηλικιακές Ομάδες

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Ηλικιακές Ομάδες	65 - 69	189	27,3
	70 - 74	246	35,5
	75 - 79	142	20,5
	80 +	116	16,7
	Σύνολο	693	100,0

Πίνακας 4.1: Ηλικία

Ηλικία	Σύνολο	693
	Missing	0
Μέσος Όρος		73,40
Τυπική Απόκλιση		5,737
Ελάχιστη Τιμή		65
Μέγιστη Τιμή		98

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων, το 32,2% έχει 0 ως 4 χρόνια εκπαίδευσης, το 64,9% έχει επίπεδο εκπαίδευσης από 5 ως 8 χρόνια, ενώ μόλις το 2,9% έχει 9 ως 12 χρόνια εκπαίδευσης. **(Πίνακας 5)** Μεμονωμένη περίπτωση αποτελεί ένας ερωτώμενος που έχει ολοκληρώσει την Τριτοβάθμια εκπαίδευση σε σύνολο 693 ατόμων. *(Πίνακας 1 – Παράρτημα)*

Πίνακας 5: Χρόνια Εκπαίδευσης

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Χρόνια Εκπαίδευσης	0 - 4	223	32,2
	5 - 8	449	64,9
	9 - 12	20	2,9
	Σύνολο	692	100,0
Missing		1	
Σύνολο		693	

Στον **Πίνακα 6** παρουσιάζεται η κύρια απασχόληση των ερωτώμενων και έχει ως εξής:

- 536 άτομα ασχολούνταν με την γεωργία ή ήταν δασοφύλακες, ποσοστό που ερμηνεύεται σε 77,3%
- 74 άτομα είχαν ως επάγγελμα τα οικιακά, ποσοστό που εκφράζεται σε 10,7%
- 32 άτομα (4,6%) απασχολούνταν ως τεχνίτες ή εργάτες

- 20 άτομα (2,9%) εργάζονταν σε διάφορες υπηρεσίες που αφορούν τον τουρισμό, τα εστιατόρια, τα κομμωτήρια, κ.α.
- 15 άτομα (2,2%) ήταν επιχειρηματίες ή έμποροι
- 9 άτομα (1,3%) εργάζονταν ως οδηγοί ή ναυτικοί
- 4 άτομα (0,6%) απασχολούνταν ως προσωπικό γραφείου (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας)
- 2 άτομα (0,3%) ανήκαν στον επιστημονικό τομέα και εργάζονταν ως μηχανικοί, γιατροί, δικηγόροι, κ.α.
- 1 άτομο (0,1%) ήταν αστυνομικός

392 ερωτώμενοι δήλωσαν ότι είχαν και μία δεύτερη απασχόληση. (Πίνακας 2 – Παράρτημα, σελ.)

Πιο συγκεκριμένα:

- Το 50,5% είχε ως δεύτερη απασχόληση τα οικιακά
- Το 24% απασχολούνταν ως γεωργοί ή δασοφύλακες
- Το 14,3% ήταν τεχνίτες – εργάτες
- Το 5,4% απασχολούνταν σε διάφορες υπηρεσίες (τουρισμός, εστιατόρια, κομμωτήρια)
- Το 4,3% ήταν επιχειρηματίες ή έμποροι
- Το 0,8% εργάζονταν ως οδηγοί ή ναυτικοί
- Το 0,5% απασχολούνταν ως προσωπικό γραφείου (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας)
- Το 0,3% ήταν κληρικός

Μικρός αριθμός από τους ερωτώμενους (44) ανέφερε ότι είχε και μία τρίτη απασχόληση, η οποία παρουσιάζεται ως εξής:

- 30 άτομα ασχολούνταν με τα οικιακά
- 7 άτομα ήταν γεωργοί
- 4 άτομα απασχολούνταν σε διάφορες υπηρεσίες (τουρισμός, εστιατόρια, κομμωτήρια)
- 2 άτομα ήταν επιχειρηματίες ή έμποροι
- 1 άτομο απασχολούνταν ως εργάτης (Πίνακας 3 – Παράρτημα)

Πίνακας 6: Κύρια Απασχόληση

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Κύρια Απασχόληση</i>	Επιστήμονες (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί, κ.τ.λ.)	2	0,3
	Προσωπικό γραφείου (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας)	4	0,6
	Επιχειρηματίες / Έμποροι	15	2,2
	Γεωργοί / Ψαράδες / Δασοφύλακες	536	77,3
	Τεχνίτες / Εργάτες / Προσωπικό μεταφορών	32	4,6
	Διάφορες υπηρεσίες (τουρισμός, εστιατόρια, κομμωτήρια)	20	2,9
	Οδηγοί / Ναυτικοί	9	1,3
	Στρατιωτικοί / Αστυνομικοί	1	0,1
	Οικιακά	74	10,7
	<i>Σύνολο</i>	693	100,0

Σχετικά με τα χρόνια συνταξιοδότησης, παρατηρήθηκε ότι το μικρότερο χρονικό διάστημα είναι το 1 έτος, ενώ το μεγαλύτερο τα 37 έτη. Επιπλέον, παρουσιάζονται 3 άτομα σε σύνολο 693 ερωτώμενων, τα οποία δεν έχουν βγει στην σύνταξη. Όσον αφορά τον μέσο όρο συνταξιοδότησης αυτός ανέρχεται στα 9,53 χρόνια, ενώ η τυπική απόκλιση είναι 6,4 χρόνια. (Πίνακας 4 – Παράρτημα)

Στην ερώτηση που αφορά την τωρινή απασχόληση των ερωτώμενων (**Πίνακας 7**), οι απαντήσεις που λήφθηκαν παρουσιάζονται ως εξής:

- Το 52,1% ασχολείται με τα οικιακά
- Το 24,2% δήλωσε ως τωρινή απασχόληση την γεωργία
- Το 21,2% είναι συνταξιούχοι
- Το 1% εργάζεται στο τομέα των υπηρεσιών
- Το 0,7% απασχολείται ως εργάτες – τεχνίτες
- Το 0,6% είναι επιχειρηματίες ή έμποροι
- Το 0,1% απασχολείται στον τομέα της εκπαίδευσης

Πίνακας 7: Τωρινή Απασχόληση

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Τωρινή Απασχόληση	Εκπαιδευτικοί / Δάσκαλοι	1	0,1
	Επιχειρηματίες / Έμποροι	4	0,6
	Γεωργοί / Ψαράδες / Λασοφύλακες	168	24,2
	Τεχνίτες / Εργάτες / Προσωπικό μεταφορών	5	0,7
	Διάφορες υπηρεσίες (τουρισμός, εστιατόρια, κομμωτήρια)	7	1,0
	Οικιακά	361	52,1
	Συνταξιούχος	147	21,2
	Σύνολο	693	100,0

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση (**Πίνακας 8**) φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων είναι έγγαμοι, ποσοστό που αγγίζει το 73,2%. Ακολουθούν οι χήροι/ες σε ποσοστό 25,1%, ενώ μόνο το 0,7% των ερωτώμενων είναι άγαμοι. Τέλος, 4 άτομα είναι διαζευγμένα, 2 άτομα συζούν και 1 άτομο βρίσκεται σε διάσταση.

Πίνακας 8: Οικογενειακή Κατάσταση

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	5	0,7
	Έγγαμος/η	507	73,2
	Εν Διάστασει	1	0,1
	Διαζευγμένος/η	4	0,6
	Χήρος/α	174	25,1
	Συζεί	2	0,3
	Σύνολο	693	100,0

Στην ερώτηση “Έχετε παιδιά;” (Πίνακας 9), το 97,3% των ερωτώμενων έδωσε θετική απάντηση, ενώ μόνο το 2,7% απάντησε αρνητικά. Όσον αφορά τον αριθμό παιδιών των ερωτώμενων, η μικρότερη τιμή που εμφανίζεται είναι το 1 παιδί, ενώ η μέγιστη τιμή

είναι τα 8 παιδιά. Επιπλέον, ο μέσος όρος παιδιών είναι τα 2, ενώ η τυπική απόκλιση από τον μέσο όρο είναι το 1 παιδί.

Αναλυτικότερα, το 68,8% των ερωτώμενων έχει 2 παιδιά, το 15,1% έχει 3 παιδιά, το 11,4% έχει 1 παιδί, το 3,1% έχει 4 παιδιά, ενώ το 1,3% έχει 5 παιδιά. Τέλος, μόνο το 0,1% των ερωτώμενων έχει 8 παιδιά. (Πίνακας 5 – Παράρτημα)

Πίνακας 9: Ύπαρξη Παιδιών

		Συχνότητα	Ποσοστό %
<i>Ύπαρξη Παιδιών</i>	Ναι	674	97,3
	Όχι	19	2,7
	<i>Σύνολο</i>	693	100,0

M.O.: 2,15

Στα άτομα που απάντησαν θετικά στην ερώτηση που αφορούσε την απόκτηση παιδιών (674), τέθηκε επιπλέον η ερώτηση σχετικά με το αν διαμένουν τα παιδιά τους στην ίδια περιοχή με τους ίδιους. (Πίνακας 10) Έτσι λοιπόν, το 67,3 % των ερωτώμενων απάντησε θετικά, ενώ το 32,7% κατοικεί σε διαφορετικό τόπο από τα παιδιά του. Ωστόσο, υπήρχε και 1 άτομο που δεν θέλησε να απαντήσει στην ερώτηση αυτή.

Πίνακας 10: Ζει κάποιο από τα παιδιά σας στην ίδια περιοχή με εσάς;

		Συχνότητα	Ποσοστό %
<i>Ζει κάποιο από τα παιδιά σας στην ίδια περιοχή με εσάς;</i>	Ναι	453	67,3
	Όχι	220	32,7
	<i>Σύνολο</i>	673	100,0
Missing		20	
Σύνολο		693	

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζεται ο τόπος καταγωγής των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα, στο 66,4% των ερωτώμενων, ο τόπος καταγωγής συμπίπτει με τον τόπο διαμονής, ενώ το 7,6% κατάγεται από κάποιο άλλο χωριό του ίδιου Δήμου. Επιπλέον, μόνο το 26% των

ερωτώμενων κατάγεται από περιοχή εκτός Δήμου.

Πίνακας 11: Τόπος Καταγωγής

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Τόπος Καταγωγής	Από τον τόπο διαμονής	460	66,4
	Από χωριό του Δήμου	53	7,6
	Από περιοχή εκτός Δήμου	180	26,0
	Σύνολο	693	100,0

Σε ερώτηση σχετική με την ασφάλιση των ερωτώμενων, το 99,9% δήλωσε ότι ανήκει σε κάποιον ασφαλιστικό φορέα, ενώ μόνο το 0,1% είναι ανασφάλιστο. **(Πίνακας 12)**

Αναλυτικότερα:

- ❖ Το 88,3% είναι ασφαλισμένο στον ΟΓΑ
- ❖ Το 6,3% είναι ασφαλισμένο στο ΙΚΑ
- ❖ Το 1% είναι ασφαλισμένο στο ΤΕΒΕ
- ❖ Το 1% είναι ασφαλισμένο στο ΤΣΑ
- ❖ Το 1,4% έχει κάποια ασφάλεια του εξωτερικού
- ❖ Το 1,7% ανήκει σε άλλους ασφαλιστικούς φορείς

Πίνακας 12: Ασφαλιστικός Φορέας

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Ασφαλιστικός Φορέας	Ο.Γ.Α.	612	88,3
	Ι.Κ.Α.	44	6,3
	Τ.Ε.Β.Ε.	7	1,0
	Τ.Σ.Α.	7	1,0
	Εξωτερικού	10	1,4
	Ανασφάλιστος	1	0,1
	Άλλο	12	1,7
	Σύνολο	693	100,0

Στην ερώτηση που αφορούσε το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων, το ελάχιστο ποσό που αναφέρθηκε είναι 100€, ενώ το μέγιστο ποσό ανέρχεται στα 1400€. Ο μέσος όρος του εισοδήματος είναι τα 371,8€, ενώ η τυπική απόκλιση είναι 114,9€. **(Πίνακας 13)**

Επιπλέον, το εισόδημα των ερωτώμενων κατανέμεται ως εξής:

- Το 27,8% έχει μηνιαίο εισόδημα ως 300€
- Το 35,7% έχει μηνιαίο εισόδημα από 301 - 350€
- Το 14,1 % έχει μηνιαίο εισόδημα από 351 - 400€
- Το 8,8% έχει μηνιαίο εισόδημα από 401 - 450€
- Το 6,3% έχει μηνιαίο εισόδημα από 451 - 500€
- Το 7,3% έχει μηνιαίο εισόδημα παραπάνω από 501€ **(Πίνακας 13.1)**

Πίνακας 13: Μηνιαίο Εισόδημα

Μηνιαίο Εισόδημα	Σύνολο	669
	Missing	24
Μέσος Όρος		371,85
Τυπική Απόκλιση		114,871
Ελάχιστη Τιμή		100
Μέγιστη Τιμή		1400

Πίνακας 13.1: Μηνιαίο Εισόδημα

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Μηνιαίο Εισόδημα	Έως 300	186	27,8
	301 - 350	239	35,7
	351 - 400	94	14,1
	401 - 450	59	8,8
	451 - 500	42	6,3
	501 +	49	7,3
	Σύνολο	669	100,0
Missing		24	
Σύνολο		693	

Στην ερώτηση “*Ποιος είναι ο χώρος διαμονής σας;*”, το 98,3% απάντησε ότι διαμένει σε ιδιόκτητο σπίτι, το 0,6% ζει σε ενοίκιο, ενώ το 1,2% φιλοξενείται από κάποιον άλλον. **(Πίνακας 14)** Συγκεκριμένα, 5 ερωτώμενοι φιλοξενούνται από τα παιδιά τους, 2 ερωτώμενοι από κάποιον συγγενή τους, ενώ 1 ερωτώμενος φιλοξενείται από τα αδέρφια του. **(Πίνακας 14.1)**

Πίνακας 14: Χώρος Διαμονής

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Χώρος Διαμονής</i>	<i>Ιδιόκτητο σπίτι</i>	681	98,3
	<i>Με ενοίκιο</i>	4	0,6
	<i>Φιλοξενία</i>	8	1,2
	<i>Σύνολο</i>	693	100,0

Πίνακας 14.1: Φιλοξενία

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Φιλοξενία</i>	<i>Παιδιά</i>	5	62,5
	<i>Αδέρφια</i>	1	12,5
	<i>Άλλοι συγγενείς</i>	2	25,0
	<i>Σύνολο</i>	8	100,0
<i>Missing</i>		685	
<i>Σύνολο</i>		693	

Κατάσταση Υγείας

Από το σύνολο του δείγματος, το 85,5% αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας, ενώ μόνο το 14,5% απάντησε αρνητικά. **(Πίνακας 15)** Παρακάτω, παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις τον ερωτώμενων, αναφορικά με τις ασθένειες από τις οποίες πάσχουν. *(Πίνακας 6 – Παράρτημα)* Να σημειωθεί ότι δόθηκε η δυνατότητα να αναφερθεί παραπάνω από μία ασθένεια.

Συγκεκριμένα:

- Το 46% των ερωτώμενων έχει υπέρταση
- Το 25,4% των ερωτώμενων αντιμετωπίζει προβλήματα καρδιάς

- Το 20,5% των ερωτώμενων έχει μυοσκελετικά προβλήματα
- Το 18,8% των ερωτώμενων έχει κάνει χειρουργείο
- Το 17,1% των ερωτώμενων έχει ζάχαρο
- Το 10,7% των ερωτώμενων έχει χοληστερίνη
- Το 9,5% των ερωτώμενων αντιμετωπίζει το πρόβλημα της αρθρίτιδας
- Το 6,9% των ερωτώμενων έχει οστεοπόρωση
- Το 6,3% των ερωτώμενων έχει εμφανίσει κάποια μορφή καρκίνου
- Το 5,6% των ερωτώμενων έχει αναπνευστικά προβλήματα
- Το 5,1% των ερωτώμενων έχει στομαχικά προβλήματα
- Το 5,1% των ερωτώμενων έχει υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο
- Το 4,9% των ερωτώμενων έχει ίλιγγο
- Το 3,7% των ερωτώμενων έχει προβλήματα θυρεοειδισμού
- Το 2,7% των ερωτώμενων έχει κινητικά προβλήματα
- Το 2,5% των ερωτώμενων έχει εμφανίσει υψηλά επίπεδα άγχους
- Το 2,2% των ερωτώμενων έχει προβλήματα ακοής / τύφλωσης
- Το 2,2% των ερωτώμενων έχει προβλήματα με το ουρικό οξύ
- Το 2% των ερωτώμενων αντιμετωπίζει προβλήματα στο κυκλοφορικό
- Το 1,7% των ερωτώμενων έχει κατάθλιψη
- Το 1,7% των ερωτώμενων έχει αιματολογικά προβλήματα
- Το 1,4 % των ερωτώμενων πάσχει από τη νόσο του Πάρκινσον
- Το 1,2% των ερωτώμενων αντιμετωπίζει προβλήματα ύπνου
- Το 1% των ερωτώμενων αντιμετωπίζει κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα
- Το 0,8% των ερωτώμενων πάσχει από Άνοια

Εντούτοις, αναφέρθηκαν και κάποιες άλλες ασθένειες, οι οποίες δεν συγκαταλέγονταν στην παραπάνω λίστα. (Πίνακας 6.1 – Παράρτημα)

Συγκεκριμένα:

- 15 άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα νεφρού
- 11 άτομα έχουν χολή
- 8 άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα εντέρου
- 4 άτομα εμφανίζουν ακράτεια
- 2 άτομα έχουν αλλεργίες – δερματοπάθειες
- 1 άτομο έχει προβλήματα αλκοολισμού
- 1 άτομο πάσχει από επιληψία

- 1 άτομο έχει ζόγκρα
- 1 άτομο έχει υποστεί τραύμα στο κεφάλι

Πίνακας 15: Προβλήματα Υγείας

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Προβλήματα Υγείας</i>	<i>Ναι</i>	591	85,5
	<i>Όχι</i>	100	14,5
	<i>Σύνολο</i>	691	100,0
Missing		2	
Σύνολο		693	

Ο Πίνακας 16 αναφέρεται στην λήψη φαρμακευτικής αγωγής από τους ερωτώμενους. Το 81,9% λοιπόν, λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει, ενώ το 18,1% δεν παίρνει φάρμακα.

Πίνακας 16: Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής</i>	<i>Ναι</i>	566	81,9
	<i>Όχι</i>	125	18,1
	<i>Σύνολο</i>	691	100,0
Missing		2	
Σύνολο		693	

Στον **Πίνακα 17** παρατηρείται ότι το 14,2% εμφανίζει προβλήματα όρασης, ενώ το 85,8% έδωσε αρνητική απάντηση.

Πίνακας 17: Προβλήματα Όρασης

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Προβλήματα Όρασης</i>	<i>Ναι</i>	98	14,2
	<i>Όχι</i>	593	85,8
	<i>Σύνολο</i>	691	100,0
<i>Missing</i>		2	
<i>Σύνολο</i>		693	

Λήψη Φροντίδας

Στην ερώτηση “*Με ποιον μένετε;*” (**Πίνακας 18**), το 14,5% των ερωτώμενων απάντησε ότι ζει μόνο του, ενώ το 73,3% διαμένει με τον/την σύζυγό του. Επιπλέον, το 0,4% μένει με τον/την σύντροφό του, το 29% διαμένει με τα παιδιά του και το 1,9% με κάποιον συγγενή του. Τέλος, μόνο το 0,1% διαμένει με το άτομο που το φροντίζει.

**Να διευκρινιστεί ότι στην ερώτηση αυτή υπήρχε η δυνατότητα επιλογής 2 απαντήσεων*

Πίνακας 18: Με ποιον μένετε

		<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>Μόνος/η</i>	<i>N</i>	100	590	690
	<i>Ποσοστό %</i>	14,5%	85,5%	100,0%
<i>Σύζυγος</i>	<i>N</i>	506	184	690
	<i>Ποσοστό %</i>	73,3%	26,7%	100,0%
<i>Σύντροφος</i>	<i>N</i>	3	687	690
	<i>Ποσοστό %</i>	0,4%	99,6%	100,0%
<i>Παιδιά</i>	<i>N</i>	200	490	690

	Ποσοστό %	29,0%	71,0%	100,0%
Συγγενείς	N	13	677	690
	Ποσοστό %	1,9%	98,1%	100,0%
Άνθρωπος που τον φροντίζει	N	1	689	690
	Ποσοστό %	0,1%	99,9%	100,0%

Όσον αφορά την λήψη φροντίδας από κάποιο άτομο, το 82,3% των ερωτώμενων δεν λαμβάνει κάποια φροντίδα, ενώ το 17,7% λαμβάνει. **(Πίνακας 19)**

Επιπλέον, στους ερωτώμενους που απάντησαν θετικά στην παραπάνω ερώτηση, ζητήθηκε να αναφέρουν το πρόσωπο που τους φροντίζει (*υπήρχε η δυνατότητα επιλογής πάνω από μία απάντηση*). Έτσι λοιπόν, 38 ερωτώμενοι δέχονται φροντίδα από τον/την σύζυγό τους, 84 από τα παιδιά τους και 2 ερωτώμενοι από αλλοδαπή οικογενειακή βοήθ. **(Πίνακας 19.1)**

Ωστόσο, υπήρχαν και 6 άτομα στα οποία παρέχεται φροντίδα από άλλα συγγενικά τους πρόσωπα. Συγκεκριμένα, 4 άτομα δέχονται φροντίδα από τα ανίψια τους, 1 άτομο από τα εγγόνια του και 1 άτομο από τη σύζυγο του αδελφού του.

Όσον αφορά την συχνότητα λήψης φροντίδας, 10 ερωτώμενοι δέχονται σε 24ωρη βάση φροντίδα, 2 ερωτώμενοι μόνο την νύχτα, 28 ερωτώμενοι μερικές ώρες, ενώ 82 ερωτώμενοι λαμβάνουν φροντίδα, όποτε την χρειαστούν. **(Πίνακας 20)**

Πίνακας 19: Λήψη Φροντίδας

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Έχετε κάποιον στο σπίτι που σας φροντίζει;</i>	Ναι	122	17,7
	Όχι	568	82,3
	Σύνολο	690	100,0
Missing		3	
Σύνολο		693	

Πίνακας 19.1: Φροντιστής

<i>Αν ναι, τι σχέση έχετε;</i>		<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Σύνολο</i>
Σύζυγος	N	38	84	122
	Ποσοστό %	31,1%	68,9%	100,0%
Παιδί	N	84	38	122
	Ποσοστό %	68,9%	31,1%	100,0%
Οικ. βοηθός Ελληνίδα	N	0	122	122
	Ποσοστό %	0,0%	100,0%	100,0%
Οικ. βοηθός Αλλοδαπή	N	2	120	122
	Ποσοστό %	1,6%	98,4%	100,0%
Άλλο	N	6	116	122
	Ποσοστό %	4,9%	95,1%	100,0%

Πίνακας 20: Συχνότητα Φροντίδας

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Συχνότητα Φροντίδας	24ώρες	10	8,2
	Μόνο ημέρα	2	1,6
	Μερικές ώρες	28	23,0
	Όποτε χρειαστεί	82	67,2
	Σύνολο	122	100,0
Missing		571	
Σύνολο		693	

Στον **Πίνακα 21** παρουσιάζεται η λήψη φροντίδας από διάφορες υπηρεσίες που αφορούν τα ηλικιωμένα άτομα. Συγκεκριμένα, το 33,9% λαμβάνει βοήθεια από υπηρεσίες, ενώ το 66,1% δεν λαμβάνει.

Από τους ερωτώμενους που απάντησαν θετικά, 29 λαμβάνουν βοήθεια από το πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι”, ενώ 211 λαμβάνουν από το ΚΑΠΗ. (**Πίνακας 21.1**)

* Να αναφερθεί ότι στην ερώτηση αυτή υπήρχε η δυνατότητα παραπάνω απαντήσεων.

Πίνακας 21: Λήψη Φροντίδας από Υπηρεσίες

		Συχνότητα	Ποσοστό %
Λήψη Φροντίδας από Υπηρεσίες	Ναι	234	33,9
	Όχι	456	66,1
	Σύνολο	690	100,0
Missing		3	
Σύνολο		693	

Πίνακας 21.1: Υπηρεσίες Φροντίδας Ηλικιωμένων

		Ναι	Όχι	Σύνολο
Βοήθεια στο σπίτι	N	29	205	234
	Ποσοστό %	12,4%	87,6%	100,0%
ΚΑΠΗ	N	211	23	234
	Ποσοστό %	90,2%	9,8%	100,0%

Ασβολίες & Τρόπος Ζωής

Ο Πίνακας 22 παρουσιάζει τις δραστηριότητες ενασχόλησης των ερωτώμενων στον ελεύθερο χρόνο τους. Να σημειωθεί ότι δόθηκε η δυνατότητα στους ερωτώμενους να αναφερθούν σε όσες δραστηριότητες επιθυμούσαν.

Αναλυτικότερα:

- ❖ Το 83,8% των ερωτώμενων έχει κοινωνικές επαφές
- ❖ Το 16,5% ασχολείται με τα εργόχειρα (πλέξιμο, κέντημα)
- ❖ Το 59,7% έχει ως ενασχόληση τον κήπο, τα λουλούδια ή τα ζώα
- ❖ Το 50,1% παρακολουθεί τηλεόραση
- ❖ Το 30,4% πηγαίνει ταξίδια ή εκδρομές
- ❖ Το 2,6% ασχολείται με το κυνήγι ή το ψάρεμα
- ❖ Το 9,4% παίζει τάβλι, χαρτιά ή λύνει σταυρόλεξα
- ❖ Το 12,6% φροντίζει τα εγγόνια του ή κάποιο άλλο συγγενικό του πρόσωπο

- ❖ Το 3% δήλωσε και κάποια επιπλέον δραστηριότητα από τις παραπάνω, όπως μουσική, ξυλογλυπτική, χορό, κ.α. (Πίνακας 22.1)

Πίνακας 22: Ελεύθερος Χρόνος

		<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Σύνολο</i>
Κοινωνικές επαφές - Καφενείο	N	578	112	690
	Ποσοστό %	83,8%	16,2%	100,0%
Εργόχειρα	N	114	576	690
	Ποσοστό %	16,5%	83,5%	100,0%
Ενασχόληση με κήπο – λουλούδια – ζώα	N	412	278	690
	Ποσοστό %	59,7%	40,3%	100,0%
Τηλεόραση	N	346	344	690
	Ποσοστό %	50,1%	49,9%	100,0%
Ταξίδια - εκδρομές	N	210	480	690
	Ποσοστό %	30,4%	69,6%	100,0%
Κυνήγι - ψάρεμα	N	18	672	690
	Ποσοστό %	2,6%	97,4%	100,0%
Τάβλι – χαρτιά - σταυρόλεξα	N	65	625	690
	Ποσοστό %	9,4%	90,6%	100,0%
Φροντίδα εγγονιών - άλλου συγγενή	N	87	603	690
	Ποσοστό %	12,6%	87,4%	100,0%

Πίνακας 22.1: Ελεύθερος Χρόνος

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Άλλο</i>		672	97,0
	Γράφει ποιήματα	1	0,1
	Επίτροπος στην Εκκλησία	2	0,3
	Μέλος στο Συμβούλιο της Εκκλησίας	1	0,1
	Μουσική	6	0,9
	Ξυλογλυπτική	1	0,1

Παίζει μουσικό όργανο	3	0,4
Παρακολούθηση Αθλητικών αγώνων	1	0,1
Παρασκευή τυριού - τσίπουρου	4	0,6
Υπεύθ. για τη δημιουργία ΚΑΠΗ + τμήμ. χορού στο χωριό	1	0,1
Χορός	1	0,1
Σύνολο	693	100,0

Από το σύνολο του δείγματος, το 68,1% των ερωτώμενων συμμετέχει σε κάποια συλλογική δραστηριότητα, ενώ το 31,9% απάντησε αρνητικά. **(Πίνακας 23)**

Όσον αφορά τις Συλλογικές δραστηριότητες, **(Πίνακας 24)** στις οποίες συμμετέχουν οι ερωτώμενοι, αυτές κατανέμονται ως εξής:

- 7 άτομα συμμετέχουν σε κάποιο Σύλλογο, σε ποσοστό 1,5%
- 381 άτομα πηγαίνουν στην Εκκλησία, ποσοστό που αγγίζει το 81,1%
- 246 άτομα είναι μέλη του ΚΑΠΗ, ποσοστό που εκφράζεται σε 52,3%
- 2 άτομα ασχολούνται με την Πολιτική, δηλαδή το 0,4%
- 8 άτομα έχουν διαλέξει την επιλογή ‘άλλο’, ποσοστό που ανέρχεται σε 1,7%. Συγκεκριμένα, 3 άτομα απάντησαν την επιλογή ‘Κατηχητικό’ και 5 άτομα την επιλογή ‘Χορωδία’.

