

**Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
Ο Επιπολασμός της Άνοιας στον Ορεινό Μυλοπόταμο**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:  
Παττακού Βασιλική**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:  
Γαλουτζή Νίκη  
Καββάλου Ειρήνη**

**ΜΑΪΟΣ 2008**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ**

## **Ευχαριστίες**

**Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης αυτής της προσπάθειας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας για το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε και τις ιδιαίτερα χρήσιμες κατευθύνσεις της καθ' όλη την διάρκεια της συνεργασίας μας .**

**Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κ. Μάγδα Τσολάκη για την πολύτιμη βοήθειά της.**

**Τέλος ευχαριστούμε τους γονείς μας για την στήριξη που μας προσέφεραν σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας .**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία με θέμα «Επιπολασμός της Άνοιας στον Ορεινό Μυλοπόταμο» ασχολείται με μια εκφυλιστική νόσο, η οποία τα τελευταία χρόνια απασχολεί όλο και περισσότερο την κοινωνία μας. Η Άνοια προκαλεί έκπτωση της νοητικής και γνωστικής λειτουργίας του ατόμου, επηρεάζεται δηλαδή η μνήμη, η προσοχή, η συγκέντρωση, η γλώσσα, η σκέψη κ.α. Συνήθως προσβάλλει άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, ωστόσο μπορεί να εμφανιστεί και σε μικρότερη ηλικία. **Σκοπός** της έρευνας ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού της Άνοιας σε μια ορεινή περιοχή της Κρήτης, με παραδοσιακό τρόπο ζωής, ώστε να δούμε αν τα ευρήματά μας συμφωνούν με αυτά που είναι διεθνώς παραδεκτά.

**Μεθοδολογία:** Επισκεφθήκαμε 8 οικισμούς του ορεινού όγκου του Μυλοπόταμου. Το δείγμα μας ήταν όλα τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (μέθοδος της απογραφής). Από το συνολικό πληθυσμό άνω των 65 ετών που ήταν 1726 κάτοικοι, τα πλήρη ερωτηματολόγια που αξιοποιήθηκαν για τα αποτελέσματα ήταν 534, σε 75 από αυτά δεν υπήρξε διάγνωση. Εκτός από το ερωτηματολόγιο των δημογραφικών στοιχείων που δημιουργήσαμε για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήσαμε 4 εργαλεία σταθμισμένα στον ελληνικό πληθυσμό για την ανίχνευση του επιπολασμού της άνοιας. Το MMSE και το HINDI για την ανίχνευση των γνωστικών λειτουργιών, το GDS για την ανίχνευση της κατάθλιψης και το IADL για την ανίχνευση της λειτουργικότητας.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Τα αποτελέσματα έδειξαν τον επιπολασμό της άνοιας στη συγκεκριμένη περιοχή να είναι υψηλότερος από ότι αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Επίσης είδαμε πως οι γυναίκες είναι αυτές που προσβάλλονται συχνότερα από τη συγκεκριμένη ασθένεια, καθώς και πως τα περιστατικά άνοιας αυξάνονται όσο αυξάνεται η ηλικία και σχεδόν διπλασιάζονται ανά δεκαετία.

Συμπερασματικά βλέπουμε πως τα ευρήματα της έρευνας μας διαφέρουν με τα διεθνή δεδομένα και πως τα ποσοστά άνοιας στις ορεινές περιοχές της Κρήτης, με πιο παραδοσιακό τρόπο ζωής δεν είναι ίδια με αυτά που είναι διεθνώς παραδεκτά αλλά είναι πολύ μεγαλύτερα.

Πιστεύουμε πως τα αποτελέσματα της έρευνας μας μπορούν να φανούν χρήσιμα στους τοπικούς φορείς του ορεινού Μυλοποτάμου και κυρίως στους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, στην δημιουργία προγραμμάτων για την έγκαιρη παρέμβαση σε ομάδες υψηλού κινδύνου, είτε νοσούν από άνοια είτε έχουν κάποια ήπια νοητική διαταραχή, η οποία κινδυνεύει να εξελιχθεί σε άνοια.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

## **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
----------------	---

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	8
1. 1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ .....	8
1. 2. ΗΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....	11

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΟΙΑ .....	12
2. 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	12
2. 2. ΑΝΟΙΑ .....	14
2. 3. ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ .....	16
2. 4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ .....	22
2. 5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ .....	23
2. 6. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	25

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	27
3. 1. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	
ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ .....	27
3. 1. 1. ΟΙ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ .....	27
3. 1. 2. ΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ .....	28

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ .....	31
------------------------	----

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ .....	34
5. 1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ .....	34
5. 2. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ .....	36

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΆΝΟΙΑ .....	52
6. 1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΑΤΥΠΟΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ .....	52
6. 1. 1. ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ .....	52
6. 1. 2. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ .....	55
6. 2. ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ .....	57
6. 3. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΆΝΟΙΑΣ .....	59

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΆΝΟΙΑ .....	61
7. 1. ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ .....	63

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	66
1. 1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	66
1. 2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ .....	66
1. 3. ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	66
1. 4. ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ .....	67
1. 5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ .....	69
1. 6. ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	69
1. 7. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	70

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	71
2. 1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....	71
2. 2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	88
2. 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	94

ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....	97
----------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	98
--------------------	----

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

# ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άτομο μετά από την δραστήρια παραγωγική του ηλικία τόσο στον επαγγελματικό όσο και τον οικογενειακό τομέα περνά σε μια επόμενη φάση της ζωής του. Είναι η φάση της συνταξιοδότησης ή σύμφωνα με τα στάδια του Erikson μετά την ενήλικη φάση περνά στη Τρίτη Ηλικία. Το όριο της εισόδου στη Τρίτη Ηλικία συνήθως ορίζεται αυθαίρετα ότι είναι η ηλικία των 65 ετών, που είναι συνήθως η ηλικία της συνταξιοδότησης. Αυτό το διάστημα το άτομο περνά από μια περίοδο πάρα πολλών μεταβολών, άλλοτε βαθμιαία και άλλοτε απότομα, κοινωνικών, ψυχολογικών, επαγγελματικών, οικογενειακών. Οι παραπάνω μεταβολές επηρεάζουν τη σωματική και τη διανοητική κατάσταση του ατόμου και εξαρτάται ο βαθμός των μεταβολών και από άλλους παράγοντες όπως την προσωπικότητα του ατόμου τις οικογενειακές συνθήκες και το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον του.

Εμείς βρεθήκαμε να κάνουμε Πρακτική Άσκηση Εποπτεία σε ένα Ψυχιατρικό πλαίσιο με γηριατρικό τμήμα. Αυτό μας έφερε κοντά σε προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας. Είδαμε ότι η αύξηση του μέσου όρου ζωής δεν είναι συνώνυμο της υγιούς ζωής των ανθρώπων. Ενημερωθήκαμε από τις πρώτες κιόλας επισκέψεις μας στο πλαίσιο για μια καινούργια (σχετικά) ασθένεια που μαστίζει την κοινωνία, πολλές φορές αναφέρεται <<επιδημία>> στη βιβλιογραφία. Αυτή η ασθένεια που συχνά οι άνθρωποι την αποκαλούν έτσι απλά γηρατειά, αλλά δεν είναι, λέγεται άνοια. Άνοια είναι εκφυλισμός των κυττάρων του εγκεφάλου με συνέπεια να επηρεάζονται βασικές λειτουργίες του ατόμου στο γνωσιακό, ψυχολογικό τομέα αλλά και στη συμπεριφορά.

Οι επιπτώσεις της στους ασθενείς, σε αυτούς που τους φροντίζουν, αλλά και στη κοινωνία ολόκληρη είναι πολλές οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές. Το ποσοστό της άνοιας υπολογίζεται ότι είναι 6-7% μετά τα 65 και διπλασιάζεται ανά δεκαετία. Από αυτό δε το ποσοστό 50-60% των ατόμων θα εξελιχθούν σε άνοια τύπου Alzheimer που είναι η πιο βαριά μορφή άνοιας.<sup>1</sup>

Τα παραπάνω μαζί με την επαφή μας από κοντά με τα ίδια τα άτομα που πάσχουν και με τους συγγενείς τους μας κίνησαν το ενδιαφέρον και μας έδωσαν κίνητρο να δούμε τι γίνεται με την Κρήτη που είναι νησί, έχει δική του παράδοση και κουλτούρα και κάνει χρήση της μεσογειακής διατροφής. Ψάχνοντας για σχετικές έρευνες για τον επιπολασμό της άνοιας στην Κρήτη δεν βρήκαμε στοιχεία. Αυτό μας κινητοποίησε ακόμα περισσότερο και έτσι καταλήξαμε να κάνουμε την έρευνά μας στον ορεινό Μυλοποτάμο.

Στη συνέχεια θα αναφέρουμε λίγα λόγια για την επαρχία του Μυλοποτάμου. Η θέση της περιοχής προκαλεί δέος, διότι βρίσκεται στον υψηλότερο για το νησί ορεινό όγκο στα νότια,

---

<sup>1</sup>Τσολάκη Μ. – Κάζης Α.,( 2005 ) Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσ/ νίκη, University Studio Press.

στο όρος Ίδη ή Ψηλορείτη με υψόμετρο 2.456 μέτρα και σε μια χαμηλότερη οροσειρά στα βόρεια, τα Ταλλαία Όρη ή Κουλούκωνα με υψόμετρο περίπου 1.100 μέτρα. Ανάμεσα στους παραπάνω ορεινούς όγκους ρέει ο Γεροπόταμος, ντύνοντας με πράσινο και δίνοντας ζωή στην κοιλάδα και στις χαμηλές λοφοσειρές που καλύπτουν την υπόλοιπη έκταση.

Η επαρχία Μυλοποτάμου έχει έκταση 510 τετραγωνικά χιλιόμετρα και 17.859 κατοίκους. Περιλαμβάνει τους οικισμούς Αγγελιανά, Άγιος Μάμας, Αγιά, Αϊμονας, Αλόιδες, Αλφάς, Ανώγεια, Αξός, Αχλάδες, Βενί, Γαράζο, Δαμάβολος, Επισκοπή, Έρφοι, Ζωνιανά, Κάλυβος, Καμαριώτης, Κλεψίμια, Κράνα Λιβιάδια, Μαργαρίτες, Μελιδόνι, Μελισσουργάκι, Μετόχια Καμαριώτη, Ορθές, Πάνορμο, Πρινές, Πρίνος, Σίσες, Χουμέρι.

Εμείς ωστόσο επικεντρωθήκαμε στον ορεινό όγκο του Μυλοπόταμου και επισκεφτήκαμε τα χωριά Ανώγεια, Αξός, Βενί, Γαράζο, Ζωνιανά, Κάλυβος, Κράνα και Λιβιάδια. Οι κάτοικοι εκεί ασχολούνται κυρίως με τη γεωργία και τη κτηνοτροφία.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Γαβριλάκη Ε. – Τζιφόπουλος Γ., Πρακτικά Διεθνούς Συνεδρίου, Ο Μυλοπόταμος από την Αρχαιότητα ως Σήμερα, Τόμος II και V, (2006), Ρέθυμνο, Ιστορική και Λαογραφική Εταιρεία,



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

### 1. 1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ

Με τη γήρανσή του, κάθε άτομο, έχει να αντιμετωπίσει μια προοδευτική έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής και ομοιοστασίας του οργανικού τους συστήματος. Η έκπτωση αυτή ξεκινάει από τη τρίτη δεκαετία της ζωής του και είναι βαθμιαία και προοδευτική, αν και ο ρυθμός της διαφέρει από άτομο σε άτομο και καθορίζεται κατά κύριο λόγο από την ιδιοσυγκρασία του ατόμου και στη συνέχεια από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

« Αυτός είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο ορισμένα άτομα είναι ήδη γερασμένα από τα 60 τους χρόνια, ενώ άλλα διανύουν το 80ό έτος της ηλικίας τους χωρίς εμφανή σημάδια βιολογικής παρακμής. Η λειτουργική έκπτωση κάθε οργανικού συστήματος φαίνεται ότι συμβαίνει ανεξάρτητα από μεταβολές στα άλλα συστήματα και επηρεάζεται από τη διατροφή, το περιβάλλον, τις προσωπικές συνήθειες καθώς και από γενετικούς παράγοντες ».<sup>3</sup>

Η πορεία της ΑΤΑ (Άνοια Τύπου Alzheimer) ευθύνεται για την εξασθένηση των βασικών ανώτερων εγκεφαλικών λειτουργιών του ανθρώπου, που είναι η διάνοηση, η μνήμη, η γνώση, η ευπραξία, ο λόγος, το συναίσθημα, η συμπεριφορά και ο ύπνος. Ενώ η φυσιολογική γήρανση επηρεάζει και αυτή όλες τις παραπάνω λειτουργίες με τον δικό της τρόπο και ρυθμό. « Η γνώση και η κατανόηση των εκδηλώσεων της φυσιολογικής γήρανσης θα μας βοηθήσει στη δύσκολη διαδικασία της διάγνωσης της ΑΤΑ ».<sup>4</sup>

Σε άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια νευρολογική νόσο διατηρείται συνήθως η νοητική τους λειτουργία ακέραια μέχρι τουλάχιστον τα 80 έτη. « Εν τούτοις, οι νοητικές διεργασίες απαιτούν περισσότερο χρόνο για την ολοκλήρωσή τους, λόγω κάποιας επιβράδυνσης της κεντρικής επεξεργασίας δεδομένων. Οι γλωσσικές λειτουργίες και ικανότητες διατηρούνται ικανοποιητικά μέχρι την ηλικία των 70 ετών περίπου, μετά την οποία ορισμένα υγιή ηλικιωμένα άτομα, αναπτύσσουν μία βαθμιαία συρρίκνωση στο λεξιλόγιό τους και μία τάση να κάνουν σημασιολογικά λάθη. Άλλες, σχετικές με την γήρανση, μεταβολές της νοητικής λειτουργίας είναι λανθάνουσες, αλλά μπορεί να ανιχνευτούν σαν δυσκολία στον σχηματισμό νέων συνειρμών και απόκτηση νέων πληροφοριών, δυσχέρεια μάθησης, ιδιαίτερα ξένων γλωσσών, και εξασθένηση της μνήμης σε μη σημαντικά θέματα ». Ωστόσο πρέπει να επισημάνουμε ότι η ελαφρά μνημονική απώλεια, αντίθετα με την άνοια, δεν εμποδίζει το άτομο στην ανάκληση σημαντικών πληροφοριών, ούτε επηρεάζει την λειτουργικότητα του.

<sup>3</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση,ό.π

<sup>4</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση,ό.π

Είναι απλώς η φυσιολογική πορεία των γηρατειών και δεν πρέπει να ταυτίζονται τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά με ενδεχόμενες άνοιες.<sup>5</sup>

« Δεν είναι παράδοξο ότι το γήρας συνοδεύεται από νοητικές διαταραχές ». <sup>6</sup> Άτομα τα οποία δεν έχουν προσβληθεί από άνοια εμφανίζουν, κατά τη δέκατη δεκαετία της ζωής τους, μείωση του μεγέθους του εγκεφάλου κατά 20 %, ενώ στους ιππόκαμπους της πλειονότητας των ατόμων που φτάνουν στη συγκεκριμένη ηλικία ανευρίσκονται νευροϊνιδιακά δεμάτια – παθολογικοί ιστολογικοί σχηματισμοί, που η ανεύρεση μεγάλης πυκνότητας, χαρακτηρίζει τη νευρική εκφύλιση που βλέπουμε στην ΑΤΑ.<sup>7</sup>

« Πολλές από τις κυτταρικές και μοριακές διεργασίες που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογική γήρανση του εγκεφάλου είναι κοινές με εκείνες άλλων οργανικών συστημάτων και περιλαμβάνουν αυξημένη καταστροφή πρωτεϊνών και DNA, συσσώρευση παραπροϊόντων μεταβολισμού πρωτεϊνών και λιπιδίων (όπως λιποφουσκίνη και τελικά προϊόντα γλυκοζυλίωσης), μείωση της μεταβολικής δραστηριότητας, δυσλειτουργία μιτοχονδρίων και μεταβολές κυτταρικών μεμβρανών ». Ο εγκέφαλος όμως, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα συστήματα, με τη πάροδο του χρόνου εμφανίζει και άλλες μεταβολές, μοναδικές και απόλυτα χαρακτηριστικές του νευρικού συστήματος, πολλές από τις οποίες είναι στενά συνδεδεμένες με τη μοναδική μοριακή πολυπλοκότητα των νευρικών κυττάρων, τα οποία εκφράζουν 50 έως 100 φορές περισσότερα γονίδια απ' ό,τι άλλοι ιστοί. « Κυτταρικά συστήματα νευροδιαβίβασης, τροφικοί παράγοντες και κυτταροκίνες που εμπλέκονται στη ρύθμιση της νευρωνικής ευερεθιστότητας και πλαστικότητας όλα μεταβάλλονται κατά τη γήρανση ». <sup>8</sup>

Η άποψη που επικρατούσε για το γήρας παλαιότερα ήταν η σφαιρική έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ τώρα αρχίζουν να το βλέπουν ως ένα συνδυασμό κερδών και απωλειών σε συνεχή κίνηση.

Οι μνημονικές ελλείψεις δε μας ανησυχούν αν δεν επηρεάζουν τη καθημερινή λειτουργικότητα και τις καθημερινές δραστηριότητες.<sup>9</sup>

---

<sup>5</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση,ό.π

<sup>6</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>7</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>8</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>9</sup> Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/07

### Μυστικά για επιτυχημένα γηρατειά.

- Τα άτομα πρέπει να αναζητήσουν εναλλακτικούς τρόπους απασχόλησης και δραστηριότητας με το πέρας των χρόνων και τη συνταξιοδότησή τους. Για παράδειγμα με τον εθελοντισμό, τη κηπουρική, την αγγειοπλαστική κ.α.
- Να τελειοποιήσουν μια δεξιότητα που ήδη έχουν και δεν την έχουν εκμεταλλευτεί, όπως η ζωγραφική ή η μουσική.
- Να διατηρήσουν τη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία τους με νέους τρόπους, όπως με εξωτερικά βοηθήματα π.χ. ξυπνητήρι.
- Να έχουν επαφή με τη φύση. Η ζωή στην ύπαιθρο βοηθάει σε πολλά.
- Να συνεχίσουν την εκπαίδευση των δεξιοτήτων τους
- Να έχουν υψηλή μόρφωση και υψηλή κοινωνική θέση.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/07

## 1. 2. ΗΠΙΑ ΝΟΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η Ήπια Νοητική Διαταραχή είναι μια μεμονωμένη διαταραχή μνήμης, η οποία πρέπει είναι τεκμηριωμένη νευροψυχολογικά, να υπάρχει απουσία συστηματικών ( μεταβολικά, καρδιακά κ.α. ) ή εγκεφαλικών ( αγγειακά έμφρακτα, όγκος κ.α. ) αιτιών.

Η κλινική της σημασία είναι μεγάλη αφού υπάρχει 5 έως 10 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος, στα άτομα που πάσχουν από ΗΝΔ, να εκδηλωθεί Άνοια στα επόμενα 3 με 5 χρόνια.

Τα κριτήρια της Ήπιας Νοητικής Διαταραχής είναι τα εξής:

- Αναφέρεται μνημονική έλλειψη με κλίμακες μνήμης (MMSE, HMSE)
- Απουσία Άνοιας
- GDS (Geriatric Depression Scale) = 3
- CDR (ικανότητα οδήγησης) = 0,5
- Φυσιολογικές καθημερινές δραστηριότητες.<sup>11</sup>

Στη συνέχεια θα αναφέρουμε ορισμένες διαφορές της γνωστικής κατάστασης των ατόμων ανάμεσα στο φυσιολογικό γήρας, στην Ήπια Νοητική Διαταραχή και στην Άνοια.

### ♦ Προσανατολισμός.

- **Φυσιολογικό γήρας:** Δεν χάνονται.
- **Ήπια Νοητική Διαταραχή:** Μπορεί και να χαθούν αλλά θα βρουν τον δρόμο τους.
- **Άνοια:** Όταν χάνονται δεν βρίσκουν τον δρόμο να γυρίσουν.

### ♦ Πρωτοβουλία κινήσεων.

- **Φυσιολογικό γήρας:** Αναλαμβάνει από μόνος του δραστηριότητες.
- **Ήπια Νοητική Διαταραχή:** Αναλαμβάνει ελαφρώς μειωμένα δραστηριότητες από μόνος του αλλά αμφιβάλλει για τον εαυτό του.
- **Άνοια:** Απώλεια πρωτοβουλίας κινήσεων. Χρειάζεται ενθάρρυνση από άλλους για να κάνει το οτιδήποτε.

### ♦ Προσοχή.

- **Φυσιολογικό γήρας:** Καλή φυσιολογική συγκέντρωση.
- **Ήπια Νοητική Διαταραχή:** Ελαφρώς μειωμένη συγκέντρωση.
- **Άνοια:** Έκπτωση της προσοχής. Δεν μπορούν να παρακολουθήσουν.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/07

<sup>12</sup>Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/07

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΝΟΙΑ

#### 2. 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο Alois Alzheimer, ο οποίος ήταν Γερμανός νευροπαθολόγος και εν συνεχεία καθηγητής της Ψυχιατρικής, περιέγραψε το 1904 σε επιστημονικό συνέδριο κάποιες αλλαγές στο φλοιό του εγκεφάλου. Η περιγραφή του αυτή βασιζόταν σε μια γυναίκα 51 ετών, η οποία έπασχε από μια κατηγορία άνοιας. Νοσηλεύτηκε επί τέσσερα χρόνια από τον Alzheimer και πέθανε το 1906.<sup>13 14 15</sup> Το 1907 ο Alois Alzheimer δημοσίευσε μια σύντομη περιγραφή των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης γυναίκας. Συγκεκριμένα αναφέρθηκε στην έντονη ζήλια που εκδήλωσε η Augusta D. απέναντι στο σύζυγο της. Στη συνέχεια ακολούθησε απώλεια της βραχύχρονης μνήμης. Έχανε τον προσανατολισμό της ακόμα και στο ίδιο της το σπίτι. Επίσης παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες, ακουστικές ψευδαισθήσεις και παροδικά βρισκόταν σε παραλήρημα.<sup>16</sup>

Στην νεκροψία ανακάλυψαν ότι είχε γενικά ατροφικό εγκέφαλο χωρίς μικροσκοπικές βλάβες. Τα μεγάλα εγκεφαλικά αγγεία παρουσίαζαν αρτηριοσκλήρωση. Επίσης παρατηρήθηκαν κάποιες μυστηριώδεις βλάβες στα νευροϊνίδια, τα οποία συνέρχονταν σε παχιές δέσμες στις επιφάνειες των κυττάρων. Εκτός όλων των παραπάνω υπήρχαν και πολλαπλές μικρές εστίες στον φλοιό που εμφάνιζαν μια ιδιαίζουσα ουσία που ξεχώριζε χωρίς να χρειάζεται να τη χρωματίσουμε.<sup>17 18</sup>

Άρα μπορούμε να πούμε, ότι ο Alois Alzheimer είχε από το 1906 περιγράψει όχι μόνο τα νευροϊνιδιακά τολύπια, αλλά και τις πλάκες αμυλοειδούς.

« Ο Emil Kraepelin, καθηγητής του Alzheimer, στηρίχτηκε στην περιγραφή της πρώτης περίπτωσης καθώς και σε τρεις ακόμα περιπτώσεις των συνεργατών του Alzheimer και έβγαλε το συμπέρασμα ότι η νέα αυτή πάθηση πρόκειται για προγεροντική άνοια. Ο Alois Alzheimer όμως φαίνεται να μην συμφωνούσε πλήρως με την άποψη του Kraepelin και το 1911 δημοσίευσε τη περίπτωση ενός πενήντα-εξάχρονου άντρα, ο οποίος νοσηλεύτηκε επί τρία χρόνια στην ίδια κλινική του Kraepelin και πέθανε το 1910. Σε αυτή τη περίπτωση δεν υπήρχαν νευροϊνιδιακά τολύπια, αλλά «μόνο πλάκες». Είχε επίσης οικογενή χαρακτήρα της πάθησης ». <sup>19</sup> Αυτά τα αποτελέσματα, καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό της πρώτης

<sup>13</sup> Rubinstein H. , ( 2000 ), Η νόσος του Alzheimer, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα

<sup>14</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>15</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimer-Krankheit>

<sup>16</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>17</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>18</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimer-Krankheit>

<sup>19</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

ασθενούς με Άνοια Τύπου Alzheimer δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό «The Lancet» από τον K. Mauer το 1997.<sup>20</sup>

« Μέχρι τη δεκαετία του 1970, μια αποδεκτή πρακτική των Γάλλων και άλλων Ευρωπαίων γιατρών ήταν η περιγραφή με το γενικό όρο “προγεροντικές” κάποιων εκφυλιστικών παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος ». <sup>21</sup> Τα χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων παθήσεων ήταν η έκπτωση της μνήμης, η ύπουλη έναρξη και η προσβολή ατόμων σε ηλικία περίπου 50 ετών. Οι παθήσεις αυτές θεωρούντο από τους γιατρούς πολύ σπάνιες, και η πιο σπάνια από αυτές ήταν η νόσος του Alzheimer. Υπήρχαν βέβαια και άλλες τέτοιες παθήσεις με ανάλογη κλινική συμπτωματολογία, όπως είναι η νόσος του Pick, η οποία είναι ακόμα πιο σπάνια και οι ανατομικές βλάβες φαίνεται να εντοπίζονται κυρίως στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου. <sup>22</sup>

« Εκτός αυτού, μέχρι πριν είκοσι περίπου χρόνια, οι ειδικοί αναφέρονταν πολύ πιο συχνά στις “γεροντικές άνοιες” που εμφανίζονταν σε άτομα σαφώς πιο ηλικιωμένα (από 75 έως 85 ετών) και λίγο πολύ θεωρούντο αποδεκτή μορφή γήρατος – αλλιώς γνωστή και ως μαλάκυνση ». <sup>23</sup>

« Όλα αυτά όμως άρχισαν να αλλάζουν μετά τη δεκαετία του 1960, όταν Αγγλοσάξονες επιστήμονες παρατήρησαν κάποιες κοινές ιστολογικές αλλοιώσεις στους διάφορους τύπους άνοιας ». « Τις συγκέντρωσαν λοιπόν και με βάση αυτές δημιούργησαν μια ξεχωριστή ενότητα, την άνοια του τύπου Alzheimer ». <sup>24</sup> Σήμερα ο όρος “νόσος του Alzheimer” χρησιμοποιείται πλέον χωρίς διακρίσεις ως συνώνυμο της άνοιας τύπου Alzheimer για να προσδιορίσει τη μη ομαλή εγκεφαλική γήρανση, ήτοι τη “μαλάκυνση”, ή για να δηλώσει περιπτώσεις της “αληθινής” νόσου του Alzheimer.

