



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

*«Τεχνικές πρόληψης και αντιμετώπισης της άνοιας»*

**Σπουδάστριες:**

**Βασιλική Κορωνίου**

A.M: 4910

**Παρασκευή Παναγοπούλου**

A.M: 4490

**Επόπτρια:**

**Μαρία Θεοδωράτου**

**ΠΑΤΡΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2016**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Από τη θέση αυτή θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επόπτρια της πτυχιακής, Μαρία Θεοδωράτου, για τις συμβουλές και την καθοδήγηση κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ ανήκει στα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα. Τους ευχαριστούμε για το χρόνο που διέθεσαν και τη διάθεση που είχαν να συζητήσουν μαζί μας ποικίλες πτυχές των ερωτημάτων. Δε θα μπορούσαμε να μην ευχαριστήσουμε τους φίλους μας, Σπύρο και Κων/να για τη βοήθειά τους στο στατιστικό μέρος της εργασίας καθώς επίσης και για τα σχόλιά τους, τα οποία μας έκαναν να σκεφτούμε διεξοδικότερα το θέμα. Τέλος, οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειές μας για τη στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	4
1. Ορισμός άνοιας	4
2. Αιτίες Άνοιας	5
3. Μορφές Άνοιας	7
4. Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα άνοιας	13
5. Επιδημιολογία Άνοιας	17
6. Διάγνωση Άνοιας	18
7. Πρόληψη Άνοιας	21
8. Θεραπεία άνοιας	24
9. Μη φαρμακευτική θεραπεία στην άνοια	26
10. Θεραπείες νοητικών λειτουργιών στην άνοια	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	35
2.1. Ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας στις υπηρεσίες υγείας	35
2.2. Η κοινωνική εργασία στην Τρίτη ηλικία	36
2.3. Η κοινωνική εργασία σε χρόνιες παθήσεις	38
2.4. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην άνοια	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	48
3. Παρούσα έρευνα	48
3.1. Ερευνητικά ερωτήματα και στόχοι	48
3.2. Μεθοδολογία της έρευνας	49
3.2.1. Η διαδικασία συλλογής υλικού	49
3.2.2. Πληροφορητές και δημογραφικά χαρακτηριστικά	50
3.3. Παρουσίαση του υλικού και των αποτελεσμάτων	51

3.4. Απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα	66
3.5. Συμπεράσματα	68
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	79

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχο της παρούσας εργασίας αποτελεί η ανάδειξη της άποψης ατόμων μέσης και Τρίτης ηλικίας σχετικά με τις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου της άνοιας, καθώς επίσης και της γνώμης τους για το ρόλο των κοινωνικών λειτουργών ως αρωγών των πασχόντων. Οι μέχρι τώρα έρευνες προτείνουν συγκεκριμένες μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης της άνοιας επικουρικά με τη φαρμακευτική αγωγή. Ειδικότερα, τονίζονται οι θετικές δράσεις τόσο της σωματικής άσκησης όσο και ασκήσεων του νου. Παράλληλα, πλήθος ερευνών αναφέρουν πως το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαίτερα χρήσιμο και βοηθητικό προς τα άτομα που νοσούν. Πέρα από τη στήριξη των πασχόντων και των οικογενειών τους, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παρέμβει βοηθητικά και σε κοινωνικό επίπεδο διαμορφώνοντας τις κατάλληλες συνθήκες επανένταξης των ασθενών στα κοινωνικά δρώμενα και κυρίως ενημερώνοντας την κοινωνία για τη νόσο της άνοιας μέσω ποικίλων δράσεων (ημερίδες, εκδηλώσεις κ.α). Ενώ λοιπόν υπάρχουν έρευνες που να φωτίζουν διάφορες πτυχές της νόσου της άνοιας και δίνουν εναλλακτικές για την πρόληψη και αντιμετώπισής πάντα με τη βοήθεια κοινωνικών λειτουργών και εξειδικευμένων φροντιστών, δεν είναι αρκετά σαφές κατά πόσο τα άτομα μέσης και Τρίτης ηλικίας χρίζουν επαρκούς ενημέρωσης για τα θέματα αυτά. Αυτό το κενό επιχειρεί να καλύψει η παρούσα έρευνα σε μία προσπάθεια ανάδυσης της άποψης ατόμων μέσης και Τρίτης ηλικίας σχετικά με τη νόσο της άνοιας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η ενημέρωση για τη νόσο της άνοιας από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς είναι ανεπαρκής, ενώ παράλληλα, από το σύνολο των πληροφορητών, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού κρίθηκε ιδιαίτερα απαραίτητος. Τα συγκεκριμένα πορίσματα φέρνουν στην επιφάνεια την ανάγκη ύπαρξης περισσότερων κοινωνικών δράσεων οι οποίες θα βοηθήσουν ώστε να γίνει ευρύτερα γνωστή η νόσος της άνοιας, βοηθώντας τόσο τους πάσχοντες όσο και τις οικογένειές τους. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε αυτή την προσπάθεια υποστηρίζουμε πως είναι καταλυτικός.

# ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση του αν και σε ποιο βαθμό τα άτομα μέσης και Τρίτης ηλικίας είναι ενημερωμένα για ζητήματα που αφορούν την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου της άνοιας. Παράλληλα, μας ενδιαφέρει η γνώμη τους για το κατά πόσο θεωρούν χρήσιμο το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στη συγκεκριμένη ασθένεια.

Παρόλο που η νόσος της άνοιας είναι εξαιρετικά συχνή στις μέρες μας και μαστίζει την Τρίτη ηλικία, έρευνες που να πραγματεύονται τη γνώμη της κοινωνίας σχετικά με το ζήτημα αυτό, εκλείπουν. Έτσι, βασικός στόχος της συγκεκριμένης έρευνας είναι να καλύψει αυτό το κενό, ελέγχοντας το κατά πόσο οι μέθοδοι πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου, καθώς και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι γνωστοί τόσο στους ηλικιωμένους όσο και σε άτομα μέσης ηλικίας.

Η δομή της εργασίας έχει ως εξής: Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στη νόσο της άνοιας. Ειδικότερα, στις επικείμενες ενότητες παρατίθενται όλες οι μορφές ανοιών, δίνονται στοιχεία που αφορούν τις αιτίες που την προκαλούν, αναφέρονται οι τρόποι διάγνωσης της καθώς και πορίσματα ερευνών σχετικά με τις μεθόδους πρόληψης και θεραπείας της.

Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται το ρόλο της κοινωνικής εργασίας στις υπηρεσίες υγείας καθώς και του κοινωνικού λειτουργού στη νόσο της άνοιας συγκεκριμένα.

Τέλος, το τρίτο κεφάλαιο σχετίζεται με την παρούσα έρευνα. Αναλυτικότερα, στις επιμέρους ενότητες γίνεται αναφορά στη μέθοδο συλλογής του υλικού, στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πληροφορητών και στα ερευνητικά μας ερωτήματα. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τις ενότητες στις οποίες παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και βάσει αυτών, δίνονται απαντήσεις στα ερευνητικά μας ερωτήματα, καταλήγοντας σε επιμέρους συμπεράσματα.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση δύο παραρτημάτων. Στο πρώτο, με τίτλο «Στατιστική Ανάλυση» παρουσιάζονται όλα τα δεδομένα από τη στατιστική ανάλυση του συλλεχθέντος υλικού. Στο δεύτερο παράρτημα, με τίτλο «Ερωτηματολόγιο» παρουσιάζονται οι ερωτήσεις στις οποίες κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει τον όρο *άνοια* (dementia) και το ρόλο που διαδραματίζει στην καθημερινή ζωή των ατόμων που πλήττονται από αυτή. Συγκεκριμένα, αφού δοθεί ο γενικός ορισμός, θα προχωρήσουμε στην κατηγοριοποίηση των διαφόρων μορφών άνοιας σύμφωνα με τα κλινικά, παθολογικά και νευροανατομικά τους χαρακτηριστικά, εστιάζοντας στους τρόπους διάγνωσης και πρόληψης. Τέλος, ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στις υπάρχουσες μη φαρμακευτικές μεθόδους αντιμετώπισής της, καθώς και στο ρόλο των φροντιστών ως αρωγών των πασχόντων.

## **1. Ορισμός άνοιας**

Άνοια είναι η λέξη που συνήθως κρύβεται πίσω από τις φοβίες του κόσμου όταν κάποιος άνθρωπος τους, ιδίως όντας σε προχωρημένη ηλικία, αρχίζει να ξεχνά. Τι σημαίνει όμως η λέξη άνοια; Ετυμολογικά, προέρχεται από το ρήμα «νοώ» και το στερητικό «α-» και ουσιαστικά σημαίνει «μη νόηση», ή αλλιώς «έχω άνοια» θα πει «δεν νοώ». Σε μία προσπάθεια ορισμού της, η άνοια αποτελεί μία παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από επίκτητη, γενικευμένη και συνήθως προοδευτική εξασθένηση της γνωσιακής λειτουργίας που προκαλείται από βλάβη του εγκεφάλου εξαιτίας ποικίλων παθολογικών αιτιών (Parageorgiou et al., 2009; Aminoff et al., 2006:53).

Παρατηρούμε πως η λέξη δεν σχετίζεται αποκλειστικά με την απώλεια μνήμης αλλά αναφέρεται σε γενικότερες νοητικές ελλείψεις, όπως προσοχή, προσανατολισμός, συμπεριφορά, γλώσσα, κ.ο.κ. Θα πρέπει να τονιστεί ακόμη πως αν και λανθασμένα, η απώλεια μνήμης ενός μεσήλικα ή υπερήλικα οδηγεί πολλούς στην ιδέα της νόσου Alzheimer. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην ιδιαίτερα μεγάλη εξάπλωση της

συγκεκριμένης νόσου σε όλο τον κόσμο, με σαφέστατη διαφορά από τις άλλες άνοιες, με αποτέλεσμα να επικρατήσει στην κοινή γνώμη ως ο κλασικός «εφιάλτης» της τρίτης ηλικίας και των περιθαλπόντων.

Με βάση τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος χρησιμοποιείται διεθνώς στην κλινική πράξη, η έκπτωση αυτή των γνωσιακών-νοητικών λειτουργιών



πρέπει να συνδυάζει διαταραχή της μνήμης και μιας τουλάχιστον από τις άλλες νοητικές λειτουργίες, δηλαδή να συνυπάρχει αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή των μετωπιαίων λειτουργιών. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να είναι τόσο έντονα ώστε να διαταράσσουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς στην κοινωνική και επαγγελματική του ζωή. Με άλλα λόγια, είναι ένας γενικός περιγραφικός όρος για την έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων του ατόμου, που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση στην κοινωνική και επαγγελματική του λειτουργικότητα. Η άνοια αποτελεί μία χρόνια κατάσταση η οποία εκδηλώνεται με πολύ αργό ρυθμό, σε διάστημα αρκετών ετών, αλλά ορισμένα γνωστικά και συμπεριφορικά ελλείμματα μπορούν να εντοπιστούν πολύ πριν εκδηλώσει το άτομο εμφανή μείωση (Small et al., 2000).

Τέλος, η συχνότητα εμφάνισης της άνοιας αυξάνεται με την ηλικία. Δεδομένης λοιπόν της συνεχούς επέκτασης του προσδόκιμου επιβίωσης, η άνοια έχει γίνει πλέον μια συνήθης κατάσταση, αποτελώντας τη συχνότερη νευρολογική πάθηση στο γενικό πληθυσμό (διαπιστώνεται στο 1% του γενικού πληθυσμού). Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι βρίσκεται στο 10% των ατόμων ηλικίας πάνω από τα 65 έτη και έως και στο 50% των ατόμων ηλικίας πάνω από τα 85 έτη.

## **2. Αιτίες Άνοιας**

Αναμφισβήτητα, δεδομένης της ραγδαίας αύξησης της νόσου της άνοιας τα τελευταία χρόνια, ο ακριβής εντοπισμός των αιτιών που δύναται να οδηγήσουν στην εμφάνισή της αποτελεί έναν από τους βασικότερους στόχους των νευροεπιστημών. Πλήθος ερευνών υποστηρίζουν πως το αιτιολογικό υπόβαθρο της άνοιας χαρακτηρίζεται από πολυπαραγοντικότητα και αφορά σε γενετικούς, δημογραφικούς, κοινωνικούς, συμπεριφορικούς και ψυχοσωματικούς, μεταξύ άλλων παραγόντων (Papageorgiou et al., 2009).

Ειδικότερα, όσον αφορά στους γενετικούς παράγοντες, θεωρείται πως μεταλλάξεις γονιδίων συγκεκριμένων πρωτεϊνών προκαλούν την εκδήλωση των μορφών άνοιας τύπου Alzheimer (50-60% των περιστατικών), ακολουθούμενη από την αγγειακή νόσο, όπως επίσης μικτές μορφές άνοιας είναι συχνές. Άλλες αιτίες θεωρούνται ο τραυματισμός της κεφαλής, το αλκοόλ, οι κινητικές διαταραχές, όπως η νόσος του Huntington, η νόσος του Parkinson, και η λοίμωξη από HIV.

Τα νευροπαθολογικά ευρήματα σχετίζουν την εμφανιση άνοιας με μάζες νευροϊνικής, γεροντικές πλάκες και κενотоπιώδεις εκφυλίσεις. Αυτού του τύπου οι αλλοιώσεις μπορούν επίσης να εμφανιστούν και στη φυσιολογική γήρανση, αλλά είναι πάντα παρούσες στον εγκέφαλο των ασθενών με νόσο Alzheimer. Σε κάθε περίπτωση βέβαια, οριστική διάγνωση μπορεί να γίνει μόνο ιστοπαθολογικά. Η κλινική διάγνωση της νόσου Alzheimer θα πρέπει να θεωρείται μόνο πιθανή ή δυνατή, καθώς μόνο μετά θάνατον μπορεί να γίνει οριστική διάγνωση. Άλλες διαταραχές που έχουν παρατηρηθεί και σχετίζονται με τη συγκεκριμένη διάγνωση περιλαμβάνουν ατροφία σε μεγάλο μέρος του φλοιού όπως μπορεί να δείξει η αξονική ή μαγνητική τομογραφία, μεγέθυνση των κοιλιών του εγκεφάλου και ελαττωμένο εγκεφαλικό μεταβολισμό της ακετυλοχολίνης.

Συνεχίζοντας, μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων κινδύνου έχει τονιστεί η σύνδεση της αύξησης του επιπολασμού της νόσου με την πρόοδο της ηλικίας και ιδιαίτερα με το ηλικιακό όριο των 65 ετών και άνω. Ως προς το φύλο, η νόσος προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες, αν και η άποψη αυτή χρίζει μεγαλύτερης διερεύνησης ούτως ώστε να να διασαφηνιστούν οι διαφορές των δύο φύλων τόσο από άποψη βιολογίας όσο και ως προς τον μέσο όρο ζωής. Το μορφωτικό επίπεδο, ως δημογραφικό χαρακτηριστικό, αποτελεί ένα πρόσθετο πεδίο ερευνών συσχέτισης με την πρόκληση της νόσου, το οποίο όμως δεν έχει οδηγήσει ακόμα σε σαφή συμπεράσματα (Kokmen et al., 1996). Αναλυτικότερα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις που επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία και συνδυαστικά αποτελούν ένα εύλογο υπόστρωμα για την εκδήλωση άνοιας. Από την άλλη όμως, η άνοια τύπου Alzheimer έχει προσβάλλει προσωπικότητες υψηλού μορφωτικού διαμετρήματος. Επομένως, η περαιτέρω και σε βάθος χρόνου διερεύνηση του ζητήματος καθίσταται αναγκαία.

Αναφορικά με τους κοινωνικούς και ψυχοσωματικούς παράγοντες, θεωρείται πως η ποιότητα και η ένταση της εργασίας, η ανεργία, οι διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους, οι οποίες είναι ακόμα υπό διερεύνηση προκειμένου να αποσαφηνισθεί η σχέση τους με την άνοια. Παράλληλα, πορίσματα διαφόρων επιδημιολογικών μελετών υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα κινδύνου για άνοια. Τέλος, μία συνήθης αιτία πρόκλησης άνοιας σχετίζεται με τη χρήση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων τα οποία σε

πολλές περιπτώσεις προκαλούν γνωστικές διαταραχές, είτε λόγω υπερδοσολογίας, είτε λόγω κάποιας διαταραχής στην ισορροπία των νευροδιαβιβαστών.

Κατά κύριο λόγο, ως τέτοια σκευάσματα ενοχοποιούνται τα αντιχολινεργικά, οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή και τα αντικαταθλιπτικά. Αυτές οι περιπτώσεις όμως είναι αναστρέψιμες αν διαγνωσθούν και αντιμετωπιστούν έγκαιρα. Ωστόσο, οι περισσότερες περιπτώσεις άνοιας είναι μη αναστρέψιμες. Ακόμη, τα ακριβή αίτια που προκαλούν άνοια δεν είναι γνωστά και η πλήρης διάγνωση της εκάστοτε μορφής άνοιας, όπως προαναφέρθηκε, μπορεί να τεθεί μόνον μετά το θάνατο του ασθενούς με την παθολογοανατομική εξέταση του εγκεφάλου του. Ας προχωρήσουμε όμως στην παρουσίαση των διαφόρων μορφών άνοιας και των βασικών χαρακτηριστικών τους.

### **3. Μορφές Άνοιας**

#### **3.1. Νευροεκφυλιστικές Άνοιες**

Πρόκειται για άνοιες που οφείλονται σε σταδιακή εκφύλιση του εγκεφάλου. Η λέξη *εκφύλιση* σημαίνει αλλοίωση των ιστών ή κυττάρων ενός οργάνου που έχει ως αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία του. Συνεπώς, λόγω κάποιων παραγόντων που είναι είτε κοινοί είτε διαφορετικοί για κάποιες μορφές, ο εγκέφαλος εκφυλίζεται με αποτέλεσμα να ατροφεί και να χάνει πέρα από τα δομικά του χαρακτηριστικά και την λειτουργικότητά του. Ο ρυθμός εκφύλισης μπορεί να είναι γρήγορος (μήνες) ή αργός (έτη). Παρακάτω παρατίθενται οι αντιπροσωπευτικότερες μορφές νευροεκφυλιστικών ανοιών (Chiou et al., 2006).

##### **3.1.1. Νόσος Alzheimer**

Υπολογίζεται ότι περίπου 26.5 εκατομμύρια άτομα πλήττονται από τη νόσο της άνοιας, και όπως υπολογίζεται, ένας στους 85 ανθρώπους θα πάσχει από αυτή τη νόσο έως το 2050.

Η αιτία που φαίνεται να προκαλεί τη συγκεκριμένη νόσο αφορά στη συσσώρευση γεροτικών πλακών (ουσία β-αμυλοειδές) εντός του εγκεφάλου. Παράλληλα, εντός των νευρώνων παρουσιάζεται μια αλλοίωση του σκελετού του κυττάρου και η συσσώρευση μιας πρωτεΐνης, της (ταυ)πρωτεΐνης, η οποία συσσωρεύεται κατά τολύπια, τα λεγόμενα νευροινιδικά τολύπια. Συνεπώς το πρόβλημα-αίτιο είναι διπλό. Από τη μία, τα νευροινιδικά τολύπια καταστρέφουν το νευρώνα από μέσα, και από την άλλη, οι

γεροντικές πλάκες εμποδίζουν τη λειτουργία τους από έξω. Το φαινόμενο αυτό ξεκινά κυρίως από το αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου και συγκεκριμένα από το εσωτερικό τμήμα του κροταφικού λοβού. Ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα στη βραχυπρόθεσμη μνήμη και παράλληλα γίνεται δυσλειτουργικός στην καθημερινότητά του (στη δουλειά, στο σπίτι, στις χρηματικές συναλλαγές, στο μαγείρεμα κ.α.).

Με το πέρασμα του χρόνου εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς και αλληλεπίδρασης με τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του, προβλήματα στην εκτέλεση πράξεων, που έως τότε γνώριζε πολύ καλά να κάνει, καθώς και προβλήματα λόγου και προσανατολισμού στο χώρο. Οι δυνατότητες του εγκεφάλου του σταδιακά εκπίπτουν και σε άλλα επίπεδα, με τις προαναφερόμενες να χειροτερεύουν ακόμα περισσότερο, με αποτέλεσμα ο ασθενείς να φτάνει να είναι ανύμπορος να αυτοξυπηρετηθεί και κατόπιν να καταλήξει σε (μέσο όρο) περίπου επτά με οκτώ χρόνια.

Η ασθένεια είναι κατά ελάχιστο ποσοστό κληρονομική. Ως προς τις νοητικές διαταραχές, στα πρώιμα στάδια της νόσου ο πάσχων χάνει τα προσωπικά του αντικείμενα, τα οποία δεν θυμάται που έβαλε, ξεχνά τα ραντεβού του, τηλεφωνεί συχνά στους οικείους του, ρωτώντας συνεχώς τα ίδια πράγματα και γράφει καταλόγους για πράγματα που πρέπει να κάνει ή να αγοράσει.

Σε μεταγενέστερα στάδια, ξεχνά πρόσωπα, αρχικά επωνύμων (ηθοποιών, πολιτικών) και γνωστών του, αργότερα και των οικείων του. Επίσης είναι ανίκανος να χρησιμοποιήσει τους καταλόγους, ξεχνά πρόσφατα περιστατικά και δεν μπορεί να τηρήσει οποιοδήποτε ραντεβού. Φτάνοντας στα τελικά στάδια, θα μπορούσαμε να πούμε πως δεν έχει συναίσθηση παροντικών καταστάσεων (ζει στο παρελθόν) και συγχέει τα πρόσωπα της οικογένειάς του (Τσολάκη & Καζής, 2005:274).

Ως προς τις διαταρχές του λόγου, στα πρώιμα στάδια διαταράσσεται ιδιαίτερα η σημασιολογική μνήμη, με αποτέλεσμα τη δυσκολία εξέρευσης λέξεων, χρήσης περιφράσεων, ενώ η ροή του λόγου μειώνεται σημαντικά. Η ικανότητα για συζήτηση περιορίζεται, οδηγώντας μερικές φορές τον πάσχοντα σε προοδευτικό κοινωνικό παραγκωνισμό. Σε μεταγενέστερα στάδια υπάρχει αυξημένη τάση για επανάληψη, ο λόγος αρχίζει να χάνει τον ειρμό του και το περιεχόμενο περιορίζεται σημαντικά. Τα τελικά στάδια συνίστανται στην πλήρη απώλεια παραγωγής και κατανόησης λόγου (Τσολάκη & Καζής, 2005:274).

### 3.1.2. Νόσος των σωματιδίων του Lewy

Η άνοια με σωματίδια Lewy, αναφέρεται ως η δεύτερη πιο συχνή αιτία άνοιας, καθώς, μέχρι και στο ένα τέταρτο των ηλικιωμένων ανοϊκών ασθενών που διενεργείται αυτοψία, ανευρίσκονται ενδοκυττάρια νευρωνικά έγκλειστα (σωμάτια Lewy) στον φλοιό και στο στέλεχος του εγκεφάλου. Το αίτιο αφορά την συσσώρευση της α-συνουκλείνης, μιας πρωτεΐνης υπό τη μορφή οργανωμένων σωματιδίων εντός των νευρώνων, που λειτουργούν εις βάρος των υπόλοιπων ενδοκυτταρικών οργανιδίων. Η συγκεκριμένη νόσος έχει πιο γρήγορη πορεία συγκριτικά με τη νόσο Alzheimer και παράλληλα χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις στην ένταση των συμπτωμάτων.

Στα αρχικά στάδια μπορεί να μοιάζει με τη νόσο Alzheimer, στη συνέχεια όμως διαφοροποιείται σε τρία καίρια σημεία. Το πρώτο και το πλέον χαρακτηριστικό της νόσου αφορά στις οπτικές ψευδαισθήσεις. Ειδικότερα, ο ασθενής βλέπει πράγματα, πρόσωπα ή ζώα στο περιβάλλον τα οποία δεν υπάρχουν. Το δεύτερο αναφέρεται στις πολύ απότομες εναλλαγές της συναισθηματικής του κατάστασης, ενώ το τρίτο αφορά στα εξωπυραμυδικά συμπτώματα, που φέρουν τη νόσο να μοιάζει αρκετά με τη νόσο Parkinson.

### 3.1.3. Μετωποκροταφική άνοια

Η μετωποκροταφική άνοια έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την ατροφία του μετωπιαίου και του κροταφικού λοβού. Συνήθως η νόσος εκδηλώνεται σε ηλικία 50-60 ετών και μπορεί να είναι τόσο συχνή όσο η νόσος Alzheimer σε αυτές τις ηλικίες. Αναφορικά με τη συγκεκριμένη άνοια, έχουν περιγραφεί τρία σύνδρομα. Σημειώνεται όμως ότι στην πορεία του χρόνου (προχωρημένες μορφές) διαπιστώνονται χαρακτηριστικά και των τριών μορφών, αντανακλώντας τη διάχυτη διαταραχή του μετωπιαίου και του κροταφικού λοβού.

Το πρώτο σύνδρομο είναι η *Άνοια μετωπιαίου τύπου*, η οποία χαρακτηρίζεται από αλλαγές κυρίως στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ατόμου, με ευρύ φάσμα μεταβολών της συμπεριφοράς, που κυμαίνονται από την απάθεια έως την άρση των αναστολών. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίζουν ανάρμοστη κοινωνική συμπεριφορά, κάνοντας για παράδειγμα άσεμνες χειρονομίες ή προσβλητικά σχόλια, να τρώνε βουλημικά, να είναι χειριστικοί ή άβουλοι. Συνήθως, οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες που ελέγχουν τις λειτουργίες του μετωπιαίου λοβού (την προσοχή και τις εκτελεστικές λειτουργίες) είναι προβληματικές. Αρκετά συχνά, η μνήμη και η οπτικοχωρική αντίληψη παραμένουν ανέπαφες στα πρώτα στάδια της νόσου.

Το δεύτερο σύνδρομο είναι η *Πρωτοπαθώς προϊούσα μη ρέουσα αφασία* κατά την οποία είναι έντονη εξ' αρχής η διαταραχή της εκφοράς λόγου, παρόμοια με την αφασία τύπου Broca. Οι ασθενείς κάνουν φωνηματικές παραφασίες και συχνά παρουσιάζουν απραξία. Οι υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες παραμένουν σχετικά ανεπηρέαστες και στα αρχικά στάδια η ατροφία ε συνήθως εδράζεται στην επικρατούσα μετωπιαία, κροταφική περιοχή.

Το τρίτο σύνδρομο είναι η *Σημασιολογική άνοια*, στην οποία χάνεται η γνώση για τη σημασία των λέξεων και των αντικειμένων. Οι ασθενείς παρουσιάζουν ανομία, δηλαδή αδυναμία κατονομασίας αντικειμένων, προσώπων κλπ., πραγματοποιώντας συχνές σημασιολογικές παραφασίες. Συχνά κατονομάζουν ένα συγκεκριμένο αντικείμενο δίνοντας τον υπερώνυμο όρο, δηλαδή μόνο με το όνομα της ευρύτερης κατηγορίας στην οποία αυτό υπάγεται (π.χ. «ζώο» αντί για «καμηλοπάρδαλη»). Οι υπόλοιπες νοητικές λειτουργίες στα αρχικά στάδια παραμένουν σχετικά ανεπηρέαστες και η ατροφία περιορίζεται συνήθως στον αριστερό πρόσθιο και κάτω-έξω κροταφικό λοβό.

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε πως πρωταγωνιστικό ρόλο στα συμπτώματα της μετωποκροταφικής άνοιας, παίζουν οι διαταραχές συμπεριφοράς όπως η άρση αναστολών, η απάθεια, η κατάθλιψη και η κοινωνικά ανάρμοστη συμπεριφορά. Επίσης, οι διαταραχές στις εκτελεστικές λειτουργίες και οι κινητικές διαταραχές συμπληρώνουν το κλινικό προφίλ των ασθενών, με τη μνήμη και την ικανότητα προσανατολισμού σταθερά να εκπίπτουν, αλλά, στη συγκεκριμένη άνοια, να παραμένουν σε σχετικά ικανοποιητικό βαθμό έως και τα τελικά στάδια της νόσου.

#### **3.1.4. Νόσος Parkinson**

Η νόσος Parkinson παρουσιάζει συμπτώματα που αφορούν περισσότερο στην κινητική ικανότητα και στη διάθεση του ασθενούς, ο οποίος, συνήθως χαρακτηρίζεται από βραδύτητα στις κινήσεις, δυσκαμψία, αστάθεια βάδισης και τρόμο, χαρακτηριστικό συνήθως του ενός άνω άκρου ή του ενός κάτω άκρου ή και των δύο από την ίδια πλευρά.

Πολλές φορές συνυπάρχει και κατάθλιψη.

Νευροανατομικά υπάρχει σταδιακή απώλεια της μέλαινας ουσίας από τον μέσο εγκέφαλο. Η νόσος καθώς εξελίσσεται, δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα για τον ασθενή προκαλώντας συμπτώματα άνοιας.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως υπάρχει αλληλοεπικάλυψη όσον αφορά στην κλινική και παθολογοανατομική εικόνα μεταξύ της νόσου Parkinson και στην άνοια με σωματία Lewy. Η διαφοροποίηση των δύο διαταραχών βασίζεται στον χρονικό διάστημα που παρεμβάλλεται μεταξύ της εμφάνισης της άνοιας και της παρουσίας των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων. Ειδικότερα, στην άνοια με σωματία Lewy, η άνοια εμφανίζεται πριν ή αμέσως μετά τον παρκινσονισμό, δηλαδή μέσα στο ίδιο έτος εκδηλώνεται τόσο η άνοια όσο και οι κινητικές διαταραχές, ενώ στην άνοια της νόσου του Parkinson η άνοια εμφανίζεται αρκετά έτη μετά την εμφάνιση των κινητικών συμπτωμάτων της νόσου.

### **3.1.5. Νόσος Huntington**

Χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης νόσου είναι η έναρξη σε πιο μικρές ηλικίες από τη νόσο Alzheimer, καθώς επίσης και η ύπαρξη συγκεκριμένων ακούσιων κινήσεων των άκρων του ασθενούς που λόγω του ότι μοιάζουν με χορευτικές κινήσεις αποκαλούνται συνήθως «χορεία» και η νόσος «Χορεία του Huntington». Η νόσος αυτή είναι κληρονομική και μεταβιβάζεται με αυτοσωματικό επικρατητικό τρόπο, με πλήρη διεισδυτικότητα και προκαλεί πρωτοπαθή έκπτωση νοητικών λειτουργιών, χορειακές κινήσεις και ψυχικές διαταραχές.

Συχνά διαταράσσονται οι εκτελεστικές λειτουργίες, η προσοχή και η οπτικοχωρική αντίληψη. Οι νοητικές διαταραχές προηγούνται συνήθως των κινητικών εκδηλώσεων. Επιπλέον, η κατάθλιψη αποτελεί τη συνηθέστερη ψυχιατρική εκδήλωση, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί επίσης απάθεια, μανία, άγχος, παρανοϊκές ιδέες και γενικώς διαταραχές της συμπεριφοράς. Η νόσος είναι σπάνια και παρουσιάζεται κυρίως στη μέση ενήλικη ζωή. Παθολογικά, η νόσος Huntington οφείλεται σε μια μετάλλαξη του γονιδίου της πρωτεΐνης χαντιγκτίνης στο χρωματόσωμα 4. Τέλος, η νόσος προκαλείται όταν η τριπλέτα των νουκλεοτιδίων CAG βρίσκεται σε περισσότερες από 39 επαναλήψεις (οι 36-39 επαναλήψεις θεωρούνται ενδιάμεσες).

### **3.2. Αγγειακές Άνοιες**

Οι αγγειακές άνοιες, αφορούν στη δυσλειτουργία του κυκλοφορικού συστήματος και των αγγείων του εγκεφάλου με ποικίλους τρόπους, π.χ. λόγω ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, δηλαδή ενός φραγμένου αγγείου (ισχαιμικό έμφρακτο) από θρόμβους αίματος

ή λίπους (βλ. χοληστερόλη). Το αγγείο αυτό, από τη στιγμή που φράσσεται, δεν διοχετεύει αίμα στις περιοχές ευθύνης του με αποτέλεσμα τη νέκρωση των περιοχών αυτών. Εάν οι περιοχές αυτές είναι λειτουργικής σημασίας για τον εγκέφαλο, τότε θα προκύψει άνοια. Συνήθως, στις περιπτώσεις αυτές, η περιοχή βλάβης αφορά κυρίως στη λευκή ουσία που, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι περιοχή μετάδοσης πληροφοριών. Έτσι, τα συμπτώματα της άνοιας διαφέρουν ποιοτικά από αυτά των νευροεκφυλιστικών ανοιών στις οποίες προσβάλλεται κυρίως ο φλοιός του εγκεφάλου (φαιά ουσία-επεξεργασία πληροφοριών).

Αξίζει να σημειωθεί πως σημαντικοί παθογενείς παράγοντες για τα φαινόμενα αυτά αποτελούν η χοληστερόλη, η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, οι ελλείψεις φυλλικού οξέος και βιταμίνης B12, η αύξηση της ομοκυστεΐνης (που προκύπτει στις σποραδικές περιπτώσεις από την έλλειψη B12 και φυλλικού οξέος), οι παθήσεις του θυρεοειδούς και βέβαια ο σακχαρώδης διαβήτης, ο οποίος εκτός των βλαβών των αγγείων προκαλεί παράλληλα εκφύλιση του εγκεφάλου και με άλλους μηχανισμούς.

Σε άλλες περιπτώσεις, πολλά μικρά αγγεία, λόγω αυτοάνοσων, μεταβολικών (όπως παραπάνω) ή άλλων αγγειοπαθειών, δυσκολεύουν τόσο πολύ τη μικροκυκλοφορία του εγκεφάλου που όσο και αν προσπαθεί να καλύψει το έλλειμμα με παράπλευρες κυκλοφορίες δεν τα καταφέρνει με αποτέλεσμα τη νοητική έκπτωση.

Παραδείγματα αποτελούν οι πολυεμφρακτικές άνοιες και η νόσος μικρών αγγείων.

### **3.3. Μεταβολικές άνοιες**

Όσον αφορά στις μεταβολικές άνοιες, η ηπατική και η νεφρική ανεπάρκεια καθώς επίσης οι θυρεοειδοπάθειες, οι πορφυρίες και οι νόσοι των επινεφριδίων (π.χ. Νόσος Cushing), είναι αιτίες στις οποίες η άνοια προκύπτει αργά και ύπουλα. Η νοητική ικανότητα εκπίπτει και δυστυχώς, αν δεν εντοπιστεί έγκαιρα, η άνοια εδραιώνεται και δεν προλαμβάνεται.

### **3.4. Άνοιες εκ συστηματικών νόσων**

Συστηματικές νόσοι όπως η σαρκοείδωση, ο ερυθριματώδης λύκος, η νόσος Sjogren, η νόσος Αδαμαντιάδη-Bechet κ.α. είναι νόσοι που δημιουργούν προβλήματα σε όλο τον οργανισμό και συνεπώς μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός κάθε νόσου είναι διαφορετικός αλλά οι βλάβες που δημιουργεί αφορούν σε όλο τον



οργανισμό, συνεπώς και στον εγκέφαλο. Οι ασθενείς αυτοί μπορεί να νοσήσουν και από πιο οξείες καταστάσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, π.χ. από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σε πολλές άλλες περιπτώσεις όμως, οι βλάβες είναι πιο αργές και ύπουλες οπότε επέρχεται άνοια.

### **3.5. Άνοιες από λοιμώδη νοσήματα**

Στην κατηγορία αυτή βρίσκουμε τις άνοιες που προκύπτουν κατόπιν λοιμώδους νόσου του εγκεφάλου όπως η νόσος Lyme, η σύφιλη, η φυματίωση, το AIDS, η νόσος Creutzfeldt-Jacob και άλλες μικροβιακές, ιογενείς ή εκ μυκήτων λοιμώξεις οι οποίες οδηγούν σε άνοια και μάλιστα σε σχετικά πιο γρήγορο χρονικό διάστημα από άλλες άνοιες.

### **3.6. Άλλες άνοιες**

Στην κατηγορία αυτή τοποθετούνται όλες οι μορφές που έχουν σαν αίτιο άλλες καταστάσεις πιο σπάνιες. Οι μορφές άνοιας που προκύπτουν δεν συναντώνται τόσο συχνά όσο οι προαναφερόμενες, δεν παύουν όμως να υπάρχουν και να χρίζουν σαφούς αντιμετώπισης, αλλά σίγουρα και προσπαθειών πρόληψης. Οι εγκεφαλικοί όγκοι, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ο υδροκέφαλος (είτε αποφρακτικός, είτε φυσιολογικής πίεσης), τα βαρέα μέταλλα (μόλυβδος, υδράργυρος), κάποιες φαρμακευτικές ουσίες (αντιχολινεργικά, βενζοδιαζεπίνες κ.α.), καθώς και η χρόνια χρήση αλκοόλ είναι κάποια από αυτά τα αίτια.

## **4. Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα άνοιας**

Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας αποτελούν εγγενές συστατικό της νευροεκφυλιστικής διεργασίας επιβαρύνοντας σημαντικά τους ασθενείς και τους φροντιστές τους. Μπορούν να εμφανιστούν σε όλα τα στάδια ενός ανοϊκού συνδρόμου οποιασδήποτε αιτιολογίας (νόσος Alzheimer, Αγγειακή άνοια, Μετωποκροταφικές Άνοιες, Δευτεροπαθείς Άνοιες) αλλά παρατηρούνται κυρίως στα μεσαία και προχωρημένα στάδια (Aalten et al., 2008). Οι διαταραχές από τη διάθεση είναι πιθανότερο να εμφανιστούν νωρίτερα, ενώ η ψυχοκινητική ανησυχία, οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται συνηθέστερα σε υστερότερα στάδια νόσου.

Τα συνήθη επιμέρους συμπτώματα που αποτελούν διαταραχές συμπεριφοράς του ανοϊκού ασθενούς είναι (Finkel, & Burns, 2000; Aalten et al., 2008) οι παραληρητικές ιδέες,

δηλαδή κάποιες πεποιθήσεις που διατηρούν οι ασθενείς ενάντια στην κοινή λογική, οι ψευδαισθήσεις, δηλαδή οι ασθενείς βλέπουν πράγματα ή πρόσωπα που δεν είναι εκεί, ακούν να τους μιλούν κ.ο.κ., οι εκρηκτικές συμπεριφορικές αντιδράσεις (π.χ. το άγχος και η δυσφορία), η καταθλιπτική ή, αντίθετα, η ακατάλληλα ευφορική ή ευμετάβλητη διάθεση, η παθολογική κινητική συμπεριφορά (π.χ. άσκοπος βηματισμός, επανάληψη σύνθετων συμπεριφορών χωρίς νόημα, περιπλανήσεις), οι διαταραχές ύπνου και όρεξης, η απάθεια (π.χ. έλλειψη πρωτοβουλιών, παραμέληση αυτοφροντίδας), καθώς και η άρση αναστολών (π.χ. παρορμητικές ή απρόβλεπτες συμπεριφορές).

Τα συμπτώματα αυτά είναι συνήθως σε κάποιο βαθμό αντιμετωπίσιμα και απαντούν αμεσότερα στις διαθέσιμες αυτή τη στιγμή φαρμακευτικές ή άλλου τύπου παρεμβάσεις, παρέχοντας έτσι τη δυνατότητα άμεσης ανακούφισης των ασθενών, των φροντιστών τους αλλά και του συστήματος περίθαλψης συνολικά (Lyketsos et al. 2011). Οι διαταραχές συμπεριφοράς στην άνοια αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα και επαρκώς μπορεί να προκαλέσουν ιδιαίτερη ψυχολογική επιβάρυνση στους φροντιστές, να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, να επιτείνουν, ενίοτε δραματικά, την προκαλούμενη από τη νόσο αναπηρία, και να αυξήσουν τα κόστη φροντίδας, τόσο για τις οικογένειες των ασθενών όσο και για το σύστημα περίθαλψης (χρήση υπηρεσιών, νοσηλείες κ.ο.κ). Η αιτιολογία τους θεωρείται πολυπαραγοντική, καθώς συνεπιδρούν τόσο βιολογικοί παράγοντες όσο και περιβαλλοντολογικοί.

Στην εκδήλωσή τους συντελούν οι δυσχέρειες αποδοχής και προσαρμογής του ασθενούς στα δεδομένα που του επιβάλλονται από τη νόσο, η αδυναμία λεκτικής έκφρασης και αποτελεσματικής επικοινωνίας, η επίταση χαρακτηριστικών της αλλαγμένης προσωπικότητας, η ήδη προβληματική σχέση με κοντινά πρόσωπα, οι προβληματικές συνθήκες (υπερβολικά πολλά ή λίγα ερεθίσματα, νέο περιβάλλον) και οι ατυχείς χειρισμοί φροντίδας (άγχος, κόπωση, άγνοια των φροντιστών). Ακολούθως αρχίζει η διαταραχή της μνήμης για τα πρόσφατα γεγονότα, τα άτομα ξεχνούν εύκολα, ενώ είναι εμφανής η αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής. Στη συνέχεια παρατηρείται συναισθηματική αστάθεια, που συνεχώς αυξάνεται με γέλια ή κλάματα σε απρόσφορες στιγμές ή με ευερεθιστότητα και παράλογες παρορμητικές πράξεις, με έντονες μεταβολές του συναισθήματος όπως υπερθυμία ή απάθεια (Walton, 2015). Άλλα συμπτώματα που διαφαίνονται στον ασθενή είναι η εύκολη κόπωση, η έλλειψη κινήτρων, η απώλεια

ενδιαφερόντων, η αυξανόμενη συναισθηματική αστάθεια, το άγχος, διάφορα υποχονδριακά καταθλιπτικά στοιχεία και η παρανοϊκή σκέψη.

Συνεχίζοντας, υπάρχει έντονος αποπροσανατολισμός χρόνου και χώρου. Τα άτομα με άνοια μπορεί να δυσκολεύονται να βρουν το δρόμο τους σ' ένα γνωστό μέρος ή να μην γνωρίζουν που βρίσκονται. Τα προβλήματα όσον αφορά το γλωσσικό κομμάτι είναι εμφανή, με έντονη δυσκολία κατά την ανάκληση και κατονομασία αντικειμένων.

Ακόμα εμφανίζονται διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών, όπως είναι η ελάττωση της ικανότητας της μνήμης, αντίληψης, προσοχής, προσανατολισμού, συγχυτικές καταστάσεις, ψυχωτικές παραισθητικές ή ψευδαισθητικές καταστάσεις μέχρι πλήρους άνοιας. Ανάλογα με την αιτιολογία, τα ψυχιατρικά συμπτώματα συνοδεύονται από αντίστοιχα νευρολογικά, όπως στοιχεία από επαναλαμβανόμενα μικρά εγκεφαλικά επεισόδια, ημιπαρέσεις ή ημιπληγίες, αφασικές διαταραχές, επιληπτικά επεισόδια και άλλα.

Η άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και επιδεινώνεται βαθμιαία σε διάστημα μηνών ή χρόνων. Συχνά αρχίζει με ασαφή σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία, ευερεθιστότητα και με μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Οι ασθενείς φαίνονται σαν να μην είναι ο παλιότερος εαυτός τους, σαν να χάνουν τη ζωντάνια τους, ενώ οι συγγενείς τους μπορεί να σκέφτονται ότι ο ασθενής έπαψε να τους αγαπά, παρά ότι είναι άρρωστος.

