

**Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

**«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ
ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»**



**Υπεύθυνη καθηγήτρια
Παττακού Βασιλική**

**Σπουδάστριες
Ζωΐδη Μαρία (2930)
Σαριδάκη Δήμητρα (2957)
Χάλαρη Πηνελόπη (3002)**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
2008**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ο ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Υπεύθυνη καθηγήτρια
Παττακού Βασιλική

Σπουδάστριες
Ζωΐδη Μαρία (2930)
Σαριδάκη Δήμητρα (2957)
Χάλαρη Πηνελόπη (3002)

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1.
2.
3.

*Η παρούσα εργασία
αφιερώνεται σε όλους όσους
συνέβαλλαν στην πραγματοποίησή της.*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 ΤΟ ΓΗΡΑΣ.....	12
1.2 ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΝΟΙΑ

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΝΟΙΑ (ΟΡΙΣΜΟΣ) – ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ.....	22
2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΟΙΑΣ.....	25
2.3 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	29
2.4 ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	29
2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	33
2.5.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	34
2.5.2 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.1 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	45
3.2 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ.....	50
3.2.1 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	50
3.2.2 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	50
3.2.3. ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ.

4.1	ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	55
4.2	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1	ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ – ΣΚΟΠΟΣ.....	64
5.2	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ – ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	65
5.3	ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	65
5.4	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	66
5.5	ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	67
5.6	ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ.....	67
5.7	ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	70
5.8	ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	70
5.9	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	74
6.2	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	109

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	113
7.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117
ΦΥΛΛΟ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	122

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η γήρανση αποτελεί μια διαδικασία στην οποία παρατηρείται προοδευτική έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής και ομοιοστασίας κάθε οργανικού συστήματος. Τα ηλικιωμένα άτομα αντιμετωπίζουν μια πληθώρα προβλημάτων, τα σημαντικότερα από τα οποία είναι τα προβλήματα υγείας, οικονομικά και αυτοεξυπηρέτησης.

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που συνήθως εμφανίζεται μετά τα 60, οφείλεται σε εγκεφαλική νόσο και βασικό χαρακτηριστικό της είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων. Όσον αφορά τον επιπολασμό της, το 2-4% του πληθυσμού από 65 χρονών και άνω έχουν άνοια. Ο επιπολασμός της άνοιας αυξάνει με την ηλικία (Μάνος, 1997: 447-480). Υπάρχουν διάφορες μορφές άνοιας και τα κυριότερα αίτια της είναι η ηλικία, η κληρονομικότητα, οι τραυματισμοί της κεφαλής και τα εγκεφαλικά επεισόδια.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κάποια θεραπεία ή προληπτική αγωγή για την άνοια και η καλύτερη αντιμετώπιση της είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής και μη φαρμακευτικής παρέμβασης. Αξίζει να αναφερθεί η σημασία του ρόλου της Κοινωνικής Εργασίας στην άνοια, όπου οι παρεμβάσεις της αναφέρονται τόσο στον ασθενή και την οικογένειά του όσο και στην κοινότητα.

Σκοπός της έρευνας ήταν να ερευνησουμε την τάση εμφάνισης της άνοιας σε άτομα από 65 ετών και άνω ενός ορεινού Δήμου. Επιμέρους σκοποί, ήταν διερεύνηση και ανίχνευση της λειτουργικότητας και της συναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων.

Βασικός προβληματισμός μας ήταν η διερεύνηση των πιθανών παραγόντων (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο) που επιδρούν τόσο στην εμφάνιση έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών, όσο και στην εμφάνιση της τάσης για κατάθλιψη.

Μεθοδολογία: Το πεδίο μελέτης της έρευνας αποτέλεσε ένας ορεινός Δήμος της Κρήτης, ενώ το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε το σύνολο των ατόμων, από 65 ετών και άνω, οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι και κατοικούν στο συγκεκριμένο Δήμο (N=164).

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω εργαλεία: Mini-Mental State Examination, το Hindi Mental State Examination, το Instrumental Activity of Daily Living και το Geriatric Depression Scale καθώς επίσης και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση των παρακάτω τεχνικών: Συχνότητες (Frequencies), Πίνακες Συνάφειας για διασταυρώσεις μεταβλητών (Crosstabs) καθώς και ο έλεγχος χ^2 (Chi-square) για την ανεξαρτησία δύο ποιοτικών μεταβλητών.

Αποτελέσματα: Τα σημαντικότερα συμπεράσματα που προέκυψαν από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε είναι ότι, τα ηλικιωμένα άτομα του Δήμου παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών, καθώς σοβαρή γνωστική διαταραχή αντιμετωπίζει μόνο το 1,2 % του πληθυσμού του δείγματος. Επίσης προέκυψε το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών και τάση για εμφάνιση κατάθλιψης σε σχέση με τους άντρες. Η συχνότητα εμφάνισης της άνοιας και η τάση για εμφάνιση κατάθλιψης αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Επιπρόσθετα, η πλειονότητα των ηλικιωμένων του δείγματος δεν αντιμετωπίζει προβλήματα λειτουργικότητας ενώ το μορφωτικό επίπεδο και οι γνωστικές λειτουργίες σχετίζονται άμεσα.

Προτάσεις: Προτείνουμε κάποια μέτρα για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, τα οποία αφορούν την κοινωνικοποίηση κι ενεργοποίηση τους, την προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα των διαφόρων υπηρεσιών, την πραγματοποίηση ομιλιών με στόχο την πρόληψη της νόσου σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο και τέλος την σύσταση υπηρεσιών που θα απευθύνονται σε ανοϊκά άτομα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χάρη στην πρόοδο της επιστήμης και τη βελτίωση των συνθηκών της ζωής μας, το προσδόκιμο επιβίωσης στις δυτικές κοινωνίες έχει αυξηθεί σημαντικά. Η ιατρική έρευνα μας οδηγεί σε νέες θεραπείες με αποτέλεσμα να μπορούμε να καταπολεμήσουμε ακόμα και ασθένειες που στο παρελθόν θεωρούνταν ανίατες.

Σήμερα ο μέσος άνθρωπος ζει περισσότερο και καλύτερα από τον πατέρα και τον παππού του. Ωστόσο, όσο η ζωή μας παρατείνεται, η κοινωνία μας γερνά. Όλο και μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ανθρώπων που ξεπερνούν τα 75 έτη, κι αναμένεται να αυξηθεί περισσότερο στα χρόνια που έρχονται. Η γήρανση του πληθυσμού έχει ποικίλες κοινωνικές και υγειονομικές προεκτάσεις. Οι ασθένειες του γήρατος, όπως είναι η άνοια, αυξάνουν σε συχνότητα, με τη νόσο Alzheimer να αποτελεί τη συχνότερη μορφή άνοιας. Η άνοια είναι μια χρόνια, εκφυλιστική πάθηση, που διαβρώνει τη ζωή και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεδομένης της μεγάλης επιβάρυνσης που επιφέρει σε προσωπικό και οικογενειακό επίπεδο, γίνεται κατανοητό ότι είναι μια νόσος που μας αφορά όλους. Ωστόσο, η πρόοδος της ιατρικής μας οδηγεί στην καλύτερη κατανόηση και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της, γεγονός που μας επιτρέπει να είμαστε αισιόδοξοι για το μέλλον. (<http://www.eurocharity.org>)

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας, είναι να κατανοήσει ο αναγνώστης την έννοια της άνοιας και το ρόλο της κοινωνικής εργασίας. Στο παρόν κείμενο γίνεται μια εκτενής ανάλυση σχετικά με τον «επιπολασμό της άνοιας σε ορεινό Δήμο της Κρήτης». Με λίγα λόγια το παρόν θέμα ασχολείται με την τάση εμφάνισης της άνοιας στο συγκεκριμένο Δήμο της Κρήτης.

Στο θεωρητικό μέρος γίνεται ανάλυση σχετικά με την Τρίτη ηλικία, τα προβλήματα και τις ανάγκες που έχουν οι ηλικιωμένοι. Επίσης αναλύεται ο όρος «άνοια», τα αίτια, οι μορφές καθώς και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Επιπρόσθετα αναλύεται ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας στα άτομα με άνοια καθώς και στις οικογένειες τους.

Το ερευνητικό μέρος αφορά την ανίχνευση του επιπολασμού της άνοιας σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω σε ορεινό Δήμο της Κρήτης. Σκοπός της μελέτης μας

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

είναι, να γίνει μια έρευνα σχετικά με την τάση εμφάνισης της άνοιας στα άτομα, από 65 ετών και άνω του Δήμου.

Κλείνοντας αυτή τη σύντομη εισαγωγή θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας κα. Παττακού Βασιλική για την πολύτιμη βοήθεια της και για την δυνατότητα που μας δόθηκε μέσα από την παρούσα έρευνα, να αποκομίσουμε περισσότερες γνώσεις σχετικά με το θέμα της άνοιας.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 ΤΟ ΓΗΡΑΣ

Τα γηρατειά σύμφωνα με τους περισσότερους, αποτελούν την ωραιότερη περίοδο της ανθρώπινης ζωής. Η ψυχή διανύει το στάδιο της υπαρξιακής ολοκληρώσεως, αλλά και της προετοιμασίας για το απόλυτο. Κατά τους αιώνες, η κοινωνία, χάρη στα υψηλά πολιτιστικά της στοιχεία έδινε σεβασμό, εκτίμηση, αγάπη, στοργή στους «ηλικιωμένους» και τους θεωρούσε ιδιαιτέρως πολύτιμα πρόσωπα για τον οικογενειακό και τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο.

Όπως προαναφέραμε και παραπάνω το γήρας αποτελεί την πλέον ευαίσθητη ηλικία που από μόνη της εκπέμπει σεβασμό. Ο σεβασμός εμπνέεται αυθορμήτως, ως αποτέλεσμα της σοφίας που αποκτά ο ηλικιωμένος άνθρωπος με τα χρόνια, της υπομονής που τον διακατέχει και της απλότητας.

Το γήρας κατά την αρχαία κοινωνία σπανίως οροθετούνταν χρονικώς, αλλά οροθετείτο κοινωνικώς. Ως «ηλικιωμένο άτομο» όριζαν το πρόσωπο, το οποίο διακατεχόταν από σοφία και συναίνεση, στο οποίο η πολιτεία θα παραχωρούσε υψηλά καθήκοντα και θα ανέμενε από αυτό τα ανάλογα αποτελέσματα.

Η ερμηνεία της επελεύσεως του γήρατος για πολλούς στην αρχαία κοινωνία, ήταν μάλλον απλή και απόρρευε από την αντίληψη της σταδιακής εξαντλήσεως των φυσικών δυνάμεων του ατόμου. Ο άνθρωπος σταδιακώς εξαντλείται. Για τους πλέον φιλοσοφημένους της κοινωνίας, η ηλικία του ανθρώπου είναι ανάλογη με τα χρόνια που διανύει. (Σ.Ι Μπαλογιάννης).

Η γήρανση αποτελεί μια διαδικασία στην οποία παρατηρείται προοδευτική έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής και ομοιοστασίας κάθε οργανικού συστήματος. Η έκπτωση αυτή αρχίζει ήδη από τη τρίτη δεκαετία της ζωής και είναι βαθμιαία και προοδευτική. Η γήρανση διαφοροποιείται σε ρυθμό και βαθμό ανάλογα με το κάθε άτομο και τα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου ατόμου.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το γήρας μπορεί να διαχωριστεί σε πρωτογενές και δευτερογενές. Το **πρωτογενές** αφορά τις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης. Οι λειτουργίες αυτές είναι γενετικά προγραμματισμένες και ακολουθούν την προσδιορισμένη πορεία ανάπτυξης που ξεκινάει από την γέννηση του ατόμου και λήγει με τον θάνατο του. Το γεγονός αυτό δηλώνει ότι οι βιολογικές μεταβολές είναι κάτι το αναπόφευκτο, που εκδηλώνονται παρά την ύπαρξη καλής υγείας, παρουσιάζονται σε όλους τους ανθρώπους και γενικότερα σε όλους τους έμβιους οργανισμούς και είναι μη αναστρέψιμες.

Όσον αφορά το **δευτερογενές** γήρας, αυτό αναφέρεται σε παθολογικές μεταβολές που είναι απόρροια εξωτερικών παραγόντων όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (λ.χ. φυσικές, κοινωνικές, ιστορικές, οικονομικές), η συμπεριφορά αυτή καθαυτή του ίδιου του ατόμου (όπως λ.χ. κακές συνήθειες που έχει υιοθετήσει, οι οποίες είναι επιζήμιες για την υγεία του), η εικόνα που έχει κάθε άτομο για τον εαυτό του και οι ασθένειες. Το δευτερογενές γήρας δεν αποτελεί μια υποχρεωτική κατάσταση, ωστόσο τείνει να συνυπάρχει με το πρωτογενές γήρας και να το επιβαρύνει περισσότερο. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Στην «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», η οποία συνήλθε στην Βιέννη το 1982, κατόπιν αποφάσεως της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., αποφασίστηκε ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία, η ηλικία των 60 ετών και άνω. Ωστόσο στις μέρες μας επικρατεί διεθνώς η ηλικία των 65 ετών ως έναρξη των γηρατειών, καθώς η ηλικία αυτή ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης. «Οι βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στην διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflic (1996) είναι οι ακόλουθοι: η κληρονομικότητα, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά, η ψυχοσύνθεση του ατόμου και η υγιεινή διαβίωση». (Σπυροπούλου, 2004)

Η γήρανση και οι ανάγκες των ηλικιωμένων κάθε εποχής είναι άρρηκτα δεμένες με το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται καθώς και οι μεταβολές που εμφανίζονται στους ανθρώπους με το πέρασμά του χρόνου θα πρέπει να ερμηνεύονται στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνιολογικών, ιστορικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. (Σπυροπούλου Ε, 2004)

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Καθώς περνούν τα χρόνια, ο χρόνος αφήνει τα σημάδια του όχι μόνο στο σώμα ενός ατόμου αλλά και στην ψυχή του. Σύγχρονες έρευνες έδειξαν ότι με την πάροδο της ηλικίας δεν είναι σημαντικές μόνο οι σωματικές, διανοητικές αλλά και οι ψυχολογικές μεταβολές. Οι μεταβολές αυτές εξαρτώνται από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου, το κοινωνικό και πολιτιστικό του περιβάλλον και τις οικογενειακές συνθήκες. Για το λόγο αυτό, η μετάπτωση μπορεί να επέλθει ήρεμα σε μια διάρκεια ετών ή να συμβεί σε μεγαλύτερη ηλικία μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. (Ιεροδιακόνου, 2000)



Η ψυχολογική υποδομή πολλών ηλικιωμένων διατηρείται ανέπαφη από το χρόνο ενώ σε άλλους στοιχεία της προσωπικότητάς τους μεταβάλλονται ριζικά.

Ένας οργανισμός εκτός από τις ψυχολογικές μεταβολές δέχεται και τις μεταβολές στο νευρικό σύστημα όπου η νευροφυσιολογία, βάσει ερευνών, απέδειξε ένα μεγάλο αριθμό μεταβολών στο νευρικό σύστημα των ηλικιωμένων σε σχέση με άτομα νεότερα. Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι γενικά υπάρχει μια μείωση του ολικού αριθμού νευρώνων του κεντρικού νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα η λειτουργικότητα του Κ.Ν.Σ. να παρουσιάζεται διαφορετική από ότι σε ένα νεαρό άτομο, τα αντανακλαστικά να εξασθενούν και να επικρατεί η βραδύτητα της αντίδρασης.

Σαν συνέπεια της γήρανσης πολλές φορές είναι και οι διαταραχές μνήμης, ιδιαίτερα των πρόσφατων γεγονότων, ενώ αντίθετα διαπιστώνεται σε παράξενα καλό βαθμό η μνήμη των παλιών συμβάντων του παρελθόντος, όπως γεγονότα που τους συνέβησαν 50 ή 60 χρόνια πριν. Έτσι εξαιτίας αυτών των μεταβολών θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι αρκετοί ηλικιωμένοι ζουν στο παρελθόν και βρίσκονται εκτός πραγματικότητας όσον αφορά το παρόν. (Τζημουράκα Α., 1987)

Με τη πάροδο του χρόνου το ηλικιωμένο άτομο είναι πολύ πιθανό να υποστεί συναισθηματικές μεταβολές εξαιτίας της ανασφάλειας που νιώθει. Πολλές φορές οι συναισθηματικές αλλαγές οδηγούν και σε μεταβολές στην προσωπικότητα του ηλικιωμένου ατόμου. Συνήθως τα ηλικιωμένα άτομα για να γίνουν κοινωνικά αποδεκτά κρύβουν τα αληθινά τους αισθήματα και προσπαθούν να δείξουν περισσότερα από όσα στην πραγματικότητα διαθέτουν. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι γίνονται ευέξαπτοι, καχύποπτοι, εγωκεντρικοί και δυσκολεύονται να συγκρατήσουν τη γλώσσα τους ή τις

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ενέργειές τους. Όμως μεταβολές προσωπικότητας δεν συμβαίνουν σε όλους τους ηλικιωμένους πάντα προς το χειρότερο, υπάρχουν ηλικιωμένοι που έπειτα από την συνταξιοδότησή τους έγιναν αποδοτικοί, δραστήριοι και προσέφεραν σημαντικό έργο προς την κοινωνία. (Τζημουράκα Α., 1987)

Όλες οι παραπάνω ψυχολογικές μεταβολές συχνά οδηγούν τα ηλικιωμένα άτομα στην εμφάνιση κατάθλιψης, η οποία σύμφωνα και με διεθνείς στατιστικές, αυξάνει με την ηλικία. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μια από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους.

Παρά τις όποιες μεταβολές όμως υφίσταται ένα ηλικιωμένο άτομο, δεν παύει να είναι ένας άνθρωπος με την δική του ξεχωριστή προσωπικότητα, που αξίζει τον σεβασμό όλων μας.

1.2 ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ηλικιωμένοι δεδομένου ότι πλέον έχουν πάψει να είναι ενεργοί επαγγελματικά, αντιμετωπίζονται συχνά ως επιβαρυντικοί παράγοντες και ως μη αποδοτικοί παραγωγικά, με αποτέλεσμα να τίθενται έμμεσα ή άμεσα στο κοινωνικό περιθώριο. Οι καταστάσεις αυτές τους ωθούν συνήθως σε δογματισμούς, σε δυσπροσαρμοστία και σε επιφυλακτικότητα απέναντι σε κάθε νέα ιδέα, σχέση ή συνήθεια. Στην πραγματικότητα όμως, η αυξημένη λόγω ηλικίας νοσηρότητα σε συνδυασμό με τα σοβαρά κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, οδηγούν τους ηλικιωμένους σε αποδιοργάνωση και συντελούν στη διαμόρφωση ενός ιδιόμορφου ψυχισμού, ο οποίος με τη σειρά του περιορίζει τις πιθανότητες διεξόδου από το φαύλο κύκλο που δημιουργείται.

Τα σημαντικότερα από τα **προβλήματα** που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι τα εξής:

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Καθώς περνούν τα χρόνια, η κοινωνία μας γίνεται μια κοινωνία ηλικιωμένων με αποτέλεσμα να αυξάνονται και τα προβλήματα υγείας. Διάφορες έρευνες έχουν δείξει

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ότι, οι ηλικιωμένοι υποφέρουν πολύ περισσότερο από τη λανθασμένη διατροφή από οποιαδήποτε άλλη ομάδα ανθρώπων. Οι κακές διατροφικές συνήθειες και η άτακτη λήψη τροφών (τρόφιμα ευκολίας) έχουν σαν αποτέλεσμα την έλλειψη διαφόρων βιταμινών και ανόργανων αλάτων και ιχνοστοιχείων στο διαιτολόγιο του ηλικιωμένου ασθενή. (<http://openarchives.gr>)

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν ανάγκη από τις ίδιες θρεπτικές ουσίες – πρωτεΐνη, υδατάνθρακες, λίπος, βιταμίνες, μέταλλα/ιχνοστοιχεία και νερό- όπως και τα πιο νεαρά άτομα, μόνο που τις χρειάζονται σε διαφορετικές ποσότητες.

Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, αρχίζουν να εμφανίζονται και τα προβλήματα υγείας. Στις μέρες μας, τα ηλικιωμένα άτομα αντιμετωπίζουν μια πληθώρα προβλημάτων υγείας, τα οποία ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Τα βασικότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν τα άτομα που διανύουν την Τρίτη ηλικία είναι (ενδεικτικά):



- Υπέρταση
- Χοληστερίνη
- Σάκχαρο
- Καρδιά
- Οστεοπόρωση
- Αναπνευστικό
- Ουρικό οξύ
- Αιματολογικά
- Πάρκινσον
- Αρθρίτιδα
- Προβλήματα Μυοσκελετικού
- Κινητικά Προβλήματα
- Προβλήματα Ακοής/ Τύφλωσης
- Ψυχιατρικά Προβλήματα

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας είναι τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, με προβάδισμα των γυναικών σε αυτά. Η συνταξιοδότηση αποτελεί για ένα μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων την κύρια αιτία δημιουργίας οικονομικών προβλημάτων, αλλά και την απαρχή της ψυχοσωματικής τους κατάρρευσης.

Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των ηλικιωμένων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους όσο και το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον. Επιπλέον, η συνεχής αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και η μεγάλη υπογεννητικότητα που χαρακτηρίζουν ιδιαίτερα τις αναπτυγμένες χώρες, δημιουργούν ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις, που τις επωμίζεται ο ενεργός πληθυσμός των νεαρότερων ηλικιών.

Με το δεδομένο ότι παράταση της ζωής δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να σημαίνει απλώς παράταση της έλευσης της στιγμής του θανάτου, κρίνεται ως απαραίτητη η διατήρηση των πνευματικών, σωματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Το μέσο προς την κατεύθυνση αυτή είναι η παροχή δυνατοτήτων άσκησης κάποιου επαγγέλματος ή μιας ευχάριστης απασχόλησης, που όμως δεν πρέπει να ταυτίζονται αποκλειστικά με την επίλυση τυχόν βιοποριστικών αναγκών. (Δαρδαβέσης,2007: 3)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που βρίσκονται κάτω από την προστασία στενών συγγενών, οι ανάγκες όπως η ατομική καθαριότητα, η φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και η ένδυση καλύπτονται επαρκώς. Σε αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα όπως υγιεινής, υποσιτισμού κ.α. που δημιουργούν ή ενισχύουν ψυχοσωματικά προβλήματα των ηλικιωμένων. Συνήθως η λύση εδώ είναι η παροχή φροντίδας από τρίτα πρόσωπα με πληρωμή ή η εισαγωγή του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα. (Δαρδαβέσης,2007: 7)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Πολύ σημαντικό στοιχείο για την υγιή πορεία ζωής του ηλικιωμένου είναι η παραμονή στο σπίτι του. Με τον τρόπο αυτό, τους παρέχεται η δυνατότητα να διατηρούν την αυτονομία τους πληρέστερα και για περισσότερα χρόνια στα σπίτια τους παρά σε κάποιο ίδρυμα, καθώς συνεχίζουν να αναπτύσσουν τις δραστηριότητες τους. (Έμκε - Πουλοπούλου, 1999: 299)

Η διαβίωση των υπερηλίκων σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό, την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Η διαμόρφωση όμως των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου, αναγκάζει τους υπερηλίκους να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στο ψυχισμό τους.



Στις αγροτικές περιοχές οι κατοικίες περιβάλλονται συνήθως από ιδιόκτητο υπαίθριο χώρο και είναι κατά κύριο λόγο μεγαλύτερες από αυτές των αστικών περιοχών. Το στοιχείο αυτό επιτρέπει μεν την άνετη συγκατοίκηση των υπερηλίκων με τα παιδιά τους, αποβαίνει όμως αρνητικό στις περιπτώσεις των υπερηλίκων εκείνων που διαβιούν μόνοι στα χωριά τους και αναγκάζονται να φροντίσουν χώρους σαφώς μεγαλύτερους από τις ανάγκες και τις δυνατότητές τους. Επιπλέον, πολλές αγροτικές κατοικίες μη διαθέτοντας σύγχρονες ανέσεις, ιδιαίτερα στον τομέα της υγιεινής, αποβαίνουν σχεδόν ανυπόφορες για άτομα με προβλήματα ακράτειας και κινητικότητας, ενώ σε πολλές περιπτώσεις η έλλειψη κατάλληλων συνθηκών θέρμανσης και προετοιμασίας του φαγητού, ευνοεί την πρόκληση διαφόρων ατυχημάτων.

Στις αστικές περιοχές οι κατοικίες είναι στη συντριπτική τους πλειοψηφία μικρά διαμερίσματα πολυκατοικιών, που δεν περιβάλλονται συνήθως από υπαίθριους χώρους και έχουν θέα από μικρά μπαλκόνια, πολυσύχναστους δρόμους και στενούς ακάλυπτους χώρους.

Τα πολύροφα κτίρια, η πυκνή και άναρχη δόμηση, η μεγάλη κυκλοφορία των οχημάτων, η έλλειψη πράσινου και οι έντονοι ρυθμοί διαβίωσης του αστικού πληθυσμού, εκμηδενίζουν τα πλεονεκτήματα που θα μπορούσαν να τους προσφέρουν

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

οι τεχνολογικές δυνατότητες των αστικών κέντρων και αναγκάζουν τους υπερήλικες να διαβιούν εγκλωβισμένοι σε διαμερίσματα, περιορίζοντας ακόμα περισσότερο τις φυσικές τους ικανότητες, λόγω έλλειψης σωματικής άσκησης. (Δαρδαβέσης,2007: 4)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Όπως όλοι οι άνθρωποι έτσι και οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από ελεύθερο χρόνο. Για την προσέγγιση του όρου «ελεύθερος χρόνος», πρέπει να ληφθούν υπόψη οι βασικοί πόροι που επιτρέπουν ή δεν επιτρέπουν ένα ελάχιστο όριο διαβίωσης, η κατοικία, η υγεία που εν μέρει καθορίζεται από τη φύση της προηγούμενης εργασίας, τα ενδιαφέροντα, τις κοινωνικές σχέσεις, το φύλο, τη θέση στην κοινωνία, τον τόπο κατοικίας κλπ. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999: 311)

Πολλές είναι οι έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με τον ελεύθερο χρόνο των ηλικιωμένων με τη συνταξιοδότηση και καταλήγουν στις εξής κοινές διαπιστώσεις.

- Τα άτομα τα οποία ασκούν μια δημιουργική απασχόληση που τους παρέχει τη δυνατότητα σε προσωπικό επίπεδο, έχουν λιγότερα προβλήματα με τον ελεύθερο χρόνο τους, όταν συνταξιοδοτηθούν.
- Μερικοί συνταξιούχοι βρίσκουν αρκετά δύσκολη την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου με ικανοποιητικό και αποδοτικό τρόπο, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ανία και απογοήτευση.
- Άλλοι βρίσκουν την ευκαιρία να κάνουν πράγματα που πρώτα δεν τους παρέχονταν η δυνατότητα. Χαίρονται τη ζωή και ουσιαστικά απελευθερώνονται από το πιεστικό ωράριο του παρελθόντος. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999: 312-317)

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ – ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Τα αποτελέσματα σειράς ερευνών, που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες του κόσμου, έχουν οδηγήσει στη διαπίστωση, ότι τα ποσοστά των υπερηλίκων και μεσηλίκων που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

επιπέδου των νέων δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία των ηλικιωμένων με άτομα νεαρής ηλικίας. Επιπλέον, ο αναλφαβητισμός των ηλικιωμένων τους οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση, αφού δυσκολεύονται να συντάξουν κάποιο γράμμα, να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων που προβάλλονται στην τηλεόραση ή ακόμα να διαβάσουν τις οδηγίες κάποιου φαρμακευτικού παρασκευάσματος. (Δαρδαβέσης,2007: 5)

ΜΟΝΑΞΙΑ

Η μοναξιά είναι μια αίσθηση που στην τρίτη ηλικία θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι πιο έντονη. Η μοναξιά είναι μια ψυχολογική κατάσταση και αναφέρεται στο είδος και την έκταση των επαφών με άλλους. Οι άνθρωποι που κατοικούν σε απομονωμένες περιοχές μπορεί να μην αισθάνονται μοναξιά ενώ αντίθετα, ένας ηλικιωμένος που συγκατοικεί με άλλους ανθρώπους να αισθάνεται. Η μοναξιά υποδηλώνει έλλειψη της ανθρώπινης επαφής και οικειότητας με συγγενείς, φίλους, γείτονες και χαρακτηρίζεται από αισθήματα εγκατάλειψης, δυσαρέσκειας, άγχους ακόμα και κατάθλιψης.

Η μοναξιά στα άτομα τρίτης ηλικίας μπορεί να εμφανιστεί κυρίως από οικογενειακή απόρριψη και κοινωνική απομόνωση. Όλα αυτά συντελούν στη δημιουργία του συναισθήματος της μοναξιάς. (Εμκε - Πουλοπούλου, 1999: 319)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΝΟΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΝΟΙΑ

2.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΝΟΙΑ - ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Ως επιδημία του 21^{ου} αιώνα έχει χαρακτηριστεί η νόσος Αλτσχάιμερ. Η νόσος πήρε το όνομά της από το Γερμανό γιατρό Alois Alzheimer, ο οποίος πρώτος παρατήρησε το 1906 ανώμαλες συναθροίσεις κυττάρων στον εγκέφαλο μιας πενήντάχρονης γυναίκας, της August D, που είχε πεθάνει από μια άγνωστη νόσο του νευρικού συστήματος. Οι γιατροί, αν και δεν γνωρίζουν ακριβώς τι προκαλεί τη νόσο Αλτσχάιμερ, γνωρίζουν πολύ καλά ότι δεν υπάρχει καμία γνωστή θεραπεία. Η νόσος εκδηλώνεται συνήθως μετά την ηλικία των 60 ετών, ενώ μετά τα 85 έτη της ζωής, το 50% των ανθρώπων έχουν αυξημένη πιθανότητα προσβολής από τη συγκεκριμένη παθολογική κατάσταση. Στη χώρα μας, περίπου το 6% των ηλικιωμένων πάνω από 70 χρονών, θεωρείται ότι υποφέρει από άνοια τύπου Αλτσχάιμερ. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η νόσος Αλτσχάιμερ αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα υγείας, που δεν σχετίζεται με τους φυσιολογικούς μηχανισμούς γήρανσης του οργανισμού. (Τσολάκη, Μ, Καζής Α., 2005: 22)

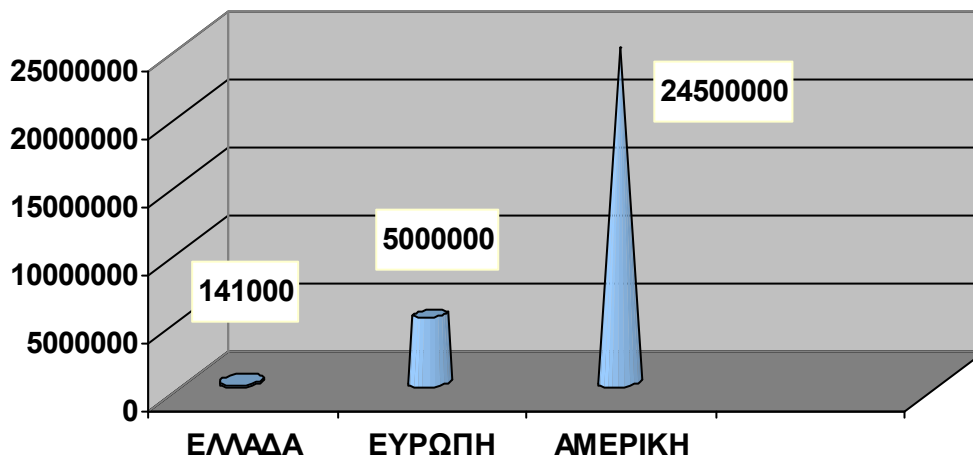
Η **άνοια** ορίζεται ως η προοδευτική έκπτωση των γνωσιακών εγκεφαλικών λειτουργιών, που έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας του ασθενούς και στις περισσότερες περιπτώσεις, οδηγεί μακροπρόθεσμα στην ανάγκη για φροντίδα από τρίτους. (Τσολάκη, Μ, Καζής Α)

Η νόσος του Αλτσχάιμερ αποτελεί την πιο κοινή μορφή άνοιας. Περίπου 60% των ανοϊκών ασθενών υποφέρουν από τη νόσο αυτή. Στην νόσο Αλτσχάιμερ, εγκεφαλικά κύτταρα υφίστανται αλλοιώσεις και χάνεται ουσιαστικά η ικανότητά τους να λειτουργήσουν κανονικά. Αυτά τα εγκεφαλικά κύτταρα τελικά καταστρέφονται. Αυτό συμβαίνει βαθμιαία σε όλο και περισσότερα κύτταρα του εγκεφάλου. Προσβάλλονται κύτταρα σε ένα συγκεκριμένο τμήμα του εγκεφάλου, το φλοιό (το εξωτερικό τμήμα του εγκεφάλου). Αυτό είναι το τμήμα του εγκεφάλου που χρησιμοποιούμε για να σκεφτόμαστε.

