

Σχολή Κοινωνικών
Επιστημών

«Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων»

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Ουσιοεξαρτήσεις και ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία»

«Αντωνοπούλου Κωνσταντίνα»

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: ΚΟΥΚΙΑ ΕΥΜΟΡΦΙΑ

Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής

Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΑΙΓΙΟ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2022

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας κα Κούκια Ευμορφία, για τη συνεργασία, τη βοήθεια και την καθοδήγησή της. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στο ΚΕΘΕΑ για την χορήγηση άδειας προκειμένου να πραγματοποιήσω έρευνα στο φορέα και συγκεκριμένα στο πρόγραμμα που εργάζομαι, το ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΗΝΗ. Συγχρόνως, ευχαριστώ θερμά όλους τους συναδέλφους και τους υπεύθυνους των μονάδων για την πολύτιμη βοήθειά τους καθώς επίσης και όλους τους συμμετέχοντες για τη συγκατάθεση και την εμπιστοσύνη τους. Τέλος ευχαριστώ την οικογένειά και τους δικούς μου ανθρώπους, για την στήριξη και την αγάπη τους. Αφιερώνω αυτή την εργασία σε δύο αγαπημένα μου πρόσωπα, τους παππούδες μου, γιατί αποτέλεσαν ισχυρά πρότυπα για εμένα και με έμαθαν να σέβομαι και να αγαπώ την τρίτη ηλικία.

Περίληψη

Στις μέρες μας ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων αντιμετωπίζει «σιωπηρά» προβλήματα εξάρτησης με εμφανείς επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική του υγεία. Η εξάρτηση αποτελεί αιτία νοσηρότητας στα άτομα ηλικίας 65 και άνω, ιδίως η κατάχρηση αλκοόλ, συνταγογραφούμενων φαρμάκων και φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι ο καθορισμός του είδους της εξάρτησης στον πληθυσμό άνω των 60 ετών και η διερεύνηση της ποιότητας ζωής τους ως συνέπεια της εξάρτησης σε πτυχές της καθημερινής τους ζωής, την αυτοφροντίδα, τις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές και τις αλλαγές σε συναισθηματικό/ψυχολογικό επίπεδο. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα μέσω συνεντεύξεων σε 10 άτομα ηλικίας 60 έως 68 ετών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης και βρίσκονται σε θεραπεία σε δομές του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν, αναφέρθηκαν 3 είδη εξάρτησης, το αλκοόλ, ο τζόγος και η πορνογραφία. Ωστόσο, ο τζόγος και το αλκοόλ κυριάρχησαν με το ίδιο ποσοστό. Οι ηλικιωμένοι με προβλήματα εξάρτησης έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής. Όλοι οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι λόγω της εξάρτησης διαταράχθηκαν κυρίως οι σχέσεις με τα μέλη της οικογένειάς τους, αποσύρθηκαν κοινωνικά και απομονώθηκαν από τον περίγυρο, ενώ και η διάθεσή τους κρίθηκε περιορισμένη, με λίγες περιπτώσεις κατάθλιψης. Επίσης, περιορισμένη επιρροή είχε η εξάρτηση για τους περισσότερους στον οικονομικό και επαγγελματικό τομέα. Η έλλειψη ερευνητικών δεδομένων για τις εξαρτήσεις και τη θεραπεία στην τρίτη ηλικία είναι περιορισμένα. Συγχρόνως και η γήρανση του πληθυσμού γεννά προβληματισμούς για την εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης για την πρόληψη των εξαρτήσεων στον ηλικιωμένο πληθυσμό καθώς για την ενίσχυση και ανάπτυξη των υπηρεσιών που θα συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, λοιπό προσωπικό), βοηθά στο να αναπτύξουν δεξιότητες κατά τον κλινικό έλεγχο, ώστε να αναγνωρίζουν τα σημάδια της εξάρτησης, να ενημερώνουν και να παραπέμπουν τα άτομα σε θεραπεία. Τέλος, η καταπολέμηση του στίγματος της εξάρτησης και της ντροπής συμβάλει θετικά στην απόφαση του ατόμου να ενταχθεί σε πρόγραμμα απεξάρτησης, όπως επίσης και η ύπαρξη ισχυρού υποστηρικτικού δικτύου

Λέξεις κλειδιά: εξάρτηση, ηλικιωμένοι, αλκοόλ, τζόγος, ποιότητα ζωής, πρόληψη, θεραπεία

Abstract

Nowadays a big percentage of elderly people “silently” faces addiction problems with clear consequences on their physical and mental health. This addiction is the cause of morbidity on people over the age of 65, especially the abuse of alcohol, prescription drugs and non-prescribed pharmaceuticals. The purpose of this research is to define the type of the addiction on people over 60 and the investigation of the quality of their life as a consequence of the addiction in aspects of their everyday life, self-care, socioeconomic changes and the alterations on a sentimental/psychological level. A qualitative research through interviews was conducted on 10 people aged 60-68 who face addiction problems and are currently undergoing treatment in facilities of Therapy Center for Dependent Individuals (KETHEA ARIADNI). From the results that came up three types of addiction were reported: alcohol, gambling and pornography. However, gambling and alcohol dominated the results with equal percentages. Elderly people with addiction problems face low levels of life quality. All the participants acknowledged that due to their addiction, ties with their family members were disturbed, they socially withdrew and were isolated from their surroundings, while their mood was deemed limited with few cases of depression noticed. Also, addiction had limited influence for most participants on a professional and economic level. The absence of research data for a cure on elderly patients is limited. At the same time the aging of the population gives birth to questions regarding the ensuring of sufficient funds towards preventing addiction on the elderly population, as for the enhancement and development of the services which will contribute to the improvement of their life quality. The training of the professionals employed in the Primary Health Care (doctors, nurses, other staff) , helps them develop skills during clinical trial, so they can recognize signs of addiction to inform and refer individuals to treatment. Finally, the fight against the stigma of addiction and the embarrassment positively contributes to the individual’s decision to form a detoxification program, as well as the existence of a strong supportive network.

Key words : addiction, elderly , alcohol, gambling , quality of life, therapy ,prevention

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

| | |
|---|----|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων..... | 44 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος | 45 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Ποσοστά εξάρτησης | 45 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Πόσο επηρεάστηκε η οικογενειακή ζωή..... | 46 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 2.1. Πόσο επηρεάστηκαν τα επαγγελματικά..... | 47 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 2.2. Πόσο επηρεάστηκαν οι κοινωνικές δραστηριότητες.... | 48 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Φροντίζω μόνος τον εαυτό μου..... | 49 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 3.1. Δυσκολία στις αθλητικές δραστηριότητες..... | 50 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Προβλήματα κοινωνικής συναναστροφής..... | 51 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 4.1. Δυσκολία στον επαγγελματικό χώρο..... | 52 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 4.2. Πόσο επηρέασε την κοινωνική ζωή..... | 52 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 4.3. Συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους..... | 53 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Δημιουργία οικονομικού προβλήματος | 55 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 5.1. Ανασφάλεια για την οικονομική κατάσταση..... | 56 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Επηρεάστηκε η σχέση με την οικογένεια..... | 57 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 6.1. Απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον..... | 58 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 6.2. Τάσεις βίας και επιθετικότητας..... | 58 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 6.3. Προσέχω την εξωτερική μου εμφάνιση..... | 59 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 6.4. Περιορισμός φυσικής κατάστασης και ευεξίας..... | 60 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 6.5. Επιθυμία για απόκτηση νέων γνώσεων..... | 60 |
| ΓΡΑΦΗΜΑ 6.6. Εξοικείωση με νέες τεχνολογίες..... | 61 |

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| Εισαγωγή..... | 9 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ | 10 |
| <i>1.1 Εξαρτήσεις - Ιστορική Αναδρομή</i> | 10 |
| <i>1.2. Ορισμός και έννοια της εξάρτησης</i> | 12 |
| <i>1.3 Νομοθετικό Πλαίσιο</i> | 13 |
| <i>1.4 Είδη εξάρτησης</i> | 15 |
| <i>1.4.1 Είδη εξάρτησης στους ηλικιωμένους</i> | 18 |
| <i>1.4.2 Αιτιολογία</i> | 22 |
| <i>1.5 Αριθμητικά δεδομένα</i> | 23 |
| <i>1.5.1 Αριθμητικά δεδομένα για την Ελλάδα</i> | 24 |
| <i>1.6 Θεραπεία – Αντιμετώπιση</i> | 24 |
| <i>1.6.1 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις</i> | 26 |
| <i>1.6.2 Θεραπευτικά Προγράμματα</i> | 27 |
| <i>1.6.3 Επανάταξη – Απεξάρτηση</i> | 29 |
| <i>1.7 Ο ρόλος της πρόληψης</i> | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ | 32 |
| <i>2.1. Ορισμός Ποιότητας ζωής</i> | 32 |
| <i>2.2 Η ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους</i> | 33 |
| <i>2.3 Κοινωνική συμμετοχή και οικονομικές αλλαγές</i> | 35 |
| <i>2.4 Αυτοφροντίδα</i> | 36 |
| <i>2.5 Ψυχολογικές / συναισθηματικές αλλαγές</i> | 37 |
| <i>2.6 Ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους με προβλήματα εξάρτησης</i> | 38 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 40 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° | 40 |
| <i>3.1 Σκοπός της μελέτης</i> | 40 |
| <i>3.2 Επιμέρους στόχοι</i> | 40 |
| <i>3.3 Μεταβλητές της μελέτης</i> | 40 |

| | |
|---|----|
| <i>3.4 Ποιοτική έρευνα</i> | 41 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο | 42 |
| <i>4.1. Δείγμα της ποιοτικής έρευνας</i> | 42 |
| <i>4.2 Διαδικασία – Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων ποιοτικής έρευνας</i> | 42 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο | 44 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 44 |
| <i>5.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της ποιοτικής μελέτης</i> | 44 |
| <i>5.2 Συμπεράσματα - Προτάσεις</i> | 62 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 67 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 77 |

Εισαγωγή

Το προσδόκιμο ζωής των ηλικιωμένων ατόμων την τελευταία 20ετία έχει αυξηθεί σημαντικά στις ανεπτυγμένες χώρες, γεγονός που εντείνει την αύξηση του αριθμού των ατόμων τρίτης ηλικίας που κάνουν κατάχρηση ουσιών και κυρίως αλκοόλ (Rao et al., 2015a). Συνάμα, τα αυξημένα ποσοστά κατάχρησης ουσιών στον ηλικιωμένο πληθυσμό, σχετίζονται με τα συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, το συνδυασμό από αλληλεπιδράσεις διπλής εξάρτησης (αλκοόλ και συνταγογραφούμενα φάρμακα), με συνέπειες στην ποιότητα ζωής τους σε όλα τα επίπεδα και κυρίως στη σωματική και ψυχική τους υγεία καθώς επίσης και τη θνησιμότητα.

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι η μελέτη του είδους εξάρτησης στα άτομα ηλικίας άνω των 60 και η διερεύνηση της ποιότητας ζωής του ως συνέπεια της εξάρτησης σε όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου. Το δείγμα της έρευνας αφορά 10 άνδρες ηλικίας 60 – 68 ετών, που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης και βρίσκονται σε θεραπεία σε δομές του Προγράμματος ΚΕΘΕΑ ΑΡΙΑΔΝΗ. Τα δεδομένα που υπάρχουν για την εξάρτηση στον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι περιορισμένα, γι' αυτό και ένας επιμέρους στόχος της μελέτης είναι να εντοπιστούν οι αδυναμίες ένταξης του ατόμου στη θεραπευτική διαδικασία ενώ γίνονται και προτάσεις για την πρόληψη των εξαρτήσεων σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Η έρευνα χωρίζεται σε 5 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή στις εξαρτήσεις, στο νομοθετικό πλαίσιο, στα είδη των εξαρτήσεων γενικότερα και στα δεδομένα που υπάρχουν για τις εξαρτήσεις στους ηλικιωμένους, στα αριθμητικά δεδομένα παγκοσμίως και στην Ελλάδα, στις θεραπευτικές προσεγγίσεις καθώς και στο ρόλο της απεξάρτησης, της επανένταξης και της πρόληψης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο μελετάται η ποιότητα ζωής και συγκεκριμένα δίνεται ο ορισμός της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ενώ παρατίθενται οι αλλαγές που υφίστανται το άτομο αναφορικά με την ποιότητα ζωής σε προσωπικό, κοινωνικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, οικονομικό και ψυχολογικό τομέα. Τέλος, καταγράφονται οι επιπτώσεις της εξάρτησης των ηλικιωμένων στην ποιότητα ζωής τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται ο σκοπός της ποιοτικής έρευνας, οι επιμέρους στόχοι και οι μεταβλητές της μελέτης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, δίνονται όλες οι πληροφορίες για το δείγμα της έρευνας, το χώρο διεξαγωγής και τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας, τα συμπεράσματα και οι προτάσεις για την πρόληψη της εξάρτησης στους ηλικιωμένους, που θα χρησιμεύσουν και για μελλοντική διερεύνηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΗΣΕΙΣ

1.1 Εξαρτήσεις - Ιστορική Αναδρομή

Η εμπλοκή των ανθρώπων με τις εξαρτήσεις και τις ψυχότροπες ουσίες ξεκινά από την αρχαιότητα. Κάποτε ο Σαίξπηρ διατύπωσε την εξής φράση, ότι «*αυτό που είναι παρελθόν είναι πρόλογος*». Με λίγα λόγια αυτό σημαίνει ότι οτιδήποτε συνέβη κατά το παρελθόν δύναται να βοηθήσει στην ερμηνεία, την κατανόηση και την πρόβλεψη του μέλλοντος. Στο βαθμό λοιπόν που το παρελθόν λειτουργεί σαν πρόλογος, η ιστορία της χρήσης ναρκωτικών έρχεται να μας δώσει ένα γενικευμένο αποθαρρυντικό μάθημα: Η χρήση ναρκωτικών είχε ρίζες από την αρχαιότητα και μάλιστα ήταν κοινή σχεδόν σε κάθε κοινωνία.

Οι πρώτοι μας πρόγονοι που ζούσαν ως κυνηγοί-τροφοσυλλέκτες (οι Αυστραλοί Αβορίγινες και οι Ινδιάνοι στον Αμαζόνιο) είχαν συλλέξει πολύ σημαντικές πληροφορίες γύρω από τα φαρμακευτικά φυτά. Ο Ötzi, ένας άνδρας που έζησε περίπου το 3.330 π.Χ. και το παγωμένο σώμα του οποίου βρέθηκε και ανασύρθηκε στις Άλπεις το 1991, μετέφερε στο πουγκί του φαρμακευτικά φυτά που περιλάμβαναν έναν μύκητα με αντιβακτηριδιακές και αιμοστατικές ιδιότητες.

Συγχρόνως, υιοθετώντας οι άνθρωποι τον ποιμαντικό τρόπο ζωής, ήταν σε θέση να παρατηρούν πως επιδρούσαν τα ψυχοδραστικά φυτά στο κοπάδι τους. Σε ένα πρόσφατο βιβλίο για την πολιτική για τα ναρκωτικά αναφέρεται πως «Οι άνθρωποι χρησιμοποιούσαν ψυχότροπες ουσίες για να μεταβάλλουν τη συναισθηματική τους κατάσταση από τότε που υπήρχαν γραπτά αρχεία» (Kleiman, Caulkins, & Hawken, 2011, σ. xviii).

Στην περίπτωση λοιπόν που όντως το παρελθόν φαίνεται σαν πρόλογος, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι η χρήση ναρκωτικών παραμένει κοινή στα σύγχρονα κράτη παρά τις σημαντικές προσπάθειες που έχουν γίνει για τη μείωσή τους. Η πρώτη ένδειξη στην ιστορία της μακρόχρονης χρήσης ναρκωτικών είναι ότι οι άνθρωποι από την προϊστορική κιάλας εποχή χρησιμοποιούσαν και κατανάλωναν φυτά που άλλαξαν την ψυχική τους κατάσταση. Ακόμη, ανακάλυψαν ότι η κατανάλωση μερικών φυτών έδινε ένα αίσθημα χαλάρωσης, ευτυχίας, υπνηλίας ή γαλήνης. «Κάποιοι ένιωθαν μια αίσθηση αυξημένης ενέργειας, εγρήγορσης και αντοχής ενώ άλλοι αισθάνονταν ότι η κατανάλωση των φυτών τους προκαλούσε περίεργα συμπτώματα όπως τρομακτικά οράματα ή μια βαθιά διαφορετική επίγνωση» (Gahlinger, 2004, σ. 5).

Η ιστορία της χρήσης ναρκωτικών ξεκίνησε πριν από χιλιάδες χρόνια (Escohotado, 2010; Faupel, Horowitz, & Weaver, 2010; Goodman, Sherratt, & Lovejoy, 2007). Συγκεκριμένα, το υδρόμελο, ένα αλκοολούχο ποτό που φτιάχνεται από μέλι που έχει υποστεί ζύμωση, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά περίπου το 8000 π.Χ. ενώ τα κρασιά μύρας και μούρων άρχισαν να χρησιμοποιούνται περί το 6000 π.Χ. Επιπλέον, οι αρχαίοι Σουμέριοι ξεκίνησαν τη χρήση όπιου περίπου το 5000 π.Χ. ενώ στην Αρχαία Αίγυπτο η κατανάλωση αλκοόλ ξεκίνησε γύρω στο 3500 π.Χ. Σε άλλες χώρες όπως στην αρχαία Κίνα χρησιμοποιήθηκε κάνναβη (η πηγή της μαριχουάνας) γύρω στο 3000 π.Χ., ενώ οι αρχαίοι άνθρωποι της σημερινής Ελβετίας κατανάλωναν σπόρους παπαρούνας (η πηγή του όπιου) το 2500 π.Χ. Ακόμη, τα φύλλα της κόκας (από τα οποία προέρχεται και η κοκαΐνη) μασιόντουσαν εδώ και χιλιάδες χρόνια, όπως επίσης και φάρμακα που παρασκεύαζαν οι άνθρωποι από φυτά και βότανα, τα οποία και χρησιμοποιούσαν από την αρχαιότητα. Οι αρχαίοι Παλαιστίνιοι έπιναν κρασί το 350 π.Χ. και οι αρχαίοι Έλληνες κατανάλωναν χυμό παπαρούνας το 300 π.Χ. Σχεδόν την ίδια περίοδο, κάποιες φυλές στη Νότια Αμερική χρησιμοποιούσαν ένα παραισθησιογόνο που ονομαζόταν cohoba, φτιαγμένο από κόκκους μιμόζας. Οι Κινέζοι όπως και άλλοι Ασιάτες χρησιμοποιούσαν συχνά όπιο μέχρι το 1000 μ.Χ. Επιπλέον, οι ιθαγενείς της Αμερικής χρησιμοποιούσαν καπνό πολύ πριν τους ανακαλύψει ο Κολόμβος το 1492.

Γενικότερα έχει αποδειχθεί από μελέτες ανθρωπολόγων ότι η χρήση διαφόρων ναρκωτικών ήταν κοινή σε πολλές κοινωνίες (Durant & Thakker, 2003; Page & Singer, 2010). Σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο Erich Goode (2008, σελ. 176), η ιστορία της χρήσης ναρκωτικών αναφέρεται ως εξής: «Οι άνθρωποι κάνουν ναρκωτικά εδώ και χιλιάδες χρόνια. Κατά τη διάρκεια όλων αυτών των χρόνων, ένας σημαντικά μεγάλος αριθμός ανθρώπων σχεδόν σε κάθε κοινωνία της γης έχει χρησιμοποιήσει μία ή και περισσότερες ουσίες προκειμένου να επιτύχει ορισμένες επιθυμητές σωματικές ή ψυχικές καταστάσεις.

Η χρήση ναρκωτικών τείνει να γίνει καθολική, τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε ιστορικό επίπεδο». Στη νεότερη ιστορία της Ελλάδας, η χρήση ναρκωτικών φαίνεται ότι αποτελούσε ισχυρό κοινωνικό φαινόμενο, όπως φαίνεται και από το άρθρο που δημοσιεύτηκε στην εφημερίδα Ελεύθερος Άνθρωπος στις 29/1/1931, σύμφωνα με το οποίο «Η απαΐσια ηρωίνη συνεχίζει το καταστροφικό της έργο στην Αθήνα».

1.2. Ορισμός και έννοια της εξάρτησης

Ενώ κατά καιρούς έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες όσον αφορά τη μελέτη και κατανόηση της νευροβιολογικής βάσης της εξάρτησης σε ουσίες, είναι γεγονός ότι οι «εθιστικές» ιδιότητες των επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών και εφόσον αυτές συνιστούν «εξαρτητικές συμπεριφορές», τείνουν να παραμελούνται ως προς τη διερεύνησή τους. Συγχρόνως, ορισμένες καταστάσεις, όπως η προβληματική ενασχόληση με το τζόγο, η κλεπτομανία, ο υπερκαταναλωτισμός, η έκφραση της σεξουαλικότητας και η προβληματική χρήση του διαδικτύου, έχουν φαινομενολογικούς και νευροβιολογικούς παραλληλισμούς και συνδέονται με τις διαταραχές χρήσης ουσιών. Είναι γεγονός πως τα τελευταία χρόνια, ο τομέας των εξαρτήσεων έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές. Σύμφωνα με την Holden Constance (2001), μελετώντας την έννοια των «εξαρτητικών συμπεριφορών», κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο καλύτερος τρόπος κατανόησης εξαρτήσεων και γενικότερα του τι συμπεριλαμβάνεται κάτω από την ομπρέλα του εθισμού, αποτελεί συνεχές επίκεντρο της ερευνητικής μελέτης και προσοχής (Frascella J, Potenza MN, Brown LL, Childress AR, 2010).

Ο όρος «εξάρτηση» χρησιμοποιήθηκε αρχικά στις αγγλόφωνες χώρες και αργότερα υιοθετήθηκε και από άλλες χώρες που χρησιμοποιούσαν άλλους όρους. Συγχρόνως, άφησε πίσω τις γαλλικές λέξεις “toxicomanie/τοξικομανία” ή “assuétude/συνήθεια” όπως και τις γερμανικές Abhängigkeit (εξάρτηση), Sucht (εθισμός) και Rausch (μέθη). Ο όρος «εξαρτημένος», υποδήλωνε την έννοια του «δεμένου» και χρησιμοποιήθηκε από τις αρχές του 16ου αιώνα. Σύμφωνα με τον Gardner E (1999), εξάρτηση είναι η προσήλωση και ενασχόληση του ατόμου με μία ουσία, η έλλειψη της οποίας δύναται να του προκαλέσει λαχτάρα και μειωμένο έλεγχο που τον καθιστά αδύναμο να τη σταματήσει, παρά τις βλάβες και τις αρνητικές συνέπειες που επιφέρει.

Ωστόσο, η εξάρτηση διαχωρίζεται σε σωματική και ψυχολογική, με τη δεύτερη να κρίνεται ως πιο δύσκολη στην αντιμετώπισή της. Το 1957, ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) για τα ναρκωτικά, εισήγαγε τους όρους «ψυχική (ψυχολογική) εξάρτηση» και «σωματική εξάρτηση».

Η σωματική εξάρτηση συνδέεται με την ανοχή του ατόμου στην ουσία, η οποία προκαλείται από τη συνεχή παρουσία της ουσίας στον ανθρώπινο οργανισμό. Το κύριο

χαρακτηριστικό της σωματικής εξάρτησης είναι η εμφάνιση στερητικού συνδρόμου, όταν η επίδραση της ουσίας μειώνεται ή σταματά. Δεν παράγουν όμως όλες οι ουσίες το ίδιο στερητικό σύνδρομο. Για παράδειγμα, το σύνδρομο στέρησης οπιοειδών προκαλεί διάρροια, ρινόρροια, ευερεθιστότητα, διέγερση και αϋπνία. Η ψυχική εξάρτηση, η οποία θεωρείται και πιο δύσκολη, σχετίζεται με τη «θεραπευτική» σημασία της χρήσης της ουσίας, μέσω της οποίας το άτομο ανακουφίζεται από δυσάρεστα συναισθήματα όπως άγχος, φόβο, προκειμένου να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητά του. Για παράδειγμα, τα άτομα που έχουν έντονους πόνους από τη συνεχή χρήση οπιοειδών, νιώθουν άγχος και ανησυχία στην περίπτωση απώλειας της ουσίας, γεγονός που χαρακτηρίζει την εξάρτηση ψυχική.

Ωστόσο, δεν προκαλούν όλες οι ουσίες και τις δύο μορφές εξάρτησης. Σε γενικές γραμμές, η διαταραχή εθισμού στα ναρκωτικά/χρήση ουσιών, η οποία διαγιγνώσκεται με τυποποιημένες εξετάσεις, όπως η 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V), διακρίνεται από την περιστασιακή χρήση ναρκωτικών ή κατάχρησης. Προκειμένου να διαγνωστούν οι ασθενείς με εθισμό στα ναρκωτικά, σύμφωνα με το DSM-V, θα πρέπει να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για κάθε ουσία κατάχρησης, τα οποία ορίζονται ως ήπια, μέτρια ή σοβαρά, καθώς υποδεικνύουν το επίπεδο σοβαρότητας. Γενικά, ο εθισμός στα ναρκωτικά αναπτύσσεται χρόνια με τα ακόλουθα τέσσερα στάδια: περιστασιακή χρήση, ψυχαγωγική/κοινωνική χρήση, τακτική χρήση και εξάρτηση (Koob GF, 2017).

