



Πτυχιακή εργασία:

Θέμα: Διατροφική κατάσταση ατόμων Τρίτης Ηλικίας και συσχέτιση της με τα επίπεδα μοναχικότητας των υπερηλίκων - Nutritional condition of older people related to their level of loneliness.



Εισήγηση: Χαρωνιτάκη Κατερίνα
Επιμέλεια: Καραμάνου Ευφροσύνη
Στάλα Καλλιόπη

Περιεχόμενα:

Περίληψη πτυχιακής (ελληνικά)	5
Περίληψη πτυχιακής (αγγλικά)	6
A) Θεωρητικό μέρος πτυχιακής εργασίας	
Κεφάλαιο 1 ^ο	
1.0.Εισαγωγή	7
1.1.Γήρας	9
1.1.α. Ορισμός γήρατος	9
1.1.β.Θεωρίες γήρατος	10
1.1.γ. Δημογραφικά στοιχεία για την Ελλάδα	11
1.2. Σχέση διατροφής και γήρατος	13
1.3. Δίαιτα και γήρας	15
1.4.Διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων στην Ελλάδα.	18
1.5.Φυσιολογικές αλλαγές με την ηλικία	22
1.6.Διαιτητικές απαιτήσεις για τους ηλικιωμένους	30
1.7. Εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης του ατόμου	34
1.7.1 Εισαγωγή	34
1.7.2.Επιλογή της κατάλληλης μεθόδου για εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης των ηλικιωμένων ατόμων	35
Κεφάλαιο 2 ^ο	
2.0.Διατροφικές διαταραχές στους υπερηλίκους και αιτιολογία τους	36
2.1.Διαταραχές πρόσληψης τροφής στην Τρίτη ηλικία.	37
2.1.1. Εισαγωγή	37
2.1.2.Ελάττωση της όρεξης	37
2.1.3. Νευρογενής ανορεξία	39
2.1.3.α Διαγνωστικά κριτήρια νευρογενούς ανορεξίας για ενήλικες	40
2.1.3.β Συμπτώματα νευρογενούς ανορεξίας αναλυτικά	40
2.1.3.γ Προδιαθεσικοί παράγοντες νευρογενούς ανορεξίας	41
2.1.3.δ Πρόγνωση νευρογενούς ανορεξίας	43
2.1.3.ε Θεραπεία νευρογενούς ανορεξίας	44
2.1.4. Νευρογενής βουλιμία	44
2.1.5. Παχυσαρκία	46
2.1.5.α Επιπλοκές παχυσαρκίας επιγραμματικά	47
2.1.5.β Παχυσαρκία και ψυχικές διαταραχές στους ηλικιωμένους	48
2.1.5.γ Αίτια παχυσαρκίας στην τρίτη ηλικία	49
2.2 Υποβιταμίνωση-Υπερβιταμίνωση	50
2.2.1. Γενικά για τις βιταμίνες	50
2.2.2. Βιταμίνες που έχουν ιδιαίτερο ρόλο στην τρίτη ηλικία	52
2.2.2.α Βιταμίνη Α	52
2.2.2.β Βιταμίνη D	53
2.2.2.γ Βιταμίνη E	54
2.2.2.δ Βιταμίνη K	55
2.2.2.ε Φολλικό οξύ ή B10	56
2.2.2.στ Βιταμίνη B12 ή κοβαλαμίες	57
2.2.2.ζ Βιταμίνη C ή ασκορβικό οξύ	58

2.3. Γενικές διατροφικές συμβουλές -οδηγίες για καλύτερη ποιότητα ζωής των Ηλικιωμένων	61
--	----

Κεφάλαιο 3^ο

3.1. Πρωτεΐνο - θερμιδική δυσθρεψία.	62
3.2 Αναιμίες	63
3.2.α Σιδηροπενική αναιμία	64
3.3 Νόσος Alzheimer	66
3.3.α Ορισμός Alzheimer	66
3.3.β Αίτια Alzheimer	68
3.3.γ Συμπτώματα Alzheimer	70
3.3.δ. Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου Alzheimer σύμφωνα με το DSM-IV	70
3.3.ε θεραπευτική αντιμετώπιση ανοιτών- νόσου Alzheimer	70
3.3.στ. Διατροφική φροντίδα στη νόσο Alzheimer	72
3.4.Νόσος Parkinson	74
3.4.α.Ορισμός Parkinson	74
3.4.β. Παθοφυσιολογία- Αίτια εμφάνισης της νόσου Parkinson	74
3.4.γ Συμπτώματα Parkinson	75
3.4.δ Θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου Parkinson	76
3.4.ε. Διατροφική φροντίδα Parkinson	77

Κεφαλαίο 4^ο

4.1 Κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία	78
4.1.α.Ορισμός Κατάθλιψης-μορφές	78
4.1.β. Επιδημιολογία.	84
4.1.γ. Αιτιολογία κατάθλιψης	85
4.1.δ. Επιπτώσεις Κατάθλιψης	89
4.1.ε. Διαγνωστική εκτίμηση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων	89
4.1.στ. Θεραπευτική αντιμετώπιση κατάθλιψης	91
4.2 Συσχέτιση κατάθλιψης με την διατροφή	94
4.2.α Ρόλος Υδατανθράκων	94
4.2.β Ρόλος Αμινοξέων	94
4.2.γ Ο ρόλος των Βιταμινών	95
4.2.δ Η δράση των λιπαρών οξέων	96
4.2.ε Μέταλλα	97
4.3 Μοναξιά στην Τρίτη Ηλικία	98
4.3.α. Ορισμός μοναξιάς	98
4.3.β. Συσχέτιση μοναξιάς και γηρατειών	99
4.3.γ. Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων	100
4.3.δ. Αιτιολογία μοναξιάς	102
4.3.ε. Επιπτώσεις μοναξιάς	103
4.3.στ. Τρόποι αντιμετώπισης της μοναξιάς	104
4.4.Μοναξιά και κατάθλιψη	105

Κεφαλαίο 5^ο

5.1 Μεθοδολογία έρευνας	106
5.2. Λίγα λόγια για τα ερωτηματολόγια για τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν	106
5.2.1. MNA (mini nutritional assessment)	106
5.2.2. UCLA Loneliness scale	109

B) Ερευνητικό μέρος πτυχιακής εργασίας

Κεφάλαιο 6^ο

Αποτελέσματα πτυχιακής εργασίας	112
Συσχετίσεις αποτελεσμάτων έρευνας	263

Κεφάλαιο 7^ο

Σχολιασμός αποτελεσμάτων πτυχιακής εργασίας και σύγκριση αυτών με άλλα επιστημονικά άρθρα	269
Συνολικά αποτελέσματα πτυχιακής εργασίας	286
Βιβλιογραφία	288

Παραρτήματα	304
-------------------	-----

Ευχαριστίες	306
-------------------	-----

Περίληψη πτυχιακής εργασίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

Η τρίτη ηλικία είναι μια πολύ ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα, η οποία δυστυχώς δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Οι άνθρωποι αυτής της ηλικίας ταλαιπωρούνται από πολλά προβλήματα υγείας. Οι πιο συνηθισμένες ασθένειες που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους είναι, καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα, νοητικές διαταραχές, κινητικά προβλήματα, προβλήματα στην τροφή και στην πέψη, προβλήματα στα αισθητήρια όργανα, ψυχολογικά νοσήματα όπως κατάθλιψη και τέλος μια γενικευμένη αίσθηση μοναξιάς. Η μοναξιά είναι μια σύνθετη έννοια που περιλαμβάνει ψυχολογικές και οικογενειακές πτυχές.

Στην παρούσα εργασία, γίνεται μια προσπάθεια ανάλυσης των παραγόντων που επηρεάζουν τη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων και κάνουν αυτή την περίοδο της ζωής τους πιο δύσκολη. Αναλύονται οι φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν με την πάροδο των χρόνων στα άτομα, η συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της διατροφής και του γήρατος, οι διαιτητικές απαιτήσεις των ηλικιωμένων, καθώς επίσης και οι διατροφικές διαταραχές (νευρογενής ανορεξία, βουλιμία, παχυσαρκία, υποβιταμίνωση κ.α.) και τα κλινικά σύνδρομα (αναιμίες, υποσιτισμός, νόσος Parkinson, Alzheimer) που συμβαίνουν σε αυτήν την ηλικία. Τέλος εξετάζεται η εμφάνιση της μοναξιάς και της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, τα αίτια και οι επιπτώσεις αυτών των προβλημάτων.

Πραγματοποιήθηκε έρευνα που εξετάζει τις διατροφικές συνήθειες αυτής της ηλικιακής ομάδας και πώς αυτές επηρεάζονται απ' τα επίπεδα μοναχικότητας στα άτομα αυτά.

Η έρευνα αυτή διεξήχθη στον νομό Ηρακλείου Κρήτης σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω και των δύο φύλων. Πραγματοποιήθηκε σε τρεις ομάδες, πρώτον, σε 50 ηλικιωμένους που ζουν στο σπίτι με σύντροφο ή αλλά άτομα, δεύτερον, σε 50 ηλικιωμένους που ζουν στον σπίτι μόνοι τους και τρίτον σε 50 ηλικιωμένους που ζουν σε γηροκομεία.

Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε με την χρήση δυο ερωτηματολογίων. Με το πρώτο, το MNA (mini nutritional assessment), εξετάστηκε η θρεπτική κατάσταση των ατόμων τρίτης ηλικίας, και με το δεύτερο, το UCLA Loneliness scale, εξετάστηκαν τα επίπεδα μοναχικότητας των ηλικιωμένων. Κατά την διεξαγωγή της έρευνας, υπήρχαν προβλήματα συνεργασίας και συνεννόησης με κάποιους απ' τους ηλικιωμένους, λόγω προβλημάτων υγείας (Alzheimer, προβλήματα ακοής κ.α.).

Από την παρούσα έρευνα βγήκε το συμπέρασμα ότι η διατροφική κατάσταση εξαρτάται άμεσα απ' την κατάσταση διαμονής των ηλικιωμένων, δηλαδή αποδείχθηκε ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν στο σπίτι με παρέα έχουν καλύτερη κατάσταση θρέψης σε σχέση με αυτούς που μένουν μόνοι τους ή αυτούς που μένουν στα γηροκομεία.

Επίσης αποδείχθηκε ότι ανάλογα με το πώς ζουν οι ηλικιωμένοι (μόνοι, με παρέα ή σε γηροκομείο), επηρεάζεται άμεσα και η ψυχολογική τους κατάσταση. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν με παρέα φαίνεται να έχουν καλύτερη ψυχολογική διάθεση.

Τέλος βρέθηκε ότι η διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων, συσχετίζεται ισχυρά με την ψυχολογική τους κατάσταση. Δηλαδή όσο καλύτερη είναι η ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων, τόσο καλύτερη διατροφή έχουν και συνεπώς καλύτερο επίπεδο θρέψης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

The elderly people belong to a very sensitive aged-group that unfortunately hasn't been deliberated adequately. People of that age are affected by various healthy problems. The most common diseases that appear to the elderly people are heartvesselw and respiratory diseases, intellectual disorders, problems of movement, problems in nutrition as well as in digestion, in perspective organs, psychological diseases like depression and finally a general feeling of loneliness that is a compound notion that includes psychological and domestic folds. With this research, it's made an attempt of analysis the factors that influence the old people's life that made that period of their life difficult. It elaborates the psychological changes that occur with the passage of time in individuals, the correlation between nutrition and senility, the diet demands of old people, as well as the feeding disorders (wiry anorexia, craving obesity, hypovitaminosis etc.) and clinic sindromes (anemia, denutrition, parkison disease, alzheimer) that occur in that age. Finally, it examines the apearrance of loneliness and depression, the causes and the effects. It has been made a survey that examines the nutrition habits of that aged-group and how are influenced by the levels of loneliness. A research in Heraklio of creta country in people of 60 years old and over of both genders was performed. Three teams of individuals were compared, first a team of 50 old people lived in their house with a partner or other people, second a team of 50 old people lived alone in their houses and third a team of 50 old people lived in old people's home. The elements were collected via two questionaries. Firstly, the mna (mini nutritional assessment) which examines the nutritional condition of erderly people, and secondly the ucla loneliness scale, which examines the levels of loneliness. During the process of the reearch there were collaboration and understanding problems with some of old people, by the virtue of health problems (alzheimer, hearing problems etc.). The results of this research showed that the nutritional condition is closely connected with the residence of old people that is to say, that the old people who lived in the house with company, they have better nutritional condition in connection with those who lived alone or in old's people home. It also shows that according to how they lived (alone, with company, in old people's home) it influences directly the phycological condition. Except from that old people who lived with company seems to have better phycological attitude. Finally, the nutritional condition of erderly people, is mightly conected with their psycological condition. That is to say that the better their phycological condition is, the better nutrition they have and consequently the better nurishment level.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

1.0 Εισαγωγή

Τα γηρατειά είναι η εποχή της δύσης της ζωής του ανθρώπου. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι αναπολούν τα περασμένα χρόνια, προσπαθούν να θυμηθούν όλες τις λεπτομέρειες της ζωής τους κάνοντας τον απολογισμό τους. Άλλοτε, αισθάνονται μελαγχολία για τα χρόνια που πέρασαν και που δεν πρόκειται να ξαναρθούν κι άλλοτε πανικοβάλλονται, απογοητεύονται για όλα εκείνα που δεν πρόλαβαν και ήθελαν να ζήσουν. Για πολλούς ανθρώπους τα γηρατειά είναι η υποδούλωση μιας ψυχής που θέλει να ζήσει, να ονειρευτεί, να εκφραστεί και που εμποδίζεται από το κουρασμένο και γερασμένο σώμα. Όταν κάποιος είναι νέος δε σκέφτεται, δεν υπολογίζει το θάνατο, είναι σαν να αγνοεί ότι υπάρχει, κυρίως δεν συνειδητοποιεί ότι κάποια μέρα θα γεράσει.

Οι άνθρωποι, που αισθάνονται ικανοποίηση από την ζωή που πέρασαν, και μια ηθική πληρότητα για αυτά που δημιούργησαν, θεωρούν ότι η περασμένη ζωή τους άξιζε και δεν σπαταλήθηκε, αποδέχονται το γεγονός ότι γέρασαν, και αντιδρούν θετικά στην φυσιολογική εξέλιξη της ζωής. Κατανοούν τις δυνατότητες που έχουν και απολαμβάνουν τα πλεονεκτήματά που τους παρέχει αυτό το στάδιο της ζωής τους.



Η τρίτη ηλικία είναι η στιγμή που ο άνθρωπος, έχοντας τη σοφία της ζωής, μπορεί να δει τον κόσμο με άλλα μάτια, να χαρεί και να απολαύσει απλά καθημερινά πράγματα που οι νέοι παραβλέπουν θεωρώντας τα ασήμαντα για να τα εκτιμήσουν.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, μέχρι τότε, έχουν αποκτήσει και εγγόνια, πράγμα που τους δίνει μεγάλη χαρά καθώς νιώθουν ότι τους δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία να περάσουν με τα εγγόνια τους το χρόνο που στερήθηκαν από τα παιδιά, γιατί όσο ήταν νέοι, δεν έβρισκαν το χρόνο που θα ήθελαν να αφιερώσουν στα παιδιά τους, λόγω διάφορων προβλημάτων επιβίωσης, είτε προσωπικών τους φιλοδοξιών. Τώρα μπορούν να απολαύσουν την παιδική παρουσία και μέσω αυτών να ξανανιώσουν και οι ίδιοι «παιδιά».



Επίσης τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα διαθέτουν περισσότερο ελεύθερο χρόνο για να τον αξιοποιήσουν ευχάριστα κάνοντας καινούρια πράγματα και δρώντας ανενόχλητοι σε όποιο τομέα επιλέξουν.

Αντίθετα, άλλα άτομα, όταν φτάσουν σε μεγάλη ηλικία και δεν έχουν βρει την ψυχική ισορροπία «ψάχνοντας» την ζωή που πέρασαν, απογοητεύονται παρατηρώντας ότι στηριζόταν στην ματαιοδοξία τους και στη σιγουριά που εκπέμπουν τα νιάτα και η φυσική δύναμη και όταν αυτά χαθούν, αδυνατούν να αναζητήσουν την εσωτερική τους ομορφιά, τη δύναμη και τη γοητεία που παρέχει η σοφία και η πείρα στον άνθρωπο. Έτσι αισθάνονται μόνοι και βγαίνει προς τα έξω μια εικόνα που προκαλεί λύπηση. Σπαταλούν το χρόνο τους γκρινιάζοντας και δηλώνοντας παραίτηση από τη ζωή βυθιζόμενοι στην ανία και 'εγκαταλείποντας' τον εαυτό τους αφού αδυνατούν να συμβιβαστούν με την τωρινή τους εικόνα.

Οι συνθήκες της ζωής έχουν αλλάξει και ένα βασικό πρόβλημα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι άνθρωποι και ίσως να είναι και το πιο σοβαρό, είναι η μοναξιά, η μελαγχολία και το αίσθημα της άρνησης από το περιβάλλον τους και κυρίως

από τα παιδιά τους. Παλαιότερα οι ηλικιωμένοι έμεναν και πέθαιναν στο σπίτι που μεγάλωσαν τα παιδιά τους, τριγυρισμένοι από τα αγαπημένα τους πρόσωπα και κυρίως από τα εγγόνια τους. Σε αντίθεση σήμερα, με τους πιο έντονους ρυθμούς της ζωής και τις μεγαλύτερες κοινωνικές απαιτήσεις, κάθε οικογένεια αναγκάζεται να ζει στο δικό της σπίτι, ανεξάρτητη και τις περισσότερες φορές ίσως να βρίσκεται απομακρυσμένη από τους ηλικιωμένους γονείς, ακόμη και σε άλλη πόλη ή χώρα. Το γεγονός αυτό παρουσιαζόταν σε μικρότερο βαθμό στην πατριαρχική Ελλάδα πριν μερικές δεκαετίες, σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όπου παρατηρείται μια αποξένωση γονέων και παιδιών, από την ενηλικίωση τους.

Δυστυχώς σήμερα, παρατηρείται μια σχετικά εύκολη εγκατάλειψη των ηλικιωμένων από τα παιδιά ή τους συγγενείς τους. Τα παιδιά των ηλικιωμένων ατόμων, δεν είναι πρόθυμα να φιλοξενήσουν τους γονείς στο σπίτι τους για διάφορους λόγους. Έτσι, είτε τους απομακρύνουν από την ζωή τους, ή πληρώνουν κάποια οικιακή βοηθό να τους παρέχει την απαραίτητη βοήθεια, ή ακόμη τους στέλνουν σε ιδρύματα και τους επισκέπτονται ανάλογα με το διαθέσιμο τους χρόνο.

Οι νεότεροι καθώς είναι απορροφημένοι από τους γοργούς ρυθμούς της ζωής, το καθημερινό άγχος και τις πολλές ευθύνες, συχνά ξεχνούν ή βρίσκουν βαρετή μια επίσκεψη στους γέροντες γονείς, έχοντας σαν αποτέλεσμα να εγκαταλείπουν και να αφιερώνουν σε αυτούς ελάχιστο χρόνο, όποτε το θυμούνται. Η εγκατάλειψη αυτή έχει σαν συνέπεια μερικοί από τους ηλικιωμένους αυτούς να προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και κάποιοι να αισθάνονται τόση εγκατάλειψη που συχνά να μην μπορούν να την αντέξουν και να παθαίνουν κατάθλιψη. Ας ληφθεί υπόψη πως η μοναξιά είναι ένας από τους μεγαλύτερους φόβους μικρών και μεγάλων.

Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι σίγουρα αξίζουν μια καλύτερη τύχη απ' αυτό και είναι πραγματικά κρίμα να αισθάνονται αυτή την αδικία και την εγκατάλειψη στο τέλος της ζωής τους. Να αισθάνονται ότι οι άνθρωποι που 'θυσιάστηκαν' για αυτούς τόσα χρόνια, τώρα τους θεωρούν βάρος και πως δεν έχουν πια καμία χρησιμότητα γι' αυτούς (Alderman M. Cruise M. (1989) ,<http://www.fotosearch.gr/IST151/v3041023/>).

1.1 Γήρας

1.1.α. Ορισμός Γήρατος

Το γήρας είναι μια φυσιολογική εξέλιξη του ατόμου και η πρόοδος του εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες, μεταξύ των οποίων είναι και η διατροφή, η οποία κατέχει πρωταρχική θέση. Η καλύτερη προετοιμασία για την δημιουργία ενός υγιούς οργανισμού, αρχίζει από τη στιγμή της σύλληψης και συνεχίζεται κατά την παιδική, εφηβική και ενήλικη ζωή (ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., 2002). Από τη στιγμή που γίνεται η σύλληψη και κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης, οι αναβολικές λειτουργίες γίνονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις καταβολικές και τις εκφυλιστικές λειτουργίες. Όταν το σώμα φτάσει στη ωρίμανση του ο βαθμός της εκφυλιστικής λειτουργίας είναι μεγαλύτερος από τη λειτουργία της αύξησης, δηλαδή με την ωρίμανση του ο οργανισμός παύει να κάνει αναβολικές λειτουργίες, δηλαδή λειτουργίες με σκοπό την σύνθεση καινούργιων κυττάρων και αναδόμηση των καταστρεμμένων. Η μειωμένη απόδοση του οργανισμού στην λειτουργία αυτή, οφείλεται στην κυτταρική απώλεια και στην μείωση των κυττάρων που απομένουν.

Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες με θέμα, τις καλλιέργειες ανθρώπινων κυττάρων *in vitro*, στις οποίες υποστηρίζεται ότι με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται μείωση της αναγεννητικής τους δραστηριότητας. Τα κύτταρα διατηρούνται και έχουν την ικανότητα να βοηθούν στην γένεση νέων κυττάρων με έναν συγκεκριμένο ρυθμό. Με την πάροδο του χρόνου η ικανότητα της αναγέννησης τους μειώνεται ή ακόμη παύουν και να πολλαπλασιάζονται (Haylick, 1976).

Μια θεωρία του γήρατος παρουσιάζει ότι τα κύτταρα έχουν την ικανότητα να σχηματίζουν ελαττωματικό RNA από το DNA, έχοντας σαν αποτέλεσμα την ελαττωματική σύνθεση πρωτεϊνών και ένζυμων. Πλέον τα κύτταρα αυτά είναι ανίκανα να παρέχουν φυσιολογική λειτουργία, με αποτέλεσμα να πεθαίνουν πρόωρα. Οι διάφοροι ιστοί όμως δεν έχουν την ίδια απώλεια σε αυτή τη λειτουργική τους δραστηριότητα (Madvedev, 1962).

«Η ανοσοβιολογική αντίδραση εξάλλου του ατόμου μειώνεται με την ηλικία γιατί ελαττώνεται η αντίσταση του στα διάφορα αντιγόνα. Παράλληλα η λειτουργία των αυτοανοσοποιητικών μηχανισμών διαταράσσεται με αποτέλεσμα η παραγωγή αντισωμάτων από τον ξενιστή να αυξάνει σε αντιγόνα του ίδιου ξενιστή και με τον τρόπο αυτό να προκαλούνται βλάβες στο ίδιο άτομο» όπως υποστηρίζει ο Yunnis μέσω μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί (Yunnis, 1974 p.280).

Μερικοί αιτιολογικοί παράγοντες που συσχετίζονται με την εμφάνιση του γήρατος, είναι οι αλλαγές που παρουσιάζονται στο κολλαγόνο (Lin- Wallfort 1992). Με την αύξηση της ηλικίας παρατηρείται ότι το κολλαγόνο γίνεται λιγότερο ελαστικό, ίσως αυτό να αποτελεί το κύριο αίτιο για την εμφάνιση της σωματικής ανικανότητας κατά τη γεροντική ηλικία. Η εμφάνιση που αποκτά το πρόσωπο κατά την γεροντική ηλικία, πιθανότατα να οφείλεται στην μειωμένη παρουσία του κολλαγόνου του δέρματος στο πρόσωπο.

Υπήρχε η υποψία, ότι τα μιτοχόνδρια, τα οποία περιέχουν πολλά ένζυμα έχουν την δυνατότητα με την πάροδο του χρόνου να μειώνουν την ενζυμική τους δραστηριότητα. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε μεμονωμένα όργανα, όπως το ήπαρ και τους νεφρούς, δεν απέδειξαν την προαναφερόμενη υποψία. Δεν υπήρχε καμία ενζυμική ελάττωση με την αύξηση του χρόνου και οι ερευνητές οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι η μειωμένη κυτταρική ενζυμική δραστηριότητα που εμφανίζεται, ίσως να οφείλεται στο μειωμένο αριθμό των μιτοχονδρίων και όχι της ενζυμικής τους δραστηριότητας (Wulff και συν., 1964). «Έχουν γίνει μετρήσεις για την κατανάλωση οξυγόνου και έδειξαν ότι δεν υπήρχε καμία μείωση όταν η μέτρηση γινόταν με βάση τη μονάδα σωματικού νερού, αλλά είναι γνωστό ότι το σωματικό νερό, ανά τετραγωνικό μέτρο σωματικής επιφάνειας

μειώνεται με την ηλικία» όπως υποστηρίζεται από τον Shock (Shock και συν., 1963 p.284). Οι παρατηρήσεις αυτές συμφωνούν με την άποψη ότι τα ενεργά λειτουργικά παρουσιάζουν μείωση με την αύξηση της ηλικίας και αυτά που απομένουν έχουν την ίδια κατανάλωση οξυγόνου με εκείνη των νέων.

Η κλινική αυτή ένδειξη σε συνδυασμό με την μειωμένη λειτουργική ικανότητα των διαφόρων οργάνων μέχρι και του 60%, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο θάνατος των κυττάρων ίσως να αποτελεί ένα από τα σπουδαιότερα φαινόμενα, το οποίο οφείλεται στην λειτουργική τους μείωση, η οποία οδηγεί στο γήρας. (ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., 2002).

1.1.β Θεωρίες Γήρατος

Πολλές είναι οι προσπάθειες που έχουν γίνει από επιστήμονες (βιολόγους, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους κ.λ.π.) για τον καθορισμό του ορισμού του γήρατος και τον χαρακτηρισμό του «ηλικιωμένου» ατόμου.

Όσον αφορά το βιολογικό καθορισμό του γήρατος, έχουν γίνει πολλές έρευνες αλλά καμία από αυτές δεν καλύπτει ικανοποιητικά την διεργασία του γήρατος. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1983) το γήρας αντιπροσωπεύει τις καθολικές αλλαγές που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας. Αυτές οι αλλαγές είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των ενδογενών γενετικών παραγόντων και των εξωγενών ή περιβαλλοντικών επιδράσεων. Η επίδραση που παρουσιάζουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην διεργασία του γήρατος εξαρτώνται από την διαφορά που παρουσιάζεται μεταξύ των ατόμων, οι οποίοι ζουν υπό διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος. Από κοινωνικής πλευράς, τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων διαφέρουν ανάλογα με τα πολιτιστικά και εθνολογικά χαρακτηριστικά της κοινότητας ή του έθνους στο οποίο ανήκουν αλλά και μεταβάλλονται από γενιά σε γενιά.

Το γήρας είναι ακόμη πιο δύσκολο να καθοριστεί χρονολογικά, λόγω των συνεχών αλλαγών στη νοσηρότητα, στη θνησιμότητα και στο μέσο όρο της ζωής των ατόμων. Τα τελευταία χρόνια για τον υπολογισμό της έναρξης του γήρατος λαμβάνεται υπόψη κυρίως η γενετική αξιολόγηση, η φυσική καθώς και η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Ακόμη και η ικανότητα του να ζει αποδοτικά και δραστήρια στο κοινωνικό σύνολο. Η κοινωνία μας έχοντας επηρεαστεί από την χρονολογική ηλικία που συνήθως συνταξιοδοτούνται τα άτομα «αποφάσισε» ότι η έναρξη του γήρατος αρχίζει στα 65 χρόνια. Έτσι, διάφοροι ερευνητές κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, γιατροί κ.λ.π. τοποθετούν το άτομο το οποίο ξεπερνά αυτό το όριο ηλικίας στην ομάδα των ηλικιωμένων. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών το 1980 καθόρισε σαν όριο του γήρατος το 60ο έτος της ηλικίας. Στατιστικά στοιχεία δηλώνουν ότι ηλικιωμένο άτομο στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου θεωρείται το άτομο από 80 ετών και άνω.

Γενικά έχει επικρατήσει να καθορίζεται σαν όριο γήρατος ο χρόνος συνταξιοδότησης των ατόμων, ο οποίος κυμαίνεται γύρω στο 65ο έτος της ηλικίας (Carnevali D., Patrick M. 1979).

1.1.γ. Δημογραφικά στοιχεία για την Ελλάδα

Έχει διαπιστωθεί ότι ο πληθυσμός, ιδιαίτερα των αναπτυγμένων χωρών γηράσκει. Η πυραμίδα των ηλικιακών ομάδων έχει μεταβληθεί. Με το πρόβλημα της υπογεννητικότητας μειώνονται τα νεαρά άτομα και αυξάνονται τα ηλικιωμένα με αποτέλεσμα οι σχέσεις βάσης- κορυφής να έχουν μεταβληθεί.

Σε ειδική σύνοδο του Ο.Η.Ε που πραγματοποιήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και είχε ως αντικείμενο τις τάσεις της δημογραφικής γήρανσης του παγκόσμιου πληθυσμού, έγιναν οι εξής επισημάνσεις (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982):

- Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω θα ανέλθει το 2025 σε 1.121.000.000 από 214.000.000 που ήταν το 1950.
- Ο παγκόσμιος πληθυσμός θα τριπλασιαστεί, από το 1975 έως το 2050, ο πληθυσμός των ατόμων τρίτης ηλικίας άνω των 60 θα πενταπλασιαστεί και ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών θα επταπλασιαστεί. (Ευκλείδη, Κ.Α. 1999).



Πίνακας 1 : Πληθυσμός της Ελλάδας για άτομα άνω των 65 ετών για κάθε φύλο Προβολές ετών 2000-2020 σε αναλογία %

	2000	2005	2010	2015	2020
Ανδρες					
Ηλικία 65-79	2,4	3,3	3,0	3,2	3,7
Ηλικία 80-89	2,3	2,7	3,5	4,2	4,3
Ηλικία 90+	0,3	0,4	0,4	0,6	0,8
Γυναίκες					
Ηλικία 65-79	4,6	5,6	5,1	5,1	5,4
Ηλικία 80-89	3,3	3,8	4,8	5,7	5,9
Ηλικία 90+	0,5	0,7	0,7	1,0	1,3

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (1996) (Ed) Ευκλείδη, Κ.Α. (1999) θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι ηλικιακές ομάδες των 65 ετών και άνω αναμένεται να αυξηθούν με τα χρόνια με σταθερό ρυθμό τις επόμενες δεκαετίες, ώστε να αποτελέσουν μια ποσοστιαία αναλογία του επιπέδου 20% του συνολικού πληθυσμού. Ο αριθμός των γυναικών υπερτερεί αυτού των ανδρών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες για να φτάσει στα 22,8%, ενώ η αντίστοιχη αναλογία των ανδρών θα φτάσει στα 18,8% του γενικού πληθυσμού.

Πίνακας 2: Συγκριτικά στοιχεία πληθυσμού ηλικιωμένων ατόμων σε ποσοστό % άλλων χωρών

Χώρες	Ποσοστό % συνολικού πληθυσμού Άνω των 65 ετών
Τουρκία	4,2
Νορβηγία	6,1
Σουηδία	8,3
Ελβετία	4,8
Αυστρία	4,9
Φιλανδία	2,7
Η.Π.Α	2,3
Καναδάς	0,9
Ιαπωνία	0,5

Πηγή: Eurostat (1991). Demographic statistics. Luxembourg: office for official publications of the European Communities

Ευκλείδη, Κ.Α. (1999) θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι η Σουηδία φαίνεται να έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών και η Τουρκία το μικρότερο. Οι άλλες χώρες κυμαίνονται πάνω κάτω στα ίδια επίπεδα.

1.2 Σχέση Διατροφής και Γήρατος

Τα τελευταία χρόνια παρουσιάζεται σημαντική αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή άτομα μεγαλύτερα των 60 ετών). Στην Ευρώπη το ποσοστό του 22% των κατοίκων είναι άνω των 60 ετών και υποστηρίζεται ότι θα αυξηθεί μέχρι το 27% έως το 2020. Στην Ελλάδα τα άτομα άνω των 65 ετών εκτιμάται ότι αποτελούν το 18% του γενικού πληθυσμού. Τα τελευταία έτη παρατηρείται μια αύξηση των ατόμων άνω των 65 ετών στο 43% του ελληνικού πληθυσμού (περίπου 75000 άτομα/έτος). Τα άτομα άνω των 80 ετών που ζουν σήμερα στην Ελλάδα, είναι περίπου 400.000 και παρουσιάζουν μεγάλη διαφορετικότητα όσον αφορά στην μορφωτική και οικονομική τους κατάσταση. Στο δυτικό κόσμο οι κυριότερες αιτίες θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά, τα εγκεφαλικά και τα νεοπλασματικά νοσήματα, τα οποία επηρεάζονται από το περιβάλλον και την ηλικία. Σε αντίθεση το 1900, οι σημαντικότερες αιτίες θανάτου ήταν λοιμώδους αιτιολογίας, όπως η πνευμονία και η ελονοσία (Ζαμπέλας, Α. 2006). Έχει αποδειχθεί ότι, ο θερμοϊδικός υποσιτισμός αυξάνει την μακροβιότητα και πιθανόν η επίδραση του να είναι ανοσοβιολογική (Wallford, 1974. Jose και Good, 1973). Αντίθετα η πρόσληψη του λίπους μειώνει την μακροβιότητα, αλλά η επίδραση αυτή δεν παρουσιάζει καμία σχέση με τις πιθανές εκφυλιστικές αλλοιώσεις των αγγείων που προκαλούνται από το λίπος και την παχυσαρκία. Έχει αποδειχθεί ότι η υψηλή πρόσληψη σε λίπος, αυξάνει την αυτοανοσία, μειώνει την κυτταρική ανοσία και ελαττώνει το χρόνο επιβίωσης των ποντικών, με αποτέλεσμα να γίνονται πιο επιρρεπή σε αυτοανοσοποιητικές αντιδράσεις (Fernandez και συν., 1973).

Μια άλλη θεωρία υποστηρίζει ότι το γήρας εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο η βιταμίνη E και C χρησιμοποιούνται από το σώμα. Την πορεία προς το γήρας φαίνεται να την επηρεάζει η ενδοκυττάρια επίδραση δυο παραγόντων πάνω σε ένα τρίτο που είναι:

1. Η διάρκεια και η ένταση της ακτινοβολίας η οποία διαπερνά όλα τα κύτταρα και δίνει γένεση σε ελεύθερες ρίζες (ενδιάμεσες με ένα ελεύθερο ηλεκτρόνιο),
2. Τα πολυακόρεστα λίπη στα οποία αυτές δρουν, και
3. Η ευχέρεια για πρόσληψη βιταμίνης E, η οποία είναι ισχυρό αντιοξειδωτικό, ώστε να προφυλαχθούν τα λίπη από την υπερβολική οξείδωση τους.

Το ασκορβικό οξύ έχει σημαντικό ρόλο στην ενζυμική λειτουργία, η οποία έχει σχέση με την υδροξυλίωση της προλίνης στη βιοσύνθεση του κολλαγόνου. Επίσης έχει συνεργατικό ρόλο με τη βιταμίνη E, με την οποία μαζί αποτελούν σοβαρούς παράγοντες για την καθυστέρηση του γήρατος. Το σελήνιο, εμπεριέχεται σε πολλές τροφές αλλά σε μικρές ποσότητες και πιστεύεται ότι διαθέτει αντιοξειδωτική ενέργεια. Η υπεροξειδάση της γλουταθειόνης, η οποία είναι ένζυμο το οποίο έχει την ικανότητα να απενεργοποιεί ορισμένα τοξικά προϊόντα οξείδωσης, περιέχει σελήνιο. Για τον ακριβή καθορισμό της αιτίας του γήρατος απαιτούνται ακόμη πολλές έρευνες. Το μόνο σίγουρο είναι ότι όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι οι μεταβολές που συνοδεύουν το γήρας είναι μη αναστρέψιμες (ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., 2002).

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζεται το ποσοστό παχύσαρκων και υπέρβαρων ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Όπως φαίνεται στον πίνακα 1 το 15,9% των ατόμων στην Ελλάδα ηλικίας άνω των 65 χρόνων έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος πάνω 30kg/m² και είναι σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. παχύσαρκοι.

Στον πίνακα 2 φαίνεται ότι το 37,1% των ατόμων στην Ελλάδα ηλικίας άνω των 65 χρόνων έχουν Δείκτη Μάζας Σώματος από 25,1kg/m² -29,9kg/m² και είναι σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. υπέρβαροι. Όσον αφορά το ποσοστό ελλιποβαρών (κάτω από 18,5kg/m² σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.) στους ηλικιωμένους (πάνω από 65 έτη) στην Ελλάδα, στην ανασκόπηση της Ελληνικής και διεθνής βιβλιογραφίας δεν βρέθηκαν σαφή στοιχεία

Πίνακας 3
Πίνακας 1

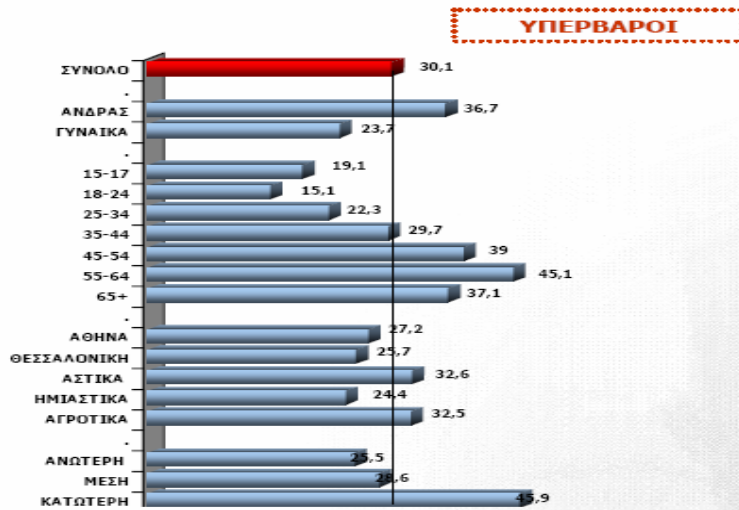
Δημογραφικό Προφίλ Φυσιολογικών – Υπέρβαρων – Παχύσαρκων



Πηγή : Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος
Πανελλήνια Έρευνα Διατροφικών Συνηθειών Ιανουάριος 2006
<http://www.iad.gr/assets/media/PDF/L/44.pdf>

Πίνακας 4

Δημογραφικό Προφίλ Φυσιολογικών – Υπέρβαρων – Παχύσαρκων



Πηγή : Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος
Πανελλήνια Έρευνα Διατροφικών Συνηθειών Ιανουάριος 2006
<http://www.iad.gr/assets/media/PDF/L/44.pdf>

Πίνακας 5

Table 8.8 Mean BMI in EUR-A

Country (reference)	Sex	Mean BMI (kg/m ²) Age group (years)						
		5-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	≥80
Greece (N. Katsilambros, unpublished data, 2000; ^{a,c} Trichopoulos et al. 2000 ^{a,d})	Male	—	27.5	27.7	28.5	28.3	28.1	—
	Female	—	25.4	26.7	30.1	30.5	30.4	—

Πηγή : <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0497-0596.pdf>

Στον πίνακα 3 παρουσιάζεται ο μέσος όρος του δείκτη μάζας σώματος του ελληνικού πληθυσμού σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο. Για τις ηλικίες στις οποίες αναφέρεται η παρούσα μελέτη βλέπουμε ότι για τις μεν γυναίκες ηλικίας 60-69 ετών, έχουμε Δ.Μ.Σ. 30,5kg/m² και για τις ηλικίες 70-79ετών έχουμε Δ.Μ.Σ. 30,4kg/m². Αντίστοιχα για τους άνδρες ηλικίας 60-69ετών έχουμε Δ.Μ.Σ. 28,3kg/m² και για τις ηλικίες 70-79 έχουμε Δ.Μ.Σ. 28,1kg/m². Ωστόσο όπως βλέπουμε στον πίνακα 5 υπάρχει μια μικρή μείωση στο Δ.Μ.Σ. στις δύο ηλικιακές ομάδες. Στις γυναίκες στην ηλικιακή ομάδα των 60-69ετών ο Δ.Μ.Σ είναι 30,5kg/m² ενώ στην ηλικιακή ομάδα 70-79 ο Δ.Μ.Σ είναι 30,4kg/m², παρατηρείται μια μείωση της τάξης του 0,1 kg/m². Στους άνδρες στην ηλικιακή ομάδα 60-69 ετών ο Δ.Μ.Σ είναι 28,3kg/m² ενώ στην ηλικιακή ομάδα 70-79 ο Δ.Μ.Σ είναι 28,1kg/m², παρατηρείται μια μείωση της τάξης του 0,2 kg/m².

1.3 Δίαιτα και Γήρας

Η πρώτη πειραματική απόδειξη με θέμα, αν ο περιορισμός της θερμιδικής πρόσληψης μπορεί να επηρεάσει τον χρόνο επιβίωσης των ζώων (McCay και συν. 1953), απέδειξε ότι οι ποντικοί, στους οποίους έγινε περιορισμός της τροφής για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα και των οποίων η αύξηση είχε σχεδόν απόλυτα παύσει, έζησαν περισσότερο χρονικό διάστημα από άλλους ποντικούς, οι οποίοι τρέφονταν ελεύθερα. Επίσης έχει αποδειχθεί ότι ένας πιο ήπιος περιορισμός της κατανάλωσης τροφής καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, μπορεί να αυξήσει τη μακροβιότητα των ποντικών (Berg και Simms, 1961).

Έρευνες οι οποίες έχουν γίνει από το Ross και Bras (1974), απέδειξαν ότι οι διατροφολογικές τροποποιήσεις μπορούν να μεταβάλουν την συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων τύπων όγκων καθώς και τις διάφορες ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία. Στο συγκεκριμένο πείραμα οι ποντικοί είχαν ελεύθερη επιλογή στην ποσότητα της τροφής και είχαν επίσης να επιλέξουν ανάμεσα σε τρεις ισοζυγισμένες δίαιτες, οι οποίες είχαν διαφορές μόνο στα ποσά της ζάχαρης και των πρωτεϊνών που περιείχαν. Για συγκριτικούς λόγους υπήρχαν και άλλες τρεις ομάδες ποντικών που τρέφονταν με δίαιτες με περιορισμένη, μέση και υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη. Οι ποντικοί που είχαν απόλυτη εκλογή στην διατροφή τους αυξήθηκαν γρηγορότερα, έφθασαν σε μεγαλύτερο βάρος, καθώς εμφάνισαν και πολύ μεγαλύτερη συχνότητα όγκων και ασθενειών από τους νεφρούς, την καρδιά και τον προστάτη, σε αντίθεση με τους άλλους. Τα δύο τρίτα των ποντικών αυτών κατά τον θάνατο τους παρουσίαζαν τρεις ή τέσσερις ασθένειες, ενώ οι ποντικοί που διατρέφονταν με δίαιτες με περιορισμένη μέση και υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη, είχαν αντίστοιχα 9%, 26% και 28% πολλαπλές ασθένειες. Ακόμη αποδείχτηκε

ότι η διάρκεια ζωής των ποντικών με περιορισμένη κατανάλωση πρωτεΐνης ήταν μεγαλύτερη (Ross, 1969).

Αυτό σημαίνει ότι οι καμπύλες επιβίωσης μετακινούνται προς τα δεξιά στην κλίμακα του χρόνου, επίσης μετακινούνται προς τα δεξιά και οι διάφορες παράμετροι γήρατος, όπως για παράδειγμα, οι μεταβολές στο κολλαγόνο, οι τύποι των ηπατικών ενζύμων και η συχνότητα των ασθενειών του γήρατος. Σύμφωνα με τους Simms και συν (1959) αυτές οι ασθένειες εμφανίζουν στενές ομοιότητες μεταξύ του ποντικού και του ανθρώπου και παρέχουν σημαντικό ρόλο για τον καθορισμό της μακροβιότητας και στα δυο είδη.

Επομένως τα συγκεκριμένα πειράματα σε ζώα αποδεικνύουν ότι:

1. Ο υποσιτισμός όταν παρουσιάζεται σε νεαρή ηλικία, έχει σαν αποτέλεσμα να επιταχύνει την ωριμότητα και να ελαττώνει τη διάρκεια ζωής.

2. Ο υπερσιτισμός μετά την ωριμότητα-ενηλικίωση, μπορεί να ελαττώσει τη διάρκεια ζωής του ατόμου και να αυξήσει την πιθανότητα για εμφάνιση ορισμένων ασθενειών που εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου (ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., 2002).

Οι πιο συχνές παθήσεις είναι αυτές της καρδιάς. Στα καρδιαγγειακά νοσήματα ανήκουν, η στεφανιαία νόσος, τα εγκεφαλικά επεισόδια και οι περιφερειακές καρδιοπάθειες. Για την εμφάνιση αυτών σημαντικό ρόλο έχουν κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες όπως η μη ισορροπημένη διατροφή που έχει σαν συνέπεια την δυσλιπιδαιμία, την υπέρταση, τον διαβήτη, την παχυσαρκία, το κάπνισμα και φυσικά η ηλικία.

Άλλες ασθένειες που σχετίζονται με τη διατροφή και εμφανίζονται συχνά σε ηλικιωμένους είναι παθήσεις των νεφρών, του πεπτικού συστήματος (π.χ. κολίτιδα, κοιλιοκάκη, στεατόρροια, διάρροια - δυσκοιλιότητα), αρθρίτιδες, οστεοπόρωση, κύρωση (εμφανίζεται κυρίως στα άτομα που κάνουν κακή διατροφή και έχουν κάνει υπερκατανάλωση αλκοόλ, έχοντας τα εξής συμπτώματα, απώλεια όρεξης, αδυναμία και πόνος στην πλευρά του ήπατος), στοματικός καρκίνος (προέρχεται από την πολυετή κατανάλωση οινοπνεύματος και καπνού) κ.α. Ορισμένα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανίζουν δυσανεξία στην λακτόζη, στην γλουτένη ακόμη και διατροφικές αλλεργίες.

Για την αποφυγή όλων των παραπάνω ασθενειών οι ηλικιωμένοι πρέπει να ακολουθούν ισορροπημένη και συγκεκριμένη διατροφή.

Το βασικότερο είναι ο περιορισμός των θερμίδων για την μείωση του σωματικού βάρους ώστε να μην επιβαρύνεται η καρδιά και τα άλλα συστήματα του οργανισμού. Επίσης, μια διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, χόρτα, όσπρια, δημητριακά ολικής αλέσεως, ημιάπαχα γαλακτοκομικά (έχουν μεγαλύτερη περιεκτικότητα σε ασβέστιο και βοηθούν στην αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης) και άπαχο κρέας, βοηθάει στην πρόληψη και μείωση τυχόν προβλημάτων. Ακόμη συνιστάται πρόσληψη λιπαρών ψαριών δυο φορές την εβδομάδα (σαρδέλα, σολομός, τόνος κ.α.). Η διατροφή πρέπει να είναι περιορισμένη σε κορεσμένα λιπαρά, δηλαδή ζωικά λίπη και trans λιπαρά (τα trans λιπαρά όπως και τα cis είναι ισομερείς γεωμετρικές μορφές των λιπαρών οξέων. Όταν τα δύο κύρια κύρια άτομα άνθρακα συνδέονται με διπλό δεσμό δεν είναι δυνατή η περιστροφή τους γύρω από τον άξονα του διπλού δεσμού και ανάλογα με την θέση στο χώρο των ατόμων ή των ομάδων που συμπληρώνουν τις άλλες μονάδες συγγένειας των δυο αυτών ατόμων άνθρακα θα σχηματισθεί trans ή cis μορφή) και πλούσια σε μονοακόρεστα (ελαιόλαδο) και πολυακόρεστα (απαραίτητα λιπαρά οξέα, ουσίες που δεν μπορεί να τις συνθέσει ο οργανισμός και πρέπει να τις προσλάβει μέσω της τροφής). Επίσης η διατροφή πρέπει να είναι περιορισμένη σε χλωριούχο νάτριο (αλάτι) κάτω από 2-3 γρ. ημερησίως και να υπάρχει αυξημένη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε κάλιο, σε ασβέστιο και σε μαγνήσιο για την διατήρηση της αρτηριακής πίεσης στα φυσιολογικά επίπεδα. Επίσης προτείνεται περιορισμός της ζάχαρης και των γλυκών, καθώς επίσης και των τροφίμων που σχηματίζουν αέρια και προκαλούν δυσπεψία, φουσκώματα (π.χ όσπρια, κρεμμύδια κ.α.).

Απαιτείται περιορισμός, των αλκοολούχων ποτών και διακοπή του καπνίσματος. Εξαίρεση αποτελεί το κόκκινο κρασί και συνίσταται σε αυτούς που θέλουν να πίνουν αλκοόλ η κατανάλωση 1 ποτηριού κρασί για της γυναίκες και 2 ποτήρια για τους άντρες ημερησίως.

Για την καλύτερη δυνατή λειτουργία του κυκλοφορικού συστήματος προτείνεται η κατανάλωση μικρών και συχνών γευμάτων.

Ακολουθώντας τις παραπάνω διατροφικές συμβουλές, τα ηλικιωμένα άτομα θα έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής αυξάνοντας ίσως ακόμη και το προσδόκιμο επιβίωσης, μειώνοντας τις πιθανότητες για εμφάνιση των προαναφερθέντων παθήσεων. (Μόρτογλου, Τ. , Μόρτογλου, Κ., 2002, Οικονόμου , Ε., 1992).

1.4. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα.

Πίνακας 6

Πίνακας 1. Διάμεσος (Μ), πρώτο (Q1) και τρίτο (Q3) τεταρτημόριο της ημερήσιας κατανάλωσης τροφίμων (g/άτομο/ημέρα) και ποτών (g-mL/άτομο/ημέρα) ανά ηλικιακή ομάδα ανδρών συμμετεχόντων στο πρόγραμμα ΕΠΙΚ.*

Μέγεθος δείγματος (%)	Ηλικιακές ομάδες (έτη)																		Σύνολο		
	25-34			35-44			45-54			55-64			65-74			75+			25-86 έτη		
	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3
Πατάτες & κόνδυλοι (g)	112	83	175	106	75	152	100	67	136	89	62	116	78	53	106	70	46	101	95	65	130
Λαχανικά (g)	569	458	723	594	485	738	615	503	756	584	476	712	541	440	663	505	411	609	582	472	717
Όσπρια (g)	10	6	15	11	7	15	11	7	15	9	6	13	7	5	12	7	4	11	10	6	14
Φρούτα (g)	347	240	474	354	254	487	378	276	502	365	262	480	354	263	461	356	270	460	361	261	481
Ξηροί καρποί (g)	8	5	17	8	5	16	8	5	16	6	3	11	5	1	9	4	1	8	7	3	13
Γαλακτοκομικά (g)	251	171	377	231	142	332	214	140	320	201	120	309	205	120	305	237	134	333	218	135	323
Δημητριακά (g)	198	153	258	198	151	252	200	152	256	188	147	240	177	143	223	173	142	213	191	148	243
Κρέας (g)	156	118	196	146	112	191	138	105	180	123	95	162	107	81	140	93	77	125	130	97	172
Ψάρια (g)	24	16	33	26	17	37	27	17	38	24	15	33	21	13	31	24	13	31	24	16	35
Αυγά (g)	23	17	31	20	14	29	18	13	25	16	11	23	15	9	21	14	8	19	18	12	26
Λίπη και έλαια (g)	72	61	86	72	60	87	71	60	85	65	54	77	58	49	69	51	45	63	66	55	80
Σπορέλαια (g)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	17	0	0	0	0	0	7
Βούτυρο (g)	2	1	4	2	1	3	1	0	3	1	0	2	1	0	2	1	0	2	1	0	2
Μαργαρίνη (g)	3	2	7	3	1	6	3	1	6	2	0	5	2	0	4	1	0	4	2	1	5
Ελαιόλαδο (g)	62	49	75	61	48	76	60	46	74	53	37	66	48	34	60	45	33	56	56	42	70
Ζάχαρη (g)	29	19	44	26	16	39	25	16	38	24	14	36	22	13	34	22	12	34	25	15	37
Μη αλκοολούχα ποτά (g)	465	318	691	429	290	608	377	251	536	315	219	445	267	193	373	243	165	335	347	235	503
Καφές, τσάι, αφειγήματα (g)	289	170	411	263	170	410	231	150	355	185	140	280	152	112	221	151	104	208	210	141	340
Φρέσκοι χυμοί (g)	10	0	30	10	0	30	10	0	30	0	0	10	0	0	10	0	0	10	10	0	30
Τυποποιημένοι χυμοί (g)	30	0	30	10	0	30	10	0	30	10	0	30	0	0	10	0	0	10	10	0	30
Αλκοολούχα ποτά (mL)	144	43	333	166	60	356	173	61	366	147	49	343	103	27	267	93	23	187	147	47	329
Κρασί (mL)	33	7	93	53	7	133	53	7	160	40	7	187	40	7	133	47	7	107	40	7	133
Μπίρα (mL)	33	17	167	33	17	167	17	0	133	17	0	100	0	0	33	0	0	17	17	0	100
Λοιπά οινοπνευματώδη (mL)	13	3	37	9	3	33	9	3	37	7	0	37	3	0	37	3	0	20	7	0	37

* Εξαιρούνται οι υποεκτιμούντες της ενεργειακής τους πρόσληψης (συμμετέχοντες των οποίων η καταγραφή α ενεργειακή πρόσληψη κρίθηκε ανακριβής)^{28,29}

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2005, 22(3):259-269
 ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2005, 22(3):259-269

.....
 Α. Νάσκα,
 Φ. Ορφανός,
 Ι. Χρόπτσιος,
 Α. Τριχοπούδου

Εργαστήριο Υγιεινής
 και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή,
 Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Στον πίνακα 4 φαίνεται μια μείωση στην κατανάλωση πατατών και λαχανικών στην ηλικία των 65-74 ετών (78γρ./μέρα και 541 γρ./μέρα αντίστοιχα) ενώ στην ηλικιακή ομάδα των 74 ετών και πάνω η κατανάλωση των προαναφερθέντων προϊόντων αντιστοιχεί σε 70 γρ./μέρα και 505 γρ./μέρα αντίστοιχως. Όσον αφορά την κατανάλωση κρέατος, αυγών, δημητριακών, ελαιόλαδου και ξηρών καρπών παρατηρείται μειωμένη κατανάλωση σε σχέση με την ηλικία. Η κατανάλωση κρέατος για την ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών είναι 107 γρ./μέρα ενώ για την ηλικιακή ομάδα 75 ετών και πάνω είναι 99 γρ./μέρα. Η κατανάλωση αυγών επηρεάζεται από την ηλικία έτσι έχουμε για την ηλικιακή ομάδα 65-74 κατανάλωση 15 γρ./μέρα ενώ για την ηλικιακή ομάδα 75 ετών και πάνω η κατανάλωση αυγών είναι 14 γρ./μέρα. Τα δημητριακά παρουσιάζουν μια μείωση στην κατανάλωση τους από τα άτομα ηλικίας, 65-74 ετών, όπου παρατηρείται κατανάλωση 177 γρ./μέρα ενώ για την ηλικιακή ομάδα 75 ετών και πάνω η κατανάλωση είναι 142 γρ./μέρα. Το ελαιόλαδο παρουσιάζει μια πτωτική τάση στην κατανάλωση του από τους ηλικιωμένους έτσι η ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών καταναλώνει 48 γρ./μέρα ενώ η ηλικιακή ομάδα 75 ετών και πάνω καταναλώνει 45 γρ./μέρα. Ακόμη η κατανάλωση ξηρών καρπών παρουσιάζεται ως εξής, η ηλικιωμένοι 65-74 ετών καταναλώνουν 5 γρ./μέρα ενώ οι ηλικιωμένοι 75 ετών και πάνω καταναλώνουν 4 γρ./μέρα.

Υπάρχει μια σταθερή τιμή στην κατανάλωση οσπρίων και ζάχαρης, τα άτομα 65-74 ετών καταναλώνουν 7 γρ./μέρα και 22 γρ./μέρα αντίστοιχα, όπως επίσης και οι ηλικιωμένοι των 75 ετών και πάνω όπου καταναλώνουν και αυτοί 7 γρ./μέρα και 22 γρ./μέρα αντίστοιχα. Έχουμε μια αυξητική τάση αναλογικά με την ηλικία στην κατανάλωση φρούτων, γαλακτοκομικών προϊόντων και ψαριών. Τα φρούτα παρουσιάζουν μια αύξηση στην κατανάλωση τους, στην ηλικιακή ομάδα των 65-74 ετών όπου παρατηρείται κατανάλωση 354 γρ./μέρα και στην ηλικία των 75 ετών και πάνω καταναλώνονται 356 γρ./μέρα. Οι ηλικιωμένοι όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα έχουν μια αυξητική τάση στην κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων στις ηλικίες 65-74 ετών, όπου γίνεται κατανάλωση 205 γρ./μέρα και στην ηλικιακή ομάδα των 75 ετών και πάνω γίνεται κατανάλωση 237γρ./μέρα. Ακόμη η κατανάλωση ψαριών φαίνεται να έχει μια θετική συσχέτιση με την ηλικία, οι ηλικιωμένοι των 65-74 ετών καταναλώνουν 21 γρ./μέρα και οι ηλικιωμένοι των 75 ετών και πάνω καταναλώνουν 24γρ./μέρα.

Πίνακας 7

Πίνακας 3. Διάμεσος (Μ), πρώτο (Q1) και τρίτο (Q3) τεταρτημόριο της ημερήσιας πρόσληψης ενέργειας (kcal/άτομο/ημέρα) και θρεπτικών συστατικών (g/άτομο/ημέρα και % συνεισφορά κάθε συστατικού στην ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη), ανά ηλικιακή ομάδα ανδρών συμμετεχόντων στο πρόγραμμα ΕΠΙΚ.*

Μέγεθος δείγματος (%)	Ηλικιακές ομάδες (έτη)																		Σύνολο		
	25-34			35-44			45-54			55-64			65-74			75+			25-86 έτη		
	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3
Ενέργεια kcal	2798	2398	3281	2698	2353	3135	2648	2316	3071	2402	2094	2837	2167	1884	2569	2001	1779	2325	2508	2167	2950
Πρωτεΐνες g	98	85	116	96	83	112	94	80	109	84	72	99	76	65	90	72	63	81	88	75	105
% ενέργειας	14	13	15	14	13	15	14	13	15	14	13	15	14	13	15	14	13	15	14	13	15
Υδατάνθρακες g	262	224	313	252	216	298	247	212	293	229	197	271	213	184	251	209	181	239	236	202	283
% ενέργειας	38	34	42	37	34	41	37	34	41	38	35	42	39	36	43	41	37	43	38	34	42
Λιπίδια g	140	121	166	136	116	161	132	113	156	119	100	141	106	90	127	96	83	114	125	105	150
% ενέργειας	46	42	49	46	42	49	45	42	49	45	41	48	44	41	48	44	41	47	45	42	48
Μονοακόρεστα λιπαρά οξέα g	68	57	81	66	56	79	64	54	76	57	46	68	50	42	60	46	39	55	60	49	73
% ενέργειας	22	20	24	22	20	25	22	18	24	21	18	24	21	18	23	21	18	23	22	19	24
Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα g	17	14	22	17	14	22	17	14	22	16	12	24	14	11	21	12	10	17	16	13	22
% ενέργειας	5	5	6	5	5	6	6	5	7	5	5	9	5	5	8	5	5	6	5	5	7
Κορεσμένα λιπαρά οξέα g	42	35	53	40	33	48	38	31	45	33	27	41	30	24	37	28	22	34	35	29	44
% ενέργειας	14	12	15	13	12	15	13	11	14	12	11	14	12	11	14	12	11	14	13	11	14
Αιθανόλη g	12	4	28	13	5	29	15	5	29	13	4	29	10	2	24	8	1	17	13	4	27
% ενέργειας	3	1	7	3	1	7	4	1	8	4	1	8	3	1	7	3	1	6	4	1	7

* Εξαιρούνται οι υποεκτιμούντες της ενεργειακής τους πρόσληψης (συμμετέχοντες των οποίων η καταγραφή εναρμονισμένης ενεργειακής πρόσληψης κρίθηκε ανακριβής)^{28,29}

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2005, 22(3):259-269
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2005, 22(3):259-269

Α. Νάσκα,
Φ. Ορφανός,
Ι. Χρήστους,
Α. Τριχοπούλου

Εργαστήριο Υγιεινής
και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Πίνακας 8

Πίνακας 4. Διάμεσος (Μ), πρώτο (Q1) και τρίτο (Q3) τεταρτημόριο της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης (kcal/άτομο/ημέρα) και πρόσληψης θρεπτικών συστατικών (g/άτομο/ημέρα και % συνεισφορά κάθε συστατικού στην ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη) ανά ηλικιακή ομάδα γυναικών συμμετεχουσών στο πρόγραμμα ΕΠΙΚ.*

		Ηλικιακές ομάδες (έτη)																		Σύνολο				
		25-34			35-44			45-54			55-64			65-74			75+			25-84 έτη				
		Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3	Μ	Q1	Q3		
Μέγεθος δείγματος (%)		1016	(8)		2874	(24)		2952	(24)		2886	(24)		2233	(18)		209	(2)		12170	(100)			
Ενέργεια	kcal	2136	1857	2515	2115	1842	2484	2088	1828	2411	1937	1700	2255	1798	1598	2095	1726	1519	1971	1999	1741	2348		
Πρωτεΐνες	g	78	66	91	78	67	90	74	65	87	69	60	81	65	57	76	63	53	72	72	62	85		
% ενέργειας		14	14	15	14	13	15	14	13	15	14	13	15	14	13	15	14	13	15	14	13	15		
Υδατάνθρακες	g	204	175	243	204	176	242	204	178	238	195	169	229	187	163	216	177	158	207	198	171	232		
% ενέργειας		38	35	41	38	35	42	39	36	43	40	37	43	41	38	44	42	38	45	40	36	43		
Λιπίδια	g	114	98	136	113	97	135	110	94	130	101	87	120	92	79	109	87	76	102	105	89	126		
% ενέργειας		48	45	51	48	45	51	48	45	50	47	44	50	46	43	49	45	43	49	47	44	50		
Μονοακόρεστα																								
λιπαρά οξέα	g	55	46	66	55	46	66	53	45	63	48	40	58	44	37	53	41	35	49	51	42	61		
% ενέργειας		23	21	25	23	21	26	23	21	26	23	20	25	22	19	25	22	19	24	23	20	25		
Πολυακόρεστα																								
λιπαρά οξέα	g	14	11	19	14	11	19	14	11	20	13	11	20	12	10	17	11	9	16	13	11	19		
% ενέργειας		6	5	7	6	5	7	6	5	8	6	5	9	6	5	8	5	5	7	6	5	8		
Κορεσμένα																								
λιπαρά οξέα	g	34	28	42	33	27	40	31	25	38	27	22	34	26	21	31	25	20	31	30	24	37		
% ενέργειας		14	13	16	14	12	15	13	12	15	13	11	14	13	11	14	13	11	14	13	12	15		
Αιθανόλη	g	2	1	6	2	0	5	1	0	5	1	0	4	1	0	3	1	0	2	1	0	5		
% ενέργειας		1	0	2	1	0	2	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2		

* Εξαιρούνται οι υποεκτιμώμετες της ενεργειακής τους πρόσληψης (συμμετέχοντες των οποίων η καταγραφή ενεργειακή πρόσληψη κρίθηκε ανακριβής)^{28,29}

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2005, 22(3):259-269
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2005, 22(3):259-269

Α. Νάσκα,
Φ. Ορφανός,
Ι. Χρήστου,
Α. Τριχοπούλου

Εργαστήριο Υγιεινής
και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Στους πίνακες 5 και 6 παρουσιάζονται οι ενεργειακές ανάγκες κατά ηλικία και φύλο όπως φαίνονται στον ελληνικό πληθυσμό. Στον πίνακα 5 παρουσιάζονται τα εξής στοιχεία για την ηλικιακή ομάδα 65-74ετών: η ενεργειακή πρόσληψη για τους άνδρες είναι 2167 kcal από τα οποία η ημερήσια συνεισφορά στην προσλαμβανόμενη ενέργεια είναι, 76% πρωτεΐνες, 14% λίπη και **213%** υδατάνθρακες ενώ για τις γυναίκες η ενεργειακή πρόσληψη είναι 1798 kcal από τα οποία η ημερήσια συνεισφορά στην προσλαμβανόμενη ενέργεια είναι, 65% πρωτεΐνες, 14% λίπη και **187%** υδατάνθρακες. Για την ηλικιακή ομάδα των 75 ετών και πάνω παρατηρείται για τους άνδρες ενεργειακή πρόσληψη 2001 kcal από τα οποία η ημερήσια συνεισφορά στην προσλαμβανόμενη ενέργεια είναι 72% πρωτεΐνες, 14% λίπη και **209%** υδατάνθρακες ενώ για τις γυναίκες είναι 1726 kcal από τα οποία η ημερήσια συνεισφορά στην ενεργειακή πρόσληψη είναι 63% πρωτεΐνες, 14% λίπη και **177%** υδατάνθρακες.

Γενικά παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση υδατανθράκων από τον ελληνικό πληθυσμό στις ηλικίες 65 ετών και άνω.

1.5 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Η πάροδος του χρόνου συνοδεύεται από τον περιορισμό των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού. Κάποιες από τις φυσιολογικές αλλαγές που παρουσιάζονται με την αύξηση της ηλικίας, είναι η ελάττωση της μυϊκής μάζας του σώματος, η απώλεια οστικής μάζας, η μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, η μειωμένη λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, η επιδείνωση της λειτουργίας των νεφρών και η ελάττωση της ικανότητας του καρδιαγγειακού συστήματος. Πολλά από τα προβλήματα που προκύπτουν λόγω αυτών των μεταβολών πρόσληψης ή απορρόφησης θρεπτικών συστατικών, σχετίζονται με αυξημένες απαιτήσεις σε κάποια θρεπτικά συστατικά ή με ανάγκη περιορισμού κάποιων άλλων.

Με την πάροδο της ηλικίας το σώμα φτάνει στην φυσιολογική του ωριμότητα με αποτέλεσμα το ποσοστό της εκφυλιστικής αλλαγής να υπερβαίνει το ποσοστό της αναγέννησης των κυττάρων. Έτσι το άτομο εμφανίζει σταδιακά διάφορες φυσιολογικές αλλαγές που επιβαρύνουν τις λειτουργίες των συστημάτων στο σώμα. (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980)

Εμφάνιση: Το δέρμα έχει ωχρο χρώμα, γίνεται εύθραυστο, χάνει την ελαστικότητα του, γίνεται ξηρό, ρυτιδωμένο, με πολλές μελαχρωματικές κηλίδες. Αυτό το ρυτίδιασμα και η πλαδαρότητα οφείλονται στην απώλεια λιπώδους ιστού από τα επιφανειακά στρώματα του δέρματος και από την μεγάλη έκθεση στον ήλιο. Το κεφάλι και τα άνω άκρα παρουσιάζουν τρομώδεις κινήσεις. Οι κινήσεις και το βάδισμα γίνονται δύσκολα και με αργό ρυθμό. Τα άκρα έχουν συνήθως κυανό χρώμα και είναι κρύα λόγω ανεπάρκειας στην περιφερική αιμάτωση. Επίσης παρατηρείται μείωση του ύψους κατά 7,5 εκατοστά των ηλικιωμένων ανδρών σε σχέση με τους νέους άνδρες και μείωση 5,5 εκατοστών στις ηλικιωμένες γυναίκες σε σχέση με τις νέες γυναίκες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί ως εξής: με την πάροδο των ετών γίνεται συρρίκνωση των δίσκων ανάμεσα στους σπονδύλους καθώς επίσης και των μυών που υποστηρίζουν την όρθια στάση. Κάποιοι άνθρωποι όμως εμφανίζουν κάμψη στη στάση τους, που γίνεται πιο έντονη καθώς μεγαλώνουν. Άλλες εξωτερικές αλλαγές που υποδηλώνουν το πέρας της ηλικίας είναι το αραίωμα και το άσπρισμα των μαλλιών. (Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Καστενμπάουμ P., 1980)

Φυσική δραστηριότητα: Στα ηλικιωμένα άτομα υπάρχει μείωση της φυσικής δραστηριότητας που οφείλεται στις εκφυλιστικές ασθένειες των αρθρώσεων και σε ανωμαλίες ή επιβαρύνσεις από το καρδιοαναπνευστικό σύστημα..(Ferrucci L., Guralnik, J.M. , Buchner, D., Kasper, J., Lamb, S.E, Siminsick , EM., Corti, MC., Bandeen-Roche K., Fried, LP., 1997., ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., 2002. Φοντόρ, X. & Masellis, M. , D' Arpa, N. & Napoli, B., 1995)

Βασικός μεταβολισμός: Ελάττωση βασικού μεταβολικού ρυθμού μετά την ηλικία των 30 ετών περίπου κατά 2 % ανά δεκαετία, μείωση της ολικής παραγωγής ενέργειας ανά m² επιφάνειας η οποία πιστεύεται ότι οφείλεται στην απώλεια του μεταβολικά δραστήριου ιστού. Αυτή η μείωση του βασικού μεταβολισμού είναι η πιο συχνή αιτία για εμφάνιση παχυσαρκίας στους ηλικιωμένους. (Courtney,. M . M., 2005).

Ανοσοποιητικό σύστημα: Γίνεται εξασθένηση της ανοσοποιητικής λειτουργίας με την πάροδο των χρόνων με αποτέλεσμα το άτομο να είναι περισσότερο επιρρεπές σε ιώσεις και ασθένειες. (Courtney,. M . M., 2005).

Εγκεφαλικό σύστημα: με την πάροδο των χρόνων, στον εγκέφαλο χάνονται ή καταστρέφονται μερικοί απ' τους νευρώνες του (βασικά λειτουργικά κύτταρα αυτού). (Καστενμπάουμ P., 1980)

Κυκλοφορικό Σύστημα: Παρουσιάζεται με αργό ρυθμό ατροφία της καρδιάς και τα όρια της περιορίζονται. Τα τοιχώματα των αγγείων παχύνουν και δημιουργούνται αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις. (Καστενμπάουμ P., 1980)

Αναπνευστικό σύστημα: Οι λειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος μειώνονται με το γήρας κατά 40% σε σχέση με την ηλικία των 20 ετών, ενώ ο ρυθμός μείωσης των λειτουργιών τους μπορεί να καθυστερήσει με την τακτική άσκηση. Παρουσιάζεται ελάττωση της ζωτικής λειτουργικότητας και κατ' επέκταση αύξηση του νεκρού χώρου. Δηλαδή οι κινήσεις των πνευμόνων δεν γίνονται σωστά με αποτέλεσμα να παραμένει περισσότερος αέρας στους πνεύμονες μετά την εκπνοή, έχοντας σαν αποτέλεσμα η αναπνοή να μην είναι αποτελεσματική. Μειώνεται η αποβολή του διοξειδίου του άνθρακα και έτσι αυξάνεται η κατακράτηση του και παρατηρείται ελάττωση της δυνατότητας «αυτοκαθαρισμού» του βρογχικού δένδρου από τα εκκρίματα και δημιουργούνται οι κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη των λοιμώξεων. Ακόμη, με το να μην παρέχεται επαρκής ποσότητα οξυγόνου στον εγκέφαλο, πολύ συχνά εμφανίζονται συγχυτικά επεισόδια στα άτομα τρίτης ηλικίας. (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980)

Πεπτικό σύστημα: Καταστροφή και απώλεια δοντιών καθώς και υπερτροφία των ούλων. Περιορίζεται η ποσότητα της σιέλου και αμβλύνεται το αίσθημα της γεύσης, έχοντας σαν αποτέλεσμα να ελαττώνεται το αίσθημα της πείνας. Μειώνεται η κινητικότητα του στομάχου και του εντέρου. Η δυσκοιλιότητα είναι ένα από τα πιο σπουδαία προβλήματα του πεπτικού συστήματος, και εμφανίζεται συχνά στους ηλικιωμένους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στη μη ισορροπημένη διατροφή, στη μηδαμινή κατανάλωση φυτικών ινών, στην μειωμένη πρόσληψη νερού, καθώς και στη μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα πολλοί ηλικιωμένοι να κάνουν χρήση καθαρτικών, τα οποία ο οργανισμός συνηθίζει και δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς αυτά. Η δυσκοιλιότητα μπορεί ακόμα να προκαλέσει ανορεξία, αιμορροΐδες και εκκοπολμάτωση. Ακόμα υπάρχουν γαστρεντερικές διαταραχές όπως ελαττωμένη έκκριση του υδροχλωρικού οξέος, η οποία χρειάζεται για την απορρόφηση της βιταμίνης B12, της πεψίνης (είναι πρωτεολυτικό ένζυμο) και της χολής που χρειάζεται για την απορρόφηση των λιπών. Επίσης υπάρχει μειωμένη απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών, κυρίως της βιταμίνης D και του ασβεστίου. (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980. Courtney, M. M., 2005).

Ουροποιητικό-νεφρικό σύστημα: Καθώς αυξάνεται η ηλικία, τα νεφρά χάνουν σταδιακά την ιδιότητα που έχουν να καθαρίζουν το αίμα από ουσίες που πρέπει να αποβληθούν. Μειώνεται η νεφρική διήθηση κατά 50%. Ακόμα, η ουροδόχος κύστη υπολειτουργεί, παρουσιάζεται συγχουρία και ακράτεια τα οποία οφείλονται στην ατροφία των ιστών. Αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με σωματική άσκηση (Ferrucci L., Guralnik, J.M., Buchner, D., Kasper, J., Lamb, S.E, Siminsick, E.M., Corti, M.C., Bandeen-Roche K., Fried, L.P., 1997. Courtney, M. M., 2005,

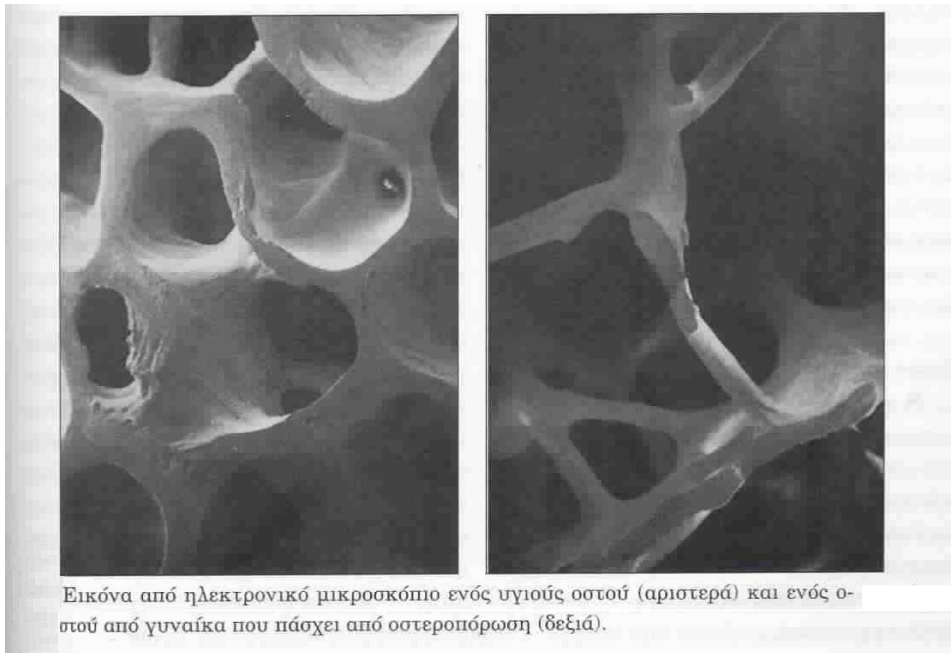
ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., 2002. Φοντόρ, Χ. & Masellis, Μ. , D' Arpa, Ν. & Napoli, Β., 1995).

Αναπαραγωγικό σύστημα: Στις γυναίκες οι μεταβολές του αναπαραγωγικού συστήματος εμφανίζονται μετά τα 40 και ολοκληρώνονται γύρω στα 55 χρόνια. Η μεταβατική περίοδος μέχρι την εμμηνόπαυση λέγεται κλιμακτήριος. Σε αυτή την περίοδο γίνεται μείωση ορμονών όπως τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Αυτή η μείωση των ορμονών έχει επιπτώσεις και στην σεξουαλική επαφή. Σε αντίθεση με τις γυναίκες, οι άντρες μπορούν να τεκνοποιήσουν και σε μεγάλη ηλικία αλλά εμφανίζουν και αυτοί με την σειρά τους μεταβολές στην σεξουαλική λειτουργία που έχουν σχέση με την λειτουργία του προστάτη (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ Ρ., 1980).

Νευρικό σύστημα: Τα ηλικιωμένα άτομα διαθέτουν λιγότερα ζωντανά και ικανά εγκεφαλικά κύτταρα. Οι νευρώνες καταστρέφονται και τα νευρικά κύτταρα εμφανίζουν εκφυλιστική ατροφία. Αυτός ο περιορισμός της λειτουργικής ικανότητας των νευρώνων ευθύνεται για την επιβράδυνση στην ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου με αποτέλεσμα τα αντανακλαστικά να μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας και να δυσκολεύεται έτσι το άτομο να αντιδράσει στα εξωτερικά ερεθίσματα. Η φυσική άσκηση όμως περιορίζει τις συνέπειες αυτές. Έχει ερευνηθεί ότι τα άτομα που γυμνάζονται στο 70^ο έτος σε σύγκριση με τα άτομα στην ηλικία των 20 χρόνων τα οποία δεν γυμνάζονται, μπορούν να έχουν τον ίδιο χρόνο αντίδρασης (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ Ρ., 1980).

Καρδιαγγειακό σύστημα: Με την αύξηση της ηλικίας, παρουσιάζεται μυϊκή αύξηση της καρδιάς. Συχνή είναι η εμφάνιση των παθήσεων της καρδιάς στα ηλικιωμένα άτομα. Μεγάλο είναι το ποσοστό των ατόμων άνω των 60 ετών που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων και αυξημένη αρτηριακή πίεση, ενώ δεν είναι λίγα τα άτομα που έχουν ήδη παρουσιάσει κάποιο καρδιακό επεισόδιο. Με την αύξηση της ηλικίας, οι αρτηρίες του σώματος γίνονται στενότερες, λιγότερο ελαστικές και φράσσονται από διάφορες ουσίες (π.χ. λίπη) που παρεμβάλλονται στην κυκλοφορία. Έτσι εμφανίζεται συχνά υπέρταση. Αυτή η αύξηση της πίεσης του αίματος ενέχει κινδύνους για καρδιακή συμφόρηση, εγκεφαλικά και αγγειακά επεισόδια. Αυτά τα ηλικιωμένα άτομα συστήνεται να ακολουθούν σαν διατροφικό πρότυπο τη μεσογειακή διατροφή, το ίδιο ισχύει βέβαια και για τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Η αεροβική ικανότητα παρουσιάζεται με διπλάσιους ρυθμούς μειωμένη, σε άτομα που έχουν έντονη καθιστική ζωή. Η μέγιστη καρδιακή συχνότητα μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ Ρ., 1980).

Σκελετικό σύστημα: Η οστεοπόρωση (δηλαδή η μείωση της οστικής μάζας) είναι μια συχνή πάθηση της τρίτης ηλικίας. Στις γυναίκες ο κίνδυνος εμφάνισης της οστεοπόρωσης ξεκινά από το 40^ο έτος της ζωής τους (η προοδευτική πτώση στη μάζα των οστών επιταχύνεται και κατά την διάρκεια της εμμηνόπαυσης) ενώ στους άνδρες η οστεοπόρωση εμφανίζεται από το 60^ο έτος. Καθώς η οστεοπόρωση εμφανίζει ανάπτυξη, τα οστά γίνονται σταδιακά πιο αδύναμα και έτσι προκαλούνται ευκολότερα κατάγματα, ενώ η επούλωση τους γίνεται πιο δύσκολη, λόγω της οστεοπόρωσης αλλά και της αυξημένης ηλικίας. Οστεοπόρωση μπορεί να προκληθεί και από μειωμένη αυτοσύνθεση του οργανισμού σε βιταμίνη D καθώς παίρνουν τα χρόνια. Ο μόνος τρόπος αντιμετώπισης της οστεοπόρωσης, είναι η πρόληψη. Τα γερά οστά θεμελιώνονται κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής. Παρόλα αυτά για να ελαχιστοποιηθεί η απώλεια του οστού στους ηλικιωμένους, ο μόνος τρόπος είναι η χρήση κάποιων συμπληρωμάτων ασβεστίου γιατί, δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη διαίτα η οποία θα μπορεί να εμποδίσει τη φυσική αυτή διαδικασία. Τέλος, υπάρχουν πολλά στοιχεία που αποδεικνύουν τα θετικά στοιχεία της φυσικής άσκησης ώστε να διατηρηθεί η μυϊκή και οστική δομή. (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980)



Πηγή: Ζαμπέλας Α. (2006). *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Αθήνα. Εκδόσεις Χ.Ι. Πασχαλίδης.

Ενδοκρινολογικό σύστημα: Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο ενδοκρινολογικό σύστημα στα άτομα τρίτης ηλικίας, αποτελούν συνοδές καταστάσεις στην διαδικασία της γήρανσης αφ' ενός και αφετέρου παίζουν κυρίαρχο ρόλο στην εξέλιξη και ποιότητα του γήρατος. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι θυρεοδαπάθειες στην τρίτη ηλικία διότι επηρεάζουν διάφορα οργανικά συστήματα αλλά και επειδή συχνά δεν αποκαλύπτονται εύκολα. Συχνή ενδοκρινή πάθηση είναι ο υπερπαραθυρεοειδισμός. Τα συμπτώματα είναι μυϊκή αδυναμία, νεφρολιθίαση, ανορεξία, κοιλιακά άλγη, πολυουρία, ξηρότητα στόματος, διαταραχές από τα οστά και παθολογικά κατάγματα. Στα ηλικιωμένα άτομα γίνεται έκπτωση της λειτουργίας των γεννητικών αδένων. Στους άνδρες η γεννητική λειτουργία εκπίπτει πολύ αργότερα από τις γυναίκες. Η αναπαραγωγική ικανότητα στους άνδρες μπορεί να διατηρηθεί μέχρι τα βαθιά γεράματα ενώ στις γυναίκες σταματά με την εμμηνόπαυση.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη. Η επίδραση της ηλικίας στο μεταβολισμό των υδατανθράκων αλλά και η λήψη φαρμάκων που προκαλούν υπεργλυκαιμία, οδηγούν σε προοδευτική ελάττωση στην ανοχή γλυκόζης. Ο διαβήτης που εμφανίζεται στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι ο τύπου II και είναι μη ινσουλινοεξαρτώμενος. Δεν έχει πλήρη θεραπεία αλλά μπορεί να ελεγχθεί ώστε να παρέχεται στο άτομο μια απόλυτα φυσιολογική ζωή. Το κύριο μέσο ώστε να ελεγχθεί ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η μείωση του βάρους και η διατροφή, η οποία θα πρέπει να είναι ισορροπημένη περιλαμβάνοντας όλες τις ομάδες τροφίμων. Εάν τα παραπάνω δεν αποδώσουν, χορηγούνται αντιδιαβητικά δισκία και σε ελάχιστες μόνο περιπτώσεις ινсуλίνη. (Φραγκίσκου I.X., 1989. Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980)

Αιμοποιητικό σύστημα: Πολλές είναι οι παθήσεις του αίματος που εμφανίζονται στα ηλικιωμένα άτομα. Συχνή είναι η εμφάνιση της σιδηροπενικής αναιμίας στους υπερηλίκους η οποία επιδεινώνει την ύπαρξη τυχόν καρδιακής ανεπάρκειας. Παρουσιάζεται αδυναμία, δύσπνοια, επιδείνωση στηθαγικών κρίσεων. Τα αίτια είναι, ο χρόνιος υποσιτισμός, η κατάχρηση αντιόξινων, αιμορραγίες από τον πεπτικό σωλήνα, διαφραγματοκοίλη, καρκίνωμα στομάχου.

Εμφάνιση μεγαλοβλαστικής αναιμίας, προκαλείται από έλλειψη φυλλικού οξέος ή βιταμίνης B12 (κακοήθης αναιμία). Οι ηλικιωμένοι έχουν ελαττωμένη ικανότητα απορρόφησης του φυλλικού οξέος. Μειωμένη απορρόφηση παρατηρείται στους ηλικιωμένους που μένουν σε γηροκομεία, λόγω φτώχης διατροφής, στους αλκοολικούς, διότι το οινόπνευμα ασκεί ανασταλτική δράση στο μεταβολισμό του φυλλικού οξέως και σε ασθενείς που κάνουν χρόνια αιμοκάθαρση, όπου το φυλλικό οξύ απομακρύνεται με την διύλιση.

Χρόνια λεμφοκυτταρική λευχαιμία συναντάται πολύ συχνά στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα στους άνδρες. Συνδέεται με ανοσολογικές ανωμαλίες όπως αιμολυτική αναιμία κ.τ.λ. η βασική εκδήλωση της είναι η διόγκωση των περιφερικών λεμφαδένων σε διάφορα μέρη του σώματος (τράχηλος, μασχάλες κ.α).

Άλλες παθήσεις του αίματος είναι η μακροσφαιριναιμία του waldenstrom (παραπρωτεϊναιμία με άφθονη παραγωγή IgM), η μυελοσκλήρυνση (προοδευτική ίνωση του μυελού), το πολλαπλό μυέλωμα (κακοήθης υπερπλασία των πλασματοκυττάρων), η αμυλοείδωση (παθολογική κατάσταση, πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής που αμυλοειδές εναποτίθεται στους ιστούς), και η γεροντική πορφύρα (οφείλεται σε ατροφία και μείωση της ελαστικότητας του περιγγειακού ιστού και προκαλούνται αιμοραγίες). (Φραγκίσκου I. X., 1989. Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980)

Μυϊκό σύστημα: Τα μεγαλύτερα επίπεδα της μυϊκής δύναμης εμφανίζονται μεταξύ των ατόμων ηλικίας 20 και 30 ετών. Με την αύξηση της ηλικίας κυρίως στο 60^ο έτος παρουσιάζεται ελάττωση του μυϊκού όγκου λόγω της ατροφίας των μυϊκών ινών που παρουσιάζεται με την αύξηση του χρόνου. Η αύξηση της ηλικίας δεν προκαλεί μείωση του σωματικού λίπους, αλλά γίνεται όμως ανακατανομή αυτού. Μετακινείται από τα επιφανειακά στρώματα, κάτω απ' το δέρμα προς τα βαθύτερα μέρη. (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980)

Αίσθημα δίψας: Ο κύριος παράγοντας για την ρύθμιση της ενυδάτωσης του οργανισμού είναι το αίσθημα της δίψας. Για να εκδηλωθεί το αίσθημα αυτό θα πρέπει να εμφανίζεται απώλεια υγρών που κυμαίνεται από 0,8 έως 2%, δηλαδή να έχει αναπτυχθεί ήπια αφυδάτωση. Η αφυδάτωση είναι η πιο κοινή αιτία διαταραχών υγρών και ηλεκτρολυτών στους ηλικιωμένους και όπως προαναφέρθηκε μπορεί να προκληθεί από την μειωμένη αίσθηση δίψας, από φάρμακα και καθαρτικά. Ο μηχανισμός της δίψας μπορεί να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό και από τις συνθήκες του περιβάλλοντος, δηλαδή την υψηλή θερμοκρασία και υγρασία όπου αυξάνουν τις άδηλες απώλειες, από την αναπνοή και τον ιδρώτα, έχοντας σκοπό τη διατήρηση της θερμοκρασίας του οργανισμού και της καλύτερης λειτουργίας του. (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980)

Αλλεργίες- δυσανεξίες: Συχνό είναι το φαινόμενο της δυσανεξίας σε κάποια ένζυμα, με αποτέλεσμα τα άτομα να αποφεύγουν την κατανάλωση κάποιων τροφίμων. Αυξημένο είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που εμφανίζουν δυσανεξία στη λακτόζη, ένζυμο το οποίο συναντάται στο γάλα. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελαττωμένη χρήση του γάλακτος, με αποτέλεσμα να υπάρχει χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου που πιθανά να οδηγεί σε οστεοπόρωση. (Courtney, M. M., 2005)

Δυσασπορρόφηση-ανεπάρκεια βιταμινών: Στην τρίτη ηλικία παρατηρείται ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D, λόγω αποφυγής γάλακτος (δυσανεξία στη λακτόζη), δυσκολία προμήθειας γάλακτος λόγω οικονομικών προβλημάτων. Μειωμένη βιταμίνη D μπορεί να προκληθεί λόγω μειωμένης έκθεσης στον ήλιο, λόγω προβλημάτων υγείας, ή λόγω διαμονής ηλικιωμένων σε γηροκομεία. Παθολογικά παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα βιταμίνης B12 λόγω αποφυγής κρέατος ή γάλακτος (δυσκολία στη μάσηση κ.α.). Ακόμη παρατηρείται ανεπαρκής πρόσληψη ψευδαργύρου λόγω ελαττωμένης πρόσληψης ζωικής πρωτεΐνης ή οσπρίων λόγω χαμηλού εισοδήματος ή δυσκολίας στη μάσηση. Τέλος παρατηρείται μείωση σιδήρου και αυτό οφείλεται συνήθως στα χρόνια προβλήματα απώλειας αίματος και στη μείωση έκκρισης του γαστρικού οξέος, το οποίο βοηθά στην απορρόφηση. Κάποια φάρμακα μπορούν να επιδεινώσουν την κατάσταση. Στην απορρόφηση σιδήρου βοηθά η βιταμίνη C. (Courtney, M. M., 2005).

Αισθητήρια όργανα: Ελαττώνεται η ακουστική οξύτητα. Επηρεάζεται η όραση, καθώς περιορίζεται και η αίσθηση της αφής (θερμό, ψυχρό).

Η όραση είναι το πρώτο αισθητήριο όργανο που συχνά εμφανίζει δυσλειτουργίες με την πάροδο των χρόνων. Ο φακός και ο κερατοειδής χιτώνας χάνουν τη διαύγεια τους, η όραση προσαρμόζεται δυσκολότερα στις αλλαγές του φωτισμού, το υαλοειδές σώμα εκφυλίζεται (η ζελατινωδής ουσία μέσα στους βολβούς) με αποτέλεσμα το άτομο να βλέπει μπροστά του κηλίδες, το πεδίο της όρασης περιορίζεται και η βασική οπτική οξύτητα ελαττώνεται. Συχνή είναι και η εμφάνιση καταρράκτη. Η μείωση της όρασης προκαλεί δυσκολίες στην αγορά και στην προετοιμασία του φαγητού, καθώς παρουσιάζονται και δυσκολίες κατά την σίτιση, τα οποία οδηγούν στο μειωμένο ενδιαφέρον για κατανάλωση φαγητού.

Η ακοή ελαττώνεται, ιδιαίτερα στις υψηλότερες συχνότητες. Συχνότερα εμφανίζεται μείωση ακουστικής ικανότητας στους άντρες. Μία πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι ότι οι άνδρες είναι περισσότερο εκτεθειμένοι στο βιομηχανικό θόρυβο.

Όσον αφορά τη γεύση και την όσφρηση, περιορίζονται αρκετά στους ηλικιωμένους. Οι τροφές γίνονται λιγότερο ελκυστικές στην οσμή και στην γεύση. Παράγοντες που ευθύνονται για τη μείωση της γεύσης είναι: η ξηρότητα του στόματος η οποία μειώνει τις δυνατότητες της γεύσης, η μειωμένη παραγωγή σάλιου είναι αιτία ξηροστομίας με

μειωμένη γεύση, κακή κατάσταση δοντιών, ουλίτιδα, άφτρες, φάρμακα, χημειοθεραπείες, κακή διατροφή, υπερθυρεοειδισμός, διαβήτης, καρκίνος. Με την μείωση της γεύσης παρουσιάζεται έλλειψη του ενδιαφέροντος για φαγητό, αυτό συχνά οδηγεί σε ανορεξία. Ορισμένα άτομα προσθέτουν πολύ αλάτι ή ζάχαρη στο φαγητό τους ώστε να ξεπεράσουν την απώλεια της γεύσης. Ακόμη, λόγω απώλειας γεύσης μπορεί να γίνει κατανάλωση χαλασμένων τροφίμων.

Συχνή είναι η εμφάνιση περιοδοντίτιδας που συμβαίνει σε περίπου 80% των ηλικιωμένων και προκαλεί ενοχλήσεις καθώς και απώλεια δοντιών. Παρουσιάζονται δυσκολίες κατά την σίτιση, έτσι υπάρχουν περιορισμένες επιλογές τροφών, αποφεύγονται τα τρόφιμα που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, όπως είναι τα ωμά ή τραγανά φρούτα και τα λαχανικά όπως επίσης και τα όσπρια, τα οποία αντικαθίσταται με μαλακότερες τροφές, οι οποίες είναι φτωχές σε φυτικές ίνες και πλούσιες σε θερμίδες. Έτσι μπορεί να προκαλέσουν απώλεια βάρους, ή αύξηση βάρους ή δυσκοιλιότητα. (Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980)

Διαταραχές μνήμης: Υπάρχει μερική απώλεια της μνήμης, που κυρίως σχετίζεται με πρόσφατα γεγονότα. Πολύ συχνά εμφανίζεται άνοια στους ηλικιωμένους. Η άνοια, χαρακτηρίζεται από προοδευτικό εκφυλισμό και απώλεια των διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου.

Η γεροντική άνοια όπου εμφανίζεται σε άτομα άνω των 65 ετών, η οποία σύμφωνα με ορισμένους αναφέρεται στην ίδια νόσο με αυτή του alzheimer αλλά η αιτιολογία θα μπορούσε να είναι διαφορετική.

Η νόσος του Pick, στην οποία η εκφύλιση και η ατροφία του ΚΝΣ αφορά κυρίως τις μετωπικό-κροταφικές περιοχές του εγκεφάλου.

Η πολυεμφραγματική ή αγγειακή άνοια, η οποία οφείλεται στην αρτηριοσκλήρυνση των αγγείων του εγκεφάλου και οδηγεί σε πολλαπλά εμφράγματα κυρίως στις περικολιακές περιοχές.

Η Νόσος Jacob-Creutzfeld, νόσος "τρελών αγελάδων". Σε αυτή την περίπτωση η άνοια παρουσιάζει ταχεία εξέλιξη. Να ληφθεί υπόψη ότι κάποιος που ξεχνά, έχει δυσκολίες στο να σκεφτεί, να κάνει υπολογισμούς, να προγραμματίσει κάτι ή παρουσιάζει επιθετικότητα και ευερεθιστικότητα δεν σημαίνει ότι πάσχει από άνοια (Φραγκίσκου Ι. X., 1989. Ferrucci L., Guralnik, J.M., Buchner, D., Kasper, J., Lamb, S.E, Siminsick, E.M., Corti, M.C., Bandeen-Roche K., Fried, L.P., 1997. Δρ. Παπανικολάου. Γ., 2002. Φοντόρ, X. & Masellis, M., D' Arpa, N. & Napoli, B., 1995)

Φάρμακα: Τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα λόγω των προβλημάτων υγείας λαμβάνουν αρκετά φάρμακα και αυτά παρουσιάζουν συχνά παρενέργειες και επηρεάζουν την διατροφική τους κατάσταση. Τα προβλήματα γίνονται εντονότερα εάν η διατροφή τους δεν είναι ενδεδειγμένη. Τα φάρμακα μπορεί να παίζουν αρνητικό ρόλο στην απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών λόγω της δράσης τους στην έκκριση των ενζύμων της πέψης και στην έκκριση του γαστρικού οξέος. Επίσης πολλά φάρμακα εμποδίζουν την μετατροπή των βιταμινών στην ενεργή τους μορφή, ενώ άλλα δημιουργούν σύμπλοκα με τα θρεπτικά συστατικά εμποδίζοντας έτσι την απορρόφηση τους. (Courtney, M. M., 2005. Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980)

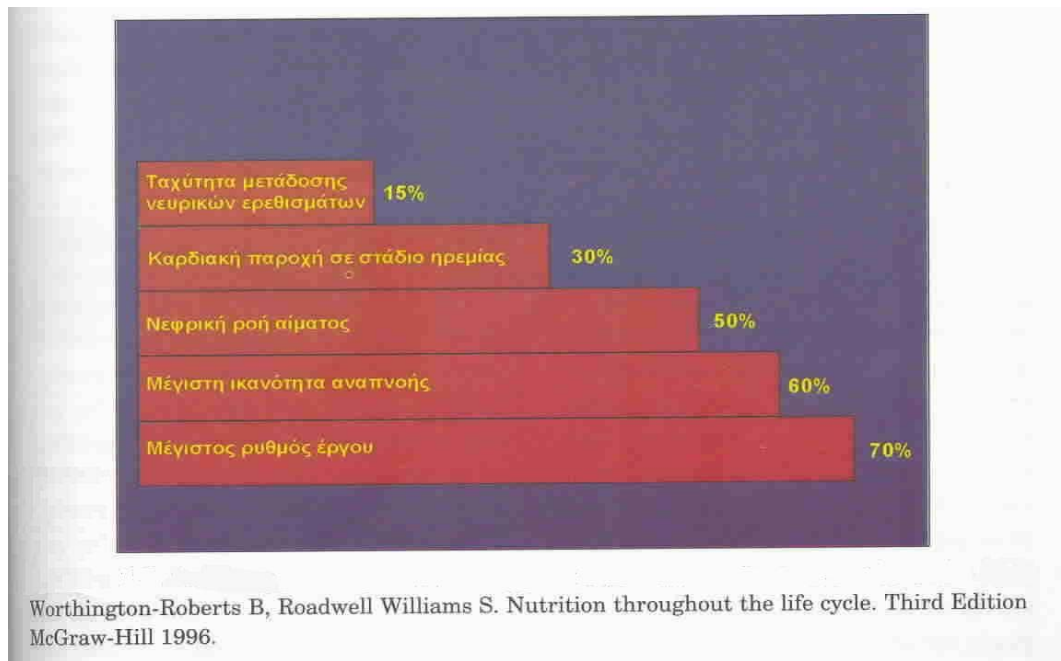
Καρκίνος: Τα κακοήθη νεοπλάσματα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες στην προχωρημένη ηλικία. Μερικοί τύποι καρκίνων που εμφανίζονται συχνότερα στους ηλικιωμένους είναι: ο καρκίνος του πνεύμονα, ο κίνδυνος προσβολής του οποίου αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Τα άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών έχουν 300 φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της νόσου από άτομα ηλικίας μικρότερης των 30 ετών. Οι άνδρες προσβάλλονται συχνότερα από τις γυναίκες. Μια δίαιτα φτωχή σε βιταμίνες Α, Β και καροτίνη αυξάνει τη συχνότητα της νόσου, όπως επίσης το κάπνισμα και η συχνή έκθεση σε ακτινοβολία.

Ο καρκίνος του προστάτη αυξάνεται δραματικά με την πρόοδο της ηλικίας. Άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών κινδυνεύουν να αναπτύξουν τη νόσο χίλιες φορές περισσότερο από άτομα κάτω των 40 ετών. Παρατηρείται συχνότερα στους πληθυσμούς που καταναλώνουν τροφή με μεγάλη περιεκτικότητα λίπους.

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης θεωρείται γενικά νόσος των ηλικιωμένων με μέση ηλικία διάγνωσης τα 67 με 70 έτη. Οι νεότεροι ασθενείς φαίνεται να έχουν καλύτερη πρόγνωση γιατί παρουσιάζουν πιο συχνά επιφανειακούς, χαμηλής διαφοροποίησης, καρκίνους. Όλοι οι ασθενείς πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία βάσει του σταδίου και της διαφοροποίησης της νόσου, ανεξάρτητα από την ηλικία τους

Τα ίδια πράγματα ισχύουν και για τον καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού στις γυναίκες κ.α. Οι πιθανότητες εμφάνισης αυτών αυξάνονται με την ηλικία και επιβαρύνονται απ' την μη ισορροπημένη διατροφή. (Γκιάφης Ι. Α.,2002).

Πίνακας 9 Απώλεια φυσιολογικών λειτουργιών μεταξύ των ηλικιών 30 και 80 ετών



Πηγή: Ζαμπέλας Α. (2006). Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Αθήνα. Εκδόσεις X. Ι. Πασχαλίδης

1.6 ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Αρκετές χώρες έχουν προτείνει σταθερές που αναφέρονται στις διατροφικές απαιτήσεις των υπερηλίκων. Οι συστάσεις αυτές εξαρτώνται κατά μέσο όρο από τον περιορισμό των δραστηριοτήτων των υπερηλίκων με την πάροδο του χρόνου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ελάττωση της θερμιδικής απώλειας σε συνδυασμό με το αυξημένο ποσοστό σωματικής ανικανότητας που πηγαίνει παράλληλα με τη ηλικία. Υπάρχει όμως και ένα ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων το οποίο εξακολουθεί να διατηρεί αυξημένη δραστηριότητα και έτσι η θερμιδική πρόσληψη πρέπει να είναι μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη. (ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., 2002)



Η μέση ημερήσια συνιστώμενη θερμιδική πρόσληψη πρέπει να είναι 1.6 φορές μεγαλύτερη του βασικού μεταβολισμού στις ηλικίες 50-69 ετών και 1.5 του βασικού μεταβολισμού για ηλικίες μεγαλύτερες των 70 ετών. (Φοντόρ, Χ. 2006).

Πίνακας 10: Μέσο βάρος, μέσο ύψος και θερμιδικές απαιτήσεις για ηλικιωμένους

	Ηλικία	Βάρος		Ύψος		Ενεργειακές Απαιτήσεις (όρια)		Θερμίδες / kg/ ιδανικού βάρους
		(kg)	(lb)	(cm)	(in)	(kcal)	(MJ)	
Αρρένες	51-75	70	54	78	70	2400(2000-2800)	10.1	34
	76+	70	54	178	70	2050(1650-2450)	8.6	29
Θήλειες	51-75	55	20	63	64	1800(1400-2200)	7.6	33
	76+	55	20	63	64	1800(1200-2000)	6.7	29

Πηγή: Παπανικολάου. Γ. (2002). Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι

Με την πάροδο της ηλικίας οι θερμιδικές ανάγκες μειώνονται, ενώ οι ανάγκες σε μακροθρεπτικά (υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη) και μικροθρεπτικά συστατικά (βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία) δεν παρουσιάζουν μείωση κατά το ίδιο ποσοστό.

Όσον αφορά τις πρωτεΐνες, απαιτούνται μεγαλύτερες ποσότητες για την διατήρηση της ισορροπίας του αζώτου, πράγμα λίγο δύσκολο για τα ηλικιωμένα άτομα διότι δεν είναι σε θέση να προμηθευτούν υψηλής ποιότητας πρωτεΐνη λόγω ακρίβειας των προϊόντων. Οι απαιτήσεις σε πρωτεΐνη για τα ηλικιωμένα άτομα είναι 0,8 gr πρωτεΐνης/kg σωματικού βάρους του ατόμου. σύμφωνα με τον Παπανικολάου. Γ. (2002).

Η αυξανόμενη κατανάλωση υδατανθράκων εξυπηρετεί διάφορες λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης θερμιδικής πυκνότητας και της ενισχυμένης θρεπτικής εισαγωγής. Οι απαιτήσεις σε υδατάνθρακες είναι 55-60% των ημερήσιων προσλαμβανόμενων θερμίδων, κυρίως σε σύνθετους υδατάνθρακες, (π.χ. αμυλούχες τροφές και φυσικά σάκχαρα τα οποία βρίσκονται στα φρέσκα φρούτα και λαχανικά) (Bidlack, W.R. 1988).

Όσον αφορά το λίπος, το ποσοστό δεν πρέπει να είναι λιγότερο του 30% των συνολικών ημερήσιων θερμίδων. Υπερκατανάλωση σε φυτικές ίνες, έχει συσχετισθεί με την εμφάνιση υπέρτασης, διαβήτη, παχυσαρκίας, στεφανιαίας νόσου και καρκίνου του εντέρου. Συνστήνεται κατανάλωση 20-25gr φυτικών ινών ημερησίως. Σε περίπτωση που τα

ηλικιωμένα άτομα δεν καταναλώνουν τις προαναφερθέντες συνιστώμενες ποσότητες, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών ελλειμμάτων. Αυτό συμβαίνει σε ποσοστό 10-20 % που ζουν στα σπίτια τους και σε ποσοστό 60% που ζουν σε ιδρύματα παράλληλα με απώλεια βάρους, δυσκινησιακά προβλήματα και χρόνιες παθήσεις (Φοντόρ, Χ., 2006).

Στα ηλικιωμένα άτομα παρατηρείται μειωμένη κατανάλωση και απορρόφηση ασβεστίου. Το ασβέστιο και η βιταμίνη D είναι ουσίες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία των οστών. Μείωση του ασβεστίου συνδέεται με μειωμένη σκελετική μάζα και με οστεοπόρωση. Ενώ η χρόνια ανεπάρκεια βιταμίνης D μπορεί να οδηγήσει σε οστεομαλακία (μεταβολική ασθένεια των οστών που χαρακτηρίζεται από μειωμένη μεταλλοποίηση του οστού). Η ύπαρξη προβλημάτων της σκελετικής μάζας των οστών καθορίζεται από έναν συνδυασμό ενδογενών (γενετικούς, ορμονικούς) και εξωγενών (θρεπτική, σωματική δραστηριότητα) παραγόντων (Gennari, C., 2001).

Οι ηλικιωμένοι ακολουθούν διατροφή φτωχή σε ασβέστιο και βιταμίνη D. Η βιταμίνη D βοηθάει στην απορρόφηση του ασβεστίου. Η μειωμένη απορρόφηση αυτού, που παρατηρείται στα άτομα της τρίτης ηλικίας σχετίζεται με πιθανά προβλήματα που παρουσιάζονται στο μεταβολισμό της βιταμίνης D. Ακόμη, τα άτομα αυτά καταναλώνουν τρόφιμα φτωχά σε ασβέστιο (γαλακτοκομικά προϊόντα, σαρδέλα με κόκαλο, κ.α.) και παρουσιάζουν μειωμένη ηλιακή έκθεση, πράγμα που κάνει πιο δύσκολη την απορρόφηση του ασβεστίου (Russell, R.M. 1996).

Συχνή είναι η εμφάνιση αβιταμίνωσης στους ηλικιωμένους. Παρατηρείται ανεπάρκεια βιταμίνης A, η οποία οφείλεται στην μειωμένη διαιτητική πρόσληψη αυτής ή της προβιταμίνης της, καθώς και στην μειωμένη απορρόφηση της από το έντερο. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης A μπορεί να οδηγήσει σε νυκταλωπία, σε ημεραλωπία, σε ξηροφθαλμία ακόμη και σε τύφλωση.

Η ανεπάρκεια σε βιταμίνη E μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο αναπαραγωγικό, κυκλοφορικό, νευρικό, πεπτικό, μυϊκό σύστημα, στο λιπώδη ιστό και στο ήπαρ. Η έλλειψη της βιταμίνης αυτής είναι σπάνια διότι υπάρχει σε πολλές τροφές, αποθηκεύεται σε όλους σχεδόν τους ιστούς του σώματος και παραμένει σε αυτούς για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Η ανεπάρκεια βιταμίνης K στον άνθρωπο μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία λόγω απουσίας των αναγκαίων παραγόντων για την πήξη του αίματος.

Σε περίπτωση ανεπάρκειας φολλικού οξέος εμφανίζονται συμπτώματα όπως, κούραση, αίσθημα άγχους, διαταραχές πέψης, αδυναμία συγκέντρωσης και μνήμης, ανησυχία, μειωμένη διάθεση για ζωή, διαταραχές στον ύπνο, διαταραχές στην ανάπτυξη, φλεγμονές στο βλεννογόνο των χειλιών και στη γλώσσα.

Η ανεπάρκεια βιταμίνης B12 μπορεί να συμβεί από μειωμένη κατανάλωση τροφών που την περιέχουν ή σε περίπτωση ανεπάρκειας του ενδογενή παράγοντα που οφείλεται σε κακοήθη αναιμία ή σε μερική ή ολική αφαίρεση του στομάχου ή σε παρασιτικές λοιμώξεις. Η έλλειψη της βιταμίνης B12 δημιουργεί διαταραχές στο νευρικό σύστημα αλλά και στον ψυχολογικό τομέα.

Όσον αφορά την βιταμίνη C, η πιο σημαντική ασθένεια που οφείλεται στην ανεπάρκεια αυτής είναι το σκορβούτο (υπάρχει το κλινικό και υποκλινικό σκορβούτο) και εμφανίζεται συχνά στα ηλικιωμένα άτομα. Άλλες ενδείξεις έλλειψης βιταμίνης C είναι: αιμορραγία ούλων, τάση για φλεγμονές στο βλεννογόνο, αδύναμα νεύρα, αύξηση βάρους, καταθλιπτική διάθεση, ρυτίδες και ζάρες κάτω από τα μάτια. Μπορεί επίσης να συντελέσει στην αναχαίτιση του καταρράκτη, στην μείωση της εσωτερικής πίεσης του ματιού και στην εμφάνιση γλαυκώματος. Έλλειψη βιταμίνης οδηγεί συχνά σε κρυολογήματα, κόπωση, αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές ύπνου, τριχόπτωση, κισσούς και αιμορροΐδες (Μόρτογλου, Τ., Μόρτογλου, Κ., 2002).

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν ανεπάρκειες ιχνοστοιχείων και μετάλλων λόγω τροποποιημένων διατροφικών και διαιτητικών συνηθειών, καθώς επίσης και λόγω χρήσης φαρμάκων ή λόγω ύπαρξης ασθενειών που εμποδίζουν την απορρόφηση αυτών (Ekmekcioglu, C., 2001).

Στους ηλικιωμένους φαίνεται ότι η πρόσληψη μαγνησίου, ψευδαργύρου, σεληνίου και χρωμίου είναι μειωμένη σε σχέση με τις ημερήσιες τιμές αναφοράς. Η ανεπάρκεια χρωμίου συνδέεται με εμφάνιση του τύπου II διαβήτη mellitus. Όσον αφορά τον σίδηρο, στις ηλικιωμένες γυναίκες, η συνιστώμενη πρόσληψη σιδήρου είναι μικρότερη σε σχέση με τις νεότερες γυναίκες, διότι η εμμηνορρυσία παύει μετά από την εμμηνόπαυση. Ενώ στους ηλικιωμένους άνδρες η συνιστώμενη πρόσληψη σιδήρου είναι παρόμοια με αυτή των νεαρών ανδρών (Vaquero, MP., 2002).

Έλλειψη καλίου δεν παρατηρείται συχνά στους ηλικιωμένους λόγω του ότι είναι ουσία που υπάρχει σε πολλά τρόφιμα και έτσι σπάνια παρατηρείται υποκαλιαιμία. Πολλοί όμως ηλικιωμένοι κάνουν χρήση διουρητικών και έτσι μπορεί να μειωθεί το συνολικό κάλιο του οργανισμού. Αυτή η μείωση προκαλεί διανοητική σύγχυση, κατάθλιψη, μεγάλη μυϊκή αδυναμία και καρδιακές αρρυθμίες. Η επαρκής πρόσληψη καλίου μειώνει την αρτηριακή πίεση και την πιθανότητα αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Είναι το πιο απαραίτητο μέταλλο για του ηλικιωμένους, γιατί συμμετέχει στην ανάπτυξη των γερασμένων ιστών και μυών. Ακόμη ρυθμίζει την ποσότητα του ασβεστίου που δεν αφομοιώνεται σε σχέση με αυτήν που καταναλώνεται. Τέλος, συσχετίζεται άμεσα με την ισορροπία νατρίου στο αίμα.

Το μαγνήσιο είναι ένα από τα απαραίτητα συστατικά των οστών και των δοντιών, ενεργεί σαν καταλυτής βοηθώντας τους υδατάνθρακες να αφομοιωθούν, είναι απαραίτητο για την υγεία των επινεφριδίων, παίρνει μέρος στην εργασία των μυών και των νεύρων και στην ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος. Τα άτομα που δεν καταναλώνουν δημητριακά και λαχανικά εμφανίζουν έλλειψη μαγνησίου, τέτοια άτομα είναι οι ηλικιωμένοι.

Όσο αυξάνεται η ηλικία, η ποσότητα του χρωμίου μειώνεται, αυτό αποτελεί αρνητικό παράγοντα για τον οργανισμό, διότι το χρώμιο ελαττώνει την αρτηριοσκλήρυνση.

Ο ψευδάργυρος είναι απαραίτητος για την μυϊκή δραστηριότητα, την λειτουργία της πέψης, τονώνει την άμυνα του οργανισμού, συντελεί στην παραγωγή φυσικής ινσουλίνης από το πάγκρεας, βοηθά στην λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου, συμμετέχει στην σύνθεση πρωτεΐνης των κυττάρων του δέρματος και του κολλαγόνου, βοηθάει στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών και των υδατανθράκων, βοηθάει στην παραγωγή ορμονών και τέλος προλαμβάνει την υπέρταση.

Ο σίδηρος μεταφέρει οξυγόνο σε όλο το σώμα μέσω του αίματος στους πνεύμονες, φιλτράρει το αίμα, τονώνει την λειτουργία όλων των ζωτικών οργάνων (πάγκρεας, νεφρά κ.α), ενώ η έλλειψη αυτού προκαλεί δυσκολία στην αναπνοή, ατονία του δέρματος, φτωχή όραση και μνήμη, ανωμαλίες στους ρυθμούς της καρδιάς κ.α. Αυτά είναι μερικά από τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα ηλικιωμένα άτομα.

Η πάροδος της ηλικίας προκαλεί διαταραχές στην ομοιοστασία του νερού και του νατρίου. Αυτό επιδεινώνεται με την χρήση διουρητικών ή άλλων φαρμάκων που μπορούν να διαταράξουν το ισοζύγιο υγρών και ηλεκτρολυτών. Γι' αυτό χρειάζεται προσοχή με το αλάτι και πρέπει να περιορίζεται μόνο αν είναι απαραίτητο. (Μόρτογλου, T., Μόρτογλου, K. 2002, Μπαζαίος, K. 1994).

Πίνακας 11: Ημερήσιες διατροφικές απαιτήσεις (RDA 1979) για άνδρες και γυναίκες άνω των 51 ετών:

	Βιτ.Α (b)	Βιτ. D (μg)c	Βιτ. E (d)	Βιτ. C mg	B12 mg	B6 Mg	Ριβοφαβίνη Mg	Φιλικό οξύ (Mg)f	Νιασίνη (N.E)e	Θειμίνη mg
Άνδρες	1000	5	10	60	3,0	2,2	1,7	400	19	1,5
Γυναίκες	800	5	8	60	3,0	2,2	1,2	400	13	1,0

	K (mg)	P (mg)	Mg (mg)	Fe (mg)	Zn (mg)	I (mg)	Πρωτεΐνη (g)
Άνδρες	800	800	350	10	15	150	56
Γυναίκες	800	800	300	10	15	150	44

Πηγή: Παπανικολάου. Γ. (2002). Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Ουμάρι

1.7. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΘΡΕΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

1.7.1 Εισαγωγή

Για την αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης των ατόμων απαραίτητη είναι η συγκέντρωση και η καταγραφή πληροφοριών σχετικά με τις διατροφικές τους συνήθειες για να διαπιστωθεί κατά πόσο εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον, σημαντική είναι και η καταγραφή πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση υγείας του ατόμου. Τα παραπάνω με τον κατάλληλο συνδυασμό βοηθούν στην εκτίμηση της κατάστασης του ατόμου ώστε να αντιμετωπιστούν τυχόν διατροφικά προβλήματα.

Η αξιολόγηση της διαιτητικής πρόσληψης των ηλικιωμένων γίνεται κυρίως για να μελετηθεί η συσχέτιση της διατροφής τους με την εμφάνιση νοσημάτων (π.χ. καρδιαγγειακά, υπέρταση, αναιμίες, καρκίνο κ.α), για να εκτιμηθεί η επάρκεια της διαιτητικής τους πρόσληψης, δηλαδή κατά πόσο γίνεται πρόσληψη όλων των θρεπτικών συστατικών των τροφίμων, για να αξιολογηθεί η έκθεση των ατόμων σε πρόσθετα τροφίμων και τοξικούς παράγοντες και για να καταγραφεί η επάρκεια των αποθεμάτων των τροφίμων.

Για την συνολική εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης των ηλικιωμένων, εκτός από την καταγραφή των διατροφικών τους συνηθειών γίνονται ακόμα ανθρωπομετρικές και βιοχημικές μετρήσεις. Σημαντικό ρόλο παίζει και η κλινική τους εικόνα.

Αυτή η συσχέτιση της διατροφής και των ασθενειών γίνεται κυρίως με επιδημιολογικές έρευνες (επιδημιολογία είναι η μελέτη της κατανομής και της εξέλιξης των νοσημάτων και των παραγόντων που τις επηρεάζουν στον ανθρώπινο πληθυσμό).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης των υπερηλίκων είναι:

Παρελθοντικές μέθοδοι διαιτητικής εκτίμησης:

- Η ανάκληση του 24ώρου στην οποία ο εξεταζόμενος περιγράφει όλα τα τρόφιμα και τα ποτά που κατανάλωσε την προηγούμενη ημέρα, καθώς και τυχόν συμπληρώματα βιταμινών και μετάλλων. Η ανάκληση 24ώρου αποτελεί μια ποσοτική μέθοδο εύκολη, γρήγορη με μικρή δυσκολία για τον εξεταζόμενο αλλά μη αντιπροσωπευτική της συνήθους πρόσληψης και βασίζεται στην μνήμη του εξεταζόμενου. Εφαρμόζεται κυρίως για τον προσδιορισμό της διατροφικής πρόσληψης ομάδων και όχι τόσο σε μεμονωμένα άτομα.

- Ερωτηματολόγιο συχνότητας, το άτομο περιγράφει την συχνότητα κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων από μια προκαθορισμένη λίστα τροφίμων. Συμπληρώνεται από το ίδιο το άτομο αν είναι εφικτό. Είναι μη δαπανηρή μέθοδος και παρέχει ποσοτικές πληροφορίες, δεν γίνεται όμως εύκολα ποσοτικός προσδιορισμός του μεγέθους των μερίδων. Εφαρμόζεται συνήθως σε ομάδες ή άτομα.

