



Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ
ΕΛΛΕΙΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ-ΑΓΡΟΤΙΚΗ
ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΛΕΦΤΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ-ΣΟΦΙΑ
ΜΑΡΚΟΥΛΑΚΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΚΑΤΣΑΠΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

Ηράκλειο 2018

Ευχαριστίες

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια κ. Κατσάπη Χρυσούλα για την βοήθεια και τη συμπαράσταση της κατά την διάρκεια της πρακτικής μας άσκησης αλλά και κατά τη συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Επίσης ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για την ηθική υποστήριξη τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας αλλά και για την βοήθεια τους στην διεκπεραίωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Ακόμη θερμά ευχαριστούμε το προσωπικό του ΚΑΠΗ Γαζίου τμήματος ΚΑΠΗ του ΔΟΚΑΠΠΑΜ που ήταν στο πλευρό μας σ' όλη τη διάρκεια της εργαστηριακής και πρακτικής μας άσκησης καθώς και τους ηλικιωμένους για την συνεργασία και την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ-ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	12
1.1 Ορισμός και στοιχεία περί άνοιας.....	12
1.1.1 Στατιστικά δεδομένα της άνοιας.....	15
1.2 Μορφές Άνοιας	16
1.2.1 Ήπια γνωστική διαταραχή	16
1.2.2 Άνοια επί νόσου Alzheimer	18
1.2.3 Αγγειακή Άνοια.....	19
1.2.4 Αγγειακή εγκεφαλική νόσος και αιμόσταση.....	20
1.2.5 Μετωποκροταφική Άνοια (Άνοια επί νόσου Pick)	20
1.2.6 Άνοια επί νόσου Creutzfeldt-Jacob	21
1.2.7 Άνοια επί νόσου Huntigton	22
1.2.8 Άνοια επί νόσου Parkinson.....	22
1.2.9 Άνοια επί νόσου, οφειλόμενη στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV).....	23
1.2.10 Άνοια από τραύμα εγκεφάλου.....	23
1.3 Παράγοντες κινδύνου.....	24
1.4 Διάγνωση Άνοιας	25
1.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις της άνοιας.....	25
1.5.1 Φαρμακευτική θεραπεία	26
1.5.2 Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις	27
1.6 Πρόληψη Άνοιας.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ	31
2.1 Τρίτη ηλικία στην αγροτική κοινότητα.....	31
2.2 Τρίτη ηλικία στην ημιαστική κοινότητα.....	32
2.3 Προβλήματα και ανάγκες των ηλικιωμένων σε ημιαστική και αγροτική κοινότητα.....	33

2.4 Ρόλοι των ηλικιωμένων.....	34
2.5 Συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	38
3.1 Περιγραφή και ορισμός της κατάθλιψης.....	38
3.2 Τρίτη ηλικία και κατάθλιψη	41
3.2.1 Δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία.....	42
3.2.2 Μορφές κατάθλιψης	42
3.2.3 Θεραπεία.....	45
3.2.4 Συνέπειες	45
3.3 Διαφοροδιάγνωση κατάθλιψης άνοιας.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	50
4.1 Ο ρόλος των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην πρόληψη και την θεραπεία της άνοιας.....	50
4.1.1 Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση	50
4.1.2 Γνωστική παρέμβαση	50
4.1.3 Λογοθεραπευτική παρέμβαση	51
4.1.4 Εικαστική θεραπεία (Art -Therapy)	51
4.1.5 Μουσικοθεραπεία.....	52
4.1.6 Εργοθεραπευτική παρέμβαση.....	53
4.1.7 Animal Assisted Therapy (AAT)	53
4.2 Προαγωγή υγείας	56
4.2.1 Προγράμματα προαγωγής υγείας ασθενών με άνοια	58
4.2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία άνοιας και αναγκαιότητα οργάνωσης παρεμβάσεων πρόληψης.....	59
4.5 Παγκόσμιος οργανισμός υγείας και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	62
4.5.1 Παγκόσμιος οργανισμός υγείας.....	62
4.5.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	68
5.1 Δικαιώματα για ηλικιωμένους	68
5.2 Ανοικτές μορφές φροντίδας για τους ηλικιωμένους.....	69
5.2.1 Πρόνοια	70
5.2.2 Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η)	71
5.2.3 Βοήθεια στο σπίτι.....	73
5.2.4 Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η).....	74

5.3	Δομές για την άνοια στην Ελλάδα	75
5.3.1	Υπηρεσίες για ηλικιωμένους με άνοια	75
5.3.2	Εξωτερικό ιατρείο μνήμης και άνοιας.....	75
5.3.3	Κέντρα ημέρας για την άνοια	75
5.4	Δομές για την άνοια στην Ευρώπη	76
	ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ	80
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	81
1.1	Σκοπός της έρευνας.....	81
1.2	Πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης.....	81
1.3	Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα	83
1.4	Μεθοδολογία έρευνας	83
1.5	Πεδίο Μελέτης-Επιλογή Δείγματος	84
1.6	Διαδικασία έρευνας.....	84
1.7	Ερευνητικά εργαλεία.....	85
1.8	Δυσκολίες.....	89
1.9	Μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων	89
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	90
2.1	Συζήτηση.....	96
2.2	Συμπεράσματα - Προτάσεις	100
	Βιβλιογραφία	103
	Παράρτημα.....	111

Πίνακας ερευνητικών περιεχομένων:

Πίνακας 1: Παρουσίαση ηλικιακής κατάταξης του δείγματος.....	90
Πίνακας 2: Παρουσίαση μορφωτικού επιπέδου του δείγματος.....	90
Πίνακας 3: Παρουσίαση τιμών MMSE κατά την περίοδο Μαΐου και Οκτωβρίου 2015 στην ημιαστική κοινότητα	91
Πίνακας 4: Παρουσίαση τιμών των εργαλείων GHQ και GDS στην ημιαστική κοινότητα	91
Πίνακας 5: Παρουσίαση τιμών MMSE πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.....	92
Πίνακας 6: Παρουσίαση τιμών του διαγνωστικού εργαλείου MMSE την περίοδο του Μαΐου και Οκτωβρίου 2015 στις αγροτικές κοινότητες.....	93
Πίνακας 7: Παρουσίαση τιμών των εργαλείων GHQ και GDS στις αγροτικές κοινότητες.....	94
Πίνακας 8: Παρουσίαση τιμών MMSE πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.....	94
Πίνακας 9: Παρουσίαση της αποτελεσματικότητας των ομάδων νοητικής κατάστασης.....	95

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η άνοια είναι μια νόσος όπου όσο περνάνε τα χρόνια πλήττει την τρίτη ηλικία ανεξαρτήτως με τον τόπο κατοικίας τους. Σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι κατά πόσο οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις συμβάλλουν στην πρόληψη της άνοιας και αν οι παρεμβάσεις αυτές έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα στην ημιαστική και την αγροτική κοινότητα. Η πτυχιακή εργασία αποτελείται από δυο μέρη το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος αρχικά αναλύεται η άνοια μαζί με τις μορφές της, οι παράγοντες κίνδυνου, οι θεραπευτικές της προσεγγίσεις καθώς και η πρόληψη της νόσου. Έπειτα αναλύεται τρόπος ζωής των ηλικιωμένων στην ημιαστική και την αγροτική κοινότητα και ποιος είναι ο ρόλος του. Μιας και είναι πολύ σημαντική η ασθένεια της κατάθλιψης και η επιρροή της πάνω στη τρίτη ηλικία γίνεται αναφορά στην έννοια της κατάθλιψης, στις μορφές της ,στην θεραπεία της και στη διαφοροδιάγνωση κατάθλιψης άνοιας. Ακόμη αναλύονται οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, η έννοια της προαγωγή υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας. Επίσης το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει ποια είναι τα δικαιώματα των ηλικιωμένων και τις δομές που υπάρχουν στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη για την τρίτη ηλικία και την άνοια. Τέλος το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής πραγματεύεται τη μεθοδολογία έρευνας που ακολουθήθηκε ,τα αποτελέσματα, τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

Λέξεις κλειδιά: άνοια, τρίτη ηλικία, πρόληψη, μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, κοινότητα

ABSTRACT

Dementia is a disease which affects a growing number of elderly people regardless of their place of residence. For this reason, this thesis deals with age, dementia, whether non-pharmaceutical intervention contributes to its prevention and if this intervention has the same effectiveness in the suburban and rural community. The thesis consists of two parts the theoretical and the research. Firstly, we analyze what dementia is and its forms, the risk factors, the therapeutic approaches and its prevention. Then, the elderly's life in the suburban and rural community is analyzed and what their part is in it. Since depression and its influence on the elderly is very important, reference is made to the concept of depression, its forms, its treatment and the differential diagnosis of depression of dementia. Furthermore, a detailed analysis on what the non-pharmaceutical interventions are, health advancement, the global health organization and primary healthcare are fully analyzed. Also, the theoretical part includes the rights of the elderly and what structures there are to cater for them not only in Greece but also in Europe. Finally, the research part includes the methodology, the process followed, the results of the research, , the conclusions and the suggestions.

Key words: dementia, elderly, prevention, non-pharmaceutical intervention, community.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα τόσο στην Ελλάδα όσο και έξω από τα σύνορα της έχει επικρατήσει η ενασχόληση με τους ηλικιωμένους να αποτελεί «ταμπού». Στην εποχή όπου τα νιάτα και η ομορφιά εξυμνούνται και που οι εξελίξεις τρέχουν με μεγάλη ταχύτητα, ο κόσμος των γηρατειών θεωρείται πολύ αργός. Η έντονη δυσφορία προς τα γηρατεία δεικνύεται επίσης μέσα από την καθημερινή πραγματικότητα όταν ακόμα και η λέξη «γέρος» προκαλεί απέχθεια και θεωρείται προσβολή για το άτομο στο οποίο απευθύνεται. Όμως είναι γνωστό πως ταμπού και προκατάληψη συνυπάρχουν και απορρέουν από αυτό. Έτσι λοιπόν, οι άνθρωποι καθώς δεν γνωρίζουν για τον ψυχισμό του ηλικιωμένου και τις διεργασίες που συντελούνται μέσα του, με αφέλεια πιστεύουν πως ο εσωτερικός κόσμος του ηλικιωμένου είναι κενός. (Καλαϊτζή, 2005). Οι περισσότεροι λοιπόν απορρίπτουν το σημαντικό αυτό κομμάτι του πληθυσμού χωρίς να μουν στην διαδικασία να τους γνωρίσουν και να τους κατανοήσουν. «Οι ηλικιωμένοι σήμερα είναι ένα σπουδαίο και σημαντικό κομμάτι της κοινωνίας μας. Η ενεργητική τους επίδραση γίνεται φανερή αν ληφθεί υπόψη η πείρα που κατέχουν, η νηφαλιότητα με την οποία αντιμετωπίζουν τα περισσότερα ζητήματα της ζωής, αλλά και ο καθοριστικός τους ρόλος στην αλληλεπίδραση με τα ενήλικα παιδιά και εγγόνια τους». (Καλαϊτζή, 2005)

Από ψυχολογική άποψη ειδικότερα, οι ηλικιωμένοι που εντάσσονται στον κύκλο ζωής της οικογένειας κατέχουν μια πολύτιμη θέση ως εκπρόσωποι της μιας από τις τρεις γενεές που αλληλεπιδρούν αντιμετωπίζοντας κάθε πρόβλημα της καθημερινής ζωής. Εξάίρεση αποτελούν οι ηλικιωμένοι εκείνοι που βαρύνονται ιδιαίτερα από κάποιας μορφής ψυχικό ή σωματικό νόσημα και χρειάζονται συνεχή φροντίδα από την οικογένεια. Σε έναν κόσμο που αλλάζει ταχύτητα, οι ηλικιωμένοι βρίσκονται καθημερινά αντιμέτωποι με την σύγκρουση του χθες με το σήμερα, με την ανατροπή των αξιών και των κανόνων συμπεριφοράς που «υπηρέτησαν» στην ζωή τους και καλούνται να λειτουργήσουν σε συνθήκες που είναι περισσότερο περίπλοκες. Μέσα σε σχέσεις συγκρουσιακές/ανταγωνιστικές, οι ηλικιωμένοι φαίνεται να αποξενώνονται καθώς αντιμετωπίζουν την αρνητική στάση της

κοινωνίας μέσα από την προκατάληψη, τη στέρηση κάθε ρόλου και κάθε δραστηριότητας και κάθε δυνατότητας για λειτουργία.

Έτσι λοιπόν, η κάθε κοινωνία που ποτέ στο παρελθόν δεν είχε να αντιμετωπίσει τόσους πολλούς ηλικιωμένους πρέπει χωρίς να δημιουργήσει ελλείψεις σε άλλους τομείς της πραγματικότητας της, να εξασφαλίσει αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στα άτομα αυτά, τα οποία πρέπει να σημειωθεί, πως έχουν αυξημένες βιολογικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και οικονομικές ανάγκες, ενώ παράλληλα δεν αποτελούν παραγωγικά μέλη της κοινωνίας. Σήμερα τα γηρατειά είναι μια περίοδος που μπορεί ο άνθρωπος να τη ζήσει με ασφάλεια και θα μπορούσε να την ζήσει και με ευτυχία αν η σύγχρονη κοινωνία δεν δημιουργούσε παράλληλα και μερικά άλλα φαινόμενα που δεν είναι και τόσο ευχάριστα και που επηρεάζουν ιδιαίτερα το θέμα της τρίτης ηλικίας. «Η λέξη «γηρατειά» σημαίνει αυξημένες ανθρώπινες ανάγκες. Ανάγκη για εξασφάλιση αξιοπρεπούς στέγης, για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς την καταρράκωση της υπερηφάνειας τους (Καλαϊτζή,2005). Οι ηλικιωμένοι ανάμεσα στα πολλά νοσήματα που πιθανόν να εμφανίσουν λόγω της ηλικίας τους μπορεί να βρεθούν αντιμέτωποι και με την άνοια η οποία είναι ένα χρόνια νόσημα που ευθύνεται για την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών του εγκεφάλου. Οι επιδράσεις και τα συμπτώματα της άνοιας καθώς και η συσχέτιση της με την τρίτη ηλικία μελετάται στην παρούσα πτυχιακή εργασία. Έτσι κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια αναφορά στην άνοια. Άνοια είναι η προοδευτική έκπτωση των γνωστικών εγκεφαλικών λειτουργιών (μνήμη, λόγος, σκέψη, προσοχή, κριτική ικανότητα, αντίληψη), που έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας του ασθενούς και στις περισσότερες περιπτώσεις οδηγεί μακροπρόθεσμα στην ανάγκη για φροντίδα από τρίτους. Αποτελεί μια κατάσταση που αναπτύσσεται βαθμιαία και ύπουλα. Υπάρχουν πολλά είδη άνοιας και παρουσιάζουν διάφορα συμπτώματα (Καλαϊτζή,2005). Η ποικιλία αυτή καμιά φορά δυσκολεύει τη διάγνωση της άνοιας από πολλούς κλινικούς. Αξίζει να τονίσουμε ότι η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, όπως της μνήμης, η δυσκολία στην ανάκληση των ονομάτων και η αύξηση του χρόνου αντίδρασης αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά και σε πολλούς υγιείς ηλικιωμένους. Επομένως, πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή και στη νοητική ικανότητα, για να μην οδηγηθούμε σε λάθος διάγνωση (Martin,2005)

Η άνοια πρωτοαναφέρθηκε το 1906 από τον Alois Alzheimer (14-06-1864 – 19-12-1915). Ήταν Γερμανός ψυχίατρος και νευροπαθολόγος, συνάδελφος του Emil

Kraepelin. Ο Αλτσχάιμερ παρουσίασε την πρώτη δημοσιευμένη περίπτωση προγεροντικής άνοιας, την οποία ο Kraepelin θα προσδιόριζε αργότερα ως ασθένεια του Αλτσχάιμερ. 100 χρόνια αργότερα 24 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από τη νόσο. Οι αριθμοί αυτοί αναμένουν να αυξηθούν δραματικά, σύμφωνα με την Εταιρία Νόσου Alzheimer Αθηνών (Π.Ο.Υ. 2014).

Γενικότερα η άνοια εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στο δεύτερο μισό της ζωής του ανθρώπου, συχνά μετά την ηλικία των 65 ετών – ορισμένοι ειδικοί θεωρούν ότι είναι «το τίμημα που πληρώνει η κοινωνία μας» για το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής.

Η συχνότητα εμφάνισης της άνοιας αυξάνεται με την πρόοδο της ηλικίας: στις ηλικίες 65-69 ετών φτάνει το 2%, αυξάνεται σε 5% στα άτομα 75-79 ετών, και ξεπερνά το 20% στις ηλικίες 85-89 ετών. Ένα στα τρία άτομα άνω των 90 ετών υποφέρει από άνοια . Η διάγνωση της άνοιας βασίζεται σε πολλούς παράγοντες. Τα βασικά κλινικά συμπτώματα που επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της άνοιας είναι μια εμφανής έκπτωση στη μνήμη (βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη), ενδείξεις οργανικού αιτίου που σχετίζεται με τη διαταραχή συν ακόμα ένα σύμπτωμα που αφορά την κριτική ικανότητα, κάποια ανώτερη φλοϊκή λειτουργία (αφασία, απραξία, αγνωσία) ή ακόμα και διαταραχές στη συμπεριφορά.

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε πως η τρίτη ηλικία είναι η πιο σημαντική περίοδος στην οποία συμβαίνει η πνευματική ανέλιξη του ανθρώπου. Το ποιοτικό στοιχείο που διαφοροποιεί την τρίτη ηλικία από όλες τις άλλες ηλικίες του ανθρώπου, είναι που αποδίδει την περισσότερη αίγλη και το μεγαλείο στην προχωρημένη φάση της ζωής.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ-ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Ορισμός και στοιχεία περί άνοιας

Ο ορισμός της άνοιας είναι αρκετά απλός. Η άνοια είναι μια ομάδα ασθενειών που προκαλούν μόνιμη μείωση της ικανότητας του ατόμου να σκεφτεί, να επιχειρηματολογήσει και να διαχειριστεί τη ζωή του. Η άνοια προκαλείται από βιολογικές διεργασίες εντός του εγκεφάλου που βλάπτουν τα κύτταρα του εγκεφάλου (Daykin et al, 2008).

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται σε εγκεφαλική νόσο και συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία. Συχνά αρχίζει με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Διαπιστώνεται επίσης διαταραχή πολλών ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση. Στο σύνδρομο αυτό δεν επέρχεται θόλωση της συνείδησης. (Στεφάνης, 1993).

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι η άνοια έχει ως αποτέλεσμα σημαντική έκπτωση των διανοητικών λειτουργιών με συνήθη επίπτωση στις προσωπικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, με αποτέλεσμα το άτομο να καθίσταται σταδιακά μη λειτουργικό. Το κύριο σύμπτωμα είναι η έκπτωση της μνήμης, που στην αρχή περνά απαρατήρητη τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του. Άλλοι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα προοδευτικά αυξανόμενα ελλείμματα της μνήμης, άλλοι όμως δεν τα καταλαβαίνουν ενώ είναι εμφανή στην οικογένειά τους. Φυσικά, ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιήσουν μυθοπλασίες (ψευδή στοιχεία) για να καλύψουν τα κενά της μνήμης τους. (Μάνος, 2010).

Η άνοια ή προοδευτική αποδιοργάνωση των νοητικών λειτουργιών της μνήμης και της ικανότητας για αφηρημένη σκέψη, είναι μια διανοητική διαταραχή που προέρχεται γενικά από οργανικές ή μεταβολικές διαταραχές, οι οποίες προσβάλλουν τον εγκέφαλο. Η απώλεια των κυττάρων αυτών είναι μια φυσιολογική διαδικασία, ωστόσο στις περιπτώσεις άνοιας, εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στη μη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου (Walton, 2012).

Το σύνδρομο της άνοιας είναι συνήθως εξελικτικό και χρόνιο και διαπιστώνεται σε αυτό η διαταραχή πολλών ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών. Στις

λειτουργίες αυτές συμπεριλαμβάνονται: *η μνήμη, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση.*

Όπως αναφέρει ο Barlow περιγράφοντας με γλαφυρό τρόπο την άνοια «Ελάχιστα πράγματα είναι πιο τρομακτικά από ότι η πιθανότητα ότι κάποια μέρα δεν θα αναγνωρίζεται αυτούς που αγαπάτε, ότι δεν θα μπορείτε να κάνετε ακόμα και τα πιο απλά πράγματα και ότι θα έχετε επίγνωση αυτής της κατάστασης». Η άνοια είναι η γνωσιακή διαταραχή που κάνει αυτούς τους φόβους πραγματικότητα (Barlow, 2010).

Ασθένειες όπως η ασθένεια του Alzheimer, η νόσος σωματίων Lewy ή η αγγειακή άνοια κατατάσσονται ως διάφορες μορφές άνοιας οι οποίες έχουν διάφορα κοινά συμπτώματα. Προκαλούν στο άτομο μειωμένη μνήμη, λήθη και μια ανικανότητα να διατηρήσει νέες πληροφορίες. Παράλληλα, καθιστούν το άτομο αδύνατο να μιλήσει και να γίνει κατανοητό από τους άλλους και έχουν αντίκτυπο στην ικανότητα του να κατανοεί τον γραπτό ή προφορικό λόγο. Επιπρόσθετα, το άτομο χάνει την ικανότητα να σχεδιάζει, να παίρνει άρτιες αποφάσεις και να προβαίνει πολύπλοκα καθήκοντα. Το άτομο χάνει την ικανότητα να επεξεργάζεται και να κατανοεί την οπτική πληροφορία. Αυτές οι απώλειες σημαίνουν ότι ένα άτομο με άνοια δεν μπορεί να διαχειριστεί τη δική του ημερήσια και προσωπική φροντίδα. Οι συνέπειες για ένα άτομο με αυτή τη διάγνωση και την οικογένειά του μπορεί να είναι συγκλονιστικές (Campo & Chaudhury, 2012).

Η άνοια προσβάλλει συνήθως ανθρώπους ηλικίας άνω των 60 χρόνων, συνιστά εξέχουσα αιτία αναπηρίας για ηλικιωμένους και το αυξανόμενο ποσοστό ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας σε αρκετούς πληθυσμούς δείχνει ότι το νούμερο των ασθενών με άνοια είναι πιθανόν να αυξηθεί (Barrick et al, 2010).

Ξεκινά κυρίως ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Αρχίζει με ασαφή μη ειδικές σωματικές ενοχλήσεις, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για ζωή. Η εκδήλωση όλων των μορφών άνοιας παρουσιάζει μια κοινή συμπτωματολογία η οποία επιδεινώνεται σταδιακά και με την πάροδο του χρόνου. Τα βασικότερα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την έναρξη της νόσου είναι η ανάπτυξη πολλαπλού νοητικού ελλείμματος με βασικό χαρακτηριστικό την έκπτωση της μνήμης, και κάποιες γνωστικές διαταραχές όπως είναι η αφασία, η απραξία, η αγνωσία και η διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας. Όλα τα συμπτώματα προκαλούν αρκετά σημαντική έκπτωση στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Η

έκπτωση αυτή αρχικά μπορεί να μην είναι εμφανής λόγω της προσπάθειας του ατόμου να αποκρύψει τα συμπτώματα που του παρουσιάζονται. Στη πορεία όμως της εξέλιξης της νόσου οι εκπτώσεις τόσο της μνήμης όσο και της λειτουργικότητας είναι αρκετά εμφανή και ο ασθενής δεν μπορεί να τις κρύψει (Μάνος, 2010).

Η έκπτωση της μνήμης αφορά κυρίως τη βραχύχρονη μνήμη και όχι τη μακρόχρονη. Μπορεί πιο εύκολα να ανακαλέσει γεγονότα περασμένων χρόνων παρά των τελευταίων ημερών. Εύκολα χάνει αντικείμενα, ξεχνάει σημαντικά γεγονότα και καθημερινές του δραστηριότητες ενώ σε μεταγενέστερο στάδιο μπορεί να ξεχνάει ακόμη το επάγγελμά του, τα γενέθλιά του και τα ονόματα των μελών της οικογένειας του. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που παρουσιάζει έκπτωση είναι η ικανότητα του ατόμου να αποκτά νέες γνώσεις και να μαθαίνει τις νέες πληροφορίες οι οποίες του δίδονται (Τσολάκη και Καζής, 2010).

Η αφασία αφορά την ομιλία του ασθενούς η οποία γίνεται αόριστη και με μακρές φράσεις. Εκτός όμως από τον προφορικό λόγο μπορεί σε αρκετές περιπτώσεις να παρουσιαστεί και έκπτωση στο γραπτό λόγο του ασθενή. Σε μεταγενέστερα στάδια μπορούν οι ασθενείς να παρουσιάσουν είτε διαταραγμένη ομιλία είτε να παραμείνουν βωβοί. Σε ότι αφορά την απραξία εμφανίζεται μέσα από την δυσκολία εκτέλεσης κινητικών και αισθητηριακών λειτουργιών οι οποίες τις περισσότερες φορές ήταν γνωστές στον ασθενή αλλά τώρα δεν τις αντιλαμβάνεται και δεν μπορεί να τις εκτελέσει. Εμφανίζουν διαταραγμένη ικανότητα να αναπαραστήσουν τη χρήση αντικειμένων με αποτέλεσμα να παρουσιάσουν αδυναμία στο μαγείρεμα και στο ντύσιμο (Τσολάκη και Καζής, 2010).

Εκτός από τα παραπάνω υπάρχουν τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Τα συμπεριφορικά συμπτώματα της άνοιας μπορούν να αναγνωριστούν κυρίως μέσα από την παρατήρηση τόσο του θεράποντα ιατρού όσο και του φροντιστή τους. Σε αυτά τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται η επιθετικότητα, οι κραυγές, οι φωνές, η αναστάτωση, η ανησυχία, η περιπλάνηση, η κοινωνική ακατάλληλη συμπεριφορά, η άρση των αναστολών και οι βωμολοχίες. Τα ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας αναγνωρίζονται κατά την συνέντευξη του ασθενούς και του φροντιστή. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται τα παραληρήματα, οι ψευδαισθήσεις, η κατάθλιψη, η απάθεια και το άγχος. Η λεπτομερής μελέτη της επίπτωσης των συμπεριφοριστικών και των ψυχολογικών συμπτωμάτων της άνοιας φανερώνει ότι κάθε σύμπτωμα μπορεί να επέλθει στη διάρκεια οποιουδήποτε σταδίου της άνοιας και

σε ορισμένα στάδια ενδεχομένως, όλοι οι ασθενείς μπορεί να εκδηλώσουν κάποια μορφή αυτών των συμπτωμάτων.

Οι διαταραχές του συναισθήματος ως επί το πλείστον παρατηρούνται στα πρώιμα στάδια της νόσου. Τα ψυχωτικά συμπτώματα οι διεργετικές συμπεριφορές είναι συχνές σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας νοητική έκπτωση. Τα ίδια συμπτώματα δεν αποκλείονται στα βαρύτερα στάδια της νόσου, αλλά αυτά γίνονται λιγότερα εμφανή, εξαιτίας της επιδείνωσης της φυσικής κατάστασης και της ανάδυσης των νευρολογικών συμπτωμάτων.

Με την έναρξη της ασθένειας η οικογένεια νιώθει ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο δεν τους αγαπά πια ή δεν ενδιαφέρεται για αυτούς παρά ότι είναι άρρωστος. Στην πορεία όμως και όσο τα συμπτώματα της ασθένειας εμφανίζονται ολοένα και περισσότερο ο ασθενής πλέον με δυσκολία καταφέρνει σε κάποιες φορές να εκτελέσει καθημερινές δραστηριότητες του, το οικογενειακό περιβάλλον αντιλαμβάνεται ότι πρόκειται για ασθένεια παρά για αλλαγή στη συμπεριφορά. Η ασθένεια αυτή επιβάλλει την ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς.

1.1.1 Στατιστικά δεδομένα της άνοιας

Σήμερα υπάρχουν πάνω από 200.000 ασθενείς με άνοια στην Ελλάδα, περίπου 10.000.000 στην Ευρώπη και 36.000.000 ασθενείς παγκοσμίως. Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης οι αριθμοί αυτοί αναμένεται να τριπλασιαστούν μέχρι το 2050 (Barrick et al, 2010).

Το κόστος της άνοιας παγκοσμίως το 2010 ήταν 604 δισ. δολάρια, και σύμφωνα με τους ειδικούς αποτελεί το 1% του παγκόσμιου ΑΕΠ. «Εάν η άνοια ήταν χώρα θα ήταν η 18η μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο», ανέφερε κατά τη διάρκεια συνέντευξης Τύπου, στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ημέρας νόσου Alzheimer, η Παρασκευή Σακκά, Νευρολόγος – Ψυχίατρος, Πρόεδρος της Εταιρίας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών. Στην Ελλάδα το ετήσιο κόστος της άνοιας πλησιάζει τα 3 δισ. ευρώ.

Τα στατιστικά δεδομένα που υπάρχουν δείχνουν ότι έως το 2050, το 21% του παγκόσμιου πληθυσμού θα είναι άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών (United Nations, 2001).

Μία από τις συνέπειες της αύξησης της μακροζωίας είναι η αυξανόμενη συχνότητα της άνοιας. Το 2004 υπολογίστηκε ότι σε διεθνές επίπεδο, υπήρχαν

24.300.000 άτομα με άνοια και ότι ο αριθμός αυτός θα διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια, ώσπου το 2040 εκτιμάται ότι τα άτομα με άνοια θα φθάσουν τα 81,1 εκατομμύρια (Ferris et al., 2005). Εκτιμάται δε ότι το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής και της φροντίδας των ατόμων με άνοια είναι ιδιαίτερα υψηλό (Wimo et al., 2007; DoH, 2009).

Η νόσος Alzheimer μας αφορά όλους υπογραμμίζουν οι επιστήμονες επαναλαμβάνοντας ότι η πρόληψη και η αντιμετώπιση της άνοιας στα αρχικά στάδια είναι αναγκαία και για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας, με στόχο την έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση της νόσου Alzheimer.

Στην Ελλάδα 400.000 περιθάλποντες παρέχουν καθημερινά φροντίδα στους ανθρώπους με Άνοια, επωμιζόμενοι ένα τεράστιο πρακτικό, οικονομικό και ψυχικό φορτίο, το οποίο με την εξέλιξη της νόσου και την μετάβαση του ασθενή από το ήπιο στάδιο προς το μέτριο και το σοβαρό πολλαπλασιάζεται. Είναι πολύ σημαντικό οι ηλικιωμένοι ασθενείς που παρουσιάζουν κάποιες ήπιες διαταραχές είτε στις νοητικές τους λειτουργίες, είτε στη διάθεσή τους και στην κοινωνική τους ζωή να πηγαίνουν έγκαιρα στο γιατρό τους μαζί με τον περιθάλποντα τους (Barrick et al, 2010).

1.2 Μορφές Άνοιας

Εκτός από την νόσο Alzheimer υπάρχουν κι άλλες μορφές άνοιας οι οποίες θα αναλυθούν παρακάτω.

1.2.1 Ήπια γνωστική διαταραχή

Είναι γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι, αρκετές φορές παρουσιάζουν ένα βαθμό έκπτωσης της μνημονικής τους ικανότητας. Έχει παρατηρηθεί μειωμένη απόδοση σε μετρήσεις της επεισοδιακής μνήμης, οπτικοχωρικής ικανότητας, ονομασίας αντικειμένων και βραδύτητα εκτελεστικής ικανότητας. Οι διαταραχές αυτές είναι συνήθως μικρές και δεν επηρεάζουν την λειτουργική ικανότητα του ατόμου. Υπάρχουν όμως και ηλικιωμένοι που χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για κάποιο ανοϊκό σύνδρομο παρουσιάζουν κάποια νοητική διαταραχή μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για την ηλικία τους (Βαγενάς στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

Με τον όρο *Ήπια γνωστική διαταραχή* προσδιορίζεται η μεταβατική κατάσταση του υγιούς ηλικιωμένου σε πάσχων από ανοϊκό σύνδρομο.

Η διάγνωσή του χαρακτηρίζεται από παρουσία διαπιστωμένης έκπτωσης της μνήμης, διατήρηση των γενικών νοητικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου και απουσία διαγνωσμένου ανοϊκού κλινικού συνδρόμου (Βαγενάς στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

Η *Ηπια γνωστική διαταραχή* μπορεί να περιλαμβάνει άτομα που δεν πάσχουν από άνοια αλλά με διαταραχές στις νοητικές λειτουργίες, υγιείς ηλικιωμένους που ανησυχούν για τη νοητική τους κατάσταση, άλλους που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο εμφάνισης νόσου Alzheimer ή άλλου ανοϊκού συνδρόμου και αυτούς που έχουν κάποια νοητική δυσλειτουργία που συνδέεται με φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν, κατάχρηση αλκοόλ, κατάθλιψη, μεταβολικές διαταραχές ή σωματική νόσο (Μάνος, 2010, Παναγιωτοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

Το πιο γνωστό είδος άνοιας στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και στην Αμερική αποτελεί η *νόσος Alzheimer* η οποία αντιστοιχεί στο 50 με 70% των περιπτώσεων, και διακρίνεται από απανωτά εγκεφαλικά επεισόδια που οδηγούν στην πολυεμφρακτική άνοια (Brush et al, 2002).

Όλοι οι τύποι της άνοιας περιλαμβάνουν ψυχική έκπτωση που

- σημειώθηκε από ένα υψηλότερο επίπεδο (για παράδειγμα, το άτομο δεν είχε πάντα κακή μνήμη)
- είναι αρκετά σοβαρή ώστε να παρεμβαίνει στις συνήθειες δραστηριότητες και την καθημερινή ζωή
- επηρεάζει περισσότερες από μία από τις ακόλουθες τέσσερις βασικές νοητικές ικανότητες
 - **πρόσφατη μνήμη** (την ικανότητα να μαθαίνουν τα άτομα και να θυμούνται νέες πληροφορίες)
 - **γλώσσα** (την ικανότητα να γράψουν ή να μιλήσουν, ή να κατανοούν γραπτές ή προφορικές λέξεις)
 - **οπτικοχωρικές λειτουργίες** (την ικανότητα να κατανοούν και να χρησιμοποιούν σύμβολα, χάρτες, κ.λπ., καθώς και την ικανότητα του εγκεφάλου να μεταφράσει οπτικά σήματα σε μια σωστή εντύπωση για το πού βρίσκονται τα αντικείμενα στο χώρο)
 - **εκτελεστική λειτουργία** (την ικανότητα να σχεδιάζουν, να μιλάνε, να επιλύουν προβλήματα και να επικεντρώνονται σε μια εργασία) (Brush et al, 2002).

