



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



**Αξιολόγηση του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας ηλικιωμένων με
και**

χωρίς γεροντική άνοια.

Της φοιτήτριας Μπεκιάρη Κατερίνας

Διπλωματική Εργασία που υποβάλλεται

στο Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού

Επιβλέπων Καθηγητής: Μουζακίδης Χρήστος

Τρίκαλα 2006



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



**Αξιολόγηση του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας ηλικιωμένων με
και**

χωρίς γεροντική άνοια.

Της φοιτήτριας Μπεκιάρη Κατερίνας

Διπλωματική Εργασία που υποβάλλεται

στο Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού

Επιβλέπων Καθηγητής: Μουζακίδης Χρήστος

Τρίκαλα 2006



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΑΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΣΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 4771/1

Ημερ. Εισ.: 15-05-2006

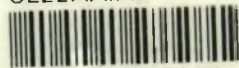
Δωρεά:

Ταξινόμησης Κωδικός: ΠΤ - ΤΕΦΑΑ

2006

ΜΠΕ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000077279

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:	
Ορισμός γήρανσης	8
Χαρακτηριστικά γήρανσης	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:	
Φυσική Δραστηριότητα και άσκηση.....	14
Φυσική Δραστηριότητα και τα οφέλη της σε Ηλικιωμένο Πληθυσμό	15
Ηλικιωμένοι και άσκηση.....	16
Αρχές για την περιγραφή σωματικής άσκησης στους ηλικιωμένους	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:	
Βασικές πληροφορίες για την νόσο Alzheimer.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:	
Ανασκόπηση σχετικών ερευνών.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	33
Ερευνητικά Ερωτήματα.....	33
Συμμετέχοντες.....	33
Όργανα μέτρησης	34
Διαδικασία Μέτρησης.....	35
Στατιστική Ανάλυση.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 :	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 :	
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	45

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1	37
Πίνακας 2	39
Πίνακας 3.....	39

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά για ^{να} θεωρηθεί μια διπλωματική εργασία πετυχημένη και άρτια, χρειάζεται συχνά η καθοδήγηση και η συνδρομή και άλλων. Έτσι θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Δρ. Παρασκευή Σακκά για την άδεια που μου παραχώρησε να μοιράσω ερωτηματολόγια στους ασθενείς της. Εν συνεχεία θα ήθελα να ευχαριστήσω το καθηγητή μου Χρήστο Μουζακίδη για την προσοχή, το ενδιαφέρον, τη βοήθεια που μου πρόσφερε. Οι οδηγίες του ήταν πραγματικά πολύτιμες. Θα ήθελα επίσης, να ευχαριστήσω την αδερφή μου για την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη που μου παρείχε για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας, Τέλος αλλά όχι μικρότερο, ένα ευχαριστώ στους ηλικιωμένους στα ΚΑΠΗ Άργους-Ναυπλίου-Τρικάλων. Κλείνοντας θα ήθελα να αφιερώσω αυτή την εργασία στη μνήμη της γιαγιάς μας, σαν ελάχιστο φόρο ενθύμησης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξεταστεί το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας και η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με γεροντική άνοια και νόσο Alzheimer αλλά και σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους. Το δείγμα αποτελείτο από 60 ηλικιωμένους, από τους οποίους οι 29 ήταν ασθενείς σε πρώιμο προς μέτριο στάδιο και οι 31 φυσιολογικοί ηλικιωμένοι. Από τους ασθενείς 15 ήταν άντρες και 14 γυναίκες, ηλικίας από 62 έως 88 ετών, ενώ από τους φυσιολογικούς οι 20 ήταν άντρες και οι 11 γυναίκες, ηλικίας από 65 έως 88 ετών. Έγινε χρήση του ερωτηματολογίου του Baecke για ηλικιωμένους, για την αξιολόγηση του βαθμού φυσικής δραστηριότητας σε επίπεδο συνήθειας και ενασχόλησης και αφορούσε το περασμένο έτος. Εξέταζε 3 παράγοντες δραστηριοτήτων: i) ενασχόληση με τις δουλειές του σπιτιού, ii) ενασχόληση με κάποιο σπορ, iii) δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι νοσούντες και μη δεν παρουσίαζαν διαφορές τόσο στους επιμέρους παράγοντες του ερωτηματολογίου όσο και στο συνολικό σκορ. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι τόσο το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας όσο και οι επιμέρους παράγοντες του ερωτηματολογίου σχετίζονταν με το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, τη γνωστική και λειτουργική ικανότητα (για τους ασθενείς). Συμπερασματικά, η έρευνα αυτή δείχνει ότι οι ασθενείς καταφέρνουν να διατηρούν τις συνήθειές τους τουλάχιστον μέχρι το ήπιο στάδιο εξέλιξης της νόσου.

Λέξεις-κλειδιά: φυσική δραστηριότητα, άσκηση, άνοια, νόσος Alzheimer, ηλικιωμένοι.

ABSTRACT

The aim of the present study was to examine the level of physical activity and its impact on the quality of life of elderly people with dementia and Alzheimer disease, but also among healthy elderly people. The sample consisted of 60 elderly. Twenty nine were patients (from early to mild stage), and the rest 31 were healthy individuals. From the patient participants 15 were men, 14 were women, ranging from 62 to 88 years old. From the healthy participants 20 were men and 11 women, ranging from 65 to 88 years old. The Modified Baecke Questionnaire for Older Adults was used to evaluate the rate of physical activity in reference with the level of habit and activity, concerning the previous year. It examines 3 sectors: i) household activities, ii) sport activities, iii) leisure time activities. The results revealed that the patients and healthy elderly didn't show differences to the 3 sectors as well as to the total score. It was also noted that the total level of physical activity as well as the 3 sectors were correlated with sex, education, functional and cognitive capacity (for the elderly). Thus, the present study pointed that the elderly patients succeeded to maintain their habits at least until the mild stage of the disease's course.

Keywords: physical activity, exercise, dementia, Alzheimer's disease, elderly.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν μιλάμε για άθληση στην τρίτη ηλικία, εννοούμε κάθε είδους αθλητική δραστηριότητα, είτε είναι σπορ (δηλ. οργανωμένη μορφή με συναγωνισμό), είτε απλή άσκηση, η οποία είναι λιγότερο οργανωμένη, δεν οριοθετείται από κανόνες, απαιτεί λιγότερη δεξιότητα και διαφορετικό βαθμό φυσικής ικανότητας. Η αθλητική δραστηριότητα για τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποβλέπει, αφενός στην διατήρηση και ενίσχυση της υγείας, στην πρόληψη, στην διερεύνηση των λειτουργικών δυνατοτήτων, στην αύξηση των σωματικών επιδόσεων, αφετέρου στην απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων για την συντήρηση της υγείας και την χρησιμοποίηση τρόπων που συντελούν στην σωματική διαπαιδαγώγηση στην καθημερινή ζωή (Σπανιδάκης, 1994).

Η διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας αλλά και των γνωστικών λειτουργιών συντελεί στην βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην επιτυχή ανταπόκριση στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής τόσο σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους όσο και σε ηλικιωμένους με άνοια ή νόσο Alzheimer. Η φυσική δραστηριότητα αλλά και γενικότερα η άσκηση διεγείρει τις φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος και μπορεί να συμβάλει στην σταθεροποίηση ενός καλού επιπέδου γνωστικών λειτουργιών κάνοντας πιο λειτουργικά τα άτομα με άνοια και κατά συνέπεια βοηθάει να διατηρήσουν την αυτοαποτελεσματικότητά τους και μια καλή ψυχολογική κατάσταση.

Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε αθλητικές, παραγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες ικανοποιεί την εικόνα που θέλει να έχει το ηλικιωμένο άτομο για τον εαυτό του ότι δηλαδή είναι ικανός και χρήσιμος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ορισμός γήρανσης

Η γήρανση είναι ένα αναπόσπαστο, φυσιολογικό κομμάτι της ζωής μας. Ο τρόπος με τον οποίο μεγαλώνουμε και βιώνουμε αυτή τη διαδικασία, η υγεία και η λειτουργική μας ικανότητα δεν εξαρτώνται απόλυτα μόνο από το γενετικό μας υλικό, αλλά και από τον τρόπο ζωής μας και από τι έχουμε αντιμετωπίσει στη ζωή μας.(WHO and HP,1998). Η γήρανση είναι μια σύνθετη διαδικασία που προκύπτει από μια ποικιλία παραγόντων. Έχει δημιουργηθεί ένας μεγάλος αριθμός θεωριών προκειμένου να εξηγηθεί το φαινόμενο της γήρανσης και οι πτωτικές επιδράσεις που έχει στο ανθρώπινο κορμί. Οι κυριότερες επικεντρώνονται στο γονιδιακό έλεγχο. Μια θεωρία υποθέτει ότι κατά τη σύλληψη υπάρχει μια γονιδιακή ταινία και ότι η λειτουργία των κυττάρων σταματά, όταν τελειώνει αυτή η ταινία. Μια άλλη θεωρία υποστηρίζει ότι η γήρανση ξεκινά, όταν ξεκινούν τα γονίδια που ελέγχουν τη κυτταρική σύσταση στο σώμα να κάνουν τυχαία λάθη, που διαταράσσουν την ομαλή κυτταρική λειτουργία. Μια καλύτερη επεξήγηση είναι ότι το γενετικό μας υλικό, DNA, ενεργοποιεί διάφορες μορφές RNA, προκειμένου τα κύτταρα να έχουν τη μέγιστη λειτουργική επίδοση. Όταν λοιπόν η διαδικασία αυτή αρχίζει να υπολειτουργεί, τότε τα κύτταρά μας δυσλειτουργούν (Williams, 1996).

Χαρακτηριστικά γήρανσης

A) Φυσικά-Σωματικά

Υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ως προς την καθημερινότητά τους:

- Καθυστέρηση στον χρόνο αντίδρασης
- Ελάττωση της ευκαμψίας
- Επιβράδυνση των κινήσεων
- Αυξημένος κίνδυνος για επικίνδυνα κατάγματα κ.α.

Γενικές διαπιστώσεις:

Στους ηλικιωμένους περιορίζεται τόσο η ελαστικότητα όσο και η σταθερότητα των μυών, τενόντων και συνδέσμων, πέφτει ο τόνος των μυών και γίνεται μικρότερη η οριζόντια επιφάνειά του. Επίσης η μάζα των μυών σε αναλογία με το σωματικό βάρος γίνεται μικρότερη μειώνοντας έτσι και την σχετική δύναμη. Εκτός αυτού η ευλυγισία περιορίζεται από εκφυλισμένους ή κατεστραμμένους συνδέσμους και η μυϊκή δύναμη παρακμάζει με σταθερό ρυθμό.