- Διαιτητικό ιστορικό, το άτομο καταγράφει όλα τα τρόφιμα και ποτά που κατανάλωσε μια τυπική ημέρα, συμπληρώνει ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας και αναφέρει τα συνήθη μενού. Παρέχει ποσοτικές και ποιοτικές πληροφορίες της διατροφής και καλύπτει τις ημερήσιες διακυμάνσεις. Είναι χρονοβόρα μέθοδος, και είναι ακατάλληλη για μεγάλες έρευνες. Βασίζεται στη μνήμη του εξεταζόμενου και είναι δύσκολη στην διεξαγωγή των αποτελεσμάτων. Εφαρμόζεται για την εκτίμηση της διατροφικής πρόσληψης στην κλινική πράξη.

- Ημερολόγιο καταγραφής τροφίμου, ο εξεταζόμενος καταγράφει όλα τα τρόφιμα και τα ποτά που καταναλώνει για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (π.χ 3-7 ημέρες). Βοηθάει στον προσδιορισμό παραγόντων που σχετίζονται με την πρόσληψη τροφής (ώρα φαγητού, τόπος, διάθεση, παρέα). Είναι αποτελεσματική μέθοδος για άτομα συνεργάσιμα, αλλά απαιτεί πολύ χρόνο για την διεξαγωγή της. (Μανιός, Γ.2006 & Κλεφτούρη, Μ.Κ. 1996).

Μελλοντικές μέθοδοι διαιτητικής εκτίμησης:

- Καταγραφή με ζύγιση, το άτομο ζυγίζει και καταγράφει κατά την διάρκεια της ημέρας όλα τα τρόφιμα και τα ποτά που καταναλώνει. Έχει μεγάλη ακρίβεια αλλά και μεγάλη δυσκολία για τον εξεταζόμενο. Είναι δαπανηρή και χρονοβόρα. Εφαρμόζεται κυρίως για τον προσδιορισμό των διατροφικών συνηθειών για μια με επτά ημέρες, αλλά και για την επικύρωση άλλων μεθόδων.
- Καταγραφή χωρίς ζύγιση, ο εξεταζόμενος υπολογίζει το μέγεθος των μερίδων και καταγράφει αυτά που καταναλώνει. Απαιτείται μεγάλη συνεργασία με το άτομο που την εφαρμόζει. Εφαρμόζεται κυρίως για τον προσδιορισμό των διατροφικών συνηθειών για μία με επτά ημέρες, αλλά και για την επικύρωση άλλων μεθόδων.

Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις, έχουν ιδιαίτερη σημασία, διότι προσδιορίζουν την πορεία ανάπτυξης των ανθρώπων στα διάφορα στάδια της ηλικίας τους. Όταν αυτή η πορεία διαταράσσεται, τότε υπάρχει υποψία για την ύπαρξη κάποιας νόσου. Προσφέρουν επίσης πληροφορίες για την κατάσταση υγείας του ατόμου και για τον ρυθμό αλλαγής μιας συγκεκριμένης παραμέτρου που μελετάται.

Στις ανθρωπομετρικές μετρήσεις, περιλαμβάνονται μετρήσεις, βάρους, ύψους, μηκών, πλατών σε διάφορα ανατομικά σημεία, περιφέρειες σώματος και μετρήσεις δερματικών πτυχών (τρικέφαλος, δικέφαλος, υποωμοπλατιαία δερματική πτυχή, υπερλαγόνια δερματική πτυχή, κοιλιακή, θωρακική, μηριαία, γαστροκνήμια). Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις γίνονται εύκολα, γρήγορα, χωρίς κόστος. Οι τεχνικές μέτρησεις είναι τυποποιημένες και ακολουθούνται συγκεκριμένες διαδικασίες κατά την διεξαγωγή τους ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπιστία των μετρήσεων.

Οι βιοχημικοί δείκτες εκφράζουν μια σειρά από μεταβολικές διεργασίες που γίνονται στον οργανισμό και αποτελούν ένα από τα βασικά στοιχεία που πρέπει να συνεκτιμηθούν κατά την διαδικασία της διατροφικής αξιολόγησης. Σε συνδυασμό λοιπόν με τα υπόλοιπα στοιχεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διάγνωση μιας νόσου, την πρόγνωση, την παρακολούθηση και την θεραπείας της. Υπάρχουν δείκτες που σχετίζονται με τα επίπεδα θρεπτικών συστατικών στον οργανισμό, όπως επίσης και με χρόνια νοσήματα.

Όσον αφορά την κλινική εξέταση, είναι εξίσου σημαντική διότι γίνεται παρατήρηση και αναγνώριση ορισμένων εξωτερικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων και ίσως αυτή να οδηγήσει από μόνη της στην διάγνωση της νόσου. Η κλινική εξέταση γίνεται συνήθως στα εξής συστήματα-σημεία: δέρμα, κεφάλι και τράχηλος, αναπνευστικό σύστημα και πεπτικό σύστημα.

Στην συγκεκριμένη έρευνα για την εκτίμηση της διαιτητικής πρόσληψης των ηλικιωμένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία: Πρώτον, η κλινική εικόνα απ την οποία παρατηρήθηκε η όψη, ο σωματότυπος και τα χαρακτηριστικά του δέρματος των ηλικιωμένων. Δεύτερον, χρησιμοποιήθηκαν ανθρωπομετρικοί δείκτες για την εκτίμηση της κατάστασης των ηλικιωμένων. Αυτοί που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, το ύψος, το βάρος, ο δείκτης μάζας σώματος, η περιφέρεια μεσοβραχίου και η περίμετρος γαστροκνήμιας. (Μανιός, Γ.2006 & Κλεφτούρη, Μ.Κ. 1996).

1.7.2 Επιλογή της κατάλληλης μεθόδου για εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης των ηλικιωμένων ατόμων.

Τα ηλικιωμένα άτομα συνήθως είναι ομάδα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, για το λόγο αυτό για την εκτίμηση της θρεπτικής τους κατάστασης χρησιμοποιούνται συνήθως επαναλαμβανόμενες ανακλήσεις 24ωρου. Η πρόσληψη των θρεπτικών συστατικών υπολογίζεται από ειδικούς πίνακες τροφίμων. Μια άλλη μέθοδος εύκολη για τους ηλικιωμένους είναι το ερωτηματολόγιο συχνότητας για το λόγο ότι το άτομο έχει μπροστά

του συμπληρωμένα τα τρόφιμα και απλά ζητείται η συμπλήρωση συχνότητας κατανάλωσης των τροφίμων. (Μανιός, Γ.2006 & Κλεφτούρη, Μ.Κ. 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.0 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥΣ

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλουν στη διαδικασία της γήρανσης, και σε συνδυασμό με μια μη ισορροπημένη διατροφή, ο ηλικιωμένος οδηγείται συχνά σε διατροφική ανεπάρκεια (Παπανικολάου Γ. 2002).

Οι παράγοντες που οδηγούν τους ηλικιωμένους σε διατροφική ανεπάρκεια χωρίζονται σε δύο κατηγορίες (Exton-Smith 1971).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: Παράγοντες που οδηγούν σε διατροφική ανεπάρκεια

Πρωτοπαθείς	Δευτεροπαθείς
Άγνοια	Περιορισμένη όρεξη
Κοινωνική απομόνωση	Ανεπαρκής μάσηση
Φυσική ανικανότητα	Δυσαπορρόφηση
Διανοητικές διαταραχές	Αλκοολισμός
Ιατρογενείς παράγοντες	Φάρμακα
Φτώχεια	Αυξημένες απαιτήσεις

Πηγή: Παπανικολάου, Γ. (2002). Σύγχρονη διατροφή και διαίτολογία. Πέμπτη έκδοση, Αθήνα:εκδόσεις θυμάρι, p. 285

-Άγνοια

Αυτή αποτελεί μια από τις σπουδαιότερες αιτίες διατροφικής ανεπάρκειας, γιατί πολλοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις σχετικά με τον σωστό τρόπο διατροφής ούτε και την οικονομική ευχέρεια να προμηθευτούν προϊόντα από όλες τις κατηγορίες τροφίμων με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν αυτές τις ανεπάρκειες θρεπτικών συστατικών.

-Κοινωνική απομόνωση

Τα απομονωμένα άτομα χάνουν συχνά το ενδιαφέρον τους για φαγητό και τρέφονται με μικρά και πρόχειρα φαγητά.

-Φυσική ανικανότητα

Πολλά ηλικιωμένα άτομα ταλαιπωρούνται με προβλήματα αρθρίτιδας και μείωση της όρασης και έτσι δυσκολεύονται στην προμήθεια και παρασκευή φαγητών.

-Διανοητικές διαταραχές

Μεγάλο ποσοστό ατόμων τρίτης ηλικίας πάσχουν από διανοητικές ασθένειες όπως, σχιζοφρένιες, κατάθλιψη, ασθένειες που έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη διατροφή και συνεπώς και στην υγεία κ.α.

-Ιατρογενείς παράγοντες

Πολλές φορές παρουσιάζονται διατροφικές ανεπάρκειες που οφείλονται σε λανθασμένες διαιτητικές συμβουλές, όπως για παράδειγμα εμφάνιση σκορβούτου από δίαιτα για την αποθεραπεία του πεπτικού έλκους, που συνήθως είναι ανεπαρκής σε βιταμίνη C.

-Φτώχεια

Τα ηλικιωμένα άτομα λόγω οικονομικών δυσχερειών ακολουθούν μονότονες δίαιτες, άγευστες και άνοστες γιατί δεν είναι εφικτή η κατανάλωση όλων των ομάδων τροφίμων όπως για παράδειγμα κρέας, ψάρι, τρόφιμα υψηλού κόστους.

-Ελάττωση όρεξης

Τα άτομα συχνά παρουσιάζουν απώλεια δοντιών με αποτέλεσμα να περιορίζονται στην κατανάλωση μαλακών τροφών κυρίως υδατάνθρακες, και τελικά το άτομο οδηγείται σε πρωτεϊνική ανεπάρκεια.

-Δυσασπορρόφηση

Ήπιες μορφές δυσασπορρόφησης εμφανίζονται συχνά στους ηλικιωμένους και οφείλονται σε ισχαιμία του λεπτού εντέρου, στην εμφάνιση ευαισθησίας στην γλουτένη και σε άλλες αιτίες. Η απορρόφηση των λιπών, των λιποδιαλυτών βιταμινών, του φυλλικού οξέος και της βιταμίνης B12 είναι πολύ μειωμένη.

-Αλκοόλη και φάρμακα

Όταν υπάρχει υψηλή κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, το άτομο προσλαμβάνει τις λεγόμενες «κενές θερμίδες» οι οποίες περιορίζουν την πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Συχνή είναι η ανεπάρκεια σε φυλλικό οξύ με αποτέλεσμα την μεγαλοβλαστική αναιμία.

-Αυξημένες απαιτήσεις

Κάποιοι ασθενείς μένουν ακινητοποιημένοι στο κρεβάτι για μεγάλο χρονικό διάστημα με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν αρνητικό ισοζύγιο αζώτου και καταβολισμό ιστικών πρωτεϊνών, ιδιαίτερα αν εμφανίζουν υπερπυρεξία και κατακλίσεις. (Μόρτογλου Α., 2007)

2.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1.1. Εισαγωγή:

Τα τελευταία χρόνια έχουν απασχολήσει έντονα τους επιστήμονες οι διατροφικές διαταραχές κάθε ηλικίας. Οι πιο συνηθισμένες διατροφικές διαταραχές είναι η νευρογενής ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία. Αν και οι παραπάνω διαταραχές χαρακτηρίζονται ως πρωτογενείς (δηλαδή ότι δεν προέρχονται από κάποια άλλη σωματική νόσο), παρόλα αυτά είναι πιθανό οι ανορεκτικοί και οι βουλιμικοί ασθενείς να εμφανίσουν και άλλες ψυχικές νόσους όπως διαταραχές στην προσωπικότητα, ψυχώσεις κ.α. (Μάνου Ν., 1997)

Οι ψυχογενείς διαταραχές της διατροφής όπως η νευρογενής ανορεξία και η βουλιμία, έχουν επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία και αυξάνουν την θνησιμότητα. Αυτά τα άτομα έχουν μια προκατάληψη με το φαγητό, και ψευδή εικόνα για το σώμα τους.

Οι διαταραχές οφείλονται κυρίως σε ψυχολογικούς, και ίσως και σε γενετικούς παράγοντες. Μελετώνται γονίδια, τα οποία σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς και άλλους παράγοντες, πιθανόν να επηρεάζουν τους νευροδιαβιβαστές που ελέγχουν την όρεξη και την ψυχολογική διάθεση.

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί να οδηγήσει στην απόκτηση φυσιολογικού βάρους, στην αύξηση της αυτοεκτίμησης και πιθανότατα να οδηγήσουν σε πλήρη ίαση. (Millar V.R., Wardell, F. ,Vyvyan J.P. , Naji S. A. & Prescott G.J., 1999)

2.1.2.Ελάττωση της όρεξης

Η πρόσληψη τροφής αλλάζει με την πάροδο της ηλικίας. Η μείωση της όρεξης και της πρόσληψης τροφής με τη φυσιολογική πάροδο της ηλικίας προδιαθέτουν την εμφάνιση της θρέψης κάτω από το φυσιολογικό όριο. Η μη φυσιολογική θρέψη είναι κοινή στους ηλικιωμένους ανθρώπους και έχει ως επίπτωση την εμφάνιση και την πρόοδο χρόνιων ασθενιών όπως επίσης και την αύξηση της θνητότητας. Η αύξηση της ηλικίας επηρεάζει

πολλούς από τους ενδοκρινείς παράγοντες που περιλαμβάνονται στον έλεγχο της όρεξης και της λήψης τροφής. Πολλες μελέτες έχουν διεξαχθεί σε ανθρώπους για να αποσαφηνίσουν αυτές τις αλλαγές που αποτελούν πιθανές ορμονικές αιτίες για την ανορεξία στη μεγάλη ηλικία. Σε αυτές τις αιτίες συμπεριλαμβάνονται η αύξηση της δραστηριότητας της χολοκιστοκινίνης, της λεπτίνης και ποικίλων κιτοκινών καθώς επίσης και η μείωση της δραστηριότητας της τεστοστερόνης. (Charman McPhee I. 2004).

Η χολοκυστοκινίνη, είναι ορμόνη που αυξάνεται στην κυκλοφορία του αίματος και παρουσιάζει αλλαγές κατά την διάρκεια της γήρανσης. Η λεπτίνη είναι επίσης μια ορμόνη που ρυθμίζει το αίσθημα της πείνας. Η λεπτίνη δίνει σήμα στον εγκέφαλο να σταματήσει το φαγητό όταν τα κύτταρα του λιπώδη ιστού του οργανισμού είναι κορεσμένα. Η τεστοστερόνη είναι ανδρική ορμόνη και έχει άμεση σχέση με τη ρύθμιση της όρεξης στον οργανισμό. Αυξημένα επίπεδα τεστοστερόνης δημιουργούν αυξημένη όρεξη.

Αυτή η ακούσια απώλεια βάρους που παρατηρείται συχνά στους ηλικιωμένους, μπορεί να εμφανίσει μεγάλο κίνδυνο για μολύνσεις, κατάθλιψη, ακόμη και θάνατο. Δεν εμφανίζεται συγκεκριμένη αιτία για το πρόβλημα αυτό. Παρόλα αυτά θεωρείται ότι οι πιθανές αιτίες για την μείωση της όρεξης που συμβαίνουν φυσιολογικά, είναι η κατάθλιψη, ο καρκίνος (του πνεύμονα και του γαστρεντερικού συστήματος), οι καρδιακές αρρυθμίες, οι γαστρεντερικές ασθένειες, οι πνευμονικές παθήσεις, ο αλκοολισμός, η μοναξιά λόγω απώλειας αγαπημένων προσώπων κ.α. Ακόμη μπορεί να παρουσιαστεί ελάττωση της όρεξης λόγω οικονομικών δυσχερειών, προβλημάτων μάσησης, απώλειας δοντιών, μείωσης βασικού μεταβολισμού, αρθρίτιδας, παράγοντες που μπορούν να καταστήσουν δύσκολη την προετοιμασία των φαγητών ή την αγορά των προϊόντων. Οι φυσιολογικές αλλαγές της γήρανσης μειώνουν την αποδοτικότητα πολλών διαδικασιών του οργανισμού. Όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνεται η μάζα σώματος. Το πέρας της ηλικίας συνδέεται επίσης με μια μείωση στο βασικό μεταβολισμό. Η δυνατότητα να αφομοιωθούν, να απορροφηθούν, να μεταβολιστούν και να εκκριθούν οι θρεπτικές ουσίες ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας, παρόλο που αυτή η διαδικασία διαφέρει από οργανισμό σε οργανισμό. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στην μείωση της όρεξης είναι οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Επίσης οι ηλικιωμένοι που παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή εμφανίζουν μειωμένη όρεξη για φαγητό σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν κάποιο πρόβλημα (Huffman, G.B., Brooke G. & Spring SM., 2002).

Η ακριβής αξιολόγηση στους ηλικιωμένους για την μείωση του βάρους είναι δύσκολη αλλά πολύ σημαντική, διότι το πρόβλημα αυτό συνδέεται με αυξανόμενη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Όταν ένας ασθενής εμφανίζει προβλήματα υγείας και ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή, η διάγνωση της ακούσιας απώλειας βάρους μπορεί να είναι εκτενής. Εάν ο ασθενής έχει νοητικά προβλήματα, η αξιολόγηση είναι ακόμα πιο δύσκολη. Για την παραπάνω αξιολόγηση είναι απαραίτητη η παρουσία παθολόγου που πρέπει να προσέξει τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την γήρανση και τις συνέπειες που εμφανίζονται με την απώλεια βάρους στους ηλικιωμένους.

Η ακούσια απώλεια βάρους μπορεί να οδηγήσει στην αποδυνάμωση των μυών, στην κατάθλιψη και σε άλλες σοβαρές ασθένειες. Ασθενείς που εμφανίζουν μείωση του σωματικού βάρους κατά 10% και δεν έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό θνησιμότητας σε έξι μήνες ενώ, ηλικιωμένοι ασθενείς που παρουσιάζουν απώλεια σωματικού βάρους της τάξεως του 5% σε έναν μήνα, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν μέσα σε ένα έτος. Τέλος σημαντικός προάγγελος θανάτου είναι η απώλεια βάρους τουλάχιστον 5% σε ηλικιωμένους ασθενείς με Alzheimer. (Huffman, G.B., Brooke G. & Spring SM., 2002)

2.1.3 Νευρογενής ανορεξία.

Ανήκει στις διαταραχές λήψης τροφής προκαλώντας απίσχανση μέσω εκούσιας αποχής από την τροφή και υπάρχει ο έντονος φόβος ότι το άτομο θα γίνει παχύσαρκο ακόμη και όταν είναι κάτισγχο. Θεωρείται ψυχολογική διαταραχή. Τα ανορεκτικά άτομα δεν τρώνε διότι υπάρχει ο φόβος για πιθανή αύξηση του βάρους, παρόλο που έχουν όρεξη για φαγητό. Η νευρογενής ανορεξία είναι πιο κοινή στα νεαρά άτομα, αλλά συχνά παρατηρείται εμφάνιση της και σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία υποφέρουν από μοναξιά, κατάθλιψη, απομονώνονται κοινωνικά και δείχνουν αποτροπή στο να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Όταν εμφανίζεται στα άτομα τρίτης ηλικίας είναι περισσότερο θανάσιμη αποτελώντας το 78% όλων των θανάτων που σχετίζονται με την συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή. Ο υποσιτισμός συναντάται πολύ συχνά στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ή σε άλλα ιδρύματα. Στην τρίτη ηλικία παρουσιάζεται φυσιολογική μείωση της όρεξης και της εισαγωγής τροφίμων, αυτό ονομάζεται «ανορεξία της γήρανσης» συμβάλλει στην ανάπτυξη της παθολογικής ανορεξίας και του υποσιτισμού. (Chapman IM. 2007).

Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία έχουν υπερβολική απώλεια κιλών, που πολλές φορές ξεπερνάει και το 15% του σωματικού βάρους, με αποτέλεσμα να προκαλούνται και σωματικά προβλήματα όπως αδυναμία διατήρησης της θερμοκρασίας του σώματος, πτώση αρτηριακής πίεσης, γαστρεντερικά και καρδιακά προβλήματα, βραδυκαρδία, μειωμένη αντοχή στο κρύο και στις λοιμώξεις, ξηροδερμία, απώλεια οστικής μάζας, ακροκυάνωση καθώς και προβλήματα στον εγκέφαλο. (Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου Κ. 2002, Millar V.R., Wardell, F. , Vyvyan J.P. , Naji S. A. , Prescott G.J. 1999, Wilson,G. 2006, Stippler, C.M. 2005)

Υπάρχουν δύο τύποι νευρογενούς ανορεξίας, ο περιοριστικός και ο τύπος με επεισόδια υπερφαγίας και χρήση καθαρτικών. Ο δεύτερος τύπος είναι πιο συχνός. Τα άτομα που πάσχουν από τον τύπο υπερφαγίας/κάθαρσης έχουν κοινά χαρακτηριστικά με τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία. Αυτά τα άτομα έχουν συνήθως παχύσαρκα μέλη στην οικογένειά τους ενώ και οι ίδιοι έχουν ιστορικό μεγαλύτερου σωματικού βάρους απ'ότι είχαν πριν την εκδήλωση της ασθένειας. Αυτοί που πάσχουν από ανορεξία του τύπου υπερφαγίας/κάθαρσης είναι πιθανότερο να σχετίζονται με την χρήση ουσιών και διαταραχών προσωπικότητας.

Τα άτομα με περιοριστικού τύπου ψυχογενή ανορεξία, λαμβάνουν όσο λιγότερες θερμίδες και χαρακτηρίζονται συχνά από ψυχαναγκαστικά φαινόμενα σχετικά με την τροφή. Και στις δύο περιπτώσεις τα άτομα μπορεί να είναι κοινωνικά απομονωμένα.

Η ψυχογενής ανορεξία εμφανίζει υψηλά ποσοστά νοσηρότητας με μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές. Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία τύπου υπερφαγίας/κάθαρσης έχουν μεγαλύτερο ποσοστό σε απόπειρες αυτοκτονίας σε σχέση με τον περιοριστικό τύπο. Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. (2000)

2.1.3.α Διαγνωστικά κριτήρια νευρογενούς ανορεξίας για ενήλικες:

Τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρογενούς ανορεξίας σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα εξής:

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το βάρος του σώματος του στο ή πάνω από ένα ελάχιστο φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που οδηγεί στη διατήρηση του βάρους του σώματος κάτω από 85% από το αναμενόμενο ή αδυναμία να κερδίσει αναμενόμενο βάρος στη διάρκεια της περιόδου ανάπτυξης, που οδηγεί σε βάρος σώματος κάτω του 85% απ' το αναμενόμενο).

B. Έντονος φόβος του ατόμου μήπως πάρει βάρος ή γίνει παχύ, ακόμα κι αν το βάρος του είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο που κανείς βιώνει το βάρος ή το σχήμα του σώματος του, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή σχήματος στην εκτίμηση του εαυτού ή άρνηση της σοβαρότητας του παρόντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ. Σε γυναίκες μετά την έναρξη της περιόδου, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τουλάχιστον τριών διαδοχικών εμμηνορρυσιών.

(μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια εάν οι περίοδοι της έρχονται μόνον μετά από χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων)

*προσδιορίστε τον τύπο:

Περιοριστικός τύπος: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας, το άτομο δεν είχε εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλ. προκλητό εμετό ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων).

Τύπος υπερφαγίας/κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς ανορεξίας το άτομο είχε εμπλακεί συστηματικά σε συμπεριφορά υπερφαγίας ή κάθαρσης (δηλ. προκλητό εμετό ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων) (Μάνου Ν., 1997).

2.1.3.β. Συμπτώματα νευρογενούς ανορεξίας αναλυτικά:

Τα συμπτώματα μπορεί να είναι:

- Ψυχολογικά, καθώς και συμπτώματα αλλαγής στην συμπεριφορά του ατόμου σε όλες τις πτυχές της ζωής του. Το άτομο μπορεί να γίνει σοβαρά ελλιπές και ίσως να οδηγηθεί σε κατάθλιψη και κοινωνική απομόνωση, μπορεί να γίνει οξύθυμο και έτσι να παρουσιάζει δυσκολίες στην επικοινωνία με τους συνανθρώπους του. Ακόμη ο ύπνος του μπορεί να εμφανίζει διαταραχές και να οδηγήσει σε κούραση κατά την διάρκεια της ημέρας, καθώς μπορεί να μειωθεί η ικανότητα του ατόμου για προσοχή και συγκέντρωση. Αρκετά άτομα που πάσχουν από ανορεξία σε κάποιο στάδιο της ζωής τους παρουσιάζουν επίσης εθισμό στο αλκοόλ και στα φάρμακα. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, καθώς παρουσιάζεται και μειωμένο ενδιαφέρον για τα προηγούμενα ενδιαφέροντα του.

- Οργανικά συμπτώματα. Μερικά οργανικά συστήματα μπορούν να παρουσιάζουν επιδείνωση λόγω της ανορεξίας

Καρδιά και κυκλοφοριακό σύστημα, εμφανίζει μη απειλητικά συμπτώματα για την ζωή του, όπως αργή δράση της καρδιάς (βραδυκαρδία), χαμηλή πίεση του αίματος (υπόταση), καθώς και αρρυθμία της καρδιάς.

Γαστρεντερικές επιπλοκές, τα συνήθη συμπτώματα είναι η δυσκοιλιότητα και ο κοιλιακός πόνος, ενώ στο ήπαρ παρουσιάζονται αλλαγές στην ενζυμική του δράση. Ο λιμός και η κατάχρηση καθαρτικών είναι αίτια για τυχόν εμφάνιση των μη φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού και της μειωμένης απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών.

Glandular (αδένας), ενδοκρινικό σύστημα. Οι σύνθετες φυσικές και χημικές διαδικασίες που περιλαμβάνονται στην συντήρηση της μπορούν να διαταραχθούν, έχοντας σοβαρές συνέπειες στον οργανισμό. Στα ανορεξικά άτομα παρατηρούνται επίσης, ορμονικές διαταραχές, όπως στο θυρεοειδή αδένα. Η συνεχής περιοριστική κατανάλωση ενέργειας, μπορεί να επιβραδύνει την λειτουργία του θυρεοειδούς αδένα, στην προσπάθεια του να συντηρηθούν οι θερμίδες.

Νεφρική λειτουργία. Υπάρχουν σημαντικές αλλαγές στην λειτουργία των νεφρών, όπως είναι η ανεπάρκεια καλίου, και η αυξημένη ή μειωμένη σύρση. Ακόμη τα ανορεκτικά άτομα, τα οποία κάνουν χρήση καθαρτικών, διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο δυσαναλογίας ηλεκτρολυτών, η οποία μπορεί να είναι απειλητική για την ζωή τους.

Αναιμία. Εμφανίζεται συχνά στα ανορεξικά άτομα. Υπάρχει η υποψία ότι η παρατεταμένη αστία έχει αυξημένο κίνδυνο για μόλυνση, η οποία όμως δεν έχει αποδειχθεί κλινικά.

- Φυσικά συμπτώματα των ανορεξικών ατόμων, είναι εκτός από την αυξημένη απώλεια βάρους, η υποθερμία, η εμφάνιση ξηροδερμίας, το λιποειδές δέρμα, το οποίο έχει κιτρινωπό χρώμα. Παρατηρείται επίσης αυξημένη τριχοφυΐα στο πρόσωπο, στα πόδια, στην πλάτη, καθώς και απώλεια μαλλιών. Ο συχνός εμετός που παρατηρείται σε ορισμένα άτομα που πάσχουν από ανορεξία, μπορεί να προκαλέσει διάβρωση στο οδοντικό σμάλτο και να οδηγήσει σε απώλεια δοντιών. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία. Οι ασθενείς πηγαίνουν στο γιατρό όταν τα αποτελέσματα της ανορεξίας γίνουν εμφανή και έντονα. (Stippler, C.M., 2005, Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. 2000)

2.1.3.γ Προδιαθεσικοί παράγοντες νευρογενούς ανορεξίας:

Η μειωμένη λήψη τροφίμων προκαλεί απώλεια βάρους σώματος και αυτό μπορεί να προκληθεί από κοινωνικούς ή φυσιολογικούς παράγοντες, ή από συνδυασμό και των δύο. Η κατάθλιψη και η γεροντική άνοια που συνδέεται συχνά με την απώλεια ή την επιδείνωση των κοινωνικών δεσμών, είναι κοινά ψυχολογικά προβλήματα στους ηλικιωμένους και σημαντικές αιτίες απώλειας της όρεξης (Donini LM, Savina C, Cannella C. 2003). Παρατηρείται ότι το 22% των υγιών ηλικιωμένων με ήπια κατάθλιψη παρουσιάζει διαταραχές στην όρεξη (Ζαμπέλας, Α. 2006).

Τα αίτια που προδιαθέτουν την νευρογενή ανορεξία μπορεί να είναι, ψυχολογικά-συναισθηματικά (μοναξιά, απομόνωση, κατάθλιψη, έλλειψη ενδιαφέροντος για την ζωή, απώλεια αγαπημένου προσώπου από το οικογενειακό περιβάλλον, μοναχική διαμονή, χηρεία, οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, άγχος, κ.α.), η έλλειψη γνώσεων, για την σωστή επιλογή και αποθήκευση των τροφίμων καθώς και οι οικονομικοί παράγοντες (φτώχεια, προσαρμογή στα διάφορα οικονομικά εισοδήματα) μπορεί να οδηγήσουν σε μειωμένη πρόσληψη τροφής ή σε μονότονη και ανθυγιεινή διατροφή και σε ανεπάρκεια πρόσληψης των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών. Η χρήση φαρμάκων, η εξάρτηση

απο αλκοόλ ή ουσίες και η εμφάνιση ασθενειών μπορούν να προκαλέσουν μείωση της όρεξης, αλλά και δυσαπορρόφηση θρεπτικών ουσιών. Επίσης μπορεί να παρουσιαστεί μείωση της ικανότητας μάσησης του ατόμου, λόγω απώλειας της οδοντοστοιχείας, της νόσου Parkinson και της ρευματικής πολυμυαλγίας. Επιπλέον η εκούσια άρνηση τροφής αποτελεί τρόπο προσέλευσης και προσοχής από φίλους και συγγενείς (Donini LM, Savina C, Cannella C. 2003. Ζαμπέλας, Α. 2006, Κατσιλάμπρος, Ν. 2006).

Ακόμη, η παρατεταμένη παραμονή σε νοσοκομείο, ως αποτέλεσμα χρόνιων νοσημάτων ή σε ιδρύματα λόγω ανικανότητας για αυτοσυντήρηση, καθώς και η μοναχική ζωή λόγω πένθους, οδηγούν συχνά στον κοινωνικό αποκλεισμό των ηλικιωμένων. Έτσι τα άτομα παρουσιάζουν απώλεια της κοινωνικής διάστασης των γευμάτων, καθώς και μονοτονία στην καθημερινή σύνθεση των γευμάτων. Αυτά, σε συνδιασμό με την μοναξιά, το άγχος, την ανασφάλεια, την απάθεια και τα καταθλιπτικά συμπτώματα οδηγούν στην κακή διατροφή και στην μειωμένη πρόσληψη τροφής λόγω απώλειας της όρεξης. Όλα τα παραπάνω δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο, το ηλικιωμένο άτομο δεν λαμβάνει αρκετή ποσότητα τροφής, νιώθει αδύναμο και απαθές και έτσι χάνει το κίνητρο για σωστή και επαρκή διατροφική πρόσληψη (Κατσιλάμπρος, Ν. 2006).

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η ψυχογενής ανορεξία είναι ένα σύνδρομο αυτοεπιβαλλόμενης ασιτίας στο οποίο το άτομο με τη θέληση του περιορίζει την πρόσληψη τροφής για το λόγο ότι φοβάται έντονα μήπως γίνει παχύ. Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία αποκαλούν τον εαυτό τους παχύ ακόμα και όταν το βάρος τους είναι φυσιολογικό ή ακόμα κι όταν το σώμα τους έχει υποστεί απίσχανση. Αυτά τα άτομα όσο και αν χάνουν βάρος, δεν σταματούν να φοβούνται ότι θα γίνουν παχύσαρκα. Γενικά τα άτομα αυτά έχουν μια διαταραγμένη-όχι πραγματική αντίληψη για το σώμα τους. Πιστεύουν ότι ολοκληρω το σώμα τους ή κάποια μέρη αυτού είναι πολύ παχιά ενώ στην πραγματικότητα μπορεί να είναι πολύ κάτω από τα φυσιολογικά επίπεδα (Μάνου Ν., 1997). Στα ηλικιωμένα άτομα η ψυχογενής ανορεξία οφείλεται κυρίως στην απώλεια όρεξης για φαγητό και όχι σε φόβο αύξησης του βάρους, η οποία οφείλεται κυρίως σε ψυχολογικούς λόγους, καθώς το ηλικιωμένο άτομο δεν έχει τον περίγυρο της οικογένειας του ή την βοήθεια από το γειτονικό περιβάλλον, περίπου το 25% των ατόμων αυτών χρειάζεται βοήθεια από τον περίγυρο του. (Ζαμπέλας, Α. 2006)

Η ψυχογενής ανορεξία δεν είναι διαταραχή της όρεξης, γιατί η όρεξη προσβάλλεται αργά στην εξέλιξη της νόσου. Πιθανόν να πρόκειται για διαταραχή η οποία σχετίζεται με την αντίληψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του και την ταυτότητα του.

Από βιολογικής απόψεως, το πρόβλημα της νευρογενούς ανορεξίας προέρχεται από μία πρωτογενή δυσλειτουργία του υποθάλαμου, ο οποίος ρυθμίζει τις βασικές λειτουργίες του σώματος (όρεξη, βάρος, θερμοκρασία και γεικότερα την ομοιόσταση). Η παραπάνω δυσλειτουργία του υποθαλάμου, όπως έχει παρατηρηθεί, προκαλεί αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό των ασθενών με ψυχογενή ανορεξία, ελαττωμένη δραστηριότητα νορεπινεφρίνης και διαταραχές στη λειτουργία και άλλων κεντρικών νευροδιαβιβαστών, όπως της σεροτονίνης (ορμόνη που είναι υπεύθυνη για την καλή διάθεση και ευεξία) και της ντοπαμίνης (νευροδιαβιβαστής του ΚΝΣ). Ενώ παρατηρείται αύξηση έκκρισης της κορτιζόλης (ορμόνη του εγκεφάλου που εκκρίνεται σε υψηλή πίεση) και της vasopressin ή ADH, (αντιδιουρητική ορμόνη, χημική ουσία του εγκεφάλου η οποία είναι μη φυσιολογική σε ασθενείς με ψυχολογικές διαταραχές) (Μάνου Ν., 1997).

Υπάρχουν όμως και φυσιολογικοί παράγοντες που προδιαθέτουν την ανορεξία και περιλαμβάνουν τις αλλαγές στην προτίμηση των τροφών, μείωση ικανότητας οσμής και γεύσης κ.α. Η εμφάνιση της ανορεξίας στα ηλικιωμένα άτομα μετά τα 60-65, οφείλεται επίσης σε βαθμιαία ελάττωση των γαστρικών εκκρίσεων και σε διαφοροποίηση της συνθέσεως τους, πράγμα που κάνει την πέψη πιο δύσκολη. Επίσης, μειώνεται η

προσαρμοστική χαλάρωση του βυθού του στομάχου, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να νιώθουν πληρότητα, ακόμα και με μικρή ποσότητα τροφής, με αποτέλεσμα αυτό να τους οδηγεί σε πρόωρο κορεσμό. Η χρόνια χολοκυστίτιδα εμποδίζει τον μεταβολισμό των λιπών και έτσι υπάρχει έλλειψη λιποδιαλυτών βιταμινών (Morley J.E. 2001, Hays P.N., Roberts B.S. 2006).

Η ανορεξία στους ηλικιωμένους μπορεί να αντιπροσωπεύσει όχι μόνο διαταραχές στη λήψη θερμίδων αλλά και στην πρόσληψη και απορρόφηση μακροθρεπτικών (υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη) και μικροθρεπτικών συστατικών (βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία). Η υπερβολική κατανάλωση υδατάνθρακα σε βάρος της πρωτεΐνης χαρακτηρίζει μερικές ήπιες καταθλιπτικές διαταραχές και μπορεί να οδηγήσει σε μια ανεπαρκή πρωτεϊνική λήψη στα ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από τέτοιες διαταραχές. Στα άτομα αυτά πολύ συχνά συναντάται έλλειψη ασβεστίου, έτσι παρατηρείται ευαισθησία των οστών, δηλαδή γίνονται περισσότερο εύθραυστα (Wurtman J.J. 1988).

Ακόμα παρατηρείται εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος με αποτέλεσμα ο οργανισμός να είναι επιρρεπής σε διάφορες λοιμώξεις. Σε περίπτωση που δεν γίνει έγκαιρη διάγνωση και δεν γίνει σωστή θεραπεία, ώστε να αυξηθεί το βάρος τότε πρέπει να γίνει άμεση εισαγωγή σε νοσοκομείο.

Η ανορεξία είναι μια πολύ μυστικοπαθής ασθένεια και είναι ευκολότερο να «κρυφτεί» στα μη κοινωνικά και καταθλιπτικά άτομα, τα οποία είναι κυρίως άτομα τρίτης ηλικίας. Συγκεκριμένα, η μέση ηλικία θανάτου από νευρογενή ανορεξία στις ηλικιωμένες γυναίκες είναι στα 69 και για τους άνδρες είναι στα 80 (Millar H.R., Wardell, F., Vyvyan J.P., Naji S. A., Prescott G.J. 2005, Wilson, G. 2006, Stippler, C.M. 2005).

2.1.3.δ Πρόγνωση νευρογενούς ανορεξίας

Στα ηλικιωμένα άτομα η ανορεξία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε σχέση με άλλες διατροφικές διαταραχές με ένα ποσοστό 6% των θυμάτων ανορεξίας να πεθαίνουν από τις επιπλοκές της ασθένειας. Οι πιο κοινές αιτίες θανάτου των ανορεξικών ατόμων είναι οι ιατρικές επιπλοκές, στην μη φυσιολογική καρδιακή λειτουργία και στην δυσαναλογία των ηλεκτρολυτών. Επίσης η αυτοκτονία είναι μια αιτία θανάτου στην ασθένεια αυτή.

Με την κατάλληλη θεραπεία τα μισά άτομα με την ασθένεια αυτή έχουν μια πλήρη αποκατάσταση, ενώ ένα ποσοστό του 20% παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα ανορεξικά (Stippler C.M., 2005).

Η ψυχογενής ανορεξία παρουσιάζει μεγάλη ποικιλία κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της. Η ίαση της μπορεί να γίνει, πρώτον αυτόματα χωρίς θεραπεία και δεύτερον μετά από διάφορες θεραπείες βασισμένες στην σταδιακή αύξηση του βάρους. Γενικά η πρόγνωση αυτής της ασθένειας δεν είναι καλή. Όσοι ασθενείς φτάνουν ξανά στο φυσιολογικό τους βάρος συνεχίζει να τους απασχολεί το φαγητό και το βάρος του σώματός τους. Τα άτομα αυτά είναι συνήθως μελαγχολικά και δεν έχουν ιδιαίτερα κοινωνικές επαφές. Η μακροπρόθεσμη ανταπόκριση σε όλα σχεδόν τα προγράμματα νοσοκομιακής θεραπείας είναι καλή. Ο δείκτης θνησιμότητας κυμαίνεται από 5-15%. Θετικά σημάδια κατά την πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η παραδοχή της πείνας από το ίδιο το άτομο, η βελτίωση της αυτοεκτίμησης και η μείωση της άρνησης για φαγητό.

Το 30-50% των αρρώστων εμφανίζουν και συμπτώματα ψυχογενούς βουλιμίας. Συνήθως τα συμπτώματα βουλιμίας παρουσιάζονται μέσα σε ενάμιση χρόνο απ' την εμφάνιση ψυχογενούς ανορεξίας. Μάλιστα είναι πολύ πιθανό τα βουλιμικά συμπτώματα να εμφανίζονται πριν την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας (Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. 2000).

2.1.3.ε Θεραπεία νευρογενούς ανορεξίας

Η γενική θεραπεία της ανορεξίας κυρίως εστιάζεται στο κέρδος βάρους. Αυτό επιτυγχάνεται με την κατάλληλη ψυχολογική, διαιτητική και ιατρική παρέμβαση. Έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά είδη ψυχολογικής θεραπείας, η συμπεριφοριστική, η εκπαιδευτική, η ατομική, η ομαδική και η οικογενειακή θεραπεία. Πολλές φορές χρειάζεται ο συνδυασμός των παραπάνω. Το ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας εξαρτάται από την ικανότητα του προσωπικού αλλά και απ' την εκούσια συμμετοχή του ασθενή.

Στα άτομα που παρατηρείται αυξημένη απώλεια βάρους και εξασθένηση του οργανισμού, είναι απαραίτητη η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, ώστε να διορθωθεί ο υποσιτισμός και ίσως να απαιτείται ενδοφλέβια σίτιση.

Όπως προαναφέρθηκε, το πρωτεύον ζήτημα στη θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης του ατόμου, επειδή η αφυδάτωση, η λιμοκτονία και οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν σοβαρό κίνδυνο στην υγεία και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να επέλθει ακόμα κι ο θάνατος. Το αν θα νοσηλευτεί ή όχι το άτομο, εξαρτάται απ' την σωματική του κατάσταση. Γενικά συνίσταται νοσηλεία σε άτομα που έχουν βάρος 20% κάτω απ' το φυσιολογικό σε σχέση με το ύψος τους, ενώ σε ασθενείς με βάρος κάτω από 30 % του φυσιολογικού ανάλογα με το βάρος τους απαιτείται ψυχιατρική νοσηλεία για 2 μέχρι 6 μήνες, ανάλογα την περίπτωση του ασθενούς.

Σε άτομα που παρουσιάζεται απώλεια βάρους μη απειλητική για την ζωή τους, η παρέμβαση του διαιτολόγου, με καλή συνεργασία ψυχολόγου είναι η καλύτερη δυνατή θεραπεία του προβλήματος (Stippler, C.M., 2005).

Από διαιτητικής απόψεως, η αντιμετώπιση των ασθενών γίνεται βάσει ενός προγράμματος. Οι ασθενείς πρέπει να ζυγίζονται το πρωί, αφού έχει αδειάσει η ουροδόχος κύστη τους. Παράλληλα γίνεται και καταγραφή της ημερήσιας πρόσληψης υγρών καθώς επίσης και η αποβολή ούρων. Επιπλέον, θα πρέπει να γίνεται μέτρηση ηλεκτρολυτών, λόγω ύπαρξης εμετών. Εάν εμφανιστεί διάρροια αυτό πιθανά σημαίνει ότι ο ασθενής κάνει χρήση διουρητικών. Εάν υπάρχει δυσκοιλιότητα, αυτή υποχωρεί με την σωστή διατροφή. Σημαντικό είναι η σίτιση των ασθενών να γίνεται σταδιακά με λίγες θερμίδες για να μην υπάρξουν επιπλοκές. Η χορήγηση πρέπει να αρχίζει από 500 θερμίδες πάνω απ' το απαιτούμενο για την συντήρηση βάρους του (περίπου 1500-2000 θερμίδες ημερησίως). Οι θερμίδες αυτές πρέπει να κατανέμονται σε 5-6 γεύματα κατά την διάρκεια της ημέρας. Σε πολλές περιπτώσεις συνίσταται η χορήγηση υγρών συμπληρωμάτων διατροφής για να αποφεύγεται το άγχος που νιώθουν οι ασθενείς ότι ίσως αποκτήσουν βάρος (Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. 2000).

2.1.4 Νευρογενής βουλιμία

Είναι ασθένεια που ανήκει στις διαταραχές λήψης τροφής και χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, πρόκληση εμετών, χρήση καθαρτικών και ανορεξιογόνων φαρμάκων. Οι ασθενείς αυτοί έχουν εμμονή με το βάρος τους νομίζοντας ότι έχουν παραπάνω κιλά αν και το βάρος είναι στα φυσιολογικά πλαίσια ή ακόμη και κάτω από αυτά. Αντίθετα με τους ανορεκτικούς ασθενείς, αυτοί που πάσχουν από νευρογενή βουλιμία μπορούν να διατηρήσουν το βάρος τους στα φυσιολογικά επίπεδα.

Υπάρχουν δύο τύποι νευρογενούς βουλιμίας, ο καθαρτικός και ο μη καθαρτικός τύπος. Στον πρώτο τύπο, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κακή χρήση διουρητικών ή υπακτικών. Ενώ στον δεύτερο τύπο, το άτομο έχει ιδιαίτερη συμπεριφορά,

π.χ. νηστεία αλλά δεν καταφεύγει σε προκλητούς εμετούς και δεν κάνει χρήση διουρητικών.

Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχωτικών διαταραχών (DSM-IV), τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχογενούς βουλιμίας είναι τα εξής:

A. Επανελημμένα επεισόδια υπερφαγίας. Ένα επεισόδιο υπερφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο παρακάτω:

(1) το να τρώει κάποιος μέσα σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. σε μια περίοδο 2 ωρών) μια ποσότητα φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από όση θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι κατά τη διάρκεια μιας παρόμοιας χρονικής περιόδου και κάτω από παρόμοιες περιστάσεις.

(2) μια αίσθηση έλλειψης ελέγχου του πόσο τρώει κάποιος κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. μια αίσθηση ότι κάποιος δεν μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει)

B. Επανελημμένη ακατάλληλη αντισταθμιστική συμπεριφορά για να αποτρέψει την απόκτηση βάρους, όπως π.χ. πρόκληση εμετού, κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία, υπερβολική άσκηση.

Γ. Η υπερφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, και τα δύο, συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για 3 μήνες.

Δ. Η εκτίμηση του εαυτού του αδικαιολόγητα επηρεάζεται από το σχήμα του σώματος και του βάρους.

E. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων ψυχογενούς ανορεξίας.

* προσδιορίστε τύπο:

Τύπος κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή ενεμάτων.

Τύπος μη κάθαρσης: κατά τη διάρκεια του παρόντος επεισοδίου ψυχογενούς βουλιμίας, το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί συστηματικά σε πρόκληση εμετού ή κακή χρήση καθαρτικού, διουρητικών ή ενεμάτων.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις university studio press

Τα άτομα που υποφέρουν από βουλιμία προσλαμβάνουν μεγάλες ποσότητες φαγητού, τρώνε και συμπεριφέρονται φυσιολογικά, παρουσία άλλων ατόμων και δεν αποκαλύπτουν το πρόβλημα τους. Τα σωματικά προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται, περιλαμβάνουν την καταστροφή της αδαμαντίνης των δοντιών (λόγω του όξινου γαστρικού υγρού), οιδήματα στους σιελογόνους αδένες και αφυδάτωση. Ακόμη εμφανίζουν συχνές διαταραχές στην προσωπικότητα τους, καθώς και θεραπεύσιμες ψυχιατρικές ασθένειες, όπως είναι η αγχώδης διαταραχή και η κατάθλιψη, με γρήγορη και ευρεία διαταραχή της διάθεσης. Άτομα με ψυχογενή βουλιμία έχουν τον κίνδυνο να εμφανίσουν υποκαλιαιμία, απ'τους εμετούς ή τα διουρητικά και υποχλωραινική αλκάλωση. Απ'τους επαναλαμβανόμενους εμετούς, διατρέχουν τον κίνδυνο γαστρικών και οισοφαγικών εξελκώσεων.

Μερικοί παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση βουλιμίας είναι οι αλλαγές στο επίπεδο των χημικών ουσιών του εγκεφάλου, η συναισθηματική πίεση, οι φυσικές αλλαγές στο πεπτικό σύστημα, όπως είναι η μειωμένη παραγωγή πεπτικών ορμονών, η διεύρυνση του στομάχου καθώς και η αργή εκκένωση του. Οι ασθενείς με νευρογενή βουλιμία πολύ πιθανό να πάσχουν από κατάθλιψη. Καταστάσεις που συνδέονται με νευρογενή βουλιμία είναι επίσης η εξάρτηση από αλκοόλ, ουσίες, συναισθηματική ευμεταβληκότητα, καθώς και αυτοκτονικές τάσεις.

Γενικά η βουλιμία δεν συναντάται συχνά στους ηλικιωμένους αλλά όταν εμφανιστεί οφείλεται συνήθως σε ψυχογενή αίτια που σχετίζονται με άγχος, έλλειψη αυτοσεβασμού, απαισιοδοξία, μοναξιά και κατάθλιψη.

Τέλος να σημειωθεί ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες ακόμη που να ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα και έτσι δεν υπάρχουν έγκυρες πηγές που να αποδεικνύουν αν υπάρχει πιθανή συσχέτιση μεταξύ τρίτης ηλικίας και της εμφάνισης βουλιμίας (Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου Κ., 2002, Wood, D., 2007).

2.1.5. Παχυσαρκία:

Η παχυσαρκία τείνει να εξελιχθεί σε ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα του δυτικού κόσμου. Η εμφάνιση της, εξαρτάται από την ποσότητα, την ποιότητα των τροφίμων καθώς και από τον τρόπο ζωής, λόγω της αφθονίας των αγαθών, του υπερκαταναλωτισμού και της καθιστικής ζωής, σε συνδυασμό με το άγχος.

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την παχυσαρκία. Η παχυσαρκία είναι η παθολογικά αυξημένη εναπόθεση λίπους στο ανθρώπινο σώμα. Αυτή η αύξηση προέρχεται από την αυξημένη πρόσληψη τροφής έχοντας σαν αποτέλεσμα την αύξηση σωματικού βάρους.

Ο διαχωρισμός των παχύσαρκων ή μη ατόμων γίνεται με βάση ένα δείκτη που χρησιμοποιείται ευρέως από το 1896. Ο παραπάνω δείκτης είναι γνωστός ως δείκτης μάζας σώματος ΔΜΣ ή Body Mass Index, (BMI) και ορίζεται ως το πηλίκο του βάρους προς το ύψος στο τετράγωνο, δηλαδή, $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{B} / \text{Y} (\text{m})^2$. Όταν ο ΔΜΣ έχει τιμές πάνω από 30, τότε το άτομο θεωρείται παχύσαρκο. Τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα σε σχέση με τα μη παχύσαρκα. Η θνησιμότητα αυξάνεται σε ΔΜΣ πάνω από 25, ενώ αν αυτός ο δείκτης είναι πάνω από 29, τότε η θνησιμότητα τετραπλασιάζεται. Ακόμη, ο υψηλός ΔΜΣ σχετίζεται και με την εμφάνιση πολλών ασθενειών (καρδιαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη, καρκίνο κ.α.) αλλά και ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων (Χασαπίδου Μ., Φαχαντίδου Α., 2002).

Η παχυσαρκία μπορεί να παρουσιαστεί συχνά σε άτομα τρίτης ηλικίας ανεξάρτητα φύλου και μειώνει την ποιότητα και τη διάρκεια ζωής. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη υπερβολικού λίπους στις λιποαποθήκες του σώματος.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των ΗΠΑ (1985) χαρακτήρισε την παχυσαρκία ως νόσο, η οποία συνδυάζει αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, έχοντας σαν θεραπευτική αντιμετώπιση την απώλεια βάρους, όταν το σωματικό βάρος ξεπερνά το 20% του ιδανικού βάρους σώματος. Η παχυσαρκία παρατηρείται συχνά στην Ευρώπη, στις ΗΠΑ, αλλά και στην Ελλάδα, όπου το 20% των ατόμων άνω των 40 ετών είναι παχύσαρκα, δηλαδή έχει ΔΜΣ >30 (Κατσιλάμπρος, Ν. 2006).

2.1.5.α Επιπλοκές παχυσαρκίας επιγραμματικά

✓ Υπέρταση: Η παχυσαρκία προκαλεί υπέρταση, όσο αυξάνεται το σωματικό βάρος αυξάνεται και η πίεση. Η διατροφή των ηλικιωμένων στηρίζεται κυρίως σε υδατάνθρακες, λιπαρά καθώς και αυξημένη κατανάλωση νατρίου, χλωρίου, καφεΐνης και ζάχαρης και όλα αυτά συντελούν στην αύξηση της πίεσης.

✓ Καρδιαγγειακές και θρομβο-εμβολικές νόσοι: λόγω της αυξημένης πρόσληψης κορεσμένων λιπαρών ουσιών και χοληστερόλης προκαλείται αθηρωμάτωση και κατ' επέκταση στεφανιαία νόσος και έμφραγμα μυοκαρδίου, ασθένειες που εμφανίζονται κυρίως στα ηλικιωμένα άτομα.

✓ Αρθρίτιδες

✓ Διαβήτης: διαταραχή στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών που οφείλεται σε μερική ή πλήρη έλλειψη ινσουλίνης. Τα αίτια μπορεί να είναι κληρονομικά, ορμονικά και περιβαλλοντικά, όπως η διατροφή. Μια διατροφική συνήθεια των ηλικιωμένων είναι η αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης, γλυκών, χυμών, αναψυκτικών, αλκοολούχων τροφών και η συχνή χρήση υδατανθράκων.

✓ Δυσλιπιδαιμία: ανωμαλίες στο μεταβολισμό των λιπών προκαλώντας μη φυσιολογικές αυξήσεις των λιποπρωτεϊνών του ορού, της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων. Είναι συχνή πάθηση της τρίτης ηλικίας λόγω αύξησης του βάρους, αυξημένης πρόσληψης ζωικού λίπους, αλατιού, οινοπνεύματος και μειωμένης πρόσληψης φυτικών ινών και χαμηλής φυσικής δραστηριότητας.

✓ Ενδοκρινικές διαταραχές (σύνδρομα όπως: υποθυρεοειδισμός, υπογοναδισμός, κ.α.). Ο υποθυρεοειδισμός είναι αποτέλεσμα μειωμένης έκκρισης ορμονών από τον θυρεοειδή αδένα. Σε αυτή την περίπτωση η διατροφή πρέπει να είναι πλούσια σε τροφές όπως ψάρια, γαρίδες, οστρακοειδή τα οποία περιέχουν ιώδιο καθώς επίσης φρούτα και χόρτα για την αποφυγή της δυσκοιλιότητας. Ο υπογοναδισμός χαρακτηρίζεται από μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης, ανδρικής σεξουαλικής ορμόνης, στο αίμα. Τα άτομα που παρουσιάζουν υπέρταση, αυξημένη χοληστερόλη, παχυσαρκία, αυξημένα ποσά τριγλυκεριδίων, σακχαρώδη διαβήτη, πάθηση του προστάτη, άσθμα ή χρόνια αποφρακτική νόσο των πνευμόνων, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν υπογοναδισμό.

✓ Καρκίνος: Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες το 80% οφείλεται στην διατροφή, συγκεκριμένα μέσω της προσθήκης φυτοφαρμάκων στις καλλιέργειες, φυτικών και χημικών καρκινογόνων ουσιών στα τρόφιμα, καρκινογόνες ουσίες που παράγονται κατά την επεξεργασία ή συντήρηση των τροφίμων, καθώς και από την παραγωγή καρκινογόνων ουσιών από τον μεταβολισμό των τροφίμων μέσα στον οργανισμό. Επίσης η κακή αναλογία κορεσμένων και ακόρεστων λιπαρών ουσιών και η κατάχρηση πρωτεϊνών συμβάλουν στην καρκινογένεση. Αντίθετα κάποια τρόφιμα όπως τα φρούτα και τα λαχανικά έχουν αντιοξειδωτικές ιδιότητες και αναστέλλουν τις αυτόματες μεταλλάξεις ή εμποδίζουν το πολλαπλασιασμό αυτό.

✓ Αποφρακτική υπνική άπνοια, Δύσπνοιες

✓ Μεταβολικό σύνδρομο (Μανιός Γ., 2006, Οικονόμου Ε., 1992, Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου Κ., 2002, Graham, J. 2006).

Ακόμη να σημειωθεί ότι η συσσώρευση λίπους γύρω από την κοιλιά, παρατηρείται συνήθως στους άνδρες και προκαλεί όπως προαναφέρθηκε πολύ συχνά εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως αρτηριακή υπέρταση, στεφανιαία νόσο αρτηριοσκλήρυνση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμία. Αν όμως η συσσώρευση λίπους στην κοιλιά εμφανιστεί στις γυναίκες, τότε έχει σοβαρότερες επιπτώσεις στην υγεία της, προκαλώντας αγγειακά προβλήματα στα άκρα, όπως φλεβική ανεπάρκεια κάτω άκρων (κιρσούς). Στις γυναίκες βέβαια συχνότερη είναι η συσσώρευση λίπους στους μηρούς και στους γλουτούς, (Μανιός Γ. 2006, Οικονόμου Ε. 1992, Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου Κ. 2002).

2.1.5.β Παχυσαρκία και ψυχικές διαταραχές στους ηλικιωμένους

Πολύ συχνά η παχυσαρκία συνδέεται με ψυχολογικούς παράγοντες. Φαίνεται ότι η αυξημένη κατανάλωση φαγητού δεν γίνεται για κάλυψη σε περίπτωση θλίψης αλλά πιθανότατα αποτελεί τρόπο αποφυγής κάποιου προβλήματος και ενασχόληση του ατόμου με κάτι πιο ευχάριστο, όπως είναι το φαγητό (Χασαπίδου Μ., Φαχαντίδου Α., 2002).

Πολλές φορές βέβαια τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν συχνά ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, άγχος και διαταραχή πανικού. Παρατηρείται επίσης και αυξημένη επίπτωση ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών προσωπικότητας.

Η κατάθλιψη συνδέεται με διαταραχές της όρεξης και μεταβολή του βάρους έχοντας σαν συνέπεια την ανορεξία και την απίσχναση. Στην κατάθλιψη παρατηρούνται ασθενείς που παρουσιάζουν αύξηση ή μείωση βάρους. Όσο πιο έντονο είναι το καταθλιπτικό επεισόδιο τόσο πιο μεγάλη είναι η μείωση του βάρους. Η μείωση του σωματικού βάρους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα αυτοσυγκράτησης του ατόμου για την τροφή. Όσο αυξάνεται η όρεξη αυξάνεται και το βάρος, μολονότι έχει παρατηρηθεί ότι ο βασικός μεταβολισμός μειώνεται κατά την περίοδο της λήψης αντικαταθλιπτικών.

Επιπλέον, από σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το τμήμα χειρουργικής επέμβασης στο πανεπιστήμιο Monash (Dixon, B., J., Dixon, E. M., O'Brien, E., P. 2003), παρατηρήθηκε ότι η αυστηρή παχυσαρκία προκαλεί ή επιδεινώνει την κατάθλιψη ιδιαίτερα στις γυναίκες. Όσο περισσότερο υπέρβαρη ή παχύσαρκα είναι μια γυναίκα τόσο πιο έντονα είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Με βάση των επιδημιολογικών στοιχείων η παχυσαρκία συνδέεται με μια αύξηση περίπου 25% των πιθανοτήτων για διαταραχές στην διάθεση (μόνο η χρόνια παχυσαρκία συνδέθηκε με ψυχιατρική διαταραχή) (Simon, E., G., Korff, Von, M., Saunders, K., Miglioretti, L., D. Crane, K., P. Belle, val G., Kessler, C., R. 2006.)Σύμφωνα με τους Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A. Keeler, G., Angold, A. & Costello, E.J. (2003).

Σύμφωνα με τις κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί (Pagoto, S., Bodenlos, J.S. , Kantor, L. ,Gitkind, M. ,Curtin, C. & Ma, Y. 2007) η παχυσαρκία ανήκει στις διατροφικές διαταραχές και έχει συνδεθεί σημαντικά με την καταθλιπτική διαταραχή. Στην παρακάτω έρευνα μελετήθηκε η εμφάνιση της παχυσαρκίας ως διατροφική διαταραχή στους ηλικιωμένους και η εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής. Καθώς επίσης και η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης σε παχύσαρκα ηλικιωμένα άτομα. Από τους 131 παχύσαρκους ασθενείς, το 17% παρατηρήθηκε να εμφανίζει μόνο καταθλιπτική διαταραχή, το 13% παρατηρήθηκε ότι είχε διατροφική διαταραχή (παχυσαρκία), το 17% των ατόμων έπασχε από κατάθλιψη και από παχυσαρκία και το 53% δε παρουσίασε καμία κλινική διάγνωση. Έτσι η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα παχύσαρκα άτομα στην πλειοψηφία τους παρουσίασαν κατάθλιψη (Pagoto, S., Bodenlos, J.S. , Kantor, L. ,Gitkind, M. ,Curtin, C. & Ma, Y. 2007).

Πραγματοποιήθηκε ακόμη μια έρευνα στους Αμερικανούς ενηλίκους με σκοπό να βρεθεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής διάθεσης και της παχυσαρκίας και αν αυτή η σχέση διαφέρει μεταξύ των δυο φύλων, της ηλικίας, της φυλής, της κοινωνικοοικονομικής θέσης, της πολεμικής θέσης της επαγγελματικής θέσης, και του επιπέδου εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέληξαν στα εξής αποτελέσματα, οι νέες υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες είναι πιθανόν να έχουν εμφανίσει ανά περιόδους καταθλιπτική διάθεση, οι νεαρές παχύσαρκες γυναίκες είναι πολύ πιθανόν να παρουσιάζουν συνεχή καταθλιπτική διάθεση, ενώ στα ηλικιωμένα άτομα δεν έχει συνδεθεί η καταθλιπτική διάθεση με την παχυσαρκία σε κανένα φύλο. Έτσι καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της καταθλιπτικής διάθεσης και της παχυσαρκίας ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, και την φυλή (Heo M, Pietrobelli A, Fontaine KR, Sirey JA, Faith MS., 2006).

Επίσης τα παχύσαρκα άτομα συχνά εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές λόγω των οργανικών διαταραχών που συμβαίνουν στο σώμα τους. Αυτό οφείλεται στο ότι τα παχύσαρκα άτομα εμφανίζουν συνήθως ενδοκρινολογικές διαταραχές, όπως υποθυρεοειδισμό, ανεπάρκεια βιταμινών και κυρίως της Β12, αλλά και ασθένειες όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, αρρυθμίες της καρδιάς, αναπνευστική ανεπάρκεια κ.α. Όλα αυτά μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα αγχώδους διαταραχής πανικού. Μερικά απ'τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής οφειλομένη σε σωματική κατάσταση είναι: ζάλη, υπεδρωσία, ταχυπαλμία, ταχυκαδρία, στοματικές, γαστρεντερικές διαταραχές, όπως επίσης φοβίες και διαταραχή πανικού (η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από αιφνίδιες κρίσεις πανικού που συμπεριλαμβάνουν έντονο άγχος, φόβο, ταχυκαρδίες κτλ. Η διαταραχή πανικού συχνά συνοδεύεται από αγοραφοβία, δηλαδή, φόβος έκθεσης του ατόμου σε δημόσια μέρη. Η αγοραφοβία είναι ένα συναίσθημα πολύ δυσάρεστο γιατί εμποδίζει το άτομο στη δουλειά του και στις κοινωνικές του σχέσεις). Τα αγχώδη συμπτώματα μπορεί να συνοδεύονται από συμπτώματα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής όπως με νευρογενή ανορεξία, με παχυσαρκία ή άλλες σωματικές καταστάσεις όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. 2000).

Πολλές φορές το άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση κατάθλιψης. Αυτό συμβαίνει στα ηλικιωμένα άτομα που δυσκολεύονται να προσαρμοστούν και να δεχτούν τις αλλαγές που τους συμβαίνουν (Bradbury, 1991).

Από τον ορισμό του άγχους, ο οποίος είναι, η σωματική και ψυχολογική αντίδραση του ατόμου σε κάθε σημαντική αλλαγή, καλή ή κακή, εξηγείται γιατί τα ηλικιωμένα άτομα βιώνουν το αίσθημα του άγχους.

Το άγχος κατά τον Beck (1987) θεωρείται φυσιολογικός μηχανισμός. Ως έναν βαθμό όλοι οι άνθρωποι βιώνουν το συναίσθημα του άγχους. Όταν όμως ξεπεραστεί αυτό το όριο και όταν μάλιστα αυτό συμβαίνει στα ηλικιωμένα άτομα, τότε δεν θεωρείται φυσιολογικό αλλά καταστρεπτικό.

Κάποιοι ηλικιωμένοι προσαρμόζονται εύκολα στις αλλαγές που τους συμβαίνουν, οι περισσότεροι όμως είναι επιρρεπείς σε αυτές τις αλλαγές με αποτέλεσμα να νιώθουν έντονο άγχος. Όταν το άτομο βιώνει έντονα το άγχος αντιδρά με φυγή (το άτομο απομακρύνεται, όταν νιώθει κάποιον κίνδυνο), πάγωμα (το άτομο παγώνει μπροστά στον κίνδυνο), λιποθυμία (αποτελεί έναν τρόπο παθητικής απομάκρυνσης από τον κίνδυνο), κ.α

Η αίσθηση του άγχους στους ηλικιωμένους είναι δικαιολογημένη τις περισσότερες φορές, λόγω όλων αυτών των ξαφνικών αλλαγών που συμβαίνουν στη ζωή τους (ψυχολογικά προβλήματα, προβλήματα υγείας, μοναξιά, απώλεια αγαπημένων προσώπων κ.α.) (Παγοροπούλου Α. 2000).

2.1.5.γ Αίτια παχυσαρκίας στην τρίτη ηλικία

Ο Bray G. Ταξινόμησε τα αίτια της παχυσαρκίας στις εξής κατηγορίες (προβλήματα υποθαλάμου, ενδοκρινείς αιτίες, διαιτητικοί παράγοντες, έλλειψη άσκησης, γενετικοί παράγοντες, φαρμακευτικοί παράγοντες, αίτια άγνωστης αιτιολογίας) Bray G.(1992). Πιο αναλυτικά τα αίτια που πιθανόν να οδηγούν στην παχυσαρκία είναι τα εξής:

- Μειωμένη φυσική δραστηριότητα, λόγω των φυσιολογικών αλλαγών στα ηλικιωμένα άτομα, έτσι παρουσιάζεται μεγαλύτερη θερμιδική πρόσληψη σε σχέση με την θερμιδική απώλεια
- Κληρονομικότητα (έχει χαρακτήρα οικογενή)
- Μειωμένος μεταβολισμός ηρεμίας, ανάλογα με το βάρος, το φύλο και την ηλικία,

έχει σαν συνέπεια την αύξηση του βάρους

- Σταδιακή αύξηση βάρους τα τελευταία χρόνια.
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό επίπεδο. Λόγω χαμηλού εισοδήματος και χαμηλού μορφωτικού επιπέδου δεν προμηθεύονται φαγητά από όλες τις κατηγορίες τροφίμων αλλά περιορίζονται περισσότερο στην κατανάλωση σύνθετων υδατανθράκων (ζυμαρικά, ρύζι, ψωμί, πατάτα) και λιπών και όχι τόσο στις πρωτεϊνούχες τροφές και τροφές απλών υδατανθράκων (φρούτα και λαχανικά).
- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοολούχων ποτών και αναψυκτικών (τροφές υψηλής θερμιδικής αξίας που αυξάνουν περισσότερο το βάρος).
- Μεταβολές σύνθεσης σώματος, εναπόθεση περισσότερου λιπώδους ιστού
- Χρήση φαρμάκων
- Λίγα και μεγάλα γεύματα, έχει σαν συνέπεια την αύξηση κοιλότητας του στομάχου και του λεπτού εντέρου, αύξηση της δραστηριότητας, αύξηση της απορρόφησης της γλυκόζης, αύξηση ινσουλίνης μετά το γεύμα, αύξηση χοληστερόλης και ολικού λίπους, αύξηση σύνθεσης πρωτεϊνών και νουκλειικών οξέων στο λιπώδη ιστό (Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου Κ. 2002, Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Α., 1986, Παπανικολάου, Γ. 2002).

2.2 ΥΠΟΒΙΤΑΜΙΝΩΣΗ – ΥΠΕΡΒΙΤΑΜΙΝΩΣΗ

2.2.1. Γενικά για τις βιταμίνες

Η λέξη Βιταμίνη, προέρχεται από το λατινικό *vita* που σημαίνει ζωή. Οι βιταμίνες είναι χημικές ουσίες, που αρχικά ορίστηκαν σαν οργανικές ενώσεις. Η έννοια βιταμίνη διατυπώθηκε πρώτη φορά από τον Ολλανδό γιατρό Κρίστιαν Άικμαν, τιμημένο με βραβείο Νόμπελ, το 1896 που ανακάλυψε ότι η ασθένεια μπερί-μπερί οφειλόταν στη χρήση ξεφλουδισμένου ρυζιού, ενώ με το πλήρες ρύζι δεν εμφανιζόταν. Παρουσίασε ένα πείραμα με εκχύλισμα πλήρους ρυζιού κατά της νόσου και η ιδιότητα αυτή αποδόθηκε σε μία αζωτούχο ένωση που ονομάστηκε βιταμίνη. Οι βιταμίνες συμβολίστηκαν με γράμματα σύμφωνα με τη λειτουργία της κάθε μίας από αυτές. Στη πορεία του χρόνου τους δόθηκαν κατάλληλες ονομασίες που έχουν να κάνουν με τη χημική τους δομή. Σήμερα είναι γνωστές με ένα γράμμα του λατινικού αλφαβήτου ή με μία ονομασία. Η αξία των βιταμινών είναι τεράστια γιατί αν και οι ίδιες δεν προσφέρουν ενέργεια στον οργανισμό, είναι απαραίτητες για την αφομοίωση των τροφίμων και την ενδοκυτταρική θρέψη των

ιστών και των οργάνων του σώματος. Οι βιταμίνες, εκτός από λίγες, δεν παράγονται από τον οργανισμό. Τα τελευταία χρόνια έχει αποδειχθεί, ότι ο ρόλος των βιταμινών είναι πολύ σημαντικός όσον αφορά την πρόληψη και προστασία από τις σύγχρονες ασθένειες, όπως παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος, διάφορες μορφές καρκίνου και μεγάλου αριθμού εκφυλιστικών ανωμαλιών (ασθένειες που εμφανίζονται συχνά στα άτομα περασμένης ηλικίας).



Επίσης συμβάλουν στην επιβράδυνση της γήρανσης. Μια ισορροπημένη διατροφή βασισμένη σε φρέσκα προϊόντα (φρούτα, λαχανικά, κρέας, ψάρι, γαλακτοκομικά, δημητριακά, όσπρια κ.τ.λ.) καλύπτει τις ανάγκες του οργανισμού σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Ωστόσο, οι σημερινές μέθοδοι συντήρησης και επεξεργασίας των τροφίμων όπως και οι τρόποι μαγειρέματος σε υψηλές θερμοκρασίες, καταστρέφουν τα πολύτιμα αυτά συστατικά. Επιπλέον, τα πρόχειρα

γεύματα (fast food), οι απότομες δίαιτες, η χρήση φαρμάκων, το κάπνισμα, η χρήση οινοπνευματωδών ποτών, η ατμοσφαιρική ρύπανση, συντελούν ώστε ο άνθρωπος σήμερα να έχει αυξημένες ανάγκες σε βιταμίνες. Ακόμη οι σύγχρονοι ρυθμοί της ζωής οδηγούν σε άγχος και νευρώσεις που είναι καταστροφικοί παράγοντες για την ισορροπία του οργανισμού. Όλοι αυτοί οι λόγοι οδηγούν στην ανάγκη συμπλήρωσης της διατροφής μας με βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, όταν χρειάζεται και μετά από σύσταση πάντα του ειδικού. Όταν ο οργανισμός δεν έχει αρκετή ποσότητα βιταμινών, οι μεταβολικές διαδικασίες δεν εξελίσσονται κανονικά και δεν παράγεται ενέργεια.

Η υποβιταμίνωση, όπως άλλωστε και η υπερβιταμίνωση ενέχει κινδύνους. Χρειάζεται μέτρο και στις δύο περιπτώσεις. Η διαιτητική στέρηση της βιταμίνης (υποβιταμίνωση) θα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση εργαστηριακών αρχικά, και στη συνέχεια, κλινικών ευρημάτων. (αναφέρονται παρακάτω αναλυτικά για κάθε βιταμίνη). Η πλήρης αποστέρηση του οργανισμού από μια βιταμίνη (αβιταμίνωση) είναι εξαιρετικά σπάνια στην εποχή μας και οφείλεται συνήθως σε ακραία διατροφή.

Αντίθετα, η υπερβολική χορήγηση βιταμινών (υπερβιταμίνωση), και κυρίως λιποδιαλυτών βιταμινών A, D, E και K προκαλεί τοξικότητα στον οργανισμό εξαιτίας της ικανότητάς τους να αποθηκεύονται στο λιπώδη ιστό. Για τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες, τοξικότητα παρατηρείται μόνο σε πάρα πολύ υψηλές δόσεις, επειδή η περίσσεια των βιταμινών αυτών δεν κατακρατείται από τον οργανισμό αλλά αποβάλλεται με τα ούρα.

Σε αυτό το σημείο θα δωθούν οι ορισμοί των λιποδιαλυτών και των υδατοδιαλυτών βιταμινών. Οι βιταμίνες, ανάλογα με τον μηχανισμό δράσης τους διακρίνονται στις αντιοξειδωτικές, στους ρυθμιστές ισορροπίας μετάλλων κτλ. Στις λιποδιαλυτές βιταμίνες περιλαμβάνονται οι A, D, E και K και συναντώνται κυρίως στο λίπος των τροφών, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι εμπεριέχονται οπωσδήποτε σε όλα τα λίπη. Π.χ. τα έλαια, τα οποία είναι αποκλειστικά λίπος δεν περιέχουν καθόλου βιταμίνη A, ενώ τα καρότα, τα οποία περιέχουν ελάχιστο λίπος είναι πλούσια σε καροτίνη που είναι προβιταμίνες της βιταμίνης A. Οι λιποδιαλυτές βιταμίνες δεν απεκκρίνονται στα ούρα και αποθηκεύονται στο σώμα γι' αυτό χρειάζεται περισσότερη προσοχή στη πρόσληψη τους. Το πλεονέκτημα όμως που υπάρχει με αυτές τις βιταμίνες είναι ότι υπάρχουν σχεδόν πάντα αποθέματα και έτσι σπάνια παρατηρούνται συμπτώματα ανεπάρκειας των βιταμινών αυτών. (Ζερφυρίδης, Κ.,Γ. 1998, Παπανικολάου Γ. 2002, Oberbeil, K. 2001, Οικονόμου, Ε.).

Στις υδατοδιαλυτές βιταμίνες ανήκουν, η βιταμίνες του συμπλέγματος B, δηλαδή, η θειαμίνη (B1), η ριβοφλαβίνη (B2), το νικοτικό οξύ ή νιασίνη (B3), το φολικό οξύ, η βιταμίνη B6, η βιταμίνη B12, η βιοτίνη, το παντοθενικό οξύ καθώς και το ασκορβικό οξύ (βιταμίνη C). Οι υδατοδιαλυτές βιταμίνες έχουν το μειονέκτημα ότι δεν συγκεντρώνονται στον οργανισμό λόγω του ότι «φεύγουν» απ' τα τρόφιμα όταν αυτά βράζουν ή ξεπλένονται. Για τον λόγο αυτό πρέπει να προσλαμβάνονται συχνά σε επαρκείς ποσότητες για να καλύπτονται οι ημερήσιες ανάγκες του οργανισμού και να μην εμφανίζονται συμπτώματα ανεπάρκειας. Σε περίπτωση περίσσειας υδατοδιαλυτών βιταμινών δεν παρουσιάζονται προβλήματα διότι η περίσσεια αποβάλλεται με τα ούρα.

Οι απαιτήσεις σε βιταμίνες είναι ανάλογες με το σωματικό βάρος και εξαρτώνται από την ηλικία, το φύλο, την εργασία, το κλίμα, την φυσική κατάσταση και την ενεργειακή αξία της διατροφής. Επίσης υπάρχουν ομάδες ατόμων οι οποίες έχουν αυξημένες ανάγκες σε βιταμίνες. Μέσα σε αυτές ανήκουν και οι ηλικιωμένοι. Ακόμη όμως και σ' αυτές τις περιπτώσεις, θα πρέπει να λαμβάνονται με σωστή καθοδήγηση και οι ποσότητες τους να μην ξεπερνούν κατά πολύ τις συνιστώμενες δόσεις.

2.2.2. Βιταμίνες που έχουν ιδιαίτερο ρόλο στην τρίτη ηλικία

2.2.2.α. Βιταμίνη Α

Η ιστορία ανακάλυψης της ξεκινά στις αρχές του αιώνα, στην Ιαπωνία, όπου παρουσιαζόταν το πρόβλημα της ξηροφθαλμίας, δηλαδή η καταστροφή της κερατοειδούς μεμβράνης του οφθαλμού.

Η ξηροφθαλμία θεραπεύτηκε με την αυξημένη κατανάλωση σε συκώτι και ιχθυέλαια. Σήμερα γνωρίζουμε ότι για την ξηροφθαλμία ευθύνεται η έλλειψη της βιταμίνης Α την οποία δεν μπορεί να συνθέσει απευθείας ο οργανισμός, αλλά πρέπει να την πάρει έτοιμη μέσω της τροφής, ή να γίνει αυξημένη πρόσληψη σε προβιταμίνη Α και να μετατραπεί, στον οργανισμό σε βιταμίνη Α.

Η βιταμίνη Α είναι υπεύθυνη κυρίως για την καλή διατήρηση της υγείας της όρασης και την καλή προσαρμοστικότητα στο σκοτάδι ή σε χαμηλό φωτισμό, στην ελαστικότητα και στην ανθεκτικότητα του δέρματος. Ακόμη είναι υπεύθυνη για την καλή ασβέστωση του σκελετού, των νυχιών, των μαλλιών και των δοντιών. Γενικά είναι απαραίτητη βιταμίνη για την σωστή ανάπτυξη του οργανισμού, διεγείρει την αυξημένη παραγωγή βλέννας, η οποία διατηρεί το βλεννογόνο υγρό. Χωρίς την παρουσία της βιταμίνης τα κύτταρα που παράγουν την βλέννα, καταστρέφονται μαζικά και δημιουργούνται κεράτινες στιβάδες, οι οποίες έχουν σαν συνέπεια την εμφάνιση πόνου στις περιοχές που δημιουργούν οι στιβάδες αυτές. Επί πλέον η βιταμίνη Α έχει μια ιδιαίτερη σημασία για την σωστή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Νεότερες ιατρικές έρευνες δείχνουν ότι φαγητά πλούσια σε β καροτένια (μια μορφή προβιταμίνης Α) μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνων στην στοματική κοιλότητα και στους πνεύμονες. Ερευνάται επίσης εάν το β καροτένιο μπορεί να προφυλάξει από καρδιακές ασθένειες.

Η λήψη της βιταμίνης Α στον μεταβολισμό ποικίλει από οργανισμό σε οργανισμό, για το λόγο ότι δεν αξιοποιείται όλη η ποσότητα της προσλαμβανόμενης καροτίνης μέσω της διατροφής. Ένα ποσοστό 40% διασπάται στο έντερο από τα πεπτικά υγρά και το μισό ποσοστό των καροτινίων που έχουν παραμείνει μετατρέπονται σε βιταμίνη Α και αυτό οφείλεται στην έλλειψη των χολικών αλάτων, ενζύμων και άλλων βοηθητικών ουσιών.

Η ανεπάρκεια της βιταμίνης Α οφείλεται στην μειωμένη διαιτητική πρόσληψη αυτής ή της προβιταμίνης της, καθώς και στην μειωμένη απορρόφηση της από το έντερο. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης Α μπορεί να οδηγήσει σε νυκταλωπία, σε ημεραλωπία, σε ξηροφθαλμία ακόμη και σε τύφλωση. Επίσης οδηγεί σε ευπάθεια από μολύνσεις, σε σκληρό – ξηρό και φολιδώδες δέρμα, πέσιμο των δοντιών, σε μειωμένη ανάπτυξη, σε μείωση της ικανότητας της όσφρησης, σε συχνή κούραση, σε αποστήματα στα αυτιά, στο στόμα, στους σιελογόνους αδένες, σε αυξημένες διαρροϊκές κενώσεις, καθώς και σε αύξηση της λιθίασης των νεφρών και της χοληδόχου κύστης.

Η Υπερβιταμίνωση παρατηρείται από την αυξημένη κατανάλωση προσηματισμένης βιταμίνης Α και μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα υγείας. Αντίθετα η αυξημένη πρόσληψη καροτινίων δεν θεωρείται επικίνδυνη για τον οργανισμό, για το λόγο ότι δεν μετατρέπεται με τόσο γρήγορο ρυθμό σε βιταμίνη Α. Η υπερβιταμίνωση εμφανίζεται μετά από χρόνια πρόσληψη βιταμίνης σε ποσότητες μεγαλύτερες από 50.000 IU σε ημερήσια βάση. Όταν η αυξημένη πρόσληψη της βιταμίνης διακοπεί, η ανάνηψη του ατόμου από την συμπτωματολογία είναι γρήγορη και πλήρης. Τα πιο συνήθη συμπτώματα της τοξικότητας από την βιταμίνη Α είναι η ηπατική καταστροφή, η ναυτία, η φαλάκρα, ο πονοκέφαλος, η προβληματική όραση, το ξηρό δέμα, τα σκασμένα χείλια, η απώλεια της όρεξης, η νευρική κατάσταση, η απώλεια της τριχοφυΐας, η διόγκωση της σπλήνας, ο νυσταγμός και η νωθρότητα. Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη Α είναι κυρίως το συκώτι, τα ιχθυέλαια, ο κρόκος του αυγού, τα γαλακτοκομικά προϊόντα και γενικά τα ζωικά προϊόντα. Τα άτομα τις τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν έλλειψη βιταμίνης Α λόγω μειωμένης κατανάλωσης

ζωικών τροφών, λόγω προβλημάτων μάσησης και κατάποσης ή και ακόμα λόγω ανικανότητας προμηθειών τους, για οικονομικούς λόγους ή λόγω δυσκολίας στην μετακίνηση τους. Πλούσια τρόφιμα σε προβιταμίνη Α (καροτένια) είναι οι γλυκοπατάτες, τα καρότα, το σπανάκι τα φρέσκα κολοκυθάκια, το μπρόκολο, το βερίκοκο κ.α. (Παπανικολάου Γ. 2002, Oberbeil K. 2001, Οικονόμου Ε. 1992).

2.2.2.β Βιταμίνη D

Η βιταμίνη D αποτελείται από δύο λιποδιαλυτές αλκοόλες οι οποίες σχηματίζονται από την υπεριώδη ακτινοβολία (το φως) και τις στερόλες που υπάρχουν στο δέρμα.

Οι στερόλες που υπάρχουν στο δέρμα είναι η προβιταμίνη 7-δεϋδροχοληστερόλη και η εργοστερόλη, η οποία βρίσκεται σε αφθονία στο συκώτι μερικών ψαριών. Το φως μετατρέπει τη 7-δεϋδροχοληστερόλη σε βιταμίνη D₃ και την εργοστερόλη σε βιταμίνη D₂. Οι βιταμίνες αυτές είναι εξίσου σημαντικές για το μεταβολισμό του ανθρώπινου οργανισμού και όταν σχηματιστούν, μία αντίδραση που συμβαίνει στο συκώτι τις μετατρέπει σε ενώσεις που συμμετέχουν στη μεταβολική απόθεση του ασβεστίου.

Οι κυριότερες αποθήκες για την βιταμίνη D είναι ο λιπώδης ιστός και οι σκελετικοί μύς, καθώς αποθηκεύονται λιγότερες ποσότητες στον εγκέφαλο, στο ήπαρ, στους πνεύμονες, στο σπλήνα, στο δέρμα και τα οστά (Παπανικολάου Γ. 2002).

Οι κυριότερες οδοί απέκκρισης της, είναι η χολή, όπου μέσω αυτής αποβάλλεται με τα κόπρανα. Ένα μικρό ποσοστό αποβάλλεται μέσω των ούρων (Παπανικολάου Γ. 2002).

Το ηλιακό φως είναι αρκετό για το σχηματισμό και τη διοχέτευση της στον οργανισμό, δεν είναι απαραίτητο να λαμβάνεται μέσω της τροφής. Σε περιοχές όπου το χειμώνα η ηλιοφάνεια είναι ανύπαρκτη και η πολύωρη εργασία σε κλειστούς χώρους έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της υπεριώδους ακτινοβολίας, δεν σχηματίζεται αρκετή ποσότητα της βιταμίνης D, μέσω της ηλιακής ακτινοβολίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να δίνεται η βιταμίνη σαν συμπλήρωμα διατροφής.



Η ανεπάρκεια του οργανισμού σε βιταμίνη D οδηγεί σε μειωμένη απορρόφηση του ασβεστίου και του φωσφόρου από το έντερο, ακόμη και στη μη φυσιολογική τους εναπόθεση στα οστά και στα δόντια, τα οποία έχουν σαν αποτέλεσμα την σκελετική παραμόρφωση. Επίσης η ανεπάρκεια σε βιταμίνη D μπορεί να οδηγήσει σε τετανία λόγω της μειωμένης απορρόφησης του ασβεστίου από το έντερο. Η νόσος χαρακτηρίζεται από τινάγματα, συσπάσεις και κράμπες των μυών και από χαμηλά επίπεδα ασβεστίου στο αίμα. Έλλειψη της βιταμίνης αυτής μπορεί να οδηγήσει σε οστεομαλακία, η οποία προκαλείται από την κένωση των αποθηκών του ασβεστίου και του φωσφόρου στα οστά και έχει σαν αποτέλεσμα τα οστά να γίνονται μαλακά και εύθραυστα και τότε είναι ευκολότερο να παρουσιάζονται κατάγματα, πόνοι στα κάτω άκρα και στην μέση. Οι παθήσεις αυτές παρουσιάζονται κυρίως στα ηλικιωμένα άτομα, όπου έχουν αυξημένη έλλειψη της βιταμίνης αυτής λόγω μειωμένης έκθεσης τους στον ήλιο. Η ημερήσια πρόσληψη βιταμίνης D μεγαλύτερη από 2000 IU οδηγεί σε υπερασβεστιαϊμία, δηλαδή τοξικότητα που οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα ασβεστίου στο αίμα, έτσι παρουσιάζεται και αυξημένη απορρόφηση ασβεστίου από το έντερο. Στην εμφάνιση ήπιας μορφής τοξικότητας παρουσιάζεται απώλεια όρεξης, υπερβολική δίψα, ναυτία, έμετος, νευρική και δυσκοιλιότητα με εναλλαγές διαρροϊκών κρίσεων. Η χρόνια υπερασβεστιαϊμία προκαλεί ανώμαλη εναπόθεση ασβεστίου στους μαλακούς ιστούς όπως είναι η καρδιά, τα αιμοφόρα αγγεία, οι πνεύμονες και στα ουροφόρα σωληνάκια των νεφρών. Σε περίπτωση που παρουσιάζεται συνεχής αυξημένη πρόσληψη βιταμίνης D παρατηρείται ασβέστωση των

μαλακών ιστών, η οποία μπορεί να οδηγήσει και στον θάνατο. Η αβιταμίνωση της βιταμίνης D προκαλεί οστεομαλακία λόγω διαταραχής μεταβολισμού του ασβεστίου και του φωσφόρου, με αποτέλεσμα τα οστά να γίνονται μαλακά, ευλύγιστα και να παθαίνουν χαρακτηριστικές παραμορφώσεις. Η διαταραχή αυτή του οργανισμού είναι ασυνήθιστη σε τροπικές περιοχές όπου οι άνθρωποι είναι εκτεθειμένοι στον ήλιο και στις αρκτικές περιοχές όπου καταναλώνουν πολλά ψάρια. Η βιταμίνη D διευκολύνει την απορρόφηση του ασβεστίου των τροφών και είναι σημαντική για την υγεία των οστών.



(Παπανικολάου Γ. 2002, Oberbeil K. 2001, Οικονόμου Ε. 1992).

2.2.2.γ Βιταμίνη Ε

Η βιταμίνη Ε ανήκει στις λιποδιαλυτές βιταμίνες. Κύρια πηγή της είναι τα φυτικά έλαια (ηλιέλαιο, σογιέλαιο, ελαιόλαδο). Η βιταμίνη Ε προστατεύει τα λιπαρά οξέα και ιδιαίτερα τα πολυακόρεστα καταπολεμώντας τις ελεύθερες ρίζες και επιβραδύνοντας το τάγγισμα



των λιπαρών τροφών. Επίσης έχει προστατευτικό ρόλο στα κύτταρα από τις τοξικές ενώσεις οι οποίες δημιουργούνται από την οξείδωση των πολυακόρεστων. Προλαμβάνει την πήξη του αίματος και την δημιουργία θρόμβου, βοηθά στην προστασία των ερυθρών φροντίζοντας την ποιότητα του αίματος. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής «φύλαξη» από την βιταμίνη Ε τότε προκαλούνται σοβαρές βλάβες από τις ελεύθερες ρίζες στην δομή τους και δημιουργείται κρούστα στην κυτταρική τους μεμβράνη. Αυτό έχει ως συνέπεια να μην μεταφέρεται επαρκές οξυγόνο στα κύτταρα από τα ερυθρά αιμοσφαίρια. Προστατεύει επίσης αδένες όπως την υπόφυση, τα επινεφρίδια και το θύμο αδέν. Επίσης έχει ανασταλτική δράση ως προς τις φλεγμονές. Οι φλεγμονώδεις ουσίες

(π.χ. λευκοτριένιες και προσταγλαδίνες) δημιουργούνται από υψηλή συγκέντρωση αραχιδονικού οξέος, λόγω υψηλής κατανάλωσης κρέατος ή ελάχιστης κατανάλωσης βιταμίνης Ε. Επιπλέον η βιταμίνη Ε ως ισχυρό αντιοξειδωτικό οξειδώνεται εύκολα όταν ενωθεί με οξυγόνο και μειώνει την καταστροφή των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων λόγω οξειδώσεων, τόσο στο πεπτικό όσο και στους άλλους ιστούς, έτσι προστατεύει τις βιταμίνες Α και C, τα θειούχα ένζυμα και το ATP (αδενοσυνο-τρι-φωσφορικό οξύ) από οξείδωση και έτσι τα παραπάνω στοιχεία λειτουργούν φυσιολογικά στον οργανισμό. Παράλληλα σταθεροποιεί τα λιπώδη τμήματα των κυττάρων, τα οποία μπορούν να υποστούν βλάβες από τις τοξικές ελεύθερες ρίζες που δημιουργούνται από την οξείδωση των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων.

Ο οργανισμός χρειάζεται την απαραίτητη ποσότητα βιταμίνης Ε από την διατροφή γιατί σε ανεπάρκεια αυτής υπάρχει αλλοίωση του λίπους. Μια συνήθης ένδειξη είναι οι πανάδες – κηλίδες γήρατος. Η βιταμίνη Ε αναστέλλει την καταστροφή των κυττάρων και τα προστατεύει από την διάσπαση των ιστών και πιθανές εκφυλιστικές διεργασίες, συμπεριλαμβανομένου και του γήρατος.

Η βιταμίνη Ε συμμετέχει και στην κυτταρική αναπνοή μέσω της α τοκοφερόλης (ένωση με παρόμοια λειτουργικότητα με τη βιταμίνη Ε. Άλλες τοκοφερόλες είναι οι β, γ, δ, ε, ζ και η, αλλά η πιο σημαντική από αυτές είναι η α τοκοφερόλη) στην καρδιά και στους σκελετικούς μύες. Οι τοκοφερόλες συμμετέχουν και στην βιοσύνθεση του DNA (δεσοξυ-ριβοζο-νουκλεϊνικό οξύ) με την ρύθμιση της ενσωμάτωσης των πυριμιδινών μέσα στη δομή του νουκλεϊνικού οξέος.

Όπως προαναφέρθηκε η πιο σημαντική μορφή της βιταμίνης είναι η α τοκοφερόλη, η οποία βρίσκεται στο αίμα μαζί με την VLDL χοληστερίνη (very low densitive lipoproteine – λιποπρωτεΐνη πολύ χαμηλής πυκνότητας). Η VLDL έχει υψηλή περιεκτικότητα σε λίπος το οποίο όμως είναι σημαντικό και δεν προκαλεί προβλήματα στον οργανισμό (όπως λαθεμένα πιστεύεται). Επίσης μεταφέρει σημαντικό ποσοστό βιταμίνης E σε όλα τα σημεία του οργανισμού. Όμως εάν υπάρξει υπερκατανάλωση κορεσμένων λιπών, το ήπαρ δημιουργεί επιπλέον λίπος και το στέλνει στο αίμα σαν μόριο VLDL. Όταν το μόρια αυτά αυξηθούν, τα λιπίδια προσκολλώνται στα τοιχώματα των αρτηριών με αποτέλεσμα την στένωση των αγγείων, έχοντας σαν αποτέλεσμα την δημιουργία αρτηριοσκλήρυνσης. Τέλος η βιταμίνη E έχει προστατευτική δράση και στα μάτια, συγκεκριμένα αποκαθιστά τις οξειδώσεις στον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού.

Η ανεπάρκεια σε βιταμίνη E μπορεί να προκαλέσει βλάβες στο αναπαραγωγικό, κυκλοφορικό, νευρικό, πεπτικό, μυϊκό σύστημα, στο λιπώδη ιστό και στο ήπαρ. Οι διατροφικοί παράγοντες, που επιβαρύνουν ή προκαλούν τα συμπτώματα της ανεπάρκειας είναι τα ολικά λίπη, τα πολυακόρεστα λίπη, η ποσότητα των πρωτεϊνών, η χολίνη, η κυστίνη, η ινοσιτόλη, η χοληστερίνη, η βιταμίνη A και τα ανόργανα στοιχεία. Βέβαια η έλλειψη της βιταμίνης είναι σπάνια διότι υπάρχει σε πολλές τροφές, αποθηκεύεται σε όλους σχεδόν τους ιστούς του σώματος και παραμένει σε αυτούς για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Εάν υπάρξει ανεπάρκεια τότε εκδηλώνεται με μειωμένα επίπεδα τοκοφερόλης αυξημένη ευθραυστότητα των ερυθρών αιμοσφαιρίων, μειωμένο χρόνο ζωής αυτών καθώς και με αυξημένη αποβολή κρεατίνης στα ούρα που μπορεί να οδηγήσει σε μυϊκή βλάβη και μυϊκό καταβολισμό.

Η υπερβιταμίνωση της βιταμίνης E δεν προκαλεί ιδιαίτερα προβλήματα στον οργανισμό γιατί είναι σχετικά μη τοξική σε σχέση με άλλες βιταμίνες (A και D) και αποβάλλεται στα κόπρανα.

Η βιταμίνη E συναντάται σε πολλά τρόφιμα, οι πιο πλούσιες πηγές είναι οι σαλάτες και τα μαγειρικά έλαια, τα σιτηρά, η μαργαρίνη, οι ξηροί καρποί, οι ηλιόσποροι, τα πυρηνέλαια, τα σπαράγγια, το αβοκάντο, το μοσχάρι και τα εντόσθια ζώων, τα βατόμουρα, το βούτυρο, τα αυγά, τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, το αλεύρι από βρόμη, η σίκαλη, οι ντομάτες, οι πατάτες και τα θαλασσινά (αστακός, σολομός και τόνος) (Παπανικολάου Γ. 2002, Oberbeil, K. 2001, Οικονόμου Ε. 1992).

2.2.2.δ Βιταμίνη K

Σύμπλεγμα βιταμινών γνωστή και με την ονομασία ναφθοκινάνη. Από το σύμπλεγμα αυτό γνωστές είναι η K1 ή φυλλοκινόνη που βρίσκεται στα φυτά, η K2 που υπάρχει στα ψάρια και η K3 που είναι συνθετικής προέλευσης. Ανήκουν στις λιποδιαλυτές βιταμίνες.

Η βιταμίνη K αποτελεί προσθετική ομάδα ενζύμου απαραίτητου για τη σύνθεση προθρομβίνης και των παραγόντων πήξης του αίματος στο ήπαρ καθώς και τεσσάρων πρωτεϊνών πήξης του αίματος, του παράγοντα II ή προθρομβίνης, του παράγοντα VII ή προκομβερτίνης του παράγοντα IX ή παραγοντα Christmas και του παράγοντα X ή παράγοντα stuart-power και γι' αυτό ονομάζεται αντισταμορραγική βιταμίνη.

Η βιταμίνη K έχει σημαντικό ρόλο στην νεφρική λειτουργία, (συμμετέχει στην ενσωμάτωση και στην αξιοποίηση του ασβεστίου καθώς και στην συνεργασία του ασβεστίου και της βιταμίνης D, τον μεταβολισμό των οστών καθώς και στον συνδετικό ιστό). Ακόμη, έχει βρεθεί ότι στους πνεύμονες και στην καρδιά υπάρχουν σημαντικές λευκωματούχες ουσίες οι οποίες συντίθενται μόνο με την ύπαρξη της βιταμίνης K. Τέλος, η βιταμίνη K χαρίζει ζωντάνια και μακροβιότητα.

Η πρόσληψη βιταμίνης K μέσω της τροφής λαμβάνεται σε πολύ μικρές ποσότητες, έτσι ο οργανισμός συνθέτει 50 φορές περισσότερη βιταμίνη D, 1000 φορές περισσότερη βιταμίνη A, 10.000 φορές περισσότερη βιταμίνη E, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του σε λιποδιαλυτές βιταμίνες ώστε να χρειαστεί μόνο 1 χιλιοστόγραμμα βιταμίνης K ανά κιλό σωματικού βάρους. Η βιταμίνη K συντίθεται κανονικά στο σώμα από μικρόβια στο παχύ έντερο. Αυτή η βιταμίνη είναι υπεύθυνη για την ενσωμάτωση των εναποθηκευμένων υδατανθράκων στα κύτταρα και έτσι ενισχύεται η λειτουργία του ήπατος.

Περίσσεια βιταμίνης K έχει αποδειχθεί ότι δεν προκαλεί ιδιαίτερα προβλήματα, σε αντίθεση η συνθετική μορφή της (K3) μπορεί να προκαλέσει τοξικά φαινόμενα σε ζώα και γι αυτό δεν χρησιμοποιείται στον εμπλουτισμό των τροφίμων.

Η ανεπάρκεια βιταμίνης K στον άνθρωπο μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία λόγω απουσίας των αναγκαίων παραγόντων για την πήξη του αίματος. Αν και η ανεπάρκεια βιταμίνης K είναι σχετικά σπάνια, όταν συμβεί οφείλεται στη χρήση φαρμάκων που αναστέλλουν την αύξηση των βακτηρίων που συμμετέχουν στην σύνθεση της βιταμίνης. Έλλειψη επίσης μπορεί να προκληθεί και από παθολογικά αίτια, στην περίπτωση αυτή υπάρχει διαταραχή της πήξης του αίματος και εσωτερική αιμορραγία που αντιμετωπίζεται με χορήγηση βιταμίνης K. Ανεπάρκεια επίσης παρατηρείται στην εμφάνιση προβλημάτων κατά την απορρόφηση όπως παρουσιάζεται στον αποφρακτικό ίκτερο και στην κοιλιοκάκη.

Στη τρίτη ηλικία ανεπάρκεια οφείλεται κυρίως στις προαναφερθέντες παθολογικές καταστάσεις και όχι τόσο στην διατροφή γιατί είναι εφικτή η απόκτηση και η κατανάλωση των τροφών που είναι πλούσιες σε βιταμίνη K.

Για την εργαστηριακή αξιολόγηση της επάρκειας ή ανεπάρκειας του οργανισμού, χρησιμοποιούνται οι εξής τρόποι: 1. ο χρόνος προθρομβίνης, δηλαδή μέτρηση της ταχύτητας της οποίας η προθρομβίνη μετατρέπεται σε θρομβίνη στο πλάσμα του αίματος, 2. ο χρόνος πήξης, δηλαδή ο χρόνος που χρειάζεται για την πήξη του αίματος.

Η Βιταμίνη K βρίσκεται στα πράσινα φύλλα των λαχανικών, στο σπανάκι, στις ντομάτες, στο καλαμπόκι, στο συκώτι μοσχαριού, σε διάφορα έλαια, στον κρόκο του αυγού, στο γάλα και τα προϊόντα γάλακτος, στο πράσινο τσάι, στα πράσινα γογγυλία, στο λάχανο, στο μαρούλι, στο μωρουνέλαιο, στη μελάσα, στο σιροπιαστό κατάλοιπο από τη ζάχαρη. Ένας καλός συνδυασμός απόκτησης Βιταμίνης K είναι το μαρούλι και το κάρδαμο, το σογιέλαιο, το ελαιόλαδο, το λινέλαιο, η βρώμη κ.α.

Πηγές βιταμίνης K για τον ανθρώπινο οργανισμό είναι τα φύλλα των φυτών και η μικροβιακή χλωρίδα του εντέρου που συνθέτει σε ικανοποιητικές ποσότητες τη βιταμίνη αυτή (Παπανικολάου Γ. 2002, Oberbeil, K. 2001, Οικονόμου Ε. 1992).

2.2.2.ε Φολλικό οξύ ή B10

Είναι υδατοδιαλυτή βιταμίνη και ανήκει στο σύμπλεγμα των βιταμινών B, δεν είναι μια απλή βιταμινική σύνθεση ώστε να ανταποκρίνεται σε κάποιες φαρμακολογικές ιδιότητες αλλά είναι απαραίτητη για τον ανθρώπινο οργανισμό. Είναι ιδιαίτερα σημαντική για την φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου, για την παραγωγή, την προστασία από τις διαταραχές του αίματος και συμβάλλει στη δημιουργία των ορμονών, οι οποίες βοηθούν στην ψυχολογική ευεξία. Ακόμη σημαντικό ρόλο έχει στη ρύθμιση των βιοχημικών μηχανισμών που πραγματοποιούνται σε κάθε κύτταρο.

Συμβάλλει στη δημιουργία νευροδιεγερτικών ουσιών, τη σεροτονίνη (δρα καταπραυντικά και βοηθάει στον ήρεμο ύπνο) και τη νοραδρεναλίνη (χαρακτηρίζεται ως ορμόνη της ευτυχίας, καθώς συμβάλλει στη παραγωγή ενέργειας και στον δυναμισμό του οργανισμού).

Είναι ακόμα απαραίτητη στην παραγωγή νουκλεϊνικών οξέων, τα οποία αποθηκεύονται στο γενετικό υλικό του οργανισμού. Συνεπώς είναι υπεύθυνη για την ανάπτυξη, την αποκατάσταση όλων των κυττάρων. Διεγείρει την όρεξη και μόνο με τη θέα του φαγητού και προκαλεί έκκριση στομαχικών οξέων.

Βασική ιδιότητα της B10 είναι η καταπολέμηση του άγχους μέσω της δράσης της νοραδρεναλίνης ή σε περίπτωση έλλειψης της, επιστρατεύεται η αδρεναλίνη η οποία παράγεται από τον μυελό των επινεφριδίων.

Η B10 ενεργεί στον εγκέφαλο και στο νευρικό σύστημα και αποτελεί δυναμικό μέρος του νωτιαίου μυελού. Το φολλικό οξύ, όταν απορροφηθεί συνδέεται με μια πρωτεΐνη-μεταφορέα και καταλήγει στο ήπαρ. Εκεί μεθυλιώνεται και μεταφέρεται στον μυελό των οστών. Αυτή η μεθυλιωμένη μορφή είναι η πιο βασική μορφή της βιταμίνης.

Σε περίπτωση ανεπάρκειας φολλικού οξέος εμφανίζονται συμπτώματα όπως, κούραση, αίσθημα άγχους, διαταραχές πέψης, αδυναμία συγκέντρωσης και μνήμης, ανησυχία, μειωμένη διάθεση για ζωή, διαταραχές στον ύπνο, διαταραχές στην ανάπτυξη, φλεγμονές στο βλεννογόνο των χειλιών και στη γλώσσα. Ανεπάρκεια μπορεί να προκληθεί στον οργανισμό λόγω μειωμένης απορρόφησης της βιταμίνης σε περιπτώσεις καπνίσματος, κατανάλωσης αλκοόλ, κάτω από συνθήκες άγχους όπου οι ανάγκες σε φολλικό οξύ αυξάνονται, σε ασθένειες που σχετίζονται με εμετό ή διάρροια αξιοποιούνται πολύ μικρές ποσότητες της βιταμίνης αυτής. Στα υγιή άτομα απορροφάται μόνο το 30% της προσλαμβανόμενης ποσότητας.

Η έλλειψη της B10 έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση αναιμιών και συγκεκριμένα της μεγαλοβλαστικής αναιμίας η οποία ευθύνεται στον ανεπαρκή σχηματισμό των νουκλεοπρωτεϊνών και προκαλούνται προβλήματα κατά την ωρίμανση των νέων ερυθρών αιμοσφαιρίων στον μυελό των οστών. Ανεπάρκεια φολλικού παρατηρείται συχνά στα ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα τους και τρώνε φτωχά ή λόγω λήψης φαρμάκων που επηρεάζουν την απορρόφηση και τον μεταβολισμό της βιταμίνης.

Σε περίπτωση υπερβιταμίνωσης δεν υπάρχουν ιδιαίτερα συμπτώματα, αλλά όταν η βιταμίνη χρησιμοποιείται για θεραπεία της μεγαλοβλαστικής αναιμίας και συνυπάρχει αντιεπιληπτική αγωγή, τότε μπορεί να εμφανιστεί επιβάρυνση της επιληψίας.

Φολλικό οξύ συναντάται σε τροφές όπως σπανάκι, λάχανο, σέλινο, μαρούλι, κουνουπίδι, παντζάρια, φασόλια, αυγά, ψάρια, σόγια, καρύδια, σιτάλευρο ολικής άλεσης και πορτοκάλι (Παπανικολάου Γ. 2002, Oberbeil K. 2001, Οικονόμου, Ε. 1992).

2.2.2.στ Βιταμίνη B12 ή κοβαλαμίνες

Χαρακτηρίζονται έτσι γιατί όλες οι ενώσεις τους περιέχουν κοβάλτιο. Η βιταμίνη B12 είναι το πιο δραστικό μέλος της. Άλλες ενώσεις που έχουν παρόμοια δράση είναι η δροξυκοβαλαμίνη, η νιτροκοβαλαμίνη και η θειοκυανούχα κοβαλαμίνη. Η B12 έχει το πιο σύνθετο μόριο από όλες τις ενώσεις, αποτελείται από δακτύλιο πορφυρίνης, το οποίο έχει ως κεντρικό στοιχείο το κοβάλτιο. Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει στο ήπαρ αποθηκευμένη B12 περίπου 2000 – 5000mcg ικανή ποσότητα για την κάλυψη των αναγκών του οργανισμού για χρονικό διάστημα 3-5 χρόνων. Η βιταμίνη B12 αποβάλλεται με τα ούρα και την χολή. Μετατρέπεται στο ανθρώπινο σώμα σε συνένζυμο. Οι πιο δραστικοί τύποι συνενζύμων είναι το συνένζυμο B-12 (αδενοσύλκοβαλαμίνη) και μεθυ-B12 (μεθυλκοβαλαμίνη), όπου βοηθούν σε λειτουργίες του μυελού των οστών, του νευρικού ιστού και του γαστρεντερικού συστήματος. Έχει βασικό ρόλο στην δημιουργία των οστών, χωρίς αυτήν οι οστεοβλάστες δεν μπορούν να επιτελέσουν την λειτουργία τους. Ακόμα η B12 βοηθά στην ενσωμάτωση της βιταμίνης A στο σώμα. Συνεργάζεται με άλλες ουσίες και συμμετέχει στην δημιουργία δεσοξυριβονουκλεϊνικών (DNA) και ριβονουκλεϊνικών οξέων (RNA), λευκωματούχες ενώσεις οι οποίες περιέχουν το γενετικό

υλικό του οργανισμού. Επιπλέον η βιταμίνη B12 βοηθάει στην αντιμετώπιση του άγχους και των συναισθηματικών προβλημάτων και προσφέρει πνευματική διαύγεια, απομακρύνει την κούραση, τις έγνοιες και την κακή διάθεση, βοηθά τα ευέξαπτα άτομα και διώχνει την συναισθηματική αστάθεια. Συμμετέχει στην παραγωγή μεθουονίνης η οποία είναι πηγή αισθημάτων αγάπης, χαράς και ευτυχίας.

Είναι σημαντική γιατί συμμετέχει στην δημιουργία λευκωμάτων, λιπών, στο στρώμα της μυελίνης (προστατευτική μεμβράνη των νευρικών κυττάρων) η οποία χωρίς τη B12 διασπάται, η μεμβράνη γύρω από τα νευρικά κύτταρα διαλύεται και τα νεύρα λεπταίνουν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα αίσθημα μουδιάσματος στα χέρια και στα πόδια, «μυρμήγκιασμα και συμπτώματα παράλυσης». Ακόμη συμμετέχει στον μεταβολισμό του λευκόματος, του λίπους και των υδατανθράκων και συνεργάζεται με το φυλλικό και το παντοθενικό οξύ.

Σε περίπτωση υπερβιταμίνωσης δεν υπάρχουν παρενέργειες στον οργανισμό, για τον λόγο ότι είναι μια υδατοδιαλυτή βιταμίνη και έτσι η περίσσεια αυτής αποβάλλεται.

Ανεπάρκεια βιταμίνης B12 μπορεί να συμβεί από μειωμένη κατανάλωση τροφών που την περιέχουν ή σε περίπτωση ανεπάρκειας του ενδογενή παράγοντα που οφείλεται σε κακοήθη αναιμία ή σε μερική ή ολική αφαίρεση του στομάχου ή σε παρασιτικές λοιμώξεις. Η έλλειψη της βιταμίνης B12 δημιουργεί διαταραχές στο νευρικό σύστημα αλλά και στον ψυχολογικό τομέα. Εάν η έλλειψη δεν διαπιστωθεί εγκαίρως μπορεί να υπάρξουν προβλήματα στο κεντρικό νευρικό σύστημα όπως για παράδειγμα πολλαπλή σκλήρυνση (ασθένεια των νεύρων κατά τη οποία η μυελίνη αποσυντίθεται και αυτό οδηγεί σε παράλυση και κατ' επέκταση στον θάνατο). Μια άλλη συνέπεια της B12 είναι και η έλλειψη καρνιτίνης.

Όπως προαναφέρθηκε η κακοήθης αναιμία είναι η σπουδαιότερη κλινική εκδήλωση της ανεπάρκειας της B12. Σε αυτή την περίπτωση τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι τα εξής: μεγάλα και ανώμαλα ερυθρά αιμοσφαίρια (μικροκύτταρα), κιτρινωμένο χρώμα δέρματος, απώλεια βάρους, ανορεξία, δύσπνοια γλωσσίτιδα, παράταση του χρόνου αιμορραγίας, ακαμψία των άκρων και ψυχολογικές διαταραχές. Άλλες ενδείξεις έλλειψης της βιταμίνης είναι οι ενοχλήσεις στο βάδισμα, στην έμμηνο ρύση, διαρκής νευρικότητα, τραύλισμα και κακοσμία σώματος.

Καλές πηγές B12 είναι το ήπαρ και τα άλλα ζωικά όργανα νεφρά, καρδιά, τα μυώδη κρέατα, ψάρια, αυγά, τυρί (Παπανικολάου Γ. 2002, Oberbeil K. 2001, Οικονόμου Ε. 1992).

2.2.2.ζ Βιταμίνη C ή ασκορβικό οξύ

Είναι η σπουδαιότερη χημική ένωση που βρέθηκε αρχικά στα εσπεριδοειδή. Ο άνθρωπος πρέπει να την προσλαμβάνει με την τροφή γιατί δεν διαθέτει το ένζυμο οξυδάση L-γκλονολακτόνη, το οποίο βοηθάει στην σύνθεση βιταμίνης C από σάκχαρα με 6 άτομα άνθρακα.

Είναι υδατοδιαλυτή βιταμίνη και η οξείδωση της γίνεται με τον αέρα, την θερμότητα, το φως, τα οξειδωτικά ένζυμα αλκάλια και τα ίχνη χαλκού και σιδήρου.

Βασική ιδιότητα της είναι η αντιοξειδωτική της δράση και έτσι προφυλάσει ουσίες όπως τις βιταμίνες A και E και τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα από οξείδωση.

Η βιταμίνη C είναι απαραίτητη για την σωστή ανάπτυξη των οδοντοβλαστών που σχηματίζουν την οδοντίνη (ουσία των δοντιών) και βοηθάει στην ισχυροποίηση των οστών και στην εναπόθεση των αλάτων. Ακόμα είναι απαραίτητη για την ενίσχυση των τοιχωμάτων των αιμοφόρων αγγείων και συγκεκριμένα των τριχοειδών.



Η βιταμίνη C είναι σημαντική γιατί ενισχύει τον σχηματισμό νοραδρεναλίνης (νευροδιαβιβαστής που προέρχεται από την τυροσίνη), προστατεύει το ένζυμο οξυδάση – υδροξυφαινυλπυροσταφυλικό οξύ και χρειάζεται στην μετατροπή της τρυπτοφάνης σε 5-υδροξυτρυπτοφάνη.

Επίσης αυξάνει την απορρόφηση του σιδήρου γιατί μετατρέπει τον δυσθερή σίδηρο σε τρισθενή και έτσι απορροφάται καλύτερα. Θεωρείται ότι η συγκεκριμένη βιταμίνη είναι απαραίτητη για την φυσιολογική λειτουργία της τρανσφερίνης και την διατήρηση της ακεραιότητας του κολλαγόνου (ινώδης πρωτεΐνη που περιέχει μεγάλες ποσότητες προλίνης και υδροξυπρολίνης. Είναι ουσία που συνδέει τα κύτταρα του σώματος μεταξύ τους. Το ασκορβικό οξύ επίσης συμμετέχει στην μετατροπή της λυσίνης σε υδρολυσίνη (αμινοξύ απαραίτητο για την σύνθεση κολλαγόνου).

Ακόμη δυναμώνει τα ούλα και σκοτώνει τα βακτήρια που δημιουργούν τερηδόνα στα δόντια. Επίσης μεταφέρει άλατα του θειϊκού οξέος και αυτό βοηθάει στην αντιμετώπιση της αιμορραγίας των ούλων. Συμμετέχει στη σύνθεση της καρνιτίνης από την λευκοματούχο ουσία λυσίνη. Βοηθά στην παραγωγή ορμονών κατά του άγχους, οι οποίες μειώνουν το λίπος. Προστατεύει από ασθένειες γιατί καταπολεμά τα βακτήρια και βοηθάει στην επούλωση πληγών και τραυμάτων. Ενισχύει την ελαστικότητα και την σφριγγυλότητα του δέρματος. Δρα εναντίον των χολόλιθων που οφείλονται στην χοληστερόλη (οι χολόλιθοι δημιουργούνται από έλλειψη του ενζύμου το οποίο διαλύει την περίσσεια χοληστερίνης στα χολικά οξέα). Οι καπνιστές πρέπει να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες βιταμίνης C, έτσι ώστε να οξειδώνεται λιγότερη LDL χοληστερίνη και να μειώνεται ο κίνδυνος αρτηριοσκλήρυνσης). Παρουσιάζει ιδιαίτερο ρόλο και στον ψυχολογικό τομέα και βοηθά στην έκκριση σεξουαλικών ορμονών, ορμονών άγχους και ορμονών για την λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου. Πέρα από τα παραπάνω, δύο είναι οι πιο βασικές λειτουργίες της βιταμίνης C, προστατεύει το ανοσοποιητικό σύστημα (είναι ο μεγαλύτερος εχθρός των παθογόνων παραγόντων ιών και μικροβίων κυρίως των ελευθέρων ριζών, οι οποίες συμβάλλουν και επιβαρύνουν την γήρανση και θεωρείται ότι η βιταμίνη C προάγει τη νεότητα) και ρυθμίζει την ψυχική ισορροπία παράγοντας ορμόνες που μεταφέρουν νευρικά ερεθίσματα.

Σε περίπτωση υπερβιταμίνωσης δεν υπάρχουν προβλήματα στον οργανισμό για το λόγο ότι δεν είναι τοξική και επειδή αποβάλλεται από τα ούρα μέσα σε εικοσιτέσσερις ώρες. Μικρό ποσοστό από αυτή παραμένει στα νεφρά. Το 90% της βιταμίνης που προσλαμβάνει ο οργανισμός είναι από τους βλεννογόνους, εάν ληφθεί μεγαλύτερη ποσότητα βιταμίνης τότε η μισή ποσότητα αυτής μένει ανεκμετάλλευτη. Παρόλα αυτά εάν η χορήγηση είναι εκατό φορές μεγαλύτερη από το φυσιολογικό τότε υπάρχουν παρενέργειες όπως ναυτία, κοιλιακές κράμπες, διάρροια, αυξημένη ποσότητα σιδήρου από τις τροφές, καταστροφή ερυθρών αιμοσφαιρίων, μεγάλη κινητοποίηση αλάτων από τα οστά, σχηματισμός λίθων στα οστά και στην χοληδόχο κύστη, προβλήματα στην ρύθμιση της αντιπηκτικής αγωγής και μειωμένη δράση της B12, οπότε η βιταμίνη C πρέπει να χορηγείται μόνο με ιατρική συνταγή.

Η πιο σημαντική ασθένεια που οφείλεται στην ανεπάρκεια βιταμίνης C είναι το σκορβούτο (υπάρχει το κλινικό και υποκλινικό σκορβούτο) και εμφανίζεται συχνά στα ηλικιωμένα άτομα. Άλλες ένδειξης έλλειψης βιταμίνης C είναι: αιμορραγία ούλων, τάση για φλεγμονές στο βλεννογόνο, αδύναμα νεύρα, αύξηση βάρους, καταθλιπτική διάθεση, ρυτίδες και ζάρες κάτω από τα μάτια. Μπορούν να βοηθήσουν στην αναχαίτιση του καταρράκτη, στην μείωση της εσωτερικής πίεσης του ματιού και στο γλαύκωμα. Η έλλειψη βιταμίνης οδηγεί συχνά σε κρυολογήματα, κόπωση, αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχές ύπνου, τριχόπτωση, κίρσους και αιμορροΐδες.