Υπάρχουν όμως και κάποιοι συγγραφείς, οι οποίοι φθάνουν στο σημείο να υποστηρίξουν ότι οι νόσος του Alzheimer θα μπορούσε να είναι μια φυσιολογική μορφή γήρανσης του εγκεφάλου. Με αυτή τη λογική κάθε άνθρωπος θα διέτρεχε τον κίνδυνο να προσβληθεί από τη συγκεκριμένη ασθένεια, εφόσον θα ζούσε αρκετά χρόνια ώστε να υπάρξει και ο χρόνος για να αναπτυχθούν αλλοιώσεις στους εγκεφαλικούς ιστούς. Ο συγκεκριμένος ισχυρισμός δεν είναι ορθός, καθώς αν με το πέρασμα του χρόνου είναι “φυσιολογικό” να προσβάλλεται κανείς από τη νόσο του Alzheimer, τότε οι ανοϊκοί θα ήταν πιο “φυσιολογικοί” από τους άλλους. <sup>25</sup>

---

<sup>20</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimer-Krankheit>

<sup>21</sup> Rubinstein H., Η νόσος του Alzheimer, ό.π

<sup>22</sup> Rubinstein H., Η νόσος του Alzheimer, ό.π

<sup>23</sup> Rubinstein H., Η νόσος του Alzheimer, ό.π

<sup>24</sup> Rubinstein H., Η νόσος του Alzheimer, ό.π

<sup>25</sup> Rubinstein H., Η νόσος του Alzheimer, ό.π

## 2. 2. ΑΝΟΙΑ

Με τον όρο “άνοια” γίνεται μια σύντομη περιγραφή μιας σειράς συμπτωμάτων που παρουσιάζουν συνήθως άτομα με νοσήματα του εγκεφάλου, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Η απώλεια των κυττάρων αυτών είναι φυσιολογική, αλλά στα άτομα τα οποία πρόκειται να εμφανίσουν άνοια γίνεται με ποιο γρήγορο ρυθμό και οδηγεί στο να μη λειτουργεί ο εγκέφαλος του ατόμου με φυσιολογικό τρόπο.<sup>26</sup>

Η άνοια αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για χρόνια και μήνες επηρεάζοντας αρνητικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί και αυτό δε διορθώνεται. Η εγκεφαλική βλάβη επηρεάζει τη νοητική λειτουργία του ατόμου δηλαδή τη μνήμη και ένα σύνολο γνωστικών λειτουργιών, όπως είναι η προσοχή, η συγκέντρωση, η γλώσσα, η σκέψη κτλ. και αυτό, με τη σειρά του, έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά.<sup>27 28 29 30</sup> Βέβαια τα πρώτα συμπτώματα είναι τόσο ασαφή που δε γίνονται άμεσα αντιληπτά από τους συγγενείς του ασθενούς. Συνήθως δεν καταλαβαίνουν ότι το άτομο φέρεται κατ’ αυτόν τον τρόπο λόγω της ασθένειας, αλλά πιστεύουν ότι απλά το αγαπημένο τους πρόσωπο έπαψε να ενδιαφέρεται ή ότι δεν τους αγαπάει πια. Στη συνέχεια όμως αντιλαμβάνονται πως ο ασθενής δείχνει να δυσκολεύεται σε κάθε είδους δραστηριότητα που απαιτεί την απόκτηση καινούργιων γνώσεων. Η έκπτωση της μνήμης που είναι από τα πιο έντονα συμπτώματα του ατόμου περνάει στην αρχή απαρατήρητη από το ίδιο το άτομο αλλά και από τους συγγενείς του, καθώς έχουν την εντύπωση πως λόγω της ηλικίας του είναι φυσιολογικό να ξεχνάει κάποια πράγματα. Το συγκεκριμένο πρόβλημα το καλύπτει το άτομο με σημειώσεις, για τις όποιες υποχρεώσεις πρέπει να καλύψει.<sup>31 32 33</sup> Η οικογένεια του ασθενή συνήθως μετά το πρώτο χρόνο αντιλαμβάνεται ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα, αφού τότε τα συμπτώματα είναι περισσότερα και πιο έντονα. Για παράδειγμα αρχίζει να ξεχνάει ακόμα και τα ονόματα των συγγενικών του προσώπων. Η έκπτωση της μνήμης λοιπόν δεν αφορά μόνο την άμεση και την πρόσφατη μνήμη, αλλά και την απώτερη. Όταν ο ασθενής αρχίζει σιγά σιγά να αντιλαμβάνεται ότι κάτι δεν πάει καλά προσπαθεί να καλύψει το πρόβλημα του είτε με ψέματα είτε με διάφορες δικαιολογίες και έτσι μπορούμε να παρατηρήσουμε και κάποιες μεταβολές στην προσωπικότητα του.<sup>34 35</sup> Για παράδειγμα

<sup>26</sup> Ευρωπαϊκή Εταιρεία Alzheimer, Ζώντας με τη Νόσο Alzheimer

<sup>27</sup> Μάνος Ν., ( 1997 ), Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσ/νίκη University Studio Press

<sup>28</sup> Ευρωπαϊκή Εταιρεία Alzheimer, Ζώντας με τη Νόσο Alzheimer

<sup>29</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>30</sup> file: // G: \ Alzheimer \ DSL German Seniors – Alzheimer Erkrankung.htm

<sup>31</sup> Μάνος Ν., Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, ό.π

<sup>32</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>33</sup> http: // www. alzheimersinfo. de / alzheimers / symptome / warnsymptome

<sup>34</sup> Μάνος Ν., Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, ό.π

μπορεί να γίνει επιθετικός ή να αποσυρθεί κοινωνικά. Η άνοια δεν ακολουθεί πάντα την ίδια πορεία εξέλιξης. Σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί ή να παραμείνει σταθερή για ορισμένο χρονικό διάστημα. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων άνοιας μπορεί να είναι θεραπεύσιμες ή δυνητικά αναστρέψιμες, όπως στην περίπτωση που η άνοια εμφανίζεται λόγω όγκου στον εγκέφαλο, αλλά η πλειονότητα των περιπτώσεων έχει ως κατάληξη το θάνατο. Οι περισσότεροι προσβαλλόμενοι από αυτή τη νόσο συνήθως πεθαίνουν από κάποιες «επιπλοκές», όπως είναι η πνευμονία και η κακή διατροφή, παρά από την ίδια τη νόσο. Εάν όμως η άνοια ξεκινάει σε προχωρημένη ηλικία, οι επιπλοκές τείνουν να είναι λιγότερο σοβαρές. Αν και η άνοια συχνά κάνει την εμφάνισή της σε άτομα άνω των εξήντα-πέντε ετών, δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμη με την μεγάλη ηλικία, ούτε βέβαια και φυσικό επακόλουθο των γηρατειών, αφού κάθε άνθρωπος όποια και αν είναι η ηλικία του μπορεί να προσβληθεί από τη συγκεκριμένη ασθένεια.<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> <http://www.alzheimerinfo.de/Alzheimer/symptome/warnsymptome>

<sup>36</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π



## 2. 3. ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ

Με τον όρο άνοια περιγράφεται η επίμονη και σταδιακή έκπτωση της νοητικής λειτουργίας, η οποία μπορεί να επηρεάσει τρεις τουλάχιστον από τους ακόλουθους τομείς πνευματικής λειτουργίας, την ομιλία, τη μνήμη, την οπτική αντίληψη του χώρου, τη συναισθηματική ζωή, την προσωπικότητα και τα γνωστικά ζητήματα. Υπάρχουν διάφοροι τύποι άνοιας, οι οποίοι ταξινομούνται σύμφωνα με την αιτιολογία εμφάνισής της. Η νόσος του Alzheimer είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος άνοιας. Στη συνέχεια ακολουθεί η αγγειακή άνοια. Αυτή προκαλείται από μια σειρά μικρών εγκεφαλικών επεισοδίων (έμφρακτα) που επηρεάζουν την παροχή αίματος στον εγκέφαλο. Παρ' όλο που τα έμφρακτα αυτά είναι πολύ μικρά, ο συνδυασμός τους μπορεί να οδηγήσει το άτομο να δυσκολεύεται να σκεφτεί, να θυμηθεί, να επικοινωνήσει. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις μπορεί να οφείλονται σε πολλά αίτια, π.χ. να είναι αποτέλεσμα Aids, νόσου Μπινσβάνγκερ, νόσου του Creutzfeldt – Jakob, κατάθλιψης, διάχυτη νόσου σωματίων του Lewy, σύνδρομο Gerstmann – Straussler – Scheinker, νόσου του Huntington, μεταβολικών νοσημάτων, νόσου του Pick και νόσο του Parkinson, καθώς και αποτέλεσμα χρήσης φαρμάκων. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στους συνηθέστερους τύπους άνοιας, οι οποίοι είναι:<sup>37 38 39 40 41</sup>

### ➤ Άνοια Τύπου Alzheimer

Στη νόσο του Alzheimer, η οποία είναι μια εκφυλιστική νόσος παρατηρείται μια αργή και σταθερή καταστροφή των εγκεφαλικών κυττάρων. Ο συγκεκριμένος τύπος της άνοιας συνήθως προσβάλλει τη μνήμη και τη νοητική λειτουργία, αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε άλλα προβλήματα, όπως σε σύγχυση, αλλαγές στη διάθεση και αποπροσανατολισμό σε χρόνο και χώρο.<sup>42 43 44 45 46 47</sup>

Αρχικά τα συμπτώματα της νόσου μπορεί να είναι τόσο ήπια, ώστε να περνούν απαρατήρητα τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στους συγγενείς τους. Στη πορεία όμως γίνονται τόσο έντονα ώστε να είναι ολοένα και πιο εμφανή και αρχίζουν να εμπλέκονται με την καθημερινή εργασία και τις κοινωνικές δραστηριότητες. Παρουσιάζοντας δυσκολίες στις καθημερινές του ασχολίες, όπως το ντύσιμο, το πλύσιμο, η τουαλέτα. Στη συνέχεια γίνονται

---

<sup>37</sup> file:// G: \ Alzheimer \ DSL German Seniors – Alzheimer Erkrankung. htm

<sup>38</sup> Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, ό.π

<sup>39</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>40</sup> <http://de.wikipedia.org/wiki/Alzheimer-Krankheit>

<sup>41</sup> Μετάφραση: Οικονομοπούλου Ν., Σύγχρονη Ψυχολογία, Τόμος 2 και 4, Αθήνα, Ευρωεκδοτική

<sup>42</sup> Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, ό.π

<sup>43</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>44</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>45</sup> Μετάφραση: Οικονομοπούλου Ν., Σύγχρονη Ψυχολογία, ό.π

<sup>46</sup> file:// G: \ Alzheimer \ DSL German Seniors – Alzheimer Erkrankung. htm

<sup>47</sup> Ζώντας με τη Νόσο Αλτσαϊμερ

τόσο σοβαρές ώστε με την πάροδο του χρόνου, ο ασθενής να εξαρτάται ολοκληρωτικά από τους άλλους. Η νόσος του Alzheimer δεν είναι μεταδοτική. Είναι μια ανίατη ασθένεια. Ωστόσο οι περισσότεροι προσβαλλόμενοι από αυτή τη νόσο συνήθως πεθαίνουν από κάποιες “ επιπλοκές ”, όπως είναι η πνευμονία, παρά από την ίδια τη νόσο. Εάν όμως η άνοια ξεκινά σε προχωρημένη ηλικία, οι επιπλοκές τείνουν να είναι λιγότερο σοβαρές.<sup>48 49 50 51 52</sup>

Στο παρελθόν ο όρος «νόσος του Alzheimer» ήταν συνώνυμη μιας μορφής προγεροντικής άνοιας, αντιδιαστέλλοντάς την από τη γεροντική άνοια. Σήμερα είναι πλέον γνωστό ότι η νόσος μπορεί να προσβάλλει άτομα, τόσο άνω όσο και κάτω των εξήντα- πέντε ετών. Κατά συνέπεια λοιπόν, η νόσος συχνά μπορεί να αναφέρεται ως προγεροντική ή γεροντική άνοια του τύπου Alzheimer, ανάλογα με τη ηλικία του ασθενούς.<sup>53 54</sup>

Από έρευνες που έχουν γίνει δεν υπάρχουν ενδείξεις πως κάποια συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων έχει τις μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθεί από τη νόσο Alzheimer. Παρόλο που το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων να προσβληθεί από άνοια, δεν είναι απόλυτο ότι η μόρφωση, η φυλή, η κοινωνικό – οικονομική κατάσταση, η γεωγραφική θέση είναι οι καθοριστικοί παράγοντες. Οι ερευνητές, από μελέτες που έχουν κάνει, μπορούν να προτείνουν κάποιους παράγοντες κινδύνου, να αναφέρουν δηλαδή ότι ορισμένοι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες από άλλους να νοσήσουν από άνοια. Αυτό δε σημαίνει απαραίτητα ότι η ασθένεια οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα, αλλά ότι πιθανότατα να υπάρχει συνδυασμός παραγόντων, ο οποίος να οδηγεί στην άνοια. Η Άνοια Τύπου Alzheimer εμφανίζεται συχνά σε άτομα άνω των εξήντα – πέντε ετών και πολύ σπάνια σε άτομα κάτω των εξήντα – πέντε. Βέβαια πρέπει να αναφέρουμε ότι όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι το άτομο, τόσο αυξάνονται και οι πιθανότητες κάποια στιγμή να νοσήσει από άνοια. Έρευνες έδειξαν πως από τη στιγμή που οι άνθρωποι πλέον ζουν περισσότερα χρόνια, ο αριθμός των ατόμων με νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας κατά πάσα πιθανότητα να αυξηθούν. Επίσης υπάρχουν μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τη συγκεκριμένη ασθένεια παρά οι άνδρες. Αυτό όμως μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες σαν ομάδα πληθυσμού ζουν περισσότερο από τους άνδρες. Αν οι άνδρες ζούσαν όσο και οι γυναίκες, τότε πιθανότατα να παρατηρούσαμε έναν ίσο αριθμό ανδρών και γυναικών με άνοια. <sup>55 56</sup>

---

<sup>48</sup> file:// G:\ Alzheimer \ DSL German Seniors – Alzheimer Erkrankung. htm

<sup>49</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>50</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>51</sup> Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, ό.π

<sup>52</sup> Ζώντας με τη Νόσο Αλτσαϊμερ

<sup>53</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>54</sup> Τσολάκη Μ., Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>55</sup> Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, ό.π

<sup>56</sup> Τσολάκη Μ., Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

Η Άνοια Τύπου Alzheimer στην πλειονότητα δεν είναι κληρονομική. Δεν προσβάλλεται το άτομο από τη νόσο, λόγω κάποιων γονιδίων που πήρε από τους γονείς του. Ακόμη και αν αρκετά μέλη μιας οικογένειας πάσχουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια δεν είναι απόλυτο ότι όλα τα μέλη θα νοσήσουν, αφού οι περισσότερες των περιπτώσεων δεν έχουν γενετικό υπόβαθρο. Η εμφάνιση της άνοιας σε ηλικιωμένους άνω των εξήντα – πέντε ετών είναι τόσο συχνή, που δεν είναι καθόλου απίθανο να νοσήσουν ένα ή δυο άτομα μιας οικογένειας. Ο κάθε άνθρωπος κινδυνεύει από την εμφάνιση της νόσου Alzheimer σε κάποια χρονική στιγμή, ανεξάρτητα αν υπάρχει στην οικογένεια κάποιο άτομο με τη συγκεκριμένη νόσο. Σήμερα βέβαια, είναι γνωστό ότι υπάρχει ένα γονίδιο, το οποίο αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου. Το γονίδιο αυτό είναι υπεύθυνο για την παραγωγή μιας πρωτεΐνης που ονομάζεται απολιποπρωτεΐνη E(ApoE) και βρίσκεται στο χρωμόσωμα 19. Η συγκεκριμένη πρωτεΐνη δεν προκαλεί τη νόσο, αλλά αυξάνει μόνο τις πιθανότητες εμφάνισης της.<sup>57 58 59</sup>

Είναι παρά πολύ σπάνιο η νόσος του Alzheimer να κάνει την εμφάνιση της σε οικογένειες, λόγω γενετικής διαταραχής. Τα μέλη των συγκεκριμένων οικογενειών θα έχουν κληρονομήσει από έναν από τους γονείς τους εκείνο το τμήμα του DNA που προκαλεί τη νόσο. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ηλικία έναρξης της νόσου τείνει να είναι σχετικά μικρή, συνήθως μεταξύ τριάντα-πέντε και εξήντα ετών. Η έναρξη της νόσου συνήθως είναι σταθερή μέσα στην οικογένεια.<sup>60 61 62</sup>

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κάποια προληπτική ή θεραπευτική αγωγή, η οποία να εμποδίζει την εξέλιξη της ασθένειας. Βέβαια υπάρχει, τα τελευταία χρόνια, πρόοδος στην ανάπτυξη χολινεργικών φαρμάκων, τα οποία επιδρούν θετικά στα συμπτώματα της νόσου.<sup>63 64</sup>

Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που πάσχουν από Άνοια Τύπου Alzheimer έχουν έλλειψη κάποιας χημικής ουσίας, η οποία είναι υπεύθυνη για τη μεταβίβαση μηνυμάτων από ένα κύτταρο σε άλλο. Η φαρμακευτική αγωγή βελτιώνει σε ορισμένους ασθενείς τη μνήμη και τη συγκέντρωση, αλλά και άλλες γνωστικές ικανότητες. Μερικές φορές τα φάρμακα βοηθούν τους ασθενείς στις καθημερινές του δραστηριότητες, αφού αναστέλλουν την επιδείνωση των συμπτωμάτων.<sup>65</sup>

---

<sup>57</sup> Ζώντας με τη Νόσο Αλτσχάιμερ,

<sup>58</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>59</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>60</sup> Ζώντας με τη Νόσο Αλτσχάιμερ

<sup>61</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>62</sup> Μάνος Ν., Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, ό.π

<sup>63</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>64</sup> Μάνος Ν., Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, ό.π

<sup>65</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

Στη συνέχεια θα αναφέρουμε τα στάδια στα οποία μπορούμε να διαχωρίσουμε την ΑΤΑ, τα οποία είναι τα εξής τέσσερα:

❖ Στάδιο 1<sup>ο</sup> (διαρκεί 2-4 έτη, ο ασθενής αντιστοιχεί στην ηλικία των 9 ετών)

- Λειτουργική κατάσταση: ελαφριά σύγχυση στις καθημερινές δραστηριότητες.
- Γνωστική κατάσταση: ελαφρά σύγχυση σε μνήμη, προσοχή, εκτελεστική λειτουργία, γλώσσα, προσανατολισμό και έννοιες αριθμών.
- Ο ασθενής είναι ακόμα ανεξάρτητος.

❖ Στάδιο 2<sup>ο</sup> (διαρκεί 2-4 έτη, ο ασθενής αντιστοιχεί στην ηλικία των 5 ετών)

- Λειτουργικότητα: δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες, ελαφρά ψυχιατρικά συμπτώματα.
- Γνωστική κατάσταση: μερική σύγχυση σε μνήμη, προσοχή, εκτελεστική λειτουργία, γλώσσα, προσανατολισμό και έννοιες αριθμών.
- Ο ασθενής έχει ανάγκη συνοδού.

❖ Στάδιο 3<sup>ο</sup> (διαρκεί 2-4 έτη, ο ασθενής αντιστοιχεί στην ηλικία των 2-3 ετών)

- Λειτουργικότητα: μεγάλες δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες, ψυχιατρικά συμπτώματα. Δεν μπορεί πλέον να ντυθεί, να πλυθεί μόνος του και έχει ψευδαισθήσεις.
- Γνωστική κατάσταση: πλήρη σύγχυση σε μνήμη, προσοχή, εκτελεστική λειτουργία, γλώσσα, προσανατολισμό και έννοιες αριθμών. Έχει απάθεια, δεν θυμάται ονόματα.
- Πλήρης νοητική σύγχυση και απροποσανατολισμός.

❖ Στάδιο 4<sup>ο</sup> (διαρκεί 6 μήνες-2 έτη, ο ασθενής αντιστοιχεί στην ηλικία των 2 μηνών - 1 έτους)

- Εξαιρετικά σοβαρός διανοητικός αποπροσανατολισμός.
- Παλινδρόμηση σε εμβρυακή κατάσταση.
- Αδυναμία επικοινωνίας με το περιβάλλον.
- Απώλεια κινητικών ικανοτήτων.
- Αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα.
- Αναπνευστικά προβλήματα.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/07

### ➤ Αγγειακή Άνοια

Η αγγειακή άνοια είναι η δεύτερη, μετά τη νόσο Alzheimer, σε συχνότητα άνοια. Η συγκεκριμένη άνοια επέρχεται όταν η παροχή αίματος σε μικρές περιοχές του εγκεφάλου παρεμποδίζεται με αποτέλεσμα σε αυτές τις περιοχές να πεθαίνουν τα εγκεφαλικά κύτταρα. Η αγγειακή άνοια προκαλείται από πολλαπλά εγκεφαλικά, τα οποία μπορούν να δημιουργούνται από θρόμβους που μπλοκάρουν τα αγγεία και εμποδίζουν τη φυσιολογική ροή του αίματος ή και από υψηλή αρτηριακή πίεση που κάνει τα αγγεία να σπάνε.<sup>67 68</sup>

Η έναρξη της αγγειακής άνοιας μπορεί να είναι απότομη ή σταδιακή. Η απώλεια της βραχύχρονης μνήμης είναι συνήθως το πρώτο σύμπτωμα που παρατηρείται. Στη συνέχεια εμφανίζονται όλο και περισσότερες απώλειες ικανοτήτων, καθώς υπάρχουν αρκετά μικρά εγκεφαλικά επεισόδια. Η συγκεκριμένη νόσος παρουσιάζει σταθερή πορεία επιδείνωσης των νοητικών και ψυχικών λειτουργιών και στη συνέχεια εμφανίζει σταθεροποίηση ή ακόμα και βελτίωση για ένα διάστημα μόνο και μόνο για να ακολουθήσει η επιδείνωση.<sup>69 70</sup>

Προς το παρόν δεν υπάρχει θεραπεία για την αγγειακή άνοια, αλλά υπάρχει η δυνατότητα του ελέγχου της αρτηριακής πίεσης μέσω δίαιτας, σωματικής άσκησης και φαρμάκων να αποτελεί έναν από τους κυριότερους τρόπους πρόληψης της πολυεμφρακτικής άνοιας.<sup>71 72</sup>

### ➤ Άνοια με σωματίδια Lewy

Η Άνοια με σωματίδια Lewy είναι η τρίτη σε συχνότητα άνοια μετά την Άνοια Τύπου Alzheimer και την Αγγειακή Άνοια. Η ηλικία έναρξης είναι συνήθως τα εβδομήντα-πέντε έτη. Η εξέλιξη της ασθένειας είναι σύντομη.

Στα πρώτα στάδια οι διαταραχές της μνήμης είναι ήπιες. Στη συνέχεια παρουσιάζεται συνολική νοητική έκπτωση, η οποία επηρεάζει φυσικά την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Επίσης αντιμετωπίζει διαταραχές προσοχής, διαταραχές οπτικοχωρικών κατασκευαστικών δεξιοτήτων και έκπτωση σύνθετων εκτελεστικών λειτουργιών.<sup>73</sup>

Ο ασθενής μπορεί να παρουσιάζει διακύμανση της νοητικής του ικανότητας με μεγάλες αλλαγές των επιπέδων προσοχής, εγρήγορσης, υπνηλίας, αδράνειας, οι οποίοι εναλλάσσονται εντυπωσιακά με περιόδους σχεδόν φυσιολογικής νοητικής κατάστασης και καθημερινής

---

<sup>67</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>68</sup> Μετάφραση: Οικονομοπούλου Ν., Σύγχρονη Ψυχολογία

<sup>69</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>70</sup> Ζώντας με τη Νόσο Αλτσχάιμερ

<sup>71</sup> Ζώντας με τη Νόσο Αλτσχάιμερ

<sup>72</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>73</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

λειτουργικότητας. Οι αλλαγές αυτές είναι χαρακτηριστικές και συμβαίνουν σε μεσοδιαστήματα ωρών ή και ημερών.<sup>74</sup>

➤ **Η Άνοια στη νόσο του Parkinson**

Στη νόσο του Parkinson παρατηρούμαι μια προοδευτικά επιδεινούμενη νευροεκφυλιστική νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται κλινικά από ασύμμετρη βραδυκίνησια, δυσκαμψία, τρόμο ηρεμίας και αδυναμία αντισταθμιστικών κινήσεων. Τα συμπτώματα, τα οποία παρουσιάζουν οι ασθενείς δεν τους εμποδίζουν στις καθημερινές του δραστηριότητες, καθώς η δυσκολία στην ομιλία, και στη σκέψη είναι ήπιες. Ωστόσο υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών, οι οποίοι αναφέρουν ότι ξεχνούν και ότι δυσκολεύονται να παρακολουθήσουν συνομιλίες, στις οποίες συμμετέχουν περισσότερα άτομα. Πιθανότατα τα συμπτώματα αυτά να αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα μιας καταθλιπτικής κατάστασης που μπορεί να συνυπάρχει.

Η νόσος του Alzheimer, η χορεία του Huntington, η νόσος του Pick, η νόσος του Creutzfeldt-Jakob, η παρεγκεφαλιδική εκφύλιση, η πολλαπλή σκλήρυνση, η νόσος Wilson, η μεταχρωματική λευκοδυστροφία, οι αδρενολευκοδυστροφίες, η νόσος Tay- Sachs κ.α. είναι μη αναστρέψιμες άνοιες. Ωστόσο υπάρχουν και άνοιες οι οποίες είναι θεραπεύσιμες, όπως η άνοια προκαλούμενη από έλλειψη της βιταμίνης B 12, η άνοια προκαλούμενη από κάποιο όγκο στον εγκέφαλο, η άνοια προκαλούμενη από θυρεοειδή κ.α.<sup>75</sup>

---

<sup>74</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>75</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

## 2. 4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Σύμφωνα με έρευνες ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου Alzheimer αυξάνεται όσο αυξάνεται και η ηλικία του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα σε άτομα άνω των 65 ετών ο κίνδυνος είναι 8 – 10 %, σε άτομα άνω των 75 ετών 18 – 20 %, σε άτομα άνω των 85 ετών 40% και ο κίνδυνος εμφάνισης σε άτομα άνω των 90 ετών ανεβαίνει σε ποσοστό 47 %.

Ο επιπολασμός της άνοιας σε άτομα άνω των 70 ετών είναι 10% και στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 6 %. Σύμφωνα με στοιχεία στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 100 – 120.000 διαγνωσμένοι ανοϊκοί. Ωστόσο θεωρείται ότι ο αριθμός των ανοϊκών είναι μεγαλύτερος, διότι η διάγνωση συνήθως μπαίνει μετά το θάνατο του ασθενή και αυτό συμβαίνει γιατί ενημέρωση συνήθως είναι ελλιπής.

Επίσης υπάρχουν μελέτες, οι οποίες δείχνουν πως οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τη συγκεκριμένη νόσο σε σχέση με τους άντρες. Αυτό όμως μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερα χρόνια από τους άντρες.<sup>76 77</sup>

---

<sup>76</sup>Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/07

<sup>77</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

## 2. 5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η αιτιολογία εμφάνισης της άνοιας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και αφορά γενετικούς, δημογραφικούς, κοινωνικούς, συμπεριφορικούς, ψυχοσωματικούς, αγγειακούς και άλλους παράγοντες κινδύνου. Κάποιοι από αυτούς ελέγχονται και κάποιοι όχι.

### 1. Γενετικοί παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες είναι από αυτούς που δεν μπορούμε να ελέγξουμε. Αυτοί είναι το γήρας, το οικογενειακό ιστορικό, το σύνδρομο Down και τα γονίδια. Από μελέτες είναι σήμερα πλέον γνωστό, ότι υπάρχει ένα γονίδιο, το οποίο βρίσκεται στο χρωμόσωμα 19 και είναι υπεύθυνο για την παραγωγή μιας πρωτεΐνης που ονομάζεται απολιποπρωτεΐνη E (ApoE) μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της άνοιας. <sup>78 79 80</sup>

### 2. Δημογραφικοί παράγοντες

Διάφορες έρευνες υποστηρίζουν πως οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τη νόσο απ' ότι οι άνδρες. Επίσης παρουσιάζουν περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα, καθώς και μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου. Οι συγκεκριμένες έρευνες όμως χρήζουν περαιτέρω μελέτης, αφού υπάρχουν διαφορές του μέσου όρου ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Το μορφωτικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας, ο οποίος δημιουργεί κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου και συνδυαστικά αποτελούν ένα εύλογο υπόστρωμα για την εκδήλωση άνοιας. Ωστόσο όμως έχει αποδειχθεί ότι έχουν προσβληθεί και άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Οπότε χρήζει και αυτός ο παράγοντας περαιτέρω έρευνα. <sup>81 82 83</sup>

### 3. Κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες

Η ποιότητα και η ένταση της εργασίας, το stress, η ανεργία, οι διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ και άλλων ουσιών αποτελούν κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους και συνήθειες, οι οποίες ελέγχονται και ερευνώνται προκειμένου να αποσαφηνιστεί η σχέση τους με την άνοια. Το κάπνισμα σε σχέση με την Άνοια έχει διπλό ρόλο. Σε καπνιστές χωρίς οικογενειακό ιστορικό αποτελεί παράγοντα κινδύνου. <sup>84 85 86</sup>

---

<sup>78</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>79</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>80</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμμερ, ό.π

<sup>81</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>82</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>83</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμμερ, ό.π

<sup>84</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>85</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)



#### 4. Ψυχοσωματικοί παράγοντες – Παθήσεις – Κακώσεις

Αποτελέσματα διαφόρων επιδημιολογικών μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί, αποδεικνύουν πως η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για άνοια, καθώς και ότι οι ήπιες γνωστικές διαταραχές αυξάνουν την πιθανότητα για εκδήλωση της άνοιας. Το 10-15% ασθενών με Ήπια Νοητική Διαταραχή εξελίσσεται σε ασθενείς με Άνοια και το 12% αναπτύσσουν Άνοια μέσα σε ένα χρόνο. Σχετικά πρόσφατη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι οι ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν ταυτόχρονα παρουσία APOE ε4 με αθηροσκλήρυνση, περιφερική αγγειακή νόσο ή σακχαρώδη διαβήτη εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης γνωστικών διαταραχών από εκείνους χωρίς APOE ε4 ή υποκλινική εγκεφαλική αγγειακή νόσο. Επίσης υπάρχουν ενδείξεις, οι οποίες υποστηρίζουν πως το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο επιβαρύνει τις γνωστικές λειτουργίες κατά τα πρώτα στάδια της άνοιας. Άλλοι αγγειακοί παράγοντες είναι η υπερχοληστεριναιμία, υπερομοκυστειναιμία και η παχυσαρκία.

Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για άνοια, εκτός εάν συνδυάζεται με την παρουσία του αλληλόμορφου γονιδίου ε4 της APOE.

Ένας επιπρόσθετος παράγοντας κινδύνου για άνοια είναι η λήψη διαφόρων φαρμάκων, τα οποία είναι πιθανόν να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές σε ευαίσθητα άτομα. Τέτοια φάρμακα είναι τα αντιχολινεργικά, οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι παλαιότερες γενεές αντιυπερτασικών φαρμάκων. <sup>87 88</sup>

---

<sup>86</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>87</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>88</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

## 2. 6. ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σε διεθνές επίπεδο γίνονται μελέτες οι οποίες προσπαθούν να παρουσιάσουν και να αξιολογήσουν τους προφυλακτικούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη συχνότητα εκδήλωσης ή τον ρυθμό εξέλιξης της άνοιας. Στη συνέχεια θα αναφέρουμε μερικούς από τους παράγοντες αυτούς, οι οποίοι είναι:

### 1. Η εργασία, η σωματική και πνευματική άσκηση

Η εργασία και η δημιουργική απασχόληση του ατόμου στον ελεύθερό του χρόνο τον βοηθάει στην ψυχοσωματική του εγρήγορση και στη διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών του σε ικανοποιητικό επίπεδο. Η συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες και η σωματική και πνευματική άσκηση, έστω μισή ώρα ημερησίως, καθώς και η συνεχής εκπαίδευση και ενεργοποίηση, ανήκουν στους τρόπους προφύλαξης.<sup>89 90 91</sup>

### 2. Διατροφή

Για την διατήρηση του επιπέδου υγείας του ατόμου βασική προϋπόθεση αποτελεί και η ισορροπημένη διατροφή του. Η κατανάλωση τροφίμων με θρεπτικές ουσίες και η ελάχιστη πρόσληψη εκείνων χαμηλής ποιότητας, πιθανόν να λειτουργούν προφυλακτικά ως προς την άνοια. Μια σωστή διατροφή αποτελεί η Μεσογειακή δίαιτα.<sup>92 93 94</sup>

### 3. Αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών και κυρίως του κρασιού, χωρίς όμως υπερβάσεις και σε συνδυασμό με μια καλή διατροφή, πιθανότατα να βοηθάει στην προφύλαξη από την άνοια.<sup>95</sup>  
96 97

### 4. Κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι μια διαδεδομένη κοινωνική συμπεριφορά και έχει τεκμηριωθεί ότι επιφέρει βλάβες στην υγεία. Ωστόσο πορίσματα ερευνών οδηγούν στο συμπέρασμα πως το κάπνισμα σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό άνοιας μπορεί να είναι προφυλακτικός παράγοντας και να καθυστερήσει την εξέλιξη της νόσου.<sup>98 99 100</sup>

---

<sup>89</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>90</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>91</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>92</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>93</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>94</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>95</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>96</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>97</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>98</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

### 5. Αντιμετώπιση αγγειακών και άλλων προβλημάτων

Η αντιμετώπιση της συστολικής πίεσης με τη σωστή φαρμακευτική αγωγή έχει δείξει πως συνεισφέρει στο να μειωθούν οι επιπτώσεις της άνοιας μέχρι και 50 %. Το ίδιο και η αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης.<sup>101 102 103</sup>

### 6. Χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων

Έχει διαπιστωθεί μείωση της επίπτωσης της νόσου σε άτομα που καταναλώνουν αντιφλεγμονώδη φάρμακα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Και αυτό γιατί τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα επιβραδύνουν ή ακόμα και αναστέλλουν την εξέλιξη των παθοφυσιολογικών σταδίων της άνοιας.<sup>104 105 106</sup>

### 7. Υποκατάσταση με οιστρογόνα

Η λήψη οιστρογόνων δρα θετικά στην άνοια, επιφέροντας νευρωνική επανόρθωση, επιβραδύνοντας ή ακόμα και προλαμβάνοντας τη νόσο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός πως τα οιστρογόνα επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία, ενεργοποιούν μηχανισμούς για την αποκατάσταση των νευρώνων που έχουν υποστεί βλάβες κατά την εξέλιξη της νόσου και μειώνουν τη συσσώρευση αμυλοειδούς μεταξύ των νευρωνικών κυττάρων.<sup>107 108 109</sup>

---

<sup>99</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>100</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ, ό.π

<sup>101</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>102</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>103</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ, ό.π

<sup>104</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>105</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ, ό.π

<sup>106</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

<sup>107</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>108</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ, ό.π

<sup>109</sup> [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ

#### 3. 1. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.

##### ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗΣ

« Από τη στιγμή που παρουσιάζονται στο άτομο μνημονικές δυσκολίες οι γιατροί έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν αρκετά εργαλεία ώστε να επαληθεύσουν ή να απορρίψουν τη διάγνωση τους. Εκτός από το ατομικό και το οικογενειακό ιστορικό για το οποίο οφείλει ο γιατρός να ενημερωθεί πρέπει να υποβάλλει τον ασθενή και σε μορφολογικές εξετάσεις, όπως σπινθηρογράφημα, μαγνητική τομογραφία, ντόπλερ και αγγειακό υπερηχογράφημα, οι οποίες αποσκοπούν στην παροχή σταθερών εικόνων, των εγκεφαλικών τομών πάνω στις οποίες μπορεί να δει πιθανές ανωμαλίες. Επίσης ο ασθενής υποβάλλεται και σε λειτουργικές εξετάσεις, όπως ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, προκλητά δυναμικά, μετρήσεις ροής αίματος και εγκεφαλικού μεταβολισμού, οι οποίες δείχνουν πως λειτουργούν οι δομές που έχουμε δει. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι μια φυσιολογική απεικόνιση δεν προδικάζει σε απόλυτο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο εγκέφαλος σημαίνει απλώς ότι δεν εντοπίζεται κάποια μακροσκοπική βλάβη (ατροφία, όγκος, μαλάκυνση κ.λ.π.). Ωστόσο, οι ίδιες οι νευρολογικές εξετάσεις επιτρέπουν την αντικειμενοποίηση ενός προβλήματος ή μιας ελλειμματικής κατάστασης, την ποσοτικοποίηση του παραπόνου του ασθενή, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση του, την εξέλιξη του προβλήματος και τον τρόπο με τον οποίο αυτό εξελίσσεται ».<sup>110</sup>

Είναι πολύ σημαντικό ο γιατρός να ζητήσει όλες τις παραπάνω εξετάσεις από τον ασθενή, ώστε να έχει μια πλήρη εικόνα της κατάστασης του ασθενή και επίσης να μπορεί πλέον αξιόπιστα να απορρίψει άλλες ασθένειες, οι οποίες θα μπορούσαν να ευθύνονται για τα συγκεκριμένα συμπτώματα. Μετά τη διάγνωση οι ασθενείς ζουν κατά μέσο όρο οχτώ χρόνια. Αυτό έχει να κάνει με την ποιότητα της φροντίδας που θα έχει.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στην χρησιμότητα της κάθε εξέτασης.

#### 3. 1. 1. Οι μορφολογικές εξετάσεις:

α) Με το σπινθηρογράφημα του εγκεφάλου, το οποίο χρησιμοποιεί ακτίνες X επιτρέπεται, χάρη στην επεξεργασία του σήματος μέσω του υπολογιστή, η λήψη εικόνων από τις ανατομικές τομές του εγκεφάλου, όπου διακρίνονται σαφώς η πυκνότητα του εγκεφαλικού ιστού και η μορφολογία των ημισφαιρίων, δεν διακρίνονται όμως λεπτομέρειες μεγέθους

<sup>110</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

κατωτέρου από τρία χιλιοστά. « Σε περίπτωση που υπάρχουν προβλήματα μνήμης η εξέταση αυτή σπάνια δείχνει συγκεκριμένες αλλοιώσεις, εκτός από ορισμένες φορές – στη νόσο του Alzheimer -που μπορεί να δείξει μια ίσως ασύμμετρη απλή διάχυτη εγκεφαλική ατροφία ». Ουσιαστικά το σπινθηρογράφημα χρησιμεύει για τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων. <sup>111</sup>

β) Η απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία είναι μια πρόσφατη, αλλά και αποτελεσματική τεχνική, στην οποία ο εγκεφαλικός ιστός υποβάλλεται σε ένα μαγνητικό πεδίο όπου εκπέμπει κύματα που μετά από την επεξεργασία στον υπολογιστή επιτρέπουν την αναδόμηση εικόνων εξαιρετικής διαύγειας και την τέλεια διάκριση της λευκής ουσίας από τη φαιά. « Ούτε εδώ υπάρχουν ειδικές εικόνες της νόσου του Alzheimer. Η μαγνητική τομογραφία είναι κυρίως χρήσιμη για διαφορική διάγνωση της νόσου: για παράδειγμα, προκειμένου να φανούν αγγειακές ανωμαλίες, όπως οι συνέπειες πολλαπλών μικροεμφράκτων, ή ανωμαλίες στη λευκή ουσία που δείχνουν τον αντίκτυπο της αρτηριακής πίεσης στον εγκέφαλο και ο οποίες μερικές φορές δεν έχουν ληφθεί υπόψη ». <sup>112</sup>

γ) Το ντόπλερ και το αγγειακό υπερηχογράφημα είναι αξιόπιστες, απλές και ανώδυνες εξετάσεις. Για τις συγκεκριμένες εξετάσεις χρησιμοποιούνται υπέρηχοι ώστε να μελετηθεί η εγκεφαλική κυκλοφορία. Με αυτόν τον τρόπο απεικονίζονται τα τοιχώματα των μεγάλων αγγείων που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο (καρωτίδες και σπονδυλικές αρτηρίες) και εκεί μπορούν να αποκαλυφθούν πιθανά εμπόδια στη ροή του αίματος (πλάκες αθηρωματοσκλήρυνσης, έλκη, στενώσεις, αποφράξεις). « Η ανάλυση της διαπερατότητας των ενδοκρανιακών αγγείων ανήκει στη σφαίρα των δραστηριοτήτων του διακρανιακού ντόπλερ ». Με αυτή τη μέθοδο γίνονται εμφανής κυκλοφοριακές ανωμαλίες μεγάλης διαγνωστικής αξίας σε περίπτωση προβλημάτων μνήμης, οι οποίες παρουσιάζονται σε έναν ασθενή με αρτηριακή υπέρταση ή υψηλή χοληστερίνη. <sup>113</sup>

### **3. 1. 2. Οι λειτουργικές εξετάσεις:**

α) Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, η καταγραφή δηλαδή της ηλεκτρικής δραστηριότητας των εγκεφαλικών νευρώνων μέσω ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στο τριχωτό της κεφαλής δίνει τη δυνατότητα στο γιατρό να δει αν η ηλεκτρική δραστηριότητα είναι φυσιολογική για την ηλικία του ατόμου ή αν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα και που είναι αυτά: σημεία άγχους, υπερβολικό φαρμακευτικό φορτίο, κακή εγκεφαλική κυκλοφορία, αύξηση των βραδέων κυμάτων κ.λ.π. Όταν υπάρχει μεμονωμένο μνήμης, η διαπίστωση βραδέων κυμάτων μπορεί να έχει προγνωστική αξία, μπορεί δηλαδή να προαναγγέλλει την εμφάνιση

<sup>111</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>112</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>113</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

μιας περισσότερο καθολικής βλάβης. « Στην περίπτωση της νόσου του Alzheimer υπάρχει στατιστικά αύξηση των κυμάτων θήτα και δέλτα και ελάττωση του άλφα και βήτα ρυθμού. Η εγκεφαλική χαρτογράφηση (ποσοτικοποίηση με τη βοήθεια υπολογιστή των διαφορετικών εγκεφαλικών ρυθμών) έχει το πλεονέκτημα της μεγαλύτερης εξειδίκευσης των δεδομένων του τυπικού ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος ». <sup>114</sup>

β) « Τα προκλητά δυναμικά του φλοιού, τα οποία αντιπροσωπεύουν την υποχρεωτική ηλεκτρική ανταπόκριση του εγκεφάλου σε ένα εξωτερικό ερέθισμα, επιτρέπουν την ποσοτικοποίηση μιας πιθανής νοητικής εξασθένησης και την επαλήθευση της έντασης ενός μνημονικού παραπόνου. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, υπολογίζουμε το χρόνο που περνά από τη στιγμή του ερεθίσματος μέχρι την εμφάνιση των βραδέων κυμάτων, δηλαδή τα γνωστικά δυναμικά που έχουν σχέση με τις λειτουργίες της σύνθεσης, της προσοχής, της συγκέντρωσης και της μνήμης ». Τα συγκεκριμένα δυναμικά παρουσιάζουν μεγαλύτερη επιβράδυνση και μικρότερο εύρος ανάλογος πόσο σημαντική είναι η έκπτωση των νοητικών ικανοτήτων. « Σε περιπτώσεις κατάθλιψης και ελαφριάς αμνησίας που έχουν σχέση με την ηλικία τα γνωστικά προκλητά δυναμικά είναι φυσιολογικά ή δείχνουν ελάχιστες αλλοιώσεις. Αντίθετα, παρουσιάζουν αρκετή επιβράδυνση όταν υπάρχουν οργανικά προβλήματα μνήμης, όπως η νόσος του Alzheimer ». <sup>115</sup>

γ) Η άμεση μέτρηση της ροής του αίματος γίνεται μέσω της κατανομής μιας ανιχνευόμενης ουσίας (εδώ το αέριο Ξένον 133) η οποία , αφού χορηγηθεί, κυκλοφορεί στα εγκεφαλικά αγγεία, διαχέεται στους ιστούς και εξαφανίζεται. « Η ταχύτητα της εξαφάνισης αντανακλά το επίπεδο της ενδοεγκεφαλικής ροής αίματος ». <sup>116</sup> Με το συγκεκριμένο τρόπο παρατηρείται σημαντική ελάττωση της ροής του αίματος στις παθολογικές περιπτώσεις νοητικής έκπτωσης και έτσι μπορεί να διαφοροποιηθεί μια εκφυλιστική βλάβη από μια αγγειακή αλλοίωση. Η εν λόγω εξέταση έχει μεγάλη σημασία όταν υπάρχει μνημονική έκπτωση, καθώς μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Αμερική έχουν δείξει ότι η ροή του αίματος συχνά αλλάζει δυο χρόνια πριν την εμφάνιση των πρώτων σαφών ενδείξεων αγγειακής εγκεφαλικής γήρανσης.

δ) « Η τομογραφία με εκπομπή ποζιτρονίων μπορεί να συμβάλει ιδιαίτερα στη διάγνωση αξιολογώντας από ποσοτική άποψη τις τιμές απορρόφησης της γλυκόζης και της πρόσληψης του οξυγόνου στις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου ». <sup>117</sup> Οι συγκεκριμένες τεχνικές

<sup>114</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ, ό.π

<sup>115</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ, .ο.π

<sup>116</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ, ό.π

<sup>117</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ, ό.π

απεικόνισης είναι σχετικά εξεζητημένες και χρησιμοποιούνται κυρίως στην κλινική και βασική έρευνα, με σκοπό τη παρατήρηση της λειτουργίας μιας δεδομένης εγκεφαλικής δομής ή εξακρίβωση για το ποια ζώνη ενεργοποιείτε κατά τη διεργασία της απομνημόνευσης. Με αυτό τον τρόπο έγινε γνωστό ότι η απορρόφηση της γλυκόζης μειώνεται σημαντικά κατά τη διάρκεια της εγκεφαλικής γήρανσης, προκαλώντας επιβράδυνση του μεταβολισμού, ενώ εκείνη του οξυγόνου μειώνεται λιγότερο. « Όσο πιο μεγάλη είναι η νοητική έκπτωση, τόσο πιο μηδαμινή θα είναι η απορρόφηση της γλυκόζης έλλειμμα της διάχυσης στις κροταφοβρεγματικές περιοχές συνηγορεί έντονα υπέρ της νόσου του Alzheimer ». <sup>118</sup>

Δυστυχώς παρά την αδιαμφισβήτητη πρόοδο στην αξιολόγηση και τη διάγνωση των ασθενειών της μνήμης, δεν έχει ανακαλυφθεί ακόμη καμία απλή δοκιμασία, η οποία να μπορεί να δώσει καταφατική ή αρνητική απάντηση για το αν πρόκειται για τη νόσο Alzheimer. Πρόσφατα όμως υπήρξε ένα δημοσίευμα των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από τη δοκιμασία της διαστολής της κόρης του οφθαλμού – αν επιβεβαιωθούν αυτά τα δεδομένα – θα σημαίνει σημαντική πρόοδο. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, όταν χορηγείτε ένα συγκεκριμένο κολλύριο, το οποίο εμπεριέχει εξαιρετικά αραιωμένο διάλυμα τροπικαμίδης, οι κόρες του ματιού του ατόμου που έχει προσβληθεί από Alzheimer διαστέλλονται τρεις φορές περισσότερο από εκείνες των υγιών ατόμων. « Η ευαισθησία της δοκιμασίας, που αξιολογείτε μισή ώρα μετά την ενστάλαξη του προϊόντος, θεωρητικά μπορεί να φθάνει το 95 %. Η θεωρητική ανακάλυψη της δοκιμασίας του κολλυρίου βασίζεται στις ομοιότητες που υπάρχουν ανάμεσα στον εγκέφαλο των ατόμων που πάσχουν από Alzheimer και σε εκείνον των τρισωμικών. Ανάμεσα στις ομοιότητες είναι και η υπερευαισθησία στα αντιχολινεργικά, η οποία αποκαλύπτεται, μεταξύ άλλων, από τις αντιδράσεις της κόρης του οφθαλμού μετά τη χορήγηση αυτού του τύπου ουσιών ». <sup>119</sup>

---

<sup>118</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

<sup>119</sup> Rubinstein H., Η Νόσος του Αλτσαϊμερ, ό.π

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η άνοια επηρεάζει το άτομο τόσο στην επαγγελματική του ζωή όσο και στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Κάθε άτομο βέβαια βιώνει με διαφορετικό τρόπο τη πορεία της νόσου και αυτό εξαρτάται από την προσωπικότητα και τον τρόπο ζωής του μέχρι τότε. Το προσβαλλόμενο από τη συγκεκριμένη ασθένεια άτομο περνάει από τρία στάδια, τα οποία είναι το πρώιμο, το μέσο και το όψιμο στάδιο. Στο κάθε στάδιο υπάρχουν κάποια συμπτώματα, τα οποία όμως υπάρχει πιθανότητα να εμφανίζονται σε περισσότερα από ένα στάδια., χωρίς αυτό να σημαίνει απαραίτητα ότι θα εμφανίσει όλα τα συμπτώματα. Στη συνέχεια θα αναφέρουμε τα στάδια και τα συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν στο καθένα από αυτά.

#### 1. Πρώιμο στάδιο

Το πρώιμο στάδιο δε γίνεται άμεσα αντιληπτό από τους συγγενείς ή τους επαγγελματίες και λανθασμένα χαρακτηρίζεται ως κάτι φυσιολογικό λόγω της προχωρημένης ηλικίας. Αυτό το γεγονός στερεί από τον ασθενή τη δυνατότητα της έγκυρη λήψης φαρμάκων όπως είναι η τακρίνη , η οποία πιθανότατα να επιβραδύνει και να αποκόψει την εξέλιξη της νόσου. Επίσης δεν έχει και η οικογένεια του πάσχοντα την ευκαιρία να ενημερωθεί και να προσαρμοστεί κατάλληλα για τα επόμενα στάδια της νόσου.

Στο συγκεκριμένο στάδιο το άτομο μπορεί να παρουσιάζει τα ακόλουθα

- α) δυσκολία στο λόγο
- β) σημαντική απώλεια της μνήμης, κυρίως της βραχυχρόνιας
- γ) αποπροσανατολισμό ακόμα και σε γνωστά μέρη
- δ) έλλειψη πρωτοβουλιών και δραστηριοποίησης
- ε) κατάθλιψη, επιθετικότητα, καθώς και έλλειψη ενδιαφερόντων,
- στ) επανάληψη των ερωτήσεων,
- ζ) δεν βρίσκει τα πράγματα του και κατηγορεί άλλους ότι του τα έκλεψαν,
- η) δεν είναι πλέον σε θέση να διαχειρίζεται τα οικονομικά του ή λογαριασμούς του.
- θ) αφηρημάδα καθώς και κόπωση .<sup>120 121 122 123</sup>

<sup>120</sup> file: // G: \ Alzheimer \ Alzheimer – Krankheit – Wikipedia

<sup>121</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>122</sup> file: // G: \ Alzheimer \ Krankheitsstadien und Symptome. htm

<sup>123</sup> <http://www.Alzheimerinfo.de/Alzheimer/symptome/warnsymptome/>



## 2. Μέσο στάδιο

Καθώς η νόσος προχωρεί, τα συμπτώματα και κατά συνέπεια τα προβλήματα για τον πάσχοντα γίνονται πιο έντονα και πιο συχνά. Το άτομο που πάσχει από άνοια αρχίζει πλέον να δυσκολεύεται να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες. Στο μέσο στάδιο δηλαδή το άτομο μπορεί να παρουσιάζει τα ακόλουθα:

- α) δε θυμάται πλέον πρόσφατα γεγονότα ή και ονόματα οικείων προσώπων
- β) δε μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του, χωρίς δυσκολίες
- γ) βραδύτητα στην ομιλία και κατανόηση των λέξεων
- δ) δυσκολεύεται στην εκτέλεση μαθηματικών πράξεων
- ε) αρχίζει να παρουσιάζει μη φυσιολογικές συμπεριφορές,
- στ) χάνεται στη γειτονιά του αλλά και μέσα στο ίδιο του το σπίτι
- ζ) έχει παραισθήσεις, μελαγχολία, αϋπνία
- η) χρειάζεται βοήθεια στην προσωπική του υγιεινή.<sup>124 125 126 127</sup>

Το άτομο σε αυτό το στάδιο μπορεί να αρχίζει να εξαρτιέται από τους δικούς του ανθρώπους.

## 3. Όψιμο στάδιο

Χαρακτηριστικό του συγκεκριμένου σταδίου είναι η πλήρης πλέον εξάρτηση και έλλειψη κινητοποίησης του ασθενή. Η επίπτωση στη μνήμη είναι πια πολύ σοβαρή. Το ίδιο και στο σώμα, όπου τα σημάδια είναι πλέον πολύ εμφανή. Στο τρίτο αυτό στάδιο το άτομο μπορεί να παρουσιάζει τα ακόλουθα:

- α) έχει δυσκολία στο βάδισμα
- β) δεν είναι σε θέση να μετακινηθεί και χάνεται μέσα στο σπίτι
- γ) δεν αναγνωρίζει συγγενείς, φίλους και οικεία πρόσωπα
- δ) έχει δυσκολία να φάει μόνο του
- ε) δυσκολεύεται να κατανοήσει γεγονότα
- στ) είναι περιορισμένο σε αναπηρική καρέκλα ή στο κρεβάτι
- ζ) παρουσιάζει ακράτεια
- η) επιδεικνύει ακατάλληλη συμπεριφορά σε δημόσιους χώρους<sup>128 129 130</sup>

---

<sup>124</sup> file: // G: \ Alzheimer \ Krankheitsstadien und Symptome. htm

<sup>125</sup> file: // G: \ Alzheimer – Krankheit – Wikipedia. htm

<sup>126</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>127</sup> <http://www.Alzheimerinfo.De/Alzheimer/symptome/warnsymptome/>

<sup>128</sup> file: // G: \ Alzheimer \ Krankheitsstadien und Symptome. htm

<sup>129</sup> file: // G: \ Alzheimer – Krankheit – Wikipedia. htm

<sup>130</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

Όσο προχωράει η νόσος της Άνοιας, ο ασθενής γυρίζει όλο και πιο πίσω. Σιγά σιγά γίνεται και πάλι μωρό. Όταν γνωρίζουμε τα στάδια της νόσου και μπορούμε να καταλάβουμε σε ποιο στάδιο βρίσκεται ένας ασθενής, τότε μπορούμε να ξέρουμε τη νοητική ηλικία στην οποία βρίσκεται. Πρώτα χάνει τις ικανότητες που απέκτησε τελευταία και με αυτόν τον τρόπο εξελίσσεται η νόσος μέχρι να φτάσει στο σημείο να είναι και πάλι μωρό.<sup>131</sup>

---

<sup>131</sup> Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14/01/07

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

#### 5. 1. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Για πάρα πολλά χρόνια οι γιατροί παρατηρούσαν τη συνεχή έκπτωση στις νοητικές λειτουργίες καθώς και στις καθημερινές δραστηριότητες, χωρίς να έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν θεραπευτικά. Τα τελευταία χρόνια έχουν ανακαλυφθεί κάποια φάρμακα, τα οποία ήταν αποτελεσματικά απέναντι στα συμπτώματα της άνοιας και έτσι υπάρχει σήμερα η δυνατότητα της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της άνοιας. Πρέπει όμως να τονίσουμε ότι και η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση γνώρισε μεγάλη πρόοδο στις μέρες μας, καθώς η καλύτερη αντιμετώπιση της άνοιας είναι ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής, νευροαποκατάστασης των ασθενών και της συμβουλευτικής των συγγενών – περιθαλπόντων.