Εκτός από την μυϊκή δύναμη, μειώνεται (και μάλιστα πιο θεαματικά) και η αερόβια ικανότητα. Ο ρυθμός της μείωσης είναι περίπου 1% τον χρόνο μετά τα 25 χρόνια. Έτσι η αερόβια ικανότητα ενός ατόμου 75 χρονών είναι περίπου η μισή εκείνης που είχε σε ηλικία 25 χρόνων.

Τα οστά των ηλικιωμένων σπάνε ευκολότερα και παραμορφώνονται με πολύ μεγαλύτερη ευκολία από αυτά των νέων. Αυτό συμβαίνει, επειδή αφενός έχον μικρότερη ελαστικότητα και αντοχή και αφετέρου λείπουν ελαστικά στοιχεία από τα οστά.

Επίσης, μειωμένη είναι και η ελαστικότητα των μυών με αποτέλεσμα την αυξημένη πιθανότητα τραυματισμών.

B) Ψυχολογικά

Δεν είναι λίγοι αυτοί που υποστηρίζουν ότι τα γηρατεία είναι πρώτα-πρώτα ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο. Πράγματι στην τρίτη ηλικία:

- ❖ παρατηρείται μια διαδικασία απομόνωσης: τα άτομα κλείνονται στον εαυτό τους,
- ❖ μπορεί να υπάρξει απώλεια ταυτότητας,
- ❖ μπορεί να αναπτυχθεί αίσθημα ανασφάλειας,
- ❖ μπορεί να δημιουργηθεί τάση αποστασιοποίησης κλπ.

Η ψυχολογία προσφέρει δυο απόψεις σχετικά με το γήρας. Η πρώτη δίνει έμφαση στις ελλειμματικές όψεις του γεροντικού ψυχισμού και αποδίδει αυτήν την κατάσταση στις βιολογικές αλλοιώσεις του γεροντικού εγκεφάλου. Η δεύτερη προσπαθεί να μελετήσει την ιδιαίτερη ψυχολογία των ηλικιωμένων, λαμβάνοντας περισσότερο υπόψη της διάφορους εξωγενείς συναισθηματικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και άλλους παράγοντες που οδηγούν στην κακή προσαρμογή του ατόμου στο γήρας. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι, από το σύνολο των μεταβολών που σχετίζονται με το γήρας, μόνο το 25% σχετίζεται με οργανικούς παράγοντες (σωματικό γήρας) ενώ το υπόλοιπο 75% θεωρείται ως αποτέλεσμα της επίδρασης του περιβάλλοντος (ψυχική γήρανση, κοινωνικό γήρας), (Σπαντιδάκης, 1994).

Γ) Γνωστικά

Είναι διαπιστωμένη και αδιαμφισβήτητη η μείωση στην γνωστική λειτουργία του ατόμου σε σχέση με την ηλικία. Παρόλα ταύτα, αυτό δεν αποτελεί ένα ενιαίο φαινόμενο καθώς υπάρχει αρκετή ποικιλία και απόκλιση στην κλίμακα των επίδοσης της γνωστικής ικανότητας των ατόμων σε σχέση με το πέρας της ηλικίας. Οι αλλαγές στην γνωστική

ικανότητα σε σχέση με την ηλικία, αυξάνονται για εργασίες που απαιτούν γρήγορες και σύνθετες διεργασίες, ενώ μειώνονται για εργασίες οι οποίες είναι πιο αυτοματοποιημένες ή μπορούν να εκτελεστούν στον ρυθμό που ορίζει ο καθένας για τον εαυτό του (Chodzko-Zajko & Moore, 1994).

Παρόλο που, και οι διαδικασίες επεξεργασίας και η γνωστική ικανότητα μειώνονται με το πέρασμα των χρόνων, υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των ατόμων όσον αφορά στην πορεία και τον βαθμό της πτώσης. Υπάρχουν επαρκή στοιχεία που υποστηρίζουν την υπόθεση, ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν καλή φυσική κατάσταση επεξεργάζονται πιο αποτελεσματικά τις γνωστικές πληροφορίες σε σχέση με τους συνομήλικούς τους ηλικιωμένους που δεν έχουν καλή φυσική κατάσταση (Chodzko-Zajko & Moore, 1991). Γίνεται λοιπόν φανερό, ότι η φυσική κατάσταση και η γνωστική ικανότητα σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την δραστηριότητα που έχει ο καθένας να εκτελέσει.

Ένας μεγάλος αριθμός από μηχανισμούς έχει προταθεί για να εξηγηθεί η σχέση μεταξύ της φυσικής κατάστασης και της γνωστικής ικανότητας στους ηλικιωμένους (Chodzko-Zajko & Moore, 1994). Κάποια στοιχεία υποστηρίζουν ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν καλή φυσική κατάσταση επεξεργάζονται τις πληροφορίες στο κεντρικό νευρικό σύστημα πιο γρήγορα και πιο αποτελεσματικά σε σύγκριση με αυτούς που δεν έχουν καλή φυσική κατάσταση και είναι της ίδιας ηλικίας. Αυτή η αυξημένη αποτελεσματικότητα, μπορεί να βρίσκεται σε δεύτερη θέση σε σχέση με τις βελτιώσεις στην κυκλοφορία του αίματος στον εγκέφαλο, την αναγέννηση των νευρικών κυττάρων και / ή τις αλλαγές στην σύνθεση των νευροδιαβιβαστών και τον υποβιβασμό (Cotton, Ekeroth, Yancy, 1998).

Δ) Λειτουργικά

Η υγεία των ηλικιωμένων ατόμων δεν πρέπει και δεν μπορεί να εξετάζεται μόνο ως προς την γενική έννοια της ασθένειας ή αντίστοιχα ως προς την απουσία της. Ακόμα και όταν βιώνουν κάποια ασθένεια, ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων νιώθει υγιής και εξακολουθεί να είναι λειτουργικός επειδή η ασθένεια δεν έχει μεγάλες επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους. Παρά το γεγονός ότι εκτιμήθηκε η σπουδαιότητα της λειτουργικότητας, τόσο όταν είναι κάποιος υγιής όσο και όταν πάσχει από κάποια ασθένεια, η σπουδαιότητά της αναγνωρίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1950, καθώς αυξανόταν ο αριθμός των πασχόντων ηλικιωμένων και γενικεύονταν οι χρόνιες ασθένειες. Η λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων είναι εξαιρετικά σημαντική στο να αντεπεξέλθουν στις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής και έτσι να διατηρήσουν μια καλή ποιότητα ζωής.

Η κατάσταση της λειτουργικότητας ενός ανθρώπου μπορεί να οριστεί ως η ικανότητα του να εκτελεί τις απαραίτητες δραστηριότητες ώστε να διασφαλίσει την ευημερία του. Συχνά γίνεται αντιληπτό σαν την ενσωμάτωση 3 κύριων τομέων της λειτουργίας: βιολογικού, ψυχολογικού και κοινωνικού.

Η λειτουργική ανταγωνιστικότητα έχει οριστεί ως ο βαθμός ευκολίας με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται, αισθάνονται ή συμπεριφέρονται σε ταύτιση με το περιβάλλον τους καθώς και η δαπάνη της ενέργειάς τους. Η καλή κατάσταση της υγείας σχετίζεται επίσης, με τον βαθμό της αυτοσυντήρησης, την διανοητική κατάσταση, την συναισθηματική κατάσταση, την κοινωνική δραστηριότητα και την συμπεριφορά ως προς τον κόσμο και τον εαυτό κάποιου ανθρώπου.

Η υγεία και η λειτουργική ικανότητα είναι σημαντικοί παράγοντες στην ποιότητα της κοινωνικής ζωής των ατόμων. Το επίπεδο της λειτουργικής ικανότητας καθορίζει τον βαθμό κατά τον οποίο μπορούμε να δραστηριοποιηθούμε στην κοινωνία, τον βαθμό κατά τον οποίο μπορούμε να συμμετέχουμε σε κοινωνικά δρώμενα και γενικότερα να αναβαθμίσουμε τις ζωές μας και αυτές του οικογενειακού μας περιβάλλοντος.

Πληθυσμιακές ομάδες της ίδιας εθνικότητας διαχωρίζονται συχνά από σημαντικές διαφορές στην παθογένεια, θνησιμότητα και λειτουργική ικανότητα. Στοιχεία ερευνών υποδεικνύουν ότι το επίπεδο μόρφωσης είναι κύριος παράγοντας στον καθορισμό ανομοιοτήτων στην υγεία ανάμεσα στις ομάδες. Η μόρφωση από την μεριά της, συνδέεται με το εισόδημα, την εργασία, τις συνθήκες εργασίας, τον τρόπο ζωής. Ένας καθοριστικός παράγοντας για τις ευκαιρίες στην ζωή των ανθρώπων, είναι η οικονομική τους κατάσταση (WHO and HP, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ

Ο Caspersen (1985), ισχυρίστηκε ότι, τόσο η Φυσική Δραστηριότητα όσο και η Άσκηση εμπεριέχουν κινήσεις του σώματος, μέσω των σκελετικών μυών, που οδηγούν σε κατανάλωση ενέργειας (Μουζακίδης, 1998).

Επιστημονικά, ο όρος Φυσική Δραστηριότητα ορίζεται σαν το σύνολο όλων των δραστηριοτήτων που επιτελεί κάποιος στην καθημερινή του ζωή (οικιακών, αθλητικών, αναψυχής, επαγγελματικών, κοινωνικών και πνευματικών) και έχει ως αποτέλεσμα τη δαπάνη ενέργειας. Γενικά, προσδιορίζεται ως λειτουργία κατανάλωσης θερμίδων στη μονάδα του χρόνου κατά την εργασία ή την δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου. Η φυσική δραστηριότητα περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως η βόλτα στα μαγαζιά, το σκάψιμο του κήπου, το πλύσιμο των παραθύρων, άσκηση σε γυμναστήριο, επισκέψεις σε φίλους κλπ.

Η (Σωματική) Άσκηση, από την άλλη πλευρά, περιέχει σχεδιασμένες επαναλαμβανόμενες και δομημένες δραστηριότητες, με συγκεκριμένη συχνότητα, διάρκεια και ένταση, ανάλογα με τον επιδιωκόμενο στόχο. Η άσκηση, θα πρέπει να θεωρείται υποκατηγορία της φυσικής δραστηριότητας και είναι σχεδιασμένη ή δομημένη για να αντιμετωπίσει καταστάσεις που έχουν σχέση με την υγεία, τη φυσική κατάσταση ή αθλητικούς καθαρά σκοπούς (Μουζακίδης, 1998). Στις έρευνες όμως που έχουν γίνει, οι δύο όροι συναντώνται ως ταυτόσημοι σε γενικές γραμμές, και έτσι θα εννοούνται και σε αυτή την εργασία.