1.2.2 Άνοια επί νόσου Alzheimer

Η αιτιολογία της είναι άγνωστη και χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού. Παρουσιάζεται πρόωμη συρρίκνωση της μάζας του εγκεφάλου και άρα δεν αιματώνεται σωστά ο εγκέφαλος. Κλινικά χαρακτηρίζεται από έκπτωση της μνήμης, και των άλλων νοητικών λειτουργιών. Υπάρχουν διαταραχές του χωροχρονικού προσανατολισμού, της συγκέντρωσης και της προσοχής, έκπτωση στις λειτουργικές ικανότητες του πάσχοντος, καθώς και συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα (Rubinstein, 2012).

Η Πρωτοπαθής Εκφυλιστική Άνοια τύπου Alzheimer αρχίζει μετά τα 65 (όψιμη έναρξη). Λίγες περιπτώσεις αρχίζουν πριν τα 49 χρόνια (πρόωμη έναρξη). Υπολογίζεται ότι το 2-4% του πληθυσμού πάνω από 65 έχει Alzheimer και πιο συχνά οι γυναίκες. Τα συμπτώματα αρχίζουν βαθμιαία και χειροτερεύουν προοδευτικά. Η ασθένεια καταλήγει σε θάνατο μέσα σε διάστημα από 5 έως 10 χρόνια (Μάνος, 2010).

Σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD η διάγνωση περιλαμβάνει τα εξής συμπτώματα:

- Ύπουλη έναρξη με βραδεία επιδείνωση, ενώ είναι συνήθως δύσκολο να προσδιοριστεί χρονικά η έναρξη και η αναγνώριση των ελλειμμάτων που προκαλεί η νόσος από τους άλλους μπορεί να γίνει ξαφνικά.
- Απουσία κλινικών ενδεικτικών στοιχείων ή ευρημάτων από ειδικές εξετάσεις, που να υποδηλώνουν ότι η ψυχική κατάσταση οφείλεται σε άλλη συστηματική ή εγκεφαλική νόσο που μπορεί να προκαλέσει άνοια.

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η άνοια τύπου Alzheimer είναι μη αναστρέψιμη (Rubinstein, 2012).

Η νόσος Alzheimer αποτελεί σήμερα την πλέον διαδεδομένη νόσο μεταξύ των νευρολογικών παθήσεων, η οποία εκδηλώνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας. Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού, η νόσος Alzheimer συνιστά μια κοινότυπη εκφυλιστική πάθηση ευρείας κλίμακας στις δυτικές κοινωνίες με νευροπαθολογικά και κλινικά σημεία εκδήλωσης και συμπτώματα (Rubinstein, 2012).

Ο άρρωστος που πάσχει από τη νόσο του Alzheimer αναπτύσσει και ψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες περιπλέκουν επίσης τις επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα ζωής του. Οι προκαλούμενες από τη νόσο αναπηρίες είναι τόσο έντονες

όπου οι παρέχοντες υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης (συγγενείς ή επαγγελματίες υγείας), προσεγγίζουν τα δικά τους όρια αντοχής και άμυνας. Ιδιαίτερα πολλοί συγγενείς λόγω της συναισθηματικής φόρτισης, αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους σε όρια νευρικής κρίσης, καθώς δεν απουσιάζουν και οι διαταραχές των οικογενειακών σχέσεων ή και η διάλυσή τους (Σαρρής, 2012).

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

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

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

1.2.3 Αγγειακή Άνοια

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

Σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD η έναρξη γίνεται συνήθως σε μεγάλη ηλικία. Η αγγειακή άνοια συνήθως είναι το αποτέλεσμα εγκεφαλικών επεισοδίων τα οποία οφείλονται σε αγγειακή νόσο, συμπεριλαμβανομένης της υπερτασικής αγγειακής εγκεφαλικής νόσου (Αργυροπούλου, στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

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

- Απώλεια μνήμης, νοητική έκπτωση και εστιακά νευρολογικά σημεία.
- Υπέρταση, φύσημα των καρωτίδων, συναισθηματική αστάθεια με παροδικό καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάμα ή έντονο γέλιο και παροδικά επεισόδια θόλωσης της συνείδησης.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι εμφανείς οι μεταβολές της προσωπικότητας με απάθεια, έλλειψη αναστολών ή εμφάνιση χαρακτηριστικών της προηγούμενης προσωπικότητας, όπως εγωκεντρικότητα, παρανοειδής στάση ή ευερεθιστικότητα(Αργυροπούλου, στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

1.2.4 Αγγειακή εγκεφαλική νόσος και αιμόσταση

Μετά από ιατρικές μελέτες, επιβεβαιώθηκε ότι οι αγγειακές βλάβες παίζουν ρόλο στη νοητική έκπτωση και τελικά στην άνοια, ιδιαίτερα ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου (υπέρταση, διαβήτης, κάπνισμα, υψηλή χοληστερόλη, κολπική μαρμαρυγή) φαίνεται ότι και συγκεκριμένοι δείκτες αυξημένης πηκτικής δραστηριότητας σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο νοητικής έκπτωσης, αγγειακού ή μη τύπου(Μάνος,2010).

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

Τροποποίηση των παραμέτρων της αιμόστασης και εφαρμογή αντιαιμοπεταλιακής ή άλλης αντιθρομβωτικής αγωγής συμβάλλει σημαντικά στην προφύλαξη, στον έλεγχο και πιθανώς στην βελτίωση της νοητικής έκπτωσης αγγειακής αιτιολογίας ή αιτιολογίας τύπου Alzheimer.

1.2.5 Μετωποκροταφική Άνοια (Άνοια επί νόσου Pick)

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

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

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

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

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

Προοδευτική Άνοια, επικράτηση συμπτωμάτων χαρακτηριστικών προσβολής του μετωπιαίου λοβού με ευφορία συναισθηματική άμβλυνση, τραχύτητα της κοινωνικής συμπεριφοράς, έλλειψη αναστολών και απάθεια ή ανησυχία, διαταραχές συμπεριφοράς οι οποίες συνήθως προηγούνται της γνήσιας διαταραχής της μνήμης (Μάνος,2010, Σακκά, 2009).

1.2.6 Άνοια επί νόσου Creutzfeldt-Jacob

Είναι προοδευτική άνοια με εκτεταμένα νευρολογικά σημεία, λόγω ειδικών νευροπαθολογικών μεταβολών οι οποίες θεωρείται ότι οφείλονται σε μεταδοτικό παράγοντα. Η έναρξη συμβαίνει συνήθως στη μέση ή μεγάλη ηλικία, κατά κύριο λόγο στην 5η δεκαετία της ζωής. Η πορεία είναι υποξεία και οδηγεί στον θάνατο σε 1- 2 έτη (Ταξινόμηση ICD, 2008).

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

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

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

Χαρακτηριστικά που δηλώνουν έντονα τη νόσο είναι η εξελισσόμενη, ισοπεδωτική άνοια, παραφροσύνη, μυϊκές εκφορτίσεις, παρεγκεφαλικά συμπτώματα και μερικές οπτικές εκδηλώσεις (Σκλαβιάδης, στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

1.2.7 Άνοια επί νόσου Huntington

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

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

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν συμπτώματα όπως χορειακές κινήσεις τυπικά στο πρόσωπο στα χέρια, στους ώμους ή στο βάδισμα. Η συνύπαρξη χορειακών κινήσεων άνοιας τύπου Huntington υποδηλώνει έντονα τη διάγνωση (Ταξινόμηση ICD, 2008).

1.2.8. Άνοια επί νόσου Parkinson

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

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

- Οπτικοχωρική διαταραχή
- Μνημονική διαταραχή

- Δυσεκτελεστικό σύνδρομο

Κατά κύριο λόγο εμφανίζεται ύστερα από μια αρχική περίοδο της νόσου και τυπικά στην όψιμης έναρξης μορφή. Αυτό είναι και το βασικό στοιχείο που την διαφοροποιεί από την άνοια Lewy Body στην οποία οι διαταραχές είναι ίδιες αλλά εμφανίζονται σε άτομα με προχωρημένη και συνήθως σε τελικό στάδιο της νόσου του Parkinson είτε ακόμη μπορεί και να προηγούνται αυτής (Μάνος, 2010, Παναγιωτοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

1.2.9 Άνοια επί νόσου, οφειλόμενη στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV)

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

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

- Απάθεια, μείωση του αυθορμητισμού
- κοινωνική απόσυρση
- διάφορες μορφές συναισθηματικών διαταραχών (ψύχωση ή επιληπτικές κρίσεις, φόβος στη σωματική εξέταση, διαταραχή των ταχειών επαναληπτικών κινήσεων, απάθεια, αστάθεια, αταξία και υπέρτονία, έκπτωση της λεκτικής και της οπτικοχωρικής μνήμης, της αφαιρετικής ικανότητας και της σφαιρικής νοητικής κατάστασης) (Καρλοβασίτου, στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

1.2.10 Άνοια από τραύμα εγκεφάλου

Για να γίνει διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου θα πρέπει να αναφέρεται κάποιος κρανιακός τραυματισμός. Πολλές φορές όμως το υποσκληρίδιο αιμάτωμα μένει αδιάγνωστο. Άλλες φορές μπορεί ο τραυματισμός να θεωρήθηκε ασήμαντος ή να έγινε πολύ καιρό πριν τη διάγνωση και κατά συνέπεια να μην υπήρξε απώλεια

συνείδησης. Προδιαθετικοί παράγοντες για υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι η ηλικία άνω των 60 ετών, ο αλκοολισμός, η επιληψία και η νεφρική αιμοκάθαρση.

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

Ακτινογραφία του κρανίου, η εξέταση του βυθού των οφθαλμών και το Ηλεκτρονικό Εγκεφαλογράφημα βοηθούν στον προσανατολισμό της διάγνωσης, η οποία επιβεβαιώνεται από Αξονική Τομογραφία (Lenperiere & Feline, 2009).

1.3 Παράγοντες κινδύνου

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

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

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

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

Ψυχοσωματικοί παράγοντες. Μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την άνοια καθώς και ότι οι ήπιες γνωστικές διαταραχές αυξάνουν την πιθανότητα για εκδήλωση της άνοιας.

Ένας πρόσθετος παράγοντας κινδύνου για άνοια είναι η χρήση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, τα οποία στο σύνολό τους, είναι δυνατό να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές (Παναγιωτοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

1.4 Διάγνωση Άνοιας

Κύρια προϋπόθεση για τη διάγνωση της άνοιας είναι η ύπαρξη ενδείξεων έκπτωσης, τόσο στη μνήμη και στη σκέψη, οι οποίες είναι αρκετά έντονες ώστε να παραβιάζουν τις προσωπικές δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή. Η μείωση της μνημονικής ικανότητας τυπικά επηρεάζει την εγγραφή, την αποθήκευση και την ανάκληση πληροφοριών. Όμως ακόμη και μνημονικό υλικό οικείο προς το άτομο, του οποίου η εκμάθηση ανήκει στο παρελθόν, μπορεί να χαθεί ιδιαίτερα στα όψιμα στάδια της διαταραχής.

Η άνοια αποτελεί πιο σοβαρή κατάσταση σε σύγκριση με τη δυσμνησία. Στην άνοια εκτός από τη μνημονική διαταραχή, υπάρχει και η διαταραχή της σκέψης και της ικανότητας κρίσης όπως και μείωση στη ροή των ιδεών. Η επεξεργασία των εισερχομένων πληροφοριών παραβλέπεται, με αποτέλεσμα το άτομο να έχει μεγαλύτερη δυσκολία να παρακολουθήσει περισσότερα από ένα ερεθίσματα ταυτόχρονα, να πάρει μέρος σε μια συζήτηση με αρκετά άτομα και να μεταθέσει την εστία της προσοχής του από ένα θέμα σε άλλο. Εάν η άνοια αποτελεί τη μόνη διάγνωση, προϋποτίθεται η ύπαρξη ακεραιότητας της διαύγειας της συνείδησης. Ωστόσο η διπλή διάγνωση του delirium, το οποίο επικάθεται σε άνοια, είναι συχνή. Τα παραπάνω συμπτώματα και διαταραχές πρέπει να διαρκούν εμφανώς τουλάχιστον επί 6 μήνες ώστε να τεθεί η κλινική διάγνωση της άνοιας (Τσολάκη, 2010).

1.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις της άνοιας

Η φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με τη συστηματική πνευματική άσκηση έχουν θεαματικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα παρατηρείται σημαντική βελτίωση τόσο των νοητικών λειτουργιών των ασθενών, όσο και της

ικανότητάς τους να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις για την πλαστικότητα του εγκεφάλου, η πνευματική άσκηση συμβάλλει στη δημιουργία νέων συνδέσεων μεταξύ των εγκεφαλικών νευρώνων. Παράλληλα, βοηθά τον εγκέφαλο να βρει νέους τρόπους για να εκτελέσει διεργασίες που ελέγχονται από εκφυλισμένες εγκεφαλικές περιοχές (Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Αθηνών, 2002).

1.5.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Στόχος της φαρμακευτικής θεραπείας στην άνοια είναι η σταθεροποίηση των διαταραχών της νόησης, η βελτίωση των διαταραχών της συμπεριφοράς και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης που συχνότατα συνοδεύει την άνοια.

Εκτός από τα φάρμακα που αποσκοπούν στη θεραπεία της ίδιας της νόσου, υπάρχουν αρκετά φάρμακα που καταπραΰνουν συγκεκριμένα συμπτώματα, όπως τον εκνευρισμό, το άγχος, τη βίαιη συμπεριφορά, την επιθετικότητα, τις αϋπνίες, τις παραισθήσεις και τις ψευδαισθήσεις.

Η πλέον όμως αποτελεσματική και εγκεκριμένη συμπτωματική θεραπεία μέχρι σήμερα για τους ασθενείς με νόσο Alzheimer είναι οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης (AAXE): *δονεπεζίλη*, *ριβαστιγμίνη*, *γκαλανταμίνη* και *μεμαντίνη*.

Η *δονεπεζίλη* βελτιώνει την κοινωνικότητα και λειτουργικότητα των ήπιας έως μέτριας σοβαρότητας ανοϊκών.

Η *ριβαστιγμίνη* έχει σημαντικά καλά αποτελέσματα στις καθημερινές δραστηριότητες των μέτριας βαρύτητας ανοϊκών και στις διαταραχές συμπεριφοράς τους.

Η *γκαλανταμίνη* σε ασθενείς με μέσης βαρύτητας νόσο Alzheimer, διαπιστώθηκε ότι βελτιώνει τη διάρκεια και ποιότητα του ύπνου και σταθεροποιεί το επίπεδο γνωστικών ικανοτήτων. Με αυτόν τον τρόπο βελτιώνεται η λειτουργικότητα στις καθημερινές ενέργειες και η ποιότητα ζωής και αποφεύγονται διαταραχές συμπεριφοράς.

Η *μεμαντίνη*, ένας μερικός ανταγωνιστής των υποδοχέων NMDA, έχει επίσημη ένδειξη χορήγησης για την αντιμετώπιση της μέτριας έως βαριάς νόσου Alzheimer. Τα ευεργετικά της αποτελέσματα είναι στις νοητικές λειτουργίες, στις διαταραχές της συμπεριφοράς και την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών (Παπαγεωργίου, 2003).

1.5.2 Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις

Αναφορικά με την έννοια της Προαγωγής Υγείας, αυτή ορίστηκε το 1986 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η διαδικασία εκείνη, η οποία διευκολύνει τα άτομα και τις ομάδες ατόμων να ελέγξουν περισσότερο αποτελεσματικά τους παράγοντες εκείνους που επιδρούν στην υγεία τους και κατ' επέκταση να τη βελτιώσουν καθώς έχει αποδειχθεί ότι η υγεία του κάθε ατόμου είναι συνισταμένη σε ποσοστό 50% της συμπεριφοράς του, 20% των παραγόντων του περιβάλλοντος του, 20% κληρονομικών παραγόντων και τέλος, σε ποσοστό της τάξης του 10% εξαρτάται από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες (ΕΟΠΥΥ, 2014).

Καθώς η αντιμετώπιση της νόσου απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση στη βάση της προαγωγής της υγείας κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η πρόληψη της άνοιας με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, προκειμένου να διευκολύνεται τόσο η ζωή των ίδιων των ασθενών, όσο και η ζωή των φροντιστών τους. Διάφορες είναι οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν μελετηθεί ως ικανές για την πρόληψη της άνοιας. Μια από αυτές είναι η Animal Assisted Therapy (AAT), η οποία βοηθά στη μείωση της επιθετικής συμπεριφοράς των ατόμων με άνοια και στην προώθηση μιας κοινωνικής συμπεριφοράς με ταυτόχρονη βελτίωση του τρόπου ζωής τους (Filan & Llewellyn-Jones, 2006). Η συγκεκριμένη μη φαρμακευτική παρέμβαση θα αναλυθεί παρακάτω.

Ακόμη μία μη φαρμακευτική παρέμβαση είναι η γνωστική θεραπεία και έχει ως στόχο τη βελτίωση και διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών των ασθενών και κυρίως τη βελτίωση και διατήρηση της μνημονικής λειτουργίας, δίνοντας κυρίως έμφαση στην κωδικοποίηση, στην ανάκληση και στην εκμάθηση νέου υλικού. Η χρήση συγκεκριμένων τεχνικών γνωστικής εξάσκησης έχει πράγματι θετική επίδραση στη μνημονική λειτουργία (Καπάκη & Παρασκευάς, 2003).

Οι Forbes et al. (2004) βρήκαν ότι θεραπείες με τη χρήση φωτός μπορούν να συμβάλλουν αποτελεσματικά στη διαχείριση του ύπνου, της συμπεριφοράς, της διάθεσης, της γνωστικής λειτουργίας, και της διέγερσης των ατόμων με άνοια.

- Άλλες τεχνικές μη φαρμακευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με άνοια βρέθηκαν από προγενέστερες μελέτες να είναι οι εξής: Μασάζ ή θεραπείες αφής (Livingston et al., 2005)

- Μουσικοθεραπεία (Sung and Chang, 2005; Livingston et al., 2005)
- Φυσικές δραστηριότητες και άσκηση (Robinson et al., 2006; Livingston et al., 2005)
- Θεραπείες αναπόλησης - Reminiscence therapy (Livingston et al., 2005)
- Παρεμβάσεις πολυ-αισθητηριακής διέγερσης (Robinson et al., 2006; Livingston et al., 2005; Verkaik et al., 2005)
- Παρεμβάσεις διαδερμικής ηλεκτρικής νευρικής διέγερσης (Cameron et al., 2003)

Οι περισσότερες παρεμβάσεις δεν είναι ιδιαίτερα δαπανηρές, ενώ ορισμένες από αυτές δε χρειάζονται κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση για να εφαρμοστούν από τους φροντιστές των ατόμων. Υπάρχουν υγειονομικές υπηρεσίες παράλα αυτά και ειδικά καταρτισμένα άτομα, τα οποία μπορούν να εφαρμόσουν την εκάστοτε θεραπεία, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και να εξάγουν από αυτές τα επιθυμητά αποτελέσματα (Hulme et al., 2010).

1.6 Πρόληψη Άνοιας

Το αντικείμενο της πρόληψης αποσκοπεί στην ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή εξελικτικής επίδρασης αρρώστιας, νόσου τραυματισμού, μορφών ανικανότητας (Ιωαννίδης και συν. 1999). Έχει διαπιστωθεί ότι τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας είναι δυνατόν να μειωθούν μέσω της πρόληψης και αγωγής υγείας (Ξάνθης & Χατζητόλιος, 2006).

Η πρόληψη περιλαμβάνει τις ακόλουθες τρεις βαθμίδες:

1. Πρωτογενής πρόληψη: περιλαμβάνει δραστηριότητες που έχουν σαν στόχο τη μείωση της επίπτωσης μιας νόσου, σε ένα πληθυσμό, δηλαδή τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης νέων περιπτώσεων. Η πρωτογενής πρόληψη χρησιμοποιεί μέτρα τόσο ατομικής πρόληψης (σωματική υγιεινή, διατροφή, σωματική άσκηση, εμβολιασμός ατομικής προστασίας) όσο και ομαδικής πρόληψης (διανομή πόσιμου νερού, συλλογή απορριμμάτων, εμβολιασμοί συλλογικής προστασίας υγιεινή κατοικίας και χώρου εργασίας) (Ιωαννίδης και συν., 1999) .

2. Δευτερογενής πρόληψη: συνίσταται στα μέτρα που λαμβάνονται με σκοπό τη μείωση του επιπολασμού μιας νόσου σε ένα πληθυσμό (Ιωαννίδης και συν. 1999),

δηλαδή της διάρκειας εμφάνισης μιας νόσου πριν αυτή εκδηλώσει συμπτώματα, όπως είναι η υπέρταση. Στηρίζεται στην πρόωπη διάγνωση και την έγκαιρη θεραπεία. Η έγκαιρη διάγνωση της υπέρτασης προλαμβάνει την εκδήλωση επιπλοκών όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, η καρδιακή ανεπάρκεια, η στεφανιαία νόσος (Ξάνθης & Χατζητόλιος, 2006).

3.Τριτογενής πρόληψη: αναφέρεται στα μέτρα αποκατάστασης και αποθεραπείας μιας ασθένειας όταν αυτή έχει ήδη εκδηλωθεί, καθώς και στη διαδικασία ομαλής επανένταξης του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο. (Ξάνθης & Χατζητόλιος, 2006).

Η πρόληψη σε γενικές γραμμές έχει στόχο να πείσει και να βοηθήσει το κοινωνικό σύνολο να υιοθετήσει ένα υγιές πρότυπο ζωής πράγμα που επιτυγχάνεται:

- με τη βελτίωση των κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών
- με την τροποποίηση των ατομικών συνηθειών
- με την πρόληψη των ατυχημάτων
- με τον έλεγχο των λοιμώξεων
- με τον έλεγχο της ατμοσφαιρικής ρύπανσης
- με τη δοκιμασία προσυμπτωματικού ελέγχου (έλεγχος μεγάλου μέρους ασυμπτωματικού πληθυσμού για μια ασθένεια με απλές και αναίμακτες μεθόδους)
- με την προληπτική χορήγηση φαρμάκων.

Επίσης, η Robinson et al. (2006) υποστηρίζουν ότι μια άλλη ικανή μέθοδος πρόληψης της άνοιας είναι η μέθοδος διαχείρισης της συμπεριφοράς (Behaviour management). Συγκεκριμένα, κατά αυτόν τον τρόπο, ο οποίος υποστηρίζεται και από τους Verkaik et al. (2005), υπάρχουν θετικά αποτελέσματα στην περιπλάνηση, και σε συμπτώματα όπως η κατάθλιψη, η επιθετικότητα, το αίσθημα της απάθειας, αλλά και σε νευροψυχιατρικά συμπτώματα. Οι παρεμβάσεις που γίνονται με τη μέθοδο αυτή περιλαμβάνουν τεχνικές ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων, επίλυσης προβλημάτων και ενίσχυσης της κοινωνικής συμπεριφοράς των πασχόντων ατόμων.

Με την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης επιτυγχάνονται τα εξής (Τούντας,2007):

- Αποφυγή 40-70% πρόωρων θανάτων
- Αποφυγή 35% οξέων νοσημάτων
- Αποφυγή 70% αρνητικών συνεπειών χρόνιων νοσημάτων
- Μείωση 80% καρδιαγγειακών νοσημάτων
- Μείωση 405 καρκίνων

- Μείωση 10 χρόνια κατά μέσο όρο ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

2.1 Τρίτη ηλικία στην αγροτική κοινότητα

«Με τον όρο Αγροτική κοινωνία, χαρακτηρίζεται γενικά μία κοινωνία της οποίας κυρίαρχη δραστηριότητα είναι αγροτική. Μια τέτοια κοινωνία μπορεί να εμφανίζεται ολόκληρη αυτούσια ή τμήμα μιας ευρύτερης βιομηχανοποιημένης ή ακόμα μια προβιομηχανική κοινωνία». (Βανταράκης, 2002)

Τα κοινά χαρακτηριστικά που εμφανίζει μια αγροτική κοινωνία είναι: η μόνιμη εγκατάσταση στην ύπαιθρο, οι οικογενειακές αγροτικές δραστηριότητες, η εκμετάλλευση σχετικά μικρών ιδιόκτητων αγροτεμαχίων, οι δευτερεύουσες απασχολήσεις σε εργασίες της υπαίθρου, παρέχουν την δυνατότητα αυτοσυντήρησης, οι οικονομικές εξαρτήσεις από αστικά κέντρα, η έντονη αφοσίωση που υπάρχει στη γη, στα έθιμα και στις πολιτιστικές αξίες του τόπου εγκατάστασης και η οικογένεια αποτελεί την κεντρική κοινωνική ομάδα.

«Όσον αφορά τις συνθήκες ζωής των ηλικιωμένων διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή τους κατάσταση» (Μουσιδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002:70). Ο τρόπος ζωής που χαρακτηρίζει τον ηλικιωμένο στον αγροτικό χώρο και ο οποίος εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο ζωής της υπαίθρου είναι η ενασχόληση του με την γεωργία. Ο λόγος για τον οποίο συνεχίζουν τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στην ύπαιθρο να πραγματοποιούν εργατικές εργασίες μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικούς πιθανούς λόγους.

Εκτός από τα κοινά χαρακτηριστικά και ρόλους που έχουν όλοι οι ηλικιωμένοι εμφανίζει μια σειρά από δικά της γνωρίσματα. Η ιδιαιτερότητα αυτή οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο ζωής και εργασίας, αλλά και στα διαφορετικά ενδιαφέροντα (Μουσιδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002).

Η ζωή στην ύπαιθρο έρχεται αντιμέτωπη με αρκετές δυσκολίες κυρίως στις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές οι οποίες είναι αντιμέτωπες με τον πολιτιστικό αποκλεισμό και την απομόνωση. Η δυνατότητα να τους παρέχεται κάποια μορφή ψυχικής και κοινωνικής δραστηριότητας είναι σημαντική και η πρόσβαση σε αυτές τις δραστηριότητες είναι πολύ σπάνια και συνήθως εκτός των περιοχών αυτών

γεγονός φυσικά το οποίο το καθιστά ιδιαίτερα δύσκολο. Σε αυτές τις δυσκολίες συμβάλλουν και η δυσκολία της επικοινωνίας καθώς επίσης και η αδυναμία πρόσβαση σε οποιαδήποτε μορφή συγκοινωνίας. Έτσι οι κάτοικοι των περιοχών αυτών οδηγούνται σε απομόνωση από τις πολιτισμικές και κοινωνικές εξελίξεις.

Στις περιοχές αυτές λοιπόν παρατηρείται να υπάρχει αυξημένος αριθμός ηλικιωμένων καθώς οι νέοι φεύγουν για να διεκδικήσουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Στις περιοχές αυτές οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν πολλές ιδιομορφίες σε ότι έχει σχέση με τις ανάγκες τους.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει πως το θέμα της τρίτης ηλικίας είναι ένα από τα σημαντικότερα θέματα που έχει να αντιμετωπίσει η κοινωνία δεδομένου ότι ο αριθμός των ηλικιωμένων παρουσιάζει αυξητική τάση εξαιτίας της αύξησης του μέσου όρου ζωής καθώς επίσης και του φαινομένου της υπογεννητικότητας. (Βανταράκης, 2002).

Σύμφωνα με την Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία η Ελλάδα κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις με γηράσκοντα πληθυσμό μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ποσοστό αύξησης 21,4% το 2001-2006 έναντι μέσο όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης 17,2%. Οι άνω των 60 ετών του ελληνικού πληθυσμού αποτελούσαν το 27% το 2014 ενώ εκτιμάται ότι το 2030 θα φθάσουν το 33,2% ενώ το 2050 το 40,8%.

Αναφορικά με τις αγροτικές κοινότητες αυτό που παρατηρείται είναι πως οι γηραιότεροι αντιμετωπίζονται ως άτομα που χαίρουν σεβασμού και εκτίμηση στην κοινότητα και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στα κοινωνικά δρώμενα της περιοχής (Βανταράκης, 2002).

2.2 Τρίτη ηλικία στην ημιαστική κοινότητα

«Ημιαστική χαρακτηρίζεται συνήθως μια περιοχή που συγκεντρώνει σε μεγάλο ποσοστό πληθυσμό που ασχολείται κυρίως με τον τριτογενή τομέα της οικονομίας» (Βανταράκης, 2002). Αυτό συνήθως οδηγεί στην εκμετάλλευση μεγαλύτερες μεγαλύτερων εκτάσεων θεσμοθετημένης γης για την προώθηση εμπορικών δραστηριοτήτων ενώ περιορίζονται σημαντικά οι δραστηριότητες αγροκτηνοτροφικής ή βιομηχανικής παραγωγής.

Στις αστικές περιοχές ο ρόλος των μεγαλύτερων έχει μειωθεί δραματικά και οι ηλικιωμένοι υφίστανται τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η μεταβολή των όρων στις συνθήκες ζωής και η ενσωμάτωση στους γρήγορους ρυθμούς ζωής των αστικών περιοχών τοποθετεί τον ηλικιωμένο σε μη παραγωγική θέση, τον παρουσιάζει αδέξιο, συντηρητικό, και τον κάνει να αδυνατεί να προσαρμοστεί στον νέο τρόπο ζωής και στις τεχνολογικές εξελίξεις που τον κατακλύζουν. (Βανταράκης, 2002).

Στις αστικές περιοχές ο ηλικιωμένος μπορεί να χρησιμοποιηθεί από την κοινωνία και να είναι παραγωγικός τόσο για την ίδια την κοινωνία όσο και για τον ίδιο του τον εαυτό. Το γεγονός αυτό όμως ο σύγχρονος τρόπος ζωής αδυνατεί να το κατανοήσει και να το κάνει πράξει με αποτέλεσμα να τους οδηγεί στον αποκλεισμό.

Βέβαια σε μια αστική περιοχή ο ηλικιωμένος έχει αρκετές ευκαιρίες καθώς υπάρχουν αρκετές δραστηριότητες που μπορεί να κάνει και να είναι παραγωγικός καθώς υπάρχει πληθώρα επιλογών διεξόδου.

2.3 Προβλήματα και ανάγκες των ηλικιωμένων σε ημιαστική και αγροτική κοινότητα

Με το πέρασμα του χρόνου αυξάνονται ολοένα και περισσότερο τα προβλήματα υγείας και συνεπώς οι ανάγκες που πλήττουν την τρίτη ηλικία. Τα παραπάνω είναι κοινά και στην αστική και την αγροτική κοινότητα. Η διαφορά που υπάρχει στις δύο κοινότητες για τους ηλικιωμένους είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες και στις κοινωνικές δραστηριότητες αλλά και η χρησιμότητα στην οικογένεια.

Ειδικότερα οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο δεν έχουν πολλά κοινωνικά ερεθίσματα σε σχέση με την αστική κοινότητα και δεν έχουν δυνατότητες όπως ψυχαγωγία, αναπτυξιακά προγράμματα κ.α. Ακόμη είναι μόνοι καθώς τα παιδιά τους λόγω της αστικοποίησης προτιμούν την πόλη και φεύγουν. Όμως αυτό δεν αναιρεί ότι και οι ηλικιωμένοι στον αστικό χώρο δεν είναι απομονωμένοι. Σχετικά με την ψυχαγωγία τα μη κοινωνικά απομονωμένα ηλικιωμένα άτομα που ασχολούνται με διάφορα ενδιαφέροντα όπως εκδρομές, δραστηριότητες, οργάνωση του ελεύθερο χρόνο τους δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στο θέμα της υγείας τους (Diamond, Lund, & Caserta, 1987 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999).

Παράλληλα συνεχίζει να υπάρχει ένα αρνητικό στερεότυπο, το οποίο είναι κοινό στον αστικό και αγροτικό χώρο για την γήρανση, η οποία θεωρείται ως μια

«διαδικασία πτώσης και απώλειας ικανοτήτων και όχι ως πλούτος εμπειριών» (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002:42). Επιπλέον υπάρχουν κοινές βιολογικές και οργανικές αλλαγές και στους δυο χώρους, διαφέρει όμως ο ρυθμός και ο τρόπος που τις βιώνουν οι ηλικιωμένοι του εκάστοτε χώρου.

2.4 Ρόλοι των ηλικιωμένων

Θεωρήθηκε σημαντικό προτού αναλυθούν οι ρόλοι και οι θέσεις των ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο, να αναφερθούν οι ρόλοι που υιοθετούν γενικά οι ηλικιωμένοι με την είσοδό τους στην τρίτη ηλικία. Ο ηλικιωμένος στα παλαιότερα χρόνια λειτουργούσε μέσα από πλήθος ρόλων, ανεξάρτητα από την ηλικία του, ο κυριότερος από τους οποίους ήταν αυτός που κατείχε στην τότε πατριαρχική οικογένεια βρισκόμενος στο υψηλότερο επίπεδο της ενδοοικογενειακής ιεραρχίας, ενώ παράλληλα στις αρμοδιότητες του ρόλου του ήταν ο έλεγχος της οικογενειακής περιουσίας, η ανταπόκριση σε απαιτήσεις, ανάγκες και προβλήματα που υπήρχαν, αλλά και η εκπαίδευση των παιδιών/αγοριών για την μελλοντική ανάληψη της περιουσίας και των ευθυνών.

Μέσα από αυτό παρέμεναν λειτουργικοί και δραστήριοι για όσο καιρό τους επέτρεπε η κατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον υπήρχε διαφορετικότητα στις σχέσεις μεταξύ ηλικιωμένων και νέων ατόμων, όπου οι δεύτεροι όφειλαν να δείχνουν τον απαιτούμενο σεβασμό στο πρόσωπό και στην θέση που κατείχαν μέσα στην οικογένεια (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000).

Χαρακτηριστικό της παραδοσιακής κοινότητας ήταν η παροχή εναλλακτικών λύσεων προς τα ηλικιωμένα μέλη της, με τη δυνατότητα συμμετοχής στα κοινά και την ύπαρξη κοινών τόπων συνάντησης, είτε αυτό γινόταν στις γειτονιές των πόλεων είτε στα χωριά της επαρχίας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της παραδοσιακής κοινότητας ήταν η ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος, με έντονες συναισθηματικές σχέσεις, κοινές αξίες, παραδόσεις, μέσα σε ατμόσφαιρα που χαρακτηριζόταν από εμπιστοσύνη, ασφάλεια, ειλικρίνεια και ανθρωπιά.

Το ηλικιωμένο άτομο ολοκλήρωνε τη ζωή του μέσα σε ένα περιβάλλον οικογενειακό και κοινωνικό που του παρείχε τη δυνατότητα προσωπικής συμμετοχής, τη δυνατότητα επιλογών και επιπλέον παρείχε υποστήριξη και ασφάλεια ώστε να

αντιμετωπίσει τις εκάστοτε δυσκολίες (φτώχεια, μετανάστευση, αρρώστιες, θανάτους, καταστροφές κλπ.) (Αβεντισιάν Παγοροπούλου, 2000).