«Ο ΕΠΗΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Το 10-15% των περιπτώσεων άνοιας αφορούν σε πολυεμφρακτικού τύπου ή αγγειακή άνοια. Στις περιπτώσεις αυτές, τα νευρικά κύτταρα υποφέρουν από έλλειψη οξυγόνου λόγω σκλήρυνσης των αγγείων του εγκεφάλου. Δεν είναι πάντοτε εύκολο να ξεχωρίσουμε την πολυεμφρακτικού τύπου άνοια από τη νόσο του Αλτσχάιμερ, και ορισμένες φορές τα δύο σύνδρομα συνυπάρχουν. (Τσολάκη. Μ, Καζης Α., 2005)

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει, η άνοια προσβάλλει το 7% των ατόμων άνω των 65 ετών. Σήμερα υπάρχουν 141.000 ασθενείς στην Ελλάδα, 5.000.000 στην Ευρώπη και 24.500.000 παγκοσμίως. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση κάθε χρόνο εμφανίζονται 600.000 νέες περιπτώσεις άνοιας. Η νόσος Alzheimer, μακράν η πιο συχνή μορφή άνοιας, απορροφά το 25% των χρημάτων που ξοδεύονται συνολικά για την υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 100.000.000 ευρώ τον χρόνο. Το κόστος αυτό ισούται προς το άθροισμα του κόστους για τον καρκίνο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και τα καρδιαγγειακά νοσήματα μαζί. (<http://www.gec.gr>)



Άρα σύμφωνα με τα παραπάνω οι διαταραχές που περιγράφονται ως άνοια χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης, στα επίμονα αποτέλεσμα της δράσης κάποια ουσίας ή σε πολλαπλές αιτιολογίες.

Ως βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον κάποια από τις ακόλουθες γνωστικές διαταραχές:

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

1. Αφασία
2. Απραξία
3. Αγνωσία
4. Διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας του εγκεφάλου.

Η έναρξη της άνοιας θα μπορούσαμε να πούμε ότι αρχίζει κάπως ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Πολλές φορές αρχίζει με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιάθεση ή ευερεθιστότητα και πολλές φορές μείωση του ενδιαφέροντος της ζωής. Τα αρχικά συμπτώματα είναι τόσο ασαφή και απροσδιόριστα, που η οικογένεια του ασθενή περισσότερο νιώθει σαν να έπαψε ο ασθενής να τους αγαπά και να ενδιαφέρεται παρά ότι είναι άρρωστος. Η άνοια γίνεται πιο εμφανής σε άτομα που ασχολούνται με δημιουργική εργασία μιας και ο ασθενής αρχίζει σιγά - σιγά να δείχνει τη δυσκολία σε θέματα που αφορούν απόκτηση καινούργιας γνώσης. (Μάνος,1997: 477-480)

Αν και η άνοια είναι η πιο κοινή στη γεροντική ηλικία, δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμη με τη μεγάλη ηλικία ούτε φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών. Σε άτομα κάτω των 18 ετών με διανοητική καθυστέρηση θα μπει επιπρόσθετα η διάγνωση της άνοιας, μόνον αν η κατάσταση τους δεν εξηγείται επαρκώς από τη διάγνωση της διανοητικής καθυστέρησης.

Η άνοια σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστεί σε παιδιά και εφήβους, αλλά αυτό το ενδεχόμενο δεν είναι και πολύ συχνό και μπορεί να συμβεί μόνο από γενετικές ιατρικές καταστάσεις (π.χ. Τραύμα κεφαλής, λοίμωξη από HIV, αδρενολευκοδυστροφία).

Όμως ότι έχει σχέση με τον επιπολασμό της άνοιας, σύμφωνα με έρευνες εκτιμάται ότι το 2-4% του πληθυσμού πάνω από 65 χρόνων έχουν άνοια τύπου Alzheimer, ενώ οι άλλες άνοιες είναι λιγότερο συχνές. Ο επιπολασμός της άνοιας, ειδικά του τύπου Alzheimer και της αγγειακής, αυξάνει με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά την Τρίτη ηλικία των 75 ετών και φτάνει το 20% και περισσότερο μετά από τα 85. (Μάνος,1997: 477-480)

2.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΟΙΑΣ

Τις περισσότερες φορές οι πρόωρες ενδείξεις άνοιας είναι πολύ ανεπαίσθητες και ασαφείς και αρχικά μπορεί να μην είναι έκδηλες. Επίσης οι πρόωρες ενδείξεις μπορεί να διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό. Συνήθως όμως, τα άτομα αρχικά φαίνεται ότι παρατηρούν ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα με τη μνήμη, ειδικά όταν δεν θυμούνται πρόσφατα περιστατικά. Οι άνθρωποι όμως δεν συνειδητοποιούν ότι αυτά τα συμπτώματα αποτελούν ένδειξη, ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Μπορεί λανθασμένα να υποθέσουν, ότι αυτού του είδους η συμπεριφορά αποτελεί φυσιολογικό μέρος της διαδικασίας των γηρατειών ή μπορεί τα συμπτώματα να παρουσιαστούν σταδιακά και να παραμείνουν απαρατήρητα για μεγάλο διάστημα. Μερικές φορές τα άτομα μπορεί να αρνούνται να κάνουν κάτι ακόμη κι όταν γνωρίζουν ότι κάτι συμβαίνει.

Το καλύτερο μέρος για να αρχίσει κανείς τη διαγνωστική διαδικασία είναι με το γιατρό, που αφού λάβει υπόψη τα συμπτώματα και δώσει εντολή να γίνουν οι διαγνωστικές εξετάσεις, μπορεί να δώσει μια προκαταρκτική διάγνωση ή να παραπέμψει το άτομο σε ειδικό όπως νευρολόγο, γηρίατρο ή ψυχίατρο. Μερικά άτομα μπορεί να είναι διστακτικά στην ιδέα επίσκεψης σε γιατρό. Μερικές φορές οι άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν ή αρνούνται ότι έχουν κάποιο πρόβλημα με την υγεία τους. Αυτό συμβαίνει λόγω των εγκεφαλικών αλλαγών της άνοιας που παρεμβάλλονται στην ικανότητα να αναγνωρίσει ή να εκτιμήσει κάποιος τα προβλήματα που έχει με τη μνήμη. Άλλα άτομα που διατηρούν ακόμη την ικανότητα της αντίληψης, μπορεί να φοβούνται την επαλήθευση των φόβων τους. Ένας απ' τους αποτελεσματικότερους τρόπους για να ξεπεραστεί αυτό το πρόβλημα είναι ένα άτομο από το οικογενειακό περιβάλλον να βρεί κάποια άλλη αιτία για την επίσκεψη στο γιατρό π.χ. θα μπορούσε να υποδείξει μια εξέταση για την καρδιά, για την πίεση ή μια επανεξέταση ενός φάρμακου που παίρνει για πολύ καιρό. (Τσολάκη, Μ, Καζης Α., 2005: 123-130)

Στο σημείο αυτό θα κατατάξουμε τα διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας σε τέσσερα στάδια διαχωριζόμενα στα συμπτώματα, στην συμπεριφορά του ασθενή και της οικογένειας.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ΣΤΑΔΙΟ ΠΡΩΤΟ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Παρουσιάζει καλή φυσική και κοινωνική κατάσταση • Παρουσιάζει μείωση βραχυπρόθεσμης μνήμης • Χάνει πράγματα, ξεχνά ονόματα και δυσκολεύεται να κάνει απλές μαθηματικές πράξεις • Περιορίζει τον αυθόρμητο του λόγο και τη λήψη πρωτοβουλιών • Παρουσιάζει χαμηλή συγκέντρωση • Ζητά επαναλήψεις • Αντιδρά υπερβολικά σε γεγονότα • Μπορεί να είναι καταθλιπτικός, ανυπόμονος, ή επιθετικός • Νιώθει ότι χάνει τον έλεγχο • Αρχίζει να αδυνατεί να συμπληρώσει γνωστές καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. να δέσει γραβάτα) 	ΑΣΘΕΝΗ
	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να έχει αρχίσει να αντιλαμβάνεται ότι κάτι του συμβαίνει και προσπαθεί να το καλύψει • Αρχίζει να εξαρτάται από τους άλλους να τον βοηθούν τις στιγμές που ξεχνά
	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
	<ul style="list-style-type: none"> • Μπορεί να μην έχει αναγνωρίσει ότι κάτι συμβαίνει ειδικά τα πρώτα χρόνια

([http:// www.speechtherapy.org.cy](http://www.speechtherapy.org.cy))

ΜΕΣΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ
<ul style="list-style-type: none"> • Προοδευτική απώλεια μνήμης • Ελάττωση της κοινωνικότητας του • Ανικανότητα να ολοκληρώσει τη δραστηριότητα που έχει αρχίσει • Διαταραχές στον ύπνο • Δυσκολίες στο διάβασμα • Αλλαγές στην προσωπικότητα, συμπτώματα παράνοιας, αστάθεια, άγχος • Διαταραχή στη κρίση όπως επικίνδυνο οδήγημα λόγω δυσκολίας στην κατανόηση των σημάτων οδικής ασφάλειας • Παιραισθήσεις (δεν εμφανίζονται σε όλους) • Δυσκολίες στο βάδισμα και στην κίνηση γενικά, επιληπτικές κρίσεις (δεν εμφανίζονται σε όλους) • Υπερβολικές αντιδράσεις με καταστροφικές συνέπειες • Αυξανόμενη ανησυχία το απόγευμα με δυσκολίες στον ύπνο 	ΑΣΘΕΝΗ
	<ul style="list-style-type: none"> • Αν συνεχίσει και εργάζεται εξαρτάται από τους άλλους για να διεκπεραιώνει τη δουλειά του • Στα μέσα αυτού του σταδίου δε μπορεί να συνεχίσει να δουλεύει
	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ
	<ul style="list-style-type: none"> • Αν δεν έχει ήδη ζητήσει βοήθεια δε μπορεί πλέον να αγνοήσει την πάθηση • Ίσως χρειαστεί βοήθεια στο σπίτι • Τα απογεύματα είναι καλά να τους κρατά οριοθετημένους και ξύπνιους. Να μην τους δίνει καφεΐνη • Χρειάζεται να φροντίσει για την ασφάλεια τους (π.χ. να μένουν κάποια φώτα αναμμένα) • Μπορεί να προγραμματίσει μεγάλους περιπάτους το πρωί

([http:// www.speechtherapy.org.cy](http://www.speechtherapy.org.cy))

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΟ ΣΤΑΔΙΟ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ
<ul style="list-style-type: none">• Δυσκολίες στην αναγνώριση προσώπων της οικογένειας• Ευαισθησία σε ιώσεις και μολύνσεις• Μειωμένη έκφραση συναισθημάτων• Παρουσιάζει συμπτώματα παραίτησης μιλώντας στο είδωλο του στον καθρέφτη και σε άψυχα αντικείμενα• Σοβαρές δυσκολίες στην επικοινωνία• Χειρότερη φυσική κατάσταση• Υπερφαγία (ξεχνούν ότι έφαγαν)• Υπέρ-ή από δραστηριότητα• Ακράτεια	<p>ΑΣΘΕΝΗΣ</p> <ul style="list-style-type: none">• Ανταποκρίνεται περισσότερο σε γνωστά άτομα και σε ήρεμες φωνές/τόνους. Δεν ανταποκρίνεται στο περιεχόμενο του λόγου
	<p>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</p> <ul style="list-style-type: none">• Αρχίζει να σκέφτεται για ένταξη του ασθενή σε οίκο ευγηρίας

ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ
<ul style="list-style-type: none">• Σοβαρή επιδείνωση στη φυσική και πνευματική του κατάσταση• Αδυναμία σίτισης• Απώλεια στις θεληματικές κινήσεις• Κρίσεις• Υποστροφή στην εμβρυική θέση (στο κρεβάτι)• Κωματώδη κατάσταση	<p>ΑΣΘΕΝΗΣ</p> <ul style="list-style-type: none">• Δεν έχει ικανότητα κρίσεως του περιβάλλοντος
	<p>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ</p> <ul style="list-style-type: none">• Πρέπει να αποδεχτεί τον επικείμενο θάνατο παρόλο που πολλοί ασθενείς παραμένουν σε αυτό το στάδιο πολλά χρόνια.

([http:// www.speechtherapy.org.cy](http://www.speechtherapy.org.cy))

2.3 ΑΙΤΙΑ ΑΝΟΙΑΣ

Η ηλικία θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι ο γνωστότερος παράγοντας κινδύνου, αφού όσο αυξάνεται τόσο η πιθανότητα προσβολής από τη νόσο διογκώνεται. Το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας ακόμη σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας, αφού έχει αποδειχθεί ότι όσοι έχουν παραπάνω από ένα άτομο στην οικογένεια με Alzheimer, κινδυνεύουν 2-3 φορές περισσότερο να προσβληθούν από τη νόσο. Επίσης, αν και έχει βρεθεί ένα περίπλοκο σύστημα γονιδίων που σχετίζονται με την ασθένεια, φαίνεται ότι η κληρονομικότητα επηρεάζει περισσότερο τις μορφές που εμφανίζονται σε μικρότερες ηλικίες, σε ποσοστό που δεν ξεπερνά το 5% των περιστατικών.(Μάνος,1997:480)

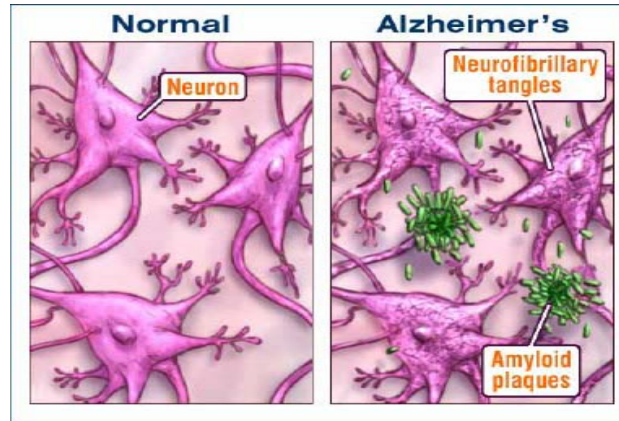
Εκτός από τις παραπάνω αιτίες που δεν μπορούν να αλλάξουν, υπάρχουν και άλλοι που ερευνώνται με προσοχή από τους επιστήμονες, ώστε να διαπιστωθεί η ακριβής συσχέτισή τους με τη νόσο. Έτσι, οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι τραυματισμοί της κεφαλής και τα εγκεφαλικά επεισόδια αυξάνουν την πιθανότητα προσβολής, ενώ ευεργετικά φαίνεται να δρουν παράγοντες όπως η υγιεινή διατροφή, η κοινωνικότητα, η κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και η τακτική πνευματική και σωματική άσκηση καθώς και τα πολλαπλά εγκεφαλικά όπου αυτά μπορεί να προκαλούνται από θρόμβους που φράζουν/ μπλοκάρουν τα αγγεία και παρεμποδίζουν τη φυσιολογική ροή του αίματος ή από υψηλή αρτηριακή πίεση – που κάνει τα εγκεφαλικά αγγεία να σπάνε. (Μάνος,1997: 491)

2.4 ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΑΣ

Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί περισσότερα από 100 είδη άνοιας διαφορετικής αιτιολογίας. Οι συχνότερες ωστόσο άνοιες είναι:

- η νόσος Alzheimer, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% του συνόλου (βλέπε εικόνα_1),
- β) η αγγειακή άνοια, σε ποσοστό 20% (βλέπε Εικόνα_2) και
- γ) η άνοια με σωματίδια Lewy, σε ποσοστό 15%. Με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν η άνοια της νόσου Parkinson, η άνοια νόσου του Huntington κ.ά.

ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER



ΕΙΚΟΝΑ_1: ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

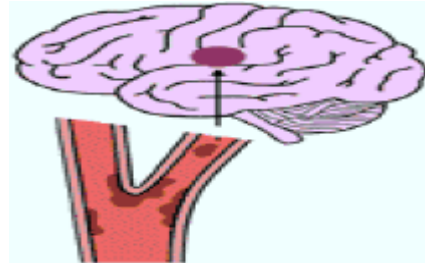
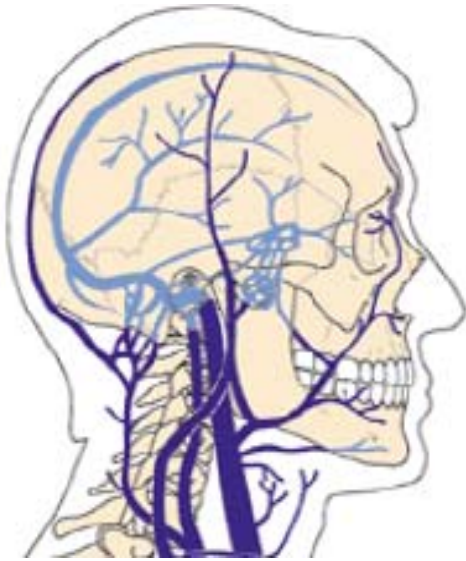
Η Άνοια Τύπου Alzheimer, που προκαλείται από τη νόσο Alzheimer, είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας και είναι υπεύθυνη για το 50% περίπου όλων των ανοιών. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη και χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού.

Η Άνοια Τύπου Alzheimer αρχίζει συνήθως μετά τα 65. Υπολογίζεται ότι 2-4% του πληθυσμού πάνω από 65 έχει Άνοια Τύπου Alzheimer και πιο συχνά οι γυναίκες, κάτι το οποίο είδαμε και στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε. Ο επιπολασμός αυξάνει με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά τα 75.

Τα συμπτώματα αρχίζουν βαθμιαία, προοδευτικά χειροτερεύουν και η ασθένεια καταλήγει στο θάνατο μέσα σε διάστημα 8-10 χρόνων.

Όσον αφορά την αιτιολογία της Άνοιας Τύπου Alzheimer, ουσιαστικά είναι ακόμα άγνωστη. Οποσδήποτε υπάρχει κάποια γενετική προδιάθεση, γιατί βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ν' αναπτύξουν άνοια απ' ότι ο γενικότερος πληθυσμός. (Μάνος, 1997:489-490)

ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ



ΕΙΚΟΝΑ_2: ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Η Άνοια αυτή (της οποίας η συχνότητα είναι σημαντική – 15-25% των ανοιών) κατέχει ενδιάμεση θέση μεταξύ των μη αναστρέψιμων ανοιών και των ανοιών που μπορούν να θεραπευτούν. Χαρακτηρίζεται από απότομη έναρξη και από κλιμακωτή πορεία επιδείνωσης.

Η Αγγειακή Άνοια προσβάλλει πιο συχνά τους άντρες και εμφανίζεται νωρίτερα απ'ότι η Άνοια τύπου Alzheimer. Οφείλεται σε πολλαπλά μικρά έμφρακτα του εγκεφαλικού ιστού απότοκα αρτηριοσκληρωτικής νόσου των μεγάλων αγγείων ή βαλβίδων της καρδιάς. (Μάνος,1997:491-492)

ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY

Η Άνοια με σωμάτια Lewy θεωρείται η τρίτη σε συχνότητα άνοια μετά την Άνοια τύπου Alzheimer και την Αγγειακή και υπάρχει μικρή υπεροχή των αρρένων μεταξύ των ασθενών. Η εξέλιξη της άνοιας είναι ταχεία (1-5 έτη) και η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 75 έτη.

Παρόλο που στα αρχικά στάδια της νόσου οι διαταραχές μνήμης είναι ήπιες στη συνέχεια επέρχεται συνολική νοητική έκπτωση που επηρεάζει την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Στην πορεία της νόσου εμφανίζονται

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

διαταραχές της προσοχής, έκπτωση εκτελεστικών λειτουργιών και διαταραχές οπτικοχωρικών κατασκευαστικών δεξιοτήτων. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005).

Τέλος, η ψυχιατρική συμπτωματολογία της νόσου περιλαμβάνει επανεμφανιζόμενες οπτικές ψευδαισθήσεις σε συχνότητα 80% των ασθενών. Επίσης, συχνά εμφανίζεται παραλήρημα, ακουστικές ψευδαισθήσεις, άγχος, ανησυχία, ευερεθιστότητα, διαταραχές του ύπνου και καταθλιπτικό συναίσθημα.

ΑΝΟΙΑ ΕΠΙ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ PARKINSON

Η άνοια αναπτύσσεται στην πορεία εγκατεστημένης νόσου του Parkinson. Η Νόσος του Parkinson κλινικά χαρακτηρίζεται από βραδυκινησία, τρόμο ηρεμίας, δυσκαμψία και από αδυναμία αντισταθμιστικών κινήσεων. Η Νόσος του Parkinson είναι μια προοδευτικά επιδεινούμενη νευροεκφυλιστική νόσος. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005).

Η νόσος Parkinson είναι μια εκφυλιστική διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος (εγκέφαλος), που χαρακτηρίζεται από τρεμούλιασμα, ακαμψία των άκρων και αρθρώσεων, δυσχέρειες στην ομιλία και δυσκινησία (δυσκολία στην έναρξη σωματικών κινήσεων). Στα αργότερα στάδια της νόσου μερικά άτομα μπορεί να παρουσιάσουν άνοια. Τα φάρμακα μπορεί να βελτιώσουν τα σωματικά συμπτώματα, αλλά μπορεί να έχουν παρενέργειες όπως ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, προσωρινή επιδείνωση της σύγχυσης και των μη φυσιολογικών κινήσεων. (<http://www.psynet.gr>)

ΑΝΟΙΑ ΕΠΙ ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ HUNTINGTON

Η νόσος Huntington είναι κληρονομική, εκφυλιστική εγκεφαλική ασθένεια, που επηρεάζει το μυαλό και το σώμα. Συνήθως εμφανίζεται στις ηλικίες μεταξύ 30 και 50 χρονών και χαρακτηρίζεται από διανοητική παρακμή και ακανόνιστες, ακούσιες κινήσεις των άκρων ή μυών του προσώπου. Μεταξύ των άλλων συμπτωμάτων περιλαμβάνονται αλλαγές στην προσωπικότητα, διαταραχές στη μνήμη, ψεύδισμα, διαταραχές στην κρίση και ψυχιατρικά προβλήματα. Δεν υπάρχει διαθέσιμη θεραπεία για να σταματήσει η εξέλιξη της ασθένειας, αλλά μπορούν να χρησιμοποιηθούν φάρμακα για τον έλεγχο των κινητικών διαταραχών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Άνοια συμβαίνει στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. (<http://www.psynet.gr>)

ΑΝΟΙΑ ΕΠΙ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ CREUTZFELDT - JAKOB

Η Νόσος Creutzfeldt – Jakob είναι μια εξαιρετικά σπάνια, θανατηφόρα εγκεφαλική διαταραχή που προκαλείται από ένα στοιχείο πρωτεΐνης. Προσβάλλει ένα άτομο στο εκατομμύριο ετησίως. Στα πρόωρα συμπτώματα περιλαμβάνονται φθίνουσα μνήμη και έλλειψη συντονισμού. Καθώς αυτή η ασθένεια εξελίσσεται συνήθως πολύ ραγδαία, η διανοητική επιδείνωση γίνεται έκδηλη, εμφανίζονται ακούσιες σωματικές κινήσεις και το άτομο μπορεί να τυφλωθεί, να παρουσιάσει αδυναμία στα χέρια ή πόδια και τελικά να πέσει σε κώμα (<http://www.psynet.gr>).

2.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην κατανόηση της παθογένειας και της παθοφυσιολογίας της ΝΑ και αυτό έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών στρατηγικών και στην εισαγωγή διάφορων φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων με στόχο τα νοητικά και νευροψυχιατρικά συμπτώματα.

Είναι ευρέως γνωστό ότι η εγκεφαλική πλαστικότητα στη νεαρή ηλικία εξαρτάται άμεσα από την ποσότητα και την ποιότητα των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Μελέτες με αντικείμενο την εκμάθηση δεύτερης γλώσσας έχουν δείξει ότι οδηγεί σε φλουική επανοργάνωση. Μερικά χρόνια πριν δεν μπορούσε κανείς να φανταστεί ότι θα περιμένουμε βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας σε μεγαλύτερες ηλικίες. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η άποψη, της για πολύ καιρό κεντρικής υπόθεσης, ότι νέα εγκεφαλικά κύτταρα δεν μπορούν να εμφανιστούν στην ενηλικίωση, δεν είναι αληθής. Σε αμφότερα, ανθρώπους και ζώα, πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι νέα κύτταρα μπορούν πράγματι να εμφανισθούν στον ιππόκαμπο. Τούτο το εύρημα ακολουθεί κατά πόδας μια άλλη επαναστατική ανακάλυψη της τελευταίας δεκαετίας - τη δήλωση/απόδειξη ότι ο ενήλικας/ώριμος εγκέφαλος παρουσιάζει μεγάλη "εμπειριοεξαρτώμενη" αλλαγή στα νευρωνικά κυκλώματα, περιλαμβανομένων των δενδριτικών και αξονικών εκβλαστήσεων. (<http://www.encephalos.gr>)

2.5.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με έρευνες η καλύτερη αντιμετώπιση της άνοιας είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, νευρο - αποκατάστασης των ασθενών και συμβουλευτικής των συγγενών – περιθαλπόντων.

Από τότε που ο Alois Alzheimer περιέγραφε την ΑΤΑ κλινικά και νευροπαθολογικά για πρώτη φορά, οι διαπιστώσεις των γιατρών ήταν συνεχής έκπτωση μνήμης στις νοητικές λειτουργίες, στις καθημερινές δραστηριότητες, καθώς επίσης και διαταραχές στην συμπεριφορά χωρίς να μπορούν να παράσχουν θεραπευτική βοήθεια. Όμως τα τελευταία χρόνια, κάποια φάρμακα πέρασαν από τη δοκιμασία της συμπτωματικής αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας στην ΑΤΑ και την ΑΓΓΑ, παρέχοντας σήμερα στους ασθενείς την φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας.

Παρ' όλη την ιατρική εξέλιξη στο θέμα της άνοιας, οι δυνατότητες σε φαρμακευτική βοήθεια είναι περιορισμένες. Άρα εξάγεται το συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει, μέχρι σήμερα, θεραπεία ή προληπτική αγωγή για την ΑΤΑ. (Τσολάκη. Μ, Καζης Α., 2005: 397)

Τα βασικότερα φάρμακα τα οποία έχουν εγκριθεί τα τελευταία χρόνια για την ΑΤΑ είναι:

- (1) Τακρίνη (Cognex)
- (2) Δονεπεζίλη
- (3) Πιπεριδίνη (Aricept)
- (4) Ριβαστιγμίνη
- (5) Φαινυλ – καρβαμάτη (Exelon)
- (6) Γκαλανταμίνη
- (7) Αλκαλοειδές της φαινανθρένης (Reminyl)
- (8) Μεμαντίνη (Ebixa)

Τα τρία πρώτα φάρμακα είναι αναστολείς χολινεστερασών, το τέταρτο είναι αναστολέας της ακετυλοχολινεστεράσης και σύγχρονος θετικός αλλοστερικός τροποποιητής των νικοτινικών υποδοχέων, ενώ το τελευταίο είναι γλουταμινεργικός ανταγωνιστής. Το πρώτο φάρμακο, Τακρίνη (Cognex), θεωρείται η μεγάλη ιστορική

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ανακάλυψη εκείνη την εποχή, αλλά σήμερα δεν χρησιμοποιείται γιατί η ημερήσια δόση κατανέμεται σε τέσσερις δόσεις προκαλώντας αύξηση των τρανσαμινασών σε ένα μικρό αριθμό ασθενών. (Τσολάκη. Μ, Καζης Α., 2005:405-412)

2.5.2 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις έρχονται ως συμπλήρωμα αλλά και ως εναλλακτική επιλογή στην ήδη διαδεδομένη φαρμακευτική αγωγή σε ασθενείς με άνοια. Ξεκίνησαν βασισμένες στη θεωρία της ατομικότητας που προωθεί μια ολιστική, ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην παροχή φροντίδας σε ανοϊκούς. Επιχειρούν να αποτελέσουν μια απάντηση στα συχνά παρατηρούμενα συμπεριφοριστικά συμπτώματα (π.χ. ταραχή, επιθετικότητα, άσκοπη περιπλάνηση) και ψυχολογικά συμπτώματα (π.χ. προβλήματα διάθεσης, άγχος ή παράνοια) που παρουσιάζονται κατά τα διάφορα στάδια εξέλιξης της νόσου.

➤ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία ως μορφή παρέμβασης στην άνοια θα πρέπει:

- ν' ακολουθεί το νοητικό, λειτουργικό επίπεδο και τις δυνατότητες του ασθενούς
- να συνυπολογίζει τη σχέση ασθενούς και περιθάλποντα
- να βασίζεται περισσότερο στους χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενούς
- να θέτει στόχους επιτεύξιμους
- να εξασφαλίζει την αποδοχή του ασθενούς ως ατόμου με προσωπικότητα και να βλέπει το άτομο ολιστικά (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:451)

Οι μορφές παρέμβασης στ' αρχικά στάδια της νόσου είναι συνήθως λεκτικού τύπου, ενώ στη συνέχεια προτιμώνται παρεμβάσεις που στηρίζονται στην τέχνη (μουσικοθεραπεία, ζωγραφική).

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πρέπει ν' αναφέρουμε ότι δεδομένου ότι οι ασθενείς δε μπορούν ν' αντιληφθούν πλήρως ένα μήνυμα, οι λεκτικού τύπου παρεμβάσεις θα πρέπει να τροποποιούνται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή.

Στ' αρχικά στάδια της ΑΤΑ η ψυχοθεραπεία μπορεί να έχει τη μορφή της ατομικής ή της ομαδικής παρέμβασης και να διεξάγεται με πολλούς τρόπους. Στόχοι θα ήταν:

- να εκπαιδεύσει το άτομο ώστε να χειρίζεται το άγχος του
- να εγκαταστήσει μηχανισμούς αντιμετώπισης των ελλειμμάτων
- να καλλιεργήσει την αίσθηση της ταυτότητας
- να προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη
- να προσφέρει τη δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων
- να διατηρήσει τις υπάρχουσες διανοητικές ικανότητες
- ν' αποκαταστήσει την αίσθηση της σειράς και του νοήματος
- να βοηθήσει ώστε ν' αποκατασταθεί η αίσθηση της αυτοδυναμίας (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:452)

Στην περίπτωση της ομαδικής ψυχοθεραπείας, προστίθενται στους παραπάνω στόχους:

- η ευκαιρία για συναισθηματική κάλυψη διαμέσου της κατάθεσης των συναισθημάτων των άλλων και
- η κοινωνική αλληλεπίδραση, ώστε να διατηρηθούν οι κοινωνικές ανισότητες (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:452-453)

➤ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η γνωστική παρέμβαση βελτιώνει τις νοητικές ικανότητες, τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, τις λειτουργικές διαταραχές και την εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:454)

Είναι σημαντικός ο συνδυασμός γνωστικής θεραπείας των ασθενών και συμβουλευτικής των συγγενών. Η παρέμβαση πρέπει να είναι δομημένη σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς. Επίσης σημαντικό για τη θεραπευτική διαδικασία είναι ο συνδυασμός

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

γνωστικής άσκησης, φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών και συμβουλευτικής των συγγενών.