Φυσική Δραστηριότητα και τα οφέλη της σε Ηλικιωμένο Πληθυσμό

Είναι αναγνωρισμένο ότι η φυσική δραστηριότητα έχει προληπτικές και θεραπευτικές συνέπειες, όταν οι μορφές τις υιοθετούνται από νωρίς στη ζωή. Τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει ένας ηλικιωμένος από την συμμετοχή του σε δραστηριότητες φυσικής αγωγής περιλαμβάνουν βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας, της υγείας και της ποιότητας της ζωής του με αντίστοιχα, μείωση στα έξοδα για την φροντίδα της υγείας τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Τα χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός χρόνιων ασθενειών που συχνά συνοδεύεται, με το πέρασμα των χρόνων δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο. Οι αρρώστιες και οι συναφείς μειονεξίες μειώνουν το επίπεδο της φυσικής κατάστασης, το οποίο διαδοχικά δημιουργεί αρνητικά αποτελέσματα στην λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων και ενισχύουν τις μειονεξίες που προκαλούνται από τις αρρώστιες. Αντίθετα, ένας μεγαλύτερος βαθμός φυσικής δραστηριοποίησης μπορεί να συμβάλει στην προφύλαξη από πολλές αρνητικές επιδράσεις της γήρανσης στις καθημερινές δραστηριότητες και στην υγεία, και να οδηγήσει το άτομο σε ένα μονοπάτι αυξανόμενης βελτίωσης. Ακόμη μέσα από την συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες οι ηλικιωμένοι μπορούν να βελτιώσουν και να προφυλάξουν την πνευματική τους υγεία από συμπτώματα κατάθλιψης ιδιαίτερα αυτοί που πάσχουν από άνοια. Η αυξημένη αίσθηση της ευεξίας που προκύπτει από την συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα, για παράδειγμα, αερόβιας άσκησης, σε συνδυασμό με την οξυγόνωση του εγκεφάλου και την αύξηση της νευρικής κυκλοφορίας, βοηθά τα άτομα να ανακτήσουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμησή τους (WHO, 1998).

Είναι αξιοσημείωτο ότι, πολλά από τα παραπάνω οφέλη της φυσικής δραστηριότητας απαιτούν συχνή και διαρκή συμμετοχή και ότι η επίδρασή τους μπορεί να αντιστραφεί από μια πιθανή μεταβολή σε κατάσταση αδράνειας. Η συχνή φυσική δραστηριότητα,

- ❖ Ενισχύει ένα καλό επίπεδο φυσικής υγείας,
- ❖ Βελτιώνει συνολικά την φυσική και ψυχολογική υγεία,
- ❖ Βοηθά στην διαφύλαξη της αίσθησης της ανεξαρτησίας,
- ❖ Βοηθά στον έλεγχο ανεπιθύμητων καταστάσεων όπως στρες, παχυσαρκία και ασθeneιών όπως ο διαβήτης και υπερχοληστερολαιμία,
- ❖ Βοηθά να περιοριστούν οι συνέπειες διαφόρων μειονεξιών σε ικανοποιητικό βαθμό και επίσης να συμβάλει θετικά στον χειρισμό επίπονων καταστάσεων,
- ❖ Μπορεί να συμβάλει στην αλλαγή των στερεοτυπικών αντιλήψεων για την 3^η ηλικία (WHO, 1996).

Ηλικιωμένοι και άσκηση

Στα άτομα της τρίτης ηλικίας δεν επιδιώκεται μέσω της άσκησης, η αύξηση των σωματικών επιδόσεων, για να βελτιωθούν αθλητικά επιτεύγματα ή ρεκόρ, αλλά για να συντηρηθεί και να ενεργοποιηθεί η υπαρκτή, αλλά συνήθως περιορισμένη, σωματική επίδοση. Η αύξηση της σωματικής επίδοσης έχει σκοπό την ανάπτυξη της ικανότητας του ανθρώπου να ανταποκρίνεται άκοπα στις απαιτήσεις της καθημερινότητας και να αποκτήσει την σιγουριά των κινήσεών του, ώστε να μεγαλώσει την ακτίνα δράσης του και προπαντός να μην την ελαττώσει (Σπαντιδάκης, 1994).

Με την κινητική δραστηριότητα των ηλικιωμένων δεν επιζητείται η παράταση της ζωής, αλλά η ποιότητά της, για όσα χρόνια απομένουν. Με την βελτίωση της

ψυχοσωματικής ισορροπίας και την βελτίωση των επιδεξιότητων τους, οι ηλικιωμένοι μπορούν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία καταστάσεις ανάγκης και να κάνουν την παρουσία τους ευχάριστη, ακόμη δε και χρήσιμη.

Βασικές προϋποθέσεις στην εφαρμογή των ασκήσεων για τους ηλικιωμένους είναι:

α) να προσαρμόζονται στην πνευματική και σωματική κατάσταση κάθε ηλικιωμένου ή ηλικιωμένης,

β) να αποβλέπουν στην βελτίωση των διαφόρων λειτουργιών του οργανισμού και κυρίως της κυκλοφορίας και της αναπνοής,

γ) να υπάρχει κάποιος τόνος ψυχαγωγίας και να γίνονται, όταν είναι δυνατό στο ύπαιθρο (Τσουνίας, 1993).

Αρχές για την περιγραφή σωματικής άσκησης στους ηλικιωμένους

Είναι ακατάλληλο και επικίνδυνο να εφαρμόζονται από όλους τους ηλικιωμένους γενικού τύπου ασκήσεις. Στοιχεία όπως, οι ατομικές διαφορές στον τομέα της υγείας, η φυσική κατάσταση και η προηγούμενη ενασχόληση με σωματικές δραστηριότητες απαιτούν οι οδηγίες για σωματική άσκηση να προσαρμόζονται στις ανάγκες του κάθε ανθρώπου ξεχωριστά. Τα άτομα τρίτης ηλικίας πρέπει να ενθαρρύνονται να αναζητούν πληροφορίες από κάποιον ειδικό σε θέματα υγείας ή από κάποιον καθηγητή φυσικής αγωγής ο οποίος θα μπορέσει να σχεδιάσει ένα καθαρά ατομικό πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας σύμφωνα με τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων προτιμούν την καθιστική ζωή επειδή έχουν την λανθασμένη αντίληψη ότι δεν μπορούν να συμμετάσχουν κανονικά σε κάποια φυσική δραστηριότητα. Ενώ για ένα πολύ μικρό ποσοστό ατόμων η συμμετοχή σε σωματική άσκηση είναι ιατρικά επιβεβλημένη (Stone, 1987), η πλειοψηφία

των ηλικιωμένων μπορεί να ωφεληθεί από την συμμετοχή σε οποιαδήποτε μορφή φυσικής δραστηριότητας (WHO, 1997).

Οι οδηγίες που δίνει το Αμερικάνικο Κολλέγιο για την Ιατρική της Άθλησης (1995), υποστηρίζει ότι εξαιτίας του μεγάλου εύρους των επιπέδων υγείας και φυσικής κατάστασης που παρατηρείται στους ηλικιωμένους, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην περιγραφή ασκήσεων. Οι κατευθυντήριες γραμμές υποστηρίζουν ότι, για τα περισσότερα άτομα της τρίτης ηλικίας ένα καλά διαμορφωμένο πρόγραμμα ασκήσεων πρέπει να αποτελείται από ασκήσεις για το καρδιαγγειακό, την ευλυγισία, την αντοχή.

Καθώς από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτή η σπουδαιότητα του εξατομικευμένου προγράμματος άσκησης, μπορούμε να διατυπώσουμε κάποια σχόλια σχετικά με τις αρχές που πρέπει να το διέπουν.

A) Διάθεση Ενεργητικότητας / Δραστηριότητας

Η χαμηλή ένταση, οι ρυθμικές δραστηριότητες, που δραστηριοποιούν τις μεγάλες μυϊκές ομάδες όπως, το περπάτημα, το jogging, η ποδηλασία, το κολύμπι είναι ευνοϊκότερα για να ενισχύσουν την αερόβια ικανότητα. Ακόμη ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων λαμβάνει μέρος σε δραστηριότητες όπως διάφοροι τύποι χορού και προπόνηση με βάρη. Είναι βέβαιο, ότι μερικές από αυτές τις δραστηριότητες δεν είναι κατάλληλες για όλους τους ηλικιωμένους, αλλά πολλοί από αυτούς μπορούν να αποκομίσουν σημαντικά οφέλη στην φυσική τους κατάσταση και πολύ διασκέδαση από αυτές (ACSM, 1995).

B) Συχνότητα προπόνησης / άσκησης

Για να διασφαλιστεί ένα καλό και αξιόπιστο αποτέλεσμα εξάσκησης, είναι απαραίτητες 2 με 3 προπονήσεις κάθε βδομάδα (ACSM, 1995). Παρόλα αυτά, αυτοί που ασκούνται από συνήθεια αθλούνται ακόμη και 5 με 6 μέρες την βδομάδα χωρίς αντίθετα

αποτελέσματα (ACSM, 1995). Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι πολλά από τα ψυχολογικά, κοινωνικά οφέλη καθώς και αυτά της φυσικής κατάστασης απαιτούν συνεχή και διαρκή συμμετοχή γιατί διαφορετικά θα υπάρξουν αρνητικά αποτελέσματα.

Διάρκεια της εξάσκησης

Τα περισσότερα προγράμματα άσκησης είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να διαρκούν περίπου 45 λεπτά με 1 ώρα. Αυτή η διάρκεια διαιρείται σε 15 με 20 λεπτά για ζέσταμα και διατακτικές ασκήσεις, 20 με 30 λεπτά για αερόβιες ασκήσεις και 10 λεπτά για αποθεραπεία. Εφόσον αυτή η διάταξη είναι ευέλικτη, υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν ότι το στοιχείο της αερόβιας άσκησης στα προγράμματα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 20 λεπτά για να αποκομιστούν ευνοϊκότερα καρδιαγγειακά οφέλη (Spirduso, 1995).