Με την εμφάνιση του φαινομένου της αστικοποίησης ένας από τους χαρακτηριστικούς ρόλους που χάθηκαν ήταν εκείνος του ενεργού γονέα, λόγω του γάμου των παιδιών και της αποχώρησης τους από το πατρικό σπίτι, ενώ ένας επίσης πολύ σημαντικός ρόλος ήταν εκείνος του παππού και της γιαγιάς, ο οποίος εξασθένησε λόγω της μετακίνησης των παιδιών στα αστικά κέντρα και των γρήγορων ρυθμών της καθημερινότητας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα ο κοινωνικός και συγγενικός ιστός να έχει υποστεί αποδιάθρωση και οι ηλικιωμένοι βίωναν αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης, άρα υπήρξε αλλαγή στη δομή της οικογένειας.

Ο ρόλος αυτός όμως είναι πολύ σημαντικός, όχι μόνο για τους ηλικιωμένους αλλά και για τα παιδιά και τα εγγόνια τους για τους εξής λόγους: για τους μεν ηλικιωμένους η υιοθέτηση αυτού του ρόλου επιφέρει θετικά και αρνητικά αποτελέσματα.

Στα θετικά περιλαμβάνονται τα συναισθήματα χαράς αλλά και προσφοράς προς την οικογένεια, κάνοντας τους να έχουν ενεργό ρόλο μέσα σε αυτή, να νιώθουν χρήσιμοι και μέτοχοι στην ανατροφή των εγγονιών τους καθώς και να αποφεύγεται κάθε αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης για τους ίδιους. Στα αρνητικά περιλαμβάνονται απουσία προσωπικού χώρου και χρόνου, καταπίεση προσωπικών επιθυμιών και αναγκών, αίσθημα επιβάρυνσης προς την οικογένεια. Για τα παιδιά δε σημαίνει διευκόλυνση και παροχή βοήθειας, ενώ για τα εγγόνια ο ρόλος αυτός έχει μορφωτικό χαρακτήρα καθώς οι ηλικιωμένοι αποτελούν «φορέα γνώσης, εμπειρίας και κωδικών ηθικής τάξης», με αποτέλεσμα η επαφή αυτή να είναι ανυπολόγιστης αξίας για τον εμπλουτισμό και την διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους. (Μουσιδής, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002)

Όσον αφορά τον ηλικιωμένο του σήμερα ένας από τους σημαντικότερους ρόλους που φαίνεται να κατέχει είναι αυτός της οικονομικής προσφοράς προς την οικογένεια, η οποία αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητας λόγω των υφιστάμενων οικονομικών συνθηκών. Οι νέες συνθήκες στην χώρα μας φαίνεται να οδηγούν την οικογένεια να λαμβάνει την παλιά εκτεταμένη μορφή της, η οποία όμως λαμβάνει τη μορφή αυτή ξανά από ανάγκη και όχι από επιλογή. Πρώτον επιστροφή των παιδιών στο πατρικό σπίτι, δεύτερον αλλαγή διαμονής κατοικίας του ηλικιωμένου (στο σπίτι των παιδιών) και τρίτον αλλαγή χώρου διαμονής των ηλικιωμένων γονιών από το ίδρυμα στο σπίτι των παιδιών.

Οι παραπάνω τρόποι έχουν σαν στόχο την οικονομική συνεισφορά των ηλικιωμένων μέσω του εισοδήματος και της σύνταξής τους στην οικογένεια για την κάλυψη αναγκών, το οποίο αποτελεί δικαίωμα τους και η μη παροχή των πόρων αυτών αποτελεί καταπάτηση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Επομένως, οι ηλικιωμένοι πλέον αναγκάζονται να περιορίζουν τις δικές τους επιθυμίες και ανάγκες, ώστε να συνεισφέρουν οικονομικά στα παιδιά τους. Το γεγονός αυτό κάποιες φορές αποτελεί επιλογή των ίδιων των ατόμων τρίτης ηλικίας, αλλά κάποιες φορές δεν τους δίνεται η δυνατότητα να επιλέξουν και απλά υπακούουν στις αποφάσεις των παιδιών τους.

Τα παραπάνω ίσως να πρέπει να προβληματίσουν σχετικά με την αντίληψη που υπάρχει για τον ρόλο και την θέση των ηλικιωμένων στην οικογένεια. Πρέπει να γίνει κατανοητή η σημαντικότητα των ρόλων και της θέσης των ηλικιωμένων, οι οποίοι δεν μπορούν να αποτελούν μόνο πηγή εσόδων και παροχών προς αυτήν. Με τον τρόπο αυτό ενδεχομένως οι ηλικιωμένοι να γίνουν αποδέκτες παροχής πολύ σημαντικών συναισθημάτων και μέσω αυτής της επαφής να γίνει προσπάθεια γεφύρωσης του χάσματος που υπάρχει μεταξύ των γενεών.

Όμως με την πάροδο του χρόνου και με την εξέλιξη της κοινωνίας και της επιστήμης που έχουν επιφέρει «ταχεία εξειδίκευση, εντατικοποίηση, εκσυγχρονισμό παραγωγής, νέες τεχνικές, μέθοδοι και τύποι παραγωγής» (Μουσιδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002), καθώς και λόγω του φαινομένου της αστικοποίησης με την «υιοθέτηση αστικών προτύπων διαβίωσης» έχουν επέλθει αλλαγές (Μουσιδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002).

Οι αλλαγές αυτές σχετίζονται με «τα χαρακτηριστικά, τις λειτουργίες και τον ρόλο της αγροτικής οικογένειας αλλά και γενικά του αγροτικού χώρου ο οποίος συρρικνώνεται και σταδιακά περιθωριοποιείται» (Μουσιδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002).

Το αποτέλεσμα των αλλαγών αυτών είναι η επιδείνωση του χάσματος μεταξύ των γενεών και οι αλλαγές που έχουν επέλθει στους ρόλους των ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο, που ήδη προαναφέρθηκαν.

2.5 Συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο

Ο αγροτικός χώρος χαρακτηρίζεται από έντονες γεωμορφολογικές και παραγωγικές διαφορές, οι οποίες επιβάλλουν διαφορετικές μορφές οργάνωσης της

ζωής και διαμορφώνουν διαφορετικές αξίες και νοοτροπίες (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002).

. Επίσης, ειδικά τα τελευταία έτη της οικονομικής κρίσης, οι ηλικιωμένοι που ζουν στις αγροτικές περιοχές αποφασίζουν να συνεχίζουν τις αγροτικές εργασίες, έτσι ώστε να μπορούν να βοηθούν τα παιδιά τους που ζουν συνήθως στην πόλη. Τέλος, υπάρχει μια μερίδα ηλικιωμένων, οι οποίοι συνεχίζουν να εργάζονται για συναισθηματικούς λόγους, καθώς δεν μπορούν να αποχωριστούν τη γη (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002).

Αυτός ο τρόπος ζωής παρέχει στο ηλικιωμένο άτομο θετικά και αρνητικά αποτελέσματα. Στα θετικά μπορούν να συμπεριληφθούν συναισθήματα χαράς και ικανοποίησης για την συνέχεια της άσκησης του επαγγέλματος τους και το αίσθημα ότι παραμένουν ενεργοί και παρέχουν βοήθεια. Ενώ αρνητικά ενδεχομένως να αποτελούν το αίσθημα ανεπάρκειας για το λόγο ότι η σύνταξη τους δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις καθημερινές τους ανάγκες, η έλλειψη κοινωνικών επαφών λόγω μη σταθερού ωραρίου με αρνητικά αποτελέσματα στην δικτύωση και κοινωνικοποίηση τους, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και ενασχόλησης με τον εαυτό τους και με προσωπικές τους ανάγκες.

Όσον αφορά το θέμα της σύνταξης όπως προαναφέρθηκε λόγω των σημερινών οικονομικών συνθηκών που επικρατούν στην χώρα μας, μια πιθανή μείωση θα μπορούσε να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στο εισόδημα τους, να επιδεινώνει τις συνθήκες και την ποιότητα ζωής τους, να περιθωριοποιούνταν κοινωνικά και να ήταν οικονομικά εξαρτημένοι από τρίτους. Ένα ακόμη αρνητικό που μπορεί να συμπεριληφθεί είναι η απουσία νοσοκομείων και εξειδικευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την κάλυψη των αναγκών της υγείας τους. (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002). Τέλος ένα ακόμη αρνητικό που μπορεί να αναφερθεί είναι η απομάκρυνση τους από μέσα εφοδιασμού και υπηρεσίες, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την λειτουργικότητα και τον βαθμό της ποιότητας ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1 Περιγραφή και ορισμός της κατάθλιψης

Η ζωή μας απαρτίζεται από ευτυχία, θλίψη, καλές και άσχημες στιγμές. Όταν οι στιγμές θλίψης υπερτερούν των ευτυχισμένων στιγμών μερικές εβδομάδες της ζωής μας επηρεάζοντας αρνητικά τις συνηθισμένες μας δραστηριότητες, υπάρχει το ενδεχόμενο νόσησης από μία συχνή και σοβαρή ασθένεια την κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο τον ίδιο τον ασθενή, αλλά έχει αντίκτυπο και στον τρόπο ζωής των αγαπημένων προσώπων. Όσο περισσότερο γίνεται κατανοητή η ασθένεια τόσο καλύτερα αντιμετωπίζεται (Gray, 2000). Η καλύτερη απάντηση στην ερώτηση “τι είναι κατάθλιψη;” είναι το «τι δεν είναι κατάθλιψη». Μερικοί άνθρωποι νομίζουν ότι η κατάθλιψη είναι απλώς μια κατάσταση του «μυαλού» που μπορεί να σταματήσει όποτε το άτομο είναι πρόθυμο να το κάνει. Δυστυχώς τα πράγματα δεν είναι και τόσο απλά. Η κατάθλιψη είναι μία πραγματικά σοβαρή ασθένεια όπως τα καρδιαγγειακά και ο διαβήτης (Gray, 2000).

Οι καταθλιπτικοί όπως και οι άλλοι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν την ασθένεια τους και να την χειρίζονται σε όλη τη διάρκεια ζωής τους. Η κατάθλιψη δεν είναι προσωπική αδυναμία. Οι άνθρωποι που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν πρέπει σε καμιά περίπτωση να αισθάνονται «μειονεκτικά». Το πιο ουσιαστικό είναι ότι η κατάθλιψη θεραπεύεται και γι’ αυτό οι ασθενείς πρέπει να αναφέρουν στους γιατρούς το πως αισθάνονται και τι συμπτώματα έχουν. Υπάρχουν αρκετοί αποτελεσματικοί τρόποι για να θεραπευτεί η κατάθλιψη και να μην παρεμβαίνει στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Πάντως χωρίς θεραπεία η κατάθλιψη μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή ασθένεια (Gray, 2000).

Όλοι αισθανόμαστε μερικές φορές μελαγχολικοί, λυπημένοι ή στενοχωρημένοι. Τα συναισθήματα αυτά είναι φυσιολογικό κομμάτι των καλών και άσχημων στιγμών της ζωής. Η πραγματική όμως κατάθλιψη είναι κάτι το διαφορετικό. Πολλά σωματικά προβλήματα, όπως η δυσκοιλιότητα, οι κεφαλαλγίες, διαταραχές της περιόδου, διάφορα σωματικά άλγη στην σπονδυλική στήλη και του θώρακα συνοδεύουν συχνά την κατάθλιψη, ώστε πολλοί ασθενείς επικεντρώνονται στα προβλήματα αυτά χωρίς να συνειδητοποιούν ότι έχουν κατάθλιψη (Gray, 2000).

Η κατάθλιψη προσβάλλει 350 εκατομμύρια ανθρώπους κάθε κοινωνικής τάξης, φυλής και μορφωτικού επιπέδου σε όλο τον κόσμο και αποτελεί μία από τις συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές της εποχής μας με συνεχώς αυξανόμενους ρυθμούς. Ευθύνεται για την απώλεια του 10% των παραγωγικών ωρών παγκοσμίως. Η μία στις τέσσερις γυναίκες και ο ένας στους οκτώ άνδρες μπορούν να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής τους, δηλ. περίπου το 20% του πληθυσμού, με αυξανόμενους ρυθμούς κατά την τελευταία δεκαετία, εμφανιζόμενης και στο 2% έως 5% των παιδιών και εφήβων (Gray, 2000). Σχεδόν οι μισές από όλες τις περιπτώσεις κατάθλιψης δεν αναγνωρίζονται και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία ενώ 10% περίπου των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονούν. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβλέπει ότι μέχρι το έτος 2020 η κατάθλιψη θα είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο προσβάλλοντας πιθανόν περισσότερο από το 25% του πληθυσμού και μέχρι τότε, η βαριά κατάθλιψη θα αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο αίτιο θανάτου και ανικανότητας αν και η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη (Gray, 2000).

Η λέξη κατάθλιψη έχει πολλές διαφορετικές σημασίες. Άλλα εννοούμε όταν την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα και άλλα όταν την χρησιμοποιούμε για να περιγράψουμε ένα κλινικό σύνδρομο που απαιτεί θεραπεία. Στην καθομιλουμένη όταν λέμε ότι " σήμερα έχω κατάθλιψη", " είμαι στεναχωρημένος", " νιώθω λυπημένος", "δεν έχω κέφι", " αυτός ο άνθρωπος σου φέρνει κατάθλιψη" ή " νιώθω μελαγχολικά", στην ουσία αναφερόμαστε σε μια κατάσταση που έχει να κάνει με την διάθεσή μας. Η διάθεση είναι ένα συναίσθημα και γι' αυτό συνήθως χρησιμοποιούμε τον όρο "νιώθω" για να το περιγράψουμε. Η διάθεσή μας είναι καταθλιπτική ή μελαγχολική όταν είμαστε λυπημένοι για κάτι. Το αντίθετό της είναι η χαρά. Ωστόσο τις περισσότερες φορές δεν νιώθουμε ούτε το ένα ούτε το άλλο, αλλά μάλλον είμαστε σε μια ουδέτερη κατάσταση (Παντζιάρης, 2007).

Μπορούμε λοιπόν να δούμε ότι υπάρχει μια κλίμακα διαβάθμισης που στο ένα άκρο έχει την χαρά και στο άλλο την λύπη. Όσο πιο κοντά βρισκόμαστε προς την τελευταία τόσο πιο στεναχωρημένοι νιώθουμε, τόσο πιο μελαγχολικά και καταθλιπτικά αισθανόμαστε. Η κατάθλιψη λοιπόν όπως την χρησιμοποιούμε στην καθημερινή μας γλώσσα έχει μια ποιοτική συνιστώσα αλλά και μια ποσοτική, η οποία μπορεί να εκτείνεται από το ελαφρύ αίσθημα λύπης έως την απέραντη κατήφεια και δυστυχία. Η ποσοτική αυτή συνιστώσα εξαρτάται προφανώς από την ένταση του ερεθίσματος που προκάλεσε την διάθεση αυτή (Παντζιάρης, 2007).

Αυτό που είναι κοινό σε όλες τις περιπτώσεις είναι ότι κατάθλιψη, λύπη, μελαγχολία προκαλείται από ερεθίσματα που γενικά εκλαμβάνονται από τον άνθρωπο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος. Η κατάθλιψη όπως χρησιμοποιούμε τον όρο καθημερινά είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία. Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει ζήσει την συναισθηματική αυτή εμπειρία (Παντζιάρας, 2007).

Ανεξάρτητα αν κάποιοι άνθρωποι χρησιμοποιούν αυτό τον όρο για να εκφράσουν διαφορετικό βαθμό λύπης (άλλοι ακόμη και για την μικρού βαθμού λύπη και άλλη μόνο για πιο έντονες καταστάσεις), ωστόσο όλοι καταλαβαίνουμε περίπου την σημασία της. Ως τέτοια εμπειρία, η κατάθλιψη συνήθως είναι μικρής διάρκειας και αυτοπεριορισμένη. Είμαστε στεναχωρημένοι για μικρό χρονικό διάστημα και πολύ εύκολα, όταν συμβεί κάτι ευχάριστο, η διάθεσή μας επανέρχεται. Οι διακυμάνσεις αυτές της διάθεσης είναι απόλυτα φυσιολογικές και συμβαίνουν πολλές φορές κατά την διάρκεια της ημέρας (Παντζιάρας, 2007).

Συμπερασματικά λοιπόν θα λέγαμε ότι η κατάθλιψη με την κοινή σημασία του όρου είναι μια άσχημη διάθεση που είναι η φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που συνήθως έχει να κάνει με μια αίσθηση απώλειας, όπως ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η μη επίτευξη των στόχων μας, η απώλεια ενός υλικού αγαθού κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, συνήθως δεν επηρεάζουν την γενική λειτουργικότητα και δραστηριότητα του ατόμου, εύκολα μεταβάλλονται και τροποποιούνται και συνήθως αυτοπεριορίζονται (Παντζιάρας, 2007).

Ο όρος κατάθλιψη στην ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο (οι γιατροί συνηθίζουν να ονομάζουν αυτούς τους συνδυασμούς συμπτωμάτων, που εμφανίζονται μαζί πολύ πιο συχνά απ' ότι θα περίμενε κανείς μόνο από τύχη, ως σύνδρομα). Ένα από τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου της κατάθλιψης είναι και η άσχημη διάθεση και γι' αυτό το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Δεν είναι όμως το μοναδικό ενώ μερικές φορές μπορεί και να απουσιάζει. Σαν αρρώστια, η κατάθλιψη έχει κάποιους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της, μια συγκεκριμένη πορεία, πρόγνωση και θεραπεία (Παντζιάρας, 2007).

3.2 Τρίτη ηλικία και κατάθλιψη

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνεται με την ηλικία, όπως δείχνουν διεθνείς στατιστικές. Επιπλέον μόνο ένα μικρό ποσοστό των ηλικιωμένων καταθλιπτικών που δεν ξεπερνά το 20% λαμβάνει κατάλληλη αντικαταθλιπτική αγωγή. Συνοπτικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μία από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους. Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μία καταθλιπτική αντίδραση σ' αυτή την ηλικία (Hyttel, 1994).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν εισέρχονται σ' αυτό το στάδιο της ζωής. Έτσι, συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης. Δυστυχώς οι περισσότεροι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους δεν αναγνωρίζουν ότι πίσω από αυτές τις εκδηλώσεις μπορεί να κρύβεται μία κατάθλιψη, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι αυτοί να μην αναζητούν ποτέ βοήθεια (Hyttel, 1994).

Ως σήμερα η θεραπεία της κατάθλιψης των ηλικιωμένων είχε αρκετά προβλήματα, με σημαντικότερα τις παρενέργειες που εμφανίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια θεραπείας με τα Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά (ΤΚΑ). Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμπόδιζαν τη χορήγηση θεραπευτικής δόσης, αλλά επιπλέον επηρέαζαν και τη συμμόρφωση του ασθενούς (Hyttel, 1994). Τα τελευταία χρόνια όμως προωθήθηκαν στην αγορά των αντικαταθλιπτικών οι Εκλεκτικοί Αναστολείς πρόληψης της Σεροτονίνης (SSRI's), φάρμακα ασφαλέστερα και πολύ καλύτερα ανεκτά, ιδιαίτερα από τους ηλικιωμένους, σε σχέση με τα παλαιότερα τρικυκλικά. Στην κατηγορία αυτή των αντικαταθλιπτικών περιλαμβάνονται η σιταλοπράμη, η φλουοξετίνη, η παροξετίνη και η φλουβοξαμίνη (Hyttel, 1994).

3.2.1 Δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία

Στην Ελλάδα η τρίτη ηλικία αποτελεί το 23% του πληθυσμού και είναι ευάλωτη στην κατάθλιψη. Στατιστικά πάνω από το 15% πάσχει από κατάθλιψη και σε περιβάλλον γηροκομείου το ποσοστό αυτό φτάνει το 25% (Λώλης,2011).

Τα ποσοστά των ηλικιωμένων που πάσχουν από κατάθλιψη παγκοσμίως ,στην Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και στην Ελλάδα είναι σχεδόν τα ίδια. Το 27% των ηλικιωμένων εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης. Δεδομένα σε σχέση με την κρίση των τελευταίων ετών στην Ελλάδα δεν υπάρχουν, φαίνεται όμως ότι η κατάθλιψη στον γενικό πληθυσμό τα τελευταία έξι χρόνια έχει αυξηθεί (Πολίτης,2016).

Ακόμη ο κος Πολίτης αναφέρει «Όχι μόνο οι φυσικές απώλειες, π.χ το να χάσει κάποιος τον σύντροφό του ή ένα φίλο ή συγγενή, που αρχίζει και γίνεται συχνό φαινόμενο μετά από μία ηλικία. Αλλά οποιαδήποτε γεγονός σηματοδοτεί μία απώλεια, όπως το να φύγει το παιδί από το σπίτι, να υπάρξει μία οικονομική δυσπραγία κ.λ.π. Οποιαδήποτε απώλεια μπορεί να παίξει ένα ρόλο ευοδωτικό στο να δημιουργηθεί μία καταθλιπτική συμπτωματολογία, δηλαδή να πυροδοτήσει τη βιολογία που είναι έτοιμη. Θεωρείται ότι η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι πιο πολύ βιολογικό φαινόμενο και λιγότερο ψυχολογικό».

3.2.2 Μορφές κατάθλιψης

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής η οποία χωρίζεται σε τρεις μορφές ή δευτερογενής η οποία χωρίζεται σε δύο μορφές, αποτέλεσμα δηλαδή μίας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής (Μάνος, 1997).

3.2.2.1 Πρωτογενής κατάθλιψη

1) **Μείζων κατάθλιψη:** όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Συγκεκριμένα απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για δύο τουλάχιστον εβδομάδες.

- Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)
- Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
- Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση)

- Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία)
- Κοινωνική απόσυρση (Μάνος, 1997)

2) **Δυσθυμία:** 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 (Μάνος, 1997).

3) **Άτυπες μορφές:** παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη (masked depression), γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονούνται αυτοί οι ασθενείς είναι κόπωση, διάχυτα άλγη, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα.. Γενικά στην κλινική εικόνα κυριαρχούν δύο μορφές σωματοποίησης, η υποχονδρίαση και οι αντιδράσεις μετατροπής. Η δευτερογενής υποχονδρίαση που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνώσκεται από την πρωτογενή υποχονδρίαση, η οποία εμφανίζεται ως επί το πλείστον πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρίαση που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και ειδικά κατάθλιψης. Να σημειωθεί ότι η υποχονδρίαση στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας. Συμπτώματα από αντιδράσεις μετατροπής που εμφανίζονται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία επίσης θα πρέπει να θεωρούνται ότι καλύπτουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Μάνος, 1997).

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές, όπως προαναφέρθηκε. Κύρια συμπτώματα σ' αυτή την περίπτωση είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της ψευδοάνοιας. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental state examinations) ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά

συνήθως "δεν ξέρω" δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείματά του. Ας σημειωθεί εδώ ότι σε περίπου 30% των οργανικών ανοϊκών συνυπάρχει κατάθλιψη και σ' αυτές τις περιπτώσεις το διαγνωστικό έργο γίνεται δυσκολότερο (Μάνος, 1997).

3.2.2.2 Δευτερογενής κατάθλιψη

1) **Οργανική κατάθλιψη:** είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλάσματα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.ά. Επίσης ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη είναι τα αντιυπερτασικά (β αναστολείς, κλονιδίνη, μεθυλντόπα), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή (Μάνος, 1997).

2) **Καταθλιπτικές αντιδράσεις** ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων: η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία (Μάνος, 1997).

3.2.3 Θεραπεία

Η πιο συχνή μέθοδος αντιμετώπισης της γεροντικής κατάθλιψης είναι η φαρμακοθεραπεία. Οι γενικές αρχές που ακολουθούνται για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι οι ίδιες τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους νεαρούς ασθενείς (Honos-Webb Lara, 2010). Τα αντικαταθλιπτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της γεροντικής κατάθλιψης ανήκουν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- 1) Τα τρικυκλικά (TKA) 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 των δύο αυτών κατηγοριών στην γεροντική κατάθλιψη είναι η ίδια, όπως έχει αποδειχθεί επανειλημμένα σε διπλές τυφλές ελεγχόμενες μελέτες και όπως φαίνεται και από τις υπάρχουσες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο θέμα. Η διαφορά τους βρίσκεται κυρίως στις παρενέργειες που προκαλούν, όπου οι SSRI's πλεονεκτούν έναντι των τρικυκλικών (Honos - Webb Lara, 2010).

3.2.4 Συνέπειες

Η κατάθλιψη έχει σοβαρές επιπτώσεις στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου, καθώς και στην κοινωνία συνολικά. Κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι το αίσθημα θλίψης και η αδυναμία άντλησης ευχαρίστησης (Παντζιάρας, 2007). Οι συνέπειες της κατάθλιψης είναι οι εξής:

- 1) **Σκέψη και συμπεριφορά:** Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που κάποιος σκέφτεται και πράττει. Η αντίληψη που κρατά το άτομο για τον κόσμο κατέχεται από εξαιρετικά απαισιόδοξα σενάρια. Δεν υπάρχουν προσδοκίες ότι τα πράγματα μπορεί να βελτιωθούν και το δυσκολότερο από όλα είναι ότι το άτομο αισθάνεται υπεύθυνο για αυτό. Μέσα σε αυτή την απαισιόδοξη αντίληψη το άτομο υπό-εκτιμά τις δυνατότητες και δεξιότητες του (Παντζιάρας, 2007).
- 2) **Έλλειψη αυτό-εκτίμησης:** Πολλές φορές χρειαζόμαστε την αναγνώριση των άλλων για να επιβεβαιώσουμε και να στηρίξουμε τον εαυτό μας. Εάν η αυτό-

εκτίμησή μας βασίζεται αποκλειστικά σε εξωτερικές επιβεβαιώσεις, συνεχώς βασιζόμαστε στους άλλους για να αισθανθούμε καλά και συνεχώς χρειαζόμαστε όλο και περισσότερες επιβεβαιώσεις από περισσότερους ανθρώπους για να μπορέσουμε να διατηρήσουμε μια καλή αίσθηση για τον εαυτό μας. Ωστόσο, μια τέτοια τακτική αφήνει το άτομο να βασίζει την αυτό-εκτίμησή του επάνω στους άλλους, το οποίο σημαίνει ότι όλοι οι άλλοι εκτός από το άτομο κατέχουν μια δύναμη και έλεγχο επάνω στην διάθεση του ίδιου ατόμου. Εάν οι άλλοι δεν επισημάνουν τα καλά γύρω από το άτομο αυτό (τα οποία συνήθως τα γνωρίζει μόνο το ίδιο το άτομο και το τρίτο πρόσωπο δεν τα ξέρει ακριβώς) τότε το άτομο αισθάνεται άσχημα και η αυτό-εκτίμηση του πέφτει. Έτσι η ανάγκη του ατόμου για επιβεβαιώσεις από το περιβάλλον μεγαλώνει, χάνοντας όλο και περισσότερη εσωτερική δύναμη και όλο και περισσότερο χάνει την πίστη του στον εαυτό του. Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο οι εκτιμήσεις που αφορούν τις δυνατότητες του ατόμου υπό-εκτιμώνται και όταν μια δύσκολη κατάσταση ή μια απειλή εμφανιστεί στο περιβάλλον του δεν έχει την κατάλληλη δύναμη και πίστη να το διαχειριστεί. (Παντζιάρας, 2007)

3) **Άγχος:** «Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος με μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας κ.α.» (Μάνος, 1997).

4) **Απώλεια ενδιαφέροντος από δραστηριότητες:** Η συγκεκριμένη διαταραχή της διάθεσης είναι αρκετά σοβαρή ώστε να προκαλέσει έντονη έκπτωση στην επαγγελματική λειτουργικότητα ή στις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες ή στις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους ή κάνει, ακόμα, και απαραίτητη την νοσηλεία για να προληφθεί κακό στον εαυτό ή στους άλλους (Μάνος, 1997). « Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν, όχι μόνο απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και ελάττωση της κινητοποίησης σ' όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, σπορ κ.α. χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα και την διάθεση να εκτελέσει ακόμα και συνηθισμένες ασχολίες» (Μάνος, 1997).

5) **Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας:** « Χαρακτηριστικά τα καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμα και τα απλά καθήκοντα, μέχρι και το να φροντίσει την εμφάνιση και την υγιεινή του. Επίσης νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον και την κατάστασή του» (Μάνος, 1997).

6) **Σκέψεις ή Απόπειρες Αυτοκτονίας:** Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επίπτωση της Κατάθλιψης είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το

γεγονός ότι αυτό, όσο κι αν φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα στο ότι ο καταθλιπτικός, μέσω της θεραπείας που κάνει, έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα « Σχέδιο Αυτοκτονίας», ενώ ουσιαστικά δεν έχει αλλάξει σημαντικά την θεώρηση της ζωής του, που την θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει (Μάνος, 1997).

7) **Αισθήματα-σκέψεις ενοχής, αναξιότητας και χαμηλή αυτοεκτίμηση:** Οι καταθλιπτικοί συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή προηγούμενες αποτυχίες ή και λάθη τωρινά ή του παρελθόντος. Στα συγκεκριμένα άτομα, όμως, ο βαθμός αυτοκατηγορίας είναι υπερβολικός, σε σημείο να αποδίδουν στους εαυτούς τους περισσότερη ευθύνη απ' αυτή που τους αναλογεί. Επίσης, το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν οι περισσότεροι καταθλιπτικοί, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας έως έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής τους αξίας. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση, καθώς τα άτομα αυτά είναι ανίκανα να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές ασχολίες, αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων (Μάνος, 1997).

8) **Κοινωνική απομόνωση:** Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους με κατάθλιψη χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό γίνεται με βάση την πολύ διαδεδομένη γνώμη ότι κατάθλιψη και γηρατιά σημαίνουν μοναξιά, απομόνωση, εξάρτηση, ανάγκη για προστασία και βοήθεια και έκπτωση νοητικών και κοινωνικών ικανοτήτων. Ο ηλικιωμένος δεν θεωρείται πλέον αποδοτικός και απομονώνεται, συχνά άδικα, από την παραγωγική διαδικασία του κοινωνικού συνόλου. Τέτοιες αντιλήψεις οδηγούν σε ανάλογες στάσεις της κοινωνίας προς τους ηλικιωμένους με κατάθλιψη, με συνέπεια να αναγκάζονται τα άτομα αυτά, άμεσα ή έμμεσα, να εκδηλώνουν ανάλογες αντιδράσεις. Πολλές φορές οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι δεν δραστηριοποιούνται, μόνο και μόνο για να αποφύγουν τα σχόλια του περίγυρου (Χανιώτη, 1998).

3.3 Διαφοροδιάγνωση κατάθλιψης άνοιας

Άνοια είναι η προοδευτική έκπτωση των γνωστικών εγκεφαλικών λειτουργιών (μνήμη, λόγος, σκέψη, προσοχή, κριτική ικανότητα, αντίληψη), που έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας του ασθενούς και στις

περισσότερες περιπτώσεις οδηγεί μακροπρόθεσμα στην ανάγκη για φροντίδα από τρίτους.

Αποτελεί μια κατάσταση που αναπτύσσεται βαθμιαία και ύπουλα. Υπάρχουν πολλά είδη άνοιας και παρουσιάζουν διάφορα συμπτώματα. Η ποικιλία αυτή καμιά φορά δυσκολεύει τη διαφοροδιάγνωση άνοιας από πολλούς κλινικούς (Μεσσήνης, Αντωνιάδης, 2005).

Αξίζει να τονίσουμε ότι η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, όπως της μνήμης, η δυσκολία στην ανάκληση των ονομάτων και η αύξηση του χρόνου αντίδρασης αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά και σε πολλούς υγιείς ηλικιωμένους. Επομένως, πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή και στη νοητική ικανότητα, για να μην οδηγηθούμε σε λάθος διάγνωση (Μεσσήνης, Αντωνιάδης, 2005).

Οι ασθενείς που πάσχουν από άνοια συχνά αναπτύσσουν και άλλες νόσους οι οποίες προέρχονται από ψυχολογικούς κυρίως παράγοντες καθώς εξαιτίας της απώλειας μνήμης και του κενού που παρουσιάζουν αλλάζει η καθημερινότητα τους στο γεγονός αυτό συντελούν και οι σύγχρονοι ρυθμοί ζωής, η κοινωνική αποξένωση και η έλλειψη ισχυρών οικογενειακών δεσμών οι οποίοι είτε δημιουργούν είτε εντείνουν μία τέτοια κατάσταση, που οδηγεί σε κάποια μορφή κατάθλιψης. «Οι άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη χωρίς να το καταλάβουν, χωρίς να το συνειδητοποιήσουν».

Κατά την εκτίμηση της ύπαρξης άνοιας πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αποφυγή της ψευδώς θετικής διάγνωσης. Σύμφωνα με το ICD-10 κατά την επιτέλεση των δοκιμασιών μπορεί να παρατηρηθούν «αποτυχίες», οι οποίες οφείλονται σε παράγοντες που σχετίζονται με το συναίσθημα, και ιδιαίτερα την κατάθλιψη, και όχι τόσο με απώλεια των νοητικών ικανοτήτων.

Στην καταθλιπτική διαταραχή υπάρχουν πολλά από τα συμπτώματα της άνοιας, όπως είναι οι διαταραχές στη μνήμη, η επιβράδυνση της σκέψης και η έλλειψη αυθορμητισμού. Επίσης, μπορεί να συνυπάρχει και το delirium. Πρόκειται για ένα σύνδρομο το οποίο από αιτιολογικής απόψεως είναι μη ειδικό. Χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονες διαταραχές του επιπέδου συνείδησης και της προσοχής, της αντίληψης, της σκέψης, της μνήμης, της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς, του συναισθήματος και του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης. Συμβαίνει σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι πιο συχνό σε ηλικία άνω των 60 ετών. Υποχωρεί μέσα σε τέσσερις βδομάδες ή και λιγότερο, αλλά δεν αποκλείεται να διαρκέσει και παραπάνω.

Συμπερασματικά, η κατάθλιψη και η άνοια είναι από τις πλέον συνήθεις

διαταραχές που πλήττουν την τρίτη ηλικία και η διαφοροδιάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή. Η παρουσία κατάθλιψης χωρίς άνοια στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται από γνωστική δυσλειτουργία και μπορεί, μερικές φορές να διαγνωστεί εσφαλμένα ως άνοια. (Μεσσήνης, Αντωνιάδης, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Ο ρόλος των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην πρόληψη και την θεραπεία της άνοιας

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που αναλύονται παρακάτω μπορούν εκτός από θεραπευτικό να έχουν και προληπτικό ρόλο όσον αφορά την άνοια.

