

ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΕΞΑΜΗΝΟ ΠΓ'

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ
ΑΝΟΙΑ

ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ :ΒΟΥΚΕΛΑΤΟΥ ΣΥΛΒΙΑ

ΠΗΠΕΡΤΖΗ ΜΑΡΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:ΠΑΤΤΑΚΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009

Περιεχόμενα

Περίληψη σελ. 3

Εισαγωγή σελ. 4

Θεωρητικό μέρος

Κεφάλαιο 1^ο : Άνοια – Οικογένεια και κοινωνική εργασία

1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ σελ. 7

1.2 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ σελ. 10

1.3 ΠΟΛΥΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ..... σελ. 16

Κεφάλαιο 2^ο: Μετανάστες και υγεία

2.1 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ)..... σελ. 23

2.2 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ σελ. 30

2.3 ΔΙΚΤΥΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ σελ. 31

Κεφάλαιο 3^ο: Στάσεις και αντιλήψεις για την άνοια σελ. 35

Ερευνητικό μέρος

A)Η έρευνα μαςσελ. 42

B)Τα συμπεράσματα της έρευνας.....σελ.69

Γ) Συζήτηση.....σελ.71

Βιβλιογραφία.....σελ.73

Παράρτημα – I- II-III

Περίληψη

Η τρίτη ηλικία αποτελεί μια κατηγορία ανθρώπων η οποία δεν έχει την αντιμετώπιση και τις παροχές που θα έπρεπε από το σύνολο του πληθυσμού. Αποτελεί ένα ιδιαίτερο κομμάτι της ζωής των περισσότερων ανθρώπων και για την προσωπική εμπειρία του κάθε ενός αλλά για την επιρροή της στους άλλους. (Sciplino C., & Smith P., 2004)

Σε ακόμη πιο δυσχερή θέση βρίσκεται ο μεταναστευτικός πληθυσμός της χώρας μας ο οποίος έρχεται αντιμέτωπος με τη νόσο της άνοιας, την οποία στην πλειοψηφία του αγνοεί.

Στην εργασία αυτή θα αναφερθούμε στις στάσεις και στις αντιλήψεις απέναντι στην άνοια. Πιο συγκεκριμένα θα μελετήσουμε σε δύο μεγάλους Νομούς της Ελλάδας, του Ηρακλείου και των Σερρών, τις στάσεις για την Τρίτη ηλικία και τα συναισθήματα για την άνοια σε τυχαίο δείγμα 200 Ελλήνων και 200 μεταναστών, μέσος όρος ηλικίας + - 37 έτη. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας έδειξαν ότι είναι πιο θετική στα συναισθήματα τους για την άνοια. Στο βίωμα της τρίτης ηλικίας φάνηκε να έχουν πιο επιθετικά συναισθήματα σε σχέση με τους μετανάστες. Στα συναισθήματα αποδοχής οι Έλληνες εμφανίζονται πιο ανεκτικοί στο βίωμα της τρίτης ηλικίας.

Συμπέρασμα: και οι δύο ομάδες πληθυσμού χρειάζονται γνώσεις και ευαισθητοποίηση σε θέματα τρίτης ηλικίας γενικός και σε θέματα άνοιας ειδικότερα.

Εισαγωγή

Σκοπός της εργασίας ήταν αρχικά να μελετήσουμε τις στάσεις και τις αντιλήψεις των μεταναστών απέναντι στη άνοια αλλά και το προφίλ των ηλικιωμένων ατόμων στους δύο προαναφερθέντες Νομούς. Έπειτα όμως ο σκοπός της έρευνας διαμορφώθηκε διαφορετικά λόγω της δυσκολίας που είχαμε να εντοπίσουμε μετανάστες άνω των 65 ετών.

Το πρώτο μέρος της εργασίας είναι θεωρητικό και το δεύτερο η ερευνά μας.

Αναλυτικότερα στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας θα αναφερθούμε σε ότι έχει σχέση με την άνοια, την οικογένεια και την κοινωνική εργασία. Θα αναφερθούμε στον ορισμό της άνοιας και τη σχέση της με την κοινωνική εργασία αλλά και την αντιμετώπιση ενός ασθενή από την οικογένεια του.

Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην μετανάστευση και στην υγεία. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται σε ότι αφορά την ψυχική υγεία των μεταναστών αλλά και την ιατρική περίθαλψη που τους παρέχει το κράτος. Επίσης, εκτενέστερα θα αναφερθούμε στα δίκτυα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των μεταναστών στη χώρα μας.

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας μας θα αναλύσουμε τις στάσεις και τις αντιλήψεις που επικρατούν απέναντι στην άνοια. Θα αναφερθούμε συνοπτικά στα στερεότυπα, τις αντιλήψεις και τις διακρίσεις που επικρατούν απέναντι στην Τρίτη ηλικία.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αποτελείται από την έρευνα μας. Στο κομμάτι αυτό γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία, το δείγμα της έρευνας ,τα εργαλεία και τα αποτελέσματα της τα οποία έδειξαν ότι δεν υπάρχει διαφορά στη στάση απέναντι στην Γ' ηλικία και στα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος μεταξύ ανδρών και

γυναικών. Επίσης ότι οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο από τους άνδρες για την εκδήλωση της νόσου Alzheimer και προσβολής τους από αυτή.

Σε ότι αφορά τη σύγκριση που έγινε ανάμεσα στους Έλληνες και στους μετανάστες τα αποτελέσματα έχουν ως εξής: οι Έλληνες διατηρούν θετικότερα συναισθήματα απέναντι σε κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer, ανησυχούν περισσότερο για την εκδήλωση της νόσου και διατηρούν θετικότερα στάση προς την Γ' ηλικία σε σχέση με τους μετανάστες.

Τα άτεκνα άτομα και τα άτομα που έχουν παιδιά αποδείχτηκε πως δεν έχουν διαφορά στα συναισθήματα και το βαθμό ανησυχίας που προκαλεί η νόσος Alzheimer, καθώς και στη στάση προς την Γ' ηλικία. Επίσης, δεν υπάρχει διαφορά στα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος και στη στάση προς την Γ' ηλικία μεταξύ των ατόμων που ζουν με τα παιδιά τους και αυτών που ζουν μακριά τους, αλλά αποδείχθηκε πως τα άτομα που διαμένουν με τα τέκνα τους ανησυχούν περισσότερο για την εκδήλωση της νόσου Alzheimer.

Τα άτομα που γνωρίζουν κάποιον ασθενή με Alzheimer διατηρούν θετικότερα συναισθήματα ως προς το πάσχον άτομο, σε σχέση με τα άτομα εκείνα που δεν είχαν προσωπική επαφή. Αποδείχτηκε πως η ηλικία δεν παίζει στατιστικά σημαντικό ρόλο στο βαθμό ανησυχίας προσβολής από τη νόσο αλλά πως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας φαίνεται να διατηρούν θετικότερη στάση προς την Γ' ηλικία σε σχέση με άτομα μικρότερης ηλικίας.

Τέλος, αναφορικά με τη συσχέτιση μεταξύ της στάσης προς την Τρίτη Ηλικία και των συναισθημάτων που προκαλεί η νόσος Alzheimer αποδείχτηκε πως τα θετικά συναισθήματα προς το πάσχον άτομο σχετίζονται με υψηλότερο βαθμό ανησυχίας νοσηρότητας από τη νόσο Alzheimer, ενώ περισσότερο τα αρνητικά συναισθήματα (φόβος, στεναχώρια, φυγή κ.τ.λ) σχετίζονται με μικρή ανησυχία νοσηρότητας και

πως τα θετικά συναισθήματα προς το άτομο που πάσχει από Alzheimer συσχετίζονται με θετική στάση απέναντι στην Γ' Ηλικία.

Οι προτάσεις που κάνουμε στα θέματα τρίτης ηλικίας και άνοιας είναι κυρίως προτάσεις για περισσότερη ενημέρωση παροχής γνώσεων και ευαισθητοποίησης όλου του πληθυσμού σε αυτά τα θέματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Άνοια – Οικογένεια και Κοινωνική Εργασία

1.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ

Ο ορισμός του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας όπως διατυπώθηκε το 2004, στο Διεθνές συνέδριο Σχολών Κοινωνικής Εργασίας και στις γενικές συνελεύσεις της Διεθνούς Οργάνωσης Σχολών Κοινωνικής Εργασίας και της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργών, αναφέρει πως το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας προάγει την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων για τη διασφάλιση της ευημερίας τους. Χρησιμοποιώντας θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των κοινωνικών συστημάτων, η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στο επίπεδο αλληλεπίδρασης των ανθρώπων με το περιβάλλον τους, στηρίζοντας τις αρχές των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της κοινωνικής δικαιοσύνης. (Horner N. 2006).

Με βάση την παραπάνω ερμηνεία, (αλλά και το γενικότερο ρόλο της επιστήμης της κοινωνικής εργασίας όπως έχει μελετηθεί σε παγκόσμιο επίπεδο) διατυπώθηκαν επιμέρους σκοποί της κοινωνικής εργασίας σε διεθνές επίπεδο, όπως είναι οι παρακάτω:

- Διευκόλυνση των περιθωριοποιημένων, κοινωνικά αποκλεισμένων, ευάλωτων και υψηλού κινδύνου πληθυσμιακών ομάδων, για ενσωμάτωση στην κοινωνία

- Πρόκληση για άρση των εμποδίων, των ανισοτήτων και των αδικιών που υπάρχουν στην κοινωνία.

- Κινητοποίηση ατόμων, οικογενειών, ομάδων, οργανισμών και κοινοτήτων για επίλυση προβλημάτων και διασφάλιση της ευημερίας τους.

- Υποβοήθηση των ανθρώπων για απόκτηση υπηρεσιών και πόρων στις κοινότητές τους.

- Χάραξη πολιτικής και διαμόρφωση προγραμμάτων που διασφαλίζουν την ευημερία, προάγουν την ανάπτυξη, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη συλλογική κοινωνική αρμονία και σταθερότητα.

- Εργασία για την προστασία των ατόμων που δεν είναι ικανά να τη διαφυλάξουν μόνα τους, όπως παιδιά, ψυχικά ασθενείς, ηλικιωμένοι, μετανάστες κ.α. μέσα σε όρια ηθικά αποδεκτής νομοθεσίας.

- Ανάμειξη σε κοινωνική και πολιτική δράση με σκοπό την επίδραση στην κοινωνική πολιτική, την οικονομική ανάπτυξη και την πραγματοποίηση αλλαγών που περιορίζουν τις κοινωνικές ανισότητες.

- Σεβασμός στις παραδόσεις, στους πολιτισμούς, στις ιδεολογίες, στις πεποιθήσεις και στις θρησκείες μεταξύ διαφορετικών εθνοτικών ομάδων, εφόσον δεν έρχονται σε σύγκρουση με βασικά ανθρώπινα δικαιώματα (Δημοπούλου-Λαγωνίκα Μ. 2007).

Η κοινωνική εργασία σαν εφαρμοσμένη επιστήμη αναπτύσσει τις επαγγελματικές της δραστηριότητες σε ένα ευρύ φάσμα χώρων πρωτογενών και δευτερογενών οργανισμών. Τα ψυχιατρικά και ψυχογηριατρικά πλαίσια όπως και τα πλαίσια για τους ηλικιωμένους είναι οργανισμοί εφαρμογής της κοινωνικής εργασίας.

Σε αυτούς τους χώρους ο επαγγελματικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι διαγνωστικός, προληπτικός, διορθωτικός, θεραπευτικός και οργανωτικός. Οι

επαγγελματικές του ενασχολήσεις αφορούν το άτομο, την ομάδα ατόμων με ίδια ή παρόμοια θέματα, την οικογένεια και την κοινότητα. Το επίκεντρο της κοινωνικής εργασίας είναι το άτομο μέσα στο πλέγμα των διαφόρων συστημάτων και υποσυστημάτων στο οποίο αυτό ζει αναπόσπαστα από το περιβάλλον του και που είναι καθοριστικό για την κοινωνική, ψυχολογική και σωματική του υγεία. Οι ασθενείς έχουν ανάγκη να διατηρούν, να συνεχίζουν τις οικογενειακές τους σχέσεις, αλλά και να τις βελτιώνουν.

Η άνοια επιδρά σε όλες τις διαστάσεις της ζωής. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μέσα στο μικρο και μακρο επίπεδο της διαδικασίας για βοήθεια, έχουν ένα σημαντικό ρόλο στη αντιμετώπιση και τη φροντίδα. Η αρρώστια επιδρά ολοκληρωτικά στις οικογένειες και αυτό συνεπάγεται τον επηρεασμό της κοινότητας..

Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια και τις οικογένειες τους, καθώς επίσης και να εξασφαλίσουν ότι τα συστήματα με τα οποία αλληλεπιδρούν είναι υποστηρικτικά και ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. (Παττακού – Παρασύρη Β. 2009).

1.2 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έκπτωση των ανωτέρων νοητικών λειτουργιών. Υπάρχουν πολλές μορφές άνοιας και νόσοι που συνοδεύονται από άνοια. Πιο συχνή μορφή της άνοιας είναι η νόσος Alzheimer (49- 60% του συνόλου των ανοιών σε διάφορες μελέτες) και η πολυεμφρακτική άνοια (20- 32% του συνόλου των ανοιών). Επίσης, υπάρχουν η νόσος του Pick, του Huntington, του Wilson, του Creutzfeldt- Jacob, του Parkinson , ο Υδροκέφαλος χαμηλής πίεσης, η Νευροσύφιλις , οι άνοιες που οφείλονται σε όγκους μετωπιαίου λοβού και του θαλάμου και οι άνοιες που οφείλονται σε υποσκληρίδιο αιμάτωμα, σε μεταβολικές διαταραχές, σε τοξικά αίτια ή σε κάποια λοίμωξη, τραύμα ή ανοξία.

Η επιπτώσεις της Άνοιας κατά ηλικία εκδηλώνεται:

- σε άτομα ηλικίας έως 65 ετών σε ποσοστό 1%
- σε άτομα ηλικίας μεταξύ 65 και 75 ετών σε ποσοστό 3%
- άτομα ηλικίας μεταξύ 75 και 84 ετών σε ποσοστό 19%
- και άτομα ηλικίας από 85 ετών και πάνω σε ποσοστό 47%

Όσον αφορά την κλινική εικόνα του πάσχοντα από άνοια, τα συμπτώματα ποικίλουν. Πιο συγκεκριμένα η έκπτωση της μνήμης, η έκπτωση της αφηρημένης σκέψης , η έκπτωση της κρίσης, η αφασικές διαταραχές, η απραξία, η αγνωσία, η κατασκευαστική δυσχέρεια, η διαταραχή του προσανατολισμού στο χρόνο και στο χώρο, η διαταραχή του προσανατολισμού στα πρόσωπα και η μεταβολή του χαρακτήρα, είναι τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου.

Τα συμπτώματα που επηρεάζουν τις σχέσεις της οικογένειας του ανοιακού ασθενή είναι η επιθετικότητα (94%), η διαταραχές της μνήμης (92%), οι ψυχωτικές

διαταραχές (89%), η ακράτεια (86%), οι ψευδαισθήσεις (83%), οι ψευδείς κατηγορίες (82)%, οι υποψίες (79%), τα προβλήματα καθαριότητας (74%), η απουσία επαφής (74%) και η απαιτητική συμπεριφορά του ασθενή (73%). Αυτοί είναι και οι κυριότεροι λόγοι δημιουργίας προβλημάτων ανάμεσα στον ασθενή και την οικογένεια ή τους φροντιστές του. (Δίκτυο Alzheimer, ενημερωτική σειρά)

Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση άνοιας (είναι οι ακόλουθοι):

Βέβαιος παράγοντας θεωρείται η μεγάλη ηλικία για την οποία υπάρχει μια γενετική προδιάθεση (εξετάζεται πιο εκτενώς στη συνέχεια, επειδή προβληματίζει ιδιαίτερα τους συγγενείς). Οι γυναίκες επίσης, έχουν κάποιο ελαφρά αυξημένο ρίσκο (13%) σε σχέση με τους άνδρες, αν και αυτό δεν επιβεβαιώνεται σε όλες τις μελέτες, και ίσως να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο. Ένας ακόμη παράγοντας είναι το περιβάλλον και οι διάφορες συνήθειες: Π.χ υπάρχουν χώρες, όπως η Νιγηρία, όπου δεν παρατηρείται η νόσος Alzheimer, ενώ σε άλλες είναι πιο συχνές, όπως η Κίνα, η Ιαπωνία και η τ. Σοβιετική Ένωση, όπου είναι πιο συχνή η αγγειακής αιτιολογίας άνοια απ' ότι η νόσος Alzheimer. Ασφαλώς και διαφοροποιήσεις στις διαγνωστικές μεθόδους μπορεί να παίζουν σημαντικό ρόλο στα αποτελέσματα αυτά. Κυρίως όμως, οι μεταναστεύοντες σε μικρές ηλικίες, αναπτύσσουν άνοια κατά τον επικρατούντα μέσο όρο εμφάνισης άνοιας των χωρών όπου μεταναστεύουν και όχι κατά τα επικρατούντα των χωρών από τις οποίες προέρχονται. Ο συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι το 50% μόνο των μονοζυγωτικών διδύμων προσβάλλεται από τη νόσο, αλλά και πάλι, όταν δυο μονοωογενείς δίδυμοι προσβληθούν, η ηλικία έναρξης της νόσου μπορεί να υφίσταται και κατά 15 χρόνια. (www.iatronet.gr, ημ.εις.: 27/8/09)

Πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες: Η παρουσία της Απολιποπρωτεΐνης E-e4 (APOE) στο χρωμόσωμα 19, αν βρεθεί σε κάποια ειδική εξέταση, είναι ενδεικτική για την αύξηση από 2 μέχρι 10 φορές, της πιθανότητας να πάθει κάποιος νόσο Alzheimer. Η προγνωστική σημασία της εξέτασης παραμένει άνευ ουσίας σήμερα που δεν υπάρχει θεραπεία για την άνοια, ούτε δεδομένες προληπτικές παρεμβάσεις, πόσο μάλλον που δεν είναι προσδιοριστική και της ηλικίας που πιθανόν να επέλθει η άνοια, εξ' ου και η εξέταση δεν έχει ευρεία εφαρμογή. Η μη χρήση κατά τη διάρκεια της ζωής διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων (η χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση στη γυναίκα έχει κάποια προστατευτική δράση, την οποία ίσως έχει και η χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων). Η μείωση στον οργανισμό αντιοξειδωτικών παραγόντων (βιταμίνες A, C, E, καροτινοειδή, μεταλλικό σελήνιο, γενικά, συστατικά που υπάρχουν σε φρούτα και λαχανικά). Το κάπνισμα και τα πολλά λιπαρά συντελούν στη μείωση αυτών των παραγόντων.

- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Το ιστορικό καρδιακών επεισοδίων
- Το ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων
- Η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης
- Συγγενής με σύνδρομο Down

Προδιαθεσικοί παράγοντες έντονα αμφισβητούμενοι:

- Χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο
- Περιορισμένες ικανότητες στην προφορική και γραπτή χρήση της γλώσσας
- Ιστορικό επιληπτικών κρίσεων
- Έκθεση σε μεγάλες ποσότητες ψευδαργύρου (υπάρχει σε μερικά συμπληρώματα διατροφής)

- Έκθεση σε μεγάλες ποσότητες αλουμινίου (όταν στο νερό που πίνουμε υπάρχει σε μεγάλες ποσότητες μεγαλύτερες από 11 μικρογραμμάρια το λίτρο). Όμως αυτό το συγκεκριμένο σημείο έντονα αμφισβητείται.

Οι παραπάνω παράγοντες είναι σε ερευνητική φάση και αυτό είναι ενδεικτικό και της ακόμη ατελούς γνώσης πάνω στο αντικείμενο.

Γενετική (κληρονομικότητα)

Μια πρώτη σκέψη της οικογένειας είναι ο φόβος της κληρονομικότητας για τη νόσο Alzheimer με επίκεντρο τα παιδιά, ιδίως αν είναι νεαρό το άτομο με άνοια. (www.iatronet.gr, ημ.εις.: 27/8/09)

Η *διάγνωση* της άνοιας μπορεί να είναι μια κατάσταση η οποία θα προκαλέσει έντονες αντιδράσεις ανάμεσα στο άτομο που έχει προσβληθεί από την άνοια και την οικογένεια του. Τέτοιες αντιδράσεις μοιάζουν με τις αντιδράσεις στη διαδικασία πένθους. Οι φάσεις της άρνησης, του φόβου, του πόνου, της λύπης και της παραδοχής.

Συναίσθημα απώλειας και πένθους είναι κοινά ανάμεσα στην οικογένεια καθώς αυτοί παλεύουν με τη διάγνωση που σημαίνει συνεχή νοητική εξασθένηση και αύξηση της φθοράς του αγαπημένου προσώπου. Η κατάσταση αυτή γίνεται εντονότερη καθώς η αρρώστια συνεχίζει και τα συμπτώματα αυξάνουν. Με τις αλλαγές της προσωπικότητας, οι οικογένειες συχνά βιώνουν την απώλεια ή το ψυχολογικό θάνατο του ασθενούς ακόμα και αν αυτός είναι ακόμα εν ζωή. Το πένθος επίσης συμπεριλαμβάνει και την απώλεια ρόλων όπως αυτοί του συντρόφου του παιδιού, του φίλου.

Σύμφωνα με την οικουμενική διακήρυξη «*Η οικογένεια είναι το φυσικό και βασικό στοιχείο της κοινωνίας και έχει το δικαίωμα να την προστατεύει η κοινωνία και το κράτος.*» (Οικουμενική διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου, 1948, Άρθρο 16, παράγραφος 3,) αρχικό καθήκον της κοινωνικής εργασίας όπως προαναφέραμε είναι η προάσπιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Έτσι υποχρέωση του Κοινωνικού Λειτουργού είναι η εξασφάλιση ότι τα άτομα που εμπλέκονται έχουν την κατάλληλη πληροφόρηση και γνωρίζουν τις πηγές που έχουν στη διάθεση τους, για να ζητήσουν βοήθεια όποτε τη χρειαστούν. Βοηθώντας τους να καταλάβουν ότι ο θυμός, ο φόβος, ο πόνος και η θλίψη είναι φυσιολογικά συναισθήματα μπορεί αυτό να είναι κρίσιμο για τη λειτουργικότητά τους. Ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με τις διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων και φυσιολογικά συναισθήματα που επηρεάζουν τη καθημερινότητά τους, τη λειτουργικότητά τους, τη καλή ποιότητα ζωής, εντέλει την ευημερία τους.

Είναι ισοδύναμα σημαντική η βοήθεια στον ασθενή που διαγνώστηκε με άνοια να κάνει σχέδια και να πάρει αποφάσεις σχετικές με το μέλλον και να υπάρχει σιγουριά ότι οι επιθυμίες του συζητούνται και αναγνωρίζονται.

Η άνοια πολύ συχνά μπορεί να προκαλέσει ένταση στις σχέσεις της οικογένειας, εφόσον κλονίζονται οι κυριότεροι στόχοι της σύγχρονης οικογένειας οι οποίοι είναι: Η δημιουργία οικογενειακής ατμόσφαιρας, η ψυχική πληρότητα και η ευτυχία των συζύγων, η ολοκλήρωση της προσωπικότητας των συζύγων και η φροντίδα για τη δημιουργία παιδιών, όσο το δυνατό πιο ευτυχισμένων. (Παπαγεωργίου, 1982)

Η φροντίδα από νωρίς μπορεί να κάνει τον φροντιστή να αισθάνεται συγκλονισμένος και αγανακτισμένος προς τα αδέρφια για τα οποία μπορεί να υπάρχει η αίσθηση ότι δεν έχουν εμπλακεί επαρκώς στη διαδικασία της φροντίδας. Όπως

επίσης να υπάρξει σύγκυση ανάμεσα στα μέλη της οικογενείας. Μπορεί να υπάρξουν διαφονίες ακόμα και για το είδος της φροντίδας που απαιτείται, ιδιαίτερα για το ότι αναφορά κάποια ιδρύματα. Σε αυτή τη περίπτωση η κοινωνική εργασία μπορεί με τις παρεμβάσεις της να υποστηρίξει τις οικογένειες αναγνωρίζοντας τις περιοχές άγχους, διευκολύνοντας την έκφραση συναισθημάτων και προσδοκιών, αναπτύσσοντας σχέδια και αυξάνοντας την αμοιβαία υποστήριξη .(Παττακού – Παρασύρη Β. 2009).

1.3 ΠΟΛΥΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ

Η Νόσος Alzheimer, είναι μία από της σημαντικότερες μορφές άνοιας και αυτό οφείλεται στην μεγάλη συχνότητα της.

Στις μέρες μας πάσχουν 18.000.000 άνθρωποι σε όλο τον κόσμο, ενώ αναμένεται τα επόμενα χρόνια ο αριθμός να διπλασιαστεί. Στις ΗΠΑ το 5- 10% των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών πάσχουν από τη νόσο. Το 1992 έπασχαν 4.000.000 άνθρωποι και το κόστος της φροντίδας τους έφτανε τα 90 δις. Δολάρια το χρόνο. Στην χώρα μας, το 9% των ηλικιωμένων άνω των 70 ετών πάσχουν από άνοια, ενώ το 6% πάσχουν από άνοια τύπου Alzheimer. (www.άνοια.η:η πρόκληση του 21^{ου} αιώνα, ημ.εισαγωγής 31/8/09)

Η φροντίδα των, ατόμων ιδιαίτερα σε χώρες που δεν διαθέτουν επαρκές δίκτυο υπηρεσιών ανοιχτής ή κλειστής περίθαλψης, αποτελεί ήδη ένα σοβαρό πρόβλημα το οποίο θα ενταθεί τα επόμενα χρόνια, όχι μόνο λόγω της αύξησης του ποσοστού των ηλικιωμένων στον πληθυσμό ή των αλλαγών στην οικογένεια, αλλά και άλλων μη προβλέψιμων ακόμη παραγόντων, όπως οι μετακινήσεις πληθυσμών ηλικιωμένων από τη γενέτειρα τους σε άλλη χώρα μετά τη συνταξιοδότηση ιδιαίτερα στο εσωτερικό της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Κουκούλη Σ., 2005).

Επομένως, προκύπτουν κάποια σημαντικά θέματα στη συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με άτομα που πάσχουν από άνοια. Αυτά είναι η εθνικότητα και ο πολιτισμός του κάθε ατόμου και της οικογένειας που το φροντίζει, καθώς και τα ηθικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν εξαιτίας της ασθένειας.

Η εθνικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην εξέταση των αντιδράσεων στην άνοια. Ο πολιτισμός έχει έντονες επιπτώσεις στους τρόπους με τους οποίους τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά καθώς και την προθυμία των

ανθρώπων να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες που παρέχουν βοήθεια. Εάν η γνωστική εξασθένηση αντιμετωπίζεται σαν μία φυσιολογική πορεία της γήρανσης, έχει επιπτώσεις στην προθυμία των οικογενειών να επιδιώξουν τη θεραπεία του ασθενούς. Για παράδειγμα τα αρχικά συμπτώματα μπορεί να είναι αποδεκτά σε ορισμένους πολιτισμούς με αποτέλεσμα να μην αναζητείται βοήθεια μέχρι κάποιο μεταγενέστερο στάδιο της ασθένειας όπου η κατάσταση θα επιδεινωθεί.

Για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά με κάθε πληθυσμό, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να καταλάβουν τον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια αντιμετωπίζεται αλλά και την οικογενειακή έννοια της φροντίδας και της ευθύνης. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο μέσω της γνώσης και έτσι να μπορέσουν να αναπτύξουν οποιαδήποτε μορφής παρέμβαση που είναι κατάλληλη και αποδεκτή στη συγκεκριμένη ομάδα. Χωρίς αυτή τη γνώση είναι δύσκολο να ανταποκριθεί ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός με ευαισθησία στις ανάγκες αυτών των ατόμων.