Η βιταμίνη C συναντάται σε τροφές όπως πορτοκάλια, γκρεπ - φρούτ, σταφύλια, φράουλες, μήλο, λεμόνια, πιπεριές, σέλινο, πράσινα φυλλώδη λαχανικά, μαϊντανό, κάρδαμο, σινάπια, μπρόκολο, κουνουπίδι, σπανάκι, ντομάτα κ.α. (Παπανικολάου Γ. 2002, Oberbeil K. 2001, Οικονόμου Ε. 1992).

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Προτεινόμενες ημερήσιες προσλήψεις σε βιταμίνες, με βάση τις τιμές RDA

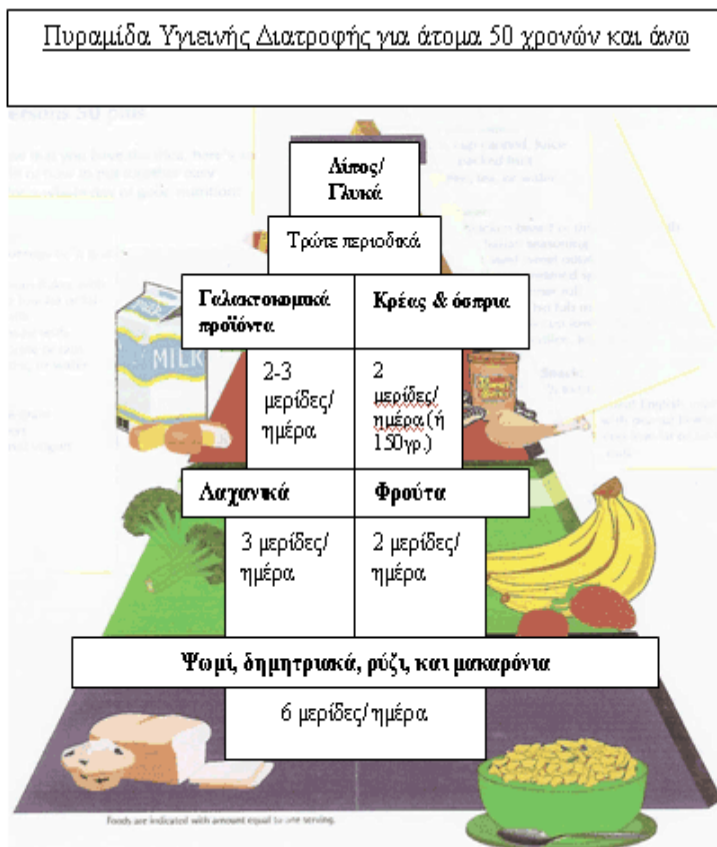
Παπανικολάου, Γ. (2002). Σύγχρονη διατροφή και διαιτολογία., σελ 625, 637, 649, 656, 692, 700, 715. Πέμπτη έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις: θυμάρι.

	Βιτ. Α	Βιτ. D	Βιτ. E	Βιτ. Κ	Βιτ. Β10	Βιτ. Β12	Βιτ. C
Άντρες 60+	5000 IU	200 IU	14,90 IU	70-140 mcg	400 mcg	3 mcg	60 (mg) ²
Γυναίκες 60+	4000 IU	200 IU	11,92 IU	70-140 mcg	400 mcg	3 mcg	60 (mg) ²

2.3. Γενικές διατροφικές συμβουλές -οδηγίες για καλύτερη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων:

- Διατήρηση φυσιολογικού βάρους με ισοθερμιδική διατροφή
- Τήρηση της μεσογειακής διατροφής
- Χρήση μόνο ελαιόλαδου ως λιπαρής ουσίας
- Μείωση κατανάλωσης ζωικών λιπών, βουτύρου, και μαργαρινών.
- Κατανάλωση άσπρου κρέατος 1-2 φορές/εβδομάδα και κόκκινου 1 φορά/15 μέρες.
- Αύξηση προϊόντων υψηλής βιολογικής πρωτεΐνης (κρέας, ψάρι, αυγά, γαλακτοκομικά κ.α)
- Κατανάλωση ψαριού 1-2 φορές τη εβδομάδα
- Υψηλή κατανάλωση ω3 και ω6 λιπαρών οξέων.
- Σωστός συνδυασμός τροφίμων για καλύτερη απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών (σίδηρος, ασβέστιο κ.α.)
- Αύξηση πρόσληψης φυτικών ινών για την αποφυγή δυσκοιλιότητας
- Μείωση κατανάλωσης αλατιού
- Μείωση κατανάλωσης ζάχαρης και γλυκών
- Αύξηση κατανάλωσης φρέσκων φρούτων, λαχανικών, χόρτων, οσπρίων, δημητριακών ολικής αλέσεως, ημιάπαχων γαλακτοκομικών
- Προτίμηση μαύρου ψωμιού αντί άσπρου
- Συχνή πρόσληψη νερού σε μικρές ποσότητες κατά την διάρκεια της ημέρας
- Περιορισμός αλκοολούχων ποτών
- Διακοπή του καπνίσματος
- Συχνά και μικρά γεύματα
- Αύξηση φυσικής δραστηριότητας, περπάτημα 20-30 λεπτά/ημέρα

(Το ανοσοποιητικό σύστημα της γήρανσης πάσχει από μια προοδευτική μείωση στη λειτουργία που μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές καταστάσεις. Η καρδιαγγειακή άσκηση όπως το περπάτημα ή η ποδηλασία μπορεί να αντισταθμίσουν μερικές από τις πτώσεις λειτουργίας στους υγιείς ηλικιωμένους (Μόρτογλου, Τ., Μόρτογλου, Κ. 2002, Φραγκίσκου Ι. Χ. 1989).



Κεφάλαιο 3^ο

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας εμφανίζουν συχνά κλινικές εκδηλώσεις που οφείλονται σε διατροφικές ανεπάρκειες, κάποιες από τις οποίες, είναι ο θερμιδο-πρωτεϊνικός υποσιτισμός, η εμφάνιση αναιμιών που οφείλονται σε ανεπάρκεια φυλλικού οξέος ή σε ανεπάρκεια βιταμίνης B12 ή και στα δύο. Συχνή είναι ακόμα και η εμφάνιση σιδηροπενικής αναιμίας. Τέλος, με το πέρας της ηλικίας, παρουσιάζονται συχνά κάποιες εγκεφαλικές διαταραχές, όπως η νόσος Alzheimer και η νόσος Parkinson (Παπανικολάου, Γ., 2002).

3.1. Πρωτεϊνο - θερμιδική δυσθρεψία

Η παγκόσμια οργάνωση υγείας, WHO (1993) καθορίζει τον υποσιτισμό ως « κυψελοειδή δυσαναλογία ανάμεσα στην ζήτηση των θρεπτικών ουσιών και ενέργειας και στην προσφορά του σώματος για την εξασφάλιση της αύξησης και της συντήρησης των συγκεκριμένων λειτουργιών». Ο πρωτεϊνικός - ενεργειακός υποσιτισμός (PEM), περιλαμβάνει το marasmus, το kwashiorkor, και τις ενδιάμεσες καταστάσεις αυτών. Ο μαρασμός χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή λήψη θερμίδων και πρωτεϊνών, ενώ το kwashiorkor από μέτρια έλλειψη θερμίδων και σοβαρή έλλειψη πρωτεϊνών (Onis M de, Monteiro C, Clugston G. 1993).

Η πρωτεϊνοενεργειακή δυσθρεψία είναι αποτέλεσμα μειωμένης και ανεπαρκούς θρέψης του οργανισμού. Το βασικό αίτιο για τη δυσθρεψία είναι η ανεπαρκής κάλυψη των διατροφικών αναγκών του οργανισμού. Συχνά παρατηρείται στα ηλικιωμένα άτομα και έχει άμεση σχέση με την επάρκεια της αγοράς των τροφίμων, η οποία εξαρτάται από οικονομικούς, κοινωνικούς, θρησκευτικούς παράγοντες, καθώς επίσης από άγνοια και κακή ενημέρωση. Μερικές ακόμη αιτίες που οδηγούν στον υποσιτισμό, είναι η μειωμένη όρεξη, η εξάρτηση της σίτισης των ηλικιωμένων από τρίτα άτομα, το μειωμένο αίσθημα δίψας, η μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης των ούρων, ο σκόπιμος περιορισμός πρόσληψης υγρών και νερού λόγω ακράτειας κ.α. Η πρωτεϊνική δυσθρεψία οφείλεται κυρίως στην απουσία ζωικών τροφών όπως κρέας, ψάρια, αυγά, γάλα, τα οποία είναι τρόφιμα που περιέχουν πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας.

Τα άτομα προχωρημένης ηλικίας είναι επιρρεπή σε λοιμώξεις, αυτό επιβαρύνει την δυσθρεψία, διότι έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της όρεξης, εντερικές διαταραχές, διάρροιες, που οδηγούν σε απώλεια νερού και ηλεκτρολυτών καθώς επίσης και διαταραχή της εντερικής χλωρίδας που εμποδίζει την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών. (Οικονόμου Ε., 1992, Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου, Κ, 2002,).

Η θερμιδική δυσθρεψία οφείλεται στην μειωμένη πρόσληψη τροφών, δηλαδή σε ανεπαρκή ενεργειακή πρόσληψη με αποτέλεσμα την σημαντική μείωση του βάρους, την ελάττωση της μυϊκής μάζας και του υποδόριου λίπους. Επηρεάζονται επίσης και τα σπλαχνικά όργανα και οι σκελετικοί μύες.

Η πρωτεϊνο-θερμιδική δυσθρεψία σε ηλικιωμένους οφείλεται στο γεγονός ότι κάποιοι ζουν μόνοι τους και δεν μαγειρεύουν, έτσι καταναλώνουν πρόχειρα γεύματα, από τα οποία παίρνουν κάποιο ποσοστό θερμίδων και πρωτεϊνών αλλά όχι την απαραίτητη ποσότητα που απαιτείται για την κάλυψη των αναγκών τους, επιπλέον αυτά τα γεύματα δεν προσφέρουν τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά (Ζερφιδίδη, Γ., 1998). Οι ενεργειακές τους ανάγκες δεν καλύπτονται πλήρως και λόγω κάποιων προβλημάτων υγείας, που εξελίσσονται φυσιολογικά στο σώμα με την πάροδο της ηλικίας, όπως για παράδειγμα, δυσκολία στην μάσηση, στην κατάποση, στην πέψη των τροφών, μειωμένη όρεξη για πρόσληψη τροφής εξαιτίας κάποιων ψυχολογικών διαταραχών (μοναξιά, κατάθλιψη,

κοινωνική απομόνωση, άνοια). Ακόμη υποθρεψία μπορεί να συμβεί και λόγω μειωμένης απορρόφησης θρεπτικών στοιχείων με την λήψη αλκοόλ, φαρμάκων ή άλλων ιατρογενών παραγόντων (εγχειρήσεις). Τα άτομα που καταναλώνουν υψηλές ποσότητες οινοπνευματωδών ποτών έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για εμφάνιση κύρωσης του ήπατος και κατ' επέκταση περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης υποσιτισμού.

Η αξιολόγηση των θρεπτικών αναγκών του ατόμου, γίνεται με καταγραφή λεπτομερούς ιατρικού, διαιτητικού ιστορικού και γενικών εργαστηριακών εξετάσεων που παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες καθώς και αξιολόγηση του βάρους μέσω ΔΜΣ (δείκτη μάζας σώματος) όπου οι φυσιολογικές τιμές είναι, BMI = 19-25. Η αξιολόγηση της αφυδάτωσης περιλαμβάνει την φυσική αξιολόγηση και την αξιολόγηση της πρόσφατης εισαγωγής υγρών. Η αφυδάτωση εμφανίζεται όταν τα εργαστηριακά επίπεδα αζώτου της ουρίας αίματος, της λευκωματίνης, του νατρίου ορών και της οσμωτικότητας των ούρων είναι αυξημένα (Washilien C., 2000).

Μερικά ενδεικτικά σημάδια του υποσιτισμού στα ηλικιωμένα άτομα, είναι η ανεπάρκεια της βιταμίνης C που συνήθως στα ηλικιωμένα άτομα προκαλεί αιμορραγία των ούλων, η νιασίνη που σε ανεπάρκεια της προκαλείται πελάργα δηλαδή δερματίτιδα και διάρροια. Η δερματίτιδα προκαλείται συνήθως από την έκθεση στον ήλιο σε περιοχές της πλάτης, του προσώπου και των χεριών και δημιουργεί αρχικά επίπονα ερεθίσματα. Τέλος το δέρμα γίνεται τραχύ και νεκρώνονται τα κύτταρα του. (Tavarela V.F. 2004)

Η αντιμετώπιση του πρωτεϊνοθεμιδικού υποσιτισμού περιλαμβάνει χορήγηση υψηλών ποσοτήτων πρωτεΐνης, θερμίδων, θρεπτικών συμπληρωμάτων, και σε προχωρημένες μορφές υποσιτισμού εντερική και παρεντερική σίτιση (κυρίως σε νοσηλεύομενους ασθενείς).



Εν κατακλείδη πρέπει να σημειωθεί ότι η σωστή θρέψη των ηλικιωμένων έχει καθοριστικό ρόλο για την υγεία τους και την παράταση της ζωής τους συμβάλλοντας στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας (μείωση νοσηρότητας και θνησιμότητας), στην ανάπλαση φθαρμένων κυττάρων και στην γρήγορη ανάρρωση από τραυματισμούς και ασθένειες. Ακόμη συμβάλει

στην ψυχολογική ευεξία διευκολύνοντας την καθημερινή τους ζωή και την ψυχολογία τους (Οικονόμου Ε., 1992, Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου, Κ, 2002,).

3.2 Αναιμίες

Αναιμία είναι η ασθένεια που μπορεί να οφείλεται στην μείωση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων ή στην ελάττωση της ποσότητας της αιμοσφαιρίνης στο αίμα ή ακόμη και στα δύο. Έχει βρεθεί ότι υπάρχουν περίπου 400 είδη αναιμιών. Οι αιτίες για την ύπαρξη αναιμίας είναι η απώλεια αίματος, η μειωμένη παραγωγή αίματος και η αυξημένη ενδαγγειακή καταστροφή αίματος. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως η αναιμία μπορεί να προέρχεται από οξεία ή χρόνια αιμορραγία, νεοπλασία, λοιμώδη νόσο και άλλα. Είναι πολλές οι περιπτώσεις που δεν μπορούν να διαγνωστούν τα αίτια της και τότε ονομάζεται ιδιοπαθής αναιμία (Μανιός Γ., 2006, Κυσταθιάδης Π., 1999).

Υπάρχει μεγάλο ποσοστό πληθυσμού που πάσχει από αναιμίες, σε αυτό το ποσοστό ανήκουν και οι ηλικιωμένοι. Έχει βρεθεί ότι τα άτομα άνω των 60 ετών πάσχουν από αναιμίες σε ποσοστό 12% στις ανεπτυγμένες χώρες και 45,2% στις αναπτυσσόμενες χώρες (World Health Organization, 2000).

Οι αναιμίες που οφείλονται σε ελαττωμένη παραγωγή αίματος είναι οι εξής:

- Σιδηροπενική αναιμία.
- Μακροκυταρικές αναιμίες από έλλειψη B12 και φολλικού που προέρχονται από πλημμελή διατροφή ή από ασθένειες του πεπτικού συστήματος. Λέγονται αλλιώς και ορθόχρωμες μακροκυταρικές.
- Υποπλαστικές ή απλαστικές αναιμίες, προκαλούνται από μείωση της λειτουργικότητας του μυελού των οστών. Οι αιτίες μπορεί να είναι συγγενείς (υποπλαστική ή απλαστική αναιμία) ή επίκτητες (οξείες και χρόνιες παθήσεις όπως φυματίωση, λευχαιμία, νεφρική ανεπάρκεια κ.α, τοξικές ουσίες όπως μόλυβδος, βενζόλιο κ.α. και ακτινοβολίες όπως ακτίνες X).

Αναιμίες που οφείλονται σε αυξημένη ενδοαγγειακή καταστροφή των ερυθροκυττάρων, μπορεί να οφείλονται σε ανωμαλίες των ερυθροκυττάρων (συγγενείς ή επίκτητες ασθένειες), σε λοιμώδη νοσήματα (όπως για παράδειγμα, ελονοσία, στρεπτόκοκκος) και σε φάρμακα ή δηλητήρια (προϊόντα αρσενικού, μόλυβδος).

Αναιμίες που οφείλονται σε απώλεια αίματος μπορεί να προέρχονται από οξεία ή χρόνια αιμορραγία.

Οι αναιμίες χαρακτηρίζονται από: ωχρότητα δέρματος και βλεννογόνων, αίσθημα κόπωσης και δύσπνοιας μετά από αυτήν, αίσθημα παλμών, ζαλάδες, κεφαλαλγίες, παροδικές διαταραχές της όρασης, προβλήματα στο πεπτικό σύστημα αλλά και ταχυκαρδία, διατροφικές διαταραχές, διαταραχές δέρματος που συμβαίνουν σε πιο σοβαρές περιπτώσεις. Τέλος συχνά εμφανίζεται στηθάγχη ή καρδιακή ανεπάρκεια σε ηλικιωμένα άτομα με αθηρωμάτωση.

Οι ηλικιωμένοι λόγω χαμηλού εισοδήματος δυσκολεύονται να προμηθευτούν τροφές πλούσιες σε σίδηρο όπως, κόκκινο κρέας και έτσι οδηγούνται σε διατροφικές αναιμίες. Η συνιστώμενη ημερήσια διαιτητική πρόσληψη για άτομα άνω των 60 ετών είναι 10 mgκai για τα δύο φύλα (Μανιός Γ., 2006, Κυσταθιάδης Π., 1999).

3.2.α Σιδηροπενική αναιμία

Ορίζεται η εξάντληση του συνολικού αποθεματικού σιδήρου στο σώμα, εμφανίζεται όταν υπάρχουν αυξημένες ανάγκες αιμοποίησης και η ποσότητα του σιδήρου δεν είναι αρκετή για την συγκεκριμένη λειτουργία, με αποτέλεσμα να μειώνονται τα ερυθρά αιμοσφαίρια και η αιμοσφαιρίνη. Για το λόγο αυτό πρέπει τα άτομα να προσλαμβάνουν επαρκή ποσότητα σιδήρου για να διατηρείται σταθερό το ισοζύγιο σιδήρου στο σώμα. Μεγάλες πιθανότητες για εμφάνιση σιδηροπενικής αναιμίας έχουν τα ηλικιωμένα άτομα γιατί συχνά υποσιτίζονται, λόγω του ότι έχουν μειωμένη όρεξη ή ακολουθούν διατροφική φτωχή σε κρέας, τρόφιμο πλούσιο σε σίδηρο.

Τα κλινικά συμπτώματα της σιδηροπενίας είναι, ωχρότητα του δέρματος, ταχυκαρδία, γλωσσίτιδα, κοιλονυχία, ανορεξία, κόπωση, και διόγκωση του σπλήνα. Επίσης, πολύ πιθανή είναι η ευαισθησία σε λοιμώξεις αλλά και η μειωμένη αποδοτικότητα στην εργασία.

Η διάγνωση της σιδηροπενικής αναιμίας γίνεται μέσω πολλών και σύνθετων εξετάσεων, συχνών αιμοληψιών, λήψη λεπτομερούς ατομικού, οικογενειακού και κληρονομικού ιστορικού όπως και καλή κλινική εξέταση. Η πιο αξιόπιστη όμως εξέταση είναι η βιοψία και η χρήση δείγματος μυελού των οστών (μυελόγραμμα) που είναι μια πολύ επώδυνη εξέταση και δεν χρησιμοποιείται συχνά.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες για την εμφάνιση της σιδηροπενικής αναιμίας είναι η μειωμένη πρόσληψη τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε σίδηρο, όπως συμβαίνει σε ηλικιωμένους και σε άτομα τρίτης ηλικίας που ακολουθούν χορτοφαγική διατροφή λόγω

διάφορων παραγόντων, όπως είναι η θρησκεία (νηστεία), η ελαττωμένη απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών λόγω π.χ γενετικών παραγόντων μειωμένης παραγωγής γαστρικού οξέος, στεατόρριας κ.α., ή πιθανή αιμορραγία σε διάφορα μέρη του σώματος όπως π.χ. σε περιπτώσεις έλκους στομάχου και τέλος οι αυξημένες ανάγκες που προκύπτουν με την πάροδο της ηλικίας.

Για τη πρόληψη της σιδηροπενικής αναιμίας, σημαντική είναι η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε σίδηρο, μερικές από τις οποίες είναι, το κόκκινο κρέας, τα εντόσθια, η σπλήνα και το συκώτι που περιέχουν αιματικό σίδηρο και απορροφάται καλύτερα από τον οργανισμό. Οι συγκεκριμένες τροφές δεν καταναλώνονται στην συχνότητα που πρέπει από τα ηλικιωμένα άτομα, για το λόγο ότι είναι ακριβές πηγές σιδήρου και λόγω του ότι τα άτομα αυτά εμφανίζουν προβλήματα, μάζησης, κατάποσης και γαστρεντερικά και έτσι αρκούνται στην κατανάλωση μαλακών τροφών και εναλλακτικών πηγών όπως φασόλια, φακές, και φρούτα, τα οποία ναι μεν έχουν κάποιες ποσότητες σιδήρου αλλά δεν απορροφώνται πλήρως από τον οργανισμό. Δυσαπορροφήση σιδήρου μπορεί να υπάρξει λόγω λήψης φαρμάκων στην τρίτη ηλικία εξαιτίας εμφάνισης πολλών ασθενειών. Για τους παραπάνω λόγους παρατηρείται συχνά η εμφάνιση της σιδηροπενικής αναιμίας στους ηλικιωμένους.

Η αντιμετώπιση της σιδηροπενίας γίνεται με διατροφική παρέμβαση και χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής. Αυτά τα σκευάσματα σιδήρου, οι ηλικιωμένοι είναι δύσκολο να τα προμηθευτούν είτε λόγω κόστους, είτε λόγω άγνοιας και μη σωστής πληροφόρησης και ενημέρωσης (Μανιός Γ., 2006, Κυσταθιάδης Π., 1999).

3.3 Νόσος Alzheimer

3.3.α Ορισμός

Σύμφωνα με πρόσφατη ανακοίνωση (Διεθνές Συνέδριο για την Πρόληψη της Ανοιας - Ουάσιγκτον, Ιούνιος 2007), η παγκόσμια επίπτωση της νόσου Αλτσχάιμερ είναι 26,6 εκατ. ασθενείς για το έτος 2007. Οι ίδιοι ερευνητές προβλέπουν ότι μέχρι το 2050 η επίπτωση θα τετραπλασιαστεί: 1 στους 85 ανθρώπους σε όλο τον κόσμο θα πάσχει από τη νόσο. Περισσότερο από το 40% των ασθενών αυτών θα βρίσκεται στο τελικό στάδιο και θα χρειάζεται αυξημένη ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα και νοσηλεία σε ειδικά κέντρα και μονάδες.

Ο όρος «άνοια» δεν αναφέρεται σε μια μόνο ασθένεια, αλλά σε μια σειρά συμπτωμάτων που παρουσιάζουν άτομα με νοσήματα που καταστρέφουν τα εγκεφαλικά κύτταρα. Τα συμπτώματα αυτά είναι κατ' αρχήν απώλεια της μνήμης και ακολούθως διαταραχή των υπόλοιπων νοητικών λειτουργιών: του λόγου, της προσοχής, της συγκέντρωσης, της κρίσης. Στην ουσία είναι ένα σύνολο ασθενειών που έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό: όλες οι άνοιες είναι αποτέλεσμα της ατροφίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Αποτέλεσμα αυτής της παθολογικής διεργασίας είναι η σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί ικανοποιητικά στην καθημερινή ζωή και τελικά η πλήρης αποδιοργάνωση της προσωπικότητάς του. Πολύ συχνά ο όρος «άνοια» χρησιμοποιείται λανθασμένα από το ευρύ κοινό και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ως συνώνυμος της νόσου Αλτσχάιμερ. Η άνοια είναι ένας περιγραφικός, γενικός όρος, ενώ η νόσος Αλτσχάιμερ είναι συγκεκριμένη ασθένεια η οποία ευθύνεται για περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις άνοιας. Η αμέσως επόμενη σε συχνότητα άνοια είναι η αγγειακή, η οποία προκαλείται από πολλαπλά εγκεφαλικά επεισόδια, μικρά ή μεγάλα.

Η νόσος του Alzheimer είναι μια χρόνια προοδευτική και επιδεινούμενη εγκεφαλική διαταραχή, στην οποία καταστρέφονται προοδευτικά οι νευρώνες του εγκεφάλου, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τις λειτουργίες της μνήμης, της σκέψης, του λόγου και γενικότερα για όλες τις νοητικές και ψυχολογικές ικανότητες του ανθρώπου. Ακόμη επηρεάζει και την ικανότητα του ατόμου για αυτοφροντίδα. Το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η συσσώρευση παθολογικών, διαπλεκόμενων ινών καθώς και γεροντικών πλακών στον εγκέφαλο αρρώστων με την ασθένεια. Υπάρχει μια αξιοσημείωτη απώλεια νευρικών κυττάρων από τον εγκεφαλικό φλοιό με αντίστοιχη ατροφία του εγκεφάλου. Ο θάνατος των κυττάρων συνοδεύεται από την μείωση της αιματικής ροής στον εγκέφαλο. Επίσης παρουσιάζεται σημαντική μείωση στη δραστηριότητα του ενζύμου τρανσφεράση και ακετυλοχολίνη στον εγκεφαλικό ιστό, ένζυμο το οποίο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χημική διεργασία που παράγει ακετυλοχολίνη.

Η νόσος Alzheimer προσβάλλει αρχικά τις νοητικές λειτουργίες και στη συνέχεια ακολουθούν διαταραχές στη προσωπικότητα του ηλικιωμένου. Τα άτομα αυτά γίνονται απλησίαστα και στριφνά. Περίπου ένα ποσοστό του 4% του πληθυσμού άνω των 65 ετών προσβάλλεται από τη νόσο. Είναι μια από τις πιο σημαντικές παθολογικές διαταραχές της σύγχρονης εποχής, έχει καταστροφικά αποτελέσματα τόσο για το θύμα όσο και για την οικογένεια που το βιώνει, είναι αυτό που ονομάζεται "ατελείωτη κηδεία".



Η νόσος alzheimer είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας, αποτελεί ένα ποσοστό 60-70% όλων των ανοιών. Από την ασθένεια αυτή πάσχει περίπου ένας στους 20 ανθρώπους άνω της ηλικίας των 65 ετών. Υπολογίζεται ότι 3,5 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη και 15 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από τη νόσο. Παρόλο που η ασθένεια εμφανίζεται σε συχνότερο βαθμό στα ηλικιωμένα άτομα, η πλειονότητα των ατόμων άνω της ηλικίας των 80 ετών είναι πνευματικά διαυγής. Αυτό σημαίνει ότι, ενώ η πιθανότητα να προσβληθεί κανείς από την άνοια alzheimer αυξάνεται με την ηλικία, το γήρας από μόνο του δεν προκαλεί τη νόσο.

Με την πάροδο της ηλικίας, η μνήμη αρχίζει να παρουσιάζει κάποια σημάδια "κόπωσης", η οποία θεωρείται φυσιολογική αλλαγή στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Ωστόσο υπάρχουν κάποιοι που παρουσιάζουν προβλήματα μνήμης, τα οποία:

- Επιδεινώνονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου
- Επηρεάζουν και άλλες νοητικές λειτουργίες (π.χ. προσανατολισμό, προσοχή, συγκέντρωση, σκέψη, ομιλία)
- Το άτομο αρχίζει να έχει προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής (π.χ., ξεχνά σημαντικά γεγονότα που έγιναν πολύ πρόσφατα, μπερδεύει τα ραντεβού, αρχίζει να χάνει τον προσανατολισμό του σε γνωστούς χώρους, ξεχνά το "μάτι" της κουζίνας ανοιχτό, αρχίζει να συγχέει γνωστά πρόσωπα, κλειδώνεται έξω από το σπίτι κ.λ.π)
- Άνθρωποι που παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα, πιθανότατα πάσχουν από άνοια τύπου alzheimer. Πρόκειται για μια νόσο, όπου τα συμπτώματα της στα αρχικά στάδια είναι ελαφριάς μορφής, και παρουσιάζονται μεγάλες πιθανότητες να συγχέονται με το φυσιολογικό γήρας ή με απλές διαταραχές της μνήμης. Καθώς παρουσιάζεται επιδείνωση με την πάροδο του χρόνου, μπορεί να οδηγήσει στα προχωρημένα στάδια, (ενδεχομένως αρκετά χρόνια μετά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων), σε σοβαρή αποδιοργάνωση του ατόμου (Δουδούμη Σ., Τσολάκη Μ., Σαγιαδινού Μ., Δεούδη Π., Καζή Ε., Κιοζεογλου Γ. & Καζής, 2007, Α. - Σαχίνη, Α. & Πάνου Μ. , 2000, Ελευθεροτυπία, 2007, Παγοροπούλου Α., Α. 2000).

Η άνοια πολλές φορές συγχέεται λανθασμένα με άλλες ασθένειες γι' αυτό καλό είναι να γίνει μια διάκριση μεταξύ αυτών. Καταστάσεις ψευδοάνοιας είναι η κατάθλιψη και το παραλήρημα.

Οι βασικότερες διαφορές μεταξύ ψευδοάνοιας και άνοιας είναι οι εξής: οι ασθενείς με ψευδοάνοια είναι συνήθως καλά προσαρμοσμένοι στο χώρο και στο χρόνο, έχουν καλύτερες επιδόσεις τις μεσημεριανές ώρες σε σχέση με τις πρωινές και τέλος καταλαβαίνουν πότε έχουν καλή ή κακή επίδοση, πράγμα που αγνοούν οι ανοϊκοί ασθενείς. Ακόμα το νοητικό επίπεδο των ψευδοανοϊκών βελτιώνεται όταν θεραπεύεται η κατάθλιψη ενώ των γνήσιων ανοϊκών όχι.

Κάποιες φορές η άνοια συγχέεται με το παραλήρημα. Το παραλήρημα είναι μια οξεία κατάσταση σύγχυσης και μπορεί να προκληθεί από κάποια φυσική ασθένεια ή και από εκτεταμένη χορήγηση φαρμάκων. Ενώ η άνοια είναι αποτέλεσμα της ατροφίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Το παραλήρημα διακρίνεται από την άνοια στα εξής σημεία: το παραλήρημα δεν έχει εξελικτική πορεία αλλά εγκαθιδρύεται σε διάστημα ωρών ή ημερών. Οι παραληρηματικοί ασθενείς χαρακτηρίζονται από χαμηλές νοητικές ικανότητες, είναι φλύαροι και πάσχουν από φαντασιώσεις. Έχουν χαμηλή ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, αποπροσανατολίζονται και κάποιοι ψευδίζουν. Σε αντίθεση με τους ανοϊκούς ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν συμπτώματα όπως, απώλεια μνήμης, διαταραχή του λόγου, της προσοχής, της συγκέντρωσης, της κρίσης κ.α.

Γενικά η χορήγηση πολλών φαρμάκων, οι παρενέργειες της αναισθησίας μετά την εγχείρηση, τα ατυχήματα, οι περιβαλλοντικές αλλαγές, η μη ισορροπημένη διατροφή κ.α μπορεί να προκαλέσουν παραλήρημα (Παγοροπούλου Α., Α. 2000).

Είναι κατανοητό πως το παραλήρημα και η άνοια έχουν αρκετά κοινά συμπτώματα, επομένως είναι κάπως δύσκολο να γίνει ο διαχωρισμός τους βάσει των συμπτωμάτων. Η διάκριση τους επομένως μπορεί να βασιστεί στην πρωτογενή αιτία απ'την οποία προκλήθηκε η ασθένεια, και απ την εξελικτική πορεία της ασθένειας.

3.3.βΑίτια

Η αιτιολογία της νόσο Alzheimer δεν έχει εξακριβωθεί. Χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού.

Σίγουρα υπάρχει κάποια γενετική προδιάθεση γιατί οι βιολογικοί συγγενείς πρώτο βαθμού έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν άνοια απ' ότι ο γενικός πληθυσμός. Επίσης σε περιπτώσεις οικογενούς Alzheimer, η μοριακή βιολογία έχει δείξει ελαττώματα σε διάφορα χρωμοσώματα. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται τα χρωμοσώματα 21, 14 και 19. Σε άτομα που παρουσίασαν τη νόσο Alzheimer, βρέθηκε κάποια γενετική ανωμαλία στο χρωμόσωμα 21. Στο χρωμόσωμα 21 εντοπίζεται και το σύνδρομο Down. Τα άτομα με σύνδρομο Down αν καταφέρουν να επιζήσουν μέχρι τα 40 τους χρόνια, τότε αναπτύσσουν καθολικά Αλτσχάιμερ. Τελευταία έχει δοθεί ιδιαίτερη σημασία στην υπόθεση ότι οι ασθενείς αυτοί έχουν ελαττωμένη χολινεργική δραστηριότητα στο ΚΝΣ. Βέβαια αυτή η υπόθεση δεν έχει ακόμα αποδειχθεί. Άλλος σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας που συμβάλλει στην εκδήλωση της νόσου είναι η αύξηση της ηλικίας (Μάνος, Ν., 1997).

Τελευταία πολλαπλασιάζονται αλματωδώς οι επιστημονικές ενδείξεις που συνδέουν τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο (υπέρταση, αρτηριοσκλήρυνση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερχοληστερολαιμία, παχυσαρκία, κάπνισμα) με τη νόσο Αλτσχάιμερ, κάτι που επιτρέπει μερικώς την πρόληψη της.

Άλλοι πιθανοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου είναι οι εξής: Κάποιο μικρόβιο-ιός. Ίσως κάποιο μικρόβιο ενεργεί υπόγεια στον οργανισμό για δεκαετίες μέχρι να ολοκληρώσει το καταστροφικό του έργο.

Ακόμα, έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της νόσου η εμφάνιση υψηλών επιπέδων αλουμινίου στον εγκέφαλο. Η τοξική ουσία του αλουμινίου έχει κατηγορηθεί ως υπεύθυνη για τη νόσο διότι έχει βρεθεί μεγάλη συγκέντρωση σε άτομα που έπασχαν από αυτήν. Η συγκέντρωση του αλουμινίου στον εγκέφαλο των αρρώστων με νόσο Alzheimer οδήγησε κάποιους ερευνητές στη χορήγηση παραγόντων που δεσμεύουν το αλουμίνιο, αν και δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο αν το αλουμίνιο προκαλεί τις νευροπαθολογικές μεταβολές της νόσου Alzheimer ή η συγκέντρωσή του είναι δευτεροπαθής στην νευρωνική καταστροφή. Η συγκέντρωση του αλουμινίου στον εγκέφαλο είναι πιθανό να οφείλεται σε μακροπρόθεσμη χρήση πόσιμου νερού με υψηλή συγκέντρωση αλουμινίου. Αυτό συμβαίνει όταν το pH του νερού είναι περίπου ή λιγότερο από 7,0, και όταν η συγκέντρωση φθοριδίου είναι χαμηλή (Κούρος Ι., 1993., Belojević G., Jakovljević B., 1998). Σύμφωνα με το Ζαπέλλα Α.(2006), το αλουμίνιο έχει σημαντικό ρόλο στην παθογένεια της νόσου καθώς κυκλοφορεί συνδεδεμένο με την τρανσφερίνη (πρωτεΐνη υπεύθυνη για την μεταφορά του σιδήρου) και φαίνεται να εναποτίθεται στον εγκέφαλο σε περιοχές με αυξημένους υποδοχείς τρανσφερίνης, όπως στην μυελώδη μοίρα, στον υποθάλαμο και στους αμυγδαλοειδείς πυρήνες, οι οποίοι είναι και περισσότερο επιρρεπείς στην προσβολή από την νόσο αυτή. Η αυξημένη συγκέντρωση αλουμινίου επίσης φαίνεται να επηρεάζει και την διαλυτότητα του $\text{Si}(\text{OH})_4$ ενώ τα αυξημένα επίπεδα σιλικού οξέος στον εξωκυττάριο χώρο του εγκεφάλου, τα οποία δημιουργούν συμπλέγματα με το αλουμίνιο προάγουν τον σχηματισμό πλακών. Τέλος η πρόσληψη του κίτρικου οξέος αυξάνει την απορρόφηση του αλουμινίου από το γαστρεντερικό σύστημα, ενώ η πρόσληψη φωσφόρου, φθορίου και πολυφαινολικών οργανικών ομάδων μειώνει τον ρυθμό απορρόφησης του.

Άλλος προδιαθεσικός παράγοντας της νόσου είναι τα μειωμένα επίπεδα του νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη. Οι νευροδιαβιβαστές βρίσκονται σε χημικές ουσίες οι οποίες είναι παρούσες στις συνάψεις μεταξύ των νευρώνων του εγκεφάλου μεταξύ τους. Είναι γνωστό ότι η ακετυλοχολίνη είναι το χαρακτηριστικό στους νευροδιαβιβαστές των ασθενών με νόσο Αλτσχάιμερ.

Επιπλέον, η αυξημένη συσσώρευση πρωτεϊνών στον εγκέφαλο, οι ανωμαλίες που παρουσιάζονται στο αυτοανοσοποιητικό σύστημα, η περιορισμένη ροή του αίματος στον εγκέφαλο, η σταδιακή εκφύλιση των κυττάρων του εγκεφάλου όπου κύριος ρόλος τους είναι η επιτέλεση της λειτουργίας της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών, αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες της νόσου Alzheimer.

Σε κάθε ανθρώπινο εγκέφαλο, με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται μια απώλεια κυττάρων, αυτό είναι μια φυσιολογική διαδικασία. Ωστόσο, στην νόσο Alzheimer η απώλεια αυτή εμφανίζεται σε πολύ εντονότερο βαθμό. Επιβαρυντικό παράγοντα αποτελεί και η μη χρήση κατά τη διάρκεια της ζωής διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων (η χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση στη γυναίκα έχει κάποια προστατευτική δράση, την οποία ίσως έχει και η χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων).

Επίσης οι διαταραχές στον μεταβολισμό του ασβεστίου μπορούν να προκαλέσουν αλλαγές στην δομή του νευρικού συστήματος. Έχει υποθεί ότι υπάρχει μια μορφή άνοιας τύπου Parkinson, η οποία αντιπροσωπεύει μια μορφή δευτεροπαθούς υποπαραθυροειδισμού, όπου λόγω της χρόνιας ανεπάρκειας του μαγνησίου και του ασβεστίου έχουν εναποτεθεί τοξικά ιόντα στο νευρικό σύστημα. Έτσι παρατηρείται ότι ο ρόλος του σιδήρου, του μαγνησίου και του ψευδαργύρου ίσως να είναι σημαντικός αλλά δεν έχει ακόμη διερευνηθεί (Ζαπέλλα Α. 2006).

Τέλος, η μείωση στον οργανισμό αντιοξειδωτικών παραγόντων (βιταμίνες Α, C, Ε, καροτινοειδή, μεταλλικό σελήνιο και γενικά, συστατικά που υπάρχουν σε φρούτα και λαχανικά), τα πολλά λιπαρά και το κάπνισμα αποτελούν παράγοντες για εμφάνιση Alzheimer. Θα μπορούσε λοιπόν να υποθεί ότι η διατροφή συμμετέχει στην παθογένεια της νόσου, αλλά αποτελεί πεδίο για περαιτέρω έρευνες (Ζαπέλλα Α.(2006)Engram , Β. 2001., Ελευθεροτυπία, 2007).

*ακετυλοχολίνη: ο εστέρας της χολίνης με οξικό οξύ. Νευρομεταβιβαστής στις χολινεργικές συνάψεις στο κεντρικό, συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. χρησιμοποιείται στην ιατρική ως φάρμακο που προκαλεί μύση. Συμβολίζεται Acn.

3.3.γ Συμπτώματα

Στα πρώτα στάδια εμφάνισης της νόσου τα συμπτώματα ίσως να είναι τόσο ήπια ώστε να περνούν απαρατήρητα τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από την οικογένεια του.

1. Αρχικό στάδιο: Ο ασθενής δυσκολεύεται στην πραγματοποίηση των καθημερινών του εργασιών ή των προσωπικών του δραστηριοτήτων, παραλείπει ραντεβού, ξεχνά ονόματα, τοποθετεί τα αντικείμενα σε λάθος μέρη, χάνει την ενέργεια και τη διάθεση του, παρουσιάζει κατάθλιψη, οξυθυμία, και προσπαθεί να κρύψει το πρόβλημα του.

2. Μέτριο έως σοβαρό στάδιο: Η εμφάνιση γνωστικών προβλημάτων, σε έντονο βαθμό, δηλαδή, παρουσιάζει απώλεια μνήμης όσον αφορά πρόσφατα γεγονότα ή στοιχεία όπως μια διεύθυνση ή την παρούσα ημερομηνία, αν και μπορεί να διατηρεί την μακροχρόνια μνήμη του, δυσκολεύεται να καταλάβει τα καθημερινά γεγονότα. Χάνεται και περιπλανιέται άσκοπα, εμφανίζει παράνοια, διαταραχές κατά την διάρκεια του ύπνου, οξυθυμία, βιαιότητα, απραξία και αγνωσία.

3. Τελευταίο στάδιο: Έντονος αποπροσανατολισμός, ψυχωτικά συμπτώματα και έντονη οξυθυμία, ανικανότητα να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα στον εαυτό του, απώλεια της ικανότητας ομιλίας και κίνησης, λήθαργος, κόμα, θάνατος όπου συνήθως επέρχεται από λοίμωξη, υποσιτισμό και αφυδάτωση (Engram, B., 2001)..

3.3.δ. Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου Alzheimer σύμφωνα με το DSM-IV

A. Ανάπτυξη πολλών γνωστικών ελλειμμάτων που εκδηλώνονται με έκπτωση της μνήμης (μείωση ικανότητας να ανακαλεί στη μνήμη παλαιότερες πληροφορίες), αφασία (διαταραχή του λόγου), απραξία (μείωση ικανότητας να κάνει κινητικές δραστηριότητες παρά τη άθικτη κινητική λειτουργία), αγνωσία (αδυναμία να γνωρίζει αντικείμενα), διαταραχή στην εκτελεστική λειτουργία (δηλαδή αδυναμία στο να οργανώνει πράγματα κλπ.)

B. Μειωμένη κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα

Γ. Τα γνωστικά ελλείμματα στο κριτήριο (A), δεν οφείλονται σε άλλες καταστάσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος που προκαλούν προοδευτικά ελλείμματα στη μνήμη και στις γνωστικές λειτουργίες (π.χ. αγγειακή νόσος εγκεφάλου, νόσος Parkinson κ.α), σε καταστάσεις που είναι γνωστό ότι προκαλούν άνοια, όπως ανεπάρκεια φολικού οξέος ή B12 και τέλος σε καταστάσεις που προκαλούνται από ουσίες.

Δ. Τα ελλείμματα δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν εξηγείται ως άλλη διαταραχή (π.χ. μείζων καταθλιπτική διαταραχή) Μάνος. Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις university studio press

3.3.ε Θεραπευτική αντιμετώπιση ανοιών- νόσου Alzheimer

Η θεραπεία της νόσου εξαρτάται απ' το αν η άνοια είναι αναστρέψιμη ή μη.

Αν είναι αναστρέψιμη (αυτή τη μορφή αποτελούν το 1/3 των ανοιών) αντιμετωπίζονται χειρουργικά. (χειρουργείο του όγκου του υποσκληριδίου αιματώματος). Στις μη αναστρέψιμες άνοιες, γίνεται ατομική και οικογενειακή θεραπεία για επίλυση ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών προβλημάτων, δίνεται φαρμακευτική αγωγή (χορήγηση αντικαταθλιπτικών για κατάθλιψη, αγχολυτικά για την αυπνία και τον εκνευρισμό, αντιψυχωτικά κ.α. (Μάνος. Ν., 1997).

Ο βασικός στόχος για την αντιμετώπιση της νόσου είναι η γρήγορη διάγνωση. Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν γίνει πολλές προσπάθειες να γίνει κατανοητή η παθογένεια της νόσου Alzheimer. Αυτό έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη των πολυάριθμων φαρμάκων για τη θεραπεία αυτής της διαταραχής. Αυτή την περίοδο, υπάρχουν τουλάχιστον 60 φάρμακα που μελετώνται για το αν έχουν κάποια επίδραση στα συμπτώματα της νόσου. Τα φάρμακα που βρίσκονται σε τωρινή χρήση μπορούν να διαιρεθούν ευρέως στις εξής κατηγορίες: φάρμακα που έχουν ως σκοπό να ενισχύσουν τη χολινεργική λειτουργία η οποία βελτιώνει τη γνωστική λειτουργία, φάρμακα που στοχεύουν στην αύξηση των αντιφλεγμονωδών ουσιών και των οιστρογόνων. Καθώς επίσης και φάρμακα που στοχεύουν στην αντίδραση των πιθανών αιτιών της νευρωνικής απώλειας των κυττάρων (Brian E., 2004, Irizarry, M. C. and B. T. Hyman 2001).

Κατά την εκδήλωση της νόσου, είναι γνωστό ότι εμφανίζεται έλλειμμα ακετυλοχολίνης (ελλάττωση της σύνθεσης και της αποδέσμευσης του νευροδιαβιβαστή) και η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να στοχεύει σε αυτή την ανωμαλία ώστε να ρυθμιστεί το πρόβλημα αυτό. Σε αυτό το σημείο δρούν οι αναστολείς των χολινεστερασών που επιτρέπουν την αύξηση της διάρκειας ζωής της ακετυλοχολίνης. Η χορήγηση φαρμάκων (τακρίνη, Cognex, Parke Davis, ντονεπεζίλη) είχαν θετικά αποτελέσματα στο 50% των περιπτώσεων που εμφάνιζαν ελαφριά ή μέτρια συμπτώματα της νόσου. Όταν υπάρχουν θετικά αποτελέσματα στην θεραπεία, παρατηρείται αμέσως μείωση των συμπτωμάτων (Rubinstein H. 2000. Brian E., 2004).

Οι αναστολείς των χολινεστερασών, η οποία είναι μια πολλά υποσχόμενη ανακάλυψη, λειτουργεί με βάση την έγκυρη διάγνωση της νόσου και αυτό για να προληφθούν ανεπανόρθωτες βλάβες.

Μία άλλη θεραπευτική αντιμετώπιση είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ασπιρίνη, ινδομεθακίνη, πιροξικάμη κ.α.)

Κατά τη διάρκεια της νόσου του αλτσχάιμερ παρατηρείται φλεγμονώδης παράγοντας ο οποίος αφορά τα νευρικά κύτταρα και είναι εν μέρη υπεύθυνος για την ελλιπή τους λειτουργία. Έχει αποδειχτεί (Rubinstein H. 2000) ότι άτομα που λαμβάνουν αντιφλεγμονώδη φάρμακα έχουν μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αλτσχάιμερ.

Η νόσος αλτσχάιμερ εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες απ'ότι σε άνδρες. Αυτό οφείλεται στην μείωση ή ανεπάρκεια οιστρογόνων που παρατηρείται μετά την εμμηνόπαυση. Για το λόγο αυτό συνίσταται η ορμονοθεραπεία στις γυναίκες μετά την ηλικία των 50 ετών. Οι λόγοι για την παραπάνω σύσταση είναι πολλοί. Καταρχάς επιδρά στην γενετική κατάσταση της γυναίκας, προλαμβάνει την οστεοπόρωση, έχει επίδραση στην διάθεση και έχει προστατευτική δράση στην μνημονικές και προστατευτικές ικανότητες. Πλέον η χορήγηση οιστρογόνων γίνεται όλο και συχνότερη στις γυναίκες που βρίσκονται γύρω στα 50 και αυτό αποτελεί μια ελπίδα για την μείωση των περιπτώσεων γεροντικής άνοιας.

Το ίδιο μπορεί να συμβεί αντίστοιχα και στους άνδρες με την χορήγηση ανδρικής ορμόνης (τεστοστερόνης) σε ενέσιμη μορφή. Μπορεί και στους άνδρες αυτή η χορήγηση ορμόνης να είναι σωτήρια για την μνήμη και τις νοητικές λειτουργίες.

Η ιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου αλτσχάιμερ δεν περιορίζεται στη φαρμακευτική αγωγή ή στη λήψη νευροδιεγερτικών. Σημαντικό ρόλο παίζει το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Πρέπει τα γύρω άτομα να συμπεριφέρονται στον ασθενή με αγάπη, να τον προστατεύουν, να τον ενθαρρύνουν και όχι να τον απορρίπτουν και να τον ενοχοποιούν. Ο ασθενής δεν πρέπει να αφηθεί στην απογοήτευση και στην κατάθλιψη. Μόνο αν ο ασθενής γίνει αποδεκτός σαν ένα φυσιολογικό άτομο θα μπορέσει να συνεχίσει να αυτοεξυπηρετείται.

Υπάρχουν ειδικά μεθοδικά προγράμματα και μαθήματα εξάσκησης της μνήμης τα οποία είναι κατάλληλα για την αντιμετώπιση των σοβαρών γνωστικών προβλημάτων και τα οποία πρέπει να παρακολουθήσουν οι ασθενείς.

Δυστυχώς όσες προσπάθειες και αν γίνουν από το οικογενειακό περιβάλλον για μια καλή αντιμετώπιση της κατάστασης, ο ασθενής με αλτσχάιμερ κάποια στιγμή μακροπρόθεσμα θα αναπτύξει σοβαρό σύνδρομο άνοιας, με αποτέλεσμα να χρειάζεται βοήθεια για όλες σχεδόν τις προσωπικές του καθημερινές δραστηριότητες και ίσως μετά από αρκετό διάστημα να πρέπει να γίνει εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα.

Τέλος υπάρχουν και κάποιες λύσεις που απαλλάσσουν την οικογένεια από την φροντίδα του ασθενή. Μια τέτοια λύση είναι το «νοσοκομείο της ημέρας» που προτείνεται από κάποιους δημόσιους ή ιδιωτικούς οίκους ευγηρίας καθώς και από κάποια γηριατρικά νοσοκομεία που φροντίζουν τον ασθενή. Ακόμη, υπάρχουν ανάδοχες οικογένειες, θεραπευτικά διαμερίσματα τα οποία είναι ειδικά δημιουργημένα για να φιλοξενούν τους ασθενείς για ορισμένο χρονικό διάστημα, επιτρέποντας έτσι στην οικογένεια να ξεκουραστεί. Καλό είναι όμως να μην φτάσει σε αυτό το σημείο η οικογένεια και να έχει να αντιμετωπίσει όλες τις παραπάνω συνέπειες αλλά να δώσει προσοχή στο άτομο και να γίνει έγκαιρα η διάγνωση τυχόν άνοια. (Rubinstein H. 2000).

3.3.στ. Διατροφική φροντίδα στη νόσο Alzheimer

Η διατροφή μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη της νόσου Alzheimer. Υπάρχουν οι υποψίες ότι τα άτομα που συμπεριλαμβάνουν στο διαιτολόγιό τους, τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα ψάρι και άλλα θαλασσινά, εμφανίζουν αισθητά λιγότερο κίνδυνο στην ελάττωση των πνευματικών τους ικανοτήτων με γεροντική άνοια συμπεριλαμβανομένης και της ασθένειας του Alzheimer.

Φαίνεται να είναι σημαντικός ο ρόλος που παρουσιάζουν οι λιπαρές ουσίες στην διατροφή, στη δημιουργία της άνοιας και του εκφυλισμού των εγκεφαλικών λειτουργιών. Μέσω διαφόρων μηχανισμών όπως, η φλεγμονή, η θρόμβωση, και η αρτηριοσκλήρωση, τα λιπίδια της διατροφής μπορούν να εμφανίσουν επιδράσεις στην υγεία του εγκεφάλου.

Τα ψάρια και τα θαλασσινά λόγω των οξέων που περιλαμβάνουν στην σύστασή τους, παρέχουν προστασία στα αγγεία, μειώνοντας τη φλεγμονή στα εγκεφαλικά αγγεία καθώς βελτιώνουν και τις πνευματικές λειτουργίες μέσω των ω3 λιπαρών οξέων. Ακόμη, τα ψάρια και τα θαλασσινά έχουν δράση και στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και πιθανόν να βοηθούν στη ανάπλαση των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου.

Οι προαναφερόμενες δράσεις των λιπαρών οξέων των ψαριών, έχουν ιδιαίτερη σημασία στα ηλικιωμένα άτομα όπου, εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες για εμφάνιση γεροντικής άνοιας και Alzheimer.

Φαίνεται ακόμα ότι το μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με την διατροφή των ατόμων. Δηλαδή τα μορφωμένα άτομα είναι περισσότερο ενημερωμένα για θέματα διατροφής και ακολουθούν ευκολότερα τις συμβουλές για υγιεινή διατροφή.

Στην Ιαπωνία καταναλώνεται αρκετή ποσότητα ψαριού. Οι μετανάστες που πηγαίνουν σε χώρες όπου παρατηρείται λιγότερη κατανάλωση ψαριού εμφανίζουν περισσότερα περιστατικά γεροντικής άνοιας. Αυτό είναι ένα ακόμη στοιχείο που δείχνει την προστασία που παρέχεται στον εγκέφαλο από την κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών (Barberger-Gateau, P., Letenneur, L., Deschamps, V., Pérès, K., Dartigues, F.J., & Renaud, R. 2002).

Αυτός δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας που εμπλέκεται στην κατάσταση αυτή. Αλλά είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει θετικά την υγεία εμπλουτίζοντας τη διατροφή με ψάρι και θαλασσινά, τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (Barberger-

Gateau, P., Letenneur, L., Deschamps, V., Pérès, K., Dartigues, F.J., & Renaud, R. (2002).

Ο ερευνητής, Σκαρμέας Ν. (2007) είχε διαπιστώσει ότι η μεσογειακή διατροφή, μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου του Αλτσχάιμερ. Τα χαρακτηριστικά της μεσογειακής διατροφής είναι η πλούσια κατανάλωση σε φυτικά έλαια, και κυρίως ελαιόλαδου, η συχνή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, δημητριακών (ολικής άλεσης), ψαριών και οσπρίων, η περιορισμένη κατανάλωση γαλακτοκομικών και ζωικών προϊόντων, η μέτρια κατανάλωση αλκοολούχων ποτών (κυρίως κόκκινου κρασιού), ζάχαρης και γλυκών (Scarmeas N. , Yaakov S. , Mayeux R. , Nieves J.W. , and Luchsinger J.A. 2007).

Ο Σκαρμέας Ν. (2007) δημιούργησε δύο ομάδες, η μία συμπεριλάμβανε 194 άτομα, στα οποία είχε διαγνωστεί η νόσος Αλτσχάιμερ και η δεύτερη αποτελούνταν από 1.790 άτομα, στα οποία δεν είχε γίνει διάγνωση άνοιας. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες ανάλογα με το κατά πόσο ακολουθούσαν την μεσογειακή διατροφή.

Τελικά διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που τηρούσαν περισσότερο τη μεσογειακή διατροφή είχαν 68% λιγότερες πιθανότητες για εμφάνιση της νόσου Αλτσχάιμερ σε σχέση με τα άτομα που απείχαν πολύ από το εν λόγω πρότυπο διατροφής.

Διατροφή υψηλή σε αντιοξειδωτικές ουσίες, βιταμίνες β6, β12 και ακόρεστα λιπαρά οξέα σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση αλτσχαιμερ. Ακόμα, οι πολυφαινόλες (ουσίες που υπάρχουν κυρίως στο τσάι, στους χυμούς και στο κρασί) μπορούν να διακόψουν τη διαδικασία συσσώρευσης β-αμυλοειδούς πρωτεΐνης στον εγκέφαλο (χαρακτηριστικό της νόσου Αλτσχάιμερ) με αποτέλεσμα να έχουν ευεργετικές επιδράσεις στη εξέλιξη της νόσου (Luchsinger JA, Noble JM, Scarmeas N. 2007).

Η χορήγηση της βιταμίνης Β12 σε ασθενείς με έλλειψη βιταμίνης Β12 επιφέρει βελτίωση της άνοιας ιδιαίτερα μάλιστα όταν γίνει έγκαιρα η διάγνωση.

Έχει παρατηρηθεί ότι ένζυμα που εξαρτώνται από τη βιταμίνη Β1 (θειαμίνη) είναι ελαττωμένα στα άτομα με νόσο αλτσχαιμερ, αυτά είναι, η τρανσκετολάση, το σύμπλεγμα της πυρουβικής δευδρογονάσης και το σύμπλεγμα της 2-κετογλουταρικής δευδρογονάσης σ'όλο τον εγκέφαλο, σε μερικές περιοχές του εγκεφάλου αλλά και σε άλλους ιστούς (Κούρος Ι. 1993).

Η ανεπάρκεια νιασίνης (βρίσκεται κυρίως στο κρέας, στο ψάρι, στα πουλερικά, στις σαρδέλες, στους ξηρούς καρπούς, στα πράσινα λαχανικά, κ.α.) μπορεί επίσης να συμβάλλει στην εμφάνιση αλτσχαιμερ. Η νιασίνη είναι απαραίτητη για την καλή λειτουργία του εγκεφάλου (Morris MC, Evans DA, Bienias JL, και συν. 2004).

Στην νόσο αλτσχαιμερ, ευεργετικό μπορεί να φανεί το φολλικού οξύ, όταν αυτό υπάρχει σε αυξημένες ποσότητες. Επίσης οφέλιμη είναι και η μείωση των θερμίδων, η μείωση δηλαδή του σωματικού βάρους (Mattson, MP. 2003).

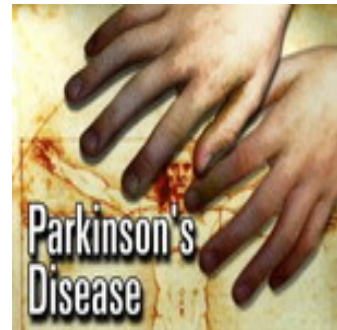
Ο Λουσιγκερ Χ. (2007) και οι συνεργάτες του στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Κολούμπια μελέτησαν και απέδειξαν ότι τα αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης στο αίμα μπορεί να αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης νόσου Αλτσχάιμερ. Επειδή το φολλικό οξύ και η βιταμίνη Β12 λειτουργούν στο ίδιο «μονοπάτι» για την μείωση των επιπέδων της ομοκυστεΐνης και η βιταμίνη Β6 σε άλλο, ενδεχομένως να έχουν επίπτωση στον κίνδυνο εκδήλωσης της νευροεκφυλιστικής πάθησης. Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η συχνή κατανάλωση φρούτων, χυμών, λαχανικών, ψαριών, και ωμέγα-3 λιπαρών οξέων μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της άνοιας και της ασθένειας Alzheimer (Barberger-Gateau P, Raffaitin C, Letenneur L και συν. 2007).

3.4. Νόσος Parkinson

3.4.α.Ορισμός:

Η νόσος Parkinson είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσος που σχετίζεται με την πάροδο της ηλικίας. Πρόκειται για μία νόσο που οφείλεται σε δυσλειτουργία των βασικών γαγγλίων του εγκεφάλου και εκδηλώνεται με δυσχέρεια κινητικότητας (βραδυκίνησια), δυσκαμψία και τρόμο.

Το 1817 ο James Parkinson είχε περιγράψει τη νόσο ως εξής: «ακούσια τρομώδης κίνηση με μείωση της μυικής ισχύος σε μέλη που δεν βρίσκονται σε δραστηριότητα, ακόμη και όταν υποβαστάζονται με μία τάση του κορμού να γέρνει μπροστά και του βηματισμού απο βάδισμα να γίνεται τρέξιμο. Οι αισθήσεις και η νοητική κατάσταση μένουν ανεπηρέαστες» (Κούρος Ι. 1993,σελ.97)



Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την ηλικία και προσβάλλει το 1,5% - 2,5 % των ατόμων άνω των 70 ετών. Το γεγονός αυτό καθιστά την νόσο Parkinson μια από τις τέσσερις πιο συνηθισμένες νευροεκφυλιστικές νόσους των ηλικιωμένων. Η μέση διάρκεια της νόσου είναι περίπου 13 χρόνια και έχει επίπτωση στην κοινωνική ζωή και επιβαρύνει την οικονομική κατάσταση του πάσχοντος.

Η νόσος εμφανίζεται όταν περίπου το 75% των νεύρων που παράγουν ντοπαμίνη σε μια περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται μέλαινα ουσία, πεθαίνουν ή παρουσιάζουν αλλοιώσεις. Αυτό οδηγεί προοδευτικά σε ανεπάρκεια της ντοπαμίνης, ενός νευρομεταβιβαστή που συμμετέχει σε ένα περίπλοκο κύκλωμα τόσο διεγερτικών όσο και ανασταλτικών οδών με σκοπό τη ρύθμιση του κινητικού συστήματος. Η θεραπευτική αγωγή βασίζεται σε φάρμακα που ενισχύουν ή μιμούνται τη δράση του νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη. (Olanowlw, T., W.G, 1999, Gelb Dj, Oliveree, Gliman S., 1999. Καπαρός Γ. 1996.)

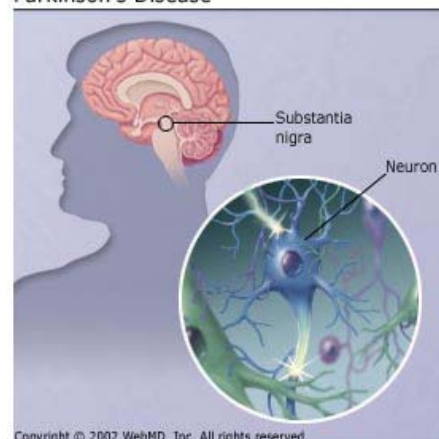
3.4.β. Παθοφυσιολογία- Αίτια εμφάνισης της νόσου Parkinson

Ακόμη δεν είναι γνωστοί οι παράγοντες που ευθύνονται για την πρόκληση της νόσου. Έχουν αναγνωρισθεί πολλοί παράγοντες που συνδέονται με την ασθένεια, όπως είναι οι ανωμαλίες που παρουσιάζονται στον εγκέφαλο και συνδέονται με την ασθένεια Parkinson αλλά τα πραγματικά αίτια είναι άγνωστα και συνεπώς απαιτείται περισσότερη έρευνα για την αναγνώριση τους (Dick, F.D., De Palma, G., Ahmadi, A., Scott, N.W., Prescott, G.J., Bennett, J. et.all. 2007).

Πιθανολογείται ότι η νόσος Parkinson οφείλεται στην έλλειψη ενός νευροδιαβιβαστή του ΚΝΣ που ονομάζεται ντοπαμίνη. Η ντοπαμίνη (DA) συντίθεται και απελευθερώνεται από τους νευρώνες ενός ανατομικού σχηματισμού του ΚΝΣ που ονομάζεται μέλαινα ουσία

Ο ρόλος της ντοπαμίνης είναι να μεταφέρει νευρικά μηνύματα μεταξύ της μέλαινας ουσίας και του ραβδωτού σώματος του εγκεφάλου, τα οποία παρέχουν βασικό ρόλο στην ομαλότητα, τον συντονισμό και τον έλεγχο των κινήσεων.

Parkinson's Disease



Με την πάροδο της ηλικίας παρουσιάζεται απώλεια των νευρώνων της μέλαινας ουσίας που παράγει την ντοπαμίνη. Στους ασθενείς με νόσο Πάρκινσον παρουσιάζεται απώλεια σε ποσοστό του 50% ή και περισσότερο. Τα αίτια που οδηγούν στην καταστροφή των νευρώνων της μέλαινας ουσίας στον εγκέφαλο δεν έχουν εξακριβωθεί, παρόλο που η πλήρη κατανόηση τους παίζει σημαντικό ρόλο για τη θεραπεία της νόσου.

Υποστηρίζεται ότι η νόσος οφείλεται κυρίως στο συνδυασμό γενετικών παραγόντων και περιβαλλοντικών επιδράσεων. Σε μικρό ποσοστό ασθενών υπάρχει κληρονομικότητα (οικογενής N. Parkinson). Η αύξηση της ηλικίας καθώς και το φύλο παρέχουν καθοριστικό ρόλο στην πρόκληση της νόσου, στους άνδρες παρατηρείται λίγο μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης της από ότι στις γυναίκες. Από τις περιβαλλοντικές επιδράσεις, αυτές που έχουν συνδεθεί με τη νόσο είναι το κάπνισμα και η έκθεση σε φυτοφάρμακα, μικροβιοκτόνα και εντομοκτόνα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι τοξικοί παράγοντες, γιατί στην πρόληψη της πιθανής επίδρασης αυτών των παραγόντων τείνει η νέα φιλοσοφία της αντιμετώπισης του Parkinson. Έχει παρατηρηθεί ότι εργαζόμενοι σε ορυχεία μαγγανίου παρουσίαζαν σε αυξημένο ποσοστό παρκινσονισμό. Μια άλλη παρατήρηση είναι ότι πιθανόν να συμβάλλουν στην νέκρωση των ντοπαμινικών νευρώνων και οι ελευθερες ρίζες (EP). Οι ελευθερες ρίζες είναι προϊόντα μεταβολισμού κάποιων ουσιών, μεταξύ των οποίων είναι η ίδια η ντοπαμίνη. Αυτές ενώνονται με τα λιπίδια των μεμβρανών των κυττάρων και με τον τρόπο αυτό καταστρέφουν τους νευρώνες. Στην περίπτωση της νόσου Parkinson, οι EP, που απελευθερώνονται από τον μη σωστό μεταβολισμό της ντοπαμίνης καταστρέφουν τους νευρώνες της μέλαινας ουσίας. Ακόμα, έχει ενοχοποιηθεί η αύξηση του σιδήρου (Fe) στον εγκέφαλο στις μεγαλύτερες ηλικίες και η συμμετοχή της φερριτίνης στην παραγωγή ελευθέρων ριζών, η ύπαρξη τοξικών ουσιών στο νερό, το stress και άλλες πιθανές αιτίες (Olanowlw, T., W.G, 1999, Gelb Dj, Olivere, Gliman S., 1999, Elbaz, A., Tranchant, C. 2007, Κούρος I. 1993).

3.4.γ Συμπτώματα

Τα τυπικά συμπτώματα της νόσου είναι:

- Τρεμούλιασμα ή Τρόμος : Το πιο συχνό σύμπτωμα εκδήλωσης της νόσου το οποίο εμφανίζεται στο αρχικό στάδιο είναι ένα χαρακτηριστικά αργό αλλά έκδηλο τρεμούλιασμα το οποίο χειροτερεύει όταν ο ασθενής είναι ακίνητος και εξαφανίζεται όταν κοιμάται. Ο τρόμος αυτός που παρουσιάζεται στη νόσο είναι χαρακτηριστικός και μπορεί να έχει ασύμμετρη κατανομή δηλαδή το ένα χέρι να τρέμει περισσότερο από το άλλο.

- Ακαμψία: Η ακαμψία των μελών του σώματος και του κορμού, μπορεί να συνοδεύεται από μυϊκό άλγος και κόπωση.

- Βραδυκινησία: Παρουσιάζεται βραδύτητα και μείωση των κινήσεων. Το πρόσωπο εμφανίζεται απαθές, σε περίπτωση που προσβληθούν οι μύες του προσώπου, των βλεφάρων, του μετώπου, της γλώσσας και της γνάθου. Τότε οι εκφράσεις του προσώπου χάνονται και το άτομο δυσκολεύεται ακόμη και να χαμογελάσει. Η γενικευμένη βραδυκινησία παρουσιάζεται με ακινησία, χωρίς τις συνήθεις μικρές μεταβολές της στάσης ή τις αυθόρμητες κινήσεις των άνω άκρων, καθώς υπάρχει ταυτόχρονα αδυναμία πραγματοποίησης γρήγορων εναλλασσόμενων κινήσεων, η γραφή με το χέρι έχει σαν αποτέλεσμα την όλο και μικρότερου μεγέθους αναγραφή γραμμμάτων (μικρογραφία).

- Αστάθεια στη στάση: πολλοί ασθενείς με νόσο του Parkinson παρουσιάζουν μειωμένα αντανακλαστικά, δυσκολεύονται να σηκωθούν από κάποιο κάθισμα, παίρνουν κυρτή

στάση, βαδίζουν με μικρά βήματα ή σέρνουν τα πόδια τους και κινούν λιγότερο τα χέρια τους ενώ βαδίζουν. Καθώς εξελίσσεται η νόσος, μπορεί ο ασθενής να έχει κακή ισορροπία και ορθοστατική υπόταση. Όπως προαναφέρθηκε, συνήθως, τα συμπτώματα εμφανίζονται πρώτα σε ένα μέλος, συνήθως στο άνω άκρο, και στην πορεία της νόσου επεκτείνονται και στα άλλα μέλη.

Μερικά ακόμη συμπτώματα της νόσου είναι:

- Η κατάθλιψη, όπου εμφανίζεται στο 30% περίπου των ασθενών.

- Οι συγκινησιακές διαταραχές, όπως είναι η ακινησία.

- Η σοβαρή επίμονη δυσκοιλιότητα: Εμφανίζεται λόγω της απώλειας του μυϊκού τόνου και περισταλτικότητας του εντέρου. Η δυσκολία κατάποσης λόγω της αργής κένωσης του στομάχου δίνει ένα αίσθημα πληρότητας και κάνει τον ασθενή να σταματά να τρώει.

- Η δυσκολία στην κατάποση και στο μάσημα.

- Διαταραχές ύπνου: είναι ένα απ' τα πιο κοινά συμπτώματα της ασθένειας

- Η άνοια, όπου προσβάλλει περίπου το 30% των ασθενών.

(Olanowlw, T., W.G, 1999, Lepoutre A, Devos D, Blanchard-Dauphin A. 2006, Comella CL. 2007).

3.4.δ Θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου Parkinson:

Η θεραπευτική αγωγή βασίζεται σε φάρμακα που ενισχύουν ή μιμούνται την δράση της DA (ντοπαμίνης). Τα ντοπαμινομιμητικά φάρμακα διεγείρουν τους ίδιους υποδοχείς που διεγείρει φυσιολογικά η DA. Άλλα φάρμακα αναστέλλουν τη δράση ενζύμων τα οποία φυσιολογικά καταβολίζουν την DA. Καθοριστικής σημασίας φάρμακο είναι η L-DOPA ή λεβοντόπα, μία ουσία την οποία χρησιμοποιεί ο νευρώνας για να συνθέσει DA. Η λεβοντόπα μετατρέπεται σε ντοπαμίνη μόλις φτάσει στον εγκέφαλο. Έχει μια προστατευτική επιρροή στο αμφιβληστροειδικό στρώμα των νευρικών ινών στην ασθένεια parkinson έναντι στους αγωνιστές της ντοπαμίνης. Στις θεραπείες για την νόσο του Parkinson περιλαμβάνονται επίσης τα αντιχολινεργικά, οι MAD αναστολείς και οι ντοπαμινικοί αγωνιστές, που χορηγούνται είτε μόνοι τους (κυρίως στα πρώτα στάδια της νόσου) είτε σε συνδυασμό με τη λεβοντόπα.

Η λεβοντόπα συνδυάζεται πάντοτε με τις ουσίες καρβινόπα ή βενσεραζίδη προκειμένου να εμποδιστεί η αποικοδόμηση της στην περιφέρεια (έντερο, νεφρά, ήπαρ) από ένα ένζυμο του οργανισμού, την ντοπααποκαρβοξυλάση. Η λεβοντόπα, που αποτελεί θεραπεία για την νόσο, εμφανίζει βελτίωση στην ποιότητα ζωής των παρκινσονικών ασθενών, μετά από μακροχρόνια χρήση παρουσιάζεται ελάττωση στο θεραπευτικό αποτέλεσμα και εμφανίζονται επιπλοκές στην κίνηση (κινητικές διακυμάνσεις και δυσκινησίες). Σε αυτούς τους ασθενείς που εμφανίζουν κινητικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η κινησιοθεραπεία και η ψυχολογική υποστήριξη.

(Yavas GF, Yilmaz O, Küsbeci T, Oztürk F, 2007, Olanowlw, T., W.G, 1999, Gelb Dj, Oliveree, Glíman S., 1999, Καπαρός Γ. 1996.)

3.4.ε. Διατροφική φροντίδα Parkinson

Πολλές μελέτες έχουν γίνει για να διαπιστωθεί εάν η διατροφή ασκεί προστατευτική δράση στη νόσο Parkinson. Πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι διατροφή υψηλή σε ζωικό λίπος και σε χοληστερόλη συνδέεται με μια σημαντική αύξηση των πιθανοτήτων για ανάπτυξη Parkinson. Αντίθετα, το λίπος φυτικής προέλευσης δεν εμφανίζεται να αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση της νόσου.

Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία οι άνθρωποι που ακολουθούν φυτοφαγική διατροφή σε συνδυασμό με μειωμένη θερμιδική πρόσληψη εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά για Parkinson για το λόγο ότι η φυτοφαγική διατροφή φαίνεται να έχει θετική επίδραση στην προστασία από την εμφάνιση της νόσου. Ακόμη μελετάται η επίδραση των οσπρίων πάνω στη νόσο. Συγκεκριμένα, ερευνούνται οι βλαστοί των φασολιών που είναι πλούσιοι σε L-DOPA (πρόδρομη ένωση της ντοπαμίνης) κατά πόσο εμπλέκονται στην πορεία της νόσου αλλά οι συγκεκριμένες μελέτες βρίσκονται ακόμη σε εξέλιξη (M. F. McCarty 2001, Randhir R. Shetty K. 2004).

Θεωρείται ότι μια από τις αιτίες εμφάνισης της νόσου είναι η οξειδωση που μπορούν να υποστούν τα εγκεφαλικά κύτταρα της μέλαινας ουσίας (Zhang SM., Hernán MA., Chen H. και συν. 2002). Ορισμένες βιταμίνες, παρουσιάζουν αντιοξειδωτική δράση, δηλαδή μπορούν να προστατεύουν τα κύτταρα της μέλαινας ουσίας από την οξειδωση τους, όπως είναι οι βιταμίνες E και C και οι καροτινοειδείς ουσίες.

Ο οργανισμός δεν έχει την ικανότητα να παράγει από μόνος του τις βιταμίνες, έτσι πρέπει να τις προσλαμβάνει μέσω της διατροφής ή από βιταμινούχα φαρμακευτικά σκευάσματα. Η πρόσληψη των βιταμινών είναι απαραίτητη για την κανονική διεξαγωγή των λειτουργιών του οργανισμού και για την καλή διατήρηση της υγείας του.

Κυρίως η αυξημένη κατανάλωση τροφών πλούσιων σε βιταμίνη E παρουσιάζει λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης της ασθένειας. Δεν αποκλείεται όμως να υπάρχουν και άλλοι παράγοντες εκτός από την βιταμίνη E που να είναι υπεύθυνοι για την μείωση εμφάνισης της νόσου, (π.χ. η μαγιονέζα και οι ξηροί καρποί παρέχουν και οι δύο βιταμίνη E, αλλά μόνο οι ξηροί καρποί μειώνουν το κίνδυνο για Πάρκινσον). Έχει βρεθεί επίσης ότι η υψηλή καταναλώση φρούτων, λαχανικών, ψαριού και πουλερικών, καθώς και η κατανάλωση καρυδιού και σιταριού συνδέονται αντιστρόφως με τον κίνδυνο εμφάνισης πάρκινσον. Επίσης μία διατροφή χαμηλή σε κορεσμένο λίπος και μέτρια σε κατανάλωση οινοπνεύματος (κόκκινου κρασιού) μπορεί να προστατεύσει τα άτομα από την εμφάνιση πάρκινσον (Gao X, Chen H, Fung TT. και συν. 2007).

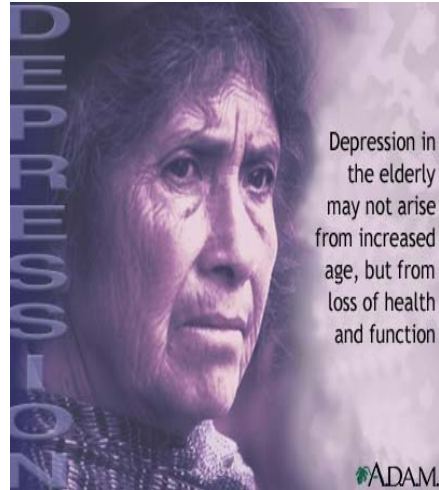
Η ισορροπημένη διατροφή είναι σημαντική για την καλή μεταβολική λειτουργία, καθώς και για την καλή υγεία του οργανισμού. Ορισμένα τρόφιμα τα οποία παρουσιάζουν αυξημένη περιεκτικότητα σε βιταμίνη E ίσως να έχουν προληπτικές ιδιότητες εναντίον της εμφάνισης Πάρκινσον αλλά χρειάζονται περαιτέρω έρευνα (Powers KM, Smith-Weller T, Franklin GM, και συν. 1999).

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Κατάθλιψη στη Τρίτη ηλικία

4.1.α. Ορισμός-μορφές κατάθλιψης

Κατάθλιψη (ή καταθλιπτικές διαταραχές) ονομάζεται η κατάσταση του ασθενούς, κατά την οποία κυριαρχεί το αίσθημα της θλίψης, της απελπισίας, της απογοήτευσης, της ανημποριάς και της έλλειψης ενδιαφέροντος για πράγματα που κάποτε ήταν ευχάριστα. Όλα αυτά συνήθως συνυπάρχουν σε μεγάλο βαθμό. Η κατάθλιψη δεν είναι μια απλή μελαγχολία και δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον. Δεν ταυτίζεται με την δυσθυμία, την ακεφιά και την λύπη που αισθάνονται τα άτομα μερικές φορές. Μειώνει αισθητά την λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς και η διάρκεια της ποικίλει από λίγες εβδομάδες έως και πολλούς μήνες. Όσον αφορά στην γεροντική κατάθλιψη, το Εθνικό Ινστιτούτο για την γήρανση στις ΗΠΑ (1997) έδειξε ότι το γήρας καθ'αυτό δεν αποτελεί παράγοντα επικινδυνότητας για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Η κάμψη της υγείας όμως που παρουσιάζεται με την πάροδο των χρόνων, καθώς επίσης και η λειτουργική ανικανότητα που εμφανίζεται τότε, είναι εκλυτικοί παράγοντες για την κατάθλιψη.



Όπως παρουσιάζουν διεθνείς στατιστικές μελέτες, η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας. Ένα ποσοστό λιγότερο του 20% των ανθρώπων τρίτης ηλικίας που πάσχουν από κατάθλιψη λαμβάνουν την κατάλληλη αντικαταθλιπτική αγωγή.

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι μια από τις πιο παραμελημένες νόσους. Πλήττει πολύ υψηλά ποσοστά ηλικιωμένων και στις περισσότερες περιπτώσεις δεν αναγνωρίζεται και δεν θεραπεύεται. Στα άτομα που προσβάλλονται από κατάθλιψη δεν συμπεριλαμβάνονται μόνο οι κάτοικοι των γηροκομίων και των ΚΑΠΗ, αλλά και αυτοί που μένουν μόνοι τους.

Γενικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα είναι μία από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους. Η κατάθλιψη δεν είναι φυσιολογικό χαρακτηριστικό γνώρισμα που παρουσιάζεται με την πάροδο της ηλικίας, είναι μια πραγματική ψυχική διαταραχή η οποία προκαλείται από μια σειρά αιτιών και για αυτό τέτοια περιστατικά θα πρέπει να δέχονται την κατάλληλη αντιμετώπιση. Η κλινική εικόνα της γεροντικής κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων μπορεί να διαφέρει. Ο ψυχίατρος Aaron Beck (1979) ομαδοποίησε τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε κατηγορίες. Αυτές οι κατηγορίες περιλαμβάνουν διαταραχές του συναισθήματος, αλλαγή του τρόπου σκέψης, έλλειψη κινήτρων και φυσιολογικές διαταραχές όπως είναι η ανορεξία, η αυπνία κ.λ.π. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις η γεροντική κατάθλιψη συνοδεύεται από παραισθήσεις.

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι κύριο σύμπτωμα και αποτελείται από ξέσπασμα σε δάκρυα, ενώ το άτομο εκφράζει παράπονα και απογοητεύσεις. Επίσης όπως προαναφέρθηκε, το άτομο αλλάζει τον τρόπο που σκέπτεται, εκφράζει σκέψεις ενοχής, δεν του αρέσει έτσι που είναι ο κόσμος και νομίζει πως είναι αθεράπευτα άρρωστος. Το καταθλιπτικό άτομο δεν έχει πια κίνητρα, νιώθει ανίκανο να αντιδράσει, είναι κυριευμένο

από παραλυτικό φόβο και έχει αυτοκτονικές τάσεις. Η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στην όρεξη για φαγητό που μπορεί να εκφράζεται με την μορφή ανορεξίας ή βουλιμίας. Επίσης μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στον ύπνο, πεπτικές διαταραχές όπως ναυτία, καούρες στο στομάχι, δυσκοιλιότητα, κόπωση, εξάντληση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης κ.α. Άλλο σημαντικό σύμπτωμα που εμφανίζεται στην κατάθλιψη είναι οι ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως είναι η ανικανότητα στη συγκέντρωση, στη προσοχή, η μειωμένη κινητική ικανότητα κ.α. Όταν η κατάθλιψη εμφανίζεται σε βαριά μορφή, εμφανίζονται ψυχωτικά συμπτώματα στη σκέψη του ηλικιωμένων. Μπορεί το άτομο να έχει παραισθήσεις ή φαντασιώσεις. Οι ηλικιωμένοι βασανίζονται από φανταστικές φωνές ή νομίζουν ότι έχουν διαπράξει κάποιο έγκλημα (Αυτή η μορφή κατάθλιψης ονομάζεται ψυχωτική κατάθλιψη). Χαρακτηριστικό επίσης σύμπτωμα είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αίσθημα ενοχής, ακόμα οι σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη μπορεί να εμφανίζουν και σωματικά ενοχλήματα. Τα άτομα αυτά που υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα χρειάζονται κλινική παρακολούθηση, ακόμη και όταν δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης (Παγοροπούλου Α. Α. 2000, Κλεφτάρας Γ. 1998, Μάνου, Ν., 1997). Είναι ιδιαίτερα ευχάριστο, που ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων δέχονται με αισιοδοξία τις φυσιολογικές μεταβολές που γίνονται σε αυτήν την περίοδο της ζωής τους, και για αυτό το λόγο φαινόμενα όπως είναι η μειωμένη κοινωνική προσφορά -δραστηριότητα, το άγχος, η ανησυχία, καθώς και η μειωμένη λήψη πρωτοβουλιών, όπως προαναφέρεται, ίσως να είναι συμπτώματα της κατάθλιψης και όχι φυσιολογικά χαρακτηριστικά του γήρατος, όπως τα αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι συγγενείς των ηλικιωμένων, έχοντας σαν αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να μην δέχονται την απαραίτητη βοήθεια.

Μέχρι σήμερα κατά την αντιμετώπιση της κατάθλιψης παρουσιάζονται αρκετά προβλήματα, κυρίως παρενέργειες από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ΤΚΑ).

Τα τελευταία χρόνια παρουσίασαν αυξημένη προώθηση οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's), αντικαταθλιπτικά ασφαλέστερα και πολύ καλύτερα ανεκτά, κυρίως στους ηλικιωμένους, στα οποία ανήκουν η σιταλοπράμη, η φλουοξετίνη, η παροξετίνη και η φλουβοξαμίνη (Ford Martin P.A 2003, Παγοροπούλου Α. 2000).

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία διαφοροποιεί την κατάθλιψη από τις άλλες ψυχολογικές διαταραχές με βάση το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών, που δημοσιεύθηκε το 1994 (DSM-IV). Οι συναισθηματικές διαταραχές διαχωρίζονται κατά το DSM-IV ως εξής: Μείζων καταθλιπτική διαταραχή, διπολικές διαταραχές, διπολική διαταραχή τύπου I, διπολική Διαταραχή τύπου II, δυσθυμική διαταραχή, κυκλοθυμική διαταραχή και άτυπες μορφές κατάθλιψης (Evans M.E., Abou-Saleh M.T. & Blazer D.G. 1994, Folks D.G. & Ford C.V. 1994, Παγοροπούλου Α. 2000, Χριστοδούλου Ν. 1998, Anstey K, Brodaty H. 1995, Nyth, A.L et al. 1992).

❖ Μείζων καταθλιπτική διαταραχή.

Η μείζων κατάθλιψη είναι πρωτογενής μορφή κατάθλιψης. Τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ορίζουν ότι για την ύπαρξη της μείζονος κατάθλιψης θα πρέπει να παρουσιάζονται καταθλιπτικά συμπτώματα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες (Folks, D.G., Ford, C.V. 1994, Evans, M.E., Abou-Saleh, M.T. & Blazer, D.G, 1994, Anstey K, Brodaty H. 1995, Nyth, A.L et al. 1992).

Το βασικό διαγνωστικό στοιχείο της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι μία κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα (μείζων καταθλιπτική διαταραχή μοναδικό επεισόδιο) ή περισσότερα (μείζων καταθλιπτική διαταραχή, υποτροπιάζουσα) μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, χωρίς ιστορικό μανιακού ή μικτού ή υπομανιακού επεισοδίου. Αν συμβεί κάποιο απ'τα προαναφερθέντα επεισόδια η διάγνωση δεν είναι μείζων καταθλιπτική διαταραχή αλλά είναι διπολική διαταραχή. Παρουσία δύο ή περισσότερων Μείζονων Καταθλιπτικών Επεισοδίων, για να θεωρηθούν ξεχωριστά τα επεισόδια θα πρέπει να υπάρχει ένα μεσοδιάστημα 2 τουλάχιστον συνεχών μηνών κατά τους οποίους δεν πληρούνται τα κριτήρια για Μείζων Καταθλιπτικό επεισόδιο.

Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο δεν εξηγείται καλύτερα ως σχιζοσυναισθηματική διαταραχή και δεν επικάθεται σε σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.

Τα άτομα που βρίσκονται σε ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν και επιπλέον συμπτώματα, όπως αυτά που αναφέρθηκαν και στην κατάθλιψη, όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, άγχος, φοβίες, διάφορους πόνους και προσβολές πανικού, τα οποία αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες. Κάποιες φορές όμως μπορεί να εμφανιστούν πολύ απότομα μετά από κάποιο στρεσογόνο γεγονός. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνια νοσήματα. Τα περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, έχουν γενικά καλή πρόγνωση ακόμα και χωρίς θεραπεία. Όμως σε βαριές περιπτώσεις χρειάζονται θεραπείες όπως χρήση αντικαταθλιπτικών και ηλεκτροσόκ, αν και το ηλεκτροσόκ πλέον χρησιμοποιείται σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις. Στο 1/3 των περιπτώσεων με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια τα συμπτώματα υποχωρούν εν μέρη ή και καθόλου. (Μάνος, Ν., 1997).

Οι επιπλοκές που εμφανίζουν τα άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είναι μειωμένη ενέργεια και ενεργητικότητα, μειωμένη συγκέντρωση, έλλειψη ενδιαφέροντος, δυσκολία στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις. Επίσης η απάθεια και η σεξουαλική ανικανότητα, κάποιες σωματικές μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη είναι και αυτά συμπτώματα της πάθησης. Τα συναισθήματα που διακατέχουν το άτομο είναι, μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας. Οι ψυχοκινητικές διαταραχές είναι διέγερση ή καταστολή. Οι γνωστικές διαταραχές είναι η ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, οι ενοχές, οι αυτοκτονικές τάσεις, η διαταραχή στη μνήμη και στην συγκέντρωση.

Η πιο σοβαρή επιπλοκή από όλες είναι η αυτοκτονία. Ιδιαίτερα υψηλός κίνδυνος για αυτοκτονία συναντάται σε άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, οικογενειακό ιστορικό με απόπειρες αυτοκτονιών και άλλα. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή έχει υψηλή θνησιμότητα. Περίπου το 15% των ασθενών πεθαίνουν αυτοκτονώντας. (Μάνος, Ν., 1997).

❖ Διπολικές διαταραχές:

Οι διπολικές διαταραχές είναι ασθένειες που χαρακτηρίζονται από ακραίες συναισθηματικές διαθέσεις, την έξαρση και την κατάθλιψη. Οι διπολικές διαταραχές είναι ουσιαστικά ένα φάσμα κλινικών εικόνων στις οποίες η ένταση και η συχνότητα διαφέρουν. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται στην πάθηση αυτή είναι ίδια με τις υπόλοιπες καταθλιπτικές διαταραχές. Το χαρακτηριστικό στις διπολικές διαταραχές είναι η έξαρση, η οποία περιλαμβάνει, φυσιολογικές καταστάσεις ευφορίας και χαράς αλλά και παθολογικές καταστάσεις μανίας (μανία σημαίνει υπέρμετρη έξαρση, διέγερση, υπερκινητικότητα).

Τα συμπτώματα που εμφανίζονται στις διπολικές διαταραχές είναι τα εξής: διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (ευφορία, ευερεθιστότητα), διογκωμένη αυτοεκτίμηση και έλλειψη αυτοκριτικής, μειωμένη ανάγκη για ύπνο (οι ασθενείς δεν κουράζονται, νιώθουν γεμάτοι ενέργεια), πίεση λόγου (μιλούν δυνατά, γρήγορα, σαν βιάζονται και να είναι κάτω υπό πίεση), διάσπαση της προσοχής (εκδηλώνεται με γρήγορες αλλαγές στην ομιλία ή στις δραστηριότητες), υπερκινητικότητα (ανησυχία, αυξημένη δραστηριότητα σε διάφορους τομείς), εμπλοκή σε καταστάσεις με οδυνηρές συνέπειες, συναισθηματική αστάθεια (εναλλαγή συναισθημάτων ευφορία, θυμός, κατάθλιψη), παραλήρημα κι ψευδαισθήσεις (Μάνος, Ν., 1997, Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. 2000).

❖ Διπολική διαταραχή τύπου I, όπου γίνεται εναλλαγή μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων ή μόνο μανιακών επεισοδίων.

Η διπολική διαταραχή τύπου I, χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μανιακά επεισόδια και τις περισσότερες φορές έχουν και ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια.

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή τύπου I, είναι έντονη εναλλαγή ιδεών, (ασυναρτησία). Τα άτομα δεν αναγνωρίζουν ότι είναι άρρωστα και αντιστέκονται σε κάθε θεραπεία.

Το δυσάρεστο είναι ότι η διπολική διαταραχή I, εμφανίζει συνήθως υποτροπές. Τα μανιακά συμπτώματα αρχίζουν αιφνίδια και κλιμακώνονται γρήγορα μέσα σε λίγες μέρες. Τα μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια συνήθως διαδέχονται το ένα το άλλο.

Η σημαντικότερη επιπλοκή αυτής της νόσου είναι η αυτοκτονία που συμβαίνει στο 10-15% των ασθενών (Μάνος, Ν., 1997, Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. 2000, Evans M.E., Abou-Saleh M.T. & Blazer D.G. 1994, Folks D.G. & Ford C.V. 1994, Παγοροπούλου Α. 2000, Χριστοδούλου Ν. 1998).

❖ Διπολική Διαταραχή τύπου II, χαρακτηρίζεται από μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια και επεισόδια υπομάνιας

Χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια, που συνοδεύονται από ένα τουλάχιστον υπομανιακό επεισόδιο (το υπομανιακό επεισόδιο δεν είναι τόσο βαρύ όσο το μανιακό και δεν προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου). Στο υπομανιακό δεν παρουσιάζει το άτομο ασυναρτησία. Τα υπομανιακά επεισόδια και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αλληλοδιαδέχονται το ένα το άλλο. Τα υπομανιακά επεισόδια συνήθως αρχίζουν απότομα, κλιμακώνονται γρήγορα τις επόμενες μέρες και διαρκούν αρκετές εβδομάδες, ίσως και μήνες. Από τις επιπλοκές της Διπολικής Διαταραχής τύπου II, η πιο σημαντική είναι η αυτοκτονία που συμβαίνει στο 10-15% των ασθενών (Μάνου, Ν., 1997, Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. 2000, Evans M.E., Abou-Saleh M.T. & Blazer D.G. 1994, Folks D.G. & Ford C.V. 1994, Παγοροπούλου Α. 2000, Χριστοδούλου Ν. 1998).

❖ Δυσθυμική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικά επεισόδια

Η δυσθυμική διαταραχή είναι πρωτογενής μορφή κατάθλιψης. Το βασικό χαρακτηριστικό της Δυσθυμικής διαταραχής είναι μία χρόνια καταθλιπτική διάθεση που κυριεύει το άτομο κατά τη διάρκεια της ημέρας για τουλάχιστον δύο χρόνια. Ο όρος «δυσθυμία» σημαίνει «κακή διάθεση». Μετά από τα δύο χρόνια της ύπαρξης της Δυσθυμικής διαταραχής μπορεί να εμφανιστούν και μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο πάσχει και από δυσθυμική διαταραχή και από μείζον καταθλιπτική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες. (Folks, D.G., Ford, C.V. 1994, Evans, M.E., Abou-Saleh, M.T. & Blazer, D.G, 1994, Anstey K, Brodaty H. 1995, Nyth, A.L et al. 1992).

Τα συμπτώματα της νόσου είναι απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, κοινωνική απόσυρση, αισθήματα ενοχής, ενασχόληση με το παρελθόν, ευερεθιστότητα ή θυμός, μειωμένη δραστηριότητα και παραγωγικότητα. Οι ασθενείς αυτοί είναι συχνά σαρκαστικοί, απαιτητικοί και ίσως αμυντικοί στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στους ενήλικες η δυσθυμική διαταραχής πιθανόν να συνδυάζεται με μεταιχμιακή, ναρκισσιστική αποφευκτική ή εξαρτημένη διαταραχή της προσωπικότητας.

Η νόσος αυτή προσβάλλει το 3-5% όλων των ανθρώπων και το 1/2-1/3 των ασθενών. Η πρόγνωση των ασθενών με δυσθυμική διαταραχή ποικίλει. Το 10-15% των αρρώστων που πάσχουν από την νόσο βρίσκεται σε ύφεση ένα χρόνο μετά την πρώτη διάγνωση. Ενώ από το σύνολο των ασθενών περίπου το 25% δεν πετυχαίνει ποτέ πλήρη ίαση (Μάνος, Ν., 1997, Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. 2000, Evans M.E., Abou-Saleh M.T. & Blazer D.G. 1994, Folks D.G. & Ford C.V. 1994, Παγοροπούλου Α. 2000, Χριστοδούλου Ν. 1998).

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV για τη Δυσθυμική Διαταραχή είναι:

A. Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας τις περισσότερες μέρες, όπως φαίνεται από υποκειμενική εκτίμηση σύμφωνα με παρατήρηση άλλων, τουλάχιστον για 2 χρόνια.

B. Παρουσία, όταν το άτομο είναι σε κατάθλιψη, δύο ή περισσότερων από τα παρακάτω:

- ελαττωμένη όρεξη
- αυπνία ή υπερυπνία
- ελαττωμένη ενέργεια/ ενεργητικότητα ή κόπωση.
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
- αίσθημα έλλειψης ελπίδας

Γ. Κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων της διαταραχής ποτέ το άτομο δεν ήταν ελεύθερο συμπτωμάτων των κριτηρίων A και B για διάστημα περισσότερο από 2 μήνες κάθε φορά.

Δ. Κατά τη διάρκεια των 2 πρώτων χρόνων της διαταραχής δεν ήταν παρόν κάποιο Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο+, δηλαδή η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως χρόνια Μείζον Καταθλιπτική διαταραχή ή Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή σε Μερική Ύφεση.

E. Δεν έχει υπάρξει ποτέ ένα Μανιακό Επεισόδιο, Μεικτό Επεισόδιο ή Υπομανιακό Επεισόδιο και δεν έχουν ποτέ συμπληρωθεί τα κριτήρια για Κυκλοθυμική Διαταραχή.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά και μόνον κατά τη διάρκεια της πορείας μιας χρόνιας Ψυχωτικής Διαταραχής όπως η σχιζοφρένεια ή η Παραληρητική Διαταραχή.

Z. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. φάρμακα) ή κάποιου προβλήματος υγείας (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Η. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

❖ Κυκλοθυμική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα μικρότερης βαρύτητας από αυτά της διπολικής διαταραχής τύπου I.

Το χαρακτηριστικό της κυκλοθυμικής διαταραχής είναι μια χρόνια κατάσταση διαταραχής της διάθεσης. Δηλαδή μπορεί για κάποιο χρονικό διάστημα ο ασθενής να παρουσιάζει υπομανιακά επεισόδια και μια άλλη περίοδο να παρουσιάζει καταθλιπτικά επεισόδια (Μάνος, Ν., 1997).

❖ Άτυπες μορφές κατάθλιψης

Παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη (masked depression), για το λόγο ότι τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο κυρίως εμφανίζεται υπό την μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονιούνται αυτοί οι ασθενείς είναι κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα (Folks, D.G., Ford, C.V. 1994, Evans, M.E., Abou-Saleh, M.T. & Blazer, D.G, 1994, Anstey K, Brodaty H. 1995, Nyth, A.L et al. 1992).

Υπάρχουν δύο μορφές σωματοποίησης, η υποχονδρίαση και οι αντιδράσεις μετατροπής. Η πρωτογενής υποχονδρίαση εκ των περισσότερων περιπτώσεων εμφανίζεται σε νεότερες ηλικίες, στα 30ο και 40ο έτος, ενώ η δευτερογενής υποχονδρίαση κυρίως παρατηρείται στα ηλικιωμένα άτομα και συνυπάρχει με την κατάθλιψη, έτσι θα πρέπει να διαφοροποιείται από την πρωτογενή. Η υποχονδρίαση η οποία εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά θα πρέπει να λαμβάνεται ως ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και κατ' επέκταση σημάδι κατάθλιψης. Η παρουσία υποχονδρίασης κυρίως στα ηλικιωμένα άτομα ίσως να είναι υπεύθυνη για την αύξηση των αποπειρών αυτοκτονιών στα άτομα αυτά.

Όπως έχει προαναφερθεί η κατάθλιψη που εμφανίζεται στα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές, έχοντας σαν κύρια συμπτώματα διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της ψευδοάνοιας. Ένα διαφοροδιαγνωστικό σημείο από τις πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental status examinations) ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά συνήθως "δεν ξέρω" δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, σε αντίθεση με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείμματα του. Ας σημειωθεί εδώ ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σ' αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο.

4.1.γ. Επιδημιολογία κατάθλιψης

Από επιδημιολογικής-κοινωνιοψυχιατρικής πλευράς ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι διαστάσεις όλων των κλινικών οντοτήτων, αφού κάποιες από αυτές εμπεριέχουν στοιχεία σοβαρής ψυχοπαθολογίας που μειώνουν την λειτουργικότητα του ασθενή. Από την άλλη πλευρά υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που υποφέρουν από πολύμορφα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη αποτελεί την τρίτη πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή των ηλικιωμένων. Όταν η κατάθλιψη υπάρχει σε μεγάλο βαθμό μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε αυτοκτονική συμπεριφορά.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Αθηναϊκούς δήμους με ηλικιωμένους 65 ετών και άνω, έδειξε ότι όσα άτομα ανήκουν σε χαμηλή κοινωνική τάξη, είναι χήροι ή χήρες, έχουν ψυχολογικά προβλήματα, εμφανίζουν έντονα τα σημάδια της κατάθλιψης (Μαδιανός, Γουρνάς, Στεφανής, 1992). Άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο λεκανοπέδιο Αττικής (Παράσχος et al., 1998) με δείγμα ηλικιωμένων έδειξε ότι περίπου το 71% των ατόμων της τρίτης ηλικίας το οποίο είχε ένα χρόνιο σωματικό νόσημα, εμφάνισε κατάθλιψη.

Σύμφωνα με άλλες επιδημιολογικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ σε ηλικιωμένα άτομα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς ένα ποσοστό του 2,2%-3,5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και ένα ποσοστό 2,1%-3,8% πάσχουν από δυσθυμία (Myers, Weissman, Tischler, Holzer, Leaf, Orvaschel et al., 1984). Σε κάποιες άλλες πιο πρόσφατες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα (Μαδιανός & Στεφανής, 1992, Μαδιανός, Γκέφου-Μαδιανού & Στεφανής, 1994) βρέθηκαν τα εξής ποσοστά: ένα ποσοστό μεταξύ 3,6% και 5,4% των ατόμων πάσχουν από καταθλιπτικά επεισόδια, και ένα ποσοστό 7% πάσχουν από νευρωσική κατάθλιψη. Ακόμα, από επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από καταθλιπτικά συμπτώματα (Nolen, Hoeksema, 1987, 1990).

Όσον αφορά τα άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας και γηροκομεία, φαίνεται ότι ένα ποσοστό του 5-15%, πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και ένα 30% των ατόμων εμφανίζουν σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Τέλος από τα άτομα που βρίσκονται σε νοσοκομεία, ένα 5-10% εμφανίζουν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία (Blazer D.G. & Abou-Saleh M.T. 1994, Κλεφτάρας Γ. 1998, Χριστοδούλου Γ.Ν. 1998).

Είναι αξιοπρόσεκτο το γεγονός ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ηλικιωμένων ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, το οποίο δεν αντιπροσωπεύει επιτυχώς την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτά τα ιδρύματα. Αυτή η διαφορά οφείλεται: α) στην δυσκολία αναγνώρισης και διάγνωσης της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισης στους ηλικιωμένους, β) στην προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων, γ) στην υποτίμηση συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κ.ά. (Blazer D.G. & Abou-Saleh M.T. 1994, Κλεφτάρας Γ. 1998, Χριστοδούλου Γ.Ν. 1998).

4.1.γ.Αιτιολογία κατάθλιψης

Η αιτιολογία μιας καταθλιπτικής συμπεριφοράς προσανατολίζεται σε δυο κατευθύνσεις. Πρώτον στους ψυχολογικούς μηχανισμούς και δεύτερον στο βιολογικό υπόστρωμα. Η εξήγηση των παραπάνω είναι η εξής: οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν έντονα ψυχολογικά προβλήματα (για λόγους όπως, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έντονο άγχος, εξάρτηση από τοξικές ουσίες, οικογενειακά προβλήματα κ.α), τα οποία συνδέονται άμεσα με την κατάθλιψη. Επίσης εμφανίζουν φυσιολογικά οργανικές εγκεφαλικές διαταραχές, οι οποίες επιδεινώνονται όσο προχωράει η ηλικία (μερικές είναι: άνοιες, αλκοολισμός, κ.α.) και σχετίζονται και αυτές άμεσα με την κατάθλιψη. (Παγοροπούλου Α. 2000).

Η κατάθλιψη διακρίνεται σε μείζονα και ελάσσονα κατάθλιψη. Η πρώτη περίπτωση εκδηλώνεται με πιο έντονα συμπτώματα και πολύ απίθανο τα αίτια της να οφείλονται σε εξωτερικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, αλλά οφείλεται στην προδιάθεση που έχει το άτομο για κατάθλιψη. Η μείζον κατάθλιψη είναι πολλές φορές κληρονομική, συνδέεται με τη βιοχημεία του σώματος και αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή.

Στην περίπτωση που εμφανιστεί ελάσσονα κατάθλιψη, κύρια αίτια αποτελούν τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής. Δεν έχει γονιδιακή προδιάθεση και σε περίπτωση που αντιμετωπιστούν τα περιβαλλοντικά προβλήματα μπορεί το άτομο να ξεπεράσει την κατάθλιψη. Συνήθως σε αυτήν την περίπτωση η αντιμετώπιση γίνεται με συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει η φαρμακευτική αγωγή.

Πολλά ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν συμπτώματα που τους κατατάσσουν και στις δυο κατηγορίες. Σε αυτήν την περίπτωση απαιτείται προσοχή στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Άλλωστε κάθε περίπτωση ηλικιωμένου ατόμου είναι ξεχωριστή.

Εύρέως είναι αποδεκτό το γεγονός ότι το σημαντικότερο αίτιο που προκαλεί κατάθλιψη σε όλους τους ανθρώπους είναι οι απώλειες απ' την ζωή αγαπημένων προσώπων, ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα που δένονται πολύ με συγγενείς, φίλους και γείτονες. Ο Murphy (1982) υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη μπορεί να οφείλεται στα σοβαρά γεγονότα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής, μείζονες κοινωνικές δυσκολίες, κακή υγεία καθώς επίσης και στον τρόπο με τον οποίο σκέπτονται και αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι αυτά τα σημαντικά γεγονότα. Επιπλέον, τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα έχουν την τάση να κάνουν απολογισμό του παρελθόντος, να σκέπτονται αρνητικά γεγονότα και τυχόν λάθη που έκαναν και δεν μπόρεσαν να επανορθώσουν και έτσι γίνονται ευάλωτα στην εμφάνιση της κατάθλιψης (Παγοροπούλου Α. Α. 2000, Παγοροπούλου Α. 2000).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης είναι, η αναγκαστική διακοπή της εργασίας, η απώλεια εισοδήματος, η απώλεια της κοινωνικής θέσης, η διακοπή συμμετοχής σε κοινωνικές εκδηλώσεις, το χρόνιο και έντονο άγχος που προκύπτει από την συνταξιοδότηση και συνεπώς από τα οικονομικά προβλήματα, όπως επίσης η παροχή φροντίδας ενός ατόμου σε κάποιο άλλο άτομο της οικογένειας (κυρίως σε άτομο με άνοια). Ο Ballard και οι συνεργάτες του (1996) συμπέραναν ότι το 25% των περιθαλπόντων φροντιστών εμφάνιζαν κατάθλιψη. Σε αυτή την περίπτωση τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν υποχωρούν εύκολα και έτσι για την αντιμετώπιση τους έχει προταθεί ένα υποστηρικτικό δίκτυο που θα μεριμνά, ώστε να τους ανακουφίζει και να προλαμβάνει την εκδήλωση της καταθλιπτικής διαταραχής (Zaritt & συν, 1985). Ένας άλλος κοινωνικός παράγοντας που πιθανά να συσχετίζεται με κατάθλιψη είναι το μορφωτικό επίπεδο. Το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση διαταραχών, ιδιαίτερα στις γυναίκες.

Τέλος, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να συνδέεται επίσης με την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Οι έγγαμοι έχουν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους άγαμους, ενώ οι διαζευμένοι παρουσιάζουν ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο (Παγοροπούλου Α. 2000).

Τα χρόνια προβλήματα υγείας μπορούν να επηρεάσουν την εμφάνιση κατάθλιψης. Ασθένειες όπως,

Καρδιαγγειακά προβλήματα: Υπάρχουν ιδιαίτερα στοιχεία ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι πιο επικρατούσες στους ασθενείς με σημαντική καταθλιπτική διαταραχή (MDD). Η έκκριση του N-τελικού υπό-B-τύπου πεπτιδίου που αποβάλλει νάτριο (N-terminal pro-B-type natriuretic peptide - NT-proBNP) αυξάνεται σε διάφορες καρδιακές ασθένειες, οφείλεται στη νευροορμόνη και είναι ένας αξιόπιστος διαγνωστικός και προγνωστικός βιοδείκτης του καρδιαγγειακού κινδύνου. Έτσι οι Politi P, Minoretti P, Piaggi N, Brondino N, Emanuele E. (2007), Μετρήσαν τα επίπεδα NT-nT-proBNP πλάσματος σε τρεις ομάδες ανθρώπων χωρίς προφανή καρδιαγγειακή πάθηση και την δραμύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η οποία εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα εκτίμησης κατάθλιψης του Χάμιλτον (HAMD).

Έτσι στους ασθενείς με MDD, παρουσιάστηκε ένας σημαντικός θετικός συσχετισμός (correlation=0.422, P=0.008) μεταξύ των αποτελεσμάτων NT-nT-proBNP και της κλίμακας κατάθλιψης Χάμιλτον. Συνολικά, τα αποτελέσματα παρουσιάζουν ότι τα ανυψωμένα επίπεδα NT-nT-proBNP μπορούν να διαδραματίσουν έναν ρόλο στη σύνδεση MDD με τον αυξανόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Politi P, Minoretti P, Piaggi N, Brondino N, Emanuele E.(2007).

Οστεοπόρωση: Πραγματοποιήθηκε μελέτη από τους Robbins J, Hirsch C, Whitmer R, Cauley J, Harris T. (2001) ώστε να αξιολογηθεί η ένωση μεταξύ της οστικής πυκνότητας (BMD) και των μετρήσεων της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα. Έλαβαν μέρος 1566 άτομα ηλικίας 65 ετών. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις στην συνολική οστική πυκνότητα BMD χρησιμοποιώντας τη διπλή ενεργειακή ακτίνα X absorptiometry (DEXA) η οποία συγκρίθηκε με την κατάθλιψη, που αξιολογήθηκε από το κέντρο επιδημιολογικών μελετών με την κλίμακα κατάθλιψης 10 στοιχείων (CES-DM). Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οστικής πυκνότητας BMD και των καταθλιπτικών ατόμων μετά από τη ρύθμιση για τους παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση. Στη συνέχεια τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέθηκαν και με την οστεοπόρωση και την οστεοπενία, με βάση το επίπεδο της οστικής πυκνότητας BMD. Η αιτιότητα δεν μπορεί να αποδοθεί, με μόνο μια μέτρηση της οστικής πυκνότητας BMD. Έτσι τίθεται ως αίτημα ότι μπορεί να υπάρχει ένας τρίτος παράγοντας, όπως ένα ενδογενές στεροειδές, το οποίο είναι αρμόδιο για την χαμηλή οστική πυκνότητα BMD και την κατάθλιψη (Robbins J, Hirsch C, Whitmer R, Cauley J, Harris T. 2001). Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα που παραγματοποιήθηκε από τους Robbins J, Hirsch C, Whitmer R, Cauley J, Harris T. (2001), υποστηρίζει ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της οστεοπόρωσης. Οι ενδοκρινείς παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη είναι η υπερέκκριση κορτικοτροπίνης*, η υπερέκκριση κορτικοειδών, ο υπογοναδισμός, η ανεπάρκεια των ορμονών της αύξησης και της αυξανόμενης συγκέντρωσης στη κυκλοφορία της ιντερλευκίνης* και ιντερλευκίνης 6*. Όλα τα παραπάνω διαδραματίζουν έναν κρίσιμο ρόλο στην απώλεια οστών που παρατηρείται στα άτομα που πάσχουν από σημαντική κατάθλιψη. (Robbins J, Hirsch C, Whitmer R, Cauley J, Harris T. 2001, Cizza G, Ravn P, Chrousos GP, Gold PW. 2001).

Αρθρίτιδες: Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (RA) χαρακτηρίζεται συχνά από έντονους πόνους και μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Είναι όμως δύσκολο να γίνει αντιληπτή λόγω του ότι πολλές παθήσεις συνδέονται με τις συνθήκες υγιεινής και την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Πρώτη παρατήρηση για την εμφάνιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι η αυξανόμενη θνησιμότητα. Η χρόνια ρευματοειδής αρθρίτιδα έχει επιπτώσεις στον ασθενή, άμεσα ή έμμεσα, σχεδόν σε όλα τα οργανικά συστήματα. Μερικές επιπτώσεις της χρόνιας ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι τα καρδιαγγειακά προβλήματα, οι μολύνσεις, τα γαστροεντερικά έλκη και η κατάθλιψη. (Michaud, K., Wolfe, F. 2007). Η ποιότητα της

ζωής των ασθενών με αρθρίτιδα RA, είναι σημαντικά χαμηλή και οι βαθμοί κατάθλιψης ή/και ανησυχίας είναι υψηλοί. Επομένως, αυτοί οι ασθενείς πρέπει να δέχονται μια επιστημονική προσέγγιση συμπεριλαμβανομένης της ψυχιατρικής υποστήριξης (Oz Cetin A, Ataoglu S, Kocer E, Yazici S, Yildiz O, Ataoglu A, Icmeli C. 2007).

Νόσος πάρκινσον: Με μια επικράτηση 40%, η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχιατρική διάγνωση στην ασθένεια Parkinson. Η ποιότητα της ζωής στους ασθενείς με Parkinson είναι σοβαρά περιορισμένη. Δεν υπάρχει ακόμα καμία σαφής ένδειξη σχετικά με τη σύνδεση μεταξύ αυτών των διαταραχών. Τα συμπεράσματα που υπάρχουν δείχνουν κοινές νευροεκφυλιστικές διαδικασίες (Brand S, Dodel R, Hautzinger M, Gründer G, Althaus A, Schneider F. 2005). Σύμφωνα με τους Ehrt U, Brønnick K, Leentjens AF, Larsen JP, Aarsland D. (2007) η κατάθλιψη είναι ένα κοινό νευροψυχιατρικό σύνδρομο στην ασθένεια Parkinson (PD), και μπορεί να αφορά τις νευροχημικές αλλαγές που συνοδεύουν αυτήν την ασθένεια. Είναι ακόμα ασαφές εάν οι διαταραχές των δραστηριοτήτων των νευροδιαβιβαστών οδηγούν σε ένα συγκεκριμένο σχεδιάγραμμα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, το οποίο είναι χαρακτηριστικό για την ασθένεια Parkinson PD και διαφέρει από αυτό στους καταθλιπτικούς ασθενείς χωρίς Parkinson PD (Ehrt U, Brønnick K, Leentjens AF, Larsen JP, Aarsland D. 2007). Συγχρόνως η κατάθλιψη φαίνεται να αναπτύσσεται κατά τους συναισθηματικούς, και κοινωνικούς περιορισμούς της ασθένειας Parkinson (Brand S, Dodel R, Hautzinger M, Gründer G, Althaus A, Schneider F. 2005). Σύμφωνα με τους Lagopoulos J, Malhi GS, Ivanovski B, Cahill CM, Morris JG. (2006), τα συμπτώματα της κατάθλιψης επικαλύπτονται με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ασθένειας Parkinson και έτσι καθιστούν την ανίχνευση της δύσκολη. Επιπλέον, η έλλειψη εξειδικευμένων εργαλείων για την διάγνωση της, η κατάθλιψη παραμένει μη ανιχνεύσιμη σε ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών. Εντούτοις, η κατάθλιψη στην ασθένεια Parkinson, όταν προσδιορίζεται νωρίς, μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά μέσω καταπραυντικών φαρμάκων, που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών.

***Σημειώσεις:**

Κορτικοτροπίνη: φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη, η οποία διεγείρει το φλοιό των επινεφριδίων.

Ιντερλευκίνη: ονομασία του συνόλου των κυτοκινών με πολλές λειτουργίες και ποικίλα παράγωγα από τα διεγερμένα T-λεμφοκύτταρα καθώς και από άλλα κύτταρα που επιδρούν κυρίως επί των T- και B- λεμφοκυττάρων, αλλά επίσης και σε άλλα κυτταρικά και ορμονικά στοιχεία.

Ιντερλευκίνη 6: φλεγμονώδεις ορμόνη.

Νόσος αλτσχαιμερ: Πολλές φορές η άνοια μπορεί να συγχέεται με καταστάσεις ψευδοάνοιας, όπως είναι η κατάθλιψη και το παραλήρημα. Η άνοια και το παραλήρημα, μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογικές διαταραχές και πολύ συχνά κατάθλιψη. Το νοητικό επίπεδο των ψευδοανοικών βελτιώνεται όταν θεραπεύεται η κατάθλιψη ενώ των γνήσιων ανοικών όχι (Παγοροπούλου Α., Α. 2000).

Εγκεφαλικά επεισόδια: Τέλος υπάρχουν και οι εγκεφαλικές διαταραχές, που μειώνουν τις νοητικές ικανότητες και αλλοιώνουν την προσωπικότητα του ατόμου και σχετίζονται και αυτές με την εμφάνιση κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία οφείλεται συνήθως στην μείωση της αυτοεκτίμησης των ηλικιωμένων λόγω συγκεκριμένων απωλειών που συμβαίνουν, όπως είναι για παράδειγμα η φυσική λειτουργικότητα, η οικονομική κατάσταση και οι κοινωνικοί ρόλοι. (Atchley, 1980). Σε κάποιους άλλους ηλικιωμένους, η κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα που στρέφεται εναντίον του εαυτού τους.

Οι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να αντιδράσουν στις διάφορες εξωτερικές αντιξοότητες που τους συμβαίνουν και εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα που συχνά είναι άτυπα ή συγκαλυμμένης μορφής. Αυτή η παθητική στάση που έχουν οι περισσότεροι ηλικιωμένοι στις ψυχοθόρες καταστάσεις έχει και θετική και αρνητική πλευρά. Ο κάθε ηλικιωμένος έχει διαφορετικό επίπεδο ευφυΐας και ανάλογα με αυτό, βιώνει έντονα ή όχι το αίσθημα της κατωτερότητας που τον διακατέχει.

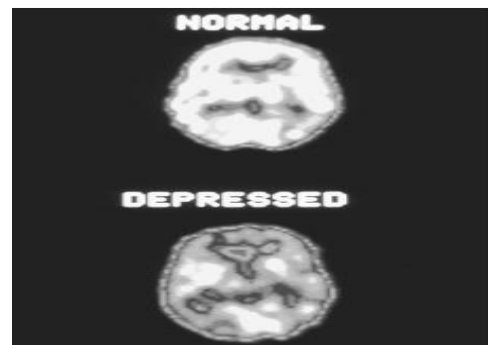
Αν το βιώσει αρνητικά, φαίνεται η αδύναμη πλευρά του εαυτού του, ενώ αν το βιώσει θετικά προβάλλει την εσωτερική του στάση να αποσυρθεί, τότε ίσως θεωρηθεί εγωκεντρικός και αδιάφορος για τα πραγματικά γεγονότα.

Οι περισσότερες καταστάσεις που βιώνουν οι ηλικιωμένοι συνήθως είναι αναπότρεπτες, είτε αυτό έχει να κάνει με φυσιολογικά προβλήματα υγείας, είτε με κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, είτε με την απώλεια κάποιου προσώπου. Όλες αυτές οι απώλειες βιώνονται συνήθως οδυνηρά από τους ηλικιωμένους. Όλοι οι παραπάνω λόγοι εξηγούν γιατί η τρίτη ηλικία είναι περισσότερο ευάλωτη στην εμφάνιση της κατάθλιψης. (Παγοροπούλου Α. 2000, Μάνος, Ν., 1997).