Ως λόγοι συμμετοχής των ερωτώμενων στις παραπάνω δραστηριότητες αναφέρθηκαν τα παρακάτω **(Πίνακας 25)**:

- Το 79,4% των ερωτώμενων δήλωσε ως λόγο την επιλογή ‘‘Μου αρέσει – Με ικανοποιεί’’
- Το 9,8% δήλωσε ως λόγο την επιλογή ‘‘Νιώθω χρήσιμος’’
- Το 27% δήλωσε ως λόγο την επιλογή ‘‘Δίνει νόημα στην ζωή μου’’
- Το 30,6% δήλωσε ως λόγο την επιλογή ‘‘Βρίσκω παρέα – δεν νιώθω μοναξιά’’

Στις παραπάνω ερωτήσεις, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα παραπάνω από μίας επιλογής.

Πίνακας 23: Συμμετοχή σε Συλλογική Δραστηριότητα

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Συμμετέχετε σε κάποια συλλογική δραστηριότητα;</i>	<i>Ναι</i>	470	68,1
	<i>Όχι</i>	220	31,9
	<i>Σύνολο</i>	690	100,0
<i>Missing</i>		3	
<i>Σύνολο</i>		693	

Πίνακας 24: Συλλογικές Δραστηριότητες

		<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>Σύλλογοι</i>	<i>N</i>	7	463	470
	<i>Ποσοστό %</i>	1,5%	98,5%	100,0%
<i>Εκκλησία</i>	<i>N</i>	381	89	470
	<i>Ποσοστό %</i>	81,1%	18,9%	100,0%
<i>ΚΑΠΗ</i>	<i>N</i>	246	224	470
	<i>Ποσοστό %</i>	52,3%	47,7%	100,0%
<i>Πολιτική</i>	<i>N</i>	2	468	470
	<i>Ποσοστό %</i>	0,4%	99,6%	100,0%
<i>Άλλο</i>	<i>N</i>	8	462	470
	<i>Ποσοστό %</i>	1,7%	98,3%	100,0%

Πίνακας 25: Λόγος Συμμετοχής

		<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>Μου αρέσει / με ικανοποιεί</i>	<i>N</i>	373	97	470
	<i>Ποσοστό %</i>	79,4%	20,6%	100,0%
<i>Νιώθω χρήσιμος</i>	<i>N</i>	46	424	470
	<i>Ποσοστό %</i>	9,8%	90,2%	100,0%
<i>Δίνει νόημα στην ζωή μου</i>	<i>N</i>	127	343	470
	<i>Ποσοστό %</i>	27,0%	73,0%	100,0%

Γιατί βρίσκω παρέα / δεν νιώθω μοναξιά	N	144	326	470
	Ποσοστό %	30,6%	69,4%	100,0%

Στην ερώτηση που αφορά την ενασχόληση με το διάβασμα (**Πίνακας 26**), το 35,2% των ερωτώμενων έδωσε θετική απάντηση, ενώ το 64,8% απάντησε αρνητικά.

Στο 35,2% που έδωσε θετική απάντηση στην ενασχόληση με το διάβασμα, τέθηκε επιπλέον, η ερώτηση σχετικά με την συχνότητα που συμβαίνει αυτό. Έτσι, το 46,1% απάντησε ότι διαβάζει καθημερινά, το 35% διαβάζει κάποιες φορές την εβδομάδα, το 2,5% δήλωσε ότι διαβάζει κάποιες φορές το δεκαπενθήμερο, ενώ το 16,5% διαβάζει κάποιες φορές το μήνα. (**Πίνακας 26.1**)

Πίνακας 26: Ενασχόληση με το Διάβασμα

		Συχνότητα	Ποσοστό %
<i>Ενασχόληση με το Διάβασμα</i>	Ναι	243	35,2
	Όχι	447	64,8
	Σύνολο	690	100,0
Missing		3	
Σύνολο		693	

Πίνακας 26.1: Συχνότητα Ενασχόλησης με το Διάβασμα

		Συχνότητα	Ποσοστό %
<i>Συχνότητα</i>	Καθημερινά	112	46,1
	Κάποιες φορές την εβδομάδα	85	35,0
	Κάποιες φορές κάθε δεκαπέντε μέρες	6	2,5
	Κάποιες φορές το μήνα	40	16,5
	Σύνολο	243	100,0
Missing		450	
Σύνολο		693	

Στον **Πίνακα 27** παρατηρείται ότι το 30,9% των ερωτώμενων ασχολείται με την γυμναστική, ενώ το 69,1% δεν γυμνάζεται καθόλου. Στο σημείο αυτό να διευκρινισθεί ότι: σύμφωνα με όσα μας έχουν αναφέρει οι ερωτώμενοι, η πλειοψηφία ακολουθεί ως τρόπο γυμναστικής το βάδισμα ή ασκήσεις για τα προβλήματα μυοσκελετικού που αντιμετωπίζουν.

Όσον αφορά την συχνότητα με την οποία γυμνάζονται οι 213 ερωτώμενοι, έχει ως εξής:

- 178 άτομα γυμνάζονται καθημερινά
- 22 άτομα ασχολούνται με τη γυμναστική κάποιες φορές την εβδομάδα
- 1 άτομο γυμνάζεται κάποιες φορές το δεκαπενθήμερο
- 12 άτομα ασχολούνται με τη γυμναστική κάποιες φορές το μήνα (**Πίνακας 27.1**)

Πίνακας 27: Ενασχόληση με τη Γυμναστική

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Ενασχόληση με τη Γυμναστική</i>	Ναι	213	30,9
	Όχι	477	69,1
	Σύνολο	690	100,0
Missing		3	
Σύνολο		693	

Πίνακας 27.1: Συχνότητα Ενασχόλησης με τη Γυμναστική

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Συχνότητα</i>	Καθημερινά	178	83,6
	Κάποιες φορές την εβδομάδα	22	10,3
	Κάποιες φορές κάθε δεκαπέντε μέρες	1	,5
	Κάποιες φορές το μήνα	12	5,6
	Σύνολο	213	100,0
Missing		480	
Σύνολο		693	

Στην ερώτηση “Αν καπνίζετε;” το 88,5% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ μόνο το 11,2% των ερωτώμενων απάντησε θετικά. **(Πίνακας 28)** Ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζουν οι ερωτώμενοι που απάντησαν θετικά έχει ως εξής:

- 27 άτομα καπνίζουν από 1 ως 10 τσιγάρα την ημέρα
- 30 άτομα καπνίζουν από 11 ως 20 τσιγάρα την ημέρα
- 9 άτομα καπνίζουν από 21 ως 30 τσιγάρα την ημέρα
- 9 άτομα καπνίζουν από 31 ως 40 τσιγάρα την ημέρα
- 2 άτομα καπνίζουν παραπάνω από 40 τσιγάρα την ημέρα *(Πίνακας 7 – Παράρτημα)*

Πίνακας 28: Κάπνισμα

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Κάπνισμα	Ναι	77	11,2
	Όχι	613	88,8
	Σύνολο	690	100,0
Missing		3	
Σύνολο		693	

Στην ερώτηση που αφορά την κατανάλωση αλκοόλ το 66,7% των ερωτώμενων απάντησε αρνητικά, ενώ το 33,3% έδωσε θετική απάντηση. **(Πίνακας 29)**

Όσον αφορά τους ερωτώμενους που απάντησαν θετικά στην κατανάλωση αλκοόλ, τους δόθηκε η δυνατότητα να επιλέξουν παραπάνω από μία απάντηση, αναφορικά με το ποτό που πίνουν. Έτσι λοιπόν, το 5,1% των ερωτώμενων καταναλώνει κρασί, *(Πίνακας 8 – Παράρτημα)* το 24,1% καταναλώνει τσίπουρο – ούζο *(Πίνακας 9 – Παράρτημα)* και το 11,7% καταναλώνει κάποιο άλλο ποτό. *(Πίνακας 10 – Παράρτημα)* Παρακάτω ακολουθούν αναλυτικά οι ποσότητες αλκοόλ που καταναλώνουν καθημερινά. **Συγκεκριμένα:**

Κρασί

- 15 άτομα καταναλώνουν 1-2 ποτήρια/ημέρα
- 1 άτομο καταναλώνει 3-4 ποτήρια/ημέρα
- 9 άτομα καταναλώνουν 1-2 ποτήρια/εβδομάδα
- 1 άτομο καταναλώνει 3-4 ποτήρια/εβδομάδα

- 9 άτομα καταναλώνουν κρασί στις γιορτές (Πίνακας 8.1 – Παράρτημα)

Τσίπουρο – Ούζο

- 102 άτομα καταναλώνουν 1-2 ποτήρια/ημέρα
- 4 άτομα καταναλώνουν 3-4 ποτήρια/ημέρα
- 1 άτομο καταναλώνει παραπάνω από 6 ποτήρια/ημέρα
- 44 άτομα καταναλώνουν 1-2 ποτήρια/εβδομάδα
- 6 άτομα καταναλώνουν 3-4 ποτήρια/εβδομάδα
- 10 άτομα καταναλώνουν τσίπουρο στις γιορτές (Πίνακας 9.1 – Παράρτημα)

Άλλο ποτό

- 25 άτομα καταναλώνουν 1-2 ποτήρια/ημέρα
- 4 άτομα καταναλώνουν 3-4 ποτήρια/ημέρα
- 1 άτομο καταναλώνει 5-6 ποτήρια/ημέρα
- 2 άτομα καταναλώνουν παραπάνω από 6 ποτήρια/ημέρα
- 34 άτομα καταναλώνουν 1-2 ποτήρια/εβδομάδα
- 7 άτομα καταναλώνουν 3-4 ποτήρια/εβδομάδα
- 8 άτομα καταναλώνουν κάποιο άλλο ποτό (μπύρα, ρετσίνα, ουίσκι) στις γιορτές (Πίνακας 10.1 – Παράρτημα)

Πίνακας 29: Κατανάλωση Αλκοόλ

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Κατανάλωση Αλκοόλ</i>	Ναι	230	33,3
	Όχι	460	66,7
	Σύνολο	690	100,0
Missing		3	
Σύνολο		693	

Νόσος ALZHEIMER

Στην ερώτηση που αφορά “*Αν γνωρίζουν οι ερωτώμενοι τη νόσο Alzheimer*”, το 63% απάντησε ότι γνωρίζει τη νόσο, ενώ το 37% δήλωσε άγνοια. (Πίνακας 30)

Όσον αφορά τους ερωτώμενους που γνωρίζουν τη νόσο Alzheimer, δόθηκε η δυνατότητα να επιλέξουν παραπάνω από μία απάντηση, αναφορικά με τις πηγές πληροφόρησής τους. Έτσι λοιπόν, συνολικά σημειώθηκαν οι εξής απαντήσεις:

- 86 ερωτώμενοι είχαν ως πηγή πληροφόρησης κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο
- 29 ερωτώμενοι είχαν ως πηγή πληροφόρησης κάποιο φιλικό τους πρόσωπο
- 181 ερωτώμενοι είχαν ως πηγή πληροφόρησης κάποιον συγχωριανό τους
- 190 ερωτώμενοι είχαν ως πηγή πληροφόρησης τα Μ.Μ.Ε. (τηλεόραση, εφημερίδες, περιοδικά)
- 29 ερωτώμενοι ενημερώθηκαν από γιατρούς
- 15 ερωτώμενοι παρακολούθησαν κάποια ομιλία - διάλεξη (Πίνακες 30.1 & 30.2)

Πίνακας 30: Γνωρίζετε τη νόσο Alzheimer;

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Γνωρίζεται τη νόσο Alzheimer;</i>	<i>Ναι</i>	435	63,0
	<i>Όχι</i>	255	37,0
	<i>Σύνολο</i>	690	100,0
<i>Missing</i>		3	
<i>Σύνολο</i>		693	

Πίνακας 30.1: Πηγές Πληροφόρησης 1

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Πηγές Πληροφόρησης 1</i>	<i>Συγγενικό πρόσωπο</i>	79	18,2
	<i>Φιλικό πρόσωπο</i>	23	5,3
	<i>Συγχωριανός</i>	149	34,3
	<i>Τηλεόραση – εφημερίδα - περιοδικά</i>	164	37,7
	<i>Γιατρούς</i>	12	2,8

	Ομιλίες-διαλέξεις	8	1,8
	Σύνολο	435	100,0
Missing		258	
Σύνολο		693	

Πίνακας 30.2 : Πηγές Πληροφόρησης

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Πηγές Πληροφόρησης 2</i>	Συγγενικό πρόσωπο	7	7,4
	Φιλικό πρόσωπο	6	6,3
	Συγχωριανός	32	33,7
	Τηλεόραση – εφημερίδα - περιοδικά	26	27,4
	Γιατρούς	17	17,9
	Ομιλίες-διαλέξεις	7	7,4
	Σύνολο	95	100,0
	Missing		598
Σύνολο		693	

Στον **Πίνακα 31** παρατηρείται, ότι μόνο 57 ερωτώμενοι έχουν κάποιον συγγενή που πάσχει από Άνοια, ενώ οι υπόλοιποι 633 ερωτώμενοι δεν έχουν. Όσον αφορά τον βαθμό συγγένειας των ερωτώμενων, (**Πίνακας 35.1**) προκύπτει ότι:

- 38 άτομα είχαν γονέα ή αδελφό που έπασχε από τη νόσο
- 8 άτομα είχαν Α' βαθμού ξαδέλφια που έπασχαν από τη νόσο
- 1 άτομο είχε Β' βαθμού ξάδελφο που έπασχε από τη νόσο
- 10 άτομα είχαν θείο ή θεία που έπασχε από τη νόσο

Πίνακας 31: Υπαρξη Συγγενή με Άνοια

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Υπαρξη Συγγενή με Άνοια</i>	Ναι	57	8,3
	Όχι	633	91,7
	Σύνολο	690	100,0
Missing		3	
Σύνολο		693	

Πίνακας 31.1: Βαθμός Συγγένειας

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Βαθμός Συγγένειας</i>	(γονείς-αδέρφια)	38	66,7
	(Α' ξαδέλφια)	8	14,0
	(Β' ξαδέλφια)	1	1,8
	(Θείος - Θεία)	10	17,5
	Σύνολο	57	100,0
Missing		636	
Σύνολο		693	

Στην ερώτηση που αφορά τις απόψεις για τη νόσο (**Πίνακας 32**), οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα να δώσουν παραπάνω από μία απάντησεις. Συγκεκριμένα, εκφράστηκαν τα εξής:

- Το 57,7% των ερωτώμενων θεωρεί ότι πρόκειται για μία δύσκολη ασθένεια
- Το 7,4% θεωρεί ότι η ασθένεια αποτελεί ταλαιπωρία για τους φροντιστές - συγγενείς του ασθενή
- Το 4,1% εξέφρασε κάποια προκατάληψη για τη νόσο
- Το 3,2% θεωρεί την ασθένεια ως μη θεραπεύσιμη
- Το 39% δήλωσε ότι δεν γνωρίζει τίποτα σχετικά με τη νόσο

Πίνακας 32: Αποψη για τη Νόσο Alzheimer

		<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Σύνολο</i>
Δύσκολη ασθένεια	N	398	292	690
	Ποσοστό %	57,7%	42,3%	100,0%
Ταλαιπωρία φροντιστών - συγγενών	N	51	639	690
	Ποσοστό %	7,4%	92,6%	100,0%
Έκφραση προκαταλήψεων	N	28	662	690
	Ποσοστό %	4,1%	95,9%	100,0%
Μη θεραπεύσιμη ασθένεια	N	22	668	690
	Ποσοστό %	3,2%	96,8%	100,0%
Δε γνωρίζω	N	269	421	690
	Ποσοστό %	39,0%	61,0%	100,0%

MINI MENTAL / HINDI

Στον **Πίνακα 33** γίνεται εμφανής ο διαχωρισμός του τεστ που χρησιμοποιήθηκε σε κάθε ερωτώμενο, σύμφωνα με το μορφωτικό του επίπεδο. Παρουσιάζονται λοιπόν, 458 ερωτώμενοι οι οποίοι υποβλήθηκαν στην δοκιμασία Mini Mental State Examination (MMSE) και 231 ερωτώμενοι στο Hindi Mental State Examination (HINDI).

Πίνακας 33: Επιλογή Ερωτηματολογίου (MMSE – Hindi)

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Επιλογή Ερωτηματολογίου	MINI-MENTAL	458	66,5
	HINDI	231	33,5
	Σύνολο	689	100,0
Missing		4	
Σύνολο		693	

Η πρώτη υποκλίμακα του MMSE - Hindi εξετάζει τον Προσανατολισμό.

Συγκεκριμένα:

- Στην ερώτηση “Τι έτος έχουμε;”, το 96,2% απάντησε σωστά, ενώ το 3,8% έδωσε λανθασμένη απάντηση.
- Στην ερώτηση “Τι εποχή έχουμε;”, το 97,7% απάντησε σωστά, ενώ το 2,3% έδωσε λάθος απάντηση
- Στην ερώτηση “Τι μήνα έχουμε;”, το 93,3% απάντησε σωστά, ενώ το 6,7% έδωσε λάθος απάντηση
- Στην ερώτηση “Τι ημερομηνία έχουμε;”, το 92,2% απάντησε σωστά, ενώ το 7,8% έδωσε λάθος απάντηση
- Στην ερώτηση “Τι ημέρα της εβδομάδας έχουμε;”, το 96,8% απάντησε σωστά, ενώ το 3,2% έδωσε λάθος απάντηση
- Στην ερώτηση “Πώς ονομάζεται το χωριό σας”, το 99,9% απάντησε σωστά, ενώ το 0,1% έδωσε λάθος απάντηση
- Στην ερώτηση “Σε ποιο Δήμο βρίσκεται;”, το 91,1% απάντησε σωστά, ενώ το 8,9% έδωσε λάθος απάντηση
- Στην ερώτηση “Σε ποιο Νομό βρίσκεται;”, το 97,5% απάντησε σωστά, ενώ το 2,5% έδωσε λάθος απάντηση
- Στην ερώτηση “Σε ποια χώρα βρίσκεται;”, το 99,4% απάντησε σωστά, ενώ το 0,6% έδωσε λάθος απάντηση
- Στην ερώτηση “Σε ποιον όροφο βρισκόμαστε;”, το 99,1% απάντησε σωστά, ενώ το 0,9% έδωσε λάθος απάντηση *(Πίνακας 11.1 - Παράρτημα)*

Η δεύτερη υποκλίμακα του MMSE – Hindi εξετάζει την εγχάραξη.

Συγκεκριμένα, στην ερώτηση που απαιτείται:

- Η επανάληψη της λέξης καρέκλα, το 99,1% των ερωτώμενων απάντησε σωστά, ενώ το 0,9% έδωσε λάθος απάντηση
- Η επανάληψη της λέξης φούστα, το 98,7% απάντησε σωστά, ενώ το 1,3% έδωσε λάθος απάντηση
- Η επανάληψη της λέξης ποδήλατο, το 98,5% απάντησε σωστά, ενώ το 1,5% έδωσε λάθος απάντηση *(Πίνακας 11.2 – Παράρτημα)*

Η τρίτη υποκλίμακα του MMSE – Hindi εξετάζει την προσοχή και την ικανότητα υπολογισμού.

Συγκεκριμένα:

- Στη πρώτη αφαίρεση / συλλαβισμός το 98,8% έδωσε σωστή απάντηση, ενώ το 1,2% απάντησε λάθος
- Στην δεύτερη αφαίρεση / συλλαβισμός το 94,9% έδωσε σωστή απάντηση, ενώ το 5,1% απάντησε λάθος
- Στη τρίτη αφαίρεση / συλλαβισμός το 92,7% έδωσε σωστή απάντηση, ενώ το 7,3% απάντησε λάθος
- Στη τέταρτη αφαίρεση / συλλαβισμός το 85,9% έδωσε σωστή απάντηση, ενώ το 14,1% απάντησε λάθος
- Στη πέμπτη αφαίρεση / συλλαβισμός το 90,5% έδωσε σωστή απάντηση, ενώ το 9,5% απάντησε λάθος (Πίνακας 11.3 – Παράρτημα)

Η τέταρτη υποκλίμακα του MMSE – Hindi εξετάζει την ικανότητα ανάκλησης.

Συγκεκριμένα:

- Στην επανάληψη της λέξης ‘καρέκλα’, το 80,4% απάντησε σωστά, ενώ το 19,6% απάντησε λάθος
- Στην επανάληψη της λέξης ‘φούστα’, το 79,5% απάντησε σωστά, ενώ το 20,5% απάντησε λάθος
- Στην επανάληψη της λέξης ‘ποδήλατο’, το 57,5% απάντησε σωστά, ενώ το 42,3% απάντησε λάθος (Πίνακας 11.4 – Παράρτημα)

Η πέμπτη υποκλίμακα του MMSE – Hindi εξετάζει την γλώσσα.

Συγκεκριμένα:

- Στην ερώτηση “Τι είναι αυτό;” – Μολύβι, το 98,8% απάντησε σωστά, ενώ το 1,2% απάντησε λάθος
- Στην ερώτηση “Τι είναι αυτό;” – Ρολοί, το 99,6% απάντησε σωστά, ενώ το 0,4% απάντησε λάθος.
- Στην ερώτηση που απαιτείται η επανάληψη της έκφρασης “παιδί - κλειδί – κλαδί”, το 67,6% απάντησε σωστά, ενώ το 32,4% απάντησε λάθος
- Στην οδηγία “Πάρτε αυτό το φύλλο χαρτί με το δεξί χέρι”, το 97,9% έπραξε σωστά, ενώ το 2,1% έπραξε λάθος

- Στην οδηγία “Δίπλωσέ το στα δύο”, το 98,8% ενήργησε σωστά, ενώ το 1,2% ενήργησε λάθος
- Στην οδηγία “Ακούμπησέ το στο πάτωμα”, το 99,7% έπραξε σωστά, ενώ το 0,3% έπραξε λάθος
- Στην οδηγία “Κλείσε τα μάτια σου”, το 99,9% έπραξε σωστά, ενώ το 0,1% έπραξε λάθος
- Στην ερώτηση “Θα θέλατε να μου γράψετε μία πρόταση ολοκληρωμένη;”, το 94,6% έγραψε μία ολοκληρωμένη πρόταση, ενώ το 5,4% δεν μπόρεσε (Πίνακας 11.5 – Παράρτημα)

Η έκτη υποκλίμακα του MMSE – Hindi εξετάζει την ικανότητα πραξίας των ερωτώμενων, όπου το 63,1% κατάφερε να αντιγράψει σωστά το σχήμα που του δόθηκε, ενώ το 36,9% δεν τα κατάφερε. (Πίνακας 11.6 – Παράρτημα)

Σύμφωνα με τα παραπάνω, στον Πίνακα 34 παρουσιάζεται το νοητικό επίπεδο των ερωτώμενων, βάση του συνόλου των σωστών απαντήσεων που έχουν συλλέξει στην δοκιμασία του MMSE – Hindi.

Ειδικότερα:

- Το 61,8% εμφανίζει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο
- Το 29,9% εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή
- Το 7,5% εμφανίζει Ήπια Άνοια
- Το 0,9% εμφανίζει Μέτρια Άνοια
- Ενώ, κανείς δεν εμφανίζει Σοβαρή Άνοια

Πίνακας 34: Νοητικό Επίπεδο (MMSE) Ερωτώμενων

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Νοητικό Επίπεδο</i>	30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό επίπεδο	420	61,8
	27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	203	29,9
	24 - 20 Ήπια Άνοια	51	7,5
	19 - 11 Μέτρια Άνοια	6	0,9
	Σύνολο	680	100,0
Missing		13	
Σύνολο		693	

IADL

Η πρώτη ερώτηση του IADL εξετάζει την ικανότητα χρήσης τηλεφώνου. Έτσι προέκυψε ότι:

- Το 96,4% χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς
- Το 0,3% παίρνει λίγα, πολύ γνωστά τηλέφωνα
- Το 1,5% απαντά στο τηλέφωνο, αλλά δεν παίρνει τηλέφωνα

Το 1,8% δεν χρησιμοποιεί καθόλου τηλέφωνο (*Πίνακας 12.1 – Παράρτημα*)

Διευκρίνιση: Υπήρχαν 6 άτομα τα οποία δεν είχαν τηλέφωνο στο σπίτι τους.

Η δεύτερη ερώτηση του IADL εξετάζει την ικανότητα για ψώνια και έδειξε ότι:

- Το 86,3% αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες για ψώνια μόνο του
- Το 0,4% ψωνίζει, αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του
- Το 13,2% δεν πάει καθόλου για ψώνια (*Πίνακας 12.2 – Παράρτημα*)

Η τρίτη ερώτηση του IADL εξετάζει την ικανότητα προετοιμασίας γευμάτων.

- Το 90,8% σχεδιάζει, ετοιμάζει και σερβίρει επαρκή γεύματα
- Το 1,6% προετοιμάζει επαρκή γεύματα, εάν υπάρχουν τα απαραίτητα
- Το 4,7% ζεσταίνει ή προσφέρει έτοιμα γεύματα ή ετοιμάζει γεύματα, αλλά δε διατηρεί την ικανότητα επαρκούς διατροφής

Το 2,9% χρειάζεται να του σερβίρουν τα γεύματα (*Πίνακας 12.3 – Παράρτημα*)

Διευκρίνιση: Υπήρχαν ερωτώμενοι που δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση, αφού δεν ασχολούνταν ποτέ με την προετοιμασία γευμάτων.

Η τέταρτη ερώτηση του IADL εξετάζει την ικανότητα διατήρησης του νοικοκυριού.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτώμενων:

- Το 90% διατηρεί καθαρό το σπίτι μόνο του, με περιστασιακή βοήθεια
- Το 3,6% κάνει τις καθημερινές δουλειές, όπως το πλύσιμο των πιάτων ή το στρώσιμο του κρεβατιού
- Το 2,7% κάνει τις καθημερινές δουλειές, αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει ένα αποδεκτό επίπεδο καθαριότητας
- Το 1,8% χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις δουλειές του σπιτιού

Το 1,8% δε συμμετέχει σε καμία από τις δουλειές του σπιτιού (*Πίνακας 12.4 – Παράρτημα*)

Διευκρίνιση: Υπήρχαν ερωτώμενοι που δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση, αφού δεν ασχολούνταν ποτέ με το νοικοκυριό.

Η πέμπτη ερώτηση του IADL εξετάζει την ικανότητα καθαριότητας των προσωπικών ρούχων των ερωτώμενων και φαίνεται ότι:

- Το 92,3% πλένει τα προσωπικά του ρούχα μόνο του.
- Το 1% πλένει μικρά ρούχα καθημερινής ανάγκης, ‘όπως κάλτσες’

Το 6,7% απάντησε ότι όλο το πλύσιμο γίνεται από άλλους (Πίνακας 12.5 – Παράρτημα)

Διευκρίνιση: Υπήρχαν ερωτώμενοι που δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση, αφού δεν ασχολούνταν ποτέ με το πλύσιμο των ρούχων.

Η έκτη ερώτηση του IADL εξετάζει την ικανότητα μεταφοράς / μετακίνησης των ερωτώμενων και προέκυψε ότι:

- Το 80,9% μετακινείται μόνο με μέσα μαζικής μεταφοράς ή οδηγεί το δικό του αυτοκίνητο
- Το 1,6% οργανώνει τα ταξίδια του με ταξί και δεν χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς
- Το 1,9% μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς, όταν βοηθιέται ή συνοδεύεται από άλλους
- Το 14,4% ταξιδεύει με ταξί ή αυτοκίνητο μόνο με τη βοήθεια άλλου
- Το 1,2% δεν ταξιδεύει καθόλου (Πίνακας 12.6 – Παράρτημα)

Η έβδομη ερώτηση του IADL εξετάζει την ικανότητα λήψης φαρμάκων των ερωτώμενων και φαίνεται ότι:

- Το 96,8% είναι υπεύθυνο και παίρνει τα φάρμακά του στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο
- Το 2,5% παίρνει τα φάρμακά του, όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις
- Το 0,7% δεν είναι ικανό να παίρνει τα φάρμακά του (Πίνακας 12.7 – Παράρτημα)

Διευκρίνιση: Υπήρχαν ερωτώμενοι που δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση, αφού δεν λάμβαναν φάρμακα.

Η όγδοη ερώτηση του IADL εξετάζει την ικανότητα διαχείρισης των οικονομικών από τους ερωτώμενους και προέκυψε ότι:

- Το 89,3 % διαχειρίζεται μόνο τα οικονομικά του
- Το 9,1% τα καταφέρνει στις καθημερινές συναλλαγές, αλλά χρειάζεται βοήθεια για την τράπεζα - τις μεγάλες συναλλαγές
- Το 1,6% είναι ανίκανο να διαχειρίζεται χρήματα (Πίνακας 12.8 – Παράρτημα)

Διευκρίνιση: Υπήρχαν ερωτώμενοι που δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση, αφού δεν διαχειρίζονταν ποτέ τα οικονομικά του σπιτιού.

Στον Πίνακα 35 παρουσιάζεται το επίπεδο λειτουργικότητας των ερωτώμενων, σύμφωνα με το σύνολο βαθμών που συγκέντρωσαν. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι λάβαμε υπόψη μόνο τις 4 ερωτήσεις από τις 8 (ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου, ικανότητα μεταφοράς / μετακίνησης, ικανότητα λήψης φαρμάκων και ικανότητα διαχείρισης των οικονομικών), προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη ή μη λειτουργικών προβλημάτων.