Οι διαταραχές της μνήμης, που αποτελούν ένα από τα πιο βασικά συμπτώματα της νόσου, μπορεί αρχικά να περνούν απαρατήρητες τόσο από τον ασθενή, όσο και από την οικογένειά του. Στη συνέχεια όμως, τα ελλείμματα της μνήμης γίνονται περισσότερο εμφανή, π.χ. ο ασθενής μπορεί να επαναλαμβάνει συνεχώς τις ίδιες φράσεις ή τις ίδιες ερωτήσεις, μερικοί ασθενείς αρχίζουν να κρατούν σημειώσεις για να θυμούνται, ενώ κάποιοι καταφεύγουν σε μυθοπλασίες, προκειμένου να καλύψουν τα κενά της μνήμης τους.

Ακόμη παρουσιάζονται προβλήματα λαθεμένης τοποθέτησης πραγμάτων, δηλαδή το άτομο μπορεί να βάζει τα πράγματα σε ακατάλληλα μέρη. Προοδευτικά, τα ελλείμματα της μνήμης καθιστούν τους ασθενείς ανίκανους για τη επιτέλεση των απλών καθημερινών δραστηριοτήτων, μερικές φορές και επικίνδυνους (π.χ. ξεχνούν αναμμένες εστίες, ανοιχτές βρύσες, κλπ). Καθώς η νόσος προχωρεί, η μνήμη χειροτερεύει σε βαθμό που ο ασθενής ξεχνά τα ονόματα των πιο κοντινών του προσώπων, το επάγγελμά του, καθώς και την ημερομηνία γέννησής του.

Η συμπεριφορά των ασθενών αυτών μεταβάλλεται σταδιακά, γίνονται παθητικοί, χωρίς πρωτοβουλίες, και αδιαφορούν για πράγματα που πριν ήταν σημαντικά γι' αυτούς. Συχνά είναι ευερέθιστοι και επιθετικοί, ενώ άλλες φορές εμφανίζουν απώλεια των αναστολών τους και απρεπή συμπεριφορά. Η λειτουργικότητά τους διαταράσσεται σοβαρά. Δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα με απλές, καθημερινές δραστηριότητες, όπως π.χ. το μαγείρεμα, τα ψώνια, τη χρήση των μέσων μεταφοράς, του τηλεφώνου, τη διαχείριση των χρημάτων. Συχνές επίσης είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως η μελαγχολία, η υπερσυγκινησία, η αδιαφορία, καθώς επίσης και τα ψυχωσικά συμπτώματα, π.χ. οι ασθενείς μπορεί να πιστεύουν ότι κάποιος μπαίνει στο σπίτι και τους κλέβει τα πράγματα.

Συγκεκριμένα για την άνοια τύπου Alzheimer, θα μπορούσαμε να επαναλάβουμε πως χαρακτηρίζεται κλινικά από έκπτωση της μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών, όπως η διαταραχή χωροχρονικού προσανατολισμού, συγκέντρωσης και προσοχής. Με την πρόοδο της νόσου, τα συμπτώματα που ήδη υπάρχουν επιδεινώνονται, ενώ σταδιακά εμφανίζονται και κινητικές διαταραχές.

Αναλυτικότερα, η πρώτη λειτουργία που διαταράσσεται στην άνοια τύπου Alzheimer είναι αυτή της μνήμης. Επίκεντρο των διαταραχών αποτελεί η επεισοδιακή μνήμη, η οποία αφορά στην αποθήκευση πληροφοριών και γεγονότων, ενώ ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό που αποτελεί ένα πρώιμο σημείο εκδήλωσης της νόσου, είναι η ταχεία λήθη, η οποία σχετίζεται με τη δυσκολία εγγραφής και ανάκλησης πληροφοριών που ανακτήθηκαν πρόσφατα. Αντίθετα, η μακροπρόθεσμη μνήμη διατηρείται αρχικά και διαταράσσεται σταδιακά κατά την πορεία της νόσου.

Τελευταίες έρευνες μάλιστα ανφέρουν πως η διαταραχή της οπτικής μνήμης αποτελεί προγνωστικό για τον συγκεκριμένο τύπο περισσότερο από μια δεκαετία πριν από τη διάγνωση. Συνήθως, διακρίνουμε 3 στάδια, αυτό της *ήπιας μορφής*, της *μέτριας* και της *βαριάς μορφής* της νόσου. Στο πρώτο στάδιο ο πάσχων χάνει τα πράγματά του, ξεχνάει τα ραντεβού του και προχωρά στην διατύπωση των ίδιων ερωτήσεων. Κατά το δεύτερο στάδιο το άτομο αρχίζει να ξεχνά πρόσωπα, ονόματα και πρόσφατα γεγονότα, είναι ανίκανος να χρησιμοποιήσει τους καταλόγους και αδυνατεί να τηρήσει οποιοδήποτε ραντεβού. Τα τελευταία στάδια συνδέονται με πλήρη σύγχυση των προσώπων της οικογένειας, το άτομο έχει σοβαρές δυσκολίες ανάκλησης και συμπεριφέρεται σαν να ζει στο παρελθόν. Όσον αφορά τη γλώσσα, οι διαταραχές στο λόγο είναι εμφανείς καθώς η επικοινωνία των ατόμων καθίσταται προβληματική.

## 5. Επιδημιολογία Άνοιας

Ως προς τη γεωγραφική κατανομή, σε πληθυσμούς άνω των 60 ετών, ο υψηλότερος επιπολασμός άνοιας παρατηρείται στη Β. Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη (6,4% και 5,4% αντίστοιχα) ακολουθούμενος από τη Λατινική Αμερική (4,9%), την Κίνα και τις περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού (4,0%). Η ετήσια επίπτωση (νέα περιστατικά ανά πληθυσμό 1000 ατόμων) ανά γεωγραφική περιοχή εκτιμάται σε 10,5 για τη Β. Αμερική, 8,8 για τη Δυτική Ευρώπη, 9,2 για τη Λατινική Αμερική και 8,0 για την Κίνα και τις περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού.

Για όλους αυτούς τους πληθυσμούς, ο κίνδυνος για ανάπτυξη άνοιας και νόσου Alzheimer, της συχνότερης αιτίας άνοιας, αυξάνεται εκθετικά με τη γήρανση και η νόσος είναι εξαιρετικά συχνή στις μεγάλες ηλικίες. Για παράδειγμα, 2% του πληθυσμού ηλικίας 65-74 έχει άνοια, ποσοστό που ανεβαίνει στο 19% για τις ηλικίες 75-84 και στο 42% για τους μεγαλύτερους των 85 ετών. Στις ΗΠΑ, πάνω από 5 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από νόσο Alzheimer, νούμερο που αναμένεται να ανέλθει σε πάνω από 13 εκατομμύρια το 2050.

Επιπλέον, η νόσος Alzheimer και οι άλλες άνοιες καταλαμβάνουν την δεύτερη θέση στο σύνολο των εγκεφαλικών νόσων σε ό,τι αφορά την απώλεια λειτουργικών ετών ζωής εξαιτίας της αναπηρίας (Olesen & Leonardi, 2003) και είναι η 6η αιτία θανάτου στις ΗΠΑ (Heron, 2013).

Μία ελληνική μελέτη (Ωρολογάς et al., 2005) έχει δείξει ότι το ετήσιο κόστος της άνοιας ανά ασθενή φτάνει τα 20.966,40 €. Μια άλλη μελέτη (Κυριόπουλος et al., 2005) τονίζει πως σε διαφορετικά στάδια της νόσου, υπάρχει και διαφορετικό κόστος, δηλαδή η μετάβαση προς τα βαρύτερα στάδια αυξάνει σημαντικά το κόστος και επιβαρύνει τα συστήματα υγείας.

Επομένως κρίνεται αναγκαία η αντιμετώπιση της νόσου στα αρχικά της στάδια και η κατά το δυνατό επιβράδυνση της εξέλιξής της και χρειάζεται μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση της κοινωνίας αλλά και των επαγγελματιών υγείας ώστε να μπορεί να επιτευχθεί έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η νόσος Alzheimer είναι η συχνότερη μορφή άνοιας. Περίπου το 70% (65-85%) της κλινικής διάγνωσης άνοιας αποδίδεται σε νόσο Alzheimer και το 70-80% των παθολογοανατομικών δειγμάτων (νεκροψίες-νεκροτομές) έχουν στοιχεία

οριστικής νόσου Alzheimer. Επιπλέον, τα μισά εκ των ανωτέρω έχουν συνυπάρχουσες βλάβες τύπου σωματίων Lewy ή αγγειακές βλάβες. Η μετωποκροταφική και η αγγειακή άνοια ακολουθούν ως προς τη συχνότητα. Συγκεκριμένα, η μετωποκροταφική άνοια ανιχνεύεται συχνότερα σε νεότερες ηλικίες, 50-60 ετών, και είναι υπεύθυνη για περίπου το 5-10% των ανοιών. Οι αγγειακές βλάβες εγκεφάλου είναι αρκετά συχνές στους ηλικιωμένους και συναντώνται σε περίπου το 1/3 των παθολογοανατομικών εγκεφαλικών δειγμάτων ατόμων με άνοια.

Ωστόσο αμιγής αγγειακή άνοια χωρίς συνυπάρχουσες παθολογοανατομικές βλάβες νόσου Alzheimer ή σωματίων Lewy είναι σχετικά σπάνια με εκτιμώμενη συχνότητα 2-10%. Άλλες παθήσεις που δύνανται να είναι υπεύθυνες για άνοια (π.χ. υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, νόσος Jakob-Creutzfeldt, νόσος Huntington, άνοια λόγω HIV, άνοια λόγω λοιμωδών ή μεταβολικών αιτιών κλπ) είναι αρκετά πιο σπάνιες και αθροιστικά ευθύνονται για 5-10% των ανοιών.

## **6. Διάγνωση Άνοιας**

Καταλυτικό ρόλο για την αντιμετώπιση και την αποτελεσματική θεραπεία των ανοιών αποτελεί ο καθορισμός διαγνωστικών κριτηρίων για τα βασικά νοσήματα που δύναται να την προκαλέσουν. Η διάγνωση, λοιπόν, φαίνεται ότι παίζει καθοριστικό ρόλο και αφορά στο σχεδιασμό τόσο της ολιστικής προσέγγισης του προβλήματος όσο και στην κατανόηση και διαχείριση των αναγκών του ασθενούς, δεδομένης της σοβαρής επίπτωσης που έχει στην καθημερινή τους ζωή. Διεθνώς, η διάγνωση της άνοιας, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δεδομένου ότι στις περισσότερες μορφές της εκλείπουν σαφή κλινικά διαγνωστικά κριτήρια, όπως και σαφή κριτήρια ορισμού των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων. Επίσης, πολλά από τα πρώιμα συμπτώματα της άνοιας διαγιγνώσκονται ως κατάθλιψη, ενώ πολλές πεποιθήσεις όπως ότι η έγκαιρη διάγνωση δεν έχει κανένα αποτέλεσμα ή ότι ο ασθενής δεν αντιλαμβάνεται, δεν κατανοεί, δυσκολεύουν τη διαδικασία της διάγνωσης των ανοιών.

Σκοπός είναι, αφενός, να μειωθεί ο χρόνος ανάμεσα στην εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων και τη διάγνωση και αφετέρου η διάγνωση να εμπεριέχει κλινικά κριτήρια που θα επιτρέπουν την αναγνώριση των διαφορετικών ανοιών, έτσι ώστε αφενός να ωφεληθεί ο ασθενής από την μέχρι σήμερα πρόοδο στη διαχείριση της νόσου και αφετέρου

να διαμορφωθεί ένα ολιστικό πρότυπο προσέγγισης του προβλήματος που θα διασφαλίσει μία καλή ποιότητα ζωής.

Η όσο το δυνατόν πρωιμότερη διάγνωση ενός νοσήματος που προκαλεί άνοια έχει προφανή χρησιμότητα για την έναρξη φαρμακευτικής θεραπείας και την ενημέρωση του ασθενή και των οικείων του. Αντιθέτως, η καθυστερημένη διάγνωση μπορεί να έχει σημαντικές κλινικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Χωρίς διάγνωση, πολλοί από αυτούς τους ασθενείς, μπορεί να αντιμετωπίσουν πλήθος προβλημάτων, όπως οικονομικές απώλειες, κακή διατροφή και απώλεια βάρους, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή και αυξημένη έκθεση σε κίνδυνο φαρμακευτικών ανεπιθύμητων παρενεργειών (EFNS, 2007, 2010).

Το προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να παραπέμπει τα άτομα που εμφανίζουν σημεία Ήπιας Νοητικής Διαταραχής (ΗΝΔ, Mild Cognitive Impairment) για εκτίμηση σε ειδικά ιατρεία μνήμης και ψυχογηριατρικά ιατρεία, ώστε να επιτευχθεί έγκαιρη αναγνώριση της άνοιας, καθώς περισσότερο από το 50% των ατόμων με ΗΝΔ μελλοντικά εμφανίζουν άνοια.

Σε ειδικά Ιατρεία Μνήμης, η διάγνωση της νόσου Alzheimer και των άλλων μορφών άνοιας επιτυγχάνεται με βεβαιότητα έως και 95%, συνδυάζοντας τα διαγνωστικά μέσα που υπάρχουν διαθέσιμα στις μέρες μας (προηγμένες απεικονιστικές τεχνικές του εγκεφάλου, βιολογικοί δείκτες στο αίμα και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ειδικές νευροψυχολογικές δοκιμασίες). Ωστόσο, η πρώιμη διάγνωση στα νοσήματα αυτά σημαίνει και σημαντική διαφοροδιαγνωστική δυσκολία, η οποία αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή ειδικών εξετάσεων (νευροψυχολογικών, βιοχημικών, απεικονιστικών) και τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων.

Οι συν-νοσηρότητες, όπως κατάθλιψη, η καρδιαγγειακή νόσος, οι λοιμώξεις, οι ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, το παραλήρημα, οι πτώσεις, η ακράτεια ούρων και η ανορεξία είναι συχνές, ιδιαίτερα σε πιο ηλικιωμένους ασθενείς, και μπορούν να επιδεινώσουν γρήγορα τη νοητική και λειτουργική κατάσταση του ασθενούς. Ειδικότερα, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ιατρικής συν-νοσηρότητας και νοητικής κατάστασης στη νόσο Alzheimer, ενώ η άριστη διαχείριση των συνοδών νόσων μπορεί να βελτιώσει τις νοητικές λειτουργίες. Μερικές από τις καταστάσεις συν-νοσηρότητας που αναγνωρίστηκαν

σε μια μεγάλη μεταθανάτια μελέτη ασθενών με άνοια θα μπορούσαν να είχαν επηρεάσει την κλινική αντιμετώπιση των ασθενών αν είχαν αναγνωρισθεί έγκαιρα.

Επομένως, από τα παραπάνω προκύπτει πως το ιατρικό ιστορικό είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της ιατρικής πρακτικής και βοηθά τόσο στην εξέταση και όσο και στην έρευνα. Το ιστορικό πρέπει να επικεντρωθεί στις νοητικές λειτουργίες που επηρεάζονται, στον τρόπο έναρξης, στην πορεία της νόσου και στις επιπτώσεις στις καθημερινές δραστηριότητες. Επικουρικά, προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, συννοσηρότητα, οικογενειακό ιστορικό και επίπεδο εκπαίδευσης είναι σημαντικά. Σε κάθε περίπτωση, εξαιτίας τόσο της παρουσίας νοητικού ελλείμματος όσο και της πιθανότητας νοσο-αγνωσίας είναι σημαντικό να λαμβάνεται και ιστορικό από έναν ανεξάρτητο πληροφοριοδότη, συγγενή ή φίλο που να γνωρίζει καλά την καθημερινότητα του ασθενή.

### **6.1. Νευροψυχολογικές δοκιμασίες**

Οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες αποτελούν κύρια διαδικασία για την αξιολόγηση των ελλειμμάτων και τη διάγνωση της άνοιας. Υπάρχουν πολλές και αρκετά εξειδικευμένες δοκιμασίες για να ελέγξουν τους διαφορετικούς τύπους μνήμης και τις διαδικασίες τους (εγχάραξη, ανάκληση, μάθηση), την προσοχή, την αφηρημένη σκέψη, το λόγο, καθώς και τις εκτελεστικές δεξιότητες.

Οι δοκιμασίες αυτές χορηγούνται κυρίως από τους νευροψυχολόγους, αλλά τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα γίνεται προσπάθεια να εκπαιδευτούν και άλλες ειδικότητες (παθολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, άλλες ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες) σε γενικές δοκιμασίες αξιολόγησης των νοητικών λειτουργιών που θα μπορούσαν να ενισχύσουν την έγκαιρη διάγνωση.

Ενδεικτικά ένα σύντομο πρωτόκολλο δοκιμασιών νοητικών λειτουργιών για χορήγηση από ειδικότητες χωρίς εξειδίκευση στη Νευροψυχολογία περιλαμβάνει το Mini-mental State Examination, το οποίο συνιστά μία από τις βασικότερες και ευρέως γνωστές μεθόδους διάγνωσης. Συγκεκριμένα, αποτελεί μία σύντομη εξέταση της διανοητικής κατάστασης του ατόμου. Αποτελείται από 11 θέματα, τα οποία εξετάζουν τον προσανατολισμό σε χώρο και χρόνο, την άμεση και ύστερη ανάκληση, την προσοχή, καθώς επίσης και απλά γλωσσικές και οπτικογραμμικές δεξιότητες. Είναι ένα απλό τεστ και εύχρηστο, όχι μόνο για τον ψυχολόγο, νευρολόγο ή ψυχίατρο, αλλά και για τον γενικό γιατρό, ανεπαρκές όμως, όσον



αφορά την ακριβή εκτίμηση των γνωστικών δυσλειτουργιών. Δεν μπορεί επίσης να εκτίμησει την μέτρια εγκεφαλική διαταραχή.

Άλλες διαγνωστικές δοκιμασίες είναι το Severe Mini-mental State Examination, το Montreal Cognitive Assessment (MoCA) – ανάκληση 5 λέξεων, το Clock Drawing Test, δοκιμασίες Λεκτικής Ροής, Αξιολόγησης Κατασκευαστικής Δεξιότητας, Κατονομασίας Αντικειμένων, Αφαιρετικής Σκέψης, π.χ ερμηνεία παροιμιών ή και ερωτηματολόγια Λειτουργικών Δραστηριοτήτων. Οι παραπάνω δοκιμασίες αποτελούν ενδεικτικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται ως επί το πλείστον ως μέρος εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Προκειμένου να χορηγηθούν είναι απαραίτητη η εκπαίδευση σε δοκιμασίες, αλλά και η πρακτική εξάσκηση των εκπαιδευόμενων, ώστε να είναι σε θέση να συμπεράνουν πιθανά ελλείμματα σε νοητικές λειτουργίες.

## **7. Πρόληψη Άνοιας**

Δεδομένου ότι η άνοια αποτελεί μία πολυπαραγοντική ασθένεια, η διατύπωση τρόπων και μεθόδων πρόληψης είναι εξαιρετικά δύσκολη αλλά και άκρως αναγκαία. Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι καρδιαγγειακοί (π.χ. διαβήτης, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία), κάπνισμα, κακώσεις κεφαλής, κατάθλιψη, φάρμακα (π.χ. οιστρογόνα, αντιυπερτασικά, αντιλιπιδαιμικά, αντιφλεγμονώδη κλπ), παράγοντες σχετιζόμενοι με το νοητικό απόθεμα (π.χ. IQ, εκπαίδευση, επάγγελμα, πνευματικές, κοινωνικές δραστηριότητες, φυσική άσκηση κλπ) και διατροφικοί παράγοντες.

Ξεκινώντας με τους καρδιαγγειακούς παράγοντες, είναι σαφές ότι προδιαθέτουν για αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και για αγγειακή άνοια. Πρόσφατες μελέτες παρέχουν ενδείξεις ότι αποτελούν παράγοντες κινδύνου και για τη νόσο Alzheimer. Επιπλέον, φαίνεται ότι ο διαβήτης (Lu et al., 2009), η υπέρταση (Skoog et al., 1996; Stewart et al., 2009), η δυσλιπιδαιμία (Beeri et al., 2009; Shepardson et al., 2011) και η παχυσαρκία στη μέση ηλικία (Whitmer et al., 2005) πιθανώς να αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου μερικές δεκαετίες μετά. Ο διαβήτης φαίνεται να έχει την ισχυρότερη συσχέτιση γιατί έχει συνδεθεί με τη νόσο Alzheimer όχι μόνο σε επιδημιολογικές μελέτες, αλλά και σε μελέτες βασικής έρευνας (υπάρχουν κοινοί μηχανισμοί ανάμεσα στη βιολογία της ινσουλίνης και του β-αμυλοειδούς, της βασικής παθολογοανατομικής βλάβης που προκαλεί τη νόσο Alzheimer).

Συνεχίζοντας, οι εγκεφαλικές κακώσεις φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα όχι μόνο για άνοια εκ τραυματικής κάκωσης αλλά και για νόσο Alzheimer. Αυτό φαίνεται να ισχύει για εγκεφαλικές κακώσεις σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά ειδικότερα για σοβαρότερες κακώσεις που είχαν ως αποτέλεσμα διάσειση και απώλεια συνείδησης για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Πολλές μελέτες επίσης δείχνουν ότι η κατάθλιψη αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης νόσου Alzheimer λίγα έτη αργότερα (Butters et al., 2008). Ωστόσο, οι ασθενείς με νόσο Alzheimer δεν εκδηλώνουν μόνο συμπτώματα από τη νοητική σφαίρα, αλλά και

συμπεριφορικά – ψυχιατρικά, ένα από τα συχνότερα των οποίων είναι η κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό δεν είναι σαφές αν η κατάθλιψη πράγματι αυξάνει τον κίνδυνο για νόσο Alzheimer ή απλώς αντιπροσωπεύει μια πρόωμη εκδήλωση της ίδιας της νόσου.

Νεότερες μελέτες δείχνουν ότι κατάθλιψη στη μέση ηλικία πιθανώς να οδηγεί σε αυξημένη πιθανότητα για νόσο Alzheimer πολλές δεκαετίες αργότερα (Saczynski et al., 2010; Dotson et al., 2010).

Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες έχουν ελαφρώς αυξημένες πιθανότητες για νόσο Alzheimer σε σχέση με τους άντρες (Plassman et al., 2007). Αυτό έχει αποδοθεί είτε στη μεγαλύτερη μακροβιότητα των γυναικών (άρα και περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν τη νόσο) είτε στις θηλυκές ορμόνες όπως τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Εντούτοις μεγάλη πρόσφατη πολυετής κλινική μελέτη έδειξε ότι υποκατάσταση με οιστρογόνα ή προγεστερόνη σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες δεν προστατεύει από νόσο Alzheimer ή άλλα νοητικά προβλήματα (Shumaker et al., 2003, 2004; Espaland et al., 2004).

Προχωρώντας, σύμφωνα με τη θεωρία του «νοητικού αποθέματος», υπάρχουν διαφορές από άτομο σε άτομο ως προς τη δυνατότητα καταπολέμησης της νόσου Alzheimer (Stern, 2002; Scarmeas & Stern, 2003, 2004). Ειδικότερα, σημαντικό ποσοστό των ανθρώπων που έχουν βλάβες στον εγκέφαλό τους δεν πάσχουν από κλινική νόσο Alzheimer, ενώ άνθρωποι με μεγαλύτερο νοητικό απόθεμα πιθανώς μπορούν να αντirroπούν τις βλάβες τύπου νόσου Alzheimer στον εγκέφαλό τους ώστε να

εκδηλώνουν τη νόσο αργότερα ή και καθόλου. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι άνθρωποι με υψηλότερο IQ, περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης, περισσότερα απαιτητικά επαγγέλματα

και περισσότερες δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου (πνευματικές, κοινωνικές, σωματικές) έχουν μικρότερες πιθανότητες ανάπτυξης νόσου Alzheimer (Scarmeas, 2001; Scarmeas et al., 2003, 2009; Sofi et al., 2011)

Ο κύριος περιβαλλοντικός παράγοντας που έχει συσχετιστεί με τη νόσο Alzheimer είναι η διατροφή. Η μεσογειακή διατροφή η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλή πρόσληψη διαφόρων βιταμινών όπως C, E, B6, B12, φυλλικού οξέως, φλαβονοειδών, ακόρεστων λιπαρών και ψαριών και μέτρια κατανάλωση αλκοόλ (καθώς και μια σειρά άλλων αντιοξειδωτικών, αντιφλεγμονωδών συμπληρωμάτων διατροφής, τροφών και θρεπτικών συστατικών) έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης νόσου Alzheimer.

Αναλυτικότερα, η μεσογειακή δίαιτα χαρακτηρίζεται από υψηλή πρόσληψη λαχανικών, οσπρίων, φρούτων, δημητριακών, ψαριών, πολυακόρεστων λιπαρών οξέων (κυρίως υπό τη μορφή ελαιολάδου), χαμηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών οξέων, χαμηλή πρόσληψη κρεάτων και γαλακτοκομικών προϊόντων και μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Η μεσογειακή δίαιτα έχει συσχετιστεί με μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακών νόσων, αρκετών ειδών καρκίνου και συνολικής θνησιμότητας. Νεότερα δεδομένα υποδηλώνουν ότι πιθανώς να σχετίζεται και με μειωμένη πιθανότητα για νόσο Alzheimer (Scarmeas et al., 2006, 2009).

Επομένως, ως οδηγίες για την πρόληψη από τη νόσο της άνοιας συνίστανται η αποφυγή κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων και του καπνίσματος, η πρόληψη και θεραπεία καρδιαγγειακών νόσων όπως διαβήτης, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία ήδη από τη μέση ή και νεαρά ηλικία. Αντίστοιχα, η επιδίωξη υψηλών επιπέδων εκπαίδευσης και απαιτητικών επαγγελματιών, καθώς και η πνευματική, κοινωνική και σωματική δραστηριότητα προτείνονται με σκοπό την αποφυγή νόσησης από άνοια, σε συνδυασμό με την παραδοσιακή αλλά και περιθωριοποιημένη μεσογειακή διατροφή.

Συγκεντρωτικά, μεταξύ των προφυλακτικών παραγόντων της άνοιας συγκαταλέγονται η *εργασία* δεδομένου ότι τα άτομα αξιοποιούν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Το γεγονός αυτό συνεισφέρει στην ψυχοσωματική εγρήγορση και στη διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών του ατόμου σε επαρκές επίπεδο. Όπως προαναφέρθηκε, η *διατροφή* έχει σπουδαία θέση όσον αφορά την πρόληψη. Οι ισορροπημένες διατροφικές συνήθειες με την αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης *αλκοόλ* αποτελούν βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση του επιπέδου της υγείας του ατόμου.

Ωστόσο, η κατανάλωση διαφόρων αλκοολούχων ποτών και ιδιαίτερα του οίνου, χωρίς υπερβάσεις και σε συνδυασμό με τη λήψη κανονικών γευμάτων, πιθανόν να συνεισφέρει στην προφύλαξη από την άνοια. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ότι το *κάπνισμα* προσφέρει συνεχή διέγερση στον εγκέφαλο των καπνιστών, με αποτέλεσμα να καθυστερεί την εκδήλωση της νόσου. Επιπρόσθετα, ο έλεγχος και η αντιμετώπιση της υπέρτασης φαίνεται να συνεισφέρει στη μείωση της επίπτωσης της άνοιας σε ποσοστό που αγγίζει μέχρι και το 50%.

Η χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων φαίνεται να επιβραδύνει ή ακόμα και να αναστέλει την εξελικτική πορεία της άνοιας. Τέλος, η αποκατάσταση με οιστρογόνα φαίνεται αποτελεσματική. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία, ενεργοποιώντας μηχανισμούς αποκατάστασης των νευρώνων, οι οποίοι έχουν υποστεί βλάβες κατά την εξέλιξη της άνοιας του Alzheimer, και επιπλέον μειώνουν τη συσσώρευση αμυλοειδούς μεταξύ των νευρωνικών κυττάρων. Με τον τρόπο αυτό υποστηρίζεται η νευρωνική επανόρθωση και δυναμικά συντελείται επιβράδυνση ή και πρόληψη της νόσου (Δαρδαβέσης, 2005: 34; Τσολάκη, 1999). Μεγάλες μελέτες με αντικείμενο την πρόληψη και τη θεραπεία της νόσου Alzheimer βρίσκονται σε εξέλιξη και αναμένεται να δοθούν ριζικές θεραπείες και αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης, τουλάχιστον της πιο συχνής μορφής, της νόσου Alzheimer.

## **8. Θεραπεία άνοιας**

Η διάγνωση της άνοιας τίθεται στο χρονικό σημείο όπου ο ασθενής εμφανίζει έκπτωση της καθημερινής λειτουργικότητας και αδυναμία να επιτελέσει δραστηριότητες που μέχρι τότε συνήθιζε να έχει. Ριζική θεραπεία της νόσου Alzheimer δεν υπάρχει ενώ οι υπάρχουσες φαρμακευτικές θεραπείες ελέγχουν εν μέρει τα συμπτώματα, ενώ η νευροεκφυλιστική διεργασία στον εγκέφαλο των ασθενών δεν ανακόπτεται και ύπουλα εξακολουθεί τη φυσική της εξέλιξη.

Οι υπάρχουσες φαρμακευτικές θεραπείες είναι οι κεντρικοί αναστολείς χολινεστεράσης (AChEIs) και η μεμαντίνη. Ειδικότερα οι AChEIs (Δονεπεζίλη, Ριβαστιγμίνη, Γκαλανταμίνη) χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην καθημερινή κλινική πράξη εδώ και χρόνια για τη θεραπεία της νόσου Alzheimer αλλά και άλλων μορφών άνοιας (π.χ. αγγειακή άνοια, άνοια με σωματία Lewy, άνοια νόσου Parkinson κ.ά.).

Νευροανατομικά, ο εγκέφαλος των ανθρώπων με νόσο Alzheimer είναι ατροφικός και συρρικνωμένος επειδή ατροφούν και καταστρέφονται διάφορες κατηγορίες νευρώνων. Μεταξύ αυτών οι χολινεργικοί νευρώνες του βασικού πυρήνα του Meyenert, οι οποίοι νευρώνουν τις περιοχές του φλοιού οι οποίες ευθύνονται για τις γνωστικές λειτουργίες και τον υπόκαμπο που παίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία της μνήμης. Μελέτες υλικού βιοψιών και αυτοψιών έχουν δείξει ελάττωση της χολινεργικής νευροδιαβίβασης, κυρίως στον βασικό τελεγκέφαλο και το νεοφλοιό των ασθενών. Διαπιστώθηκε επιπλέον η απορρύθμιση και άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων. Η ελάττωση πάντως της χολινεργικής νευροδιαβίβασης σχετίζεται με τη βαρύτητα των γνωστικών και άλλων συμπτωμάτων της νόσου.

Η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer έχει μέχρι σήμερα επιτευχθεί με φαρμακολογικούς παράγοντες που αυξάνουν τη χολινεργική νευρομεταβίβαση και ειδικότερα με τους AchEIs που αυξάνουν την ελαττωμένη ακετυλχολίνη, αναστέλλοντας τα ένζυμα που φυσιολογικά την αποδομούν στη συναπτική σχισμή.

Οι AchEIs αποτελούν θεραπείες με επίσημη ένδειξη την ήπια ως μέτρια νόσο Alzheimer και επιτρέπουν στους ασθενείς να παραμείνουν λειτουργικοί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, να διατηρούν κοινωνικές δεξιότητες και να απολαμβάνουν καλή ποιότητα ζωής μαζί με την οικογένειά τους. Παρουσιάζουν ήπια ή μέτρια, ιδίως εάν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια, αποτελεσματικότητα, βεβαιωμένη με πολλές μελέτες (Giacobini, 2000). Έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικοί σε πολλές διπλές τυφλές μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο, διάρκειας μέχρι ενός έτους.

Προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των AchEIs χρησιμοποιούνται οι κλινικές συνεντεύξεις με τον ασθενή και ειδικές νευροψυχολογικές δοκιμασίες εκτίμησης της μνήμης, της συμπεριφοράς και της καθημερινής λειτουργικότητας.

Έτσι, η εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης δεν μπορεί παρά να διαφέρει από αυτήν στα πλαίσια κλινικών μελετών. Στις τυχαίοποιημένες μελέτες χρησιμοποιούνται περίπλοκες και χρονοβόρες κλίμακες εκτίμησης των γνωστικών λειτουργιών. Ακόμα όμως και μια απλή δοκιμασία όπως το M.M.S.E μπορεί να ανιχνεύσει βελτίωση και αποτελεί χρήσιμη εναλλακτική λύση. Η κλίμακα M.M.S.E, μαζί με μια συνοπτική αλλά συστηματοποιημένη εκτίμηση της

λειτουργικότητας (καθημερινές ασχολίες, χόμπυ κ.ο.κ), της διάθεσης και της συμπεριφοράς, με βάση πληροφορίες του ασθενούς και του φροντιστή του, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση του θεραπευτικού αποτελέσματος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

## **9. Μη φαρμακευτική θεραπεία στην άνοια**

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι μη φαρμακευτικές θεραπείες στην άνοια έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον όλο και περισσότερων επαγγελματιών υγείας και έρχονται να συμπληρώσουν την φαρμακευτική θεραπεία. Η νοητική εκπαίδευση, η νοητική ενδυνάμωση, η σωματική άσκηση αποτελούν ένα είδος μη φαρμακευτικών θεραπειών για ανθρώπους με άνοια και Ήπια Νοητική Διαταραχή. Η αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών έχει απασχολήσει τους επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στο χώρο, ενώ δίδεται έμφαση στους μεθοδολογικούς περιορισμούς των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί. Έτσι, τα τελευταία χρόνια έχουν διατυπωθεί κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες προτείνουν τις μη φαρμακευτικές θεραπείες συνδυαστικά με τη φαρμακευτική αγωγή.

Αναλυτικότερα, ως μη φαρμακευτικές θεραπείες ορίζονται οι παρεμβάσεις εκείνες που στοχεύουν στην ενίσχυση των νοητικών λειτουργιών, στη διαχείριση νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, αλλά και παρεμβάσεις που απευθύνονται στην οικογένεια των ανθρώπων με άνοια. Τα τελευταία χρόνια, έχουν διατυπωθεί οδηγίες που συστήνουν την εφαρμογή μη φαρμακευτικών θεραπειών σε ανθρώπους με άνοια σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία. Οι Vasse et al (2010) αναφέρουν τη σωματική άσκηση, τις παρεμβάσεις σε οικογενειακούς φροντιστές, την αισθητηριακή διέγερση και τη θεραπεία δι' αναμνήσεων ως τις πιο συχνά προτεινόμενες μη φαρμακευτικές θεραπείες για ανθρώπους με ηπίου έως μεσαίου σταδίου άνοιας.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες από το National Institute for Clinical Excellence αποτελούν το πιο ολοκληρωμένο πρωτόκολλο για την εφαρμογή μη φαρμακευτικών θεραπειών στην άνοια. Συγκεκριμένα, συστήνουν για ανθρώπους με ήπιο και μεσαίο στάδιο άνοιας, την εφαρμογή σωματικής άσκησης, θεραπείας δι' αναμνήσεων, αισθητηριακής διέγερσης, μασάζ, διαχείρισης συμπεριφορικών διαταραχών, γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας, δημιουργικής απασχόλησης. Επίσης προτείνουν σχεδιασμό του περιβάλλοντος, νοητική ενδυνάμωση, μουσικοθεραπεία, αρωματοθεραπεία και θεραπεία με κατοικίδια ζώα.

Η εξοικείωση όμως με τις μη φαρμακευτικές θεραπείες είναι ένα ζήτημα που δεν αφορά μόνο τους ειδικούς αλλά και τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία. Στην Ελλάδα, σε αντίθεση με άλλες χώρες της Ευρώπης, κυρίως της Βόρειας και Κεντρικής, οι άνθρωποι με άνοια, καθώς και οι οικογένειές τους, μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισαν να αναζητούν τέτοιου τύπου θεραπείες. Η λειτουργία νέων δομών, Κέντρων Ημέρας και Εταιρειών Alzheimer, έχουν βοηθήσει στη διάδοση του ρόλου της νοητικής και σωματικής άσκησης τόσο σε ανθρώπους με άνοια και ήπιες διαταραχές μνήμης όσο και σε υγιείς ηλικιωμένους.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά οι μη φαρμακευτικές θεραπείες, ειδικά αναφορικά με τη νοητική εξάσκηση, καθώς και την αποτελεσματικότητα αυτών στον υπό εξέταση πληθυσμό.

## **10. Θεραπείες νοητικών λειτουργιών στην άνοια**

Στη βιβλιογραφία συχνά συναντάμε τον όρο νοητική εκπαίδευση (cognitive training), θεραπεία δι' αναμνήσεων (reminiscence therapy), νοητική ενδυνάμωση (cognitive stimulation), προσανατολισμός στην πραγματικότητα (reality orientation therapy) και νοητική αποκατάσταση (cognitive rehabilitation). Ας δούμε όμως τους παραπάνω όρους αναλυτικότερα.

Σύμφωνα με τους Clare & Woods (2004) η νοητική εκπαίδευση αποτελεί μία παρέμβαση η οποία στοχεύει στην ενίσχυση των νοητικών λειτουργιών, δηλαδή της μνήμης, της προσοχής, του λόγου, της αφαιρετικής σκέψης και αφορά σε ασκήσεις με μολύβι και χαρτί σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο με τη βοήθεια ειδικού ή της οικογένειας και συνήθως υπάρχουν επίπεδα δυσκολίας ανάλογα με τα ελλείμματα που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος με άνοια.

Υλικό ασκήσεων μπορεί να δημιουργήσει ο επαγγελματίας υγείας σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες της ομάδας, αλλά μπορεί να εντοπίσει ανάλογο υλικό και σε σχετικές σελίδες και βιβλία στο διαδίκτυο.

Σε ομαδικό επίπεδο, ανάλογα και με τη διάρκεια της παρέμβασης, σημαντική είναι η δημιουργία ενός πρωτόκολλου ασκήσεων με ενίσχυση σταδιακά και παράλληλα όλων των νοητικών λειτουργιών.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται διαδεδομένη χρήση της τεχνολογίας και ειδικότερα των ηλεκτρονικών υπολογιστών στον τομέα της νοητικής εκπαίδευσης με ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Cirigliani et al., 2006; Talassi et al., 2007; Tarraga et al., 2012). Στο πλαίσιο αρκετών ευρωπαϊκών προγραμμάτων δημιουργούνται και δοκιμάζονται εφαρμογές με στόχο τη βελτίωση των νοητικών λειτουργιών χρησιμοποιώντας ταμπλέτες, φορητούς υπολογιστές ή υπολογιστές με οθόνες αφής.

Μία δεύτερη μη θεραπευτική μέθοδος είναι η *νοητική ενδυνάμωση*, η οποία στοχεύει στη σταθεροποίηση ή μείωση της γνωστικής έκπτωσης του ανθρώπου με άνοια μέσω της αξιοποίησης των γνωστικών του αποθεμάτων, στοχεύοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Συγκεκριμένα, τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης επικεντρώνονται στον εντοπισμό των γνωστικών δυνατοτήτων και περιορισμών των ασθενών και στην αξιοποίησή τους για σταθεροποίηση ή μείωση της γνωστικής έκπτωσης. Τελικός στόχος είναι η διατήρηση της αυτονομίας και της λειτουργικότητας, η κινητοποίηση των ασθενών και η αύξηση του προσωπικού τους κινήτρου για την αντιμετώπιση του προβλήματός τους (Karpathiou et al., 2012).

Τα προγράμματα συνήθως περιλαμβάνουν ασκήσεις ενημέρωσης για τα θέματα της επικαιρότητας, ασκήσεις που βελτιώνουν τον προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο, καθώς και στην εκπαίδευση μέσω της εφαρμογής τεχνικών που βελτιώνουν τη μνήμη και διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς.

Συνεχίζοντας, ο *προσανατολισμός* είναι μία μέθοδος κατά την οποία παρουσιάζονται πληροφορίες σχετικά με το χώρο, το χρόνο, τα πρόσωπα και βοηθάει το άτομο να προσανατολιστεί κατά τη διάρκεια της ημέρας (Clare & Woods, 2004). Αναφορικά με τη *νοητική αποκατάσταση*, στη διεθνή βιβλιογραφία επικρατεί μια σύγχυση ως προς τους όρους «νοητική ενδυνάμωση», «νοητική εκπαίδευση» και «νοητική αποκατάσταση» καθώς συχνά χρησιμοποιούνται ως συνώνυμοι. Στην πραγματικότητα, πρόκειται για τρεις ξεχωριστές προσεγγίσεις, οι οποίες διαφέρουν λίγο-πολύ ως προς το θεωρητικό υπόβαθρο, τις μεθόδους που χρησιμοποιούν και κυρίως, ως προς τους στόχους που θέτουν. Παρόλα αυτά, δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενες. Κατά συνέπεια, ο ειδικός που ασχολείται με το συγκεκριμένο θέμα μπορεί να συνδυάσει μεθόδους οι οποίες προέρχονται και από τις τρεις προσεγγίσεις, με σκοπό να επιτύχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τον ασθενή.



Η *νοητική αποκατάσταση* (cognitive rehabilitation) αφορά οποιαδήποτε στρατηγική ή τεχνική η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων με άνοια και των οικογενειών τους. Μεγάλη σημασία έχει η αναγνώριση εξατομικευμένων στόχων του ατόμου που συμμετέχει σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Φυσικά οι στόχοι αυτοί θα πρέπει να αναπροσαρμόζονται, καθώς η νόσος εξελίσσεται. Στα αρχικά στάδια της άνοιας, περισσότερη έμφαση δίνεται στην εκπαίδευση στρατηγικών αντιμετώπισης των γνωστικών αλλαγών και στη διαχείριση των δυσκολιών που εμφανίζονται στην επικοινωνία και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Droes et al., 2011). Η νοητική αποκατάσταση είναι προσωποκεντρική και θεωρεί ότι μία παρέμβαση οφείλει να αντιμετωπίζει το άτομο ολιστικά τόσο από βιολογική, όσο και από ψυχολογική/κοινωνική σκοπιά. Τέλος, σημασία δίνεται στη συμμετοχή του ατόμου σε δραστηριότητες που το ενδιαφέρουν και που συμφωνούν με τους κοινωνικούς ρόλους που είχε αναλάβει στο παρελθόν (Karpathiou et al., 2012).

Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η παρέμβαση από κάποιον ειδικό υγείας στην άνοια, λογοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό, η οποία θα πρέπει να είναι αρκετά εξατομικευμένη σε σχέση με το άτομο που νοσεί αλλά και τις ανάγκες των μελών της οικογένειας, καθώς η παρέμβαση δεν περιορίζεται μόνο στον άνθρωπο που νοσεί αλλά και στην εκπαίδευση της οικογένειας. Ο ρόλος του φροντιστή στην άνοια περιλαμβάνει αξιολόγηση, διάγνωση, καταγραφή αναγκών και καθορισμό παρέμβασης, όπου αξιολογείται η φύση και ο βαθμός των διαταραχών λόγου και ομιλίας και προτείνονται παρεμβάσεις για άτομα με άνοια αλλά και για τους φροντιστές τους.

Εν γένει, οι παρεμβάσεις στην άνοια περιλαμβάνουν τόσο ατομικά όσο και ομαδικά προγράμματα. Η ατομική παρέμβαση στοχεύει στη διατήρηση και βελτιστοποίηση της επικοινωνιακής ικανότητας του ατόμου, με τη χρήση εξατομικευμένων στρατηγικών επικοινωνίας. Από την άλλη στόχο των ομαδικών προγραμμάτων αποτελεί η διατήρηση των γλωσσικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, καθώς και η παροχή ενός διευκολυντικού περιβάλλοντος για κοινωνικοποίηση (νοητική ενδυνάμωση, θεραπεία δι' αναμνήσεων).