Ακόμη και σήμερα οι δυνατότητες για την αντιμετώπιση της άνοιας είναι περιορισμένες καθώς δεν έχει ανακαλυφθεί κάποια αγωγή που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου. Οπότε δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία ή προληπτική αγωγή για την άνοια τύπου Άλτσχάιμερ. Ωστόσο έχουν ανακαλυφθεί πρόσφατα κάποια φάρμακα με τα οποία μπορούν να βελτιωθούν τα συμπτώματα της νόσου και μπορούμε να καθυστερήσουμε την επιδείνωσή της.<sup>132</sup>

« Τη δεκαετία του '70 αποδείχθηκε, για πρώτη φορά, η σύνδεση της μνήμης με το χολινεργικό σύστημα και της ΑΤΑ με τα χολινεργικά ελλείμματα. Έτσι βρέθηκε εκλεκτική απώλεια των χολινεργικών νευρώνων στον βασικό πυρήνα του Meynert (Davies, 1976 ; Whitehouse, 1981) και σοβαρή απώλεια της φλοιικής χολινεργικής νεύρωσης, όπως επίσης και ελάττωση στη διαθεσιμότητα των επιπέδων της ακετυλοχολίνης (ACh), της χολινοακετυλοτρανσφεράσης ( ChAT ) και της ακετυλοχολινεστεράσης ( AChE ) ( Perry 1978 ; Nagai, 1983 ) ».<sup>133</sup>

Τα τελευταία δέκα χρόνια έχουν εγκριθεί, μέσα από μελέτες, τα εξής φάρμακα για την καταπολέμηση των συμπτωμάτων της άνοιας:

- α) η Τακρίνη, η Δονεπεξίλη, μια πιπερίνη, τα οποία είναι αναστολείς χολινερασών,
- β) η Ριβαστιγμίνη, είναι αναστολέας της ακετυλοχολινεστεράσης και συγχρόνως θετικός αλλοστερικός τροποποιητής των νικοτινικών υποδοχέων,
- γ) Μεμαντίνι είναι γλοταμινεργικός ανταγωνιστής. <sup>134</sup>

<sup>132</sup> Τσολάκη Μ., - Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>133</sup> Τσολάκη Μ., - Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>134</sup> Τσολάκη Μ., - Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

« Όλοι οι παγκόσμιοι οργανισμοί που έχουν ασχοληθεί με την αντιμετώπιση της ΑΤΑ υποστηρίζουν τη χρησιμοποίηση των ανωτέρω φαρμάκων για την αντιμετώπισή της. Μερικοί από αυτούς είναι: Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία (American Psychiatric Association) (APA), (Rabins PV, 1997, Am J Psychiatry), το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικών Αριστείων (National Institute for Clinical Excellence) (Clegg, 2001), η Αμερικάνικη Ακαδημία Νευρολογίας, (American Academy of Neurology) (Doody RS et al., Neurology, 2001), οι εταιρίες AAGP/AA/AGS με τη δήλωση συναίνεσης (consensus statement) (Small G et al., 1997), η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Νευρολογικών Εταιριών, European Federation of Neurological Societies (Waldemar G et al., 2000) ». <sup>135</sup>

« Η ΑΤΑ αποτελεί μια προοδευτική, εκφυλιστική νόσο που απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία. Για το λόγο αυτό, οι θεραπείες που αποσκοπούν στη βελτίωση των συμπτωμάτων της ΑΤΑ πρέπει να είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές για πολλά χρόνια ». <sup>136</sup>

---

<sup>135</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>136</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

## 5. 2. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

### 1. Γενικές Αρχές Εφαρμογής Ψυχοθεραπείας σε Ασθενείς με Άνοια

Η Ψυχοθεραπεία με άτομα που παρουσιάζουν κάποια σημαντική έκπτωση της μνήμης θα έλεγε κανείς ότι είναι δύσκολο ως και αδύνατο. Ωστόσο υπάρχει η πιθανότητα της Ψυχοθεραπείας με άτομα που έχουν προσβληθεί από κάποιο τύπο άνοιας, αρκεί να υπάρξουν κάποιες σχετικές αλλαγές και προσαρμογές σε σχέση με τις κλασικές μεθόδους Ψυχοθεραπείας. Είναι απαραίτητο η ψυχοθεραπεία ως μορφή παρέμβασης στην άνοια να λάβει υπόψη της, το νοητικό και λειτουργικό επίπεδο και τις δυνατότητες του ασθενή. Επίσης θα πρέπει να βασίζεται περισσότερο στις δυνατότητες του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενή. Βασικό είναι εκτός από το να δοθεί η απαραίτητη προσοχή στη σχέση του ασθενή με τον περιθάλποντα, να νιώσει ο ασθενής την πλήρη αποδοχή του ως άτομο με προσωπικότητα. Στα αρχικά στάδια της Ψυχοθεραπείας οι μορφές παρέμβασης είναι συνήθως λεκτικού τύπου. Στη συνέχεια, όπου οι ασθενείς θα δυσκολεύονται πλέον με την επεξεργασία κάποιου λεκτικού μηνύματος, θα πρέπει να αντικατασταθεί ο συγκεκριμένος τρόπος από κάποιο άλλο τρόπο που μπορεί να είναι η τέχνη, ώστε να έχουμε στη πορεία το επιθυμητό αποτέλεσμα. Οι Solomon και Szwabo διαπίστωσαν ακόμα περισσότερες διαφοροποιήσεις που πρέπει να υπάρξουν σε σχέση με τις τυπικές στρατηγικές παρέμβασης, όπως:

- να δίνουν ξεκάθαρες πληροφορίες, αφού η ικανότητα του ανοϊκού ασθενή για επεξεργασία της πληροφορίας είναι ελλειμματική ακόμα και στα πρώτα στάδια της νόσου,
- στις περιπτώσεις των αντιπαραθέσεων θα πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στην επιχειρηματολογία, ώστε να αποφευχθούν τυχόν παρεξηγήσεις ή παρανοϊκές αντιδράσεις,
- επειδή υπάρχει η πιθανότητα να ξεχαστούν από τον ασθενή οι πληροφορίες της προηγούμενης συνεδρίας, θα ήταν ευνοϊκό να γίνονται επαναλήψεις,
- οι συνεδρίες με ανοϊκά άτομα θα πρέπει να διαρκούν λιγότερο απ' ό,τι οι κανονικές συνεδρίες,
- και τέλος ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι πιο δυναμικός, αφού τα άτομα με κάποιον τύπο άνοιας χρειάζονται συχνότερα καθοδήγηση και παρακίνηση.

Οι παραπάνω στρατηγικές είναι πολύ σημαντικές για άτομα που έχουν προσβληθεί από κάποιο τύπο άνοιας, αφού τους βοηθούν:

- να χειρίζονται το άγχος τους,
- να διατηρήσουν τις διανοητικές τους ικανότητες,
- να γίνονται όσο μπορούν πιο αυτόνομα,
- προσφέροντας τους συναισθηματική υποστήριξη,
- δίνοντας τους τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματα τους,
- και τέλος να αποκατασταθεί η σειρά του νοήματος και της σειράς.<sup>137</sup>

Βέβαια δεν υπάρχουν μόνο οι ατομικές συνεδρίες παρέμβασης, αλλά και οι ομαδικές παρεμβάσεις, στις οποίες θα πρέπει να συμμετέχουν από έξι μέχρι οχτώ άτομα, τα οποία δεν θα πρέπει να διαφέρουν σημαντικά στην νοητική τους ικανότητα και οι συνεδρίες θα πρέπει να γίνονται την ίδια ώρα και στον ίδιο χώρο. Επίσης είναι σημαντικό ο θεραπευτής να επιβραβεύει συχνά τους ασθενείς. Μέσα από τις ομαδικές συνεδρίες δίνεται στους ασθενείς οι δυνατότητα συναισθηματικής κάλυψης διαμέσου της κατάθεσης των συναισθημάτων των άλλων και να διατηρούν τις κοινωνικές τους ικανότητες.<sup>138</sup>

Ο Johnson (1991) θεωρεί ως αποτελεσματική για την ατομική Ψυχοθεραπεία την προσωπική εισήγηση του ίδιου του ασθενούς, για παράδειγμα μπορεί να μιλήσει για τα Χριστούγεννα, πως τα περνούσε και τη σημασία τους. Με αυτή τη τακτική οι ασθενείς δεν ξεχνούν τα ήθη και τα έθιμα. Η συγκεκριμένη παρέμβαση υποστηρίζεται και από Shomaker (1987), Hyland & Ackerman (1988), Borden (1992) και Cohen (1988). Η Glickestein (1988) όμως προτείνει δραστηριότητες, οι οποίες βοηθούν το άτομο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του υποχρεώσεις. Στις συγκεκριμένες συνεδρίες χρησιμοποιούνται υλικά καθημερινής χρήσης, έτσι ώστε το άτομο σιγά σιγά να μαθαίνει για παράδειγμα πώς να ετοιμάζει μια λίστα με ψώνια, πώς να τη χρησιμοποιεί και με ποιο τρόπο να τακτοποιήσει τα πράγματα που αγοράστηκαν. Με αυτό το πρόγραμμα ο ασθενής εκπαιδεύει τη μνημονική του ικανότητα, την κατονομασία, τη γραφή και την ανάγνωση.<sup>139</sup>

Στις ομαδικές παρεμβάσεις δίνεται μεγάλη έμφαση στην συναισθηματική αποφόρτιση, η οποία υφίσταται, ανεξάρτητα από το πόσο διαρκεί.

Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται μπορούν να παρουσιαστούν προβλήματα στην εφαρμογή της λεκτικής παρέμβασης, καθώς ο ασθενής δυσκολεύεται πλέον να εκφράσει τις σκέψεις και τα συναισθήματα, συνεπεία των προβλημάτων κατανόησης και ανάκλησης που εμφανίζονται. Σε αυτές στις περιπτώσεις γίνεται η χρήση της μουσικοθεραπείας, της κινησιοθεραπείας, της ζωγραφικής, της μίμησης, καθώς οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις

<sup>137</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>138</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>139</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

βοηθούν στην εξωτερίκευση κάποιων συναισθηματικών και συμπεριφορικών συνεπειών της νόσου. Η Smith θεωρεί βασικό ένα τέτοιο πρόγραμμα να στηρίζεται στη χρήση της τέχνης ως ερέθισμα για συζήτηση. Ο θεραπευτής έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει άρθρα εφημερίδων, ώστε στη συνέχεια να σχολιαστούν από τους ασθενείς. Αυτή τη μέθοδο την βρίσκουν οι ασθενείς ιδιαίτερα ευχάριστη και τους ηρεμεί. Επίσης θεωρεί πως η μουσικοθεραπεία ενδυναμώνει τον ασθενή, τον κάνει να νιώθει επιτυχημένο, τον χαλαρώνει, αυξάνει τη συγκέντρωση και την προσοχή του.<sup>140</sup>

## 2. Γνωστική Παρέμβαση

Για την αποτελεσματικότητα στη γνωστική παρέμβαση είναι βασικό να υπάρχει συνδυασμός γνωστικής θεραπείας ασθενών συμβουλευτικής συγγενών και φαρμακευτικής αγωγής. Επίσης είναι πολύ σημαντικό η παρέμβαση να στηρίζεται στις ειδικές ανάγκες του κάθε ασθενή και τις υπάρχουσες ικανότητες του.

Με τη γνωστική θεραπεία, μπορούν να βελτιωθούν οι νοητικές ικανότητες, τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, οι λειτουργικές διαταραχές, καθώς και η εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Με την εξέλιξη της νόσου, το άτομο αρχίζει να δημιουργεί μεγάλα προβλήματα στους συγγενείς και το ευρύτερο περιβάλλον του. Σε έρευνες τους οι Van der Linden (1998) και Adkins (1997) απέδειξαν πως ένα πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει παιχνίδια, κοινωνικές επαφές και δομημένες δραστηριότητες μπορεί να επηρεάσει θετικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και το κοινωνικό του περιβάλλον. Οι ασθενείς μπορούν να εμφανίσουν βελτίωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, να παρουσιάσουν διάθεση για κοινωνική επαφή και να αρχίσουν να χρησιμοποιήσουν στην καθημερινή τους ζωή τις διδασκόμενες στρατηγικές. Επίσης μπορούν να κατανοήσουν τη σημαντικότητα της φαρμακευτικής αγωγής και να μην δημιουργούν προβλήματα κατά τη διάρκεια της λήψης της. Ακόμα και στο οικογενειακό περιβάλλον παρουσιάζεται μεγάλη βελτίωση, αφού η ένταση που πιθανόν να προκαλείται από τη νόσο μειώθηκε, λόγω της καλύτερης γνώσης και της αποδοχής της ασθένειας από τους περιθάλποντες.<sup>141</sup>

---

<sup>140</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>141</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

### 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 διαμέσου της συστηματικής τροποποίησης των ερεθισμάτων που την προκαλούν είτε διαμέσου της τροποποίησης των συνεπειών της συμπεριφοράς ( Hussian & Davis, 1985 ).<sup>142</sup> Οι αρχές της τροποποίησης της συμπεριφοράς στηρίζονται στη δουλειά των Watson, Skinner, Wolpe και άλλων που έθεσαν και υποστήριξαν τις αρχές της μάθησης και της εξάρτησης ( Ferster & Perrott, 1968, Franks & Barbrack, 1983, Leahey & Harris, 1989).

Είναι σημαντικό η εκμάθηση μιας συμπεριφοράς να διαχωρίζεται σε μικρά βήματα και το κάθε βήμα να αμείβεται, αφού όταν παύει να αμείβεται η συμπεριφορά υπάρχει κίνδυνος απορριφθεί. <sup>143</sup>

Στους ανοϊκούς ασθενείς οι παρεμβάσεις για την αποκατάσταση της συγκεκριμένης συμπεριφοράς δεν αφορούν όλες τις διαταραχές συμπεριφοράς, τις οποίες παρουσιάζει ο ασθενής. Οι Gotestam και ο Melinn (1990) παρατήρησαν στους ασθενείς βραχυπρόθεσμη βελτίωση σε δραστηριότητες, όπως την επικοινωνία, τη γραφή, τη ζωγραφική, την ανάγνωση και τα παιχνίδια με τράπουλα. Τα αποτελέσματα όμως τα οποία παρουσιάστηκαν ευνοούσαν περισσότερο τους εξωτερικούς ασθενείς παρά τους εσωτερικούς. <sup>144</sup>

Ένα άλλο θέμα το οποίο είναι σημαντικό και αφορά την τροποποίηση της συμπεριφοράς είναι οι συνθήκες υπό τις οποίες εφαρμόζεται ο χειρισμός της συμπεριφοράς. Θα ήταν καλό να αναρωτηθούμε για πιο λόγο επιθυμούμε να αλλάξουμε κάποια συμπεριφορά του ασθενούς. Αν η συγκεκριμένη αλλαγή στη συμπεριφορά του θα έχει μηδαμινό όφελος για τον ασθενή, ίσως θα ήταν καλύτερο ο θεραπευτής να βοηθήσει τους περιθάλποντες να αρχίσουν να προσαρμόζονται στις νέες συνήθειες του ανοϊκού ατόμου.

Για τον χειρισμό της συμπεριφοράς ενός ανοϊκού ατόμου είναι βασικό να ακολουθηθούν τα ακόλουθα στάδια:

#### Πρώτο στάδιο

1. Ορισμός προβλήματος: Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιο είναι το πρόβλημα, το οποίο θέλουμε να λύσουμε και για ποιο λόγο. Επίσης θα πρέπει να δούμε ποιον επηρεάζει το πρόβλημα, το περιθάλποντα, τον ασθενή ή και τους δυο.

<sup>142</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>143</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>144</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π



2. Πληροφόρηση για τις διαταραχές της συμπεριφοράς: Θα πρέπει να υπάρχει πληροφόρηση για τις συνθήκες κάτω από τις οποίες υιοθετεί τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, τη συχνότητα, τη διάρκεια και τον τρόπο αντίδρασης του φροντιστή.
3. Ιατρικό Ιστορικό: Ο θεραπευτής θα πρέπει να γνωρίζει την αντίδραση του ασθενή απέναντι σε παλαιότερες νόσους, τις αλλαγές που είναι συμβατές με το γήρας και τους τρόπους που χρησιμοποιούσε για να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις στα φάρμακα που παίρνει και τις τυχόν παρενέργειες τους, έτσι ώστε να μπορέσει να σχεδιάσει το κατάλληλο σχέδιο παρέμβασης.
4. Συνεντεύξεις με τους συνοδούς: Ο θεραπευτής, ο οποίος θα επιχειρήσει την παρέμβαση θα πρέπει να είναι γνώστης των συνηθειών και των τρόπων χειρισμού του ασθενή. Επίσης θα πρέπει να γνωρίζει τη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ του φροντιστή και του ασθενούς.
5. Παρατήρηση: Η προβληματική συμπεριφορά παρατηρείται και καταγράφεται.<sup>145</sup>

#### Δεύτερο στάδιο - Συλλογή δεδομένων

Αφού προσδιοριστεί το πρόβλημα, ο θεραπευτής γίνεται αντικειμενικός παρατηρητής, παρόλο που η παρουσία του και μόνο επηρεάζει τη συμπεριφορά τόσο του ασθενή όσο και του περιβάλλοντα. Στόχος του είναι να παρατηρήσει και να καταγράψει τι προκαλεί τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, την ίδια τη συμπεριφορά και τις συνέπειες της. Η παρατήρηση και η καταγραφή αυτών των στοιχείων βοηθάει στην τροποποίηση της συμπεριφοράς, εφόσον υπάρξει αλλαγή σε αυτό που προηγείται της συμπεριφοράς ή στις συνέπειες της.

Η συλλογή των δεδομένων περιλαμβάνει και πληροφορίες του τύπου ποιός είναι παρών τη στιγμή που εμφανίζεται η συγκεκριμένη συμπεριφορά, κάτω από ποιες συνθήκες, και βέβαια που εμφανίζεται η συμπεριφορά.<sup>146</sup>

#### Τρίτο στάδιο – Αρχική / άμεση αλλαγή

Έχει μεγάλη σημασία να κατανοήσουμε πως οι συμπεριφορές χρειάζονται πολύ χρόνο για να μαθευτούν και παίρνουν τον ίδιο χρόνο, ίσως και περισσότερο χρόνο για να ξεχαστούν. Κατά τη διάρκεια της εκμάθησης της νέας συμπεριφοράς είναι σημαντικό να υπάρχει επανατροφοδότηση και ενίσχυση, όπως με έπαινο, με προσοχή κτλ.

Από τη στιγμή που το πρόγραμμα παρέμβασης μπαίνει σε εφαρμογή θα πρέπει όλοι όσοι ασχολούνται με τη φροντίδα του ανοϊκού ατόμου να εκπαιδευτούν στη συμπεριφορική παρατήρηση και σε τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς. Προκειμένου να υπάρξει μια αλλαγή στη συμπεριφορά θα πρέπει να συνεργαστούν όλοι οι φροντιστές, ώστε να τροποποιήσουν το περιβάλλον κατάλληλα. Στην περίπτωση που η ύπαρξη ενίσχυσης της

---

<sup>145</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>146</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

ακατάλληλης συμπεριφοράς, από αμέλεια ή έλλειψη γνώσης, μπορεί να εμποδίσει την εμφάνιση μιας αλλαγής. <sup>147</sup>

#### Τέταρτο στάδιο - Αξιολόγηση της αλλαγής

Εφόσον το πρόβλημα προσδιορίστηκε σωστά και σχεδιάστηκε η παρέμβαση, η αλλαγή θα φανεί μέσα σε λίγες μέρες. Με την αλλαγή δεν εννοούμε την πλήρη απουσία της προβληματικής συμπεριφοράς, αλλά τη μείωση της εμφάνισης, της διάρκειας και της έντασης της. Από τη στιγμή που θα παρατηρηθούν αυτά μπορεί να γίνει εκ νέου τροποποίηση, ώστε να υπάρξουν καλύτερα αποτελέσματα. Εάν μέσα σε μια εβδομάδα δεν παρατηρηθεί καμία αλλαγή, τότε θα πρέπει να γίνει επανεκτίμηση των ενισχυτών και στη συνέχεια να επαναπροσδιοριστεί το πρόβλημα. <sup>148</sup>

#### Πέμπτο στάδιο - Διατήρηση της αλλαγής

Δεν θα πρέπει να θεωρήσουμε τη διατήρηση της αλλαγής δεδομένη από τη στιγμή που δουλεύουμε με ανοϊκά άτομα. Υπάρχει η πιθανότητα να απαιτηθεί συνεχής αλλαγή των ενισχυτών, καθώς και συνεχής ενίσχυση κατάλληλων εναλλακτικών συμπεριφορών. Η συστηματική απομάκρυνση του ενισχυτή από τον ασθενή, ώσπου να επιστρέψει πλήρως η προβληματική συμπεριφορά, μπορεί να μας δώσει πολλές πληροφορίες. Η συγκεκριμένη όμως διαδικασία είναι ανήθικη όταν η συμπεριφορά αυτή είναι επικίνδυνη τόσο για τον ασθενή πόσο και για τους γύρω του. <sup>149</sup>

#### 4. Μέθοδος Reminiscence (Αναμνήσεις)

Με τη συγκεκριμένη μέθοδος προσπαθούν οι θεραπευτές να λύσουν τα επικοινωνιακά προβλήματα, τα οποία δημιουργούνται κατά τη πορεία της νόσου μεταξύ του περιθάλποντα και του ασθενή. Όσο η ασθένεια εξελίσσεται τόσο πιο δύσκολο είναι να επικοινωνήσουμε στο δικό μας παρόν με τον ασθενή και για αυτό το λόγω προσπαθούμε μέσω της μέθοδος των αναμνήσεων να ακολουθήσουμε τον ασθενή στο δικό του παρόν. Του δίνουμε τη δυνατότητα να μας μιλήσει για τις αναμνήσεις. Με αυτό τον τρόπο τον κάνουμε να αισθανθεί όμορφα, αφού δίνεται έμφαση στο πρόβλημα του. <sup>150</sup>

Οι συνεδρίες πρέπει να είναι πολύ οργανωμένες, έτσι ώστε να υπάρχει μια ροή στα θέματα. <<Η μέθοδος Reminiscence είναι μια δημιουργική μέθοδος και αυτό μας δίνει την ευκαιρία

<sup>147</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>148</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>149</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>150</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνικά Πρόκληση, ό.π

να τη χρησιμοποιήσουμε με διάφορους τρόπους, ώστε να κινητοποιήσουμε τους ασθενείς. Στους τρόπους έκφρασης μπορούμε να περιλάβουμε τη ζωγραφική, τη παντομίμα, το παίξιμο ρόλων, την ποίηση, το τραγούδι και τη μουσική (Bruce, 1998)>>. <sup>151</sup> Οι συνεδρίες συνήθως παρακολουθούνται τόσο από τον ασθενή όσο και από τον φροντιστή. Ωστόσο υπάρχουν και συνεδρίες οι οποίες παρακολουθούνται μόνο από τον ασθενή ή μόνο από τον περιθάλποντα. Η συγκεκριμένη μέθοδος δεν έχει βέβαια στόχο μόνο την καλύτερη επικοινωνία του περιθάλποντα με τον ασθενή, αλλά την διατήρηση της λειτουργικότητας και της κοινωνικότητας του ανοϊκού ατόμου, τη διατήρηση της ποιότητας ζωής και της ταυτότητας του μέσω της σύνδεσης του παρελθόντος με το παρόν, τους δίνεται η ευκαιρία να εκφράσουν τις ανάγκες τους και επίσης μειώνεται η απομόνωση τόσο του ασθενή όσο και του φροντιστή.

Η σχέση του περιθάλποντα και του ασθενή με την πάροδο του χρόνου θα έχει υποστεί αρκετές αλλαγές, είτε λόγω εξωτερικών παραγόντων είτε προσωπικών. Ανάλογα με την κατηγορία της σχέσης μπορούν να παρουσιαστούν και κάποια προβλήματα στη μέθοδο Reminiscence.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε σε τέσσερις κατηγορίες σχέσεων, σχετικά ακραίων ίσως, ώστε να γίνουν περισσότερο κατανοητά τα τυχόν προβλήματα που μπορούν να εμφανιστούν κατά την εφαρμογή της συγκεκριμένης μέθοδο.

- Προηγούμενη σχέση άσχημη – Τωρινή σχέση άσχημη

Σε μια τέτοια περίπτωση μπορούμε να φανταστούμε ότι θα πρόκειται για μια μακρόχρονη σχέση, η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη επικοινωνίας, έντονους καβγάδες και πιθανόν και από ψυχολογική και σωματική κακοποίηση. Ο περιθάλπων πιθανόν να αισθάνεται μεγάλο θυμό για τον ασθενή και να θεωρεί ότι ο ασθενής επίτηδες συμπεριφέρεται με αυτόν τον τρόπο και όχι λόγω της ασθένειας και για αυτό του ασκεί κριτική και νιώθει παγιδευμένο. Για το συγκεκριμένο ζευγάρι θα είναι πολύ δύσκολο να συμμετάσχει μαζί στη μέθοδο Reminiscence, αφού και για της δυο πλευρές οι αναμνήσεις θα είναι δυσάρεστες.

- Προηγούμενη σχέση άσχημη- Τωρινή σχέση καλή

Στη περίπτωση αυτή συνήθως πρόκειται για ένα ζευγάρι, όπου ο σύζυγος έχει συνταξιοδοτηθεί πρόσφατα και μέσα από το ρόλο του φροντιστή να έχει βρει πλέον το νόημα της ζωής του. Πιθανόν να θεωρεί ότι είναι υποχρέωση του να φροντίζει τη σύζυγό του, η οποία πάντα βρισκόταν στο πλευρό του, παρόλο που ο ίδιος δεν της συμπεριφερόταν με τον καλύτερο τρόπο. Το συγκεκριμένο ζευγάρι μπορεί να συμμετάσχει σε αυτή τη μέθοδο, αλλά πιθανόν να ακούσουμε διαφορετικές εκδοχές μιας ιστορίας.

---

<sup>151</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνικά Πρόκληση, όπ

- Προηγούμενη σχέση καλή – Τωρινή σχέση καλή

Παρόλο που η άνοια δημιουργεί αρκετά προβλήματα η σχέση του φροντιστή με τον ασθενή εξακολουθεί να είναι καλή. Το ανοϊκό άτομο αισθάνεται ασφάλεια δίπλα στον περιθάλποντα. Η συμμετοχή του συγκεκριμένου ζευγαριού στη μέθοδο Reminiscence θα είναι ευχάριστη και εποικοδομητική.

- Προηγούμενη σχέση καλή – Τωρινή σχέση άσχημη

Συνήθως, είναι δύσκολο για τους περιθάλποντες να κατανοήσουν ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο φέρεται τόσο διαφορετικά λόγω της άνοιας. Τα συναισθήματα τους εναλλάσσονται λόγω του αισθήματος της απώλειας και μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη, η οποία δυσχεραίνει την τωρινή σχέση. Η μέθοδος Reminiscence, αν και στην αρχή θυμίζει έντονα στον περιθάλποντα τις αλλαγές που έχει υποστεί το ανοϊκό άτομο, στη συνέχεια είναι εποικοδομητική.<sup>152</sup>

Βέβαια εκτός από τη σχέση του φροντιστή με τον ασθενή, υπάρχει πιθανότητα να παρουσιαστούν και άλλα σημεία, τα οποία θα πρέπει να προσέξει ο θεραπευτής και θα τα αναφέρουμε στη συνέχεια:

- Ένα σημείο, το οποίο συνήθως παρουσιάζεται είναι όταν ο ασθενής για κάποιους λόγους δεν έχει τη δυνατότητα να έρθει στις συνεδρίες. Ακόμα βέβαια και να έρχονται ασθενή – περιθάλπων, υπάρχει ο κίνδυνος να καταλάβει όλο το χρόνο ο περιθάλπων. Φυσικά και θα ακουστούν με προσοχή οι ανάγκες του φροντιστή, δεν θα πρέπει όμως να ξεχάσουμε ότι το επίκεντρο της συνάντησης είναι ο ασθενής και για αυτό θα πρέπει να διατηρηθεί κάποια ισορροπία.
- Ένα άλλο σημείο είναι όταν ο ασθενής αφηγείται μια ιστορία, η οποία παρουσιάζει κάποιες ανακρίβειες και για το λόγο αυτό αισθάνεται ο περιθάλπων να επέμβει. Είναι σημαντικό να επισημάνουμε στον περιθάλπων ότι δεν μας ενδιαφέρει η πιστή καταγραφή των γεγονότων, αλλά η επικοινωνία μας με τον ασθενή. Άλλωστε ο ασθενής μπορεί να νιώθει την ανάγκη να δώσει τη συγκεκριμένη εικόνα για τον εαυτό του στις ιστορίες του.<sup>153</sup>

---

<sup>152</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνικά Πρόκληση, ό.π

<sup>153</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνικά Πρόκληση,ό.π

Η μέθοδος Reminiscence αποφέρει οφέλη και στους τρεις συμμετέχοντες . Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στο καθένα ξεχωριστά:

- Άτομα με άνοια

Με τη μέθοδο Reminiscence τα ανοϊκά άτομα έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την επικοινωνία τους με το κοινωνικό τους περίγυρο και να εκφράσουν τις ανάγκες τους. Νιώθουν ότι γίνονται αποδεκτά, ακόμα και με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν λόγω της νόσου. Το άτομο με άνοια γίνεται σεβαστό ως προσωπικότητα, βελτιώνει τη κοινωνική του θέση και γίνεται αντιληπτή η προσφορά τόσο στην οικογένεια όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Μέσα από τις αναμνήσεις του δίνεται επίσης η δυνατότητα να κάνει μια ανασκόπηση στη ζωή του και να επιλύσει συγκρούσεις, τις οποίες να είχε αμελήσει.

- Περιθάλποντες

Μέσα από τη μέθοδο Reminiscence ο περιθάλπων αποκτάει μια πιο ξεκάθαρη και θετική εικόνα για τη συγκεκριμένη νόσο. Επίσης δίνεται η δυνατότητα στο περιθάλπων να εκφράσει τις ανησυχίες του, τις απόψεις του και τις προσωπικές του ανάγκες. Μέσα από τις συνεδρίες, οι οποίες συνήθως είναι ομαδικές, ο περιθάλπων μπορεί να γίνει καλύτερος ακροατής και έτσι βελτιώνει την επικοινωνία και τη σχέση μαζί του. Επίσης γνωρίζοντας και άλλα άτομα με τον ρόλο του φροντιστή βγαίνει από την απομόνωση και πολλές φορές μέσα από συζητήσεις μπορούν να βρουν λύσεις για κάποια προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Υπάρχουν βέβαια και στιγμές όπου διασκεδάζουν με τις διάφορες αφηγήσεις ιστοριών και ξεχνούν έτσι τα προβλήματα, τα οποία φέρνει μαζί της η συγκεκριμένη νόσος.