Ένταση της εξάσκησης

Επικρατεί μια λαθεμένη άποψη, η οποία υποστηρίζει ότι η υψηλή ένταση εξάσκησης είναι απαραίτητη για να πετύχει κάποιος μια σημαντική μεταβολή στην φυσική του κατάσταση. Τέτοιου είδους παρανοήσεις διαιωνίζουν μια αρνητική διάθεση για την άσκηση και καταλήγουν στην αποφυγή ευεργετικών και ευχάριστων αποτελεσμάτων σε ένα μεγάλο αριθμό ατόμων. Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μια ευρύτατη συζήτηση σχετικά με την χρησιμότητα των παραδοσιακών οδηγιών σωματικής άσκησης, όταν εφαρμόζονται σε άτομα που κάνουν μια καθιστική ζωή (Blair, 1994). Για να επιτευχθεί ένα σωστό αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι πρέπει να ενθαρρύνονται να αυξάνουν, απλά, το επίπεδο δραστηριότητάς τους χωρίς να ακολουθούν μονοκόμματα οδηγίες για την σωματική άσκηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΑΛΤΧΑΙΜΕΡ

Τι είναι άνοια;

Ο όρος «άνοια» αναφέρεται σε μια σειρά συμπτωμάτων που παρουσιάζουν άτομα με νοσήματα που καταστρέφουν τα εγκεφαλικά κύτταρα. Τα συμπτώματα αυτά είναι: πρωτίστως απώλεια της μνήμης και ακολούθως διαταραχή των υπολοίπων νοητικών λειτουργιών όπως είναι η προσοχή, η συγκέντρωση, ο λόγος, η σκέψη. Αποτέλεσμα αυτής της παθολογικής διεργασίας είναι η σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί ικανοποιητικά στην καθημερινή ζωή και, τελικά, η πλήρης αποδιοργάνωση της προσωπικότητάς του. Πολύ συχνά, ο όρος «άνοια» χρησιμοποιείται λανθασμένα από το ευρύ κοινό και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης ως συνώνυμος της νόσου Alzheimer. Η άνοια είναι ένας περιγραφικός, γενικός όρος, ενώ η νόσος Alzheimer είναι μια συγκεκριμένη ασθένεια, η οποία ευθύνεται για περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις άνοιας. Η αμέσως επόμενη σε συχνότητα άνοια είναι η αγγειακή άνοια, η οποία προκαλείται από πολλαπλά εγκεφαλικά επεισόδια, μικρά η μεγάλα. Άλλες μορφές άνοιας οφείλονται σε σπανιότερα αίτια, όπως π.χ η νόσος με σωματίδια Lewy, η νόσος Πάρκινσον κ.α.

Είναι η απώλεια της μνήμης σύμπτωμα του φυσιολογικού γήρατος;

Στο παρελθόν ήταν κοινή η πεποίθηση ότι η απώλεια μνήμης είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης του οργανισμού. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις ανθρώπων που εκ των υστέρων εκτιμούμε ότι έπασχαν από νόσο Alzheimer, αλλά δεν έτυχαν ιατρικής παρακολούθησης ακριβώς επειδή θεωρήθηκε από τους οικείους τους ότι απλά γέρασαν και

«τα έχασαν». Αν και το θέμα ερευνάται ακόμη, σήμερα δεχόμαστε ότι στην φυσιολογική διεργασία του γήρατος περιλαμβάνονται και οι δυσκολίες μνήμης. Το επίπεδο, όμως, της λειτουργίας της μνήμης στους μη ανοϊκούς ηλικιωμένους είναι επαρκώς υψηλό, επιτρέποντας τους να βιώνουν την καθημερινότητά τους χωρίς ιδιαίτερα λειτουργικά προβλήματα. Αντίθετα, η μνήμη και η λειτουργικότητα των ασθενών με νόσο Alzheimer είναι ξεκάθαρα επηρεασμένες και επιδεινώνονται σταθερά.

Τι είναι η νόσος Alzheimer

Η νόσος Alzheimer ευθύνεται για το 60% των περιπτώσεων της άνοιας. Σε γενικές γραμμές, είναι μια άγνωστη αιτιολογίας, εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου. Τα αρχικά συμπτώματα περιλαμβάνουν ήπια έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών, που συχνά περνούν απαρατήρητα τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από τα μέλη της οικογένειάς του. Όσο, όμως, εξελίσσεται η νόσος, επηρεάζονται σταδιακά και οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, δηλαδή οι κοινωνικές σχέσεις η διαχείριση των οικονομικών, η οδήγηση, η φροντίδα του εαυτού. Με την πάροδο του χρόνου οι δυσκολίες αυτές γίνονται τόσο σοβαρές, ώστε ο ασθενής να εξαρτάται ολοκληρωτικά από τους άλλους. Στα παραπάνω συμπτώματα μπορούμε να προσθέσουμε και διαταραχές στην συμπεριφορά, απάθεια ή επιθετικότητα, διαταραχές ύπνου και όρεξης και υπερκινητικότητα. Στον εγκέφαλο των ασθενών που πάσχουν από νόσο Alzheimer ανευρίσκονται χαρακτηριστικά παθολογοανατομικά ευρήματα, όπως «οι γεροντικές πλάκες» και οι «νευροϊνιδιακοί σχηματισμοί» που εντοπίζονται σε συγκεκριμένες περιοχές, υπεύθυνες για την μνήμη και την μάθηση. Η νόσος εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, ενώ είναι σχετικά σπάνια σε μικρότερες ηλικίες.

Ποια είναι η συχνότητα της νόσου Alzheimer

Η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία. Εμφανίζεται στο 5%-10% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, ενώ μετά την ηλικία των 85 ετών, η πιθανότητα εμφάνισης είναι 1 στα 3 άτομα. Επομένως, η συχνότητα στον γενικό πληθυσμό είναι αρκετά μεγάλη, ώστε δεν είναι σπάνιο να πάσχουν 2 ή περισσότερα μέλη μιας οικογένειας. Η μεγάλη αύξηση του αριθμού των ανοϊκών ασθενών αποτελεί αναπόφευκτο επακόλουθο της γήρανσης του γενικού πληθυσμού, λόγω αύξησης του μέσου όρου ζωής.

Κληρονομικότητα και εξέλιξη της νόσου

Στην συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, η νόσος Alzheimer δεν κληρονομείται. Κληρονομική προδιάθεση αναγνωρίζεται σε ποσοστό 20% των ατόμων που πάσχουν. Στις περιπτώσεις αυτές η ηλικία έναρξης της νόσου είναι σχετικά μικρή, μεταξύ 40 και 60 ετών.

Η φυσική πορεία της νόσου οδηγεί τον/την πάσχοντα στο θάνατο. Η εκφύλιση του εγκεφάλου αρχικά περιορίζεται σε δομές που σχετίζονται με την μνήμη και τις νοητικές λειτουργίες γενικότερα. Στην συνέχεια, όμως, επεκτείνεται σταθερά σε ευρύτερες περιοχές του εγκεφάλου, επηρεάζοντας σταδιακά όλες τις λειτουργίες και τα συστήματα του σώματος. Η πιο συχνή αιτία θανάτου των ανοϊκών ασθενών είναι οι λοιμώξεις, γιατί καθώς η νόσος εξελίσσεται, το ανοσολογικό σύστημα, όπως και ο οργανισμός συνολικά, είναι αποδυναμωμένα.

Συμπτώματα της νόσου Alzheimer

Η νόσος Alzheimer εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους, που εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το πώς ήταν ο ασθενής πριν τη νόσο (ως προσωπικότητα, φυσική κατάσταση και

τρόπο ζωής). Τα συμπτώματα μπορούν να γίνουν καλύτερα κατανοητά στο πλαίσιο των τριών σταδίων εξέλιξής της: ήπια, μέτρια και σοβαρή νόσος.

Τα στάδια χρησιμεύουν ως οδηγός για το μέλλον και βοηθούν τους φροντιστές να γνωρίζουν εκ των προτέρων τα πιθανά προβλήματα και να προγραμματίζουν τις ανάγκες φροντίδας. Σε κανένα άτομο, η εξέλιξη της νόσου δεν θα είναι πανομοιότυπη με των υπολοίπων. Ορισμένα από τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου. Επίσης, σε όλα τα στάδια μπορεί να εμφανιστούν σύντομες περιόδους διαύγειας.

Ήπια νόσος

Το στάδιο αυτό συχνά παραβλέπεται και αναγνωρίζεται λανθασμένα από τους επαγγελματίες υγείας, τους συγγενείς, και τους φίλους ως σύμπτωμα της ηλικίας. Καθώς η εξέλιξη της νόσου είναι σταδιακή, είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί ο ακριβής χρόνος έναρξής. Το άτομο με ήπια νόσο μπορεί:

- Να εμφανίζει δυσκολίες να κατονομάσει πρόσωπα και αντικείμενα.
- Να εμφανίζει απώλεια μνήμης, ιδίως της πρόσφατης.
- Να χάνει την αίσθηση του χρόνου.
- Να εμφανίζει δυσκολία στην λήψη αποφάσεων.
- Να μην αναπτύσσει πρωτοβουλίες και να μην έχει κίνητρα.
- Να εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης και εκνευρισμό.

- Να χάνει το ενδιαφέρον του για τις μέχρι τότε ασχολίες του και δραστηριότητές του.

Μέτρια νόσος

Καθώς η νόσος εξελίσσεται, τα προβλήματα γίνονται πιο εμφανή και περιοριστικά. Ο ασθενής με μέτρια νόσο Alzheimer:

- Ξεχνάει συστηματικά πλέον, ιδίως τα πρόσφατα γεγονότα και τα ονόματα προσώπων.
- Δεν είναι πλέον σε θέση να ζει μόνος του χωρίς προβλήματα.
- Δεν είναι σε θέση να μαγειρέψει, καθαρίσει ή να κάνει ψώνια.
- Χρειάζεται βοήθεια με την προσωπική του υγιεινή, π.χ. τουαλέτα, πλύσιμο και ντύσιμο.
- Έχει αυξημένη δυσκολία στην ομιλία, αναζητά λέξεις ή χρησιμοποιεί κάποιες λανθασμένα.
- Χάνεται μέσα στο σπίτι ή στην γειτονιά του.
- Εμφανίζει «ακατάλληλες» ή απρόβλεπτες συμπεριφορές.
- Ακούει, βλέπει ή «ζει» πράγματα που δεν υπάρχουν πραγματικά.

Σοβαρή νόσος

Στο στάδιο αυτό, ο ασθενής είναι απολύτως εξαρτημένος και αδρανής. Οι διαταραχές της μνήμης είναι πολύ σοβαρές, ενώ οι σωματικές συνέπειες της νόσου είναι πλέον εμφανείς. Ο ασθενής με σοβαρή νόσο:

- Αδυνατεί να φάει μόνος του.
- Δεν αναγνωρίζει τους συγγενείς, τους φίλους ή οικεία αντικείμενα.
- Δυσκολεύεται να κατανοήσει ή να ερμηνεύσει τα γεγονότα.
- Δεν είναι σε θέση να βρει τον δρόμο του μέσα στο σπίτι.

- Δυσκολεύεται να περπατήσει.
- Έχει ακράτεια ούρων και κοπράνων.
- Εμφανίζει ανάρμοστες συμπεριφορές.
- Μπορεί να είναι καθηλωμένος στο κρεβάτι ή σε αναπηρικό καροτσάκι.

Έγκαιρη διάγνωση

Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση βοηθά τον φροντιστή να είναι καλύτερα προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει την νόσο και να γνωρίζει τι πρέπει να περιμένει. Η σωστή διάγνωση είναι προϋπόθεση μιας αποτελεσματικής θεραπείας. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κάποια απλή διαγνωστική δοκιμασία. Η αρχική διάγνωση της νόσου Alzheimer γίνεται από τους ίδιους τους φροντιστές (στενοί συγγενείς ή φίλοι) που αξιολογούν πρώτοι τα προβλήματα που παρουσιάζει ο δικός τους άνθρωπος. Η επίσημη διάγνωση μπορεί να γίνει στην συνέχεια από τον γιατρό, με την λήψη του ιατρικού ιστορικού σε συνδυασμό με εξέταση της σωματικής και νοητικής κατάστασης και παρακλινικών εξετάσεων. Είναι σημαντικό, ωστόσο, να εξαιρεθούν άλλες παθήσεις ή νόσοι που είναι πιθανό να προκαλούν απώλεια μνήμης.