Ο φροντιστής συνεργάζεται στενά και είναι σε διαρκή επικοινωνία με την οικογένεια των ανθρώπων με άνοια σε όλα τα στάδια της θεραπείας. Σε πιο προχωρημένα στάδια αξιολογεί πιθανές διαταραχές σίτισης και καταπόσης, αλλά και υποστηρίζει και εκπαιδεύει το άτομο με στόχο την ασφαλή κατάποση, τη μείωση του κινδύνου εισρόφησης, την επαρκή σίτιση και την ενυδάτωση.

Ακόμη, σημαντική φαίνεται πως είναι και η εργοθεραπευτική παρέμβαση. Η εργοθεραπευτική παρέμβαση στην άνοια αφορά στην ενεργοποίηση και επανεκμάθηση δεξιοτήτων στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Η παρέμβαση και εδώ διαφοροποιείται ανάλογα με τη βαρύτητα της νόσου και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου.

Στα πρώιμα στάδια, η εργοθεραπεία στόχο έχει να ενθαρρύνει το άτομο να εμπλακεί σε δραστηριότητες, να ασκήσει τις νοητικές λειτουργίες (προσοχή, μνήμη, κρίση), αλλά και να βελτιώσει το συντονισμό των κινήσεων και τη λεπτή κινητικότητα.

Σε επόμενα στάδια, οι στόχοι συνδέονται με μείωση του άγχους αλλά και με την επανεκπαίδευση δραστηριοτήτων που θα διευκολύνουν την καθημερινή του ζωή, όπως ντύσιμο, φαγητό, προσωπική υγιεινή κ.ά. (Τσολάκη & Καζής, 2005).

Σημαντικά επίσης φαίνονται να είναι τα οφέλη της σωματικής άσκησης. Αναλυτικότερα, τα οφέλη της γυμναστικής είναι γνωστά εδώ και δεκαετίες και αφορούν όλους τους πληθυσμούς. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι ακόμα και η ήπια έντασης σωματική άσκηση συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της φυσική μας κατάσταση και στη θωράκιση της υγείας μας.

Σύμφωνα με μία συγκεντρωτική μελέτη (Coelho et al., 2009) και με μία μεταναλυτική μελέτη (Heyn et al., 2004) τυχαιοποιημένων κλινικών ερευνών σε ανθρώπους με άνοια, η τακτική άσκηση, όπως περπάτημα, στατικές ασκήσεις, χορός, μυϊκή ενδυνάμωση, αερόβια άσκηση με ποδήλατο, ενισχύει τόσο τη φυσική κατάσταση όσο και τις νοητικές λειτουργίες, τις εκτελεστικές λειτουργίες και το λόγο. Επιπλέον, μελέτες αναφέρουν ότι η σωματική άσκηση σε συνδυασμό με τη νοητική άσκηση επιφέρουν βελτίωση των συμπτωμάτων της άνοιας (Hatta et al., 2005; McDowell et al., 2003).

Τα προγράμματα που συνδυάζουν την κίνηση και τη νοητική άσκηση αποτελούν μία ολιστική μη φαρμακευτική θεραπεία, προσφέροντας ενίσχυση βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική (Law et al., 2014).

Οι Sitzer et al (2006) παρουσίασαν τις μη φαρμακευτικές θεραπείες και τις διέκριναν σε 2 κατηγορίες: τις *στρατηγικές αντιστάθμισης* (compensatory strategies) και τις *στρατηγικές αποκατάστασης* (restorative strategies). Αναφορικά με τις πρώτες, αφορούν στη χρήση εσωτερικών μεθόδων, όπως για παράδειγμα, την κατηγοριοποίηση των δεδομένων, τη νοερή απεικόνιση, την κωδικοποίηση μέσω πολλαπλών αισθητηριακών καναλιών, καθώς και τη χρήση εξωτερικών μεθόδων, όπως είναι τα ημερολόγια. Από την άλλη οι

δεύτερες αναφέρονται σε ασκήσεις μνήμης, προσοχής, εκμάθησης στρατηγικών μνήμης, θεραπεία δι' αναμνήσεων, και προσανατολισμό στην πραγματικότητα.

Οι μέθοδοι αυτές σε καμία περίπτωση δεν αντιστρέφουν την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, αλλά βοηθούν σημαντικά στη σταθεροποίηση ή και στη βελτίωσή τους. Η αναφορά τους ως στρατηγικές αποκατάστασης και αντιστάθμισης αφορά κυρίως στους ανθρώπους που έχουν υποστεί εγκεφαλικές βλάβες.

Καθοριστικό συμπέρασμα όλων των παραπάνω δεδομένων όπως έχουν προκύψει από έρευνες που αφορούν σε μη φαρμακευτικές θεραπείες είναι ότι οι μη θεραπευτικές μέθοδοι έχουν έναν *επικουρικό αλλά ιδιαίτερα σημαντικό* ρόλο για την πρόληψη κυρίως αλλά και την αντιμετώπιση της άνοιας. Σε κάθε περίπτωση, τα άτομα με άνοια θα πρέπει να ζητούν βοήθεια από ειδικούς ώστε να τους δοθεί η κατάλληλη φροντίδα και να ελαττωθούν τα προβλήματα που ανακύπτουν στην καθημερινότητα.

Οι Zarit & Edwards (1996) ορίζουν την παροχή φροντίδας ως την αλληλεπίδραση στην οποία ένα μέλος της οικογένειας βοηθά κάποιο άλλο σε μόνιμη βάση στις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για να μπορεί να ζήσει ανεξάρτητα. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι η φροντίδα βιώνεται ως μία περίπλοκη συναισθηματική σχέση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους.

Σε γενικές γραμμές, οι φροντιστές προέρχονται συνήθως από την οικογένεια των ασθενών. Ένα από τα μέλη της οικογένειας θεωρείται ο κύριος φροντιστής, ενώ στους έγγαμους, χρέη κύριου φροντιστή αναλαμβάνει συνήθως ο/η σύζυγος. Σε περιπτώσεις χηρείας, κάποιο από τα παιδιά αναλαμβάνει το ρόλο αυτό, με κριτήρια κοινής κοινωνικής λογικής (φύλο, πρωτοτοκία, συγκατοίκηση). Συχνότερα πάντως ως κύριοι φροντιστές σε αυτές τις περιπτώσεις καταλήγουν οι κόρες ή οι νύφες (Max et al., 1995).

Σε άλλες περιπτώσεις, χρέη φροντιστή μπορεί να αναλάβει ένα πρόσωπο έμμισθο ή ένας υπάλληλος ιδρύματος. Οι γυναίκες φροντιστές είναι πολύ περισσότερες. Από μια ευρεία πληθυσμιακή μελέτη σε οικογένειες ηλικιωμένων στον Καναδά προέκυψε ως μέσος όρος ηλικίας των φροντιστών το 62ο έτος, με το 36% εξ αυτών να είναι μεγαλύτεροι από 70 ετών. Στην Ελλάδα το 89% των ασθενών με νόσο Alzheimer φροντίζεται στο σπίτι και το 77% των φροντιστών είναι γυναίκες. Οι κύριοι φροντιστές είναι παιδιά (50%) ή σύζυγοι (32%) (Sakka et al., 2009).

Οι φροντιστές αναλαμβάνουν διάφορους ρόλους απέναντι στον ασθενή. Ειδικότερα, τον προστατεύουν, είναι φίλοι και σύντροφοι, διαχειρίζονται τη φροντίδα του, έχουν το

βάρος της λήψεως αποφάσεων αλλά και κάποιες φορές γίνονται και εχθροί. Ζητήματα που καλείται να λύσει η οικογένεια του ανθρώπου με άνοια είναι ο βαθμός της φροντίδας που χρειάζεται ο ασθενής σε κάθε επίπεδο της νόσου και στη συνέχεια η αξιολόγηση της ποιότητας, της ασφάλειας αλλά και του κόστους (Gwyther, 2005).

Γενικότερα, η παροχή φροντίδας είναι μία πηγή έντονου στρες για την οικογένεια του ανθρώπου με άνοια. Συγκεκριμένα, προκαλεί σημαντικές επιπλοκές στους φροντιστές τους, δηλαδή για κάθε ασθενή με νόσο Alzheimer, μπορεί να υπάρχουν μέχρι και 3 στενοί συγγενείς που επηρεάζονται βαθιά από το συναισθηματικό, σωματικό, κοινωνικό και οικονομικό φορτίο των φροντιστών (Max et al., 1995).

Λέγοντας «φορτίο φροντιστών» αναφερόμαστε στον όρο που έχει επικρατήσει διεθνώς και αφορά τα σωματικά, συναισθηματικά ή οικονομικά βάρη που επωμίζονται οι φροντιστές ενός πάσχοντα από χρόνια νόσημα που προκαλεί αναπηρία. Οι σύντροφοι των πασχόντων κουβαλούν ήδη τα φορτία μιας ενδεχομένως κλονισμένης υγείας και της κούρασης από τη ζωή. Η επιβάρυνση από τη φροντίδα του συντρόφου τους, τους εισάγει σε μια περίοδο παρατεταμένου πένθους, γεννώντας συναισθήματα θυμού για την αποστέρηση μιας ανέμελης περιόδου γηρατειών.

Η ποιότητα ζωής των φροντιστών ασθενών με άνοια είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Οι οικογένειες χρονίως πασχόντων έρχονται αντιμέτωπες με πολλά προβλήματα που αφορούν τον τρόπο ζωής τους και τις ισορροπίες μέσα στην οικογένεια. Όταν ο ασθενής σε μερικές περιπτώσεις χάνει την ικανότητά του να εργάζεται, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικοοικονομικές αλλαγές για τον ίδιο και την οικογένειά του. Ο φροντιστής και αυτός με τη σειρά του μπορεί να αναγκαστεί να μειώσει το ωράριο εργασίας του ή και να διακόψει εντελώς τη δουλειά του, ή να χάσει φιλικές σχέσεις λόγω των υποχρεώσεών του απέναντι στον ασθενή. Ειδικά όταν ο ασθενής βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ακόμη μεγαλύτερες απαιτήσεις για τον φροντιστή (Glozman, 2004).

Η σταδιακή γνωστική έκπτωση, οι συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές του ασθενούς με άνοια οδηγούν σε μια ολοκληρωτική αλλαγή της προσωπικότητάς του, η οποία σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί στην αναδιαμόρφωση της σχέσης του με τον φροντιστή. Αυτό έχει ως αρνητικό αποτέλεσμα το στρες, το συναισθηματικό φορτίο ακόμη και την κατάθλιψη (Glozman, 2004).

Τα αποτελέσματα μεγάλου αριθμού ερευνών και συνεντεύξεων φροντιστών παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα λόγω του φορτίου τους (Glozman, 2004). Οι υψηλές απαιτήσεις φροντίδας των ανθρώπων με άνοια, επιδρούν στην υγεία των φροντιστών, επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, περιορίζουν τον ελεύθερο χρόνο τους, κλονίζουν την κοινωνική τους θέση και απειλούν την οικονομική τους ασφάλεια (Lim & Zebrack, 2004).

Κατά συνέπεια, κρίνονται απαραίτητα τα προγράμματα παρέμβασης για τις οικογένειες, τα οποία παρέχονται συνήθως από τις Εταιρείες Alzheimer, αλλά και από φορείς που εξειδικεύονται στην ψυχοθεραπεία. Τα προγράμματα αυτά διακρίνονται σε *εκπαιδευτικά*, με στόχο να ενημερώσουν τόσο τα ίδια τα άτομα όσο και τους φροντιστές για την εξέλιξη τις διαθέσιμες παρεμβάσεις της νόσου, σε *ομάδες υποστήριξης/ψυχοεκπαίδευσης και συμβουλευτικής*, με στόχο τη διαχείριση του φορτίου και των συναισθημάτων που επιφέρει η φροντίδα ενός ανθρώπου με άνοια, καθώς και σε *προγράμματα εκμάθησης δεξιοτήτων φροντιστών* από διαφορετικές οικογένειες και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που δίνουν έμφαση στην προσαρμογή του φροντιστή στην κατάσταση και στη μείωση του συναισθηματικού του φορτίου (Lopez et al., 2007).

Γενικότερα, ο ρόλος του ειδικού συμβούλου είναι σημαντικός. Πολλές είναι οι περιπτώσεις που η οικογένεια απευθύνεται σε ένα επαγγελματία υγείας για να ζητήσει ενημέρωση και υποστήριξη. Ειδικά σε ένα πλαίσιο όπως είναι τα Κέντρα Ημέρας ή οι Εταιρείες Νόσου Alzheimer, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι καλούνται να υποστηρίξουν βραχυπρόθεσμα και για μικρό αριθμό συναντήσεων τις οικογένειες των ανθρώπων που είτε μόλις έχουν λάβει διάγνωση είτε αντιμετωπίζουν για καιρό της συνέπειες της φροντίδας ενός ατόμου με άνοια.

Η συμβουλευτική μπορεί να είναι ατομική ή να εμπλέκει περισσότερα μέλη της οικογένειας, μπορεί να αφορά σε πρακτικά ζητήματα φροντίδας και στη διαχείριση του ασθενή και των συμπεριφορικών συμπτωμάτων που πιθανώς να παρουσιάζει (ανησυχία, άρση αναστολών, άρνηση στο μάντιο ή στο ντύσιμο, κ.α.). Μπορεί όμως να αφορά και στις σχέσεις των μελών της οικογένειας και σε σχέση με το άτομο που φροντίζουν. Πολλές είναι οι περιπτώσεις, που ένας σύζυγος αναλαμβάνει πλήρως τη φροντίδα του ατόμου και στη συνέχεια καλείται να εμπλέξει και τα άλλα μέλη της οικογένειας, προκειμένου να αποφορτιστεί και να μην επομίζεται το σύνολο των ευθυνών.

Καταληκτικά, για την πρόληψη και θεραπεία της άνοιας, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική θεραπεία, κρίνονται απαραίτητες και οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, καθώς η αντιμετώπιση των διαταραχών συμπεριφοράς των ανοϊκών ασθενών δεν μπορεί παρά να είναι στο πλαίσιο μιας συνολικής αντιμετώπισης του ανοϊκού συνδρόμου (Gustavson & Cummings, 2004). Επομένως, ο ρόλος ενός θεράποντα, όπως και ειδικών υγείας με εμπειρία στον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών, είναι απαραίτητη προϋπόθεση. Συγκεκριμένα, το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στην άνοια πραγματεύεται το επόμενο κεφάλαιο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει το ρόλο της κοινωνικής εργασίας στις υπηρεσίες υγείας και συγκεκριμένα τη συμβολή των κοινωνικών λειτουργών στην πρόληψη και αντιμετώπιση της άνοιας, μιας ασθένειας που πλήττει ολοένα και περισσότερο τα άτομα της Τρίτης ηλικίας. Αναλυτικότερα, αφού περιγράψουμε το έργο των κοινωνικών λειτουργών όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας και την Τρίτη ηλικία, θα επικεντρωθούμε στην ανάδειξη του σημαντικού τους ρόλου ως αρωγού των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και συγκεκριμένα από άνοια.

### **2.1. Ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας στις υπηρεσίες υγείας**

Αποστολή του κοινωνικού λειτουργού είναι η συμβολή του στη θεραπεία ατόμων που νοσούν, καθώς με τις γνώσεις που διαθέτουν μπορούν να κατανοήσουν τις συναισθηματικές, κοινωνικές, οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενή και έτσι να βοηθήσουν τόσο τους ίδιους τους πάσχοντες, όσο και τις οικογένειές τους (Σταθόπουλος, 2005β).

Συγκεκριμένα, μπορούν να περιγράψουν τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας, την πιθανή διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο, και να τους βοηθήσουν ώστε να διαμορφώσουν μια θετική στάση προς την ασθένεια προκειμένου να μπορέσουν να τη διαχειριστούν.

Εκτός όμως από την εργασία με άτομα-ασθενείς, ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί τη μέθοδο της κοινωνικής εργασίας με ομάδες, δηλαδή συζητά με ομάδες ατόμων που αντιμετωπίζουν την ίδια ασθένεια, ή τους συγγενείς τους, βοηθώντας έτσι τα άτομα να εκφραστούν, εξωτερικεύοντας τους φόβους και τα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να νιώθουν (π.χ. οργή, θυμό, απόγνωση), ιδίως όταν η ασθένεια είναι μακράς διάρκειας (Τσιακάλος, 1998).

Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να λειτουργήσει ως συνδετικός κρίκος μεταξύ του ασθενή και των διαφόρων διοικητικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών του νοσοκομείου, ιδιαίτερα για θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών, ανάλογα με το είδος της ασθένειας (Σταθόπουλος, 2005β).

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως τα μεγαλύτερα προβλήματα παρουσιάζονται στις παθήσεις που είναι χρόνιες, όταν αφήνουν κατάλοιπα και εμποδίζουν το άτομο να ξαναπάρει τη θέση του στο χώρο του, όπως πριν την ασθένεια. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά τον ασθενή να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της κατάστασής του, τον παραπέμπει στο κατάλληλο ίδρυμα για να βοηθηθεί στην αποκατάστασή του και φροντίζει για επιπλέον κοινωνικές υπηρεσίες όπως επαγγελματικό προσανατολισμό, εξεύρεση εργασίας, κτλ (Μητροσύλη, 1995). Παράλληλα, προετοιμάζει το περιβάλλον του ασθενή ώστε να επανενταχθεί στη νέα κατάσταση.

Σε επιστημονικό και ερευνητικό επίπεδο, ο κοινωνικός λειτουργός συλλέγει πληροφορίες και παρουσιάζει το κοινωνικό ιστορικό του ασθενή στην επιστημονική ομάδα. Επίσης, συνεργάζεται με άλλους ειδικούς για την προσαρμογή του ασθενή στο νοσοκομείο, όσο διαρκεί η νοσηλεία, και συντονίζει τις δραστηριότητες διαφόρων τμημάτων του νοσοκομείου με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες στην κοινότητα, ώστε να διευκολύνει την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο (Καλλινικάκη, 1994).

## **2.2. Η κοινωνική εργασία στην Τρίτη ηλικία**

Βάσει των πρόσφατων δημογραφικών ερευνών, η επιμίκυση του προσδόκιμου ζωής είναι ένα γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων επί του συνόλου του πληθυσμού (Φράγκος, 1987; Σταθόπουλος, 2005β).

Όπως είναι φυσικό, οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικής απομόνωσης, συναισθηματικής αποξένωσης, βιολογικής φθοράς και οικονομικής δυσπραγίας (Χατζηαντωνίου, 2005). Παρά τις αυξημένες ανάγκες όμως των ατόμων «τρίτης» (65-74 ετών) και «τέταρτης» (75+ ετών) ηλικίας, η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας επειδή έχουν την οικογένειά τους ως στήριγμα. Συγκεκριμένα, η οικογένεια τους στηρίζει στις καθημερινές τους ανάγκες αλλά και σε έκτακτες περιστάσεις ασθένειας, ατυχημάτων και άλλων παροδικών δυσκολιών. Σε περιπτώσεις βέβαια που τα παιδιά κατοικούν μακριά, οι γείτονες



είναι αυτοί που συχνά παρέχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο υποστήριξης (π.χ. ψώνια, καθαριότητα, κτλ.).

Ωστόσο, όπως σωστά παρατηρεί η Μητροσύλη (1995:122), η «τρίτη ηλικία» έχει ανάγκη πολιτισμικών και ψυχολογικών φροντίδων, ενώ η «τεταρτη ηλικία» είναι αντικείμενο φύλαξης και φυσιολογικών φροντίδων. Στη φάση αυτή, η οικογένεια αδυνατεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις ανάγκες του ηλικιωμένου.

Για να συνεχίσει το άτομο να ζει με αξιοπρέπεια και σεβασμό έχει ανάγκη από συμπαράσταση. Έτσι, η πολιτική της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένειά τους, ώστε να συνεχίσουν να ζουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας (Τσιακάκος, 1998). Ειδικότερα, η πολιτική για την Τρίτη ηλικία περικλείει τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, σε ανάδοχες οικογένειες, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων.

Η παροχή υπηρεσιών περιλαμβάνει δύο κατηγορίες, την *εξω-ιδρυματική* και την *ιδρυματική* περίθαλψη. Σχετικά με την πρώτη, στόχος των συγκεκριμένων προγραμμάτων είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στο οικογενειακό τους περιβάλλον, κοντά στους συγγενείς και τους φίλους τους. Σε αυτό το πλαίσιο, χρησιμοποιείται ένα εκτεταμένο δίκτυο εθελοντών, ειδικά εκπαιδευμένων και εποπτευόμενων από κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι παρέχουν ιατρική φροντίδα σε ηλικιωμένους που το έχουν ανάγκη σε τακτική βάση (Στασινοπούλου, 1997).

Επιπλέον, τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας χώρος συνάντησης αλλά και παροχής υπηρεσιών σε ηλικιωμένους (π.χ. φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα) και κοινωνικών υπηρεσιών από κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι έχουν την ευθύνη για το συντονισμό όλου του προγράμματος, φροντίζοντας για την κοινωνικοποίησή τους. Ειδικότερα, σε περιπτώσεις ασθενειών, ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει, σε συνεργασία με την οικογένεια του ηλικιωμένου, για την κάλυψη των αναγκών του, την αποκατάσταση της υγείας του και τη δημιουργική απασχόλησή του.

Ως προς την ιδρυματική περίθαλψη, πέρα από την εκκλησία (Καρπαθίου, 1994), ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους λειτουργούν υπό την αιγίδα του δημοσίου, της τοπικής αυτοδιοίκησης, από οργανώσεις εθελοντικού τομέα, αλλά και από κερδοσκοπικούς επιχειρηματικούς τομείς (π.χ. γηροκομεία, άσυλα, κτλ.).

Σε γενικές γραμμές, η προσφορά των υπηρεσιών του κοινωνικού λειτουργού γίνεται με γνώμονα την ολοκληρωμένη ψυχοσωματική ανθρώπινη υπόσταση. Έτσι, κάθε ανθρώπινο πρόβλημα θεωρείται και αντιμετωπίζεται, όχι μεμονωμένα και τμηματικά, αλλά στα πλαίσια της συνολικής οντότητας και προσωπικότητας του ατόμου. Στα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού με την Τρίτη ηλικία, περιλαμβάνονται η συμβολή στην πρόληψη των ιατροκοινωνικών προβλημάτων και η αντιμετώπιση των δυσάρεστων καταστάσεων που τα αφορά, με την κατάλληλη κινητοποίηση των αρμόδιων φορέων, έχοντας το ρόλο του διαμεσολαβητή (Μητροσύλη, 1995).

Επίσης, συχνή είναι η παροχή συμβουλευτικής βοήθειας στους ίδιους και στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον, η ανίχνευση αφανών αλλά υπαρκτών ατομικών, οικογενειακών, σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων και η συμμετοχή στην ερευνητική δραστηριότητα γύρω από την Τρίτη ηλικία.

Συνοψίζοντας, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να παρέχει χρήσιμη υποστήριξη και πολύτιμη βοήθεια σε όλες τις φάσεις της Τρίτης ηλικίας (Τριανταφύλλου, 1993). Η παροχή των υπηρεσιών του μπορεί να απευθύνεται τόσο στο ίδιο το ηλικιωμένο άτομο με πολυάριθμους τρόπους, όσο και στο στενό του περιβάλλον, δηλαδή το σύζυγο, τα παιδιά, τους συγγενείς και τους φίλους. Τέλος, έχει τη δυνατότητα ακόμα να εκπαιδεύσει εθελοντές και ομάδες αυτοβοήθειας, που συγκροτούνται με σκοπό τη φροντίδα ηλικιωμένων, όπως επίσης και να συμμετέχει σε διεπιστημονικές ομάδες, όπου θα συνεργάζεται με άλλα στελέχη υγείας (Χανιώτης, 1989).

### **2.3. Η κοινωνική εργασία σε χρόνιες παθήσεις**

Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού σε περιπτώσεις ατόμων με χρόνιες παθήσεις γίνεται σε δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει την εργασία με άτομα, οικογένειες, και μικρές ομάδες, στοχεύοντας στην κοινωνικοποίηση, τη θεραπεία, την κοινωνική ένταξη ή επανένταξη του ατόμου και την επαγγελματική του αποκατάσταση. Το δεύτερο αφορά στην παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα, με στόχο την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση, και την ενεργοποίηση του ευρύτερου πληθυσμού για την πρόληψη και αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων (Σταθόπουλος, 2005).

Πρωταρχικός στόχος των κοινωνικών λειτουργών είναι να βοηθήσει το άτομο να αποδεχτεί την πάθησή του, να δεχτεί τη νέα κατάσταση στην οποία βρίσκεται, να εκφράσει

τα συναισθήματά του, και στη συνέχεια να κινητοποιηθεί ώστε η όποια πάθηση να έχει τις λιγότερες δυνατές συνέπειες στην αυτόρκεια και ανεξαρτησία της προσωπικής, οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής του. Φυσικά, για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία με την οικογένεια ώστε να συνειδητοποιήσουν και να αποδεχτούν και εκείνοι τη νέα κατάσταση (Τριανταφύλλου, 1993).

Ως μέλος διεπιστημονικής ομάδας, ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να συμβάλλει στη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της εκάστοτε ασθένειας. Συγκεκριμένα, ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με τους γιατρούς προκειμένου να διασαφηνιστούν οι βιολογικές, κληρονομικές και κοινωνικές διαστάσεις κάθε ασθένειας. Έχει επίσης δεξιότητες για τη διεξαγωγή συνεντεύξεων, τη συλλογή πληροφοριακού υλικού από τον ασθενή ή την οικογένειά του, το οποίο δύναται να χρησιμοποιηθεί τόσο στη διαγνωστική φάση όσο και στην κατάστροψη του θεραπευτικού σχεδίου (Καλλινακάκη, 1994).

Πέρα από αυτά όμως, χρησιμοποιώντας τις ειδικές γνώσεις, οι οποίες προέρχονται από την επιστημονική του εξειδίκευση, φέρνει στη διεπιστημονική ομάδα πληροφορίες για την κοινωνική διάσταση και τους κοινωνικούς παράγοντες που επέδρασαν στην εκδήλωση του προβλήματος. Με άλλα λόγια δίνει το κοινωνικό στίγμα στην επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης για τις αντικειμενικές συνθήκες, τις πραγματικές ανάγκες και τις ρεαλιστικές πιθανές λύσεις (Καλλινακάκη, 1994:219).

Επιπρόσθετα, ο κοινωνικός λειτουργός είναι κυρίως εκείνος που επισκέπτεται την οικογένεια στη γειτονιά στην οποία κατοικεί ο ασθενής, και αποκτά μία βιωματική εικόνα και εμπειρία της σχέσης οικογένειας-κοινότητας με τον ασθενή.

Εν γένει, η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού κρίνεται απαραίτητη ώστε η οικογένεια να υιοθετήσει μία υγιή στάση και να εκφράσει τα αρνητικά συναισθήματα, καθώς, όπως επισημαίνεται, μόνο τότε είναι δυνατή η κινητοποίησή της για την υποστήριξη του μέλους της που χρειάζεται βοήθεια. Ο κοινωνικός λειτουργός συνεχίζει συστηματικά να κρατάει επαφή με την οικογένεια όσο διαρκεί η θεραπεία, διερευνώντας παράλληλα τις δυνατότητες για οικονομικά επιδόματα, διεκδικεί τα δικαιώματα του ασθενή σε παροχές, και κυρίως φροντίζει για την κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση του ασθενή στην κοινότητα.

## 2.4. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην άνοια

Αναφορικά με την άνοια, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού συνίσταται σε τρία επίπεδα παρέμβασης: στον *ασθενή*, στην *οικογένειά* του και στην *κοινότητα*.

Ως προς τον *ασθενή*, κύριο λόγο έχει η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, δηλαδή ο κοινωνικός λειτουργός τον βοηθά να συνειδητοποιήσει την ασθένεια κατά την έναρξή της και να την αποδεχτεί. Στη συνέχεια, ο κοινωνικός λειτουργός επικεντρώνεται σε θέματα αυτοεκτίμησης, δίνοντας έμφαση σε ανέπαφες λειτουργίες του ατόμου, οι οποίες οδηγούν σε δραστηριότητες με επιτυχή αποτελέσματα, διατηρώντας έτσι ή και αυξάνοντας τη λειτουργικότητα του ατόμου. Επίσης, παρέχεται ενθάρρυνση για σωστή διατροφή, για προσωπική περιποίηση, και για διατήρηση των χρόνιων συνηθειών που είχε, όπως για παράδειγμα τα ψώνια, και τις διάφορες ενασχολήσεις και ενδιαφέροντα. Τέλος, παρακολουθείται για την τακτική και σωστή λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής.

Παράλληλα, μπορεί να γίνεται εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, η οποία συμπεριλαμβάνει σαφή και ακριβή εξήγηση της νόσου, προγραμματισμό στη δόμηση δραστηριοτήτων με χρήση ημερολογίων τοίχου και κράτηση σημειώσεων, και τέλος προσφέρεται βοήθεια στην εύρεση αντικειμένων με ενδεικτικές ταμπέλες στα συρτάρια. Ακόμη προσφέρεται φροντίδα προκειμένου το άτομο να θεραπεύσει διάφορα παθολογικά προβλήματα, όπως όραση, ακοή και άλλες τυχόν δυσλειτουργίες που αντιμετωπίζει.

Εν συνεχεία, ο κοινωνικός λειτουργός παρακολουθεί και ενθαρρύνει την αυτοφροντίδα, όπως είναι η περιποίηση του σώματος, του ντυσίματος και του σπιτιού, καθώς και τη συμμετοχή του ασθενή σε κινητοποιητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, οι οποίες ποικίλουν ανάλογα με τα ενδιαφέροντά του.

Ακόμα προτείνει και βοηθάει στην επίλυση νομικών, οικονομικών και ασφαλιστικών θεμάτων που αφορούν στη σύνταξη, στη μεταβίβαση περιουσίας, στη διαθήκη, και στην παροχή επιδόματος στο άτομο που θα είναι ο φροντιστής του ασθενή, όσο ο ίδιος έχει συναίσθηση και σώας τας φρένας, ώστε να τα τακτοποιήσει.

Το δεύτερο επίπεδο παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού, απευθύνεται στην *οικογένεια* του πάσχοντα. Στην πρώτη φάση, δηλαδή κατά την έναρξη της νόσου, προτεραιότητα έχει η εκπαίδευση της οικογένειας σχετικά με τη φύση της άνοιας, τη διάρκεια και τα εξελικτικά στάδια που περνάει, τη χρησιμότητα, και παράλληλα την

αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής, ώστε η οικογένεια να είναι ενήμερη και προετοιμασμένη για το τι πρόκειται να ακολουθήσει.

Έπειτα ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να βοηθήσει την οικογένεια να αποδεχθεί τη νόσο, αλλά και να ξεπεράσει τα αρνητικά συναισθήματα που πιθανόν έχουν δημιουργηθεί. Τα συναισθήματα που εξάρχουν, είναι αυτά της άρνησης και του θυμού σε αρχικό στάδιο, του άγχους και του φόβου που κυριεύει την οικογένεια, της ματαίωσης και της θλίψης, ενδεχομένως της ντροπής ή της ενοχής που νιώθουν τα άτομα για την κατάσταση, αλλά και της ψυχικής κόπωσης και εξάντλησης των ίδιων, που προκύπτουν από τη συνεχή φροντίδα και ενασχόλησή τους με τον ασθενή. Ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει να επεξεργαστούν και να λυθούν και οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που οξύνονται λόγω της νόσου.

Στη δεύτερη φάση, κατά τη μέση περίοδο της νόσου, καθορίζεται το βαρυσήμαντο ζήτημα του φροντιστή, που θα επωμιστεί μια μεγάλη ευθύνη. Αυτή η απόφαση μπορεί να παρθεί σε οικογενειακό συμβούλιο με την ανάθεση του ρόλου σε κάποιο μέλος της οικογένειας ή και να διερευνηθεί η λύση ενός επαγγελματία φροντιστή.

Κρίνεται σκόπιμη η ένταξη της οικογένειας σε ομάδες «συγγενών και φίλων ατόμων που πάσχουν από άνοια», που έχουν σαν στόχους την ενίσχυση του ρόλου του φροντιστή, την αλληλοεκτόνωση συναισθημάτων και την υποστήριξη μέσα από τη γενίκευση του προβλήματος. Η διαπίστωση της γενίκευσης κατορθώνει σχεδόν πάντα να ανακουφίζει ψυχολογικά τα εμπλεκόμενα μέλη, εξαιτίας της γνώσης ότι υπάρχουν πολλοί που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα, που συνεπάγεται ότι δεν είναι οι μόνοι που περνούν μία τόσο οδυνηρή κατάσταση. Επίσης οι ομάδες αυτές, μέσα από τις υγιείς δραστηριότητες που αναπτύσσουν, όπως διάφορες διεκδικήσεις για όφελος των ασθενών, δημιουργούν θετική ανατροφοδότηση στα μέλη της οικογένειας που συμμετέχουν. Ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει συνεργασία ανάμεσα στην οικογένεια και σε ειδικούς (π.χ. εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές), με στόχο την αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωση της ζωής του ασθενή και προσφέρει ατομική ψυχολογική υποστήριξη στον ίδιο τον φροντιστή.

Στην τρίτη φάση, κατά την τελική περίοδο της νόσου, ο κοινωνικός λειτουργός συνεχίζει τις προσπάθειες που κατέβαλε στην δεύτερη φάση της ασθένειας, δίνοντας έμφαση στην ομαδική και ατομική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών. Τέλος, με τις ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις για περιποίηση του ασθενή, εξασφαλίζει την εμπλοκή περισσότερων ατόμων στην φροντίδα του.

Το τρίτο επίπεδο στο οποίο παρεμβαίνει ο κοινωνικός λειτουργός, είναι η **κοινότητα**. Η παρέμβασή του μπορεί να κατευθύνεται στην έρευνα της κοινότητας για εύρεση ατόμων που πάσχουν από άνοια ή στην ευαισθητοποίησή της με στόχο την πρόληψη, την εξάλειψη προκαταλήψεων, φοβίας, στιγματισμού και απόρριψης απέναντι στα άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο.

Μπορεί ακόμα, μέσα στα πλαίσια του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», να επισκέπτεται ασθενείς με άνοια, να ενημερώνει την κοινότητα για προγράμματα που προσφέρει το Κ.Α.Π.Η., να είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή προγραμμάτων εθελοντισμού (ειδικά σε μοναχικά άτομα) ή να δημιουργεί συλλόγους «συγγενών και φίλων ατόμων που πάσχουν από άνοια». Ακόμα, έχει τη δυνατότητα να εκπαιδεύει και να υποστηρίζει ομάδες φροντιστών, αλλά και να συνεργάζεται με υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης, όπως είναι τα γηροκομεία και οι οίκοι ευγηρίας.

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να ασκήσει πίεση στη διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής σχετικά με την ομάδα των ηλικιωμένων που πάσχουν από άνοια. Έχει τη δυνατότητα να συμμετέχει στον σχεδιασμό για τη δημιουργία υπηρεσιών, οι οποίες θα ανταποκρίνονται ακριβώς στις ανάγκες των ατόμων αυτών. Ακόμα μπορεί και να επηρεάσει από τη θέση του αρμόδιους φορείς, με στόχο την εισοδηματική ενίσχυση των φροντιστών, η οποία θα προκύψει από τη διαμόρφωση νομικού πλαισίου που θα εγκρίνει το επίδομα των φροντιστών μέσω των ασφαλιστικών φορέων.

Συγκεκριμένα στην εργασία του με άτομα και οικογένεια ασχολείται με τα θέματα που απασχολούν τον ηλικιωμένο, προσπαθεί να επιλύσει διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ατόμου, έρχεται σε επαφή με την οικογένειά του αν αυτό κριθεί αναγκαίο, ενθαρρύνει και επιβραβεύει τον ηλικιωμένο με σκοπό να αισθανθεί χρήσιμος και να μη χάσει το ενδιαφέρον του για τη ζωή, συνεργάζεται με το ιατρικό προσωπικό που τον παρακολουθεί και τον ενημερώνει, τον κινητοποιεί και τον ενεργοποιεί για την διεκδίκηση των δικαιωμάτων του και των κοινωνικοπρονοιακών παροχών του.

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει την ικανότητα και τη γνώση να ελέγχει το επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση, η οποία μπορεί να βοηθήσει ώστε με τις κατάλληλες έγκαιρες παρεμβάσεις να σταθεροποιηθούν ή να επιβραδυνθούν οι συνέπειες κάθε νόσου.

Επίσης συνεργάζεται με την οικογένεια του ηλικιωμένου με στόχο την άντληση περισσότερων πληροφοριών για την καλύτερη δυνατή επίλυση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων του ηλικιωμένου. Απώτερος σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι η υποστήριξη και ενθάρρυνση του ατόμου αλλά και η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης, συνεργασίας και επικοινωνίας ανάμεσα στον ίδιο, την οικογένεια του ηλικιωμένου και τον ηλικιωμένο, με στόχο τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης του ατόμου μέσα στην οικογένεια αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Όσον αφορά την κοινωνική εργασία με ομάδες, ο κοινωνικός λειτουργός δημιουργεί ομάδες που τις αποτελούν άτομα που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα έτσι ώστε τα άτομα να μοιράζονται μεταξύ τους τις εμπειρίες τους μέσω συζήτησης, να ανακουφίζονται με το να συνειδητοποιήσουν ότι δεν είναι μόνοι και να αφυπνιστούν έτσι ώστε να προσπαθήσουν να βρουν ακόμη και λύσεις στα προβλήματά τους.

Ακόμη, η κοινωνική εργασία με ομάδες έχει σαν στόχο την ανάπτυξη των ατόμων που τις αποτελούν μέσα από την ψυχαγωγία τους, τη δημιουργική απασχόληση του ελεύθερου χρόνου τους, την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους, την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεών τους, την επικοινωνία, και τη μείωση των προβλημάτων ανίας και μοναξιάς που ακολουθούν αυτή την ηλικία.

Τέλος, η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στην κοινότητα μπορεί να αφορά στην έρευνα για εύρεση ατόμων με έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, δημιουργία προγραμμάτων εθελοντισμού για την υποστήριξη ατόμων, αλλά και την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας. Παράλληλα, εργάζεται με την κοινότητα εφαρμόζοντας διαλέξεις-ενημερώσεις, οργανώνοντας ομάδες εθελοντών και δημιουργεί δίκτυα φροντίδας ηλικιωμένων. Ακόμη, ευαισθητοποιεί νεότερα άτομα ιδίως μέσα στα σχολεία για τις ανάγκες της «τρίτης» και «τέταρτης» ηλικίας. Απόρροια όλων των παραπάνω είναι ότι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολύπλευρος και με πολλές διαστάσεις.

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, αναφορικά με τους τρόπους αντιμετώπισης της άνοιας, οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι κερδίζουν ολοένα και περισσότερο έδαφος στις μέρες μας. Σε αυτό το πλαίσιο, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογενειές τους να αντιμετωπίσουν την άνοια, προσφέροντας βοήθεια με τη χρήση μη φαρμακευτικών μεθόδων.

Ένας πρώτος τρόπος βοήθειας είναι μέσω κοινωνικών και διανοητικών δραστηριοτήτων. Πλήθος ειδικών έχει διατυπώσει τη θεωρία ότι η έλλειψη καθημερινών εμπειριών και δραστηριοτήτων μπορούν να οδηγήσουν στην ατροφία των νοητικών διαδικασιών και δεξιοτήτων. Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη την ιδιαίτερη πλαστικότητα των νοητικών δυνατοτήτων των ηλικιωμένων θα μπορούσε να προβλεφθεί ότι η σκόπιμη εξάσκηση τέτοιων δεξιοτήτων θα μπορούσε να οδηγήσει τουλάχιστον σε σταθερή νοητική επίδοση με την πάροδο του χρόνου ή ακόμη και να αντιστρέψει την έκπτωση που έρχεται με την πάροδο της ηλικίας.

Ένας δεύτερος τρόπος θα μπορούσε να είναι οι σωματικές δραστηριότητες. Οι κοινωνικές και διανοητικές δραστηριότητες δεν είναι οι μόνες που σχετίζονται με τον κίνδυνο για άνοια. Υπάρχουν μελέτες που διαπιστώνουν τα ευεργετικά αποτελέσματα της σωματικής άσκησης. Τα προγράμματα σωματικής άσκησης, που προορίζονται για ανοϊκούς ασθενείς, περιλαμβάνουν συνήθως περπάτημα, ποδηλασία, αεροβική γυμναστική και ασκήσεις ισορροπίας και μυϊκής ενδυνάμωσης.

Οι ασθενείς ωφελούνται από τη σωματική άσκηση, καθώς διατηρούν σε ικανοποιητικό επίπεδο τη φυσική τους κατάσταση και ταυτόχρονα καταπολεμούν τα καταθλιπτικά συναισθήματα, αφού μέσω της άσκησης έχουν την ευκαιρία να ψυχαγωγηθούν και να κοινωνικοποιηθούν. Οι σωματικά γυμναζόμενοι φαίνεται να υπερτερούν των μη γυμναζομένων σε διάφορες νοητικές ικανότητες, όπως ο χρόνος αντίδρασης και η ικανότητα αφηρημένου συλλογισμού. Το ποσοστό των ασθενών με άνοια βάσει στατιστικών ερευνών πρόκειται να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια λόγω γήρανσης του πληθυσμού. Επομένως, κάθε στρατηγική παρέμβαση που οδηγεί στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου θα έχει και σημαντικό αποτέλεσμα στη μείωση του κόστους της συνολικής φροντίδας των ασθενών αυτών.

Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ότι και η διατροφή λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για τη νόσο της άνοιας. Αν, λοιπόν, ο ειδικός παρέμβει στις διατροφικές συνήθειες ενός ατόμου μπορεί ακόμη και να αναστρέψει την εκδήλωση της άνοιας. Πιο συγκεκριμένα, το Εθνικό Ινστιτούτο Γήρανσης των ΗΠΑ έχει χρηματοδοτήσει αρκετές μελέτες σχετικά με βιταμίνες (E, C, B6, B12, φολικό οξύ κ.α.) που φαίνονται να είναι σημαντικές και αναγκαίες για τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου των διανοητικών λειτουργιών. Υγιή ηλικιωμένα άτομα με χαμηλά επίπεδα ορισμένων βιταμινών αποδίδουν με χαμηλότερα σκορ στις δοκιμασίες ελέγχου της μνήμης και της αφηρημένης σκέψης. Επίσης, ορισμένες μελέτες



έχουν εστιάσει το ενδιαφέρον τους στις βιταμίνες B12, B6 και φολικό οξύ κι αυτό λόγω του ότι η έλλειψή τους οδηγεί σε διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας και στην ανάπτυξη νοητικών διαταραχών.

Τελικά, εφόσον η διατροφή είναι ένα από τα στοιχεία που σχετίζονται με τη νόσο της άνοιας και μάλιστα ένα στοιχείο που μπορούμε να το επηρεάσουμε άμεσα, όχι μόνο συνιστάται αλλά και επιβάλλεται εντατική έρευνα στον τομέα διαιτητικών παρεμβάσεων που εκτός των άλλων πιθανώς να έχει και τον υψηλότερο δείκτη κόστουςαποτελέσματος.