➤ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Ως τροποποίηση της συμπεριφοράς ορίζεται οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης η οποία στοχεύει στην αλλαγή της συχνότητας, της έντασης της διάρκειας και του χώρου έκφρασης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή μιας ομάδας συμπεριφορών είτε διαμέσου της συστηματικής τροποποίησης των ερεθισμάτων που την προκαλούν είτε διαμέσου της τροποποίησης των συνεπειών της συμπεριφοράς. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:456)

Οι πιο σημαντικές αρχές όπως είναι η επανατροφοδότηση, η ενδεχόμενη σχέση, η αποφυγή και το μόντελινγκ, δηλώνουν ότι η μάθηση μιας συμπεριφοράς επέρχεται όταν η συμπεριφορά συνοδεύεται από κάτι ενισχυτικό. Επίσης όταν συνοδεύεται άμεσα από κάτι δυσάρεστο, τότε αποσβένεται. Τέλος η μάθηση μιας συμπεριφοράς, μπορεί να επέλθει από μίμηση ή παρακολούθηση.

Στους ασθενείς με άνοια, οι παρεμβάσεις γι' αποκατάσταση της συμπεριφοράς, δεν αφορούν όλες τις διαταραγμένες συμπεριφορές. Σύμφωνα με τους Gotestam & Melinn, βρήκαν βραχυπρόθεσμη βελτίωση σε δραστηριότητες όπως η επικοινωνία, η γραφή, η ζωγραφική, η ανάγνωση και τα παιχνίδια με τράπουλα σε ανοϊκούς ασθενείς. Επίσης πρέπει ν' αναφέρουμε ότι τ' αποτελέσματα ερευνών σε εσωτερικούς ασθενείς δεν είναι τόσο θετικά όσο στις περιπτώσεις των εξωτερικών ασθενών. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να θέτουμε το ερώτημα "Γιατί θέλουμε ν' αλλάξουμε τη συμπεριφορά του ασθενή".

Ο χειρισμός της συμπεριφοράς των ανοϊκών ασθενών, μπορεί να θεωρηθεί ως μια στρατηγική λύση προβλημάτων, η οποία ακολουθεί πέντε ξεχωριστά βήματα.

Πρώτο βήμα

1. Ορισμός του προβλήματος
2. Πληροφόρηση για τις διαταραχές της συμπεριφοράς
3. Ιατρικό ιστορικό

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

4. Συνεντεύξεις με τους συνοδούς

5. Παρατήρηση

Δεύτερο βήμα

Συλλογή δεδομένων

Τρίτο βήμα

Αρχική/άμεση αλλαγή

Τέταρτο βήμα

Αξιολόγηση της αλλαγής

Πέμπτο βήμα

Διατήρηση της αλλαγής

➤ ΜΕΘΟΔΟΣ REMINISCENCE

Είναι ένας τρόπος για να επικοινωνήσουμε με το ανοϊκό άτομο.

Το άτομο με άνοια, λαμβάνεται υπόψιν ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαίτερες ανάγκες και με ιστορία ζωής. Μέσω της μεθόδου αυτής, προάγεται το άτομο κι όχι η ασθένειά του. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:459)

Στόχοι της μεθόδου Reminiscence:

- η βελτίωση της επικοινωνίας με το ανοϊκό άτομο
- η βελτίωση και η διατήρηση μακροχρόνιων σχέσεων που δοκιμάζονται λόγω της ασθένειας
- η μείωση της απομόνωσης (τόσο του ασθενή όσο και του φροντιστή)
- η εύρεση νέων τρόπων επικοινωνίας ώστε να βοηθηθούν και οι φροντιστές στο δύσκολο έργο τους
- η έκφραση των αναγκών του ασθενούς με άνοια

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- η ανάπτυξη των ικανοτήτων επικοινωνίας ώστε να γίνουμε καλύτεροι ακροατές των αναγκών του ατόμου.
- η διατήρηση όσο το δυνατόν περισσότερο της λειτουργικότητας και της κοινωνικότητας του ανοικού ατόμου
- η διατήρηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής (τόσο του ασθενούς όσο και του φροντιστή)
- η αντιμετώπιση του ατόμου με άνοια ως ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαιτερότητες και
- η διατήρηση της ταυτότητας του μέσω της σύνδεσης παρελθόντος παρόντος (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:459-460)

Η μέθοδος Reminiscence, αποφέρει ορισμένα οφέλη, τόσο για τ' άτομα με άνοια, όσο και για τους περιθάλποντες και τους θεραπευτές.

Όσον αφορά τ' άτομα με άνοια, βελτιώνεται η επικοινωνία με τον κοινωνικό περίγυρο και ακούγονται οι ανάγκες τους. Όσον αφορά τους περιθάλποντες, αποκτούν μια πιο θετική εικόνα για την άνοια και για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το αγαπημένο τους πρόσωπο. Τέλος, όσον αφορά τους θεραπευτές, πρώτα βελτιώνονται οι ικανότητες τους στην επικοινωνία, την εμπάθεια, την αντιμετώπιση των ατόμων με άνοια, καθώς και στην εκτίμηση και σχεδίαση δημιουργικών θεραπευτικών συνεδριών. Επίσης, καταφέρνουν να εξατομικεύσουν τη θεραπευτική παρέμβαση, γνωρίζοντας τις ανάγκες και τις προσωπικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς.

➤ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η Λογοπεδική παρέμβαση στην ΑΤΑ ξεκινά με τη διάγνωση των διαταραχών επικοινωνίας του ασθενούς, όπου ο λογοπεδικός καταρτίζει την καρτέλα του ασθενούς στην οποία καταγράφονται το ιστορικό, η εξέταση οργάνων και ομιλίας που αξιολογείται με λεκτικές και με μη λεκτικές δοκιμασίες. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:462)

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές:

- ολιστική θεώρηση της επικοινωνίας
- επιλεκτική πρόταση στη θεραπεία

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- καθημερινή αγωγή: (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:463)

Η θεραπεία είναι συμπτωματολογική και διαφορετικά είδη διαταραχής χρειάζονται διαφορετικές θεραπείες. Η αγωγή στοχεύει στην καθημερινή επικοινωνία, ενθαρρύνοντας θέματα για συζήτηση και αναπτύσσοντας κοινωνικοποιημένες σχέσεις στ' άτομα που βρίσκονται γύρω απ' τον ασθενή. Επίσης συμβάλλει και η χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο ρόλος του λογοπεδικού εμπεριέχει στοιχεία πρόληψης κι' ενημέρωσης των συγγενών. Επίσης έχει στοιχεία συντονισμού των προσπαθειών των συγγενών με τις ενέργειες του λογοπεδικού και τέλος, είναι σημαντικό ν' αναφέρουμε ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων του ατόμου με άνοια, γίνεται απ' τη διεπιστημονική ομάδα στην οποία ο λογοπεδικός έχει μια σταθερή και αναντικατάστατη θέση.

➤ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η Εργοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας, που παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης σε άτομα που παρουσιάζουν νοητικές, συναισθηματικές, μαθησιακές, κινητικές διαταραχές. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:464)

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση του ανοικού ασθενούς αναφέρεται σε προγράμματα ενεργοποίησης-δραστηριοποίησης, αυτοεξυπηρέτησης σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εργονομικής παρέμβασης στο χώρο που ζει ο ασθενής, συναισθηματικής υποστήριξης ασθενούς-φροντιστών. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:464)

Στα πρώτα στάδια, προτείνονται ατομικές ή ομαδικές δραστηριότητες, οι οποίες είναι γνωστές και οικείες από το παρελθόν. Συγκεκριμένα, στα πρώτα στάδια, οι στόχοι του θεραπευτή είναι κοινωνικοί, ψυχολογικοί, πνευματικοί και σωματικοί. Στα μεσαία στάδια, η θεραπεία, επικεντρώνεται στην ανακούφιση από το άγχος, το οποίο προέρχεται απ' τη σύγχυση. Επίσης η θεραπεία επικεντρώνεται και στη διατήρηση όσων καλών συνηθειών υπάρχουν.

Μετά τη λειτουργική εκτίμηση του ατόμου, στόχοι της Εργοθεραπευτικής παρέμβασης, είναι η βελτίωση της κινητικής του ικανότητας, η εκπαίδευση και η διευκόλυνση του

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ασθενούς σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, (π.χ. ντύσιμο, γδύσιμο, φαγητό, προσωπική υγιεινή, φροντίδα, μετακίνηση, μεταφορά), η μελέτη και κατασκευή ειδών βοηθημάτων-εκπαίδευση στα βοηθήματα, η Εργονομική μελέτη και παρέμβαση στους χώρους που ζει και κινείται το άτομο, οδηγίες-συμβουλές στους φροντιστές για εκμάθηση φροντίδας και αντιμετώπισης του ασθενούς, καθώς και δημιουργία ήρεμου και οικείου περιβάλλοντος και τέλος συναισθηματική στήριξη του ασθενούς και ιδιαίτερα των φροντιστών.

Στα τελευταία στάδια της νόσου, εμφανίζονται μεγάλες απώλειες στις νοητικές και μη νοητικές ικανότητες του ασθενούς. Στόχοι της Εργοθεραπείας είναι η βελτίωση ορισμένων περιορισμών που προέρχονται από συγκεκριμένα προβλήματα στη μάσηση, στην κατάποση, στην ενυδάτωση κ.α. Επίσης η εξασφάλιση άνεσης του ασθενούς και η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας του, ώστε να δεχθούν πιο ομαλά το τέλος του ασθενούς.

➤ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μουσική είναι ένα αποτελεσματικό, πολύ ευαίσθητο μέσο για την προσέγγιση του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου.

Η μουσική στην ΑΤΑ, μπορεί ν' αυξήσει τη συμμετοχή, τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες και να μειώσει τα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα. Επίσης, συμβάλλει στη μνημονική ανάκληση και στις γλωσσικές δεξιότητες των ανοικών ατόμων. Μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο επικοινωνίας των ηλικιωμένων ατόμων και να τους δώσει τη δυνατότητα να εισέλθουν σε γεγονότα και μνήμες, που δύσκολα θα καταφέρουν με λεκτικά μέσα. Λειτουργεί ως μέσο για την αναγνώριση λέξεων και προσώπων αλλά και στη λειτουργία της άμεσης μνήμης. Συνεπώς η μουσική έχει συμβάλλει στη διατήρηση των γνωστικών δεξιοτήτων των ατόμων με άνοια. Η μουσική επίσης, μειώνει την ευερεθιστότητα, το φόβο πανικού και τις καταθλιπτικές διαθέσεις και κάνει τους ασθενείς με άνοια να τρώνε περισσότερο. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:467)

Συμπερασματικά, η μουσικοθεραπεία είναι χρήσιμο εργαλείο τόσο για τους ανοικούς, όσο και για τους περιθάλποντες τους. Επίσης παρουσιάζει θεραπευτικές λειτουργίες έτσι ώστε να μη περιθωριοποιεί τα πάσχοντα άτομα από το κοινωνικό σύνολο.

➤ **ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ**

Η Σωματική Άσκηση περιέχει σχεδιασμένες επαναλαμβανόμενες και δομημένες δραστηριότητες, με συγκεκριμένη συχνότητα, διάρκεια και ένταση ανάλογα με τον επιδιωκόμενο σκοπό. Η άσκηση θα πρέπει να θεωρείται σαν μια υποκατηγορία της φυσικής δραστηριότητας και είναι σχεδιασμένη ή δομημένη για να αντιμετωπίσει καταστάσεις που έχουν σχέση με την υγεία, τη φυσική κατάσταση ή αθλητικούς καθαρά σκοπούς. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:470-471)

Θετική μπορεί να είναι η εφαρμογή της άσκησης σε ασθενείς με άνοια. Σύμφωνα με τους Coons και Crowder-Lin & Bhatt, η έλλειψη δραστηριοτήτων είναι αυτή που μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς με άνοια σε εριστικές συμπεριφορές.

Ένα πρόγραμμα άσκησης με απλές διατακτικές ασκήσεις και ασκήσεις εύρους κίνησης, σύμφωνα με τη Schwab και τους συνεργάτες της, συντελεί στην εμφάνιση ποικίλων θετικών προσαρμογών στους ασθενείς. Μερικοί σταμάτησαν τη λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων και άλλοι έπαυσαν τη θορυβώδη ενοχλητική συμπεριφορά προς τους άλλους ασθενείς. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α. 2005:471)

Ο Γυμναστής θα πρέπει να θέσει στόχους, αποκομίζοντας παράλληλα τα ανάλογα οφέλη για τους ασθενείς. Θα πρέπει λοιπόν να βελτιώσει ή να διατηρήσει την κίνηση τη δύναμη και τη γενική αντοχή, να βελτιώσει ή να διατηρήσει την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, να δοθεί η δυνατότητα γι' αυτοέκφραση μέσα από την κίνηση, να μειωθεί η κατάθλιψη, η ανεπιθύμητη συμπεριφορά και να διατηρηθεί η καλή κατάσταση της υγείας.

Οι προϋποθέσεις για να συμμετάσχει κάποιος ασθενείς σ' ένα πρόγραμμα άσκησης, είναι να το επιθυμεί ο ίδιος, αλλά και το κοινωνικό του περιβάλλον. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει και η γνώμη του γιατρού που παρακολουθεί τον ηλικιωμένο.

Επίσης υπάρχουν ορισμένες αρχές για το σχεδιασμό του προγράμματος. Αρχικά, το πρόγραμμα της άσκησης θα πρέπει να ετοιμάζεται με βάση τις προηγούμενες συνήθειες του ασθενή χρησιμοποιώντας τις ήδη υπάρχουσες δραστηριότητες κι όχι με στόχο την εκμάθηση νέων κ αυτό γιατί η βραχύχρονη μνήμη στους ανοικούς εξασθενεί. Επίσης είναι σημαντικό τόσο για τον ίδιο το Γυμναστή όσο και για το υπόλοιπο προσωπικό, αλλά και για τους συνοδούς του ασθενή, να γνωρίζουν τους στόχους της δραστηριότητας και τα οφέλη που θ'

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

αποκομίσει ο ασθενής. Στη συνέχεια, η δραστηριότητα θα πρέπει ν' ανταποκρίνεται στις δυνατότητες του ατόμου και τέλος ο χώρος όπου θα πραγματοποιείται η δραστηριότητα, θα πρέπει να είναι απομονωμένος κι ευρύχωρος, ν' αερίζεται και να είναι φωτεινός.

Συμπερασματικά, οι ανοικοί ασθενείς που συμμετέχουν σ' ένα πρόγραμμα άσκησης, μπορεί να βελτιώσουν τη δύναμη και την ευλυγισία τους. Αυτό στη συνέχεια θα συμβάλει στο να γίνουν τα' άτομα πιο λειτουργικά στις καθημερινές τους δραστηριότητες, κάτι που θα συντελέσει στη διατήρηση της αυτοεκτίμησής τους και συνεπώς στη καλή ψυχολογική τους κατάσταση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

*ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ
ΠΑΡΑΤΟΝΤΕΣ*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

3.1 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τα ηλικιωμένα άτομα. Δοκιμάζει τους ηλικιωμένους που πολλές φορές παραμένουν ανενημέρωτοι και επιβαρύνει τις οικογένειες τους και το κοινωνικό σύνολο. Αυτό που κάνει την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία τόσο "ύπουλη", είναι το ότι συχνά τα ηλικιωμένα άτομα πάσχουν και από άλλες παθολογικές καταστάσεις, με αποτέλεσμα να μη αναγνωρίζονται εύκολα τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Επίσης η θλίψη που αποτελεί το πιο τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης μπορεί να απουσιάζει ή να είναι λιγότερο έντονη. Ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη στα οποία απουσιάζει το αίσθημα της θλίψης, παραπονιούνται για σωματικές ενοχλήσεις, που δεν μπορούν εύκολα να εξηγηθούν, έχουν άγχος και μπορεί να δηλώνουν ένα αίσθημα έλλειψης ευχαρίστησης στην καθημερινή τους ζωή, που σε έντονο βαθμό μπορεί να πάρει διαστάσεις απελπισίας. Επίσης μπορεί να παρουσιάζουν επιβράδυνση στις κινήσεις τους καθώς και στις γνωσιακές τους λειτουργίες. Τα ηλικιωμένα άτομα επειδή μπορεί να έχουν οικογενειακά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, θεωρείται από πολλούς ότι η κατάθλιψη είναι "φυσιολογικό αποτέλεσμα" όλων αυτών των προβλημάτων και έτσι υποβαθμίζεται ακόμα περισσότερο η αναγνώριση και η καταπολέμηση της. ([http:// psycosynthesis.blogspot.com](http://psycosynthesis.blogspot.com))

Τα ηλικιωμένα άτομα πολλές φορές δεν παρουσιάζουν τα τυπικά σημεία και συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι μπορεί να έχουν λιγότερα συμπτώματα και το κυριότερο να μην παραπονιούνται για θλίψη ή καταθλιπτική διάθεση αλλά να προβάλλουν κυρίως έντονες σωματικές ενοχλήσεις που δεν μπορούν να εξηγηθούν από τη συνύπαρξη άλλων παθολογικών καταστάσεων. Συνήθως οι ασθενείς αυτοί είναι πολύ λιγότερο διατεθειμένοι να αναφέρουν ψυχολογικά συμπτώματα στους γιατρούς που επισκέπτονται και τείνουν να εμμένουν στις σωματικές ενοχλήσεις. Η συνύπαρξη πολλαπλών παθολογικών καταστάσεων συνήθως αυξάνει τον κίνδυνο της μη αναγνώρισης και αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Δηλώσεις όπως "καλύτερα να μη ζούσα" ή "τίποτα δεν ωφελεί πια", πρέπει να οδηγούν σε μια ψυχιατρική εκτίμηση του

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ασθενή, παρά να μένει κανείς σε μια απλή διαβεβαίωση "μην ανησυχείς όλα θα πάνε καλά". Οι ασθενείς πρέπει να ρωτούνται πως αντιμετωπίζουν τα καθημερινά τους προβλήματα, τις υπόλοιπες παθολογικές τους καταστάσεις, αν είναι αισιόδοξοι ή όχι για το μέλλον. Το άγχος μπορεί επίσης να αποτελεί ένα σύμπτωμα κατάθλιψης.

Άνοια και κατάθλιψη.

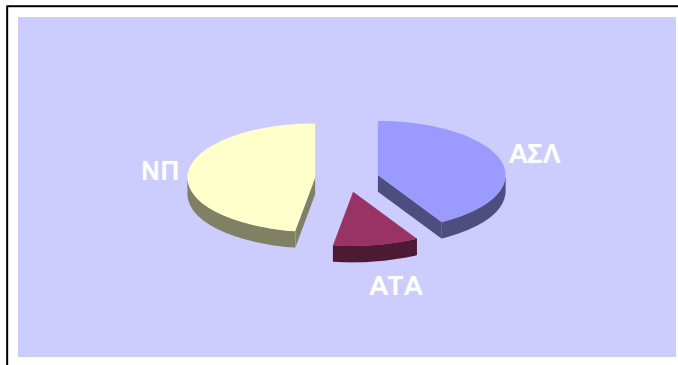
Η κατάθλιψη και η άνοια είναι από τις πιο συχνές διαταραχές που πλήττουν την Τρίτη Ηλικία. Ο επιπολασμός της άνοιας είναι περίπου στο 5% σε άτομα >65 ετών, ενώ ο αντίστοιχος επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης είναι περίπου 1-3%. Σύμφωνα πάντα με μελέτες υποστηρίζεται, ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην ΑΤΑ είναι 30-50%. (Τσολάκη- Καζης ,2005:169-172)

Η σχέση της άνοιας και της κατάθλιψης είναι σχετικά πολύπλοκη και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή. Έτσι η παρουσία κατάθλιψης χωρίς άνοια στην Τρίτη Ηλικία, συνοδεύεται από γνωσιακή δυσλειτουργία και μπορεί σε πολλές περιπτώσεις να διαγνωσθεί ως άνοια. Σε αντίστοιχες περιπτώσεις η παρουσία άλλων νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, όπως π.χ. απάθεια, ευερεθιστότητα, μπορεί λανθασμένα να διαγνωστούν ως συμπτώματα κατάθλιψης. Αν και η κατάθλιψη είναι μια αναστρέψιμη κατάσταση, η παρουσία της σε ασθενείς με άνοια είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική.

Όλα τα παραπάνω καθιστούν τη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια ιδιαίτερα σημαντική, γιατί έχει ως αποτέλεσμα τον έλεγχο διαταραχών συμπεριφοράς, όπως η επιθετικότητα, που ενδεχομένως να αποτελεί ένα άτυπο σύμπτωμα της άνοιας. Από διαπιστώσεις που έχουν γίνει φαίνεται ότι η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με σοβαρού βαθμού άνοια. Μελέτες υποστηρίζουν, ότι η κατάθλιψη στην άνοια μπορεί να εμφανίζεται, να διαρκεί μερικούς μήνες και να υποχωρεί χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ως χαρακτηριστικό την περιοδικότητα στην εμφάνιση της κατάθλιψης που αγγίζει τους έξι μήνες. Αν και δεν είναι σαφής η φυσική πορεία της νόσου, είναι σαφής οι επιπτώσεις, τόσο στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των περιθαλπόντων όσο και στην έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών. (Τσολάκη. Μ, Καζης Α., 2005:169-172)

Διάγνωση της κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό σύμπτωμα τόσο στην ΑΤΑ, όσο και σε άλλες μορφές άνοιας, όπως η ΑΓΓΑ, η άνοια σε ασθενείς με ΝΠ ή και η ΑΣΛ. Έτσι περίπου το 50% των ασθενών με ΑΣΛ εκδηλώνει κατάθλιψη, το 13% των ασθενών με ΑΤΑ και το 57% των ασθενών με ΝΠ.



Η διαφοροδιάγνωση μεταξύ της παροδικής θλίψης, που είναι αποτέλεσμα απάντησης σε ψυχοπνευματικές συνθήκες, από τις παθολογικές αλλαγές της διάθεσης, δεν είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Συνήθως τα

συναίσθημα θλίψης είναι παροδικά, ως αποτέλεσμα αντίδρασης σε εξωτερικά ψυχοπνευματικά γεγονότα, και θεωρούνται από το οικείο περιβάλλον ως φυσιολογική απάντηση σε στρεσογόνους παράγοντες. (Τσολάκη, Μ, Καζης Α.,2005: 169-170)

Σε αντίθεση με τη φυσιολογική θλίψη, η καταθλιπτική διάθεση θεωρείται ως παθολογική αλλαγή της διάθεσης και χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη χρονική διάρκεια και σοβαρότερου βαθμού θλίψη με την παρουσία των βιολογικών συμπτωμάτων. Η αυπνία, η ανορεξία, η απώλεια σωματικού βάρους, αλλά και η αδυναμία να ρηματοποιήσει ο ασθενής με άνοια τη συναισθηματική του κατάσταση, εμφανίζονται τόσο σε καταθλιπτικούς όσο και σε μη καταθλιπτικούς ανοϊκούς ασθενείς. Η αφασία θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι ένα σύνηθες σύμπτωμα της ΑΤΑ και καθιστά δύσκολη την κοινοποίηση των συμπτωμάτων. Ο επιπολασμός της απάθειας σε ασθενείς με ΑΤΑ είναι περίπου 27% και περίπου 40% των ασθενών με απάθεια εμφανίζουν κατάθλιψη. Στο 56% των ασθενών με ΑΤΑ συνυπάρχει κατάθλιψη και απάθεια. Η απάθεια είναι ένα διαφορετικό νευρο-ψυχιατρικό σύμπτωμα από την κατάθλιψη στην άνοια. Τις περισσότερες φορές η διάγνωση της κατάθλιψης τίθεται σε ποσοστό 14% από την ψυχιατρική εκτίμηση των ασθενών, ενώ, 50% από την ψυχιατρική εκτίμηση και τις πληροφορίες που παρέχουν οι φροντιστές. (Τσολάκη- Καζης, 2005: 169-170)

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Στην διαφοροδιάγνωση της κατάθλιψης, θα πρέπει να αποκλειστούν ιατρογενείς παράγοντες, όπως η χρήση στεροειδών αντιφλεγμονωδων φαρμάκων, βήτα αναστολέων, ή ακόμα και παθολογικές καταστάσεις, όπως ο υποθυρεοειδισμός, οι διαταραχές ηλεκτρολυτών, λοιμώξεις και παρουσία νεοπλασματικών παθήσεων.

Κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια

1. Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο DSM-IV, πληρότητα των κριτηρίων για τη διάγνωση της ΑΤΑ.
2. Παρουσία τριών ή περισσότερων συμπτωμάτων: καταθλιπτική διάθεση, μειωμένη άντληση ευχαρίστησης ως απάντηση σε κοινωνικές συναντήσεις και στις καθημερινές δραστηριότητες, κοινωνική απόσυρση, διαταραχές της όρεξης, αλλαγές στην ψυχοκινητικότητα, ευερεθιστότητα, κόπωση, μη ρεαλιστικές ενοχές, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονίες ιδεασμός και σχεδιασμός.
3. Τα κριτήρια που προστέθηκαν είναι η παρουσία ευερεθιστότητας, κοινωνική απόσυρση, αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και κοινωνική επαφή.
4. Τα κριτήρια δεν προϋποθέτουν την παρουσία της κατάθλιψης κάθε ημέρα, όπως αυτό ισχύει για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, αλλά την παρουσία της στη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων. (Τσολάκη- Καζης, 2005: 170)

Μορφές κατάθλιψης

1. **Συναισθηματική Αντίδραση:** Η άνοια αποτελεί ιδιαίτερα σοβαρή διάγνωση και η επίγνωση της έκπτωσης της μνήμης στα αρχικά στάδια της νόσου μπορεί να πυροδοτήσει αρνητική συναισθηματική αντίδραση.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- 2. Κατάθλιψη στην άνοια σε ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης:** Ένα ποσοστό ασθενών με άνοια υποφέρει από υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, με όψιμη έναρξη κυρίως. Οι ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης, δέκα χρόνια πριν από την εμφάνιση της άνοιας παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης άνοιας.
- 3. Αγγειακή Κατάθλιψη:** Πρόκειται για καταθλιπτική συνδρομή η οποία εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένους, ως αποτέλεσμα υποφλοιωδών βλαβών αγγειακής αιτιολογίας, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν κυρίως διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών. (Τσολάκη-Καζής, 2005: 170-172)

Θεραπεία

Αν και υπάρχουν λίγες μελέτες αναφορικά με τη θεραπεία της κατάθλιψης στην άνοια, οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης είναι από τα φάρμακα επιλογής για ασθενείς με καταθλιπτική άνοια. Η σιταλοπράμη και η σετραλίνη φαίνεται μαζί με τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης να είναι αποτελεσματικά φάρμακα. Ουσιαστικά δεν υπάρχουν νεότερα δεδομένα για τη θεραπεία της κατάθλιψης στην άνοια με σωματίδια Lewy και την αγγειακή άνοια.

Στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς περιλαμβάνονται δραστηριότητες που προκαλούν ευχαρίστηση αλλά και βοήθεια για την επίλυση του προβλήματος σε περιθάλποντες, με ιδιαίτερα καλά αποτελέσματα. Οι ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν αντικαταθλιπτική αγωγή θα πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά για την αποφυγή ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως η συστηματική απώλεια βάρους, η εμφάνιση συγχυτικών επεισοδίων, βραδυκαρδία, υπονατριαιμία, μείωση όρεξης, δυσκοιλιότητα. (Τσολάκη-Καζής, 2005:174-175)

ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η διατροφή φαίνεται να είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να παίξουν σημαντικό προστατευτικό ρόλο στην ΑΤΑ. Πολλές μελέτες υποστηρίζουν, ότι το οξειδωτικό stress και η συσσώρευση ελεύθερων ριζών εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της νόσου, μέσω της υπεροξειδωσης λιποειδών της μεμβράνης, που μπορεί να επιταχύνει την εκφύλιση των νευρώνων.

Η τροποποίηση της διατροφής μαζί με τη διερεύνηση γενετικών παραγόντων, της συμβόλης των στατινών και αντιφλεγμονωδών φαρμάκων είναι ίσως δυνατόν να βοηθήσουν στην πρόληψη της νόσου.

Κανένα οργανικό σύστημα του σώματος δεν εξαρτάται τόσο άμεσα από τη συνεχή παροχή θρεπτικών ουσιών όσο το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Με τη σειρά του, το σύστημα αυτό επηρεάζει έντονα τη διαιτητική πρόσληψη σε καταστάσεις υγείας ή νόσου.

Ένα μοντέλο μελέτης της γήρανσης σε πειραματόζωα, που βασίζεται σε ενεργειακό περιορισμό, έχει δείξει ότι ο περιορισμός θερμίδων συνοδεύεται με αύξηση της προσδοκώμενης ζωής. Ακόμη περισσότερο, φάνηκε ότι ο ενεργειακός περιορισμός συνοδεύεται από μείωση όλων των εκφυλιστικών ιστολογικών ευρημάτων που συνδέονται με τη διαδικασία της γήρανσης και ιδιαίτερα από επιβράδυνση των εκφυλιστικών εγκεφαλικών νοσημάτων. Αν και δεν έχει διευκρινισθεί προοπτικά, είναι πολύ πιθανό τα παραπάνω ευρήματα να ισχύουν και για τον άνθρωπο. (Τσολάκη-Καζής, 2005:105-106)

ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι ο έλεγχος των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (Σακχαρώδης Διαβήτης, υπερχοληστεριναιμία, υπέρταση, παχυσαρκία) μπορεί να μειώσει και τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας στους ηλικιωμένους. Το κάπνισμα είναι ένας δυνητικά τροποποιήσιμος παράγοντας, ο οποίος έχει επίσης συνδεθεί με τη γνωστική έκπτωση και την άνοια. Η αγγειοεγκεφαλική νόσος είναι επίσης ένας από τους πιθανούς μηχανισμούς με τους οποίους το κάπνισμα μπορεί να οδηγήσει στην άνοια, αλλά αν το κάπνισμα συμμετέχει και σε άλλες νευροεκφυλιστικές διεργασίες του

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

εγκεφάλου δεν έχει πλήρως διερευνηθεί. (Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου συνεδρίου Νόσου Alzheimer, 2000:99)

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πολυάριθμες τοξικές ουσίες οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα και ακεραιότητα των νευρώνων (πχ. το μονοξειδίο του άνθρακα και κάποια είδη αντιδρώντος οξυγόνου) και αυτό μπορεί να επηρεάσει μακροπρόθεσμα την επιβίωση των νευρώνων. Το κάπνισμα έχει σαν άμεσο αποτέλεσμα αύξηση στη ροή του αίματος και στο μεταβολισμό στην παρεγκεφαλίδα, στους μετωπιαίους και στους βρεγματικο-ινιακούς λοβούς των ενήλικων ατόμων. Το χρόνιο κάπνισμα έχει συνδεθεί με τη μειωμένη σφαιρική εγκεφαλική ροή αίματος και κατά τη διάρκεια των επεισοδίων οξείας κατανάλωσης, με μειωμένο μεταβολισμό γλυκόζης στην παρεγκεφαλίδα, το θάλαμο, και τον κροταφικό φλοιό άμφω. Οι ηλικιωμένοι με Ήπια Νοητική Διαταραχή ή Άνοια, παρουσιάζουν εκφύλιση σε πολλές από αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου, όπως έδειξαν μελέτες με FDG PET σε μεγάλους αριθμούς ασθενών με νόσο Alzheimer.

