

ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Τίτλος θέματος:

**Ανίχνευση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών  
ατόμων άνω των 65 ετών και διερεύνηση της  
λειτουργικότητάς τους : Έρευνα στα Κ.Α.Π.Η. των  
αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου.**

Σπουδάστριες : Κοκκώδη Μαρία  
Σαμαρά Ευαγγελία.

Υπεύθυνη καθηγήτρια : Παττακού Βασιλική.

Ηράκλειο, 2006.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....	σελ. 5
Περίληψη.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	11
1.1 Το γήρας.....	11
1.2 Γεροντολογία και Γηριατρική.....	11
1.3 Παγκόσμιες Δημογραφικές εξελίξεις.....	12
1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της γήρανσης.....	13
1.5 Μεταβολές που επέρχονται σε άτομα τρίτης ηλικίας.....	14
1.6 Κοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΝΟΙΑ.....	24
4.1 Ιστορική αναδρομή της άνοιας.....	24
4.2 Άνοια.....	25
4.3 Τύποι Άνοιας.....	26
4.3.1 Άνοια επί νόσου του Alzheimer .....	26
4.3.2 Αγγειακή Άνοια.....	27
4.3.3 Άνοια με σωμάτια Lewy.....	29
4.3.4 Άνοια επί νόσων που ταξινομούνται αλλού.....	30
4.3.4.1 Άνοια επί νόσου του Parkinson.....	30
4.3.4.2 Άνοια επί νόσου του Pick ή Μετωποκροταφική Άνοια.....	30
4.3.4.3 Άνοια επί νόσου των Creutzfeldt-Jakob.....	30
4.3.4.4 Άνοια επί νόσου του Huntington.....	31
4.3.4.5 Άνοια σχετιζόμενη με το σύνδρομο της επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας ( HIV) .....	31
4.3.5 Άνοια επί άλλων ειδικών νόσων που ταξινομούνται αλλού.....	32
4.3.6 Άνοια μη καθοριζόμενη.....	32
4.4 Επιπολασμός της Άνοιας.....	32
4.5 Επιδημιολογία.....	33
4.5.1 Παράγοντες κινδύνου.....	33
4.5.2 Προφυλακτικοί παράγοντες.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	37
5.1 Διαγνωστικά κριτήρια Άνοιας Τύπου Alzheimer.....	39
5.2 Διαγνωστικά κριτήρια Αγγειακής Άνοιας.....	41
5.3 Διαγνωστικά κριτήρια Άνοιας με σωμάτια Lewy.....	41

5.4 Διαγνωστικά κριτήρια Άνοιας επί νόσου του Pick.....	42
5.5 Διαγνωστικά κριτήρια Άνοιας επί νόσου των Creutzfeldt-Jakob.....	42
5.6 Διαγνωστικά κριτήρια Άνοιας επί νόσου του Huntington.....	42
5.7 Διαγνωστικά κριτήρια Άνοιας επί νόσου του Parkinson.....	43
5.8 Διαγνωστικά κριτήρια Άνοιας οφειλόμενης στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ατόμου ( HIV).....	43

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ/ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....**

6.1 Διαφορική διάγνωση γήρατος και νόσου Alzheimer.....	44
6.2 Διαφορική διάγνωση κατάθλιψης και Άνοιας.....	45
6.3 Διαφορική διάγνωση παραληρήματος και Άνοιας .....	46
6.4 Διαφορική διάγνωση νόσου του Pick και νόσου Alzheimer.....	47
6.5 Συνύπαρξη άγχους και νόσου Alzheimer.....	47
6.6 Συνύπαρξη Άνοιας με ψυχωσικές διαταραχές.....	48

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....**

8.1 Φαρμακευτική θεραπεία.....	52
8.2 Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις.....	23

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΝΟΙΑ.....**

9.1 Λειτουργικότητα στη νόσο.....	62
9.2 Εκτίμηση της λειτουργικότητας ατόμων που πάσχουν από άνοια...63	

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ.....**

10.1 Οικογένεια – Άτυπη υποστηρικτική παροχή.....	65
10.2 Ιδρυματική περίθαλψη.....	67
10.3 Το κόστος της άνοιας.....	67

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ.....**

**B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....**

1.1 Σκοπός της έρευνας.....	74
1.2 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις.....	74
1.3 Πεδίο μελέτης και δείγμα της έρευνας.....	75
1.4 Σχεδιασμός και επιλογή του δείγματος.....	75
1.5 Τεχνική συλλογής στοιχείων.....	79
1.6 Χρονική διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας.....	80
1.7 Δυσκολίες της έρευνας.....	80
1.8 Στατιστική ανάλυση.....	81

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....**

2.1 Παρουσίαση αποτελεσμάτων.....	82
2.2 Συζήτηση.....	139
2.3 Συμπεράσματα.....	143
2.4 Προτάσεις.....	146
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	150
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	159

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί τέτοια αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας που αποτελεί πλέον ένα κοινωνικό πρόβλημα στις μέρες μας. Οι παράγοντες που έχουν συμβάλει σε αυτήν την αύξηση του γηραιού πληθυσμού είναι κυρίως η υπογεννητικότητα, η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής

Σχεδόν σε όλες τις χώρες του κόσμου έχει διαπιστωθεί μια σταθερή αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων αλλά κυρίως των υπερήλικων με αποτέλεσμα την προετοιμασία των κοινωνιών για την αντιμετώπιση του φαινομένου της γήρανσης. ( Δαρδαβέσης Θ., 1998 )

Στην Ελλάδα ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 65 ετών εκτιμάται ότι αποτελεί το 18% του γενικού πληθυσμού. Η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας των τελευταίων ετών αντιστοιχεί κατά το 43% σε άτομα άνω των 65 ετών. Τα άτομα άνω των 80 ετών που ζουν σήμερα στην Ελλάδα είναι περίπου 400.000. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999)

Η ραγδαία αύξηση της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού και η επιμήκυνση του προσδόκιμου ορίου ζωής δεν αποτελεί μόνο πρόβλημα για όλα τα κράτη αλλά έχει δυσάρεστες συνέπειες και στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων δημιουργώντας μια πληθώρα κοινωνικών προβλημάτων. Τα κυριότερα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι αφορούν την υγεία, τις συναισθηματικές μεταβολές που επέρχονται με την πάροδο του χρόνου, την οικονομική κατάσταση, την έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, την εκπαίδευση, την αυτοεξυπηρέτηση, την ψυχαγωγία κ.α. Τα προβλήματα αυτά οδηγούν συχνά στην κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων, με συναισθήματα εγκατάλειψης και αναξιοσύνης.

Όσον αφορά το θέμα της υγείας, μια σημαντική ασθένεια που πλήττει ως επί το πλείστον την τρίτη ηλικία και έχει κυριαρχήσει τα τελευταία χρόνια είναι η **άνοια**. Ο μέσος όρος ζωής των ανθρώπων, που αναφέρθηκε παραπάνω, έχει ως συνέπεια και την αύξηση των ασθενειών που σχετίζονται με την τρίτη ηλικία, όπως για παράδειγμα εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακές ανεπάρκειες, στεφανιαίες νόσοι, άνοιες κ.τ.λ.

Η άνοια ανήκει στις λεγόμενες οργανικές ψυχικές διαταραχές, οι οποίες αναφέρονται στις ανωμαλίες της προσωπικότητας, στις διαταραχές της συμπεριφοράς και στα ψυχοπαθολογικά σύνδρομα που οφείλονται σε διάφορες οργανικές νόσους και που συνδέονται με οργανικές διαταραχές του εγκεφάλου.

Αποτελεί σήμερα την τέταρτη αιτία θανάτου μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια και συνεπάγεται την πρόκληση ποικίλων ιατροκοινωνικών προβλημάτων.

Η άνοια Τύπου Alzheimer είναι η πιο κοινή από τις άνοιες και είναι υπεύθυνη για το 60% περίπου όλων των ανοιών. Βασικό χαρακτηριστικό της νόσου είναι η βαθμιαία εκφύλιση κυττάρων του εγκεφάλου που έχει ως συνέπεια να επηρεάζονται γνωστικές λειτουργίες

όπως η μνήμη, ο λόγος, ο προσανατολισμός, η κρίση και η προσωπικότητα. Ένα άλλο κύριο χαρακτηριστικό της νόσου που προκαλείται από την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του, είναι οι δυσκολίες που παρατηρούνται στη λειτουργικότητα των ατόμων.

Όσον αφορά την αιτιολογία της Α.Τ.Α. ουσιαστικά είναι ακόμη άγνωστη, πολλές ερευνητικές προσπάθειες όμως γίνονται προς αυτήν την κατεύθυνση. Λόγω της συνεχούς επιδείνωσης της νόσου, μεγάλη σημασία για τον ασθενή και την οικογένειά του έχει η έγκαιρη διάγνωση καθώς με τις έγκαιρες και κατάλληλες παρεμβάσεις μπορούν να σταθεροποιηθούν ή να επιβραδυνθούν οι συνέπειες της νόσου. Μέχρι σήμερα βέβαια δεν έχει βρεθεί ειδικός θεραπευτικός παράγοντας για την αντιμετώπιση της άνοιας. Υπάρχουν όμως διάφορα θεραπευτικά μέσα (φαρμακευτικά ή μη) που εφαρμόζονται, τα οποία εμμέσως βοηθούν στη βραδύτερη πορεία της νόσου και στη διατήρηση των νοητικών λειτουργιών των ασθενών για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα με αποτέλεσμα την καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητά τους.

Τα παραπάνω θέματα μας ώθησαν να επιλέξουμε το συγκεκριμένο θέμα έρευνας για την πτυχιακή αυτή εργασία.

Θελήσαμε να μελετήσουμε το βαθμό της απώλειας των γνωστικών λειτουργιών που προδιαθέτουν για άνοια στον αγροτικό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου και συγκεκριμένα σε άτομα άνω των 65 ετών. Επίσης θελήσαμε να διερευνήσουμε και να ανιχνεύσουμε τη λειτουργικότητα, τη συναισθηματική κατάσταση και το γενικότερο τρόπο ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Πιο συγκεκριμένα, η εργασία χωρίζεται σε θεωρητικό και ερευνητικό μέρος. Το θεωρητικό μέρος χωρίζεται σε έντεκα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο διαπραγματεύεται θέματα της τρίτης ηλικίας, όπως τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της γήρανσης, τις μεταβολές που επέρχονται σε άτομα τρίτης ηλικίας και τα κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει συνοπτικά τα προγράμματα που έχουν αναπτυχθεί από την κοινωνική πρόνοια για τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται επιγραμματικά οι οργανικές ψυχικές διαταραχές, στις οποίες εντάσσεται η άνοια.

Το τέταρτο κεφάλαιο αφορά την άνοια, όπου αναλύονται οι διάφοροι τύποι της και παρατίθενται ο επιπολασμός και η επιδημιολογία της άνοιας.

Το πέμπτο κεφάλαιο εστιάζεται στη διάγνωση της άνοιας και πιο συγκεκριμένα στα διαγνωστικά κριτήρια του κάθε τύπου της νόσου.

Έπειτα από τη διάγνωση παρουσιάζεται στο έκτο κεφάλαιο η διαφορική διάγνωση καθώς και η συνύπαρξη της άνοιας με άλλες διαταραχές.

Στο έβδομο κεφάλαιο περιγράφεται με συνοπτικό τρόπο η πορεία της νόσου ενώ στο όγδοο κεφάλαιο παρατίθενται οι θεραπευτικές μέθοδοι (φαρμακευτικές ή μη) για την αντιμετώπιση της άνοιας.

Το ένατο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη λειτουργικότητα των ατόμων που πάσχουν από άνοια.

Στο δέκατο κεφάλαιο αναφέρονται συνοπτικά οι μορφές φροντίδας ασθενών που πάσχουν από άνοια (π.χ. οικογένεια, ιδρυματική περίθαλψη) καθώς και το κόστος της νόσου.

Τέλος, στο ενδέκατο κεφάλαιο αναπτύσσεται ο ρόλος και τα επίπεδα παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού σε ασθενείς με άνοια και στις οικογένειές τους. Επίσης περιγράφονται οι δράσεις του όσον αφορά στην πρόληψη ιδίως στα πλαίσια της κοινότητας.

Στη συνέχεια παρατίθεται το ερευνητικό μέρος της εργασίας που περιλαμβάνει δύο κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και στο δεύτερο η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Στο κομμάτι αυτό παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα, τα συμπεράσματα της έρευνας μας καθώς και κάποιες προτάσεις που αφορούν την τρίτη ηλικία αλλά και την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της άνοιας.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η ραγδαία αύξηση του γηραιού πληθυσμού, ο πολλαπλασιασμός και επιδείνωση των προβλημάτων των ατόμων τρίτης ηλικίας και η εμφάνιση της άνοιας σε όλο και μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων ταυτόχρονα με τις δραματικές συνέπειες που αυτή προκαλεί στους ασθενείς και τις οικογένειές τους ήταν οι βασικότεροι λόγοι που μας ώθησαν να ερευνήσουμε το συγκεκριμένο θέμα.

Στόχος μας ήταν μέσω της έρευνας να προσπαθήσουμε να ανιχνεύσουμε την απώλεια των γνωστικών λειτουργιών που προδιαθέτουν για άνοια στον αγροτικό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου. Επιδιώξαμε επίσης να διερευνήσουμε τη λειτουργικότητα, τη συναισθηματική κατάσταση και το γενικότερο τρόπο ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Το πεδίο μελέτης της έρευνας αποτέλεσαν τα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του νομού Ηρακλείου, τα οποία στο σύνολό τους ήταν 13.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 466 άτομα, άντρες και γυναίκες, άνω των 65 ετών που είναι ενεργά μέλη των συγκεκριμένων Κ.Α.Π.Η.

Η έρευνα ήταν ποσοτική και για την πραγματοποίησή της χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων και τέσσερα επιστημονικά τεστ, τα οποία αφορούσαν το γνωστικό επίπεδο των ηλικιωμένων, τη λειτουργικότητά τους, τη συναισθηματική τους κατάσταση και την ύπαρξη ή μη καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Τα πιο βασικά αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι το μισό περίπου δείγμα φαίνεται να παρουσιάζει γνωστικές διαταραχές με την ελαφρά γνωστική διαταραχή να κυριαρχεί στην πλειοψηφία των ατόμων που εμφανίζουν έκπτωση γνωστικών λειτουργιών.

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ύπαρξη προβλημάτων υγείας και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής που αντιστοιχούσαν στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος φάνηκε να σχετίζονται με τη σημαντική έκπτωση γνωστικών λειτουργιών που παρατηρήθηκε.

Παρατηρήθηκε επίσης σημαντική έκπτωση σε βασικούς τομείς της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων. Σε μεγάλα ποσοστά του δείγματος παρουσιάστηκαν διαταραχές της λειτουργικότητας σε τομείς όπως η ομιλία, ο ύπνος, ο έλεγχος των σφιγκτήρων, η αναγνώριση προσώπων, η μνήμη ονομάτων και γεγονότων, η ικανότητα προσοχής και συγκέντρωσης κ.α. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται και στο μεγάλο ποσοστό έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών που βρέθηκε στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ένας μικρός αριθμός ηλικιωμένων πάσχει από σοβαρή κατάθλιψη ενώ ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος εμφανίζει ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα.

Μια σημαντική διαπίστωση είναι ότι η ύπαρξη κατάθλιψης σχετίζεται με το γνωστικό επίπεδο καθώς βρέθηκε ότι όσο καλύτερες



γνωστικές λειτουργίες είχε ένα ηλικιωμένο άτομο τόσο μικρότερες πιθανότητες είχε να εμφανίσει κατάθλιψη.

Επίσης, το φύλο φάνηκε να συνδέεται με την έκπτωση γνωστικών λειτουργιών και την εμφάνιση κατάθλιψης καθώς οι γυναίκες βρέθηκε ότι παρουσιάζουν με μεγαλύτερη συχνότητα γνωστικές διαταραχές και κατάθλιψη.

Αξιοσημείωτο ήταν ακόμη το γεγονός ότι ένας σημαντικός αριθμός ατόμων ζουν μόνοι τους είτε επειδή είναι άγαμοι, χήροι, διαζευγμένοι είτε επειδή τα παιδιά τους ζουν μακριά.

Τέλος, το υψηλό ποσοστό γνωστικών διαταραχών που βρέθηκε μέσω της έρευνας, μας οδήγησε στην πραγματοποίηση μιας πιλοτικής έρευνας με μια ομάδα ελέγχου 50 ατόμων (εγγεγραμμένων στα Κ.Α.Π.Η ή δημοτών), στα οποία πραγματοποιήθηκε μόνο το τεστ για την εξέταση του γνωστικού επιπέδου. Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να διαπιστώσουμε εάν τα ενεργά μέλη που κάνουν συχνή χρήση των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η. αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη έκπτωση γνωστικών λειτουργιών καθώς οι περισσότεροι έχουν παραιτηθεί από οποιαδήποτε σωματική ή πνευματική εργασία σε αντίθεση με τους απλά εγγεγραμμένους (που δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.) ή δημότες μιας περιοχής που προφανώς συνεχίζουν να εργάζονται και να συμμετέχουν πιο ενεργά στην κοινωνία και άρα οι γνωστικές τους λειτουργίες διατηρούνται σε καλύτερο επίπεδο. Η υπόθεση αυτή φαίνεται να επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας καθώς βρέθηκε ότι η πλειονότητα του δείγματος έχει φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο σε αντίθεση με τα υψηλά ποσοστά έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών που βρέθηκαν μέσω της κύριας έρευνας στα ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η.

## **Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **1.1. Το γήρας.**

Ο άνθρωπος γεννιέται, διανύει τη βρεφική και την παιδική ηλικία, φτάνει στην ωριμότητα για να καταλήξει προοδευτικά στη φάση του γήρατος. Είναι συχνά δύσκολο να δώσει κάποιος έναν επιστημονικό ορισμό της γήρανσης και του γήρατος, καθώς η γήρανση συνδέεται με σειρά μεταβολών στα άτομα, οι οποίες είναι συνάρτηση της παρέλευσης του χρόνου και εκδηλώνονται τόσο σε βιολογικό επίπεδο, επίπεδο συμπεριφοράς, τρόπου ζωής και κοινωνικών ρόλων. Η γήρανση χαρακτηρίζεται σαν μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου. ( Δαρδαβέσης Θ., 1998)

Είναι γνωστό ότι το βιολογικό γήρας είναι μια κατάσταση εξατομικευμένη, η οποία δεν επέρχεται αιφνιδιαστικά και απότομα τη στιγμή που συμπληρώνεται μια προκαθορισμένη χρονολογική ηλικία.

Η « Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος» που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του « Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών» υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Σήμερα έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως "γηριατρικός". Οι ηλικιωμένοι συχνά υποδιαιρούνται σε επιμέρους ηλικιακές ομάδες όπου την ομάδα της τρίτης ηλικίας αποτελούν τα άτομα ηλικίας 65 μέχρι 75 ετών και για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας άνω των 80 ετών, χρησιμοποιείται συχνά ο όρος "τέταρτη ηλικία". ( Σπυροπούλου Ε., 2004)

Μετά την ώριμη και δραστήρια, επαγγελματικά και οικογενειακά, ηλικία το άτομο διέρχεται από μια περίοδο πολλαπλών μεταβολών, είτε βαθμιαία είτε απότομα. Όπως προαναφέρθηκε, μπορεί το όριο της εισόδου στην τρίτη ηλικία να είναι καθορισμένο αυθαίρετα και συμβατικά στα 65 χρόνια, όμως το πότε ο καθένας αισθάνεται ή δέχεται ότι είναι "ηλικιωμένος" ή "υπερήλικας" εξαρτάται από διάφορους παράγοντες.

Τα πορίσματα μιας έρευνας του Age Concern ( 1992), δείχνουν ότι όσο μεγαλύτερο σε ηλικία είναι το άτομο, τόσο αργότερα θεωρεί ότι ξεκινά η περίοδος του "γήρατος". Κατά μέσο όρο, τα άτομα μεταξύ 16 και 24 ετών πιστεύουν ότι η γήρανση αρχίζει στο 63<sup>ο</sup> έτος, ενώ όσοι είναι άνω των 75 ετών θεωρούν ότι αρχίζει από το 76<sup>ο</sup> έτος και έπειτα. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι στη συγκεκριμένη έρευνα, στο ερώτημα πότε αρχίζει η γήρανση οι νεώτεροι φαίνεται να απαντούν ευκολότερα σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους. ( Slater R., 2003)

### **1.2. Γεροντολογία και Γηριατρική.**

Τα προβλήματα του γήρατος αποτελούν αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημονικών κλάδων όπως η Βιολογία, η Φυσιολογία, η Ιατρική, η Κοινωνιολογία, η Ψυχολογία, η Δημογραφία, η Κοινωνική Πολιτική, η Νομική κ.α. Τα τελευταία 70 περίπου χρόνια άρχισε να αναπτύσσεται ένας νέος κλάδος γνώσεων και ερευνών στον τομέα του γήρατος, η **Γεροντολογία**, η οποία είναι η επιστήμη του γήρατος υπό την κοινωνικοοικονομική έννοια. Εξαιτίας της πολυσύνθετης μορφής των προβλημάτων του γήρατος, η Γεροντολογία στηρίζεται στα πορίσματα και τη συνεργασία όλων των παραπάνω επιστημών. Η Γεροντολογία αποδίδοντας ιδιαίτερη σημασία στις κοινωνικές ανάγκες της φυσιολογικής κυρίως γεροντικής ηλικίας, αναζητά τρόπους καλύτερης αντιμετώπισης αυτών με σκοπό την προαγωγή και διατήρηση ενός 'φυσιολογικού' και ευτυχισμένου γήρατος για όσο το δυνατόν μακρύτερο χρόνο. ( ΣΚΛΕ, 1975)

Η **Γηριατρική** η οποία προήλθε από τη Γεροντολογία και την Ιατρική, ασχολείται με την παθολογία της τρίτης ηλικίας και ειδικότερα με τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων από κάθε πλευρά. Είναι δηλαδή η αμιγώς ιατρική επιστήμη του γήρατος που ασχολείται με τα βιολογικά, κλινικά, εργαστηριακά και θεραπευτικά προβλήματα των ηλικιωμένων.

Και οι δύο αυτές επιστήμες επιδιώκουν από κοινού να παρέχουν στον άνθρωπο τη δυνατότητα καλής υγείας και γαλήνης στο τελευταίο στάδιο της ζωής του.

### **1.3 Παγκόσμιες Δημογραφικές εξελίξεις**

Η υπογεννητικότητα, η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής είναι παράγοντες που έχουν συμβάλλει στην αύξηση του γηραιού πληθυσμού.

Κατά την διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα σχεδόν σε όλες τις χώρες του κόσμου είχε διαπιστωθεί μια σταθερή αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων αλλά κυρίως των υπερηλικών με αποτέλεσμα την προετοιμασία των κοινωνιών για την αντιμετώπιση του φαινομένου της γήρανσης. ( Δαρδαβέσης Θ., 1998 )

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών καταγράφει στην 2<sup>η</sup> Παγκόσμια Σύνοδο για το Γήρας στη Μαδρίτη ότι μέχρι το 2050 οι ηλικιωμένοι θα ξεπεράσουν σε αριθμό τα παιδιά για πρώτη φορά στην ιστορία του ανθρώπινου γένους. Εκτιμάται ότι το 2050 το 19% των ανθρώπων θα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών. Από τα Ηνωμένα Έθνη οι ίδιες οι χώρες χαρακτηρίζονται ως «νέες», «ώριμες» ή «ηλικιωμένες» ανάλογα με το ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 ετών που περιέχουν. Έτσι, «ηλικιωμένη» χαρακτηρίζεται μια χώρα όταν το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών ξεπερνά το 7% του συνολικού πληθυσμού. ( Δαρδαβέσης Θ., 1998 )

Στην Ελλάδα ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 65 ετών εκτιμάται ότι αποτελεί το 18% του γενικού πληθυσμού. Η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας των τελευταίων ετών (περίπου 75.000 άτομα/ έτος) αντιστοιχεί κατά το 43% σε άτομα άνω των 65 ετών ( στοιχεία ΕΣΥΕ ). Τα άτομα άνω των 80 ετών που ζουν σήμερα στην Ελλάδα είναι περίπου 400.000. ( Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999 )

Στην Ελλάδα αναμένεται ότι οι ηλικιακές ομάδες άνω των 65 ετών θα έχουν ξεπεράσει το ¼ του συνολικού πληθυσμού της χώρας το έτος 2020. Όπως σε όλες τις χώρες έτσι και στην Ελλάδα, οι γυναίκες υπερέχουν στην προσδοκώμενη διάρκεια ζωής η οποία είναι τα 81,1 χρόνια σε σύγκριση με των ανδρών που είναι τα 75,8 χρόνια. ( Δαρδαβέσης Θ., 1998 )

#### **1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της γήρανσης**

Στην εμφάνιση του γήρατος επιδρούν πολλοί παράγοντες όπως γενετικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνικές επιδράσεις, ψυχολογικές καταστάσεις, ιδιοσυγκρασία, η υγιεινή διαβίωση, το άγχος, η κοινωνική συμπεριφορά κ.τ.λ. ( Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer, 2002 )

Οι βιολογικές θεωρίες επικεντρώνονται στο πρωτογενές γήρας και τη γενετικά προσδιορισμένη πορεία ανάπτυξης από τη γέννηση ως το θάνατο, όπου οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν παρά την ύπαρξη καλής υγείας και παρά την έλλειψη ασθενειών.

Οι ψυχολογικές και κοινωνιολογικές θεωρίες της γήρανσης αναφέρονται σε παράγοντες που σχετίζονται με το δευτερογενές γήρας και τις μεταβολές που είναι μεν παθολογικές αλλά απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες. Εδώ οδηγούμαστε σε παράγοντες που επιδρούν στη γήρανση και συμβάλλουν στην πολυδιάστατη μορφή της όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (φυσικές, ιστορικές, κοινωνικές, οικονομικές), η ίδια η συμπεριφορά του ατόμου (τρόπος ζωής) αλλά και η προσωπικότητα και η αυτό- εικόνα του ατόμου.

Τα ηλικιωμένα άτομα που αισθάνονται ότι η περασμένη ζωή τους άξιζε και πως δεν σπαταλήθηκε, νιώθουν εσωτερική πληρότητα, αποδέχονται το γεγονός ότι γέρασαν και αντιδρούν θετικά. Αντιλαμβάνονται όλες αυτές τις δυνατότητες που έχουν και απολαμβάνουν τα πλεονεκτήματα που έχει να τους προσφέρει αυτό το στάδιο της ζωής τους.

Αντίθετα, όσοι φτάνουν σε μεγάλη ηλικία και δεν έχουν βρει ακόμη την ψυχική ισορροπία αλλά τα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους στηρίζονταν στη σιγουριά που τους έδιναν τα νιάτα και η φυσική δύναμη, όταν τα χάσουν αυτά αδυνατούν να « εξερευνήσουν » μέσα τους τη διαφορετική γοητεία που δίνει η σοφία και η πείρα στον άνθρωπο.

Βασικό στοιχείο επίσης στη θεώρηση- εαυτού είναι η εικόνα του σωματικού- εαυτού που ο καθένας διατηρεί μέσα του. Άτομα π.χ που έδιναν μεγάλη σημασία στην εμφάνιση, στις αθλητικές επιδόσεις, στη σωματική δύναμη ( ή και την χρειάζονταν για την εργασία τους ) επόμενο είναι να δυσαρεστούνται από μια μείωση που επέρχεται με το γήρας . ( Ιεροδιακόνου 2000 )

Η ίδια η γήρανση και οι ανάγκες των ηλικιωμένων κάθε εποχής είναι άρρηκτα δεμένες με το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται καθώς και οι μεταβολές που εμφανίζονται στους ανθρώπους με το πέρασμά του χρόνου θα πρέπει να ερμηνεύονται στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνιολογικών, ιστορικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. ( Σπυροπούλου Ε, 2004 )

Συμπερασματικά, για να προσεγγίσουμε τη γήρανση από όλες της διαστάσεις θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν όλους τους βασικούς παράγοντες που επιδρούν σ' αυτήν καθοριστικά και συνοψίζονται ως εξής :

1. Η κληρονομικότητα
2. Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
3. Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
4. Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
5. Η υγιεινή διαβίωση ( Δαρδαβέσης Θ., 1998 )

### **1.5. Μεταβολές που επέρχονται σε άτομα τρίτης ηλικίας.**

Καθώς περνούν τα χρόνια, ο χρόνος αφήνει τα σημάδια του όχι μόνο στο σώμα ενός ατόμου αλλά και στην ψυχή του. Σύγχρονες έρευνες έδειξαν ότι με την πάροδο της ηλικίας δεν είναι σημαντικές μόνο οι σωματικές, διανοητικές αλλά και οι ψυχολογικές μεταβολές. Οι μεταβολές αυτές εξαρτώνται από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου, το κοινωνικό και πολιτιστικό του περιβάλλον και τις οικογενειακές συνθήκες. Για το λόγο αυτό, η μετάπτωση μπορεί να επέλθει ήρεμα σε μια διάρκεια ετών ή να συμβεί σε μεγαλύτερη ηλικία μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. ( Ιεροδιακόνου, 2000)

Η ψυχολογική υποδομή πολλών ηλικιωμένων διατηρείται ανέπαφη από το χρόνο ενώ σε άλλους στοιχεία της προσωπικότητάς τους μεταβάλλονται ριζικά. Συνήθως οι ηλικιωμένοι ζουν με τις αναμνήσεις του παρελθόντος παρά με τις προβλέψεις, γίνονται καχύποπτοι, δύσπιστοι και έχουν την τάση να είναι κυνικοί και όλα αυτά προέρχονται από την πείρα και τις διάφορες καταστάσεις της ζωής. Η ίδια η ζωή τους έμαθε πόσο δύσκολο είναι να κατακτήσει κάποιος κάτι όπως π.χ. υγεία, οικογένεια, περιουσία και πόσο εύκολο είναι όλα αυτά να καθούν σε μια στιγμή. Έτσι κάνουν τα πάντα για να διατηρήσουν ό,τι κατέχουν. Συνήθως, στην προσπάθειά τους αυτή οι ηλικιωμένοι γίνονται παράξενοι, παραπονοιούνται συνεχώς, γίνονται απαιτητικοί και εγωκεντρικοί.

Ένας οργανισμός εκτός από τις ψυχολογικές μεταβολές δέχεται και τις μεταβολές στο νευρικό σύστημα όπου η νευροφυσιολογία, βάσει ερευνών, απέδειξε ένα μεγάλο αριθμό μεταβολών στο νευρικό σύστημα των ηλικιωμένων σε σχέση με άτομα νεότερα. Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι γενικά υπάρχει μια μείωση του ολικού αριθμού νευρώνων του κεντρικού νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα η λειτουργικότητα του Κ.Ν.Σ. να παρουσιάζεται διαφορετική από ότι σε ένα νεαρό άτομο, τα αντανakλαστικά να εξασθενούν και να επικρατεί η βραδύτητα της αντίδρασης συνέπεια αυτού είναι να δημιουργεί φαινόμενα σύγχυσης στους ηλικιωμένους δεδομένου ότι η σκέψη τους μπορεί να επεξεργαστεί στοιχεία μέχρι ενός συγκεκριμένου βαθμού και ταχύτητας.

Σαν συνέπεια της γήρανσης πολλές φορές είναι και οι διαταραχές μνήμης ιδιαίτερα των πρόσφατων γεγονότων αντίθετα διαπιστώνεται σε παράξενα καλό βαθμό η μνήμη των παλιών συμβάντων του παρελθόντος, όπως γεγονότα που τους συνέβησαν 50 ή 60 χρόνια πριν. Έτσι εξαιτίας αυτών των μεταβολών θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι αρκετοί

ηλικιωμένοι ζουν στο παρελθόν και βρίσκονται έξω της πραγματικότητας όσον αφορά το παρόν. ( Τζημουράκα Α., 1987 )

Με τη πάροδο του χρόνου το ηλικιωμένο άτομο είναι πολύ πιθανό να υποστεί συναισθηματικές μεταβολές εξαιτίας της ανασφάλειας που νιώθει. Με αυτόν τον τρόπο πολλοί ηλικιωμένοι απομονώνονται και παραμελούνται από συγγενείς και φίλους, γίνονται απότομοι και δεν αισθάνονται την ανάγκη χαράς ή λύπης .Αρκετοί ηλικιωμένοι δέχονται με απάθεια την απώλεια συζύγου ή συγγενικών προσώπων. Οι ηλικιωμένοι συνήθως κουράζονται εύκολα σωματικά και πνευματικά. Μερικοί δέχονται το γεγονός φιλοσοφικά, άλλοι όμως γίνονται νευρικοί, αγχώδεις, απότομοι και ανήσυχτοι. Μερικοί αρνούνται κάθε βοήθεια που τους προσφέρεται, άλλοι πάλι γίνονται απαιτητικοί από το οικογενειακό περιβάλλον, τους γείτονες κ.τ.λ. Έτσι πολλές φορές απομονώνονται και συχνά οδηγούνται στην αυτοκτονία ή και αν δε φτάνουν ως εκεί, συχνά εκφράζουν την επιθυμία να πεθάνουν.

Πολλές φορές οι συναισθηματικές αλλαγές οδηγούν και σε μεταβολές στην προσωπικότητα του ηλικιωμένου ατόμου. Συνήθως τα νεαρά άτομα για να γίνουν κοινωνικά αποδεκτά κρύβουν τα αληθινά τους αισθήματα, αντίθετα οι ηλικιωμένοι προσπαθούν να δείξουν περισσότερα από όσα στην πραγματικότητα διαθέτουν. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι γίνονται ευέξαπτοι, καχύποπτοι, εγωκεντρικοί, τσιγκούνηδες και δυσκολεύονται να συγκρατήσουν τη γλώσσα τους ή τις ενέργειές τους. Όμως μεταβολές προσωπικότητας δεν συμβαίνουν σε όλους τους ηλικιωμένους πάντα προς το χειρότερο, υπάρχουν ηλικιωμένοι που έπειτα από την συνταξιοδότησή τους έγιναν αποδοτικοί, δραστήριοι και προσέφεραν σημαντικό έργο προς την κοινωνία. ( Τζημουράκα Α., 1987)

Όλες οι παραπάνω ψυχολογικές μεταβολές συχνά οδηγούν τα ηλικιωμένα άτομα στην εμφάνιση κατάθλιψης, η οποία σύμφωνα και με διεθνείς στατιστικές, αυξάνει με την ηλικία. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μια από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους. Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μια καταθλιπτική αντίδραση σε αυτήν την ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν εισέρχονται σ' αυτό το στάδιο της ζωής. Έτσι, συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης. (Παράσχος Ι.Α., 2006)

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι παρά τις όποιες μεταβολές ( συναισθηματικές, ψυχολογικές, μνήμης, προσωπικότητας) υφίσταται ένα ηλικιωμένο άτομο πάντοτε θα πρέπει να σκεφτόμαστε ότι δεν παύει να είναι άνθρωπος με τη δική του προσωπικότητα και να του δείχνουμε το σεβασμό που του αξίζει.

## **1.6. Κοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων**

Οι κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές που σημειώνονται σε όλες τις περιοχές της χώρας έχουν αρχίσει να προκαλούν δυσχέρειες στη φροντίδα των ηλικιωμένων στα πλαίσια της οικογένειας. Αυτό έχει ως συνέπεια τα κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων χωρίς τη στήριξη του οικογενειακού κλοιού να διογκώνονται. Τα κυριότερα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι τα εξής :

**1. Υγεία.** Οι ηλικιωμένοι υποφέρουν από πολλές ασθένειες ταυτόχρονα. Οι σημαντικότερες όμως δυσκολίες αφορούν την κινητικότητα, επικοινωνία, έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, ελάττωση ακοής και όρασης, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι ότι οδηγούν συχνά σε απομόνωση από το κοινωνικό σύνολο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη, τα προγράμματα « Βοήθεια στο σπίτι », « Κοινωνική Μέριμνα » και τα Κ.Α.Π.Η. είναι υπηρεσίες πολύτιμες για τέτοιου είδους προβλήματα των ηλικιωμένων. Κατά γεωγραφική περιοχή όμως οι διαφοροποιήσεις ως προς την παροχή αυτών των υπηρεσιών είναι τεράστιες. Στους ηλικιωμένους π.χ. των αγροτικών και ιδίως παραμεθόριων περιοχών παρέχονται συχνά ελάχιστες υπηρεσίες καθώς είναι "αποκομμένοι" από τα αστικά κέντρα. ( Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1996 )

**2. Οικονομικά προβλήματα.** Η διασφάλιση του εισοδήματος προσφέρει σημαντικό αίσθημα ασφάλειας για τα ηλικιωμένα άτομα. Η σύνταξη αποτελεί το κατ' εξοχήν εισόδημά τους. Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ζουν στο όριο της φτώχειας και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης άρα και ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο. Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι τεράστια και συνήθως πηγάζουν από τις πενιχρές συντάξεις που χορηγούνται από το κράτος.

Οι ηλικιωμένοι συνήθως πλήττονται από πολλαπλές παράλληλα ασθένειες με συνέπεια οι ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης να αυξάνονται και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας τους, σε συνδυασμό με τις χαμηλές συντάξεις επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Πολλές φορές, η συνταξιοδότηση αποτελεί για αρκετούς ηλικιωμένους την απαρχή για την ψυχοσωματική τους κατάρρευση. (3<sup>ο</sup> Συνέδριο Γηριατρικής και Γεροντολογικής εταιρείας, 1995)

Η καθιέρωση ελάχιστου ορίου σύνταξης θα εξασφάλιζε ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής για όλο τον ηλικιωμένο πληθυσμό.

**3. Κατοικία και περιβάλλον.** Συχνά η κατοικία και το περιβάλλον που ζει ένα άτομο ηλικιωμένο λειτουργεί ανασταλτικά στον ψυχισμό του. Στις αστικές περιοχές οι ηλικιωμένοι συνήθως διαμένουν σε μικρά αποπνικτικά διαμερίσματα πολυκατοικιών που περιορίζουν την επικοινωνία με γείτονες και δεν περιβάλλονται συνήθως από υπαίθριους χώρους.

Στις αγροτικές περιοχές οι κατοικίες είναι κυρίως μεγαλύτερες από αυτές των αστικών περιοχών και περιβάλλονται συνήθως από υπαίθριο χώρο. Πολλές αγροτικές κατοικίες όμως δεν παρέχουν σύγχρονες ανέσεις ενώ οι συνθήκες διαβίωσης είναι ακατάλληλες και συχνά επικίνδυνες. ( Δαρδαβέσης Θ., 1998)



Η κοινά αποδεκτή αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να παραμένουν στο οικείο τους περιβάλλον θα πρέπει να συμβαδίζει με παροχές που να τους διευκολύνουν στην ενεργό κοινωνική ζωή τους.

**4. Εκπαίδευση.** Σύμφωνα με διάφορες μελέτες επάνω στην εκπαίδευση των ηλικιωμένων διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά των ηλικιωμένων που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των νέων δημιουργεί ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία στην επικοινωνία των ηλικιωμένων με άτομα νεαρής ηλικίας. Πολλές φορές λοιπόν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων οδηγεί στην περαιτέρω κοινωνική απομόνωσή τους.

Σε αρκετές χώρες ( Η.Π.Α., Γαλλία κ.α.) έχουν αναπτυχθεί διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα για άτομα άνω των 65 ετών, τα οποία τους προσφέρουν εκπαίδευση ανεξάρτητα του μορφωτικού τους επιπέδου και με ελάχιστη οικονομική επιβάρυνση. (Δαρδαβέσης Θ., 1988). Θα ήταν πολύ χρήσιμο η Ελλάδα να αξιοποιήσει την πείρα των παραπάνω χωρών και να υλοποιήσει ανάλογα εκπαιδευτικά προγράμματα για τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

**5. Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης.** Οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται κάτω από την προστασία στενών συγγενών, οι ανάγκες όπως η ατομική καθαριότητα, η φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και η ένδυση καλύπτονται επαρκώς. Σε αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα όπως υγιεινής, υποσιτισμού κ.α. που δημιουργούν ή ενισχύουν ψυχοσωματικά προβλήματα των ηλικιωμένων. Συνήθως η λύση εδώ είναι η παροχή φροντίδας από τρίτα πρόσωπα με πληρωμή ή η εισαγωγή του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα. ( 3<sup>ο</sup> Συνέδριο Γηριατρικής και Γεροντολογικής εταιρείας, 1995)

**6. Ψυχαγωγία.** Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν έχει δυνατότητας ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Άλλοι ηλικιωμένοι όμως που δεν βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι και δεν αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα καλύπτουν το χρόνο τους συμμετέχοντας σε εκδρομές διαφόρων οργανώσεων, ασχολούνται με ποικίλα ενδιαφέροντα και συχνάζουν συνήθως σε λέσχες.

Αντίθετα, η παραίτηση, η πλήξη, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τα οικονομικά προβλήματα άλλης ομάδας ηλικιωμένων οδηγούν στη μη συμμετοχή τους σε διάφορες πολιτιστικές δραστηριότητες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ψυχαγωγείται μέσω της τηλεόρασης και του ραδιοφώνου και περιορίζεται σε δραστηριότητες μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας. Εμφανίζεται λοιπόν άλλος ένας παράγοντας που οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και στο αίσθημα των ατόμων τρίτης ηλικίας ότι δεν αισθάνονται ενεργά μέλη της κοινωνίας. ( Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1996 )

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

Μέχρι την τελευταία δεκαετία η φροντίδα των ηλικιωμένων είχε βασικά αντιμετωπισθεί στα πλαίσια της οικογένειας. Ωστόσο, οι κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές που σημειώνονται σε όλες τις περιοχές της χώρας έχουν αρχίσει να δημιουργούν προβλήματα στη φροντίδα των ηλικιωμένων από τη μεριά της οικογένειας. Οι εξελίξεις αυτές επέβαλαν τη δημιουργία δικτύου υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων.

Ένας βασικός στόχος της κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους είναι η παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στη κοινότητα, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Μέσω της συμμετοχής των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας περιορίζεται η ψυχολογική αποστασιοποίηση και η περιθωριοποίησή τους από τον υπόλοιπο πληθυσμό. ( Σταθόπουλος Π., 1996)

Η πολιτική για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, σε ανάδοχες οικογένειες, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων για ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις.

### **Α) Η φροντίδα στην κοινότητα περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως:**

#### **1. Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων ( Κ.Α.Π.Η.):**

Το 1979 δημιουργήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα πρώτα Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων, τα οποία στα επόμενα χρόνια εξελίχθηκαν σταδιακά, πολλαπλασιάστηκαν και έφτασαν να αποτελούν σήμερα θεσμό επιτυχημένο και ευρύτατα αποδεκτό.

Οι βασικές υπηρεσίες που προσφέρουν στους ηλικιωμένους τα Κ.Α.Π.Η. περιλαμβάνουν.:

- Κοινωνική Εργασία η οποία προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους.
- Φυσικοθεραπεία και Εργοθεραπεία.
- Οικιακή φροντίδα σε ηλικιωμένους που διαβιούν μόνοι ή έχουν ειδικές ανάγκες εξυπηρέτησης.
- Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις και εκδρομές.
- Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα και όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.( Δαρδαβέσης Θ., 1998 )

Σκοπός των Κ.Α.Π.Η. αποτελεί η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων καθώς και η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τα άτομα τρίτης ηλικίας αποτελούν επιμέρους σκοπούς των Κ.Α.Π.Η.. (Αμηνά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέογλου Α., 1986 )

Οι στόχοι των Κ.Α.Π.Η περιλαμβάνουν την κοινωνικοποίηση, την προληπτική Ιατρική, την Ενεργοποίηση και την ευαισθητοποίηση της γειτονιάς. Η ίδρυση και η λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. στους περισσότερους Δήμους της χώρας αποτελεί την πλέον σαφή απόδειξη του ενδιαφέροντος του Κράτους για την εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων.

## 2. Πρόγραμμα « Βοήθεια στο σπίτι » :

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε συνεργασία με τη κεντρική επιτροπή των Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας σχεδίασαν το πρόγραμμα « Βοήθεια στο σπίτι », ένα πιλοτικό πρόγραμμα το οποίο ύστερα από την επιτυχημένη του εφαρμογή επεκτάθηκε σε αρκετούς δήμους της χώρας. Γενικός σκοπός του Προγράμματος: « Η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους » .( Πουλοπούλου Η., σελ.411, 1999 )

Η κατ' οίκον παροχή φροντίδας και περίθαλψης σε άτομα τρίτης ηλικίας αποτελεί ένα συνδυασμό πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και συστήματος κοινωνικής μέριμνας που εφαρμόζεται από ειδικευμένα άτομα με γνώσεις νοσηλευτικής, διαιτολογίας, ψυχολογίας, και κοινωνικής εργασίας.

Η παρεχόμενη κατ' οίκον φροντίδα δεν ακολουθεί σταθερό πρόγραμμα αλλά προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζει ο κάθε βοηθούμενος ηλικιωμένος. Οι συγκεκριμένες ανάγκες περιλαμβάνουν φροντίδα της κατοικίας, προετοιμασία του φαγητού, θεραπευτική αγωγή, ψυχαγωγία, φιλικές συναναστροφές, συνδρομή στην επίλυση διαφόρων ατομικών υποθέσεων κ.α. ( Αμιτσής Γ., 2001 )

## 3. Τμήμα Κοινωνικής Μέριμνας:

Οι υπηρεσίες του τμήματος Κοινωνικής Μέριμνας απευθύνονται σε άτομα κάθε ηλικίας, οικογένειες, άτομα με ιδιαιτερότητες, ειδικές κατηγορίες πληθυσμού, σχολεία και μαζικούς φορείς σε όλη τη πόλη. Οι βασικοί στόχοι του τμήματος περικλείουν την στήριξη και τη φροντίδα του ατόμου και της οικογένειάς του, την πρόληψη και προαγωγή της

ατομικής και δημόσιας υγείας και τη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών ζωής των πολιτών.

Οι γενικές δραστηριότητες που πραγματοποιεί το τμήμα Κοινωνικής Μέριμνας είναι :

- Ενημέρωση, ειδική πληροφόρηση.
- Συμβουλευτική Υποστήριξη, ευαισθητοποίηση σε κοινωνικά θέματα.
- Εφαρμογή προγραμμάτων πρόνοιας.
- Καταγραφή κοινωνικών προβλημάτων και χάραξη δράσης για την αντιμετώπισή τους.
- Υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.
- Πραγματοποίηση ημερίδων, εκδηλώσεων. ( Πουλοπούλου Η., 1999 )

#### 4. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων ( Κ.Η.Φ.Η. ):

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (άτομα με κινητικές δυσκολίες , άνοια κ.λ.π.) των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα και δεν μπορεί ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Κυρίαρχος σκοπός του προγράμματος είναι η παραμονή των ατόμων τρίτης και τέταρτης ηλικίας στο οικείο, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Τα Κ.Η.Φ.Η παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας στις οποίες περιλαμβάνονται η νοσηλευτική φροντίδα, η φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, η ατομική υγιεινή, προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

### **Β) Ιδρυματική Περίθαλψη:**

Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη περίθαλψη των ηλικιωμένων έχει δώσει έμφαση στην εξωιδρυματική μορφή φροντίδας. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός ότι ένα ποσοστό ηλικιωμένων, ασχέτως από την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα, χρειάζεται ιδρυματική φροντίδα. Το ίδρυμα είναι ένας απαραίτητος κρίκος στην αλυσίδα των προγραμμάτων τα οποία είναι αναγκαία για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Αρκεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών στο ίδρυμα να είναι του κατάλληλου επιπέδου και η εισαγωγή και παραμονή στο ίδρυμα να γίνεται με επιστημονικά κριτήρια και με μοναδικό κίνητρο την κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου. ( Σταθόπουλος, Π., 1996 )

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

1. Τα γηροκομεία, στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και
2. Τα άσυλα, τα οποία δέχονται κατάκοιτους ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες ( ανιάτες ) παθήσεις.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ιδρυματική περίθαλψη πρέπει να είναι η τελευταία επιλογή για περιπτώσεις όπου η οικογένεια αδυνατεί να φροντίσει τον ηλικιωμένο ή η φροντίδα στο σπίτι από τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας δεν αρκεί. Στις περιπτώσεις εισαγωγής σε ίδρυμα, είναι απαραίτητο να εξασφαλίζονται όσο το δυνατόν πιο φυσικές συνθήκες διαβίωσης.

Η φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας στην κοινότητα, από τις υπηρεσίες που αναφέρθηκαν παραπάνω, τις τελευταίες δεκαετίες κάλυψαν ένα σοβαρό κενό και αγκαλιάστηκαν με ενθουσιασμό από αρκετούς ηλικιωμένους. Από μελέτες που έχουν γίνει όμως, φαίνεται ότι χρειάζεται συνεχής προσπάθεια για να εξασφαλιστεί η λειτουργία όλων των υπηρεσιών (Κ.Α.Π.Η, Βοήθεια στο σπίτι κ.α.) έτσι, ώστε να εγγυάται την εκπλήρωση του βασικού τους σκοπού, που είναι η διατήρηση του ηλικιωμένου στην κοινότητα, καθώς και η εξυπηρέτηση των ατόμων που έχουν πράγματι τη μεγαλύτερη ανάγκη. Επίσης, για να αποφευχθεί η συνέχιση της παροχής υπηρεσιών που δεν είναι αποτελεσματικές ή αποδοτικές, θα πρέπει να εφαρμοστεί η κοινή πρακτική της τακτικής αξιολόγησης των υπηρεσιών πρόνοιας.

Τέλος, οι υπηρεσίες στην κοινότητα που έχουν αναπτυχθεί για τους ηλικιωμένους είναι απαραίτητο να διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο αξιοποιώντας την εμπειρία των στελεχών στην καταγραφή και αξιολόγηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της περιοχής. (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, 1992)

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Οι οργανικές ψυχικές διαταραχές είναι ένα φάσμα διαταραχών που ταξινομούνται όλες μαζί, στη βάση μιας κοινής αποδεδειγμένης αιτιολογίας εγκεφαλικής νόσου, εγκεφαλικού τραυματισμού ή άλλης βλάβης που οδηγεί σε εγκεφαλική δυσλειτουργία. Χαρακτηριστικό των διαταραχών αυτών είναι η ύπαρξη ενός κλινικά σημαντικού ελλείμματος σε κάποια ή κάποιες από τις γνωστικές λειτουργίες ( μνήμη, κρίση, προσανατολισμός κ.τ.λ. ) που αποτελεί και σημαντική αλλαγή από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. ( Μάνος Ν., 1997 )

Τα βασικά χαρακτηριστικά των οργανικών ψυχικών διαταραχών ταξινομούνται σε δύο κύριες υποομάδες. Από το ένα μέρος υπάρχουν σύνδρομα στα οποία τα πιο έντονα χαρακτηριστικά είναι είτε διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών όπως οι διαταραχές της μνήμης, της νόησης και της μάθησης είτε διαταραχές αισθητηριακών λειτουργιών, όπως οι διαταραχές του επιπέδου συνείδησης και προσοχής. Από το άλλο μέρος, υπάρχουν σύνδρομα , στα οποία οι πιο εμφανείς εκδηλώσεις ανήκουν στις περιοχές της αντίληψης, του περιεχομένου της σκέψης ή των συναισθημάτων ή στη συνολική εικόνα της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, ενώ η δυσλειτουργία των νοητικών ή των αισθητηριακών λειτουργιών είναι ελάχιστη ή δύσκολο να πιστοποιηθεί. (ICD 10, Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1992 )

Στις Οργανικές ψυχικές διαταραχές εντάσσονται :

**1. Η Άνοια** η οποία χαρακτηρίζεται από πολλαπλά γνωστικά ελλείμματα που περιλαμβάνουν και έκπτωση της μνήμης. Οι διάφορες άνοιες ταξινομούνται σύμφωνα με την αιτιολογία τους σε :

- Άνοια Τύπου Alzheimer,
- Αγγειακή Άνοια,
- Άνοια με σωμάτια Lewy,
- Φλοιοβασική εκφύλιση,
- Άνοια Οφειλόμενη σε Άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις ( νόσος του Pick, Greutfeidt Jakob, του Huntington, του Parkinson, νόσος του HIV κ.α.),
- Άνοια επί άλλων ειδικών νόσων που ταξινομούνται αλλού και
- Άνοια μη καθοριζόμενη .

**2. Το Παραλήρημα** χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συνείδησης και μεταβολής στις γνωστικές λειτουργίες που αναπτύσσονται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στο Παραλήρημα ταξινομούνται σύμφωνα με την αιτιολογία τους : Παραλήρημα Οφειλόμενο σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα Προκαλούμενο από Ουσίες, Παραλήρημα Πολλαπλής Αιτιολογίας,

Παραλήρημα μη προσδιοριζόμενο Αλλιώς.( Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1992)

**3. Το Αμνησιακό σύνδρομο** που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της μνήμης που οφείλεται είτε σε κάποια γενική ιατρική κατάσταση είτε σε κάποια ουσία. Με βάση την αιτιολογία τους οι αμνησιακές διαταραχές διακρίνονται: σε Αμνησιακές Διαταραχές Οφειλόμενες σε Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις, σε Αμνησιακές Διαταραχές Οφειλόμενες σε Ουσίες και σε Αμνησιακές Διαταραχές μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς ( Μάνος Ν., 1997 )

**4. Άλλες ψυχικές διαταραχές που οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία και σε σωματική νόσο:** Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει διάφορες καταστάσεις που συνδέονται αιτιολογικά με εγκεφαλική δυσλειτουργία λόγω πρωτοπαθούς εγκεφαλικής νόσου, ενδοκρινικής διαταραχής ή άλλης σωματικής νόσου και επίδρασης μερικών εξωγενών τοξικών ουσιών ή ορμονών. Εδώ, εντάσσονται: η οργανική ψευδαισθήτωση, η κατατονική διαταραχή, η οργανική παραληρητική διαταραχή, οι οργανικές συναισθηματικές διαταραχές, η οργανική διαταραχή αποσυνδεδεικτού τύπου, η οργανική διαταραχή εκδηλούμενη με ασταθές συναίσθημα, η ήπια διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών και οι ψυχικές διαταραχές οφειλόμενες σε εγκεφαλική βλάβη και δυσλειτουργία μη καθοριζόμενες.

**5. Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς που οφείλονται σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία.** Σε αυτές τις διαταραχές η μεταβολή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς μπορεί να αποτελεί συνακόλουθη διαταραχή στα πλαίσια εγκεφαλικής νόσου, βλάβης ή δυσλειτουργίας. Στις διαταραχές αυτές επηρεάζεται ιδιαίτερα η έκφραση των συναισθημάτων, των αναγκών και των παρορμήσεων. Οι Διαταραχές της προσωπικότητας περιλαμβάνουν:την οργανική διαταραχή της προσωπικότητας, το μεγκεφαλιτιδικό σύνδρομο, το μεταδιασεισικό σύνδρομο, άλλες οργανικές διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, που οφείλονται σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία και τέλος η οργανική διαταραχή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς οφειλόμενη σε εγκεφαλική νόσο, βλάβη και δυσλειτουργία, μη καθοριζόμενη. ( ICD-10, Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1992 )

**6. Η Οργανική ή σωματική ψυχική διαταραχή, μη καθοριζόμενη.** Η κατηγορία αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται για τη καταγραφή ψυχικών διαταραχών με γνωστή οργανική αιτιολογία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΆΝΟΙΑ**

### **4.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Το 1904 σε επιστημονικό συνέδριο περιγράφηκε από τον Alois Alzheimer (1864-1915) η περίπτωση μιας γυναίκας ηλικίας 51 ετών, η οποία νοσηλεύτηκε επί 4 χρόνια από τον Alzheimer και πέθανε το 1906. Ένα χρόνο αργότερα (1907) δημοσιεύτηκε από τον Alzheimer μια σύντομη περιγραφή της περίπτωσης στην οποία αναφερόταν ως εξής :

« Γυναίκα, ηλικίας 51 ετών, παρουσίασε ως πρώτο σύμπτωμα της πάθησης, έντονη ζήλια προς τον άντρα της. Δεν μπορούσε να βρει το δρόμο μέσα στο ίδιο της το διαμέρισμα. Μετέφερε αντικείμενα χωρίς λόγο και τα έκρυβε. Φώναζε ότι θέλουν να την σκοτώσουν ....Περιοδικά ήταν σε παραλήρημα...και φαινόταν να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις ...Τελικά ήταν σε κατάσταση stupor..Η νεκροψία έδειξε γενικά ατροφικό εγκέφαλο χωρίς μακροσκοπικές βλάβες. Τα μεγάλα εγκεφαλικά αγγεία παρουσίαζαν αρτηριοσκλήρωση. Παρατηρήθηκαν περιέργες βλάβες των νευροιδινίων τα οποία συνέρχονταν σε παχιές δέσμες στις επιφάνειες των κυττάρων.. και πολλαπλές μικρές εστίες στον φλοιό που είχαν μια ιδιαίτερη ουσία που ξεχώριζε χωρίς να χρειάζεται να τη χρωματίσουμε...» ( Τσολάκη Μ, Κάζης Α, 2005, σελ. 23).

Άρα τόσο τα νευροϊνιδιακά τολύπια όσο και οι πλάκες αμυλοειδούς είχαν περιγράψει από τον Alzheimer το 1906.

Ο όρος 'Alzheimer disease' εισήχθη από τον Emil Kraepelin καθηγητή του Alzheimer, το 1910. Ο Kraepelin στηρίχθηκε στην περιγραφή της πρώτης περίπτωσης του Alzheimer και στην περιγραφή άλλων 3 περιπτώσεων από συνεργάτες του Alzheimer και κατέταξε τη νέα αυτή πάθηση στις προγεροντικές άνοιες ( Τσολάκη Μ, Κάζης Α, 2005 ).

Στη συνέχεια δημοσιεύτηκαν πολλές εργασίες που αν και ήταν σωστά τεκμηριωμένες δεν οδήγησαν στη διαπίστωση του αιτίου της Άνοιας Τύπου Alzheimer ( ΑΤΑ). Παραδείγματα τέτοιων εργασιών είναι αυτές που θεώρησαν διάφορους ιούς καθώς και διάφορα μέταλλα, όπως το αλουμίνιο, το σίδηρο, το χαλκό και τον ψευδάργυρο ως αίτια της ΑΤΑ. Επίσης υποστηρίχθηκε ότι η παρουσία του αλληλόμορφου Ε4 της απολιποπρωτεΐνης Ε συμβάλλει στην εμφάνιση της ΑΤΑ. ( Τσολάκη Μ, Κάζης Α, 2005)

Μέχρι το 1970, οι περισσότερες εργασίες επί της νόσου αναφέρονται κυρίως στην νευροπαθολογία των ανοϊκών συνδρόμων καθώς και σε αλλοιώσεις του Κ.Ν.Σ. Για να φτάσουμε στις σημερινές γνώσεις, μετά το 1970 η ασθένεια προσεγγίσθηκε από την βιοχημική σκοπιά από τους Davies και Maloney το 1976, τον Perry το 1980 και τον White το 1977, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι ένζυμα βασικής σημασίας



βρέθηκαν να είναι ελαττωμένα κατά 10-30% στο εγκεφαλικό φλοιό των πασχόντων, σε σχέση με την τιμή που παρουσιάζονται σε άτομα της ίδιας ηλικίας.

Τέλος, η νόσος του Alzheimer έγινε αντικείμενο μελέτης στο χώρο της νευροχημείας και για πολλές δεκαετίες αντικείμενο συγκρούσεων μεταξύ διαφόρων ερευνητών ( Αρναούτογλου Α., 1994).

## **4.2 ΑΝΟΙΑ**

Ακολούθως, θα παρατεθούν ορισμοί της άνοιας σύμφωνα με διάφορους συγγραφείς και επιστήμονες:

''Η άνοια είναι σύνδρομο που οφείλεται σε εγκεφαλική νόσο, συνήθως εξελικτική ή χρόνια, στο οποίο διαπιστώνεται διαταραχή πολλών ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα, η κρίση.''' ( Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β. 1992, σελ.56)

Η άνοια χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, με κυρίαρχη την έκπτωση της μνήμης. Τα γνωστικά αυτά ελλείμματα οφείλονται στα φυσιολογικά αποτελέσματα κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης, στα αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή σε πολλαπλές αιτιολογίες. ( Μάνος Ν., 1997)

''Η λέξη άνοια προέρχεται από το στερητικό α- και τη λέξη νους. Δεν πρόκειται για μια συγκεκριμένη ασθένεια, είναι περισσότερο μια ομάδα συμπτωμάτων που προέρχονται από δεκάδες αιτίες. Τα συμπτώματα της άνοιας περιλαμβάνουν σοβαρή έλλειψη μνήμης ( ιδιαίτερα της βραχείας), σύγχυση, αποπροσανατολισμό, παραισθήσεις, αλλαγές στην προσωπικότητα και δυσκολίες στη γλώσσα, τους υπολογισμούς και στη σχέση χώρου χρόνου.''' (Καλαϊτζή, Σ. 2004, σελ. 327)

''Ο όρος άνοια σημαίνει παραφροσύνη, δηλαδή άτομο ανίκανο να χρησιμοποιήσει το νου του. Τις άνοιες συνθέτουν ομάδες νοσημάτων τα οποία συντελούν βαθμιαία στην εμφάνισή της με πνευματική υποβάθμιση, ανικανότητα εκτελέσεως καθημερινών ασχολιών και προοδευτική απομόνωση. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία που την προκάλεσε, τελικά αναμένεται διάχυτη και μόνιμη απώλεια νευρώνων σε όλες τις περιοχές του εγκεφάλου.''' (Πλατή, Χ. 1993, σελ. 215)

Ο όρος « Άνοια» αναφέρεται σε ένα σύνολο χρόνιων ασθενειών με κοινό χαρακτηριστικό την προοδευτική κάμψη του συνόλου των νοητικών λειτουργιών. Το αποτέλεσμα όλων των ανοιών είναι η ατροφία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. ( Αβεντισιάν- Παγοροπούλου Α., 1993)

« Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται σε επίκτητη εγκεφαλική νόσο που εξελίσσεται. Συνήθως συνοδεύεται από έκπτωση πολλών ανώτερων ψυχοδιανοητικών λειτουργιών, όπως η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση απλών εννοιών, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση,

χωρίς διαταραχή της συνείδησης, όπως π.χ. θόλωσή της » (Μπαλλής Θ., σελ. 22, 2000)

Σύμφωνα με τον Grumbach, η άνοια είναι σύνδρομο και αποτελείται από πολλές άνοιες. Ορίζεται ως διανοητική εξασθένηση, επίκτητη, καθολική και τις περισσότερες φορές έντονη.

Ο Pitt περιγράφει την άνοια ως ποικιλία διαταραχών που συντελούν στη διανοητική ή τη γνωστική υποβάθμιση.

Η άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Αρχίζει με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία και μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Οι ασθενείς φαίνονται σαν να μην είναι ο εαυτός τους. Σιγά-σιγά, όμως ο ασθενής αρχίζει να δείχνει τις δυσκολίες που έχει σε κάθε δραστηριότητα που απαιτεί απόκτηση καινούργιας γνώσης.

Βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων που περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον κάποια από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας.