Μία πρωτότυπη μέθοδος παρέμβασης στην αντιμετώπιση της άνοιας χωρίς τη χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων είναι η *Μέθοδος μέσω αναμνήσεων* (Reminiscence). Η βασική ιδέα της μεθόδου αυτής είναι ότι εφόσον δε μπορούμε να επικοινωνήσουμε με το άτομο στο δικό μας παρόν, έχουμε τη δυνατότητα να το ακολουθήσουμε στο δικό του παρόν. Προσπαθούμε να πάμε πίσω μαζί του στο παρελθόν, να συζητήσουμε για αυτά που έχει βιώσει, για τις αναμνήσεις του. Με τη μέθοδο αυτή μαθαίνουμε περισσότερα για τον ασθενή και τον αντιμετωπίζουμε σαν ξεχωριστή προσωπικότητα. Οι συνεδρίες της συγκεκριμένης μεθόδου είναι άλλοτε ομαδικές και παρακολουθούνται από τον ασθενή και το φροντιστή του κι άλλοτε ατομικές είτε με τον ασθενή, είτε με το φροντιστή του.

Οι στόχοι που τίθενται συνίστανται στη βελτίωση της επικοινωνίας με το ανοϊκό άτομο, στη βελτίωση και διατήρηση των σχέσεων που δοκιμάζονται λόγω της ασθένειας, στην εύρεση νέων τρόπων επικοινωνίας που να διευκολύνουν και τους φροντιστές, στην έκφραση αναγκών του ασθενούς, στην ανάπτυξη ικανοτήτων επικοινωνίας, και στη διατήρηση της λειτουργικότητας και της κοινωνικότητας του ατόμου.

Τα οφέλη από την εφαρμογή της μεθόδου αυτής αφορούν στη βελτίωση της επικοινωνίας του ασθενή με τον κοινωνικό περίγυρο. Συγκεκριμένα, μέσα από τις αναμνήσεις το άτομο δε χάνει την ταυτότητα και την αυτοεκτίμησή του και έτσι αποπνέει αυτοσεβασμό και βελτιώνεται η κοινωνική του θέση.

Μία επιπλέον μέθοδος την οποία μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι κοινωνικοί λειτουργοί ώστε να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια είναι η *Μουσικοθεραπεία*. Αναλυτικότερα, η μουσικοθεραπεία λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας είτε με το γέλιο, είτε με το τραγούδι-μουσική, στοχεύοντας στην αύξηση της προσοχής και της επαγρύπνησης. Η μουσικοθεραπεία θεωρείται ένα χρήσιμο εργαλείο για τους ασθενείς με

άνοια, καθώς παρουσιάζει θεραπευτικές λειτουργίες προκειμένου να μην περιθωριοποιεί τα πάσχοντα άτομα από το κοινωνικό σύνολο.

Σε γενικές γραμμές ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού έγκειται στο να βοηθήσει το άτομο να επωφεληθεί από τις δεξιότητες που διατηρεί. Όπως έχει υποστηριχθεί, οι προγραμματισμένες δραστηριότητες μπορεί να ενισχύσουν την αίσθηση της αξιοπρέπειας ενός ατόμου και της αυτοεκτίμησής του, δίνοντας σκοπό και νόημα στη ζωή του. Ένα άτομο που ήταν κάποτε ένας νοικοκύρης, κηπουρός, γιατρός ή στέλεχος επιχείρησης μπορεί να κερδίσει ικανοποίηση από τη διατήρηση των ικανοτήτων που σχετίζονται με το προηγούμενο επάγγελμά του. Ωστόσο, επειδή η άνοια είναι προοδευτική, οι προτιμήσεις και οι ικανότητες του ατόμου μπορεί να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου. Αυτό απαιτεί από τον περιθάλποντα να είναι προσεκτικός και ευέλικτος στον προγραμματισμό των δραστηριοτήτων.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται, η επικοινωνία με τον ασθενή μπορεί να γίνει πιο δύσκολη. Έτσι, οι κοινωνικοί λειτουργοί φροντίζουν να βεβαιωθούν ότι οι αισθήσεις του ατόμου, όπως η όραση και η ακοή, δεν έχουν εκπέσει (π.χ. τα γυαλιά οράσεως μπορεί να μην είναι πλέον τα κατάλληλα ή ένα ακουστικό μπορεί να μην λειτουργεί σωστά), φροντίζουν να του μιλούν καθαρά, αργά, πρόσωπο με πρόσωπο και στο επίπεδο των ματιών, να εκδηλώνουν αγάπη και ζεστασιά μέσα από τη φροντίδα που τους δείχνουν, και να δίνουν προσοχή στη γλώσσα του σώματος του ατόμου.

Σε κάποιες περιπτώσεις άνοιας κρίνεται απαραίτητη η χρήση εξωτερικών βοηθημάτων μνήμης. Συγκεκριμένα, στα πρώτα στάδια της άνοιας, τα βοηθήματα μνήμης μπορεί να βοηθήσουν το άτομο να θυμάται και μπορούν να βοηθήσουν στην αποφυγή σύγχυσης. Ωστόσο, τα βοηθήματα μνήμης μπορεί να μην είναι τόσο χρήσιμα σε προχωρημένα στάδια της άνοιας.

Συνοψίζοντας, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε σχέση με τα άτομα που έχουν άνοια είναι πολύπλευρος. Συγκεκριμένα, είναι κυρίως **εμπυχωτικός**, καθώς καλείται να εμπυχώσει την ομάδα και τα άτομα για την συμμετοχή τους σε δραστηριότητες και στην αναζήτηση και εφαρμογή λύσεων, **συμβουλευτικός**, βοηθώντας τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους να διαχειριστούν τα συναισθήματα που τους προκαλεί η κατάσταση που βιώνουν, και **εκπαιδευτικός**, βοηθώντας τα άτομα να αυτοεξυπηρετούνται και να αποδεχτούν τη φύση της ασθένειάς τους.

Ακόμη, ο ρόλος του θεωρείται **υποκινητικός**, καθώς φροντίζει να ενημερώνει τους κατοίκους και να διαμορφώνει κοινωνικά δίκτυα δράσης, ενημερωτικές εκδηλώσεις και την παραγωγή και κυκλοφορία ενημερωτικών εντύπων, κτλ., **διαχειριστικός**, καθώς εργάζεται για θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών προς τους ασθενείς, ανάλογα με το είδος της ασθένειας, και τέλος, **συντονιστικός**, καθώς μπορεί να διοργανώσει ομάδες εθελοντών, ομάδες συμβουλευτικής και στήριξης των φροντιστών, και ομάδες ανοϊκών ασθενών για ενίσχυση της μνήμης και γενικότερα των λειτουργικών τους ικανοτήτων.

Στο παρόν κεφάλαιο σχολιάσαμε το έργο της κοινωνικής εργασίας στο χώρο της υγείας και συγκεκριμένα σε περιπτώσεις άνοιας. Όπως είδαμε ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολύπλευρος και ουσιαστικός τόσο στο μικροεπίπεδο (*πάσχοντες, οικογένεια*) όσο και στο μακροεπίπεδο (*κοινωνία*). Στο επόμενο κεφάλαιο, που αποτελεί και το ερευνητικό μέρος της παρούσας εργασίας, θα εξετάσουμε το κατά πόσο τα άτομα μέσης και Τρίτης ηλικίας είναι ενήμερα για τις μη φαρμακευτικές μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης της άνοιας, καθώς και για τη συμβολή των κοινωνικών λειτουργών στις μεθόδους αυτές.

## **3. Παρούσα έρευνα**

Το παρόν κεφάλαιο εστιάζει στην παρουσίαση του ερευνητικού μέρους της εργασίας. Στις ενότητες που ακολουθούν θα θέσουμε τα ερευνητικά μας ερωτήματα, θα αναφερθούμε στη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή του υλικού, θα δώσουμε κάποια παραδείγματα από τις ερωτήσεις που τέθηκαν στους συμμετέχοντες (αναλυτικά οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων παρουσιάζονται στο παράρτημα) και θα περιγράψουμε τα χαρακτηριστικά των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα. Οι τελευταίες ενότητες θα επικεντρωθούν στην παρουσίαση και ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης.

### **3.1. Ερευνητικά ερωτήματα και στόχοι**

Στόχο της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση του κατά πόσο τα άτομα μέσης και Τρίτης ηλικίας είναι επαρκώς ενημερωμένα για τη νόσο της άνοιας που είναι τόσο συχνή στις μέρες μας όσο και το αν έχουν επίγνωση των θεραπευτικών τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης της άνοιας.

Μέχρι τώρα έχουμε δει ότι η χρήση μη φαρμακευτικών θεραπειών με τη βοήθεια των κοινωνικών λειτουργών συνεισφέρει στην αποτελεσματική πρόληψη και σε κάποιο βαθμό, αντιμετώπιση της άνοιας. Επιθυμία μας, λοιπόν, είναι να ελέγξουμε κατά πόσο οι μέθοδοι αυτοί, καθώς και ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών είναι γνωστοί τόσο στους ηλικιωμένους όσο και σε άτομα μέσης ηλικίας, των οποίων η άποψη για το θέμα είναι εξαιρετικά σημαντική, δεδομένου ότι από τη μέση ηλικία θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα πρόληψης τόσο για την άνοια όσο και για άλλες ασθένειες.

Το ζήτημα αυτό είναι εξαιρετικά κρίσιμο και ενδιαφέρον, καθώς, εξετάζοντας το βαθμό ενημέρωσης των ατόμων σε μία ευρεία γκάμα ηλικιακών ομάδων, μπορούν να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα γνωστοποίησης και προώθησης των δυνατοτήτων αυτών προκειμένου να αντιμετωπιστεί η ασθένεια αυτή που μαστίζει την Τρίτη ηλικία.

Τα κεντρικά ερωτήματα που πρόκειται να διερευνηθούν είναι τα εξής: Πρώτον, σε ποιο βαθμό τα άτομα μέσης και Τρίτης Ηλικίας γνωρίζουν τις μη φαρμακευτικές δυνατότητες πρόληψης και αντιμετώπισης της άνοιας; Δεύτερον, γνωρίζουν το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει ο κοινωνικός λειτουργός στην προσπάθειά τους αυτή; Αν ναι, τον κρίνουν απαραίτητο;

## **3.2. Μεθοδολογία της έρευνας**

### **3.2.1. Η διαδικασία συλλογής υλικού**

Στοχεύοντας στην απάντηση των ερευνητικών μας ερωτημάτων, αποφασίσαμε να πάρουμε συνέντευξη βασιζόμενη σε ερωτηματολόγιο από 100 άτομα με τα οποία ήρθαμε σε επαφή σε χώρους κρατικών φορέων (ΙΚΑ, εφορία) και για να διασφαλιστεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος προχωρήσαμε στην τυχαία επιλογή τους. Έτσι, το δείγμα μας αποτελείται από 100 άτομα, γυναίκες και άνδρες, τεσσάρων ηλικιακών ομάδων. Συγκεκριμένα, 30-39 ετών, 40-49 ετών, 50-59 ετών και τέλος 60 και άνω (αναλυτικά οι δημογραφικές πληροφορίες των συμμετεχόντων στη συνέντευξη παρουσιάζονται στην ενότητα 3.2.2).

Το υλικό πάνω στο οποίο βασίστηκε η συγκεκριμένη μελέτη προήλθε από ηχογραφήσεις ομιλιών, όπου οι ερευνήτριες, σε ρόλο δημοσιογράφου, υπέβαλλαν μετωπικά ερωτήσεις στον πληροφορητή-συνεντευξιαζόμενο, με στόχο να αποσπάσουν τις απαιτούμενες πληροφορίες. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν ήταν κατασκευασμένες εκ των προτέρων και ιδιαίτερα στοχευμένες, έτσι ώστε να καταγραφούν οι απόψεις των ατόμων αφενός για τους πιθανούς τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης της άνοιας στην Τρίτη ηλικία, και αφετέρου για το ρόλο που κατέχει ο κοινωνικός λειτουργός στην προσπάθεια αυτή.

Οι ερωτήσεις στις οποίες υποβλήθηκαν οι συνεντευξιαζόμενοι κάλυπταν τέσσερις θεματικούς άξονες. Ο πρώτος θεματικός άξονας περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ομιλητών (π.χ. «τί ηλικία έχετε; ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση»; κ.α.). Ο δεύτερος θεματικός άξονας ερωτήσεων συσχετιζόταν με το βαθμό ενημέρωσης των συμμετεχόντων σχετικά με τη νόσο της άνοιας (π.χ. «ποιές μορφές άνοιας γνωρίζετε; Σε ποιά ηλικιακή ομάδα θεωρείτε ότι το άτομο είναι πιθανόν να προκληθεί από τη νόσο της άνοιας;» κ.α.). Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις του τρίτου θεματικού άξονα αποσκοπούσαν στην καταγραφή της γνώμης των πληροφορητών για τις πιθανές αιτίες

πρόκλησης της νόσου, καθώς και για τους τρόπους πρόληψής της (π.χ. «ποιοί τρόποι θεωρείτε ότι αποτελούν σημαντικό παράγοντα στη πρόληψη της νόσου της άνοιας;» κ.α.). Τέλος, ο τέταρτος θεματικός άξονας είχε ερωτήσεις που εστίαζαν στη συμβολή των κοινωνικών φορέων και κοινωνικών λειτουργών για τη νόσο της άνοιας καθώς και των πιθανών τρόπων αντιμετώπισής της (π.χ. «πώς θα χαρακτηρίζατε την ενημέρωση από αρμόδιους φορείς όσον αφορά τη νόσο της άνοιας; Πιστεύετε ότι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι χρήσιμος ως προς την πρόληψη ή/και την αντιμετώπιση της νόσου; κ.α.).

Συγκεντρωτικά, το ερωτηματολόγιο στο οποίο βασίστηκε η συνέντευξη των πληροφορητών παρουσιάζεται σε παράρτημα, που ακολουθεί στο τέλος της εργασίας.

### 3.2.2. Πληροφορητές και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην παρούσα έρευνα μελετώνται οι απόψεις 100 πληροφορητών, σχετικά με τη σημασία που διαδραματίζουν οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι πρόληψης και αντιμετώπισης της άνοιας, καθώς και για τη συμβολή του κοινωνικού λειτουργού ως αρωγού των πασχόντων.

Οι πληροφορητές χωρίζονται σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες. Συγκεκριμένα, στην ομάδα 30-39 ετών υπάρχουν 53 άτομα, στην ομάδα 40-49 ετών υπάρχουν 27 άτομα, στην ομάδα 50-59 ετών υπάρχουν 12 άτομα και τέλος στην ομάδα 60 ετών και άνω υπάρχουν 8 άτομα. Ως προς το χαρακτηριστικό του φύλου, συμμετέχουν εξίσου γυναίκες και άντρες, 51 και 49 αντίστοιχα. Επιπλέον, ως προς το στοιχείο της μόρφωσης, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (69 άτομα) έχει τριτοβάθμια εκπαίδευση, ακολουθούν 20 άτομα με δευτεροβάθμια και μόνο 9 άτομα κατέχουν πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, οι 41 είναι έγγαμοι (η πλειοψηφία αυτών έχει και παιδιά), και οι 42 άγαμοι. Τα βασικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται επιγραμματικά στον πίνακα που ακολουθεί.

**Πίνακας 2.1:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά πληροφορητών.

1.	Φύλο	Γυναίκες	Άνδρες		
		51	49		
2.	Ηλικιακή ομάδα	30-39	40-49	50-59	60 και άνω

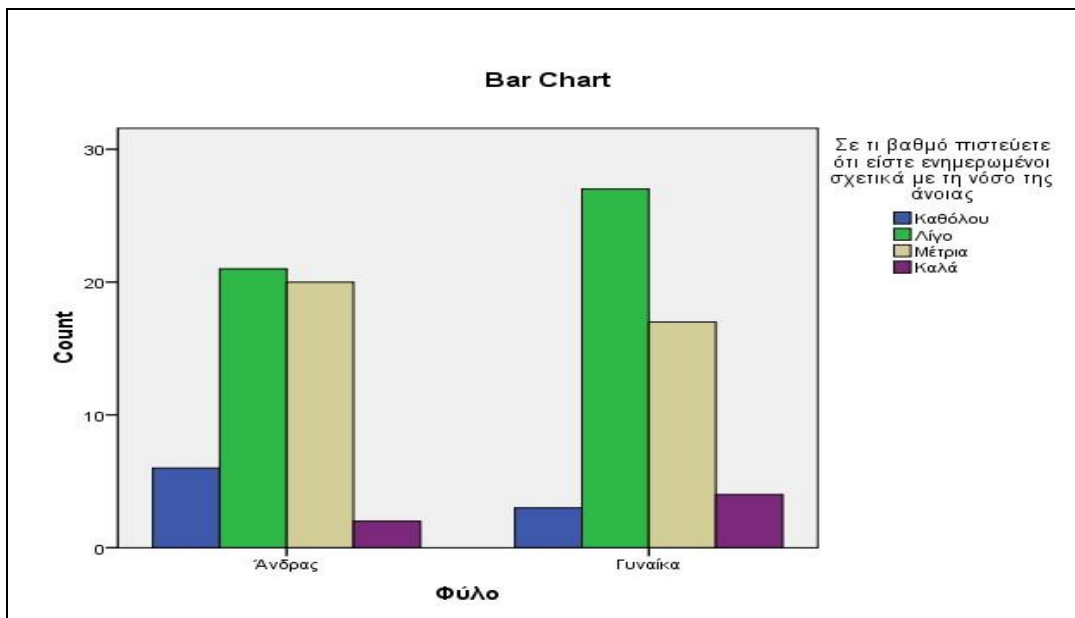
		53	27	12	8
3.	Μορφωτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	Πρωτοβάθμια	Δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια
		2	9	20	69
4.	Οικογενειακή κατάσταση	Άλλο	Έγγαμος	Άγαμος	
		17	41	42	
5.	Παιδιά	Ναι	Όχι		
		57	43		

### 3.3. Παρουσίαση του υλικού και των αποτελεσμάτων

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση του συλλεχθέντος υλικού, επιχειρώντας να δώσουμε απαντήσεις στα ερευνητικά μας ερωτήματα και διερευνώντας την ύπαρξη κάποιου είδους συσχέτισης μεταξύ των απαντήσεων των πληροφορητών και των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών.

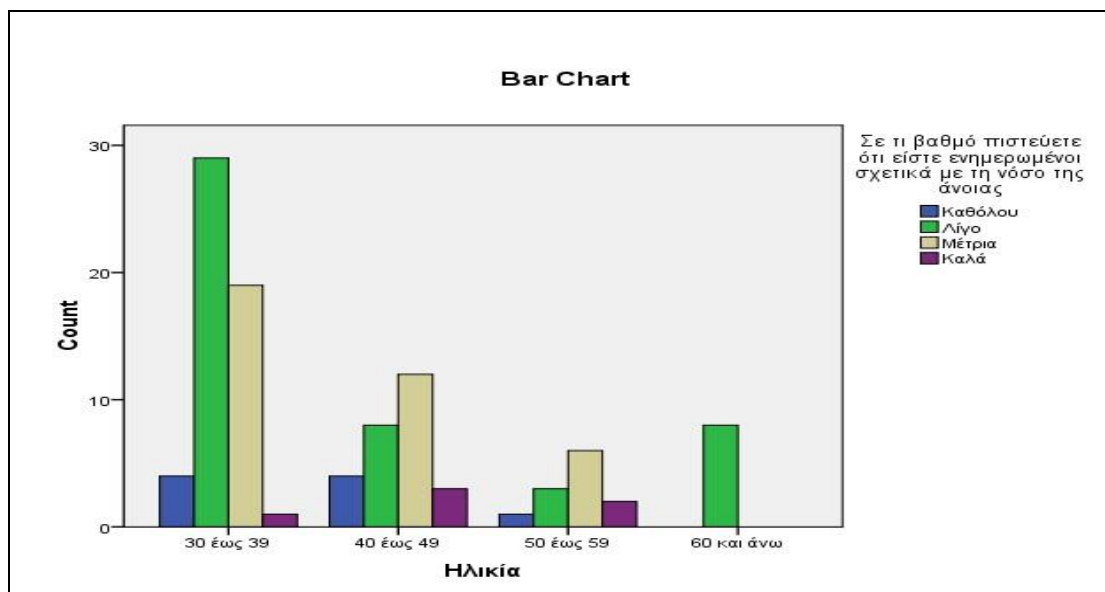
Όπως προαναφέρθηκε, οι ερωτήσεις του πρώτου θεματικού άξονα αφορούσαν σε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πληροφορητών και παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα.

Ξεκινώντας λοιπόν την ανάλυσή μας, ας επικεντρωθούμε στο δεύτερο άξονα και την πρώτη ερώτηση: «Σε τί βαθμό πιστεύετε ότι είστε ενημερωμένοι σχετικά με τη νόσο της άνοιας;». Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από «καθόλου ενημερωμένοι» έως «καλά ενημερωμένοι». Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται ο βαθμός ενημέρωσης ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων. Όπως παρατηρούμε, οι γυναίκες τείνουν να είναι καλύτερα ενημερωμένες από τους άνδρες σχετικά με τη νόσο, ωστόσο η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικώς σημαντική [ $\chi^2=.454$ ,  $p>.05$ ]. Ανεξαρτήτως φύλου, το 85% των συμμετεχόντων δεν είναι ενημερωμένοι σε ικανοποιητικό βαθμό για τη νόσο, εύρημα το οποίο θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη κυρίως από τους ιατρικούς και κοινωνικούς φορείς δεδομένου του αυξημένου επιπολασμού της νόσου.



Διάγραμμα 1: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με το βαθμό ενημέρωσης των σε σχέση με το **φύλο** των πληροφορητών.

Όσον αφορά την ηλικία, στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται ο βαθμός ενημέρωσης σύμφωνα με την ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων. Παρατηρούμε ότι η *δεύτερη* (40-49) και η *τρίτη ηλικιακή ομάδα* (50-59) φαίνεται να είναι περισσότερο ενημερωμένη για τη νόσο της άνοιας. Ακολουθεί η *πρώτη ηλικιακή ομάδα* (30-39), ενώ η ενημέρωση των ατόμων άνω των 60 ετών είναι σχετικά μικρή. Το αποτέλεσμα αυτό είναι εν μέρει αναμενόμενο δεδομένου ότι στη *δεύτερη και τρίτη ηλικιακή ομάδα* τα άτομα είναι αρκετά ώριμα, έχουν ήδη οικογένειες και ο βαθμός ενημέρωσης για θέματα υγείας είναι συνήθως υψηλός.

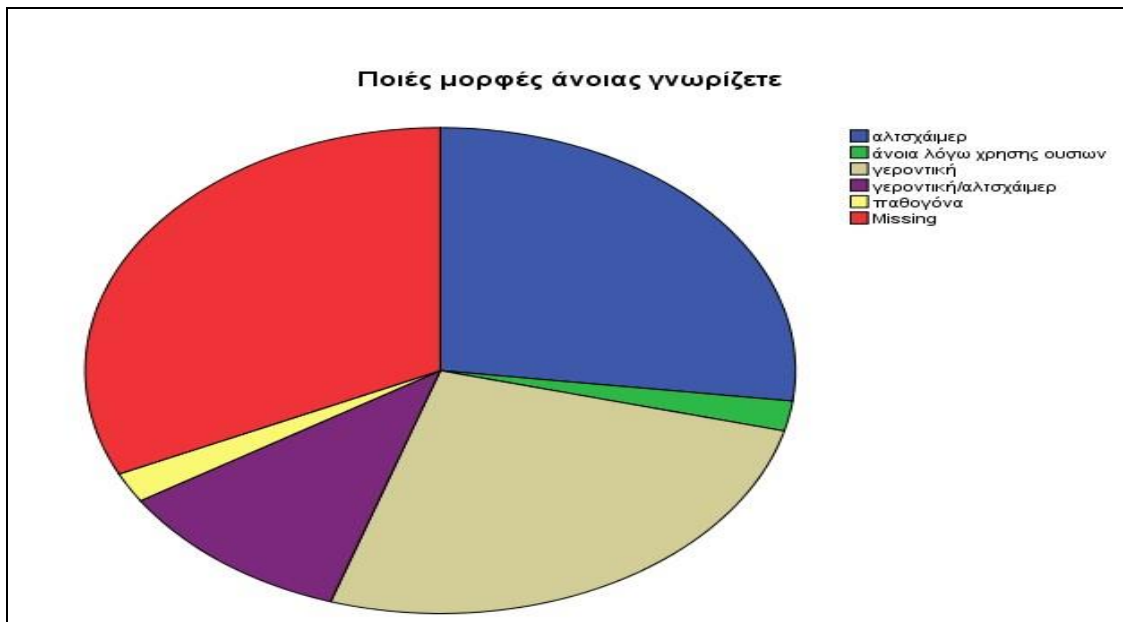


Διάγραμμα 2: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με το βαθμό ενημέρωσης των σε σχέση με την ηλικία των συμμετεχόντων.



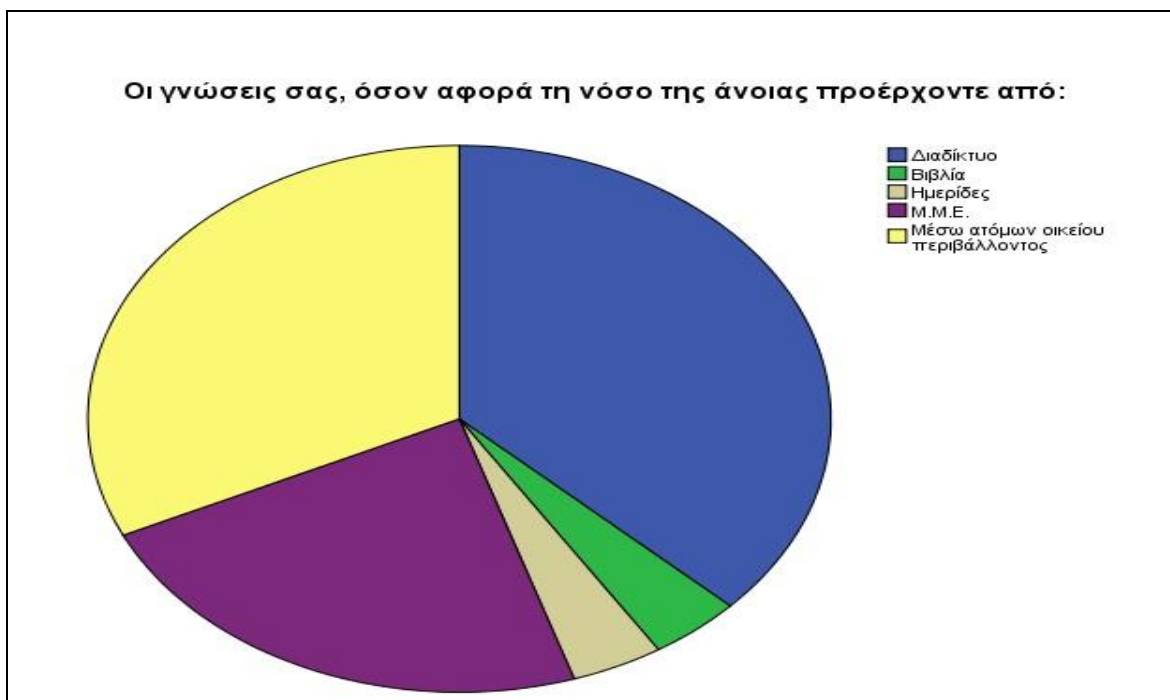
πληροφορητών σε σχέση με την ηλικία των πληροφορητών.

Ας συνεχίσουμε με το δεύτερο θεματικό άξονα και τη δεύτερη ερώτηση «ποιές μορφές άνοιας γνωρίζετε». Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στο παρακάτω διάγραμμα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αναφέρει τη νόσο Alzheimer ως τη πιο γνωστή μορφή άνοιας ενώ δεύτερη θέση κατέχει η γεροντική άνοια. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό δεν έδωσε συγκεκριμένη απάντηση, γεγονός που αναδεικνύει ακόμη περισσότερο την έλλειψη ουσιαστικής ενημέρωσης γύρω από τη συγκεκριμένη νόσο.



Διάγραμμα 3: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη μορφή των ανοιών που γνωρίζουν οι πληροφορητές.

Οι απαντήσεις των πληροφορητών στην ερώτηση «οι γνώσεις σας όσον αφορά τη νόσο της άνοιας, προέρχονται από..» παρουσιάζονται στο διάγραμμα 4. Οι κύριες πηγές ενημέρωσης φαίνεται πως είναι το διαδίκτυο, το οικείο περιβάλλον και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Οι ημερίδες και τα βιβλία κατέχουν πολύ μικρό ποσοστό.

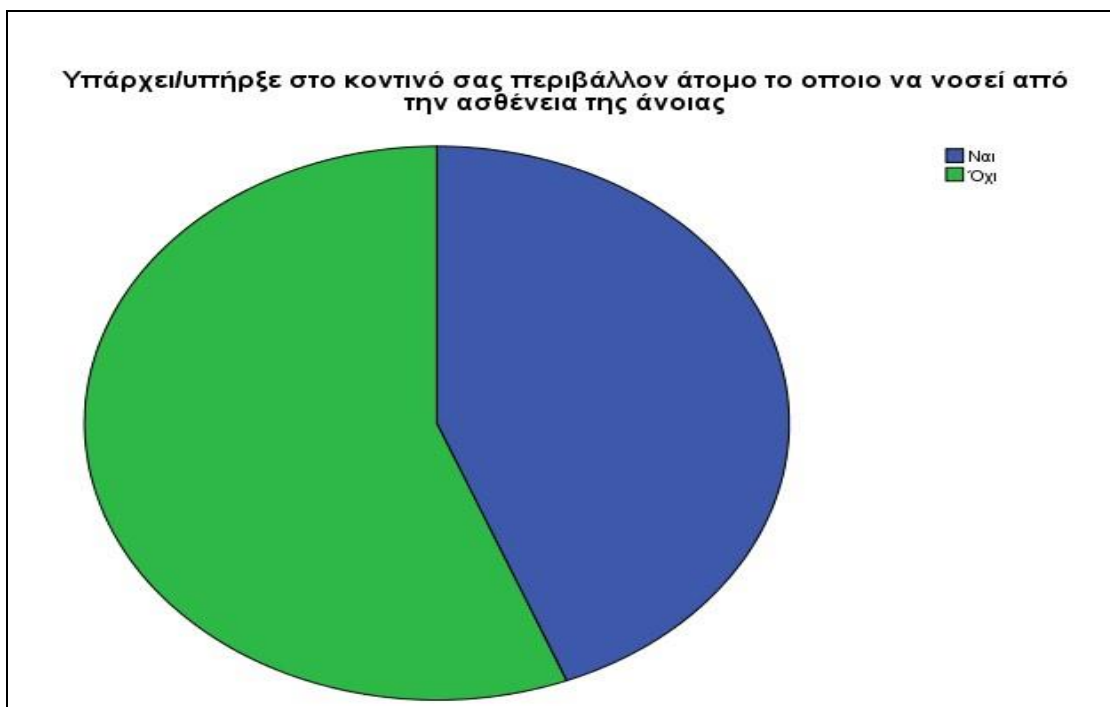


Διάγραμμα 4: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων αναφορικά με την πηγή ενημέρωσης των πληροφορητών για τη νόσο της άνοιας.

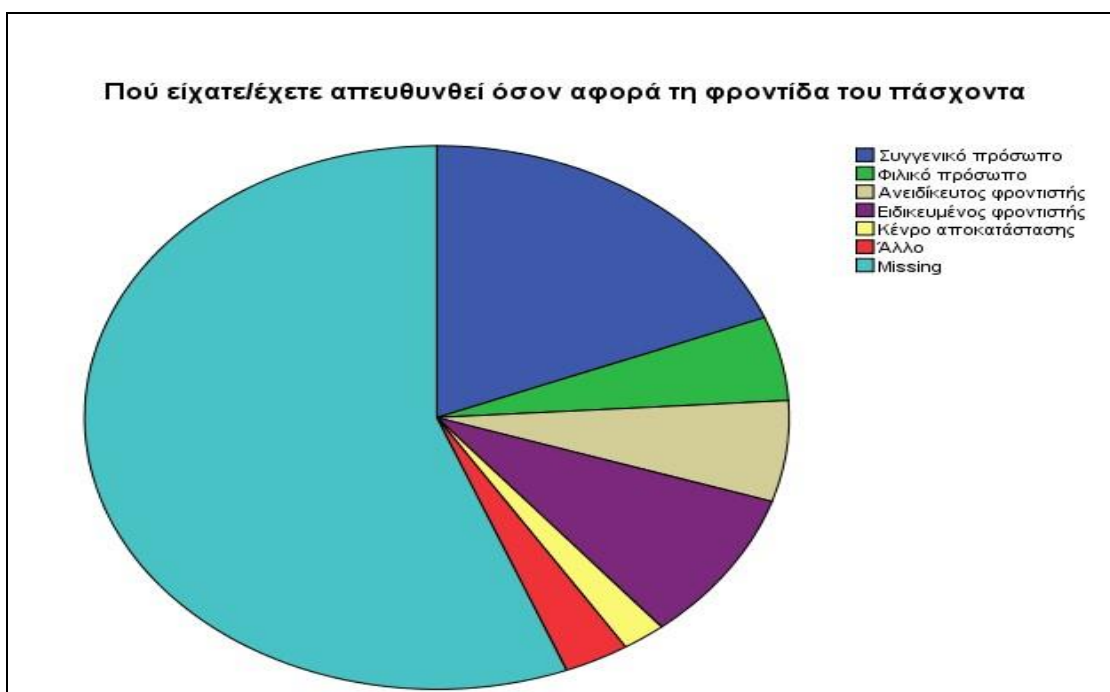
Οι επόμενες ερωτήσεις επικεντρώνονται στο αν και κατά πόσο οι πληροφορητές έχουν βρεθεί αντιμέτωποι με περιστατικά άνοιας στο οικείο οικογενειακό τους περιβάλλον. Η επιλογή αυτών των ερωτήσεων έγινε με σκοπό να αποσπάσουμε πληροφορίες για τη γνώμη των πληροφορητών σχετικά με τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου.

Ειδικότερα, στην ερώτηση «*υπάρχει/υπήρξε στο κοντινό σας περιβάλλον άτομο το οποίο να νοσεί από την ασθένεια της άνοιας*», το 44% των ατόμων απάντησε θετικά (διάγραμμα 5). Το 43,2% αυτών ανέφερε πως για τη φροντίδα του πάσχοντα απευθύνθηκε σε συγγενικό του πρόσωπο, ενώ το 20% ανέφερε πως απευθύνθηκε σε κάποιον έμπειρο φροντιστή (διάγραμμα 6).

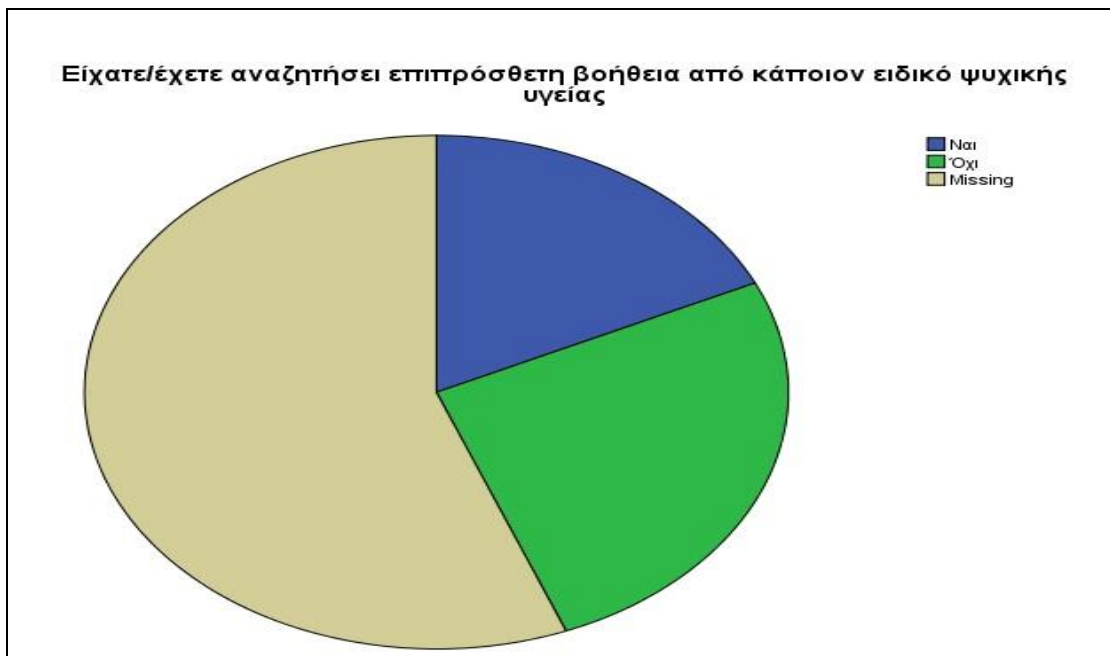
Στη συνέχεια, όταν οι πληροφορητές ρωτήθηκαν «*αν έχουν αναζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας*», το 56% δεν έδωσε απάντηση, ενώ το 26% ανέφερε πως δεν έχει απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό (διάγραμμα 7). Το ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν απάντησε σε αυτή την ερώτηση αναδεικνύει πως ακόμα και στις μέρες μας υπάρχει ταμπού σε θέματα που αφορούν νευρολογικές και ψυχιατρικές ασθένειες παρά την αυξημένη εμφάνισή τους και την επιστημονική αιτιολόγηση της παθολογίας τους.



Διάγραμμα 5: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με το κατά πόσο οι πληροφορητές έχουν στο κοντινό τους περιβάλλον κάποιο άτομο με άνοια.



Διάγραμμα 6: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη νότιση των πληροφορητών για τον πιο ενδεδειγμένο τρόπο φροντίδας των πασχόντων από άνοια.

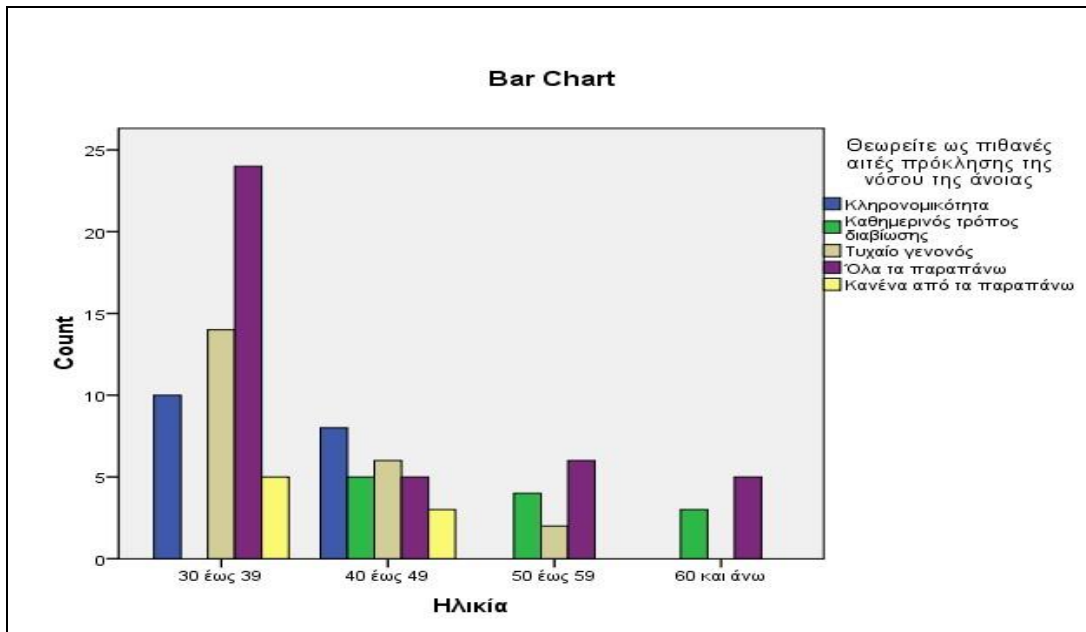


Διάγραμμα 7: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με την άποψη των πληροφορητών ως προς την αναζήτηση ή μη κάποιου ειδικού ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση περιστατικών άνοιας.

Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα μας δίνουν το έναυσμα να σχολιάσουμε δύο σημεία. Το πρώτο έχει να κάνει με το μεγάλο ποσοστό των ατόμων που υποφέρουν από άνοια στις μέρες μας (το 44% των πληροφορητών έχει στο κοντινό του περιβάλλον άτομο που νοσούσε ή νοσεί) και το δεύτερο σημείο έχει να κάνει με τη φροντίδα αυτών των ατόμων. Παρατηρούμε πως η οικογένεια έχει καταλυτικό ρόλο στη φροντίδα και τη στήριξη των πασχόντων. Οι δεσμοί της ελληνικής οικογένειας είναι αρκετά ισχυροί κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες υπάρχει μεγαλύτερη τυπικότητα και αποστασιοποίηση και στις οποίες η επιλογή κάποιου εξειδικευμένου φροντιστή ή ειδικού ψυχικής υγείας αποτελεί πρώτη επιλογή. Στη χώρα μας φαίνεται να αποφεύγεται η αναζήτηση κάποιου ειδικού ή γιατρού, έως ότου η κατάσταση φτάσει σε πολύ προχωρημένο στάδιο.

Η επόμενη ερώτηση στη οποία κλήθηκαν να απαντήσουν οι πληροφορητές αφορούσε τη γνώμη τους για τις πιθανές αιτίες πρόκλησης της νόσου της άνοιας. Παρατηρώντας το διάγραμμα που ακολουθεί (διάγραμμα 8) βλέπουμε πως η **κληρονομικότητα**, κάποιο **τυχαίο γεγονός**, καθώς και ο **τρόπος διαβίωσης** είναι παράγοντες που η πλειοψηφία των πληροφορητών θεωρούν ως πιθανές αιτίες πρόκλησης της άνοιας, ενώ ο ρόλος της

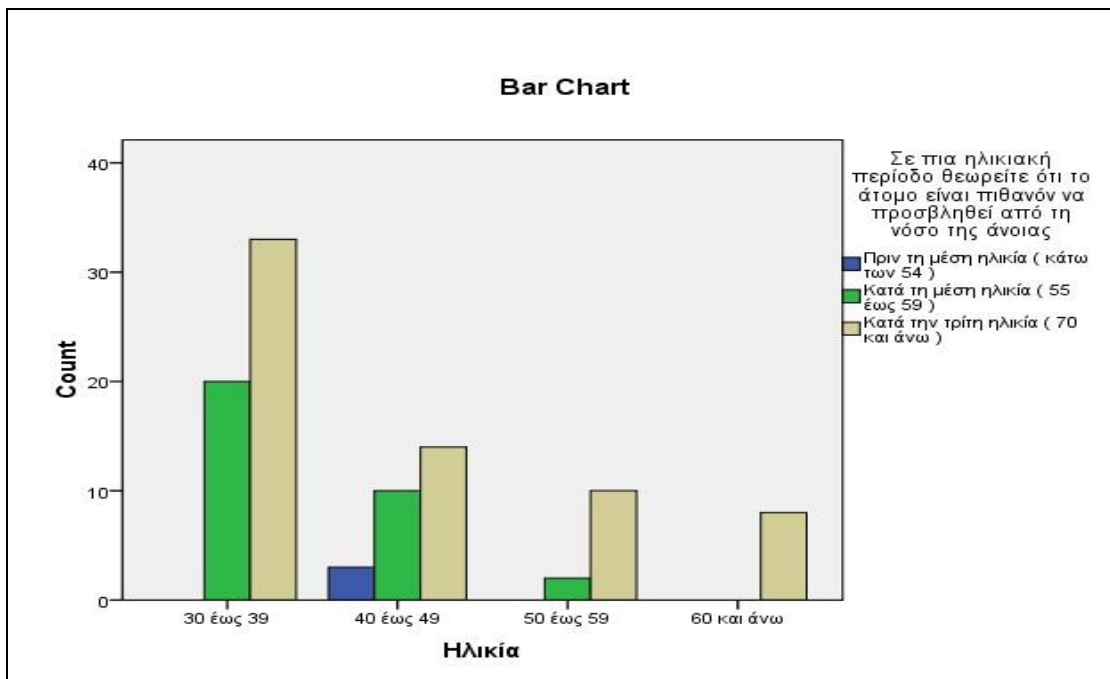
κληρονομικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικός για τις ηλικίες 30-49.