1.3 Νομοθετικό Πλαίσιο

Ο πρώτος νόμος που θεσπίστηκε για την καταπολέμηση των ναρκωτικών ήταν ο **N. 1729/1987**, σύμφωνα με τον οποίο καθιερώθηκαν ρηξικέλευθες καινοτομίες για την εποχή όπως ο προσδιορισμός του κριτηρίου “μικρής ποσότητας” ουσιών, λαμβάνοντας ουσιαστικά μέτρα προκειμένου να εφαρμοστούν με αντικειμενικό και όχι υποκειμενικό τρόπο οι διατάξεις όσον αφορά τη χρήση και τη διακίνηση ναρκωτικών ουσιών. Επιπλέον, σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο εξομοιώθηκαν οι έννοιες της κατοχής και της προμήθειας ναρκωτικών ουσιών για προσωπική χρήση και χαρακτηρίστηκαν πλημμέλημα. Τέλος, σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1997), σημαντικές αλλαγές έγιναν και στο ποινικό πλαίσιο, το οποίο αρχικά προέβλεπε ποινή φυλάκισης από 2 έως 5 έτη, η οποία εν συνεχεία μετατράπηκε 10 μέρες έως 5 έτη.

Επίσης, μία από τις σημαντικότερες αποφάσεις του νόμου, περιλαμβάνεται στα άρθρα 1 & 5, όπου και προέβλεπε την ίδρυση του ΚΕΘΕΑ και της πρώτης ελληνικής Θεραπευτικής Κοινότητας, της Ιθάκης, στη Θεσσαλονίκη. Με την πάροδο των χρόνων και παρόλο που μετά το νόμο του 1987 θεσπίστηκαν και περαιτέρω, με τροποποιήσεις, μεταβολές και προσθήκες, προέκυψε η ανάγκη θέσπισης ενός νέου νομοθετικού πλαισίου για την καταπολέμηση των εξαρτησιογόνων ουσιών, λόγω των συνεχών αλλαγών και αναγκών που επέβαλλε ο σύγχρονος τρόπος ζωής, οι νέες εξαρτήσεις, η αύξηση των ποσοστών χρήσης στη νεολαία και γενικότερα η εξέλιξη της τεχνολογίας που συμβάλλει στην ενίσχυση του οργανωμένου εγκλήματος αναφορικά με τα ναρκωτικά, καθώς και της καταπολέμησης του στιγματισμού που υφίστανται από την κοινωνία οι εξαρτημένοι, οι οποίοι χαρακτηρίζονταν ως εγκληματικές φυσιογνωμίες.

Συγχρόνως, η Ελλάδα παρουσίαζε σημαντική διαφοροποίηση συγκριτικά με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της ΕΕ, όσον αφορά την αυστηρή πολιτική στις ποινές περί διακίνησης ναρκωτικών, γεγονός που συνέβαλε στην υιοθέτηση ενός νέου πλαισίου προκειμένου να συμβαδίσει στο ευρωπαϊκό μοτίβο. Θα έπρεπε λοιπόν να γίνει ένας σαφής διαχωρισμός αναφορικά με τη χρήση και την εμπορία ώστε να προστατευθούν τα ανθρώπινα δικαιώματα και το ταλανίζον ζήτημα των ναρκωτικών να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, πέρα από τα στενά όρια των Καταστημάτων Κράτησης, δίνοντας ώθηση στις δομές του Συστήματος Υγείας.

Ο Ν. 4139-2013 «Νόμος Περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις» , χαρακτηρίστηκε καινοτόμος καθώς δίνει τη δυνατότητα στο εξαρτημένο άτομο να εκτίσει ένα μέρος της ποινής του (1/5) στη φυλακή και στη συνέχεια να αποφυλακιστεί, παρακολουθώντας κάποιο κλειστό πρόγραμμα απεξάρτησης. Η αναγκαιότητα εισαγωγής αυτής της καινοτομίας προήλθε λόγω του υψηλού ποσοστού των κρατουμένων στις φυλακές, οι οποίοι κρατούνται για αδικήματα που σχετίζονταν έμμεσα αλλά και άμεσα με τις ναρκωτικές ουσίες, με αποτέλεσμα να θεωρείται η κυριότερη αιτία πληρότητας στα Καταστήματα Κράτησης. Ουσιαστικά, η διακίνηση μικρής ποσότητας ναρκωτικών ουσιών από το εξαρτημένο άτομο θεωρείται πλημμέλημα, ο προσδιορισμός της εξάρτησης γίνεται με ασφαλέστερο και ολιστικό τρόπο και τέλος οι ποινές επιβάλλονται με πιο αντικειμενικό και αξιοκρατικό σε σύγκριση με τις παλιές νομοθετικές διατάξεις.

Επιπλέον, ο ν. 4139/2013 επιδιώκει την πάταξη όλων των σοβαρών εγκλημάτων που προωθούν τη διακίνηση ναρκωτικών, κάνοντας έναν σαφή διαχωρισμό από εκείνες που δεν υπονομεύουν, δεν εκθέτουν και δεν θέτουν σε κίνδυνο την ανθρώπινη ζωή. Τέλος, προωθεί τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των χρηστών - δραστών, δίνοντας βάση στην απεξάρτηση (σωματική και ψυχική) σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα αποφεύγοντας τον εγκλεισμό, χωρίς όμως να προβαίνει στην αποποινικοποίηση της χρήσης ναρκωτικών για προσωπική χρήση.

1.4 Είδη εξάρτησης

Οι εξαρτήσεις διαχωρίζονται σε νόμιμες και παράνομες. Στις νόμιμες κατατάσσονται το αλκοόλ, ο τζόγος και η προβληματική ενασχόληση με το Διαδίκτυο, η οποία και συγκαταλέγεται στις “νέες” εξαρτήσεις ενώ όσον αφορά τις παράνομες εξαρτήσεις, αυτές θεωρούνται τα ναρκωτικά.

Ναρκωτικά

Με τον όρο ναρκωτικά εννοούμε κάθε χημική ουσία, η επίδραση της οποίας μεταβάλλει τη λειτουργία του εγκεφάλου και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Οι παράνομες ναρκωτικές ουσίες, δύναται να αλλάξουν τόσο τη λειτουργία όσο και τη δομή του κεντρικού νευρικού συστήματος (Fowler et al., 2007). Τα πιο γνωστά ναρκωτικά είναι η μεθαμφεταμίνη (συμπεριλαμβανομένου και του πάγου/ice), η κάνναβη, η έκσταση, τα παραισθησιογόνα, η κοκαΐνη, τα αναλγητικά/παισιόνα, τα εισπνεόμενα, τα ηρεμιστικά/βενζοδιαζεπίνες, η ηρωίνη και άλλα οπιοειδή. Η κάνναβη ή η μαριχουάνα είναι το πιο διαδεδομένο χρησιμοποιούμενο παράνομο ναρκωτικό παγκοσμίως ενώ στις μέρες μας, συγκριτικά με τη δεκαετία του 1980, θεωρείται η κύρια ουσία χρήσης έναντι της ηρωίνης. Οι οξείες επιπτώσεις της κάνναβης περιλαμβάνουν τη γνωστική δυσλειτουργία, και αλλοιώσεις στη μνήμη ενώ η χρήση της ουσίας μπορεί να προκαλέσει σε 2-3 ώρες, αυξημένο καρδιακό ρυθμό και αρτηριακή πίεση (Moussouttas, 2004). Η χρόνια χρήση κάνναβης μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στη συμπεριφοράς και φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης σχιζοφρένειας. Η κοκαΐνη είναι ένα πολύ εθιστικό ναρκωτικό λόγω της σύντομης βιολογικής του δράσης, οι ιδιότητες της οποίας μπορεί να οδηγήσουν σε καταναγκαστική χρήση. Οι παρενέργειες της κοκαΐνης επιφέρουν τοπική αναισθησία, σύντομη αλλά έντονη ευφορία με αισθήματα αγαλλίασης, αυξημένη ενέργεια και εγρήγορση. Στις νευροτοξικές της επιδράσεις περιλαμβάνεται η διέγερση και οι

επιληπτικές κρίσεις. Η ηρωίνη είναι το πιο κοινό ναρκωτικό που ανήκει στην ομάδα των οπιοειδών ναρκωτικών και προκαλεί τη πιο δυσχερή επίδραση στον εγκέφαλο (Borne et al., 2005). Άλλα παράγωγα της ηρωίνης θεωρούνται η μορφίνη, η υδροκωδόνη, η οξυκωδόνη, η κωδεΐνη και η μεθαδόνη. Ως παρενέργειες αναφέρονται ευφορία, αναπνευστικά προβλήματα, κατάθλιψη και επιληψία. Οι βενζοδιαζεπίνες (BZDs) ανήκουν στις νέες μορφές εξάρτησης ενώ είναι μία από τις πιο ευρέως συνταγογραφούμενες κατηγορίες φαρμάκων στις Ηνωμένες Πολιτείες. Συνιστούν κατηγορία ψυχοδραστικών φαρμάκων καθώς είναι γνωστά για την κατασταλτική τους δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Οι χρόνιοι χρήστες ναρκωτικών ουσιών συχνά καταφεύγουν στην κατάχρηση χαπιών ενώ η διακοπή μετά από χρόνια χρήση προκαλεί συμπτώματα στέρησης και υψηλό κίνδυνο εμφάνισης επιληπτικής κρίσης (Brett et al., 2015). Άξιο αναφοράς είναι ότι οι επιδράσεις των βενζοδιαζεπινών βραχείας δράσης, ενδέχεται να προκαλέσουν μεγαλύτερη εξάρτηση (Ashton et al., 1994). Όσον αφορά τον ηλικιωμένο πληθυσμό, οι βενζοδιαζεπίνες θα πρέπει να χορηγούνται με μέτρο καθώς προκαλούν αστάθεια στο βάδισμα και προβλήματα ισορροπίας (Gray et al., 1999). Στο σήμερα, τα άτομα που ζητούν βοήθεια για απεξάρτηση από τις βενζοδιαζεπίνες ολοένα και αυξάνεται (Fluyau et al., 2018).

Αλκοόλ

Η προβληματική χρήση αλκοόλ είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα διαταραχή που χαρακτηρίζεται από απώλεια εκούσιου ελέγχου της κατανάλωσης, μειωμένη λήψη αποφάσεων, παθολογική ενασχόληση αναζήτησης της ουσίας και καταναγκαστική ώθηση για κατάχρηση αλκοόλ που επιφέρουν σοβαρές συνέπειες στη ζωή του ατόμου (επιδείνωση της υγείας, απώλεια εργασίας, απομάκρυνση από την οικογένεια). Η 4^η έκδοση του (DSM-IV), καθόρισε κριτήρια τόσο για την εξάρτηση από το αλκοόλ (αλκοολισμός) όσο και για την κατάχρηση αλκοόλ. Η εξάρτηση από το αλκοόλ προϋποθέτει την παρουσία τριών ή περισσότερων από ένα σύνολο επτά κριτηρίων. Η κατάχρηση αλκοόλ ορίζεται από την παρουσία δύο από τα τέσσερα κριτήρια ελλείψει κριτηρίων εξάρτησης. Η συχνότητα εμφάνισης της προβληματικής χρήσης αλκοόλ έχει αυξηθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία στις Ηνωμένες Πολιτείες, σε γενικό πληθυσμό ηλικίας 18 ετών και άνω. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε, σημειώθηκαν ότι μεταξύ 2001-2002 το ποσοστό στον πληθυσμό αυξήθηκε από 8,5% σε 30,3%, ενώ μεταξύ 2012- 2013, το ποσοστό ανήλθε από 12,7% σε 43% (Grant et al., 2015). Ωστόσο, παρά τα αυξημένα ποσοστά, τα περισσότερα άτομα δεν αναζητούν

ούτε ακολουθούν θεραπεία. Αυτό συμβαίνει λόγω του φόβου ότι θα στιγματιστούν κοινωνικά ή ακόμη χειρότερα λόγω της πεποίθησης ότι η εξάρτηση από το αλκοόλ, δεν αποτελεί μία κατάσταση η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτική αγωγή ή με ψυχοθεραπεία. (Cohen et al., 2007).

Τζόγος

Ως προβληματική ενασχόληση με το τζόγο ορίζεται η κατάσταση που επιφέρει αρνητικές συνέπειες σε όλες τις πτυχές της ζωής ενός ατόμου που έχει υιοθετήσει μια τέτοια συμπεριφορά τζόγου σε μια δεδομένη χρονική περίοδο. Σύμφωνα με έρευνα, η συχνότητα εμφάνισης προβληματικής ενασχόλησης με το τζόγο μεταξύ των ενηλίκων κυμαίνεται από 0,4-8,1% (Williams et al., 2012). Οι αιτίες εμφάνισης τζόγου οφείλονται κυρίως σε κοινωνικοδημογραφικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Ωστόσο, η νεαρή ηλικία και το αρσενικό φύλο θεωρούνται οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου. Συγχρόνως, μελέτες έχουν δείξει ότι και οι γυναίκες μέσης ηλικίας θεωρούνται ευάλωτες να αναπτύξουν εξάρτηση από το τζόγο (Hing et al., 2016). Ακόμη, οι άγαμοι άνδρες κάτω των 30 ετών, οι απόφοιτοι Γυμνασίου και οι χαμηλόμισθοι τείνουν να αναπτύσσουν εξαρτητική συμπεριφορά από το τζόγο. Όσον αφορά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, τα άτομα που έχουν πρόβλημα ψυχικής υγείας εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο εξάρτησης συγκριτικά με τα άτομα που πάσχουν από παθολογικής φύσης προβλήματα υγείας. Η διερεύνηση της συννοσηρότητας και της κληρονομικότητας της εξάρτησης στο οικογενειακό περιβάλλον, αποτελούν ζητήματα διερεύνησης από την επιστημονική κοινότητα. Επιπρόσθετα, οι οικονομικές επιπτώσεις της εξάρτησης ενδέχεται να προκαλέσουν χρεοκοπία λόγω των τυχερών παιχνιδιών ενώ ενισχύουν και την πεποίθηση του ατόμου ότι παίζοντας θα καταφέρει να αποπληρώσει τα χρέη του και να ξανακερδίσει τα χαμένα ποσά. Τα ποσοστά της χρεοκοπίας είναι δύο έως τέσσερις φορές υψηλότερα σε άτομα με προβλήματα τζόγου (Gerstein et al., 1999). Τέλος, πέρα από τις κλασικές μορφές τζόγου όπως το καζίνο, το πόκερ και τη λοταρία, ιδιαίτερα αυξημένος, έχει παρατηρηθεί και ο ηλεκτρονικός τζόγος στο διαδίκτυο, ο οποίος και χαρακτηρίζεται από έντονο ρυθμό παιχνιδιού σε σύντομο χρόνο, γεγονός που εξιτάρει τον παίκτη, προκαλώντας αυξημένη πιθανότητα εθισμού. (Binde et al., 2017).

Διαδίκτυο

Ο εθισμός στο διαδίκτυο σχετίζεται με αρκετές συννοσηρότητες, όπως επιθετικότητα, κατάθλιψη, άγχος και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Carli et al., 2013) ενώ οι επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου περιλαμβάνουν προβλήματα και κακή επίδοση στο σχολείο ή την εργασία, οικογενειακές συγκρούσεις και κοινωνική απόσυρση/ εγκατάλειψη δραστηριοτήτων (Kuss et al., 2014). Είναι γεγονός ότι πολλές έρευνες παραλληλίζουν τη Διαταραχή Τυχρών Παιχνιδιών (IGD) με τον εθισμό στο Διαδίκτυο. Δεδομένης λοιπόν της αυξημένης χρήσης σε τυχερά παιχνίδια, πιθανολογείται ότι τα προβλήματα που προκύπτουν στη συμπεριφορά του ατόμου και σχετίζονται με τα τυχερά παιχνίδια, συνδέονται με τον εθισμό στο Διαδίκτυο.

1.4.1 Είδη εξάρτησης στους ηλικιωμένους

Οι εξαρτήσεις στον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι ένα φαινόμενο που δύσκολα μπορεί να θεωρηθεί ανάξιο λόγου και συζήτησης τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από την επιστημονική κοινότητα. Αυτό συμβαίνει γιατί η γήρανση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο ολοένα και αυξάνεται όπως επίσης και το προσδόκιμο ζωής ενώ συγχρόνως γεννούνται προβληματισμοί για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η γήρανση λοιπόν του πληθυσμού δύναται να προκαλέσει μια «σιωπηρή επιδημία» όσον αφορά τους ηλικιωμένους χρήστες αλκοόλ και άλλων εξαρτήσεων με εμφανείς σημαντικούς κινδύνους. Ωστόσο, μιλάμε για «σιωπηρή πανδημία» γιατί δεν υπάρχουν μέχρι στιγμής ικανοποιητικά δεδομένα στην επιστημονική κοινότητα που να αναδεικνύουν το πρόβλημα εξάρτησης στον ηλικιωμένο πληθυσμό.

Καθημερινά, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να εξυπηρετήσουν πληθώρα αιτημάτων και περιστατικών, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εντοπίσουν την κατάχρηση ουσιών σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Αυτό συμβαίνει επίσης γιατί τα συμπτώματα της κατάχρησης ουσιών συχνά συνδέονται και αξιολογούνται ως παθήσεις της τρίτης ηλικίας όπως άνοια, κατάθλιψη και διαβήτης. Σε γενικές γραμμές, η κατάχρηση ναρκωτικών στην τρίτη ηλικία θεωρείται σπάνια, πλην όμως εκείνων που σε νεαρή ηλικία ξεκίνησαν τη χρήση οπιοειδών (Jinks and Raschko, 1990).

Αντίστοιχα, το ίδιο παρατηρείται και με τα συνταγογραφούμενα οπιοειδή: ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων (λιγότερο από 3%) που δεν φιλοξενούνται σε κάποιο

ίδρυμα, ιδρύματα κάνουν χρήση από οπιοειδή αναλγητικά. (Ray et al., 1993), ενώ φαίνεται πως δεν προκύπτει θέμα εξάρτησης. Τέλος, όσον αφορά τα παράνομα ναρκωτικά, αυξημένα ποσοστά εντοπίζονται στη χρήση κάνναβης από τους ηλικιωμένους, η οποία ενδέχεται να προκαλέσει σωματικές βλάβες και ατυχήματα. (Choi, Marti, DiNitto, Choi, 2018)

Αλκοόλ

Η χρήση αλκοόλ στον ηλικιωμένο πληθυσμό τείνει να αυξάνεται με τη διαφορά ότι πλέον είναι ορατή και στις γυναίκες τρίτης ηλικίας. Ένας από τους λόγους των αυξημένων ποσοστών είναι η ευκολία της προσβασιμότητας στην ουσία, μιας και η χρήση αλκοόλ θεωρείται νόμιμη. Συγχρόνως, η προβληματική χρήση αλκοόλ συνδέεται με σοβαρές συνέπειες τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχολογικό, κοινωνικό και γνωστικό επίπεδο. Ως γνωστόν, το γήρας επιφέρει εμφανείς αλλαγές στο σώμα και το πνεύμα του ατόμου, και ως εκ τούτου η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ δε μεταβολίζεται εύκολα από τον οργανισμό, γι' αυτό και βρίσκονται μεγάλες ποσότητες συγκέντρωσης στο αίμα. (Reid, 1997). Μελέτες έχουν δείξει ότι η μακρόχρονη κατανάλωση αλκοόλ στους ηλικιωμένους, προκαλεί σοβαρές παθήσεις, κακή αντίληψη του ατόμου για την κλινική του εικόνα, συχνότερες επισκέψεις στο γιατρό, κατάθλιψη, απόσυρση και έλλειψη ικανοποίησης για τη ζωή (Colsher, 1990).

Η προβληματική χρήση αλκοόλ στα άτομα τρίτης ηλικίας προκαλεί μειωμένη ικανότητα διακοπής και απώλεια ελέγχου παρά τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία, την επαγγελματική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Η υπερκατανάλωση αλκοόλ συνήθως χαρακτηρίζεται από τη συχνότητα και την ποσότητα. Για παράδειγμα, αν μια γυναίκα 1 φορά το μήνα καταναλώνει 4 ποτά σε 2 ώρες και ο άντρας εξίσου 5, η συγκέντρωση στο αίμα βρίσκεται στα 0,08 g/dL, ενώ αν μέσα σε ένα μήνα καταναλωθεί η ίδια ποσότητα αλκοόλ για 5 η και παραπάνω φορές, τότε μιλάμε για διαταραχή προβληματικής χρήσης (Han et al., 2018).

Οι πιο κοινές ψυχιατρικές ασθένειες που παρατηρούνται στον ηλικιωμένο ενήλικο πληθυσμό αφορά τις διαταραχές διάθεσης και κυρίως την κατάθλιψη με συχνότητα 10% έως 20%, σύμφωνα με τον ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας). Παρ' όλα αυτά, η κατάθλιψη στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως αναγνωρίζεται μερικώς και δε διαγιγνώσκεται πλήρως. Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από κατάθλιψη, ενδέχεται να εξαρτηθούν από το αλκοόλ πολύ αργότερα στη ζωή τους (WHO, 2018). Επιπλέον,

ο ηλικιωμένος πληθυσμός που πάσχει κατάθλιψη εμφανίζει υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξει αυτοκτονικές τάσεις ή αυτοτραυματισμό, καθώς η κατάθλιψη θεωρείται ο πιο συχνός παράγοντας κινδύνου για την αυτοκτονία (Avasthi et al., 2018).

Η κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου που επηρεάζει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα στην τρίτη ηλικία ενώ συσχετίζεται και με την αυξημένη κατανάλωση ψυχοφαρμάκων (Carvalho et al., 2020). Τέλος, σημαντικά γεγονότα στη ζωή του ατόμου, όπως οι αλλαγές λόγω γήρατος, τα οικονομικά προβλήματα, η κοινωνική απομόνωση, η αποξένωση από την οικογένεια και η απώλεια φίλων, εντείνουν το πρόβλημα της χρήσης αλκοόλ.

Συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα

Η συχνότητα χρήσης των συνταγογραφούμενων φαρμάκων στα ηλικιωμένα άτομα (άνω των 65 ετών) και η μακρόχρονη χρήση βενζοδιαζεπινών αφορά το 12,5% του γενικού πληθυσμού. Τα ηλικιωμένα άτομα θεωρούνται πιο επιρρεπή όσον αφορά τις παρενέργειες καθώς τα πιο διαδεδομένα φάρμακα που συνταγογραφούνται έχουν ψυχοδραστικές ουσίες (Baum et al., 1984). Οι βενζοδιαζεπίνες (BZDs) είναι αγχολυτικά, υπνωτικά, αντισπασμωδικά και μυοχαλαρωτικά ενώ ενδέχεται να προκαλέσουν και αναισθησία. Ως ανεπιθύμητες ενέργειες αναφέρονται η καταστολή και η ψυχοκινητική έκπτωση του ατόμου. Στις μέρες μας, από τα ήδη υπάρχοντα ηρεμιστικά-υπνωτικά φάρμακα, οι βενζοδιαζεπίνες αποτελούν τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα (Thompson et al., 1983). Συγχρόνως, η χρήση βενζοδιαζεπινών από τους ηλικιωμένους μπορεί να προκαλέσει γνωστική δυσλειτουργία όπως προγενέστερη αμνησία και αυξημένη λήθη, βλάβες οι οποίες με τη διακοπή των φαρμάκων βελτιώνονται αισθητά (Gray et al., 1999)). Επίσης, οι βενζοδιαζεπίνες επιβραδύνουν την αντανακλαστική ικανότητα και την κινητικότητα του ατόμου στα ερεθίσματα, με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπή στις πτώσεις και τα ατυχήματα με αμάξι. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω της αύξησης της δοσολογίας (Cumming et al., 2003).

Τα άτομα τρίτης ηλικίας εμφανίζουν υψηλό κίνδυνο εξάρτησης λόγω του χρόνιου πόνου των παθήσεων που πάσχουν, της κατάθλιψης και της κοινωνικής απομόνωσης που βιώνουν καθώς και της εξάρτησης από το αλκοόλ.(Fenandez et al., 2001). Ωστόσο, η ανοχή στο αλκοόλ, στην εξάρτηση από ουσίες και στις βενζοδιαζεπίνες μειώνεται με την ηλικία. Κάποιες φυσιολογικές συνέπειες της γήρανσης όπως η άνοια, η κατάθλιψη

και το άγχος θεωρούνται απόρροια της εξάρτησης από τις βενζοδιαζεπίνες. Η μακροχρόνια χρήση άνω των 6 μηνών χωρίς ιατρική παρακολούθηση, η αποτελεσματικότητα και οι παρενέργειες που σχετίζονται με αυτή έχουν τεκμηριωθεί μεμονωμένα. Κάποιοι κοινωνικοί δείκτες, όπως τα οικογενειακά προβλήματα και η προβληματική σχέση με την/το σύζυγο, η συνταξιοδότηση, οι δυσκολίες στον επαγγελματικό τομέα, η απόσυρση και η μοναξιά αποτελούν παράγοντες κινδύνου εξάρτησης από τις βενζοδιαζεπίνες. Το ένα τρίτο των μακροχρόνιων (πέραν των 6 μηνών) χρηστών κατά την προσπάθεια μείωσης, μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα όπως άγχος, αϋπνία, μυϊκούς σπασμούς, ένταση, αντιληπτική υπερευαισθησία ενώ πιο σπάνια μπορεί να προκληθούν κρίσεις ή ψύχωση.