Τα αποτελέσματα λοιπόν, διαμορφώνονται ως εξής:

- Το 76,3% δεν εμφανίζει λειτουργικά προβλήματα
- Το 23,7% εμφανίζει λειτουργικά προβλήματα

Πίνακας 35: Επίπεδο Λειτουργικότητας (IADL) των ερωτώμενων

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Επίπεδο Λειτουργικότητας</i>	'Σύνολο = 4 Απουσία Λειτουργικών προβλημάτων	518	76,3
	'Σύνολο > 4 Ύπαρξη Λειτουργικών προβλημάτων	161	23,7
	<i>Σύνολο</i>	679	100,0
	<i>Missing</i>	14	
Σύνολο		693	

GDS

Παρακάτω παρουσιάζονται οι ερωτήσεις του τεστ GDS που αφορούν τη συναισθηματική κατάσταση των ερωτώμενων, σύμφωνα με τις οποίες προέκυψε η Ύπαρξη ή μη Κατάθλιψης.

- Στην ερώτηση *“Είστε γενικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας;”*, το 82,2% έδωσε θετική απάντηση, ενώ το 17,8% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας;”*, το 56,3% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 43,7% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;”*, το 63,6% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 36,4% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Συχνά αισθάνεστε να βαριέστε;”*, το 78,6% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 21,4% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό;”*, το 76,1% έδωσε θετική απάντηση, ενώ το 23,9% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Φοβάστε ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;”*, το 86,3% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 13,7% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Αισθάνεστε χαρούμενος τον περισσότερο χρόνο;”*, το 74,8% έδωσε θετική απάντηση, ενώ το 25,2% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;”*, το 86,1% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 13,9% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Προτιμάτε να μένετε σπίτι, παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούρια πράγματα;”*, το 63,7% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 36,3% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από τους άλλους ανθρώπους;”*, το 89,8% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 10,2% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Αισθάνεστε ότι είναι θαυμάσιο που είστε ζωντανός τώρα;”*, το 94,8% έδωσε θετική απάντηση, ενώ το 5,2% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση *“Αισθάνεστε χρήσιμος;”*, το 93,1% έδωσε θετική απάντηση, ενώ το 6,9% έδωσε καταθλιπτική απάντηση

- Στην ερώτηση “*Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια και δύναμη;*”, το 88,3% έδωσε θετική απάντηση, ενώ το 11,7% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση “*Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι απελπιστική;*”, το 83,8% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 16,2% έδωσε καταθλιπτική απάντηση
- Στην ερώτηση “*Πιστεύεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτερα από εσάς;*”, το 77,6% έδωσε αρνητική απάντηση, ενώ το 22,4% έδωσε καταθλιπτική απάντηση (Πίνακας 13 – Παράρτημα)

Στον Πίνακα 36 παρουσιάζεται η Συναισθηματική Κατάσταση των ερωτώμενων, όπως προκύπτει από το σύνολο των καταθλιπτικών απαντήσεων που δόθηκαν. Συγκεκριμένα, το 85,1% δεν εμφανίζει Κατάθλιψη, ενώ το 14,9% των ερωτώμενων εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.

Πίνακας 36: Συναισθηματική Κατάσταση GDS των ερωτώμενων

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Συναισθηματική Κατάσταση	"0-6 Απουσία Κατάθλιψης	577	85,1
	7-15 Ύπαρξη Κατάθλιψης	101	14,9
	Σύνολο	678	100,0
Missing		15	
Σύνολο		693	

B' ΜΕΡΟΣ

Διάγνωση (συνολική αξιολόγηση των τριών τεστ MMSE – IADL – GDS)

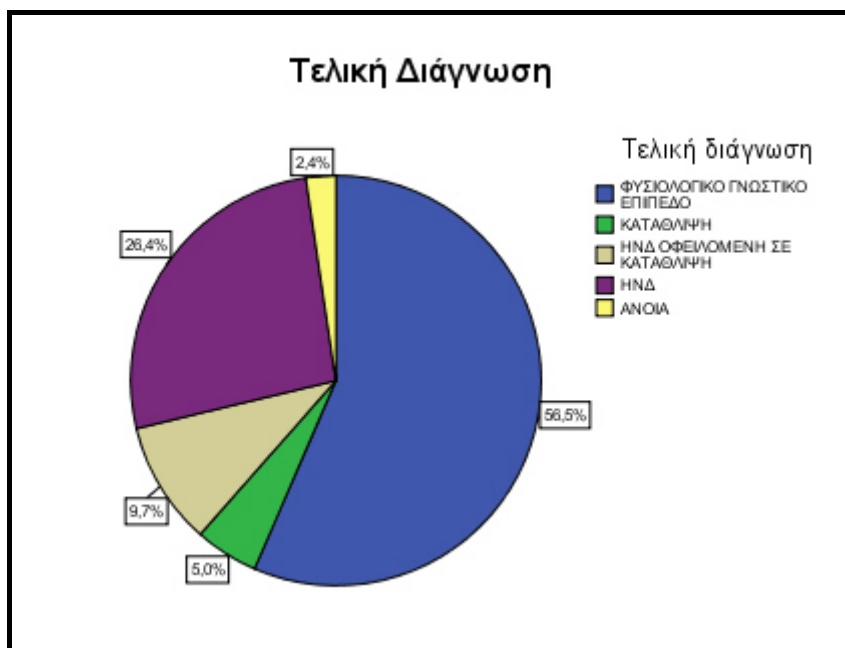
Στον **Πίνακα 37** που ακολουθεί αποτυπώνεται τα συνολικά ποσοστά που προέκυψαν βάση της διάγνωσης που τέθηκε.

Συγκεκριμένα:

- Το 56,5% των ερωτώμενων έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο
- Το 26,4% των ερωτώμενων εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή
- Το 9,7% των ερωτώμενων παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη
- Το 5,0% των ερωτώμενων έχει Κατάθλιψη
- Το 2,4% των ερωτώμενων βρέθηκε με Άνοια

Πίνακας 37: Διάγνωση (MMSE – IADL – GDS)

		<i>Συχνότητα</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Διάγνωση</i>	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	383	56,5
	Κατάθλιψη	34	5,0
	Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	66	9,7
	Ήπια Νοητική Διαταραχή	179	26,4
	Άνοια	16	2,4
	<i>Σύνολο</i>	678	100,0
	Missing	15	



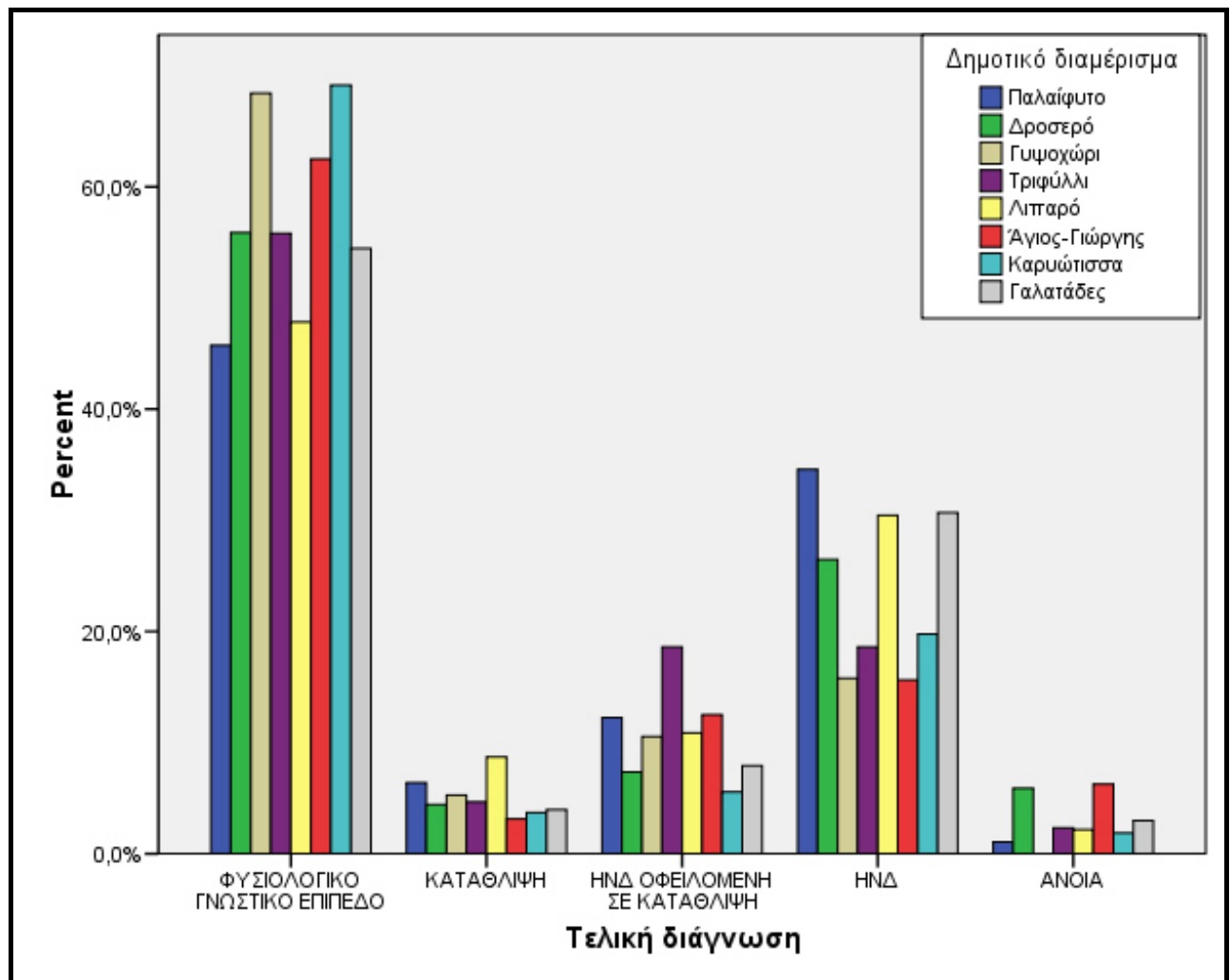
Στον Πίνακα 38 που ακολουθεί παρατηρείται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη διάγνωση που δόθηκε σε σχέση με το Δημοτικό Διαμέρισμα από το οποίο προέρχονται οι ερωτώμενοι, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,038 ($p < 0,05$).

Πίνακας 38: Διάγνωση και Δημοτικό Διαμέρισμα

			Δημοτικό Διαμέρισμα								
			Παλαιόφυτο	Δροσερό	Γυψοχώρι	Τριφύλλι	Λιπαρό	Άγιος-Γιώργης	Καρνώτισσα	Γαλατάδες	Σύνολο
Διάγνωση	Φυσιολογικό	N	86	38	26	24	22	20	112	55	383
		% Σύνολο	12,7%	5,6%	3,8%	3,5%	3,2%	2,9%	16,5%	8,1%	56,5%
	Κατάθλιψη	N	12	3	2	2	4	1	6	4	34
		% Σύνολο	1,8%	0,4%	0,3%	0,3%	0,6%	0,1%	0,9%	0,6%	5,0%
	ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	23	5	4	8	5	4	9	8	66
		% Σύνολο	3,4%	0,7%	0,6%	1,2%	0,7%	0,6%	1,3%	1,2%	9,7%
	ΗΝΔ	N	65	18	6	8	14	5	32	31	179
		% Σύνολο	9,6%	2,7%	0,9%	1,2%	2,1%	0,7%	4,7%	4,6%	26,4%
	Άνοια	N	2	4	0	1	1	2	3	3	16

		% Σύνολο	0,3%	0,6%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,4%	0,4%	2,4%
Σύνολο	N		188	68	38	43	46	32	162	101	678
	% Σύνολο		27,7%	10,0%	5,6%	6,3%	6,8%	4,7%	23,9%	14,9%	100,0%

Chi – Square $X^2 = 42,645$, $df = 28$, $p = 0,038$



Ο Πίνακας 39 παρουσιάζει την κατανομή της διάγνωσης, ανάμεσα στα δύο φύλα.

Συγκεκριμένα:

- ❖ Από τους ερωτώμενους που έχουν Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 48,6% είναι άντρες, ενώ το 51,4% είναι γυναίκες.
- ❖ Από τους ερωτώμενους που εμφανίζουν Κατάθλιψη, το 79,4% είναι γυναίκες, ενώ το 20,6% είναι άντρες.
- ❖ Από τους ερωτώμενους που βρέθηκαν με Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη, το 72,7% είναι γυναίκες, ενώ το 27,3 % είναι άντρες.

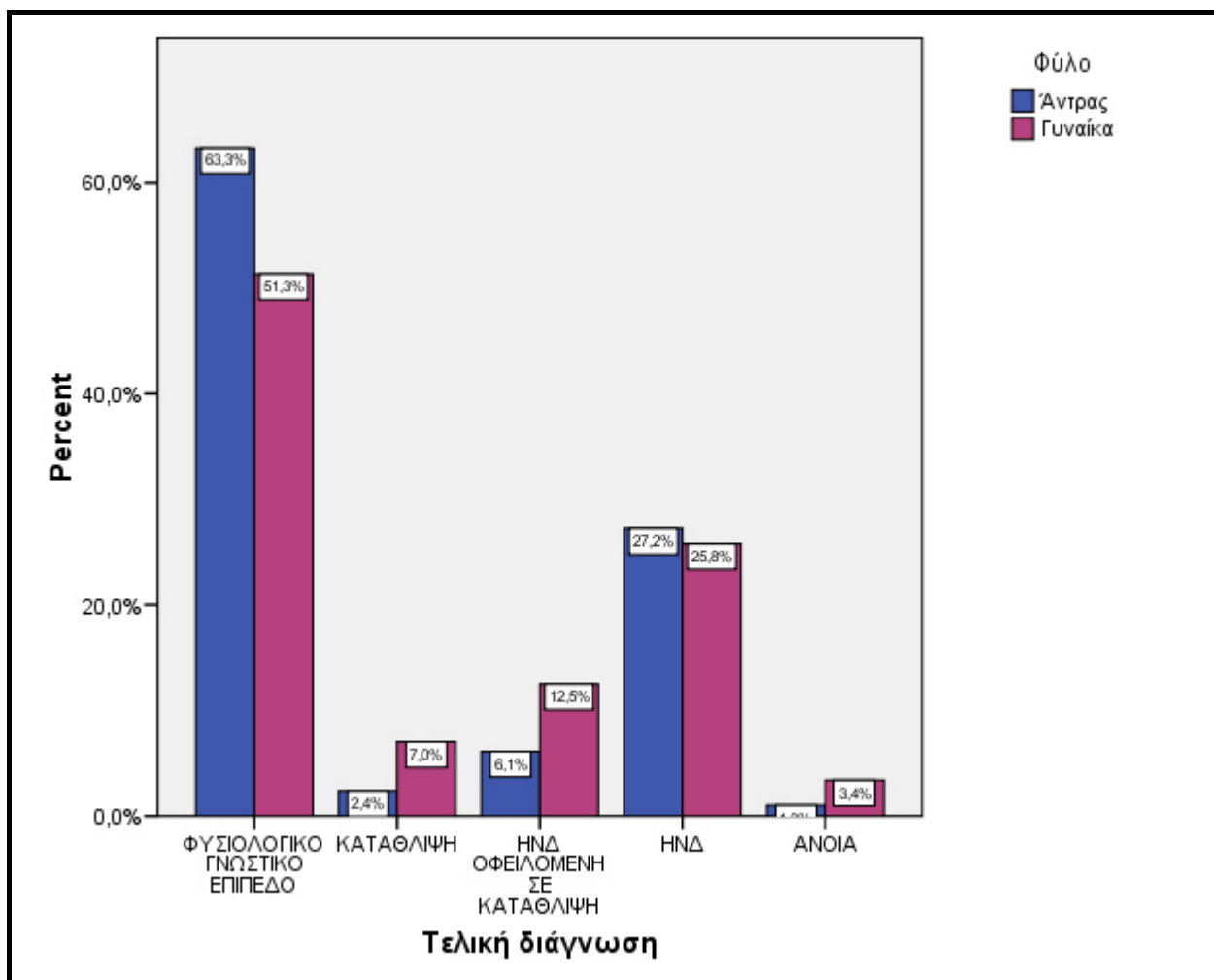
- ❖ Από τους ερωτώμενους που διαγνώστηκαν με Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 55,3% είναι γυναίκες, ενώ το 44,7% είναι άντρες.
- ❖ Από τους ερωτώμενους που έχουν Άνοια, το 81,3% είναι γυναίκες, ενώ το 18,8% είναι άντρες.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην διάγνωση σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 39: Διάγνωση και Φύλο

		Φύλο			
		Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο	
Διάγνωση	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	186	197	383
		% Ποσοστό	48,6%	51,4%	100,0%
		% Σύνολο	27,4%	29,1%	56,5%
	Κατάθλιψη	N	7	27	34
		% Ποσοστό	20,6%	79,4%	100,0%
		% Σύνολο	1,0%	4,0%	5,0%
	ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	18	48	66
		% Ποσοστό	27,3%	72,7%	100,0%
		% Σύνολο	2,7%	7,1%	9,7%
	ΗΝΔ		80	99	179
		% Ποσοστό	44,7%	55,3%	100,0%
		% Σύνολο	11,8%	14,6%	26,4%
Άνοια		3	13	16	
	% Ποσοστό	18,8%	81,3%	100,0%	
	% Σύνολο	,4%	1,9%	2,4%	
Σύνολο		294	384	678	
	% Ποσοστό	43,4%	56,6%	100,0%	
	% Σύνολο	43,4%	56,6%	100,0%	

Chi – Square $X^2 = 22,432$, $df = 4$, $p = 0,00$



Ο Πίνακας 40 παρουσιάζει τη διάγνωση των ερωτώμενων και πως αυτή κατανέμεται με βάση τις ηλικιακές ομάδες. Φαίνεται λοιπόν ότι από το σύνολο του δείγματος:

Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο

- το 18,6% των ερωτώμενων που έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 65-69 ετών
- το 20,4% των ερωτώμενων που έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 70-74 ετών
- το 10,3% των ερωτώμενων που έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 75-79 ετών
- το 7,2% των ερωτώμενων που έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω

Κατάθλιψη

- το 1,2% των ερωτώμενων που έχει Κατάθλιψη και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 65-69 ετών
- το 1,5% των ερωτώμενων που έχει Κατάθλιψη και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 70-74 ετών
- το 1,5% των ερωτώμενων που έχει Κατάθλιψη και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 75-79 ετών
- το 0,9% των ερωτώμενων που έχει Κατάθλιψη και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω

Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη

- το 2,1% των ερωτώμενων που έχει ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 65-69 ετών
- το 2,8% των ερωτώμενων που έχει ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 70-74 ετών
- το 2,5% των ερωτώμενων που έχει ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 75-79 ετών
- το 2,4% των ερωτώμενων που έχει ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω

Ήπια Νοητική Διαταραχή

- το 5,3% των ερωτώμενων που έχει ΗΝΔ και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 65-69 ετών
- το 10,0% των ερωτώμενων που έχει ΗΝΔ και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 70-74 ετών
- το 5,5% των ερωτώμενων που έχει ΗΝΔ και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 75-79 ετών
- το 5,6% των ερωτώμενων που έχει ΗΝΔ και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω

Άνοια

- το 0,4% των ερωτώμενων που εμφανίζει Άνοια και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 65-69 ετών
- το 0,6% των ερωτώμενων που εμφανίζει Άνοια και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 70-74 ετών

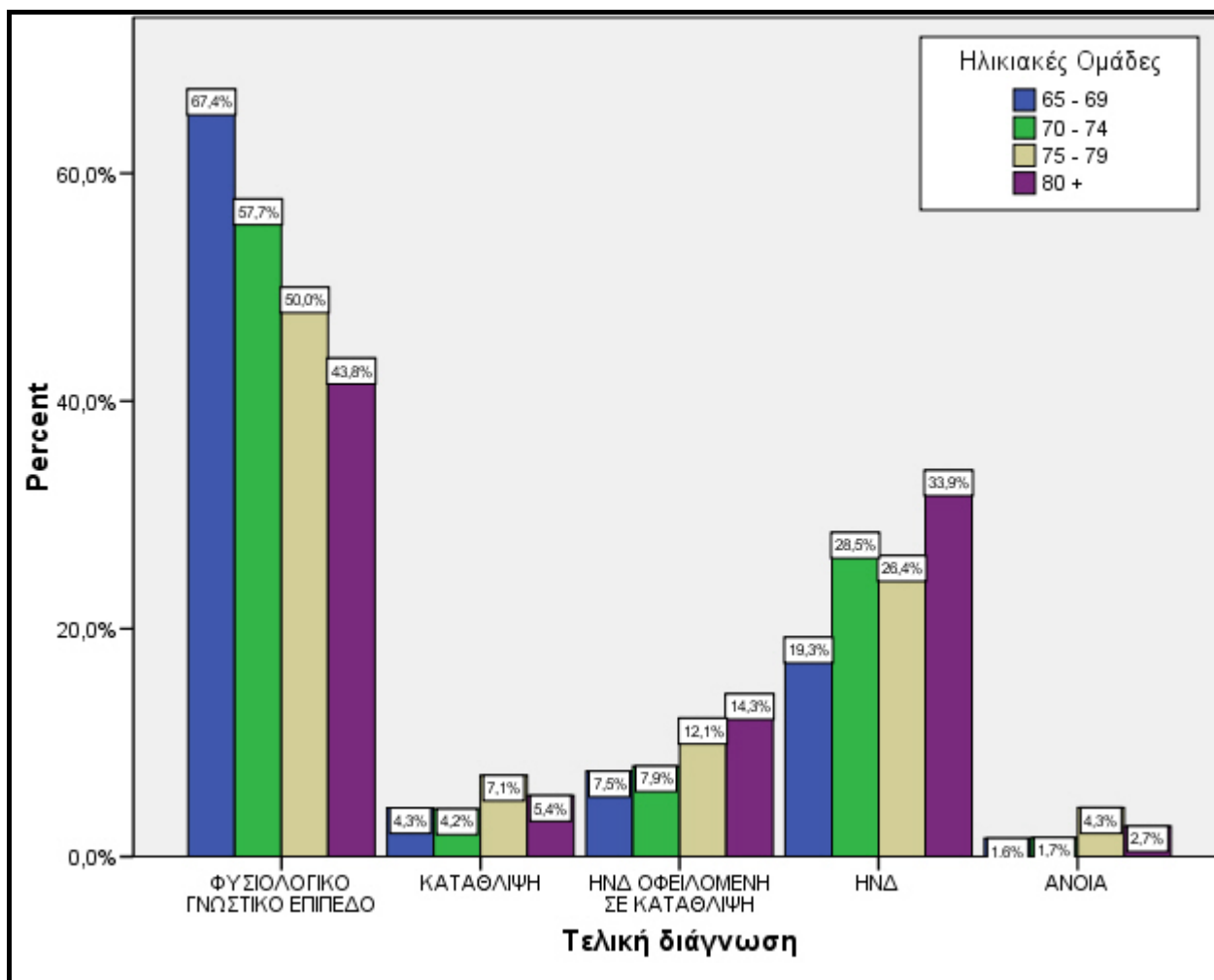
- το 0,9% των ερωτώμενων που εμφανίζει Άνοια και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 75-79 ετών
- το 0,4% των ερωτώμενων που εμφανίζει Άνοια και ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω

Σύμφωνα με τα παραπάνω, προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη διάγνωση που τέθηκε σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν οι ερωτώμενοι, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,017 ($p < 0,05$).

Πίνακας 40: Διάγνωση και Ηλικιακές Ομάδες

			<i>Ηλικιακές Ομάδες</i>				
			65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 +	<i>Σύνολο</i>
<i>Διάγνωση</i>	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	126	138	70	49	383
		% Ποσοστό	32,9%	36,0%	18,3%	12,8%	100,0%
		% Σύνολο	18,6%	20,4%	10,3%	7,2%	56,5%
	Κατάθλιψη	N	8	10	10	6	34
		% Ποσοστό	23,5%	29,4%	29,4%	17,6%	100,0%
		% Σύνολο	1,2%	1,5%	1,5%	0,9%	5,0%
	HNA οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	14	19	17	16	66
		% Ποσοστό	21,2%	28,8%	25,8%	24,2%	100,0%
		% Σύνολο	2,1%	2,8%	2,5%	2,4%	9,7%
	HNA	N	36	68	37	38	179
		% Ποσοστό	20,1%	38,0%	20,7%	21,2%	100,0%
		% Σύνολο	5,3%	10,0%	5,5%	5,6%	26,4%
	Άνοια	N	3	4	6	3	16
		% Ποσοστό	18,8%	25,0%	37,5%	18,8%	100,0%
		% Σύνολο	0,4%	0,6%	0,9%	0,4%	2,4%
<i>Σύνολο</i>	N	187	239	140	112	678	
	% Ποσοστό	27,6%	35,3%	20,6%	16,5%	100,0%	
	% Σύνολο	27,6%	35,3%	20,6%	16,5%	100,0%	

Chi – Square $X^2 = 24,629$, $df = 12$, $p = 0,017$



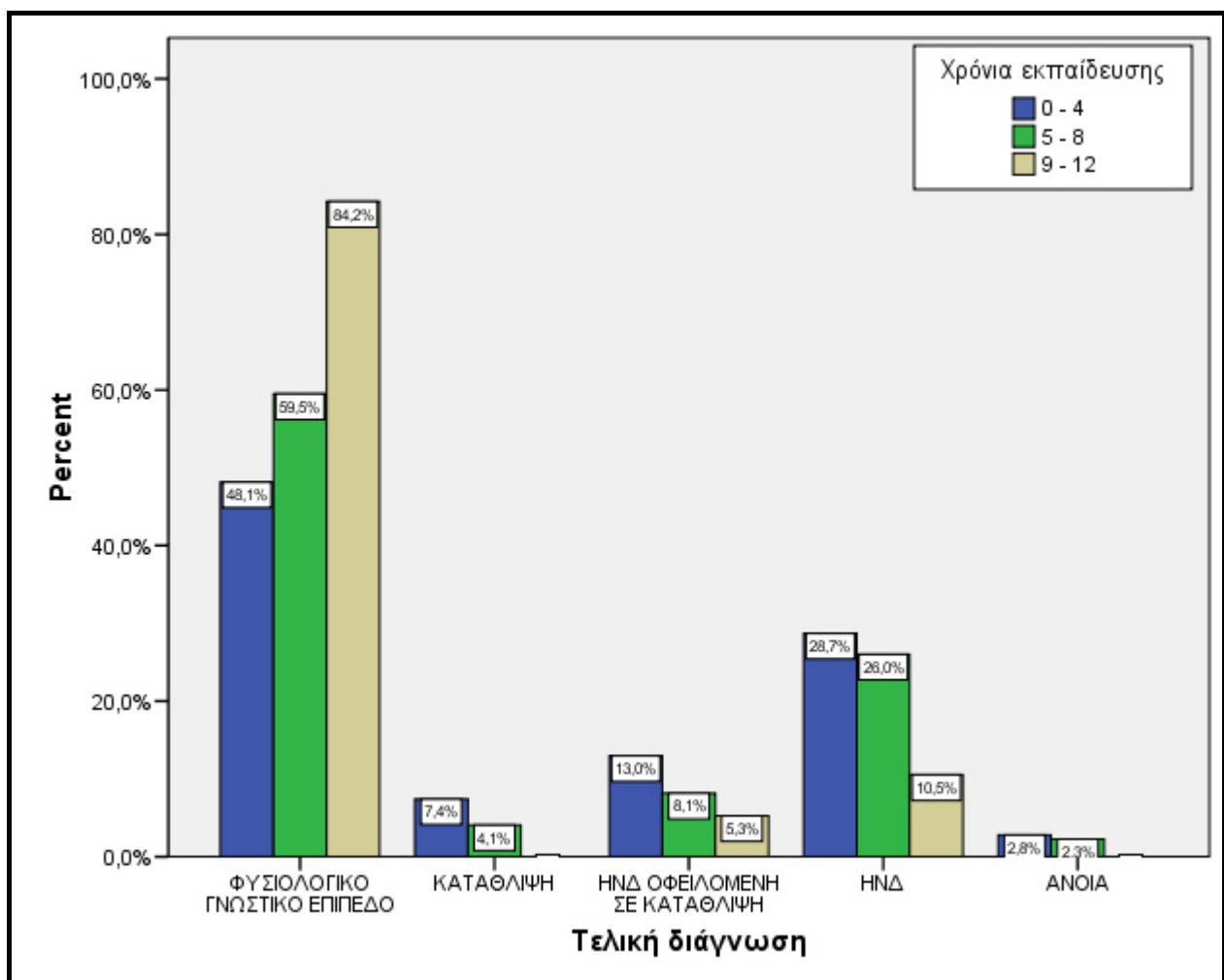
Στον Πίνακα 41 που παρατίθεται παρακάτω, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην τελική διάγνωση σε σχέση με τα χρόνια εκπαίδευσης των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,031 ($p < 0,05$).