4.1.1 Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση

Η ψυχοθεραπεία στην άνοια δεν μπορεί εκ των πραγμάτων, να βασιστεί στις κλασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας, όπως την ψυχαναλυτική, τη συμπεριφορική ή τη γνωστική κ.α., χωρίς τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές. Η ψυχοθεραπεία ως μορφή παρέμβασης στην άνοια δεν είναι ανεξάρτητη από τις νοητικές ικανότητες του ασθενούς. Οι μορφές παρέμβασης είναι συνήθως λεκτικού τύπου στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ στη συνέχεια προτιμώνται παρεμβάσεις που στηρίζονται σε άλλους τρόπους έκφρασης, όπως η τέχνη (μουσικοθεραπεία, ζωγραφική, κ.λπ.). ακριβώς επειδή οι ασθενείς ίσως να μην έχουν την ικανότητα για πλήρη επεξεργασία ενός λεκτικού μηνύματος, θα πρέπει οι λεκτικού τύπου παρεμβάσεις να τροποποιηθούν, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές σε ασθενείς με άνοια (Τσολάκη και Καζής,2005).

4.1.2 Γνωστική παρέμβαση

Η Γνωστική παρέμβαση παρέχει βελτίωση στις νοητικές ικανότητες στα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, στις λειτουργικές διαταραχές και στην εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Κρίνεται απαραίτητο, ταυτόχρονα με τη γνωστική θεραπεία των ασθενών, να παρέχεται παράλληλα και συμβουλευτική στους συγγενείς. Η παρέμβαση επίσης, χρειάζεται να είναι δομημένη και προσαρμοσμένη σύμφωνα με τις ανάγκες και τις υπάρχουσες δεξιότητες του κάθε ασθενή. Η γνωστική άσκηση σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών και τη συμβουλευτική των συγγενών ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Τζανακάκη και Μελισσάρη, 2009).

Οι ανοϊκοί ασθενείς αποτελούν συνήθως μεγάλο πρόβλημα για τους συγγενείς και τους φροντιστές καθώς η νόσος εξελίσσεται. Έρευνες έδειξαν ότι ένα πρόγραμμα φυσικών ασκήσεων, παιχνιδιού, κοινωνικής επαφής και δομημένων δραστηριοτήτων έχει τη δυνατότητα θετικών επιδράσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Εξάλλου θεωρείται, ότι η περιβαλλοντική στρατηγική ανακούφισης των ανοϊκών ηλικιωμένων από το άγχος της απομόνωσης και η προσφορά καθημερινής εξωτερικής δραστηριότητας, αναστέλλει την εξέλιξη της άνοιας και βελτιώνει εν μέρει την νοητική βλάβη, τις συμπεριφορικές διαταραχές, την ποιότητα ζωής και τις καθημερινές δράσεις (Τζανακάκη και Μελισσάρη,2009).

4.1.3 Λογοθεραπευτική παρέμβαση

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση στην άνοια στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές: Στην ολιστική θεώρηση της επικοινωνίας, στην επιλεκτική πρόταση στη θεραπεία και στην καθημερινή αγωγή. Ο Λογοθεραπευτής καταγράφει στην καρτέλα του ασθενή το ιστορικό, την εξέταση οργάνων ομιλίας και την ικανότητα γλώσσας και ομιλίας, που αξιολογείται με λεκτικές και μη λεκτικές δοκιμασίες. Η αγωγή στοχεύει στην καθημερινή επικοινωνία, ενθαρρύνοντας θέματα προς συζήτηση και αναπτύσσοντας κοινωνικοποιημένες σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους που βρίσκονται δίπλα στον ασθενή. Κυρίως σε έναν ανοϊκό ασθενή, η λογοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη αφού διατηρεί τη λεκτική επικοινωνία και την ενισχύει. Στοχεύει επίσης στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ατόμου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στη συντήρηση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, επαναφορά των ικανοτήτων και κατανόησης και έκφρασης λόγου (Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

4.1.4 Εικαστική θεραπεία (Art -Therapy)

Η θεραπεία μέσω εικαστικών είναι η τριαδική σχέση θεραπευτή – θεραπευόμενου και εικαστικής διαδικασίας, στόχος της οποίας είναι η ανακάλυψη εαυτού. Στη θεραπεία μέσω εικαστικών κάποιος έχει την δυνατότητα να έρθει σε επαφή με διαφορετικά υλικά διευρύνοντας τη δημιουργική και εκφραστική του δυνατότητα, κατά συνέπεια λοιπόν, να βρει νέα ενδιαφέροντα που θα του παρέχουν

νέα γνώση, βασικός τρόπος καταπολέμησης ή καταστολής της άνοιας (Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής,2005).

Η εικαστική θεραπεία είναι η αξιοποίηση της καλλιτεχνικής δημιουργίας του ατόμου ώστε να προωθηθεί η ικανότητά του να εκφράσει συναισθήματα, σκέψεις, εσωτερικές συγκρούσεις και να τις μεταβιβάσει στο περιβάλλον του. Ο θεραπευτής ενθαρρύνει με την παρεμβατική του στάση ή σιωπώντας, την καλλιτεχνική έκφραση του θεραπευμένου.

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

Όσον αφορά τη στάση του θεραπευτή πρέπει να μην δίνει έξυπνες ερμηνείες, αλλά ο ίδιος ο θεραπευόμενος να κάνει ανακαλύψεις ως προς το νόημα των εικόνων του. Να είναι υπεύθυνη, έντιμη και άμεση επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή, και τέλος συνεργασία μεταξύ των δύο για να κατανοήσουν τη διαδικασία και το τελικό προϊόν της κάθε συνεδρίας, που υλοποιείται σε έργο τέχνης (Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής,2005).

4.1.5 Μουσικοθεραπεία

Η μουσική και οι ήχοι έχουν θετική επίδραση στον άνθρωπο. Γι' αυτό μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για θεραπευτικούς σκοπούς. Η μουσική είναι αποτελεσματικό, πολύ ευαίσθητο μέσο για την προσέγγιση του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου, και πόσο μάλλον στις περιπτώσεις που το άτομο πάσχει από Άνοια και διαπιστώνεται ότι λόγω του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει υπάρχει έντονα η συναισθηματική διαταραχή. Παράλληλα, εκτός του ότι η μουσική κατευνάζει συναισθήματα, ενεργοποιεί το άτομο στα ερεθίσματα που λαμβάνει από το περιβάλλον του και αυξάνει την αντιληπτική του ικανότητα. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας είτε με το γέλιο, είτε με το τραγούδι – μουσική, στοχεύει στο να μειώσει το άγχος και την καταθλιπτική συμπεριφορά, να αυξήσει την προσοχή και την επαγρύπνηση και μέσω επιμονής – εμμονής και υπομονής, ενθαρρύνει και εμπυχώνει τους φροντιστές και τους πάσχοντες διαμέσου των ατομικών και ομαδικών τραγουδιών σ' επίπεδο ατομικής – οικογενειακής και κοινωνικής επικοινωνίας (Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής,2005).

Με την μουσικοθεραπεία, ο άνθρωπος μπορεί να βελτιώσει ή να διατηρήσει την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, να βελτιώσει την κίνηση, τη δύναμη και την γενική αντοχή. Επιπλέον, να βελτιώσει τη γενική εγρήγορση μέσα από κινητικούς ερεθισμούς οι οποίοι παρέχουν στους ασθενείς την ευκαιρία της ευχαρίστησης της κίνησης και της φυσικής επαφής με τους άλλους. Ακόμη, δίνεται μια διέξοδος από καλά δομημένα προγράμματα στην εγκλωβισμένη ενέργεια των ασθενών και δυνατότητα αυτοέκφρασης μέσα από την κίνηση. Τέλος, η συμμετοχή σε κάποιες δραστηριότητες συντελεί στη διατήρηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα, στον χρόνο, την ημέρα, την ώρα, την κοινωνικότητα και την οριοθέτηση και επίτευξη στόχων (Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

4.1.6 Εργοθεραπευτική παρέμβαση

Η εργοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας που παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης σε άτομα που παρουσιάζουν νοητικές, συναισθηματικές, μαθησιακές, κινητικές διαταραχές. Στόχος της εργοθεραπείας είναι η αποκατάσταση του ατόμου στο μέγιστο βαθμό των ικανοτήτων του, μέσα στα πλαίσια του προβλήματος ή της αναπηρίας του, ώστε να έχει ανεξάρτητη, παραγωγική, ικανοποιητική ζωή.

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

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

Τέλος, οι στόχοι της εργοθεραπείας στα τελευταία στάδια της νόσου, είναι η βελτίωση κάποιων ειδικών περιορισμών από συγκεκριμένα προβλήματα στη μάσηση, κατάποση, ενυδάτωση κ.α., η εξασφάλιση του ασθενούς (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2005).

4.1.7 Animal Assisted Therapy (AAT)

Η θεραπεία με τη βοήθεια ζώων (AAT) είναι ένας τύπος θεραπείας που περιλαμβάνει τα ζώα ως μια μορφή θεραπείας. Ο στόχος της AAT είναι η βελτίωση

του ασθενούς, κοινωνική, συναισθηματική ή γνωστική λειτουργία. Ένας θεράπωντας που φέρνει μαζί του ένα κατοικίδιο ζώο μπορεί να θεωρηθεί λιγότερο απειλητικός, βελτιώνοντας τη σχέση μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή. Τα ζώα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία περιλαμβάνουν κατοικίδια, ζώα αγροκτήματος και θαλάσσιων θηλαστικών (π.χ. δελφίνια).

Αυτό που πρέπει να αναφερθεί είναι ότι δεν υπάρχει μεγάλη ποικιλία ερευνών πάνω στο συγκεκριμένο θέμα με αποτέλεσμα τα ευρήματα των ερευνών να μην επαρκούν για ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Η έρευνα του Wilson (1984) βασίζεται στην παραδοχή ότι το δέσιμο και το ενδιαφέρον για τα ζώα που πηγάει από το ισχυρό ενδεχόμενο ότι η ανθρώπινη επιβίωση ήταν εν μέρει εξαρτώμενη από σήματα από ζώα στο περιβάλλον που δήλωναν την ασφάλεια ή την απειλή. Η υπόθεση αυτή αναφέρει πως αν βλέπουμε ζώα σε κατάσταση ηρεμίας ή σε μια ειρηνική κατάσταση, αυτό μπορεί να σημάνει για εμάς ασφάλεια, και τα συναισθήματα της ευημερίας, που με τη σειρά του ενδέχεται να ενεργοποιήσει μια κατάσταση όπου είναι δυνατόν να οδηγήσει στην προσωπική αλλαγή και την θεραπεία.

Η θεραπεία με τη βοήθεια ζώων (AAT) περιλαμβάνει απόλυτα παιδαγωγική, ψυχολογική και κοινωνικά ολοκληρωμένες παρεμβάσεις με ζώα για παιδιά, νέους, ενήλικες και ηλικιωμένους με την γνωστικές, κοινωνικές και συναισθηματικές και κινητικές αναπηρίες, καθώς και προβλήματα συμπεριφοράς,. Περιλαμβάνει επίσης μέτρα προαγωγής της υγείας, πρόληψης και αποκατάστασης.

Η θεραπεία με τη βοήθεια ζώων βασίζεται στη σχέση και διαδικασία μέσα σε μια τριγωνική σχέση μεταξύ του πελάτη, του ζώου και του θεραπευτή. Η θεραπεία με τη βοήθεια ζώων περιλαμβάνει μεθόδους, με τις οποίες οι ασθενείς αλληλεπιδρούν με τα ζώα, επικοινωνούν μέσω αυτών ή είναι ενεργοί για τα ζώα. Η διαδικασία είναι προσανατολισμένη στο στόχο και βασίζεται σε μια σαφής διαδικασία και σε ένα θέμα προσανατολισμού, λαμβάνοντας υπόψη τις ηθικές αρχές που ισχύουν για τα ζώα οι οποίες έχουν διατυπωθεί εγγράφως.

Οι γενικοί στόχοι της θεραπείας περιλαμβάνουν:

- την αποκατάσταση και συντήρηση φυσικών, γνωστικών και συναισθηματικών λειτουργιών,
- την υποστήριξη των δυνατοτήτων και δεξιοτήτων με τη διεξαγωγή δραστηριοτήτων και θεραπειών,

- την υποστήριξη της ένταξης στον συγκεκριμένο τρόπο ζωής, και
- τη βελτίωση της υποκειμενικής ευεξίας.

Σκοπός της είναι να οδηγήσει τα άτομα που είναι σε θέση να ενεργούν και να συμμετέχουν σε διαφορετικές σφαίρες της ζωής στο καλύτερο των δυνατοτήτων τους.

Η θεραπεία με τη βοήθεια ζώων πραγματοποιείται από ειδικό με επαγγελματική κατάρτιση στο συγκεκριμένο αντικείμενο και συνεχή μετεκπαίδευση. Ανάλογα με το είδος των ζώων που χρησιμοποιούνται, είναι απαραίτητο να εκπαιδεύεται περαιτέρω της βασικής εκπαίδευσης. Η μετεκπαίδευση στη θεραπεία με τη βοήθεια ζώων πρέπει να αποτελείται από τουλάχιστον 16 ώρες κάθε δύο χρόνια.

Η θεραπεία με τη βοήθεια ζώων προήλθε από την ιδέα και την αρχική πίστη στις υπερφυσικές δυνάμεις των ζώων και το πνεύμα των ζώων. Εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις κοινωνίες των κυνηγών. Στη σύγχρονη εποχή τα ζώα θεωρούνται ως «πράκτορες της κοινωνικοποίησης» και ως φορείς παροχής «κοινωνικής στήριξης και χαλάρωση.» εν τούτοις η θεραπεία πιστεύεται ότι πρωτοεμφανίστηκε στις αρχές δημιουργίας της ανθρωπότητας. Η πιο πρόσφατη αναφερθείσα χρήση της AAT για τους ψυχικά ασθενείς έλαβαν χώρα στα τέλη του 18ου αιώνα στο Καταφύγιο της Υόρκης στην Αγγλία, με επικεφαλής τον William Tuke. Οι ασθενείς κατά τη διαδικασία αυτή είχαν τη δυνατότητα να επεξεργαστούν μια σειρά από διάφορα ζώα. Αυτά πιστεύεται ότι είναι αποτελεσματικά εργαλεία για την κοινωνικοποίηση. Το 1860, το νοσοκομείο Bethlem στην Αγγλία ακολούθησε την ίδια τάση και πρόσθεσε ζώα στο θάλαμο, και έδειξε να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το ηθικό των ασθενών που ζούσαν εκεί.

Τα ζώα μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε μια ποικιλία χώρων όπως φυλακές, γηροκομεία, ψυχιατρεία, νοσοκομεία αλλά και στο σπίτι. Οι σκύλοι μπορούν να βοηθήσουν ανθρώπους με πολλές διαφορετικές αναπηρίες καθώς είναι σε θέση να βοηθήσουν ορισμένες δραστηριότητες της τόσο μέσα όσο και έξω από το σπίτι.

Όπως και με όλες τις άλλες παρεμβάσεις, εκτίμηση του αν ένα πρόγραμμα είναι αποτελεσματικό όσον αφορά τα αποτελέσματα είναι ευκολότερη όταν οι στόχοι είναι σαφείς.

Η Ζωικά υποβοηθούμενη θεραπεία αντλεί από το δεσμό μεταξύ ζώων και ανθρώπων, για να βοηθήσει στη βελτίωση και διατήρηση της λειτουργίας του ατόμου και που χρησιμοποιείται για βοήθεια στην βελτίωση της ποιότητα ζωής του ατόμου σε οίκους ευγηρίας. Όταν μεταφέρονται ηλικιωμένοι σε οίκους ευγηρίας, γίνονται

συχνά παθητικοί, ταραγμένοι, αποκομμένοι, καταθλιπτικοί, και ανενεργοί λόγω της έλλειψης τακτικών επισκέψεων ή την απώλεια αγαπημένων προσώπων. Υπάρχουν πολλές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στην ΑΑΤ, ανάλογα με τις ανάγκες και την κατάσταση του ασθενούς. Για ασθενείς με άνοια ηλικιωμένους, τα χέρια στις αλληλεπιδράσεις με το ζώο είναι η πιο σημαντική πτυχή. Ζωικά υποβοηθούμενη θεραπεία παρέχει αυτούς τους ασθενείς ευκαιρίες να έχουν στενή σωματική επαφή με τα ζώα, αίσθημα παλμών, χάδι μαλακά δέρματα και αγκαλιές. Οι εμπειρίες αυτές φαίνονται τόσο κοινές και απλές, αλλά στους ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια λείπουν συνήθως αυτές αλληλεπιδράσεις με τους ανθρώπους επειδή έχουν χάσει τους αγαπημένους ή κανείς δεν έρχεται να τους επισκεφθεί. Τα ζώα παρέχουν μια αίσθηση νοήματος και ανήκουν σε αυτούς τους ασθενείς και προσφέρουν κάτι να προσβλέπουν.

Υπάρχουν πολλοί τύποι των ΑΑΤ οι πιο διαδεδομένοι είναι:

- Η δελφινοθεραπεία
- Θεραπεία ιπποειδών

Αν και υπάρχουν μερικά αδύναμα στοιχεία τελικά προκύπτει ότι η ΑΑΤ με τη βοήθεια σκύλου μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους με κατάθλιψη, παρόλα αυτά δεν αρκεί για τη θεραπεία για να θεωρηθεί αποτελεσματική.

Μία μελέτη του 2014 διαπίστωσε ότι υπήρχαν πάρα πολύ λίγα στοιχεία για να προβεί σε συστάσεις για τη χρήση της ΑΑΤ για να ανακουφίσει την ταραχή στους ηλικιωμένους με άνοια καθώς μόνο τρεις μελέτες έχουν γίνει μέχρι σήμερα, και αυτές με ανάμεικτα αποτελέσματα.

Το πρόγραμμα ΑΑΤ ενθαρρύνει εκφράσεις των συναισθημάτων και γνωστική διέγερση μέσω συζητήσεων και αναπολήσεις αναμνήσεων ενώ αναπτύσσει τους δεσμούς ασθενή με το ζώο.

4.2 Προαγωγή υγείας

«Η Προαγωγή Υγείας (Health Promotion), είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγείας τους. Αποσκοπεί στην αναβάθμιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στην ενίσχυση των ευρύτερων παραγόντων που επιδρούν θετικά στην ανθρώπινη υγεία,

καθώς και στη διαμόρφωση υγιεινών στάσεων και συμπεριφορών. Η Προαγωγή Υγείας έρχεται να καλύψει ένα κενό που μεγάλωνε συνεχώς τα τελευταία χρόνια, καθώς αυξανόταν το ειδικό βάρος της κλασικής ιατρικής και η πρόληψη περιοριζόνταν κυρίως στην έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων». (Ματζουράτος Δ., Παπαδόπουλος Ι. ΣΤ., 2009).

Ο πρώτος στόχος της Προαγωγής Υγείας είναι η βελτίωση όλων των παραμέτρων που επηρεάζουν θετικά την υγεία. Είναι ευρέως γνωστό ότι τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, παρά το ότι παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και χειρότερους δείκτες θετικής υγείας, προσφεύγουν σπανιότερα στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και λιγότερο συχνά ωφελούνται από την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης, δικαιώνοντας έτσι τη ρήση «Το όριο της ιατρικής είναι η φτώχεια» (Ματζουράτος Δ., Παπαδόπουλος Ι. ΣΤ., 2009). Είναι προφανές ότι η οικονομική κατάσταση, το φυσικό περιβάλλον, και οι κοινωνικές συνθήκες αφορούν άμεσα την Προαγωγή Υγείας. Η συνεργασία όλων των φορέων που ασχολούνται με τα ζητήματα αυτά και όχι μόνον των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη. Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας, η Προαγωγή Υγείας συνδυάζει τη νομοθεσία, και τα οικονομικά μέτρα με την επικοινωνία, και την εκπαίδευση. Για την επιτυχία των στόχων της επιβάλλεται η ενασχόληση όχι μόνον των γιατρών αλλά και των εκπαιδευτικών, κοινωνιολόγων, περιβαλλοντολόγων.

Ο δεύτερος στόχος της Προαγωγής Υγείας ,που αφορά την διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που επιδρούν θετικά στην υγεία των ατόμων, είναι το αντικείμενο που ασχολείται η Αγωγή Υγείας σαν συγκροτημένη εκπαιδευτική δραστηριότητα που απέχει πολύ από την απλή και συνήθως αποσπασματική «ενημέρωση» σε θέματα υγείας. Η συμμετοχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην πρόκληση διαφόρων νοσημάτων δίνει πολλές δυνατότητες για βελτίωση της υγείας με την τροποποίηση της. Το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, το άγχος, η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου που μπορούν με αλλαγή συμπεριφοράς να συνεισφέρουν σημαντικά στην μείωση της νοσηρότητας (Ματζουράτος Δ., Παπαδόπουλος Ι. ΣΤ., 2009)

4.2.1 Προγράμματα προαγωγής υγείας ασθενών με άνοια

Την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια στην Ελλάδα, έχει ως στόχο το πιλοτικό πρόγραμμα που εκπονείται από την Παγκόσμια Εταιρεία Νόσου Alzheimer (ADI) σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών (Alzheimer Hellas). Ήδη έχουν εκπαιδευθεί 20 επαγγελματίες υγείας από την υπεύθυνη του προγράμματος καθηγήτρια Νευρολογίας στο ΑΠΘ, Μάγδα Τσολάκη, και αυτοί με τη σειρά τους θα έχουν εκπαιδεύσει μέχρι τον Απρίλιο 1.000 περιθάλποντες και 600 επαγγελματίες.

Όπως εξηγεί η κ. Τσολάκη, στην Ελλάδα σήμερα εκτιμάται ότι υπάρχουν περισσότεροι από 150.000 πάσχοντες από άνοια και όμοιος αριθμός φροντιστών, κυρίως από το στενό οικογενειακό περιβάλλον. Παράλληλα, πολλαπλασιάζονται χρόνο με τον χρόνο οι επαγγελματίες υγείας (ψυχολόγοι, νευρολόγοι, νοσηλεύτες κ.α.) που επιδεικνύουν ενδιαφέρον για την βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας προς του ανοϊκούς ασθενείς.

«Ενθαρρυντικό είναι και το γεγονός ότι η Πολιτεία, δείχνει ενήμερη για τα προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο, τόσο σε επίπεδο πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αλλά και στο κομμάτι της φροντίδας των ασθενών, είτε σε οργανωμένες δομές, είτε κατ' οίκον». (Τσολάκη,2016)

Όπως παρουσιάστηκε σε ειδική κοινοβουλευτική επιτροπή από την κα. Τσολάκη βασική επιδίωξη του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου για την άνοια είναι η βελτίωση της θεραπείας και της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, αλλά και μείωση του κόστους για το δημόσιο σύστημα υγείας. Πεποίθηση της είναι ότι θα ψηφιστεί άμεσα από την Ολομέλεια του ελληνικού κοινοβουλίου και θα εξασφαλιστούν τα απαραίτητα κονδύλια για την εφαρμογή του (Τσολάκη, 2016).

Στο πλαίσιο των δράσεων της η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών (Alzheimer Hellas) εκπονεί και το πρόγραμμα «Θετική φροντίδα στην άνοια» σε συνεργασία με την Παγκόσμια Εταιρεία Νόσου Alzheimer (ADI) και χρηματοδότηση από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος.

Το πρόγραμμα που εφαρμόζεται πιλοτικά στην Ελλάδα από τον Ιανουάριο (και αναμένεται να ολοκληρωθεί μέσα στον Απρίλιο), στοχεύει να εκπαιδεύσει 1.000 περιθάλποντες και 600 επαγγελματίες υγείας σε όλη τη χώρα. Περιλαμβάνει έξι θεματικές ενότητες με επίκεντρο την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση της νόσου.

Η κ. Τσολάκη έχει ήδη εκπαιδεύσει 20 ειδικά επιλεγμένους επιστήμονες, με βάση την εξειδίκευσή τους στην άνοια, οι οποίοι έχουν αναλάβει πλέον το ρόλο του Master Trainer, έτσι ώστε να εκπαιδεύσουν στη συνέχεια τους επαγγελματίες υγείας και τους περιθάλποντες ανά την επικράτεια.

«Η 'Θετική φροντίδα στην άνοια' ήταν μιας πρώτης τάξεως ευκαιρία για την πραγματοποίηση ενός εκπαιδευτικού θαύματος στην Ελλάδα με πανελλαδική συμμετοχή. Η Alzheimer Hellas συμμετείχε στην υλοποίηση του προγράμματος εκπαιδεύοντας επαγγελματίες υγείας και περιθάλποντες σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Ιωάννινα, Ηράκλειο, Χανιά, Χαλκίδα, Λάρισα και Αλεξανδρούπολη. Το πρόγραμμα αυτό αξιολογήθηκε πολύ θετικά και περιμένουν άλλοι τόσοι περιθάλποντες και επαγγελματίες υγείας να έχουν την ίδια εκπαίδευση, έτσι ώστε να βελτιωθεί η φροντίδα των ασθενών με άνοια αλλά και των περιθαλπόντων τους στην Ελλάδα» υπογραμμίζει η κ. Τσολάκη.

Όπως εξηγεί ένας από τους Master Trainer, ο αναπληρωτής διευθυντής της Νευρολογικής Κλινικής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, Τριαντάφυλλος Ντόσκας, «βασικός στόχος των διήμερων σεμιναρίων είναι η εκπαίδευση των περιθαλπόντων και των επαγγελματιών υγείας με τα τελευταία δεδομένα που αφορούν την διαχείριση της νόσου (επικοινωνία και φροντίδα του ασθενούς, δραστηριότητες και περιβάλλον, αυτοφροντίδα του περιθάλποντα, οδηγίες για επαγγελματίες) και η μεταφορά αυτής της τεχνογνωσίας στους Έλληνες ειδικούς.

Επίσης στο σχεδιασμό του προγράμματος προβλέπεται η κατά το δυνατόν μεγαλύτερη γεωγραφική κάλυψη και η δυνατότητα να ενημερωθούν και όσοι δεν βρίσκονται στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, ήδη η ανταπόκριση τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των περιθαλπόντων είναι μεγάλη, με αποτέλεσμα να υπερκαλύπτονται οι θέσεις συμμετοχής ανά σεμινάριο. Η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών εξετάζει το ενδεχόμενο επέκτασης του προγράμματος και αναζητά τρόπους περαιτέρω χρηματοδότησης του.

4.2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία άνοιας και αναγκαιότητα οργάνωσης παρεμβάσεων πρόληψης

Ο πληθυσμός των ανοϊκών ασθενών ανά τον κόσμο αυξάνεται με δραματικούς ρυθμούς. Σ' όλο τον κόσμο σήμερα υπάρχουν 37 εκ. ασθενείς από τα

οποία τα 18 εκατ. πάσχουν από τη νόσο Alzheimer και προβλέπεται ότι το 2025 θα νοσούν 34 εκατ. άτομα με νόσο Alzheimer και πιο συγκεκριμένα ο 1 στους 10 θα είναι ηλικίας πάνω από 60 και το 50% πάνω από 85 ετών. Στις Η.Π.Α. η ομάδα ηλικίας άνω των 65 ετών παρουσιάζει 5% σοβαρής μορφής άνοια και 10% έως 15% μέτρια ως ήπια διανοητική υποβάθμιση. Ακόμα 580.000 άτομα που πάσχουν από άνοια ζουν σε γηριατρικά ιδρύματα, ενώ άλλα 2,5 εκ. αντιμετωπίζονται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον τους στην κοινότητα (Πλατή, 2008).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει ένας αριθμός 750.000 ατόμων πασχόντων από άνοια και υπολογίζεται ότι σήμερα υπάρχουν περισσότεροι συνταξιούχοι από μαθητές σχολείων. Ακόμα, στο Βέλγιο τα ποσοστά εμφάνισης άνοιας κυμαίνονται από 5,1% για ηλικίες 70 - 74, 7,6% για ηλικίες 75 - 79, 16,2% για ηλικίες 80 - 84 και 33,6% για ηλικίες από 85 και άνω.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, τα ηλικιωμένα άτομα σήμερα αντιπροσωπεύουν στην Ευρώπη το 16% του γενικού πληθυσμού, ενώ το 2025 το ποσοστό αυτό αναμένεται να αγγίξει το 24%, δηλαδή 1 στα 4 άτομα θα έχουν ηλικία 65 και άνω έτη. Στην Ελλάδα μέχρι και το 2050 τα άτομα ηλικίας 65 και άνω θα αποτελούν το 30% του γενικού πληθυσμού. Ο επιπολασμός της άνοιας στην Ευρώπη το 2006 (eurocode) ανήλθε στα 10.000.000 ενώ στην Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός ανέρχεται στις 160.000.) Κυρίως μετά την αύξηση των κρουσμάτων του AIDS αναμένεται να αυξηθεί η συχνότητα των πασχόντων από άνοια, διότι περίπου στο 50% των πασχόντων από HIV αναπτύσσεται άνοια στο τελευταίο στάδιο της νόσου (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

Ο πιο κοινός τύπος άνοιας στους ηλικιωμένους είναι η νόσος του Alzheimer (NA), που αποτελεί το 50% όλων των άλλων ανοιών. Η συχνότητα της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 35% και 55%. Προσβάλλει περίπου το 10% των ατόμων άνω των 65 ετών, το 20% των ατόμων άνω των 80 ετών και το 25 - 35% των ατόμων άνω των 85 ετών. Ακόμα από τα 420 εκ. άτομων ηλικίας 65 ετών και άνω που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο, τα 25 εκ. είναι ανοϊκοί (Πλατή, 2008).

Σύμφωνα με τις νεότερες εκτιμήσεις που διαθέτουμε 7.3 εκατομμύρια Ευρωπαίοι ηλικίας μεταξύ 30 και 99 ετών έπασχαν το 2006 από διάφορα είδη άνοιας και συγκεκριμένα 12.5 στους 1000 κατοίκους. Από την ομάδα αυτή οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυναίκες με ποσοστό 4.9 εκατομμυρίων. έναντι 2.4 εκατομμυρίων ανδρών με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής ιδίως στις ανεπτυγμένες χώρες η επίπτωση της άνοιας αυξήθηκε σημαντικά και με βάση κάποιες σημερινές

προβλέψεις ο αριθμός των ασθενών θα διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια. Στις Η.Π.Α. μέχρι το 2030 τα θύματα της νόσου θα ανέλθουν σε 4,8 εκ., ενώ ένας στους τρεις νέους που θα έχει γονείς άνω των 65 ετών θα ασχολείται με τη φροντίδα τους εξαιτίας της νόσου. Η άνοια αγγειακής αιτιολογίας κατέχει τη δεύτερη κατά σειρά συχνότητας θέση μετά την άνοια τύπου Alzheimer (ΑΤΑ) και υπολογίζεται ότι στις δυτικές χώρες ευθύνεται για ποσοστό 5-10% των ανοϊκών ασθενών, οι οποίοι έχουν παραπεμφθεί στα νοσοκομεία. Τα ποσοστά εμφάνισης της στην Ευρώπη φτάνουν μέχρι το 25%. Αναφέρεται, όμως, ότι στην Ιαπωνία και τουλάχιστον σε πληθυσμούς ενδονοσοκομειακών ασθενών, η άνοια αγγειακής αιτιολογίας είναι συχνότερη από την άνοια τύπου Alzheimer. Επιπλέον, παθολογοανατομικά ευρήματα εγκεφάλων ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer πιστοποιούν, ότι σε ποσοστό 15% παρουσιάζουν εγκεφαλικά έμφρακτα, τα οποία συνέβαλαν στην έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, προσδιορίζοντας μία μορφή άνοιας μικτού τύπου (Τσολάκη, Κάζης 2005).

Επιδημιολογικά στοιχεία με ενδιαφέρον στην άνοια αφορούν τον επιπολασμό αλλά και την επίπτωση. Όπως προαναφέρθηκε, η συχνότητα εκδήλωσης της άνοιας και ιδιαίτερα της Νόσου Alzheimer συναρτάται κυρίως από την ηλικία. Οι ειδικότερες διαπιστώσεις επιδημιολογικών ερευνών για την επικράτηση της νόσου κατά ομάδες ηλικιών αφορά στα εξής:

1. Δεν υπάρχουν αξιόπιστες και ευρέως αποδεκτές εκτιμήσεις για άτομα ηλικίας μικρότερης των 60 ετών.
2. Η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 8 – 10% και εξαρτάται από τον πληθυσμό και την εφαρμοζόμενη μέθοδο εκτίμησης.
3. Η συχνότητα σε ηλικίες άνω των 75 ετών αυξάνει περαιτέρω και κυμαίνεται σε ποσοστό 18-20 %, σε ηλικίες άνω των 85 ετών αγγίζει το 40%, ενώ πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών η συχνότητα δεν υπερβαίνει το 40%, υποδηλώνοντας την ύπαρξη ηλικιακού ορίου επικινδυνότητας και την πιθανότητα να υπάρχουν άτομα μη ευάλωτα στη νόσο. Η επίπτωση της άνοιας τύπου Alzheimer συναρτάται, όπως και ο επιπολασμός, από την ηλικιακή παράμετρο.

Ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί, ότι σε άτομα ηλικίας κυμαινόμενης από 65 – 75 έτη η επίπτωση ανέρχεται στο 2,5% ή 0,25% διπλασιαζόμενη ανά δεκαετία, ώστε στην ηλικία των 85ετών να αγγίζει το 10%. Στη μελέτη Framingham, η οποία

πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α., διαπιστώθηκε, ότι η επίπτωση της άνοιας αυξήθηκε από το επίπεδο του 0,7% στις ηλικίες 65 – 69 στο επίπεδο του 11,8% στις ηλικίες 85 – 89 ετών, ενώ η επίπτωση της άνοιας τύπου Alzheimer αυξήθηκε από το 0,35% στο 7,28% στις αντίστοιχες ομάδες ηλικιών (Τσολάκη, Κάζης 2005).

Σε γενικές γραμμές, πρέπει να επισημανθεί, ότι οι επιδημιολογικές έρευνες οι οποίες έχουν εκπονηθεί μέχρι σήμερα για την καταγραφή του επιπολασμού και της επίπτωσης της άνοιας, αν και παρουσιάζονται διαφορές στη μεθοδολογία και αδυναμίες στην αξιολόγηση κάποιων βασικών παραμέτρων, συνηγορούν ότι η συχνότητα εκδήλωσης άνοιας αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας και ότι έχουν επισημανθεί συγκεκριμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου (Τσολάκη,1999).