Διάγραμμα 8: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με την άποψη των πληροφορητών για τις πιθανές αιτίες πρόκλησης της νόσου της άνοιας.

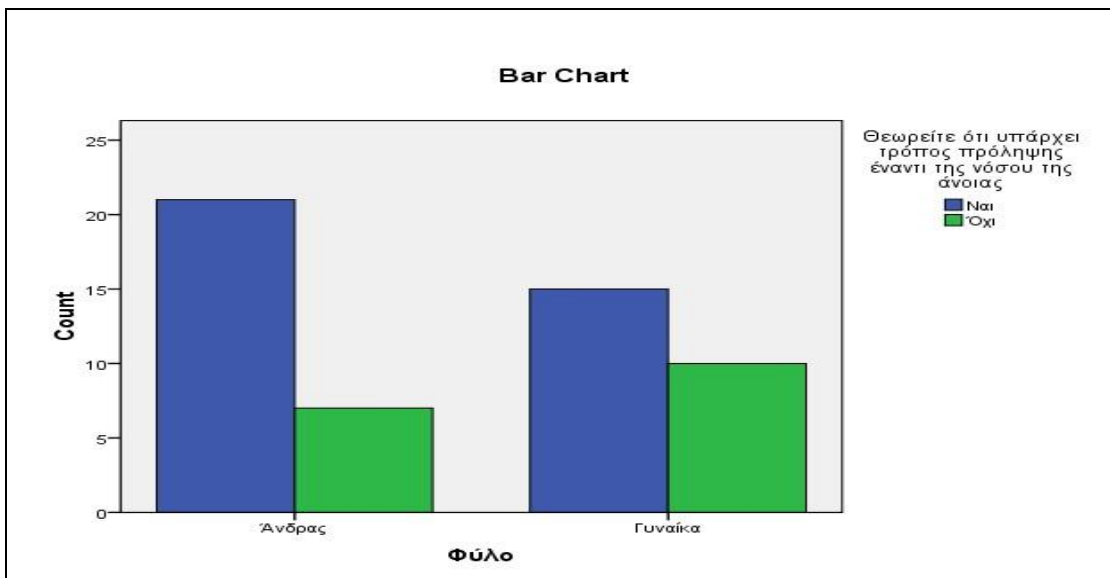
Στην επόμενη ερώτηση «σε ποιά ηλικιακή περίοδο θεωρείτε ότι το άτομο είναι πιθανό να προσβληθεί από τη νόσο της άνοιας;», η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων όλων των ηλικιακών ομάδων αναφέρει πως από τα 70 έτη και άνω τα άτομα είναι περισσότερο πιθανό να νοσήσουν από κάποια μορφή άνοιας, ενώ επίσης μεγάλες πιθανότητες δίνουν και σε άτομα μέσης ηλικίας, 55 και άνω (διάγραμμα 9).

Από τις απαντήσεις των πληροφορητών παρατηρούμε πως η εμφάνιση της άνοιας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την Τρίτη ηλικία, κάτι το οποίο εν μέρει ισχύει αλλά παράλληλα ίσως εμποδίζει τα άτομα μέσης ηλικίας να κάνουν πρόληψη, μιας και θεωρούν πως είναι κάτι το οποίο θα εμφανιστεί μετά τα 70 τους έτη. Φυσικά αυτό δεν έχει ισχύ όπως είδαμε στο πρώτο κεφάλαιο όπου αναφερθήκαμε αναλυτικά στα χαρακτηριστικά κάθε τύπου άνοιας.

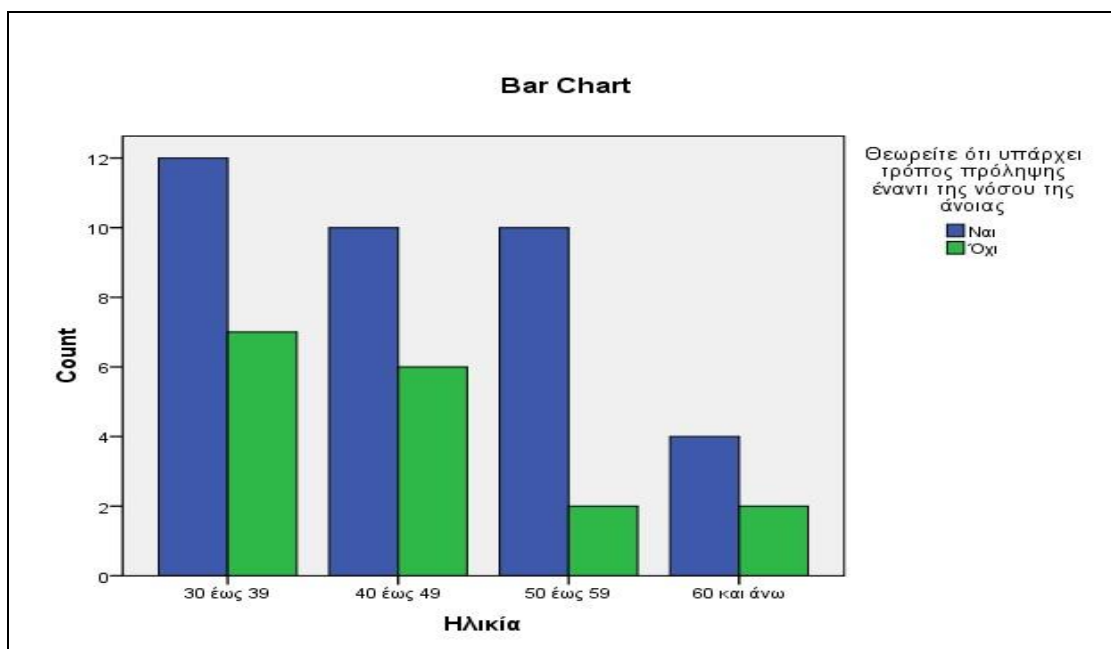


Διάγραμμα 9: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με την άποψη των πληροφορητών για την πιθανότερη ηλικιακή περίοδο εμφάνισης της νόσου της άνοιας.

Σχετικά με την ερώτηση «θεωρείτε ότι υπάρχει τρόπος πρόληψης έναντι της νόσου της άνοιας;», το 67,9% των πληροφορητών απάντησε θετικά, ενώ δεν υπήρχε διαφοροποίηση των απαντήσεων σε σχέση με το φύλο ή την ηλικία (διάγραμμα 10 και 11 αντίστοιχα).



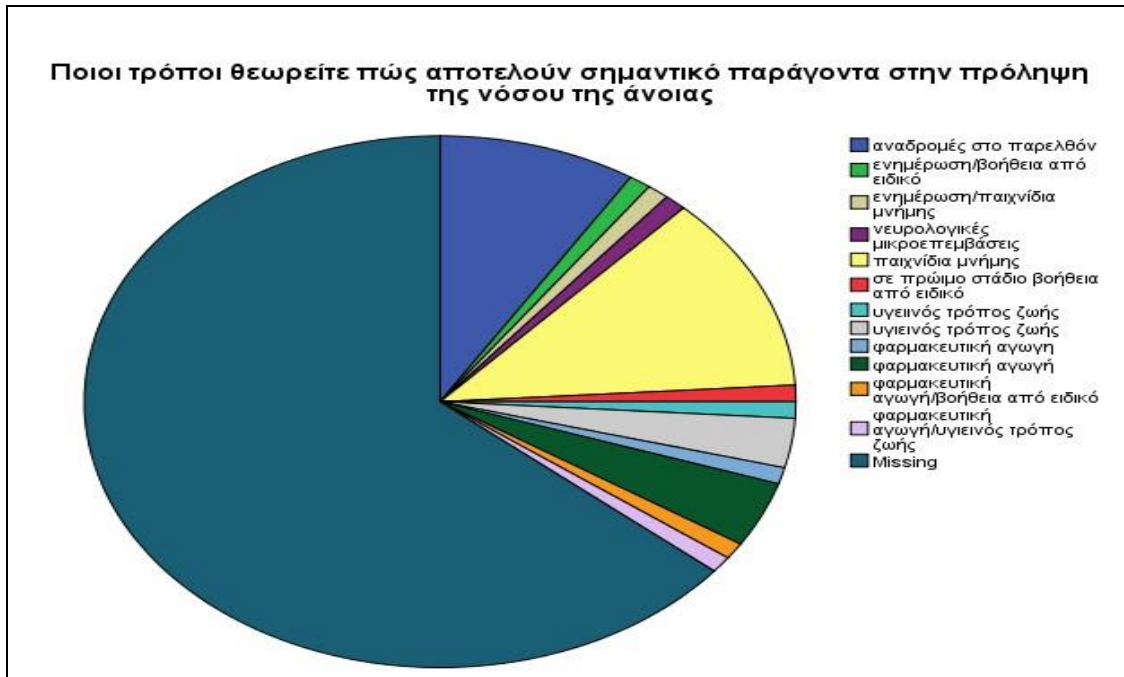
Διάγραμμα 10: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με την άποψη των πληροφορητών για την ύπαρξη τρόπου πρόληψης της άνοιας σε σχέση με το φύλο.



Διαγραμμα 11: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με την άποψη των πληροφορητών για την ύπαρξη τρόπου πρόληψης της άνοιας σε σχέση με την ηλικία.

Προχωρώντας στην ερώτηση «ποιοί τρόποι θεωρείτε πώς αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη της νόσου της άνοιας», οι πληροφορητές ανέφεραν τα **παιχνίδια μνήμης** και τις **αναδρομές στο παρελθόν** ως τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης της νόσου. Μικρότερο ποσοστό κατέχουν ο υγιεινός τρόπος ζωής, η φαρμακευτική βοήθεια από ειδικούς, οι μικροεπεμβάσεις, η ενημέρωση από ειδικούς κτλ. (διάγραμμα 12).

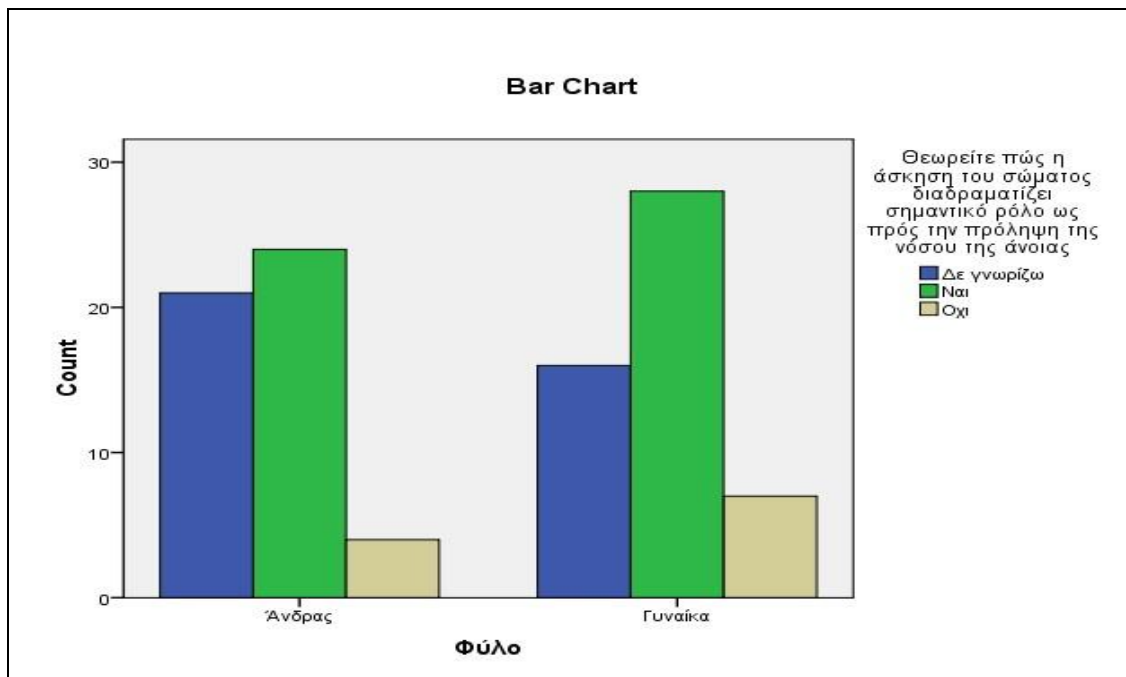
Παρατηρούμε λοιπόν πως η άποψη των πληροφορητών αναφορικά με τη πρόληψη της νόσου είναι περιορισμένη και επικεντρώνεται σε μεθόδους που έχουν να κάνουν με τη μνήμη, κάτι που βέβαια δικαιολογείται αν σκεφτούμε πως η απώλεια μνήμης είναι το συχνότερο και εντονότερο σύμπτωμα στην πλειοψηφία των ανοιών.



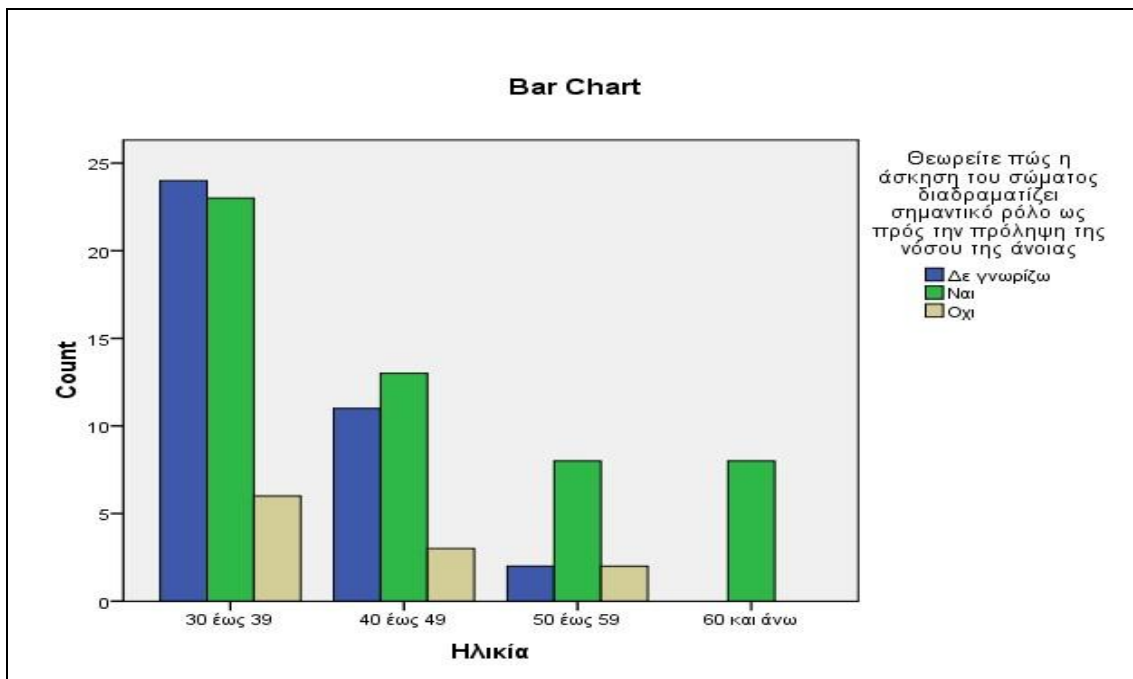
Διάγραμμα 12: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με την γνώμη των πληροφορητών για τις πιθανές μεθόδους πρόληψης της νόσου της άνοιας.

Η επόμενη ερώτηση που τέθηκε στους πληροφορητές είναι η εξής: «θεωρείτε πως η άσκηση του σώματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας; Εσείς πόσο συχνά ασκείστε;». Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, ανεξαρτήτως φύλου (διάγραμμα 13) και ηλικιακής ομάδας (διάγραμμα 14), απάντησε πως η **σωματική άσκηση** είναι ένας από τους τρόπους μέσω του οποίου το άτομο είναι πιθανό να αποφύγει ή να καθυστερήσει την εμφάνιση της νόσου, αν και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών δεν ασκείται και πολύ συχνά (διάγραμμα 15).

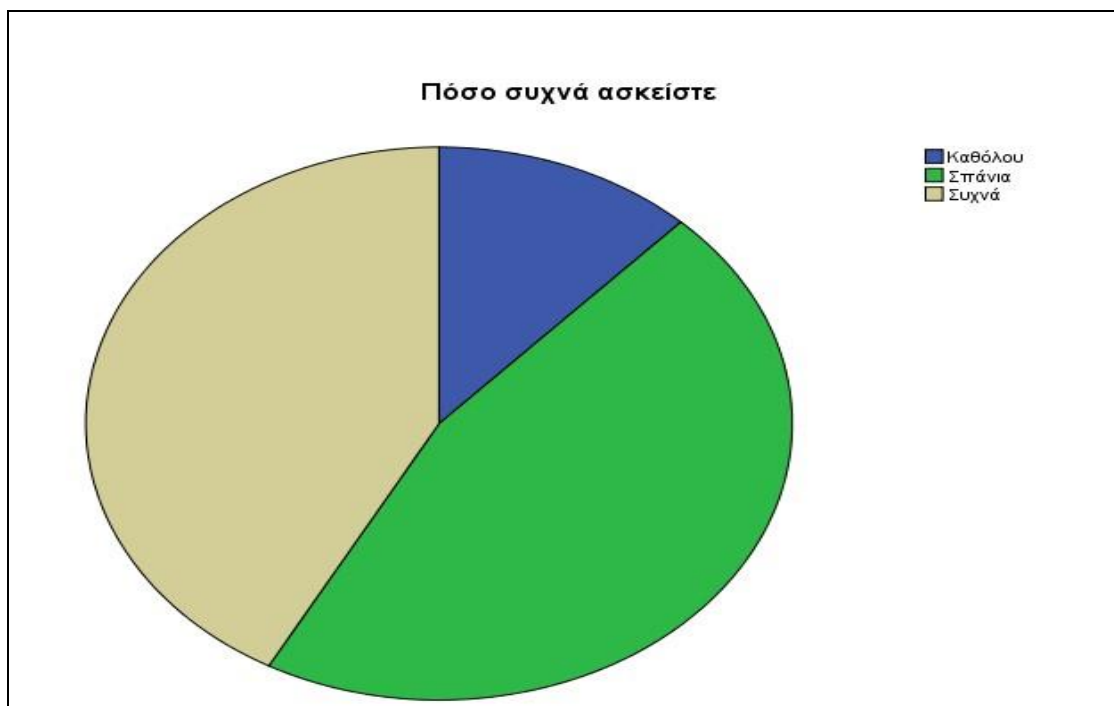




Διάγραμμα 13: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη γνώμη των πληροφορητών για το αν η σωματική άσκηση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της άνοιας (συσχέτιση με το φύλο).



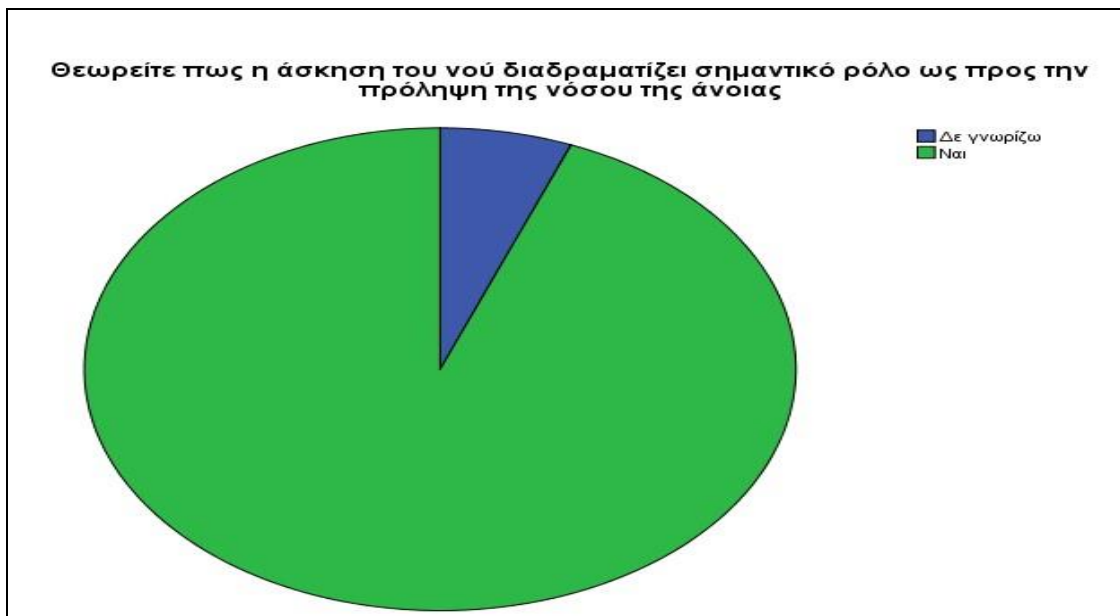
Διάγραμμα 14: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη γνώμη των πληροφορητών για το αν η σωματική άσκηση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της άνοιας (συσχέτιση με την ηλικία).



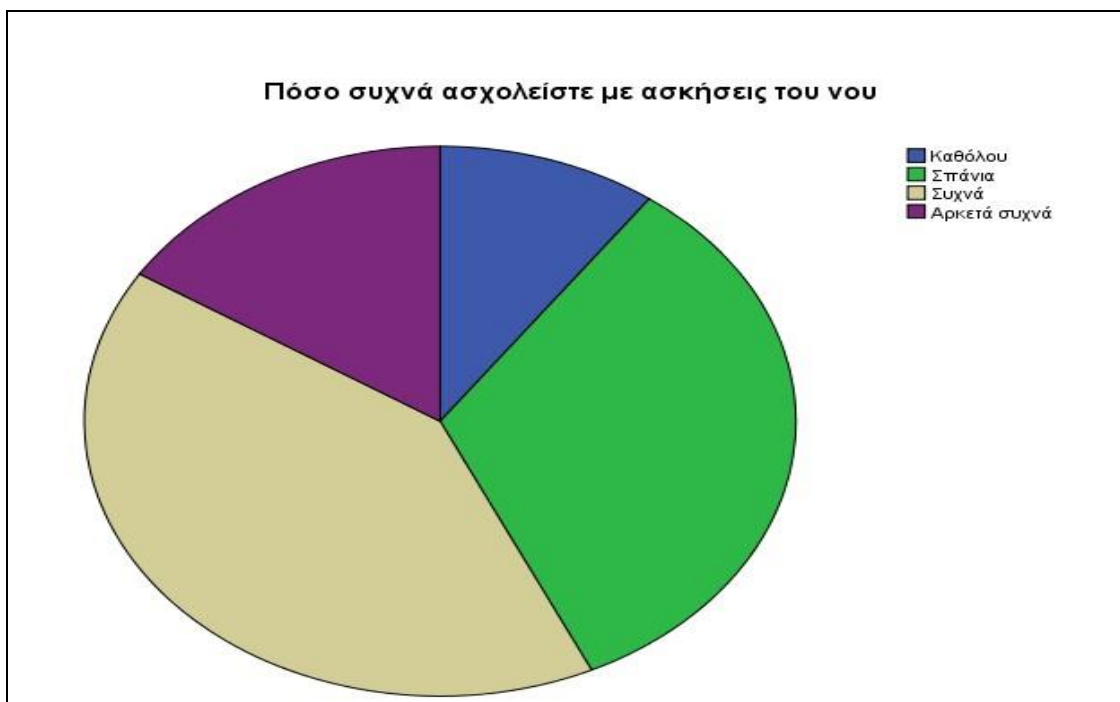
Διάγραμμα 15: Παρουσίαση αποτελεσμάτων για το πόσο συχνά ασκούνται οι ίδιοι οι πληροφορητές.

Εκτός από τις σωματικές ασκήσεις, θα θέλαμε να ξέρουμε τη γνώμη των πληροφορητών για το κατά πόσο *«θεωρούν πως η άσκηση του νού διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας»*, και εν συνεχεία *«πόσο συχνά ασχολούνται οι ίδιοι με ασκήσεις του νου»*.

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν θετικές σε ποσοστό 94%, κάτι που αναδεικνύει την υπεροχή των ασκήσεων του νου, ως αποτελεσματικότερων μεθόδων πρόληψης των ανοιών (διάγραμμα 16). Η πλειοψηφία μάλιστα των πληροφορητών δήλωσε ότι οι ίδιοι ασχολούνται συχνά με τέτοιου είδους ασκήσεις (διάγραμμα 17) προκειμένου να κρατούν σε εγρήγορση τις νοητικές τους λειτουργίες όπως τη μνήμη, την προσοχή κτλ.



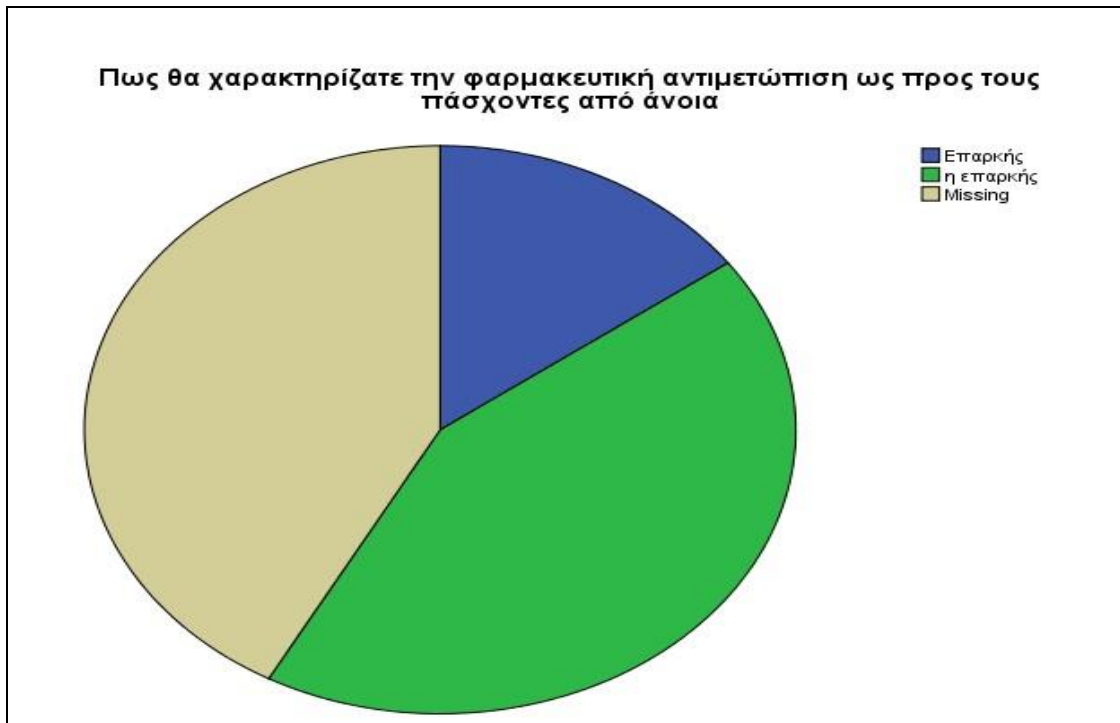
Διάγραμμα 16: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη γνώμη των πληροφορητών για το αν οι ασκήσεις του νου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της άνοιας.



Διάγραμμα 17: Παρουσίαση αποτελεσμάτων για το πόσο συχνά ασχολούνται οι ίδιοι οι πληροφορητές με ασκήσεις του νου.

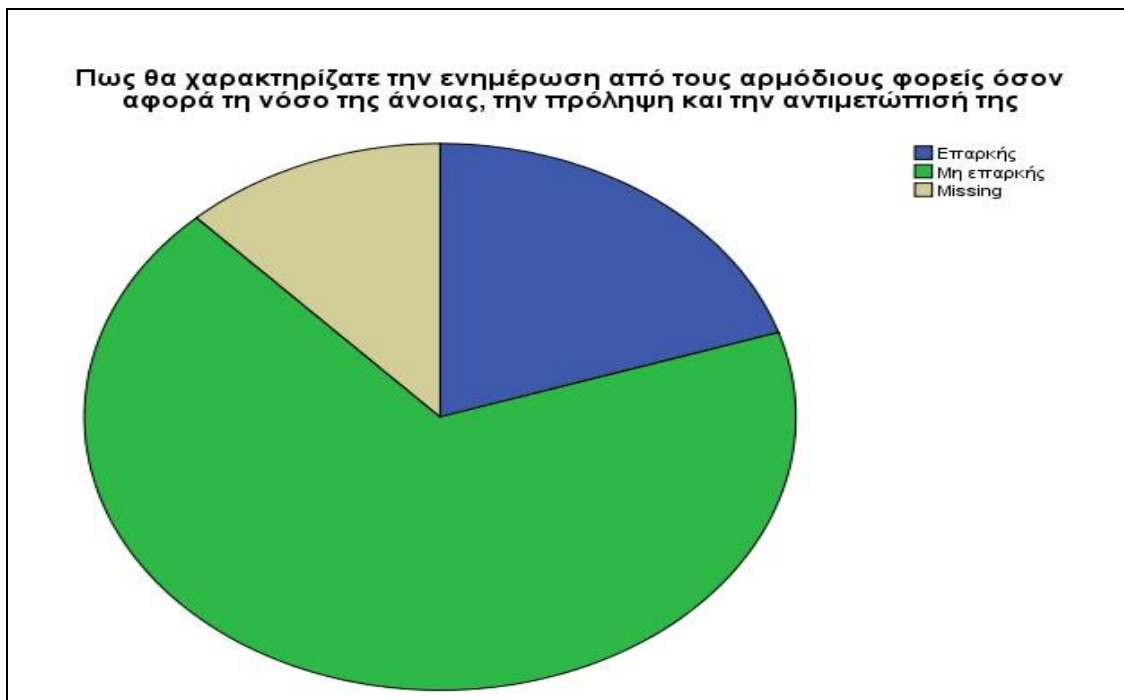
Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα ολοκληρωθεί με τις ερωτήσεις του τέταρτου θεματικού άξονα ο οποίος έχει να κάνει με τη γνώμη των πληροφορητών για τη συμβολή των κοινωνικών φορέων και των κοινωνικών λειτουργών στη νόσο της άνοιας καθώς και των πιθανών τρόπων αντιμετώπισής της.

Η πρώτη ερώτηση αυτού του άξονα είναι «πώς θα χαρακτηρίζατε την φαρμακευτική αντιμετώπιση ως προς τους πάσχοντες από άνοια;». Το 50% των πληροφορητών δεν είχε άποψη επί του θέματος, ενώ το 48% θεωρεί ότι η φαρμακευτική αγωγή δεν επαρκεί για την αντιμετώπιση της άνοιας (διάγραμμα 18).



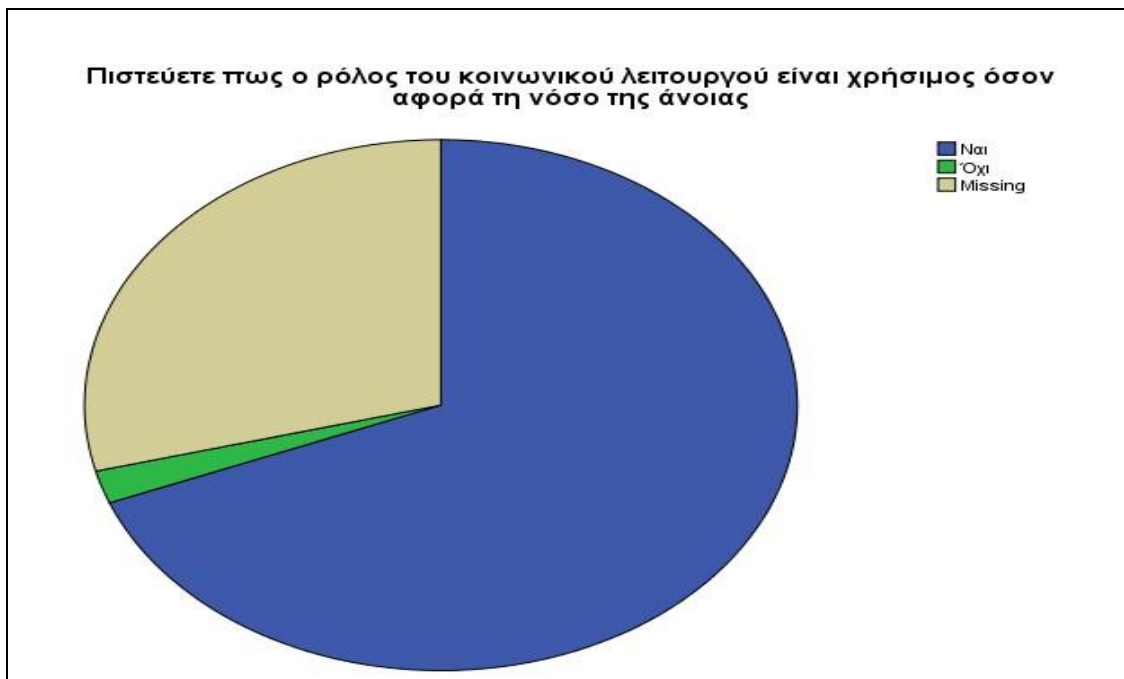
Διάγραμμα 18: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη γνώμη των πληροφορητών για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας.

Προχωρώντας, στην ερώτηση «πώς θα χαρακτηρίζατε την ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς όσον αφορά τη νόσο της άνοιας, την πρόληψη και την αντιμετώπισή της;», το 68% των πληροφορητών κρίνει πως η ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς δεν είναι επαρκής (διάγραμμα 19).



Διάγραμμα 19: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη γνώμη των πληροφορητών για την ύπαρξη ενημέρωσης από τους αρμόδιους φορείς όσον αφορά τη νόσο της άνοιας.

Η τελευταία ερώτηση αυτού του θεματικού άξονα στοχεύει στην ανάδειξη της γνώμης των πληροφορητών για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στη νόσο της άνοιας. Έτσι, όταν ρωτήθηκαν «πιστεύετε πως ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι χρήσιμος όσον αφορά τη νόσο της άνοιας;», το 69% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά (διάγραμμα 20), τονίζοντας πως ο κοινωνικός λειτουργός, ως ειδικός σε θέματα κοινωνικής και ψυχικής υγείας, θα μπορούσε να βοηθήσει τους πάσχοντες από τη νόσο τόσο ψυχολογικά όσο και σε πιο πρακτικά ζητήματα της κοινωνικής του ζωής.



Διάγραμμα 20: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη γνώμη των πληροφορητών για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού όσον αφορά τη νόσο της άνοιας.

Στην συγκεκριμένη ενότητα επιχειρήθηκε η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας τα οποία προέκυψαν πρώτο σχόλιο που θα μπορούσε να γίνει σχετικά με τα αποτελέσματα είναι ότι σε πολλές ερωτήσεις ένα μεγάλο ποσοστό των πληροφορητών δεν έδωσε απάντηση. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει την ελλιπή ενημέρωση των ατόμων σχετικά με τη νόσο της άνοιας και ό,τι μπορεί να σχετίζεται με αυτή. Παρόλα αυτά, ένα αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό των ερωτηθέντων έδωσε σαφείς απαντήσεις βάσει των οποίων μπορούμε να καταλήξουμε σε κάποια συμπεράσματα και να απαντήσουμε στα ερευνητικά μας ερωτήματα. Αυτό θα επιχειρήσουμε στο επόμενο και τελευταίο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας.

### **3.4. Απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα**

Σκοπός αυτής της ενότητας είναι να προχωρήσει στην απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων που έχουν τεθεί στην παρούσα εργασία, καταλήγοντας σε κάποια συμπεράσματα για την πρόληψη και αντιμετώπιση της άνοιας και τη συμβολή των κοινωνικών λειτουργών σε αυτό.

Το πρώτο ερώτημα που πραγματεύεται η παρούσα εργασία έχει να κάνει με το «κατά πόσο τα άτομα Τρίτης ηλικίας είναι επαρκώς ενημερωμένα για τη νόσο της άνοιας όσο και

το αν έχουν επίγνωση των θεραπευτικών τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισής της». Βάσει των αποτελεσμάτων, όπως προέκυψαν από τις απαντήσεις των πληροφορητών, φαίνεται πως τα άτομα χαρακτηρίζονται από ανεπαρκή και ως ένα βαθμό συγκεχυμένη ενημέρωση τόσο για τη νόσο της άνοιας όσο και για τους τρόπους που αφορούν την πρόληψη και αντιμετώπισής της.

Συγκεκριμένα, στις ερωτήσεις που σχετίζονταν με το βαθμό ενημέρωσης για τη νόσο της άνοιας, οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα χαρακτήρισε «μέτρια έως λίγη» την ενημέρωσή τους για τη νόσο. Η νόσος Alzheimer και η γεροντική άνοια αναφέρθηκαν ως οι πιο γνωστές μορφές άνοιας, για τις οποίες γνωρίζουν κυρίως από περιστατικά του οικείου περιβάλλοντός τους, από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, καθώς και από το διαδίκτυο. Αξίζει να σημειωθεί πως παρά το αυξημένο μορφωτικό επίπεδο των πληροφορητών, οι γνώσεις τους για αυτά τα θέματα είναι ελλιπής, κάτι που ενισχύει την απουσία γενικότερης πληροφόρησης. Ως πιθανές αιτίες για την εκδήλωση της νόσου της άνοιας αναφέρθηκαν η κληρονομικότητα, κάποιο τυχαίο περιστατικό, ενώ κάποια άτομα υπογράμμισαν και τον τρόπο διαβίωσης. Ως κρίσιμη περίοδος κατά την οποία μπορεί να εκδηλωθεί η νόσος αναφέρθηκε το όριο των 55 ετών, ενώ οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε πως η άνοια εκδηλώνεται κυρίως σε άτομα 70 ετών και άνω.

Όσον αφορά το κομμάτι της πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου, η πλειοψηφία των πληροφορητών ανέφερε πως είναι δυνατή ως ένα βαθμό η πρόληψη από τη νόσο της άνοιας, θεωρώντας σημαντικό το ρόλο τόσο της σωματικής όσο και της πνευματικής άσκησης. Ειδικότερα, ιδιαίτερη έμφαση έδωσαν στο ρόλο που μπορούν να διαδραματίσουν οι ασκήσεις του νου που στοχεύουν στην ενίσχυση της μνήμης των πασχόντων μέσω αναφορών σε ιστορίες του παρελθόντος ή/και παιχνιδιών μνήμης. Η άποψη αυτή είναι πλήρως κατανοητή αν σκεφτούμε πως το βασικό σύμπτωμα στην πλειοψηφία των ανοιών είναι η απώλεια της μνήμης. Ως εκ τούτου, ένας άνθρωπος που δεν έχει πλήρη εικόνα για το τί είναι η άνοια είναι λογικό να θεωρεί ως πιο ενδεδειγμένη μέθοδο πρόληψης κυρίως μεθόδους μέσω των οποίων ενισχύονται οι μνημονικές ικανότητες των πασχόντων.

Σχετικά με το ζήτημα της αντιμετώπισης, το 50% των πληροφορητών δεν είχε άποψη για το θέμα, ενώ οι υπόλοιποι ανέφεραν πως η αντιμετώπιση της άνοιας αποκλειστικά μέσω φαρμακευτικής θεραπείας δεν επαρκεί. Είναι εμφανές πως οι άνθρωποι αναγνωρίζουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με άνοια και ότι από μόνη της η θεραπεία με

φάρμακα δεν μπορεί να θεραπεύσει ή τουλάχιστον δεν μπορεί να αντιμετωπίσει και τις επιπρόσθετες ψυχολογικές/κοινωνικές δυσκολίες που επιφέρει η νόσος στους πάσχοντες.

Στη βάση αυτού, προχωρήσαμε στη διερεύνηση του δεύτερου ερευνητικού μας ερωτήματος «*κατά πόσο κρίνουν απαραίτητο το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στη νόσο της άνοιας*». Το 68% ανέφερε το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού ιδιαίτερα χρήσιμο αφενός στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών κυρίως πτυχών της άνοιας και αφετέρου στη παροχή ενημέρωσης σχετικά με τα κοινωνικά ζητήματα που θα πρέπει να γνωρίζει τόσο η οικογένεια όσο και ο ίδιος ο πάσχων.

Δυστυχώς αναφέρθηκε πως η ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς για τη νόσο της άνοιας και γενικότερα για νευρολογικές ή ακόμα και ψυχιατρικές ασθένειες είναι ελάχιστη αν όχι ανύπαρκτη, γεγονός που οδηγεί σε ελλιπή και διαστρεβλωμένη πολλές φορές εικόνα για τις αιτίες, τα συμπτώματα, τα δικαιώματα ακόμα και τους τρόπους θεραπείας της νόσου. Η σημαντικότερη επίπτωση όμως της ανεπαρκούς ενημέρωσης και της ημιμάθειας είναι τόσο ο κοινωνικός παραγκωνισμός των πασχόντων όσο και η αδυναμία να αναζητήσουν βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας ή κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να ενημερωθούν σωστά για τις μεθόδους πρόληψης της νόσου, οι οποίες θα μπορούσαν να αναστείλλουν την ταχεία εξάπλωσή της, να ελαφρύνουν τα συμπτώματα, και το άτομο να νιώθει καλύτερα ψυχολογικά και κατά το δυνατόν περισσότερο λειτουργικό.

### **3.5. Συμπεράσματα**

Η παρούσα εργασία μας έδωσε τη δυνατότητα να διερευνήσουμε το βαθμό ενημέρωσης ατόμων μέσης και Τρίτης ηλικίας για τη νόσο της άνοιας, εστιάζοντας στις απόψεις τους για τις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισής της καθώς επίσης και για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού ως αρωγού των πασχόντων.

Οι μέχρι τώρα έρευνες έχουν επισημάνει τον ιδιαίτερα χρήσιμο ρόλο των κοινωνικών λειτουργών ως βοηθών των ατόμων που νοσούν από ανοιακές παθήσεις. Όπως αναφέρθηκε στο δεύτερο κεφάλαιο που πραγματεύτηκε αναλυτικά τα καθήκοντα και τη συμβολή των κοινωνικών λειτουργών στις υπηρεσίες υγείας και γενικότερα στις χρόνιες παθήσεις και την άνοια, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να βοηθήσουν τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και την οικογένειά του. Επίσης, μπορούν να παρέμβουν στην κοινότητα, δημιουργώντας ημερίδες και προγράμματα ενημέρωσης των πολιτών, ευαισθητοποιώντας συλλόγους και



πολιτιστικές ομάδες με σκοπό την επαρκή ενημέρωση για τη νόσο της άνοιας και των επιπτώσεων που μπορεί να επιφέρει στα άτομα.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώσαμε πως οι συμμετέχοντες θεωρούν ιδιαίτερα χρήσιμο το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού για τη νόσο της άνοιας, επιβεβαιώνοντας τα μέχρι τώρα πορίσματα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Όντως υπάρχει η ανάγκη από επαγγέλματα που φροντίζουν ώστε να υπάρχει επαρκής ενημέρωση στην κοινωνία για θέματα υγείας και αυτό είναι κάτι που θα πρέπει να αφυπνίσει τους αρμόδιους κοινωνικούς φορείς ώστε να κινητοποιηθούν και να κάνουν τους απαραίτητους χειρισμούς ώστε να ανατραπεί το κλίμα ημιμάθειας, ανεπαρκούς ενημέρωσης καθώς και το αίσθημα ντροπής σε συζητήσεις που αφορούν τα συγκεκριμένα θέματα υγείας.