Η ποικιλία των διαφόρων εθνοτήτων που συνεχώς αυξάνει δημιουργεί την ανάγκη οι κοινωνικοί λειτουργοί που εμπλέκονται με άτομα που έχουν άνοια και τους φροντιστές τους να έχουν πλήρη και βαθιά γνώση για τους τρόπους κάθε κουλτούρας, τα πιστεύω της, τις αξίες, τους νόμους που επηρεάζουν τη στάση προς την άνοια. Αντιλαμβανόμενοι οι κοινωνικοί λειτουργοί το ρόλο που μπορεί να παίζει η κουλτούρα στον ασθενή, στην οικογένεια του και σε όποιον τον φροντίζει μπορούν να έχουν καταλυτικό ρόλο έτσι ώστε να συμβάλλουν στην ανάπτυξη και την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών και επαγγελματικών σχέσεων.

Συγχρόνως, είναι ισοδύναμα σημαντικό να είμαστε γνώστες της ετερογένειας ανάμεσα σε διαφορετικές εθνότητες. Κοινωνική τάξη, εκπαίδευση, εισόδημα, γένος, ηλικία, μετανάστευση, θρησκεία, φιλοσοφία και τοπική καταγωγή μπορεί να

δημιουργούν ενδοομαδική ποικιλότητα που μπορεί να επιδρούν στα συμπτώματα και στην ασθένεια.

Η αντίσταση για χρήση ιατρικών ή άλλων κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να αντανακλά την ελλειπή φροντίδα για χρόνια, μακριές λίστες αναμονής, και όχι ευαίσθητη αντιμετώπιση από τις υπηρεσίες που παρέχονται, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απογοήτευση και την έλλειψη εμπιστοσύνης στις τυπικές υπηρεσίες. Συχνά, παρόλο που τα άτομα χρειάζονται βοήθεια, αντιστέκονται στο να πάνε σε καθιερωμένες υπηρεσίες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρειάζεται να δημιουργήσουν ένα κλίμα εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας πριν από κάθε είδους παρέμβαση. Επίσης, έχουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο καθώς προσπαθούν να εξασφαλίσουν όλα όσα απαιτούνται για να μπορούν τόσο οι ασθενείς όσο και οι φροντιστές τους να καλύπτουν τις ανάγκες τους.

Σαν ερευνητές (με την έννοια ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί, μπαίνουν στα σπίτια, στους χώρους εργασίας, για να διεξάγουν την κοινωνική έρευνα) πρέπει να χρησιμοποιούν τις δεξιότητες του επαγγέλματος, να σιγουρευτούν ότι οι ανάγκες και τα θέματα που απασχολούν τους ασθενείς ιδιαίτερος αυτών των ειδικών ομάδων αναγνωρίζονται και γίνονται αντιληπτές, ενώ σαν συνήγοροι οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να εργαστούν προκειμένου να αναπτυχτεί ευαισθησία και ανταπόκριση στα διάφορα συστήματα προκειμένου να ικανοποιήσουν τις τόσο διαφορετικές και ποικίλες ανάγκες.

Η αντίδραση στην άνοια εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον πολιτισμό, τις αξίες, τα πιστεύω και τις παραδόσεις του καθενός. Τα πολιτιστικά στοιχεία που κουβαλάει ο καθένας είναι μια μεγάλη δύναμη από τη διάγνωση των συμπτωμάτων μέχρι τη φροντίδα την οποία οι άνθρωποι μπορούν να αποδεχτούν. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ενώ για τη σχιζοφρένια όλες οι αρνητικές αντιδράσεις φόρτωσαν

σε έναν παράγοντα (επιθετικές συμπεριφορές), τα συμπεράσματά μας έδειξαν ότι σε σχέση με την άνοια, τα επιθετικά και συναισθήματα απόρριψης θεωρήθηκαν ως ανεξάρτητες διαστάσεις.(Phelan. 2001).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να εξασφαλίσουν ότι η ιατρική φροντίδα και οι άλλες υπηρεσίες που παρέχονται αναγνωρίζουν και σέβονται την κουλτούρα του καθενός. Λεπτομέρειες για τα πιστεύω, τις αξίες και τις παραδόσεις τα μαθαίνει ο κοινωνικός λειτουργός από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους στις επισκέψεις στο περιβάλλον τους. Η πληροφορία αυτή δεν μπορεί να κατανοηθεί ακόμα και με την καλύτερη περιγραφή σε κάποιο γραφείο. Είναι στοιχεία που καταγράφονται με τη λεκτική και τη μη λεκτική επικοινωνία. Επομένως, κάποιες φορές σε μερικές ομάδες, ίσως να είναι αναγκαίο να γίνει μια σύνθεση ενός μοντέλου π.χ. το ιατρικό που εστιάζει στην διάγνωση, στη θεραπεία και στη φροντίδα με περισσότερο ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει την αναγνώριση των πνευματικών πιστεύω προκειμένου τα άτομα να δεχτούν τη θεραπεία.

Για να θεωρηθούν οι υπηρεσίες πολιτιστικός ικανές θα πρέπει να έχουν βαθιά γνώση και να συνθέτουν τα στοιχεία της κουλτούρας.

Οι αξίες, τα πιστεύω, και οι παραδόσεις των ομάδων κατευθύνουν τον τρόπο εμπλοκής των υπηρεσιών και τη στάση τους στην εξυπηρέτηση των αναγκών. Οι υπηρεσίες αυτές πρέπει να είναι ευαίσθητες στην ποικιλότητα που παρουσιάζουν οι διάφορες εθνικότητες και στους παράγοντες που μπορεί να δρουν σαν εμπόδιο στην πρόσβαση για παρέμβαση σε αυτούς τους πληθυσμούς.

Πολιτιστικός ικανά συστήματα υπηρεσιών εκτιμούν την ποικιλότητα, έχουν την ικανότητα για αποδοχή του πολιτισμού, συνειδητοποιούν την δυναμική επίδραση του πολιτισμού, την ανώτερη επίγνωση της κουλτούρας και αντικατοπτρίζουν την αντίληψη της ποικιλότητας.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν σημαντικούς ρόλους καθώς εργάζονται για τη φροντίδα στην άνοια με ικανότητα στις πολιτιστικές διαφορές. Στο επίπεδο του κάθε προγράμματος, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να εργαστούν μειώνοντας τα δομικά εμπόδια που μπορεί ομάδες από διάφορες εθνότητες να δημιουργούν στα πλαίσια της συνεργασίας με υπηρεσίες. Σημαντικό είναι και το βρεθούν εγκαίρως μεταφραστές για σωστή συνεννόηση. Οι μεταφραστές θα πρέπει να είναι επιδέξιοι και κατάλληλα εκπαιδευμένοι σε σχέση με όρια και θέματα που συνδέονται με την άνοια.

Η διασταύρωση των στοιχείων της κουλτούρας, που έχουν οι επαγγελματίες στη διάθεση τους, είναι η ακρίβεια των εργαλείων μέτρησης για εκτίμηση και διάγνωση. Είναι σαφές, πως υπάρχουν αρκετά θέματα σε σχέση με την αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης για αρκετές ομάδες, καθώς όροι και έννοιες που χρησιμοποιούνται για τον ορισμό της έκπτωσης (νοητικών ή άλλων λειτουργιών) στο γενικό πληθυσμό μπορεί να μη σημαίνουν τίποτα για άλλους πληθυσμούς.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, μπορούν να δρουν προκαταρκτικά καλύπτοντας αυτές τις αποκλίσεις βοηθώντας να εξασφαλιστεί ότι όροι και έννοιες είναι ξεκάθαρα αντιληπτοί όχι μόνον από τους ασθενείς αλλά και από αυτούς που έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους με οποιοδήποτε τρόπο.

Η εκπαίδευση και η πληροφόρηση είναι σημαντικά στοιχεία στην πορεία της φροντίδας της άνοιας. Τα διάφορα εργαλεία ή βοηθήματα που χρησιμοποιούνται θα πρέπει οπωσδήποτε να μεταφράζονται στις γλώσσες των ομάδων πληθυσμού που εξυπηρετούνται. Θα πρέπει να ενημερώνονται όλες οι κοινότητες ώστε να εξασφαλίζεται ότι όλοι οι επαγγελματίες είναι γνώστες της ασθένειας και των διαφόρων μηχανισμών της.

Ένα σημαντικό μέρος των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι η ειδική γνώση που πρέπει να αποκτάται μόνο για τα άτομα των ομάδων που πρόκειται να εξυπηρετηθούν. Τα άτομα αυτά πρέπει να έχουν διορατικότητα για τις αξίες, τις παραδόσεις και τους κανόνες που μπορεί να εμπλέκονται στους τρόπους με τους οποίους αυτές οι ομάδες διακρίνουν και φροντίζουν την άνοια. Συμπεριλαμβάνοντας αυτά τα άτομα σαν συμβούλους στα προγράμματα και εμπλέκοντας τους στην ανάπτυξη προγραμμάτων και υπηρεσιών απευθείας δημιουργούνται σημαντικές βάσεις για την ανάπτυξη των σχέσεων στην κοινότητα και των προγραμμάτων τα οποία πρέπει να διαθέτουν ευαισθησία στις ανάγκες και στις προτιμήσεις της κοινότητας.

Φροντιστές από άλλες εθνότητες μπορεί να αναφέρουν λιγότερο άγχος, επιβάρυνση και κατάθλιψη απ' ότι άλλες ομάδες. Τα ψηλά ποσοστά των προβλημάτων υγείας όπως υπέρταση και καρδιοπάθειες δείχνουν ότι παρουσιάζουν και αυτοί μία ευαισθησία στις ίδιες πιέσεις όπως άλλοι φροντιστές. Προκειμένου οι παρεμβάσεις να γίνουν αποδεκτές είναι σημαντικό να γίνουν αντιληπτοί οι παράγοντες που μπορούν να περιορίζουν τα άτομα να αποδεχτούν δυσκολίες και στρες.

Περιλαμβάνοντας αξίες και παραδόσεις είναι βασικό να σιγουρευτούμε ότι και οι δύο πλευρές λαμβάνουν και αποδέχονται την αναγκαία βοήθεια. Συγχρόνως οι παρεμβάσεις πρέπει να αντανακλούν και να χτίζουν τις δυνάμεις της ομάδας, όπως πνευματικότητα και κοινοτικότητα, τα οποία συχνά είναι οι πρώτες πηγές υποστήριξης.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να είναι συνετοί σε σχέση με υποθέσεις για την αξιοπιστία και την έκταση των άτυπων δικτύων φροντίδας. Αν και αυτοί μπορεί χρησιμοποιούν λιγότερο τις τυπικές υπηρεσίες, οι ανάγκες των φροντιστών

δεν αντιμετωπίζονται αναγκαστικά. Για αρκετούς φροντιστές, ιδιαίτερος αυτούς με λιγότερες πηγές, η άτυπη υποστήριξη και η βοήθεια μπορεί να είναι οριακές. Αντικρουόμενες απαιτήσεις που συνδέονται με την ανατροφή των παιδιών και την απασχόληση μπορεί να περιορίζουν αρκετά την εμπλοκή των υπηρεσιών με τους φροντιστές.

Αυξημένες ανάγκες και αυξημένη ανικανότητα, λόγω της επιδείνωσης της νόσου κάνει τους συγγενείς να μη δέχονται τη βοήθεια που άλλοι μπορούν να προσφέρουν, με την αιτιολογία ότι δεν δέχτηκαν αρκετή βοήθεια όταν την ζήτησαν σε προηγούμενο στάδιο. Τέτοιου είδους συναισθήματα μπορεί να οξύνουν επιπλέον το άγχος σε τέτοιες σημαντικές σχέσεις.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί όταν πράττουν κοινωνική εργασία με τους φροντιστές, πρέπει να είναι σε θέση να τους βοηθούν να ξεκαθαρίζουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους. Οι φροντιστές καταλαβαίνουν την ασθένεια και την εξέλιξη της και πως οι ίδιοι μπορούν να αποδέχονται παρεμβάσεις που μπορούν να τους βοηθήσουν. Βοηθώντας τους να αποδεχτούν τα δικά τους όρια, όπως επίσης και εκείνα των υποστηρικτικών συστημάτων, μπορεί να ενθαρρυνθούν και να δεχτούν τυπικές παρεμβάσεις.

Αποτελεσματικά πιλοτικά μοντέλα που αναπτύσσονται μπορούν να χρησιμεύσουν σαν μοντέλα για παρεχόμενες υπηρεσίες. Με αυτό τον τρόπο μπορούν να χρησιμοποιηθούν πρωτόκολλα για άλλες εθνότητες και σε άλλες κοινότητες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί στις παραπάνω περιπτώσεις μπορούν να κάνουν τις προσαρμογές τους όταν ενημερωθούν για τα τοπικά συστήματα φροντίδας (Παττακού – Παρασύρη Β. 2009).

Κεφάλαιο 2^ο: Μετανάστες και Υγεία

2.1 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ)

Ως μετανάστευση ορίζεται η γεωγραφική μετακίνηση πληθυσμού από μια χώρα σε άλλη οπότε και ονομάζεται εξωτερική, ενώ αντίστοιχα η μετακίνηση εντός της ίδιας χώρας ονομάζεται εσωτερική μετανάστευση. Μπορεί να είναι εθελούσια ή βίαιη, ατομική, συλλογική ή μαζική εάν πρόκειται για πολύ μεγάλους αριθμούς, κυκλική, προσωρινή ή μόνιμη.

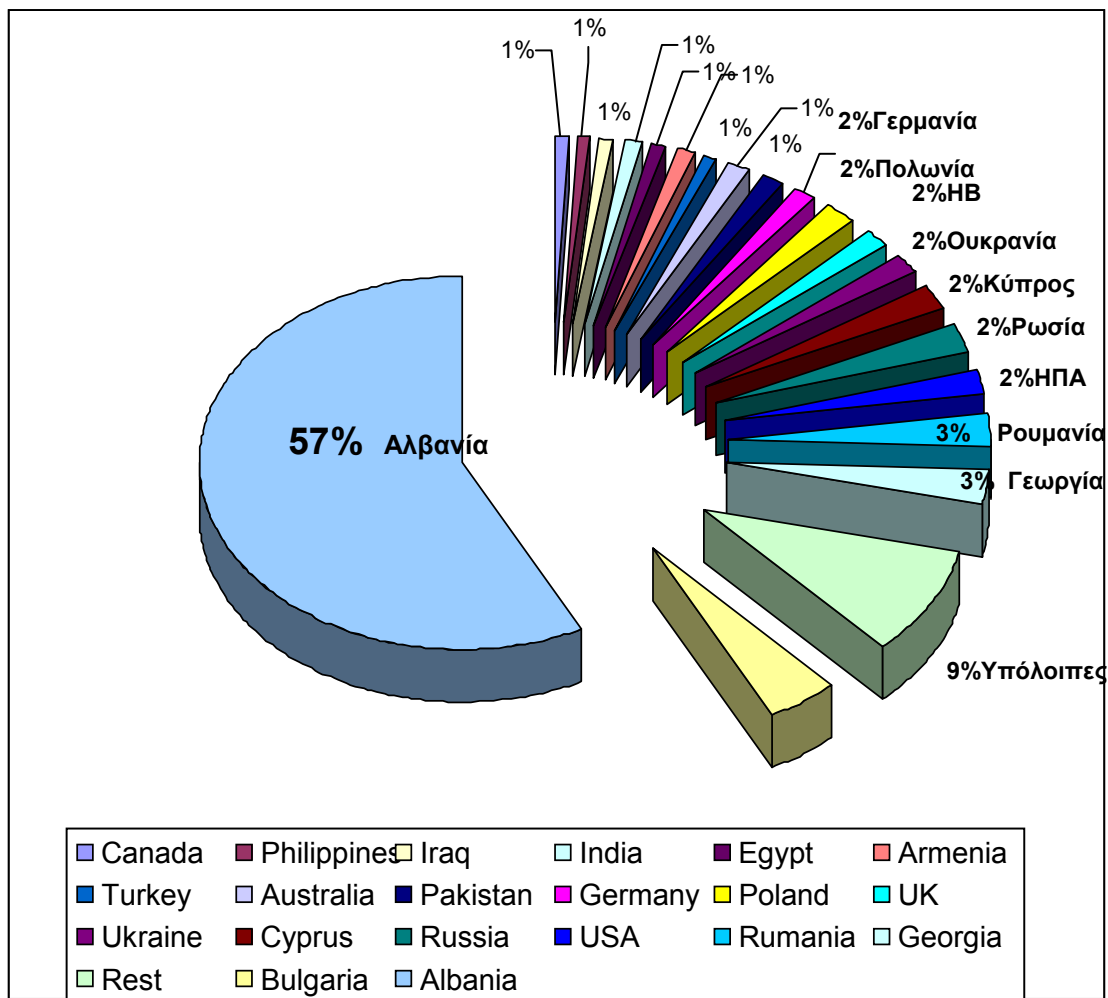
Η μετακίνηση μπορεί να γίνεται για οποιανδήποτε λόγο, να αφορά άτομο οποιαδήποτε ηλικίας και επίπεδου μόρφωσης. Σημαντική κατηγορία είναι οι πρόσφυγες οι οποίοι έχουν δικαιολογημένο φόβο δίωξης της φυλής, της θρησκείας ή της εθνικής τους προέλευση σύμφωνα με την σύμβαση του ΟΗΕ το 1951. (<http://www.unhcr.gr/> 10/9/09).

Η Ελλάδα όπως και πολλές άλλες περιοχές στη δυτική και νότια Ευρώπη, γνώρισε σημαντική εισροή μεταναστών. Οι μετανάστες διασχίζουν τα εθνικά σύνορα χωρίς να διαθέτουν πάντα νόμιμα πιστοποιητικά και εγκαθίστανται προσωρινά ή σε μακροχρόνια βάση στα Ελληνικά εδάφη. (Παπαευαγγέλου Γ, Τσίμπος Κ, 1993)

Στην Ελλάδα μετά τα τέλη της δεκαετίας του 1980 επικρατεί δραματική αύξηση στα ρεύματα αλλοδαπών από την ανατολική και κεντρική Ευρώπη αλλά και από χώρες του τρίτου κόσμου.

Στον ακόλουθο πίνακα παρατηρούμε την αύξηση της μετανάστευσης από τις γείτονες χώρες :

Πίνακας 1: Μετανάστες στην Ελλάδα κατά υπηκοότητα σε ποσοστά και απόλυτους αριθμούς. Πηγή: ΕΣΥΕ-Απογραφή 2001.



<i>Canada</i>	6049
<i>Philippines</i>	6478
<i>Iraq</i>	6936
<i>India</i>	7216
<i>Egypt</i>	7448
<i>Armenia</i>	7742
<i>Turkey</i>	7881
<i>Australia</i>	8767
<i>Pakistan</i>	11130
<i>Germany</i>	11806
<i>Poland</i>	12831

<i>UK</i>	13196
<i>Ukraine</i>	13616
<i>Cyprus</i>	17426
<i>Russia</i>	17535
<i>USA</i>	18140
<i>Rumania</i>	21494
<i>Georgia</i>	21875
<i>Bulgaria</i>	35104
<i>Albania</i>	438036
<i>Υπόλοιπες</i>	71485
Σύνολο	762191 άτομα

(ΕΣΥΕ: απογραφή πληθυσμού του 2001, www.statistics.gr, 10/9/09)

Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού, σε συνδιασμό με τη μαζική εισδοχή μεταναστών από τις χώρες του λεγόμενου τρίτου κόσμου και με την παντελή έλλειψη οργάνωσης και υποδομών για την υποδοχή τους , επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την υπάρχουσα κοινωνική πραγματικότητα στην χώρα μας. (Καψάλης Α,2005)

Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχικής νόσου ή διαταραχής ή οποία μπορεί να οδηγήσει σε άνοια, είναι η κουλτούρα του κάθε πολιτισμού.

Η *κουλτούρα* είναι για πολλούς μια ασαφής έννοια η οποία επιδέχεται πάμπολλους ορισμούς λόγω ακριβώς της αφηρημένης σύλληψής της και ανάλογα με τον τομέα τον οποίο μπορεί να προσδιορίζει ή να χρησιμοποιεί ως κριτήριο. Ένας από τους ευρύτερα αποδεχόμενους ορισμούς για την κουλτούρα (L. Kasari, 2003) είναι του Goodenough (1971) όπου ορίζει την *κουλτούρα* ως ένα σύνολο πεποιθήσεων ή επιπέδων (standards) , που μοιράζονται από ένα σύνολο ατόμων, που βοηθάνε το

άτομο να αποφασίσει τι είναι , τι μπορεί να γίνει, πώς να αισθάνεται, τι να κάνει και πώς να το επιτύχει.

Αν και σαφώς δεν εξαρτώνται τα πάντα από την κουλτούρα, επηρεάζει σημαντικά την διαμόρφωση της αντίδρασης και της συμπεριφοράς μας απέναντι σε ένα ευρύ φάσμα ερεθισμάτων και καθημερινών καταστάσεων, κάνοντας διαφορετικά άτομα να αντιδρούν πιθανόν διαφορετικά σε κοινά ερεθίσματα και αναλόγως μη-αναμενόμενα σε σχέση με το μέσο όρο. Η κουλτούρα ενός ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στο κατά πόσο εκείνο είναι έτοιμο να αντιληφθεί την κατάσταση του και να δεχτεί θεραπεία, ιδιαίτερα στην περίπτωση της άνοιας.

Είναι γνωστό ότι οι μετανάστες υπο-χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και ειδικά ψυχικής υγείας. Ένας από τους λόγους θεωρείται πως είναι η αντίληψη που μπορεί να έχει κάποιος για την ασθένεια και κατά πόσο συντρέχει ανάγκη-βάση των πεποιθήσεών τους, της κουλτούρας, των βιωμάτων τους-ιατρικής φροντίδας, δηλαδή αναγνώρισης της ασθένειας ως νόσου.

Αναφέρεται ότι 18-25% των ηλικιωμένων αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα ψυχικής υγείας τα οποία όμως όπως και τα σωματικά προβλήματα τείνουν να αυξηθούν με την αύξηση της ηλικίας. Παρόλα αυτά πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι παραλείπουν να προτρέξουν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας λόγω του φόβου του κοινωνικού αποκλεισμού και στιγματισμού (Richards, 1994).

Η κατάσταση αυτή είναι προφανές ότι επιβαρύνει την ψυχική υγεία των μεταναστών. Ο Μαδιανός (Μαδιανός Μ, 2000) αναφέρει μία σειρά θεωριών οι οποίες έχουν αναπτυχθεί για τους παράγοντες που διαδραματίζουν μικρότερο ή μεγαλύτερο ρόλο στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, όπως και της άνοιας στους μετανάστες.

Οι κυριότερες είναι οι ακόλουθες:

- Η κοινωνική απομόνωση που βιώνουν οι μετανάστες. Πολλοί ζουν μόνοι τους και νιώθουν απομονωμένοι, είτε γιατί δεν γνωρίζουν την γλώσσα της χώρας υποδοχής, είτε λόγω κάποιας εκδήλωσης ρατσισμού απέναντι τους ή ξενοφοβίας. (Δημητρίου – Παπαβασιλείου Δ, 2005)
- Το φύλλο, όπου σύμφωνα με παλαιότερες μελέτες οι γυναίκες έχουν ψηλότερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών.
- Την προδιάθεση όπου έχουν παρατηρηθεί διαφορές ανάλογα με την προέλευση των μεταναστών.
- Την ηλικία, όπου οι μικρότερες ηλικίες είναι πιο ευάλωτες στις ψυχικές ασθένειες αλλά μπορούν να προσαρμοστούν και πιο εύκολα στις νέες συνθήκες.
- Την αστυφιλία, όπου βλέπουμε πως οι μετανάστες εγκαθίστανται στο περιθώριο των αστικών κέντρων, σε πολιτισμικά υποβαθμισμένες περιοχές, γεγονός που θεωρείται παράγοντας ψυχοπαθολογίας που είναι έντονες στην δεύτερη και Τρίτη γενιά μεταναστών.
- Την κοινωνική τάξη, εφόσον θεωρείται ότι οι κατώτατες κοινωνικές τάξεις έχουν λιγότερες πιθανότητες επιτυχίας, έτσι υπόκεινται σε περισσότερα ψυχοπιεστικά μέτρα που οδηγούν σε στρες και ψυχοπαθολογία.

- Ο χρόνος παραμονής, ειδικά όταν η παραμονή είναι σε ψυχοπιεστικό περιβάλλον είναι σημαντικός παράγοντας επιβάρυνσης.
- Την πολυπαραγοντικότητα στην έκλυση ψυχοπαθολογίας και αυτό γιατί αλληλεπιδρούν και συσσωρεύονται πολλοί ψυχοπιεστικοί παράγοντες.
- Τέλος η μη ύπαρξη μίας οργανωμένης κοινότητας στην οποία το άτομο μπορεί να βρει προστασία, οδηγεί τον μετανάστη στην περιθωριοποίηση.

Από τα προαναφερθέντα προκύπτει ότι οι κυριότεροι παράγοντες για εμφάνιση ψυχικών νόσων και διαταραχών, στους μετανάστες είναι:

- ✓ Η κάθοδος στην κοινωνική ιεραρχία
- ✓ Η έλλειψη αναγνώρισης των προσόντων στον τόπο προορισμού
- ✓ Η κακή γνώση της γλώσσας του τόπου προορισμού
- ✓ Ο αποχωρισμός από κοινωνικά, θρησκευτικά, πολιτισμικά δίκτυα
- ✓ Η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη υποστήριξης
- ✓ Η προκατάληψη και οι κοινωνικές διακρίσεις
- ✓ Οι τραυματικές εμπειρίες και οι συνθήκες παρατεταμένου στρες
- ✓ Το στρες λόγω διαφοροποίησης του πολιτισμικού πλαισίου.(Μαδιανός Μ., 2000).

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να αναφερθούμε και στους συγγενείς ή φροντιστές των ασθενών από άνοια, οι οποίοι σε πολλές περιπτώσεις φροντίζουν τους δε γνωρίζουν ότι πάσχουν από την νόσο. Το να είναι κανείς φροντιστής ασθενούς με Άνοια έχει ανυπολόγιστες συνέπειες σε οικονομικό, κοινωνικό, συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο.

“Οι φροντιστές - συγγενείς αναφέρουν αισθήματα απόγνωσης σε τριπλάσια συχνότητα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, κάνουν μεγαλύτερη χρήση ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Συχνά βιώνουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση, ματαίωση, θυμό, σωματική εξασθένηση και χάνουν εύκολα την υπομονή τους. Ακόμη, αναφέρουν αϋπνία και μειωμένη ενεργητικότητα“. (Σωματείο φροντιστών – συγγενών ασθενών με νόσο Alzheimer κι άλλες μορφές άνοιας).

Επίσης σημαντική ή μάλλον κρίσιμη είναι και η θέση των παιδιών σε τέτοιες καταστάσεις που εφόσον βιώνουν την μετανάστευση έρχονται αντιμέτωποι με την νόσο της άνοιας σε αγαπημένα τους άτομα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την συναισθηματική πτώση των παιδιών αυτών ή την ψυχική ανθεκτικότητα τους. (Μόττη – Στεφανίδη στο Παπαστυλιανού Α, 2005)

2.2 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η ψυχική κατάσταση των μεταναστών γενικά θεωρείται από διάφορες έρευνες να βρίσκεται μέσα στα πλαίσια του φυσιολογικού, με κάποιους να ανεβάζουν τα ποσοστά στο 11,6% . Παρόλαυτά δεν παύουν να υφίστανται ψυχοπιεστικούς παράγοντες που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχική τους ισορροπία , παράγοντες στους οποίους δεν υπόκεινται οι μόνιμοι πολίτες του κράτους υποδοχής . Δεδομένου ότι ένας μετανάστης ή ένα λαθρομετανάστης θα επισκέφθει πολύ δύσκολα μια υπηρεσία ψυχιατρικής υποστήριξης , από παλαιότερη έρευνα προκύπτει ότι στην χώρα μας η πρόσβαση των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη είναι απογοητευτική. Οι Γιατροί του Κόσμου σε έρευνα τους αναφέρουν ότι μόνο το 6,9% των ερωτηθέντων δικαιούται θεωρητικά πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα τους αναφέρουν πως από τον Μάιο του 1997 έως και τον Μάιο του 1999 υπήρξαν 240 αιτήματα για ψυχολογική και ψυχιατρική υποστήριξη. Σε αυτά τα αιτήματα οι κυριότερες διαγνώσεις που προέκυψαν είναι 45% σωματόμορφες διαταραχές, 14% διαταραχή της διάθεσης, 29% αγχώδεις διαταραχή, 7% σχιζοφρένεια, 2% αλκοολισμό, ενώ το 3% τους επισκέφθηκε με αίτημα οικογενειακά προβλήματα, μέσα σε αυτό και γιατί κάποιος από την οικογένεια παρουσίασε άνοια. Το 8% των ασθενών είχε ιστορικό ψυχικής διαταραχής πριν την μετανάστευση και το 7% έπασχε από σχιζοφρένεια πριν την μετανάστευση. (www.msf.gr 10/9/09)

Στην δική μας έρευνα αντιλαμβάνεται κανείς ότι όχι μόνο οι μετανάστες δεν έχουν πρόσβαση στην ψυχιατρική περίθαλψη αλλά δεν είναι στην πλειοψηφία τους ενημερωμένοι σχετικά με ψυχικές ασθένειες, αλλά και με την έννοια της άνοιας.