Συνοψίζοντας με βάση τα παραπάνω και τα δεδομένα που αναφέρθηκαν στον πρώτο κεφάλαιο σήμερα υπάρχουν πάνω από 200.000 ασθενείς με άνοια στην Ελλάδα, περίπου 10.000.000 στην Ευρώπη και 36.000.000 ασθενείς παγκοσμίως. Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης οι αριθμοί αυτοί αναμένεται να τριπλασιαστούν μέχρι το 2050 (Barrick et al, 2010). Όλα τα παραπάνω δείχνουν πόσο ραγδαία εξελίσσεται η άνοια και πόσο ανάγκη υπάρχει για την οργάνωση παρεμβάσεων πρόληψης.

4.5 Παγκόσμιος οργανισμός υγείας και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

4.5.1 Παγκόσμιος οργανισμός υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όσον αφορά την άνοια τονίζει ότι ο επιπολασμός της νόσου θα αυξηθεί σε αυτό τον αιώνα λόγω το ότι οι άνθρωποι ζουν περισσότερο ακόμα αναφέρει ότι κίνδυνος εμφάνισης της άνοιας είναι 1 στους 8 για τους άνω των 65 και 1 στους 2,5 για τους άνω των 85 χρόνων.

Η Dr.Saxena λέει « Ο Π.Ο.Υ. αναγνωρίζει το μέγεθος και την πολυπλοκότητα της άνοιας ως πρόκληση και ενθαρρύνει τις χώρες να αντιμετωπίζουν την άνοια ως μια κρίσιμη προτεραιότητα δημόσιας υγείας. Αυτή την στιγμή μόνο 8 από τα 194 κράτη μέλη του Π.Ο.Υ. έχουν καταρτίσει εθνικά στρατηγικά σχέδια άνοιας και μερικά ακόμη βρίσκονται υπό διαμόρφωση».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Εταιρεία νόσου Alzheimer έκαναν μια έκθεση με τίτλο «Άνοια: Μια προτεραιότητα δημόσιας Υγείας» όπου εκδόθηκε στην Γενεύη στις 11/4/2012. Η παραπάνω έκθεση προσπαθεί

να ευαισθητοποιήσει τις κυβερνήσεις και τους νομοθέτες ώστε να κάνουν την άνοια παγκόσμια προτεραιότητα υγείας.

4.5.2 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» αποτελεί την πιο παλαιά μορφή ιατρικής φροντίδας, υπάρχει πολύ πριν τη δημιουργία των πρώτων νοσοκομείων και αποτέλεσε την κύρια συνιστώσα των συστημάτων υγείας για το μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας της ιατρικής (Τούντας 2002 στον Τούντα, 2008).

Η αφετηρία για την σύγχρονη αντίληψη της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας έγινε στην συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τον Σεπτέμβριο του 1978 στην Άλμα Άτα της τότε Σοβιετικής Ένωσης. Στην διακήρυξη που υιοθετήθηκε διαπιστώθηκε η περιορισμένη αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής ιατρικής για την αντιμετώπιση της σύγχρονης νοσηρότητας, καθώς και η σημασία του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς στην πρόκληση της αρρώστιας. Για το λόγο αυτό υπήρξε η διακήρυξη που όρισε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), ως διακριτή και σημαντική στρατηγική για την προστασία και βελτίωση της υγείας (Τούντας, 2008). Σύμφωνα με αυτή την διακήρυξη ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ορίζεται η βασική περίθαλψη που βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, προσβάσιμες απ' όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας, σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να καλύψουν.

Η ΠΦΥ συνιστά αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας της χώρας, στο οποίο επιτελεί κεντρικό ρόλο, αποτελώντας ταυτόχρονα και τον πυρήνα της γενικευμένης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Η ΠΦΥ είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, παρέχοντας την όσο εγγύτερα γίνεται, εκεί όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται και αποτελώντας την απαρχή μιας συνεχούς διαδικασίας περίθαλψης και φροντίδας υγείας (WHO, 1978 στον Τούντα, 2008).

Οι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διακρίνονται σε πρωτεύοντες: πρόληψη των διαταραχών της υγείας, αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διάγνωση, αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, βέλτιστη φροντίδα των ασθενών με χρόνια νοσήματα και των ασθενών τελικού σταδίου, και δευτερεύοντες: ικανοποίηση του ασθενούς από την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και η

ικανοποίηση του επαγγελματία υγείας από τον τρόπο με τον οποίο εργάζεται στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Επιπλέον η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να εστιάζει στο σύνολο της οικογένειας, να υποστηρίζεται από συστήματα παραπομπών και να περιλαμβάνει τρόπους αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της (Τούντας, 2008).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πέρα από τους στόχους που έχει θέσει, βασίζεται και σε ορισμένες αρχές οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω:

- *Να είναι προσβάσιμη (accessible)*, δηλαδή να μην υπάρχουν εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών της.
- *Να είναι συνεχής (continuous)*. Να μην παρέχεται αποσπασματικά, αλλά να υπάρχει συνέχεια και συνέπεια στην παρακολούθηση, περίθαλψη και φροντίδα.
- *Να είναι διαθέσιμη (available)* όλο το 24ώρο.
- *Να είναι αποδεκτή (acceptable)*. Να μην δημιουργεί αντιδράσεις στον πληθυσμό τον οποίο αφορά και να συνάδει με τα ήθη και τα έθιμα, καθώς και με τις προσδοκίες των χρηστών.
- *Να είναι ολική (comprehensive)* και να περιλαμβάνει δράσεις που να αντιστοιχούν τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχική και κοινωνική διάσταση της υγείας.
- *Να μην περιορίζεται μόνο στην περίθαλψη*, αλλά να επεκτείνεται και στους τομείς της πρόληψης και της φροντίδας, παρέχοντας ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών (Τούντας, 2008).

Σύμφωνα με τους Souliotis και Lionis (2005, στον Τούντα, 2008), η πιο χαρακτηριστική λειτουργία της ΠΦΥ είναι ο ρόλος της ως "πρώτου σημείου" επαφής με την επαγγελματική φροντίδα υγείας, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει διάφορους επαγγελματίες υγείας. Η λειτουργία αυτή περιλαμβάνει την αποσαφήνιση του αιτήματος, την παροχή πληροφοριών και συμβούλων, τη διάγνωση και την θεραπεία.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2008), η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ανάλογα με τις υποδομές και τους πόρους της, μπορεί να παρέχει ορισμένες από τις ακόλουθες εξειδικευμένες υπηρεσίες: εκπαιδευτικά προγράμματα, νοσηλεία στο σπίτι, διακομιδή ασθενών, οδοντιατρικές υπηρεσίες, επιδημιολογική έρευνα, σχολική υγιεινή, οικογενειακό προγραμματισμό, κοινωνικές/κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας, παροχή φαρμάκων, εργασιακή υγιεινή και σύντομη νοσηλεία. Σχετικά με την χρήση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, έχει υπολογιστεί ότι 80-90% του

πληθυσμού των ασθενών που προσέρχονται στο σύστημα υγείας μπορεί να αντιμετωπιστεί, διαγνωστεί και θεραπευτεί μέσα από αυτές τις υπηρεσίες.

Επίσης έχει υπολογιστεί ότι το 75% του πληθυσμού σε διάστημα ενός μήνα θα παρουσιάσει τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας και ότι από αυτό το ποσοστό μόνο το 1/3 θα προσφύγει τελικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον έχει εκτιμηθεί ότι σε μια αναπτυγμένη χώρα το 65-70% του πληθυσμού αναζητά κάθε χρόνο πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και ότι από αυτούς το 90% θα κάνει τελικά χρήση αυτής. Ο κατά κεφαλήν δείκτης ετήσιας χρήσης κυμαίνεται από 4-8, δηλαδή στο κάθε άτομο αντιστοιχούν 4-8 επισκέψεις το χρόνο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Starfield, 1998 στον Τούντα, 2008).

Ακόμα οι επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πρέπει να λειτουργούν στο πλαίσιο της ομάδας υγείας (health team). Η ομάδα υγείας με την σειρά της διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σύγχρονη αντίληψη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προκειμένου να παρέχεται πλήρως και αποτελεσματικά όλο το φάσμα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών περίθαλψης, πρόληψης και φροντίδας, στη βάση της ολιστικής αντίληψης για την υγεία και την αρρώστια (Τούντας, 2008).

4.5.2.1 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα

Είναι διαπιστωμένο εδώ και χρόνια ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα κινείται μεταξύ φθοράς και αφθαρσίας. Σε σημαντική έκθεση εμπειρογνομόνων υπό τον Καθηγητή Abel-Smith (Abel-Smith et al., 1994) προς το Υπουργείο Υγείας για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, η οποία προκάλεσε ιδιαίτερο ενδιαφέρον και συζητήθηκε εκτενώς, επισημαίνεται ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι νοσοκομειοκεντρικό και υπάρχει σοβαρή αδυναμία οργάνωσης της ΠΦΥ. Στην έκθεση επισημαίνεται ότι «οι ασθενείς περιφέρονται μάλλον άσκοπα στο εσωτερικό του συστήματος» και το αποτέλεσμα είναι «δυσφορία του κοινού με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα κατά πολύ μεγαλύτερη από ότι σε οποιοδήποτε άλλο κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης». Προτείνεται λοιπόν, ότι «η μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος φροντίδας θα πρέπει να προσανατολιστεί στη θέσπιση υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής», με θεμέλιο του συστήματος τον οικογενειακό

γιατρό ο οποίος «καλείται να λειτουργήσει ως συντονιστής, αλλά και ως φύλακας όλων των άλλων υγειονομικών υπηρεσιών» (Οικονομίδου, 2008).

Υπήρξαν πολλές άλλες μελέτες, εκθέσεις και συζητήσεις, τίποτα όμως ουσιαστικό δεν έχει γίνει έως σήμερα με αποτέλεσμα οι περισσότερες επισημάνσεις της παραπάνω έκθεσης να ισχύουν ακόμα. Παρόλο το θετικό βήμα της αποκέντρωσης και της περιφερειοποίησης της διοίκησης της υγείας, τα Κέντρα Υγείας παρέμειναν υποβαθμισμένα, χωρίς την πρέπουσα στελέχωση, χωρίς δικτύωση, χωρίς πόρους. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εν πολλοίς ανεκπαιδευτο, σε ρόλους παραδοσιακούς και περιορισμένους και χωρίς υποστήριξη (Markaki, 2006).

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο σημείο αναφοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες (Λιαρόπουλος, 2007), παραμένει ανύπαρκτος, παρόλο που έχουν διατυπωθεί σοβαρές προτάσεις (Souliotis and Lionis, 2005). Ανύπαρκτη επίσης, είναι και η συμμετοχή της κοινότητας στο σύστημα, παρόλο που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει ήδη από τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα, αλλά πολύ περισσότερο σήμερα (ΠΟΥ,2002, WHO,2008), με ιδιαίτερη έμφαση το ρόλο της κοινότητας σε όλα τα επίπεδα αποφάσεων που έχουν σχέση με την υγεία.

Παρόμοιες προσπάθειες κρατούν ζωντανό το όραμα της λειτουργίας ενός αξιόπιστου συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας (Οικονομίδου, 2008).

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές προτάσεις για την ανάπτυξη και εύρυθμη λειτουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος Π.Φ.Υ στην Ελλάδα. Επίσης, η διεθνής πρακτική μπορεί να αποτελέσει μια πολύ σοβαρή δεξαμενή ιδεών και προτάσεων. Σε κάθε περίπτωση νομίζουμε ότι θα πρέπει να προσεχθούν τα παρακάτω σημεία, ανάμεσα σε άλλα:

- Αύξηση του αριθμού των γενικών γιατρών. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο κινήτρων για τους γιατρούς που θα στελεχώσουν την Π.Φ.Υ.
- Ανάπτυξη κατάλληλα εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Γιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, επισκέπτες υγείας, φυσιοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες είναι απαραίτητο να λειτουργούν ως μία διεπιστημονική ομάδα, η οποία θα υφίσταται συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ώστε να παρέχει σε συνεχή βάση σύγχρονες υπηρεσίες Π.Φ.Υ.
- Ανάπτυξη δικτύωσης με άλλες υπηρεσίες υγείας

- Πλήρης ανάπτυξη υπηρεσιών κατ'οίκον νοσηλείας και φροντίδας. Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών είναι μεγάλη και μάλιστα σε πολύ διαφορετικές χώρες.
- Θα πρέπει να τεθεί ένα συνολικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της απόδοσης και της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας. Αυτό αποτελεί κεντρικό ζήτημα στα σύγχρονα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο, ενώ γίνεται προσπάθεια να αναπτυχθεί η κατάλληλη μεθοδολογία (OECD, 2004). Στη χώρα μας έχουν γίνει προσπάθειες μόνο από ερευνητές (π.χ. Zavras et al., 2002 με τη χρήση της μεθοδολογίας DEA – Data Envelopment Analysis), οι οποίες ωστόσο μπορεί να αποτελέσουν τον οδηγό για ευρύτερη εφαρμογή.
- Ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την κοινότητα. Η προαγωγή υγείας, η πρόληψη και η εμπέδωση υψηλού επιπέδου υγείας στον πληθυσμό είναι απαραίτητο να γίνεται σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία (εκπαιδευτικοί, σύλλογοι γονέων, συνδικαλιστικές ενώσεις, εθελοντικές οργανώσεις, ΜΚΟ, κλπ.).
- Πλήρης αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών. Η Π.Φ.Υ είναι ένας τομέας φροντίδας όπου μπορεί να έχουν πολύ μεγάλη συμβολή οι νέες τεχνολογίες, τόσο στο πλαίσιο της λεπτομερούς καταγραφής και παρακολούθησης των ασθενών (ηλεκτρονική κάρτα υγείας) όσο και με την τηλεϊατρική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΔΟΜΕΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

5.1 Δικαιώματα για ηλικιωμένους

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η ανάγκη υποστήριξης δεν μπορούν ποτέ να είναι η αφορμή για επιβολή περιορισμών και αφαίρεσης αναφαίρετων ανθρώπινων δικαιωμάτων και αρχών ελευθερίας του ατόμου που ορίζονται από ένα δημοκρατικό σύνταγμα. Όλοι οι άνθρωποι ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία ή ανάγκη υποστήριξης έχουν τον δικαίωμα να απολαμβάνουν από αυτά τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ελευθερίες που στόχο έχουν να υπερασπίζονται και να προστατεύουν τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων οι οποίοι έχουν ανάγκη φροντίδας και στηρίζει το δικαίωμά τους να ζουν με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία και να έχουν παράλληλα το δικαίωμα συμμετοχής στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή.

Οποιοσδήποτε περιορισμός αυτών των δικαιωμάτων, με αφορμή την ηλικία και την ανάγκη υποστήριξης, πρέπει να γνωστοποιείται στα αρμόδια νομικά όργανα και να αντιμετωπίζεται με νομικές διαφανείς διαδικασίες και με το μέγιστο ενδιαφέρον από όλους τους αρμόδιους φορείς. Η αδιαφορία και η περιφρόνηση αυτών των δικαιωμάτων θεωρούνται παραβατικές. Τα μέλη της πολιτείας θα πρέπει να προωθούν και να στηρίζουν αυτά τα δικαιώματα στο σπίτι και στα κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων ενώ παράλληλα και ο ίδιος ο ηλικιωμένος θα πρέπει να συνδράμει και να βοηθά στην τήρηση και διεκδίκησή τους από όλα τα άτομα ανεξαιρέτως. Το προχωρημένο της ηλικίας σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπει στέρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αλλά τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να συνεχίσουν να ζουν και να αντιμετωπίζονται ίσα με τα υπόλοιπα μέλη μιας κοινωνίας και να προστατεύουν πάντα το अपαράβατο δικαίωμά τους να απολαμβάνουν τα δικαιώματά τους (Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων 2010).

Η μεγάλη πλειοψηφία ευπαθών και ευπρόσβλητων σε κακοποίηση ηλικιωμένων είναι γυναίκες: 2 στους 3 ηλικιωμένους άνω των 80 ετών στην Ευρώπη είναι γυναίκες. Περισσότερο από το ένα τρίτο αυτών των γυναικών υποφέρει από την νόσο του Alzheimer ή από άνοια, γεγονός που τις καθιστά ακόμα περισσότερο ευπρόσβλητες σε κακοποίηση. Η υγεία και η μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια,

συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της έγκαιρης αντιμετώπισης, δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν οικονομική επιβάρυνση αλλά σαν επένδυση που ωφελεί όλες τις ηλικιακές ομάδες. Οι υπηρεσίες υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει να βασίζονται στην αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, να ανταποκρίνονται στις διατάξεις της Συνθήκης της Λισαβόνας η οποία ορίζει ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση «θα καταπολεμά τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις διακρίσεις και θα προωθεί την κοινωνική δικαιοσύνη και προστασία, την ισότητα ανάμεσα στις γυναίκες και τους άνδρες, την αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενιές και την προστασία των δικαιωμάτων όλων των ηλικιακών ομάδων» Οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες και οι εθελοντές που φροντίζουν ηλικιωμένους θα πρέπει να σέβονται τα δικαιώματά τους όπως αυτά ορίζονται από την Πολιτεία. Ο Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων σκοπό έχει να διευκολύνει και να προωθήσει την πρόσβαση όλων των ηλικιωμένων ανθρώπων σε αυτά τα θεμελιώδη δικαιώματά τους. Να ενισχύσει και να στηρίξει και άλλα μέτρα που ήδη εφαρμόζονται σε κάποιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και όχι να αντικαταστήσει τα υπάρχοντα. Σκοπός επίσης αυτού του χάρτη δικαιωμάτων είναι να βοηθήσει στην καλύτερη ενημέρωση και αφύπνιση των συνειδήσεων σε περισσότερο κόσμο, να τονίσει τα δικαιώματα των ολοένα αυξανόμενα ατόμων που έχουν ανάγκη από μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια και τέλος να ενισχύσει την καλύτερη εφαρμογή και τήρηση τους από την Πολιτεία. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων στις μέρες μας δεν αρκεί μόνο να είναι σεβαστά αλλά να είναι η προσωπική φιλοδοξία του καθενός από εμάς. Ο οδηγός που ακολουθεί αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των αρχών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διευκρινίζει με πολλαπλά παραδείγματα και εμπειρίες από διάφορους οργανισμούς που πήραν μέρος στην σύνταξή του, τα αναφαίρετα δικαιώματα όλων των ηλικιωμένων ανθρώπων ανεξάρτητα από χώρα και κοινωνική θέση.

5.2 Ανοικτές μορφές φροντίδας για τους ηλικιωμένους

Οι ανοιχτές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων βασίζονται στην ανοιχτή φροντίδα η οποία σημαίνει παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι του, στην κοινότητα του κοντά σε φίλους και συγγενείς, για να υπάρξει όμως αυτό θα πρέπει να υπάρχουν οι υπηρεσίες θα προσανατολίζονται στην αύξηση της κοινωνικής συμμετοχής, στην ενεργοποίηση, στην προληπτική υγιεινή, στην δραστηριοποίηση, στην αλληλεγγύη

ανάμεσα στις γενεές, στην ελευθερία, αξιοπρέπεια, την δημιουργικότητα ώστε οι ηλικιωμένοι να καθίσταται ικανά, ισότιμα, αυτόνομα ενταγμένοι στην τοπική κοινότητα διατηρώντας την ανεξαρτησία του την ισοτιμία και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης(Σταθόπουλος, 1996).

5.2.1 Πρόνοια

Η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας και ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας της κάθε περιφέρειας είναι αυτοί οι οποίοι έχουν την ευθύνη της εποπτείας κάθε προνοιακού προγράμματος το οποίο υλοποιείται μέσα στο νομό τους. Τα βασικά προγράμματα τα οποία υλοποιεί και αφορούν την πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων είναι η εισοδηματική ενίσχυση και παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Εισοδηματική Ενίσχυση: Βασικό μέτρο για την εξασφάλιση αξιοπρεπούς επιπέδου ζωής των ηλικιωμένων από το κράτος, αποτελεί η εισοδηματική ενίσχυση. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την ευθύνη για την ενίσχυση του εισοδήματος απόρων ηλικιωμένων. Αυτή η πολιτική υλοποιείται με τα εξής μέτρα:

- Συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι μετά το 65^ο έτος λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α. Μαζί με το μηνιαίο αυτό επίδομα οι δικαιούχοι έχουν υγειονομική περίθαλψη εφόσον και πάλι δεν καλύπτονται από άλλο φορέα.
- Ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία έχουν αναπηρία (σωματικά ή διανοητικά ανάπηροι) πάνω από 67% έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση.

Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (λ.χ. σεισμός, ξαφνική ασθένεια, έξωση, φυλάκιση, πυρκαγιά, θεομηνία), ηλικιωμένα άτομα όπως και άτομα και οικογένειες όλων των ηλικιών δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση ποσού 3000€. Άλλες υπηρεσίες όπως ο Ερυθρός Σταυρός ή Φιλόπτωχα Ταμεία, ενισχύουν οικονομικά τους ηλικιωμένους, σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Ειδικότερα, η εισοδηματική ενίσχυση των ηλικιωμένων μέσα από τις αυξήσεις των κύριων και επικουρικών συντάξεων (κατά ποσοστό 4%) και του ΕΚΑΣ (κατά ποσοστό 7%) και των κατώτατων συντάξεων του ΟΓΑ (κατά ποσοστό 7%). 2. Επιδότηση ενοικίου.

Μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών, τα οποία αποδεδειγμένα δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία, επειδή δεν έχουν κινητή ή ακίνητη περιουσία στην Ελλάδα ή το εξωτερικό, δικαιούνται επιδότησης του ενοικίου. Το πρόγραμμα χορήγησης επιδότησης ενοικίου προβλέπει για τους ηλικιωμένους - συνταξιούχους που το ετήσιο καθαρό οικογενειακό τους εισόδημα οικονομικού έτους 2008 δεν υπερβαίνει τα 11.500 ευρώ, ποσό της επιδότησης, μηνιαίως, σε εκατόν δεκαπέντε (115) ευρώ για μεμονωμένα άτομα και έγγαμους σε εκατόν σαράντα (140) ευρώ³¹. 3. Άλλες παροχές. Επίσης, ο Ο.Σ.Ε. παρέχει εισιτήρια με μειωμένη τιμή για τις μετακινήσεις των ηλικιωμένων και ο Ε.Ο.Τ. επιδοτεί διακοπές σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, στο πλαίσιο προγραμμάτων του Κοινωνικού Τουρισμού. (Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, 2006).

5.2.2 Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η)

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

1) **Κοινωνική συμμετοχή.** Η πλήρης ανάπτυξη των προγραμμάτων ενός Κ.Α.Π.Η. επιτυγχάνει τη διαφοροποίησή του από τα άλλα γνωστά ως σήμερα προγράμματα, που οργανώνονται από διάφορους φορείς και φιλανθρωπικές οργανώσεις, με παροχή πολύ περιορισμένων υπηρεσιών. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η προέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια, μόνο από τις πιο πολύ χαμηλές εισοδηματικές τάξεις. Έτσι ξεφεύγουμε από τον περιορισμό της κοινωνικής προστασίας στον «άπορο» ηλικιωμένο και επιδιώκουμε χωρίς διάκριση κοινωνικών τάξεων μια από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων τους καταστάσεων και προβλημάτων, με πρωταρχικό στόχο το πρόβλημα της ψυχικής μοναξιάς. Επίσης θετική συμβολή στην κοινωνική συμμετοχή αποτελούν οι εκδρομές, συνεστιάσεις, επισκέψεις Μουσείων κ.α.

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

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι: οργανωμένη ψυχαγωγία, εκδρομές, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους, φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης, ομάδες αυτενέργειας, συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις, εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά κτλ. που βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη. Μέλη των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων εγγράφονται άτομα από 60 ετών και άνω άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το κέντρο, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων. Επιπλέον, λειτουργούν γενικά στα Κ.Α.Π.Η. οι ομάδες αυτοβοήθειας, αθλητισμού, περιπάτου, χορωδίας, κηπουρικής, βιβλίου, χορού, μαγειρικής (Σταθόπουλος, 1998).

Οι Λέσχες Φιλίας είναι μια πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων. Ανήκουν στην Διεύθυνση Κοινωνικής Μέριμνας και Υγείας, χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του Δήμου και λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς για να προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Είναι χώροι όπου οι ηλικιωμένοι Αθηναίοι μπορούν να αναζητήσουν ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία.

Το πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας προβλέπει επίσης δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, επισκέψεις σε πολιτιστικούς χώρους, καλλιτεχνικές δραστηριότητες, ημερήσιες εκδρομές και περιπάτους. Την περίοδο του καλοκαιριού, φιλοξενούνται ηλικιωμένοι στις παιδικές εξοχές του Δήμου Αθηναίων, στον Άγιο Ανδρέα Αττικής. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής, η ομαλή συνύπαρξή τους με νεώτερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομικά μέσα ή οικογένεια να τους φροντίσει (Φωτόπουλος, 2005).

5.2.3 Βοήθεια στο σπίτι

Σκοπός των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, καθώς και των ατόμων που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα κοινωνικά προβλήματα υγείας ή αναπηρίας, με στόχο την παραμονή του ηλικιωμένου, όσο το επιτρέπουν οι συνθήκες στο οικογενειακό του περιβάλλον, κοντά στους συγγενείς και τους φίλους του. Το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι ξεκίνησε από τον Ερυθρό Σταυρό και ακολούθησε ο Δήμος Κερατσινίου.

Η φροντίδα που παρέχεται κατ'οίκον δεν ακολουθεί σταθερό πρόγραμμα αλλά προσαρμόζεται με βάση τις ανάγκες που έχουν οι ηλικιωμένοι π.χ προετοιμασία του φαγητού, φροντίδα κατοικίας, θεραπευτική αγωγή, επίλυση διάφορων ατομικών υποθέσεων. (Αμιτσής Γ, 2001).

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι αποτελείται από κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και οικογενειακό βοηθό όπου επισκέπτονται τον ηλικιωμένο τακτικά στο σπίτι του.

Σύμφωνα με το Νόμο 3106/2003 (ΦΕΚ 30/Α/10-2-2003) «Αναδιοργάνωση του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας» τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» έχουν ως περιεχόμενο: *Τη διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών που αφορούν στα ηλικιωμένα άτομα, την κάλυψη βασικών αναγκών των εξυπηρετούμενων με την οργάνωση και τη συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και κοινωνικής βοήθειας, την ενημέρωση των εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και την επαφή τους με τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας την διευκόλυνση των εξυπηρετούμενων για τη συμμετοχή τους στις θρησκευτικές, πολιτιστικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες.*

Με το πρόγραμμα αυτό προλαμβάνονται οι εισαγωγές στα νοσοκομεία και περιορίζονται οι ημέρες νοσηλείας σε αυτά. Σήμερα, σε όλη την Ευρώπη δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε ανάλογα προγράμματα, εκτιμώντας το όφελος που προκύπτει από την εφαρμογή τους (λόγω του υψηλού κόστους των ιατρικών υπηρεσιών και της ενίσχυσης του οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου), που με αυτά τα προγράμματα αποκτά μία βασική στήριξη στη φροντίδα του ηλικιωμένου (Κρεμαλής, 1990).

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρέχει και πρακτικές υπηρεσίες σε ηλικιωμένους στο σπίτι τους, ενώ παρέχει στήριξη και ανακούφιση στην οικογένεια. Οι παρακάτω φορείς μπορούν να υποβάλλουν για έγκριση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας πρόταση για έγκριση προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»: Υπηρεσίες Υπουργείων και Περιφερειών, Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού και οι επιχειρήσεις τους, η εκκλησία, οι οργανωτικές υποδιαιρέσεις και οι φορείς της. Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, εφόσον καλύπτονται από τον φορέα οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για την υλοποίηση του προγράμματος

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

Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας. Το πρόγραμμα διέπεται από ειδικές αρχές που δίνουν έμφαση στην διασφάλιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και είναι οι εξής: Οι ηλικιωμένοι να ζουν σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο και φυσικό τους περιβάλλον, να υποστηρίζονται ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκειά τους, να απολαμβάνουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας που τους εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με ΚΑΠΗ, που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Συνεργάζονται επίσης με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εφαρμόζουν ανάλογα ή παρεμφερή προγράμματα, καθώς και με μονάδες υγείας. Στόχος του προγράμματος είναι να απευθύνεται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν (κινητικές δυσκολίες, άνοια) (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004).

5.3 Δομές για την άνοια στην Ελλάδα

5.3.1 Υπηρεσίες για ηλικιωμένους με άνοια

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

5.3.2 Εξωτερικό ιατρείο μνήμης και άνοιας

Το Εξωτερικό ιατρείο μνήμης και Άνοιας, σ' ένα γενικό νοσοκομείο προσφέρει ποικίλες υπηρεσίες περίθαλψης σε ασθενείς με άνοια και φυσιολογικούς ηλικιωμένους με μνημονικές ελλείψεις. Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να αναλάβει τους ασθενείς και τις οικογένειες που χρειάζονται κοινωνική υποστήριξη. Τέτοιες περιπτώσεις είναι άτομα μοναχικά χωρίς συγγενείς που χρειάζεται να εισαχθούν σε οίκους ευγηρίας ή ιδρύματα. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει την οικογένεια που έχει αναλάβει το επίδομα που αφορά τη φροντίδα του ασθενούς με άνοια(Τζανακάκη-Καστανάκη, στο Τσολάκη και Καζής,2005).

5.3.3 Κέντρα ημέρας για την άνοια

Τα Κέντρα Ημέρας λειτουργούν ως μονάδες ημερήσιας θεραπευτικής φροντίδας ασθενών με νόσο Alzheimer και άλλες συναφείς διαταραχές.

Σκοπός των Κέντρων Ημέρας είναι κυρίως η οργάνωση και εφαρμογή ομαδικών και ατομικών θεραπευτικών προγραμμάτων για τα άτομα με διαγνωσμένη νόσο Alzheimer ή άλλες μορφές άνοιας, που βρίσκονται στα αρχικά έως και μεσαία ή πιο προχωρημένα στάδια της νόσου. (Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών διαταραχών,2002).

Μετά από κλινική εξέταση από τον νευρολόγο ή τον ψυχίατρο του Κέντρου Ημέρας, νευροψυχολογική εκτίμηση από τον ψυχολόγο και λήψη κοινωνικού ιστορικού οι ασθενείς που επιθυμούν να συμμετάσχουν στα προγράμματα του Κέντρου Ημέρας εντάσσονται σε ομάδες, ανάλογα με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους.

Στις ομάδες εφαρμόζονται θεραπευτικά προγράμματα, που στόχο έχουν τη νοητική ενδυνάμωση των ασθενών, την κινητοποίησή τους και τη διατήρηση των δεξιοτήτων και των επικοινωνιακών ικανοτήτων τους για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή.

Το πρόγραμμα στα Κέντρα Ημέρας περιλαμβάνει:

- Ιατρείο μνήμης
- Θεραπείες ενδυνάμωσης νοητικών λειτουργιών (μνήμης, προσοχής, λόγου κτλ.)
- Ατομική και ομαδική δημιουργική απασχόληση
- Προγράμματα Γυμναστικής
- Άλλες ειδικές θεραπείες (θεραπείες τέχνης, θεραπεία δια αναμνήσεων, λογοθεραπεία, εργοθεραπεία κ.ά.) (Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών διαταραχών,2002).

5.4 Δομές για την άνοια στην Ευρώπη

Σημαντικό είναι στο σημείο αυτό να παρατεθούν επιγραμματικά οι πολιτικές ορισμένων ευρωπαϊκών χωρών στο ζήτημα της φροντίδας των ασθενών που πάσχουν από άνοια, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν μόνο κοινά σημεία αλλά και αντιθέσεις σε σχέση με την ελληνική πραγματικότητα.

Στην Ολλανδία το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για την στέγαση και την κοινωνική πολιτική σχετικά με τους ηλικιωμένους είναι σε επίπεδο τοπικής

αυτοδιοίκησης. Οι δήμοι στην Ολλανδία σύμφωνα με την Stula (2012) πραγματοποιούν παρεμβάσεις και ολοκληρωμένες υπηρεσίες προς τους ηλικιωμένους, όπως βοήθεια στο νοικοκυριό, προσαρμογή του χώρου που ζουν οι ηλικιωμένοι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους εντός της οικίας τους, παροχή αναπηρικών αμαξιδίων, υπηρεσίες οδήγησης για άτομα με περιορισμένη κινητικότητα. Επιπλέον οι δήμοι εστιάζουν στην διατήρηση της διαμονής των ηλικιωμένων στα πλαίσια της κοινότητας και όχι στην απομόνωση τους σε δομές κλειστού τύπου. Οι Van Hoof et al (2009) αναφέρουν ότι στην Ολλανδία η τάση που επικρατεί είναι η αποιδρυματοποίηση των ανοϊκών ασθενών και η αντικατάσταση των ιδρυματικών, κλειστών δομών με δομές ημιαυτόνομης διαβίωσης. Για τον λόγο αυτό δημιουργήθηκαν μικρής κλίμακας καταλύματα όπου κατοικούν ηλικιωμένοι με άνοια, τα οποία έχουν τροποποιηθεί καταλλήλως ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων με άνοια.

Οι Moisse et al (2004) αναφέρουν ότι τον Οκτώβριο του 2001, η *γαλλική κυβέρνηση* παρουσίασε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο δράσης για τα άτομα που πάσχουν από νόσο του Alzheimer και συναφείς διαταραχές. Το πρόγραμμα περιστρέφεται γύρω από έξι στόχους:

- να εντοπίσει τα πρώτα συμπτώματα και το κατάλληλο επόμενο βήμα για τον ασθενή,
- να παρέχει τα μέσα για την πρόσβαση σε ορθή διάγνωση,
- τη διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενή
- να παρέχει υποστήριξη και πληροφορίες στους ασθενείς και τις οικογένειές τους,
- τη βελτίωση της ποιότητας των εγκαταστάσεων όπου διαβιώνουν ηλικιωμένα άτομα και
- τη διεξαγωγή πρόσθετων μελετών και κλινικής έρευνας.