Η έκπτωση της μνήμης στην άνοια αφορά, τόσο την άμεση και την πρόσφατη μνήμη όσο και την απώτερη. Προοδευτικά το άτομο χάνει και άλλες δεξιότητες και εμφανίζεται:

- Αφασία η οποία αποτελεί την διαταραχή του λόγου όπου η ομιλία γίνεται ασαφής ή κενή.
- Απραξία η οποία περιλαμβάνει την έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες.
- Αγνωσία κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει αδυναμία να αναγνωρίζει αντικείμενα ή άτομα.
- Διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας, είναι μια διαταραχή στην ικανότητα να κάνει σχέδια, να οργανώνει, να λειτουργεί αφαιρετικά. ( Μάνος Ν., 1997)

Εκτός των γνωστικών λειτουργιών, η προσωπικότητα του ασθενή επίσης παρουσιάζει ορισμένες μεταβολές όπου το άτομο συνήθως γίνεται πιο ήσυχο και αποσυρμένο μπορεί όμως να γίνει πιο ενεργητικό, επιθετικό, να κάνει απρέπειες, να παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες δίωξης ή και ζηλοτυπίας.

Η άνοια οφείλεται σε εκφυλιστικούς λόγους, δηλαδή σε απώλεια της εγκεφαλικής ουσίας και δεν έχει πάντοτε σχέση με τα γηρατειά γιατί τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν και στα 45 ή 50 χρόνια. Πλέον ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από γνωστικές διαταραχές αυξάνεται συνεχώς, παρόλα αυτά η Ελλάδα δεν φαίνεται να έχει ευαισθητοποιηθεί ως προς το μέγεθος του προβλήματος αυτού, το οποίο απασχολεί σημαντικά τις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης.

### **4.3 ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ**

#### **4.3.1. Άνοια επί νόσου του Alzheimer**

Η νόσος Τύπου Alzheimer είναι από παλαιά γνωστή, αλλά μόνο κατά την τελευταία δεκαετία έγινε δυνατό να φωτισθούν ορισμένες πλευρές αυτού του τόσο σύνθετου αλλά ενδιαφέροντος προβλήματος.

Σύμφωνα με ορισμένους επιστήμονες « η νόσος Τύπου Alzheimer είναι προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου, με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεών του». ( Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., σελ. 318, 1999)

Η άνοια Τύπου Alzheimer, που προκαλείται από τη νόσο Alzheimer, είναι η πιο κοινή από τις άνοιες, και είναι υπεύθυνη για το 50% περίπου όλων των ανοιών. ( 21<sup>ο</sup> ετήσιο πανελλήνιο συνέδριο, 1995)

Όσον αφορά την αιτιολογία της Α.Τ.Α. ουσιαστικά είναι ακόμη άγνωστη. Οποσδήποτε υπάρχει κάποια γενετική προδιάθεση, γιατί βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα ν' αναπτύξουν Άνοια απ' ότι ο γενικός πληθυσμός.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η αρρώστια αρχίζει σιγά-σιγά και επιβαρύνεται προοδευτικά, χωρίς εντυπωσιακά συμπτώματα στην αρχή. Έτσι, εάν ο άρρωστος δεν ασκεί επάγγελμα που απαιτεί τη χρησιμοποίηση πνευματικών ικανοτήτων, η έναρξη γίνεται δύσκολα αντιληπτή από το οικογενειακό ή επαγγελματικό του περιβάλλον. Η πλήρης εγκατάσταση της νόσου μπορεί να καθυστερήσει 2 ή 3 χρόνια ή και περισσότερα. Όταν η νόσος αρχίζει πριν την ηλικία των 65-70 χρόνων τότε υπάρχει πιθανότητα να υφίσταται οικογενειακό ιστορικό με παρόμοια πάθηση και η εξέλιξη να είναι γρηγορότερη.

Τα πρώτα συμπτώματα είναι συνήθως οι διαταραχές της μνήμης και οι δυσκολίες προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο. Τα υπόλοιπα αρχίζουν σιγά-σιγά και αποδίδονται συνήθως από τους συγγενείς. Στην νόσο Alzheimer το χειρότερο από όλα τα συμπτώματα είναι το γεγονός ότι ο ασθενής χάνει τελείως όλα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του.

Δυστυχώς οι αλλοιώσεις που επισυμβαίνουν στον εγκέφαλο με τη νόσο του Alzheimer είναι οριστικές και καμιά θεραπεία μέχρι τώρα δεν μπορεί να τις θεραπεύσει. Το μόνο που μπορούν να υποσχεθούν τα διάφορα φάρμακα είναι μια πιθανή καθυστέρηση στην εξέλιξη της νόσου, και αυτό εάν η φαρμακευτική αγωγή ξεκινήσει στα αρχικά στάδια της αρρώστιας.

1.2. Άνοια επί νόσου του Alzheimer, με πρόωμη έναρξη, με έναρξη προ της ηλικίας των 65 ετών. Επέρχεται ταχεία επιδείνωση της νόσου και τα συμπτώματα στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρούνται σχετικά νωρίς στην πορεία της άνοιας.

1.3. Άνοια επί νόσου του Alzheimer με όψιμη έναρξη, με έναρξη μετά την ηλικία των 65 ετών, με βραδεία εξέλιξη και ως κύριο χαρακτηριστικό είναι οι διαταραχές της μνήμης.

1.4. Άνοια επί νόσου του Alzheimer, άτυπη ή μεικτός τύπος, όπου συνυπάρχουν στοιχεία άνοιας επί νόσου του Alzheimer και στοιχεία

αγγειακής άνοιας. (Στεφανής Κ., Σαλδάτος Κ., Μαυρέας Β., ICD -10, 1992).

#### **4.3.2. Αγγειακή Άνοια**

Αναφέρεται και ως πολυεμφρακτική άνοια και οφείλεται σε πολλαπλές βλάβες των αγγείων του εγκεφάλου και σε ισχαιμικές-υποξικές αλλοιώσεις λόγω ελάττωσης της εγκεφαλικής ροής, καρδιακής ή κυκλοφοριακής αιτίας.

« Η Αγγειακή Άνοια οφείλεται σε πολλαπλά μικρά έμφρακτα του εγκεφαλικού ιστού απότοκα αρτηριοσκληρωτικής νόσου των μεγάλων αγγείων ή των βαλβίδων της καρδιάς.» (Μάνος Ν. σελ. 492, 1997). Η αρτηριοσκλήρωση που ευθύνεται για την Αγγειακή Άνοια δεν την προκαλεί άμεσα, αλλά προδιαθέτει τον ασθενή για εγκεφαλική βλάβη από έμβολα, θρόμβους ή αιμορραγία.

Η Αγγειακή άνοια κατέχει ενδιάμεση θέση μεταξύ των μη αναστρέψιμων ανοιών και των ανοιών που μπορούν να θεραπευθούν, με την έννοια ότι εάν θεραπευτεί έγκαιρα η υπέρταση και η αγγειακή νόσος μπορεί να ανασταθεί η πρόοδός της. (Μάνος Ν.1997)

Διαχωρίζεται από την άνοια επί νόσου του Alzheimer καθώς χαρακτηρίζεται από:

- 1.** Απότομη έναρξη και κλιμακωτή πορεία επιδείνωσης, και όχι ομοιόμορφη όπως στην Α.Τ.Α. Επίσης, επηρεάζονται ορισμένες λειτουργίες, αλλά όχι άλλες, στα αρχικά τουλάχιστον στάδια της πορείας της.
- 2.** Τα Κλινικά Χαρακτηριστικά, όπου υπάρχει τυπικά ιστορικό παροδικών ισχαιμικών προσβολών με διαταραχή της συνείδησης βραχείας διάρκειας, παροδικές παρέσεις ή απώλεια της όρασης. Η άνοια μπορεί επίσης να ακολουθεί μια σειρά οξέων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων ή λιγότερο συχνά, μονήρες αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Στην συνέχεια, γίνονται εμφανείς κάποιες διαταραχές της μνήμης και της σκέψης.
- 3.** Την επακολουθούσα πορεία. Η έναρξη συνήθως αρχίζει σε μεγάλη ηλικία, μπορεί να είναι αιφνίδια, μετά από συγκεκριμένο ισχαιμικό επεισόδιο ή να παρουσιαστεί πιο προοδευτικά. (Στεφανής Κ., Σαλδάτος Κ., Μαυρέας Β., ICD -10, 1992).

Η Αγγειακή Άνοια προσβάλλει πιο συχνά τους άντρες και εμφανίζεται νωρίτερα από ότι η Άνοια Τύπου Alzheimer. Είναι η δεύτερη σε συχνότητα μετά την Α.Τ.Α. και αφορά το 15%-20% των περιπτώσεων της άνοιας. Επίσης, αυξάνει εκθετικά με την ηλικία, κυρίως μετά τα 65 σε ποσοστό επίπτωσης διπλασιάζεται κάθε 5,3 χρόνια σε σύγκριση με τα 4,5 χρόνια της Α.Τ.Α.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών στην Αγγειακή Άνοια συνήθως είναι άνιση έτσι, μπορεί να υπάρχουν απώλεια μνήμης, νοητική έκπτωση και νευρολογικά σημεία ενώ η ευαισθησία και η κρίση μπορεί να διατηρούνται σε σχετικά καλό επίπεδο.

Πιστεύεται ότι η προσωπικότητα, σε έναν ασθενή που πάσχει από Αγγειακή Άνοια, διατηρείται σε σχετικά καλή κατάσταση, αλλά σε

κάποιες περιπτώσεις είναι πιθανόν οι μεταβολές της προσωπικότητας να είναι εμφανείς με απάθεια, έλλειψη αναστολών, εγωκεντρικότητα, παρανοειδής στάση ή ευερεθιστότητα. (Στεφανής Κ., Σαλδάτος Κ., Μαυρέας Β., ICD -10, 1992).

#### **Οι πιο συνηθισμένοι υπότυποι της Αγγειακής Άνοιας είναι:**

- 1. Αγγειακή άνοια οξείας έναρξης**, όπου μετά από μια σειρά αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων λόγω αγγειακής εγκεφαλικής θρόμβωσης ή αιμορραγίας, αναπτύσσεται ταχέως.
- 2. Υποφλοιώδης αγγειακή άνοια**, η οποία κλινικά είναι η πιο ομοιογενής, με ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία. Ο εγκεφαλικός φλοιός συνήθως διατηρείται σε αντίθεση με την κλινική εικόνα η οποία είναι πιθανόν να θυμίζει την άνοια επί νόσου του Alzheimer.
- 3. Η Πολυεμφρακτική άνοια** είναι πιο προοδευτική, όσον αφορά την έναρξη από την οξεία μορφή. «Η πολυεμφρακτική άνοια ακολουθεί μια σειρά ελασσόνων ισχαιμικών επεισοδίων, τα οποία προκαλούν συσσώρευση εμφράκτων στο εγκεφαλικό παρέγχυμα».
- 4. Μεικτή φλοιώδης & υποφλοιώδης αγγειακή άνοια.** Σε αυτόν τον υπότυπο της Αγγειακής Άνοιας είναι πιθανόν να υπάρχουν μεικτά φλοιώδη και υποφλοιώδη στοιχεία της αγγειακής άνοιας, με βάση τα αποτελέσματα των εξετάσεων ή τα κλινικά χαρακτηριστικά.
- 5. Άλλη αγγειακή άνοια.**
- 6. Αγγειακή Άνοια μη καθοριζόμενη.**

(Στεφανής Κ., Σαλδάτος Κ., Μαυρέας Β., σελ. 63, 1992).

#### **4.3.3. Άνοια με σωμάτια Lewy**

Το 1911 από τον F. Lewy περιγράφηκαν τα σωμάτια Lewy σαν ενδοκυττάρια μορφώματα πρωτεϊνικού υλικού στη μέλαινα ουσία παρκινσονικών ασθενών. Από τότε, αποτελούν παθογνωμονικό ιστοπαθολογικό γνώρισμα της ιδιοπαθούς Νόσου του Πάρκινσον (Ν.Π.). (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005).

Στη συνέχεια ο Κ. Kosaka συνέδεσε την παρουσία πολυάριθμων σωματίων Lewy στο φλοιό και στους πυρήνες του στελέχους με συμπτωματολογία ανοϊκού συνδρόμου.

Εξαιτίας της δύσκολης διάγνωσης της Νόσου νευροπαθολογικά υπάρχουν αντιλεγόμενες απόψεις, απόψεις για το αν η Νόσος του Πάρκινσον και η άνοια με σωμάτια Lewy αντιπροσωπεύουν δύο ξεχωριστά νοσήματα. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005).

Η Άνοια με σωμάτια Lewy θεωρείται η τρίτη σε συχνότητα άνοια μετά την Άνοια τύπου Alzheimer και την Αγγειακή και υπάρχει μικρή υπεροχή των αρρένων μεταξύ των ασθενών. Η εξέλιξη της άνοιας είναι ταχεία (1-5 έτη) και η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 75 έτη.

Παρόλο που στα αρχικά στάδια της νόσου οι διαταραχές μνήμης είναι ήπιες στη συνέχεια επέρχεται συνολική νοητική έκπτωση που

επιηρεάζει την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Στην πορεία της νόσου εμφανίζονται διαταραχές της προσοχής, έκπτωση εκτελεστικών λειτουργιών και διαταραχές οπτικοχωρικών κατασκευαστικών δεξιοτήτων. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005).

Τέλος, η ψυχιατρική συμπτωματολογία της νόσου περιλαμβάνει επανεμφανιζόμενες οπτικές ψευδαισθήσεις σε συχνότητα 80% των ασθενών. Επίσης, συχνά εμφανίζεται παραλήρημα, ακουστικές ψευδαισθήσεις, άγχος, ανησυχία, ευερεθιστότητα, διαταραχές του ύπνου και καταθλιπτικό συναίσθημα.

#### **4.3.4 Άνοια επί νόσων που ταξινομούνται αλλού:**

Σε αυτήν την ομάδα περιλαμβάνονται περιπτώσεις άνοιας που οφείλονται σε αίτια άλλα από τη νόσο του Alzheimer ή την αγγειακή εγκεφαλική νόσο.

##### **4.3.4.1 Άνοια επί νόσου του Parkinson:**

Σε αυτήν την περίπτωση η άνοια αναπτύσσεται στην πορεία εγκατεστημένης νόσου του Parkinson. Η Νόσος του Parkinson κλινικά χαρακτηρίζεται από βραδυκινησία, τρόμο ηρεμίας, δυσκαμψία και από αδυναμία αντισταθμιστικών κινήσεων. Η Ν.Π. είναι μια προσδευτικά επιδεινούμενη νευροεκφυλιστική νόσος. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005).

Η άνοια επί της νόσου του Parkinson μπορεί να είναι διαφορετική από αυτή επί της νόσου του Alzheimer ή από την αγγειακή άνοια, όμως υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι πιθανόν οι εκδηλώσεις της άνοιας να οφείλονται σε συνύπαρξη μιας από αυτές τις νόσους με τη νόσο του Parkinson.

Στη νόσο του Parkinson οι μεταβολές σε ειδικές νοητικές λειτουργίες περιλαμβάνουν την οπτικοχωρική διαταραχή, την μνημονική διαταραχή και το δυσεκτελεστικό σύνδρομο. Αυτές οι διαταραχές εάν επιδεινωθούν και επηρεάσουν την λειτουργικότητα του ασθενή με Parkinson τότε τίθεται η διάγνωση της άνοιας.

##### **4.3.4.2. Άνοια επί νόσου του Pick ή Μετωποκροταφική Άνοια.**

«Ο όρος Μετωποκροταφική άνοια χρησιμοποιείται για τους ασθενείς που παρουσιάζουν εστιακή φλοιική ατροφία στον μετωπιαίο και/ή στον κροταφικό λοβό» (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005, σελ. 307).

Η Μετωποκροταφική Άνοια είναι αρκετά δύσκολο να διαγνωστεί από τα πρώτα στάδια καθώς περιλαμβάνει πολλές ομάδες με διαφορετικά κλινικά ευρήματα και στα επόμενα στάδια διότι συμπεριφέρεται όπως όλες οι άνοιες.

Είναι μια προσδευτική άνοια που συνήθως αρχίζει στη μέση ηλικία (50-60 ετών) και χαρακτηρίζεται από διαταραχές της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς, του εκφραστικού λόγου και από κοινωνική υποβάθμιση. Επίσης, επηρεάζονται αρκετά οι νοητικές

ικανότητες του ατόμου, η μνήμη, η συγκέντρωση και οι λειτουργίες της γλώσσας. (Στεφανής Κ., Σαλδάτος Κ., Μαυρέας Β., ICD -10, 1992).

#### **4.3.4.3 Άνοια επί νόσου των Creutzfeldt – Jakob**

Η έναρξη συμβαίνει συνήθως στη μέση ή σε μεγάλη ηλικία αλλά μπορεί να συμβεί και στην ενήλικη ζωή. Είναι μια προοδευτική άνοια, η πορεία της είναι υποξεία και οδηγεί στο θάνατο σε 1-2 έτη. Η άνοια επί νόσου των Creutzfeldt - Jakob παρουσιάζεται με εκτεταμένα νευρολογικά σημεία, λόγω ειδικών νευροπαθολογοανατομικών μεταβολών, οι οποίες θεωρείται ότι οφείλονται σε μεταδοτικό παράγοντα.

Η ταχεία πορεία (διάστημα μηνών έως 1-2 ετών) και η πρόωμη εμφάνιση κινητικών διαταραχών (π.χ. σπαστική παράλυση των κάτω άκρων) υποδηλώνει την νόσο των Creutzfeldt - Jakob. (Στεφανής Κ., Σαλδάτος Κ., Μαυρέας Β., ICD -10, 1992).

#### **4.3.4.4. Άνοια επί νόσου του Huntington**

Η νόσος του Huntington μεταδίδεται με απλό αυτοσωματικό επικρατητικό γονίδιο. Η συγκεκριμένη άνοια συμβαίνει ως εκδήλωση διάχυτης εκφύλισης του εγκεφάλου. Τα συμπτώματα αυτής εμφανίζονται στην 3<sup>η</sup> και 4<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής, στην οποία περιλαμβάνονται κινητικά φαινόμενα όπως π.χ. τρόμος στις εμπρόσθετες κινήσεις, δυσκαμψία, ακούσιες χορειακές κινήσεις στο πρόσωπο, στα χέρια και στους ώμους. Επίσης, είναι πιθανόν ως πρώιμα συμπτώματα να είναι η κατάθλιψη, το άγχος ή η γνήσια παρανοειδής διαταραχή, τα οποία συνοδεύονται από μεταβολή της προσωπικότητας. (Στεφανής Κ., Σαλδάτος Κ., Μαυρέας Β., ICD -10, 1992).

Τέλος, η άνοια επί νόσου του Huntington οδηγεί στο θάνατο σε 10 με 15 έτη και χαρακτηρίζεται από βραδεία εξέλιξη.

#### **4.3.4.5. Άνοια σχετιζόμενη με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV)**

Η συγκεκριμένη διαταραχή πληρεί τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας, χαρακτηρίζεται από ελλείμματα των γνωστικών λειτουργιών και συνυπάρχει με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV).

Το 1986 ο Naria και οι συνεργάτες του περιγράφουν την συγκεκριμένη άνοια ως ένα ανοϊκό σύνδρομο του AIDS που περιλαμβάνει αλλαγές στις κινητικές και νοητικές λειτουργίες αλλά και στη συμπεριφορά. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

Τα πρώιμα κλινικά συμπτώματα της άνοιας υποδηλώνουν μια υποφλοιική εγκεφαλική διεργασία ενώ στα τελευταία συμπτώματα επηρεάζονται τόσο οι υποφλοιικές όσο και οι φλοιικές δομές του εγκεφάλου.

Οι λειτουργίες που επηρεάζονται περισσότερο είναι: η λεκτική μνήμη, οι γλωσσικές και οι κινητικές λειτουργίες. Θα πρέπει να τονισθεί ότι τα κινητικά συμπτώματα της μόλυνσης από τον HIV μοιάζουν σε Παρκινσονικού τύπου συμπτώματα (δηλ. βραδυκίνησια, διαταραγμένη επιδεξιότητα στα χέρια κ.ά.).

Συχνά συμπτώματα της άνοιας είναι η απάθεια, η κοινωνική απόσυρση και η μείωση του αυθορμητισμού ενώ σε μια σημαντική μειονότητα ατόμων που έχουν προσβληθεί από τη νόσο, αυτή μπορεί να παρουσιασθεί άτυπα με τη μορφή συναισθηματικής διαταραχής, ψύχωσης ή επιληπτικών κρίσεων. (Στεφανής Κ., Σαλδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1992).

#### **4.3.5. Άνοια επί άλλων ειδικών νόσων που ταξινομούνται αλλού**

Εμφανίζεται με διπλάσια συχνότητα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Η συγκεκριμένη νόσος συνήθως εμφανίζεται ως συνέπεια ποικιλίας εγκεφαλικών και άλλων σωματικών καταστάσεων.

«Πρόκειται για άνοια ταχέως εξελισσόμενη, η οποία ακολουθείται από εξωπυραμιδική δυσλειτουργία και σε μερικές περιπτώσεις, από πλάγια μυατροφική σκλήρυνση» (Στεφανής Κ., Σαλδάτος Κ., Μαυρέας Β., σελ. 69, 1992).

#### **4.3.6. Άνοια Μη Καθοριζόμενη:**

Σε αυτήν την κατηγορία δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστεί ένας από τους ειδικούς τύπους άνοιας αλλά πρέπει να χρησιμοποιείται όταν πληρούνται τα γενικά κριτήρια για τη διάγνωση της άνοιας.

### **4.4 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ :**

Η συχνότητα εκδήλωσης της άνοιας εξαρτάται κυρίως από την ηλικία. Η άνοια χαρακτηρίζει κατεξοχήν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και συνεπάγεται την πρόκληση ποικίλων ιατροκοινωνικών προβλημάτων.

Επιδημιολογικές έρευνες αναφέρουν ότι για τα άτομα ηλικίας μικρότερης των 60 ετών δεν υπάρχουν αξιόπιστες εκτιμήσεις για την επικράτηση της νόσου. Σε άτομα άνω των 65 ετών η συχνότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 8-10 % και σε άτομα άνω των 75 ετών η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αυξάνει και κυμαίνεται σε ποσοστό 18-20%. Επίσης, πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών το ποσοστό συχνότητας εμφάνισης της νόσου φτάνει το 40%. ( Τσολάκη Μ, Κάζης Α., 2005 )

Στο σημείο αυτό, θα αναφέρουμε μια ενδεικτική μελέτη επί του επιπολασμού της άνοιας με χώρα διεξαγωγής την Ελλάδα το 1995, κατά την οποία το δείγμα πληθυσμού αποτελούσαν άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών. Ο Επιπολασμός της Άνοιας παρατηρήθηκε κατά ομάδες ηλικιών όπου σε άτομα ηλικίας 70 με 74 η συχνότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 0,5%, σε άτομα ηλικίας 75 με 79 συχνότητα κυμαίνεται σε ποσοστό



10,7%, σε άτομα ηλικίας 80 με 84 συχνότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 11,8%, σε άτομα ηλικίας 85 με 89 συχνότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 36,7% και τέλος σε άτομα ηλικίας 90 και άνω αντιστοιχεί το 57,1%. ( Τσολάκη Μ, Κάζης Α., 2005). Εδώ αξίζει να σημειώσουμε ότι η συχνότητα εκδήλωσης της άνοιας αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας.

Εκτός από την ηλικία, ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι μεταξύ των δύο φύλων η κατανομή της νόσου δεν είναι ισότιμη. Οι γυναίκες προσβάλλονται διπλάσια από ότι οι άντρες. Το φύλο φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο την ποσοτική αλλά και την ποιοτική έκφραση της νόσου. Οι γυναίκες επιπλέον παρουσιάζουν βαρύτερη πορεία της νόσου και οι νοητικές διαταραχές στις γυναίκες φθάνουν νωρίτερα από τους άντρες στο ανοϊκό στάδιο. Επίσης, ο τύπος με τον οποίο η νόσος εμφανίζεται στα δύο φύλα είναι διαφορετικός, για παράδειγμα ο γεροντικός τύπος είναι πολύ συχνότερος στις γυναίκες σε σχέση με τον προγεροντικό. Αυτός είναι ο λόγος που η αναλογία γυναικών: ανδρών πασχόντων από γεροντικό τύπο Alzheimer είναι σαφώς αυξημένος ενώ στον προγεροντικό τύπο η συχνότητα εξισώνεται μεταξύ των δύο φύλων. ( Αρναούτογλου Α., 1994 )

Μετά την Άνοια Τύπου Alzheimer, η άνοια Αγγειακής αιτιολογίας κατέχει τη δεύτερη κατά σειρά συχνότητας θέση, όμως ειδικά στην Ιαπωνία η Αγγειακή άνοια έχει διαπιστωθεί ότι είναι συχνότερη από την άνοια τύπου Alzheimer. (Heston L., White J., 1991)

Τέλος όσον αφορά τη σχέση της γεωγραφικής κατανομής και την συχνότητα της άνοιας σε ορισμένα μέρη της γης όπως είναι η Β. Ευρώπη παρουσιάζουν μια ιδιαίτερη νοσηρότητα σε σύγκριση με τον Κεντρικό – Νότιο ευρωπαϊκό χώρο. Το ίδιο ισχύει και στις Η.Π.Α όπου η νόσος είναι συχνότερη στις βόρειες σε σχέση με τις νότιες πολιτείες. (Cummings J, Benson F., 1992)

Σε ορισμένες περιοχές οι διαταραχές του λόγου είναι το πρώτο φαινόμενο που σημειώνεται και προηγείται κατά πολύ από τις διαταραχές της μνήμης( π.χ. Ιαπωνία ).Σε άλλες πάλι περιοχές ( Η.Π.Α.) προηγούνται οι διαταραχές της κριτικής ικανότητας για να ακολουθήσουν οι διαταραχές της μνήμης με αποτέλεσμα οι πάσχοντες να κάνουν σφάλματα στον τομέα της εργασίας τους. Στον Ελληνικό πληθυσμό είναι γενική διαπίστωση ότι οι μνημονικές διαταραχές είναι τα πρόδρομα σημεία και επακολουθούν οι διαταραχές λόγου, κριτικής ικανότητας κ.α. ( Αρναούτογλου Α., 1994 )

#### **4.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ**

Το αιτιολογικό υπόβαθρο της άνοιας χαρακτηρίζεται από πολυπαραγοντικότητα. Η εμφάνιση της άνοιας μοιάζει να είναι το αποτέλεσμα ενός συνόλου παραγόντων κινδύνου διαφορετικής φύσης.

##### **4.5.1. Παράγοντες κινδύνου**

Παρακάτω θα γίνει μια συνοπτική αναφορά στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου της άνοιας :

### **1. Γενετικοί παράγοντες :**

Οι γενετικοί παράγοντες εμφανίζονται, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στο 20 έως 50% των περιπτώσεων, κάτι που σημαίνει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου στους άμεσους απόγονους των ασθενών. Αναφέρεται ότι δυο τύποι γονιδίων παίζουν ρόλο στην άνοια, γονίδια σε μεταλλάξεις με τον αυτόσωμο επικρατικό τύπο και γονίδια που υποστηρίζεται ότι ενεργοποιούνται συγχρόνως με άλλους παράγοντες.

Πιο συγκεκριμένα ο κυριότερος γενετικός παράγοντας κινδύνου για την άνοια τύπου Alzheimer αποτελεί το αλληλόμορφο γονίδιο ε4 της APOE στο χρωμόσωμα 19. Το συγκεκριμένο γονίδιο σχετίζεται επίσης με την ήπια γνωστική διαταραχή και την κατάθλιψη. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

Εκτός από τους γενετικούς παράγοντες, πιθανόν ανοσιολογικοί παράγοντες να έχουν σχέση με την εκδήλωση της νόσου, δεδομένου ότι οι ασθενείς εμφανίζουν συνολική έκπτωση και ανώμαλη κατανομή των λεμφοκυττάρων της κυκλοφορίας καθώς και αυξημένη παραγωγή αυτόαντισωμάτων ιδιαίτερα εκείνων που στρέφονται ενάντια στο νευρικό σύστημα. (Rubinstein H., 2000)

### **2. Η ηλικία:**

Αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση της άνοιας. Από διάφορους ερευνητές έχουν μελετηθεί οι αλλαγές οι οποίες ακολουθούν το γήρας αλλά δεν έχουν βρεθεί ειδικά χαρακτηριστικά που να προκαλούν τη νόσο. Η απώλεια των νευρώνων σε σχέση με την ηλικία αποτελεί σημείο διαφωνιών διότι δεν είναι σαφές εάν οι νευρώνες καταστρέφονται ή εάν εμφανίζουν μειωμένο μέγεθος σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου. (Μεντενόπουλος Γ., 2000)

Θα πρέπει να τονιστεί ότι η αύξηση του μέσου όρου ζωής και η μείωση της θνησιμότητας δεν συνεπάγεται και μείωση της νοσηρότητας.

### **3. Το φύλο:**

Έχει υποστηριχθεί ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τη νόσο από τους άντρες (2:1 περίπου). Γι' αυτό, υποστηρίχθηκαν διάφορες απόψεις : μακροβιότητα των γυναικών, άγνωστοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, μη καθορισμένοι ορμονικοί παράγοντες, η εμμηνόπαυση, η παρουσία ενός ή περισσότερων προδιαθετικών γονιδίων στο χρωμόσωμα x και η μεγαλύτερη συχνότητα του αλληλίου ε4 στις γυναίκες. ( Μεντενόπουλος Γ., 2000)

### **4. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις - ψυχοσωματικοί παράγοντες:**

Διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι οι τραυματικές κακώσεις της κεφαλής αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου. Όμως, από μόνη της η κρανιοεγκεφαλική κάκωση δεν αποτελεί κύριο παράγοντα, εκτός εάν συνδυάζεται με την παρουσία του αλληλόμορφου γονιδίου ε4 της APOE.

Εκτός των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων ερευνητές υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για άνοια, καθώς και ότι

οι ήπιες γνωστικές διαταραχές αυξάνουν την πιθανότητα για εκδήλωση της άνοιας.

#### **5. Ο αγγειακός παράγων:**

Ο αγγειακός παράγων έχει συχνά ενοχοποιηθεί στη νόσο Alzheimer. Αναφέρεται ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τον κίνδυνο για άνοια. (Τσολάκη, Κάζης Α., 2005)

Πρέπει να τονιστεί ότι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο επιβαρύνει τις γνωστικές λειτουργίες κατά τα πρώτα στάδια της ΑΤΑ.

Ο σακχαρώδεις διαβήτης προσβάλλει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Μετά από την ηλικία των 20 ετών προσβάλλει το 5% του πληθυσμού και το 20% μετά τα 65. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση άνοιας είναι διπλάσιος σε διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη ή από του στόματος αγωγή.

Επίσης, ο ρόλος της αρτηριακής πίεσης έχει ενοχοποιηθεί. Θεωρείται ότι τα άτομα με υπέρταση σε νεότερη ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άνοια όταν γεράσουν. (Μεντενόπουλος Γ., 2000)

#### **6. Τοξικοί παράγοντες:**

Η τοξίκωση από αλουμίνιο θεωρήθηκε από τους σημαντικότερους εξωγενείς παράγοντες αιτιοπαθογένειας της νόσου. Πριν από πολλά χρόνια είχε διαπιστωθεί ότι το αλουμίνιο χορηγούμενο με την τροφή σε πειραματόζωα ή εφαρμοσμένο με την διαλυτή μορφή του στον εγκεφαλικό φλοιό προκαλούσε αλλοιώσεις στα νευρικά κύτταρα του τύπου Alzheimer.

Η τοξικότητα του αλουμινίου στον άνθρωπο προέρχεται κυρίως από αύξηση των φυσιολογικών επιπέδων αυτού στον οργανισμό, και αναστέλλει τη δράση διάφορων ενζύμων. ( Αρναούτογλου Α., 1994)

#### **7. Κοινωνικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες :**

Κοινωνικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες όπως η ένταση και η ποιότητα της εργασίας, οι κακές διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ, ερευνώνται προκειμένου να διευκρινισθεί η σχέση τους με την άνοια.

Το μορφωτικό επίπεδο και η εκπαίδευση είναι ένα πρόσθετο πεδίο ερευνών συσχέτισης με την εμφάνιση της νόσου. Είναι εμφανές ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με διάφορες επιπτώσεις όπως για παράδειγμα υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές, οι οποίες αποτελούν επιβάρυνση για την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου και αποτελούν ένα υπόστρωμα για την εκδήλωση της άνοιας. Όμως, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ως επιβαρυντικός παράγοντας για την εκδήλωση της νόσου θα πρέπει να διερευνηθεί εις βάθος καθώς η ΑΤΑ έχει προσβάλει προσωπικότητες υψηλού μορφωτικού διαμετρήματος. ( Μεντενόπουλος Γ., 2000)

### **4.5.2. Προφυλακτικοί παράγοντες**

Οι προφυλακτικοί παράγοντες οι οποίοι πιθανόν να επηρεάζουν την συχνότητα εκδήλωσης ή τον ρυθμό εξέλιξης της άνοιας είναι οι εξής:

#### **1. Διατροφή και εργασία:**

Η διατροφή πιθανόν να λειτουργεί προφυλακτικά ως προς την άνοια χωρίς ποσοτικές ακρότητες και με ισορροπία στην κατανάλωση θρεπτικών ουσιών.

« Η δημιουργική κάλυψη του ελεύθερου χρόνου, η εργασιακή απασχόληση και η συνεχής λήψη ερεθισμάτων συνεισφέρουν στην ψυχοσωματική εγρήγορση του ατόμου καθώς και στη διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών του σε επαρκές επίπεδο» (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005, σελ.33)

## **2. Κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα.**

Έχει αποδειχθεί ότι η καπνιστική συνήθεια επιφέρει διάφορες βλάβες στην υγεία ενός ατόμου. Πάρα ταύτα, έχει διαπιστωθεί ότι η συνεχής διέγερση στον εγκέφαλο των καπνιστών των νικοτινικών υποδοχέων, οδηγεί στην υπόθεση, ότι το κάπνισμα καθυστερεί την εμφάνιση της νόσου.

Μια αντίθετη άποψη αναφέρει ο Hofman (1997) ο οποίος υποστηρίζει ότι οι καπνιστές προσβάλλονται 2,5 φορές περισσότερο από τη νόσο Alzheimer ενώ όσοι διέκοψαν το κάπνισμα 2 φορές περισσότερο.

Η κατανάλωση αλκοόλ πιθανόν να συνεισφέρει στην προφύλαξη από την άνοια, ειδικότερα χωρίς όμως υπερβάσεις και συνδυαστικά με τη λήψη κανονικών γευμάτων.

## **3. Διάβασμα και σωματική άσκηση:**

Έχει αποδειχθεί επιστημονικά ότι η συμμετοχή σε διανοητικές δραστηριότητες (όπως το διάβασμα, η λύση σταυρόλεξων, η απομνημόνευση αριθμών κ.α.) οδηγούν σε βελτιωμένα επίπεδα διανοητικής λειτουργίας. Έτσι, η συμμετοχή σε διανοητικές δραστηριότητες θα μπορούσε να οδηγήσει τουλάχιστον σε σταθερή νοητική επίδοση με τη πάροδο του χρόνου ή θα μπορούσε ακόμη και να αντιστρέψει την έκπτωση που έρχεται με τη πάροδο της ηλικίας.

Σύμφωνα με αποτελέσματα πρόσφατης αμερικανικής έρευνας η τακτική άσκηση μειώνει σε ποσοστό 40% τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Οι σωματικές δραστηριότητες δεν αποτελούν παράγοντα κινδύνου για άνοια και διανοητική εξασθένηση, αντίθετα παρέχουν προστασία ως προς τη διανοητική έκπτωση με πάροδο του χρόνου. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

## **4. Οι ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες :**

Έχει υποστηριχθεί ότι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη συνδέονται με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer, χωρίς όμως αυτό να έχει επιβεβαιωθεί με μελέτες μακράς παρακολούθησης.

Επίσης η θεραπεία με οιστρογόνα κατά την κλιμακτηριακή περίοδο, είναι δυνατό να μειώνει τον κίνδυνο νόσου Alzheimer. Αυτό πιθανόν να οφείλεται και σε έναν άλλο λόγο, ότι τα οιστρογόνα μειώνουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων και οστεοπόρωσης, καταστάσεις που ως γνωστό επηρεάζουν την νόσο του Alzheimer.

Τα οιστρογόνα επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία ενεργοποιώντας μηχανισμούς αποκατάστασης των νευρώνων, οι οποίοι έχουν υποστεί βλάβες κατά την εξέλιξη της άνοιας και επιπλέον μειώνουν τη συσσώρευση αμυλοειδούς μεταξύ των νευρωνικών κυττάρων.

Επίσης ασκούν αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις δράσεις. Με τον τρόπο αυτό υποστηρίζεται η νευρωνική επανόρθωση και πιθανόν να συντελείται επιβράδυνση της νόσου. ( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005, Μεντενόπουλος Γ.,2000)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Η εξέταση για τη διάγνωση της άνοιας θα πρέπει να βασίζεται στην:

α) Προσεκτική διευκρίνιση του ιστορικού: Πορεία της νόσου (όπου θα εξετάζεται η βαθμιαία ή ταχεία εγκατάστασή της, ο βαθμός της λειτουργικής έκπτωσης κ.α.), συνοδά ψυχιατρικά συμπτώματα ( κατάθλιψη, εναλλαγές συναισθημάτων, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις), χρήση ουσιών και φαρμάκων, άλλο ιατρικό, νευρολογικό ή ψυχιατρικό ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό ( άλλοι συγγενείς με άνοια, ιστορικό κατάθλιψης), υποστηρικτικά συστήματα για τη φροντίδα του ασθενή.

β) Προσεκτική εξέταση των ψυχικών λειτουργιών: Ιδιαίτερα του προσανατολισμού, της μνήμης ( άμεσης, πρόσφατης και απώτερης), της συγκέντρωσης και της προσοχής, της κρίσης, του λόγου, της αφαιρετικής και της αριθμητικής ικανότητας.

γ) Προσεκτική φυσική (σωματική) εξέταση: Κυρίως των εστιακών νευρολογικών σημείων (διαταραχές της βάδισης κ.τ.λ.) και των παθολογικών αντανακλαστικών του μετωπιαίου λοβού.

δ) Εργαστηριακές εξετάσεις: Περιλαμβάνουν κυρίως εξετάσεις αίματος, ακτινογραφία θώρακος, ανάλυση ούρων, εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, προσδιορισμό βιταμίνης Β12, εξετάσεις λειτουργίας του θυρεοειδούς, υδροκέφαλο ή εγκεφαλική βλάβη, αξονική ή μαγνητική τομογραφία (που μπορεί να δείξει ατροφία του εγκεφάλου, εγκεφαλικές βλάβες, όγκους, αιμορραγία κ.τ.λ.), παρακέντηση νωτιαίου μυελού κ.α.

( Μάνος Ν., 1997)

Επίσης, η ψυχομετρική ή νευροψυχολογική εκτίμηση είναι πολύ σημαντική για την πρώιμη διάγνωση. Προς το παρόν παραμένει η μέθοδος που δίνει τις περισσότερες πληροφορίες για το είδος και την ποσότητα της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών και των διαταραχών συμπεριφοράς σε κάθε σημείο του κόσμου είτε υπάρχουν μέσα υψηλής τεχνολογίας ή όχι. Παρακάτω αναφέρονται συνοπτικά ορισμένα συμπτώματα που μπορούν να βοηθήσουν τον κλινικό στην πρώιμη διάγνωση:

1. **Μνήμη**. Η επεισοδιακή μνήμη, δηλαδή η μνήμη προσωπικών πληροφοριών που έχουν αποκτηθεί σε ένα συγκεκριμένο χωρο-χρονικό περιβάλλον, είναι η πρώτη που διαταράσσεται στα πρώτα στάδια της ΝΑ. Η αμνησία ή η απώλεια της μνήμης είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα και ένα από τα πλέον πρώιμα συμπτώματα. Η αμνησία ισχύει κυρίως για τα

πρόσφατα γεγονότα ενώ αρχικά οι παλιές μνήμες διατηρούνται. Τα πρώτα συμπτώματα της διαταραχής της μνήμης είναι αυτά που συναντώνται σε φυσιολογικά ηλικιωμένα άτομα και αναγνωρίζονται συνήθως εκ των υστέρων, όπως η αμνησία ονομάτων από άτομα που πρόσφατα τους συστήθηκαν, η απώλεια ραντεβού κ.α. Όταν η ΝΑ προχωρήσει, οι ασθενείς ξεχνούν πρόσωπα, πρόσφατα γεγονότα, είναι ανίκανοι να θυμηθούν ραντεβού. Στα μεσαία και τα τελευταία στάδια, οι ασθενείς ζουν στο παρελθόν και σχεδόν δεν αναγνωρίζουν τα πρόσωπα της οικογένειας.

2. **Εκτελεστικές λειτουργίες**, ιδίως εκείνες στις οποίες το άτομο πρέπει να χρησιμοποιεί συγχρόνως διαφορετικές πληροφορίες.

3. **Λόγος**. Τα πρώτα σημεία είναι η περιστασιακή δυσκολία στην ανεύρεση λέξεων, η δυσκολία στην άρθρωση και η ελαττωμένη ευφράδεια. Αργότερα παρατηρείται δυσκολία στην ανεύρεση λέξεων σε κανονική συζήτηση, αυξάνεται ο αριθμός των επαναλήψεων, υπάρχει δυσκολία στη συμμετοχή σύνθετων συζητήσεων και γίνεται μεγαλύτερη η δυσκολία στην κατανόηση του λόγου. Στα τελευταία στάδια παρατηρείται ασυνάρτητος και ασυνεχής λόγος, πλήρης απώλεια του ειρμού του λόγου κ.α.

4. **Διαταραχές της ευπραξίας**. Οι δυσκολίες σε σύνθετες πράξεις χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με ΝΑ. Δυσκολίες στην προετοιμασία του φαγητού, στο ντύσιμο, στην ατομική υγιεινή και σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες πρέπει να εκτιμώνται προσεκτικά με άμεση παρακολούθηση αλλά και από πληροφορίες από τους φροντιστές.

5. **Άλλες σύνθετες διαταραχές**, όπως η ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς αντικείμενα (αγνωσία) και πρόσωπα (προσωποαγνωσία), ο προσανατολισμός αρχικά σε άγνωστες περιοχές και έπειτα ακόμη και μέσα στο σπίτι και η οδήγηση.

6. **Διαταραχές της συμπεριφοράς**. Παρατηρούνται συχνά σε ασθενείς με ΝΑ. Αρχικά παρατηρείται συχνά παθητική, διεγερτική και εγωκεντρική συμπεριφορά που δεν σχετίζεται με τη βαρύτητα της νόσου. Στη συνέχεια, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις είναι επίσης συχνές.

7. **Διαταραχές του συναισθήματος**, που εκφράζονται συνηθέστερα με κοινωνική απόσυρση, φόβο, απάθεια, υπομimία ( αδυναμία να μιμηθεί κανείς κινήσεις και να εκφραστεί με το πρόσωπο), ελάττωση της ομιλίας κ.τ.λ. ( Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999)

Η Εταιρεία για τη Ν.Α. των Η.Π.Α. συνέταξε έναν κατάλογο προειδοποιητικών σημείων που αποτελούν ουσιαστικά τη σύνοψη όσων αναφέρθηκαν παραπάνω και που μάλλον αποτελούν τα πρώτα συμπτώματα της νόσου και άλλων συναφών διαταραχών που προκαλούν άνοια και είναι:

1. Η απώλεια μνήμης που επηρεάζει τις ικανότητες στη δουλειά.
2. Η δυσκολία στην πραγματοποίηση γνωστών εργασιών.
3. Προβλήματα στο λόγο.
4. Αποπροσανατολισμός κυρίως στο χρόνο αλλά και στον τόπο.
5. Ανεπαρκής ή μειωμένη κρίση.
6. Προβλήματα με την αφηρημένη σκέψη.
7. Τοποθέτηση των αντικειμένων σε λάθος θέση.

8. Μεταβολές στη διάθεση ή τη συμπεριφορά.
9. Μεταβολές στην προσωπικότητα.
10. Απώλεια της πρωτοβουλίας.

( Κωσαρίδου Α., 1999)

Παρακάτω παρατίθενται συνοπτικά και κάποια επιπρόσθετα συμπτώματα της άνοιας, που είναι επίμονα και εμφανίζουν σταδιακή επιδείνωση, όπως:

- **Απώλεια μνήμης:** Ο ασθενής ξχνά συχνά και μόνιμα πληροφορίες, ημερομηνίες, γεγονότα και συζητήσεις, ακόμη κι αυτές που έγιναν πρόσφατα.
- **Σύγχυση:** Αδυνατεί να εκτελέσει απλές καθημερινές ασχολίες.
- **Γλωσσική δυσχέρεια:** Ξεχνάει λέξεις, τις χρησιμοποιεί λάθος, τις εξηγεί περιφραστικά ή λέει ασυναρτησίες.
- **Αποπροσανατολισμός:** Χάνεται ή χάνει τον προσανατολισμό του ακόμη και στα πιο οικεία μέρη.
- **Αδιαφορία για την προσωπική υγιεινή και περιποίηση:** Παραμελεί την προσωπική του υγιεινή, κυκλοφορεί ατημέλητος, ακατάλληλα ντυμένος ή και βρώμικος.
- **Κακή κρίση:** Λαμβάνει επισφαλείς ή ασυνήθιστες αποφάσεις.
- **Κυκλοθυμία:** Ο ασθενής εκνευρίζεται, θυμώνει ή αναστατώνεται με το παραμικρό, ιδίως όταν συνειδητοποιεί την απώλεια της μνήμης του. είναι πιθανό να διανύει και περιόδους αδικαιολόγητης ευφορίας.
- **Αλλαγές της προσωπικότητας:** Δείχνει σαν να μην είναι πια ο εαυτός του. Είναι πιθανό να γίνει περιέργα επιθετικός ή ορισμένα άσχημα στοιχεία του χαρακτήρα του να ενισχυθούν. Καθώς εξελίσσεται η νόσος, η κοινωνική απομόνωση, το άγχος ή η κατάθλιψη είναι πιθανό να εμφανιστούν.
- **Δυσκολίες στους υπολογισμούς**
- **Επανάληψη:** Ο ασθενής ρωτά, λέει ή κάνει τα ίδια πράγματα. ( Καλαϊτζή Β., 2005)

### 5.1. Τα διαγνωστικά κριτήρια της Άνοιας Τύπου Alzheimer κατά το ICD-10 και DSM-IV είναι:

- A. Παρουσία άνοιας, όπως περιγράφηκε παραπάνω.
- B. Ύπουλη έναρξη με βραδεία επιδείνωση.
- Γ. Εμφάνιση πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων που εκδηλώνονται με δύο από τα παρακάτω:
  1. Διαταραχή της μνήμης ( δυσκολία στην ικανότητα εκμάθησης νέων πληροφοριών ή αδυναμία ανάκλησης νέων πληροφοριών)
  2. Ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:
    - α.**Αφασία** : διαταραχή του λόγου.
    - β.**Απραξία** : έκπτωση στην ικανότητα να πραγματοποιεί ο ασθενής κινητικές δραστηριότητες παρά την άθικτη κινητική λειτουργία.
    - γ.**Αγνωσία** : αδυναμία να αναγνωρίζει και να προσδιορίζει αντικείμενα ή άτομα παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία.

**δ. Διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας** : διαταραχή στην ικανότητα να μπορεί να κάνει σχέδια, να λειτουργεί αφαιρετικά, να οργανώνει κ.α.

Δ. Τα γνωστικά ελλείμματα στα κριτήρια Γ1 και Γ2 προκαλούν σημαντική διαταραχή στις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και αντιπροσωπεύουν σημαντική έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργίας.

Ε. Απουσία κλινικών ενδεικτικών στοιχείων ή ευρημάτων από ειδικές εξετάσεις που να υποδουλώνουν ότι η ψυχική κατάσταση του ασθενούς οφείλεται σε άλλη συστηματική ή εγκεφαλική νόσο, η οποία μπορεί να προκαλέσει άνοια (π.χ. υποθυρεοειδισμό, έλλειψη βιταμίνης Β12, υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα).

ΣΤ. Απουσία αιφνίδιας «αποπληκτικής» έναρξης ή νευρολογικών σημείων εστιακής βλάβης, όπως ημιπάρεσης, απώλειας αισθητικότητας, ελλειμμάτων των οπτικών πεδίων και ασυνέργειας, εμφανιζομένων στην αρχή της νόσου (παρόλο που αυτά τα φαινόμενα μπορούν να επιπροσθεθούν αργότερα)

(Μάνος Ν., 1997, Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1992)

Τα πλέον παλιά κριτήρια που ισχύουν ακόμη και σήμερα είναι αυτά που θέσπισε το Εθνικό Ινστιτούτο Νευρολογικών Διαταραχών, Διαταραχών Επικοινωνίας και Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, NINCDS) και ο Σύλλογος της Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών (Alzheimer's Disease and Related Disorders Association, ADRDA). Εκτός από τα κριτήρια που προαναφέρθηκαν, η συγκεκριμένη ομάδα εργασίας **NINCDS – ADRDA**, αναφέρει επιπρόσθετα ότι οι ηλικίες πιθανής έναρξης της ΝΑ είναι από 40-90 ετών με πιο συχνή έναρξη μετά τα 65 χρόνια και ότι η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού παρόμοιας διαταραχής ενισχύει τη διάγνωση της ενδεχόμενης νόσου ΝΑ. Τέλος αναφέρεται ότι άλλα κλινικά χαρακτηριστικά που ενισχύουν τη διάγνωση της ενδεχόμενης νόσου Alzheimer, ιδίως ύστερα από τον αποκλεισμό άλλων αιτιών άνοιας είναι:

- Στασιμότητα στην πορεία της νόσου.
  - Συνυπάρχουσα κατάθλιψη, αϋπνία, εκρήξεις οργής, σεξουαλικές διαταραχές, απώλεια βάρους.
  - Άλλες νευρολογικές ανωμαλίες, ιδίως σε προχωρημένη μορφή της νόσου, όπως αυξημένος μυϊκός τόνος, διαταραχές στη βάδιση.
  - Επιληπτικές κρίσεις σε προχωρημένα στάδια της νόσου.
  - Φυσιολογική αξονική τομογραφία σε σχέση με την ηλικία.
- (Κωσταρίδου Α., 1999)

Άνοια επί νόσου του Alzheimer, με πρόωμη έναρξη. Εμφανίζεται πριν την ηλικία των 65 ετών. Επέρχεται σχετικώς ταχεία επιδείνωση με έντονες πολλαπλές διαταραχές των ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών. Συμπτώματα όπως αφασία, αγραφία, αλεξία, και απραξία παρατηρούνται συνήθως σχετικά νωρίς στην πορεία της νόσου. Για τη διάγνωση σημαντικοί παράγοντες είναι η ηλικία έναρξης πριν τα 65 έτη και η



ταχεία εξέλιξη των συμπτωμάτων. Στη διάγνωση συμβάλλει επίσης και το οικογενειακό ιστορικό της νόσου Alzheimer, χωρίς όμως να αποτελεί αναγκαίο παράγοντα.

Άνοια επί νόσου του Alzheimer, με όψιμη έναρξη. Η έναρξη της νόσου συμβαίνει μετά την ηλικία των 65 ετών και ιδίως στα τέλη της ηλικιακής δεκαετίας των 70 ή και αργότερα με κύριο χαρακτηριστικό τη βραδεία εξέλιξη και τις διαταραχές της μνήμης. (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1992)

### **5.2 Διαγνωστικά κριτήρια της Αγγειακής Άνοις κατά το ICD-10 και DSM-IV:**

A. Εμφάνιση έκπτωσης πολλών γνωστικών λειτουργιών που εκδηλώνονται και με τα δύο από τα παρακάτω:

1. Διαταραχές μνήμης (αδυναμία μάθησης νέων πληροφοριών και ανάκλησης πρόσφατων πληροφοριών).

2. Μία ή περισσότερες από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές:

α) Αφασία ( διαταραχές του λόγου).

β) Απραξία ( αδυναμία κινητικών δραστηριοτήτων παρά το ακέραιο της κινητικής λειτουργίας).

γ) Αγνοσία ( αδυναμία αναγνώρισης ή ταυτοποίησης αντικειμένων παρά το ακέραιο της αισθητικής λειτουργίας).

δ) Αδυναμία στην εκτελεστική λειτουργία ( π.χ. προγραμματισμός, οργάνωση, τάξη, αφαιρετική ικανότητα).

B. Τα γνωστικά ελλείμματα στα κριτήρια A1 και A2 προκαλούν σημαντική διαταραχή στις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες και αντιπροσωπεύουν σημαντική έκπτωση από την προηγούμενη λειτουργική κατάσταση.

Γ. Η ύπαρξη εστιακών νευρολογικών συμπτωμάτων και σημείων (π.χ. διαταραχές βάδισης, αδυναμία κάποιου άκρου ή εργαστηριακά ευρήματα που επιβεβαιώνουν αγγειοπάθεια του εγκεφάλου) και η αιφνίδια έναρξη ή προοδευτική επιδείνωση της νόσου αυξάνουν την πιθανότητα διάγνωσης.

Δ. Τα παραπάνω ευρήματα δεν πρέπει να παρατηρούνται κατά την πορεία ενός παραληρήματος.

E. Η εναισθησία και η κρίση μπορεί να διατηρούνται σε σχετικά καλό επίπεδο, όπως και η προσωπικότητα, η οποία μπορεί να έχει σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανείς μεταβολές με απάθεια, έλλειψη αναστολών ή εγωκεντρικότητα και ευερεθιστότητα.

Συνοδά χαρακτηριστικά επίσης είναι : η υπέρταση, η συναισθηματική αστάθεια με παροδικό καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάματα ή εκρηκτικοί γέλωτες και παροδικά επεισόδια θόλωσης της συνείδησης ή delirium, τα οποία συχνά προκαλούνται από νέο έμφρακτο. (Κώστα-Τσολάκη, 1997, Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1992)

### **5.3. Διαγνωστικά κριτήρια για την Άνοια με σωματία Lewy κατά το DSM-IV:**

#### A. Πυρηνικά χαρακτηριστικά

1. Προϊούσα έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών που διαταράσσει την κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

α. Προσοχή

β. Μετωπιαίες λειτουργίες

γ. Οπτικοχωρική ικανότητα

2. Δύο από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

α. Διακυμάνσεις των γνωστικών λειτουργιών και ιδίως της προσοχής και της εγρήγορσης.

β. Υποτροπιάζουσες οπτικές ψευδαισθήσεις, λεπτομερείς και καλοσχηματισμένες.

γ. Πρωτοπαθής παρκινσονισμός

B. Ενισχυτικά χαρακτηριστικά της διάγνωσης :

– Επαναλαμβανόμενες πτώσεις

– Συγκοπή

– Παροδική απώλεια συνείδησης

– Ευαισθησία στα νευροληπτικά

– Συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες

– Ψευδαισθήσεις άλλου είδους.

Γ. Η διάγνωση του συγκεκριμένου τύπου άνοιας είναι πιο πιθανή όταν υπάρχουν αγγειακή νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος ή παρουσία άλλης σωματικής νόσου ή εγκεφαλικής διαταραχής. ( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

#### **5.4. Κύρια χαρακτηριστικά για τη διάγνωση της άνοιας επί νόσου του Pick κατά το ICD-10:**

α) Προοδευτική άνοια.

β) Επικράτηση συμπτωμάτων χαρακτηριστικών προσβολής του μετωπιαίου λοβού με ευφορία, συναισθηματική άμβλυση, τραχύτητα της κοινωνικής συμπεριφοράς, έλλειψη αναστολών και απάθεια ή ανησυχία.

γ) Διαταραχές συμπεριφοράς που συνήθως προηγούνται της γνήσιας διαταραχής της μνήμης. (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β.,1992)

#### **5.5. Χαρακτηριστικά για τη διάγνωση της άνοιας επί νόσου των Creutzfeldt- Jakob κατά το ICD-10:**

✓ Ταχεία εξέλιξη σε διάστημα μηνών έως 1-2 έτη.

✓ Συνοδεία ή ακολουθία πολλαπλών νευρολογικών συμπτωμάτων.

✓ Συνήθης προοδευτική σπαστική παράλυση των κάτω άκρων που συνοδεύεται από εξωπυραμιδικά σημεία με τρόμο και δυσκαμψία.

✓ Άλλες μορφές μπορεί να περιλαμβάνουν αταξία, ελάττωση της όρασης και ατροφία του τύπου του ανώτερου κινητικού νευρώνα.

Τα 3 κύρια χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν έντονα τη νόσο είναι:

– ταχέως εξελισσόμενη, ισοπεδωτική άνοια.

– πυραμιδική και εξωπυραμιδική διαταραχή με μυόκλονο.

χαρακτηριστικό (τριφασικό) ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1992)

#### **5.6. Χαρακτηριστικά για τη διάγνωση της άνοιας επί νόσου του Huntington κατά το ICD-10:**

- ✓ Η συνύπαρξη χορειακών κινήσεων, άνοιας και οικογενειακού ιστορικού θεωρούνται τα βασικότερα κριτήρια για τη διάγνωση.
  - ✓ Ακούσιες χορειακές κινήσεις στο πρόσωπο, στα χέρια, στους ώμους αλλά και στο βάδισμα αποτελούν συνήθως τις πρώιμες εκδηλώσεις.
  - ✓ Ως πρώιμα συμπτώματα παρατηρούνται επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις κατάθλιψη, άγχος ή γνήσια παρανοειδής διαταραχή που συνοδεύονται από μεταβολή της προσωπικότητας.
  - ✓ Στα αρχικά στάδια η μνήμη διατηρείται σε σχετικά καλά επίπεδα για καιρό
- Η εξέλιξή της είναι βραδεία και οδηγεί στο θάνατο συνήθως σε 10-15 έτη. (Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β., 1992)

**5.7. Η Άνοια επί νόσου του Parkinson** είναι η άνοια που αναπτύσσεται στην πορεία εγκατεστημένης νόσου του Parkinson, ιδιαίτερα στη βαριά μορφή της. Είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί κυρίως για 3 λόγους: 1) Είναι δύσκολο να υποβληθούν σε εξετάσεις οι συγκεκριμένοι ασθενείς λόγω της διαταραχής της κινητικότητας, 2) Λόγω της συνύπαρξης νόσου Alzheimer και νόσου του Parkinson, 3) Η νόσος του Parkinson προκαλεί υποφλοιώδη κυρίως άνοια. ( Κώστα-Τσολάκη, 1997)

**5.8. Η Άνοια που οφείλεται στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV)** είναι γνωστή και ως σύμπλεγμα AIDS - άνοιας ( AIDS - dementia complex). Τα πρώτα συμπτώματά της είναι:

- Βραδύτητα στη σκέψη και έκφραση
- Δυσκολία στη συγκέντρωση
- Διαταραχές της μνήμης με διατήρηση της οξύνοιας στην αρχή, στη συνέχεια όμως αδυναμία επίλυσης προβλημάτων και ορισμένα συμπτώματα κατάθλιψης.
- Επιβραδυμένες κινήσεις
- Εμφανής αταξία και αδυναμία
- Διαταραχές συμπεριφοράς, όπως κοινωνική απόσυρση και απάθεια, συνοδεύονται συνήθως από παραλήρημα, παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις. ( Κώστα - Τσολάκη, 1997)

Η κατηγορία της **Μη Καθοριζόμενης Άνοιας** θα πρέπει να χρησιμοποιείται όταν πληρούνται τα γενικά κριτήρια για τη διάγνωση της άνοιας, αλλά δεν είναι δυνατόν να προσδιορισθεί ένας από τους ειδικούς τύπους της.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Διαφορική διάγνωση / Συνύπαρξη της άνοιας με άλλες διαταραχές.**

### **6.1. Διαφορική διάγνωση μεταξύ γήρατος και ΝΑ.**

« Η Άνοια και τα γηρατειά δεν είναι συνώνυμα. Δεν έχει καμία σχέση η πιθανή μικρή έκπτωση -της ταχύτητας κυρίως- των γνωστικών λειτουργιών του φυσιολογικού ηλικιωμένου ατόμου με την παθολογική κατάσταση που λέγεται Άνοια». ( Μάνος Ν., 1997, σελ. 486)

Οι διαφορές στις μεταβολές που παρατηρούνται στο γήρας και στη ΝΑ είναι μάλλον ποσοτικές παρά ποιοτικές. Η δυσκολία στη διαφορική διάγνωση εντοπίζεται κυρίως στα πρώτα στάδια της γεροντικής άνοιας. Αυτό όμως που κυρίως ξεχωρίζει το γήρας από τη ΝΑ είναι ότι στη ΝΑ οι μεταβολές αναπτύσσονται ταχύτατα. Οι διαταραχές μνήμης για τις οποίες παραπονιούνται πολλοί ηλικιωμένοι δεν αρκούν για να τεθεί η διάγνωση της άνοιας. Αναφέρονται διάφορα κλινικά κριτήρια, τα οποία θέτουν κλινικά τις διαταραχές μνήμης που σχετίζονται με την ηλικία και άλλα κλινικά κριτήρια τα οποία βοηθούν στη διάγνωση των ασθενών με άνοια διαφόρων τύπων.

Παρακάτω παρατίθενται οι διαφοροποιήσεις στις κυριότερες νευροψυχολογικές διαταραχές που παρατηρούνται στο γήρας και στη ΝΑ:

#### Στο γήρας:

- α) Έκπτωση της μνήμης ( προοδευτική έκπτωση της μνήμης που εμφανίζεται ως δυσχέρεια στην ανάκληση σχετικά ασήμαντων και απρόσωπων στοιχείων ενός πρόσφατου γεγονότος, ενώ το άτομο μπορεί εύκολα να θυμηθεί το ίδιο το γεγονός – «καλοήθης γεροντική αμνησία» )
- β) Διαταραχή στην ταχύτητα της κατασκευαστικής ικανότητας (επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης ή της ταχύτητας εκτέλεσης ενός έργου)
- γ) Προοδευτική επιδείνωση στο ρυθμό επίλυσης προβλημάτων ( αντιγραφής, πρόσθεσης ή υποκατάστασης αριθμών κ.α.)
- δ) Εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης ( αίσθημα αυτοκαταφρόνησης και εσωτερικού κενού)
- ε) Εμφάνιση διαφόρων αγχωδών ή και ψυχωσικών συνδρόμων ( κυρίως παρανοϊκού τύπου)

#### Στην ΝΑ:

- α) Προϊούσα εγκατάσταση των διαταραχών μνήμης. Στα πρώτα στάδια της νόσου μοιάζουν με αυτές του γήρατος, με την πρόοδο όμως της

νόσου, η μνημονική διαταραχή επιτείνεται και περιλαμβάνει και τη δυσχέρεια ανάκλησης του ίδιου του γεγονότος στην αρχή καθώς και παλαιών γεγονότων στη συνέχεια.

β) Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών

γ) Διαταραχές του θυμικού ( συνήθως με τη μορφή της κατάθλιψης)

δ) Εστιακές νευρολογικές διαταραχές ( αφασία, απραξία, αγνωσία κ.α.)

ε) Εμφάνιση εξωπυραμιδικών σημείων ( υποκινησία, δυσκαμψία κ.α)

( 21<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 1995)

## **6.2. Διαφορική διάγνωση μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας.**

Κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια κατά το **DSM-IV**:

1. Θα πρέπει να πληρούνται τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΑΤΑ.