Υπάρχει θεραπεία για την νόσο Αλτσχάιμερ;

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ριζική θεραπεία για την νόσο. Υπάρχουν, όμως, φάρμακα που αναστέλλουν και καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου, ιδίως αν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια. Οι ασθενείς σε θεραπεία παρουσιάζουν πολύ βραδύτερη επιδείνωση σε σχέση με αυτούς που δεν λαμβάνουν θεραπεία, η ποιότητα ζωής τους είναι σαφώς καλύτερη, ενώ γίνεται ευκολότερη η φροντίδα τους και μικρότερο το βάρος για τις οικογένειές τους.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι όσο πιο γρήγορα ξεκινήσει η θεραπεία, τόσο μεγαλύτερο θα είναι και το θεραπευτικό όφελος για τους ασθενείς.

Η σημαντικότερη κατηγορία φαρμάκων για την θεραπεία της νόσου είναι οι αναστολείς ακετυλοχολινεστεράσης: donepezil, ριβαστιγμίνη και γκαλανταμίνη. Τελευταία, υπάρχει ακόμα ένα φάρμακο, η μεμαντίνη, με διαφορετικό μηχανισμό δράσης. Επιπλέον, υπάρχουν φάρμακα και στρατηγικές που μπορεί να ανακουφίσουν την κατάθλιψη, την επιθετικότητα τον αρνητισμό και τις λοιπές προβληματικές συμπεριφορές της νόσου (Εταιρεία νόσου Alzheimer & συναφών διαταραχών, 2002).

Υποδείξεις για την εφαρμογή προγραμματίων άσκησης

Ο θεμέλιος λίθος για την διαμόρφωση ενός προγράμματος άσκησης για άτομα με άνοια και Alzheimer είναι η συνέπεια και η υπομονή. Ο επιβλέπων των ασκήσεων πρέπει συνεχώς να προσφέρει λεκτική ενθάρρυνση και υποστήριξη για να διατηρήσει το ενδιαφέρον του κάθε ηλικιωμένου για το πρόγραμμα.

Κατά την διάρκεια του πρώτου σταδίου της νόσου, απλές ασκήσεις όπως το περπάτημα και ρυθμικές ασκήσεις σώματος είναι προτιμότερα από πιο σύνθετες ρουτίνες.

Στο δεύτερο στάδιο το κύριο πρόβλημα έγκειται στην συμπεριφορά του ηλικιωμένου. Εξαιτίας της προχωρημένης απώλειας της μνήμης κατά την διάρκεια αυτού του σταδίου ο ασθενής ίσως χρειαστεί την βοήθεια κάποιου προσωπικού γυμναστή. Επίσης, είναι συχνά τα φαινόμενα του απότομου ξεσπάσματος θυμού καθώς και της φυσικής επίθεσης σε αυτό το στάδιο. Ο γυμναστής λοιπόν, πρέπει μέσα από αυτή την ταραχή του ασθενούς, να βρει πρόσφορο έδαφος και να δουλέψει με την βοήθεια του συντρόφου ή κάποιου άλλου μέλους της οικογένειας.

Κατά την διάρκεια του προχωρημένου και τελικού σταδίου, είναι απαραίτητη η συνεχής επίβλεψη όπως επίσης και η προσωπική βοήθεια από ειδικό γυμναστή. Η ικανότητα ομιλίας του ασθενούς μειώνεται θεαματικά και η επικοινωνία του με άλλους γίνεται εξαιρετικά δύσκολη. Το πρόγραμμα εξάσκησης, συνεπώς, που θα διαμορφωθεί πρέπει να είναι εξατομικευμένο, σύμφωνα με τις ατομικές ανάγκες του καθενός. Μια ποικιλία από κινητικές ασκήσεις και ασκήσεις ενδυνάμωσης πρέπει να είναι ο κύριος στόχος σε αυτό το στάδιο.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι είναι σύνηθες το φαινόμενο τα άτομα με νόσο Alzheimer να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα νευρικότητας και ταραχής στο τέλος της ημέρας. Γι' αυτό τον λόγο το πρόγραμμα εξάσκησης θα πρέπει να διεξάγεται στην διάρκεια των πρώτων ωρών της μέρας, προτιμότερο το πρωινό, όπου συνήθως το επίπεδο ανησυχίας των ασθενών είναι χαμηλότερο.

Όσο αφορά το επίπεδο της έντασης ενός προγράμματος εξάσκησης, σε όλα τα στάδια της νόσου, αποτελεί δευτερεύοντα παράγοντα, με πρωτεύοντα την συχνότητα και την διάρκεια. Το κλειδί για την εργασία με τέτοιου είδους ασθενείς, είναι να τους κρατήσουμε δραστήριους(ACSM, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η νόσος Alzheimer επηρεάζει τη φυσική λειτουργία των ατόμων. Αν και δίνεται ελάχιστη προσοχή στη σχέση ανάμεσα στα δυο όλες οι μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια αντιθετική σχέση ανάμεσα στα δυο αυτά. Για παράδειγμα άτομα με Alzheimer παρουσιάζουν σημάδια υποσίτισης, η κινητικότητα τους, η σωματική τους φροντίδα, η ικανότητα τους να διαχειριστούν θέματα νοικοκυριού μειώνονται ραγδαία μέσα σε ένα χρόνο, σε σύγκριση με συνομηλίκους τους που βρίσκονται σε μια καλή σωματική κατάσταση. Σε αντίθεση με την γνωστική απώλεια της νόσου Alzheimer, η σωματική υγεία, η αστάθεια, οι μικροτραυματισμοί μπορούν να βελτιωθούν με την κατάλληλη πρόληψη και παρέμβαση. Με βάση τη μελέτη του Teri και των συνεργατών του (1998), υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι τα άτομα με Alzheimer μπορούν να συμμετάσχουν με τους φροντιστές τους σε σχεδιασμένα προγράμματα, προκειμένου να βελτιώσουν την ισορροπία, την ευλυγισία και την αντοχή τους και έτσι να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, το μορφωτικό επίπεδο, η παρουσία του γονότυπου E παραμένουν οι μοναδικοί αποδεδειγμένοι παράγοντες που ευθύνονται για τη νόσο Alzheimer. Ένας αριθμός στοιχείων υποστηρίζουν το ρόλο της σωματικής άσκησης σαν μέσο συντήρησης της γνωστικής λειτουργίας. Η σωματική άσκηση μπορεί να συντηρήσει την πλαστικότητα των νευρώνων, να απελευθερώσει ορμόνες που βοηθούν στη δημιουργία και τη λειτουργία των νευρώνων, να βοηθήσει στη μείωση της καρδιαγγειακής πίεσης, συντελώντας στη διατήρηση ή βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας. Επίσης δραστηριοποιεί τη μάθηση, απαιτεί οργάνωση, ικανότητες μνήμης, προγραμματισμό να εναλλάσσεται κανείς ανάμεσα σε δραστηριότητες. Εναλλακτικά η σωματική άσκηση είναι

δείκτης υγιούς τρόπου ζωής που καταλήγει σε μικρότερη έκθεση σε παράγοντες που επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία και προκαλούν γεροντική άνοια. Επιπλέον η συμμετοχή σε ένα διαφορετικό αριθμό δραστηριοτήτων μπορεί να είναι το ίδιο ή και περισσότερο σημαντικό από τη συχνότητα, την ένταση ή τη διάρκεια μιας σωματικής άσκησης (Podewills, et al., 2005).

Οι μελέτες που ακολουθούν πέρα από την αναγνωρισμένη αξία της σωματικής άσκησης θέτουν και δυο ακόμη παραμέτρους. Πρώτον τις κοινωνικές δραστηριότητες και τις δραστηριότητες αναψυχής όπως ταξίδια, θεατρικές-κινηματογραφικές παραστάσεις, παιχνίδια, κηπουρική, μαγειρική, σύλλογοι κ.ά. Δεύτερον τις γνωστικές-νοητικές δραστηριότητες όπως ζωγραφική, διάβασμα, συγγραφή κ.ά. Η διαδικασία της νοητικής διέγερσης προωθεί τη σταθερότητα ή διεύρυνση της γνωστικής ικανότητας. Η συμμετοχή σε παραγωγικές ή κοινωνικές δραστηριότητες έχει βρεθεί ότι συνδέεται με αυξημένη διατήρηση της μνήμης και βοηθά στην αυτοεκτίμηση και στην εικόνα της χρησιμότητας που διαμορφώνει ο καθένας για τον εαυτό του. Και οι δυο μελέτες κατέγραψαν και δημιούργησαν προγράμματα για φυσιολογικούς ηλικιωμένους. Τα πρώτα περιστατικά ηλικιωμένων που εμφάνισαν σημάδια γεροντικής άνοιας ήταν μετά από 4 και 6 χρόνια αντίστοιχα (Laurin, Lindsay, Macpherson, Rockwood, Verreault, 2001, ; Fratiglioni, Karp, Wang, Winblad, 2002).

Η άσκηση περισσότερο από μια ώρα κάθε μέρα μπορεί να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να αποφύγουν μια μείωση στις νοητικές τους ικανότητες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μελέτης στην Ολλανδία. Ο συσχετισμός στην ίδια μελέτη (Schuit and colleagues from the NIPHE, 2001) ανάμεσα στην απραξία και στη νοητική έκπτωση ήταν ιδιαίτερα υψηλή στα άτομα που έφεραν το επονομαζόμενο γονίδιο Alzheimer. Τα άτομα

αυτά κινδύνευαν 4 φορές περισσότερο από τους υπόλοιπους να εμφανίσουν νοητική έκπτωση.

Σε μια έρευνα που έγινε σε μεγάλο δείγμα του πληθυσμού του Καναδά από το Καναδικό Ινστιτούτο Υγείας και Γηριατρικής (Anderson, Lindsay, 2004) έδειξε τα ποσοστά ατόμων που έπασχαν από Alzheimer ήταν μεγαλύτερα για τις γυναίκες, ενώ για την αγγειακή άνοια ήταν υψηλότερα για τους άνδρες. Ο κίνδυνος για Alzheimer μεγάλωνε με το πέρασμα του χρόνου, το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και το γονότυπο E. Η συχνή σωματική άσκηση, η χρήση μη στεροειδών και αντιφλεγμονώδων φαρμάκων, η κατανάλωση κρασιού και ο εμβολιασμός ελάττωναν τον κίνδυνο.