Πίνακας 41: Τελική Διάγνωση και Χρόνια Εκπαίδευσης

		Χρόνια εκπαίδευσης				
		0 - 4	5 - 8	9 - 12	Σύνολο	
Διάγνωση	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	104	263	16	383
		% Σύνολο	15,4%	38,8%	2,4%	56,6%
	Κατάθλιψη	N	16	18	0	34
		% Σύνολο	2,4%	2,7%	0,0%	5,0%
	N	28	36	1	65	

	ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	% Σύνολο	4,1%	5,3%	0,1%	9,6%
	ΗΝΔ	N	62	115	2	179
		% Σύνολο	9,2%	17,0%	0,3%	26,4%
	Άνοια	N	6	10	0	16
		% Σύνολο	0,9%	1,5%	0,0%	2,4%
Σύνολο	N		216	442	19	677
	% Σύνολο		31,9%	65,3%	2,8%	100,0%

Chi – Square $X^2 = 16,925$, $df = 8$, $p = 0,031$



Στον Πίνακα 42 φαίνεται η κατανομή της διάγνωσης σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων.

Συγκεκριμένα:

- Από τους ερωτώμενους με Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο το 44,5% είναι έγγαμοι, ενώ το 11,4% είναι χήροι
- Από τους ερωτώμενους που εμφανίζουν Κατάθλιψη το 2,7% είναι έγγαμοι, ενώ το 2,2% είναι χήροι
- Από τους ερωτώμενους που παρουσιάζουν Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη το 6,2% είναι έγγαμοι, ενώ το 3,4% είναι χήροι
- Από τους ερωτώμενους που έχουν Ήπια Νοητική Διαταραχή το 18,9% είναι έγγαμοι, ενώ το 6,9% είναι χήροι
- Από τους ερωτώμενους με Άνοια το 1,2% είναι έγγαμοι, ενώ το 1,2% είναι χήροι

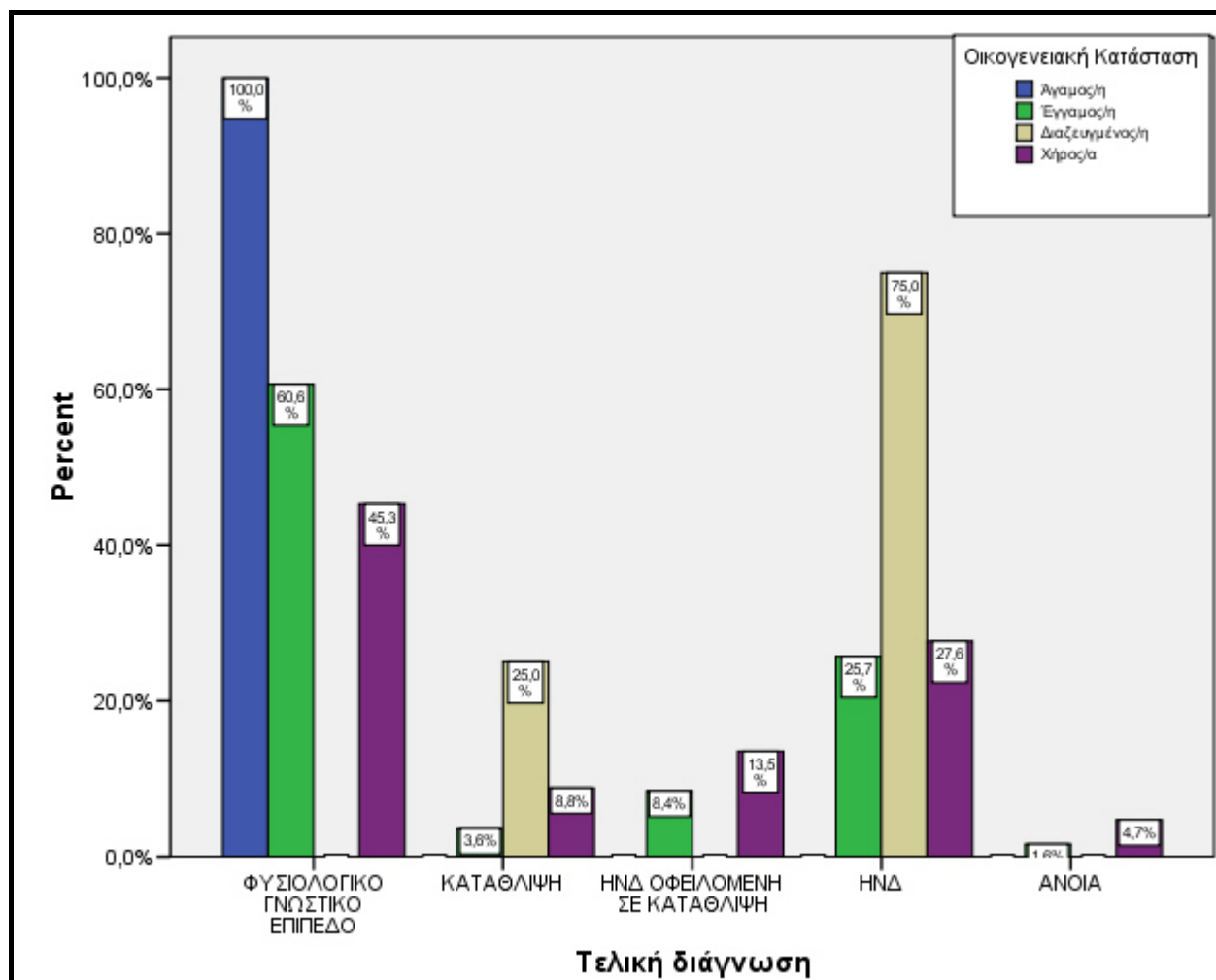
Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη διάγνωση σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,001, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 42: Διάγνωση και Οικογενειακή Κατάσταση

			Οικογενειακή Κατάσταση						
			Άγαμος/η	Έγγαμος/η	Εν Διαστάσει	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α	Συζεί	Σύνολο
Διάγνωση	Φυσιολογικό	N	4	302	0	0	77	0	383
		% Σύνολο	0,6%	44,5%	0,0%	0,0%	11,4%	0,0%	56,5%
	Κατάθλιψη	N	0	18	0	1	15	0	34
		% Σύνολο	0,0%	2,7%	0,0%	0,1%	2,2%	0,0%	5,0%
	ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	0	42	0	0	23	1	66
		% Σύνολο	0,0%	6,2%	0,0%	0,0%	3,4%	0,1%	9,7%
	ΗΝΔ	N	0	128	1	3	47	0	179
		% Σύνολο	0,0%	18,9%	0,1%	0,4%	6,9%	0,0%	26,4%
	Άνοια	N	0	8	0	0	8	0	16

		% Σύνολο	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	2,4%
Σύνολο	N		4	498	1	4	170	1	678
	% Σύνολο		0,6%	73,5%	0,1%	0,6%	25,1%	0,1%	100,0%

Chi – Square $X^2 = 45,542$, $df = 20$, $p = 0,001$



Στον παρακάτω **Πίνακα 43** φαίνεται ότι από τους ερωτώμενους που δήλωσαν κάποιο πρόβλημα υγείας,

- Το 46,9% έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο
- Το 4,9% πάσχει από Κατάθλιψη
- Το 9,6% παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη
- Το 22,3% εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή
- Το 2,1% βρέθηκε με Άνοια

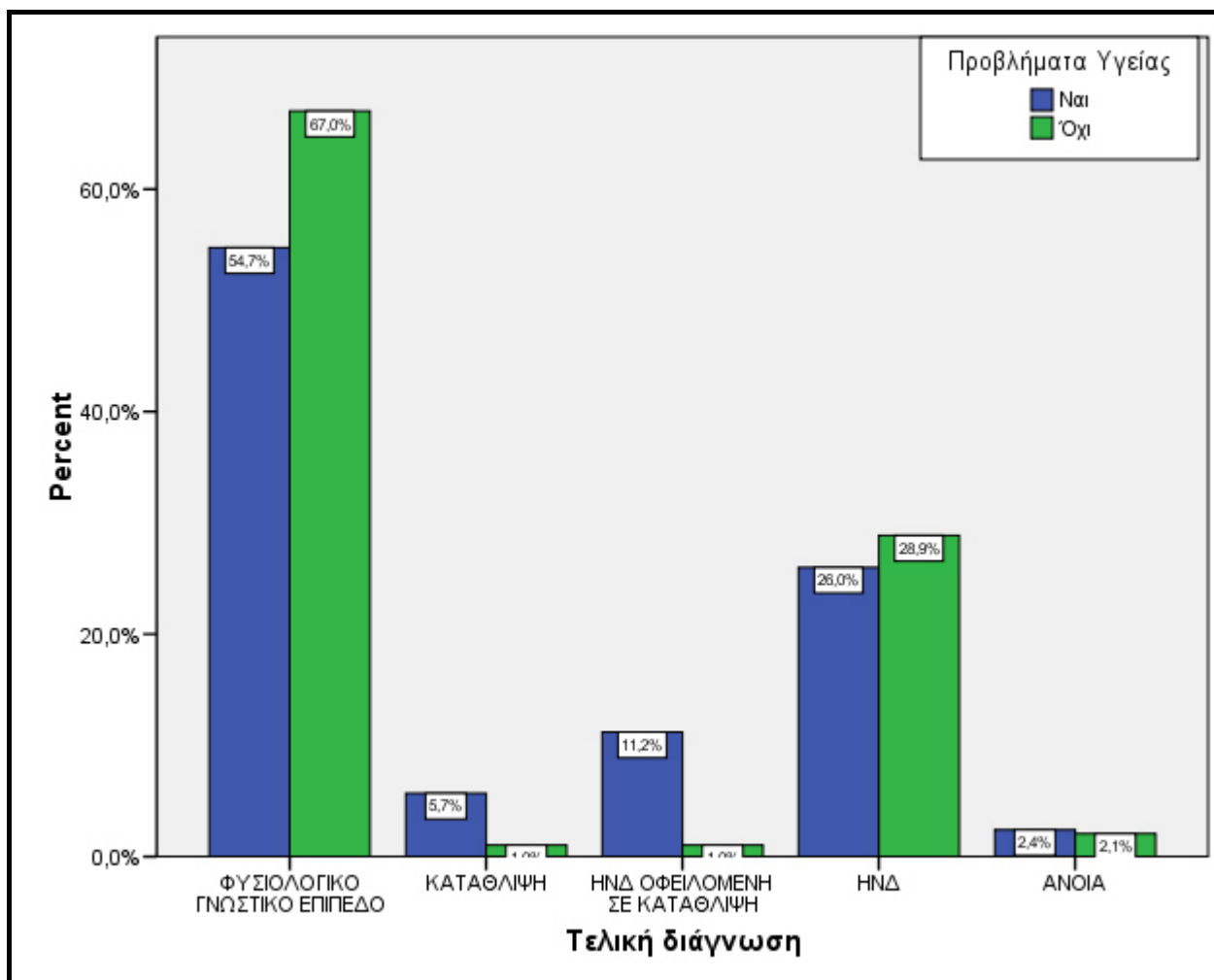
Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη διάγνωση σε σχέση

με τα προβλήματα υγείας που εμφανίζουν οι ερωτώμενοι, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,005, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 43: Διάγνωση και Προβλήματα Υγείας

		Προβλήματα Υγείας			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
Διάγνωση	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	318	65	383
		% Σύνολο	46,9%	9,6%	56,5%
	Κατάθλιψη	N	33	1	34
		% Σύνολο	4,9%	0,1%	5,0%
	ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	65	1	66
		% Σύνολο	9,6%	0,1%	9,7%
	ΗΝΔ	N	151	28	179
		% Σύνολο	22,3%	4,1%	26,4%
	Άνοια	N	14	2	16
		% Σύνολο	2,1%	0,3%	2,4%
	Σύνολο	N	581	97	678
		% Σύνολο	85,7%	14,3%	100,0%

Chi – Square $X^2 = 14,912$, $df = 4$, $p = 0,005$



Στον **Πίνακα 44** παρουσιάζεται η διάγνωση σε σχέση με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Συγκεκριμένα:

- Από τους ερωτώμενους που έχουν Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο το 44,4% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ενώ το 12,1% δεν λαμβάνει
- Από τους ερωτώμενους που έχουν Κατάθλιψη το 4,9% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ενώ το 0,1% δεν λαμβάνει
- Από τους ερωτώμενους που έχουν ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη το 9,4% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ενώ το 0,3% δεν λαμβάνει
- Από τους ερωτώμενους που έχουν ΗΝΔ το 21,5% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ενώ το 4,9% δεν λαμβάνει
- Από τους ερωτώμενους με Άνοια το 2,1% λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ενώ το 0,3% δεν λαμβάνει

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη διάγνωση σε σχέση με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής από τους ερωτώμενους, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,001, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 44: Διάγνωση και Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής

		Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής				
		Ναι	Όχι	Σύνολο		
Διάγνωση	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	301	82	383	
		% Σύνολο	44,4%	12,1%	56,5%	
	Κατάθλιψη	N	33	1	34	
		% Σύνολο	4,9%	0,1%	5,0%	
	HNA οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	64	2	66	
		% Σύνολο	9,4%	0,3%	9,7%	
	HNA	N	146	33	179	
		% Σύνολο	21,5%	4,9%	26,4%	
	Άνοια	N	14	2	16	
		% Σύνολο	2,1%	0,3%	2,4%	
	Σύνολο		N	558	120	678
			% Σύνολο	82,3%	17,7%	100,0%

Chi – Square $X^2 = 18,817$, $df = 4$, $p = 0,001$

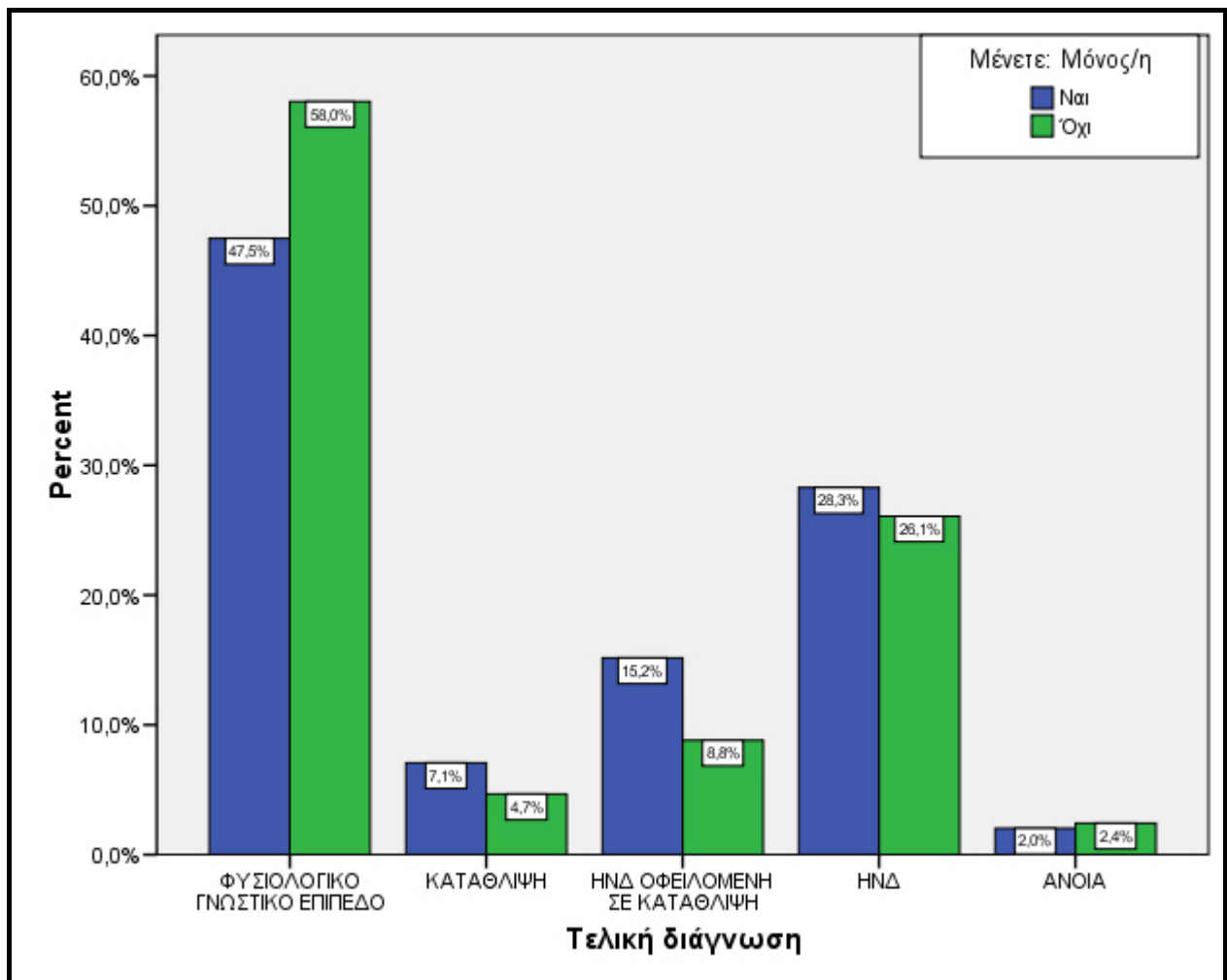
Ο παρακάτω Πίνακας 45, ο οποίος αφορά τους ερωτώμενους που διαμένουν με τον /την σύζυγο και την διάγνωση, δείχνει ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 45: Διάγνωση και Μένετε με τον/την σύζυγο

		Σύζυγος			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
Διάγνωση	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	301	82	383
		% Σύνολο	44,4%	12,1%	56,5%
		N	18	16	34

	Κατάθλιψη	% Σύνολο	2,7%	2,4%	5,0%
	ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	36	24	60
		% Σύνολο	5,3%	3,5%	8,8%
	ΗΝΔ	N	130	49	179
		% Σύνολο	19,2%	7,2%	26,4%
	Άνοια	N	8	8	16
		% Σύνολο	1,2%	1,2%	2,4%
Σύνολο	N	498	180	678	
	% Σύνολο	73,5%	26,5%	100,0%	

Chi – Square $X^2 = 21,441$, $df = 4$, $p = 0,000$



Στον Πίνακα 46 φαίνεται η κατανομή της διάγνωσης σε σχέση με τη συμμετοχή ή μη των ερωτώμενων σε κάποια συλλογική δραστηριότητα.

Συγκεκριμένα:

Από τους ερωτώμενους που συμμετέχουν σε κάποια συλλογική δραστηριότητα, το 60,1% έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 5% εμφανίζει Κατάθλιψη, το 9,3% παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη, το 24,4% βρέθηκε με Ήπια Νοητική Διαταραχή, ενώ μόνο το 1,3% διαγνώστηκε με Άνοια.

Αντίθετα, από τους ερωτώμενους που δεν συμμετέχουν σε κάποια συλλογική δραστηριότητα, το 48,6% έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 5,1% εμφανίζει Κατάθλιψη, το 10,7% παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη, το 30,8% βρέθηκε με Ήπια Νοητική Διαταραχή, ενώ το 4,7% διαγνώστηκε με Άνοια.

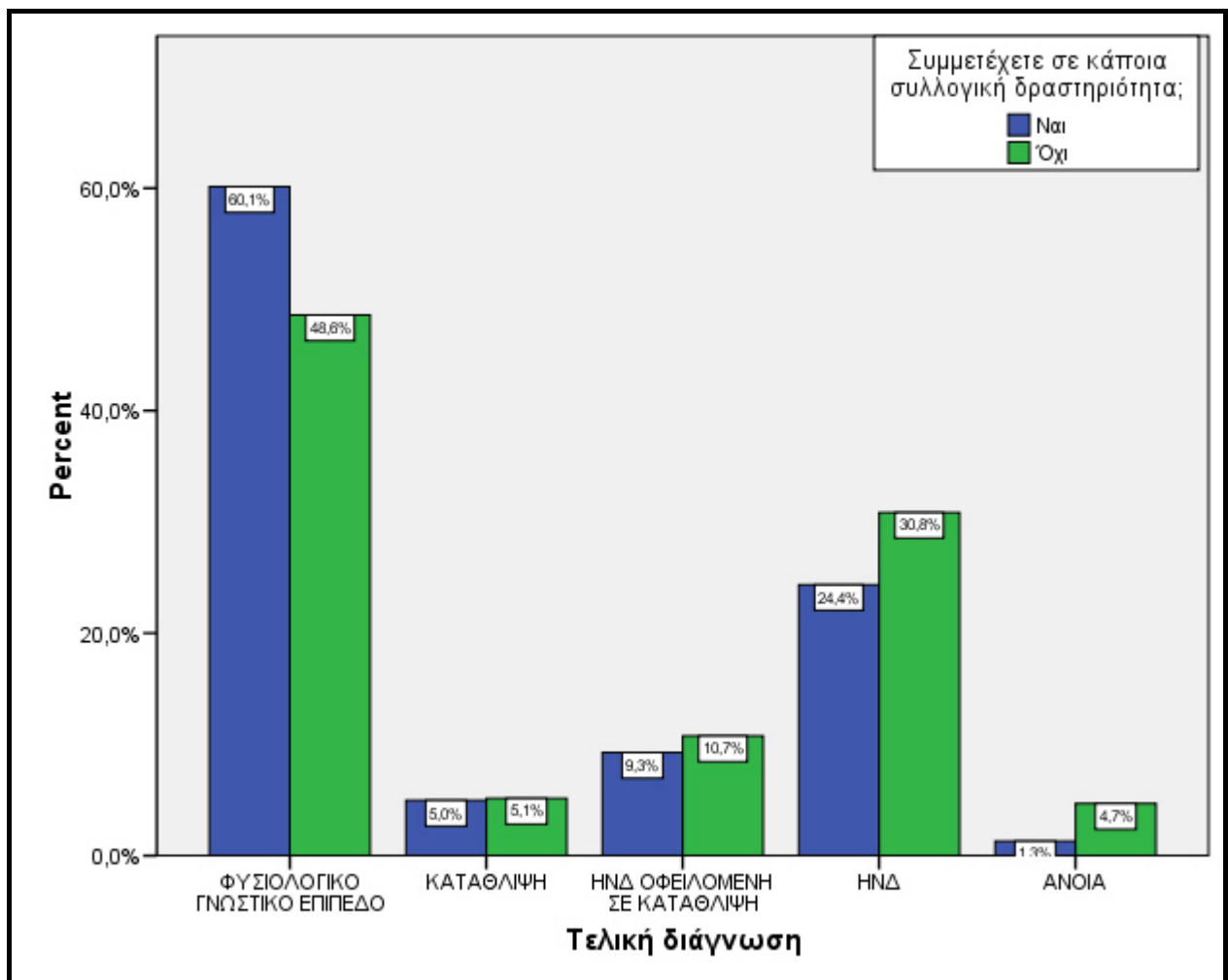
Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη διάγνωση, αναφορικά με τη συμμετοχή ή όχι των ερωτώμενων σε κάποια συλλογική δραστηριότητα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,010, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 46: Διάγνωση και Συμμετοχή σε Συλλογική Δραστηριότητα

			Συμμετέχετε σε κάποια συλλογική δραστηριότητα;		
			Ναι	Όχι	Σύνολο
Διάγνωση	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	279	104	383
		% Ποσοστό	60,1%	48,6%	56,5%
		% Σύνολο	41,2%	15,3%	56,5%
	Κατάθλιψη	N	23	11	34
		% Ποσοστό	5,0%	5,1%	5,0%
		% Σύνολο	3,4%	1,6%	5,0%
	ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	43	23	66
		% Ποσοστό	9,3%	10,7%	9,7%
		% Σύνολο	6,3%	3,4%	9,7%
	ΗΝΔ	N	113	66	17
		% Ποσοστό	24,4%	30,8%	26,4%
		% Σύνολο	16,7%	9,7%	26,4%

	Άνοια	N	6	10	16
		% Ποσοστό	1,3%	4,7%	2,4%
		% Σύνολο	0,9%	1,5%	2,4%
Σύνολο		N	464	214	678
		% Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%
		% Σύνολο	68,4%	31,6%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 13,211$, $df = 4$, $p = 0,010$



Από τον Πίνακα 47 που ακολουθεί, προκύπτει ότι:

- ❖ Από τους ερωτώμενους με Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 60,1% ασχολείται με το διάβασμα, ενώ το 39,9% δεν ασχολείται.
- ❖ Από τους ερωτώμενους που εμφανίζουν Κατάθλιψη το 35,3% ασχολείται με το διάβασμα, ενώ το 64,7% δεν ασχολείται.

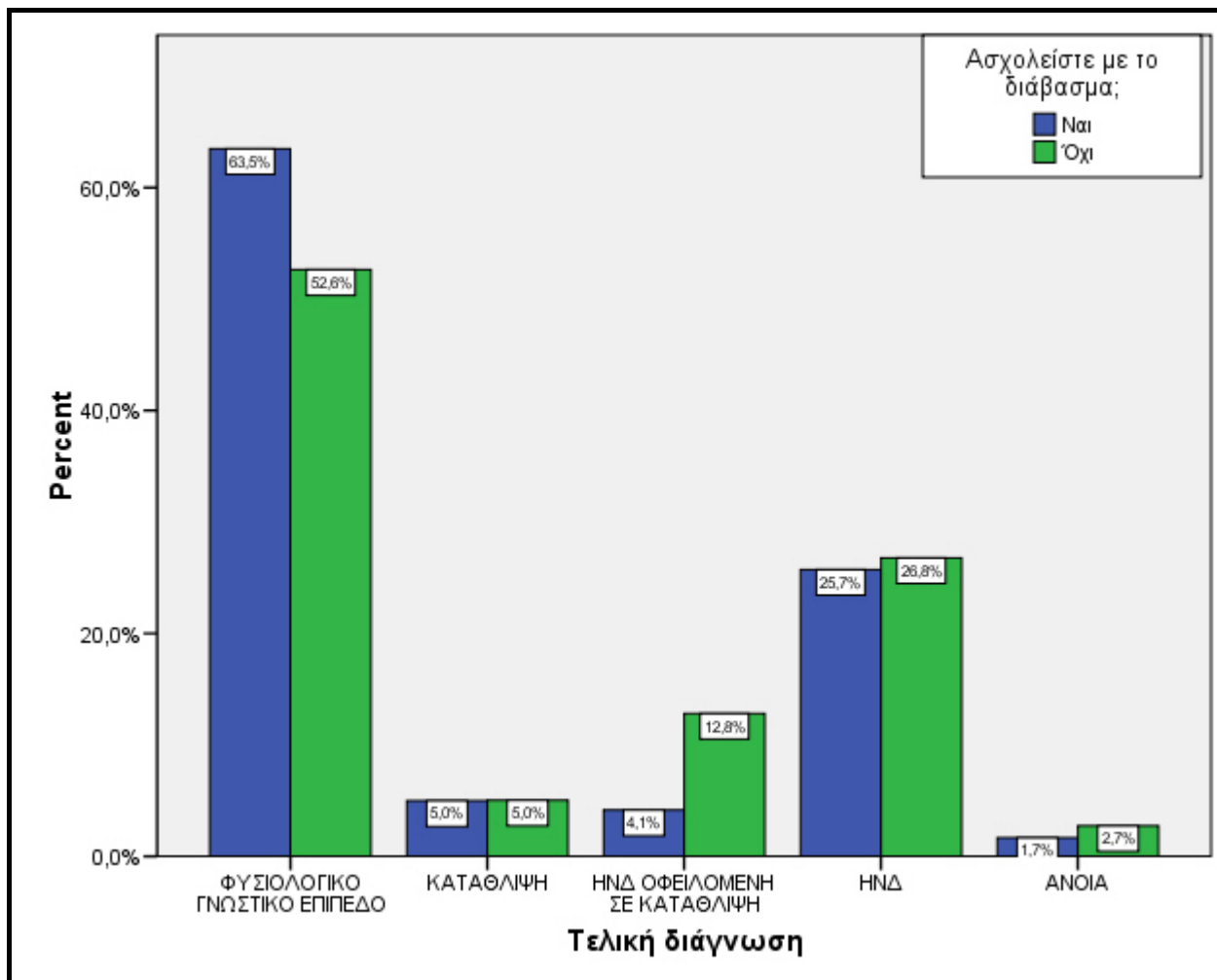
- ❖ Από τους ερωτώμενους που παρουσιάζουν Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη, το 15,2% ασχολείται με το διάβασμα, ενώ το 84,8% δεν ασχολείται.
- ❖ Από τους ερωτώμενους που έχουν Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 34,6% ασχολείται με το διάβασμα, ενώ το 65,4% δεν ασχολείται.
- ❖ Από τους ερωτώμενους με Άνοια το 25,0% ασχολείται με το διάβασμα, ενώ το 75,0% δεν ασχολείται.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη διάγνωση, όσον αφορά την ενασχόληση ή όχι των ερωτώμενων με το διάβασμα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,003, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 47: Διάγνωση και Ενασχόληση με το Διάβασμα

		Ασχολείστε με το διάβασμα;			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
Διάγνωση	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	153	230	383
		% Ποσοστό	39,9%	60,1%	100,0%
	Κατάθλιψη	N	12	22	34
		% Ποσοστό	35,3%	64,7%	100,0%
	HNA οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	10	56	66
		% Ποσοστό	15,2%	84,8%	100,0%
	HNA	N	6	117	179
		% Ποσοστό	34,6%	65,4%	100,0%
	Άνοια	N	4	12	16
		% Ποσοστό	25,0%	75,0%	100,0%
	Σύνολο	N	241	437	678
		% Ποσοστό	35,5%	64,5%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 16,063$, $df = 4$, $p = 0,003$



Στον παρακάτω **Πίνακα 48**, φαίνεται ότι:

- ❖ Από τους ερωτώμενους με Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 35,2% ασχολείται με τη γυμναστική, ενώ το 64,8% δεν ασχολείται.
- ❖ Από τους ερωτώμενους που εμφανίζουν Κατάθλιψη το 17,6% ασχολείται με τη γυμναστική, ενώ το 82,4% δεν ασχολείται.
- ❖ Από τους ερωτώμενους που παρουσιάζουν Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη, το 12,1% ασχολείται με τη γυμναστική, ενώ το 87,9% δεν ασχολείται.
- ❖ Από τους ερωτώμενους που έχουν Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 30,2% ασχολείται με τη γυμναστική, ενώ το 70,8% δεν ασχολείται.
- ❖ Από τους ερωτώμενους με Άνοια το 43,8% ασχολείται με τη γυμναστική, ενώ το 56,3% δεν ασχολείται.