Πρόσφατη ωστόσο επιδημιολογική μελέτη έδειξε αυξημένο κίνδυνο για τη νόσο του Alzheimer σε καπνιστές χωρίς οικογενειακό ιστορικό και όχι σε καπνιστές με οικογενειακό ιστορικό, με τα δεδομένα αυτά να είναι συμβατικά με μελέτες που υποστηρίζουν, ότι συνδυασμός ιστορικού καπνίσματος και παρουσία του αλληλόμορφου γονιδίου ε4 της APOE προφυλάσσει από την ΝΑ και συνιστούν τη χορήγηση νικοτίνης ή νικοτινικών παραγόντων σε ασθενείς με τον ανώτερο συνδυασμό, διότι υπάρχει ελπίδα μεγάλης αποτελεσματικότητας. (Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου συνεδρίου Νόσου Alzheimer, 2000: 99)

ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Σύμφωνα με μελέτες, τα πολλά χρόνια μόρφωσης, το ψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και η συνεχής μάθηση, δεν βοηθούν μόνο στην κοινωνική και οικονομική ανέλιξη του ατόμου, αλλά συμβάλλουν και στη διατήρηση της μνήμης σε προχωρημένη ηλικία. Η πνευματική διαύγεια και οι δυνατότητες της μνήμης εξασθενούν με την αύξηση της ηλικίας. Όμως πολλά ερευνητικά δεδομένα τεκμηριώνουν, ότι η συνεχής άσκηση του μυαλού, προστατεύει από τη φθοροποιό επίδραση του χρόνου. (<http://www.novartis.gr>)

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Θα μπορούσαμε εύκολα να παραλληλίσουμε τη σωματική άσκηση με την πνευματική άσκηση. Όπως η σωματική άσκηση δια βίου προστατεύει τους μύες, το κυκλοφορικό σύστημα και την καρδιά, έτσι και η συνεχής πνευματική άσκηση προστατεύει τις νοητικές δεξιότητες, τις γνωστικές δυνατότητες και τη μνήμη.

Παρά το γεγονός ότι τα πιο πάνω συμπεράσματα προέκυψαν από σειρά ερευνών, εντούτοις ο μηχανισμός με τον οποίο επιτυγχάνεται δεν έχει ακόμη ανακαλυφθεί. Θα μπορούσε να επιτρέπει θεραπευτικές παρεμβάσεις για αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων, όπως είναι η νόσος του Alzheimer, η γεροντική άνοια και διάφορες μορφές πνευματικής καθυστέρησης. (<http://www.novartis.gr>)

Επίσης, θεωρητικά τουλάχιστον, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο βοηθά στη λήψη μέτρων για βελτίωση ή ενίσχυση της μνήμης, πέραν εκείνου που σήμερα θεωρούμε κανονικό, σε επαγγελματίες ή άλλες καταστάσεις, όπου αυτό θα κρινόταν απαραίτητο. Με αυτό το σκεπτικό, ερευνητές από το πανεπιστήμιο του Τορόντο, προσπάθησαν να βρουν τι συμβαίνει με τη μνήμη στον εγκέφαλο νέων και ηλικιωμένων, ανάλογα με τα χρόνια εκπαίδευσης τους. Τα αποτελέσματα ήταν θεαματικά. Τα άτομα τα οποία είχαν ανεπτυγμένο μορφωτικό επίπεδο προσβάλλονταν σε χαμηλότερα ποσοστά από τη ΝΑ, ενώ άλλα άτομα τα οποία δεν είχαν και τόσο ανεπτυγμένη μόρφωση, η ΝΑ τους χτύπαγε πιο εύκολα «την πόρτα». (<http://www.novartis.gr>)

Για να μπορέσουν όμως οι επιστήμονες να δουν τι συμβαίνει στον εγκέφαλο εθελοντών, χρησιμοποίησαν τη λειτουργική μαγνητική τομογραφία. Η εξέταση αυτή δεν επιτρέπει μόνο την απεικόνιση των δομών του εγκεφάλου όπως η κλασσική μαγνητική τομογραφία. Δείχνει ταυτόχρονα ποιες δομές του εγκεφάλου δραστηριοποιούνται σε διαφορετικές καταστάσεις. Για να εξετάσουν λοιπόν τη σχέση ετών μόρφωσης και μνήμης, υπέβαλαν 14 νέους ηλικίας από 18 έως 30 ετών και 19 ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, σε ειδικά τεστ μνήμης. Όταν οι εθελοντές, νέοι και ηλικιωμένοι, έκαναν τα τεστ μνήμης, η δραστηριότητα του εγκεφάλου τους, καταγραφόταν από λειτουργική μαγνητική τομογραφία. Στη συνέχεια, οι Καναδοί επιστήμονες συσχέτισαν τις δυνατότητες μνήμης, με τα χρόνια μόρφωσης και τις δομές του εγκεφάλου που ενεργοποιούνταν κατά τα τεστ μνήμης. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια σημαντική διαφορά μεταξύ νέων και ηλικιωμένων. Στους νέους με ψηλό επίπεδο μόρφωσης, η ενεργοποίηση του εγκεφάλου παρατηρούσαν κυρίως στους μέσους

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

κροταφικούς λοβούς. Αντίθετα στους ηλικιωμένους, η ενεργοποίηση ήταν κυρίως στους μετωπιαίους λοβούς. (<http://www.novartis.gr>)

Το γεγονός αυτό δείχνει σύμφωνα με τους ερευνητές, ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν πολλά χρόνια μόρφωσης αναπτύσσουν νέα εναλλακτικά δίκτυα, εκτός από αυτά που βρίσκονται στους κροταφικούς λοβούς που χρησιμοποιούσαν όταν είναι νέοι. Τα νέα δίκτυα μνήμης και γνωστικών ικανοτήτων αναπτύσσονται στους μετωπιαίους λοβούς. Έτσι οι ηλικιωμένοι με πολυετή μόρφωση, δημιουργούν και χρησιμοποιούν αποθέματα εγκεφαλικών κυκλωμάτων που τους βοηθούν να διατηρούν στα βαθιά γεράματα τη μνήμη και τις πνευματικές, γνωστικές ικανότητες τους και να αποφύγουν σε μεγαλύτερα ποσοστά να προσβληθούν από άνοια. (<http://www.novartis.gr>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

*Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ
ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ, ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

4.1 ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κοινωνική εργασία ως ξεχωριστή ειδικότητα, έγινε επίσημα αποδεκτή στην Αγγλία το 1905, όταν προσελήφθησαν οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί σε αντιψυματικά ιατρεία. Τον ίδιο χρόνο, στο νοσοκομείο της Βοστώνης στις Η.Π.Α, ιδρύθηκε ξεχωριστά από την νοσηλευτική υπηρεσία, η κοινωνική υπηρεσία. Αρχικά οι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθούσαν τους ασθενείς να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις οδηγίες των ιατρών σχετικά με τη λήψη φαρμάκων. Εντοπίστηκαν οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι οι οποίοι ευθύνονται για την έλλειψη συνεργασίας και συμμόρφωσης των ασθενών μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Έτσι οι κοινωνικοί λειτουργοί ανέλαβαν την κάλυψη των οικονομικών αναγκών και την επίλυση άλλων προβλημάτων τα οποία εμπόδιζαν την ανάρρωση του ασθενούς. Κατά το τέλος του 20^{ου} αιώνα, η κοινωνική εργασία στα νοσοκομεία είναι πλέον καθιερωμένη σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες.

Στην Ελλάδα, η σύσταση κοινωνικών υπηρεσιών στα νοσοκομεία έγινε το 1956, με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Προνοίας, όπου και καθορίζεται ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας. (Σταθόπουλος, 1999: 263)

Ο ορισμός της κοινωνικής εργασίας όπως διατυπώθηκε το 2004 έχει ως εξής:

Το **επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας**, προάγει την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων για τη διασφάλιση της ευημερίας τους. Χρησιμοποιώντας θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των κοινωνικών συστημάτων, η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στο επίπεδο αλληλεπίδρασης των ανθρώπων με το περιβάλλον τους. Οι αρχές των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι θεμελιώσεις στην κοινωνική εργασία. (Horner N. 2006)

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Με βάση τον παραπάνω ορισμό διατυπώθηκαν οι επιμέρους σκοποί της κοινωνικής εργασίας σε διεθνές επίπεδο, ως ακολούθως:

1. Διευκόλυνση για ενσωμάτωση στην κοινωνία των περιθωριοποιημένων, κοινωνικά αποκλεισμένων, ευάλωτων και υψηλού κινδύνου πληθυσμιακών ομάδων.
2. Πρόκληση στην άρση των εμποδίων, των ανισοτήτων και των αδικιών που υπάρχουν στην κοινωνία.
3. Κινητοποίηση ατόμων, οικογενειών, ομάδων, οργανισμών και κινητοποίηση για επίλυση προβλημάτων και διασφάλιση της ευημερίας τους. (Παττακού, Κοινωνική Εργασία και Άνοια)

Η κοινωνική εργασία σαν εφαρμοσμένη επιστήμη αναπτύσσει τις επαγγελματικές της δραστηριότητες, σύμφωνα και με τα παραπάνω, σε ένα ευρύ φάσμα χώρων, πρωτογενών και δευτερογενών οργανισμών. Τα ψυχιατρικά και ψυχογηριατρικά πλαίσια όπως και πλαίσια για τους ηλικιωμένους είναι οργανισμοί εφαρμογής της κοινωνικής εργασίας. (Παττακού, Κοινωνική Εργασία και Άνοια)

Σε αυτούς τους χώρους ο επαγγελματικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι διαγνωστικός, προληπτικός όπως επίσης διορθωτικός, θεραπευτικός και οργανωτικός. Οι βασικές μέθοδοι κοινωνικής εργασίας είναι κοινωνική εργασία με άτομα, με ομάδες και με κοινότητα. Οι επαγγελματικές τους ενασχολήσεις αφορούν το άτομο, την ομάδα ατόμων με ίδια ή παρόμοια θέματα στην οικογένεια και την κοινότητα. Είναι φανερό, ότι το επίκεντρο της κοινωνικής εργασίας είναι το άτομο μέσα στο πλέγμα των διαφόρων συστημάτων και υποσυστημάτων που αυτό ζει αναπόσπαστα από το περιβάλλον του και που είναι καθοριστικό για την κοινωνική, ψυχολογική και σωματική του υγεία. (Παττακού, Κοινωνική Εργασία και Άνοια)

Ο κοινωνικός λειτουργός σαν μέλος της θεραπευτικής ομάδας, πρέπει να στοχεύει όχι μόνο στην θεραπεία της ψυχο - διανοητικής αρρώστιας αλλά και ίσως ακόμα περισσότερο να μεριμνά στο να βελτιωθεί η θέση του αρρώστου στο περιβάλλον του, βοηθώντας ακόμα και για υλικές συνθήκες διαβίωσης. Οι ασθενείς έχουν την ανάγκη να διατηρούν, να συνεχίζουν τις οικογενειακές τους σχέσεις, ή να τις βελτιώνουν. (Μουζακίτης X, 1998)

4.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ

Δεδομένου ότι η άνοια επιδρά σε όλες τις διαστάσεις της ζωής, οι κοινωνικοί λειτουργοί, μέσα από το επίπεδο της διαδικασίας για βοήθεια, έχουν ένα σημαντικό ρόλο στη φροντίδα. Καθώς η ασθένεια επιδρά ολοκληρωτικά στις οικογένειες και κατ' επέκταση στην κοινότητα, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν κατευθείαν να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια και επίσης να εξασφαλίσουν ότι τα συστήματα με τα οποία αλληλεπιδρούν είναι υποστηρικτικά και ανταποκρινόμενα στις ανάγκες τους. (Παττακού, Κοινωνική Εργασία και Άνοια)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί μέσω της εκτίμησης και της συμβουλευτικής μεθόδου που εφαρμόζουν μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα που πάσχουν να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της άνοιας δια μέσου της καταστροφικής της πορείας. Στο μικρο-επίπεδο, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορεί να είναι ικανοί να εξερευνήσουν τα συναισθήματα των ασθενών, τους φόβους και τα θέματα που συνδέονται με τη διάγνωση. Η ικανότητα τους να καταλαβαίνουν τους ανθρώπους και να αναπτύσσουν σχέσεις εμπιστοσύνης, μπορεί να είναι ουσιαστική προκειμένου οι άνθρωποι να συνεχίσουν να μάχονται ενάντια στις προκλήσεις που η άνοια συνεπάγεται.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στη διάγνωση είναι ρόλος «κλειδί» που έχει καθοριστική σημασία για την επίτευξη των αντικειμενικών θεραπευτικών στόχων. Χρησιμοποιεί γνώσεις από ένα ευρύ φάσμα, για να κάνει μια διαγνωστική αξιολόγηση, που θα είναι βοηθητική στη συλλογική διάγνωση που θα θέσει η θεραπευτική ομάδα, πάνω στην οποία θα πρέπει να βασίζεται η θεραπευτική παρέμβαση. (Παττακού, Κοινωνική Εργασία και Άνοια)

Κοινωνική Εργασία και Ασθενής

Όπως προαναφέραμε, ο Κοινωνικός Λειτουργός ασκεί την Κοινωνική Εργασία σε υποστηρικτικό- συμβουλευτικό- θεραπευτικό επίπεδο. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας, στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ρεαλιστική αντιμετώπισή της καθώς και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο Κοινωνικός Λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Ο Κοινωνικός Λειτουργός, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης. Συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς. Αναλυτικά βοηθάει τον ασθενή σε θέματα σχετικά:

1. **Με την προσαρμογή του στο Νοσοκομείο:** Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα .
2. **Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του:** Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση.
3. **Βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής:** Θεωρείται άκρως απαραίτητη η προετοιμασία και η υποστήριξη του ασθενούς πριν και μετά από μία ιδιαίτερα σοβαρή χειρουργική επέμβαση.
4. **Μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του:** α) Δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του. β) Δικαίωμα ενημέρωσης (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση- θεραπεία- προοπτική). γ) Απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ασθενούς (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου). δ) Το συμφέρον του ασθενούς και την άρνησή του να γίνει αντικείμενο πειραμάτων. ε) Το σεβασμό της ιδιωτικής του ζωής και της αξιοπρέπειάς του, καθώς και την ίση μεταχείριση (ανεξάρτητα από οικονομική και κοινωνική θέση, θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις). Οι ασθενείς δικαιούνται κάθε προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον.

5. **Φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του:** Ενημερώνει και παροτρύνει τον ασθενή στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών της κοινότητας, για την κάλυψη μιας σειράς αναγκών του. Η συναισθηματική στήριξη του αρρώστου είναι πολυδιάστατη και πρέπει να ξεκινά πρώτα απ'όλα από μια σωστή εκτίμηση. Αξιολογούμε τα υπάρχοντα κοινωνικά προβλήματα που συνυπάρχουν με τη πάθηση του ασθενούς. Σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του ασθενούς είναι η καλή επικοινωνία η οποία εξασφαλίζεται κυρίως μέσω του διαλόγου. Ενός διαλόγου που αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και του παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη .

Σε πιο ειδική περίπτωση και σε σχέση με τη νόσο της άνοιας, η φροντίδα του ασθενή είναι μια πολύ δύσκολη διαδικασία για τον κοινωνικό λειτουργό. Εκτός από τον ασθενή, ο Κ.Λ θα πρέπει να ασχοληθεί και με την οικογένεια και να του προτείνει πρακτικές συμβουλές προκειμένου να βοηθήσει τόσο τον ασθενή, όσο και τα άτομα που τον περιτριγυρίζουν να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της νόσου. (Σημειώσεις από μάθημα « Κλινική Κοινωνική Εργασία» Κα Σαουνάκη – Σφακιανάκη)

Κοινωνική Εργασία και Οικογένεια

Ο κοινωνικός λειτουργός, εκτός από την παρέμβαση στον ασθενή, πραγματοποιεί παρέμβαση και στην οικογένεια. Η συγκεκριμένη παρέμβαση πραγματοποιείται σε τρεις φάσεις, οι οποίες συνάδουν με την πορεία της νόσου και είναι οι ακόλουθες:

Κατά την **έναρξη της νόσου**, ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει στη εκπαίδευση της οικογένειας όσον αφορά τη φύση της νόσου, τη διάρκεια και τα εξελικτικά στάδια που περνάει, καθώς και τη χρησιμότητα και αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης, συμβάλλει στην αποδοχή της νόσου από τους συγγενείς, τους οποίους βοηθά με ποικίλους τρόπους να ξεπεράσουν τα συναισθήματα που βιώνουν, όπως άρνηση, θυμό, φόβο, άγχος, θλίψη, ματαίωση, ντροπή, ενοχή, σωματική εξάντληση και ψυχική κόπωση. Τέλος, επεξεργάζεται τις συγκρούσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

στα μέλη της οικογένειας (ενδοοικογενειακές) , οι οποίες οξύνονται εξαιτίας της νόσου. .
(Σημειώσεις από μάθημα « Κλινική Κοινωνική Εργασία» Κα Σαπουνάκη – Σφακιανάκη)

Στο **μέσο στάδιο της νόσου**, ο κοινωνικός λειτουργός συμβάλλει στην επιλογή των φροντιστών του ανοϊκού ατόμου. Ο φροντιστής είναι είτε κάποιο μέλος της οικογένειας, το οποίο επιλέγεται μέσα από ένα οικογενειακό συμβούλιο, είτε κάποιος επαγγελματίας φροντιστής. Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός λειτουργός δημιουργεί ομάδες συγγενών και φίλων ατόμων που πάσχουν από άνοια. Οι ομάδες αυτές στοχεύουν στην ενίσχυση του ρόλου του φροντιστή, στην αλληλοεκτόνωση συναισθημάτων, στην υποστήριξη μέσω της γενίκευσης του προβλήματος καθώς επίσης και στη θετική ανατροφοδότηση από υγιείς δραστηριότητες που αναπτύσσει η ομάδα. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με την ατομική, ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών και συνεργάζεται με ειδικούς για την αναζήτηση τρόπων βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους.

Στην **τελική περίοδο της νόσου**, εξακολουθούν να ισχύουν για τον κοινωνικό λειτουργό οι στόχοι του προηγούμενου σταδίου, δίνοντας όμως έμφαση στην ατομική και ομαδική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών. Επίσης, προσπαθεί να εμπλέξει περισσότερα άτομα στην φροντίδα του ασθενή καθώς οι απαιτήσεις της περιποίησης του ολοένα και αυξάνονται, σε αντίθεση με την δύναμη και την αντοχή των φροντιστών η οποία όλο και μειώνεται. (Σημειώσεις από μάθημα « Κλινική Κοινωνική Εργασία» Κα Σαπουνάκη – Σφακιανάκη)

Κοινωνική Εργασία και Κοινότητα

Το τρίτο επίπεδο παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού αφορά την κοινότητα. Ο οργανωτικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού συμβάλλει στην κινητοποίηση, υποστήριξη και ενεργό συμμετοχή της κοινότητας σε προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης προβλημάτων άνοιας ή προβλημάτων που προκύπτουν λόγω άνοιας. Σκοπός του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα είναι να κρατήσει όσο γίνεται περισσότερο τον ανοϊκό ασθενή στο χώρο του. Προκειμένου να πετύχει λοιπόν

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

το σκοπό του, πραγματοποιεί ποικίλες δράσεις . Τέτοιες δράσεις είναι η έρευνα στην κοινότητα για εύρεση ατόμων με άνοια, η επίσκεψη των ανοϊκών ατόμων στα πλαίσια του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» καθώς και η ενημέρωση της κοινότητας για τα προγράμματα που προσφέρει το Κ.Α.Π.Η. Συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση στις κοινότητας στοχεύοντας στην πρόληψη, στην εξάλειψη προκαταλήψεων, φοβιών, στιγματισμού, απόρριψης καθώς και στην παρότρυνση για ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Στα πλαίσια της παρέμβασης του στην κοινότητα, ο κοινωνικός λειτουργός εφαρμόζει προγράμματα εθελοντισμού (ειδικά σε μοναχικά άτομα), δημιουργεί συλλόγους «φίλων και συγγενών ατόμων με άνοια», εκπαιδεύει και υποστηρίζει ομάδες φροντιστών και συνεργάζεται με υπηρεσίες της κοινότητας. Τέλος, συμβάλλει στη διαμόρφωση της κοινωνικής πολιτικής σχετικά με ηλικιωμένους που έχουν άνοια, στοχεύοντας τόσο στην εισοδηματική τους ενίσχυση όσο και στον σχεδιασμό και τη δημιουργία υπηρεσιών και ιδρυμάτων που θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. . (Σημειώσεις από μάθημα « Κλινική Κοινωνική Εργασία» Κα Σαπουνάκη – Σφακιανάκη).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ – ΣΚΟΠΟΣ

Η σύγχρονη εποχή χαρακτηρίζεται από ένα μεγάλο και σταθερά αυξανόμενο προσδόκιμο επιβίωσης, το οποίο τον προηγούμενο αιώνα δεν ξεπερνούσε τα 65 χρόνια. Η πρόοδος όμως της τεχνολογίας και της ιατρικής τα τελευταία χρόνια έχει συντελέσει στην αύξηση του παγκόσμιου πληθυσμού άνω των 65 ετών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), ο πληθυσμός των ηλικιωμένων παγκοσμίως αναμένεται να αυξηθεί κατά 50-80% περίπου στα επόμενα 20-25 χρόνια. Ανάλογες αυξήσεις αναμένεται να παρατηρηθούν και στη χώρα μας. Σύμφωνα πάντα με τα δεδομένα της ΠΟΥ - αλλά και τα δικά μας, από τις λίγες επιδημιολογικές μελέτες που υπάρχουν- το προσδόκιμο επιβίωσης είναι υψηλό για τους Έλληνες, το 17% του πληθυσμού των οποίων είναι μεγαλύτερο των 65 χρόνων. (<http://www.enee.gr/klados/anoia>)

Δυστυχώς, τα καλά νέα δεν έρχονται πάντα μόνα τους. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι με την πάροδο της ηλικίας, ορισμένες εγκεφαλικές λειτουργίες και κυρίως η μνήμη, εξασθενούν. Έτσι, μεγαλώνοντας, εμφανίζει κανείς ολοένα και περισσότερα προβλήματα μνήμης και προβλήματα άλλων νοητικών λειτουργιών, τα οποία σε ορισμένα άτομα θα λάβουν τελικά τη μορφή της άνοιας. Η άνοια σήμερα κατατάσσεται ως η 3η νόσος από πλευράς κόστους περίθαλψης και τα στοιχεία προέρχονται κυρίως από ασθενείς με τη νόσο του Alzheimer (<http://www.enee.gr/klados/anoia>)

Το ερευνητικό μας θέμα, αφορά την ανίχνευση του επιπολασμού της άνοιας σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω σε ορεινό δήμο της Κρήτης. Σκοπός της μελέτης μας δηλαδή είναι να ερευνήσουμε την τάση εμφάνισης της άνοιας στα άτομα, από 65 ετών και άνω του Δήμου. Επιμέρους σκοποί, ήταν διερεύνηση και ανίχνευση της λειτουργικότητας και της συναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων καθώς και του γενικότερου τρόπου ζωής τους.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Η επιλογή του θέματος επήλθε ύστερα από πρόταση της κυρίας Παττακού Βασιλικής καθώς και από την δική μας ευαισθητοποίηση σχετικά με το θέμα της άνοιας, καθώς και οι τρεις σπουδάστριες, έχουμε πραγματοποιήσει εργαστήρια σε πλαίσια που σχετίζονται με την τρίτη ηλικία (Κ.Α.Π.Η, Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και γηροκομείο) και δεν ήταν λίγες οι φορές που ήρθαμε αντιμέτωπες με ανοϊκούς ασθενείς.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ – ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα ερευνητικά ερωτήματα- υποθέσεις που θέσαμε από την αρχή της έρευνας είναι τα ακόλουθα:

1. Η άνοια εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες από τους άντρες.
2. Το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων συνδέεται με την εμφάνιση άνοιας.
3. Η επαγγελματική απασχόληση συνδέεται με την εμφάνιση άνοιας.
4. Η δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου μειώνει / περιορίζει την πιθανότητα εμφάνισης άνοιας.
5. Η συχνότητα εμφάνισης της άνοιας αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας.

Στην πορεία της έρευνας και γνωρίζοντας καλύτερα τον πληθυσμό με τον οποίο συνεργαζόμασταν αλλά και λαμβάνοντας υπόψη μας κάποιες παραμέτρους και παράγοντες για τους οποίους δεν είχαμε πληροφορηθεί, θέσαμε και τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις εργασίας:

1. Η τάση για εμφάνιση κατάθλιψης είναι συχνότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες.
2. Η οικογενειακή κατάσταση συνδέεται με την εμφάνιση τάσης κατάθλιψης.
3. Η οικονομική κατάσταση (μηνιαίο εισόδημα) συνδέεται με την εμφάνιση τάσης για κατάθλιψη.
4. Η ύπαρξη προβλημάτων υγείας συμβάλλει στην εμφάνιση τάσης για κατάθλιψη.

ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το πεδίο μελέτης της έρευνας αποτέλεσε ένας ορεινός Δήμος της Κρήτης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε το σύνολο των ατόμων, από 65 ετών και άνω, οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι και κατοικούν στο συγκεκριμένο Δήμο.

5.4 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η έρευνα ξεκίνησε με την προϋπόθεση ότι θα πραγματοποιούταν στο χώρο του ΚΑΠΗ αλλά και του Κέντρου Υγείας του Δήμου . Την πρώτη μέρα της επίσκεψής μας στο Δήμο υπήρξε μια συζήτηση μεταξύ των τριών (3) σπουδαστριών κοινωνικής εργασίας και του προσωπικού του ΚΑΠΗ , προκειμένου να βρεθεί ο τρόπος με τον οποίο θα διεξαχθεί η έρευνα , η οποία στη πραγματικότητα δεν μπορούσε να διεξαχθεί στο χώρο του ΚΑΠΗ εξαιτίας της μη ικανοποιητικής συμμετοχής των ηλικιωμένων αλλά και του γεγονότος ότι πολλά ηλικιωμένα άτομα δεν ήταν εγγεγραμμένα μέλη του ΚΑΠΗ.

Εν συνεχεία, κατόπιν επίσκεψης μας στο χώρο του Κέντρου Υγείας, διαπιστώθηκε πως ούτε κι εκεί μπορούσε να πραγματοποιηθεί η έρευνα για τον λόγο ότι δεν υπήρχαν αρκετά άτομα παρά μόνο πέντε με έξι (5-6) καθημερινώς . Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να προβούμε σε ένα νέο σχεδιασμό διεξαγωγής της έρευνας .Αυτό που έγινε τελικά ήταν το εξής: Λάβαμε μία λίστα από το Δήμο (μέσω του ΚΑΠΗ) .Η λίστα αυτή περιελάμβανε όλους τους δημότες, οι οποίοι ήταν από 65 ετών και άνω. Ο συνολικός αριθμός των ατόμων αυτών ήταν επτακόσιοι έντεκα (711). Στη συνέχεια προχωρήσαμε ως εξής: Εξαιτίας του γεγονότος ότι το μεγαλύτερο δημοτικό διαμέρισμα του Δήμου χωρίζεται σε πέντε (5) περιοχές: Άη - Γιώργης , Άη - Γιάννης , Μεσοχωριό , Περαχώρι και Μετόχι, αποφασίσαμε να πραγματοποιήσουμε και να ολοκληρώσουμε την έρευνά μας σε κάθε περιοχή χωριστά ακολουθώντας τη μέθοδο πόρτα – πόρτα (door to door).

Στις κατ' οίκον επισκέψεις μας ενημερώναμε με αναλυτικό τρόπο τα άτομα για την παρουσία μας, την ιδιότητά μας , το λόγο και το σκοπό της έρευνας.

Όταν πραγματοποιήσαμε και ολοκληρώσαμε την έρευνα και στις πέντε περιοχές του ενός δημοτικού διαμερίσματος , συνεχίσαμε και στο άλλο δημοτικό διαμέρισμα του Δήμου, όπου κι εκεί ακολουθήθηκε ο ίδιος τρόπος διεξαγωγής της έρευνας .

Απ' τα επτακόσια έντεκα (711) άτομα που ήταν εγγεγραμμένα στη λίστα που μας δόθηκε, τα εκατόν-εξήντα τέσσερα (164) άτομα απάντησαν στις ερωτήσεις σχετικά με την έρευνά μας , τα εκατόν-ογδόντα επτά (187) άτομα αρνήθηκαν να απαντήσουν. Απ'

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

αυτά τα εκατόν τέσσερα (104) άτομα αρνήθηκαν να απαντήσουν δίνοντας μας το ονοματεπώνυμο και την ηλικία τους, ενώ τα υπόλοιπα ογδόντα τρία (83) είναι ανώνυμα.

Ακόμη , εβδομήντα πέντε (75) άτομα δεν βρέθηκαν την ώρα διεξαγωγής της έρευνας, ενώ διακόσια-ογδόντα τέσσερα (284) άτομα μένουν εκτός του Δήμου σύμφωνα με τις πληροφορίες που μας δόθηκαν απ' το ΚΑΠΗ. Τέλος, ένα άτομο απεβίωσε κατά τη χρονική διάρκεια πραγματοποίησης της έρευνας.

5.5 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Προτού ξεκινήσουμε την έρευνά μας, πραγματοποιήσαμε πιλοτική έρευνα στο Πτωχοκομείο του Αγίου Ιωάννη, προκειμένου να εξοικειωθούμε με τα ερωτηματολόγια και να κατανοήσουμε τον τρόπο χρήσης τους.

Στις 23/6/08, πραγματοποιήσαμε την πρώτη μας επίσκεψη στο Πτωχοκομείο του Αγίου Ιωάννη, προκειμένου να γνωριστούμε με την Κοινωνική Λειτουργό την κ. Ανδρεάτου Κατερίνα και το διευθυντή. Επίσης εκείνη την ημέρα στο Πτωχοκομείο ήρθε η κοινωνική λειτουργός, Τσιρούλη Σουλτάνα, η οποία είχε πραγματοποιήσει παρόμοια έρευνα στη Βόρεια Ελλάδα και προθυμοποιήθηκε να μας βοηθήσει, ώστε να κατανοήσουμε τον τρόπο χρήσης των ερωτηματολογίων. Στις 25/6/08, επισκεφτήκαμε το Πτωχοκομείο για δεύτερη φορά, προκειμένου να πραγματοποιήσουμε ορισμένες συνεντεύξεις, ώστε να διαπιστώσουμε κατά πόσο έχουμε κατανοήσει τη χρήση των ερωτηματολογίων. Συνολικά πραγματοποιήσαμε έξι συνεντεύξεις, από δύο η κάθε σπουδάστρια.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Για να μπορέσουμε να υλοποιήσουμε την έρευνα, ήταν απαραίτητο να έχουμε στη διάθεσή μας τα κατάλληλα εργαλεία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων που περιελάμβαναν ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις.

Τα ερωτηματολόγια μας δίνουν τη δυνατότητα να εξετάζουμε λεπτομερώς το πρόβλημα, ώστε να βγουν ακριβή αποτελέσματα. Για τη διεξαγωγή της έρευνας, χρησιμοποιήσαμε πέντε ερωτηματολόγια, στα οποία καταγράφαμε την απάντηση

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

που μας έδινε ο ερωτώμενος. Αρχικά, εξηγήσαμε στους ηλικιωμένους ότι η έρευνα γίνεται στα πλαίσια της εκπαιδευτικής μας διαδικασίας καθώς και ότι τα ερωτηματολόγια είναι εμπιστευτικά. Έπειτα τους εξηγήσαμε τι ερωτήσεις περιλαμβάνουν και προσπαθήσαμε να τις διατυπώνουμε χρησιμοποιώντας απλό, λιτό και κατανοητό λεξιλόγιο. Ο χρόνος διάρκειας της κάθε συνέντευξης, κυμαινόταν γύρω στα 15-20 λεπτά. Σε περιπτώσεις που ο ηλικιωμένος αντιμετώπιζε πρόβλημα βαρηκοΐας, η συνέντευξη διαρκούσε περίπου μισή ώρα.

Την τεχνική συλλογής στοιχείων στην έρευνά μας αποτέλεσαν τα ερωτηματολόγια που περιελάμβαναν τα δημογραφικά στοιχεία του ηλικιωμένου, το Mini-Mental State Examination, το Hindi Mental State Examination, το Instrumental Activity of Daily Living και το Geriatric Depression Scale. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με απευθείας συνομιλία μεταξύ εμάς και των ηλικιωμένων.