- Θεραπευτές

Ακόμα και για τον ίδιο το θεραπευτή έχει η μέθοδος Reminiscence θετικές συνέπειες. Μέσα από τη συγκεκριμένη διαδικασία ο θεραπευτής μπορεί να βελτιώσει τις ικανότητες του στην επικοινωνία, την αντιμετώπιση του των ατόμων με άνοια και θα μπορέσει να σχεδιάσει περισσότερο δημιουργικές θεραπευτικές συνεδρίες. Επίσης, καταφέρνει να προσέξει τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του κάθε ασθενή ξεχωριστά και να αποφασίσει για τη θεραπευτική παρέμβαση.<sup>154</sup>

---

<sup>154</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνικά Πρόκληση,ό.π

## 5. Λογοθεραπευτική Παρέμβαση

Η Λογοπεδική παρέμβαση αρχίζει από τη στιγμή που γίνεται η διάγνωση των διαταραχών επικοινωνίας του ασθενούς. Ο λογοπεδικός ενημερώνεται μέσω της καρτέλας του ασθενή όπου αναγράφεται το ιστορικό, η εξέταση οργάνων ομιλίας και διάφορα τεστ για την ικανότητα γλώσσας και ομιλίας, η οποία αξιολογείται με λεκτικές και μη λεκτικές δοκιμασίες. Οι δοκιμασίες αυτές αναφέρονται τόσο στην κατανόηση του προφορικού όσο και του γραπτού λόγου.

Σε κάθε στάδιο το ανοϊκό άτομο παρουσιάζει διαφορετικά προβλήματα τόσο στη λεκτική όσο και στη μη λεκτική του επικοινωνία. Στη συνέχεια θα αναφέρουμε σε κάθε στάδιο ξεχωριστά ποια συμπτώματα πιθανόν να παρουσιαστούν.

### Αρχικό στάδιο

- ο ασθενή παρουσιάζει έκπτωση της βραχυπρόθεσμης μνήμης
- δυσκολεύεται να βρει τη κατάλληλη λέξη
- κατά τη διάρκεια της συζήτησης αλλάζει συνέχεια θέμα, που είναι αποτέλεσμα της μειωμένης συγκέντρωσης και προσοχής
- δυσκολεύεται στην κατανόηση του προφορικού λόγου και
- παρουσιάζει έλλειψη ενδιαφέροντος να ξεκινήσει μια συζήτηση.

### Δεύτερο στάδιο

Όπως είναι φυσικό στο δεύτερο στάδιο τα συμπτώματα επιδεινώνονται.

- ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να κατηγοριοποιήσει τα αντικείμενα
- εμφανίζει δυσκολία στην λεκτική μνήμη, δεν μπορεί δηλαδή να επαναλάβει σύνθετες προτάσεις παρά μόνο απλές λέξεις
- παρουσιάζει αδυναμία στην συσχέτιση λέξεων με τα αντικείμενα
- έχει έκπτωση του λεξιλογίου
- δεν έχει την ικανότητα να κατανοήσει, σύνθετες εντολές
- υπάρχει επανάληψη των φράσεων και των ιδεών, και επίσης
- Υπάρχει συχνή αναφορά σε γεγονότα του παρελθόντος.

### Τελευταίο στάδιο

Στο συγκεκριμένο στάδιο τα προβλήματα στην επικοινωνία με τα ανοϊκά άτομα γίνονται ακόμα πιο έντονα, αφού ακούνε τι τους λένε η άλλοι, όμως για αυτούς οι λέξεις δεν έχουν πλέον καμία απολύτως σημασία. Μπορούν βέβαια να αντλήσουν πληροφορίες από τα συμφραζόμενα, το τόνο της φωνής, τις εκφράσεις του προσώπου και τις χειρονομίες, το

περιεχόμενο του λεξιλογίου τους όμως είναι τόσο περιορισμένο που έχουν χάσει πλέον όλοι τους τη διάθεση για επικοινωνία. Επίσης ο λόγος τους είναι χωρίς συνέχεια και νόημα. Δεν είναι όμως μόνο αυτά τα συμπτώματα του ασθενή, αφού παρουσιάζει και:

- διαταραχή στην άρθρωση
- αδυναμία στην κατανόηση του γραπτού λόγου
- εύρεση νέων λέξεων που δεν υπάρχουν
- έλλειψη συντονισμού μεταξύ φώνησης, άρθρωσης και αναπνοής και

ατελής εκτέλεση αρθρωτικών κινήσεων.<sup>155 156</sup>

«Οι θεραπευτικές ενέργειες πρέπει να έχουν ως στόχο ένα σφαιρικό πρόγραμμα αποκατάστασης».<sup>157</sup>

Ο θεραπευτής ενδιαφέρεται για την ανάκτηση της καθομιλουμένης γλώσσας των ασθενών.

Με τη θεραπεία θα αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα των διαταραχών του λόγου. Ανάλογα με τη διαταραχή που υπάρχει επιλέγουμε και την κατάλληλη θεραπεία. Η θεραπεία του ασθενή με διαταραχή στο σημασιολογικό επίπεδο θα στοχεύει στην αποσαφήνιση του νοήματος των λέξεων. Στον ασθενή με διαταραχή στο φωνολογικό λεξικό η θεραπεία θα περιλαμβάνει, συχνές επαναλήψεις, έτσι ώστε να συνδέει τις λέξεις του σημασιολογικού λεξικού με τις λέξεις του φωνολογικού λεξικού. Η στρατηγική, η οποία χρησιμοποιείται για ασθενείς με διαταραχή στη φωνημική συναρμολόγηση είναι να μειώσουμε τη συνθετότητα της συναρμολόγησης, κόβοντας τις λέξεις σε συλλαβές, αντιμετωπίζοντας τις μεμονωμένα και στη συνέχεια συναρμολογούνται. Η χρήση των εικόνων βοηθάει τους ασθενείς στην καλύτερη πρόσληψη των πληροφοριών, αφού ο ασθενής στη συνέχεια συσχετίζει την εικόνα με τη λέξη που ακούει.

Η παρέμβαση στοχεύει στην καθημερινή επικοινωνία του ασθενή με τους ανθρώπους γύρω του, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του, καθώς και σε ορισμένες περιπτώσεις στην επαναφορά των ικανοτήτων κατανόησης και έκφρασης του λόγου.

Η συμβουλευτική παρέμβαση του λογοπεδικού είναι προτιμότερο να ξεκινάει πιο το πρώιμο στάδιο, ώστε να έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν πλήρως οι συγγενείς του ασθενή για τη συγκεκριμένη διαταραχή και για τη πορεία της αντιμετώπισης της.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων του ανοϊκού ασθενούς γίνεται από τη διεπιστημονική ομάδα όπου συμμετέχει και ο λογοπεδικός. Με τη συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας και την αλληλοσυμπλήρωση της επιτυγχάνεται το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.<sup>158</sup>

---

<sup>155</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνικά Πρόκληση, ό.π

<sup>156</sup> file: // G: \ Alzheimer\ Alzheimer – Krankheit – Wikipedia.htm

<sup>157</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνικά Πρόκληση, ό.π

<sup>158</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

## 6. Εργοθεραπευτική Παρέμβαση

Η Εργοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας που παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης σε άτομα που παρουσιάζουν νοητικές, συναισθηματικές, μαθησιακές, κινητικές διαταραχές. Ο στόχος της Εργοθεραπείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή στην αποκατάσταση των ικανοτήτων, που παρουσιάζουν πρόβλημα λόγω της νόσου, για την καλύτερη ποιότητα ζωής. Ο Εργοθεραπευτής σχεδιάζει προγράμματα δραστηριοποίησης για τον ασθενή, εκμάθησης αυτοεξυπηρέτησης σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής και επίσης προσφέρει συναισθηματικής υποστήριξης τόσο στον ασθενή όσο και στους περιθάλποντες.

Είναι σημαντικό στο πρώτο στάδιο της νόσου να χρησιμοποιούνται δραστηριότητες είτε είναι ατομικές είτε ομαδικές με τις οποίες ασχολούνταν ο ασθενής και στο παρελθόν. Με αυτό τον τρόπο δίνουμε στον ασθενή τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει όλες του τις ικανότητες και όλοι του την ενεργητικότητα που εξακολουθεί να έχει.

Μέσω της εργοθεραπευτικής παρέμβασης ο ασθενής βγαίνει από την κοινωνική απομόνωση επικοινωνώντας με άλλους ανθρώπους και αξιοποιώντας τον ελεύθερο του χρόνο δημιουργικά. Με αυτό τον τρόπο του δίνεται η δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα του και να αναπτύξει το συναίσθημα της ικανοποίησης και της χρησιμότητας και παράλληλα διατηρεί την αυτοεκτίμηση του. Επίσης βελτιώνεται η μνήμη, η διάρκεια προσοχής, η γενική σωματική κατάσταση, καθώς ο συντονισμός των κινήσεων.

Όσο βέβαια εξελίσσεται η ασθένεια, το άτομο που έχει προσβληθεί από άνοια εναντιώνεται στο να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες και γι' αυτό παροτρύνεται να ασχοληθεί με κάτι ατομικό μέχρι να το ξεπεράσει.

Η θεραπεία στα μεσαία στάδια βασίζεται στην ανακούφιση από το άγχος, το οποίο προκαλείται λόγω της σύγχυσης και στη διατήρηση των καλών συνηθειών που υπάρχουν.

Η εργοθεραπευτική παρέμβαση στο μεσαίο στάδιο στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου, στην επανεκπαίδευσή και διευκόλυνση του σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, όπως είναι το ντύσιμο, το φαγητό, η προσωπική υγιεινή κτλ. Επίσης είναι σημαντικό να γίνεται μια εργονομική μελέτη και παρέμβαση στους χώρους όπου ζει και κινείται το άτομο, για λόγους ασφαλείας, καθώς σε αυτό το στάδιο υπάρχει κίνδυνος για ατυχήματα.

Σε κάθε στάδιο της νόσου είναι απαραίτητο η οικογένεια του ασθενούς να ενημερώνεται πλήρως για τις σημερινές και μελλοντικές ανάγκες του ασθενούς, έτσι ώστε η παροχή της φροντίδας να έχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Επίσης είναι σημαντικό να μην ξεχνάμε ότι τόσο ο ασθενής όσο και ο φροντιστής έχουν ανάγκη συναισθηματικής υποστήριξης.

Στο τελευταίο στάδιο της νόσου υπάρχουν πολύ μεγάλες απώλειες τόσο στις νοητικές όσο και στις μη νοητικές λειτουργίες. Μέσω της εργοθεραπείας γίνεται μια προσπάθεια για βελτίωση κάποιων ειδικών περιορισμών από συγκεκριμένα προβλήματα στη μάσηση κτλ.,



καθώς γίνονται και κάποιες προσπάθειες για την ανακούφιση του πόνου μέσω κατάλληλης στάσης του σώματος. Επίσης γίνεται ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας, ώστε να γίνει η αποδοχή του μοιραίου όσο το δυνατόν πιο ομαλή.<sup>159</sup>

## 7. Μουσικοθεραπεία

Είναι πλέον κοινά αποδεκτό, πως η μουσική έχει θετική επιρροή στον ψυχισμό του ανθρώπου και αυτό μας επιτρέπει να τη χρησιμοποιήσουμε ακόμα και για θεραπευτικούς σκοπούς.

Η μουσική έχει τη δυνατότητα να αυξήσει, σε άτομα με άνοια τη συμμετοχή, τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες και να μειώσει τα προβλήματα συμπεριφοράς, όπως είναι η επιθετικότητα και ευερεθιστικότητα που εμφανίζονται λόγω της ασθένειας. Επίσης μέσω της μουσικής πιθανόν να θυμηθεί ο ασθενής κάποια πρόσωπα, τα οποία έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη ζωή του, καθώς και να αναγνωρίζει λέξεις. Θα πρέπει βέβαια η συγκεκριμένη μουσική επιλογή να αρέσει στον ασθενή, διαφορετικά θα έχουμε αντίθετα αποτελέσματα από αυτά που περιμένουμε. Η μουσική δεν επηρεάζει θετικά μόνο τους ασθενείς, αλλά και τους φροντιστές, οι οποίοι μπορούν λόγω της μεγάλης ευθύνης που έχουν απέναντι στον ασθενή, να εμφανίσουν επιθετικότητα, άγχος, αϋπνίες, ενώ μπορεί να παρουσιάσουν και προβλήματα στην κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή. Η Μουσικοθεραπεία, λοιπόν τους ενθαρρύνει και εμπνέει τους φροντιστές να ανταπεξέλθουν όσο το δυνατό καλύτερα στο ρόλο τους.

Μέσα από τη μουσική ο ασθενής αποβάλλει τα καταθλιπτικά του συναισθήματα, την ευερεθιστότητα και το άγχος του.

Οι συνεδρίες της Μουσικοθεραπείας πραγματοποιούνται μια φορά την εβδομάδα, είναι ατομικές ή και ομαδικές και δεν ξεπερνούν τη μια ώρα. Τα μέλη ακούν επιλεγμένα τραγούδια αποβάλλοντας το στρες και στη συνέχεια ακολουθεί συζήτηση.<sup>160</sup>

## 8. Πρόγραμμα Άσκησης σε Ασθενείς με Άνοια

Η σωματική άσκηση σε άτομα με άνοια βελτιώνει τις φυσικές και ψυχολογικές ικανότητες και κατά συνέπεια βελτιώνονται και οι γνωστικές ικανότητες.

Παρά τις ανεπάρκειες που εμφανίζονται στα άτομα που πάσχουν άνοια, εξακολουθούν να διατηρούνται μέχρι και τα τελευταία στάδια εξέλιξης της νόσου κάποιες πολύ σημαντικές ικανότητες οι οποίες αποτελούν τη βάση των λειτουργικών ικανοτήτων των ασθενών

<sup>159</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>160</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

( Μουζακίδης, 2000). Οι ικανότητες αυτές είναι οι αυτοματοποιημένες δεξιότητες, οι πρωταρχικές κινητικές λειτουργίες, οι πρωταρχικές αισθητηριακές λειτουργίες, τα συναισθήματα, η μακρόχρονη μνήμη, η στερεότυπη επανάληψη και αίσθηση του χιούμορ. Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στη καθεμία ξεχωριστά.

- Αυτοματοποιημένες δεξιότητες

Κάποιες κινήσεις οι οποίες έχουν διδαχθεί και εξασκηθεί πραγματοποιούνται πλέον αυτόματα. Ακόμα και άτομα που πάσχουν από άνοια και χάνουν με τη εξέλιξη της νόσου κάποιες δεξιότητες, η απώλεια τους δεν είναι ομοιόμορφη. Υπάρχει η πιθανότητα ορισμένες πολύ σημαντικές δεξιότητες να παραμείνουν άθικτες. Για παράδειγμα μπορεί να δοθεί μια μπάλα στον ασθενή και ο ίδιος ανάλογα με τις εμπειρίες του να τη κλωσήσει, να τη χτυπήσει ή να τη πετάξει πίσω.

- Πρωταρχικές κινητικές λειτουργίες

Οι πρωταρχικές κινητικές λειτουργίες συνήθως διατηρούνται, δηλαδή οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να εκτελέσουν ποικίλες απλές κινήσεις, όταν δίνονται ακριβείς οδηγίες και γίνονται οι απαραίτητες τροποποιήσεις στις αντιληπτικές διαδικασίες. Οι κινητικές ασκήσεις δεν συνεισφέρουν μόνο στο συναίσθημα χαράς που νιώθουν οι ασθενείς αλλά και στη βελτίωση της υγείας τους.

- Πρωταρχικές αισθητηριακές λειτουργίες

Οι πρωταρχικές αισθητηριακές λειτουργίες μένουν γενικά ανεπηρέαστες. Το άτομο που πάσχει από άνοια έχει βέβαια περιορισμένη ικανότητα επεξεργασίας μεγάλου αριθμού αισθητηριακών ερεθισμάτων, για αυτό το λόγο οι αισθητηριακές παρεμβάσεις θα πρέπει να είναι απλές και άμεσες. Σε περίπτωση που θα δοθεί μια πολυαισθητηριακή άσκηση, θα πρέπει όλες οι αισθήσεις που παίρνουν μέρος να κατευθύνονται προς το ίδιο αντικείμενο.

- Συναισθήματα

Το άτομο που έχει προβληθεί από άνοια, λόγω του προβλήματος που παρουσιάζει στο λόγο, δεν έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα του, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν αισθάνεται.

- Μακρόχρονη μνήμη

Οι ασθενείς συνήθως μιλούν για το παρελθόν τους και δίνουν την εντύπωση ότι ζουν σε αυτό. Με την εξέλιξη της νόσου ακόμα και τα γεγονότα του παρελθόντος μπορεί να ξεχαστούν, όμως με τον κατάλληλο χειρισμό, ακόμα και άτομα με σοβαρή έκπτωση, έχουν τη

δυνατότητα να φέρουν στη μνήμη τους κάποια στοιχεία από αυτά. Η διαδικασία αυτή των αναμνήσεων βελτιώνει τη διάθεση και την αυτοεκτίμηση του ασθενή, καθώς αναπολεί ευχάριστες καταστάσεις του παρελθόντος.

- Στερρότυπη Επανάληψη

Η επανάληψη πράξεων, λέξεων ή φράσεων μπορεί να έχει θετική επιρροή στον ασθενή, αφού του προσφέρει μια αίσθηση ασφάλειας και άνεσης, καθώς η ανάγκη του να αποφασίσει, να θυμηθεί και να πραγματοποιήσει το επόμενο βήμα μειώνεται στο ελάχιστο.

- Αίσθηση του Χιούμορ

Παρότι που στους ασθενείς με άνοια παρουσιάζονται δυσκολίες στην επικοινωνία διατηρούν την αίσθηση του χιούμορ. Με αυτό τον τρόπο μπορούν να διατηρηθούν κάποιοι αστεϊσμοί για να καλύψουν τυχόν αμηχανία που θα προκαλέσει η απώλεια της μνήμης και της λειτουργικότητας, καθώς και να διατηρεί η αξιοπρέπεια του ασθενούς που συμμετέχει σε κάποιο πρόγραμμα.

Το πρόγραμμα το οποίο θα σχεδιαστεί από το θεραπευτή θα πρέπει να είναι πολύ καλά σχεδιασμένο, ώστε να μπορέσει να βοηθηθεί ο ασθενής στο καλύτερο δυνατό βαθμό. Ένα καλοσχεδιασμένο πρόγραμμα μπορεί να προσφέρει στον ασθενή την επανάκτηση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης του, σημαντικά εφόδια για την καταπολέμηση της κατάθλιψης. Επίσης μειώνει τις διαταραχές του ύπνου και γενικά τις ανεπιθύμητες συμπεριφορές.

Βέβαια για να συμμετάσχει ένας ασθενής σε ένα πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει να τηρεί κάποιες προϋποθέσεις. Κατ' αρχή είναι απαραίτητο να θελήσει και ο ίδιος ο ασθενής, αλλά και το κοινωνικό του περιβάλλον να συμμετάσχει σε ένα τέτοιο πρόγραμμα.

Μεγάλη βαρύτητα έχει βέβαια και η γνώμη του γιατρού, ο οποίος θα πρέπει να παροτρύνει τον ασθενή, αλλά και τους συγγενείς του να συμμετέχουν σε ένα πρόγραμμα άσκησης.

Ο θεραπευτής στο σχεδιασμό του προγράμματος θα πρέπει να δώσει βάση στις προηγούμενες συνήθειες του ασθενή και να χρησιμοποιήσει δραστηριότητες γνωστές στον ασθενή, ώστε να μην χρειαστεί η εκμάθηση νέων δραστηριοτήτων. Επίσης θα πρέπει να έχει πλήρες γνώση και να ενημερώσει και τους συμμετέχοντες, για τα οφέλη τη συγκεκριμένης άσκησης. Μέσω της άσκησης θα πρέπει να δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να εκφράζει τα συναισθήματα του, διαφορετικά κινδυνεύει η άσκηση με αποτυχία.

Για την επίτευξη ενός στόχου υπάρχει η πιθανότητα να χρειαστεί να χωριστεί μια δραστηριότητα σε μικρά μέρη, ώστε να αποφευχθεί κάποια σύγχυση. Η επανάληψη του κάθε

βήματος , η ξεκάθαρη εκφώνηση των οδηγιών και η σωστή ροή των ασκήσεων μπορεί να φέρει το επιθυμητό αποτέλεσμα. <sup>161</sup>

### 9. Παρέμβαση στους συγγενείς

Η παρέμβαση στους συγγενείς μπορεί να γίνει μέσω της ψυχοεκπαίδευσής τους, μέσω ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής, μέσω ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας καθώς και μέσα από ομάδες υποστήριξης και ενημέρωσης των συγγενών.

Στην Άνοια παρουσιάζεται κρίση. Αυτό είναι αποτέλεσμα απουσίας της ελπίδας. Η έννοια της ελπίδας συνδέεται με το να εντοπιστούν οι στόχοι και να ικανοποιηθούν από τους συγγενείς – περιθάλποντες. <sup>162</sup>

---

<sup>161</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

<sup>162</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΆΝΟΙΑ

#### 6. 1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ – ΑΤΥΠΟΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η πλειοψηφία των ασθενών βρίσκει βοήθεια από την οικογένεια και δεν χρησιμοποιεί τις κοινωνικές υπηρεσίες. Όμως όπως έχουν αλλάξει τα πράγματα είναι δύσκολο να τους παρέχουν μια ολική βοήθεια. Σε κάποιες περιπτώσεις όπου οι ηλικιωμένοι δεν έχουν οικογένεια οι γείτονες είναι αυτοί που τους παρέχουν υποστήριξη. Όσο όμως περνάνε τα χρόνια οι οικογένειες προθυμοποιούνται όλο και λιγότερο να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους. Οι παράγοντες που συμβάλουν στο πρόβλημα είναι η επιμήκυνση του προσδοκώμενου μέσου όρου ζωής, με αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων και επομένως και των Ανοϊκών ασθενών, και η περιορισμένη ικανότητα της αστικής πυρηνικής οικογένειας να φροντίζει διαρκώς τους ηλικιωμένους, ειδικά όσον αφορά την παροχή στέγης. Αυτό που έχει ανάγκη περισσότερο η τρίτη ηλικία και ειδικά οι ασθενείς με Άνοια, είναι η ψυχολογική στήριξη.

Σε αυτό το κεφάλαιο λοιπόν θα αναφέρουμε μερικές συμβουλές, όπου μπορούν να ακολουθήσουν οι φροντιστές για την καλύτερη ασφάλεια των ασθενών.<sup>163</sup>

##### 6. 1. 1. Ασφάλεια στο σπίτι

Κάποια από τα συμπτώματα της Άνοιας τύπου Alzheimer – η απώλεια μνήμης, η σύγχυση και η ανάγκη άσκοπου βηματισμού ή περιπλάνησης – προκαλούν την ανάγκη στους φροντιστές της αίσθησης ασφάλειας των ασθενών μέσα και γύρω από το σπίτι, ώστε όλη η οικογένεια να έχει όσο το δυνατόν λιγότερο άγχος.

Τρεις βασικοί κανόνες που πρέπει να προσέξουν οι φροντιστές είναι να μην αλλάζουν δραστικά το χώρο στον οποίο ζει και κινείται ο ασθενής, να κάνουν αλλαγές σταδιακά και αλλαγές που θα κάνουν και τη δική τους ζωή πιο εύκολη. Θα πρέπει να προχωρήσουν σε αυτές τις αλλαγές που είναι απαραίτητες για την ασφάλεια του ασθενούς και όλης της οικογένειας. Να προσπαθούν να παρακολουθούν την εξέλιξη της νόσου και καθώς επιδεινώνεται να προχωρούν στις απαραίτητες προσαρμογές του χώρου σταδιακά. Οι ασθενείς, όπως έχουμε ξανά αναφέρει, συνηθίζουν να παίρνουν αντικείμενα που βρίσκουν γύρω τους και να τα κρύβουν σε απίθανα μέρη, τα οποία μετά δεν θυμούνται. Καλό είναι

---

<sup>163</sup> Σταθόπουλος Α. Π., ( 1999), Κοινωνική πρόνοια : μια γενική θεώρηση, Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, β' έκδοση.

λοιπόν να βάλουν σε απόσταση ασφαλείας τα κλειδιά τους και άλλα χρήσιμα αντικείμενα που μετακινούνται εύκολα.

Οι ασθενείς μπορούν να συνεχίσουν να ικανοποιούν τις περισσότερες από τις καθημερινές τους ανάγκες για αρκετό χρονικό διάστημα μετά την έναρξη της νόσου. Καθώς οι ικανότητές τους αναπόφευκτα μειώνονται, θα χρειάζονται όλο και περισσότερη βοήθεια από τους φροντιστές. Όσον αφορά λοιπόν το ντύσιμο, το φαγητό, το μπάνιο, την περιποίηση, την τουαλέτα, τον ύπνο και την επικοινωνία, θα πρέπει να έχετε κατά νου ότι χρειάζεται να βοηθάτε και όχι να κάνετε πράγματα αντί του ασθενούς. Αυτό είναι σημαντικό επειδή, αν και συχνά ο ασθενής έχει παιδιάστικη συμπεριφορά, είναι ενήλικας τον οποίο δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε σαν παιδί ή να τον κάνουμε να αισθάνεται υπερβολικά εξαρτημένος.

Ας αναφερθούμε όμως πιο αναλυτικά, σε πράγματα που μπορούν να κάνουν μέσα στο σπίτι για την καλύτερη ασφάλεια του ασθενούς.

### **Η κουζίνα**

Η κουζίνα μπορεί να γίνει το πιο επικίνδυνο δωμάτιο του σπιτιού. Οι ακόλουθες συμβουλές θα βοηθήσουν να αποφύγουν οι φροντιστές σοβαρά ατυχήματα.

1. Απομακρύνετε γκαζάκια και άλλες συσκευές αερίου. Να χρησιμοποιείτε μόνο ηλεκτρικές συσκευές.
2. Το βράδυ, πριν πάτε για ύπνο, κλείστε την ηλεκτρική κουζίνα από τον κεντρικό διακόπτη και βγάλτε όλες τις μικροσυσκευές από την πρίζα.
3. Ρυθμίστε τον θερμοστάτη του θερμοσίφωνα στους 37° C. Η νόσος μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη του πόνου σε τέτοιο βαθμό ώστε ο ασθενής να κινδυνεύει από εγκαύματα λόγω βραστού νερού χωρίς να διαμαρτύρεται.
4. Καλύψτε τις πρίζες με μονωτική ταινία για να μην τις αγγίζει.
5. Να απομακρυνθούν πλαστικές απομιμήσεις φρούτων και λαχανικών για τη πιθανότητα παρανόησης με τα πραγματικά.

### **Το μπάνιο**

1. Βγάλτε το κλειδί από την κλειδαριά. Ο άνθρωπός σας μπορεί να κλειδώσει την πόρτα και μετά να μην μπορεί να ξεκλειδώσει.
2. Τοποθετήστε τις ειδικές αντιολισθητικές ταινίες στη μπανιέρα ή στη ντουζιέρα. Συχνά μία ντουζιέρα με μία καρέκλα είναι ασφαλέστερη και πρακτικότερη επιλογή από τη μπανιέρα.
3. Βάλτε τα απορρυπαντικά σε μέρος ασφαλές.

### **Τα παράθυρα**

Πρόσβαση στα παράθυρα και τα μπαλκόνια είναι επικίνδυνη και χρειάζονται προστατευτικά μέτρα, όπως κλείδωμα στις πόρτες – παράθυρα και προστατευτικά κάγκελα.

### **Φωτισμός**

Οι ασθενείς έχουν διαταραγμένη αντίληψη του χώρου, για αυτό πολλές φορές ο κακός φωτισμός μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, με αποτέλεσμα άγχος και διέγερση του ασθενούς. Σκοτεινά μέρη του σπιτιού μπορεί να θεωρηθούν από τον ασθενή ως ‘τρύπες’ ή ‘κρυψώνες’ για επικίνδυνους αγνώστους.

Ο επαρκής φωτισμός του σπιτιού είναι απαραίτητος, ιδιαίτερα στο χώρο που συνδέει την κρεβατοκάμαρα με την τουαλέτα και όπου υπάρχουν σκαλιά.