Οι ίδιοι συγγραφείς αναφερόμενοι στην κοινωνική πολιτική για την άνοια στη *Γερμανία* αναφέρουν ότι σε εθνικό επίπεδο, το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Οικογένειας, Ηλικιωμένων, Γυναικών και Νεότητας υποστηρίζουν νέες στρατηγικές της φροντίδας για την άνοιας. Οι στρατηγικές αυτές συμπεριλαμβάνουν κέντρα ημέρας, ειδικές μονάδες φροντίδας, εκπαιδευμένους βοηθούς στο σπίτι, ομάδες διαβίωσης (cantous) και μουσικοθεραπεία. Η μέγιστη διάρκεια των παρεμβάσεων

είναι 3 έτη. Ταυτόχρονα, το 2001 ξεκίνησε μια τηλεφωνική γραμμή απευθυνόμενη στους ασθενείς, τους φροντιστές και τους επαγγελματίες, η οποία παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη νόσο, τη διάγνωση, τη θεραπεία, νομικά θέματα και διασύνδεση με τοπικές υπηρεσίες, καθώς και ατομική συμβουλευτική.

Στη Σουηδία οι Malmberg & Zarit αναφέρουν ήδη από το 1993 την ύπαρξη ομαδικών κατοικιών για ασθενείς με άνοια, ενώ υπογραμμίζουν ότι αυτού του είδους οι δομές αποτελούν ένα βασικό μοντέλο της κοινωνικής φροντίδας της χώρας για τους ανοϊκούς ασθενείς. Οι ομαδικές αυτές κατοικίες λειτουργούν με ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο χρησιμοποιεί γνωστές καθημερινές δουλειές του σπιτιού για να διαμορφώσει κατάλληλες συμπεριφορές και συνήθειες. Η αξιολόγηση 4 δομών τέτοιου τύπου έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι που έμεναν σε αυτές μπορούσαν να φιλοξενηθούν στην δομή ακόμα και αν η κατάσταση της υγείας τους ήταν προοδευτικά επιδεινούμενη λόγω της ασθένειας, επειδή είχαν αναπτύξει την δυνατότητα να προσαρμόζονται. Η Annerstedt (1993) αναφέρει για τις συγκεκριμένες δομές ότι δημιουργήθηκαν λόγω της παρατήρησης ότι η πλειοψηφία των ασθενών στις παραδοσιακές δομές φροντίδας παρουσίαζαν γνωστική επιδείνωση κατά το πέρασμα του χρόνου. Έτσι αναπτύχθηκε αυτό το εναλλακτικό μοντέλο διαβίωσης, το οποίο ονομάζεται "Group Living" και η συγγραφέας τονίζει ότι πρόκειται για μια καινοτόμα δομή αυστηρά προσαρμοσμένη στις ικανότητες και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών με Alzheimer και αγγειακή άνοια, ενώ το πρόγραμμα των δομών αυτών εστιάζει στην ασφάλεια, την κινητοποίηση των ασθενών και την αξιοπρέπεια του ασθενή. Άξιο αναφοράς κρίνεται το γεγονός ότι οι δομές αυτές είναι παρεμφερείς με αυτές που παρουσιάστηκαν παραπάνω για την Ολλανδία.

Επιπροσθέτως, οι Samuelsson κα (1998) μελέτησαν τα κέντρα ημέρας της Σουηδίας, αναφέροντας ότι υπάρχουν περίπου 1500 μονάδες ημερήσιας φροντίδας εξυπηρετούν περίπου 45.000 συνταξιούχους, σε τακτική βάση. Οι μονάδες αυτές σύμφωνα με τους συγγραφείς είναι δομές που προσφέρουν υπηρεσίες φροντίδας μέσα στην κοινότητα, με έμμισθο ή άμισθο προσωπικό, σε ένα περιβάλλον έξω από το σπίτι του χρήστη. Τα άτομα που έρχονται ή τα φέρνει η οικογένεια τους έρχονται για να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες για τουλάχιστον τέσσερις ώρες κατά τη διάρκεια της ημέρας, και να επιστρέψουν σπίτι την ίδια μέρα". Οι συγγραφείς συνεχίζουν τονίζοντας το γεγονός ότι αυτή η δομή έχει δημιουργηθεί για να λαμβάνουν φροντίδα οι ασθενείς οι οποίοι ζουν στο σπίτι και όχι σε δομές κλειστού τύπου αλλά και για να ανακουφιστούν οι φροντιστές τους.

Βάσει των ανωτέρω περιγραφόμενων πολιτικών, παρατηρείται ότι η γενικότερη τάση των Ευρωπαϊκών κρατών είναι τα κέντρα ημέρας και οι μικροί ξενώνες όπου πραγματοποιούνται εξατομικευμένες παρεμβάσεις και χρησιμοποιούνται οι απλές καθημερινές δραστηριότητες για την ενεργοποίηση του νου. Οι μεγάλες απρόσωπες δομές κλειστού τύπου τείνουν να εγκαταλειφθούν και γίνεται προσπάθεια για στήριξη των ανοϊκών ασθενών στα πλαίσια της κοινότητας και του σπιτιού τους, ενώ η θεραπείες που λαμβάνουν έχουν στο κέντρο τους το ίδιο το άτομο και όχι την ασθένεια.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων και κατά πόσο συμβάλλουν στην πρόληψη της άνοιας. Ειδικότερα θα μελετηθεί αν αυτές οι παρεμβάσεις έχουν την ίδια αποτελεσματικότητα σε ημιαστικές και αγροτικές κοινότητες.

Συγκεκριμένα οι στόχοι της παρούσας πτυχιακής είναι να διερευνηθεί αν υπάρχουν ερεθίσματα στα άτομα της αγροτικής σε σχέση με της ημιαστικής κοινότητας και κατά πόσο έχουν τα ίδια κοινωνικά ερεθίσματα.

Ειδικότερα, μελετήθηκε το παραπάνω θέμα στα μέλη που συμμετείχαν στο πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης στα ΚΑΠΗ του Δήμου Μαλεβιζίου και συγκεκριμένα, στην περιοχή του Γαζίου (ημιαστική περιοχή) και στις κοινότητες Τυλίσου, Καλεσσών (αγροτικές περιοχές) τα οποία συμμετέχουν στο πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης.

1.2 Πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης

Το πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης του ΚΑΠΗ Γαζίου είναι πρόγραμμα μη φαρμακευτικής παρέμβασης και εξάσκησης των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων με προβλήματα μνήμης. Είναι προσαρμοσμένο στο χαρακτήρα λειτουργίας του ανοικτού πλαισίου του ΚΑΠΗ και στις ανάγκες και τους περιορισμούς που αυτό θέτει. Στοχεύει στην πρόληψη και την ενημέρωση και όχι στη θεραπεία. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε όλα τα μέλη του ΚΑΠΗ που παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα –ήπια ή μέτρια και διάσπαση προσοχής. Υλοποιείται στα ΚΑΠΗ του Δήμου από το Μάιο του 2007 στο Γάζι, Σεπτέμβριο του 2011 στο ΚΑΠΗ Καλέσσων και Σεπτέμβριο του 2012 στο ΚΑΠΗ Τυλίσου.

Σκοπός του προγράμματος είναι η σταθεροποίηση ή η βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών των συμμετεχόντων, η βελτίωση της λειτουργικότητας, η ενημέρωση των εξυπηρετούμενων του ΚΑΠΗ και ευρύτερα της κοινότητας σε σχέση με την άνοια και το Alzheimer και ο αποστιγματισμός των ασθενών με άνοια (Κατσάπη, Φεβρουάριος 2011).

Το ΚΑΠΗ Γαζίου έχει θέσει ως επιμέρους στόχους με το πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης, την διατήρηση της κοινωνικότητας των μελών, την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, την βελτίωση της επικοινωνίας των μελών με τις οικογένειες τους, την βελτίωση της διάθεσης και την αυτοπεποίθηση και τη μείωση του άγχους.

Η διαδικασία που ακολουθείτε για τις ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης είναι η εξής:

	Α ΚΥΚΛΟΣ					Β ΚΥΚΛΟΣ					
	Σεπτ	Οκτ	Νοεμ	Δεκ	Ιαν	Φεβ	Μαρ	Απρ	Μαί ος	Ιουν	Ιουλ
Διεξαγωγή διαγνωστι κών εργαλείων MMSE και GHQ											
Εκτίμηση των διαγνωστι κών εργαλείων											
Διαχωρι σμός των μελών σε ομάδες											
Παρεμβά εις 12 εβδομάδω ν											
Επανεκτίμ ηση των διαγνωστι κών εργαλείων MMSE και GDS											

Οι επιμέρους στόχοι των ασκήσεων του προγράμματος είναι η εξάσκηση:

- Της μνήμης (λεκτική, οπτική, ακουστική, εργαζόμενη)
- Η κριτική και αφαιρετική ικανότητα
- Η οπτικοχωρική ικανότητα
- Η αφαιρετική σκέψη, η συνειρμική ικανότητα

- Η συγκέντρωση
- Η προσοχή
- Η παρατηρητικότητα
- Η ικανότητα κατονομασίας

(Μαρούση, 2011)

Η κάθε ομάδα είναι κλειστή και αποτελείται από 5-7 άτομα και η ένταξη των μελών σε αυτή γίνεται με βάση την επίδοση τους στο MMSE και του μορφωτικού επιπέδου τους. Η διεξαγωγή των ομάδων πραγματοποιείται από την κοινωνική λειτουργό του ΚΑΠΗ και διαρκεί 40 λεπτά ανά συνάντηση, μια φορά την εβδομάδα.

1.3 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα

Η ερευνητική υπόθεση της παρούσας πτυχιακής είναι η εξής:

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις συμβάλλουν στην πρόληψη της άνοιας και φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματικές στους ηλικιωμένους της ημιαστικής ή των αγροτικών κοινοτήτων.

Τα ερευνητικά ερωτήματα αναφέρονται παρακάτω:

1. Στα άτομα που συμμετέχουν στο πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης επηρεάζονται οι γνωστικές λειτουργίες τους ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο;
2. Στα άτομα που εμφανίζουν στοιχεία κατάθλιψης παρουσιάζεται μείωση των γνωστικών λειτουργιών τους;
3. Επηρεάζεται η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων ανάλογα με τον τόπο κατοικίας (αγροτική, ημιαστική);

1.4 Μεθοδολογία έρευνας

Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας ήταν το Mini mental (Mini Mental State Examination – MMSE), General Health Questionnaire-12(GHQ) και Geriatric Depression Scale (GDS). Στην αρχή εκτιμήθηκαν οι γνωστικές λειτουργίες των συμμετεχόντων μέσω του εργαλείου MMSE, και των αγχωδών διαταραχών μέσω του εργαλείου GHQ. Έπειτα διαχωρίστηκαν τα μέλη σε διάφορες ομάδες, από 5 έως 7 ατόμων, και πραγματοποιήθηκαν οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις όπου διήρκεσαν 12

εβδομάδες. Τέλος αφού ολοκληρώθηκαν οι ομάδες διεξήχθη επανεκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών μέσω των διαγνωστικών εργαλείων MMSE και GDS ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο υπήρχε αποτελεσματικότητα μέσω των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

1.5 Πεδίο Μελέτης-Επιλογή Δείγματος

Η έρευνα διεξήχθη στο Δήμο Μαλεβιζίου και συγκεκριμένα στα ΚΑΠΗ Γαζίου (ημιαστική κοινότητα) Τυλίσου και Καλεσσών (αγροτικές κοινότητες). Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν τα μέλη και των τριών ΚΑΠΗ όπου συμμετείχαν στο πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης και ανέρχονται συνολικά στα 60 άτομα. Η περίοδος όπου λειτούργησαν οι ομάδες παρέμβασης ήταν από το Μάιο έως Οκτώβριο του 2015.

1.6 Διαδικασία έρευνας

Για να πραγματοποιηθεί η παρούσα έρευνα ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία: Η εργαστηριακή και η πρακτική άσκηση της ερευνητικής ομάδας της παρούσας πτυχιακής πραγματοποιήθηκε στο ΚΑΠΗ Γαζίου οπότε υπήρχε ενεργή συμμετοχή καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος νοητικής ενδυνάμωσης. Αρχικά πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση από την κοινωνική λειτουργό του ΚΑΠΗ στα διαγνωστικά εργαλεία και έπειτα διεξήχθησαν στα μέλη που συμμετείχαν στο πρόγραμμα.

Με βάση τα αποτελέσματα και το μορφωτικό επίπεδο τα μέλη χωρίστηκαν σε ομάδες όπου μετά το πέρας της διάρκειας των ομάδων έγινε επανεκτίμηση μέσω των διαγνωστικών εργαλείων ώστε να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της μη φαρμακευτικής παρέμβασης.

Οι τεχνικές συλλογής στοιχείων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η παρατήρηση των ομάδων, η γνωριμία με τα μέλη και η εκπαίδευση των διαγνωστικών εργαλείων ώστε να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούνται.

1.7 Ερευνητικά εργαλεία

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη με τη χρήση κυρίως ποσοτικών μεθόδων, και συγκεκριμένα, με τη χρήση των διαγνωστικών εργαλείων Mini mental (Mini Mental State Examination – MMSE), General Health Questionnaire-12(GHQ) και Geriatric Depression Scale (GDS) και αναλύονται παρακάτω.

◇ ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Η σύντομη εξέταση νοητικής κατάστασης MMSE είναι ένα χρήσιμο και σύντομο εργαλείο ανίχνευσης (screening test). Εξετάζει ικανότητες προσανατολισμού, μνήμης, προσοχής, κατονομασίας, κατανόησης, εκτέλεσης προφορικών και γραπτών εντολών, αυθόρμητης γραφής και ευπραξίας. Όσον αφορά τους ασθενείς που αποτυγχάνουν σε αυτή τη δοκιμασία, είναι απαραίτητο να ανιχνεύεται ο λόγος της αποτυχίας. Για παράδειγμα, μια αποτυχία σε ένα μέρος της δοκιμασίας, ίσως να είναι αποτέλεσμα κινητικής δυσκολίας ή αισθητηριακών ελλειμμάτων ή αναλφαβητισμού. Επιπλέον, πρέπει να εκτιμάται η προνοσηρή λειτουργικότητα του ασθενούς, προκειμένου να είναι αξιόπιστη η δοκιμασία (Folstein et al., 1975, στο Τσολάκη-Κούντη 2010).

Η δοκιμασία αποτελείται από διάφορα μέρη, τα οποία εξετάζουν διαφορετικές νοητικές λειτουργίες και ολοκληρώνεται σε χρονικό διάστημα 5 έως 10 λεπτά.

Στο *πρώτο μέρος* ο εξεταζόμενος απαντά λεκτικά σε δέκα ερωτήσεις που αφορούν τον προσανατολισμό στο χρόνο και στο τόπο.

Στο *δεύτερο μέρος* ο κλινικός ζητά από τον εξεταζόμενο να ακούσει προσεκτικά και να επαναλάβει τις εξής λέξεις: παιδί, κλειδί, κλαδί για να δει αν μπορεί να καταλάβει ότι πρόκειται για τρεις διαφορετικές λέξεις και όχι για μια.

Ο κλινικός λέει στον εξεταζόμενο τρεις λέξεις (π.χ καρέκλα, φούστα, ποδήλατο) κι έπειτα του ζητά να τις επαναλάβει αμέσως. Πριν εκφωνηθούν οι λέξεις, ο εξεταζόμενος προειδοποιείται ότι θα πρέπει να τις θυμάται γιατί σε λίγα λεπτά θα του ξαναζητηθούν. Ο κλινικός μπορεί να επαναλάβει τις λέξεις μέχρι και πέντε φορές.

Στο *τρίτο μέρος* εξετάζεται κυρίως η ικανότητα της προσοχής, αλλά ο κλινικός μπορεί να πάρει δευτερογενώς πληροφορίες και για την αριθμητική

ικανότητα του εξεταζόμενου. Ο κλινικός ζητά από τον εξεταζόμενο να αφαιρέσει 7 από το 100 πέντε φορές. Εναλλακτικά τότε καλείται να γράψει με αντίστροφη φορά την λέξη «πέτρα» κατονομασία σε χρονικό διάστημα του ενός λεπτού. (π. χ κατοικίδια ζώα)

Στο *τέταρτο μέρος* ο εξεταστής ζητά από τον ασθενή να επαναλάβει τις τρεις λέξεις που του δόθηκαν στη φάση της καταγραφής.

Στο *πέμπτο μέρος* ο κλινικός παρουσιάζει στον εξεταζόμενο ένα ρολόι και ένα μολύβι και του ζητά να τα ονομάσει. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να φορά τα γυαλιά του για να είναι σίγουρος ότι η έλλειψη απάντησης δεν οφείλεται σε προβλήματα όρασης.

Στο *έκτο μέρος* ο ασθενής καλείται να επαναλάβει μια πρόταση και αξιολογείται η ικανότητα της συγκεκριμένης επιδεξιότητας.

Στο *έβδομο μέρος* π εξεταστής ζητά από τον ασθενή να εκτελέσει μια απλή εντολή σε τρία στάδια: για παράδειγμα του δίνει ένα λευκό χαρτί και του ζητά να το πάρει με το δεξί του χέρι, να το διπλώσει στη μέση και να το ακουμπήσει στο πάτωμα.

Στο *έβδομο μέρος* εξετάζεται η ικανότητα κατανόησης του γραπτού λόγου. Ο κλινικός δίνει στον εξεταζόμενο μια κάρτα που γράφει με κεφαλαία τυπωμένα γράμματα « ΚΛΕΙΣΤΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΑΣ». Αν ο εξεταζόμενος δεν εκτελεί την ενέργεια που είναι γραμμένη στην καρτέλα, τότε του δίνει την οδηγία «κάντε ό,τι γράφει».

Στο *όγδοο μέρος* ο εξεταστής γράφει σε ένα χαρτί μια εντολή, το δείχνει στον ασθενή και του ζητά να εκτελέσει την εντολή που περιγράφεται.

Στο *ένατο μέρος* ο εξεταστής ζητά από τον ασθενή να γράψει μια ολοκληρωμένη πρόταση η οποία να μπορεί να κατανοηθεί (με υποκείμενο και ρήμα).

Στο *δέκατο μέρος* ζητείται αντιγραφή ενός γεωμετρικού σχήματος. Το σχήμα θεωρείται σωστό αν περιλαμβάνει όλες τις γωνίες και το σημείο που τέμνονται δύο από αυτές.

Ο κλινικός δεν πρέπει να διορθώνει τον εξεταζόμενο σε περίπτωση λάθους και δεν υπάρχει χρονικός περιορισμό όσον αφορά την ολοκλήρωση της δοκιμασίας. Γενικότερα πρέπει να τον ενθαρρύνει σε όλη τη δοκιμασία, ώστε να την ολοκληρώσει και να δημιουργηθεί η πρώτη κλινική εικόνα.

Η μέγιστη επίδοση στη δοκιμασία Mini Mental State Examination είναι 30 βαθμοί. Το αποτέλεσμα της επίδοσης αξιολογείται με την εξής κλίμακα: 28-30

θεωρείται φυσιολογικό γήρας (διάσπαση προσοχής), 25-28 ως ήπια γνωστική διαταραχή/MCI, 21-24 ως ήπιο στάδιο άνοιας, 10-20 ως μέτριο στάδιο, 9<κάτω ως σοβαρό τελικό στάδιο.

◇ ΓΕΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE-12

Το GHQ είναι μια κλίμακα μέτρησης της τρέχουσας υγείας του ατόμου. Δημιουργήθηκε από τον Goldberg στη δεκαετία του '70. Από τότε έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε διαφορετικά περιβάλλοντα και σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε αρχικά ως μια κλίμακα 60 στοιχείων, αλλά αυτή τη στιγμή είναι διαθέσιμες μια σειρά από σύντομες εκδόσεις του, συμπεριλαμβανομένης και της GHQ-12. Αυτή η έκδοση του GHQ είναι πολύ σύντομη και εύκολη στην εφαρμογή, δεδομένου ότι περιέχει μόνο δώδεκα ερωτήσεις και απαιτούνται μόνο δυο λεπτά περίπου για τη συμπλήρωσή τους.

Το GHQ-12 σχεδιάστηκε αρχικά ως ένα προβολικό εργαλείο για την ανίχνευση πιθανής ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό, κυρίως της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής, σε κοινωνικά ή μη- ψυχιατρικά κλινικά περιβάλλοντα, όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη ή οι γενικοί ιατρικοί εξωτερικοί ασθενείς. Σχεδιάστηκε για εφαρμογή σε αγγλόφωνους πληθυσμούς, αλλά έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 30 γλώσσες (Τσολάκη-Κούντη, 2010).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δώδεκα ερωτήσεις. Εξετάζει το επίπεδο ευζωίας των ερωτωμένων, την εμπειρία καταθλιπτικών ή συμπτωμάτων ανησυχίας και τυχόν διαταραχές ύπνου κατά τη διάρκεια των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων. Αξιολογεί την επικρατούσα κατάσταση του ερωτωμένου και ελέγχει εάν αυτή διαφέρει από το συνηθισμένο. Είναι επομένως ευαίσθητος στις βραχυπρόθεσμες διαταραχές. Ο εξεταστής κάνει τις ερωτήσεις στον ερωτώμενο και σημειώνει τις απαντήσεις του.

Το GHQ-12 χρησιμοποιείται ευρέως από ερευνητές στους διάφορους τομείς (υγεία της εργασίας, ιατρική, ψυχολογία) σε ερευνητικές μελέτες, όπου δεν είναι πρακτικό να χρησιμοποιείται μια πιο μακροσκελής μορφή του GHQ και τους νοσοκομειακούς γιατρούς που επιθυμούν να ανιχνεύσουν τυχόν ψυχοπαθολογία.

Η ερμηνεία των απαντήσεων είναι βασισμένη σε μια κλίμακα διαβάθμισης τεσσάρων στοιχείων χρησιμοποιώντας μια bimodal μέθοδο (εμφάνιση συμπτώματος

«καθόλου»=0, «όπως συνήθως»=0, «περισσότερο απ' το ότι συνήθως»=1 και «πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως»=1, ανώτατη επίδοση 12) ή τη μέθοδο Likert (0-1-2-3, ανώτατη επίδοση 36). Υψηλή επίδοση στην κλίμακα GHQ-12, δηλαδή >4 υποδεικνύει ένα υψηλό επίπεδο ψυχολογικής ανησυχίας. Η επίδοση στη δοκιμασία είναι αντιστρόφως ανάλογη με το επίπεδο της νοητικής υγείας. Όσο υψηλότερη είναι δηλαδή η επίδοση του ερωτωμένου τόσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της υγείας του.

◇ ΓΗΡΙΑΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ/GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS) είναι μια δοκιμασία που χρησιμοποιείται διεθνώς καθώς έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πολλές χώρες. Η κλίμακα αυτή παρουσιάστηκε αρχικά από τους Yesavage και συν., (1983) με τη μορφή 30 ερωτήσεων. Αργότερα το 1986 (Sheikh & Yesavage), κυκλοφόρησε με τη συντομευμένη μορφή των 15 ερωτήσεων και ακολούθως με τη μορφή των 10 και των 5 ερωτήσεων. Η κλίμακα των 15 ερωτήσεων, η οποία και χρησιμοποιείται ευρέως, απευθύνεται σε ψυχογηριατρικό πληθυσμό κυρίως μεγαλύτερο των 65 ετών. Αφορά τόσο υγιείς όσο και αρρώστους και φυσικά ασθενείς με άνοια ή με ήπια και μέτρια νοητική διαταραχή ή βλάβη. Θεωρείται ότι έχει καλύτερα διαγνωστικά αποτελέσματα, όταν χρησιμοποιείται σε ασθενείς που έχουν MMSE επίδοση μεγαλύτερο από 14, γιατί ασθενείς με χαμηλότερη επίδοση συνήθως δεν έχουν αίσθηση των προβλημάτων τους. Η χρήση της κλίμακας εκτός του ότι είναι σύντομη και εύκολη στην εφαρμογή της έχει και ένα ακόμα πλεονέκτημα, δεν περιέχει ερωτήσεις με σωματικά συμπτώματα, τα οποία είναι πολύ συχνά σε ηλικιωμένα άτομα, με αποτέλεσμα να μπορούν εύκολα να παρερμηνευθούν στη διάγνυσή τους (Fountoulakis et al., 1999, στο Τσολάκη-Κούντη 2010).

Αν και η Γηριατρική κλίμακα Κατάθλιψης είναι μια κλίμακα αυτό-αναφοράς (self-report), βρέθηκε ότι είναι δύσκολο να εφαρμοστεί από τον ίδιο τον ασθενή, εξαιτίας πρακτικών κυρίως προβλημάτων που ο ίδιος πιθανώς αντιμετωπίζει. Έτσι, με τη βοήθεια του εξεταστή, προβλήματα, όπως όρασης, κινητικότητας καθώς επίσης και προβλήματα αναλφαβητισμού, μπορούν εύκολα να ξεπεραστούν.

Ο ασθενής λοιπόν με τη βοήθεια του εξεταστή καλείται να απαντήσει με «ναι» ή «όχι» στις 15 ερωτήσεις που θα του υποβληθούν με βάση το πως αισθάνεται ο ίδιος τη μέρα της εξέτασης. Κάθε απάντηση βαθμολογείται με 0 ή 1 βαθμό. Οι

ερωτήσεις εστιάζονται κυρίως στις ανησυχίες του ασθενούς, αλλά αι στον τρόπο με τον οποίο ο ίδιος αντιλαμβάνεται και μεταφράζει την ποιότητα ζωής του. Η εξέταση είναι σύντομη και διαρκεί συνήθως 5 έως 10 λεπτά.

Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία που συγκεντρώνεται τόσο μεγαλύτερης βαρύτητας κατάθλιψη σημειώνεται. Ο υψηλότερος δυναμικά βαθμός που μπορεί να αποκτηθεί είναι 15, ενώ ο χαμηλότερος 0, όπου και έχουμε παντελή απουσία κατάθλιψης.

1.8 Δυσκολίες

Κατά τη διάρκεια της πτυχιακής εργασίας η βασικότερη δυσκολία που συνάντησε η ερευνητική ομάδα ήταν η εκπαίδευση της όσον αφορά τα διαγνωστικά εργαλεία που έπρεπε να χρησιμοποιηθούν στους συμμετέχοντες των ομάδων νοητικής ενδυνάμωσης. Στην αρχή χρειαστήκε αρκετός χρόνος για να μελετηθεί πως λειτουργεί κάθε εργαλείο, ποιες είναι οι διαφορές ανάμεσα τους ώστε να είναι χρήσιμη και η συμβολή και των τριών. Έπειτα δόθηκε μεγάλη βάση στην χρήση των ερωτηματολογίων ώστε να είναι σίγουρη η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Η συγκεκριμένη δυσκολία ξεπεράστηκε με την συνεργασία της Κοινωνικής Λειτουργού των ΚΑΠΗ.

Επίσης άλλη μια δυσκολία που εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια της πτυχιακής ήταν έκτος από την εκπαίδευση της ερευνητικής ομάδας στα διαγνωστικά εργαλεία το πως θα γινόταν η συμμετοχή της στις ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης που τελικά επιτεύχθηκε λόγω το ότι πραγματοποιήθηκε στο ΚΑΠΗ η πρακτική άσκηση μας.

1.9 Μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων

Μετά την ολοκλήρωση των ομάδων νοητικής ενδυνάμωσης και την επανεκτίμηση μέσω των διαγνωστικών εργαλείων ακολούθησε καταγραφή των αποτελεσμάτων σε πίνακες χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα Microsoft Excel 97-2003. Το παραπάνω πρόγραμμα χρησιμοποιήθηκε και για τα διεξαχθούν τα αποτελέσματα της έρευνας μας. Το Excel είναι ένα πρόγραμμα λογιστικών φύλλων που παρέχει εκτεταμένες δυνατότητες αριθμητικών υπολογισμών, γραφικών και διαγραμμάτων, συνεργασίας με άλλα προγράμματα, καθώς και δυνατότητες προγραμματισμού σε ένα απλό στη χρήση του πακέτο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ημιαστική κοινότητα, στο Γάζι, και σε αγροτικές κοινότητες, Τύλισο και Καλέσσα. Τα μέλη που συμμετείχαν στις ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης ανήλθαν σε 60 άτομα. Οι ομάδες αποτελούνταν από τέσσερα έως επτά άτομα και συνολικά πραγματοποιήθηκαν τρεις ομάδες πρόληψης και τρεις ομάδες MCI στην κάθε κοινότητα.

Πίνακας 1: Παρουσίαση ηλικιακής κατάταξης του δείγματος

ΗΛΙΚΙΕΣ	ΓΑΖΙ	ΚΑΛΕΣΣΑ	ΤΥΛΙΣΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ	%
64-65	4	0	3	7	11,5
66-70	6	2	5	13	21,3
71-75	13	1	6	20	32,8
76-80	4	3	5	12	19,7
81-85	3	1	5	9	14,7
	30	7	24		

Πίνακας 2: Παρουσίαση μορφωτικού επιπέδου του δείγματος

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΓΑΖΙ	ΚΑΛΕΣΣΑ	ΤΥΛΙΣΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ	%
ΑΕΙ	2	-	2	4	6,5
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	2	-	3	5	8,2
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	24	6	16	46	75,4
Α,Β,Γ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	1	1	2	4	6,5
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΙ	1	-	1	2	3,3
	30	7	24		

Όπως παρατηρείται στους πίνακες 1 και 2 στο δείγμα υπήρξε εύρος στην ηλικία και στο μορφωτικό επίπεδο. Ενώ η ηλικιακή κατάταξη των συμμετεχόντων και στις τρεις κοινότητες είναι από 64 έως 85, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο δείγμα κατατάσσεται σε ηλικίες 70 και άνω. Σύμφωνα με τον πίνακα 2, ενώ το δείγμα που συμμετείχε είχε διάφορα μορφωτικά επίπεδα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν επίπεδο Δημοτικό και ανέρχεται στα 46 άτομα.

Ημιαστική κοινότητα/ Γάζι:

Στην ημιαστική κοινότητα πραγματοποιήθηκαν τρεις ομάδες πρόληψης και τρεις ομάδες MCI και το δείγμα ανήλθε στα τριάντα άτομα.

Πίνακας 3: Παρουσίαση τιμών MMSE κατά την περίοδο Μαΐου και Οκτωβρίου 2015 στην ημιαστική κοινότητα

	Μάιος 2015		Οκτώβριος 2015	
	N	%	N	%
28 έως 30	12	40	13	43.3
25 έως 28	9	30	9	30
20 έως 25	6	20	8	26.6

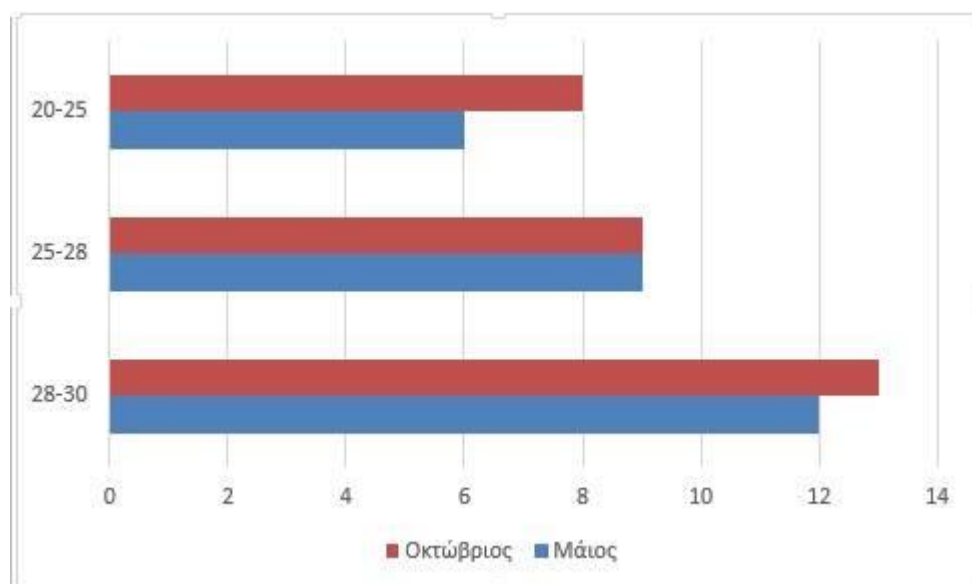
Στους συμμετέχοντες πριν ξεκινήσουν οι ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης, κατά την περίοδο του Μαΐου 2015, εκτιμήθηκαν οι γνωστικές λειτουργίες τους. Σύμφωνα με τον πίνακα 3, σχεδόν το μισό δείγμα που ανέρχεται στα δώδεκα άτομα είχαν τιμές MMSE από 28 έως 30, ομάδες πρόληψης- φυσιολογικό. Το υπόλοιπο δείγμα είχε τιμές MMSE από 25 έως 28, ενώ τα έξι άτομα είχαν τιμές από 20 έως 25, ήπια γνωστική διαταραχή. Το δείγμα ανήλθε στα είκοσι επτά άτομα καθώς τα τρία μέλη συμμετείχαν περιστασιακά στις ομάδες.

Την ίδια περίοδο εκτιμήθηκε και η ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων με το διαγνωστικό εργαλείο GHQ. Όπως παρατηρείται και στον πίνακα 4, μόνο τέσσερα άτομα είχαν τιμές από 4 έως 12. Τέλος στο διαγνωστικό εργαλείο δεν συμμετείχαν πέντε άτομα που βρισκόντουσαν σε πένθος και δυο άτομα με ήδη διάγνωση κατάθλιψης από τον ψυχίατρο.

Πίνακας 4: Παρουσίαση τιμών των εργαλείων GHQ και GDS στην ημιαστική κοινότητα

	GHQ- ΜΑΙΟΣ 2015			GDS- ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2015	
	N	%		N	%
0 έως 4	19	64	0 έως 5	23	88
4 έως 12	4	16	5 έως 15	1	4

Πίνακας 5: Παρουσίαση τιμών MMSE πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος



Την περίοδο του Οκτωβρίου 2015 όπου είχαν ολοκληρωθεί οι ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης επανεκτιμήθηκαν οι γνωστικές λειτουργίες των συμμετεχόντων μέσω του διαγνωστικού εργαλείου MMSE. Όπως παρατηρείται και στον πίνακα 3 υπάρχουν μερικές διαφορές στο σκορ των συμμετεχόντων καθώς τα δεκατρία άτομα είχαν τιμές από 28 έως 30, εννέα άτομα παρουσίασαν τιμές από 25 έως 28 ενώ οκτώ άτομα είχαν τιμές από 20 έως 25. Στο δείγμα δεν περιλήφθηκαν δυο άτομα όπου συμμετείχαν περιστασιακά.

Ακόμη, συγκριτικά με την περίοδο του Μαΐου, όπως απεικονίζεται στο διάγραμμα 5, ότι ένα ποσοστό του δείγματος που συμμετείχε στα εργαλεία MMSE παρέμεινε σταθερό με τιμές 25 έως 28, ενώ εννιά άτομα έδειξαν βελτίωση και έξι άτομα μείωση τιμών. Όσα άτομα είχαν μείωση στις τιμές του MMSE είχαν άνοδο στα σκορ του GDS και GHQ.