Σε μια ακόμη μελέτη για τη φυσική δραστηριότητα και την γνωστική ικανότητα στους ηλικιωμένους (Moul, Goldman, Warren, 1995) ένας ικανοποιητικός αριθμός μετρήσεων έδειξε ότι οι εκπτώσεις στη γνωστική λειτουργία που σχετίζονται με την ηλικία οφείλονται σε καθήκοντα που απαιτούν κοπιαστική επεξεργασία παρά σε αυτά που σχετίζονται με την αυτόματη επεξεργασία.

Σε ανασκοπική εργασία που πραγματοποιήθηκε από τους Fratiglioni, Paillard-Borg, και Winbald (2004) και αφορούσε τις κυριότερες και πιο εμπειριστατωμένες μελέτες που έχουν γίνει για την γεροντική άνοια, βγήκε ένα κοινό συμπέρασμα. Τα τρία στοιχεία του τρόπου ζωής : κοινωνικό, νοητικό, σωματικό φαίνεται να έχουν κοινούς «δρόμους» παρά συγκεκριμένους μηχανισμούς. Οι δρόμοι δεν είναι ανεξάρτητοι, αλλά πολλές φορές δρουν ταυτόχρονα. Η ανασκόπηση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ένας δραστήριος και κοινωνικός τρόπος ζωής από τη μέση ηλικία και μετά, προστατεύει ενάντια στη γεροντική άνοια. Παρόλα αυτά η γενετική προδιάθεση και η έκθεση σε επικίνδυνους παράγοντες εν μέρει μετριάζονται από τους προστατευτικούς παράγοντες.

Τέλος, σε μελέτη του Friedland και των συνεργατών του (2001) βρέθηκε ότι ηλικιωμένοι με νόσο Alzheimer είχαν κατά τη μέση ηλικία μειωμένες δραστηριότητες. Για την ακρίβεια τα αποτελέσματα της μελέτης βρήκαν ότι η μικρή συμμετοχή σε δραστηριότητες κατά τη μέση ηλικία σε συνδυασμό με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και εργασιακό περιβάλλον, είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για να αναπτύξει κάποιος ηλικιωμένος αργότερα γεροντική άνοια ή Alzheimer. Η ίδια μελέτη καταλήγει με το συμπέρασμα ότι η ανθρώπινη δραστηριότητα σχετίζεται άμεσα με την ανθρώπινη επιβίωση. Αυτό το τελευταίο εξηγεί το λόγο για τον οποίο η νόσος Alzheimer δεν εμφανίζεται σε περιοχές όπως η αγροτική Ινδία ή η Νιγηρία.

Παράλληλα, μια μελέτη των Clarkson-Smith, και Hartley (1989), που είχε ως δείγμα μεγάλο αριθμό φυσιολογικών ηλικιωμένων, μεγάλους σε ηλικία, στα αποτελέσματά της παρουσίασε στοιχεία που δείχνουν μια θετική σχέση ανάμεσα στη φυσική δραστηριότητα και στις επιδόσεις τριών τομέων της γνωστικής ικανότητας (συλλογισμός, επεξεργασία, χρόνος αντίδρασης). Τα αποτελέσματα συμπίπτουν με αυτά άλλων συναφών μελετών. Η κατάσταση της υγείας του κάθε ηλικιωμένου δεν επηρέασε στην εκτέλεση των καθηκόντων που έθετε η μελέτη.

Επιπλέον, σε μια σημαντική έρευνα που διεξήχθη από τους Fries, Schneider, Foley, Gavazzi, Burke & Cornelius (1994), και διάρκεσε εννέα χρόνια, βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι που παρακολούθησαν ένα πρόγραμμα άσκησης, παρουσίασαν λιγότερα συμπτώματα ανικανότητας και συνεπώς είχαν λιγότερα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (το 1/4) από τους συνομήλικούς τους οι οποίοι δεν συμμετείχαν σε κανενός είδους φυσική δραστηριότητα.

Πρόσφατα, οι Lautenschlager, Almeida, Flicker, και Janca, (2004), μελέτησαν την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στη γενική υγεία καθώς και στη γνωστική λειτουργία ηλικιωμένων, ασθενών νόσο Alzheimer και φυσιολογικών. Τα αποτελέσματα ήταν εξίσου θετικά και σημαντικά. Βρέθηκε ότι μέσω της φυσικής δραστηριότητας διατηρείται η μυϊκή μάζα, αποτρέπεται η σαρκοπενία, προλαμβάνεται η μείωση του μεταβολισμού, αρνητικές συνέπειες δηλαδή που έρχονται με το πέρασμα του χρόνου. Όσο για τους ασθενείς με νόσο Alzheimer η φυσική δραστηριότητα μπορεί να εμποδίσει την απώλεια βάρους, τις πτώσεις, και να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου. Σχετικά με τη γνωστική λειτουργία, η οξυγόνωση του εγκεφάλου βοηθά στην προστασία του κεντρικού νευρικού συστήματος και για αυτούς που φέρουν το αλληλίο ε4 της απολιποπρωτεΐνης E (ApoE), η ενασχόληση με φυσικές δραστηριότητες μειώνει κατά πολύ το κίνδυνο να αναπτύξουν άνοια ή νόσο Alzheimer .

Την ίδια χρονική περίοδο (2004), ο Scherder και οι συνεργάτες του, σε μελέτη που έγινε σε ηλικιωμένους με μέτρια νοητική δυσλειτουργία, διαπίστωσαν ότι μέσω της φυσικής δραστηριότητας, ανεξάρτητα από το είδος ή την ένταση της δραστηριότητας, βελτιώθηκε η νοητική τους ευελιξία, ο σχεδιασμός, ο σκοπός μιας δράσης. Επίσης βελτιώθηκε κατά πολύ ο βαθμός αυτονομίας τους, γεγονός που καθυστέρησε κατά πολύ τον ιδρυματισμό τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που καθοδήγησαν την συγκεκριμένη έρευνα είναι τα εξής:

- 1) Οι υγιείς ηλικιωμένοι ήταν πιο δραστήριοι και είχαν καλύτερη κοινωνική ζωή από τους ασθενείς με γεροντική άνοια και νόσο Alzheimer.
- 2) Υπάρχει διαφορά στο προφίλ της φυσικής δραστηριότητας μεταξύ φυσιολογικών και ασθενών ηλικιωμένων σε όλους τους τομείς που εξετάζονται.
- 3) Οι ασθενείς που βρίσκονταν σε πρώιμο στάδιο είχαν έναν πιο ενεργητικό τρόπο ζωής από τους υπόλοιπους ασθενείς.

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 60 ηλικιωμένοι, από τους οποίους οι 29 ήταν ασθενείς σε πρώιμο προς μέτριο στάδιο και οι άλλοι 31 ήταν φυσιολογικοί ηλικιωμένοι. Από τους ασθενείς 15 ήταν άντρες και 14 γυναίκες, ηλικίας από 62 έως 88 ετών (Μ.Ο = 75,17, Τ.Α= 6,107), ενώ από τους φυσιολογικούς οι 20 ήταν άντρες και οι 11 γυναίκες, ηλικίας από 65 έως 88 ετών (Μ.Ο = 74,81, Τ.Α = 5,642). Όσον αφορά στους ασθενείς, 15 από αυτούς έπασχαν από άνοια, 13 από την νόσο Alzheimer, και 1 από αγγειακή άνοια. Επίσης, καταγράφηκαν και οι τιμές της γνωστικής ικανότητας (MMSE, Μ.Ο= 22,97, Τ.Α= 4,162), της λειτουργικής ικανότητας (FRSSD, Μ.Ο= 7,17, Τ.Α= 6,263) και της ψυχολογικής κατάστασης (GDS, Μ.Ο= 2,86, Τ.Α= 2,735) των ασθενών.

Όργανα μέτρησης

Στην συγκεκριμένη έρευνα έγινε χρήση του ερωτηματολογίου του Baecke για ηλικιωμένους, δηλαδή ενός ατομικού ερωτηματολόγιου για την αξιολόγηση του βαθμού φυσικής δραστηριότητας σε επίπεδο συνήθειας και ενασχόλησης και αφορούσε το περασμένο έτος. Η έρευνα έγινε με περιληπτική περιγραφή του ερωτηματολογίου εξετάζοντας 3 παράγοντες δραστηριοτήτων: i) Ενασχόληση με τις δουλειές του σπιτιού, ii) ενασχόληση με κάποιο σπορ, iii) δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου. Η ενότητα που αφορούσε τις δραστηριότητες του νοικοκυριού αποτελείτο από ερωτήσεις με εύρος απάντησης που κυμαινόταν ανάμεσα στο πολύ ενεργή μέχρι καθόλου ενεργή. Τα σπορ και οι άλλες δραστηριότητες αναψυχής ερωτούνται ως είδος δραστηριότητας, ώρες ανά εβδομάδα που αφιερώνονται για αυτή και χρονική περίοδος του έτους που εκτελούνται οι δραστηριότητες.

Επίσης, όσον αφορά στους ασθενείς, χρησιμοποιήθηκαν και τα εργαλεία εκτίμησης της γνωστικής (MMSE), λειτουργικής (FRSSD) και ψυχολογικής (GDS) ικανότητας.

Η Σύντομη Κλίμακα Γνωστικής Εκτίμησης (Mini Mental State Examination, MMSE) αποτελεί μια σύντομη (περίπου 10 λεπτά) και εύχρηστη δοκιμασία για την αδρή διάγνωση ενδεχόμενης διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών (Folstein, Folstein, McHugh, 1975; Φουντουλάκης, Τσολάκη, Χατζή, & Κάζης 1994). Είναι αξιόπιστο εργαλείο, γιατί τα αποτελέσματα που δίνει, ακόμα και αν το χειρίζονται διαφορετικοί εξεταστές, ελάχιστα αποκλίνουν μεταξύ τους. Προσδιορίζει ποσοτικά την γνωστική ικανότητα του ατόμου που εξετάζεται και είναι ευαίσθητο σε αλλαγές που συμβαίνουν στο πέρασμα του χρόνου.

Η Κλίμακα Λειτουργικότητας για Συμπτώματα Άνοιας (Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia, FRSSD), (Hutton, Dippel, & Loewenson, 1988; Κουντή, Τσολάκη, Κιοσεόγλου, Κάζης, 1997), βασίζεται σε αναφορές του περιθάλλοντα για την λειτουργικότητα του ασθενή (Hutton, Dippel & Loewenson, 1988; Κουντή, Τσολάκη, Κιοσεόγλου, Κάζης, 1997). Αξιολογεί 14 τομείς της λειτουργικότητας με βάση μια 4βαθμη κλίμακα που εκτείνεται από την αυτοεξυπηρέτηση έως την εξάρτηση του ασθενή από την φροντίδα του περιθάλλοντα και από την συγκρότηση της προσωπικότητας και του εαυτού έως την πλήρη σύγχυση και τον αποπροσανατολισμό.