Οι νευροβιολογικοί αιτιολογικοί παράγοντες της κατάθλιψης είναι οι εξής:

- Διαταραχές της νευροδιαβίβασης. Το ενδιαφέρον εστιάζεται στους νευροδιαβιβαστές, χημικές ουσίες που μεταβιβάζουν τη νευρική διέγερση από τον έναν νευρώνα στον άλλον και ιδιαίτερα στη νορεπινεφρίνη, στη σεροτονίνη, στην ακετυλοχολίνη, στη ντοπαμίνη και στο γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA). Έχει αναφερθεί ότι η κατάθλιψη προκαλείται από ανεπάρκεια νορεπινεφρίνης στις νευρικές συνάψεις του εγκεφάλου. Η υπόθεση αυτή βασίστηκε κυρίως στους μηχανισμούς δράσης των αντικαταθλιπτικών. Η χρήση κάποιων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δεσμεύει την επαναπρόσληψη σεροτονίνης σε καταθλιπτικούς ασθενείς στους οποίους υπάρχει ανεπάρκεια σεροτονίνης.
- Διαταραχές της Νευροενδοκρινικής Λειτουργίας. Πολλές μελέτες έχουν γίνει για τις λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του θυρεοειδούς, του φλοιού των επινεφριδίων και άλλων ενδοκρινών αδένων που μπορεί να σχετίζονται αιτιολογικά με την κατάθλιψη. Η υπερκοτιζολαιμία είναι ένα απ'τα σταθερά ευρήματα σε καταθλιπτικούς ασθενείς (Μάνος, Ν., 1997).

Δύο ανιχνεύσεις τομογραφίας εκπομπής, ποζιτρονίων (PET) των ανθρώπινων εγκεφάλων. Στην κορυφή είναι ο εγκέφαλος ενός υγιούς προσώπου, και κάτω από αυτό είναι ο εγκέφαλος ενός καταθλιπτικού προσώπου. (Source NIH of/science, national Auduboncollection of society of/researchers of photographs, HM that is repeated by the authorization)



4.1.δ. Επιπτώσεις Κατάθλιψης

Η μη έγκυρη και σωστή αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχει σοβαρές επιπτώσεις για την ζωή του ηλικιωμένου ατόμου.

Οι πιο συνηθισμένες επιπτώσεις της κατάθλιψης είναι η μείωση της λειτουργικότητας του ηλικιωμένου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να φροντίσει πρώτα τον εαυτό του και δεύτερον τα υπόλοιπα άτομα της οικογένειας του (π.χ. εγγόνια).

Όταν ο ηλικιωμένος εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξει κάποιο πρόβλημα υγείας ή να επιβαρύνει το ήδη υπάρχον. Αυτές οι συναισθηματικές διαταραχές που προκαλεί η κατάθλιψη πολλές φορές σωματοποιούνται με αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος να νιώθει ενοχλήσεις και πόνους χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία και έτσι επισκέπτεται αρκετά συχνά τους γιατρούς και υποβάλλεται σε εντατικές εξετάσεις.

Η κατάθλιψη μπορεί να έχει και υποχονδριακά συμπτώματα όπως καταθλιπτική ψευδάνοια, σεξουαλική ανικανότητα, διαταραχές στον ύπνο (αυπνία ή υπερυπνία), ανορεξία ή πολυφαγία κ.α.

Η κατάθλιψη συναντάται συχνά σε άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ. Αυτά τα άτομα, εάν είναι ηλικιωμένα έχουν περισσότερες πιθανότητες να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας.

Η αυτοκτονία θεωρείται η πιο σοβαρή συνέπεια της κατάθλιψης. Το ευχάριστο είναι ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων που υποφέρουν από κατάθλιψη, επιχειρούν να βάλουν τέλος στη ζωή τους. Συχνά όμως συμβαίνει το αντίθετο, δηλαδή όσοι κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας πιθανότατα να πάσχουν από κατάθλιψη. Αυτό είναι συχνό φαινόμενο στα ηλικιωμένα άτομα. Ιδιαίτερη σημασία εμφανίζει το γεγονός ότι μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών σημειώνεται στους άνδρες γύρω στην ηλικία των 85 ετών και η αιτία είναι ότι έχουν μάθει να ζουν ανεξάρτητοι και δεν μπορούν να δεχτούν ότι όσο περνούν τα χρόνια γίνονται όλο και περισσότερο ανήμποροι και χάνουν τον έλεγχο. Γεγονός είναι πάντως πως οι άνδρες έχουν τα πρωτεία στις απόπειρες αυτοκτονίας, αυτό οφείλεται στο ότι δεν αντέχουν τις αλλαγές που επέρχονται με την πάροδο των χρόνων ενώ οι γυναίκες φαίνονται να είναι πιο ανθεκτικές στις αντιξοότητες της ζωής (Παγοροπούλου Α. Α. 2000, Παγοροπούλου Α. 2000, Χριστοδούλου Γ.Ν. 1998, Μάνου, Ν., 1997.).

4.1.ε. Διαγνωστική εκτίμηση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων

Η κατάθλιψη έχει απασχολήσει κατ' εξοχήν τους ψυχομετρητές. Έχει αναπτυχθεί ένας μεγάλος αριθμός διαγνωστικών εργαλείων για την μέτρηση της ικανοποίησης που αντλεί ο ηλικιωμένος από τη ζωή και την εκτίμηση του θετικού αυτοσυναισθηματος. Η ανάλυση αυτών των ψυχομετρικών εργαλείων δείχνει ότι υπάρχει μεγάλη επικάλυψη μεταξύ αυτών των ψυχομετρικών εργαλείων.

Ο Aaron Beck (Ευθυμίου, 1995) και οι συνεργάτες του έφτιαξαν μία κλίμακα και την χορήγησαν στους ηλικιωμένους αλλά υπήρξαν κάποια πρακτικά προβλήματα κατά την χορήγηση της στους ηλικιωμένους. Έτσι προτιμότερη είναι η κλίμακα γεροντικής κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale, 1982).

Η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης αποτελείται από 30 ερωτήσεις κλειστού τύπου, διαχωρίζοντας με σαφήνεια τους ηλικιωμένους που πάσχουν από κατάθλιψη από τους ηλικιωμένους που πάσχουν από άλλες διαταραχές (π.χ. ψύχωση κ.α.) και η οποία κατασκευάστηκε από τους Brink και συν., (1982).

Άλλη μία κλίμακα για την εκτίμηση της κατάθλιψης είναι αυτή του Hamilton. Η συγκεκριμένη κλίμακα βοηθάει στην διεξαγωγή της εκτίμησης των βιοσωματικών

πλευρών της κατάθλιψης, αλλά επίσης αποδίδει ορισμένες αλλαγές που συμβαίνουν φυσιολογικά με το γήρας (πχ. όρεξη για φαγητό) στην κατάθλιψη. Τα συμπεράσματα από την κλίμακα πρέπει να ερμηνεύονται προσεκτικά γιατί υπάρχει κίνδυνος υπερεκτίμησης της κατάθλιψης των ηλικιωμένων.

Η κλίμακα Γεροντικής Κατάθλιψης των Yesavage και Brink (1983) έχει χρησιμοποιηθεί σε δυο μορφές, την εκτεταμένη (Geriatric Depression Scale- Long Form GDS-LF) και την σύντομη μορφή (Geriatric Depression Scale- short form GDS-LF). Αυτές οι δύο μορφές έχουν εκτιμηθεί ως προς την εγκυρότητα τους, την βαθμολογική τους ευαισθησία και την διαφορική διάγνωση των συμπτωμάτων. Η βραχεία μορφή της κλίμακας μπορεί να χρησιμοποιηθεί εύκολα γιατί δεν κουράζει τους ηλικιωμένους. Η κλίμακα αναφέρεται στα συναισθήματα που είχε το άτομο μια εβδομάδα πριν την πραγματοποίηση της συνέντευξης. Μια άλλη πιο σύντομη μορφή της κλίμακας GDS είναι αυτή που αποτελείται από τέσσερις ερωτήσεις για μεγαλύτερη διευκόλυνση (D' Ath, Katona et al., 1994).

Στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκε από την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία το <<Ερωτηματολόγιο καταθλιπτικών παραμέτρων στην τρίτη ηλικία>> (Παράσχος et al., 1998). Η μελέτη έγινε σε τέσσερις δήμους της Αττικής και σε ένα δήμο της Θεσσαλονίκης.

Από όλα τα παραπάνω διαγνωστικά εργαλεία που αναφέρθηκαν περισσότερο αξιόπιστο φαίνεται να είναι το τελευταίο και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ΚΑΠΗ, εξωτερικά ιατρεία κ.α.

Η κλινική εμπειρία του γιατρού παρουσιάζει σημαντικό ρόλο στη καλύτερη διάγνωση των γεροντικών καταθλίψεων, ίσως και τον σημαντικότερο, και αυτό οφείλεται στην άτυπη συμπτωματολογία που εμφανίζουν τα ηλικιωμένα άτομα. Έτσι προτείνεται, πλήρης και λεπτομερειακός σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Γενικά θα πρέπει να αποκλεισθούν εκφυλιστικά νοσήματα του ΚΝΣ όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Ακόμη θα πρέπει να αξιολογηθεί η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και η χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν εμφάνιση καταθλιπτικού συνδρόμου.

Ανάμεσα στις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ορισμένων από τις παραπάνω σωματικές νόσους είναι:

* εξετάσεις θυρεοειδούς (FT3, FT4, TSH)

* B12 και φολικό οξύ πλάσματος

* ηλεκτρολύτες

* γλυκόζη

* ηπατικές δοκιμασίες

* ταχύτητα καθίζησης

Επίσης, σε μερικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μία αξονική τομογραφία μπορεί να προσφέρουν πληροφορίες για τυχόν ύπαρξη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή εκφυλιστικών παθήσεων του ΚΝΣ. Σε περίπτωση που δεν αποκαλυφθεί κάποια σωματική νόσος, τότε υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες για την ύπαρξη κατάθλιψης και τότε μία δοκιμή με αντικαταθλιπτικά σκευάσματα ίσως θα επιβεβαίωνε εκ των υστέρων την διάγνωση (Evans, M.E., Abou-Saleh, M.T. & Blazer, D.G. 1994, Folks, D.G., Ford, C.V. 1994, Παγοροπούλου Α. 2000).

4.1.στ. Θεραπευτική αντιμετώπιση κατάθλιψης

Η γερωντική κατάθλιψη κυρίως αντιμετωπίζεται με την μέθοδο της φαρμακοθεραπείας. Οι γενικές αρχές που ακολουθούνται για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι οι ίδιες που ακολουθούνται και στους νεαρούς ασθενείς. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ορισμένα στοιχεία από τη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική αυτών των σκευασμάτων που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη όταν χρησιμοποιούνται για θεραπεία ηλικιωμένων και αυτό αναφέρεται σε πλήθος ερευνών (Baumann P. & Bertschy G. 1993, Baldwin D. & Johnson, F.N. 1995, Brosen K. 1993, Cristensen P et al. 1985, Hyttel J. 1994, Beumann J. 1989). Πιο συγκεκριμένα:

1) Φαρμακοκινητική:

- * Παρουσιάζει ελάττωση των ηπατικών λειτουργιών λόγω της εκφύλισης και κατ' επέκταση μειωμένη δυνατότητα να μεταβολίσει και να απενεργοποιήσει τα φάρμακα.
- * Παρατηρείται μειωμένη νεφρική λειτουργία λόγω της εκφύλισης και έχει σαν αποτέλεσμα τη δυνατότητα αποβολής των φαρμάκων από τον οργανισμό.
- * Υπάρχει αύξηση του λίπους σε σύγκριση με τις πρωτεΐνες, το οποίο έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του όγκου διασποράς του φαρμάκου και συνεπώς, παρατηρείται αύξηση του συνολικού ποσού του φαρμάκου που δεσμεύεται στον οργανισμό.

Το γενικό αποτέλεσμα όλων αυτών των μεταβολών είναι η αύξηση της ημιπεριόδου ζωής των σκευασμάτων, το οποίο συνεπάγεται: α) από μεγαλύτερο χρόνο για να πραγματοποιηθεί το σταθερό επίπεδο στον οργανισμό, β) μεγαλύτερο χρόνο για να αποβληθεί τελείως το φάρμακο σε περίπτωση που γίνει διακοπή της χορήγησης και πιθανώς, γ) μεγαλύτερο ποσοστό συσσώρευσης φαρμάκων στον οργανισμό.

2) Φαρμακοδυναμική:

- * Με την πάροδο της ηλικίας παρουσιάζεται μειωμένη λειτουργία των συστημάτων του οργανισμού λόγω της εκφύλισης τους και κατ' επέκταση αυξημένη ευαισθησία των ηλικιωμένων ατόμων στις ανεπιθύμητες ενέργειες.
- * Συνυπάρχουσες νόσοι μπορούν να παρουσιάσουν επιδείνωση από τις παρενέργειες που εμφανίζουν τα φάρμακα αυτά (π.χ. γλαύκωμα, προστάτης, καρδιακά προβλήματα).
- * Λόγω της αυξημένης νοσηρότητας των ηλικιωμένων ατόμων, χορηγούνται παράλληλα πολλά φάρμακα, τα οποία μπορούν να παρουσιάζουν αλληλεπιδράσεις.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι το κλινικό αποτέλεσμα των αντικαταθλιπτικών στα άτομα τρίτης ηλικίας παρουσιάζεται μετά από θεραπεία 6-8 εβδομάδων.

Τα αντικαταθλιπτικά που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα, ανήκουν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

1) Τα τρικυκλικά (ΤΚΑ) και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά:

- Αμιτριπυλίνη,
- Κλομιπραμίνη,
- Νορτριπυλίνη,
- Μαπροτιλίνη,
- Μιανσερίνη.

2) Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's):

- Σιταλοπράμη,
- Φλουοξετίνη,
- Παροξετίνη,
- Φλουβοξαμίνη.

Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων και στις δύο αυτές κατηγορίες είναι η ίδια, η διαφορά που παρουσιάζουν στις παρενέργειες τους, όπου οι SSRI's υπερτερούν σε σχέση με τα τρικυκλικά.

Η κυριότερη παρενέργεια των ΤΚΑ είναι στο κεντρικό νευρικό σύστημα (συγχυτικό σύνδρομο), στην περιφερική αντιχολινεργική δράση, στην αντιαδρενεργική δράση (α1 υποδοχείς, πρόκληση ορθοστατικής υπότασης) και στην καρδιά (αρρυθμογόνος δράση). Οι παρενέργειες αυτές στα ηλικιωμένα άτομα είναι επιβαρυντικές ως προς τον οργανισμό, για το λόγο ότι μπορεί να προκαλέσουν επιδείνωση στα άλλα νοσήματα από τα οποία πιθανότατα πάσχουν τα άτομα αυτά. Επιπλέον τα ΤΚΑ ίσως να προκαλέσουν αλληλεπιδράσεις και με άλλα φάρμακα που χορηγούνται.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Οι επιπτώσεις της αντιχολινεργικής δράσης σε διάφορες παθήσεις: Baumann P. & Bertschy G.(1993) Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Interactions of SSRIs with other psychotropic drugs. *Nord. J. Psychiatry*, **47** (30): 13-19.

Ασθένειες	Επιπτώσεις
Προστάτης	Αυξάνει το πρόβλημα της δυσουρίας
Δυσκοιλιότητα	Αυξάνει τη δυσκινησία του εντέρου
Γλαύκωμα	Προκαλούν οξύ επεισόδιο και απώλεια της Όρασης
Καρδιακά νοσήματα	Προκαλούν επικίνδυνες διαταραχές στην αγωγιμότητα

Τέλος τα ΤΚΑ είτε από μόνα τους είτε σε συνδυασμό με τα αντιυπερτασικά πιθανόν να προκαλέσουν υπόταση και πτώσεις έχοντας σαν κύριο αίτιο κατάγματα μηρού και λεκάνης.

Το κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια: 1) Συμπτώματα παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης, όπως είναι: το καταθλιπτικό θυμικό, η μειωμένη ικανότητα για συγκέντρωση, ο λήθαργος, η κοινωνική απομόνωση. 2)Κινητικά συμπτώματα όπως: τρόμος, αταξία, επιληπτικοί σπασμοί. 3)Ψυχωτικά συμπτώματα: ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, διαταραχές της σκέψης. 4)Οργανικά συμπτώματα: διαταραχή του προσανατολισμού, διαταραχή της μνήμης, διέγερση και σύγχυση.

Τα συμπτώματα του αντιχολινεργικού συνδρόμου στο πρώιμο στάδιο είναι όμοια με της κατάθλιψης, έτσι είναι δύσκολη η διάγνωση του. Η Θεραπεία του γίνεται με την χορήγηση των ΤΚΑ και συνήθως σε αυξημένες δόσεις εφόσον δεν παρατηρείται βελτίωση του ασθενή, έχοντας σαν αποτέλεσμα να επιδεινώνεται το συγχυτικό σύνδρομο.

Κυριαρχεί η άποψη ότι όλα τα SSRI's μπορούν να χρησιμοποιηθούν με τον ίδιο τρόπο για όλους τους ασθενείς, αυτό δεν ισχύει κυρίως για τους ηλικιωμένους γιατί μπορεί να προκληθούν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση άλλων ασθενειών που εμφανίζονται σε αυτή τη ηλικία. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές οφείλονται στην διαφορά που παρουσιάζουν τα SSRI's στα φαρμακοκινητικά τους χαρακτηριστικά.

Πιο συγκεκριμένα:

1) Σύνδεση με πρωτεΐνες του πλάσματος:

Η φλουοξετίνη και η παροξετίνη παρουσιάζουν ισχυρή σύνδεση με τις πρωτεΐνες (95%), ενώ η σιταλοπράμη λιγότερο ισχυρή (77%) και συνεπώς αναμένεται ότι δεν αλληλεπιδρά

έντονα με συγχωρηγούμενα φάρμακα που επίσης συνδέονται ισχυρά με πρωτεΐνες, όπως η διγοξίνη και η βαρφαρίνη. Λόγω του μικρού θεραπευτικού δείκτη αυτών των τελευταίων φαρμάκων, μία τέτοια αλληλεπίδραση μπορεί εύκολα να προκαλέσει τοξικότητα.

2) Αναστολή ηπατικών ενζύμων

CYP 2D6: Η παροξετίνη και η φλουοξετίνη είναι ισχυροί αναστολείς αυτού του ισοενζύμου, του ενζυμικού συστήματος P450, με αποτέλεσμα να αναστέλλουν τον ίδιο το μεταβολισμό τους αλλά και το μεταβολισμό συγχωρηγούμενων φαρμάκων, όπως αντιαρρυθμικών τύπου 1C, β-αναστολέων, νευροληπτικών και τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Αποτέλεσμα αυτής της αλληλεπίδρασης είναι η αύξηση των επιπέδων αυτών των κατηγοριών φαρμάκων στο πλάσμα και η εμφάνιση μεγαλύτερου ποσοστού παρενεργειών ή και τοξικότητας.

CYP 1A και CYP 2C: Η φλουβοξαμίνη είναι ισχυρός αναστολέας αυτών των δύο ισοενζύμων, με αποτέλεσμα να αναστέλλει τον μεταβολισμό της καφεΐνης, της θεοφυλλίνης, της φαινακετίνης, της βαρφαρίνης και ορισμένων τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Συγχωρήγηση φλουβοξαμίνης με τα παραπάνω σκευάσματα μπορεί επίσης να προκαλέσει τοξικότητα.

Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν μειωμένη ικανότητα του ηπατικού μεταβολισμού, λόγω των εκφυλίσεων που παρουσιάζονται κατά την γήρανση. Έτσι θα πρέπει να εξεταστούν επιπλέον όσα έχουν αναφερθεί για την λειτουργία των ηπατικών ενζυμικών συστημάτων και την δράση των SSRI's.

Τέλος να σημειωθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, και μεν αναστέλλουν μερικά από τα συμπτώματα της κατάθλιψης αλλά δεν ανταποκρίνονται σε αυτά όλοι οι ασθενείς και σε κάποιους εμφανίζονται παρενέργειες όπως, αύξηση βάρους, υπνηλία, διαταραχές στην όραση κ.α. Για τον λόγο αυτό απαιτείται μεγάλη προσοχή στην χορήγηση τους.

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης εφαρμόζονται επίσης ψυχοθεραπείες γνωσιακού-συμπεριφοριστικού τύπου. Αυτή η μέθοδος έχει το πλεονέκτημα ότι διαμορφώνεται και προσαρμόζεται ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης της καταθλιπτικής διαταραχής και ανάλογα με τα προσωπικά και ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου. Στην αρχή οι παρεμβάσεις είναι συμπεριφορικές και καθόλου γνωσιακές. Μπορεί να εμφανιστεί ανορεξία και σωματική κόπωση, αναβλητικότητα, κλάμα, αίσθημα κενού. Οι συμπεριφοριστικές τεχνικές αποβλέπουν στο να σπάσουν τον καταθλιπτικό κύκλο. Στόχο έχουν να ανακουφίσουν το άτομο από τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να αναπτύξουν την αυτοεκτίμηση του. Στην ουσία ο σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι να αλλάξει τις παράλογες και αρνητικές σκέψεις που κάνουν οι ηλικιωμένοι λόγω αρνητικών γεγονότων που συνέβησαν στην ζωή τους και να αποκτήσουν δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που θα συναντούν. Άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που βοηθούν τους ηλικιωμένους να απαλλαγούν από τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι αναφορικά οι εξής: πρώτον, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, κατά την οποία οι ηλικιωμένοι συμμετέχουν σε υποστηρικτικές ομάδες, ενθαρρύνονται να αναπτύσσουν ενσυναίσθηση (μπαίνουν στην θέση των άλλων χωρίς όμως να ταυτίζονται μαζί τους) και αλληλεγγύη για άλλους. Εκεί εκθέτουν τα προβλήματα τους στην ομάδα και λαμβάνουν συμβουλευτική και πρακτική υποστήριξη. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία, γίνεται σε περιπτώσεις όπου οι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι η ψυχική κατάθλιψη είναι συνέπεια του γήρατος και κάνουν και τα άλλα μέλη της οικογένειας να το πιστέψουν. Η θεραπεία αυτής της τακτικής ξεκινά με την την απόκτηση εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της οικογένειας. Γίνεται ενημέρωση σχετικά με την κατάθλιψη. Οι ηλικιωμένοι ενθαρρύνονται από τον θεραπευτή και εκφράζουν στα άλλα μέλη της οικογένειας πως αισθάνονται. Με την σειρά τους τα άλλα μέλη εκφράζουν και αυτά τα συναισθήματα τους. Στην συνέχεια

γίνεται αποστασιοποίηση από όλους. Αυτό γίνεται για να κερδίσουν οι ηλικιωμένοι την αυτονομία τους. Όλοι όσοι συμμετέχουν νιώθουν ότι ανήκουν σε μια ομάδα στην οποία ο ένας νοιάζεται για τον άλλον. Τέλος, υπάρχει και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία της κατάθλιψης που αποβλέπει στην αύξηση της διεκδικητικής συμπεριφοράς, στην ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και στην συγκρότηση της σκέψης (Ευκλείδη Κ.Α. 1999, Παγοροπούλου Α. 2000).

4.2 Συσχέτιση κατάθλιψης με την διατροφή

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική αύξηση των ψυχικών διαταραχών κυρίως της κατάθλιψης και υπάρχει η υποψία ότι ίσως να οφείλεται στις αλλαγές των διατροφικών συνηθειών του ανθρώπου, κυρίως ως προς την ποιότητα των τροφών.

Ο συνδυασμός από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, φαίνεται να προφυλάσσει από τα αίτια που προκαλούν κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα. Μερικοί απ' αυτούς τους παράγοντες είναι η καλή φυσική κατάσταση, η διατροφή και ο τακτικός έλεγχος της υγείας με εξετάσεις.

Η πρόληψη της κατάθλιψης συνδέεται με την παρασκευή και κατανάλωση τροφίμων που να είναι υγιεινά και παράλληλα θρεπτικά. Το στρες χρησιμοποιεί και εξαφανίζει από τον οργανισμό τις βασικές βιταμίνες και τα μέταλλα που χρειάζεται το νευρικό σύστημα για να λειτουργήσει. Το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής πρέπει να τηρείται από τους ηλικιωμένους περισσότερο από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Όσον αφορά την σωματική άσκηση, καλό είναι οι ηλικιωμένοι να περπατούν με σχετικά γρήγορο ρυθμό για 30 έως 40 λεπτά καθημερινά ή έστω 4-5 φορές την εβδομάδα. Ακόμη θα πρέπει να υποβάλλονται σε γενικές εξετάσεις αίματος και ούρων για να ελέγχουν την υγεία τους. Ο έγκυρος εντοπισμός τυχόν προβλημάτων βοηθάει στην άμεση αντιμετώπιση του (Παγοροπούλου Α. 2000).

4.2.α Ρόλος υδατανθράκων

Ο ρόλος των υδατανθράκων σε σχέση με τις διαταραχές της διάθεσης έχει απασχολήσει αρκετά τους επιστήμονες. Φαίνεται ότι σημαντικός αριθμός ατόμων που έχουν κατάθλιψη ή παχυσαρκία, θέλουν να καταναλώνουν συνέχεια υδατάνθρακες. Οι υδατάνθρακες προάγουν την σύνθεση σεροτονίνης, ορμόνη που ευθύνεται για την καλή διάθεση και την ευεξία. Πειράματα που έχουν γίνει σε αρουραίους, έδειξαν ότι η κατανάλωση υδατανθράκων αυξάνει την αναλογία της τρυπτοφάνης πλάσματος και τη σύνθεση σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Με βάση αυτά τα συμπεράσματα έχει προταθεί ότι η μεγάλη κατανάλωση υδατανθράκων από τους ασθενείς με κατάθλιψη προκαλεί μια αυτοϊαση που ανακουφίζει λίγο απ' τα συμπτώματα της νόσου (Moller SE. 1989, 1992).

4.2.β Αμινοξέα

Ορισμένα αμινοξέα όπως η τυροσίνη, η φαινυλαλανίνη και η τρυπτοφάνη αποτελούν πρόδρομες ουσίες για την παραγωγή νευροδιαβιβαστών (συμβάλλουν στην καλή διάθεση και ευεξία του ατόμου). Οι χαμηλές συγκεντρώσεις ορισμένων νευροδιαβιβαστών, κυρίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Ένα αμινοξύ που φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι η ομοκυστεΐνη, το οποίο μετατρέπεται φυσιολογικά σε μεθιονίνη και κυστεΐνη. Τα υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης προκαλούν εγκεφαλική αγγειακή δυσλειτουργία στους

ασθενείς με αποτέλεσμα την εμφάνιση κατάθλιψης (Folstein M, Liu T, Peter I, Buell J, Arsenault L, Scott T, Qiu WW. 2007).

Ακόμα μελετάται μια σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο αμινοξύ ομοκυστεΐνη, στο φολλικό οξύ και στην βιταμίνη B12. Παρατηρείται ότι υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης, σε συνδυασμό με χαμηλά επίπεδα φολλικού οξέος και χαμηλά επίπεδα βιταμίνης B12, συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην μέση και τρίτη ηλικία (Sachdev PS, Parslow RA, Lux O, Salonikas C, Wen W, Naidoo D, Christensen H, Jorm AF. 2005, Dimopoulos N, Piperi C, Salonicioti A, Psarra V, Gazi F, Papadimitriou A, Lea RW, Kalofoutis A. 2007).

Επίσης η κρεατίνη είναι ένα άλλο αμινοξύ που απασχολεί τους ερευνητές γιατί φαίνεται να σχετίζεται και αυτό με την κατάθλιψη. Η κρεατίνη διαδραματίζει έναν κεντρικό ρόλο στην ενεργειακή ομοιόσταση του εγκεφάλου, η οποία εάν υποστεί αλλαγές μπορεί και αυτή να περιληφθεί στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης (Roitman S, Green T, Osher Y, Karni N, Levine J 2007).

4.2.γ Ο ρόλος των Βιταμινών

Οι βιταμίνες πρέπει να αποτελούν μέρος της διατροφής των ηλικιωμένων στις ποσότητες που πρέπει, διότι είναι σημαντικές για την εγκεφαλική λειτουργία. Παραδείγματος χάριν, για να παραχθεί ενέργεια, απαιτείται η χρήση της γλυκόζης από το νευρικό ιστό. Αυτό υπονοεί την παρουσία της βιταμίνης B1 η οποία διαμορφώνει τη γνωστική απόδοση στους ηλικιωμένους. Η βιταμίνη B9 (άλλη ονομασία του φυλλικού οξέος) συντηρεί τον εγκέφαλο κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης και της μνήμης κατά τη διάρκεια της γήρανσης. Οι βιταμίνες B6 και B12, μεταξύ των άλλων, περιλαμβάνονται άμεσα στη σύνθεση μερικών νευροδιαβιβαστών.

Επίσης η βιταμίνη B12 καθυστερεί τα πρώτα σημάδια της άνοιας. Η κοβαλαμίνη βελτιώνει τις εγκεφαλικές και γνωστικές λειτουργίες στους ηλικιωμένους, βελτιώνει τη λειτουργία των παραγόντων σχετικών με το μετωπιαίο λοβό, καθώς επίσης και τη γλωσσική λειτουργία σε άτομα με γνωστικές διαταραχές. (Bouffe JM. 2006).

Χαμηλά επίπεδα βιταμίνης B6 (πυριδοξίνη), μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη. Όταν γίνεται χαμηλή πρόσληψη βιταμίνης B6 τότε μπορεί να προκληθούν αλλαγές στην συμπεριφορά λόγω του ότι βοηθά στην παραγωγή της σεροτονίνης από τον εγκέφαλο και της νοραδρεναλίνης. Η χορήγηση αυτής μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Βασικές πηγές της βιταμίνης B6 είναι το ρύζι, το σιτάρι, το συκώτι, τα όσπρια, τα δημητριακά τα αυγά κ.α. (Hvas AM, Juul S, Bech P, Nexø E. 2004).

Στην τρίτη ηλικία συχνά εμφανίζεται έλλειψη βιταμίνης D. Η ανεπάρκεια βιταμίνης D, πέρα από τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία των οστών, φαίνεται να συνδέεται με μειωμένη διάθεση και κατάθλιψη (Berk M., Sanders M. K., Pasco A. J., Jacka N.F., Williams J.L., Hayles L.A. & Dodd S. 2007).

Όπως προαναφέρθηκε παραπάνω, στους ηλικιωμένους εμφανίζεται ακόμα χαμηλή συγκέντρωση βιταμίνης B12. Η βιταμίνη αυτή βοηθά στο αιματολογικό σύστημα και στην υγεία του εγκεφάλου. Οι χαμηλές συγκεντρώσεις βιταμίνης B12 συνδέονται με γνωστική εξασθένιση. Το συμπέρασμα αυτό προήλθε από έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την «Κλινική σχετικότητα των χαμηλών συγκεντρώσεων της βιταμινών ορών B12 στους ηλικιωμένους» Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Banbury της Αγγλίας, όπου συμμετείχαν 1.000 άτομα ηλικίας 75 ετών. Στην έρευνα αυτή οι χαμηλές συγκεντρώσεις βιταμινών B12 προσδιορίστηκαν σε 13% των ηλικιωμένων και συνδέθηκαν με την εξασθένιση της μνήμης και την κατάθλιψη. Επίσης η βιταμίνη B12 φαίνεται να εμποδίζει την συσσώρευση της ομοκυστεΐνης η οποία μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Πλούσιες πηγές βιταμίνης B12 είναι τα ψάρια, τα αυγά, το κρέας, τα πουλερικά, το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα. (Hin H, Clarke R, Sherliker P, Atoyebi W, Emmens K, Birks J,

Schneede J, Ueland PM, Nexø E, Scott J, Molloy A, Donaghy M, Frost C, Evans JG. 2006).

Ανεπάρκεια θειαμίνης είναι συχνή στους ηλικιωμένους και ειδικότερα στους αλκοολικούς. Μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και ψυχωτικά συμπτώματα, αλλά και νευρολογικά προβλήματα. Η ανεπάρκεια βιταμίνης B12 και φολικού οξέος μπορεί να οδηγήσει σε αποπροσανατολισμό ή κατάθλιψη (Petrie WM, Ban TA. 1985). Τα επαρκή επίπεδα φολικού οξέος είναι κρίσιμα για την κατάλληλη λειτουργία του εγκεφάλου. Υπάρχει μία σχέση μεταξύ του φολικού και των νευροψυχιατρικών διαταραχών. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι η πιο κοινή νευροψυχιατρική εκδήλωση της ανεπάρκειας φολικού οξέος. Βέβαια τα χαμηλά επίπεδα φολικού οξέος συνδέονται και με την γνωστική πτώση στους ηλικιωμένους, με άνοιες και με την νόσο Alzheimer. Έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι με κατάθλιψη εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα φολικού οξέος, αλλά και το αντίστροφο, αυτοί με τα χαμηλότερα επίπεδα φαίνεται να έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψη. Η συμπλήρωση με την ενεργό μορφή του φολικού οξέος μπορεί να είναι αποτελεσματική στην πρόληψη και στην θεραπεία της κατάθλιψης αλλά και της άνοιας. Το φολικό οξύ βρίσκεται σε μεγάλη ποσότητα στα πράσινα φυλλώδη λαχανικά αλλά είναι ευπαθές στο μαγείρεμα. (Alpert JE, Fava M. 1997, Mischoulon D, Raab MF. 2007, D'Anci KE, Rosenberg IH. 2004).

Όσον αφορά την βιταμίνη C, αυτή συμμετέχει ως συνένζυμο στην παραγωγή της σεροτονίνης από το αμινοξύ τρυπτοφάνη. Η πρόσληψη βιταμίνης C σε ασθενείς με κατάθλιψη βελτιώνει την κατάσταση υγείας τους (Μπαζαΐος Κ. 1994).

4.2.δ Η δράση των λιπαρών οξέων:

Φαίνεται ότι η ανεπάρκεια των λιπαρών οξέων μπορεί να παρεμποδίσει την κανονική λειτουργία των νευρικών συστημάτων και του εγκεφάλου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καταστάσεις όπως κατάθλιψη, φτωχή μνήμη και συγκέντρωση.

Τα ω-3 λιπαρά οξέα είναι πολύ σημαντικά για την λειτουργία του εγκεφάλου. Για να λειτουργήσει κανονικά, ο εγκέφαλος πρέπει να παραγάγει διάφορους τύπους λιπαρών οξέων. Για να τους παραγάγουν, τα κύτταρα του πρέπει να έχουν τις απαραίτητες οικοδομικές χημικές ουσίες, όπως είναι τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα (Cunnane, S.C. 2000).

Η έλλειψη των ω3 λιπαρών οξέων φαίνεται να συμβάλλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης σύμφωνα με ανασκόπηση επιδημιολογικών μελετών (πανεπιστήμιο ψυχιατρικής της Νέας Ουαλίας, 2006). Εξετάστηκαν τα ποσοστά των ω3 λιπαρών οξέων σε ασθενείς με κατάθλιψη και βρέθηκε έλλειψη αυτών. Έλλειψη των ω3 βρέθηκε επίσης να υπάρχει και σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, έτσι μπορεί να εξηγηθεί και η σύνδεση που υπάρχει μεταξύ της κατάθλιψης και της στεφανιαίας νόσου. Συμπερασματικά φαίνεται πως τα ω3 λιπαρά οξέα έχουν θεραπευτικές ιδιότητες στην κατάθλιψη, οπότε η συμμετοχή τους θεωρείται πολύ σημαντική στην αντιμετώπιση της ασθένειας (Parker G, Gibson NA, Brotchie H, Heruc G, Rees AM, Hadzi-Pavlovic D., 2006).

Άλλη έρευνα (Colin A, Reggers J, Castronovo V, Ansseau M, 2003) που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τη σχέση των ω3 λιπαρών οξέων και της κατάθλιψης, εξέθεσε μερικά επιδημιολογικά στοιχεία που υποστηρίζουν την υπόθεση μιας σχέσης μεταξύ των χαμηλότερων ποσοστών κατάθλιψης ή/και αυτοκτονίας και μιας μεγαλύτερης κατανάλωσης ψαριών. Επίσης παρατηρήθηκε επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων όταν το επίπεδο των ω3 λιπαρών οξέων ήταν χαμηλό ή όταν υπήρχε χαμηλή αναλογία ω3/ω6.

Η κατανάλωση ψαριού μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της κατάθλιψης κυρίως στις γυναίκες. Τα συμπληρώματα ιχθυελαίων έχουν χρησιμοποιηθεί στην θεραπεία σχιζοφρενών αλλά και για τον περιορισμό της συχνότητας και της έντασης των επεισοδίων σε ασθενείς με κατάθλιψη.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με χρόνια κατάθλιψη παρουσιάζουν μείωση επιπέδων των ω3 λιπαρών οξέων. Για τον λόγο αυτό, γίνεται χορήγηση συμπληρωμάτων ω3 λιπαρών οξέων με τη μορφή ιχθυελαίων και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της συχνότητας και της έντασης των καταθλιπτικών επεισοδίων.



Τα ω3 λιπαρά οξέα βρίσκονται σε φυτικές τροφές (π.χ. σογιέλαιο, καρυδέλαιο, καρύδια, λιναρόσποροι, λινοροσπορέλαιο), καθώς επίσης σε ψάρια, θαλασσινά και σαλιγκάρια, (π.χ. ρέγκα, σκουμπρί, μπακαλιάρος, σαρδέλα, γατόψαρο, σολομός, ξιφίας, τόνος, λυθρίνι, κολιός, στρείδια, αστακός, γαρίδες κ.α.)

Σημαντικά είναι και τα ω-6 λιπαρά οξέα. Υψηλές ποσότητες ωμέγα-6 και χαμηλές ποσότητες ωμέγα-3 λιπαρών οξέων συνδέονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και με την νεύρωση (Conklin SM, Manuck SB, Yao JK, Flory JD, Hibbeln JR, Muldoon MF. 2007).

Τα ω6 λιπαρά οξέα βρίσκονται κυρίως στο κρέας ελεύθερης βοσκής, αλλά και στα πουλερικά, στα αυγά, στο ψωμί, στα δημητριακά και σε πολλά φυτικά έλαια όπως το καλαποκέλαιο και το σογιέλαιο.

Πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης παίζει, εκτός από την πρόσληψη των ω3 λιπαρών οξέων και η σωστή αναλογία των λιπαρών οξέων (ω3 και ω6). Τα ω3 (LNA) και τα ω6 (LA) συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία και την ανάπτυξη του οργανισμού. Ανήκουν στην κατηγορία των απαραίτητων λιπαρών οξέων και πρέπει να λαμβάνονται μέσω της διατροφής, διότι δεν μπορεί να τα συνθέσει ο οργανισμός από μόνος του. Τα δύο αυτά είδη πολυακόρεστων λιπαρών οξέων (ω3-ω6) «ανταγωνίζονται» το ένα το άλλο. Η λαμβανόμενη αναλογία αυτών σήμερα είναι περίπου 1:4, ενώ θα έπρεπε να είναι 1:3, δηλαδή σε κάθε ένα γραμμάριο ω3 λιπαρού οξέος, να αντιστοιχούν 3 γραμμάρια ω6 λιπαρών οξέων.

Παρόλα αυτά φαίνεται ότι τα καθημερινά συμπληρώματα που περιέχουν αμινοξέα μπορούν να ανακουφίσουν λίγο τα άτομα απ'τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τις άλλες διανοητικές διαταραχές (Lakhan SE, Vieira KF. 2008).

4.2.ε Μέταλλα:

Υπάρχουν μέταλλα τα οποία σχετίζονται με την μεταβολή της διάθεσης και την κατάθλιψη. Μερικά από αυτά είναι το ασβέστιο, ο σίδηρος, το μαγνήσιο (έλλειψη αυτού μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη), ο φώσφορος (τονώνει το μυαλό και το νευρικό σύστημα), το σελήνιο και ο ψευδάργυρος. (Μπαζαίος Κ. 1994).

Πραγματοποιήθηκε μελέτη (Vahdat Shariatpanaahi M, Vahdat Shariatpanaahi Z, Moshtaaghi M, Shahbaazi SH, Abadi A, 2007) που εξέτασε την ένωση της κατάθλιψης και των επιπέδων της φεριττίνης ορού. Το μέσο επίπεδο φεριττίνης σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη ήταν σημαντικά χαμηλότερο από τους υγιείς ανθρώπους. Επίσης όταν τα επίπεδα, μεταπίπτουν από κανονικά σε χαμηλότερα επίπεδα, φαίνεται πως οι πιθανότητες για εμφάνιση κατάθλιψης μειώνονται. Το συμπέρασμα αυτής της μελέτης είναι λοιπόν πως υπάρχει μία σύνδεση μεταξύ της κατάθλιψης και των επιπέδων φεριττίνης ορού.

Τέλος, οι τροφές που θα πρέπει να αποφεύγονται ή να περιορίζεται η κατανάλωση τους, είναι η ζάχαρη και τα διάφορα ζαχαρώδη, καθώς επίσης και η καφεΐνη. Στην διατροφή πρέπει να συμπεριληφθούν κυρίως τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, τα όσπρια, τα δημητριακά ολικής άλεσης, το καφέ ρύζι, τα αυγά, τα ψάρια, τα πουλερικά, τα φρούτα και οι ξηροί καρποί.

Το συμπέρασμα όλων των παραπάνω είναι ότι η διατροφή παίζει βασικό ρόλο τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία του ανθρώπου.

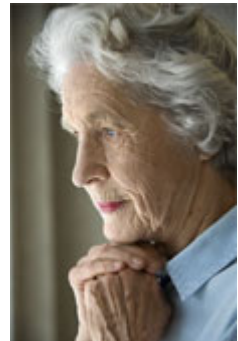
4.3 Μοναξιά στην Τρίτη ηλικία

4.3.α. Ορισμός μοναξιάς

Η μοναξιά έχει παρεξηγηθεί σαν έννοια. Άλλο είναι να περνά κάποιο άτομο ένα χρονικό διάστημα μόνο του και άλλο το να ζει μοναχικά. Στην πρώτη περίπτωση είναι επιλογή του ίδιου του ατόμου να περάσει λίγο χρόνο μακριά από τους άλλους. Στην δεύτερη περίπτωση, δεν επιλέγει το άτομο να είναι μόνο του, αλλά αισθάνεται ανικανοποίηση σε ότι κάνει και νιώθει ότι υπάρχει ένα κενό στην ζωή του. Η μοναξιά μπορεί να είναι κοινωνική ή συναισθηματική. Η συναισθηματική μοναξιά αναφέρεται στην απουσία μιας στενής συναισθηματικής σχέσης. Το άτομο κάνει γνωριμίες, οι οποίες όμως είναι επιφανειακές, θεραπεύουν την κοινωνική μοναξιά, αλλά δεν αγγίζουν τη μοναξιά του συναισθηματικού τύπου. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι σε έναν κόσμο γεμάτο, υπάρχουν τόσα άτομα που αισθάνονται έντονη μοναξιά.

Συνεπώς, ένα άτομο αισθάνεται μοναξιά όταν έχει λιγότερες διαπροσωπικές σχέσεις από όσες θα επιθυμούσε ή όταν αυτές οι σχέσεις δεν το ικανοποιούν όσο θα ήθελε, δηλαδή υπάρχει ένα κενό μεταξύ των προσδοκιών του ατόμου και της πραγματικότητας. Αν και υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στην κοινωνική και συναισθηματική μοναξιά, και οι δυο μορφές χαρακτηρίζονται από κοινό πυρήνα (Russell D, Cutrona CE, Rose J, Yurko K. 1984).

Οι συγγραφείς Bondevik M, Skogstad A. (1998), αναφέρουν σε ένα άρθρο τους, το βαθμό στον οποίο επηρεάζεται η συναισθηματική και η κοινωνική μοναξιά των ηλικιωμένων, πρώτον, από την ικανότητα των ηλικιωμένων να κάνουν τις βασικές τους δραστηριότητες καθημερινά για να ζήσουν (ADL) και δεύτερον, από τη συχνότητα των κοινωνικών επαφών των ηλικιωμένων με το εξωτερικό περιβάλλον. Το συμπέρασμα ήταν ότι η εξάρτηση των ηλικιωμένων από το περιβάλλον για την πραγματοποίηση των βασικών καθημερινών αναγκών ADL συσχετίστηκε με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς. Η υψηλή συχνότητα των κοινωνικών επαφών με την οικογένεια, τους φίλους, ή τους γείτονες συσχετίστηκε αρνητικά με την συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά. Η συναισθηματική μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση είναι σημαντικά προβλήματα στα γηρατειά. Αυτές οι έννοιες είναι αλληλένδετες και συχνά χρησιμοποιημένες εναλλακτικά, αλλά λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για να διευκρινίσουν τη σχέση τους.



Γνωστή είναι η θεωρία της διανοητικής δυσαρμονίας, η οποία προβλέπει ότι η παρουσία περισσότερων ευνοϊκών παραγόντων, όπως ο υψηλότερος αυτοσεβασμός, η κοινωνική υποστήριξη, οι καλές προσωπικές σχέσεις, οδηγούν στη λιγότερη μοναξιά, δηλαδή λιγότερη δυσαρμονία (Van Baarsen B. 2002). Ένας σύντομος ορισμός της μοναξιάς θα μπορούσε να είναι ο επόμενος: 'Μοναξιά είναι να έχεις πολλά να δώσεις αλλά κανέναν για να τα δώσεις.'

4.3.β. Συσχέτιση μοναξιάς και γηρατειών:

Η συνειδητοποίηση των "γηρατειών" γίνεται συνήθως από εξωτερικά γεγονότα που συμβαίνουν, όπως τυχόν ανακατατάξεις που συμβαίνουν με πρόσωπα της οικογένειας, για παράδειγμα ο ερχομός νέων ανθρώπων, παιδιών και η αίσθηση του ηλικιωμένου ότι έχει ζήσει με τόσες γενιές, ή μια αλλαγή στο περιβάλλον που ζει, όπως η εισαγωγή του σε κάποιο ίδρυμα, ή πολύ απλά μια τυχαία ματιά στο καθρέπτη.

Η μετάβαση από την ενήλικη ζωή στα γηρατεία οδηγεί σε ένα είδος φυσικής απόσυρσης από δραστηριότητες και υποχρεώσεις, καταστάσεις που στην νεότερη ηλικία συνέδεαν στενά το άτομο με την κοινωνία. Όταν αυτή η απόσυρση γίνει σε ικανοποιητικό βαθμό, τα ηλικιωμένα άτομα και η κοινωνία αναπτύσσουν μια νέα ισορροπία. Οι ηλικιωμένοι έχουν χρόνο για να αναπτύξουν τα χόμπυ και τα ενδιαφέροντα τους, για τα οποία δεν είχαν χρόνο στο παρελθόν.

Αυτή η απόσυρση από την κοινωνία βιώνεται διαφορετικά από τους άνδρες και διαφορετικά από τις γυναίκες. Ο άνδρας την αντιμετωπίζει περισσότερο αρνητικά, διότι συνήθως αναγκάζεται να σταματήσει την εργασία του και έτσι νιώθει ότι δεν μπορεί να προσφέρει πια στην οικογένειά του. Η γυναίκα σε αντίθεση, διατηρεί την κοινωνική-συναισθηματική πλευρά της ζωής. Δεν χάνει απαραίτητα την ενασχόληση της όπως ο άντρας.

Ο κάθε άνθρωπος βιώνει διαφορετικά την μείωση της ενεργής ζωής και την απομάκρυνση του από την κοινωνία. Κάποιο άτομο μπορεί να το βιώνει σαν αποκλεισμό ή απόρριψη ενώ για κάποιον άλλον να είναι μια ευκαιρία για να απαλλαγεί από τις ευθύνες και να ασχοληθεί με τον εαυτό του.

Κάτι άλλο που συναντάται συχνά στην τρίτη ηλικία είναι το αίσθημα της ανασφάλειας, το οποίο δεν είναι ανάγκη να γίνει κάτι για να το νιώσουν οι ηλικιωμένοι. Απλά και μόνο επειδή δεν μπορούν να επιβάλλουν την άποψη τους στην οικογένεια όπως έκαναν στην νεότερη ηλικία τους και πλέον δεν τους υπακούει κανείς, νιώθουν ανασφάλεια

Άλλοι πάλι νιώθουν ανασφάλεια απ'τον φόβο τους για το τι θα απογίνουν αν χάσουν τον/την σύντροφο τους.

Άλλες πάλι φορές η ανασφάλεια οφείλεται σε προβλήματα υγείας, σωματικά ή ψυχολογικά. Κάποια από τα προβλήματα που μπορούν να προκαλέσουν ανασφάλεια στους ηλικιωμένους είναι η ακράτεια, προβλήματα κινητικότητας, καρδιαγγειακά προβλήματα κ.α. (Καστενμπάουμ Ρ. 1982)

Το μέσο των ηλικιωμένων που χρησιμοποιούν για να αντλούν δύναμη, είναι το παρελθόν και οι εμπειρίες της ζωής τους, που τις αναπολούν συχνά για να τις διατηρούν μέσα στην μνήμη τους και να τις κρατούν ζωντανές.

Αν γίνει ανάλυση των προαναφερθέντων παραγόντων που σχετίζονται με τα γηρατεία θα διαπιστωθεί ότι έχουν κοινή κατάληξη. Συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση μοναξιάς στους ηλικιωμένους. Αυτό εξηγείται ως εξής:

Το πλαίσιο οικογένεια στο οποίο ζουν οι ηλικιωμένοι έχει αλλάξει σε σχέση με το παρελθόν. Ο όρος "οικογένεια" σε ότι αφορά στην Ελλάδα δεν απαντάται στην κλασική και στην ελληνιστική περίοδο. Για πρώτη φορά αυτός συναντάται σε μεσαιωνικά (βυζαντινά) κείμενα. Ως εκ τούτου είναι ένας όρος νεότερος, ο οποίος αποτελείται από δύο συνθετικά: «οίκος» και «γένος».

Στη νεότερη Ελλάδα χρησιμοποιούμε τον όρο «οικογένεια» υπό την ευρεία και στενή σημασία της, εννοώντας αφενός το γένος, τη γενιά, τους συγγενείς και αφετέρου τα συγγενικά πρόσωπα της οικογένειας.

Υπάρχουν πολλές μορφές οικογένειας. Η πολυπυρηνική οικογένεια απαντάται σε πολλές περιοχές του κόσμου και ιδιαίτερα στα Βαλκάνια, καθώς και στην Ελλάδα ως τα μέσα του

20ου αιώνα. Η οικογένεια αυτή ονομάζεται και σύνθετη ή πολυεστιακή οικογένεια ή οικιακή κοινότητα.

Η πατροπλευρική πολυπυρηνική οικογένεια είναι γνωστή και ως μεγάλη πατριαρχική οικογένεια. Ο όρος πατριαρχική όμως δηλώνει περισσότερο την αυξημένη εξουσία του πατέρα (patria potestas), παρά τη δομή και τη μορφή της. Αποκαλείται πατροπλευρική, γιατί από άποψη δομής και μορφής οι συγγενείς μέσα σε αυτήν συνδέονται μέσω ανδρών.

Στην πολυπυρηνική οικογένεια απαραίτητη θεωρείται η παραμονή κάποιων προσώπων στο σπίτι π.χ. γιαγιάς, παππού, όταν τα μέλη της οικογένειας είναι αναγκασμένα να εργάζονται πολλές ώρες έξω από το σπίτι.

Γενικά οι παραπάνω μορφές οικογένειας ήταν πιο εκτεταμένες όσον αφορά τα άτομα που την αποτελούσαν και σ' αυτές περιλαμβάνονταν συνήθως και τα ηλικιωμένα άτομα. Τα άτομα αυτά είχαν σημαντική συμβολή στα θέματα της οικογένειας, και έτσι ένιωθαν περισσότερο χρήσιμα και ικανά.

Σημερινό τύπο οικογένειας αποτελεί η πυρηνική οικογένεια, η οποία είναι είδος "κλειστής" οικογένειας που περιλαμβάνει μόνο τα μέλη που συνδέονται με πρώτο βαθμό συγγένειας. Εδώ ο ρόλος των παππούδων περιορίζεται, δεν ζουν πια κάτω απ' την ίδια στέγη με την υπόλοιπη οικογένεια και αυτό μπορεί να τους οδηγήσει στο περιθώριο, στη μοναξιά και να παρουσιαστούν τα πρώτα σημάδια κατάθλιψης (Καστενμπάουμ, Ρ. 1982, Αλεξάκης Ε.Π. 2002, Αλεξάκης Ε.Π. 1998, Forbes S. 2005, &Mock Douglas W. 2004).

4.3.γ. Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων:

Ιστορική αναδρομή:

Οι μέθοδοι προστασίας γήρατος άρχισε συστηματικά από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Το 1980 έγιναν μελέτες για τα προβλήματα του γήρατος στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. Το έτος αυτό εντάσσουν στα προγράμματα τους ηλικιωμένους και οργανώσεις όπως ο Ο.Η.Ε., το Συμβούλιο της Ευρώπης και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Το 1980 ψηφίστηκε στη Βιέννη από τα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε. ο καταστατικός χάρτης των ηλικιωμένων, ότι δηλαδή είναι ευθύνη κάθε κράτους, να διαμορφώσει πολιτική για τα ηλικιωμένα άτομα σε ότι αφορά την ασφάλεια, την ευημερία και την προαγωγή δραστηριοτήτων. Πριν από αυτό η φροντίδα των ηλικιωμένων γίνονταν στα πλαίσια κλειστής περίθαλψης και πρόνοιας με την μορφή φιλανθρωπίας και λιγότερο κρατικής μέριμνας. Τα τελευταία χρόνια έχει ξεκινήσει μια προσπάθεια κοινωνικής πολιτικής για δημιουργία προγραμμάτων που να καλύπτουν τις ψυχικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Ως μέτρο κοινωνικής πολιτικής των ηλικιωμένων, το 1980 ήταν η δημιουργία των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Η φροντίδα των ηλικιωμένων διακρίνεται στα ακόλουθα είδη:

- Οικογενειακή φροντίδα
- Άτυπη φροντίδα που δίνεται από ειδικευμένα άτομα
- Ιδρυματική φροντίδα, δηλαδή κλειστή φροντίδα από κρατικό φορέα
- Οικιακή φροντίδα που παρέχεται από κρατικό φορέα (π.χ. ΚΑΠΗ)

Η φιλοσοφία της λειτουργίας των ΚΑΠΗ είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων, η διαφώτιση των κοινωνικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Τα ΚΑΠΗ προσφέρουν ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες, φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία. Βοηθούν τα ηλικιωμένα άτομα να κάνουν πράγματα στον ελεύθερο χρόνο τους, να βρίσκουν ενδιαφέροντα, να συμμετέχουν σε εκδηλώσεις, ώστε να νιώθουν ενεργοί και ικανοί.

Άλλο ένα πρόγραμμα που έχει αναπτυχθεί, αλλά όχι σε ικανοποιητικό βαθμό είναι το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι». Το πρόγραμμα αυτό εξασφαλίζει την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση, την παραμονή στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον και την αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους. Αρχισε να εφαρμόζεται σε 112 Δήμους της χώρας που έχουν ΚΑΠΗ με χρηματοδότηση που δόθηκε στους δήμους από τους Υπουργείο Εσωτερικών, το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και με την συν-χρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

Σκοπός αυτού του προγράμματος είναι τα μέλη της οργάνωσης να βοηθούν τους ηλικιωμένους σε θέματα νοσηλευτικής φροντίδας, σίτισης, βοήθεια για εξωτερικές εργασίες, πληρωμές λογαριασμών, παρέα-συντροφιά κ.α.

Όλες αυτές οι οργανώσεις είναι πολύ σημαντικές γι' αυτή την ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα η οποία έχει ανάγκη την φροντίδα και σε επίπεδο υγείας αλλά και ψυχολογίας (Ευκλείδη Κ.Α. 1999).

Όταν βέβαια έρθει η στιγμή που το άτομο θα μπει σε κάποιο ίδρυμα, τότε τα πράγματα για το ηλικιωμένο άτομο δεν είναι τόσο εύκολα. Όταν το άτομο μπαίνει για πρώτη φορά στο ίδρυμα, νιώθει έντονα τα συναισθήματα του άγχους και του φόβου. Αυτή η εισαγωγή στο ίδρυμα μπορεί να γίνει λιγότερο ανώδυνη με διάφορους τρόπους.

Σε κάποια μέρη, οι άνθρωποι που εργάζονται στο γηροκομείο πηγαίνουν στα σπίτια των ηλικιωμένων πριν αυτοί μπου στο ίδρυμα και τους γνωρίζουν, ώστε να έχουν μια πρώτη επαφή οι ηλικιωμένοι με τα άτομα που θα τους φροντίζουν μέσα στο ίδρυμα. Ακόμη, οι ηλικιωμένοι μπορούν να πάρουν μαζί τους κάποιο αγαπημένο τους αντικείμενο, ώστε να νιώθουν ότι έχουν κάτι οικείο στον νεό τους χώρο. Επίσης τα άτομα του γηροκομείου πρέπει να καλωσορίζουν τους ηλικιωμένους και να τους καθυσηχάζουν, ώστε να δημιουργείται ένα πιο φιλικό περιβάλλον. Όλα αυτά θα κάνουν τους ηλικιωμένους να νιώσουν καλύτερα κατά την διάρκεια της μετακόμισής τους στο γηροκομείο.

Είναι λογικό και απολύτως φυσικό οι ηλικιωμένοι που μπαίνουν στα ιδρύματα να νιώθουν συναισθήματα όπως σύγχυση, άγχος, επιφυλακτικότητα, γιατί καταβάθος γνωρίζουν ότι θα μείνουν εκεί για το υπόλοιπο της ζωής τους. Αυτό το έντονο άγχος που αισθάνονται μπορεί να επιδεινώσει τυχόν υπάρχοντα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Νιώθουν αποκομμένοι από την προηγούμενη ζωή τους και κυριαρχεί το αίσθημα ότι δεν υπάρχει επιστροφή.

Η εμφάνιση, αναπτυξη και λειτουργία των γηροκομείων είναι μια καλή λύση για τα άτομα που είναι μοναχικά ή παρ'ολο που έχουν συγγενείς νιώθουν έντονη μοναξιά. Απλά όταν κάποιος θέλει να βάλει έναν ηλικιωμένο σε κάποιο γηροκομείο, θα πρέπει να διαλέξει το πιο κατάλληλο γι αυτόν και επίσης να δώσει ένα περιθώριο προετοιμασίας και προσαρμογής στον ηλικιωμένο για τον καινούργιο του χώρο. (Καστενμπάουμ Ρ. 1982)



Κάποιοι ηλικιωμένοι αισθάνονται μοναξιά και είναι στεναχωρημένοι που οι συγγενείς και τα παιδιά τους, τους ξεχνούν, έτσι μπαίνουν οικιοθελώς σε ίδρυμα για να μην γίνονται βάρος στους συγγενείς τους. Εκεί έχουν έναν άνθρωπο να μιλήσουν. Εκεί νιώθουν ασφάλεια γιατί έχουν μία στέγη να μείνουν, ένα κρεβάτι να κοιμηθούν και είναι προστατευμένοι από φυσικούς κινδύνους (κρύο, βροχές, υψηλές θερμοκρασίες). Τα ιδρύματα αυτά είναι ειδικά σχεδιασμένα ώστε να περιορίζονται στο ελάχιστο τυχόν ατυχήματα, κίνδυνοι, και είναι διαμορφωμένα έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν να κινούνται με ασφάλεια μέσα στον χώρο (όχι ψηλά σκαλοπάτια, χειρολαβές παντού, ειδικός φωτισμός καθόλη τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας κ.α). (Καστενμπάουμ Ρ. 1982).

Έρευνα που έγινε στο πανεπιστήμιο ETATS-UNIS εξέτασε τη σχέση μεταξύ της μοναξιάς και της επιθυμίας των ηλικιωμένων να μείνουν σε γηροκομείο. Από αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε ότι όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα μοναχικότητας, τόσο πιο εύκολα

αποδέχονται οι ηλικιωμένοι να μπουν σε γηροκομείο. Αυτή η επιρροή της υψηλής μοναξιάς στην αποδοχή των ηλικιωμένων για την ένταξη τους στα γηροκομεία, συσχετίστηκε και με άλλες μεταβλητές, όπως την ηλικία, την εκπαίδευση, το εισόδημα, το μορφωτικό και διανοητικό επίπεδο, τη φυσική υγεία, και τις κοινωνικές επαφές.

Έχει αποδειχθεί ότι η συχνή επικοινωνία των ηλικιωμένων με παιδιά, εγγόνια, άλλα μέλη της οικογένειας, φίλους και γείτονες, έχει θετική επίδραση στην μείωση της μοναξιάς (Russell D.W., Cutrona C.E., De la mora A., Wallace R.B 1997).

Επιπλέον, οι Bondevik M, Skogstad A (1996) σε ένα άρθρο τους αναφέρουν μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένους ηλικίας μέχρι 80 ετών, οι οποίοι ήταν από δυο ομάδες. Η μια ομάδα ηλικιωμένων ήταν κάτοικοι γηροκομείου και η άλλη ομάδα, ήταν ηλικιωμένοι που ζούσαν στα σπίτια τους σε μια κοινότητα.

Συγκρίθηκε η εμφάνιση της μοναξιάς από την επίδραση των κοινωνικών σχέσεων στις δυο ομάδες των ηλικιωμένων. Διαπιστώθηκε ότι από αυτούς που μένουν σε σπίτια σε μια κοινότητα, αυτοί που δεν έχουν επαφή με την οικογένεια και τους γείτονες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό μοναξιά σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν τέτοιες επαφές. Επίσης οι ηλικιωμένοι που μένουν σε σπίτια αλλά δεν έχουν κοινωνικές επαφές με άλλα άτομα εμφανίζουν εντονότερα σημάδια μοναξιάς από τους ηλικιωμένους που μένουν στα γηροκομεία, διότι εκείνοι έχουν άτομα μέσα στο ίδρυμα που τα φροντίζουν και τα περιποιούνται. Συμπερασματικά λοιπόν, τόσο οι ηλικιωμένοι που ζουν στα γηροκομεία όσο και αυτοί που ζουν έξω σε κοινότητα, εάν νιώθουν έντονα το αίσθημα της επιθυμίας για επαφή με συγγενείς και φίλους τότε αυτό υποδηλώνει αυξημένη πιθανότητα για εμφάνιση μοναξιάς σε σχέση με τους ηλικιωμένους που έχουν αναπτυγμένες κοινωνικές επαφές.



4.3.δ. Αιτιολογία μοναξιάς:

Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική τους ευημερία.

Για να εκτιμηθεί καλύτερα η υγεία των ηλικιωμένων, η μοναξιά αναφέρεται σαν χρόνια ασθένεια και φαίνεται να υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της μοναξιάς και της ψυχολογικής ευημερίας των ηλικιωμένων ιδιαίτερα όσον αφορά την κατάθλιψη (Russell D.W., Cutrona C.E., De la mora A., Wallace R.B 1997, Alpass F.M., Neville S. 2003, Adams K. B., Sanders, S. & Auth, E. A. 2004).

Με την πάροδο των χρόνων, επέρχονται φυσιολογικές αλλαγές στο ηλικιωμένο άτομο, όπως απώλεια επαγγελματικής ταυτότητας, χαμηλό εισόδημα, μείωση της φυσικής κινητικότητας και εμφάνιση προβλημάτων υγείας (π.χ. άνοια). Η απώλεια ατόμων από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ο κοινωνικός αποκλεισμός από κοινωνικές εκδηλώσεις και την εκκλησία, καθώς επίσης και οι λιγότερες επισκέψεις από συγγενικά πρόσωπα, και γείτονες, όλα αυτά μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στην απομόνωση, τη μοναξιά και πολύ συχνά στην κατάθλιψη (Cohen-Mansfield J.& Pappura-Gill A. 2006, Alpass F.M., Neville S. 2003, Adams K. B., Sanders S. & Auth E. A. 2004).

Επιπλέον, η μοναξιά συναντάται συχνότερα στους ηλικιωμένους που ζουν σε χωριά και αγροτικές περιοχές και ασχολούνται με γεωργικές-αγροτικές δουλειές, σε σχέση με αυτούς που ζουν στις πόλεις. Η μοναξιά είναι συνδεδεμένη με την πάροδο της ηλικίας. Υπάρχει η διαπίστωση ότι εμφανίζεται περισσότερο σε ηλικιωμένους που μένουν μόνοι τους, που είναι άγαμοι, δεν έχουν παντρευτεί ποτέ, είναι χωρισμένοι ή χηρευόμενοι.

Ακόμη το φαινόμενο της μοναξιάς φαίνεται να σχετίζεται με το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλό οικονομικό εισόδημα, την ανεργία αλλά και με την θρησκεία. Έχει διαπιστωθεί ότι στα άτομα και ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ανθρώπους χωρίς ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις συναντάται συχνότερα η μοναξιά.

Επιπροσθέτως, η κακή κατάσταση της υγείας, η μειωμένη λειτουργικότητα των αισθητήριων οργάνων, δηλαδή η μείωση της όρασης και η απουσία της ακοής μεγαλώνει την κυριαρχία της μοναξιάς (Savikko N., Routasalo P., Tilvis R.S., Strandberg T.E., Pitkala K.H. 2005, Lauder W, Mummery K, Sharkey S. 2006).

Τα ηλικιωμένα άτομα αντιμετωπίζουν διάφορους ρόλους καθώς περνούν τα χρόνια. Αυτό γίνεται από τη στιγμή που το άτομο σταματάει να εργάζεται και από εκεί που ήταν απασχολημένο πολλές ώρες της ημέρας, αποκτά ξαφνικά πολύ ελεύθερο χρόνο και δημιουργείται ένα έντονο άγχος για το πώς θα εξελιχθεί η ζωή του από εκεί και πέρα (Melinda S. Lantz 2006).

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες έχουν την ισχυρότερη επιρροή στην μοναξιά, σε συνδυασμό με τους χαμηλούς οικονομικούς πόρους. Συγχρόνως η μοναξιά μπορεί να είναι σύμπτωμα ενός άλλου κοινωνικού ή ψυχολογικού προβλήματος, παραδείγματος χάριν χρόνιας κατάθλιψης (Jiska Cohen-Mansfield & Aleksandra Pappura 2006).

Οι ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα μοναξιάς σε σχέση με τους άνδρες. Η μοναξιά αποτελεί ανησυχητικό παράγοντα γιατί σχετίζεται με την ευημερία των ηλικιωμένων γυναικών επειδή αποτελεί αιτία του συναισθηματικού κινδύνου και συνδέεται με διάφορα προβλήματα υγείας. (Beal C. 2006).

Συνοψίζοντας λοιπόν, φαίνεται ότι η μοναξιά προέρχεται από τις κοινωνικές αλλαγές της ζωής και τις δυσκολίες που απορρέουν από την πάροδο της ηλικίας

4.3.ε. Επιπτώσεις μοναξιάς:

Η μοναξιά εμφανίζεται να είναι συνδεδεμένη με μια ευρεία ποικιλία από συναισθηματικά, συμπεριφοριστικά και κοινωνικά προβλήματα, όπως είναι, η ευπάθεια σε προβλήματα υγείας, η στρόφη των ηλικιωμένων στην εγκληματικότητα, στο ποτό, στα ναρκωτικά, στις διατροφικές διαταραχές (π.χ. ανορεξία), στην εσωστρέφεια, στην απομόνωση, στον χαμηλό αυτοσεβασμό, στην κατάθλιψη, στις αυτοκαταστροφικές τάσεις ή ακόμα και στην αυτοκτονία (Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π. 2000).



Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όπως μοναξιά και κατάθλιψη μπορεί να συμβάλουν στην μείωση της όρεξης. Οι ηλικιωμένοι που παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή εμφανίζουν μειωμένη όρεξη για φαγητό σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν κάποιο πρόβλημα (Huffman, G.B., Brooke G. & Spring SM., 2002).

Στο άρθρο του ο Bungard W.(1997) αναφέρει μελέτη που διεξήχθη σε ομάδα 406 ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, όπου μελετήθηκε η σχέση της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς με τις αυτοκαταστροφικές τάσεις που εμφανίζουν τα άτομα. Η διαπίστωση ήταν ότι η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά που εμφανίζουν τα άτομα, απορρέει από την απώλεια προσωπικών σχέσεων και κοινωνικών επαφών καθώς και από την κοινωνική άρνηση του ατόμου από το ευρύτερο περιβάλλον.

Η αυτοκτονία είναι πολύ συχνό φαινόμενο στην τρίτη ηλικία και ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους άνδρες διότι είναι πιο ευάλωτοι και δεν μπορούν να δεχτούν εύκολα τις

αλλαγές που συμβαίνουν με την πάροδο των χρόνων. Οι απόπειρες που κάνουν τα ηλικιωμένα άτομα είναι ίσως απόρροια της κοινωνικής απομόνωσης. Με τον όρο κοινωνική απομόνωση εννοούμε την αποκοπή των ηλικιωμένων από συνεργάτες, συνεταίρους ή φίλους και γείτονες. Το σημαντικότερο όμως είναι η χηρεία, η οποία προκαλεί πολύ άσχημα συναισθήματα και ιδιαίτερα στις γυναίκες. Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες προτιμούν συνήθως πιο ήπιους τρόπους αυτοκτονίας όπως χάπια, ενώ οι άνδρες κάνουν απόπειρες με πιο βίαιους τρόπους, όπως να αυτοπυροβολούνται (Kaplan, I., Harold., Sadock, J., Benjamin & Gewbb, A., Jack. 2000)

Συνήθως οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι απόρροια κατάθλιψης, η οποία μπορεί πολλές φορές να παρερμηνευτεί από τα γύρω άτομα και να μην δοθεί η απαραίτητη σημασία. Εκτός απ' τα κλασσικά συμπτώματα της κατάθλιψης, το άτομο μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα ταραχής, σύγχυσης, παράνοιας, κάποιιοι ακόμα παραπονιούνται για σωματικές ενοχλήσεις κ.α. (Καστενμάουμ Ρ. 1982).

Έχει αποδειχθεί ότι ένας απ' τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν στην κατανάλωση οινοπνεύματος είναι η μοναξιά. Ηλικιωμένοι δηλαδή που μένουν μόνοι τους, που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ, ή είναι χήροι, άστεγοι, αλλά και άτομα με ψυχολογικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη ή παραλήρημα καταφεύγουν στην κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και η πλήξη μπορούν να οδηγήσουν και αυτά στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών.

Ακόμη παρατηρήθηκε, αυξημένη χρήση οινοπνευματώδη ποτών και ναρκωτικών στα ηλικιωμένα άτομα, καθώς και ταυτόχρονη χρήση των δυο παραπάνω, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει αύξηση της πίεσης του αίματος. Το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στο ήπαρ αλλά και γαστροεντερικές διαταραχές. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που παρουσιάζουν εξάρτηση ουσιών μπορούν γενικά να έχουν μια καλή πρόγνωση υπό τον όρο ότι, αναπτύσσουν ένα ικανοποιητικό κίνητρο στην αποχή και τη μακροπρόθεσμη θεραπεία (Onen S.H., Onen F, Mangeon P.J., Abidi H., Courpron P., Schmidt J. 2005, Παγοροπούλου Α.Α. 2000).

4.3.στ. Τρόποι αντιμετώπισης της μοναξιάς

Για πολλά ηλικιωμένα άτομα το πρόβλημα της μοναξιάς είναι σοβαρό. Η αντιμετώπιση της μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους. Μερικοί από αυτούς είναι: αναζήτηση επιστημονικής βοήθειας από γνώστες του χώρου της τρίτης ηλικίας, όπως, ψυχολόγους, γεροντολόγους κ.α., γνωστική ανάλυση μοναξιάς (από το ίδιο το άτομο ή από ειδικούς), κοινωνικές επαφές (καφενείο, θέατρο, κινηματογράφος, συμμετοχή σε εκδηλώσεις, παρακολούθηση διαλέξεων κ.α.), δημιουργία δικτύου υποστήριξης (επαφές με συγγενείς, γείτονες, γνωστούς, ΚΑΠΗ), ευχάριστες δραστηριότητες που προκαλούν ικανοποίηση (ανάγνωση ενός βιβλίου, παρακολούθηση εκπομπών στην τηλεόραση, ένας περίπατος κ.α). Οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ζωή τους και έχουν συναισθηματικά προβλήματα, μπορούν να επωφεληθούν αρκετά από την ψυχολογική βοήθεια που προσφέρουν οι ειδικοί. Ωστόσο είναι λίγα τα άτομα που ζητάνε την βοήθεια των ειδικών και γι'αυτό λόγω του ότι οι περισσότεροι απ' αυτούς μεγάλωσαν πριν απ'την ψυχοθεραπεία.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν εναλλακτικές λύσεις για την αντιμετώπιση της μοναξιάς των ηλικιωμένων ατόμων. Γενικά όμως, όλοι μπορούν να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους, που δεν αισθάνονται καλά, με το να τους ενθαρρύνουν, να τους κρατούν λίγη συντροφιά, να τους σέβονται, να ακούν τα προβλήματα τους, να τους στηρίζουν ψυχολογικά, να τους υπενθυμίζουν πόσο καλά τα κατάφεραν στη ζωή τους κ.α. Με αυτά τα απλά καθημερινά πράγματα, ένα ηλικιωμένο άτομο που νιώθει αποκλεισμένο και μοναχικό, μπορεί και πάλι να νιώσει ότι υπάρχει και ότι κάποιος νοιάζεται για αυτόν (Χριστοδούλου, Γ.Ν., Κονταξάκης, Β.Π. 2000, Καστενμάουμ Ρ. 1982).

4.4. Μοναξιά και κατάθλιψη

Η λογοτεχνία γεροντολογίας υποστηρίζει ότι η μοναξιά ίσως να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για σοβαρές διαταραχές υγείας όπως κατάθλιψη. Φαίνεται ότι σε ηλικιωμένα άτομα ηλικίας 60-98 ετών η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από την ύπαρξη ενός χρόνιου προβλήματος υγείας, από λειτουργικούς περιορισμούς αισθητήριων οργάνων (προβλήματα όρασης και ακοής), αρνητικά γεγονότα ζωής (απώλεια αγαπημένου προσώπου), έλλειψη κοινωνικών επαφών με συγγενείς, γείτονες και φίλους κ.α. Όλα τα παραπάνω φαίνεται να αποτελούν δείκτες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης κυρίως σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Επίσης έχει παρατηρηθεί, ότι τα υψηλά επίπεδα μοναξιάς τα οποία συνδέονται με καταθλιπτικά συμπτώματα, εξαρτώνται και από το φύλο, την εκπαίδευση, το εισόδημα και την οικογενειακή κατάσταση. Η μοναξιά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να προκαλέσουν μείωση της ευημερίας στα άτομα μεγάλης ηλικίας (Adams K.B., Sanders S, Auth EA. 2004, Jongenelis K., Pot A.M., Eisses A.M.H. Beekman A.T.F Kluitier. H. Ribbe M.W. 2004, Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Thisted RA. 2006).

Επίσης από άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εβραϊκό κέντρο αποκατάστασης για ηλικιωμένους στη Βοστώνη παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας (Burrows A.B., Satlin A, Salzman C, Nobel K, Lipsitz LA. 1995).

Μία άλλη παρατήρηση είναι ότι οι ηλικιωμένοι που νιώθουν μοναξιά, φαίνεται να έχουν διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης νόσου Αλτσχάιμερ.

Η κοινωνική απομόνωση στην τρίτη ηλικία (με την έννοια της μη συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες, της διαβίωσης χωρίς σύντροφο ή της απουσίας φίλων), έχει συσχετιστεί με τον κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας. Ο Δρ Ρομπερτ Γουίλσον όμως του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου Ρας του Σικάγο, εξέτασε τη σχέση άνοιας και συναισθηματικής απομόνωσης ή μοναξιάς.

Έθεσε λοιπόν υπό ιατρική παρακολούθηση για τέσσερα χρόνια μια ομάδα 823 ηλικιωμένων ατόμων. Κατά την πρώτη εξέταση, οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν κατά πόσο συμφωνούσαν με φράσεις όπως «συχνά αισθάνομαι απομονωμένος» και «πραγματικά μου λείπει η ύπαρξη ενός καλού φίλου», ώστε να καταγραφεί η αντίληψη τους για τη μοναξιά. Το μέσο σκορ μοναχικότητας ήταν 2,3 σε μια κλίμακα από το 1 έως το 5.

Τα άτομα ήταν ελεύθερα άνοιας στην αρχή αλλά κατά τη διάρκεια της μελέτης 76 εκδήλωσαν άνοια, η οποία μπορούσε να κατηγοριοποιηθεί ως νόσος Αλτσχάιμερ.

Ο κίνδυνος εκδήλωσης άνοιας αυξανόταν σχεδόν κατά 51% για κάθε αύξηση του σκορ στην κλίμακα μέτρησης της μοναξιάς, έτσι το άτομο με τον υψηλότερο βαθμό μοναξιάς (σκορ 3,2) είχε σχεδόν τριπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης νόσου Αλτσχάιμερ κατά τη διάρκεια της μελέτης, συγκριτικά με κάποιον με χαμηλότερο βαθμό μοναξιάς (σκορ 1,4).

Η μοναξιά συσχετίστηκε επίσης με χαμηλότερη γνωστική λειτουργικότητα στην αρχή της μελέτης και με πιο ταχεία γνωστική εξασθένηση κατά τη διάρκεια. Σε αυτοψίες που διενεργήθηκαν σε 90 άτομα που απεβίωσαν κατά τη διάρκεια της έρευνας, η μοναχικότητα κατά τη διάρκεια της ζωής συσχετίστηκε με τις χαρακτηριστικές εγκεφαλικές αλλαγές που παρατηρούνται στη νόσο Αλτσχάιμερ.

Αυτό σημαίνει ότι η μοναξιά μπορεί να συμβάλλει στην εκδήλωση της νόσου Αλτσχάιμερ και της άνοιας. Ο μηχανισμός που σχετίζει τους δυο παράγοντες δεν είναι ξεκάθαρος, αλλά φαίνεται απίθανο η μοναξιά να προκαλείται από την άνοια, διότι τα επίπεδα μοναχικότητας παρέμεναν σχετικά σταθερά σε άτομα που εκδήλωσαν άνοια.

Κεφαλαίο 5^ο

5.1 Μεθοδολογία έρευνας

Στην παρούσα έρευνα εξετάσθηκαν οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων τρίτης ηλικίας και πως αυτές επηρεάζονται απ' την εμφάνιση των επιπέδων της μοναξιάς στα άτομα αυτά. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στον νομό Ηρακλείου Κρήτης σε ηλικιωμένα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω.

Η έρευνα στηρίχθηκε στην χρήση δυο ερωτηματολογίων. Το πρώτο, το MNA (mini nutritional assessment), εξετάζει την θρεπτική αξιολόγηση των ατόμων τρίτης ηλικίας, και το δεύτερο, το UCLA Loneliness scale, εξετάζει τα επίπεδα μοναχικότητας των ηλικιωμένων. Η έρευνα διεξήχθη σε τρεις ομάδες των πενήντα ατόμων η κάθε μια και είχε την μορφή συνέντευξης, διότι οι ηλικιωμένοι δεν ήταν σε θέση να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν, πρώτον, σε ηλικιωμένους που ζουν στο σπίτι με σύντροφο ή αλλά άτομα, δεύτερον, σε ηλικιωμένους που ζουν στον σπίτι μόνοι τους και τρίτον σε ηλικιωμένους που ζουν σε γηροκομεία.

Στις ερωτήσεις του διατροφικού ερωτηματολογίου (MNA), οι ηλικιωμένοι απαντούσαν με μεγάλη σχετικά ευκολία στις ερωτήσεις και συνεργάστηκαν ώστε να γίνουν μετρήσεις των περιμέτρων του βραχίονα και του γαστροκνημίου. Σε αντίθεση με τα παραπάνω, στο δεύτερο ερωτηματολόγιο, UCLA Loneliness scale, οι ερωτήσεις ήταν περισσότερο ευαίσθητες, αναφέρονταν σε πιο προσωπικά ζητήματα και οι ηλικιωμένοι δυσκολεύτηκαν αρκετά να απαντήσουν. Σε αυτό το σημείο να σημειωθεί ότι κατά την διεξαγωγή της έρευνας, συναντήσαμε προβλήματα συνεργασίας και συνεννόησης με κάποιους απ' τους ηλικιωμένους. Κάποιοι απ' αυτούς έπασχαν απ' την νόσο Alzheimer ή είχαν προβλήματα ακοής, ή κάποιοι λύγισαν στις ερωτήσεις μοναξιάς και ξέσπασαν σε κλάματα, με αποτέλεσμα η συνεργασία να γίνει με αρκετή δυσκολία.

Αφού συγκεντρώθηκαν τα ερωτηματολόγια από τα 150 άτομα και απ' τις τρεις ομάδες ηλικιωμένων, περάστηκαν στο πρόγραμμα excel και στην συνέχεια έγιναν οι αναλύσεις των αποτελεσμάτων στο πρόγραμμα spss.

5.2. Λίγα λόγια για τα ερωτηματολόγια για τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν...

5.2.1 MNA (mini nutritional assessment)

Το MNA είναι ένα εργαλείο διαλογής και αξιολόγησης με μια αξιόπιστη κλίμακα με καθορισμένα κατώτατα όρια. Είναι μια απλή και γρήγορη μέθοδος αξιολόγησης, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδιοριστεί ο κίνδυνος πρωτεϊνο-ενεργειακού υποσιτισμού στα ηλικιωμένα άτομα (>65 ετών).

Αναπτυγμένο από το ερευνητικό κέντρο Nestli, και σε συνεργασία με τους νοσοκομειακούς γιατρούς το MNA είναι ένα εργαλείο 18 στοιχείων το οποίο χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει την θρεπτική κατάσταση των ηλικιωμένων. Αποτελείται από τέσσερις ενότητες, την ανθρωπομετρική αξιολόγηση που περιλαμβάνει

μετρήσεις όπως: μαζικός δείκτης σωμάτων, περιφέρεια μεσοβραχίου, περίμετρο γαστροκνημίας και απώλεια βάρους, την γενική αξιολόγηση που περιλαμβάνει ερωτήσεις όπως: αν ζει το άτομο ανεξάρτητα ή όχι, αν λαμβάνει φάρμακα, αν έχει υποστεί ψυχολογικό στρες, αν πάσχει από νευροψυχολογικά και κινητικά προβλήματα, αν έχει κατακλίσεις, την διαιτητική αξιολόγηση που αποτελείται από πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό των γευμάτων που καταναλώνονται, το είδος των τροφίμων και των υγρών που καταναλώνονται, και την ικανότητα αυτόνομης σίτισης. Τέλος έχει ερωτήσεις για την αυτοαξιολόγηση του ατόμου όπως: πώς κρίνει ο ίδιος την διατροφή και την κατάσταση υγείας του.

Το συγκεκριμένο τεστ βαθμολογείται ως εξής: η συνολική του εκτίμηση είναι 30, (μέγιστη βαθμολογία), όταν η βαθμολογία είναι πάνω ή ίση με 24, τότε θεωρείται ότι η κατάσταση θρέψης του ατόμου είναι καλή. Όταν η βαθμολογία κυμαίνεται από 17 μέχρι 23.5, τότε το άτομο έχει επίφοβη θρεπτική κατάσταση. Τέλος όταν η βαθμολογία είναι κάτω από 17, αυτό σημαίνει ότι το άτομο έχει κακή θρέψη. Αυτό το τεστ, συσχετίζει ιδιαίτερα την κλινική αξιολόγηση με τα αντικειμενικά κριτήρια της θρεπτικής θέσης (επίπεδο λευκοματίνης και βιταμινών, BMI, ενεργειακή κατάσταση). Ένα χαμηλό αποτέλεσμα MNA μπορεί να προβλέψει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς πρέπει να νοσηλευτούν. Η έγκαιρη ανίχνευση του υποσιτισμού είναι σημαντική και μπορεί να επιτρέψει τη στοχοθετημένη θρεπτική παρέμβαση η οποία μπορεί να σταματήσει την απώλεια βάρους στους υποσιτιζόμενους ηλικιωμένους. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να παρακολουθεί τις αλλαγές στη θρεπτική κατάσταση των ατόμων.

Το MNA είναι ένας εύκολος, σχετικά γρήγορος - ο κατ' εκτίμηση χρόνος που απαιτείται για να συμπληρωθεί είναι περίπου 10-15 λεπτά- και οικονομικός τρόπος και επιτρέπει τον έλεγχο της θρεπτικής κατάστασης των ηλικιωμένων ανθρώπων, όταν εισάγονται στο νοσοκομείο καθώς επίσης και τις αλλαγές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της παραμονής τους εκεί. (Melissa McGee & Gordon L Jensen. 2000, Vellas, B., Garry, P.J. & Guigoz, Y. 1997. Springer.,2006. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. 2002.)

Αξιοπιστία και εγκυρότητα του MNA

Το MNA επικυρώθηκε το 1994 και μεταφράστηκε σε 20 γλώσσες. Είναι ένα καλά επικυρωμένο εργαλείο, με υψηλή ευαισθησία, και την αξιοπιστία. Έχει επικυρωθεί διεθνώς βασισμένο σε τρεις μελέτες που περιλαμβάνουν περισσότερα από 600 ηλικιωμένα άτομα. (Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, Morley JE, Chumlea W, Salva A, Rubenstein LZ, Garry P., 2006).

Επικυρώθηκε ενάντια σε μια κλινική αξιολόγηση και μια γενική θρεπτική αξιολόγηση. Είναι εργαλείο, ευαίσθητο, συγκεκριμένο, και ακριβές στον προσδιορισμό του κινδύνου διατροφής. Έχει σχεδιαστεί για την εύκολη χρήση από τους ιατρούς παθολόγους καθώς επίσης και για αυτούς που προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες και συμμετέχουν στην αναγνώριση των ασθενών στα νοσοκομεία και τους οίκους ευγηρίας. Λόγω της ισχύος του στη αξιολόγηση του κινδύνου υποσιτισμού, το MNA καλό είναι να ενσωματωθεί στη γενική γηριατρική αξιολόγηση. (Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. 2002. Guigoz Y, Vellas BJ., 1997.)

Η επικύρωση του ερωτηματολογίου έχει εξετασθεί σε περισσότερα από 600 άτομα, ηλικίας 65 - 90ετών. (Melissa McGee & Gordon L Jensen., 2000).

Πραγματοποιήθηκε έρευνα στο πανεπιστήμιο της νότιας Αυστραλίας στο τμήμα αποκατάστασης και ηλικιακής προσοχής, και στο τμήμα διατροφής, διαιτητικής, και ανοσολογίας για την αξιοπιστία της μίνι θρεπτικής αξιολόγησης (MNA) και της σχέσης με τη σύνθεση σωμάτων και της θρεπτικής βιοχημείας μεταξύ ηλικιωμένων Αυστραλών που υποβάλλονται σε αποκατάσταση.

Στην έρευνα που έγινε έλαβαν μέρος τριάντα οκτώ άτομα ηλικίας ≥ 65 ετών. Δύο διαιτολόγοι επεξεργάστηκαν ανεξάρτητα, (ο καθένας μόνος του) τα 18 στοιχεία του MNA για να καθορίσουν την αξιοπιστία του. Τα αποτελέσματα του MNA (αν έχουν καλή θρέψη, κακή ή επίφοβη θρεπτική κατάσταση) συγκρίθηκαν με τη σύνθεση του σώματος των ατόμων που έγινε μέσω της μεθόδου «διπλή-ενεργειακή ακτίνα X absorptiometry*» και με τη λευκωματίνη ορών (δείχνει την πιθανή πρωτεϊνική ανεπάρκεια).

Σε αυτήν την μελέτη, η αξιοπιστία του αποτελέσματος των 18 στοιχείων του MNA, υπολογίστηκε από το intraclass συντελεστή συσχέτισμού και ήταν 0.833, ενώ η αξιοπιστία που υπολογίστηκε από άλλο σταθμισμένο δείκτη ήταν 0.53. Οι δύο εκτιμήσεις συμφώνησαν για την ταξινόμηση του MNA για 2638 περιπτώσεων (68%). Γυναίκες που ταξινομήθηκαν ως υποσιτιζόμενες ή βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού είχαν το χαμηλότερο συνολικό σωματικό λίπος έναντι των γυναικών που ταξινομήθηκαν ότι βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση (11 kg έναντι 29 kg, $P < 0.01$) και το ποσοστό επί τοις εκατό λίπους σώματος (25% έναντι 40%, $P < 0.01$). Παρόμοια συμπεράσματα λήφθηκαν και μέσω της εξέτασης λευκωματίνης ορού για τα άτομα, που ταξινομούσαν ως υποσιτιζόμενα ή βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, και τα οποία παρουσίασαν τα χαμηλότερα ποσά λευκωματίνης ορών σε σχέση με τα άτομα που ταξινομήθηκαν ότι βρίσκονται σε καλή θρέψη (32 g/L έναντι 36 g/L, $P = 0.04$).

Μέσω της έρευνας αυτής, το MNA βρέθηκε να είναι χρήσιμο για τις ηλικιωμένες γυναίκες με το χαμηλότερο σωματικό λίπος. Ο συνυπολογισμός των υποκειμενικών στοιχείων στις έρευνες μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά για τη βέλτιστη αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. (*Sonja A. Neumann, A.S. , Miller, M.D. , Daniels, L.A., Ahern, M. & Crotty, M. 2007*).

Για να καθοριστεί εάν το MNA μπορεί να προβλέψει την έκβαση της παραμονής των ηλικιωμένων ατόμων στο νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε μια έρευνα στο Geriatric Medicine, University Hospitals στην Ελβετία το 1996- 1998 (Van Nes, M.C. , Herrmann, F.R. , Gold, G. Jean-Pierre, M.I & Rizzoli, R. 2001). Η έρευνα αξιολόγησε τη θρεπτική κατάσταση 1319 ηλικιωμένων ασθενών (με μέση ηλικία 84 ετών και από αυτά τα άτομα το 70% ήταν γυναίκες). Το μήκος της παραμονής ήταν πιο μακροχρόνιο στα άτομα που δεν έχουν καλή θρέψη (42 ημέρες έναντι 30 ημερών $P < 0.0002$). Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η φτωχή θρεπτική κατάσταση, όπως μετρείται από το MNA, συνδέθηκε με την αυξανόμενη θνησιμότητα στο νοσοκομείο (Van Nes, M.C. , Herrmann, F.R. , Gold, G. Jean-Pierre, M.I & Rizzoli, R. (2001).

Η αξιολόγηση του (MNA) έχει αποδειχθεί χρήσιμη στις δυτικές χώρες ώστε να προβλέψει τη μακροπρόθεσμη θνησιμότητα των ηλικιωμένων ασθενών, καθώς επίσης και των ηλικιωμένων που ζουν στο σπίτι. Πραγματοποιήθηκε μια έρευνα (Keiko, I. & Masahiko, K. 2007) με στόχο να εξεταστεί η χρησιμότητα του MNA, να εντοπιστεί ο υποσιτισμός στα ηλικιωμένα άτομα στην Ιαπωνία και παράλληλα να ερευνηθεί η επίδραση της θρεπτικής κατάστασης τους στις καθημερινές τους βασικές δραστηριότητες (ADL) καθώς και ο κίνδυνος θνησιμότητας τους. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 181 ευπαθείς ηλικιωμένοι (62 άνδρες και 119 γυναίκες) οι οποίοι βρίσκονταν κάτω από οικιακή φροντίδα και των οποίων η ηλικία κυμαινόταν από 65-90 ετών. Αξιολογήθηκε η θρεπτική τους κατάσταση με βάση τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις, τις μετρήσεις λευκωματίνης ορών και του MNA, σε σύγκριση με το ADL κατόπιν διετής παρακολούθησης.

*ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Absorptiometry = ουσία με χρώμα που βοηθάει στην ακτινογραφία, δείχνει κατά πόσο απορροφάει ο οργανισμός την ουσία

Το αποτέλεσμα του MNA συσχετίστηκε με τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις, τη λευκωματίνη ορού και το ADL. Η αναλογία του κινδύνου θνησιμότητας από όλες τις αιτίες ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ηλικιωμένους με πρωτεϊνικό ενεργειακό υποσιτισμό (PEM), έναντι των ηλικιωμένων ασθενών με καλή θρεπτική κατάσταση. Το συμπέρασμα που πάρθηκε είναι ότι το MNA είναι χρήσιμο διότι παρουσιάζει την θρεπτική κατάσταση του ατόμου, καθώς βοηθάει και την πρόγνωση θνησιμότητας, απεικονίζει το ADL, καθώς επίσης και τους συμβατικούς θρεπτικούς δείκτες όπως τις ανθρωπομετρικές τιμές και την λευκωματίνη ορού (Keiko, I. & Masahiko, K. (2007).

Δεν έχουν αναφερθεί σχετικές έρευνες που να έχουν διεξαχθεί στον ελληνικό πληθυσμό.

5.2.2. UCLA loneliness scale

Η κλίμακα μοναξιάς UCLA αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει τα υποκείμενα συναισθήματα της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης. Τα στοιχεία για την αρχική έκδοση της κλίμακας βασίστηκαν στις δηλώσεις που χρησιμοποιήθηκαν από τα μοναχικά άτομα, με σκοπό να περιγράψουν τα αισθήματα της μοναξιάς (Russell, Paplau & Ferguson 1978). Οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν σε μια «αρνητική ή μόνη» κατεύθυνση, σε μοναχικά άτομα, τα οποία περιγράφουν το πόσο συχνά αισθάνονται αυτό που περιγράφεται στην κλίμακα τεσσάρων σημείων, τα οποία παίρνουν τιμές από «ποτέ» ως «συχνά» και στην συνέχεια οι απαντήσεις βαθμολογούνται ανάλογα, έχοντας σαν μέσο όρο της συνολικής βαθμολογίας το 20. Σε περίπτωση που το σκορ είναι κάτω από 20 θεωρείται ότι το άτομο βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση. Εάν το σκορ είναι μεταξύ του 20-30 τότε το άτομο έχει αίσθηση μοναξιάς και εάν το σκορ είναι άνω των 30 είναι μάλλον σημάδι έντονης μοναξιάς.

Λόγω του ότι υπήρχε η ανησυχία για το πώς η αρνητική διατύπωση των στοιχείων μπορεί να έχει επιπτώσεις στα αποτελέσματα (δηλαδή, στα ομαδικά αποτελέσματα των απαντήσεων), μια αναθεωρημένη έκδοση της κλίμακας αναπτύχθηκε και δημοσιεύθηκε το 1980 και περιέλαβε 10 στοιχεία που διατυπώθηκαν σε μια αρνητική ή «μόνη» κατεύθυνση και 10 στοιχεία που διατυπώνονται σε μια θετική ή όχι «μόνη» κατεύθυνση (Russell, Paplau, & Cutrona, 1980). Πρόσφατα δημοσιεύτηκε και 3^η έκδοση της κλίμακας, η οποία χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Στην πιο πρόσφατη έκδοση της κλίμακας, έχει απλοποιηθεί η διατύπωση των ερωτήσεων και το σχήμα των απαντήσεων, έχοντας σκοπό να διευκολυνθεί η κατανόηση και η απάντηση των ερωτήσεων από τους λιγότερο μορφωμένους πληθυσμούς, όπως είναι τα ηλικιωμένα άτομα (Russell, 1996).

Η κλίμακα μοναξιάς UCLA έχει χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 500 παραπομπές. Τα αποτελέσματα από την εξής κλίμακα, έχουν χρησιμοποιηθεί με σκοπό να προβλέπουν μια ευρεία ποικιλία ψυχολογικών (π.χ κατάθλιψη) και φυσικών εκβάσεων της υγείας (π.χ. θνησιμότητα).

Έχουν πραγματοποιηθεί πληθώρας έρευνες με σκοπό να ερευνηθούν οι ψυχομετρικές ιδιότητες, τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά καθώς και η αξιοπιστία της κλίμακας.

Πραγματοποιήθηκε μια έρευνα στο Central Michigan University, Mount Pleasant 48859 στην Αμερική, (Hartshorne, T.S. 1993) ώστε να ερευνηθούν οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας μοναξιάς UCLA. Η δοκιμή επανελέγχου και η αξιόπιστη εσωτερική συνοχή της είναι ιδιαίτερα αποδεκτά, όπως επίσης και η εγκυρότητα της. Επιβεβαιώνοντας τον παράγοντα ανάλυσης, προκύπτει δυσκολία στην διαβάθμιση της κλίμακας. Από τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται ότι η κλίμακα δεν είναι κανονική με πολλές μεταβλητές,

αλλά στην πραγματικότητα έχει δυο μορφές. Έτσι προκύπτει η ανάγκη να επανεξεταστούν οι λόγοι για τους οποίους εμφανίζεται η μοναξιά και να αναπτυχθούν τα εννοιολογικά ή θεωρητικά βασισμένα μοντέλα για δοκιμή.

Το τμήμα ψυχολογίας στο πανεπιστήμιο του Aarhus, Jens Chr. Skous Vej 4,8000 Aarhus C, στην Δανία, εξετάζει την ψυχομετρική ιδιότητα της Δανικής έκδοσης της κλίμακας μοναξιάς UCLA. Η κλίμακα αποτελείται από 20 κομμάτια, η οποία ολοκληρώθηκε κατά την διάρκεια των υπόλοιπων μετρήσεων σε ένα τυχαίο δείγμα νεαρών ατόμων από την Δανία, το οποίο περιλάμβανε 379 άτομα 13-17 ετών. Παρατηρείται ότι υπάρχει ισχυρή εσωτερική συνέπεια και συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας μοναξιάς UCLA και των μέτρων συναισθηματισμού όπως είναι, η μοναξιά, η κοινωνική μοναξιά, ο αυτοσεβασμός, η κατάθλιψη, η εξωστρέφεια και η νευροπάθεια. Έτσι υποστηρίζεται η συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα της κλίμακας. Η διερευνητική ανάλυση του παράγοντα υποστηρίζει μια μόνη κατεύθυνση της δομής της κλίμακας. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ιδιαίτερα συγκρίσιμα με την αρχική έκδοση της κλίμακας και έτσι η δανική έκδοση της κλίμακας UCLA είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο της μοναξιάς (Mathias, L. 2006)

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από Ιρανικούς σπουδαστές του Jefferson Medical College, μελέτησε τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας μοναξιάς UCLA. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχουν θετικοί συσχετισμοί μεταξύ της κλίμακας μοναξιάς και των μεταβλητών όπως κατάθλιψη, ανησυχία και νευρώση, ενώ υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών όπως αυτοσεβασμός και εξωστρέφεια (Hojat, M. (1982).

Διεξήχθησαν δύο μελέτες από τους Dan Russell, Letitia A. Peplau και την Carolyn E. Cutrona, όπου έλαβαν μέρος 399 φοιτητές πανεπιστημίου όπου παρήχαν μεθοδολογικό καθαρισμό στις μετρήσεις της μοναξιάς. Η πρώτη μελέτη παρουσιάζει την αναθεωρημένη έκδοση της αυτο-αναφοράς της κλίμακας μοναξιάς UCLA, η οποία σχεδιάστηκε για να μετρά τα πιθανά αποτελέσματα, τα οποία ανταποκρίνονται και συγκλίνουν στην αρχική κλίμακα και οι αναφορές που προκύπτουν αποδεικνύουν την εγκυρότητα των διορθωμένων μετρήσεων. Στην δεύτερη μελέτη τα αποτελέσματα αποδεικνύουν ότι ενώ η μοναξιά συσχετίζεται με μετρήσεις αρνητικής επιρροής, οι οποίες έχουν κοινωνικό ρίσκο, παρόλα αυτά έχουν μια ευδιάκριτη ψυχολογική εμπειρία. (Russell, D., Letitia A.P. & Carolyn E.C. 2007.)

Η διαπολιτισμική αξιοπιστία της αναθεωρημένης κλίμακας μοναξιάς UCLA, και οι δυο σύντομες μορφές της ερευνήθηκαν στην Ζιμπάμπουε (Wilson, D., Cutts, J., Lees, I., Marungwana, S., Maunganidze, L. 1992). Η έρευνα περιλάμβανε ένα δείγμα 1354 εφήβων και ένα άλλο δείγμα 54 ενηλίκων, από τα οποία αποδείχτηκε ότι η αξιοπιστία της κλίμακας μοναξιάς UCLA ήταν αποδεκτή. Η εσωτερική συνοχή μιας σύντομης μορφής οκτώ στοιχείων της αναθεωρημένης κλίμακας UCLA ήταν επαρκής, όμως η αξιοπιστία μιας σύντομης μορφής τεσσάρων στοιχείων ήταν ανεπαρκής. Η ανάλυση της αναθεωρημένης κλίμακας UCLA, έδωσε 2 παράγοντες παρόμοιους με αυτούς που αναφέρθηκαν στην Βόρεια Αμερική (Zakani and Duran 1982) και υποστηρίζεται η εγκυρότητα της και στην Ζιμπάμπουε.

Η αναθεωρημένη κλίμακα μοναξιάς UCLA και η σύντομη μορφή των οκτώ στοιχείων συσχετίστηκαν ιδιαίτερα, αλλά η ένωση αυτή αποδείχθηκε εσφαλμένη, λόγω του ότι η σύντομη μορφή των οκτώ στοιχείων δεν απεικονίζει με συνέπεια την δομή της πλήρους κλίμακας. Έτσι καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η αναθεωρημένη κλίμακα μοναξιάς UCLA κατέχει την αποδεκτή αξιοπιστία και την παραγοντική εγκυρότητα στη Ζιμπάμπουε. Είναι ένα σύντομο μέτρο μοναξιάς και η έκδοση των οκτώ στοιχείων είναι ανώτερη από την μορφή των τεσσάρων στοιχείων. Εν τούτοις μπορούν να απαιτηθούν πρόσθετοι

καθορισμοί ώστε να βελτιωθεί περαιτέρω η σύντομη έκδοση των οκτώ στοιχείων. Wilson, D., Cutts, J., Lees, I., Marungwana, S., Maunganidze, L. 1992).

Το τμήμα ψυχολογίας στο κρατικό πανεπιστήμιο Ames στις ΗΠΑ, έκανε μια έρευνα ώστε να αξιολογηθεί η αξιοπιστία της κλίμακας μοναξιάς UCLA (έκδοση 3). Για να πραγματοποιηθεί η εξής έρευνα χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τις προγενέστερες μελέτες που διεξήχθησαν. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλίμακα είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη, από άποψη σταθερότητας των τιμών (συντελεστής αξιοπιστίας «α» με τιμές από το 0,89 έως 0,94) και της δοκιμής επανελέγχου κατά την διάρκεια ενός έτους ($\rho = 0,73$). Η εγκυρότητα της κλίμακας αποδείχθηκε από τη συσχέτιση της με άλλα μέτρα μοναξιάς. Η εγκυρότητά της υποστηρίχθηκε από τις σημαντικές σχέσεις της, με τις τιμές επάρκειας των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου και τους συσχετισμούς μεταξύ της μοναξιάς και των τιμών υγείας και ευημερίας (Russell, D.W. (1996).

Οι τυπικές στατιστικές που παρέχονται για τη κλίμακα μοναξιάς UCLA loneliness scale βασίζονται στα αποτελέσματα ενός δείγματος 978 θεμάτων που αφορούν τους ενήλικες και τα οποία συλλέχθηκαν κατά την διάρκεια της γενικής επιτήρησης της υγείας του πληθυσμού. Η ανάλυση των παραγόντων των στοιχείων αποκαλύπτει ότι η κλίμακα αποτελείται από δυο παράγοντες. Στον ένα παράγοντα είναι τα θετικά στοιχεία και στον άλλον παράγοντα τα αρνητικά. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ανάλυση των παραγόντων αυτών χρησιμοποιούνται για να κατασκευαστούν δυο ισοδύναμες μικρές φόρμες κλίμακας που αποτελούνται από 10 στοιχεία. Έτσι επιβεβαιώνεται ότι η κλίμακα είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη. Η πιο πάνω έρευνα πραγματοποιήθηκε από το τμήμα ψυχολογίας, στο πανεπιστήμιο Otago στην Νέα Ζηλανδία (Knight, R.T., Chisholm, B.J., Marsh, N.V., Goodfrey, H.P. 1998).

Επίσης πραγματοποιήθηκαν έρευνες και στην Ελλάδα, ώστε να παρουσιαστεί η αξιοπιστία της κλίμακας μοναξιάς UCLA Loneliness scale και στον ελληνικό πληθυσμό.

Μια ελληνική μετάφραση της αναθεωρημένης κλίμακας μοναξιάς UCLA, ήταν εσωτερικά αξιόπιστη (άλφα = 0,89) αφού απέβαλε το στοιχείο 4 και συσχετίστηκε σημαντικά με την αγγλική έκδοση ($r = 0,94$) για ένα δείγμα δίγλωσσων σπουδαστών. Η διάκριση του Weiss μεταξύ της κοινωνικής μοναξιάς και της συναισθηματικής μοναξιάς προσδιορίστηκε σημαντικά και στην ελληνική μετάφραση. Τα αποτελέσματα μοναξιάς στην Ελλάδα ήταν σημαντικά υψηλότερα από ότι στις ΗΠΑ. Η μετάφραση φαίνεται να είναι αρκετά αξιόπιστη ώστε να επιτρέπει την περεταίρω χρήση με τα ελληνικά άτομα (Anderson, L.R. & Malikiosis, L.M. 1992).

Διεξήχθη μια έρευνα από το πανεπιστήμιο της Αθήνας (Malikiosis, L.M. & Anderson, L.R. 1994), της οποίας τα αποτελέσματα από την ελληνική μετάφραση του δείκτη ικανοποίησης ζωής συσχετίστηκαν με 0,95 με τα αποτελέσματα της αγγλικής έκδοσης για ένα δείγμα 36 Ελληνίδων γυναικών του πανεπιστημίου. Η εσωτερική αξιοπιστία της ελληνικής μετάφρασης, υπολογίστηκε από ένα συντελεστή άλφα 0,78. Τα αποτελέσματα συσχετίστηκαν σημαντικά -0,51 με αυτά μιας προηγούμενης έκδοσης ελληνικής μετάφρασης της αναθεωρημένης κλίμακας μοναξιάς UCLA και -0,37 με την κοινωνική μοναξιά και -0,40 με την συναισθηματική μοναξιά, αυτό το ίδιο σχέδιο των συσχετισμών βρέθηκε όταν η αγγλική έκδοση αυτών των δυο δοκιμών ολοκληρώθηκε από πανεπιστημιακούς άντρες και γυναίκες στις ΗΠΑ. Επομένως ολοκληρώθηκε η ελληνική μετάφραση του δείκτη ικανοποίησης ζωής και είναι αρκετά αξιόπιστη για να της επιτραπεί η περεταίρω χρήση της στην Ελλάδα (Malikiosis, L.M. & Anderson, L.R. 1994).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6^ο

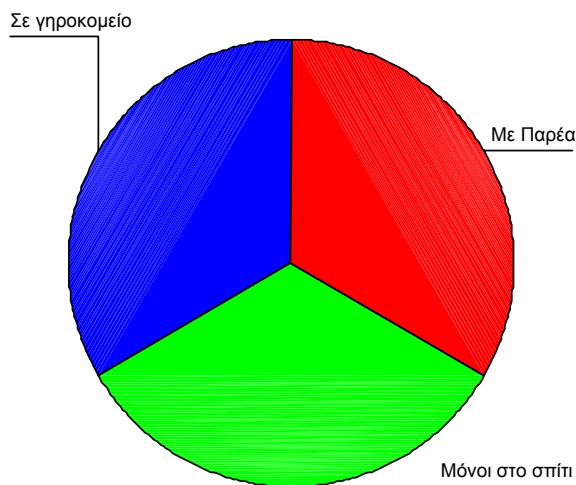
Αποτελέσματα πτυχιακής εργασίας

Τα παρακάτω αποτελέσματα βγήκαν με βάση τον τρόπο που ζει το άτομο.

Frequencies

Warnings

Frequency tables are not produced for the following variables because they are split variables: Πώς Ζεί.



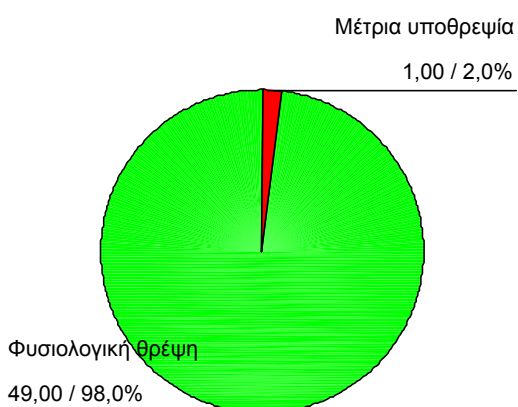
Στο παραπάνω σχεδιάγραμμα παρατηρείται ότι το 33,3% των 50 ηλικιωμένων ατόμων, ζει με παρέα στο σπίτι, το 33,3% των 50 ηλικιωμένων ατόμων ζει στο γηροκομείο και το 33,3% των 50 ηλικιωμένων ατόμων ζει μόνο του στο σπίτι.

Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Μέτρια υποθρεψία	1	2,0	2,0	2,0
		Φυσιολογική θρέψη	49	98,0	98,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Σοβαρή υποθρεψία	5	10,0	10,0	10,0
		Μέτρια υποθρεψία	1	2,0	2,0	12,0
		Οριακή υποθρεψία	6	12,0	12,0	24,0
		Φυσιολογική θρέψη	38	76,0	76,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Σοβαρή υποθρεψία	1	2,0	2,0	2,0
		Μέτρια υποθρεψία	12	24,0	24,0	26,0
		Οριακή υποθρεψία	9	18,0	18,0	44,0
		Φυσιολογική θρέψη	28	56,0	56,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

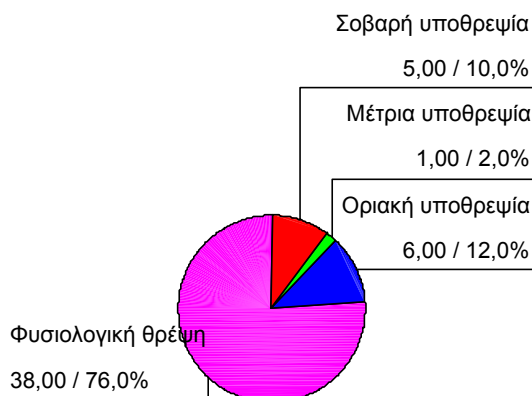
Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

VAR00001: 1 Με Παρέα



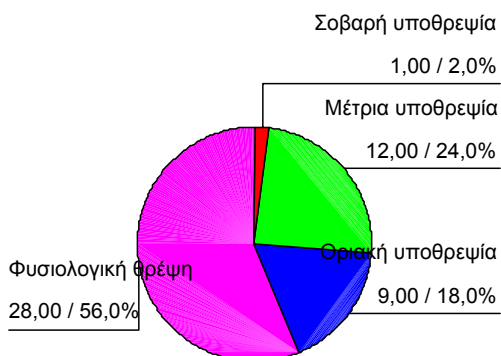
Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Ο παραπάνω πίνακας δείχνει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στον δείκτη μάζας σώματος και στον τρόπο που ζουν οι ηλικιωμένοι. Παρατηρείται ότι απ' τα άτομα που μένουν στο σπίτι με παρέα το 2,0 % (1 άτομο) έχει μέτρια υποθρεψία, δηλαδή έχει ΔΜΣ 19-<21, ενώ το 98% των ατόμων (49 άτομα) έχει φυσιολογική θρέψη, δηλαδή έχει ΔΜΣ>23.

Από τα άτομα που μένουν στο σπίτι με παρέα, ένα ποσοστό της τάξης του 10% (5 άτομα) έχει σοβαρή υποθρεψία, δηλαδή έχει ΔΜΣ<19, το 2% αυτών (1 άτομο) έχει μέτρια υποθρεψία, δηλαδή έχει ΔΜΣ: 19-<21, το 12% (6 άτομα) βρίσκεται σε οριακή υποθρεψία δηλαδή έχει ΔΜΣ 21-<23 και το 76% των ατόμων (38 άτομα) έχει φυσιολογική θρέψη, δηλαδή ΔΜΣ >23.

Απ' τα άτομα που ζουν σε γηροκομείο, το 2% (1 άτομο) έχει σοβαρή υποθρεψία, δηλαδή έχει ΔΜΣ<19, το 24% (12 άτομα) έχει μέτρια υποθρεψία, το 18% (9 άτομα) έχει οριακή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ:21-<23 και το 56% (28 άτομα) έχει φυσιολογική θρέψη, δηλαδή ΔΜΣ>23. (Gil et al, 2003)

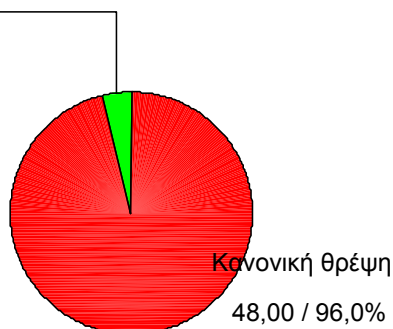
Περιφέρια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

Πώς Ζεί	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid Φυσιολογική θρέψη	48	96,0	96,0
	Υποθρεψία	2	4,0	4,0
	Total	50	100,0	100,0
Μόνοι στο σπίτι	Valid Σοβαρή υποθρεψία	3	6,0	6,0
	Φυσιολογική θρέψη	44	88,0	88,0
	Υποθρεψία	3	6,0	6,0
	Total	50	100,0	100,0
Σε γηροκομείο	Valid Φυσιολογική θρέψη	43	86,0	86,0
	Υποθρεψία	7	14,0	14,0
	Total	50	100,0	100,0

Περιφέρια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

VAR00001: 1 Με Παρέα

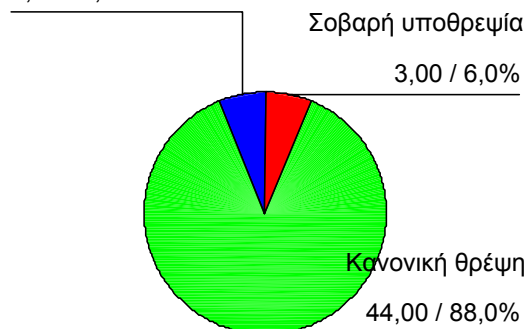
Υποθρεψία
2,00 / 4,0%



Περιφέρια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι

Υποθρεψία
3,00 / 6,0%

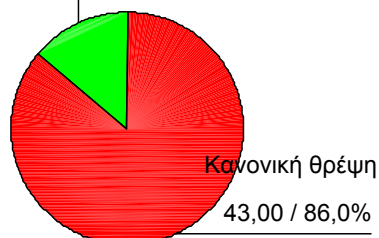


Περιφέρεια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο

Υποθρεψία

7,00 / 14,0%



Από τα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι, το 96% (48 άτομα) έχει περιφέρεια μεσοβραχίου πάνω από 22cm, δηλαδή βρίσκονται σε φυσιολογική θρεπτική κατάσταση, το 4% (2 άτομα) έχει περιφέρεια μεταξύ 21-22cm, δηλαδή βρίσκεται σε υποθρεψία.

Από τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι, ένα ποσοστό της τάξεως του 6% (3 άτομα) έχει περιφέρεια μεσοβραχίου κάτω από 22cm, τα άτομα αυτά βρίσκονται σε σοβαρή υποθρεψία, το 88% (44 άτομα) των ατόμων αυτών έχει κανονική θρέψη (έχει περιφέρεια πάνω από 22cm) και το 6% (3 άτομα), παρουσιάζει υποθρεψία δηλαδή, έχει περιφέρεια μεταξύ 21-22 cm

Από τα άτομα που μένουν σε γηροκομείο, ένα ποσοστό της τάξεως του 86% (43 άτομα) έχει περιφέρεια μεσοβραχίου πάνω από 22cm, δηλαδή έχουν φυσιολογική θρέψη και το 14% των ηλικιωμένων (7 άτομα) έχει υποθρεψία, (περιφέρεια μεταξύ 21-22cm).

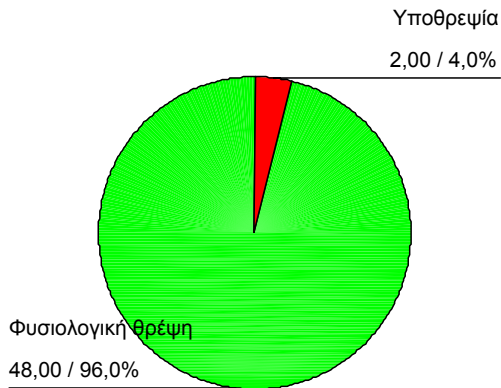
Golden, M.H.N., Golden, B.E. (2000)

Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

Πώς Ζεί	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Με Παρέα	Valid	Υποθρεψία	2	4,0	4,0
		Φυσιολογική θρέψη	48	96,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Υποθρεψία	5	10,0	10,0
		Φυσιολογική θρέψη	45	90,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0
Σε γηροκομείο	Valid	Υποθρεψία	6	12,0	12,0
		Φυσιολογική θρέψη	44	88,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0

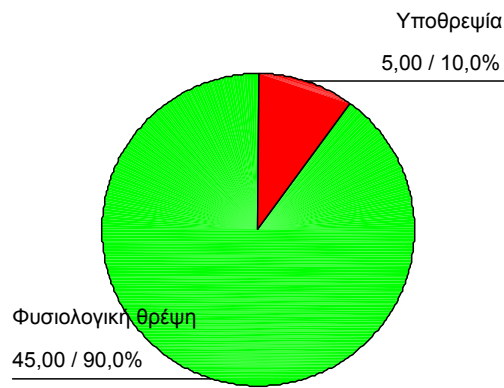
Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

VAR00001: 1 Με Παρέα



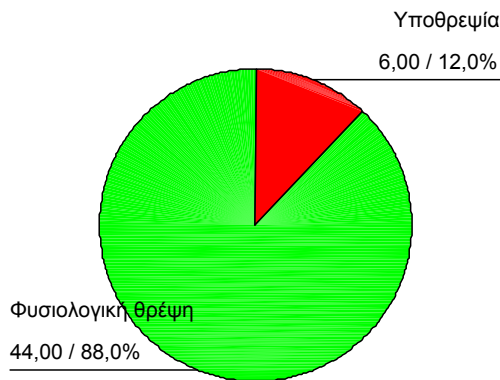
Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Απ' τα άτομα που ζουν στο σπίτι με παρέα, το 4% (2 άτομα) έχει περίμετρο γαστροκνήμιας κάτω από 31 εκ., δηλαδή παρουσιάζουν υποθρεψία, ενώ το 96% των ατόμων (48 άτομα) που έχουν περίμετρο γάμπας πάνω από 31 εκ. έχουν φυσιολογική θρέψη.