2.3 ΔΙΚΤΥΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι μετανάστες όπως όλοι οι άνθρωποι έχουν υποχρεώσεις αλλά και δικαιώματα. Στην Ελλάδα σύμφωνα με το Νόμο του 2001⁹² οι οργανισμοί και επιχειρήσεις κοινής ωφελείας και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης υποχρεούνται να μην παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε αλλοδαπούς χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα. Πιο αναλυτικά με βάση τη νομοθεσία δεν μπορούν να νοσηλευτούν σε κρατικό δημόσιο νοσοκομείο θεραπευτήριο ή κλινική με εξαίρεση περιπτώσεις έκτακτης εισαγωγής στο νοσοκομείο ή παιδιών. Με νόμο του 2005⁹³ ανάμεσα στις προϋποθέσεις του δικαιώματος διαμονής, εξασφαλίζεται η πλήρης ασφάλιση ασθενείας για το σύνολο των κινδύνων για τους ημιδαπούς ή ομογενής. (Εμκε – Πουλοπούλου, 2007)

Η ανάπτυξη της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα έχει τονωθεί τα τελευταία χρόνια, με κοινωνικοποίηση των ασθενών και αυξημένη επιχορήγηση προγραμμάτων και ειδικά ενόψει της αναμενόμενης αύξησης των ψυχικά πασχόντων λόγω του φόβου τρομοκρατικών χτυπημάτων, έντονων κοινωνικών αλλαγών αλλά και των οικονομικών μεταναστών. (ΜΠΕ, www.health.in.gr)

Θεωρήσαμε σημαντικό να αναφερθούμε στα δίκτυα ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των μεταναστών στην Ελλάδα που πολλές φορές ενημερώνουν τους μετανάστες για διάφορα νοσήματα όπως η άνοια στον τομέα της πρόληψης.

Σημαντική είναι η συμβολή της Προληπτικής Ψυχιατρικής που, σύμφωνα με τον καθηγητή Μαδιανό (2000) , στόχο έχει τον σχεδιασμό προληπτικών μέτρων για την μείωση των επιπτώσεων-συχνότητας ,ψυχικών ασθενειών της επίπτωσής τους στο άτομο ως προς τη διάρκεια, τη βαρύτητα και την επαγγελματική αποκατάστασή του.

Τέτοια προγράμματα μπορεί να αφορούν μεταξύ άλλων screening για άτομα με υψηλό βαθμό υποψίας να εκδηλώσουν κάποια νόσο, υπηρεσίες παρέμβασης και υποστήριξης αλλά και ενημέρωσης. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι σημαντικός είναι ο συντονισμός των υπηρεσιών αλλά και των διαφορών ιδιωτικής μορφής οργανώσεων ΜΚΟ (Μη-Κυβερνητικών-Οργανισμών) αλλά και η θεσμοθέτηση ορισμένων υποστηρικτικών μέτρων.

Οι γενικότερες προσπάθειες που αφορούσαν μετακινούμενους πληθυσμούς αφορούσαν ως τώρα κυρίως πρωτογενείς άμεσες ανάγκες όπως τρόφιμα, διαμονή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

- Πρωτοστατούν οι Μη-Κυβερνητικές-Οργανώσεις όπως οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα και Γιατροί του Κόσμου με τα Πολυιατρεία που διατηρούν αλλά και άλλες όπως το Ιατρικό Κέντρο Αποκατάστασης Θυμάτων Βασανιστηρίων, το Χαμόγελο του Παιδιού κα. Τέτοιες οργανώσεις αναφέρεται ότι προσεγγίζουν με τρόπο αποδεκτό τους μετανάστες και αγκαλιάζουν ειδικότερα τα άτομα εκείνα τα οποία δεν έχουν υποστηρικτικό δίκτυο για την διατήρηση της ψυχοκοινωνικής αλλά και σωματικής τους υγείας. Ίσως ακριβώς το γεγονός ότι είναι ιδιωτικά και όχι κυβερνητικά να βοηθά στην αύξηση της εμπιστοσύνης που δείχνουν τέτοιες ευάλωτες ομάδες.
- Παράλληλα επιχειρείται κάποιος κυβερνητικός σχεδιασμός μεταξύ άλλων από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας – Δ/ση ψυχικής Υγείας αλλά και το Υπουργείο Πολιτισμού- Γενική Γραμματεία Λαϊκής Επιμόρφωσης το Υπουργείο Εργασίας-Τμήμα Απασχόλησης

Αλλοδαπών το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης-Δ/ση Αλλοδαπών και Μετανάστευσης.

- Επίσης υπάρχουν Σύλλογοι και Ομάδες μεταναστών με κάποια ισχυρή παρουσία στην Ελλάδα, όπως το Φόρουμ Αλβανών Μεταναστών, η Πακιστανική Κοινότητα Ελλάδος «Ενότητα» κα. Οι περισσότεροι έχουν επίσης διαδικτυακή παρουσία.

Σε σχέση με την ψυχική υγεία και όχι μόνο, υπάρχει προσέλευση των μεταναστών στα Πολυιατρεία των Γιατρών Χωρίς Σύνορα αλλά και των Γιατρών του Κόσμου (όπου συνήθως παρέχεται κάποια πληροφόρηση και σε γλώσσα άλλη από την Ελληνική και υπάρχει γενικά πολυπολιτισμική ευαισθητοποίηση) ή σε κέντρα όπως το Διαπολιτισμικό ιατρείο του Αιγηνιτείου Νοσοκομείου-Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Αναφέρεται επίσης η δημιουργία ενός ειδικού προγράμματος «ΨΥΧΑΔΕΛΦΕΙΑ», το οποίο απευθύνεται σε «πολιτισμικά διαφοροποιημένους πολίτες» όπως πρόσφυγες και μετανάστες. Αυτά τα κέντρα ενημερώνουν τους μετανάστες και για την νόσο της άνοιας (και άνοια τύπου Alzheimer). (Αρώνη et al, 2003) .

- Διαφοροποιημένη είναι η εικόνα για τους παλιννοστούντες και ομογενείς γενικότερα σε σχέση με την πρόσβασή τους σε δίκτυα υποστήριξης εφόσον υπάρχουν πολυάριθμες έρευνες που τους αφορούν αλλά και πολύ μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και πιθανότατα υπάρχουν πολύ πιο εκτεταμένα δίκτυα υποστήριξης αυτών των πληθυσμών πιθανότατα λόγω μεγαλύτερης επίσης ενσωμάτωσης. Ενδέχεται να επισκέπτονται σε μεγαλύτερο ποσοστό ιδιώτες ιατρούς, ψυχιάτρους ή κοινωνικούς λειτουργούς, με αποτέλεσμα την αλλοίωση της στατιστικής τους εικόνας όπως μπορεί να συμβαίνει με τους

γηγενείς-μόνιμο πληθυσμό ενώ και χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις επίσης να έχουν μεγαλύτερη συχνότητα επίσκεψης σε δωρεάν παροχής ιατροφαρμακευτικής ή δημόσιας υγείας άρα και μεγαλύτερη στατιστική παρουσία.

Τα δίκτυα αυτά εξαρτώνται πιθανότατα από τον αριθμό των ατόμων που απαρτίζουν την ομάδα αλλά και από το χρονικό διάστημα που βρίσκεται αυτή εγκατεστημένη στην Ελλάδα και κατεπέκταση η δυνατότητα γνώσης και ελιγμών μέσα στο εγκατεστημένο σύστημα. Παρόλα αυτά αποτελούν μία από της σημαντικότερες πηγές ενημέρωσης και διάγνωσης για τους μετανάστες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Στάσεις και Αντιλήψεις για την άνοια

Η τρίτη ηλικία ή αλλιώς τα γηρατειά «είναι μια νοητική κατάσταση. Καθορίζεται είτε από εξωτερικά κριτήρια όπως η χρονολογική ηλικία, ή από την προσωπική μας κρίση. Τα γηρατειά μπορούμε να τα τοποθετήσουμε σχετικά αργά στη ζωή. Μπορούμε να τα θεωρήσουμε είτε επιθυμητή είτε τρομακτική κατάσταση» (Καστενμπάουμ, 1982:15).

Ο λόγος αυτού δεν είναι η ‘παρακμή’ του ατόμου, αλλά και τα προβλήματα με τα οποία πρέπει να έρθει αντιμέτωπος. Ένα από τα σημαντικότερα θέματα που έρχεται αντιμέτωπη η τρίτη ηλικία είναι οι στερεότυπες αντιλήψεις που επικρατούν γι’ αυτή.

Η αντίληψη για τους υπερήλικες σε όλες τις κοινωνίες διαφέρει από εποχή σε εποχή και από κοινωνία σε κοινωνία. Κάθε κοινωνία και σε κάθε στάδιο της εξέλιξης της προσδιορίζει τις υποχρεώσεις που κάθε ηλικία συνεπάγεται, τις συμπεριφορές που της αρμόζουν και την πολιτική η οποία την αφορά. Στη κοινωνία που ζούμε, σχηματίζουμε γνώμες και αξιολογούμε τους άλλους. Η αντίληψη για τα πρόσωπα αποτελεί μέρος του γενικότερου θέματος της αντίληψης.

Η ηλικία αντιπροσωπεύει την μοναδική διάσταση από την οποία περνάμε όλοι δηλαδή για παράδειγμα ο ρατσισμός που δέχεται κάποιος επειδή ανήκει στην κατηγορία “μαύρος” δεν μπορεί να αλλάξει και να γίνει κατηγορία “λευκός”, αντίστοιχα μια “γυναικά” δεν μπορεί να γίνει “άντρας” ή το αντίστροφο. Κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει με την ηλικία αφού όλοι μας σχεδόν περνάμε από κάθε φάση της, από νέοι γινόμαστε ενήλικες κ.λ.π.

Η γεροντική ηλικία αρχίζει να απασχολεί την κοινωνία μετά το Β’ παγκόσμιο πόλεμο, την περίοδο αυτή αμφισβητούνται τα όσα μέχρι εκείνον τον καιρό

πρέσβευαν οι ηλικιωμένοι. Οι αλλαγές αυτές οφείλονται κυρίως λόγω της εκβιομηχάνισης της κοινωνίας καθώς και της συγκέντρωσης μεγάλου πληθυσμού στις πόλεις. Η βιολογική μελέτη του γήρατος απασχολεί μόλις στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, οπότεν και εμφανίζεται ο όρος γεροντολογία, ενώ η κοινωνική μελέτη του γήρατος απασχολεί μετά το 1950.

«Σε παλαιότερες κοινωνικές μορφές στους γέροντες αποδίδονταν κατά κανόνα μεγάλος σεβασμός. Οι «πρεσβύτεροι»- οι παλαιότερες ηλικίες- είχαν συνήθως βαρύνοντα, συχνά μάλιστα τον τελευταίο λόγο, σε θέματα που ήταν σημαντικά για την κοινότητα. Στις οικογένειες το κύρος τόσο των αντρών όσο και των γυναικών αυξάνονταν συχνά με την ηλικία. Στις βιομηχανικές, αντίθετα, κοινωνίες οι γέροντες τείνουν να μην έχουν κύρος τόσο στην οικογένεια όσο και στην ευρύτερη κοινότητα. Όταν βγουν στην σύνταξη από την εργασία τους μπορεί να είναι και φτωχότεροι από πριν. Την ίδια στιγμή σημειώθηκε μια μεγάλη αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού ηλικίας πάνω από τα εξήντα πέντε χρόνια.» Giddens, 2002:σελ 96

«Η αντίληψη για τους υπερήλικες σε όλες τις κοινωνίες είναι:

- ✓ Σε όλες τις κοινωνίες κάποιοι άνθρωποι κατατάσσονται ως υπερήλικες και αντιμετωπίζονται διαφορετικά λόγω της κατάταξης αυτής.
- ✓ Οι περισσότεροι άνθρωποι που προσδιορίζονται ως υπερήλικες τείνουν να μετακινηθούν προς ρόλους με λιγότερη κινητικότητα, περισσότεροι εποπτικούς ή συμβουλευτικούς, οι οποίοι απαιτούν λιγότερη φυσική προσπάθεια και αποβλέπουν περισσότερο στην διατήρηση του συλλογικού πνεύματος και λιγότερο στην οικονομική παραγωγή.

- ✓ Σε όλες τις κοινωνίες, κάποιοι υπερήλικες εξακολουθούν να δραστηριοποιούνται ως πολιτικοί, δικαστικοί ή κοινωνικοί ηγέτες.
- ✓ Σε όλες τις κοινωνίες, τα ήθη επιβάλουν κάποια αμοιβαία ευθύνη μεταξύ των υπερηλίκων και των ενήλικων παιδιών τους.
- ✓ Όλες οι κοινωνίες αποδίδουν αξία στην ζωή και αποβλέπουν στην επιμήκυνση της, ακόμα και όταν πρόκειται για την ζωή υπερηλίκων.» Μουσουρου ,2005:σελ 107

1. Ο αγγλικός όρος attitude, που σημαίνει **στάση** έχει δύο έννοιες. Έχει την έννοια της ικανότητας ή της προσαρμοστικότητας και της σωματικής ή νοητικής κατάστασης προετοιμασίας για δράση (Ναυρίδης, 1994).
2. Από κοινωνιολογική σκοπιά : «Το σύνολο των στάσεων είναι το πλαίσιο αναφοράς και αναγωγής του προσώπου. Η διαμόρφωση κάθε στάσης ανάγεται σε ορισμένες εμπειρίες, οι οποίες μπορεί να είναι μοναδικές, απόλυτα προσωπικές και ιδιόμορφες, με αποτέλεσμα να περιορίζονται στη στενή προσωπική ιστορία του ατόμου, συνήθως όμως βρίσκεται σε συνάρτηση με μια κοινή ομαδική εμπειρία ενός ευρύτερου κοινωνικού μορφώματος» (Φιλίας, 1994:107).

Κατά την εξελικτική ψυχολογία: «**Αντίληψη** είναι η διαδικασία μέσω της οποίας οι πληροφορίες που έρχονται από το περιβάλλον ερμηνεύονται για να σχηματίσουν αντικείμενα, γεγονότα εικόνες, ήχους προτάσεις κ.λ.π.» Βοσνιάδου, 2005: σελ 147

➤ «Προκατάληψη: η αρνητική στάση απέναντι σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων. Αυτή η στάση βασίζεται σε αρνητικά χαρακτηριστικά που υποτίθεται εκδηλώνουν καθ' ομοίωμο τρόπο όλα τα μέλη της ομάδας αυτής. Η αδυναμία αντιμετώπισης των ανθρώπων ως ατόμων με ιδιαίτερα και ξεχωριστά χαρακτηριστικά και η

μεταχείριση τους ως μελών τα οποία κατέχουν τα υποτιθέμενα στερεότυπα της κοινωνικά ή φυλετικά προσδιορισμένης ομάδας τους.» Slater, 2003:σελ 47-48

➤ *«Διάκριση: η άνιση μεταχείριση ατόμων ή ομάδων η οποία βασίζεται σε αυθαίρετα χαρακτηριστικά όπως η φυλή το φύλο, η εθνικότητα, το πολιτιστικό υπόβαθρο κλπ.»*

Slater, 2003:σελ 48

➤ Ο όρος στερεότυπο, υπό τη σύγχρονη έννοια της ψυχολογίας, χρησιμοποιήθηκε αρχικά από Walter Lippmann. Σύμφωνα με τον Lippmann υποστηρίζει ότι αντί να ασχολούμαστε με τον περίπλοκο πραγματικό κόσμο γύρω μας, δημιουργούμε γνωστικές απλοποιήσεις- τα στερεότυπα- για να μας καθοδηγούν στο πώς να αντιλαμβανόμαστε τους ανθρώπους γύρω μας και πώς να επεξεργαζόμαστε τις κοινωνικές πληροφορίες.» Θα λέγαμε λοιπόν ότι ένα στερεότυπο είναι μια γενικευμένη αντίληψη που μπορούν να υποκινήσουν την προκατάληψη και τις ψεύτικες υποθέσεις για ολόκληρες ομάδες ανθρώπων, όπως για παράδειγμα τα μέλη των διαφορετικών εθνικών ομάδων, των κοινωνικών τάξεων, των θρησκευτικών διαταγών, του αντίθετου φύλου, κ.λπ. Ένα στερεότυπο μπορεί να είναι μια συμβατική και υπεραπλουστευμένη αντίληψη, μια άποψη, ή μια εικόνα, βασισμένη στην υπόθεση ότι υπάρχουν ιδιότητες που τα μέλη της «άλλης ομάδας» έχουν από κοινού.

➤ Ο Στιγματισμός, ως κοινωνικό κατασκεύασμα, αρχικά δόθηκε σαν ορισμός από τον Erving Goffman (1963). Το πρόσωπο που δεχόταν στίγματισμό «δεν είναι αρκετά ανθρώπινο» ή είναι «μιάσμα». Η κατωτερότητα και ο κίνδυνος που περιέβαλλε το πρόσωπο προκαλούσε την εχθρότητα στους άλλους που διέφεραν από αυτόν. Επομένως, το πρόσωπο στιγματιζόταν από την κοινωνία. Ο στιγματισμός συνδέεται με την υποτίμηση ενός προσώπου επειδή είναι διαφορετικός. Ο στιγματισμός μπορεί να ισχύει σε μια κοινωνία και όχι σε κάποια άλλη. Η διάκριση ή ο στιγματισμός είναι

ιδιαίτερα εύκολο να οριστεί στους ηλικιωμένους επειδή είναι πλήρως αναγνωρισμένοι.

➤ Ο όρος Ageism επινοήθηκε το 1969 από τον Robert Butler για να περιγράψει τη διάκριση που συνοδεύει τους ηλικιωμένους και είναι βασισμένη στην διάκριση των ατόμων αυτών λόγω της μεγάλης τους ηλικίας. Σύμφωνα με Campbell (1989), το ageism είναι τα στερεότυπα για τους ηλικιωμένους, που βασίζεται αποκλειστικά στην ηλικία τους, δημιουργώντας αρνητικές προσδοκίες, διακρίσεις σε βάρος τους, και αποφυγή για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

Οι προκαταλήψεις για την ηλικία είναι μια από τις πιο γνωστές και κοινωνικά αποδεκτές, για αυτό ίσως αποτελεί την αιτία παράβλεψής τους από τους ερευνητές. Στην πιο δύσκολη θέση βρίσκονται οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από άνοια οι οποίοι καλούνται να ξεπεράσουν το διπλό στίγμα της ηλικίας και της πάθησής τους (Slater, 2003).

Ένα σοβαρό εμπόδιο στην αναγνώριση της νόσου είναι το στίγμα. Το στίγμα εμπεριέχει μέσα του τρία στοιχεία: τα στερεότυπα, την προκατάληψη και τη διάκριση. Και τα τρία αποτελούν στοιχεία που θα τα βρούμε στην αντιμετώπιση της νόσου (Slater, 2003).

Η προκατάληψη είναι η αρνητική στάση απέναντι σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων. Η συγκεκριμένη αρνητική στάση βασίζεται σε υποτιθέμενα αρνητικά χαρακτηριστικά που με ομοιόμορφο τρόπο εκδηλώνουν τα μέλη της ομάδας αυτής (Slater, 2003).

Τα στερεότυπα, για συγκεκριμένες ομάδες, αφορούν το τι πιστεύουν οι άλλοι ότι χαρακτηρίζει μια κατηγορία ή μια ομάδα πληθυσμού. Σύμφωνα με τους κοινωνικούς ερευνητές τα στερεότυπα αποτυπώνουν τα γνωστικά στοιχεία της στάσης (Palacios C.S., et al., 2008).

Μια στάση που αφορά τη νόσο Alzheimer είναι αυτό που πιστεύει σε ευρεία κλίμακα ο κόσμος, ότι δηλαδή τα προβλήματα μνήμης ή άλλα πρόωρα σημάδια για την νόσο Alzheimer, τα οποία αφορούν και τα πρώτα στάδια της νόσου, θεωρούνται φυσιολογικά σημάδια της ηλικίας (Werner P. & Giveon M.S., 2008).

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις για συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού έχουν σαν συνέπεια τις διακρίσεις εις βάρος αυτών των ομάδων. Η διάκριση αφορά την άνιση μεταχείριση ατόμων ή ομάδων η οποία βασίζεται σε αυθαίρετα χαρακτηριστικά όπως η φυλή, το φύλο, η εθνικότητα, η ηλικία, το πολιτιστικό υπόβαθρο, κλπ. (Slater, 2003).

Για τις διακρίσεις που οφείλονται στην ηλικία επινοήθηκε το 1969 από τον Robert Butler ο όρος 'ageism' προκειμένου να περιγράψει τη διάκριση που συνοδεύει τους ηλικιωμένους και βασίζεται στις διακρίσεις των ατόμων αυτών λόγω της μεγάλης τους ηλικίας. Σύμφωνα με τον Campbell (1989), ο όρος 'ageism' είναι τα στερεότυπα για τους ηλικιωμένους, που βασίζονται αποκλειστικά στην ηλικία τους, δημιουργώντας αρνητικές προσδοκίες, διακρίσεις σε βάρος τους, και αποφυγή για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Οι Palacios et al., (2008) στη ανασκόπηση της μελέτης τους για την ηλικία αναφέρουν ότι ο όρος 'ageism' έχει ένα αρνητικό περιεχόμενο σε σχέση με τη προσωπικότητα, τα χαρακτηριστικά του καθενός, το προσανατολισμό της κοινωνίας (π.χ. ηλικιωμένος σημαίνει μοναξιά), έλλειψη συναισθηματικότητας, τη σεξουαλικότητα, την υγεία, με τις γνωστικές λειτουργίες, σε σχέση με τα ενδιαφέροντα (π.χ. χόμπυ).

Προβλήματα / δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε

Το θέμα της πτυχιακής το επιλέξαμε έπειτα από διεξοδική συζήτηση με την υπεύθυνη καθηγήτρια μας. Αρχικά σκοπός της έρευνας και αυτό το οποίο μας οδήγησε και το επιλέξαμε, ήταν το ότι θα επικεντρωνόμασταν στις στάσεις και τις αντιλήψεις των μεταναστών Νομού Ηρακλείου και Σερρών απέναντι στην άνοια αλλά και το προφίλ των ηλικιωμένων μεταναστών.

Δυστυχώς η εύρεση 100 μεταναστών άνω των 65 ετών ήταν ακατόρθωτή με αποτέλεσμα να επικεντρωθούμε στις στάσεις και τις αντιλήψεις μεταναστών και Ελλήνων απέναντι στην άνοια ηλικίας 20 έως 65 ετών. Η αναζήτηση του μεταναστευτικού πληθυσμού στο κομμάτι της έρευνας είχε αρκετές δυσκολίες εφόσον τα μέρη που μπορούσαμε να βρούμε σεβαστό αριθμό δείγματος ήταν ελάχιστα. Πολύτιμη ήταν η συνεργασία που είχαμε με τον σύλλογο Αλβανοφώνων Ηρακλείου, καθώς και τα εσπερινά μαθήματα εκμάθησης Ελληνικής γλώσσας στα οποία πολλοί μετανάστες διαφορετικών εθνικοτήτων παρακολουθούσαν με προθυμία μας δέχτηκε και συμπληρώθηκαν αρκετά ερωτηματολόγια. Δυσκολία επίσης αντιμετωπίσαμε στην συμπλήρωση ερωτηματολογίων η οποία γινόταν από εμάς εφόσον οι πλειοψηφία των μεταναστών δεν ήξερε να γράφει Ελληνικά. Επίσης υπήρχε καθυστέρηση στο να μπορέσουμε να εξηγήσουμε κάποιες λέξεις τις οποίες αγνοούσε το δείγμα, συγκεκριμένα σχεδόν όλοι αγνοούσαν την λέξη «κατατρεγμένος» την οποία εξηγήσαμε ως αυτόν που νιώθει πως το κυνηγεί αυτή η κατάσταση. Μια άλλη λέξη που χρειάστηκε να την διευκρινίσουμε ήταν η λέξη «συμπόνια» την οποία εξηγήσαμε ως λύπησή προς των νοσούντα. Άλλη μία δυσκολία με την οποία ήρθαμε αντιμέτωποι στο θεωρητικό μέρος της εργασίας μας ήταν η εύρεση βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα ελάχιστα συγγράμματα αναφέρονται στην υγεία και τους μετανάστες καθώς και ότι τους αφορά στο τομέα της ενημέρωσης. Η δυσκολία αυτή μας καθυστέρησε αρκετά στην ολοκλήρωση της συγγραφής του θεωρητικού μέρους.

ΜΕΡΟΣ Β' Η ΕΡΕΥΝΑ

B.1 Η ΕΡΕΥΝΑ ΜΑΣ...

1.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΤΑΔΙΑ

Η υλοποιηθείσα έρευνα σχεδιάστηκε σε όλες της τις φάσεις ακολουθώντας συγκεκριμένα και προδιαγεγραμμένα στάδια, τα οποία καθόρισαν τα πλαίσια δράσης και τη μεθοδολογία του ερευνητικού εγχειρήματος και αναλύονται ως ακολούθως:

ΣΤΑΔΙΟ ΠΡΩΤΟ: Προσδιορισμός του αντικειμένου της έρευνας

Η παρούσα έρευνα εστιάστηκε στο βαθμό αναγνωρισιμότητας της νόσου Alzheimer από τον «υγιή» πληθυσμό, Ελλήνων και μεταναστών στις στάσεις και στα συναισθήματα που αυτή προκαλεί, καθώς και στις παραμέτρους που τα επηρεάζουν.

ΣΤΑΔΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: Καθορισμός του αντικειμενικού σκοπού της έρευνας και των υποθέσεων εργασίας

Η παρούσα έρευνα, συντονισμένη σε επίπεδο πτυχιακής εργασίας, σκοπεύει αφενός στη δημογραφική διερεύνηση των συναισθημάτων και των στάσεων απέναντι στη νόσο Alzheimer, καθώς και στην εξέταση της υποτιθέμενης προβλεπόμενης γραμμικής σχέσης συσχέτισης μεταξύ της γενικότερης στάσης απέναντι στην Τρίτη Ηλικία και τη νόσο μεταξύ Ελλήνων και μεταναστών. Απώτερος στόχος θεωρείται η ενδεχόμενη διατύπωση με όρους στατιστικής συμπερασματολογίας ενός προβλεπτικού μοντέλου ταξινόμησης των ατόμων στα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους που εγείρει η νόσος, ανάλογα με τη φόρτιση των συναισθημάτων τους προς την Τρίτη Ηλικία και η ερμηνεία του.