Το **Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων** των ηλικιωμένων, περιελάμβανε αρχικά ερωτήσεις όσον αφορά τα προσωπικά στοιχεία του ηλικιωμένου. Συγκεκριμένα το φύλο, την ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, το επάγγελμα που ασκούσαν, τα χρόνια συνταξιοδότησης, την τωρινή τους απασχόληση, την οικογενειακή τους κατάσταση, αν έχουν παιδιά και αν ναι που μένουν, τον τόπο καταγωγής των ηλικιωμένων, πόσα χρόνια μένουν στο χωριό, την ασφάλισή τους, το μηνιαίο εισόδημα και το χώρο διαμονής.

Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου, περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το αν έχουν προβλήματα υγείας και ποια είναι αυτά, καθώς κι αν παίρνουν λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Όσον αφορά τη λήψη βοήθειας, περιελάμβανε ερωτήσεις, όπως αν μένουν με κάποιον στο σπίτι, αν τους φροντίζει κάποιος και αν ναι πόσο συχνά και τέλος αν λαμβάνουν βοήθεια από υπηρεσίες που απευθύνονται σε ηλικιωμένους. Όσον αφορά τις καθημερινές συνήθειες-ενεργοποίηση, περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το πως περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους, αν συμμετέχουν σε κάποια συλλογική δραστηριότητα και αν ναι για ποιο λόγο το κάνουν αυτό. Επίσης αν ασχολούνται με το διάβασμα, τη γυμναστική, αν καπνίζουν καθώς και αν καταναλώνουν αλκοόλ.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Τέλος σχετικά με την πληροφόρηση για την άνοια, περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το αν γνωρίζουν για την νόσο Alzheimer, αν ναι από πού ενημερώθηκαν, αν έχουν κάποιο συγγενή με άνοια και ποιος ο βαθμός συγγένειας καθώς και τις απόψεις τους για τη νόσο Alzheimer.

Το **Mini-Mental State Examination**, είναι ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται από τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας και μας βοηθά να δούμε αν υπάρχει ή όχι η τάση γνωστικής διαταραχής και ποιου είδους. Χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένους με μορφωτικό επίπεδο μεγαλύτερο της Τετάρτης δημοτικού. Περιλαμβάνει τριάντα ερωτήσεις και χωρίζεται σε έξι υποκλίμακες: προσανατολισμός, εγχάραξη, προσοχή και ικανότητα υπολογισμών, ανάκληση, γλώσσα, πραξία.

Το ανώτερο σκορ της κλίμακας, είναι τριάντα. Όσον αφορά τη βαθμολογία το τεστ χωρίζεται ως εξής, το σκορ από 30-25, δείχνει φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, από 24-20 δείχνει ελαφρά γνωστική διαταραχή, από 19-11 δείχνει μέτρια γνωστική διαταραχή και τέλος από 10-0 δείχνει σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Το **Hindi-Mental State Examination**, μελετά όπως και το Mini-Mental, την ύπαρξη ή όχι γνωστικής διαταραχής. Το Hindi-Mental χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένους που έχουν πάει μέχρι την Τετάρτη δημοτικού. Οι ερωτήσεις είναι παρόμοιες με αυτές του Mini-Mental, αλλά σε απλούστερη μορφή.

Το **Instrumental Activity of Daily Living**, μας βοηθά να δούμε κατά πόσο ο ηλικιωμένος διατηρεί τις εκτελεστικές του ικανότητες στην καθημερινή του ζωή. Το Instrumental, περιλαμβάνει οχτώ ερωτήσεις. Συγκεκριμένα η πρώτη ερώτηση αφορά την ικανότητα του ηλικιωμένου να χρησιμοποιεί το τηλέφωνο και βαθμολογείται από 0-4. Η δεύτερη ερώτηση αφορά την ικανότητα του ηλικιωμένου να πηγαίνει για ψώνια και βαθμολογείται από 0-4. Η τρίτη ερώτηση αφορά την ικανότητα του ηλικιωμένου να προετοιμάζει γεύματα και βαθμολογείται από 0-4. Η τέταρτη ερώτηση αφορά την ικανότητα του ηλικιωμένου να ασχολείται με το νοικοκυριό και βαθμολογείται από 0-5. Η πέμπτη ερώτηση, αφορά την ενασχόληση του ηλικιωμένου με το πλύσιμο των ρούχων του και βαθμολογείται

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

από 0-3. Η έκτη ερώτηση αφορά τον τρόπο μεταφοράς των ηλικιωμένων, αν δηλαδή μετακινούνται με τα μεταφορικά μέσα και βαθμολογείται από 0-5. Η έβδομη ερώτηση αφορά την υπευθυνότητα του ηλικιωμένου, όσον αφορά τα φάρμακά του, αν δηλαδή είναι σε θέση να τα παίρνει μόνος του, ή αν χρειάζεται βοήθεια και βαθμολογείται από 0-3. Τέλος, η όγδοη ερώτηση, αφορά την ικανότητα του ηλικιωμένου να διαχειρίζεται χρήματα και βαθμολογείται από 0-3.

Το **Geriatric Depression Scale** είναι ένα εργαλείο, που μας βοηθά να δούμε τα συναισθήματα και τη διάθεση των ηλικιωμένων, καθώς και να διαπιστώσουμε αν υπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης. Οι καταθλιπτικές απαντήσεις βαθμολογούνται με 1 και οι μη καταθλιπτικές βαθμολογούνται με 0 (για την βαθμολόγηση βλ. φύλλο κωδικοποίησης). Η βαθμολογική κλίμακα χωρίζεται σε δυο ομάδες. Η πρώτη ομάδα είναι από 0-6 και μας δείχνει απουσία τάσης για κατάθλιψη και η δεύτερη ομάδα είναι από 7-15 και μας δείχνει την τάση για κατάθλιψη. Το ανώτερο σκορ της κλίμακας είναι το 15. Πρέπει να αναφέρουμε ότι είναι πολύ σημαντικό, οι ερωτήσεις να γίνονται πολύ προσεκτικά και με σαφήνεια και να είμαστε σίγουροι ότι ο ηλικιωμένος έχει κατανοήσει όσο το δυνατόν περισσότερο το νόημα της ερώτησης.

5.7 ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο του 2008 και συγκεκριμένα στο χρονικό διάστημα τριών εβδομάδων, από την 1^η έως και την 17^η ημέρα του Ιουλίου.

5.8 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κατά τη χρονική διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε ήταν αρκετές. Αρχικά, η πρώτη δυσκολία που συναντήσαμε αφορούσε την απόσταση που διανύαμε καθημερινώς προκειμένου να μεταβούμε αλλά και να αποχωρήσουμε από το χώρο που πραγματοποιούνταν η έρευνα. Η διάρκεια της διαδρομής ήταν μία ώρα και η διαδρομή ήταν πολύ κουραστική με αποτέλεσμα να μας επηρεάζει όσον αφορά την διάθεση αλλά και την απόδοσή μας κατά τις πρώτες ώρες παραμονής μας στο χωριό.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Μια ακόμη δυσκολία ήταν η μη τακτική συγκοινωνία. Αυτό μας δυνόλεψε ιδιαίτερα καθότι καθυστερούσαμε πολύ να πάμε εξαιτίας του δρομολογίου αλλά κι έπρεπε να φεύγουμε από εκεί νωρίς με αποτέλεσμα να μην έχουμε ένα ικανοποιητικό αριθμό ερωτηματολογίων καθημερινώς. Η μη τακτική συγκοινωνία μας εμπόδισε επίσης στο να «εκμεταλλευτούμε» το γεγονός ότι τις πολύ πρωινές ώρες θα μπορούσαμε να προσεγγίσουμε ένα αρκετά μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων στο χώρο του Κέντρου Υγείας, όπως μας πληροφορήσε η κοινωνική λειτουργός του Κέντρου.

Επιπρόσθετα μια σημαντική δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν η οικονομική επιβάρυνση που χρειάστηκε να υποστούμε για τη μεταφορά μας στον τόπο διεξαγωγής της έρευνας αλλά και η οικονομική μας επιβάρυνση σχετικά με την φωτοτύπηση των απαντητικών των ερωτηματολογίων.

Μία επιπρόσθετη δυσκολία, η οποία ήταν ιδιαίτερα σημαντική ήταν οι καιρικές συνθήκες που επικρατούσαν κατά την χρονική διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Οι υψηλές θερμοκρασίες που επικρατούσαν (καύσωνας) έκαναν ιδιαίτερα δύσκολη την μετακίνηση μας μέσα στο χωριό καθώς όπως αναφέραμε προηγουμένως η έρευνα διεξήχθει με την μέθοδο πόρτα –πόρτα.

Επίσης, η σημαντικότερη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε και η οποία δυνόλεψε και εμπόδισε την ολοκλήρωση της έρευνας ήταν η άρνηση ή επιφυλακτικότητα των ηλικιωμένων για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Αρνητικά λειτούργησε το γεγονός ότι πριν από μικρό χρονικό διάστημα είχε πραγματοποιηθεί παρόμοια έρευνα στο ίδιο μέρος, γεγονός το οποίο έκανε επιφυλακτικούς τους ηλικιωμένους ως προς την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Τέλος, μία ακόμα δυσκολία που αντιμετωπίσαμε κατά την διεξαγωγή της έρευνας και η οποία πολλές φορές στάθηκε εμπόδιο στο έργο μας, ήταν ότι πολλοί ήταν οι ηλικιωμένοι που αρνούσαν να απαντήσουν καθώς συνέδεαν την άνοια με τη ψυχική διαταραχή (τρέλα). Η άποψη αυτή βέβαια δεν κυριαρχεί μόνο στον συγκεκριμένο τόπο, αλλά υποστηρίζεται από την πλειοψηφία των ηλικιωμένων ανά την Ελλάδα.

5.9 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η έρευνα μας αποτέλεσε μια ποσοτική μελέτη και επομένως θα ακολουθήσουμε την μέθοδο της ποσοτικής ανάλυσης. Ο λόγος που επιλέξαμε την συγκεκριμένη μέθοδο ήταν γιατί επιδιώκαμε την συλλογή των δεδομένων με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας, προκειμένου να επεξεργαστούμε το υλικό που συλλέξαμε από τις συνεντεύξεις, χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 16. Αρχικά, λόγω του περιορισμένου χρόνου που είχαμε στην διάθεση μας, μας δόθηκε από την υπεύθυνη καθηγήτρια κα Παττακού Βασιλική έτοιμη βάση δεδομένων, η οποία είχε δημιουργηθεί από προηγούμενες σπουδάστριες που εκπόνησαν το ίδιο θέμα πτυχιακής με το δικό μας αλλά σε διαφορετικό μέρος.

Αφού έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις στην βάση δεδομένων, προχωρήσαμε στην καταχώρηση των δεδομένων (ερωτηματολογίων). Μετά την ολοκλήρωση της εισαγωγής των δεδομένων στην βάση και πριν προβούμε σε οποιαδήποτε ανάλυση, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ορθότητας για να επιβεβαιωθούμε ότι η καταγραφή των δεδομένων έγινε με σωστό τρόπο.

Στην συνέχεια διαπιστώσαμε ότι οι τιμές κάποιων μεταβλητών έπρεπε να συγχωνευθούν προκειμένου να μπορέσουμε να συσχετίσουμε κάποιες μεταβλητές μεταξύ τους και να πραγματοποιήσουμε μία καλύτερη στατιστική ανάλυση. Έτσι προχωρήσαμε στην ομαδοποίηση και επανακωδικοποίηση κάποιων μεταβλητών με την χρήση της εντολής Recode Into Different Variables.

Έπειτα προχωρήσαμε στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων. Οι στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιήσαμε για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας είναι οι Συχνότητες (Frequencies), οι Πίνακες Συνάφειας για διασταυρώσεις μεταβλητών (Crosstabs) καθώς και ο έλεγχος χ^2 για την ανεξαρτησία δύο ποιοτικών μεταβλητών (Chi-square).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

*ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ*

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

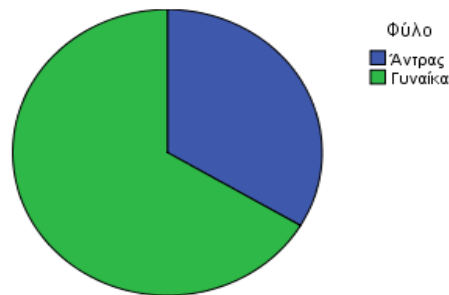
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Φύλο

	N	%
Άντρες	55	33,5%
Γυναίκες	109	66,5%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι από το σύνολο του δείγματος των 164 ατόμων, οι 109 , δηλαδή το 66,5% είναι γυναίκες ενώ οι 55, δηλαδή το 33,5% είναι άντρες.



Πίνακας 2: Ηλικιακές ομάδες

	N	%
65 – 69	17	10,4%
70 – 74	35	21,3%
75 – 79	38	23,2%
80 ⁺	74	45,1%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το δείγμα άνηκε στις ακόλουθες ηλικιακές ομάδες:

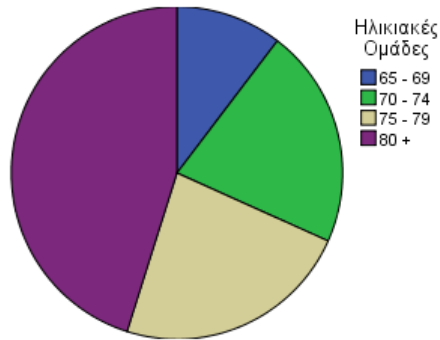
«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Από 65 – 69 ήταν 17 άτομα, δηλαδή το 10,4% του δείγματος

Από 70 – 74 ήταν 35 άτομα, δηλαδή το 21,3% του δείγματος

Από 75 – 79 ήταν 38 άτομα, δηλαδή το 23,2% του δείγματος

Από 80 και άνω ήταν 74 άτομα, δηλαδή το 45,1% του δείγματος



Πίνακας 3: Χρόνια εκπαίδευσης

	N	%
0 – 4	96	58,5%
5 – 8	66	40,2%
9 – 12	2	1,2%
Σύνολο	164	100%

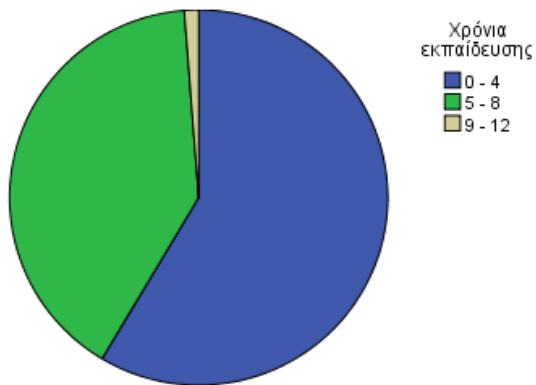
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος. Η ομαδοποίηση αυτή έγινε σύμφωνα με το MMSE, ώστε να γνωρίζουμε ποιο από τα δύο test, Mini-Mental State Examination ή Hindi-Mental State Examination είναι κατάλληλο για το μορφωτικό επίπεδο του ηλικιωμένου.

Βλέπουμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας ανήκει στην κατηγορία της χαμηλότερης εκπαίδευσης δηλαδή 96 ηλικιωμένοι έχουν λάβει εκπαίδευση από 0 έως 4 χρόνια, και αντιστοιχεί σε ποσοστό 58,5%.

Τα 66 άτομα του δείγματος έχουν λάβει εκπαίδευση από 5 έως 8 χρόνια, και αντιστοιχεί σε ποσοστό 40,2%.

Τέλος 2 άτομα έχουν λάβει εκπαίδευση από 9 έως 12 χρόνια και αντιστοιχεί σε ένα πολύ μικρό ποσοστό, 1,2%.

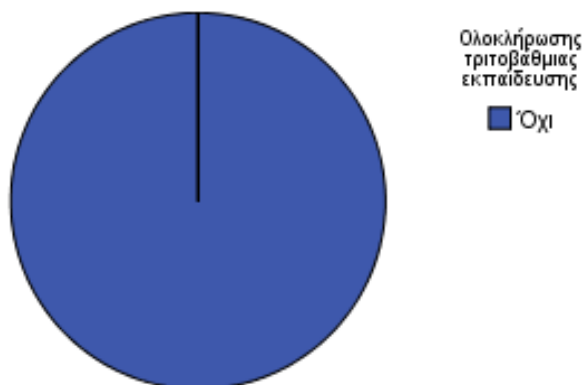
«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»



Πίνακας 4: Ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

	N	%
Ναι	0	
Όχι	164	100%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το σύνολο του δείγματος 164 άτομα, δηλαδή το 100% δεν έχει ολοκληρώσει τις σπουδές του στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.



«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 5: Επάγγελμα

	N	%
Προσωπικό Γραφείου (Δημόσιος και Ιδιωτικός τομέας)	1	0,6%
Επιχειρηματίες / Έμποροι	16	9,8%
Γεωργοί /Ψαράδες / Δασοφύλακες	72	43,9%
Τεχνίτες / Εργάτες / Προσωπικό Μεταφορών	6	3,7%
Διάφορες υπηρεσίες (τουρισμός, εστιατόρια, κομμωτήρια)	11	6,7%
Οδηγοί / Ναυτικοί	1	0,6%
Οικιακά	55	33,5%
Δεν απάντησαν	2	1,5%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται το επάγγελμα των ερωτώμενων.

1 άτομο ανήκει στην κατηγορία προσωπικό γραφείου, δηλαδή το 0,6%.

16 άτομα ανήκουν στην κατηγορία επιχειρηματίες/ έμποροι, δηλαδή το 9,8%.

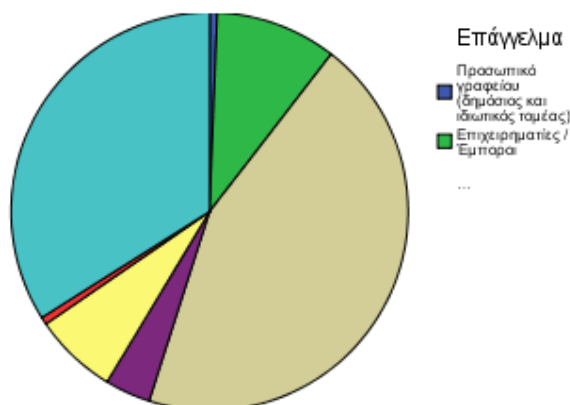
72 άτομα ανήκουν στην κατηγορία των γεωργών, δηλαδή το 43,9% , η πλειοψηφία του δείγματος.

6 άτομα ανήκουν στην κατηγορία τεχνίτες/ εργάτες/ προσωπικό μεταφορών, δηλαδή το 3,7%.

11 άτομα ανήκουν στην κατηγορία διάφορες υπηρεσίες, δηλαδή το 6,7%.

1 άτομο ανήκει στην κατηγορία οδηγού/ναυτικοί, το 0,6%.

Τέλος, 55 άτομα ανήκουν στην κατηγορία οικιακά και αντιστοιχούν στο 33,5% του δείγματος.

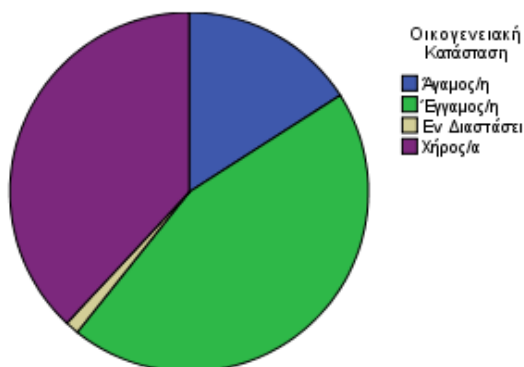


«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 6: Οικογενειακή κατάσταση

	N	%
Άγαμος / η	26	15,9%
Έγγαμος / η	73	44,5%
Εν διαστάσει	2	1,2%
Χήρος / α	62	37,8%
Δεν απάντησε	1	0,6%
<i>Σύνολο</i>	<i>164</i>	<i>100%</i>

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων. Το 15,9% είναι άγαμοι, 73 άτομα είναι έγγαμοι, δηλαδή το 44,5%, 2 άτομα βρίσκονται σε διάσταση και τέλος 62 άτομα, δηλαδή το 37,8% βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας.

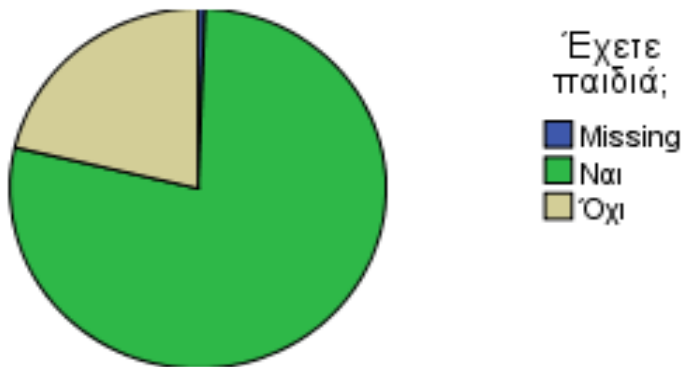


Πίνακας 7: Ύπαρξη παιδιών

	N	%
Ναι	128	78%
Όχι	35	21,3%
Δεν απάντησε	1	0,6%
<i>Σύνολο</i>	<i>164</i>	<i>100%</i>

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

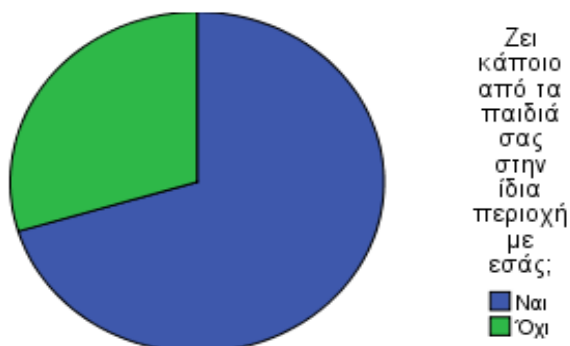
Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 78% των ηλικιωμένων έχει παιδιά, ενώ το 21,3% δεν έχει αποκτήσει παιδιά.



Πίνακας 8: Τα παιδιά ζουν στην ίδια περιοχή με εσάς;

	N	%
Ναι	90	70,3%
Όχι	38	29,7%
Σύνολο	128	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τα 128 άτομα που απάντησαν ότι έχουν παιδιά, τα 90 από αυτά, δηλαδή το 70,3% απάντησαν ότι τα παιδιά τους ζουν στην ίδια περιοχή με εκείνους.



«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 9: Ασφάλιση

	N	%
Ο.Γ.Α	130	79,3%
Ι.Κ.Α	19	11,6%
Τ.Ε.Β.Ε	11	6,7 %
Ανασφάλιστος	1	0,6%
Άλλο ταμείο	2	1,2%
Δεν απάντησε	1	0,6%
Σύνολο	164	100%

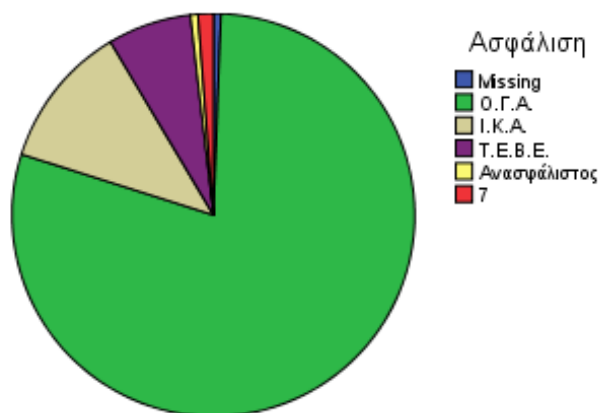
Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε την ασφάλιση των ερωτώμενων.

Η πλειοψηφία, δηλαδή το 79,3% είναι ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α.

Το 11,6%, δηλαδή 19 άτομα είναι ασφαλισμένα στο Ι.Κ.Α.

Το 6,7% , 11 άτομα είναι ασφαλισμένα στο Τ.Ε.Β.Ε.

2 άτομα είναι ασφαλισμένα σε άλλο ταμείο ενώ 1 άτομο είναι ανασφάλιστο.



Πίνακας 10: Μηνιαίο Εισόδημα

	N	%
Έως 300	51	31,1%
301 - 350	42	25,6%
351-400	13	7,9%
401-450	10	6,2%
451-500	21	12,8%
501 ⁺	24	14,6%
Δεν απάντησαν	3	1,8%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε το μηνιαίο εισόδημα των ηλικιωμένων του δείγματος, το οποίο είναι χωρισμένο σε κατηγορίες.

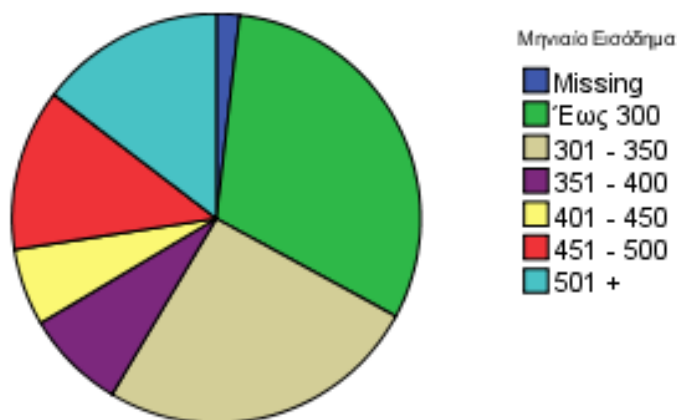
Το 31,1% έχει μηνιαίο εισόδημα έως 300 ευρώ.

Το 25,6%, δηλαδή 42 άτομα έχουν εισόδημα από 301 – 350 ευρώ.

Το 7,9%, 13 άτομα έχει εισόδημα από 351 – 400 ευρώ.

Το 6,2% έχει εισόδημα 401 – 450 ευρώ.

Το 12,8%, δηλαδή 21 άτομα έχουν μηνιαίο εισόδημα από 451 – 500 ευρώ και τέλος 24 άτομα, το 14,6% έχουν μηνιαίο εισόδημα από 501 ευρώ και πάνω.

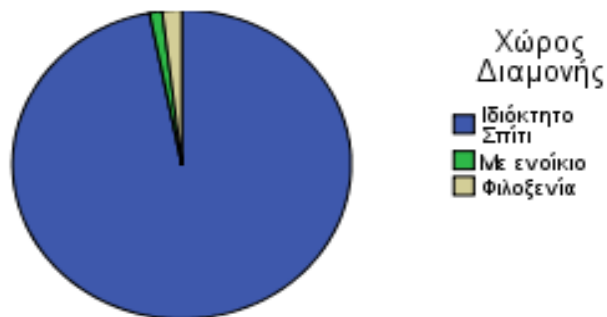


«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 11: Χώρος διαμονής

	N	%
Ιδιόκτητο	158	96,3%
Με ενοίκιο	2	1,2%
Φιλοξενία	3	1,8%
Δεν απάντησαν	1	0,6%
<i>Σύνολο</i>	<i>164</i>	<i>100%</i>

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται ο χώρος διαμονής των ερωτώμενων. Το 96,3% του δείγματος, δηλαδή 158 άτομα, μένουν σε δικό τους σπίτι. Το 1,2%, δηλαδή 2 άτομα ενοικιάζουν και τέλος 3 άτομα φιλοξενούνται από άλλους

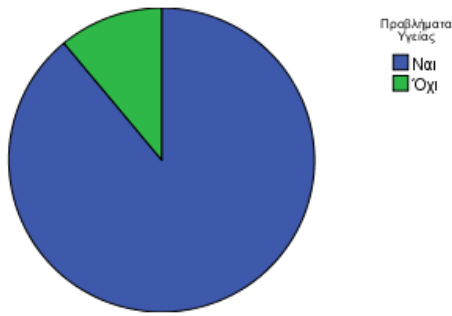


Πίνακας 12: Προβλήματα υγείας

	N	%
Ναι	145	88,4%
Όχι	18	11%
Δεν απάντησε	1	0,6%
<i>Σύνολο</i>	<i>164</i>	<i>100%</i>

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 88,4% του δείγματος αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας ενώ μόλις το 11% δήλωσε ότι δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»



Πίνακας 13: Ασθένειες

	N	%
Υπέρταση	66	40,2%
Χοληστερίνη	20	12,2%
Σάκχαρο	31	18,9%
Καρδιά	23	14%
Θυρεοειδής	5	3%
Τλιγγος	4	2,4%
Οστεοπόρωση	16	9,8%
Κυκλοφορικό	2	1,2%
Αναπνευστικό	15	9,1%
Ουρικό οξύ	1	0,6%
Στομάχι	1	4,3%
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	3	1,8%
Αιματολογικά	3	1,8%
Χειρουργείο	16	9,8%
Πάρκινσον	1	0,6%
Αρθρίτιδα	18	11%
Καρκίνος	1	0,6%
Προβλήματα Μυοσκελετικού	23	14%
Κινητικά Προβλήματα	28	17,1%
Προβλήματα Ακοής/ Τύφλωσης	4	2,4%
Ψυχιατρικά Προβλήματα	2	1,2%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ερωτώμενοι.

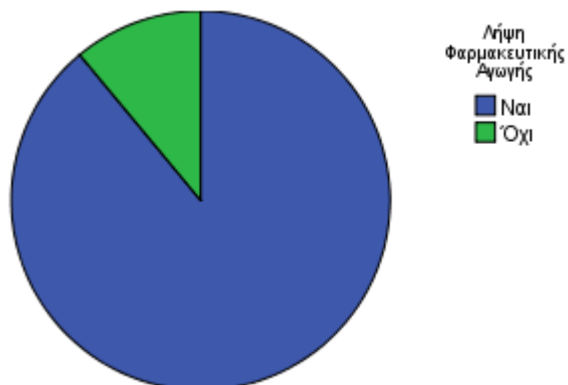
«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Το 40,2% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα υπέρτασης.
Το 12,2% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα χοληστερίνης.
Το 18,9% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα σακχάρου.
Το 14% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα καρδιάς.
Το 3% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα θυρεοειδή.
Το 2,4% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα ιλίγγου.
Το 9,8% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα οστεοπόρωσης.
Το 1,2% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα κυκλοφορικού.
Το 9,1% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα αναπνευστικού.
Το 0,6% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα ουρικού οξέος.
Το 4,3% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα με το στομάχι.
Το 1,8% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου.
Το 1,8% του δείγματος αντιμετωπίζει αιματολογικά προβλήματα.
Το 9,8% του δείγματος έχει κάνει κάποιο χειρουργείο.
Το 0,6% του δείγματος πάσχει από Πάρκινσον.
Το 11% του δείγματος αντιμετωπίζει πρόβλημα αρθρίτιδας.
Το 0,6% του δείγματος πάσχει από καρκίνο.
Το 14% του δείγματος αντιμετωπίζει μυοσκελετικά προβλήματα.
Το 17,1% του δείγματος αντιμετωπίζει κινητικά προβλήματα.
Το 2,4% του δείγματος αντιμετωπίζει προβλήματα ακοής/ τύφλωσης
Το 1,2% του δείγματος αντιμετωπίζει ψυχιατρικά προβλήματα

Πίνακας 14: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής

	N	%
Ναι	145	88,4%
Όχι	18	11%
Δεν απάντησε	1	0,6%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 88,4%, δηλαδή 145 άτομα λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ενώ το 11% δήλωσε ότι δεν λαμβάνει.

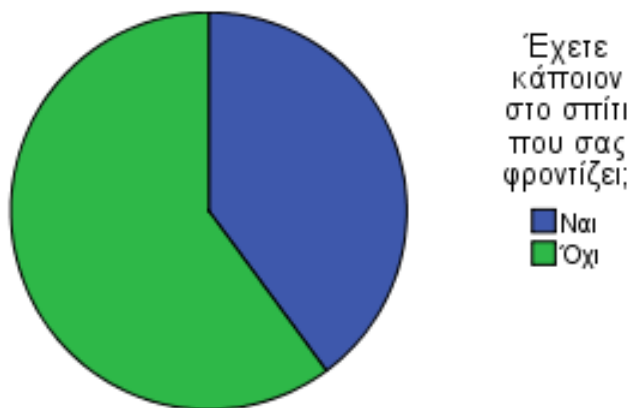


«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 15: Ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι

	N	%
Ναι	65	39,6%
Όχι	98	59,8%
Δεν απάντησε	1	0,6%
<i>Σύνολο</i>	<i>164</i>	<i>100%</i>

Στο παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται η ύπαρξη φροντιστή στο σπίτι των ερωτώμενων. Το 39,6%, δηλαδή 65 άτομα έχουν φροντιστή, ενώ το 59,8% , 98 άτομα δεν έχουν φροντιστή στο σπίτι.