2. Παρουσία 3 ή περισσότερων συμπτωμάτων : καταθλιπτική διάθεση, μειωμένη ευχαρίστηση από καθημερινές δραστηριότητες και κοινωνικές συναστροφές, κοινωνική απόσυρση, ευερεθιστότητα, κόπωση, διαταραχές της όρεξης, αλλαγές στην ψυχοκινητικότητα, μη ρεαλιστικές ενοχές, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός και σχεδιασμός.

3. Τα κριτήρια δεν προϋποθέτουν την παρουσία κατάθλιψης κάθε μέρα ( όπως ισχύει στο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο) αλλά την παρουσία της στο διάστημα των 2 τελευταίων εβδομάδων. ( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

Η κατάθλιψη είναι το συχνότερο ψυχιατρικό νόσημα, το οποίο εμφανίζεται με την εικόνα της άνοιας. Πιο συγκεκριμένα, στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι πιθανό να εμφανίζονται πρόδρομα διαταραχές γνωστικών λειτουργιών, οι οποίες να «μιμούνται» μια άνοια που παλιότερα ονομάστηκε καταθλιπτική ψευδοάνοια. Η εντόπιση της ψευδοάνοιας είναι πολύ σημαντική για τη σωστή αντιμετώπιση του ανοϊκού συνδρόμου.

«Πολλά ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα άνοιας που να οφείλονται όμως στην κατάθλιψη, να έχουν δηλαδή ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Την εικόνα αυτή την ονομάζουμε «ψευδοάνοια» ή «το ανοϊκό σύνδρομο της κατάθλιψης». ( Μάνος Ν., 1997)

«Οι ασθενείς με ψευδοάνοια εμφανίζουν απότομη έναρξη του ανοϊκόμορφου συνδρόμου τους, γρήγορη εξέλιξη των συμπτωμάτων και ψυχιατρικό ιστορικό θετικό για κατάθλιψη».( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005, σελ.175)

Προκαλεί ίσως απορία το γεγονός ότι μια διαταραχή του συναισθήματος, όπως είναι η κατάθλιψη, μπορεί να συγχέεται με μια διαταραχή στη νοητική σφαίρα, όπως είναι η άνοια. Η αλληλοσύνδεση κατάθλιψης και άνοιας έχει επισημανθεί από παλιά: α) Καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφανίζεται σε ένα υψηλό ποσοστό ασθενών που πάσχουν από άνοια. β) Ορισμένοι ηλικιωμένοι που παρουσιάζουν ανοϊκή συμπτωματολογία και τίθεται συχνά σε αυτούς η διάγνωση της άνοιας, στην πραγματικότητα πάσχουν από κατάθλιψη (καταθλιπτική ψευδοάνοια). γ) Σε πολλές έρευνες έχει επισημανθεί το γεγονός ότι η κατάθλιψη που εμφανίζεται στην τρίτη ηλικία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση μη αναστρέψιμης άνοιας. (Ελληνική Εταιρεία ΝΑ και Συναφών Διαταραχών, 2002)

Μεγάλο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα αποτελεί για τους γιατρούς που ασχολούνται με τους ηλικιωμένους η διάκριση της άνοιας από την κατάθλιψη. Η διάκριση αυτή είναι πολύ χρήσιμο να γίνει σωστά καθώς η άνοια ως επί το πλείστον είναι ακόμη αθεράπευτη ενώ η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά και είναι η συχνότερη αιτία θεραπεύσιμης άνοιας. Η αντικαταθλιπτική θεραπεία είναι απαραίτητη. Δεν θα βελτιώσει βεβαίως τη νοητική έκπτωση αλλά θα απαλείψει την αδράνεια, την παθητικότητα, το άγχος κ.λ.π.

Κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης με την άνοια είναι :

- 1) Παράπονα για νοητικές διαταραχές
- 2) Απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες
- 3) Ελάττωση του ενδιαφέροντος
- 4) Διαταραχές του ύπνου και του φαγητού
- 5) Ανησυχία
- 6) Ψυχοκινητική επιβράδυνση
- 7) Αδυναμία συγκέντρωσης.

Τα διαφορικά συμπτώματα υπέρ της κατάθλιψης είναι :

- 1) Μικρότερη διάρκεια των συμπτωμάτων.
- 2) Παράπονα για νοητική έκπτωση ( απαντούν συνήθως σε ερωτήσεις με το «δεν ξέρω»). Η πρόσφατη και η παλιά μνήμη προσβάλλονται ομοιόμορφα.
- 3) Αδυναμία συγκέντρωσης. Διαταραχή της προσοχής στις ψυχομετρικές δοκιμασίες.
- 4) Πρώιμα σωματικά ενοχλήματα.

Τα διαφορικά συμπτώματα υπέρ της άνοιας είναι :

- 1) Διαταραχές του προσανατολισμού ( απαντούν σε ερωτήσεις με το «το ήξερα, το έλεγα» ή ζητούν βοήθεια από άλλους).
- 2) Σωματικά ενοχλήματα δεν παρατηρούνται στην άνοια.
- 3) Προσβάλλεται αρχικά η πρόσφατη κυρίως μνήμη. ( Κωσταρίδου Α., 1999)

### **6.3. Διαφορική διάγνωση παραληρήματος και άνοιας.**

Μια άλλη σημαντική διαταραχή που μπορεί να εκληφθεί ως γεροντική άνοια είναι το παραλήρημα. Η κλινική εικόνα του παραληρήματος μπορεί να διακριθεί από τη γεροντική άνοια σύμφωνα με τα παρακάτω σημεία:

- Το παραλήρημα είναι μια κατάσταση που εγκαθιδρύεται μέσα σε διάστημα ωρών ή ημερών και δεν ακολουθεί μια αργή, εξελικτική και χρόνια πορεία όπως στην άνοια.
- Στο παραλήρημα υπάρχει θόλωση της συνείδησης ενώ στην άνοια η συνείδηση είναι φυσιολογική.
- Οι ασθενείς που παραληρούν χαρακτηρίζονται είτε από πολύ χαμηλές μνημονικές και διανοητικές ικανότητες ή αντίθετα είναι εξαιρετικά φλύαροι και υπερκινητικοί.

- Πάσχουν από φαντασιώσεις ( οι αντιλήψεις τους για το γύρω κόσμο είναι διασπασμένες. Οι φαντασιώσεις αντίθετα είναι πολύ σπάνιες στους ασθενείς με άνοια.
- Οι ασθενείς με παραλήρημα μπορεί να περνούν χρονικές περιόδους όπου είναι αποπροσανατολισμένοι, με φωτεινά διαλείμματα όπου δεν εμφανίζουν κανένα απολύτως παθολογικό σύμπτωμα. Τα συμπτώματα δηλαδή παρουσιάζουν διακυμάνσεις ενώ στην άνοια είναι σταθερά. ( Αβεντισιάν- Παγοροπούλου Α., 1993)

#### **6.4. Διαφορική διάγνωση μεταξύ νόσου Alzheimer και νόσου του Pick**

	Pick	Alzheimer
Μεταβολές προσωπικότητας	Στο πρώτο στάδιο	Στο τελευταίο στάδιο
Διαταραχές στις καθημερινές δραστηριότητες	Στο πρώτο στάδιο πριν τις νοητικές διαταραχές	Στο τελευταίο στάδιο μετά τις νοητικές διαταραχές
Διαταραχές μνήμης	Σε προχωρημένο στάδιο	Συνήθως πρώτο σύμπτωμα
Διαταραχές του λόγου	Στο πρώτο στάδιο	Στο τελευταίο στάδιο
Έλλειψη αναστολών	Στο πρώτο στάδιο	Στο τελευταίο στάδιο
Στερεοτυπίες	Στο πρώτο στάδιο	Στη μέση ή στο τέλος
Μη παρανοϊκές ψευδαισθήσεις/ παραισθήσεις	Ποτέ/ Σπάνιες	Συχνές
Απραξία, αγνωσία, αλεξία	Στο τελευταίο στάδιο	Στο πρώτο στάδιο σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό
Κατάχρηση αλκοόλης	Συνήθως	Σπάνια
Υπερσεξουαλικότητα	Συνήθως	Σπάνια
Εγκληματική συμπεριφορά	Συνήθως	Σπάνια
Οπτικοχωρικές διαταραχές	Σπάνια	Συχνά
Συγκινησιακές αλλαγές	Σπάνια	Συχνά στο πρώτο στάδιο
Μωρία	Συχνά	Σπάνια
Συνήθης ηλικία έναρξης	Μέσος όρος: 50-80 ετών	Αυξάνεται στην ηλικία 80-90
Διάρκεια της νόσου	2-11 χρόνια	5-25 χρόνια

Δεν υπάρχει κλινική ή εργαστηριακή εξέταση που να την ξεχωρίζει από την ΝΑ. Η διαφορική διάγνωση από τη ΝΑ γίνεται μόνο με βιοψία. ( Κωσταρίδου Α., 1999, σελ.358)

#### **6.5. Συνύπαρξη άγχους και ΝΑ**

Οι αλλαγές στη συμπεριφορά είναι πολύ συχνές στη ΝΑ. Οι ασθενείς εμφανίζουν μειωμένη ικανότητα και δυσκολία στο να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Έχει βρεθεί ότι το άγχος εμφανίζεται σε ποσοστό 40% περίπου των ασθενών. Συχνά είναι δυνατόν οι διαταραχές στη συμπεριφορά να προηγούνται των γνωστικών διαταραχών. Το άγχος είναι συχνά αποτέλεσμα του φόβου των ασθενών (ιδίως στα πρώιμα στάδια της νόσου) όταν συνειδητοποιούν την έκπτωση των γνωστικών τους λειτουργιών και της λειτουργικότητάς τους καθώς και ότι θα γίνουν βάρος για τους συγγενείς ή ότι θα τους εγκαταλείψουν και θα μείνουν μόνοι. Επίσης το άγχος συχνά συνοδεύεται και από καχυποψία.

Στα μεταγενέστερα στάδια της νόσου, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αντεπεξέλθει σε αγχογόνες καταστάσεις. Όταν βρεθεί αντιμέτωπος με μια τέτοια κατάσταση, εμφανίζει μια καταστροφική αλλαγή στη συμπεριφορά του με εμφανή συμπτώματα άγχους που είναι δυνατόν να διαρκέσουν για αρκετές μέρες. (Ελληνική Εταιρεία ΝΑ και Συναφών Διαταραχών, 2002).

#### **6.6. Συνύπαρξη της Άνοιας με Ψυχωσικές Διαταραχές.**

Το 50% των ασθενών με ΝΑ εμφανίζουν ψυχωσικές συμπεριφορές σε κάποιο στάδιο της ασθένειας. Οι συμπεριφορές αυτές ενδέχεται να συμβαίνουν μεμονωμένες φορές σαν επεισόδια ή να απαιτούν αντιμετώπιση με αντιψυχωσικά φάρμακα. Κάποιες από αυτές τις συμπεριφορές είναι:

- α) οι ψευδαισθήσεις
- β) οι παραληρητικές ιδέες
- γ) οι παραισθήσεις
- δ) η καχυποψία. (Κώστα-Τσολάκη, 1997)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Ο τρόπος έναρξης της Άνοιας μπορεί, ανάλογα με την αιτιολογία της να είναι είτε αρκετά απότομος (π.χ. σε εγκεφαλίτιδα, τραύμα στο κεφάλι) ή αργός και βαθμιαίος όπως στην Άνοια Τύπου Alzheimer.

Η πορεία της Άνοιας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το αν η αιτία της μπορεί να θεραπευθεί ( όπως σε όγκους εγκεφάλου, στον υποθυρεοειδισμό κ.λ.π.) ή όχι ( όπως στην πρωτοπαθή εκφυλιστική άνοια τύπου Alzheimer). Στην πρώτη περίπτωση, η άνοια μπορεί να αναχαιτισθεί ή να αναστραφεί ενώ στην δεύτερη η κατάληξη είναι ο θάνατος μετά από μακρά πορεία.

Σύμφωνα με συναφείς έρευνες, ενώ τα πρώτα στάδια της γεροντικής άνοιας είναι αδιαφοροποίητα, τα προχωρημένα της στάδια είναι σαφή και τα συμπτώματα αναπτύσσονται και εξελίσσονται σε μεγάλο βαθμό. Παρακάτω παρατίθεται συνοπτικά η συνήθης συμπτωματολογία των προχωρημένων αλλά και των τελικών σταδίων της γεροντικής άνοιας:

Τα συμπτώματα πυκνώνουν καθώς η παθολογική αλλοίωση του εγκεφάλου προχωρεί προς τα μεσαία στάδια της νόσου. Σχεδόν κάθε πλευρά της σκέψης του ατόμου επηρεάζεται. Η αφηρημένη σκέψη, δηλαδή η σκέψη σε αφαιρετικό επίπεδο γίνεται σχεδόν αδύνατη. Ο ασθενής κάνει μόνο συγκεκριμένους συλλογισμούς και ασχολείται με την απτή καθημερινότητα.

Στη συνέχεια, η κρίση του ατόμου προσβάλλεται, το άτομο κρίνει με λανθασμένο τρόπο και αδυνατεί να πάρει αποφάσεις. Ο τρόπος που χειρίζεται τη γλώσσα είναι λιτός και πολύ περιορισμένος. Το άτομο δυσκολεύεται να ονοματίσει τα αντικείμενα και να παρακολουθήσει ή να συμμετάσχει σε μια συζήτηση.

Όταν η ασθένεια έχει εγκαθιδρυθεί πλέον στα μεσαία στάδια, εμφανίζονται πολλές μορφές ανάρμοστων συμπεριφορών. Τα άτομα χάνουν την αίσθηση του κινδύνου και δρουν με τρόπο τόσο παρορμητικό που γίνεται επικίνδυνος ακόμη και για τη ζωή τους. Δεν υπολογίζουν κοινωνικούς κανόνες και χρειάζονται συνεχή καθοδήγηση. Η καθημερινότητα για τον ασθενή απορυθμίζεται σταδιακά. Δυσκολεύεται ή αδυνατεί να προσανατολιστεί στο χώρο και στο χρόνο. Μπορεί να μην θυμάται την οδό ή το δρόμο για την οικία του, να χάνεται μέσα στο ίδιο του το σπίτι, να θεωρεί ότι ζει σε μια παλιότερη εποχή κ.τ.λ. Στη συνέχεια μπορεί να ξεχνά το όνομά του, των παιδιών του ή ακόμη και το γεγονός ότι έχει παιδιά.

Στο τελικό στάδιο, το άτομο χάνει παντελώς την ικανότητα της ομιλίας. Στο στάδιο αυτό ο ασθενής είναι πιθανό να μην εκτελεί ούτε τις πιο βασικές λειτουργίες, όπως να περπατάει, να μασάει, να καταπίνει, να χρησιμοποιεί την τουαλέτα. ( Αβεντισιάν- Παγοροπούλου Α., 1993)

Ένα από τα πιο απογοητευτικά σημεία όσον αφορά στα στάδια εξέλιξης της νόσου είναι ότι κανείς δεν μπορεί να προβλέψει το χρόνο διάρκειας του κάθε σταδίου, την επιδείνωση που θα προκληθεί και τη μορφή αυτής. Το γεγονός αυτό κάνει το έργο των φροντιστών δυσκολότερο και αυξάνει την ανησυχία τους. Υπάρχουν ανοϊκοί ασθενείς που η κατάστασή τους επιδεινώνεται σε διάστημα λίγων μηνών και φτάνουν στο τελικό στάδιο και άλλοι των οποίων η κατάσταση παραμένει βασικά αναλλοίωτη για αρκετά χρόνια ύστερα από την πρώτη διάγνωση.

Ειδικότερα τώρα, στην **Άνοια Τύπου Alzheimer**, αν και οι ασθενείς με Alzheimer έχουν διαφορετικές αντιδράσεις και απρόβλεπτη πορεία, αναφέρονται σε γενικό πλαίσιο 3 στάδια σε σχέση με την πορεία και την εξέλιξή της:

**Πρώτο στάδιο:** Ο ασθενής διατηρεί την κοινωνικότητά του και απολαμβάνει τη ζωή του αν και συνειδητοποιεί ότι αρχίζει να έχει κάποιες δυσκολίες στην καθημερινότητά του. Ορισμένοι κυριεύονται από άγχος ή εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς εκνευρίζονται από τα κενά μνήμης τους και καταλαμβάνονται από φόβο για τη μελλοντική τους πορεία με συνέπεια να εντείνεται η σύγχυση άρα και η απώλεια μνήμης.

- Η βραχυπρόθεσμη μνήμη αρχίζει και εξασθενεί. Μικρές δυσκολίες στη ομιλία παρουσιάζονται, το άτομο αδυνατεί να κατονομάσει συχνά κάτι και μπερδεύει τις λέξεις.
- Η κρίση και η αφηρημένη σκέψη του ατόμου παρουσιάζουν δυσκολίες.
- Η προσωπική υγιεινή και η αυτοπεριποίηση παραμελούνται.
- Οι συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου είναι περιέργες και υπερβολικές. Οι αλλαγές που το άτομο παρατηρεί στον εαυτό του, του δημιουργούν άγχος, νευρικότητα ενώ μπορεί να εμφανίσει και συμπτώματα κατάθλιψης.
- Το άτομο αρχίζει να αποπροσανατολίζεται ακόμη και σε οικεία μέρη.

**Δεύτερο στάδιο:** Τα συμπτώματα εντείνονται. Το άτομο συμπεριφέρεται αλλόκοτα και παράλογα.

- Η βραχυπρόθεσμη μνήμη σχεδόν δεν υπάρχει. Το άτομο αδυνατεί να αποθηκεύσει οποιαδήποτε νέα πληροφορία και είναι πιθανό να ξεχνάει ονόματα γνωστών, φίλων και συγγενών.
- Ο αποπροσανατολισμός είναι πιο έντονος καθώς ο ασθενής μπορεί να χάνεται ακόμη και μέσα στο σπίτι του.
- Ο συντονισμός των κινήσεων παρουσιάζει δυσκολίες.
- Η άσκοπη περιπλάνηση, ο εκνευρισμός και το περπάτημα πάνω-κάτω είναι συνήθη φαινόμενα.
- Οι διαθέσεις γίνονται ακόμη πιο υπερβολικές. Οι ασθενείς γίνονται είτε εχθρικοί και επιθετικοί ή ήρεμοι και γαλήνιοι.
- Αρκετοί παρουσιάζουν παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις.

- Οι δυσκολίες στην ομιλία και τη γλώσσα εντείνονται.
- Επαναλαμβάνει συνεχώς τις ίδιες ιστορίες και πράξεις.

**Τρίτο στάδιο:** Υπάρχει πλέον πλήρης εξάρτηση των ασθενών από τους άλλους και ανάγκη για συνεχή φροντίδα.

- Εκτός από τη βραχυπρόθεσμη μνήμη έχει χαθεί και το μεγαλύτερο μέρος της μακροπρόθεσμης και έτσι η σύγχυση είναι πολύ έντονη.
- Οι ασθενείς παρουσιάζουν πλέον ακράτεια.
- Οι ικανότητες βάδισης και επικοινωνίας έχουν χαθεί.
- Είναι πιθανό να εμφανιστούν επιληπτικές κρίσεις και σωματική ακαμψία.
- Οι παραισθήσεις, οι ψευδαισθήσεις και η παράνοια παρουσιάζονται συχνά.
- Τέλος, τα άτομα αδυνατούν να μιλήσουν ή να φάνε μόνοι τους. Είναι επιρρεπείς σε διάφορες ασθένειες όπως η πνευμονία, οι λοιμώξεις, η αφυδάτωση, ο υποσιτισμός. ( Καλαϊτζή Β., 2005, σελ. 454-455)

Ο θάνατος συνήθως προέρχεται από την αδυναμία του ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του, που έχει ως συνέπεια συνήθως τις παραπάνω ασθένειες με συχνότερη αιτία θανάτου την πνευμονία από εισρόφηση.

Ο μέσος όρος διάρκειας της νόσου από την εμφάνιση των συμπτωμάτων μέχρι το θάνατο είναι 8-10 χρόνια. ( Τσολάκη Μ., Καζής Α., 2005, σελ.132)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ**

### **8.1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί ειδικός θεραπευτικός παράγοντας για την αντιμετώπιση της άνοιας. Παρ' όλα αυτά, οι υφιστάμενες γνώσεις για την παθογένεια της άνοιας επιτρέπουν την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων, τα οποία εμμέσως βοηθούν στη βραδύτερη πορεία της νόσου και στη διατήρηση των νοητικών λειτουργιών των ασθενών για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα με αποτέλεσμα την καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητά τους.

Ορισμένα φάρμακα καταπραΰνουν και αναστρέφουν προσωρινά τα συμπτώματα σε μερικούς ασθενείς. Για παράδειγμα στην πολυεμφρακτική άνοια, κάποια φάρμακα περιορίζουν την πιθανότητα εγκεφαλικών. Νεότερα φάρμακα επιβραδύνουν την εξέλιξη διαφόρων συμπτωμάτων του Alzheimer αλλά μόνο σε ορισμένους ασθενείς, χωρίς όμως να διακόπτουν και ούτε καν να επιβραδύνουν την πορεία της νόσου. Στις περισσότερες περιπτώσεις η χορήγηση των φαρμάκων θα πρέπει να ξεκινήσει στα αρχικά ή μεσαία στάδια της νόσου.

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

Η πλέον όμως αποτελεσματική και εγκεκριμένη (τα τελευταία 10 χρόνια) συμπτωματική θεραπεία μέχρι σήμερα για τους ασθενείς με νόσο Alzheimer είναι οι αντιχολινεστεράσες ( αναστολείς της χολινεστεράσης). Ήδη κυκλοφορούν δύο από αυτές στην Ελλάδα, η τακρίνη και η ντονεπεξίλη. Επίσης έχει πάρει έγκριση από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα η προπεντοφυλλίνη, η οποία έδειξε ότι προκαλεί καθυστέρηση στην εξέλιξη της νόσου. ( Ελληνική Εταιρεία Νόσου Δονεπεξίλη και Συναφών Διαταραχών, 2002)

Η τακρίνη σε μέτριες διαταραχές και ιδίως σε αρχικά στάδια έχει καλά αποτελέσματα σε 25-30% των ασθενών και σταθεροποιεί την κατάσταση σε ένα άλλο 40%.

Η ριβασιγμίνη έχει σημαντικά καλά αποτελέσματα στις καθημερινές δραστηριότητες των μέτριας βαρύτητας ανοικών και στις διαταραχές συμπεριφοράς τους.

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

Η γκαλανταμίνη σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας νόσο Alzheimer, διαπιστώθηκε ότι βελτιώνει τη διάρκεια και ποιότητα του ύπνου και σταθεροποιεί το επίπεδο γνωστικών ικανοτήτων. Με αυτόν τον τρόπο βελτιώνεται η λειτουργικότητα στις καθημερινές ενέργειες και η ποιότητα ζωής και αποφεύγονται διαταραχές συμπεριφοράς. (Ιεροδιακόνου Χ., 2000)

Η λήψη των φαρμάκων θα πρέπει να γίνεται σε μικρές δόσεις, να αυξάνεται με πολύ αργούς ρυθμούς και να δίδεται μεγάλη προσοχή στους συνδυασμούς των φαρμάκων.

Δυστυχώς τα φάρμακα δεν θεραπεύουν τη νόσο. Αναμφισβήτητα είναι χρήσιμα για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα αλλά τελικά η νόσος ακολουθεί την πορεία της. Οι επιστήμονες ερευνούν διάφορες άλλες δυνατότητες για την αντιμετώπιση της άνοιας μελλοντικά και αρκετά φάρμακα φαίνονται ελπιδοφόρα.

Η καλύτερη αντιμετώπιση της άνοιας έχει αποδειχθεί ότι είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, νευροαποκατάστασης ασθενών και συμβουλευτικής των φροντιστών. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

## **8.2. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

Η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη των ασθενών με ΝΑ συμπληρώνει όλες τις θεραπευτικές προσπάθειες. Η ψυχική ενίσχυση των ασθενών για να λάβουν μαθησιακό έργο παρά τις υπάρχουσες δυσκολίες τους, φαίνεται ότι συμβάλλει αποφασιστικά στην καλύτερη διατήρηση της νοητικής και κοινωνικής λειτουργικότητάς τους.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις φαίνεται ότι έχουν από μόνες τους ή σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή καλά αποτελέσματα. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να είναι ψυχοεκπαίδευση, στήριξη, γνωστικές συμπεριφορικές τεχνικές, αυτοβοήθεια κ.α.

Οι ασθενείς αυτό που χρειάζονται περισσότερο από οτιδήποτε άλλο είναι ένα ασφαλές και γνώριμο περιβάλλον, μια ήρεμη καθημερινότητα όπου θα μπορούν να ικανοποιούνται οι μεταβαλλόμενες ανάγκες τους, πνευματικά ερεθίσματα, πολλές υπενθυμίσεις για καλή διατροφή, γυμναστική, κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες, αγάπη και υπομονή. Μέσω κάποιων αλλαγών στο περιβάλλον και τη ρουτίνα του ασθενή καθώς και στον τρόπο αντιμετώπισης των φροντιστών, μπορούν να βελτιωθούν ορισμένες προβληματικές συμπεριφορές όπως η επιθετικότητα, η οξυθυμία, ο εκνευρισμός, ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης του ασθενή. (Καλαϊτζή Β., 2005)

Ακόμη και στις μη αναστρέψιμες άνοιες, η θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι ενεργητική για να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένειά του να αντεπεξέλθουν. Η ατομική και οικογενειακή θεραπεία μπορεί να επιλύσει ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα ή να προετοιμάσει την υποστήριξη του ασθενή στο σπίτι του ή σε ειδικό νοσηλευτήριο. (Μάνος Ν., 1997)

Αναλυτικότερα, παρακάτω θα παρουσιάσουμε διάφορες μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις για ανοϊκούς ασθενείς, όπως :

1. Ψυχοθεραπεία
2. Γνωστική παρέμβαση
3. Τροποποίηση της συμπεριφοράς
4. Θεραπεία μέσω των αναμνήσεων
5. Λογοθεραπευτική παρέμβαση
6. Εργοθεραπευτική παρέμβαση
7. Μουσικοθεραπεία
8. Εικαστική παρέμβαση
9. Πρόγραμμα σωματικής άσκησης

### 1. Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία ως τρόπος παρέμβασης στην άνοια, όπως είναι αυτονόητο, δεν βασίζεται σε κλασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας αλλά συμβαδίζει με το νοητικό και λειτουργικό επίπεδο των ασθενών, διαφοροποιείται ανάλογα με τις δυνατότητες και ικανότητές τους, θέτει στόχους που μπορούν εύκολα να επιτευχθούν ( όπως η καλύτερη συναισθηματική κατάσταση και η λειτουργικότητα των ασθενών) κ.α.

Στα αρχικά στάδια της ΑΤΑ η ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι είτε ατομική ή ομαδική. Στόχοι της είναι:

- η εκπαίδευση του ατόμου για διαχείριση του άγχους του
- η εγκατάσταση μηχανισμών αντιμετώπισης των ελλειμμάτων
- η καλλιέργεια της αίσθησης της ταυτότητας
- η συναισθηματική στήριξη
- η δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων
- η διατήρηση των νοητικών ικανοτήτων που ήδη υπάρχουν
- η κοινωνική συναναστροφή και αλληλεπίδραση κ.α.

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βασίζεται σε διάφορα προγράμματα. «Η Glickestein (1988) ,για παράδειγμα, προτείνει ένα πρόγραμμα που στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή στις καθημερινές του δραστηριότητες. Το πρόγραμμα βασίζεται στη χρήση υλικών καθημερινής χρήσης, όπως μια λίστα για ψώνια και γίνεται προσπάθεια να υλοποιηθούν σε βήματα κάποιοι στόχοι, όπως ο τρόπος χρήσης της, η τακτοποίηση των πραγμάτων που το άτομο ψώνισε κ.λ.π.» (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005, σελ.452-453)

### 2. Γνωστική παρέμβαση

Η γνωστική θεραπεία στους ανοϊκούς ασθενείς έχει ως στόχους να βελτιώσει τις νοητικές τους ικανότητες, τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, τις λειτουργικές τους διαταραχές και την εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους. Ο συνδυασμός γνωστικής θεραπείας και συμβουλευτικής των φροντιστών – συγγενών έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Η γνωστική παρέμβαση θα πρέπει να βασίζεται στις ειδικές ανάγκες,

δυνατότητες και ικανότητες του κάθε ασθενούς. ((Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

Ένα πρόγραμμα φυσικών ασκήσεων, κοινωνικής επαφής, παιχνιδιού και δομημένων δραστηριοτήτων είναι ικανό να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ασθενούς και του περιβάλλοντός του. Εξάλλου, έχει παρατηρηθεί ότι το να προσφέρεται καθημερινή εξωτερική δραστηριότητα στους ανοϊκούς ασθενείς, τους ανακουφίζει από το άγχος της απομόνωσης, αναστέλλει την εξέλιξη της άνοιας, βελτιώνει εν μέρει τη νοητική βλάβη, τις διαταραχές συμπεριφοράς και την καθημερινή τους λειτουργικότητα.

Σχετικά με τη μνημονική λειτουργία, ορισμένες προσπάθειες που γίνονται στα πλαίσια της γνωστικής προσέγγισης είναι η διευκόλυνση της κωδικοποίησης και της ανάκλησης, η απόκτηση νέων μαθήσεων, η αξιοποίηση της ήδη διατηρημένης γνώσης του ασθενούς για μάθηση νέων πληροφοριών και η εκμάθηση και ενίσχυση της μνήμης μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή.

Μία άλλη κατεύθυνση στα πλαίσια της γνωστικής θεραπείας είναι η ρύθμιση των συνθηκών του περιβάλλοντος. Καθώς μια πλευρά των φροντίδων αποκατάστασης των ανοϊκών ασθενών καλύπτεται από το περιβάλλον τους και έχει στόχο τη μείωση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή τους ζωή, μπορούν να ληφθούν μέτρα στο χώρο των ασθενών, π.χ. ανάρτηση ημερολογίων, προσωπικά σημειωματάρια, σηματοδοτήσεις κ.λ.π. Αυτά τα μέτρα δεν σημαίνουν ότι υποκαθιστούν τη μνήμη του ασθενούς αλλά αποτελούν μια αξιόλογη βοήθεια στις καθημερινές του δραστηριότητες. Η βοήθεια αυτή θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένη στα μέτρα και στις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή και συχνά η καλή τους εφαρμογή μπορεί να απαιτήσει ένα πρόγραμμα μάθησης και ανάλογης προσαρμογής. ( Μεντινόπουλος Γ., 2000)

### 3. Τροποποίηση της συμπεριφοράς

« Ως τροποποίηση της συμπεριφοράς ορίζεται οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης που στοχεύει στην αλλαγή της συχνότητας, της έντασης, της διάρκειας και του χώρου έκφρασης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή μιας ομάδας συμπεριφορών είτε μέσω της συστηματικής τροποποίησης των ερεθισμάτων που την προκαλούν είτε μέσω της τροποποίησης των συνεπειών της συμπεριφοράς.» (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005, σελ.456)

Αρχές τροποποίησης της συμπεριφοράς όπως η επανατροφοδότηση, η μίμηση, η ενίσχυση δηλώνουν ότι σύνθετες συμπεριφορές μπορούν να μαθευτούν όταν διασπώνται σε μικρά βήματα, το καθένα από τα οποία αμείβεται. Η τιμωρία αντίθετα, δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική σε ασθενείς με άνοια. Η αλλαγή δε σημαίνει απαραίτητα έκλειψη της δυσλειτουργικής συμπεριφοράς του ασθενούς. Αλλαγή είναι και η μείωση στη συχνότητα εμφάνισής της, στη διάρκεια και στην ένταση. Αν αυτά παρατηρηθούν μπορούν στη συνέχεια να υπάρξουν καλύτερα αποτελέσματα. Η διατήρηση της αλλαγής βέβαια δεν είναι δεδομένη όσον αφορά στους ανοϊκούς ασθενείς. Ενδέχεται να

απαιτείται συνεχής αλλαγή των ενισχυτών ή αλλαγή της προσπάθειας προς διαφορετική κατεύθυνση.

#### 4. Θεραπεία μέσω των αναμνήσεων

Η θεραπεία μέσω των αναμνήσεων ( Reminiscence) στηρίζεται στη διατήρηση της μακρόχρονης μνήμης. Είναι μια διαδικασία ανάκλησης εμπειριών και γεγονότων της ζωής ενός ατόμου για να συνδεθεί το παρόν με το παρελθόν του. Πραγματοποιείται συνήθως σε ομαδικές συναντήσεις, όπου οι ασθενείς ενισχύονται να μιλήσουν για γεγονότα του παρελθόντος και συχνά χρησιμοποιούνται βοηθήματα όπως φωτογραφίες, μουσική, και παλιά τους αντικείμενα.

Η ανάγκη αυτής της θεραπείας είναι υπαρκτή καθώς οι ασθενείς με άνοια βιώνουν πολλές αλλαγές και απώλειες. Η παρέμβαση αυτή μπορεί να διατηρήσει την ακεραιότητα, να βελτιώσει την αυτοεκτίμηση και τη ζωή του ασθενή. Βοηθά το άτομο να θυμηθεί παλιές, ευχάριστες στιγμές και να νιώσει ανάλογα συναισθήματα και να γίνει το επίκεντρο της προσοχής. Ενισχύονται επίσης οι κοινωνικές σχέσεις και οι ικανότητες επικοινωνίας των ανοϊκών ατόμων. Διατηρείται και βελτιώνεται η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής των ατόμων. Τέλος, το άτομο αντιμετωπίζεται ως μια μοναδική προσωπικότητα με ιδιαιτερότητες και διατηρείται η ταυτότητά του μέσω της σύνδεσης του παρελθόντος με το παρόν. Η μέθοδος αυτή βέβαια προσφέρει οφέλη και στους φροντιστές οι οποίοι συχνά συμμετέχουν σε αυτές τις ομάδες. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

#### 5. Λογοθεραπευτική παρέμβαση

Στα κεφάλαια της διάγνωσης και της πορείας της νόσου αναφέρθηκαν διάφορες διαταραχές της γλώσσας, του λόγου και της επικοινωνίας που εμφανίζονται σε ανοϊκούς ασθενείς. Γι' αυτόν το λόγο η λογοθεραπευτική παρέμβαση θεωρείται στις περισσότερες περιπτώσεις άνοιας αναγκαία. Η θεραπεία που αντιμετωπίζει τα συμπτώματα των διαταραχών του λόγου, στοχεύει στην καθημερινή επικοινωνία, στην αξιοποίηση της ικανότητας επικοινωνίας των ατόμων, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και στη συντήρηση των ικανοτήτων κατανόησης και έκφρασης του λόγου.

#### 6. Εργοθεραπευτική παρέμβαση

Οι στόχοι της εργοθεραπευτικής παρέμβασης στα πρώτα στάδια της νόσου είναι η βελτίωση της γενικής σωματικής κατάστασης του ατόμου, η αύξηση του ορίου αντοχής, η βελτίωση της αδρής και λεπτής κινητικότητας και του συντονισμού των κινήσεων. Στα μεσαία στάδια της νόσου, η εργοθεραπεία στοχεύει στη βελτίωση της κινητικότητας και λειτουργικότητας του ασθενή, στην εκπαίδευσή του σε καθημερινές δραστηριότητες (ντύσιμο, υγιεινή κ.λ.π.) κ.α. Στα τελευταία στάδια της ασθένειας, στόχοι είναι η ανακούφιση του πόνου, η βελτίωση ορισμένων



ειδικών περιορισμών από προβλήματα στη μάσηση, κατάποση κ.λ.π. και η συμβουλευτική και στήριξη της οικογένειας. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

### 7. Μουσικοθεραπεία

Η μουσική μπορεί να λειτουργήσει αρκετά αποτελεσματικά στους ασθενείς που πάσχουν από άνοια αυξάνοντας τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες αλλά και τις κοινωνικές και συναισθηματικές τους δεξιότητες και μειώνοντας προβλήματα της συμπεριφοράς τους όπως η επιθετικότητα και η ευερεθιστότητα. Θεωρείται ερέθισμα που βοηθά στην ανάκληση μνήμης και στις γλωσσικές δεξιότητες αλλά και στη διατήρηση αρκετών γνωστικών δεξιοτήτων των ανοϊκών ατόμων. Η θεραπεία μέσω της μουσικής λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας μέσω του γέλιου ή του τραγουδιού και στοχεύει να αυξήσει την προσοχή και την επαγρύπνηση και να περιορίσει αρνητικές συμπεριφορές όπως η ευερεθιστότητα, το άγχος και η καταθλιπτική διάθεση. Πραγματοποιείται σε επίπεδο ατομικών και ομαδικών συναντήσεων και περιλαμβάνει συνήθως άκουσμα επιλεγμένης μουσικής για τη μείωση του στρες, τραγούδι, αυτοσχεδιασμό και άκουσμα μουσικής και συζήτηση. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

### 8. Εικαστική παρέμβαση

Μέσω της εικαστικής παρέμβασης απεικονίζεται η έκφραση της εσωτερικής εμπειρίας του κάθε ατόμου. Κατά τη διαδικασία αυτή, σκέψεις και συναισθήματα των ασθενών προερχόμενα από το ασυνείδητο απελευθερώνονται στις εικόνες πολύ ευκολότερα από ότι στις λέξεις. Γι' αυτό και η εικαστική δραστηριότητα θεωρείται μέσο μη λεκτικής επικοινωνίας. Ο θεραπευτής μπορεί ταυτόχρονα να επικοινωνεί και λεκτικά με τον ασθενή βοηθώντας τον να θυμηθεί τις ονομασίες όσων ζωγραφίζει, να τον επιβραβεύει κ.λ.π.

### 9. Πρόγραμμα σωματικής άσκησης

«Οι Coons και McGrowder-Lin Bhatt (1988) αναφέρουν ότι η έλλειψη δραστηριοτήτων μπορεί να είναι αυτή που οδηγεί τους ασθενείς με άνοια σε εριστικές συμπεριφορές και ότι ο χειρισμός των ασθενών αυτών δυσχεραίνει πολύ όταν είναι αδρανείς και νιώθουν πλήξη» . (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005, σελ.471)

Η σωματική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι βοηθά στην εμφάνιση ποικίλων θετικών προσαρμογών στους ασθενείς, όπως η εκτόνωση της ενέργειας, η δυνατότητα για αυτοέκφραση και άρα η μείωση της ανησυχίας και της περιπλάνησης. Οι ομάδες άσκησης επίσης συμβάλλουν στη μείωση της κατάθλιψης και της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς (όπως η επιθετικότητα, η ψυχοκινητική διέγερση, οι διαταραχές ύπνου). Συνεισφέρει στη διατήρηση της καλής υγείας και

στην αίσθηση ευεξίας που σημαίνει ότι οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν λιγότερες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της νόσου διατηρώντας τη φυσική τους υγεία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ**

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύλλογο η διαφορά μεταξύ άνοιας και φυσιολογικής γήρανσης είναι ότι στην πρώτη περίπτωση τα γνωστικά ελλείμματα πρέπει να είναι τέτοια που να παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου σε κοινωνικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, για να επέλθει σημαντική έκπτωση στο επίπεδο της λειτουργικότητας θα πρέπει, τόσο η μνήμη όσο και η αφασία, η αγνωσία, η απραξία και η εκτελεστική λειτουργία, να έχουν υποστεί σοβαρές βλάβες. ( Slater R.,2003)

Τα συμπτώματα των ανοιών προκαλούν μια προοδευτική γνωστική διαταραχή που είναι τόσο σοβαρή ώστε να εμποδίζει την ανεξάρτητη λειτουργία του ατόμου. Ειδικότερα, η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών προκαλεί βαθμιαία έκπτωση και των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς με αποτέλεσμα τη μη καλή απόδοση του ατόμου στην εργασία αρχικά, που βαθμιαία εξελίσσεται σε πλήρη αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης του. (Κώστα- Τσολάκη Μ., 1997 Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α.1999)

Στο ευρύ φάσμα των ανοιών η λειτουργικότητα του ατόμου επηρεάζεται σε τομείς όπως :

### **1) Η διατροφή**

Η λήψη τροφής αποτελεί μια βασική λειτουργία. Η συγκεκριμένη λειτουργία ρυθμίζεται από το κέντρο του εγκεφάλου. Τα άτομα με άνοια παρουσιάζουν μείωση στη διάθεση για όρεξη και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξασφάλιση της ενδεδειγμένης ποιοτικά και επαρκούς ποσοτικά διατροφής. Μερικά άτομα που πάσχουν από άνοια αδυνατούν να ετοιμάσουν μόνα τους φαγητό χωρίς τη βοήθεια και την επίβλεψη από κάποιον φροντιστή. Επίσης, πολλές φορές ξεχνούν ότι μόλις έφαγαν και ξανατρώνε ενώ άλλα άτομα νομίζουν ότι έχουν φάει ενώ δεν έχουν. Ακόμη δυσκολεύονται στο τρόπο σίτισής τους μη χρησιμοποιώντας σωστά τα μαχαιροπίρουνα και εξαιτίας αυτού χρησιμοποιούν κουτάλι ή τρώνε με τα χέρια. Συνήθως ξεχνούν τι πρέπει να φάνε και καταναλώνουν τροφές με έλλειψη θρεπτικών ουσιών. ( Καλαϊτζή Β.,2003)

Οι κυριότερες επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι οι εξής:

- Επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα: Μέσω της εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος εκδηλώνονται λοιμώξεις, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν πρόσθετη επιβάρυνση στην ήδη κακή κατάσταση των ατόμων.
- Επιπτώσεις στο γαστρεντερικό σύστημα: Το γαστρεντερικό σύστημα προσβάλλεται από βακτηρίδια πολλαπλασιάζοντας τον κίνδυνο πρόκλησης λοιμώξεων σε όλα τα συστήματα.
- Επιπτώσεις στο κυκλοφορικό σύστημα: Η κακή διατροφή συνεισφέρει στον περιορισμό της κινητικότητας των ατόμων με αποτέλεσμα τον πολλαπλασιασμό του κινδύνου εκδήλωσης φλεβοθρομβώσεων, εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και ισχαιμικών επεισοδίων.
- Επιπτώσεις στο αναπνευστικό σύστημα: Μέσω της κακής διατροφής αυξάνονται οι πιθανότητες εκδήλωσης πνευμονικών λοιμώξεων.
- Επιπτώσεις στην επούλωση τραυμάτων: Η υποθρεψία και η αβιταμίνωση έχουν ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση στην επούλωση όλων των τραυμάτων.
- Επιπτώσεις στη διανοητική λειτουργία: Τα άτομα που υποσιτίζονται εκδηλώνουν συχνά κατάθλιψη και αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999)

## **2) Ο ύπνος**

Συνήθως σε άτομα που πάσχουν από άνοια εμφανίζονται αϋπνίες, παρατεταμένες αφυπνίσεις κατά τη νύχτα, ο ύπνος μπορεί να είναι διακοπτόμενος και υπάρχουν συχνά επεισόδια ύπνου κατά τη διάρκεια της μέρας. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει πως τα άτομα με άνοια ξυπνούν τουλάχιστον δυο φορές την ώρα.

Η πιο δραματική όμως διαταραχή του ύπνου για τον ασθενή και το περιβάλλον του είναι το σύνδρομο της « δύσης του ηλίου » . Αυτό αποτελεί τη συχνότερη αιτία που ωθεί τους συγγενείς στην απόφαση για εγκλεισμό των ασθενών σε Νευροψυχιατρικά Ιδρύματα.

Στο συγκεκριμένο σύνδρομο ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νύχτας σηκώνεται από το κρεβάτι του , περιπλανάται στο σπίτι χωρίς να γνωρίζει που πηγαίνει, ανοίγει τα φώτα των δωματίων, ενίοτε τους διακόπτει της ηλεκτρικής κουζίνας ή προσπαθεί να φύγει από το σπίτι. ( Μπαλογιάννης Σ.Ι., 1994 )

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των διαταραχών του ύπνου συνήθως είναι η εκφύλιση του εγκεφάλου που η ίδια η άνοια προκαλεί, η συνυπάρχουσα κατάθλιψη και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής . ( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

Η διαταραχή ύπνου στους ασθενείς πολλές φορές προκαλεί πτώσεις στο σκοτάδι και αυξάνει τις διαταραχές συμπεριφοράς στη διάρκεια τόσο της ημέρας όσο και της νύχτας και προκαλεί σοβαρή επιβάρυνση στους φροντιστές. ( Lovestone S., Gauthier S., 2001)

## **3) Μπάνιο και υγιεινή**

Λόγω της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών που προκαλούνται από τη νόσο, αρκετές φορές τα άτομα που πάσχουν από άνοια αμελούν την προσωπική τους υγιεινή καθώς δεν αναλαμβάνουν να πλυθούν ή να κάνουν μπάνιο μόνα τους και αμελούν να πλύνουν τα δόντια τους ή να

φροντίσουν τα μαλλιά τους. Συνήθως χρειάζονται ενθάρρυνση και επίβλεψη από τους φροντιστές ή ακόμη και απόλυτη βοήθεια από αυτούς.

Η υγιεινή του ατόμου επηρεάζει όχι μόνο την υγεία του ατόμου καθώς αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων αλλά και την αξιοπρέπειά του.

#### **4) Ακράτεια**

Οι ασθενείς συνήθως παρουσιάζουν ακράτεια ούρων και κοπράνων εξαιτίας κάποιων διαταραχών στον εγκέφαλο οφειλόμενων στο νόσο.

Συνήθως :

- Δεν χρησιμοποιούν την τουαλέτα κανονικά και όταν χρειάζεται.
- Χρειάζονται να τους οδηγήσει κάποιος στην τουαλέτα και να τους βοηθήσει στη χρήση της καθώς καμιά φορά προκαλούνται ατυχήματα.
- Δυσκολεύονται στον έλεγχο της κύστης.

Εξαιτίας της έλλειψης ελέγχου των σφιγκτήρων συχνά δημιουργούνται μολύνσεις στο άτομο που επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την υγεία του. (Lovestone S., Gauthier S., 2001)

#### **5) Χρόνος και προσανατολισμός**

Όπως προαναφέρθηκε, ένα από τα συμπτώματα της νόσου είναι ότι τα άτομα χάνουν την αίσθηση του χρόνου και του χώρου καθώς :

- Ξεχνούν ώρα, ημέρα, έτος, ημερομηνία κ.τ.λ.
- Συγχέουν τη μέρα με τη νύχτα.
- Χάνονται στο σπίτι, μπερδεύουν τα δωμάτια.
- Δεν αναγνωρίζουν το σπίτι σαν δικό τους και προσπαθούν να φύγουν.

(Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999)

#### **6) Κινητικότητα και Μετακίνηση**

Συνήθως σε πιο προχωρημένα στάδια της νόσου εμφανίζονται οι κινητικές διαταραχές όπου τα άτομα:

- Αδυνατούν να σταθούν όρθια και ακόμη να διατηρήσουν την ισορροπία τους χωρίς να πέσουν αν δεν στηρίζονται κάπου.
- Εμφανίζουν συμπτώματα βραδυκινησίας, υπέρτονίας και αδυναμία βάδισης .
- Χρειάζονται βοήθεια να καθίσουν ή και να σηκωθούν από τη καρέκλα. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005 )

#### **7)Οικονομικά**

Πολλές φορές τα άτομα που πάσχουν από άνοια αδυνατούν να διαχειριστούν τα οικονομικά τους όπως πριν καθώς σπαταλούν τα χρήματά τους και δεν αναγνωρίζουν την χρηματική αξία είτε των χαρτονομισμάτων είτε των επιταγών. (Μεντενόπουλος Γ., 1999)

#### **8)Μεταφορά- οδήγηση**

Εξαιτίας της νόσου το άτομο μπορεί να είναι ανίκανο να οδηγήσει, να κάνει ποδήλατο ή και να χρησιμοποιήσει την συγκοινωνία ασυνόδευτο.

## **9)Περιπλάνηση**

Τα άτομα με άνοια συνήθως αρχίζουν να κάνουν κάτι και στην πορεία ξεχνούν τι είναι αυτό που ήθελαν να κάνουν και γιατί βρίσκονται εκεί που βρίσκονται. Ή απλά ανοίγουν την πόρτα και βγαίνουν έξω, στο πουθενά.

## **10)Επικοινωνία**

Η επικοινωνία συνδέεται με τη μνήμη που σε όλες τις άνοιες, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα κεφάλαια, είναι το κύριο σύμπτωμα. Με την πάροδο του χρόνου, η άνοια καταφέρνει να καταστρέφει την επικοινωνία με διάφορους τρόπους. Τα άτομα μπορεί να μιλούν πολύ, αλλά τα λόγια τους μπορεί να μην έχουν κανένα νόημα. Επίσης είναι πιθανόν να έχουν προβλήματα με τη γραμματική ή να μην μπορούν να βρουν τη σωστή λέξη. Ίσως να μπορούν να γράψουν λέξεις και προτάσεις αλλά να μην μπορούν έπειτα να τις διαβάσουν.

## **11)Ένδυση**

Εξαιτίας της νόσου και στον τομέα της ένδυσης επέρχεται έκπτωση της λειτουργικότητας καθώς αρκετές φορές τα άτομα δεν διαλέγουν τα κατάλληλα ρούχα για να ντυθούν, φορούν τα ρούχα με λάθος σειρά και ακόμη επιλέγουν βρώμικα ρούχα για να ντυθούν.

## **12) Σεξουαλικότητα**

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες αναμφισβήτητα αποτελούν σημαντικό παράγοντα σωματικής και ψυχικής υγείας, τόσο λόγω της σημαντικής συχνότητάς τους όσο και των ιδιαίτερα δυσμενών επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων.

« Οι σεξουαλικές λειτουργίες των ατόμων βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του εγκεφάλου. Οι αισθήσεις και άλλες ανώτερες λειτουργίες ( μνήμη, συναίσθημα) παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παραγωγή ερεθισμάτων ή ανασταλτικών ερεθισμάτων από τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα, που με τη σειρά τους επιδρούν στα κέντρα του νωτιαίου μυελού, με τελικό αποτέλεσμα μεταβολές στα γεννητικά όργανα του ατόμου που πάσχει από άνοια ». ( Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999, σελ. 129)

Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι εκτός από την άνοια σχεδόν κάθε νόσημα που αφορά το κεντρικό νευρικό σύστημα ενοχοποιείται για σεξουαλική δυσλειτουργία.

Στα άτομα με άνοια συχνά εμφανίζονται αλλαγές στον συναισθηματικό τους κόσμο και στην προσωπικότητά τους, όπου επηρεάζουν σημαντικά τη σεξουαλική συμπεριφορά των ατόμων. ( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005 )

Συνήθως τα άτομα είτε αδυνατούν να συμμετέχουν σε σεξουαλικές πράξεις εξαιτίας οργανικών αιτιών είτε παρουσιάζουν υπερσεξουαλικότητα και ακατάλληλη δημόσια σεξουαλική συμπεριφορά. ( Heston L., White J.,1991)

Η προοδευτική έκπτωση των λειτουργικών ικανοτήτων οδηγεί σε προοδευτική απώλεια της ανεξαρτησίας του ατόμου, γεγονός που έχει

αντίκτυπο στους περιθάλποντες αλλά και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Επίσης στους πάσχοντες η απώλεια των λειτουργικών ικανοτήτων μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, εκνευρισμό, κατάθλιψη και να οδηγήσει στην ανάγκη ιδρυματοποίησής τους. ( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι η έκπτωση της λειτουργικότητας ( κοινωνική, επαγγελματική, κ.α.) στα άτομα που πάσχουν από άνοια συνδέεται άμεσα με την υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους.

Σύμφωνα με τον Arnold ( 1991) ο ορισμός της ποιότητας ζωής πρέπει να περιλαμβάνει τους εξής τομείς:

- Φυσιολογική, συναισθηματική, συμπεριφορική και γνωστική λειτουργικότητα.
- Κοινωνική λειτουργικότητα.
- Ύπαρξη υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων
- Ικανοποίηση από τη ζωή.
- Αντιλήψεις γύρω από την υγεία.
- Ύπαρξη ενεργών ενδιαφερόντων και δημιουργικών ενασχολήσεων.
- Σεξουαλική λειτουργικότητα, ενέργεια και ζωτικότητα. (Καλαϊτζίδου Μ., Chan K., 2001)

Παρατηρώντας τους παραπάνω τομείς αντιλαμβανόμαστε ότι ο πάσχων από άνοια στους περισσότερους από αυτούς τους τομείς αδυνατεί να συμμετέχει ενεργά λόγω των σοβαρών συνεπειών που επέρχονται από την νόσο και κατ' αυτόν τον τρόπο παρουσιάζεται σημαντική υποβάθμιση στην ποιότητα της ζωής του.

### **9.1 Λειτουργικότητα στη νόσο του Alzheimer**

Ειδικότερα στη νόσο του Alzheimer οι λειτουργικές διαταραχές που εμφανίζονται πρώτες είναι η μείωση της ικανότητας στο χειρισμό των οικονομικών, η αδυναμία λήψεως των φαρμάκων, η αδυναμία χρησιμοποίησης μεταφορικών μέσων και η αδυναμία χρησιμοποίησης του τηλεφώνου. Αρχικά, η εμφάνιση και η συμπεριφορά του ασθενούς είναι φυσιολογική. Το άτομο έχει την τάση να ξεχνά που βρίσκονται τα πράγματά του, να αμελεί την καθαριότητά του σπιτιού και να μην αποδίδει ικανοποιητικά στην εργασία του. Ο ασθενής ακόμη λειτουργεί ανεξάρτητα αλλά έχει δυσκολίες με πολύπλοκες πληροφορίες, με συζητήσεις και με τους αριθμούς. Επίσης, παρουσιάζει σύγχυση όσον αφορά το χώρο και το χρόνο. ( Κώστα- Τσολάκη Μ., 1999)

Στη συνέχεια, το περιεχόμενο του λόγου μπορεί να είναι μπερδεμένο ή άσχετο παρόλο που η επικοινωνία παραμένει σχετικά καλή. Οι γνωστικές δεξιότητες του ατόμου έχουν φανερά μειωθεί. Ο ασθενής παρουσιάζει αμνησία σε πρόσφατα γεγονότα, αδυνατεί να θυμηθεί τη διεύθυνσή του ή ονόματα συγγενών. Επίσης, εμφανίζονται διαταραχές ύπνου, στερεοτυπίες και συναισθηματική αστάθεια. ( Κώστα- Τσολάκη Μ., 1997)

Αργότερα η μνήμη του ατόμου επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό. Παρόλο που διατηρεί κάποια επίγνωση του παρελθόντος, ξεχνάει όλα τα πρόσφατα γεγονότα. Δυσκολεύεται στην αναγνώριση οικογενειακών

προσώπων και μπορεί να βρεθεί σε σύγχυση π.χ. αν ένα δωμάτιο είναι το μπάνιο ή η κουζίνα. Επικρατεί απώλεια των γνωστικών ικανοτήτων και σοβαρά περιορισμένη ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών. Η ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί, έχει σοβαρά διαταραχθεί. Επίσης, δυσκολεύεται πολύ στις καθημερινές δραστηριότητες όπως π.χ. το ντύσιμο, η τροφή, το μπάνιο. Ο ασθενής παρουσιάζει σύγχυση ακόμη και σε γνωστό περιβάλλον και εμφανίζεται να μην γνωρίζει το έτος, την εποχή, την ημέρα και την ημερομηνία.

Στο τελευταίο στάδιο της νόσου του Alzheimer η ομιλία του ατόμου έχει περιορισθεί σε λίγες λέξεις και δεν προσπαθεί να επικοινωνήσει με άλλους. Εξαιτίας των σοβαρών σωματικών και γνωστικών αλλαγών, το άτομο πλέον δεν μετακινείται και παρουσιάζεται ανίκανο ακόμη και να φάει. Επίσης χρειάζεται βοήθεια στο μπάνιο και στο πλύσιμο. (Κώστα- Τσολάκη Μ., 1997)

Αξίζει να αναφερθεί ότι συχνά στην Α.Τ.Α. το άτομο δεν συνειδητοποιεί την νοητική και λειτουργική έκπτωση που υφίσταται. Η μη συνειδητοποίηση μπορεί να προκαλέσει σημαντικά πρακτικά προβλήματα όπως η συμμετοχή του πάσχοντος στη θεραπεία ή η προσαρμογή- τροποποίηση της καθημερινής του ζωής για λόγους ασφαλείας. Όταν το άτομο δεν συνειδητοποιεί την κατάστασή του μπορεί ορισμένες αποφάσεις να πρέπει να του επιβληθούν εξωτερικά για τη δική του ασφάλεια. ( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

## **9.2 Εκτίμηση της λειτουργικότητας ατόμων που πάσχουν από άνοια**

Αρχικά, θα πρέπει να τονιστεί ότι η εκτίμηση της λειτουργικότητας σε ανοϊκούς ασθενείς είναι περισσότερο χρήσιμη από οποιαδήποτε άλλη εκτίμηση, διότι τα λειτουργικά ελλείμματα καθορίζουν τις ανάγκες του ασθενούς.

Η λειτουργικότητα έχει άμεση σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες αλλά δεν μπορεί να προβλέψει κανείς την κατάσταση της λειτουργικότητας από το γνωστικό επίπεδο αλλά και το αντίθετο, δηλαδή δεν μπορεί να εκτιμήσει τη γνωστική κατάσταση από τη λειτουργικότητα του ασθενή. Για παράδειγμα, μερικοί ασθενείς είναι ικανοί να εκτελούν βασικές λειτουργίες, όπως να ντύνονται, ακόμη και με τις πιο βαριές προσβολές στη μνήμη και στη σκέψη. Άλλοι ασθενείς αντίθετα, μπορούν να έχουν καλύτερο επίπεδο μνήμης και λογικής σκέψης αλλά να χρειάζονται τη φροντίδα από κάποιον προκειμένου π.χ. να ντυθούν. ( Αβεντισιάν – Παγοροπούλου Α., 1993, Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., 1999)

Η εκτίμηση της λειτουργικότητας του ασθενή πρέπει πάντα να συμπληρώνει τη γνωστική εκτίμηση, ώστε να επισημανθούν τόσο οι απώλειες, όσο και οι υπάρχουσες δεξιότητες.

Υπάρχουν διάφορες κλίμακες που εκτιμούν τη λειτουργικότητα των ανοϊκών ατόμων. Οι κυριότερες κλίμακες είναι οι εξής:

### 1) Κλίμακες φροντιστών

- Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia (IDD). Είναι μια αρκετά σύνθετη κλίμακα και βασίζεται σε συνέντευξη με το φροντιστή.
- Bristol Activities of Daily Living (B-AL). Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη αφού βαθμολογείται από τον ίδιο τον φροντιστή.
- Disability Assessment in Dementia (DAD). Η συγκεκριμένη κλίμακα συμπληρώνεται μέσω συνέντευξης με το φροντιστή σχετικά με τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης του ασθενή κατά τη διάρκεια των δύο προηγούμενων εβδομάδων. ( Lovestone S., Gauthier S., 2001)

Οι κλίμακες αυτές στηρίζονται στις παρατηρήσεις και στην αναφορά του φροντιστή. Οι φροντιστές αποτελούν χρήσιμα μέσα πληροφόρησης διότι δεν εκτιμούν την κατάσταση του ασθενούς μια δεδομένη στιγμή αλλά την τελευταία περίοδο πριν από την εξέτασή του. Για να είναι όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικές οι πληροφορίες, ο φροντιστής θα πρέπει να είναι αξιόπιστος και να ζει με τον ασθενή. Όμως, συχνά ο φροντιστής κρίνει πιο σοβαρές τις απώλειες του ασθενούς γιατί είναι φορτισμένος συναισθηματικά ή κουρασμένος από τη φροντίδα που απαιτείται. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999)

2) Κλίμακα λειτουργικής κατάταξης για τα συμπτώματα της άνοιας ( Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).

Σε αυτή την κλίμακα εξετάζεται η λειτουργική επίδοση του ασθενούς σε διάφορους τομείς της καθημερινής του ζωής, όπως η διατροφή, το ντύσιμο, η ακράτεια, η ομιλία, ο ύπνος, η αναγνώριση προσώπων, η ατομική υγιεινή, η μνήμη ονομάτων και γεγονότων, η εγρήγορση, η σφαιρική σύγχυση στο λόγο, ο προσανατολισμός στο χώρο, η συγκινησιακή κατάσταση και η κοινωνική απαντητικότητα. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συμμετέχει τότε χρειάζεται η βοήθεια του φροντιστή για να απαντηθεί η συγκεκριμένη δοκιμασία. ( Κώστα-Τσολάκη Μ., 1997)

3) Κλίμακα εκτίμησης της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών με άνοια.

Η συγκεκριμένη κλίμακα εφαρμόζεται στην Γ' Νευρολογική κλινική του Α.Π.Θ. και είναι προσαρμοσμένη στην οικονομική και κοινωνική ελληνική πραγματικότητα. Σε αυτή την δοκιμασία ανιχνεύονται οι ικανότητες του ασθενούς ως προς τον προσανατολισμό, την επικοινωνία, την μετακίνηση, τα οικονομικά, τη διατροφή, την ένδυση, τη λήψη φαρμάκων, την όσφρηση- ακοή- όραση, την αφασία, την αναγνώριση προσώπων, την πρόσφατη μνήμη, τον ύπνο, την ακράτεια.

4) Κλίμακα εκτίμησης σταδίου λειτουργικότητας (Functional Assessment Staging, FAST)

Η κλίμακα αυτή αφορά κυρίως τη λειτουργικότητα στα τελευταία στάδια της νόσου και επικεντρώνεται σε δυσκολίες που οφείλονται σε καθαρά σωματικές αδυναμίες.



5) Κλίμακα σχετιζόμενη με τη συντελεστική δραστηριότητα στην καθημερινή ζωή ( Instrumental Activity of Daily Living, I.A.D.L)

Μέσω της συγκεκριμένης κλίμακας εξετάζονται δραστηριότητες όπως η ικανότητα χρησιμοποίησης του τηλεφώνου, διαχείρισης χρημάτων, η ικανότητα για ψώνια, η προετοιμασία γευμάτων, το νοικοκυριό, το πλύσιμο, οι τρόποι μεταφοράς, η υπευθυνότητα για τα φάρμακα. ( Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999)

6) Κλίμακα Σωματικής Αυτοεξυπηρέτησης (Physical Self – Maintenance Scale, PSMS)

Η συγκεκριμένη κλίμακα εξετάζει διάφορους τομείς που αφορούν τη διατροφή, την τουαλέτα, το ντύσιμο, την περιποίηση, τη μεταφορά, το μπάνιο. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ**

### **10.1 Οικογένεια – Άτυπη υποστηρικτική παροχή.**

« Άτυπη υποστηρικτική παροχή ή διεθνώς 'caregiving' είναι η φροντίδα εξαρτημένων και πιο συχνά ηλικιωμένων ατόμων. Πρόκειται στην ουσία για την παροχή φροντίδας και υποστήριξης από μη εξειδικευμένα άτομα προς τους εξαρτημένους ηλικιωμένους. Συμπεριλαμβάνει τις δραστηριότητες και τις εμπειρίες που εμπλέκονται κατά την παροχή φροντίδας και υποστήριξης από συγγενείς και φίλους σε άτομα εξαρτημένα και ανήμπορα.» ( Κώστα-Τσολάκη Μ., 1997)

Η φροντίδα που χορηγείται σε ασθενείς με άνοια καλύπτεται από τους συγγενείς σε ποσοστό 80%. ( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005) Η φροντίδα των ανοϊκών ασθενών είναι μακροχρόνια και επίπονη και συνδέεται με σημαντικό βαθμού επιβάρυνση, εξαιτίας κυρίως της φύσης, της μορφής και της χρονιότητας της νόσου.