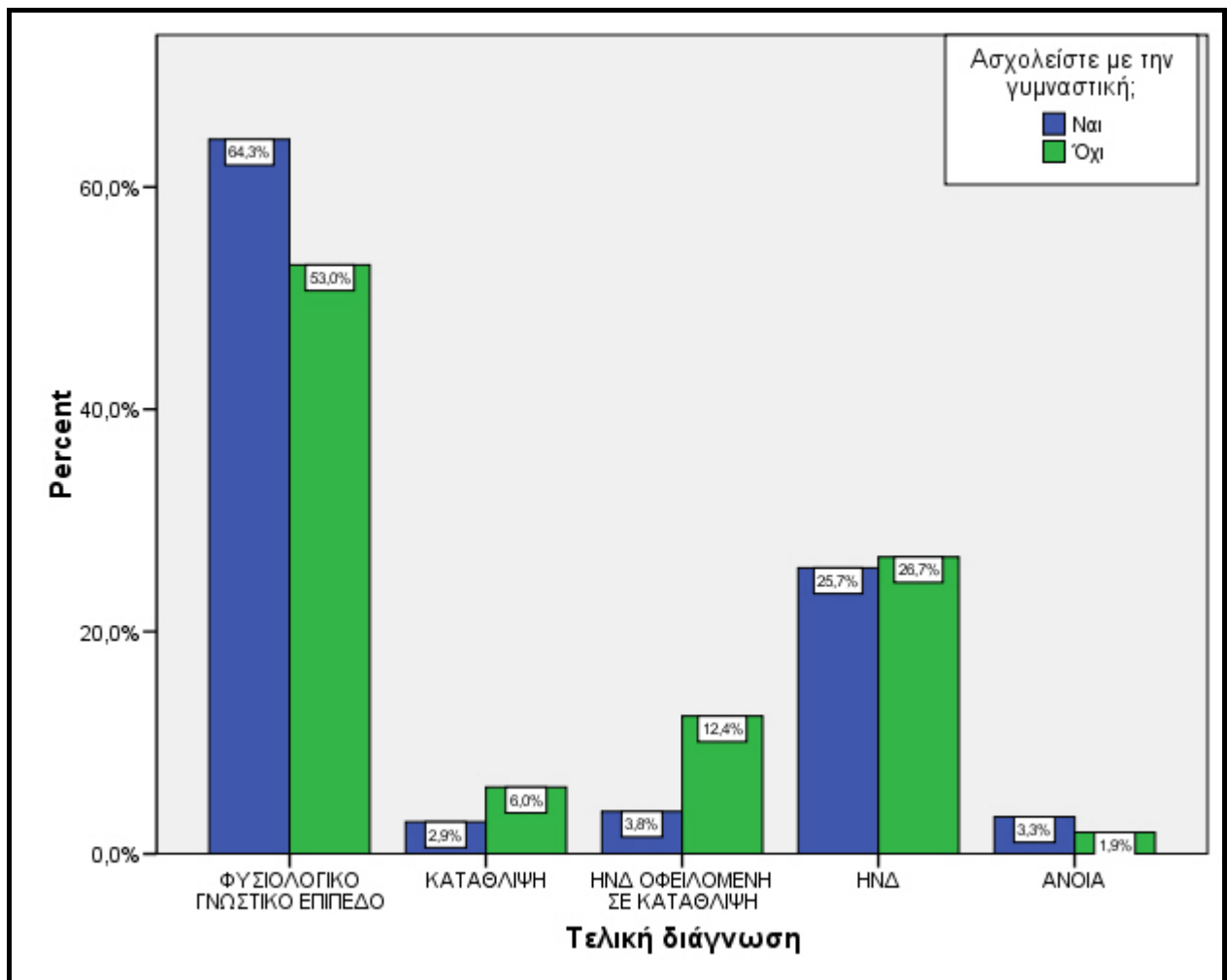
Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη διάγνωση, όσον αφορά την ενασχόληση ή όχι των ερωτώμενων με τη γυμναστική, αφού το επίπεδο

σημαντικότητας είναι 0,001, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 48: Διάγνωση και Ενασχόληση με τη Γυμναστική

			<i>Ασχολείστε με την γυμναστική;</i>			
			<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Σύνολο</i>	
<i>Διάγνωση</i>	Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	135	248	383	
		% Ποσοστό	35,2%	64,8%	100,0%	
	Κατάθλιψη	N	6	28	34	
		% Ποσοστό	17,6%	82,4%	100,0%	
	ΗΝΔ οφειλόμενη σε Κατάθλιψη	N	8	58	66	
		% Ποσοστό	12,1%	87,9%	100,0%	
	ΗΝΔ	N	54	125	179	
		% Ποσοστό	30,2%	69,8%	100,0%	
	Άνοια	N	7	9	16	
		% Ποσοστό	43,8%	56,3%	100,0%	
	Σύνολο		N	210	468	678
			% Ποσοστό	31,0%	69,0%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 18,345$, $df = 4$, $p = 0,001$



Νοητικό Επίπεδο (MMSE)

Στον Πίνακα 49 φαίνεται ότι:

- Από το συνολικό δείγμα της έρευνας, το 14,3% έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο και διαμένει στο Παλαίφυτο, το 6% διαμένει στο Δροσερό, το 4,1% διαμένει στο Γυψοχώρι, το 3,8% στο Τριφύλλι, το 3,8% στο Λιπαρό, το 3,4% στον Άγιο-Γιώργη, το 17,5% στην Καρυώτισσα, το 8,8% στους Γαλατάδες.
- Από το συνολικό δείγμα της έρευνας, το 10% εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή και διαμένει στο Παλαίφυτο, το 2,9% διαμένει στο Δροσερό, το 1,5% διαμένει στο Γυψοχώρι, το 1,8% στο Τριφύλλι, το 2,5% στο Λιπαρό, το 0,9% στον Άγιο-Γιώργη, το 5,1% στην Καρυώτισσα, το 5,1% στους Γαλατάδες.
- Από το συνολικό δείγμα της έρευνας, το 3,1% εμφανίζει Ήπια Άνοια και διαμένει στο Παλαίφυτο, το 0,6% διαμένει στο Δροσερό, το 0,1% διαμένει στο Γυψοχώρι, το 0,6% στο Τριφύλλι, το 0,4% στο Λιπαρό, το 0,4% στον Άγιο-Γιώργη, το 1,3% στην Καρυώτισσα, το 0,9% στους Γαλατάδες.
- Από το συνολικό δείγμα της έρευνας, το 0,3% έχει Μέτρια Άνοια και διαμένει στο Παλαίφυτο, το 0,4% διαμένει στο Δροσερό, το 0,1% στο Τριφύλλι, ενώ στα υπόλοιπα χωριά δεν εντοπίστηκε κάποιο άτομο που να εμφανίζει μέτρια άνοια.

Επιπλέον, υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ του νοητικού επιπέδου σε καθένα από τα ερευνώμενα χωριά, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,013 ($p < 0,05$).

Πίνακας 49: Δημοτικό διαμέρισμα και Νοητικό επίπεδο (MMSE)

			Νοητικό Επίπεδο				
			30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό επίπεδο	27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	24 - 20 Ήπια Άνοια	19 - 11 Μέτρια Άνοια	Σύνολο
Δημοτικό Διαμέρισμα	Παλαίφυτο	N	97	68	21	2	188
		% Σύνολο	14,3%	10,0%	3,1%	0,3%	27,6%
	Δροσερό	N	41	20	4	3	68
		% Σύνολο	6,0%	2,9%	0,6%	0,4%	10,0%
	Γυψοχώρι	N	28	10	1	0	39
		% Σύνολο	4,1%	1,5%	0,1%	0,0%	5,7%
	Τριφύλλι	N	26	12	4	1	43
		% Σύνολο	3,8%	1,8%	0,6%	0,1%	6,3%
	Λιπαρό	N	26	17	3	0	46
		% Σύνολο	3,8%	2,5%	0,4%	0,0%	6,8%
	Άγιος- Γιώργης	N	23	6	3	0	32
		% Σύνολο	3,4%	0,9%	0,4%	0,0%	4,7%
	Καρυώτισσα	N	119	35	9	0	163
		% Σύνολο	17,5%	5,1%	1,3%	0,0%	24,0%
	Γαλατάδες	N	60	35	6	0	101
		% Σύνολο	8,8%	5,1%	0,9%	0,0%	14,9%
	Σύνολο	N	420	203	51	6	680
		% Σύνολο	61,8%	29,9%	7,5%	0,9%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 37,997$, $df = 21$, $p = 0,013$

Ο Πίνακας 49.1 δείχνει ότι το Γυψοχώρι παρουσιάζει την μεγαλύτερη τιμή (28,23) στο συνολικό σκορ του MMSE, ενώ το Παλαίφυτο παρουσιάζει την μικρότερη (27,16).

Επιπλέον, επιβεβαιώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων του νοητικού επιπέδου σε κάθε χωριό, αφού το επίπεδο σημαντικότητας που βασίστηκε στο δείκτη F είναι 0,002 ($F = 3,220$, $p < 0,05$)

Oneway - Άνοια

Πίνακας 49.1: Δημοτικό Διαμέρισμα και Σύνολο Βαθμών στο MMSE

Δημοτικό Διαμέρισμα	Σύνολο Βαθμών στο MMSE		
	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Παλαίφυτο	188	27,16	2,339
Δροσερό	68	27,43	2,918
Γυψοχώρι	39	28,23	1,677
Τριφύλλι	43	27,40	2,382
Λιπαρό	46	27,65	1,828
Άγιος-Γιώργης	32	27,94	2,094
Καρυώτισσα	163	28,15	1,928
Γαλατάδες	101	27,54	1,998
Σύνολο	680	27,63	2,216

F = 3,220, df = 7, p = 0,002

Στον Πίνακα 50 παρουσιάζεται το νοητικό επίπεδο σε σχέση με το φύλο των ερωτώμενων.

Συγκεκριμένα:

1. Από το σύνολο των αντρών (43,2%), το 65,3% έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 26,2% παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 8,5% εμφανίζει Ήπια Άνοια, ενώ κανείς ερωτώμενος δεν βρέθηκε με Μέτρια Άνοια.
2. Από το σύνολο των γυναικών (56,8%), το 59,1% έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 32,6% παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 86,7% εμφανίζει Ήπια Άνοια,, ενώ το 1,6% βρέθηκε με Μέτρια Άνοια.

Επιπλέον, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στον νοητικό επίπεδο των ερωτώμενων, ανάλογα με το φύλο τους, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,034, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 50: Φύλο και Νοητικό Επίπεδο (MMSE)

			Νοητικό Επίπεδο				Σύνολο
			30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό επίπεδο	27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	24 - 20 Ήπια Άνοια	19 - 11 Μέτρια Άνοια	
Φύλο	Αντρας	N	192	77	25	0	294
		% Ποσοστό	65,3%	26,2%	8,5%	0,0%	100,0%
	Γυναίκα	N	228	126	26	6	386
		% Ποσοστό	59,1%	32,6%	6,7%	1,6%	100,0%
Σύνολο	N	420	203	51	6	680	
	% Ποσοστό	61,8%	29,9%	7,5%	,9%	100,0%	

Chi-Square $X^2 = 8,644$, $df = 3$, $p = 0,034$

Ο Πίνακας 51 παρουσιάζει την κατανομή του νοητικού επιπέδου των ερωτώμενων, βάση της ηλικιακής ομάδας στην οποία ανήκουν. Προκύπτει λοιπόν ότι:

1). Από τους ερωτώμενους που έχουν Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο (61,8%)

- το 19,9% είναι ηλικίας από 65 ως 69 ετών
- το 21,8% είναι ηλικίας από 70 ως 74 ετών
- το 12,1% είναι ηλικίας από 75 ως 79 ετών
- το 12,1% είναι ηλικίας από 80 ετών και άνω

2). Από τους ερωτώμενους που βρέθηκαν με Ήπια Νοητική Διαταραχή (29,9%)

- το 6,5% είναι ηλικίας από 65 ως 69 ετών
- το 11,5% είναι ηλικίας από 70 ως 74 ετών
- το 6,6% είναι ηλικίας από 75 ως 79 ετών
- το 5,3% είναι ηλικίας από 80 ετών και άνω

3). Από τους ερωτώμενους που βρέθηκαν με Ήπια Άνοια (7,5%)

- το 1,2% είναι ηλικίας από 65 ως 69 ετών
- το 1,9% είναι ηλικίας από 70 ως 74 ετών
- το 1,5% είναι ηλικίας από 75 ως 79 ετών
- το 2,9% είναι ηλικίας από 80 ετών και άνω

4). Από τους ερωτώμενους που βρέθηκαν με Μέτρια Άνοια (0,9%)

- το 0,1% είναι ηλικίας από 70 ως 74 ετών

- το 0,6 % είναι ηλικίας από 75 ως 79 ετών
- το 0,1% είναι ηλικίας από 80 ετών και άνω

Φαίνεται λοιπόν, ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο νοητικό επίπεδο των ερωτώμενων, αναφορικά με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 51 : Νοητικό Επίπεδο (MMSE) και Ηλικιακές Ομάδες

			Ηλικιακές Ομάδες				
			65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 +	Σύνολο
Νοητικό Επίπεδο	30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό επίπεδο	N	135	148	82	55	420
		% Σύνολο	19,9%	21,8%	12,1%	8,1%	61,8%
	27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	N	44	78	45	36	203
		% Σύνολο	6,5%	11,5%	6,6%	5,3%	29,9%
	24 - 20 Ήπια Άνοια	N	8	13	10	20	51
		% Σύνολο	1,2%	1,9%	1,5%	2,9%	7,5%
	19 - 11 Μέτρια Άνοια	N	0	1	4	1	6
		% Σύνολο	0,0%	0,1%	0,6%	0,1%	0,9%
	Σύνολο	N	187	240	141	112	680
		% Σύνολο	27,5%	35,3%	20,7%	16,5%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 38,333$ df = 9, $p = 0,000$

Επιπλέον, στον Πίνακα 51.1 παρουσιάζεται ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτώμενων, σε σχέση με το νοητικό τους επίπεδο. Έτσι, φαίνεται ότι:

- Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτώμενων που έχουν Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο είναι τα 72,64 έτη.
- Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτώμενων που εμφανίζουν Ήπια Νοητική Διαταραχή είναι τα 73,88 έτη.
- Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτώμενων που παρουσιάζουν Ήπια Άνοια είναι τα 76,59 έτη.
- Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτώμενων με Μέτρια Άνοια είναι τα 77,83 έτη.

Παράλληλα, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους ηλικίας των ερωτώμενων, σε σχέση με το νοητικό τους επίπεδο, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι

0,000 ($p < 0,05$).

* Από τα παραπάνω προκύπτει ότι όσο αυξάνει η ηλικία, μειώνεται το γνωστικό επίπεδο, με βάση τους μέσους όρους ηλικίας.

One-way - Άνοια

Πίνακας 51.1: Νοητικό Επίπεδο (MMSE) και Ηλικία

Νοητικό Επίπεδο	Ηλικία		
	N	Μέσος όρος	Τυπική Απόκλιση
30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	420	72,64	5,459
27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	203	73,88	5,563
24 - 20 Ήπια Άνοια	51	76,59	6,487
19 - 11 Μέτρια Άνοια	6	77,83	3,488
Σύνολο	680	73,35	5,669

F = 9,937, df = 3, p = 0,000

Ο Πίνακας 52 δείχνει ότι από τους ερωτώμενους που συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ, 177 (73,1%) έχουν Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, 53 (21,9%) παρουσιάζουν Ήπια Νοητική Διαταραχή και 12 (5%) εμφανίζουν Ήπια Άνοια.

Αντιθέτως, από τους ερωτώμενους που δεν συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ, 126 (56,5%) έχουν Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, 79 (35,4%) εμφανίζουν Ήπια Νοητική Διαταραχή, 15 (6,7%) έχουν Ήπια Άνοια, ενώ 3 (1,3%) παρουσιάζουν Μέτρια Άνοια.

Επιπλέον, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο Νοητικό επίπεδο των ερωτώμενων σε σχέση με αυτούς που συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ και εκείνων που δεν συμμετέχουν, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,001 ($p < 0,05$).

Πίνακας 52: Συμμετοχή στο ΚΑΠΗ και Νοητικό Επίπεδο (MMSE)

			Νοητικό Επίπεδο				
			30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό επίπεδο	27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	24 - 20 Ήπια Άνοια	19 - 11 Μέτρια Άνοια	Σύνολο
Συμμετοχή στο ΚΑΠΗ	Ναι	N	177	53	12	0	242
		% Σύνολο	73,1%	21,9%	5,0%	0,0%	100,0%
	Όχι	N	126	79	15	3	223
		% Σύνολο	56,5%	35,4%	6,7%	1,3%	100,0%
Σύνολο		N	303	132	27	3	465
		% Σύνολο	65,2%	28,4%	5,8%	,6%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 16,290$, $df = 3$, $p = 0,001$

Στον Πίνακα 52.1 που ακολουθεί, φαίνεται ότι ο μέσος όρος του συνόλου βαθμών στο MMSE των ερωτώμενων που συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ είναι 28,17, ενώ για τους ερωτώμενους που δεν συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ είναι 27,43.

Επιπλέον, προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου των ερωτώμενων στο Σύνολο Βαθμών του MMSE, σε σχέση με το αν συμμετέχουν ή όχι στο ΚΑΠΗ, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

t-Test

Πίνακας 52.1: Σύνολο Βαθμών στο MMSE και Συμμετοχή στο ΚΑΠΗ

	Συμμετοχή στο ΚΑΠΗ	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Σύνολο Βαθμών στο MMSE	Ναι	242	28,17	1,860
	Όχι	223	27,43	2,202

$t = 3,897$, $df = 463$, $p = 0,000$

Στον παρακάτω **Πίνακα 53** φαίνεται ότι ο μέσος όρος του Συνόλου Βαθμών στο MMSE για τους ερωτώμενους που έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας είναι 27,55, ενώ για τους ερωτώμενους που δεν έχουν δηλώσει κάποιο πρόβλημα υγείας είναι 28,11.

Η πραγματοποίηση του t-test έδειξε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά των μέσων όρων του συνολικού σκορ του MMSE, μεταξύ των ερωτώμενων που έχουν προβλήματα υγείας και εκείνων που δεν έχουν, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,013 ($p < 0,05$).

t-test

Πίνακας 53: Σύνολο Βαθμών στο MMSE και Προβλήματα Υγείας

	<i>Προβλήματα Υγείας</i>	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>Σύνολο Βαθμών στο MMSE</i>	Ναι	583	27,55	2,236
	Όχι	97	28,11	2,041

t = -2,503, df = 137,264, p = 0,013

Στον **Πίνακα 54** που ακολουθεί, φαίνεται ότι:

- Από το 61,8% των ερωτώμενων που έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 24,4% ασχολείται με το διάβασμα, ενώ το 37,4% δεν ασχολείται.
- Από το 29,9% των ερωτώμενων που εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 8,8%, ασχολείται με το διάβασμα, ενώ το 21% δεν ασχολείται.
- Από το 7,5% των ερωτώμενων που έχει Ήπια Άνοια, το 2,1% ασχολείται με το διάβασμα, ενώ το 5,4% δεν ασχολείται.
- Από το 0,9% των ερωτώμενων που έχει Ήπια Άνοια, το 0,1% ασχολείται με το διάβασμα, ενώ το 0,7% δεν ασχολείται.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο Νοητικό επίπεδο των ερωτώμενων, σε σχέση με το αν ασχολούνται ή όχι με το διάβασμα, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,037 ($p < 0,05$).

Πίνακας 54 : Διάβασμα και Νοητικό Επίπεδο (MMSE)

			Νοητικό Επίπεδο				Σύνολο
			30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό επίπεδο	27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	24 - 20 Ήπια Άνοια	19 - 11 Μέτρια Άνοια	
<i>Ασχολείστε με το Διάβασμα;</i>	Ναι	N	166	60	14	1	241
		% Σύνολο	24,4%	8,8%	2,1%	0,1%	35,4%
	Όχι	N	254	143	37	5	439
		% Σύνολο	37,4%	21,0%	5,4%	0,7%	64,6%
<i>Σύνολο</i>	N	420	203	51	6	680	
	% Σύνολο	61,8%	29,9%	7,5%	0,9%	100,0%	

Chi-Square $X^2 = 8,479$, $df = 3$, $p = 0,037$

Στον Πίνακα 54.1 που ακολουθεί φαίνεται ότι ο μέσος όρος του συνόλου βαθμών στο MMSE για τους ερωτώμενους που ασχολούνται με το διάβασμα είναι 28,07, ενώ για τους ερωτώμενους που δεν ασχολούνται με το διάβασμα είναι 27,38.

Επιπλέον, η πραγματοποίηση του t-Test έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου στο σύνολο βαθμών στο MMSE μεταξύ των ερωτώμενων που ασχολούνται με το διάβασμα και των ερωτώμενων που δεν ασχολούνται, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

t-Test

Πίνακας 54.1 : Σύνολο Βαθμών στο MMSE και το Διάβασμα

	<i>Ενασχόληση με το Διάβασμα</i>	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>Σύνολο Βαθμών στο MMSE</i>	Ναι	241	28,07	1,954
	Όχι	439	27,38	2,313

t = 3,949, $df = 678$, $p = 0,000$

Στον Πίνακα 55 προκύπτει ότι:

- Από το 61,8% των ερωτώμενων που έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 22,9% καταναλώνει αλκοόλ, ενώ το 38,8% δεν καταναλώνει αλκοόλ.
- Από το 29,9% των ερωτώμενων που εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 8,2% καταναλώνει αλκοόλ, ενώ το 21,6% δεν καταναλώνει αλκοόλ.
- Από το 7,5% των ερωτώμενων που έχει Ήπια Άνοια, το 2,2% καταναλώνει αλκοόλ, ενώ το 5,3% δεν καταναλώνει αλκοόλ.
- Τέλος, φαίνεται ότι από τους 6 ερωτώμενους (0,9%) που παρουσιάζουν Μέτρια Άνοια, κανένας απ' αυτούς δεν καταναλώνει αλκοόλ.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων που καταναλώνουν ή όχι αλκοόλ και του Νοητικού τους επιπέδου, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,028 ($p < 0,05$).

Πίνακας 55 : Κατανάλωση αλκοόλ και Νοητικό Επίπεδο (MMSE)

			Νοητικό Επίπεδο				
			30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό επίπεδο	27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	24 - 20 Ήπια Άνοια	19 - 11 Μέτρια Άνοια	Σύνολο
Κατανάλωση Αλκοόλ;	Ναι	N	156	56	15	0	227
		% Σύνολο	22,9%	8,2%	2,2%	0,0%	33,4%
	Όχι	N	264	147	36	6	453
		% Σύνολο	38,8%	21,6%	5,3%	0,9%	66,6%
Σύνολο		N	420	203	51	6	680
		% Σύνολο	61,8%	29,9%	7,5%	0,9%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 9,106$, $df = 3$, $p = 0,028$

Επίπεδο Λειτουργικότητας (IADL)

Στον Πίνακα 56 που ακολουθεί παρουσιάζεται το Επίπεδο Λειτουργικότητας των ερωτώμενων, ανάλογα το φύλο τους.

Συγκεκριμένα:

- Από τους ερωτώμενους που δεν παρουσιάζουν λειτουργικά προβλήματα, το 36,5% είναι άντρες, ενώ το 39,8% είναι γυναίκες
- Από τους ερωτώμενους που παρουσιάζουν λειτουργικά προβλήματα, το 6,8% είναι άντρες, ενώ το 16,9% είναι γυναίκες

Προκύπτει λοιπόν, ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο Επίπεδο Λειτουργικότητας, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 56: Επίπεδο Λειτουργικότητας (IADL) και Φύλο

			Φύλο		
			Άντρας	Γυναίκα	Σύνολο
<i>Επίπεδο Λειτουργικότητας</i>	Απουσία λειτουργικών προβλημάτων	N	248	270	518
		% Σύνολο	36,5%	39,8%	76,3%
	Ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων	N	46	115	161
		% Σύνολο	6,8%	16,9%	23,7%
<i>Σύνολο</i>		N	294	385	679
		% Σύνολο	43,3%	56,7%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 18,645$, $df = 1$, $p = 0,000$

Στον Πίνακα 57 φαίνεται ότι από τους ερωτώμενους που παρουσιάζουν λειτουργικά προβλήματα (23,7%),

- το 14,3% είναι ηλικίας από 65 ως 69 ετών
- το 24,2% είναι ηλικίας από 70 ως 74 ετών
- το 29,8% είναι ηλικίας από 75 ως 79
- το 31,7% είναι ηλικίας από 80 ετών και άνω

Συμπερασματικά με τα παραπάνω, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο Επίπεδο Λειτουργικότητας,, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 57: Επίπεδο Λειτουργικότητας (IADL) και Ηλικιακές Ομάδες

			ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ				
			65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 +	Σύνολο
Επίπεδο Λειτουργικότητας	Απουσία λειτουργικών προβλημάτων	N	164	201	92	61	518
		% Ποσοστό	31,7%	38,8%	17,8%	11,8%	100,0%
	Ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων	N	23	39	48	51	161
		% Ποσοστό	14,3%	24,2%	29,8%	31,7%	100,0%
Σύνολο		N	187	240	140	112	679
		% Ποσοστό	27,5%	35,3%	20,6%	16,5%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 58,994$ df = 3, $p = 0,000$

Από τον Πίνακα 58 προκύπτει ότι:

- ❖ Από το σύνολο των ερωτώμενων που δεν παρουσιάζουν λειτουργικά προβλήματα (76,3%), το 63,5% εμφανίζει προβλήματα υγείας, ενώ το 12,8% δεν εμφανίζει.
- ❖ Από το σύνολο των ερωτώμενων που παρουσιάζουν λειτουργικά προβλήματα (23,7%), το 22,2% εμφανίζει προβλήματα υγείας, ενώ το 1,5% δεν εμφανίζει.

Επιπλέον, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο Επίπεδο Λειτουργικότητας των ερωτώμενων, ανάλογα την ύπαρξη ή όχι προβλημάτων υγείας, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,001, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 58: Προβλήματα Υγείας και Επίπεδο Λειτουργικότητας (IADL)

			Επίπεδο ικανότητας ατόμου IADL		
			Απουσία Λειτουργικών προβλημάτων	Ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων	Σύνολο
Προβλήματα Υγείας	Ναι	N	431	151	582
		% Σύνολο	63,5%	22,2%	85,7%
	Όχι	N	87	10	97
		% Σύνολο	12,8%	1,5%	14,3%

Σύνολο	N	518	161	679
	% Σύνολο	76,3%	23,7%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 11,237$, $df = 1$, $p = 0,001$

Συναισθηματική Κατάσταση (GDS)

Στον **Πίνακα 59** φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ του φύλου και της ύπαρξης κατάθλιψης, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ($p < 0,05$). Έτσι λοιπόν, προκύπτει ότι το 75,2% των ερωτώμενων που εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη είναι γυναίκες, ενώ το 24,8% είναι άντρες.

Πίνακας 59: Φύλο και Ύπαρξη Κατάθλιψης (GDS)

			Συναισθηματική Κατάσταση		
			"0-6 Απουσία Κατάθλιψης	7-15 Ύπαρξη κατάθλιψης	Σύνολο
Φύλο	Άντρας	N	269	25	294
		% Ποσοστό	46,6%	24,8%	43,4%
	Γυναίκα	N	308	76	384
		% Ποσοστό	53,4%	75,2%	56,6%
Σύνολο	N	577	101	678	
	% Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square $X^2 = 16,737$, $df = 1$, $p = 0,000$

Ο **Πίνακας 59.1** που ακολουθεί, παρουσιάζει τους μέσους όρους στο Σύνολο Βαθμών του GDS σε συνάρτηση με το φύλο των ερωτώμενων. Έτσι λοιπόν, για τους άντρες, ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,12, ενώ για τις γυναίκες είναι 3,75.