Αξίζει να αναφέρουμε ότι ένας αρκετά μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων καταναλώνει φάρμακα άνευ ιατρικής συνταγής και χωρίς να τα έχει προμηθευτεί από κάποιο φαρμακείο. Συνήθως πρόκειται για ασπιρίνες, βιταμίνες κ.α., τα οποία μοιράζουν και ανταλλάσσουν μεταξύ τους, κυρίως όσοι διαβιώνουν σε κάποιο ίδρυμα, έχοντας παράλληλα και μια κουλτούρα αυτοδιάγνωσης και αυτοθεραπείας, μη στηριζόμενη σε ιατρικές συστάσεις. (Αποστολάκη, Βλοντάκη & Λουμπάκη, 2006).

Άλλες εξαρτήσεις στην τρίτη ηλικία

Όσον αφορά το κάπνισμα και παρόλο που αρκετά μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων καπνίζει, λίγοι είναι αυτοί που παρουσιάζουν εξάρτηση από τη νικοτίνη. Ωστόσο, όσοι καπνίζουν χωρίς να έχουν εξάρτηση, ενδέχεται να παρουσιάσουν συννοσηρότητα, δηλαδή κάποια συναισθηματική διαταραχή, η οποία μπορεί να αναστείλει την προσπάθειά τους να κόψουν το κάπνισμα. Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων, άρχισε το κάπνισμα σχετικά σε μεγάλη (Sachs et al., 2011). Ακόμη, προστατευτικός παράγοντας για τους καπνιστές τόσο της μέσης όσο και της τρίτης ηλικίας που παρουσιάζουν χαμηλό επίπεδο εξάρτησης, θεωρείται η σωματική άσκηση, η οποία συμβάλει θετικά στη λειτουργία των πνευμόνων (Nye et al., 2017).

Επιπλέον, στο κάδρο της επιστημονικής έρευνας φαίνεται να μπαίνει και η εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια, η οποία ολοένα και αυξάνεται στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Το φαινόμενο της αύξησης αυτού του είδους εξάρτησης στους ηλικιωμένους, έχει να κάνει με τις εσφαλμένες απόψεις τους για τον τζόγο και τη

δεξιότητα που πιστεύουν ότι έχουν να ελέγχουν τη συμπεριφορά τους. Ουσιαστικά, αντιλαμβάνονται τον τζόγο σαν μια δεξιότητα, είτε γιατί έχουν κερδίσει παραπάνω φορές απ' όσες έχουν χάσει, είτε γιατί ακόμη πιστεύουν σε στερεότυπα όπως γούρικές και άτυχες μέρες, μέχρι και σε τυχερά γούρια που θα τους φέρουν κέρδη (Subramaniam et al., 2017) .

Η τεχνολογική εξέλιξη και ο τρόπος που τη χρησιμοποιούμε σήμερα, έχει δώσει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να αποκτήσουν δεξιότητες και να χρησιμοποιούν τα τεχνολογικά μέσα με άνεση. Και ενώ θα θεωρούσαμε ότι η εξάρτηση από το διαδίκτυο και τα ηλεκτρονικά παιχνίδια αφορά τους νέους, πλέον είναι ένα φαινόμενο που παρουσιάζεται και στην τρίτη ηλικία, παρ' όλο που τα άτομα μέχρι να έρθουν σε επαφή με τον ιστό και τα παιχνίδια σε πλατφόρμες είχαν σχηματίσει κακή άποψη (Ferguson et al., 2017). Η συναισθηματικής τους κατάσταση, όπως και στους νέους, περιλαμβάνει ανησυχία και άγχος όταν βρίσκονται μακριά από αυτά, η οποία και περιορίζεται όταν έρθουν πάλι σε επαφή με αυτά, ακόμα και να εκτίθεται σε βλαβερό και βίαιο περιεχόμενο.

1.4.2 Αιτιολογία

Η κατάχρηση παράνομων και νόμιμων ουσιών από τα άτομα τρίτης ηλικίας σχετίζεται με ποικίλους κινδύνους που έχουν να κάνουν με την υγεία και την απόσυρση, τη μοναξιά και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Το γήρας επιφέρει προβλήματα, τόσο σωματικά, όσο ψυχολογικά και κοινωνικά, τα οποία στο σύνολό αποτελούν παράγοντες κινδύνου κατάχρησης ουσιών και εξάρτησης. Η εξάπλωση των εξαρτήσεων στους ηλικιωμένους συχνά υποτιμάται. Αυτό συμβαίνει γιατί η εξάρτηση δεν είναι πάντα ορατή, ή δεν αναγνωρίζεται εύκολα από το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου ή από τους επαγγελματίες υγείας, και ως εκ τούτων κάποια σημάδια αγνοούνται ή διαγιγνώσκονται λανθασμένα. Για παράδειγμα, ο εξάρτηση ενδέχεται να διαγνωσθεί ως κατάθλιψη ή άνοια (Gossop et al., 2008). Συγχρόνως, η πολυφαρμακία είναι θεωρείται κοινή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, ενώ η μείωση των φαρμάκων βελτιώνει αισθητά την ποιότητα ζωής τους (Rollason et al., 2003).

Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας, η οποία διαφαίνεται όσο η ηλικία αυξάνεται, λόγω του ελλιπούς υποστηρικτικού δικτύου, της μοναξιάς και της διαμονής σε κάποιο γηροκομείο (Cornwel et al., 2009). Οι λόγοι που οδηγούν στη μοναξιά και την απομόνωση είναι οι εξής : χηρεία, διαμονή παιδιών σε μακρινό μέρος, έλλειψη παιδιών λόγω μη

απόκτησης, μοναχική διαβίωση, κακή έκβαση της σωματικής υγείας, έλλειψη φίλων και συγγενών και γενικότερα άσχημα γεγονότα στη ζωή του ατόμου (Grenade et al., 2009). Τέλος, άτομα ηλικίας 64-86 ετών, παρουσιάζουν συννοσηρότητα, με την ταυτόχρονη συνύπαρξη εξάρτησης και ψυχιατρικού προβλήματος, ενώ αναφορικά με τα σωματικά προβλήματα, παρατηρούνται προβλήματα στην οδοντοστοιχία και αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη τύπου 2.

1.5 Αριθμητικά δεδομένα

Το πρόβλημα της εξάρτησης από το αλκοόλ και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα που αφορά τον ηλικιωμένο πληθυσμό με ποσοστό άνω του 17%, τις τελευταίες δεκαετίες δεν υπήρχε ως αντικείμενο μελέτης στη βιβλιογραφία και τη γεροντολογία (D'Archangelo, 1993; 1995; Atkinson, 1990). Στις μέρες μας αποτελεί ένα διαρκώς αυξανόμενο φαινόμενο καθώς σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, υπολογίστηκε ότι ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 50 ετών που χρήζουν θεραπείας λόγω κάποιας εξάρτησης, αυξήθηκε κατά 300%, δηλαδή από 1,7 εκατ. που είχε βρεθεί σε μελέτη την περίοδο 2000/2001, εκτοξεύθηκε σε 4,4 εκατ. μέχρι το 2020 (Gfroerer et al., 2003). Επιδημιολογικά δεδομένα 6.717 ατόμων ηλικίας 50-64 ετών και 4.236 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (δηλ. 10.953 άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω) από το 2005 έως το 2009 κατέδειξαν ότι σχεδόν το 60% είχε κάνει χρήση αλκοόλ το προηγούμενο έτος. Συγκεκριμένα, αναφορικά με τη συχνότητα χρήσης, φάνηκε ότι το 62% έκανε χρήση αλκοόλ σε 30 ημέρες ή περισσότερο, 14% στις 12-29 ημέρες, 18% στις 3-11 ημέρες και 6% στις 1-2 ημέρες (Blazer et al., 2009). Η χρήση αλκοόλ είναι συχνότερη στα άτομα ηλικίας 50-64 ετών κυρίως στους άνδρες. Συγχρόνως, Ο επιπολασμός της κατανάλωσης πάνω από την ενδεδειγμένη ποσότητα αλκοόλ που συνίσταται στα άτομα τρίτης ηλικίας, ειδικά εάν ακολουθούν κάποια φαρμακευτική αγωγή για προβλήματα υγείας, είναι: 1 ποτό την ημέρα ή 2 κατά περίπτωση τους άνω των 60, υπολογίζεται σε 30% για τους άνδρες και σε 15% για τις γυναίκες (Moos et al., 2004).

Εκτός από τα συνταγογραφούμενα οπιοειδή, οι βενζοδιαζεπίνες τυγχάνουν μεγαλύτερης ερευνητικής προσοχής σε σύγκριση με άλλα συνταγογραφούμενα φάρμακα μεγαλύτερη ερευνητική προσοχή από άλλα συνταγογραφούμενα (Culbertson & Ziska, 2008). Περίπου 9% έως 54% (M = 32%) των ηλικιωμένων ενηλίκων έχουν χρησιμοποιήσει βενζοδιαζεπίνες (Llorente et al., 2000). Παρά το γεγονός ότι υπάρχει έξαρση της χρήσης, οι υπάρχουσες μελέτες έχουν επικεντρωθεί κυρίως στους

παράγοντες κινδύνου και στις παρενέργειες που σχετίζονται με αυτή. Υπάρχει έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τη μη ιατρική χρήση βενζοδιαζεπινών και την κατάχρηση/εξάρτηση στους ηλικιωμένους (Llorente et al., 2000). Ερευνητικά ευρήματα από ασθενείς που χρησιμοποιούν βενζοδιαζεπίνες έδειξαν ότι μεγαλύτερη διάρκεια ή υψηλότερη δόση χρήσης βενζοδιαζεπινών αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης εξάρτησης από βενζοδιαζεπίνες (Kan et al., 2004). Σε μια πρόσφατη έρευνα σε ηλικιωμένους 60 ετών και άνω, που κατοικούν στον Καναδά, έδειξε ότι το 3,3% των γυναικών και το 0,8% των ανδρών πληρούσαν τα κριτήρια DSM-IV για την εξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες (Préville et al., 2008) . Από τους ηλικιωμένους 65 και άνω που έκαναν χρήση βενζοδιαζεπινών, περίπου 1 στους 10 (9,5%) πληρούσε τα κριτήρια για εξάρτηση από βενζοδιαζεπίνες (Voyer et al., 2009).

Τα δεδομένα για ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω, μεταξύ 1995 και 2005, έδειξαν ότι το αλκοόλ σαν κύρια ουσία χρήσης μειώθηκε από 84,7% σε 75,9%, ενώ τα ποσοστά για τα οπιοειδή/ηρωίνη (από 6,6% έως 10,5%), κοκαΐνη (2,1% έως 4,4%) και ηρεμιστικά (0,5% έως 1,3%) αυξήθηκαν (SAMHSA, 2007β).

1.5.1 Αριθμητικά δεδομένα για την Ελλάδα

Δυστυχώς στην Ελλάδα, αναφορικά με τη χρήση αλκοόλ, δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για την ηλικιακή ομάδα 65 και άνω. Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση για τα Ναρκωτικά, υπάρχουν στοιχεία μόνο για τους 55-64 ετών, ένα ποσοστό δηλαδή 7%, οι οποίοι και έχουν αναφέρει σε διάστημα 1 μήνα τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης. (ΕΚΤΕΠΝ, 2017).

1.6 Θεραπεία – Αντιμετώπιση

Η θεραπεία της εξάρτησης επιτυγχάνεται μέσω βραχέων και μακρόχρονων παρεμβάσεων καθώς και μέσω της κινητοποιητικής συμβουλευτικής. Στο σύνολό τους τέτοιες προσεγγίσεις φαίνεται να λειτουργούν θετικά για την αντιμετώπιση της εξάρτησης των ηλικιωμένων, ενώ σε ένα ποσοστό που αντιμετωπίζει πρόβλημα εξάρτησης, αυτές λειτουργούν προ – θεραπευτικά. Είναι γεγονός πάντως, πως συχνά τα ηλικιωμένα άτομα αντιστέκονται και κατακλύζονται από συναισθήματα αμφιθυμίας και κυκλοθυμίας, λόγω της έλλειψης αποδοχής της εξάρτησης και του φόβου της αλλαγής.

Πέρα από την κύρια φάση θεραπείας, κάποιες προ-θεραπευτικές μέθοδοι έχουν καλύτερο αποτέλεσμα όταν πραγματοποιούνται στον προσωπικό χώρο του

εξαρτημένου. Μία τέτοια μέθοδος, θεωρείται και η προσπάθεια αποτοξίνωσης, η οποία με τη στήριξη του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενή, καθώς και με την στήριξη κοινωνικών υπηρεσιών και νοσηλευτικού προσωπικού, μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα. Σε πρώτη φάση αυτή η μέθοδος βοηθάει τα ηλικιωμένα άτομα, ειδικά αυτά που λόγω προβλημάτων υγείας παραμένουν στο σπίτι. Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την κοινότητα με τη διάθεση προσωπικού που θα επισκέπτεται τακτικά τον ηλικιωμένο καθώς και κάποια θεραπευτικά που περιλαμβάνουν νοσηλευτή, συμβάλλουν στη θεραπεία της κατάχρησης ουσιών (Fredriksen, 1992; Graham et al., 1996).

Ως βραχεία παρέμβαση θεωρείται η γνωστή (FRAMES) (Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathic, Self-efficacy), η οποία στηρίζεται στην συνειδητοποίηση του ατόμου για τους κινδύνους της εξάρτησης, στην ανάληψη ευθύνης και στη δέσμευση για αλλαγή και στη βελτίωση της αποδοτικότητάς του. (Miller and Sanchez, 1994).

Η συμβουλευτική της κινητοποίησης διαχωρίζει την ετοιμότητα του ατόμου να θεραπευτεί ενώ η κοινή συνύπαρξη ηλικιωμένων ατόμων που έχουν εξαρτητική συμπεριφορά, λειτουργεί αποτελεσματικά (Miller and Rollnick, 1991). Μέσω αυτής της προσέγγισης, ένας σύμβουλος αντιμετωπίζει τον ηλικιωμένο με σεβασμό, χωρίς να τον κρίνει, και παράλληλα συμβάλλει υποστηρικτικά ώστε να συνειδητοποιήσει το κόστος της εξάρτησης από τη χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ, ενθαρρύνοντας το άτομο να αλλάξει.

Το είδος της θεραπείας διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες του θεραπευόμενου. Υπάρχουν τα Ανοιχτά και τα Κλειστά Θεραπευτικά Προγράμματα καθώς και η Θεραπευτική Κοινότητα, σε περίπτωση που δεν τα καταφέρνει το άτομο σε θεραπεία Ανοιχτού Τύπου εξωτερικής παρακολούθησης.

Τα ηλικιωμένα άτομα έχει αποδειχθεί ότι μπορούν να επωφεληθούν από τη θεραπεία εξίσου όπως και ο νεότερος πληθυσμός (Curtis et al., 1989), γεγονός που μπορεί να βοηθήσει στην καταπολέμηση του στίγματος και του θεραπευτικού μηδενισμού που σχετίζεται με τις διαταραχές κατάχρησης αλκοόλ στην τρίτη ηλικία. Η θεραπεία για την κατάχρηση αλκοόλ μπορεί να χωριστεί σε τρία επίπεδα, στο σωματικό, το ιατρικό και το ψυχολογικό. Λόγω του υψηλού βαθμού συννοσηρότητας, είναι αυξημένα τα ποσοστά ηλικιωμένων που παρουσιάζουν στερητικά σύνδρομα

διαρκείας (Ruitenberg et al., 2002) γι' αυτό και πολλές φορές συνίσταται η εισαγωγή τους σε κάποια κλινική για οξεία αποτοξίνωση. Η χρήση φαρμάκων για την αποχή από την ουσία δεν έχει μελετηθεί εκτενώς αναφορικά με τους ηλικιωμένους. Η δισουλφιδράμη πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή και μόνο βραχυπρόθεσμα λόγω του κινδύνου να βρεθεί το άτομο σε κατάσταση σύγχυσης (Dunne, 1994). Η ναλτρεξόνη έχει αποδειχθεί ότι βοηθά στην πρόληψη της υποτροπής σε άτομα ηλικίας 50-74 (Oslin et al., 1998). Οι θεραπείες που αφορούν τον τομέα της ψυχολογίας περιλαμβάνουν την ψυχοεκπαίδευση, τη συμβουλευτική και την προσωπική κινητοποίηση του ατόμου ενώ φαίνεται ότι τέτοιου τύπου θεραπείας, που περιλαμβάνουν την συμβουλευτική και την ψυχοθεραπεία, ταιριάζουν και έχουν περισσότερα οφέλη στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Kofoed et al., 1987).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιθανό να ανταποκριθούν στη θεραπεία απεξάρτησης από τις βενζοδιαζεπίνες. Ωστόσο, υπάρχουν πολύ λίγες αναφορές όσον αφορά την τρίτη ηλικία. Σε πιλοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, σε θεραπευτικό πρόγραμμα για ηλικιωμένους με εξάρτηση από ουσίες, συμμετείχαν 55 άτομα, εκ των οποίων 25 είχαν εξάρτηση από τις βενζοδιαζεπίνες. Η θεραπεία περιελάμβανε ατομική και οικογενειακή θεραπεία, σύσταση για αλλαγή φαρμάκων και συμμετοχή σε μια ομάδα υποστηρίξης ομοτίμων (ομάδες αυτοβοήθειας). . Πληροφορίες σχετικά με τη χρήση φαρμάκων, την υγειονομική περίθαλψη, τη λειτουργική και γνωστική ικανότητα του ατόμου και την κατάθλιψη, αξιολογήθηκαν πριν την ένταξη σε θεραπεία και μετά από 6 μήνες παρέμβασης. Η συμμετοχή στο πρόγραμμα και η ένταξη σε ομάδες αυτοβοήθειας, έδειξαν σημαντικές μειώσεις στις βαθμολογίες της κλίμακας της κατάθλιψης, τον αριθμό των ημερήσιων συνταγών, τη χρήση βενζοδιαζεπίνης και ο τον αριθμό των οξέων νοσηλειών (Brymer et al., 2000).

1.6.1 Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

Και στη θεραπεία των ηλικιωμένων, όπως και στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, μπορούν να εφαρμοστούν οι εξής θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η γνωσιακή – συμπεριφορική προσέγγιση, η ατομική συμβουλευτική, η οικογενειακή – συστημική θεραπεία, η ατομική συμβουλευτική, η ομαδική συμβουλευτική, καθώς και οι ιατρικές και ψυχιατρικές προσεγγίσεις. Είναι επίσης πολύ σημαντικό τα άτομα να εμπλέκονται στην κοινότητα και να συμμετέχουν σε δράσεις που συμβάλλουν στην κοινωνικότητά τους και την ύπαρξη ισχυρού δικτύου. Επιπλέον, η συμμετοχή της οικογένειας, είτε

πρόκειται για σύζυγο, σύντροφο, παιδί ή συγγενή/ φίλο, λειτουργεί θετικά στη διαδικασία της θεραπείας του ατόμου, γι' αυτό και η Συστημική Θεραπεία θεωρείται η κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, γιατί προσεγγίζει ολιστικά το πρόβλημα της εξάρτησης, εξετάζοντας σε βάθος της δυναμικές του οικογενειακού συστήματος.

Είναι επίσης άξια αναφοράς η θεωρία της φυσικής ανάρρωσης του Winick (η οποία αναπτύχθηκε το 1962). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, πολλοί χρήστες δεν ακολουθούσαν κάποια εξειδικευμένη θεραπεία, αλλά ανάρρωναν φυσικά, διακόπτοντας τη χρήση της ουσίας για κάποιο διάστημα. Έτσι λοιπόν και τα ηλικιωμένα καταφεύγουν στη χρήση ουσιών που η προσβασιμότητα τους θεωρείται εύκολη, μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τον κίνδυνο να πάθουν κάτι και αποφεύγοντας να ενταχθούν σε κάποιο πρόγραμμα θεραπείας (Searby et al., 2015).

Αν και η γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία (CBT) για να είναι αποτελεσματική απαιτεί ένα άτομο με υψηλά κίνητρα και υποστήριξη, έχει αποδείχθηκε ότι είναι πιο αποτελεσματική από τη μη θεραπεία για την εξάρτηση από το αλκοόλ (Reczek et al., 2016). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε άτομα ηλικίας 53 έως 82 ετών που ολοκλήρωσαν πρόγραμμα θεραπείας 6 μηνών, το 55% των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν τουλάχιστον 13 από τις 16 συνεδρίες φάνηκε ότι ήταν πιθανότερο να απέχουν από το αλκοόλ συγκριτικά με αυτούς που δεν παρακολούθησαν το πρόγραμμα (Schonfeld et al., 2000). Από τους συμμετέχοντες, το 35% είχαν λάβει προηγουμένως θεραπεία για αλκοόλ και περισσότερο από τους μισούς είχαν παρακολουθήσει προηγουμένως συναντήσεις των Ανώνυμων Αλκοολικών (AA). Οι ομάδες αυτοβοήθειας για το αλκοόλ περιλαμβάνουν τους Ανώνυμους Αλκοολικούς (AA), την Ορθολογική Ανάκτηση, την Αυτοδιαχείριση και την Εκπαίδευση Αποκατάστασης. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί ακολουθούν μια προσέγγιση 12 βημάτων. Οι θεραπείες αυτές συμβάλλουν στην αύξηση της αποχής αλλά είναι ασύμφωρες οικονομικά για το σύστημα υγείας.

1.6.2 Θεραπευτικά Προγράμματα

Οι βασικοί τύποι θεραπείας αντιμετώπισης της εξάρτησης στην Ελλάδα είναι οι εξής: το ψυχοκοινωνικό μοντέλο παρέμβασης (αφορά τα «στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), η θεραπεία μέσω της φαρμακευτικής αντιμετώπισης (ΘΦΑΕ) και η σωματική αποτοξίνωση. Οι φορείς απεξάρτησης στην Ελλάδα, που αναγνωρίζονται επίσημα από το ελληνικό κράτος και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας είναι: ο

Ο.ΚΑ.ΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών), το ΚΕΘΕΑ (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), το 18 ΑΝΩ (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΨΝΘ) και το Αιγινήτειο Νοσοκομείο (Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών). Επιπλέον, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ διατηρεί μονάδες σε διάφορα νοσοκομεία ενώ στα Σωφρονιστικά Καταστήματα της χώρας λειτουργούν προγράμματα απεξάρτησης. Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ αποτελεί Πρόγραμμα Υποκατάστασης και χορηγεί υποκατάστατο της κύριας ουσίας εξάρτησης (ηρωίνη), κυρίως μεθαδόνη και βουπρενορφίνη.

Βασικός στόχος των προγραμμάτων υποκατάστασης είναι ο έλεγχος και η μείωση της ουσίας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η προστασία της δημόσιας υγείας και η μετάδοση ασθενειών. Μέσω του προγράμματος, τα άτομα βελτιώνουν σταδιακά, μέσω της κινητοποίησης, τη λειτουργικότητά τους, την κλινική τους εικόνα, τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις, ενώ διεκδικούν ευκαιρίες στην εκπαίδευση και τον επαγγελματικό τομέα.

Το ΚΕΘΕΑ είναι στεγνό πρόγραμμα εσωτερικής ή εξωτερικής παρακολούθησης και βασίζεται στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο παρέμβασης. Κατά την πρώτη επαφή του ατόμου με το Συμβουλευτικό Κέντρο, στόχος είναι η ενημέρωση, η κινητοποίηση και η συμβουλευτική, με σκοπό το άτομο σχετικά άμεσα να ενταχθεί στην κατάλληλη δομή. Στο δεύτερο στάδιο επιδιώκεται η σωματική αποτοξίνωση του ατόμου ενώ στο τρίτο στάδιο σκοπός είναι η κοινωνική του επανένταξη. Για τους εξαρτημένους χρήστες από παράνομα ναρκωτικά και κυρίως οπιοειδή, που συνήθως αντιμετωπίζουν και εμπλοκή με το νόμο, η κύρια φάση θεραπείας είναι το κλειστό πρόγραμμα και συγκεκριμένα η Θεραπευτική Κοινότητα. Εξίσου αποτελεσματικές είναι και οι ομάδες αυτοβοήθειας σε Ανοιχτού Τύπου Θεραπεία εξωτερικής παρακολούθησης, τόσο για τις νόμιμες, όσο και για τις παράνομες ουσίες.

Παράλληλα, σε οποιοδήποτε στάδιο θεραπείας και αν βρίσκεται το άτομο, σε θεραπεία εντάσσεται και η οικογένειά του, σαν υποστηρικτικό δίκτυο, σε ομάδες αυτοβοήθειας. Πράγματι, σύμφωνα με τον Παυλόπουλο (2010), η οικογένεια θεωρείται, εκτός από σημαντικό παράγοντα αιτιολόγησης της εξάρτησης, ίσως ο κυριότερος παράγοντας που βοηθάει και καθορίζει την πορεία της απεξάρτησης. Τα στεγνά προγράμματα έχουν ολιστική προσέγγιση, καθώς στοχεύουν στη βελτίωση όλων των τομέων της ζωής του ατόμου, στη βελτίωση των σχέσεων με την οικογένεια

και στην ενίσχυση των δεξιοτήτων. Όσον αφορά τις νόμιμες εξαρτήσεις (αλκοόλ, τυχερά παιχνίδια, προβληματική χρήση διαδικτύου) λειτουργεί αποκλειστικά το πρόγραμμα ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ στην Αθήνα ενώ λειτουργούν και 2 γραμμές στήριξης, το 1114 για το τζόγο και το 1145 για τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και το διαδίκτυο. Τέλος, το 18 ΑΝΩ, θεωρείται στεγνό πρόγραμμα και κυρίως αφορά τα άτομα με διπλή διάγνωση, δηλαδή περιπτώσεις που η συνύπαρξη εξάρτησης και ψυχιατρικού προβλήματος είναι ταυτόχρονη.