Η επιβάρυνση αυτή διακρίνεται είτε σε υποκειμενική ή σε αντικειμενική. Η συχνότερη μορφή υποκειμενικής επιβάρυνσης των φροντιστών ατόμων με άνοια είναι η ψυχολογική επιβάρυνση. Η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει κυρίως τις οικονομικές επιπτώσεις της νόσου, τις σχέσεις στην οικογένεια αλλά και τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων και του ελεύθερου χρόνου των φροντιστών. (Δουδούμη Σ., Τσολάκη Μ., Σαγιαδίνου Μ., Δεούδη Π., Κάζη Ε., Κιοσέογλου Γ., Κάζης Α., 2005)

Στην ΝΑ, όπως έχει προαναφερθεί, δεν προσβάλλονται μόνο οι νοητικές λειτουργίες αλλά επισυμβαίνουν και διάφορες αλλαγές της συμπεριφοράς λόγω διαταραχών της προσωπικότητας του ανοϊκού ατόμου. Όλα αυτά προκαλούν μεγάλη επιβάρυνση στο οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή και συχνά γίνονται αιτία να εμφανίζονται οι φροντιστές ακόμη και συμπτώματα κατάθλιψης. (Δουδούμη Σ., Τσολάκη Μ., Σαγιαδίνου Μ., Δεούδη Π., Κάζη Ε., Κιοσέογλου Γ., Κάζης Α., 2005)

Η φροντίδα του ανοϊκού ατόμου θέτει τρομακτικές απαιτήσεις στην καθημερινότητα του φροντιστή. Χρειάζεται να προσφέρει διάφορες

υπηρεσίες και να εξυπηρετεί αδιάκοπα τις ποικίλες ανάγκες του ασθενή. Τα κυριότερα καθήκοντά του είναι η προσωπική φροντίδα του ασθενή, η συνεχής εποπτεία του, η φροντίδα του χώρου που ζει, οι συνεχείς μετακινήσεις για ιατρικές εξετάσεις κ.α., η εποπτεία για τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και για οικονομικά και νομικά ζητήματα που προκύπτουν, η διάθεση να ακούει, να συζητά, να ασχολείται με τον ασθενή και να του προσφέρει ψυχολογική στήριξη.

Έχει αποδειχθεί ότι τα τελικά στάδια της νόσου είναι λιγότερο δύσκολα να αντιμετωπιστούν, σε σχέση με τα πρώιμα στάδια και περισσότερο δύσκολα είναι τα μεσαία στάδια της νόσου.

Τα πρόσωπα που παρέχουν φροντίδα οφείλουν να είναι σε ετοιμότητα ολόκληρο το 24ωρο, να προστατεύουν τον ηλικιωμένο από κάθε κίνδυνο και να μάχονται τη θλίψη, το συναισθηματικό κόστος και τις πολλές δυσκολίες που προκαλεί το γεγονός ότι ο πρώην υγιής συγγενής τους έχει περιέλθει σε αυτήν την κατάσταση. Για αυτόν το λόγο, πολλές ψυχολογικές έρευνες έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους πλέον, όχι στους ανοϊκούς ασθενείς, αλλά στα πρόσωπα που τους περιθάλπουν (συνήθως τον/την σύζυγο ή την κόρη του ασθενούς) που αποκαλούνται συχνά, « κρυφοί ασθενείς». ( Αβεντισιάν – Παγοροπούλου Α., 1993)

Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι περιθάλποντες έχοντας αναλάβει τόσες ευθύνες ως προς τη φροντίδα του ασθενή, ζουν μια καθημερινότητα που δεν τους ικανοποιεί καθώς εκλείπουν σχεδόν παντελώς οι δραστηριότητες για την προσωπική τους εξέλιξη και ανάπτυξη.

Τα συμπτώματα που συναντώνται συχνότερα στους φροντιστές ασθενών με άνοια είναι άγχος, θυμός, ενοχές, θλίψη, εξάντληση, κοινωνική απόσυρση, απρόβλεπτες συναισθηματικές αντιδράσεις, συναισθήματα ανεπάρκειας και απελπισίας, επιδράσεις στη σωματική υγεία, κατάθλιψη κ.α.

Για την αντιμετώπιση της άνοιας, μια από τις πιο σημαντικές και αποτελεσματικές θεραπευτικές μεθόδους – εκτός από αυτές που επικεντρώνονται στον ίδιο τον ασθενή – είναι η συμβουλευτική των φροντιστών ή η οικογενειακή θεραπεία. Η οικογενειακή θεραπεία είναι μια ψυχολογική παρέμβαση που απαιτείται για να βοηθήσει τους φροντιστές να αντιμετωπίσουν τις μεγάλες ευθύνες της φροντίδας και συνεπώς να αποφευχθεί η παθολογική φροντίδα ή ακόμη και η κακοποίηση των ηλικιωμένων. Βοηθά επίσης τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενή με άνοια να εκφράσουν τα προβλήματα, τα παράπονα και τις ανησυχίες τους, να ρυθμίσουν τις συγκρούσεις τους και να μειώσουν το άγχος που τους κυριεύει. Οι περισσότερες παρεμβάσεις λαμβάνουν το χαρακτήρα υποστήριξης και κυρίως οργανώνονται σε ομάδες. (Ducharme F., Levesque L., Giroux F., Lachanee L., 2004)

Στόχος είναι να επιτευχθεί η ανάπτυξη των περιθαλπόντων, επιτρέποντας στον καθένα να ανακαλύψει τον δικό του τρόπο αντιμετώπισης στην περιθαλψη του ασθενούς, δημιουργώντας όρια ασφαλείας και ισορροπίας ανάμεσα στον ίδιο και το περιβάλλον του. ( Clipp E., Moore M., 1995)

Μεγάλη έμφαση δίνεται σήμερα πλέον στη θεραπεία της άνοιας στην κοινότητα. Η παραμονή του ασθενούς στην κοινότητα συνδέεται με

την ύπαρξη αποτελεσματικού υποστηρικτικού συστήματος. Άρα, η αντιμετώπιση της κρίσης, η κατανόηση, η αναζήτηση, η κινητοποίηση και η ενίσχυση του υποστηρικτικού συστήματος, η διατήρηση της οικογενειακής ατμόσφαιρας και η προστασία των συναισθηματικών αναγκών του φροντιστή είναι κύριοι στόχοι του θεραπευτικού σχεδιασμού της άνοιας. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Τέλος, η συμπαράσταση των κοινωνικών φορέων προς τους συγγενείς – φροντιστές των ηλικιωμένων ανοϊκών οφείλει να είναι έντονη και διαρκής ώστε να αποφεύγονται όσο το δυνατόν περισσότερο οι ψυχοπιεστικές καταστάσεις που επηρεάζουν ολόκληρη την οικογένεια.

## **10.2 Ιδρυματική περίθαλψη**

Η εισαγωγή του ανοϊκού ασθενή σε ίδρυμα δεν αποτελεί εύκολη απόφαση για την οικογένειά του αλλά συχνά είναι η μόνη και αναπόφευκτη λύση. Αυτό ισχύει συνήθως στις περιπτώσεις όπου οι διαταραχές και τα προβλήματα που προκύπτουν από την νόσο ολοένα και αυξάνονται, είναι δύσκολα αντιμετωπίσιμα και που η οικογένεια για διάφορους λόγους αδυνατεί να προσφέρει από μόνη της την ολοκληρωτική φροντίδα του ασθενούς.

Στη χώρα μας, ο ιδρυματισμός που αφορά τους ανοϊκούς ασθενείς δεν είναι, τουλάχιστον επίσημα, διαδεδομένος. Αυτό οφείλεται κυρίως στην έλλειψη δομών για άνοια, το ισχυρό 'δέσιμο' της οικογένειας και οι σχετικά φθηνές λύσεις των βοηθών φροντιστών. (2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, 2002)

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το άτομο που πηγαίνει σε κάποιο ίδρυμα αντιμετωπίζει σοβαρά ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα που περιλαμβάνουν την εν μέρει απώλεια της ταυτότητάς του, την ποσοτικοποίηση της καθημερινής ρουτίνας και την απώλεια του ιδιωτικού τους χώρου, της ιδιωτικής του ζωής. Αισθήματα όπως μοναξιάς, εγκατάλειψης, ντροπής, αναπηρίας, πόνου ή επικείμενου θανάτου παρατηρούνται συχνά στους ασθενείς. Επομένως, στόχος πρέπει να είναι η αποφυγή του ιδρυματισμού ή η καταφυγή σε ιδρυματική λύση σε τελευταία στάδια της νόσου.

Τα βασικά σημεία που πρέπει να προσεχθούν στην ανάπτυξη των δομών για ανοϊκούς ασθενείς ώστε να αποφευχθεί ο ιδρυματισμός είναι: η ευαισθητοποίηση για το ρόλο της οικογένειας, η προσφυγή σε λύσεις κυρίως βοήθειας στο σπίτι, η σωστή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας με έκδοση διαγνωστικών και θεραπευτικών οδηγιών, η αλληλοκάλυψη ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών σε περιπτώσεις νοσηλείας, η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, τόσο στον ασθενή για την αντιμετώπιση των συμπεριφορικών προβλημάτων όσο και στους φροντιστές για να προσαρμοσθούν στα νέα δεδομένα και να αντέξουν το φορτίο. (Ducharme F., Levesque L., Giroux F., Lachanee. L., 2004)

### **10.3. Το κόστος της άνοιας**

Το κόστος μιας μακρόχρονης θεραπευτικής φροντίδας στην ΝΑ λαμβάνει κατά τα τελευταία έτη μια συνεχώς ανοδική πορεία. Το κόστος της είναι πολύ υψηλό σε όλο τον κόσμο και το επωμίζεται το κράτος και η κοινωνία, με μεγαλύτερο μερίδιο να βαραίνει τις οικογένειες των ασθενών. Το κόστος αυτό αυξάνεται ταυτόχρονα με τον συνεχώς αυξανόμενο γηραιό πληθυσμό. Η ΝΑ αποτελεί την 3<sup>η</sup> πιο πολυέξοδη νόσο μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο.

Το κόστος της ΝΑ εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις ιατρικές δαπάνες (θεραπευτική και φαρμακευτική αγωγή), τη συννοσηρότητα και το επίπεδο φροντίδας (που σχετίζεται με το στάδιο της ασθένειας).

Οι οικονομικές επιπτώσεις συνίστανται κυρίως σε απώλεια εισοδήματος λόγω αδυναμίας του ασθενή να εργαστεί, πιθανής πρόωρης συνταξιοδότησής του και μείωσης του οικογενειακού εισοδήματος λόγω απασχόλησης άλλων μελών της οικογένειας καθώς επίσης και δαπανών που αφορούν είτε την κατ'οίκον νοσηλευτική κάλυψη του ασθενούς ή τη νοσηλεία του σε γηριατρικό ίδρυμα.

Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε για τη διαχείριση του κόστους της ΝΑ στην Ελλάδα, το μηνιαίο κόστος για έναν ανοϊκό ασθενή στο στάδιο αυτονομίας υπολογίστηκε σε 341 Ευρώ, στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι σε 957 Ευρώ και στο στάδιο εξάρτησης σε ίδρυμα σε 1.267 Ευρώ. Στο μηνιαίο αυτό κόστος περιελήφθησαν τα εξής: ιατρικές επισκέψεις, φροντίδα σε ίδρυμα, επισκέψεις σε άλλους επαγγελματίες υγείας (π.χ. νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές), κατ'οίκον περίθαλψη, υπηρεσίες υποστήριξης και υγειονομικό υλικό. ( Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥΣ.**

Σε επίπεδο πρόληψης αρχικά, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού μπορεί να είναι πολύ σημαντικός. Οι κοινωνικοί λειτουργοί που ασχολούνται με την τρίτη ηλικία, π.χ. οι κοινωνικοί λειτουργοί των Κ.Α.Π.Η., μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στην πρόληψη των επιπτώσεων της άνοιας στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινότητας μέσω οργάνωσης ενημερωτικών ομιλιών γύρω από αυτό το θέμα είναι δύο βασικοί στόχοι προς αυτήν την κατεύθυνση.

Σε ατομικό επίπεδο, οι κοινωνικοί λειτουργοί με τη χρήση του Mini-Mental State Examination (M.M.S.E.) μπορούν ανά τακτά χρονικά διαστήματα να ελέγχουν τις γνωστικές λειτουργίες των μελών των Κ.Α.Π.Η. με στόχο την έγκαιρη διάγνωση. Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να συμβάλλει ώστε με τις κατάλληλες έγκαιρες παρεμβάσεις να σταθεροποιηθούν ή να επιβραδυνθούν οι συνέπειες της νόσου.

Μέσω της τακτής συνεργασίας του κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια του ηλικιωμένου ατόμου και της ενημέρωσής της σε περιπτώσεις όπου παρατηρείται έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, η οικογένεια μπορεί να βοηθηθεί ώστε να ανασυγκροτηθεί, να κάνει νέο προγραμματισμό προκειμένου να αντιμετωπίσει τις νέες καταστάσεις που θα προκύψουν στο μέλλον.

Μια ακόμη δράση που είναι πολύ σημαντική είναι η οργάνωση ομάδων με ειδικούς στα Κ.Α.Π.Η., όπως ομάδες ενίσχυσης μνήμης, πρόκλησης αναμνήσεων κ.λ.π. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, και ιδίως όσοι εργάζονται σε Κ.Α.Π.Η., μπορούν να εκπαιδευθούν ώστε να οργανώνουν και να λειτουργούν τέτοιες ομάδες.

Ο κοινωνικός λειτουργός, έπειτα από τη διάγνωση της άνοιας, παρεμβαίνει κυρίως σε τρία επίπεδα:

- A) Παρέμβαση στον ασθενή
- B) Παρέμβαση στην οικογένεια

Γ) Παρέμβαση στην κοινότητα.

### **A) Παρέμβαση στον ασθενή**

Η υποστηρικτική θεραπεία που μπορεί να εφαρμόσει ο κοινωνικός λειτουργός κατά την παρέμβασή του στον ανοϊκό ασθενή περιλαμβάνει:

- Συνειδητοποίηση της ασθένειας κατά την έναρξή της.
- Αποδοχή του προβλήματος εφόσον υπάρχει εναισθησία
- Επικέντρωση σε θέματα αυτοεκτίμησης
- Έμφαση σε ανέπαφες λειτουργίες που οδηγούν σε δραστηριότητες με επιτυχή λειτουργικότητα.
- Ενθάρρυνση για σωστή διατροφή
- Παρακολούθηση για τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής
- Ενθάρρυνση για αυτοπεριποίηση
- Ενίσχυση για τη διατήρηση χρόνιων συνηθειών π.χ. καθημερινά ψώνια, εκκλησιασμός κ.τ.λ.

Στην εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να ασχοληθεί με θέματα όπως:

- Εξήγηση της φύσης της νόσου ( εάν αυτό δεν έχει γίνει ξεκάθαρο στον ασθενή από τη μεριά του ψυχίατρου).
- Προγραμματισμός στη δόμηση δραστηριοτήτων με χρήση ημερολογίων τοίχου, ταμπελών σε δωμάτια του σπιτιού, καταγραφή σημειώσεων κ.α.
- Βοήθεια στην εύρεση αντικειμένων με ταμπέλες σε ντουλάπια, συρτάρια κ.λ.π.

Ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται επίσης με τη:

- Φροντίδα για τη θεραπεία παθολογικών προβλημάτων, όπως όρασης, ακοής, κινητικότητας και άλλων δυσλειτουργιών.
- Ενθάρρυνση και παρακολούθηση της αυτοπεριποίησης ( περιποίηση σώματος, ντύσιμο, διατροφή, ατομική υγιεινή).
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή του ασθενή σε κινητοποιητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες ( αγαπημένες ασχολίες, λέσχες, εκκλησία, ζωγραφική, χειροτεχνία).
- Βοήθεια για τη λύση νομικών ασφαλιστικών θεμάτων (σύνταξη, μεταβιβάσεις κ.λ.π.) και παροχή επιδομάτων.

Τέλος, συνεργάζεται με άλλους ειδικούς για την αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

### **B) Παρέμβαση στην οικογένεια**

Κατά την έναρξη της νόσου, ο κοινωνικός λειτουργός εκπαιδεύει την οικογένεια του ανοϊκού ασθενή ως προς τη φύση της νόσου, τη διάρκεια και τα εξελικτικά στάδια που διανύει και τη χρησιμότητα και αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Στη συνέχεια θέτει ως στόχο την αποδοχή της νόσου από τη μεριά της οικογένειας και προσπαθεί να διαπραγματευτούν και να ξεπεράσουν τα μέλη της συναισθήματα όπως η

άρνηση, ο θυμός, το άγχος, ο φόβος, η ματαιώση, η απογοήτευση, η θλίψη, η ντροπή, η ενοχή, η σωματική εξάντληση, η ψυχική κόπωση. Τέλος, ο κοινωνικός λειτουργός επεξεργάζεται τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που δημιουργούνται λόγω της νόσου και συνήθως οξύνονται με την εξέλιξη της.

Κατά τη μέση περίοδο της νόσου, ο κοινωνικός λειτουργός βοηθά στο σημαντικό κομμάτι καθορισμού των φροντιστών, είτε αυτό σημαίνει τον καθορισμό κάποιου μέλους της οικογένειας ή τη διερεύνηση της λύσης ενός επαγγελματία υγείας. Επίσης, οργανώνει ομάδες συγγενών και φίλων ατόμων που πάσχουν από άνοια με στόχους την ενίσχυση του ρόλου των φροντιστών, την αλληλοεκτόνωση συναισθημάτων, την αλληλοσυμπάρσταση, την υποστήριξη μέσω της γενίκευσης του προβλήματος. Εκτός όμως από την οργάνωση ομάδων για τους φροντιστές, ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται και με την ατομική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών.

Κατά την τελική περίοδο της νόσου, εξακολουθούν να ισχύουν για τον κοινωνικό λειτουργό οι παραπάνω στόχοι, με έμφαση στην ατομική και ομαδική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών. Επίσης, καταβάλλει προσπάθεια ώστε να εμπλακούν περισσότερα μέλη της οικογένειας στη φροντίδα του ασθενή καθώς οι απαιτήσεις της φροντίδας αυξάνονται και τα όρια αντοχής των φροντιστών μειώνονται. Εφόσον η οικογένεια σκέφτεται τη λύση της ιδρυματικής περίθαλψης για τον ανοϊκό συγγενή, ο κοινωνικός λειτουργός τους ενημερώνει για τις διάφορες υπηρεσίες που παρέχονται και διαπραγματεύεται με τα μέλη της οικογένειας τις σκέψεις και τους ενδοιασμούς τους ως προς αυτήν τη λύση.

### **Γ) Παρέμβαση στην κοινότητα**

Ως προς την παρέμβαση στην κοινότητα, ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με τη:

- Έρευνα στην κοινότητα για εύρεση ατόμων με άνοια
- Οργάνωση ενημερωτικών ομιλιών γύρω από το θέμα της άνοιας από ειδικούς με στόχο την πληροφόρηση του κοινού
- Επίσκεψη ατόμων που πάσχουν από άνοια μέσω του προγράμματος « Βοήθεια στο σπίτι»
- Ενημέρωση της κοινότητας για προγράμματα που προσφέρει το Κ.Α.Π.Η.
- Ευαισθητοποίηση της κοινότητας με στόχο την πρόληψη και την εξάλειψη προκαταλήψεων, φοβιών, στιγματισμού, απόρριψης.
- Εφαρμογή προγραμμάτων εθελοντισμού στο πλαίσιο της κοινότητας.
- Δημιουργία συλλόγου φίλων και συγγενών ατόμων με άνοια
- Εκπαίδευση – υποστήριξη ομάδων φροντιστών
- Συνεργασία με υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης ( οίκους ευγηρίας, γηροκομεία)

Να αναφέρουμε εδώ ότι ο κοινωνικός λειτουργός είναι μέρος μιας διεπιστημονικής ομάδας που εμπλέκεται στην αντιμετώπιση της άνοιας και αποτελείται κυρίως από:

- ◆ Νευρολόγο ή ψυχίατρο, ο οποίος κάνει διάγνωση, χορηγεί φαρμακευτική αγωγή και την παρακολουθεί.
- ◆ Παθολόγο, ο οποίος αντιμετωπίζει τα παθολογικά προβλήματα που προκύπτουν λόγω της άνοιας.
- ◆ Ψυχολόγο, ο οποίος μετρά με ψυχομετρικά τεστ την εξέλιξη της νόσου και εμπλέκεται στη υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του.
- ◆ Λογοθεραπευτή, ο οποίος αντιμετωπίζει τα προβλήματα λόγου και επικοινωνίας του ασθενή.
- ◆ Εργοθεραπευτή, ο οποίος βοηθά σε πρακτικά προβλήματα λειτουργικότητας του ασθενή.
- ◆ Φυσιοθεραπευτή, ο οποίος συμβάλλει στη βελτίωση δεξιοτήτων που προσβάλλονται λόγω της άνοιας.
- ◆ Νοσηλεύτη, ο οποίος ρυθμίζει τη φαρμακευτική αγωγή και φροντίζει τη σωματική υγιεινή του ασθενή.

Όλες αυτές οι ειδικότητες είναι απαραίτητο να συνεργάζονται με συχνή αλληλοενημέρωση αλλά και σεβασμό στο ρόλο του καθενός.  
(Σημειώσεις από μάθημα « Κλινική Κοινωνική Εργασία» Κα Σαπουνάκη – Σφακιανάκη)



## **Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **1.1 Σκοπός έρευνας**

Ο κυρίαρχος σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να γίνει μια αδρή αποτύπωση – ανίχνευση του προβλήματος της απώλειας των γνωστικών λειτουργιών που προδιαθέτουν για άνοια στον αγροτικό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου.

Επιμέρους σκοποί ήταν η διερεύνηση και ανίχνευση της λειτουργικότητας, της συναισθηματικής κατάστασης και του γενικότερου τρόπου ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Η εργασία αυτή επιθυμεί να προσφέρει περισσότερες πληροφορίες στο πεδίο των επιστημονικών ερευνών που σχετίζονται με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και ιδίως με αυτά που προκαλούνται από την έκπτωση ή απώλεια των γνωστικών λειτουργιών των ατόμων.

### **1.2. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις της έρευνας**

- Το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων συμβάλλει στην ανάπτυξη ή την επιβράδυνση των γνωστικών λειτουργιών;
- Με ποια συχνότητα προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας ( π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο ) ενισχύουν την εμφάνιση της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών;
- Πόσοι από τους ηλικιωμένους του δείγματος δέχονται βοήθεια/ φροντίδα από άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ή άλλα πρόσωπα;
- Υπάρχει επαρκής ενημέρωση των ηλικιωμένων όσον αφορά την άνοια και τα συμπτώματά της;

- Η εξάσκηση του πνεύματος, η συνεχής ανάκτηση γνώσεων και η λήψη ερεθισμάτων από τη μεριά των ηλικιωμένων θα αποδειχθεί μέσω των ερωτημάτων για την εκπαίδευση και το επάγγελμα ότι συμβάλλουν όντως στην επιβράδυνση εμφάνισης της άνοιας;
- Σε ποιο ποσοστό διαφαίνεται έκπτωση της γενικότερης λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους που είτε τείνουν είτε όχι να παρουσιάσουν άνοια;
- Η κακή διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ ή η έλλειψη σωματικής άσκησης θα αποδειχθεί μέσω της συγκεκριμένης έρευνας ότι αποτελούν ενισχυτικούς παράγοντες εμφάνισης της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών που οδηγεί σε άνοια τις περισσότερες φορές;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαταραχών ύπνου και έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών;
- Σε περιπτώσεις ατόμων με έκπτωση των γνωστικών τους λειτουργιών παρατηρούνται αλλαγές στην διάθεση, στη συμπεριφορά και στα συναισθήματα;
- Η ύπαρξη πιθανής άνοιας συνδέεται με την πιθανή εμφάνιση κατάθλιψης;

Οι υποθέσεις που θέσαμε εξ' αρχής ήταν δύο:

α) Στον αγροτικό πληθυσμό που αποτέλεσε το δείγμα μας θα υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης της έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών από ότι στον αστικό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου λόγω του ότι η συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού στην τρίτη ηλικία συνήθως υπολείπεται νοητικής εξάσκησης, τα επαγγέλματά τους είναι κυρίως χειρονακτικά και αγροτικά και το μορφωτικό τους επίπεδο είναι συνήθως χαμηλότερο από αυτό του αστικού πληθυσμού. Επίσης η ενημέρωσή τους γύρω από τα θέματα της άνοιας πιθανόν να είναι ελλιπής, κάτι που σημαίνει ότι μειώνονται οι πιθανότητες πρόληψης της ασθένειας.

β) Λόγω των διαπιστώσεων που παρατηρούνται στη βιβλιογραφία, υποθέσαμε ότι οι γυναίκες θα καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που θα έχουν μεγαλύτερη έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών.

### **1.3. Πεδίο μελέτης και δείγμα της έρευνας**

Η έρευνα που πραγματοποιήσαμε ήταν μια ποσοτική – διερευνητική έρευνα.

Το πεδίο μελέτης της έρευνας αποτέλεσαν τα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του νομού Ηρακλείου, τα οποία στο σύνολό τους ήταν 13.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε μέρος των ενεργών μελών των συγκεκριμένων Κ.Α.Π.Η. και αφορούσε άτομα άνω των 65 ετών.

#### **1.4. Σχεδιασμός και επιλογή του δείγματος**

Ο αρχικός αριθμός των Κ.Α.Π.Η. ήταν 15 και ο αριθμός των ερωτηματολογίων που είχε καθοριστεί για την έρευνα ήταν 500 άτομα. Λόγω της υπολειτουργίας δύο Κ.Α.Π.Η., τα Κ.Α.Π.Η. που συμπεριλήφθησαν τελικά στην έρευνά μας ήταν 13 και ο αριθμός των ατόμων του δείγματος μειώθηκε στα 466 άτομα με τον παρακάτω τρόπο:

Στα 13 Κ.Α.Π.Η. υπήρχαν στο σύνολό τους 1165 ενεργά μέλη. Από αυτά τα ενεργά μέλη (1165), λάβαμε το 4%, το οποίο αντιστοιχεί στα 466 άτομα που αποτελεί το δείγμα μας.

Για να λάβουμε το συνολικό αριθμό των εγγεγραμμένων ατόμων αλλά και τον αριθμό των ενεργών μελών του κάθε Κ.Α.Π.Η., επικοινωνήσαμε αρχικά τηλεφωνικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς όλων των Κ.Α.Π.Η., οι οποίοι μας πληροφορούσαν για τα παραπάνω στοιχεία. Σ' αυτήν την πρώτη επαφή μας με το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η., τους ενημερώναμε για τη συγκεκριμένη έρευνα που επρόκειτο να πραγματοποιηθεί σε όλα τα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του νομού Ηρακλείου και ζητούσαμε την έγκρισή τους για τη συμμετοχή τους σε αυτή.

Στη συνέχεια, το αντιπροσωπευτικό δείγμα για κάθε Κ.Α.Π.Η. προέκυψε μέσω της «απλής μεθόδου των τριών». Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν στις συγκεκριμένες πράξεις για να προκύψει το δείγμα ήταν ο αριθμός των ενεργών μελών όλων των Κ.Α.Π.Η. (1165), ο αριθμός των ενεργών μελών του κάθε Κ.Α.Π.Η. ξεχωριστά και το σύνολο των ερωτηματολογίων (466).

Η δειγματοληψία ήταν τυχαία καθώς το δείγμα προέκυψε από την επιλογή των ονομάτων διαδοχικά ανά 5 αριθμούς της λίστας των ενεργών μελών του Κ.Α.Π.Η.

Ο τρόπος προσέγγισης του δείγματος έγινε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. για τη συναίνεση συμμετοχής τους στην έρευνα και ακολουθούσε είτε κατ' οίκον επίσκεψή μας στην οικεία τους ή προσέλευσή των ίδιων στο χώρο του Κ.Α.Π.Η. για τη συλλογή των στοιχείων.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, απαραίτητη ήταν η συναίνεση του προσωπικού των Κ.Α.Π.Η. αλλά συχνά και του Δήμου της κάθε περιοχής και η συνεργασία μας με το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. για την προσέγγιση του δείγματος. Πριν ξεκινήσουμε την έρευνα σε κάθε δήμο του Νομού Ηρακλείου, χορηγούσαμε στο Δήμαρχο ή στο Κ.Α.Π.Η. της κάθε περιοχής ένα επίσημο πρωτοκολλημένο έγγραφο από τη μεριά της Σ.Ε.Υ.Π. που βεβαίωνε για την έγκριση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΩΝ ΜΕΛΩΝ:1165			
ΧΩΡΙΑ	ΕΓΓΕΓΡΑ ΜΜΕΝΟΙ	ΕΝΕΡΓΟΙ	ΕΡΩΤΗΜΑΤ ΟΛΟΓΙΑ 466
ΑΡΚΑΛΟΧΩΡΙ	1776	50	19
ΑΣΗΜΙ	350	150	57
ΒΙΑΝΝΟ	500	60	22
ΓΕΡΓΕΡΗ	700	150	56
ΓΟΡΓΟΛΑΙΝΗ	377	100	38
ΚΡΟΥΣΣΩΝΑΣ	300	200	75
ΧΕΡΣΟΝΗΣΟΣ	500	50	19
ΧΑΡΑΚΑΣ	450	80	30
ΤΥΜΠΑΚΙ	300	15	15
ΤΕΜΕΝΟΣ	326	100	38
ΠΥΡΓΟΣ	780	30	11
ΜΟΙΡΕΣ	600	30	30
ΑΡΧΑΝΕΣ	ΟΛΟ ΤΟ ΧΩΡΙΟ	150	56
			ΣΥΝΟΛΟ :466 ΕΡΩΤΗΜΑΤ ΟΛΟΓΙΑ

### Πιλοτική έρευνα

Έπειτα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, βρέθηκε υψηλό ποσοστό ατόμων με γνωστικές διαταραχές συγκριτικά με τα ποσοστά που βρέθηκαν σε παρόμοια έρευνα στα αστικά Κ.Α.Π.Η. του νομού Ηρακλείου. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε το 2005 στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας από φοιτήτριες της Κοινωνικής Εργασίας με θέμα «Ανίχνευση της γνωστικής διαταραχής σε άτομα άνω των 65 ετών στα Κ.Α.Π.Η. στην αστική περιοχή του νομού Ηρακλείου». Τα αποτελέσματα που βρέθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα όσον αφορά την εξέταση του γνωστικού επιπέδου ήταν ότι το 83,9% των 360 ηλικιωμένων του δείγματος είχαν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, το 10,6% φαίνεται να παρουσιάζουν μέτρια γνωστική διαταραχή, το 4,4% μέτρια και το 1,1% σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Εξαιτίας της απόκλισης των ποσοστών γνωστικής έκπτωσης που βρέθηκαν μέσω των δύο ερευνών μεταξύ του αστικού και αγροτικού πληθυσμού του νομού Ηρακλείου, πραγματοποιήσαμε μια πιλοτική έρευνα, με ομάδα ελέγχου 50 ατόμων, την οποία αποτέλεσαν όχι ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η. αλλά απλά εγγεγραμμένοι των Κ.Α.Π.Η. ή δημότες από 65 έως 90 ετών. Στην έρευνα αυτή από τα δημογραφικά στοιχεία λάβαμε μόνο το φύλο, την ηλικία και τα χρόνια εκπαίδευσης των ερωτώμενων και χρησιμοποιήσαμε μόνο το τεστ για την εξέταση του γνωστικού επιπέδου Mini-Mental State Examination (M.M.S.E.) για να βρεθεί το ποσοστό έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών των απλά εγγεγραμμένων στα Κ.Α.Π.Η. ή δημοτών σε σχέση με τα ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η.

Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός διεξαγωγής αυτής της έρευνας ήταν να διαπιστώσουμε αν το προαναφερθέν υψηλό ποσοστό ατόμων με έκπτωση γνωστικών λειτουργιών δικαιολογείται/ επιβεβαιώνεται ή μας οδηγεί στην υπόθεση ότι τα ενεργά μέλη που κάνουν συχνή χρήση των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη έκπτωση γνωστικών λειτουργιών καθώς οι περισσότεροι έχουν παραιτηθεί από οποιαδήποτε σωματική ή πνευματική εργασία σε αντίθεση με τους απλά εγγεγραμμένους (που δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.) ή δημότες μιας περιοχής που προφανώς συνεχίζουν να εργάζονται και να συμμετέχουν πιο ενεργά στην κοινωνία και άρα οι γνωστικές τους λειτουργίες διατηρούνται σε καλύτερο επίπεδο.

Το πεδίο μελέτης για τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν 5 χωριά από τα 13 που αποτέλεσαν το πεδίο μελέτης και στην κύρια έρευνά μας.

Αυτά ήταν: το Ασήμι, οι Αρχάνες, η Γέργερη, η Χερσόνησος και το Αρκαλοχώρι. Για τη διεξαγωγή της συμπληρωματικής αυτής έρευνας ακολουθήσαμε την ίδια διαδικασία με την κύρια έρευνά μας, δηλαδή την τηλεφωνική επικοινωνία και συνεννόησή μας αρχικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς των Κ.Α.Π.Η. και έπειτα την επίσκεψή μας στους δήμους.

Ο αριθμός των ερωτώμενων που λάβαμε από κάθε χωριό ήταν 10 (στο σύνολό τους 50). Η δειγματοληψία ήταν τυχαία, με επιλογή ονομάτων μέσω λίστας με εγγεγραμμένους του Κ.Α.Π.Η. ή δημότες. Ταυτόχρονα, έγινε προσπάθεια να υπάρξει ισοκατανομή μεταξύ των δύο φύλων και των διαφόρων ηλικιών.

### **1.5. Τεχνική συλλογής στοιχείων**

Την τεχνική συλλογής στοιχείων στην έρευνά μας αποτέλεσαν τα εμμέσως συμπληρούμενα ερωτηματολόγια με απευθείας συνομιλία, τα οποία στο σύνολό τους ήταν 5.

Πιο συγκεκριμένα για τις ανάγκες της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω εργαλεία :

**1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων των ηλικιωμένων** που περιελάμβανε ερωτήσεις όπως : φύλο, ηλικία, μόρφωση, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, τόπο διαμονής, είδος κατοικίας, ύπαρξη προβλήματος υγείας, ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι, αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου, γνώση και αντιλήψεις για την νόσο Alzheimer, ύπαρξη ανοϊκού συγγενή, ασχολία με διάβασμα και γυμναστική, κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα.

**2. Mini- Mental State Examination.** Αποτελεί ένα εύχρηστο και ευέλικτο εργαλείο από το οποίο διαφαίνεται η ύπαρξη ή μη γνωστικής διαταραχής και το είδος της. Χρησιμοποιείται από όλους τους επαγγελματίες υγείας και η συμπλήρωσή του είναι απλή και εύκολη. Περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις και χωρίζεται σε 6 υποκλίμακες : προσανατολισμός, εγχάραξη, προσοχή και ικανότητα υπολογισμών, ανάκληση, γλώσσα, πραξία. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται με 0 οι λανθασμένες απαντήσεις και με 1 οι σωστές. Το ανώτερο σκορ της κλίμακας είναι 30. Η βαθμολογική κλίμακα του τεστ χωρίζεται στις παρακάτω ομάδες: 30-25 φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, 24-20 ελαφρά γνωστική διαταραχή, 19-11 μέτρια γνωστική διαταραχή και 10-0 σοβαρή γνωστική διαταραχή.

**3. Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia.** Αποτελεί εργαλείο που αποτυπώνει τη λειτουργικότητα των ατόμων τρίτης ηλικίας και δη των ανοϊκών. Περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις που αφορούν πολλούς τομείς της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων όπως η τροφή, το ντύσιμο, η ακράτεια, η ομιλία, ο ύπνος, η αναγνώριση προσώπων, η ατομική υγιεινή, η μνήμη για ονόματα και γεγονότα, η εγρήγορση, η σφαιρική σύγκυση, ο προσανατολισμός στον χώρο, η συγκινησιακή κατάσταση και η κοινωνική απαντητικότητα. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται από 0 έως 3, όπου το 0 αντιστοιχεί σε απουσία δυσκολιών και το 3 σε ύπαρξη σοβαρών δυσκολιών.

4. **Geriatric Depression Scale.** Είναι ένα εργαλείο που αποτυπώνει τη διάθεση και τα συναισθήματα των ηλικιωμένων καθώς και πιθανά συμπτώματα κατάθλιψης. Περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις από τις οποίες διαφαίνεται η συναισθηματική κατάσταση και διάθεση του ατόμου. Οι ερωτήσεις βαθμολογούνται με ναι ή όχι. Ανάλογα με το νόημα της κάθε ερώτησης, οι ερωτήσεις βαθμολογούνται με διαφορετικό τρόπο. Για παράδειγμα, στην ερώτηση 1 «Είστε γενικά ευχαριστημένος με τη ζωή σας;» το «ναι» βαθμολογείται με 0 και το «όχι» με 1 ενώ αντίθετα στην ερώτηση 3 «Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;» το «ναι» βαθμολογείται με 1 και το «όχι» με 0. Οι ερωτήσεις με θετικό νόημα όπου το «ναι» βαθμολογείται με 0 είναι οι: 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30. Οι ερωτήσεις με αρνητικό νόημα όπου το «ναι» βαθμολογείται με 1 είναι οι: 2,3,4,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,28. Το ανώτερο σκορ της κλίμακας είναι 30. Η βαθμολογική κλίμακα του τεστ χωρίζεται στις παρακάτω ομάδες: 0-10 απουσία κατάθλιψης, 11-20 ήπια κατάθλιψη και 21-30 σοβαρή κατάθλιψη.

5. **Κλίμακα Hamilton.** Είναι ένα αξιόπιστο και ευαίσθητο εργαλείο για την εκτίμηση της κατάθλιψης. Περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις που αφορούν την ύπαρξη ή μη καταθλιπτικής διάθεσης, αισθήματα ενοχής, τάσεις αυτοκτονίας, αρχική-ενδιάμεση και όψιμη αύπνια, εργασία και ενδιαφέροντα, επιβράδυνση, κινητική ανησυχία, άγχος ψυχικό, άγχος σωματικό, γαστρεντερικά συμπτώματα, γενικά σωματικά συμπτώματα, γεννητικά συμπτώματα, υποχονδριακά συμπτώματα, απώλεια βάρους και επίγνωση του νοσηρού. Ορισμένες ερωτήσεις βαθμολογούνται από 0 έως 4 (οι ερωτήσεις 1,2,3,7,8,10,11,15,17) και άλλες από 0 έως 2 (οι ερωτήσεις 4,5,6,9,12,13,14,16). Η βαθμολογική κλίμακα του τεστ χωρίζεται στις παρακάτω ομάδες: 0-15 απουσία κατάθλιψης και 16-51 ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

## **1.6. Χρονική διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα 3 μηνών, από τον Νοέμβριο του 2005 έως τον Ιανουάριο του 2006.

## **1.7. Δυσκολίες της έρευνας**

Για τη διεξαγωγή της έρευνας οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε ήταν πολλές. Η κυριότερη δυσκολία μας ήταν οι χιλιομετρικές αποστάσεις που διανύσαμε στους προαναφερθέντες δήμους του Νομού Ηρακλείου για την ολοκλήρωση της έρευνας. Η έλλειψη μεταφορικού μέσου, η μη τακτική ή και απουσία συγκοινωνίας για ορισμένα χωριά και η διεξαγωγή της έρευνας σε χειμερινή περίοδο ήταν επιπρόσθετοι παράγοντες που δυσκόλεψαν το έργο μας.

Μια ακόμη σημαντική δυσκολία ήταν η μεγάλη οικονομική επιβάρυνση που χρειάστηκε να υποστούμε για τη μεταφορά μας στις αγροτικές περιοχές αλλά και εξαιτίας της πληθώρας των φωτοτυπιών των ερωτηματολογίων.

Επίσης άλλη μια δυσκολία που αντιμετωπίσαμε αφορούσε τη διαθεσιμότητα του προσωπικού των Κ.Α.Π.Η σε συγκεκριμένα χρονικά



διαστήματα, καθώς η έλλειψη χρόνου από μέρους του προσωπικού καθυστέρησε ως ένα βαθμό τη διεξαγωγή της έρευνας.

Επιπλέον συχνά συναντούσαμε περιπτώσεις ηλικιωμένων οι οποίοι είτε παρουσίαζαν άρνηση ή επιφυλακτικότητα για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

### **1.8. Στατιστική ανάλυση**

Η καταγραφή και ανάλυση των ερωτηματολογίων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 11. Αρχικά καταχωρήθηκαν τα δεδομένα (ερωτηματολόγια) και έπειτα όλες οι απαντήσεις του δείγματος. Πριν πραγματοποιηθεί κάθε είδους ανάλυση διενεργήθηκε ένας έλεγχος ορθότητας για να επιβεβαιωθεί ότι η εισαγωγή των δεδομένων έγινε με τον σωστό τρόπο. Προτού προχωρήσουμε στην εύρεση των αποτελεσμάτων της έρευνας, χρειάστηκε να προβούμε στη επανακωδικοποίηση (Recode) των τιμών κάποιων μεταβλητών, ομαδοποιώντας και συγχωνεύοντας αυτές τις τιμές για την καλύτερη στατιστική ανάλυση.

Οι στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιήσαμε για την ανάλυση των αποτελεσμάτων είναι οι Συχνότητες (Frequencies), οι Πίνακες Διασταύρωσης (Crosstabs), ο Έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test) και ο Pearson Correlation.

Χρησιμοποιήσαμε έναν από τους κυριότερους δείκτες συνάφειας, τον Pearson  $r$ , ο οποίος ενδείκνυται για να καθοριστεί ο βαθμός της συνάφειας μεταξύ δύο αριθμητικών μεταβλητών. Εκτός όμως από τον δείκτη συνάφειας, για να συσχετίσουμε δύο μεταβλητές παρατηρούσαμε και αν υπάρχει αιτιώδης σχέση μεταξύ τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

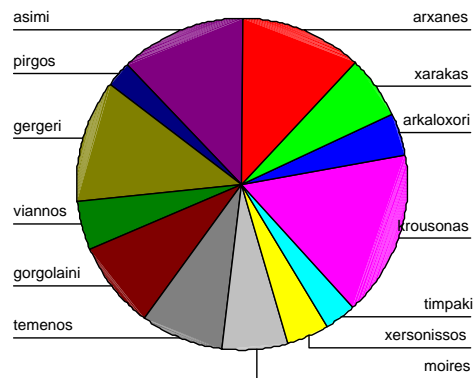
### 2.1: Παρουσίαση αποτελεσμάτων

**Πίνακας 1: Αριθμός ενεργών μελών του κάθε Κ.Α.Π.Η. που συμμετείχαν στην έρευνα.**

<b>Κ.Α.Π.Η.</b>	<b>Αριθμός ενεργών μελών του κάθε Κ.Α.Π.Η. που συμμετείχαν στην έρευνα.</b>
<b>Αρχάνες</b>	<b>56 ( 12%)</b>
<b>Χάρακας</b>	<b>28 ( 6%)</b>
<b>Αρκαλοχώρι</b>	<b>19 ( 4,1%)</b>
<b>Κρουσσώνας</b>	<b>75 ( 16,1%)</b>
<b>Τυμπάκι</b>	<b>15 ( 3,2%)</b>
<b>Χερσόνησος</b>	<b>19 ( 4,1%)</b>
<b>Μοίρες</b>	<b>30 ( 6,4%)</b>
<b>Τέμενος</b>	<b>38 ( 8,2%)</b>
<b>Γοργολαΐνη</b>	<b>40 ( 8,6%)</b>
<b>Βιάννος</b>	<b>22 ( 4,7%)</b>
<b>Γέργερη</b>	<b>56 ( 12%)</b>
<b>Πύργος</b>	<b>11 ( 2,4%)</b>
<b>Ασήμι</b>	<b>57 ( 12,2%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 ( 100%)</b>

Από το Κ.Α.Π.Η. των Αρχανών συμμετείχαν στην έρευνα 56 ηλικιωμένοι, ενεργά μέλη (12%) , από το Χάρακα 28 ( 6%), από το Αρκαλοχώρι 19 ( 4,1%), από τον Κρουσσώνα 75 ( 16,1%), από το Τυμπάκι 15 ( 3,2%), από τη Χερσόνησο 19 ( 4,1%), από τις Μοίρες 30 ( 6,4%), από το Τέμενος 38 ( 8,2%), από τη Γοργολαΐνη 40 ( 8,6%), από τη Βιάννο 22 ( 4,7%), από τη Γέργερη 56 ( 12%), από τον Πύργο 11 ( 2,4%), από το Ασήμι 57 ( 12,2%). Συνολικά όλοι οι ερωτώμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 466.

### kaph

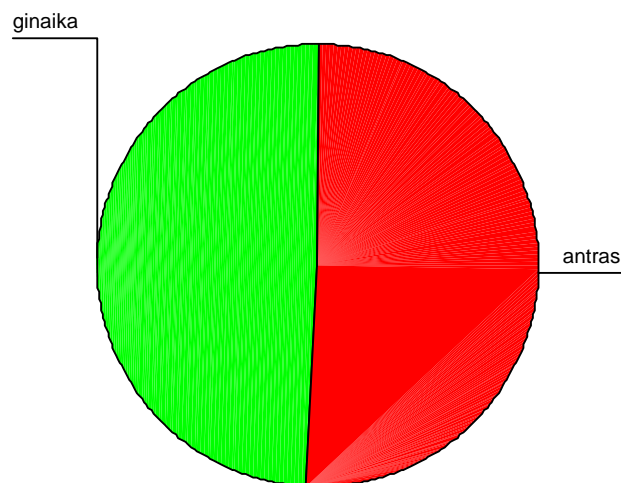


**Πίνακας 2: Φύλο**

Φύλο	Αριθμός Ατόμων
Άντρες	237 ( 50,9%)
Γυναίκες	229 ( 49,1%)
Σύνολο	466 (100%)

Στην έρευνα συμμετείχαν 466 ηλικιωμένοι, ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η, εκ των οποίων οι 237 ( 50,9%) ήταν άντρες και 229 ( 49,1%) γυναίκες.

### filo

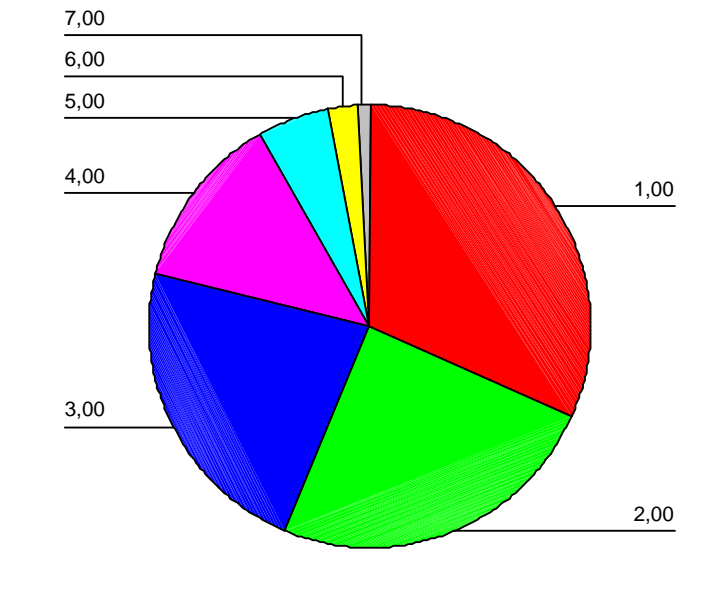


**Πίνακας 3 : Ηλικιακές ομάδες**

<b>Ηλικιακές ομάδες ερωτώμενων</b>	<b>Αριθμός Ατόμων</b>
<b>65-70</b>	<b>147 (31,5%)</b>
<b>71-75</b>	<b>116 (24,9%)</b>
<b>76-80</b>	<b>104 (22,3%)</b>
<b>81-85</b>	<b>60 (12,9%)</b>
<b>86-90</b>	<b>25 (5,4%)</b>
<b>91-95</b>	<b>10 (2,1%)</b>
<b>96-100</b>	<b>4 (0,9%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Στον πίνακα αυτό φαίνεται ότι από τα 466 άτομα του δείγματος, τα 147 άτομα (31,5%) άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 65-70, τα 116 άτομα (24,9%) ήταν 71-75 χρονών, τα 104 άτομα (22,3%) ήταν ηλικίας 76-80, τα 60 (22,3%) ήταν 81-85 χρονών, τα 25 άτομα (5,4%) άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 86-90, τα 10 άτομα (2,1%) ήταν 91-95 χρονών και 4 άτομα (0,9%) ήταν ηλικίας 96-100.

## ΙΛΙΚΙΟΜΑ

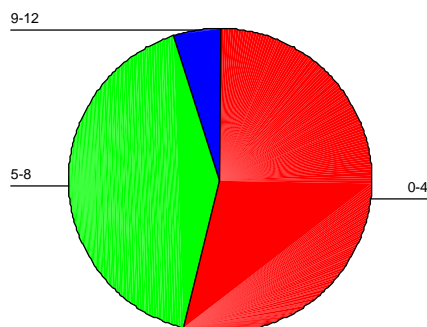


**Πίνακας 4: Χρόνια εκπαίδευσης.**

<b>Χρόνια εκπαίδευσης</b>	<b>Αριθμός Ατόμων</b>
<b>0-4</b>	<b>251 ( 53,9%)</b>
<b>5-8</b>	<b>192 ( 41,2%)</b>
<b>9-12</b>	<b>23 ( 4,9%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 ( 100%)</b>

Από το δείγμα μας 251 ερωτώμενοι ( 53,9%) είχαν 0-4 χρόνια εκπαίδευσης, 192 (41,2%) είχαν 5-8 χρόνια εκπαίδευσης και μόνο 23 ερωτώμενοι ( 4,9%) είχαν 9-12 χρόνια εκπαίδευσης.

xronia ekpaideushs

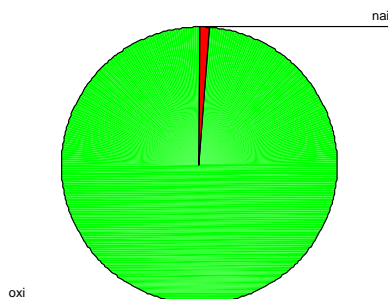


**Πίνακας 5 : Ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.**

<b>Ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης</b>	<b>5 ( 1,1%)</b>
<b>Μη ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης</b>	<b>461 ( 98,9%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 ( 100%)</b>

Στον συγκεκριμένο πίνακα φαίνεται ότι από τους 466 ερωτώμενους μόνο οι 5 ( 1,1%) έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση.

oloklirwsi trt. ekpaideusis



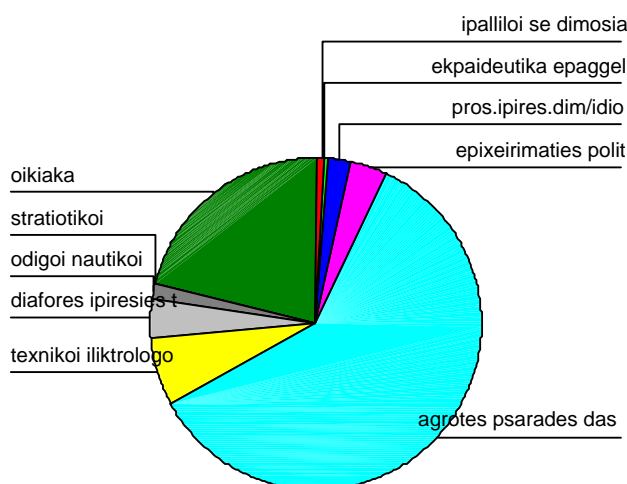
**Πίνακας 6: Επάγγελμα**

<b>Επαγγέλματα</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Υπάλληλοι σε δημόσια υπηρεσία με πτυχίο, εκπαιδευτικά επαγγέλματα</b>	<b>5 (1,1%)</b>
<b>Προσωπικό υπηρεσιών στο δημόσιο και ιδιωτικό φορέα</b>	<b>10 (2,1%)</b>
<b>Επιχειρηματίες, πωλητές</b>	<b>18 (3,9%)</b>
<b>Αγρότες, παράδες, δασικοί</b>	<b>279 ( 59,9%)</b>
<b>Τεχνικοί, ηλεκτρολόγοι, εργάτες, μεταφορείς</b>	<b>31 (6,7%)</b>

<b>Διάφορες υπηρεσίες, τουριστικά επαγγέλματα, κομμωτήρια, εστιατόρια, ψήστες</b>	<b>18 (3,9%)</b>
<b>Οδηγοί, ναυτικοί, στρατιωτικοί</b>	<b>7 (1,5%)</b>
<b>Οικιακά</b>	<b>98 (21%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από το δείγμα μας 279 ερωτώμενοι ( 59,9%) είναι αγρότες, ψαράδες ή δασικοί, οι 98 (21%) ασχολούνται με τα οικιακά, οι 31 (6,7%) είναι τεχνικοί, ηλεκτρολόγοι, εργάτες, μεταφορείς, οι 18 (3,9%) ασχολούνται με διάφορες υπηρεσίες, τουριστικά επαγγέλματα κ.τ.λ., 18 (3,9%) είναι επιχειρηματίες ή πωλητές, οι 10 (2,1%) εργαζόντουσαν σε υπηρεσίες δημοσίου ή ιδιωτικού φορέα, οι 7 (1,5%) ήταν οδηγοί, ναυτικοί ή στρατιωτικοί και 5 ερωτώμενοι (1,1%) ήταν υπάλληλοι σε δημόσια υπηρεσία με πτυχίο ή εκπαιδευτικοί.

### επαγγελμα

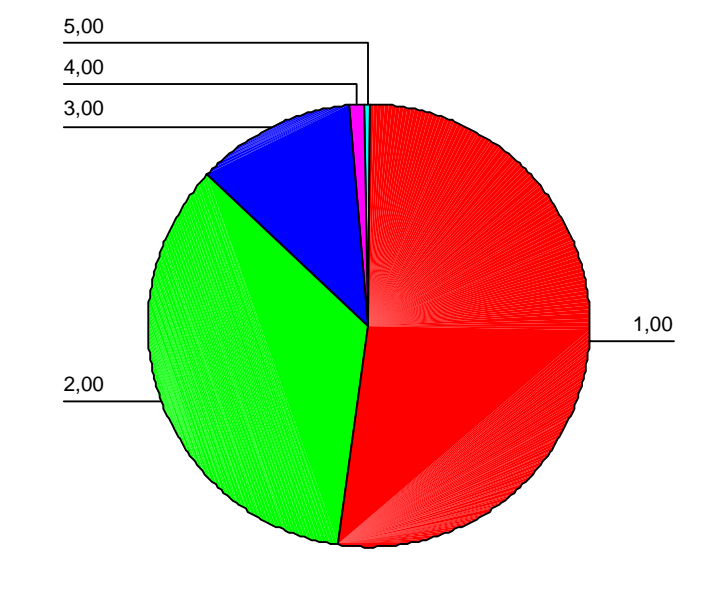


**Πίνακας 7: Χρόνια συνταξιοδότησης**

Ομάδες χρόνων συνταξιοδότησης	Αριθμός ατόμων
<b>1-10</b>	<b>243 (52,1%)</b>
<b>11-20</b>	<b>162 (34,8%)</b>
<b>21-30</b>	<b>54 (11,6%)</b>
<b>31-40</b>	<b>6 (1,3%)</b>
<b>41-50</b>	<b>1 (0,2%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι 243 (52,1%) ερωτώμενοι του δείγματος έχουν συνταξιοδοτηθεί εδώ και 1 έως 10 χρόνια, οι 162 (34,8%) έχουν πάρει σύνταξη πριν 11-20 χρόνια, οι 54 (11,6%) πριν 21 έως 30 χρόνια, οι 6 (1,3%) πριν 31 έως 40 χρόνια και 1 άτομο (0,2%) πριν 41 έως 50 χρόνια.

### XRSINTOM

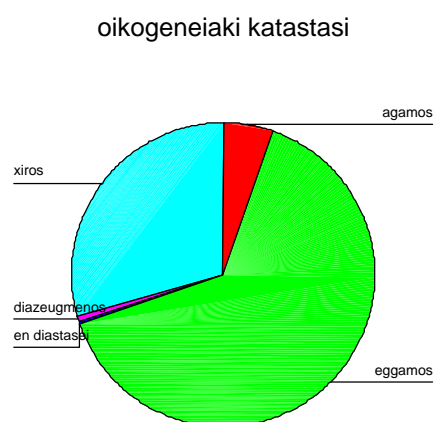


**Πίνακας 8: Οικογενειακή κατάσταση**

Οικογενειακή κατάσταση	Αριθμός ατόμων
Άγαμοι	24 (5,2%)
Έγγαμοι	301 (64,6%)
Εν διαστάσει	1 (0,2%)
Διαζευγμένοι	3 (0,6%)
Χήροι	137 (29,4%)
Σύνολο	466 (100%)



Από τους 466 ερωτώμενους του δείγματος, οι 301 (64,6%) είναι έγγαμοι, οι 137 (29,4%) είναι χήροι, οι 24 (5,2%) είναι άγαμοι, οι 3 (0,6%) είναι διαζευγμένοι και 1 άτομο (0,2%) βρίσκεται σε διάσταση.



**Πίνακας 9: Ύπαρξη παιδιών**

<b>Έχουν παιδιά</b>	<b>419 (89,9%)</b>
<b>Δεν έχουν παιδιά</b>	<b>47 (10,1%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τα 466 άτομα του δείγματος, τα 419 (89,9%) έχουν παιδιά ενώ τα 47 άτομα (10,1%) δεν έχουν παιδιά.



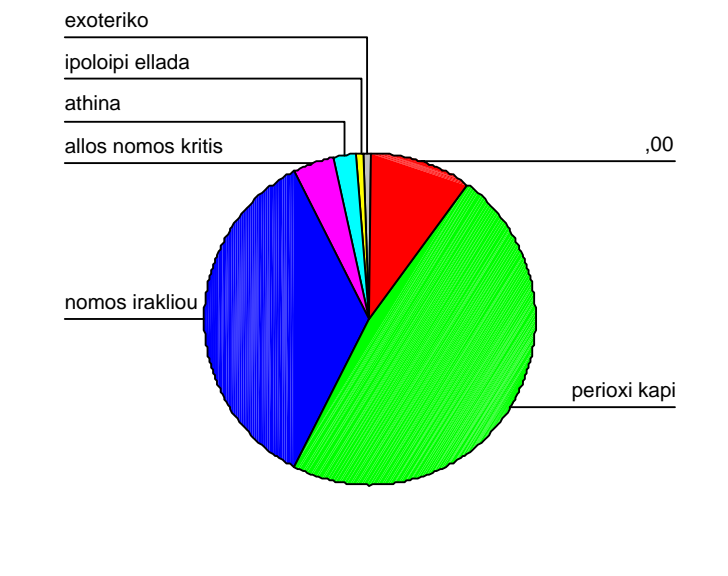
**Πίνακας 10: Τόπος διαμονής των παιδιών των ερωτώμενων.**

Τόπος διαμονής των παιδιών των ερωτώμενων	Αριθμός ατόμων
Περιοχή του Κ.Α.Π.Η	221 (47,4%)
Νομός Ηρακλείου	163 (35%)
Άλλος νομός Κρήτης	18 (3,9%)
Αθήνα	10 (2,1%)
Υπόλοιπη Ελλάδα	5 (1,1%)
Εξωτερικό	4 (0,4%)

<b>Σύνολο</b>	<b>419 (89,9%)</b>
---------------	--------------------

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 419 ερωτώμενους που έχουν παιδιά (89,9%), τα παιδιά των 221 (47,4%) ερωτώμενων κατοικούν στο χωριό που βρίσκεται το Κ.Α.Π.Η, τα παιδιά των 163 (35%) ερωτώμενων στο νομό Ηρακλείου, τα παιδιά των 18 (3,9%) ερωτώμενων μένουν σε άλλο νομό της Κρήτης, τα παιδιά των 5 (1,1%) μένουν σε άλλους νομούς της Ελλάδας και τα παιδιά των 4 (0,4%) ζουν στο εξωτερικό.

που ζουν τα παιδιά σας



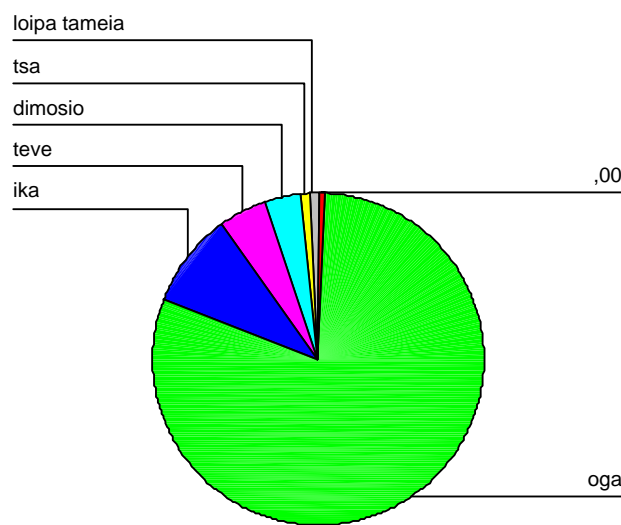
**Πίνακας 11: Ασφαλιστικά ταμεία**

<b>Ασφαλιστικά ταμεία</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Ο.Γ.Α.</b>	<b>375 (80,5%)</b>
<b>Ι.Κ.Α.</b>	<b>43 (9,2%)</b>
<b>Τ.Ε.Β.Ε.</b>	<b>21 (4,5%)</b>
<b>Δημόσιο</b>	<b>17 (3,6%)</b>
<b>Τ.Σ.Α.</b>	<b>4 (0,9%)</b>
<b>Λοιπά ταμεία</b>	<b>4 (0,9%)</b>
<b>Χωρίς ασφάλιση</b>	<b>2 (0,4)</b>

<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>
---------------	-------------------

Από τα 466 άτομα του δείγματος, τα 375 (80,5%) είναι ασφαλισμένα στον Ο.Γ.Α., τα 43 (9,2%) έχουν ασφάλιση Ι.Κ.Α., τα 21 (4,5%) έχουν ασφάλιση Τ.Ε.Β.Ε., τα 17 (3,6%) είναι ασφαλισμένα στο Δημόσιο, τα 4 (0,9%) έχουν ασφάλιση Τ.Σ.Α., τα 4 (0,9%) είναι ασφαλισμένα σε άλλα ταμεία και 2 άτομα (0,4%) δεν έχουν ασφάλιση.