ΣΤΑΔΙΟ ΤΡΙΤΟ: Διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων

Οι σαφείς ερευνητικές υποθέσεις για τον έλεγχο των οποίων σχεδιάζεται η έρευνα και προετοιμάζονται τα δεδομένα είναι οι εξής:

ΥΠΟΘΕΣΗ 1: Υπάρχει διαφοροποίηση στα συναισθήματα και το βαθμό ανησυχίας που προκαλεί η νόσος Alzheimer, καθώς και στη στάση προς την Τρίτη Ηλικία ως προς το φύλο.

ΥΠΟΘΕΣΗ 2: Υπάρχει διαφοροποίηση στα συναισθήματα και το βαθμό ανησυχίας που προκαλεί η νόσος Alzheimer, καθώς και στη στάση προς την Τρίτη Ηλικία ως προς την εθνικότητα.

ΥΠΟΘΕΣΗ 3: Υπάρχει διαφοροποίηση στα συναισθήματα και το βαθμό ανησυχίας που προκαλεί η νόσος Alzheimer, καθώς και στη στάση προς την Τρίτη Ηλικία ως προς την ύπαρξη τέκνων.

ΥΠΟΘΕΣΗ 4: Τα άτομα που γνωρίζουν κάποιον ασθενή με Alzheimer διατηρούν θετικότερα συναισθήματα ως προς τη νόσο.

ΥΠΟΘΕΣΗ 5: Υπάρχει διαφοροποίηση στα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος Alzheimer, στην ανησυχία που προκαλεί η νόσος και στη στάση προς την Τρίτη Ηλικία ως προς τον τόπο κατοικίας των τέκνων.

ΥΠΟΘΕΣΗ 6: Όσο μεγαλύτερη ηλικία έχουν οι συμμετέχοντες, τόσο μεγαλύτερη ανησυχία επιδεικνύουν ως τη νόσο και τόσο θετικότερη στάση διατηρούν ως προς την Τρίτη Ηλικία.

ΥΠΟΘΕΣΗ 7: Υπάρχει ένα προβλεπτικό μοντέλο γραμμικής σχέσης μεταξύ της στάσης προς την Τρίτη Ηλικία και τα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος Alzheimer.

ΣΤΑΔΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: Καθορισμός του πληθυσμού και του πεδίου έρευνας

Το δείγμα στο οποίο βασίστηκε η συλλογή δεδομένων προέκυψε από τυχαία δειγματοληψία σε δύο γενικούς πληθυσμούς, Έλληνες και αλλοδαπούς (μετανάστες), οι οποίοι εντοπίζονται σε δύο διαφορετικά γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδας (σε Ανατολική Μακεδονία, και ειδικότερα στο νομό Σερρών και σε Κρήτη-Νομό Ηρακλείου).

ΣΤΑΔΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: Σύνταξη του ερωτηματολογίου και χρήση του

Το ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στον παραπάνω πληθυσμό (ερευνητικό δείγμα) έχει στο παρελθόν δοκιμαστεί από την επιβλέπουσα καθηγήτρια, κα Β. Παττακού ως προς τους δείκτες εσωτερικής του συνοχής. Επομένως, η δοκιμή ενός πιλοτικού ερωτηματολογίου, επανασχεδιασμός του υπάρχοντος και τροποποίησή του δεν κρίθηκε απαραίτητη. Περισσότερες πληροφορίες για τη διάρθρωση και φύση του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται αναλυτικά σε επόμενες ενότητες, ενώ το ερωτηματολόγιο επισυνάπτεται στο Παράρτημα III.

ΣΤΑΔΙΟ ΕΚΤΟ: Χορήγηση ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε δύο διαφορετικούς πληθυσμούς (Έλληνες και αλλοδαπούς), που διέμεναν σε δύο διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές (Ανατολική Μακεδονία και Κρήτη). Η χορήγηση του ερωτηματολογίου και η συλλογή δεδομένων διήρκησε τέσσερις (4) μήνες, από το Νοέμβριο του 2008, μέχρι το Μάρτιο του 2009. Ειδικά για το δείγμα των αλλοδαπών, το ερωτηματολόγιο αναγνώστηκε στους συμμετέχοντες, εξασφαλίζοντας την πλήρη κατανόηση του περιεχομένου των ερωτήσεων, προσφέροντας παράλληλα ερμηνείες για γλωσσικούς όρους που φαίνεται να προκαλούσαν ανησυχία και δυσκολίες κατανόησης στους συμμετέχοντες.

Επιπλέον, σε μέρος του δείγματος των αλλοδαπών, οι απαντήσεις συμπληρώνονταν από τους ερευνητές, κατόπιν προφορικής διατύπωσης των συμμετεχόντων, επιλύοντας προβλήματα και αντικειμενικές δυσκολίες εκφοράς γραπτού λόγου από τους αλλοδαπούς.

ΣΤΑΔΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: Στατιστική επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS (Statistical Package for Social Sciences - Στατιστικό Πακέτο Κοινωνικών Επιστημών), έκδοση 12.5. Τα δεδομένα ελέγχθηκαν για την κανονικότητά τους βάσει συγκεκριμένων τεχνικών, οι οποίες καθόρισαν και τα στατιστικά τεστ που επιτρέπονται να χρησιμοποιηθούν. Αποδείχτηκε πως οι κατανομές δεν είναι κανονικές. Επομένως, δεν μπορούμε να εφαρμόσουμε t-test ή οποιοδήποτε άλλο παραμετρικό τεστ, που απαιτεί κανονικότητα κατανομών. Αυτό θα ήταν μεγάλο λάθος και από τα βασικά της Στατιστικής. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιούμε τα αντίστοιχα μη-παραμετρικά τεστ (στην περίπτωση του t-test το αντίστοιχο μη-παραμετρικό είναι το Mann-Whitney τεστ). Πλήθος προϋπάρχουσων μεταβλητών τροποποιήθηκε, ενώ νέες μεταβλητές κατασκευάστηκαν, επιτρέποντας τον έλεγχο των διατυπωμένων ερευνητικών υποθέσεων.

1.2. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1.2.1 Παρουσίαση ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα III) διαρθρώνεται σε έξι (6) μεμονωμένες σελίδες, περιλαμβάνοντας τόσο τις κατεξοχήν ερευνητικές μεταβλητές, όσο και μία αρχική, πρώτη επεξηγηματική σελίδα, στην οποία αναγράφονται πληροφορίες για την έρευνα, χωρίς να δίνονται, ωστόσο, περισσότερες συγκεκριμένες πληροφορίες για τις ερευνητικές υποθέσεις, προκειμένου να προβλεφθεί και να αντιμετωπιστεί η τάση του δείγματος για κοινωνική συμμόρφωση και προκειμένου να μην επηρεαστούν οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, ανάλογα με τις προσδοκίες του ερευνητή.

1.2.2. Παρουσίαση των μεταβλητών του ερωτηματολογίου / κωδικοποίηση ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από πενήντα τέσσερις (54) μεταβλητές-ερωτήσεις, στις οποίες περιλαμβάνονται ανοικτές ερωτήσεις, ερωτήσεις δυαδικής και πολλαπλής επιλογής, καθώς και ερωτήσεις συσσωρευτικής κλίμακας του Likert, τεσσάρων και πέντε σημείων.

Η πρώτη ανοικτή ερώτηση διερευνά τη δυνατότητα αναγνώρισης της νόσου Alzheimer [άτυπη ερώτηση (διαφορο-)διάγνωσης], βάσει μίας περιγραφής από την καθημερινότητα ενός πάσχοντος ατόμου. Η ερώτηση επιτρέπει τη διατύπωση οποιασδήποτε γνώμης-εκτίμησης της περιγραφόμενης κατάστασης, ωστόσο η κάθε απάντηση κωδικοποιείται στο SPSS για τη μεταφορά της σε ένα περιγραφικό σύστημα απαντήσεων τεσσάρων σημείων. Η κωδικοποίηση αυτή εξυπηρετεί

περιγραφικές σκοπιμότητες ευκολίας στη διερεύνηση του εύρους των δοσμένων απαντήσεων.

Οι επόμενες δέκα έξι (16) ερωτήσεις-μεταβλητές του ερωτηματολογίου αναφέρονται σε συναισθηματικές αντιδράσεις που προκαλεί η επαφή με ένα άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer. Οι ερωτήσεις ακολουθούν τη μορφή της συσσωρευτικής κλίμακας Likert πέντε σημείων, όπου η απάντηση «Καθόλου» προσδίδει 0 μονάδες στη βαθμολογία του κάθε ερωτούμενου, η απάντηση «Λίγο» προσδίδει 1 μονάδα, η απάντηση «Αρκετά» προσδίδει 2 μονάδες, η απάντηση «Πολύ» προσδίδει 3 μονάδες και, τέλος, η απάντηση «Υπερβολικά» προσδίδει 4 μονάδες. Σκοπός της βαθμολόγησης είναι η δημιουργία ενός αθροιστικού τελικού σκορ, το οποίο να δύναται να περιγράψει ποσοτικά τα γενικά συναισθήματα των συμμετεχόντων προς τη νόσο.

Οι επόμενες τρεις (3) ερωτήσεις διερευνούν το βαθμό ανησυχίας που εγείρει η σκέψη προσβολής από τη νόσο Alzheimer. Όπως και με την προηγούμενη δέσμη ερωτήσεων, οι συγκεκριμένες ακολουθούν τη μορφή της συσσωρευτικής κλίμακας Likert τεσσάρων σημείων, όπου οι απαντήσεις κωδικοποιούνται σε τιμές με εύρος κυμαινόμενο από 0 έως 3. Με τις ερωτήσεις αυτές, θα μπορέσει να κατασκευαστεί μία νέα αθροιστική βαθμολογιών μεταβλητή-παράγοντας (factor), που θα μπορεί να περιγράψει ποσοτικά το βαθμό ανησυχίας που βιώνουν οι συμμετέχοντες στη σκέψη-πιθανότητα προσβολής τους από τη νόσο.

Οι επόμενες είκοσι (20) ερωτήσεις διερευνούν τη γενική στάση απέναντι στην τρίτη ηλικία. Οι τιμές που παίρνουν οι απαντήσεις είναι «συμφωνώ απόλυτα», «συμφωνώ», «διαφωνώ» και «διαφωνώ απόλυτα».

Τέλος, οι υπόλοιπες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αναφέρονται σε δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, τόπο καταβολής, έτη

εκπαίδευσης, εγγύτητα με πάσχον άτομο κ.ά.), οι οποίες σε επίπεδο στατιστικής ανάλυσης λειτουργούν ως μεταβλητές ελέγχου και κατάταξης (grouping variables) για το στατιστικό έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων. Οι περισσότερες από τις ερωτήσεις αυτές είναι αποτυπωμένες δομικά υπό μορφής δυαδικής επιλογής, όπου η εμφάνιση κάποιου χαρακτηριστικού (π.χ. άνδρας) κωδικοποιείται με «1», ενώ η έλλειψη του ίδιου χαρακτηριστικού κωδικοποιείται με «0».

Η φύση, ωστόσο, ορισμένων ερωτήσεων και η στατιστική τους χρησιμότητα σε επίπεδο πρακτικό, αλλά και ποιοτικό-εννοιολογικό απαιτεί τόσο την τροποποίηση ορισμένων μεταβλητών, αλλά και τον υπολογισμό νέων. Αυτή η απαραίτητη και στατιστικά θεμελιώδης τροποποίηση των δεδομένων περιγράφεται αναλυτικά στη συνέχεια, στην ενότητα της Μεθοδολογίας.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Επεξεργασία, τροποποίηση και δημιουργία νέων μεταβλητών

Βασικό μέλημα ως παρεμβατική διόρθωση των υπαρχουσών ερωτήσεων στο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες είναι η απόδοση όμοιας φοράς στην εννοιολογική φόρτιση των ερωτήσεων, ώστε να υπάρχει ομοιογένεια στα επίπεδα της κλίμακας Likert. Σκοπός είναι η αναστροφή (inverse) της φοράς των επιπέδων ορισμένων μεταβλητών, ώστε στη συνολική βαθμολογία του κάθε συμμετέχοντα, οι χαμηλές τιμές να δηλώνουν θετικά συναισθήματα προς τη νόσο και το πάσχον άτομο, έλλειψη ανησυχίας για τη νοσηρότητα και θετικά συναισθήματα προς την Τρίτη ηλικία. Όπως παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 1), στο αρχικό ερωτηματολόγιο, η «Καθόλου» απάντηση στην ερώτηση 4 της πρώτης ενότητας του ερωτηματολογίου («Πόση συμπόνια σάς προκαλεί το ηλικιωμένο άτομο του παραδείγματος»), η οποία λαμβάνει την τιμή «0», δεν περιγράφει ποιοτικά την ίδια φορά συναισθήματος που λαμβάνει η όμοια κωδικοποίηση με «0» της απάντησης «Καθόλου» στην ερώτηση 3 της ίδιας ενότητας («Πόσο θυμό σάς προκαλεί το ηλικιωμένο άτομο του παραδείγματος»). Οι ερωτήσεις που τροποποιήθηκαν (με τη μέθοδο recode – βλ. Παράρτημα ΙΙ) συμπεριλαμβάνονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 1

Τροποποίηση-ομοιογενοποίηση φοράς ερωτήσεων

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Υπερβολικά
Κωδικοποίηση-απόδοση τιμής	0	1	2	3	4
Στόχος διαδικασίας τροποποίησης:	+ ————— - θετικό συναίσθημα χαμηλή ένταση ανησυχίας θετική στάση			- ————— + αρνητικό συναίσθημα υψηλή ένταση ανησυχίας αρνητική στάση	

Πίνακας 2
Ερωτήσεις που τροποποιήθηκαν και η φορά τους

Ενότητα Ερωτηματολόγιου	Ερωτήσεις	Μορφή τροποποίησης- φορά
1 ^η : Συναισθήματα προς Alzheimer	4, 6, 14, 16	Τιμή 0 σε 4, 1 σε 3, 2 σε 2, 3 σε 1 και 4 σε 0
2 ^η : Ένταση ανησυχίας	καμία	Καμία
3 ^η : Στάση προς Γ' Ηλικία	2, 5, 6, 8, 14, 17, 20	Τιμή 0 σε 3, 1 σε 2, 2 σε 1 και 3 σε 0

Εν συνεχεία, και προκειμένου να ερευνηθούν οι υποθέσεις που τίθενται αναφορικά με το σκοπό της έρευνας, δημιουργήθηκαν τρεις νέες μεταβλητές, κάθε μία από τις οποίες περιγράφει και έναν διαφορετικό ερευνητικό παράγοντα (factor). Οι νέες μεταβλητές αφορούν: α) στα γενικά συναισθήματα που αναπτύσσονται λόγω της νόσου Alzheimer και προκύπτει από το άθροισμα των τιμών που έλαβε ο κάθε υποψήφιος στις 16 ερωτήσεις της πρώτης ενότητας, β) στο γενικό βαθμό ανησυχίας που εγείρει η πιθανότητας προσβολής από τη νόσο και προκύπτει από το άθροισμα των τιμών των 3 ερωτήσεων της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολόγιου και γ) στη γενική στάση απέναντι στην Γ' Ηλικία, η οποία προκύπτει αθροιστικά από τις τιμές των 20 ερωτήσεων της τρίτης ενότητας του ερωτηματολόγιου. Για τον τρίτο ερευνητικό παράγοντα και δεδομένου ότι η εννοιολογική του ετικέτα «στάση απέναντι στην Γ' ηλικία» είναι ιδιαίτερα γενική και μοιραία εμπεριέχει ένα φάσμα σημαντικών υπο-κλιμάκων, αναφερόμενες σε διαφορετικά ποιοτικά ερευνούμενα στοιχεία, δημιουργήθηκαν εννέα υπο-κλίμακες, καλύπτουσες συναισθήματα και ειδικές στάσεις προς την Γ' ηλικία. Στον Πίνακα 2β περιγράφονται οι συγκεκριμένες υπο-κλίμακες.

Πίνακας 2β
Υπο-κλίμακες τρίτου ερευνητικού παράγοντα

Εννοιολογικές δεσμίδες	Μεταβλητές	Ερωτήσεις τρίτου παράγοντα
Συναισθήματα	Κοινωνικός Τομέας	4, 6, 14, 16
	Επιθετικός Τομέας	3, 10, 13, 15
	Άγχος	1, 2, 7
	Αποδοχής	11, 12
	Απόρριψη	5, 8, 9
Ειδικές στάσεις	Φόβος γηρατειών	1, 3, 10, 13, 19
	Ψυχολογικές ανησυχίες	5, 7, 11, 16, 18
	Ανησυχία για σωματική εμφάνιση	4, 9, 12, 15, 20
	Φόβος απωλειών	2, 6, 8, 14, 17

Για τον υπολογισμό των νέων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι τροποποιημένες-ομοιογενοποιημένες ερωτήσεις που περιγράφονται παραπάνω. Όπως προκύπτει και από τον Πίνακα 1, οι χαμηλότερες βαθμολογίες στους τρεις ερευνητικούς παράγοντες, και αναφορικά με το περιεχόμενό τους, δηλώνουν θετικότερα συναισθήματα προς το πάσχον με Alzheimer άτομο, μικρότερη ανησυχία προσβολής από τη νόσο και θετικότερη στάση προς την Γ' ηλικία.

Πέρα από τους τρεις ερευνητικούς παράγοντες, δημιουργήθηκαν και οι εξής νέες μεταβλητές:

1. Φάσμα Ηλικίας: Προκύπτει από την κατηγοριοποίηση σε δύο ομάδες του εύρους της ηλικίας των συμμετεχόντων, με τρόπο που εξυπηρετεί τις ερευνητικές υποθέσεις. Με βάση διαπιστώσεις εκπροσώπων της εξελικτικής ψυχολογίας, υιοθετήθηκε η ηλικιακή κατηγοριοποίηση του δείγματος σε δύο ομάδες, σε άτομα κάτω από την ηλικία των 40 ετών και σε άτομα από 40 έτη και άνω, όπου grosso modo χρονολογικά εντοπίζεται η μετάβαση στην ώριμη και Τρίτη ηλικία, με όλες τις συναισθηματικές και

γνωστικές αλλαγές που αυτή προκαλεί (Tucker, 1999). Αν και η κατηγοριοποίηση σε τρεις ηλικιακές ομάδες (άτομα μέχρι 40 έτη, άτομα από 40 έως 60 έτη και άτομα άνω των 60 ετών) θα φάνταζε καταλληλότερη, η συχνότητα εμφάνισης, ωστόσο, ηλικιών άνω των 60 ετών στο δείγμα είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και μια τέτοια κατηγοριοποίηση θα δημιουργούσε σημαντικά προβλήματα τόσο στην εφαρμογή των ανάλογων στατικών τεστ (Ανάλυση Διακύμανσης-ANOVA ή τεστ Kruskal-Wallis, ανάλογα με τις πληρούμενες από τα δεδομένα προϋποθέσεις), αλλά και στην πιθανότητα εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων.

2. Τέκνα: Η νέα μεταβλητή βασίζεται στην τροποποίηση της αρχικής ερώτησης που διερευνούσε τον αριθμό των τέκνων του κάθε συμμετέχοντα, και στην αναγωγή της σε δύο μόνο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο της μεταβλητής κωδικοποιείται με «0» και δηλώνει άτεκνο συμμετέχοντα στην έρευνα, ενώ το δεύτερο επίπεδο κωδικοποιείται με «1» και δηλώνει συμμετέχοντα με τουλάχιστον ένα παιδί.
3. Απόσταση Γονέα-Παιδιού: Ακολουθώντας παρόμοιο σκεπτικό και την ίδια μεθοδολογία τροποποίησης που περιγράφηκε παραπάνω, η νέα δημιουργηθείσα μεταβλητή ορίζεται από δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο της μεταβλητής κωδικοποιείται με «0» και δηλώνει συμμετέχοντα που ζει μακριά από το παιδί του, ενώ το δεύτερο επίπεδο κωδικοποιείται με «1» και δηλώνει συμμετέχοντα που ζει μαζί με το παιδί του.

2.2 Στατιστικός έλεγχος παραγόντων ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο, όπως ήδη αναφέρθηκε, περιλαμβάνει τρεις παράγοντες (factors) που αναφέρονται στα γενικά συναισθήματα που αναπτύσσονται λόγω της νόσου Alzheimer, στο γενικό βαθμό ανησυχίας που εγείρει η πιθανότητα προσβολής από τη νόσο και στη στάση απέναντι στην Γ' Ηλικία. Η εσωτερική συνοχή του καθενός παράγοντα ελέγχθηκε για την αξιοπιστία του (reliability analysis), όπου οι συντελεστές «α» (Alpha coefficients) αποδείχθηκαν ιδιαίτερα υψηλοί για όλους τους παράγοντες. Οι ακριβείς μετρήσεις των συντελεστών «α» για τους τρεις ερευνητικούς παράγοντες παρέχονται στον Πίνακα 3, ενώ ο στατιστικός τους υπολογισμός παρουσιάζεται στο Παράρτημα II.

Πίνακας 3

Οι συντελεστές «α» για τους τρεις ερευνητικούς παράγοντες

Ονομασία Παράγοντα	Αριθμός αντικειμένων	Συντελεστής «α» του Cronbach
Συναισθήματα προς Alzheimer	16	0.78*
Ανησυχία νοσηρότητας	3	0.77*
Στάση προς Γ' Ηλικία	20	0.79*

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ.* Η ανάλυση αξιοπιστίας υποδεικνύει ότι η περιγραφόμενη διακύμανση των παραγόντων θα μπορούσε να ήταν ελαφρώς μεγαλύτερη εάν ορισμένα αντικείμενα-ερωτήσεις είχαν αφαιρεθεί.

2.3 Διερευνητική Ανάλυση Δεδομένων (Explanatory Data Analysis)

Η Διερευνητική Ανάλυση Δεδομένων αποτελεί τον πρώτο σημαντικό και απαραίτητο έλεγχο της συμπεριφοράς των μεταβλητών του ερωτηματολογίου, ιδιαίτερα των μεταβλητών εκείνων που θα χρησιμοποιηθούν για το στατιστικό έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων (Martinez et al., 2004). Μέσω της ανάλυσης αυτής μπορούν να επισημανθούν οι προβληματικές, ακραίες τιμές στα δεδομένα (outliers),

οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την κανονική κατανομή των δεδομένων και καθιστούν προβληματική και επίφοβη τη μέθοδο της ανάλυσης παλινδρόμησης (regression analysis) και τα δομικά εξισωτικά μοντέλα (structural equation modeling).

2.3.1. Ακραίες τιμές. Η ανάλυση απέδειξε την ύπαρξη ακραίων τιμών στις τρεις μεταβλητές των παραγόντων, οι οποίες τιμές τροποποιήθηκαν με τέτοιο τρόπο, ώστε να εμπίπτουν στο φάσμα των αποδεκτών τιμών. Οι ακραίες τιμές στις υπό εξέταση μεταβλητές πριν και μετά την τροποποίησή τους παρουσιάζονται στην Εικόνα 1.

Εικόνα 1

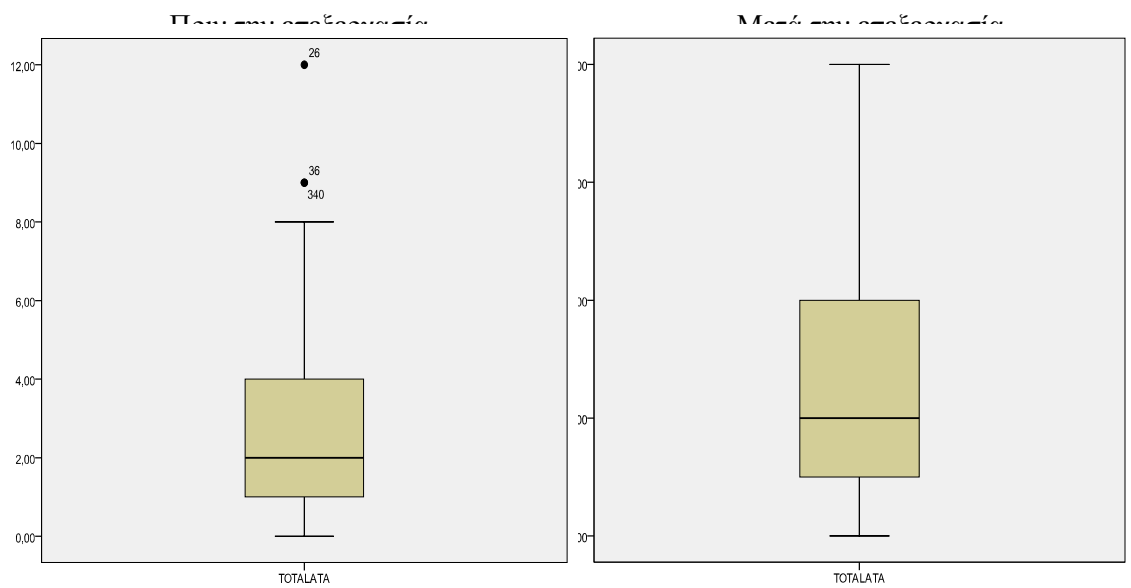
Ακραίες τιμές των μεταβλητών, πριν και μετά την επεξεργασία

Μεταβλητή 1: Συναισθήματα που προκαλεί η νόσος

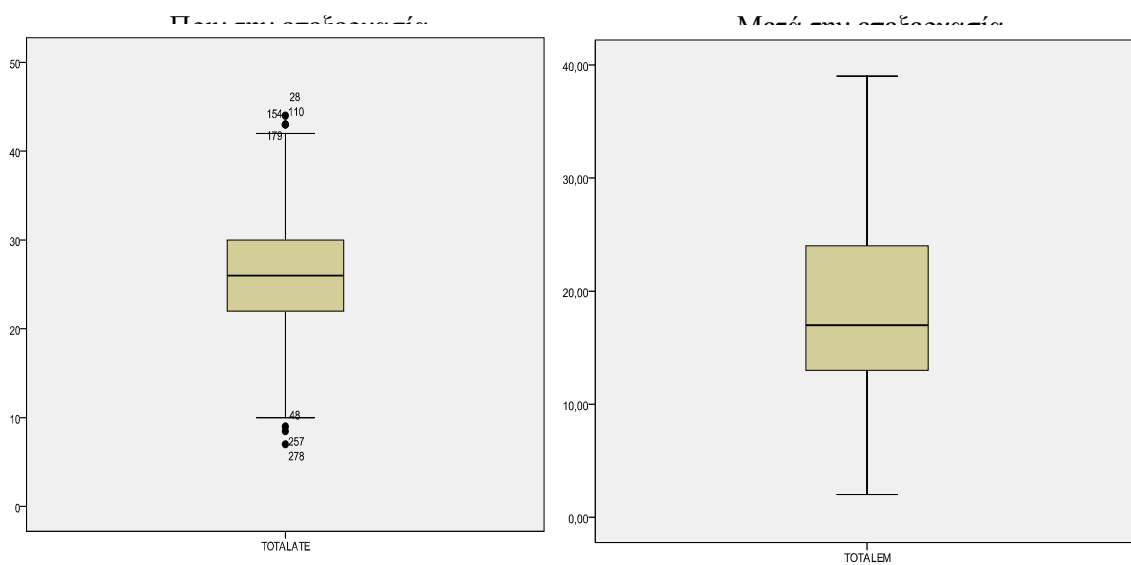
Πριν την επεξεργασία

Μετά την επεξεργασία

Μεταβλητή 2: Ανησυχία προσβολής από τη νόσο



Μεταβλητή 3: Στάση προς Γ' Ηλικία



2.3.2. Κανονικότητα κατανομών και επιλογή των στατιστικών τεστ. Ο έλεγχος της κανονικότητας για τις συνεχείς μεταβλητές του δείγματος (ηλικία, συναισθήματα που προκαλεί η νόσος, ανησυχία προσβολής από τη νόσο και στάση προς Γ' Ηλικία) πραγματοποιήθηκε τόσο με την εξέταση της καμπύλης της πυκνότητας πιθανότητας (probability density) στο ιστόγραμμα των συχνοτήτων (βλ. Παράρτημα I), όσο και με την εφαρμογή του τεστ του Kolmogorov-Smirnov (βλ. Παράρτημα II). Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι καμία από τις παραπάνω μεταβλητές δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, ακόμη και όταν σε προσπάθεια απόκτησης κανονικότητας, οι τιμές των μεταβλητών τροποποιήθηκαν βάσει της τετραγωνικής τους ρίζας (μέθοδος compute sqrt) ή λογαριθμικά (μέθοδος compute Log10/Ln). Επομένως, ακόμη και αν σύμφωνα με το «Νόμο των Μεγάλων Αριθμών και το Κεντρικό Οριακό Θεώρημα» (Billingsley, 1995), το δείγμα είναι μεγάλο και τυπικά ακολουθείται η κανονικότητα των κατανομών, τα τεστ ελέγχου δε μπόρεσαν να επιβεβαιώσουν το θεώρημα και αναγκαστικά υπάρχει σαφής προσανατολισμός στη μετέπειτα χρήση μη παραμετρικών τεστ (non-parametric tests), όπου η κανονικότητα δεν προαπαιτείται. Για τον ίδιο λόγο, δε θα εφαρμοστεί η μέθοδος της παλινδρόμησης (regression) ή της διαδρομικής ανάλυσης (path analysis) σε καμία από τις μεταβλητές αυτές. Σημειώνεται ότι για όλα τα τεστ και τους ελέγχους το περιθώριο στατιστικού σφάλματος ορίστηκε σε $\alpha=5\%$.