Παράλληλα φροντίστε να αποφύγετε φώτα που τυφλώνουν.

### **Σκάλες**

Αν έχετε σκάλες στο σπίτι μη λυπηθείτε τα έξοδα που θα τις κάνουν ασφαλείς. Αν στο σπίτι παινοβγαίνουν και μικρά παιδιά τότε ‘με ένα σμπάρο δυο τρυγόνια’.

1. Βάλτε κουπαστή, αν δεν υπάρχει.
2. Βάλτε προστατευτικά κάγκελα με πόρτα στην κορυφή της σκάλας, για να ελέγχετε την πρόσβαση.

### **Δάπεδα**

Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, ανακαλύπτετε ότι ο άνθρωπός σας δυσκολεύεται στο περπάτημα και κινδυνεύει από πεσίματα. Για αυτό φροντίστε:

1. Να μην υπάρχουν στο χώρο του μικρά χαλάκια και μικροαντικείμενα στα οποία μπορεί να σκοντάψει, ιδίως στο μπάνιο.
2. Εκτεθειμένα στο πάτωμα καλώδια είναι παγίδες.
3. Αποφεύγετε να γυαλίζεται τα πατώματα γιατί γλιστρούν.

### **Τηλεόραση**

Η τηλεόραση μπορεί να είναι μια ευχάριστη διέξοδος. Παρακολουθώντας τα προγράμματα που του / της αρέσουν μαζί σας θα νιώσει τη ζεστασιά και τη σιγουριά της παρουσίας σας. Όμως, μερικές φορές θα διαπιστώσετε ότι μιλάει στα πρόσωπα της τηλεόρασης και με την επιδείνωση της νόσου δυσκολεύεται να ξεχωρίσει την πραγματικότητα από τη φαντασία. Σκηνές βίας στην τηλεόραση μπορεί να τον / την τρομοκρατήσουν και να τον / την κάνουν επιθετικό. Είναι σκόπιμο να διαλέγετε απλά και διασκεδαστικά προγράμματα. Εναλλακτικά ενθαρρύνετε την παρακολούθηση ευχάριστων ραδιοφωνικών εκπομπών.

## **Η εξώπορτα**

Έχετε πάντα κλειδωμένη την εξώπορτα για να αποθαρρύνετε ‘απόδραση’. Χρήσιμο είναι να βάλετε μια επιπλέον κλειδαριά ή ένα σύρτη. Εάν επιμένει φορτικά να βγει, κάνετε τον / την μια βόλτα γύρω από το τετράγωνο του σπιτιού. Αυτό συνήθως τους ηρεμεί.

## **Έξω από το σπίτι**

Φροντίζετε πάντα να τον / την συνοδεύετε στις εξόδους. Προσπαθήστε να ακολουθείτε δρόμους γνωστούς και αποφύγετε δρόμους με μεγάλη κυκλοφορία. Βεβαιωθείτε ότι έχει πάντα μαζί του *στοιχεία αναγνώρισης* που θα γράφουν με ευκρίνεια, *όνομα, διεύθυνση* και το *τηλέφωνο του φροντιστή* σε περίπτωση που χαθεί.<sup>164</sup>

### **6. 1. 2. Επικοινωνία με τον ασθενή**

#### **Τα δέκα (10) βήματα για τη βελτίωση της επικοινωνίας των φροντιστών με τους ασθενείς.**

1. Κερδίστε την προσοχή του ασθενούς.
2. Μιλάτε καθαρά, σύντομα, με σαφείς προτάσεις.
3. Να είστε πρόθυμος να επαναλαμβάνετε και να τροποποιείτε τις φράσεις σας.
4. Χρησιμοποιείτε την απλή καθομιλούμενη γλώσσα.
5. Κρατείστε φιλικό τον τόνο της φωνής σας δείχνοντας συμπάθεια.
6. Κάνετε απλές ερωτήσεις.
7. Αποφύγετε τις παιδικές κουβεντούλες.
8. Αποφύγετε τα επίθετα, για σαφήνεια χρησιμοποιείτε μικρά ονόματα.
9. Επαινέστε και ενθαρρύνετε τον ασθενή σας
10. Δείξτε στοργή.<sup>165</sup>

### **6. 1. 3. Το στρες των φροντιστών**

Το υπερβολικό στρες μπορεί να προκαλέσει βλάβη και στους ίδιους, αλλά και στον ασθενή τον οποίο φροντίζουν. Οι πιο συνηθισμένες ενδείξεις μεγάλης συναισθηματικής φόρτισης (στρες) που βιώνουν οι φροντιστές και που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα υγείας, είναι οι ακόλουθες:

- Άρνηση της ασθένειας από μέρους τους. “Ξέρω ότι η μαμά θα γίνει καλύτερα”.
- Θυμό με τον ασθενή ή με τους άλλους. Προκαλείται θυμός, επειδή είναι λίγες οι θεραπείες που υπάρχουν, επειδή καμιά από αυτές δεν μπορεί να θεραπεύσει τη νόσο

<sup>164</sup> Συμβουλές φροντίδας ασθενών με Άνοια τύπου Alzheimer, δόθηκε στην Επιστημονική συζήτηση με θέμα «Άνοια και συναφείς διαταραχές – Παρόν και μέλλον», που έγινε στο ΕΚΕΨΥΕ Ηρακλείου, στις 13 Οκτωβρίου 2005, Pfizer.

<sup>165</sup> Συμβουλές φροντίδας ασθενών με Άνοια τύπου Alzheimer, ό.π.



και επειδή ο κόσμος που τους περιβάλλει δεν καταλαβαίνει τι ακριβώς συμβαίνει με αυτή την ασθένεια. “Αν με ξαναρωτήσει την ίδια ερώτηση θα ουρλιάζω”.

- Απομόνωση από φίλους, πολλές φορές και από συγγενείς, καθώς επίσης απουσία συμμετοχής σε δραστηριότητες αναψυχής, σε διασκέδαση με φίλους, σε προσκλήσεις. “Δεν με ενδιαφέρει να βρίσκομαι με κανέναν πια”.
- Ανησυχία για το τι θα αντιμετωπίσουν την επόμενη μέρα και για το τι επιφυλάσσει το μέλλον για αυτούς και για τον ασθενή τους. “Θα μπορέσω να ανταπεξέλθω, όταν θα χρειαστεί περισσότερη φροντίδα”;
- Κατάθλιψη διότι αρχίζει να τσακίζεται το ηθικό τους, διότι δεν μπορούν να βλέπουν τον άνθρωπό τους να καταρρέει και τον αισθάνονται να απομακρύνεται καθημερινά, ενώ αντίθετα οι ίδιοι βρίσκονται κοντά του πολύ περισσότερο από όσο αν ήταν υγιής. “Δεν με ενδιαφέρει πια”.
- Εξάντληση η οποία μετατρέπει τις καθημερινές δουλειές σε ανυπόφορο φορτίο. Πολλές φορές οι δουλειές μοιάζουν σαν να μην έχουν τέλος. “Είμαι πολύ κουρασμένος”.
- Αϋπνίες οι οποίες δημιουργούνται είτε επειδή ο άνθρωπός τους δεν ησυχάζει τη νύχτα και δεν μπορεί να κοιμηθεί είτε από ατελείωτες έννοιες και ανησυχίες. “Και αν βγει από το σπίτι, αν πέσει, αν χτυπήσει, αν χαθεί κ.α.”.
- Νεύρα που οδηγούν σε κυκλοθυμική συμπεριφορά, η οποία πυροδοτεί αρνητικές αντιδράσεις. “Αφήστε με στην ησυχία μου”.
- Έλλειψη συγκέντρωσης με αποτέλεσμα να εκτελούνται με δυσκολία απλά καθημερινά καθήκοντα. “Είχα τόση δουλειά, που ξέχασα ότι είχαμε ραντεβού”.
- Προβλήματα υγείας αρχίζουν να εμφανίζονται σιγά σιγά, ψυχικά και σωματικά (πονάω παντού, δεν μπορώ να αναπνεύσω, νιώθω βάρος, δεν κατεβαίνει μπουκιά κ.α.).<sup>166</sup>

---

<sup>166</sup> file://G: Alzheimer\iatronet\_gr - Ειδήσεις – Νέα – Επιστήμη & Ζωή – Alzheimer 10 σημάδια στρες των φροντιστών

## 6. 2. ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η ιδρυματική φροντίδα στη χώρα μας κινείται κυρίως από την εκκλησία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους ανήκει και συντηρείται από την εκκλησία. Εκτός όμως από την εκκλησία, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους λειτουργούν από το Δημόσιο, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, από οργανώσεις εθελοντών και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν συνολικά στην Ελλάδα 125 ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένα άτομα, με σύνολο 6.000 κρεβατιών. Σύμφωνα με σχετική μελέτη, η προσφορά ιδρυματικών θέσεων στην Ελλάδα, είναι 0,5 για 100 άτομα άνω των 65 ετών και είναι η χαμηλότερη από όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: α) τα γηροκομεία, στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και β) τα άσυλα, στα οποία εισάγονται κατάκοιτοι που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, όπως η Άνοια. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει δώσει έμφαση στην εξωιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Τα ιδρύματα είναι απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών της τρίτης ηλικίας. Αρκεί βέβαια το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών να είναι κατάλληλο και με την εισαγωγή τους οι ηλικιωμένοι να καλύπτουν τις ανάγκες τους. Για να επιτευχθεί η καλή ποιότητα υπηρεσιών πρέπει α) οι χώροι να είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι και να επιτρέπουν άνετη και ασφαλή πρόσβαση σε όλους τους χώρους που κυκλοφορούν οι ηλικιωμένοι, β) να απασχολείται εξειδικευμένο και επαρκές προσωπικό, γ) το ίδρυμα να έχει επαφή με την κοινότητα και η κοινότητα με τους ηλικιωμένους. Να γίνονται δηλαδή επισκέψεις από συγγενείς, φίλους, κληρικούς και εθελοντές στους φιλοξενούμενους, δ) να υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση, η διοίκηση να γνωρίζει τις ανάγκες των ηλικιωμένων και να τους αντιμετωπίζει με θετική διάθεση. Επειδή όμως αυτά συνήθως δεν τηρούνται, το επίπεδο υπηρεσιών στα ιδρύματα δεν είναι τόσο καλό.

Μετά την τόση συζήτηση για τα ιδρύματα και την τάση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας υπέρ της εξωιδρυματικής περίθαλψης, πολλοί ιδιώτες ίδρυσαν γηροκομεία γνωστά ως “οίκοι ευγηρίας”. Οι οίκοι ευγηρίας αποτελούν κέντρα κλειστής προστασίας που προσανατολίζονται στην παροχή υπηρεσιών προς ηλικιωμένους, οι οποίες περιλαμβάνουν στέγαση, διατροφή, ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική, καθώς και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η εισαγωγή του θεσμού των Οίκων Ευγηρίας τοποθετείται χρονικά το 1973. Τον έλεγχο και την εποπτεία των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης έχει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Αυτά όμως περιορίζονται σε θέματα οικονομικής διαχείρισης και όχι σε θέματα προγράμματος και επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών. Έτσι δεν υπάρχουν τα κατάλληλα προγράμματα στους οίκους ευγηρίας και πολλές φορές έχουμε κακή ποιότητα υπηρεσιών, παραμέληση και κακοποίηση των ηλικιωμένων.

Στη χώρα μας λειτουργούν δημόσια γηροκομεία, υπό τον άμεσο έλεγχο και τη διοίκηση του Υπουργείου. Προϋπόθεση για την εισαγωγή εκεί είναι η οικονομική κατάσταση και σε πολλά, η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων. Πολλά γηροκομεία λειτουργεί η εκκλησία, είτε ως εκκλησιαστικά ιδρύματα είτε ως Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα. Ακόμα λειτουργούν Στέγες Γερόντων, σαν μικρά γηροκομεία, υπό την αιγίδα της Αρχιεπισκοπής Αθηνών. Συνολικά σε όλη την Ελλάδα λειτουργούν περίπου 73 Στέγες Γερόντων.

Στις κλινικές για τους χρόνια πάσχοντες ένας μεγάλος αριθμός κρεβατιών διατίθεται στους ηλικιωμένους και σε ασθενείς με Άνοια. Εκτός από τα κρατικά θεραπευτήρια λειτουργούν πάνω 20 ιδιωτικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα. Μια Στέγη Κατάκοιτων Γερόντων λειτουργεί και από την Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών.

Σε γενικές γραμμές όσον αφορά τους στόχους το επίπεδο υπηρεσιών είναι ικανοποιητικό. Η εφαρμογή τους όμως όχι. Η χρηματοδότηση μένει σταθερή ενώ η ζήτηση υπηρεσιών αυξάνεται με την αύξηση των ηλικιωμένων. Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, υλικοτεχνικής υποδομής και ακατάλληλων κτιριακών εγκαταστάσεων με πολυδιασπασμένες υπηρεσίες, εμποδίζει την ύπαρξη υψηλής ποιότητας, η οποία στα ιδρύματα της εκκλησίας και του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα ποικίλλει. Υπάρχει επίσης άνιση πρόσβαση στις υπηρεσίες μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Ο συντονισμός επίσης των υπηρεσιών είναι ελλιπής.<sup>167</sup>

Τα στοιχεία που αναφέρουμε παραπάνω ίσχυαν το 1999. Ωστόσο μετά από 9 χρόνια πιθανολογούμε ότι θα έχουν αλλάξει και αυτό οφείλεται και στο αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής, μιας και η κοινωνία μας τείνει να γίνει « κοινωνία γερόντων ». Ο αριθμός των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί με αποτέλεσμα να υπάρχουν περισσότερα κρούσματα άνοιας άρα και περισσότερες ανάγκες για ιδρύματα, γηροκομεία και οίκους ευγηρίας.

Σήμερα πολλές οικογένειες προκειμένου να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκύπτουν με την εμφάνιση της άνοιας ή και πριν με την ήπια έκπτωση της μνήμης καταφεύγουν στην αξιοποίηση ιδρυμάτων, όπως γηροκομεία και οίκους ευγηρίας. Αυτό συμβαίνει γιατί η εποχή μας απαιτεί την εργασία και των δυο συζύγων, τα οικονομικά προβλήματα είναι πολλά, η ύπαρξη παιδιών και η έλλειψη χώρου στο σπίτι δυσκολεύει επίσης τη κατάσταση, καθώς ένα ανοϊκό άτομο χρειάζεται πολύωρη φροντίδα με αποτέλεσμα ο φροντιστής να επιβαρύνεται σωματικά, αλλά και ψυχικά.

---

<sup>167</sup> Σταθόπουλος Α. Π., Κοινωνική πρόνοια : μια γενική θεώρηση, ό.π.

### 6. 3. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Για κάποιους επικρατεί ο μύθος πως το κόστος της Άνοιας είναι μικρό. Η αλήθεια όμως είναι πως το κόστος της νόσου είναι πολύ υψηλό παγκοσμίως και το επωμίζεται το κράτος και η κοινωνία γενικότερα, με μεγάλο μερίδιο να βαραίνει της οικογένειες των πασχόντων. Συγκεκριμένα η κατανομή του κόστους για τους ασθενείς, την πολιτεία και τον ιδιωτικό τομέα έχει ως εξής:

#### **Έξοδα ασθενών (περιλαμβάνονται τα έξοδα που δεν επιστρέφονται στους ασθενείς)**

- Φαρμακευτική περίθαλψη
- Επισκέψεις ειδικών
- Μεταφορές ( αυτοκίνητο, ταξί, δημόσια μέσα )
- Προσαρμογή του οικιακού περιβάλλοντος
- Ανεπίσημη περίθαλψη
- Προσωπικά έξοδα ( ιατρικά μηχανήματα / συσκευές )
- Φυσικοθεραπείες
- Απώλεια εργασιακού εισοδήματος

#### **Έξοδα πολιτείας**

- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Αμοιβές θεραπειών
- Εργαστηριακές εξετάσεις και άλλες διαγνωστικές έρευνες
- Φάρμακα
- Μεταφορές ( ΕΚΑΒ )

#### **Έξοδα Ιδιωτικού τομέα**

- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Φαρμακευτική περίθαλψη
- Εργαστηριακά τεστ και άλλες διαγνωστικές έρευνες<sup>168</sup>

« Εξαιτίας του αυξανόμενου προσδόκιμου ζωής και της προϊούσης έκπτωσης στις νοητικές λειτουργίες, όπως η μνήμη και η κρίση, η εξέλιξη της ασθένειας σχετίζεται με δαπανηρή περίθαλψη και έξοδα που αρχίζουν με την όλο και πιο έγκαιρη διάγνωση της ».<sup>169</sup>

Τα έξοδα διακρίνονται σε *άμεσα*, που περιλαμβάνουν την πρόληψη, την διάγνωση, τη θεραπεία, τη μακροχρόνια φροντίδα και την αποκατάσταση και σε *έμμεσα*, που περιλαμβάνουν τη χαμένη παραγωγικότητα του ασθενούς αλλά και του φροντιστή λόγω της νόσου.

<sup>168</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση,ό.π

<sup>169</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση,ό.π

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 25% όλου του κόστους για την υγεία ισοδυναμεί στο κόστος της Άνοιας. Ξοδεύουν γύρω στα 100.000.000.000 ευρώ τον χρόνο για τη νόσο. Το κόστος για την Άνοια φτάνει το κόστος για τα καρδιακά νοσήματα, τον καρκίνο και το ΑΕΕ σε συνδυασμό.

Ωστόσο, δε πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός ότι εκτός από το οικονομικό κόστος υπάρχει και το ψυχικό κόστος που υφίσταται ο ασθενής, αλλά πολύ περισσότερο ο φροντιστής του.<sup>170</sup>

---

<sup>170</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση,ό.π

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΆΝΟΙΑ**

Η Κοινωνική Εργασία, σαν μια κοινωνική και ανθρωπιστική επιστήμη, δραστηριοποιείται σε ένα ευρύ φάσμα πρωτογενών κοινωνικών οργανισμών, όπως το ΠΙΚΠΑ, Κέντρα Προστασίας του Παιδιού κ.α. και δευτερογενών όπως φυλακές, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Δικαστήρια και Ψυχιατρικές Κλινικές.

Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στη ψυχική υγεία και ειδικά μέσα σε ένα κλινικό πλαίσιο, είναι ιδιαίτερα σημαντικός και βασικός όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της ψυχιατρικής περίθαλψης. Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι απαραίτητο να εμπλακούν ενεργά στη θεραπεία και αποθεραπεία του ατόμου που έρχεται στους χώρους ψυχιατρικής φροντίδας.

Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στη ψυχική υγεία είναι ρόλος «κλειδί». Είναι το ίδιο σημαντικός με τον ρόλο του ψυχιάτρου και έχει καθοριστική σημασία για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων του κάθε πλαισίου. Ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι μέλος και μέρος της θεραπευτικής ομάδας. Δεν εργάζεται για τον ψυχίατρο αλλά εργάζεται μαζί με τον ψυχίατρο και τους άλλους ειδικούς-μέλη της θεραπευτικής ομάδας για το καλό του ασθενή, που είναι και δικός του ασθενής και έτσι πρέπει να τον αντιμετωπίζει. Γι' αυτό τον λόγο πρέπει να είναι ενεργή η συμμετοχή του στη θεραπευτική και διεπιστημονική ομάδα.

Οι επαγγελματικές ενασχολήσεις του Κοινωνικού Λειτουργού, στον χώρο αυτόν, είναι προληπτικές, διαγνωστικές, διορθωτικές και θεραπευτικές και έχουν να κάνουν με το άτομο, την οικογένεια, ομάδες και την κοινότητα. Οι ρόλοι λοιπόν που αναλαμβάνει ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι ο διαγνωστικός, ο συμβουλευτικός, ο θεραπευτικός, ο ρόλος του χειριστή ομάδων και ο οργανωτικός ρόλος. Όλοι αυτοί οι ρόλοι του ανατίθενται ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες και τις ειδικές ικανότητες του ίδιου.

Βάση αυτών των ρόλων αναλαμβάνει και τις αντίστοιχες ευθύνες και δραστηριότητες. Όσον αφορά τη διάγνωση, ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι αυτός που παίρνει το κοινωνικό ιστορικό του ασθενή, είτε από τον ίδιο είτε από κάποιο συγγενικό του πρόσωπο. Έχει την δυνατότητα να συλλέγει στοιχεία που διαφορετικά δεν μπορούν να συλλεχθούν με συνεντεύξεις στο γραφείο του ψυχιάτρου και αυτό γιατί έχει την εκπαίδευση και την δυνατότητα να εισέρχεται στο φυσικό περιβάλλον του ατόμου. Επιπλέον ο Κοινωνικός Λειτουργός, χρησιμοποιώντας τις γνώσεις που έχει, κάνει διαγνωστική αξιολόγηση, η οποία βοηθάει σημαντικά τη συλλογική διάγνωση της θεραπευτικής ομάδας, πάνω στην οποία βασίζεται η θεραπευτική παρέμβαση. Αυτή η αξιολόγηση περιλαμβάνει τις οικογενειακές, τις περιβαλλοντολογικές, τις κοινωνικές και τις ψυχολογικές επιπτώσεις του προβλήματος καθώς και τις επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του ατόμου.

Τέλος η θεραπευτική ομάδα, μέσα από τον κοινωνικό λειτουργό, παρακολουθεί τον ασθενή και μετά το τέλος της θεραπείας του.

Στο συμβουλευτικό κομμάτι, ο Κοινωνικός Λειτουργός, λειτουργεί ως ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της οικογένειας του ατόμου και της υπηρεσίας που εργάζεται και κατά την εισαγωγή του και κατά την διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς. Προσπαθεί να διατηρήσει την επαφή του ατόμου με το οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον. Ακόμα δίνει τις αναγκαίες πληροφορίες στην οικογένεια σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αντιμετώπιση των πρακτικών προβλημάτων που προκύπτουν. Στοχεύει στη δημιουργία σχέσης συνεργασίας και αποδοχής.

Όταν μιλάμε για θεραπευτικό ρόλο δεν αναφερόμαστε αποκλειστικά σε μια κλινική και ψυχαναλυτική παρέμβαση αλλά εννοούμε περισσότερο μια ψυχοδυναμική προσέγγιση, η οποία στόχο έχει την καλυτέρευση των σχέσεων, την απόκτηση γνώσης σχετική με τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα άτομα, την προσαρμογή του ατόμου στον οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό χώρο καθώς και την ανάπτυξη ικανοτήτων για την επίλυση προβληματικών καταστάσεων.

Στον ρόλο του χειριστή ομάδων, ο Κοινωνικός Λειτουργός αναλαμβάνει την δημιουργία μικροομάδων με κοινά προβλήματα. Οι ομάδες αυτές δημιουργούνται με σκοπούς επιμορφωτικούς, ψυχαγωγικούς ή με σκοπό να επανασυνδέσει τους ασθενείς με την πραγματικότητα, να δημιουργηθούν σχέσεις μεταξύ τους, να υπάρξει καλύτερη προσαρμογή στη θεραπεία. Επίσης, με την κατάλληλη εκπαίδευση, μπορεί σε συνεργασία με κάποιον άλλο θεραπευτή, να δημιουργήσουν καθαρά θεραπευτικές ομάδες υπό την εποπτεία του ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ομάδας.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, τέλος, συμμετέχει στην οργάνωση και συνεργασία, της υπηρεσίας που εργάζεται, με τον ευρύτερο κοινωνικό χώρο που αυτή εξυπηρετεί. Οποιοδήποτε πρόγραμμα αναφέρεται στη ψυχική υγεία, για να πετύχει, έχει ανάγκη την στήριξη και ενεργό συμμετοχή του κοινοτικού και κοινωνικού χώρου που το περιβάλλει. Ο Κοινωνικός Λειτουργός συμμετέχει στον εντοπισμό πηγών στήριξης, στην οργάνωσή τους, στην ενημέρωση και συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και στην ενημέρωση και ενεργοποίηση της κοινότητας.<sup>171</sup>

Οι κοινωνικοί λειτουργοί επίσης δουλεύουν συχνά και ως μέρος μιας ομάδας οικιακής φροντίδας σε ασθενείς με άνοια, συμβουλευόντας τους ίδιους και τις οικογένειες τους για κοινωνικά και συναισθηματικά θέματα, εξετάζοντας τον τρόπο ζωής και τις ανάγκες του

---

<sup>171</sup> Μουζακίτης, Χ. (1988). Ο Ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου. Εισηγήσεις, Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 12, σελ. 17-27.

ανοϊκού ατόμου και παραπέμποντας τα μέλη της οικογένειας στις κατάλληλες κοινοτικές υπηρεσίες.<sup>172</sup>

Επιπλέον ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί και σε ένα εξωτερικό ιατρείο μνήμης και άνοιας. Εκεί αναλαμβάνει τους ανοϊκούς ασθενείς ή τις οικογένειες που χρειάζονται κοινωνικοί υποστήριξη. Τέτοιες περιπτώσεις είναι άτομα μοναχικά, χωρίς συγγενείς, που χρειάζεται να εισαχθούν σε οίκους ευγηρίας ή ιδρύματα. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει την οικογένεια που έχει ανάγκη, ώστε να λάβει το επίδομα που αφορά τη φρο<sup>173</sup>ντίδα του ασθενή με άνοια.

## 7. 1. ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Τα επίπεδα στα οποία παρεμβαίνει ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι το άτομο, η οικογένεια και η κοινότητα.

### Παρέμβαση στο άτομο

Ο Κοινωνικός Λειτουργός παρεμβαίνει στο άτομο βοηθώντας το να συνειδητοποιήσει το πρόβλημά του και να το ξεπεράσει. Του εξηγεί τη φύση της νόσου, το βοηθάει στην επαφή του με το οικογενειακό του περιβάλλον και στη καλύτερη των σχέσεών τους. Ακόμα τον βοηθάει να ξεπεράσει τη σύγχυση, να ενισχύσει την αυτοεκτίμησή του, να καταλάβει τη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής και να την ακολουθήσει, να ενισχύσει τις θετικές του άμυνες, να θέσει στόχους, να εκφράσει τα συναισθήματά του και να μπορέσει να αυξήσει την λειτουργικότητά του ώστε να ζήσει όσο καλύτερα γίνεται τα υπόλοιπα χρόνια. Επίσης μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή μέσα από ομάδες δραστηριοτήτων, ενίσχυσης μνήμης και άλλες μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, τις οποίες αναφέρουμε στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

### Παρέμβαση στην οικογένεια

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στην οικογένεια γίνεται με τη συλλογή πληροφοριών για τον ασθενή, για τις διαπροσωπικές του σχέσεις με τα μέλη της οικογένειας, για τα συμπτώματα, τους λόγους εισαγωγής, τη ζωή του και στοιχεία της προσωπικότητάς του πριν αρρωστήσει και γενικά όποια πληροφορία μπορεί να φανεί χρήσιμη για την θεραπεία του. Η συνεργασία της οικογένειας, μέσα από την επαφή της με τον Κοινωνικό

<sup>172</sup> Καλαϊτζη, Β. (2005). Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων γονιών, Αθήνα, Mendor

<sup>173</sup> Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, ό.π



Λειτουργό, συμβάλλει θετικά στη θεραπεία του ασθενή. Επιπλέον προσφέρει ενημέρωση στην οικογένεια και στους φροντιστές των ασθενών και πληροφόρηση για την φύση της νόσου, τη διάρκεια και τα εξελικτικά στάδια που περνάει, ώστε να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για να το αντιμετωπίσουν. Μπορεί να τους δώσει οδηγίες και συμβουλές για την φροντίδα των ασθενών και τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων που μπορεί να παρουσιαστούν στην καθημερινότητά τους. Επίσης μπορεί να ενθαρρύνει τη συμμετοχή της οικογένειας σε ομάδες ενημέρωσης αλλά και ψυχολογικής υποστήριξης των φροντιστών.

#### Παρέμβαση στην κοινότητα

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στην κοινότητα αφορά την ενημέρωσή της για τις ψυχικές ασθένειες, τον τρόπο αντιμετώπισής τους και τις υπηρεσίες που παρέχονται. Ακόμα συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας, σε θέματα ψυχικής υγείας και ασθένειας, με σκοπό τη μείωση των προκαταλήψεων από μέρους των πολιτών και του κοινωνικού στιγματισμού που είναι ακόμα πολύ έντονος. Τέλος συμμετέχει στην οργάνωση και εκτέλεση προγραμμάτων πρόληψης και ενημέρωσης.<sup>174</sup>

---

<sup>174</sup> Σημειώσεις από το μάθημα “Κλινική Κοινωνική Εργασία” του Ε’ Εξαμήνου Κοινωνικής Εργασίας, κατά το χειμερινό εξάμηνο 2003-2004.