### asfalisi



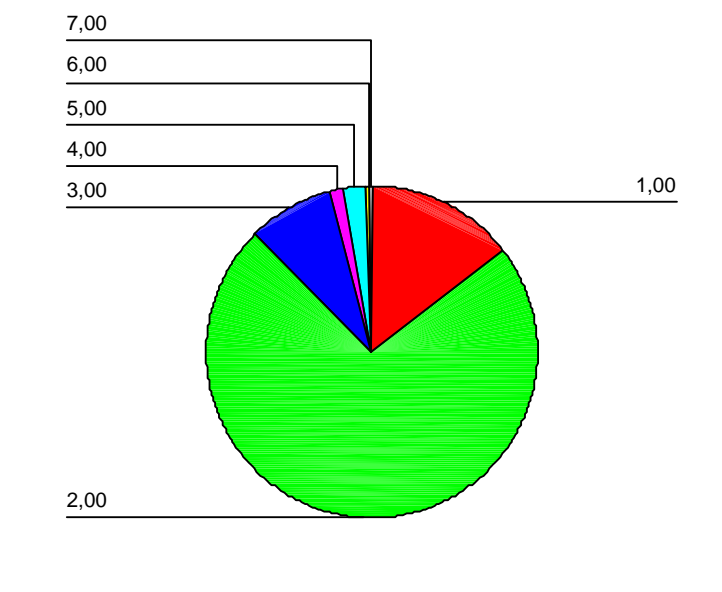
### Πίνακας 12: Μηνιαίο εισόδημα.

<b>Ομάδες μηνιαίου εισοδήματος</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>0-200 €</b>	<b>67 (14,4%)</b>
<b>201-500 €</b>	<b>341 (73,2%)</b>
<b>501-700 €</b>	<b>39 (8,4%)</b>
<b>701-900 €</b>	<b>6 (1,3%)</b>
<b>901-1500 €</b>	<b>11 (2,4%)</b>
<b>1501-2100 €</b>	<b>1 (0,2%)</b>
<b>2101-4500 €</b>	<b>1 (0,2%)</b>

<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>
---------------	-------------------

Από τους 466 ηλικιωμένους του δείγματος, οι 67 (14,4%) λαμβάνουν μηνιαίο εισόδημα έως 200 Ευρώ, οι 341 (73,2%) παίρνουν 201-500 Ευρώ, οι 39 (8,4%) λαμβάνουν εισόδημα ύψους 501-700 Ευρώ, οι 6 (1,3%) παίρνουν 701-900 Ευρώ, το εισόδημα των 11 (2,4%) φτάνει τα 901-1.500 Ευρώ και 2 άτομα (0,4%) λαμβάνουν εισόδημα από 1.501 έως 4.500 Ευρώ.

### EISODIOM

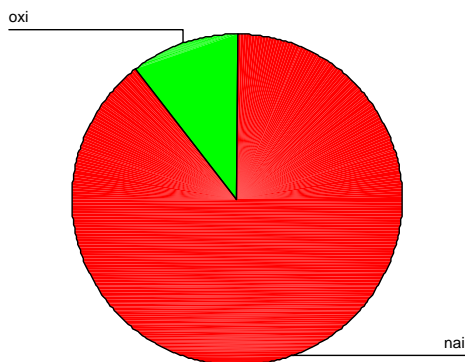


### Πίνακας 13: Πρόβλημα υγείας

<b>Έχουν πρόβλημα υγείας</b>	<b>417 (89,5%)</b>
<b>Δεν έχουν πρόβλημα υγείας</b>	<b>49 (10,5%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τους 466 ερωτώμενους που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας μας, οι 417 (89,5%) αντιμετωπίζουν τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας ενώ οι 49 (10,5%) δεν έχουν πρόβλημα υγείας.

provlima ygeias

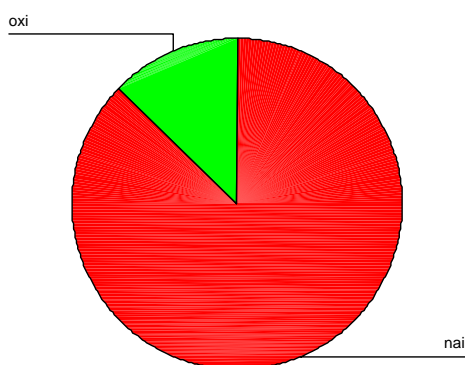


**Πίνακας 14 : Λήψη φαρμακευτικής αγωγής**

Λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή	406 (87,1%)
Δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή	60 (12,9%)
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τους 466 ερωτώμενους του δείγματος, οι 406 (87,1%) λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή ενώ οι 60 (12,9%) δεν παίρνουν φάρμακα.

lipsi farmakwn



**Πίνακας 15: Ασθένειες**

Ασθένειες	Αριθμός ατόμων
Νεοπλάσματα (καρκίνοι)	13 (2,8%)
Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα (θυροειδής, σακχαρώδης διαβήτης)	60 (12,9%)
Νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων	70 (15%)

<b>Ψυχικές διαταραχές</b>	<b>7 (1,5%)</b>
<b>Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων</b>	<b>39 (8,4%)</b>
<b>Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος</b>	<b>88 (18,9%)</b>
<b>Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος</b>	<b>26 (5,6%)</b>
<b>Νοσήματα πεπτικού συστήματος</b>	<b>12 (2,6%)</b>
<b>Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος</b>	<b>14 (3%)</b>
<b>Νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού</b>	<b>2 (0,4%)</b>
<b>Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού</b>	<b>85 (18,2%)</b>
<b>Κακώσεις και δηλητηριάσεις</b>	<b>1 (0,2%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>417 (89,5%)</b>

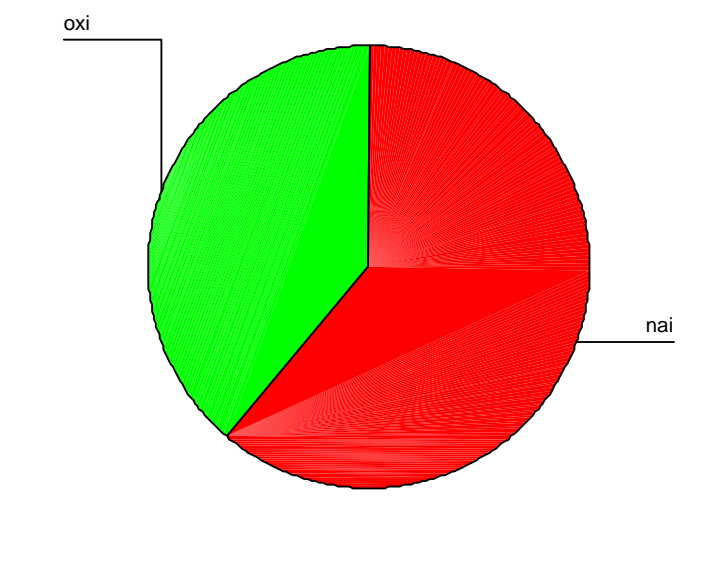
Από τα 417 άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας, τα 13 (2,8%) πάσχουν από νεοπλασματικές ασθένειες, τα 60 (12,9%) πάσχουν από ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα, τα 70 (15%) από νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων, τα 7 (1,5%) πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, τα 39 (8,4%) από νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων, τα 88 (18,9%) από νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος, τα 26 (5,6%) από νοσήματα αναπνευστικού συστήματος, τα 12 (2,6%) από νοσήματα πεπτικού συστήματος, τα 14 (3%) από νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος, 3 άτομα (0,6%) πάσχουν από νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού, επιπλοκές κυήσεως και κακώσεις – δηλητηριάσεις και 85 άτομα (18,2%) υποφέρουν από νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού.

#### **Πίνακας 16: Ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι**

<b>Δέχονται φροντίδα στο σπίτι</b>	<b>285 (61,2%)</b>
<b>Δεν δέχονται φροντίδα στο σπίτι</b>	<b>181 (38,8%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τα 466 άτομα του δείγματος, τα 285 άτομα (61,2%) έχουν κάποιον στο σπίτι που τους φροντίζει και τα 181 (38,8%) δεν δέχονται φροντίδα στο σπίτι.

frontida sto spiti

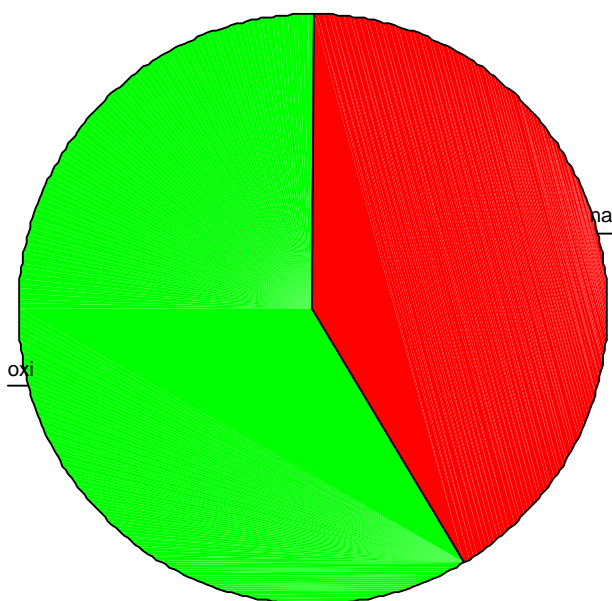


**Πίνακας 17 : Γνώση για τη νόσο Alzheimer**

Γνωρίζουν για τη νόσο Alzheimer	193 (41,4%)
Δεν γνωρίζουν για τη νόσο Alzheimer	273 (58,6%)
Σύνολο	466 (100%)

Από τους 466 ερωτώμενους του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό, 58,6%, δεν γνωρίζουν για τη νόσο Alzheimer ενώ το 41,4% είναι ενημερωμένοι για τη συγκεκριμένη νόσο.

γνωσι για alzheimer

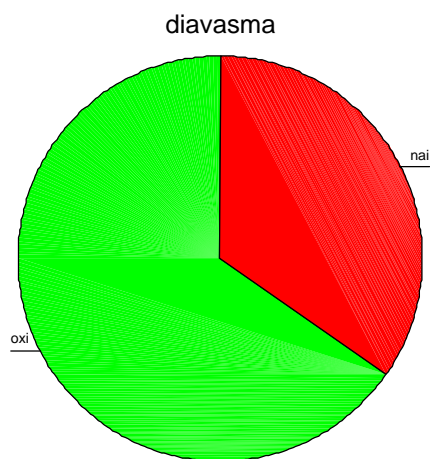


**Πίνακας 18: Διάβασμα**

<b>Ασχολούνται με το διάβασμα</b>	<b>162 (34,8%)</b>
<b>Δεν διαβάζουν</b>	<b>304 (65,2%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Οι 162 ερωτώμενοι (34,8%) του δείγματος ασχολούνται με το διάβασμα ενώ οι 304 (65,2%) δεν διαβάζουν.

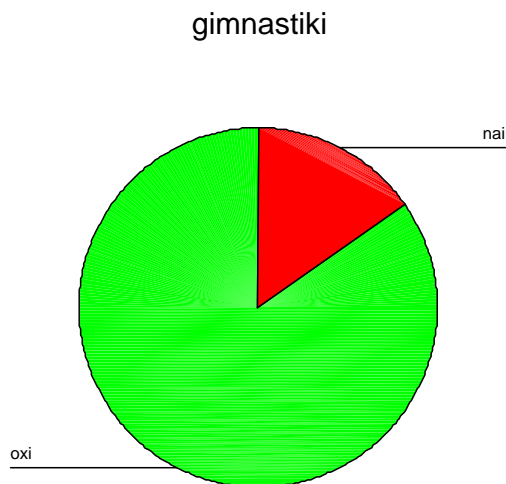




**Πίνακας 19 : Γυμναστική**

<b>Γυμνάζονται</b>	<b>71 (15,2%)</b>
<b>Δεν γυμνάζονται</b>	<b>395 (84,8%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τα 466 άτομα, τα 71 (15,2%) γυμνάζονται και τα 395 (84,8%) δεν ασχολούνται με τη γυμναστική.

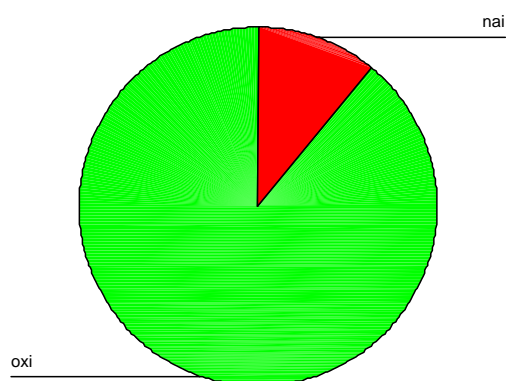


**Πίνακας 20: Κάπνισμα**

<b>Καπνίζουν</b>	<b>50 (10,7%)</b>
<b>Δεν καπνίζουν</b>	<b>416 (89,3%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Τα 416 (89,3%) άτομα του δείγματος δεν καπνίζουν ενώ τα 50 (10,7%) καπνίζουν.

καπνίζετε

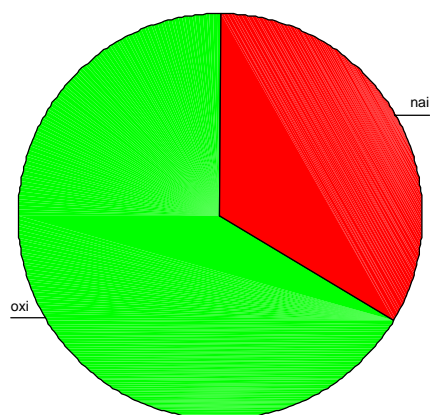


**Πίνακας 21 : Κατανάλωση αλκοόλ**

<b>Πίνουν αλκοόλ</b>	<b>156 (33,5%)</b>
<b>Δεν πίνουν αλκοόλ</b>	<b>310 (66,5%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τα 466 άτομα του δείγματος, τα 310 (66,5%) δεν πίνουν αλκοόλ ενώ τα 156 (33,5%) καταναλώνουν αλκοόλ.

πίνετε αλκοόλ

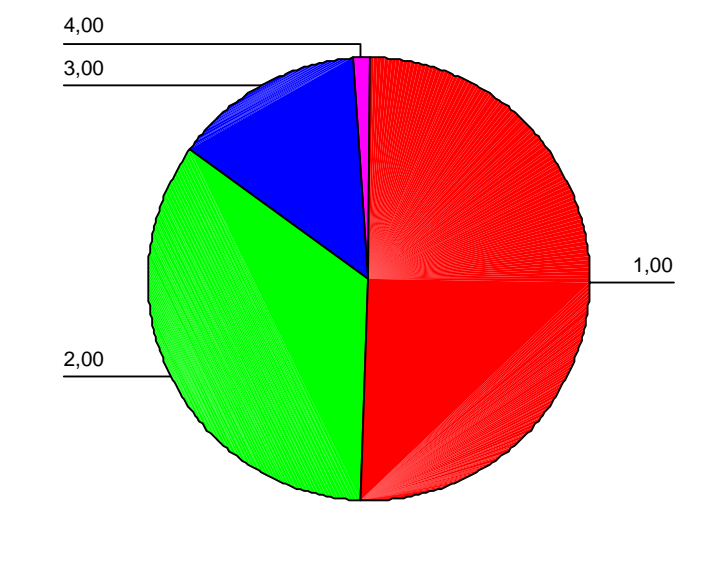


**Πίνακας 22 : Εκτίμηση γνωστικού επιπέδου (κλίμακα βαθμολόγησης του Mini- Mental State Examination).**

<b>Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο</b>	<b>236 (50,6%)</b>
<b>Ελαφρά γνωστική διαταραχή</b>	<b>160 (34,3%)</b>
<b>Μέτρια γνωστική διαταραχή</b>	<b>65 (13,9%)</b>
<b>Σοβαρή γνωστική διαταραχή</b>	<b>5 (1,1%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τα 466 άτομα του δείγματος, τα 236 άτομα (50,6%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 160 (34,3%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 65 άτομα (13,9%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 5 άτομα (1,1%) παρουσιάζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

### MMSEOMAD

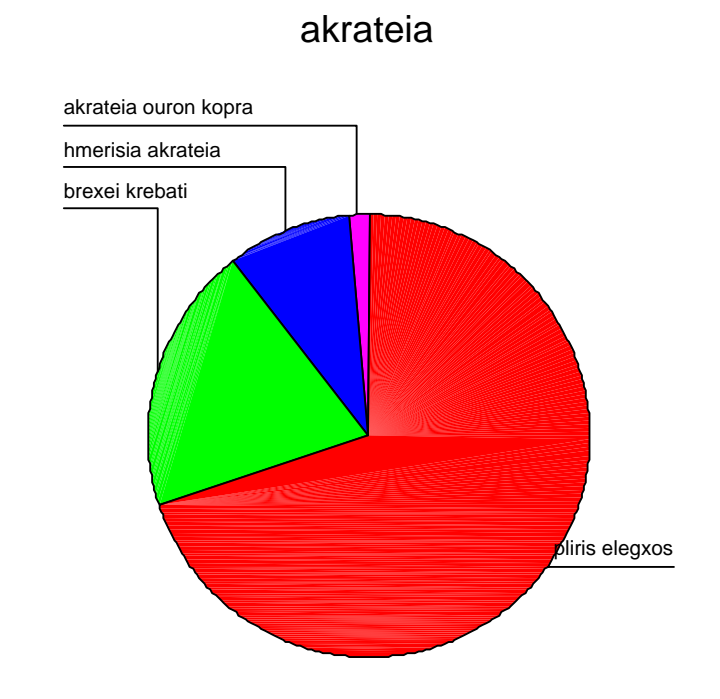


**Πίνακας 23: Ερώτηση «Ακράτεια» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

<b>Ακράτεια</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Πλήρης έλεγχος των σφιγκτήρων</b>	<b>326 (70%)</b>
<b>Βρέχουν το κρεβάτι τους</b>	<b>91 (19,5%)</b>
<b>Ημερήσια ακράτεια ούρων</b>	<b>42 (9%)</b>

<b>Ακράτεια ούρων και κοπράνων</b>	<b>7 (1,5%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Η πλειονότητα των ατόμων του δείγματος, 326 άτομα (70%) έχουν πλήρη έλεγχο των σφιγκτήρων τους, τα 91 άτομα (19,5%) βρέχουν το κρεβάτι τους, τα 42 (9%) έχουν ημερήσια ακράτεια ούρων και τα 7 άτομα (1,5%) έχουν ακράτεια ούρων και κοπράνων.

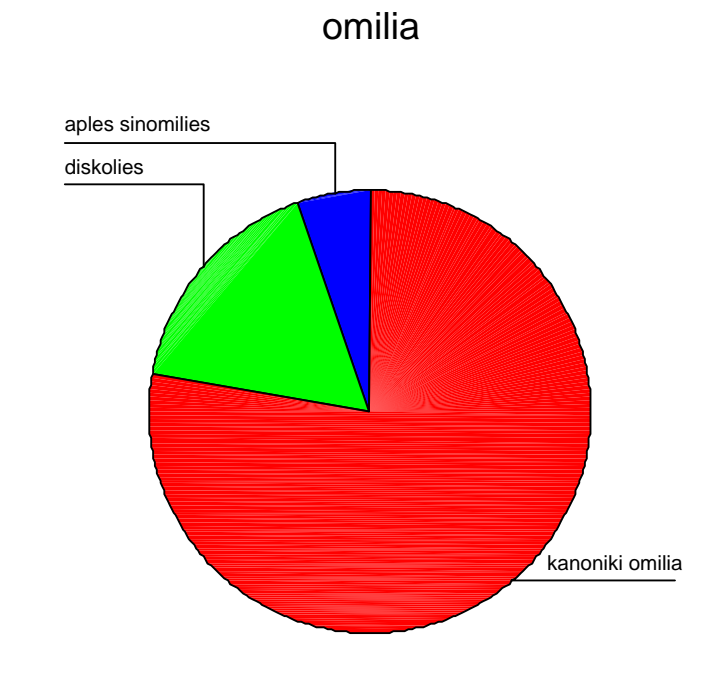


**Πίνακας 24: Ερώτηση «Ομιλία» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

<b>Ομιλία</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Κανονική ομιλία</b>	<b>362 ( 77,7%)</b>
<b>Δυσκολίες στην ομιλία</b>	<b>80 (17,2%)</b>
<b>Απλές συνομιλίες</b>	<b>24 (5,2%)</b>

<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100 %)</b>
---------------	--------------------

Από το συγκεκριμένο πίνακα παρατηρείται ότι από τους 466 ερωτώμενους, οι 362 ( 77,7%) έχουν κανονική ομιλία, οι 80 (17,2%) αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ομιλία τους και οι 24 (5,2%) επικοινωνούν μόνο με απλές συνομιλίες.

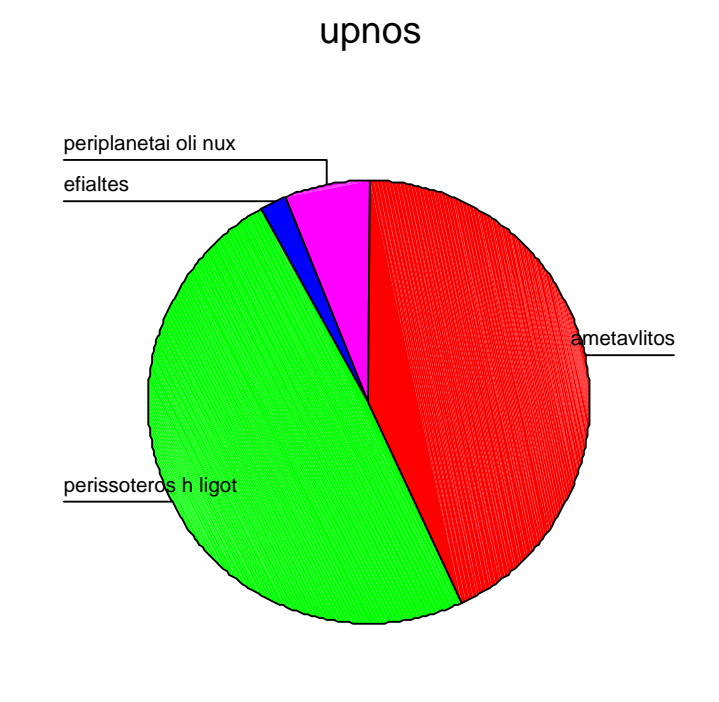


**Πίνακας 25: Ερώτηση «Ύπνος» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

<b>Ύπνος</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Αμετάβλητος ύπνος</b>	<b>201 (43,1%)</b>
<b>Περισσότερος ή λιγότερος ύπνος</b>	<b>227 (48,7%)</b>

<b>Βλέπουν εφιάλτες</b>	<b>10 (2,1%)</b>
<b>Περιπλανιούνται όλη νύχτα</b>	<b>28 (6%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100 %)</b>

Ο πίνακας αυτός μας δείχνει ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι, 227 (48,7%) είχαν περισσότερο ή λιγότερο ύπνο, οι 201 ερωτώμενοι (43,1%) είχαν αμετάβλητο ύπνο, οι 10 (2,1%) είχαν εφιάλτες και οι 28 (6%) περιπλανιόντουσαν όλη νύχτα.



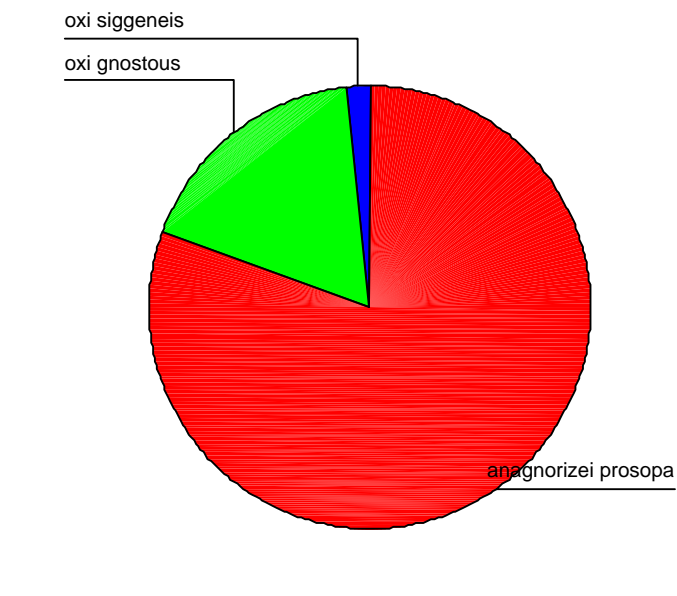
**Πίνακας 26 : Ερώτηση « Αναγνώριση προσώπων» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

<b>Αναγνώριση προσώπων</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Αναγνωρίζουν πρόσωπα</b>	<b>376 (80,7%)</b>
<b>Δεν αναγνωρίζουν γνωστούς</b>	<b>82 (17,6%)</b>
<b>Δεν αναγνωρίζουν συγγενείς</b>	<b>8 (1,7%)</b>

<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>
---------------	-------------------

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος, τα 376 άτομα (80,7%) δεν έχουν δυσκολίες στην αναγνώριση προσώπων, τα 82 (17,6%) δεν αναγνωρίζουν πρόσωπα γνωστών και 8 άτομα (1,7%) δεν αναγνωρίζουν συγγενείς τους.

### anagnorisi prosopon



**Πίνακα 27: Συχνότητα της ερώτησης «Ατομική υγιεινή» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

<b>Ατομική υγιεινή</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Καθαροί</b>	<b>360 (77,3%)</b>
<b>Αγνοούν την αυτοπεριποίησή τους</b>	<b>28 (6%)</b>

<b>Δεν κάνουν συχνά μπάνιο</b>	<b>65 (13,9%)</b>
<b>Τους κάνουν μπάνιο</b>	<b>13 (2,8%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τους 466 ηλικιωμένους του δείγματος, οι 360 (77,3%) ασχολούνται με την ατομική τους υγιεινή, οι 28 (6%) αγνοούν την αυτοπεριποίησή τους, οι 65 ηλικιωμένοι (13,9%) δεν κάνουν συχνά μπάνιο και οι 13 (2,8%) χρειάζονται βοήθεια για να κάνουν μπάνιο.



**Πίνακας 28: Ερώτηση «Μνήμη ονομάτων» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

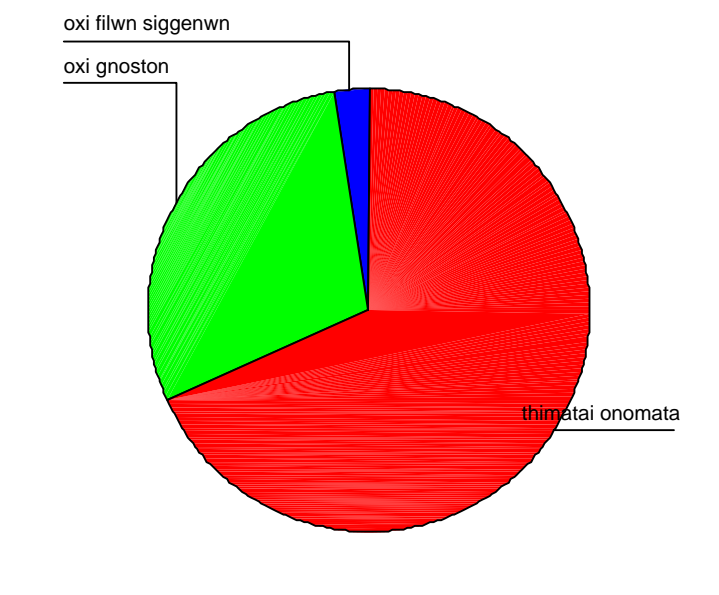
<b>Μνήμη ονομάτων</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Θυμούνται ονόματα</b>	<b>319 (68,5%)</b>
<b>Δεν θυμούνται ονόματα γνωστών</b>	<b>135 (29%)</b>



<b>Δεν θυμούνται ονόματα φίλων και συγγενών</b>	<b>12 (2,6%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Οι 319 ερωτώμενοι (68,5%) δεν έχουν προβλήματα με τη μνήμη ονομάτων, οι 135 (29%) δεν θυμούνται ονόματα γνωστών και οι 12 ερωτώμενοι (2,6%) δεν θυμούνται ονόματα φίλων και συγγενών.

### mnimi onomaton



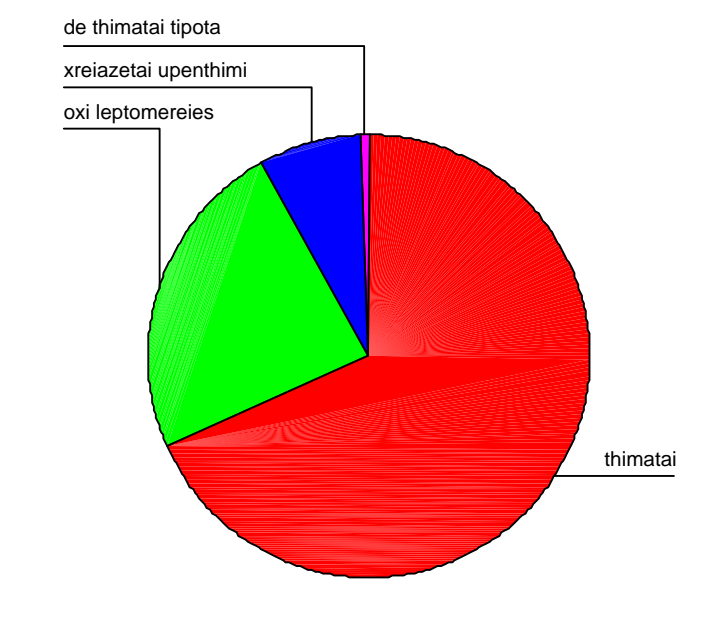
**Πίνακας 29 : Ερώτηση «Μνήμη γεγονότων» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

<b>Μνήμη γεγονότων</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Θυμούνται καλά γεγονότα</b>	<b>318 (68,2%)</b>
<b>Δεν θυμούνται λεπτομέρειες</b>	<b>110 (23,6%)</b>
<b>Χρειάζονται υπενθύμιση</b>	<b>36 (7,7%)</b>

<b>Δεν θυμούνται τίποτα</b>	<b>2 (0,4%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 466 ερωτώμενους του δείγματος, οι 318 (68,2%) θυμούνται καλά τα γεγονότα, οι 110 ερωτώμενοι (23,6%) δεν θυμούνται λεπτομέρειες, οι 36 (7,7%) χρειάζονται υπενθύμιση και 2 ερωτώμενοι (0,4%) αδυνατούν να θυμηθούν γεγονότα.

### mnimi gegonotwn

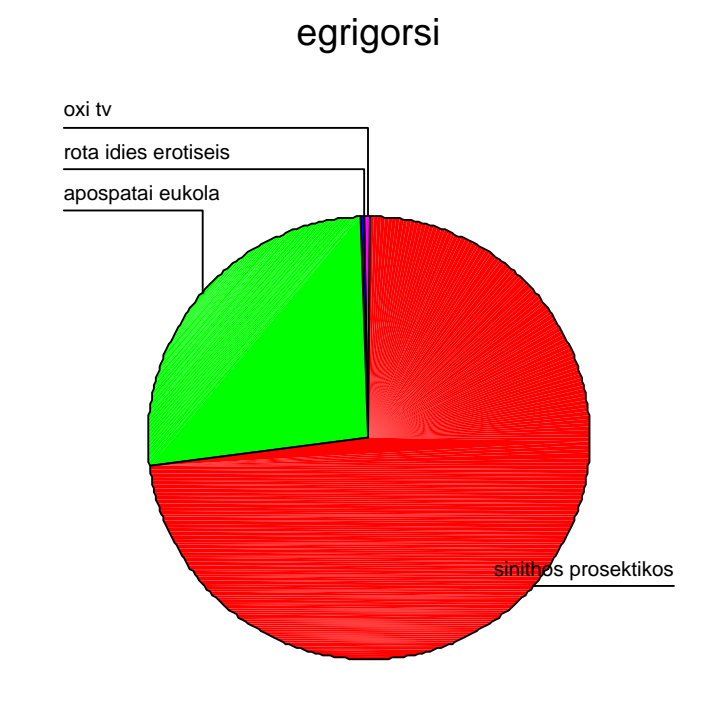


**Πίνακας 30 : Ερώτηση «Εγρήγορηση» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

<b>Εγρήγορηση</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Συνήθως προσεκτικοί</b>	<b>341 (73,2%)</b>
<b>Αποσπώνται εύκολα</b>	<b>123 (26,4%)</b>
<b>Ρωτούν τις ίδιες ερωτήσεις</b>	<b>1 (0,2%)</b>

<b>Δεν παρακολουθούν τηλεόραση</b>	<b>1 (0,2%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Η πλειονότητα των ατόμων, 341 άτομα (73,2%) είναι συνήθως προσεκτικοί, τα 123 άτομα (26,4%) αποσπώνται εύκολα, 1 άτομο (0,2%) ρωτά τις ίδιες ερωτήσεις και 1 άτομο (0,2%) δεν παρακολουθεί τηλεόραση.



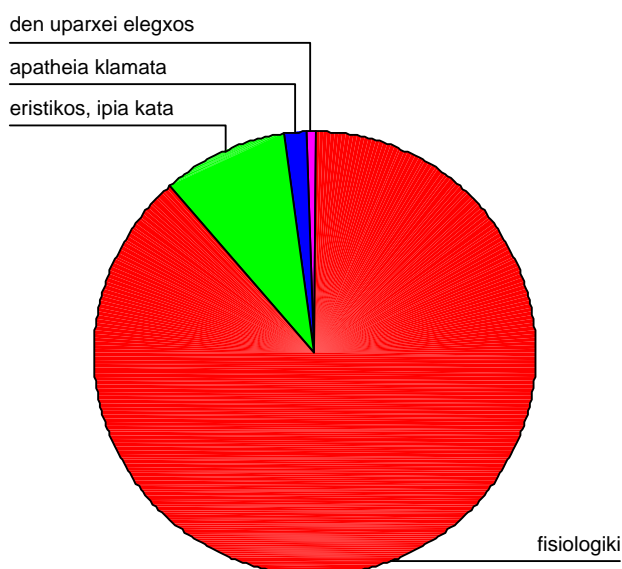
**Πίνακας 31 : Ερώτηση «Συγκινησιακή κατάσταση» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

<b>Συγκινησιακή κατάσταση</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Φυσιολογική συγκινησιακή κατάσταση</b>	<b>413 (88,6%)</b>
<b>Εριστικοί/ ήπια κατάθλιψη</b>	<b>43 (9,2%)</b>

<b>Απάθεια/ κλάματα</b>	<b>7 (1,5%)</b>
<b>Δεν υπάρχει έλεγχος</b>	<b>3 (0,6%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 466 ερωτώμενους, οι 413 (88,6%) έχουν φυσιολογική συγκινησιακή κατάσταση, οι 43 (9,2%) είναι εριστικοί ή φαίνεται να έχουν ήπια κατάθλιψη, οι 7 (1,5%) παρουσιάζονται απαθείς ή κλαίνε και σε 3 ερωτώμενους (0,6%) δεν υπάρχει έλεγχος.

### σiginisiaki katastasi



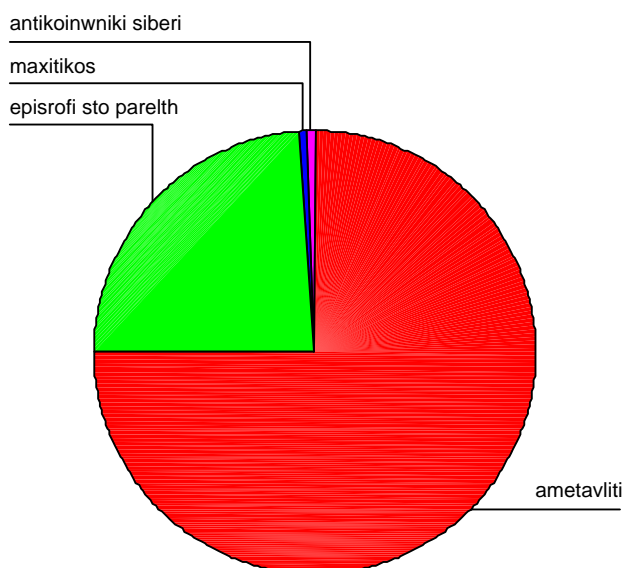
**Πίνακας 32 : Ερώτηση «Κοινωνική απαντητικότητα» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

<b>Κοινωνική απαντητικότητα</b>	<b>Αριθμός ατόμων</b>
<b>Αμετάβλητη</b>	<b>350 (75,1%)</b>
<b>Επιστροφή στο παρελθόν</b>	<b>111 (23,8%)</b>
<b>Μαχητικοί</b>	<b>3 (0,6%)</b>

<b>Αντικοινωνική συμπεριφορά</b>	<b>2 (0,4%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος, τα 350 άτομα (75,1%) έχουν αμετάβλητη κοινωνική απαντητικότητα, τα 111 άτομα (23,8%) παρουσιάζουν κατά την ομιλία τους επιστροφή στο παρελθόν, τα 3 (0,6%) εμφανίζονται μαχητικά και 2 άτομα (0,4%) παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά.

### κοινωνική απαντητικότητα

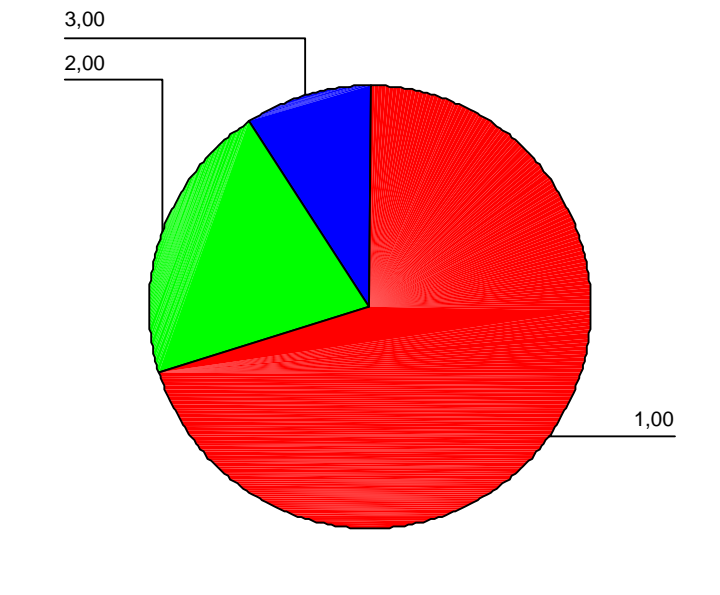


**Πίνακας 33: Εκτίμηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (βαθμολογική κλίμακα του Geriatric Depression Scale)**

<b>Απουσία κατάθλιψης</b>	<b>327 (70,2%)</b>
<b>Ήπια κατάθλιψη</b>	<b>96 (20,6%)</b>
<b>Σοβαρή κατάθλιψη</b>	<b>43 (9,2%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από το σύνολο του δείγματος, οι 327 ερωτώμενοι (70,2%) δεν έχουν κατάθλιψη, οι 96 (20,6%) φαίνεται να παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη και οι 43 (9,2%) φαίνεται να εμφανίζουν σοβαρή κατάθλιψη.

### GDSOMADE

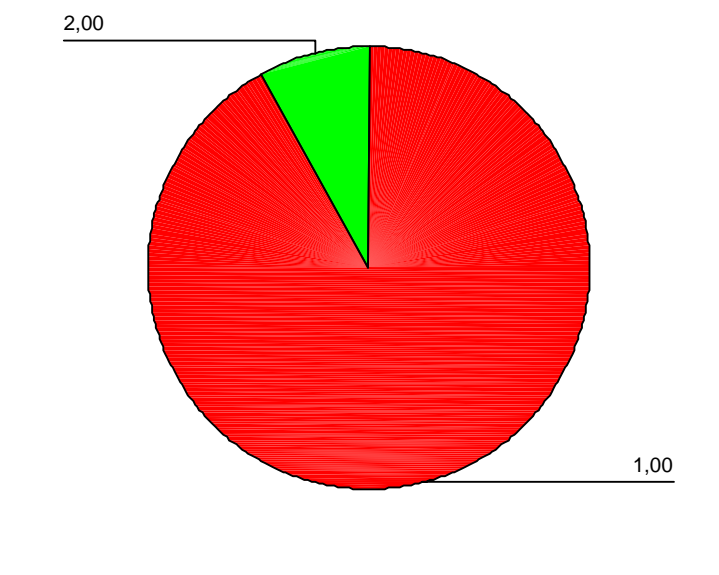


**Πίνακας 34: Εκτίμηση κατάθλιψης  
(βαθμολογική κλίμακα του Hamilton)**

<b>Απουσία κατάθλιψης</b>	<b>429 (92,1%)</b>
<b>Ύπαρξη κατάθλιψης</b>	<b>37 (7,9%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Φαίνεται ότι από τους 466 ερωτώμενους του δείγματος, οι 429 (92,1%) δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης ενώ οι 37 (7,9%) φαίνεται να έχουν κατάθλιψη.

### HAMOMADE



**Πίνακας 35: Συσχέτιση των συνολικών σκορ των 3 τεστ : Mini-Mental State Examination ( M.M.S.E.), Geriatric Depression Scale ( GDS), Hamilton ( HDRS).**

	Συνολικό σκορ του GDS	Συνολικό σκορ του HDRS	Συνολικό σκορ του M.M.S.E.
Συνολικό σκορ του GDS			-0,305**
Συνολικό σκορ	0,640**		

<b>του HDRS</b>			
<b>Συνολικό σκορ του M.M.S.E.</b>		<b>-0,387**</b>	

$r = 0,01$ .

Ο πίνακας αυτός δείχνει ότι :

Το συνολικό σκορ της κλίμακας Geriatric Depression Scale συσχετίζεται θετικά με το συνολικό σκορ του Hamilton (  $P = 0,640^{**}$ ) που σημαίνει ότι όσο πιο υψηλό σκορ υπάρχει στο Geriatric Depression Scale, τόσο υψηλότερο σκορ υπάρχει και στο Hamilton.

Το συνολικό σκορ της κλίμακας Mini-Mental State Examination συσχετίζεται αρνητικά με το συνολικό σκορ του Hamilton (  $P = - 0,387^{**}$ ) που σημαίνει ότι όσο πιο υψηλό σκορ υπάρχει στο Mini-Mental State Examination, τόσο χαμηλότερο σκορ υπάρχει στην κλίμακα Hamilton.

Το συνολικό σκορ της κλίμακας Mini-Mental State Examination συσχετίζεται αρνητικά με το συνολικό σκορ του Geriatric Depression Scale (  $P = -0,305^{**}$ ) που σημαίνει ότι όσο πιο υψηλό σκορ υπάρχει στο Mini-Mental State Examination, τόσο χαμηλότερο σκορ υπάρχει στην κλίμακα Geriatric Depression.

**Πίνακας 36: Ηλικιακές ομάδες και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination).**

<b>Ηλικιακές ομάδες</b>	<b>Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο</b>	<b>Ελαφρά γνωστική διαταραχή</b>	<b>Μέτρια γνωστική διαταραχή</b>	<b>Σοβαρή γνωστική διαταραχή</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>65-70</b>	<b>87 (18,7%)</b>	<b>49(10,5%)</b>	<b>9 (1,9%)</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>147 (31,5%)</b>
<b>71-75</b>	<b>62 (13,3%)</b>	<b>38 (8,2%)</b>	<b>15 (3,2%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>116 (24,9%)</b>



<b>76-80</b>	<b>51 (10,9%)</b>	<b>38 (8,2%)</b>	<b>15 (3,2%)</b>		<b>104 (22,3%)</b>
<b>81-85</b>	<b>24 (5,2%)</b>	<b>19 (4,1%)</b>	<b>17 (3,6%)</b>		<b>60 (12,9%)</b>
<b>86-90</b>	<b>8 (1,7%)</b>	<b>12 (2,6%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>		<b>25 (5,4%)</b>
<b>91-95</b>	<b>4 (0,9%)</b>	<b>3 (0,6%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>10 (2,1%)</b>
<b>96-100</b>		<b>1 (0,2%)</b>	<b>3 (0,6%)</b>		<b>4 (0,9%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>236 (50,6%)</b>	<b>160 (34,3%)</b>	<b>65 (13,9%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 72,107$ ,  $df = 18$ ,  $r = 0,000$ .

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 147 (31,5%) ερωτώμενους του δείγματος ηλικίας 65-70, οι 87 (18,7%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 49 (10,5%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 9 (1,9%) μέτρια και οι 2 (0,4%) σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τους 116 (24,9%) ερωτώμενους ηλικίας 71-75, οι 62 (13,3%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 38 (8,2%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 15 (3,2%) μέτρια και ένας (0,2%) σοβαρή γνωστική διαταραχή. . Από τους 104 (22,3%) ερωτώμενους ηλικίας 76-80, οι 51 (10,9%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 38 (8,2%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και οι 15 (3,2%) μέτρια γνωστική διαταραχή. Από τους 60 (12,9%) ερωτώμενους ηλικίας 81-85, οι 24 (5,2%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 19 (4,1%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και οι 17 (3,6%) μέτρια γνωστική διαταραχή. Από τους 25 (5,4%) ερωτώμενους ηλικίας 86-90, οι 8 (1,7%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 12 (2,6%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και οι 5 (1,1%) μέτρια γνωστική διαταραχή. Από τους 10 (2,1%) ερωτώμενους ηλικίας 91-75, οι 4 (0,9%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 3 (0,6%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, ένας (0,2%) μέτρια και 2 (0,4%) σοβαρή γνωστική διαταραχή. . Από τους 4 (0,9%) ερωτώμενους ηλικίας 96-100, ένας (0,2%) παρουσιάζει ελαφρά γνωστική διαταραχή και 3 (0,6%) μέτρια γνωστική διαταραχή.

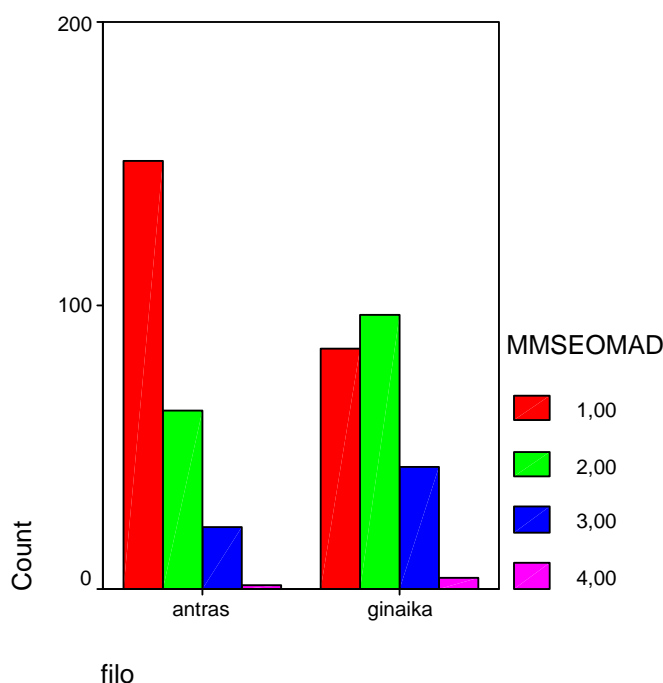
**Πίνακας 37 : Φύλο και γνωστικό επίπεδο**

	<b>Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο</b>	<b>Ελαφρά γνωστική διαταραχή</b>	<b>Μέτρια γνωστική διαταραχή</b>	<b>Σοβαρή γνωστική διαταραχή</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Άντρες</b>	<b>151 (32,4%)</b>	<b>63 (13,5%)</b>	<b>22 (4,7%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>237 (50,9%)</b>
<b>Γυναίκες</b>	<b>85 (18,2%)</b>	<b>97 (20,8%)</b>	<b>43 (9,2%)</b>	<b>4 (0,9%)</b>	<b>229 (49,1%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>236 (50,6%)</b>	<b>160</b>	<b>65</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>466</b>

		<b>(34,3%)</b>	<b>(13,9%)</b>		<b>(100%)</b>
--	--	----------------	----------------	--	---------------

Chi- Square  $\chi^2 = 34,140$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,000$ .

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 237 (50,9%) άντρες του δείγματος, οι 151 (32,4%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 63 (13,5%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 22 (4,7%) μέτρια και ένας (0,2%) σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τις 229 (49,1%) γυναίκες του δείγματος, οι 85 (18,2%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 97 (20,8%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 43 (9,2%) μέτρια και 4 (0,9%) γυναίκες σοβαρή γνωστική διαταραχή.

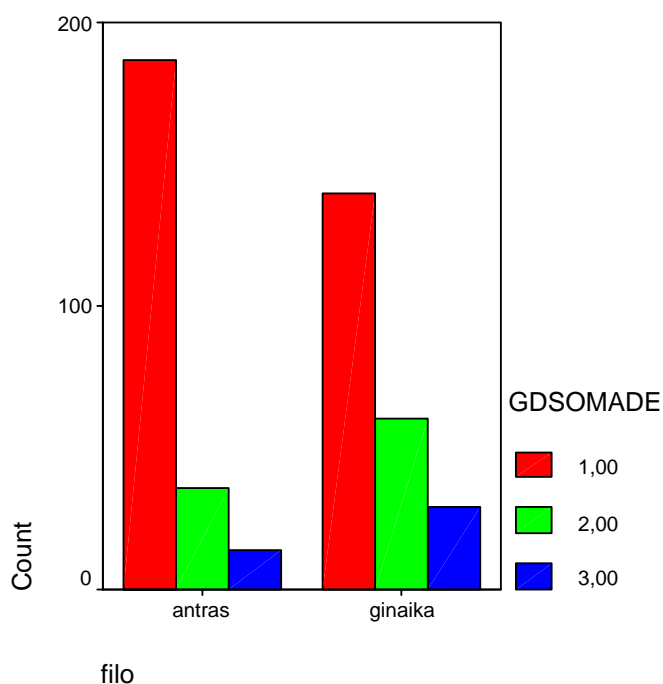


**Πίνακας 38 : Φύλο και ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Geriatric Depression Scale)**

	<b>Απουσία κατάθλιψης</b>	<b>Ήπια κατάθλιψη</b>	<b>Σοβαρή κατάθλιψη</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Άντρες</b>	<b>187 (40,1%)</b>	<b>36 (7,7%)</b>	<b>14 (3%)</b>	<b>237 (50,9%)</b>
<b>Γυναίκες</b>	<b>140 (30%)</b>	<b>60 (12,9%)</b>	<b>29 (6,2%)</b>	<b>229 (49,1%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>327 (70,2%)</b>	<b>96 (20,6%)</b>	<b>43 (9,2%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 17,856$ ,  $df = 2$ ,  $r = 0,000$ .

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι από τους 237 (50,9%) άντρες του δείγματος, οι 187 (40,1%) δεν έχουν κατάθλιψη, οι 36 (7,7%) φαίνεται να εμφανίζουν ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα και οι 14 (3%) σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα. Από τις 229 (49,1%) γυναίκες του δείγματος, οι 140 (30%) δεν δείχνουν να έχουν κατάθλιψη, οι 60 (12,9%) φαίνεται να παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη και οι 29 (6,2%) σοβαρή κατάθλιψη.

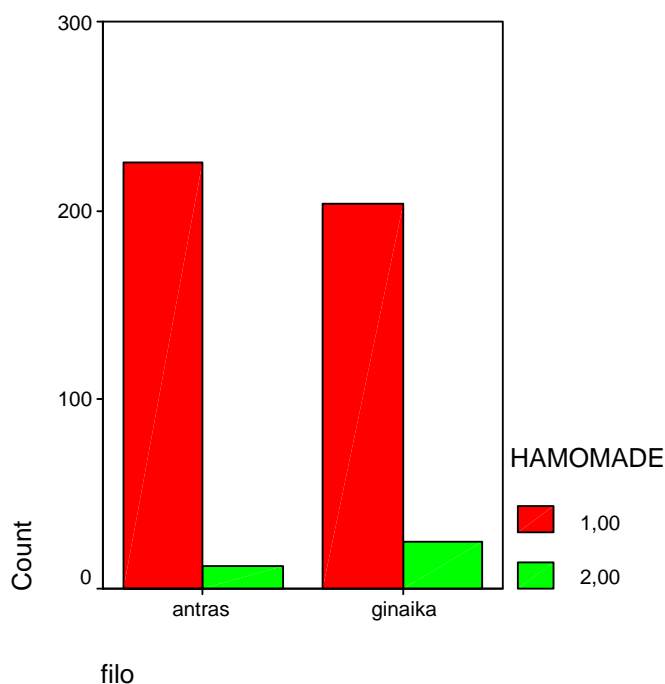


**Πίνακας 39: Φύλο και παρουσία κατάθλιψης (Hamilton ( HDRS))**

	Απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Ύπαρξη κατάθλιψης	Σύνολο
<b>Άντρες</b>	<b>225 (48,3%)</b>	<b>12 (2,6%)</b>	<b>237 (50,9%)</b>
<b>Γυναίκες</b>	<b>204 (43,8%)</b>	<b>25 (5,4%)</b>	<b>229 (49,1%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>429 (92,1%)</b>	<b>37 (7,9%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 5,460$ ,  $df = 1$ ,  $r = 0,012$ .

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρείται ότι από τους 237 (50,9%) άντρες του δείγματος, οι 225 (48,3%) δεν έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ οι 12 (2,6%) φαίνεται να έχουν κατάθλιψη. Από τις 229 (49,1%) γυναίκες του δείγματος, οι 204 (43,8%) δεν εμφανίζουν κατάθλιψη ενώ οι 25 (5,4%) φαίνεται να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.



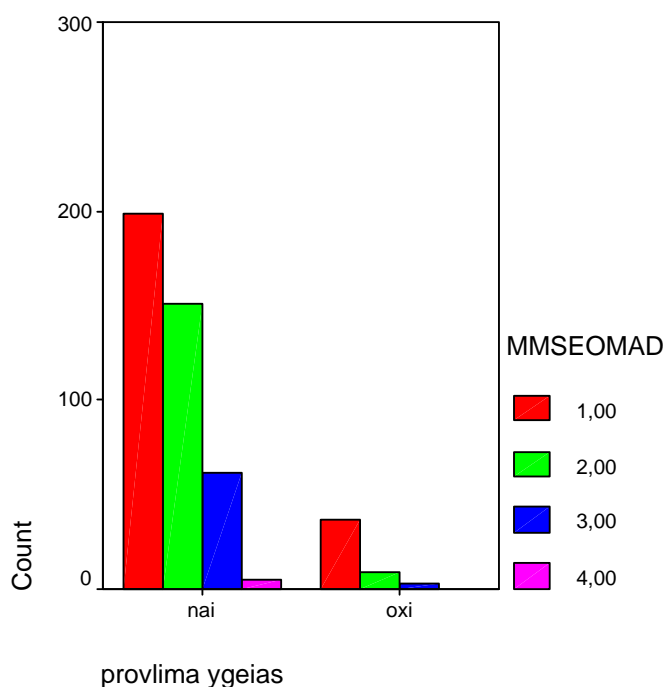
**Πίνακας 40: Πρόβλημα υγείας και γνωστικό επίπεδο (Minimental State Examination)**

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
<b>Ύπαρξη προβλήματος υγείας</b>	<b>199 (42,7%)</b>	<b>151 (32,4%)</b>	<b>62 (13,3%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>417 (79,5%)</b>
<b>Απουσία προβλήματος</b>	<b>37 (7,9%)</b>	<b>9 (1,9%)</b>	<b>3 (0,6%)</b>		<b>49 (10,5%)</b>

υγείας					
<b>Σύνολο</b>	<b>236 (50,6%)</b>	<b>160 (34,3%)</b>	<b>65 (13,9%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 13,744$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,003$

Ο πίνακας αυτός μας δείχνει ότι από τα 417 (79,5%) άτομα του δείγματός μας που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, τα 199 (42,7%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 151 (32,4%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 62 (13,3%) μέτρια και τα 5 (1,1%) σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από το δείγμα των 466 ατόμων, 49 (10,5%) μόνο άτομα δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας, από τα οποία τα 37 (7,9%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 9 (1,9%) φαίνεται να έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και τα 3 (0,6%) μέτρια γνωστική διαταραχή.



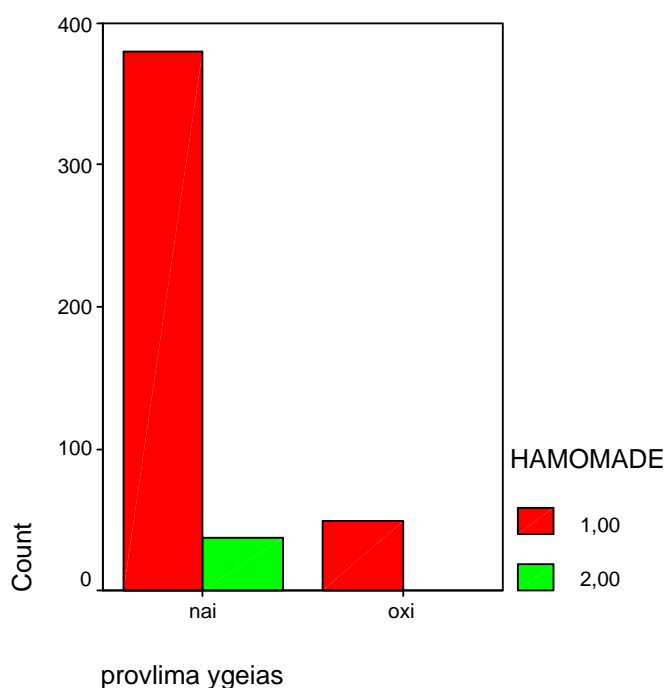
**Πίνακας 41: Ύπαρξη προβλήματος υγείας και παρουσία κατάθλιψης (κλίμακα βαθμολόγησης του Hamilton ( HDRS))**

	Απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Ύπαρξη κατάθλιψης	Σύνολο
Ύπαρξη προβλήματος υγείας	380 (81,5%)	37 (7,9%)	417 (89,5%)
Απουσία προβλήματος υγείας	49 (10,5%)		49 (10,5%)

<b>Σύνολο</b>	<b>429 (92,1%)</b>	<b>37 (7,9%)</b>	<b>466 (100%)</b>
---------------	--------------------	------------------	-------------------

Chi- Square  $\chi^2 = 4,723$ ,  $df = 1$ ,  $r = 0,030$

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι από τα 417 (89,5%) άτομα του δείγματος που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας, τα 380 (81,5%) δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ τα 37 (7,9%) φαίνεται να έχουν κατάθλιψη. Αντίθετα, και τα 49 (10,5%) άτομα του δείγματος που δεν έχουν προβλήματα υγείας δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης.



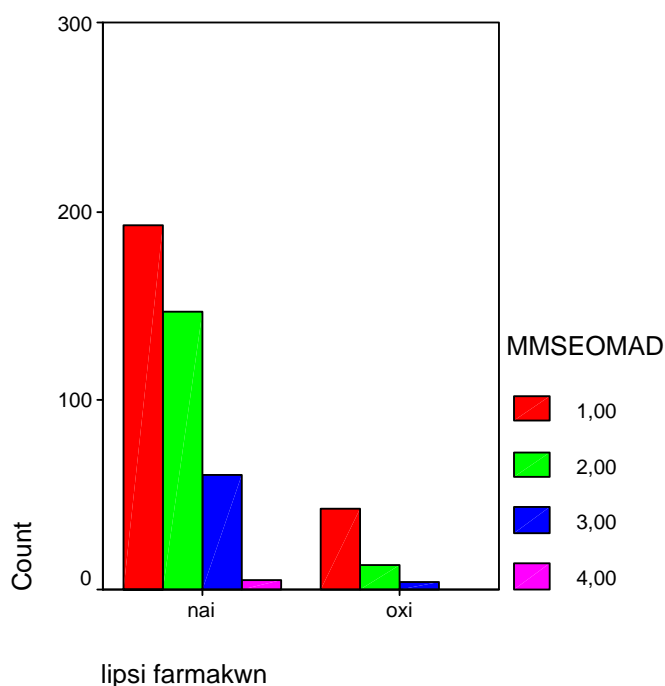
**Πίνακας 42 : Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και γνωστικό επίπεδο (Minimental State Examination)**

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
<b>Λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή</b>	<b>193 (41,4%)</b>	<b>147 (31,5%)</b>	<b>61 (13,1%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>406 (87,1%)</b>
<b>Δεν λαμβάνουν φαρμακευτική</b>	<b>43 (9,2%)</b>	<b>13 (2,8%)</b>	<b>4 (0,9%)</b>		<b>60 (12,9%)</b>

<b>αγωγή</b>					
<b>Σύνολο</b>	<b>236 (50,6%)</b>	<b>160 (34,3%)</b>	<b>65 (13,9%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 12,586$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,006$ .

Ο πίνακας αυτός δείχνει ότι από τα 406 (87,1%) άτομα του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 193 (41,4%) άτομα έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 147 (31,5%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 61 (13,1%) μέτρια και τα 5 (1,1%) σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τους 60 (12,9%) ερωτώμενους του δείγματος που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, οι 43 (9,2%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 13 (2,8%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και οι 4 (0,9%) μέτρια γνωστική διαταραχή.



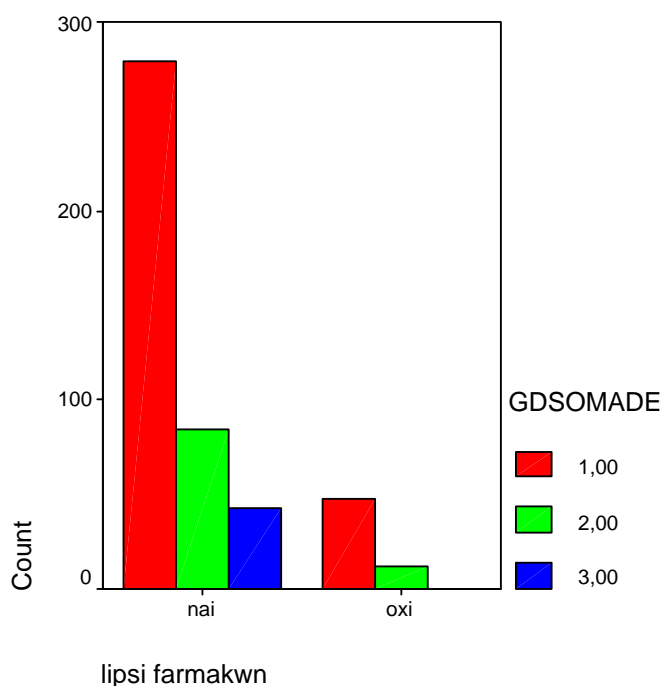
**Πίνακας 43 : Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και κατάθλιψη (Geriatric Depression Scale)**

	<b>Απουσία κατάθλιψης</b>	<b>Ήπια κατάθλιψη</b>	<b>Σοβαρή κατάθλιψη</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή</b>	<b>279 (59,9%)</b>	<b>84 (18%)</b>	<b>43 (9,2%)</b>	<b>406 (87,1%)</b>
<b>Δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή</b>	<b>48 (10,3%)</b>	<b>12 (2,6%)</b>		<b>60 (12,9%)</b>

<b>Σύνολο</b>	<b>327 (70,2%)</b>	<b>96 (20,6%)</b>	<b>43 (9,2%)</b>	<b>466 (100%)</b>
---------------	--------------------	-------------------	------------------	-------------------

Chi- Square  $\chi^2 = 7,315$  ,  $df = 2$  ,  $r = 0,026$ .

Στον πίνακα που βλέπουμε 406 (87,1%) ερωτώμενοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, από τους οποίους οι 279 (59,9%) δεν εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, οι 84 (18%) φαίνεται να εμφανίζουν ήπια κατάθλιψη και οι 43 (9,2%) σοβαρή κατάθλιψη. Από τους 60 (12,9%) ερωτώμενους που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, οι 48 (10,3%) δεν έχουν κατάθλιψη και οι 12 (2,6%) φαίνεται να παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη.