2.4 Περιγραφική στατιστική και μεταβλητές ερωτηματολογίου

Το δείγμα, συνολικού αριθμού συμμετεχόντων τετρακοσίων ατόμων ($N=400$), απαρτίζεται από 149 Έλληνες και 251 μετανάστες, με μέση ηλικία τα 37 έτη και μέσο εκπαιδευτικό υπόβαθρο τα 11 έτη. Εκατόν ογδόντα τρεις (183) συμμετέχοντες ήταν άρρενες και 217 γυναίκες, ενώ 248 συμμετέχοντες δήλωσαν γονείς ενός τουλάχιστον

παιδιού και 152 συμμετέχοντες δήλωσαν άτεκνοι, ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση. Από τους ερωτηθέντες, 176 άτομα δήλωσαν ότι γνωρίζουν κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer, ανεξαρτήτως του βαθμού της σχέσης (φιλική, συγγενική κ.τ.λ.). Τέλος, 190 από τους συμμετέχοντες έκριναν πως στην αναφερόμενη στην πρώτη ερώτηση του ερωτηματολόγιου ιστορία, η κυρία έπασχε από τη νόσο Alzheimer.

Τα περιγραφικά στοιχεία και τα γραφήματα για τις μεταβλητές του ερωτηματολόγιου περιλαμβάνονται στο Παράρτημα II της παρούσης, ενώ οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τις τρεις δημιουργηθείσες μεταβλητές-παράγοντες του ερωτηματολόγιου παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4

Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις για τους τρεις ερευνητικούς παράγοντες

Ονομασία Παράγοντα	Μέση τιμή (mean score)	Τυπική Απόκλιση (SD)
Συναισθήματα προς Alzheimer	18.7 ^α	7.5**
Ανησυχία νοσηρότητας	2.7 ^β	2.3
Στάση προς Γ' Ηλικία	25.9 ^γ	6.8**

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ.* α. Η μεταβλητή λαμβάνει τιμές από 0 έως 64. β. Η μεταβλητή λαμβάνει τιμές από 0 έως 12. γ. Η μεταβλητή λαμβάνει τιμές από 0 έως 60

**** Οι μεγάλες μονάδες της τυπικής απόκλισης αποτελούν σημαντικό δείκτη της μη κανονικότητας των κατανομών.

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

ΥΠΟΘΕΣΗ 1: Υπάρχει διαφοροποίηση στα συναισθήματα και το βαθμό ανησυχίας που προκαλεί η νόσος Alzheimer, καθώς και στη στάση προς την Τρίτη Ηλικία ως προς το φύλο.

Αν και η μέση τιμή στον παράγοντα των συναισθημάτων απέναντι σε κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer για τους άνδρες (M=19, SD=6.46) ήταν μεγαλύτερη από αυτή των γυναικών (M=18.4, SD=8.2), το τεστ Mann-Whitney απέτυχε να αποδείξει στατιστική σημαντικότητα: U=17896, p=0.09 (two-tailed). Αυτό υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει διαφορά στα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Ωστόσο, οι διαφορές στη μέση τιμή στον παράγοντα ανησυχίας προσβολής από τη νόσο Alzheimer μεταξύ ανδρών (M=2.1, SD=2.2) και γυναικών (M=3.1, SD=2.3), αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές, κατόπιν εφαρμογής του τεστ Mann-Whitney: U=14163, p<0.005 (two-tailed). Αποδεικνύεται, επομένως, ότι οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο από τους άνδρες για την εκδήλωση της νόσου Alzheimer και προσβολή τους από αυτή.

Αν και η μέση τιμή στον παράγοντα της στάσης απέναντι στην Γ' Ηλικία για τους άνδρες (M=26.1, SD=6.97) ήταν μεγαλύτερη από αυτή των γυναικών (M=25.9, SD=6.7), το τεστ Mann-Whitney απέτυχε να αποδείξει στατιστική σημαντικότητα: U=19504, p=0.76 (two-tailed). Αυτό υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει διαφορά στα συναισθήματα ανδρών και γυναικών απέναντι στην Γ' Ηλικία.(βλ. παράρτημα σελ.97) Πίνακας 1^{ης} Υπόθεσης

	Συναισθήματα προς νόσο	Ανησυχία προς τη νόσο	Στάσεις προς Γ' ηλικία
Mann-Whitney U	17896,000	14163,500	19504,500

ΥΠΟΘΕΣΗ 2: Υπάρχει διαφοροποίηση στα συναισθήματα και το βαθμό ανησυχίας που προκαλεί η νόσος Alzheimer, καθώς και στη στάση προς την Τρίτη Ηλικία ως προς την εθνικότητα.

Οι διαφορές στη μέση τιμή στον παράγοντα των συναισθημάτων απέναντι σε κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer μεταξύ Ελλήνων ($M=15.43$, $SD=5.5$) και αλλοδαπών ($M=20.6$, $SD=7.8$), αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές, κατόπιν εφαρμογής του τεστ Mann-Whitney: $U=11186$, $p<0.005$ (two-tailed). Αποδεικνύεται, επομένως, ότι οι Έλληνες διατηρούν θετικότερα συναισθήματα απέναντι σε κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer, σε σχέση με τους αλλοδαπούς.

Ομοίως, οι διαφορές στη μέση τιμή στον παράγοντα ανησυχίας προσβολής από τη νόσο Alzheimer μεταξύ Ελλήνων ($M=3.3$, $SD=2.19$) και αλλοδαπών ($M=2.3$, $SD=2.3$), αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές, κατόπιν εφαρμογής του τεστ Mann-Whitney: $U=13497$, $p<0.005$ (two-tailed). Αποδεικνύεται, επομένως, ότι οι Έλληνες ανησυχούν περισσότερο από τους αλλοδαπούς για την εκδήλωση της νόσου Alzheimer. (βλ. παράρτημα σελ.98)

Πίνακας Α 2^{ης} υπόθεσης

	Συναισθήματα προς νόσο	Ανησυχία προς τη νόσο	Στάσεις προς Γ' ηλικία
Mann-Whitney U	11186,000	13497,500	15592,000

Τέλος, οι διαφορές στη μέση τιμή στον παράγοντα των συναισθημάτων απέναντι στην Γ' Ηλικία μεταξύ Ελλήνων ($M=24.7$, $SD=7$) και αλλοδαπών ($M=26.7$, $SD=6.6$), αποδεικνύονται, επίσης, στατιστικά σημαντικές, κατόπιν εφαρμογής του τεστ Mann-Whitney: $U=15592$, $p=0.005$ (two-tailed). Αυτό υποδεικνύει ότι οι Έλληνες διατηρούν θετικότερα συναισθήματα προς την Γ' Ηλικία σε σχέση με τους

αλλοδαπούς. Για την πλέον αναλυτικότερη διερεύνηση του παράγοντα αυτού, θα χρησιμοποιηθούν οι επιμέρους υπο-κλίμακες που δημιουργήθηκαν και θα εκτιμηθούν τυχόν διαφορές μεταξύ Ελλήνων και αλλοδαπών ως προς τις υπο-κλίμακες. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων παρουσιάζονται στον παρακάτω Πίνακα.

Πίνακας 5

Σύγκριση Ελλήνων-αλλοδαπών ως προς τις υπο-κλίμακες του Τρίτου Ερευνητικού Παράγοντα (στάση προς Τρίτη Ηλικία)

	Εθνικότητα	Μέση διάταξη (mean rank)	Αποτέλεσμα Mann-Whitney (U)	Βαθμός Σημαντικότητας (p)
Συναισθήματα				
Κοινωνικός τομέας	Έλληνες	198.9	18457	,826
	Αλλοδαποί	201.5		
Επιθετικός τομέας	Έλληνες	179.8	15621	,005*
	Αλλοδαποί	212.8		
Άγχος	Έλληνες	199.6	18569,5	,905
	Αλλοδαποί	201		
Αποδοχή	Έλληνες	170.2	14181	,000*
	Αλλοδαποί	218.5		
Απόρριψη	Έλληνες	201.7	18515,5	,867
	Αλλοδαποί	199.8		
Στάσεις				
Φόβος γρατειών	Έλληνες	195.8	17994	,522
	Αλλοδαποί	203.3		
Ψυχολ. Ανησυχίες	Έλληνες	202.4	18415,5	,798
	Αλλοδαποί	199.4		
Ανησυχία για σωματική εμφάνιση	Έλληνες	155.3	11961,5	,000*
	Αλλοδαποί	227.3		
Φόβος απωλειών	Έλληνες	214.7	16580,5	,056
	Αλλοδαποί	192		

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:* Υποδεικνύεται στατιστική σημαντική διαφορά ($\alpha=5\%$)

Από τον παραπάνω πίνακα υποδεικνύεται ότι οι μόνες στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται α) στον επιθετικό τομέα των συναισθηματικών διακυμάνσεων, όπου οι αλλοδαποί τρέφουν χαμηλότερα επίπεδα επιθετικότητας σε σχέση με τους Έλληνες ($U=15621$, $p=0.005$ (two-tailed)), β) στα συναισθήματα αποδοχής, όπου οι Έλληνες εμφανίζονται πιο ανεκτικοί στο βίωμα της Τρίτης ηλικίας ($U=14181$, $p=0.0005$ (two-tailed) και γ) στο βαθμό ανησυχίας για τη σωματική εμφάνιση κατά το βίωμα της Γ' ηλικίας, όπου οι Έλληνες παρουσιάζονται λιγότερο

ανήσυχοι για τη σωματική εμφάνιση ($U=11961,5$, $p=0.0005$ (two-tailed)). Διευκρινίζεται ότι η εννοιολογική συσχέτιση χαμηλών και υψηλών τιμών μέσης διάταξης υπαγορεύεται από την κωδικοποίηση του κάθε παράγοντα: στη μεταβλητή της «αποδοχής», χαμηλές τιμές μέσης διάταξης σηματοδοτούν υψηλό βαθμό αποδοχής, στη μεταβλητή της «επιθετικότητας», χαμηλές τιμές μέσης διάταξης σηματοδοτούν υψηλό βαθμό επιθετικότητας, στη μεταβλητή του «άγχους», χαμηλές τιμές σηματοδοτούν χαμηλές τιμές άγχους και στη μεταβλητή της «απόρριψης», χαμηλές τιμές σηματοδοτούν χαμηλό βαθμό απορριπτικότητας. Ομοίως, στη μεταβλητή της «ανησυχίας για σωματική εμφάνιση», χαμηλές μέσες τιμές διάταξης αντιστοιχούν σε υψηλότερη ανοχή απέναντι στις σωματικές αλλαγές που προκύπτουν στην Γ' ηλικία. (βλ. παράρτημα σελ.98)

Πίνακας Β 2^{ης} υπόθεσης

	Επιθετικός τομέας συναίσθημα τικών διακυμάνσε ων	Συναίσθημα τα αποδοχής	Βαθμός ανησυχίας για τη σωματική εμφάνιση
Mann-Whitney U	15621	14181	11961,5

ΥΠΟΘΕΣΗ 3: Υπάρχει διαφοροποίηση στα συναισθήματα και το βαθμό ανησυχίας που προκαλεί η νόσος Alzheimer, καθώς και στη στάση προς την Τρίτη Ηλικία ως προς την ύπαρξη τέκνων.

Αν και η μέση τιμή στον παράγοντα των συναισθημάτων απέναντι σε κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer για τους γονείς ($M=19.07$, $SD=7.5$) ήταν μεγαλύτερη από αυτή των άτεκνων ατόμων ($M=18.08$, $SD=7.3$), το τεστ Mann-Whitney απέτυχε να αποδείξει στατιστική σημαντικότητα: $U=17491$, $p=0.226$ (two-

tailed). Αυτό υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει διαφορά στα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος μεταξύ γονέων και άτεκνων ατόμων.

Ομοίως, αν και η μέση τιμή στον παράγοντα ανησυχίας προσβολής από τη νόσο Alzheimer για τους γονείς ($M=2.6$, $SD=2.34$) ήταν μικρότερη από αυτή των άτεκνων ($M=2.85$, $SD=2.31$), το τεστ Mann-Whitney απέτυχε να αποδείξει στατιστική σημαντικότητα: $U=17575$, $p=0.251$ (two-tailed). Αυτό υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει διαφορά στο βαθμό ανησυχίας προσβολής που προκαλεί η νόσος μεταξύ γονέων και άτεκνων.

Τέλος, και ομοίως με τα παραπάνω ερευνητικά αποτελέσματα, αν και η μέση τιμή στον παράγοντα των συναισθημάτων απέναντι στην Γ' Ηλικία για τους γονείς ($M=25.8$, $SD=6.78$) ήταν μικρότερη από αυτή των άτεκνων ($M=26.26$, $SD=6.9$), το τεστ Mann-Whitney απέτυχε να αποδείξει στατιστική σημαντικότητα: $U=17917$, $p=0.406$ (two-tailed). Αυτό υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει διαφορά στη στάση απέναντι στην Γ' Ηλικία μεταξύ γονέων και άτεκνων. (βλ. παράρτημα σελ.99)

Πίνακας 3^{ης} υπόθεσης

	Συναισθήματα προς νόσο	Ανησυχία προς τη νόσο	Στάσεις προς Γ' ηλικία
Mann-Whitney U	17491,000	17575,500	17917,000

ΥΠΟΘΕΣΗ 4: Τα άτομα που γνωρίζουν κάποιον ασθενή με Alzheimer διατηρούν θετικότερα συναισθήματα ως προς τη νόσο.

Οι διαφορές στη μέση τιμή στον παράγοντα των συναισθημάτων απέναντι σε κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer μεταξύ ατόμων που είχαν προσωπική επαφή με κάποιον πάσχοντα ($M=18.84$, $SD=6.68$) και ατόμων που δεν είχαν κάποια επαφή ($M=20.15$, $SD=7.78$), αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές,

κατόπιν εφαρμογής του τεστ Mann-Whitney: $U=14670$, $p<0.005$ (two-tailed). Αποδεικνύεται, επομένως, ότι η αρχική μας υπόθεση ισχύει, υποδηλώνοντας ότι τα άτομα που είχαν προσωπική επαφή με κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο φαίνεται να βιώνουν θετικότερα συναισθήματα ως προς το πάσχον άτομο, σε σχέση με τα άτομα εκείνα που δεν είχαν προσωπική επαφή. (βλ. παράρτημα σελ.100)

Πίνακας 4^{ης} υπόθεσης

	Συναισθήματα προς νόσο
Mann-Whitney U	14670,500

ΥΠΟΘΕΣΗ 5: Υπάρχει διαφοροποίηση στα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος Alzheimer, στην ανησυχία που προκαλεί η νόσος και στη στάση προς την Τρίτη Ηλικία ως προς τον τόπο κατοικίας των τέκνων.

Αν και η μέση τιμή στον παράγοντα των συναισθημάτων απέναντι σε κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer για τους συμμετέχοντες που διαμένουν μαζί με τα τέκνα τους ($M=17.55$, $SD=6.37$) ήταν μικρότερη από αυτή των συμμετεχόντων που διαμένουν μακριά από τα τέκνα τους ($M=19.13$, $SD=7.83$), το τεστ Mann-Whitney απέτυχε να αποδείξει στατιστική σημαντικότητα: $U=14195$, $p=0.89$ (two-tailed). Αυτό υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει διαφορά στα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος, μεταξύ των συμμετεχόντων που διαμένουν με τα τέκνα τους και αυτών που διαμένουν μόνοι.

Ωστόσο, οι διαφορές στη μέση τιμή στον παράγοντα ανησυχίας προσβολής από τη νόσο Alzheimer μεταξύ των συμμετεχόντων που διαμένουν μαζί με τα τέκνα τους ανδρών ($M=3.1$, $SD=2.2$) και αυτών που διαμένουν μόνοι τους ($M=2.54$, $SD=2.36$), αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές, κατόπιν εφαρμογής του τεστ

Mann-Whitney: $U=13378$, $p=0.012$ (two-tailed). Αποδεικνύεται, επομένως, ότι τα άτομα που διαμένουν με τα τέκνα τους ανησυχούν περισσότερο για την εκδήλωση της νόσου Alzheimer, σε σχέση με τα άτομα που ζουν μακριά από τα τέκνα τους.

Αν και η μέση τιμή στον παράγοντα των συναισθημάτων απέναντι στην Γ' Ηλικία για τους συμμετέχοντες που διαμένουν μαζί με τα τέκνα τους ($M=25.27$, $SD=6.53$) ήταν μικρότερη από αυτή των συμμετεχόντων που διαμένουν μακριά από τα τέκνα τους ($M=26.27$, $SD=6.95$), το τεστ Mann-Whitney απέτυχε να αποδείξει στατιστική σημαντικότητα: $U=14431$, $p=0.141$ (two-tailed). Αυτό υποδεικνύει ότι δεν υπάρχει διαφορά στα συναισθήματα απέναντι στην Γ' Ηλικία μεταξύ των ατόμων που ζουν μαζί με τα παιδιά τους και των ατόμων που ζουν μακριά τους. (βλ. παράρτημα σελ.101)

Πίνακας 5^{ης} υπόθεσης

	Συναισθήματα προς νόσο	Ανησυχία προς τη νόσο	Στάσεις προς Γ' ηλικία
Mann-Whitney U	14195,500	13378,000	14431,000

ΥΠΟΘΕΣΗ 6: Όσο μεγαλύτερη ηλικία έχουν οι συμμετέχοντες, τόσο μεγαλύτερη ανησυχία επιδεικνύουν ως προς τη νόσο και τόσο θετικότερη στάση διατηρούν ως προς την Τρίτη Ηλικία.

Αν και η μέση τιμή στον παράγοντα της ανησυχίας προσβολής από τη νόσο Alzheimer για τους συμμετέχοντες ηλικίας έως 40 έτη ($M=18.48$, $SD=7.68$) ήταν μικρότερη από αυτή των συμμετεχόντων άνω των 40 ετών ($M=19.03$, $SD=7.17$), το τεστ Mann-Whitney απέτυχε να αποδείξει στατιστική σημαντικότητα: $U=17607$, $p=0.251$ (two-tailed). Αυτό σημαίνει ότι η ηλικία δεν παίζει στατιστικά σημαντικό ρόλο στο βαθμό ανησυχίας προσβολής από τη νόσο.

Ωστόσο, οι διαφορές στη μέση τιμή στον παράγοντα των συναισθημάτων απέναντι στην Γ' Ηλικία μεταξύ των συμμετεχόντων με ηλικία μικρότερη των 40 ετών (M=26.68, SD=6.94) και των συμμετεχόντων άνω των 40 ετών (M=24.89, SD=6.6), αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές, κατόπιν του τεστ Mann-Whitney: U=15672, p=0.004 (two-tailed). Αυτό επιβεβαιώνει την υπόθεσή μας ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 40 ετών) φαίνεται να διατηρούν θετικότερη τάση προς την Γ' ηλικία σε σχέση με τα άτομα μικρότερης ηλικίας (κάτω των 40 ετών). (βλ. παράρτημα σελ.102)

Πίνακας 6^{ης} υπόθεσης

	Ανησυχία προς τη νόσο	Στάσεις προς Γ' ηλικία
Mann-Whitney U	17607,000	15672,000

ΥΠΟΘΕΣΗ 7: Υπάρχει ένα προβλεπτικό μοντέλο γραμμικής σχέσης μεταξύ της στάσης προς την Τρίτη Ηλικία και τα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος Alzheimer.

Η υπόθεση αυτή, καθώς απαιτεί την εφαρμογή γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression) δεν μπορεί να ελεγχθεί, καθώς τα δεδομένα μας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Αντί αυτού, θα χρησιμοποιηθεί μόνο ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη ή όχι στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ της στάσης προς την Τρίτη Ηλικία, την ανησυχία προσβολής από τη νόσο και τα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος Alzheimer. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 6, υπάρχουν ορισμένες στατικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών.

Πίνακας 6
Διμεταβλητές συσχετίσεις (bivariate correlations) μεταξύ των μεταβλητών

	1	2	3
1. Συναισθήματα προς Alzheimer	1	-.286**	.272**
2. Ανησυχία προσβολής		1	Μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση
3. Στάση προς Γ' Ηλικία			1

***ΣΗΜΕΙΩΣΗ*. Η συσχέτιση είναι σημαντική στο βαθμό 0.001 (two-tailed)

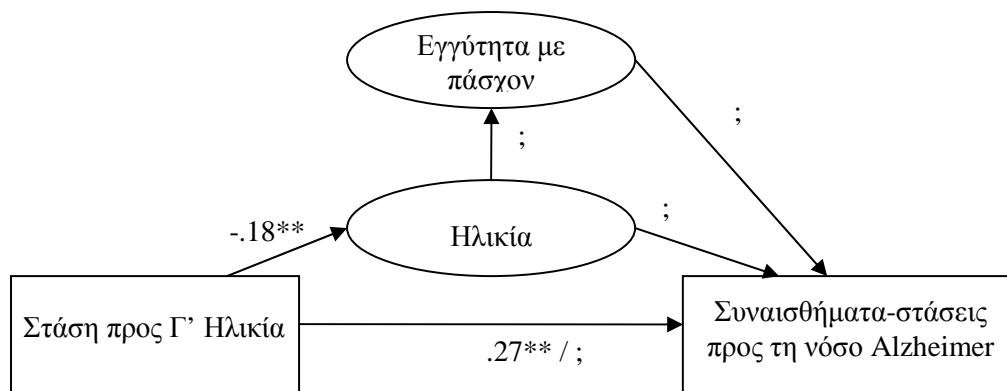
Ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα που παραπάνω πίνακα μπορούμε θα οδηγηθούμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

1. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < .005$, two-tailed) μεταξύ των συναισθημάτων προς το πάσχον από τη νόσο του Alzheimer άτομο και την ανησυχία προσβολής από τη νόσο. Η συσχέτιση είναι μικρής έντασης και αρνητική, δηλώνοντας ότι θετικά συναισθήματα προς το πάσχον άτομο σχετίζονται με υψηλότερο βαθμό ανησυχίας νοσηρότητας από τη νόσο Alzheimer, ενώ περισσότερο τα αρνητικά συναισθήματα (φόβος, στεναχώρια, φυγή κ.τ.λ) σχετίζονται με μικρή ανησυχία νοσηρότητας.

2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < .005$, two-tailed) μεταξύ των συναισθημάτων προς το πάσχον από τη νόσο του Alzheimer άτομο και τη στάση προς την Γ' Ηλικία. Η συσχέτιση είναι επίσης μικρής έντασης και θετική, δηλώνοντας ότι θετικά συναισθήματα προς το άτομο που πάσχει από Alzheimer συσχετίζονται με θετική στάση απέναντι στην Γ' Ηλικία (βλ. παραρτημα σελ.103) .

2.4.1 Περιορισμοί και πρόταση κατευθυνόμενης έρευνας

Ωστόσο, και καθώς ο έλεγχος συσχέτισης δεν μπορεί να διερευνήσει σχέσεις αιτιότητας, θα πρέπει να μεταχειριστούμε τα ευρήματα των συσχετίσεων με ιδιαίτερη προσοχή, καθώς δεν μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι τα συναισθήματα προς τη νόσο Alzheimer είναι εκείνα που επηρεάζουν τη στάση προς την Γ' ηλικία ή η σχέση ακολουθεί αντίθετη φορά. Εκείνο που αποδεικνύεται είναι η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών και κρίνεται επιτακτική η ανάγκη υλοποίησης διαφορετικής έρευνας, ως ερέθισμα και απόρροια της παρούσης, προκειμένου να διαλευκανθεί το είδος της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών. Σημειώνεται, ότι μεγάλη σημασία για ένα νέο ερευνητικό εγχείρημα επί του θέματος έχει και η ανάπτυξη μιας διαδρομικής ανάλυσης (path analysis), καθώς και δομικών εξισωτικά μοντέλων (structural equation modeling). Το προτεινόμενο προβλεπτικό μοντέλο μιας νέας κατευθυνόμενης έρευνας μπορεί να εστιάζει στις αλληλεπιδράσεις των μεταβλητών που εμφανίζονται στο Διάγραμμα 1 και να έχει τη δυνατότητα να προβλέπει τη στάση (στην ουσία τα συναισθήματα) ενός ατόμου απέναντι στη νόσο Alzheimer, ανάλογα με τη στάση του ατόμου αυτού προς τη Γ' Ηλικία και συνεκτιμώντας στην εξίσωση του αποτελέσματος άλλες μεταβλητές, όπως η εγγύτητα με κάποιο πάσχον άτομο και την ηλικία.



Διάγραμμα 1. Διαδρομικό διάγραμμα προτεινόμενου ερευνητικού μοντέλου

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ** η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.01

Η τιμή $-.18$ της διμεταβλητής συσχέτισης Ηλικίας και στάσης προς τη Γ' Ηλικία υπολογίστηκε με τα δεδομένα της παρούσης έρευνας. Η διμεταβλητή συσχέτιση Εγγύτητας και στάσης προς τη Γ' Ηλικία ενέπιπτε στο περιθώριο στατιστικού σφάλματος και δεν συμπεριλήφθηκε στο Διάγραμμα για το λόγο αυτό.

Από το παραπάνω σχεδιάγραμμα διαφαίνεται η υπόθεση ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της στάσης προς την Γ' Ηλικία και τη στάση προς τη νόσο Alzheimer, καθώς, επίσης και η διαμεσολαβητική (mediating) επίδραση άλλων μεταβλητών (εγγύτητα με πάσχον άτομο, ηλικία) που μπορεί να επιτείνει ή να αμβλύνει τη σχέση μεταξύ των συναισθημάτων προς την Γ' Ηλικία και τη νόσο. Προς το παρόν, και με την επιφύλαξη της κανονικότητας των κατανομών, οι μόνες τιμές που μπορούν να προστεθούν στο Διάγραμμα είναι αυτή της διμεταβλητής συσχέτισης συναισθημάτων προς τη νόσο Alzheimer και τη στάση προς την Γ' Ηλικία, καθώς και η συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και στάση προς τη Γ' Ηλικία, η οποία προέκυψε αρνητική και μικρής έντασης.

Τα συμπεράσματα της έρευνας

Η μελέτη των υποθέσεων που θέσαμε αρχικά στην έναρξη της έρευνας μας και έπειτα η στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων, μας έδωσαν κάποια συμπεράσματα τα οποία είναι τα εξής:

Δεν υπάρχει διαφορά στα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος μεταξύ ανδρών και γυναικών, ωστόσο οι γυναίκες ανησυχούν περισσότερο από τους άνδρες για την εκδήλωση της νόσου Alzheimer και προσβολής τους από αυτή. Επίσης, δεν υπάρχει διαφορά στη στάση που διατηρούν τα δύο φύλλα απέναντι στην 7^η ηλικία.