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ  
ΜΕΡΟΣ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 1. 1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η άνοια είναι μια πολύ σοβαρή ασθένεια που τα τελευταία χρόνια ακούγεται όλο και περισσότερο και τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη νόσο συνεχώς αυξάνονται. Το βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων που περιλαμβάνουν κυρίως έκπτωση της μνήμης, αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας.

Ψάχνοντας για σχετικές έρευνες για τον επιπολασμό της άνοιας στην Κρήτη δεν βρήκαμε στοιχεία. Αυτό μας κινητοποίησε ώστε να επιλέξουμε το θέμα αυτό.

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού της άνοιας στον ορεινό Μυλοπόταμο ώστε να δούμε πρώτον αν τα ευρήματά μας συμφωνούν με τα διεθνή δεδομένα ή άλλα του ελληνικού χώρου και δεύτερον να βοηθήσουν για προτάσεις για την δημιουργία προγραμμάτων σε τοπικό επίπεδο για την έγκαιρη παρέμβαση σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

### 1. 2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

- Στις ορεινές περιοχές της Κρήτης, με πιο παραδοσιακό τρόπο ζωής τα ποσοστά άνοιας υποθέτουμε ότι δεν είναι ίδια με αυτά που είναι διεθνώς παραδεκτά.
- Υπάρχει διαφοροποίηση στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στα δυο φύλα;
- Υποθέτουμε ότι ο ρόλος της διατροφής επηρεάζει πιθανώς την εμφάνιση της νόσου στη Κρήτη σε χαμηλότερα ποσοστά;
- Ποιος ο ρόλος της εκπαίδευσης στην εμφάνιση της νόσου;
- Παίζει ρόλο ο τρόπος ζωής και το πώς ξοδεύουν τον ελεύθερο χρόνο τους στην εμφάνιση της άνοιας;
- Ποιος ο ρόλος της κατάθλιψης σε σχέση με την άνοια;

### 1. 3. ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα ήταν ποσοτική και είχε φύση διερευνητική. Το δείγμα της έρευνας αποτελούν οι κάτοικοι του Ορεινού όγκου του Μυλοπόταμου και συγκεκριμένα οκτώ οικισμών του. Τα άτομα που συμμετείχαν ήταν ηλικίας 65 ετών και πάνω ανεξαρτήτως φύλου, εκπαίδευσης ή

καταγωγής. Το όριο της ηλικίας των 65 χρονών και άνω επιλέχτηκε διότι σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα άτομα που βρίσκονται σε αυτές τις ηλικίες είναι εκείνα που έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από Άνοια.

Ο αριθμός του πληθυσμού αυτού, δηλαδή των εγγεγραμμένων κατοίκων άνω των 65 ετών στους οκτώ αυτούς οικισμούς, ήταν 1726 κάτοικοι. Από αυτούς οι 546 είχαν αλλάξει τόπο διαμονής, οι 468 δεν βρέθηκαν, οι 170 αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα, οι 8 δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν και οι 534 συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα οι αριθμοί αυτοί ανά οικισμό έχουν ως εξής:

- Οικισμός 1: Εγγεγραμμένοι ήταν 104, 10 από αυτούς διέμεναν αλλού, 39 δεν βρέθηκαν, 41 αρνήθηκαν και 14 συμμετείχαν.
- Οικισμός 2: Εγγεγραμμένοι ήταν 164, από αυτούς 45 διέμεναν αλλού, 90 δε βρέθηκαν, 3 αρνήθηκαν και οι 26 συμμετείχαν.
- Οικισμός 3: Εγγεγραμμένοι ήταν 250, από αυτούς 47 διέμεναν αλλού, 100 δε βρέθηκαν, 15 αρνήθηκαν και 87 συμμετείχαν.
- Οικισμός 4: Εγγεγραμμένοι ήταν 710, από αυτούς οι 377 διέμεναν αλλού, οι 79 δε βρέθηκαν, 39 αρνήθηκαν, 8 δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν και οι 211 συμμετείχαν.
- Οικισμός 5: Εγγεγραμμένοι ήταν 194, από αυτούς 37 διέμεναν αλλού, 100 δε βρέθηκαν, 50 αρνήθηκαν και μόνο οι 6 συμμετείχαν.
- Οικισμός 6: Εγγεγραμμένοι ήταν 183, από αυτούς οι 23 διέμεναν αλλού, 5 δε βρέθηκαν, 6 αρνήθηκαν και 149 συμμετείχαν.
- Οικισμός 7: Εγγεγραμμένοι ήταν 38, από αυτούς 6 διέμεναν αλλού, 6 δε βρέθηκαν, 6 αρνήθηκαν και οι 20 συμμετείχαν.
- Οικισμός 8: Εγγεγραμμένοι ήταν 83, από αυτούς 8 διέμεναν αλλού, 49 δε βρέθηκαν, 10 αρνήθηκαν και οι 21 συμμετείχαν.

Από τα 712 ερωτηματολόγια που δόθηκαν συμπληρώθηκαν και αναλύθηκαν τα 534, δηλαδή το 30,93 % του πληθυσμού άνω των 65 ετών.

#### **1. 4. ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**

Ο τρόπος που συλλέξαμε τα στοιχεία ήταν με την μέθοδο της απογραφής. Βρήκαμε το δείγμα μας πηγαίνοντας στα σπίτια, στα καφενεία, στις πλατείες και στα ΚΑΠΗ των χωριών του Ορεινού Μυλοπόταμου. Για να γίνει αυτό συνεργαστήκαμε με Κοινωνικούς Λειτουργούς και με άλλους υπαλλήλους των δήμων, οι οποίοι μας έδωσαν λίστες με τα ονόματα των κατοίκων άνω των 65 ετών και μας βοήθησαν στην εύρεση και προσέγγισή τους. Ο ακριβής αριθμός βρέθηκε από τη Στατιστική Υπηρεσία.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι 4 τεστ και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών και άλλων στοιχείων των ερωτώμενων (Παράρτημα). Πιο συγκεκριμένα:

- ◆ α) δημογραφικά στοιχεία,
- ◆ β) MINI\_MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E),
- ◆ γ) HINDI MENTAL STATE EXAMINATION (H.M.S.E),
- ◆ δ) INSTRUMENTAL ACTIVITY OF DAILY LIVING (I.A.D.L),
- ◆ ε) GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS).

Τα τέσσερα τεστ είναι σταθμισμένα νευροψυχολογικά εργαλεία, τα οποία είναι έγκυρα και αξιόπιστα και μελετούν την κατάθλιψη, τη λειτουργικότητα και το επίπεδο γνωστικών λειτουργιών του ατόμου.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο αφορούσε τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων. Αυτά αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, τα χρόνια συνταξιοδότησης, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο καταγωγής, την κατάσταση υγείας, την ύπαρξη φροντιστή, τον ελεύθερο χρόνο τους, την πληροφόρηση για τη νόσο και τις διατροφικές συνήθειες.

Στο δεύτερο μέρος χορηγήθηκε στους ερωτώμενους με εκπαίδευση άνω της τετάρτης τάξης του δημοτικού το MINI MENTAL STATE EXAMINATION, το οποίο μελετάει τις γνωστικές λειτουργίες και χωρίζεται σε έξι ενότητες, οι οποίες αφορούν τον προσανατολισμό, την εγχώραξη, την προσοχή και ικανότητα υπολογισμών, την ανάκληση, την γλώσσα και την απραξία. Αποτελείται από 30 ερωτήσεις και το άθροισμα των βαθμολογήσεων του κάθε θέματος δίνει την τελική βαθμολογία, με μέγιστη το 30. Οι εξεταζόμενοι ανάλογα με την βαθμολογία ταξινομούνται ως εξής:

- 24-30 Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο
- 20-24 Ελαφριά γνωστική διαταραχή
- 10-20 Μέτρια γνωστική διαταραχή
- 0-10 Σοβαρή γνωστική διαταραχή

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου χορηγήθηκε το HINDI MENTAL STATE EXAMINATION στα άτομα που είχαν εκπαίδευση μόνο μέχρι την τετάρτη τάξη του δημοτικού. Το H.M.S.E αποτελείται από 22 θέματα με τα οποία ελέγχονται διαφορετικές γνωστικές ικανότητες (προσανατολισμός, μνήμη, προσοχή, γλώσσα, πράξη, κατανόηση). Το συνολικό άθροισμα εάν απαντηθούν σωστά όλες οι ερωτήσεις είναι το 30.

Στο τέταρτο μέρος χορηγήθηκε στους ερωτώμενους το INSTRUMENTAL ACTIVITY OF DAILY LIVING το οποίο αποτελείται από 8 ενότητες. Η πρώτη αξιολογεί την ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου και βαθμολογείται ανάλογα με τη απάντηση από 0 έως 4, η δεύτερη αξιολογεί την ικανότητα για ψώνια και βαθμολογείται από 0 έως 4, η τρίτη αξιολογεί την προετοιμασία γευμάτων και βαθμολογείται από 0 έως 4, η τέταρτη το

νοικοκυριό και βαθμολογείται από 0 έως 5, η πέμπτη το πλύσιμο και βαθμολογείται από 0 έως 3, η έκτη τον τρόπο μεταφοράς και βαθμολογείται από 0 έως 5, η έβδομη αξιολογεί την υπευθυνότητα για τα φάρμακα του και βαθμολογείται από 0 έως 3 και η όγδοη τέλος αξιολογεί την ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα και βαθμολογείται από 0 έως 3. Όσο μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν συνολικά σε αυτές τις 8 ενότητες τόσο μεγαλύτερο πρόβλημα λειτουργικότητας παρουσιάζουν.

Στο πέμπτο και τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου χορηγήθηκε στους ερωτώμενους το GERIATRIC DEPRESSION SCALE, το οποίο αποτελείται από 15 ερωτήσεις που εξετάζουν την ύπαρξη ή μη καταθλιπτικής διάθεσης. Όταν το άτομο δίνει καταθλιπτική απάντηση βαθμολογείται με ένα ενώ στην αντίθετη περίπτωση βαθμολογείται με 0. Συνολική βαθμολογία άνω του 6 δείχνει κατάθλιψη.

Κατά την διάρκεια της έρευνας τηρήθηκε η ανωνυμία όσων συμμετείχαν και διασφαλίστηκε το απόρρητο. Στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μας βοήθησαν το πρώτο διάστημα δυο σπουδάστριες της Ψυχολογίας. Επίσης στα πλαίσια του μαθήματος «Σεμινάριο Τελειοφοίτων » του τμήματός μας μια ομάδα σπουδαστών εκπαιδεύτηκε και συμπλήρωσε ένα αριθμό ερωτηματολογίων σε ένα Οικισμό.

Τα 534 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια αρχικά περάστηκαν στα ειδικά ολοκληρωμένα έντυπα (Παράρτημα) τα οποία περιέχουν όλα τα νευροψυχολογικά εργαλεία κωδικοποιημένα. Στη συνέχεια, στα πλαίσια της συνεργασίας της Σχολής μας με την κ. Τσολάκη Μάγδα διακεκριμένη Νευρολόγο-Ψυχίατρο, Θεολόγο και Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρείας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, στάλθηκαν στην ίδια, η οποία έβγαλε και μας έστειλε τη διάγνωση κατηγοριοποιημένη για όλους τους συμμετέχοντες, όπως αναφέρεται στα αποτελέσματα της έρευνας.

## 1. 5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν το κριτήριο  $\chi^2$ , το t-test για τη διερεύνηση των διαφορών στα δυο φύλα, ο συντελεστής συσχέτισης Pearson Correlation για τη διερεύνηση συσχετίσεων, το μέτρο One -Way ANOVA για τις διαφορές Μ.Ο και το Frequencies για την εύρεση συχνοτήτων και ποσοστών. Τέλος, βάση της ερμηνείας των πινάκων που δημιουργήθηκαν η ομάδα προέβη στην εξαγωγή των συμπερασμάτων.

## **1. 6. ΧΡΟΝΙΚΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ**

Η έρευνα μας διήρκησε περίπου επτά μήνες και συγκεκριμένα ξεκινήσαμε τον Ιούλιο του 2006 και την ολοκληρώσαμε τον Ιανουάριο του 2007.

## **1. 7. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ**

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αντιμετωπίσαμε αρκετές δυσκολίες. Η πρώτη δυσκολία που βρήκαμε είχε να κάνει με τη μετακίνηση μας στα χωριά του ορεινού Μυλοπόταμου, εξαιτίας του κακού οδικού δικτύου και της έλλειψης προσωπικού μέσου μεταφοράς. Επίσης στη συλλογή των ερωτηματολογίων μας δυσκόλεψε η μεγάλη απόσταση των χωριών τόσο από το Ηράκλειο όσο και μεταξύ τους και ο μεγάλος αριθμός του δείγματος. Αφού μεταβήκαμε στη περιοχή δυσκολευτήκαμε στην εύρεση των κατοίκων, καθώς πολλοί απουσίαζαν λόγω της εργασίας τους και επειδή δεν γνωρίζαμε καλά την περιοχή. Μία άλλη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε είχε να κάνει με την καχυποψία και την απροθυμία των κατοίκων να συμμετάσχουν στην έρευνα. Αυτό ίσως συνέβη λόγω ελλιπούς γνώσης ή και παραπληροφόρησης τους σχετικά με την άνοια. Ένας άλλος λόγος που ίσως ενίσχυσε την καχυποψία και την απροθυμία τους ήταν το γεγονός ότι το πρώτο διάστημα διεξαγωγής της έρευνας συνέπεσε με προεκλογική περίοδο. Τέλος υπήρξε μια μικρή δυσκολία στην στατιστική ανάλυση και την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων λόγω της πληθώρας των ερωτηματολογίων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 2. 1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

##### ΠΙΝΑΚΑΣ 1

###### Φύλο

	Συχνότητα	%
Άνδρες	257	48,1
Γυναίκες	277	51,9
Σύνολο	534	100,0

Το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 534 και από αυτούς οι 257 (48,1%) ήταν άντρες και οι 277 (51,9%) γυναίκες.

##### ΠΙΝΑΚΑΣ 2

###### Ηλικία κατηγοριοποιημένη

	Συχνότητα	%	
61 - 70	181	33,9	M.O = 75,22 T.A = 7,22
71 - 80	236	44,2	
81 - 90	102	19,1	
91 και άνω	15	2,8	
Σύνολο	534	100,0	

Ύστερα από κατηγοριοποίηση των ηλικιών σε τέσσερις ομάδες έχουμε την 1<sup>η</sup> ομάδα που περιλαμβάνει άτομα από 61 έως 70 ετών και αποτελούν το 33,9 % του δείγματος, την δεύτερη που αφορά τις ηλικίες από 71 έως 80 ετών και αποτελούν το 44,2% , το οποίο είναι κι το μεγαλύτερο ποσοστό, στην Τρίτη ομάδα ανήκουν τα άτομα από 81 έως 90 ετών και αποτελούν το 19,1 % και ένα 2,8 % του δείγματος έχει ηλικία από 91 ετών και άνω. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος είναι τα 75 χρόνια και η τυπική απόκλιση είναι 7,22.



### ΠΙΝΑΚΑΣ 3

#### **Οικογενειακή κατάσταση**

	Συχνότητα	%
Δεν απάντησαν	71	13,3
Έγγαμος	314	58,8
Άγαμος	41	7,7
Διαζευγμένος	2	0,4
Χήρος	105	19,7
Συζεί	1	0,2
Σύνολο	534	100,0

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση βλέπουμε ότι το 58,8 % του δείγματος είναι έγγαμοι, το 19,7 % έχει χηρέψει, ένα 7,7 % είναι άγαμοι, το 0,4 είναι διαζευγμένη και μόνο το 0,2 % του δείγματος συζεί.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 4

#### **Επάγγελμα**

	Συχνότητα	%
Δεν απάντησαν	73	13,7
Αγρότης	138	25,8
Κτηνοτρόφος	78	14,6
Αγροτοκτηνοτρόφος	48	9,0
Υπάλληλος	8	1,5
Οικιακά	144	27,0
Παροχή υπηρεσιών	24	4,5
Άλλη εργασία	21	3,9
Σύνολο	534	100,0

Όπως φαίνεται στον πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ασχολούνται με τα οικιακά και αντιστοιχεί στο 27 % του δείγματος. Το 25,8 % ήταν αγρότες, ακολουθούν οι κτηνοτρόφοι με 14,6 %, οι αγροτοκτηνοτρόφοι με 9 % και το υπόλοιπο δείγμα ασχολείται με τη παροχή υπηρεσιών ( 4,5 %) και άλλες εργασίες.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5

### Διάγνωση κατηγοριοποιημένη

	Συχνότητα	%	Valid %
Φυσιολογικός	161	30,1	35,1
MCI* Αμνησιακού Τύπου	82	15,4	17,9
MCI* Αγγειακού Τύπου	53	9,9	11,5
Άνοια Τύπου Alzheimer	75	14,0	16,3
Αγγειακή Άνοια	24	4,5	5,2
Άλλη Άνοια ή Mixed	6	1,1	1,3
MCI* Καταθλιπτικού Τύπου	48	9,0	10,5
MCI* Άλλης Αιτιολογίας	9	1,7	2,0
Άνοια από Νόσο Parkinson	1	0,2	0,2
Σύνολο Διαγνωσμένων	459	86,0	100,0
Χωρίς διάγνωση	75	14,0	
Σύνολο	534	100,0	

\*MCI = Ήπια Νοητική διαταραχή

Στο 86 % του δείγματος ( 459 συμμετέχοντες ) μπήκε τελική διάγνωση από τη κ. Μάγδα Τσολάκη. Η διάγνωση χωρίζετε σε εννέα κατηγορίες. Στο υπόλοιπό 14% δεν ήταν εφικτό να γίνει διάγνωση διότι δεν είχαν ολοκληρώσει και τα τρία τεστ. Σύμφωνα λοιπόν με τα στοιχεία αυτά, το 35,1 % (161 άτομα) των διαγνωσμένων είναι φυσιολογικοί. Από το 64,9 % (298 άτομα) που πάσχει από κάποια νόσο το μεγαλύτερο ποσοστό καταλαμβάνει η Ήπια Νοητική διαταραχή (MCI) Αμνησιακού Τύπου με 17,9 % ( 82 άτομα) , ακολουθεί η Άνοια τύπου Alzheimer με 16,3 % ( 75 άτομα), η Ήπια Νοητική Διαταραχή (MCI) Αγγειακού Τύπου με 11,5 % ( 53 άτομα) , η Ήπια Νοητική Διαταραχή (MCI) Καταθλιπτικού Τύπου με 10,5 ( 48 άτομα) και ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά οι υπόλοιπες κατηγορίες.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 6

### Ύπαρξη προβλημάτων υγείας

	Συχνότητα	%
Δεν απάντησαν	71	13,3
Ναι	426	79,8
Όχι	37	6,9
Σύνολο	534	100,0

Όπως παρατηρούμε στο πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που αντιστοιχεί στο 79,8 % αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας, ενώ μόνο το 6,9 % δεν πάσχει από κάτι.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 7

**Η ηλικία και το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του Νοητικού επιπέδου**

	Ηλικία	Κατάθλιψη	Λειτουργικότητα	Μνήμη
Ηλικία	1			
Κατάθλιψη	0,204**	1		
Λειτουργικότητα	0,291**	0,323**	1	
Νοητικό επίπεδο	- 0,266**	- 0,229**	-0,573**	1

Pearson Correlation is significant at the 0,01 level ( 2 – tailed )

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της ηλικίας με τη κατάθλιψη και τη λειτουργικότητα και αρνητική με τη γνωστική ικανότητα των ερωτώμενων. Επίσης υπάρχει θετική συσχέτιση κατάθλιψης και λειτουργικότητας και αρνητική με την γνωστική ικανότητα. Τέλος υπάρχει αρνητική συσχέτιση συνόλου λειτουργικότητας και γνωστικής ικανότητας.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 8

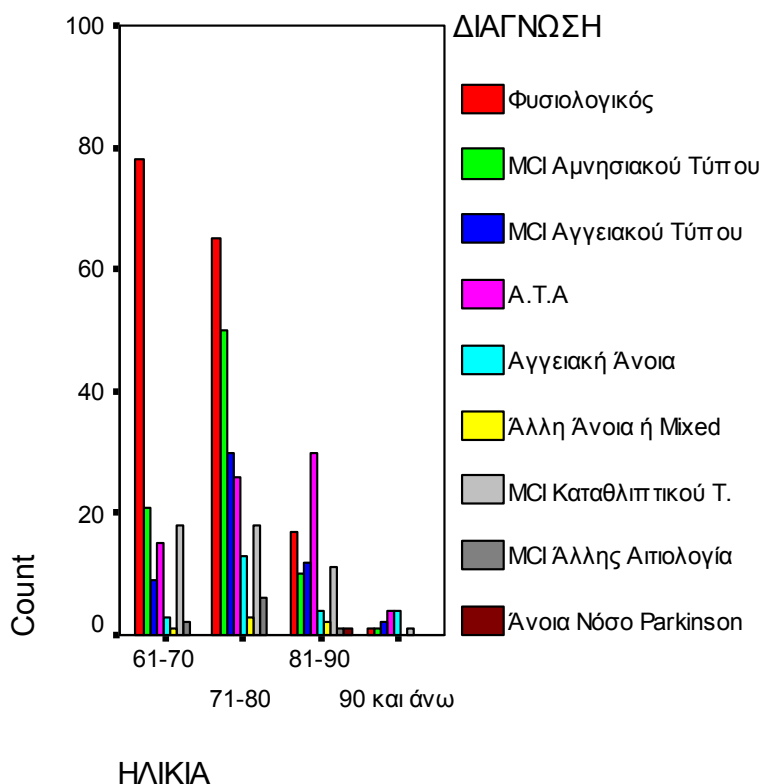
**Η διάγνωση και η ηλικία**

	Ηλικία				Σύνολο	
	61-70	71-80	81-90	91 και άνω		
Φυσιολογικός	78	65	17	1	161	$X^2=89,508$ $df=24$ $p=0,000$
MCI Αμνησιακού Τύπου	21	50	10	1	82	
MCI Αγγειακού Τύπου	9	30	12	2	53	
Άνοια Τύπου Alzheimer	15	26	30	4	75	
Αγγειακή Άνοια	3	13	4	4	24	
Άλλη Άνοια ή Mixed	1	3	2	0	6	
MCI Καταθλιπτικού Τύπου	18	18	11	1	48	
MCI Άλλης Αιτιολογίας	2	6	1	0	9	
Άνοια από Νόσο Parkinson	0	0	1	0	1	
Σύνολο	147	211	88	13	459	

Η διάγνωση ως προς την ηλικία έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

## ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

### Η διάγνωση και η ηλικία



## ΠΙΝΑΚΑΣ 9

### Φύλο και σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του Νοητικού επιπέδου

	Φύλο	N	M.O	T.A	
Κατάθλιψη (GDS)	Άνδρες	225	4,40	3,17	t = -8,876 df = 447 p = 0,000
	Γυναίκες	224	<b>7,23</b>	3,55	
Λειτουργικότητα (IADL)	Άνδρες	228	8,32	5,70	t = 2,676 df = 4,54 p = 0,008
	Γυναίκες	228	<b>10,01</b>	7,60	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Άνδρες	227	<b>26,18</b>	4,56	t = 4,071 df = 4,53 f = 0,000
	Γυναίκες	228	24,25	5,50	

Το φύλο ως προς τη κατάθλιψη, τη λειτουργικότητα και τη συνολική βαθμολογία για τη μνήμη, έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, υψηλότερο μέσο όρο κατάθλιψης έχουν οι γυναίκες, όπως και χαμηλότερη λειτουργικότητα. Στη μνήμη υψηλότερο μέσο όρο έχουν οι άντρες.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 10

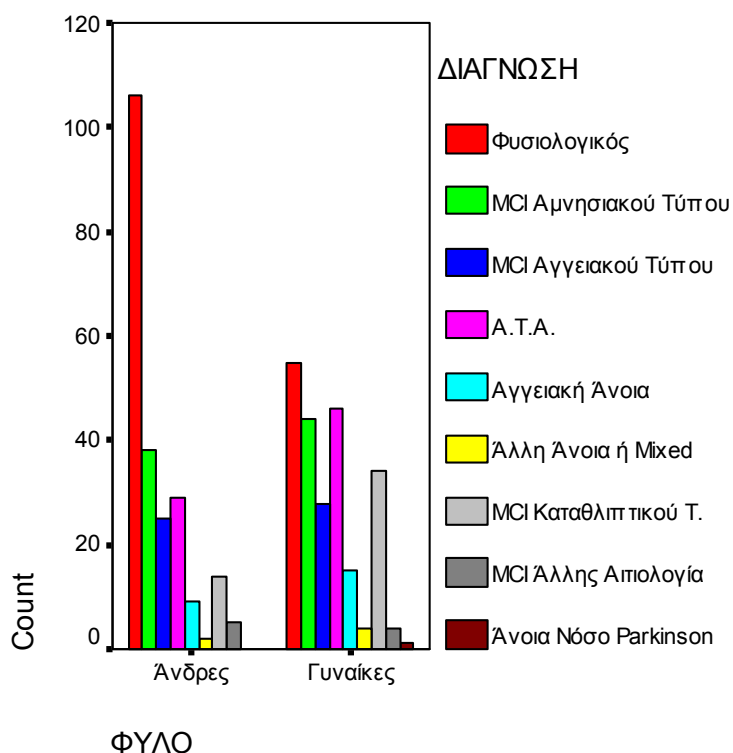
### Η διάγνωση και το φύλο

	Φύλο		Σύνολο	
	Άνδρας	Γυναίκα		
Φυσιολογικός	106	55	161	$\chi^2=32,21$ $df = 8$ $p = 0,000$
MCI Αμνησιακού Τύπου	38	44	82	
MCI Αγγειακού Τύπου	25	28	53	
Άνοια Τύπου Alzheimer	29	46	75	
Αγγειακή Άνοια	9	15	24	
Άλλη Άνοια ή Mixed	2	4	6	
MCI Καταθλιπτικού Τύπου	14	34	48	
MCI Άλλης Αιτιολογίας	5	4	9	
Άνοια από Νόσο Parkinson	0	1	1	
Σύνολο	228	231	459	

Η διάγνωση ως προς το φύλο έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

## ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

### Φύλο και διάγνωση



### ΠΙΝΑΚΑΣ 11

#### Χρόνια εκπαίδευσης και το σύνολο της κατάθλιψης

	Χρόνια εκπαίδευσης	Κατάθλιψη (GDS)
Χρόνια εκπαίδευσης	1	
Κατάθλιψη (GDS)	-,216**	1

Pearson Correlation is significant at the 0,01 level ( 2 – tailed )

Αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα χρόνια εκπαίδευσης και στη κατάθλιψη.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 12

#### Η οικογενειακή κατάσταση ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και του Νοητικού επιπέδου

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	13	3,84	F = 7,658 p = 0,000
	Έγγαμος-η	291	5,27	
	Άγαμος-η	37	7,51	
	Διαζευγμένος-η	2	1,50	
	Χήρος-α	104	<b>7,13</b>	
	Συζεί	1	2,00	
	Σύνολο	448	5,82	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	13	25,92	F = 3,060 p = 0,010
	Έγγαμος-η	298	25,53	
	Άγαμος-η	39	<b>22,20</b>	
	Διαζευγμένος-η	1	23,00	
	Χήρος-α	102	25,34	
	Συζεί	1	26,00	
	Σύνολο	454	25,20	

Η οικογενειακή κατάσταση έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μόνο ως προς τη κατάθλιψη και τη συνολική βαθμολογία του νοητικού επιπέδου. Υψηλότερο μέσο όρο κατάθλιψης παρουσιάζουν οι χήροι και μικρότερο σκορ στο νοητικό επίπεδο έχουν οι άγαμοι.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 13

#### Η διάγνωση και η οικογενειακή κατάσταση

	Δεν απάντησαν	Έγγαμος	Άγαμος	Διαζευγμένος	Χήρος	Συζεί	Σύνολο	
Φυσιολογικός MCI Αμνησιακού Τύπου	9	120	6	0	26	0	161	X <sup>2</sup> =62680 df=40 p=0,012
MCI Αγγειακού Τύπου	0	58	9	1	14	0	82	
Άνοια Τύπου Alzheimer	1	26	4	0	20	1	52	
Αγγειακή Άνοια	2	43	12	1	17	0	75	
Άλλη Άνοια ή Mixed MCI	1	14	1	0	8	0	24	
Καταθλιπτικού Τύπου	0	4	0	0	2	0	6	
MCI Άλλης Αιτιολογίας	0	27	5	0	16	0	48	
Άνοια από Νόσο Parkinson	0	7	1	0	1	0	9	
Σύνολο	0	0	1	0	0	0	1	
	13	299	39	2	104	1	458	

Η διάγνωση ως προς την οικογενειακή κατάσταση έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα

### ΠΙΝΑΚΑΣ 14

#### Η σωματική άσκηση ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του Νοητικού επιπέδου

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	15	4,20	F = 29,786 p = 0,000
	Ναι	251	4,81	
	Όχι	181	<b>7,32</b>	
	Σύνολο	447	5,80	
Λειτουργικότητα (IADL)	Δεν απάντησαν	16	10,00	F = 16,053 p = 0,000
	Ναι	252	7,58	
	Όχι	186	<b>11,13</b>	
	Σύνολο	454	9,12	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	16	24,68	F = 23,955 p = 0,000
	Ναι	252	26,64	
	Όχι	185	<b>23,37</b>	
	Σύνολο	453	25,24	

Η σωματική άσκηση έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς τη κατάθλιψη, τη λειτουργικότητα και τη μνήμη.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 15

Το διάβασμα ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του Νοητικού επιπέδου

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	14	3,78	F = 15,335 p = 0,000
	Ναι	196	4,93	
	Όχι	238	<b>6,67</b>	
	Σύνολο	448	5,82	
Λειτουργικότητα (IADL)	Δεν απάντησαν	15	9,20	F = 4,186 p = 0,016
	Ναι	199	8,14	
	Όχι	241	<b>10,00</b>	
	Σύνολο	455	9,16	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	15	24,93	F = 7,191 p = 0,001
	Ναι	198	26,24	
	Όχι	241	<b>24,39</b>	
	Σύνολο	454	25,22	

Το διάβασμα έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και της μνήμης.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 16

Η συγγένεια του φροντιστή ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και της λειτουργικότητας

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	15	4,46	F = 5,651 p = 0,000
	Σύζυγος	282	5,15	
	Παιδί	41	6,87	
	Οικ. Βοηθός	13	7,61	
	Γείτονες / Φίλοι	20	<b>7,65</b>	
	Σύνολο	371	5,54	
Λειτουργικότητα (IADL)	Δεν απάντησαν	15	7,80	F = 4,957 p = 0,000
	Σύζυγος	288	8,66	
	Παιδί	42	12,45	
	Οικ. Βοηθός	13	<b>13,23</b>	
	Γείτονες / Φίλοι	20	11,45	
	Σύνολο	378	9,35	

Η συγγένεια του φροντιστή με το ερωτώμενο ηλικιωμένο άτομο ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και της λειτουργικότητας έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.