Ακόμη πραγματοποιήθηκε επανεκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης των συμμετεχόντων μέσω του εργαλείου GDS. Όπως εμφανίζεται και στο πίνακα 4 το 88% του δείγματος είχε τιμές GDS 0 έως 5 ενώ μόνο το 4% παρουσίασε τιμή 5 έως 15. Στο δείγμα δεν συμπεριλήφθηκαν επτά άτομα που βρισκόντουσαν ήδη σε πένθος ή είχαν διάγνωση κατάθλιψης.

Αγροτικές κοινότητες/ Τύλισο και Καλέσσα:

Στις αγροτικές κοινότητες πραγματοποιήθηκαν τρεις ομάδες πρόληψης και τρεις ομάδες MCI και το δείγμα ανήλθε στα τριάντα ένα άτομα.

Πίνακας 6: Παρουσίαση τιμών του διαγνωστικού εργαλείου MMSE την περίοδο του Μαΐου και Οκτωβρίου 2015 στις αγροτικές κοινότητες

	Μάιος 2015		Οκτώβριος 2015	
	N	%	N	%
28 έως 30	8	25.8	10	33.3
25 έως 28	12	38.8	16	53.3
20 έως 25	7	22.6	2	6.6
10 έως 20	3	9.7	2	6.6

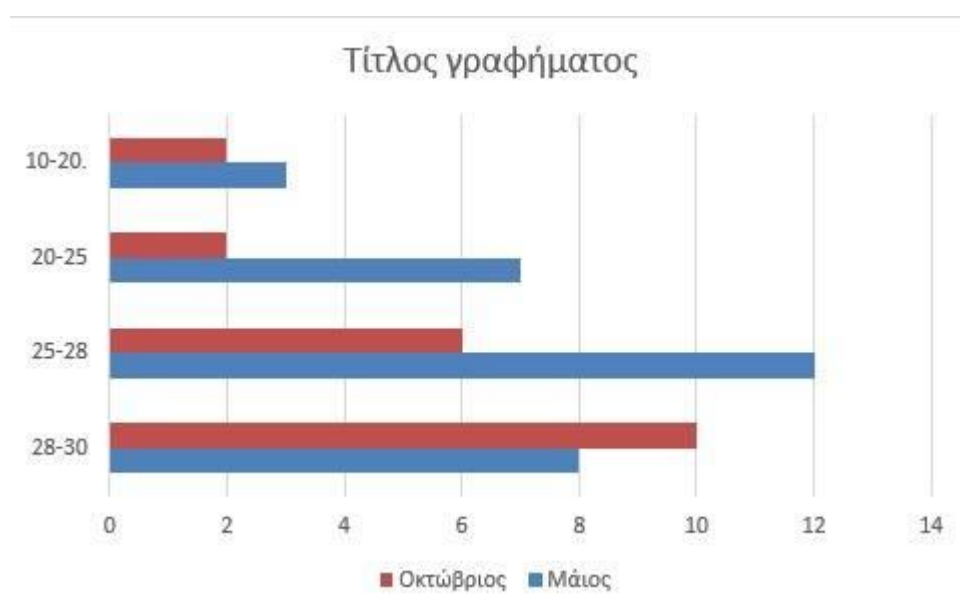
Την περίοδο του Μαΐου 2015 πριν ξεκινήσουν οι ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης πραγματοποιήθηκε εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τις τιμές που παρατηρούνται στον πίνακα 6, οκτώ άτομα παρουσιάζουν τιμές από 28 έως 30, δώδεκα άτομα έχουν τιμές 25 έως 28. Ακόμη επτά άτομα έχουν τιμές από 20 έως 25 και τρία άτομα από 10 έως 20. Στο δείγμα δεν συμμετείχε ένα άτομο.

Την ίδια περίοδο έγινε και εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης των συμμετεχόντων μέσω του διαγνωστικού εργαλείου GHQ. Όπως παρατηρείται και στον πίνακα 7, το 29,6% του δείγματος είχε τιμές GHQ από 4 έως 12. Τέλος στο διαγνωστικό εργαλείο δεν συμμετείχαν επτά άτομα με ήδη διάγνωση κατάθλιψης, ή βρισκόντουσαν σε πένθος ή με απρόσφορο συναίσθημα και τρία άτομα που συμμετείχαν περιστασιακά.

Πίνακας 7: Παρουσίαση τιμών των εργαλείων GHQ και GDS στις αγροτικές κοινότητες

Παρουσίαση τιμών των διαγνωστικών εργαλείων την περίοδο του Μαΐου-Οκτωβρίου 2015					
	GHQ			GDS	
	N	%		N	%
0 έως 4	14	44,4	0 έως 5	16	50
4 έως 12	10	29,6	5 έως 15	7	25

Πίνακας 8: Παρουσίαση τιμών MMSE πριν και μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος



Κατά την περίοδο του Οκτωβρίου 2015 όπου ολοκληρώθηκε το πρόγραμμα έγινε επανεκτίμηση της νοητικής κατάστασης των συμμετεχόντων. Όπως παρατηρείται στον πίνακα 8 υπάρχει μεγάλη βελτίωση των ατόμων μέσα από τις ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης καθώς υπάρχει αύξηση στις τιμές του MMSE. Ακόμη παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες που είχαν αρκετά χαμηλές τιμές τον Μάιο βελτιώθηκαν ενώ το υπόλοιπο δείγμα παρέμεινε σταθερό. Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζεται στον πίνακα ότι σχεδόν το μισό δείγμα έχει τιμές από 25 έως 28 και ανέρχεται στα δέκα έξι άτομα, δέκα άτομα έχουν τιμές από 28 έως 30, δυο άτομα

έχουν τιμές από 20 έως 25 ενώ δυο άτομα εμφανίζουν αρκετά τιμές από 10 έως 20. Στο δείγμα δεν συμμετείχε ένα άτομο.

Την ίδια περίοδο επανεκτιμήθηκε και η ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων μέσω του διαγνωστικού εργαλείου GDS. Κάποια άτομα συνέχισαν να παρουσιάζουν μια μορφή ψυχολογικής ανησυχίας όπως τον Μάιο. Σύμφωνα με τον πίνακα 7 παρατηρείται πως επτά άτομα έχουν υψηλές τιμές GDS από 5 έως 15.

Πίνακας 9: Παρουσίαση της αποτελεσματικότητας των ομάδων νοητικής κατάστασης

Αποτελεσματικότητα των ατόμων μέσα από τις ομάδες νοητικής κατάστασης			
	Βελτιώθηκαν	Μειώθηκαν	Παρέμειναν σταθερά
Γάζι	10	7	13
Τύλισος	12	5	5
Καλέσσα	6	1	0

Σύμφωνα με τον πίνακα 9 παρατηρείται ότι στην ημιαστική κοινότητα υπήρξε περισσότερη σταθερότητα στην νοητική κατάσταση των συμμετεχόντων ενώ στις αγροτικές κοινότητες υπήρξε μεγαλύτερη βελτίωση. Πιο συγκεκριμένα, στο Γάζι παρουσιάζεται ότι τα 13 από τα 30 άτομα παρέμειναν σταθερά ενώ στην Τύλισο και στα Καλέσσα τα 18 από τα 30 άτομα βελτιώθηκαν. Τέλος και στις δυο κοινότητες παρατηρείται ότι σε μερικούς συμμετέχοντες μειώθηκαν οι γνωστικές λειτουργίες τους, με βάση τα αποτελέσματα η μείωση αυτή οφείλετε στο ότι κάποια από αυτά τα άτομα βρισκότουσαν σε πένθος, άλλα είχαν διάγνωση κατάθλιψης και κάποια άλλα είχαν άνοδο στα σκορ του GDS και GHQ.

2.1 Συζήτηση

Η παρούσα πτυχιακή είχε ως ερευνητική υπόθεση ότι οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις συμβάλλουν στην πρόληψη της άνοιας και αν είναι περισσότερο αποτελεσματικές στους ηλικιωμένους των ημιαστικών ή των αγροτικών κοινοτήτων κοινοτήτων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε μεγαλύτερη άνοδος του MMSE στις ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης των αγροτικών κοινοτήτων σε σχέση με την ημιαστική κοινότητα που παρατηρήθηκε σταθεροποίηση της νοητικής κατάστασης των ατόμων που συμμετείχαν. Όπως αναφέρεται και στην θεωρία, στις αγροτικές κοινότητες τα ερεθίσματα που υπάρχουν είναι περιορισμένα, οπότε η κάθε ενασχόληση, όπως η συμμετοχή των μελών στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, θεωρείται σημαντική. Σύμφωνα με την Κατσάπη Χ. οι ομαδικές συστηματικές παρεμβάσεις οδηγούν σε βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων αλλά και της αυτονομίας των ηλικιωμένων.

Στις αγροτικές κοινότητες η δυνατότητα να παρέχεται κάποια μορφή ψυχικής και κοινωνικής δραστηριότητας είναι πολύ σημαντική, και η πρόσβαση σε αυτές τις δραστηριότητες είναι πολύ σπάνια και συνήθως εκτός των περιοχών αυτών γεγονός φυσικά το οποίο το καθιστά ιδιαίτερα δύσκολο. Σε αυτές τις δυσκολίες συμβάλλουν και η δυσκολία της επικοινωνίας καθώς επίσης και η αδυναμία πρόσβασης σε οποιαδήποτε μορφή συγκοινωνίας. Έτσι οι κάτοικοι των περιοχών αυτών οδηγούνται σε απομόνωση από τις πολιτισμικές και κοινωνικές εξελίξεις (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002).

Πριν τη πραγματοποίηση της έρευνας τέθηκαν τρία ερευνητικά ερωτήματα με στόχο να παρατηρηθεί εάν το μορφωτικό επίπεδο, η ψυχική κατάσταση και ο τόπος κατοικίας των συμμετεχόντων επηρεάζουν την νοητική κατάστασή τους. Παρακάτω παρατηρείται αναλυτικά εάν αυτά τα ερωτήματα αντιστοιχούν με τα αποτελέσματα της έρευνας.

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα μελετά εάν το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει τις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων. Η συγκεκριμένη υπόθεση ισχύει διότι με βάση τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι τα άτομα ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν και χαμηλές και υψηλές τιμές MMSE κατά την ολοκλήρωση των ομάδων. Συγκεκριμένα στις ομάδες συμμετείχαν πέντε άτομα όπου κατατάσσονται σε αναλφάβητοι Α-Β-Γ δημοτικού. Από τα συγκεκριμένα άτομα σε

δυο παρέμεινε σταθερό το MMSE ενώ σε τρία μειώθηκε. Το δείγμα που συμμετείχε με μορφωτικό επίπεδο Δημοτικό ανέρχεται στα σαράντα έξι άτομα. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως στα δώδεκα άτομα μειώθηκε το MMSE και σε άλλα δώδεκα σταθεροποιήθηκε, ενώ σε είκοσι ένα άτομα βελτιώθηκε. Επίσης υπήρχαν και πέντε άτομα με μορφωτικό επίπεδο Γυμνάσιο όπου το ένα σταθεροποιήθηκε και τα 4 βελτιώθηκαν. Τέλος συμμετείχαν τέσσερα άτομα με μορφωτικό επίπεδο ΑΕΙ, από τα οποία στα τρία βελτιώθηκαν οι τιμές MMSE ενώ σε ένα σταθεροποιήθηκε.

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα που αναλύθηκαν, διαπιστώθηκε ότι το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει την νοητική κατάσταση του ατόμου. Η συγκεκριμένη υπόθεση ταυτίζεται με το θεωρητικό μέρος της άνοιας. Η άνοια προσβάλλει τα άτομα άνω των 65 ετών κυρίως γυναίκες λόγω μεγαλύτερου μέσου όρου ζωής. Έχουν τα περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα καθώς και μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου σε σχέση με τους άντρες της ίδιας ηλικίας. Το μορφωτικό επίπεδο συνδεδεμένο με την εκπαίδευση σχετίζεται με την πρόκληση της νόσου. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου. Παρόλα αυτά η άνοια προσβάλλει και άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο. (Παναγιωτοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορά αν επηρεάζεται η μνήμη των συμμετεχόντων όπου παρουσιάζουν στοιχεία κατάθλιψης ή αγχωδών διαταραχών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι η ψυχική κατάσταση των συμμετεχόντων αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιρροής της νοητικής κατάστασης τους.

Μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την άνοια καθώς και ότι οι ήπιες γνωστικές διαταραχές αυξάνουν την πιθανότητα για εκδήλωση της άνοιας. Ένας πρόσθετος παράγοντας κινδύνου για άνοια είναι η χρήση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, τα οποία στο σύνολό τους, είναι δυνατό να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές (Παναγιωτοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, 2010).

Μερικά άτομα που συμμετείχαν στις ομάδες είχαν ήδη διάγνωση κατάθλιψης ή βρίσκονταν σε πένθος και ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος είχε υψηλούς δείκτες ψυχικής ανησυχίας. Τα άτομα που είχαν υψηλές τιμές GHQ και GDS μετά τις ομάδες παρέμβασης οι τιμές αυτές μειώθηκαν ή σταθεροποιήθηκαν. Συγκεκριμένα στις

κλίμακες ψυχικής ανησυχίας δεν αξιολογήθηκαν τέσσερα άτομα με ήδη διάγνωση κατάθλιψης, ένα με σχιζοφρένεια, έξι που βρισκόντουσαν σε πένθος. Στο υπόλοιπο δείγμα με βάση τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι σε οκτώ άτομα μειώθηκε η νοητική κατάσταση τους και αυξήθηκαν τα σκορ GDS και GHQ. Ενώ σε δέκα έξι άτομα διαπιστώθηκε το αντίθετο, δηλαδή βελτιώθηκε η ψυχική κατάσταση τους και αυξήθηκαν οι τιμές MMSE ενώ οι υπόλοιποι σταθεροποιήθηκαν.

Ακόμη παρατηρήθηκε ότι η ψυχική κατάσταση των συμμετεχόντων συνδεόταν και με το μορφωτικό επίπεδο τους. Δηλαδή όσο πιο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν τόσο μεγαλύτερα σκορ εμφάνιζαν στους δείκτες ψυχικής υγείας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι μπορεί να μην έχουν κοινωνικά ενδιαφέροντα, να μην διαβάζουν, να μην έχουν κοινωνικά ερεθίσματα και ειδικά αν ζουν στον αγροτικό χώρο όπου οι επιλογές είναι ελάχιστες. Συγκεκριμένα από τα πέντε άτομα με επίπεδο Αναλφάβητοι Α-Β-Γ Δημοτικού, οι τρεις παρουσίασαν υψηλές τιμές GDS και GHQ και μείωση των σκορ της νοητικής τους κατάστασης. Οι άλλοι δυο συμμετέχοντες βρισκόντουσαν σε πένθος και παρέμειναν σταθεροί στις τιμές MMSE. Στα άτομα με μορφωτικό επίπεδο Δημοτικό διαπιστώθηκε ότι στους δέκα υπήρξαν αλλαγές στα σκορ νοητικής και ψυχικής κατάστασης. Πιο συγκεκριμένα στους επτά συμμετέχοντες αυξήθηκαν οι τιμές GDS και GHQ και μειώθηκαν οι τιμές MMSE, ενώ σε τρεις με απρόσφορο συναίσθημα μειώθηκε το MMSE. Τέλος στα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο Γυμνάσιο και ΑΕΙ δεν παρατηρήθηκε αλλαγή της ψυχικής κατάστασης τους.

Αναλυτικότερα σύμφωνα με την έρευνα διαπιστώθηκε ότι σε 30 άτομα βελτιώθηκαν οι τιμές του MMSE τους από τα οποία τα 16 είχαν ταυτόχρονα είχαν βελτίωση στα σκορ της ψυχικής κατάστασης. Από το υπόλοιπο δείγμα όπου αυξήθηκαν τα σκορ της νοητική κατάσταση τα 8 άτομα είχαν σταθεροποίηση στις τιμές GDS και GHQ, 2 είχαν διάγνωση κατάθλιψης, 2 βρίσκονταν σε πένθος και 1 άτομο είχε κρίση άγχους. Επίσης 17 άτομα παρουσίασαν σταθερότητα στις τιμές του MMSE από τα οποία τα 5 άτομα είχαν πτώση στα σκορ GDS και GHQ, 3 αυξήθηκαν οι τιμές, 3 σταθεροποιήθηκαν, 4 πένθος, 1 κρίση άγχους και 1 διάγνωση κατάθλιψης. Ακόμη το υπόλοιπο δείγμα παρουσίασε μείωση στις τιμές του MMSE όπου 4 άτομα είχαν πένθος απρόσφορο συναίσθημα και διάγνωση ψυχολογικής ανησυχίας, 7 άτομα είχαν άνοδο στο GDS και GHQ και 2 σταθεροποίηση.

Με βάση τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων στις τιμές της νοητική κατάστασης και το κατά πόσο αυτές οι τιμές επηρεάστηκαν από τη ψυχική υγεία

τους, συμπεραίνεται ότι υπάρχει αλληλένδετη σχέση της μνήμης και της ψυχικής υγείας. Όπως αναφέρεται και στο θεωρητικό μέρος, παρατηρείται ότι η ψυχική υγεία ενός ατόμου μπορεί να επηρεάσει το τρόπο σκέψης του (Παντζιάρας, 2007).

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που κάποιος σκέφτεται και πράττει. Η αντίληψη που κρατά το άτομο για τον κόσμο κατέχεται από εξαιρετικά απαισιόδοξα σενάρια. Δεν υπάρχουν προσδοκίες ότι τα πράγματα μπορεί να βελτιωθούν και το δυσκολότερο από όλα είναι ότι το άτομο αισθάνεται υπεύθυνο για αυτό. Μέσα σε αυτή την απαισιόδοξη αντίληψη το άτομο υπό-εκτιμά τις δυνατότητες και δεξιότητες του (Παντζιάρας, 2007).

Οι ασθενείς που πάσχουν από άνοια συχνά αναπτύσσουν και άλλες νόσους οι οποίες προέρχονται από ψυχολογικούς κυρίως παράγοντες καθώς εξαιτίας της απώλειας μνήμης και του κενού που παρουσιάζουν αλλάζει η καθημερινότητα τους στο γεγονός αυτό συντελούν και οι σύγχρονοι ρυθμοί ζωής, η κοινωνική αποξένωση και η έλλειψη ισχυρών οικογενειακών δεσμών οι οποίοι είτε δημιουργούν είτε εντείνουν μία τέτοια κατάσταση, που οδηγεί σε κάποια μορφή κατάθλιψης. «Οι άνθρωποι πέφτουν σε κατάθλιψη χωρίς να το καταλάβουν, χωρίς να το συνειδητοποιήσουν».

Επιπρόσθετα σύμφωνα με τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε ότι οι αγροτικές κοινότητες αντιμετωπίζουν περισσότερο αγχώδεις διαταραχές σε σχέση με την περιοχή Γαζίου Παρόλα αυτά οι συμμετέχοντες που παρουσίασαν προδιάθεση συμπτωμάτων δεν επηρεάστηκε η μνήμη τους. Στις αγροτικές κοινότητες από τα 29 μέλη παρουσίασαν υψηλούς δείκτες ψυχικής ανησυχίας οι 10 ενώ στο Γάζι από τα 29 άτομα οι 5. Ακόμη είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στις αγροτικές κοινότητες ενώ οι συμμετέχοντες σε υψηλό ποσοστό παρουσίαζαν ψυχολογικές ανησυχίες συγκριτικά με την ημιαστική κοινότητα, έδειξαν μεγαλύτερη βελτίωση και σταθερότητα μετά την ολοκλήρωση των ομάδων νοητικής κατάστασης. Αυτό οφείλετε στο ότι λόγω στον αγροτικό χώρο οι ηλικιωμένοι δεν έχουν επιλογές όπως προαναφέρθηκε αξιοποιούν την όποια ευκαιρία τους δοθεί ώστε να απασχοληθούν με κάτι. Όποτε το ότι έστω και με τις ομάδες είχαν κάτι να κάνουν βοηθηθήκαν ως προς τη μνήμη τους άρα ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να βρίσκει τρόπους να τους παρακινεί ώστε να δραστηριοποιούνται εκτός σπιτιού ξεφεύγοντας από τη ρουτίνα της καθημερινότητας.

Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα που απαντήθηκε είναι αν επηρεάζεται η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων ανάλογα με τον τόπο κατοικίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων στα εργαλεία διαπιστώθηκε ότι οι παρεμβάσεις βελτίωσαν ή σταθεροποίησαν περισσότερο την νοητική κατάσταση τους στις αγροτικές κοινότητες απ' ότι στο Γάζι.

Με βάση τα αποτελέσματα που μελετήθηκαν, μετά την ολοκλήρωση των ομάδων, παρατηρήθηκε ότι στις αγροτικές κοινότητες τα 18 άτομα παρουσίασαν βελτίωση της νοητικής κατάστασής τους, 5 άτομα παρέμειναν σταθερά ενώ 6 άτομα μειώθηκαν. Στο Γάζι παρατηρούνται διαφορές στα σκορ των συμμετεχόντων, δηλαδή το περισσότερο δείγμα παρέμεινε σταθερό αφότου ολοκληρώθηκαν οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Πιο συγκεκριμένα, 10 άτομα βελτιώθηκαν, 13 παρέμειναν σταθερά ενώ 7 μειώθηκαν.

Στον αγροτικό χώρο οι ηλικιωμένοι δεν έχουν πολλά κοινωνικά ερεθίσματα σε σχέση με την αστική κοινότητα και δεν έχουν δυνατότητες όπως ψυχαγωγία, αναπτυξιακά προγράμματα κ.α. Ακόμη είναι μόνοι καθώς τα παιδιά τους λόγω της αστικοποίησης προτιμούν την πόλη και φεύγουν. Όμως αυτό δεν αναιρεί ότι και οι ηλικιωμένοι στον αστικό χώρο δεν είναι απομονωμένοι. Σχετικά με την ψυχαγωγία τα μη κοινωνικά απομονωμένα ηλικιωμένα άτομα που ασχολούνται με διάφορα ενδιαφέροντα όπως εκδρομές, δραστηριότητες, οργάνωση του ελεύθερο χρόνο τους δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στο θέμα της υγείας τους (Diamond, Lund, & Caserta, 1987 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999).

2.2 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων συμπεραίνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο και η ψυχική υγεία του ατόμου συνδέονται με την μνήμη, αλλά οι αλλαγές στην νοητική κατάσταση οφείλεται και σε άλλους παράγοντες. Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν στην τρίτη ηλικία και την μνήμη τους, είναι ο τόπος διαμονής, αλλαγές στη δομή της οικογενείας, οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικό περιβάλλον, απομόνωση του ατόμου, η αδράνεια του ή η μη συμμετοχή του σε διάφορες δραστηριότητες, η υγεία του που αλλάζει ή μια εγχείρηση που μπορεί να τον αποσυντονίσει κ.α.

Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι την περίοδο που λειτούργησαν οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις υπήρχε αποτελεσματικότητα στην νοητική και ψυχική κατάσταση των μελών και της ημιαστικής και των αγροτικών κοινοτήτων.

Οι περισσότερες παρεμβάσεις δεν είναι ιδιαίτερα δαπανηρές, ενώ ορισμένες από αυτές δε χρειάζονται κάποια ιδιαίτερη εκπαίδευση για να εφαρμοσθούν από τους φροντιστές των ατόμων. Υπάρχουν υγειονομικές υπηρεσίες παρόλα αυτά και ειδικά καταρτισμένα άτομα, τα οποία μπορούν να εφαρμόσουν την εκάστοτε θεραπεία, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και να εξάγουν από αυτές τα επιθυμητά αποτελέσματα (Hulme et al., 2010).

Είναι σημαντική η συνέχιση των ομάδων σ' αυτές τις κοινότητες καθώς και η ένταξη του προγράμματος νοητικής ενδυνάμωσης και σε άλλα ΚΑΠΗ. Ακόμη είναι σημαντική η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, άνοιγμα των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ (χειροτεχνίες μουσικοθεραπεία, θεατρικό εργαστήρι, εικαστικά κ.α), ευαισθητοποίηση της κοινότητας και τέλος ανάπτυξη προγραμμάτων στις αγροτικές κοινότητες καθώς οι ηλικιωμένοι ζουν μόνοι και δεν έχουν κοινωνικά ερεθίσματα. Όλα τα παραπάνω είναι ωφέλιμα να πραγματοποιηθούν, ώστε οι ηλικιωμένοι να μην παραμένουν αδρανείς και με αυτό τον τρόπο η ψυχολογία τους θα αλλάξει προς το καλύτερο άρα και η μνήμη τους αφού όπως φάνηκε και από τα αποτελέσματα αυτά τα δυο είναι αλληλένδετα. Ακόμη να ενημερώνονται για την νόσο και πώς μπορούν να την προληφθούν, να μην θεωρείται η άνοια ταμπού ούτε από τη τρίτη ηλικία ούτε και από το υποστηρικτικό τους περιβάλλον.

Η άνοια είναι μια νόσος που αντιμετωπίζει ένα υψηλό ποσοστό της τρίτης ηλικίας και συνεχώς αυξάνεται. Σήμερα υπάρχουν πάνω από 200.000 ασθενείς με άνοια στην Ελλάδα, περίπου 10.000.000 στην Ευρώπη και 36.000.000 ασθενείς παγκοσμίως. Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης οι αριθμοί αυτοί αναμένεται να τριπλασιαστούν μέχρι το 2050 (Barrick et al, 2010).

Εκτός από τα τεράστια ποσοστά του πληθυσμού που πάσχουν από την άνοια, υψηλό είναι και το κόστος της ασθένειας. Σύμφωνα με τη Παρασκευή Σακκά, Νευρολόγος – Ψυχίατρος, Πρόεδρος της Εταιρίας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών, ανέφερε κατά τη διάρκεια συνέντευξης Τύπου, στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ημέρας νόσου Alzheimer ότι το κόστος της άνοιας παγκοσμίως το 2010 ήταν 604 δισ. δολάρια, και σύμφωνα με τους ειδικούς αποτελεί το 1% του παγκόσμιου ΑΕΠ. «Εάν η άνοια ήταν χώρα θα ήταν η 18η μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο». Στην Ελλάδα το ετήσιο κόστος της άνοιας πλησιάζει τα 3 δισ. ευρώ.

Για αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντικό να πραγματοποιούνται σ'όλες τις κοινότητες ημερίδες με θέμα την νόσο Alzheimer και την πρόληψη της. Η συγκεκριμένη δράση θα βοηθήσει ώστε να κινητοποιηθεί ο πληθυσμός και να μειωθούν τα ποσοστά των ατόμων που νοσούν. Το αντικείμενο της πρόληψης αποσκοπεί στην ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης ή εξελικτικής επίδρασης αρρώστιας, νόσου τραυματισμού, μορφών ανικανότητας (Ιωαννίδη και συν. 1999). Έχει διαπιστωθεί ότι τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας είναι δυνατόν να μειωθούν μέσω της πρόληψης και αγωγής υγείας (Ξάνθης & Χατζητόλιος, 2006).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω η νοητική και ψυχική κατάσταση του ατόμου οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Είναι σημαντικό λοιπόν, να μελετηθεί στις συγκεκριμένες κοινότητες και στο συγκεκριμένο δείγμα που μελετήθηκε η έρευνα της πτυχιακής εάν σχετίζεται η ψυχική και νοητική κατάσταση των συμμετεχόντων από τους εξωτερικούς παράγοντες και ποια είναι τα ερεθίσματα που έχουν στην κάθε κοινότητα τους. Για να διαπιστωθεί αυτό μια πρόταση είναι η παρούσα πτυχιακή να συνεχιστεί από άλλους φοιτητές της Κοινωνικής Εργασίας.

Τέλος κατά την διάρκεια της πτυχιακής εργασίας αντιμετωπίστηκε μια δυσκολία καθώς δεν υπήρχε γνώση από τη σχολή για τη χρήση των διαγνωστικών εργαλείων (MMSE, GDS, GHQ). Μια πρόταση είναι, στο Τμήμα της Κοινωνικής Εργασίας να προστεθεί μάθημα για την τρίτη ηλικία και την άνοια όπου να περιλαμβάνονται τα παραπάνω διαγνωστικά εργαλεία ώστε όλοι οι φοιτητές να εκπαιδευτούν πάνω σε αυτά καθώς είναι πολύ χρήσιμα.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- ◇ Αμιτσής Γ.Ν. (2001) Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας. Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.
- ◇ Ελληνική Γεροντολογική και γηριατρική Εταιρία, (2004). «*Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*» Εκδόσεις: Mendor ΑΘΗΝΑ .
- ◇ Εταιρία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών, (2007) «*Εγχειρίδιο Φροντιστών*» ΑΘΗΝΑ.
- ◇ Εταιρία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών, (2002).
- ◇ Ιωαννίδη, Ε., Μάντη, Π., και Λοπατατζίδης, Α. (1999) Υπηρεσίες Υγείας. Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Α, Πάτρα: ΕΑΠ
- ◇ Καλαϊτζή, Β., (2005). «*Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*» Εκδόσεις: Mendor ΑΘΗΝΑ.
- ◇ Καπάκη, Ε., & Παρασκευάς, Γ. (2003). Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- ◇ Κατσάπη Χ., Κελαράκη Κ, Κόττη Κ. και Μαρούση Μ. Πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης: Μια διεπιστημονική – ολιστική προσέγγιση στην πρόληψη και αντιμετώπιση της άνοιας. Το παράδειγμα του ΚΑΙΠΗ ΓΑΖΙΟΥ, Εισήγηση σε στρογγυλό τραπέζι στο 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Εταιρείας Νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών, Φεβρουάριος 2011.
- ◇ Κατσάπη Χ., Κούτρα Κλειώ., Γιαννούτσος Γ., Παπανικολάου Σ, και Μέριανου Σ. Ενεργός Γήρανση: Προληπτικές παρεμβάσεις για ηλικιωμένα άτομα σε ημιαστική και αγροτικές κοινότητες της Κρήτης.
- ◇ Κουκούλη Σ. (2012) Σημειώσεις από το μάθημα «Κοινωνική Πολιτική για ευάλωτες ομάδες».
- ◇ Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμιτσής Γ., Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φογαδάκη Ε., (1990). «Κοινωνική Πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος», Αθήνα.
- ◇ Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α., (1999). «*Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*» Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα ΑΘΗΝΑ.

- ◇ Λιαρόπουλος Λ. (2007) Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- ◇ Λιόνης Χ., Μαρκάκη Α., Οι νοσηλευτές Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα αναγκαιότητα ή ουτοπία; Π.Φ.Υ. 18(4) : 164 – 165, 2006.
- ◇ Λιόνης Χ., Υγεία για όλους το 2000. Πρακτικά Εθνικό Συμπόσιο Υγείας, Αθήνα 1990.
- ◇ Μάνος Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη
- ◇ Μάνος, Ν., (2010) «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Σύγχρονης Οικογένειας» Εκδόσεις: Gutenberg, ΑΘΗΝΑ.
- ◇ Μεντενόπουλος Γ. & Μπούρας Κ. (2002). Η Νόσος του Alzheimer, 3η έκδοση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- ◇ Μωυσίδης Α, Ανθοπούλου Θ και Ντύκεν Μ. (2002) Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο. Συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού: Μελέτη περίπτωσης σε δύο κοινότητες, Εκδόσεις: Gutenberg, Αθήνα
- ◇ Ξάνθης, Α., και Χατζητόλιος, Α. (2006) Συμβολή της Πρόληψης Προαγωγής και Αγωγής Υγείας στη Βελτίωση του Επιπέδου Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού. Ιατρικό Βήμα.
- ◇ Οικονομίδου, Ε. (2008), Μεταρρύθμιση στην υγεία: Το παράδειγμα της αναμόρφωσης της ΠΦΥ στην Πορτογαλία”, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 20(2):9194.
- ◇ Παγοροπούλου, Α., (2000). «Η γεροντική κατάθλιψη» Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα ΑΘΗΝΑ. Παπαγεωργίου, Γ., «Νευρολογία» Εκδόσεις: Ιατρικές, ΑΘΗΝΑ.
- ◇ Πλατή Δ.Χ. (2008). Γεροντολογική νοσηλευτική. Η' έκδοση. Αθήνα: Παπανικολάου ΑΒΕΕ.
- ◇ ΠΟΥ- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2002), Υγεία 21- Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα, ΠΟΥ- Γραφείο περιοχής Ευρώπης, μετάφραση- επιμέλεια: Γιάννης Δημολιάτης, Εκδόσεις: Τυπωθήτω, Αθήνα.
- ◇ Σακκά, Π. (2004). «Το φορτίο των φροντιστών ασθενών με άνοια»
- ◇ Σαρρής, Μ., (2001). « Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής» Εκδόσεις: Παπαζήσης ΑΘΗΝΑ.

- ◇ Σταθόπουλος, Π., (1996). Κοινωνική Πρόνοια: «Για μια γενική θεώρηση» Εκδόσεις: Έλλην ΑΘΗΝΑ.
- ◇ Σταθόπουλος, Π.,(1998). «Κοινοτική Εργασία: θεωρία κι πράξη» Εκδόσεις: Έλλην ΑΘΗΝΑ.
- ◇ Στεφάνης Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β. & Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, (1993). ICD-10 Ταξινόμηση Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς. Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα.
- ◇ Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς: Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. Κ. Στεφάνης, Κ. Σολδάτος και Β. Μαυρέας (επιμ.) Εκδόσεις: Βήτα, ΑΘΗΝΑ.
- ◇ Τζανακάκη - Μελισσάρη, Μ., Καστανάκη, Α., Πέτσιου, Μ., (2009). «Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις της ΑΤΑ» στο Τσολάκη, Μ., Καζής, Α., (επιμ.) «Άνοια» Εκδόσεις: University Studio Press ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.
- ◇ Τούντας Γ. (2008). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία.
- ◇ Τσολάκη, Μ. (1999). «Ζώντας με την νόσο Alzheimer».Γ' έκδοση Εκδόσεις: Μοnartis, Αθήνα.
- ◇ Τσολάκη Μ., Καζής Α. (2005). Άνοια. Εκδόσεις: University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- ◇ Τσολάκη, Καζής (2010). «Άνοια» Εκδόσεις: University Studio Press ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.
- ◇ Τσολάκη, Κούντη (2010). «Δοκιμασίες και κριτήρια για την εκτίμηση των διαγνωστικών εργαλείων», Εκδόσεις Γιαχούδη, Θεσσαλονίκη.
- ◇ ΥπΥΚΑ- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2006), Σχέδιο Προγράμματος Ανάπτυξης Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2007-2013, Ατλαντίς Συμβουλευτική, Αθήνα.
- ◇ ΥπΥΚΑ- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2007), Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2007-2013, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης ΕΠ Υγεία- Πρόνοια, Αθήνα.
- ◇ Φωτόπουλος,(2005) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ», ΠΥΛΩΝΑΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Βοήθεια στο σπίτι στην 1η Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών», Ξενοδοχείο Ναϊάδες, Λίμνη, Ν, Πλαστήρα.
- ◇ Χανιώτη, Φ., (1998). «» Εκδόσεις: Λίτσας ΑΘΗΝΑ.