Η Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale, GDS) (Sheikh, & Yesavage, 1986; Fountoulakis, Tsolaki, et. al, 1999), είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης της διάθεσης. Είναι κλίμακα 15 θεμάτων τα οποία δέχονται μονολεκτικές απαντήσεις (NAI-OXI). Χρησιμοποιείται για την διάγνωση κατάθλιψης σε γηριατρικό πληθυσμό. Στην μελέτη μας, οι ασθενείς βρίσκονται στο ήπιο στάδιο εξέλιξης της νόσου τόσο γνωστικά όσο και λειτουργικά και δεν εμφανίζουν κάποια συμπτώματα κατάθλιψης.

Διαδικασία Μέτρησης

Όσον αφορά στους ασθενείς, οι ερωτήσεις έγιναν στους συγγενείς αυτών σε μορφή δομημένης συνέντευξης. Η ίδια μορφή συνέντευξης ακολουθήθηκε και για τους φυσιολογικούς ηλικιωμένους αλλά οι απαντήσεις δίνονταν από τους ίδιους. Οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος εθελοντικά στην έρευνα και οι πόλεις από τις οποίες συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια των φυσιολογικών ηλικιωμένων ήταν το Ναύπλιο, Άργος και Τρίκαλα. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε σε διαστήματα που οι ηλικιωμένοι

ήταν συγκεντρωμένοι στα κατά τόπους ΚΑΠΗ. Η συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούσαν τους ασθενείς έγινε σε εξειδικευμένο ιατρείο των Αθηνών. Πριν από κάθε συνέντευξη υπήρχε μια ενημέρωση για το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, και μια ενημέρωση από την πλευρά των συγγενών για το ιστορικό του κάθε ασθενή.

Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρησιμοποίηση του στατιστικού πακέτου SPSS 11.0 και περιελάμβανε :

- Έλεγχο σύγκρισης των μέσων τιμών 2 ανεξάρτητων δειγμάτων (independent samples t-test), με ανεξάρτητη μεταβλητή την ομάδα (ασθενείς – υγιείς) και εξαρτημένες μεταβλητές τις οικιακές ασχολίες, τις δραστηριότητες αναψυχής, την ενασχόληση με κάποιο σπορ καθώς και το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου, καθώς και εξέταση τυχόν διαφορών στις μεταβλητές που εξέταζε το ερωτηματολόγιο με βάση την ηλικία και το φύλο.
- Ανάλυση συσχέτισης (Pearson), η οποία εφαρμόστηκε για να διαπιστωθεί εάν η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η γνωστική και λειτουργική ικανότητα και η ψυχολογική κατάσταση σχετίζονται με τους τρεις παράγοντες του ερωτηματολογίου, δηλαδή, τις οικιακές ασχολίες, τις δραστηριότητες αναψυχής, την ενασχόληση με κάποιο σπορ και με το συνολικό σκορ.
- Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) για την εξέταση της επίδρασης στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου του παράγοντα της γνωστικής ικανότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά της μελέτης για ασθενείς και φυσιολογικούς ηλικιωμένους (μέσος όρος και τυπική απόκλιση) ως προς τα σκορ από τις ερωτήσεις που αφορούσαν γενικότερα το νοικοκυριό, την ενασχόληση με κάποιο ή κάποια σπορ, τις δραστηριότητες αναψυχής (ελεύθερου χρόνου) και το συνολικό σκορ από τις παραπάνω δραστηριότητες, το οποίο δείχνει το επίπεδο της Φυσικής Δραστηριότητας των εξεταζομένων.

Πίνακας 1. Περιγραφικά στοιχεία των 4 σκορ του ερωτηματολογίου.

Εξαρτημένες Μεταβλητές	Φυσιολογικοί Ηλικιωμένοι Μ.Ο. (Τ.Α.)	Ασθενείς Ηλικιωμένοι Μ.Ο. (Τ.Α.)
Οικιακές Ασχολίες	1,829 (0,494)	1,659 (0,6)
Ενασχόληση με Σπορ	6,6488 (4,954)	8,38 (3,85)
Δραστηριότητες Ελεύθερου Χρόνου	29,029 (8,2107)	26,69 (8,79)
Συνολικό Σκορ Φυσικής Δραστηριότητας	32,5739 (9,782)	29,5 (9,66)

Εξετάστηκε ο παράγοντας της εκπαίδευσης για να διερευνηθούν τυχόν διαφορές και παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς ηλικιωμένοι ανήκαν σε ανώτερες βαθμίδες εκπαίδευσης ($t(58) = -7,412, p = .00$) και είχαν ανώτερο μορφωτικό επίπεδο από τους φυσιολογικούς ηλικιωμένους.

Επίσης, ερευνήθηκε και ο παράγοντας της ηλικίας για τυχόν διαφορές στο επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας αλλά δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικά ουσιαστική διαφορά. Συγκεκριμένα, έγινε διαχωρισμός της ηλικίας σε νεώτερους και γεροντότερους στους συμμετέχοντες και των δυο ομάδων του δείγματος και βρέθηκε ότι τόσο οι

φυσιολογικοί ηλικιωμένοι ($t(29) = -0.994, p = .328$), όσο και οι ασθενείς ηλικιωμένοι ($t(27) = .607, p = .549$) δεν παρουσίασαν διαφορές στο συνολικό σκορ φυσικής δραστηριότητας.

Εξαιτίας της μικρής συμμετοχής του δείγματος σε αθλητικές δραστηριότητες (ασθενείς = 4 άτομα, φυσιολογικοί = 8 άτομα) δεν ήταν δυνατό να προκύψει κάποιο ασφαλές συμπέρασμα.

Ανάλυση Συσχέτισης

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των συσχετίσεων φάνηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του σκορ που αφορούσε τις ερωτήσεις για τις οικιακές δραστηριότητες (ενασχόληση με το νοικοκυριό) και του φύλου των φυσιολογικών ηλικιωμένων ($r = .48, p < .01$). Επίσης, η ανάλυση της συσχέτισης έδειξε ότι το μορφωτικό επίπεδο τόσο των φυσιολογικών ($r = .74, p < .05$) όσο και των ασθενών ($r = .98, p < .05$) ηλικιωμένων σχετίστηκε σημαντικά με τις αθλητικές δραστηριότητες.

Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών που αφορούσαν το βαθμό εκπαίδευσης των ασθενών ηλικιωμένων και της ενασχόλησης τους με δουλειές που σχετίζονταν με το νοικοκυριό του σπιτιού ($r = -.45, p < .05$). Επιπρόσθετα, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δραστηριοτήτων της αναψυχής και της γνωστικής ικανότητας που αφορούσε τους ασθενείς ($r = .52, p < .01$). Αντίθετα, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δραστηριοτήτων αναψυχής και της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών ($r = -.48, p < .05$), (Πίνακας 2 και 3).

Πίνακας 2. Ανάλυση συσχέτισης Pearson των μεταβλητών που εξετάζει το ερωτηματολόγιο και του φύλου, εκπαίδευσης, ηλικίας στους φυσιολογικούς ηλικιωμένους (n = 31).

	ΦΥΛΟ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΗΛΙΚΙΑ
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ			
Οικιακές Ασχολίες	.482**		
	.001		
Ενασχόληση με Σπορ		.743 *	
		.005	
Δραστηριότητες Ελεύθερου Χρόνου			
Ολικό Σκορ Φ.Δ.			

* p < .05, ** p < .01

Πίνακας 3. Ανάλυση συσχέτισης Pearson των μεταβλητών που εξετάζει το ερωτηματολόγιο και του φύλου, εκπαίδευσης, ηλικίας, mmse, frssd στους ασθενείς ηλικιωμένους (n = 29).

	ΦΥΛΟ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΗΛΙΚΙΑ	MMSE	FRSSD
ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ					
Οικιακές Ασχολίες		-.451*			
		.005			
Ενασχόληση με Σπορ		.982*			
		.005			
Δραστηριότητες Ελεύθερου Χρόνου				.523**	-.486**
				.001	.005
Ολικό Σκορ Φ.Δ.					

* p < .05, ** p < .01

Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης

Στην ανάλυση της διακύμανσης ο έλεγχος για την εξέταση της επίδρασης στις μεταβλητές του ερωτηματολογίου των παραγόντων γνωστική ικανότητα και ηλικία, έδειξε διαφορές μόνο στον πρώτο παράγοντα, ως προς τους ασθενείς. Βρέθηκε ότι υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το σκορ της αναψυχής σε σχέση με την διαβάθμιση των επιπέδων γνωστικής ικανότητας. Συγκεκριμένα, με την μέθοδο Bonferroni βρέθηκε τα άτομα που είχαν την λιγότερη γνωστική έκπτωση ($mmse=26-30$) ήταν πιο δραστήρια ($M=31,24$, $T.A=11,28$) και αξιοποιούσαν τον ελεύθερο τους χρόνο με διάφορες δημιουργικές ασχολίες σε σχέση με αυτούς που είχαν χειρότερη γνωστική ικανότητα ($M=21,64$, $T.A=3,93$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας σε ένα δείγμα από φυσιολογικούς και ασθενείς ηλικιωμένους και να εξεταστεί κατά πόσο αυτή συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Αρχικά, ένας κοινός παρανομαστής των ατόμων που έπασχαν από γεροντική άνοια / Alzheimer και των φυσιολογικών ηλικιωμένων είναι ότι δεν είχαν κάποια ιδιαίτερα δραστήρια ζωή σε όλους τους τομείς. Ένα σημαντικό στοιχείο είναι ότι οι ασθενείς ηλικιωμένοι καταφέρνουν να διατηρούν το επίπεδο της φυσικής τους δραστηριότητας, γενικά. Ειδικότερα φαίνεται να ασχολούνται, εξίσου με τους υγιείς, με δραστηριότητες που σχετίζονται με τον ελεύθερο χρόνο, γεγονός που μάλλον συντελεί στην διατήρηση των λειτουργικών ικανοτήτων, της αυτοεκτίμησης και αυτοαποτελεσματικότητας του ασθενή, με αποτέλεσμα την καλή ψυχολογική και γνωστική του κατάσταση.

Διαπιστώθηκε, στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε, ότι οι ηλικιωμένοι, κυρίως οι φυσιολογικοί είχαν μικρή ενασχόληση με την συντήρηση του νοικοκυριού και με οικιακές δραστηριότητες, γεγονός που οδηγούσε στην ταχύτερη αδρανοποίηση των κοινωνικών, γνωστικών, σωματικών μηχανισμών τους. Αυτό, γιατί το δείγμα αποτελούνταν από περισσότερους άνδρες και λιγότερες γυναίκες. Είναι εμφανής λοιπόν, όχι μόνο η υπεροχή των δραστήριων ατόμων της τρίτης ηλικίας, αλλά και η μειονεκτική θέση των ατόμων με χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, στις περισσότερες ικανότητες που υποστηρίζουν τη γνωστική λειτουργία. Φαίνεται, επομένως, να είναι επιτακτική η ανάγκη, να δραστηριοποιηθούν αυτά τα άτομα, μέσα από συγκεκριμένα προγράμματα κινητικής δραστηριοποίησης, έτσι ώστε να εξασφαλίσουν μία καλύτερη ποιότητας ζωής. Τα

περισσότερα άτομα βρίσκονταν σε σύνταξη και η ενασχόλησή τους με οικιακές δραστηριότητες θα μπορούσε να αποδειχθεί πολύ ωφέλιμη. Και αυτό γιατί οι ερωτήσεις δεν αφορούσαν αποκλειστικά δουλειές του σπιτιού αλλά και δραστηριότητες εκτός σπιτιού (π.χ να βγει έξω να κάνει τα ψώνια του σπιτιού), που απαιτούσαν σωματική και πνευματική διεργασία.