Όπως είδαμε και στο πρώτο κεφάλαιο, σε κάποιες μορφές άνοιας, πέραν της απώλειας της μνήμης, συνυπάρχουν και προβλήματα στη συμπεριφορά. Αν λοιπόν δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση στην κοινωνία για το σύνολο των συμπτωμάτων που μπορεί να επιφέρει η νόσος της άνοιας, η κοινωνία στιγματίζει το άτομο και το ίδιο νιώθει ότι η συμπεριφορά του είναι ανάρμοστη λόγω χαρακτήρα. Το κλειδί σε αυτές τις περιπτώσεις όπως έχει αναφερθεί πολλάκις σε αυτή την εργασία είναι η επαρκής ενημέρωση και η παρέμβαση των κοινωνικών λειτουργών ώστε να υπάρξει σωστή στήριξη των πασχόντων και των οικογενειών τους τόσο σε προσωπικό/ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Το δεύτερο ζήτημα που επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε στην παρούσα εργασία σχετίζεται με τις απόψεις των ατόμων μέσης και τρίτης ηλικίας για τις μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης της άνοιας.

Σύμφωνα με τη πρόσφατη βιβλιογραφία, πλήθος ερευνών τονίζουν πως ο υγιεινός τρόπος διαβίωσης, δηλαδή η σωματική άσκηση και η μεσογειακή διατροφή, καθώς επίσης και η ενεργή πνευματικά ζωή μπορούν να προλάβουν ή να καθυστερήσουν την έναρξη ανοικών συμπτωμάτων.

Τα παραπάνω πορίσματα επιβεβαιώνονται από τις απαντήσεις των πληροφορητών της παρούσας έρευνας, καθώς οι πλειοψηφία αυτών θεωρεί πως τόσο η σωματική άσκηση όσο και ασκήσεις του νου μπορούν να λειτουργήσουν ως προληπτικά μέσα της άνοιας ή και να αντιμετωπίσουν ως ένα βαθμό της ταχεία εξέλιξη της νόσου. Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως μέσω παιχνιδιών μνήμης ή νοητικών δραστηριοτήτων μπορεί να ενισχυθεί τόσο η μνήμη όσο και οι υπόλοιπες γνωσιακές ικανότητες των ατόμων. Σαφώς όμως, για να γίνει

κάτι τέτοιο θα πρέπει να υπάρχει η σχετική ενημέρωση, οι κατάλληλοι χώροι, καθώς επίσης και εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο να μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που νοσούν. Σε αυτό το σημείο είναι καταλυτικός ο ρόλος των κοινωνικών φορέων και των κοινωνικών λειτουργών οι οποίοι θα πρέπει να αναλάβουν ενεργό ρόλο για την γνωστοποίηση των θεμάτων αυτών και τη διεκδίκηση χώρων και χρημάτων για τη επίτευξη των συγκεκριμένων στόχων.

Καταληκτικά, στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε η ανάδειξη των απόψεων ατόμων μέσης και Τρίτης ηλικίας σχετικά με διάφορες πτυχές της νόσου της άνοιας. Μία τέτοια ερευνητική προσπάθεια είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς δεν δίνεται συχνά έμφαση στη γνώμη των ίδιων των ανθρώπων σε μία κοινωνία για θέματα υγείας, και κυρίως για το τί έχουν ανάγκη. Απώτερος σκοπός μας ήταν να φέρουμε στο φως τις ανάγκες αυτές, να γνωστοποιήσουμε την ανεπαρκή ενημέρωση από πλευράς κοινωνικών φορέων σχετικά με την πρόληψη και αντιμετώπιση της άνοιας και να αναδείξουμε την χρησιμότητα του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού ως αρωγού των πασχόντων. Στοχοποιώντας την έλλειψη ενημέρωσης που υπάρχει στην κοινωνία για τη νόσο της άνοιας, ευχόμαστε να ευαισθητοποιήσουμε τους αρμόδιους κοινωνικούς φορείς ώστε να προχωρήσουν σε δημιουργικές και κοινωνικά αναγκαίες πρωτοβουλίες.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Aalten, P., et al. (2007). Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium. Part II. *Dementia GeriatrCognDisord*, 24(6), 457-463.
- Aalten, P., Verhey, F.R. Boziki, M., Brugnolo, A., Bullock, R., Byrne, E.J., Camus, V. et al. (2008). Consistency of neuropsychiatric syndromes across dementias: results from the European Alzheimer Disease Consortium. Part II. *Dementia GeriatrCognDisord*, 25(1), 1-8.
- Alzheimer's Disease International (2011). Alzheimer's Disease Facts and Figures. Available from: [http://www.alz.org/downloads/Facts\\_Figures\\_2011.pdf](http://www.alz.org/downloads/Facts_Figures_2011.pdf)
- Aminoff, B. Z., & Adunsky, A. (2006). Their last 6 months: suffering and survival of end-stage dementia patients. *Age and Ageing*, 35(6), 597-601.
- Beeri, M.S. et al. (2009). The effects of cardiovascular risk factors on cognitive compromise. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 11(2), 201-212.
- Butters, M.A., et al. (2008). Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 10(3), 345-357.
- Chiu, M. J., Chen, T. F., Yip, P. K., Hua, M. S., & Tang, L. Y. (2006). Behavioral and psychologic symptoms in different types of dementia. *Journal of the Formosan Medical Association*, 105(7), 556-562.
- Cipriani, G., Bianchetti, A. & Trabucchi, M. (2006). Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archive Gerontol. Geriatr. Suppl 1*, 391-399.
- Clare, L. & Woods, R.T. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer's disease. A review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14, 385-401.
- Coelho, F.G., Santos-Galduroz, R.F., Gobbie, S., Stella, F. (2009). Systematised physical activity and cognitive performance in elderly with Alzheimer's dementia: a systematic review. *Rev. Bras. Psiquitr*, 31, 163-170.
- Dotson, V.M., Beydoun, M.A., Zonderman, A.B. (2010). Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment. *Neurology*, 75(1), 27-34.
- Droes, R.M., van der Roest, H., van Mierlo, L., Meiland, F. (2011). Memory problems in dementia: adaptation and coping strategies and psychosocial treatments. *Expert Rev Neurother*, 11, 1769-1782.
- EFNS, 2007. *Προτάσεις για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer και άλλων διαταραχών σχετιζόμενων με άνοια. Κατευθυντήριες οδηγίες Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νευρολογικών Εταιριών.* Ελληνική Νευρολογική Εταιρία, Κλάδος Άνοιας.
- EFNS, 2010. *Προτάσεις για τη διάγνωση και αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer και άλλων διαταραχών σχετιζόμενων με άνοια. Κατευθυντήριες οδηγίες Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Νευρολογικών Εταιριών.* Ελληνική Νευρολογική Εταιρία, Κλάδος Άνοιας.
- Espeland, M.A. et al. (2004). Conjugated equine estrogens and global cognitive function in postmenopausal women: Women's health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *Jama*, 291(24), 2959-2968.
- Finkel, S. & Burns, A. (2000). Introduction. In: Ames D, O'Brien, J., eds. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Clinical and Research Update. *International Psychogeriatrics*, 12, 9-12.
- Forum, A.R. (2012). Alzheimer's Risk factor Overview Diabetes Mellitus. Available from:

<http://www.alzrisk.org/riskfactorview.aspx?rfid=3>

- Φράγκος, Δ. (1987). *Ο γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδος: στατιστική ανάλυση*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Giacobini, 2000. Cholinesterase inhibitor therapy stabilizes symptoms of Alzheimer's Disease. *Alzheimer Disease Association Disorders*, 14, 3-10.
- Glozman, J.M. (2004). Quality of life of caregivers. *Neuropsychology* 14(4), 183-196.
- Gustavson, A.R. & Cummings, J.L. (2004). Assessment and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms in Alzheimer's disease. *A physician guide to practical management*, 371-385.
- Gwyther, L. (2005). Family care and Alzheimer's disease. What do we know? What can we do? *NC Med Journal*, 66(1).
- Hatta, A., Nishihira, Y., Kim, S.R., et al. (2005). Effects of habitual moderate exercise on response processing and cognitive processing in older adults. *Japan J Physiol*, 55, 29-36.
- Χανιώτης, Φ.Ι. (1989). *Γηριατρική με στοιχεία γεροντολογίας*. Αθήνα: Λίτσα.
- Χατζηαντωνίου, Γ. (2005). *Ψυχοπαθολογία της Τρίτης Ηλικίας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Heron, M. (2013). Deaths: leading causes for 2010. *Nati Vital Stat Rep*, 62 (6), 1-97.
- Heyn, P., Abreu, B.C., Ottenbacher, K.J., 2004. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil*, 85, 1694-1704.
- Καλλινικάκη, Θ. (1994). Η εξέλιξη της διεπιστημονικής σχέσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων: η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού. *Κοινωνική εργασία*, 36, 217-226.
- Καρπαθίου, Σ. (1994). Το προνοιακό έργο της εκκλησίας για τον άνθρωπο της τρίτης ηλικίας. *Εκλογή*, 100, 24-30.
- Karpathiou, N., Efthymiou, A., Tryfonopoulos, E. et al. (2012). *Cognitive Training: a guide for Health Professionals*. Athens: University Studio Press.
- Kokmen, E., Whisnant, J. P., O'Fallon, W. M., Chu, C. P., & Beard, C. M. (1996). Dementia after ischemic stroke A population-based study in Rochester, Minnesota (1960-1984). *Neurology*, 46(1), 154-159.
- Κυριόπουλος Ι., Βανδώρου, Χ., Ζάβρας, Α., Δανηλίδου, Ν. (2005). *Το κόστος της Άνοιας τύπου Alzheimer στην Ελλάδα*. Στο βιβλίο των: Μαγδα Τσολάκη και Αριστείδη Καζή, Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 625-633.
- Law, L.F., Barnett, F., Yau, M.K., Gray, M.A. (2014). Effects of combined cognitive and exercise interventions on cognition in older adults with and without cognitive impairment: a systematic review. *Ageing Research Reviews*, 15, 61-75.
- Lim, J. & Zebrack, B. (2004). Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 50.
- Lopez, J., Crespo, M., Zarit, S. (2007). Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *The Gerontologist*, 47(2), 205-214.
- Lyketsos, GG, et al. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Dementia*, 7, 532-539.
- Max, W., Webber, P., Fox, P. (1995). Alzheimer's Disease: the unpaid burden of caring. *Journal of Aging and Health*, 7(2), 179-199.
- Mc Dowell, K. Kerick, S.E, Santa Maria, D.L., Hatfield, B.D. (2003). Aging, physical activity and cognitive processing: an examination of P300. *Neurobiology of Aging*, 24, 597-606.
- Μητροσύλη, Μ. (1995). Κλειστή περίθαλψη ηλικιωμένων: θεσμικά και νομικά προβλήματα. *Κοινωνική εργασία*, 38, 121-125.

- National Institute for Clinical Excellence and Social Care (2006). Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE SCIE: London.
- Olesen, J. & Leonardi, M. (2003). The burden of brain diseases in Europe. *European Journal of Neurology*, 10, 471-477.
- Ωρολογάς, Α., Καλπατσανίδης, Α. & Λίτσα, Δ. (2005). *Το κόστος της Άνοιας τύπου Alzheimer*. Στο βιβλίο των: Μαγδα Τσολάκη και Αριστεΐδη Καζή, Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 619-624.
- Papageorgiou, S. G., Kontaxis, T., Bonakis, A., Karahalios, G., Kalfakis, N., & Vassilopoulos, D. (2009). Rapidly progressive dementia: causes found in a Greek tertiary referral center in Athens. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(4), 337-346.
- Plassman, B.L., et al. (2007). Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 125-132.
- Saczynski, J.S. et al. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*, 75(1), 35-41.
- Sakka, P., Nikolaou, C. et al. (2009). Population-based survey: cognitive performance vs memory complaints. *24<sup>th</sup> Conference of Alzheimer Disease International*, Singapore, 25-28 March.
- Scarmeas, N. et al. (2001). Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology*, 57(12), 625-633.
- Scarmeas, N. & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 25(5), 625-633.
- Scarmeas, N. et al. (2003). Association of life activities with cerebral blood flow in Alzheimer disease: implications for the cognitive reserve hypothesis. *Archives of Neurology*, 60(3), 359-365.
- Scarmeas, N. & Stern, Y. (2004). Cognitive reserve: implications for diagnosis and prevention of Alzheimer's disease. *CurrNeuroNeurosci Rep.* 4(5), 374-380.
- Scarmeas, N. et al. (2006). Mediterranean diet and risk of Alzheimer disease. *Annual Neurology*, 59(6), 912-921.
- Scarmeas, N. et al. (2009). Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *Jama*, 302(6), 627-637.
- Shepardson, N.E., Shankar, G.M., & Selkoe, D.L. (2011). Cholesterol level and statin use in Alzheimer disease: I. Review of epidemiological and preclinical studies. *ArcNeurol*, 68(10), 1239-1244.
- Shumaker, S.A et al. (2004). Conjugated equine estrogens and incidence of probable dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: Women's health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *Jama*, 291(24), 2947-2958.
- Shumaker, S.A et al. (2003). Estrogen plus progestin and the incidence of dementia and mild cognitive impairment in postmenopausal women: Women's health Initiative Memory Study: a randomized controlled trial. *Jama*, 289(20), 2651-2662.
- Sitzer, D.L., Twamley, E.W., Jeste, D.V. (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *ActaPhychiatr Scand*, 114, 75-90.
- Skoog, I. et al. (1996). 15-year longitudinal study of blood pressure and dementia. *Lancet*, 347, 1141-1145.
- Small, B. J., Fratiglioni, L., Viitanen, M., Winblad, B., & Bäckman, L. (2000). The course of cognitive impairment in preclinical Alzheimer disease: three-and 6-year follow-up of a population-based sample. *Archives of neurology*, 57(6), 839-844.
- Sofi, F. et al. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Journal of International Medicine*, 269(1), 107-117.

- Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική εργασία: θεωρητική προσέγγιση*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σταθόπουλος, Π. (2005β). *Κοινωνική πρόνοια: Ιστορική εξέλιξη-Νέες κατευθύνσεις*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Στασινοπούλου, Ο. (1997). *Ελληνικές Εθελοντικές Οργανώσεις*. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of Neuropsychology* 8(3), 448-460.
- Τριανταφύλλου, Τ.Ε. (1993). *Ποιός φροντίζει; Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων Ηλικιωμένων στην Ελλάδα και την Ευρώπη*. Αθήνα: Sextant.
- Τσιάκαλος, Γ. (1998). Κοινωνικός αποκλεισμός: Ορισμός, πλαίσιο και σημασία. *Κοινωνικός αποκλεισμός και ελληνική εμπειρία*. Αθήνα: Guttenberg. Τσολάκη, Μ. & Καζής, Α. (2005). *Άνοια Ύψιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*. Εκδόσεις: University Studio Press.
- Stewart, R. et al. (2009). Change in blood pressure and incident dementia: a 32-year prospective study. *Hypertension*, 54(2), 233-240.
- Talassi, E., Guerreschi, M. et al. (2007). Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia and mild cognitive impairment: a case control study. *Arch. Gerontol. Geriatr Suppl* 1, 391-399.
- Tarraga, L. Boada, M., Modinos, G. et al. (2012). A randomized pilot study to assess the efficacy of an interactive multimedia tool of cognitive stimulation in Alzheimer's disease. *Journal of Neurosurgery Psychiatry*, 77, 1116-1121.
- Vasse, E, et al. (2010). Guidelines for psychosocial interventions in dementia care: a European survey and comparison. In the *Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 40-48.
- Walton, J., Ryan, N., Crutch, S., Rohrer, J. D., & Fox, N. (2015). The importance of dementia support groups. *BMJ (Online)*, 351.
- Whitmer, R.A et al. (2005). Obesity in middle age and future risk of dementia: a 27-year longitudinal population based study. *BMJ*, 330(7504), 1360-.
- Zarit, S.H., Edwards, A.B. (1996). Family caregiving: research and clinical interventions. In: Woods R, editors. *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. London. John Wiley & Sons.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

- 1) ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ  
ΓΥΝΑΙΚΑ
  
- 2) ΗΛΙΚΙΑ:  
30 ΕΩΣ 39  
40 ΕΩΣ 49  
50 ΕΩΣ 59  
60 ΚΑΙ ΑΝΩ
  
- 3) ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:  
ΠΑΤΡΑ  
ΑΛΛΟ
  
- 4) ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:  
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ  
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ  
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ
  
- 5) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:  
ΑΓΑΜΟΣ  
ΕΓΓΑΜΟΣ
  
- 6) ΠΑΙΔΙΑ:  
ΝΑΙ  
ΟΧΙ
  
- 7) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:  
ΑΝΕΡΓΟΣ  
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ  
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ  
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ  
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ  
ΑΛΛΟ

8) ΣΕ ΠΟΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ?

ΚΑΘΟΛΟΥ

ΛΙΓΟ

ΜΕΤΡΙΟ

ΚΑΛΟ

ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ

9) ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ, ΠΡΟΕΡΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ:

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

ΒΙΒΛΙΑ

ΗΜΕΡΙΔΕΣ Μ.Μ.Ε.

ΜΕΣΩ ΑΤΟΜΩΝ ΟΙΚΕΙΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ

10) ΕΙΧΑΤΕ/ΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΚΟΝΤΙΝΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΣΑΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΑΤΟΜΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΝΑ ΝΟΣΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ?

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 10 ΕΙΝΑΙ «ΝΑΙ», ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 11 ΚΑΙ 12. ΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 10 ΕΙΝΑΙ «ΟΧΙ», ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 13.

11) ΠΟΥ ΕΙΧΑΤΕ/ΕΧΕΤΕ ΑΠΕΥΘΥΝΘΕΙ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΑ?

ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΦΙΛΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΟ

ΑΝΕΙΔΙΚΕΥΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ

ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΑΛΛΟ

12) ΕΙΧΑΤΕ/ΕΧΕΤΕ ΑΝΑΖΗΤΗΣΕΙ ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟΝ ΕΙΔΙΚΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΨΥΧΙΑΤΡΟ, ΨΥΧΟΛΟΓΟ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ Κ.Α.) ΓΙΑ ΛΟΓΟΥΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ, ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΑ?

ΝΑΙ

ΟΧΙ



13) ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΩΣ ΠΙΘΑΝΕΣ ΑΙΤΙΕΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ  
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ  
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ  
ΤΥΧΑΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ  
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ  
ΚΑΝΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ

14) ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟΝ ΝΑ  
ΠΡΟΣΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ?  
ΠΡΙΝ ΤΗ ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ (54 ΚΑΙ ΚΑΤΩ)  
ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ (55 Εως 69)  
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ (70 ΚΑΙ ΑΝΩ)

15) ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ ΥΠΑΡΧΕΙ ΤΡΟΠΟΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΕΝΑΝΤΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ?  
ΝΑΙ  
ΟΧΙ  
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

ΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 15 ΕΙΝΑΙ «ΝΑΙ», ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 16.  
ΑΝ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 15 ΕΙΝΑΙ «ΟΧΙ», ΠΡΟΧΩΡΗΣΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 17.

16) ΠΟΙΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ ΑΠΟΤΕΛΟΥΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΣΤΗΝ  
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ?

17) ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΔΙΑΔΡΑΜΑΤΙΖΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΡΟΛΟ ΩΣ  
ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ?  
ΝΑΙ  
ΟΧΙ  
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

18) ΣΕ ΠΟΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΚΗΣΕΙΣ  
ΣΩΜΑΤΟΣ?  
ΚΑΘΟΛΟΥ  
ΣΠΑΝΙΑ  
ΣΥΧΝΑ  
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ

19) ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ Η ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΥ (ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ ΜΥΑΛΟΥ)  
ΔΙΑΔΡΑΜΑΤΙΖΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΡΟΛΟ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΗΣ  
ΑΝΟΙΑΣ?  
ΝΑΙ

ΟΧΙ  
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

20) ΣΕ ΠΟΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΥ?

ΚΑΘΟΛΟΥ  
ΣΠΑΝΙΑ  
ΣΥΧΝΑ  
ΑΡΚΕΤΑ ΣΥΧΝΑ

21) ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΑΝΟΙΑ?

ΕΠΑΡΚΗΣ  
ΜΗ ΕΡΠΑΡΚΗΣ  
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

22) ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΡΜΟΔΙΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ, ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ?

ΕΠΑΡΚΗΣ  
ΜΗ ΕΠΑΡΚΗΣ  
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### Frequencies

#### Notes

Output Created	10-Aug-2016 13:34:40
Comments	
Input	Data
	D:\DesktopNew\Ερωτηματολογιο-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav
	DataSet1
	<none>
	<none>
	<none>
	Split File
	100
	N of Rows in Working Data
	File
Missing Value Handling	Definition of Missing Cases Used
	User-defined missing values are treated as missing.
	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	FREQUENCIES
	VARIABLES=Ερωτηση_1 Ερωτηση_2
	Ερωτηση_4 Ερωτηση_5 Ερωτηση_6
	/PIECHART PERCENT
	/ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time
	0:00:00.640
	Elapsed Time
	0:00:00.640

[DataSet1] D:\DesktopNew\Ερωτηματολογιο-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav

**Statistics**

		Φύλο	Ηλικία	Μορφωτικό επίπεδο	Οικογενειακή κατάσταση	Παιδιά
N	Valid	100	100	100	100	100

**Statistics**

		Φύλο	Ηλικία	Μορφωτικό επίπεδο	Οικογενειακή κατάσταση	Παιδιά
N	Valid		100	100	100	100
	Missing	100 0	0	0	0	0

**Frequency Table**

**Φύλο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνδρας	49	49.0	49.0	49.0
	Γυναίκα	51	51.0	51.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

**Ηλικία**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	30 έως 39	53	53.0	53.0	53.0
	40 έως 49	27	27.0	27.0	80.0
	50 έως 59	12	12.0	12.0	92.0
	60 και άνω	8	8.0	8.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

**Μορφωτικό επίπεδο**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αναλφάβητος	2	2.0	2.0	2.0
	9	9.0	9.0	11.0
Πρωτοβάθμια	20	20.0	20.0	31.0
Δευτεροβάθμια	69	69.0	69.0	100.0
Τριτοβάθμια				
Total	100	100.0	100.0	

**Οικογενειακή κατάσταση**

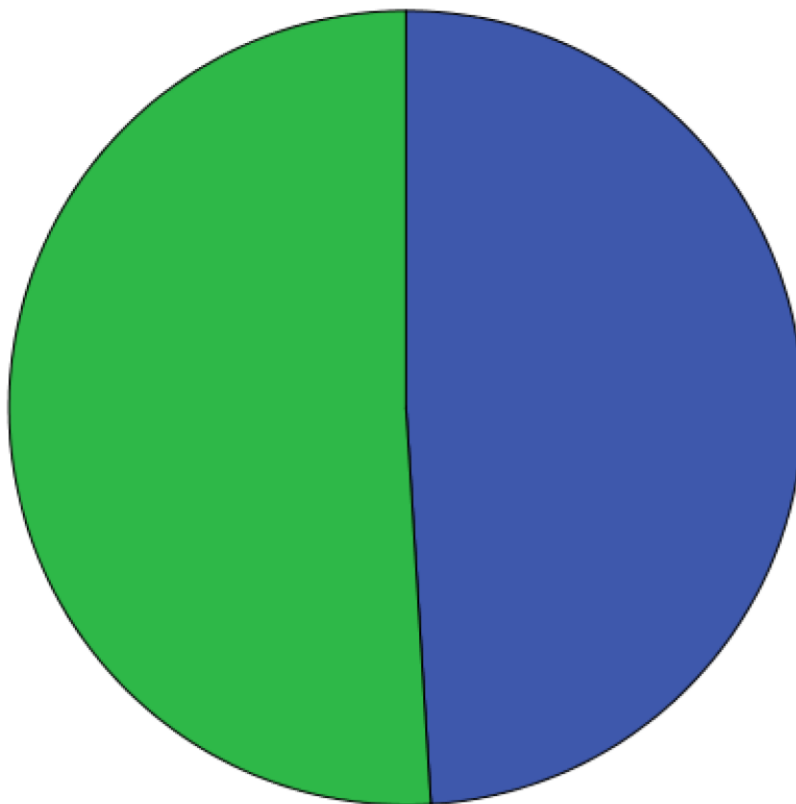
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άλλο	17	17.0	17.0	17.0
Άγαμος	42	42.0	42.0	59.0
Έγγαμος	41	41.0	41.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

**Παιδιά**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	57	57.0	57.0	57.0
Όχι	43	43.0	43.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

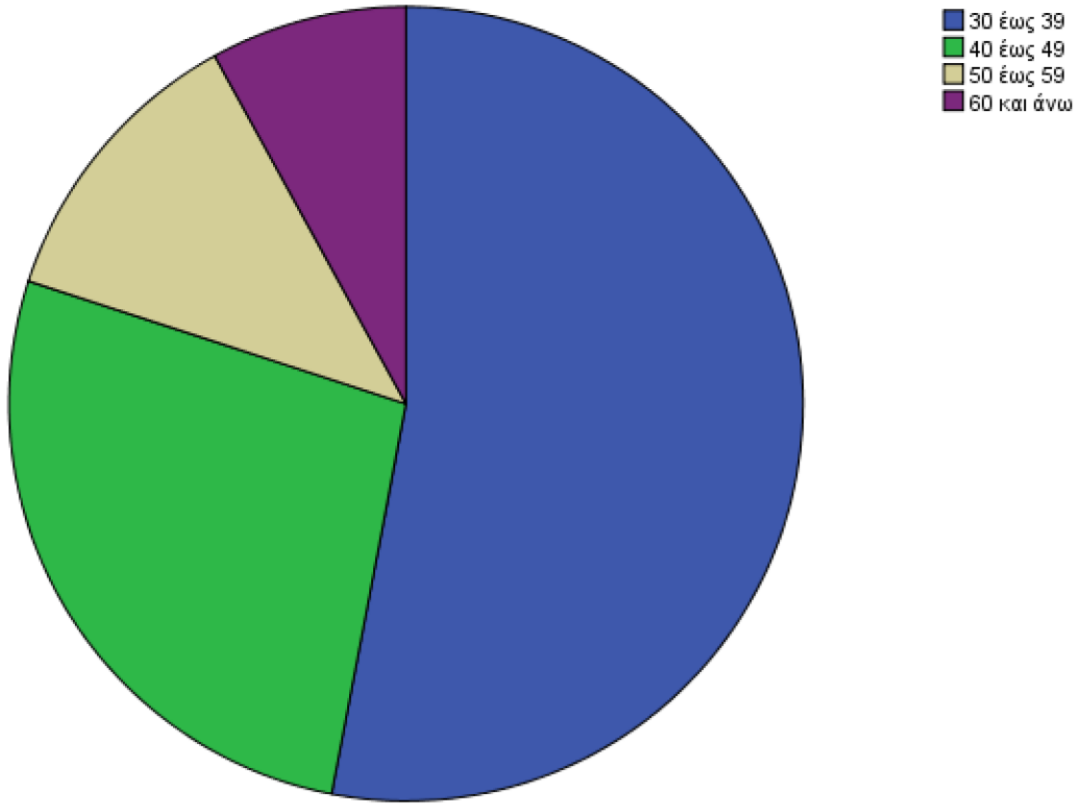
## Pie Chart

Φύλο

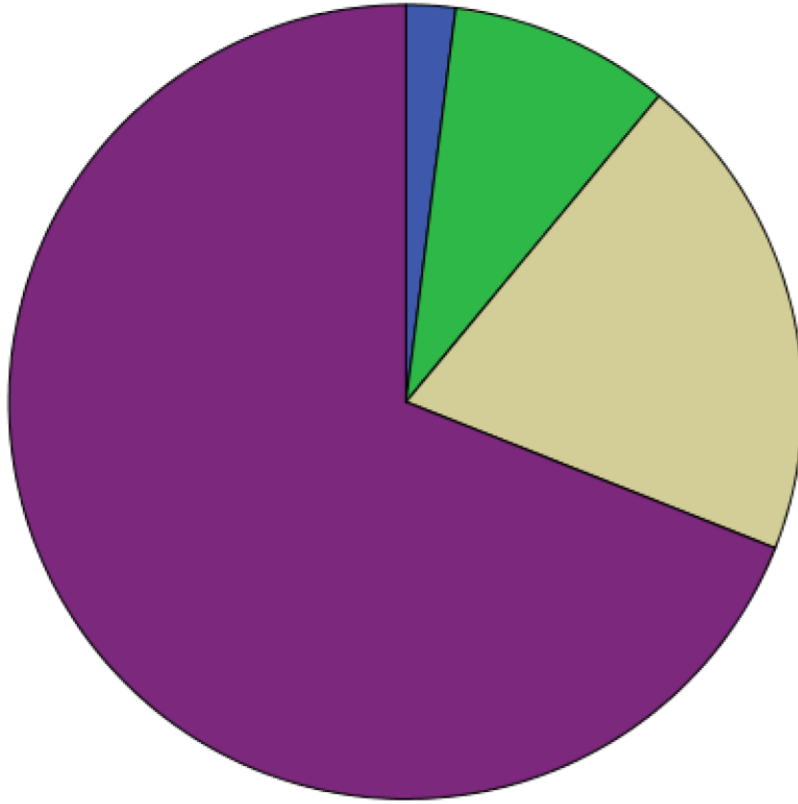


■ Άνδρας  
■ Γυναίκα

## Ηλικία



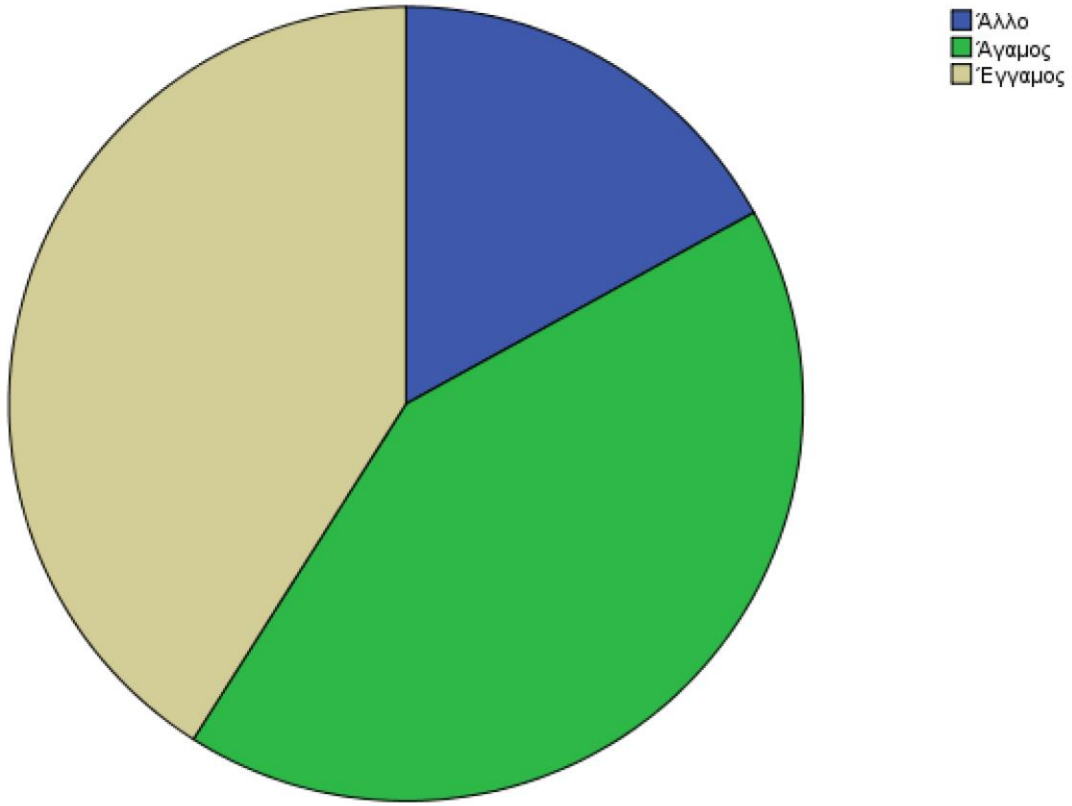
### Μορφωτικό επίπεδο



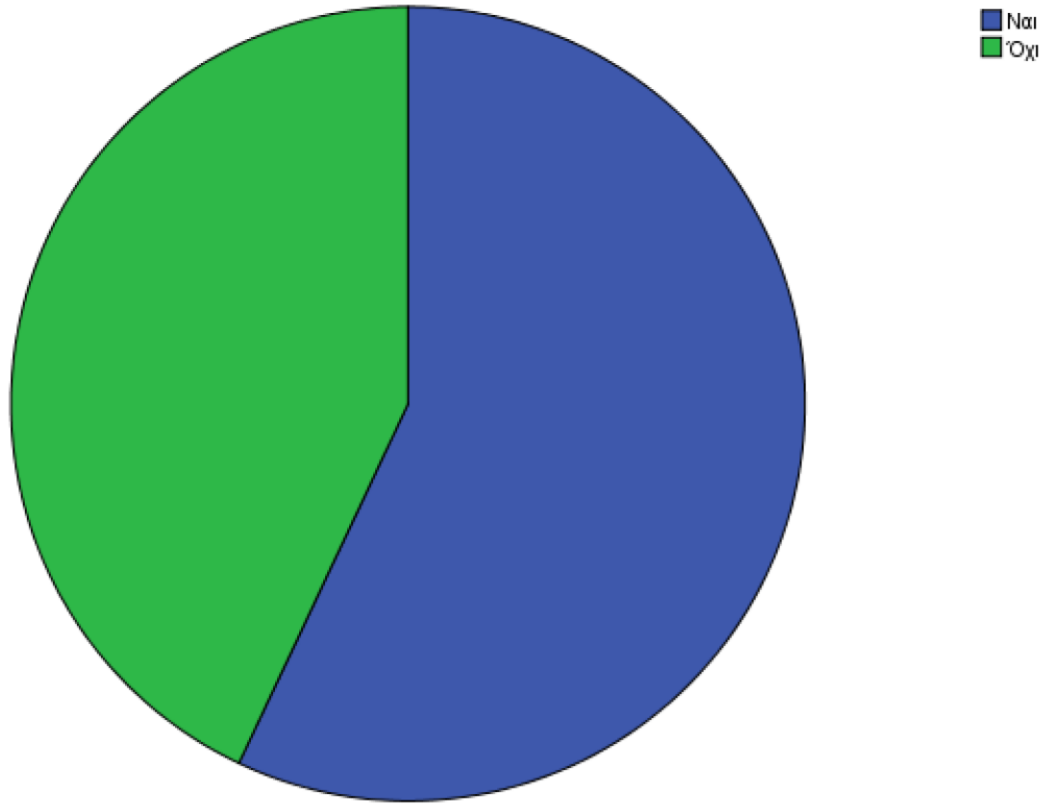
- Αναλφάβητος
- Πρωτοβάθμια
- Δευτεροβάθμια
- Τριτοβάθμια



### Οικογενειακή κατάσταση



### Παιδιά



### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Φύλο * Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είστε ενημερωμένοι σχετικά με τη νόσο της άνοιας	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Φύλο \* Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είστε ενημερωμένοι σχετικά με τη νόσο της άνοιας  
Crosstabulation

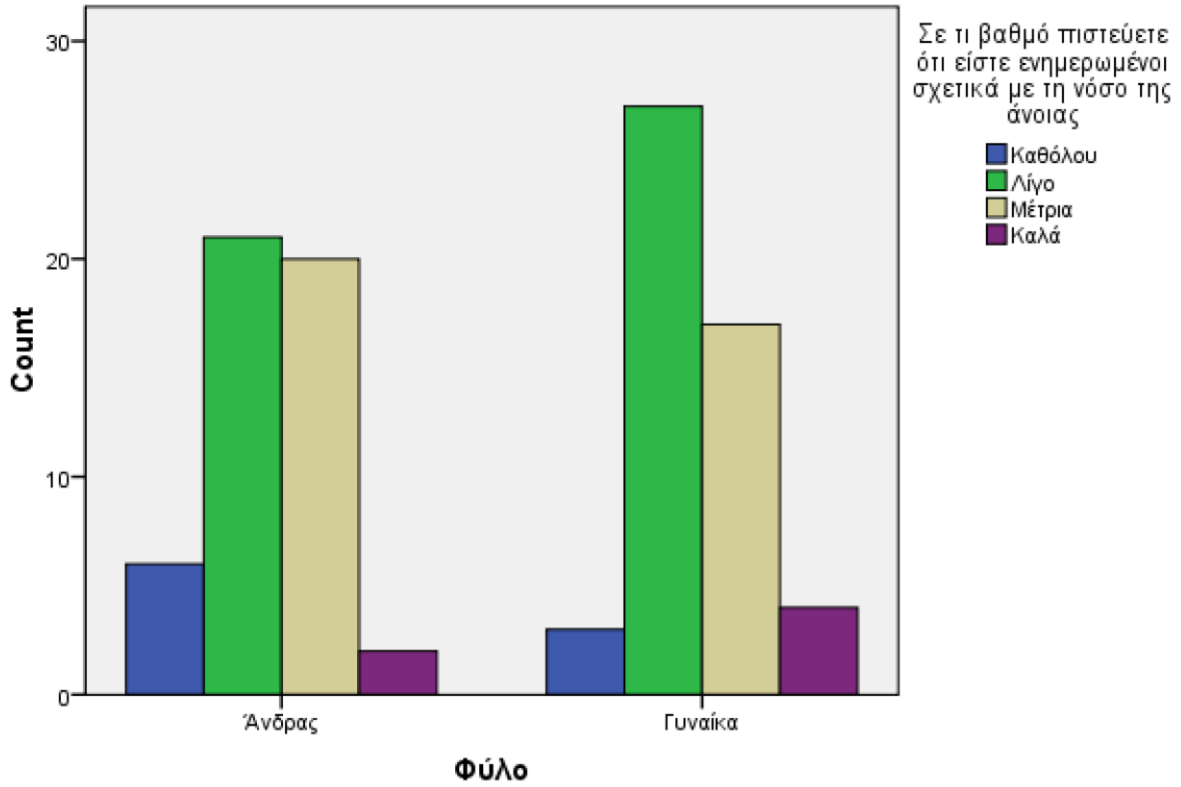
		Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είστε ενημερωμένοι σχετικά με τη νόσο της άνοιας				Total
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Καλά	
Φύλο	Ανδρας Count	6	21	20	2	49
	% within Φύλο	12.2%	42.9%	40.8%	4.1%	100.0%
Φύλο	Γυναίκα Count	3	27	17	4	51
	% within Φύλο	5.9%	52.9%	33.3%	7.8%	100.0%
Total	Count	9	48	37	6	100
	% within Φύλο	9.0%	48.0%	37.0%	6.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.621 <sup>a</sup>	3	.454
Likelihood Ratio	2.654	3	.448
Linear-by-Linear Association	.188	1	.665
N of Valid Cases	100		

a. 4 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.94.

### Bar Chart



### Crosstabs

#### Notes

Output Created	10-Aug-2016 04:18:35	
Comments		
Input	Data	D:\DesktopNew\Ερωτηματολόγιο-Ε
	Active Dataset	PEYNAS.sav
	Filter	DataSet1
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data File	<none>	100
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.	
	Cases Used	Statistics for each table are based on all the cases with valid data in the specified range(s) for all variables in each table.	
Syntax		CROSSTABS /TABLES=Ερώτηση_2 BY Ερώτηση_8 /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT ROW /COUNT ROUND CELL /BARCHART.	
Resources	Processor Time		0:00:00.156
	Elapsed Time		0:00:00.150
	Dimensions Requested		2
	Cells Available		174762

[DataSet1] D:\DesktopNew\Ερωτηματολόγιο-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ηλικία * Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είστε ενημερωμένοι σχετικά με τη νόσο της άνοιας	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Ηλικία \* Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είστε ενημερωμένοι σχετικά με τη νόσο της άνοιας Crosstabulation

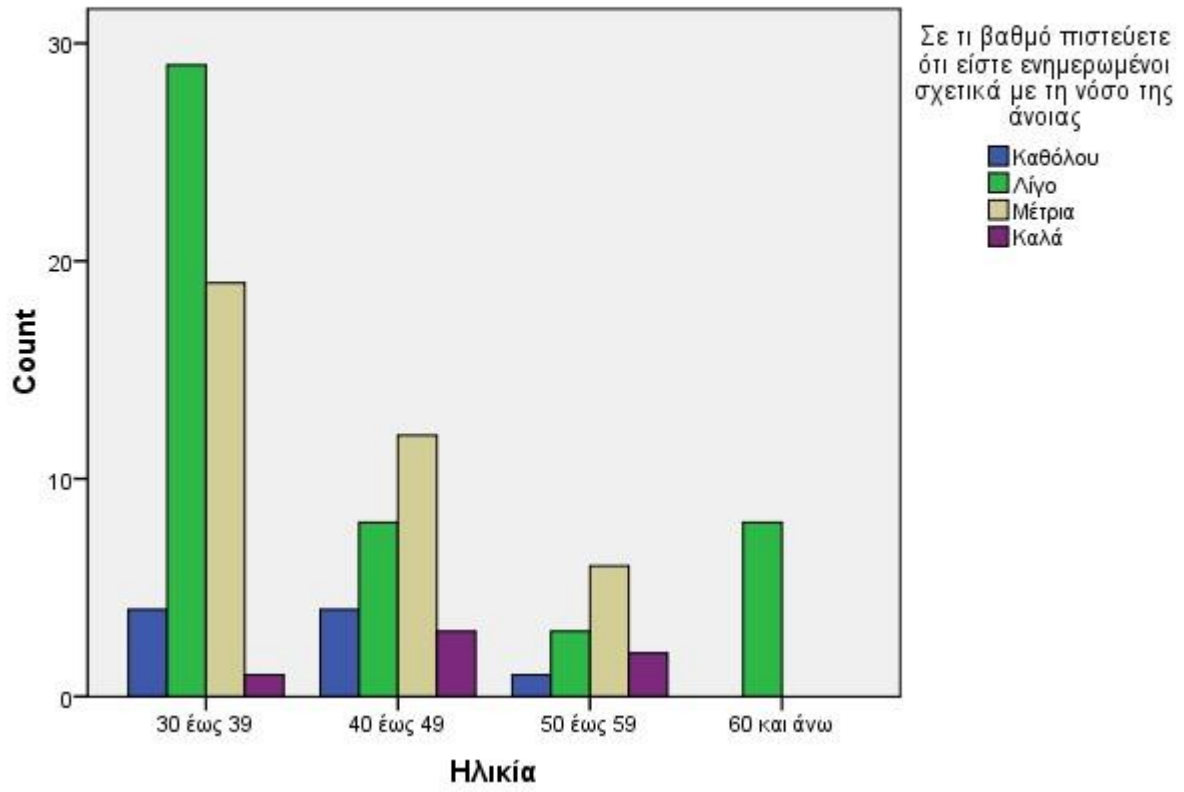
			Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είστε ενημερωμένοι σχετικά με τη νόσο της άνοιας				
			Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Καλά	Total
Ηλικία	30 έως 39	Count	4	29	19	1	53
		% within Ηλικία	7.5%	54.7%	35.8%	1.9%	100.0%
	40 έως 49	Count	4	8	12	3	27
		% within Ηλικία	14.8%	29.6%	44.4%	11.1%	100.0%
	50 έως 59	Count	1	3	6	2	12
		% within Ηλικία	8.3%	25.0%	50.0%	16.7%	100.0%
	60 και άνω	Count	0	8	0	0	8
		% within Ηλικία	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
Total		Count	9	48	37	6	100
		% within Ηλικία	9.0%	48.0%	37.0%	6.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.447 <sup>a</sup>	9	.022
Likelihood Ratio	22.414	9	.008
Linear-by-Linear Association	.081	1	.776
N of Valid Cases	100		

a. 11 cells (68.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .48.