Ξενόγλωσση

- ◇ Alzheimer Europe (2006). «*Νόσο Alzheimer. Τι γίνεται μετά τη διάγνωση;*» Εκδόσεις: Mendor ΑΘΗΝΑ. (επιμέλεια Τσολάκη Μ.).
- ◇ Abel- Smith B.J. Calltorp M. Dixon A' Dunning, R. Evans, W. Holland.Jamon and E. Massiaios. (1994). Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare of Greece, Pharmetric S.A., Athens.
- ◇ American College of Emergency Physicians. Equipment for ambulances 2000.
- ◇ Annerstedt L., (1993). Development and consequences of group living in Sweden: A new mode of care for the demented elderly. Social Science & Medicine Volume 37, Issue 12, December 1993, Pages 1529-1538.
- ◇ Barrick A L, Sloane P D, Williams C S, Mitchell C M, Connell B R, Wood W, Hickman S E, Preisser J S, Zimmerman S (2010). 'Impact of ambient bright light on agitation in dementia', International Journal of Geriatric Psychiatry, vol 25, no 1013, p 1021.
- ◇ Barlow. D., (2010). «Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά. Μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Τόμος Δεύτερος» Εκδόσεις: *Ελλην. ΑΘΗΝΑ*.
- ◇ Brush JA, Meehan RA, Calkins MP (2002). 'Using the environment to improve intake for people with dementia', *Αλτσχάιμερ's Care Quarterly*, vol 3, no 4, pp 330-8.
- ◇ Cameron, M. H., Lonergan, E., & Lee, H. (2003). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for dementia. The Cochrane Library.
- ◇ Campo M, Chaudhury H (2012). 'Informal social interaction among residents with dementia in special care units: Exploring the role of the physical and social environments' *Dementia: the International Journal of Social Research and Practice*, vol 11(3), pp 401–423.
- ◇ Daykin N, Byrne E, Soteriou T, O'Connor S (2008). 'Review: The impact of art, design and environment in mental healthcare: a systematic review of the literature', *Perspectives in Public Health*, vol 128, no 2, pp 85-94.

- ◇ Ferri C, Prince C, Brayne H, Brodaty L, Fratiglioni M, Ganguli K, Hall K, Hasegawa H, Huang Y. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet* 366 (9503): 2112–2117.
- ◇ Filan, S.L., Llewellyn-Jones, R.H. (2006). Animal-assisted therapy for dementia: a review of the literature. *Int Psychogeriatr*, 18(4): 597–611.
- ◇ Forbes, D., Morgan, D.G., Bangma, J., Peacock, S., Adamson, J. (2004). Light therapy for managing sleep, behaviour, and mood disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2.
- ◇ Gray Wayne. D (2000). The Nature and Processing of Errors in Interactive Behavior. *Cognitive Science*, 24(2): 205-248.
- ◇ Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y., & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(7), 756-763.
- ◇ Hyttel J. (1994). Pharmacological characterization of SSRIS *Int. Clin. Phycopharmacol* 9(51): 19-26
- ◇ Lara Honos-Webb(2010). Κατάθλιψη αυτοθεραπεία χωρίς χάπια. Προσεγγίστε το ψυχικό πόνο και δείτε θετικά το αύριο. Μετάφραση: Αργυρώ Μαντόγλου. 1^η έκδοση. Αθήνα: Modern Times.
- ◇ Lenperiere, T., *Feline και συνεργάτες*. (2005). «*Εγχειρίδιο ψυχιατρικής*» Εκδόσεις: Ψυχογιός ΑΘΗΝΑ.
- ◇ Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C.G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatr* 162(11): 1996–2021.
- ◇ Malmberg, B. & Zarit, S. H. (1993). Group Homes for People With Dementia: A Swedish Example. *The gerontologist*33 (5):682-686.
- ◇ Markaki, A (2006), “Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profil, “*Nursing Review*, 53:16-18.
- ◇ Martin G. Neil (1999). *Human Neuropsychology*. By Prentice Hall. Μετάφραση: Μεσσήνης Λάμπρος, Αντωνιάδης Γιώργος (2005). Αθήνα: Έλλην.

- ◇ Moisse, P., M. Schwarzingler & M. Um (2004), "Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis", OECD Health Working Papers, No. 13, OECD Publishing, Paris.
- ◇ OECD (2004), Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries.
- ◇ Robinson, L., Hutchings, D., Corner, L., Beyer, F., Dickinson, H., Vanoli, A., Finch, T., Hughes, J., Ballard, C., May, C., Bond, J. (2006). A systematic literature review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to prevent wandering in dementia and evaluation of the ethical implications and acceptability of their use. *Health Technology Assessment*, 10(26): piii, ix–108.
- ◇ Rubinstein, Henri . (2012) *La mémoire qui flanche: Êtes-vous Alzheimer?* «Η Νόσος του Alzheimer.» Μετάφραση: Μεγαλούδη Φωτεινή (2000), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- ◇ Samuelsson, L., Malmberg, B. and Hansson, J.-H. (1998), Daycare for elderly people in Sweden: a national survey. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7: 310–319.
- ◇ Souliotis, K. and C. Lionis (2005), “Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective”, *Journal of Medical Systems*, 29(2):187-196.
- ◇ Sung, H. C., & Chang, A. M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(9), 1133-1140.
- ◇ United Nations. 2001. *World Population Ageing 1950–2050*. Population Division, DESA: United Nations
- ◇ Van Hoof, J., Kort, H. S. M., van Waarde, H. (2009). Housing and care for older adults with dementia: a European perspective. *J Hous and the Built Environ* (2009) 24: 369.
- ◇ Verkaik, R., van Weert, J., & Francke, A. L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(4), 301-314.
- ◇ Walton, J., (2012). «*Νευρολογία*» Εκδόσεις: Λίτσας ΠΑΤΡΑ.

- ◇ WHO (2008), Primary health Care: Now More Than Ever, The World Health Report 2008, Geneva.
- ◇ Wilson E.O (1984) Biophilia Cambridge Havard University Press.
- ◇ Wimo, A., Winblad, B., & Jönsson, L. (2007). An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's & Dementia*, 3(2), 81-91.

Διαδικτυακές πηγές

- ◇ Βανταράκης, Α. «Η ευαίσθητη τρίτη ηλικία». Ηλεκτρονικά διαθέσιμο: <http://www.avantarakis.gr/cms/wp-content/uploads/I-eyaisthiti-triti-ilikia3.pdf> Ανακτήθηκε στις (10-5-16).
- ◇ Γεροντολογική Γηριατρική Εταιρεία (2015) « Ακατάλληλη χώρα η Ελλάδα για τους ηλικιωμένους άνω των 60». Ηλεκτρονικά διαθέσιμο: <http://www.enikos.gr/society/343242/akatallili-xora-i-ellada-gia-tous-ilikiomenous-ano-ton-60-eton> Ανακτήθηκε στις (5-6-2017)
- ◇ Ένωση Ψυχολόγων. Η άνοια και η σχέση της με το Alzheimer. Στο site: <http://www.alzheimerthens.gr> Ανακτήθηκε στις (12/5/16).
- ◇ ΕΟΠΥΥ (2014). Πρόληψη και Προαγωγή Υγείας. Ηλεκτρονικά διαθέσιμο: <https://www.healthvoucher.gr/ShowPage.aspx?id=20&cat=3>. Ανακτήθηκε στις (03/9/2016).
- ◇ Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας. (2010). Στο site: <https://www.cityofathens.gr> Ανακτήθηκε στις (25-10-2016).
- ◇ Λώλης Κ. (2011) «Ευάλωτη στην κατάθλιψη η τρίτη ηλικία». Ηλεκτρονικά διαθέσιμο: <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=245932> Ανακτήθηκε στις 5/6/2017.
- ◇ Μαντζουράτος Δ., Παπαδόπουλος Ι.ΣΤ. (2009) Πρωτογενής πρόληψη παθήσεων. Ηλεκτρονικά διαθέσιμο: <http://docplayer.gr/460726-Diuitrios-mantzoyratos-ioannis-st-papadopoylos.html>. Ανακτήθηκε στις (7-9-2016).

- ◇ Παντζιάρας Γ. (2007). Η πληροφόρηση για την Ψυχική Υγεία. Ιανουάριος 2007. Στο site www.psynet.gr Ανακτήθηκε στις (13-6-2016).
- ◇ Παπαγεωργίου Σ.Γ.(2003). Η φαρμακευτική θεραπεία των ανοιών. Στο site: www.ahepahosp.gr Ανακτήθηκε στις (13-6-2016).
- ◇ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2012) «Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Άνοια» Ηλεκτρονικά διαθέσιμο: [https://www.e-
psychology.gr/health-psychology/62-psychology-news/715-ekthesh-toy-
pagkosmiouy-organismoy-ygeias-gia-thn-anoia.html](https://www.e-psychology.gr/health-psychology/62-psychology-news/715-ekthesh-toy-pagkosmiouy-organismoy-ygeias-gia-thn-anoia.html) Ανακτήθηκε στις 5/6/2017.
- ◇ Πολίτης Α. (2016) «Ένας στους τρεις ηλικιωμένους πάσχει από κατάθλιψη». Ηλεκτρονικά διαθέσιμο [http://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh/story/347953/enas-
stoys-treis-ilikiomenoys-pasxei-apo-katathlipsi](http://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh/story/347953/enas-stoys-treis-ilikiomenoys-pasxei-apo-katathlipsi) Ανακτήθηκε στις 5/6/2017
- ◇ Ταξινόμηση ICD-10.(2008) Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας. Στο site: <http://www.psychargos.gov.gr>. Ανακτήθηκε στις (30/8/2016).
- ◇ Τούντας Ι. & συνεργατών (2007). Η υγεία Του Ελληνικού Πληθυσμού. Ηλεκτρονικά διαθέσιμο: [http://www.neaygeia.gr/pdf/ygeia_tou_elliniku_plithu
smou.pdf](http://www.neaygeia.gr/pdf/ygeia_tou_elliniku_plithusmu.pdf). Ανακτήθηκε στις (2/9/2016).
- ◇ Τσολάκη Μ. (2016). Θετική Φροντίδα στην Άνοια. Στο site: www.health.in.gr Ανακτήθηκε στις (1-6-2016).
- ◇ Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Κανονισμός 50067/20.2.2006 (ΦΕΚ 264/τ.Β 72.3.2006). Στο site: <http://www.ypakp.gr> Ανακτήθηκε στις (30/8/2016).
- ◇ Stula, S. (2012). Living in Old Age in Europe - Current Developments and Challenges: Working Paper No. 7 of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe. German Association for Public and Private Welfare (DV) Ηλεκτρονικά διαθέσιμο [http://www.sociopoliticalobservatory.eu/fileadmin/
user_upload/Dateien/Veroeffentlichungen/AP_7_EN.pdf](http://www.sociopoliticalobservatory.eu/fileadmin/user_upload/Dateien/Veroeffentlichungen/AP_7_EN.pdf) .Ανακτήθηκε στις (30/11/2016)

Παράρτημα

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΙΝΙ-MENTAL (M.M.S.E.)^(1,2)

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ: _____ ΗΜΕΡ/ΝΙΑ: _____

Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΓΙΝΕ ΑΠΟ: _____

ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ:

Θα σας κάνω μερικές ερωτήσεις, για να δούμε πως πάει η μνήμη σας. Μερικές είναι πολύ απλές, μερικές δυσκολότερες. Σας παρακαλώ ν' απαντήσετε όσο μπορείτε καλύτερα.

- Μπορείτε να μου πείτε τη σημερινή ημερομηνία;
Εάν η απάντηση είναι ελλιπή ή λανθασμένη, ρωτήστε με την ακόλουθη σειρά:

- | | | | |
|-------------------|----------------------|----------------------------|----------------------|
| 1. Τι έτος έχουμε | <input type="text"/> | 4. Τι ημερ/νία; | <input type="text"/> |
| 2. Τι εποχή; | <input type="text"/> | 5. Τι ημέρα της εβδομάδας; | <input type="text"/> |
| 3. Τι μήνα; | <input type="text"/> | | |

- Θα σας ρωτήσω τώρα για το μέρος στο οποίο βρισκόμαστε.

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| 6. Πως ονομάζεται το νοσοκομείο μας; | <input type="text"/> |
| 7. Σε ποιά πόλη βρίσκεται; | <input type="text"/> |
| 8. Σε ποιά νομό βρίσκεται; | <input type="text"/> |
| 9. Σε ποιά χώρα; | <input type="text"/> |
| 10. Σε ποιόν όροφο; | <input type="text"/> |

ΕΓΧΑΡΑΞΗ:

- Θα σας πω 3 λέξεις: παρακαλώ να μου τις επαναλάβετε και να τις θυμάστε γιατί θα σας τις ξαναρωτήσω σε λίγο.

- | | |
|--------------|----------------------|
| 11. Καρέκλα | <input type="text"/> |
| 12. Φούστα | <input type="text"/> |
| 13. Ποδήλατο | <input type="text"/> |

ΠΡΟΣΟΧΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ:

- Μπορείτε να μου κάνετε συνεχείς αφαιρέσεις του 7 ξεκινώντας από το 100;

- | | |
|--------|----------------------|
| 14. 93 | <input type="text"/> |
| 15. 86 | <input type="text"/> |
| 16. 79 | <input type="text"/> |
| 17. 72 | <input type="text"/> |
| 18. 65 | <input type="text"/> |

- Εναλλακτικά:
Μπορείτε να μου συλλαβίσετε ανάποδα τη λέξη "π έ τ ρ α";

ΑΝΑΚΛΗΣΗ:

- Μπορείτε να επαναλάβετε τις 3 λέξεις που σας ανέφερα προηγουμένως;

- | | |
|--------------|----------------------|
| 19. Καρέκλα | <input type="text"/> |
| 20. Φούστα | <input type="text"/> |
| 21. Ποδήλατο | <input type="text"/> |

ΓΛΩΣΣΑ:

- | | |
|--|---|
| Δείξτε ένα μολύβι.* <input type="text"/> | Δείξτε ένα ρολόι.* <input type="text"/> |
| 22. Τι είναι αυτό; <input type="text"/> | 23. Τι είναι αυτό; <input type="text"/> |
| 24. Ακούστε με προσοχή και επαναλάβετε μετά από μένα: Παιδί, κλειδί, "κλαδί". <input type="text"/> | |

- Βάλτε ένα φύλλο χαρτί στο γραφείο, δείξτε το στον ασθενή και πείτε:
Παρακαλώ ακούστε με προσεκτικά: θα ήθελα να κάνετε τα εξής:

- | | |
|--|----------------------|
| 25. Πάρτε αυτό το χαρτί με το δεξί χέρι.** | <input type="text"/> |
| 26. Διπλώστε το στα δύο.** | <input type="text"/> |
| 27. Και ακουμπήστε το στο πάτωμα.** | <input type="text"/> |

- Δείξτε στον ασθενή ένα χαρτί που γράφει με κεφαλαία: ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ και πείτε
28. Παρακαλώ κάντε ότι γράφει το χαρτί που σας δείχνω.

- Δώστε στον ασθενή χαρτί και μολύβι και πείτε:
29. Θα θέλατε να μου γράψετε μια πρόταση, όποια θέλετε, αλλά να είναι ολοκληρωμένη;***

ΠΡΑΞΙΑ:

- Δώστε στον ασθενή ένα χαρτί και μολύβι και πείτε:
30. Παρακαλώ αντιγράψτε ένα σχήμα από δύο πεντάγωνα που τέμνονται (πρέπει να διακρίνονται οι 10 γωνίες εκ των οποίων οι δύο να τέμνονται) ο τρόμος αγνοείται

Σύνολο βαθμών

ΓΕΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Τον τελευταίο καιρό:

1. Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή είσατε ανήσυχος;

Καθόλου	
όχι περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	
μάλλον περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	
πολύ περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	

Έχετε αισθανθεί ότι βρίσκεστε συνεχώς σε υπερένταση;

Καθόλου	
όχι περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	
μάλλον περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	
πολύ περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	

2. Καταφέρνετε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνετε;

καλύτερα απ' ό, τι συνήθως	
το ίδιο όπως συνήθως	
λιγότερο απ' ό, τι συνήθως	
πολύ λιγότερο απ' ό, τι συνήθως	

3. Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε ένα χρήσιμο ρόλο;

περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	
το ίδιο όπως συνήθως	
λιγότερο χρήσιμο απ' ό, τι συνήθως	
πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό, τι συνήθως	

4. Καταφέρνετε να δείτε και να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας;

περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	
το ίδιο όπως συνήθως	
λιγότερο χρήσιμο απ' ό, τι συνήθως	
πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό, τι συνήθως	

5. Αισθάνεστε ικανός να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;

περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	
το ίδιο όπως συνήθως	
λιγότερο χρήσιμο απ' ό, τι συνήθως	
πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό, τι συνήθως	

Καθόλου

όχι περισσότερο απ' ό, τι συνήθως

μάλλον περισσότερο απ' ό, τι συνήθως

πολύ περισσότερο απ' ό, τι συνήθως

6. **Αισθάνεστε ότι δεν θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας;**

Καθόλου	
όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	

7. **Παρά τις δυσκολίες που πιθανόν να υπάρχουν αισθάνεστε ευτυχημένος;**

περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
περίπου το ίδιο όπως συνήθως	
λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	
πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	

8. **Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;**

περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
περίπου το ίδιο όπως συνήθως	
λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	
πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	

9. **Αισθάνεστε δυστυχημένος και μελαγχολικός;**

Καθόλου	
όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	

10. **Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας;**

Καθόλου	
όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	

11. **Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτε;**

Καθόλου	
όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	

5. **Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;**

περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	
------------------------------	--

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)

Διαλέξτε την κατάλληλη απάντηση για να περιγράψετε πως αισθανόσαστε κατά την τελευταία εβδομάδα

- | | | |
|---|-------|-------|
| 1. Είστε γενικά ευχαριστημένος από τη ζωή σας; | Ναι 0 | Όχι 1 |
| 2. Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες
Και τα ενδιαφέροντα σας; | Ναι 1 | Όχι 0 |
| 3. Νιώθετε ότι είστε γεμάτος ζωή; | Ναι 0 | Όχι 1 |
| 4. Αισθάνεστε συχνά να βαριέστε; | Ναι 1 | Όχι 0 |
| 5. Έχετε κέφι/ καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό; | Ναι 0 | Όχι 1 |
| 6. Φοβόσαστε ότι κάτι κακό θα σας συμβεί; | Ναι 1 | Όχι 0 |
| 7. Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο χρόνο; | Ναι 0 | Όχι 1 |
| 8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος ; | Ναι 1 | Όχι 0 |
| 9. Προτιμάτε να μένετε σπίτι παρά να βγαίνετε έξω
και να κάνετε καινούργια πράγματα; | Ναι 1 | Όχι 0 |
| 10. Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα
με την μνήμη σας από τους άλλους; | Ναι 1 | Όχι 0 |
| 11. Αισθάνεστε ότι είναι υπέροχο να ζει κανείς; | Ναι 0 | Όχι 1 |
| 12. Αισθάνεστε ότι είστε ακόμα χρήσιμος; | Ναι 0 | Όχι 1 |
| 13. Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια / δύναμη; | Ναι 0 | Όχι 1 |
| 14. Αισθάνεστε ότι υπάρχει η δυνατότητα να βελτιωθεί
η κατάσταση σας; | Ναι 0 | Όχι 1 |
| 15. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι
καλύτερα από εσάς; | Ναι 1 | Όχι 0 |

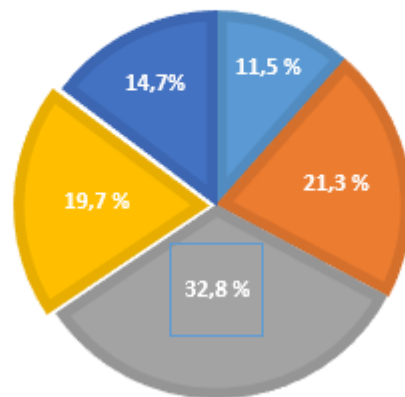
- 0 – 5 απουσία συμπτωμάτων
- 6 – 15 προδιάθεση

Πίνακες Έρευνας

Πίνακας 1. Ηλικιακή κατάταξη δείγματος

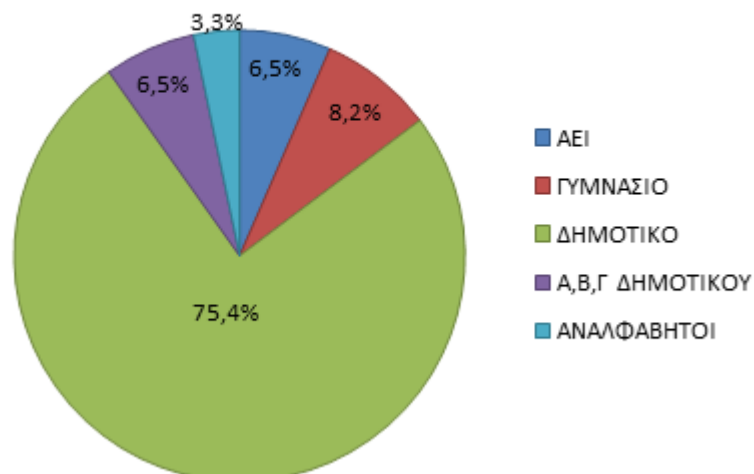
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

■ 64-65 ■ 66-70 ■ 71-75 ■ 76-80 ■ 81-85

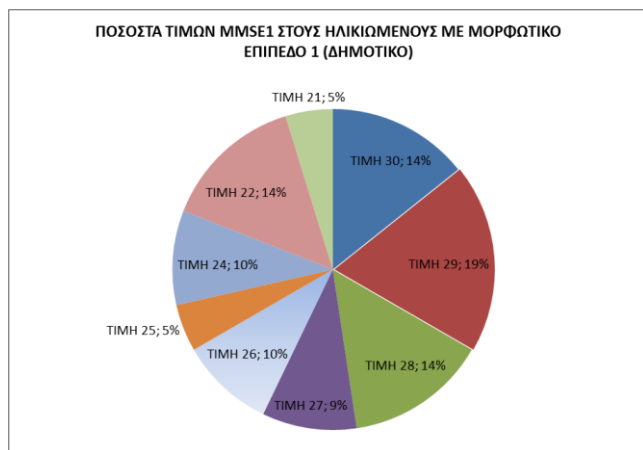


Πίνακας 2. Μορφωτικό επίπεδο δείγματος

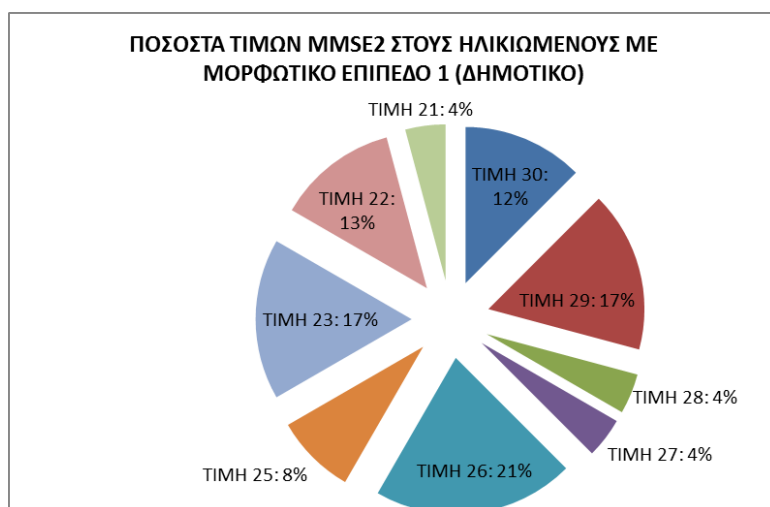
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



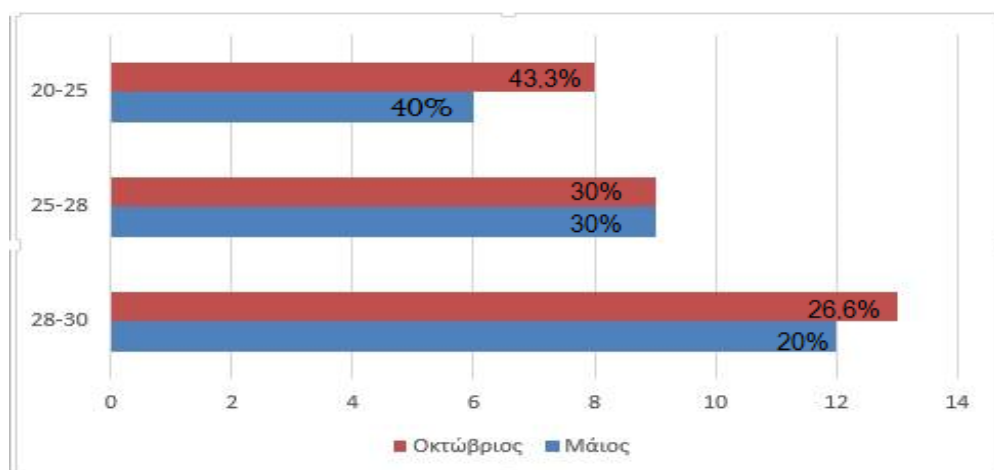
Πίνακας 3. Ποσοστά τιμών MMSE Μαΐου στο Γάζι στα άτομα με μορφωτικό επίπεδο Δημοτικό



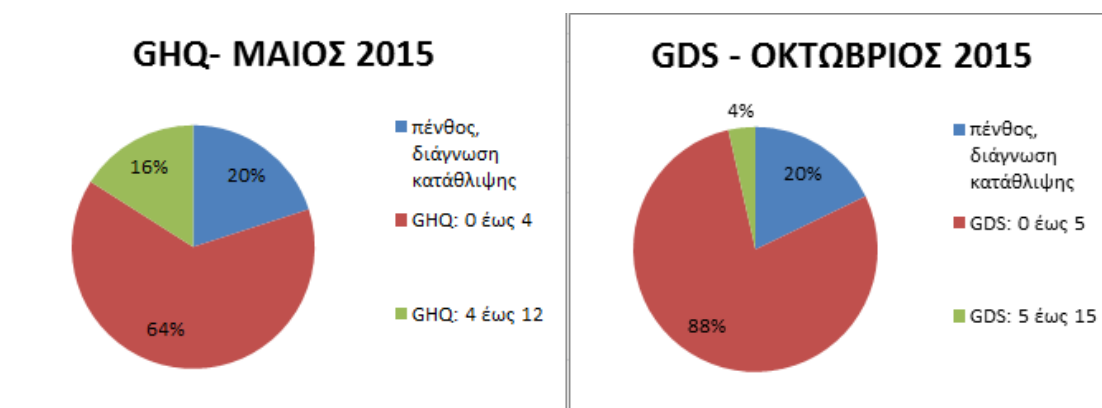
Πίνακας 4. Ποσοστά τιμών MMSE Οκτωβρίου στο Γάζι στα άτομα με μορφωτικό επίπεδο Δημοτικού



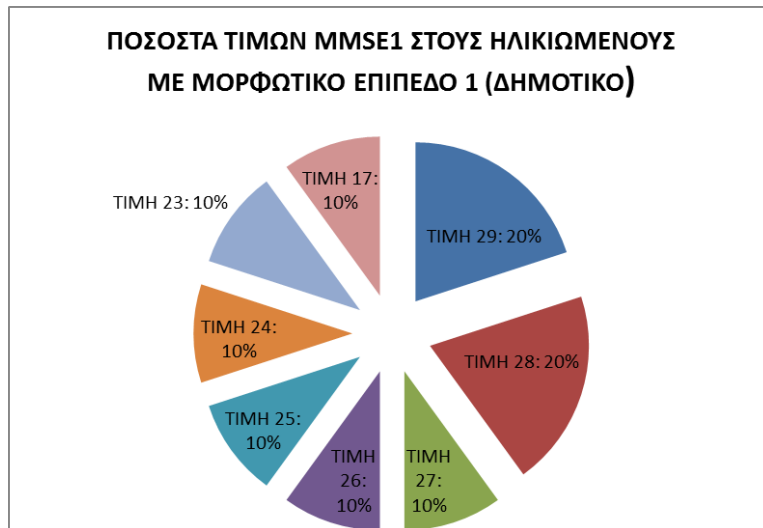
Πίνακας 5. Ποσοστά τιμών MMSE Μαΐου –Οκτωβρίου στην ημιαστική κοινότητα



Πίνακας 6. Ποσοστά τιμών GHQ και GDS Μαΐου –Οκτωβρίου στην ημιαστική κοινότητα



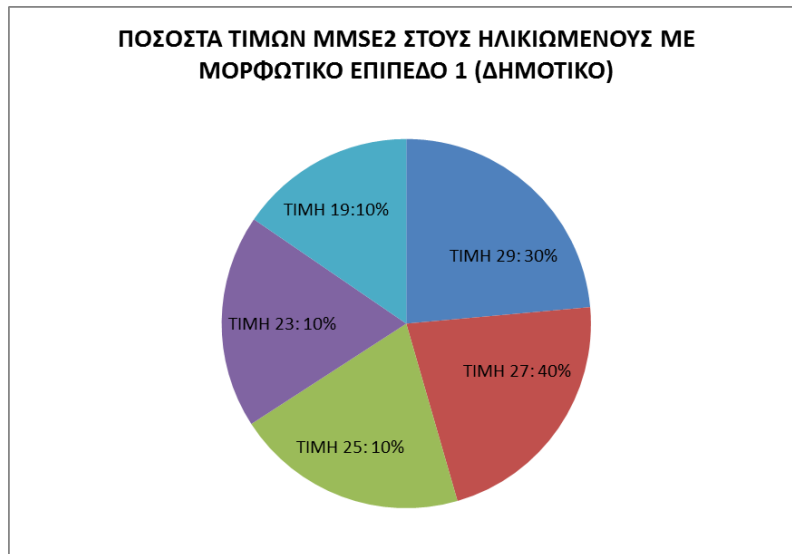
Πίνακας 7. Ποσοστά τιμών MMSE Μάϊου στην Τύλισο στα άτομα με μορφωτικό επίπεδο Δημοτικό



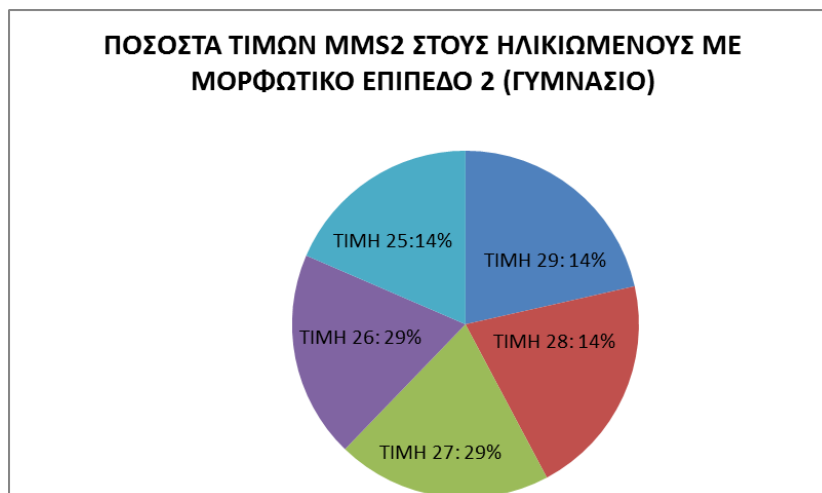
Πίνακας 8. Ποσοστά τιμών MMSE Μάϊου στην Τύλισο στα άτομα με μορφωτικό επίπεδο Γυμνάσιο



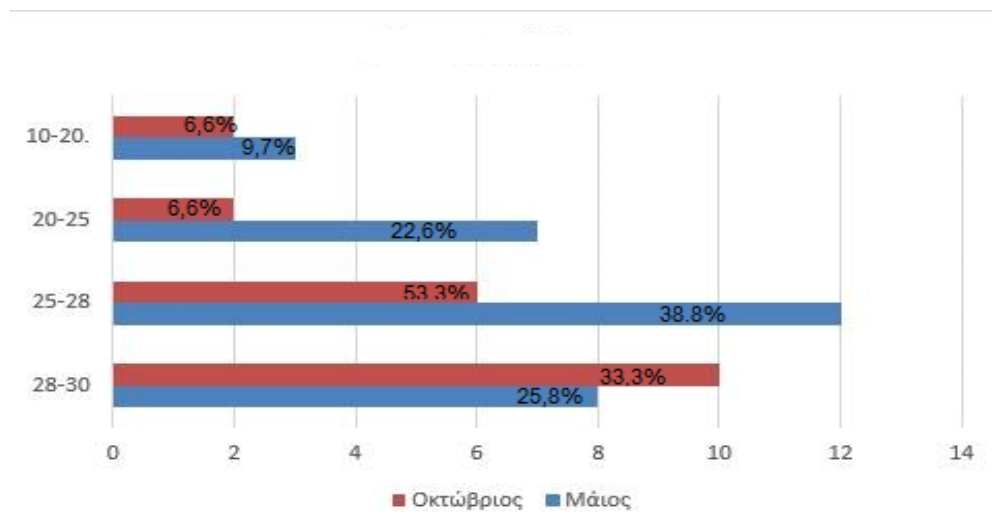
Πίνακας 9. Ποσοστά τιμών MMSE Οκτωβρίου στην Τύλισο στα άτομα με μορφωτικό επίπεδο Δημοτικό



Πίνακας 10. Ποσοστά τιμών MMSE Οκτωβρίου στην Τύλισο στα άτομα με μορφωτικό επίπεδο Γυμνάσιο

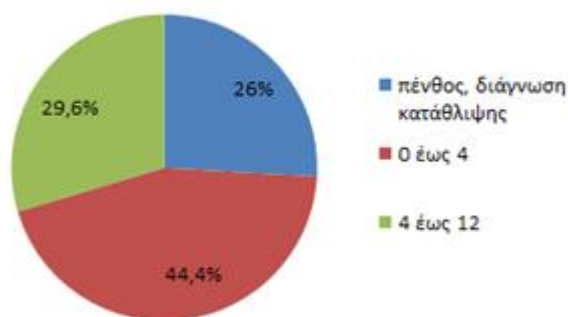


Πίνακας 11. Ποσοστά τιμών MMSE Μαΐου - Οκτωβρίου στην αγροτική κοινότητα



Πίνακας 12. Ποσοστά τιμών GHQ-GDS Μαΐου- Οκτωβρίου στην αγροτική κοινότητα

GHQ- ΜΑΙΟΣ 2015



GDS - ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2015