Παράλληλα, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων στο Σύνολο Βαθμών του GDS, μεταξύ των αντρών και των γυναικών, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ($p < 0,05$).

t-Test

Πίνακας 59.1: Σύνολο Βαθμών στο GDS και Φύλο

	Φύλο	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Σύνολο Βαθμών στο GDS	Αντρας	294	2,12	2,598
	Γυναίκα	384	3,75	3,221

$t = -7,078, df = 676, p = 0,000$

Στον Πίνακα 60 που ακολουθεί παρουσιάζεται η συναισθηματική κατάσταση των ερωτώμενων σε συνάρτηση με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν.

Έτσι, προκύπτει ότι:

- Από τους ερωτώμενους ηλικίας 65 με 69, το 88,2% δεν εμφανίζει Κατάθλιψη, ενώ το 11,8% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.
- Από τους ερωτώμενους ηλικίας 70 με 74, το 87,9% δεν εμφανίζει Κατάθλιψη, ενώ το 12,1% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.
- Από τους ερωτώμενους ηλικίας 75 με 79, το 80,7% δεν εμφανίζει Κατάθλιψη, ενώ το 19,3% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.
- Από τους ερωτώμενους ηλικίας 80 ετών και άνω, το 79,5% δεν εμφανίζει Κατάθλιψη, ενώ το 20,5% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.

Πίνακας 60: Συναισθηματική Κατάσταση (GDS) και Ηλικιακές Ομάδες

			Ηλικιακές Ομάδες				Σύνολο
			65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 +	
Συναισθηματική Κατάσταση	"0-6 Απουσία Κατάθλιψης	N	165	210	113	89	577
		% Ποσοστό	88,2%	87,9%	80,7%	79,5%	85,1%
	7-15 Ύπαρξη κατάθλιψης	N	22	29	27	23	101
		% Ποσοστό	11,8%	12,1%	19,3%	20,5%	14,9%
Σύνολο		N	187	239	140	112	678
		% Ποσοστό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\text{Chi-Square } X^2 = 7,822 \text{ df} = 3, p = 0,050$

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη συναισθηματική κατάσταση των ερωτώμενων, σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,05 ($p = 0,05$).

Επιπλέον, στον **Πίνακα 60.1** φαίνεται ότι ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτώμενων που δεν εμφανίζουν κατάθλιψη είναι τα 73,14 έτη, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας για τους ερωτώμενους που εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη είναι τα 74,57 έτη. Συνάγεται λοιπόν, ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ του μέσου όρου ηλικίας των ερωτώμενων και της συναισθηματικής τους κατάστασης, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,019, δηλαδή $p < 0,05$.

Oneway – Anova

Πίνακας 60.1: Ύπαρξη Κατάθλιψης (GDS) και Ηλικία

<i>Συναισθηματική Κατάσταση</i>	<i>Ηλικία</i>		
	<i>N</i>	<i>Μέσος όρος</i>	<i>Τυπική Απόκλιση</i>
<i>"0-6 Απουσία Κατάθλιψης</i>	577	73,14	5,570
<i>7-15 Ύπαρξη κατάθλιψης</i>	101	74,57	6,123
<i>Σύνολο</i>	678	73,35	5,674

F = 5,539, df = 1, p = 0,019

Στον **Πίνακα 61** που ακολουθεί φαίνεται ότι από το σύνολο των ερωτώμενων που εμφανίζουν κατάθλιψη:

- Το 6,2% έχει μηνιαίο εισόδημα έως 300 €
- Το 4,0% έχει μηνιαίο εισόδημα από 301 έως 350 €
- Το 2,0% έχει μηνιαίο εισόδημα από 351 έως 400 €
- Το 1,1% έχει μηνιαίο εισόδημα από 401 έως 450 €
- Το 0,9% έχει μηνιαίο εισόδημα από 451 έως 500 €
- Το 0,9% έχει μηνιαίο εισόδημα από 501 και άνω

Πίνακας 61: Συναισθηματική Κατάσταση (GDS) και Μηνιαίο Εισόδημα

			Μηνιαίο Εισόδημα						Σύνολο
			Έως 300	301-350	351-400	401-450	451-500	501 +	
Συναισθηματική Κατάσταση	“0-6” Απουσία Κατάθλιψης	N	140	206	81	52	36	43	558
		% Σύνολο	21,3%	31,4%	12,3%	7,9%	5,5%	6,5%	84,9%
	“7-15” Πιθανή Ύπαρξη Κατάθλιψης	N	41	26	13	7	6	6	99
		% Σύνολο	6,2%	4,0%	2,0%	1,1%	0,9%	0,9%	15,1%
Σύνολο		N	181	232	94	59	42	49	657
		% Σύνολο	27,5%	35,3%	14,3%	9,0%	6,4%	7,5%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 11,748$ df = 5, p = 0,038

Στον Πίνακα 62 παρατηρείται ότι από το σύνολο των ερωτώμενων που εμφανίζουν Κατάθλιψη (14,9%), το 14,6% δήλωσε ότι έχει κάποιο πρόβλημα υγείας, ενώ μόνο το 0,3% δεν έχει κάποιο πρόβλημα υγείας.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ της Ύπαρξης προβλημάτων υγείας και της εμφάνισης τάσης για Κατάθλιψη, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ($p < 0,05$).

Πίνακας 62: Προβλήματα Υγείας και Ύπαρξη Κατάθλιψης (GDS)

			Συναισθηματική Κατάσταση		
			“0-6” Απουσία Κατάθλιψης	“7-15” Ύπαρξη Κατάθλιψης	Σύνολο
Προβλήματα Υγείας	Ναι	N	482	99	581
		% Σύνολο	71,1%	14,6%	85,7%

	Όχι	N	95	2	97
		% Σύνολο	14,0%	0,3%	14,3%
Σύνολο		N	577	101	678
		% Σύνολο	85,1%	14,9%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 14,709$, $df = 1$, $p = 0,000$

Στον **Πίνακα 62.1** που ακολουθεί, φαίνεται ότι:

Ο μέσος όρος του συνόλου βαθμών στο GDS για τους ερωτώμενους που έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας είναι 3,32, ενώ για τους ερωτώμενους που δεν έχουν δηλώσει κάποιο πρόβλημα υγείας είναι 1,40.

Η πραγματοποίηση του **t-Test** έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο μέσο όρο του συνολικού σκορ του GDS, όσον αφορά τους ερωτώμενους που αντιμετωπίζουν ή όχι προβλήματα υγείας, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ($p < 0,05$).

t-Test

Πίνακας 62.1: Σύνολο Βαθμών στο GDS και Προβλήματα Υγείας

	<i>Προβλήματα Υγείας</i>	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>Σύνολο Βαθμών στο GDS</i>	Ναι	581	3,32	3,150
	Όχι	97	1,40	1,863

t = 5,822, df = 676, p = 0,000

Στον **Πίνακα 63** που ακολουθεί, φαίνεται ότι: από τους ερωτώμενους που έχουν δηλώσει, ότι διαμένουν μόνοι τους, το 22,2% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη. Ενώ, από τους ερωτώμενους που διαμένουν με κάποιο άλλο πρόσωπο, το 13,6% μόνο έχει εκδηλώσει τάση για Κατάθλιψη.

Επιπλέον, προέκυψε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ αυτών που διαμένουν μόνοι τους και εκείνων που διαμένουν με κάποιο άλλο πρόσωπο, σε σχέση με την Συναισθηματική τους Κατάσταση ($p = 0,027$, δηλαδή $p < 0,05$).

Πίνακας 63: Μένετε: Μόνος/η και Συναισθηματική Κατάσταση (GDS)

			Συναισθηματική Κατάσταση		
			“0-6” Απουσία Κατάθλιψης	“7-15” Ύπαρξη Κατάθλιψης	Σύνολο
Μένετε: Μόνος/η	Ναι	N	77	22	99
		% Ποσοστό	77,8%	22,2%	100,0%
	Όχι	N	500	79	579
		% Ποσοστό	86,4%	13,6%	100,0%
Σύνολο		N	577	101	678
		% Ποσοστό	85,1%	14,9%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 4,907$, $df = 1$, $p = 0,027$

Στον Πίνακα 63.1 που ακολουθεί φαίνεται ότι ο μέσος όρος του συνόλου βαθμών στο GDS των ερωτώμενων που διαμένουν μόνοι τους είναι 4,67, ενώ για τους ερωτώμενους που διαμένουν με κάποιο άλλο πρόσωπο είναι 2,77.

Επιπλέον, προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων στο σύνολο βαθμών του GDS, μεταξύ αυτών που διαμένουν μόνοι τους και εκείνων που διαμένουν με κάποιο άλλο πρόσωπο, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ($p = 0,000$, δηλαδή $p < 0,05$).

t -Test

Πίνακας 63.1: Σύνολο Βαθμών στο GDS και Μένετε; Μόνος/η

	Μένετε: Μόνος/η	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Σύνολο Βαθμών στο GDS	Ναι	99	4,67	2,836
	Όχι	579	2,77	3,028

$t = 5,821$, $df = 676$, $p = 0,000$

Από τον Πίνακα 64 προκύπτει ότι:

- Από τους ερωτώμενους που συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ, το 90,9% δεν εμφανίζει κατάθλιψη, ενώ μόλις το 9,1% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.

- Στους ερωτώμενους που δεν συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ, το 80,2% φαίνεται ότι δεν έχει κατάθλιψη, σε αντίθεση με το 19,8% που παρουσιάζει τάση για κατάθλιψη. Έτσι, προκύπτει ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην Συναισθηματική Κατάσταση των ερωτώμενων σε σχέση με αυτούς που συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ και εκείνων που δεν συμμετέχουν, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,001 ($p < 0,05$).

Πίνακας 64: Συμμετοχή στο ΚΑΠΗ και Συναισθηματική Κατάσταση (GDS)

			Συναισθηματική Κατάσταση		
			“0-6” Απουσία Κατάθλιψης	“7-15” Ύπαρξη κατάθλιψης	Σύνολο
Συμμετοχή στο ΚΑΠΗ	Ναι	N	220	22	242
		% Ποσοστό	90,9%	9,1%	100,0%
	Όχι	N	178	44	222
		% Ποσοστό	80,2%	19,8%	100,0%
Σύνολο		N	398	66	464
		% Ποσοστό	85,8%	14,2%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 10,924$, $df = 1$, $p = 0,001$

Στον Πίνακα 64.1 που ακολουθεί, φαίνεται ότι ο μέσος όρος του συνόλου βαθμών στο GDS αυτών που συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ είναι 2,31, ενώ για εκείνους που δεν συμμετέχουν στο ΚΑΠΗ είναι 3,66.

Επιπλέον, προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου των ερωτώμενων στο Σύνολο Βαθμών του GDS, σε σχέση με το αν συμμετέχουν ή όχι στο ΚΑΠΗ, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

t-Test

Πίνακας 64.1 : Σύνολο Βαθμών στο GDS και Συμμετοχή στο ΚΑΠΗ

	Συμμετοχή στο ΚΑΠΗ	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Σύνολο Βαθμών στο GDS	Ναι	242	2,31	2,487
	Όχι	222	3,66	3,158

$t = -5,113$, $df = 462$, $p = 0,000$

Στον **Πίνακα 65** προκύπτει ότι:

- Από τους ερωτώμενους που ασχολούνται με το διάβασμα, μόνο το 9,1% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.
- Αντίθετα, στους ερωτώμενους που έδωσαν αρνητική απάντηση στην ενασχόληση με το διάβασμα, το 18,1% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην Συναισθηματική Κατάσταση των ερωτώμενων που ασχολούνται με το διάβασμα, έναντι αυτών που δεν ασχολούνται, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,002 ($p < 0,05$).

Πίνακας 65: Διάβασμα και Συναισθηματική Κατάσταση (GDS)

			Συναισθηματική Κατάσταση		
			“0-6” Απουσία Κατάθλιψης	“7-15” Ύπαρξη Κατάθλιψης	Σύνολο
<i>Ασχολείστε με το Διάβασμα;</i>	Ναι	N	219	22	241
		% Ποσοστό	90,9%	9,1%	100,0%
	Όχι	N	358	79	437
		% Ποσοστό	81,9%	18,1%	100,0%
<i>Σύνολο</i>	N	577	101	678	
	% Ποσοστό	85,1%	14,9%	100,0%	

Chi-Square X² = 9,813 df = 1, p = 0,002

Στον **Πίνακα 65.1** που ακολουθεί φαίνεται ότι ο μέσος όρος του συνόλου βαθμών στο GDS για τους ερωτώμενους που ασχολούνται με το διάβασμα είναι 2,43 ενώ για τους ερωτώμενους που δεν ασχολούνται με το διάβασμα είναι 3,38.

Επιπλέον, η πραγματοποίηση του t-Test έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου στο σύνολο βαθμών στο GDS μεταξύ των ερωτώμενων που ασχολούνται με το διάβασμα και των ερωτώμενων που δεν ασχολούνται, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

t-Test

Πίνακας 65.1: Σύνολο Βαθμών στο GDS και το Διάβασμα

	<i>Ενασχόληση με το Διάβασμα</i>	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>Σύνολο Βαθμών στο GDS</i>	Ναι	241	2,43	2,524
	Όχι	437	3,38	3,291

t = -3,923, df = 676, p = 0,000

Στον Πίνακα 66 προκύπτει ότι:

- Από τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι ασχολούνται με τη γυμναστική, μόνο το 7,1% εμφανίζει τάση για κατάθλιψη.
- Αντίθετα, από τους ερωτώμενους που δήλωσαν ότι δεν ασχολούνται με τη γυμναστική, το 18,4% εμφανίζει τάση για κατάθλιψη.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην συναισθηματική κατάσταση μεταξύ των ερωτώμενων που ασχολούνται με τη γυμναστική και εκείνων που δεν ασχολούνται, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ($p < 0,05$).

Πίνακας 66: Γυμναστική και Συναισθηματική Κατάσταση (GDS)

			<i>Συναισθηματική Κατάσταση</i>		
			<i>“0-6” Απουσία Κατάθλιψης</i>	<i>“7-15” Ύπαρξη κατάθλιψης</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>Ασχολείστε με τη Γυμναστική;</i>	Ναι	N	195	15	210
		% Ποσοστό	92,9%	7,1%	100,0%
	Όχι	N	382	86	468
		% Ποσοστό	81,6%	18,4%	100,0%
<i>Σύνολο</i>	N	577	101	678	
	% Ποσοστό	85,1%	14,9%	100,0%	

Chi-Square X² = 14,428 df = 1, p = 0,000

Ο Πίνακας 66.1 που ακολουθεί, παρουσιάζει τους μέσους όρους στο Σύνολο Βαθμών του GDS των ερωτώμενων που ασχολούνται με τη γυμναστική και εκείνων που δεν ασχολούνται. Έτσι λοιπόν, για τους ερωτώμενους που ασχολούνται με τη γυμναστική, ο μέσος όρος είναι ίσος με 2,21, ενώ για τους ερωτώμενους που δεν ασχολούνται με τη γυμναστική είναι 3,42.

Παράλληλα, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων όρων στο Σύνολο Βαθμών του GDS, μεταξύ των ερωτώμενων που ασχολούνται με τη γυμναστική και εκείνων που δεν ασχολούνται, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ($p < 0,05$).

t-Test

Πίνακας 66.1: Σύνολο Βαθμών στο GDS και Ενασχόληση με τη Γυμναστική

	<i>Ασχολείστε με τη Γυμναστική;</i>	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
<i>Σύνολο Βαθμών στο GDS</i>	Ναι	210	2,21	2,417
	Όχι	468	3,42	3,260

$t = -4,787, df = 676, p = 0,000$

Στον Πίνακα 67 προκύπτει ότι:

- Από τους ερωτώμενους που έδωσαν θετική απάντηση στην κατανάλωση αλκοόλ, μόνο το 4,8% εμφανίζει τάση για κατάθλιψη.
- Αντίθετα, στους ερωτώμενους που έδωσαν αρνητική απάντηση στην κατανάλωση αλκοόλ, το 20% εμφανίζει τάση για κατάθλιψη.

Επιπλέον, βρέθηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στην Συναισθηματική Κατάσταση των ερωτώμενων, αναφορικά με την κατανάλωση ή όχι αλκοόλ, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ($p < 0,05$).

Πίνακας 67: Κατανάλωση αλκοόλ και Συναισθηματική Κατάσταση (GDS)

			<i>Συναισθηματική Κατάσταση</i>		
			<i>"0-6 Απουσία Κατάθλιψης</i>	<i>7-15 Ύπαρξη κατάθλιψης</i>	<i>Σύνολο</i>
Κατανάλωση Αλκοόλ;	Ναι	N	216	11	227
		% Ποσοστό	95,2%	4,8%	100,0%

	Όχι	N	361	90	451
		% Ποσοστό	80,0%	20,0%	100,0%
Σύνολο		N	577	101	678
		% Ποσοστό	85,1%	14,9%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 27,193$, $df = 1$, $p = 0,000$

Στον **Πίνακα 67.1** που ακολουθεί φαίνεται ότι ο μέσος όρος του συνόλου βαθμών στο GDS, για τους ερωτώμενους που καταναλώνουν αλκοόλ είναι 1,75, ενώ αντίστοιχα στους ερωτώμενους που δεν καταναλώνουν αλκοόλ είναι 3,69.

Επιπλέον, η πραγματοποίηση του t-Test έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου στο Σύνολο Βαθμών του GDS, μεταξύ των ερωτώμενων που καταναλώνουν αλκοόλ και των ερωτώμενων που δεν καταναλώνουν, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

t-Test

Πίνακας 67.1: Σύνολο Βαθμών στο GDS και Κατανάλωση Αλκοόλ

	Κατανάλωση Αλκοόλ;	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Σύνολο Βαθμών στο GDS	Ναι	227	1,75	2,224
	Όχι	451	3,69	3,234

t = -8,125, $df = 676$, $p = 0,000$

Συσχέτιση μεταξύ των τεστ MMSE, IADL και GDS

Ο Πίνακας 68 δείχνει το Νοητικό Επίπεδο των ερωτώμενων σε σχέση με Επίπεδο Λειτουργικότητάς τους. *Έτσι λοιπόν, προκύπτει ότι:*

1). Το 53% των ερωτώμενων που δεν παρουσιάζει λειτουργικά προβλήματα έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 19,4 % εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 3,7% βρέθηκε με Ήπια Άνοια, ενώ το 0,1% με Μέτρια Άνοια.

2). Το 8,8% των ερωτώμενων που παρουσιάζει λειτουργικά προβλήματα έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 10,5% εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 3,7% βρέθηκε με Ήπια Άνοια, ενώ το 0,7% με Μέτρια Άνοια.

Επίσης, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στο Νοητικό Επίπεδο των ερωτώμενων σε σχέση με το Επίπεδο Λειτουργικότητάς τους, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 68: Νοητικό Επίπεδο (MMSE) και Επίπεδο Λειτουργικότητας (IADL)

			Επίπεδο Λειτουργικότητας			
			Απουσία Λειτουργικών προβλημάτων	Ύπαρξη Λειτουργικών προβλημάτων	Σύνολο	
Νοητικό Επίπεδο	30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο	N	360	60	420	
		% Σύνολο	53,0%	8,8%	61,9%	
	27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	N	132	71	203	
		% Σύνολο	19,4%	10,5%	29,9%	
	24 - 20 Ήπια Άνοια	N	25	25	50	
		% Σύνολο	3,7%	3,7%	7,4%	
	19 - 11 Μέτρια Άνοια	N	1	5	6	
		% Σύνολο	0,1%	0,7%	0,9%	
	Σύνολο		N	518	161	679
			% Σύνολο	76,3%	23,7%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 65,760$ $df = 3$, $p = 0,000$

Ο Πίνακας 69 που ακολουθεί, παρουσιάζει το Νοητικό Επίπεδο των ερωτώμενων σε σχέση με την Συναισθηματική τους Κατάσταση.

Έτσι λοιπόν:

- Από το 85,1% των ερωτώμενων που δεν παρουσιάζει Κατάθλιψη, το 56,9% έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 22,6% εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 5,3% έχει Ήπια Άνοια και το 0,3% Μέτρια Άνοια.
- Από το 14,9% των ερωτώμενων που εμφανίζουν τάση για Κατάθλιψη, το 5% έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 7,2% παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 2,1% βρέθηκε με Ήπια Άνοια και το 0,6% Μέτρια Άνοια.

Επιπλέον, προέκυψε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ του Νοητικού Επιπέδου των ερωτώμενων, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000 ($p < 0,05$).

Πίνακας 69: Νοητικό Επίπεδο (MMSE) και Συναισθηματική Κατάσταση (GDS)

			Συναισθηματική Κατάσταση		
			“0-6” Απουσία Κατάθλιψης	“7-15” Ύπαρξη Κατάθλιψης	Σύνολο
Νοητικό Επίπεδο	30 - 28 Φυσιολογικό Νοητικό επίπεδο	N	386	34	420
		% Σύνολο	56,9%	5,0%	61,9%
	27 - 25 Ήπια Νοητική Διαταραχή	N	153	49	202
		% Σύνολο	22,6%	7,2%	29,8%
	24 - 20 Ήπια Άνοια	N	36	14	50
		% Σύνολο	5,3%	2,1%	7,4%
19 - 11 Μέτρια Άνοια	N	2	4	6	
	% Σύνολο	0,3%	0,6%	0,9%	
Σύνολο	N	577	101	678	
	% Σύνολο	85,1%	14,9%	100,0%	

Chi-Square $X^2 = 48,743$ df = 3, p = 0,000

Ο Πίνακας 70 δείχνει τη Συναισθηματική Κατάσταση των ερωτώμενων σε σχέση με το Επίπεδο Λειτουργικότητάς τους.

Έτσι λοιπόν, προκύπτει ότι:

- Από το σύνολο των ερωτώμενων που δεν παρουσιάζει Κατάθλιψη, το 68,7% δεν παρουσιάζει λειτουργικά προβλήματα, ενώ το 16,4% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.
- Από το σύνολο των ερωτώμενων που παρουσιάζει Κατάθλιψη, το 7,7% δεν εμφανίζει λειτουργικά προβλήματα, ενώ το 7,2% εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.

Επιπλέον, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά στη Συναισθηματική Κατάσταση των ερωτώμενων σε σχέση με το Επίπεδο Λειτουργικότητάς τους, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,000, δηλαδή $p < 0,05$.

Πίνακας 70: Συναισθηματική Κατάσταση (GDS) και Επίπεδο Λειτουργικότητας (IADL)

			Επίπεδο Λειτουργικότητας		
			Απουσία Λειτουργικών προβλημάτων	Ύπαρξη λειτουργικών προβλημάτων	Σύνολο
Συναισθηματική Κατάσταση	“0-6” Απουσία Κατάθλιψης	N	466	111	577
		% Σύνολο	68,7%	16,4%	85,1%
	“7-15” Ύπαρξη Κατάθλιψης	N	52	49	101
		% Σύνολο	7,7%	7,2%	14,9%
Σύνολο		N	518	160	678
		% Σύνολο	76,4%	23,6%	100,0%

Chi-Square X² = 40,864 df = 1, p = 0,000

Pearson Correlation

Στον Πίνακα 71 παρατηρείται ότι:

- Υπάρχει μία μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του συνόλου των βαθμών του MMSE και μία στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0,01, δηλαδή όσο αυξάνει η ηλικία, μειώνεται η γνωστική ικανότητα των ερωτώμενων (*Pearson Correlation = -0,217***).
- Υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του συνόλου των βαθμών στο GDS και μία στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0,01, δηλαδή όσο αυξάνει η ηλικία, αυξάνει και η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης (*Pearson Correlation = 0,171***).
- Υπάρχει μία μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του συνόλου βαθμών στο MMSE και του συνόλου βαθμών στο GDS και μία στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0,01, δηλαδή όσο αυξάνεται η γνωστική ικανότητα του ατόμου τόσο μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης. Και το αντίθετο, δηλαδή όσο μειώνεται η γνωστική ικανότητα του ατόμου, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης (*Pearson Correlation = -0,326***).

Correlations

Πίνακας 71: Ηλικία και Σύνολο Βαθμών στα τεστ MMSE και GDS

		<i>Ηλικία</i>	<i>Σύνολο βαθμών στο MMSE</i>	<i>Σύνολο βαθμών στο GDS</i>
<i>Ηλικία</i>	Pearson Correlation	1	-,217(**)	,171(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	693	680	678
<i>Σύνολο βαθμών στο MMSE</i>	Pearson Correlation	-,217(**)	1	-,326(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	680	680	678
<i>Σύνολο βαθμών στο GDS</i>	Pearson Correlation	,171(**)	-,326(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	678	678	678

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

Από τον παρακάτω Πίνακα 72 προκύπτει ότι:

- Υπάρχει μία μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ετών συνταξιοδότησης και του συνόλου βαθμών στο MMSE και μία στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0,01, δηλαδή όσο αυξάνονται τα χρόνια συνταξιοδότησης, τόσο μειώνεται η γνωστική ικανότητα του ατόμου (*Pearson Correlation = -0,159***).
- Υπάρχει μία μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ των ετών συνταξιοδότησης και του συνόλου βαθμών στο GDS και μία στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0,01, δηλαδή όσο αυξάνονται τα χρόνια συνταξιοδότησης, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης (*Pearson Correlation = 0,158***).

Correlations

Πίνακας 72: Χρόνια Συνταξιοδότησης και Σύνολο Βαθμών στα τεστ MMSE και GDS

		<i>Χρόνια Συνταξιοδότησης</i>	<i>Σύνολο βαθμών στο MMSE</i>	<i>Σύνολο βαθμών στο GDS</i>
<i>Χρόνια Συνταξιοδότησης</i>	Pearson Correlation	1	-,159(**)	,158(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	690	678	676
<i>Σύνολο βαθμών στο MMSE</i>	Pearson Correlation	-,159(**)	1	-,326(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	678	680	678
<i>Σύνολο βαθμών στο GDS</i>	Pearson Correlation	,158(**)	-,326(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	676	678	678

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

Από τον παρακάτω Πίνακα 73 προκύπτει ότι:

- Υπάρχει μία μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ του μηνιαίου εισοδήματος και του συνόλου βαθμών στο MMSE και μία στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0,01, που σημαίνει ότι, όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα, τόσο αυξάνεται και το νοητικό επίπεδο των ερωτώμενων (*Pearson Correlation = 0,135*).
- Υπάρχει μία μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του μηνιαίου εισοδήματος και του συνόλου βαθμών στο GDS και μία στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο 0,01, που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα, τόσο μειώνεται η πιθανότητα ύπαρξης κατάθλιψης (*Pearson Correlation = -0,168*).

Correlations

Πίνακας 73: Μηνιαίο Εισόδημα και Σύνολο Βαθμών στα τεστ MMSE και GDS

		<i>Μηνιαίο Εισόδημα</i>	<i>Σύνολο βαθμών στο MMSE</i>	<i>Σύνολο βαθμών στο GDS</i>
<i>Μηνιαίο Εισόδημα</i>	Pearson Correlation	1	,135(**)	-,168(**)
	Sig. (1-tailed)		,000	,000
	N	669	659	657
<i>Σύνολο βαθμών στο MMSE</i>	Pearson Correlation	,135(**)	1	-,326(**)
	Sig. (1-tailed)	,000		,000
	N	659	680	678
<i>Σύνολο βαθμών στο GDS</i>	Pearson Correlation	-,168(**)	-,326(**)	1
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	
	N	657	678	678

**** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).**

Στον Πίνακα 74 που ακολουθεί, φαίνεται να υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των ερευνώμενων χωριών ως προς την γνώση σχετικά με τη νόσο Alzheimer, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,002 ($p < 0,05$).

Πίνακας 74: Δημοτικό Διαμέρισμα και Γνωρίζετε τη νόσο Alzheimer;

			<i>Γνωρίζετε τη νόσο Alzheimer;</i>		
			<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>Δημοτικό Διαμέρισμα</i>	Παλαίφυτο	N	108	82	190
		% Ποσοστό	56,8%	43,2%	100,0%
	Δροσερό	N	48	20	68
		% Ποσοστό	70,6%	29,4%	100,0%
	Γυψοχώρι	N	18	21	39
		% Ποσοστό	46,2%	53,8%	100,0%
	Τριφύλλι	N	26	19	45
		% Ποσοστό	57,8%	42,2%	100,0%
	Λιπαρό	N	26	22	48
		% Ποσοστό	54,2%	45,8%	100,0%
	Άγιος-Γιώργης	N	18	14	32
		% Ποσοστό	56,3%	43,8%	100,0%
	Καρυώτισσα	N	124	41	165
		% Ποσοστό	75,2%	24,8%	100,0%
	Γαλατάδες	N	67	36	103
		% Ποσοστό	65,0%	35,0%	100,0%
	Σύνολο	N	435	255	690
		% Ποσοστό	63,0%	37,0%	100,0%

Chi-Square $X^2 = 22,926$, $df = 7$, $p = 0,002$

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η ανίχνευση και αποτύπωση του Επιπολασμού της Άνοιας στο Δήμο Μ. Αλεξάνδρου του Ν. Πέλλας, στα άτομα άνω των 65 ετών, καθώς και η διερεύνηση της λειτουργικότητας και της συναισθηματικής τους κατάστασης.