Πίνακας 16: Σχέση με φροντιστή

	N	%
----	98	59,8%
Σύζυγος	34	20,7%
Παιδί	20	12,2%
Οικ. βοηθός Ελληνίδα	3	1,8%
Οικ. Βοηθός αλλοδαπή	2	1,2%
Άλλο	6	3,6%
Δεν απάντησαν	1	0,6%
<i>Σύνολο</i>	<i>164</i>	<i>100%</i>

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

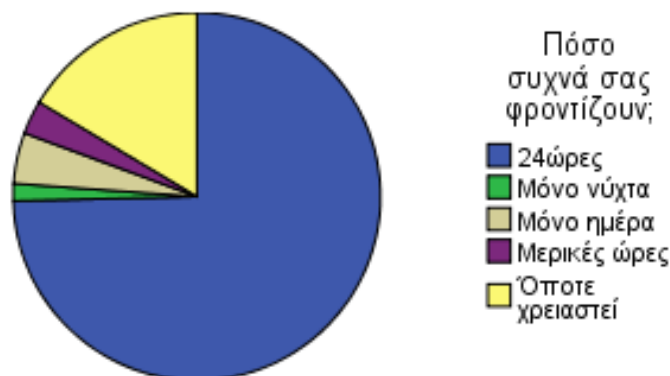
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε την σχέση του ηλικιωμένου με τον φροντιστή. Τα 34 άτομα του δείγματος, δηλαδή το 20,7% έχουν για φροντιστή τον / την σύζυγο τους.

Το 12,2%, δηλαδή 20 άτομα απάντησαν ότι τους φροντίζουν τα παιδιά τους. Το 1,8% απάντησε ότι έχει για φροντιστή Ελληνίδα οικιακή βοηθό ενώ το 1,2% έχει αλλοδαπή οικιακή βοηθό. Τέλος το 3,6% απάντησαν ότι έχουν κάποιο άλλο άτομο να τους φροντίζει.

Πίνακας 17: Συχνότητα φροντίδας

	N	%
----	97	59,1%
24 ώρες	50	30,5%
Μόνο νύχτα	1	0,6%
Μόνο ημέρα	3	1,8%
Μερικές ώρες	2	1,2%
Όποτε χρειαστεί	11	6,7%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε πόσο συχνά οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν φροντίδα από το φροντιστή τους. Το 30,5%, δηλαδή 50 άτομα, λαμβάνουν φροντίδα 24 ώρες. Ένα άτομο λαμβάνει φροντίδα μόνο την νύχτα και 3 άτομα μόνο την ημέρα. Το 1,2% λαμβάνει φροντίδα μερικές ώρες και τέλος το 6,7% λαμβάνει φροντίδα όποτε χρειαστεί.

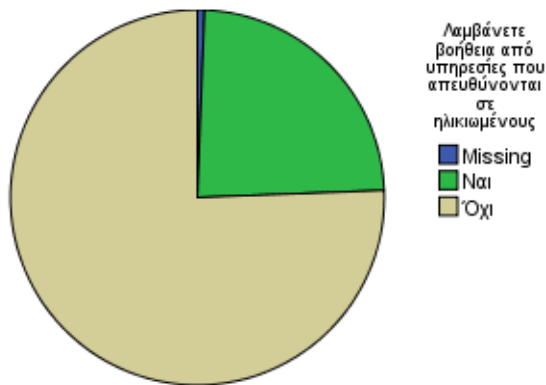


«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 18: Βοήθεια από υπηρεσίες για ηλικιωμένους

	N	%
Ναι	39	23,8%
Όχι	124	75,6%
Δεν απάντησε	1	0,6%
<i>Σύνολο</i>	<i>164</i>	<i>100%</i>

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι μόνο το 23,8% λαμβάνει βοήθεια από υπηρεσίες που απευθύνονται προς ηλικιωμένους, ενώ το 75,6% δεν λαμβάνει.



Πίνακας 19: Υπηρεσίες από τις οποίες λαμβάνουν βοήθεια

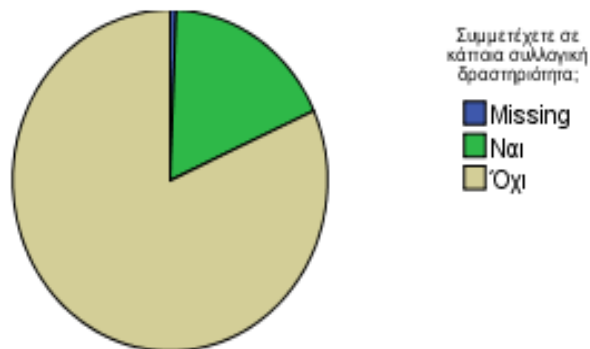
	N	%
Βοήθεια στο σπίτι	11	6,7%
Κ.Α.Π.Η.	19	11,6%
Κ.Η.Φ.Η.	13	7,9%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τις υπηρεσίες από τις οποίες οι ερωτώμενοι λαμβάνουν βοήθεια. Έντεκα άτομα λαμβάνουν βοήθεια από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» δηλαδή το 6,7%, 19 άτομα, δηλαδή το 11,6% λαμβάνουν βοήθεια από το Κ.Α.Π.Η. και τέλος 13 άτομα, δηλαδή το 7,9% λαμβάνουν βοήθεια από το Κ.Η.Φ.Η.

Πίνακας 20: Συμμετοχή σε συλλογική δραστηριότητα

	N	%
Ναι	29	17,7%
Όχι	134	81,7%
Δεν απάντησε	1	0,6%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι ένα μικρό ποσοστό του δείγματος, το 17,7% συμμετέχει σε κάποια συλλογική δραστηριότητα, ενώ το 81,7% δεν συμμετέχει σε καμία συλλογική δραστηριότητα.

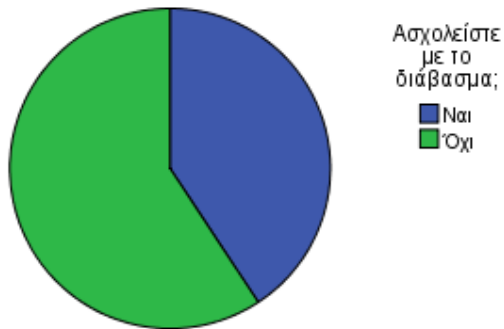


Πίνακας 21: Διάβασμα

	N	%
Ναι	66	40,2%
Όχι	96	58,5%
Δεν απάντησε	1	1,2%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 40,2% του δείγματος ασχολείται με το διάβασμα ενώ το 58,5% του δείγματος, 96 άτομα δεν ασχολούνται με το διάβασμα.

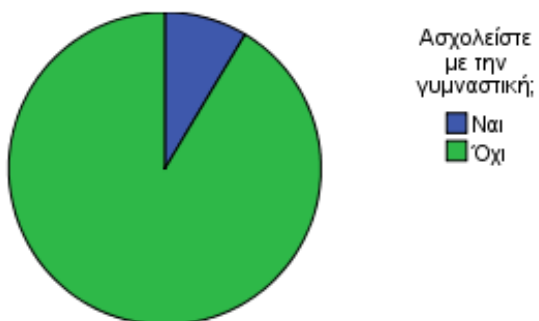
«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»



Πίνακας 22: **Γυμναστική**

	N	%
Ναι	14	8,5%
Όχι	149	90,9%
Δεν απάντησε	1	0,6%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι μόνο το 8,5% του δείγματος γυμνάζεται, ενώ το 90,9% δεν ασχολείται καθόλου με την γυμναστική.



Πίνακας 23: **Κάπνισμα**

	N	%
Ναι	13	7,9%
Όχι	150	91,5%
Δεν απάντησε	1	0,6%
Σύνολο	164	100%

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

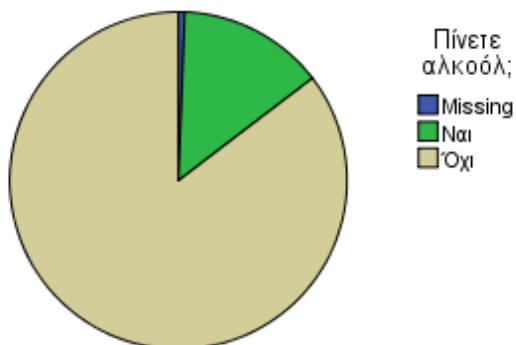
Ο παραπάνω πίνακας αφορά το κάπνισμα. Παρατηρούμε ότι 13 άτομα, δηλαδή το 7,9% καπνίζει ενώ το 91,5%, 150 άτομα δεν καπνίζουν.



Πίνακας 24: Αλκοόλ

	N	%
Ναι	23	14%
Όχι	140	85,4%
Δεν απάντησε	1	0,6%
Σύνολο	164	100%

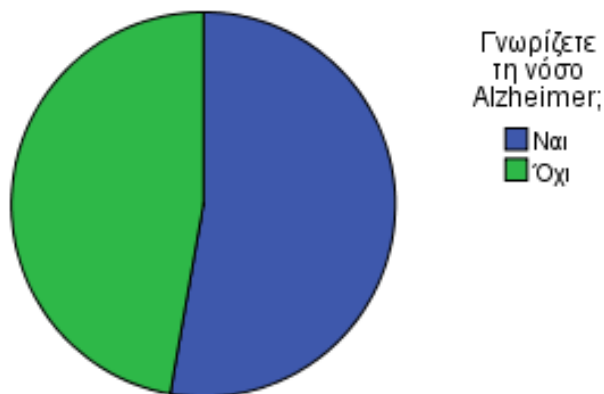
Στον παραπάνω πίνακα ο οποίος αφορά την κατανάλωση αλκοόλ από τους ηλικιωμένους, παρατηρούμε ότι το 14% των ερωτώμενων καταναλώνει αλκοόλ ενώ το 85,4% , δηλαδή 140 άτομα δεν κάνει καθόλου κατανάλωση αλκοόλ.



Πίνακας 25: Γνώση για Alzheimer

	N	%
Ναι	86	52,4%
Όχι	77	47%
Δεν απάντησε	1	0,6%
Σύνολο	164	100%

Ο παραπάνω πίνακας αφορά την γνώση των ηλικιωμένων για την νόσο Alzheimer. Από τα 164 άτομα του δείγματος, τα 86 γνωρίζουν την συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή το 52,4%. Το 47%, δηλαδή 77 άτομα δεν γνώριζαν τίποτα για την νόσο Alzheimer.



Πίνακας 26: Πηγή ενημέρωσης

	N	%
Συγγενικό πρόσωπο	4	2,4%
Φιλικό πρόσωπο	1	0,6%
Συγχωριανός	21	12,8%
Τηλεόραση/ περιοδικά/ εφημερίδα	47	28,6%
Γιατροί	4	2,4%
Ομιλίες / Διαλέξεις	21	12,8%

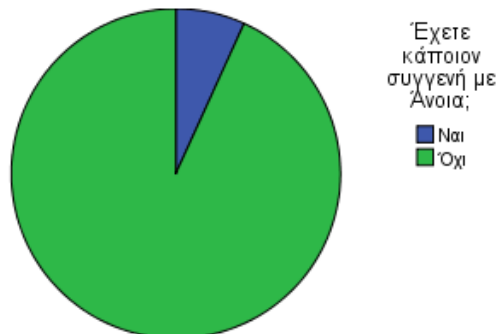
«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε την πηγή ενημέρωσης των ηλικιωμένων σχετικά με την νόσο Alzheimer. Παρατηρούμε ότι το 2,4% έχει ενημερωθεί από συγγενικά του πρόσωπα. Το 0,6% έχει ενημερωθεί από κάποιο φιλικό πρόσωπο. Το 12,8%, δηλαδή 21 άτομα έχουν ενημερωθεί από συγχωριανούς τους. Το 28,6%, δηλαδή 47 άτομα έχουν ενημερωθεί από την τηλεόραση/ περιοδικά και εφημερίδες. Το 2,4% έχει ενημερωθεί από γιατρούς και τέλος το 12,8% έχει ενημερωθεί από ομιλίες και διαλέξεις.

Πίνακας 27: Ύπαρξη ανοϊκού συγγενή

	N	%
Ναι	10	6,1%
Όχι	137	83,5%
Δεν απάντησαν	17	10,4%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι το 6,1% του δείγματος έχει κάποιον ανοϊκό συγγενή, ενώ το 83,5%, 137 άτομα δεν έχουν κανένα ανοϊκό συγγενή.

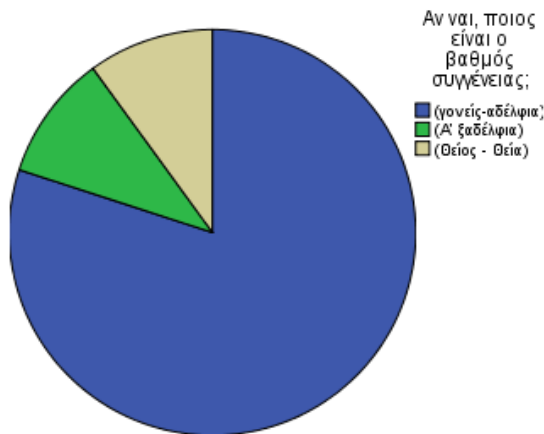


Πίνακας 28 : Βαθμός συγγένειας με ανοϊκό

	N	%
-----	154	93,9%
Γονείς - αδέρφια	8	4,9%
Ά ξαδέλφια	1	0,6%
Θείος – Θεία	1	0,6%
Σύνολο	164	100%

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε το βαθμό συγγένειας των ηλικιωμένων με κάποιον συγγενή τους, που έπασχε από άνοια. 154 άτομα, δηλαδή το 93,9% του δείγματος, απάντησαν ότι δεν είχαν κάποιο συγγενή που να πάσχει από άνοια. Το 4,9% του δείγματος, απάντησε ότι έπασχαν οι γονείς ή τα αδέρφια του, το 0,6% του δείγματος, απάντησε ότι είχε πρώτα ξαδέλφια που έπασχαν από άνοια, ενώ το 0,6% του δείγματος, απάντησε ότι είχε θείους-θείες.



Πίνακας 29: Άποψη για τη νόσο Alzheimer

	N	%
Δύσκολη ασθένεια	79	48,2%
Ταλαιπωρία φροντιστών – συγγενών	1	0,6%
Έκφραση προκαταλήψεων	2	1,2%
Μη θεραπεύσιμη ασθένεια	11	6,7%
Δεν γνωρίζω	30	18,3%

Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε την άποψη των ηλικιωμένων για τη νόσο Alzheimer. 79 άτομα δηλαδή το 48,2% του δείγματος, απάντησαν ότι η νόσος Alzheimer είναι μια δύσκολη ασθένεια, το 0,6% του δείγματος, απάντησαν ότι είναι ταλαιπωρία φροντιστών-συγγενών, το 1,2% του δείγματος εξέφρασαν

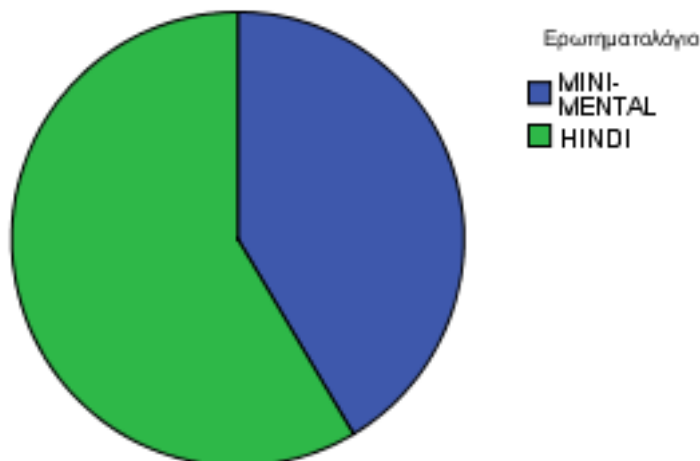
«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

προκατάληψη απέναντι στη νόσο, το 6,7% του δείγματος, απάντησε ότι είναι μη θεραπεύσιμη ασθένεια, ενώ το 18,3% του δείγματος, δε γνώριζε για τη νόσο Alzheimer.

Πίνακας 30: Ερωτηματολόγιο

	N	%
MINI -MENTAL	68	41,5%
HINDI	96	58,5%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε το ποσοστό των ηλικιωμένων που απάντησαν στις ερωτήσεις του Mini-Mental και του Hindi-Mental. 68 άτομα, δηλαδή το 41,5% του δείγματος, απάντησαν στις ερωτήσεις του Mini-Mental, ενώ 96 άτομα δηλαδή το 58,5% του δείγματος, απάντησαν στις ερωτήσεις του Hindi-Mental

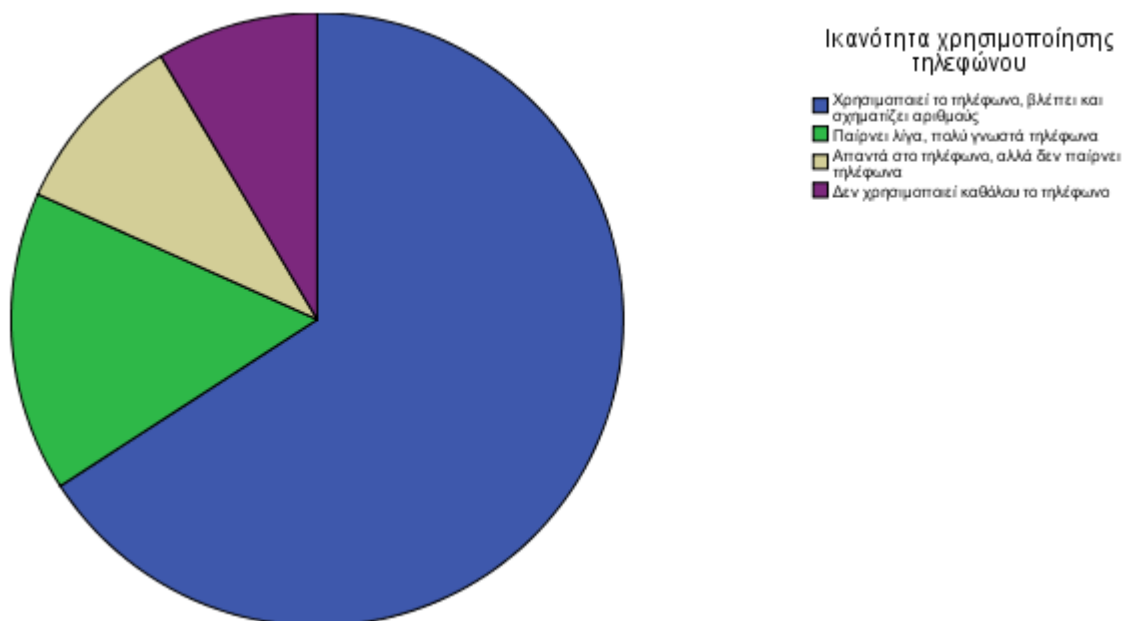


«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 31: Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου

	N	%
Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς	108	65,9%
Παίρνει πολύ λίγα γνωστά τηλέφωνα	26	15,9%
Απαντά στο τηλέφωνο, αλλά δεν παίρνει τηλέφωνα	16	9,8%
Δε χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο	14	8,5%
Σύνολο	164	100,0%

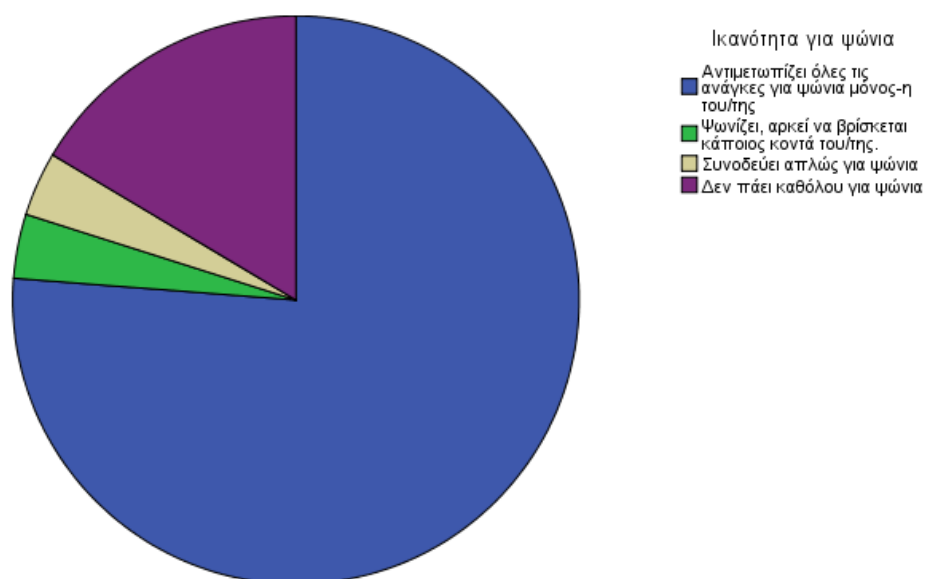
Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε την ικανότητα των ηλικιωμένων να χρησιμοποιούν το τηλέφωνο. 108 άτομα, δηλαδή το 65,9% του δείγματος, απάντησαν ότι χρησιμοποιούν το τηλέφωνο, βλέπουν και σχηματίζουν αριθμούς. Το 15,9% του δείγματος, απάντησε ότι παίρνει πολύ λίγα γνωστά τηλέφωνα, το 9,8% του δείγματος, απάντησε ότι απαντά στο τηλέφωνο, αλλά δεν παίρνει τηλέφωνα, ενώ το 8,5% του δείγματος δε χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο.



Πίνακας 32: Ικανότητα για ψώνια

	N	%
Αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες για ψώνια μόνος-η του/της	125	76,2%
Ψωνίζει αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του/της	6	3,7%
Συνοδεύει απλώς για ψώνια	6	3,7%
Δε πάει καθόλου για ψώνια	27	16,5%
Σύνολο	164	100,0%

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε την ικανότητα των ηλικιωμένων για ψώνια. Το 76,2% του δείγματος απάντησε ότι αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες για ψώνια μόνο του, το 3,7% του δείγματος απάντησε ότι ψωνίζει αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του, το 3,7% του δείγματος απάντησε ότι συνοδεύει απλώς για ψώνια, ενώ το 16,5% του δείγματος δε πάει καθόλου για ψώνια.

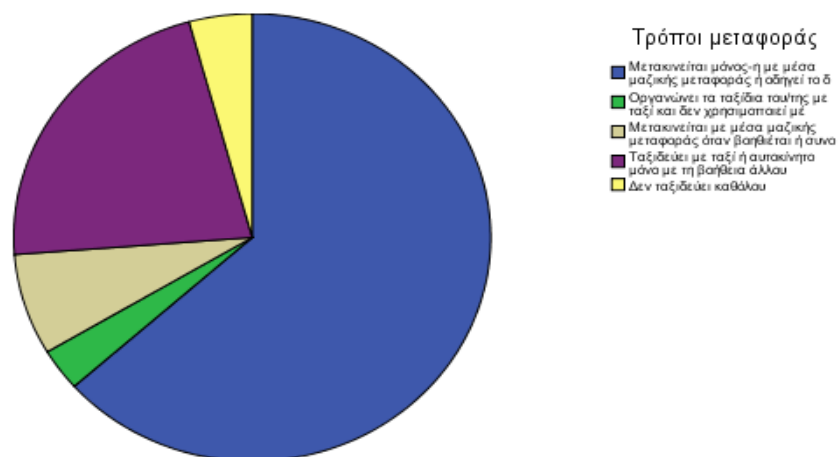


«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 33: Τρόποι μεταφοράς

	N	%
Μετακινείται μόνος-η με μέσα μαζικής μεταφοράς ή οδηγεί το δικό του/της αυτοκίνητο	104	63,4%
Οργανώνει τα ταξίδια του/της με ταξί και δε χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς	5	3,0%
Μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς όταν βοηθιέται ή συνοδεύεται από άλλους	12	7,3%
Ταξιδεύει με ταξί ή αυτοκίνητο μόνο με τη βοήθεια άλλου	36	22,0%
Δεν ταξιδεύει καθόλου	7	4,3%
Σύνολο	164	100,0%

Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε τον τρόπο μεταφοράς των ηλικιωμένων. 104 άτομα, δηλαδή το 63,4% του δείγματος, απάντησαν ότι μετακινούνται μόνοι τους με μέσα μαζικής μεταφοράς, ή οδηγούν το δικό τους αυτοκίνητο. Το 3,0% του δείγματος απάντησε ότι οργανώνει τα ταξίδια του με ταξί και δε χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς. Το 7,3% του δείγματος απάντησε ότι μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς, όταν βοηθιέται ή συνοδεύεται από άλλους. Το 22,0% του δείγματος απάντησε ότι ταξιδεύει με ταξί ή αυτοκίνητο μόνο με τη βοήθεια άλλου, ενώ το 4,3% του δείγματος δεν ταξιδεύει καθόλου.

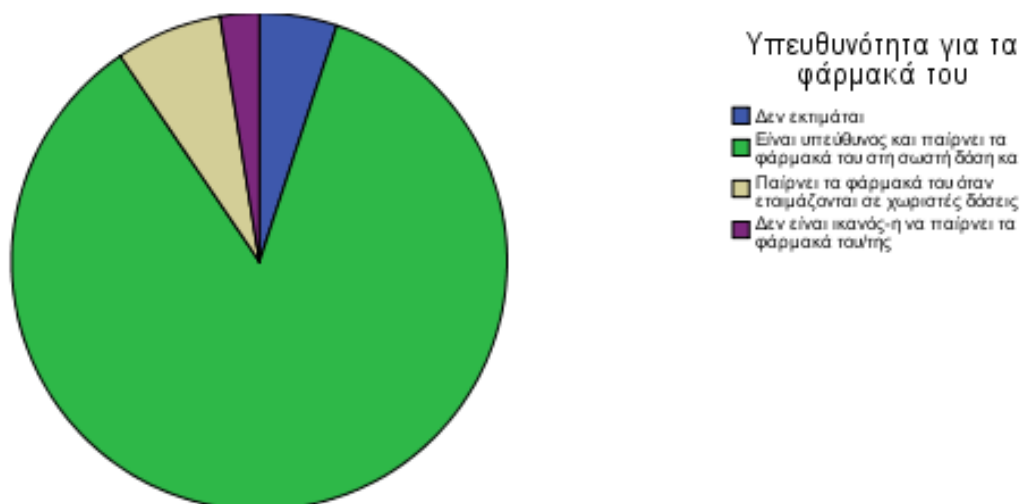


«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 34: Υπευθυνότητα για τα φάρμακά του

	N	%
Δεν εκτιμάται	8	4,9%
Είναι υπεύθυνος και παίρνει τα φάρμακα του στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο	135	82,3%
Παίρνει τα φάρμακά του όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις	11	6,7%
Δεν είναι ικανός-η να παίρνει τα φάρμακα του/της	4	2,4%
Σύνολο	158	96,3%
Δεν απάντησε	6	3,7%
Σύνολο	164	100,0%

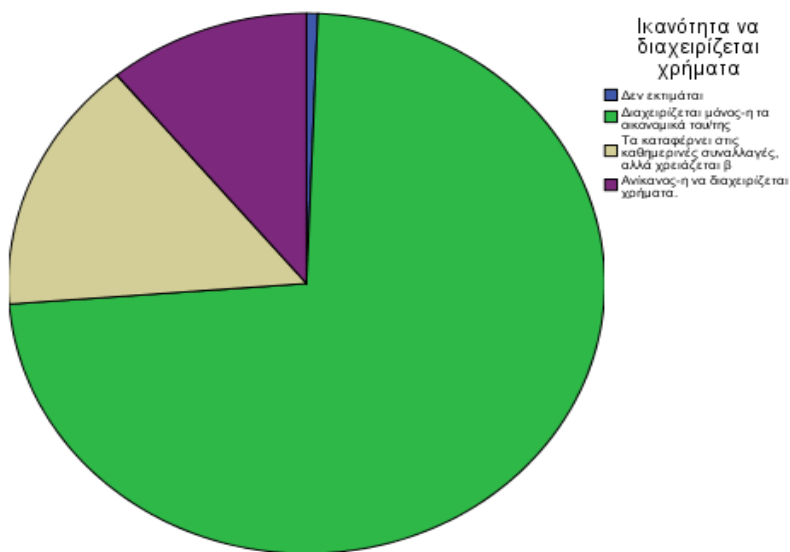
Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε την υπευθυνότητα των ηλικιωμένων για τα φάρμακά τους. Το 4,9% του δείγματος, δεν παίρνει φάρμακα, επομένως δε μπορούμε να μιλήσουμε για υπευθυνότητα. 135 άτομα, δηλαδή το 82,3% του δείγματος απάντησαν ότι είναι υπεύθυνα για τα φάρμακά τους στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο. Το 6,7% του δείγματος, απάντησε ότι παίρνει τα φάρμακά του, όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις, ενώ το 2,4% του δείγματος προκύπτει ότι είναι ανίκανο να παίρνει τα φάρμακά του.



Πίνακας 35: Ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα

	N	%
Δεν εκτιμάται	1	0,6%
Διαχειρίζεται μόνος-η τα οικονομικά του/της	120	73,2%
Τα καταφέρνει στις καθημερινές συναλλαγές, αλλά χρειάζεται βοήθεια για την τράπεζα, τις μεγάλες συναλλαγές	25	15,2%
Ανίκανος-η να διαχειρίζεται χρήματα	18	11,0%
Σύνολο	164	100,0%

Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε την ικανότητα των ηλικιωμένων να διαχειρίζονται χρήματα. 120 άτομα, δηλαδή το 73,2% του δείγματος, απάντησαν ότι διαχειρίζονται μόνοι τους τα οικονομικά τους, το 15,2% του δείγματος, απάντησε ότι τα καταφέρνει στις καθημερινές συναλλαγές, αλλά χρειάζεται βοήθεια για την τράπεζα, τις μεγάλες συναλλαγές, ενώ το 11,0%, προκύπτει ότι είναι ανίκανο να διαχειρίζεται χρήματα.



«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 36: Ελεύθερος χρόνος

	N	%
Κοινωνικές επαφές – καφεενείο	69	42,1%
Εργόχειρα	62	37,8%
Ενασχόληση με κήπο – ζώα	19	11,6%
Τηλεόραση	88	53,7%
Ταξίδια – Εκδρομές	1	0,6%
Τάβλι – χαρτιά – σταυρόλεξα	18	11%
Φροντίδα εγγονιών / άλλου συγγενή	2	1,2%

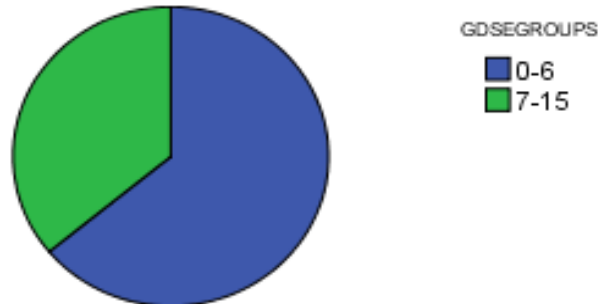
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε πως οι ηλικιωμένοι περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους. 69 άτομα, δηλαδή το 42,1% του δείγματος απάντησαν ότι ασχολούνται με κοινωνικές επαφές-καφεενείο, 62 άτομα, δηλαδή το 37,8% του δείγματος απάντησαν ότι ασχολούνται με εργόχειρα, το 11,6% του δείγματος, απάντησε ότι ασχολείται με τον κήπο-ζώα, 88 άτομα, δηλαδή το 53,7% του δείγματος, απάντησαν ότι ασχολούνται με την τηλεόραση, το 0,6% του δείγματος απάντησε ότι πηγαίνει ταξίδια κι εκδρομές, το 11% του δείγματος, απάντησε ότι παίζει τάβλι-χαρτιά-σταυρόλεξα, ενώ το 1,2% του δείγματος, ασχολείται με τη φροντίδα εγγονιών-άλλου συγγενή.