1.6.3 Επανάταξη – Απεξάρτηση

Σύμφωνα με τη Μάτσα (2001), η απεξάρτηση και η θεραπεία του ατόμου επιτυγχάνεται μόνο με την ένταξη του ατόμου σε κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα, στο οποίο και σταδιακά ανασυγκροτείται η προσωπικότητά του. Η κοινωνική επανάταξη και ενσωμάτωση των πρώην και νυν χρηστών προϋποθέτει την εξασφάλιση στέγης, τη φροντίδα των ιατρικών θεμάτων του, την εκπαίδευση και την εξεύρεση εργασίας . Αποτελεί πρόκληση για όλες τις χώρες της Ε.Ε και παρόλο που δαπανώνται αρκετά χρήματα για την ευκολότερη προσβασιμότητα των ατόμων σε θεραπευτικά προγράμματα και δωρεάν παροχή υπηρεσιών. Στόχος είναι η βελτίωση της υγείας, η συνεχής εκπαίδευση και εξέλιξή τους, η απόκτηση προσωπικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων, η βελτίωση των σχέσεων με την οικογένεια και τον περίγυρο, η ρύθμιση των νομικών ζητημάτων και η ανάληψη ευθυνών και πρωτοβουλιών και η εξεύρεση εργασίας. Με λίγα λόγια είναι μια ολιστική διαδικασία, γι' αυτό και μας προβληματίζει συνεχώς να αναζητήσουμε τους λόγους που οδηγούν τα άτομα σε κάποια φάση της ζωής τους να καταφύγουν στις ουσίες και τελικά να εξαρτηθούν από αυτές.

1.7 Ο ρόλος της πρόληψης

Η πρόληψη χωρίζεται σε 3 τομείς: τον πρωτογενή, το δευτερογενή και τον τριτογενή. Στην πρωτογενή πρόληψη λαμβάνονται μέτρα για την απόκλιση της εμφάνισης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων. Ουσιαστικά, κύριος στόχος της πρόληψης δεν είναι τόσο η ίδια η ουσία, αλλά τα προβλήματα που μπορεί να προκληθούν από αυτή. Η δευτερογενής πρόληψη αφορά την υιοθέτηση στρατηγικών και δράσεων για την παρεμπόδιση της εμφάνισης και της εξέλιξης της εξάρτησης. Αφορά τον πληθυσμό όπου η χρήση θέτει σε δυνητικό κίνδυνο την πρόκληση προβλημάτων ή ακόμη αφορά και άτομα που αντιμετωπίζουν ήδη πρόβλημα. Η δευτερογενής πρόληψη ταυτίζεται με την έγκαιρη παρέμβαση. Η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται στις ήδη υπάρχουσες ενέργειες που έχουν εφαρμοστεί και αφορούν την εξέλιξη του προβλήματος, περιλαμβάνοντας τη θεραπεία ή την παρέμβαση. Έρευνες έχουν δείξει ότι και οι τρεις αυτοί τύποι θα πρέπει να εφαρμόζονται για λόγους πρόληψης στους ηλικιωμένους (Lawson 1993).

Συγχρόνως, είναι πολύ σημαντικό να αξιολογούμε τα διαφορετικά κοινωνικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου πληθυσμού και τους ισχύοντες κοινωνικούς θεσμούς που ασκούν επιρροή στη ζωή του ατόμου. Οι δραστηριότητες πρόληψης που απευθύνονται στους ηλικιωμένους θα μπορούσαν να δίνουν έμφαση στη γήρανση και στα σημαντικά γεγονότα όπως ο θάνατος ενός συζύγου, συγγενή ή φίλων (Mishara 1985). Εξίσου σημαντική θεωρείται και η προετοιμασία των ηλικιωμένων για τις αλλαγές που συνεπάγεται η συνταξιοδότηση, σε οικονομικό, κοινωνικό και ασφαλιστικό τομέα. Επιπλέον, ο Maddox (1988), υποστήριξαν ότι όσοι ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 55-64 ετών, θα πρέπει να λαμβάνουν εκπαίδευση για τους αυξημένους κινδύνους ανάπτυξης και διαιώνισης των προβλημάτων που επιφέρει η χρήση αλκοόλ με την ηλικία. Τέτοια προβλήματα είναι η μοναχική διαβίωση, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη χρημάτων, η απώλεια φίλων ή μέλους της οικογένειας και η έκπτωση της υγείας.

Η εστίαση της πρόληψης στα θέματα υγείας λειτουργεί κατάλληλα στους ηλικιωμένους των 60-70 ετών. Οι Forster et al. (1993), επεσήμαναν ότι οι εκστρατείες πρόληψης του αλκοόλ για τη δημόσια υγεία πρέπει να στοχεύει όχι μόνο σε αυτούς που κάνουν κατάχρηση, αλλά και σε αυτούς που πίνουν μέτρια, σπάνια ή και καθόλου, ειδικά όταν η χρήση αλκοόλ συνδυάζεται με συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι ηλικιωμένοι συχνά παρουσιάζουν τα προβλήματα

κατάχρησης ουσιών με τη μορφή ιατρικών ενοχλήσεων και συναισθηματικών παραπόνων (Brennan et al., 1993). Ωστόσο για την αντιμετώπιση της κατάχρησης φαρμάκων οι ενέργειες των γιατρών, των φαρμακοποιών και των επαγγελματιών υγείας πρέπει να είναι συντονισμένες.

Επίσης κοινωνικές υπηρεσίες και φορείς, γηροκομεία, κέντρα φιλοξενίας ηλικιωμένων και η αστυνομία, συχνά παραπέμπουν τους ηλικιωμένους χρήστες ουσιών για βοήθεια. (Gomberg 1990). Ακόμη, το στενό περιβάλλον του ηλικιωμένου, σύζυγος, παιδιά, οικογένεια, φίλοι, γείτονες, συμβάλλει θετικά και κινητοποιεί το άτομο να αναζητήσει βοήθεια. Τέλος, πέρα από τους συλλόγους, τις εθελοντικές οργανώσεις, τις κοινωνικές υπηρεσίες και τις οργανώσεις που μπορεί να είναι μέλος ένας ηλικιωμένος, μέσα στην κοινότητα, θετικά μπορεί να λειτουργήσει και η συμβολή της εκκλησίας δίνοντας, μέσω της πίστης, προσωπικό κίνητρο και δύναμη στον ηλικιωμένο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1. Ορισμός Ποιότητας Ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται την ιδανική έκβαση της ζωής του. Αυτή αξιολογείται από τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου στα γεγονότα της ζωής, από τη διάθεση, το αίσθημα της ικανοποίησης από τη ζωή και της αυτοπραγμάτωσης, καθώς επίσης και από την ικανοποίηση στον επαγγελματικό τομέα, στις οικογενειακές και διαπροσωπικές του σχέσεις (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Συχνά, ο όρος «ποιότητα ζωής» συναντάται στη βιβλιογραφία και ως «ευημερία». Προκειμένου να κατανοηθούν καλύτερα οι όροι, πριν από 30 χρόνια, σε μελέτη που πραγματοποίησε ο Smith (1973) πρότεινε ότι ο όρος «ευημερία» χρησιμοποιείται όταν αναφέρεται στις αντικειμενικές συνθήκες που έχουν ισχύ σε έναν πληθυσμό γενικότερα, ενώ η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει περιορισμούς, καθώς αναφέρεται στις υποκειμενικές αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για τη ζωή τους.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «*η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του απέναντι στη ζωή, στον πολιτισμό και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει, σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του*» (WHO, 2020). Οι δείκτες της ποιότητας ζωής αξιολογούνται με βάση τον πλούτο, την εργασία, το περιβάλλον, τη σωματική και ψυχική υγεία, την εκπαίδευση, την αναψυχή και τον ελεύθερο χρόνο, την κοινωνικοποίηση, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, την ασφάλεια και την ελευθερία (Gregory, Derek et al., 2009).

Σε έρευνα τους Merkys *et al.*, (2008), εξετάστηκε ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια αξιολογούμενη από πέντε κριτήρια. Σύμφωνα με τους παραπάνω, η ποιότητα ζωής αξιολογείται με βάση τις τρέχουσες ανάγκες της ζωής του ατόμου, είναι πολύπλευρη, μεταβάλλεται και στηρίζεται στις προσωπικές αξίες του κάθε ατόμου, περιλαμβάνει τόσο τους αντικειμενικούς δείκτες αξιολόγησης όσο και τους υποκειμενικούς και τέλος αξιολογείται και θεωρείται αξιόπιστη όταν τα άτομα θεωρούνται ικανά.

Επιπλέον, ο Veenhoven (2000) έκρινε τέσσερις σημαντικές διαστάσεις αναφορικά με την ποιότητα ζωής, οι οποίες είναι: τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, που προάγουν

τη σύναψη κοινωνικών σχέσεων, την αυτοαξιολόγηση του ατόμου που του επιτρέπει να αντιλαμβάνεται και να ξεχωρίζει τα δυνατά και αδύναμα στοιχεία της προσωπικότητάς του, το προσωπικό όφελος που εξαρτάται από την επιθυμία του ατόμου να θέτει και να κατακτά υψηλούς στόχους και τέλος, την εκτίμηση και την υποκειμενική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του ατόμου, η οποία προκύπτει μέσα από τη σύγκριση των εμπειριών και των προσδοκιών του ίδιου του ατόμου για τη ζωή.

Τέλος, οι σημαντικότεροι τομείς της ποιότητας ζωής σύμφωνα με τον Ruženičius (2012) είναι: η φυσική κατάσταση του ατόμου (υγεία, διατροφή), οι κρατικές παροχές (εισόδημα, πρόνοια, διαβίωση), η συναισθηματική/ψυχολογική κατάσταση (άγχος, ικανοποίηση από το εργασιακό, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον), η εκπαίδευση και οι ευκαιρίες εξέλιξης και περαιτέρω μάθησης, η σύναψη κοινωνικών σχέσεων και υποστηρικτικού δικτύου, η ψυχαγωγία και η εκμετάλλευση ελεύθερου χρόνου για ενασχόληση με χόμπι και τέλος η ασφάλεια μέσα στο περιβάλλον που ζει (νομική, κρατική, σωματική, πολιτική).

2.2 Η ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους

Πολλοί γεροντολόγοι υποστηρίζουν ότι τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία και βιώνουν ευχάριστα το γήρας και ό,τι αυτό συνεπάγεται, νιώθουν ικανοποίηση για το παρελθόν και το παρόν και είναι ευέλικτοι και κοινωνικοποιημένοι καθώς διατηρούν τις κοινωνικές τους επαφές. Επίσης, διαθέτουν δεξιότητες προσαρμοστικότητας στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και αξιολογούν καλύτερα την γνωστική, σωματική και ψυχολογική τους κατάσταση.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι συσχετίζουν την ποιότητα ζωής με την ικανότητά τους να είναι ανεξάρτητοι στις καθημερινές τους δραστηριότητες και ασχολίες. Όσον αφορά την ικανότητά τους να ανταπεξέρχονται στις καθημερινές ανάγκες, πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν αυτή προϋποθέτει τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης, το αίσθημα ικανοποίησης και λειτουργικότητας, τη συμμετοχή και ανεξαρτησία στις καθημερινές υποχρεώσεις, πτυχές που θεωρούνται ήσσονος σημασίας και συμβάλλουν θετικά στη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Η ποιότητα ζωής σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θεωρείται σημαντική, γιατί συνδέεται στενά με την ευτυχία και την επίτευξη των στόχων της ζωής.

Τα ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται στη διαδικασία της γήρανσης, βιώνουν μια σειρά από αλλαγές σε πολλούς τομείς της ζωής τους. Αρχικά υφίστανται σωματικές

αλλαγές είτε λόγω της εμφάνισης κάποιας ασθένειας είτε λόγω της επιδείνωσης των φυσικών σωματικών λειτουργιών που προκαλεί το γήρας. Επίσης, στον κοινωνικό τομέα, το άτομο βιώνει αλλαγές όπως απώλεια του ρόλου στο σπίτι και την κοινωνία, για παράδειγμα από εργαζόμενος γίνεται συνταξιούχος, χειροτέρευση της οικονομικής του κατάστασης, κατάθλιψη, μοναξιά, ακόμη και τάσεις αυτοκτονίας. Αναφορικά με τις αλλαγές που προκαλούν έκπτωση των φυσικών λειτουργιών λόγω της γήρανσης, προκύπτουν απώλειες που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να παρατηρείται μειωμένη γνωστική λειτουργία, η οποία με τη σειρά της προκαλεί προβλήματα μνήμης, αποπροσανατολισμό, μειωμένη κρίση και κακή κατανόηση (Gajewski & Falkenstein, 2016).

Άλλωστε έχει αποδειχθεί ότι όσοι ηλικιωμένοι διαβιών κοινωνικά απομονωμένοι εξ αιτίας της μειωμένης πρόσβασης σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα, παρουσιάζουν μειωμένη γνωστική ικανότητα (Coyle & Dugan, 2012). Η εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων, δυσκολεύει τα ίδια τα άτομα να φέρνουν εις πέρας και να εκτελούν με ανεξαρτησία τις καθημερινές τους δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να το αίσθημα δυσαρέσκειας να τους οδηγεί στην κατάθλιψη και στη χαμηλή ποιότητα ζωής (Svantesson et al., 2015).

Η κατάθλιψη θεωρείται μια από τις σημαντικότερες αλλαγές στη νοητική λειτουργία των ηλικιωμένων. Ωστόσο, έχουν προκύψει υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, λόγω της εγκατάλειψης του πρότερου τρόπου ζωής τους και την έλλειψη κοινωνικών σχέσεων (Olsen et al., 2016). Σε κάθε περίπτωση, οι ηλικιωμένοι πρέπει να αξιολογούν με σοβαρότητα και ακρίβεια τα συμπτώματα της κατάθλιψης, γιατί πολλές φορές εμφανίζεται σαν σωματικό σύμπτωμα, όπως πονοκέφαλος (Kamińska et al., 2015).

Συγχρόνως, οι ηλικιωμένοι, λόγω της γήρανσης, παρουσιάζουν και εξασθένηση των σωματικών λειτουργιών, όπως στην ακοή, την όραση και την απώλεια σωματικής δύναμης, γεγονός που τους δυσκολεύει περισσότερο στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων όπως το φαγητό, το ντύσιμο, η επίσκεψη στην τουαλέτα και η μετακίνηση. Η δυσκολία εκτέλεσης αυτών των δραστηριοτήτων τους καθιστά εξαρτώμενους από τρίτα πρόσωπα, στα οποία βασίζονται για τη φροντίδα τους (Meinerding et al., 2018). Η εξάρτηση των ηλικιωμένων από φροντιστή καθώς και το αίσθημα ανημποριάς και ελλιπούς αξιοπρέπειας, σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα

ζωής, κατέδειξε τις ατομικές ανάγκες των ηλικιωμένων και ενίσχυσε το ρόλο της νοσηλευτικής προκειμένου να χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι στο μέγιστο δυνατό βαθμό τις σωματικές τους λειτουργίες για να διατηρούν την ανεξαρτησία τους (Brownie & Nancarrow, 2013).

Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και σχετίζονται με παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που ζουν σε οίκους ευγηρίας, κατέδειξαν καλύτερη σωματική και γνωστική λειτουργία (De Vries et al., 2012), και την υψηλή κοινωνική δραστηριότητα, συνεπώς και καλή ποιότητα ζωής. Οι ηλικιωμένοι σε οίκους ευγηρίας που έχουν πολλή καλή ποιότητα ζωής, εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και καλύτερες επιδόσεις σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Barca et al., 2011).

2.3 Κοινωνική συμμετοχή και οικονομικές αλλαγές

Η μετάβαση στην τρίτη ηλικία δύναται να προκαλέσει αλλαγές στον κοινωνικό και οικονομικό τομέα του ηλικιωμένου ατόμου, όπως το μειωμένο εισόδημα μετά τη συνταξιοδότηση, αλλαγές στο κοινωνικό και υποστηρικτικό του δίκτυο όπως το πένθος ή η απώλεια συζύγου/συντρόφου, γεγονότα που αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες σε αυτή την ηλικία (Hardy et al., 2002). Ο αντίκτυπος αυτών των μεταβάσεων στο τέλος της ζωής μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής τους (Cherry et al., 2016). Για παράδειγμα, ένας συνταξιούχος μπορεί να βιώσει οικονομικό άγχος και μπορεί να χρειαστεί να μάθει να ζει με μειωμένο προϋπολογισμό, περιορίζοντας τις δαπάνες για χόμπι, ψυχαγωγία και κοινωνικές δραστηριότητες.

Συνάμα, μελέτες πραγματοποιήθηκαν κατά το παρελθόν έδειξαν ότι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα ή χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής (Tajvar et al., 2008). Επιπλέον, συγχρονικά στοιχεία έδειξαν επίσης ότι ορισμένα γεγονότα της ζωής, όπως το διαζύγιο, τα προβλήματα σχέσεων με φίλους/συγγενείς ή περιορισμένες κοινωνικές δεσμεύσεις σχετίζονται με κακή σωματική υγεία και χαμηλή ποιότητα ζωής στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Jalenques et al., 2020). Συγχρόνως, η συσχέτιση των οικονομικών παραγόντων και της κοινωνικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων, δείχνει ότι τα άτομα με οικονομικές δυσκολίες έχουν λιγότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν και να έχουν ενεργό κοινωνικό ρόλο.

Η κοινωνική συμμετοχή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην τρίτη ηλικία (Douglas, Georgiou, & Westbrook, 2017), ιδιαίτερα από την άποψη της ψυχολογικής ευημερίας. Η κοινωνική συμμετοχή μπορεί να είναι δύο ειδών (Ertas, 2013): τη διαζώσης συμμετοχή - όπου το άτομο συνευρίσκεται με το κοινωνικό του δίκτυο σε δημόσιο χώρο και την άτυπη συμμετοχή - όπου τα άτομα βρίσκονται σε ένα άτυπο περιβάλλον. (φίλοι στο σπίτι, γείτονες).

Η συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες όπως (άθληση, εθελοντισμό, συμμετοχή σε συλλόγους, πολιτιστικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς), συνδέεται θετικά με την ποιότητα ζωής όσον αφορά τους ηλικιωμένους ευρωπαίους πολίτες.

Σύμφωνα με τους Newman et al. (2014), παραμένοντας ενεργά τα άτομα τρίτης ηλικίας και διατηρώντας ή αντικαθιστώντας τις κοινωνικές τους δραστηριότητες, δύναται να διατηρήσουν την προσωπική τους ταυτότητα, την αυτοεκτίμηση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ευημερία τους (Bengtson, 2016). Επιπλέον, η κοινωνική συμμετοχή σε δραστηριότητες, ενισχύει την κοινωνική ένταξη και να βελτιώνει το κοινωνικό τους προφίλ, προάγοντας υγιείς συμπεριφορές που οδηγούν σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

2.4 Αυτοφροντίδα

Η διαδικασία της γήρανσης γίνεται σταδιακά, και όσο αυξάνεται η ηλικία, παράλληλα αυξάνονται και οι ανάγκες των ηλικιωμένων, καθώς παρατηρείται αρκετά μεγάλο ποσοστό δυσκολίας στην εκτέλεση των καθημερινών αναγκών τους που προϋποθέτουν την αυτοεξυπηρέτηση. Παράλληλα, πολλοί ηλικιωμένοι έχουν απώλειες σε γνωστικό, συναισθηματικό και σωματικό επίπεδο, επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους.

Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων συχνά αναφέρει δυσκολίες στην εκτέλεση εργασιών αυτοφροντίδας και οικιακής ζωής . Όσον αφορά την αυτοεξυπηρέτηση, το πλύσιμο, το ντύσιμο και η τουαλέτα, αυτές αποτελούν τις κύριες ανάγκες στις οποίες προκύπτουν δυσκολίες. Για παράδειγμα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, οι συμμετέχοντες με δύσπνοια ανέφεραν ότι είχαν προβλήματα με το μπάνιο λόγω ατμού ή δυσκολία στην ορθοστασία (Walthall et al., 2017).. Ομοίως, σε έρευνα με ανοικούς ασθενείς, αναφέρθηκαν προβλήματα με το ντύσιμο, το μπάνιο και την ακράτεια από τα πρώιμα στάδια της νόσου και μετά (Giebel et al., 2015).

Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα, συχνά αναφέρουν δυσκολίες στις δραστηριότητες στο σπίτι και κυρίως στην καθαριότητα, τη φροντίδα του σπιτιού, την οργάνωση, τις αγορές στο σούπερ μάρκετ και το μαγείρεμα. Για παράδειγμα, όσοι ηλικιωμένοι πάσχουν από εκφύλιση της ωχράς κηλίδας αναφέρουν πώς παρουσιάζουν δυσκολίες στο μαγείρεμα, ακόμα και στις πιο απλές εργασίες όπως το κόψιμο του φαγητού. φαγητού (Stanford P, et al., 2009). Ωστόσο, και παρά τις δυσκολίες που σχετίζονται με την εκτέλεση εργασιών οικιακής φροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης, πολλοί ηλικιωμένοι, συνεχίζουν να προσπαθούν να αυτοεξυπηρετούνται σε όλα τα επίπεδα για να αισθάνονται χρήσιμοι και όχι εξαρτώμενοι από τρίτα πρόσωπα

Επίσης, δεν είναι λίγοι εκείνοι που αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα. Μερικά από αυτά αφορούν τη δυσκολία στο περπάτημα, την αλλαγή της θέσης του σώματος, την ανύψωση και τη μεταφορά αντικειμένων. Η αδυναμία να αλλάξουν και να διατηρήσουν τη θέση του σώματός του όπως γονάτισμα, κάμψη, ορθοστασία προκαλεί αδυναμία εκτέλεσης των εργασιών στο σπίτι όπως το μαγείρεμα, το καθάρισμα του σπιτιού και τα ψώνια. Δυσκολίες με το περπάτημα αντιμετώπισαν και όσοι έχουν υποστεί κάταγμα ισχίου ή βρίσκονται και προχωρημένη νόσο Πάρκινσον (Saleem et al., 2013).

2.5 Ψυχολογικές / συναισθηματικές αλλαγές

Στις μέρες μας ο σύγχρονος τρόπος ζωής και το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού που διαρκώς αυξάνεται, δημιουργεί στα άτομα της τρίτης ηλικίας την ανάγκη να επενδύσουν στην ψυχαγωγία και ευημερία τους μέσα από κοινωνικές καθημερινές δραστηριότητες, ενισχύοντας έτσι την καλή ψυχολογία και την ποιότητα ζωής τους. Αυτό δεν είναι πάντα εύκολο καθώς είναι σύνηθες φαινόμενο τα άτομα της τρίτης ηλικίας να βιώνουν διακυμάνσεις στην ψυχολογική τους κατάσταση. Αυτό συμβαίνει λόγω διάφορων αγχωτικών παραγόντων όπως κοινωνική απομόνωση, απώλεια συζύγου / συντρόφου, έλλειψη υποστηρικτικού και κοινωνικού δικτύου, κατάθλιψη, διαμονή σε απομονωμένο μέρος, συνταξιοδότηση, προβλήματα υγείας κ.α.

Ενώ η σύνδεση μεταξύ της κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής φαίνεται αρκετά απλή, έρευνες έχουν δείξει ότι δεν επηρεάζονται όλες οι πτυχές της ποιότητας ζωής με τον ίδιο τρόπο (Skevington and McCrate 2012). Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη εμφανίζουν χαμηλή ποιότητα ζωής αναφορικά με τις κοινωνικές σχέσεις,

γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι η κατάθλιψη συνδέεται με την κοινωνική απόσυρση και την απομόνωση (Alpass and Neville 2003).

Συγχρόνως, η κοινωνική απομόνωση θεωρείται σύμπτωμα κατάθλιψης και παράγοντας κινδύνου για την ποιότητα ζωής (Choi et al., 2015). Διάφορα γεγονότα που επιφέρει η γήρανση όπως η συνταξιοδότηση, ο θάνατος αγαπημένων προσώπων, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα και ο περιορισμός της κινητικότητας ενδέχεται να προκαλέσουν συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης στους ηλικιωμένους, απόσυρση από τις δραστηριότητες και έλλειψη ενδιαφέροντος για κοινωνική συμμετοχή.

Δεδομένης της σημαντικότητας της κοινωνικής αλληλεπίδρασης όσον αφορά την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής, καθώς επίσης και για διάφορες παθήσεις όπως η άνοια και η γνωστική έκπτωση (Hussenoeder and Riedel-Heller 2018), οι παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες υγείας που στοχεύουν στη διάγνωση της κατάθλιψης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, θα πρέπει να περιλαμβάνει κοινωνική συμμετοχή όπως ομαδικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις.

2.6 Ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους με προβλήματα εξάρτησης

Η χρόνια εξάρτηση επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και έχει σοβαρό αντίκτυπο σε όλους τους τομείς της ζωής του. Οι ηλικιωμένοι χρήστες ναρκωτικών παραπονιούνται ότι η εξάρτηση έχει προκαλέσει βλάβες στην υγεία τους, τόσο όσο και ψυχικά (Bowling 2005).