Από τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν μόνοι στο σπίτι, ένα ποσοστό της τάξεως του 10% (5 άτομα) έχει υποθρεψία (περίμετρο γαστροκνήμιας κάτω από 31 εκ.) ενώ το 90% (45 άτομα) έχει περίμετρο γαστροκνήμιας πάνω από 31 εκ. και έτσι τα άτομα αυτά θεωρούνται ότι έχουν φυσιολογική θρέψη.

Τέλος απ' τους ηλικιωμένους που ζουν στα γηροκομεία, το 12% αυτών (6 άτομα) έχει περίμετρο γαστροκνήμιας κάτω από 31 εκ. τα άτομα αυτά παρουσιάζουν υποθρεψία, ενώ το 88% (44 άτομα) έχει πάνω από 31 εκ. και έτσι θεωρούνται ότι τα άτομα αυτά έχουν φυσιολογική θρέψη

Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 και ανω	10	20,0	20,0	20,0
	Δε γνωρίζει	5	10,0	10,0	30,0
	1-3 κιλά	6	12,0	12,0	42,0
	Δεν υπάρχει απώλεια	29	58,0	58,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Με Παρέα

Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 και ανω	11	22,0	22,0	22,0
	Δε γνωρίζει	8	16,0	16,0	38,0
	1-3 κιλά	5	10,0	10,0	48,0
	Δεν υπάρχει απώλεια	26	52,0	52,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Μόνοι στο σπίτι

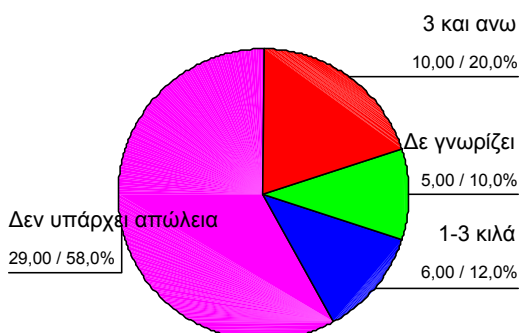
Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3 και ανω	4	8,0	8,0	8,0
	Δε γνωρίζει	20	40,0	40,0	48,0
	1-3 κιλά	3	6,0	6,0	54,0
	Δεν υπάρχει απώλεια	23	46,0	46,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Σε γηροκομείο

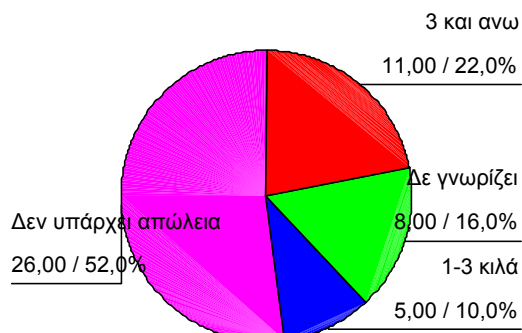
Παρουσιάζει απώλεια βάρους
κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

VAR00001: 1 Με Παρέα



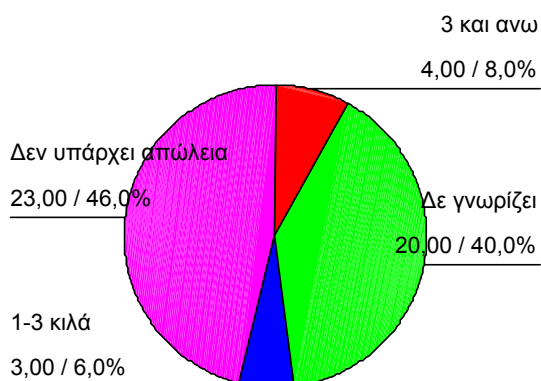
Παρουσιάζει απώλεια βάρους
κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Παρουσιάζει απώλεια βάρους
κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει την απώλεια βάρους στους ηλικιωμένους κατά τους τελευταίους 3 μήνες. Φαίνεται ότι από τα άτομα που ζουν με παρέα στο σπίτι, το 20% (10 άτομα) έχει απώλεια 3 κιλών και άνω, ένα ποσοστό της τάξεως του 10% (5 άτομα) δεν γνωρίζει εάν έχει απώλεια βάρους, το 12% (6 άτομα) έχει απώλεια 1-3 κιλών και το 58% των ηλικιωμένων (29 άτομα) δεν παρουσιάζει απώλεια βάρους.

Απ' τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι στο σπίτι το 22% (11 άτομα) έχει απώλεια 3 κιλών και άνω, το 16% (8 άτομα) δεν γνωρίζει αν έχει απώλεια βάρους, το 10% (5 άτομα) έχει απώλεια 1-3 κιλών και το 52% (26 άτομα) δεν παρουσιάζει απώλεια βάρους.

Το 8% (4 άτομα) των ηλικιωμένων που ζει στο γηροκομείο φαίνεται να έχει απώλεια 3 κιλών και άνω, το 40% (20 άτομα) δεν γνωρίζει αν υπάρχει απώλεια βάρους, το 6% (3 άτομα) έχει απώλεια 1-3 κιλών και το 46% (23 άτομα) δεν παρουσιάζει απώλεια βάρους.

Ζεί ανεξάρτητα? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	50	100,0	100,0	100,0

a. Πώς Ζεί = Με Παρέα

Ζεί ανεξάρτητα? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	50	100,0	100,0	100,0

a. Πώς Ζεί = Μόνοι στο σπίτι

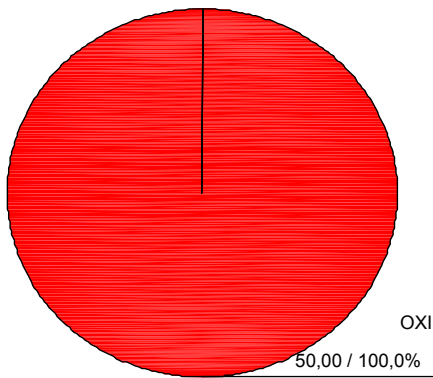
Ζεί ανεξάρτητα? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	50	100,0	100,0	100,0

a. Πώς Ζεί = Σε γηροκομείο

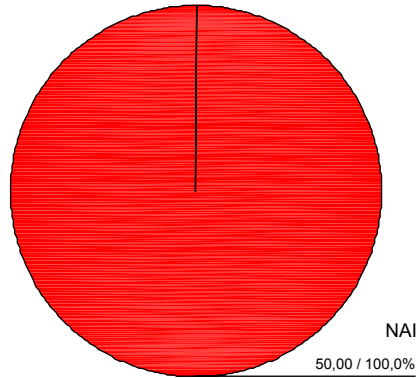
Ζεί ανεξάρτητα?

VAR00001: 1 Με Παρέα



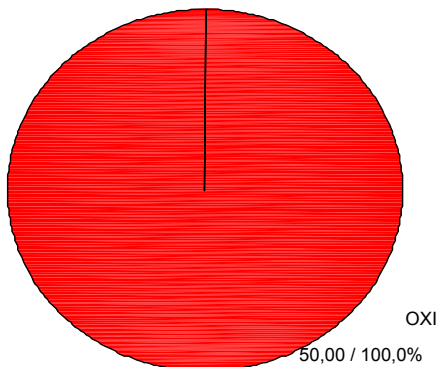
Ζεί ανεξάρτητα?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Ζεί ανεξάρτητα?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Τα παραπάνω σχήματα δείχνουν εάν τα άτομα ζουν με παρέα, μόνα τους ή στο γηροκομείο. Παρατηρείται ότι τα όλα τα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι, ή στο γηροκομείο, δεν ζουν ανεξάρτητα, ενώ τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι ζουν ανεξάρτητα.

Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνες?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	18	36,0	36,0	36,0
	ΝΑΙ	32	64,0	64,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Μόνοι στο σπίτι

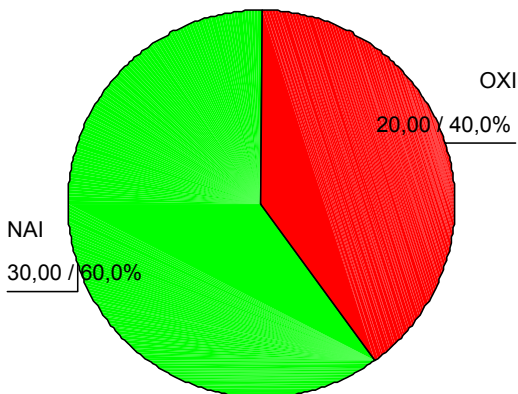
Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνες?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	17	34,0	34,0	34,0
	ΝΑΙ	33	66,0	66,0	100,0
Total		50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Σε γηροκομείο

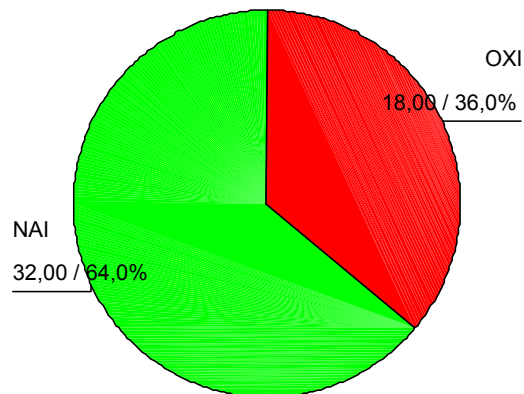
Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα
τους τελευταίους 3 μήνες?

VAR00001: 1 Με Παρέα



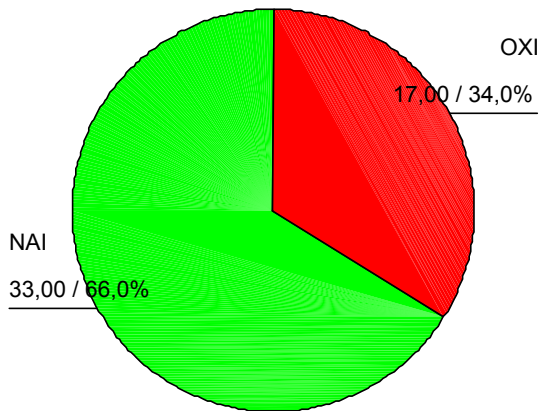
Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα
τους τελευταίους 3 μήνες?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Έχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα
τους τελευταίους 3 μήνες?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται, ότι το 40% των ατόμων (20 άτομα) που ζουν με παρέα στον σπίτι, δεν λαμβάνει περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα ενώ το 60% (30 άτομα) λαμβάνει περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα.

Από τα άτομα που ζουν μόνα στο σπίτι το 36% (18 άτομα) δεν παίρνει πάνω από 3 φάρμακα την ημέρα, ενώ το 64% (32 άτομα) των ατόμων λαμβάνει περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα.

Από τα άτομα που ζουν σε γηροκομείο, ένα ποσοστό της τάξεως του 66% (33 άτομα) λαμβάνει περισσότερα από 3 φάρμακα καθημερινά, ενώ το 34% (17 άτομα) δεν λαμβάνει περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα

Έχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	11	22,0	22,0	22,0
OXI	39	78,0	78,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Με Παρέα

Έχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	12	24,0	24,0	24,0
OXI	38	76,0	76,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Μόνοι στο σπίτι

Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο? ^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	13	26,0	26,0	26,0
	OXI	37	74,0	74,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Σε γηροκομείο

Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress

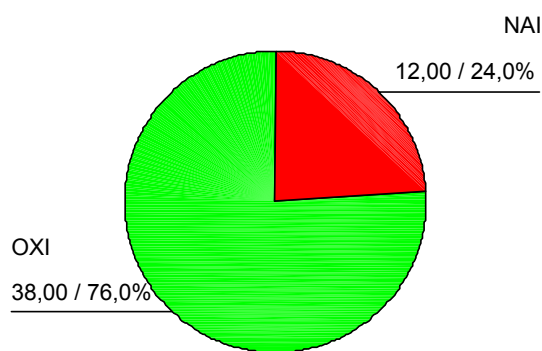
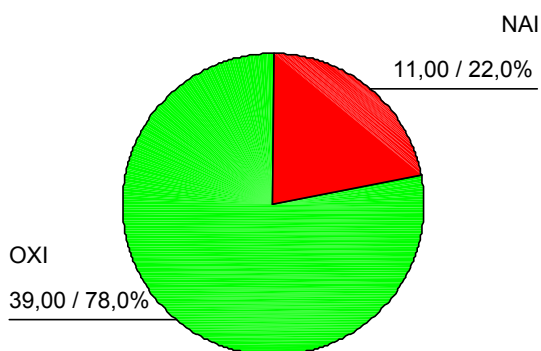
ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?

VAR00001: 1 Με Παρέα

Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress

ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?

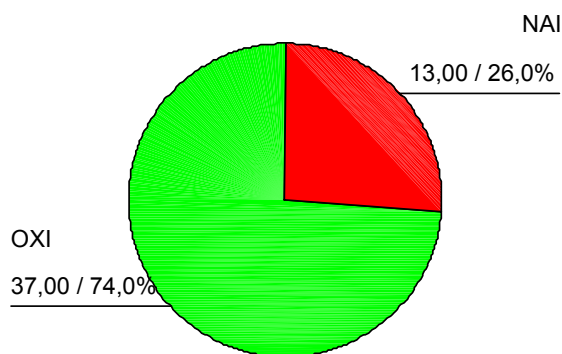
VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress

ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν πάθει κάποια ψυχολογική ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο.

Όπως φαίνεται παραπάνω, απ' τα άτομα που ζουν στο σπίτι με παρέα το 22% (δηλαδή 11 άτομα) έχει πάθει κάποια ψυχολογική νόσο το τελευταίο τρίμηνο ενώ το 78% (39 άτομα) όχι.

Από τα άτομα που ζουν μόνοι στο σπίτι το 24% (12 άτομα) έχει υποστεί ψυχολογική ή οξεία νόσο το τελευταίο 3μήνο, ενώ το 76% (38 άτομα) όχι.

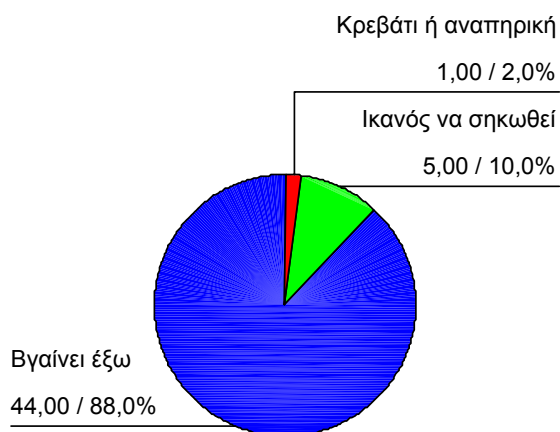
Τέλος, απ' τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε γηροκομείο το 26% (13 άτομα) έχει πάθει κάποια ψυχολογική νόσο ενώ το 74% (37 άτομα) δεν έχει υποστεί τίποτα τέτοιο.

Είναι ικανός να κινηθεί?

Πώς Ζεί	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Με Παρέα	Valid	Κρεβάτι αναπηρική πολυθρόνα	1	2,0	2,0
		Ικανός να σηκωθεί αλλά δεν βγαίνει έξω	5	10,0	12,0
		Βγαίνει έξω	44	88,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Κρεβάτι αναπηρική πολυθρόνα	3	6,0	6,0
		Ικανός να σηκωθεί αλλά δεν βγαίνει έξω	47	94,0	100,0
		Βγαίνει έξω	47	94,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0
Σε γηροκομείο	Valid	Κρεβάτι αναπηρική πολυθρόνα	4	8,0	8,0
		Ικανός να σηκωθεί αλλά δεν βγαίνει έξω	13	26,0	34,0
		Βγαίνει έξω	33	66,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0

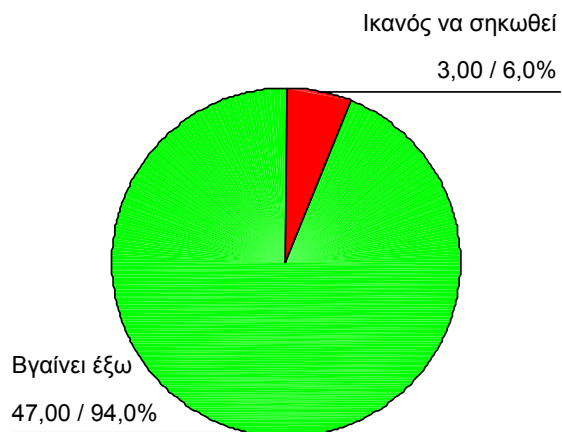
Είναι ικανός να κινηθεί?

VAR00001: 1 Με Παρέα



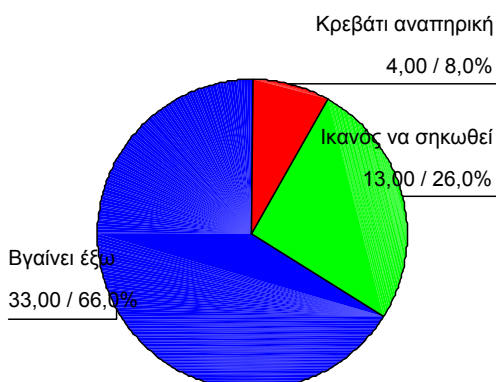
Είναι ικανός να κινηθεί?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Είναι ικανός να κινηθεί?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι το 6% των ατόμων (δηλαδή 3 άτομα) που ζουν μόνοι στο σπίτι, είναι ικανά να σηκωθούν αλλά δεν είναι ικανά να βγουν έξω, ενώ το 94% των ατόμων (δηλαδή 47 άτομα) είναι ικανά να σηκωθούν και να βγουν εκτός του σπιτιού.

Απ'τα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι, το 2,0% (1 άτομο) είναι καθηλωμένο στο κρεβάτι ή σε αναπηρική πολυθρόνα, το 10% (5 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί αλλά δεν μπορεί να βγει έξω, και το 88% (44 άτομα) αυτών είναι ικανό να βγει έξω από το σπίτι.

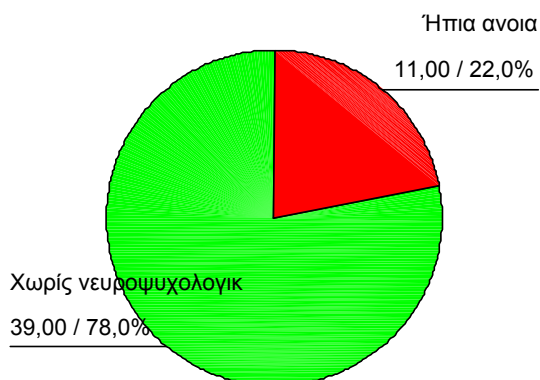
Από τα άτομα που ζουν στο γηροκομείο, το 8% (δηλαδή 4 άτομα) βρίσκεται καθηλωμένο στο κρεβάτι ή σε αναπηρική πολυθρόνα, το 26% (13 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί αλλά δεν είναι ικανό να βγει έξω και τέλος, το 66% των ατόμων (33 άτομα) είναι σε θέση να σηκωθεί και να βγει έξω από το σπίτι.

Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

Πώς Ζεί	Valid	Κατηγορία	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Ήπια ανοια	11	22,0	22,0	22,0
		Χωρίς νευροψυχολογικά προβλήματα	39	78,0	78,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Σοβαρή ανοια η κατάθλιψη	2	4,0	4,0	4,0
		Ήπια ανοια	21	42,0	42,0	46,0
		Χωρίς νευροψυχολογικά προβλήματα	27	54,0	54,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Σοβαρή ανοια η κατάθλιψη	5	10,0	10,0	10,0
		Ήπια ανοια	25	50,0	50,0	60,0
		Χωρίς νευροψυχολογικά προβλήματα	20	40,0	40,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

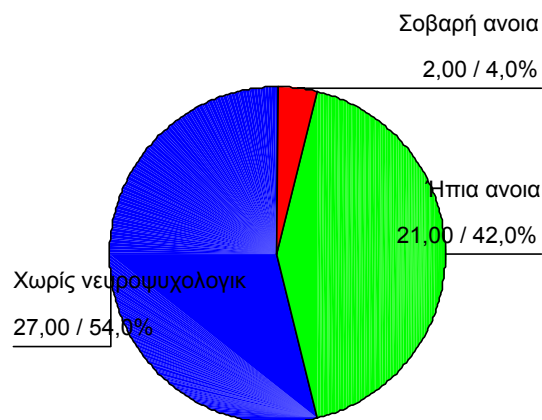
Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

VAR00001: 1 Με Παρέα



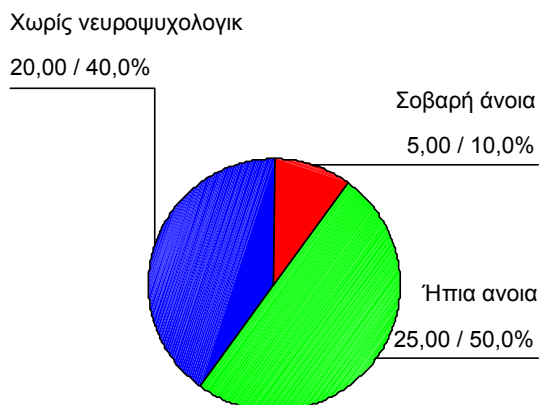
Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Ο παραπάνω πίνακας δείχνει κατά πόσο τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν νευροψυχολογικά προβλήματα.

Φαίνεται ότι απ' τους ηλικιωμένους που ζουν με παρέα στο σπίτι το 22% (11 άτομα) εμφανίζει ήπια άνοια και το 78% (39 άτομα) δεν εμφανίζει νευροψυχολογικά προβλήματα.

Από τα άτομα που ζουν μόνοι στο σπίτι, το 4% (2 άτομα) εμφανίζει σοβαρή άνοια ή κατάθλιψη, το 42% (21 άτομα) ήπια άνοια και το 54% (27 άτομα) δεν εμφανίζει νευροψυχολογικά προβλήματα.

Απ' τα άτομα που ζουν σε γηροκομείο το 10% (5 άτομα) παρουσιάζει σοβαρή άνοια ή κατάθλιψη, το 50% (25 άτομα) εμφανίζει ήπια άνοια και το 40% (δηλαδή 20 άτομα) δεν παρουσιάζει κάποιο νευροψυχολογικό πρόβλημα.

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμидικά έλκη?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΟΧΙ	50	100,0	100,0	100,0

a. Πώς Ζεί = Με Παρέα

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμидικά έλκη?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΟΧΙ	50	100,0	100,0	100,0

a. Πώς Ζεί = Μόνοι στο σπίτι

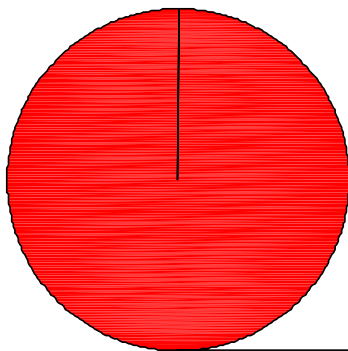
Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμидικά έλκη?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΟΧΙ	50	100,0	100,0	100,0

a. Πώς Ζεί = Σε γηροκομείο

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμидικά έλκη?

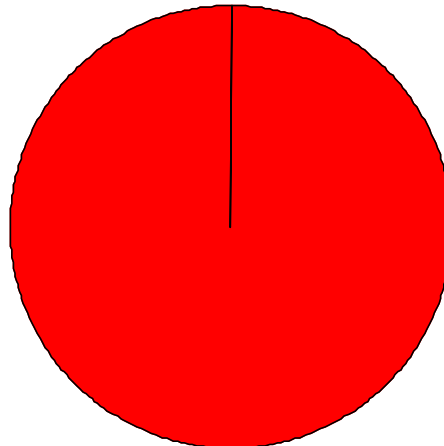
VAR00001: 1 Με Παρέα



ΟΧΙ

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμидικά έλκη?

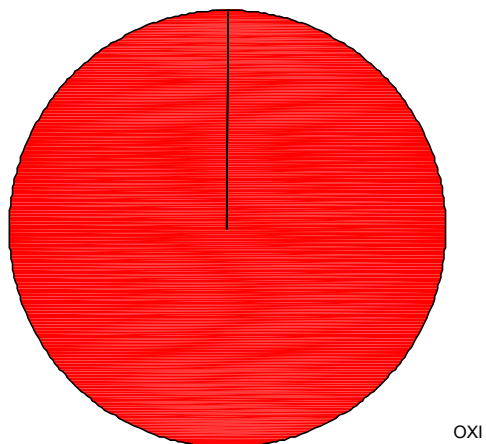
VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



ΟΧΙ

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμικά έλκη?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



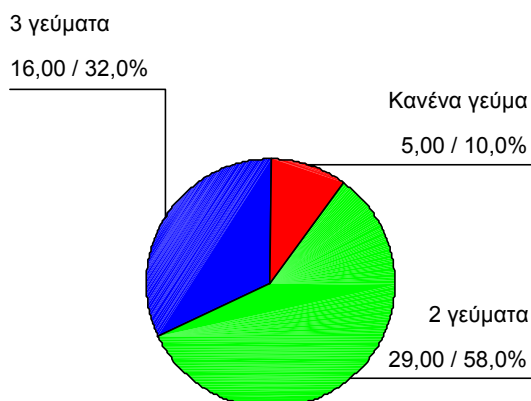
Στον συγκεκριμένο πίνακα παρατηρείται ότι κανένα άτομο από όλες τις κατηγορίες δεν εμφανίζει κατακλίσεις ή επιδερμικά έλκη.

Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	2 γεύματα	25	50,0	50,0	50,0
		3 γεύματα	25	50,0	50,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Κανένα γεύμα	5	10,0	10,0	10,0
		2 γεύματα	29	58,0	58,0	68,0
		3 γεύματα	16	32,0	32,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Κανένα γεύμα	2	4,0	4,0	4,0
		2 γεύματα	17	34,0	34,0	38,0
		3 γεύματα	31	62,0	62,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

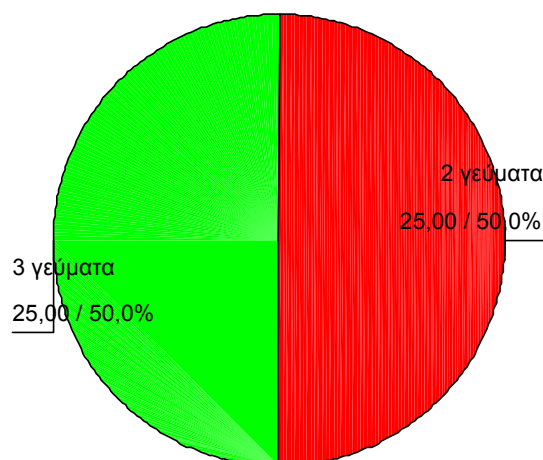
Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



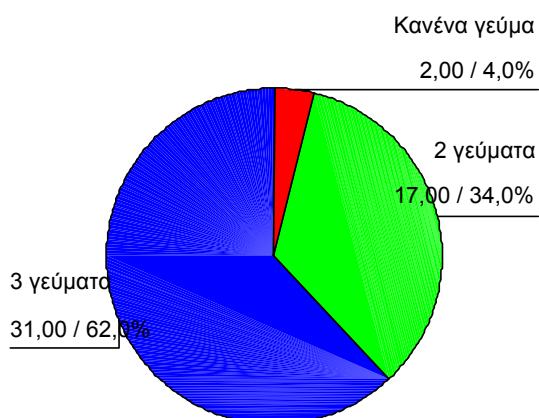
Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

VAR00001: 1 Με Παρέα



Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι το 58% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 29 άτομα) που μένουν μόνοι στο σπίτι καταναλώνουν 2 πλήρη γεύματα την ημέρα, το 32% των ατόμων (16 άτομα) καταναλώνει 3 πλήρη γεύματα και το 10% των ατόμων (5 άτομα) δεν καταναλώνει κανένα πλήρες γεύμα την ημέρα.

Από τα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι, ένα ποσοστό της τάξεως του 50% (25 άτομα) καταναλώνει 2 πλήρη γεύματα την ημέρα, το ίδιο ποσοστό ατόμων καταναλώνει 3 πλήρη γεύματα την ημέρα.

Το 62% των ατόμων (δηλαδή 31 άτομα) που μένουν στο γηροκομείο, καταναλώνει 3 πλήρη γεύματα την ημέρα, το 34% των ατόμων (17 άτομα) καταναλώνει 2 πλήρη γεύματα την ημέρα και το 4% των ατόμων (2 άτομα) δεν καταναλώνει κανένα πλήρη γεύμα.

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών^α

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου πρόσληψη	22	44,0	44,0	44,0
Συχνή πρόσληψη	4	8,0	8,0	52,0
Μέτρια πρόσληψη	24	48,0	48,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Με Παρέα

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών^α

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου πρόσληψη	33	66,0	66,0	66,0
Μέτρια πρόσληψη	17	34,0	34,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Μόνοι στο σπίτι

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών^α

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου πρόσληψη πρωτεϊνών	18	36,0	36,0	36,0
Μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών	32	64,0	64,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

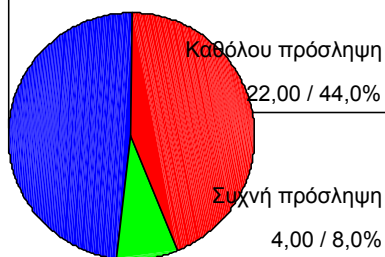
a. Πώς Ζεί = Σε γηροκομείο

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

VAR00001: 1 Με Παρέα

Μέτρια πρόσληψη

24,00 / 48,0%

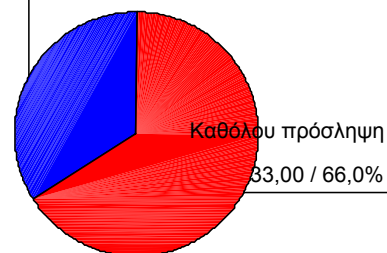


Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι

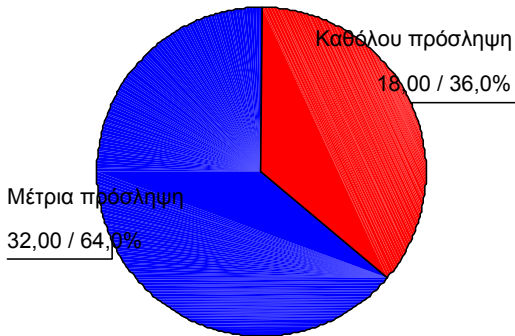
Μέτρια πρόσληψη

17,00 / 34,0%



Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Οι πίνακες που παρουσιάζονται παραπάνω, δείχνουν κατά πόσο τα ηλικιωμένα άτομα καταναλώνουν πρωτεϊνούχες τροφές

Από τα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι, ένα ποσοστό της τάξεως του 48% (δηλαδή 24 άτομα) έχει μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών, το 44% των ατόμων (δηλαδή 22 άτομα) δεν καταναλώνει καθόλου πρωτεϊνούχες τροφές και το 8% (δηλαδή 4 άτομα) κάνει συχνή κατανάλωση πρωτεϊνούχων τροφών.

Το 66% των ατόμων που μένουν μόνοι στο σπίτι δεν καταναλώνουν πρωτεϊνούχες τροφές, και το 34% των ατόμων έχει μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών.

Τέλος το 64% των ατόμων που μένουν στο γηροκομείο, έχουν μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών και το 36% δεν καταναλώνει πρωτεϊνούχες τροφές.

Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	15	30,0	30,0	30,0
NAI	35	70,0	70,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Με Παρέα

Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	19	38,0	38,0	38,0
NAI	31	62,0	62,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Μόνοι στο σπίτι

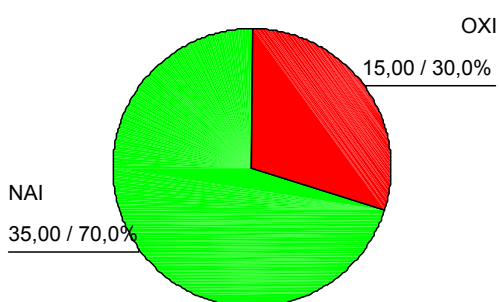
Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	29	58,0	58,0	58,0
NAI	21	42,0	42,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Σε γηροκομείο

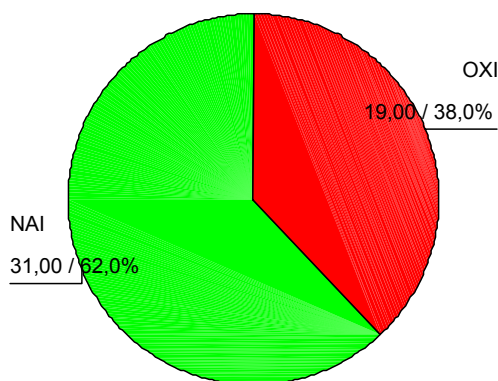
Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

VAR00001: 1 Με Παρέα



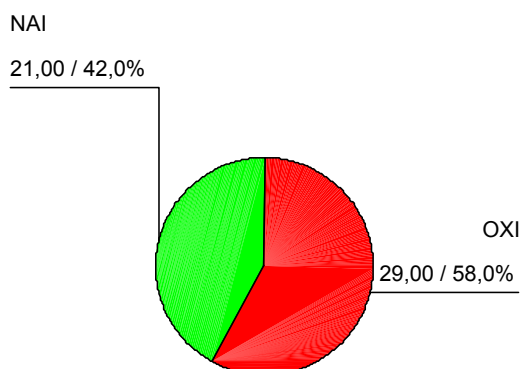
Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στον συγκεκριμένο πίνακα παρουσιάζεται η συχνότητα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών από τους ηλικιωμένους. Το 30% των ατόμων που μένουν με παρέα (δηλαδή 15 άτομα) δεν καταναλώνουν περισσότερες από 2 μερίδες φρούτων ή λαχανικών και το 70% αυτών (δηλαδή 35 άτομα) καταναλώνει περισσότερες από 2 μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα.

Το 62% των ατόμων που μένουν μόνοι (δηλαδή 31 άτομα) καταναλώνουν δύο ή περισσότερες μερίδες λαχανικών ή φρούτων, ενώ το 38% αυτών των ατόμων (δηλαδή 19 άτομα) δεν καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά ή καταναλώνουν λιγότερες από 2 μερίδες.

Τέλος, από τους ηλικιωμένους που μένουν σε γηροκομείο, το 58% (δηλαδή 29 άτομα) δεν καταναλώνει επαρκή ποσότητες φρούτων και λαχανικών και το 42% των ατόμων αυτών (δηλαδή 21 άτομα) καταναλώνει περισσότερο από 2 μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα.

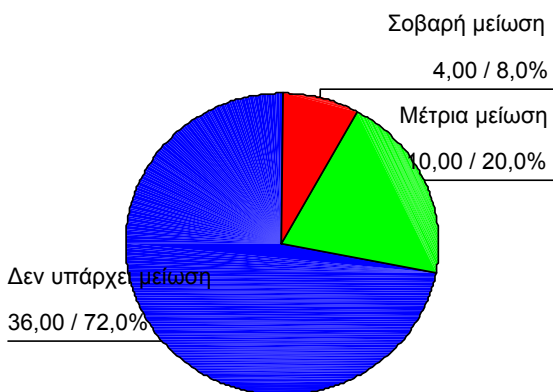
Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης, γαστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Σοβαρή μείωση	4	8,0	8,0	8,0
		Μέτρια μείωση	10	20,0	20,0	28,0
		δεν υπάρχει μείωση	36	72,0	72,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Σοβαρή μείωση	4	8,0	8,0	8,0
		Μέτρια μείωση	13	26,0	26,0	34,0
		δεν υπάρχει μείωση	33	66,0	66,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Σοβαρή μείωση	3	6,0	6,0	6,0
		Μέτρια μείωση	21	42,0	42,0	48,0
		δεν υπάρχει μείωση	26	52,0	52,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες,

λόγω απώλεια όρεξης?

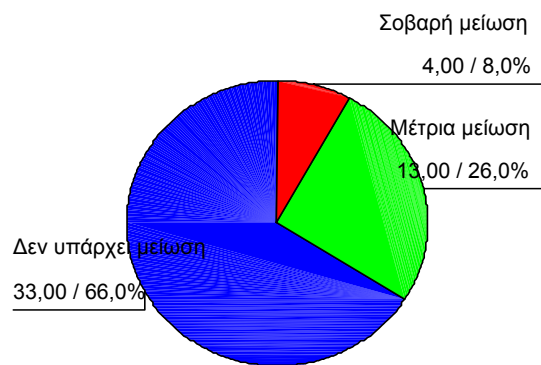
VAR00001: 1 Με Παρέα



Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες,

λόγω απώλεια όρεξης?

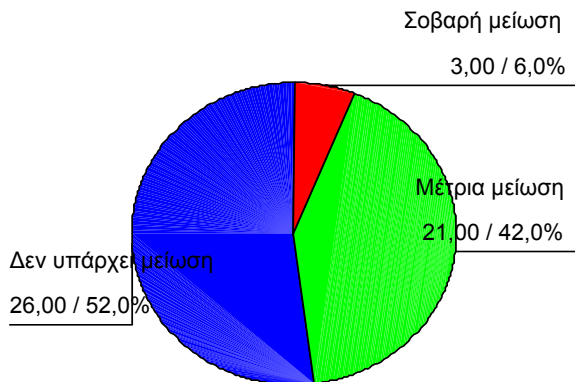
VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες,

λόγω απώλεια όρεξης?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στην ερώτηση «αν έχει μειωθεί η όρεξη για πρόσληψη τροφής το τελευταίο τρίμηνο λόγω κάποιων προβλημάτων (γαστρεντερικές διαταραχές, μασητικά προβλήματα ή προβλήματα κατάποσης) δόθηκαν οι εξής απαντήσεις:

Από αυτούς που μένουν με παρέα, το 8% (δηλαδή 4 άτομα) εμφανίζει σοβαρή μείωση της όρεξης, το 20% (δηλαδή 10 άτομα) μέτρια μείωση της όρεξης και το 72% αυτών των ατόμων (δηλαδή 36 ατόμων) δεν παρουσίασε μείωση της όρεξης.

Από αυτούς που μένουν μόνοι, το 8% (δηλαδή 4 άτομα) εμφανίζει σοβαρή μείωση της όρεξης, το 26% των ατόμων (δηλαδή 13 άτομα) εμφανίζει μέτρια μείωση της όρεξης και το 66% αυτών (δηλαδή 33 άτομα) δεν φαίνεται να εμφανίζει μείωση της όρεξης.

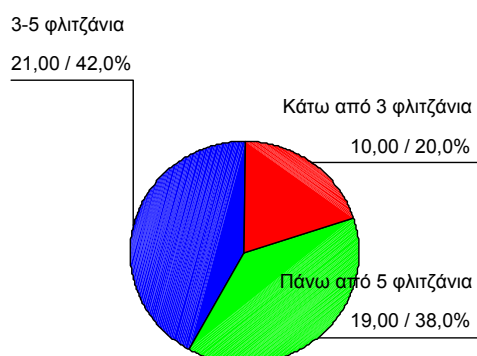
Όσον αφορά τα άτομα που μένουν σε γηροκομείο, μόλις το 6% (δηλαδή 3 άτομα) εμφανίζει σοβαρή μείωση της όρεξης, το 42% των ηλικιωμένων (δηλαδή 21 άτομα) εμφανίζει μέτρια μείωση και το υπόλοιπο 52% (δηλαδή 26 άτομα) δεν έχει πρόβλημα μείωσης της όρεξης

Πόσα υγρά (νερό, χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημέρα?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Κάτω από 3 φλιτζάνια	10	20,0	20,0	20,0
		Πάνω από 5 φλιτζάνια	19	38,0	38,0	58,0
		3-5 φλιτζάνια	21	42,0	42,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Κάτω από 3 φλιτζάνια	13	26,0	26,0	26,0
		Πάνω από 5 φλιτζάνια	35	70,0	70,0	96,0
		3-5 φλιτζάνια	2	4,0	4,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Κάτω από 3 φλιτζάνια	8	16,0	16,0	16,0
		Πάνω από 5 φλιτζάνια	42	84,0	84,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

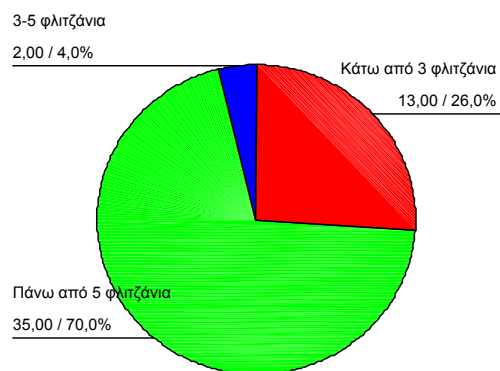
Πόσα υγρά (νερό, χυμοί, καφέ, γάλα) καταναλώνει την ημέρα?

VAR00001: 1 Με Παρέα



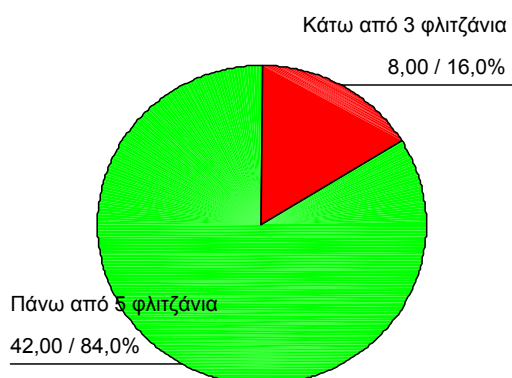
Πόσα υγρά (νερό, χυμοί, καφέ, γάλα) καταναλώνει την ημέρα?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσα υγρά (νερό, χυμοί, καφέ, γάλα) καταναλώνει την ημέρα?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει την ποσότητα των υγρών που καταναλώνουν τα ηλικιωμένα άτομα ανά ημέρα. Από τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν με παρέα, ένα ποσοστό της τάξεως του 20% (δηλαδή 10 άτομα) καταναλώνει λιγότερα από 3 φλιτζάνια ημερησίως, το 38% (δηλαδή 19 άτομα) καταναλώνει περισσότερα από 5 φλιτζάνια την ημέρα και το 42% (δηλαδή 21 άτομα) καταναλώνει 3-5 φλιτζάνια την ημέρα.

Το 26% των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι στο σπίτι, (δηλαδή 13 άτομα) καταναλώνουν λιγότερο από 3 φλιτζάνια ημερησίως, το 70% των ατόμων (δηλαδή 35 άτομα) καταναλώνει περισσότερα από 5 φλιτζάνια υγρών ημερησίως, και το 4% (δηλαδή 2 άτομα) καταναλώνει 3-5 φλιτζάνια ημερησίως.

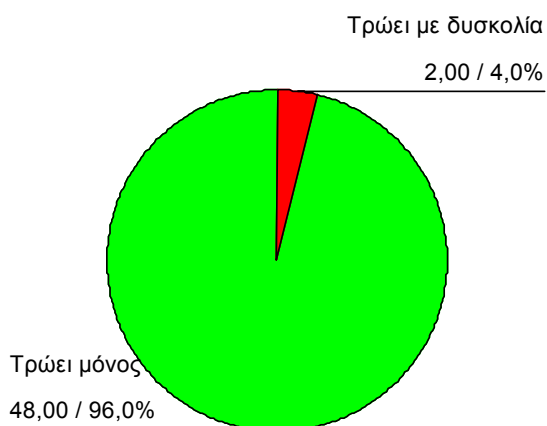
Από τα άτομα που μένουν στο γηροκομείο, ένα ποσοστό της τάξεως του 84% (δηλαδή 42 άτομα) καταναλώνει περισσότερο από 5 φλιτζάνια ημερησίως και το 16% (δηλαδή 8 άτομα) καταναλώνει λιγότερα από 3 φλιτζάνια.

Τρόπος διατροφής?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Τρώει μόνος με δυσκολία	2	4,0	4,0	4,0
		Τρώει μόνος χωρίς πρόβλημα	48	96,0	96,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Τρώει μόνος με δυσκολία	5	10,0	10,0	10,0
		Τρώει μόνος χωρίς πρόβλημα	45	90,0	90,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Τρώει μόνος με δυσκολία	4	8,0	8,0	8,0
		Τρώει μόνος χωρίς πρόβλημα	46	92,0	92,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

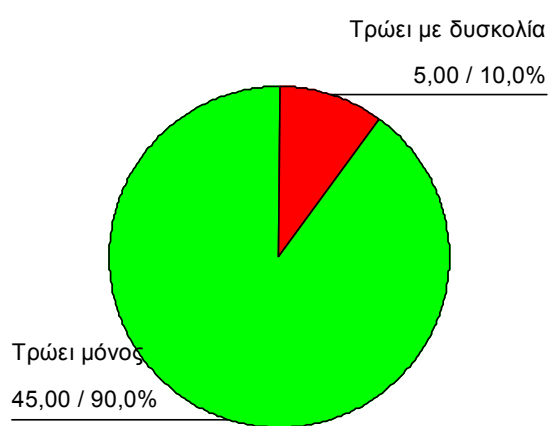
Τρόπος διατροφής?

VAR00001: 1 Με Παρέα



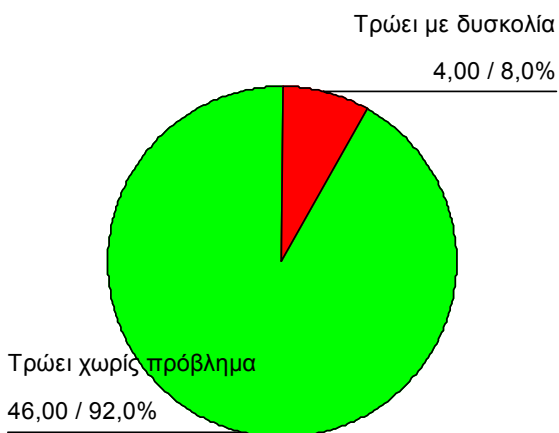
Τρόπος διατροφής?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Τρόπος διατροφής?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Η παραπάνω ερώτηση αναφέρεται στην ικανότητα των ηλικιωμένων να τρέφονται μόνοι ή με βοήθεια. Το 4% των ατόμων που ζουν με παρέα (δηλαδή 2 άτομα) τρέφονται μόνοι τους αλλά με δυσκολία. Το υπόλοιπο ποσοστό (96%, δηλαδή 48 άτομα) δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα και τρέφεται μόνο του χωρίς δυσκολία.

Απ' τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνοι τους, το 10% αυτών (δηλαδή 5 άτομα) τρέφεται μόνο του αλλά με δυσκολία, και το 90% αυτών (δηλαδή 45 άτομα) τρέφεται μόνο του χωρίς κάποιο πρόβλημα.

Από τους ηλικιωμένους που μένουν σε γηροκομεία, ένα ποσοστό της τάξεως του 8% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) τρέφεται μόνο του αλλά με δυσκολία, ενώ το 92% των ηλικιωμένων (δηλαδή 46 άτομα) τρέφεται μόνο του χωρίς πρόβλημα.

Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

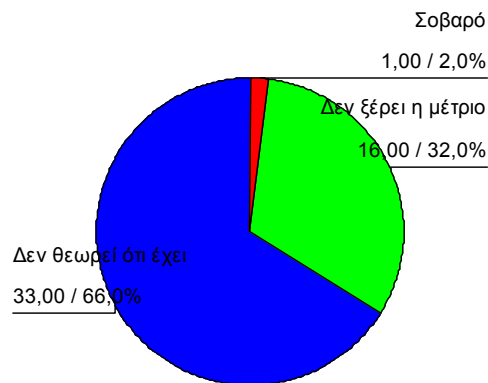
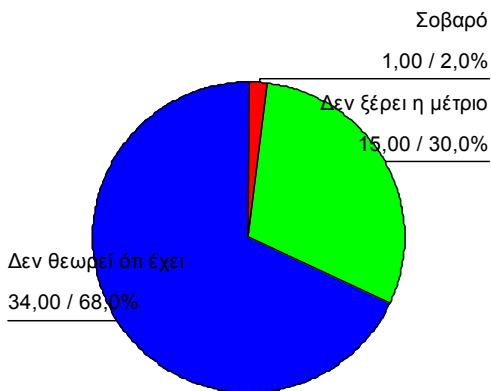
Πώς Ζεί	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα Valid	Σοβαρό	1	2,0	2,0
	Δεν ξέρει η μέτριο	15	30,0	32,0
	Δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα	34	68,0	68,0
	Total	50	100,0	100,0
Μόνοι στο σπίτι Valid	Σοβαρό	1	2,0	2,0
	Δεν ξέρει η μέτριο	16	32,0	34,0
	Δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα	33	66,0	66,0
	Total	50	100,0	100,0
Σε γηροκομείο Valid	Σοβαρό	2	4,0	4,0
	Δεν ξέρει η μέτριο	20	40,0	44,0
	Δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα	28	56,0	56,0
	Total	50	100,0	100,0

Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

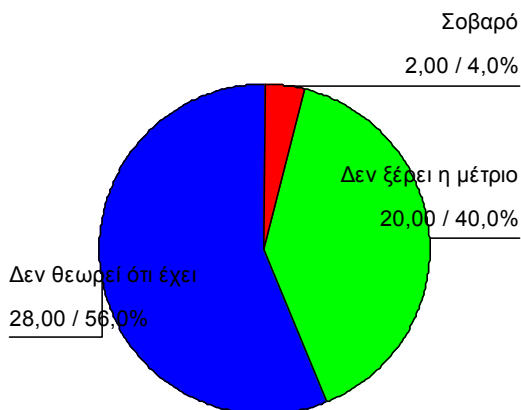
VAR00001: 1 Με Παρέα

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει τις απαντήσεις που λήφθηκαν από τα ηλικιωμένα άτομα, στην ερώτηση κατά πόσο οι ίδιοι θεωρούν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα διατροφής. Το 2% των ατόμων που ζουν με παρέα (δηλαδή 1 άτομο) απάντησε ότι θεωρεί πως έχει σοβαρό πρόβλημα διατροφής. Το 30% των ατόμων (δηλαδή 15 άτομα) δεν γνωρίζει ή θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα διατροφής και το 68% αυτών των ατόμων (δηλαδή 34 άτομα) δεν θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής.

Το 2% των ατόμων που ζουν μόνοι (δηλαδή 1 άτομο) απάντησε ότι έχουν σοβαρό πρόβλημα διατροφής. Το 32% των ατόμων της ίδιας κατηγορίας (δηλαδή 16 άτομα) θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα στην διατροφή του ή δεν γνωρίζει αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Το 66% των ατόμων (δηλαδή 33 άτομα) πιστεύει πως δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα με την διατροφή του.

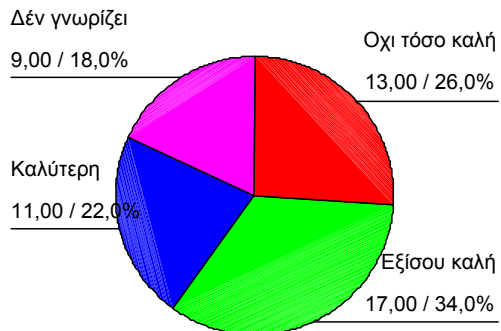
Το 4% των ατόμων που μένουν στο γηροκομείο (δηλαδή 2 άτομα) δηλώνουν ότι έχουν σοβαρό πρόβλημα διατροφής, το 40% των ατόμων αυτών (δηλαδή 20 άτομα) θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα στην διατροφή ή δεν γνωρίζει αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα διατροφής και το 56% των ατόμων αυτών (δηλαδή 28 άτομα) δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα διατροφής.

Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του, πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Οχι τόσο καλή	13	26,0	26,0	26,0
		Εξίσου καλή	17	34,0	34,0	60,0
		Καλύτερη	11	22,0	22,0	82,0
		Δέν γνωρίζει	9	18,0	18,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Οχι τόσο καλή	13	26,0	26,0	26,0
		Εξίσου καλή	24	48,0	48,0	74,0
		Καλύτερη	8	16,0	16,0	90,0
		Δέν γνωρίζει	5	10,0	10,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Οχι τόσο καλή	5	10,0	10,0	10,0
		Εξίσου καλή	21	42,0	42,0	52,0
		Δέν γνωρίζει	24	48,0	48,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

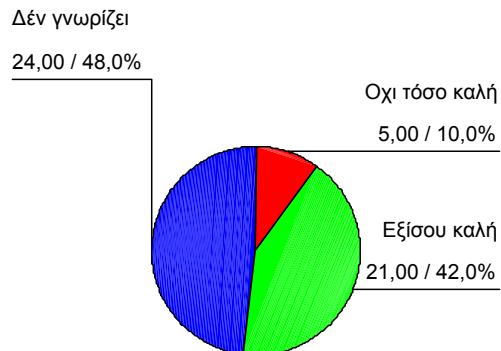
Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του,
πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

VAR00001: 1 Με Παρέα



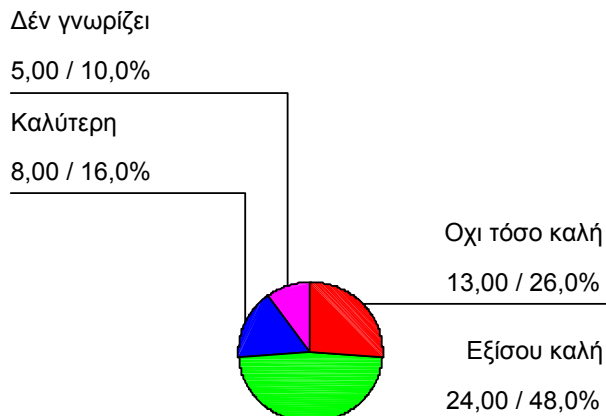
Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του,
πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του,
πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Αυτός ο πίνακας παρουσιάζει την εκτίμηση της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων σε σχέση με τα άλλα άτομα της ηλικίας τους. Το 26% των ηλικιωμένων που ζουν με παρέα (δηλαδή 13 άτομα) απάντησε ότι δεν θεωρεί τόσο καλή την κατάσταση υγείας του σε σχέση με τα άλλα άτομα της ηλικίας του. Το 34% των ατόμων αυτών (δηλαδή 17 άτομα) απάντησε ότι η κατάσταση υγείας τους είναι εξίσου καλή με τα άλλα άτομα της ηλικίας τους και το 22% των ηλικιωμένων (δηλαδή 11 άτομα) απάντησε ότι βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από τα άλλα άτομα της ηλικίας τους και ένα ποσοστό της τάξεως του 18% (δηλαδή 9 άτομα) δε γνωρίζει.

Στην κατηγορία, «ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι», δόθηκαν οι εξής απαντήσεις: το 26% (δηλαδή 13 άτομα) απάντησε ότι θεωρεί όχι και τόσο καλή την κατάσταση υγείας του σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας του. Το 48% των ηλικιωμένων (δηλαδή 24 άτομα) θεωρεί εξίσου καλή την κατάσταση υγείας του σε σχέση με τους συνομηλίκους του. Ένα ποσοστό της τάξεως του 16% (δηλαδή 8 άτομα) πιστεύει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι καλύτερη απ' τους άλλους ηλικιωμένους, και το 10% (δηλαδή 5 άτομα) δε γνωρίζει.

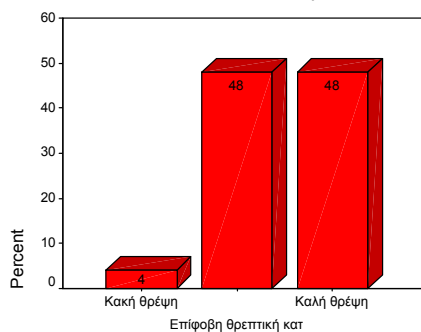
Από τα άτομα που μένουν σε γηροκομείο, το 10% (δηλαδή 5 άτομα) δεν πιστεύει ότι η υγεία του είναι καλή, το 42% (δηλαδή 21 άτομα) θεωρεί ότι η υγεία του είναι το ίδιο καλή με τα άλλα άτομα της ηλικίας τους και ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 48% (δηλαδή 24 άτομα) δε γνωρίζει.

Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

Πώς Ζεί	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα Valid	Κακή θρέψη	2	4,0	4,0
	Επίφοβη θρεπτική κατάσταση	24	48,0	48,0
	Καλή θρέψη	24	48,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0
Μόνοι στο σπίτι Valid	Κακή θρέψη	6	12,0	12,0
	Επίφοβη θρεπτική κατάσταση	27	54,0	66,0
	Καλή θρέψη	17	34,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0
Σε γηροκομείο Valid	Κακή θρέψη	10	20,0	20,0
	Επίφοβη θρεπτική κατάσταση	32	64,0	84,0
	Καλή θρέψη	8	16,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

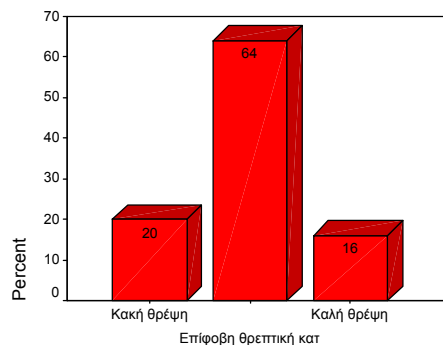
VAR00001: 1 Με Παρέα



Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

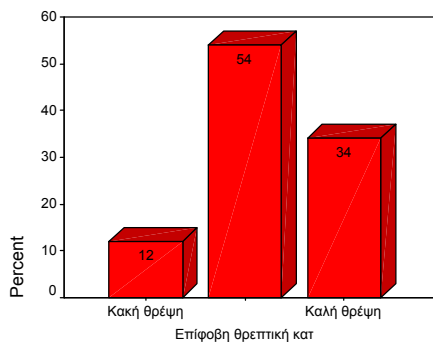
VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται η συνολική εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης των ηλικιωμένων ανάλογα με τον τρόπο που ζουν.

Από τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι, ένα ποσοστό της τάξεως του 4% (δηλαδή 2 άτομα) βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση, ενώ παρατηρείται μια ισοψηφία στα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση και στα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση έχοντας το ποσοστό της τάξεως του 48% (δηλαδή 24 ατόμων).

Από τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι, ένα ποσοστό της τάξεως του 12% (δηλαδή 6 ατόμων) βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση, το 54% των ατόμων αυτών (δηλαδή 27 άτομα) βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση και το 34% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 17 άτομα) βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση.

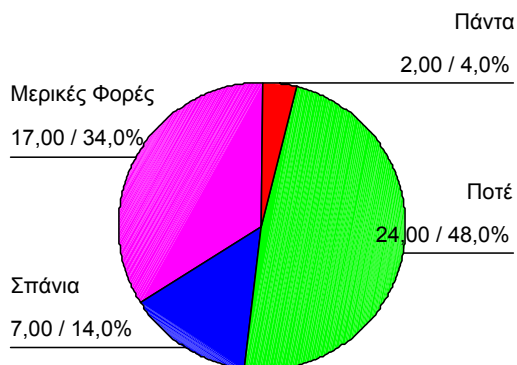
Το 20% των ατόμων που μένουν στο γηροκομείο (δηλαδή 10 άτομα) βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, το 64% των ατόμων αυτών (δηλαδή 32 άτομα) βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση και το 16% των ατόμων αυτών (δηλαδή 8 άτομα) βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση.

Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Πάντα	2	4,0	4,0	4,0
		Ποτέ	24	48,0	48,0	52,0
		Σπάνια	7	14,0	14,0	66,0
		Μερικές Φορές	17	34,0	34,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Πάντα	15	30,0	30,0	30,0
		Ποτέ	10	20,0	20,0	50,0
		Σπάνια	6	12,0	12,0	62,0
		Μερικές Φορές	19	38,0	38,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Πάντα	12	24,0	24,0	24,0
		Ποτέ	12	24,0	24,0	48,0
		Σπάνια	3	6,0	6,0	54,0
		Μερικές Φορές	23	46,0	46,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

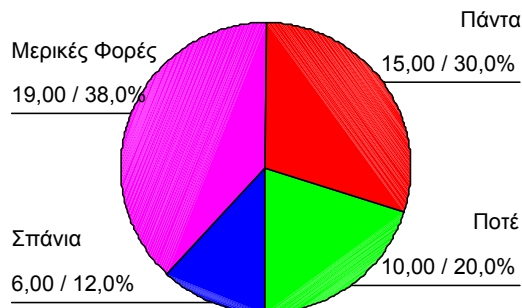
Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής
που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

VAR00001: 1 Με Παρέα



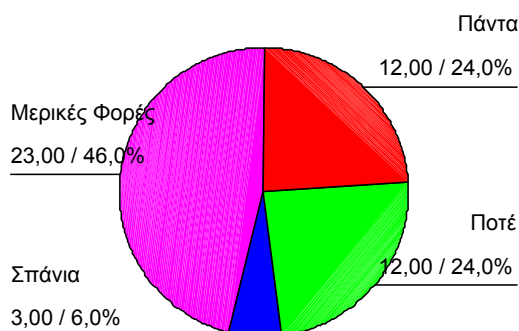
Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής
που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής
που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Ο συγκεκριμένος πίνακας παρουσιάζει το ποσοστό των ηλικιωμένων που αισθάνονται δυστυχισμένοι που κάνουν κάποια πράγματα μόνοι τους.

Από τα άτομα που μένουν με παρέα, ένα ποσοστό της τάξεως του 4% (δηλαδή 2 άτομα) «πάντα» αισθάνεται δυστυχισμένο όταν κάνει κάποια πράγματα μόνοι του. Το 48% απ' αυτούς (δηλαδή 24 άτομα) απάντησε ότι «ποτέ» δεν νιώθουν δυστυχισμένοι που κάνουν πράγματα μόνοι τους. Ένα ποσοστό του 14% (δηλαδή 7 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται δυστυχισμένο όταν κάνει κάποια πράγματα μόνο του και το 34% αυτών (δηλαδή 17 άτομα) «μερικές φορές» νιώθει στεναχωρημένο που κάνει κάποια πράγματα μόνο του.

Το 30% των ατόμων που μένουν στο σπίτι μόνοι, (δηλαδή 15 άτομα) «πάντα» είναι στεναχωρημένοι που πολλά πράγματα τα κάνουν μόνοι τους. Το 20% από αυτούς (δηλαδή 10 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται δυστυχισμένο που κάνει πράγματα μόνο του. Ένα ποσοστό του 12% των ηλικιωμένων (δηλαδή 6 άτομα) «σπάνια» νιώθει στεναχωρημένο όταν κάνει πράγματα μόνο του. Τέλος υπάρχει και ένα ποσοστό της τάξεως του 38% των ηλικιωμένων (δηλαδή 19 άτομα) όπου «μερικές φορές» αισθάνεται δυστυχισμένο που κάνει πράγματα μόνο του.

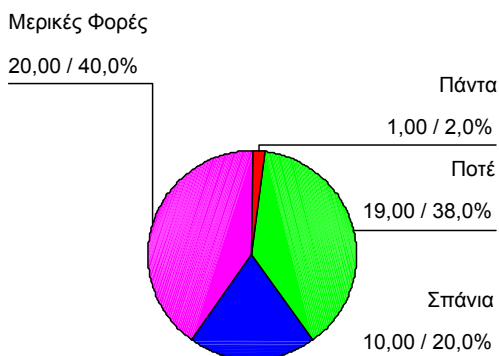
Απ' τα άτομα που μένουν σε γηροκομείο, το 24% αυτών (δηλαδή 12 άτομα) «πάντα» αισθάνεται δυστυχημένο όταν κάνει πράγματα μόνο του. Το ίδιο ποσοστό ατόμων (24%) «ποτέ» δεν αισθάνεται έτσι. Ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων της τάξης του 6% (δηλαδή 3 άτομα) απάντησε ότι «σπάνια» νιώθει στεναχωρημένο για πράγματα που κάνει μόνο του και το 46% αυτών των ατόμων (δηλαδή 23 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» νιώθει δυστυχημένο.

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Πάντα	1	2,0	2,0	2,0
		Ποτέ	19	38,0	38,0	40,0
		Σπάνια	10	20,0	20,0	60,0
		Μερικές Φορές	20	40,0	40,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Πάντα	13	26,0	26,0	26,0
		Ποτέ	14	28,0	28,0	54,0
		Σπάνια	5	10,0	10,0	64,0
		Μερικές Φορές	18	36,0	36,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Πάντα	8	16,0	16,0	16,0
		Ποτέ	13	26,0	26,0	42,0
		Σπάνια	7	14,0	14,0	56,0
		Μερικές Φορές	22	44,0	44,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

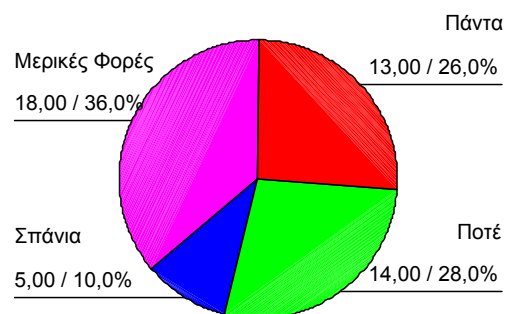
Πόσο συχνά αισθάνεται
ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

VAR00001: 1 Με Παρέα



Πόσο συχνά αισθάνεται
ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

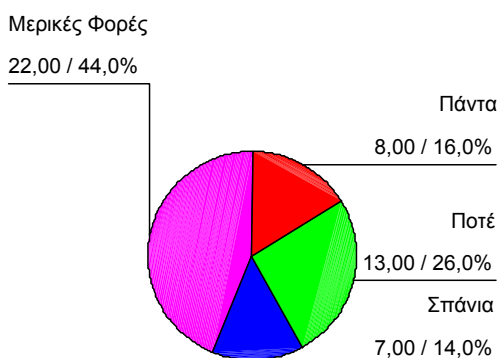
VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στον παραπάνω πίνακα αναφέρεται πόσο συχνά οι ηλικιωμένοι δεν έχουν κάποιο άτομο να μιλήσουν. Από τα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι φαίνεται ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 2% (δηλαδή 1 άτομο) δεν έχει κάποιον να μιλήσει, το 20% των ατόμων αυτών (δηλαδή 10 άτομα) δηλώνει ότι «σπάνια» έχει το αίσθημα αυτό, το 38% (δηλαδή 19 άτομα) «ποτέ» δεν έχει αισθανθεί ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει, ενώ η πλειοψηφία των ατόμων αυτής της κατηγορίας με ποσοστό της τάξεως του 40% (δηλαδή 20 άτομα) δηλώνει ότι μερικές φορές έχει το αίσθημα αυτό, παρόλο που μένει με παρέα. Απ'τα άτομα που μένουν μόνα τους στο σπίτι, το 36% (δηλαδή 18 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει, το 26% (δηλαδή 13 άτομα) δηλώνει ότι «πάντα» αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει, το 28% (δηλαδή 14 άτομα) «ποτέ» και το 10% (δηλαδή 5 άτομα) «σπάνια».

Στα άτομα που μένουν στο γηροκομείο παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως του 44% (δηλαδή 22 άτομα) δηλώνει ότι «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει, το 16% αυτών των ατόμων (δηλαδή 8 άτομα) αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει, το 26% (δηλαδή 13 άτομα) απάντησε ότι «ποτέ» δεν έχει αισθανθεί ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει και το 14% (δηλαδή 7 άτομα) «σπάνια».

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/ή?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	2	4,0	4,0	4,0
Ποτέ	24	48,0	48,0	52,0
Σπάνια	16	32,0	32,0	84,0
Μερικές Φορές	8	16,0	16,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Με Παρέα

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/ή?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	16	32,0	32,0	32,0
Ποτέ	10	20,0	20,0	52,0
Σπάνια	4	8,0	8,0	60,0
Μερικές Φορές	20	40,0	40,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

α. Πώς Ζεί = Μόνοι στο σπίτι

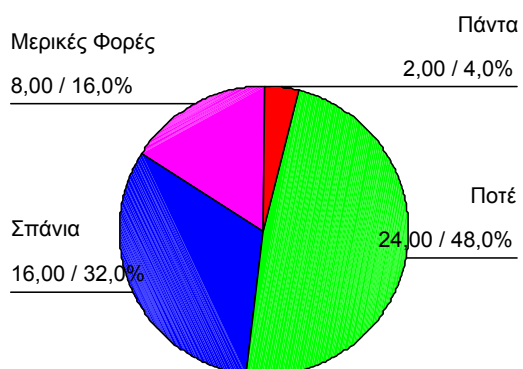
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/ή?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	14	28,0	28,0	28,0
Ποτέ	8	16,0	16,0	44,0
Σπάνια	13	26,0	26,0	70,0
Μερικές Φορές	15	30,0	30,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

α. Πώς Ζεί = Σε γηροκομείο

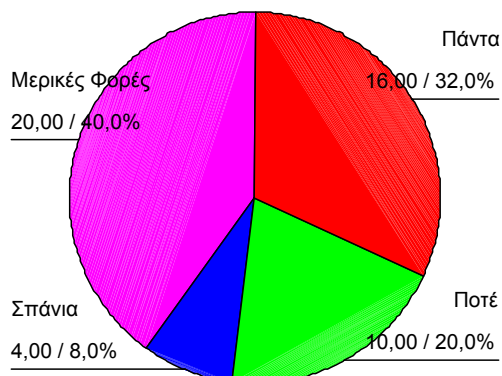
Πόσο συχνά αισθάνεται
ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/η?

VAR00001: 1 Με Παρέα



Πόσο συχνά αισθάνεται
ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/η?

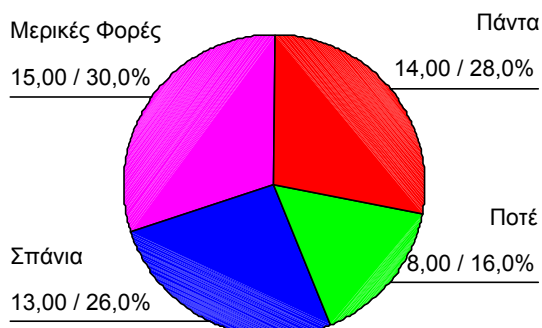
VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/η?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται τα ποσοστά των απαντήσεων που έδωσαν τα ηλικιωμένα άτομα και στις τρεις κατηγορίες, στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι μόνος». Η πλειοψηφία των ατόμων που μένουν με παρέα στο σπίτι απάντησαν ότι ποτέ δεν έχουν αισθανθεί μόνοι με ποσοστό της τάξεως του 48% (δηλαδή 24 ατόμων), ενώ ένα μικρό ποσοστό του 4% (δηλαδή 2 ατόμων) απάντησε ότι «πάντα» αισθάνεται μοναξιά. Το 32% των ατόμων (δηλαδή 16 άτομα) απάντησε ότι «σπάνια» έχει το αίσθημα αυτό και το 16% (δηλαδή 8 άτομα) «μερικές φορές».

Στα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι, στην πλειοψηφία τους απάντησαν ότι «μερικές φορές» αισθάνονται μόνοι, με ποσοστό της τάξεως του 40% (δηλαδή 20 άτομα), και η μειοψηφία απάντησε «σπάνια», με ποσοστό 8% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα), το 20% των ατόμων (δηλαδή 10 άτομα) απάντησε ότι «ποτέ» δεν έχει αισθανθεί μόνο του και το 32% ότι «πάντα» έχει το αίσθημα αυτό.

Από τα άτομα που μένουν σε γηροκομείο η πλειοψηφία, απάντησε με ποσοστό της τάξεως του 30% (δηλαδή 15 άτομα) ότι «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι μόνο του, με μια μικρή διαφορά με τα άτομα που απάντησαν ότι πάντα αισθάνονται μοναξιά, έχοντας το ποσοστό της τάξεως του 28% (δηλαδή 14 άτομα), ακολουθούν τα άτομα που δήλωσαν ότι «σπάνια» έχουν το αίσθημα αυτό με ποσοστό 26% (δηλαδή 13 άτομα). Τέλος τα άτομα που απάντησαν ότι «ποτέ» δεν αισθάνονται μόνα αντιστοιχούν σε ποσοστό 16% (δηλαδή 8 άτομα) του δείγματος της συγκεκριμένης κατηγορίας.

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	8	16,0	16,0	16,0
Ποτέ	19	38,0	38,0	54,0
Σπάνια	8	16,0	16,0	70,0
Μερικές Φορές	15	30,0	30,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζει = Με Παρέα

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	11	22,0	22,0	22,0
Ποτέ	19	38,0	38,0	60,0
Σπάνια	6	12,0	12,0	72,0
Μερικές Φορές	14	28,0	28,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Μόνοι στο σπίτι

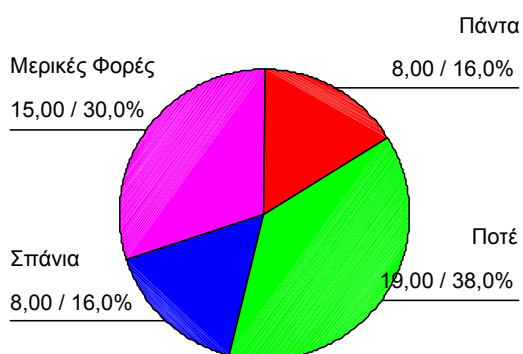
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	13	26,0	26,0	26,0
Ποτέ	10	20,0	20,0	46,0
Σπάνια	9	18,0	18,0	64,0
Μερικές Φορές	18	36,0	36,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

a. Πώς Ζεί = Σε γηροκομείο

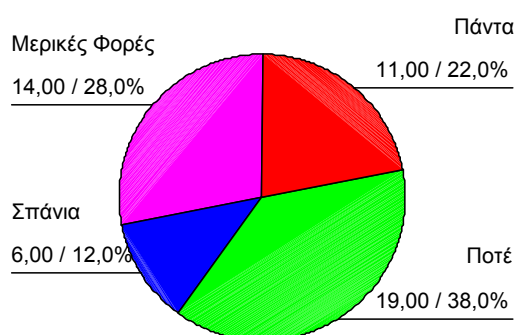
Πόσο συχνά αισθάνεται
ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

VAR00001: 1 Με Παρέα



Πόσο συχνά αισθάνεται
ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

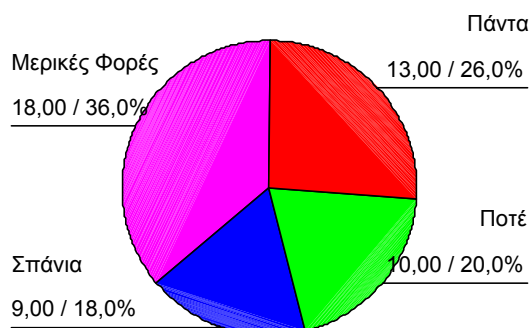
VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Η πλειοψηφία των ατόμων που μένουν με παρέα στο σπίτι δηλώνουν ότι «πόποτε» δεν έχουν αισθανθεί ότι δεν έχουν κατανόηση από το περιβάλλον τους, με ποσοστό 38% (δηλαδή 19 άτομα), το 16% αυτών των ατόμων (δηλαδή 8 ατόμων) δηλώνει ότι πάντα έχει αυτή την αίσθηση, το ίδιο ποσοστό παρατηρείται και στα άτομα που δήλωσαν ότι σπάνια δεν βρίσκουν κατανόηση, ενώ το 30% (δηλαδή 15 άτομα) δηλώνει ότι μερικές φορές έχει το αίσθημα αυτό.

Το ποσοστό του 22% των ατόμων που μένουν μόνο στο σπίτι (δηλαδή 11 άτομα) δηλώνει ότι πάντα αισθάνεται ότι δεν βρίσκει κατανόηση από το περιβάλλον του, το 28% των ατόμων (δηλαδή 14 άτομα) «μερικές φορές», το 12% (δηλαδή 6 άτομα) «σπάνια» και το 38% (δηλαδή 19 άτομα) «ποτέ» δεν έχει αισθανθεί ότι δεν έχει κατανόηση από το περιβάλλον του.

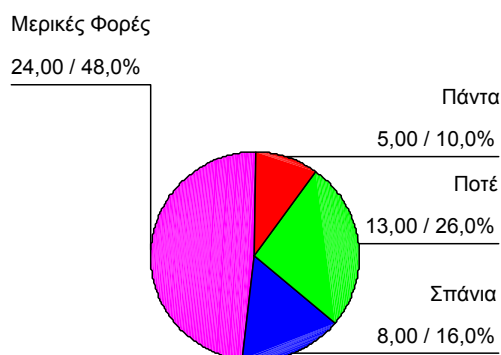
Από τα άτομα που μένουν σε γηροκομείο το 26% (δηλαδή 13 άτομα) πάντα παρουσιάζει το αίσθημα αυτό, το 20% των ηλικιωμένων αυτής της κατηγορίας (δηλαδή 10 άτομα) ποτέ δεν έχει αισθανθεί ότι δεν βρίσκει κατανόηση, το 36% των ατόμων (δηλαδή 18 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν έχει κατανόηση και το 18% (δηλαδή 9 άτομα) «σπάνια».

Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Πάντα	5	10,0	10,0	10,0
		Ποτέ	13	26,0	26,0	36,0
		Σπάνια	8	16,0	16,0	52,0
		Μερικές Φορές	24	48,0	48,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Πάντα	15	30,0	30,0	30,0
		Ποτέ	13	26,0	26,0	56,0
		Σπάνια	4	8,0	8,0	64,0
		Μερικές Φορές	18	36,0	36,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Πάντα	24	48,0	48,0	48,0
		Ποτέ	10	20,0	20,0	68,0
		Σπάνια	2	4,0	4,0	72,0
		Μερικές Φορές	14	28,0	28,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

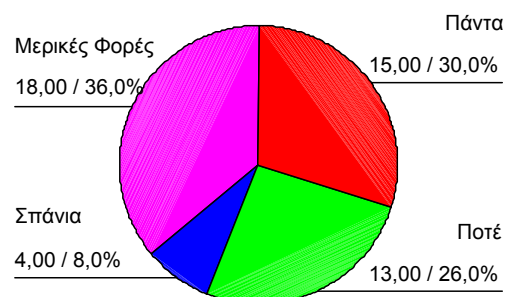
Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν

VAR00001: 1 Με Παρέα



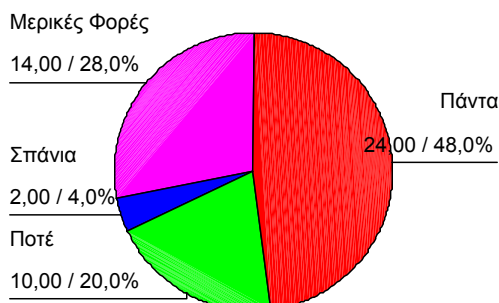
Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του
να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν'

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Το 48% των ατόμων (δηλαδή 24 άτομα) που μένουν με παρέα στο σπίτι «μερικές φορές» περιμένει τηλέφωνο από συγγενείς, ενώ το 10% των ατόμων (δηλαδή 5 άτομα) «ποτέ» δεν περιμένει από συγγενείς και φίλους να τους τηλεφωνήσουν, το 16% των ατόμων αυτών (δηλαδή 8 άτομα) περιμένει «σπάνια» τηλέφωνο και το 26% (δηλαδή 13 άτομα) «ποτέ».

Η πλειοψηφία των ατόμων που μένουν μόνοι τους, «μερικές φορές» έχουν το αίσθημα αυτό με ποσοστό της τάξεως του 36% (δηλαδή 18 άτομα), ενώ το 8% (δηλαδή 4 άτομα) δηλώνει ότι «σπάνια» περιμένει τηλεφώνημα. Το 30% (δηλαδή 15 άτομα) δηλώνει ότι «πάντα» περιμένει τηλέφωνο από γνωστούς και το 26% (δηλαδή 13 άτομα) «ποτέ».

Η πλειοψηφία των ατόμων που μένουν στο γηροκομείο έχουν «πάντα» την ανάγκη να επικοινωνήσουν με τους συγγενείς τους με ποσοστό 48% (δηλαδή 24 άτομα), τα άτομα που «ποτέ» δεν περίμεναν τηλεφώνημα έχουν το ποσοστό του 20% (δηλαδή 10 άτομα) και τα άτομα που «σπάνια» περιμένουν τηλεφώνημα ανήκουν στο ποσοστό της τάξεως του 4% (δηλαδή 2 άτομα) ενώ το 28% των ατόμων αυτών (δηλαδή 14 άτομα) «μερικές φορές» παρουσιάζει την ανάγκη να επικοινωνήσει με τους συγγενείς.

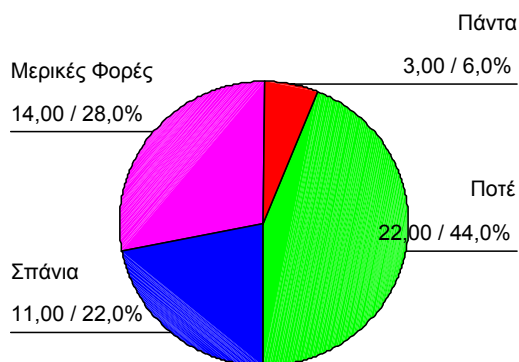
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του?

Πώς Ζεί	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα Valid	Πάντα	3	6,0	6,0
	Ποτέ	22	44,0	44,0
	Σπάνια	11	22,0	72,0
	Μερικές Φορές	14	28,0	28,0
	Total	50	100,0	100,0
Μόνοι στο σπίτι Valid	Πάντα	4	8,0	8,0
	Ποτέ	21	42,0	42,0
	Σπάνια	5	10,0	60,0
	Μερικές Φορές	20	40,0	40,0
	Total	50	100,0	100,0
Σε γηροκομείο Valid	Πάντα	2	4,0	4,0
	Ποτέ	18	36,0	36,0
	Σπάνια	11	22,0	62,0
	Μερικές Φορές	19	38,0	38,0
	Total	50	100,0	100,0

Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του

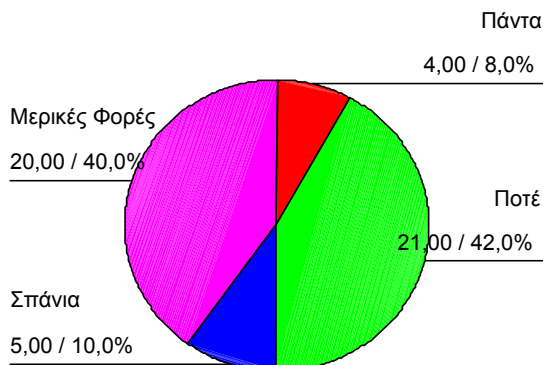
VAR00001: 1 Με Παρέα



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του?

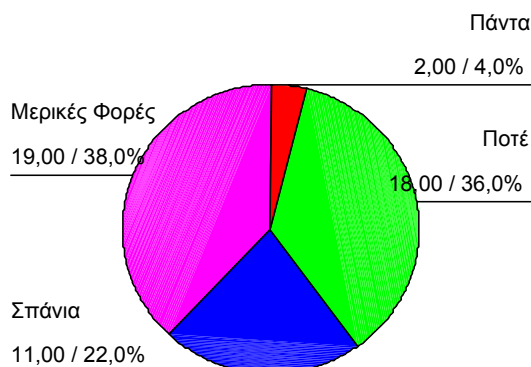
VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Η πλειοψηφία των ατόμων που μένουν με παρέα «ποτέ» δεν έχουν αισθανθεί ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν με τους γύρω τους, με ποσοστό 44% (δηλαδή 22 άτομα), ενώ η μειοψηφία των ατόμων αυτών δηλώνει ότι «πάντα» παρουσιάζει το αίσθημα αυτό, με ποσοστό της τάξεως του 6% (δηλαδή 3 άτομα). Το 22% (δηλαδή 11 άτομα) δηλώνει ότι «σπάνια» έχει αυτό το αίσθημα και το 28% (δηλαδή 14 άτομα) «μερικές φορές».

Τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι, στην πλειοψηφία τους δηλώνουν ότι «ποτέ» δεν νοιώθουν το αίσθημα αυτό, έχοντας το ποσοστό του 42% (δηλαδή 21 άτομα), το 40% των ατόμων αυτών (δηλαδή 20 άτομα) «μερικές φορές» έχει το αίσθημα αυτό, το 10% (δηλαδή 5 άτομα) «σπάνια» και το 8% (δηλαδή 4 άτομα) «ποτέ».

Τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν σε γηροκομείο, στην πλειοψηφία τους «μερικές φορές» έχουν το αίσθημα αυτό, έχοντας το ποσοστό 38% (δηλαδή 19 άτομα), στα άτομα της ίδια κατηγορίας που «πάντα» αισθάνονται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν με τους γύρω τους, ανήκει το ποσοστό

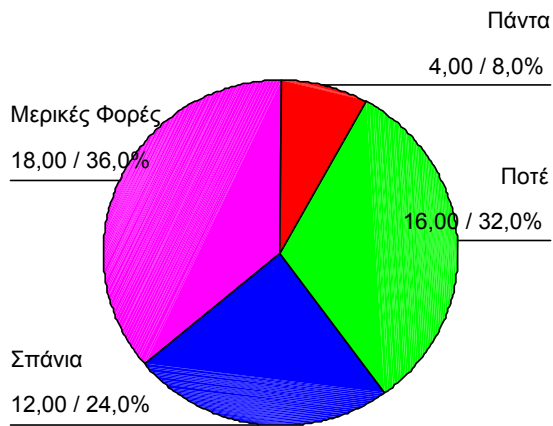
της τάξεως του 4% (δηλαδή 2 άτομα), το 36% των ατόμων (δηλαδή 18 άτομα) «ποτέ» δεν έχει αισθανθεί ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του, το 22% των ατόμων (δηλαδή 11 άτομα) «σπάνια» έχει την αίσθηση αυτή.

Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Πάντα	4	8,0	8,0	8,0
		Ποτέ	16	32,0	32,0	40,0
		Σπάνια	12	24,0	24,0	64,0
		Μερικές Φορές	18	36,0	36,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Πάντα	6	12,0	12,0	12,0
		Ποτέ	18	36,0	36,0	48,0
		Σπάνια	6	12,0	12,0	60,0
		Μερικές Φορές	20	40,0	40,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Πάντα	13	26,0	26,0	26,0
		Ποτέ	13	26,0	26,0	52,0
		Σπάνια	10	20,0	20,0	72,0
		Μερικές Φορές	14	28,0	28,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

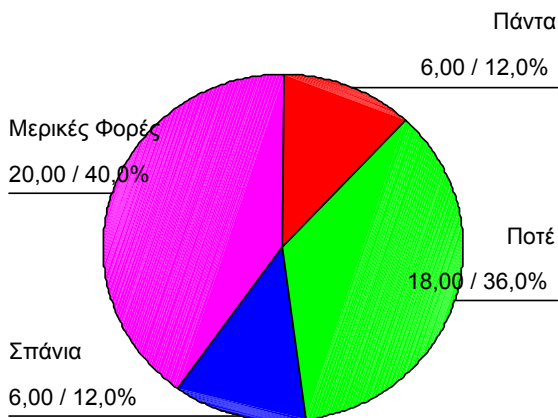
Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

VAR00001: 1 Με Παρέα



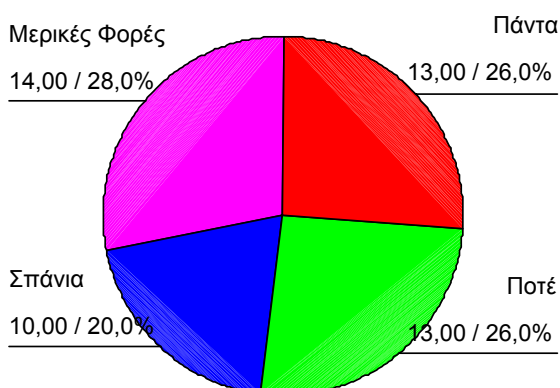
Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένο για παρέα», οι ηλικιωμένοι έδωσαν τις εξής απαντήσεις: το 8% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) που ζουν με παρέα απάντησε ότι «πάντα» νιώθει πεινασμένο για παρέα, το 32% (δηλαδή 16 άτομα) ότι «ποτέ» δεν αισθάνεται κάτι τέτοιο, το 24% (δηλαδή 12 άτομα) απάντησε «σπάνια» και το 36% των ατόμων (δηλαδή 18 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται πεινασμένο για παρέα.

Όσον αφορά τα άτομα που ζουν στο σπίτι μόνοι, το 12% (δηλαδή 6 άτομα) «πάντα» νιώθει την ανάγκη για παρέα, το 36% αυτών των ατόμων (δηλαδή 18 άτομα) δεν αισθάνεται «ποτέ» πεινασμένο για παρέα, το 12% των ηλικιωμένων (δηλαδή 6 άτομα) «σπάνια» και το 40% των ατόμων (δηλαδή 20 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται έτσι.

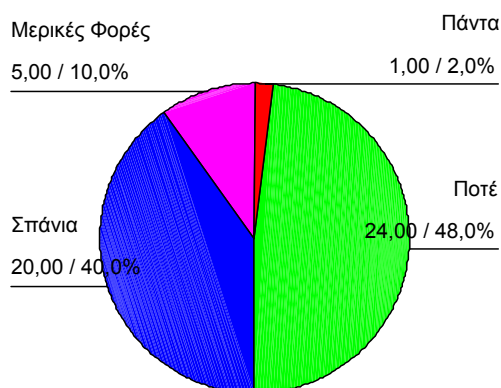
Το 26% των ηλικιωμένων που μένουν σε γηροκομείο (δηλαδή 13 άτομα) νιώθουν «πάντα» πεινασμένοι για παρέα, το ίδιο ποσοστό ατόμων δεν έχει «ποτέ» την ανάγκη για παρέα. Το 20% των ηλικιωμένων (δηλαδή 10 άτομα) «σπάνια» αναζητά παρέα και το 28% των ατόμων αυτών (δηλαδή 14 άτομα) αισθάνεται «μερικές φορές» την ανάγκη για παρέα.

Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Πάντα	1	2,0	2,0	2,0
		Ποτέ	24	48,0	48,0	50,0
		Σπάνια	20	40,0	40,0	90,0
		Μερικές φορές	5	10,0	10,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Πάντα	16	32,0	32,0	32,0
		Ποτέ	11	22,0	22,0	54,0
		Σπάνια	6	12,0	12,0	66,0
		Μερικές φορές	17	34,0	34,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Πάντα	9	18,0	18,0	18,0
		Ποτέ	11	22,0	22,0	40,0
		Σπάνια	8	16,0	16,0	56,0
		Μερικές φορές	22	44,0	44,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

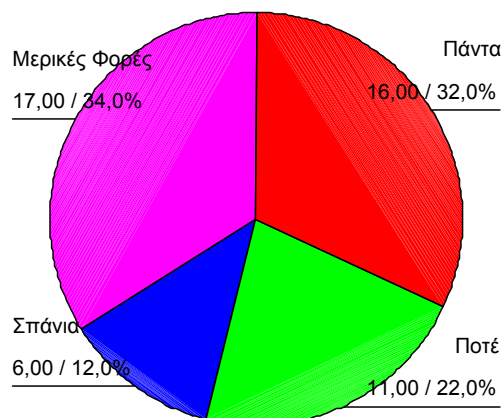
Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

VAR00001: 1 Με Παρέα



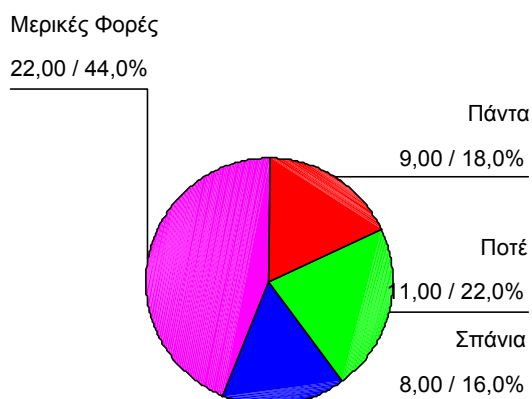
Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι τα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι στην πλειοψηφία τους, απάντησαν ότι «ποτέ» δεν αισθάνονται τελείως μόνα, με ποσοστό της τάξεως του 48% (δηλαδή 24 άτομα), το ποσοστό του 40% των ερωτηθέντων (δηλαδή 20 άτομα) απάντησαν ότι «σπάνια» αισθάνονται μόνι, το 10% των ατόμων (δηλαδή 5 άτομα) απάντησαν ότι «μερικές φορές» αισθάνονται μόνι και το 2% (δηλαδή 1 άτομο) «πάντα».

Η πλειοψηφία των ατόμων που μένουν μόνι στο σπίτι με ποσοστό της τάξεως του 34% (δηλαδή 17 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνονται τελείως μόνι, στο ποσοστό του 32% των ατόμων (δηλαδή 16 άτομα) απάντησε ότι «πάντα» αισθάνεται μοναξιά, το 22% των ατόμων (δηλαδή 11 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται μοναξιά και τα άτομα που «σπάνια» έχουν αυτό το αίσθημα αντιστοιχεί στο ποσοστό της τάξεως του 12% (δηλαδή 6 άτομα).

Τα άτομα που μένουν στο γηροκομείο στην πλειοψηφία τους «μερικές φορές» αισθάνονται μόνι έχοντας το ποσοστό του 44% (δηλαδή 22 άτομα), τα άτομα που αισθάνονται «σπάνια» μοναξιά αντιστοιχούν στο ποσοστό του 16% (δηλαδή 8 άτομα). Τα ηλικιωμένα άτομα που «ποτέ» δεν έχουν το

αίσθημα της μοναξιάς έχουν το ποσοστό του 22% (δηλαδή 11 άτομα), ενώ τα άτομα που «πάντα» έχουν αυτό το αίσθημα αντιστοιχεί στο ποσοστό του 18% (δηλαδή 9 άτομα).

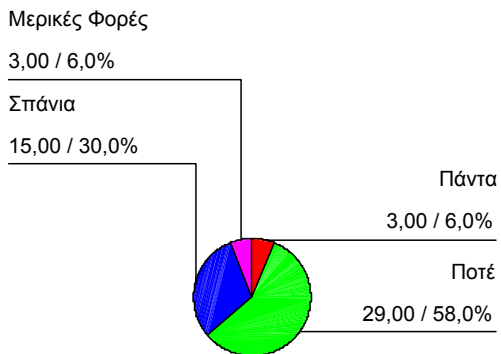
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

Πώς Ζεί			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα	Valid	Πάντα	3	6,0	6,0	6,0
		Ποτέ	29	58,0	58,0	64,0
		Σπάνια	15	30,0	30,0	94,0
		Μερικές Φορές	3	6,0	6,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Μόνοι στο σπίτι	Valid	Πάντα	5	10,0	10,0	10,0
		Ποτέ	28	56,0	56,0	66,0
		Σπάνια	6	12,0	12,0	78,0
		Μερικές Φορές	11	22,0	22,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	
Σε γηροκομείο	Valid	Πάντα	3	6,0	6,0	6,0
		Ποτέ	31	62,0	62,0	68,0
		Σπάνια	9	18,0	18,0	86,0
		Μερικές Φορές	7	14,0	14,0	100,0
		Total	50	100,0	100,0	

Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

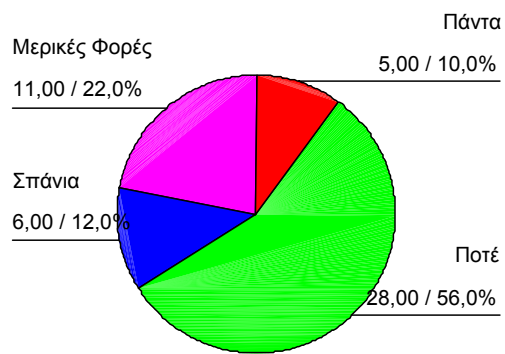
VAR00001: 1 Με Παρέα



Πόσο συχνά αισθάνεται

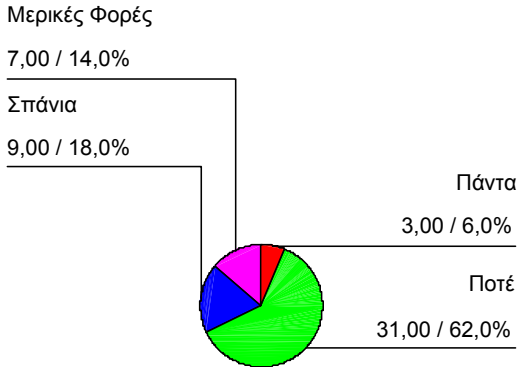
ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά αισθάνεται
 ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι το 58% των ηλικιωμένων ατόμων που μένουν με παρέα στο σπίτι (δηλαδή 29 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται δυσκολία στην απόκτηση φίλων, το 6% των ατόμων (δηλαδή 3 άτομα) «πάντα» έχει την αίσθηση αυτή, το 30% των ατόμων (δηλαδή 15 άτομα) «σπάνια» και το 6% (δηλαδή 3 άτομα) «μερικές φορές».

Από τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι, ένα ποσοστό της τάξεως του 56% (δηλαδή 28 άτομα) «ποτέ» δεν έχει αισθανθεί ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους, το 22% των ατόμων (δηλαδή 11 άτομα) «μερικές φορές» έχει το αίσθημα αυτό, το 12% των ατόμων (δηλαδή 6 ατόμων) «σπάνια» και το 10% (δηλαδή 5 άτομα) «πάντα».

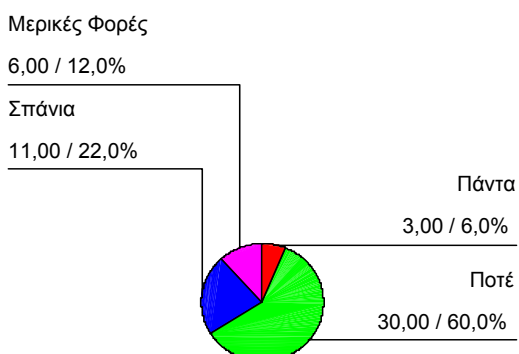
Το 62% των ατόμων που μένουν στο γηροκομείο (δηλαδή 31 άτομα) «ποτέ» δεν έχει το αίσθημα αυτό, το 6% (δηλαδή 3 άτομα) «πάντα», το 14% των ατόμων (δηλαδή 7 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους και το 18% (δηλαδή 9 άτομα) «σπάνια».

Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

Πώς Ζεί	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα Valid	Πάντα	3	6,0	6,0
	Ποτέ	30	60,0	66,0
	Σπάνια	11	22,0	88,0
	Μερικές Φορές	6	12,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0
Μόνοι στο σπίτι Valid	Πάντα	5	10,0	10,0
	Ποτέ	28	56,0	66,0
	Σπάνια	7	14,0	80,0
	Μερικές Φορές	10	20,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0
Σε γηροκομείο Valid	Πάντα	6	12,0	12,0
	Ποτέ	25	50,0	62,0
	Σπάνια	8	16,0	78,0
	Μερικές Φορές	11	22,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

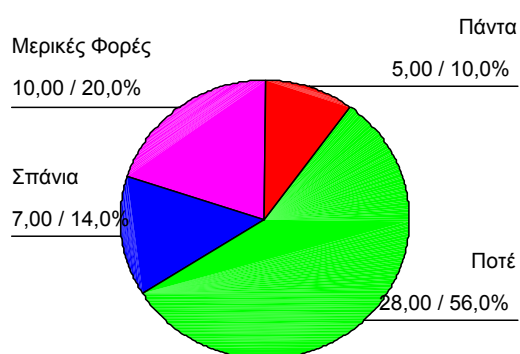
Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

VAR00001: 1 Με Παρέα



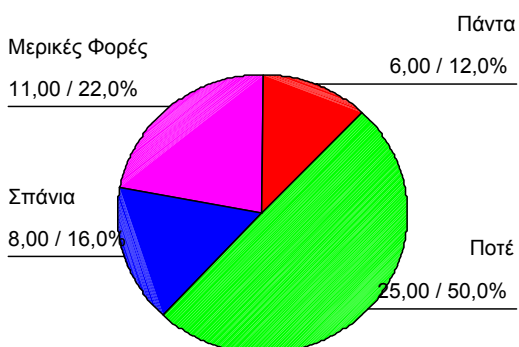
Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος από τους άλλους», η πλειοψηφία των ατόμων που μένουν με παρέα απάντησε «ποτέ» έχοντας ένα ποσοστό της τάξεως του 60% (δηλαδή 30 άτομα), ενώ οι μειονότητα των ατόμων αυτών απάντησε «πάντα» με ποσοστό της τάξεως του 6% (δηλαδή 3 άτομα), το 12% των ηλικιωμένων (δηλαδή 6 άτομα) απάντησαν «μερικές φορές» και το 22% των ατόμων (δηλαδή 11 άτομα) «σπάνια».

Τα άτομα που μένουν μόνοι στο σπίτι στην πλειοψηφία τους απάντησαν ότι «ποτέ» δεν έχουν εμφανίσει αυτό το αίσθημα με ποσοστό της τάξεως του 56% (δηλαδή 28 άτομα), το 20% των ατόμων (δηλαδή 10 άτομα) απάντησε «μερικές φορές», το 14% των ατόμων (δηλαδή 7 άτομα) απάντησε ότι «σπάνια» έχει παρουσιάσει αυτό το αίσθημα και το 10% των ηλικιωμένων (δηλαδή 5 άτομα) «πάντα».

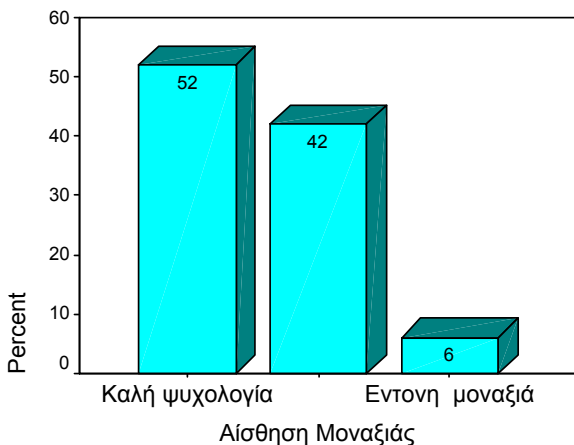
Τα άτομα που μένουν στο γηροκομείο σε ποσοστό 50% (δηλαδή 25 άτομα) «ποτέ» δεν έχουν αισθανθεί αποκλεισμένοι από τους άλλους, ενώ το 22% (δηλαδή 11 άτομα) απάντησε «μερικές φορές», το 16% των ατόμων (δηλαδή 8 άτομα) απάντησε «σπάνια» και το 12% (δηλαδή 6 άτομα) «πάντα».

Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης

Πώς Ζεί	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Με Παρέα Valid	Καλή ψυχολογική κατάσταση	26	52,0	52,0
	Αίσθηση Μοναξιάς	21	42,0	94,0
	Εντονη αίσθηση μοναξιάς	3	6,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0
Μόνοι στο σπίτι Valid	Καλή ψυχολογική κατάσταση	14	28,0	28,0
	Αίσθηση Μοναξιάς	22	44,0	72,0
	Εντονη αίσθηση μοναξιάς	14	28,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0
Σε γηροκομείο Valid	Καλή ψυχολογική κατάσταση	16	32,0	32,0
	Αίσθηση Μοναξιάς	23	46,0	78,0
	Εντονη αίσθηση μοναξιάς	11	22,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0

Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης

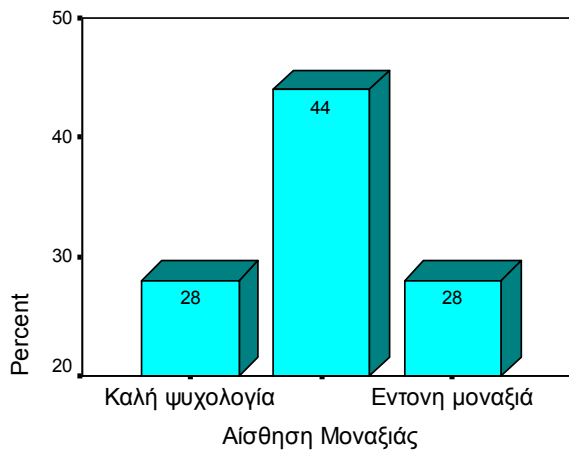
VAR00001: 1 Με Παρέα



Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης

Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης

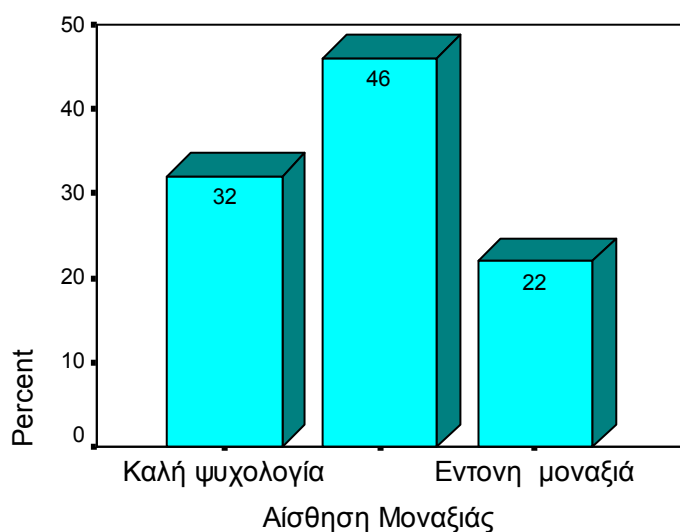
VAR00001: 2 Μόνοι στο σπίτι



Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης

Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης

VAR00001: 3 Σε γηροκομείο



Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης

Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει την συνολική ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων ανάλογα με το πως ζουν.

Τα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι στην πλειοψηφία τους βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, έχοντας το ποσοστό της τάξεως του 52% (δηλαδή 26 ατόμων), το 42% των ατόμων αυτών (δηλαδή 21 άτομα) έχουν το αίσθημα της μοναξιάς και το 6% των ατόμων (δηλαδή 3 άτομα) έχουν έντονο αίσθημα μοναξιάς.

Από τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι στην πλειοψηφία τους έχουν το αίσθημα της μοναξιάς με ποσοστό της τάξεως του 44% (δηλαδή 22 ατόμων), το 28% των ατόμων αυτών (δηλαδή 14 άτομα) βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση και το ίδιο ποσοστό ατόμων έχει έντονο αίσθημα μοναξιάς.

Από τα άτομα που μένουν στο γηροκομείο, στην πλειοψηφία τους αισθάνονται μοναξιά, με ποσοστό της τάξεως του 46% (δηλαδή 23 άτομα), το 32% των ατόμων αυτών (δηλαδή 16 άτομα) βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση και το 22% (δηλαδή 11 άτομα) έχει έντονο αίσθημα μοναξιάς.

Τα παρακάτω αποτελέσματα βγήκαν με βάση τη θρεπτική κατάσταση του ατόμου.

Πώς Ζει^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Με Παρέα	24	49,0	49,0	49,0
Μόνοι στο σπίτι	17	34,7	34,7	83,7
Σε γηροκομείο	8	16,3	16,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πώς Ζει^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Με Παρέα	24	28,9	28,9	28,9
	Μόνοι στο σπίτι	27	32,5	32,5	61,4
	Σε γηροκομείο	32	38,6	38,6	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

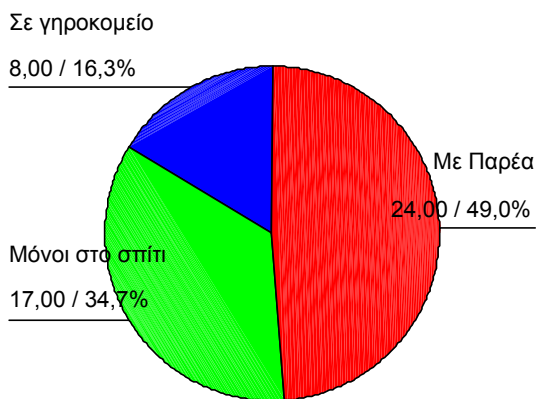
Πώς Ζει^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Με Παρέα	2	11,1	11,1	11,1
	Μόνοι στο σπίτι	6	33,3	33,3	44,4
	Σε γηροκομείο	10	55,6	55,6	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

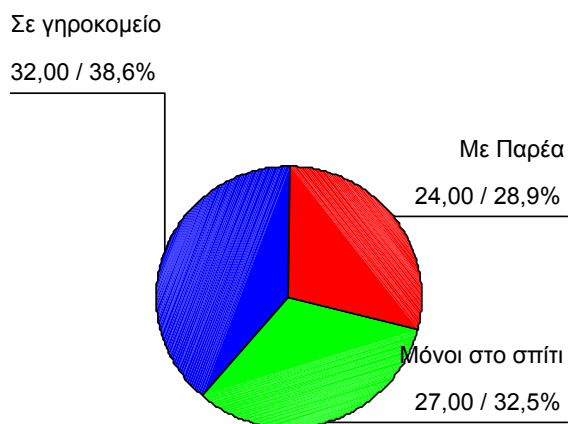
Πώς Ζεί

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



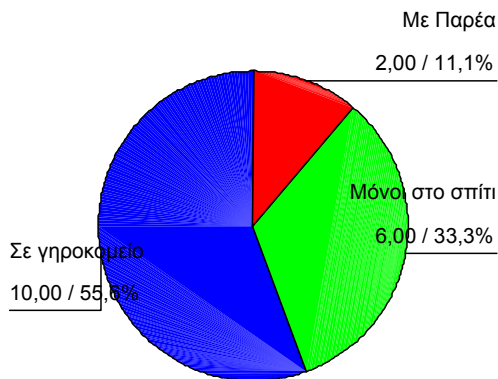
Πώς Ζεί

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πώς Ζεί

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 49% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 24 άτομα) που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση μένει με παρέα στο σπίτι, το 34,7% των ατόμων (δηλαδή 17 άτομα) μένει μόνο στο σπίτι και το 16,3% (δηλαδή 8 άτομα) ζει στο γηροκομείο.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση ένα ποσοστό της τάξεως του 38,6% (δηλαδή 32 άτομα) ζει στο γηροκομείο, το 32,5% (δηλαδή 27 άτομα) μένει μόνο στο σπίτι και το 28,9% (δηλαδή 24 άτομα) μένει με παρέα στο σπίτι.

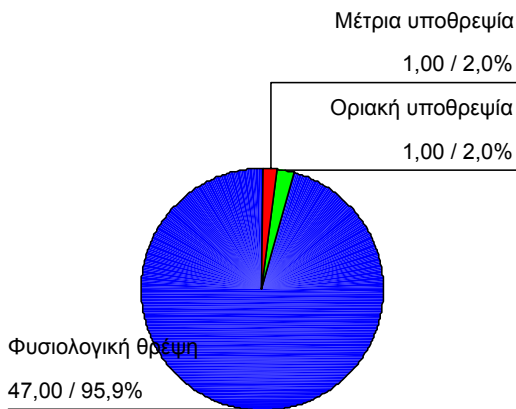
Το 55,6% των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 10 άτομα) ζει στο γηροκομείο, το 33,3% (6 άτομα) μένει μόνο στο σπίτι και το 11,1% (2 άτομα) μένει με παρέα στο σπίτι.

Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κακή θρέψη	Valid	Σοβαρή υποθρεψία	4	22,2	22,2	22,2
		Μέτρια υποθρεψία	6	33,3	33,3	55,6
		Οριακή υποθρεψία	2	11,1	11,1	66,7
		Φυσιολογική θρέψη	6	33,3	33,3	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
Επίφοβη θρεπτική κατάσταση	Valid	Σοβαρή υποθρεψία	2	2,4	2,4	2,4
		Μέτρια υποθρεψία	7	8,4	8,4	10,8
		Οριακή υποθρεψία	12	14,5	14,5	25,3
		Φυσιολογική θρέψη	62	74,7	74,7	100,0
		Total	83	100,0	100,0	
Καλή θρέψη	Valid	Μέτρια υποθρεψία	1	2,0	2,0	2,0
		Οριακή υποθρεψία	1	2,0	2,0	4,1
		Φυσιολογική θρέψη	47	95,9	95,9	100,0
		Total	49	100,0	100,0	

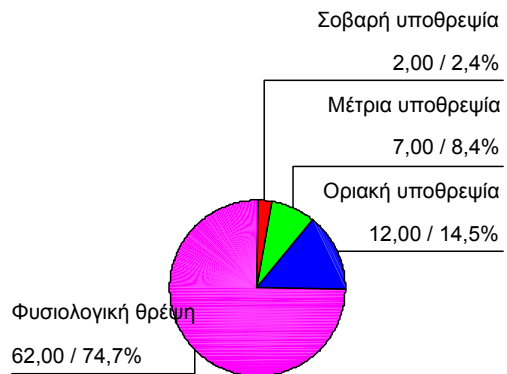
Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



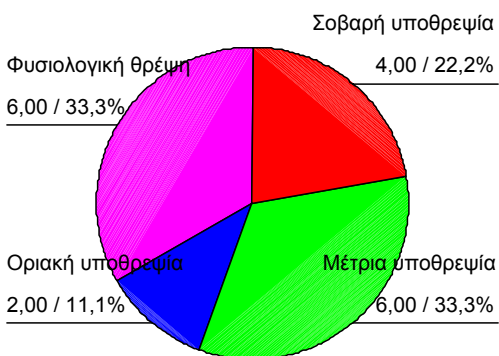
Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Σύμφωνα με το MNA, στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι από τα άτομα που έχουν καλή θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 95,9% (47 άτομα) έχουν φυσιολογική θρέψη, δηλαδή ΔΜΣ>23. Επίσης, παρατηρείται και μια ισοψηφία ποσοστών των ατόμων που βρίσκονται σε οριακή υποθρεψία, (ΔΜΣ 21-<23) και των ατόμων που βρίσκονται σε μέτρια υποθρεψία (ΔΜΣ 19-<21) με ποσοστό της τάξεως του 2% (δηλαδή 1 άτομο).

Το 74,7% των ατόμων, σύμφωνα με το MNA, που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, (62 άτομα) έχουν φυσιολογική θρέψη, δηλαδή ΔΜΣ>23. Το 14,5%, (12 άτομα) βρίσκονται σε οριακή υποθρεψία άτομα, δηλαδή ΔΜΣ21-<23, το 8,4% (7 άτομα) έχουν μέτρια υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ 19-<21 και το 2,4% (2 άτομα) έχουν σοβαρή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ<19.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, σύμφωνα με το MNA, παρατηρείται ισοψηφία σε ποσοστό της τάξεως του 33,3% (6 άτομα), μεταξύ των ατόμων που έχουν φυσιολογική θρέψη, δηλαδή ΔΜΣ>23 και των ατόμων που έχουν μέτρια υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ 19-<21.

Το 22,2% των ατόμων (4 άτομα) έχουν σοβαρή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ<19 και το 11,1% των ατόμων (2 άτομα) έχουν οριακή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ 21-<23. (Gil et al, 2003)

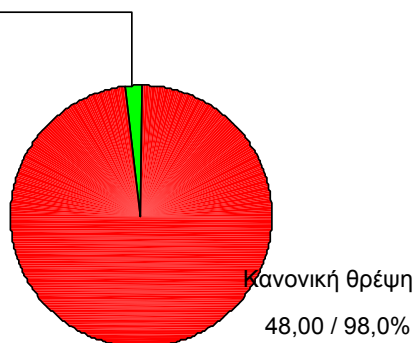
Περιφέρια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κακή θρέψη	Valid	Σοβαρή υποθρεψία	2	11,1	11,1	11,1
		Κανονική θρέψη	10	55,6	55,6	66,7
		Υποθρεψία	6	33,3	33,3	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
Επίφοβη θρεπτική κατάσταση	Valid	Σοβαρή υποθρεψία	1	1,2	1,2	1,2
		Κανονική θρέψη	77	92,8	92,8	94,0
		Υποθρεψία	5	6,0	6,0	100,0
		Total	83	100,0	100,0	
Καλή θρέψη	Valid	Κανονική θρέψη	48	98,0	98,0	98,0
		Υποθρεψία	1	2,0	2,0	100,0
		Total	49	100,0	100,0	

Περιφέρια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη

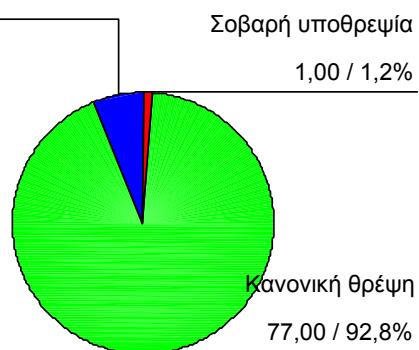
Υποθρεψία
1,00 / 2,0%



Περιφέρια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

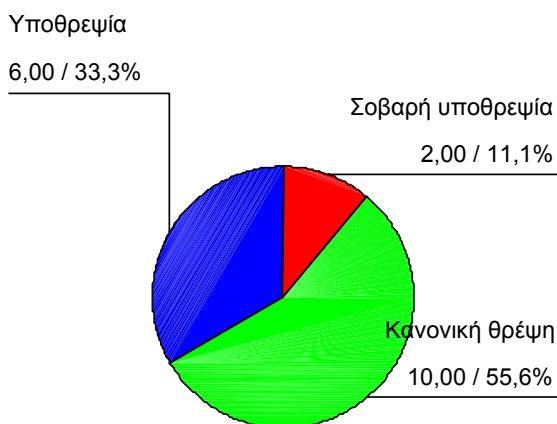
ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

Υποθρεψία
5,00 / 6,0%



Περιφέρεια μεσοβραχίου (ΓΜ)?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της θρεπτικής κατάστασης των ατόμων και της περιφέρειας του μεσοβραχίου. Το 98% των ατόμων που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 48 άτομα), και το 2% (δηλαδή 1 άτομο) παρουσιάζει υποθρεψία. Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 92,8% (δηλαδή 77 άτομα) βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση, το 6% (δηλαδή 5 άτομα) παρουσιάζει υποθρεψία και το 1,2% (δηλαδή 1 άτομο) παρουσιάζει σοβαρή υποθρεψία. Τέλος το 55,6% των ατόμων (δηλαδή 10 άτομα) που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση έχουν κανονική θρέψη, το 33,3% (δηλαδή 6 άτομα) έχει υποθρεψία και το 11,1% (2 άτομα) έχει σοβαρή υποθρεψία.