Σε ότι αφορά τη σύγκριση που έγινε ανάμεσα στους Έλληνες και στους μετανάστες τα αποτελέσματα έχουν ως εξής: οι Έλληνες διατηρούν θετικότερα συναισθήματα απέναντι σε κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer, ανησυχούν περισσότερο για την εκδήλωση της νόσου και διατηρούν θετικότερα συναισθήματα προς την 7^η ηλικία σε σχέση με τους μετανάστες. Σε ότι αφορά τα συναισθήματα και τη στάση προς την 7^η ηλικία έγινε αναλυτική διερεύνηση αυτού του παράγοντα και τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι ότι στον επιθετικό τομέα των συναισθηματικών διακυμάνσεων οι μετανάστες τρέφουν χαμηλότερα επίπεδα επιθετικότητας σε σχέση με τους Έλληνες. Στα συναισθήματα αποδοχής οι Έλληνες εμφανίζονται πιο ανεκτικοί στο βίωμα της 7^η ηλικίας και στο βαθμό ανησυχίας για τη σωματική εμφάνιση κατά το βίωμα της 7^η ηλικίας, όπου οι Έλληνες παρουσιάζονται λιγότερο ανήσυχοι για τη σωματική εμφάνιση.

Στη σύγκριση που έγινε ανάμεσα σε άτεκνα άτομα και σε άτομα που έχουν παιδιά αποδείχτηκε πως δεν υπάρχει διαφορά στα συναισθήματα και το βαθμό ανησυχίας που προκαλεί η νόσος Alzheimer, καθώς και στη στάση προς την 7^η ηλικία.

Δεν υπάρχει διαφοροποίηση στα συναισθήματα που προκαλεί η νόσος και στα συναισθήματα προς την Γ' ηλικία μεταξύ των ατόμων που ζουν με τα παιδιά τους και αυτών που ζουν μακριά τους, αλλά τα άτομα που διαμένουν με τα τέκνα τους ανησυχούν περισσότερο για την εκδήλωση της νόσου Alzheimer.

Τα άτομα που γνωρίζουν κάποιον ασθενή με Alzheimer διατηρούν θετικότερα συναισθήματα ως προς το πάσχον άτομο, σε σχέση με τα άτομα εκείνα που δεν είχαν προσωπική επαφή.

Αποδείχτηκε πως η ηλικία δεν παίζει στατιστικά σημαντικό ρόλο στο βαθμό ανησυχίας προσβολής από τη νόσο αλλά πως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 40 ετών) φαίνεται να διατηρούν θετικότερη στάση προς την Γ' ηλικία σε σχέση με άτομα μικρότερης ηλικίας (κάτω των 40 ετών).

Τέλος, αναφορικά με τη συσχέτιση μεταξύ της στάσης προς την Τρίτη Ηλικία και των συναισθημάτων που προκαλεί η νόσος Alzheimer αποδείχτηκε πως τα θετικά συναισθήματα προς το πάσχον άτομο σχετίζονται με υψηλότερο βαθμό ανησυχίας νοσηρότητας από τη νόσο Alzheimer, ενώ περισσότερο τα αρνητικά συναισθήματα (φόβος, στεναχώρια, φυγή κ.τ.λ) σχετίζονται με μικρή ανησυχία νοσηρότητας και πως τα θετικά συναισθήματα προς το άτομο που πάσχει από Alzheimer συσχετίζονται με θετική στάση απέναντι στην Γ' Ηλικία.

Συζήτηση

Βάση της πρώτης στατιστικά σημαντικής συσχέτισης ανάμεσα στους Έλληνες και τους μετανάστες αποδείχτηκε πως οι Έλληνες διατηρούν θετικότερα συναισθήματα απέναντι σε κάποιο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer, ανησυχούν περισσότερο για την εκδήλωση της νόσου και διατηρούν θετικότερα συναισθήματα προς την Γ' ηλικία σε σχέση με τους μετανάστες. Αυτό οφείλεται στο ότι οι Έλληνες δέχονται καλύτερη ενημέρωση πάνω σε θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία και τη νόσο της άνοιας και των διαφόρων συναφών διαταραχών μιας και τα τελευταία χρόνια λόγω της αύξησης των πασχόντων από άνοια υπάρχει μεγαλύτερη κρατική και κοινωνική ευαισθητοποίησης. (Καψάλης, 2005)

Στα συναισθήματα αποδοχής οι Έλληνες εμφανίζονται πιο ανεκτικοί στο βίωμα της τρίτης ηλικίας. Αλλά και στο βαθμό ανησυχίας για την σωματική εμφάνιση οι Έλληνες παρουσιάζονται λιγότερο ανήσυχοι σε σχέση με τους μετανάστες. Όπως προαναφέραμε η άγνοια των μεταναστών απέναντι σε θέματα τρίτης ηλικίας είναι κάτι υπαρκτό για αυτό κρίνεται αναγκαία οι δημιουργία προγραμμάτων ενημέρωσης για την Τρίτη ηλικία. Είναι απαραίτητη η ενημέρωση αυτή, ακόμα και για τα ήδη υπάρχοντα κέντρα ή προγράμματα που απευθύνονται σε μετανάστες ώστε να υπάρξει συμμετοχή. (Παρσανόγλου – Μιχελίουδακη κ.α, 2007).

Αποδείχτηκε επίσης πως τα άτομα που γνωρίζουν κάποιον ασθενή με Alzheimer διατηρούν θετικότερα συναισθήματα ως προς το πάσχον άτομο σε σχέση με τους υπόλοιπους που δεν έχουν προσωπική επαφή. Τα άτομα που έρχονται σε επαφή με ηλικιωμένους που πάσχουν από τη νόσο παρουσιάζονται πιο ευαισθητοποιημένα καθώς έχουν βιώσει όλες τις δυσκολίες και ότι συνεπάγεται η νόσος για αυτό και παρουσιάζονται με θετικότερη στάση στο να σταθούν δίπλα στους πάσχοντες. (Γρηγοριάδου -Πηγαδάς κ.α, 1991).

Οι προτάσεις μας αφορούν θέματα ενημέρωσης, παροχής γνώσεων σε θέματα τρίτης ηλικίας ασθενειών για την Τρίτη ηλικία ειδικότερα της άνοιας.

Η γνώση και η ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού θα συμβάλει όχι μόνο σε θέματα αντιμετώπισης των ηλικιωμένων και των ασθενειών όπως της άνοιας αλλά κυρίως θα συμβάλει στην πρόληψη από τις νεότερες ηλικίες.

Είναι γνωστό ότι η άνοια ειδικά επιδράς σε όλους τους τομείς της ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους. Σήμερα είναι ένα μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα η άνοια για αυτό το λόγο το κράτος, η κοινωνική πολιτική του κράτους μπορεί να ξεκινήσει από θέματα λιγότερου οικονομικού κόστους, όπως είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε αυτά θέματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✓ Αρώνη , Δαμάσκος, Ρούντου, Κεντίστου, 2003 «*Σχέδιο Άμεσης Παρέμβασης σε περιόδους κρίσεων. Οι μετακινήσεις πληθυσμών*», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Τομέας Κοινωνιολογίας Αθήνα Οκτώβριος 2003

- ✓ Γρηγοριάδου , Πηγαδάς , Δαρδαβέσης , Κατσουγιαννόπουλος, Ωρίμανση και γήρανση του Ελληνικού πληθυσμού. *Ελληνική Ιατρική* , 57(2),126-132,1991

- ✓ Δημητρίου – Παπαβασιλείου Δ., 2005 «*Η Ψυχική υγεία και η επίδραση της μετανάστευσης στην ελληνική πραγματικότητα*», Δ.Ε Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

- ✓ Δημοπούλου – Λαγωνίκα Μ., 2007, «*Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας*», Αθήνα: Ελληνικά γράμματα

- ✓ Δίκτυο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, Ενημερωτική σειρά, Ελληνική Γεροντική και Γηριατρική Εταιρία

- ✓ Δρ. Βάσω Παττακού – Παρασύρη (2009). Ανακοίνωση στο 6^ο Συνέδριο Νόσου Αλτσχάιμερ και Συναφών Διαταραχών

- ✓ Εμκε- Πουλοπούλου Η.(2007) «*Η μεταναστευτική πρόκληση*» Αθήνα: Παπαζήση

- ✓ Καψάλης Α., 2005, «Μετανάστες – Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός»,
Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε Μελέτες τ.22

- ✓ ΚΕΜΟ Συμπεράσματα Ημερίδας του κέντρου Ερευνών Μειονοτικών
Ομάδων για τη Μετανάστευση (11/1/2003) 2003
www.kemo.gr/archive/papers/KEMO-migr1.htm

- ✓ Κουκούλη Σ., 2005, «Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας», Αθήνα: Κριτική

- ✓ Μαδιανός Μ., 2000, «Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική»,
Αθήνα:Καστανιώτη

- ✓ Μόττη – Στεφανίδη Φ. στο Παπαστυλιανού Α. 2005, «Διαπολιτισμικές
διαδρομές» Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

- ✓ Μουσούρου Λ., (2005), «Οικογένεια και οικογενειακή πολιτική»,
Αθήνα:Gutenberg

- ✓ Ναυρίδης Κλ., (1994), «Κλινική, κοινωνική ψυχολογία», Αθήνα:Παπαζήσης

- ✓ Οικουμενική διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου,1948, Άρθρο 16,
παράγραφος 3

- ✓ Παπαευαγγέλου Τ., 1993 «Ιατρική Δημογραφία και Οικογενειακός
Προγραμματισμός» Αθήνα: Βήτα

- ✓ Παρσανόγλου Δ. – Μιχελιουδάκη Κ. – Πετράκου Η. – Πανταζή Α. (2007), «Το ψυχοκοινωνικό προφίλ του μετανάστη και η ένταξη του » Αθήνα: Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής
- ✓ Σωματείο φροντιστών – συγγενών ασθενών με νόσο Alzheimer κι άλλες μορφές άνοιας/ Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία Αθηνά.
- ✓ Φίλιας Β., 1994, «Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών επιστημών» Αθήνα: Gutenberg.

Ξενόγλωσσα

Kasapi L., 2003, “*Culture and Psychology. Special Feature: The role of culture in Psychology*”, PsyPag: Quarterly

Giddens.,2002 ‘ο κόσμος των ραγδαίων αλλαγών’, Αθήνα:Μεταίχμιο.

Horner N., 2006, “*What is social work? Context and Perspectives*” , Learning Matters Ltd, UK.

Scilpino C., Smith P., (2004) ‘Images of grandparents in childrens.Literature in the United Kingdom, Greece, Italy and Finland’, November 2004, Paris.

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις :

- Γιατροί χωρίς σύνορα www.msf.gr
- ΕΣΥΕ Απογραφή πληθυσμού του 2001 της ΕΣΥΕ www.statistics.gr

- Υπατή Αρμοστεία Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες UNHCR 2001,
www.unhcr.gr
- .Η πρόκληση του 21^{ου} αιώνα, ημ.εισαγωγής 31/8/09 www.άνοια.gr
- www.iatronet.gr, ημ.εισαγωγής : 27/8/09
- www.health.in.gr ημ.εισαγωγής : 17/8/09

Βιβλιογραφία Ερευνητικού Μέρους

Tucker, N. (1999). *Εφηβεία, ωριμότητα και Τρίτη ηλικία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Billingsley, P. (1995). Probability and Measure. *Willey Series*, 357 – 370

Martinez W., Martinez, A. & Solka, J. (2004). Exploratory Data Analysis with MATLAB. *Chapman & Hall/CRC Computer Science & Data Analysis Series*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι: Γραφήματα και περιγραφική στατιστική εμπλεκόμενων μεταβλητών

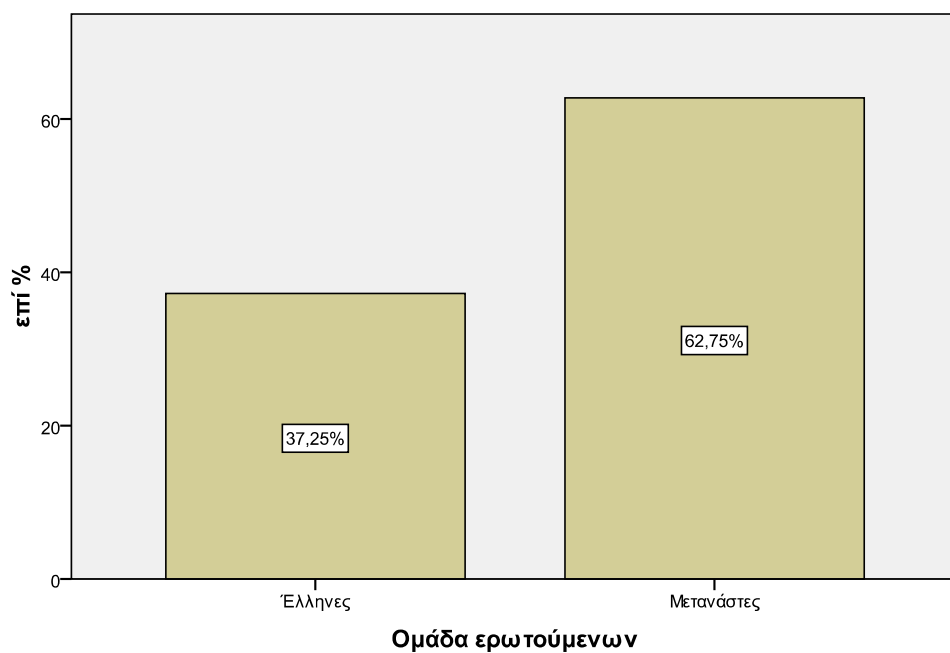
Παράρτημα ΙΙ: Συντακτικό (syntax) SPSS, Έλεγχος Κανονικότητας Κατανομών, Ανάλυση Αξιοπιστίας και στατιστικοί έλεγχος υποθέσεων

Παράρτημα ΙΙΙ: Το ερωτηματολόγιο

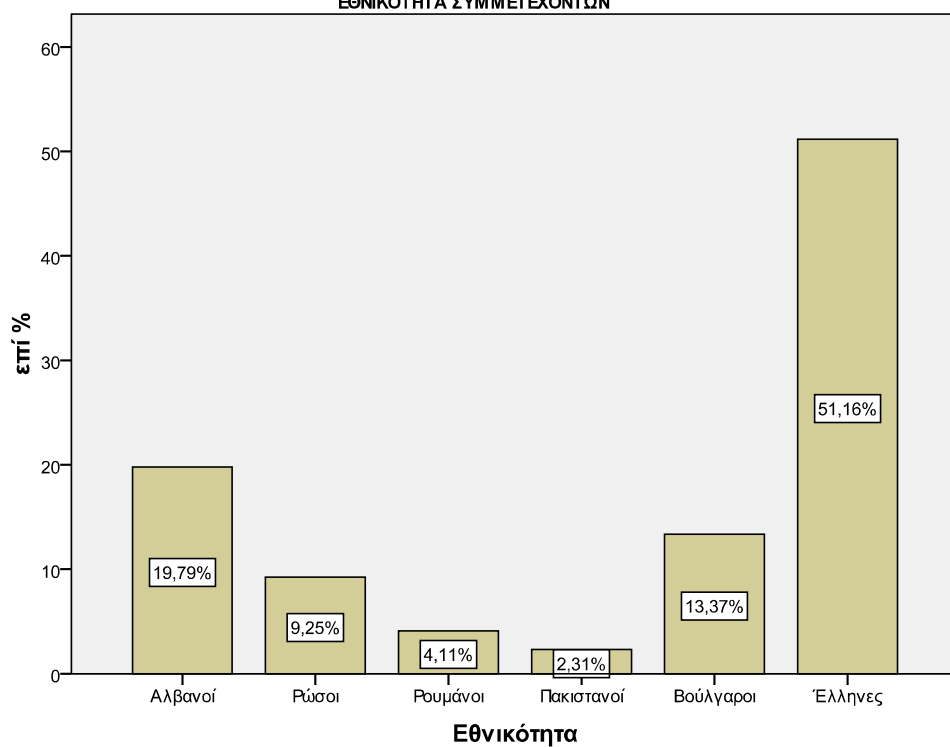
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Γραφήματα που περιγράφουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τα περιγραφικά στοιχεία των μεταβλητών.

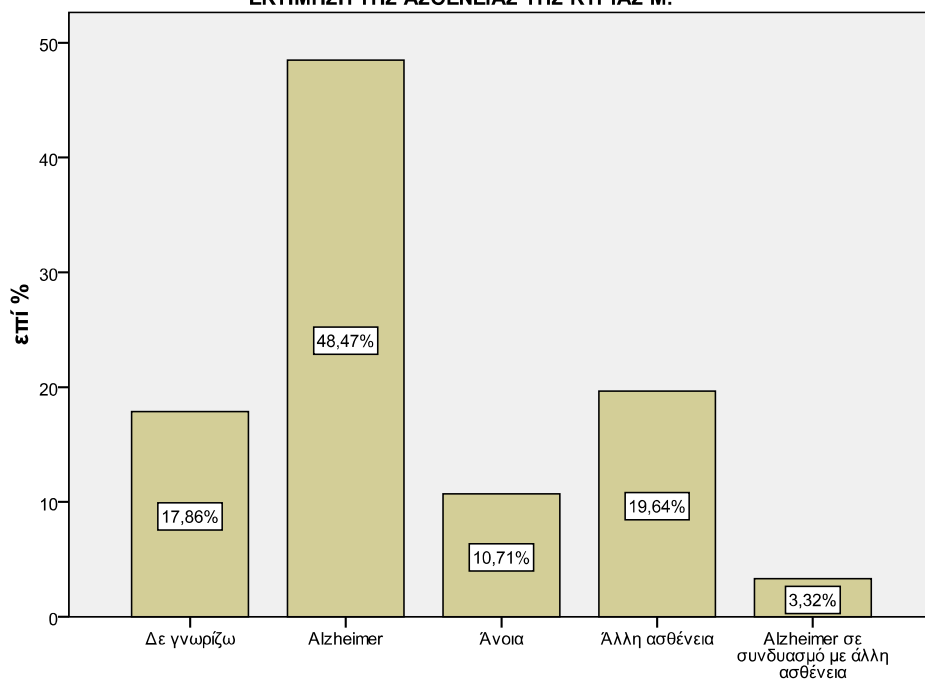
ΟΜΑΔΑ ΕΡΩΤΟΥΜΕΝΩΝ



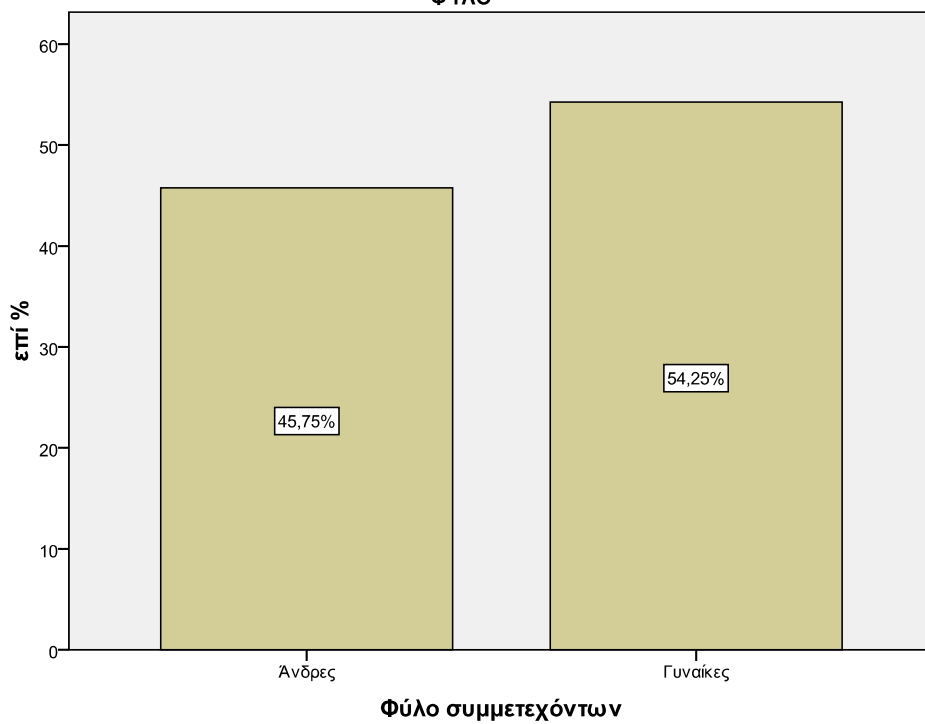
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ



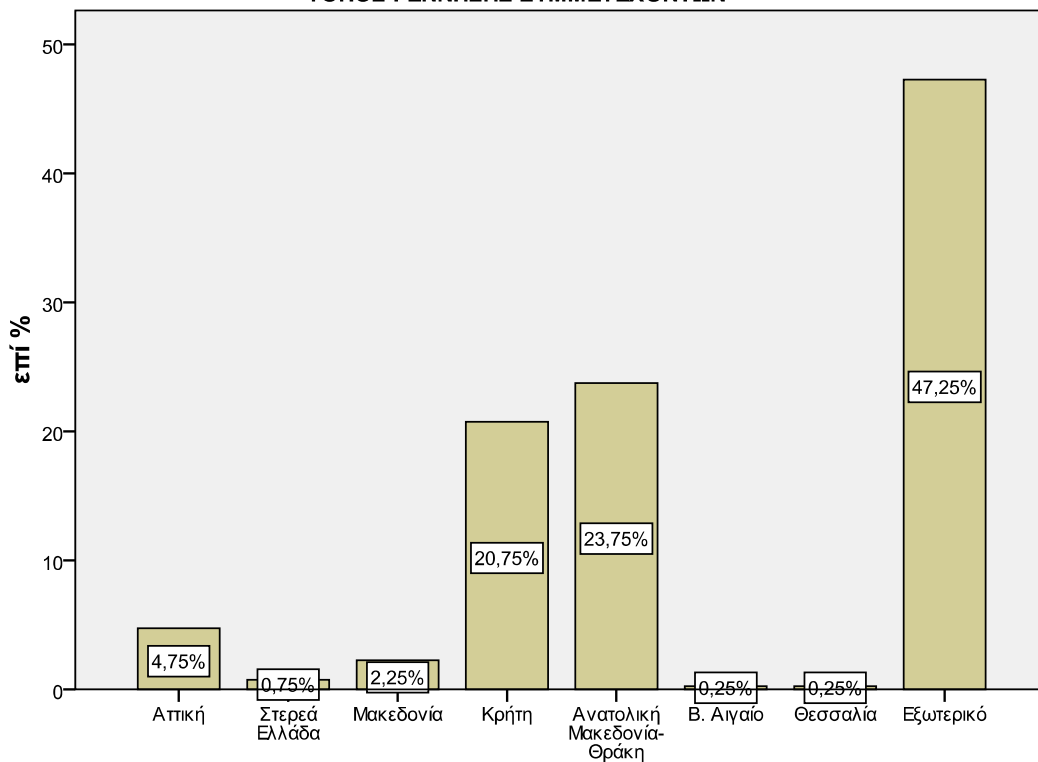
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΡΙΑΣ Μ.



ΦΥΛΟ

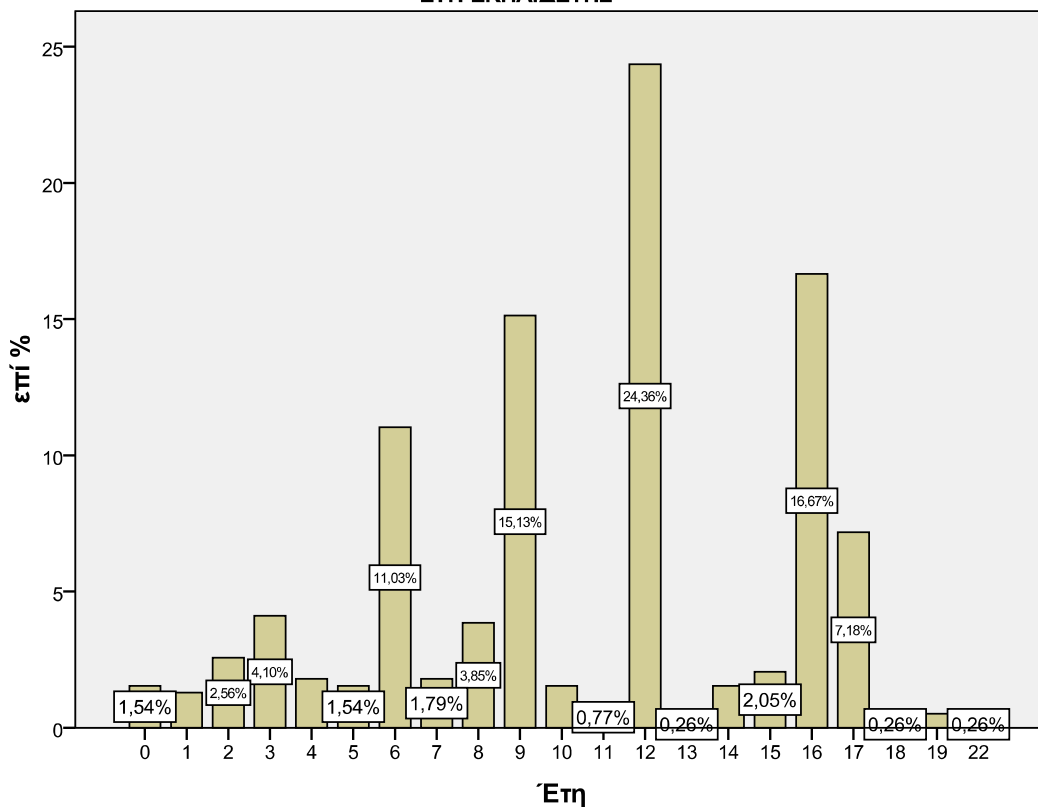


ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

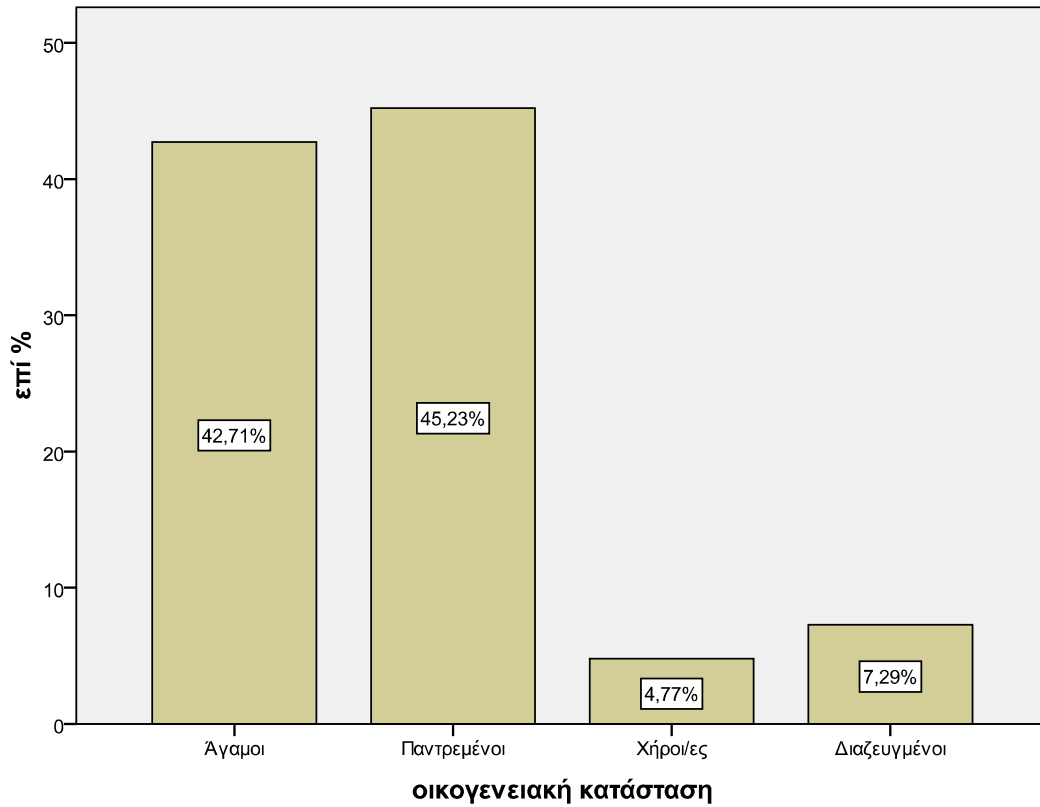


Γεωγραφικές περιοχές

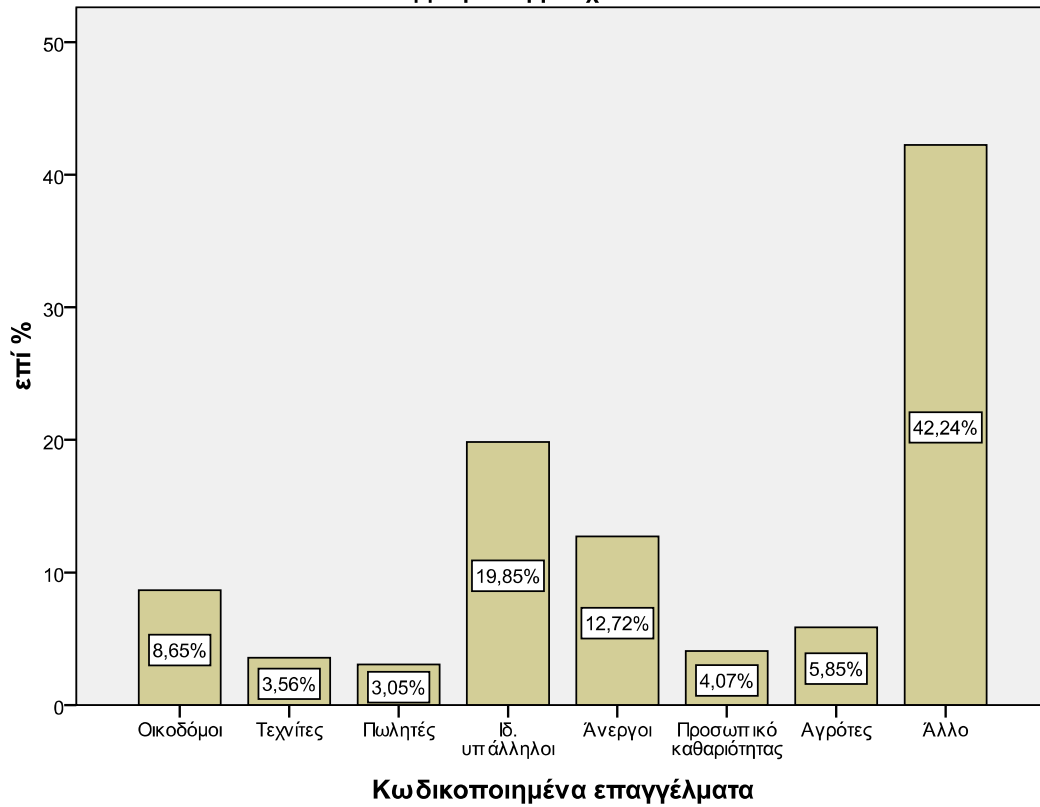
ΕΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ



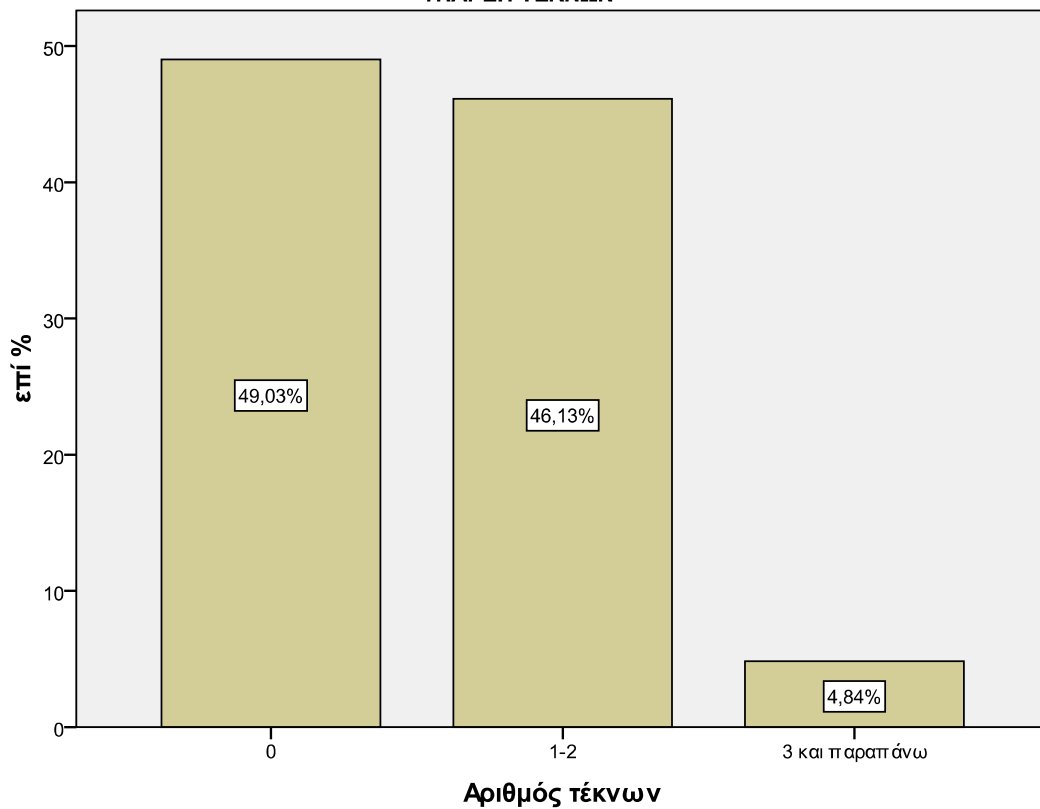
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



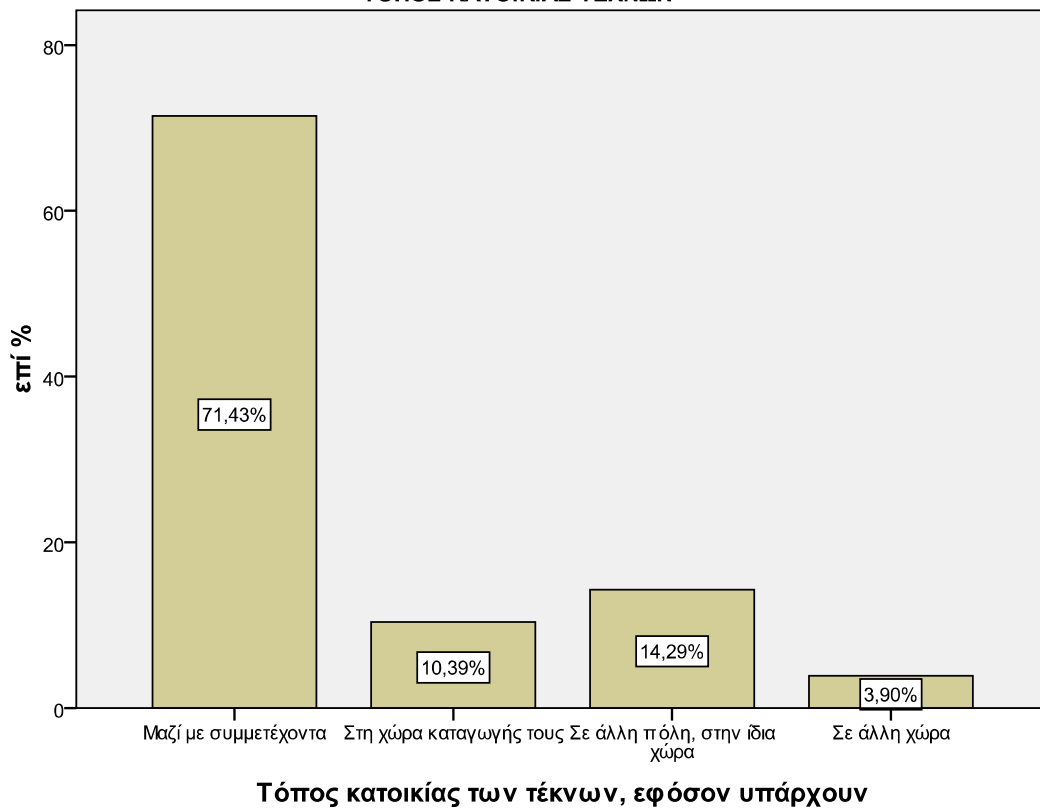
Επάγγελμα Συμμετεχόντων

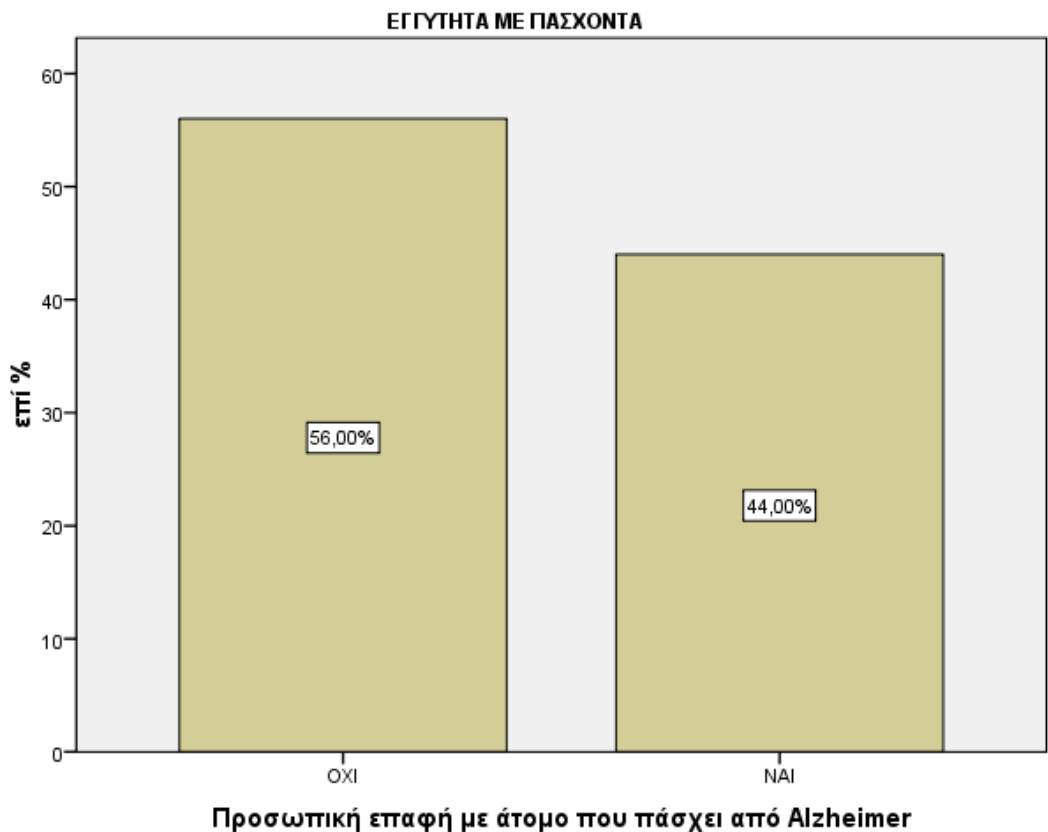
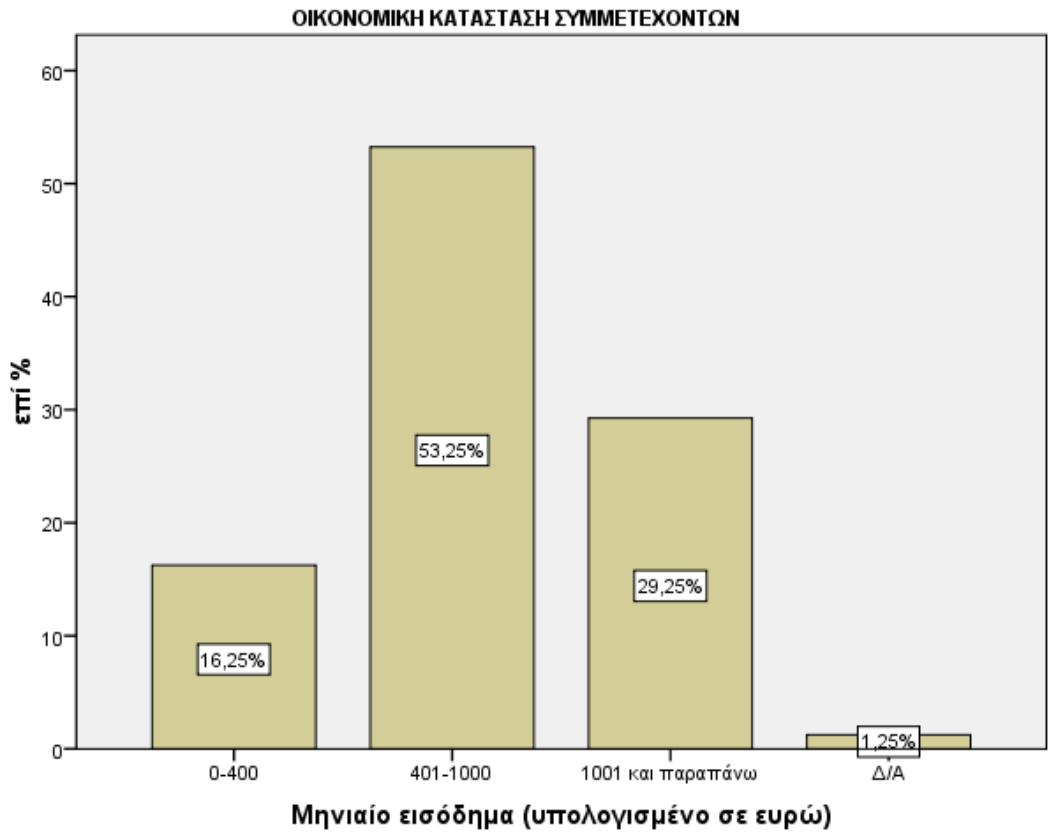


ΥΠΑΡΞΗ ΤΕΚΝΩΝ

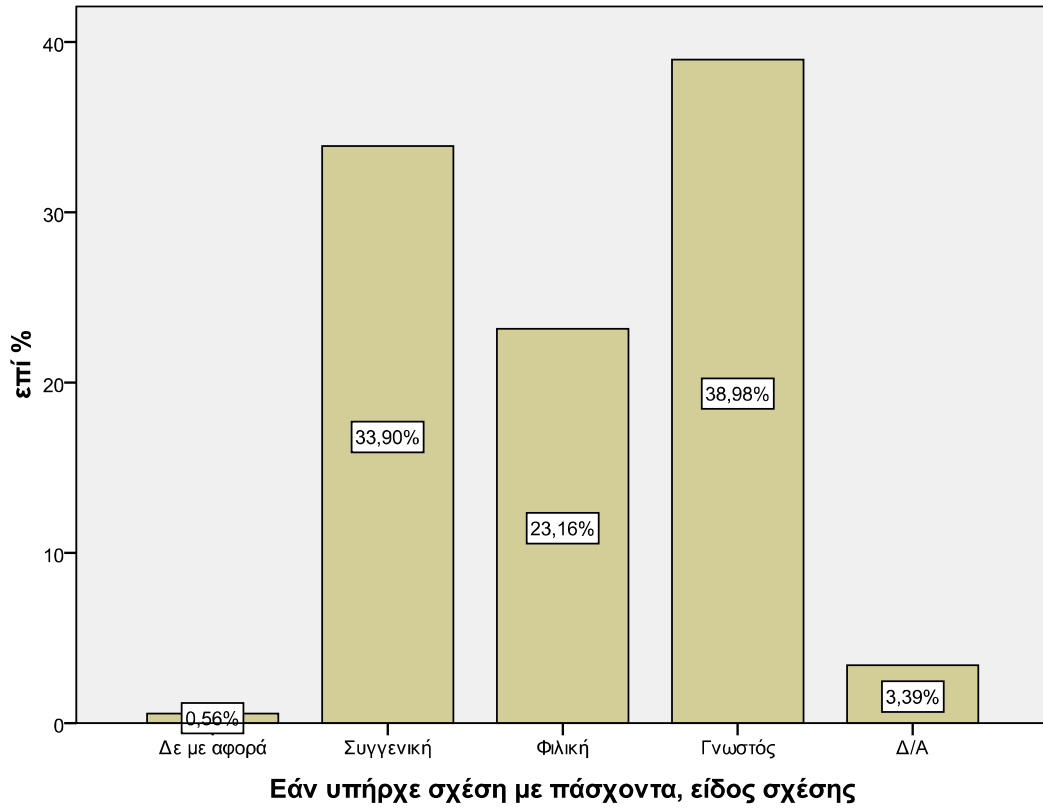


ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΤΕΚΝΩΝ

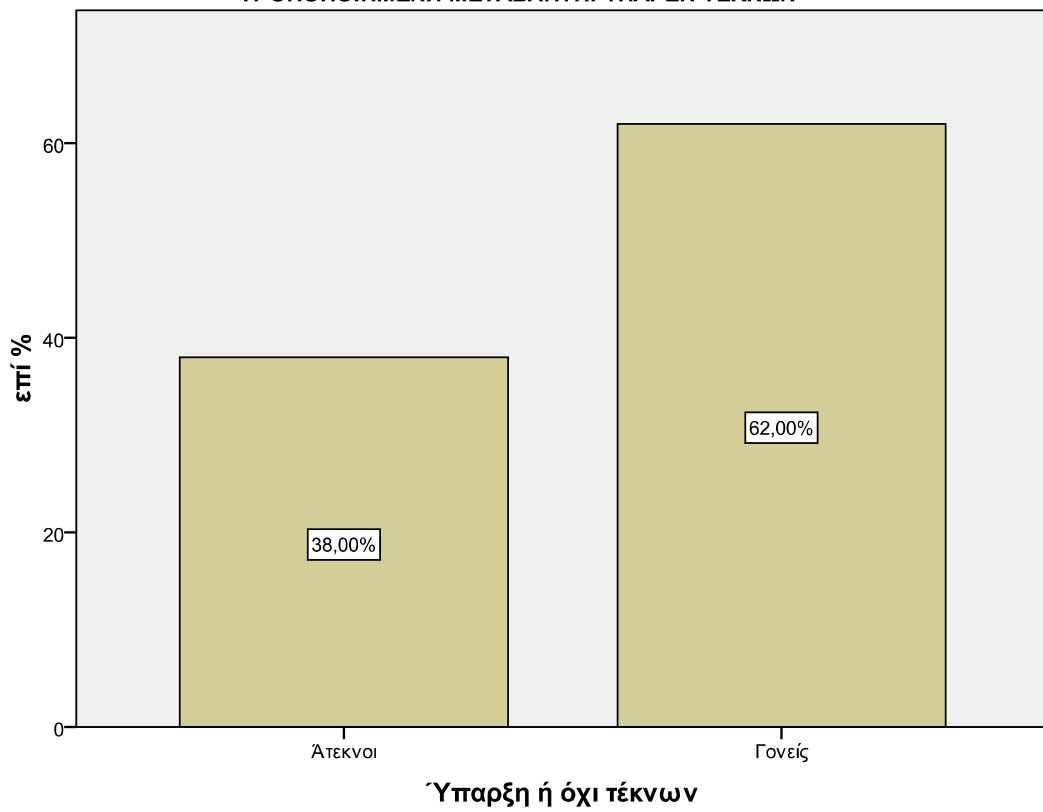


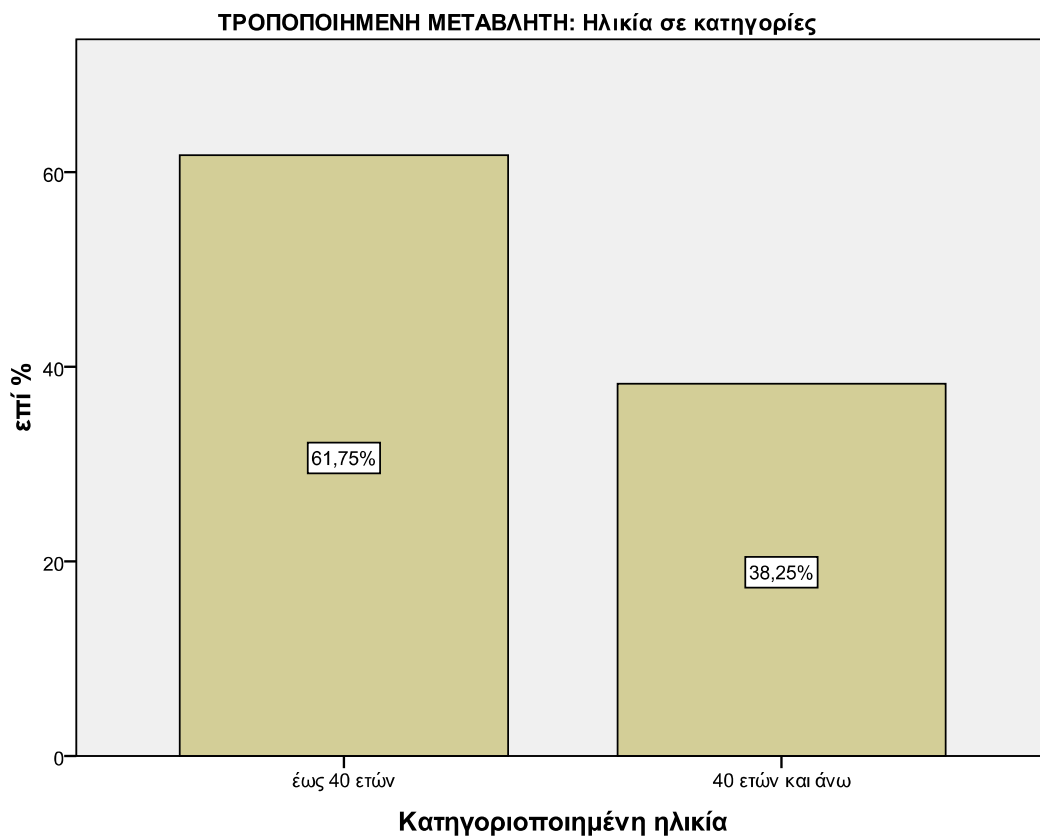
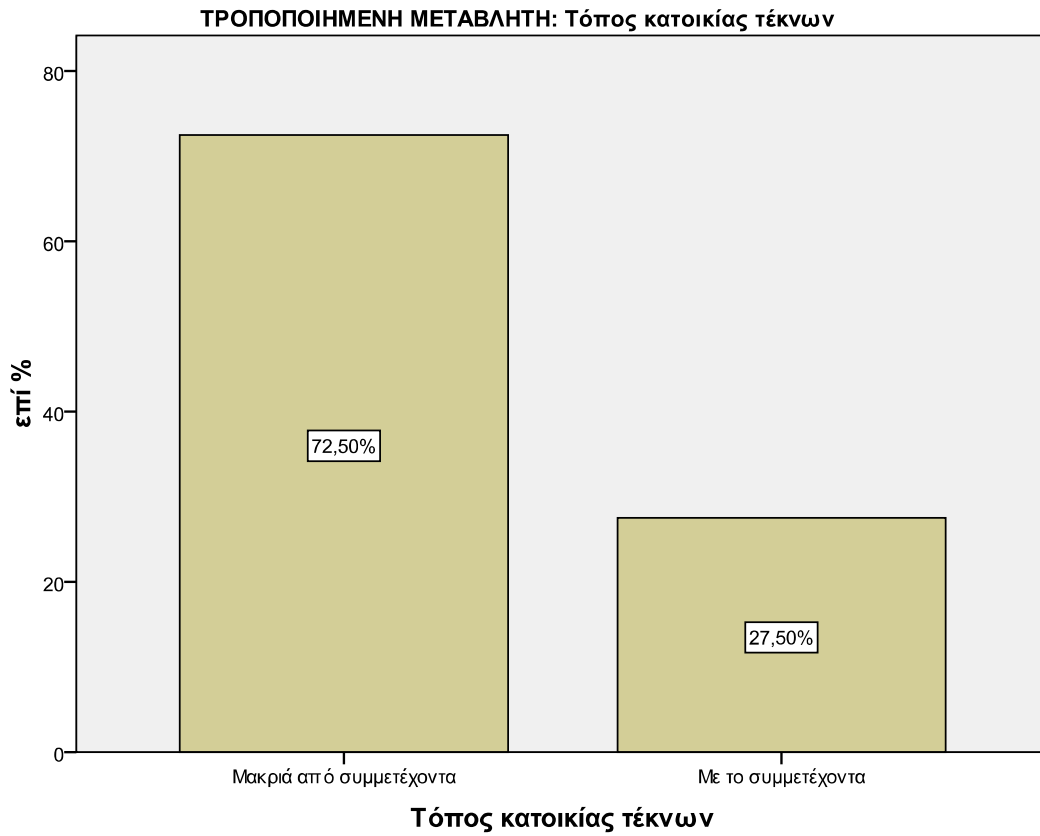


ΕΙΔΟΥΣ ΕΓΓΥΤΗΤΑΣ

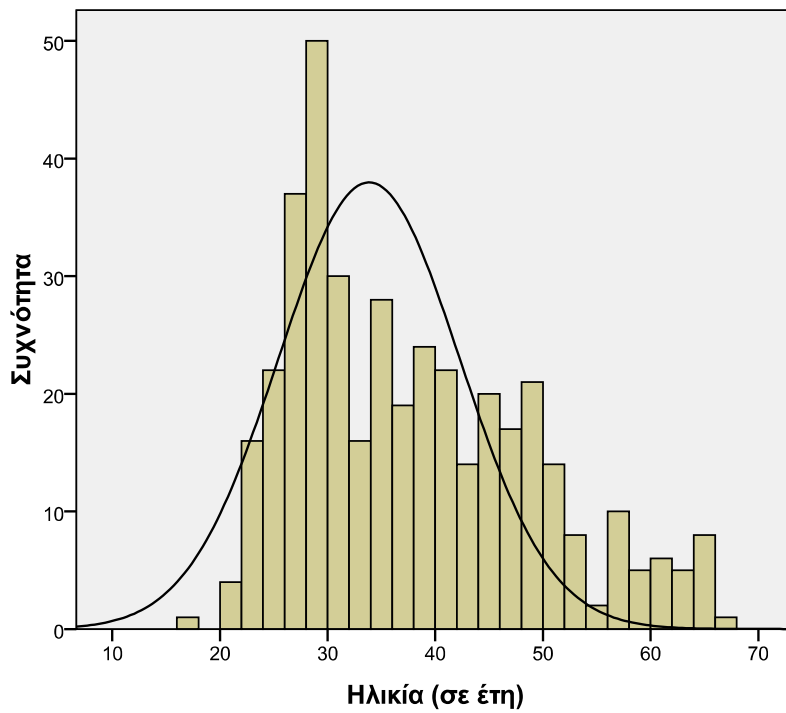


ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ: ΥΠΑΡΞΗ ΤΕΚΝΩΝ



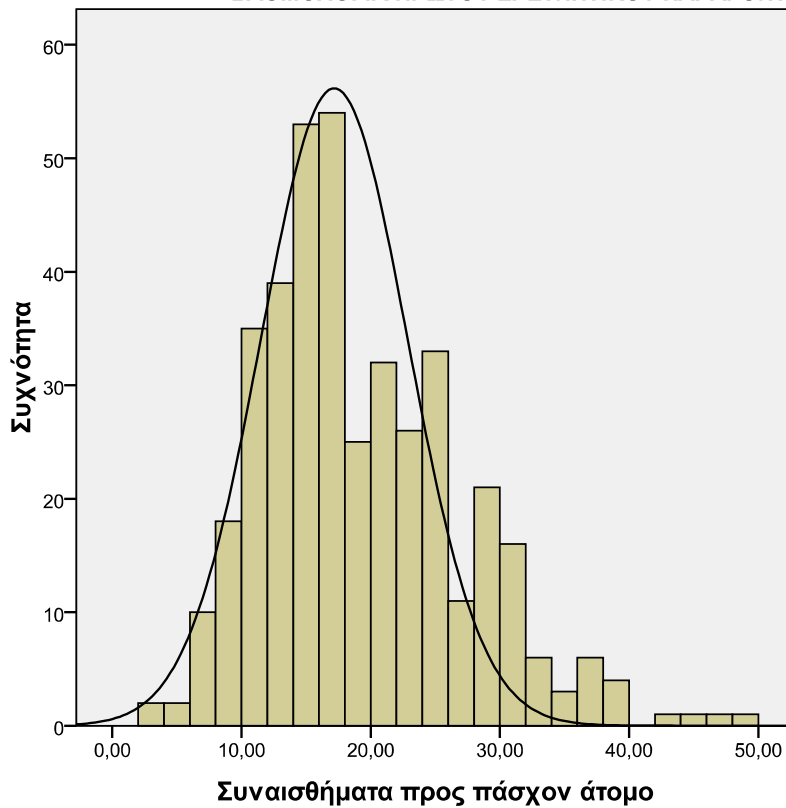


Ιστόγραμμα ηλικίας συμμετεχόντων (με καμπύλη κανονικής κατανομής)