Bar Chart



### Statistics

Οι γνώσεις σας, όσον αφορά τη νόσο της άνοιας προέρχονται από:

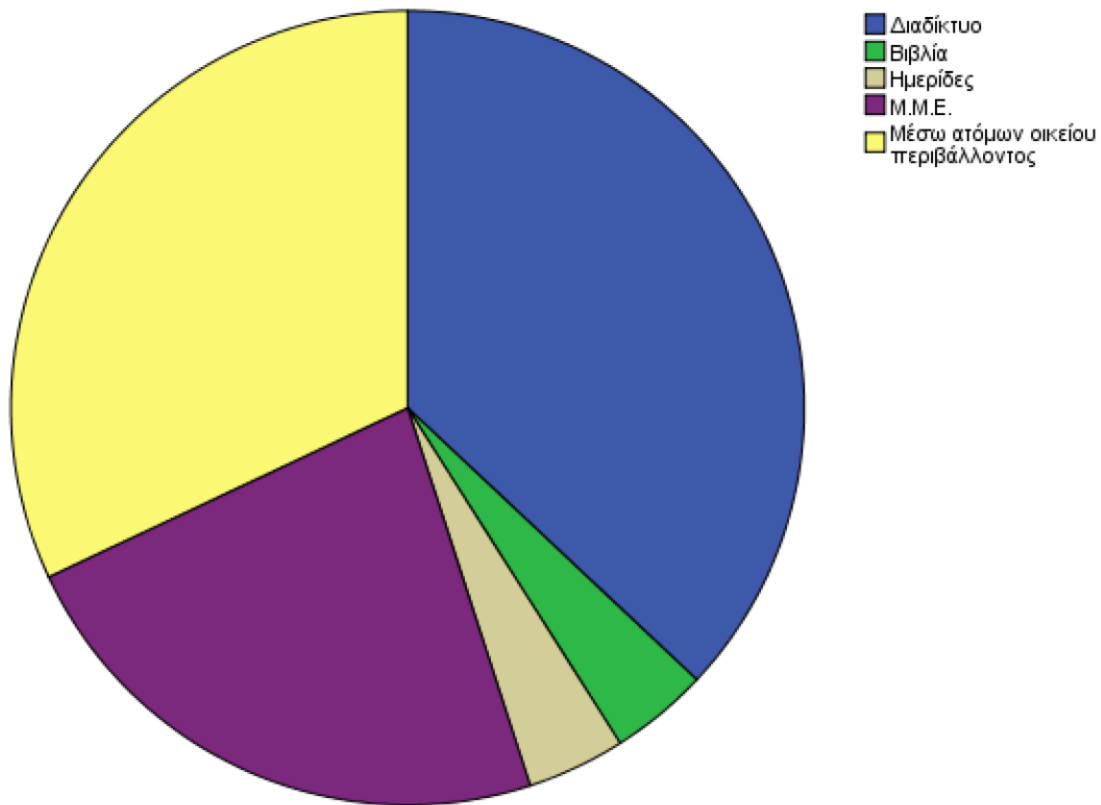
N	Valid	100
	Missing	0

### Οι γνώσεις σας, όσον αφορά τη νόσο της άνοιας προέρχονται από:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διαδίκτυο	37	37.0	37.0	37.0
	Βιβλία	4	4.0	4.0	41.0
	Ημερίδες	4	4.0	4.0	45.0
	M.M.E.	23	23.0	23.0	68.0
	Μέσω ατόμων οικείου περιβάλλοντος	32	32.0	32.0	100.0
	Total		100	100.0	100.0



**Οι γνώσεις σας, όσον αφορά τη νόσο της άνοιας προέρχονται από:**



**Statistics**

Ποιές μορφές άνοιας γνωρίζετε

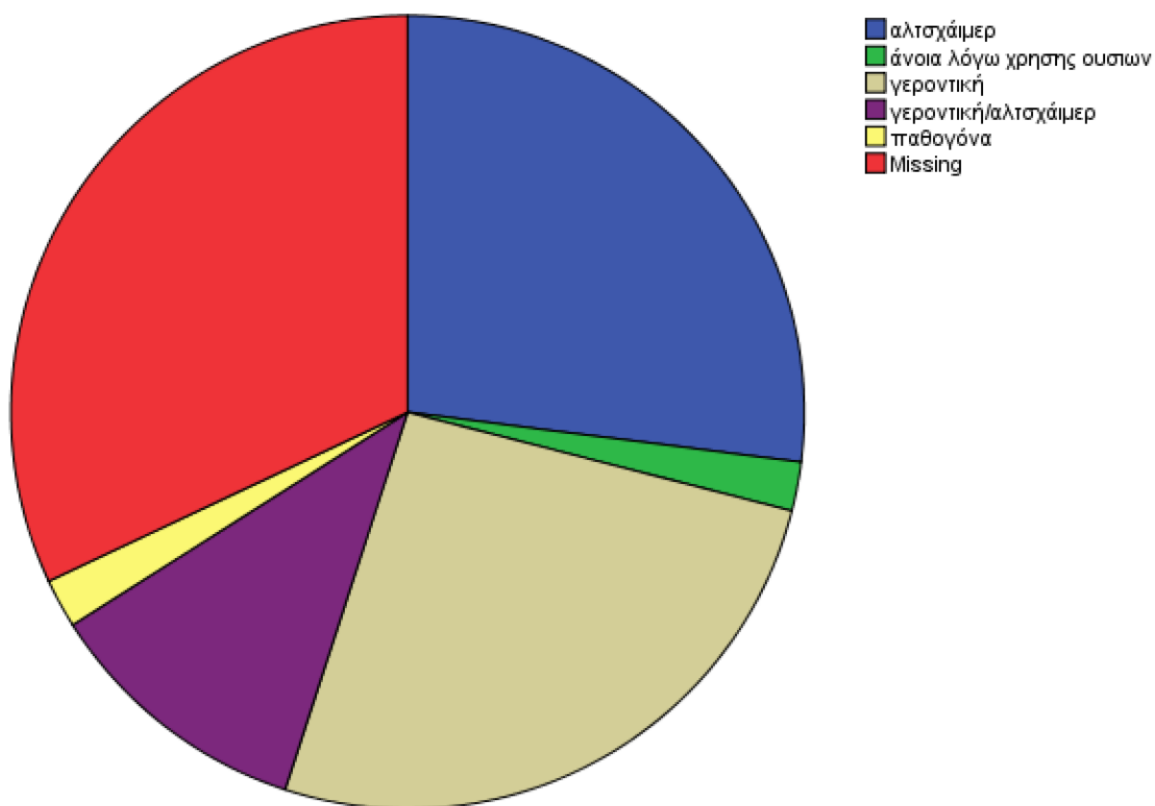
N	Valid	68
	Missing	32

**Ποιές μορφές άνοιας γνωρίζετε**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	αλτσχάιμερ άνοια λόγω	27	27.0	39.7	39.7
	χρησης ουσιων γεροντικη	2	2.0	2.9	42.6

γεροντική/αλτσχάιμερ	26	26.0	38.2	80.9
παθολόγνα	11	11.0	16.2	97.1
Total	2	2.0	2.9	100.0
0	68	68.0	100.0	
Missing	32	32.0		
Total	100	100.0		

### Ποιές μορφές άνοιας γνωρίζετε



### Statistics

Υπάρχει/υπήρξε	
----------------	--

		στο κοντινό σας περιβάλλον άτομο το οποίο να νοσεί από την ασθένεια της άνοιας	Πού είχατε/έχετε απευθυνθεί όσον αφορά τη φροντίδα του πάσχοντα	Είχατε/έχετε αναζητήσει επιπρόσθετη βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας
N	Valid		44	44
	Missing	1000	56	56

## Frequency Table

Υπάρχει/υπήρξε στο κοντινό σας περιβάλλον άτομο το οποίο να νοσεί από την ασθένεια της άνοιας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Ναι	44	44.0	44.0	44.0
Όχι	56	56.0	56.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Πού είχατε/έχετε απευθυνθεί όσον αφορά τη φροντίδα του πάσχοντα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Συγγενικό πρόσωπο	19	19.0	43.2	43.2
Φιλικό πρόσωπο	5	5.0	11.4	54.5
Ανειδίκευτος φροντιστής	6	6.0	13.6	68.2
Ειδικευμένος φροντιστής	9	9.0	20.5	88.6
Κέντρο αποκατάστασης	2	2.0	4.5	93.2
Άλλο	3	3.0	6.8	100.0
Total δεν απάντησε	44	44.0	100.0	

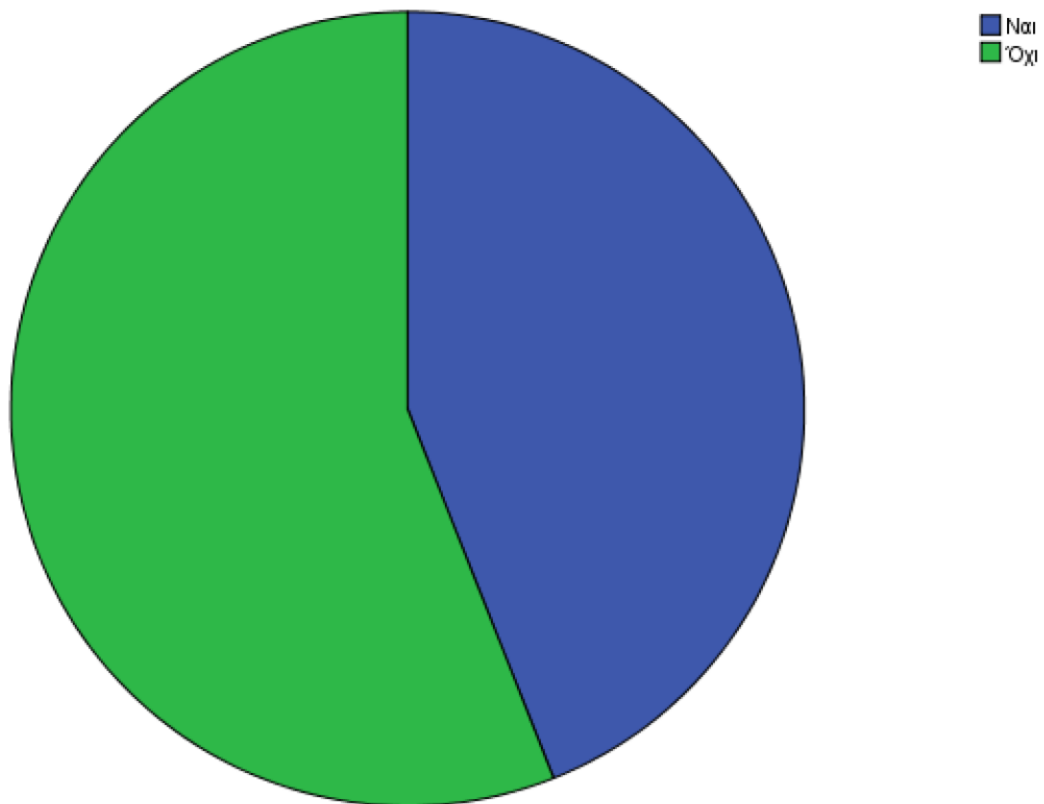
Missing	56	56.0	
Total	100	100.0	

**Είχατε/έχετε αναζητήσει επιπρόσθετη βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας**

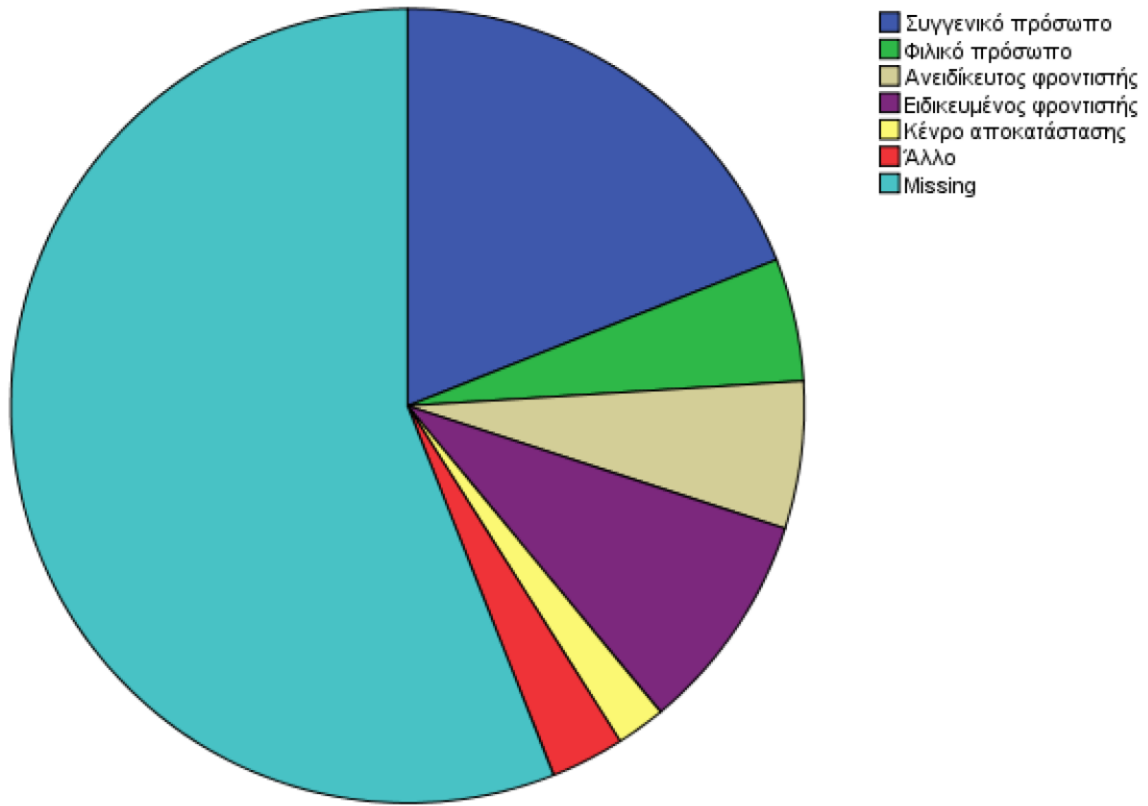
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		18	18.0	40.9	40.9
	Ναι	26	26.0	59.1	100.0
	Όχι	44	44.0	100.0	
Missing	Total δεν απάντησε	56	56.0		
Total		100	100.0		

## Pie Chart

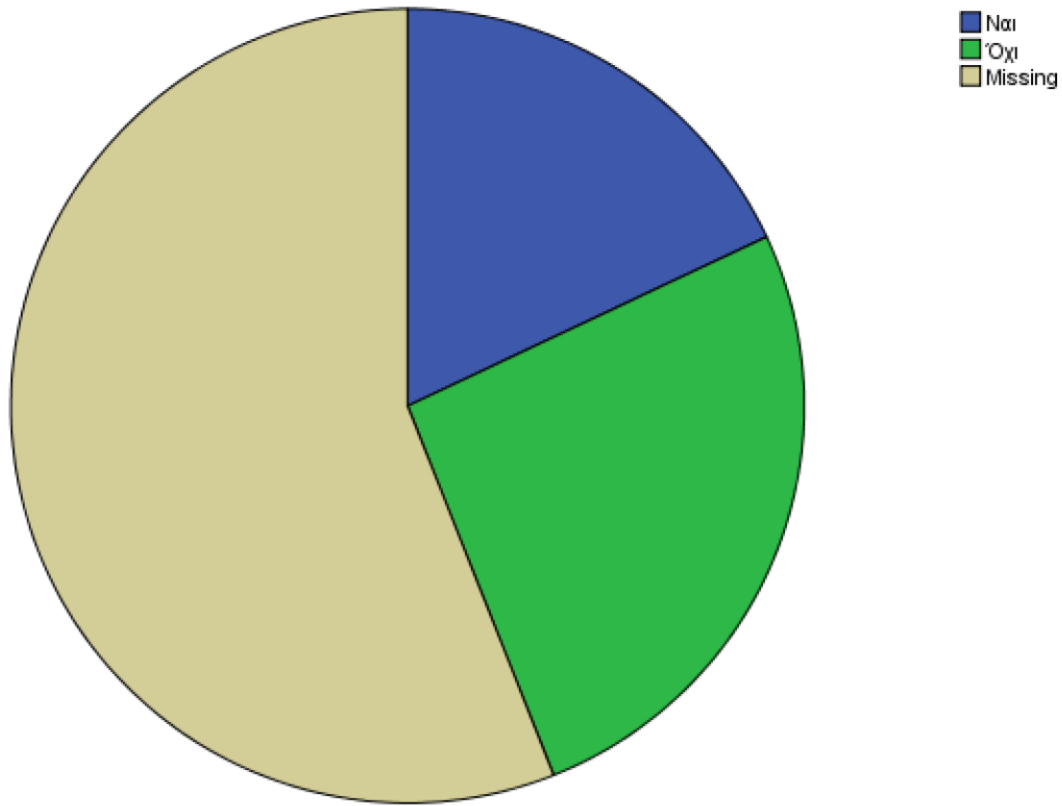
Υπάρχει/υπήρξε στο κοντινό σας περιβάλλον άτομο το οποίο να νοσεί από την ασθένεια της άνοιας



### Πού είχατε έχετε απευθυνθεί όσον αφορά τη φροντίδα του πάσχοντα



**Είχατε/έχετε αναζητήσει επιπρόσθετη βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας**



**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Ηλικία * Θεωρείτε ως πιθανές αιτίες πρόκλησης της νόσου της άνοιας	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%

Ηλικία * Σε πια ηλικιακή περίοδο θεωρείτε ότι το άτομο είναι πιθανόν να προσβληθεί από τη νόσο της άνοιας	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
Ηλικία * Θεωρείτε ότι υπάρχει τρόπος πρόληψης έναντι της νόσου της άνοιας	53	53.0%	47	47.0%	100	100.0%
Φύλο * Θεωρείτε ως πιθανές αιτές πρόκλησης της νόσου της άνοιας	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
Φύλο * Σε πια ηλικιακή περίοδο θεωρείτε ότι το άτομο είναι πιθανόν να προσβληθεί από τη νόσο της άνοιας	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
Φύλο * Θεωρείτε ότι υπάρχει τρόπος πρόληψης έναντι της νόσου της άνοιας	53	53.0%	47	47.0%	100	100.0%

### Ηλικία \* Θεωρείτε ως πιθανές αιτές πρόκλησης της νόσου της άνοιας

**Crosstab**

		Θεωρείτε ως πιθανές αιτές πρόκλησης της νόσου της άνοιας					Total
		Κληρονομικότητα	Καθημερινός τρόπος διαβίωσης	Τυχαίο γεγονός	Όλα τα παραπάνω	Κανένα από τα παραπάνω	
Ηλικία 30 έως 39	Count	10	0	14	24	5	53
	% within Ηλικία	18.9%	.0%	26.4%	45.3%	9.4%	100.0%
40 έως 49	Count	8	5	6	5	3	27
	% within Ηλικία	29.6%	18.5%	22.2%	18.5%	11.1%	100.0%
50 έως 59		0	4	2	6	0	12



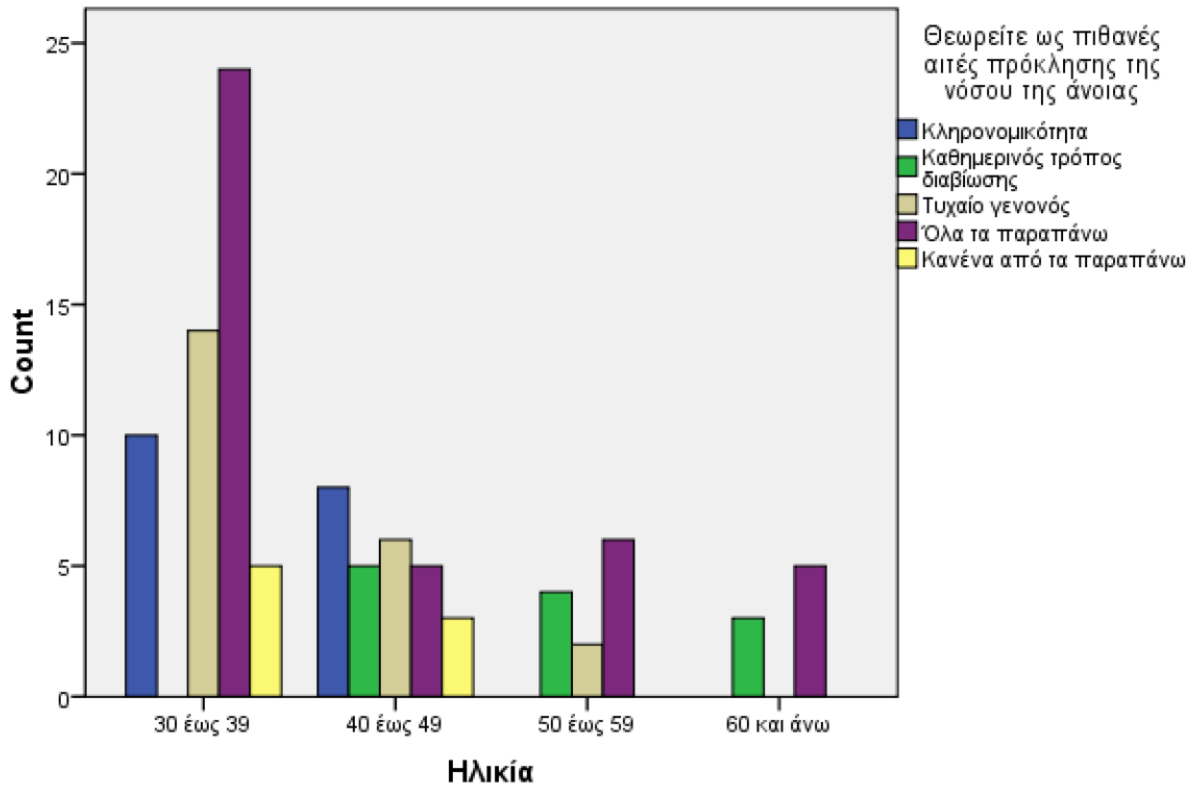
	Count		33.3%				
	% within Ηλικία	.0%		16.7%	50.0%	.0%	100.0%
60 και άνω	Count	0	3	0	5	0	8
	% within Ηλικία	.0%	37.5%	.0%	62.5%	.0%	100.0%
Total	Count	18	12	22	40	8	100
	% within Ηλικία	18.0%	12.0%	22.0%	40.0%	8.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.098 <sup>a</sup>	12	.002
Likelihood Ratio	41.410	12	.000
Linear-by-Linear Association	.253	1	.615
N of Valid Cases	100		

a. 14 cells (70.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .64.

Bar Chart



**Ηλικία \* Σε πια ηλικιακή περίοδο θεωρείτε ότι το άτομο είναι πιθανόν να προσβληθεί από τη νόσο της άνοιας**

Crosstab

		Σε πια ηλικιακή περίοδο θεωρείτε ότι το άτομο είναι πιθανόν να προσβληθεί από τη νόσο της άνοιας			Total
		Πριν τη μέση ηλικία ( κάτω των 54 )	Κατά τη μέση ηλικία ( 55 έως 59 )	Κατά την τρίτη ηλικία ( 70 και άνω )	
Ηλικία	30 έως 39	0	20	33	53

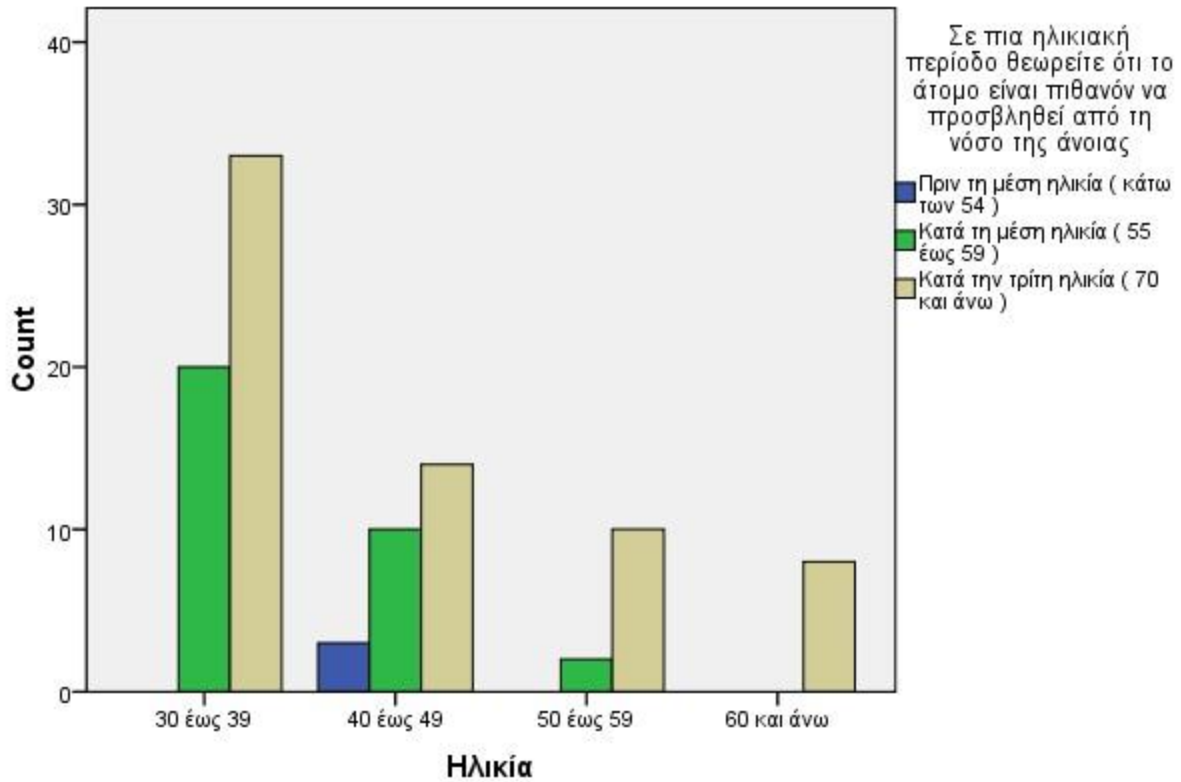
	Count				
	% within Ηλικία	.0%	37.7%	62.3%	100.0%
40 έως 49	Count	3	10	14	27
	% within Ηλικία	11.1%	37.0%	51.9%	100.0%
50 έως 59	Count	0	2	10	12
	% within Ηλικία	.0%	16.7%	83.3%	100.0%
60 και άνω	Count	0	0	8	8
	% within Ηλικία	.0%	.0%	100.0%	100.0%
Total	Count	3	32	65	100
	% within Ηλικία	3.0%	32.0%	65.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.219 <sup>a</sup>	6	.019
Likelihood Ratio	17.461	6	.008
Linear-by-Linear Association	2.666	1	.102
N of Valid Cases	100		

a. 6 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .24.

Bar Chart



**Ηλικία \* Θεωρείτε ότι υπάρχει τρόπος πρόληψης έναντι της νόσου της άνοιας**

Crosstab

		Θεωρείτε ότι υπάρχει τρόπος πρόληψης έναντι της νόσου της άνοιας		Total
		Ναι	Όχι	
Ηλικία	30 έως 39	12	7	19
	Count			
	% within Ηλικία	63.2%	36.8%	100.0%

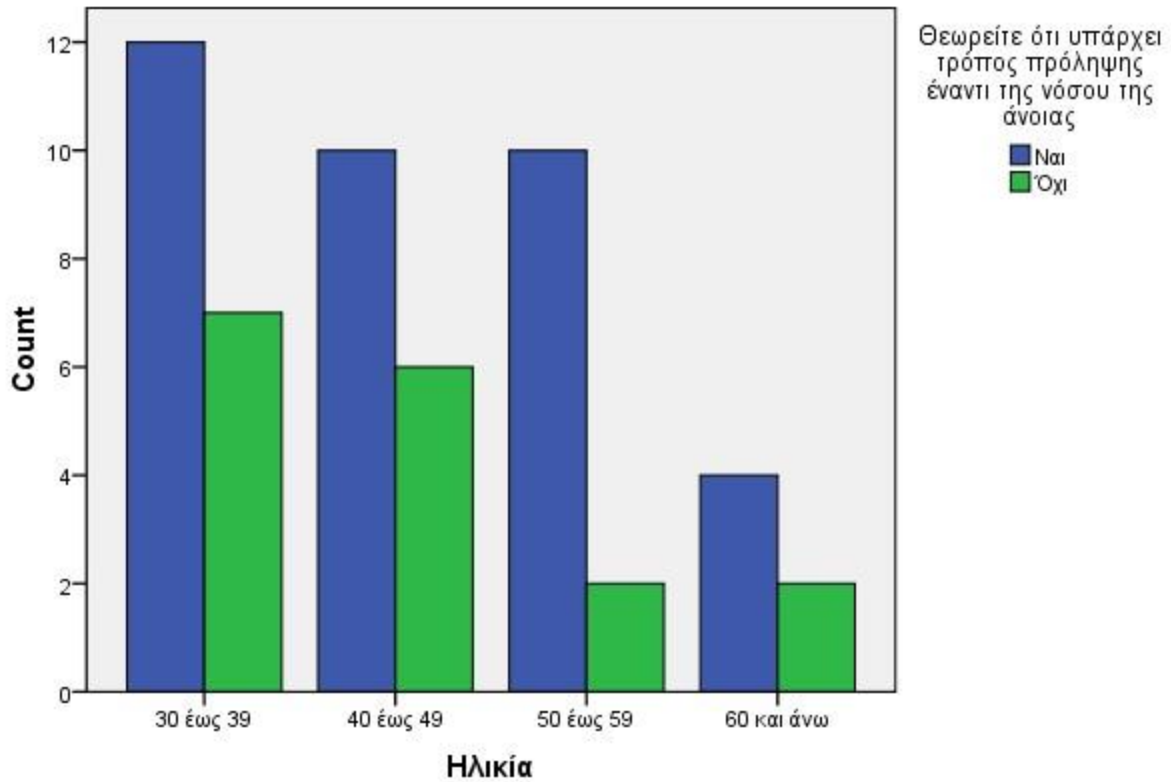
40 έως 49	Count	10	6	16
	% within Ηλικία	62.5%	37.5%	100.0%
50 έως 59	Count	10	2	12
	% within Ηλικία	83.3%	16.7%	100.0%
60 και άνω	Count	4	2	6
	% within Ηλικία	66.7%	33.3%	100.0%
Total	Count	36	17	53
	% within Ηλικία	67.9%	32.1%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.726 <sup>a</sup>	3	.631
Likelihood Ratio	1.878	3	.598
Linear-by-Linear Association	.560	1	.454
N of Valid Cases	53		

a. 3 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.92.

Bar Chart



**Φύλο \* Θεωρείτε ως πιθανές αιτές πρόκλησης της νόσου της άνοιας**

Crosstab

	Θεωρείτε ως πιθανές αιτές πρόκλησης της νόσου της άνοιας					Total
	Κληρονομικά	Καθημερινός τρόπος διαβίωσης	Τυχαίο γεγονός	Όλα τα παραπάνω	Κανένα από τα παραπάνω	
Φύλο Άνδρας Count	4	4	14	21	6	49
% within Φύλο	8.2%	8.2%	28.6%	42.9%	12.2%	100.0%

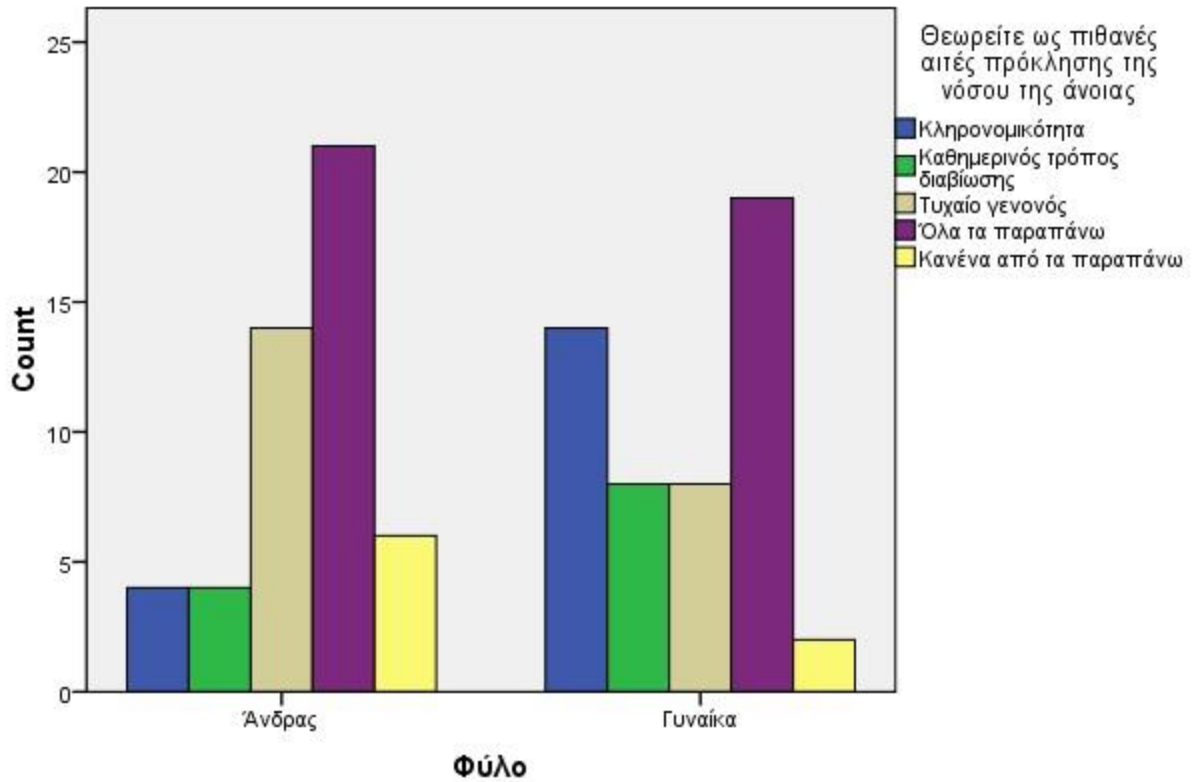
	14	8	8	19	2	51
Γυναίκα	Count					
	% within	27.5%	15.7%	15.7%	37.3%	100.0%
	Φύλο					
Total	Count	18	12	22	40	100
	% within	18.0%	12.0%	22.0%	40.0%	100.0%
	Φύλο					

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.589 <sup>a</sup>	4	.032
Likelihood Ratio	11.053	4	.026
Linear-by-Linear Association	7.439	1	.006
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.92.

Bar Chart



**Φύλο \* Σε πια ηλικιακή περίοδο θεωρείτε ότι το άτομο είναι πιθανόν να προσβληθεί από τη νόσο της άνοιας**

Crosstab

		Σε πια ηλικιακή περίοδο θεωρείτε ότι το άτομο είναι πιθανόν να προσβληθεί από τη νόσο της άνοιας			Total
		Πριν τη μέση ηλικία ( κάτω των 54 )	Κατά τη μέση ηλικία ( 55 έως 59 )	Κατά την τρίτη ηλικία ( 70 και άνω )	
Φύλο	Άνδρας	1	11	37	49



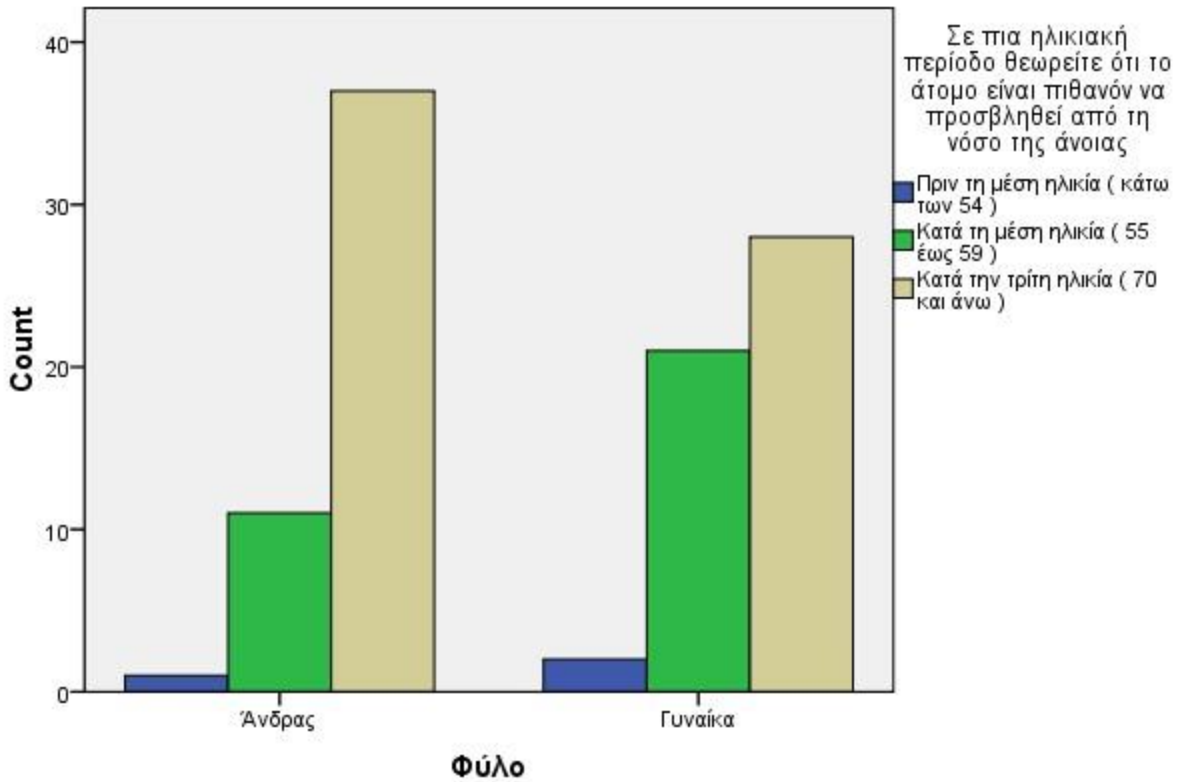
	Count				
	% within Φύλο	2.0%	22.4%	75.5%	100.0%
Γυναίκα	Count	2	21	28	51
	% within Φύλο	3.9%	41.2%	54.9%	100.0%
Total	Count	3	32	65	100
	% within Φύλο	3.0%	32.0%	65.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.666 <sup>a</sup>	2	.097
Likelihood Ratio	4.728	2	.094
Linear-by-Linear Association	4.233	1	.040
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.47.