Πίνακας 37: Geriatric Depression Scale

	N	%
Τάση κατάθλιψης	59	36%
Απουσία τάσης για κατάθλιψη	105	64%
Σύνολο	164	100%

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Στον παραπάνω πίνακα, βλέπουμε ότι 59 άτομα, δηλαδή το 36% του δείγματος, εμφανίζει ύπαρξη κατάθλιψης, ενώ 105 άτομα, δηλαδή το 64% του δείγματος δείχνει απουσία κατάθλιψης.

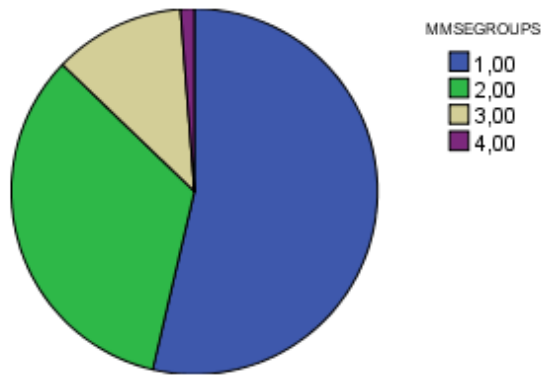


Πίνακας 38: **Mini-Mental State Examination**

	N	%
1. Απουσία γνωστικής διαταραχής (30-25)	88	53,7%
2. Ελαφρά γνωστική διαταραχή (24-20)	55	33,5%
3. Μέτρια γνωστική διαταραχή (19-11)	19	11,6%
4. Σοβαρή γνωστική διαταραχή (10- 0)	2	1,2%
Σύνολο	164	100%

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τα 164 άτομα του δείγματος, τα 88 άτομα (53,7%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 55 άτομα (33,5%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 19 άτομα (11,6%) εμφανίζουν μέτρια γνωστική διαταραχή και τέλος 2 άτομα (1,2%) παρουσιάζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

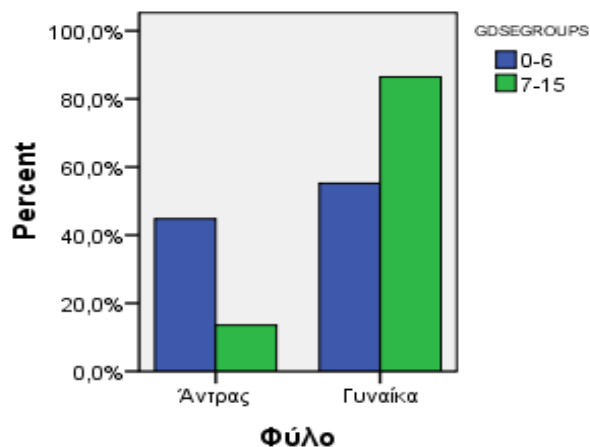


Πίνακας 39: Φύλο και Geriatric Depression Scale

ΦΥΛΟ	Τάση κατάθλιψης	Απουσία τάσης για κατάθλιψη	Σύνολο
Άντρας	8 (4,9%)	47 (28,7%)	55 (33,5%)
Γυναίκα	51 (31,1%)	58 (35,4%)	109 (66,5%)
Σύνολο	59 (36%)	105 (64%)	164 (100%)

Chi – square = 16,500 df = 1 r = 0,000

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι 8 άντρες (4,9%) εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη ενώ 47 άντρες (28,7%) δεν εμφανίζουν. Αντίστοιχα 51 γυναίκες (31,1%) εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη και 58 (35,4%) δεν εμφανίζουν.



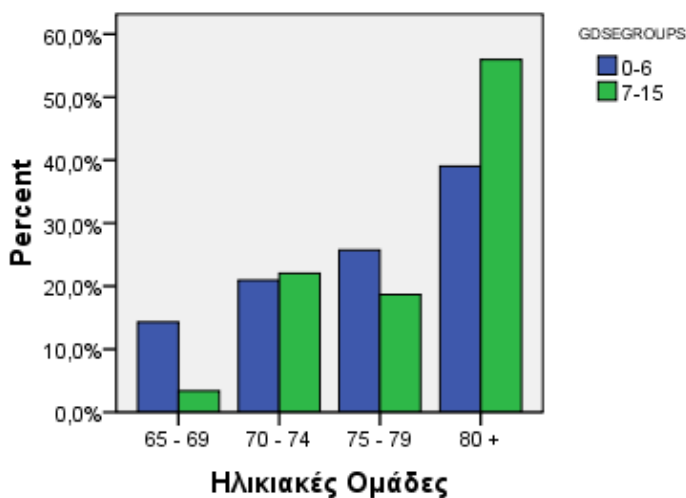
«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Πίνακας 40: Ηλικιακές ομάδες και Geriatric Depression Scale

Ηλικιακές ομάδες	Τάση κατάθλιψης	Απουσία τάσης για κατάθλιψη	Σύνολο
65 - 69	2 (1,2%)	15 (9,1%)	17 (10,4%)
70 - 74	13 (7,9%)	22 (13,4%)	35 (21,3%)
75 - 79	11 (6,7%)	27 (16,5%)	38 (23,2%)
80 ⁺	33 (20,1%)	41 (25%)	74 (45,1%)
Σύνολο	59 (36%)	105 (64%)	164 (100%)

Chi – square = 7,549 df = 3 r = 0,056

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 17 ερωτώμενους του δείγματος ηλικίας 65-69, οι 2 εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη (1,2%) ενώ οι 15 (9,1%) δεν εμφανίζουν. Από τους 35 ερωτώμενους ηλικίας 70-74, οι 13 (7,9%) φαίνεται να έχουν τάση για κατάθλιψη και οι 22 (13,4%) να μην έχουν. Από τους 38 ερωτώμενους ηλικίας 75-79, οι 11 (6,7%) εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη και οι 27 (16,5%) δεν παρουσιάζουν τάση για κατάθλιψη. Τέλος, από τους 74 ερωτώμενους ηλικίας από 80 και άνω, οι 33 (20,1%) εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη και οι 41 (25%) δεν εμφανίζουν.

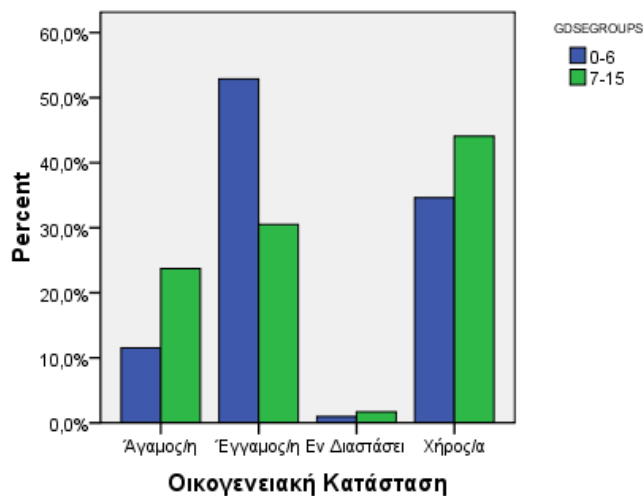


Πίνακας 41: **Οικογενειακή κατάσταση και Geriatric Depression Scale**

Οικογενειακή κατάσταση	Τάση κατάθλιψης	Απουσία τάσης για κατάθλιψη	Σύνολο
Άγαμος/ η	14 (8,6%)	12 (7,4%)	26 (16%)
Έγγαμος/ η	18 (11%)	55 (33,7%)	73 (44,8%)
Εν διαστάσει	1 (0,6%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)
Χήρος / α	26 (16%)	36 (22,1%)	62 (38%)
Σύνολο	59 (36,2%)	104 (63,8%)	163 (100%)

Chi – square = 8,765 df = 3 r = 0,033

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τους 26 άγαμους ερωτώμενους, οι 14 (8,6%) εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη ενώ οι 12 (7,4%) δεν εμφανίζουν. Από τους 73 έγγαμους ερωτώμενους, οι 18 (11%) παρουσιάζουν τάση για κατάθλιψη ενώ οι 55 (33,7%) δεν παρουσιάζουν. Από τους 2 ερωτώμενους που βρίσκονται σε διάσταση, ο ένας εμφανίζει τάση για κατάθλιψη και ο άλλος όχι. Τέλος από τα 62 άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας, τα 26 (16%) φαίνεται να έχουν τάση για κατάθλιψη και τα 36 (22,1%) να μην έχουν.

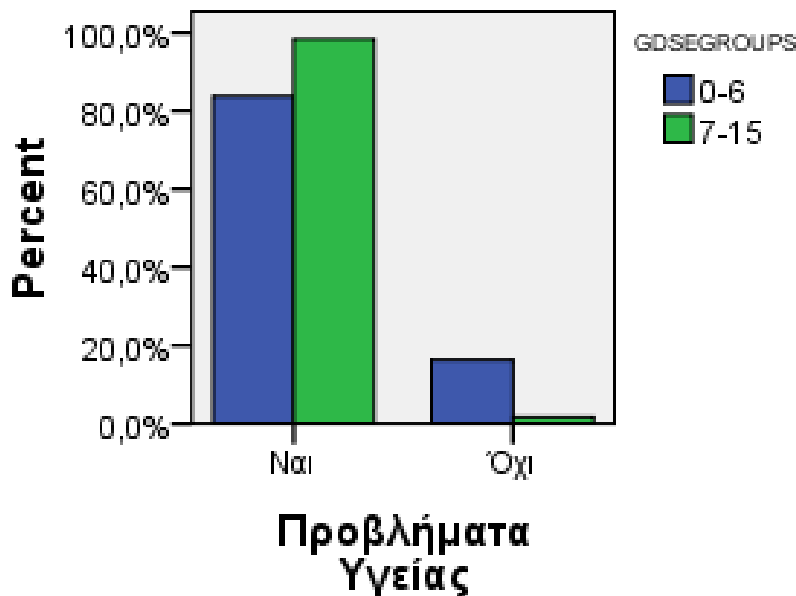


Πίνακας 42: Προβλήματα υγείας και Geriatric Depression Scale

	Τάση κατάθλιψης	Απουσία τάσης για κατάθλιψη	Σύνολο
Υπαρξη προβλήματος υγείας	58 (35,6%)	87 (53,4%)	145 (89%)
Απουσία προβλήματος υγείας	1 (0,6%)	17 (10,4%)	18 (11%)
Σύνολο	59 (36,2%)	104 (63,8%)	163 (100%)

Chi – square = 8,226 df = 1 r = 0,004

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τα 145 άτομα του δείγματος που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας, τα 87 (53,4%) δεν παρουσιάζουν τάση για κατάθλιψη ενώ τα 58 (35,6%) φαίνεται να έχουν τάση για κατάθλιψη. Αντίθετα, από τα 18 άτομα του δείγματος που δεν έχουν προβλήματα υγείας, 1 εμφανίζει τάση για κατάθλιψη και 17 (10,4%) δεν εμφανίζουν.



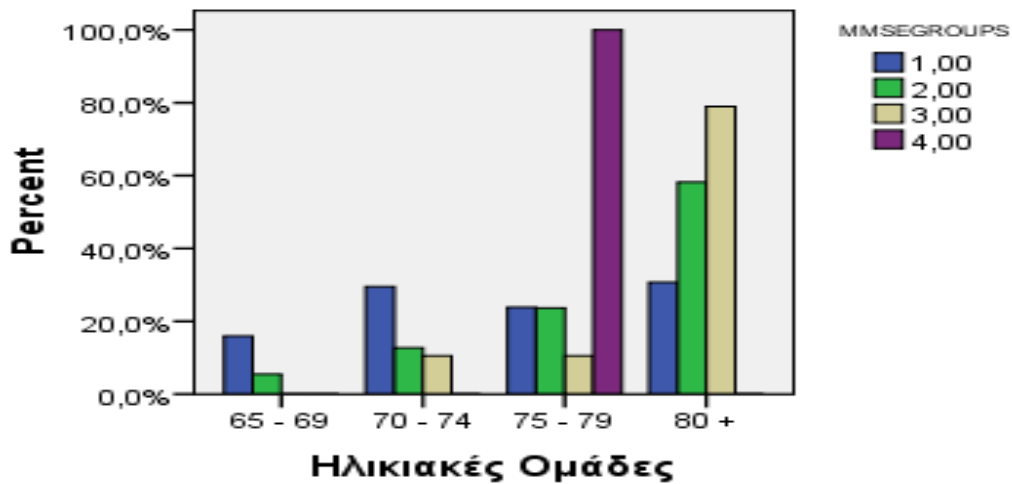
Πίνακας 43: Ηλικιακές ομάδες και Mini-Mental State Examination

Ηλικιακές ομάδες	1. Απουσία γνωστικής διαταραχής	2. Ελαφρά γνωστική διαταραχή	3. Μέτρια γνωστική διαταραχή	4. Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
65 – 69	14 (8,5%)	3 (1,8%)	0	0	17 (10,4%)
70 – 74	26 (15,9%)	7 (4,3%)	0	0	35 (21,3%)
75 – 79	21 (12,8%)	13 (7,9%)	2 (1,2%)	2 (1,2%)	38 (23,2%)
80 ⁺	27 (16,5%)	32 (19,5%)	15 (9,1%)	0	74 (45,1%)
Σύνολο	88 (53,7%)	55(33,5%)	19(11,6%)	2 (1,2%)	164 (100%)

Chi – square = 30,516 df = 9 r = 0,000

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 17 ερωτώμενους του δείγματος ηλικίας 65-69, οι 14 (8,5%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 3 (1,8%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, ενώ μέτρια και σοβαρή γνωστική διαταραχή δεν παρατηρείται σε κανένα άτομο. Από τους 35 ερωτώμενους ηλικίας 70-74, οι 26 (15,9%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 7 (4,3%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, ενώ μέτρια και σοβαρή γνωστική διαταραχή δεν παρατηρείται σε κανένα άτομο. Από τους 38 ερωτώμενους ηλικίας 75-79, οι 21 (12,8%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 13(7,9%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 2 (1,2%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 2 (1,2%) έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τους 74 ερωτώμενους ηλικίας από 80 και άνω, οι 27 (16,5%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 32 (19,5%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και οι 15 (9,1%) μέτρια γνωστική διαταραχή, ενώ κανείς δεν παρουσιάζει σοβαρή γνωστική διαταραχή.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»



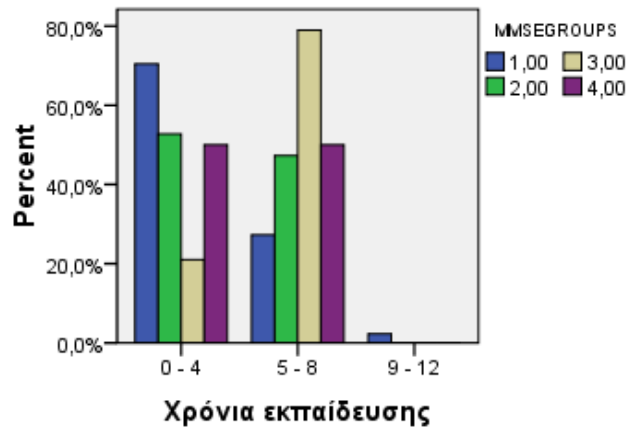
Πίνακας 44: Χρόνια εκπαίδευσης και Mini-Mental State Examination

Χρόνια εκπαίδευσης	1. Απουσία γνωστικής διαταραχής	2. Ελαφρά γνωστική διαταραχή	3. Μέτρια γνωστική διαταραχή	4. Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
0 – 4	62 (37,8%)	29(17,7%)	4 (2,4%)	1 (0,6%)	96(58,5%)
5 – 8	24 (14,6%)	26(15,9%)	15 (9,1%)	1(0,6%)	66(40,2%)
9 – 12	2 (1,2%)	0	0	0	2(1,2%)
Σύνολο	88 (53,7%)	55(33,5%)	19(11,6%)	2(1,2%)	164(100%)

Chi – square = 20,239 df = 6 r = 0,003

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τους 96 ερωτώμενους του δείγματος των οποίων η εκπαίδευση είναι από 0-4 χρόνια, οι 62 (37,8%) εμφανίζουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 29 (17,7%) ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 4 (2,4%) μέτρια και ένας εμφανίζει σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τους 66 ερωτώμενους των οποίων η εκπαίδευση είναι από 5-8 χρόνια, οι 24 (14,6%) εμφανίζουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 26 (15,9%) ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 15 (9,1%) μέτρια και ένας εμφανίζει σοβαρή γνωστική διαταραχή. Τέλος, παρατηρούμε ότι και οι 2 ερωτώμενοι που έχουν χρόνια εκπαίδευσης από 9-12 έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο.

«Ο ΕΠΗΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»



Πίνακας 45: Προβλήματα υγείας και Mini-Mental State Examination

	1. Απουσία γνωστικής διαταραχής	2. Ελαφρά γνωστική διαταραχή	3. Μέτρια γνωστική διαταραχή	4. Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Υπαρξη προβλήματος υγείας	72(44,2%)	54(33,1%)	17(10,4%)	2(1,2%)	145(89%)
Απουσία προβλήματος υγείας	15(9,2%)	1(0,6%)	2(1,2%)	0	18(11%)
Σύνολο	87(53,4%)	55(33,7%)	19(11,7%)	2(1,2%)	163(100%)

Chi – square = 8,420 df = 3 r = 0,038

Ο πίνακας αυτός μας δείχνει ότι από τα 145 άτομα του δείγματός μας που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, τα 72 (44,2%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 54 (33,1%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 17(10,4%) παρουσιάζουν μέτρια και τα 2 (1,2%) σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από το δείγμα των 18 ατόμων που δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας, τα 15 (9,2%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, το ένα (0,6%) φαίνεται να έχει ελαφρά γνωστική διαταραχή και τα 2 (1,2%) μέτρια γνωστική διαταραχή.



6.2 Συζήτηση

Η συγκεκριμένη έρευνα αφορούσε τα ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών, οι οποίοι ήταν δημότες του ορεινού Δήμου της Κρήτης, στον οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Τα περισσότερα από τα αποτελέσματα που παρέχει η συγκεκριμένη έρευνα επιβεβαιώνονται και από τις βιβλιογραφικές πηγές που σχετίζονται με το θέμα της άνοιας.

Παρακάτω αναφέρουμε ενδεικτικά τα πιο σημαντικά ευρήματα της έρευνας:

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι αναλφάβητοι ή έχουν φοιτήσει ως την Τετάρτη Δημοτικού, ενώ κανένα άτομο δεν προχώρησε στην ολοκλήρωση της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την εκδήλωση της άνοιας. Είναι βέβαιο, ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου και συνδυαστικά αποτελούν ένα εύλογο υπόστρωμα για την εκδήλωση άνοιας.

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, ένα καλό επίπεδο μόρφωσης συμβάλλει στη διατήρηση της μνήμης, καθώς η εξάσκηση του νου λειτουργεί ως ασπίδα ενάντια στην άνοια. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συμβάλλει στην εύρεση μέτρων ώστε να ενισχυθεί η μνήμη. Επίσης ερευνητές απ' το πανεπιστήμιο του Τορόντο, διαπίστωσαν ότι τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, προσβάλλονταν λιγότερο απ' τη ΝΑ, σε αντίθεση με άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, τα οποία ήταν πιο επιρρεπή στην εμφάνιση της ΝΑ. Πάρα ταύτα όμως, είναι γνωστό, ότι η ΑΤΑ έχει προσβάλλει προσωπικότητες υψηλού μορφωτικού διαμετρήματος. (Τσολάκη – Κάζης, 2005: 32)

Το ότι οι ηλικιωμένοι στο συγκεκριμένο Δήμο έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο οφείλεται στην ύπαρξη πολέμου (κατοχής) στο χωριό, η οποία επέφερε σοβαρές καταστροφές. Έτσι οι κάτοικοι, λόγω των άσχημων και δυσχερών συνθηκών που επικρατούσαν αλλά και της φτώχειας, δεν έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στην μόρφωση τους, αλλά ασχολήθηκαν με την γεωργία και την κτηνοτροφία προκειμένου να επιβιώσουν. Αυτό αποδεικνύεται και στον πίνακα 5, όπου το 43,9% απάντησε ότι ασχολείται με γεωργικές εργασίες, ώστε να συντηρήσουν την οικογένειά τους.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Παρατηρήσαμε επίσης με την βοήθεια του Mini Mental State Examination ότι το μισό περίπου δείγμα της έρευνας (53,7%) έχει φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, ενώ αρκετά μεγάλο ήταν και το ποσοστό του δείγματος (33,5%) που εμφανίζει ελαφρά γνωστική διαταραχή. Σε μικρότερο βαθμό παρατηρείται μέτρια γνωστική διαταραχή (11,6%) ενώ μικρό είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που εμφανίζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή (1,2%).

Από το δείγμα της έρευνας, οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά γνωστική διαταραχή σε σχέση με τους άντρες (πίνακας 45). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται από διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από την ΑΤΑ απ' ότι οι άντρες. Επίσης έχει καταγραφεί σε διάφορες έρευνες ότι οι γυναίκες προσβάλλονται με μεγαλύτερη συχνότητα από τη νόσο, με βαρύτερη εξελικτική πορεία και με περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα, καθώς και με μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου σε σχέση με τους άντρες της ίδιας ηλικίας (Paganini – Hill A, 1999)

Σχετικά με την λειτουργικότητα των ηλικιωμένων παρατηρήσαμε ότι μικρό είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα λειτουργικότητας. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και να καλύψουν μόνοι τους τις ανάγκες τους. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν τηλέφωνο (65,9%), να κάνουν ψώνια (76,2%) , να μετακινηθούν μόνοι τους (63,4%), να πάρουν μόνοι τους τα φάρμακα τους (82,3%) καθώς και να διαχειριστούν μόνοι τους τα χρήματα τους (73,2%).

Στη συνέχεια παρατηρούμε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε ότι τα παιδιά τους μένουν στην ίδια περιοχή μ' αυτούς. Αυτό συμβάλλει στη διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, ενώ διατηρείται και η συνοχή της οικογένειας. Επίσης οι ηλικιωμένοι αποκτούν ενδιαφέροντα και παραμένουν ενεργοί φροντίζοντας τα εγγόνια τους, προσφέροντας έτσι βοήθεια στα παιδιά τους, αλλά και συντροφικότητα στους ίδιους. Επίσης, υποθέτουμε πως τα παιδιά θα βοηθούν τους γονείς τους σε ότι αφορά τις εργασίες στο σπίτι , βοηθούν αν προκύψουν κάποια προβλήματα είτε είναι υγείας, είτε οικονομικά. Επίσης η παραμονή των παιδιών στην ίδια περιοχή με τους γονείς τους, τους βοηθά ψυχολογικά, τους δίνει δύναμη και πιθανόν να συμβάλει και στην μη εμφάνιση κατάθλιψης.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Ένα ακόμα από τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε και το οποίο έχει ιδιαίτερη σημασία, δείχνει ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά τάσης για εμφάνιση κατάθλιψης σε σχέση με τους άντρες. Συγκεκριμένα, για τις γυναίκες, το ποσοστό της τάσης για κατάθλιψη αγγίζει το 31,1%, ενώ για τους άντρες το ποσοστό είναι 4,9%.

Το παραπάνω αποτέλεσμα συνάδει με τις βιβλιογραφικές πηγές, οι οποίες υποστηρίζουν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. (Μάνος, 1997:201).

Από την έρευνα επίσης προέκυψε το αποτέλεσμα ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα για εμφάνιση γνωστικής διαταραχής. Παρατηρούμε από τον πίνακα 46 ότι τα ποσοστά αυξάνονται όσο αυξάνεται και η ηλικία. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με την βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία εκτιμάται ότι το ο επιπολασμός της άνοιας και ιδιαίτερα τύπου Alzheimer και της αγγειακής , αυξάνει με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 75 ετών και φθάνει το 20% και περισσότερο μετά τα 85» (Μάνος, 1997:480).

Τέλος, μια ποικιλία επιδημιολογικών ερευνών έδειξαν ότι η συχνότητα της ΑΤΑ αυξάνει σημαντικά καθώς αυξάνει η ηλικία, ξεκινώντας από 0,6% στους άντρες και 0,8% στις γυναίκες στην ηλικία των 65 (για όλα τα επίπεδα βαρύτητας) μέχρι 11% στους άντρες και 14% στις γυναίκες στην ηλικία των 85. Στην ηλικία των 90 η συχνότητα αυξάνεται σε 21% στους άντρες και 25% στις γυναίκες, ενώ στην ηλικία των 95 το ποσοστό αυξάνεται σε 36% στους άντρες και 41% στις γυναίκες. (Τσολάκη – Κάζης, 2005: 132)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

*ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ -
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ*

ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανίχνευση του επιπολασμού της άνοιας σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω σε ένα ορεινό Δήμο της Κρήτης. Σκοπός της μελέτης δηλαδή ήταν να ερευνήσουμε τη τάση εμφάνισης της άνοιας στα άτομα από 65 ετών και άνω του Δήμου. Επιμέρους σκοποί ήταν η διερεύνηση και ανίχνευση της λειτουργικότητας και της συναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων καθώς και του γενικότερου τρόπου ζωής τους.

Η συγκεκριμένη έρευνα περιελάμβανε ηλικιωμένους από 65 ετών και άνω, οι οποίοι ήταν δημότες και κάτοικοι του συγκεκριμένου Δήμου. Το δείγμα αποτέλεσαν 351 άτομα, από τα οποία απάντησαν τα 164.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της έρευνας, τα ηλικιωμένα άτομα του Δήμου παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών, καθώς σοβαρή γνωστική διαταραχή αντιμετωπίζει μόνο το 1,2 % του πληθυσμού του δείγματος.

Από την έρευνα αποδείχθηκε πως οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία και τεκμηριώνει τη πρώτη ερευνητική μας υπόθεση η οποία αναφέρει ακριβώς αυτό. Εδώ πρέπει να σημειωθεί πως θα μπορούσαν να γίνουν κάποιες προσπάθειες σε επίπεδο πρόληψης, όπως ενημερώσεις - ομιλίες από ειδικούς σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης γνωστικών διαταραχών.

Όσον αφορά τη δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο και τις γνωστικές λειτουργίες, θεωρούμε πως συνδέονται καθώς γίνεται φανερό ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Από την έρευνα επίσης επιβεβαιώθηκε η αρχική μας υπόθεση, ότι η συχνότητα εμφάνισης της άνοιας αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Όσο δηλαδή αυξάνεται η ηλικία τόσο μεγαλύτερη είναι η εμφάνιση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών (βλ. Πίνακα 46). Αυτό επιβεβαιώνεται και από την βιβλιογραφία μας η οποία υποστηρίζει ότι ο επιπολασμός της άνοιας και ιδιαίτερα τύπου Alzheimer και της αγγειακής, αυξάνει με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά την ηλικία των 75 ετών και φθάνει το 20% και περισσότερο μετά τα 85» (Μάνος, 1997:480).

Όσον αφορά την διερεύνηση της τάσης για κατάθλιψη, βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν εμφανίζει κατάθλιψη. Από το ποσοστό όμως που εμφανίζει τάση για κατάθλιψη, γίνεται φανερό πως το μεγαλύτερο μέρος το αποτελούν οι γυναίκες. Το αποτέλεσμα αυτό τεκμηριώνει την επόμενη ερευνητική μας υπόθεση, η οποία υποστηρίζει ότι η εμφάνιση τάσης για κατάθλιψη είναι συχνότερη στις γυναίκες καθώς συμφωνεί και με τις βιβλιογραφικές πηγές, οι οποίες υποστηρίζουν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-25% για τις γυναίκες και 5%-12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. (Μάνος, 1997:201).

Επιπλέον έγινε φανερό πως ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων που εμφανίζουν τάση για κατάθλιψη βρίσκεται σ' αυτούς που έχουν πολύ χαμηλό μηνιαίο εισόδημα, κάτι το οποίο επιβεβαιώνει και την υπόθεση εργασίας μας. Φυσικό είναι, όταν οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα να στεναχωριούνται και να φτάνουν στα όρια της τάσης για κατάθλιψη καθώς δεν μπορούν με τα λιγοστά χρήματα που παίρνουν να καλύψουν τις ανάγκες τους και τις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής.

Μία ακόμα υπόθεση εργασίας που επιβεβαιώνεται είναι ότι η ύπαρξη προβλημάτων υγείας συμβάλλει στην εμφάνιση τάσης για κατάθλιψη, καθώς παρατηρούμε ότι από τα 59 που εμφανίζουν κατάθλιψη, τα 58 αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας.

Όσον αφορά τη διερεύνηση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων, που ήταν και ένας από του σκοπούς αυτής της έρευνας, διαπιστώσαμε πως η πλειονότητα των ηλικιωμένων του δείγματος δεν αντιμετωπίζει προβλήματα λειτουργικότητας. Οι

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

περισσότεροι μπορούν να καλύψουν μόνοι τους τις καθημερινές τους ανάγκες, χωρίς να χρειάζονται την βοήθεια των συγγενικών τους προσώπων.

Σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έχει πολύ χαμηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς και ότι από το σύνολο του δείγματος κανείς δεν έχει ολοκληρώσει την Τριτοβάθμια εκπαίδευση. Άξιο λόγου είναι επίσης το γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος ασχολείται με γεωργικές εργασίες.

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα αντιμετωπίζουν τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν την ήδη επιδεινωμένη οικονομική τους κατάσταση.

Σύμφωνα λοιπόν με όλα τα παραπάνω, καταλαβαίνουμε ότι η άνοια, είναι μια ασθένεια, η οποία επηρεάζεται από ένα συνδυασμό παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες, μπορεί να αφορούν το φύλο, την ηλικία, τον τρόπο ζωής, την οικονομική κατάσταση κ.α. Επίσης, η κατάθλιψη, κάνει την εμφάνιση της, ως επακόλουθο της κακής οικονομικής κατάστασης των ηλικιωμένων, των προβλημάτων υγείας, καθώς και της μοναξιάς που βιώνουν ορισμένοι. Η σωστή ενημέρωση και η εξασφάλιση μιας καλής ποιότητας ζωής, μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση άνοιας και κατάθλιψης, συμβάλλοντας έτσι στην όσο το δυνατόν καλύτερη πορεία ζωής του ατόμου.

7.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κλείνοντας την εργασία κι έχοντας αποκομίσει αρκετές γνώσεις σχετικά με το θέμα της άνοιας, είμαστε σε θέση να κάνουμε ορισμένες προτάσεις σχετικά με τη βελτίωση της κατάστασης και των συνθηκών ζωής των ανοϊκών ατόμων. Επίσης, θα παραθέσουμε ορισμένες προτάσεις, όσον αφορά το θέμα της τρίτης ηλικίας και της κατάθλιψης.