**Πίνακας 44: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και κατάθλιψη (Hamilton)**

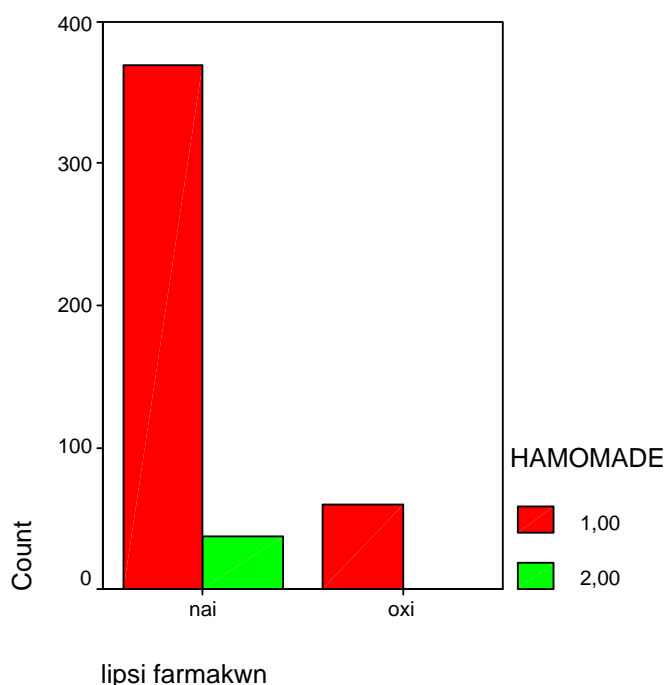
	<b>Απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων</b>	<b>Ύπαρξη κατάθλιψης</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή</b>	<b>369 (79,2%)</b>	<b>37 (7,9%)</b>	<b>406 (87,1%)</b>
<b>Δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή</b>	<b>60 (12,9%)</b>		<b>60 (12,9%)</b>



<b>Σύνολο</b>	<b>429 (92,1%)</b>	<b>37 (7,9%)</b>	<b>466 (100%)</b>
---------------	--------------------	------------------	-------------------

Chi- Square  $\chi^2 = 5,940$  ,  $df = 1$  ,  $r = 0,015$ .

Από τον πίνακα παραπάνω φαίνεται ότι από τα 406 (87,1%) άτομα του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 369 (79,2%) δεν έχουν κατάθλιψη και τα 37 (7,9%) φαίνεται να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Αντίθετα και οι 60 (12,9%) ερωτώμενοι του δείγματος που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή δεν φαίνεται να έχουν κατάθλιψη.

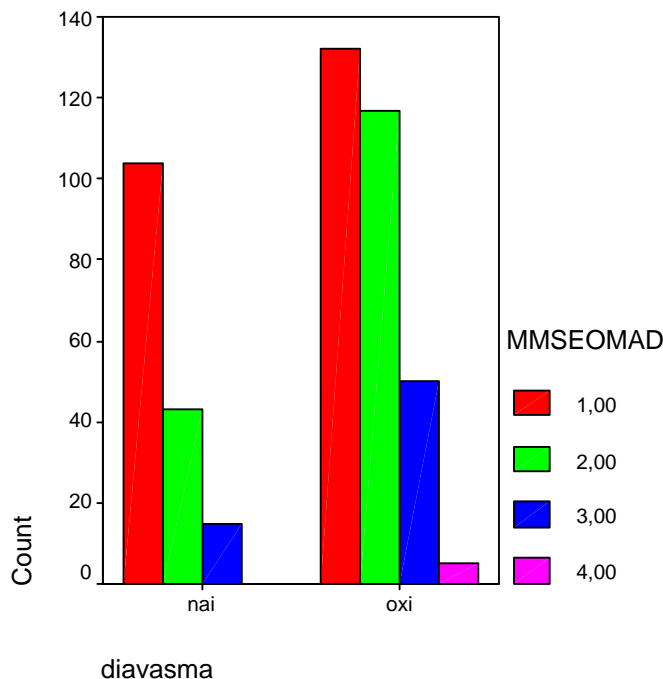


**Πίνακας 45: Διάβαση και γνωστικό επίπεδο (Minimental State Examination)**

	<b>Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο</b>	<b>Ελαφρά γνωστική διαταραχή</b>	<b>Μέτρια γνωστική διαταραχή</b>	<b>Σοβαρή γνωστική διαταραχή</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Διαβάζουν</b>	<b>104 (22,3%)</b>	<b>43 (9,2%)</b>	<b>15 (3,2%)</b>		<b>162 (34,8%)</b>
<b>Δε διαβάζουν</b>	<b>132 (28,3%)</b>	<b>117 (25,1%)</b>	<b>50 (10,7%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>304 (65,2%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>236 (50,6%)</b>	<b>160 (34,3%)</b>	<b>65 (13,9%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 19,978$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,000$ .

Στον πίνακα αυτόν φαίνεται ότι από τα 162 (34,8%) άτομα που διαβάζουν, τα 104 (22,3%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 43 (9,2%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και τα 15 (3,2%) μέτρια γνωστική διαταραχή. Από τους 304 (65,2%) ερωτώμενους τους δείγματος που δεν ασχολούνται με το διάβασμα, οι 132 (28,3%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 117 (25,1%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 50 (10,7%) μέτρια και οι 5 (1,1%) σοβαρή γνωστική διαταραχή.

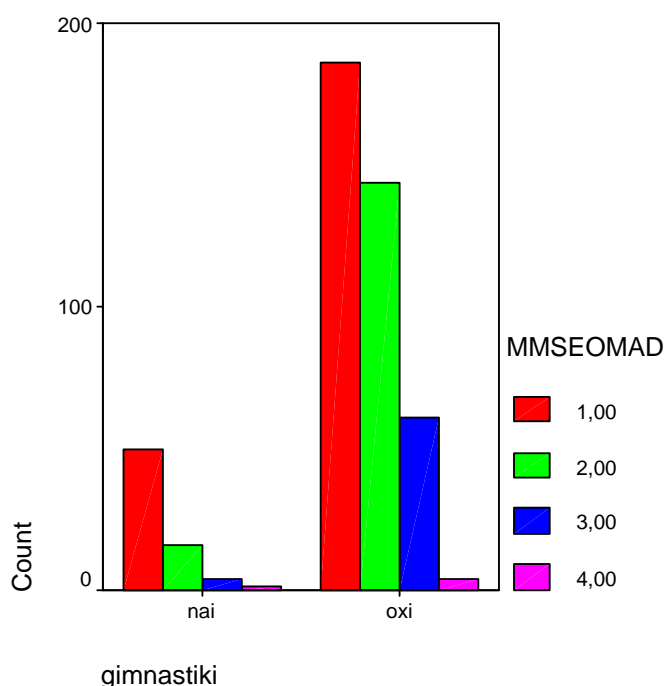


**Πίνακας 46: Γυμναστική και γνωστικό επίπεδο (Minimal State Examination)**

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
<b>Γυμνάζονται</b>	<b>50 (10,7%)</b>	<b>16 (3,4%)</b>	<b>4 (0,9%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>71 (15,2%)</b>
<b>Δεν γυμνάζονται</b>	<b>186 (33,9%)</b>	<b>144 (30,9%)</b>	<b>61 (13,1%)</b>	<b>4 (0,9%)</b>	<b>395 (84,8%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>236 (50,6%)</b>	<b>160 (34,3%)</b>	<b>65 (13,9%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 14,106$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,003$ .

Ο πίνακας αυτός δείχνει ότι από τα 71 (15,2%) άτομα του δείγματος που ασχολούνται με τη γυμναστική, τα 50 (10,7%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 16 (3,4%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 4 (0,9%) μέτρια και 1 άτομο (0,2%) σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τους 395 (84,8%) ερωτώμενους που δεν γυμνάζονται, οι 186 (33,9%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 144 (30,9%) φαίνεται να έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 61 (13,1%) μέτρια και οι 4 (0,9%) σοβαρή γνωστική διαταραχή.

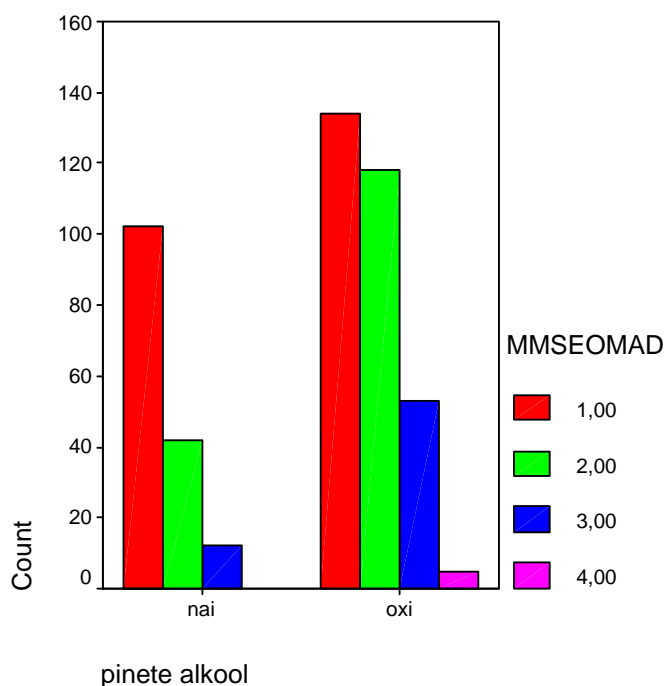


**Πίνακας 47 : Κατανάλωση αλκοόλ και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination).**

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
<b>Πίνουν αλκοόλ</b>	<b>102 (21,9%)</b>	<b>42 (9%)</b>	<b>12 (2,6%)</b>		<b>156 (33,5%)</b>
<b>Δεν πίνουν αλκοόλ</b>	<b>134 (28,8%)</b>	<b>118 (25,3%)</b>	<b>53 (11,4%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>310 (66,5%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>236 (50,6%)</b>	<b>160 (34,3%)</b>	<b>65 (13,9%)</b>	<b>5 (1,1%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 22,910$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,000$ .

Ο συγκεκριμένος πίνακας δείχνει ότι από τα 156 (33,5%) άτομα του δείγματος που πίνουν αλκοόλ, τα 102 (21,9%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 42 (9%) άτομα εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και τα 12 (2,6%) άτομα μέτρια γνωστική διαταραχή. Από τους 310 (66,5%) ερωτώμενους που δεν πίνουν αλκοόλ, οι 134 (28,8%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 118 (25,3%) παρουσιάζουν μέτρια γνωστική διαταραχή, οι 53 (11,4%) μέτρια και οι 5 (1,1%) σοβαρή γνωστική διαταραχή.

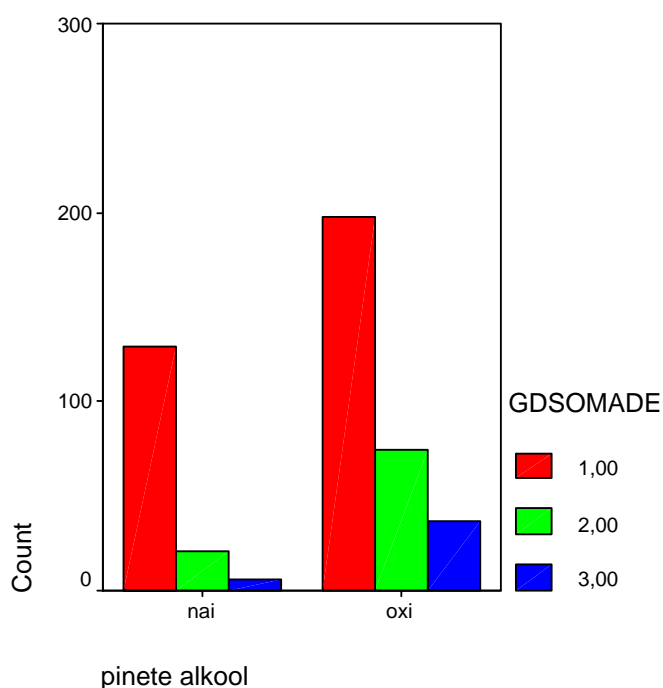


**Πίνακας 48: Κατανάλωση αλκοόλ και ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (κλίμακα βαθμολόγησης του Geriatric Depression Scale).**

	Απουσία κατάθλιψης	Ήπια κατάθλιψη	Σοβαρή κατάθλιψη	Σύνολο
<b>Πίνουν αλκοόλ</b>	<b>129 (27,7%)</b>	<b>21 (4,5%)</b>	<b>6 (1,3%)</b>	<b>156 (33,5%)</b>
<b>Δεν πίνουν αλκοόλ</b>	<b>198 (42,5%)</b>	<b>75 (16,1%)</b>	<b>37 (7,9%)</b>	<b>310 (66,5%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>327 (70,2%)</b>	<b>96 (20,6%)</b>	<b>43 (9,2%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 18,400$ ,  $df = 2$ ,  $r = 0,000$ .

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρείται ότι από τα 156 (33,5%) άτομα που πίνουν αλκοόλ, τα 129 (27,7%) δεν έχουν κατάθλιψη, τα 21 (4,5%) φαίνεται να εμφανίζουν ήπια κατάθλιψη και τα 6 (1,3%) σοβαρή. Από τα 310 (66,5%) άτομα που δεν πίνουν αλκοόλ τα 198 (42,5%) δεν έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα, τα 75 (16,1%) παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη και τα 37 (7,9%) άτομα σοβαρή.

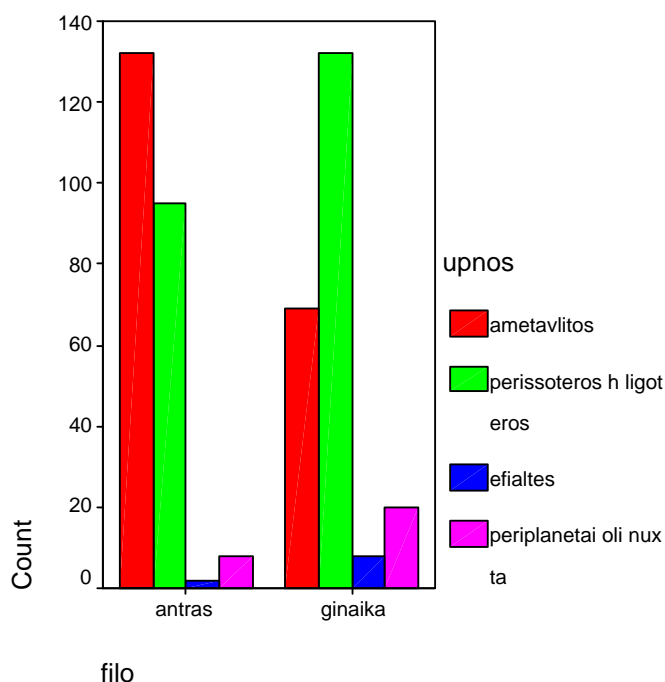


**Πίνακας 49: Φύλο και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).**

	Αμετάβλητος ύπνος	Περισσότερος ή λιγότερος ύπνος	Εφιάλτες	Περιπλανιέται όλη νύχτα	Σύνολο
<b>Άντρες</b>	<b>132 (28,3%)</b>	<b>95 (20,4%)</b>	<b>2 (0,4%)</b>	<b>8 (1,7%)</b>	<b>237 (50,9%)</b>
<b>Γυναίκες</b>	<b>69 (14,8%)</b>	<b>132 (28,3%)</b>	<b>8 (1,7%)</b>	<b>20 (4,3%)</b>	<b>229 (49,1%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>201 (43,3%)</b>	<b>227 (48,7%)</b>	<b>10 (2,1%)</b>	<b>28 (6%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 34,393$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,000$ .

Στον συγκεκριμένο πίνακα φαίνεται ότι από τους 237 (50,9%) άνδρες του δείγματος, οι 132 (28,3%) έχουν φυσιολογικό ύπνο, οι 95 (20,4%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο, οι 2 (0,4%) έχουν εφιάλτες και οι 8 (1,7%) περιπλανιούνται όλη νύχτα. Από τις 229 (49,1%) γυναίκες του δείγματος, οι 69 (14,8%) κοιμούνται κανονικά, οι 132 (28,3%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο, οι 8 (1,7%) έχουν εφιάλτες και οι 20 (4,3%) περιπλανιούνται όλη νύχτα.

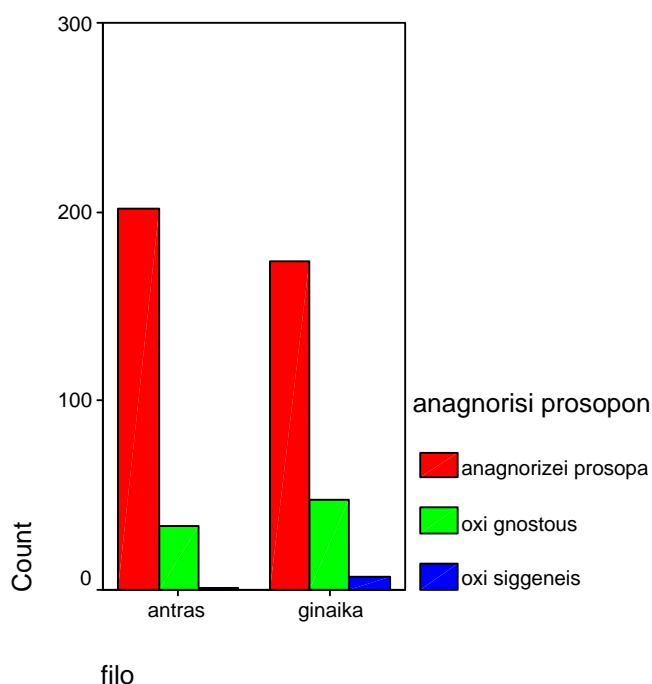


**Πίνακας 50 : Φύλο και αναγνώριση προσώπων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).**

	Αναγνωρίζει πρόσωπα	Δεν αναγνωρίζει γνωστούς	Δεν αναγνωρίζει συγγενείς	Σύνολο
<b>Άντρες</b>	<b>202 (43,3%)</b>	<b>34 (7,3%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>237 (50,9%)</b>
<b>Γυναίκες</b>	<b>174 (37,3%)</b>	<b>48 (10,3%)</b>	<b>7 (1,5%)</b>	<b>229 (49,1%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>376 (80,7%)</b>	<b>82 (17,6%)</b>	<b>8 (1,7%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 8,841$ ,  $df = 2$ ,  $r = 0,012$ .

Ο συγκεκριμένος πίνακας δείχνει ότι από τους 237 (50,9%) άντρες του δείγματος, οι 202 (43,3%) αναγνωρίζουν πρόσωπα, οι 34 (7,3%) δεν αναγνωρίζουν πρόσωπα γνωστών και ένα άτομο (0,2%) δεν αναγνωρίζει συγγενείς. Από τις 229 (49,1%) γυναίκες του δείγματος, οι 174 (37,3%) αναγνωρίζουν πρόσωπα, οι 48 (10,3%) δεν αναγνωρίζουν γνωστούς και οι 7 (1,5%) δεν αναγνωρίζουν πρόσωπα συγγενών.

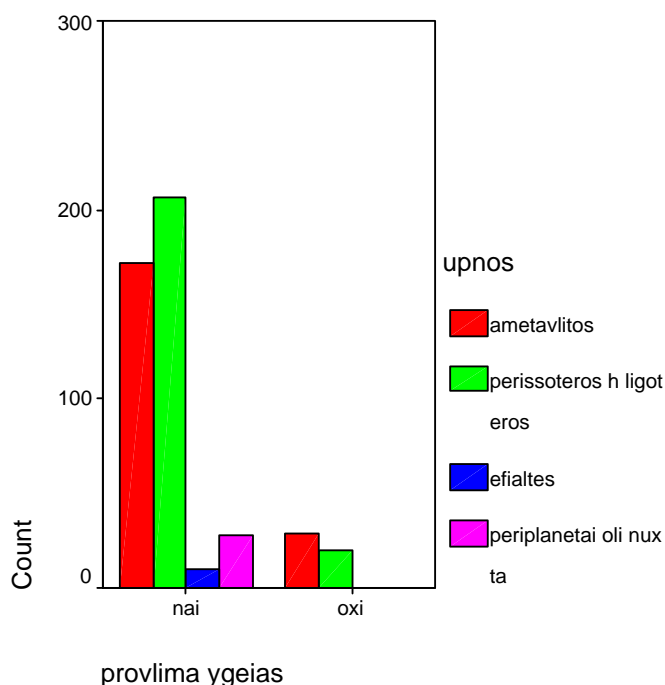


**Πίνακας 51 : Πρόβλημα υγείας και Ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).**

	Αμετάβλητος ύπνος	Περισσότερος ή λιγότερος ύπνος	Εφιάλτες	Περιπλανιέται όλη νύχτα	Σύνολο
<b>Ύπαρξη προβλήματος υγείας</b>	<b>172 (36,9%)</b>	<b>207 (44,4%)</b>	<b>10 (2,1%)</b>	<b>28 (6%)</b>	<b>417 (89,5)</b>
<b>Απουσία προβλήματος υγείας</b>	<b>29 (6,2%)</b>	<b>20 (4,3%)</b>			<b>49 (10,5%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>201 (43,1%)</b>	<b>227 (48,7%)</b>	<b>10 (2,1%)</b>	<b>28 (6%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 8,437$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,038$ .

Ο πίνακας αυτός μας δείχνει ότι από τα 417 (89,5) άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας, στα 172 (36,9%) άτομα ο ύπνος τους είναι αμετάβλητος, τα 207 (44,4%) άτομα κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο, τα 10 (2,1%) έχουν εφιάλτες και τα 28 (6%) περιπλανιούνται όλη τη νύχτα. Από τα 49 (10,5%) άτομα του δείγματος που δεν υποφέρουν από προβλήματα υγείας, τα 29 (6,2%) άτομα έχουν φυσιολογικό ύπνο και τα 20 (4,3%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο.



**Πίνακας 52 : Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).**

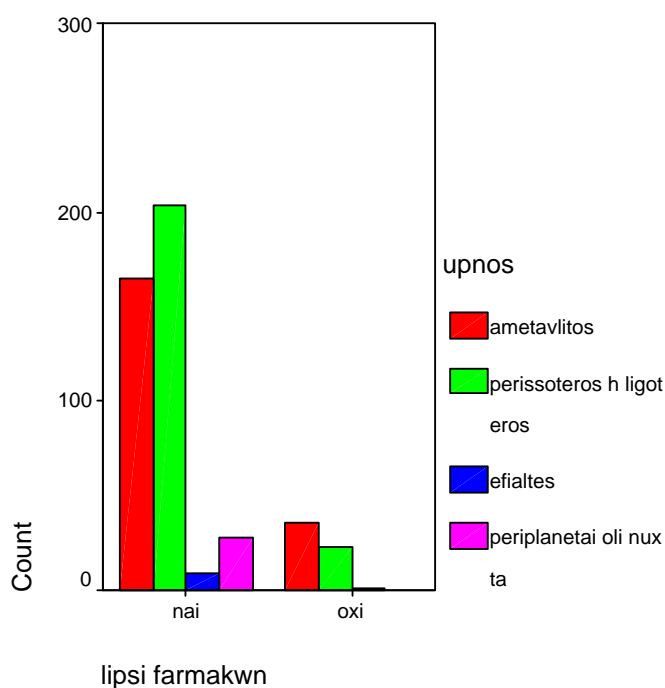
	Αμετάβλητος ύπνος	Περισσότερος ή λιγότερος ύπνος	Εφιάλτες	Περιπλανιέται όλη νύχτα	Σύνολο
<b>Λαμβάνουν Φ. Α</b>	<b>165 (35,4%)</b>	<b>204 (43,8%)</b>	<b>9 (1,9%)</b>	<b>28 (6%)</b>	<b>406 (87,1%)</b>
<b>Δεν λαμβάνουν Φ. Α</b>	<b>36 (7,7%)</b>	<b>23 (4,9%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>		<b>60 (12,9%)</b>



<b>Σύνολο</b>	<b>201 (43,1%)</b>	<b>227 (48,7%)</b>	<b>10 (2,1%)</b>	<b>28 (6%)</b>	<b>466 (100%)</b>
---------------	--------------------	--------------------	------------------	----------------	-------------------

Chi- Square  $\chi^2 = 10,277$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,016$ .

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 406 (87,1%) ερωτώμενους του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, οι 165 (35,4%) έχουν φυσιολογικό ύπνο, οι 204 (43,8%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο, οι 9 (1,9%) έχουν εφιάλτες και οι 28 (6%) περιπλανιούνται όλη νύχτα. Από τα 60 (12,9%) άτομα που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, οι 36 (7,7%) κοιμούνται φυσιολογικά, οι 23 (4,9%) έχουν περισσότερο ή λιγότερο ύπνο και 1 (0,2%) άτομο έχει εφιάλτες.



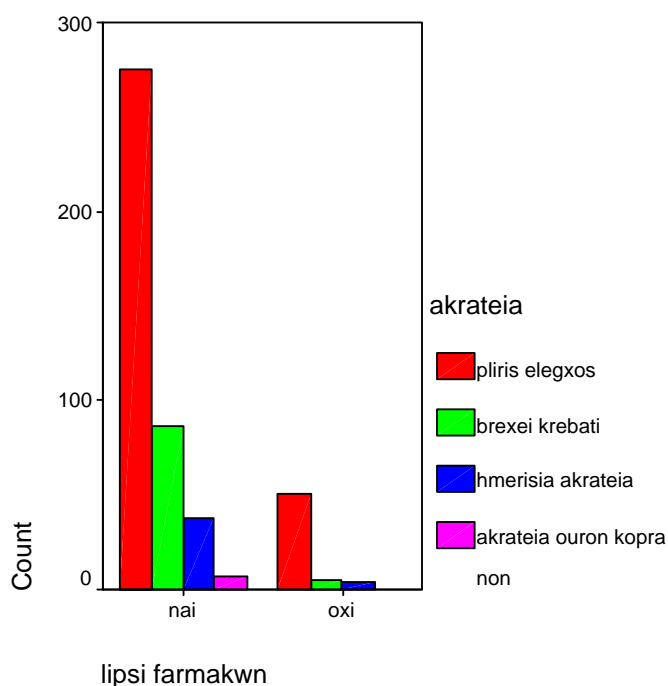
**Πίνακας 53: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ακράτεια (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).**

	Πλήρης έλεγχος των σφιγκτήρων	Βρέχουν το κρεβάτι τους	Ημερήσια ακράτεια ούρων	Ακράτεια ούρων και κοπράνων	Σύνολο
Λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή	275 (59%)	86 (59%)	38 (8,2%)	7 (1,5%)	406 (87,1%)
Δεν λαμβάνουν φαρμακευτική	51 (10,9%)	5 (1,1%)	4 (0,9%)		60 (12,9%)

<b>αγωγή</b>					
<b>Σύνολο</b>	<b>326 (70%)</b>	<b>91 (19,5%)</b>	<b>42 (9%)</b>	<b>7 (1,5%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 8,102$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,044$ .

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι από τα 406 (87,1%) άτομα του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 275 (59%) έχουν πλήρη έλεγχο των σφιγκτήρων τους, τα 86 (59%) βρέχουν το κρεβάτι τους, τα 38 (8,2%) έχουν ημερήσια ακράτεια ούρων και τα 7 (1,5%) έχουν ακράτεια ούρων και κοπράνων. Από τα 60 (12,9%) άτομα που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 51 (10,9%) έχουν πλήρη έλεγχο των σφιγκτήρων τους, τα 5 (1,1%) βρέχουν το κρεβάτι τους και τα 4 (0,9%) έχουν ημερήσια ακράτεια ούρων.



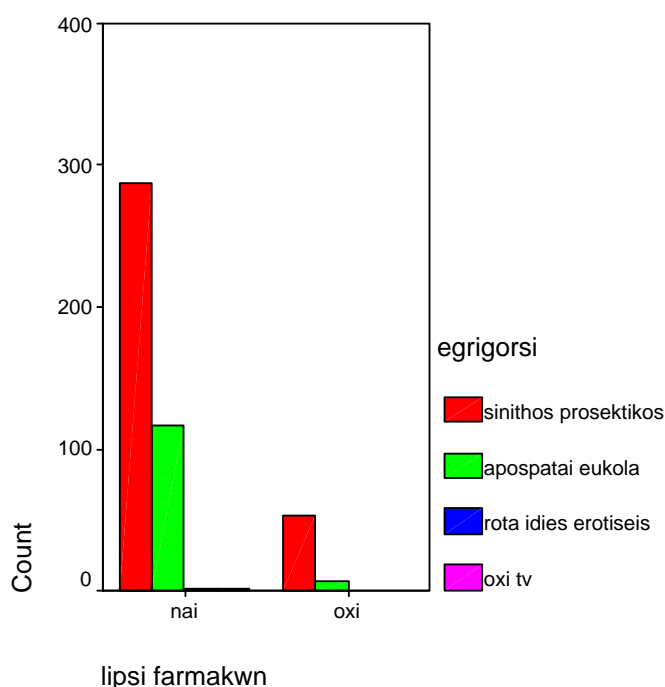
**Πίνακας 54: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).**

	Συνήθως προσεκτικός	Αποσπάται εύκολα	Ρωτά τις ίδιες ερωτήσεις	Δεν παρακολουθεί TV	Σύνολο
<b>Λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή</b>	<b>288 (61,8%)</b>	<b>116 (24,9%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>406 (87,1%)</b>
<b>Δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή</b>	<b>53 (11,4%)</b>	<b>7 (1,5%)</b>			<b>60 (12,9%)</b>

<b>Σύνολο</b>	<b>341 (73,2%)</b>	<b>123 (26,4%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>1 (0,2%)</b>	<b>466 (100%)</b>
---------------	--------------------	--------------------	-----------------	-----------------	-------------------

Chi- Square  $\chi^2 = 8,117$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,044$ .

Ο πίνακας αυτός δείχνει ότι από τα 406 (87,1%) άτομα του δείγματος που λαμβάνουν Φ.Α., τα 288 (61,8%) άτομα είναι συνήθως προσεκτικά, τα 116 (24,9%) αποσπώνται εύκολα, ένα άτομο ρωτά τις ίδιες ερωτήσεις και ένα δεν παρακολουθεί TV. Από τα 60 (12,9%) άτομα που δεν παίρνουν φάρμακα, τα 53 (11,4%) είναι συνήθως προσεκτικά και 7 (1,5%) άτομα αποσπώνται εύκολα.



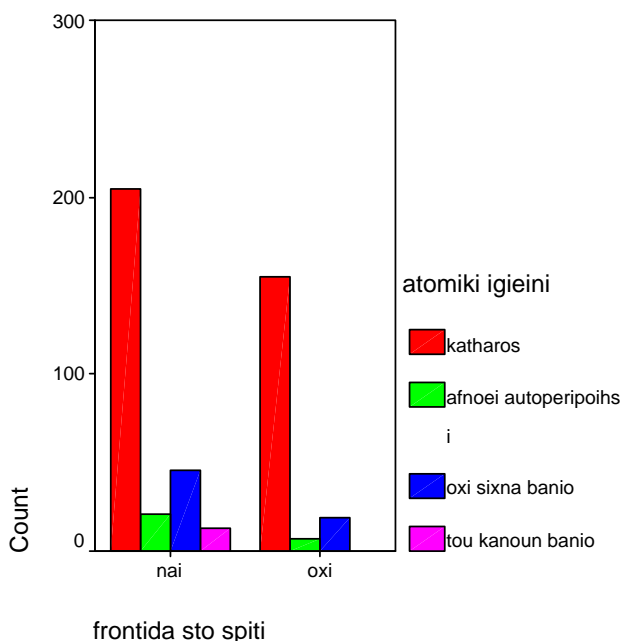
**Πίνακας 55 : Ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι και ατομική υγιεινή (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).**

	<b>Καθαρός</b>	<b>Αγνοεί την αυτοπεριποίηση</b>	<b>Δεν κάνει συχνά μπάνιο</b>	<b>Του κάνουν μπάνιο</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Έχουν κάποιον στο σπίτι να τους φροντίζει</b>	<b>205 (44%)</b>	<b>21 (4,5%)</b>	<b>46 (9,9%)</b>	<b>13 (9,9%)</b>	<b>285 (61,2%)</b>
<b>Δεν έχουν</b>	<b>155 (33,3%)</b>	<b>7 (1,5%)</b>	<b>19 (4,1%)</b>		<b>181 (38,8%)</b>

<b>κάποιον να τους φροντίζει</b>					
<b>Σύνολο</b>	<b>360 (77,3%)</b>	<b>28 (6%)</b>	<b>65 (13,9%)</b>	<b>13 (2,8%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 15,733$  ,  $df = 3$  ,  $r = 0,001$ .

Από τον πίνακα αυτόν διαπιστώνουμε ότι από τα 285 (61,2%) άτομα του δείγματος που έχουν κάποιον σπίτι τους να τα φροντίζει, τα 205 (44%) δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την ατομική τους υγιεινή, τα 21 (4,5%) άτομα αγνοούν την αυτοπεριποίηση, τα 46 (9,9%) δεν κάνουν συχνά μπάνιο και τα 13 (9,9%) άτομα χρειάζονται βοήθεια για να κάνουν μπάνιο. Από τα 181 (38,8%) άτομα που δεν έχουν κάποιον να τους φροντίζει, τα 115 (33,3%) δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την ατομική τους υγιεινή, τα 7 (1,5%) αγνοούν την αυτοπεριποίησή τους και τα 19 (4,1%) δεν κάνουν συχνά μπάνιο.

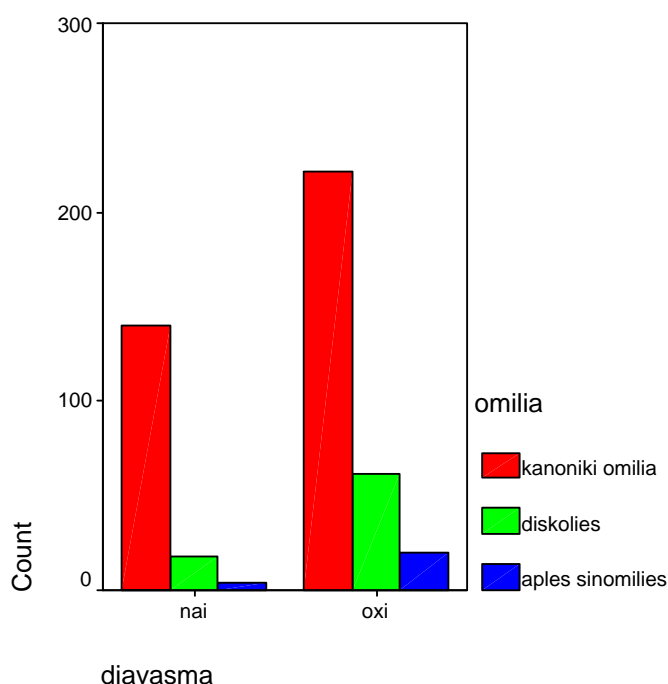


**Πίνακας 56: Διαβάσμα και ομιλία  
(Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).**

	<b>Κανονική ομιλία</b>	<b>Δυσκολίες στην ομιλία</b>	<b>Απλές συνομιλίες</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>Διαβάζουν</b>	<b>140 (30%)</b>	<b>18 (3,9%)</b>	<b>4 (0,9%)</b>	<b>162 (34,8%)</b>
<b>Δε διαβάζουν</b>	<b>222 (47,6%)</b>	<b>62 (13,3%)</b>	<b>20 (4,3%)</b>	<b>304 (65,2%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>362 (77,6%)</b>	<b>80 (17,2%)</b>	<b>24 (5,2%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 11,212$  ,  $df = 2$  ,  $r = 0,004$ .

Από τον πίνακα αυτόν φαίνεται ότι από τα 162 (34,8%) άτομα του δείγματος που ασχολούνται με το διάβασμα, τα 140 (30%) έχουν κανονική ομιλία, τα 18 (3,9%) παρουσιάζουν δυσκολίες στην ομιλία και τα 4 (0,9%) επικοινωνούν μόνο με απλές συνομιλίες. Από τα 304 (65,2%) άτομα που δεν διαβάζουν, τα 222 (47,6%) έχουν κανονική ομιλία, τα 62 (13,3%) εμφανίζουν δυσκολίες στην ομιλία και τα 20 (4,3%) επικοινωνούν μόνο με απλές συνομιλίες.

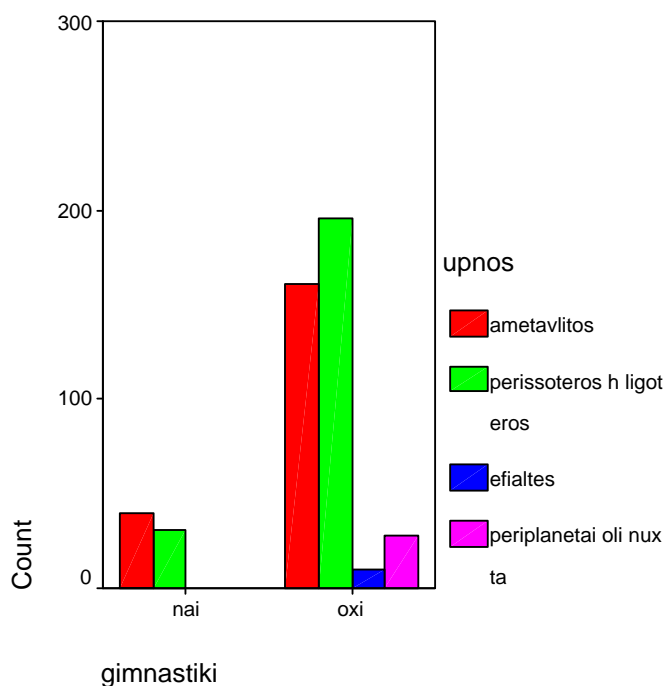


**Πίνακας 57 : Γυμναστική και Ύπνος  
(Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).**

	Αμετάβλητος ύπνος	Περισσότερος ή λιγότερος ύπνος	Εφιάλτες	Περιπλανιέται όλη νύχτα	Σύνολο
<b>Γυμνάζονται</b>	<b>40 (8,6%)</b>	<b>31 (6,7%)</b>			<b>71 (15,2%)</b>
<b>Δεν γυμνάζονται</b>	<b>161 (34,5%)</b>	<b>196 (42,1%)</b>	<b>10 (2,1%)</b>	<b>28 (6%)</b>	<b>395 (84,8%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>201 (43,1%)</b>	<b>227 (48,7%)</b>	<b>10 (2,1%)</b>	<b>28 (6%)</b>	<b>466 (100%)</b>

Chi- Square  $\chi^2 = 10,655$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,014$ .

Ο συγκεκριμένος πίνακας δείχνει ότι από τα 71 (15,2%) άτομα που γυμνάζονται, τα 40 (8,6%) κοιμούνται φυσιολογικά και τα 31 (6,7%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο. Από τα 395 (84,8%) άτομα που δεν γυμνάζονται, τα 161 (34,5%) άτομα κοιμούνται φυσιολογικά, τα 196 (42,1%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο, τα 10 (2,1%) έχουν εφιάλτες και τα 28 (6%) περιπλανιούνται όλη νύχτα.

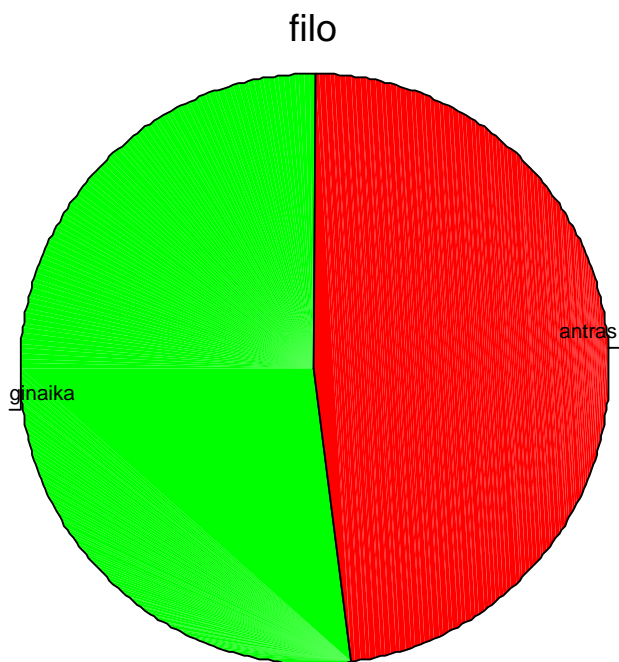


## ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

### Πίνακας 58: Φύλο

Φύλο	Αριθμός ατόμων
Άντρες	24 (48%)
Γυναίκες	26 (52%)
Σύνολο	50 (100%)

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρείται ότι από τα 50 άτομα του δείγματος, τα 24 (48%) είναι άντρες και τα 26 (52%) είναι γυναίκες.

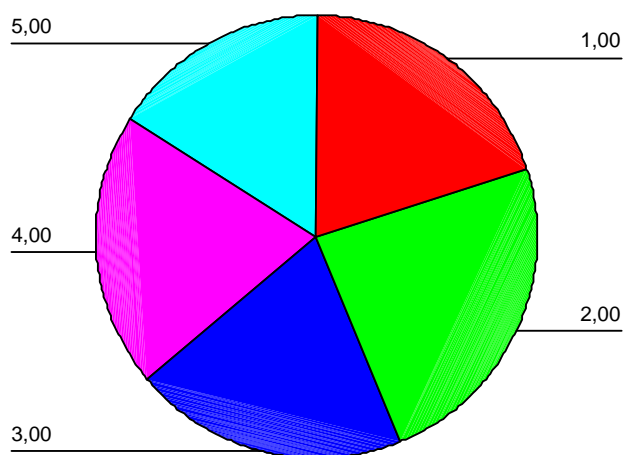


**Πίνακας 59: Ηλικιακές ομάδες**

Ηλικιακές ομάδες	Αριθμός ατόμων
65 έως 70	10 (20%)
71 έως 75	12 (24%)
76 έως 80	10 (20%)
81 έως 85	10 (20%)
86 έως 90	8 (16%)
<b>Σύνολο</b>	<b>50 (100%)</b>

Από αυτόν το πίνακα βλέπουμε ότι από τους 50 ερωτώμενους, οι 10 (20%) είναι από 65 έως 70 ετών, οι 12 (24%) είναι από 71 έως 75 ετών, οι 10 (20%) είναι από 76 έως 80 ετών, οι 10 (20%) είναι από 81 έως 85 και 8 ερωτώμενοι (16%) είναι από 86 έως 90 ετών.

## ΗΛΙΚΟΜΑΔ



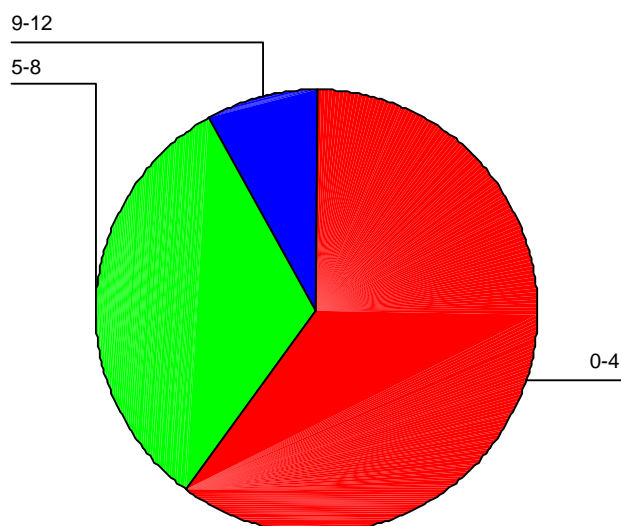
**Πίνακας 60: Χρόνια εκπαίδευσης**

Χρόνια εκπαίδευσης	Αριθμός ατόμων
0 έως 4	30 (60%)
5 έως 8	16 (32%)
9 έως 12	4 (8%)
Σύνολο	50 (100%)

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τα 50 άτομα του δείγματος, τα 30 (60%) έχουν από 0 έως 4 χρόνια εκπαίδευσης, τα 16 (32%) έχουν από 5 έως 8 και τα 4 (8%) από 9 έως 12 χρόνια εκπαίδευσης.



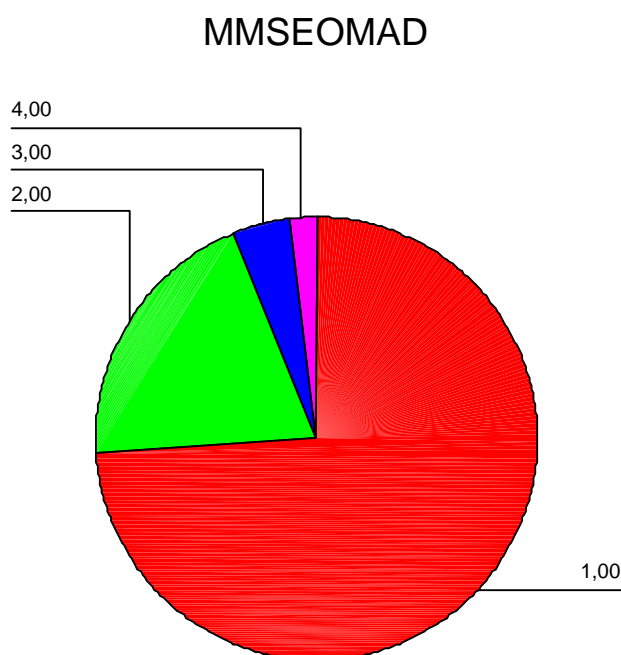
χρονια εκπαιδευσης



**Πίνακας 61: Εκτίμηση γνωστικού επιπέδου (κλίμακα βαθμολόγησης του Mini- Mental State Examination).**

Βαθμολογική κλίμακα	Αριθμός ατόμων
Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	37 (74%)
Ελαφρά γνωστική διαταραχή	10 (20%)
Μέτρια γνωστική διαταραχή	2 (4%)
Σοβαρή γνωστική διαταραχή	1 (2%)
Σύνολο	50 (100%)

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τα 50 άτομα του δείγματος, τα 37 ( 74%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 10 άτομα ( 20%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 2 άτομα ( 4%) φαίνεται να έχουν μέτρια γνωστική διαταραχή και ένα άτομο ( 2%) παρουσιάζει σοβαρή γνωστική διαταραχή.



**Πίνακας 62: Ηλικιακές ομάδες και γνωστικό επίπεδο (βαθμολογική κλίμακα του Mini - Mental State Examination).**

<b>Ηλικιακές ομάδες</b>	<b>Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο</b>	<b>Ελαφρά γνωστική διαταραχή</b>	<b>Μέτρια γνωστική διαταραχή</b>	<b>Σοβαρή γνωστική διαταραχή</b>	<b>Σύνολο</b>
<b>65 έως 70</b>	<b>9 (18%)</b>	<b>1 (2%)</b>			<b>10 (20%)</b>
<b>71 έως 75</b>	<b>12 (24%)</b>				<b>12 (24%)</b>
<b>76 έως 80</b>	<b>8 (16%)</b>	<b>2 (4%)</b>			<b>10 (20%)</b>
<b>81 έως 85</b>	<b>7 (14%)</b>	<b>3 (6%)</b>			<b>10 (20%)</b>
<b>86 έως 90</b>	<b>1 (2%)</b>	<b>4 (8%)</b>	<b>2 (4%)</b>	<b>1 (2%)</b>	<b>8</b>

					<b>(16%)</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>37 (74%)</b>	<b>10 (20%)</b>	<b>2 (4%)</b>	<b>1 (2%)</b>	<b>50 (100%)</b>

Chi- Square: 28,351, df= 12, r= 0,005

Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 10 ερωτώμενους (20%) ηλικίας από 65 έως 70 ετών, οι 9 (18%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο και ένας (2%) εμφανίζει ελαφρά γνωστική διαταραχή. Από τους 12 ερωτώμενους (24%) ηλικίας 71 έως 75 ετών όλοι έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο. Από τους 10 (20%) ηλικίας 76 έως 80 ετών, οι 8 (16%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο και οι 2 (4%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή. Από τους 10 (20%) ηλικίας 81 έως 85 ετών, οι 7 (14%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο και οι 3 (6%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή. Από τους 10 ερωτώμενους (20%) ηλικίας 86 έως 90 ένας (2%) έχει φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 4 (8%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 2 (4%) φαίνεται να εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και ένας ερωτώμενος (2%) εμφανίζει σοβαρή γνωστική διαταραχή.

## **2.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η συγκεκριμένη μελέτη που αφορούσε τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών (ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η.) του αγροτικού πληθυσμού του νομού Ηρακλείου, πιστεύουμε ότι παρέχει τουλάχιστον κάποιες βασικές προσεγγίσεις σε μια σειρά από θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, το γνωστικό τους επίπεδο, τη λειτουργικότητά τους καθώς και την πιθανή ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Ενδεικτικά αναφέρουμε τα πιο σημαντικά ευρήματα:

- ✓ Από το τεστ για την εξέταση του γνωστικού επιπέδου των ηλικιωμένων, Mini-Mental State Examination (M.M.S.E.), προέκυψε ότι το μισό περίπου δείγμα είχε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο ενώ ένα μεγάλο ποσοστό φάνηκε να εμφανίζει κυρίως ελαφρά γνωστική

διαταραχή και σε μικρότερο βαθμό μέτρια και σοβαρή γνωστική διαταραχή (Βλ. πίνακα 22). Σε σχέση με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα αστικά Κ.Α.Π.Η. του Ν. Ηρακλείου, τα ποσοστά γνωστικής έκπτωσης που προέκυψαν από την έρευνά μας ήταν υψηλά. Για το λόγο αυτό πραγματοποιήσαμε μια πιλοτική έρευνα, με ομάδα ελέγχου 50 ατόμων, την οποία αποτέλεσαν όχι ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η. αλλά απλά εγγεγραμμένοι των Κ.Α.Π.Η. ή δημότες από 65 έως 90 ετών. Σκοπός της πιλοτικής έρευνας ήταν να διαπιστώσουμε αν τα ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η. εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό έκπτωση γνωστικών λειτουργιών από τους εγγεγραμμένους ή δημότες μιας περιοχής. Από τα αποτελέσματα της πιλοτικής έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνεται το παραπάνω καθώς βρέθηκε ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων ατόμων παρουσίαζαν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο (Βλ. πίνακα 61).

✓ Στο ερωτηματολόγιο για τη διάθεση και τα συναισθήματα των ηλικιωμένων καθώς και για ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Geriatric Depression Scale) βρέθηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό φαίνεται να εμφανίζει κυρίως ήπια κατάθλιψη ενώ ένας μικρός αριθμός ατόμων σοβαρή κατάθλιψη (Βλ. πίνακα 33). Ακόμη, από το ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της κατάθλιψης (Κλίμακα Hamilton), προέκυψε ότι ένας μικρός αριθμός των ατόμων του δείγματος εμφανίζουν κατάθλιψη (Βλ. πίνακα 34). Η διαφορά των ποσοστών των ατόμων που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης μεταξύ των δύο παραπάνω τεστ, έγκειται στο γεγονός ότι το πρώτο τεστ εξετάζει τη διάθεση των ηλικιωμένων και την ικανοποίηση που λαμβάνουν από τον τρόπο ζωής τους ενώ το δεύτερο τεστ επικεντρώνεται καθαρά σε ύπαρξη ή μη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα ποσοστά που βρέθηκαν μέσω της έρευνας σε σχέση με την ύπαρξη κατάθλιψης, επιβεβαιώνουν τη βιβλιογραφία, όπου αναφέρεται ότι το 10-25% των ηλικιωμένων εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. (Παράσχος Ι.Α., 2006)

✓ Από τη συσχέτιση των τριών τεστ (Mini-Mental State Examination, Geriatric Depression Scale και κλίμακα Hamilton) προέκυψαν τα εξής αναμενόμενα και λογικά αποτελέσματα: α) Τα άτομα που είχαν καλύτερο γνωστικό επίπεδο, παρουσίαζαν λιγότερα ή και καθόλου καταθλιπτικά συμπτώματα. β) Η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ατόμων του δείγματος προέκυπτε πάντα και από τα δύο τεστ, Geriatric Depression Scale και κλίμακα Hamilton. Η συγκεκριμένη διαπίστωση καταδεικνύει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων όσον αφορά τα τεστ του γνωστικού επιπέδου, της συναισθηματικής κατάστασης και της κατάθλιψης. ( Βλ. πίνακα 35).

✓ Σχετικά με τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων παρατηρήθηκαν αρκετές δυσκολίες κυρίως στους παρακάτω τομείς, όπως η ακράτεια, η ομιλία, ο ύπνος, η αναγνώριση γνωστών ή συγγενών, η μνήμη ονομάτων γνωστών, φίλων και συγγενών, η μνήμη γεγονότων, η προσοχή και η συγκέντρωση (Βλ. πίνακες 23,24,25,26,28,29 και 30). Οι δυσκολίες στους διάφορους τομείς της λειτουργικότητας φάνηκε να δυσχεραίνουν σε μεγάλο βαθμό την καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων ατόμων σε

πρακτικό επίπεδο και να επηρεάζουν αρνητικά τη διάθεση και την ψυχολογία τους.

✓ Από το δείγμα της έρευνας, οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά γνωστικές διαταραχές σε αντίθεση με τους άντρες (Βλ. πίνακα 37). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται από διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τη νόσο από ότι οι άντρες (2:1 περίπου) (Μπαλογιάννης Ι., 1994). Έχουν υποστηριχθεί διάφορες απόψεις για τους παράγοντες στους οποίους οφείλεται το παραπάνω, όπως η μακροβιότητα των γυναικών, άγνωστοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, μη καθορισμένοι ορμονικοί παράγοντες, η εμμηνόπαυση κ.α. (Μεντενόπουλος Γ., 2000). Έχει καταγραφεί σε διάφορες έρευνες επίσης ότι οι γυναίκες προσβάλλονται με μεγαλύτερη συχνότητα από τη νόσο, με εξελικτική πορεία βαρύτερη, με περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα, καθώς και με μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου σε σχέση με τους άντρες της ίδιας ηλικίας. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005).

✓ Το φύλο φαίνεται να συνδέεται επίσης και με την εμφάνιση κατάθλιψης καθώς τα αποτελέσματα της έρευνας φανερώνουν ότι οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από κατάθλιψη από ότι οι άντρες (Βλ. πίνακα 38 και 39). Το παραπάνω συμφωνεί με τη βιβλιογραφία όπου αναφέρεται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. ( Μάνος Ν., 1997)

✓ Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των ατόμων του δείγματος που ζουν μόνοι τους (άγαμοι, χήροι, διαζευγμένοι, εν διαστάσει). Το γεγονός αυτό επιβαρύνεται από το εύρημα ότι τα παιδιά ενός μεγάλου ποσοστού των ηλικιωμένων ζουν μακριά τους ( Βλ. πίνακες 8 και 10). Αυτό σχετίζεται με τη γενικότερη διαπίστωση ότι στις μέρες μας πολλοί ηλικιωμένοι βιώνουν αισθήματα μοναξιάς, εγκατάλειψης και απομόνωσης. Σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι όσοι είναι χήροι ή χήρες, βιώνουν ψυχοπνευστικά προβλήματα ή ζουν μόνοι τους εμφανίζουν αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία. (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου Α., 1993)

✓ Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δεν προχώρησε σε τάξεις του Γυμνασίου ενώ μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό ολοκλήρωσε την τριτοβάθμια εκπαίδευση ( Βλ. πίνακες 4 και 5). Το αποτέλεσμα αυτό ήταν σχετικά αναμενόμενο καθώς οι δύσκολες καταστάσεις που βίωναν οι άνθρωποι εκείνα τα χρόνια (κατοχή, φτώχεια) τους ανάγκαζαν να δίνουν προτεραιότητα στην εργασία και στην επιβίωση παρά στη μόρφωσή τους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την εκδήλωση της άνοιας. Επίσης, αναφέρεται ότι συνδέεται με διάφορες επιπτώσεις όπως για παράδειγμα υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές, οι οποίες αποτελούν επιβάρυνση για την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου και αποτελούν ένα υπόστρωμα για την εκδήλωση της άνοιας. Όμως, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ως επιβαρυντικός παράγοντας για την εκδήλωση της νόσου θα πρέπει να διερευνηθεί εις βάθος καθώς η ΝΑ έχει προσβάλει προσωπικότητες υψηλού μορφωτικού διαμετρήματος. ( Μεντενόπουλος Γ., 2000)

✓ Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι η πλειονότητα των ηλικιωμένων του δείγματος δεν γνωρίζουν την νόσο Alzheimer, κάτι που μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες πρόληψης της ασθένειας (Βλ. πίνακα 17). Η άγνοιά τους γύρω από αυτό το θέμα πιθανόν οφείλεται στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο καθώς και στην έλλειψη ενημέρωσης γενικότερα για θέματα που αφορούν την υγεία στις αγροτικές περιοχές. Καθίσταται αναγκαία λοιπόν μια πολιτική πρόληψης από τη μεριά της Κοινωνικής Πολιτικής που θα αφορά την οργάνωση ενημερωτικών προγραμμάτων και ομιλιών σε κοινοτικό επίπεδο με στόχο την πληροφόρηση και την ευαισθητοποίηση ιδίως των ηλικιωμένων γύρω από το θέμα της έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών.

✓ Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνάς μας αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα καθώς το μηνιαίο εισόδημα της πλειοψηφίας των ηλικιωμένων κυμαίνεται από 200 έως 500 Ευρώ (Βλ. πίνακα 12). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει τη βιβλιογραφία αλλά και την ισχύουσα κατάσταση στις μέρες μας όπου ένα από τα πιο βασικά κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι τα οικονομικά προβλήματα καθώς ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ζουν στο όριο της φτώχειας και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης άρα και ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο.

✓ Άξιο αναφοράς είναι το αποτέλεσμα ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων της έρευνας αντιμετωπίζουν τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (Βλ. πίνακες 13 και 14). Το γεγονός αυτό επιδεινώνει την κοινωνική τους απομόνωση αλλά και την οικονομική τους κατάσταση. Από την έρευνα προκύπτει επίσης ότι η ύπαρξη προβλήματος υγείας και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής σχετίζονται με την έκπτωση γνωστικών λειτουργιών καθώς τα άτομα που αντιμετωπίζουν τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά κάποιο είδος γνωστικής διαταραχής από ότι τα υγιή άτομα. Επίσης, παρουσιάζεται ένα μικρό μόνο ποσοστό ύπαρξης γνωστικών διαταραχών σε άτομα που δεν λαμβάνουν φάρμακα σε αντίθεση με τα μεγάλα ποσοστά γνωστικών διαταραχών που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. (Βλ. πίνακες 40 και 42) Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι συγκεκριμένες ασθένειες, η λήψη φαρμάκων καθώς και η ταυτόχρονη λήψη πολλών φαρμάκων για διαφορετικές παθήσεις, είναι δυνατόν να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005).

✓ Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων υποφέρουν από νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος, από ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα και από νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων (Βλ. πίνακα 15). Εδώ αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η αρτηριακή πίεση, ο σακχαρώδης διαβήτης και τα εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την έκπτωση γνωστικών λειτουργιών και την εκδήλωση της άνοιας. (Μεντενόπουλος Γ., 1999)

✓ Μέσω της κλίμακας εκτίμησης της κατάθλιψης (Hamilton), βρέθηκε επίσης ότι η ύπαρξη προβλήματος υγείας σχετίζεται και με την παρουσία κατάθλιψης. Από τον πίνακα 41 φαίνεται ότι τα υγιή άτομα δεν παρουσιάζουν καθόλου καταθλιπτικά συμπτώματα. Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι η ύπαρξη προβλημάτων υγείας οδηγεί με έμμεσο τρόπο

στην εμφάνιση κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από προβλήματα υγείας νιώθουν συχνά αδύναμοι, ανήμποροι, ανίκανοι να ασχοληθούν με δραστηριότητες που επιθυμούν, συχνά εγκλωβισμένοι στο σπίτι και εξαρτημένοι από τους άλλους. Όλα αυτά οδηγούν στην κοινωνική τους απομόνωση, στο αίσθημα ότι η ζωή τους δεν έχει αξία και συχνά στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου Α., 1993)

✓ Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται να συμβάλλει και στην ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων καθώς από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι όσοι ηλικιωμένοι παίρνουν φάρμακα εμφανίζουν σε μεγάλα ποσοστά συμπτώματα κατάθλιψης. Αντιθέτως, βρέθηκε ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό ηλικιωμένων που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή παρουσιάζουν ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα ( Βλ. πίνακες 43 και 44). Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να σχετίζεται με την παραπάνω βιβλιογραφική αναφορά που επιβεβαιώνει τη σχέση μεταξύ προβλήματος υγείας και εμφάνισης κατάθλιψης καθώς η ύπαρξη προβλήματος υγείας συνεπάγεται τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

✓ Τα προβλήματα υγείας και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής φαίνεται να συσχετίζονται επίσης με την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου καθώς από τους πίνακες 51 και 52 παρατηρείται ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και παίρνουν φάρμακα παρουσιάζουν και περισσότερες διαταραχές στον ύπνο τους.

✓ Παρατηρήθηκε ακόμη ότι ο ύπνος συνδέεται και με το φύλο. Οι γυναίκες φαίνεται να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα ύπνου από ότι οι άντρες (Βλ. πίνακα 49). Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι η αϋπνία φαίνεται να είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα στις γυναίκες καθώς είναι αυτές που εμφανίζουν περισσότερο άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα από τους άντρες. (Μάνος Ν., 1997, Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β, 1992)

✓ Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος δεν ασχολούνται με το διάβασμα και τη γυμναστική (Βλ. πίνακες 18 και 19). Επίσης, μέσω της έρευνας βρέθηκε ότι το διάβασμα καθώς και η σωματική άσκηση δείχνουν να σχετίζονται με το γνωστικό επίπεδο καθώς βρέθηκαν μεγάλα ποσοστά έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών στα ηλικιωμένα άτομα που δεν ασχολούνται με το διάβασμα και τη γυμναστική (Βλ. πίνακα 45 και 46). Αυτό προφανώς συμβαίνει καθώς σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει για το διάβασμα και τη γυμναστική, έχει αποδειχθεί ότι αποτελούν δύο από τους προφυλακτικούς παράγοντες για την έκπτωση γνωστικών λειτουργιών. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

✓ Από τη συγκεκριμένη έρευνα, η κατανάλωση του αλκοόλ δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών καθώς τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα που δεν πίνουν παρουσιάζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά γνωστικές διαταραχές από αυτούς που καταναλώνουν αλκοόλ (Βλ. πίνακα 47). Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία που αναφέρει ότι η κατανάλωση αλκοόλ πιθανόν να συνεισφέρει στην προφύλαξη από την άνοια, ειδικά όταν το αλκοόλ καταναλώνεται χωρίς

υπερβάσεις και συνδυαστικά με τη λήψη κανονικών γευμάτων. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

✓ Το αλκοόλ επίσης δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ύπαρξη καταθλιπής. Από τον πίνακα 48 παρατηρείται ότι οι ηλικιωμένοι που καταναλώνουν αλκοόλ εμφανίζουν σε πολύ μικρότερα ποσοστά καταθλιπτικά συμπτώματα από αυτούς που δεν πίνουν. Σχετικά με το συγκεκριμένο αποτέλεσμα δεν υπάρχει κάποια βιβλιογραφική αναφορά που να το υποστηρίζει ή να το απορρίπτει καθώς η βιβλιογραφία αναφέρει ότι καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να προκληθεί από χρόνια εξάρτηση από το αλκοόλ. Μέσω της έρευνας παρατηρήσαμε ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων του δείγματος κατανάλωναν αλκοόλ σε μικρές ποσότητες, χωρίς υπερβάσεις και συνήθως συνοδευόμενο με γεύμα και έπειτα από συμβουλή του γιατρού. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα της έρευνας λοιπόν πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η κατανάλωση αλκοόλ χωρίς εξαρτήσεις ίσως συμβάλλει στη διατήρηση καλύτερης διάθεσης και στο αίσθημα ευφορίας των ηλικιωμένων ατόμων.