Golden, M.H.N., Golden, B.E. (2000)

Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)ᶆ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Υποθρεψία	1	2,0	2,0	2,0
Φυσιολογική θρέψη	48	98,0	98,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)ᶆ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Υποθρεψία	6	7,2	7,2	7,2
Κανονική θρέψη	77	92,8	92,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

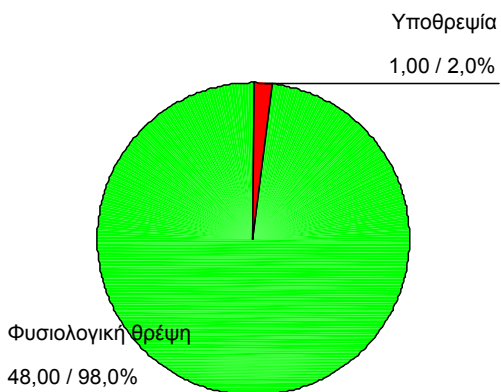
Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Υποθρεψία	6	33,3	33,3	33,3
Φυσιολογική θρέψη	12	66,7	66,7	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

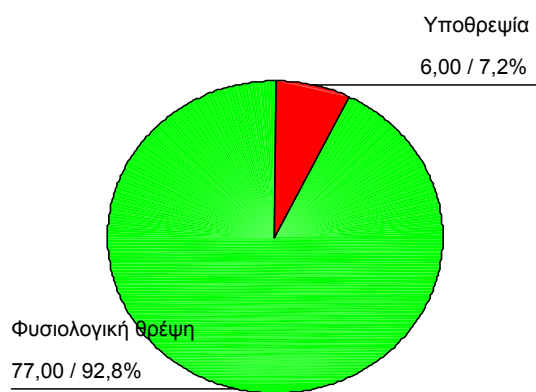
Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



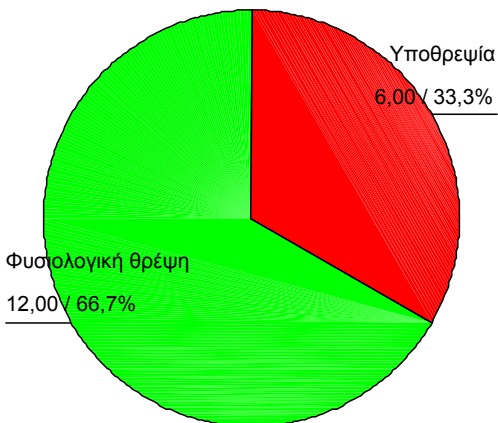
Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της θρεπτικής κατάστασης των ατόμων και της περιμέτρου της γαστροκνήμιας. Έτσι παρατηρείται ότι το 2% των ατόμων που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση παρουσιάζουν υποθρεψία δηλαδή η περίμετρος της γαστροκνήμιας είναι μικρότερη από 31εκ. και το 58% των ατόμων έχουν φυσιολογική θρέψη δηλαδή η περίμετρος της γαστροκνήμιας είναι μεγαλύτερη από 31 εκ.

Το 7,2% των ατόμων που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση παρουσιάζει υποθρεψία, το 92,8% των ατόμων έχουν κανονική θρέψη (περίμετρο γαστροκνήμιας μεγαλύτερη από 31εκ.)

Το 33,3% των ατόμων που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση παρουσιάζει υποθρεψία (περίμετρο γαστροκνήμιας μικρότερη από 31εκ.), το 66,7% των ατόμων έχει κανονική θέση δηλαδή η περίμετρος της γαστροκνήμιας είναι μεγαλύτερη από 31 εκ.

Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3 και ανω	2	4,1	4,1	4,1
Δε γνωρίζω	3	6,1	6,1	10,2
1-3 κιλά	5	10,2	10,2	20,4
Δεν υπάρχει απώλεια	39	79,6	79,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3 και ανω	15	18,1	18,1	18,1
Δε γνωρίζω	25	30,1	30,1	48,2
1-3 κιλά	8	9,6	9,6	57,8
Δεν υπάρχει απώλεια	35	42,2	42,2	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

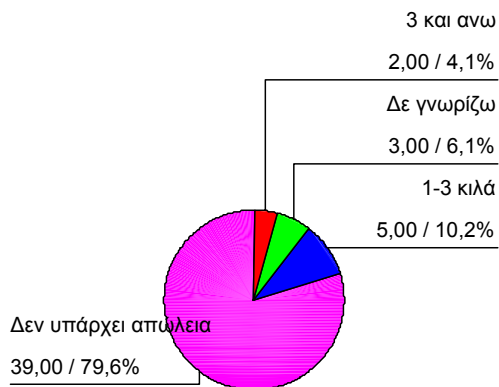
Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3 και ανω	8	44,4	44,4	44,4
Δε γνωρίζω	5	27,8	27,8	72,2
1-3 κιλά	1	5,6	5,6	77,8
Δεν υπάρχει απώλεια	4	22,2	22,2	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

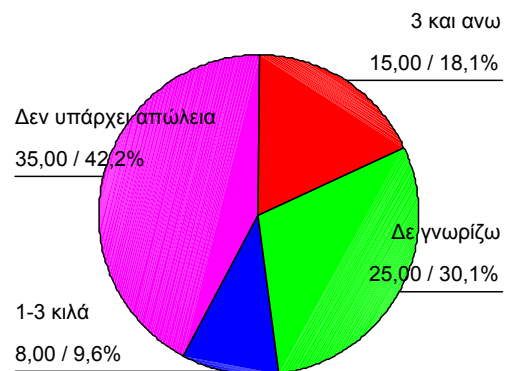
Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



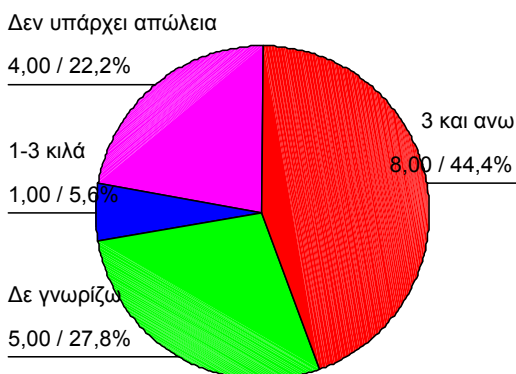
Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρουσιάζεται η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην θρεπτική κατάσταση των ατόμων και στο αν παρουσιάζουν απώλεια βάρους το τελευταίο τρίμηνο. Το 79,6% των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση, (δηλαδή 39 άτομα) απάντησε ότι δεν υπάρχει απώλεια βάρους, το 10,2% δηλαδή 5 άτομα) ότι υπάρχει απώλεια βάρους 1-3 κιλών, το 6,1% (δηλαδή 3 άτομα) δεν γνωρίζει και το 4,1% (2 άτομα) ότι υπάρχει απώλεια βάρους άνω των 3 κιλών.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 42,2% (δηλαδή 35 άτομα) απάντησε ότι δεν υπάρχει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους τρεις μήνες, το 30,1% των ατόμων (δηλαδή 25 άτομα) δεν γνωρίζει, το 18,1% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 15 άτομα) απάντησε ότι υπάρχει απώλεια βάρους άνω των 3 κιλών και το 9,6% (8 άτομα) παρουσίασε απώλεια βάρους 1-3 κιλών.

Το 44,4% των ατόμων που βρίσκονται σε κακή θρέψη, (δηλαδή 8 άτομα) παρουσίασε απώλεια βάρους άνω των 3 κιλών, το 27,8% των ατόμων (δηλαδή 5 άτομα), δεν γνωρίζει, το 22,2% (δηλαδή 4 άτομα)

απάντησε ότι δεν υπάρχει απώλεια βάρους και το 5,6% (1 άτομο) παρουσίασε απώλεια βάρους 1-3 κιλών το τελευταίο τρίμηνο.

Ζεί ανεξάρτητα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	32	65,3	65,3	65,3
NAI	17	34,7	34,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Ζεί ανεξάρτητα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	56	67,5	67,5	67,5
NAI	27	32,5	32,5	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

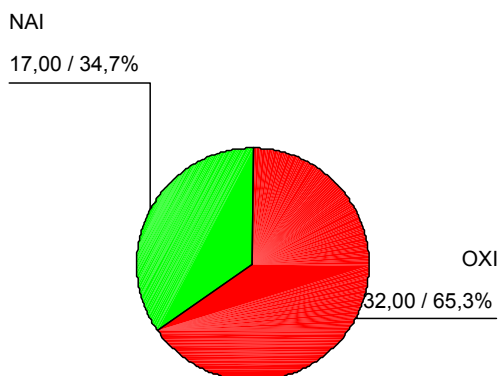
Ζεί ανεξάρτητα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	12	66,7	66,7	66,7
NAI	6	33,3	33,3	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

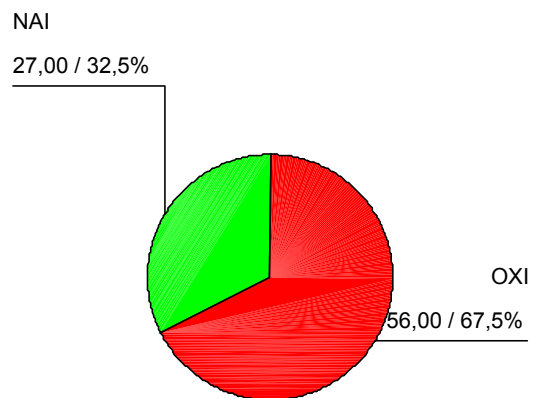
Ζεί ανεξάρτητα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



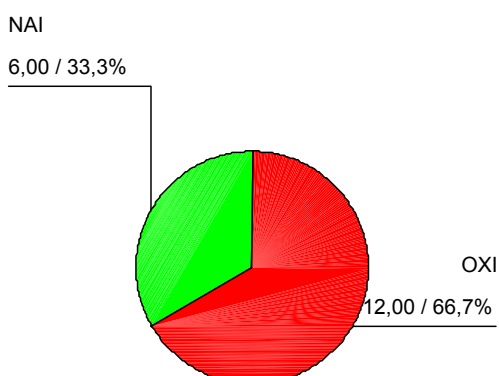
Ζεί ανεξάρτητα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Ζεί ανεξάρτητα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 65,3% των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 32 άτομα) δεν ζει ανεξάρτητα και το 34,7% των ατόμων (δηλαδή 17 άτομα) ζει ανεξάρτητα.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, το 67,5% (56 άτομα) δεν ζει ανεξάρτητα και το 32,5% (27 άτομα) ζει ανεξάρτητα.

Το 66,7% των ατόμων που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 12 άτομα) δεν ζει ανεξάρτητα και το 33,3% των ατόμων (δηλαδή 6 άτομα) ζει ανεξάρτητα.

Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνεξ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	22	44,9	44,9	44,9
NAI	27	55,1	55,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνεξ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	29	34,9	34,9	34,9
NAI	54	65,1	65,1	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

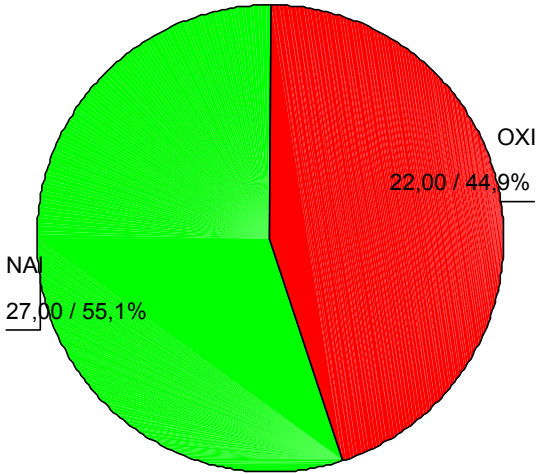
Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνεξ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	4	22,2	22,2	22,2
NAI	14	77,8	77,8	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

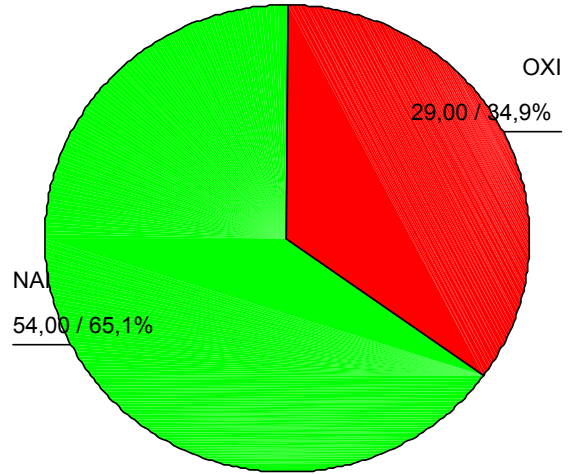
Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνες?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



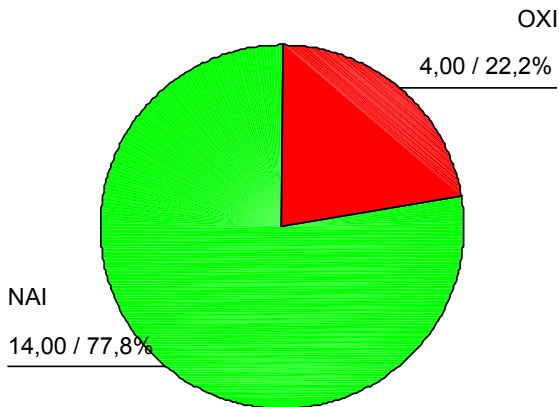
Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνες?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνες?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Παραπάνω παρατηρείται ότι το 55,1% των ατόμων που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 27 άτομα) παίρνει περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα και το 44,9% (δηλαδή 22 άτομα) παίρνει λιγότερα από 3 φάρμακα την ημέρα ή και καθόλου.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 65,1% (δηλαδή 54 άτομα) παίρνει περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα το τελευταίο τρίμηνο και το 34,9% (δηλαδή 29 άτομα) λαμβάνει λιγότερα από 3 φάρμακα την ημέρα ή και καθόλου.

Τέλος το 77,8% των ατόμων που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 14 άτομα) παίρνει περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα και το 22,2% (δηλαδή 4 άτομα) λαμβάνει λιγότερα από 3 φάρμακα την ημέρα ή και καθόλου.

Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο? ^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	3	6,1	6,1	6,1
	OXI	46	93,9	93,9	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο? ^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	23	27,7	27,7	27,7
	OXI	60	72,3	72,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο? ^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	10	55,6	55,6	55,6
	OXI	8	44,4	44,4	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

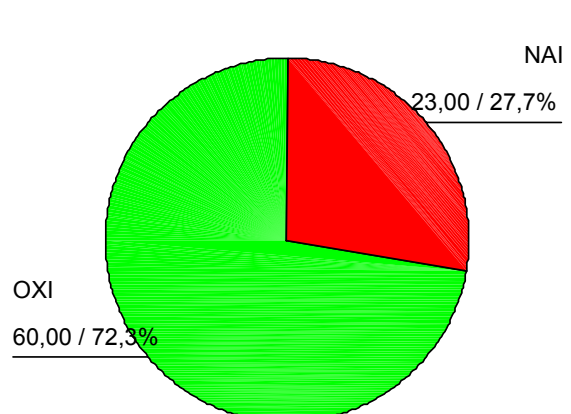
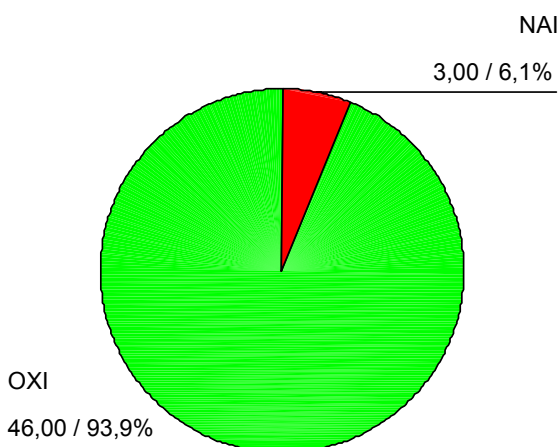
a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?

Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?

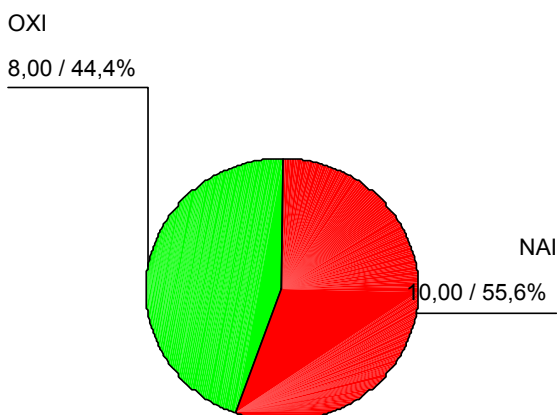
ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Έχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Παραπάνω παρουσιάζεται κατά πόσο τα ηλικιωμένα άτομα έχουν πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση ένα ποσοστό της τάξεως του 93,9% (δηλαδή 46 άτομα) δεν έχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο και το 6,1% (3 άτομα) έχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο.

Το 72,3% των ατόμων που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 60 άτομα) δεν έχει υποστεί κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο ενώ το 27,7% (δηλαδή 23 άτομα) έχει υποστεί ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο.

Τέλος το 55,6% των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 10 άτομα) έχει υποστεί κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο και το 44,4% (δηλαδή 8 άτομα) δεν έχει υποστεί κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο.

Είναι ικανός να κινηθεί?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ικανός να σηκωθεί αλλά δεν βγαίνει έξω	3	6,1	6,1	6,1
Βγαίνει έξω	46	93,9	93,9	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Είναι ικανός να κινηθεί?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κρεβάτι αναπηρική	4	4,8	4,8	4,8
Ικανός να σηκωθεί αλλά δεν βγαίνει έξω	11	13,3	13,3	18,1
Βγαίνει έξω	68	81,9	81,9	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

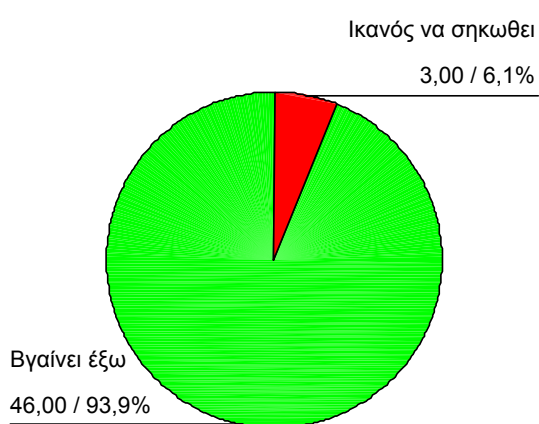
Είναι ικανός να κινηθεί?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κρεβάτι αναπηρική	1	5,6	5,6	5,6
Ικανός να σηκωθεί αλλά δεν βγαίνει έξω	7	38,9	38,9	44,4
Βγαίνει έξω	10	55,6	55,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

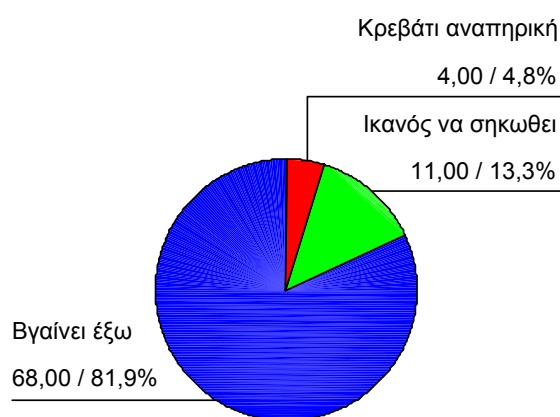
Είναι ικανός να κινηθεί?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



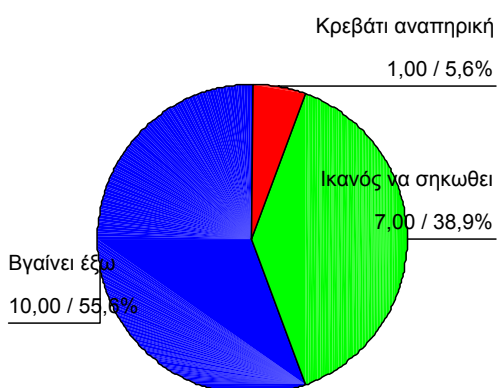
Είναι ικανός να κινηθεί?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Είναι ικανός να κινηθεί?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 93,9% των ατόμων που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 46 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί και να βγει έξω από το σπίτι, ενώ το 6,1% (δηλαδή 3 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί αλλά δεν μπορεί να κινηθεί εκτός του σπιτιού.

Το 81,9% των ατόμων που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 68 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί και να βγει έξω από το σπίτι, το 13,3% (δηλαδή 11 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί αλλά όχι να βγει έξω από το σπίτι και το 4,8% (δηλαδή 4 άτομα) είναι καθηλωμένο σε αναπηρική καρέκλα ή στο κρεβάτι.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 55,6% (δηλαδή 10 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί και να βγει έξω από το σπίτι, το 38,9% (δηλαδή 7 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί αλλά όχι να βγει έξω από το σπίτι και τέλος το 5,6% (δηλαδή 1 άτομο) είναι καθλωμένο σε αναπηρική καρέκλα ή σε κρεβάτι.

Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ηπια ανοια	11	22,4	22,4	22,4
Χωρίς νευροψυχολογικά προβλήματα	38	77,6	77,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ηπια ανοια	39	47,0	47,0	47,0
Χωρίς νευροψυχολογικά προβλήματα	44	53,0	53,0	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

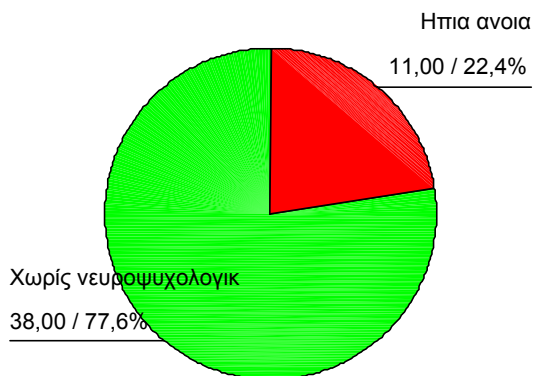
Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρή ανοια η κατάθλιψη	7	38,9	38,9	38,9
Ηπια ανοια	7	38,9	38,9	77,8
Χωρίς νευροψυχολογικά προβλήματα	4	22,2	22,2	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

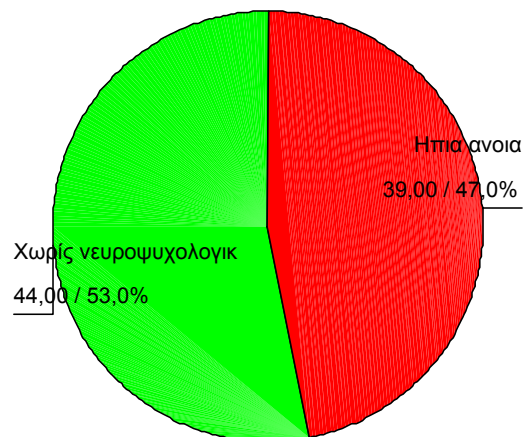
Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



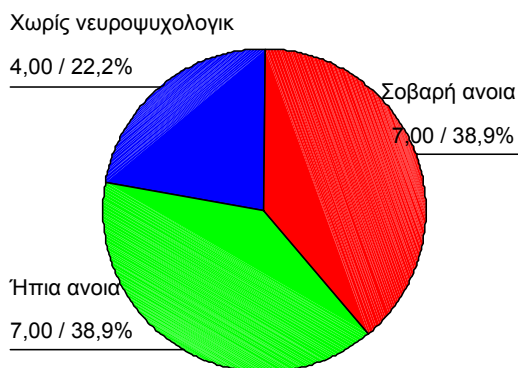
Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Παρατηρείται ότι το 77,6% των ατόμων (δηλαδή 38 άτομα) που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση δεν έχει νευροψυχολογικά προβλήματα ενώ το 22,4% (δηλαδή 11 άτομα) έχει ήπια άνοια. Το 53% των ατόμων (δηλαδή 44 άτομα) που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση δεν έχει νευροψυχολογικά προβλήματα, ενώ το 47% των ατόμων (δηλαδή 39 άτομα) έχει ήπια άνοια. Τέλος το 38,9% των ατόμων (δηλαδή 7 άτομα) που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση, έχει σοβαρή άνοια, το ίδιο ποσοστό ατόμων παρατηρείται και στα άτομα που έχουν ήπια άνοια και το 22,2% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) δεν έχει νευροψυχολογικά προβλήματα.

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμικά έλκη? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	49	100,0	100,0	100,0

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμικά έλκη? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	83	100,0	100,0	100,0

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

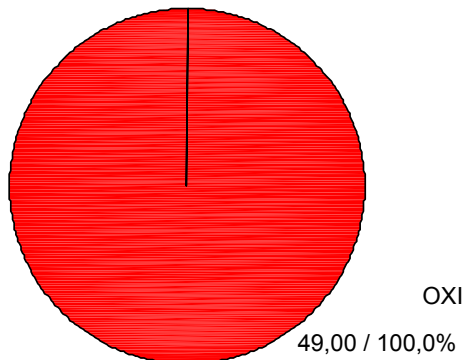
Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμικά έλκη? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	18	100,0	100,0	100,0

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

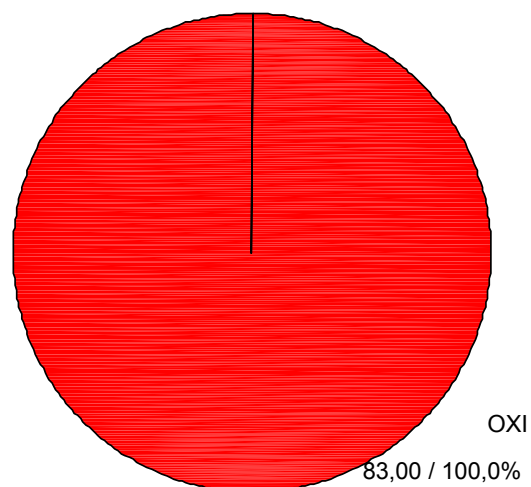
Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμидικά έλκη?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



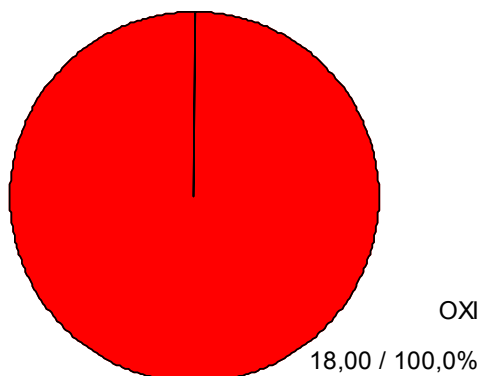
Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμидικά έλκη?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμидικά έλκη?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι κανένα άτομο και από τρεις κατηγορίες δεν παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμидικά έλκη.

Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2 γεύματα	19	38,8	38,8	38,8
3 γεύματα	30	61,2	61,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
valid	Κανένα γεύμα	3	3,6	3,6	3,6
	2 γεύματα	42	50,6	50,6	54,2
	3 γεύματα	38	45,8	45,8	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

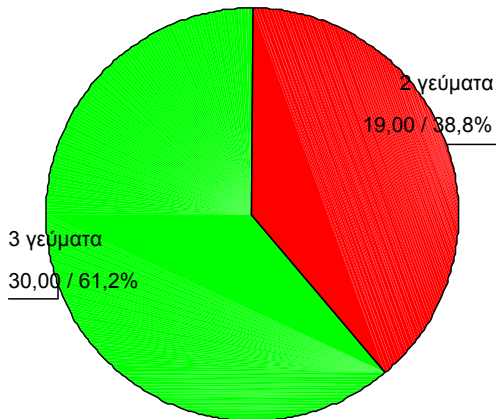
Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κανένα γεύμα	4	22,2	22,2	22,2
	2 γεύματα	10	55,6	55,6	77,8
	3 γεύματα	4	22,2	22,2	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

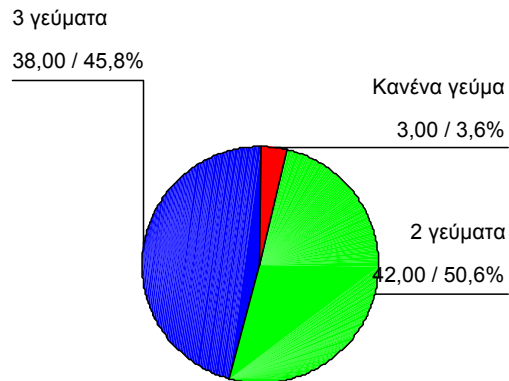
Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



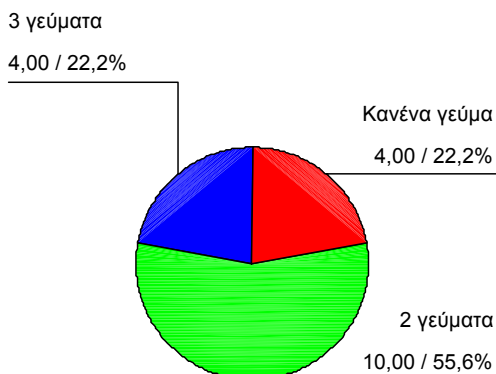
Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Παραπάνω παρουσιάζεται η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην θρεπτική κατάσταση των ατόμων και στα πλήρη γεύματα καταναλώνονται καθημερινά. Από τα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση, το 61,2% (δηλαδή 30 άτομα) καταναλώνει 3 πλήρη γεύματα την ημέρα και το 38,8% (δηλαδή 19 άτομα) καταναλώνει 2 πλήρη γεύματα την ημέρα.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, το 50,6% (δηλαδή 42 άτομα) καταναλώνει 2 πλήρη γεύματα την ημέρα, το 45,8% (δηλαδή 38 άτομα) καταναλώνει 3 πλήρη γεύματα την ημέρα και το 3,6% (δηλαδή 3 άτομα) δεν καταναλώνει κανένα πλήρες γεύμα.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, το 55,6% (δηλαδή 10 άτομα) καταναλώνει 2 πλήρη γεύματα την ημέρα, το 22,2% (δηλαδή 4 άτομα) καταναλώνει 3 πλήρη γεύματα την ημέρα και το ίδιο ποσοστό ατόμων δεν καταναλώνει κανένα πλήρες γεύμα την ημέρα.

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών⁹

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου πρόσληψη πρωτεϊνών	21	42,9	42,9	42,9
Συχνή πρόσληψη πρωτεϊνών	2	4,1	4,1	46,9
Μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών	26	53,1	53,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών⁹

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου πρόσληψη πρωτεϊνών	44	53,0	53,0	53,0
Συχνή πρόσληψη πρωτεϊνών	2	2,4	2,4	55,4
Μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών	37	44,6	44,6	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

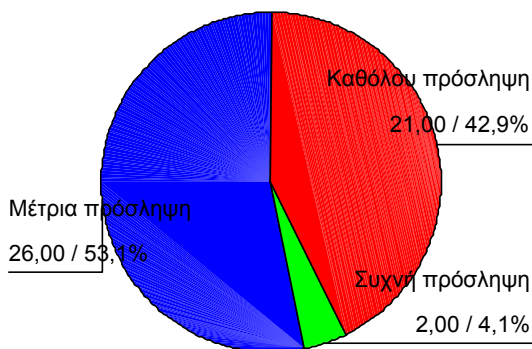
Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου πρόσληψη πρωτεϊνών	8	44,4	44,4	44,4
Μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών	10	55,6	55,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

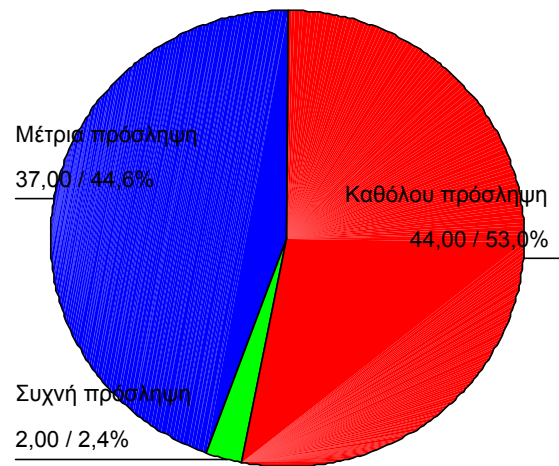
Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



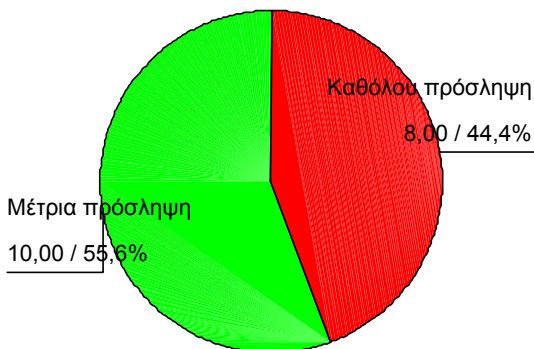
Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 53,1% των ατόμων (δηλαδή 26 άτομα) που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση, έχει μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών, το 42,9% (δηλαδή 21 άτομα) δεν καταναλώνει καθόλου πρωτεϊνούχες τροφές και το 4,1% (δηλαδή 2 άτομα) κάνει συχνή πρόσληψη πρωτεϊνούχων τροφών.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, το 53% (δηλαδή 44 άτομα) δεν καταναλώνει καθόλου πρωτεϊνούχες τροφές, το 44,6% των ατόμων (δηλαδή 37 άτομα) έχει μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών και το 2,4% (δηλαδή 2 άτομα) έχει συχνή κατανάλωση πρωτεϊνών.

Τέλος παρατηρείται ότι το 55,6% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 10 άτομα) έχει μέτρια κατανάλωση πρωτεϊνούχων τροφών και το 44,4% (δηλαδή 8 άτομα) δεν καταναλώνει καθόλου πρωτεϊνούχες τροφές.

Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	9	18,4	18,4	18,4
NAI	40	81,6	81,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	40	48,2	48,2	48,2
NAI	43	51,8	51,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

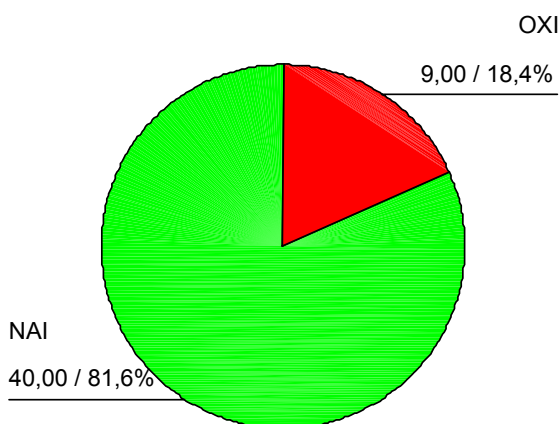
Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	14	77,8	77,8	77,8
NAI	4	22,2	22,2	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

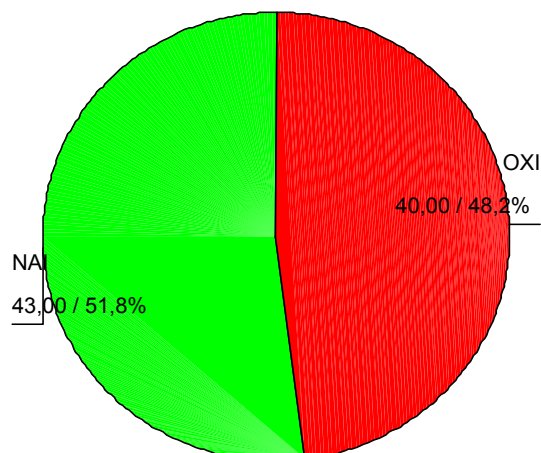
Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



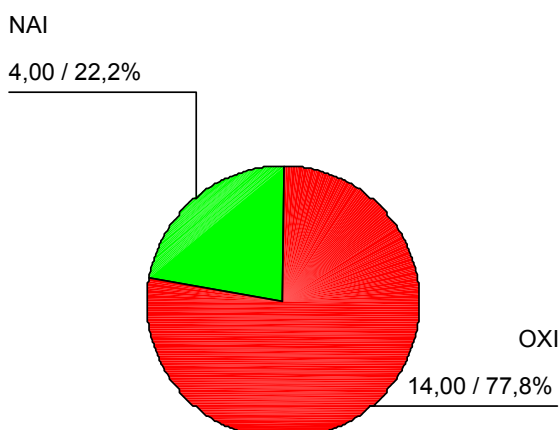
Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 81,6% των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 40 άτομα) καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα, ενώ το 18,4% (δηλαδή 9 άτομα) καταναλώνει λιγότερο από δυο μερίδες ή και καθόλου.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 51,8% (δηλαδή 43 άτομα) καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα, και το 48,2% (δηλαδή 40 άτομα) καταναλώνει λιγότερο από δυο μερίδες φρούτων και λαχανικών ή και καθόλου.

Τέλος το 77,8% των ατόμων (δηλαδή 14 άτομα) που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση καταναλώνει λιγότερες από δύο μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα ή και καθόλου, και το 22,2% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα

Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης,^a αστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μέτρια μείωση	4	8,2	8,2	8,2
Δεν υπάρχει μείωση	45	91,8	91,8	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης,^a αστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρή μείωση	3	3,6	3,6	3,6
Μέτρια μείωση	34	41,0	41,0	44,6
Δεν υπάρχει μείωση	46	55,4	55,4	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

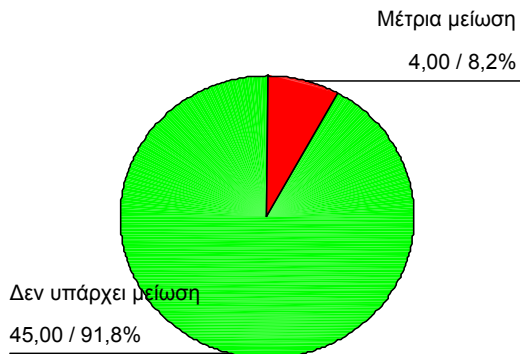
Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης,^a αστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρή μείωση	8	44,4	44,4	44,4
Μέτρια μείωση	6	33,3	33,3	77,8
Δεν υπάρχει μείωση	4	22,2	22,2	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

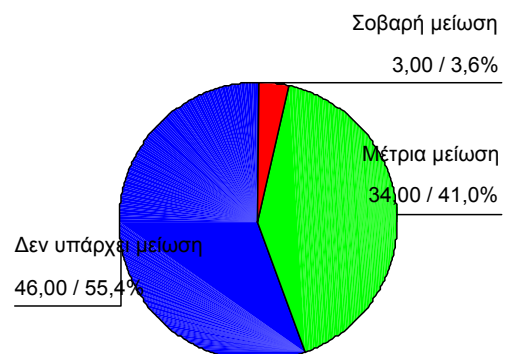
Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες,
λόγω απώλεια όρεξης

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνι:
λόγω απώλεια όρεξης

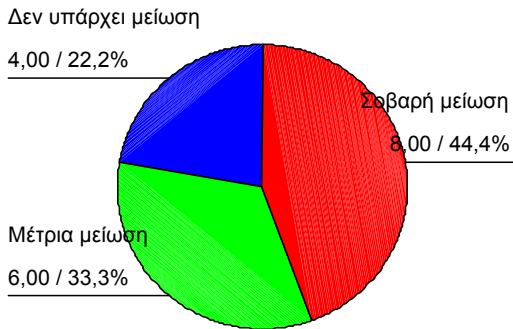
ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Βειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες

λόγω απώλεια όρεξης

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρουσιάζεται, η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην θρεπτική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων και στην μειωμένη πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλειας όρεξης, ή γαστρεντερικών διαταραχών κ.α.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 91,8% (δηλαδή 45 άτομα) δεν παρουσιάζει μειωμένη πρόσληψη τροφής ενώ το 8,2% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) παρουσιάζει μέτρια μείωση της πρόσληψης τροφής.

Το 55,4% των ατόμων που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 46 άτομα) δεν παρουσιάζει μειωμένη πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, το 41% των ατόμων (δηλαδή 34 άτομα) παρουσιάζει μέτρια μείωση και το 3,6% (δηλαδή 3 άτομα) παρουσιάζει σοβαρή μείωση της πρόσληψης τροφής.

Τέλος το 44,4% των ατόμων που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση, (δηλαδή 8 άτομα) παρουσιάζει σοβαρή μείωση στην πρόσληψη τροφής, το 33,3% των ατόμων (δηλαδή 6 άτομα) παρουσιάζει μέτρια μείωση και το 22,2% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) δεν παρουσιάζει μείωση τροφής τους τελευταίους τρεις μήνες.

Πόσα υγρά (νερό, χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημέρα^α?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λιγότερα από 3 φλιτζάνια	4	8,2	8,2	8,2
Πάνω από 5	35	71,4	71,4	79,6
3-5 φλιτζάνια	10	20,4	20,4	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσα υγρά (νερό,χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Λιγότερα από 3 φλιτζάνια	22	26,5	26,5	26,5
Πάνω από 5 φλιτζάνια	49	59,0	59,0	85,5
3-5 φλιτζάνια	12	14,5	14,5	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

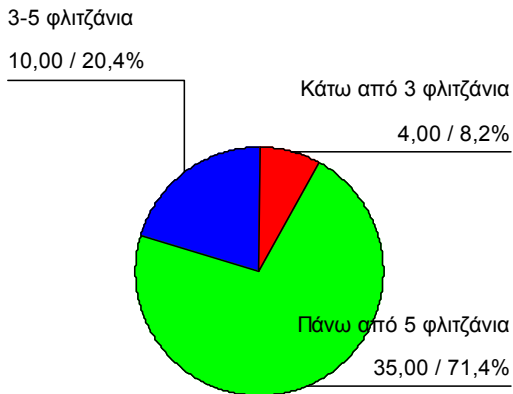
Πόσα υγρά (νερό,χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Λιγότερα από 3 φλιτζάνια	5	27,8	27,8	27,8
Πάνω από 5 φλιτζάνια	12	66,7	66,7	94,4
3-5 φλιτζάνια	1	5,6	5,6	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

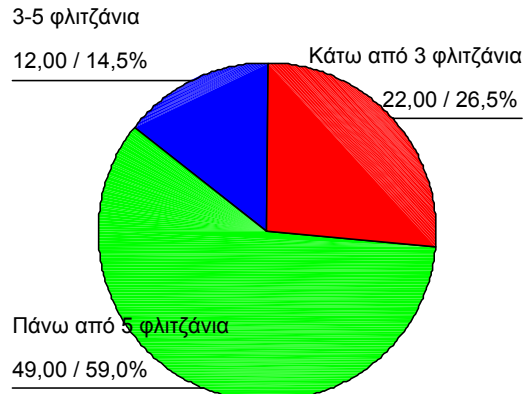
Πόσα υγρά (νερό,χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημέρα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



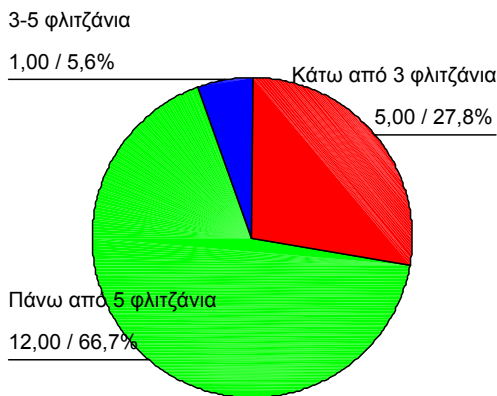
Πόσα υγρά (νερό,χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημέρα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσα υγρά (νερό, χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημέρα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 71,4% των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 35 άτομα) καταναλώνει περισσότερα από 5 φλιτζάνια υγρών την ημέρα, το 20,4% (δηλαδή 10 άτομα) καταναλώνει 3-5 φλιτζάνια υγρών την ημέρα και το 8,2% (δηλαδή 4 άτομα) καταναλώνει λιγότερα από 3 φλιτζάνια υγρών ανά ημέρα.

Το 59% των ατόμων που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 49 άτομα) καταναλώνει πάνω από 5 φλιτζάνια υγρών την ημέρα, το 26,5% (δηλαδή 22 άτομα) καταναλώνει λιγότερα από 3 φλιτζάνια υγρών και το 14,5% (δηλαδή 12 άτομα) καταναλώνει 3-5 φλιτζάνια υγρών ανα ημέρα.

Τέλος από τα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 66,7% (δηλαδή 12 άτομα) καταναλώνει περισσότερα από 5 φλιτζάνια υγρών την ημέρα, το 27,8% (δηλαδή 5 άτομα) καταναλώνει λιγότερο από 3 φλιτζάνια την ημέρα και το 5,6% (δηλαδή 1 άτομο) καταναλώνει 3-5 φλιτζάνια υγρών την ημέρα.

Τρόπος διατροφής^α

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Τρώει μόνος με δυσκολία	1	2,0	2,0	2,0
Τρώει μόνος χωρίς πρόβλημα	48	98,0	98,0	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Τρόπος διατροφής^α

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Τρώει μόνος με δυσκολία	7	8,4	8,4	8,4
Τρώει μόνος χωρίς πρόβλημα	76	91,6	91,6	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

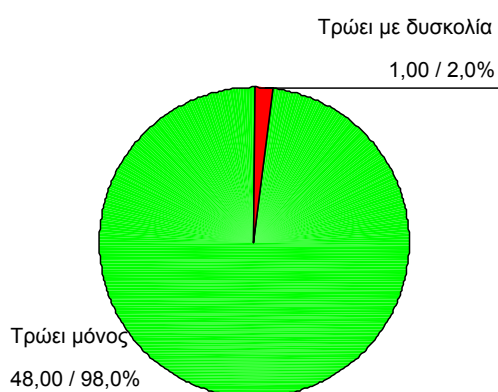
Τρόπος διατροφής?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Τρώει μόνος με δυσκολία	3	16,7	16,7	16,7
Τρώει μόνος χωρίς πρόβλημα	15	83,3	83,3	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

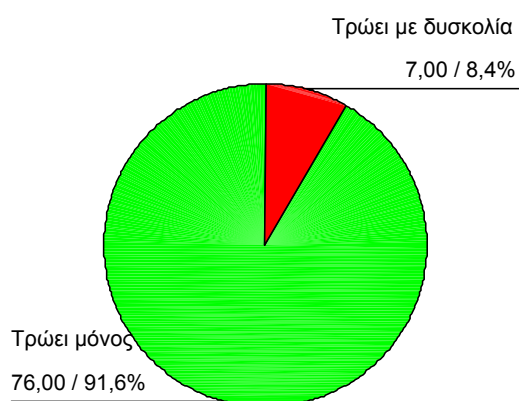
Τρόπος διατροφής?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



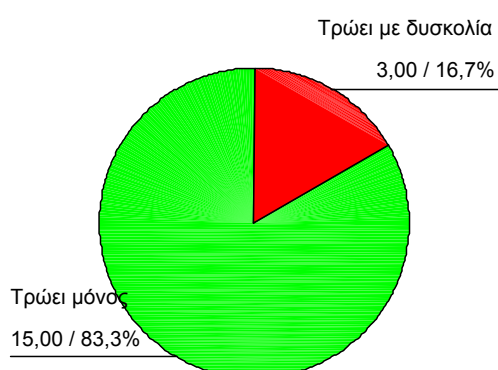
Τρόπος διατροφής?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Τρόπος διατροφής?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Παραπάνω, φαίνεται η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην θρεπτική κατάσταση των ηλικιωμένων και στον τρόπο διατροφής τους.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 98% (δηλαδή 48 άτομα) τρώει μόνο του χωρίς δυσκολία και το 2% των ατόμων (δηλαδή 1 άτομο) τρώει μόνο του αλλά με δυσκολία.

Το 91,6% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 76 άτομα) που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση τρώει μόνο του χωρίς καμία δυσκολία και το 8,4% των ατόμων (δηλαδή 7 άτομα) τρώει μόνο του αλλά με δυσκολία.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, το 83,3% των ατόμων αυτών (δηλαδή 15 άτομα) τρώει μόνο του χωρίς δυσκολία και το 16,7% (δηλαδή 3 άτομα) τρώει μόνο του αλλά με δυσκολία.

Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν ξέρει η μέτριο	3	6,1	6,1	6,1
Δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα	46	93,9	93,9	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρό	1	1,2	1,2	1,2
Δεν ξέρει η μέτριο	39	47,0	47,0	48,2
Δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα	43	51,8	51,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρό	3	16,7	16,7	16,7
Δεν ξέρει η μέτριο	9	50,0	50,0	66,7
Δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα	6	33,3	33,3	100,0
Total	18	100,0	100,0	

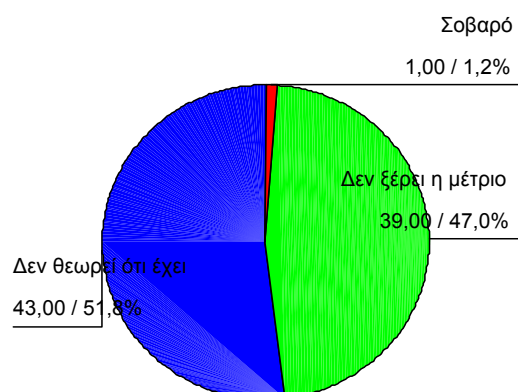
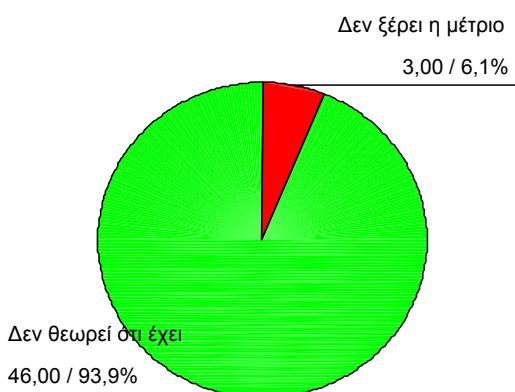
a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη

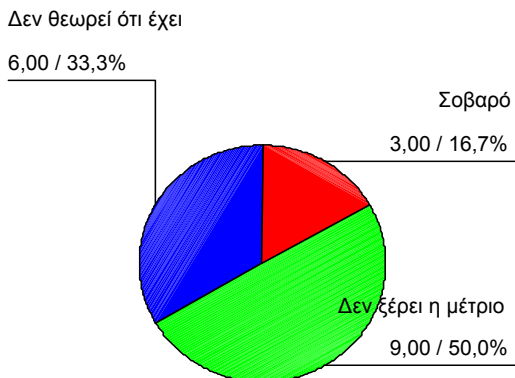
Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι στην ερώτηση «αν ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής», το 93,9% των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν καλή θεραπευτική κατάσταση, (δηλαδή 46 άτομα) απάντησε ότι δεν θεωρεί να έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής και το 6,1% των ατόμων (δηλαδή 3 άτομα) δεν γνωρίζει ή θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα διατροφής.

Το 51,8% των ατόμων (δηλαδή 43 άτομα) που βρίσκονται σε επίφοβη θεραπευτική κατάσταση δεν θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής, το 47% (δηλαδή 39 άτομα) δεν γνωρίζει ή θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα διατροφής και το 1,2% (δηλαδή 1 άτομο) θεωρεί ότι έχει σοβαρό πρόβλημα διατροφής.

Το 50% των ατόμων που βρίσκεται σε κακή θεραπευτική κατάσταση, (δηλαδή 9 άτομα) δεν γνωρίζει ή θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα διατροφής, το 33,3% (δηλαδή 6 άτομα) δεν θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα διατροφής και τέλος το 16,7% των ατόμων (δηλαδή 3 άτομα) θεωρεί ότι έχει σοβαρό πρόβλημα διατροφής.

Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του, πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Οχι τόσο καλή	3	6,1	6,1	6,1
Εξίσου καλή	27	55,1	55,1	61,2
Καλύτερη	16	32,7	32,7	93,9
Δέν ξέρει	3	6,1	6,1	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θεραπευτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του, πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Οχι τόσο καλή	23	27,7	27,7	27,7
	Εξίσου καλή	31	37,3	37,3	65,1
	Καλύτερη	3	3,6	3,6	68,7
	Δέν ξέρει	26	31,3	31,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του, πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Οχι τόσο καλή	5	27,8	27,8	27,8
	Εξίσου καλή	4	22,2	22,2	50,0
	Δέν ξέρει	9	50,0	50,0	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του,
πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

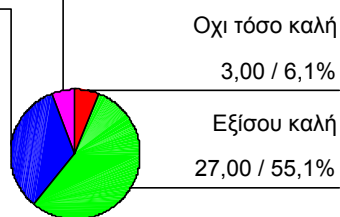
ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη

Δέν ξέρει

3,00 / 6,1%

Καλύτερη

16,00 / 32,7%



Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του,
πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

Δέν ξέρει

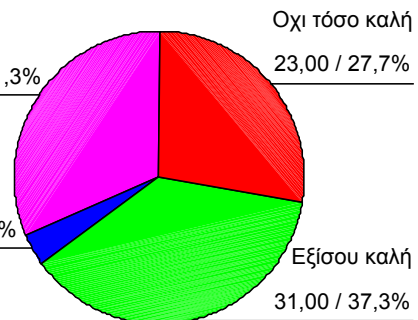
26,00 / 31,3%

Καλύτερη

3,00 / 3,6%

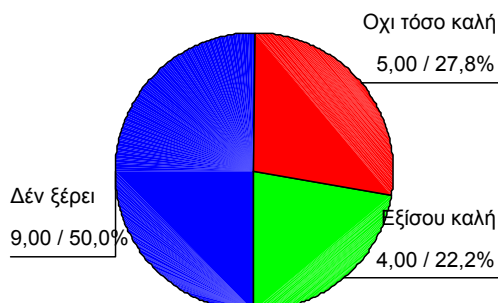
Εξίσου καλή

31,00 / 37,3%



Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του,
 πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι στην ερώτηση «σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικία του πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του» το 55,1% των ατόμων τρίτης ηλικίας που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση, (δηλαδή 27 άτομα) απάντησε ότι θεωρεί ότι η υγεία του είναι εξίσου καλή με τα άλλα άτομα της ηλικίας του, το 32,7% (δηλαδή 16 άτομα) θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας του είναι σε καλύτερη κατάσταση, το 6,1% (δηλαδή 3 άτομα) δεν γνωρίζει και το ίδιο ποσοστό ατόμων θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας του δεν είναι σε τόσο καλή κατάσταση.

Το 37,3% των ατόμων που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 31 άτομα) θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας του είναι εξίσου καλή με τα άλλα άτομα της ηλικία του, τον 31,3% (δηλαδή 26 άτομα) δεν γνωρίζει, το 27,7% (δηλαδή 23 άτομα) θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας του δεν είναι και τόσο καλή, το 3,6% (δηλαδή 3 άτομα) θεωρεί ότι είναι καλύτερη η κατάσταση της υγείας του σε σχέση με τα άλλα άτομα της ηλικίας του.

Το 27,8% των ατόμων (δηλαδή 5 άτομα) που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση, θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας του δεν βρίσκεται σε τόσο καλή κατάσταση, 50% των ατόμων (δηλαδή 9 άτομα), δεν γνωρίζει και το 22,2% (δηλαδή 4 άτομα) θεωρεί ότι η υγεία του είναι εξίσου καλή με τα άλλα άτομα της ηλικίας του.

Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής που κάνεις τόσα πράγματα μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	6	12,2	12,2	12,2
Ποτέ	20	40,8	40,8	53,1
Σπάνια	7	14,3	14,3	67,3
Μερικές Φορές	16	32,7	32,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	

α. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής που κάνεις τόσα πράγματα μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	14	16,9	16,9	16,9
Ποτέ	23	27,7	27,7	44,6
Σπάνια	8	9,6	9,6	54,2
Μερικές Φορές	38	45,8	45,8	100,0
Total	83	100,0	100,0	

α. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

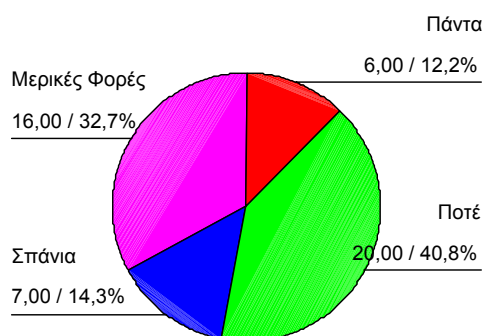
Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής που κάνεις τόσα πράγματα μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	9	50,0	50,0	50,0
Ποτέ	3	16,7	16,7	66,7
Σπάνια	1	5,6	5,6	72,2
Μερικές Φορές	5	27,8	27,8	100,0
Total	18	100,0	100,0	

α. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

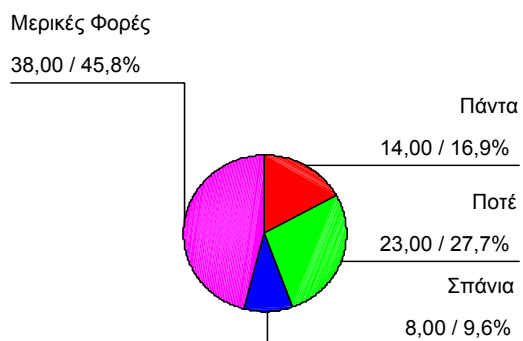
Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής
που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη

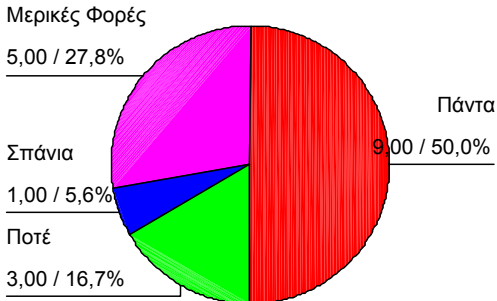


Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής
που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής
που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?
ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής που κάνει τόσα πράγματα μόνος», το 40,8% των ατόμων (δηλαδή 20 άτομα) που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση «ποτέ» δεν αισθάνεται δυστυχισμένο που κάνει κάποια πράγματα μόνο του, το 32,7% (δηλαδή 16 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται δυστυχισμένο, το 14,3% (δηλαδή 7 άτομα) «σπάνια» και το 12,2% (δηλαδή 6 άτομα) «πάντα».

Το 45,8% των ατόμων που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, (δηλαδή 38 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται δυστυχισμένο που κάνει κάποια πράγματα μόνο, το 27,7% (δηλαδή 23 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται δυστυχισμένο που κάνει κάποια πράγματα μόνο του, το 16,9% (δηλαδή 14 άτομα) «πάντα» και το 9,6% (δηλαδή 8 άτομα) «σπάνια» έχει την αίσθηση αυτή.

Το 50% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 9 άτομα) που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση «πάντα» αισθάνεται δυστυχισμένο που κάνει κάποια πράγματα μόνο του, το 27,8% (5 άτομα) «μερικές φορές», το 5,6% (1 άτομο) «σπάνια» και το 16,7% (3 άτομα) «ποτέ».

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	6	12,2	12,2	12,2
Ποτέ	22	44,9	44,9	57,1
Σπάνια	6	12,2	12,2	69,4
Μερικές Φορές	15	30,6	30,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	12	14,5	14,5	14,5
Ποτέ	21	25,3	25,3	39,8
Σπάνια	14	16,9	16,9	56,6
Μερικές Φορές	36	43,4	43,4	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

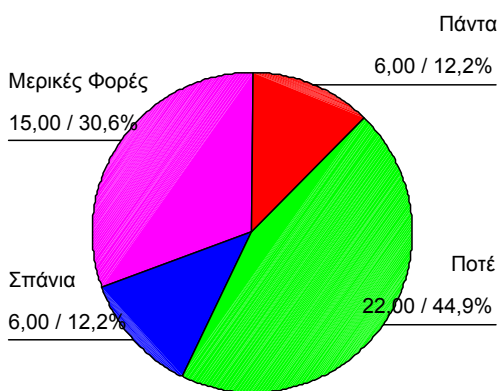
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	4	22,2	22,2	22,2
Ποτέ	3	16,7	16,7	38,9
Σπάνια	2	11,1	11,1	50,0
Μερικές Φορές	9	50,0	50,0	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

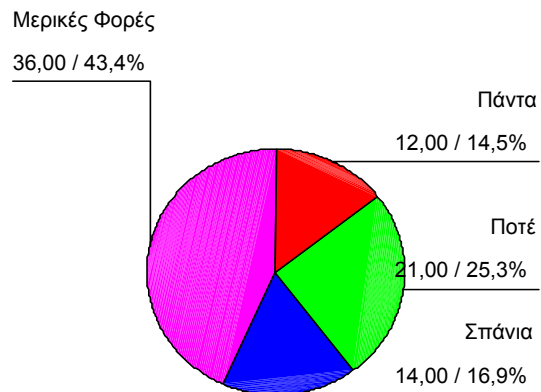
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



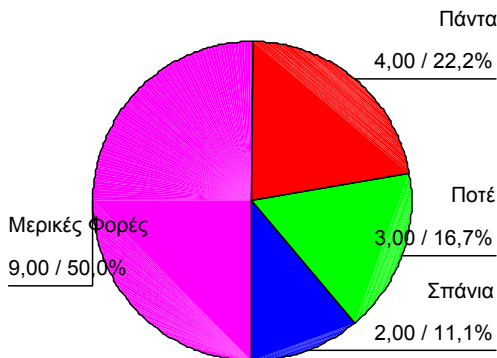
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει» το 44,5% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 22 άτομα) που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση, απάντησε «ποτέ», το 12,2% (δηλαδή 6 άτομα) «σπάνια», το 30,6% (δηλαδή 15 άτομα) «μερικές φορές» και το 12,2% (δηλαδή 6 άτομα) «πάντα».

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση ένα ποσοστό της τάξεως του 43,4% (δηλαδή 36 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει, το 16,9% (δηλαδή 14 άτομα) «σπάνια», το 25,3%, (δηλαδή 21 άτομα) «ποτέ» και το 14,5% (δηλαδή 12 άτομα) «πάντα».

Το 50% των ατόμων (δηλαδή 9 άτομα) που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει, το 11,1% των ατόμων (2 άτομα) «σπάνια», το 16,7% (3 άτομα) «ποτέ» και το 22,2% (4 άτομα) «πάντα».

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/ή?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	15	18,1	18,1	18,1
Ποτέ	17	20,5	20,5	38,6
Σπάνια	22	26,5	26,5	65,1
Μερικές Φορές	29	34,9	34,9	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

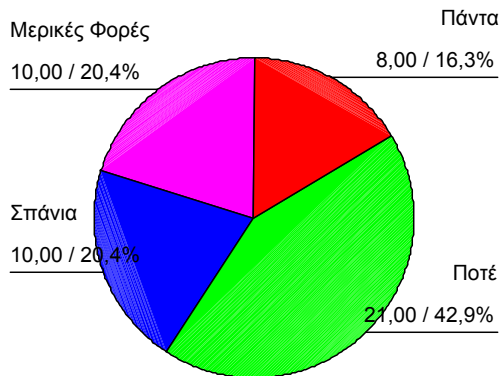
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	4	22,2	22,2	22,2
Ποτέ	3	16,7	16,7	38,9
Σπάνια	2	11,1	11,1	50,0
Μερικές Φορές	9	50,0	50,0	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

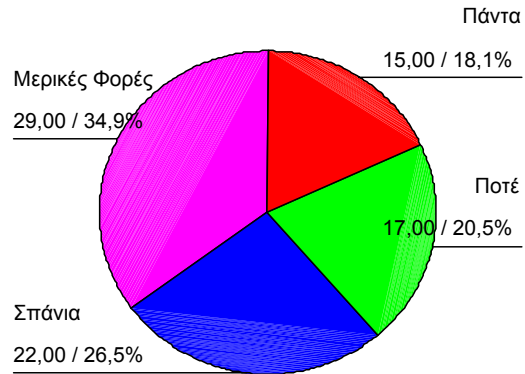
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/η?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



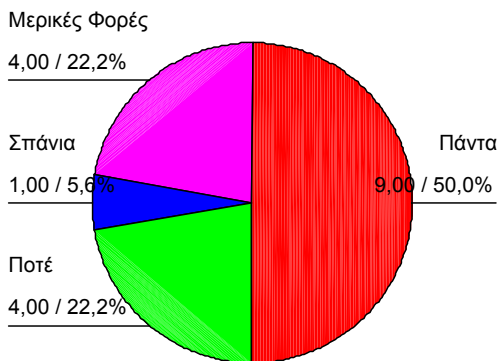
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/η?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/η?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Από τα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση παρατηρείται ότι το 20,4% (δηλαδή 10 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνο του, 42,5% (δηλαδή 21 άτομα) «ποτέ», το 20,4% (δηλαδή 10 άτομα) «μερικές φορές», και το 16,3% (δηλαδή 8 άτομα) «πάντα».

Το 34,9% των ατόμων που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, (δηλαδή 29 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι μόνο του, το 26,5% (δηλαδή 22 άτομα) «σπάνια», το 20,5% (17 άτομα) «ποτέ» και το 18,1% (δηλαδή 15 άτομα) «πάντα».

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 50% (δηλαδή 9 άτομα) απάντησε ότι «πάντα» έχει την αίσθηση ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνο του, το 22,2% (δηλαδή 4 άτομα) «ποτέ», το 5,6% (δηλαδή 1 άτομο) «σπάνια» και το 22,2% (δηλαδή 4 άτομα) «μερικές φορές».

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	18	21,7	21,7	21,7
Ποτέ	21	25,3	25,3	47,0
Σπάνια	12	14,5	14,5	61,4
Μερικές Φορές	32	38,6	38,6	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	8	44,4	44,4	44,4
Ποτέ	4	22,2	22,2	66,7
Μερικές Φορές	6	33,3	33,3	100,0
Total	18	100,0	100,0	

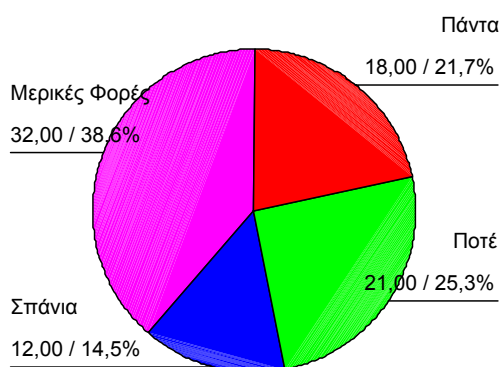
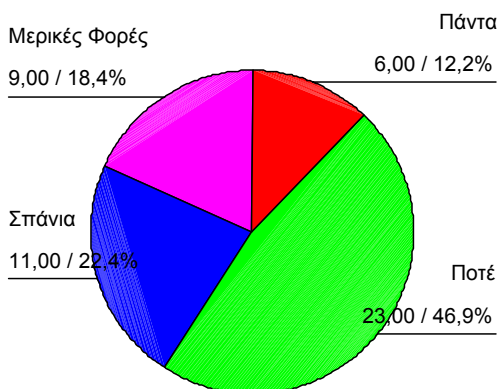
a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

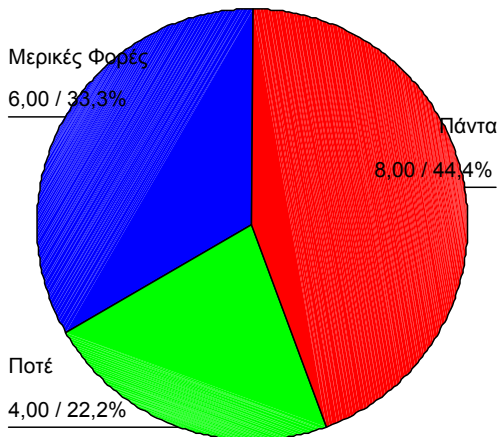
ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανείς δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά» παρατηρείται ότι το 46,9% των ατόμων (δηλαδή 23 άτομα) που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση «ποτέ» δεν είχαν την αίσθηση αυτή, το 22,4% (δηλαδή 11 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται ότι δεν τον καταλαβαίνει κανείς, το 18,4% (δηλαδή 9 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται έτσι και το 12,2% (δηλαδή 6 άτομα) «σπάνια».

Το 38,6% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 32 άτομα) που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν τον καταλαβαίνει κανείς, το 25,3% (δηλαδή 21 άτομα) «ποτέ» δεν είχε την αίσθηση αυτή, το 14,5% (δηλαδή 12 άτομα) «σπάνια» και το 21,7% (δηλαδή 18 άτομα) «πάντα».

Το 44,4% των ατόμων που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, (δηλαδή 8 άτομα) απάντησε ότι «πάντα» αισθάνεται ότι δεν τον καταλαβαίνει κανείς, το 33,3% (δηλαδή 6 άτομα) «μερικές φορές» και το 22,2% (δηλαδή 4 άτομα) «ποτέ».

Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	8	16,3	16,3	16,3
Ποτέ	14	28,6	28,6	44,9
Σπάνια	9	18,4	18,4	63,3
Μερικές Φορές	18	36,7	36,7	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	24	28,9	28,9	28,9
Ποτέ	21	25,3	25,3	54,2
Σπάνια	4	4,8	4,8	59,0
Μερικές Φορές	34	41,0	41,0	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

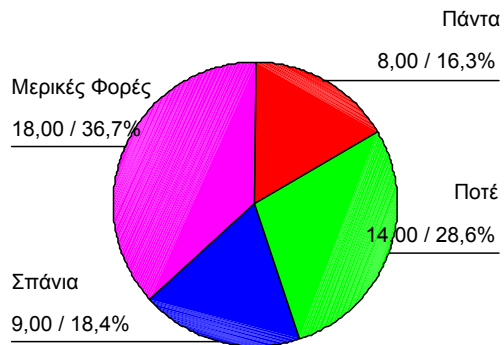
Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	12	66,7	66,7	66,7
Ποτέ	1	5,6	5,6	72,2
Σπάνια	1	5,6	5,6	77,8
Μερικές Φορές	4	22,2	22,2	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

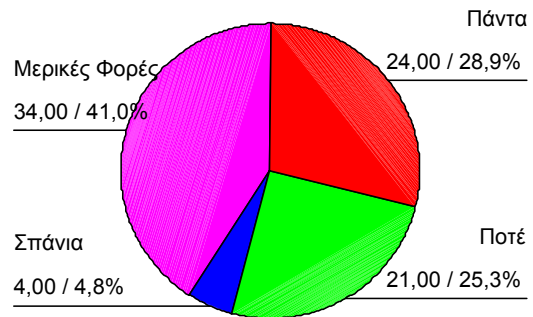
Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



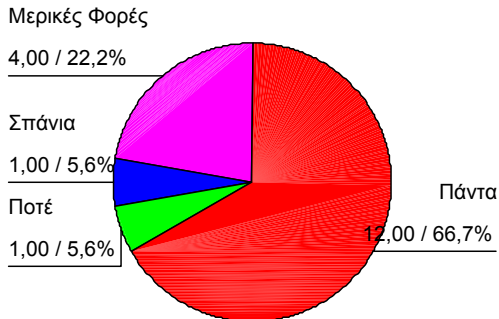
Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του
να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν'

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 36,7% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 18 άτομα) που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση «μερικές φορές» βρίσκουν τον εαυτό τους να περιμένει από τους άλλους να τους τηλεφωνήσουν, το 28,6% των ατόμων (δηλαδή 14 άτομα) «ποτέ» δεν είχε αυτό το αίσθημα, το 18,4% (δηλαδή 9 άτομα) «σπάνια» και το 16,3% των ατόμων (δηλαδή 8 άτομα) «πάντα» αισθάνονται έτσι.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 41% (δηλαδή 34 άτομα) «μερικές φορές» βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν, το 28,9% (δηλαδή 24 άτομα) «πάντα» έχει το αίσθημα αυτό, το 25,3% (δηλαδή 21 άτομα) «ποτέ» και το 4,8% (δηλαδή 4 άτομα) «σπάνια».

Τέλος το 66,7% των ατόμων (δηλαδή 12 άτομα) που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση, «πάντα» περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν, το 22,2% (δηλαδή 4 άτομα) «μερικές φορές», το 5,6% των ατόμων (δηλαδή 1 άτομο) «σπάνια» έχει το αίσθημα αυτό, το ίδιο ποσοστό ατόμων παρατηρείται και για τα άτομα που απάντησαν ότι «ποτέ» δεν περίμεναν από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν.

Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	4	8,2	8,2	8,2
Ποτέ	24	49,0	49,0	57,1
Σπάνια	13	26,5	26,5	83,7
Μερικές Φορές	8	16,3	16,3	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	14	16,9	16,9	16,9
Ποτέ	20	24,1	24,1	41,0
Σπάνια	18	21,7	21,7	62,7
Μερικές Φορές	31	37,3	37,3	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

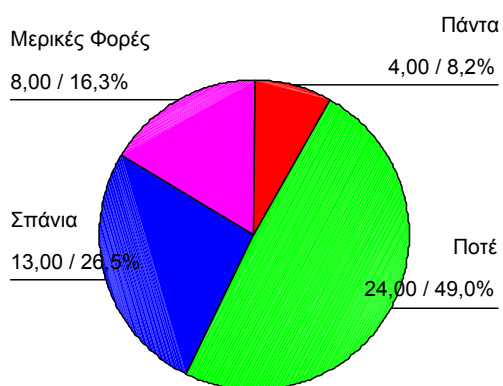
Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	8	44,4	44,4	44,4
Ποτέ	2	11,1	11,1	55,6
Σπάνια	3	16,7	16,7	72,2
Μερικές Φορές	5	27,8	27,8	100,0
Total	18	100,0	100,0	

α. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

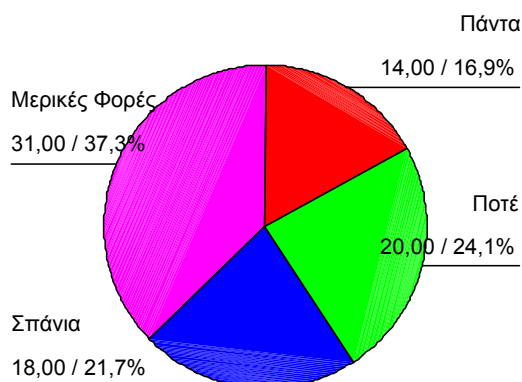
Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



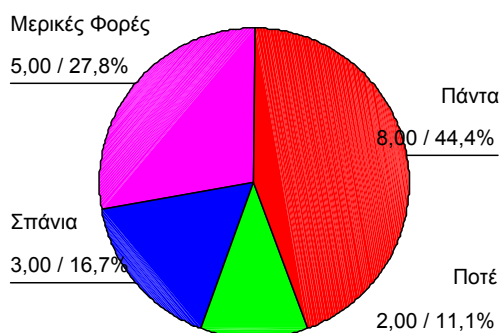
Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στην ερώτηση που τέθηκε «πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος», το 49% των ατόμων που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση, (δηλαδή 24 άτομα) απάντησε ότι «ποτέ» δεν αισθάνεται τελείως μόνο,

το 26,5% των ατόμων (δηλαδή 13 άτομα) απάντησε «σπάνια», το 16,3% (δηλαδή 8 άτομα) «μερικές φορές» και το 8,2% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) απάντησε ότι «πάντα» έχει την αίσθηση αυτή.

Το 37,3% των ατόμων (δηλαδή 31 άτομα) που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται τελείως μόνος, το 24,1% (δηλαδή 20 άτομα) απάντησε ότι «ποτέ» δεν είχε την αίσθηση αυτή, το 21,7% των ατόμων (δηλαδή 18 άτομα) απάντησε «σπάνια» και το 16,9% (δηλαδή 14 άτομα) «πάντα».

Από τα ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, το 44,4% αυτών (δηλαδή 8 άτομα) απάντησε ότι «πάντα» αισθάνεται τελείως μόνο, το 27,8% των ατόμων (δηλαδή 5 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» έχει την αίσθηση αυτή, το 16,7% των ατόμων (δηλαδή 3 άτομα) απάντησε «σπάνια» και το 11,1% (δηλαδή 2 άτομα) απάντησε «ποτέ».

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	1	2,0	2,0	2,0
Ποτέ	27	55,1	55,1	57,1
Σπάνια	7	14,3	14,3	71,4
Μερικές Φορές	14	28,6	28,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	6	7,2	7,2	7,2
Ποτέ	29	34,9	34,9	42,2
Σπάνια	18	21,7	21,7	63,9
Μερικές Φορές	30	36,1	36,1	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

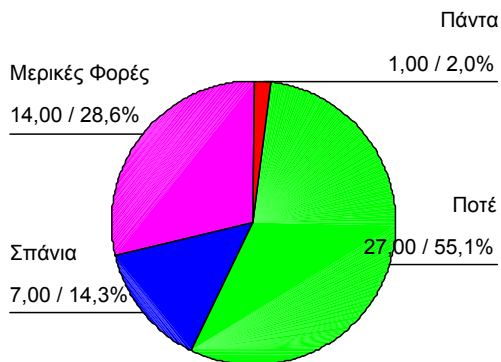
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	2	11,1	11,1	11,1
Ποτέ	5	27,8	27,8	38,9
Σπάνια	2	11,1	11,1	50,0
Μερικές Φορές	9	50,0	50,0	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

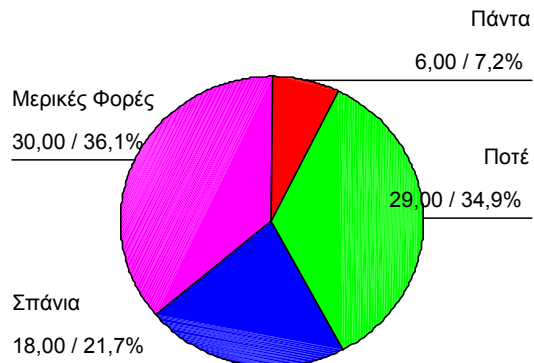
Πόσο συχνά αισθάνεται
ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



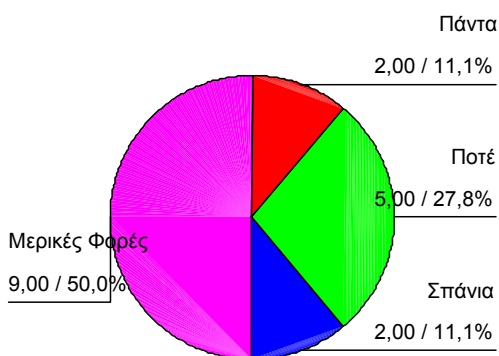
Πόσο συχνά αισθάνεται
ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται
ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Παρατηρείται παραπάνω ότι στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του», το 55,1% των ηλικιωμένων (δηλαδή 27 άτομα) που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση απάντησε, «ποτέ», το 28,6% των ατόμων (δηλαδή 14 άτομα) απάντησε «μερικές φορές», το 14,3% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 7 άτομα) απάντησε «σπάνια» και το 2% (δηλαδή 1 άτομο) απάντησε «πάντα».

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 34,9% των ατόμων (δηλαδή 29 άτομα) απάντησε ότι «ποτέ» δεν αισθάνθηκε ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του, 36,1% (δηλαδή 30 άτομα) απάντησε «μερικές φορές», το 21,7% (δηλαδή 18 άτομα) απάντησε «σπάνια» και το 7,2% (δηλαδή 6 άτομα) «πάντα».

Το 50 % των ατόμων που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 9 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του, το 27,8% (δηλαδή 5 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του και τέλος παρατηρείται μια ισοψηφία ποσοστών της τάξεως του 11,1% (δηλαδή 2 άτομα) μεταξύ των ατόμων που απάντησαν ότι «σπάνια» αισθάνονται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν με τους γύρω του και των ατόμων που απάντησαν ότι «πάντα» αισθάνονται έτσι.

Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	3	6,1	6,1	6,1
Ποτέ	24	49,0	49,0	55,1
Σπάνια	7	14,3	14,3	69,4
Μερικές Φορές	15	30,6	30,6	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	11	13,3	13,3	13,3
Ποτέ	19	22,9	22,9	36,1
Σπάνια	19	22,9	22,9	59,0
Μερικές Φορές	34	41,0	41,0	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

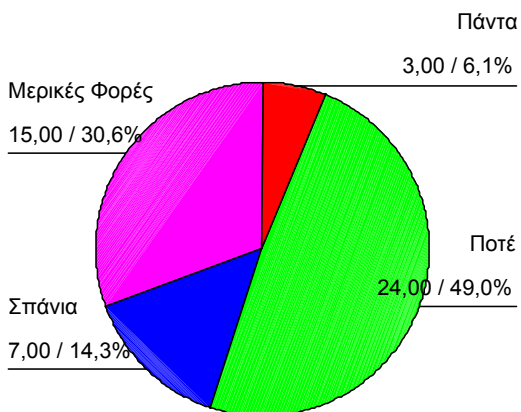
Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	9	50,0	50,0	50,0
Ποτέ	4	22,2	22,2	72,2
Σπάνια	2	11,1	11,1	83,3
Μερικές Φορές	3	16,7	16,7	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

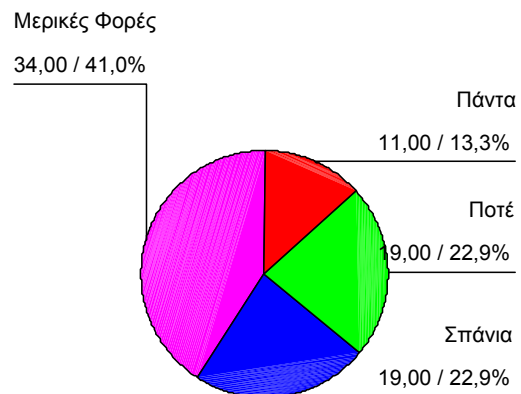
Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



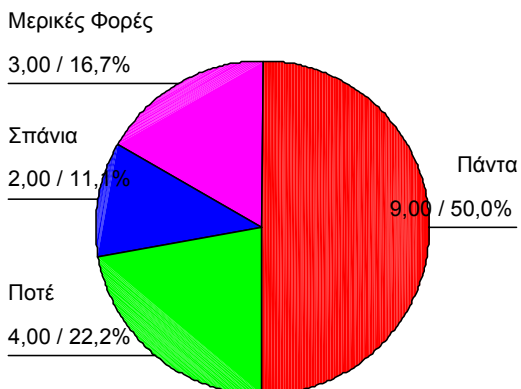
Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 30,6% των ατόμων που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση (δηλαδή 15 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνθηκε κυριολεκτικά πεινασμένο για παρέα, το 49% των ατόμων (δηλαδή 24 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνθηκε πεινασμένο για παρέα, το 14,3% των ατόμων (δηλαδή 7 άτομα) «σπάνια» και το 6,1% (δηλαδή 3 άτομα) «πάντα».

Το 41% των ατόμων (δηλαδή 34 άτομα) που βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση «μερικές φορές» αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένο για παρέα, το 22,2% των ατόμων (δηλαδή 19 άτομα) «ποτέ» δεν είχε την αίσθηση αυτή, το ίδιο ποσοστό ατόμων παρατηρείται και για τα άτομα που απάντησαν ότι «σπάνια» αισθάνονται ότι αναζητούν παρέα, και τέλος το 13,3% των ατόμων (11 άτομα) «πάντα» έχει την αίσθηση αυτή.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 50% (δηλαδή 9 άτομα) «πάντα» αισθάνεται πεινασμένο για παρέα, το 22,2% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) «ποτέ» δεν είχε την αίσθηση αυτή, το 16,7% (δηλαδή 3 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένο για παρέα και το 11,1% (δηλαδή 2 άτομα) «σπάνια».

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	1	2,0	2,0	2,0
Ποτέ	32	65,3	65,3	67,3
Σπάνια	11	22,4	22,4	89,8
Μερικές Φορές	5	10,2	10,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	6	7,2	7,2	7,2
Ποτέ	50	60,2	60,2	67,5
Σπάνια	15	18,1	18,1	85,5
Μερικές Φορές	12	14,5	14,5	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	4	22,2	22,2	22,2
Ποτέ	6	33,3	33,3	55,6
Σπάνια	4	22,2	22,2	77,8
Μερικές Φορές	4	22,2	22,2	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

Μερικές Φορές

5,00 / 10,2%

Σπάνια

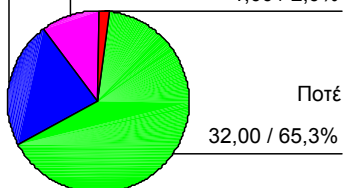
11,00 / 22,4%

Πάντα

1,00 / 2,0%

Ποτέ

32,00 / 65,3%



Μερικές Φορές

12,00 / 14,5%

Σπάνια

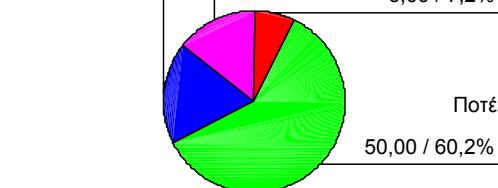
15,00 / 18,1%

Πάντα

6,00 / 7,2%

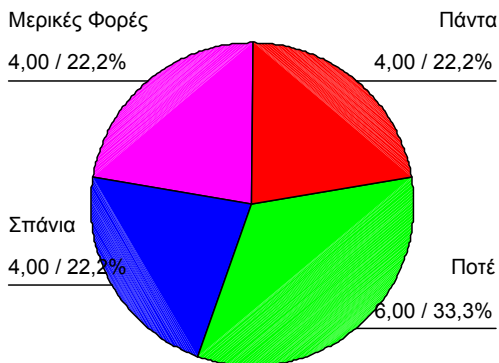
Ποτέ

50,00 / 60,2%



Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Παρατηρείται ότι στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται ότι είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους», το 65,3% των ατόμων (δηλαδή 32 άτομα) που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση απάντησε «ποτέ», το 22,4% (δηλαδή 11 άτομα) «σπάνια», το 10,2% (δηλαδή 5 άτομα) «μερικές φορές» και το 2% (δηλαδή 1 άτομο) «πάντα».

Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση το 60,2% (δηλαδή 50 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους, το 18,1% (δηλαδή 15 άτομα) «σπάνια» έχει την αίσθηση αυτή, το 14,5% (δηλαδή 12 άτομα) «μερικές φορές» και το 7,2% (δηλαδή 6 άτομα) «πάντα».

Το 33,3% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 6 άτομα) που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση «ποτέ» δεν αισθάνονται ότι τους είναι δύσκολο να αποκτήσουν φίλους, τέλος παρατηρείται μια ισοψηφία ποσοστών μεταξύ των ατόμων που απάντησαν ότι «μερικές φορές» αισθάνονται ότι τους είναι δύσκολο να αποκτήσουν φίλους, «σπάνια» και «πάντα», με ποσοστό τις τάξεως του 33,3%, (δηλαδή 4 άτομα).

Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	1	2,0	2,0	2,0
Ποτέ	34	69,4	69,4	71,4
Σπάνια	5	10,2	10,2	81,6
Μερικές Φορές	9	18,4	18,4	100,0
Total	49	100,0	100,0	

α. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	9	10,8	10,8	10,8
Ποτέ	43	51,8	51,8	62,7
Σπάνια	19	22,9	22,9	85,5
Μερικές Φορές	12	14,5	14,5	100,0
Total	83	100,0	100,0	

α. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	4	22,2	22,2	22,2
Ποτέ	6	33,3	33,3	55,6
Σπάνια	2	11,1	11,1	66,7
Μερικές Φορές	6	33,3	33,3	100,0
Total	18	100,0	100,0	

α. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

Πόσο συχνά αισθάνεται

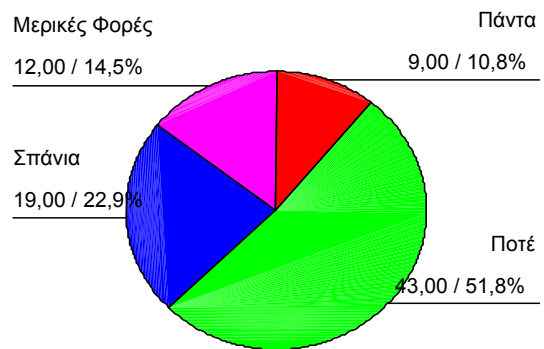
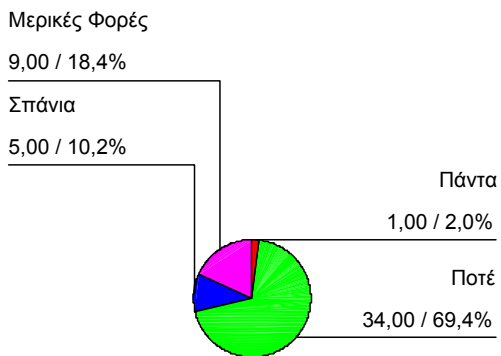
Πόσο συχνά αισθάνεται

αποκλεισμένος/η ή (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

αποκλεισμένος/η ή(εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη

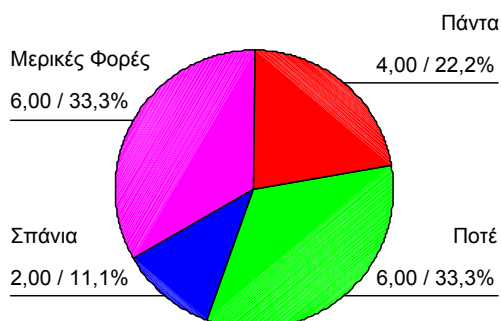
ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται

αποκλεισμένος/η ή (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Παραπάνω παρατηρείται ότι στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος από τους άλλους», το 69,4% των ατόμων (δηλαδή 34 άτομα) που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση «ποτέ» δεν αισθάνεται αποκλεισμένο από τους άλλους, το 18,4% (δηλαδή 9 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται αποκλεισμένο από τους άλλους, το 10,2% των ατόμων (δηλαδή 5 άτομα) «σπάνια» και το 2% (δηλαδή 1 άτομο) «πάντα».

Το 51,8% των ατόμων (δηλαδή 43 άτομα) που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση «ποτέ» δεν αισθάνεται αποκλεισμένο από τους άλλους, το 22,9% (δηλαδή 19 άτομα) «σπάνια» έχει την αίσθηση αυτή, το 14,5% (δηλαδή 12 άτομα) «μερικές φορές» και το 10,8% (δηλαδή 9 άτομα) «πάντα».

Τέλος το 33,3% των ατόμων (δηλαδή 6 άτομα) που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση «μερικές φορές» αισθάνονται αποκλεισμένοι από τους άλλους, το 11,1% (δηλαδή 2 άτομα) «σπάνια», το 22,2% των ατόμων αυτών (δηλαδή 4 άτομα) «πάντα» έχει την αίσθηση αυτή και το 33,3% των ατόμων (δηλαδή 6 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται έτσι.

Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καλή ψυχολογική κατάσταση	27	55,1	55,1	55,1
Αίσθηση Μοναξιάς	16	32,7	32,7	87,8
Εντονη αίσθηση μοναξιάς	6	12,2	12,2	100,0
Total	49	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Καλή θρέψη

Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καλή ψυχολογική κατάσταση	25	30,1	30,1	30,1
Αίσθηση Μοναξιάς	44	53,0	53,0	83,1
Εντονη αίσθηση μοναξιάς	14	16,9	16,9	100,0
Total	83	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Επίφοβη θρεπτική κατάσταση

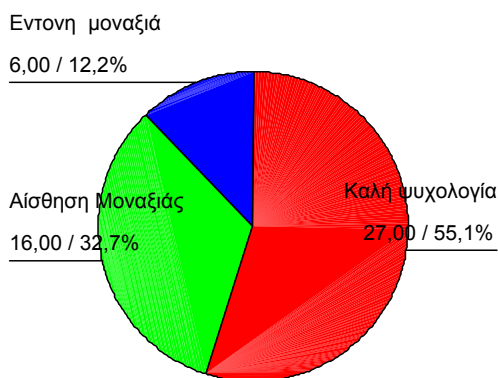
Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης

Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καλή ψυχολογική κατάσταση	4	22,2	22,2	22,2
Αίσθηση Μοναξιάς	6	33,3	33,3	55,6
Έντονη αίσθηση μοναξιάς	8	44,4	44,4	100,0
Total	18	100,0	100,0	

a. Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. = Κακή θρέψη

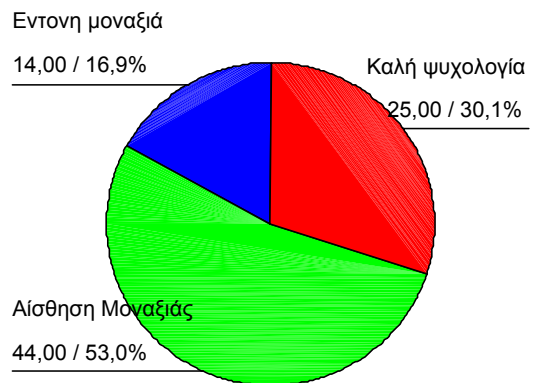
Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 3 Καλή θρέψη



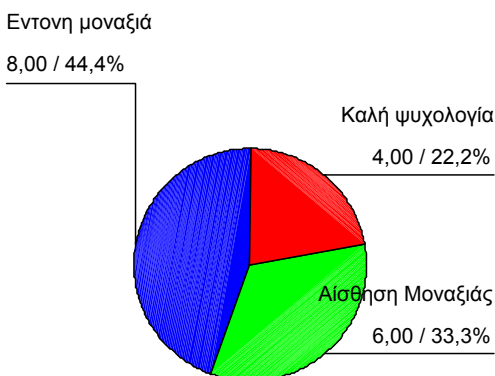
Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 2 Επίφοβη θρεπτική κατάσταση



Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης

ΣΥΝΕΚΤ_Κ: 1 Κακή θρέψη



Παραπάνω φαίνεται η σχέση που υπάρχει μεταξύ της θρεπτικής κατάστασης των ηλικιωμένων και της ψυχολογικής τους κατάστασης. Το 55,1% των ηλικιωμένων (δηλαδή 27 άτομα) βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση, το 32,7% των ατόμων (δηλαδή 16 άτομα) έχουν αίσθηση μοναξιάς και το 12,2% των ατόμων (δηλαδή 6 άτομα) έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς.

Το 53% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 44 άτομα) που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, έχουν αίσθηση μοναξιάς, το 16,9% των ατόμων (δηλαδή 14 άτομα) έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς και το 30,1% (δηλαδή 25 άτομα) βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση.

Από τα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 44,4% (δηλαδή 8 άτομα) έχει έντονη αίσθηση μοναξιάς, το 33,3% (δηλαδή 6 άτομα) αισθάνεται μοναξιά και το 22,2% (δηλαδή 4 άτομα) βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση.

Τα παρακάτω αποτελέσματα βγήκαν με βάση τη ψυχολογική κατάσταση του ατόμου.

Πώς Ζει^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Με Παρέα	26	46,4	46,4	46,4
Μόνοι στο σπίτι	14	25,0	25,0	71,4
Σε γηροκομείο	16	28,6	28,6	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πώς Ζει^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Με Παρέα	21	31,8	31,8	31,8
Μόνοι στο σπίτι	22	33,3	33,3	65,2
Σε γηροκομείο	23	34,8	34,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

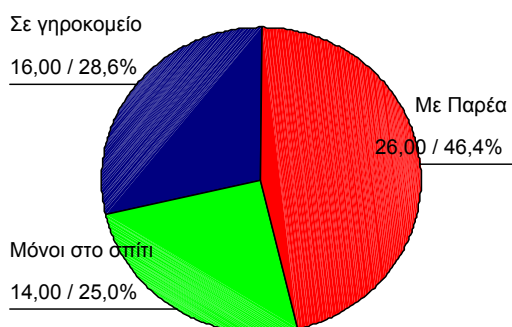
Πώς Ζει^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Με Παρέα	3	10,7	10,7	10,7
Μόνοι στο σπίτι	14	50,0	50,0	60,7
Σε γηροκομείο	11	39,3	39,3	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Έντονη αίσθηση μοναξιάς

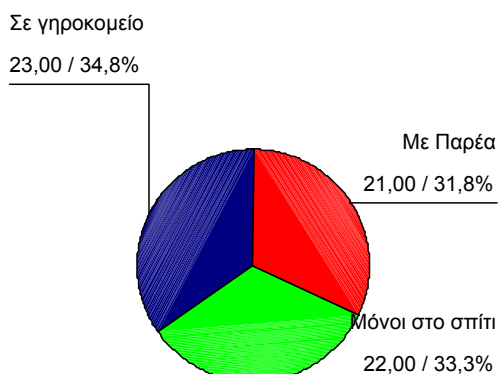
Πώς Ζεί

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



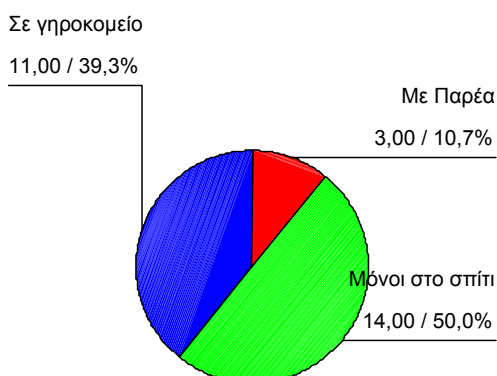
Πώς Ζεί

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πώς Ζεί

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους πιο πάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 46,4% των ατόμων (26 άτομα) που βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, μένει με παρέα στο σπίτι, το 28,6% των ατόμων (16 άτομα) αυτών μένει στο γηροκομείο και το 25% των ατόμων (14 άτομα) μένει μόνο στο σπίτι.

Το 34,8% των ατόμων (23 άτομα) που αισθάνεται μοναξιά μένει στο γηροκομείο, το 33,3% των ατόμων (22 άτομα) αυτών μένει μόνο στο σπίτι και το 31,8% των ηλικιωμένων ατόμων (21 άτομα) μένει με παρέα στο σπίτι.

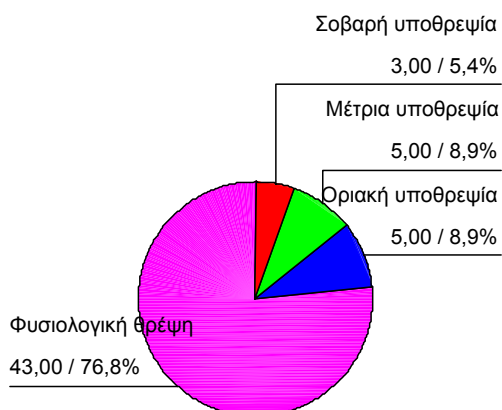
Τέλος το 50% των ατόμων που έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς μένουν μόνοι στο σπίτι, το 39,3% των ατόμων μένει στο γηροκομείο και το 10,7% των ηλικιωμένων μένει με παρέα στο σπίτι.

Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καλή ψυχολογική κατάσταση	Valid	Σοβαρή υποθρεψία	3	5,4	5,4	5,4
		Μέτρια υποθρεψία	5	8,9	8,9	14,3
		Οριακή υποθρεψία	5	8,9	8,9	23,2
		Φυσιολογική θρέψη	43	76,8	76,8	100,0
		Total	56	100,0	100,0	
Αίσθηση Μοναξιάς	Valid	Σοβαρή υποθρεψία	2	3,0	3,0	3,0
		Μέτρια υποθρεψία	4	6,1	6,1	9,1
		Οριακή υποθρεψία	6	9,1	9,1	18,2
		Φυσιολογική θρέψη	54	81,8	81,8	100,0
		Total	66	100,0	100,0	
Εντονη αίσθηση μοναξιάς	Valid	Σοβαρή υποθρεψία	1	3,6	3,6	3,6
		Μέτρια υποθρεψία	5	17,9	17,9	21,4
		Οριακή υποθρεψία	4	14,3	14,3	35,7
		Φυσιολογική θρέψη	18	64,3	64,3	100,0
		Total	28	100,0	100,0	

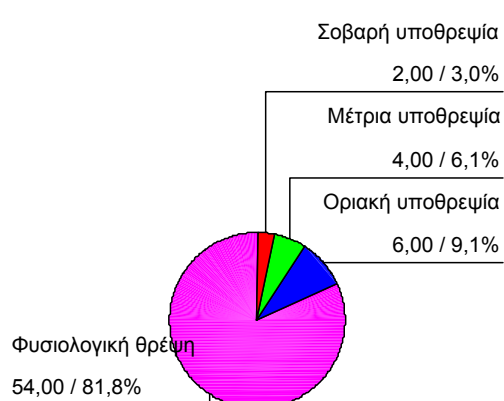
Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



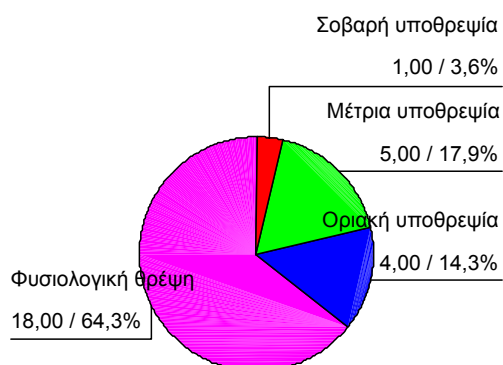
Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται η σχέση ανάμεσα στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων και στο ΔΜΣ. Το 76,8% των ηλικιωμένων ατόμων (43 άτομα) που βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση έχει φυσιολογική θρέψη, δηλαδή ΔΜΣ>23, το 8,9% των ατόμων (δηλαδή 5 άτομα) έχει οριακή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ 21-<23, το ίδιο ποσοστό ατόμων έχει μέτρια υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ 19-<21 και ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 5,4% (3 άτομα) έχει σοβαρή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ<19.

Από τα άτομα που αισθάνονται λίγο μοναξιά, στην πλειοψηφία τους έχουν φυσιολογική θρέψη, δηλαδή ΔΜΣ>23 με ποσοστό της τάξεως του 81,8% (54 άτομα), το 9,1% των ατόμων (6 άτομα) έχουν οριακή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ 21-<23, το 6,1% των ηλικιωμένων (4 άτομα) έχει μέτρια υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ 19-<21 και ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 3% (2 άτομα) έχει σοβαρή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ<19.

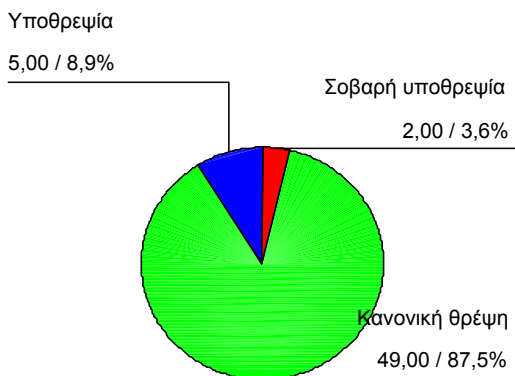
Από τα άτομα που κατατάσσονται στην κατηγορία των ατόμων με έντονη αίσθηση μοναξιάς, στην πλειοψηφία τους έχουν φυσιολογική θρέψη(ΔΜΣ.>23) έχοντας το ποσοστό της τάξεως του 64,3%, (18 άτομα) το 17,9% των ατόμων (δηλαδή 5άτομα) έχει μέτρια υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ 19-<21 το 14,3% έχει οριακή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ 21-<23 και το 3,6% (1 άτομο) έχει σοβαρή υποθρεψία, δηλαδή ΔΜΣ<19. (Gil et al, 2003)

Περιφέρεια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Καλή ψυχολογική κατάσταση	Valid Σοβαρή υποθρεψία	2	3,6	3,6	3,6
	Κανονική θρέψη	49	87,5	87,5	91,1
	Υποθρεψία	5	8,9	8,9	100,0
	Total	56	100,0	100,0	
Αίσθηση Μοναξιάς	Valid Σοβαρή υποθρεψία	1	1,5	1,5	1,5
	Κανονική θρέψη	62	93,9	93,9	95,5
	Υποθρεψία	3	4,5	4,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	
Έντονη αίσθηση μοναξιάς	Valid Κανονική θρέψη	24	85,7	85,7	85,7
	Υποθρεψία	4	14,3	14,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

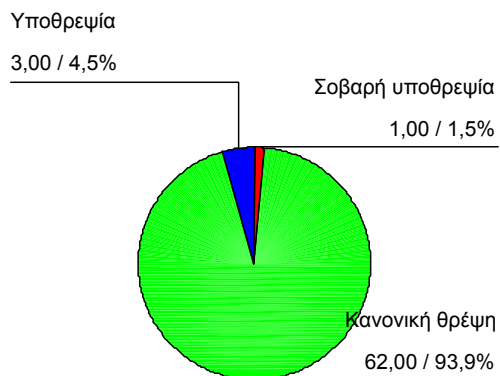
Περιφέρια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



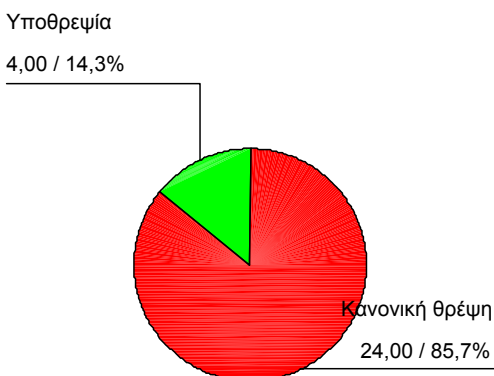
Περιφέρια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Περιφέρια μεσοβραχίου (ΠΜ)?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι οι πλειοψηφία των ατόμων που έλαβε μέρος στην παρούσα έρευνα και βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση έχει κανονική θρέψη, έχοντας το ποσοστό της τάξεως του 87,5% (49 άτομο), το 8,9% των ατόμων (5 άτομα) έχει υποθρεψία, και το 3,6% των ατόμων (2 άτομα) έχει σοβαρή υποθρεψία.

Τα άτομα που βρίσκονται στην κατηγορία των ατόμων που παρουσιάζουν αίσθηση μοναξιάς στην πλειοψηφία τους βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση, με ποσοστό της τάξεως του 93,9%, (δηλαδή 62 άτομα) το 4,5% των ατόμων (3 άτομα) τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν υποθρεψία, και το 1,5% των ατόμων (1 άτομο) έχει σοβαρή υποθρεψία.

Το 85,7% των ατόμων (24 άτομα) παρουσιάζει καλή θρέψη, το 14,3% των ατόμων αυτών (δηλαδή 4 άτομα) παρουσιάζουν υποθρεψία.

Golden, M.H.N, Golden, B.E (2000)

Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Υποθρεψία	5	8,9	8,9	8,9
Φυσιολογική	51	91,1	91,1	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Υποθρεψία	4	6,1	6,1	6,1
Φυσιολογική θρέψη	62	93,9	93,9	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

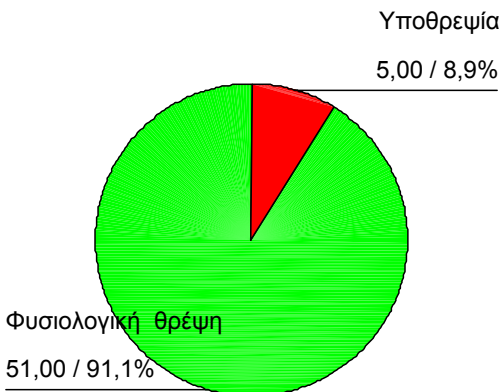
Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Υποθρεψία	4	14,3	14,3	14,3
Φυσιολογική θρέψη	24	85,7	85,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

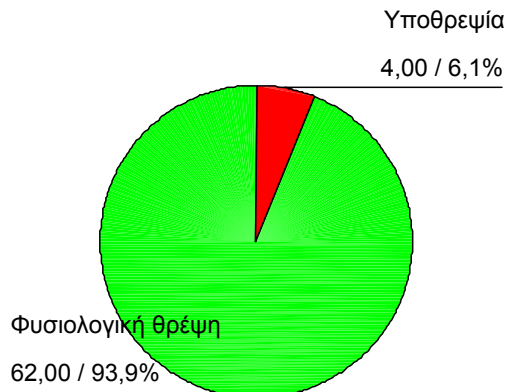
Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

ΨΥΧ_KAT: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



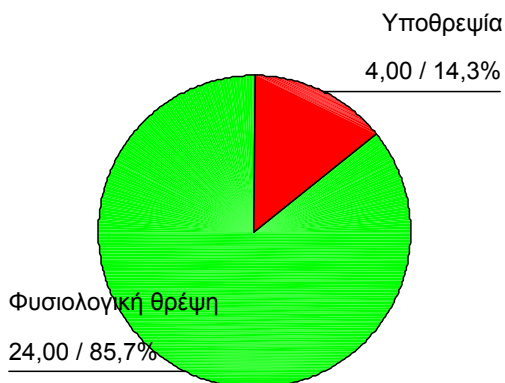
Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

ΨΥΧ_KAT: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Περίμετρος γαστροκνήμιας (Γαμπας)?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Παραπάνω παρατηρείται ότι τα ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, στην πλειοψηφία τους, με ποσοστό της τάξεως του 91,1% (51 άτομα) έχουν περίμετρο γαστροκνήμιας πάνω από 31εκ., δηλαδή βρίσκονται σε φυσιολογική θρέψη. Το 8,9% των ατόμων αυτών (δηλαδή 5 άτομα) παρουσιάζουν υποθρεψία, δηλαδή έχει περίμετρο γαστροκνήμιας κάτω από 31εκ..

Το 6,1% των ατόμων (4 άτομα) που παρουσιάζει αίσθηση μοναξιάς, παρουσιάζει υποθρεψία, δηλαδή έχει περίμετρο γαστροκνήμιας κάτω από 31εκ. Το 93,9% (62 άτομα) έχει περίμετρο γαστροκνήμιας πάνω από 31εκ., δηλαδή έχει κανονική θρέψη. Τέλος, παρατηρείται ότι το 85,7% των ηλικιωμένων (δηλαδή 24 άτομα) που ανήκει στη κατηγορία των ατόμων που παρουσιάζει έντονη αίσθηση μοναξιάς έχει περίμετρο γαστροκνήμιας πάνω από 31 εκ., δηλαδή τα άτομα αυτά έχουν κανονική θρέψη, και το 14,3% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) παρουσιάζει υποθρεψία, (περίμετρο γαστροκνήμιας κάτω από 31εκ.).

Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3 και ανω	5	8,9	8,9	8,9
δε γνωρίζει	8	14,3	14,3	23,2
1-3 κιλά	8	14,3	14,3	37,5
δεν υπάρχει απώλεια	35	62,5	62,5	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3 και ανω	16	24,2	24,2	24,2
Δε γνωρίζει	19	28,8	28,8	53,0
1-3 κιλά	1	1,5	1,5	54,5
Δεν υπάρχει απώλεια	30	45,5	45,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

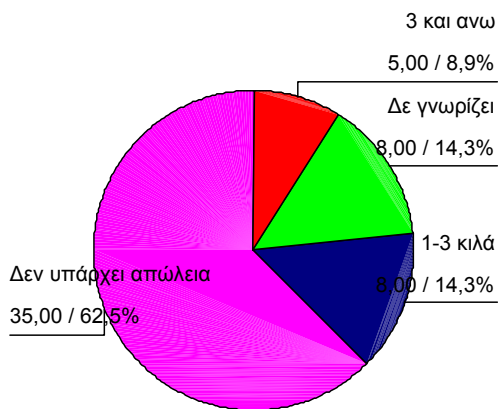
Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3 και ανω	4	14,3	14,3	14,3
Δε γνωρίζει	6	21,4	21,4	35,7
1-3 κιλά	5	17,9	17,9	53,6
Δεν υπάρχει απώλεια	13	46,4	46,4	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

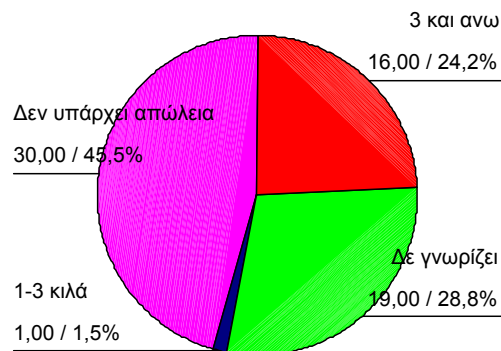
Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

ΨΥΧ_KAT: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



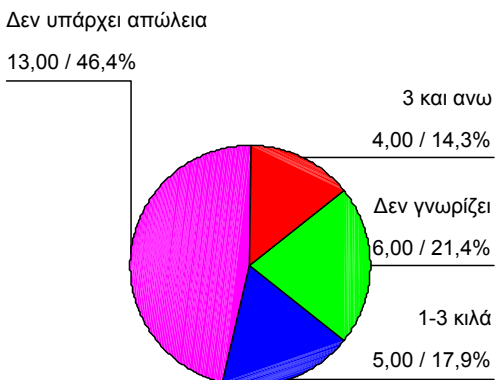
Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

ΨΥΧ_KAT: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Παρουσιάζει απώλεια βάρους κατά τους τελευταίους 3 μήνες?

ΨΥΧ_KAT: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Παρατηρείται ότι στην πλειοψηφία των ηλικιωμένων που ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση δεν παρατηρείται απώλεια βάρους το τελευταίο τρίμηνο, με ποσοστό της τάξεως του 62,5%, (δηλαδή 35 άτομα) το 8,9% των ατόμων (δηλαδή 5 άτομα) αυτών παρατηρείται ότι παρουσιάζουν απώλεια βάρους πάνω από 3 κιλά το τελευταίο τρίμηνο, ενώ παρατηρείται ισοψηφία ποσοστών της τάξεως του 14,3% στα άτομα (δηλαδή 8 άτομα) που απάντησαν

ότι παρουσίασαν απώλεια βάρους μεταξύ 1-3 κιλά και στα άτομα τα οποία δεν γνώρισαν ένα παρουσίασαν απώλεια βάρους.

Τα ηλικιωμένα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων που παρουσιάζουν αίσθηση μοναξιάς, στην πλειοψηφία τους δεν παρουσίασαν απώλεια βάρους το τελευταίο τρίμηνο, έχοντας το ποσοστό της τάξεως του 45,5% (30 άτομα). Το 28,8% των ατόμων αυτών (δηλαδή 19 άτομα) απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν και το 24,2% των ηλικιωμένων (δηλαδή 14 άτομα) παρουσίασαν απώλεια βάρους άνω των 3 κιλών, ενώ το 1,5% των ατόμων αυτών (δηλαδή 1 άτομο) παρουσίασε απώλεια βάρους μεταξύ 1-3 κιλά.

Τέλος παρατηρείται ότι στο ποσοστό της τάξεως του 46,4% των ατόμων (δηλαδή 13 άτομα) που ανήκουν στην κατηγορία των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν έντονη αίσθηση μοναξιάς, δεν παρουσίασαν απώλεια βάρους το τελευταίο τρίμηνο, το 21,4% (6 άτομα) των ατόμων αυτών δεν γνωρίζουν εάν παρουσίασαν απώλεια βάρους. Το 17,9% των ηλικιωμένων (δηλαδή 5 άτομα) απάντησαν ότι παρουσίασαν απώλεια 1-3 κιλών και το άλλο 14,3% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) παρουσίασαν απώλεια βάρους άνω των 3 κιλών.

Ζεί ανεξάρτητα^α

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	42	75,0	75,0	75,0
NAI	14	25,0	25,0	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Ζεί ανεξάρτητα^α

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	44	66,7	66,7	66,7
NAI	22	33,3	33,3	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

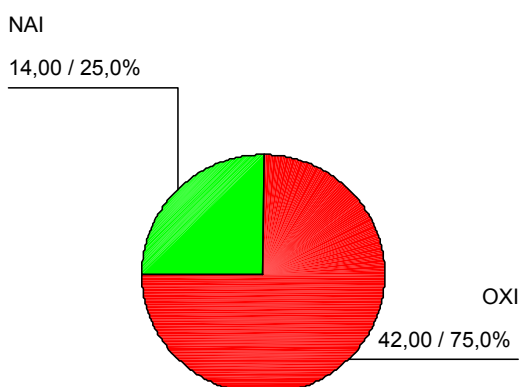
Ζεί ανεξάρτητα^α

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	14	50,0	50,0	50,0
NAI	14	50,0	50,0	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

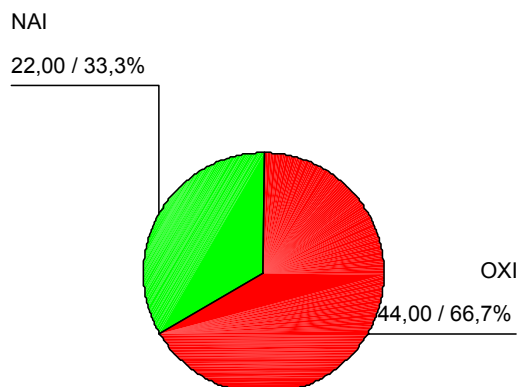
Ζεί ανεξάρτητα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



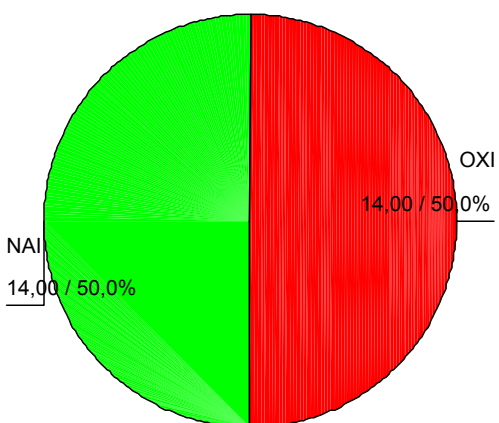
Ζεί ανεξάρτητα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Ζεί ανεξάρτητα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται η σχέση μεταξύ του τρόπου που ζει το άτομο, (δηλαδή αν ζει ανεξάρτητα) και της ψυχολογικής κατάστασης του. Η πλειοψηφία των ατόμων που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, δεν ζουν ανεξάρτητα, έχοντας το ποσοστό στις τάξεις του 75% (δηλαδή 45 άτομα), και το άλλο 25% των ατόμων (δηλαδή 14 άτομα) που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση ζουν ανεξάρτητα.

Από τα άτομα που παρουσιάζουν αίσθηση μοναξιάς το μεγαλύτερο ποσοστό δεν ζει ανεξάρτητα, με ποσοστό της τάξεως του 66,7% (δηλαδή 44 άτομα), ενώ το 33,3% των ηλικιωμένων (δηλαδή 22 άτομα) αυτής της κατηγορίας ζουν ανεξάρτητα.

Από την κατηγορία των ατόμων που παρουσιάζουν έντονη αίσθηση μοναξιάς, το 50% (δηλαδή 14 άτομα) ζει ανεξάρτητα και το άλλο 50% των ατόμων (δηλαδή 14 άτομα) δεν ζει ανεξάρτητα.

Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνες?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	26	46,4	46,4	46,4
	NAI	30	53,6	53,6	100,0
Total		56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνες?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	20	30,3	30,3	30,3
	NAI	46	69,7	69,7	100,0
Total		66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

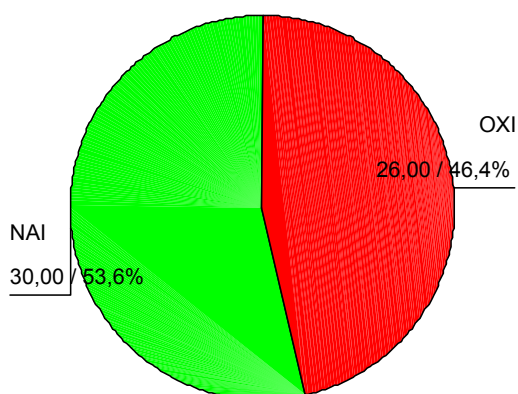
Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα τους τελευταίους 3 μήνες?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	9	32,1	32,1	32,1
	NAI	19	67,9	67,9	100,0
Total		28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

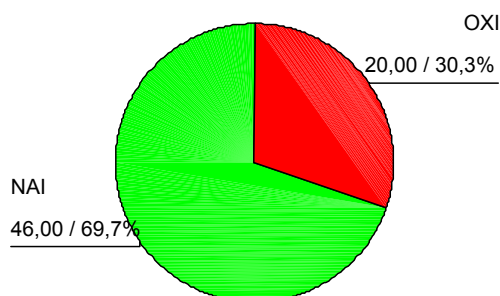
Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα
τους τελευταίους 3 μήνες?