Έτσι λοιπόν, προέκυψαν τα εξής σημαντικά συμπεράσματα:

1) Το 56,5% των ερωτώμενων έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 26,4% παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 9,7% εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη, το 5,0% έχει Κατάθλιψη, ενώ μόνο το 2,4% βρέθηκε με Άνοια.

2) Ο *Επιπολασμός της Άνοιας*, όπως ανιχνεύθηκε στη συγκεκριμένη περιοχή, βρέθηκε ότι είναι: 0,4% στις ηλικίες άνω των 65 ετών, 0,6% στις ηλικίες άνω των 70 ετών, 0,9% στις ηλικίες άνω των 75 ετών, ενώ στις ηλικίες άνω των 80 ετών μειώνεται στο 0,4%.

Ωστόσο, σημαντικό είναι το γεγονός ότι βρέθηκαν επιπλέον 9 άτομα, τα οποία έπασχαν από Άνοια και βρισκόταν ήδη στο τελικό στάδιο της ασθένειας. Τα άτομα αυτά δεν έλαβαν μέρος στην έρευνα, αφού δεν ήταν σε θέση και επιπλέον, το αρνήθηκαν οι οικείοι τους. Παρόλα αυτά, ο αριθμός τους έχει συμπεριληφθεί στο γενικό ποσοστό της Άνοιας, χωρίς όμως να είναι γνωστά κάποια επιπλέον στοιχεία τους, όπως για παράδειγμα το φύλο, η ηλικία κ.α.

Σύμφωνα λοιπόν, με τα νέα δεδομένα, προκύπτει ότι το 55,7% των ερωτώμενων έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 26,1% παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 9,6% εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη, το 4,9% έχει Κατάθλιψη, ενώ μόνο το 3,6% βρέθηκε με Άνοια.

3) Το Φύλο, η Ηλικία και το Μορφωτικό Επίπεδο των ερωτώμενων έδωσαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με τη Διάγνωση.

4) Από την πραγματοποίηση του τεστ *MMSE* που αφορά τη Νοητική Ικανότητα, προέκυψε ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού παρουσιάζει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, ενώ πολύ σημαντικό είναι και το ποσοστό των ερωτώμενων που εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ποσοστά της Ήπιας και Μέτριας Άνοιας, ενώ άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι κανείς από τους συμμετέχοντες δεν εμφανίζει Σοβαρή Άνοια, εκτός από τα 9 άτομα που ήταν στο Τελικό στάδιο και δεν συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια.

5) Από την πραγματοποίηση του τεστ *IADL*, φάνηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων δεν παρουσιάζει λειτουργικά προβλήματα. Ωστόσο, σημαντικό είναι και το

ποσοστό εκείνων που αντιμετωπίζουν λειτουργικά προβλήματα, κυρίως στην ικανότητα μετακίνησης.

6) Η πραγματοποίηση του τεστ **GDS**, έδειξε ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό των ερωτώμενων εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη.

7) Το φύλο, φάνηκε να σχετίζεται, όχι μόνο με την έκπτωση της Νοητικής και Λειτουργικής Ικανότητας του ατόμου, αλλά και με την εμφάνιση Κατάθλιψης, αφού οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση σε όλους τους παραπάνω τομείς.

8) Η ηλικία, φάνηκε να σχετίζεται, τόσο με την έκπτωση της Νοητικής και Λειτουργικής Ικανότητας του ατόμου, όσο και με την εμφάνιση Κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι όσο αυξάνει η ηλικία, οι ερωτώμενοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη έκπτωση στους παραπάνω τομείς.

9) Επιπλέον, όσο αυξάνει η νοητική ικανότητα των ερωτώμενων, μειώνονται τα ποσοστά εμφάνισης Κατάθλιψης.

10) Η μείωση της νοητικής ικανότητας των ερωτώμενων, συνεπάγεται και την εμφάνιση μεγαλύτερου ποσοστού ατόμων με λειτουργικά προβλήματα.

11) Η ύπαρξη Κατάθλιψης προκαλεί σε σημαντικό ποσοστό ερωτώμενων την εμφάνιση λειτουργικών προβλημάτων.

12) Η συμμετοχή των ερωτώμενων σε συλλογικές δραστηριότητες, όπως το ΚΑΠΗ, φάνηκε να συμβάλλει θετικά, τόσο στο Νοητικό τους Επίπεδο, όσο και στη Συναισθηματική τους Κατάσταση.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η παρούσα μελέτη διεξήχθη με σκοπό την ανίχνευση του Επιπολασμού της Άνοιας σε άτομα άνω των 65 ετών. Με την ολοκλήρωσή της λοιπόν, προέκυψαν κάποια σημαντικά ευρήματα. Τα ευρήματα αυτά, αποτελούν νέα δεδομένα στον τομέα της Άνοιας και έτσι, δεν θα ήταν δυνατόν να μην διεγείρουν το ενδιαφέρον για περαιτέρω συζητήσεις.

Έτσι λοιπόν, βρέθηκε ότι το 56,5% των ερωτώμενων έχει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, το 26,4% παρουσιάζει Ήπια Νοητική Διαταραχή, το 9,7% εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή οφειλόμενη σε Κατάθλιψη, το 5,0% έχει Κατάθλιψη, ενώ μόνο το 2,4% βρέθηκε με Άνοια.

Επιπλέον, ο Επιπολασμός της Άνοιας ανά ηλικιακές ομάδες, στην ερευνώμενη περιοχή παρουσιάζεται να είναι: 0,4% στις ηλικίες 65-69 ετών, 0,6% στις ηλικίες 70-74 ετών 0,9% στις ηλικίες 75-79 ετών, ενώ στις ηλικίες άνω των 80 ετών μειώνεται στο 0,4%.

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν παρόμοιες έρευνες που να δείχνουν σε τι ποσοστά κυμαίνεται ο Επιπολασμός της Άνοιας. Η μόνη μελέτη που υπήρχε μέχρι σήμερα, έχει πραγματοποιηθεί στη Πυλαία της Θεσσαλονίκης (1993 – 1997) από την οποία και προέκυψε ότι τα ποσοστά της Άνοιας στις ηλικίες 70-74 ήταν 4,2%, στις ηλικίες 75-79 ήταν 10,7%, στις ηλικίες 80-84 ήταν 11,8%, ενώ στις ηλικίες άνω των 85 ετών ήταν 36,7%. (Tsolaki, 1999:138-148)

Αντίστοιχα, παγκόσμιες επιδημιολογικές έρευνες για την επικράτηση της νόσου κατά ομάδες ηλικιών, εντοπίζουν τα εξής: η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 8 – 10%, σε ηλικίες άνω των 75 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 18 – 20%, άνω των 85 ετών αγγίζει το 40%, ενώ πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών, η συχνότητα δεν υπερβαίνει το 40%. (Δαρδαβέσης, 2005:29-30)

Σύμφωνα λοιπόν με τη Διεθνή Βιβλιογραφία, προκύπτει ότι ο Επιπολασμός συναρτάται από την ηλικιακή παράμετρο, αφού καθώς αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η συχνότητα εμφάνισής της. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται ανά δεκαετία, με αποτέλεσμα ο ένας στους δύο από εκείνους που φτάνουν την ηλικία των 85 ετών να παρουσιάζει Άνοια.

Ωστόσο, στη παρούσα έρευνα, παρόλο που το ποσοστό της Άνοιας αυξάνεται με τη πάροδο της ηλικίας, εντούτοις δεν ακολουθεί τα παγκόσμια δεδομένα. Συγκεκριμένα, το υψηλότερο ποσοστό Άνοιας εμφανίζεται στην ηλικία των 75 με 79 ετών, ενώ το ποσοστό

αυτό μειώνεται στα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 80 ετών. Σ' αυτό φαίνεται να συντελούν παράγοντες όπως ο τρόπος ζωής των κατοίκων, η συνεχής ενασχόληση με δραστηριότητες και οι ιδιαιτερότητες της περιοχής (ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας, καθώς και τα άτυπα δίκτυα), που βοηθούν τους κατοίκους να παραμένουν ενεργοί και δραστήριοι, ακόμη και μετά τη συνταξιοδότησή τους.

Άλλωστε, έρευνες έχουν δείξει ότι το αιτιολογικό υπόβαθρο της Άνοιας χαρακτηρίζεται από πολυπαραγοντικότητα και αφορά γενετικούς, δημογραφικούς, κοινωνικούς, συμπεριφορικούς, ψυχοσωματικούς και άλλους παράγοντες κινδύνου.

Στη παρούσα έρευνα, το **Φύλο** φάνηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου, αφού η πλειοψηφία των ερωτώμενων που βρέθηκαν με Άνοια είναι γυναίκες. Πράγματι, σε διάφορες έρευνες έχει καταγραφεί η άποψη ότι η νόσος προσβάλλει τις γυναίκες με μεγαλύτερη συχνότητα, ακολουθώντας βαρύτερη εξελικτική πορεία. Η συγκεκριμένη όμως άποψη χρήζει περαιτέρω έρευνας, με την αιτιολογία του αυξημένου όρου ζωής στις γυναίκες. (Τσολάκη, 1996:126-127, Δαρδαβέσης, 2005)

Το **Μορφωτικό Επίπεδο** έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με τη Διάγνωση, αφού μόνο ερωτώμενοι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (με χρόνια εκπαίδευσης από 0-8 χρόνια) βρέθηκαν με Άνοια, ενώ αντίθετα κανένας από τους ερωτώμενους με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (9-12 έτη). Αυτό επιβεβαιώνεται από την υπάρχουσα Βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει ότι άτομα με λιγότερα έτη εκπαίδευσης εμφανίζουν ταχύτερη έκπτωση στη μνήμη, στη γενική γνωστική κατάσταση και στη λεκτική ικανότητα. Επιπλέον, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται από ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες αποτελούν εύκολο υπόστρωμα για την εκδήλωση Άνοιας. (Λουκοπούλου, 2004, Δαρδαβέσης, 2005, Σούμπουρου, 2007) Παρόλ' αυτά, το μορφωτικό επίπεδο εξακολουθεί να προκαλεί το ενδιαφέρον για περαιτέρω έρευνα, αφού άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν απόλυτα τον παράγοντα αυτό. Άλλωστε είναι γνωστό ότι η Άνοια έχει προσβάλλει προσωπικότητες υψηλού μορφωτικού διαμετρήματος. (Κουντή και Μαργαριτίδου, 2006:6-7) Επιπλέον, και στη παρούσα μελέτη, το γενικό ποσοστό εμφάνισης Άνοιας δεν παρουσιάζεται ιδιαίτερα υψηλό (2,4%), αν και πρόκειται για μία αγροτική περιοχή με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Τέλος, άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι μόνο ένας ερωτώμενος είχε ολοκληρώσει την Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, κάτι που δεν επέτρεψε περαιτέρω αποτελέσματα αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο.

Η **δημιουργική κάλυψη του ελεύθερου χρόνου** σε συνδυασμό με την αποχή από το κάπνισμα, τη σωστή διατροφή και τη σωματική άσκηση, λειτουργεί ως προφυλακτικός παράγοντας, αφού έρευνες έχουν δείξει ότι συνεισφέρει στην ψυχοσωματική εγρήγορση του

ατόμου και στη διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών του σε επαρκές επίπεδο. (Λουκοπούλου, 2004, Δαρδαβέσης, 2005) Πράγματι, η άποψη αυτή ενισχύεται και από την παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα, ερωτώμενοι που συμμετέχουν σε Συλλογικές Δραστηριότητες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά Άνοιας. Επιπλέον, η ενασχόληση με το **Διάβασμα** και τη **Γυμναστική**, δείχνει ότι μπορεί και προφυλάσσει από την εκδήλωση της Άνοιας ή τουλάχιστον, βοηθά στη μη εμφάνισή της σε υψηλά επίπεδα, ανάλογα με εκείνα των ερωτώμενων που δεν τα έχουν εντάξει στις καθημερινές τους συνήθειες.

Η **Οικογενειακή Κατάσταση** φαίνεται να σχετίζεται με την Διάγνωση της Άνοιας, αφού λαμβάνοντας υπόψιν τα ποσοστά, οι χήροι –ες αποτελούν το 50% των ατόμων με Άνοια. Αντίθετα, στη παρούσα Βιβλιογραφία δεν αναφέρεται κάτι σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το οποίο να επιβεβαιώνει ή να απορρίπτει το παραπάνω συμπέρασμα.

Η **ύπαρξη Προβλημάτων Υγείας**, βρέθηκε ότι σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου, αφού η πλειοψηφία των ατόμων που διαγνώστηκε με Άνοια αντιμετώπιζε διάφορα προβλήματα υγείας. Όντως, έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με προβλήματα υγείας όπως, η αυξημένη αρτηριακή πίεση, η υψηλή χοληστερίνη, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ο σακχαρώδης διαβήτης, κ.α. έχουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο. (Τσολάκη, 1996:126-127)

Επιπλέον, πρόσθετος παράγοντας κινδύνου για Άνοια είναι η **Λήψη Φαρμάκων**, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές σε ευαίσθητα άτομα. (Δαρδαβέσης, 2005) Στη παρούσα μελέτη προκύπτει ότι η λήψη φαρμάκων, ίσως να σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου, διότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων (87,5%) που παρουσιάζουν Άνοια, λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν.

Σύμφωνα με την Βιβλιογραφία, η ύπαρξη συγγενή με Άνοια αναφέρεται ως παράγοντας κινδύνου. Συγκεκριμένα, από επιδημιολογικές μελέτες προέκυψε ότι η ύπαρξη ενός τουλάχιστον συγγενή πρώτου βαθμού (γονέα ή αδερφό) με Άνοια ευθύνεται για την κληρονομική εμφάνιση της νόσου. (Τσολάκη, 1996:126-127, Μαϊόβης, 2007) Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι στην παρούσα έρευνα η “κληρονομικότητα” δεν φαίνεται να διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην εμφάνιση της ασθένειας. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι από τα άτομα που δήλωσαν ότι είχαν κάποιο συγγενή που έπασχε από τη νόσο, κανείς δεν διαγνώστηκε με Άνοια.

Συνεχίζοντας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το ποσοστό εμφάνισης της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής είναι ιδιαίτερα υψηλό. Ωστόσο, δεν υπάρχει κάποια αντίστοιχη έρευνα στην Ελλάδα, προκειμένου να συγκριθούν τα παρόντα αποτελέσματα. Έρευνες όμως σε

παγκόσμιο επίπεδο δείχνουν, πως ο επιπολασμός της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής κυμαίνεται από 11 – 17% (Μαϊόβης, 2007:10) ή σύμφωνα με άλλη ανασκόπηση από 3 – 19% (Gauthier et al., 2006:1262-1270), εκ των οποίων περίπου το 50% θα οδηγηθεί προοδευτικά σε Άνοια. συγκεκριμένα, πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το 50% - 67% των πασχόντων από ΗΝΔ κατέληξε σε Άνοια, σε μία χρονική περίοδο 4 ετών. (Βαγενάς, 2005:269) Οι μεγάλες αποκλίσεις στις έρευνες αυτές οφείλονται κυρίως σε διαφορές στον ορισμό της ΗΝΔ και βέβαια στον σχεδιασμό αυτών, ως προς τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Επιπλέον, τα κριτήρια για την Ήπια Νοητική Διαταραχή είναι σε ένα βαθμό υποκειμενικά και σε αρκετές περιπτώσεις δύσκολο να εφαρμοσθούν. (Βαγενάς, 2005)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, προκειμένου να διαπιστωθεί η **Νοητική Ικανότητα** των ερωτώμενων, πραγματοποιήθηκε το τεστ **MMSE**. Έτσι λοιπόν, προέκυψε ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού παρουσιάζει Φυσιολογικό Νοητικό Επίπεδο, ενώ πολύ σημαντικό είναι και το ποσοστό των ερωτώμενων που εμφανίζει Ήπια Νοητική Διαταραχή. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ποσοστά της Ήπιας και Μέτριας Άνοιας, ενώ άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι κανείς από τους συμμετέχοντες δεν εμφανίζει Σοβαρή Άνοια.

Όσον αφορά την έκπτωση στη νοητική ικανότητα των ερωτώμενων, αυτή φάνηκε να σχετίζεται με:

- Το **Δημοτικό Διαμέρισμα** στο οποίο διαμένουν οι ερωτώμενοι. Συγκεκριμένα, ο υψηλότερος μέσος όρος στο MMSE καταγράφηκε στο Γυψοχώρι, ενώ ο χαμηλότερος στο Παλαίφυτο.
- Το **Φύλο**, με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά έκπτωσης στη νοητική τους ικανότητα.
- Η **Ηλικία**, αφού φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, μειώνεται η νοητική ικανότητα των ερωτώμενων.
- Τα **Χρόνια Συνταξιοδότησης**, τα οποία φαίνεται να λειτουργούν επιβαρυντικά στη νοητική ικανότητα των ερωτώμενων, αφού όσο αυξάνονται τα έτη, μειώνεται το γνωστικό τους επίπεδο.
- Το χαμηλό **Μηνιαίο Εισόδημα** φαίνεται να σχετίζεται με τη νοητική ικανότητα των ερωτώμενων.
- Τα **Προβλήματα Υγείας**, αφού η ύπαρξή τους επιβαρύνει τη νοητική ικανότητα των ερωτώμενων.
- Η **συμμετοχή σε Συλλογικές Δραστηριότητες**, κυρίως στο **ΚΑΠΗ** φαίνεται ότι συμβάλλει θετικά στη νοητική ικανότητα του ατόμου. Η Βιβλιογραφία αναφέρει ότι η

συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες του ΚΑΠΗ, συμβάλλει στη διατήρηση της μνήμης και της μάθησης. (Καρυπίδου, 2007:9-10)

- Η **ενασχόληση με το Διάβασμα**, αφού ερωτώμενοι που το έχουν συμπεριλάβει στον ελεύθερό τους χρόνο, εμφανίζουν μικρότερη έκπτωση.
- Η **Κατανάλωση Αλκοόλ**, φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τη γνωστική ικανότητα των ερωτώμενων, αφού παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά έκπτωσης.

Επιπλέον, για να διαπιστωθεί το **Επίπεδο Λειτουργικότητας** των ερωτώμενων πραγματοποιήθηκε το τεστ **IADL**. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων δεν παρουσιάζει λειτουργικά προβλήματα. Ωστόσο, σημαντικό είναι και το ποσοστό εκείνων που αντιμετωπίζουν λειτουργικά προβλήματα, κυρίως στην ικανότητα μετακίνησης.

Πράγματι, έρευνες έχουν δείξει ότι το 7 – 15% των ηλικιωμένων δεν έχει αυτονομία, ολική ή μερική, οι υπόλοιποι όμως διατηρούν την αυτονομία τους. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999:20) Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται στη παρούσα έρευνα, με το ποσοστό όμως να εμφανίζεται υψηλότερο κατά 1,5 φορά (23,7%). Σ' αυτό συμβάλλουν ενδεχομένως, η φύση της εργασίας (ενασχόληση με τη γεωργία), οι ιδιαιτερότητες της περιοχής (ελλιπής συγκοινωνία), καθώς και τα υψηλά ποσοστά προβλημάτων υγείας, κυρίως μυοσκελετικές ασθένειες, όπου συνεπάγονται κινητικές δυσκολίες.

Επιπλέον, το **Φύλο** φάνηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση λειτουργικών προβλημάτων, καθώς οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά έκπτωσης, χωρίς αυτό να επιβεβαιώνεται ή να απορρίπτεται από την υπάρχουσα Βιβλιογραφία. Παράλληλα, και η αύξηση της **Ηλικίας** συνεπάγεται την εμφάνιση λειτουργικών προβλημάτων.

Ωστόσο, για να διαπιστωθεί η συναισθηματική κατάσταση των ερωτώμενων πραγματοποιήθηκε το τεστ Geriatric Depression Scale (GDS). Αυτό που παρατηρείται λοιπόν, είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων δεν εμφανίζει συμπτώματα τάσης για Κατάθλιψη. Εντούτοις, υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό ερωτώμενων στο οποίο ανιχνεύθηκαν συμπτώματα τάσης για Κατάθλιψη και μάλιστα, επιβεβαιώνει την βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι το 15% των ατόμων, άνω των 65 ετών υποφέρουν από κάποια μορφή Κατάθλιψης. (Μάνος, 1997:201, Μπάλλης, 2000:115)

Βέβαια, έρευνες υποστηρίζουν ότι τα ποσοστά αυτά δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου. (Μάνος, 1997) Αντίθετα, με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπου η τάση για Κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται με:

Το **Φύλο**: Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το ποσοστό εμφάνισης Κατάθλιψης στους άντρες είναι 5 – 12%, ενώ στις γυναίκες αγγίζει το 25%. (Μάνος,

1997:201) Πράγματι, στην παρούσα έρευνα, τα ποσοστά αυτά επιβεβαιώνονται, αφού το 8,5% των αντρών – ερωτώμενων και το 19,8% των γυναικών – ερωτώμενων παρουσιάζει τάση για Κατάθλιψη. Ωστόσο, γίνεται φανερό ότι οι γυναίκες – ερωτώμενες παρουσιάζουν διπλάσιο ποσοστό τάσης για Κατάθλιψη, με τα αίτια της συχνότερης εμφάνισης να παραμένουν ανερμήνευτα.

Την **Ηλικία**: Όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνονται και οι πιθανότητες εμφάνισης Κατάθλιψης.

Τα **Χρόνια Συνταξιοδότησης**: Για ορισμένους η συνταξιοδότηση αποτελεί πλεονέκτημα, γιατί έχουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο και τη δυνατότητα ενασχόλησης με ότι τους ευχαριστεί. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις, στις οποίες τα άτομα εμφανίζουν σωματικές και ψυχικές διαταραχές, ως αποτέλεσμα των προβλημάτων προσαρμογής στη νέα αυτή κατάσταση. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999, Σταθόπουλος, 2003) Τα αποτελέσματα στην παρούσα έρευνα, το αποδεικνύουν αυτό, αφού η αύξηση των χρόνων συνταξιοδότησης, συνεπάγεται και την εμφάνιση μεγαλύτερου ποσοστού τάσης για Κατάθλιψη.

Το **Μηνιαίο Εισόδημα** φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση τάσης για Κατάθλιψη, αφού όσο μειώνεται το μηνιαίο εισόδημα, αυξάνονται τα ποσοστά ύπαρξης Κατάθλιψης.

Τα **Προβλήματα Υγείας**: Η πλειοψηφία των ερωτώμενων που εμφανίζει τάση για Κατάθλιψη αντιμετωπίζει και κάποιο πρόβλημα υγείας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ηλικιωμένοι έρχονται συχνά αντιμέτωποι με την απώλεια σημαντικών προσώπων γι' αυτούς (σύζυγος, φίλοι), γεγονός που φέρει ως αποτέλεσμα, το αίσθημα της μοναξιάς να βιώνεται εντονότερα. Όντως, στη παρούσα έρευνα, από τους ερωτώμενους που **διαμένουν μόνοι τους**, σημαντικό είναι το ποσοστό που έχει εκδηλώσει τάση για Κατάθλιψη. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999)

Τη **συμμετοχή στο ΚΑΠΗ**: Το ποσοστό εμφάνισης Κατάθλιψης είναι μεγαλύτερο στους ερωτώμενους που δεν συμμετέχουν σε δραστηριότητες των ΚΑΠΗ, αφού φαίνεται ότι το αντίστοιχο ποσοστό για τους ερωτώμενους που συμμετέχουν είναι μικρότερο. Πράγματι, όπως αναφέρεται και στη Βιβλιογραφία, η συμμετοχή στο ΚΑΠΗ σε συνδυασμό με τη κοινωνική συμμετοχή και την άρση της απομόνωσης συμβάλλουν στη Πρόληψη της Κατάθλιψης. (Καρυπίδου, 2007:9-10)

Το **Διάβασμα**: Η μη ενασχόληση με το Διάβασμα φαίνεται να λειτουργεί επιβαρυντικά στους ερωτώμενους, αφού παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης Κατάθλιψης, έναντι εκείνων που έχουν συμπεριλάβει στον ελεύθερό τους χρόνο το διάβασμα.

Η **Γυμναστική**: Όπως σημειώνει και η βιβλιογραφία, η Σωματική Άσκηση στους ηλικιωμένους έχει αποδειχθεί, εκτός των άλλων, ότι συμβάλλει στη βελτίωση της

ψυχολογικής τους κατάστασης. (Συνοδοιπόροι στο Alzheimer, τεύχος 2^ο, 2007:5) Πραγματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας ενισχύουν την άποψη αυτή, αφού το ποσοστό των ερωτώμενων που εμφανίζει Κατάθλιψη είναι πολύ υψηλότερο σε εκείνους που δεν ασχολούνται με τη γυμναστική.

Το **Αλκοόλ**: Η κατανάλωση αλκοόλ δεν φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση Κατάθλιψης. Αντίθετα, άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά εμφάνισης αυτής της ασθένειας. Υπάρχει αρκετή Βιβλιογραφία για τη σχέση αυτή του αλκοόλ με την Κατάθλιψη, αλλά δεν κρίνεται σκόπιμο να επεκταθούμε, διότι δεν αφορά την παρούσα έρευνα.

Θεωρούμε αναγκαία η αναφορά στο Προφίλ των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στη παρούσα έρευνα, έτσι όπως προέκυψε από τα Κοινωνικό-Δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν.

Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν ηλικίας από 70 έως 74 ετών, ενώ σημαντικός ήταν ο αριθμός των ατόμων, ηλικίας μεγαλύτερης των 80 ετών. Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων ήταν χαμηλό, καθώς δεν ξεπερνούσε τα 5-8 έτη, ενώ η κύρια απασχόλησής τους ήταν η γεωργία. Ο μέσος όρος των χρόνων συνταξιοδότησης των ερωτώμενων ήταν τα 10 έτη, με τον ΟΓΑ να αποτελεί τον κύριο ασφαλιστικό τους φορέα.

Εντούτοις, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία εξ' αυτών συνεχίζουν να εργάζονται. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί, αν αναλογιστεί κανείς ότι για πολλούς, η συνταξιοδότηση σημαίνει ταυτόχρονη μείωση του εισοδήματος. (Σταθόπουλος, 2003) Αυτό επιβεβαιώνεται και στη παρούσα έρευνα, αφού το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων, στη συντριπτική του πλειοψηφία, δεν ξεπερνά τα 350 ευρώ. Στην ανάγκη λοιπόν, αύξησης του εισοδήματος, επωφελούνται της δυνατότητας που τους παρέχει η διαμονή τους σε μία αγροτική περιοχή.

Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτώμενων ήταν έγγαμοι, ενώ αυτό που αξίζει να αναφερθεί, είναι η ύπαρξη ελάχιστων περιπτώσεων άγαμων. Επιπλέον, όσον αφορά την ύπαρξη παιδιών, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει αποκτήσει, κατά μέσο όρο 2 παιδιά.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων διαμένει στην ίδια περιοχή με τουλάχιστον ένα από τα παιδιά του, ανταλλάσσοντας υπηρεσίες και εξυπηρετήσεις. Παρόλα αυτά, ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων είναι μοναχικά άτομα, αφού το ένα τέταρτο του δείγματός μας είναι χήροι-ες, το 3% περίπου χωρίς παιδιά, ενώ αυξημένο παρουσιάζεται και το ποσοστό των παιδιών που ζουν μακριά από τους γονείς τους.