Πολλοί ηλικιωμένοι που έχουν αναπτύξει από νωρίς εξαρτητική συμπεριφορά, πάσχουν από σοβαρές μολυσματικές ασθένειες, όπως ηπατίτιδα C λόγω της ενέσιμης χρήσης και της χρήσης κοινής σύριγγας, καθώς και άλλες παθήσεις όπως θρόμβωση (Woodburn & Murie 1996), πνευμονία, διαβήτη και κίρρωση του ήπατος. Επίσης, αντιμετωπίζουν και προβλήματα με το σωματικό τους βάρος, όπως υποσιτισμό ή παχυσαρκία.

Επιπλέον, σε ψυχολογικό επίπεδο, η εξάρτηση προκαλεί απώλεια μνήμης, παράνοια, θυμό, επιθετικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι πιο διαδεδομένα στους ηλικιωμένους δημιουργώντας φοβίες και προβλήματα ύπνου.

Η χαμηλή ποιότητα ζωής χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους με συνέπειες στην υγεία, την ευημερία, τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις, τον τρόπο ζωής που έχουν διαμορφώσει και τον κοινωνικό αποκλεισμό (Walker & Hagan Hennessey 2004), γεγονός που χρήζει μέριμνας από τα κράτη για την κοινωνική επανένταξη αυτής της ηλικιακής ομάδας με θέματα εξάρτησης.

Τέλος, η απεξάρτηση και η επανένταξη των ηλικιωμένων ατόμων έχει θετικά αποτελέσματα καθώς όσοι απέχουν από το αντικείμενο της εξάρτησης εκφράζουν επιθυμίες και σχέδια για το μέλλον, συγκριτικά με αυτούς που συνεχίζουν τη χρήση.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης είναι ο καθορισμός του είδους της εξάρτησης στα άτομα άνω των 60 ετών και η διερεύνηση της ποιότητας ζωής τους όσον αφορά τις πτυχές της καθημερινής τους ζωής, την αυτοφροντίδα, τις κοινωνικο-οικονομικές και τις συναισθηματικές/ψυχολογικές αλλαγές που υπόκεινται, ως συνέπεια της εξάρτησης.

3.2 Επιμέρους στόχοι

Πέρα από το είδος της εξάρτησης στην τρίτη ηλικία και τη μελέτη των συνεπειών της στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων επιμέρους στόχοι είναι:

1. Να εντοπιστούν τυχόν αδυναμίες που θα βοηθήσουν στη θεραπευτική διαδικασία.
2. Συνάμα, επειδή η τρίτη ηλικία θεωρείται σχετικά ένας παραγκωνισμένος κλάδος, μιας και τα ερευνητικά δεδομένα είναι ελάχιστα για τις εξαρτήσεις στον ηλικιωμένο πληθυσμό, είναι μια ευκαιρία να γίνουν κάποια βήματα στον τομέα της πρόληψης, που θα συμπεριλαμβάνουν την ενημέρωση των ατόμων σε θέματα εξαρτήσεων και τη δικτύωση με δομές, όπως ΚΑΠΗ, Κέντρα Ημέρας, Βοήθεια στο Σπίτι και Κέντρα Κοινότητας.

3.3 Μεταβλητές της μελέτης

Οι μεταβλητές της μελέτης αφορούν τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των εξαρτημένων ατόμων στην τρίτη ηλικία και χωρίζονται σε 5 κατηγορίες: την

καθημερινή ζωή, την αυτοφορντίδα, τις κοινωνικές αλλαγές, τις οικονομικές αλλαγές και τις συναισθηματικές/ ψυχολογικές αλλαγές.

3.4 Ποιοτική έρευνα

Η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας ήταν έρευνα ποιοτικού τύπου. Η μέθοδος αυτή είναι ερευνητική καθώς εξετάζει ένα φαινόμενο στοχεύοντας στην περιγραφή εμπειριών όπως αυτές βιώνονται από τους συμμετέχοντες. Διεξήχθησαν 10 εις βάθος ημι-δομημένες συνεντεύξεις στους θεραπευόμενους του προγράμματος ΚΕΘΕΑ Αριάδνη. Η ερευνήτρια ζήτησε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να περιγράψουν αν και πόσο η εξάρτηση επηρέασε την ποιότητα ζωής τους σε όλους τους τομείς. Μέσα από ερωτήσεις κλειστού και ανοιχτού τύπου, κλήθηκαν να απαντήσουν για την καθημερινή τους ζωή, τις οικογενειακές, επαγγελματικές και κοινωνικές τους σχέσεις, τις κοινωνικοοικονομικές και συναισθηματικές αλλαγές που προκάλεσε η εξάρτηση στο σύνολο της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. Δείγμα της ποιοτικής έρευνας

Το δείγμα της ποιοτικής έρευνας αποτελείται από 10 έγγαμους άνδρες 60 – 68 ετών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης και βρίσκονται σε θεραπεία σε δομές του Θεραπευτικού Προγράμματος ΚΕΘΕΑ Αριάδνη. Από τους 10, 7 βρίσκονται σε θεραπεία, 2 ολοκληρώνουν τη θεραπευτική διαδικασία και αποφοιτούν ενώ 1 δε βρίσκεται σε θεραπεία, αλλά δέχεται περιστασιακά υπηρεσίες. Το ΚΕΘΕΑ Αριάδνη καλύπτει τις περιφέρειες Νοτίου Αιγαίου (Ρόδος, Κάλυμνος) και της Κρήτης (Ηράκλειο, Χανιά, Άγιο Νικόλαο). Το δείγμα πάρθηκε από 5 άτομα της Ανοιχτής Δομής Υποστήριξης Ηρακλείου, 1 από το Πολυδύναμο Κέντρο Καλύμνου, 3 από το Πολυδύναμο Κέντρο Χανίων και 1 από το Πολυδύναμο Κέντρο Ρόδου.

4.2 Διαδικασία – Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων ποιοτικής έρευνας

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η συνέντευξη. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το μήνα Μάιο του 2022 και διήρκεσε 2 εβδομάδες. Από τις 10 συνολικά συνεντεύξεις, η 1 έλαβε χώρα δια ζώσης στο Πολυδύναμο Κέντρο Καλύμνου από την ερευνήτρια που εργάζεται και ως θεραπευτικό προσωπικό στη μονάδα της Καλύμνου ενώ οι υπόλοιπες 9 πραγματοποιήθηκαν μέσω της πλατφόρμας skype. Αρχικά, η ερευνήτρια εντόπισε με τη βοήθεια του Τομέα Έρευνας του ΚΕΘΕΑ Αριάδνη, τα άτομα ηλικίας άνω των 60 και στη συνέχεια ενημέρωσε τους υπεύθυνους των μονάδων για τον σκοπό της έρευνας και το δείγμα που θα χρειαζόταν. Με σεβασμό, το προσωπικό θεραπείας προσέγγισε τα ενδιαφερόμενα άτομα, τους πρότεινε αν θα ήθελαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και αφού έδιναν τη συγκατάθεσή τους, οριζόταν ραντεβού για την πραγματοποίηση της συνέντευξης. Από τις 9 συνεντεύξεις, οι 8 έγιναν στο χώρο της μονάδας που εξυπηρετούνται οι θεραπευόμενοι, ενώ η 1 έγινε από την οικία του ατόμου, λόγω προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει. Οι συνεντεύξεις γίνονταν πριν ή μετά τις ομάδες θεραπείας χωρίς τη συμμετοχή των θεραπευτών και η διαδικασία είχε ως εξής: Αρχικά, ο θεραπευτής προετοίμαζε το χώρο και το μέσο σύνδεσης (υπολογιστή), το άτομο προσερχόταν για να γίνει η συνέντευξη και ο θεραπευτής αποχωρούσε αφήνοντας μόνο το άτομο. Ούσα ερευνήτρια, αρχικά ευχαριστούσα τα άτομα για την συγκατάθεσή τους και τους διασφάλιζα για την εξασφάλιση του απορρήτου όσον αφορά τις πληροφορίες που θα συνέλλεγα. Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία τα άτομα ρωτήθηκαν προφορικά να απαντήσουν την

ηλικία, την οικογενειακή και την εργασιακή τους κατάσταση. Εν συνεχεία ρωτήθηκαν για το είδος και το χρόνο της εξάρτησης και για το χρονικό διάστημα που βρίσκονται σε θεραπεία. Τέλος, για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας που αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης, τους χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο με 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου και 5 ερωτήσεις ανοιχτού τύπου. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου για όλους τους τομείς της καθημερινότητας του ατόμου και ήταν χωρισμένο σε 5 ενότητες: την καθημερινή ζωή (3 ερωτήσεις κλειστού και 1 ανοιχτού τύπου), την αυτοφροντίδα (2 ερωτήσεις κλειστού και 1 ανοιχτού τύπου), τις κοινωνικές αλλαγές (4 ερωτήσεις κλειστού και 1 ανοιχτού τύπου), τις οικονομικές αλλαγές (2 ερωτήσεις κλειστού και 1 ανοιχτού τύπου) και τις συναισθηματικές/ψυχολογικές αλλαγές (7 ερωτήσεις κλειστού και 1 ανοιχτού τύπου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της ποιοτικής μελέτης

Το δείγμα αποτελείται από 10 έγγαμους άνδρες, από 60 έως 68 ετών, με μέση ηλικία τα 64 έτη. Έξι (6) είναι δημόσιοι υπάλληλοι, εκ των οποίων 5 συνταξιούχοι, 1 εργαζόμενος, 1 ιδιωτικός υπάλληλος, (3) ελεύθεροι επαγγελματίες εκ των οποίων 1 συνταξιούχος και 2 εργαζόμενοι, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα

| | Συνταξιούχος | Ποσοστό | Εργαζόμενος | Ποσοστό |
|----------------|--------------|---------|-------------|---------|
| Δημόσιο τομέα | 5 | 50% | 1 | 10% |
| Ιδιωτικό τομέα | 1 | 10% | 3 | 30% |
| Σύνολα | 6 | 60% | 4 | 40% |

Πίνακας 1

Οι ερωτήσεις αφορούν:

- 1) Είδος εξάρτησης (50% τζόγο και 50% αλκοολισμό)
- 2) Χρόνο που το άτομο είναι εξαρτημένο.
- 3) Χρόνο που βρίσκεται σε ψυχολογική υποστήριξη-θεραπεία

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα

| ΦΥΛΟ | ΗΛΙΚΙΑ | ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ | ΕΙΔΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ | ΧΡΟΝΟΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ | ΧΡΟΝΟΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ |
|--------|--------|------------------------|---|-----------------|---|----------------------------------|
| ΑΝΔΡΑΣ | 64 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ | ΤΖΟΓΟΣ | ΑΠΟ ΤΟΤΕ ΠΟΥ ΕΙΧΕ ΤΑ ΔΙΚΑ ΤΟΥ ΛΕΦΤΑ | 1,5 ΧΡΟΝΙΑ |
| ΑΝΔΡΑΣ | 64 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΟΤΕ | ΤΖΟΓΟΣ | ΑΠΟ ΤΟ 1980 ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚ Α ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟ 2015 ΣΤΑΘΕΡΑ | 3 ΧΡΟΝΙΑ |
| ΑΝΔΡΑΣ | 66 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΠΕΡΙΜΕΝΕΙ ΣΥΝΤΑΞΗ (ΔΟΥΛΕΥΕ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ) | ΑΛΚΟΟΛ | 4 ΧΡΟΝΙΑ | 6 ΜΗΝΕΣ |
| ΑΝΔΡΑΣ | 67 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ (ΕΙΧΕ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ) + ΕΠΙΔΟΜΑ ΛΟΓΩ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ | ΤΖΟΓΟΣ | 40 ΧΡΟΝΙΑ | 4 ΧΡΟΝΙΑ |
| ΑΝΔΡΑΣ | 65 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΑΠΟ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑ | ΑΛΚΟΟΛ | 3 ΧΡΟΝΙΑ | 6 ΜΗΝΕΣ |
| ΑΝΔΡΑΣ | 68 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΠΕΡΙΜΕΝΕΙ ΣΥΝΤΑΞΗ | ΑΛΚΟΟΛ | 40 ΧΡΟΝΙΑ | 2,5 ΧΡΟΝΙΑ |

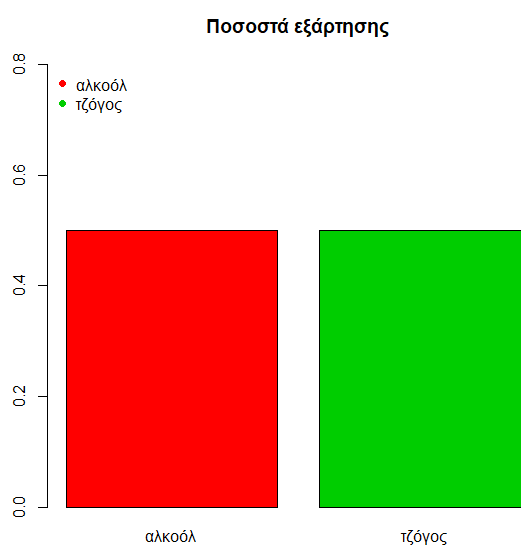
| | | | | | | |
|--------|----|---------|-----------------------------------|---------------------|-----------|---|
| ΑΝΔΡΑΣ | 60 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ-ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ | ΤΖΟΓΟΣ | 15 ΧΡΟΝΙΑ | 1 ΧΡΟΝΟ |
| ΑΝΔΡΑΣ | 60 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΣ | ΠΟΡΝΟΓΡΑΦΙΑ, ΤΖΟΓΟΣ | 45 ΧΡΟΝΙΑ | 1 ΜΗΝΑ |
| ΑΝΔΡΑΣ | 63 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ | ΑΛΚΟΟΛ | 40 ΧΡΟΝΙΑ | 1,5 ΜΗΝΑ |
| ΑΝΔΡΑΣ | 60 | ΕΓΓΑΜΟΣ | ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ | ΑΛΚΟΟΛ | 40 ΧΡΟΝΙΑ | ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ / ΔΕΧΕΤΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑ ΚΑ |

Πίνακας 2

Όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι προσδιόρισαν το χρόνο εξάρτησης, πλην ενός. Σύμφωνα με το χρόνο εξάρτησης που αναφέρθηκε από όλους, συμπεραίνουμε ότι άργησαν πάρα πολύ να αναζητήσουν βοήθεια και να μπουν σε κάποιου τύπου θεραπεία. Από τους 10 συνολικά, 2 ολοκληρώνουν τη διαδικασία της θεραπείας και αποφοιτούν.

«Από τα γενοφάσκια μου. Γιατί και ο μακαρίτης ο πατέρας μου ήταν χαρτόμουντρος πούμε, να το πω έτσι, έπαιζε κουρκάν και τον βοηθούσα πιτσιρικάς στο ΠΡΟΠΟ, και μετά όταν άρχισα να έχω τα δικά μου λεφτά, ευτυχώς τότε δεν υπήρχαν τα καζίνο σε κάθε γειτονιά, έπαιζα το ΠΡΟΠΟ μου κάθε Σαββατοκύριακο, ή λαχεία αγοράζα, δηλαδή από τότε που έχω τα δικά μου λεφτά παίζω...» (Συνέντευξη Νο1).

Το είδος της εξάρτησης τζόγος-αλκοόλ εμφανίζεται με το ίδιο ποσοστό 50% στο παρακάτω διάγραμμα



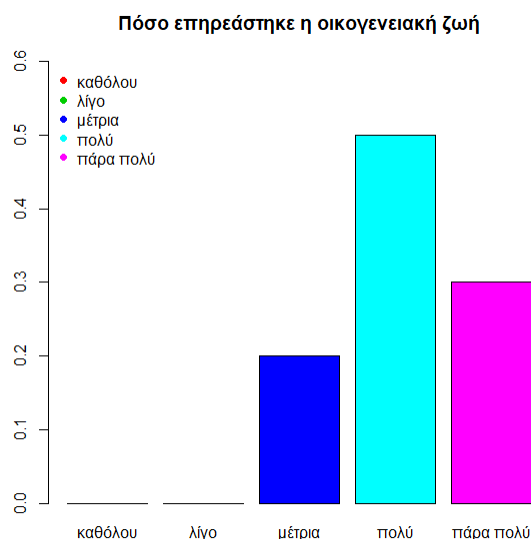
Γράφημα 1

Τρία είδη εξαρτήσεων αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Ο τζόγος, το αλκοόλ και η πορνογραφία. Ωστόσο ο τζόγος και το αλκοόλ εμφανίστηκαν με το ίδιο ποσοστό.

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

1. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση επηρέασε τις οικογενειακές μου σχέσεις-υποχρεώσεις;

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 2

Οι περισσότεροι απάντησαν ότι οι οικογενειακές τους σχέσεις – υποχρεώσεις επηρεάστηκαν από μέτρια έως πάρα πολύ και ότι η εξάρτηση προκάλεσε διαταραχές στις δυναμικές της οικογένειας και επέφερε εντάσεις. Από τους συνεντευξιαζόμενους, μόνο ένας απάντησε ότι δε διαταράχθηκαν.

«Η Μ με γνώρισε τζογαδόρο. Από τότε που γνωριστήκαμε προσπαθούσε και προσπαθεί να με χωρίσει» (Συνέντευξη Νο1).

«Η σχέση μου με την οικογένεια εκείνη την περίοδο ήταν καλή, παρά το γεγονός ότι εγώ πιεζόμουν πάρα πολύ» (Συνέντευξη Νο4).

«Έχω αντιμετωπίσει κάποια προβλήματα, όχι βαριά, αλλά εντάσεις, τέτοια φάση. Με τα παιδιά δεν είχα ποτέ, αλλά με τη σύζυγο λογοφέραμε κάποιες φορές, όχι σε βαθμό που να ακούνε οι άλλοι» (Συνέντευξη Νο9).

«Με τη γυναίκα μου γρίνια, προστριβές, τσακωμούς για τον τζόγο, όχι τίποτα άλλο. Τα παιδιά μου ήταν μικρά, τώρα που είναι πιο μεγάλα δεν έχω πρόβλημα» (Συνέντευξη Νο7).

2. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση επηρέασε τις επαγγελματικές μου σχέσεις;

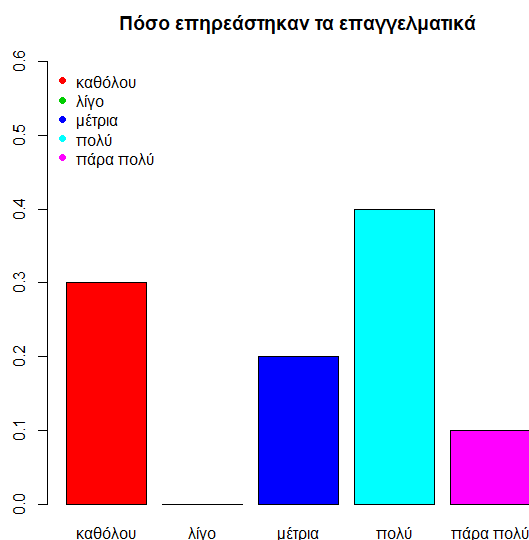
α) Καθόλου

β) Λίγο

γ) Μέτρια

δ) Πολύ

ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 2.1

Σχεδόν οι μισοί και παραπάνω, ανέφεραν ότι η επαγγελματική τους ζωή επηρεάστηκε λόγω της εξάρτησής τους. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες είχαν αρκετά εμφανείς απώλειες, ειδικά αυτοί που είχαν συνεταιρικά επιχειρήσεις. Όσοι ανέφεραν το καθόλου, ήταν στην πλειοψηφία δημόσιοι υπάλληλοι, που αποστρατεύτηκαν ή συνταξιοδοτήθηκαν νωρίς, οι οποίοι και ανέπτυξαν αργότερα κάποιας μορφής εξάρτηση.

«Στον επαγγελματικό τομέα, επειδή ζήτηγα κάθε μέρα κάποια λεφτά, σοβαρό ποσό, περνά η ιδέα από το μυαλό ότι είναι όλα δικά σου και εφόσον είναι όλα δικά σου, αν παίζεις 500 ευρώ δεν πειράζει. Έπαιζα τότε τα λεφτά του μαγαζιού. Δεν είχα ψυχική δύναμη να παίζω 500, αλλά 30 – 30 – 30 μαζεύονται πολλά» (Συνέντευξη Νο7).

3. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση επηρέασε τις κοινωνικές μου δραστηριότητες;

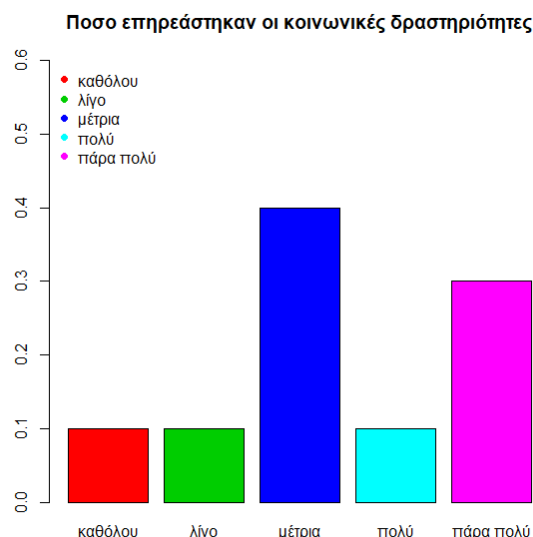
α) Καθόλου

β) Λίγο

γ) Μέτρια

δ) Πολύ

ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 2.2

Η εξάρτηση επηρέασε αρκετά τη συμμετοχή των ατόμων σε κοινωνικές δραστηριότητες ή τους εξώθησε να εγκαταλείψουν τις ασχολίες και τα χόμπι τους. Αυτό δείχνει ότι όσοι αναπτύσσουν εξαρτητικές συμπεριφορές και μάλιστα χρονίζουσες, δίνουν προτεραιότητα στην εξάρτηση και κατά συνέπεια έχουν εκπτώσεις στην κοινωνική τους ζωή. Με αυτόν τον τρόπο αποσύρονται κοινωνικά και αδρανοποιούνται.

«Έχασα τα χόμπι μου. Ήθελα κάθε μέρα να πηγαίνω στο λιμάνι και να βλέπω τη θάλασσα. Και το άλλο, πήγαινα στα μελίσσια μου. Τα έχασα» (Συνέντευξη Νο7).

4. Περιγράψτε τις δυσκολίες που αντιμετωπίσατε σε οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περίγυρο.

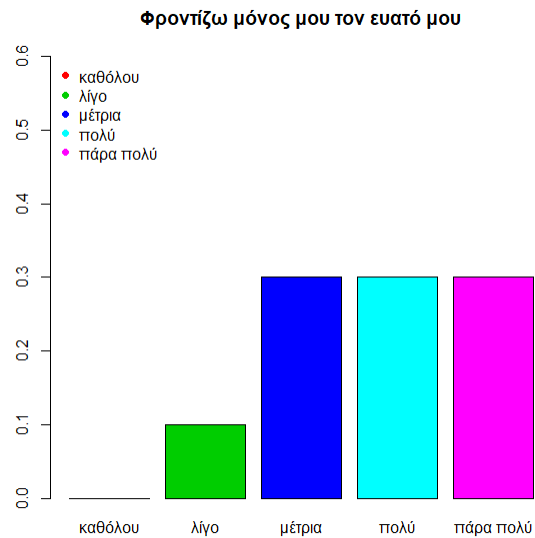
«Ήμουν κλεισμένος στον εαυτό μου και δεν έδινα σημασία στο σπίτι δυστυχώς. Κοινωνικά, είχα απομακρυνθεί από όλους, εκτός από τον πατέρα μου. Κάναμε παρέα, όποτε βρισκόμασταν στο ΠΡΟΠΟ. Αυτή ήταν η επαφή μας» (Συνέντευξη Νο1).

«Τα ψέματα που έλεγα και τα πίστευα κιόλας. Επειδή εκείνη την περίοδο η επαγγελματική μου δραστηριότητα ήταν υψηλή, λεφτά υπήρχαν, και γι' αυτό ήταν δύσκολο να το καταλάβει η οικογένεια. Δεν στερήθηκαν. Δικαιολογούσα ότι ο τζόγος ήταν είδος διασκέδασης, οπότε η γυναίκα δεν ήξερε παραπέρα» (Συνέντευξη Νο4).

«Καννάδες με τη γυναίκα όταν υπερβώ τα όρια. Όταν είμαι νορμάλ είναι όλα μια χαρά. Απλά όταν άρχισα και ερχόμουν εδώ, ήταν η κατάσταση δύσκολη, είχα αρχίσει και έπινα πολύ, είχα προσωπικούς λόγους που το έκανα αυτό, που με έφερναν εκτός ορίων. Η γυναίκα μου δεν αποδεχόταν ότι είμαι πότης και όταν μου πήγαινε κόντρα, όλα χειρότερευαν. Όταν μου μίλαγε νορμάλ απέναντί μου, υπήρχε μια μέτρια κατάσταση που ελεγχόταν» (Συνέντευξη Νο10).

ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ

1. Είμαι σε θέση να φροντίζω μόνοσ/η τον εαυτό μου και την προσωπική μου υγιεινή.
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 3

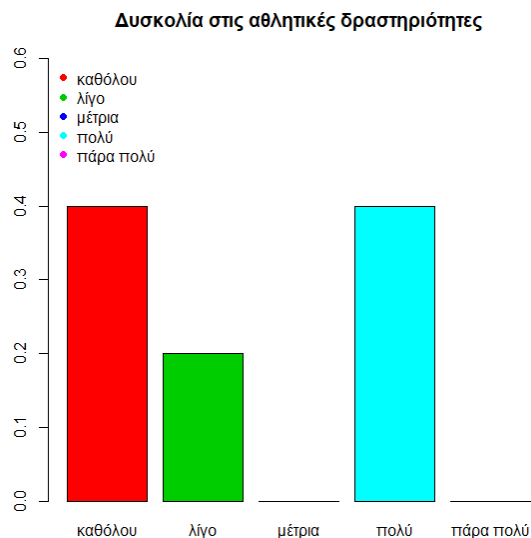
Οι περισσότεροι τα καταφέρνουν. Κάποιοι δυσκολεύονται γιατί εργάζονται ακόμα, άλλοι έχουν προβλήματα υγείας και άλλοι λόγω της άσχημης ψυχολογικής τους κατάστασης δεν έχουν κίνητρο.

«Πάω κουρασμένος σπίτι τις πιο πολλές φορές, είναι αντίδραση στη γυναίκα μου, η οποία είναι κολλημένη στην καθαριότητα. «Μπες να κάνεις μπάνιο», αντιδρώ και ανάποδα, ξέρετε, άμα σου πει ο άλλος περπάτα, δεν περπατάς. Κάπως έτσι μαζεύονται όλα και λέω δεν κάνω μπάνιο, παράτα με» (Συνέντευξη Νο7).

«Εν μέρει ναι. Είναι το ζάχαρο και όταν πάθω υπογλυκαιμία χρειάζομαι κάποιον να μου δώσει τα απαραίτητα. Άσε που τα έχω δίπλα μου, αλλά αν είναι υπερβολικά κατεβασμένο... Καμιά φορά δεν έχω όρεξη να φάω γιατί κάτι έγινε. Εντωμεταξύ κάνω τη δόση κανονικά, μια μπορεί να είναι ξέρω εγώ 1,20 το πρωί, την άλλη μπορεί να είναι 20 το πρωί. Εκεί μπορεί να μείνω κατευθείαν. Χρειάζομαι κάποιον να με ανεβάσει» (Συνέντευξη Νο10).

2. Δυσκολεύομαι στο περπάτημα και στις αθλητικές δραστηριότητες.

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 3.1

Οι μισοί ανέφεραν δυσκολίες, που σχετίζονται κυρίως με προβλήματα υγείας, παχυσαρκίας και λόγω του γήρατος, ενώ όσοι απάντησαν καθόλου, είναι συνήθως δραστήριοι κοινωνικά και παράλληλα με την συνταξιοδότησή τους εξασκούν και άλλες δραστηριότητες, όπως αγροτικές δουλειές.

«Δυσκολεύομαι γιατί έχω πρόβλημα με το πόδι μου» (Συνέντευξη Νο9).

«Στο περπάτημα δυσκολεύομαι. Έχω ζάχαρο, πολυνεφροπάθεια, κοίλες στη μέση, μουδιασμένα τα χέρια και τα πόδια μου συνέχεια» (Συνέντευξη Νο10).

«Δυσκολεύομαι πολύ λόγω των κιλών» (Συνέντευξη Νο7).

3. Περιγράψτε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε στην καθημερινότητά σας όσον αφορά τη μαγειρική, την προσωπική σας υγιεινή – καθαριότητα του προσωπικού σας χώρου.

«Υπάρχουν φορές, αστοχήσεις στην οδήγηση και σε δουλειές στο σπίτι όπως στο μαγείρεμα. Έχω κάψει 2-3 κατσαρόλες, έχω πέσει και 2 φορές, χτύπησα στην αυλή» (Συνέντευξη Νο3).

«Τον προσωπικό μου χώρο και την υγιεινή, και τη γυμναστική βέβαια, τα φροντίζω μόνος μου» (Συνέντευξη Νο4).

«Μαγειρεύω, πλένω τα πιάτα, σκουπίζω, κάνω πολλές δουλειές, αλλά δεν μπορώ να σιδερώσω» (Συνέντευξη Νο9).

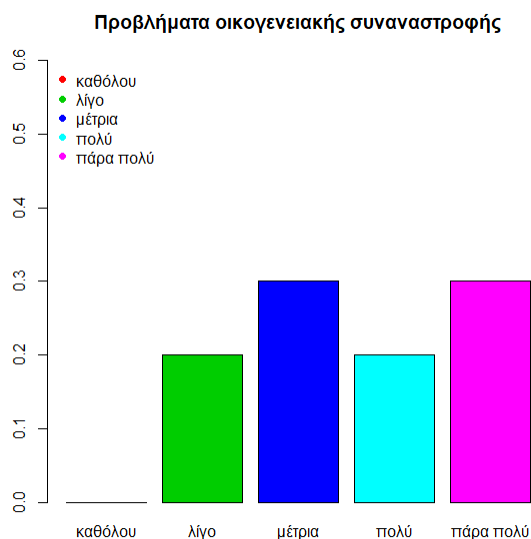
«Το γραφείο μου είναι άνω κάτω. Και το γραφείο μου όταν ήμουν ενεργός στο στρατό, άνω κάτω ήταν. Για πρώτη φορά σε αυτή τη φάση προσπαθώ να βελτιωθώ. Προχθές πήρα μόνος μου τηλέφωνο γιατρό και πήγα σε ένα ψυχίατρο, δηλαδή όσες φορές είχα πάει σε γιατρό, το ραντεβού μου το έκλεινε η γυναίκα μου. Μου λέει συνεχώς Δ κάνε μπάνιο, θα κάνω αύριο. Από τότε που παντρεύτηκα, κατά κάποιο τρόπο με οδηγούσε η Μ. Εγώ ήμουν στον κόσμο μου και όπως μου έχει πει και η Μ πολλές φορές, με ενδιέφερε ο εαυτός μου και τίποτε άλλο. Για όλα σχεδόν φρόντιζε η Μ» (Συνέντευξη Νο1).

«Τα πάντα κάνω αλλά δεν έχω όρεξη. Υπάρχει μια καθίζηση, μια βαριεστημάρα. Δεν έχω όρεξη να ασχοληθώ με πολλά» (Συνέντευξη Νο10).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

1. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση είχε επηρεάσει την ικανότητά μου να συναναστρέφομαι με τα μέλη της οικογένειάς μου.

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 4

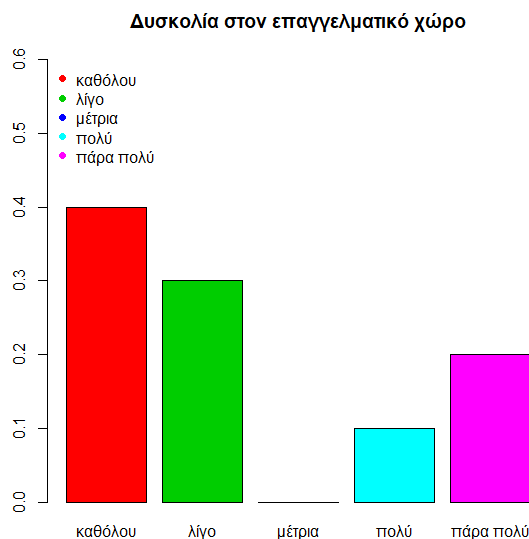
«Με τη γυναίκα μου την επηρέασε αρκετά. Ειδικά όταν με έπιασε, γιατί το έκρυβα αλλά με είχε πάρει χαμπάρι κάνα 2 φορές, γι' αυτό και πήρα την απόφαση να έρθω εδώ, είχαμε έτσι σαν ένα μεγάλο καυγά» (Συνέντευξη Νο8).

«Στον οικογενειακό, επειδή και η γυναίκα μου δεν ήθελε τον τζόγο εξ αρχής, μπορεί να της έλεγα ότι παίζω 10 ευρώ, εγώ μπορεί να έπαιζα 1000. Αυτή δεν το πίστευε, αφοσιωνόμουν πιο πολύ, 1-2 ώρες την ημέρα στον τζόγο και δεν πήγαινα σπίτι, μιλάμε προπατζίδικα, όχι ζάρια και ιντερνετικά. Επηρεαζόταν, είχαμε όλο γκρίνια, όλο έτσι, όλο

αλλιώς. Ενώ πήγαινα λεφτά στο σπίτι, ήθελε παραπάνω, μήπως και με κάνει να μην έχω λεφτά στην τσέπη μου για να παίζω» (Συνέντευξη Νο7).

2. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση είχε επηρεάσει την ικανότητά μου να λειτουργώ με τους συναδέλφους στον επαγγελματικό μου χώρο;

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

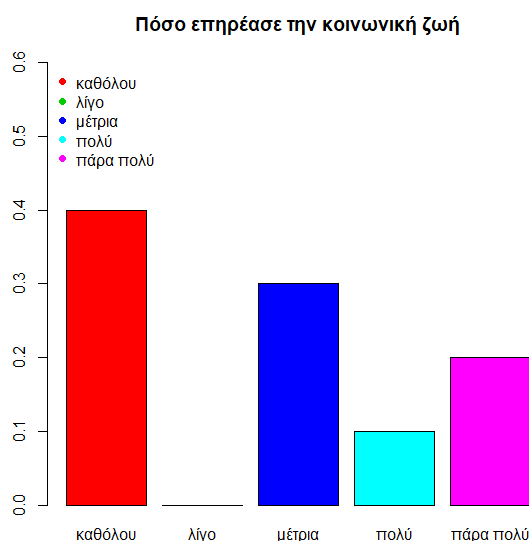


Γράφημα 4.1

Όσοι απάντησαν καθόλου είχαν ήδη βγει στην σύνταξη από νωρίς οπότε δεν είχαν επαγγελματική δραστηριότητα. Οι υπόλοιποι, ανέφεραν παρεξηγήσεις και οξυθυμία λόγω της συμπεριφοράς τους.

3. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση επηρέασε την κοινωνική μου ζωή (φίλοι- γνωστοί)

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 4.2

Υπερισχύει το καθόλου και το μέτρια γιατί οι περισσότεροι προσπαθούσαν να κρύβουν το πρόβλημα εξάρτησης και να το καμουφλάρουν, άλλοι ανέφεραν ότι απομακρύνθηκαν λόγω της εξάρτησής τους, ενώ κάποιοι δεν είχαν καθόλου απώλειες γιατί δεν μπήκαν στην διαδικασία να ζητήσουν δανεικά.

«Κοινωνικά δεν απομακρύνθηκα. Οι φίλοι ήταν πάντα οι ίδιοι, απλώς δεν βλεπόμασταν επειδή έτρωγα χρόνο στο τζόγο και χανόμασταν. Δε χάλασα φιλίες γιατί δεν πήρα δανεικά. Αν έπαιρνα δανεικά, σίγουρα θα τους είχα χάσει γιατί θα χρωστούσα, δεν θα τα 'δυνα» (Συνέντευξη Νο7).

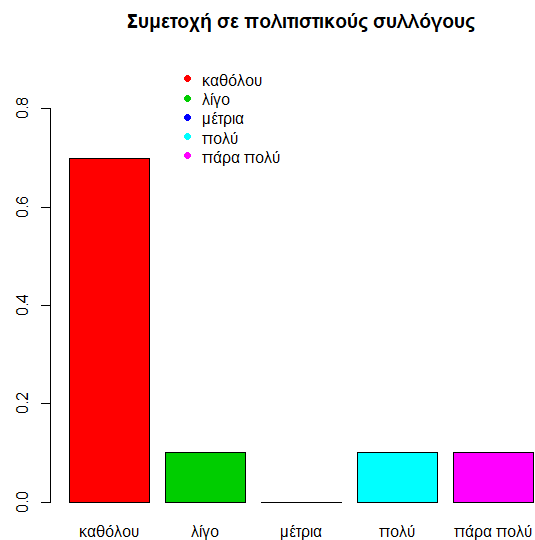
«Με τους φίλους προσπαθούσα να το κρύβω κάτω από το χαλί, έκανα μεγάλες προσπάθειες να το κρύβω» (Συνέντευξη Νο2).

«Οι κοινωνικές μου σχέσεις έχουν τερματιστεί, δεν έχω πια φίλους. Αυτό βέβαια οφείλεται και στη δουλειά μου. Δούλευα σε νοσοκομείο σε 24ώρες βάρδιες, που μου απαγόρευαν να διατηρήσω επαφές» (Συνέντευξη Νο3).

«Πολλές φορές με καλούσαν οι φίλοι μου και αναγκαζόμουν και τους έλεγα ότι έχω δουλειά, γιατί εκείνη την ώρα έπινα. Όταν δεν έπινα, βρισκόμασταν, τρώγαμε» (Συνέντευξη Νο5).

4. Συμμετέχετε σε πολιτιστικούς συλλόγους και κοινωνικά δρώμενα;

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 4.3

Οι περισσότεροι απάντησαν ότι δεν συμμετέχουν, καθώς είτε γιατί είχαν ανέκαθεν τέτοιες πρακτικές, είτε γιατί δεν έχουν κίνητρο, κοινωνικό δίκτυο ή ακόμη αντιμετωπίζουν

προβλήματα υγείας και συναισθηματικές δυσκολίες. Ωστόσο, κάποιοι με την κινητοποίηση της οικογένειας και κυρίως της συζύγου, είναι πολύ ενεργοί. Δεν θα πρέπει να παραβλέπουμε ότι είναι άτομα τρίτης ηλικίας, με πολλά χρόνια εξάρτησης, άρα η διάθεση να εμπλέκονται σε κοινωνικές εκδηλώσεις ήταν ανέκαθεν περιορισμένη λόγω κοινωνικής απομόνωσης.

«Ο μεγαλύτερος υποστηρικτής της οικογένειάς μου, είναι η κολώνα μου, η γυναίκα μου. Με τη δική της προτροπή, αλλά και με τη σύμφωνη γνώμη του ΚΕΘΕΑ, ανακατεύτηκα με το Σύλλογο Συνταξιούχων ΟΤΕ και μέχρι σήμερα είμαι ταμίας στον» (Συνέντευξη Νο2).

«Τώρα τελευταία, επειδή της Μ της αρέσει το θέατρο, συμμετέχω και εγώ σαν φωτογράφος. Αν παίζει η Μ ή φίλοι της Μ που ασχολούνται με το θέατρο και θεατρικές εκδηλώσεις ναι. Και εγώ έχω σα χόμπι να πηγαίνω σε αθλητικές εκδηλώσεις και να βγάζω φωτογραφίες» (Συνέντευξη Νο1).

«Μετά την παρουσίαση της σκλήρυνσης κατά πλάκας περιορίστηκα» (Συνέντευξη Νο4).

5. Περιγράψτε ποια ειδικότερα προβλήματα αντιμετωπίσατε σε οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον.

«Κάθε φορά που έπαιρνα μετάθεση, το ότι ήμουν τζογαδόρος και έπαιζα ΠΡΟΠΟ πήγαινε πρώτα και όταν πήγαινα στην καινούργια μονάδα μου λέγανε «θα παίζουμε κανένα ΠΡΟΠΟ;». Μάζευα τους συναδέλφους και παίζαμε όλοι μαζί ομαδικά. Δεν κουνούσα το δαχτυλάκι μου. Ήμουν υποδιοικητής της μονάδας και αντί να ασχοληθώ με αυτό, ασχολούμουν πώς θα φτιάξω κάτι ομαδικό να παίζουμε για Σαββατοκύριακο» (Συνέντευξη Νο1).

«Ο εθισμός στον τζόγο με απομάκρυνε πολύ από την οικογένεια και μου δημιουργούσε ανασφάλεια, εκνευρισμό, διαταραχές» (Συνέντευξη Νο2).

«Στον οικογενειακό, έχω απομακρυνθεί από τα παιδιά μου. Έχω διακόψει σχέσεις με τη γυναίκα μου, μόνο που συζούμε σε αυτό το χώρο» (Συνέντευξη Νο3).

«Δεν είχα ιδιαίτερα προβλήματα με τα παιδιά, με ακούγανε μόνο που φώναζα. Κάπου παρεξηγιόμουν με τη μία μου κόρη, τη μεγάλη. Δεν είχα καμία σχέση με τη γυναίκα μου. Πολλές φορές δεν πήγαινα στο δωμάτιο να κοιμηθώ μαζί της, πήγαινα σε άλλο δωμάτιο του σπιτιού, το ίδιο έκανε και εκείνη. Ζούσα τη ζωή μου σε ένα δωματάκι. Αλλού καθόντουσαν η γυναίκα μου και οι άλλοι και εγώ κλεισμένος εκεί κάπνιζα τέσσερα πακέτα τσιγάρα. Συνέχιζα να πίνω από συνήθεια» (Συνέντευξη Νο5).

«Παρόλο που ήμουν καλός εργοδότης και επαγγελματίας, στον επαγγελματικό χώρο είχα εκνευρισμό και αδίχησα τους υπαλλήλους μου με τη συμπεριφορά μου» (Συνέντευξη Νο4).

«Από το ποτό έχω χάσει μια δουλειά. Εκεί που δουλεύω, στην Κεντρική Λαχαναγορά, δούλευα σε ένα άλλο μαγαζί. Την έχασα εκείνη τη δουλειά, αλλά πάλι σιγά σιγά βρήκα σε ένα

άλλο. Στο μαγαζί που δούλευα 10 χρόνια, λόγω του ποτού, με απέλυσε το αφεντικό» (Συνέντευξη Νο9).

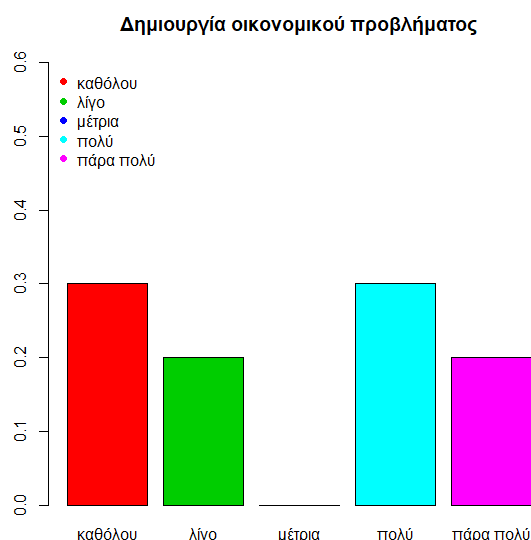
«Άρχισαν οι δικοί μου και έφευγαν από κοντά μου. Και οι φίλοι μου. Ήτανε και κάτι οικογενειακά, περιουσιακά με τις αδελφές μου, αλλά όχι και τόσο βασικά. Φτάνει η στιγμή που ο γιος σου να μην σου έχει καθόλου εμπιστοσύνη, η κόρη σου το ίδιο, τα εγγονάκια σου το ίδιο» (Συνέντευξη Νο6).

Συγκριτικά, με άτομα τρίτης ηλικίας που δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης, οι περισσότεροι εξαρτημένοι αντιμετώπισαν σοβαρούς κλυδωνισμούς στην οικογενειακή εστία, ενώ η σχέση με τη σύζυγο πρωτίστως φαίνεται πως έχει τις σημαντικότερες συνέπειες.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

1. Η εξάρτηση μου δημιούργησε οικονομικό πρόβλημα ;

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 5

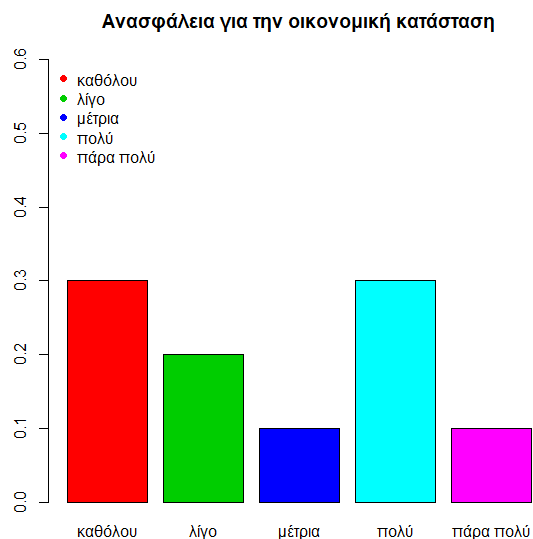
Οι περισσότεροι είχαν ανέκαθεν καλή οικονομική άνεση και όσοι ήταν δημόσιοι υπάλληλοι είχαν τις λιγότερες απώλειες σε οικονομικό επίπεδο γιατί έλαβαν και εφάπαξ. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες, λόγω χρεών, έχασαν περιουσίες, δουλειές ενώ ένας εν ενεργεία εργαζόμενος στον ιδιωτικό τομέα δεν ανέφερε συνέπειες σε αυτόν τον τομέα. Η εξάρτηση δύναται να έχει ολέθριες συνέπειες για το άτομο. Έστω και αν ξέρει ότι εκείνη τη στιγμή η ενασχόληση με το αντικείμενο της εξάρτησής τους θα έχει συνέπειες σε όλα τα επίπεδα, δεν μπορεί να σταματήσει, ούτε να το ελέγξει.

«Πάρα πολύ όχι γιατί έτρωγα τα δικά μου λεφτά» (Συνέντευξη Νο1)

«Έπαιζα συγκεκριμένο ποσό, είχα βάλει πλαφόν» (Συνέντευξη Νο2).

2. Αισθάνομαι ανασφάλεια και άγχος για την οικονομική μου κατάσταση.

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 5.1

Σε αυτή τη φάση της ζωής τους, οι περισσότεροι, επειδή είναι και συνταξιούχοι, αισθάνονται άγχος για το πως θα αποπληρώσουν τις τρέχουσες υποχρεώσεις, λόγω της οικονομικής ύφεσης και του πολέμου της Ουκρανίας.

«Άγχος έχω για το αύριο, για το πως θα πληρώνω όλες τις υποχρεώσεις» (Συνέντευξη Νο5).

«Άγχος, να μην κοιμάμαι, απνία. Όταν δεν κοιμάσαι, δεν κάνεις σωστή διατροφή, έχεις νεύρα, άγχος, παθαίνεις αρρώστιες» (Συνέντευξη Νο7).

3. Περιγράψτε ποια ακριβώς προβλήματα σας έχει προκαλέσει η οικονομική σας κατάσταση.

Οι οικονομικές συνέπειες του τζόγου προκάλεσαν σοβαρά και ανεπανόρθωτα προβλήματα σε κάποιους, με σοβαρές απώλειες που δείχνουν ότι αναγκάστηκαν να ζητήσουν βοήθεια γιατί πραγματικά είχαν φτάσει σε αδιέξοδο και η κατάσταση ήταν μη αναστρέψιμη πια.

«Σκεφτείτε ότι αν δεν έπαιζα, θα είχα περιουσία. Έτρωγα πάντα ό,τι περίσσευε. Από το 2005 που αποστρατεύτηκα, έφαγα σιγά σιγά όλο το εφάπαξ και έτρωγα λεφτά από τα κέρδη του μαγαζιού. Τα ξόδευα όλα. Δεν έχω οικονομικά προβλήματα, αλλά δεν έκανα αποταμίευση» (Συνέντευξη Νο1).

«Έχασα την περιουσία μου, το σπίτι μου, που κατάφερα να το χτίσω με πολύ μεράκι και έμεινα μόνο 8 χρόνια. Αισθάνομαι ενοχές γιατί δεν άφησα περιουσία στα παιδιά μου και βρήκαν καμένη γη» (Συνέντευξη Νο4).

«Στο να στερούμαι αρκετά πράγματα και να μην μπορώ να προσφέρω μια βοήθεια στο σπίτι. Έρχεται στιγμή που μπορεί να μην έχω τσιγάρα, 2 μπίρες να πιώ και το πιο άσχημο στην όλη υπόθεση, να μην μπορώ να συνεισφέρω κάτι μέσα στο σπίτι» (Συνέντευξη Νο10).

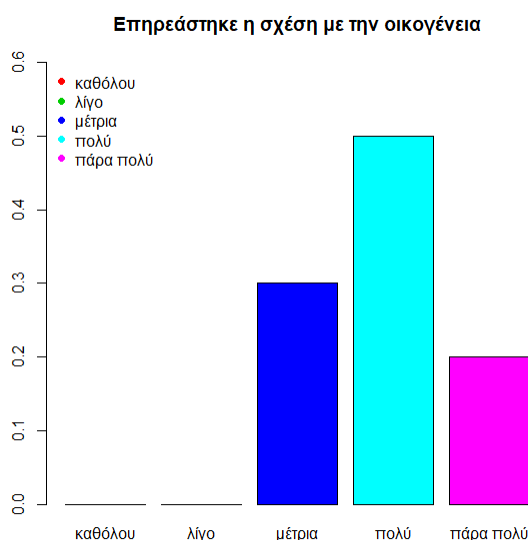
«Είχε έρθει εποχή που είχα χάσει χρήματα και άνοιξα τον κουμπαρά των παιδιών για να βγάλω τον υπόλοιπο μήνα. Δεν το ξέρει η γυναίκα μου, πήγα στην τράπεζα και τον άνοιξα, γιατί ήταν οι κουμπαράδες της τράπεζας. Τους ξαναγέμισα όταν βρήκα λεφτά» (Συνέντευξη Νο8).

«Χρωσθήκα χωρίς να το καταλάβω. Χρωστώ στην Εφορία και τον ΟΓΑ. Σε ιδιώτες δεν χρωστώ πουθενά» (Συνέντευξη Νο6).

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

1. Η εξάρτηση επηρέασε τη σχέση με την οικογένειά μου.