1. Απασχόληση και ενεργοποίηση των ηλικιωμένων, πάνω σε τομείς που σχετίζονται με τα ενδιαφέροντα τους, ώστε να παραμείνουν ενεργά μέλη της κοινωνίας και ν αποφευχθεί η περιθωριοποίηση τους.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

2. Βελτίωση των οικονομικών παροχών (σύνταξη, επιδόματα, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη), ώστε τα ηλικιωμένα άτομα να είναι σε θέση ν αντιμετωπίσουν τις αυξημένες οικονομικές ανάγκες τους.
3. Προσπελασιμότητα και διαθεσιμότητα των διαφόρων υπηρεσιών, καθώς και βελτίωση των διαφόρων δομών π.χ. Κ.Α.Π.Η., Κ.Η.Φ.Η, πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι.
4. Σύσταση υπηρεσιών που θα απευθύνονται σε ανοϊκά άτομα, προκειμένου τα άτομα αυτά να εξυπηρετούνται από άρτια εξειδικευμένο προσωπικό.
5. Συνεχής αξιολόγηση των υπηρεσιών.
6. Συντονισμός και διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας και των υπηρεσιών τρίτης ηλικίας.
7. Έρευνα ώστε να διαπιστωθεί ποια άτομα του πληθυσμού είναι επιρρεπή στην εμφάνιση άνοιας.
8. Ομιλίες με στόχο την πρόληψη της νόσου σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές επίπεδο.
9. Εκπαίδευση κι ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά το θέμα της άνοιας.
10. Εκπαίδευση κι ενημέρωση στους φροντιστές των ανοϊκών ατόμων και δημιουργία υπηρεσιών στις οποίες θα απευθύνονται οι φροντιστές για θέματα που τους αφορούν-προβληματίζουν.
11. Ενημέρωση για τον ορισμό της άνοιας, ώστε να αποφεύγεται να ταυτίζεται με τον ορισμό της τρέλας.
12. Η οικογένεια, το οικείο περιβάλλον και κατ' επέκταση η κοινότητα, να μην αντιμετωπίζει τα ανοϊκά άτομα σα να είναι ανάπηρα-ανίκανα και να τους επιτρέπουν να παίρνουν πρωτοβουλίες, καθώς και να αυτοεξυπηρετούνται, όταν αυτό βέβαια είναι εφικτό, καθώς αυτό θα τους κάνει να νιώθουν χρήσιμοι.
13. Υιοθέτηση απ' τους ηλικιωμένους ενός τρόπου ζωής που θα μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου. Π.χ. ενεργοποίηση του νου και εξάσκηση μέσα από διάφορες δραστηριότητες, όπως π.χ. διάβασμα, εργόχειρα, ασκήσεις μνήμης.
14. Κοινωνικοποίηση κι ενεργοποίηση των ηλικιωμένων, ώστε ν αποφευχθεί η εμφάνιση κατάθλιψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γναρδέλλης, Χ (2003) *Εφαρμοσμένη στατιστική*. Αθήνα: Παπαζήση
- Δαρδαβέσης, Θ. (2007) Κοινωνικά προβλήματα υπερηλίκων. Θεσσαλονίκη: Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής
- Δαφέρμος, Β. (2005) *Κοινωνική στατιστική με το spss*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη
- Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρία (2004) *Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων γονιών*. Αθήνα: Mendor
- Εμκε – Πουλοπούλου, Η (1999), «Έλληνες ηλικιωμένοι Πολίτες. Παρελθόν, Παρόν και μέλλον». Αθήνα: Έλλην.
- Εξάρχου, Ο. (1965) *Πρόνοια για τη γεροντική ηλικία*. Εκλογή: τεύχος 7.
- Ιεροδιακόνου, Χ.Σ. (2003) *Ψυχιατρικές γνώσεις για εφαρμογή από κάθε γιατρό*. Θεσσαλονίκη: Μαστορίδης.
- Καλλινικάκη, Θ. (1998) *Κοινωνική Εργασία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κοτζαμάνης, Β. (1993) *Δημογραφική γήρανση στην μεταπολεμική Ελλάδα*. Κοινωνική Εργασία: τεύχος 32.
- Κυριόπουλος, Γ – Γεωργούση, Ε. (1993) *Οι δαπάνες για την υγεία στην τρίτη ηλικία, στην Ελλάδα: Μια πρώτη προσέγγιση*. Κοινωνική εργασία: τεύχος 30.
- Κωσταρίδου – Ευκλείδου Α. (1999) *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γερωντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μακράκης, Β. (1997) *Ανάλυση δεδομένων στην επιστημονική έρευνα με τη χρήση του spss*. Αθήνα: Gutenberg
- Μάνος, Ν. (1997), «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», Θεσσαλονίκη: University Studio Press
- Μουζακίτης, Χ. (1998) «Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην Ψυχιατρική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου», Κοινωνική Εργασία: τεύχος 12. Αθήνα.
- Μουσούρου, Λ. (1993) *Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας*. Αθήνα: Gutenberg
- Μπαλογιάννης, Σ. Ομιλία με θέμα «Η αντιμετώπιση του γήρατος δια μέσου των αιώνων». Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- Σπυροπούλου Ε. (2004) Η εμπειρία της γήρανσης: Αναζητώντας τα καλά γεράματα. Διδακτορική διατριβή Α.Π.Θ.
- Σταθόπουλος, Π (1999) *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην.
- Στελούδη, Α. (2007) Η νόσος Alzheimer σήμερα. Κλίμακα: τεύχος 3.
- Ταξινόμηση ICD-10 (1992) «*Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών και διαταραχών της Συμπεριφοράς*» Αθήνα: ΒΗΤΑ
- Τεπέρογλου, Α. (1978) *Η οικογένεια σαν πρωταρχικός φορέας πρόνοιας των ηλικιωμένων*. Εκλογή: τεύχος 47.
- Τζημουράκα, Α. (1987) *Τα γηρατειά και τα προβλήματα τους*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις XX
- Τσολάκη Μ. Καζής Α, «Ανοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση», Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2005.
- Τσολάκη Μ, «Νόσος Alzheimer, τι γίνεται μετά τη διάγνωση;», Πρακτικός οδηγός για τους ασθενείς με άνοια', Εκδόσεις Mendor.
- Τσολάκη Μ, «Ζώντας με την νόσο Alzheimer», Πρακτικός οδηγός για τους ασθενείς με άνοια', Εκδόσεις Mendor.
- Τσολάκη Μάγδα, Αριστείδης Καζης, «Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση», 2005
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια 2000-2006». (2004) *Ζώντας με ένα άτομο που πάσχει από άνοια. Οδηγίες για συγγενείς και άλλους φροντιστές*.

B. ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bacch D, Bach M., Bohmer F et al. Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients. *Age Ageing* 1995.
- Bleathman BA, Morton IBA. Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers. *J Advanced Nursing* 1992
- Cummings J.L., Miller B.L., *Alzheimer's Disease, Treatment and Long-Term Management*. Marcel Dekker, Inc. New York 1990
- *Εγχειρίδιο Merc*, (1998) *Διάγνωση και θεραπεία, The Merc Manual, 5^η έκδοση*, Παρισιανός
- Forbes, Jackson, *Κλινική Ιατρική, 2^η έκδοση*, Παρισιανού Α.Ε.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- Gerdner L. Effects of individualized versus classical relaxation music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's Disease and related disorders. Int Psychogeriatr 2000
- Hanley IG, Lusty K.: Memory aids in reality orientation: a single-case study. Behav. Res. Ther. 1984.
- Horner, N. (2006) What is Social Work? Context and Perspectives. Learning Matters Ltd, UK.
- Javeau, C. (2000) *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο*. Αθήνα: Δαρδάνος
- Kastenbaum, R (1982) *Η Τρίτη Ηλικία: τα χρόνια της ολοκλήρωσης*. Αθήνα: Ψυχογίος
- Keady J and Nolan M., IMMEL: Assessing Coping Responses in the early stages of Dementia. Br J. Nursing 1995.
- Koger SM, Hrotons M. Music Therapy for dementia symptoms. Cochrane Database Syst Rev. 2000;3:CD
- Laing, R. (1989) *Η πολιτική της οικογένειας*. Αθήνα: Καστανιώτη
- Paganini –Hill A. Alzheimer disease, women and estrogen replacement therapy. Cont Obst Gyn. 1999, May: 110 -124.
- Robinson A., Chenoweth L., Sutton M., Yatzak J. Williams SM. Improving Nutrition and Enhancing the mealtime experience in a variety of care settings. World Alzheimer Congress 2000, Creative Care, F7.
- Roland Y, Rival L, Pillard E, Lalont C, Rivere D, Albarede J, Vellau D. Feasibility of regular physical exercise for patients with moderate to severe Alzheimer's Disease. J Nutr Health Aging 2000
- Schroeder S., Tierney L., Mcpree J Stephen Jr, Papadakis M., Krupp, M.(2004), *Σύγχρονη Διαγνωστική και Θεραπευτική*. Τόμος Β. Αθήνα: εκδόσεις Παρισιανός Γ., Παρισιανού Μ.

Γ. ΕΡΕΥΝΑ – ΔΙΑΛΕΞΗ

- Ελληνική Εταιρία Νόσου Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών & Εταιρεία Μελέτης της νόσου Alzheimer και των Αγγειακών Ανοιών Κεντρικής Μακεδονίας , Ετήσιο σεμινάριο 2007-2008 με θέμα: «Προβλήματα της Γ' ηλικίας και άνοια, μια διεπιστημονική προσέγγιση»

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- M. Tsolaki, Γ΄ Νευρολογική κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσ/κης, Διάλεξη με θέμα «Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις σε περιθάλποντες και ασθενείς με άνοια.
- Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου συνεδρίου Νόσου Alzheimer, 2000
- Έρευνα Eurostata, 1993
- Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης Φορέων υλοποίησης Ψυχαργώς – Β΄ Φάση

Δ. ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- Δρ. Βάσω Παττάκου – Παρασύρη, «Κοινωνική Εργασία και Άνοια»
- Σημειώσεις μαθήματος «Κλινική Κοινωνική Εργασία» Κα Σαπουνάκη.
- Σημειώσεις μαθήματος «Μεθοδολογία Κοινωνικής Έρευνας» Κος Χλιαουτάκης – κα Τζαμαλούκα.
- Σημειώσεις μαθήματος «Στατιστική με το SPSS12 για τα windows» κος Κριτσωτάκης – κα Παπαδοπούλου
- Πτυχιακή Εργασία του τμήματος κοινωνικής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης με θέμα «Ανίχνευση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών ατόμων άνω των 65 ετών και διερεύνηση της λειτουργικότητάς τους: έρευνα στα ΚΑΠΗ των αγροτικών περιοχών του Ν. Ηρακλείου» των σπουδαστριών Κωκκώδη Μαρία και Σαμαρά Ευαγγελία (2006)

Ε. ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

- <http://www.medlook.net>.
- <http://www.novartis.gr>
- <http://www.alzheimers.org>
- <http://www.janssen-cilag.gr>
- <http://www.speechtherapy.org.cy>

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- <http://www.iatronet.gr>
- <http://www.europolis.gr>
- <http://openarchives.gr/view>
- <http://www.encephalos.gr>
- <http://www.eurocharity.org>
- <http://www.ec.europa.eu>
- <http://www.gec.gr>
- <http://psycosynthesis.blogspot.com>
- <http://www.msu.gr>
- <http://health.in.gr>
- <http://www.openarchives.gr>
- <http://www.novartis.gr>
- <http://www.specialeaducation.com>
- <http://www.enee.gr/klados/anoia>
- <http://www.mednet.gr/psycho/elderly>
- [http:// www.alzheimerathens.gr](http://www.alzheimerathens.gr)
- [http:// www.alzheimerhellas.gr](http://www.alzheimerhellas.gr)
- [http:// www.psychiatry24x7.gr/dementia](http://www.psychiatry24x7.gr/dementia)
- [http:// www.lundbeck.gr](http://www.lundbeck.gr)
- [http:// www.psynet.gr](http://www.psynet.gr)
- [http:// www.psycrete.gr](http://www.psycrete.gr)
- [http:// www.gerontology.gr](http://www.gerontology.gr)
- [http:// www.isk.gr](http://www.isk.gr)
- [http:// www.dementia.com](http://www.dementia.com)
- www.speechtherapy.org

ΦΥΛΛΟ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΦΥΛΛΟ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΑΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ SPSS

- A.A.E. → Αύξων Αριθμός Ερωτηματολογίου
- A.A.Σ. → Αύξων Αριθμός Συνεντεύκτριας
 1. Ζωΐδη Μαρία
 2. Σαριδακη Δήμητρα
 3. Χάλαρη Πηνελόπη
- d03 → Δημοτικό Διαμέρισμα
 1. Ανώγεια
 2. Σείσαρχα
- d04 → Φύλο
 1. Άντρας
 2. Γυναίκα
- d05 → Ηλικία
- d05rec → Ηλικιακές Ομάδες
 1. 65-69
 2. 70-74
 3. 75-79
 4. 80⁺
- d06 → Χρόνια Εκπαίδευσης
 1. 0-4
 2. 5-8
 3. 9-12
- d07 → Ολοκλήρωση Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης
 1. Ναι
 2. Όχι
 - 3.
- d08 → Επάγγελμα
 1. Επιστήμονες (Γιατροί, Δικηγόροι, Μηχανικοί, κτλ)
 2. Δημόσιοι Υπάλληλοι με δίπλωμα Πανεπιστημίου
 3. Εκπαιδευτικού / Δάσκαλοι
 4. Ιερείς / Κληρικοί

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

5. Προσωπικό Γραφείου (Δημόσιος και Ιδιωτικός τομέας)
 6. Επιχειρηματίες / Έμποροι
 7. Γεωργοί / Ψαράδες / Δασοφύλακες
 8. Τεχνίτες / Εργάτες / Προσωπικό Μεταφορών

 9. Διάφορες υπηρεσίες (τουρισμός, εστιατόρια, κομμωτήρια)
 10. Οδηγοί / Ναυτικοί
 11. Στρατιωτικοί / Αστυνομικοί
 12. Οικιακά
 13. Συνταξιούχοι
- d09.1 → Κύρια Απασχόληση (Σύμφωνα με την παραπάνω κατηγοριοποίηση των επαγγελματιών)
- d09.2 → Δεύτερη Απασχόληση (Σύμφωνα με την παραπάνω κατηγοριοποίηση των επαγγελματιών)
- d09.3 → Τρίτη Απασχόληση (Σύμφωνα με την παραπάνω κατηγοριοποίηση των επαγγελματιών)
- d10 → Χρόνια Συνταξιοδότησης
- d11 → Τωρινή Απασχόληση (Σύμφωνα με την παραπάνω κατηγοριοποίηση των επαγγελματιών)
- d12 → Οικογενειακή Κατάσταση
1. Άγαμος/ η
 2. Έγγαμος / η
 3. Εν διαστάσει
 4. Διαζευγμένος / η
 5. Χήρος / α
 6. Συζεί
- d13 → Έχετε παιδιά;
1. Ναι
 2. Όχι
- d14 → Αριθμός Παιδιών
- d15 → Ζει κάποιο από τα παιδιά σας στην ίδια περιοχή με εσάς;
1. Ναι
 2. Όχι
- d16 → Τόπος Καταγωγής

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- d16rec → Τόπος Καταγωγής
 1. Από τον τόπο καταγωγής
 2. Από χωριό του Δήμου
 3. Από περιοχή εκτός Δήμου

- d17 → Πόσα χρόνια μένετε στο χωριό;

- d18 → Ασφάλιση
 1. Ο.Γ.Α
 2. Ι.Κ.Α
 3. Τ.Ε.Β.Ε
 4. Τ.Σ.Α
 5. Εξωτερικού
 6. Ανασφάλιστος
 7. Άλλο

- d19 → Μηνιαίο Εισόδημα

- d19rec → Μηνιαίο Εισόδημα
 1. Έως 300
 2. 301-350
 3. 351-400
 4. 401-450
 5. 451-500
 6. 501⁺

- d20 → Χώρος Διαμονής
 1. Ιδιόκτητο σπίτι
 2. Με ενοίκιο
 3. Φιλοξενία

- d21 → Ποιος σας φιλοξενεί;
 1. Παιδιά
 2. Αδέλφια
 3. Άλλοι συγγενείς
 4. Γείτονες
 5. Άλλο

- d22 → Προβλήματα Υγείας
 1. Ναι
 2. Όχι

- d23 → Αν ναι, από τι ασθένειες πάσχετε;
Υπέρταση
 1. Ναι
 2. Όχι
Χοληστερίνη
 1. Ναι
 2. Όχι
Σάκχαρο

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

1. Ναι

2. Όχι

Καρδιά

1. Ναι

2. Όχι

Θυρεοειδής

1. Ναι

2. Όχι

Ύλιγγος

1. Ναι

2. Όχι

Οστεοπόρωση

1. Ναι

2. Όχι

Κυκλοφορικό

1. Ναι

2. Όχι

Αναπνευστικό

1. Ναι

2. Όχι

Ουρικό οξύ

1. Ναι

2. Όχι

Στομάχι

1. Ναι

2. Όχι

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

1. Ναι

2. Όχι

Αιματολογικά

1. Ναι

2. Όχι

Χειρουργείο

1. Ναι

2. Όχι

Πάρκινσον

1. Ναι

2. Όχι

Αρθρίτιδα

1. Ναι

2. Όχι

Καρκίνος

1. Ναι

2. Όχι

Κατάθλιψη

1. Ναι

2. Όχι

Άγχος

1. Ναι

2. Όχι

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

Προβλήματα Μυοσκελετικού

1. Ναι
2. Όχι

Προβλήματα Ύπνου

1. Ναι
2. Όχι

Κινητικά Προβλήματα

1. Ναι
2. Όχι

Προβλήματα Ακοής/ Τύφλωσης

1. Ναι
2. Όχι

Άνοια

1. Ναι
2. Όχι

Ψυχιατρικά Προβλήματα

1. Ναι
2. Όχι

Άλλη ασθένεια

- d24 → Λήψη Φαρμακευτικής Αγωγής
 1. Ναι
 2. Όχι
- d25 → Προβλήματα όρασης
 1. Ναι
 2. Όχι
- d26.1 → Μένετε: Μόνος / η
 1. Ναι
 2. Όχι
- d26.2 → Σύζυγος
 1. Ναι
 2. Όχι
- d26.3 → Σύντροφος
 1. Ναι
 2. Όχι
- d26.4 → Παιδιά
 1. Ναι
 2. Όχι
- d26.5 → Συγγενείς
 1. Ναι
 2. Όχι

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- d26.6 → Άνθρωπος που τον φροντίζει
 1. Ναι
 2. Όχι
- d27 → Έχετε κάποιο σπίτι που να σας φροντίζει;
 1. Ναι
 2. Όχι
- d28.1 → Αν ναι, τι σχέση έχετε; Σύζυγος
 1. Ναι
 2. Όχι
- d28.2 → Αν ναι, τι σχέση έχετε; Παιδί
 1. Ναι
 2. Όχι
- d28.3 → Αν ναι, τι σχέση έχετε; Οικ. Βοηθός Ελληνίδα
 1. Ναι
 2. Όχι
- d28.4 → Αν ναι, τι σχέση έχετε; Οικ. Βοηθός Αλλοδαπή
 1. Ναι
 2. Όχι
- d28.4 → Αν ναι, τι σχέση έχετε; Άλλο
- d29 → Πόσο συχνά σας φροντίζουν;
 1. 24 ώρες
 2. Μόνο νύχτα
 3. Μόνο μέρα
 4. Μερικές ώρες
 5. Όποτε χρειαστεί
- d30 → Λαμβάνετε βοήθεια από υπηρεσίες που απευθύνονται σε ηλικιωμένους;
 1. Ναι
 2. Όχι
- d31.1 → Βοήθεια στο σπίτι
 1. Ναι
 2. Όχι
- d31.2 → Κ.Α.Π.Η.
 1. Ναι
 2. Όχι
- d31.3 → Άλλη υπηρεσία
- d32.1 → Ελεύθερος χρόνος: Κοινωνικές επαφές

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

1. Ναι
2. Όχι

- d32.2 → Ελεύθερος χρόνος: Εργόχειρα
 1. Ναι
 2. Όχι
- d32.3 → Ελεύθερος χρόνος: Ενασχόληση με κήπο – φυτά - ζώα
 1. Ναι
 2. Όχι
- d32.4 → Ελεύθερος χρόνος: Τηλεόραση
 1. Ναι
 2. Όχι
- d32.5 → Ελεύθερος χρόνος: Ταξίδια - Εκδρομές
 1. Ναι
 2. Όχι
- d32.6 → Ελεύθερος χρόνος: Κυνήγι - Ψάρεμα
 1. Ναι
 2. Όχι
- d32.7 → Ελεύθερος χρόνος: Τάβλι – χαρτιά – σταυρόλεξα
 1. Ναι
 2. Όχι
- d32.8 → Ελεύθερος χρόνος: Φροντίδα εγγονιών ή άλλου συγγενή
 1. Ναι
 2. Όχι
- d32.9 → Ελεύθερος χρόνος: Άλλο
- d33 → Συμμετέχετε σε κάποια συλλογική δραστηριότητα;
 1. Ναι
 2. Όχι
- d34.1 → Σύλλογοι
 1. Ναι
 2. Όχι
- d34.2 → Εκκλησία
 1. Ναι
 2. Όχι

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- d34.3 → Κ.Α.Π.Η.
 1. Ναι
 2. Όχι
- d34.4 → Πολιτική
 1. Ναι
 2. Όχι
- d34.5 → Άλλο

- d35.1 → Γιατί; Μου αρέσει / με ικανοποιεί
 1. Ναι
 2. Όχι
- d35.2 → Γιατί; Νιώθω χρήσιμος
 1. Ναι
 2. Όχι
- d35.3 → Γιατί; Δίνει νόημα στη ζωή μου
 1. Ναι
 2. Όχι
- d35.4 → Γιατί; Βρίσκω παρέα / δεν νιώθω μοναξιά
 1. Ναι
 2. Όχι
- d36 → Ασχολείστε με το διάβασμα;
 1. Ναι
 2. Όχι
- d37 → Αν ναι, πόσο συχνά διαβάζετε;
 1. Καθημερινά
 2. Κάποιες φορές την εβδομάδα
 3. Κάποιες φορές κάθε δεκαπέντε μέρες
 4. Κάποιες φορές το μήνα
- d38 → Ασχολείστε με τη γυμναστική;
 1. Ναι
 2. Όχι
- d39 → Αν ναι, πόσο συχνά γυμνάζεστε;
 1. Καθημερινά
 2. Κάποιες φορές την εβδομάδα
 3. Κάποιες φορές κάθε δεκαπέντε μέρες
 4. Κάποιες φορές το μήνα
- d40 → Καπνίζετε;
 1. Ναι
 2. Όχι

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- d41 → Πόσα τσιγάρα ημερησίως;
 1. 1-10
 2. 11-20
 3. 21-30
 4. 31-40
 5. Παραπάνω

- d42 → Πίνετε αλκοόλ;
 1. Ναι
 2. Όχι

- d43.1 → Κρασί
 1. Ναι
 2. Όχι

- d44.1 → Πόσα ποτήρια ημερησίως;
 1. 1-2
 2. 3-4
 3. 5-6
 4. Παραπάνω
 5. 1-2 την εβδομάδα
 6. 3-4 την εβδομάδα
 7. Στις γιορτές

- d43.2 → Τσίπουρο / Ούζο
 1. Ναι
 2. Όχι

- d44.2 → Πόσα ποτήρια ημερησίως;
 1. 1-2
 2. 3-4
 3. 5-6
 4. Παραπάνω
 5. 1-2 την εβδομάδα
 6. 3-4 την εβδομάδα
 7. Στις γιορτές

- d43.3 → Άλλο ποτό

- d44.3 → Πόσα ποτήρια ημερησίως;
 1. 1-2
 2. 3-4
 3. 5-6
 4. Παραπάνω
 5. 1-2 την εβδομάδα
 6. 3-4 την εβδομάδα
 7. Στις γιορτές

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- d45 → Γνωρίζετε τη νόσο Alzheimer;
 1. Ναι
 2. Όχι

- d46.1 → Από πού ενημερωθήκατε;
 1. Συγγενικό πρόσωπο
 2. Φιλικό πρόσωπο
 3. Συγχωριανός
 4. Τηλεόραση – εφημερίδα – περιοδικά
 5. Γιατρούς
 6. Ομιλίες – Διαλέξεις

- d47 → Έχετε κάποιο συγγενή με άνοια;
 1. Ναι
 2. Όχι

- d48 → Αν ναι, ποιος είναι ο βαθμός συγγένειας;
 1. γονείς – αδέρφια
 2. α' ξαδέλφια
 3. β' ξαδέλφια
 4. γ' ξαδέλφια
 5. θείος – θεία

- d49.1 → Άποψη για τη νόσο Alzheimer: Δύσκολη ασθένεια
 1. Ναι
 2. Όχι

- d49.2 → Άποψη για τη νόσο Alzheimer: Ταλαιπωρία φροντιστών
 1. Ναι
 2. Όχι

- d49.3 → Άποψη για τη νόσο Alzheimer: Έκφραση προκαταλήψεων
 1. Ναι
 2. Όχι

- d49.4 → Άποψη για τη νόσο Alzheimer: Μη θεραπεύσιμη ασθένεια
 1. Ναι
 2. Όχι

- d49.5 → Άποψη για τη νόσο Alzheimer: Δεν γνωρίζω
 1. Ναι
 2. Όχι

- Questionnaire → Ερωτηματολόγιο
 1. MINI – MENTAL
 2. HINDI

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- d50 – d79 → Αντιστοιχούν στις ερωτήσεις 1 - 30 του test MMSE / HINDI και απαντώνται ως εξής:
0. Λάθος απάντηση
 1. Σωστή απάντηση

- d50 → Τι έτος έχουμε;
- d51 → Τι εποχή έχουμε;
- d52 → Τι μήνα έχουμε;
- d53 → Τι ημερομηνία έχουμε;
- d54 → Τι ημέρα της εβδομάδας;
- d55 → Πως ονομάζεται το χωριό σας;
- d56 → Σε ποιο Δήμο βρίσκεται;
- d57 → Σε ποιο Νομό;
- d58 → Σε ποια χώρα;
- d59 → Σε ποιον όροφο;
- d60 → Καρέκλα
- d61 → Φούστα
- d62 → Ποδήλατο
- d63 → Αφαίρεση / Συλλαβισμός λέξης
- d64 → Αφαίρεση / Συλλαβισμός λέξης
- d65 → Αφαίρεση / Συλλαβισμός λέξης
- d66 → Αφαίρεση / Συλλαβισμός λέξης
- d67 → Αφαίρεση / Συλλαβισμός λέξης
- d68 → Επανάληψη «Καρέκλα»
- d69 → Επανάληψη «Φούστα»
- d70 → Επανάληψη «Ποδήλατο»
- d71 → Τι είναι αυτό; «Μολύβι»
- d72 → Τι είναι αυτό; «Ρολόι»
- d73 → Επανάληψη φράσης: «Παιδί, κλειδί, κλαδί»
- d74 → Πάρτε αυτό το φύλλο χαρτί με το δεξί σας χέρι.
- d75 → Διπλώστε το στα δύο.
- d76 → Ακουμπήστε το στο πάτωμα
- d77 → «Κλείσε τα μάτια σου»
- d78 → Θα θέλατε να μου γράψετε μία πρόταση ολοκληρωμένη;
- d79 → Αντιγραφή σχήματος.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΛΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- d80 – d87 → Αντιστοιχούν στις ερωτήσεις 1 έως 8 του test IADL

- d80 → Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου
 0. Δεν εκτιμάται
 1. Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς
 2. Παίρνει λίγα, πολύ γνωστά τηλέφωνα
 3. Απαντά στο τηλέφωνο, αλλά δεν παίρνει τηλέφωνα.
 4. Δεν χρησιμοποιεί καθόλου τηλέφωνο.

- d81 → Ικανότητα για ψώνια
 0. Δεν εκτιμάται
 1. Αντιμετωπίζει όλες τις ανάγκες για ψώνια μόνος / η
 2. Ψωνίζει αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του / της
 3. Συνοδεύει απλώς για ψώνια
 4. Δεν πάει καθόλου για ψώνια.

- d82 → Προετοιμασία γευμάτων
 0. Δεν εκτιμάται
 1. Σχεδιάζει, ετοιμάζει και σερβίρει επαρκή γεύματα.
 2. Προετοιμάζει επαρκή γεύματα, εάν υπάρχουν τα απαραίτητα.
 3. Ζεσταίνει ή προσφέρει έτοιμα γεύματα, αλλά δε διατηρεί την ικανότητα επαρκούς διατροφής.
 4. Χρειάζεται να του / της σερβίρουν τα γεύματα.

- d83 → Νοικοκυριό
 0. Δεν εκτιμάται
 1. Διατηρεί καθαρό το σπίτι μόνος / η με περιστασιακή βοήθεια (για τις βαριές δουλειές).
 2. Κάνει τις καθημερινές δουλειές, όπως το πλύσιμο των πιάτων ή το στρώσιμο των κρεβατιών.
 3. Χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις δουλειές του σπιτιού.
 4. Δε συμμετέχει σε καμία από τις δουλειές του σπιτιού.

- d84 → Πλύσιμο
 0. Δεν εκτιμάται
 1. Πλένει τα προσωπικά του ρούχα μόνος / η του /της.
 2. Πλένει μικρά ρούχα καθημερινής ανάγκης, όπως κάλτσες.
 3. Όλο το πλύσιμο γίνεται από άλλους.

- d85 → Τρόποι μεταφοράς
 0. Δεν εκτιμάται
 1. Μετακινείται μόνος/ η με μέσα μαζικής μεταφοράς ή οδηγεί το δικό του / της αυτοκίνητο.
 2. Οργανώνει τα ταξίδια του/ της με ταξί και δεν χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς.
 3. Μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς όταν βοηθιέται ή συνοδεύεται από άλλους.
 4. Ταξιδεύει με ταξί ή αυτοκίνητο μόνο με τη βοήθεια άλλου.
 5. Δεν ταξιδεύει καθόλου.

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- d86 → Υπευθυνότητα για τα φάρμακα
 - 0. Δεν εκτιμάται
 - 1. Είναι υπεύθυνος και παίρνει τα φάρμακα του στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο.
 - 2. Παίρνει τα φάρμακα του όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις.
 - 3. Δεν είναι ικανός / η να παίρνει τα φάρμακα του/ της.

- d87 → Ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα
 - 0. Δεν εκτιμάται
 - 1. Διαχειρίζεται μόνος/ η τα οικονομικά του/ της (κονδύλια, γράφει επιταγές, πληρώνει το ενοίκιο, λογαριασμούς, πηγαίνει στην τράπεζα), μαζεύει και διατηρεί οικονομίες από το εισόδημα.
 - 2. Τα καταφέρνει στις καθημερινές συναλλαγές, αλλά χρειάζεται βοήθεια για την τράπεζα, τις μεγάλες συναλλαγές.
 - 3. Ανίκανος να διαχειρίζεται χρήματα.

- d88 – 102 → Αντιστοιχούν στις ερωτήσεις 1 έως 15 του test GDS και βαθμολογούνται με 1 οι καταθλιπτικές απαντήσεις.

- d88 → Είστε γενικά ευχαριστημένοι από την ζωή σας;
 - 0. Ναι
 - 1. Όχι

- d89 → Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα σας;
 - 0. Όχι
 - 1. Ναι

- d90 → Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;
 - 0. Όχι
 - 1. Ναι

- d91 → Συχνά αισθάνεστε να βαριέστε;
 - 0. Όχι
 - 1. Ναι

- d92 → Έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό;
 - 0. Ναι
 - 1. Όχι

- d93 → Φοβάστε ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;
 - 0. Όχι
 - 1. Ναι

- d94 → Αισθάνεστε χαρούμενος τον περισσότερο χρόνο;
 - 0. Ναι
 - 1. Όχι

«Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΣΕ ΟΡΕΙΝΟ ΔΗΜΟ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»

- d95 → Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;
 - 0. Όχι
 - 1. Ναι
- d96 → Προτιμάτε να μένετε σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούργια πράγματα;
 - 0. Όχι
 - 1. Ναι
- d97 → Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από τους άλλους ανθρώπους;
 - 0. Όχι
 - 1. Ναι
- d98 → Αισθάνεστε ότι είναι θαυμάσιο που είστε ζωντανός τώρα;
 - 0. Ναι
 - 1. Όχι
- d99 → Αισθάνεστε ότι είστε χρήσιμος τώρα;
 - 0. Ναι
 - 1. Όχι
- d100 → Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια/ δύναμη;
 - 0. Ναι
 - 1. Όχι
- d101 → Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι απελπιστική;
 - 0. Όχι
 - 1. Ναι
- d102 → Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτερα από εσάς;
 - 0. Όχι
 - 1. Ναι
- GDS → Συναισθηματική Κατάθλιψη
 - 1. 0-6 Απουσία Κατάθλιψης
 - 2. 7- 15 Ύπαρξη κατάθλιψης