### **2.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να γίνει μια αδρή αποτύπωση – ανίχνευση του προβλήματος της απώλειας των γνωστικών λειτουργιών που προδιαθέτουν για άνοια στον αγροτικό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου. Επιμέρους σκοποί της έρευνας ήταν η διερεύνηση και ανίχνευση της λειτουργικότητας, της συναισθηματικής κατάστασης και του γενικότερου τρόπου ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Η συγκεκριμένη έρευνα περιλάμβανε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών που είναι ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η. και ζουν σε αγροτικές περιοχές του νομού Ηρακλείου. Το δείγμα αποτέλεσαν 466 άτομα από 13 Κ.Α.Π.Η. αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου.

Η εργασία αυτή επιθυμεί να προσφέρει περισσότερες πληροφορίες στο πεδίο των επιστημονικών ερευνών που σχετίζονται με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και ιδίως με αυτά που προκαλούνται από την έκπτωση ή απώλεια των γνωστικών λειτουργιών των ατόμων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, τα ηλικιωμένα άτομα των αγροτικών περιοχών του νομού Ηρακλείου παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών. Εντύπωση κάνουν τα μεγάλα ποσοστά της ελαφριάς και μέτριας γνωστικής διαταραχής που συναντώνται στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα επιβεβαιώνει την αρχική μας ερευνητική υπόθεση που ήταν η εξής :

«Στον αγροτικό πληθυσμό που αποτέλεσε το δείγμα μας θα υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης της έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών από ότι στον αστικό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου λόγω του ότι η συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού στην τρίτη ηλικία συνήθως υπολείπεται νοητικής εξάσκησης, τα επαγγέλματά τους είναι κυρίως χειρονακτικά και αγροτικά και το μορφωτικό τους επίπεδο είναι συνήθως χαμηλότερο από αυτό του αστικού πληθυσμού. Επίσης η ενημέρωσή



τους γύρω από τα θέματα της άνοιας πιθανόν να είναι ελλιπής, κάτι που σημαίνει ότι μειώνονται οι πιθανότητες πρόληψης της ασθένειας».

Την υπόθεση αυτή την κάναμε έχοντας στη διάθεσή μας τα ποσοστά από την εξέταση του γνωστικού επιπέδου που βρέθηκαν σε παρόμοια έρευνα στους ηλικιωμένους των αστικών Κ.Α.Π.Η. του Νομού Ηρακλείου, όπου βρέθηκε ότι από τους 360 ηλικιωμένους του δείγματος το 83,9% είχαν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, το 10,6% φαίνεται να παρουσιάζουν μέτρια γνωστική διαταραχή, το 4,4% μέτρια και το 1,1% σοβαρή γνωστική διαταραχή. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε το 2005 από συμφοιτήτριές μας στην Κοινωνική Εργασία στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας με θέμα «Ανίχνευση της γνωστικής διαταραχής σε άτομα άνω των 65 ετών στα Κ.Α.Π.Η. στην αστική περιοχή του νομού Ηρακλείου». Από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας βλέπουμε λοιπόν ότι στον αγροτικό πληθυσμό εμφανίζονται όντως υψηλότερα ποσοστά έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών (βλ. πίνακα 22) σε σχέση με αυτά του αστικού πληθυσμού του νομού Ηρακλείου.

Σύμφωνα με διάφορες έρευνες, οι αγροτικές απασχολήσεις, τα χειρονακτικά επαγγέλματα και τα επαγγέλματα σε κατώτερες διοικητικές θέσεις αποδείχθηκε ότι εγκυμονούσαν υψηλότερο κίνδυνο για την επίπτωση της άνοιας. Αντίθετα, άτομα με ανώτερα διοικητικά επαγγέλματα και επαγγέλματα όπως γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί, δάσκαλοι είχαν σημαντικά καλύτερη μνήμη σε σύγκριση με αγρότες, οικιακούς βοηθούς και χειρώνακτες. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του μεγαλύτερου ποσοστού του δείγματος θεωρούμε ότι πιθανόν να σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών που παρατηρήθηκαν στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε ότι μέσω μελετών έχει διαπιστωθεί ο σημαντικός ρόλος της εκπαίδευσης ως προς τον ρυθμό έκπτωσης των νοητικών ικανοτήτων με την πάροδο της ηλικίας. Συμμετέχοντες σε έρευνες με υψηλότερη εκπαίδευση είχαν βραδύτερους ρυθμούς νοητικής και λειτουργικής επιδείνωσης. (Τσολάκη Μ., Κάζης Α., 2005)

Ένας ακόμη παράγοντας που ίσως συμβάλλει στην ύπαρξη υψηλού ποσοστού των γνωστικών διαταραχών που παρατηρήθηκαν στις αγροτικές περιοχές είναι τα μεγάλα ποσοστά ύπαρξης προβλήματος υγείας και λήψης φαρμακευτικής αγωγής που έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν σε μικρό ή μεγάλο βαθμό τη νοητική λειτουργία των ατόμων.

Παρ' όλο που οι παραπάνω παράγοντες ίσως δικαιολογούν ως ένα βαθμό τα υψηλά ποσοστά έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών που βρέθηκαν μέσω της έρευνάς μας, η αρκετά μεγάλη απόκλιση των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων με τα ποσοστά γνωστικών διαταραχών που βρέθηκαν στον αστικό πληθυσμό του νομού Ηρακλείου, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μας οδήγησαν στην πραγματοποίηση μιας πιλοτικής έρευνας. Η έρευνα αυτή είχε ως ομάδα ελέγχου 50 άτομα, την οποία αποτέλεσαν όχι ενεργά μέλη των Κ.Α.Π.Η. αλλά απλά εγγεγραμμένοι των Κ.Α.Π.Η. ή δημότες από 65 έως 90 ετών.

Ο σκοπός διεξαγωγής αυτής της έρευνας ήταν να διαπιστώσουμε αν το προαναφερθέν υψηλό ποσοστό ατόμων με έκπτωση γνωστικών λειτουργιών δικαιολογείται (εφόσον τα αποτελέσματά της

συμπληρωματικής έρευνας ως προς το γνωστικό επίπεδο των ατόμων ήταν παρόμοια με αυτά της κύριας έρευνας) ή σε αντίθετη περίπτωση να μας οδηγήσει σε μια άλλη υπόθεση. Η υπόθεση αυτή είναι ότι τα ενεργά μέλη που κάνουν συχνή χρήση των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη έκπτωση γνωστικών λειτουργιών καθώς οι περισσότεροι έχουν παραιτηθεί από οποιαδήποτε σωματική ή πνευματική εργασία σε αντίθεση με τους απλά εγγεγραμμένους ή δημότες μιας περιοχής (που δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.) που προφανώς συνεχίζουν να εργάζονται και να συμμετέχουν πιο ενεργά στην κοινωνία και άρα οι γνωστικές τους λειτουργίες διατηρούνται σε καλύτερο επίπεδο.

Τα αποτελέσματα της ομάδας ελέγχου φαίνεται να επιβεβαιώνουν την παραπάνω υπόθεση καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είχε φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο και οι γνωστικές διαταραχές εμφανίζονταν σε σαφώς μικρότερο βαθμό από ότι στην κύρια έρευνα.

Από την κύρια έρευνα αποδείχθηκε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία και επιβεβαιώνει τη δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση που ανέφερε ακριβώς αυτό. Ως προς αυτό, θα μπορούσαν να γίνουν κάποιες προσπάθειες κυρίως σε επίπεδο πρόληψης, όπως η μεγαλύτερη ενημέρωση για τον υψηλό κίνδυνο εμφάνισης γνωστικών διαταραχών που διατρέχουν περισσότερο οι γυναίκες στα πλαίσια ομιλιών σε Κ.Α.Π.Η., δήμους κ.λ.π. ή και από τα Μ.Μ.Ε.. Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί των Κ.Α.Π.Η., χρήσιμο θα ήταν να στρέψουν περισσότερο την προσοχή τους προς τις γυναίκες οργανώνοντας ομάδες με στόχο τη διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών των γυναικών, όπως ομάδες σύνταξης εφημερίδας του Κ.Α.Π.Η., ομάδες γυμναστικής και χορού.

Όσον αφορά στη διερεύνηση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων που ήταν ένας από τους κύριους σκοπούς της έρευνάς μας, βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων αντιμετωπίζουν έκπτωση σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητας τους. Οι κυριότεροι από αυτούς τους τομείς είναι: η ακράτεια, η ομιλία, ο ύπνος, η αναγνώριση προσώπων, η ατομική υγιεινή, η μνήμη για ονόματα, η μνήμη για γεγονότα, η εγρήγορση, η συγκινησιακή κατάσταση και η κοινωνική απαντητικότητα. Με τη διαπίστωση αυτή σχετίζεται άμεσα η μεγάλη ηλικία που από μόνη της δημιουργεί δυσκολίες στη λειτουργικότητα των ατόμων, η ύπαρξη πολλών προβλημάτων υγείας, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής αλλά και η έκπτωση γνωστικών λειτουργιών που, όπως είδαμε, συναντάται σε μεγάλα ποσοστά των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Σύμφωνα και με τη βιβλιογραφία, η έκπτωση της λειτουργικότητας (κοινωνική, επαγγελματική κ.α.) στα ηλικιωμένα άτομα συνδέεται άμεσα με την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Τα άτομα γίνονται πιο εξαρτημένα από άλλους και νιώθουν ότι χάνουν την αυτονομία τους. Η έκπτωση των λειτουργικών ικανοτήτων οδηγεί συχνά τους ηλικιωμένους στην κοινωνική απομόνωση, η οποία προκαλεί συχνά αισθήματα μοναξιάς, αναξιοσύνης, θλίψης αλλά και καταθλιπτικά συμπτώματα. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., 1999)

Σχετικά με την ύπαρξη κατάθλιψης των ηλικιωμένων που διερευνήθηκε μέσω της έρευνας, βρέθηκε ότι αρκετά ηλικιωμένα άτομα εμφανίζουν συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης ενώ λιγότερα φαίνονται να είναι τα άτομα που παρουσιάζουν σοβαρή κατάθλιψη. Η εμφάνιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους του δείγματος πιθανόν να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες που παρατηρήσαμε μέσω της προσωπικής μας επαφής και συνομιλίας με τους ηλικιωμένους, όπως η μοναξιά, τα πολλαπλά προβλήματα υγείας, το χαμηλό και ανεπαρκές εισόδημα, η περιθωριοποίηση και η κοινωνική απομόνωση που πολλοί βιώνουν, η μη άντληση ικανοποίησης από τον τρόπο ζωής τους, η σκέψη του επερχόμενου θανάτου κ.α.

Το φύλο φάνηκε να παίζει σημαντικό ρόλο και στην εμφάνιση της κατάθλιψης καθώς οι γυναίκες ήταν πάλι αυτές που παρουσίαζαν σε μεγαλύτερο βαθμό καταθλιπτικά συμπτώματα.

Σε σχέση με τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, είναι σημαντικό το γεγονός ότι σχεδόν όλο το δείγμα έχει πολύ χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ότι παραπάνω από το μισό δείγμα ασχολείται με αγροτικές εργασίες. Ακόμη και όσοι είχαν ως κύρια εργασία τους κάποιο άλλο επάγγελμα, ασχολιόντουσαν με τα αγροτικά ως δευτερεύουσα εργασία. Άξιο αναφοράς είναι ότι τα περισσότερα άτομα του δείγματος πάσχουν από πολλά και διαφορετικά προβλήματα υγείας, μια κατάσταση που τους αναγκάζει να λαμβάνουν πολλά φάρμακα μαζί και με αυτόν τον τρόπο να δυσχεραίνουν και την υγεία τους αλλά και την ήδη επιδεινωμένη οικονομική τους κατάσταση. Τέλος, εντυπωσιακό είναι το μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους είτε επειδή είναι άγαμοι ή χήροι είτε επειδή τα παιδιά τους ζουν μακριά από αυτούς.

Συνοψίζοντας, διαπιστώνουμε ότι στους ηλικιωμένους του αγροτικού πληθυσμού του Ν. Ηρακλείου φαίνεται να εμφανίζεται σε σημαντικό βαθμό έκπτωση γνωστικών λειτουργιών καθώς και αρκετών τομέων της καθημερινής και κοινωνικής λειτουργικότητάς τους. Προβάλλει αναγκαία λοιπόν η περαιτέρω διερεύνηση των αναγκών του ηλικιωμένου πληθυσμού των αγροτικών περιοχών και η ουσιαστικότερη ενασχόληση των επαγγελματιών που ασχολούνται με αυτήν την ομάδα πληθυσμού με τα παραπάνω προβλήματα των ηλικιωμένων. Μέσω της έρευνας που πραγματοποιήσαμε, παρατηρήσαμε ότι η μειοψηφία του προσωπικού των Κ.Α.Π.Η. ήταν ενημερωμένη και σωστά καταρτισμένη με γνώσεις γύρω από το θέμα της άνοιας, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα τη μη εφαρμογή δράσεων σε επίπεδο πρόληψης, όπως η οργάνωση ενημερωτικών ομιλιών ή ομάδων ενίσχυσης μνήμης και η χρήση διαφόρων τεστ για τον έλεγχο γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων.

## **2.4 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Κλείνοντας αυτήν την εργασία θεωρήσαμε απαραίτητο να αναφέρουμε κάποιες προτάσεις που αφορούν γενικότερα το θέμα της

τρίτης ηλικίας αλλά και την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου της άνοιας.

Η άνοια αποτελεί ένα σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα στις μέρες μας και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει ο σχεδιασμός των δράσεων της πολιτείας να εστιαστεί στην πρόληψη και την αντιμετώπιση, με ενίσχυση και επέκταση των υποστηρικτικών φορέων.

Πιο συγκεκριμένα:

- Υπάρχουν κράτη που τα τελευταία 3-4 χρόνια πριν από τη συνταξιοδότηση των εργαζομένων, τους προετοιμάζουν για τη νέα ζωή τους, αλλά και προσπαθούν να τους βρουν κάποια απασχόληση με μειωμένα ωράρια και ευθύνες και φυσικά με κάποια μικρή αποζημίωση. Σήμερα στην Ελλάδα δεν υπάρχει κανένα πρόγραμμα σχετικά με τη μετάβαση από την εργασία στη συνταξιοδότηση. Το θέμα αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από τους σχεδιαστές της Κοινωνικής Πολιτικής με στόχο να αποφευχθούν οι ψυχολογικές και παθολογικές επιπτώσεις από την απότομη διακοπή της επαγγελματικής απασχόλησης. (Μπαλλής Θ., 2000)
- Μεγιστοποίηση της κοινωνικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων μέσω της συμμετοχής τους σε κοινοτικές δραστηριότητες με μια σειρά υπηρεσιών οι οποίες θα αναφέρονται σε διάφορες ανθρώπινες ανάγκες, όπως ψυχαγωγία, μόρφωση, απασχόληση, υγεία κ.α.
- Προσπάθεια του κράτους για αύξηση των συντάξεων των ηλικιωμένων με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους καθώς και κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία μεγαλύτερου μέρους των ιατρικών και φαρμακευτικών εξόδων τους.
- Διατήρηση και βελτίωση των ήδη υπάρχουσων υπηρεσιών αλλά και επέκταση καινούριων που απευθύνονται στην τρίτη ηλικία και φροντίζουν για τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων, όπως τα Κ.Α.Π.Η, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», το Κ.Η.Φ.Η. κ.λ.π. Στελέχωση των υπηρεσιών αυτών με το κατάλληλα εξειδικευμένο και επαρκές προσωπικό, συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών και προσαρμογή των υπηρεσιών στις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Διοργάνωση από τη μεριά των Κ.Α.Π.Η. περισσότερων ομάδων ή δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας και προσπάθεια κινητοποίησης των ηλικιωμένων για συμμετοχή τους σε αυτές.
- Συνεργασία των κοινωνικών δομών των Δήμων για την αξιολόγηση προγραμμάτων και υπηρεσιών που παρέχονται στους ηλικιωμένους.
- Το κράτος θα πρέπει να ενθαρρύνει την ιδέα της ενεργούς συμμετοχής των ηλικιωμένων στην εκπαίδευση. Σε αρκετές χώρες ( Η.Π.Α., Γαλλία κ.α.) έχουν αναπτυχθεί διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα για άτομα άνω των 65 ετών, τα οποία τους προσφέρουν εκπαίδευση ανεξάρτητα του μορφωτικού τους επιπέδου και με ελάχιστη οικονομική επιβάρυνση. (Δαρδαβέσης Θ., 1988) Θα ήταν πολύ χρήσιμο η Ελλάδα να αξιοποιήσει την πείρα των παραπάνω χωρών και να υλοποιήσει ανάλογα εκπαιδευτικά προγράμματα για τα άτομα της τρίτης ηλικίας.
- Η διαμόρφωση κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους που πάσχουν από άνοια θεωρείται απαραίτητη στις μέρες μας που το πρόβλημα αυτό ολοένα και αυξάνεται.

- Συνέχιση των κλινικών μελετών για το θέμα της άνοιας, οι οποίες θα δώσουν είτε επιβεβαίωση στην ήδη υπάρχουσα γνώση ή θα παρέχουν καινούρια γνώση εστιάζοντας κυρίως στην ανεύρεση πιθανών αιτιών, προφυλακτικών παραγόντων, φαρμάκων που να βελτιώνουν τα συμπτώματα και στη γενικότερη θεραπεία (φαρμακευτική ή μη) της νόσου.
- Έρευνα από τη μεριά των κοινοτικών υπηρεσιών για τον εντοπισμό ατόμων που κινδυνεύουν ή ήδη πάσχουν από άνοια με στόχο την προαγωγή της πρόληψης.
- Δημιουργία ομάδων ατόμων με άνοια από τη μεριά των Κ.Α.Π.Η. με στόχο τη δημιουργική απασχόλησή τους, την ψυχαγωγία τους, την εξάσκηση των νοητικών και λειτουργικών ικανοτήτων τους, την αποφυγή των συμπεριφορικών συμπτωμάτων της νόσου αλλά και την προσωρινή ανακούφιση των φροντιστών.
- Κρίνεται αναγκαίος ο σχεδιασμός και η δημιουργία ιδρυμάτων και ειδικών δομών, όπως κέντρα ημέρας, που να ανταποκρίνονται εξειδικευμένα στις ανάγκες ατόμων με άνοια.
- Χρήσιμη για την κοινωνικοποίηση των ανοϊκών ατόμων, την ψυχαγωγία τους καθώς και για τη «διαφυγή» τους από τη ρουτίνα της καθημερινότητας θα ήταν η δημιουργία Alzheimer καφέ σε κάθε πόλη της χώρας.
- Διοργάνωση σεμιναρίων που να συμπληρώνουν επιτυχώς την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας γύρω από θέματα που αφορούν τη νόσο. Ειδικότερα οι κοινωνικοί λειτουργοί που είναι υπεύθυνοι για κάθε Κ.Α.Π.Η είναι απαραίτητο να είναι καλά καταρτισμένοι με γνώσεις γύρω από το θέμα της άνοιας και να φροντίζουν να ενημερώνονται συνεχώς ώστε να εμπλουτίζουν αυτές τις γνώσεις.
- Συνεργασία των κοινωνικών δομών των Δήμων για την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων προς τους κατοίκους των Δήμων για θέματα που αφορούν την άνοια με στόχο την ενημέρωση, την επιμόρφωση, την ευαισθητοποίηση, την πρόληψη και την εξάλειψη προκαταλήψεων, στιγματισμού και απόρριψης ως προς τους ανοϊκούς ασθενείς.
- Δημιουργία περισσότερων Εταιρειών Alzheimer και προώθηση της συνεργασίας όλων των Εταιρειών της Ελλάδας μεταξύ τους.
- Δημιουργία ομάδων υποστήριξης συγγενών φροντιστών από τις κοινωνικές υπηρεσίες ή από τις Εταιρείες με σκοπό την ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ τους και την ενημέρωσή τους για θέματα που τους απασχολούν, όπως π.χ. η φροντίδα των ανοϊκών συγγενών τους. Η ανάπτυξη συλλόγων για τα δικαιώματα των φροντιστών θα μπορούσε επίσης να βοηθήσει στον καθορισμό των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων με άνοια, στο σχεδιασμό και στο ξεκίνημα νέων κοινοτικών πρωτοβουλιών.
- Χρήσιμη θα ήταν επίσης η διαμόρφωση ενός νομικού πλαισίου που θα υποχρέωνε τους ασφαλιστικούς φορείς να επιδοτούν τους φροντιστές ώστε να ανακουφίζονται από το οικονομικό βάρος της νόσου.
- Τέλος, εκτός από τις διάφορες πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος της άνοιας που θα πρέπει να εφαρμοστούν από την

πολιτεία, απαραίτητο είναι το κάθε άτομο ξεχωριστά να προφυλάσσει τον εαυτό του από τους επιβαρυντικούς παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για άνοια. Καλό θα είναι όλα τα άτομα να πείσουν τους εαυτούς τους να κάνουν τα εγκεφαλικά τους κύτταρα να λειτουργούν περισσότερο, προσπαθώντας π.χ. να διαβάζουν τακτικότερα και να εξασκούν τη μνήμη τους λύνοντας σταυρόλεξα, απομνημονεύοντας αριθμούς τηλεφώνων κ.λ.π

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αβεντισιάν – Παγοροπούλου Α., 1993. « Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας» . Αθήνα. Εκδ. ΧΧ.
- Αγγελόπουλος Π., 2004. « Ανοσολογική διάσταση στην Άνοια». Θεσσαλονίκη. Διδακτορική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης.
- Αμηρά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου Α., 1986. « Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα: Έρευνα για Κ.Α.Π.Η.». Αθήνα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

- Αμιτσής Γ.Ν., 2001. « Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας». Αθήνα. Εκδ. Παπαζήση.
- Ανδριώτης Κ.Β., 2003. «Ποσοτική έρευνα και ανάλυση δεδομένων με τη χρήση του SPSS 11.5». Αθήνα. Εκδ. Κλειδάριθμος
- Γραμματικοπούλου Ε., 1998. « Τα βιολογικά προβλήματα της γήρανσης και τα προβλήματα της 'τρίτης ηλικίας': Επιστημονικές επιμορφωτικές διαλέξεις». Εθνικό ίδρυμα Ερευνών.
- Δαρδαβέσης Θ., 1988. « Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας». Αθήνα. Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1996. « Διαστάσεις Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα». Τόμος Β'. Αθήνα. Επιμέλεια έκδοσης: Καραντινός Δ., Μαράτου- Αλιπράντη Λ., Φρονίμου Ε.
- Ζήσης Θ., 1995. «Τα γηρατειά, ένα μεγάλο υπαρξιακό και κοινωνικό πρόβλημα». ΧΧ. Εκδ. Βρυέννιος.
- Ίδρυμα Σάκη Καραγιώργα, 1998. «Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός». Αθήνα. Εκδ. Εξάντας.
- Ιεροδιακόνου Χ.Σ., 2003. « Ψυχιατρικές γνώσεις για εφαρμογή από κάθε γιατρό» . Θεσσαλονίκη. Εκδ. Μαστοριδής.
- Javeau C., 2000. « Η έρευνα με ερωτηματολόγιο». Αθήνα. Εκδ. Τυπωθήτω.
- Καλαϊτζή Β., 2005. « Οδηγός φροντίδας γονιών». Αθήνα. Εκδ. Mendor.
- Καλαϊτζίδου Μ., Chan K., 2001. « Ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους». Πτυχιακή διατριβή. Α.Π.Θ.
- Κανελλόπουλος Κ., 1984. « Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα: Στατιστική ανάλυση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών». Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών.
- Καστενμπάουμ Ρ., 1982. «Η τρίτη ηλικία». Αθήνα. Εκδόσεις Ψυχογιός.
- Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής, 1998. « Κοινωνικός Αποκλεισμός : η ελληνική εμπειρία». Αθήνα. Επιμέλεια: Κασιμάτη Κ. Εκδ. Gutenberg.

- Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, 1989. « Κοινωνική Πρόνοια». Αθήνα. Εκδ. ΧΧ.
- Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., 1999. « Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας. Αθήνα. Εκδ, Ελληνικά Γράμματα.
- Λέκκα Σ., 2002. « Διαφοροδιάγνωση νόσου Alzheimer : η χρησιμότητα των λεκτικών νευροψυχολογικών δοκιμασιών». Πτυχιακή διατριβή. Α.Π.Θ.
- Λούκας Σ., 2003. « Στατιστική». Αθήνα. Εκδ. Κριτική.
- Λουκοπούλου Ε., 2004. « Διαταραχές προσοχής στην άνοια». Διδακτορική διατριβή. Α.Π.Θ.
- Lovestone S., Gauthier S., 2001. « Η αντιμετώπιση της Άνοιας». Αθήνα. Εκδ. Βογιανάκη.
- Μακράκης, Β. 1997. «Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS». Αθήνα. Εκδ. Gutenberg.
- Μάνος, Ν. 1997. «Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσσαλονίκη. Εκδ. University Studio Press.
- Μεντενόπουλος Γ., 1997. « Η νόσος του Alzheimer: Κλινικές-διαγνωστικές και φαρμακευτικές προσεγγίσεις». Θεσ/νικη. Εκδ. University Studio Press.
- Μεντενόπουλος Γ., 1999. «Η νόσος του Alzheimer». Θεσ/νικη. Εκδ. University Studio Press.
- Μούγιας Α., 2003. « Οδηγός για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας». Εκδ. Mendor.
- Μπαλλής Θ.Ι., 2000. « Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής». Θεσ/νικη. Εκδ. University Studio Press.
- Μπαλογιάννης Σ., 1985. « Κλινική Νευροπαθολογία». Μέρος Β'. Θεσ/νικη. Εκδ. ΧΧ.
- Μπαλογιάννης Σ., 1985. « Κλινική Νευροπαθολογία». Μέρος Γ'. Θεσ/νικη. Εκδ. ΧΧ.
- Μπαλογιάννης Σ., 1994. « Νέοι ορίζοντες εις την νόσο του Alzheimer». Θεσ/νικη. Εκδ. ΧΧ.
- Ντε Μπωβουαρ Σ., 1980. « Τα γηρατειά». Αθήνα. Εκδ. Γλάρος.
- Pailat P., 1996. « Γήρας και γήρανση». Αθήνα. Εκδ. Χατζηνικολής.



- Παπαγεωργίου Γ., 1998. «Μέθοδοι στην κοινωνιολογική έρευνα». Αθήνα. Εκδ. Τυπωθήτω.
- Παρασκευόπουλος Ι.Ν., 1990. « Στατιστική». Τόμος Α'. Αθήνα. Εκδ. ΧΧ.
- Παρασκευόπουλος Ι.Ν., 1990. « Στατιστική». Τόμος Β'. Αθήνα. Εκδ. ΧΧ.
- Παρλίτση Ν., Τσουκίδου Ζ., 1998. « Αυτορρύθμιση/ Τρόποι αντιμετώπισης στην τρίτη ηλικία». Διαδακτορική διατριβή. Α.Π.Θ.
- Πλατή, Χ. 1993. «Γεροντολογική Νοσηλευτική». Αθήνα. Εκδ. ΧΧ
- Πουλοπούλου Η., Έμκε Ε., 1999. « Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: παρελθόν, παρόν και μέλλον». Αθήνα. Εκδ. Έλλην.
- Rubinstein Η., 2000. « Η νόσος του Alzheimer». Αθήνα. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- Σαμολαδά Γ., Τρίγκα Β., 1998. « Η νόσος Alzheimer και οι γλωσσικές επιδόσεις: Η σχέση της νόσου με την κληρονομικότητα». Διαδακτορική διατριβή. Α.Π.Θ.
- Slater R., 2003. « Γηρατειά. Θλιμμένος χειμώνας ή Δεύτερη άνοιξη; Η ψυχολογία της γήρανσης». Αθήνα. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- Σπυροπούλου Ε., 2004. « Η εμπειρία της γήρανσης: Αναζητώντας τα καλά γεράματα. Διδακτορική διατριβή. Α.Π.Θ.
- Σταθόπουλος Π. 1999. «Κοινωνική Πρόνοια». Αθήνα. Εκδ. Έλλην.
- Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β, 1992. « Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς». Αθήνα. Εκδ. Βήτα.
- Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος και Συμβούλιο επιμορφώσεως στην Κοινωνική Εργασία, 1975. « Συμπόσιο με θέμα προβλήματα γεροντικής ηλικίας». Αθήνα. Εκδ. ΧΧ.
- Τεπέρογλου Α., 1990. « Αξιολόγηση της προσφοράς των Κ.Α.Π.Η. : Έρευνα στα μέλη των Κ.Α.Π.Η.» . ΧΧ. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Τζημουράκα Α., 1987. « Τα γηρατειά και τα προβλήματά τους. Θεο/νικη. Εκδ. ΧΧ.

- Τζινίκου – Κακούλη Α., 1984. « Η άνοιξη της ωριμότητας». Αθήνα. Εκδ. ΧΧ.
- Τσολάκη – Κώστα Μ., 1997. « Η νευροψυχολογική εκτίμηση ηλικιωμένων. Θεσ/νικη. Εκδ. ΧΧ.
- Τσολάκη Μ. , Κάζης Α., 2005. « Άνοια: Ιατρική και κοινωνική πρόκληση». Θεσ/νικη. Εκδ. University Studio Press.
- Φράγκος Δ., 1987. « Ο γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδας: Στατιστική ανάλυση». Αθήνα. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

### **Συνέδρια**

- 3<sup>ο</sup> Συνέδριο Γηριατρικής και Γεροντολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, 1995. « Σύγχρονα Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας». Οργάνωση Γηριατρικής και Γεροντολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος.
- 21<sup>ο</sup> Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 1995. « Διαταραχές μνήμης- προσοχής». Επιμέλεια : Μπαλογιάννης Σ. Αθήνα. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
- 1<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Νόσου Alzheimer, 2001. Επιμέλεια έκδοσης: Τσολάκη – Κώστα Μ. Θεσ/νικη. Εκδ. University Studio Press.
- 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, 2002. Επιμέλεια έκδοσης: Τσολάκη – Κώστα Μ. Θεσ/νικη. Εκδ. University Studio Press.
- Σημειώσεις από μάθημα « Κλινική Κοινωνική Εργασία» Κα Σαπουνάκη – Σφακιανάκη.
- Πτυχιακή εργασία του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου με θέμα «Ανίχνευση της γνωστικής διαταραχής σε άτομα άνω των 65 ετών στα Κ.Α.Π.Η. στην αστική περιοχή του νομού Ηρακλείου» των σπουδαστριών Μούλου Ισιμήνης, Παπαγεωργίου Φωτεινής και Χαραμή Ευγενίας. (2005)

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Brandy P., 1982. « Κοινωνική Εργασία με ομάδα ηλικιωμένων σε ίδρυμα». Εκλογή Δεκεμβρίου. Τεύχος 59.
- Δουδούμη Σ., Τσολάκη Μ., Σαγιαδίνου Μ., Δεούδη Π., Κάζη Ε., Κιοσέογλου Γ., Κάζης Α., 2005. « Ποιότητα ζωής φρονιζόντων τους ασθενείς με νόσο Alzheimer». Γ' Νευρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης.
- Καπινάς Κ., Καπινά Β., Νοταρίδης Γ., 2005. « Ο ρόλος του ανοσοποιητικού συστήματος στη νόσο Alzheimer». Γ' Νευρολογική Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσ/νίκης.
- Παράσχος Ι.Α., 2006. « Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία». Διαθέσιμο σε: [www.mednet.gr](http://www.mednet.gr)
- Σταθόπουλος Π., 1982. « Κέντρο Εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων». Εκλογή Δεκεμβρίου. Τεύχος 59.

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Aronson M., 1994. “ Reshaping dementia care: practice and policy in long term care”. Sage Publications.
- Baddeley A.D., Barbar A., Wilson O., Fraser N., 1995. “ Handbook of memory disorders”. United Kingdom. Wiley J. & sons L.t.d. Publications.
- Baddeley A.D., Kapelman M., Wilson B., 2004. “ The essential handbook of memory disorders for clinicians”. Wiley J. & sons L.t.d. Publications.

- Baloyannis S., 1993. “ Neuropathology of dementia”. 1<sup>st</sup> department of Neurology, Laboratory of Neuropathology. Aristotelian University.
- Bernard I., 1978. “ Recent advances in Geriatric Medicine”. London and N.Y. Churchill Livingstone Publications.
- Clare L., Woods R., 2001. “ Cognitive Rehabilitation in dementia : a special issue of Neuropsychological Rehabilitation”. Psychology Press.
- Cummings J, Benson F., 1992. “ Dementia: A clinical approach”. Butterworth- Heinemann.
- Heston L., White J., 1991. “ The vanishing mind: a practical guide to Alzheimer’s disease and other dementias”.XX.
- Howells G., 1975. “ Modern perspectives in the psychiatry of old age”. Edinburgh- London. Churchill Livingstone Publications.
- Kaplan H., Sadock B., 1989. “ Comprehensive Textbook of psychiatry”. Volume Two. New York. Williams & Wilkins Publications.
- Keith J., Fry C., Glascock A., Ikels C., Dickerson J., Harpending H., Draper P., 1994. “ The aging experience”. Sage Publications.
- Morris R., 1996. “ The cognitive neuropsychology of Alzheimer – type dementia”. Oxford Univerity Press.
- Nickolson D., 1994. “ Anti- dementia agents: Research and prospects for therapy.” Academic Press.
- O’ Brien G., Burns A., Raymond A., 2000. “ Dementia”. Oxford Univerity Press.
- Parks R., Zec R., Wilson R., 1993. “ Neuropsychology of Alzheimer’s and other dementias”. Oxford Univerity Press.
- Petersen R., 2003. “ Mild cogmitive impairment: aging to Alzheimer’s disease”. Univerity Press.
- Reichel W., 1978. “ Clinical aspects of aging”. U.S.A. The Williams & Wilkins Company.
- Smith L., Kinsbourne M., 1977. “ Aging and dementia”. Spectrum Publications.

- Stafford- Clark D., 1974. “ Psychiatry for students”. London. Unwin University Books.
- Terry R., Katzman R., Bick K., 1994.“ Alzheimer disease”. Raven Press.
- Trevor H., 1975. “ Old age. Some practical points in geriatrics”. H.K. Lewis and Co Publications.
- Zaveu S., Khichiturian T., 1996. “ Alzheimer’s disease ( causes, diagnosis, treatment and care). New York. CRS Press.

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**

- Caro J., Ward A., Ishak K., Migglacio- Walle K., Getsios D., Papadopoulos G., Torfs K., 2002. “ To what degree does cognitive impairment in Alzheimer’s disease predict dependence of patients on caregivers?”. BMC Neyrology :26. xx.
- Clipp E., Moore M., 1995. “ Caregiver time use : an outcome measure in clinical trial research on Alzheimer’ s disease”. Clin. Pharmacol. Ther. 58 (2): 228-236
- Cotter V., 2005 . “Restraint free care in older adults with dementia”. Keio J Med 54 (2) : 80-84.
- Culpepper Richards K., Beck C. O’ Sullivan P, S. Shue V, M., 2005 . “Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia”. J Am Geriatr Soc 53:1510-1517.
- Davis K., Marin D., Kane R., Patrick D., Persind E., Raskind M., Puder K., 1997. “ The caregiver activity: development and validation of a new measure for caregivers of persons with Alzheimer’s disease”. International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol. 12: 978-988.
- Doraiswamy P., Bieber F., Kaiser L., Krishman K., Reuning – Scherer J., Gulanski B., 1998. “ The Alzheimer’s disease assesment scale: patterns and predictors of baseline cognitive performance in multicenter Alzheimer’s disease trials”. Neurology. 50 (5): 151-156.
- Ducharme F., Levesque L., Giroux F., Lachanee. L., 2004. “Follow-up of an intervention program for caregivers of a relative with

dementia living in a long- term care setting : Are there any persistent and delayed effects?”. *Journal of American Geriatric Society*. xx.

- Baelen B., Kavanagh S., Torfs K., 2005. “ Cognition, Function and Caregiving Time Patterns in patients with mild to moderate Alzheimer’s disease”. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. Vol. 19. Number 1. p.29-36.
- Health J.M., Kobylarz F.A., Brown M., Castano S., 2005. “Interventions from Home – Based Geriatric Assessments of Adult Protective Service Clients Suffering Elder Mistreatment”. *J Am Geriatr Soc* 53: 1538 – 1542.
- Heun R., Hein S.,2005 . “Risk Factors of major depression in the elderly”. *European Psychiatry* 20 , p. 199 – 204.
- Marin D., Dugue M., Schmeidler J., Santoro J., Neugroschl J., Zaklad G., Brickman A., Schnur E., Hoblyn J., Davis K., 2000. “ The caregiver activity survey: Longitudinal validation of an instrument that measures time spent caregiving for individuals with Alzheimer’s disease”. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 15: 680-686.
- Rayner A., Shoenbachler B., 2006.“ Behavior disorders of dementia: Recognition and Treatment”. *American Family Physician* 73 (4): 647-652.
- Robert P., Verhey F., Byrne E., Hurt C., De Deyn P., Nobili F., Riello R., Rodriguez G., Frisoni G., Tsolaki M., Kyriazopoulou N., Bulaock R., Burns A., Vellas B., 2005. “ Grouping for behavioral and psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium”. *European Psychiatry* 20 , p. 490-496.
- Ronchi D., Bellini F., Serretti A., Ferrari B., Dalmonte E., 2005. “Cognitive Status, Depressive Symptoms, and Health Status as Predictors of Functional Disability Among Elderly Persons with Low-to- Moderate Education : The Faenza Community Aging Study”. *J Am Geriatr Soc* 13(8) : 672- 85

Πηγές από το Internet:

- [www.iatronet.com](http://www.iatronet.com)
- [www.medis.gr](http://www.medis.gr)
- [www.in.gr](http://www.in.gr)
- [www.google.gr](http://www.google.gr)
- [www.pubmed.gr](http://www.pubmed.gr)
- [www.mednet.gr](http://www.mednet.gr)

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

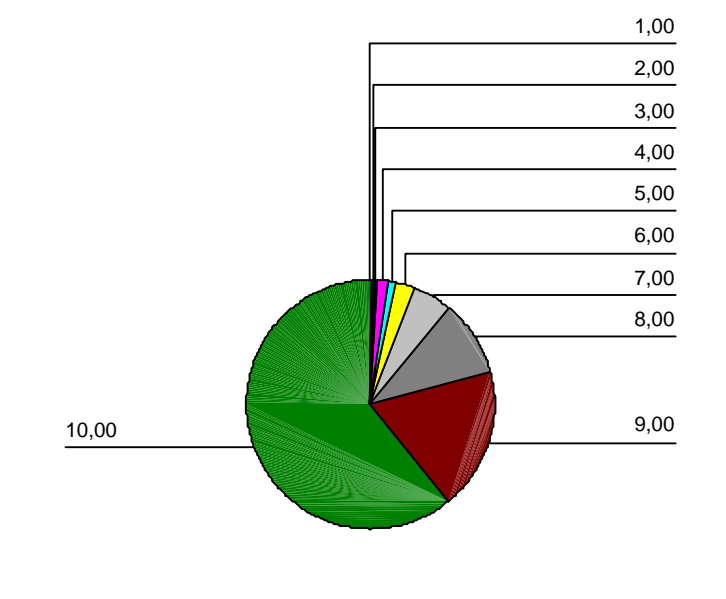
Πίνακας 1 : Υποκλίμακα «Προσανατολισμός» του Mini- Mental State Examination.

Προσανατολισμός	Αριθμός ατόμων
Σκορ 1/10	1 (0,2%)
Σκορ 2/10	1 (0,2%)
Σκορ 3/10	2 (0,4%)
Σκορ 4/10	7 (1,5%)
Σκορ 5/10	4 (0,9%)
Σκορ 6/10	12 (2,6%)
Σκορ 7/10	24 (5,2%)
Σκορ 8/10	46 (9,9%)
Σκορ 9/10	85 (18,2%)
Σκορ 10/10	284 (60,9%)
Σύνολο	466 (100%)



Από τα 466 άτομα του δείγματος, τα 284 άτομα (60,9%) απάντησαν και τις 10 ερωτήσεις του προσανατολισμού, 85 άτομα (18,2%) απάντησαν σωστά σε 9 στις 10 ερωτήσεις, 46 άτομα (9,9%) είχαν σκορ 8/10, 24 άτομα (5,2%) απάντησαν σε 7 στις 10 ερωτήσεις, 12 άτομα (2,6%) απάντησαν σωστά σε 6 ερωτήσεις, 4 άτομα (0,9%) είχαν σκορ 5 στις 10 ερωτήσεις, 7 άτομα (1,5%) απάντησαν 4/10 ερωτήσεις, 2 άτομα (0,4%) είχαν σκορ 3 στις 10 ερωτήσεις, 1 άτομο (0,2%) είχε σκορ 2/10 και άλλο ένα άτομο απάντησε μόνο μία από τις 10 ερωτήσεις.

### MMPROSTO

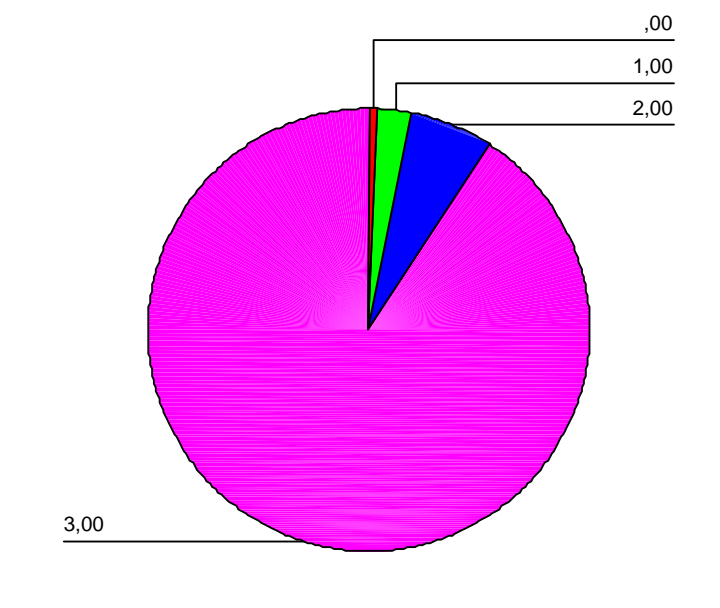


Πίνακας 2 : Υποκλίμακα «Εγχάραξη» του Mini- Mental State Examination.

Εγχάραξη	Αριθμός ατόμων
Σκορ 0/3	3 (0,6%)
Σκορ 1/3	11 (2,4%)
Σκορ 2/3	29 (6,2%)
Σκορ 3/3	423 (90,8%)
Σύνολο	466 (100%)

Η πλειονότητα των ατόμων του δείγματος, 423 άτομα (90,8%), απάντησε και στις 3 ερωτήσεις σε σχέση με την εγχάραξη, 29 άτομα (6,2%) απάντησαν 2/3 ερωτήσεις, 11 άτομα (2,4%) είχαν σκορ 1/3 ερωτήσεις και 3 άτομα (0,6%) δεν απάντησαν καμία ερώτηση σωστά.

## MMEGXTOT



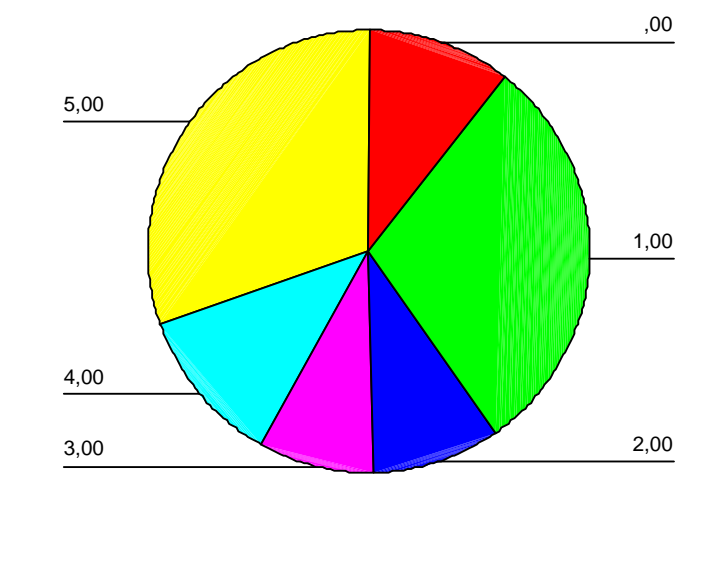
Πίνακας 3 : Υποκλίμακα «Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών» του Mini- Mental State Examination.

Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών	Αριθμός ατόμων
Σκορ 0/5	49 (10,5%)
Σκορ 1/5	139 (29,8%)
Σκορ 2/5	44 (9,4%)
Σκορ 3/5	38 (8,2%)
Σκορ 4/5	55 (11,8%)
Σκορ 5/5	141 (30,3%)
Σύνολο	466 (100%)

Από τα 466 άτομα του δείγματος, τα 49 (10,5%) άτομα δεν απάντησαν καμία ερώτηση της προσοχής και ικανότητας υπολογισμών, 139 (29,8%)

άτομα απάντησαν μόνο σε μία ερώτηση από τις 5, 44 (9,4%) άτομα απάντησαν σωστά σε 2 από τις 5 ερωτήσεις, 38 (8,2%) άτομα είχαν σκορ 3/5 ερωτήσεις, 55 (11,8%) άτομα απάντησαν σε 4 από τις 5 ερωτήσεις και 141 (30,3%) άτομα απάντησαν σωστά και στις 5 ερωτήσεις.

### ΜΜΥΡΟΛΤΟ

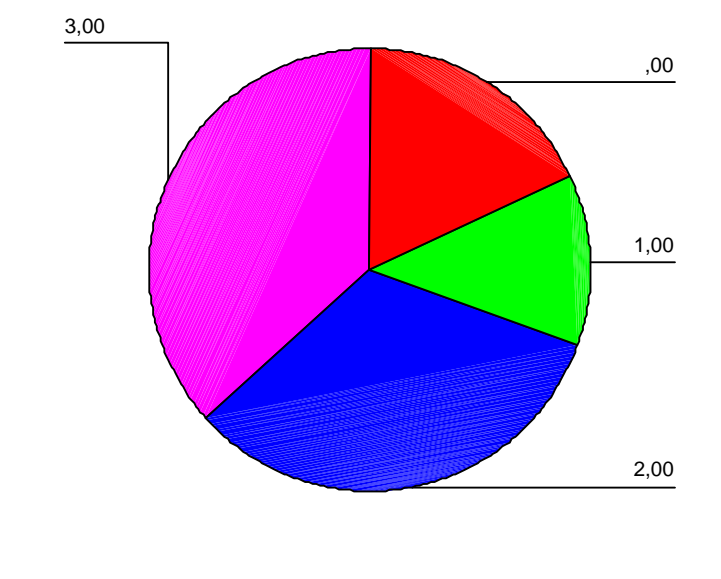


Πίνακας 4 : Υποκλίμακα «Ανάκληση» του Mini- Mental State Examination.

Ανάκληση	Αριθμός ατόμων
Σκορ 0/3	84 (18%)
Σκορ 1/3	59 (12,7%)
Σκορ 2/3	152 (32,6%)
Σκορ 3/3	171 (36,7%)
Σύνολο	466 (100%)

Από τον πίνακα αυτό φαίνεται ότι από τους 466 ερωτώμενους, οι 84 (18%) δεν απάντησαν σε καμία ερώτηση της ανάκλησης, οι 59 (12,7%) απάντησαν μόνο σε μία ερώτηση, οι 152 (32,6%) είχαν σκορ 2 στις 3 ερωτήσεις και οι 171 (36,7%) απάντησαν σωστά και στις 3 ερωτήσεις.

## ΜΜΑΝΑΤΟΤ



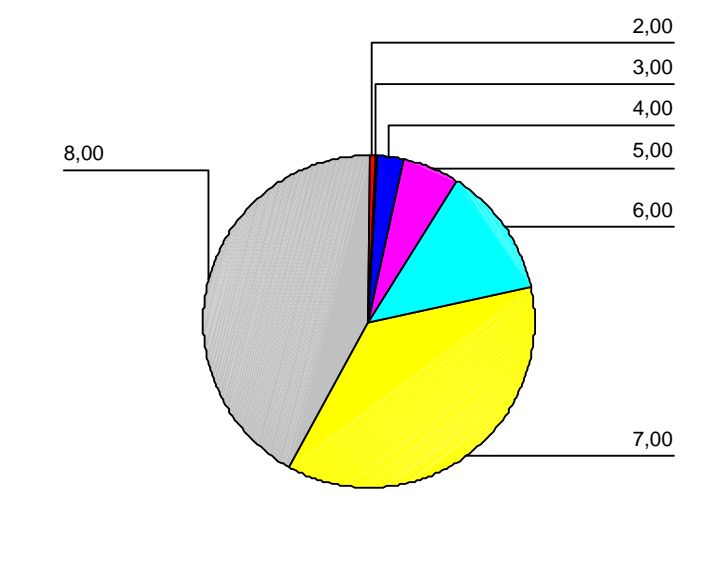
Πίνακας 5 : Υποκλίμακα «Γλώσσα» του Mini- Mental State Examination.

Γλώσσα	Αριθμός ατόμων
Σκορ 2/8	2 (0,4%)
Σκορ 3/8	2 (0,4%)
Σκορ 4/8	11 (2,4%)
Σκορ 5/8	27 (5,8%)
Σκορ 6/8	59 (12,7%)
Σκορ 7/8	170 (36,5%)
Σκορ 8/8	195 (41,8%)
Σύνολο	466 (100%)

Από τον πίνακα παραπάνω φαίνεται ότι από τους 466 ερωτώμενους, οι 195 (41,8%) απάντησαν σωστά και στις 8 ερωτήσεις της ανάκλησης, οι 170 (36,5%) απάντησαν σωστά στις 7 από τις 8 ερωτήσεις, οι 59 (12,7%)

είχαν σκορ 6/8, οι 27 (5,8%) απάντησαν 5 στις 8 ερωτήσεις, οι 11 (2,4%) 4/8 ερωτήσεις, 2 ερωτώμενοι (0,4%) απάντησαν 3/8 και άλλοι 2 (0,4%) απάντησαν σωστά σε 2 από τις 8 ερωτήσεις.

### MMGLOSTO

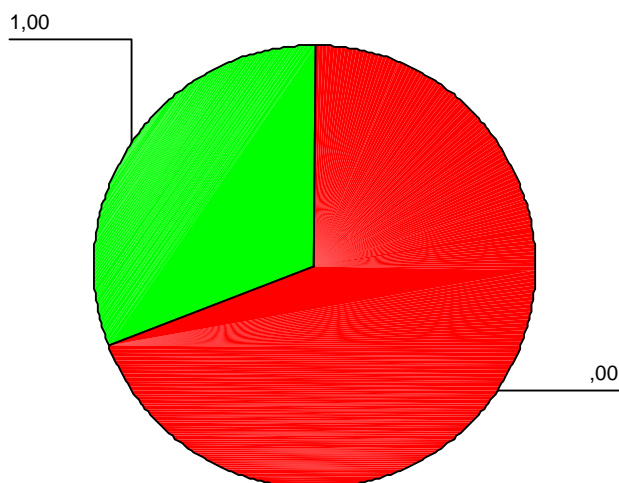


Πίνακας 6 : Υποκλίμακα «Πραξία» του Mini- Mental State Examination.

Πραξία	Αριθμός ατόμων
Δεν έκαναν το σχήμα του τεστ	322 (69,1%)
Έκαναν το σχήμα του τεστ	144 (30,9%)
Σύνολο	466 (100%)

Από τους 466 ερωτώμενους μόνο οι 144 (30,9%) πραγματοποίησαν σωστά το σχήμα του τεστ ενώ οι 322 ερωτώμενοι (69,1%) δεν το έκαναν ή το έκαναν λάθος.

## MMPRAXTO



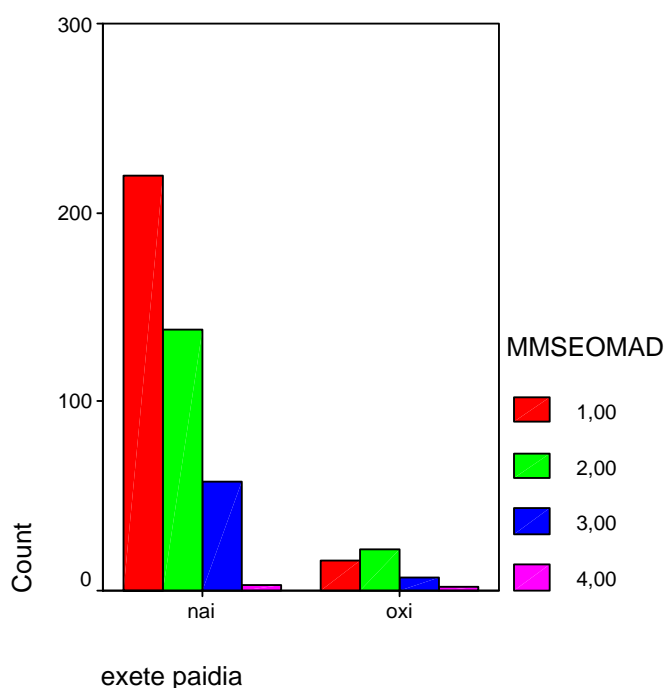
Πίνακας 7: Ύπαρξη παιδιών και γνωστικό επίπεδο (Minimental State Examination)

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Έχουν παιδιά	220 (47,2%)	138 (29,6%)	58 (12,4%)	3 (0,6%)	419 (89,9%)
Δεν έχουν παιδιά	16 (3,4%)	22 (4,7%)	7 (1,5%)	2 (0,4%)	47 (10,1%)
Σύνολο	236(50,6%)	160(34,3%)	65(13,9%)	5(1,1%)	466(100%)

Chi- Square  $\chi^2 = 10,181$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,017$

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι από τα 419 άτομα που έχουν παιδιά (89,9%), τα 220 (47,2%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα

138 (29,6%) φαίνεται να έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 58 (12,4%) μέτρια γνωστική διαταραχή και 3 άτομα (0,6%) φαίνεται να παρουσιάζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από το δείγμα μας, 47 ερωτώμενοι δεν έχουν παιδιά(10,1%), από τους οποίους οι 16 (3,4%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 22 (4,7%) φαίνεται να έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 7 (1,5%) μέτρια γνωστική διαταραχή και σε 2 ερωτώμενους (0,4%) παρατηρείται σοβαρή γνωστική διαταραχή.



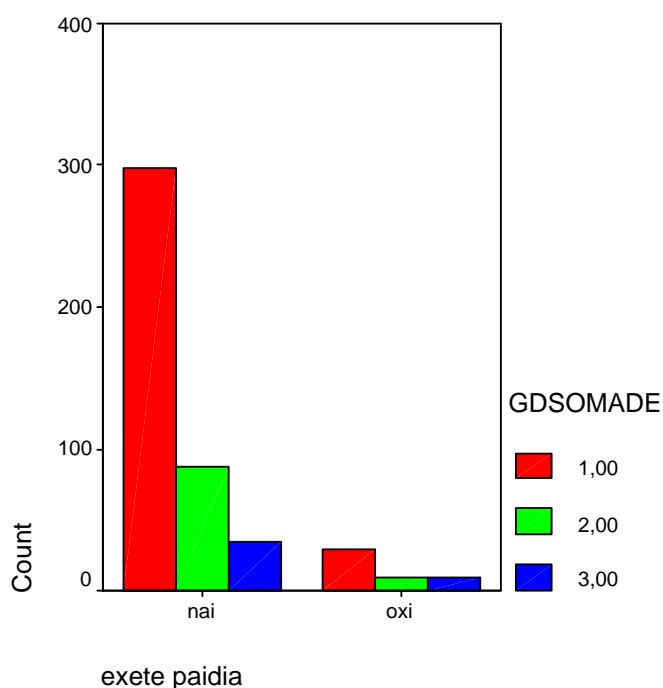
Πίνακας 8 : Ύπαρξη παιδιών και κατάθλιψη (Geriatric Depression Scale)

	Απουσία κατάθλιψης	Ήπια κατάθλιψη	Σοβαρή κατάθλιψη	Σύνολο
Έχουν παιδιά	298(63,9%)	87 (18,7%)	34 (7,3%)	419 (89,9%)
Δεν έχουν παιδιά	29(6,2%)	9 (1,9%)	9 (1,9%)	47 (10,1%)
Σύνολο	327(70,2%)	96 (20,6%)	43 (9,2%)	466 (100%)

Pearson Chi- Square  $x^2 = 6,164$ ,  $df = 2$ ,  $r = 0,046$

Ο συγκεκριμένος πίνακας δείχνει ότι από τα 419 (89,9%) άτομα του δείγματος που έχουν παιδιά, τα 298 (63,9%) δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, τα 87 (18,7%) φαίνεται να έχουν ήπια κατάθλιψη και τα 34 (7,3%) σοβαρή κατάθλιψη. Από τα 47 (10,1%)

άτομα του δείγματος που δεν έχουν παιδιά, τα 29 (6,2%) δεν φαίνεται να έχουν κατάθλιψη, τα 9 (1,9%) παρουσιάζουν συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης και τα υπόλοιπα 9 (1,9%) συμπτώματα σοβαρής κατάθλιψης.



Πίνακας 9: Ύπαρξη παιδιών και κατάθλιψη (Hamilton)

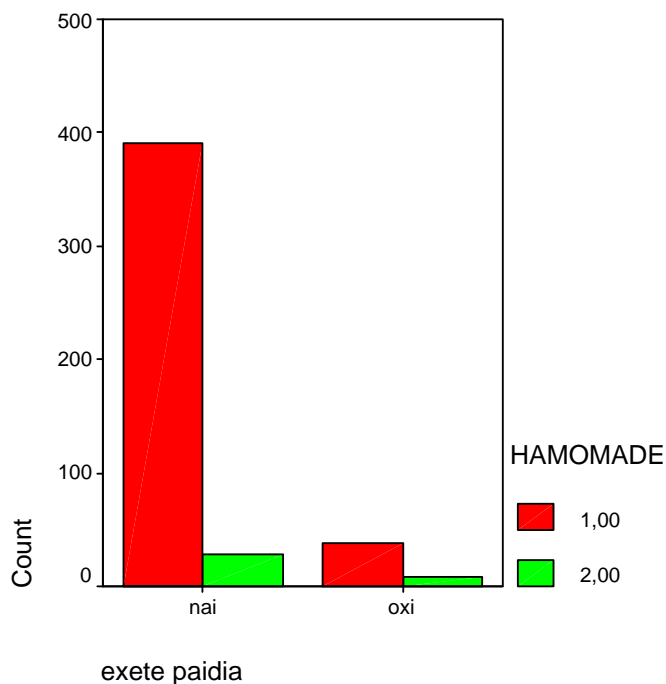
	Απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Ύπαρξη κατάθλιψης	Σύνολο
Έχουν παιδιά	391 (83,9%)	28 (6%)	419 (89,9%)
Δεν έχουν παιδιά	38 (8,2%)	9 (1,9%)	47 (10,1%)
Σύνολο	429 (92,1%)	37 (7,9%)	466 (100%)

Pearson Chi- Square  $\chi^2 = 8,985$ ,  $df = 1$ ,  $r = 0,003$

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τα 419 (89,9%) άτομα που έχουν παιδιά, τα 391 (83,9%) δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ τα 28 (6%) άτομα φαίνεται να έχουν κατάθλιψη. Από τα 47 (10,1%) άτομα του δείγματος που δεν έχουν παιδιά, τα 38 (8,2%) δεν



εμφανίζουν κατάθλιψη και τα 9 (1,9%) φαίνεται να πάσχουν από καταθλιπτικά συμπτώματα.

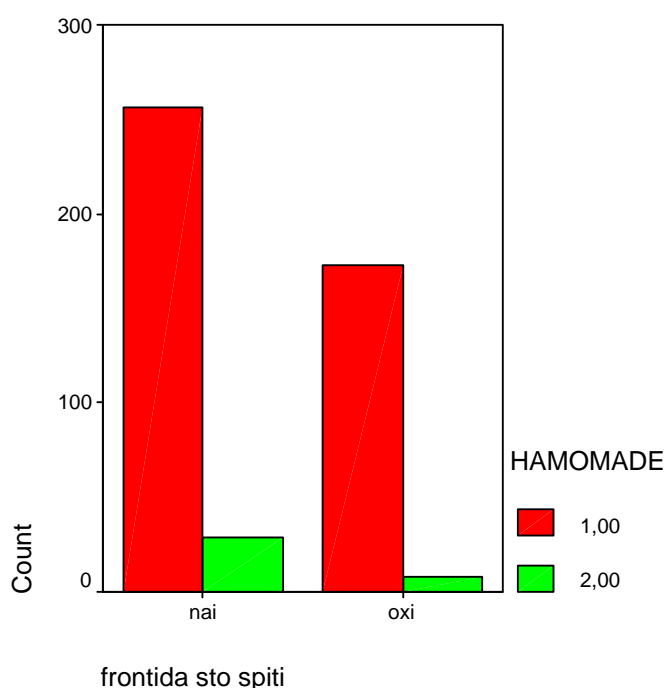


Πίνακας 10 : Ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι και κατάθλιψη (Hamilton)

	Απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Ύπαρξη κατάθλιψης	Σύνολο
Έχουν κάποιον στο σπίτι να τους φροντίζει	256 (54,9%)	29 (6,2%)	285 (61,2%)
Δεν έχουν κάποιον να τους φροντίζει	173 (37,1%)	8 (1,7%)	181 (38,8%)
Σύνολο	429 (92,1%)	37 (7,9%)	466 (100%)

Pearson Chi- Square  $\chi^2 = 5,017$ ,  $df = 1$ ,  $r = 0,025$ .

Στο συγκεκριμένο πίνακα παρατηρούμε ότι από τους 285 (61,2%) ερωτώμενους του δείγματος που λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι, οι 256 (54,9%) εμφανίζονται χωρίς συμπτώματα κατάθλιψης και οι 29 (54,9%) φαίνεται να έχουν κατάθλιψη. Από τους 181 (38,8%) ερωτώμενους που δεν έχουν κάποιον στο σπίτι να τους φροντίζει, οι 173 (37,1%) δεν έχουν κατάθλιψη και οι 8 (1,7%) φαίνεται να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης.



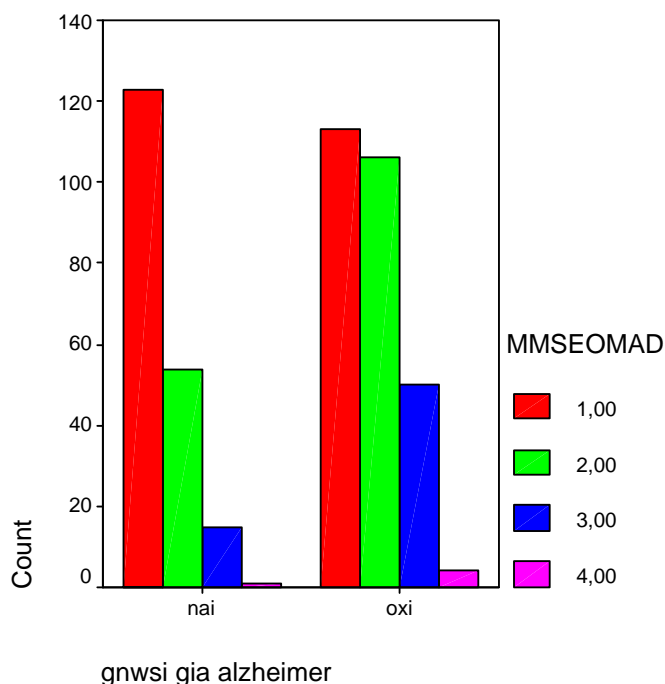
Πίνακας 11 : Γνώση για τη νόσο Alzheimer και γνωστικό επίπεδο (Minimental State Examination)

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Γνωρίζουν για τη νόσο Alzheimer	123 (26,4%)	54 (11,6%)	15 (3,2%)	1 (0,2%)	193 (41,4%)
Δεν γνωρίζουν για τη νόσο Alzheimer	113 (24,2%)	106 (22,7%)	50 (10,7%)	4 (0,9%)	273 (58,6%)

Σύνολο	236 (50,6%)	160 (34,3%)	65 (13,9%)	5 (1,1%)	466 (100%)
--------	-------------	----------------	---------------	----------	---------------

Pearson Chi- Square  $\chi^2 = 24,972$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,000$ .