ΨΥΧ_KAT: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα
τους τελευταίους 3 μήνες?

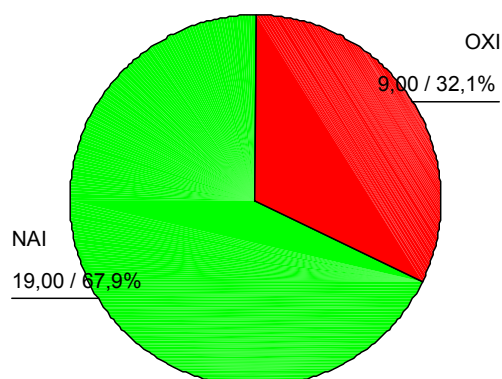
ΨΥΧ_KAT: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Εχει πάρει περισσότερα από 3 φάρμακα

τους τελευταίους 3 μήνες?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στην ερώτηση «εάν παίρνεται περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα τους τελευταίους 3 μήνες» Το 53,6% των ατόμων (δηλαδή 30 άτομα), που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση απάντησαν θετικά, ενώ το 46,4% των ατόμων (δηλαδή 26 άτομα) έδωσαν αρνητική απάντηση.

Το 69,7% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 46 άτομα) που ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων με αίσθηση μοναξιάς, έδωσαν θετική απάντηση στην πιο πάνω ερώτηση, και το 30,3% των ατόμων (δηλαδή 20 άτομα) απάντησαν αρνητικά.

Το 67,9% των ατόμων (δηλαδή 19 άτομα) που παρουσιάζουν έντονο αίσθημα μοναξιάς απάντησαν θετικά και το 32,1% των ατόμων (δηλαδή 9 άτομα) έδωσαν αρνητική απάντηση.

Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο? ^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	10	17,9	17,9	17,9
	OXI	46	82,1	82,1	100,0
	Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

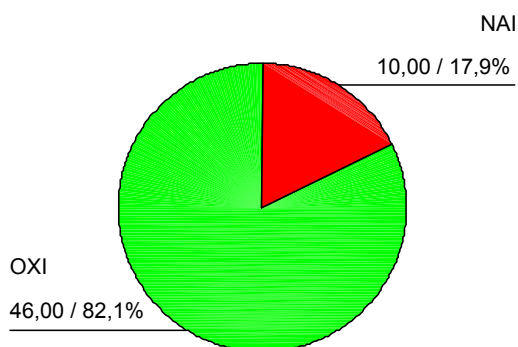
Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?^a

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	9	32,1	32,1	32,1
	OXI	19	67,9	67,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

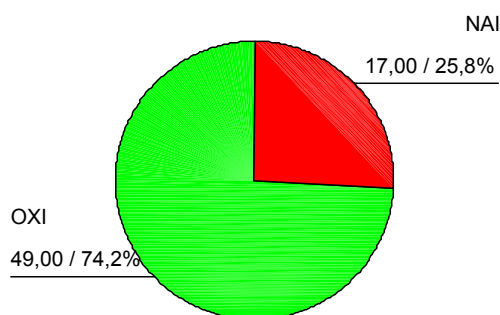
Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress
ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



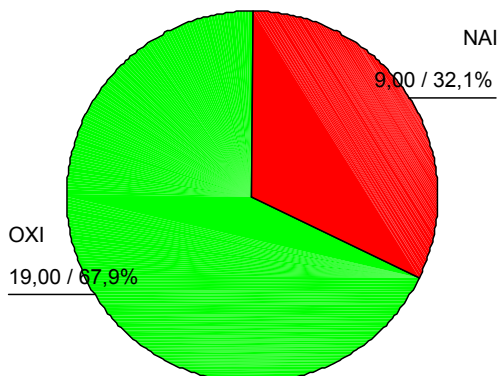
Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress
ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Εχει πάθει κάποιο ψυχολογικό stress
ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στην ερώτηση «εάν έχουν πάθει κάποιο ψυχολογικό stress ή οξεία νόσο το τελευταίο τρίμηνο». Το 82,1% των ατόμων (δηλαδή 46 άτομα) που βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, έδωσε αρνητική απάντηση και το 17,9% των ατόμων (δηλαδή 10 άτομα) απάντησε θετικά.

Το 74,2% των ατόμων (49 άτομα) που παρουσιάζει αίσθηση μοναξιάς απάντησε αρνητικά και το 25,8% των ατόμων (δηλαδή 17 άτομα) απάντησε θετικά.

Από τα άτομα που παρουσιάζουν έντονο αίσθημα μοναξιάς, το 67,9% των ηλικιωμένων (δηλαδή 19 άτομα) απάντησε αρνητικά και το 32,1% (δηλαδή 9 άτομα) έδωσε θετική απάντηση.

Είναι ικανός να κινηθεί?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κρεβάτι ή αναπηρική πολυθρόνα	1	1,8	1,8	1,8
Ικανός να σηκωθεί αλλα δεν βγαίνει	7	12,5	12,5	14,3
Βγαίνει έξω	48	85,7	85,7	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Είναι ικανός να κινηθεί?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κρεβάτι ή αναπηρική πολυθρόνα	4	6,1	6,1	6,1
Ικανός να σηκωθεί αλλα δεν βγαίνει	7	10,6	10,6	16,7
Βγαίνει έξω	55	83,3	83,3	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

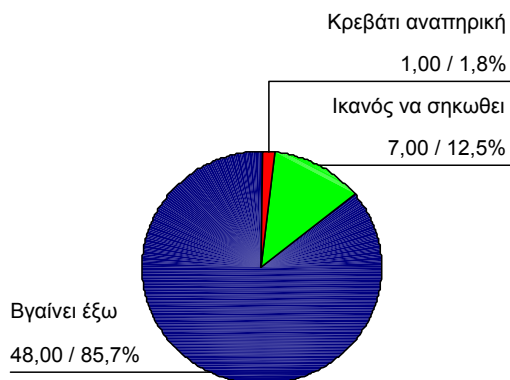
Είναι ικανός να κινηθεί?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ικανός να σηκωθεί αλλα δεν βγαίνει έξω	7	25,0	25,0	25,0
Βγαίνει έξω	21	75,0	75,0	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

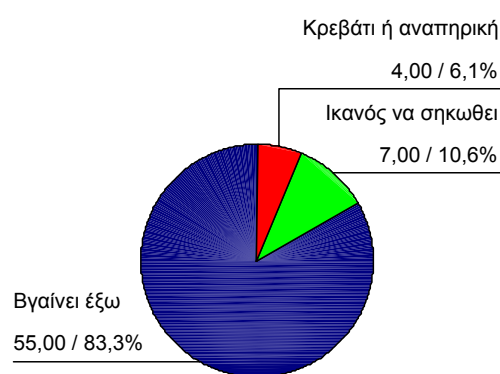
Είναι ικανός να κινηθεί?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



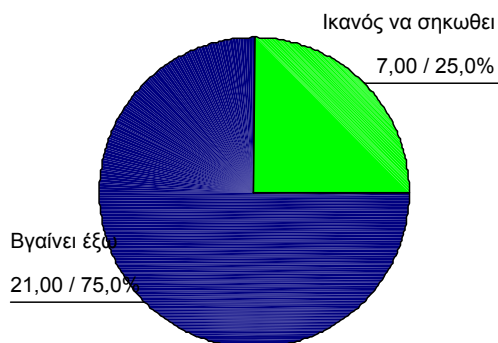
Είναι ικανός να κινηθεί?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Είναι ικανός να κινηθεί?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στο πιο πάνω πίνακα παρατηρείται ότι το 85,7% των ατόμων τρίτης ηλικίας (δηλαδή 48 ηλικιωμένα άτομα), που βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση είναι ικανό να σηκωθεί και να κινηθεί εκτός του σπιτιού, το 12,5% των ατόμων (δηλαδή 7 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί αλλά δεν είναι ικανό να βγει εκτός σπιτιού και το 1,8% των ηλικιωμένων (δηλαδή 1 άτομο) είναι καθηλωμένο στο κρεβάτι ή στην αναπηρική καρέκλα.

Το 83,3% των ατόμων (δηλαδή 55 άτομα) που παρουσιάζει αίσθηση μοναξιάς είναι ικανό να σηκωθεί και να κινηθεί εκτός σπιτιού, το 10,6% των ατόμων (δηλαδή 7 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί αλλά δεν είναι ικανό να βγει έξω από το σπίτι και το 6,1% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) είναι καθηλωμένο στο κρεβάτι ή την αναπηρική πολυθρόνα.

Από τα άτομα που παρουσιάζουν έντονη αίσθηση μοναξιάς, το 75,0% (21 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί και να βγει έξω από το σπίτι, το 25% των ηλικιωμένων ατόμων (7 άτομα) είναι ικανό να σηκωθεί αλλά δεν είναι ικανό να βγει εκτός σπιτιού.

Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρή ανοικη η κατάθλιψη	1	1,8	1,8	1,8
Ηπια ανοικη	15	26,8	26,8	28,6
Χωρίς νευροψυχολογικά προβλήματα	40	71,4	71,4	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρή ανοικη η κατάθλιψη	3	4,5	4,5	4,5
ήπια ανοικη	32	48,5	48,5	53,0
Χωρίς νευροψυχολογικά προβλήματα	31	47,0	47,0	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

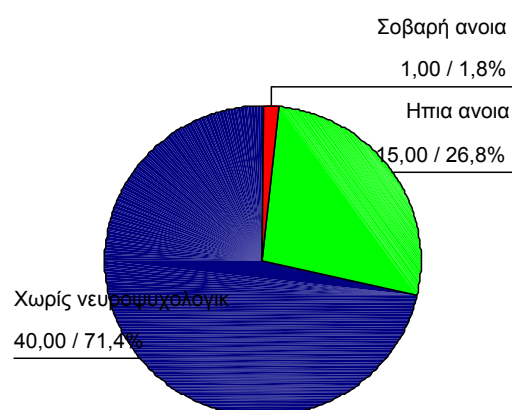
Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρή άνοια η κατάθλιψη	3	10,7	10,7	10,7
Ηπια άνοια	10	35,7	35,7	46,4
Χωρίς νευροψυχολογικά προβλήματα	15	53,6	53,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

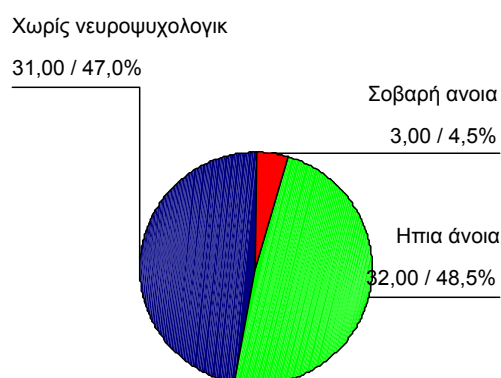
Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



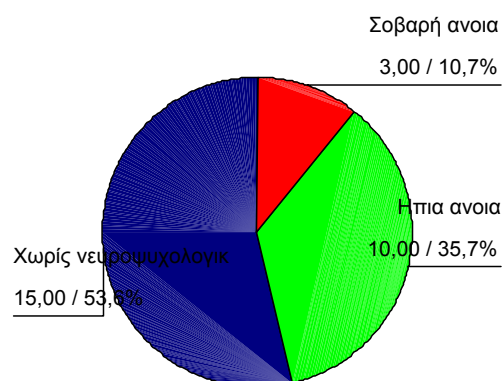
Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Έχει νευροψυχολογικά προβλήματα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους παραπάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 71,4% των ατόμων (40 άτομα) που βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση δεν εμφανίζει νευροψυχολογικά προβλήματα, το 26,8% (15 άτομα) εμφανίζει ήπια άνοια, και το 1,8% (δηλαδή 1 άτομο) παρουσιάζει σοβαρή άνοια.

Το 48,5% των ατόμων τρίτης ηλικίας (δηλαδή 32 άτομα) που αισθάνονται μοναξιά, παρουσιάζει ήπια άνοια, το 47% των ατόμων αυτών (δηλαδή 31 άτομα) δεν έχει νευροψυχολογικά προβλήματα και ένα μικρό ποσοστό ατόμων της τάξεως του 4,5% (δηλαδή 3 άτομα) παρουσιάζει σοβαρή άνοια.

Τέλος το 53,6% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 15 άτομα) που παρουσιάζει έντονη αίσθηση μοναξιάς, δεν εμφανίζει νευροψυχολογικά προβλήματα, το 35,7% (δηλαδή 10 άτομα) παρουσιάζει ήπια άνοια και το 10,7% (δηλαδή 3 άτομα) σοβαρή άνοια.

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμδικά έλκη?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	56	100,0	100,0	100,0

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμδικά έλκη?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	66	100,0	100,0	100,0

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμδικά έλκη?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	28	100,0	100,0	100,0

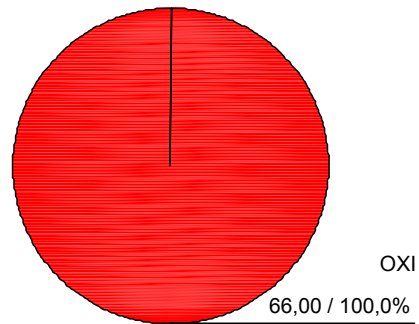
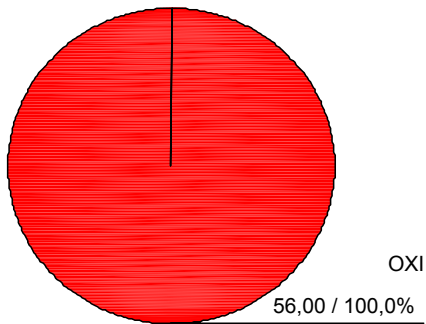
a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

Παρουσιάζει κατακλήσεις ή επιδερμδικά έλκη?

Παρουσιάζει κατακλήσεις ή επιδερμδικά έλκη?

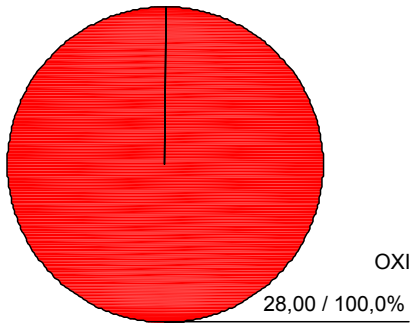
ΨΥΧ_KAT: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση

ΨΥΧ_KAT: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμιδικά έλκη?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Οι παραπάνω πίνακες παρουσιάζουν ότι κανένα από τα ηλικιωμένα άτομα, που βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, είτε εμφανίζει αίσθηση μοναξιάς είτε έντονη αίσθηση μοναξιάς, δεν παρουσιάζει κατακλίσεις ή επιδερμιδικά έλκη.

Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κανένα γεύμα	2	3,6	3,6	3,6
2 γεύματα	18	32,1	32,1	35,7
3 γεύματα	36	64,3	64,3	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κανένα γεύμα	4	6,1	6,1	6,1
2 γεύματα	36	54,5	54,5	60,6
3 γεύματα	26	39,4	39,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

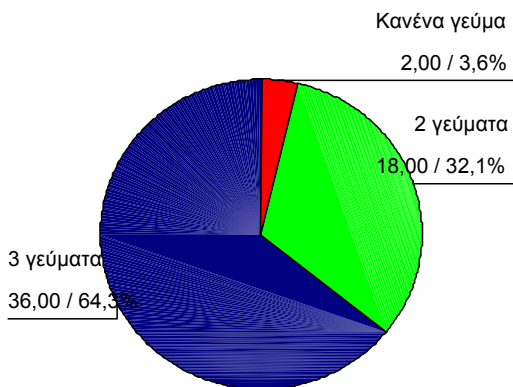
Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κανένα γεύμα	1	3,6	3,6	3,6
2 γεύματα	17	60,7	60,7	64,3
3 γεύματα	10	35,7	35,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

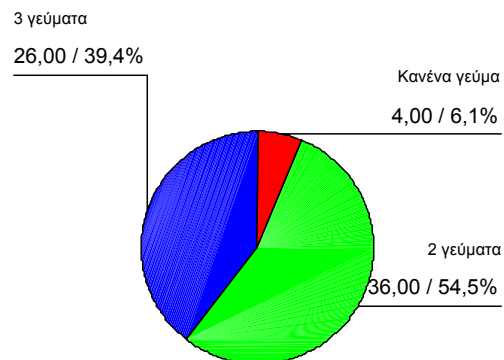
Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



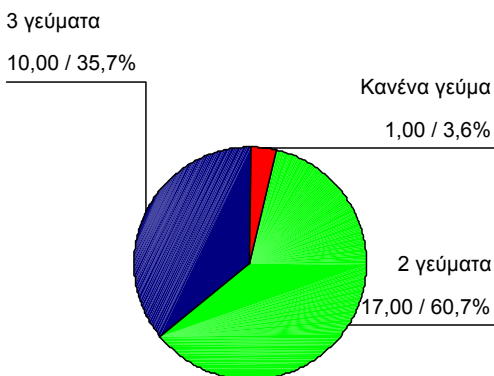
Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσα πλήρη γεύματα τρώει καθημερινά?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους παραπάνω πίνακες παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της ψυχολογικής κατάστασης των ατόμων και τον αριθμό των πλήρη γευμάτων που καταναλώνουν. Από τα άτομα με καλή ψυχολογική κατάσταση, το 64,3% των ατόμων (δηλαδή 36 άτομο) λαμβάνει 3 πλήρη γεύματα την ημέρα, το 32,1% (δηλαδή 18 άτομα) λαμβάνει 2 πλήρη γεύματα την ημέρα και το 3,6% (1 άτομο) δεν λαμβάνει κανένα πλήρη γεύμα. Από τα άτομα που εμφανίζουν αίσθηση μοναξιάς, το μεγαλύτερο ποσοστό της τάξεως του 54,5% (δηλαδή 36 ηλικιωμένα άτομα) λαμβάνει 2 πλήρη γεύματα την ημέρα, το 39,4% (δηλαδή 26 άτομα τρίτης ηλικίας) λαμβάνει 3 πλήρη γεύματα την ημέρα και το 6,1% (δηλαδή 4 άτομα) δεν λαμβάνει κανένα πλήρη γεύμα.

Το 60,7% των ατόμων (δηλαδή 17 άτομα) που παρουσιάζει έντονη μοναξιά, καταναλώνει 2 πλήρη γεύματα την ημέρα, το 35,7% (δηλαδή 10 άτομα) καταναλώνει 3 πλήρη γεύματα την ημέρα, και το 3,6% (δηλαδή 1 άτομο) δεν καταναλώνει κανένα γεύμα.

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου πρόσληψη πρωτεϊνών	24	42,9	42,9	42,9
Συχνή πρόσληψη πρωτεϊνών	2	3,6	3,6	46,4
Μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών	30	53,6	53,6	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου πρόσληψη πρωτεϊνών	30	45,5	45,5	45,5
Συχνή πρόσληψη πρωτεϊνών	2	3,0	3,0	48,5
Μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών	34	51,5	51,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθόλου πρόσληψη	19	67,9	67,9	67,9
Μέτρια πρόσληψη	9	32,1	32,1	100,0
Total	28	100,0	100,0	

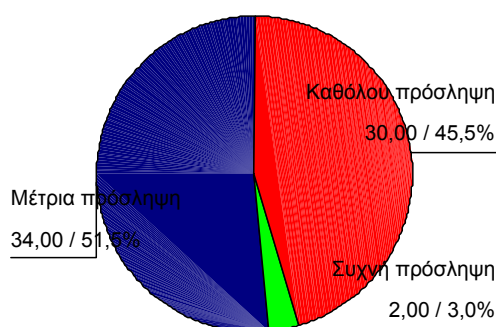
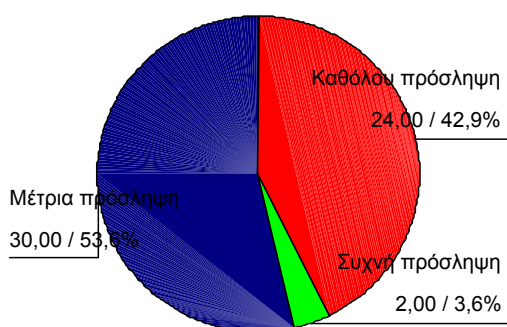
a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

ΨΥΧ_KAT: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση

ΨΥΧ_KAT: 2 Αίσθηση Μοναξιάς

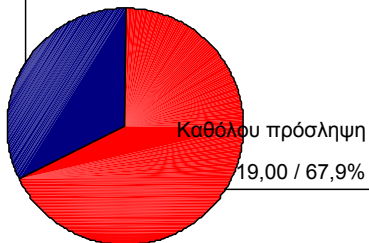


Επιλεγμένοι δείκτες για πρόσληψη πρωτεϊνών?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς

Μέτρια πρόσληψη

9,00 / 32,1%



Παραπάνω παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της ψυχολογικής κατάστασης των ηλικιωμένων και της συχνότητας πρόσληψης πρωτεϊνούχων τροφών. Το 53,6% των ατόμων (δηλαδή 34 ηλικιωμένοι) που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, παρουσιάζει μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών, το 42,9% (δηλαδή 24 άτομα) δεν λαμβάνει καθόλου πρωτεϊνούχες τροφές και το 3,6% (2 άτομα) παρουσιάζει συχνή πρόσληψη πρωτεϊνών.

Από τα άτομα που παρουσίαζαν «αίσθηση μοναξιάς», το 51,5% (δηλαδή 34 άτομα) παρουσιάζει μέτρια πρόσληψη πρωτεϊνών, το 45,5% (δηλαδή 30 άτομα τρίτης ηλικίας) δεν λαμβάνει καθόλου πρωτεϊνούχες τροφές, και το 3% (2 άτομα) έχει συχνή πρόσληψη πρωτεϊνών.

Το 67,9% των ατόμων (δηλαδή 19 άτομα) που παρουσιάζουν έντονη αίσθηση μοναξιάς, δεν λαμβάνουν καθόλου πρωτεϊνούχες τροφές, και το 32,1% των ατόμων αυτών (δηλαδή 9 άτομα) έχει μέτρια πρόσληψη

Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	21	37,5	37,5	37,5
NAI	35	62,5	62,5	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	27	40,9	40,9	40,9
NAI	39	59,1	59,1	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

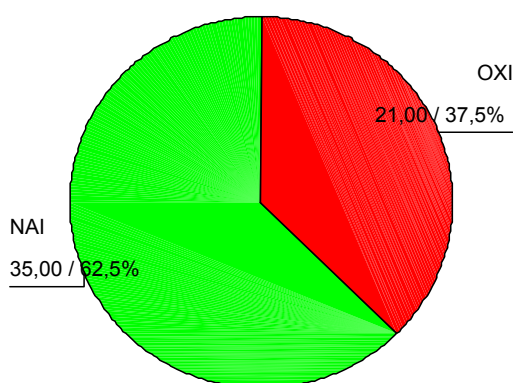
Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid OXI	15	53,6	53,6	53,6
NAI	13	46,4	46,4	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

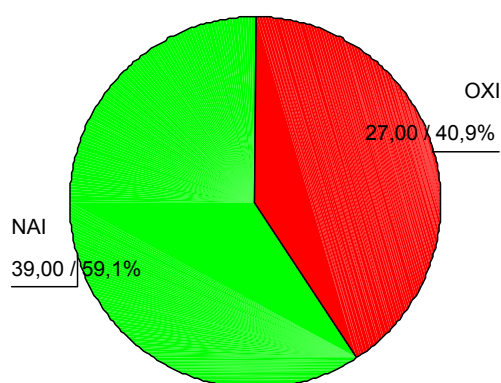
Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



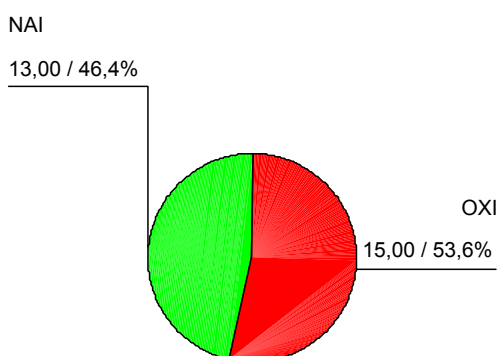
Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους παραπάνω πίνακες παρουσιάζεται το ποσοστό των απαντήσεων που δόθηκαν από την κάθε κατηγορία ατόμων (δηλαδή των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, αυτών που έχουν αίσθηση μοναξιάς και των ατόμων που εμφανίζουν έντονη αίσθηση μοναξιάς) στην ερώτηση «εάν καταναλώνουν 2 ή περισσότερες μερίδες φρούτων ή λαχανικών την ημέρα». Το 62,5% των ατόμων (δηλαδή 35 άτομα) που ανήκουν στην πρώτη κατηγορία απάντησε θετικά και το 37,5% (δηλαδή 21 άτομα) απάντησε αρνητικά.

Τα άτομα που ανήκουν στην δεύτερη κατηγορία, στην πλειοψηφία τους έδωσαν θετική απάντηση, με ποσοστό της τάξεως του 59,1% (δηλαδή 39 άτομα) και το 40,5% των ατόμων (δηλαδή 27 άτομα) έδωσε αρνητική απάντηση.

Το 53,6% των ατόμων (δηλαδή 15 άτομα) που παρουσιάζουν έντονη μοναξιάς, απάντησε αρνητικά και το 46,4% (δηλαδή 13 άτομα) απάντησε θετικά.

Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης, γαστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης?^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρή μείωση	3	5,4	5,4	5,4
Μέτρια μείωση	8	14,3	14,3	19,6
Δεν υπάρχει μείωση	45	80,4	80,4	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης, γαστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης?^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρή μείωση	2	3,0	3,0	3,0
Μέτρια μείωση	24	36,4	36,4	39,4
Δεν υπάρχει μείωση	40	60,6	60,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

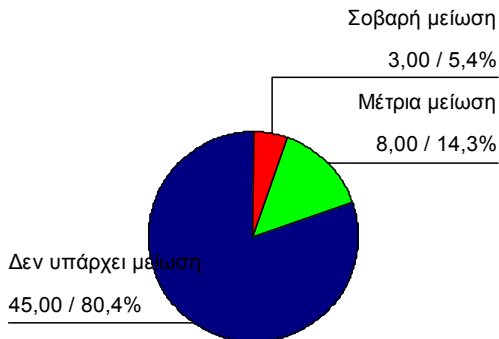
Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης, γαστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης?^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρή μείωση	6	21,4	21,4	21,4
Μέτρια μείωση	12	42,9	42,9	64,3
Δεν υπάρχει μείωση	10	35,7	35,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Έντονη αίσθηση μοναξιάς

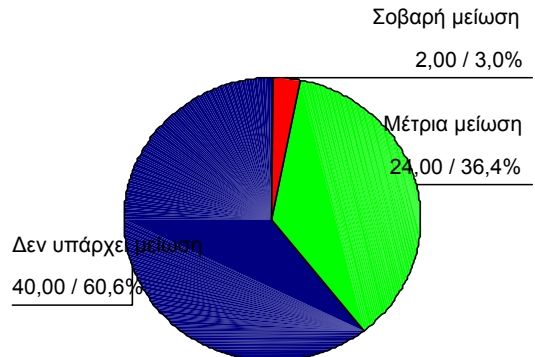
Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες,
λόγω απώλεια όρεξης?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



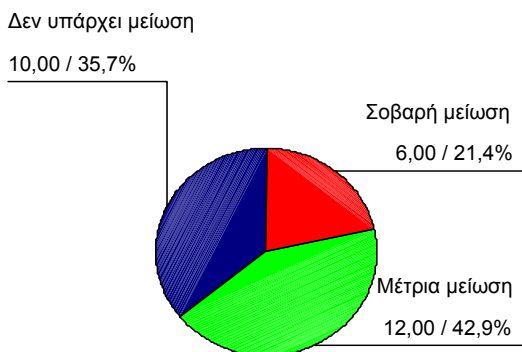
Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες,
λόγω απώλεια όρεξης?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες,
λόγω απώλεια όρεξης?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Παρατηρείται ότι το 80,4% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 45 άτομα) με καλή ψυχολογική κατάσταση, δεν παρουσιάζει μειωμένη όρεξη για φαγητό, το 14,3% των ατόμων (δηλαδή 8 άτομα) παρουσιάζει μέτρια μείωση και το 5,4% (δηλαδή 3 άτομα) σοβαρή μείωση.

Από τα άτομα με «αίσθηση μοναξιάς», το 60,6% των ατόμων δεν παρουσιάζει μείωση της όρεξης για φαγητό, το 36,4% των ατόμων εμφανίζει μέτρια μείωση και το 3% σοβαρή μείωση.

Το 42,9% των ατόμων με έντονη αίσθηση μοναξιάς παρουσιάζει μέτρια μείωση, το 35,7% των ηλικιωμένων δεν εμφανίζει μείωση της όρεξης και το 21,4% των ατόμων έχει σοβαρή μείωση της όρεξης.

Πόσα υγρά (νερό,χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημερᾶ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κάτω από 3 φλιτζάνια	12	21,4	21,4	21,4
Πάνω από 5 φλιτζάνια	35	62,5	62,5	83,9
3-5 φλιτζάνια	9	16,1	16,1	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσα υγρά (νερό,χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημερᾶ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κάτω από 3 φλιτζάνια	14	21,2	21,2	21,2
Πάνω από 5 φλιτζάνια	41	62,1	62,1	83,3
3-5 φλιτζάνια	11	16,7	16,7	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

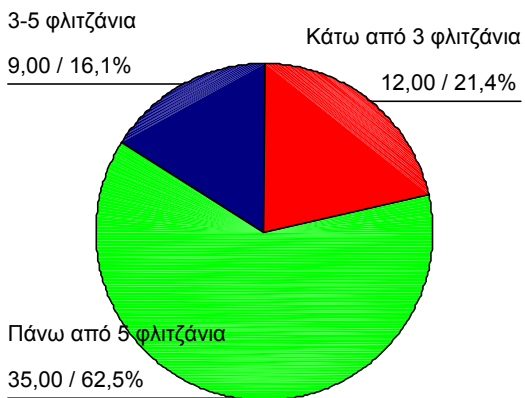
Πόσα υγρά (νερό,χυμοί, καφέ, γάλα...) καταναλώνει την ημερᾶ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κάτω από 3 φλιτζάνια	5	17,9	17,9	17,9
Πάνω από 5 φλιτζάνια	20	71,4	71,4	89,3
3-5 φλιτζάνια	3	10,7	10,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

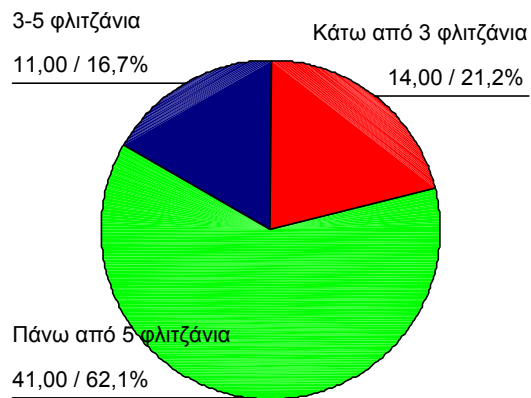
Πόσα υγρά (νερό, χυμοί, καφέ, γάλα) καταναλώνει την ημέρα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



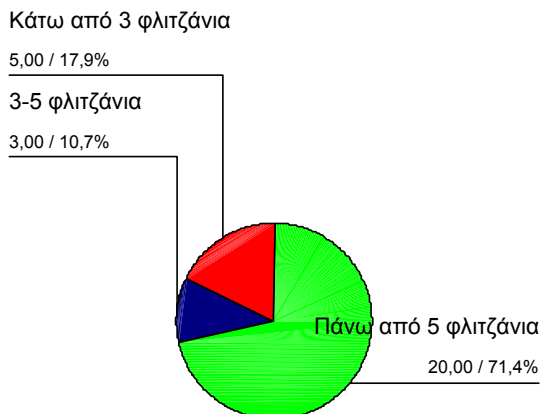
Πόσα υγρά (νερό, χυμοί, καφέ, γάλα) καταναλώνει την ημέρα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσα υγρά (νερό, χυμοί, καφέ, γάλα) καταναλώνει την ημέρα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Παρατηρείται ότι το 62,5% των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν καλή ψυχολογική κατάσταση, καταναλώνουν περισσότερα από 5 φλιτζάνια υγρά την ημέρα, το 21,4% των ατόμων αυτών λαμβάνει, λιγότερα από 3 φλιτζάνια υγρά την ημέρα και το 16,1% 3-5 φλιτζάνια.

Το 62,1% των ατόμων (δηλαδή 41 άτομα τρίτης ηλικίας) λαμβάνει περισσότερα από 5 φλιτζάνια υγρά την ημέρα, το 21,2% των ατόμων (δηλαδή 14 άτομα) καταναλώνει λιγότερα από 3 φλιτζάνια υγρά την ημέρα και το 16,7% (δηλαδή 11 άτομα) 3-5 φλιτζάνια.

Τέλος το 71,4% των ατόμων (δηλαδή 20 άτομα) καταναλώνει περισσότερα από 3 φλιτζάνια υγρά, το 17,9% (δηλαδή 5 άτομα) λαμβάνει λιγότερα από 3 φλιτζάνια την ημέρα και το 10,7% (δηλαδή 3 άτομα) λαμβάνει 3-5 φλιτζάνια υγρά ανά ημέρα.

Τρόπος διατροφής^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Τρώει μόνος με δυσκολία	5	8,9	8,9	8,9
Τρώει μόνος χωρίς πρόβλημα	51	91,1	91,1	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Τρόπος διατροφής^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Τρώει μόνος με δυσκολία	4	6,1	6,1	6,1
Τρώει μόνος χωρίς πρόβλημα	62	93,9	93,9	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

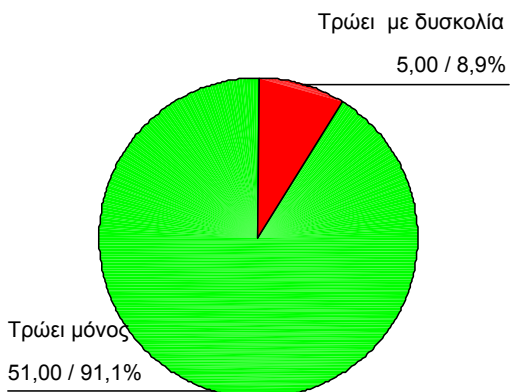
Τρόπος διατροφής^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Τρώει μόνος με δυσκολία	2	7,1	7,1	7,1
Τρώει μόνος χωρίς πρόβλημα	26	92,9	92,9	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

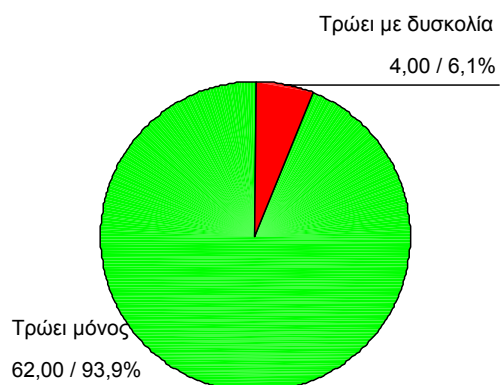
Τρόπος διατροφής?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



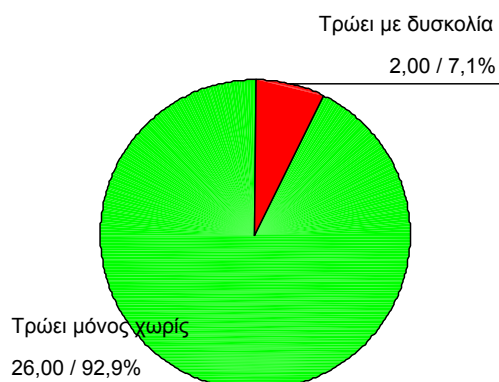
Τρόπος διατροφής?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Τρόπος διατροφής?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους πιο πάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 91,1% των ατόμων (δηλαδή 51 άτομα) με καλή ψυχολογική κατάσταση καταναλώνει το φαγητό μόνο του χωρίς κανένα πρόβλημα, ενώ το 8,9% των ατόμων αυτών (δηλαδή 5 άτομα) καταναλώνει το φαγητό μόνο του αλλά με δυσκολία.

Το 93,9% των ηλικιωμένων (δηλαδή 62 άτομα) που παρουσιάζουν αίσθηση μοναξιάς, λαμβάνει το φαγητό μόνο του χωρίς κανένα πρόβλημα, και το 6,1% (δηλαδή 4 άτομα) λαμβάνει το φαγητό μόνο του αλλά με δυσκολία.

Από τα άτομα που παρουσιάζουν έντονη μοναξιά, το 92,9% (δηλαδή 26 ηλικιωμένα άτομα) τρώει μόνο του χωρίς κανένα πρόβλημα, και το 7,1% (δηλαδή 2 άτομα) λαμβάνει το φαγητό μόνο του αλλά με δυσκολία.

Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρό	1	1,8	1,8	1,8
Δεν ξέρει η μέτριο	10	17,9	17,9	19,6
Δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα	45	80,4	80,4	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν ξέρει ή μέτριο	26	39,4	39,4	39,4
Δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα	40	60,6	60,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

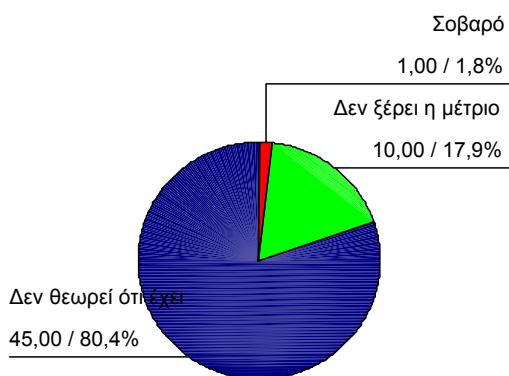
Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Σοβαρό	3	10,7	10,7	10,7
Δεν ξέρει η μέτριο	15	53,6	53,6	64,3
Δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα	10	35,7	35,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

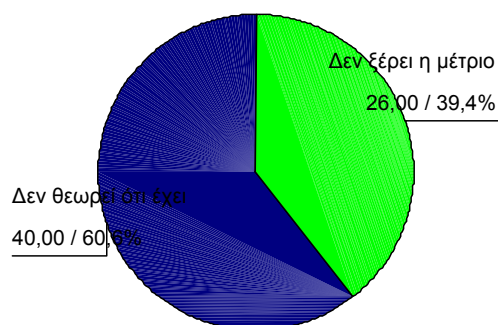
Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

ΨΥΧ_KAT: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

ΨΥΧ_KAT: 2 Αίσθηση Μοναξιάς

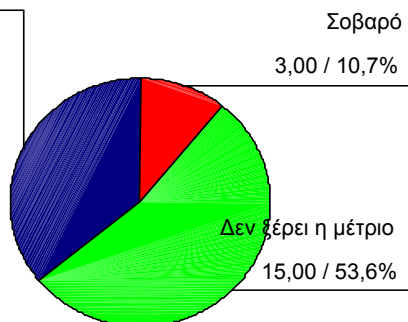


Ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς

Δεν θεωρεί ότι έχει

10,00 / 35,7%



Το 80,4% των ατόμων (45 άτομα) με καλή ψυχολογική κατάσταση δεν θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα με την διατροφή του, το 17,9% των ατόμων αυτών (δηλαδή 10 άτομα) δεν γνωρίζει, ή θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα και το 1,8% (δηλαδή 1 άτομα) θεωρεί ότι έχει σοβαρό πρόβλημα.

Το 60,6% των ατόμων (δηλαδή 40 άτομα) που αισθάνεται μοναξιά δεν θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα με την διατροφή του και το 39,4% των ατόμων αυτών (δηλαδή 26 άτομα) δεν γνωρίζει ή θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα διατροφής.

Το 53,6% των ατόμων (δηλαδή 15 άτομα) με έντονο αίσθημα μοναξιάς, δεν γνωρίζει ή θεωρεί ότι έχει μέτριο πρόβλημα διατροφής, το 35,7% των ηλικιωμένων αυτών (δηλαδή 10 άτομα) δεν θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής και το 10,7% των ατόμων αυτών (δηλαδή 3 άτομα) θεωρεί ότι έχει σοβαρό πρόβλημα διατροφής.

Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του, πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Οχι τόσο καλή	9	16,1	16,1	16,1
Εξίσου καλή	26	46,4	46,4	62,5
Καλύτερη	11	19,6	19,6	82,1
Δέν ξέρει	10	17,9	17,9	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του, πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Οχι τόσο καλή	16	24,2	24,2	24,2
Εξίσου καλή	25	37,9	37,9	62,1
Καλύτερη	7	10,6	10,6	72,7
Δέν ξέρει	18	27,3	27,3	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

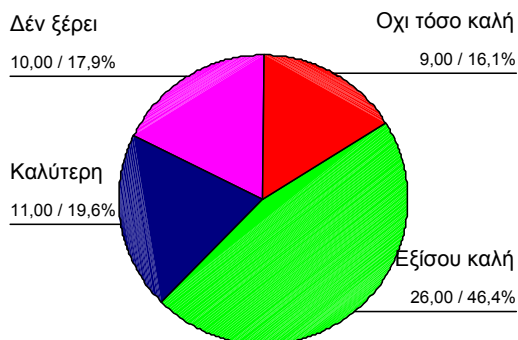
Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του, πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Οχι τόσο καλή	6	21,4	21,4	21,4
Εξίσου καλή	11	39,3	39,3	60,7
Καλύτερη	1	3,6	3,6	64,3
Δέν ξέρει	10	35,7	35,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

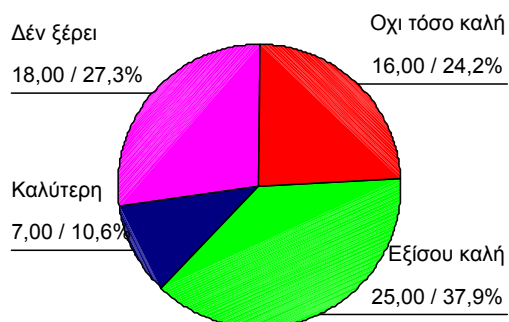
Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του,
πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του,
πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

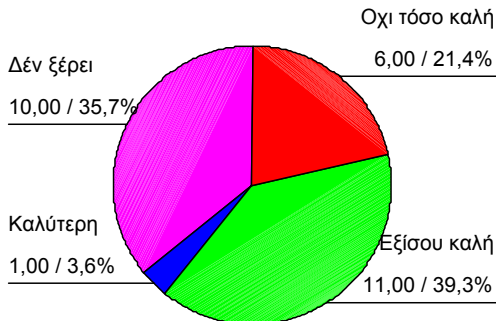
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας του,

πως εκτιμά την κατάσταση της υγείας του?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους πιο πάνω πίνακες παρουσιάζεται ότι το 46,4% (δηλαδή 26 ηλικιωμένα άτομα) με καλή ψυχολογική κατάσταση θεωρεί ότι η υγεία του είναι εξίσου καλή με άλλα άτομα της ηλικίας του, το 19,6% (δηλαδή 11 άτομα) θεωρεί ότι η υγεία του είναι σε καλύτερη κατάσταση από άλλα άτομα της ηλικίας του, το 17,9% (δηλαδή 10 άτομα) δεν γνωρίζει και το 16,1% (δηλαδή 9 άτομα) πιστεύει ότι δεν είναι και τόσο καλή η κατάσταση της υγείας του.

Το 37,9% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 25 άτομα) που αισθάνονται μοναξιά πιστεύει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι εξίσου καλή με τα άλλα άτομα της ηλικίας του, το 24,2% των ατόμων αυτών (δηλαδή 16 άτομα) θεωρεί ότι η υγεία του δεν βρίσκεται σε καλή κατάσταση, το 27,3% (δηλαδή 18 άτομα) δεν γνωρίζει και το 10,6% (δηλαδή 7 άτομα) θεωρεί ότι η υγεία του βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση

Από τα άτομα που αισθάνονται έντονα μοναξιά το 39,3% (δηλαδή 11 άτομα) θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας του είναι εξίσου καλή, το 35,7% των ατόμων (δηλαδή 10 άτομα) δεν γνωρίζει, το 21,4% (6 άτομα) δεν θεωρεί ότι η υγεία του βρίσκεται σε καλή κατάσταση και τέλος το 3,6% (δηλαδή 1 άτομο) θεωρεί ότι η υγεία του βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας του.

Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κακή θρέψη	4	7,1	7,1	7,1
Επίφοβη θρεπτική κατάσταση	25	44,6	44,6	51,8
Καλή θρέψη	27	48,2	48,2	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασηςξ.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κακή θρέψη	6	9,1	9,1	9,1
Επίφοβη θρεπτική κατάσταση	44	66,7	66,7	75,8
Καλή θρέψη	16	24,2	24,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

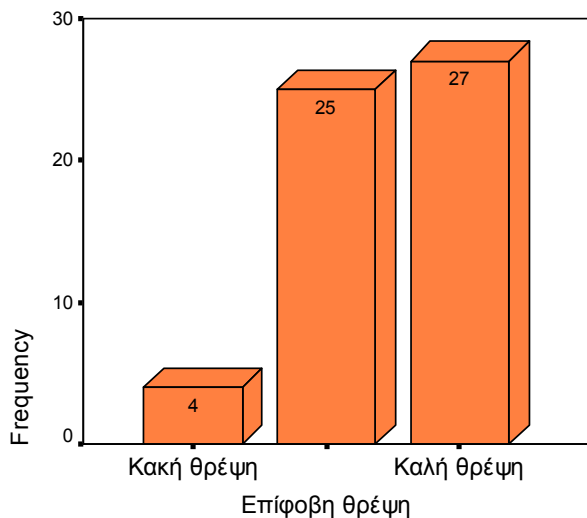
Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασηςξ.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κακή θρέψη	8	28,6	28,6	28,6
Επίφοβη θρεπτική κατάσταση	14	50,0	50,0	78,6
Καλή θρέψη	6	21,4	21,4	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

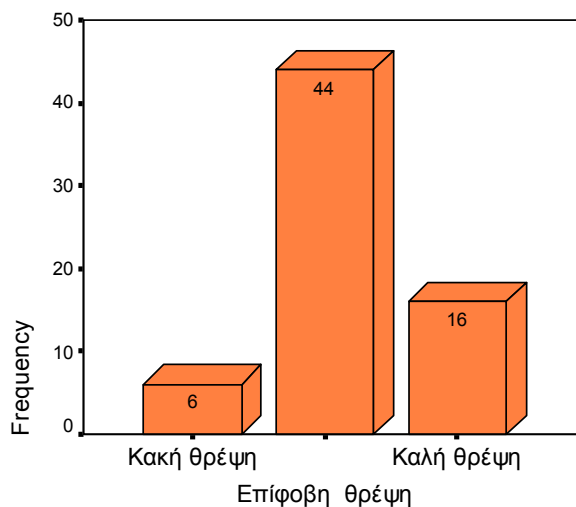
Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



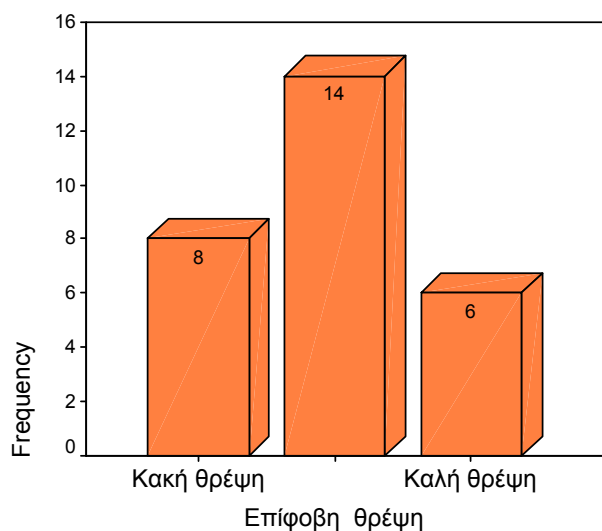
Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στα παραπάνω ραβδογράμματα παρατηρείται ότι το 48,2% των ηλικιωμένων (δηλαδή 27 ηλικιωμένα άτομα) που βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, βρίσκεται επίσης και σε καλή θρεπτική κατάσταση, το 44,6% των ατόμων (δηλαδή 25 άτομα) βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση και το 7,1% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση.

Από τα άτομα που αισθάνονται μοναξιά, ένα ποσοστό της τάξεως του 66,7% (δηλαδή 44 άτομα) βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, το 24,2% των ατόμων (δηλαδή 16 άτομα) βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση και το 9,1% των ατόμων (δηλαδή 6 ηλικιωμένα άτομα) βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση.

Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	1	1,8	1,8	1,8
Ποτέ	38	67,9	67,9	69,6
Σπάνια	5	8,9	8,9	78,6
Μερικές Φορές	12	21,4	21,4	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	13	19,7	19,7	19,7
Ποτέ	8	12,1	12,1	31,8
Σπάνια	10	15,2	15,2	47,0
Μερικές Φορές	35	53,0	53,0	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

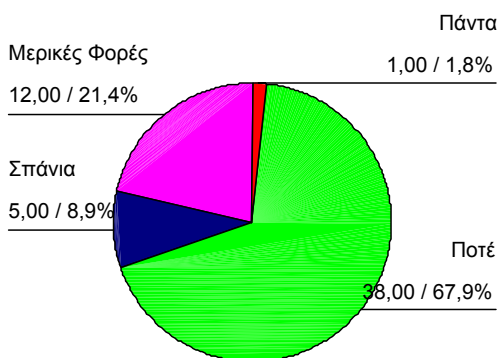
Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	15	53,6	53,6	53,6
Σπάνια	1	3,6	3,6	57,1
Μερικές Φορές	12	42,9	42,9	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

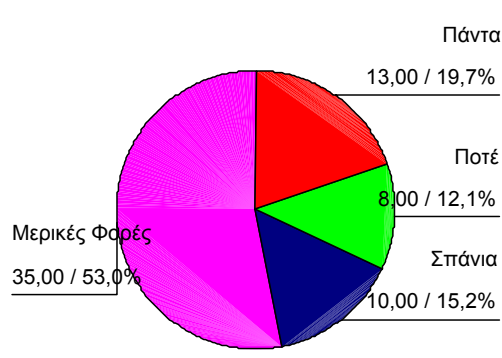
Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής
που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

ΨΥΧ_KAT: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



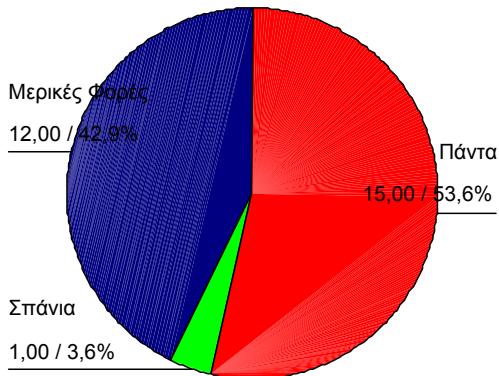
Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής
που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

ΨΥΧ_KAT: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά αισθάνεται δυστυχής
που κάνει τόσα πράγματα μόνος/η?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Πιο πάνω παρουσιάζεται το ποσοστό των ηλικιωμένων που αισθάνονται δυστυχείς που κάνουν κάποια πράγματα μόνοι τους. Από τα άτομα που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση ένα ποσοστό της τάξεως του 21,4% των ατόμων (δηλαδή 12 ηλικιωμένα άτομα) απάντησαν ότι «μερικές φορές» αισθάνονται δυστυχείς, το 67,9% των ηλικιωμένων (δηλαδή 38 άτομα) απάντησαν ότι «ποτέ» δεν αισθάνονται δυστυχείς, το 8,9% (δηλαδή 5 ηλικιωμένα άτομα) απάντησαν ότι «σπάνια» αισθάνονται δυστυχείς και το 1,8% (δηλαδή 1 άτομο) αισθάνονται «πάντα» δυστυχείς.

Το 53% των ηλικιωμένων ατόμων (δηλαδή 35 άτομα) που αισθάνονται μοναξιά, «μερικές φορές» αισθάνονται δυστυχείς, το 19,7% (δηλαδή 13 άτομα) «πάντα» αισθάνονται δυστυχείς, το 15,2% (δηλαδή 10 άτομα) «σπάνια» αισθάνονται δυστυχείς και το 12,1% των ηλικιωμένων (δηλαδή 8 άτομα) απάντησαν ότι «ποτέ» δεν αισθάνονται δυστυχείς που κάνουν κάποια πράγματα μόνοι τους.

Από τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς, ένα ποσοστό της τάξεως του 53,6% (δηλαδή 15 ηλικιωμένα άτομα) «πάντα» αισθάνονται δυστυχείς, το 42,9% (12 άτομα τρίτης ηλικίας) «μερικές φορές» αισθάνονται δυστυχείς και τέλος το 3,6% (δηλαδή 1 άτομο) «σπάνια» αισθάνονται δυστυχείς.

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	37	66,1	66,1	66,1
Σπάνια	9	16,1	16,1	82,1
Μερικές Φορές	10	17,9	17,9	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	10	15,2	15,2	15,2
Ποτέ	9	13,6	13,6	28,8
Σπάνια	11	16,7	16,7	45,5
Μερικές Φορές	36	54,5	54,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	12	42,9	42,9	42,9
Σπάνια	2	7,1	7,1	50,0
Μερικές Φορές	14	50,0	50,0	100,0
Total	28	100,0	100,0	

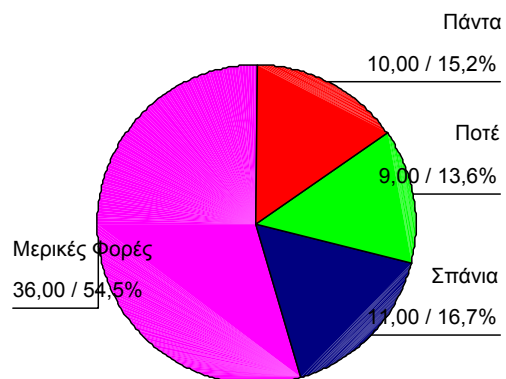
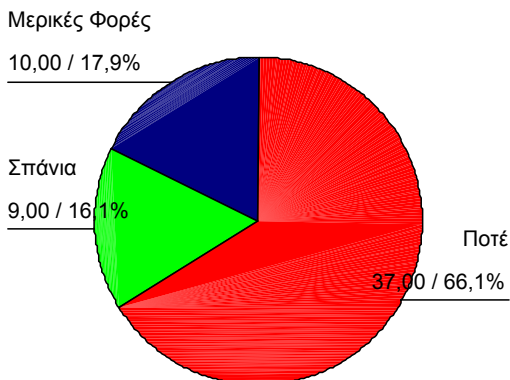
a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσει?

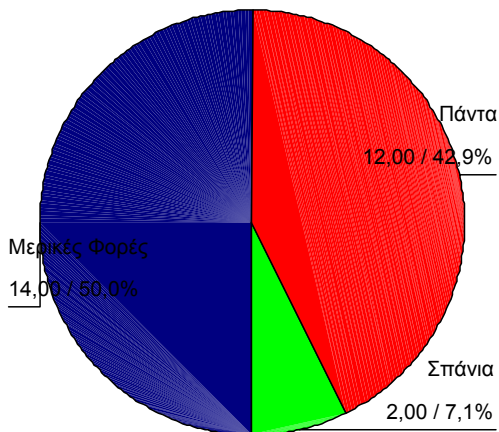
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον/α να μιλήσεις?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στην ερώτηση «Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει», το 66,1% των ατόμων (δηλαδή 37 άτομα) με καλή ψυχολογική κατάσταση απάντησε ότι «ποτέ» δεν αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει, το 17,9% (δηλαδή 10 άτομα) απάντησε «μερικές φορές», το 16,1% των ατόμων (δηλαδή 9 άτομα) απάντησε ότι «σπάνια» έχει αυτήν την αίσθηση.

Από τα άτομα που αισθάνονται μοναξιά, το ποσοστό της τάξεως του 54,5% (δηλαδή 36 άτομα τρίτης ηλικίας) «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν έχει κάποιον να μιλήσει, το 16,7% (δηλαδή 11 ηλικιωμένα άτομα) «σπάνια» έχει την αίσθηση αυτή, το 15,2% των ατόμων αυτών (δηλαδή 10 άτομα) απάντησε ότι «πάντα» έχει την αίσθηση αυτήν και το 13,6% (δηλαδή 9 ηλικιωμένα άτομα) «ποτέ».

Το 50% των ατόμων (δηλαδή 14 άτομα) που αισθάνονται έντονη μοναξιά απάντησαν ότι «μερικές φορές» αισθάνονται ότι δεν έχουν κάποιον να μιλήσουν, το 42,9% των ατόμων (δηλαδή 12 άτομα) απάντησαν ότι «πάντα» έχουν την αίσθηση αυτήν και το 7,1% (δηλαδή 2 άτομα) «σπάνια».

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/ή?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	38	67,9	67,9	67,9
Σπάνια	14	25,0	25,0	92,9
Μερικές Φορές	4	7,1	7,1	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/ή?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	13	19,7	19,7	19,7
Ποτέ	4	6,1	6,1	25,8
Σπάνια	18	27,3	27,3	53,0
Μερικές Φορές	31	47,0	47,0	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

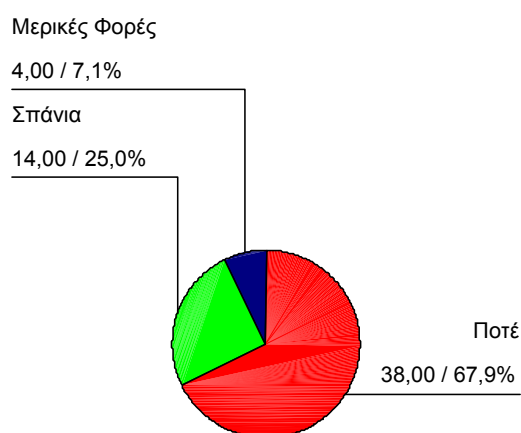
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/ή?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	19	67,9	67,9	67,9
Σπάνια	1	3,6	3,6	71,4
Μερικές Φορές	8	28,6	28,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

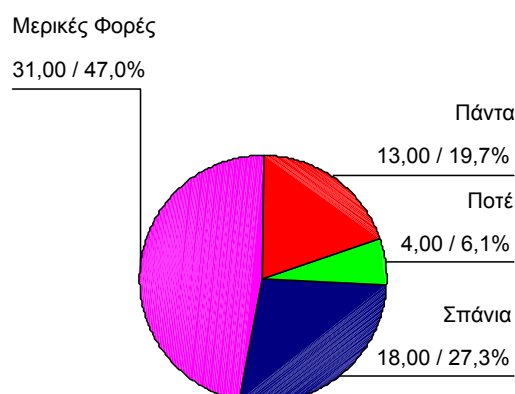
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/η?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



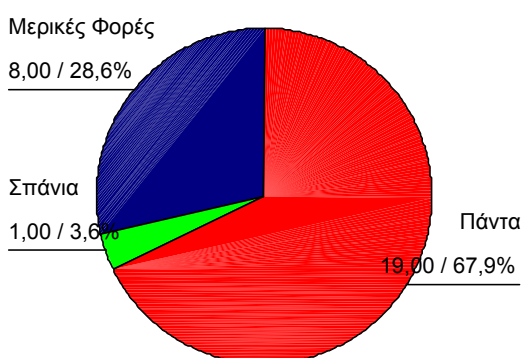
Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/η?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνος/η?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους πιο πάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 67,9% των ατόμων (δηλαδή 38 άτομα) που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση «ποτέ» δεν αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι τόσο μόνο, το 25% των ατόμων αυτών (δηλαδή 14 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι μόνο και το 7,1% των ατόμων αυτών (δηλαδή 4 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» έχει την αίσθηση αυτή.

Το 47% των ατόμων (δηλαδή 31 άτομα) αισθάνονται μοναξιά απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι μόνο, το 27,3% των ατόμων (δηλαδή 18 άτομα) «σπάνια» έχει

την αίσθηση αυτή, 19,7% (δηλαδή 13 άτομα) «πάντα» αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι μόνο και το 6,1% (δηλαδή 4 άτομα) «ποτέ» δεν έχει την αίσθηση αυτή.

Από τα άτομα που έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς, ένα ποσοστό της τάξεως του 67,9% των ατόμων (δηλαδή 19 άτομα) «πάντα» αισθάνεται ότι δεν αντέχει να είναι μόνο, το 28,6% (δηλαδή 8 άτομα) «μερικές φορές» έχει την αίσθηση αυτή και το 3,6% (δηλαδή 1 άτομο) «σπάνια».

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	4	7,1	7,1	7,1
Ποτέ	32	57,1	57,1	64,3
Σπάνια	9	16,1	16,1	80,4
Μερικές Φορές	11	19,6	19,6	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	13	19,7	19,7	19,7
Ποτέ	14	21,2	21,2	40,9
Σπάνια	12	18,2	18,2	59,1
Μερικές Φορές	27	40,9	40,9	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

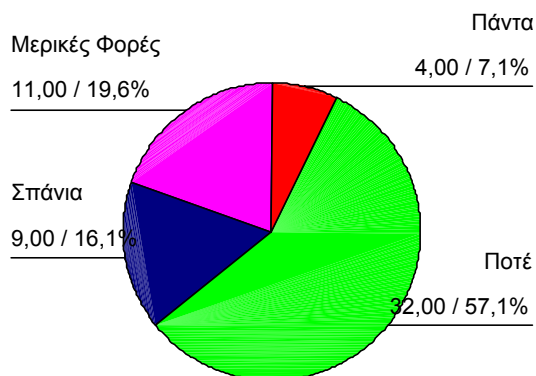
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	15	53,6	53,6	53,6
Ποτέ	2	7,1	7,1	60,7
Σπάνια	2	7,1	7,1	67,9
Μερικές Φορές	9	32,1	32,1	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

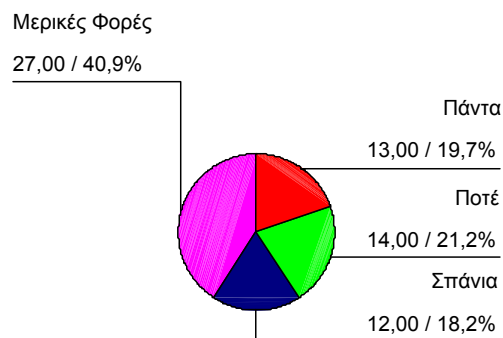
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

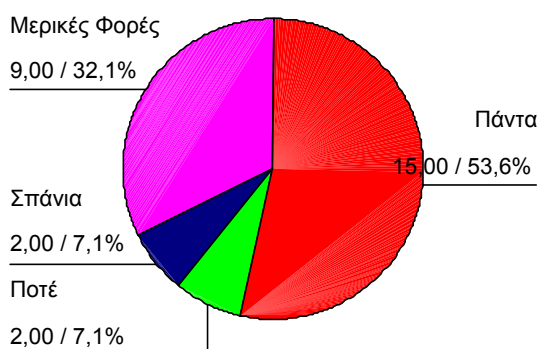
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στην ερώτηση «πόσο συχνά αισθάνεται ότι κανένας δεν τον καταλαβαίνει πραγματικά», το 57,1% των ατόμων (δηλαδή 32 άτομα) που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση ανέφερε ότι «ποτέ» δεν έχει την αίσθηση αυτή, το 19,6% των ατόμων αυτών (δηλαδή 11 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται ότι κανένας δεν τους καταλαβαίνει πραγματικά, το 16,1% (δηλαδή 9 άτομα) «σπάνια» έχει την αίσθηση αυτή και το 7,1% (4 άτομα) «πάντα».

Το 40,9% των ατόμων αυτών (δηλαδή 27 άτομα) απάντησε ότι «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν τον καταλαβαίνει κανείς, το 21,2% των ατόμων αυτών (δηλαδή 14 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνθηκε ότι δεν έχει κατανόηση, το 19,7% των ατόμων (13 άτομα) απάντησαν ότι «πάντα» αισθάνονται ότι δεν έχουν κατανόηση από κανένα και το 18,2% (δηλαδή 12 άτομα) «σπάνια» έχουν την αίσθηση αυτή.

Τέλος το 53,6% των ατόμων που έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς (δηλαδή 15 άτομα) «πάντα» αισθάνεται ότι δεν έχει κατανόηση από κανένα, το 32,1% (δηλαδή 9 άτομα) «μερικές φορές», και το 7,1% των ατόμων (δηλαδή 2 άτομα) απάντησαν ότι «σπάνια» έχουν την αίσθηση αυτή, και το ίδιο ποσοστό αντιστοιχεί και στα άτομα που απάντησαν «ποτέ».

Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	2	3,6	3,6	3,6
Ποτέ	27	48,2	48,2	51,8
Σπάνια	9	16,1	16,1	67,9
Μερικές Φορές	18	32,1	32,1	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	27	40,9	40,9	40,9
Ποτέ	8	12,1	12,1	53,0
Σπάνια	5	7,6	7,6	60,6
Μερικές Φορές	26	39,4	39,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

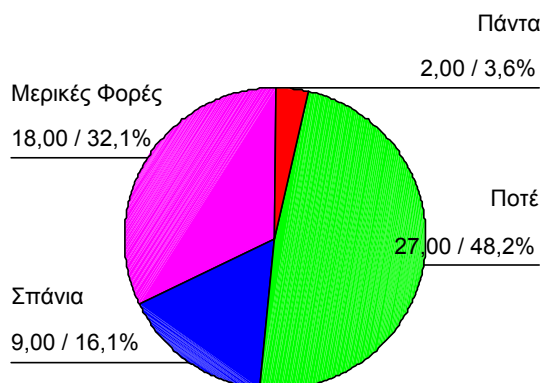
Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	15	53,6	53,6	53,6
Ποτέ	1	3,6	3,6	57,1
Μερικές Φορές	12	42,9	42,9	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

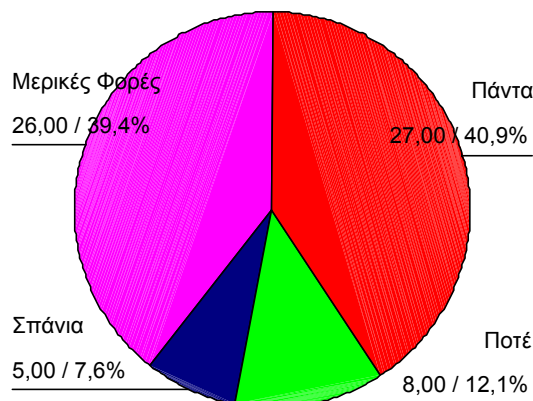
Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν'

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν'

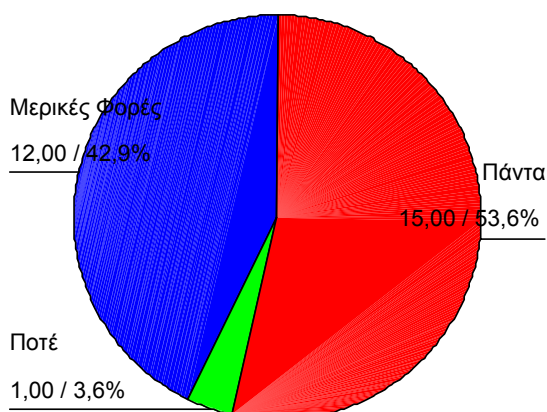
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά βρίσκει τον εαυτό του

να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν:

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους πιο πάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 48,2% των ατόμων που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση (δηλαδή 27 άτομα) «ποτέ» δεν περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν, το 32,1% των ηλικιωμένων (δηλαδή 18 άτομα) «μερικές φορές» περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν, το 16,1% (δηλαδή 9 άτομα) «σπάνια» βρίσκει τον εαυτό του σε αυτή την κατάσταση και το 3,6% (2 άτομα) «πάντα».

Το 40,9% των ατόμων που αισθάνονται μοναξιά (δηλαδή 27 άτομα) «πάντα» βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν, το 39,4% αυτών των ατόμων (26 άτομα) «μερικές φορές» περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν, το 12,1% (8 άτομα) «ποτέ» και το 7,6% (5 άτομα) «σπάνια».

Από τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς, το 53,6% (δηλαδή 15 άτομα) «πάντα» βρίσκει τον εαυτό του να περιμένει από τους άλλους να του τηλεφωνήσουν ή να του γράψουν, το 42,9% (12 άτομα) «μερικές φορές» και το 3,6% (1 άτομο) «ποτέ».

Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	4	7,1	7,1	7,1
Ποτέ	42	75,0	75,0	82,1
Σπάνια	9	16,1	16,1	98,2
Μερικές φορές	1	1,8	1,8	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	8	12,1	12,1	12,1
Ποτέ	4	6,1	6,1	18,2
Σπάνια	21	31,8	31,8	50,0
Μερικές Φορές	33	50,0	50,0	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

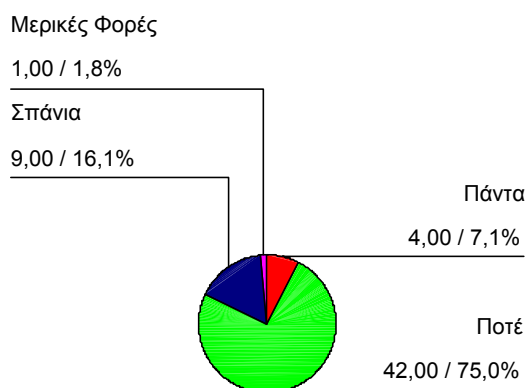
Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	14	50,0	50,0	50,0
Σπάνια	4	14,3	14,3	64,3
Μερικές Φορές	10	35,7	35,7	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

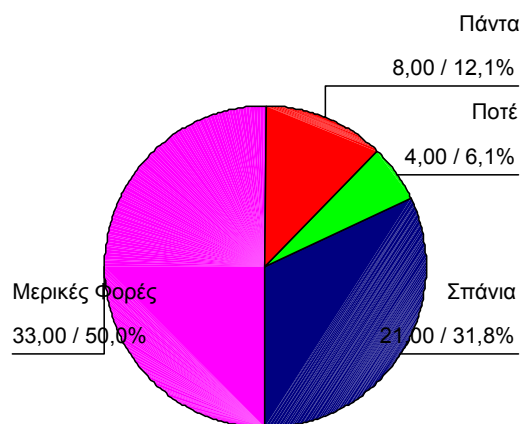
Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



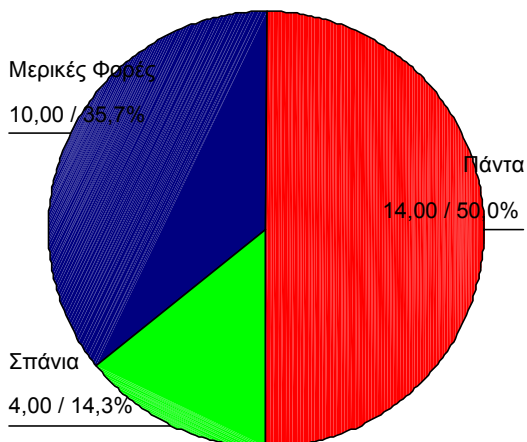
Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά αισθάνεται τελείως μόνος/η?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Έντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους πιο πάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 75% των ατόμων που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση (δηλαδή 42 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται τελείως μόνο, το 16,1% των ατόμων αυτών (δηλαδή 9 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται μοναξιά, το 7,1% (4 άτομα) «πάντα» και το 1,8% (1 άτομο) «μερικές φορές».

Το 50% των ατόμων (δηλαδή 33 άτομα) που αισθάνονται μοναξιά «μερικές φορές» αισθάνεται τελείως μόνο, το 31,8% (δηλαδή 21 άτομα) «σπάνια», το 12,1% (δηλαδή 8 άτομα) «πάντα» και το 6,1% (4 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται μοναξιά.

Από τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς, ένα ποσοστό της τάξεως του 35,7% (δηλαδή 10 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται τελείως μόνος, το 50% (δηλαδή 10 άτομα) «πάντα» και το 14,3% των ατόμων (δηλαδή 4 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται μοναξιά.

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	1	1,8	1,8	1,8
Ποτέ	38	67,9	67,9	69,6
Σπάνια	10	17,9	17,9	87,5
Μερικές Φορές	7	12,5	12,5	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	2	3,0	3,0	3,0
Ποτέ	21	31,8	31,8	34,8
Σπάνια	17	25,8	25,8	60,6
Μερικές Φορές	26	39,4	39,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του?^a

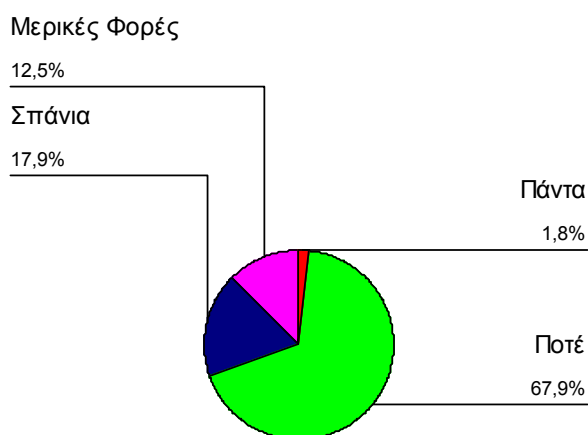
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	6	21,4	21,4	21,4
Ποτέ	2	7,1	7,1	28,6
Μερικές Φορές	20	71,4	71,4	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του ?

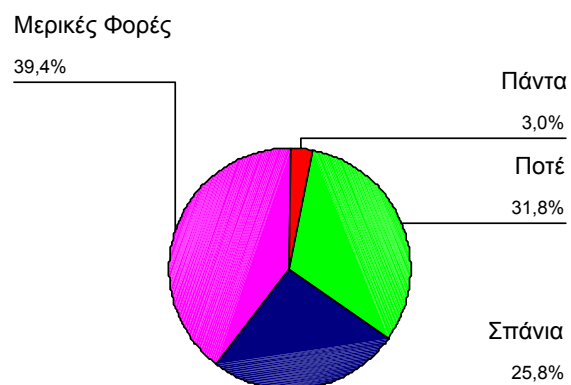
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του?

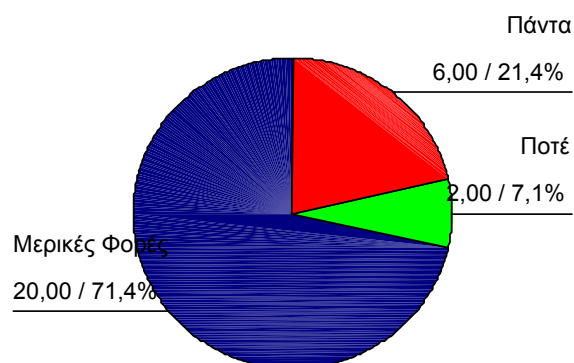
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι δεν είσαι σε θέση να επικοινωνήσεις με τους γύρω του

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους πιο πάνω πίνακες παρατηρείται ότι ένα ποσοστό της τάξεως του 67,9% των ατόμων που βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση (δηλαδή 38 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του, το 17,9% (δηλαδή 10 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του, το 12,5% των ατόμων (δηλαδή 7 άτομα) «μερικές φορές» έχουν την αίσθηση αυτή και το 1,8% (1 άτομο) «πάντα».

Το 39,4% των ατόμων που αισθάνεται μοναξιά (δηλαδή 26 άτομα) «μερικές φορές» δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του, το 25,8% (δηλαδή 17 άτομα) «σπάνια» έχουν την αίσθηση αυτή, το 31,8% (δηλαδή 21 άτομα) «ποτέ» και το 3% (2 άτομα) «πάντα».

Από τα άτομα τρίτης ηλικίας που έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς, ένα ποσοστό της τάξεως του 71,4% (δηλαδή 20 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται ότι δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με τους γύρω του, το 21,4% των ατόμων αυτών (δηλαδή 6 άτομα) «πάντα» έχουν την αίσθηση αυτή και το 7,1% (2 άτομα) «ποτέ».

Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	2	3,6	3,6	3,6
Ποτέ	37	66,1	66,1	69,6
Σπάνια	11	19,6	19,6	89,3
Μερικές Φορές	6	10,7	10,7	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	7	10,6	10,6	10,6
Ποτέ	9	13,6	13,6	24,2
Σπάνια	15	22,7	22,7	47,0
Μερικές Φορές	35	53,0	53,0	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

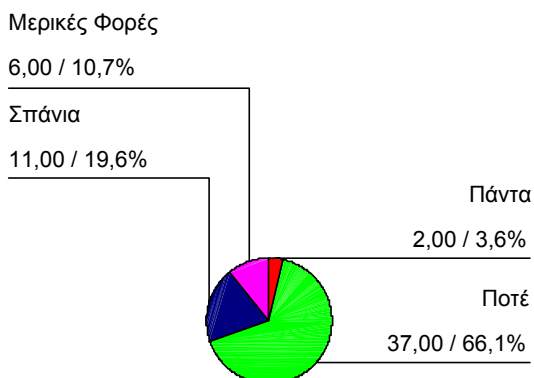
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	14	50,0	50,0	50,0
Ποτέ	1	3,6	3,6	53,6
Σπάνια	2	7,1	7,1	60,7
Μερικές Φορές	11	39,3	39,3	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Έντονη αίσθηση μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται

κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

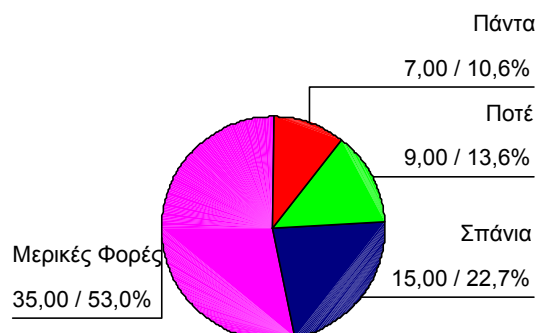
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται

κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

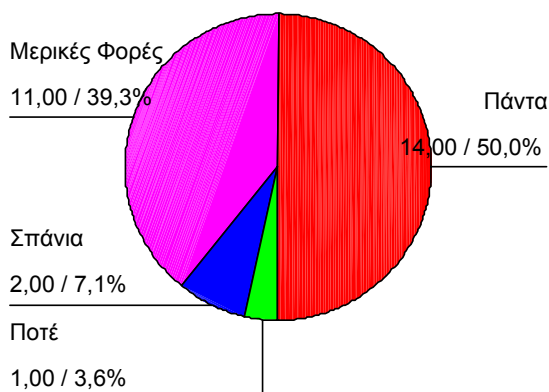
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά αισθάνεται

κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους πιο πάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 66,1% των ατόμων με καλή ψυχολογική κατάσταση (δηλαδή 37 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται πεινασμένο για παρέα, το 19,6% των ατόμων (δηλαδή 11 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται να αναζητά παρέα, το 10,7% (δηλαδή 6 άτομα) «μερικές φορές» και το 3,6% (2 άτομα) «πάντα».

Το 53% των ηλικιωμένων που αισθάνεται μοναξιά (δηλαδή 35 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται πεινασμένος για παρέα, το 22,7% (15 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται να αναζητά παρέα, το 13,6% (δηλαδή 9 άτομα) «ποτέ» δεν έχει αυτή την αίσθηση και το 10,6% (7 άτομα) «πάντα».

Από τα άτομα που αισθάνονται έντονη μοναξιά, το 50% των ατόμων αυτών (δηλαδή 14 άτομα) «πάντα» αισθάνεται ότι αναζητά παρέα, το 39,3% των ατόμων (δηλαδή 11 άτομα) «μερικές φορές» έχει την αίσθηση αυτή, το 7,1% (2 άτομα) «σπάνια» και το 3,6% (1 άτομο) «ποτέ».

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ποτέ	48	85,7	85,7	85,7
Σπάνια	7	12,5	12,5	98,2
Μερικές Φορές	1	1,8	1,8	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	6	9,1	9,1	9,1
Ποτέ	34	51,5	51,5	60,6
Σπάνια	19	28,8	28,8	89,4
Μερικές Φορές	7	10,6	10,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

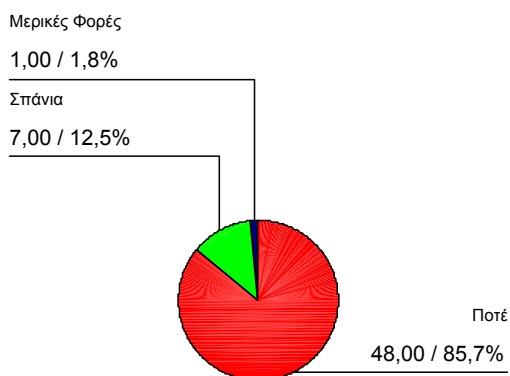
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	5	17,9	17,9	17,9
Ποτέ	6	21,4	21,4	39,3
Σπάνια	4	14,3	14,3	53,6
Μερικές Φορές	13	46,4	46,4	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

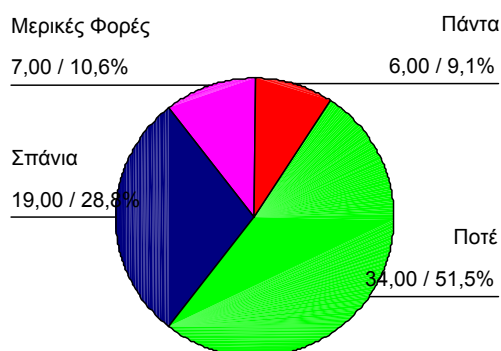
ΨΥΧ_KAT: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

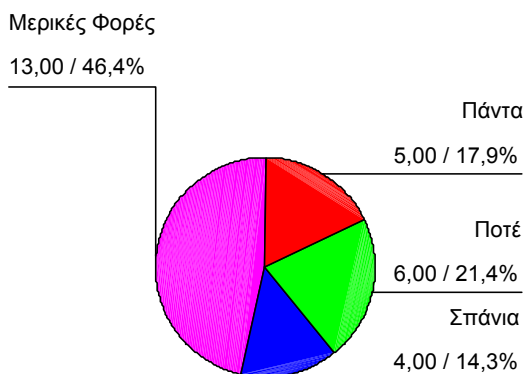
ΨΥΧ_KAT: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά αισθάνεται

ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Στους πιο πάνω πίνακες παρατηρείται ότι το 85,7% των ατόμων που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση (δηλαδή 48 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους, το 12,5% (7 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται ότι είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους και το 1,8% (1 άτομο) «μερικές φορές».

Από τα άτομα που αισθάνονται μοναξιά, ένα ποσοστό την τάξεως του 51,5% (δηλαδή 34 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους, το 28,8% (δηλαδή 9 άτομα) «σπάνια» έχει την αίσθηση αυτή, το 10,6% (7 άτομα) «μερικές φορές» και το 9,1% (6 άτομα) «πάντα».

Το 46,4% των ηλικιωμένων ατόμων που αισθάνονται έντονη μοναξιά (δηλαδή 13 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνονται ότι είναι δύσκολο να αποκτήσουν φίλους, το 21,4% (δηλαδή 6 άτομα) «ποτέ» δεν έχει την αίσθηση αυτή, το 17,9% (δηλαδή 5 άτομα) «πάντα» αισθάνεται ότι του είναι δύσκολο να αποκτήσει φίλους και το 14,3% (4 άτομα) «σπάνια».

Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	1	1,8	1,8	1,8
Ποτέ	48	85,7	85,7	87,5
Σπάνια	5	8,9	8,9	96,4
Μερικές Φορές	2	3,6	3,6	100,0
Total	56	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτίμησης = Καλή ψυχολογική κατάσταση

Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους? ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	3	4,5	4,5	4,5
Ποτέ	32	48,5	48,5	53,0
Σπάνια	21	31,8	31,8	84,8
Μερικές Φορές	10	15,2	15,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Αίσθηση Μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται αποκλεισμένος/η και (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους? ^a

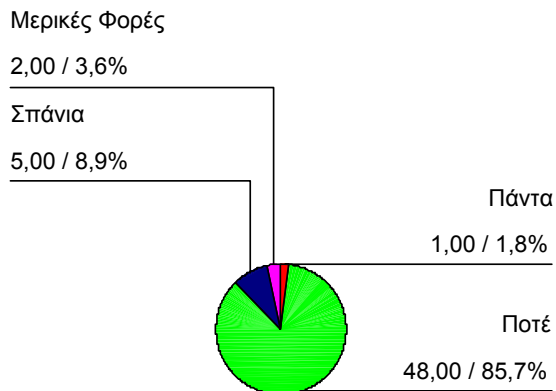
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πάντα	10	35,7	35,7	35,7
Ποτέ	3	10,7	10,7	46,4
Μερικές Φορές	15	53,6	53,6	100,0
Total	28	100,0	100,0	

a. Κατηγορίες Ψυχολογικής Εκτιμησης = Εντονη αίσθηση μοναξιάς

Πόσο συχνά αισθάνεται

αποκλεισμένος/η ή (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

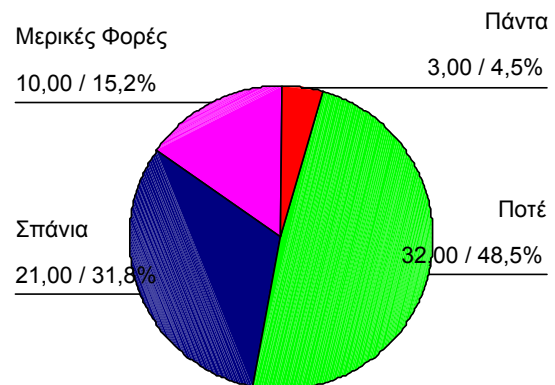
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 1 Καλή ψυχολογική κατάσταση



Πόσο συχνά αισθάνεται

αποκλεισμένος/η ή (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

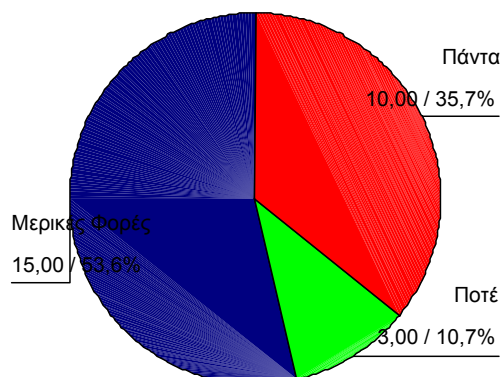
ΨΥΧ_ΚΑΤ: 2 Αίσθηση Μοναξιάς



Πόσο συχνά αισθάνεται

αποκλεισμένος/η ή (εξαιρεμένος/η) από τους άλλους?

ΨΥΧ_ΚΑΤ: 3 Εντονη αίσθηση μοναξιάς



Από τα ηλικιωμένα άτομα, που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, ένα ποσοστό της τάξεως του 85,7% (δηλαδή 48 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται ότι είναι αποκλεισμένος και εξαιρεμένος από τους άλλους, το 8,9% (δηλαδή 5 άτομα) «σπάνια» αισθάνεται ότι είναι αποκλεισμένος, το 3,6% (2 άτομα) «μερικές φορές» και το 1,8% (1 άτομο) «πάντα» έχει την αίσθηση αυτή.

Το 48,5% των ηλικιωμένων ατόμων που αισθάνονται μοναξιά (δηλαδή 32 άτομα) «ποτέ» δεν αισθάνεται ότι είναι αποκλεισμένος και εξαιρεμένος από τους άλλους, το 31,8% (δηλαδή 21 άτομα) «σπάνια» έχουν την αίσθηση αυτή, το 15,2% (δηλαδή 10 άτομα) «μερικές φορές» και το 4,5% (3 άτομα) «πάντα» αισθάνονται αποκλεισμένοι.

Από τα άτομα που αισθάνονται έντονη μοναξιά, ένα ποσοστό της τάξεως του 53,6% (δηλαδή 15 άτομα) «μερικές φορές» αισθάνεται αποκλεισμένος από τους άλλους, το 35,7% (δηλαδή 10 άτομα) «πάντα» έχει την αίσθηση αυτή και το 10,7% (3 άτομα) «ποτέ».

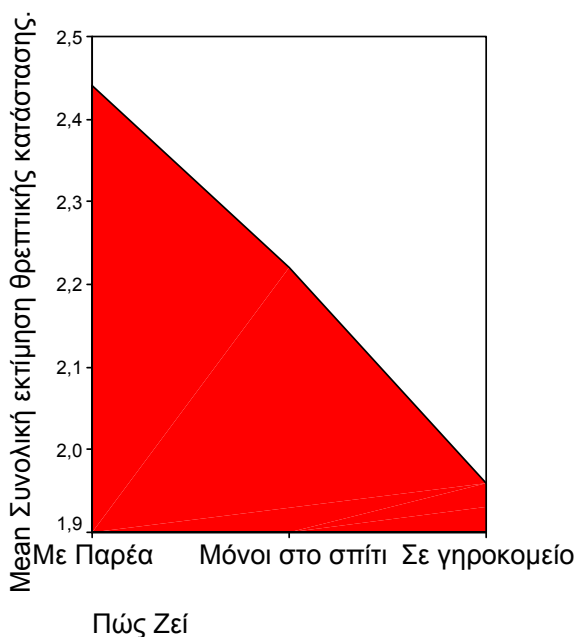
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Correlations

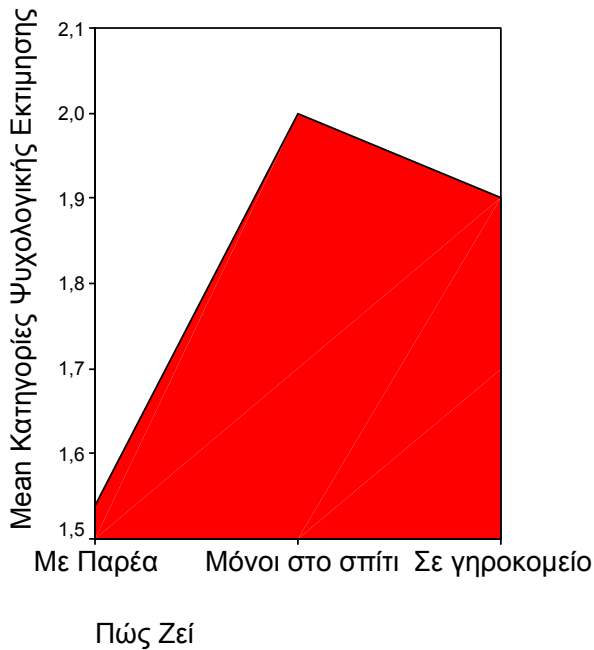
		Πώς Ζεί	Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?	Ζεί ανεξάρτητα?	Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης	Συνολική εκτίμηση ψυχολογικής κατάστασης
Πώς Ζεί	Pearson Correlation	1	-,340**	,000	-,308**	,260**
	Sig. (2-tailed)	,	,000	1,000	,000	,001
	N	150	150	150	150	150
Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?	Pearson Correlation	-,340**	1	-,046	,457**	-,090
	Sig. (2-tailed)	,000	,	,575	,000	,272
	N	150	150	150	150	150
Ζεί ανεξάρτητα?	Pearson Correlation	,000	-,046	1	,015	,182*
	Sig. (2-tailed)	1,000	,575	,	,857	,025
	N	150	150	150	150	150
Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.	Pearson Correlation	-,308**	,457**	,015	1	-,328**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,857	,	,000
	N	150	150	150	150	150
Συνολική εκτίμηση ψυχολογικής κατάστασης.	Pearson Correlation	,260**	-,090	,182*	-,328**	1
	Sig. (2-tailed)	,001	,272	,025	,000	,
	N	150	150	150	150	150

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

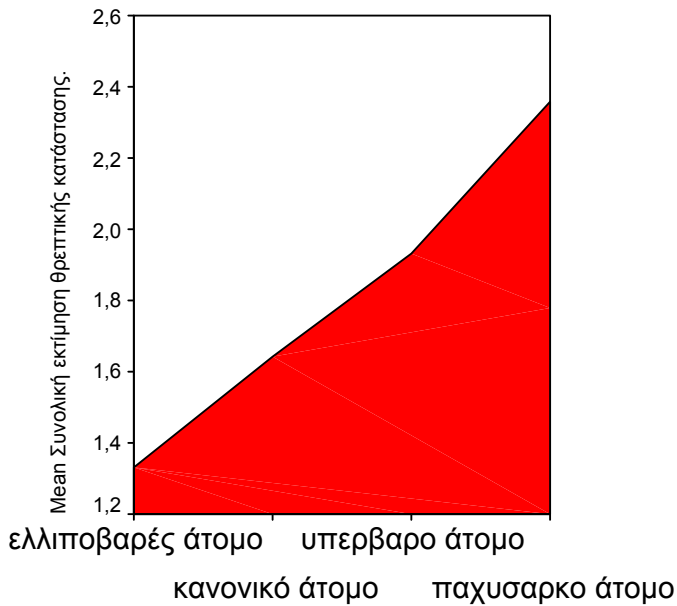
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



Παρατηρείται ακόμη αρνητική ισχυρή συσχέτιση του $-0,308$ ($p > 0,01$) μεταξύ της συνολικής θρεπτικής κατάστασης και του τρόπου που ζει το άτομο. Την υψηλότερη βαθμολογία στο MNA (δηλαδή, καλή θρέψη) είχαν τα άτομα που ζούσαν με παρέα, ακολουθούσαν τα άτομα που έμεναν μόνα και τέλος τα άτομα που ζούσαν στο γηροκομείο. Η συσχέτιση αυτή έρχεται σύμφωνη και με την αρχική μας υπόθεση καθώς και με το άρθρο του Charman IM. (2007), ο οποίος μελέτησε την κατάσταση διατροφής των ηλικιωμένων στα γηροκομεία. Στο άρθρο του αναφέρει ότι ο υποσιτισμός συναντάται πολύ συχνά στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας και σε άλλα ιδρύματα. Σε αντίθεση έρχεται το άρθρο του (Roe, D.A., 1990), όπου υποστηρίζει ότι τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για υποσιτισμό για το λόγο ότι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα κατανάλωσης μιας μόνο κατηγορίας τροφίμων, εκείνης που ικανοποιεί καλύτερα τις ανάγκες του ατόμου.

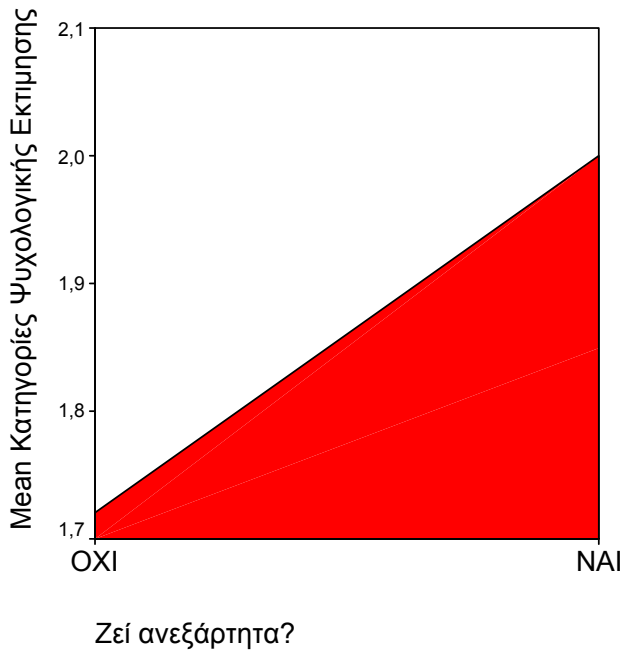


Στον πιο πάνω πίνακα παρατηρείται ισχυρή θετική συσχέτιση ($0.260, p > 0,01$) μεταξύ της συνολικής εκτίμησης της ψυχολογικής κατάστασης και στον τρόπο που ζει το άτομο (μόνο του, με παρέα, σε γηροκομείο). Όπως φαίνεται και στο παρακάτω σχεδιάγραμμα, ο μεγαλύτερος βαθμός μοναξιάς εμφανίζεται στα άτομα που μένουν μόνοι τους και στην συνέχεια σε αυτά που μένουν στο γηροκομείο, το οποίο έρχεται σύμφωνα με την αρχική μας υπόθεση ότι περισσότερη μοναξιά θα αισθάνονται τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στο σπίτι τους μόνοι τους χωρίς κάποιον συγγενή. Το άρθρο των Burrows A.B., Satlin A, Salzman C, Nobel K, Lipsitz LA. (1995) έρχεται αντίθετο με την παραπάνω διαπίστωση και αυτό φαίνεται από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Εβραϊκό κέντρο αποκατάστασης για ηλικιωμένους στη Βοστώνη, όπου παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας.

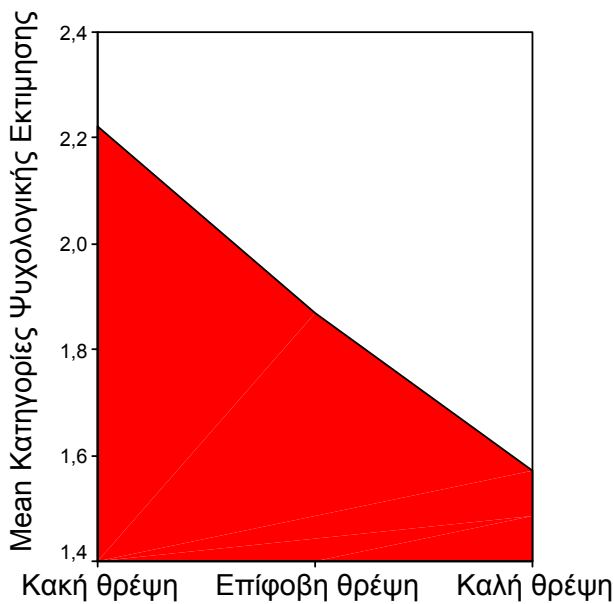


Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)?

Ακόμη παρατηρείται ισχυρή θετική συσχέτιση 0,457 ($p > 0,05$) μεταξύ της συνολικής εκτίμησης της θρεπτικής κατάστασης και του δείκτη μάζας σώματος δηλαδή όσο μεγαλύτερη ήταν η βαθμολογία του ατόμου στο MNA τόσο πιο υψηλός είναι ο ΔΜΣ, η οποία είναι σύμφωνη με την αρχική μας υπόθεση. Οι συγγραφείς Birkemose, A., Kofod, J. (2004), αναφέρουν μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Δανία, κατά την διεξαγωγή της οποίας μελετήθηκε η κατάσταση θρέψης και η εμφάνιση του υποσιτισμού ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκους ευγηρίας. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, ποιοτικές συνεντεύξεις και παρατηρήσεις σε 4 οίκους ευγηρίας σε συνδυασμό με τη μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος (BMI), (ο υποσιτισμός ορίζεται ως ένα BMI κάτω από 20). Δεν βρέθηκε βελτίωση στην διατροφή των ηλικιωμένων στους οίκους ευγηρίας που μελετήθηκαν και επομένως στην κατάσταση θρέψης τους. Βρέθηκε όμως μια ένδειξη βελτιωμένης θρεπτικής κατάστασης σε δύο από τους οίκους ευγηρίας όπου ο βαθμός υποσιτισμού ήταν χαμηλότερος από ότι γενικά στη Δανία



Παρατηρείται επίσης θετική συσχέτιση του 0,182 ($p > 0,05$) μεταξύ της συνολικής ψυχολογικής κατάστασης και στο αν το άτομο ζει ανεξάρτητα ή όχι. Δηλαδή όσο πιο ανεξάρτητα ζει ένα άτομο τόσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία του στο ερωτηματολόγιο της μοναξιάς, το οποίο έρχεται σύμφωνο με την αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που ζουν ανεξάρτητα, δηλαδή μένουν μόνα στο σπίτι θα εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό μοναξιάς και έτσι τα άτομα αυτά είναι περισσότερο επιρρεπή στην εμφάνιση κατάθλιψης. Οι συγγραφείς Burrows A.B., Satlin A, Salzman C, Nobel K, Lipsitz LA. (1995), σε ένα άρθρο τους, διαφωνούν με την παραπάνω διαπίστωση και αυτό φαίνεται από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Εβραϊκό κέντρο αποκατάστασης για ηλικιωμένους στη Βοστώνη, όπου παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας (τα οποία δεν μένουν ανεξάρτητα).



Συνολική εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης.

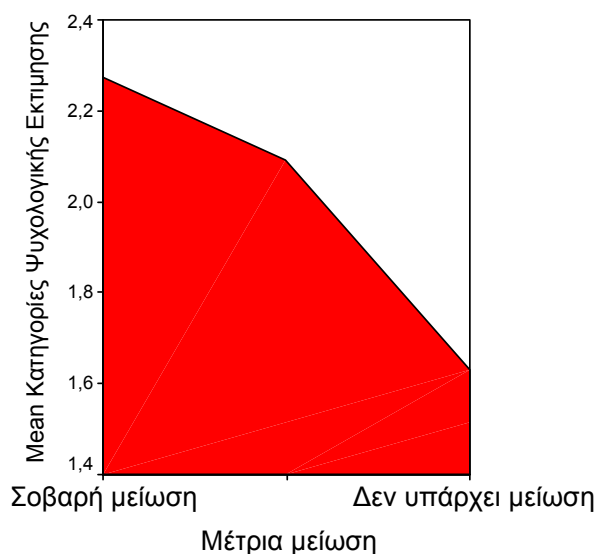
Τέλος παρατηρήθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση $-0,328$ ($p > 0,01$) μεταξύ της συνολικής εκτίμησης ψυχολογικής κατάστασης και της συνολικής εκτίμησης της θρεπτικής κατάστασης δηλαδή όσο μεγαλύτερη μοναξιά αισθάνεται το άτομο, τόσο πιο κακή είναι η θρεπτική του κατάσταση. Η συσχέτιση αυτή έρχεται σύμφωνη με την αρχική μας υπόθεση ότι τα ηλικιωμένα άτομα που εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα μοναξιάς, βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση.

Σύμφωνα με την Παγοροπούλου Α. (2000.) και τον Μάνο Ν., (1997), μερικά συμπτώματα που παρουσιάζει το καταθλιπτικό άτομο είναι, ανηδονία (απώλεια ευχαρίστησης), άγχος και διαταραχή της όρεξης για φαγητό και αυτό εκφράζεται κυρίως με την εμφάνιση ανορεξίας. Γενικά μειώνεται αισθητά η λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς. Επίσης, σύμφωνη με την παραπάνω συσχέτιση έρχεται και το άρθρο των Donini LM, Savina C, Cannella C. (2003), όπου υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη και η γεροντική άνοια που συνδέονται συχνά με την απώλεια ή την επιδείνωση των κοινωνικών δεσμών, είναι κοινά ψυχολογικά προβλήματα στους ηλικιωμένους και σημαντικές αιτίες μείωσης ή απώλειας της όρεξης. Επιπλέον η εξάρτηση από αλκοόλ ή ουσίες, οικονομικοί παράγοντες, η χρήση φαρμάκων και η εμφάνιση ασθενειών μπορούν να προκαλέσουν μείωση της όρεξης, αλλά και δυσαπορρόφηση θρεπτικών ουσιών.

Correlations

			Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης, γαστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης?
	Συνολική εκτίμηση ψυχολογικής κατάστασης.	Συνολική εκτίμηση ψυχολογικής κατάστασης.	
	Pearson Correlation	1	-,333**
	Sig. (2-tailed)	,	,000
	N	150	150
	Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης, γαστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης?	Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλεια όρεξης, γαστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης?	
	Pearson Correlation	-,333**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,
	N	150	150

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



Μειώθηκε η πρόσληψη τροφής τους τελευταίους 3 μήνες

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται αρνητική ισχυρή συσχέτιση του $-0,333$, μεταξύ της συνολικής εκτίμησης της ψυχολογικής κατάστασης και της μειωμένης πρόσληψης τροφής τους τελευταίους 3 μήνες, λόγω απώλειας της όρεξης, γαστρεντερικών διαταραχών, μασητικών προβλημάτων ή προβλημάτων κατάποσης κ.α. Δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία στην κλίμακα UCLA, τόσο μικρότερη είναι η πρόσληψη τροφής, η οποία έρχεται σύμφωνη με την αρχική μας υπόθεση.

Κεφαλαίο 7^ο

Σχολιασμός αποτελεσμάτων πτυχιακής εργασίας και σύγκριση αυτών με άλλα επιστημονικά άρθρα

Παρακάτω γίνονται συγκρίσεις επιστημονικών άρθρων με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, «διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων και πως αυτές επηρεάζονται από τα επίπεδα μοναχικότητας» με σκοπό να διαπιστωθούν τυχόν ομοιότητες ή διαφορές από άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για τους ηλικιωμένους και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν (υγείας, διατροφικά, ψυχολογικά).

Πριν πραγματοποιηθεί η παρούσα έρευνα, έγιναν κάποιες υποθέσεις σχετικά με αυτήν. Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να μελετηθεί η πιθανή συσχέτιση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων με τα προβλήματα υγείας τους, με τα επίπεδα μοναχικότητας που εμφανίζονται σε αυτήν την ηλικία και με την γενικότερη ψυχολογική τους κατάσταση. Διατυπώθηκε λοιπόν η υπόθεση ότι η διατροφή των ηλικιωμένων ατόμων επηρεάζεται ισχυρά από την ψυχολογική τους κατάσταση. Από την διεξαγωγή αυτής της έρευνας και την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι όντως η παραπάνω υπόθεση ισχύει, φάνηκε ότι η διατροφή των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας επηρεάζεται και εξαρτάται από την ύπαρξη ή όχι ψυχολογικών προβλημάτων (π.χ η εμφάνιση κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της όρεξης των ηλικιωμένων για φαγητό και επομένως σε κακή θρέψη αυτών). Άλλη μία υπόθεση που διατυπώθηκε πριν την έρευνα και τελικά ισχύει, είναι ότι η διατροφή των ηλικιωμένων ανθρώπων μπορεί να επηρεαστεί και απ'τα επίπεδα μοναχικότητας τους, διαπιστώθηκε ότι όσο πιο έντονη μοναξιά νιώθουν οι ηλικιωμένοι, τόσο μειωμένη είναι η ποσότητα και η ποιότητα της διατροφής τους. Τα επίπεδα μοναχικότητας με την σειρά τους εξαρτώνται από την κατάσταση διαμονής των ηλικιωμένων. Η αρχική μας υπόθεση ήταν ότι περισσότερη μοναξιά θα αισθάνονται τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στο σπίτι μόνοι τους χωρίς κάποιον συγγενή, διότι αυτά τα άτομα είναι αποξενωμένα από τους άλλους ανθρώπους. Στην συνέχεια υποθέσαμε ότι μετά από τους ηλικιωμένους που ζουν στο σπίτι μόνοι τους, αρκετή μοναξιά θα νιώθουν οι ηλικιωμένοι που ζουν στα γηροκομεία, διότι ναι μεν έχουν άλλους ηλικιωμένους γύρω τους και κάποιους ανθρώπους να τους φροντίζουν αλλά τους λείπουν πολύ οι δικοί τους άνθρωποι και νιώθουν μεγάλο συναισθηματικό κενό. Τέλος, έρχονται οι ηλικιωμένοι που ζουν στο σπίτι με παρέα (συζυγο ή άλλο συγγενή), για τους οποίους υποθέσαμε ότι θα εμφανίζουν τα χαμηλότερα επίπεδα μοναχικότητας.

Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι η διατροφή σχετίζεται με προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους, δηλαδή μια μη ισορροπημένη διατροφή μπορεί να αποτελεί αιτία για την εμφάνιση προβλημάτων υγείας ή την επιδείνωση αυτών εάν ήδη υπάρχουν. Η παραπάνω πρόταση αποτελεί και αυτή μια από τις αρχικές μας υποθέσεις.

Έχει αποδειχθεί ότι το γήρας και η πρόοδος αυτού εξαρτάται από το είδος της διατροφής του ατόμου. Φαίνεται ότι υπάρχουν τροφές όπως, τα φρούτα και τα λαχανικά τα οποία αυξάνουν την μακροβιότητα του ατόμου, αλλά και τροφές, όπως, το λίπος που την μειώνουν. Η αυξημένη κατανάλωση λίπους (πρέπει να αποτελεί περίπου το 30% των συνολικών ημερήσιων θερμίδων) έχει ως συνέπεια την αύξηση βάρους και συνεπώς την ανάπτυξη προβλημάτων υγείας, όπως παραδείγματος χάριν τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η υπερκατανάλωση σε φυτικές ίνες, έχει συσχετισθεί με την εμφάνιση υπέρτασης, διαβήτη, παχυσαρκίας, στεφανιαίας νόσου και καρκίνου του εντέρου. Συνιστάται κατανάλωση 20-25gr φυτικών ινών ημερησίως. Τα φρούτα και τα λαχανικά που προαναφέρθηκαν βοηθούν χάρη στις βιταμίνες που περιέχουν οι οποίες έχουν αντιοξειδωτική δράση και που όπως έχει αποδειχθεί καθυστερούν το γήρας (ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., 2002).

Δυστυχώς οι ηλικιωμένοι φαίνεται να μην τρέφονται σωστά με αποτέλεσμα την κακή εξέλιξη της υγείας τους και την ανάπτυξη ασθενειών. Ηλικιωμένα άτομα που δεν καταναλώνουν τις παραπάνω ποσότητες τροφίμων, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών ελλειμμάτων.

Από έρευνα που διεξήχθη σε 150 ηλικιωμένους στον νομό Ηρακλείου (50 άτομα που μένουν μόνοι τους σε σπίτι, 50 άτομα που μένουν σπίτι με παρέα και 50 άτομα που μένουν σε γηροκομείο), παρατηρήθηκε ότι από τα άτομα που μένουν στο σπίτι μόνα τους, τα περισσότερα έχουν καλή κατάσταση θρέψης και ένα 10 % αυτών δεν σιτίζεται σωστά. Παραλείπει σημαντικά γεύματα της ημέρας και κυρίως δεν καταναλώνει τρόφιμα από όλες τις ομάδες τροφίμων, με φυσικό επακόλουθο την εμφάνιση έλλειψης θρεπτικών συστατικών.

Τα άτομα που δεν ζουν ανεξάρτητα, δηλαδή μένουν σε γηροκομείο ή με παρέα στο σπίτι, βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση. Από τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν σε σπίτι με παρέα, τα περισσότερα καταναλώνουν 2 κύρια γεύματα την ημέρα αλλά όχι από όλες τις ομάδες τροφίμων. Επίσης, οι ηλικιωμένοι που μένουν σε γηροκομείο, τρέφονται περισσότερο σωστά απ' ό,τι οι ηλικιωμένοι των δύο άλλων κατηγοριών. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών, τρώει 3 κύρια γεύματα την ημέρα. Αυτό οφείλεται στην σωστή οργάνωση και λειτουργία του γηροκομείου και των ανθρώπων που φροντίζουν τους ηλικιωμένους μέσα στο ίδρυμα. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων που μένουν σε γηροκομείο, εμφανίζει μειωμένη όρεξη για τροφή και φαίνεται ότι αυτοί οι ηλικιωμένοι δεν προσέχουν ιδιαίτερα την διατροφή τους. Συνεπώς ένα μεγάλο ποσοστό αυτών εμφανίζουν κακή θρέψη (παρόλο που οι άνθρωποι που τους φροντίζουν, τους προσφέρουν τα κύρια γεύματα της ημέρας). Πιθανότατα αυτή η μείωση της όρεξης για φαγητό και επομένως, η όχι καλή θρέψη, να οφείλεται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες (π.χ. αίσθημα έλλειψης των δικών τους ανθρώπων).

Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με την αρχική μας υπόθεση, η οποία ήταν ότι τα άτομα που δεν ζουν ανεξάρτητα θα βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση και τα άτομα που ζουν ανεξάρτητα θα έχουν επίφοβη ή κακή θρέψη.

Πολύτιμη είναι η ίδρυση των οίκων ευγηρίας και των άλλων ιδρυμάτων για τους ηλικιωμένους ανθρώπους. Πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι βρίσκουν στέγη σε αυτά τα ιδρύματα. Οι λόγοι για την εισαγωγή των ηλικιωμένων στα γηροκομεία είναι πολλοί, κάποιοι πηγαίνουν οικιοθελώς, άλλοι όχι.

Από την έρευνα αυτής της πτυχιακής εργασίας παρατηρήθηκε, ότι η αποδοχή των ηλικιωμένων ατόμων να μπου σε γηροκομείο ή όχι, εξαρτάται από το πόσο μοναξιά αισθάνονται, καθώς επίσης και από την ύπαρξη ή όχι συγγενών και φίλων. Οι αναλύσεις που έγιναν έδειξαν ότι η συνολική ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων επηρεάζεται ισχυρά με το αν αυτοί μένουν μόνοι ή με παρέα και έδειξε ότι αυτοί που μένουν μόνοι, αισθάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό μοναξιά από αυτούς που μένουν με παρέα και έτσι μπαίνουν ευκολότερα σε γηροκομείο. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Russell D.W., Cutrona C.E., De La Mora A., Wallace R.B., (1997), η οποία εξέτασε τη σχέση μεταξύ της μοναξιάς και της επιθυμίας των ηλικιωμένων να μείνουν σε γηροκομείο. Από αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε ότι όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα μοναχικότητας, τόσο πιο εύκολα αποδέχονται οι ηλικιωμένοι να μπου σε γηροκομείο. Αυτή η επιρροή της υψηλής μοναξιάς στην αποδοχή των ηλικιωμένων να εισαχθούν στα γηροκομεία, συσχετίστηκε και με άλλες μεταβλητές, όπως είναι, η ηλικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα, το μορφωτικό και διανοητικό επίπεδο, η φυσική υγεία, και οι κοινωνικές επαφές.

Τα τελευταία χρόνια οι επιστήμονες ασχολούνται με τις συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων στα γηροκομεία και στα άλλα ιδρύματα.

Ο Charman IM. (2007), μελέτησε την κατάσταση διατροφής των ηλικιωμένων στα γηροκομεία. Στο άρθρο του αναφέρει ότι η ηλικία συνδέεται φυσιολογικά με μειωμένη πρόσληψη τροφής, η οποία οδηγεί σε δυσμενή προβλήματα υγείας. Τονίζει ότι ο υποσιτισμός συναντάται πολύ συχνά στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας ή άλλα ιδρύματα.

Οι συγγραφείς Birkemose, A., Kofod, J. (2004) αναφέρουν μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Δανία, κατά την διεξαγωγή της οποίας μελετήθηκε η κατάσταση θρέψης και η εμφάνιση του υποσιτισμού ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σε οίκους ευγηρίας. Εξετάστηκε λοιπόν η διατροφή αυτών των ηλικιωμένων. Σε αυτή την μελέτη, υποστηρίχθηκε ότι ένας νέος τύπος οίκου ευγηρίας, με καλύτερες συνθήκες διαβίωσης για τους ηλικιωμένους, θα βελτιώνει την θρεπτική τους κατάσταση. Ο στόχος αυτής της εργασίας ήταν να εξεταστεί η γενική υπόθεση ότι (I) οι ηλικιωμένοι εκτιμούν την διατροφή που τους παρέχεται σε αυτούς τους οίκους ευγηρίας και (II) η θρεπτική κατάσταση των ατόμων βελτιώνεται σε αυτόν τον τύπο οίκου ευγηρίας. Αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις Δανικούς οίκους ευγηρίας, σε διάφορες περιοχές της Δανίας. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, ποιοτικές συνεντεύξεις και παρατηρήσεις σε αυτούς τους τέσσερις οίκους ευγηρίας σε συνδυασμό με τη μέτρηση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) σε δύο από τους τέσσερις οίκους ευγηρίας. (Ο υποσιτισμός ορίζεται ως ένα BMI κάτω από 19). Η μελέτη δεν μπόρεσε να επιβεβαιώσει τη γενική υπόθεση, δεδομένου ότι δεν βρέθηκε βελτίωση στην διατροφή των ηλικιωμένων στους οίκους ευγηρίας που μελετήθηκαν και επομένως στην κατάσταση θρέψης τους. Βρέθηκε όμως μια ένδειξη βελτιωμένης θρεπτικής κατάστασης σε δύο από τους οίκους ευγηρίας όπου ο βαθμός υποσιτισμού ήταν χαμηλότερος από ότι γενικά στους άλλους οίκους ευγηρίας στην Δανία.

Ένα ακόμη άρθρο υποστηρίζει ότι στους οίκους ευγηρίας υπάρχει μεγάλος κίνδυνος υποσιτισμού (πρωτεϊνο-ενεργειακή δυσθρεψία), λόγω του ότι αυτός συνδέεται άμεσα με την επιδείνωση των συνθηκών υγιεινής, τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα, και κυρίως με τη μοναξιά των ηλικιωμένων ατόμων που κατοικούν στα γηροκομεία, όπου υπάρχουν πολλοί περιορισμοί, οι οποίοι συμβάλλουν στην μειωμένη κατανάλωση τροφίμων. Για να καθοριστεί ο χρόνιος υποσιτισμός χρησιμοποιήθηκε σαν μέτρο, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ.) (Challa S, Sharkey JR, Chen M, Phillips CD., 2007). Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι ο ΔΜΣ που στα νεότερα άτομα αποτελεί ένα αξιόπιστο δείκτη του βαθμού παχυσαρκίας, στα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να αξιολογηθεί διαφορετικά, λόγω της ελάττωσης της μυϊκής μάζας, των ενεργειακών αναγκών και της φυσικής δραστηριότητας. Το μεγαλύτερο ποσοστό της πλεονάζουσας ενέργειας που προσλαμβάνεται με τη διατροφή αποθηκεύεται ως λιπώδης ιστός. Επίσης η θετική συσχέτιση του αυξανόμενου δείκτη μάζας σώματος με την συνολική θνησιμότητα και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η οποία παρατηρείται στα νεότερα άτομα, φαίνεται να εξασθενεί με την ηλικία, ενώ η μείωση του ΔΜΣ στους ηλικιωμένους αποτελεί, δείκτη υποθρεψίας, σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη θνησιμότητα. (Κατσιλάμπρος, Ν. 2006)

Όσον αφορά στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε κάποιος μικρός βαθμός υποσιτισμού στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε γηροκομεία. Αυτό όμως εξαρτάται από το κάθε γηροκομείο αλλά κυρίως από την ψυχολογική και γενική κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων (μείωση όρεξης λόγω ψυχολογικών προβλημάτων, προβλήματα μάζησης, δυσανεξίες κ.τ.λ.).