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



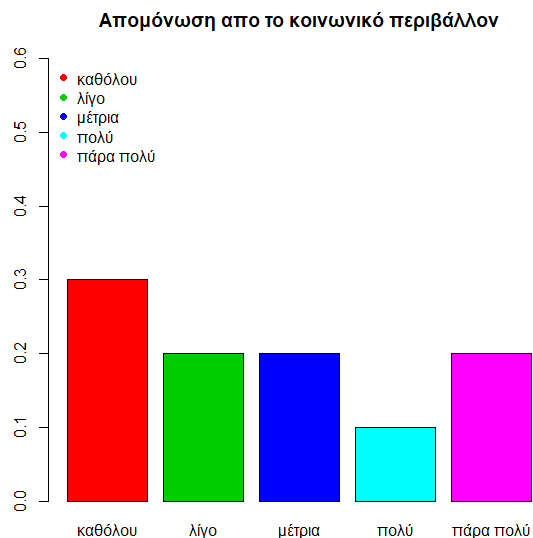
Γράφημα 6

Όλοι κατέληξαν στο ότι πράγματι με ένα τρόπο η εξάρτηση κλόνησε τις οικογενειακές τους σχέσεις πολύ.

«Τώρα τελευταία δεν είχα καθόλου επικοινωνία με τα παιδιά. Με τη σύζυγο όχι τόσο, αλλά με τα παιδιά» (Συνέντευξη Νο9).

2. Η εξάρτηση με είχε απομονώσει από το κοινωνικό μου περιβάλλον.

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

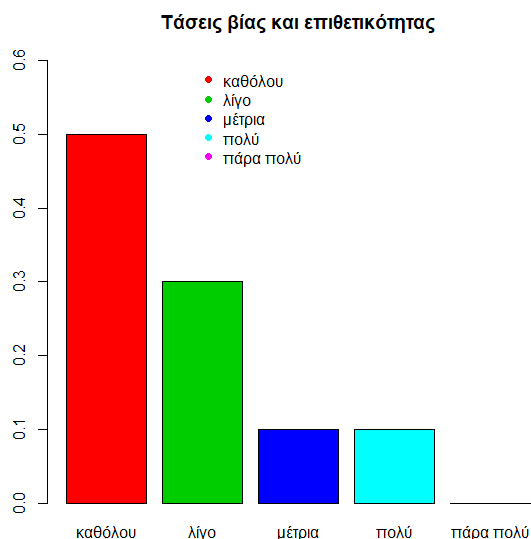


Γράφημα 6.1

Οι μισοί και παραπάνω απάντησαν πως απομακρύνθηκαν από τον κοινωνικό τους περίγυρο γιατί το κέντρο της προσοχής τους ήταν το αντικείμενο εξάρτησής τους. Οι λίγοι που απάντησαν καθόλου, πίστευαν ότι έλεγχαν την κατάσταση και έκρυβαν καλά το πρόβλημα.

3. Η εξάρτηση με είχε κάνει βίαιο και επιθετικό.

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 6.2

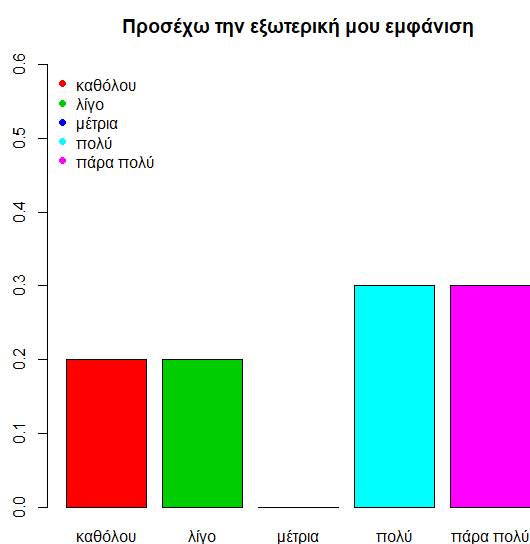
Οι περισσότεροι απάντησαν αρνητικά. Η οξύθυμία και τα περιστατικά βίας αναφέρθηκαν σπάνια, σαν απόρροια της ψυχολογικής τους κατάστασης λόγω της εξάρτησης.

«Όταν ένιωθες εκνευρισμό, αγριάδα, επιθετικότητα, φυσικό ήταν να μην έχεις μέσα σου ηρεμία ψυχική να μπορείς να συζητάς, να είσαι κοινωνικοποιημένος» (Συνέντευξη Νο1).

«Με είχε κάνει οξύθυμο. Δεν είχα χτυπήσει ποτέ τη γυναίκα μου, να της τραβήξω λίγο τα μαλλιάκια το είχα κάνει. Είχα νεύρα, επιθετικότητα λεκτική, όταν κάποιος μου έκανε παρατήρηση για το ποτό. Ήμουν πιο οξύθυμος, γι' αυτό με πήγε στα δικαστήρια» (Συνέντευξη Νο5).

4. Σε ποιο βαθμό προσέχω την εξωτερική μου εμφάνιση;

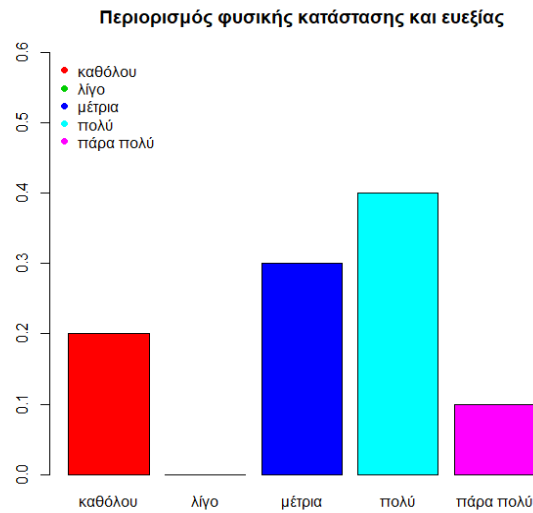
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 6.3

Σε αυτή τη φάση όσοι είναι σε θεραπεία ή αποφοιτούν, θεωρούν βοηθητικό το να προσέχουν την εμφάνισή τους σαν προσωπική ευθύνη εαυτού. Είναι κάτι που τους κινητοποιεί και βελτιώνει την καθημερινότητά τους. Όσοι απάντησαν καθόλου ή λίγο, αντιμετωπίζουν προβλήματα χαμηλής διάθεσης και κατάθλιψης.

5. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση είχε περιορίσει τη φυσική μου κατάσταση και ευεξία;
 α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

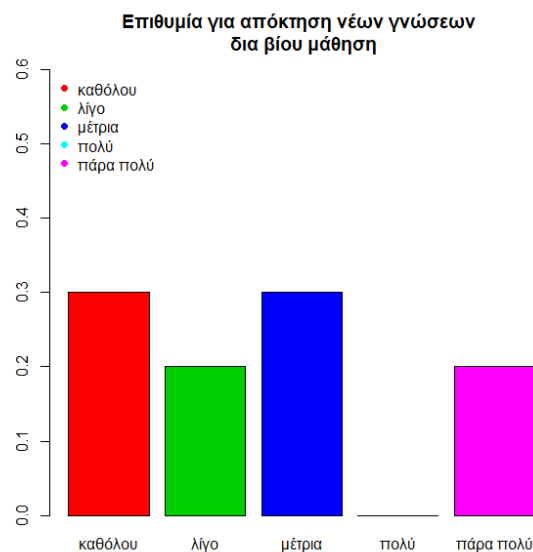


Γράφημα 6.4

Λόγω των προβλημάτων υγείας που επιφέρει το γήρας, η χαμηλή διάθεση, τα προβλήματα υγείας όπως αυτοάνοσα νοσήματα (σκλήρυνση κατά πλάκας, διαβήτης, η χαμηλή δραστηριότητα, η έλλειψη κινήτρου, κοινωνικού δικτύου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος συμβάλλουν κυρίως αρνητικά στην ανάληψη πρωτοβουλίας για σωματική άσκηση.

6. Σε ποιο βαθμό έχετε επιθυμία αποκομίσετε καινούργιες γνώσεις (διά βίου μάθηση);

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

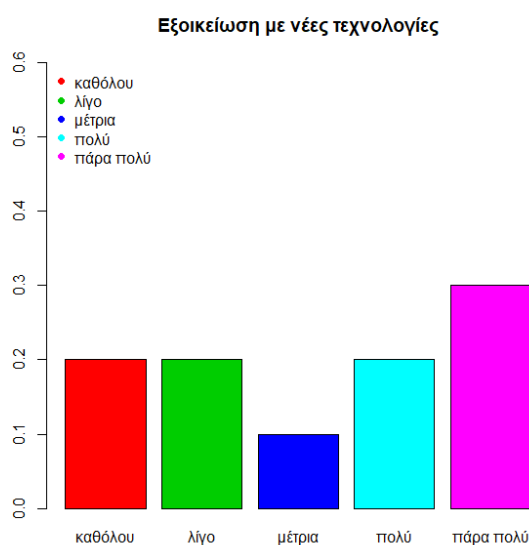


Γράφημα 6.5

Περιορισμένη είναι η επιθυμία των ατόμων σε αυτή την ηλικία για καινούργιες γνώσεις. Συνήθως με παρακίνηση και με παρέα θα μπου σε αυτή τη διαδικασία. Όσοι έχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο και την άμεση και γρήγορη πληροφορία απάντησαν θετικά. Άλλοι πάλι δεν έχουν διάθεση και θεωρούν τους εαυτούς τους πολύ μεγάλους για να μάθουν καινούργια πράγματα.

7. Σε ποιο βαθμό έχετε εξοικείωση με τις νέες τεχνολογίες και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης;

α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ



Γράφημα 6.6

Αρκετοί ήταν αυτοί που απάντησαν θετικά. Παίξει ρόλο και η τοποθεσία που μένουν και τα ερεθίσματα στα οποία έχουν πρόσβαση. Οι δημόσιοι υπάλληλοι κατείχαν τέτοιες δεξιότητες λόγω της εργασίας τους και ανέφεραν ότι διαθέτουν κοινωνικά δίκτυα και τα χειρίζονται εύκολα, ενώ όσοι έχουν προβλήματα διάθεσης, δεν ασχολούνται σχεδόν καθόλου, δυσκολεύονται και θεωρούν τους εαυτούς τους μεγάλους για να μάθουν να τα χειρίζονται.

8. Περιγράψτε πως σας είχε επηρεάσει η εξάρτηση στον ψυχολογικό και συναισθηματικό σας τομέα.

«Με είχε επηρεάσει πάρα πολύ. Επειδή ήμουν σκληρός και δυνατός, τα κράταγα όλα μέσα μου γι' αυτό και συναντήθηκα με την σκλήρυνση κατά πλάκας. Μου ήρθε μετά από ψυχολογική πίεση και αντέδρασε έτσι ο οργανισμός μου. Ήταν δηλαδή κατάλοιπο του τζόγου. Ένιωθα ενοχές και παράπονο ότι αδίκησα τον εαυτό μου και την οικογένειά μου. Όταν μπήκα στην ομάδα στο ΚΕΘΕΑ, πιεζόμουν πάρα πολύ. Δεν κοιμόμουν τα βράδια, έβλεπα εφιάλτες. Αφού ήμουν αποφασισμένος να απεξαρτηθώ, ήμουν πάρα πολύ πιστός

σε αυτό που μου υπαγόρευαν οι θεραπευτές του ΚΕΘΕΑ. Όμως εγώ πιεζόμουν πάρα πολύ χωρίς να το λέω. Έβλεπα εφιάλτες, έβλεπα ότι παίζω ζάρια τη νύχτα έλεγα τι θα πω την Τετάρτη στη συνάντηση, σηκώνόμουν τη νύχτα» (Συνέντευξη Νο4).

«Πάρα πολύ. Τώρα που είμαι στη θεραπεία, το παρελθόν μου δημιουργεί αυτήν την κατάθλιψη. Παλιότερα που έπαιζα μπορώ να σας πω ότι ήμουν πιο καλά. Δεν μπορώ να πω ότι είχα κατάθλιψη, αλλά στεναχώρια κάθε φορά που έχανα και περίμενα τον επόμενο μήνα να πληρωθώ για να ξαναπαίζω» (Συνέντευξη Νο1).

«Όλα ξεκίνησαν από κάποιες φοβίες που ένιωθα. Διαγνώστηκα με κάποια άτυπη, πως λένε, επιληψία, μπήκα σε θεραπεία με Τοραμας και Χαναχ, και κατάθλιψη. Όσο περνάει ο καιρός, η κατάθλιψη γίνεται εντονότερη, διότι δεν έχω δικούς μου ανθρώπους να με στηρίζουν»(Συνέντευξη Νο3).

«Αρκετά. Παίρνω κανένα Lexotanil και κανένα Hypnosedon. Όχι και τα δύο μαζί, μία το ένα, μία το άλλο. Άγχος, απνία, διάθεση για τίποτα. Περίπου κατάθλιψη. Το αλκοόλ, άλλες φορές με ανεβάζει, άλλες με κατεβάζει. Όταν είμαι με παρέα, μπορεί να μου φέρει ευθυμία, αλλά όταν είμαι μόνος μου, μπορεί να μου φέρει κατάθλιψη» (Συνέντευξη Νο10).

«Δεν είχα διάθεση. Όταν έχανα ειδικά, δεν είχα διάθεση ούτε να μιλήσω στη γυναίκα μου. Δεν τα έβαζα με κανέναν, δεν εκνευριζόμουν με κάποιον, ήμουν στον κόσμο μου κλειστός και είμαι κλειστός» (Συνέντευξη Νο7).

«Αισθανόμουν ανασφάλεια γιατί δεν μου είχε εμπιστοσύνη ο άλλος. Πολλή στεναχώρια και πεσμένη διάθεση» (Συνέντευξη Νο6).

«Να πω την αλήθεια τίποτα. Έπινα, αλλά δεν είχα επιπτώσεις από αυτό» (Συνέντευξη Νο9).

5.2 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η εξάρτηση στους ηλικιωμένους, επηρεάζει όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου. Ακόμα και αν καταφέρει να απεξαρτηθεί, μόνο η εμπειρία της εξάρτησης δύναται να του προκαλέσει σημαντικές βλάβες σωματικά και ψυχικά (Bowling, 2005).

Δεδομένων των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την έρευνα, οι περισσότεροι ηλικίας 60 ετών και άνω, αντιμετώπιζαν πρόβλημα εξάρτησης, γεγονός που δείχνει ότι η εξάρτηση συνεχίζει να ταλαιπωρεί τα άτομα όσο αυξάνεται η ηλικία τους. Όπως επιβεβαιώνεται και από έρευνες, οι χρήστες ηρωίνης μεγαλύτερης ηλικίας δεν μειώνουν τη χρήση καθώς γερνούν (Rosen et al., 2011), όπως επίσης και οι ηλικιωμένοι χρήστες μεθαδόνης αυξάνονται (Rosen et al, 2008).

Στο πλαίσιο διερεύνησης του είδους της εξάρτησης και της ποιότητας ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας, συμμετείχαν στην έρευνα 10 έγγαμοι άνδρες ηλικίας 60-68 ετών από 4 περιοχές της Ελλάδας, την Κάλυμνο, τη Ρόδο, το Ηράκλειο Κρήτης και τα Χανιά. Κατά τη διάρκεια της έρευνας οι 9 ήταν ενταγμένοι σε πρόγραμμα

απεξάρτησης, στο ΚΕΘΕΑ Αριάδνη ενώ 1 δεν βρίσκεται σε θεραπεία, καθώς δέχεται περιστασιακά υπηρεσίες. Από τους 9 που είναι σε θεραπεία, οι 2 ολοκληρώνουν και αποφοιτούν ενώ οι 7 συνεχίζουν ακόμα, άλλοι δηλαδή βρίσκονται σε αρχικό στάδιο και άλλοι σε προχωρημένο.

Ως προς το είδος εξάρτησης, αναφέρθηκαν ο τζόγος, το αλκοόλ και η πορνογραφία. Σε μία μόνο περίπτωση αναφέρθηκε διπλή εξάρτηση (πορνογραφία – τζόγος). Τόσο ο τζόγος, όσο και το αλκοόλ κυριάρχησαν με ποσοστό 50%. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να λαμβάνουμε υπόψιν την κουλτούρα, τα ήθη και τα χαρακτηριστικά κάθε τόπου. Στην Κρήτη για παράδειγμα, η κατανάλωση αλκοόλ και συγκεκριμένα της ρακής αποτελεί παράδοση από γενιά σε γενιά. Η επικράτηση αυτής της παράδοσης συμβάλει αρνητικά στη κατανόηση της εξάρτησης από το άτομο, γιατί καλλιεργείται η αντίληψη ότι είναι κάτι φυσιολογικό.

Συγκριτικά με τον ηλικιωμένο πληθυσμό που δεν έχει αναπτύξει κάποια εξαρτητική συμπεριφορά, οι περισσότεροι που αντιμετώπισαν χρόνια πρόβλημα εξάρτησης, είχαν εμφανείς επιπτώσεις στην καθημερινότητά τους και στις υποχρεώσεις τους. Ανέφεραν εντάσεις και τσακωμούς κυρίως με τη σύζυγο, τα παιδιά και συγγενικά τους πρόσωπα. Επίσης, λόγω της έντονης ενασχόλησής τους με το αντικείμενο της εξάρτησης, σταδιακά βίωναν και την απομόνωση από τον κοινωνικό τους περίγυρο, ρίχνοντας το φταίξιμο κυρίως στους ίδιους. Εγκατέλειψαν τα χόμπι τους, τις δραστηριότητες και τις συνήθειες τους, ενώ δε συμμετείχαν σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Πράγματι, σε έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που αντιμετώπιζαν πρόβλημα εξάρτησης, ανέφεραν πως ζούσαν μόνοι, ήταν διαζευγμένοι ή είχαν διαταραγμένες οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις. Οι διαταραγμένες σχέσεις συνδέονται με τα ναρκωτικά και τις εξαρτήσεις. Σε έρευνες των (Crystal 1992, Velleman et al. 1998, 2003, Levy & Anderson 2005, Myerson 2009), οι ερωτηθέντες περιέγραψαν ότι λόγω της εξάρτησης δεν είχαν «πραγματικούς φίλους» αλλά μόνο «φίλους ή συναδέλφους που σχετίζονταν με την εξάρτηση». Επιπλέον, ελάχιστοι ανέφεραν στενή και υποστηρικτική σχέση με τα βασικά μέλη της οικογένειας, τα οποία αποδέχονταν το πρόβλημα εξάρτησής τους ενώ οι περισσότεροι ανέφεραν ότι οι οικογενειακές τους σχέσεις με συζύγους, παιδιά, γονείς, αδέρφια και άλλους είχαν διαλυθεί.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι περισσότεροι αντιμετώπισαν προβλήματα διάθεσης και κακής ψυχολογίας, με ελάχιστα περιστατικά βίας και οξυθυμίας. Οι 2 από τους 10 έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη ενώ λαμβάνουν και

φαρμακευτική αγωγή με βενζοδιαζεπίνες, χωρίς ωστόσο να αναφέρουν εξάρτηση από τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Επίσης, 2 από τους 10 έχουν σοβαρά και χρόνια νοσήματα, ένας σκλήρυνση κατά πλάκας και ο δεύτερος διαβήτη τύπου 1. Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από κατάθλιψη σε μεγάλη ηλικία είναι κυρίως άνδρες ως προς το φύλο, παρουσιάζουν σοβαρό και έντονο άγχος, διαμένουν μόνοι ή έχουν απομονωθεί από την οικογένεια, έχουν κρίσεις πανικού και σωματικό πόνο. Σύμφωνα με έρευνα, οι ηλικιωμένοι με ιστορικό ηρωίνης, παρουσιάζουν φτωχότερη σωματική υγεία και κοινωνική λειτουργικότητα από τους μη εξαρτημένους συνομηλικούς τους (Grella and Lovinger, 2012) ενώ μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες, γενικευμένο άγχος αρθρίτιδα και υπέρταση (Rosen et al., 2008). Για παράδειγμα, το αλκοόλ θεωρείται παράγοντας κινδύνου, ο οποίος εντείνει την ευαλωτότητα των ηλικιωμένων να αντιμετωπίζουν αλλαγές, όπως απώλεια φίλων,, οικογένειας, κοινωνική απομόνωση και οικονομικές δυσκολίες (Carvalho et al., 2020).

Στις οικονομικές επιπτώσεις, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι διέθεταν οικονομική άνεση που τους επέτρεψε να μην έχουν σοβαρές απώλειες, άλλοι είχαν αυτοέλεγχο ενώ λίγες περιπτώσεις υπέστησαν οικονομική καταστροφή. Σε μελέτη που έχει γίνει, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα ή χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής (Tajvar et al., 2008). Επίσης, τα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, έχουν λιγότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν και να έχουν ενεργό κοινωνικό ρόλο.

Θεωρώ σημαντική την έλλειψη ευελιξίας των συμμετεχόντων στην φροντίδα εαυτού τους. Ενώ οι περισσότεροι μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους και τον προσωπικό τους χώρο, δεν αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες μέσα στο σπίτι, παρά μόνο αν χρειαστεί και αν τους το επιτρέψει η ψυχολογική τους κατάσταση. Κάποιοι ανέφεραν ότι είχαν ατυχήματα κατά τη φροντίδα του σπιτιού. Όσοι ανέφεραν καλή διάθεση φάνηκαν πιο ευέλικτοι. Εκείνοι που ανέφεραν σοβαρά προβλήματα υγείας και κατάθλιψη, δυσκολεύονται πάρα πολύ να αναλάβουν ευθύνες και πρωτοβουλίες, ενώ τους φαίνονται βουνό απλές διαδικασίες, όπως να κλείσουν ραντεβού σε κάποιο γιατρό. Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων γενικά αντιμετωπίζει δυσκολίες στην εκτέλεση εργασιών αυτοφροντίδας και οικιακής ζωής, ανεξαρτήτως αν έχει θέμα εξάρτησης. Πολλά ηλικιωμένα άτομα, συχνά αναφέρουν δυσκολίες στις δραστηριότητες στο σπίτι και κυρίως στην καθαριότητα, τη φροντίδα του σπιτιού, την οργάνωση, τις αγορές στο σούπερ μάρκετ και το μαγείρεμα. Για παράδειγμα, όσοι

ηλικιωμένοι πάσχουν από εκφύλιση της ωχράς κηλίδας αναφέρουν πώς παρουσιάζουν δυσκολίες στο μαγείρεμα, ακόμα και στις πιο απλές εργασίες όπως το κόψιμο του φαγητού (Stanford P, et al., 2009).

Οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης εμφανίζουν χαμηλή ποιότητα ζωής με συνέπειες στην υγεία, την ευημερία, τις οικογενειακές και κοινωνικές τους σχέσεις, τον τρόπο ζωής που έχουν διαμορφώσει και τον κοινωνικό αποκλεισμό (Walker & Hagan Hennessey 2004). Πράγματι, μέσα από την έρευνα φάνηκε ότι οι περισσότεροι είχαν αποκοπεί από τον κοινωνικό τους περίγυρο, είχαν χάσει τους φίλους τους και είχαν γενικά δυσλειτουργικές σχέσεις.

Μέσω της στοχευμένης πρόληψης μπορούν να γίνουν σημαντικά βήματα που θα έχουν αποτέλεσμα. Πέρα λοιπόν από τα Κέντρα Απεξάρτησης που πραγματοποιούν δράσεις πρόληψης, συνίσταται και η δικτύωση με τις υπηρεσίες που απευθύνονται ηλικιωμένοι.

Οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας κατά την εξέταση των ηλικιωμένων ασθενών, πρέπει να αναπτύξουν αυξημένο όριο υποψίας για τα συμπτώματα και τις διαταραχές από την κατάχρηση ουσιών. Το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό που περιθάλλει τους ηλικιωμένους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, πρέπει να είναι εκπαιδευμένο να αναγνωρίζει τα σημάδια και τις αλλαγές στη συμπεριφορά και την κλινική εικόνα των ηλικιωμένων. Μέσω της συζήτησης, μπορούν να τους ενημερώνουν για τους κινδύνους που επιφέρει η εξάρτηση σε αυτή την ηλικία και να τους παραπέμπουν σε κάποια δομή απεξάρτησης. Η παραπομπή σε υπηρεσίες εθισμού και γηριατρικής είναι θεμελιώδης για τη φροντίδα και το συντονισμό των ψυχοκοινωνικών και φαρμακολογικών παρεμβάσεων. Το προσωπικό πρέπει να διαθέτει ευελιξία να ανταποκρίνεται στις διαφορετικές ανάγκες των ασθενών, να απολαμβάνει τη συνεργασία με μεγαλύτερους ανθρώπους, όπως επίσης να γνωρίζει ότι η αυξημένη ηλικία δεν αποτελεί εμπόδιο καθώς μέσω του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου η θεραπεία θα έχει αποτέλεσμα.

Χώροι που συχνάζουν οι ηλικιωμένοι όπως ΚΑΠΗ, Πολιτιστικοί Σύλλογοι, Κέντρα Ημέρας, μπορούν να εντάξουν δράσεις ενημέρωσης και πρόληψης για θέματα εξαρτήσεων, προκειμένου να καταπολεμηθεί το στίγμα και η ντροπή που αισθάνονται τα άτομα της τρίτης ηλικίας, αλλά κυρίως για να συνειδητοποιήσουν το πρόβλημα και να ζητήσουν βοήθεια. Συγχρόνως δικτύωση με τις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων, τα Κέντρα Κοινότητας και τη Βοήθεια στο Σπίτι, είναι απαραίτητη.