Βέβαια, θετικό είναι το γεγονός ότι, μικρό μόνο ποσοστό των ερωτώμενων έχει

ανάγκη φροντίδας, λήψη της οποίας γίνεται μόνο, όταν χρειαστεί (π.χ. μεταφορά στον γιατρό). Επιπλέον, την κύρια ευθύνη φροντίδας των ατόμων αυτών την έχουν αναλάβει, τις περισσότερες φορές, τα παιδιά τους, επιβεβαιώνοντας την βιβλιογραφία που παρουσιάζει τις οικογένειες να έχουν αναλάβει τον ρόλο αυτό. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999)

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις ερωτώμενων που έχουν ανάγκη φροντίδας, την οποία η οικογένεια αδυνατεί να παρέχει για διάφορους λόγους (π.χ. διαμονή των παιδιών σε άλλη περιοχή). Πρόκειται για το μικρό ποσοστό των ερωτώμενων που λαμβάνει φροντίδα από το πρόγραμμα 'Βοήθεια στο Σπίτι'.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το πολύ υψηλό ποσοστό των ερωτώμενων που εμφανίζει προβλήματα υγείας, με την υπέρταση, τα καρδιακά νοσήματα και τα μυοσκελετικά προβλήματα, να εμφανίζονται συχνότερα. Επιπλέον, το γεγονός ότι μεγάλο μέρος των ερωτώμενων αντιμετωπίζει παραπάνω από ένα πρόβλημα υγείας, επιβεβαιώνει την βιβλιογραφία που συνδέει το γήρας με την εμφάνιση ασθενειών, καθώς και τη λήψη πληθώρας φαρμάκων. (Μπαλούρδος, κ.α., 1996)

Ανάγκες όπως η επικοινωνία, η προσφορά, οι κοινωνικές επαφές και η διασκέδαση φαίνεται να απασχολούν τους ηλικιωμένους, αφού όπως προκύπτει και στη παρούσα έρευνα, οι ερωτώμενοι κατανέμουν τον ελεύθερο χρόνο τους, ανάμεσα στις κοινωνικές επαφές, την ενασχόληση με τον κήπο – ζώα, την τηλεόραση, τα ταξίδια και την φροντίδα των εγγονιών. Εν αντιθέσει με έρευνες που υποστηρίζουν ότι η βασική ψυχαγωγία των ηλικιωμένων είναι η παρακολούθηση τηλεόρασης, ενώ υπάρχει και κάποια σημαντική αναλογία ηλικιωμένων που δεν ψυχαγωγείται. (Μπαλούρδος, κ.α., 1996)

Επιπλέον, μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων, αξιοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους, συμμετέχοντας και σε κάποια συλλογική δραστηριότητα. Τα υψηλά ποσοστά συμμετοχής τόσο στην Εκκλησία, όσο και στο ΚΑΠΗ, καθώς και οι λόγοι της συμμετοχής (ικανοποίηση και συντροφιά) που έχουν προβάλλει οι ερωτώμενοι, μαρτυρούν την αναγκαιότητα και την επιθυμία που υπάρχει για συμμετοχή σε συλλογικές δραστηριότητες.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι συνήθειες των ερωτώμενων, αφού ένα σημαντικό ποσοστό εξ αυτών, ασχολείται με το διάβασμα και τη γυμναστική, ενώ αντίθετα, ελάχιστο είναι το ποσοστό των ερωτώμενων που καπνίζει. Επίσης, ένα σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων καταναλώνει αλκοόλ, με το τσίπουρο να είναι πρώτο στις προτιμήσεις τους.

Μία ανάγκη των ηλικιωμένων είναι η ενημέρωσή τους σε θέματα που τους απασχολούν. Έρευνες έχουν δείξει την ελλιπή και ανύπαρκτη πληροφόρηση που συνήθως έχουν οι ηλικιωμένοι, πράγμα που ενισχύεται από παράγοντες όπως η διαμονή σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. (Μπαλούρδος, κ.α., 1996, Έμκε-

Πουλοπούλο, 1999) Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν επιβεβαιώνουν την άποψη αυτή, αφού σημαντικό ποσοστό των ερωτώμενων γνωρίζει τη νόσο. Βέβαια, ως κύριες πηγές πληροφόρησης αναφέρονται η τηλεόραση και οι συγχωριανοί, ενισχύοντας την ανάγκη της σωστής ενημέρωσης.

Εντούτοις, δεν θα μπορούσε να μην αναφερθεί η ύπαρξη ενός σημαντικού ποσοστού ερωτώμενων που, είτε δεν γνώριζε τη νόσο, είτε δεν μπορούσε να εκφράσει μία άποψη για αυτή, παρόλο που τους δόθηκε σχετική πληροφόρηση. Ενώ, ακόμα και στις περιπτώσεις που εκφράστηκε μία άποψη, η πλειοψηφία αυτών μαρτυρεί την ελλιπή γνώση του θέματος ή την δημιουργία διαστρεβλωμένης αντίληψης.

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω (δεδομένα που αφορούν τη νοητική ικανότητα των ερωτώμενων), στη παρούσα έρευνα δεν βρέθηκε κανένας ερωτώμενος με Σοβαρή Άνοια. Ωστόσο, υπήρχαν και 9 άτομα με Διαγνωσμένη Άνοια, στα οποία αρνήθηκαν οι συγγενείς να συμμετέχουν, αφού βρίσκονταν σε τελικό στάδιο της νόσου. Το γεγονός αυτό δεν επέτρεψε να συλλεχθούν περαιτέρω στοιχεία που θα συνέβαλλαν στην συνολική διεξαγωγή αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα λοιπόν με όσα παρουσιάστηκαν, επιβεβαιώνεται η αρχική μας υπόθεση που ήθελε τον Επιπολασμό της Άνοιας να μην ακολουθεί τα Παγκόσμια δεδομένα, λόγω της ποιότητας ζωής στην Περιφέρεια. Πράγματι, τα ποσοστά που προέκυψαν στην παρούσα έρευνα δεν ακολουθούν τα Παγκόσμια, κάτι που αξίζει να ερευνηθεί περαιτέρω.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στον 21ο αιώνα, ο Ευρωπαίος πολίτης έχει ανάγκη από πολιτικές που αποσκοπούν στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων ποιοτικών υπηρεσιών και προγραμμάτων. Υπηρεσίες που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε πολίτη, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη και τις εκάστοτε συνθήκες που επικρατούν.

Σήμερα, ζούμε σε έναν κόσμο που ο αριθμός των ηλικιωμένων πολιτών αυξάνει ραγδαία, ενώ η υπογεννητικότητα είναι εμφανής. Η ζωή λοιπόν σε έναν κόσμο που γερνά απαιτεί: την υγιή γήρανση, την πρόληψη, την ενημέρωση, την ενεργοποίηση.

Οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν ομοιογενή ομάδα. Η ποιότητα ζωής, η προσαρμογή τους στην φάση του γήρατος, εξαρτάται από τους στόχους και το έργο ζωής που χάραξαν στην πορεία τους. Ο ηλικιωμένος λοιπόν, έχει ανάγκη να χρησιμοποιεί και να καλλιεργεί τις γνώσεις του και την εμπειρία που απέκτησε στη ζωή του, γεγονός που θα πρέπει να ενισχύεται από όλους μας (πολιτικές, δομές, υποστηρικτικά δίκτυα).

Προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει να στραφούν οι υπηρεσίες και τα προγράμματα που απευθύνονται στους ηλικιωμένους. Ήδη στην χώρα μας έχουν αναπτυχθεί 300 και πλέον Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, ως απάντηση στα αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης που κατακλύζουν την σημερινή κοινωνία. Τα ΚΑΠΗ, με κατάλληλα προγράμματα αναπτύσσουν πρωτοβουλίες παράγοντας σημαντικό κοινωνικό έργο. Οι ηλικιωμένοι νιώθουν ασφάλεια μέσα από τις ομάδες που ανήκουν, αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους, έχουν απόψεις, διεκδικούν.

Ο θεσμός μπορεί να πέτυχε τον αρχικό του στόχο, οι συνθήκες όμως που διαμορφώθηκαν στην πορεία, επιβάλλουν νέα μέτρα και νέα αντιμετώπιση, όπως:

- Ανάλυση περισσότερων πρωτοβουλιών από τους επαγγελματίες υγείας των ΚΑΠΗ σε θέματα που αφορούν, τόσο την πρόληψη, όσο και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας (ασθένειες, μοναξιά...)
- Διοργάνωση ομάδων ή δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας και προσπάθεια κινητοποίησης των ηλικιωμένων για συμμετοχή σ' αυτές, αντιμετωπίζοντας έτσι αισθήματα απομόνωσης και κατάθλιψης
- Ενημέρωση των ηλικιωμένων σε διάφορα θέματα όπως: προγεροντική προετοιμασία, θέματα υγιεινής διατροφής, επικοινωνίας και προσαρμογής
- Στελέχωση των ΚΑΠΗ από τους απαραίτητους, για τη σωστή λειτουργία τους, επαγγελματίες

- Δημιουργία ΚΑΠΗ στην περιφέρεια και αναβάθμιση της λειτουργίας των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ήδη υπάρχοντα

Παρόλα τα παραπάνω, τα ΚΑΠΗ αποτελούν σημαντικό θεσμό, αφού ικανοποιούν μεγάλο μέρος των αναγκών των ηλικιωμένων. Ωστόσο, έχουν δημιουργηθεί νέες ανάγκες και προβλήματα, τα οποία τα ΚΑΠΗ δεν μπορούν και δεν πρέπει να επωμίζονται εξ' ολοκλήρου.

Συγκεκριμένα, η άνοια είναι ένα από τα προβλήματα αυτά, που πλήττει κυρίως τα άτομα της τρίτης ηλικίας, ενώ επιπλέον αυξάνονται τα ποσοστά εμφάνισής της. Το γεγονός αυτό λοιπόν, κάνει αναγκαία την ανάπτυξη δομών που να αφορούν την Τρίτη ηλικία και την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών με στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου όπως:

- Ενημερώσεις στο ευρύ κοινό που να αφορά οτιδήποτε γύρω από την ασθένεια. Βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί στην πληροφόρηση των νέων ατόμων, γύρω από τους προφυλακτικούς παράγοντες της νόσου, αφενός για την αποφυγή της ασθένειας και αφετέρου, αφού αυτοί θα αποτελέσουν τους αυριανούς περιθάλποντες.
- Δημιουργία ομάδων ενδυνάμωσης της μνήμης σε υγιείς ηλικιωμένους, στις οποίες οι συμμετέχοντες θα έχουν την ευκαιρία να ενημερώνονται σχετικά με τη λειτουργία της μνήμης, να μάθουν τρόπους διαχείρισης και αντιμετώπισης των προβλημάτων μνήμης και να ενδυναμώσουν τη μνήμη τους, μέσω ειδικών ασκήσεων.
- Δυνατότητα συμμετοχής των ηλικιωμένων σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης, με στόχο να παραμείνει το άτομο δραστήριο κοινωνικά και διανοητικά ακόμη και σε προχωρημένη ηλικία.
- Ανάπτυξη εθελοντικών δραστηριοτήτων με στόχο τους εθελοντές ηλικιωμένους που αναλαμβάνουν σημαντικούς κοινωνικούς ρόλους, δέχονται σωματικά και πνευματικά ερεθίσματα και προσωπική ικανοποίηση.
- Οργάνωση παραρτημάτων της Εταιρίας Alzheimer σε ολόκληρη τη χώρα, καθώς και καλύτερη διασύνδεση τόσο μεταξύ αυτών, όσο και με άλλες υπηρεσίες, ώστε να ωφεληθούν όλοι οι πολίτες.
- Προώθηση της επιστημονικής έρευνας, ώστε να γνωστοποιηθούν νέα δεδομένα που αφορούν την ασθένεια.
- Δημιουργία ομάδων νοητικής ενδυνάμωσης σε ήδη ανοϊκούς ασθενείς όλων των σταδίων, με στόχο τη διατήρηση ή τη βελτίωση της γνωστικής τους κατάστασης.
- Δημιουργία ομάδων στήριξης για τους φροντιστές των ανοϊκών, με στόχο την ενημέρωση, εκπαίδευση και συμβουλευτική – ψυχοθεραπευτική τους στήριξη,

προκειμένου να αντεπεξέλθουν με μεγαλύτερη ευκολία στις αυξημένες ανάγκες φροντίδας των ασθενών τους.

- Ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας με στόχο την καλύτερη διάγνωση και θεραπεία των ανοϊκών ασθενών.

Όπως γίνεται φανερό, η ύπαρξη πρωτοποριακών προγραμμάτων που αφορούν την τρίτη ηλικία και την άνοια είναι απαραίτητη, διότι έτσι προκύπτουν νέοι τρόποι θεραπείας και φροντίδας, οι οποίοι κινητοποιούν τον προβληματισμό γύρω από τη βελτίωση των ήδη παρεχόμενων υπηρεσιών.

Εντούτοις, μέχρι σήμερα έχουν γίνει σημαντικά βήματα στον τομέα της Πρόνοιας αναφορικά με την Άνοια, γεγονός που δίνει ελπίδες για το μέλλον. **Όμως, δεν φτάνει μόνο αυτό!**

- Η αντιμετώπιση της Άνοιας είναι και πρέπει να γίνει προσωπική υπόθεση του καθενός.
- Η ενημέρωση είναι δικαίωμα και πρέπει να διεκδικείται από τον καθένα από εμάς χωριστά, αλλά και από όλους μας.

Και βέβαια, μην ξεχνάμε πως η ύπαρξη προβλημάτων και οι ελλείψεις δεν μας απαλλάσσουν από τις προσωπικές μας ευθύνες. Όλοι μας οφείλουμε να εξασκούμε το μυαλό μας, να επιθυμούμε την ποιότητα στη ζωή μας και να μην παραιτούμαστε από το δικαίωμα μας να ζούμε...

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αμηρά, Α, Γεωργιάδη, Ε, Τεπέρογλου, Α, (1986), *Ο Θεσμός της Ανοιχτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα

Ανδριώτης, Κ, (2003), *Ποσοτική Έρευνα και Ανάλυση Δεδομένων με τη Χρήση του SPSS 11.5*, Κλειδάριθμος, Αθήνα

Αργυροπούλου, Ο, (2005) «Αγγειακή Άνοια (Vascular Dementia) και Νοητικές Διαταραχές Αγγειακής Αιτιολογίας (Vascular Cognitive Impairment)» στο Τσολάκη, Μ Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ: 281-287

Βαγενάς, Β, (2005), «Η Συμπτωματολογία της Άνοιας Τύπου Alzheimer» στο Τσολάκη, Μ, Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ: 273-279

Βαγενάς, Β, (2005), «Ήπια Νοητική Διαταραχή» στο Τσολάκη, Μ, Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ: 267-271

Βαρσαμοπούλου, Α, (2005) «Εικαστική Παρέμβαση Fine-art Therapy» στο Τσολάκη, Μ, Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ:553-568

Γραμματικός, Φ, (2005), «Βραχεία Ιστορική Αναδρομή, Ατελέσφορες Εργασίες και Σκέψεις Σχετικά με την Αιτιολογία και τη Θεραπεία της Άνοιας τύπου Alzheimer» στο Τσολάκη, Μ, Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ:21-26

Δαρδαβέσης, Θ, (2005), «Επιδημιολογία της Άνοιας», στο Τσολάκη, Μ, Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ: 29 –

Έμκε - Πουλοπούλου, Η, (1999), *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν Παρόν και Μέλλον*, Έλλην, Αθήνα

Καλλινικάκη, Θ, (1998), *Κοινωνική Εργασία*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Καπρίνης, Σ, (2005), « Η Κατάθλιψη στην Άνοια τύπου Alzheimer – Ψευδοάνοια», στο Τσολάκη, Μ, Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ:175-176

Καραουλάνη, Π, Σουμπάρα, Μ, Μαούρη, Ε, Αλεξιάδου, Α, (2005) «Θεραπεία μέσω των Αναμνήσεων-Reminiscence» στο Τσολάκη, Μ, Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ:547-552

Κατσαρού, Ζ, Μποστάντζοπούλου, Σ (1997), «Κλινικές-Διαγνωστικές και Φαρμακευτικές Προσεγγίσεις» στο Μεντενόπουλος, Γ, Διαφορική Διάγνωση Ανοιών - Άνοιες Μη Alzheimer, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ: 75-124

Κανδυλάκη, Καραγκούνης, (2005), «Φροντίδα στην Κοινότητα και Βοήθεια στο Σπίτι – Μια Πρόκληση για την Τοπική Αυτοδιοίκηση», στο Ζαϊμάκης, Ι, Κανδυλάκη, Α, (επιμ.) Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας: Μορφές Παρέμβασης σε Ευπαθείς Ομάδες και σε Πολυπολιτισμικές Κοινότητες, Αθήνα: Κριτική, σελ: 327-349

Κλεφτάρας, Γ (1998), *Η Κατάθλιψη Σήμερα: Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα*, Ελληνικά Γράμματα Αθήνα

Μαΐλης, Α, (2004) «Προγεροντικές και Γεροντικές Άνοιες» στο Χριστοδούλου, Γ, και Συνεργάτες, (επιμ) Ψυχιατρική, Αθήνα: Βήτα, σελ:183-189

Μάνος, Ν, (1997), *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Μεντενόπουλος, Γ, Μπούρας, Κ, (2002), *Η νόσος του Alzheimer*, University Studio Press,

Θεσσαλονίκη

Μπάλλης, Θ (2000), *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press Θεσσαλονίκη

Μπαλούρδος, Δ, Τεπέρογλου, Α, Φακιολάς, Ν, (1996), *Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα Τόμος Β*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα

Ντόσκας, Γ, Μητσικώστας, Δ, Μητσικώστας, Δ, (2005) «Η Άνοια στη Νόσο του Parkinson» στο Τσολάκη, Μ Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ: 323-328

Παρασκευάς, Π, (2003), «Ηπια Γνωστική Διαταραχή» στο Τσολάκη, Μ, (επιμ) Επιστήμη και Φροντίδα στην Άνοια, Θεσσαλονίκη, σελ.35-36

Σακκά, Π, (2005), «Άνοια με Σωματία Lewy» στο Τσολάκη, Μ Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ 301-306

Σκλαβιάδης, Θ, (2005) «Νόσοι Prion Σπογγόμορφες Μεταδοτικές Εγκεφαλοπάθειες» στο Τσολάκη, Μ Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ:329-336

Σταθόπουλος, Π, (2003), *Κοινωνική Πρόνοια – Μια Γενική Θεώρηση*, Έλλην, Αθήνα

Τζανακάκη-Μελισσάρη, Μ, Καστανάκη, Α, Πέτσιου, Μ, (2005) «Μη Φαρμακευτικές Προσεγγίσεις της ΑΤΑ» στο Τσολάκη, Μ, Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ:451-478

Τζανακάκη-Μελισσάρη, Μ, Καστανάκη, Α, (2005) «Άνοια Τύπου Alzheimer: Προτάσεις για διασύνδεση στην Κοινότητα» στο Τσολάκη, Μ, Κάζης, Α, (επιμ.) Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ:589-597

Χριστοδούλου, Γ και Συνεργάτες, (2004), «Εισαγωγή» στο Χριστοδούλου, Γ, και Συνεργάτες, (επιμ) Ψυχιατρική, Αθήνα: Βήτα, Δεύτερη Έκδοση, σελ: 662-664

Χριστοδούλου, Γ και συνεργάτες (2004), *Ψυχιατρική*, τόμος α', Αθήνα: Βήτα σελ: 313

Χτούρης, Σ Χτούρης, Γ, Αμίτσης, Γ, Γραβάρης, Δ, (1993) *Θεσμοί και Ρυθμίσεις της Κοινωνικής Πολιτικής*, Πράξις, Κέντρο Κοινωνικής και Οικονομικής Έρευνας, Αθήνα

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Morris, V, (2005), *Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονέων*, (μεταφρ.) Καλαϊτζή, Β, Mendor, Αθήνα

Javeau, C, (1996), *Η Έρευνα με Ερωτηματολόγιο-Το Εγχειρίδιο του Καλού Ερευνητή*, (μεταφρ.), Τζατζόνε-Τζώρτζη, Κ, Τυπωθήτω, Αθήνα

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Caley, A, Phil, D, (1999) *Assessment of neuropsychological functions in psychiatric disorders*, American Psychiatric Press, Washington

Katzaman, T, Bick, I, (1994), *Alzheimer Disease*, Raven Press, New York,

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

Διαμαντίδου, Α, Καραγκιόζη, Κ, Κουντή, Φ, Τσολάκη, Μ,(2007) «Θεραπεία Πρόκλησης Ευχάριστων Αναμνήσεων: Ανασκόπηση» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:132-137

Καραγκιόζη, Κ, Μαργαριτίδου, Π, (2007) «Η Κατάθλιψη στην Άνοια» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:53-58

Καραγκιόζη, Κ, Μαργαριτίδου, Π, (2007) «Εκπαίδευση Περιθαλπόντων Ασθενών με Άνοια» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας,

Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:152-156

Κουντή, Φ, (2007) «Μη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση των Διαταραχών Λειτουργικότητας» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ.:94-101

Κουντή, Φ, (2007), «Κλινικά Συμπτώματα και Εξελίξεις της Νόσου Alzheimer» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ: 88-90

Κουντή, Φ, Πόππη, Ε, (2007) «Μη Φαρμακευτική Αντιμετώπιση των Διαταραχών Λειτουργικότητας» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:94-101

Μαϊόβης, Π, (2007) «Ήπια Νοητική Διαταραχή» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:8-11

Μαϊόβης, Π, (2007), «Αγγειακή Άνοια» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ: 15-24

Νικολαΐδου, Ε, Βασιλόγλου, Κουντή, Φ, (2007) «Άσκηση σε Διπλό Έργο» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:188-192

Παπάντσιος, Α, (2007) «Η Φυσικοθεραπεία στην άνοια Τύπου Alzheimer» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:142-148

Παππά, Λ, (2007) «Μουσικοθεραπεία σε Άτομα με Alzheimer και Συναφείς Διαταραχές, στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:120-122

Παττακού-Παρασύρη, Β, (2008), «Κοινωνική προσέγγιση της Άνοιας και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:1-12

Πόππη, Ε, Κουντή, Φ, (2007) «Ψυχοθεραπευτικό Πρόγραμμα: Τεχνικές Νευρομυικής Χαλάρωσης, Νοερή Απεικόνιση και Εικαστική Αφήγηση» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:183-188

Σιαμπάνη, Κ, (2007) «Ψυχοθεραπεία Gestalt σε Ασθενείς που Πάσχουν από τη Νόσο Alzheimer και Άλλες Μορφές Άνοιας» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:61 – 63

Σούμπουρου, Αι, (2007) «Η Ηλικία και η Εκπαίδευση ως Παράγοντες Κινδύνου για Άνοια» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:40-43

Σούμπουρου, Αι, (2007) «Θεραπευτικό Πρόγραμμα Γνωστικής Αποκατάστασης-Προσανατολισμό στην Επικαιρότητα» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ:107-109

Τσολάκη, Μ, (2007), «Άνοιες-Εισαγωγή-Ιστορική Αναδρομή-Επιδημιολογία» στο Μεταπτυχιακά Μαθήματα στην Άνοια και στην Τρίτη Ηλικία για Επαγγελματίες Υγείας, Θεσσαλονίκη: Ελληνική Εταιρία Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ: 5-6

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Δαρδαβέσης, Β, (1995), «Προβλήματα των Ηλικιωμένων», *Πρακτικά του Τρίτου Συνεδρίου Γηριατρικής και Γεροντολογίας Εταιρίας Βορείου Ελλάδας*, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Θεοδοσίου, Α, (2007), «Εικαστική Παρέμβαση σε Ασθενείς με Ήπια Γνωστική Εξασθένιση», Πρακτικά του Πέμπτου Πανελληνίου Διεπιστημονικού Συνεδρίου για τη Νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, Θεσσαλονίκη: Εταιρία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ. 132-134

Καπάκη, Ε, (2002), *Ήπια Γνωστική Διαταραχή*, Πρακτικά του Δεύτερου Πανελληνίου Διεπιστημονικού Συνεδρίου για τη Νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, Θεσσαλονίκη: Εταιρία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, σελ.63-64)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ-ΔΙΑΤΡΙΒΕΣ

Αργυριάδου, Σ, (2002), *Άνοια και Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία. Η Παρέμβαση του Γενικού/Οικογενειακού Γιατρού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης Τμήμα Ιατρικής

Λουκοπούλου, Ε, (2004), *Διαταραχές Προσοχής στην Άνοια*, Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Τμήμα Ψυχολογίας

Σαμοδάρ, Γ, Τσίγκα, Β, (1998), *Νόσος Alzheimer και Γλωσσικές Επιδόσεις-Η Σχέση της Νόσου με την Κληρονομικότητα*, Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

(1994), *Οδηγός των Κ.Α.Π.Η*, Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Συμμετοχής

Φ.Ε.Κ, (1996), *Προϋποθέσεις Ίδρυσης και Λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων*, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (Αρ. Φύλλου 833)

Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κ.Η.Φ.Η, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Οργανισμός Λειτουργίας και Διοικήσεως του Κ.Α.Π.Η Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης για το 'Βοήθεια στο Σπίτι', Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και

Πρόνοιας

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Γιαλαουζίδης, Μ, (2007), «Ασκήσεις Μνήμης Προσοχής και Γλώσσας» Συνοδοιπόροι στο Alzheimer, τεύχος 2, σελ.3

Καλλιγέρη-Βυθούλκα, Π, (1994), «Δικαιώματα Ηλικιωμένων», Κοινωνική Εργασία, τεύχος 34, σελ.109-113

Καρυπίδου, Α, (2007), «Ομάδες Αυτενέργειας στα ΚΑΠΗ και Πρόληψη για Άνοια», Εγκέφαλος, τόμος 44, σελ.9-10

Κουντή, Φ, Μαργαριτίδου, Π, (2006), «Παράγοντες κινδύνου στην Άνοια» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 27, σελ 6-7

Μάρκου, Ν, (2007), «Παράλληλα Έργα» Συνοδοιπόροι στο Alzheimer, τεύχος 2, σελ. 2

Μουζακίδης, Χ, (2007), «Πρόγραμμα Σωματικής Άσκησης σε Ασθενείς με Ήπια Γνωστική Εξασθένηση και Άνοια στην Μονάδα Αντιμετώπισης Προβλημάτων Νόσου Alzheimer», Συνοδοιπόροι στο Alzheimer, τεύχος 2, σελ.5

Μπάστας, Χ, (2007), «Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας – Αναστολείς ακετυλοχολινεστεράσης και μεμαντίνη» Ιατρικές Εξελίξεις, τεύχος 213, σελ.38-39

Πόππη, Ε, Κουντή, Φ, Τσολάκη, Μ,(2007) «Θεραπεία Μέσα από Νοερή Απεικόνιση», Εγκέφαλος, τόμος 44, σελ.29-30

Σιαμπάνη, Αι, (2006) «Συναισθήματα που Βιώνουν οι Συγγενείς που Φροντίζουν Ασθενείς με τη Νόσο Alzheimer και Άλλου Τύπου Άνοιες» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 24, σελ 6-7

Τσοκανάρη, Ι, (2007), «Οικογένειες Ασθενών με Άνοια», Συνοδοιπόροι στο Alzheimer, τεύχος 2, σελ. 8

Τσολάκη, Μ,(1996), «Επιδημιολογία της Άνοιας» Αρχαία ΕΨΨΕΠ, τεύχος 12, σελ.126-127

Χωρίς Συγγραφέα, (2001), «Επιδημιολογία της Άνοιας» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 8, σελ. 4-5

Χωρίς Συγγραφέα, (2003), «Πρόσφατες Μελέτες του 2002» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 14, σελ.8-9

Χωρίς Συγγραφέα, (2004), «Ασθενείς με Νόσο Alzheimer Απαιτούν Λιγότερη Επίβλεψη και Φροντίδα όταν Ακολουθούν Θεραπεία με Γκαλανταμίνη» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 16, σελ.6-7

Χωρίς Συγγραφέα, (2004), «Η χρήση της Μεμαντίνης σε Ήπια έως Μέτρια Άνοια» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 17, σελ. 8

Χωρίς Συγγραφέα, (2004), «Aricept» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 18, σελ. 9

Χωρίς Συγγραφέα, (2006), «Τα νέα του Aricept» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 24, σελ. 5

Χωρίς Συγγραφέα, (2006), «Exelon» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 24, σελ.5

Χωρίς Συγγραφέα, (2006), «Reminyl» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 25, σελ 4

Χωρίς Συγγραφέα, (2006), «Aricept» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 25, σελ 4

Χωρίς Συγγραφέα, (2006), «Γκαλανταμίνη-Reminyl» Επικοινωνία για τη Νόσο Alzheimer, τεύχος 27, σελ 4

Χωρίς Συγγραφέα, (2006), «Ένας Οδηγός για τους Φροντιστές» Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών, σελ 20-21

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΑ ΑΡΘΡΑ

Ferri, C, Prince, M, Brayne, C, Brodaty, H, Fratiglioni, L, Ganguli, M, Hall, K, Hasegawa, K, Hendrie, H, Huang, Y, Jorm, A, Mathers, C, Menezes, P, Rimmer, E, Scazufca, M, (2005), «Παγκόσμιος Επιπολασμός της Ανοιας: Η Μελέτη Συναίνεσης Deirphi» Ιατρικές Εξελίξεις, σελ. 5-15

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΑ ΑΡΘΡΑ

Tsolaki, M, Fountoulakis, K, Pavlopoulou, E, Chatzi, E, Kazis, A, (1999), «Prevalence and Incidence of Alzheimer Disease and Other Dementing Disorders in Pylea, Greece», *American Journal of Alzheimer Disease*, volume 14, Number 3, p.p. 138-148

Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, E.G., & Kokmen, E. (1999), «Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome», *Archives of Neurology*, Number 56, p.p. 303–308

Gauthier, S, Reisberg, B, Zaudig, M, Petersen, R, Ritchie, K, Broich, K, Belleville, S, Brodaty, H, Bennett, D, Chertkow, H, Cummings, J, Feldman, H, Ganguli, M, Hampel, H, Scheltens, P, Tierney, M, Whitehouse, P, Winblad, B, (2006), «Mild Cognitive Impairment», *Lancet*, (367) p.p. 1262 – 1270, <http://www.thelancet.com>, [14 Δεκεμβρίου 2007]