Μία άλλη κατηγορία ηλικιωμένων είναι αυτοί που μένουν στο σπίτι τους μόνοι, χωρίς παρέα.

Υποστηρίζεται ότι αυτά άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για υποσιτισμό για το λόγο ότι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα κατανάλωσης μιας μόνο κατηγορίας τροφίμων, εκείνης που ικανοποιεί καλύτερα τις ανάγκες του ατόμου. Επίσης παρατηρείται ότι σε μεγαλύτερο κίνδυνο υποσιτισμού βρίσκονται τα ηλικιωμένα άτομα που στερούνται την πρόσβαση τροφίμων λόγω ένδειας, όπως επίσης και λόγω της ανικανότητας του ατόμου να εκτελεί τις απαραίτητες καθημερινές εργασίες για την σίτιση του. Όλα αυτά έχουν παρατηρηθεί στα ηλικιωμένα άτομα που είναι άπορα, ζουν απομονωμένα και μένουν μόνα στο σπίτι (Roe, D.A., 1990).

Αντίθετα, στην παρούσα μελέτη δεν έχει αποδειχθεί αυτό που υποστηρίζεται από το παραπάνω άρθρο, ότι τα άτομα δηλαδή που μένουν μόνα στο σπίτι έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποσιτισμού. Έχει βρεθεί ότι οι ηλικιωμένοι που μένουν στο γηροκομείο παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό υποθρεψία ή βρίσκονται σε κίνδυνο υποθρεψίας σε σχέση με τους ηλικιωμένους που μένουν μόνοι τους.

Τέλος, οι ηλικιωμένοι που μένουν σε σπίτι με τον/την σύντροφο τους ή άλλη παρέα, φαίνεται να έχουν καλή θρεπτική κατάσταση σε σχέση με τις δυο προαναφερθέντες ομάδες.

Σε αντίθεση έρχεται και ένα άλλο αποτέλεσμα που προκύπτει από την συγκεκριμένη έρευνα, ότι, η κατάσταση της υγείας του ατόμου δεν δείχνει να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που προκαλεί κακή ψυχολογική κατάσταση. Παρουσιάζονται μη σημαντικά ποσοστά μεταξύ των απαντήσεων που δόθηκαν από τα άτομα που βρίσκονται σε καλή και κακή ψυχολογική κατάσταση, στην ερώτηση, «πως εκτιμάτε την κατάσταση της υγείας σας σε σύγκριση με τα άλλα άτομα της ηλικίας σας».

Όσον αφορά τις τροφές που καταναλώνουν, οι ηλικιωμένοι και των τριών ομάδων, παρουσιάζουν μειωμένη πρόσληψη πρωτεϊνών τροφών (κρέας, πουλερικά, ψάρι, γαλακτοκομικά κ.α.) κυρίως λόγω ακρίβειας των συγκεκριμένων προϊόντων. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών είναι μεγαλύτερη από τους ηλικιωμένους που μένουν στο σπίτι με παρέα σε σχέση με τους ηλικιωμένους των άλλων δύο ομάδων.

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε Αμερική και Βραζιλία, μελέτησαν τις ευεργετικές δράσεις των φρούτων και των λαχανικών και το ποσοστό κατανάλωσης αυτών των τροφίμων από τους κατοίκους. Όσον αφορά στην Αμερική, (Casagrande SS, Wang Y, Anderson C, Gary TL, 2007) διαπιστώθηκε ότι η επαρκής κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για χρόνιες παθήσεις. Από την συμπλήρωση κάποιων ερωτηματολογίων 24ώρης κατανάλωσης τροφίμων από τους Αμερικανούς, διαπιστώθηκε μικρή κατανάλωση σε φρούτα και λαχανικά και δεν παρατηρήθηκε καμία αύξηση στην κατανάλωση κατά τα έτη 1999-2002.

Στην Βραζιλία οι Jaime PC, Monteiro CA. (2005) πραγματοποίησαν μελέτη για την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στους ενήλικους και εξέτασαν την επιρροή των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών στην κατανάλωση αυτών των τροφίμων. Παρατηρήθηκε μέτρια κατανάλωση φυτικών τροφών και διαπιστώθηκε ότι αυτή η κατανάλωση επηρεάζεται σημαντικά από το χαμηλό εισόδημα και την χαμηλή εκπαίδευση. Ακόμη παρατηρήθηκε μεγαλύτερη κατανάλωση στις αστικές περιοχές παρά στις αγροτικές κοινότητες.

Μία σχετική έρευνα πραγματοποιήθηκε και στην Ελλάδα, (Trichopoulou A, Kouris-Blazos A, Vassilakou T, και συνεργάτες, 1995) όπου έγινε σύγκριση της κατανάλωσης τροφίμων τα τελευταία χρόνια σε σχέση με παλαιότερες εποχές. Παρατηρήθηκε αύξηση κατανάλωσης λίπους και κρέατος, μέτρια κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και μειωμένη κατανάλωση ψωμιού και δημητριακών.

Όσο περνούν τα χρόνια και οι άνθρωποι μεγαλώνουν, συναντώνται συχνά φαινόμενα όπως μείωση της όρεξης για κατανάλωση τροφής, έως και περιστατικά νευρογενούς

ανορεξίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους λόγους. Για την ελάττωση της όρεξης οφείλονται κυρίως οι ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας. Σε αυτές περιλαμβάνονται η αύξηση της δραστηριότητας της χολοκιστοκινίνης, της λεπτίνης και ποικίλων κιτοκινών καθώς επίσης και η μείωση της δραστηριότητας της τεστοτερόνης, ουσίες που ρυθμίζουν την όρεξη και το αίσθημα της πείνας (Charman McPhee I. 2004). Υπάρχουν και φυσιολογικοί παράγοντες που προδιαθέτουν την ανορεξία και περιλαμβάνουν τις αλλαγές στην προτίμηση των τροφών, την μείωση ικανότητας οσμής και γεύσης, την δυσκολία της πέψης των τροφών κ.α. (MorleyJE. 2001, Hays.P.N., RobertsB.S. 2006).

Επίσης, παράγοντες όπως η ένδεια, η μοναξιά, και η κοινωνική απομόνωση αποτελούν βασικές αιτίες για μειωμένη πρόσληψη τροφής στους ηλικιωμένους. Η κατάθλιψη και η γεροντική άνοια που συνδέονται συχνά με την απώλεια ή την επιδείνωση των κοινωνικών δεσμών, είναι κοινά ψυχολογικά προβλήματα στους ηλικιωμένους και σημαντικές αιτίες μείωσης ή απώλειας της όρεξης. Επιπλέον η εξάρτηση από αλκοόλ ή ουσίες, οικονομικοί παράγοντες, η χρήση φαρμάκων και η εμφάνιση ασθενειών μπορούν να προκαλέσουν μείωση της όρεξης, αλλά και δυσαπορρόφηση των θρεπτικών ουσιών (Donini LM, Savina C, Cannella C. 2003).

Στην συγκεκριμένη έρευνα παρατηρήθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μειωμένης πρόσληψης τροφής και της θρεπτικής κατάστασης. Δηλαδή, όσο επιβαρύνεται η θρεπτική κατάσταση των ατόμων, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό αυτών που παρουσιάζει σοβαρή ή μέτρια μείωση στην πρόσληψη τροφής, λόγω απώλειας όρεξης ή άλλων προβλημάτων υγείας.

Σύμφωνα με τον Charman McPhee I. (2004), η πρόσληψη τροφής αλλάζει με την πάροδο της ηλικίας, η οποία οδηγεί στην «φυσιολογική ανορεξία της γήρανσης». Η μείωση της όρεξης και της πρόσληψης τροφής με τη φυσιολογική πάροδο της ηλικίας προδιαθέτουν την εμφάνιση της θρέψης κάτω από το φυσιολογικό όριο. Η μη φυσιολογική θρέψη είναι κοινή στους ηλικιωμένους ανθρώπους και έχει ως επίπτωση την εμφάνιση και την πρόοδο χρόνιων ασθενειών όπως επίσης και την αύξηση της θνησιμότητας.

Επίσης υποστηρίζεται ότι η δυνατότητα να αφομοιωθούν, να απορροφηθούν, να μεταβολιστούν και να εκκριθούν οι θρεπτικές ουσίες ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας, παρόλο που αυτή η διαδικασία διαφέρει από οργανισμό σε οργανισμό (Huffman, G.B., Brooke G. & Spring SM., 2002). Η παρούσα έρευνα, υποστηρίζει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μειωμένης πρόσληψης τροφής και της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου, αφού παρατηρείται ότι τα άτομα που βρίσκονται σε κακή ψυχολογική κατάσταση παρουσιάζουν μέτρια ή σοβαρή μείωση στην πρόσληψη τροφής, λόγω απώλεια όρεξης ή άλλων προβλημάτων, σε αντίθεση με τα άτομα που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση τα οποία δεν παρουσιάζουν μειωμένη πρόσληψη.

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ότι η πρόσληψη υγρών δεν επηρεάζει τη θρέψη του ατόμου, υπάρχει ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που βρίσκεται σε κακή θρέψη και καταναλώνει υγρά σε αυξημένη ποσότητα, παρόμοιο ποσοστό με αυτό που υπάρχει στα άτομα με καλή θρεπτική κατάσταση. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με έρευνες που υποστηρίζουν ότι με την πάροδο της ηλικίας παρουσιάζεται μια φυσιολογικά μειωμένη αίσθηση της δίψας και αυτό έχει σαν συνέπεια την πιθανή εμφάνιση αφυδάτωσης. Ο κύριος παράγοντας για την ρύθμιση της ενυδάτωσης του οργανισμού είναι το αίσθημα της δίψας. Η αφυδάτωση είναι η πιο κοινή αιτία διαταραχής υγρών και ηλεκτρολυτών στους ηλικιωμένους και μπορεί να προκληθεί από την μειωμένη αίσθηση δίψας, από φάρμακα και καθαρτικά. Ο μηχανισμός της δίψας μπορεί να επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό και από τις συνθήκες του περιβάλλοντος, δηλαδή από την υψηλή θερμοκρασία και υγρασία όπου αυξάνουν τις άδηλες απώλειες, από την αναπνοή και τον ιδρώτα, έχοντας σκοπό τη διατήρηση της θερμοκρασίας του οργανισμού και της καλύτερης

λειτουργίας του (Carnevali D., Patrick M. 1979, , ICN 1992, Heikkinen E. 1983, Henderson V., 1960 & Garrett G., 1984, Καστενμπάουμ P., 1980).

Η συγκεκριμένη έρευνα υποστηρίζει ότι τα διατροφικά προβλήματα επηρεάζουν την θρέψη του ατόμου. Στα υπό μελέτη άτομα τέθηκε η ερώτηση «εάν ο ίδιος θεωρεί ότι έχει κάποιο πρόβλημα διατροφής» και από τις απαντήσεις που δόθηκαν παρατηρήθηκε ότι από τα άτομα που έχουν κακή θρεπτική κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών παρουσιάζει σοβαρό διατροφικό πρόβλημα ή δεν γνωρίζει αν έχει κάποιο πρόβλημα, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό των ατόμων αυτών δεν θεωρεί ότι έχει πρόβλημα με την διατροφή του. Αντίθετα από τα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση, όλα σχεδόν δεν θεωρούν ότι έχουν κάποιο διατροφικό πρόβλημα.

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι τα διατροφικά προβλήματα που παρουσιάζονται μπορούν να επηρεάσουν την θρεπτική κατάσταση των ατόμων.

Ακόμη υποστηρίζεται ότι η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου επηρεάζει τα διατροφικά προβλήματα που παρουσιάζονται. Τα άτομα που έχουν έντονη αίσθηση μοναξιάς και ίσως να εμφανίζουν και κατάθλιψη, παρουσιάζουν σοβαρό διατροφικό πρόβλημα, σε αντίθεση με τα άτομα που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, τα οποία δεν θεωρούν ότι έχουν κάποιο διατροφικό πρόβλημα

Σύμφωνα με τα παρακάτω στοιχεία, τα προαναφερθέντα συμπεράσματα επαληθεύονται. Μερικά από τα διατροφικά προβλήματα που εμφανίζονται στα άτομα τρίτης ηλικίας, και επηρεάζουν την θρέψη τους, είναι η νευρογενής ανορεξία, η νευρογενής βουλιμία, η απώλεια όρεξης, η παχυσαρκία, η πρωτεϊνοθερμιδική δυσθρεψία, η διατροφική δυσανεξία, η υπερβιταμίνωση, η υποβιταμίνωση, η ανεπάρκειες ιχνοστοιχείων και μετάλλων, και τέλος η σιδηροπενική αναιμία. Σε αντίθεση με τα πιο κάτω στοιχεία έρχεται το συμπέρασμα ότι τα η λήψη πρωτεϊνών δεν επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, υπάρχει μικρή συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο.

- Η Νευρογενής ανορεξία, ανήκει στις διαταραχές λήψης τροφής και προκαλεί απίσχανση, μέσω εκούσιας αποχής από την τροφή και έντονο φόβο ότι το άτομο θα γίνει παχύσαρκο ακόμη και όταν είναι κάτισχυο. Θεωρείται ψυχολογική διαταραχή διότι τα βαθύτερα αίτια της προέρχονται από ψυχολογικά προβλήματα. Η νευρογενής ανορεξία παρατηρείται σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία υποφέρουν από μοναξιά, κατάθλιψη, απομονώνονται κοινωνικά και δείχνουν άρνηση στο να εκφράσουν τα συναισθήματα τους. Όταν εμφανίζεται στα άτομα τρίτης ηλικίας είναι περισσότερο θανάσιμη, απ' ότι όταν εμφανίζεται σε άλλες ηλικίες, αποτελώντας το 78% όλων των θανάτων που σχετίζονται με την συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή. Ο υποσιτισμός συναντάται πολύ συχνά στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας και σε άλλα ιδρύματα. (Chapman IM. 2007).

Η ανορεξία στους ηλικιωμένους μπορεί να αντιπροσωπεύσει όχι μόνο διαταραχές στη λήψη θερμίδων αλλά και στην πρόσληψη και απορρόφηση μακροθρεπτικών (υδατάνθρακες, πρωτεΐνες, λίπη) και μικροθρεπτικών συστατικών (βιταμίνες, μέταλλα, ιχνοστοιχεία). Η υπερβολική κατανάλωση υδατάνθρακα σε βάρος της πρωτεΐνης χαρακτηρίζει μερικές ήπιες καταθλιπτικές διαταραχές και μπορεί να οδηγήσει σε μια ανεπαρκή πρωτεϊνική λήψη στα ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από τέτοιες διαταραχές. Στα άτομα αυτά πολύ συχνά συναντάται έλλειψη σε ασβέστιο, έτσι παρατηρείται ευαισθησία των οστών, δηλαδή γίνονται περισσότερο εύθραυστα. (Wurtman JJ. 1988).

- Η απώλεια όρεξης είναι ακόμα μια σοβαρή διατροφική διαταραχή, η ασθένεια αυτή έχει σαν πρώτη συνέπεια την μείωση βάρους και κατ' επέκταση συνδέεται με αυξανόμενη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η αύξηση της ηλικίας επηρεάζει πολλούς από τους ενδοκρινείς παράγοντες που περιλαμβάνονται στον έλεγχο της όρεξης και στη λήψη τροφής. Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί σε ανθρώπους για να αποσαφηνίσουν αυτές τις αλλαγές που αποτελούν πιθανές ορμονικές αιτίες για την ανορεξία στη μεγάλη ηλικία, σε

αυτές τις αιτίες συμπεριλαμβάνονται η αύξηση της δραστηριότητας της χολοκιστοκινίνης, της λεπτίνης και ποικίλων κιτοκινών καθώς επίσης και η μείωση της δραστηριότητας της τεστοστερόνης. (Chapman McPhee I. 2004) Η ακούσια απώλεια βάρους που παρατηρείται συχνά στους ηλικιωμένους, μπορεί να εμφανίσει μεγάλο κίνδυνο για μολύνσεις, μπορεί να οδηγήσει στην αποδυνάμωση των μυών, στην κατάθλιψη και σε άλλες σοβαρές ασθένειες, ακόμη και στο θάνατο. (Huffman, G.B., Brooke G. & Spring SM., 2002).

- Η παχυσαρκία μπορεί να παρουσιαστεί συχνά σε άτομα τρίτης ηλικίας και στα δυο φύλα και μειώνει την ποιότητα και τη διάρκεια ζωής. Είναι πολυπαραγοντική νόσος και αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη αιτία θανάτου. Οι πιο συχνές παθήσεις που συνδέονται με την παχυσαρκία είναι αυτές της καρδιάς. Στα καρδιαγγειακά νοσήματα ανήκουν, η στεφανιαία νόσος, τα εγκεφαλικά επεισόδια και οι περιφερειακές καρδιοπάθειες. Για την εμφάνιση αυτών, σημαντικό ρόλο έχουν κάποιοι προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως η ηλικία και η μη ισορροπημένη διατροφή που έχει σαν συνέπεια την δυσλιπιδαιμία, την υπέρταση, τον διαβήτη, την παχυσαρκία και το κάπνισμα.

- Η βουλιμία δεν συναντάται συχνά στους ηλικιωμένους αλλά όταν εμφανιστεί οφείλεται συνήθως σε ψυχογενή αίτια που σχετίζονται με άγχος, έλλειψη αυτοσεβασμού, απαισιοδοξία, μοναξιά και κατάθλιψη. Να σημειωθεί ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες ακόμη που να ασχολούνται με το συγκεκριμένο θέμα και έτσι δεν υπάρχουν έγκυρες πηγές που να αποδεικνύουν αν υπάρχει πιθανή συσχέτιση μεταξύ τρίτης ηλικίας και εμφάνισης βουλιμίας. (Μόρτογλου Τ., Μόρτογλου Κ., 2002).

- Ένα βασικό αποτέλεσμα του υποσιτισμού είναι η πρωτεϊνο-θερμιδική δυσθρεψία. Τα άτομα αυτά παίρνουν κάποιο ποσοστό θερμίδων και πρωτεϊνών αλλά όχι την απαραίτητη ποσότητα που απαιτείται για την κάλυψη των αναγκών τους. Επιπλέον δεν παίρνουν και τα απαραίτητα θρεπτικά στοιχεία (βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και μέταλλα). Πρωτεϊνο-θερμιδική δυσθρεψία μπορεί να εμφανιστεί και λόγω κάποιων προβλημάτων υγείας που εξελίσσονται φυσιολογικά στο σώμα με την πάροδο της ηλικίας. Ακόμη, μπορεί να συμβεί και λόγω μειωμένης απορρόφησης θρεπτικών στοιχείων με την λήψη αλκοόλ, φαρμάκων ή άλλων ιατρογενών παραγόντων (π.χ εγχειρήσεις) (Παπανικολάου, Γ., 2002). Ο πρωτεϊνικός- ενεργειακός υποσιτισμός (PEM), περιλαμβάνει τον μαρασμό (marasmus), το kwashiorkor, και τις ενδιάμεσες καταστάσεις αυτών. Ο μαρασμός χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή λήψη θερμίδων και πρωτεϊνών, ενώ το kwashiorkor από μέτρια έλλειψη θερμίδων και σοβαρή έλλειψη πρωτεϊνών.

Να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι η πρωτεΐνη αποτελεί δείκτη θρεπτικής κατάστασης. Χρησιμοποιείται κυρίως για περιπτώσεις όπου υπάρχει πρωτεϊνική ανεπάρκεια (Courtney 2005).

- Συχνό είναι το φαινόμενο της δυσανεξίας σε κάποια ένζυμα, με αποτέλεσμα τα άτομα να αποφεύγουν την κατανάλωση κάποιων τροφίμων. Αυξημένο είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που εμφανίζουν δυσανεξία στη λακτόζη, ένζυμο το οποίο συναντάται στο γάλα. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελαττωμένη χρήση του γάλακτος, με αποτέλεσμα να υπάρχει χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου που πιθανά να οδηγήσει σε οστεοπόρωση (Moore MC. 2000).

- Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν ανεπάρκειες ιχνοστοιχείων και μετάλλων λόγω τροποποιημένων διατροφικών και διαιτητικών συνηθειών, καθώς επίσης και λόγω χρήσης φαρμάκων ή λόγω ύπαρξης ασθενειών που εμποδίζουν την απορρόφηση αυτών (Ekmekecioglu, C., 2001). Η πρόσληψη μαγνησίου, ψευδαργύρου, σεληνίου, σιδήρου και χρωμίου είναι μειωμένη σε σχέση με τις ημερήσιες τιμές αναφοράς (Gennari, C., 2001).

- Η έλλειψη σιδήρου προκαλεί δυσκολία στην αναπνοή, ατονία του δέρματος, φτωχή όραση και μνήμη, ανωμαλίες στους ρυθμούς της καρδιάς κ.α. Αυτά είναι μερικά από τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα ηλικιωμένα άτομα. Μεγάλες πιθανότητες για

εμφάνιση σιδηροπενικής αναιμίας έχουν τα ηλικιωμένα άτομα γιατί συχνά υποσιτιζονται, λόγω χαμηλού εισοδήματος δυσκολεύονται να προμηθευτούν τροφές πλούσιες σε σίδηρο όπως το κόκκινο κρέας καθώς και λόγω του ότι έχουν μειωμένη όρεξη ή ακολουθούν διατροφή φτωχή σε κόκκινο κρέας και συνεπώς οδηγούνται σε διατροφικές αναιμίες. (Μανιός Γ., 2006, Κυσταθιάδης Π., 1999).

- Η υποβιταμίνωση, καθώς και η υπερβιταμίνωση ενέχει κινδύνους. Η διαιτητική στέρηση της βιταμίνης (υποβιταμίνωση) θα έχει ως αρχικό αποτέλεσμα την εμφάνιση εργαστηριακών και στη συνέχεια, κλινικών ευρημάτων. Συνήθης εμφάνιση υποβιταμίνωσης παρατηρείται κυρίως από τις βιταμίνες Α, Ε, Κ Β12, στο φολλικό οξύ, από βιταμίνη C και D. (Μόρτογλου, Τ., Μόρτογλου, Κ., 2002).

- Αντίθετα, η υπερβολική χορήγηση βιταμινών (υπερβιταμίνωση), και κυρίως λιποδιαλυτών βιταμινών Α, D, Ε και Κ προκαλεί τοξικότητα στον οργανισμό εξαιτίας της ικανότητάς τους να αποθηκεύονται στο λιπώδη ιστό. Για τις υδατοδιαλυτές βιταμίνες, τοξικότητα παρατηρείται μόνο σε πάρα πολύ υψηλές δόσεις, επειδή η περίσσεια των βιταμινών αυτών δεν κατακρατείται από τον οργανισμό αλλά αποβάλλεται με τα ούρα. (Ζερφυρίδης, Κ.,Γ. 1998, Παπανικολάου Γ. 2002, Oberbeil, Κ. 2001, Οικονόμου, Ε).

Η παρούσα έρευνα υποστηρίζει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της μειωμένης πρόσληψης τροφής, του ισορροπημένου βάρους και της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου.

Παρατηρείται ότι τα άτομα που έχουν χαμηλή κοινωνική ικανοποίηση, βρίσκονται σε κακή ψυχολογική κατάσταση και εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα μοναξιάς. Αυτά είναι τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι ή στο γηροκομείο, τα οποία παρουσιάζουν μέτρια ή σοβαρή μείωση στην πρόσληψη τροφής, λόγω απώλειας όρεξης ή άλλων προβλημάτων υγείας (π.χ. η τυχόν ύπαρξη κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσει σε νευρογενή ανορεξία), σε αντίθεση με τα άτομα που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση τα οποία δεν παρουσιάζουν μειωμένη πρόσληψη τροφής.

Παρατηρήθηκε ακόμη, ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων που νιώθουν έντονη μοναξιά, είναι παχύσαρκα. Φαίνεται δηλαδή ότι τόσο η νευρογενής ανορεξία όσο και η παχυσαρκία, σχετίζονται άμεσα με την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων. Έτσι, επιβεβαιώνεται η αρχική μας υπόθεση, ότι τα άτομα που αισθάνονται μοναξιά, παραμελούν τον εαυτό τους και δεν ενδιαφέρονται για το σωματικό τους βάρος και συνεπώς για την υγεία τους.

Επίσης παρατηρείται ότι η σωστή λήψη τροφής σχετίζεται ισχυρά με την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Τα άτομα που βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση λαμβάνουν στην πλειοψηφία τους 3 πλήρη γεύματα την ημέρα, σε αντίθεση με τα άτομα που βρίσκονται σε κακή ψυχολογική κατάσταση τα οποία λαμβάνουν 2 πλήρη γεύματα τη ημέρα.

Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση σε μεγάλο ποσοστό παρουσιάζουν σοβαρή άνοια, ενώ τα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση και σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση δεν παρουσιάζουν σοβαρή άνοια. Έτσι η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ άνοιας και θρεπτικής κατάστασης των ατόμων.

Αντίθετα, φαίνεται να μην υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και στην άνοια, στην οξεία νόσο και στο ψυχολογικό stress. Το αποτέλεσμα αυτό ίσως να οφείλεται στη μη ειλικρινή απάντηση των ερωτηθέντων ατόμων. Πιθανόν τα άτομα αυτά να μην είχαν πλήρη κατανόηση στο τι σημαίνει οξεία νόσος ή ψυχολογικό stress. Να σημειωθεί επίσης και το γεγονός ότι δεν υπήρχε σωστή συνεννόηση με ένα μεγάλο ποσοστό των ατόμων αυτών λόγω ψυχολογικών προβλημάτων και άνοιας.

Ο Engram, Β. (2001) αναφέρει σε ένα άρθρο του ότι τα αρχικά συμπτώματα της άνοιας

είναι τόσο ήπια ώστε πολλές φορές περνούν απαρατήρητα τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από την οικογένεια του, ενώ στα τελευταία στάδια της νόσου είναι έντονος ο αποπροσανατολισμός, τα ψυχωτικά συμπτώματα, η έντονη οξυθυμία και η ανικανότητα να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα στον εαυτό του (σίτιση, απώλεια ικανότητας ομιλίας και κίνησης, λήθαργος, κώμα, θάνατος όπου συνήθως επέρχεται από λοίμωξη, υποσιτισμός και αφυδάτωση).

Κάποια στοιχεία έχουν δείξει ότι η ανικανότητα κίνησης του ατόμου συνδέεται με την κακή θρέψη. Σύμφωνα με τους Ferrucci L., Guralnik, J.M., Buchner, D., και συν. (1997) και Masellis, M., D'Aggra, N. & Napoli, B., (1995) στα ηλικιωμένα άτομα υπάρχει μείωση της φυσικής δραστηριότητας που οφείλεται στις εκφυλιστικές ασθένειες των αρθρώσεων και σε ανωμαλίες ή επιβαρύνσεις από το καρδιοαναπνευστικό σύστημα. Πολλά ηλικιωμένα άτομα ταλαιπωρούνται με προβλήματα αρθρίτιδας και μείωση της όρασης, παράγοντες που μπορούν να καταστήσουν δύσκολη την προετοιμασία των φαγητών ή την αγορά των προϊόντων. Γενικά τα άτομα αυτά έχουν μειωμένη ικανότητα πραγματοποίησης των βασικών καθημερινών δραστηριοτήτων (ADL) και εμφανίζουν δυσκολία στην αυτόφροντίδα τους (Huffman, G.B., Brooke G. & Spring SM., 2002).

Ερευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Ayis, S. Gooberman-Hill, R. Bowling, A. Ebrahim, S., (2006) εξέτασε την μειωμένη κινητικότητα των ηλικιωμένων και τους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτή. Οι συμμετέχοντες ήταν 531 ηλικιωμένοι και των δύο φύλων, ηλικίας 65 ετών και άνω οι οποίοι δέχτηκαν να απαντήσουν στα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια που τους δόθηκαν. Οι ερωτήσεις αφορούσαν κυρίως την ικανότητα των ηλικιωμένων να περπατήσουν λίγα μέτρα, να ανεβοκατέβουν σκαλοπάτια και να πάνε στη στάση για να πάρουν λεωφορείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι που είχαν προβλήματα ακοής, απώλειας ελέγχου, μειωμένη λειτουργική αλλά και γνωστική ικανότητα, όπως επίσης και ψυχολογικά προβλήματα, παρουσίαζαν έντονη πτώση κινητικότητας και αυτό με τη σειρά του προκαλούσε επιδείνωση της γενικότερης κατάστασης της υγείας τους.

Σε ένα άρθρο του ο Drageset, J. (2004) αναφέρει μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε έχοντας σαν στόχο να εξετασθεί η σχέση μεταξύ της ικανότητας του ατόμου να εκτελεί τις βασικές του καθημερινές δραστηριότητες (ADL) για την διαβίωση του, την κοινωνική επαφή με συγγενείς, φίλους και γείτονες και κατά πόσο εμφανίζει κοινωνική μοναξιά. Στην έρευνα συμμετείχαν 113 ηλικιωμένα άτομα που διέμεναν σε οίκους ευγηρίας. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν παρουσίασαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εξάρτησης του περιβάλλοντος στην πραγματοποίηση των βασικών καθημερινών δραστηριοτήτων και του χαμηλού επιπέδου κοινωνικής μοναξιάς. Επίσης παρουσιάστηκε μια σημαντική επίδραση μεταξύ της κοινωνικής επαφής με τα παιδιά, τα εγγόνια και του χαμηλού επιπέδου κοινωνικής μοναξιάς.

Επίσης, ο Drageset, J. (2000) αναφέρει ότι έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο του Bergen, εξετάζει τις συσχετίσεις μεταξύ των καθημερινών δραστηριοτήτων που είναι απαραίτητες για την διαβίωση του ατόμου, της επαφής με το κοινωνικό δίκτυο και της μοναξιάς που παρατηρείται στους κατοίκους των γηροκομείων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σχεδόν οι μισοί από τους ηλικιωμένους που μένουν σε γηροκομείο, εξαρτώνται σχεδόν για όλες τους τις δραστηριότητες (ADL) από τους νοσηλευτές. Σχεδόν οι μισοί από τους εναγόμενους εμφάνιζαν συχνά μοναξιά. Επιπλέον η συχνή επαφή με τα παιδιά, τα εγγόνια και τους φίλους, παίζει σημαντικό ρόλο στην μείωση της κοινωνικής μοναξιάς. Το γενικό συμπέρασμα που βγαίνει είναι ότι το ADL και η επαφή με το κοινωνικό δίκτυο είναι προφητικά για ένα χαμηλό επίπεδο κοινωνικής μοναξιάς.

Στην παρούσα έρευνα, τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι και απάντησαν ότι έχουν την ικανότητα να κινηθούν και να κάνουν καθημερινές δραστηριότητες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς από τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν στο γηροκομείο, όπου εκεί εκτελούνται από το προσωπικό σχεδόν όλες τους οι δραστηριότητες (ADL) και έχουν και χαμηλότερο κοινωνικό δίκτυο σε σχέση με τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι. Διαπιστώθηκε ακόμα ότι τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι ή μένουν σε γηροκομείο και ως επί το πλείστον είναι μακριά από τα παιδιά και τα εγγόνια τους, παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο κοινωνικής μοναξιάς, ενώ αντίθετα τα άτομα που μένουν κοντά στα παιδιά τους και έχουν συχνή επαφή με αυτά αλλά και με τα εγγόνια τους παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικής μοναξιάς. Επίσης υποστηρίζεται ότι τα κινητικά προβλήματα δεν επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την αρχική μας υπόθεση καθώς και με τα προαναφερθέντα άρθρα.

Συχνό είναι το φαινόμενο των ψυχολογικών διαταραχών και ιδιαίτερα της κατάθλιψης το οποίο συναντάται πολύ συχνά στους ηλικιωμένους ανθρώπους.

Το καταθλιπτικό άτομο παρουσιάζει συμπτώματα όπως, ανηδονία (απώλεια ευχαρίστησης), άγχος, διαταραχή πανικού, κόπωση, εξάντληση, ελάττωση σεξουαλικής διάθεσης, ψυχοκινητική διέγερση (τα ηλικιωμένων άτομα παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση κ.α.), απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, έλλειψη ελπίδας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απόπειρες αυτοκτονίας, και διαταραχή της όρεξης για φαγητό και αυτό εκφράζεται κυρίως με την εμφάνιση ανορεξίας. Γενικά μειώνεται αισθητά η λειτουργικότητα του ασθενούς σε όλους τους τομείς και η διάρκεια της ποικίλει από λίγες εβδομάδες έως και πολλούς μήνες (Παγοροπούλου Α. 2000., Μάνος, Ν., 1997).

Τα αίτια της εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι προσανατολίζεται σε δυο κατευθύνσεις. Πρώτον, στους ψυχολογικούς μηχανισμούς και δεύτερον, στο βιολογικό υπόστρωμα. Η εξήγηση των παραπάνω είναι η εξής: οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν έντονα ψυχολογικά προβλήματα (για λόγους όπως, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έντονο άγχος, εξάρτηση από τοξικές ουσίες, οικογενειακά προβλήματα κ.α), τα οποία συνδέονται άμεσα με την κατάθλιψη. Επίσης εμφανίζουν φυσιολογικά οργανικές εγκεφαλικές διαταραχές, οι οποίες επιδεινώνονται όσο προχωράει η ηλικία (μερικές είναι: άνοιες, αλκοολισμός, κ.α.) και σχετίζονται και αυτές άμεσα με την κατάθλιψη. Το σημαντικότερο αίτιο που προκαλεί κατάθλιψη στους ανθρώπους είναι οι απώλειες απ' την ζωή αγαπημένων προσώπων. Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης είναι επίσης η κοινωνική απομόνωση, η αναγκαστική διακοπή της εργασίας, η απώλεια εισοδήματος, η απώλεια της κοινωνικής θέσης, η διακοπή συμμετοχής σε κοινωνικές εκδηλώσεις, το χρόνιο και έντονο άγχος που προκύπτει από την συνταξιοδότηση και συνεπώς από τα οικονομικά προβλήματα, όπως επίσης η παροχή φροντίδας ενός ατόμου σε κάποιο άλλο άτομο της οικογένειας (κυρίως σε άτομο με άνοια).

Τα χρόνια προβλήματα υγείας μπορεί να έχουν άμεση σχέση με την εμφάνιση κατάθλιψης. Ασθένειες όπως, καρδιαγγειακά προβλήματα, οστεοπόρωση, αρθρίτιδες, προβλήματα στα αισθητήρια όργανα (προβλήματα ακοής, όρασης), αλλά και ασθένειες που επηρεάζουν το κέντρο ελέγχου του εγκεφάλου (εγκεφαλικά επεισόδια, νόσος Πάρκινσον, νόσος Αλτσχάιμερ) όλα αυτά μπορεί να προκαλέσουν ψυχολογικές διαταραχές και πολύ συχνά κατάθλιψη. Τέλος υπάρχουν και οι εγκεφαλικές διαταραχές, που μειώνουν τις νοητικές ικανότητες και αλλοιώνουν την προσωπικότητα του ατόμου και σχετίζονται και αυτές με την εμφάνιση κατάθλιψης. Μια τέτοια οργανική διαταραχή είναι η άνοια. (Παγοροπούλου Α. 2000, Alpass, F.M. & Neville, S. 2003, Adams, K.B., Sanders, S. & Auth, E.A. 2004).

Σε αντίθεση έρχεται το αποτέλεσμα που προκύπτει από την συγκεκριμένη έρευνα ότι η κατάσταση της υγείας δεν δείχνει να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που προκαλεί κακή ψυχολογική κατάσταση. Στην ερώτηση «πώς εκτιμά την κατάσταση της υγείας του, σε σύγκριση με τα άλλα άτομα της ηλικίας του», δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε καλή και κακή ψυχολογική κατάσταση.

Από την έρευνα αυτή παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι, όπως επίσης και τα άτομα που μένουν σε γηροκομείο, εμφανίζουν μεγάλα ποσοστά ψυχολογικών διαταραχών, πιθανότατα μοναξιά και κατάθλιψη. Αυτό διαπιστώθηκε από τις απαντήσεις που έδωσαν οι ηλικιωμένοι, στην ερώτηση πόσο συχνά αισθάνονται δυστυχείς που κάνουν πράγματα μόνοι τους. Και απ' τις δυο κατηγορίες, μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων απάντησε ότι πάντα νιώθουν δυστυχείς όταν κάνουν πράγματα μόνοι.

Οι συγγραφείς Burrows A.B., Satlin A, Salzman C, Nobel K, Lipsitz LA. (1995) σε ένα άρθρο τους, συμφωνούν με την παραπάνω διαπίστωση και αυτό φαίνεται από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Εβραϊκό κέντρο αποκατάστασης για ηλικιωμένους στη Βοστώνη, όπου παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε οίκους ευγηρίας. Αυτή η άποψη δεν ισχύει στην έρευνα αυτή. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι εμφανίζεται μεγαλύτερο ποσοστό μοναξιάς στα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι και έτσι τα άτομα αυτά είναι περισσότερο επιρρεπή στην εμφάνιση κατάθλιψης, ίσως αυτό να συμβαίνει για το λόγο ότι τα άτομα αυτά συνήθως απομονώνονται στο σπίτι και σπάνια δέχονται επισκέψεις από συγγενείς και φίλους, ενώ τα άτομα που μένουν στο γηροκομείο συναναστρέφονται συνεχώς με άλλους ανθρώπους.

Σε αυτή την έρευνα παρατηρήθηκε ακόμη ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκεται σε κακή θρεπτική κατάσταση εμφανίζει και ψυχολογικό στρες, ενώ σε αντίθεση ένα πολύ μικρό ποσοστό ατόμων που βρίσκεται σε καλή θρεπτική κατάσταση εμφανίζει ψυχολογικό στρες.

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, έρχονται και οι πιο κάτω έρευνες. Σύμφωνα με τους Folstein M, Liu T, Peter I, Buell J, Arsenault L, Scott T, Qiu WW.(2007), το στρες χρησιμοποιεί και εξαφανίζει από τον οργανισμό τις βασικές βιταμίνες και τα μέταλλα που χρειάζεται το νευρικό σύστημα για να λειτουργήσει. Ορισμένα αμινοξέα όπως η τυροσίνη, η φαινυλαλανίνη και η τρυπτοφάνη αποτελούν πρόδρομες ουσίες για την παραγωγή νευροδιαβιβαστών (συμβάλλουν στην καλή διάθεση και ευεξία του ατόμου). Οι χαμηλές συγκεντρώσεις ορισμένων νευροδιαβιβαστών, κυρίως της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη στους ηλικιωμένους ανθρώπους.

Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι αμινοξύ ομοκυστεΐνη φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Sachdev PS, Parslow RA, Lux O, και συν 2005, Dimopoulos N, Piperi C, Salonicioti A, και συν 2007). Η ομοκυστεΐνη μετατρέπεται φυσιολογικά σε μεθιονίνη και κυστεΐνη. Τα υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης προκαλούν εγκεφαλική αγγειακή δυσλειτουργία στους ασθενείς με αποτέλεσμα την εμφάνιση κατάθλιψης. Παρατηρείται ότι υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης, σε συνδυασμό με χαμηλά επίπεδα φολλικού οξέος και χαμηλά επίπεδα βιταμίνης B12, συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην μέση και τρίτη ηλικία. Η βιταμίνη αυτή βοηθά στο αιματολογικό σύστημα και στην υγεία του εγκεφάλου. Οι χαμηλές συγκεντρώσεις βιταμίνης B12 συνδέονται με γνωστική εξασθένηση. Το συμπέρασμα αυτό προήλθε από έρευνα που πραγματοποιήθηκε για την «Κλινική σχετικότητα των χαμηλών συγκεντρώσεων της βιταμινών ορών B12 στους ηλικιωμένους: η B12 μελέτη Banbury.» στο Banbury της Αγγλίας, όπου συμμετείχαν 1.000 άτομα ηλικίας 75 ετών. Στην έρευνα αυτή οι χαμηλές συγκεντρώσεις βιταμινών B12 προσδιορίστηκαν σε 13% των ηλικιωμένων και συνδέθηκαν με την εξασθένηση της μνήμης και την κατάθλιψη. Επίσης η βιταμίνη B12 φαίνεται να

εμποδίζει την συσσώρευση της ομοκυστεΐνης η οποία όπως έχει προαναφερθεί μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. (Hin H, Clarke R, Sherliker P, και συν 2006). Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης Β6 (πυριδοξίνη), μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη. Όταν γίνεται χαμηλή πρόσληψη βιταμίνης Β6 τότε μπορεί να προκληθούν αλλαγές στην συμπεριφορά λόγω του ότι βοηθά στην παραγωγή σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης από τον εγκέφαλο (Hvas AM, Juul S, Bech P, Nexø E. 2004).

Στην τρίτη ηλικία συχνά εμφανίζεται έλλειψη βιταμίνης D. Η ανεπάρκεια βιταμίνης D, πέρα από τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία των κοκάλων, φαίνεται να συνδέεται με μειωμένη διάθεση και κατάθλιψη. (Berk M., Sanders M. K., Pasco A. J., και συν 2007).

Επιπλέον, η ανεπάρκεια των λιπαρών οξέων μπορεί να παρεμποδίσει την κανονική λειτουργία των νευρικών συστημάτων και του εγκεφάλου. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καταστάσεις όπως, κατάθλιψη, φτωχή μνήμη και συγκέντρωση. Η έλλειψη των ω3 λιπαρών οξέων φαίνεται να συμβάλλει στην εμφάνιση της κατάθλιψης σύμφωνα με ανασκόπηση επιδημιολογικών μελετών (Parker G, Gibson NA, Brotchie H, και συν., 2006).

Το συμπέρασμα όλων των παραπάνω είναι ότι η διατροφή παίζει βασικό ρόλο τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία του ανθρώπου. Έτσι στα άτομα που εμφανίζουν κατάθλιψη σημαντικό ρόλο παίζει η μειωμένη πρόσληψη σε αρκετά θρεπτικά συστατικά. Επίσης και κατά την διάρκεια της κατάθλιψης, τα άτομα αυτά εμφανίζουν μειωμένη πρόσληψη τροφής, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα την επιδείνωση της θρεπτικής τους κατάστασης

Στην συγκεκριμένη έρευνα, έγινε σύγκριση της συνολικής ψυχολογικής εκτίμησης των ηλικιωμένων σε σχέση με το πως ζουν. Αν δηλαδή μένουν σε σπίτι με ή χωρίς παρέα και αν μένουν σε κάποιο γηροκομείο. Παρατηρήθηκε ότι σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση βρίσκονται τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στο σπίτι με παρέα, ενώ έντονα συμπτώματα μοναξιάς εμφανίζουν τα ηλικιωμένα άτομα που μένουν σε σπίτι μόνα. Οι ηλικιωμένοι που μένουν σε γηροκομείο βρίσκονται σε μία ενδιάμεση κατάσταση με αρκετά υψηλό ποσοστό ατόμων να εμφανίζουν μοναξιά.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις διαπιστώθηκαν από μία σειρά ερωτήσεων στις οποίες υποβλήθηκαν οι ηλικιωμένοι όλων των κατηγοριών. Στην ερώτηση, «πόσο συχνά αισθάνεστε ότι δεν έχετε κάποιον να μιλήσετε», η πλειοψηφία των ηλικιωμένων που μένουν μόνοι τους, απάντησαν ότι πάντα νιώθουν ότι δεν έχουν κάποιον να μιλήσουν. Επίσης όταν τα άτομα ρωτήθηκαν, πόσο συχνά αισθάνονται ότι δεν αντέχουν να είναι τόσο μόνα, πάλι η πλειοψηφία αυτών που ζουν μόνοι απάντησαν ότι πάντα έχουν αυτή την αίσθηση.

Επιπροσθέτως, από τις τρεις ομάδες ηλικιωμένων που μελετήθηκαν, οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι σε σπίτι νιώθουν πολύ συχνά ότι δεν τους καταλαβαίνει κανείς πραγματικά. Συνεπώς αυτό είναι άλλο ένα στοιχείο που δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι εμφανίζουν συχνότερα μοναξιά και πάντα περιμένουν με ανυπομονησία ένα τηλεφώνημα ή ένα γράμμα από συγγενείς ή γνωστούς.

Βέβαια απ' τις αναλύσεις των ερωτηματολογίων διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι που μένουν σε γηροκομείο έχουν μεγαλύτερη ανάγκη για παρέα σε σχέση με τους ηλικιωμένους που μένουν μόνοι ή με παρέα σε σπίτι.

Επίσης όταν τα άτομα και των τριών ομάδων ρωτήθηκαν «πόσο συχνά αισθάνονται τελείως μόνοι», στην πλειοψηφία τους, τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι απάντησαν «μερικές φορές» και ένα ίδιο ποσοστό ατόμων απάντησε «πάντα». Το ποσοστό αυτό, ήταν αισθητά μειωμένο για τα άτομα που μένουν στο γηροκομείο. Έτσι, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που μένουν μόνα τους στο σπίτι αισθάνονται περισσότερο μοναξιά από τα άτομα που μένουν στο γηροκομείο.

Το αποτέλεσμα που πάρθηκε από τις ερωτήσεις που αναφέρονταν στο ψυχολογικό κομμάτι της έρευνας με βάση το ερωτηματολόγιο μοναξιάς UCLA Loneliness scale, καθώς και από την συνολική εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης των ηλικιωμένων ατόμων, επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση ότι η μοναξιά και κατ' επέκταση η κατάθλιψη επηρεάζει την θεραπευτική κατάσταση του ατόμου. Τα άτομα που βρίσκονταν σε κακή θεραπευτική κατάσταση παρουσίαζαν έντονη μοναξιά ενώ τα άτομα που βρίσκονταν σε καλή θεραπευτική κατάσταση βρίσκονταν στην πλειοψηφία τους σε καλή ψυχολογική κατάσταση. Οι Bondevik M και Skogstad A (1996) σε ένα άρθρο τους αναφέρουν μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένους, ηλικίας μέχρι 80 ετών, οι οποίοι αποτελούνταν από δυο ομάδες. Η μια ομάδα ηλικιωμένων ήταν κάτοικοι γηροκομείου και η άλλη ομάδα, ήταν ηλικιωμένοι που ζούσαν στα σπίτια τους σε μια κοινότητα. Συγκρίθηκε η εμφάνιση της μοναξιάς από την επίδραση των κοινωνικών σχέσεων στις δυο ομάδες των ηλικιωμένων. Διαπιστώθηκε ότι από αυτούς που μένουν σε σπίτια σε μια κοινότητα, αυτοί που δεν έχουν επαφή με οικογένεια και γείτονες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό μοναξιά σε σχέση με αυτούς που έχουν τέτοιες επαφές. Επίσης οι ηλικιωμένοι που μένουν σε σπίτια αλλά δεν έχουν κοινωνικές επαφές με άλλα άτομα εμφανίζουν εντονότερα σημάδια μοναξιάς από τους ηλικιωμένους που μένουν στα γηροκομεία, διότι εκείνοι έχουν άτομα μέσα στο ίδρυμα που τα φροντίζουν και τα περιποιούνται. Συμπερασματικά λοιπόν, τόσο οι ηλικιωμένοι που ζουν στα γηροκομεία όσο και αυτοί που ζουν έξω σε κοινότητα, εάν νιώθουν έντονα το αίσθημα της επιθυμίας για επαφή με συγγενείς και φίλους τότε αυτό υποδηλώνει αυξημένη πιθανότητα για εμφάνιση μοναξιάς σε σχέση με τους ηλικιωμένους που έχουν αναπτυγμένες κοινωνικές επαφές.

Οι ίδιοι συγγραφείς (Bondevik M και Skogstad A, 1998) εξέτασαν άλλη μια έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί. Αυτή τη φορά εξέτασαν την επιρροή των καθημερινών δραστηριοτήτων (ADL) των ηλικιωμένων και της συχνότητας των κοινωνικών επαφών και των κοινωνικών σχέσεων των ατόμων αυτών. Αξιολόγησαν την σχέση μεταξύ της λειτουργικής δυνατότητας των ηλικιωμένων και της εμφάνισης συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς. Το δείγμα αποτελούνταν από 221 συμμετέχοντες, ηλικίας 80 έως 105 ετών, που κατοικούσαν στη περιοχή Μπέργκεν στη Νορβηγία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η εξάρτηση των βασικών καθημερινών δραστηριοτήτων από το οικογενειακό περιβάλλον σχετιζόταν με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής μοναξιάς, ενώ η εξάρτηση των ηλικιωμένων για την μετακίνηση και τη μεταφορά τους σχετίστηκε με χαμηλά επίπεδα κοινωνικής μοναξιάς. Τέλος, η υψηλή συχνότητα των κοινωνικών επαφών με την οικογένεια, φίλους ή γείτονες φάνηκε να σχετίζεται αρνητικά τόσο με την συναισθηματική, όσο και με την κοινωνική μοναξιά των ηλικιωμένων.

Είναι αποδεδειγμένο ότι η αυξημένη φυσική δραστηριότητα και οι κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσουν οι ηλικιωμένοι είναι σημαντικός προάγγελος της βελτίωσης στην ικανοποίηση της ζωής και κατ' επέκταση στην μείωση της μοναξιάς. (McAuley , E. , Blissmer, B. , Marquez , D.X. , Jerome , G.J. , Kramer , A.F. & Katula , J., 2000)

Σύμφωνη με το παραπάνω συμπέρασμα, έρχεται η παρούσα έρευνα, στην οποία διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό μοναξιά, σε σχέση με τα άτομα που μένουν στο γηροκομείο, τα οποία έχουν περισσότερες ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές μέσα στο χώρο του γηροκομείου. Επίσης, σε κάποια γηροκομεία υπάρχουν φυσικοθεραπευτές που προωθούν την φυσική δραστηριότητα των ηλικιωμένων, δυνατότητα που συνήθως δεν υπάρχει στους ηλικιωμένους που μένουν μόνοι, οι οποίοι τις περισσότερες φορές δεν εντάσσουν την φυσική δραστηριότητα στο καθημερινό τους πρόγραμμα, είτε γιατί δεν γνωρίζουν πόσο απαραίτητο είναι, είτε λόγω άλλων δυσκολιών (π.χ. οικονομικοί παράγοντες).

Υποστηρίζεται ότι η συντροφικότητα είναι ο σημαντικότερος προάγγελος των διαστάσεων της κοινωνικής ικανοποίησης. Άτομα τα οποία είχαν έλλειψη

συντροφικότητας οδηγήθηκαν σε έλλειμμα κοινωνικής υποστήριξης. Έτσι η συντροφικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην στήριξη της συναισθηματικής ευημερίας. (Book, K.S. 1987).

Το ίδιο συμπέρασμα βγήκε από την συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποιήθηκε. Διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που έμεναν με παρέα στο σπίτι (σύζυγο, παιδιά, εγγόνια) και έτσι είχαν αυξημένη συντροφικότητα, παρουσίαζαν αυξημένη κοινωνική ικανοποίηση και βρίσκονταν σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση, σε σύγκριση με άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι ή σε γηροκομείο.

Έχει παρατηρηθεί ότι σε άνδρες και γυναίκες μεταξύ ηλικίας 65 και 75 ετών που δεν έχουν κάποιο στήριγμα από συγγενή ή φίλο, αυξάνεται σημαντικά η εμφάνιση του παράγοντα μοναξιά. (Dykstra, P.A. 1995).

Η μοναξιά προέρχεται από τις κοινωνικές αλλαγές της ζωής και τις δυσκολίες που απορρέουν με την πάροδο της ηλικίας. Τα αίτια της είναι πολλά και τα περισσότερα είναι κοινά με αυτά της κατάθλιψης.

Ένα άρθρο των Savikko N., Routasalo P., Tilvis R.S., Strandberg T.E., Pitkala K.H. (2005) αναφέρει ότι η μοναξιά συναντάται συχνότερα στους ηλικιωμένους που ζουν σε χωριά και αγροτικές περιοχές και ασχολούνται με γεωργικές-αγροτικές δουλειές, σε σχέση με αυτούς που ζουν στις πόλεις. Η μοναξιά είναι συνδεδεμένη με την πάροδο της ηλικίας. Υπάρχει η διαπίστωση ότι εμφανίζεται περισσότερο σε ηλικιωμένους που μένουν μόνοι τους, που είναι άγαμοι, δεν έχουν παντρευτεί ποτέ, είναι χωρισμένοι ή χηρευόμενοι. Ακόμη, το φαινόμενο της μοναξιάς φαίνεται να σχετίζεται με το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το χαμηλό οικονομικό εισόδημα, την ανεργία αλλά και με την θρησκεία. Έχει διαπιστωθεί ότι στα άτομα και ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους ανθρώπους χωρίς ισχυρές θρησκευτικές πεποιθήσεις συναντάται συχνότερα η μοναξιά (Savikko N., Routasalo P., Tilvis R.S., Strandberg T.E., Pitkala K.H. 2005).

Επίσης υποστηρίζεται και ότι οι αλλαγές στην ζωή των ηλικιωμένων, όπως είναι η απώλεια του συντρόφου και ο επανεντοπισμός τους στην «νέα» τους ζωή, γενικά η κοινωνική τους απομόνωση, συνδέονται με την αυξανόμενη ευπάθεια τους στην μοναξιά (Beal, C. 2006).

Από έρευνα που έγινε από τους Mansfield C. J. και Pargura. A.(2006), διαπιστώθηκε ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες έχουν την ισχυρότερη επιρροή στην μοναξιά, σε συνδυασμό με τους χαμηλούς οικονομικούς πόρους. Συγχρόνως η μοναξιά μπορεί να είναι σύμπτωμα ενός άλλου κοινωνικού ή ψυχολογικού προβλήματος, παραδείγματος χάριν της χρόνιας κατάθλιψης. Η λογοτεχνία γεροντολογίας υποστηρίζει ότι η μοναξιά μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για σοβαρές διαταραχές υγείας όπως κατάθλιψη. Εξετάστηκαν στοιχεία που αφορούν τη μοναξιά και τα συμπτώματα κατάθλιψης από άτομα ηλικίας 60-98 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί από την ύπαρξη ενός χρόνιου προβλήματος υγείας, από απώλεια αγαπημένου προσώπου, από λιγότερες κοινωνικές επαφές με συγγενείς, γείτονες και φίλους. (Mansfield C. J. Pargura. A.(2006).

Ακόμη στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και ένα άρθρο των Adams, K.B., Sanders, S. & Auth, E.A (2004), σύμφωνα με το οποίο η μοναξιά στην ζωή των ηλικιωμένων μπορεί να είναι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση σοβαρών ανησυχιών διανοητικής υγείας όπως είναι η κατάθλιψη.

Επιπλέον, η μοναξιά συνδέεται και με έναν αυξανόμενο κίνδυνο άνοιας αλλά όχι με τις κύριες αιτίες της. Οι ηλικιωμένοι που νιώθουν μοναξιά, φαίνεται να έχουν διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης νόσου Αλτσχάιμερ (Wilson, R.S, Krueger, K.R, Arnold, S.E, Schneider, J.A, Kelly, J.F, 2007).

Με την παραπάνω παρατήρηση έρχεται σύμφωνη και η παρούσα έρευνα. Φαίνεται πως η κατάσταση διαμονής των ηλικιωμένων, αν δηλαδή μένουν μόνοι, με παρέα ή σε

γηροκομεία σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου Αλτσχάιμερ. Συγκεκριμένα φαίνεται πως τα ηλικιωμένα άτομα που νιώθουν μοναξιά, και αυτά είναι συνήθως άτομα που μένουν είτε μόνα τους είτε σε γηροκομεία, εμφανίζουν πιο συχνά Αλτσχάιμερ.

Αυτό το συμπέρασμα επικυρώνεται και από άλλη μια σχετική έρευνα που δημοσίευσαν οι Charles, E., Bouby-Serieys, V. & Thomas, P., (2006) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι τα διάφορα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής, τα οποία προκαλούν ψυχολογική πίεση στα άτομα, όπως είναι ο θάνατος κάποιου αγαπημένου προσώπου, η σωματική διαταραχή που εμφανίζεται κυρίως στην τρίτη ηλικία, τα οικονομικά προβλήματα, η προσαρμογή στις νέες συνθήκες διαβίωσης κ.α., οδηγούν στην αύξηση της μοναξιάς και κατ' επέκταση στην κατάθλιψη και αυτό μπορεί με τη σειρά του να προκαλέσει εκφυλιστική διαδικασία (π.χ. άνοια).

Ακόμη, ο υψηλότερος αυτοσεβασμός, η κοινωνική υποστήριξη και η παρουσία στενών φίλων και συγγενών μπορεί να οδηγήσει στην λιγότερη μοναξιά των ηλικιωμένων, ενώ ο χαμηλός αυτοσεβασμός, η απώλεια της επαγγελματικής ταυτότητας, καθώς και η αίσθηση της λιγότερης υποστήριξης από το περιβάλλον, οδηγούν στην υψηλότερη συναισθηματική και κοινωνική μοναξιά (Van Baarsen, B. 2002).

Το ίδιο συμπέρασμα βγήκε και από την παρούσα έρευνα. Τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι ή στο γηροκομείο αισθάνονται απομονωμένα από το περιβάλλον, τους συγγενείς, τους φίλους, έχουν λιγότερη φυσική δραστηριότητα και ενδιαφέροντα. Σε αυτά τα άτομα εμφανίζεται μεγαλύτερο ποσοστό μοναξιάς, σε σύγκριση με τα άτομα που μένουν με παρέα στο σπίτι και έχουν κάποια κοινωνική ζωή. Επίσης από τις ερωτήσεις που τέθηκαν και αφορούσαν το ψυχολογικό κομμάτι, είναι εμφανές ότι οι κοινωνικές σχέσεις ασκούν σημαντική επιρροή στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων. Αντίθετο αποτέλεσμα πάρθηκε από την ερώτηση «πως ζει το άτομο» και την συσχέτιση του με την ψυχολογική κατάσταση. Διαπιστώθηκε ότι η ψυχολογική κατάσταση δεν επηρεάζεται από τον τρόπο που ζει το άτομο. Παρατηρήθηκε ότι από τα άτομα που βρίσκονται σε κακή ψυχολογική κατάσταση, το 50% αυτών ζει ανεξάρτητα (δηλαδή ζει μόνο του) και το 50% δεν ζει ανεξάρτητα (δηλαδή μένει στο γηροκομείο ή στο σπίτι με παρέα).

Αυτή η αντίθεση πιθανότατα να οφείλεται, στην μη ειλικρινή απάντηση των ερωτηθέντων ατόμων ή στην μη απόλυτη κατανόηση των ερωτήσεων που τους τέθηκαν.

Η έλλειψη κατανόησης και η αίσθηση μοναξιάς, παρουσιάζεται ακόμη και σε άτομα που μένουν με παρέα είτε γιατί περνάνε αρκετό χρόνο μόνοι τους, είτε γιατί δεν έχουν επαφή με τα παιδιά τους, τα εγγόνια και φίλους. Είναι εμφανές ότι η μοναξιά συνδέεται απόλυτα με το επίπεδο της ψυχολογικής κατάστασης και συνεπώς, οι συγγενικές και οι φιλικές σχέσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στην καλή ή κακή ψυχολογική κατάσταση των ατόμων.

Η μοναξιά εμφανίζεται να είναι συνδεδεμένη με μια ευρεία ποικιλία από συναισθηματικά, συμπεριφοριστικά και κοινωνικά προβλήματα, όπως είναι ευπάθεια σε προβλήματα υγείας (φτωχή όραση και ακοή, μειωμένη ικανότητα για τις καθημερινές βασικές δραστηριότητες-ADL- προβλήματα γνωστικής λειτουργίας και άνοιας κ.α.), η στροφή των ηλικιωμένων στην εγκληματικότητα, στο ποτό, στα ναρκωτικά, στην εσωστρέφεια, στην απομόνωση, στον χαμηλό αυτοσεβασμό, στην κατάθλιψη ή ακόμα στην αυτοκτονία, και στις διατροφικές διαταραχές, όπως είναι η νευρογενής ανορεξία και η απώλεια όρεξης οι οποίες οδηγούν κυρίως στη απώλεια βάρους και στον υποσιτισμό. Η μοναξιά έχει ακόμη σχετιστεί με χαμηλή εκπαίδευση και χαμηλό εισόδημα. (Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π. 2000 Kaasa K. 1998).

Σύμφωνα με τους Cohen-Mansfield J.& Pappura-Gill A. (2006), τους Alpass F.M., Neville S. (2003) και τους Adams K. B., Sanders S. & Auth E. A. (2004) με την πάροδο των χρόνων, επέρχονται φυσιολογικές αλλαγές στο ηλικιωμένο άτομο, όπως απώλεια επαγγελματικής ταυτότητας, χαμηλό εισόδημα, μείωση της φυσικής κινητικότητας και

εμφάνιση προβλημάτων υγείας (π.χ. άνοια). Η απώλεια ατόμων από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ο κοινωνικός αποκλεισμός από κοινωνικές εκδηλώσεις και εκκλησία, καθώς επίσης και οι λιγότερες επισκέψεις από συγγενικά πρόσωπα, και γείτονες, όλα αυτά μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στην απομόνωση, τη μοναξιά και πολύ συχνά στην κατάθλιψη.

Εξετάστηκε από τους Hsu, L.R., Hhiley, B.J. & Range, L.M. (1987) στο πανεπιστήμιο Καλιφόρνιας, η σχέση μεταξύ της μοναξιάς και της κατάθλιψης και η διάκριση μεταξύ της συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς. Η συναισθηματική μοναξιά αναφέρεται στην απουσία μιας στενής συναισθηματικής σχέσης. Το άτομο κάνει γνωριμίες, οι οποίες όμως είναι επιφανειακές, θεραπεύουν την κοινωνική μοναξιά, αλλά δεν αγγίζουν τη μοναξιά του συναισθηματικού τύπου. Το ότι οι ηλικιωμένοι αισθάνονται έντονη κοινωνική μοναξιά, φαίνεται απ' τις απαντήσεις που έδωσαν παραπάνω, καθώς επίσης και απ' την ερώτηση «πόσο συχνά περιμένετε τηλέφωνο ή γράμμα από συγγενείς και φίλους». Πολλά από τα άτομα που μένουν μόνα στο σπίτι, όπως και η πλειοψηφία των ατόμων που μένουν σε γηροκομείο απάντησαν ότι πάντα περιμένουν κάποιο τηλέφωνο ή γράμμα από συγγενείς και φίλους.

Ένα φαινόμενο που συναντάται πάρα πολύ συχνά στην τρίτη ηλικία, είναι η λήψη φαρμάκων. Τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα άνω των 70 ετών παίρνουν 3 με 4 φάρμακα καθημερινά. Τις περισσότερες περιπτώσεις τα χορηγούν οι φαρμακοποιοί αλλά είναι πολλές οι φορές που οι ηλικιωμένοι δεν ακολουθούν τις συμβουλές των φαρμακοποιών και η λήψη των φαρμάκων γίνεται με δική τους ευθύνη (Law R., Chalmers C. 1976). Το παραπάνω φαινόμενο, ισχύει και στις μέρες μας, η επικράτηση δηλαδή της μακροπρόθεσμης χρήσης φαρμάκων σε καθημερινή βάση από τους ηλικιωμένους (Maguire A, Baqir W. 2000).

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν στην έρευνα αυτή, παρατηρείται αυξημένη λήψη φαρμάκων από τους ηλικιωμένους, η οποία επηρεάζει την θρεπτική τους κατάσταση. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων που λαμβάνει περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα βρίσκεται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση ή σε κακή θρεπτική κατάσταση. Αν και δεν παρουσιάζονται μεγάλες διαφορές μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε καλή και κακή ψυχολογική κατάσταση, ωστόσο από την έρευνα αυτή υποστηρίζεται, ότι η λήψη φαρμάκων μπορεί να επηρεάζεται ως κάποιο βαθμό από την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, δηλαδή η χρήση αυτή οφείλεται ως επί το πλείστον στην αυξημένη αίσθηση μοναξιάς που νιώθουν οι ηλικιωμένοι και στην ελάχιστη έως καθόλου φροντίδα που παίρνουν από τα άλλα άτομα.

Σύμφωνα με τους Henderson V., (1960) & Garrett G., (1984), Καστενμπάουμ P., (1980) τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα λόγω των προβλημάτων υγείας λαμβάνουν αρκετά φάρμακα και αυτά παρουσιάζουν συχνά παρενέργειες και επηρεάζουν την διατροφική τους κατάσταση. Τα προβλήματα γίνονται εντονότερα εάν η διατροφή τους δεν είναι ενδεδειγμένη. Τα φάρμακα μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση ανορεξίας καθώς και να παίξουν αρνητικό ρόλο στην απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών λόγω της δράσης τους στην έκκριση των ενζύμων της πέψης και στην έκκριση του γαστρικού οξέος. Επίσης πολλά φάρμακα εμποδίζουν την μετατροπή των βιταμινών στην ενεργή τους μορφή, ενώ άλλα δημιουργούν σύμπλοκα με τα θρεπτικά συστατικά εμποδίζοντας έτσι την απορρόφηση τους (Moore MC. 2000, Carnevali D., Patrick M. 1979, Δοντάς Α. 1981, ICN 1992, Heikkinen E. 1983,).

Σε κάποιες περιπτώσεις, παρατηρούνται στους ηλικιωμένους προβλήματα, όπως επιδερμικά έλκη και κατακλίσεις. Οι κατακλίσεις είθισται να θεωρούνται εξελκώσεις που δημιουργούνται σε χρόνια κατακεκλιμένα και εξασθενημένα ηλικιωμένα άτομα, με μειωμένο επίπεδο συνείδησης και ακράτεια κοπράνων ή ούρων καθώς και σε άτομα με κινητικά προβλήματα λόγω πλημμελούς φροντίδας της πάσχουσας περιοχής. Τα 2/3 των

κατακλίσεων παρατηρούνται σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών, που βρίσκονται σε γηροκομεία, όπου ο επιπολασμός των κατακλίσεων υπολογίσθηκε να κυμαίνεται από 17% μέχρι 28%. Σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο με κάποιο οξύ πρόβλημα υγείας, η συχνότητα των κατακλίσεων κυμαίνεται από 3% μέχρι 11%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αυξημένη συχνότητα υποτροπής των κατακλίσεων που φθάνει το 90%. Στην χώρα μας δεν υπάρχουν εθνικές μελέτες με επίσημα επιδημιολογικά στοιχεία για τον επιπολασμό των κατακλίσεων, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να καταγραφεί το μέγεθος του προβλήματος και έτσι να μην είναι δυνατή η χάραξη κοινής πολιτικής στα νοσοκομεία για την λήψη προληπτικών μέτρων (Κοκώνας Κ. Θ. 2007, Aronovitch SA. 1999., Χαρχαρίδου Μ. 2005). Στην παρούσα έρευνα, δεν συναντήσαμε καθόλου περιστατικά κατακλίσεων.

Γενικό Συμπέρασμα

Η τρίτη ηλικία αποτελεί μια απο τις πιο ευαίσθητες ηλικιακές ομάδες και απαιτεί περισσότερη προσοχή και φροντίδα από τους γύρω τους. Τα συμπεράσματα που βγήκαν από αυτήν την μελέτη, ήταν ότι οι ηλικιωμένοι βασανίζονται έντονα από την μοναξιά και τα άλλα ψυχολογικά προβλήματα (π.χ. κατάθλιψη, άνοια κ.τ.λ) και αυτά επιβαρύνουν τα προβλήματα υγείας που εμφανίζουν φυσιολογικά οι ηλικιωμένοι με την πάροδο της ηλικίας. Παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν τρέφονται σωστά. Πολλοί απ αυτούς μάλιστα υποσιτίζονται, με αποτέλεσμα να βάζουν σε κίνδυνο την ίδια τους τη ζωή.

Υπάρχει λοιπόν επιτακτική ανάγκη για προγράμματα διατροφικής αγωγής στην κοινότητα μέσα από φορείς όπως είναι τα κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα γηροκομεία και οι δήμοι για τον ελληνικό πληθυσμό άνω των 65 ετών. Έτσι θα μάθει ο ελληνικός πληθυσμός να τρέφεται σωστότερα ώστε να προασπίσει την σωματική και πνευματική του υγεία αλλά και να αυξήσει την μακροβιότητα του.

Συνολικά αποτελέσματα πτυγιακής εργασίας

Ηλικιωμένοι που μένουν με παρέα στο σπίτι	Ηλικιωμένοι που μένουν μόνοι στο σπίτι	Ηλικιωμένοι που μένουν στο γηροκομείο
Ποτέ δεν αισθάνονται μοναξιά	Πάντα αισθάνονται μοναξιά	Μερικές φορές αισθάνονται μοναξιά
Βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση	Αισθάνονται έντονη μοναξιά	Αισθάνονται λίγη μοναξιά
Βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση	Βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση	Βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση
Στην πλειοψηφία τους καταναλώνουν 2 πλήρη γεύματα την ημέρα	Παρουσιάζεται ισοψηφία ποσοστού της τάξεως του 50%, μεταξύ των ατόμων που καταναλώνουν 3 πλήρη γεύματα και των ατόμων που καταναλώνουν 2 πλήρη γεύματα την ημέρα,	Στην πλειοψηφία τους καταναλώνουν 3 πλήρη γεύματα την ημέρα (λόγω οργάνωσης του ιδρύματος) αλλά παρουσίαζαν κακή συνολική θρεπτική κατάσταση πιθανότατα λόγω ψυχολογικών προβλημάτων
Η πλειοψηφία των ατόμων αυτών παρουσιάζει μειωμένη κατανάλωση πρωτεϊνών, αλλά παρουσιάζεται και ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 8% που έχει συχνή πρόσληψη πρωτεϊνών	Στην πλειοψηφία τους δεν καταναλώνουν καθόλου πρωτεΐνες.	Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων αυτών παρουσιάζει μειωμένη κατανάλωση πρωτεϊνών
Καταναλώνουν τις μεγαλύτερες ποσότητες φρούτων και λαχανικών	Καταναλώνουν μέτρια ποσότητα φρούτων και λαχανικών	Καταναλώνουν λιγότερη ποσότητα φρούτων και λαχανικών
Παρατηρήθηκε ότι οι ηλικιωμένοι που μένουν στο σπίτι με παρέα και έχουν αυξημένη ικανότητα για τήρηση των βασικών καθημερινών τους αναγκών (ADL), παρουσιάζουν καλή ψυχολογική κατάσταση	Παρατηρήθηκε ότι οι ηλικιωμένοι που μένουν στο σπίτι μόνοι και έχουν αυξημένη ικανότητα για τήρηση των βασικών καθημερινών τους αναγκών (ADL), παρουσιάζουν αυξημένη μοναξιά	Παρατηρήθηκε ότι οι ηλικιωμένοι που μένουν στο γηροκομείο δεν έχουν αυξημένη ικανότητα για την τήρηση των βασικών καθημερινών αναγκών τους (ADL), παρουσιάζουν λίγη μοναξιά

Ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση	Ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση	Ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση
Δεν παρουσιάζουν μείωση στην πρόσληψη τροφής.	Παρουσιάζουν μέτρια μείωση στην πρόσληψη τροφής.	Παρουσιάζουν σοβαρή μείωση στην πρόσληψη τροφής.
Δεν παρουσιάζουν διατροφικά προβλήματα,	Το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων δεν θεωρεί ότι έχει κάποιο διατροφικό πρόβλημα αλλά και ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό ατόμων δεν γνωρίζει ή παρουσιάζει μέτριο διατροφικό πρόβλημα.	Δεν γνωρίζουν ή παρουσιάζουν μέτριο, ακόμη και ένα μεγάλο ποσοστό παρουσιάζουν σοβαρό διατροφικό πρόβλημα.
Δεν παρουσιάζουν άνοια	Παρουσιάζουν ήπια άνοια	Παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για εμφάνιση σοβαρής άνοιας
Το 55,1% των ατόμων που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση, καταναλώνει περισσότερα από 3 σκευάσματα την ημέρα, τα άτομα εμφανίζουν και αυξημένα επίπεδα μοναξιάς	Το 65,1% των ατόμων που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση καταναλώνει περισσότερα από 3 φάρμακα την ημέρα, τα άτομα εμφανίζουν και αυξημένα επίπεδα μοναξιάς	Το 77,8% των ατόμων που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση καταναλώνουν πάνω από 3 φάρμακα καθημερινά , επιπλέον φαίνεται ότι αυτά τα άτομα εμφανίζουν και αυξημένα επίπεδα μοναξιάς
Στην πλειοψηφία τους καταναλώνουν 3 πλήρη γεύματα την ημέρα.	Στην πλειοψηφία τους καταναλώνουν 2 πλήρη γεύματα την ημέρα	Στην πλειοψηφία τους καταναλώνουν 2 πλήρη γεύματα αλλά παρουσιάζεται και ένα σεβαστό ποσοστό ατόμων που δεν καταναλώνουν κανένα πλήρες γεύμα..
Τα άτομα που βρίσκονται σε καλή θρεπτική κατάσταση στην πλειοψηφία τους έχουν μέτρια κατανάλωση πρωτεϊνών και ένα μικρό ποσοστό συχνή.	Από τα άτομα που βρίσκονται σε επίφοβη θρεπτική κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό δεν καταναλώνει πρωτεΐνη και ένα μικρό ποσοστό παρουσιάζει συχνή πρόσληψη	Από τα άτομα που βρίσκονται σε κακή θρεπτική κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων έχει μέτρια κατανάλωση πρωτεϊνών και δεν παρουσιάζεται κανένα ποσοστό ατόμων να έχει συχνή πρόσληψη πρωτεϊνών.
Ποτέ δεν αισθάνεται μοναξιά	Μερικές φορές αισθάνονται μοναξιά	Πάντα παρουσιάζουν έντονη μοναξιά.
Συνολική ψυχολογική κατάσταση: Βρίσκονται σε καλή ψυχολογική κατάσταση	Συνολική ψυχολογική κατάσταση: Αισθάνονται λίγη μοναξιά	Συνολική ψυχολογική κατάσταση: Αισθάνονται έντονη μοναξιά

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Αλεξιάκης, Ε.Π. (1998). *Γένη και οικογένεια*. Αθήνα: εκδόσεις, Τροχαλία

Αλεξιάκης, Ε.Π. (2002). *Οικογένεια, στο Δημόσιος και Ιδιωτικός Βίος στην Ελλάδα: Οι Νεότεροι Χρόνοι*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ).

Γκιάφης, Ι.Α., (2002). *Καρκίνος της ουροδόχου κύστης*. Αθήνα. Μονάδα χημειοθεραπείας, ογκολογικό παθολογικό τμήμα.

Διεθνές Συνέδριο για την Πρόληψη της Ανοιας, (2007). *Ελευθεροτυπία*

Δοντάς, Α. (1981). *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα - Προβλήματα και δυνατότητες*. Αθήνα.[χ.ε.]

Δουδούμη, Σ., Τσολάκη, Μ., Σαγιαδινού, Μ., Δεούδη, Π., Καζή, Ε., Κιοζεογλου, Γ. & Καζής, Α. (2008). Ποιότητα ζωής φροντίζοντας τους ασθενείς με νόσο Αλτςχάιμερ. Γ' νευρολογική κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, *Εγκέφαλος*. Τόμος 45, τεύχος 1

Ευκλείδη, Κ.Α. (1999). *θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας*. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Engram, B. (2001). *Νοσηλευτική Φροντίδα στη Παθολογία και Χειρουργική*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελλην .

Ζερφυρίδης, Κ., Γ.(1998). *Διατροφή του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη: εκδόσεις Γιαχούδη

Καπαρός, Γ. (1996). Στοιχεία φαρμακολογίας και νεότερες εξελίξεις στην θεραπεία της νόσου του Parkinson. *Εγκέφαλος*, 1(33): 31-34.

Κατσιλάμπρος, Ν. (2006). *Κλινική διατροφή*. Αθήνα. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις. ΜΕΠΕ.

Karlan, I.H., Sadock, J.B. & Gewbb, A.J. (2000). *Ψυχιατρική*. Αθηνά: Ιατρικές εκδόσεις Λιτσα

Κλεφτάρας, Γ. Μεταφραση: Κωστας Γκοτζαμανης. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα*. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Κλεφτούρη, Μ.Κ. (1996). *Εκτίμηση θρεπτικής κατάστασης. Σημειώσεις μαθηματος θρεπτικής κατατασης*

Κοκώνας, Κ.Θ. (2007). Κατακλήσεις. *Αρεταίος*, **40**:1146-52.

Κούρος, Ι. (1993). *Ιατροψυχολογικά θέματα. Εξελίξεις στη νευρολογία και ψυχιατρική ενηλίκου και παιδιού*. Αθήνα: εκδόσεις ελληνικά γράμματα

Κυσταθιάδης, Π.,(1999). *Κλινική διατροφή 1*, σημειώσεις του μαθήματος κλινική διατροφή 1, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Μανιός, Γ. (2006). *Διατροφή και Αξιολόγηση*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις, Χ.Ι Πασχαλίδης.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις university studio press

Μόρτογλου, Τ. , Μόρτογλου, Κ. (2002). *Διατροφή από το σήμερα για το αύριο*. Αθήνα: εκδόσεις Γιαλλέλη

Μπαζαΐος, Κ. (1994). *Συνδυασμοί – βιταμίνες*. Αθήνα: εκδόσεις Nutricare.

Οικονόμου, Ε. (1992). *Διαιτητική τροφογνωσία ειδικές δίαιτες*, Αθήνα: Εκδόσεις Πελεκάνος.

Παγοροπούλου, Α. (2000). *Η γεροντική κατάθλιψη*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Παγοροπούλου, Α. (2000). *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Παπανικολάου, Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι

Παράσχος και συν. (1998). Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους: Το πρόβλημα της υποαναγνώρισης. *Ψυχιατρική*. **9**, 113-118.

Σαχίνη, Α. & Πάνου, Μ.,(2000). *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Τόμος Β'. Εκδόσεις Βήτα.

Τριχοπούλου, Α. & Τριχόπουλος, Α. (1986) *Προληπτική ιατρική*. Αθήνα, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Κ. Παριζιάνος.

Φραγκίσκου, Ι.Χ. (1989). *Γηριατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Χασαπίδου, Μ. & Φαχαντίδου, Α. (2002). *Διατροφή και Υγεία, άσκηση και Αθλητισμός*. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις: university studio press, Σελ. 240-246

Χριστοδούλου, Γ.Ν. & Κονταξάκης, Β.Π. (2000). *Η τρίτη ηλικία*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

- Χριστοδούλου, Γ.Ν. (1998). *Κατάθλιψη*. Αθήνα: εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts.
- Berg & Simms, (1961). Nutrition and Longevity in the Rat. *J. Nutr.* **74:43** (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα εκδόσεις Θυμάρι..
- Courtney, M.M., (2005). *Διαιτολογία* . Τρίτη έκδοση. Μεταφραση: Μαγκλαρά-Κατσιλάμπου, Ε., Τσαρούχη Α., Κουρσουμπά Θ., Λάππα Ε. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ
- Engram, B. (2001). Μετάφραση:Καραχάλιος Γεωργιος. *Νοσηλευτική Φροντίδα στη Παθολογία και Χειρουργική*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελλήν .
- Eurostat (1991). Demographic statistics. Luxembourg: office for official publications of the European Communities. (Ed) Ευκλείδη, Κ.Α. (1999) θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Exton, S. (1971). *Br. J. Hosp. Med.* **5**: 39 (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα. Εκδόσεις Θυμάρι.
- Fernandez, Yunnis, Jose & Good., (1973). *Int. Arch. Allergy*, **44**: 770 (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα. Εκδόσεις Θυμάρι.
- Haylick. (1976). The cell biology of human aging. *N. Engl. J. Med.* **295**:302 (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα. Εκδόσεις Θυμάρι
- Jose & Good, (1973). Quantitative effects of nutritional essential amino acid deficiency upon immune responses to tumors in mice. *J. Exp. Med* **137**: 1 (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα εκδόσεις Θυμάρι..
- Καστενμπάουμ Ρ. Μετάφραση: Τζελέπογλου Ε. (1982). *Η Τρίτη ηλικία - ο κύκλος της ζωής*. . Αθήνα. εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός
- Karlan, I.H. , Sadock, J.B. & Gewbb, A.J. (2000) Μεταφραση: Καζλάρης, Α., Καραμανίδης, Α., Παπαδόπουλος, Χ.Δ. *Ψυχιατρική*. Αθηνά. Ιατρικές εκδόσεις Λιτσα.
- Lin- Wallfort. (1972). *Geontologia*. **18**:363 (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα. Εκδόσεις Θυμάρι.
- Madvedev. (1962). *In Biological Aspects of Ageing*. (Shock Ed.). New York, Columbia, University Press, σελ 255. (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα εκδόσεις Θυμάρι.
- McCay, Crowell & Maynard. (1935). The Effect of Retarded Growth Upon the Length of Life Span and Upon the Ultimate Body Size. *J. Nutr.* **10**:63 (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα εκδόσεις Θυμάρι..
- Oberbeil, K., (2001). *Βιταμίνες*. Μετάφραση: Πατίρη, Ρ., Επιστημονική θεώρηση: Γεωργιάδου Ε. Αθήνα: εκδοτικός οίκος Ντουντούμης.

Ross και Bras. (1974). *Nature* **250**:263 (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα Εκδόσεις Θυμάρι..

Ross. (1969) Aging, Nutrition and Hepatic Enzyme Activity Patterns in the Rat. *J. Nutr.* **97**:565. (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα εκδόσεις Θυμάρι..

Rubinstein, H. Μετάφραση: Φωτεινή Μεγαλούδη. (2000). *Η νόσος του αλτσχάιμερ*. Αθήνα: Εκδόσεις ελληνικά γράμματα

Shock. (1972). Energy metabolism, caloric intake and physical activity of the aging. In: *nutrition in Old Age*. Ed. Carlson, L.A. Almquist and Wiksell: Upsalla (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα Εκδόσεις Θυμάρι

Simms, B. & Davies. (1959). Onset of disease and the longevity of raat and man. Ciba foundation, Colloquin. *On Aging*, Vol **5** Ed. Wolsternholme, G.E.W. and Connor, O.M. *Churchill London*. (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα Εκδόσεις Θυμάρι..

Wallford, (1974). Immunologic theory of aging. Current status. *Feb. Proc.* **33**: 2020 (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα εκδόσεις Θυμάρι

Wulff, Q. & Sherman., (1964). The incorporation of h-cytidine into some viscera and skeletal muscle of young and old mice. *Gerontol. Gerontolog.* **19**: 294 . (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ., (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα Εκδόσεις Θυμάρι.

Yunnis. (1974). Symposium of the Immunopathology of Aging, 5th Annual. Meeting of the Federation of American Societies for Experimental Biology. (1973) *Feb. Proc.* **3**: 2017 (Ed) ΔΡ. Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα Εκδόσεις Θυμάρι

Αγγλική βιβλιογραφία

Adams, K.B., Sanders, S. & Auth E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and sesilience factors. *Aging Ment Health*. Vol. **8** (6): 475-485(11).

Alderman M. Cruise M. (1989) The coming of Age in Care of the Elderly. *Int Nurs Rev*, **36**: 47-49.

Alpass FM, Neville S. (2003). Loneliness,health and depression in older males. *Aging Ment Health*. Vol. **7** (3): 212-6.

Alpert JE, Fava M. (1997). *Nutrition and depression: the role of folate*. *Nutr Rev.* Vol. **55**(5):145-9.

Anderson, L.R. & Malikiosis, L.M. 1992. Reliability data for a Greek translation of the Revised UCLA Loneliness Scale: comparisons with data from the USA. *Psychol Rep.* Vol. **71**(2):665-6.

- Anstey K, Brodaty H. (1995). Antidepressants and the elderly: double blind trials. *Int. J. Geriatric Psychiatry*. Vol. **10**: 265-279.
- Atchley, R.C. (1980). *Aging and suicide: Reflection of the quality of life*. In S.Hayes & M. Feinleib (Eds.), Proceedings of the Second Conference of the Epidemiology Printing Office.
- Aronovitch SA. (1999). Intraoperatively acquired pressure ulcer prevalence: a national study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. Vol. **26**:130-6.
- Ayis, S.; Gooberman-Hill, R.; Bowling, A.; Ebrahim, S. (2006). Predicting catastrophic decline in mobility among older people. *Oxford University Press*, vol **35 (4)**: 382-387
- Baldwin D. & Johnson F.N. (1995). Tolerability and Safety of Citalopram. *Rev. Contemp. Pharmacother*. Vol. **6**: 315-325.
- Ballard, C. (1996). A follow up study of depression in the cares of dementia sufferers. *BMJ*, **312**, 947.
- Baumann, P. & Bertschy, G.(1993). Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Interactions of SSRIs with other psychotropic drugs. *Nord. J. Psychiatry*, **47** (30): 13-19.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*, **27**(7):795-813
- Beck, A.T. (1979). *Depression: Causes and treatment (7th ed)*. Philadelphia: University of Pennsylvania press.
- Berk, M., Sanders, M.K., Pasco, A.J., Jacka, N.F., Williams, J.L., Hayles L.A. & Dodd S.(2007). Vitamin D deficiency may play a role in depression. *Med Hypotheses*. **69**(6):1316-1319.
- Beumann, J. (1989). Suicide and antidepressant overdose in general practice. *Br. J. Psychiatry*, **155** (6): 27-31.
- Birkemose, A., Kofod, J. (2004). Meals in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **18** (2):28-34.
- Blazer, D.G. & Abou-Saleh, M.T. (1994). *Epidemiology of Depression: Prevalence and Incidence*. In Copeland JRM, eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* Chichester: John Wiley & Sons Ltd, pp 519-522.
- Bondevik, M., Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *West J Nurs Res*. **20**(3):325-43.
- Bondevik, M., Skogstad, A. (1996). Loneliness among the oldest old, a comparison between residents living in nursing homes and residents living in the community. *Int J Aging Hum Dev*. **43**(3):181-97.

- Bondevik, M., Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *West J Nurs Res.* **20**(3):325-43.
- Book, K.S. (1987). Social support versus companionship: effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *J Pers Soc Psychol.* Vol, **52**(6):132-47.
- Bourre, J.M. (2006). Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 1: micronutrients. *J Nutr Health Aging.* **10**(5):377-85.
- Bray, G.(1992). Pathophysiology of obesity. *American journal of Clinical Nutrition,* **55**:488S-499S
- Brink, J.L., Yesavage J.A. και συν (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist,* **1.** 37-43.
- Broese, Van., Groenoun, M. & Thomese, F. (1996). The relative importance of independent living for the social functioning of the elderly. *Vakgroep Sociologie en Sociale Gerontology, Amsterdam,* **27**(4):150-8.
- Brosen, K. (1993). The Pharmacogenetics of the SSRIs. *Clin. Investig.* **71**: 1002-1009.
- Bungard, W. (1997). Isolation, loneliness and suicidal ideas in the aged. *Aktuelle Gerontol.* **(2)**:81-9.
- Burrows, A.B., Satlin, A. , Salzman, C., Nobel, K. & Lipsitz, L.A. (1995). Depression in a long-term care facility: clinical feature and discordance between nursing assessment and patient interviews. *J. Am Geriatr Soc,* **43**(10):1118-22.
- Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA.(2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging.* **21**(1):140-51.
- Barberger-Gateau, P., Letenneur, L., Deschamps, V., Pérès, K., Dartigues, F.J. & Renaud, R. (2002). Fish, meat, and risk of dementia: cohort study. *British medical Journal.* **325**:932- 933
- Barberger-Gateau P, Raffaitin C, Letenneur L, Berr C, Tzourio C, Dartigues JF, Alpérovitch A. (2007). Dietary patterns and risk of dementia: the Three-City cohort study. *Neurology. Nov* **13**; 69(20):1921-30
- Beck, A.T.(1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly,* **1,** 5, 37.
- Bidlack, W.R. (1988). Nutritional requirements of aged. Department of Pharmacology and Nutrition. *University of Southern California.* **27**(3):189-218
- Bradbury, N. (1991). *Problems of elderly people.* In W. Duryden & R. Rentoln (Eds.), *Adult Clinical problems. A cognitive-behavioral approach.*

- Brand S, Dodel R, Hautzinger M, Gründer G, Althaus A, Schneider F. 2005. Depression in Parkinson's disease. Assessment and treatment. *Expert Rev Neurother.* **5**(6):803-10
- Brooke H.G., Brooke G.F., Spring, S. (2002) Evaluating and Treating Unintentional Weight Loss in the Elderly. *American Family Physician* Vol. **65**/No. 4
- Brian E (2004). Pharmacotherapy in the treatment of Alzheimer's disease: an update. *World Psychiatry.* **3**(2): 84–88.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, **21**, 140-151.
- Carnevali D., Patrick M. (1979) *Nursing management for the Elderly*. Lippincott Co., Philadelphia
- Casagrande SS, Wang Y, Anderson C, Gary TL.(2007). Have Americans increased their fruit and vegetable intake? The trends between 1988 and 2002. *Am J Prev Med.* **32**(4):257-63.
- Chapman IM. (2007). The anorexia of aging. *Clin Geriatr Med.* **23**(4):735-56
- Chapman McPhee I. (2004). Endocrinology of anorexia of ageing. *Ageing and Endocrinology* Vol **18** (**30**): 437-452
- Charles , E. , Bouby-Serieys , V. & Thomas , P. (2006). Links between life events, traumatism and dementia; an open study including 565 patients with dementia. *Encephale*. Vol. **32**(5 Pt 1):746-5
- Cizza, G., Ravn, P., Chrousos, G.P., Gold, P.W. (2001). Depression: a major, unrecognized risk factor for osteoporosis. *Trends Endocrinol Metab.* **12**(5):198-203.
- Cohen-Mansfield J.& Parpura-Gill A. (2006) Loneliness in elderly persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, **1**:1-16
- Colin, A., Reggers, J., Castronovo, V. & Ansseau, M. (2003). Lipids, depression and suicide. *Encephale.* **29**(1):49-58
- Comella, C.L. (2007). Sleep disorders in Parkinson's disease. *Mov Disord.* **14**;22(S17):S367-S373
- Conklin, S.M., Manuck, S.B., Yao, J.K., Flory, J.D., Hibbeln, J.R., Muldoon, M.F.(2007). High omega-6 and low omega-3 fatty acids are associated with depressive symptoms and neuroticism. *Psychosom Med.* **69**(9):932-4.
- Cristensen, P. και συν. (1985). Orthostatic side effects of Clonipramine and Citalopram during Treatment for Depression. *Psychopharmacology*, **86**: 383-385.

Cunnane, S.C. (2000). The conditional nature of the dietary need for polyunsaturates: a proposal to reclassify 'essential fatty acids' as 'conditionally-indispensable' or 'conditionally-dispensable fatty acids. *Br. J. Nutr.*, **84**(6):803-812.

D'Anci, K.E., Rosenberg, I.H.(2004). Folate and brain function in the elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* **7**(6):659-64.

D'Ath, P., Katona, P. και συν (1994). The development of short versions of the Geriatric Depression Scale. *Fam. Pract.* **11**, 260-266.

Dimopoulos, N., Piperi, C., Salonicioti, A., Psarra, V., Gazi, F., Papadimitriou, A., Lea, R.W., Kalofoutis, A. (2007).Correlation of folate, vitamin B12 and homocysteine plasma levels with depression in an elderly Greek population. *Clin Biochem.***40**(9-10):604-8.

Dixon, B.,J., Dixon, E. M., O'Brien, E.,P. (2003). Obesity and Depression. *Department of chiralurgical intervention*, **163**:2058-2065

Dome, P., Teleki, Z., Rihmer, Z., Peter, L., Dobos, J., Kenessey, I., Tovari, J., Timar, J., Paku, S., Kovacs, G., Dome, B. (2008). Circulating endothelial progenitor cells and depression: a possible novel link between heart and soul.. *Mol Psychiatry.* ISSN:1359-4184.

Donini LM, Savina C, Cannella C. (2003). Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging. *Int Psychogeriatr.* **15**(1):73-87.

Drageset, J. (2000). Loneliness in nursing homes? A survey of 113 women and men living in nursing homes. Public Health and Primary Health Care. university of Bergen.

Drageset, J.(2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scand J Caring Sci.* **18**(1):65-71.

Dykstra, PA.(1995). Loneliness among the never and formerly married: the importance of supportive friendships and a desire for independence. *Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI)*, **50**(5):S321-9.

Ehrt U, Brønnick K, Leentjens AF, Larsen JP, Aarsland D. 2007 Depressive symptom profile in Parkinson's disease: a comparison with depression in elderly patients without Parkinson's disease. *J Am Geriatr Soc.* **55**(11):1817-24

Ekmekcioglu, C. (2001). The role of trace elements for the health of elderly individuals. *University of Vienna, Department of Psysiology.* **45**(5):309-16.)

Elbaz, A., Tranchant, C. (2007). Epidemiologic studies of environmental exposures in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences.* Volume **262**, Issues 1-2, 15 p. 37-44.

Eurostat. (1991). Demographic statistics. Luxembourg: office for official publications of the European Communities (Ed) Ευκλείδη, Κ.Α. (1999). *θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας.* Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Evans, M.E., Abou-Saleh, M.T. & Blazer, D.G. (1994). *Physical Illness and Depression*. In Copeland JRM, eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, pp 525-532.

Ferrucci, L., Guralnik, J.M., Buchner, D., Kasper, J., Lamb, S.E., Simonsick, E.M., Corti, M.C., Bandeen-Roche K., Fried, L.P., (1997). Departures from linearity in the relationship between measures of muscular strength and physical performance of the lower extremities: the woman's health and aging study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. **52(5)**:M275-85. Florence, Italy.

Dick, F.D., De Palma, G., Ahmadi, A. Scott, N.W., Prescott, G.J. et. (2007). Environmental risk factors for Parkinson's disease and parkinsonism the Geoparkinson study. *Occupational and Environmental Medicine*. **64(10)**:666-72.

Folks, D.G. & Ford, C.V. (1994). *Clinical Features of Depression and Dysthymia*. In Copeland JRM, Abou-Saleh MT, Blazer DG, eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, pp 553-558.

Folstein, M., Liu, T., Peter, I., Buell, J., Arsenault, L., Scott, T., Qiu, W.W. (2007). The homocysteine hypothesis of depression. *Am J Psychiatry*. **164(6)**:861-7.

Forbes, Scott. (2005). *A Natural History of Families*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press. 231pp

Ford, Martin, P.A. (2003). *Depression and depressive disorders*. Gale Encyclopedia of Mental Disorders

Gao, X., Chen, H, Fung, T.T., Logroscino, G., Schwarzschild, M.A., Hu, F.B., Ascherio, A. (2007). Prospective study of dietary pattern and risk of Parkinson disease. *Am J Clin Nutr*. **86(5)**:1486-94.

Garrett, G. (1984). *Health needs of the elderly*. McMillan Co. London

Gelb, Dj., Olivere, Gliman, S. (1999). Diagnostic criteria of Parkinson Disease. *Arch Neurol* **56**: 36-39.

Gennari, C. (2001). Calcium and vitamin D and bone disease of the elderly. *Institute of Internal Medicine, University of Siena*. **4(2B)**:547-59

Gil Gregorio, P., Ramirez Diaz, S.P., Ribera Casado, J.M. & Demenu Group. 2003. Dementia And Nutrition. Intervention Study In Institutionalized Patients With Alzheimer Disease. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*©, **Volume 7**, Number 5.

Golden, M.H.N., Golden, B.E. (2000). *Severe malnutrition*. In: Garrow, J.S., James, W.P.T, Ralph, A. (eds) *Human Nutrition & Dietetics*. Churcill Livingstone, London.

Graham, J. (2006). Prevalence of hypogonadism in males aged at least 5 years: the HIM study. *International journal of clinical practice*. **60(7)**: 762.

Guigoz, Y., Lauque, S., Vellas, B.J. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med.* **18**(4):737-57

Guigoz, Y., Vellas, B.J. (1997). Malnutrition in the elderly: the Mini Nutritional Assessment (MNA). *Ther Umsch.* **54**(6):345-50.

Hartshorne, T.S. (1993). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the UCLA loneliness scale. *J Pers Assess.* **61**(1):182-95.

Hays. P. N., Roberts, B.S. (2006). The anorexia of aging in humans. *Elsevie.* Vol **88** (3): 257-266

Heikkinen, E. (1983) The elderly in eleven countries: a sociomedical survey, *WHO/EURO, Copenhagen.*

Henderson, V. (1960). Basic Principles of Nursing care. *International Council of Nurses, London.*

Heo, M., Pietrobelli, A, Fontaine, K.R., Sirey JA, Faith MS. 2006. Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *Int J Obes (Lond).* **30**(3):513-9.

Hin, H., Clarke, R., Sherliker P, Atoyebi W, Emmens K, Birks J, Schneede J, Ueland PM, Nexo E, Scott J, Molloy A, Donaghy M, Frost C, Evans JG. (2006). Clinical relevance of low serum vitamin B12 concentrations in older people: the Banbury B12 study. *Epub* **35**(4):416-22.

Hojat, M. (1982). Psychometric characteristics of the ucla loneliness scale: a study with Iranian college students. *Educational and psychological measurement*, vol **42**, No. 3, 917-925.

Hsu, L.R., Hhiley, B.J. & Range, L.M. (1987). Cultural and emotional components of loneliness and depression. *J. Psychol* , Vol **121**(1):61-70

Huffman, G.B., Brooke, G. & Spring, S.M., (2002) Evaluating and Treating Unintentional Weight Loss in the Elderly. *A peer-reviewed journal of the American Academy of family Physicians.* **65**(4):640-50.

Hvas, A.M., Juul, S., Bech, P. & Nexo, E.(2004). Vitamin B6 level is associated with symptoms of depression. *Psychother Psychosom.*; **73**(6):340-3

Hyttel, J. (1994). Pharmacological characterization of SSRIs. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, **9**(51): 19-26.

ICN (1992) Position Statements: Healthy aging. International Nurses day

Irizarry, M.C. & Hyman, B.T. (2001). Alzheimer disease therapeutics. *J Neuropathol Exp Neurol.* **60**(10): 923-8.

- Jaime, P.C., Monteiro, C.A.(2005). Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saude Publica*. **21** :19-24.
- Johnson, C.C., Gorell, J.M., Rybicki, B.A., Sanders, K., Peterson, E.L. (1999) Adult nutrient intake as a risk factor for Parkinson's disease. *Int J Epidemiol*. **28**(6):1102-9
- Jongenelis, K., Pot, A.M., Eisses, A.M.H., Beekman, A.T.F, Kluiters, H., Ribbe, M.W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders* Vol **83** (2-3):135-142.
- Kaasa, K. (1998). Loneliness in old age: Psychosocial and health predictors. *Norwegian Journal of Epidemiology*. **8**(2): 195-201 195
- Keiko, I. & Masahiko, K. (2007).Usefulness of the Mini-Nutritional Assessment (MNA) to evaluate the nutritional status of Japanese frail elderly under home care. *Geriatrics and Gerontology International*.**Volume 7**, Number 3, pp. 238-244(7)
- Knight, R.T., Chisholm, B.J., Marsh, N.V., Goodfrey, H.P. (1998). Some normative, reability, and factor analytic data for the revised UCLA Loneliness Scale. *J.Clin Psychol*. **44**(2):203-6.
- Lagopoulos, J. , Malhi, G.S., Ivanovski, B., Cahill, C.M. & Morris, J.G. (2006).A matter of motion or an emotional matter? Management of depression in Parkinson's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*.**21**(3):252-8.).
- Lakhan, S.E., Vieira, K.F. (2008). Nutritional therapies for mental health disorders. *Nutr J*. **21** 7(1):2
- Lauder, W. , Mummery, K. & Sharkey, S.(2006). Social capital, age and religiosity in people who are lonely. *J Clin Nurs*. **15**(3):334-40.
- Law, R. & Chalmers, C. (1976). Medicines and elderly people: a research of general practice. *Br Med J*. **6**:1(6009):565-8.
- Lepoutre, A., Devos, D. & Blanchard-Dauphin, A. (2006). A specific clinical pattern of campocormia in Parkinson's disease. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr*. **77** (11): 1229-34
- Luchsinger, J.A., Noble, J.M. & Scarmeas, N. (2007).Diet and Alzheimer's disease. *Curr Neurol Neurosci Rep*. **7**(5):366-72. Links
- Madianos, M. και συν. (1992). Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. **86**,320-6
- Madianos, M. & Stefanis, C. (1992). Changes in the prevalence of depressive symptoms and depression across Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. **27**, 211-219.
- Madianos, M., Gefou-Madianou, D. & Stefanis, C. (1994). Symptoms of depression, suicidal behavior and use of substances in Greece: a nation-wide general population survey. *Acta Psychiatrica Scandianavica*, 89, 159-166.

- Maguire, A, Baqir, W.(2000). Prevalence of long-term use of medicines with prolonged oral clearance in the elderly: a survey in north east England. *Br Dent J.* **9;189(5)**:267-72.
- Malikiosis, L.M. & Anderson, L.R. (1994). Reliability of a Greek translation of the Life Satisfaction Index. *Psychol Rep.* Vol. **74(3 Pt2)**:1319-22)
- Masellis, M., D' Arpa, N. & Napoli, B. (1995). Considerations on isntensive care in elderly burn patients. *Annals of Burns and fire disasters*, vol. **VIII**, n. 4.)
- Mathias, L. (2007). Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Personality and Individual Differences*, Volume **42**, Issue 7, Pages 1359-1366
- McAuley, E., Blissmer, B., Marquez, D.X., Jerome, G.J., Kramer, A.F. & Katula, J. (2000). Social relations, physical activity, and well-being in older adults. *Prev Med.*, Vol. **31(5)**:608-17.
- Melissa, McGee & Gordon, L.J. (2000). Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly. *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. **71**, No. 1, 158
- Mischoulon, D., Raab, M.F. (2007). The role of folate in depression and dementia. *J Clin Psychiatry.***68(10)**:28-33.
- Mock Douglas, W. (2004). *More Than Kin and Less Than Kind: the evolution of family conflict*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.
- Moller, S.E.(1989) Carbohydrates and depression. *Ugeskr Laeger.* **4**;151(36):2250-2
- Moller, S.E.(1992) Serotonin, carbohydrates and atypical depression. *Pharmacol Toxicol. Suppl* **1**:61-71.
- Morley, J.E. (2001). Decreased food intake with aging. *J Gerontol.* **56 (2)**:81-8.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *Br.J. Psychiatric.* **141**, 135-142.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, I.C.E., Leaf, P.J. , Orvaschel, H., Antony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.D., Kramer, M. & Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry*, **41(10)**:959-967
- Masellis, M., D' Arpa, N. & Napoli, B. (1995). Considerations on isntensive care in elderly burn patients. *Annals of Burns and fire disasters*, vol. **VIII**, n. 4.
- Mattson, MP. (2003). Will caloric restriction and folate protect against AD and PD? *Neurology.* **60(4)**:690-5
- McCarty, M. F. (2001).Does a vegan diet reduce risk for Parkinson's disease? *Medical Hypotheses* Vol **57 (3)**: 318-323.

- Michaud, K. & Wolfe, F. (2007). Comorbidities in rheumatoid arthritis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. Volume **49**, Issue 11, , Pages 1206-1211
- Millar, H.R., Wardell, F., Vyvyan, J.P., Naji, S.A., Prescott, G.J.(2005). Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland, 1965-1999. *Am J Psychiatry*.**162**(4):753-7.
- Morley, J.E. (2001). Decreased food intake with aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. **56**. No 2:81-8.
- Morris, M.C., Evans, D.A., Bienias, J.L., Scherr, P.A., Tangney, C.C., Hebert, L.E., Bennett, D.A., Wilson, R.S., Aggarwal, N. (2004). Dietary niacin and the risk of incident Alzheimer's disease and of cognitive decline. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. **75**(8):1093-9
- Mustillo, S.,Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E.J. (2003) Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics*.**111**(4 Pt 1):851-9.
- Nyth, A.L et al.(1992). A controlled multicenter clinical study of Citalopram and Placebo in Elderly Depressed Patients with and without concomitant Dementia. *Acta Psychiatr. Scand*. **86**: 138-145.
- Olanowlw, T., W.G, (1999). Etiology and pathogenesis of Parkinson's disease. *Annu Rev Neurosci*. **22**:123-144.
- Onen, S.H., Onen, F., Mangeon, P.J. , Abidi, H., Courpron, P. & Schmidt, J. (2005). Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. vol **41** (2): 191-20.
- Onis M de, Monteiro C, Clugston G. (1993).The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO Global Database on Child Growth. *Bulletin of the World Health Organization*. **71**(6).
- Ozcetin, A. , Ataoglu, S. , Kocer, E. , Yazici, S. , Yildiz, O. , Ataoglul, A. , Icmeli, C. (2007). Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian Med J*. **56**(2):122-9.
- Pagoto, S., Bodenlos, J.S. , Kantor, L. ,Gitkind, M. ,Curtin, C. & Ma, Y. 2007. Association of major depression and binge eating disorder with loss in a clinical setting. *Obesity (Silver Spring)*: **15**(11):
- Parker, G. , Gibson, N.A. , Brotchie, H. , Heruc, G. , Rees, A.M. & Hadzi-Pavlovic, D. (2006). Omega-3 fatty acids and mood disorders. *Am J Psychiatry*. **163**(6):969-78.
- Petrie, W.M. , Ban, T.A. (1985). Vitamins in psychiatry. Do they have a role? *Drugs*. **30**(1):58-65.
- Politi, P. , Minoretti, P. , Piaggi, N. , Brondi, N. & Emanuele, E. (2007). Elevated plasma N-terminal ProBNP levels in unmedicated patients with major depressive disorder. *Neurosci Lett*. **417**(3):322-5.

- Powers, K.M., Smith-Weller, T., Franklin, G.M., Longstreth, W.T., Jr. Swanson, P.D. & Checkoway, H. (2003). Parkinson's disease risks associated with dietary iron, manganese, and other nutrient intakes. *Neurology*. **60**(11):1761-6.
- Roitman, S., Green, T., Osher, Y., Karni, N. & Levine, J. (2007). Creatine monohydrate in resistant depression: a preliminary study. *Bipolar Disord*. **9**(7):754-8.
- Russell, D. (1996). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*. **66**, 20-40.
- Russell, D.W., Cutrona, C.E., De la Mora, A. & Wallace, R.B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychol Aging*. **12**(4):574-89.
- Russell, D., Cutrona, C.E., Rose, J. & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *J Pers Soc Psychol*. **46**(6): 1313-21
- Randhir, R., Shetty, K.(2004). Microwave-induced stimulation of L-DOPA, phenolics and antioxidant activity in fava bean (*Vicia faba*) for Parkinson's diet. *Process Biochemistry* Volume **39**, Issue 11: 1775-1784.
- Robbins, J. , Hirsch, C. , Whitmer, R. , Cauley, J. & Harris, T. (2001). The association of bone mineral density and depression in an older population. *J Am Geriatr Soc*. **49**(6):827-8.
- Roe, D.A. (1990). Geriatric nutrition. *Clin Geriatr Med* **6**(2):319-34
- Richards L., (2007). *Geriatric nutrition, encyclopedia of nursing*. Allied Health, university of Liverpool.
- Russell, D., Letitia, A.P. & Carolyn, E.C. (2007). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol **39**, No. 3, 472-480
- Russell, D., Peplau, L.A. & Cutrona, C.E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. **39**, 472-480.
- Russell, D.W., Cutrona, C.E., De La Mora, A. & Wallace, R.B. (1997). Loneliness and nursing home admission rural older adults. *Iowa state University, ETATS-UNIS* vol.**12**, pp.574-589,
- Russell, R.M. (1996). The aging process as a modifier of metabolism. *American journal of clinical nutrition*. Vol.72 No 2. 5295-5345.
- Sachdev, P.S., Parslow, R.A., Lux, O., Salonikas, C., Wen, W., Naidoo, D., Christensen, H. & Jorm, A.F. (2005). Relationship of homocysteine, folic acid and vitamin B12 with depression in a middle-aged community sample. *Psychol Med*. **35**(4):529-38.

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E. & Pitkala, K.H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* Vol **41**(3) 223-233

Scarmeas, N., Yaakov, S., Mayeux, R., Nieves, J.W., and Luchsinger, J.A. (2007). Whole-Diet Approach, Mediterranean Diet, and Alzheimer Disease. *Arch Neurol.***64**:607

Shock, W., Yiengst, N., Gafneg, G. & Falzone. (1963). *J. "Gerontolog"*. **18**:1 (Ed) ΔΡ.

Παπανικολάου. Γ. (2002). *Σύγχρονη διατροφή & διαιτολογία*. Αθήνα. Εκδόσεις Θυμάρι

Simon, E.G., Korff, V. M., Saunders, K., Miglioretti, L.D., Crane, K.P., Belle, V. G., Kessler, C.R. (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry.***63**:824-830.

Stippler, C.M. (2005). Anorexia Nervosa

Sonja, A., Neumann, A.S., Miller, M.D., Daniels, L.A., Ahern, M. & Crotty, M. (2007). Mini Nutritional Assessment in geriatric rehabilitation: Inter-rater reliability and relationship to body composition and nutritional biochemistry. *Nutrition & Dietetics* **64** (3), 179–185.)

Springer. (2006). The Journal of nutrition, health & aging, France. *J. nutr. health aging*. vol. **10**, n^o6, pp. 466-487

Tavarela Veloso F. (2004). Review article: skin complications associated with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther. Suppl* **4**:50-3.

Trichopoulou, A. , Kouris-Blazos, A. , Vassilakou, T. , Gnardellis, C. , Polychronopoulos, E, Venizelos, M., Lagiou, P., Wahlqvist, M.L. & Trichopoulos, D.(1995). Diet and survival of elderly Greeks: a link to the past. *Am J Clin Nutr.* **61**(6):1346S-1350S.

Vahdat, S.M., Vahdat, S.Z., Moshtaaghi, M., Shahbaazi, S.H. & Abadi, A. (2007). The relationship between depression and serum ferritin level. *Eur J Clin Nutr.* **61**(4):532-5.

Van Baarsen, B. (2002). Theoriew on coping with loss: the impact of social and self – esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner’s death in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* **57**(1):S33-42.

Van Nes, M.C. , Herrmann, F.RB., Gold, G., Jean-Pierre, M.I & Rizzoli, R. (2001). Does the Mini Nutritional Assessment predict hospitalization outcomes in older people? *Age and Ageing* **30**: 221-226

Vaquero, M.P. (2002). Magnesium and trace elements in the elderly: intake, states and recommendations. *Instituto de Nutrition y Bromatologia*, **6**(2):147-53.)

Vellas, B., Garry, P.J. & Guigoz, Y. (1997). Mini nutritional assessment (MNA): research and practice in the elderly. *Nestlé Nutrition Workshop Series, Clinical & Performance Programme*, Volume **1**.

Vellas, B. , Villars, H. , Abellan, G. , Soto, M.E. , Rolland, Y. , Guigoz, Y. , Morley, J.E. , Chumlea, W., Salva, A. , Rubenstein, L.Z. & Garry, P. (2006). Overview of the MNA--Its history and challenges. *J Nutr Health Aging*. **10(6):456-63**

Washilien, C. (2000). Nutrition and the Elderly Course. U. *Of Hawai- Manoa, School of Publc Health, Geriatric Nutrition, Encyclopedia of Nursing & Allied Health*

WHO (1983) Vienna International Plan of action on aging. World Health assembly on aging. United Nations, New York.

Wilson, D., Cutts, J., Lees, I., Mapungwana, S. & Maunganidze, L.(1992). Psychometric properties of the revised UCLA Loneliness Scale and two short-form measures of loneliness in Zimbabwe. *J Pers Assess*. **59(1):72-81**.

Wilson,G. (2006).Anorexia Nervosa also claims lives of elderly. *UBC Public Affairs vol 28*

Wilson, R.S., Krueger, K.R., Arnold, S.E., Schneider, J.A., Kelly, J.F., (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Rush University Medical Cente*, **64(2):234**

World Health Organization. (2000). Nutrition for Health and Development. A global agenda for combating malnutrition. France

Wurtman, J.J. (1988). The anorexia of aging: a problem not restricted to calorie intake. *Neurobiol Aging*, **9(1):22-3**.

Yavas, G.F. , Yilmaz, O. , Küsbeci, T. & Oztürk. F. (2007). The effect of levodopa and dopamine agonists on optic nerve head in Parkinson disease. *Eur J Ophthalmol*.**17(5):812**

Yesavage, J.A. και συν (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale. *A preliminary report. Journal of Psychiatric Research*, **17**, 37-49.

Zakahi, W.R. & Duran, R.L. (1982). All the lonely people: The relationship among loneliness, communicative competence, and communication anxiety. *Communication Quarterl*. **30**, 203-209.

Zarit,S.H., Zarit, J.N.P. & Orr, N.K. (1985). *The Hidden Victims of Alzheimer's Disease: Families under Stress*. New York: New York University Press,

Zhang, SM., Hernán, MA. , Chen, H. , Spiegelman D. , Willett, WC. , Ascherio A.(2002). Intakes of vitaminw E and C, carotenoids, vitamin supplements, and PD risk. *Neurology*. **59:11161-1169**.

<http://www.thirdage.com/ebsco/files/11994.html>. Wood, D. (2007). Bulimia nervosa. *EBCSO Publishing*

<http://www.fotosearch.gr/IST151/v3041023/>

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΟΝΑΞΙΑΣ.

ΟΔΗΓΙΕΣ: Οι παρακάτω δηλώσεις περιγράφουν πως αισθάνονται μερικές φορές οι άνθρωποι. Για κάθε μια από τις παρακρατώ δηλώσεις, παρακαλούμε καταγράψτε πόσο συχνά αισθάνεστε όπως περιγράφεται σημειώνοντας ένα νούμερο στο αντίστοιχο διάστημα.

	ΠΑΝΤΑ	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ
1. Πόσο συχνά αισθάνεσαι δυστυχής που κάνεις τόσα πράγματα μόνος/η	1	2	3	4
2. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι δεν έχεις κάποιον/α να μιλήσεις?	1	2	3	4
3. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι δεν αντέχεις να είσαι τόσο μόνος/η?	1	2	3	4
4. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι κανένας δε σε καταλαβαίνει πραγματικά?	1	2	3	4
5. Πόσο συχνά βρίσκεις τον εαυτό σου να περιμένεις από άλλους να σου τηλεφωνήσουν ή να σου γράψουν?	1	2	3	4
6. Πόσο συχνά αισθάνεσαι τελείως μόνος/η?	1	2	3	4
7. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι δεν είσαι σε θέση να επικοινωνήσεις με τους γύρω σου?	1	2	3	4
8. Πόσο συχνά αισθάνεσαι κυριολεκτικά πεινασμένος/η για παρέα?	1	2	3	4
9. Πόσο συχνά αισθάνεσαι ότι σου είναι δύσκολο να αποκτήσεις φίλους?	1	2	3	4
10. Πόσο συχνά αισθάνεσαι αποκλεισμένος/η και [εξαιρεμένος/η] από τους άλλους?	1	2	3	4

Αξιολόγηση: Για κάθε δήλωση δώστε στον εαυτό σας 1 βαθμό εάν απαντήσατε « ποτέ» (Π), 2 βαθμούς εάν απαντήσατε «σπάνια» (ΣΠ), 3 βαθμούς εάν απαντήσατε «μερικές φορές»(Μ) και 4 βαθμούς εάν απαντήσατε «συχνά» (ΣΧ). Μια υψηλή συνολική βαθμολογία σημαίνει υψηλό βαθμό μοναξιάς. Ενδεικτικά σας αναφέρουμε ότι ο μέσος όρος με βάση δεδομένα από έρευνες στις ΗΠΑ είναι 20, ενώ ένα σκορ άνω των 30 είναι μάλλον σημάδι έντονης αίσθησης μοναξιάς.

Προσαρμοσμένη από την κλίμακα « USLA Loneliness Scale » (Version 3, 1988).

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρκετοί είναι οι άνθρωποι μας βοήθησαν στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Πρώτα από όλα νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε από καρδιάς τους ηλικιωμένους που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Χωρίς τη συγκατάθεση, τη συμμετοχή και την υπομονή τους η παρούσα εργασία θα ήταν αδύνατη. Θέλουμε να ευχαριστήσουμε τους υπεύθυνους των γηροκομείων στην Κοκκίνη Χάνη, το γηροκομείο Αγ. Ειρήνης Χρυσοβαλάντου και το γηροκομείο Αγ. Ιωάννη Κνωσού, που μας δέχτηκαν και μας επέτρεψαν να μιλήσουμε με τους ηλικιωμένους. Επίσης πρέπει να ευχαριστήσουμε τους ίδιους τους ηλικιωμένους των γηροκομείων που συνεργάστηκαν και μας βοήθησαν στην διεξαγωγή της έρευνας. Ακόμα, πολύτιμη ήταν η βοήθεια των ηλικιωμένων ατόμων του χωριού Θραψανό, στο Ηράκλειο που μας δέχτηκαν και αυτοί με μεγάλη ευγένεια και καλοσύνη και συνεργάστηκαν έμμεσα και με μεγάλη προθυμία.

Ευχαριστούμε θερμά την επόπτρια της πτυχιακής μας εργασίας, την Καθηγήτρια Χαρωνιτάκη Κατερίνα, ψυχολόγο, η οποία με υπομονή, συστηματικότητα και άμεση συνεργασία μας οδήγησε βήμα-βήμα, στα μονοπάτια της έρευνας. Ήταν δίπλα μας ανά πάσα στιγμή και μας βοήθησε σε κάθε απορία μας. Ευχαριστούμε επίσης πολύ την κυρία Μαρκάκη Αναστασία, Διαιτολόγο-Διατροφολόγο, διδάσκουσα του ΤΕΙ Σητείας, που μας χορήγησε το ερωτηματολόγιο MNA (mini nutritional assessment), και το χρησιμοποιήσαμε στη έρευνα μας, καθώς και τον κ. Δημητροπουλάκη, καθηγητή πληροφορικής στο ΤΕΙ διατροφής και διαιτολογίας στην Σητεία, ο οποίος μας βοήθησε στην επεξεργασία των αποτελεσμάτων μέσω του προγράμματος spss. Χωρίς την βοήθεια όλων των προαναφερθέντων ανθρώπων η διεξαγωγή αυτής της πτυχιακής εργασίας θα ήταν αδύνατη.