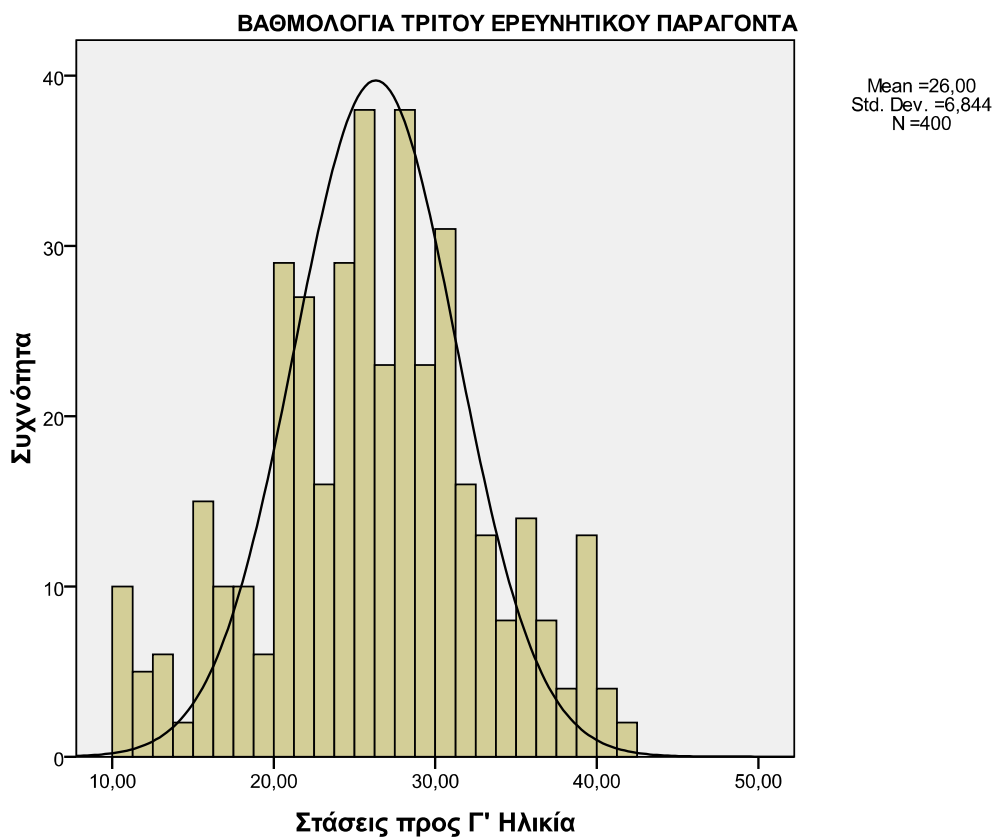
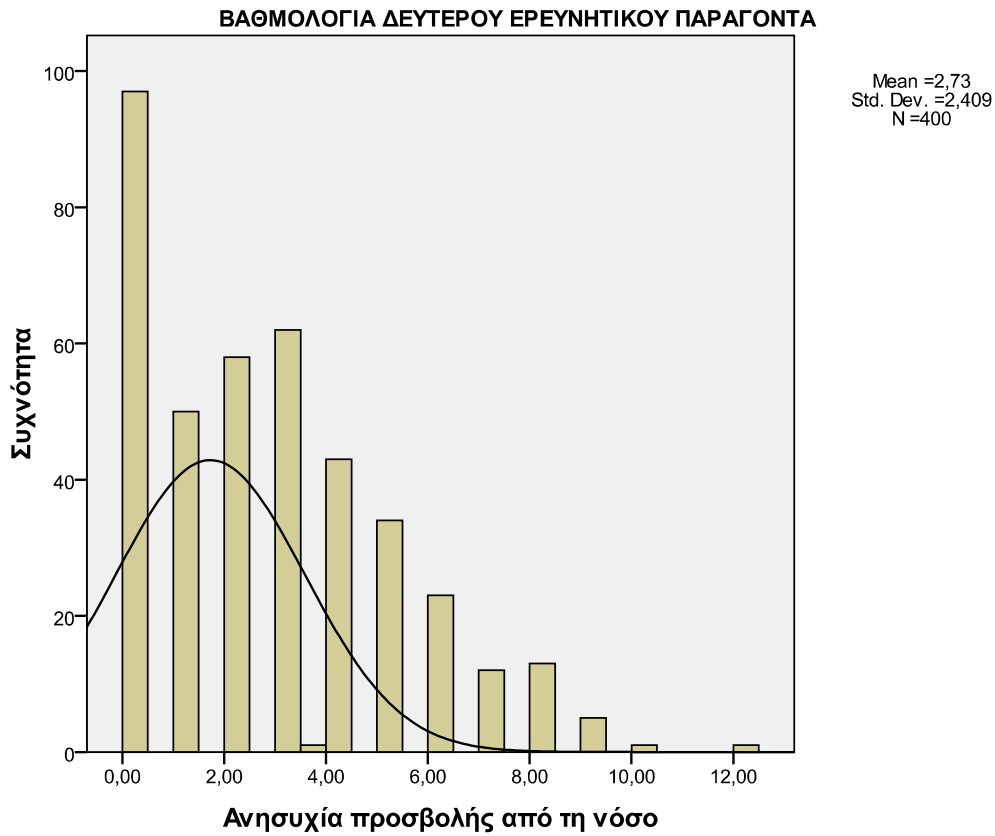


Mean =37,41
Std. Dev. =11,027
N =400

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΠΡΩΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ



Mean =18,78
Std. Dev. =7,734
N =400



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Γραμμές σύνταξης στο SPSS

1. Αλλαγή στη φορά ερωτήσεων (μέθοδος recode into different variables)

Ερωτήσεις πρώτου ερευνητικού παράγοντα

```
RECODE emotion4 emotion6 emotio14 emotio16 (1=3) (2=2) (3=1) (4=0)
(0=4) INTO TRemotion4 TRemotion6 TRemotion14 TRemotion16.
EXECUTE.
```

Ερωτήσεις τρίτου ερευνητικού παράγοντα

```
RECODE opinion5 opinion2 opinion6 opinion8 opinio14 opinio17 opinio20
(0=3) (1=2) (2=1) (3=0) INTO TRopinion5 TRopinion2 TRopinion6
TRopinion8 TRopinion14 TRopinion17 TRopinion20.
EXECUTE.
```

2. Υπολογισμός νέων μεταβλητών (μέθοδος compute)

Υπολογισμός πρώτου ερευνητικού παράγοντα

```
COMPUTE
TOTALEM=emotion1_1+emotion2_1+emotion3_1+tremotion4_1+emotion5_1+TRem
otion6_1+emotion7_1+emotion8_1+emotion9_1+emotio10_1+em
otio11_1+emotio12_1+emotio13_1+TRemotion14_1+emotio15_1+TRemotion16_1
.
EXECUTE.
```

Υπολογισμός δεύτερου ερευνητικού παράγοντα

```
COMPUTE TOTALATA=alzhei1_1+alzhei2_1+alzhei3_1.
EXECUTE.
```

Υπολογισμός τρίτου ερευνητικού παράγοντα

```
COMPUTE
TOTALATE=opinion1_1+opinion3_1+opinion4_1+opinion7_1+opinion9_1+opini
o10_1+opinio11_1+opinio12_1+opinio13_1+opinio15_1+opini
o16_1+opinio18_1+opinio19_1+TRopinion5_1+TRopinion2_1+TRopinion6_1+TR
opinion8_1+TRopinion14_1+TRopinion17_1+TRopinion20_1.
EXECUTE.
```

3. Αντικατάσταση αναπάντητων ερωτήσεων (system missings) με μέσες τιμές

Αντικατάσταση missings πρώτου ερευνητικού παράγοντα

```
RMV /emotion1_1=SMEAN(emotion1) /emotion2_1=SMEAN(emotion2)
/emotion3_1=SMEAN(emotion3) /emotion5_1=SMEAN(emotion5)
/emotion7_1=SMEA
N(emotion7) /emotion8_1=SMEAN(emotion8)
/emotion9_1=SMEAN(emotion9) /emotio10_1=SMEAN(emotio10)
/emotio11_1=SMEAN(emotio11)
/emotio12_1=SMEAN(emotio12) /emotio13_1=SMEAN(emotio13)
/emotio15_1=SMEAN(emotio15) /TRemotion6_1=SMEAN(TRemotion6)
/TRemotion14_1=S
MEAN(TRemotion14) /TRemotion16_1=SMEAN(TRemotion16)
```

Αντικατάσταση missings τρίτου ερευνητικού παράγοντα

```
RMV /opinion1_1=SMEAN(opinion1) /opinion3_1=SMEAN(opinion3)
/opinion4_1=SMEAN(opinion4) /opinion7_1=SMEAN(opinion7)
/opinion9_1=SMEA
N(opinion9) /opinio10_1=SMEAN(opinio10)
/opinio11_1=SMEAN(opinio11) /opinio12_1=SMEAN(opinio12)
/opinio13_1=SMEAN(opinio13)
/opinio15_1=SMEAN(opinio15) /opinio16_1=SMEAN(opinio16)
/opinio18_1=SMEAN(opinio18) /opinio19_1=SMEAN(opinio19)
/TRopinion5_1=SMEAN(
TRopinion5) /TRopinion2_1=SMEAN(TRopinion2)
/TRopinion6_1=SMEAN(TRopinion6) /TRopinion8_1=SMEAN(TRopinion8)
```

/TRopinion14_1=SMEAN(TRopinion14) /TRopinion17_1=SMEAN(TRopinion17)
/TRopinion20_1=SMEAN(TRopinion20) .

Έλεγχος Κανονικότητας Κατανομών

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
TOTALEM	,115	400	,000	,959	400	,000
TOTALATA	,131	400	,000	,910	400	,000
TOTALATE	,047	400	,031	,993	400	,070

a. Lilliefors Significance Correction

*TOTALEM: Παράγοντας συναισθημάτων απέναντι σε πάσχον άτομο

TOTALATA: Παράγοντας ανησυχίας προσβολής από τη νόσο

TOTALATE: Παράγοντας στάσεων απέναντι στην Τρίτη Ηλικία

Ανάλυση Αξιοπιστίας

Πρώτος Ερευνητικός Παράγοντας

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	400	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	400	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,782	16

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SMEAN(emotion1)	17,8868	54,642	,280	,779
SMEAN(emotion2)	17,0118	58,632	,001	,802
SMEAN(emotion3)	18,3211	55,066	,383	,772
SMEAN(emotion5)	17,4728	47,457	,665	,744
SMEAN(emotion7)	17,6339	50,850	,503	,760
SMEAN(emotion8)	17,3955	51,893	,393	,770
SMEAN(emotion9)	18,3220	52,416	,608	,758
SMEAN(emotio10)	18,5268	55,014	,512	,768

SMEAN(emotio11)	17,6916	49,491	,584	,753
SMEAN(emotio12)	17,0593	58,511	,020	,798
SMEAN(emotio13)	18,6042	56,828	,325	,776
SMEAN(emotio15)	18,0553	52,803	,517	,762
SMEAN(TRemotion6)	16,8773	51,682	,416	,768
SMEAN(TRemotion14)	16,8226	53,282	,349	,773
SMEAN(TRemotion16)	17,0318	50,721	,435	,766
SMEAN(tremotion4)	16,9392	54,119	,288	,778

Δεύτερος Ερευνητικός Παράγοντας

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	400	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	400	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,768	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SMEAN(alzhei1)	1,855	3,428	,521	,772
SMEAN(alzhei2)	1,872	2,702	,667	,612
SMEAN(alzhei3)	1,727	2,504	,634	,655

Τρίτος Ερευνητικός Παράγοντας

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	400	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	400	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,788	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SMEAN(opinion1)	24,8947	43,612	,468	,772
SMEAN(opinion3)	24,9302	43,972	,407	,776
SMEAN(opinion4)	25,1808	46,306	,136	,795
SMEAN(opinion7)	24,5440	44,698	,404	,777
SMEAN(opinion9)	24,4280	41,994	,536	,767
SMEAN(opinio10)	24,9423	43,498	,456	,773
SMEAN(opinio11)	24,8457	43,793	,510	,771
SMEAN(opinio12)	24,5225	42,892	,432	,774
SMEAN(opinio13)	24,9649	43,554	,470	,772
SMEAN(opinio15)	24,4230	45,383	,222	,789
SMEAN(opinio16)	25,0930	45,254	,351	,780
SMEAN(opinio18)	24,9971	43,975	,536	,771
SMEAN(opinio19)	24,9799	43,776	,427	,775
SMEAN(TRopinion5)	24,6491	44,596	,352	,779
SMEAN(TRopinion2)	24,7662	46,480	,170	,790
SMEAN(TRopinion6)	24,0451	48,044	,028	,797
SMEAN(TRopinion8)	24,4009	45,163	,274	,785
SMEAN(TRopinion14)	24,4164	45,376	,262	,785
SMEAN(TRopinion17)	25,0604	44,229	,408	,776
SMEAN(TRopinion20)	24,3433	44,715	,296	,783

Έλεγχος Υποθέσεων

Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις

Group Statistics

omada		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
erwtoumenwn	Ellines	149	15,4310	5,49664	,45030
TOTALEM	metanestes	251	20,6355	7,84517	,49518

TOTALATA	Ellines	149	3,3280	2,19448	,17978
	metanestes	251	2,3267	2,33856	,14761
TOTALATE	Ellines	149	24,7306	7,00167	,57360
	metanestes	251	26,7477	6,64977	,41973

Group Statistics

	CHILDREN	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	ATEKNOI	152	18,0873	7,37033	,59781
	ME TEKNA	248	19,0704	7,55468	,47972
TOTALATA	ATEKNOI	152	2,8544	2,31971	,18815
	ME TEKNA	248	2,6048	2,34242	,14874
TOTALATE	ATEKNOI	152	26,2645	6,95923	,56447
	ME TEKNA	248	25,8319	6,78174	,43064

Group Statistics

	DISTANCE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	MONOI	290	19,1307	7,83988	,46037
	ME PAIDIA	110	17,5530	6,37457	,60779
TOTALATA	MONOI	290	2,5478	2,36721	,13901
	ME PAIDIA	110	3,1000	2,20487	,21023
TOTALATE	MONOI	290	26,2706	6,95097	,40818
	ME PAIDIA	110	25,2731	6,53012	,62262

Group Statistics

	Fulo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	Andras	183	19,0297	6,46390	,47783
	gynaika	217	18,4161	8,26333	,56095
TOTALATA	Andras	183	2,1141	2,23622	,16531
	gynaika	217	3,1935	2,30526	,15649
TOTALATE	Andras	183	26,1325	6,97924	,51592
	gynaika	217	25,8814	6,74238	,45770

Group Statistics

	an eixate prosopik h empeiri a me atomo me alz	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean

Group Statistics

omada erwtoumenwn		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	Ellines	149	15,4310	5,49664	,45030
	metanestes	251	20,6355	7,84517	,49518
TOTALATA	Ellines	149	3,3280	2,19448	,17978
	metanestes	251	2,3267	2,33856	,14761
TOTALATE	Ellines	149	24,7306	7,00167	,57360
	metanestes	251	26,7477	6,64977	,41973

Group Statistics

CHILDREN		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	A TEKNOI	152	18,0873	7,37033	,59781
	ME TEKNA	248	19,0704	7,55468	,47972
TOTALATA	A TEKNOI	152	2,8544	2,31971	,18815
	ME TEKNA	248	2,6048	2,34242	,14874
TOTALATE	A TEKNOI	152	26,2645	6,95923	,56447
	ME TEKNA	248	25,8319	6,78174	,43064

Group Statistics

DISTANCE		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	MONOI	290	19,1307	7,83988	,46037
	ME PAIDIA	110	17,5530	6,37457	,60779
TOTALATA	MONOI	290	2,5478	2,36721	,13901
	ME PAIDIA	110	3,1000	2,20487	,21023
TOTALATE	MONOI	290	26,2706	6,95097	,40818
	ME PAIDIA	110	25,2731	6,53012	,62262

Group Statistics

Fulo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	Andras	183	19,0297	6,46390	,47783
	gynaika	217	18,4161	8,26333	,56095
TOTALATA	Andras	183	2,1141	2,23622	,16531
	gynaika	217	3,1935	2,30526	,15649
TOTALEM	Oxi	224	20,1527	7,77941	,51978
	Nai	176	16,8439	6,68301	,50375
TOTALATA	Oxi	224	2,1027	2,18293	,14585
	Nai	176	3,4595	2,30478	,17373
TOTALATE	Oxi	224	26,3601	6,83605	,45675

Group Statistics

omada erwtoumenwn		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	Ellines	149	15,4310	5,49664	,45030
	metanestes	251	20,6355	7,84517	,49518
TOTALATA	Ellines	149	3,3280	2,19448	,17978
	metanestes	251	2,3267	2,33856	,14761
TOTALATE	Ellines	149	24,7306	7,00167	,57360
	metanestes	251	26,7477	6,64977	,41973

Group Statistics

CHILDREN		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	ATEKNOI	152	18,0873	7,37033	,59781
	ME TEKNA	248	19,0704	7,55468	,47972
TOTALATA	ATEKNOI	152	2,8544	2,31971	,18815
	ME TEKNA	248	2,6048	2,34242	,14874
TOTALATE	ATEKNOI	152	26,2645	6,95923	,56447
	ME TEKNA	248	25,8319	6,78174	,43064

Group Statistics

DISTANCE		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	MONOI	290	19,1307	7,83988	,46037
	ME PAIDIA	110	17,5530	6,37457	,60779
TOTALATA	MONOI	290	2,5478	2,36721	,13901
	ME PAIDIA	110	3,1000	2,20487	,21023
TOTALATE	MONOI	290	26,2706	6,95097	,40818
	ME PAIDIA	110	25,2731	6,53012	,62262

Group Statistics

Fulo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	Andras	183	19,0297	6,46390	,47783
	gynaika	217	18,4161	8,26333	,56095
TOTALATA	Andras	183	2,1141	2,23622	,16531
	gynaika	217	3,1935	2,30526	,15649
	nai	176	25,5333	6,84615	,51605

Group Statistics

Trage		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	1,00	247	18,4845	7,68950	,48927
	2,00	153	19,0396	7,17086	,57973

Group Statistics

omada		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	Ellines	149	15,4310	5,49664	,45030
	metanestes	251	20,6355	7,84517	,49518
TOTALATA	Ellines	149	3,3280	2,19448	,17978
	metanestes	251	2,3267	2,33856	,14761
TOTALATE	Ellines	149	24,7306	7,00167	,57360
	metanestes	251	26,7477	6,64977	,41973

Group Statistics

CHILDREN		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	A TEKNOI	152	18,0873	7,37033	,59781
	ME TEKNA	248	19,0704	7,55468	,47972
TOTALATA	A TEKNOI	152	2,8544	2,31971	,18815
	ME TEKNA	248	2,6048	2,34242	,14874
TOTALATE	A TEKNOI	152	26,2645	6,95923	,56447
	ME TEKNA	248	25,8319	6,78174	,43064

Group Statistics

DISTANCE		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	MONOI	290	19,1307	7,83988	,46037
	ME PAIDIA	110	17,5530	6,37457	,60779
TOTALATA	MONOI	290	2,5478	2,36721	,13901
	ME PAIDIA	110	3,1000	2,20487	,21023
TOTALATE	MONOI	290	26,2706	6,95097	,40818
	ME PAIDIA	110	25,2731	6,53012	,62262

Group Statistics

Fulo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TOTALEM	Andras	183	19,0297	6,46390	,47783
	gynaika	217	18,4161	8,26333	,56095
TOTALATA	Andras	183	2,1141	2,23622	,16531
	gynaika	217	3,1935	2,30526	,15649
TOTALATA	1,00	247	2,7606	2,42162	,15408
	2,00	153	2,6013	2,18951	,17701
TOTALATE	1,00	247	26,6802	6,94373	,44182
	2,00	153	24,8923	6,55329	,52980

Υπόθεση 1

Mann-Whitney Test

Ranks

	Fulo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	andras	183	211,21	38651,00
	avnaika	217	191,47	41549,00
	Total	400		
TOTALATA	andras	183	169,40	30999,50
	avnaika	217	226,73	49200,50
	Total	400		
TOTALATE	andras	183	202,42	37042,50
	avnaika	217	198,88	43157,50
	Total	400		

Test Statistics^a

	TOTALEM	TOTALATA	TOTALATE
Mann-Whitney U	17896,000	14163,500	19504,500
Wilcoxon W	41549,000	30999,500	43157,500
Z	-1,702	-5,005	-,305
Asymp. Sig. (2-tailed)	,089	,000	,760

a. Grouping Variable: fulo

Υπόθεση 2

Mann-Whitney Test

Ranks

	omada erwtoumenwn	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	Ellines	149	150,07	22361,00
	Metanestes	251	230,43	57839,00
	Total	400		
TOTALATA	Ellines	149	235,41	35076,50
	Metanestes	251	179,77	45123,50
	Total	400		
TOTALATE	Ellines	149	179,64	26767,00
	metanestes	251	212,88	53433,00
	Total	400		

Test Statistics^a

	TOTALEM	TOTALATA	TOTALATE
Mann-Whitney U	11186,000	13497,500	15592,000

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	omada erwtoumenwn Ellines	149	150,07	22361,00
	Metanestes	251	230.43	57839.00
	Total	400		
TOTALATA	Ellines	149	235,41	35076,50
	Metanestes	251	179.77	45123.50
	Total	400		
TOTALATE	Ellines	149	179,64	26767,00
	metanestes	251	212.88	53433.00
	Total	400		

Test Statistics^a

Wilcoxon W	22361,000	45123,500	26767,000
Z	-6,727	-4,713	-2,783
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,005

a. Grouping Variable: omada erwtoumenwn

Υπόθεση 3
Mann-Whitney Test

Ranks

CHILDREN		N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	A TEKNOI	152	191,57	29119,00
	ME TEKNA	248	205.97	51081.00
	Total	400		
TOTALATA	A TEKNOI	152	208,87	31748,50
	ME TEKNA	248	195.37	48451.50
	Total	400		
TOTALATE	A TEKNOI	152	206,63	31407,00
	ME TEKNA	248	196.75	48793.00
	Total	400		

Test Statistics^a

	TOTALEM	TOTALATA	TOTALATE
Mann-Whitney U	17491,000	17575,500	17917,000
Wilcoxon W	29119,000	48451,500	48793,000
Z	-1,210	-1,148	-,830
Asymp. Sig. (2-tailed)	,226	,251	,406

Ranks				
	CHILDREN	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	A TEKNOI	152	191,57	29119,00
	ME TEKNA	248	205,97	51081,00
	Total	400		
TOTALATA	A TEKNOI	152	208,87	31748,50
	ME TEKNA	248	195,37	48451,50
	Total	400		
TOTALATE	A TEKNOI	152	206,63	31407,00
	ME TEKNA	248	196,75	48793,00
	Total	400		

Test Statistics^a

a. Grouping Variable: CHILDREN

Υπόθεση 4 Mann-Whitney Test

Ranks				
	an eixate prosopik h empeiria me atomo me alz	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	Oxi	224	223,01	49953,50
	Nai	176	171,86	30246,50
	Total	400		
TOTALATA	Oxi	224	170,19	38121,50
	Nai	176	239,08	42078,50
	Total	400		
TOTALATE	Oxi	224	208,63	46732,50
	nai	176	190,16	33467,50
	Total	400		

Test Statistics^a

	TOTALEM	TOTALATA	TOTALATE
Mann-Whitney U	14670,500	12921,500	17891,500
Wilcoxon W	30246,500	38121,500	33467,500
Z	-4,396	-5,992	-1,588

Ranks

	an eixate prosopik h empeiria me atomo me alz	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	Oxi	224	223,01	49953,50
	Nai	176	171.86	30246.50
	Total	400		
TOTALATA	Oxi	224	170,19	38121,50
	Nai	176	239.08	42078.50
	Total	400		
TOTALATE	Oxi	224	208,63	46732,50
	nai	176	190.16	33467.50
	Total	400		

Test Statistics^a

Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,112
------------------------	------	------	------

a. Grouping Variable: an eixate prosopikh empeiria me atomo me alz

Υπόθεση 5

Mann-Whitney Test

Ranks

	DISTANCE	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	MONOI	290	206,55	59899,50
	ME PAIDIA	110	184.55	20300.50
	Total	400		
TOTALATA	MONOI	290	191,63	55573,00
	ME PAIDIA	110	223.88	24627.00
	Total	400		
TOTALATE	MONOI	290	205,74	59664,00
	ME PAIDIA	110	186.69	20536.00
	Total	400		

Test Statistics^a

	TOTALEM	TOTALATA	TOTALATE
Mann-Whitney U	14195,500	13378,000	14431,000
Wilcoxon W	20300,500	55573,000	20536,000
Z	-1,701	-2,523	-1,473

Ranks				
	DISTANCE	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	MONOI	290	206,55	59899,50
	ME PAIDIA	110	184,55	20300,50
	Total	400		
TOTALATA	MONOI	290	191,63	55573,00
	ME PAIDIA	110	223,88	24627,00
	Total	400		
TOTALATE	MONOI	290	205,74	59664,00
	ME PAIDIA	110	186,69	20536,00
	Total	400		

Test Statistics ^a			
Asymp. Sig. (2-tailed)	,089	,012	,141

a. Grouping Variable: DISTANCE

Υπόθεση 6 Mann-Whitney Test

Ranks				
	TRage	N	Mean Rank	Sum of Ranks
TOTALEM	1,00	247	195,28	48235,00
	2,00	153	208,92	31965,00
	Total	400		
TOTALATA	1,00	247	202,21	49946,00
	2,00	153	197,74	30254,00
	Total	400		
TOTALATE	1,00	247	213,55	52747,00
	2,00	153	179,43	27453,00
	Total	400		

Test Statistics ^a			
	TOTALEM	TOTALATA	TOTALATE
Mann-Whitney U	17607,000	18473,000	15672,000
Wilcoxon W	48235,000	30254,000	27453,000
Z	-1,148	-,381	-2,871
Asymp. Sig. (2-tailed)	,251	,703	,004

a. Grouping Variable: TRage

Υπόθεση 7 Correlations

Correlations

		TOTALATE	TOTALATA	TOTALEM
TOTALATE	Pearson Correlation	1	-,064	,272**
	Sig. (2-tailed)		.199	.000
	N	400	400	400
TOTALATA	Pearson Correlation	-,064	1	-,286**
	Sig. (2-tailed)	.199		.000
	N	400	400	400
TOTALEM	Pearson Correlation	,272**	-,286**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	400	400	400

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

Προτεινόμενο μοντέλο

Correlations

		TOTALATE	an eixate prosopikh empeiria me atomo me alz	hlikia
TOTALATE	Pearson Correlation	1	-,060	-,167**
	Sig. (2-tailed)		.231	.001
	N	400	400	400
an eixate prosopikh empeiria me atomo me alz	Pearson Correlation	-,060	1	,155**
	Sig. (2-tailed)	.231		.002
	N	400	400	400
Hlikia	Pearson Correlation	-,167**	,155**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.002	
	N	400	400	400

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