Ακόμη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι όσοι από τους ασθενείς είχαν δημιουργήσει ένα κοινωνικό δίκτυο γύρω τους και καταπιάνονταν με κοινωνικές δραστηριότητες και δραστηριότητες αναψυχής, είχαν την μικρότερη γνωστική έκπτωση, η οποία εξελισσόταν με βραδείς ρυθμούς. Αυτό σημαίνει ότι η διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών σε καλά επίπεδα είναι σημαντική τόσο για την επιτυχή ανταπόκριση στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, όσο και για την κινητική δραστηριοποίηση των ηλικιωμένων (Spirduso & Asplund, 1995). Η σωματική άσκηση θεωρείται ότι έχει σαν αποτέλεσμα μία άμεση επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα των ηλικιωμένων, που προκαλεί μία διέγερση η οποία ενισχύει προσωρινά τις γνωστικές λειτουργίες (Netz & Jacob, 1994).

Τέλος, από την ανάλυση των δραστηριοτήτων αναψυχής που αφορούσαν τους ασθενείς φάνηκε ότι το περπάτημα αποτελούσε μια βασική προτεραιότητα για την διατήρηση της κινητικής τους κατάστασης. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν, ότι, οι συγγενείς τους παρότρυναν στην υιοθέτηση ενός πιο ενεργού τρόπου ζωής ο οποίος θα μπορούσε να συμβάλλει στην διατήρηση ενός πιο λειτουργικού και δραστήριου τρόπου ζωής.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Μέσα από μια συνολική αποτίμηση της μελέτης, γίνεται αντιληπτό ότι οι ασθενείς κατάφεραν να διατηρήσουν τις φυσικές τους δραστηριότητες και ικανότητες που είχαν στο αρχικό στάδιο της νόσου. Εφόσον οι ηλικιωμένοι, αντιμετωπίζουν με επιφύλαξη τα προγράμματα άσκησης και την ενασχόληση με κάποιο σπορ, η κινητική τους δραστηριοποίηση μπορεί να έχει τη μορφή ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων, αλλά και δραστηριοτήτων αναψυχής. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να στοχεύουν στη βελτίωση των ικανοτήτων που θεωρούνται σημαντικές για την πραγματοποίηση των καθημερινών δραστηριοτήτων, έτσι ώστε να συμβάλλουν στη διατήρηση της ανεξαρτησίας και τη διασφάλιση της συμμετοχής σε καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων.

Οι περιορισμοί που υπάρχουν στην παρούσα έρευνα είναι:

- ⇒ Καταρχάς, το δείγμα δεν ήταν τόσο αντιπροσωπευτικό, αφού ο σχετικά μικρός αριθμός των συμμετεχόντων δεν οδηγεί σε ασφαλή συμπεράσματα.
- ⇒ Στο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε δεν υπήρχε απόλυτη ομοιογένεια. Οι ηλικιωμένοι προέρχονταν από την επαρχία και από πόλη, άρα διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης, διαφορετικός τρόπος ζωής.
- ⇒ Υπήρχε μεγάλο εύρος στην ηλικία του δείγματος (ανάμεσα σε 60-88χρονών), γεγονός που ίσως οδηγεί σε αποτελέσματα με αποκλίσεις, ιδιαίτερα, όταν δεν μπορεί να γίνει ταξινόμηση των ηλικιών και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους σε μικρότερες ομάδες.

Από όλα τα παραπάνω γεννούνται ερωτήματα που δίνουν τροφή για μελλοντική διερεύνηση. Μπορεί το υπόβαθρο της προσωπικότητας του καθενός ή ο δείκτης νοημοσύνης του να συσχετιστεί με τη γεροντική άνοια; Βοηθάει να έχουμε ένα δραστήριο τρόπο ζωής

από την αρχή της ζωής μας ή μόνο κατά την τρίτη ηλικία; Ισχύουν οι συσχετισμοί που διατυπώσαμε ακόμη και για λαούς με διαφορετική κουλτούρα; Τέλος σε ποιο βαθμό επηρεάζει η οικογενειακή προδιάθεση στην ανάπτυξη της γεροντικής άνοιας; Ακόμη, υπάρχει πρόσφορο έδαφος για έρευνες που θα εξετάζουν την σχέση φυσικής δραστηριότητας με την γνωστική λειτουργία σε ένα μεγάλο εύρος ικανοτήτων και μηχανισμών που υποστηρίζουν τη γνωστική λειτουργία, όπου θα ελέγχονται ορισμένοι παράγοντες που θεωρούνται ότι επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία, όπως είναι το μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο των ατόμων, καθώς και η κατάσταση της υγείας.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) American College of Sports Medicine. (1995). Guidelines for Exercise Testing and Prescription.(5th ed).Baltimore: Williams & Wilkins.
- 2) American College of Sports Medicine. ACM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities. Chapter 39: Alzheimer's disease. Human Kinetics, 1997.
- 3) Blair, S.N. (1994). Physical Activity, Fitness and coronary heart disease. In C. Bouchard, R.J. Shephard, Health Champaign, III. : Human Kinetics.
- 4) Chodzko – Zajko, W.J.(1991). Physical Fitness, cognitive performance and aging. *Medicine and Science in Sports and exercise*, 23, 868-872.
- 5) Chodzko – Zajko, W.J. & Moore, K.A. (1994). Physical Fitness and cognitive functioning in aging. *Exercise and Sport Science Reviews*, 22, 195-220.
- 6) Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: A critical method for grading the longtime state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- 7) Fountoulakis, K.N., Tsolaki, M., Iacovides, A., Yesavage, J.A., O’Hara, R., Kazis, A., & Ierodiakonou, C.H. (1999). The validation of a shorter version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging Clinical and Experimental Research*, 11, 367-372.
- 8) Fratiglioni, L., Paillard - Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*,3.
- 9) Friedland, R.P., Fritsch, T., Smyth, K.A., Koss, E., Lerner, A.J., Chen, C.H., et al. (2001). Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in middle compared control- group members. *PNAS*, 98 (6), 3440 – 3445.
- 10) Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, K., & Rockwood, K. (2001). Physical Activity and risk of Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Persons. *Archives of Neurology*, 58, 498 – 504.
- 11) Lindsay, J., Anderson, L. (2004). Dementia / Alzheimer's Disease. BMC Women's Health.

- 12) Clarkson-Smith, L., & Hartley, A. (1989). Relationships Between Physical Exercise and Cognitive Abilities in Older Adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 183-189.
- 13) Melvin H. Williams. Lifetime Fitness and Wellness. κεφ.11. Εκδόσεις: Brown & Benchmark, 4th edition, 1996.
- 14) Moul, J.L, Goldman, B., & Warren, B. (1995). Physical activity and cognitive performance in the older population. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3, 135-145.
- 15) Netz, Y., & Jacob, T. (1994). Exercise and the psychological state of institutionalized elderly : *Perceptual and Motor Skills*, 79, 1107-1118.
- 16) Lautenschlager, N., Almeida, O.P., Flicker, L., & Janca, A. (2004). Can Physical Activity improve the mental health of older adults? *Annals of General Hospital Psychiatry*.
- 17) Podewills, L.J, Guallar, E., Kuller, L.H, Fried L.P, Lopez, O.L, Carison, M., et al. (2005). Physical Activity, APOE Genotype, and dementia risk : Findings from the Cardiovascular Health Cognition Study. *American Journal of Epidemiology*, 161(7), 639-651.
- 18) Reding, M. et. al. (1985). Depression in patients referred to dementia clinic. A three-year prospective study. *Archives of Neurology*, 42, 894-896.
- 19) Scherder, E.J.A., Passchen, J.V., Deijen, J.B., Knokke, S.V.D., Orlebeke, J.F.K., Burgers, I., Devriese, P.P., Swaab, D.F., & Sergeant, J.A. (2005). Physical Activity and executive functions in the elderly with mild cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 9(3), 272-280.
- 20) Schit, A.J., National Institute of Public Health. (2001). Exercise may help elderly avoid mental decline.
- 21) Spirduso, W.W, Asplund, L.A. (1995). Physical Activity and cognitive function in the elderly. *Quest*, 47, 395-410.
- 22) Spirduso, W.W. (1995). Physical Dimensions of Aging. Champaign, Ill. : Human Kinetics.
- 23) Stone, W.J. (1987). Adult Fitness Programs. Glenview, Ill. : Scott Foresman.

- 24) Teri, L., McCury, S.M., Buchner, D.M., Logsdon, R.G., LaCroix, A.Z., Kukull, W.A., et al. (1998). Exercise and activity level in Alzheimer's disease: A potential treatment focus. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 35, 411 - 419.
- 25) Wang, H.X., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002). Late- Life Engagement in Social and Leisure Activities is associated with a decreased risk of Dementia :A Longitudinal Study from the Kungsholmen Project. *American Journal of Epidemiology*, 155.
- 26) World Health Organization. (1996). The Heidelberg guidelines for promoting Physical Activity among Older Persons. Guidelines series for healthy ageing – I.
- 27) World Health Organization. (1997). The Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity among Older Persons. *Journal of Aging and Physical Activity*, 5(1), 2-8.
- 28) World Health Organization Ageing and Health Programme.(1998). The Role of Physical Activity in Healthy Ageing. Geneva.
- 29) www.alzheimerathens.gr (2002). Εταιρεία νόσου Alzheimer & συναφών διαταραχών.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Κουντή, Φ., Τσολάκη, Μ., Κιοσέογλου, Γ., & Κάζης, Α. (1997). Εφαρμογή λειτουργικών δοκιμασιών σε ασθενείς με άνοια, 12ο Βορειοελλαδικό Συνέδριο Θεσσαλονίκη. *Ελληνική Ιατρική*, 79, 28.
- 2) Μουζακίδης, Χ. (1998). *Η επίδραση της άσκησης σε ασθενείς με νόσο Alzheimer*. Μεταπτυχιακή Διατριβή: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- 3) Σπαντιδάκης, Β.Ε. (1994). *Η αξία της άθλησης στην Τρίτη ηλικία*. Αθήνα
- 4) Τσουνίας, Β.(1989). *Στοιχεία Γεροντολογίας και Γηριατρικής*. Αθήνα : Ζήτα Ιατρικές εκδόσεις Κ&Γ Ζερμπί.