Bar Chart



**Φύλο \* Θεωρείτε ότι υπάρχει τρόπος πρόληψης έναντι της νόσου της άνοιας**

Crosstab

		Θεωρείτε ότι υπάρχει τρόπος πρόληψης έναντι της νόσου της άνοιας		Total
		Ναι	Όχι	
Φύλο	Άνδρας	Count 21	Count 7	Count 28
		% within Φύλο 75.0%	% within Φύλο 25.0%	% within Φύλο 100.0%

	Γυναίκα	Count	15	10	25
		% within Φύλο	60.0%	40.0%	100.0%
Total		Count	36	17	53
		% within Φύλο	67.9%	32.1%	100.0%

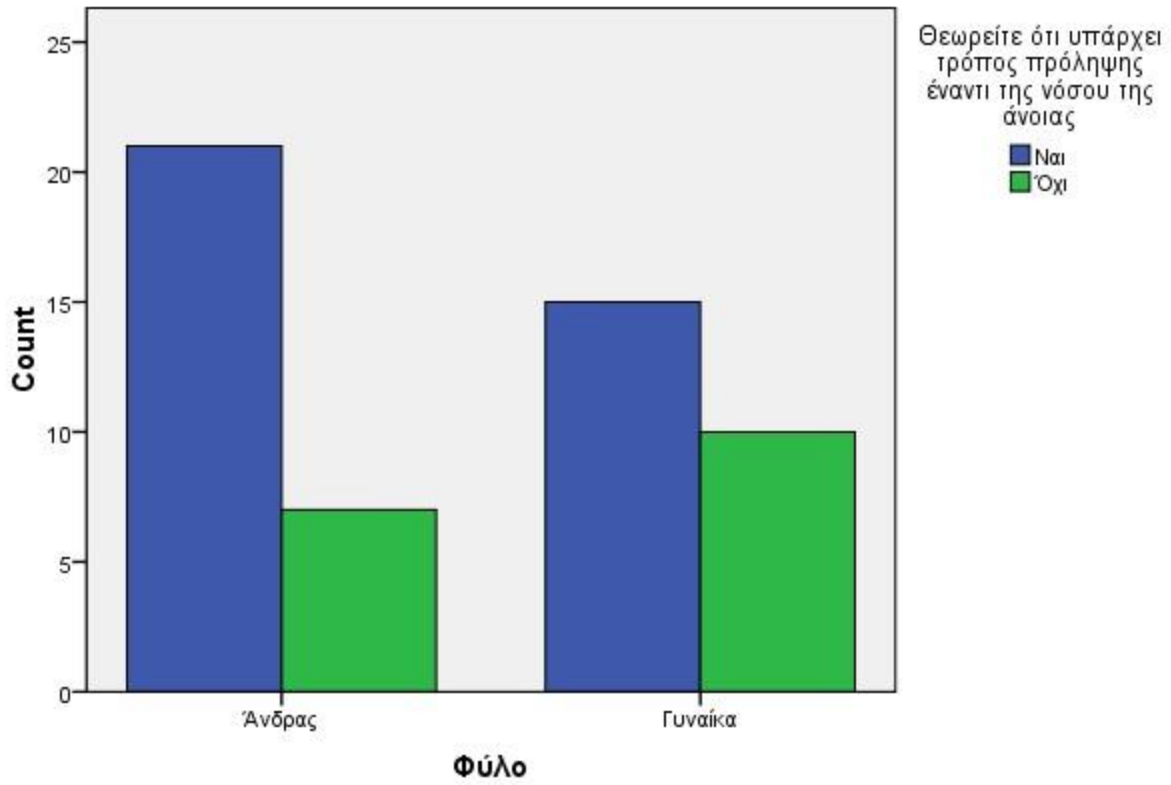
#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.364 <sup>a</sup>	1	.243		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.762	1	.383		
Likelihood Ratio	1.367	1	.242		
Fisher's Exact Test				.377	.191
Linear-by-Linear Association	1.338	1	.247		
N of Valid Cases	53				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.02.

b. Computed only for a 2x2 table

Bar Chart



## Frequencies

### Notes

Output Created		10-Aug-2016 13:11:38
Comments		
Input	Data	D:\DesktopNew\Ερωτηματολόγιο-Ε
	Active Dataset	PEYNAS.sav
	Filter	DataSet1
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data	<none>	
	File		100
	Definition of Missing		
Missing Value Handling		User-defined missing values are treated as missing.	
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.	
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Ερώτηση_17 /PIECHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.	
Resources			0:00:00.250
	Processor Time		
	Elapsed Time		0:00:00.250

[DataSet1] D:\DesktopNew\Ερωτηματολόγιο-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav

### Statistics

Ποιοι τρόποι θεωρείτε πώς αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη της νόσου της άνοιας

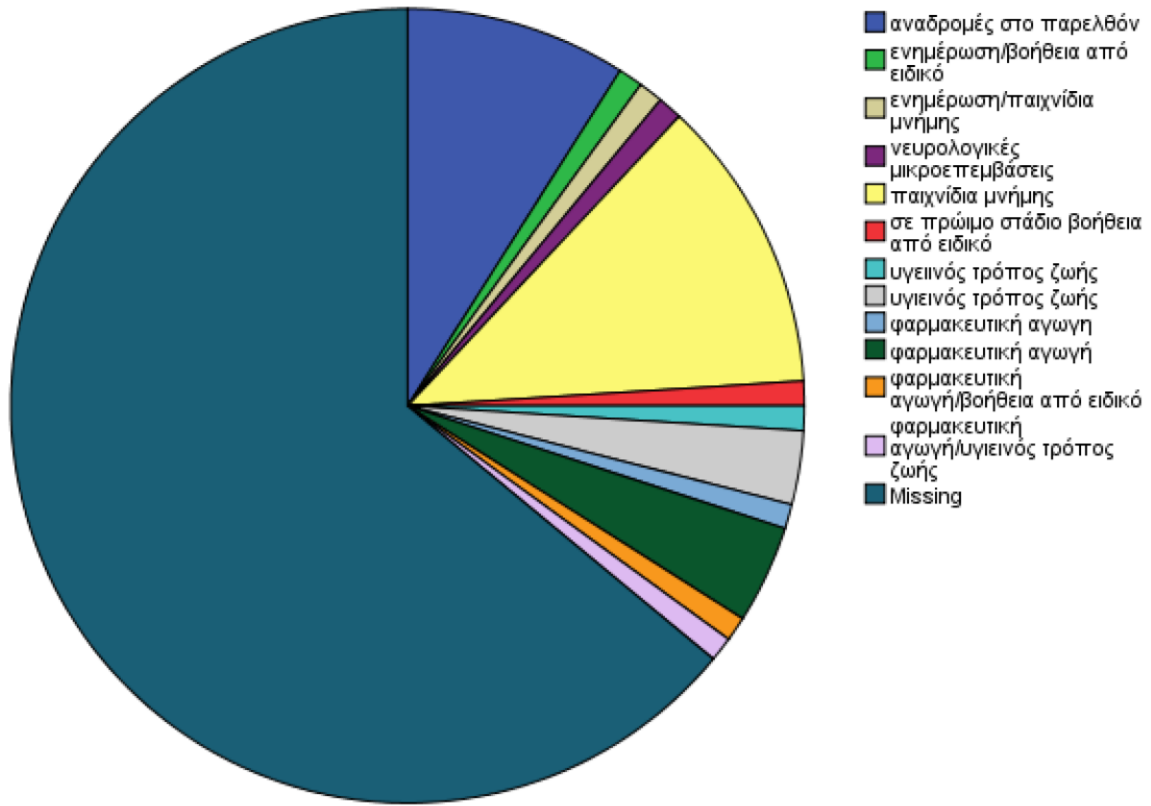
N	Valid	36
	Missing	64

Ποιοι τρόποι θεωρείτε πώς αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη της νόσου της άνοιας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9	9.0	25.0	25.0

αναδρομές στο παρελθόν	1	1.0	2.8	27.8
ενημέρωση/βοήθεια από				
ειδικό ενημέρωση/παιχνίδια	1	1.0	2.8	30.6
μνήμης νευρολογικές	1	1.0	2.8	33.3
μικροεπεμβάσεις παιχνίδια				
μνήμης σε πρώιμο στάδιο	12	12.0	33.3	66.7
βοήθεια από ειδικό υγιεινός	1	1.0	2.8	69.4
τρόπος ζωής υγιεινός				
τρόπος ζωής φαρμακευτική	1	1.0	2.8	72.2
αγωγή φαρμακευτική αγωγή				
φαρμακευτική	3	3.0	8.3	80.6
αγωγή/βοήθεια από ειδικό	1	1.0	2.8	83.3
φαρμακευτική	4	4.0	11.1	94.4
αγωγή/υγιεινός τρόπος ζωής	1	1.0	2.8	97.2
Total				
-	1	1.0	2.8	100.0
	36	36.0	100.0	
Missing	64	64.0		
Total	100	100.0		

**Ποιοι τρόποι θεωρείτε πώς αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη της νόσου της άνοιας**



**Crosstabs**

**Notes**

Output Created		10-Aug-2016 05:21:46
Comments		
Input	Data	D:\DesktopNew\ΕρΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-E
	Active Dataset	PEYNAS.sav
	Filter	DataSet1
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data	<none>	
	File		100
	Definition of Missing		
Missing Value Handling		User-defined missing values are treated	
	Cases Used	as missing.	
		Statistics for each table are based on all	
		the cases with valid data in the specified	
		range(s) for all variables in each table.	
Syntax		CROSSTABS	
		/TABLES=Ερωτηση_1 Ερωτηση_2 BY	
		Ερωτηση_18	
		/FORMAT=AVALUE TABLES	
		/STATISTICS=CHISQ	
		/CELLS=COUNT ROW	
		/COUNT ROUND CELL	
		/BARCHART.	
Resources			0:00:00.296
	Processor Time		0:00:00.298
	Elapsed Time		2
	Dimensions Requested		174762
	Cells Available		

[DataSet1] D:\DesktopNew\ΕρωΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Φύλο * Θεωρείτε πώς η άσκηση του σώματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%



Ηλικία * Θεωρείτε πώς η άσκηση του σώματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας	100	100.0%	0	.0%	100	100.0%
--	-----	--------	---	-----	-----	--------

**Φύλο \* Θεωρείτε πώς η άσκηση του σώματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας**

**Crosstab**

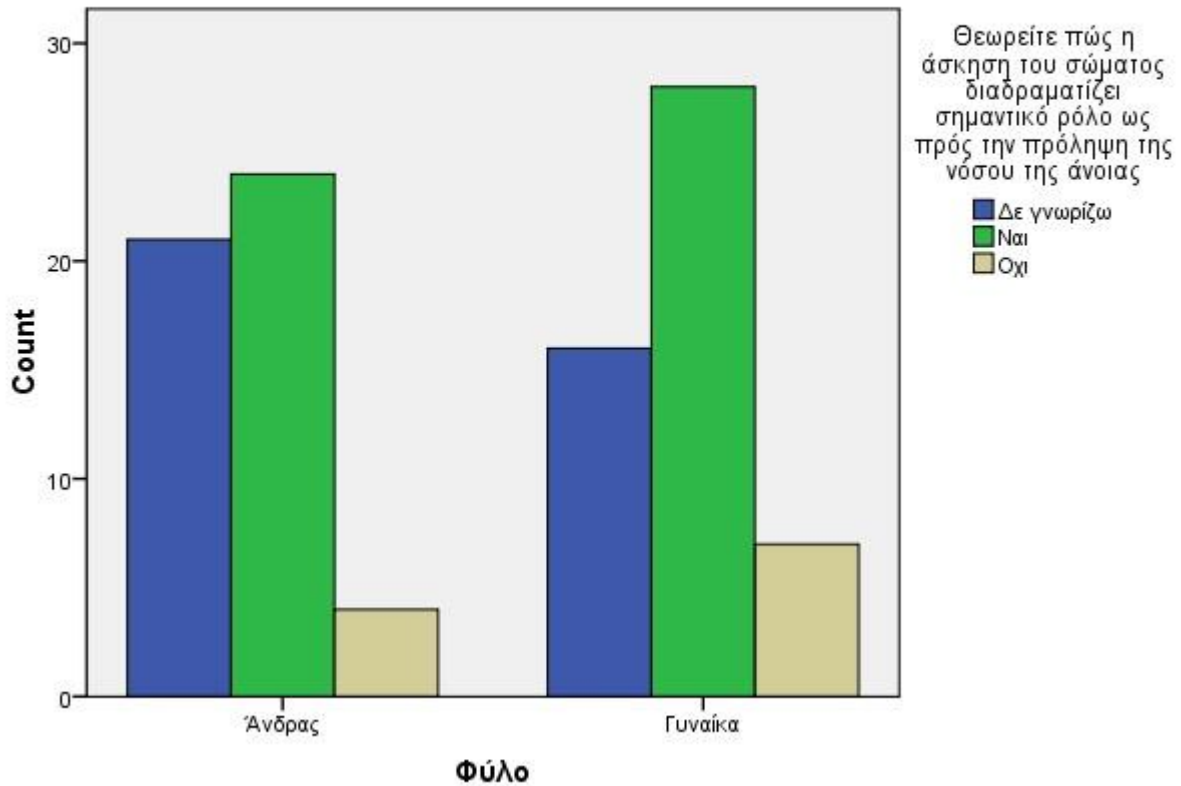
		Θεωρείτε πώς η άσκηση του σώματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας				
		Δε γνωρίζω	Ναι	Όχι	Total	
Φύλο	Άνδρας	Count	21	24	4	49
		% within Φύλο	42.9%	49.0%	8.2%	100.0%
	Γυναίκα	Count	16	28	7	51
		% within Φύλο	31.4%	54.9%	13.7%	100.0%
Total		Count	37	52	11	100
		% within Φύλο	37.0%	52.0%	11.0%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.762 <sup>a</sup>	2	.414
Likelihood Ratio	1.774	2	.412
Linear-by-Linear Association	1.743	1	.187
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.39.

Bar Chart



**Ηλικία \* Θεωρείτε πώς η άσκηση του σώματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας**

Crosstab

		Θεωρείτε πώς η άσκηση του σώματος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας			Total
		Δε γνωρίζω	Ναι	Όχι	
Ηλικία	30 έως 39	24	23	6	53

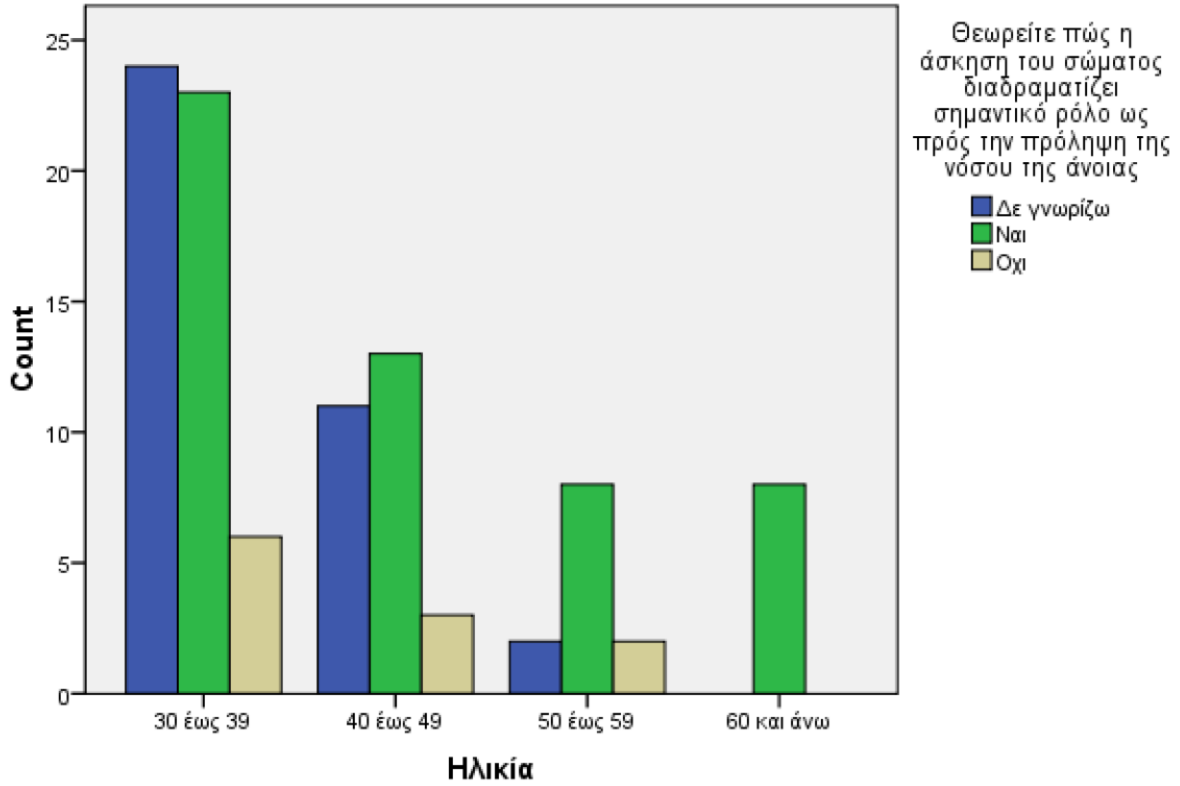
	Count	45.3%	43.4%	11.3%	100.0%
	% within Ηλικία				
40 έως 49	Count	11	13	3	27
	% within Ηλικία	40.7%	48.1%	11.1%	100.0%
50 έως 59	Count	2	8	2	12
	% within Ηλικία	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%
60 και άνω	Count	0	8	0	8
	% within Ηλικία	.0%	100.0%	.0%	100.0%
Total	Count	37	52	11	100
	% within Ηλικία	37.0%	52.0%	11.0%	100.0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.494 <sup>a</sup>	6	.074
Likelihood Ratio	14.810	6	.022
Linear-by-Linear Association	3.498	1	.061
N of Valid Cases	100		

a. 6 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .88.

### Bar Chart



### Frequencies

#### Notes

Output Created		10-Aug-2016 05:25:44
Comments		
Input	Data	D:\DesktopNew\Ερωτηματολόγιο-Ε
	Active Dataset	PEYNAS.sav
	Filter	DataSet1
	Weight	<none>
	Split File	<none>

	N of Rows in Working Data	<none>	
	File		100
	Definition of Missing		
Missing Value Handling		User-defined missing values are treated as missing.	
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.	
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Ερώτηση_19 /PIECHART FREQ /ORDER=ANALYSIS.	
Resources			0:00:00.125
	Processor Time		
	Elapsed Time		0:00:00.132

[DataSet1] D:\DesktopNew\Ερωτηματολόγιο-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav

### Statistics

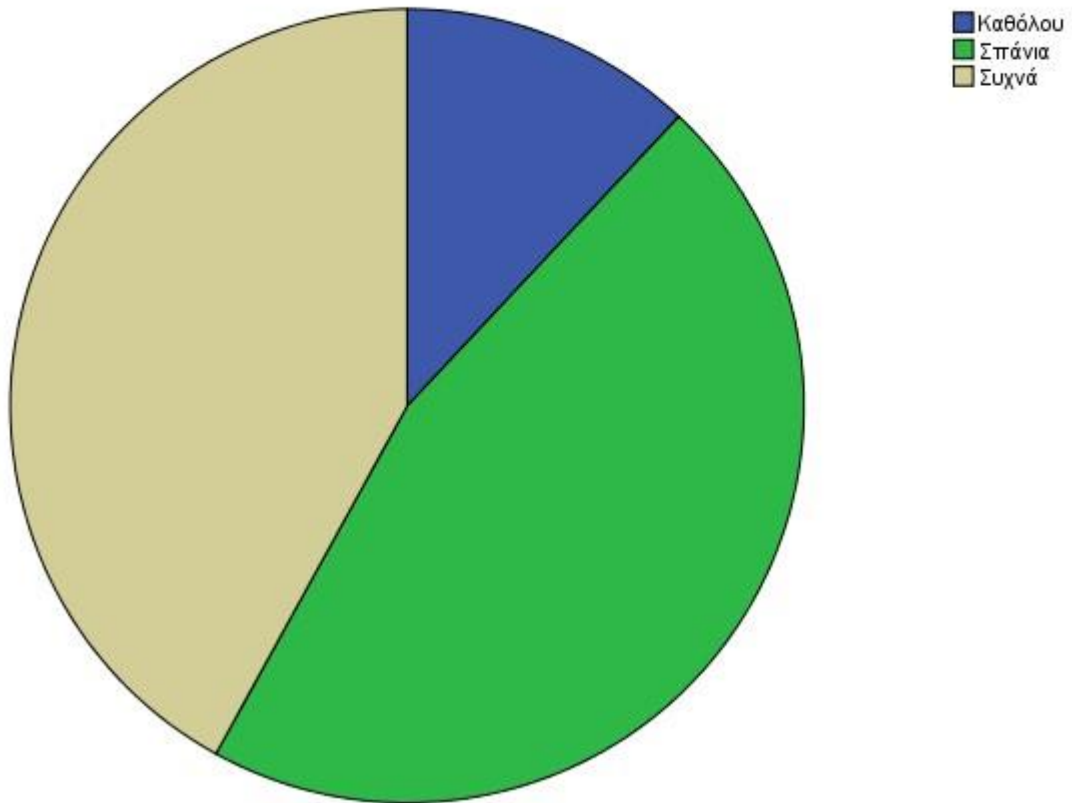
Πόσο συχνά ασκείστε

N	Valid	
	Missing	100 0

### Πόσο συχνά ασκείστε

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	12	12.0	12.0	12.0
	Σπάνια	46	46.0	46.0	58.0
	Συχνά	42	42.0	42.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

### Πόσο συχνά ασκείστε



### Frequencies

#### Notes

Output Created		10-Aug-2016 13:14:56
Comments		
Input	Data	D:\DesktopNew\Ερωτηματολογιο-E
		PEYNAS.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>

	Weight	<none>	
	Split File	<none>	
	N of Rows in Working Data File		100
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.	
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.	
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Ερώτηση_20 Ερώτηση_21 /PIECHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time		0:00:00.281
	Elapsed Time		0:00:00.281

[DataSet1] D:\DesktopNew\Ερωτηματολόγιο-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav

### Statistics

		Θεωρείτε πως η άσκηση του νού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας	Πόσο συχνά ασχολείστε με ασκήσεις του νου
N	Valid	100	100
	Missing	0	0

### Frequency Table

**Θεωρείτε πως η άσκηση του νού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την  
πρόληψη της νόσου της άνοιας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δε γνωρίζω	6	6.0	6.0	6.0
	Ναι	94	94.0	94.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

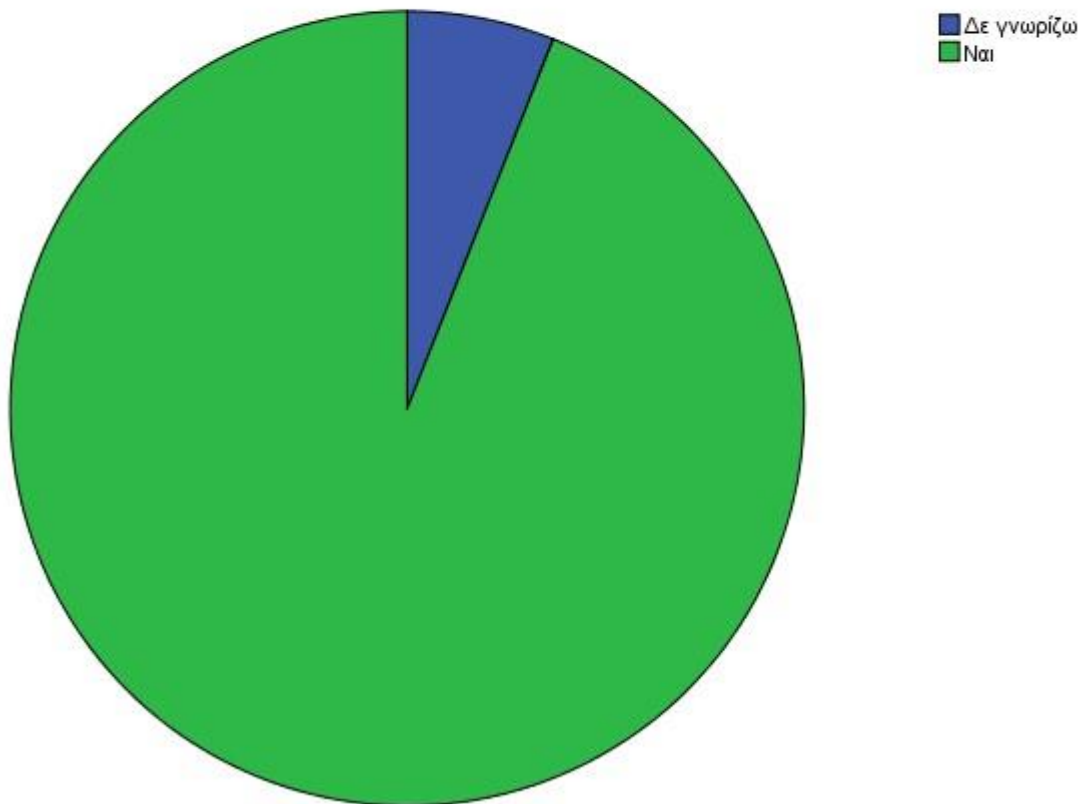
**Πόσο συχνά ασχολείστε με ασκήσεις του νου**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	10	10.0	10.0	10.0
	Σπάνια	33	33.0	33.0	43.0
	Συχνά	41	41.0	41.0	84.0
	Αρκετά συχνά	16	16.0	16.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

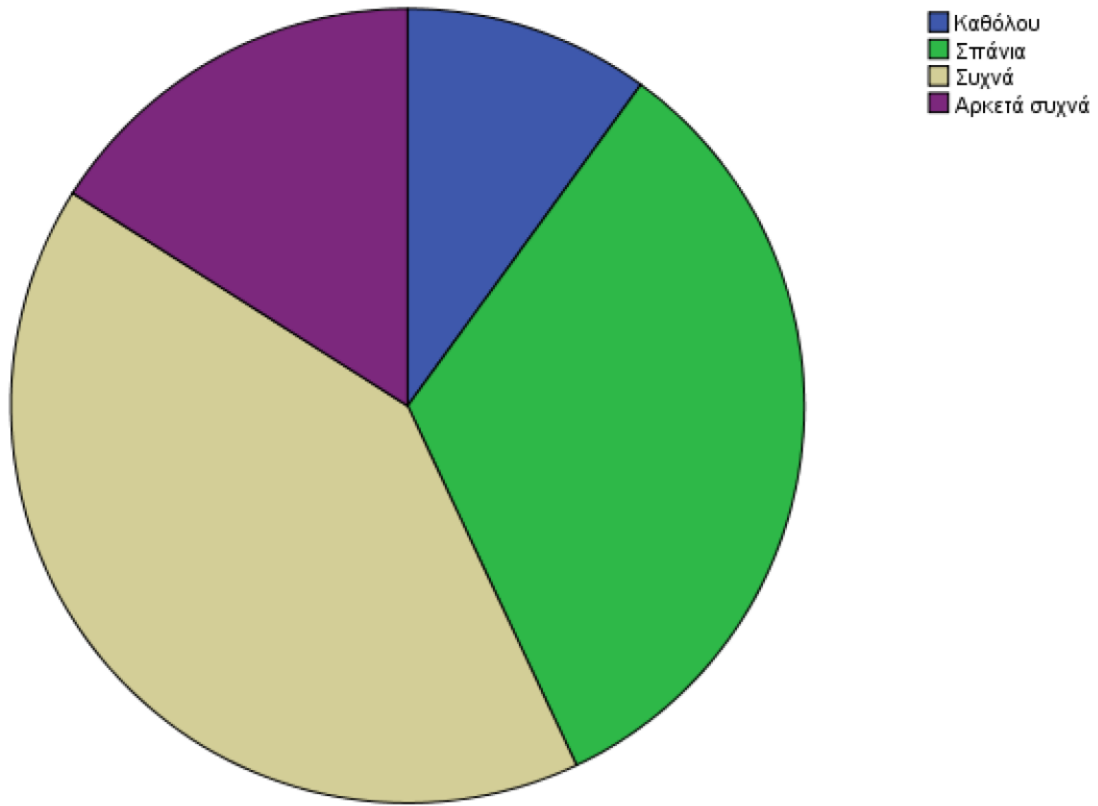


## Pie Chart

Θεωρείτε πως η άσκηση του νού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας



### Πόσο συχνά ασχολείστε με ασκήσεις του νου



```
GET FILE='D:\DesktopNew\ΕρωΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav'. SAVE  
OUTFILE='D:\DesktopNew\ΕρωΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav' /COMPRESSED. FREQUENCIES  
VARIABLES=Ερώτηση_17 /ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Ερώτηση_17 /PIECHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.
```

## Frequencies

### Notes

Output Created		10-Aug-2016 13:11:38
Comments		
Input	Data	D:\DesktopNew\ΕρωΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-Ε PEYNAΣ.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	100
	File	
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Ερώτηση_17 /PIECHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	0:00:00.250
	Elapsed Time	0:00:00.250

[DataSet1] D:\DesktopNew\ΕρωΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΕPEYNAΣ.sav

### Statistics

Ποιοι τρόποι θεωρείτε πώς  
αποτελούν σημαντικό  
παράγοντα στην πρόληψη της  
νόσου της άνοιας

N	Valid	36
	Missing	64

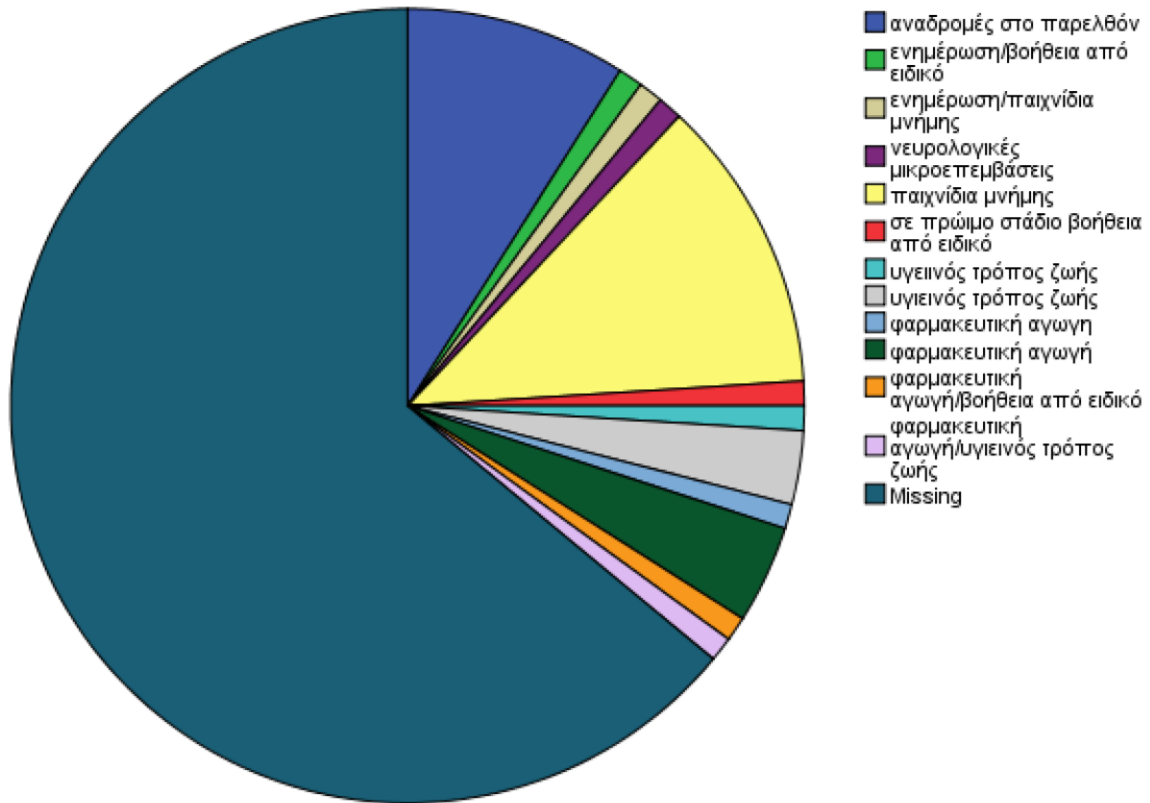
**Ποιοι τρόποι θεωρείτε πώς αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη της νόσου της  
άνοιας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9	9.0	25.0	25.0
	1	1.0	2.8	27.8
	1	1.0	2.8	30.6
αναδρομές στο παρελθόν	1	1.0	2.8	33.3
ενημέρωση/βοήθεια από	12	12.0	33.3	66.7
ειδικό ενημέρωση/παιχνίδια	1	1.0	2.8	69.4
μνήμης νευρολογικές				
μικροεπεμβάσεις παιχνίδια	1	1.0	2.8	72.2
μνήμης σε πρώιμο στάδιο				
βοήθεια από ειδικό υγιεινός	3	3.0	8.3	80.6
τρόπος ζωής υγιεινός	1	1.0	2.8	83.3
τρόπος ζωής φαρμακευτική	4	4.0	11.1	94.4
αγωγή φαρμακευτική αγωγή	1	1.0	2.8	97.2
φαρμακευτική				
αγωγή/βοήθεια από ειδικό	1	1.0	2.8	100.0
φαρμακευτική				
αγωγή/υγιεινός τρόπος ζωής				
Total	36	36.0	100.0	
Missing	-	64	64.0	

**Ποιοι τρόποι θεωρείτε πώς αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη της νόσου της  
άνοιας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9	9.0	25.0	25.0
	1	1.0	2.8	27.8
	1	1.0	2.8	30.6
αναδρομές στο παρελθόν	1	1.0	2.8	33.3
ενημέρωση/βοήθεια από	12	12.0	33.3	66.7
ειδικό ενημέρωση/παιχνίδια	1	1.0	2.8	69.4
μνήμης νευρολογικές				
μικροεπεμβάσεις παιχνίδια	1	1.0	2.8	72.2
μνήμης σε πρώιμο στάδιο				
βοήθεια από ειδικό υγιεινός	3	3.0	8.3	80.6
τρόπος ζωής υγιεινός	1	1.0	2.8	83.3
τρόπος ζωής φαρμακευτική	4	4.0	11.1	94.4
αγωγή φαρμακευτική αγωγή	1	1.0	2.8	97.2
φαρμακευτική				
αγωγή/βοήθεια από ειδικό				
φαρμακευτική	1	1.0	2.8	100.0
αγωγή/υγιεινός τρόπος ζωής				
Total	36	36.0	100.0	
Missing	64	64.0		
-				
Total	100	100.0		

**Ποιοι τρόποι θεωρείτε πώς αποτελούν σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη της νόσου της άνοιας**



FREQUENCIES VARIABLES=Ερώτηση\_20 Ερώτηση\_21 /PIECHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.

**Frequencies**

**Notes**

Output Created		10-Aug-2016 13:14:56
Comments		
Input	Data	D:\DesktopNew\ΕρΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-Ε
	Active Dataset	PEYNAS.sav

		DataSet1	
	Filter	<none>	
	Weight	<none>	
	Split File	<none>	
	N of Rows in Working Data		100
Missing Value Handling	File		
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.	
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.	
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Ερώτηση_20 Ερώτηση_21 /PIECHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time		0:00:00.281
	Elapsed Time		0:00:00.281

[DataSet1] D:\DesktopNew\Ερωτηματολόγιο-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav

### Statistics

		Θεωρείτε πως η άσκηση του νού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας	Πόσο συχνά ασχολείστε με ασκήσεις του νου
N	Valid	100	100
	Missing	0	0

## Frequency Table

Θεωρείτε πως η άσκηση του νού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την  
πρόληψη της νόσου της άνοιας

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Δε γνωρίζω	6	6.0	6.0	6.0
Ναι	94	94.0	94.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

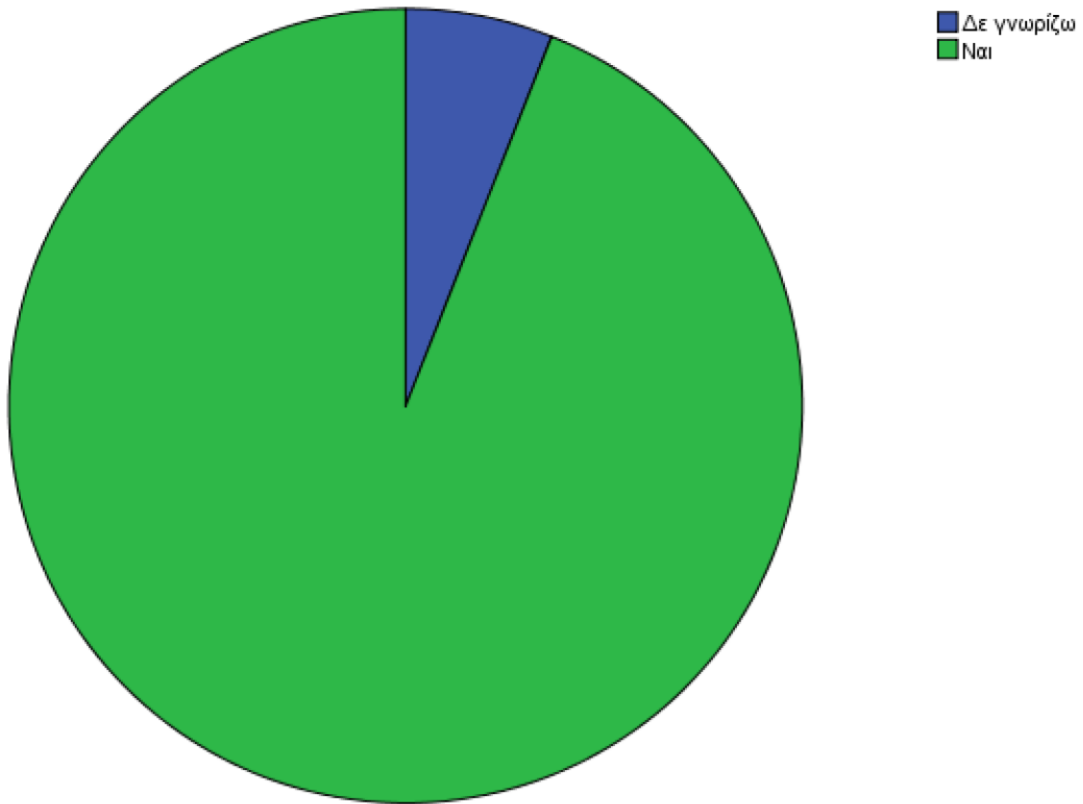
Πόσο συχνά ασχολείστε με ασκήσεις του νου

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Καθόλου	10	10.0	10.0	10.0
Σπάνια	33	33.0	33.0	43.0
Συχνά	41	41.0	41.0	84.0
Αρκετά συχνά	16	16.0	16.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

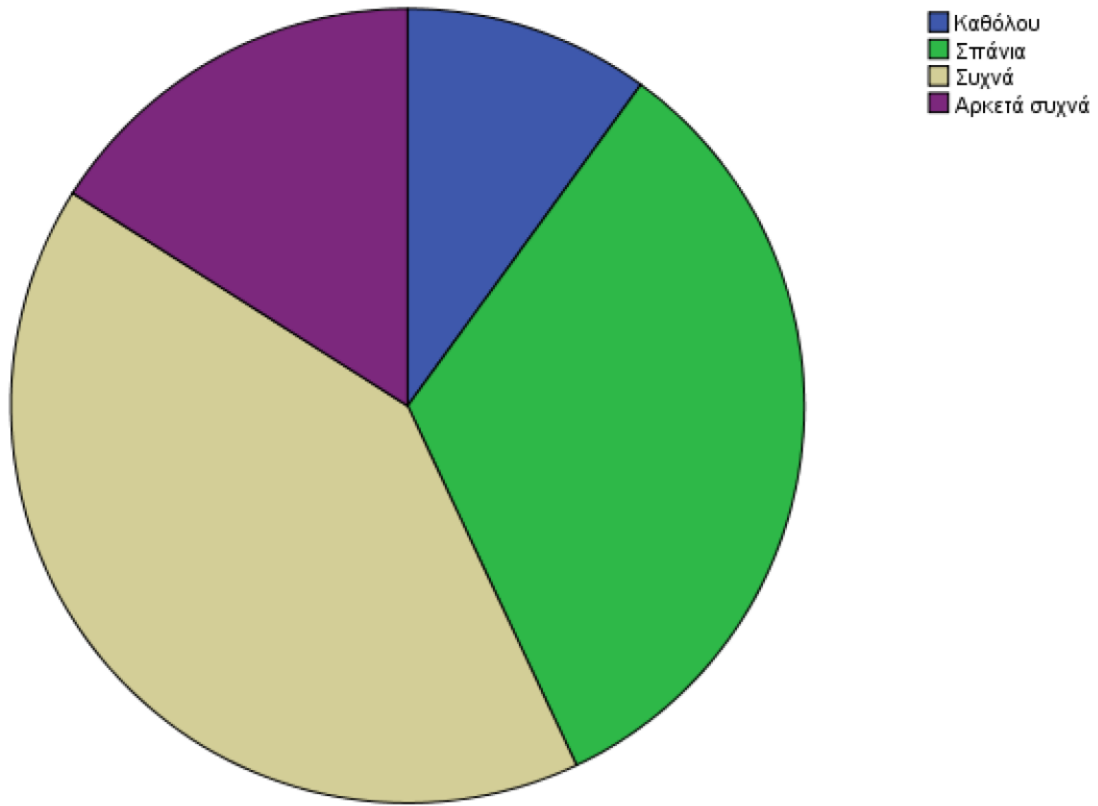


## Pie Chart

Θεωρείτε πως η άσκηση του νού διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την πρόληψη της νόσου της άνοιας



### Πόσο συχνά ασχολείστε με ασκήσεις του νου



```
FREQUENCIES VARIABLES=Ερώτηση_22 Ερώτηση_23 Ερωτηση_24 /PIECHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.
```

### Frequencies

#### Notes

Output Created		10-Aug-2016 13:17:20
Comments		
Input	Data	D:\DesktopNew\ΕρωΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-Ε
	Active Dataset	PEYNAS.sav

		DataSet1	
	Filter	<none>	
	Weight	<none>	
	Split File	<none>	
	N of Rows in Working Data		100
	File		
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.	
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.	
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=Ερώτηση_22 Ερώτηση_23 Ερωτηση_24 /PIECHART PERCENT /ORDER=ANALYSIS.	
Resources	Processor Time		0:00:00.390
	Elapsed Time		0:00:00.390

[DataSet1] D:\DesktopNew\ΕρωΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ-ΕΡΕΥΝΑΣ.sav

### Statistics

		Πως θα χαρακτηρίζατε την ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς όσον αφορά τη νόσο της άνοιας, την πρόληψη και την αντιμετώπισή της	
	Πως θα χαρακτηρίζατε την φαρμακευτική αντιμετώπιση ως προς τους πάσχοντες από άνοια		
N	Valid	58	71
		88	

Missing	42	12	29
---------	----	----	----

## Frequency Table

**Πως θα χαρακτηρίζατε την φαρμακευτική αντιμετώπιση ως προς τους πάσχοντες από άνοια**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		15	15.0	25.9	25.9
	Επαρκής η επαρκής	43	43.0	74.1	100.0
	Total	58	58.0	100.0	
Missing	Δε γνωρίζω	42	42.0		
Total		100	100.0		

**Πως θα χαρακτηρίζατε την ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς όσον αφορά τη νόσο της άνοιας, την πρόληψη και την αντιμετώπισή της**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		20	20.0	22.7	22.7
	Επαρκής	68	68.0	77.3	100.0
	Μη επαρκής				
	Total	88	88.0	100.0	
Missing	Δε γνωρίζω	12	12.0		
Total		100	100.0		

**Πιστεύετε πως ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι χρήσιμος όσον αφορά τη νόσο της άνοιας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

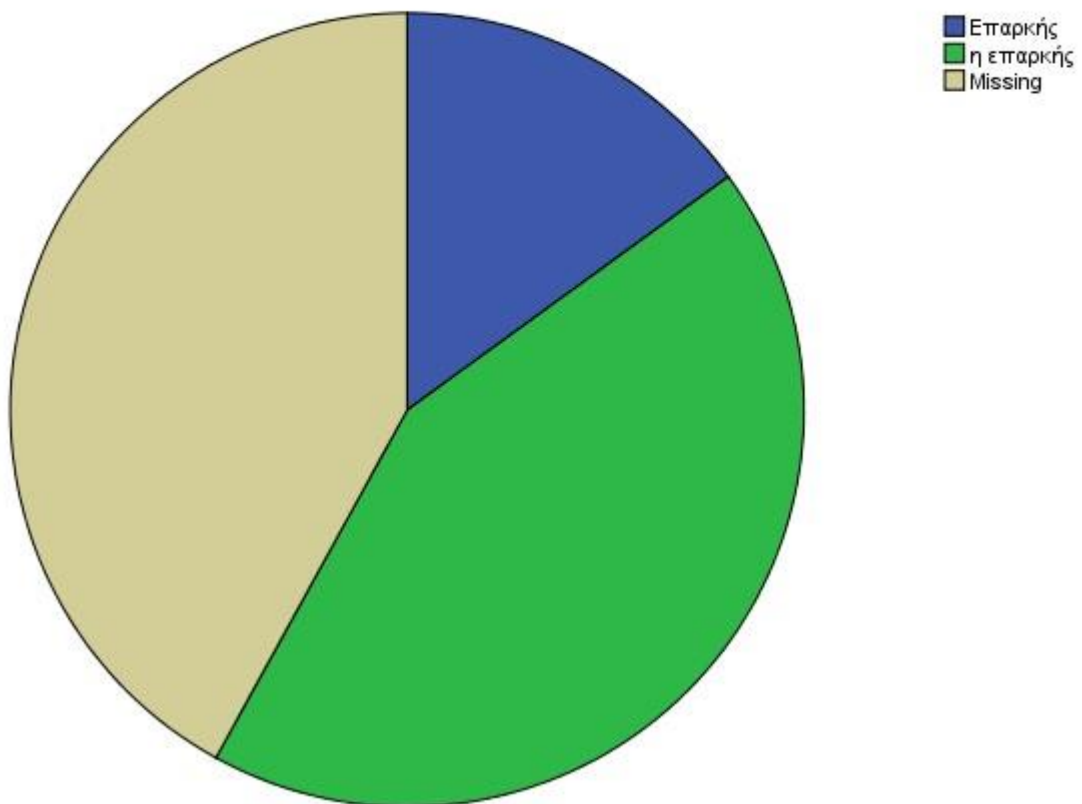
Valid	Ναι	69	69.0	97.2	97.2
	Όχι	2	2.0	2.8	100.0
	Total	71	71.0	100.0	
Missing	Δε γνωρίζω	29	29.0		

**Πιστεύετε πως ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι χρήσιμος όσον αφορά τη νόσο της άνοιας**

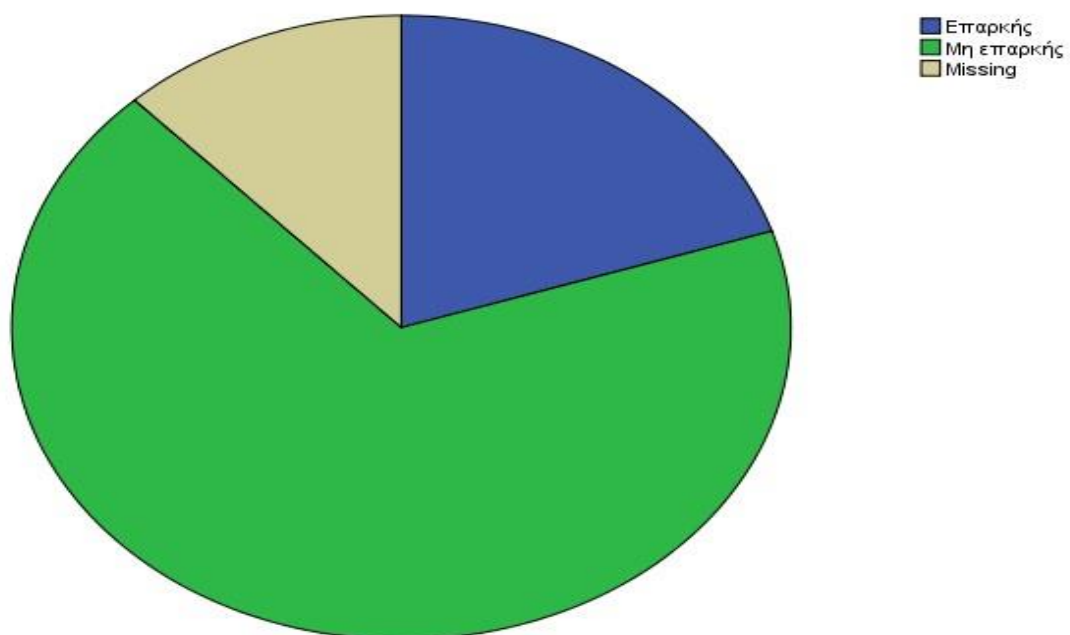
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	69	69.0	97.2	97.2
	Όχι	2	2.0	2.8	100.0
	Total	71	71.0	100.0	
Missing	Δε γνωρίζω	29	29.0		
Total		100	100.0		

## Pie Chart

Πως θα χαρακτηρίζατε την φαρμακευτική αντιμετώπιση ως προς τους πάσχοντες από άνοια



**Πως θα χαρακτηρίζατε την ενημέρωση από τους αρμόδιους φορείς όσον αφορά τη νόσο της άνοιας, την πρόληψη και την αντιμετώπισή της**



**Πιστεύετε πως ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι χρήσιμος όσον αφορά τη νόσο της άνοιας**