Στον πίνακα αυτόν βλέπουμε ότι από τα 193 (41,4%) άτομα του δείγματος που γνωρίζουν για τη νόσο Alzheimer, τα 123 (26,4%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 54 (11,6%) ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 15 (3,2%) μέτρια και 1 (0,2%) άτομο σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τους 273 (58,6%) ερωτώμενους που δεν γνωρίζουν τη νόσο Alzheimer, οι 113 (24,2%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 106 (22,7%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 50 (10,7%) μέτρια και οι 4 (0,9%) σοβαρή γνωστική διαταραχή.



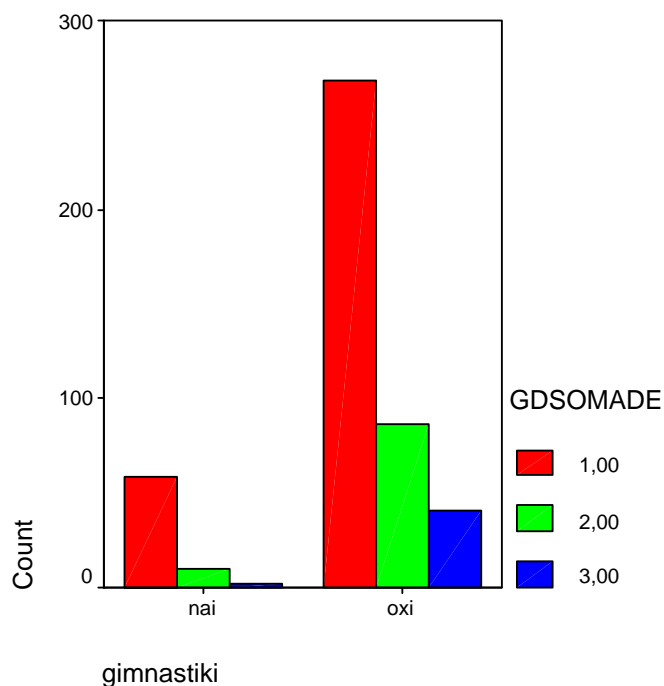
Πίνακας 12 : Γυμναστική και κατάθλιψη (Geriatric Depression Scale)

	Απουσία κατάθλιψης	Ήπια κατάθλιψη	Σοβαρή κατάθλιψη	Σύνολο
Γυμνάζονται	59 (12,7%)	10 (2,1%)	2 (0,4%)	71 (15,2%)
Δεν γυμνάζονται	268 (57,5%)	86 (18,5%)	41 (8,8%)	395 (84,8%)
Σύνολο	328 (70,2%)	96 (20,6%)	43 (9,2)	466 (100%)

Pearson Chi- Square  $\chi^2 = 7,452$ ,  $df = 2$ ,  $r = 0,024$ .

Από τον πίνακα αυτόν φαίνεται ότι από τα 71 (15,2%) άτομα του δείγματος που γυμνάζονται, τα 59 (12,7%) δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, τα 10 (2,1%) φαίνεται να εμφανίζουν ήπια κατάθλιψη και τα 2 (0,4%) σοβαρή. Από τα 395 (84,8%) άτομα που δεν

ασχολούνται με τη γυμναστική, τα 268 (57,5%) δεν έχουν κατάθλιψη, τα 86 (18,5%) φαίνεται να παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη και τα 41 (8,8%) σοβαρή κατάθλιψη.



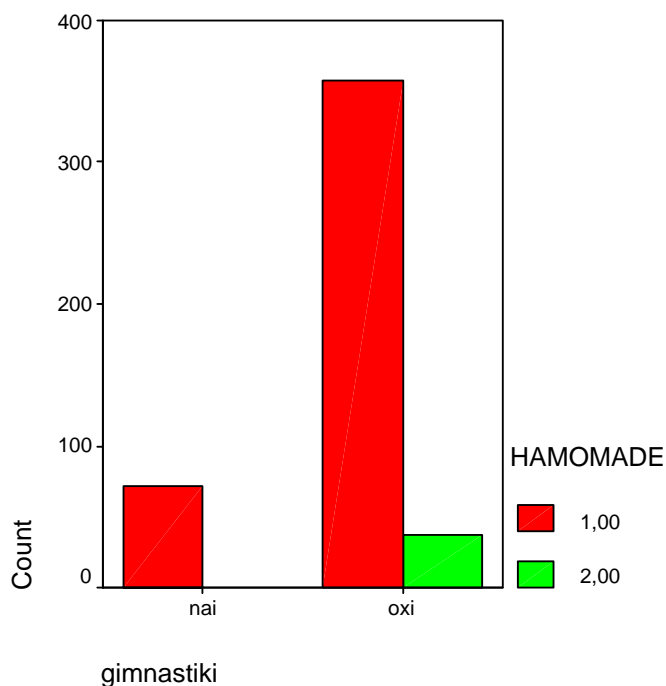
Πίνακας 13 : Γυμναστική και κατάθλιψη (Hamilton)

	Απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Ύπαρξη κατάθλιψης	Σύνολο
Γυμνάζονται	71 (15,2%)		71 (15,2%)
Δεν γυμνάζονται	358 (76,8%)	37 (7,9%)	395 (84,8%)
Σύνολο	429 (92,1%)	37 (7,9%)	466 (100%)

Pearson Chi- Square  $\chi^2 = 7,224$ ,  $df = 1$ ,  $r = 0,007$ .

Σε αυτόν τον πίνακα βλέπουμε ότι από τους 71 (15,2%) ερωτώμενους του δείγματος που γυμνάζονται και οι 71 (15,2%) δεν εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Αντίθετα, από τους 395 (84,8%)

ερωτώμενους που δεν γυμνάζονται, οι 358 (76,8%) δεν έχουν κατάθλιψη και οι 37 (7,9%) φαίνεται να εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

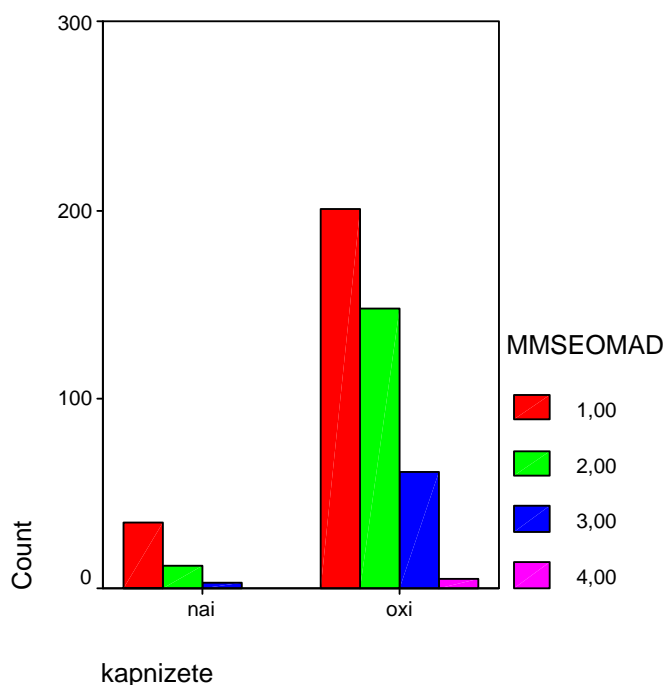


Πίνακας 14 : Κάπνισμα και γνωστικό επίπεδο (Minimental State Examination)

	Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Καπνίζουν	35 (7,5%)	12 (2,6%)	3 (0,6%)		50 (10,7%)
Δεν καπνίζουν	201 (43,1%)	148 (31,8%)	62 (13,3%)	5 (1,1%)	416 (89,3%)
Σύνολο	236 (50,6%)	160 (34,3%)	65 (13,9%)	5 (1,1%)	466 (100%)

Chi- Square  $\chi^2 = 9,024$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,029$ .

Στον πίνακα αυτόν παρατηρείται ότι από τα 50 (10,7%) άτομα του δείγματος που καπνίζουν, τα 35 (7,5%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, τα 12 (2,6%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και τα 3 (0,6%) μέτρια γνωστική διαταραχή. Από τους 416 (89,3%) ερωτώμενους που δεν καπνίζουν, οι 201 (43,1%) έχουν φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο, οι 148 (31,8%) παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 62 (13,3%) μέτρια και οι 5 (1,1%) σοβαρή γνωστική διαταραχή.

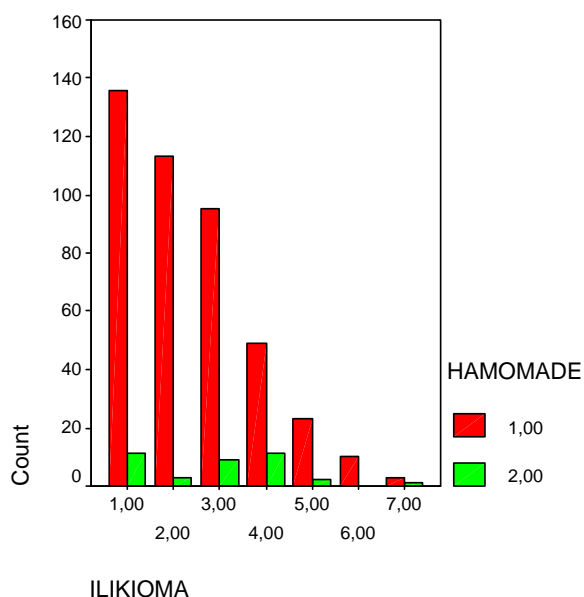


Πίνακας 15 : Ηλικιακές ομάδες και κατάθλιψη (Hamilton)

Ηλικιακές ομάδες	Απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Υπαρξη κατάθλιψης	Σύνολο
65-70	136 (29,2%)	11 (2,4%)	147 (31,5%)
71-75	113 (24,2%)	3 (0,6%)	116 (24,9%)
76-80	95 (20,4%)	9 (1,9%)	104 (22,3%)
81-85	49 (10,5%)	11 (2,4%)	60 (12,9%)
86-90	23 (4,9%)	2 (0,4%)	25 (5,4%)
91-95	10 (2,1%)		10 (2,1%)
96-100	3 (0,6%)	1 (0,2%)	4 (0,9%)
Σύνολο	429 (92,1)	37(7,9%)	466 (100%)

Chi- Square  $\chi^2 = 15,986$ ,  $df = 6$ ,  $r = 0,014$ .

Στον πίνακα αυτό φαίνεται ότι από τους 147 (31,5%) ερωτώμενους του δείγματος ηλικίας 65-70, οι 136 (29,2%) δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και οι 11 (2,4%) φαίνεται να εμφανίζουν κατάθλιψη. Από τους 116 (24,9%) ερωτώμενους ηλικίας 71-75, οι 113 (24,2%) δεν έχουν κατάθλιψη ενώ οι 3 (0,6%) φαίνεται να πάσχουν από κατάθλιψη. Από τους 104 (22,3%) ερωτώμενους του δείγματος ηλικίας 76-80, οι 95 (20,4%) δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και οι 9 (1,9%) φαίνεται να εμφανίζουν κατάθλιψη. Από τους 60 (12,9%) ερωτώμενους ηλικίας 81-85, οι 49 (10,5%) δεν έχουν κατάθλιψη ενώ οι 11 (2,4%) φαίνεται να πάσχουν από κατάθλιψη. Από τους 25 (5,4%) ερωτώμενους του δείγματος ηλικίας 86-90, οι 23 (4,9%) δεν παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και οι 2 (0,4%) φαίνεται να εμφανίζουν κατάθλιψη. Και οι 10 (2,1%) ερωτώμενοι ηλικίας 91-95 δεν εμφάνιζαν καθόλου καταθλιπτικά συμπτώματα. Από τους 4 (0,9%) ερωτώμενους ηλικίας 96-100, οι 3 (0,6%) δεν έχουν κατάθλιψη και ένας (0,2%) φαίνεται να εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα.

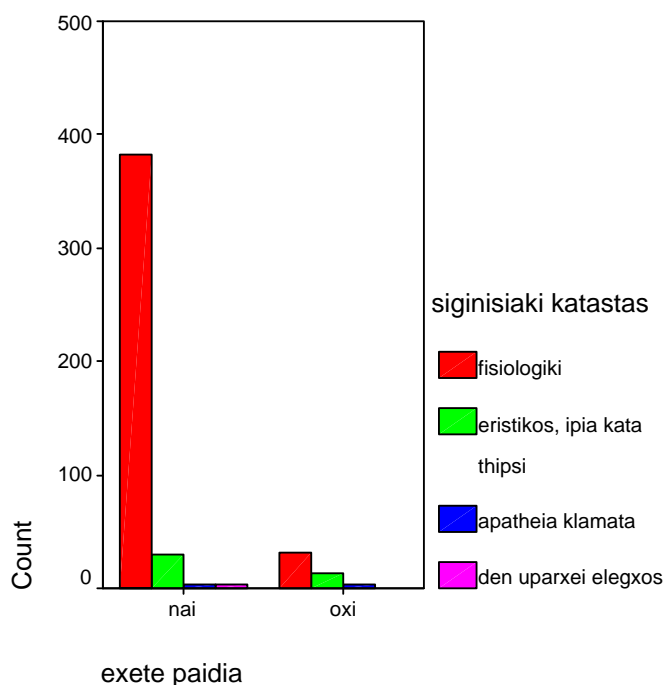


**Πίνακας 16 : Ύπαρξη παιδιών και « Συγκινησιακή κατάσταση» του Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

	Φυσιολογική συγκινησιακή κατάσταση	Εριστικός /Ήπια κατάθλιψη	Απάθεια/ Κλάματα	Δεν υπάρχει έλεγχος	Σύνολο
Έχουν παιδιά	382 (82%)	30 (6,4%)	4 (0,9%)	3 (0,6%)	419 (89,9%)
Δεν έχουν παιδιά	31 (6,7%)	13 (2,8%)	3 (0,6%)		47 (10,1%)
Σύνολο	413 (88,6%)	43 (9,2%)	7 (1,5%)	3 (0,6%)	466 (100%)

Chi- Square  $\chi^2 = 30,903$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,000$ .

Στο πίνακα αυτόν βλέπουμε ότι από τους 419 (89,9%) ερωτώμενους του δείγματος που έχουν παιδιά, οι 382 (82%) έχουν φυσιολογική συγκινησιακή κατάσταση, οι 30 (6,4%) είναι εριστικοί ή φαίνεται να έχουν ήπια κατάθλιψη, οι 4 (0,9%) παρουσιάζουν απάθεια ή κλαίει και στους 3 (0,6%) φαίνεται να μην υπάρχει έλεγχος. Από τα 47 (10,1%) άτομα που δεν έχουν παιδιά, τα 31 (6,7%) έχουν φυσιολογική συγκινησιακή κατάσταση, τα 13 (2,8%) εμφανίζουν εριστικότητα ή ήπια κατάθλιψη και τα 3 (0,6%) απάθεια ή κλάματα.



Πίνακας 17 : Κατανάλωση αλκοόλ και « Ομιλία » του Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.

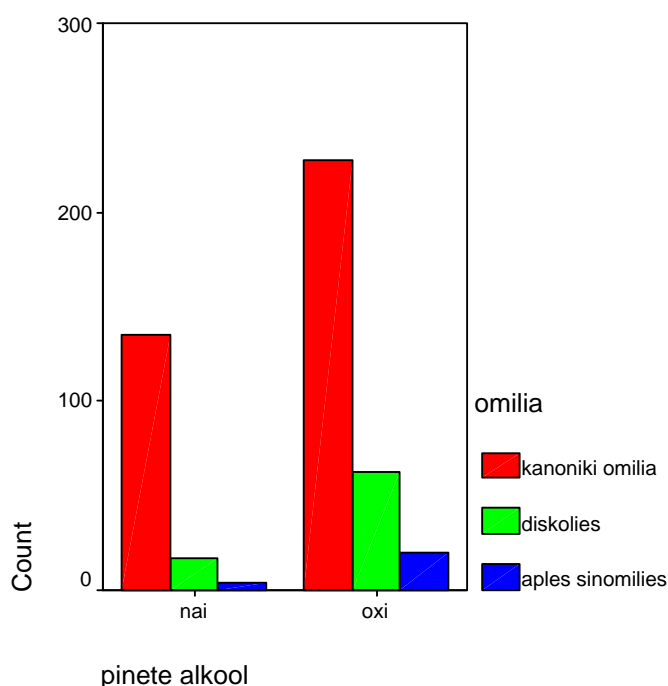
	Κανονική ομιλία	Δυσκολίες στην ομιλία	Απλές συνομιλίες	Σύνολο
Πίνουν αλκοόλ	135 (29%)	17 (3,6%)	4 (0,9%)	156 (33,5%)
Δεν πίνουν αλκοόλ	227 (48,7%)	63 (13,5%)	20 (4,3%)	310 (66,5%)
Σύνολο	362 (77,7%)	80 (17,2%)	24 (5,2%)	466 (100%)

Chi- Square  $\chi^2 = 10,783$ ,  $df = 2$ ,  $r = 0,005$ .

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι από τα 156 (33,5%) άτομα του δείγματος που πίνουν αλκοόλ, τα 135 (29%) μιλούν κανονικά, τα 17



(3,6%) αντιμετωπίζουν μικρές ή μεγάλες δυσκολίες στην ομιλία και 4 (0,9%) άτομα καταφέρνουν να κάνουν μόνο απλές συνομιλίες. Από τα 310 (66,5%) άτομα που δεν καταναλώνουν αλκοόλ, τα 227 (48,7%) μιλούν φυσιολογικά, τα 63 (13,5%) έχουν δυσκολίες στην ομιλία τους και τα 20 (4,3%) άτομα επικοινωνούν μόνο με απλές συνομιλίες.

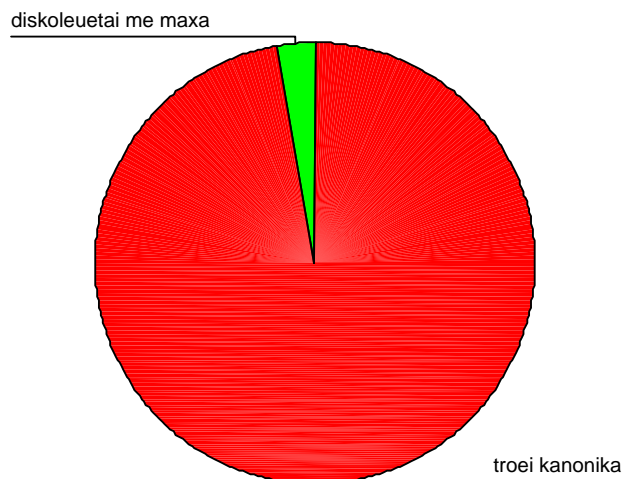


Πίνακας 18 : « Τροφή» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.

Τροφή	Αριθμός ατόμων
Τρώνε κανονικά	453 (97,2%)
Δυσκολεύονται με τα μαχαιροπύρουνα	13 (2,8%)
Σύνολο	466 (100%)

Στον πίνακα αυτό φαίνεται ότι τα περισσότερα άτομα του δείγματος, 453, ποσοστό 97,2%, δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την τροφή τους ενώ 13 άτομα (2,8%) δυσκολεύονται στη λήψη τροφής με τα μαχαιροπύρουνα.

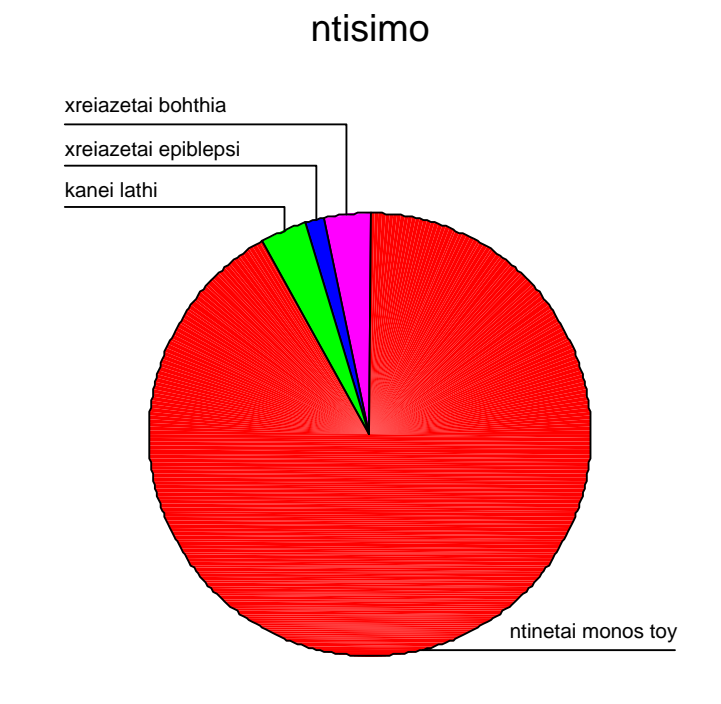
## trofi



Πίνακας 19 : « Ντύσιμο» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.

Ντύσιμο	Αριθμός ατόμων
Ντύνονται μόνοι τους	429 (92,1%)
Κάνουν λάθη	15 (3,2%)
Χρειάζονται επίβλεψη	7 (1,5%)
Χρειάζονται βοήθεια	15 (3,2%)
Σύνολο	466 (100%)

Από τα 466 άτομα του δείγματος, τα 429 (92,1%) ντύνονται μόνοι τους, τα 15 (3,2%) κάνουν λάθη στο ντύσιμό τους, τα 7 (1,5%) χρειάζονται επίβλεψη και τα 15 (3,2%) χρειάζονται βοήθεια.

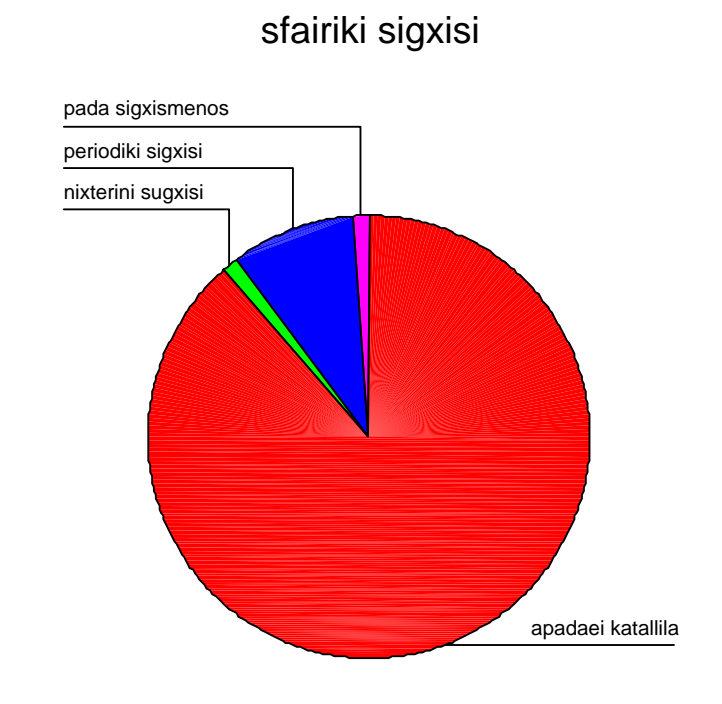


Πίνακας 20 : «Σφαιρική σύγχυση» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.

Σφαιρική σύγχυση	Αριθμός ατόμων
Απαντούν κατάλληλα	413 (88,6%)
Έχουν νυχτερινή σύγχυση	5 (1,1%)
Έχουν περιοδική σύγχυση	43 (9,2%)
Είναι πάντα συγχυσμένοι	5 (1,1%)
<b>Σύνολο</b>	<b>466 (100%)</b>

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 466 ερωτώμενους του δείγματος, οι 413 ερωτώμενοι (88,6%) απαντούν κατάλληλα, οι 5 (1,1%)

έχουν νυχτερινή σύγχυση, οι 43 (9,2%) έχουν περιοδική σύγχυση και 5 (1,1%) ερωτώμενοι είναι πάντα συγχυσμένοι.



Πίνακας 21 : «Προσανατολισμός χώρου» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.

Προσανατολισμός χώρου	Αριθμός ατόμων
Προσανατολισμένοι	455 (97,6%)
Έχουν σύγχυση όταν οδηγούν	1 (0,2%)
Χάνονται στη γειτονιά	8 (1,7%)
Χάνονται στο σπίτι	2 (0,4%)
Σύνολο	466 (100%)

Από το σύνολο του δείγματος, οι 455 ερωτώμενοι (97,6%) είναι προσανατολισμένοι, οι 8 (1,7%) χάνονται στη γειτονιά, οι 2 ερωτώμενοι

(0,4%) χάνονται στο σπίτι τους και 1 ερωτώμενος (0,2%) έχει σύγχυση όταν οδηγεί.

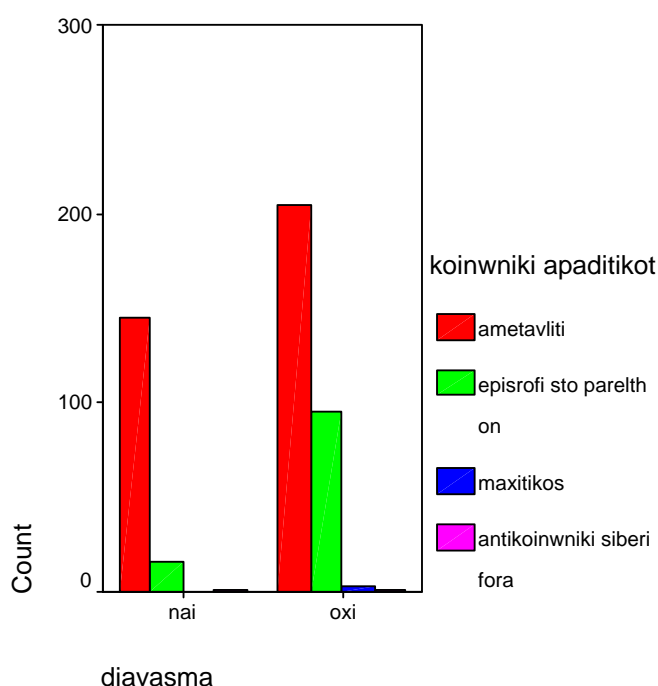


**Πίνακας 22: Διάβασμα και « Κοινωνική απαντητικότητα » του Functional Rating Scale for symptoms of Dementia.**

	Αμετάβλητη κοινωνική απαντητικότητα	Επιστροφή στο παρελθόν	Μαχητικός	Αντικοινωνική συμπεριφορά	Σύνολο
Διαβάζουν	145 (31,1%)	16 (3,4%)		1 (0,2%)	162 (34,8%)
Δε διαβάζουν	205 (44%)	95 (20,4%)	3 (0,6%)	1 (0,2%)	304 (65,2%)
Σύνολο	350 (75,1%)	111 (23,8)	3 (0,6%)	2 (0,4%)	466 (100%)

Chi- Square  $\chi^2 = 28,927$ ,  $df = 3$ ,  $r = 0,000$ .

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι από τους 162 (34,8%) ερωτώμενους του δείγματος που ασχολούνται με το διάβασμα, οι 145 (31,1%) έχουν αμετάβλητη κοινωνική απαντητικότητα, οι 16 (3,4%) κατά την ομιλία τους εμφανίζουν συχνά επιστροφή στο παρελθόν και ένα άτομο (0,2%) φαίνεται να παρουσιάζει αντικοινωνική συμπεριφορά. Από τους 304 (65,2%) ερωτώμενους που δεν διαβάζουν, οι 205 (44%) έχουν αμετάβλητη κοινωνική απαντητικότητα, οι 95 (20,4%) εμφανίζουν επιστροφή στο παρελθόν, οι 3 (0,6%) εμφανίζονται μαχητικοί και ένα άτομο (0,2%) παρουσιάζει αντικοινωνική συμπεριφορά.



## ΦΥΛΛΟ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το concode01 είναι ο κωδικός ερευνητή:  
 Το Na 1 αντιστοιχεί στην ερευνήτρια Κατσάνη Σύρμω  
 Το Na 2 αντιστοιχεί στην Κοκκώδη Μαρία  
 Το Na 3 αντιστοιχεί στην Ροροπούλου Μαρία και  
 Το Na 4 αντιστοιχεί στην Σαμαρά Ευαγγελία.

Το karri02 αντιστοιχεί στα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του νομού Ηρακλείου:

Αρχάνες = 1

Χάρακας = 2

Αρκαλοχώρι = 3

Κρουσσώνας = 4

Τυμπάκι = 5

Χερσόνησος = 6

Μοίρες = 7

Τέμενος = 8

Γοργολαϊνη = 9

Βιάννος = 10

Γέργερη = 11

Πύργος = 12 και

Ασήμι = 13

Το am03 αντιστοιχεί στον κωδικό μέλους των Κ.Α.Π.Η., αλλά δεν είχαμε τη δυνατότητα να έχουμε τους κωδικούς, λόγω ορισμένων κοινωνικών λειτουργιών.

Το d04 αντιστοιχεί στο φύλο

Άνδρας = 1 και

Γυναίκα = 2.

Το d05 αντιστοιχεί στην ηλικία.

Το d06 αντιστοιχεί στα χρόνια εκπαίδευσης:

0-4 = 1

5-8 = 2 και

9-12 = 3

Το d07 αντιστοιχεί στην ολοκλήρωση τριτοβάθμιας εκπαίδευσης:

Ναι = 1 και όχι = 2

Το d08 αντιστοιχεί στο επάγγελμα:

Επιστήμονες, γιατροί, μηχανικοί, δικηγόροι = 1

Δημόσιοι υπάλληλοι με πτυχίο = 2

Εκπαιδευτικά επαγγέλματα = 3

Κληρικοί = 4

Προσωπικές υπηρεσίες στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα = 5

Επιχειρηματίες και πωλητές = 6

Αγρότες, ψαράδες, δασικοί = 7

Τεχνικοί, ηλεκτρολόγοι, εργάτες, μεταφορείς = 8  
Διάφορες υπηρεσίες, τουριστικά επαγγέλματα, σε κομμωτήρια,  
εστιατόρια, ψήστες = 9  
Οδηγοί, ναυτικοί = 10  
Στρατιωτικοί = 11 και  
Οικιακά = 12

Το d09.1 αντιστοιχεί στις άλλες εργασίες που έχουν απασχοληθεί:  
Οι κωδικοί είναι ίδιοι με την ερώτηση d08.

Το d09.2 αντιστοιχεί στα χρόνια απασχόλησης των παραπάνω εργασιών.

Το d10 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα χρόνια έχετε συνταξιοδοτηθεί;»

Το d11 αντιστοιχεί στην οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος = 1  
Έγγαμος = 2  
Εν διαστάσει = 3  
Διαζευγμένος/η = 4  
Χήρος/α = 5 και  
Αν συζεί = 6

Το d12 αντιστοιχεί στην ερώτηση « έχετε παιδιά;»:

Ναι = 1 και όχι = 2

Το d13 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα παιδιά έχετε;»:

Το d14 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πού ζουν τα παιδιά σας;»:

Περιοχή Κ.Α.Π.Η. = 1  
Νομός Ηρακλείου = 2  
Άλλος νομός Κρήτης = 3  
Αθήνα = 4  
Υπόλοιπη Ελλάδα = 5 και  
Εξωτερικό = 6

Το d15 αντιστοιχεί στον τόπο καταγωγής:

Περιοχή Κ.Α.Π.Η. = 1  
Νομός Ηρακλείου = 2  
Άλλος νομός Κρήτης = 3  
Άλλος νομός Ελλάδας = 4 και  
Μ.Ασία = 5

Το d16 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα χρόνια μένετε στο χωριό;»



Το d17 αντιστοιχεί στην ασφάλιση:

ΟΓΑ = 1

ΙΚΑ = 2

ΤΕΒΕ = 3

ΔΗΜΟΣΙΟ = 4

ΤΣΑ = 5

ΝΑΤ = 6 και

ΛΟΙΠΑ ΤΑΜΕΙΑ = 7

Το d18 αντιστοιχεί στο μηνιαίο εισόδημα.

Το d19 αντιστοιχεί στο χώρο διαμονής:

Ιδιόκτητο σπίτι = 1

Ενοίκιο = 2 και

Φιλοξενία = 3

Το d20 αντιστοιχεί στην ερώτηση « αν ναι, ποιος σας φιλοξενεί;»:

Παιδί = 1

Φίλος = 2

Άλλος συγγενής = 3 και

Γηροκομείο = 4.

Το d21 αντιστοιχεί στο πρόβλημα υγείας:

Ναι = 1 και όχι = 2.

Το d22 αντιστοιχεί στην ερώτηση « από τι ασθένεια πάσχετε;»:

Λοιμώδη παρασιτικά νοσήματα = 1

Νεοπλάσματα = 2

Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα = 3

Νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων = 4

Ψυχικές διαταραχές = 5

Νοσήματα νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων = 6

Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος = 7

Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος = 8

Νοσήματα πεπτικού συστήματος = 9

Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος = 10

Επιπλοκές κύησης = 11

Νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού = 12

Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος = 13

Συγγενείς ανωμαλίες = 14

Καταστάσεις προερχόμενες από περιγεννητική περίοδο = 15

Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις = 16 και

Κακώσεις και δηλητηριάσεις = 17

Το d23 αντιστοιχεί στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής:

Ναι = 1 και όχι = 2

Το d24 αντιστοιχεί στην ερώτηση «έχετε κάποιον στο σπίτι που σας φροντίζει;»:

Ναι = 1 και όχι = 2

Το d25 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, τι σχέση έχετε;»:

Σύζυγος = 1

Παιδί = 2

Οικογενειακή βοηθός Ελληνίδα = 3

Οικογενειακή βοηθός αλλοδαπή = 4 και

Άλλο = 5

Το d26 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πόσο συχνά είναι για φροντίδα;»:

24 ώρες = 1

μόνο μέρα = 2

μόνο νύχτα = 3 και

μερικές ώρες = 4.

Το d27 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πώς περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας;»:

Συμμετοχή στο Κ.Α.Π.Η. = 1

Αγροτικές εργασίες = 2

Καφενείο = 3

Βόλτες = 4

Σπίτι = 5 και

Εργόχειρο = 6.

Το d28 αντιστοιχεί στην ερώτηση «γνωρίζετε για τη νόσο Alzheimer ;»

ναι = 1 και όχι = 2.

Το d29 αντιστοιχεί στην ερώτηση «από που ενημερωθήκατε;»:

Τηλεόραση = 1

Κ.Α.Π.Η. = 2

Γιατρός = 3 και

Περίγυρος = 4.

Το d30 αντιστοιχεί στην ερώτηση «έχετε κάποιο συγγενή με άνοια;»

ναι = 1 και όχι = 2.

Το d31 αντιστοιχεί στην ερώτηση «αν ναι, ποιος είναι ο βαθμός

συγγένειας;»  
Γονείς = 1  
Ο/η σύζυγος = 2  
Παιδιά = 3  
Αδέρφια = 4 και  
Λοιποί συγγενείς = 5.

Το d32 αντιστοιχεί στην ερώτηση « ποιες είναι οι αντιλήψεις σας για τη νόσο Alzheimer;»

Θανατηφόρα ασθένεια = 1  
Δύσκολη ασθένεια = 2  
Ταλαιπωρία ασθενούς = 3 και  
Ταλαιπωρία συγγενών = 4.

Το d33 αντιστοιχεί στην ερώτηση « ασχολείστε με το διάβασμα;»  
ναι = 1 και όχι = 2.

Το d34 αντιστοιχεί στην ερώτηση « αν ναι, πόσο συχνά;»  
Πολύ συχνά = 1  
λιγότερο συχνά = 2 και  
σπάνια = 3.

Το d35 αντιστοιχεί στην ερώτηση « ασχολείστε με τη γυμναστική;»  
ναι = 1 και όχι = 2.

Το d36 αντιστοιχεί στην ερώτηση « αν ναι, πόσο συχνά;»  
Πολύ συχνά = 1  
Λιγότερο συχνά = 2 και  
Σπάνια = 3.

Το d37 αντιστοιχεί στην ερώτηση « καπνίζετε;»  
ναι = 1 και όχι = 2.

Το d38 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα τσιγάρα ημερησίως;»

Το d39 αντιστοιχεί στην ερώτηση «πίνετε αλκοόλ;»  
ναι = 1 και όχι = 2.

Το d40.1 αντιστοιχεί στο είδος του αλκοόλ.  
Κρασί = 1  
Ρακί = 2 και  
Άλλο ποτό = 3.

Το d40.2 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσα ποτήρια πίνετε ημερησίως;»

1 = 1

2 = 2

3 = 3

4 = 4

5 = 5 και

παραπάνω ποτήρια = 6.

Το d41 αντιστοιχεί στην ερώτηση « πόσο συχνά πίνετε;»

Κάθε μέρα = 1

3 φορές την εβδομάδα = 2

1 φορά την εβδομάδα = 3 και

1-3 φορές το μήνα = 4.

### MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Από την ερώτηση mmse42 έως την mm71:

Το «0» αντιστοιχεί στην λάθος απάντηση του ερωτώμενου και

Το «1» αντιστοιχεί στη σωστή απάντηση του ερωτώμενου.

Οι ερωτήσεις είναι οι εξής:

mmse42 Τι έτος έχουμε;

mm43 Τι εποχή;

mm44 Τι μήνα;

mm45 Τι ημερομηνία;

mm46 Τι ημέρα της εβδομάδας;

mm47 Πώς ονομάζεται το νοσοκομείο μας;

mm48 Σε ποια πόλη βρίσκεστε;

mm49 Σε ποιο νομό βρίσκεστε;

mm50 Σε ποια χώρα;

mm51 Σε ποιόν όροφο;

Τις 3 παρακάτω λέξεις ο ερωτώμενος τις επαναλαμβάνει γιατί καλείται μετά να τις θυμηθεί.

mm52 Καρέκλα

mm53 Φούστα

mm54 Ποδήλατο

Ο ερωτώμενος καλείται να κάνει συνεχείς αφαιρέσεις του 7 από το 100.

mm55 Η σωστή απάντηση είναι 93

mm56 Η σωστή απάντηση είναι 86

mm57 Η σωστή απάντηση είναι 79

mm58 Η σωστή απάντηση είναι 72

mm59 Η σωστή απάντηση είναι 65

Εναλλακτικά ο ερωτώμενος μπορεί να συλλαβίσει ανάποδα τη λέξη «πέτρα».

Επαναλαμβάνει τις λέξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

mm60 Καρέκλα

mm61 Φούστα

mm62 Ποδήλατο

mm63 Τι είναι αυτό; ( δείχνουν στον ερωτώμενο ένα μολύβι)

mm64 Τι είναι αυτό; ( δείχνουν στον ερωτώμενο ένα ρολόι)

mm65 Ακούστε με προσοχή και επαναλάβετε μετά από μένα: « παιδί, κλειδί, κλαδί»

Στο γραφείο υπάρχει ένα φύλλο χαρτί.

mm66 Πάρτε αυτό το φύλλο χαρτί με το δεξί σας χέρι

mm67 Διπλώστε το στα δύο

mm68 Και ακουμπήστε το στο πάτωμα

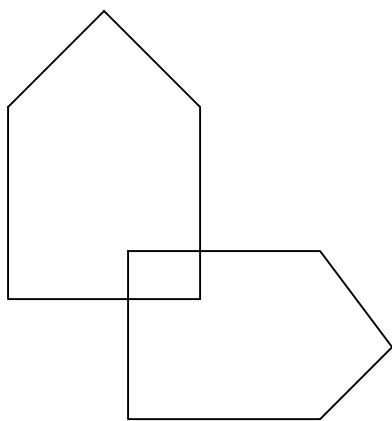
mm69 Παρακαλώ κάντε ό,τι γράφει το χαρτί που σας δείχνω

( Το χαρτί γράφει ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ)

Δίνεται στον ερωτώμενο ένα χαρτί και ένα μολύβι.

mm70 Θα θέλατε να μου γράψετε μια πρόταση, όποια θέλετε, αλλά να είναι ολοκληρωμένη;

mm71 Παρακαλώ αντιγράψτε μου το παρακάτω σχήμα:



## FUNCTIONAL RATING SCALE FOR SYMPTOMS OF DEMENTIA

Το fu72 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Τροφή»

Τρώει κανονικά = 0

Δυσκολεύεται με τα μαχαιροπίρουνα = 1

Τρώει με τα χέρια στερεές τροφές = 2

Πρέπει να τον ταΐσουν = 3

Το fu73 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ντύσιμο»

Ντύνεται μόνος του = 0

Κάνει λάθη = 1

Χρειάζεται επίβλεψη = 2

Χρειάζεται βοήθεια = 3

Το fu74 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Ακράτεια»

Πλήρης έλεγχος των σφιγκτήρων = 0

Κάπου κάπου βρέχει το κρεβάτι = 1

Ημερήσια ακράτεια ούρων = 2

Ακράτεια ούρων και κοπράνων = 3

Το fu75 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ομιλία»

Κανονική ομιλία = 0

Δυσκολίες = 1

Απλές συνομιλίες = 2

Δεν μπορεί να μιλήσει = 3

Το fu76 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ύπνος»

Αμετάβλητος = 0

Περισσότερος ή λιγότερος = 1

Εφιάλτες = 2

Περιπλανιέται όλη νύχτα = 3

Το fu77 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Αναγνώριση προσώπων»

Αναγνωρίζει πρόσωπα = 0

Όχι πρόσωπα γνωστών = 1

Όχι πρόσωπα συγγενών = 2

Όχι τον σύζυγο = 3

Το fu78 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Ατομική υγιεινή»

Καθαρός = 0

Αγνοεί την αυτοπεριποίηση = 1

Όχι συχνά μπάνιο = 2

Του κάνουν μπάνιο = 3

Το fu79 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Μνήμη ονομάτων»

Θυμάται ονόματα = 0

Όχι ονόματα γνωστών = 1

Όχι ονόματα φίλων – συγγενών = 2

Όχι όνομα συζύγου = 3

Το fu80 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Μνήμη γεγονότων»

Θυμάται = 0

Όχι λεπτομέρειες = 1

Χρειάζεται υπενθύμιση = 2

Δεν θυμάται τίποτε = 3

Το fu81 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Εγρήγορση»

Συνήθως προσεκτικός = 0

Αποσπάται εύκολα = 1

Ρωτά τις ίδιες ερωτήσεις = 2

Δεν παρακολουθεί TV = 3

Το fu82 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Σφαιρική σύγχυση»

Απαντάει κατάλληλα = 0

Νυχτερινή σύγχυση = 1

Περιοδική σύγχυση = 2

Πάντα συγχυσμένος = 3

Το fu83 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Προσανατολισμός στο χώρο»

Προσανατολισμένος = 0

Σύγχυση όταν οδηγεί = 1

Χάνεται στη γειτονιά = 2

Χάνεται στο σπίτι = 3

Το fu84 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Συγκινησιακή κατάσταση»

Φυσιολογική = 0

Εριστικός, ήπια κατάθλιψη = 1

Απάθεια, κλάματα = 2

Δεν υπάρχει έλεγχος = 3

Το fu85 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Κοινωνική απαντητικότητα»

Αμετάβλητη = 0

Επιστροφή στο παρελθόν = 1

Μαχητικός = 2

Αντικοινωνική συμπεριφορά = 3

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE

gds86 Είστε γενικά ευχαριστημένος με τη ζωή σας;

OXI= 0, NAI = 1

ge87 Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;

OXI= 0, NAI = 1

ge88 Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;

OXI= 0, NAI = 1

ge89 Αισθάνεστε συχνά να βαριέστε;

OXI= 0, NAI = 1

ge90 Έχετε ελπίδες για το μέλλον;

OXI= 0, NAI = 1

ge91 Στεναχωριέστε για πράγματα που δεν μπορείτε να βγάλετε από τη σκέψη σας;

OXI= 0, NAI = 1

ge92 Έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό;

OXI= 0, NAI = 1

ge93 Φοβάστε ότι κάτι κακό μπορεί να σας συμβεί;

OXI= 0, NAI = 1

ge94 Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;

OXI= 0, NAI = 1

ge95 Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;

OXI= 0, NAI = 1

ge96 Είστε συχνά ανήσυχος ή εκνευρισμένος;

OXI= 0, NAI = 1

ge97 Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούρια πράγματα;

OXI= 0, NAI = 1

ge98 Στεναχωριέστε συχνά για το μέλλον;

OXI= 0, NAI = 1

ge99 Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από άλλους;

OXI= 0, NAI = 1

ge100 Αισθάνεστε ότι είναι θαυμάσιο που ζείτε;

OXI= 0, NAI = 1

ge101 Αισθάνεστε συχνά ψυχικά κατεβασμένος;

OXI= 0, NAI = 1

ge102 Αισθάνεστε άχρηστος τώρα;

OXI= 0, NAI = 1

ge103 Στεναχωριέστε πολύ για το παρελθόν;

OXI= 0, NAI = 1



- ge104 Βρίσκετε τη ζωή ενδιαφέρουσα;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge105 Σας είναι δύσκολο να ξεκινήσετε καινούρια πράγματα;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge106 Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια και δύναμη;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge107 Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι απελπιστική;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge108 Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτεροι από εσάς;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge109 Θυμώνετε συχνά για μικροπράγματα;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge110 Αισθάνεστε συχνά να θέλετε να κλάψετε;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge111 Έχετε δυσκολία να κρατήσετε την προσοχή σας σε κάτι;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge112 Σηκώνεστε το πρωί με ευχαρίστηση από το κρεβάτι;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge113 Προτιμάτε να μην έχετε παρέα;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge114 Σας είναι εύκολο να παίρνετε αποφάσεις;  
OXI= 0, NAI = 1
- ge115 Αισθάνεστε το μυαλό σας καθαρό όπως παλιά;  
OXI= 0, NAI = 1

Η παραπάνω βαθμολόγηση του Geriatric Depression Scale είναι λανθασμένη καθώς με αυτόν τον τρόπο ήταν αδύνατο να βαθμολογηθεί σωστά. Η σωστή βαθμολόγηση ακολουθεί παρακάτω.

### **HAMILTON DEPRESSION SCALE**

- Το ha116 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Καταθλιπτική διάθεση»  
Δεν υπάρχει = 0  
Λύπη, απελπισία κλπ που αποκαλύπτονται μόνο μετά άπω σχετικές ερωτήσεις = 1  
Ο άρρωστος αναφέρει τα παραπάνω αισθήματα χωρίς να ερωτηθεί = 2  
Φανερόναι αυτά τα αισθήματα όχι λεκτικά = 3  
Υπερβολικά συμπτώματα = 4

Το ha117 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Αισθήματα ενοχής»

Δεν υπάρχουν = 0

Αυτομομφή, αισθάνεται ότι έχει απογοητεύσει τους ανθρώπους = 1

Ιδέες ενοχής/ τύψεις = 2

Η παρούσα αρρώστια είναι μια τιμωρία = 3

Ψευδαισθήσεις ενοχής = 4

Το ha118 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γάση αυτοκτονίας»

Δεν υπάρχει = 0

Αισθάνεται ότι η ζωή του δεν έχει αξία = 1

Εύχεται να είχε πεθάνει = 2

Ιδέες αυτοκτονίας = 3

Απόπειρες αυτοκτονίας = 4

Το ha119 αντιστοιχεί στην ερώτηση « Αρχική αϋπνία»

Δεν έχει δυσκολία να τον πάρει ο ύπνος = 0

Παραπονιέται για δυσκολία κάπου κάπου να τον πάρει ο ύπνος = 1

Παραπονιέται για δυσκολία να τον πάρει ο ύπνος = 2

Το ha120 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ενδιάμεση αϋπνία»

Όχι δυσκολία = 0

Ο άρρωστος είναι ανήσυχος και ταραγμένος κατά τη διάρκεια της νύχτας = 1

Ευπνάζει κατά τη διάρκεια της νύχτας = 2

Το ha121 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Όψιμη αϋπνία»

Όχι δυσκολία = 0

Ευπνάζει πολύ νωρίς το πρωί αλλά ξανακοιμάται = 1

Ευπνάζει πολύ νωρίς αλλά δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί = 2

Το ha122 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Εργασία και ενδιαφέροντα»

Όχι δυσκολία = 0

Αισθήματα ανικανότητας, κόπωση ή αδυναμία σε δραστηριότητες, την εργασία ή τα χόμπι = 1

Απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητα, εργασία, χόμπι ή ακεφιά, αναποφασιστικότητα και αμφιταλάντευση = 2

Περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες, μειωμένη παραγωγικότητα, μείωση του πραγματικού χρόνου που ξοδεύει σε δραστηριότητες = 3

Έπαψε να εργάζεται εξαιτίας της νόσου = 4

Το ha123 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Επιβράδυνση»

Κανονική ομιλία και σκέψη = 0

Ελαφρά επιβράδυνση κατά την εξέταση = 1

Στεναχωριέται για ασήμαντα πράγματα = 2  
Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και την ομιλία = 3  
Φόβοι εκφραζόμενοι χωρίς ερώτηση = 4

Το ha124 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Κινητική ανησυχία»  
Καθόλου = 0  
Παίζει με τα χέρια του, τα μαλλιά του = 1  
Συστρέφει τα χέρια, δαγκώνει τα νύχια, τραβάει τα μαλλιά του, δαγκώνει τα χείλια του = 2.

Το ha125 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Ψυχικό άγχος»  
Καθόλου = 0  
Αίσθημα έντασης και ευερεθιστότητα = 1  
Στεναχωριέται για ασήμαντα πράγματα = 2  
Φοβισμένη στάση, φανερή στην όψη και την ομιλία = 3  
Φόβοι εκφραζόμενοι χωρίς ερώτηση = 4.

Το ha126 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Σωματικό άγχος»  
Δεν υπάρχει = 0  
Τον στεναχωρεί κατά τη διάρκεια της ημέρας = 1  
Έχει συμπτώματα αλλά εξακολουθεί να εργάζεται = 2  
Έχει συμπτώματα που τον αναγκάζουν να περιορίσει τις δραστηριότητές του = 3  
Τα συμπτώματα τον κάνουν ανίκανο να εργαστεί = 4.

Το ha127 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γαστρεντερικά συμπτώματα»  
Δεν υπάρχουν = 0  
Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητά του = 1  
Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες = 2

Το ha128 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γενικά σωματικά συμπτώματα»  
Δεν υπάρχουν = 0  
Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητά του = 1  
Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες = 2.

Το ha129 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Γεννητικά συμπτώματα»  
Δεν υπάρχουν = 0  
Ελαφρά συμπτώματα που όμως δεν εμποδίζουν τη δραστηριότητά του = 1

Μόνιμα συμπτώματα ή συμπτώματα που περιορίζουν τις καθημερινές του δραστηριότητες = 2.

Το ha130 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Υποχονδριακά συμπτώματα»

Δεν υπάρχουν = 0

Σωματική ενασχόληση = 1

Υπεραπασχόληση με την υγεία = 2

Μεμφίμοιρη στάση σε σχέση με τη σωματική υγεία = 3

Υποχονδριακό παραλήρημα = 4.

Το ha131 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Απώλεια βάρους»

A) Εκτίμηση με βάση το ιστορικό

Όχι απώλεια βάρους = 0

Πιθανή απώλεια βάρους που συνδέεται με την παρούσα νόσο = 1

Βέβαιη (κατά τον άρρωστο) απώλεια βάρους = 2.

B) Εκτίμηση από τον ψυχίατρο με ζύγιση του αρρώστου ανά εβδομάδα.

Απώλεια βάρους μικρότερη από 0,5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα = 0

Απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 0,5 χιλιόγραμμα την εβδομάδα = 1

Απώλεια βάρους μικρότερη από 1 χιλιόγραμμο την εβδομάδα = 2.

Το ha132 αντιστοιχεί στην ερώτηση «Επίγνωση του νοσηρού»

Δεν υπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα = 0

Γνωρίζει ότι είναι καταθλιπτικός και άρρωστος = 1

Γνωρίζει την ασθένεια αλλά την αποδίδει σε κακή διατροφή, άσχημο κλίμα, υπερκόπωση, ίωση, ανάγκη για ανάπαυση κ.α. = 2

Αρνείται εντελώς ότι είναι άρρωστος = 3

Το ilikioma δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στις ηλικίες των ερωτηθέντων :

1 = 65-70

2 = 71-75

3 = 76-80

4 = 81-85

5 = 86-90

6 = 91-95

7 = 96-100

Το xrsintom δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στα χρόνια συνταξιοδότησης των ερωτηθέντων:

1 = 1-10

2 = 11-20

3 = 21-30

4= 31-40

5= 41-50

Το xixwriom δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στα χρόνια διαμονής των ερωτηθέντων στο χωριό:

1= 1-20

2= 21-40

3= 41-60

4= 61-80

5= 81-100

Το eisodiom δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στο μηνιαίο εισόδημα των ερωτηθέντων:

1= 0-200

2= 201-500

3= 501-800

4= 701-900

5= 901-1500

6= 1501-2100

7= 2101-4500

Το mmsetota δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination.

Το mmprosto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Προσανατολισμός» που περιλαμβάνει τις 10 πρώτες ερωτήσεις του Mini Mental Scale Examination.

Το mmegxto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Εγγάραξη» που περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmypolto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών» που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmanato δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Ανάκληση» που περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmglosto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Γλώσσα» που περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmpraxto δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Πραξία» που περιλαμβάνει 1 ερώτηση από το Mini Mental Scale Examination

Ακολουθεί η σωστή βαθμολόγηση του Geriatric Depression Scale :

ge87.2.re Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;

NAI = 1, OXI = 0

ge88.3re Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;

NAI= 1, OXI = 0

ge89.4re Αισθάνεστε συχνά να βαριέστε;

NAI= 1, OXI= 0

ge90.5re Έχετε ελπίδες για το μέλλον;

NAI= 0, OXI = 1

ge91.6re Στεναχωριέστε για πράγματα που δεν μπορείτε να βγάλετε από τη σκέψη σας;

NAI= 1, OXI= 0

ge92.7re Έχετε κέφι τον περισσότερο καιρό;

NAI= 0, OXI= 1

ge93.8re Φοβάστε ότι κάτι κακό μπορεί να σας συμβεί;

NAI= 1, OXI= 0

ge94.9re Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;

NAI= 0, OXI= 1

g95.10re Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;

NAI= 1, OXI= 0

g96.11re Είστε συχνά ανήσυχος ή εκνευρισμένος;

NAI= 1, OXI= 0

g97.12re Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούρια πράγματα;

NAI= 1, OXI= 0

g98.13re Στεναχωριέστε συχνά για το μέλλον;

NAI= 1, OXI= 0

g99.14re Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από άλλους;

NAI= 1, OXI= 0

g100.15r Αισθάνεστε ότι είναι θαυμάσιο που ζείτε;

NAI= 0, OXI= 1

g101.16r Αισθάνεστε συχνά ψυχικά κατεβασμένος;

NAI= 1, OXI= 0

g102.17r Αισθάνεστε άχρηστος τώρα;

NAI= 1, OXI= 0

g103.18r Στεναχωριέστε πολύ για το παρελθόν;

NAI= 1, OXI= 0

g104.19r Βρίσκετε τη ζωή ενδιαφέρουσα;

NAI= 0, OXI= 1

g105.20r Σας είναι δύσκολο να ξεκινήσετε καινούρια πράγματα;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g106.21r Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια και δύναμη;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

g107.22r Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι απελπιστική;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g108.23r Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι καλύτεροι από εσάς;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g109.24r Θυμώνετε συχνά για μικροπράγματα;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g110.25r Αισθάνεστε συχνά να θέλετε να κλάψετε;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g111.26r Έχετε δυσκολία να κρατήσετε την προσοχή σας σε κάτι;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g112.27r Σηκώνεστε το πρωί με ευχαρίστηση από το κρεβάτι;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

g113.28r Προτιμάτε να μην έχετε παρέα;

ΝΑΙ= 1, ΟΧΙ= 0

g114.29r Σας είναι εύκολο να παίρνετε αποφάσεις;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

g115.30r Αισθάνεστε το μυαλό σας καθαρό όπως παλιά;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

ge86.1re Είστε γενικά ευχαριστημένος με τη ζωή σας;

ΝΑΙ= 0, ΟΧΙ= 1

Το gdstotal δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διαταραχής Geriatric Depression Scale.

Το gdsomade δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διαταραχής Geriatric Depression Scale ομαδοποιημένο με τον παρακάτω τρόπο:

1= 0-10 Απουσία κατάθλιψης

2= 11-20 Ήπια κατάθλιψη

3= 21-30 Σοβαρή κατάθλιψη

Το hamtotal δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διάθεσης Hamilton Depression Scale.

Το hamomade δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης καταθλιπτικής διάθεσης Hamilton Depression Scale, ομαδοποιημένο με τον παρακάτω τρόπο :

1= 0-15 Απουσία κατάθλιψης

2= 16-51 Ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Το mmseomad δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination, ομαδοποιημένο με τον παρακάτω τρόπο:

1= 30-25 Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο

2= 24-20 Ελαφρά γνωστική διαταραχή

3= 19-11 Μέτρια γνωστική διαταραχή

4= 10-0 Σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Το xrapasom δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στα χρόνια απασχόλησης των ερωτηθέντων:

0= 0

1= 1-6

2= 7-9

3= 10-14

4= 15-19

5= 20-60.

Το tsigaoma δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν οι ερωτώμενοι:

0= 0

1= 1-25

2= 26-50.



## ΦΥΛΛΟ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΙΛΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το concode01 είναι ο κωδικός ερευνητή:  
Το Να 1 αντιστοιχεί στην ερευνήτρια Κατσάνη Σύρμω  
Το Να 2 αντιστοιχεί στην Κοκκώδη Μαρία  
Το Να 3 αντιστοιχεί στην Ροροπούλου Μαρία και  
Το Να 4 αντιστοιχεί στην Σαμαρά Ευαγγελία.

Το kappi02 αντιστοιχεί στα Κ.Α.Π.Η. των αγροτικών περιοχών του νομού Ηρακλείου:

Ασήμι = 1  
Αρχάνες = 2  
Γέργερη = 3  
Χερσόνησος = 4  
Αρκαλοχώρι = 5

Το filo03 αντιστοιχεί στο φύλο  
Άνδρας = 1 και  
Γυναίκα = 2.

Το ilikia04 αντιστοιχεί στην ηλικία.

Το xrekpe05 αντιστοιχεί στα χρόνια εκπαίδευσης.

### MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Από την ερώτηση mmse06 έως την mmse35:  
Το «0» αντιστοιχεί στην λάθος απάντηση του ερωτώμενου και  
Το «1» αντιστοιχεί στη σωστή απάντηση του ερωτώμενου.

Οι ερωτήσεις είναι οι εξής:  
mmse06 Τι έτος έχουμε;  
mmse07 Τι εποχή;  
mmse08 Τι μήνα;  
mmse09 Τι ημερομηνία;  
mmse10 Τι ημέρα της εβδομάδας;  
mmse11 Πώς ονομάζεται το νοσοκομείο μας;  
mmse12 Σε ποια πόλη βρίσκεστε;  
mmse13 Σε ποιο νομό βρίσκεστε;  
mmse14 Σε ποια χώρα;  
mmse15 Σε ποιόν όροφο;

Τις 3 παρακάτω λέξεις ο ερωτώμενος τις επαναλαμβάνει γιατί καλείται μετά να τις θυμηθεί.

mmse16 Καρέκλα

mmse17 Φούστα

mmse18 Ποδήλατο

Ο ερωτώμενος καλείται να κάνει συνεχείς αφαιρέσεις του 7 από το 100.

mmse19 Η σωστή απάντηση είναι 93

mmse20 Η σωστή απάντηση είναι 86

mmse21 Η σωστή απάντηση είναι 79

mmse22 Η σωστή απάντηση είναι 72

mmse23 Η σωστή απάντηση είναι 65

Εναλλακτικά ο ερωτώμενος μπορεί να συλλαβίσει ανάποδα τη λέξη «πέτρα».

Επαναλαμβάνει τις λέξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

mmse24 Καρέκλα

mmse25 Φούστα

mmse26 Ποδήλατο

mmse27 Τι είναι αυτό; ( δείχνουν στον ερωτώμενο ένα μολύβι)

mmse28 Τι είναι αυτό; ( δείχνουν στον ερωτώμενο ένα ρολόι)

mmse29 Ακούστε με προσοχή και επαναλάβετε μετά από μένα: « παιδί, κλειδί, κλαδί»

Στο γραφείο υπάρχει ένα φύλλο χαρτί.

mm30 Πάρτε αυτό το φύλλο χαρτί με το δεξί σας χέρι

mm31 Διπλώστε το στα δύο

mm32 Και ακουμπήστε το στο πάτωμα

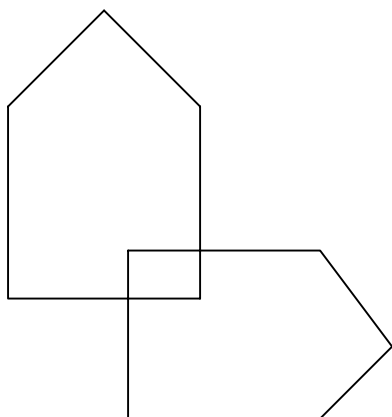
mm33 Παρακαλώ κάντε ό,τι γράφει το χαρτί που σας δείχνω

( Το χαρτί γράφει ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ)

Δίνεται στον ερωτώμενο ένα χαρτί και ένα μολύβι.

mm34 Θα θέλατε να μου γράψετε μια πρόταση, όποια θέλετε, αλλά να είναι ολοκληρωμένη;

mm35 Παρακαλώ αντιγράψτε μου το παρακάτω σχήμα:



Το ilikomad δείχνει την ομαδοποίηση που έγινε στις ηλικίες των ερωτηθέντων :

1 = 65-70

2= 71-75

3= 76-80

4= 81-85

5= 86-90

Το mmsetota δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination.

Το mmseomad δείχνει το συνολικό σκορ στην κλίμακα μέτρησης γνωστικής διαταραχής Mini Mental Scale Examination, ομαδοποιημένο με τον παρακάτω τρόπο:

1= 30-25 Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο

2= 24-20 Ελαφρά γνωστική διαταραχή

3= 19-11 Μέτρια γνωστική διαταραχή

4= 10-0 Σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Το mmsepros δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Προσανατολισμός» που περιλαμβάνει τις 10 πρώτες ερωτήσεις του Mini Mental Scale Examination.

Το mmseegxa δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Εγχώραξη» που περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmseypol δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών» που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmseanak δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Ανάκληση» που περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmseglos δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Γλώσσα» που περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις από το Mini Mental Scale Examination.

Το mmseprax δείχνει το συνολικό σκορ της υποκλίμακας «Πραξία» που περιλαμβάνει 1 ερώτηση από το Mini Mental Scale Examination.