Η απεξάρτηση του ηλικιωμένου ατόμου είναι μια μακρά διαδικασία και περιλαμβάνει πολλές προκλήσεις όπως: την υποστήριξη πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, την κινητοποίηση του για την ανάκτηση επαφής με την οικογένεια και τους φίλους, την αλλαγή κοινωνικών επαφών (π.χ. σε περίπτωση που κάποιος από το κοντινό του περιβάλλον πίνει αλκοόλ), τους συναισθηματικούς παράγοντες (διαχείριση πένθους, απώλεια, κακοποιητικές συμπεριφορές, προβλήματα σχέσεων, σεξουαλικότητα), μείωση της βλάβης, πρακτικά ζητήματα (όπως σωματική υγεία, ποιότητα ύπνου, διατροφή, γυμναστική, ορθή λήψη φαρμακευτικής αγωγής, αποφυγή επικίνδυνης οδήγησης λόγω ποτού), και τέλος την ικανότητά του να διαχειρίζεται τις ματαιώσεις και να μην τις αντιμετωπίζει σαν αποτυχίες.

Τα άτομα με προβλήματα εξαρτήσεων πρέπει να έχουν την ίδια ποιότητα ζωής με όλους τους πολίτες, αν και η γήρανση του πληθυσμού προκαλεί προβλήματα στο να λάβει το άτομο ενεργή δράση να αναζητήσει συμβουλευτική ή βοήθεια. Συχνά χρειάζονται φροντίδα ή υποστήριξη, αλλά κρυφά, λόγω του άγχους, της νομικής τους κατάστασης ή ακόμα και λόγω της ντροπής που αισθάνονται να αναζητήσουν βοήθεια.. Αυτό φάνηκε και στα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς οι περισσότεροι αναζήτησαν βοήθεια και μπήκαν σε θεραπεία σε μεγάλη ηλικία. Θα πρέπει να παρέχεται θεραπεία στα άτομα, ανεξάρτητα από το αν χρειάζονται θεραπεία γενικά ή ειδικά, αναφορικά με σωματικά, ψυχολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα. Η πολυφαρμακία στους ηλικιωμένους αυξάνει τις υπηρεσίες υγείας, κοστίζει και δημιουργεί δυσκολίες στους επαγγελματίες υγείας. Έρευνα δείχνει ότι οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις όπως η αυξημένη ψυχολογική φροντίδα ή η ύπαρξη ενός έμπιστου προσώπου και κυρίως της οικογένειας, βελτιώνει την ψυχολογία και επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην υγεία (Sorkin et al., 2002) .

Τέλος, το να εντάξουν τα κράτη προγράμματα πρόληψης των εξαρτήσεων στην τρίτη ηλικία, είναι πρόκληση και θεωρείται κοστοβόρα διαδικασία αλλά αναπόφευκτη, μιας και η γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού μας απασχολεί ήδη. Σε κάθε περίπτωση, η δημιουργία προϋποθέσεων για την ολιστική αντιμετώπιση των εξαρτήσεων στους ηλικιωμένους είναι αναγκαία όπως και η έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αποστολάκη, Γ., Βλοντάκη, Β. Λουμπάκη, Ε. (2006). *Χορήγηση και λήψη φαρμάκων-αντιβιοτικών σε άτομα ηλικίας 60-65 και 65-70 των κέντρων περίθαλψης ηλικιωμένων*. Πτυχιακή εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης.

ΕΚΤΕΠΙΝ (2017). *Ετήσια έκθεση για το έτος 2016*. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.

«Η απαισία ηρωίνη συνεχίζει το φθοροποιόν έργον της εις Αθήνας», εφ. *Ελεύθερος Άνθρωπος* 29/1/1931, σ.5.

Μάτσα, Κ . (2001). *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε σκιές...Το αίνιγμα της τοξικομανίας*, Αθήνα : Άγρα.

Νόμος 1729/1987, Καταπολέμηση της διάδοσης των Ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 144/Α/7-8-1987)

Νόμος 4139/2013, Νόμος περί εξαρτησιογόνων ουσιών και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ Α-74/20-3-13)

Ν. Παρασκευόπουλος, Η καταστολή της διάδοσης των ναρκωτικών στην Ελλάδα, εκδ. Σάκκουλα, 1997, σελ. 69-72.

Πουλόπουλος Χ, (2010). *Εξαρτήσεις: Οι Θεραπευτικές Κοινότητες*. ΑΘΗΝΑ: Ελληνικά Γράμματα.

Ξενόγλωσση

Alpass FM, Neville S (2003) Loneliness, health and depression in older males. *Aging Ment Health* 7:212–216.

Ashton H. Guidelines for the Rational Use of Benzodiazepines: When and What to Use. *Drugs*. 1994;48:25–40. doi: 10.2165/00003495-199448010-00004.

Atkinson, R.M. (1995). Treatment programs for aging alcoholics. In: Beresford, T., and Gomberg, E., eds. *Alcohol and Aging*. New York: Oxford University Press.

Avasthi A, Grover S. Clinical practice guidelines for management of depression in elderly. *Indian J Psychiatry* 2018;60(Suppl 3):S341–62.

Barca, M. L., Engedal, K., Laks, J., & Selbæk, G. (2011). Quality of life among elderly patients with dementia in institutions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 31(6), 435–442. <https://doi.org/10.1159/000328969>

Baum C, Kennedy DL, Forbes MB, et al: Drug use in the United States in 1981. *JAMA* 241:1293–1297, 1984

Bengtson V.L. How theories of ageing became social: Emergence of the sociology of ageing. In: Bengtson V.L., Settersten R., editors. *Handbook of theories of aging*. 3rd ed. Springer Publishing Company; 2016. pp. 67–86.

Blazer DG, Wu L-T: The epidemiology of substance use and disorders among middle aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health (NSDUH). *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17: 237–245.

Borne J, Riascos R, Cuellar H, et al. Neuroimaging in drug and substance abuse. **Part II. Opioids and solvents.** *Top Magn Reson Imaging* 2005;16:239–45

Bowling A. (2005) *Ageing Well. Quality of Life in Old Age*. Open University Press, Maidenhead.

Brennan, Penny L., Rudolf H. Moos, Julia Y. Kim. 1993. “Gender Differences in the Individual Characteristics and Life Contexts of Late-Middle-Aged and Older Problem Drinkers.” *Addiction*(1993) 88: 781-787.

Brett J., Murnion B. Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust. Prescr.* 2015;38:152–155. doi: 10.18773/austprescr.2015.055.

Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>

Brymer C, Rusnell I: Reducing substance dependence in elderly people: the side effects program. *Canadian Journal of Clinical Pharmacology* 7:161–166, 2000

Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, Despalins R, Kramarz E, Kaess M. The association between pathological Internet use and comorbid psychopathology: A systematic review. *Psychopathology*. 2013;46:1–13.

Carvalho ML, Costa AP, Monteiro CF, et al. Suicide in the elderly: approach to social determinants of health in the Dahlgren and Whitehead model. *Rev Bras Enferm* 2020;73(suppl 3).

Cherry, K. E., Brown, J. S., Kim, S., & Jazwinski, S. M. (2016). Social Factors and Healthy Aging: Findings from the Louisiana Healthy Aging Study (LHAS). *Kinesiol Rev (Champaign)*, 5(1), 50–56.

Choi H, Irwin MR, Cho HJ (2015) Impact of social isolation on behavioral health in elderly: systematic review. *World J Psychiatry* 5:432–438.

Choi, N. G., Marti, C. N., DiNitto, D.M., Choi, B.Y., (2018). Older adults' marijuana use, injuries, and emergency department visits, *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 44 (2), 215-223.

Cohen E, Feinn R, Arias A, Kranzler HR, 2007. Alcohol treatment utilization: findings from the national epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Drug Alcohol Depend.* 86, 214–221.

Colsher PL, Wallace RB. Elderly men with histories of heavy drinking: correlates and consequences. *J Stud Alcohol* 1990;51:528-35.

Combined Problems of Alcoholism, Drug Addiction and Aging. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Cornwell EY, Waite LJ: Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009;64(suppl 1):i38– i46.

Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346–1363. <https://doi.org/10.1177/0898264312460275>

Crystal S. (1992) Health-care barriers and utilization patterns among intravenous drug users with HIV disease. *AIDS & Public Policy Journal* 7, 187–197.

Culberson JW, Ziska M. Prescription drug misuse/abuse in the elderly. *Geriatrics*. 2008;63(9):22–31.

Curtis JR, Geller G, Stokes EJ, Levine DM, Moore RD. Characteristics, diagnosis, and treatment of alcoholism in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1989;37:310-6.

D'Archangelo, E. (1990) Substance abuse in later life. *Canadian Family Physician* 39:1986-1993. 1993

De Vries, N. M., Van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Rikkert, M. O., Staal, J. B., & Nijhuis-Van der Sanden, M. W. G. (2012). Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 11(1), 136–149. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.11.002>

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276

Douglas, H., Georgiou, A., Westbrook, J. (2017). Social participation as an indicator of successful aging: An overview of concepts and their associations with health. *Australian Health Review*, 41(4), 455–462.

Dunne FJ. Misuse of alcohol or drugs by elderly people. *BMJ* 1994;308.

Durant, R., & Thakker, J. (2003). *Substance use and abuse: Cultural and historical perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Ertas, N. (2013). Formal and informal social participation of public, non-profit, and private employees. *International Journal of Public Administration*, 36(8), 578–587.

Escotado, A. (2010). *The general history of drugs* (G. W. Robinette, Trans.). Valparasio, Chile: Graffiti Milante Press.

Ferguson, C. Nielsen, R. & Maguire, R. (2017). Do Older Adults Hate Video Games until they Play them? A Proof-of-Concept Study, *Current Psychology*, 36 (4), 919-926.

Fluyau D., Revadigar N., Manobianco B.E. Challenges of the pharmacological management of benzodiazepine withdrawal, dependence, and discontinuation. *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 2018;8:147–168. doi: 10.1177/2045125317753340

Forster, Lorna E., Rachel Pollow, Eleanor P. Stollar. 1993. “Alcohol Use and Potential Risk for Alcohol-Related Adverse Drug Reactions Among Community-Based Elderly.” *Journal of Community Health* (18)4: 225-23.

Fowler JS, Volkow ND, Kassed CA, et al. Imaging the addicted human brain. *Sci Pract Perspect* 2007;3:4–16

Frascella J, Potenza MN, Brown LL, Childress AR. Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: carving addiction at a new joint? *Ann N Y Acad Sci.* 2010;1187:294–315.

Fredriksen, K.I. (1992). North of Market: Older women's alcohol outreach program . *Gerontologist* 32, 270-272

Gahlinger, P. (2004). *Illegal drugs: A complete guide to their history, chemistry, use, and abuse*. New York, NY: Penguin.

Gajewski, P. D., & Falkenstein, M. (2016). Physical activity and neurocognitive functioning in aging—A condensed updated review. *European Review of Aging and Physical Activity*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s11556-016-0161-3>

Gardner E. The neurobiology and genetics of addiction: implications of the reward deficiency syndrome for therapeutic strategies in chemical dependency. *Addiction: Entries and Exits*. New York:Russell Sage Foundation, 1999, 57–119.

Gerstein D., Volberg R. A., Toce M. T., Harwood H., Johnson R. A., Buie T., *et al.* *Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*. Chicago, IL: National Opinion Research Center; 1999.

Gfroerer J, Penne M, Pemberton M, Folsom R: Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug Alcohol Depend* 2003; 69: 127–135.

Giebel CM, Sutcliffe C, Challis D. Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging Ment Health*. 2015;19(1):63–71. doi: 10.1080/13607863.2014.915920.

Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization.

Gomberg, Edith L. 1990. “Drugs, Alcohol and Aging” in *Research Advances in Alcohol and Drug Problems* ed. by L. Koziowdki, H. Annis, H. Cappell, F. Glaser, M. Goodstadt, Y. Israel, H. Kalant, E. Sellers, E. Vingilis. New York: Plenum Press.

Goode, E. (2008). *Deviant behavior* (8th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Gossop M, Moos R: Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. *Addiction* 2008;103:347–348.

Graham, K.; Clarke, D.; Bois, C.; Carver, V.; Dolenki, L.; Smythe, C.; Harrison, S.; Marshenan, J.; and Brett, P. (1996). Addictive behavior of older adults. *Addictive Behaviors*, 21, 331–348.

Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS, 2015. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the national epidemiologic Survey on alcohol and related conditions III. *JAMA Psychiatry* 72, 757–766.

Gray S, Lai K, Larson E: Drug- induced cognition disorders in the elderly. *Drug Safety* 21:101–122, 1999

Gregory, Derek; Johnston, Ron; Pratt, Geraldine; Watts, Michael; Et al., eds. (June 2009). “Quality of life”. *Dictionary of Human Geography* (5th ed.). Oxford: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051-3287-9.

Grella CE and Lovinger K (2012) Gender differences in physical and mental health outcomes among an aging cohort of individuals with a history of heroin dependence. *Addictive Behaviors* 37, 306–312.

Grenade L, Boldy D: Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Aust Health Rev* 2008;32:468–478.

Han BH, Moore AA. Prevention and screening of unhealthy substance use by older adults. *Clin Geriatr Med* 2018;34(1):117–29.

Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2002). Stressful life events among community-living older persons. *Journal of General Internal Medicine*, 17(11), 841–847.

Hing N., Russell A., Tolchard B., Nower L. Risk factors for gambling problems: an analysis by gender. *J Gamb Stud* 2016; 32: 511–534.

Holden C. 'Behavioral' addictions: do they exist? *Science*. 2001;294(5544):980–982.

Hussenoeder FS, Riedel-Heller SG (2018) Primary prevention of dementia: from modifiable risk factors to a public brain health agenda? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53:1289–1301. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1598-7>

Jalenques, I., Rondepierre, F., Rachez, C., Lauron, S., & Guiguet-Auclair, C. (2020). Health-related quality of life among community-dwelling people aged 80 years and over: A cross-sectional study in France. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 126.

Jinks, M.J., and Raschko, R.R. (1990) A profile of alcohol and prescription drug abuse in a high-risk community-based elderly population. *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 24, 971-975.

Kamińska, M., Brodowski, J., & Karakiewicz, B. (2015). Fall risk factors in community-dwelling elderly depending on their physical function, cognitive status and symptoms of depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(4), 3406–3416. <https://doi.org/10.3390/ijerph120403406>

Kan CC, Hilberink SR, Breteler MH. Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Comprehensive Psychiatry*. 2004;45(2):88–94.

Kleiman, M. A. R., Caulkins, J. P., & Hawken, A. (2011). *Drugs and drug policy: What everyone needs to know*. New York, NY: Oxford University Press.

Kofoed LL, Tolson RL, Atkinson RM, Toth RL, Turner JA. Treatment compliance of older alcoholics: An elder-specific approach is superior to “mainstreaming.” *J Stud Alcohol* 1987;48:47.

Koob GF. Antireward, compulsivity, and addiction: seminal contributions of Dr. Athina Markou to motivational dysregulation in addiction. *Psychopharmacology (Berl)* 2017;234:1315–32

Kuss DJ, Griffiths MD, Karila L, Billieux J. Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*. 2014;20:4026–4052.

Lawson, Ann W. 1993. *Alcoholism & Substance Abuse in Special Populations*. ed. by Gary W. Lawson. San Diego, CA: United States International University

Levy J.A. & Anderson T. (2005) The drug career of the older injector. *Addiction Research and Theory* 13(3), 245–258.

Llorente MD, David D, Golden AG, Silverman MA. Defining patterns of benzodiazepine use in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2000;13:150–160.

Maddox, George L. 1988. “Aging, Drinking, and Alcohol Abuse.” *Generations* (12) 4: 14-16.

Meinerding, M., DeFeis, B., Sunderaraman, P., Azar, M., Lawless, S., Perez-Vivaldo, C., Gu, Y., Stern, Y., & Cosentino, S. (2018). Assessing dependency in a multiethnic community cohort of individuals with Alzheimer's disease. *Innovation in Aging*, 2(1), 1–7. <https://doi.org/10.1093/geroni/igy011>

Merkys, G., Brazienė, R., Kondrotaitė, G. (2008). Subjektyvi gyvenimo kokybė kaip socialinis indikatorius: viešojo sektoriaus kontekstas [Subjective quality of life as a social indicator]. *Viešojo politika ir administravimas*, Vol. 23, p. 23-38.

Miller, W.R., and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press

Miller, W.R., and Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G.S., and Nathan, P.E. *Alcohol Use and Misuse by Young Adults*. South Bend, IN: University of Notre Dame Press.

Mishara, Brian L. 1985. “What We Know, Don’t Know and Need to Know About Older Alcoholics and How to Help Them: Models of Prevention and Treatment” in *The Combined Problems of Alcoholism, Drug Addiction and Aging*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Moos R, Brennan P, Schutte K, Moos B:High-risk alcohol consumption and late life alcohol use problems. *Am J Public Health* 2004; 94: 1985–1991.

Moussouttas M. Cannabis use and cerebrovascular disease. *Neurologist* 2004;10:47–5.

Myerson J. (2009) *The Lost Child. A True Story*. Bloomsbury Publishing, London.

Newman D.B., Tay L., Diener E. Leisure and subjective well-being: A model of psychological mechanisms as mediating factors. *Journal of Happiness Studies*. 2014;15(3):555–578. doi: 10.1007/s10902-013-9435-x.

Nye, R.T., Mercincavage, M., and Branstetter, S. A. (2017). Time to First Cigarette, Physical Activity, and Pulmonary Function in Middle-aged to Older Adult Smokers *Journal of Physical Activity and Health*, 14, 612 -616

Oslin DW, Mellow AM. Neurotransmitter-based therapeutic strategies in late-life alcoholism and other addictions. In: Gomberg E, Hegedus AM, Zucker RA. *Alcohol problems and aging*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1998. (NIAAA research monograph No 33. NIH publication No 98-4163.).

Préville M, Boyer R, Grenier S, Dubé M, Voyer P, Punti R, et al. The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53:822–832

Rao R, Crome I and Crome B (2015a) Substance misuse in older people: an information guide. Cross Faculty Report FR/OA/A/01. London: The Royal College of Psychiatrists. Retrieved 15 November 2015 from <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Substance%20misuse%20in%20Older%20People%20an%20information%20guide.pdf>.

Ray, W.A.; Thapa, P.B.; and Shorr, R.I. (1993). Medications and the older driver. *Clinics in Geriatric Medicine* . 9(2), 413–438

Reczek C, Pudrovska T, Carr D, et al. Marital histories and heavy alcohol use among older adults [published correction appears in *J health soc behav*. 2016 Jun;57(2):274]. *J Health Soc Behav* 2016;57(1):77–96.

Reid MC, Anderson PA. Geriatric substance use disorders. *Med Clin North Am* 1997;81:999-1016.

Rollason V, Vogt N: Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging* 2003;20:817–832.

Rosen D, Hunsaker A, Albert SM, Cornelius JR and Reynolds CF III (2011). Characteristics and consequences of heroin use among older adults in the United States: a review of the literature, treatment implications, and recommendations for further research. *Addictive Behaviors* 36, 279–285.

Rosen D, Smith ML and Reynolds CF (2008) The prevalence of mental and physical health disorders among older methadone patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 16, 488–497.

Ruitenbergh A, van Sweiten JC, Witteman JCM, Mehta KM, van Dujin CM, Hofman A, et al. Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam study. *Lancet* 2002;359:281-6.

Ruževičius, J. (2012). Management de la qualité. Notion globale et recherche en la matière. Vilnius: Maison d'éditions Akademinė leidyba. 432 p.

Sachs-Ericssona, N., Collinsa, N., Schmidta, B. and Zvolenskyb, M. (2011). Older adults and smoking: Characteristics, nicotine dependence and prevalence of DSM-IV 12-month disorders, *Aging & Mental Health*, 15 (1), 132–141

Saleem TZ, et al. Symptom prevalence, severity and palliative care needs assessment using the palliative outcome scale: a cross-sectional study of patients with Parkinson's disease and related neurological conditions. *Palliat Med.* 2013;**27**(8):722–731. doi: 10.1177/0269216312465783.

Schonfeld L, Dupree LW, Dickson-Euhrmann E, et al. Cognitive-behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000;**13**(3):124–9.

Searby, A., Maude, P. McGrath, I. (2015). Maturing out, natural recovery, and dual diagnosis: What are the implications for older adult mental health services? *International Journal of Mental Health Nursing*. 24, (6), 478-484.

Skevington SM, McCrate FM (2012) Expecting a good quality of life in health: assessing people with diverse diseases and conditions using the WHOQOL-BREF. *Health Expect* 15:49–62.

Smith, D. M. (1973). The geography of social well-being in the United States: An introduction to territorial social indicators. New York: Mc Graw-Hil.

Stanford P, et al. Psychosocial adjustment in age related macular degeneration. *Br J Vis Impair.* 2009;**27**(2):129–146. doi: 10.1177/0264619609102216.

Sorkin E, Rook KS, Lu JL: Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Ann Behav Med* 2002; 24: 290–298.

Subramaniam M, Chong SA, Browning C, Thomas S (2017) Cognitive distortions among older adult gamblers in an Asian context. *PLoS ONE* 12(5): e0178036. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178036>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *The DASIS Report: Adults Aged 65 or Older in Substance Abuse Treatment: 2005*. Rockville, MD: Author; 2007b.

Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8(1), 323.

Thompson TL 2nd, Moran MG, Nies AS: Drug therapy: psychotropic drug use in elderly. *New England Journal of Medicine* 320:134–138, 1983

Velleman R., Templeton L. & UK Alcohol, Drugs and the Family Research Group (2003) Alcohol, drugs and the family: results from a long running research programme within the UK. *European Addiction Research* 9(3), 103–112.

Veenhoven R. (2000) The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies*, Vol. 1, p. 1-39.

Voyer P, Prévaille M, Roussel ME, Berbiche D, Beland SG. Factors associated with benzodiazepine dependence among community-dwelling seniors. *Journal of Community Health Nursing*. 2009;26(3):101–113.

Walker A.&Hagan Hennessey C. (2004) *Growing Older: Quality of Life in Old Age*. Open University Press, Maidenhead.

Walthall H, Jenkinson C, Boulton M. Living with breathlessness in chronic heart failure: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2017;26(13–14):2036–2044. doi: 10.1111/jocn.13615.

“WHOQOL: Measuring Quality of Life”. World Health Organization. Retrieved 22 May 2020.

Williams R. J., Volberg R. A., Stevens R. M. *The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends*. Thunder Bay, ON: Ontario Problem Gambling Research Centre; 2012.

Woodburn K. & Murie J. (1996) Vascular complications of injecting drug misuse. *British Journal of Surgery* 83, 1329–1334.

World Health Organization. Expert Committee on Addiction-Producing Drugs. 7th report. Geneva, Switzerland: WHO, 1957.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

1. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση επηρέασε τις οικογενειακές μου σχέσεις-υποχρεώσεις;
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ
2. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση επηρέασε τις επαγγελματικές μου σχέσεις;
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ
3. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση επηρέασε τις κοινωνικές μου δραστηριότητες;
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ
4. Περιγράψτε τις δυσκολίες που αντιμετωπίσατε στον οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό σας περίγυρο.

ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ

1. Είμαι σε θέση να φροντίζω μόνος/η τον εαυτό μου και την προσωπική μου υγιεινή.
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ
2. Δυσκολεύομαι στο περπάτημα και στις αθλητικές δραστηριότητες.
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ
3. Περιγράψτε τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε στην καθημερινότητά σας όσον αφορά τη μαγειρική, την προσωπική σας υγιεινή – καθαριότητα του προσωπικού σας χώρου

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

1. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση είχε επηρεάσει την ικανότητά μου να συναναστρέφομαι με τα μέλη της οικογένειάς μου.
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

2. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση είχε επηρεάσει την ικανότητά μου να λειτουργώ με τους συναδέλφους στον επαγγελματικό μου χώρο;
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

3. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση επηρέασε την κοινωνική μου ζωή (φίλοι- γνωστοί)
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

4. Συμμετέχετε σε πολιτιστικούς συλλόγους και κοινωνικά δρώμενα;
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

5. Περιγράψτε ποια ειδικότερα προβλήματα αντιμετωπίζετε σε οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

1. Η εξάρτηση μου δημιούργησε οικονομικό πρόβλημα.
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

2. Αισθάνομαι ανασφάλεια και άγχος για την οικονομική μου κατάσταση.
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

3. Περιγράψτε ποια ακριβώς προβλήματα σας έχει προκαλέσει η οικονομική σας κατάσταση.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ / ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

1. Η εξάρτηση επηρέασε τη σχέση με την οικογένειά μου.
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

2. Η εξάρτηση με είχε απομονώσει από το κοινωνικό μου περιβάλλον.
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

3. Η εξάρτηση με είχε κάνει βίαιο και επιθετικό.
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

4. Σε ποιο βαθμό προσέχω την εξωτερική μου εμφάνιση;
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

5. Σε ποιο βαθμό η εξάρτηση είχε περιορίσει τη φυσική μου κατάσταση και ευεξία;
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

6. Σε ποιο βαθμό έχετε επιθυμία αποκομίσετε καινούργιες γνώσεις (διά βίου μάθηση);
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

7. Σε ποιο βαθμό έχετε εξοικείωση με τις νέες τεχνολογίες και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης;
α) Καθόλου β) Λίγο γ) Μέτρια δ) Πολύ ε) Πάρα πολύ

8. Περιγράψτε πως σας είχε επηρεάσει η εξάρτηση στον ψυχολογικό και συναισθηματικό σας τομέα.

«Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/ δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.»