### ΠΙΝΑΚΑΣ 17

**Ο ελεύθερος χρόνος ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας, του Νοητικού επιπέδου**

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησε	20	5,10	F = 11,571 p = 0,000
	Καφενείο	154	4,37	
	Τηλεόραση	55	<b>8,27</b>	
	Πλέξιμο	123	6,52	
	Βόλτες	18	5,11	
	Αγρ. Δουλειές	13	4,00	
	Τίποτα / Σπίτι	61	6,50	
	Σύνολο	444	5,79	
Λειτουργικότητα (IADL)	Δεν απάντησε	21	10,28	F = 6,004 p = 0,000
	Καφενείο	154	7,21	
	Τηλεόραση	56	<b>12,67</b>	
	Πλέξιμο	122	8,61	
	Βόλτες	21	9,57	
	Αγρ. Δουλειές	13	9,30	
	Τίποτα / Σπίτι	64	10,90	
	Σύνολο	451	9,10	
Νοητικό επίπεδο (MMSE) (HINDI)	Δεν απάντησε	21	23,95	F = 7,402 p = 0,000
	Καφενείο	153	<b>27,14</b>	
	Τηλεόραση	56	24,87	
	Πλέξιμο	123	25,12	
	Βόλτες	21	<b>22,71</b>	
	Αγρ. Δουλειές	13	24,53	
	Τίποτα / Σπίτι	63	22,96	
	Σύνολο	450	25,29	

Ο ελεύθερος χρόνος ως προς τη κατάθλιψη, τη λειτουργικότητα και τη συνολική βαθμολογία του νοητικού επιπέδου έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 18

Το επάγγελμα ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του Νοητικού επιπέδου

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	13	3,84	F = 4,266 p = 0,000
	Αγρότης	130	6,06	
	Κτηνοτρόφος	70	4,58	
	Αγροτοκτηνοτρόφος	46	4,60	
	Υπάλληλος	8	4,87	
	Οικιακά	140	<b>6,80</b>	
	Παροχή υπηρεσιών	20	5,80	
	Άλλη εργασία	20	5,60	
Σύνολο	447	5,79		
Μνήμη (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	14	24,85	F = 2,811 p = 0,007
	Αγρότης	128	24,91	
	Κτηνοτρόφος	71	26,15	
	Αγροτοκτηνοτρόφος	47	<b>27,61</b>	
	Υπάλληλος	8	25,87	
	Οικιακά	143	24,53	
	Παροχή υπηρεσιών	21	<b>23,38</b>	
	Άλλη εργασία	21	25,95	
Σύνολο	453	25,26		

Το επάγγελμα ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και του νοητικού επιπέδου έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 19

Η ύπαρξη παιδιών ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και του Νοητικού επιπέδου

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	15	4,33	F = 4,880 p = 0,008
	Ναι	376	5,68	
	Όχι	58	<b>7,05</b>	
	Σύνολο	449	5,81	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	15	26,40	F = 5,394 p = 0,005
	Ναι	382	25,47	
	Όχι	58	<b>23,20</b>	
	Σύνολο	455	25,21	

Σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα έδωσε η ύπαρξη παιδιών ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και της μνήμης.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 20

**Η ύπαρξη προβλημάτων υγείας ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και της λειτουργικότητας**

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	13	3,84	F = 4,938 p = 0,008
	Ναι	400	6,00	
	Όχι	36	4,47	
	Σύνολο	449	5,81	
Λειτουργικότητα (IADL)	Δεν απάντησαν	13	8,30	F = 4,872 p = 0,008
	Ναι	407	9,48	
	Όχι	36	5,88	
	Σύνολο	456	9,17	

Η ύπαρξη προβλημάτων υγείας έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και της λειτουργικότητας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 21

**Η άποψη που έχουν για τη νόσο Alzheimer ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και του Νοητικού επιπέδου**

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	24	3,37	F = 3,601 p = 0,003
	Παράξενη ασθένεια	15	4,93	
	Ύπουλη ασθένεια	11	5,90	
	Δεν γνωρίζω	349	6,12	
	Λύπη για όσους νοσοούν	3	7,33	
	Άλλο	45	4,48	
	Σύνολο	447	5,81	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	25	24,92	F = 3,436 p = 0,005
	Παράξενη ασθένεια	15	28,86	
	Ύπουλη ασθένεια	11	28,18	
	Δεν γνωρίζω	353	24,82	
	Λύπη για όσους νοσοούν	3	29,00	
	Άλλο	46	26,23	
	Σύνολο	453	25,21	

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα έδωσε η άποψη που έχουν για τη νόσο Alzheimer ως προς το σύνολο της κατάθλιψης και του νοητικού επιπέδου.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 22

**Η κατανάλωση κρέατος ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του Νοητικού επιπέδου**

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	117	6,59	F = 5,477 p = 0,000
	Πάρα πολύ	33	<b>3,78</b>	
	Πολύ	59	5,01	
	Συχνά	127	5,29	
	Μερικές φορές	3	<b>9,33</b>	
	Σπάνια	104	6,43	
	Καθόλου	5	9,20	
Σύνολο	448	5,82		
Λειτουργικότητα (IADL)	Δεν απάντησαν	124	11,72	F = 4,788 p = 0,000
	Πάρα πολύ	33	8,33	
	Πολύ	54	7,25	
	Συχνά	127	7,92	
	Μερικές φορές	3	8,00	
	Σπάνια	104	8,97	
	Καθόλου	5	<b>9,60</b>	
Σύνολο	455	9,16		
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	125	22,00	F = 15,25 p = 0,000
	Πάρα πολύ	33	26,90	
	Πολύ	59	<b>27,57</b>	
	Συχνά	126	26,55	
	Μερικές φορές	3	<b>22,00</b>	
	Σπάνια	103	25,81	
	Καθόλου	5	22,80	
Σύνολο	454	25,22		

Η κατανάλωση κρέατος ως προς τη συνολική βαθμολογία της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του νοητικού επιπέδου έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 23

Η κατανάλωση λαχανικών ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του Νοητικούεπιπέδου

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	117	6,59	F = 2,365 p = 0,029
	Πάρα πολύ	46	6,39	
	Πολύ	40	5,87	
	Συχνά	187	5,37	
	Μερικές φορές	1	<b>4,00</b>	
	Σπάνια	50	4,90	
	Καθόλου	7	<b>7,42</b>	
	Σύνολο	448	5,82	
Λειτουργικότητα (IADL)	Δεν απάντησαν	124	11,72	F = 4,782 p = 0,000
	Πάρα πολύ	46	9,08	
	Πολύ	40	<b>9,32</b>	
	Συχνά	187	7,88	
	Μερικές φορές	1	8,00	
	Σπάνια	50	7,54	
	Καθόλου	7	9,14	
	Σύνολο	455	9,16	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	125	22,00	F = 15,292 p = 0,000
	Πάρα πολύ	46	25,34	
	Πολύ	39	24,97	
	Συχνά	187	27,00	
	Μερικές φορές	1	<b>28,00</b>	
	Σπάνια	49	26,83	
	Καθόλου	7	<b>23,84</b>	
	Σύνολο	455	25,22	

Η κατανάλωση λαχανικών ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του νοητικού επιπέδου έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 24

**Η κατανάλωση ψαριού ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του Νοητικού επιπέδου**

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	117	6,59	F = 2,328 p = 0,042
	Πάρα πολύ	0	0	
	Πολύ	3	5,66	
	Συχνά	65	6,21	
	Μερικές φορές	7	5,85	
	Σπάνια	240	5,29	
	Καθόλου	16	<b>6,43</b>	
	Σύνολο	448	5,82	
Λειτουργικότητα (IADL)	Δεν απάντησαν	124	11,72	F = 6,828 p = 0,000
	Πάρα πολύ	0	0	
	Πολύ	3	4,00	
	Συχνά	65	6,85	
	Μερικές φορές	8	<b>12,37</b>	
	Σπάνια	239	8,40	
	Καθόλου	16	9,50	
	Σύνολο	455	9,16	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	125	22,00	F = 19,825 p = 0,000
	Πάρα πολύ	0	0	
	Πολύ	3	<b>28,66</b>	
	Συχνά	65	27,47	
	Μερικές φορές	8	<b>20,37</b>	
	Σπάνια	238	26,31	
	Καθόλου	15	26,86	
	Σύνολο	454	25,22	

Η κατανάλωση ψαριού ως προς τη κατάθλιψη, τη λειτουργικότητα και τη συνολική βαθμολογία του νοητικού επιπέδου έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 25

**Η κατανάλωση οσπρίων ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του νοητικού επιπέδου**

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Δεν απάντησαν	116	6,63	F = 2,452 p = 0,024
	Πάρα πολύ	4	<b>3,75</b>	
	Πολύ	9	5,55	
	Συχνά	113	<b>6,23</b>	
	Μερικές φορές	9	5,44	
	Σπάνια	191	5,19	
	Καθόλου	5	5,00	
	Σύνολο	447	5,83	
Λειτουργικότητα (IADL)	Δεν απάντησαν	123	11,77	F = 5,694 p = 0,000
	Πάρα πολύ	4	9,00	
	Πολύ	9	<b>12,33</b>	
	Συχνά	113	8,17	
	Μερικές φορές	9	9,00	
	Σπάνια	191	<b>7,82</b>	
	Καθόλου	5	13,60	
	Σύνολο	454	9,16	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Δεν απάντησαν	124	21,94	F = 15,636 p = 0,000
	Πάρα πολύ	3	27,00	
	Πολύ	9	<b>22,44</b>	
	Συχνά	112	<b>27,03</b>	
	Μερικές φορές	9	26,11	
	Σπάνια	191	26,39	
	Καθόλου	5	22,60	
	Σύνολο	453	25,21	

Η κατανάλωση οσπρίων έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς τη συνολική βαθμολογία της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του νοητικού επιπέδου.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 26

**Η διάγνωση ως προς το σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του  
Νοητικού επιπέδου**

		N	M.O	
Κατάθλιψη (GDS)	Φυσιολογικός	160	4,68	F = 12,043 p = 0,000
	MCI Αμνησιακού Τύπου	82	4,95	
	MCI Αγγειακού Τύπου	52	5,11	
	Άνοια Τύπου Alzheimer	69	7,24	
	Αγγειακή Άνοια	23	8,26	
	Άλλη Άνοια ή Mixed	5	8,60	
	MCI Καταθλιπτικού Τύπου	48	<b>8,70</b>	
	MCI Άλλης Αιτιολογία	9	3,44	
	Άνοια από Νόσο Parkinson	1	<b>9,00</b>	
	Σύνολο	449	5,81	
Λειτουργικότητα (IADL)	Φυσιολογικός	161	5,55	F = 61,140 p = 0,000
	MCI Αμνησιακού Τύπου	82	6,57	
	MCI Αγγειακού Τύπου	52	7,78	
	Άνοια Τύπου Alzheimer	74	17,66	
	Αγγειακή Άνοια	23	<b>18,82</b>	
	Άλλη Άνοια ή Mixed	6	16,16	
	MCI Καταθλιπτικού Τύπου	48	8,45	
	MCI Άλλης Αιτιολογία	9	8,22	
	Άνοια από Νόσο Parkinson	1	<b>27,00</b>	
	Σύνολο	456	9,17	
Νοητικό επίπεδο (MMSE, HINDI)	Φυσιολογικός	161	29,02	F = 103,548 p = 0,000
	MCI Αμνησιακού Τύπου	82	25,17	
	MCI Αγγειακού Τύπου	53	25,71	
	Άνοια Τύπου Alzheimer	71	<b>16,94</b>	
	Αγγειακή Άνοια	24	22,04	
	Άλλη Άνοια ή Mixed	6	20,33	
	MCI Καταθλιπτικού Τύπου	48	26,58	
	MCI Άλλης Αιτιολογία	9	25,33	
	Άνοια από Νόσο Parkinson	1	<b>14,00</b>	
	Σύνολο	455	25,21	

Η διάγνωση ως προς σύνολο της κατάθλιψης, της λειτουργικότητας και του νοητικού επιπέδου έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.



## **2. 2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 5:**

Ο πίνακας αυτός παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Τα ποσοστά άνοιας στον ορεινό Μυλοπόταμο βλέπουμε πως είναι αρκετά υψηλά σε σχέση με αυτά που ισχύουν στον ελληνικό και διεθνή χώρο. Στους 459 ερωτώμενους που υπάρχει διάγνωση μόνο το 35,1% είναι φυσιολογικοί. Από Ήπια Νοητική διαταραχή πάσχει το 41,9% των διαγνωσμένων και το 23% πάσχει από Άνοια και πιο συγκεκριμένα Άνοια τύπου Alzheimer έχει το 16,3%. Το ποσοστό αυτό σε διεθνές επίπεδο ανέρχεται στο 6-7% μόνο.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 7:**

Ο πίνακας μας δείχνει πως υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και νοητικού επιπέδου, που σημαίνει πως όσο αυξάνει η ηλικία τόσο μειώνονται οι γνωστικές λειτουργίες και κυρίως η μνήμη.

Επίσης βλέπουμε να υπάρχει θετική συσχέτιση της ηλικίας με τη λειτουργικότητα και τη κατάθλιψη. Αυτό σημαίνει πως με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται και το πρόβλημα στη κατάθλιψη και στη λειτουργικότητα του ατόμου.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 8:**

Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μας δίνει η διάγνωση ως προς την ηλικία κατηγοριοποιημένη.

Μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας φαίνεται να έχουν όσοι ανήκουν στην ηλικία των 71 ως 80 ετών, οι οποίοι παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά σχεδόν σε όλες τις κατηγορίες διάγνωσης. Βέβαια σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία ανήκει γενικά το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων. Ωστόσο οι περισσότεροι ασθενείς με Άνοια Τύπου Alzheimer είναι ηλικίας 81 έως 90 ετών, ενώ μεγάλα ποσοστά με MCI Καταθλιπτικού Τύπου έχουμε στις ηλικίες 61 με 70 χρόνων.

### **ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1:**

Στο σχεδιάγραμμα αυτό μπορούμε να δούμε τον επιπολασμό της άνοιας. Συγκεκριμένα στην MCI Αμνησιακού Τύπου βλέπουμε να υπάρχει μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης κατηγορίας κάτι παραπάνω από διπλασιασμός, ενώ στην τρίτη και τέταρτη κατηγορία το ποσοστό μειώνεται σημαντικά. Αυτό είναι λογικό αν σκεφτεί κανείς πως συνήθως τα άτομα αυτά μετά από κάποια χρόνια εκδηλώνουν άνοια.

Όσον αφορά την ΑΤΑ, βλέπουμε μεταξύ της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας να υπάρχει σχεδόν διπλασιασμός και στην τρίτη κατηγορία ο αριθμός να αυξάνει κι άλλο. Το γεγονός

πως στην τέταρτη κατηγορία ο αριθμός των ασθενών μειώνεται σημαντικά έχει να κάνει με τον θάνατό τους.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 9:**

Το φύλο βρέθηκε να μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και για τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνά μας, δηλαδή νοητικού επιπέδου, λειτουργικότητας και κατάθλιψης.

Στο ερωτηματολόγιο του νοητικού επιπέδου, πιο χαμηλό μέσο όρο φαίνεται να έχουν οι γυναίκες. Επίσης οι γυναίκες παρουσιάζουν πιο υψηλό μέσο όρο κατάθλιψης απ' ότι οι άντρες καθώς και μεγαλύτερη βαθμολογία στη λειτουργικότητα. Αυτό δείχνει, οι γυναίκες, να έχουν μεγαλύτερο πρόβλημα και στην λειτουργικότητα όπως και στη μνήμη και στη κατάθλιψη.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 10:**

Η διάγνωση κατηγοριοποιημένη δίνει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ως προς το φύλο. Φαίνεται πως οι περισσότεροι από αυτούς που ανήκουν στην κατηγορία του φυσιολογικού είναι άντρες και μάλιστα με διαφορά. Σε όλες τις κατηγορίες, με εξαίρεση αυτή της MCI άλλης αιτιολογίας, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι γυναίκες.

### **ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2:**

Εδώ βλέπουμε τους άντρες να είναι διπλάσιοι από τις γυναίκες στην κατηγορία του φυσιολογικού. Επίσης παρατηρείτε σχεδόν να διπλασιάζεται ο αριθμός των γυναικών που νοσούν από ΑΤΑ καθώς και από Αγγειακή άνοια σε σχέση με τον αντίστοιχο αριθμό των αντρών. Στην MCI Καταθλιπτικού τύπου φαίνεται η διαφορά αντρών και γυναικών που νοσούν να είναι παραπάνω από διπλάσια.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 11:**

Σε αυτόν τον πίνακα υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα χρόνια εκπαίδευσης και στη κατάθλιψη. Όσο λιγότερα είναι τα χρόνια εκπαίδευσης των ερωτηθέντων τόσο υψηλότερο σκορ παρουσιάζουν στη κατάθλιψη.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 12:**

Η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκε να μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τη κατάθλιψη και τη μνήμη. Φαίνεται πως υψηλότερο σκορ κατάθλιψης έχουν οι άγαμοι και οι χήροι, ενώ το μικρότερο έχουν όσοι συζούν. Ωστόσο οι άγαμοι, είναι αυτοί που δίνουν και το χαμηλότερο μέσο όρο στο ερωτηματολόγιο του νοητικού επιπέδου και ακολουθούν οι διαζευγμένοι, με υψηλότερο ποσοστό να έχουν αυτοί που συζούν.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 13:**

Η διάγνωση βρέθηκε να μας δίνει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα και ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι. Επίσης οι έγγαμοι είναι και αυτοί με τα μεγαλύτερα ποσοστά σε όλες τις κατηγορίες των διαγνώσεων. Ωστόσο μεγάλα ποσοστά MCI Αγγειακού Τύπου σημειώνουν και οι χήροι. Υψηλά ποσοστά Άνοιας Τύπου Alzheimer παρουσιάζουν οι έγγαμοι, ακολουθούν οι χήροι και οι άγαμοι.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 14:**

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και για τα τρία ερωτηματολόγια βρέθηκε να μας δίνει η σωματική άσκηση. Υψηλότερο μέσο όρο κατάθλιψης αλλά και λειτουργικότητας φαίνεται να έχουν όσοι δεν ασκούνται.

Όσοι δεν ασκούνται παρουσιάζουν επίσης και χαμηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο για το νοητικό επίπεδο.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 15:**

Το διάβασμα βρέθηκε να μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και για τα τρία ερωτηματολόγια της έρευνας.

Στο νοητικό επίπεδο, πιο χαμηλό μέσο όρο, φαίνεται να έχουν όσοι δεν διαβάζουν. Στην κατάθλιψη, πιο υψηλό μέσο όρο παρουσιάζουν επίσης αυτοί που δεν διαβάζουν. Το ίδιο συμβαίνει και στο ερωτηματολόγιο της λειτουργικότητας, όπου τη μεγαλύτερη βαθμολογία έχουν και εδώ όσοι δεν διαβάζουν καθόλου.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 16:**

Η συγγένεια του φροντιστή βρέθηκε να μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την κατάθλιψη και τη λειτουργικότητα.

Πιο υψηλό σκορ στη κατάθλιψη φαίνεται να έχουν αυτοί που τους φροντίζει οικιακή βοηθός ή κάποιος άλλος. Στη λειτουργικότητα μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσιάζουν επίσης όσοι τους φροντίζει οικιακή βοηθός και ακολουθούν αυτοί που τους φροντίζει κάποιο από τα παιδιά του.

Χαμηλότερο μέσο όρο και στα δύο ερωτηματολόγια σημειώνουν όσοι τους φροντίζει ο\η σύζυγός τους.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 17:**

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και για τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήσαμε μας δίνει ο ελεύθερος χρόνος.

Υψηλότερο μέσο όρο στην κατάθλιψη έχουν όσοι βλέπουν τηλεόραση, ενώ το χαμηλότερο έχουν όσοι περνούν τον ελεύθερό τους χρόνο στο καφενείο και σε αγροτικές δουλειές.

Στη λειτουργικότητα πιο υψηλό μέσο όρο δίνουν επίσης όσοι βλέπουν τηλεόραση, με αυτούς που πηγαίνουν στο καφενείο να έχουν και εδώ το χαμηλότερο μέσο όρο.

Χαμηλότερο σκορ στο νοητικό επίπεδο έχουν όσοι περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους κάνοντας βόλτες και το πιο υψηλό σκορ έχουν αυτοί που πηγαίνουν στο καφενείο.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 18:**

Το επάγγελμα βρέθηκε να μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς την κατάθλιψη και το νοητικό επίπεδο.

Πιο υψηλό σκορ στη κατάθλιψη παρουσιάζουν όσοι ασχολούνται με τα οικιακά και ακολουθούν οι αγρότες, ενώ χαμηλό σκορ έχουν οι κτηνοτρόφοι και οι αγροτοκτηνοτρόφοι. Στο νοητικό επίπεδο, χαμηλότερο μέσο όρο έχουν αυτοί που ασχολούνται με παροχή υπηρεσιών, ενώ τον υψηλότερο μέσο όρο έχουν και εδώ οι αγροτοκτηνοτρόφοι.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 19:**

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μας δίνει η ύπαρξη των παιδιών ως προς την κατάθλιψη και το νοητικό επίπεδο.

Υψηλότερο μέσο όρο κατάθλιψης έχουν όσοι δεν έχουν παιδιά, ενώ όσοι δεν έχουν παιδιά είναι και αυτοί που σημειώνουν το χαμηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο της μνήμης.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 20:**

Η ύπαρξη προβλημάτων υγείας βρέθηκε να μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για τα ερωτηματολόγια της κατάθλιψης και της λειτουργικότητας.

Πιο υψηλό σκορ στην κατάθλιψη παρουσιάζουν όσοι έχουν προβλήματα υγείας. Το ίδιο ισχύει και στη λειτουργικότητα, όπου μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν και σε αυτό το ερωτηματολόγιο αυτοί που έχουν προβλήματα υγείας.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 21:**

Η άποψη που έχουν οι ερωτηθέντες για τη νόσο Alzheimer μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για την κατάθλιψη και το νοητικό επίπεδο.

Φαίνεται πως πιο υψηλό μέσο όρο κατάθλιψης έχουν όσοι λυπούνται για αυτούς που νοσούν. Στο ερωτηματολόγιο του νοητικού επιπέδου το χαμηλότερο μέσο όρο σημειώνουν αυτοί που δεν γνωρίζουν τίποτα για την Άνοια.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 22:**

Η κατανάλωση κρέατος βρέθηκε να μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και για τα τρία ερωτηματολόγια της έρευνας, κατάθλιψη, λειτουργικότητας και νοητικού επιπέδου.

Συγκεκριμένα στη κατάθλιψη, πιο υψηλό σκορ έχουν όσοι καταναλώνουν κρέας μερικές φορές και αυτοί που δεν τρώνε καθόλου κρέας, ενώ το μικρότερο σκορ το έχουν αυτοί που καταναλώνουν πάρα πολύ κρέας. Μεγαλύτερη βαθμολογία στη λειτουργικότητα σημειώνουν όσοι δεν καταναλώνουν καθόλου κρέας. Στο νοητικό επίπεδο τον χαμηλότερο μέσο όρο παρουσιάζουν όσοι τρώνε κρέας μερικές φορές και ακολουθούν αυτοί που δεν καταναλώνουν καθόλου κρέας, ενώ τον υψηλότερο μέσο όρο σημειώνουν όσοι τρώνε πολύ κρέας.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 23:**

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και για τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήσαμε δίνει και η κατανάλωση λαχανικών.

Υψηλότερο σκορ στη κατάθλιψη έχουν όσοι δεν τρώνε καθόλου λαχανικά, ενώ όσοι τρώνε μερικές φορές είναι αυτοί που σημειώνουν το χαμηλότερο σκορ. Στη λειτουργικότητα, πιο υψηλό μέσο όρο παρουσιάζουν όσοι καταναλώνουν πολύ λαχανικά και όσοι δεν τρώνε καθόλου. Επίσης όσοι δεν καταναλώνουν καθόλου λαχανικά φαίνεται να έχουν και τον χαμηλότερο μέσο όρο στο ερωτηματολόγιο του νοητικού επιπέδου, ενώ αυτοί που τρώνε μερικές φορές λαχανικά παρουσιάζουν τον υψηλότερο μέσο όρο.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 24:**

Η κατανάλωση ψαριού βρέθηκε να μας δίνει επίσης στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και για τα τρία ερωτηματολόγια της έρευνας, δηλαδή κατάθλιψης, λειτουργικότητας και νοητικού επιπέδου.

Όσον αφορά τη κατάθλιψη πιο υψηλό μέσο όρο έχουν όσοι δεν τρώνε καθόλου ψάρι. Στη λειτουργικότητα υψηλότερο σκορ φαίνεται να έχουν όσοι καταναλώνουν ψάρι μερικές φορές, ενώ αυτοί που καταναλώνουν πολύ ψάρι σημειώνουν το μικρότερο πρόβλημα λειτουργικότητας. Στο νοητικό επίπεδο το χαμηλότερο μέσο όρο παρουσιάζουν, επίσης, αυτοί που τρώνε ψάρι μερικές φορές, με όσους τρώνε πολύ ψάρι να είναι αυτοί με το μικρότερο πρόβλημα και στο νοητικό επίπεδο.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 25:**

Στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μας δίνει ωστόσο και η κατανάλωση οσπρίων για τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήσαμε.

Πιο υψηλό σκορ κατάθλιψης έχουν όσοι τρώνε όσπρια συχνά. Στη λειτουργικότητα μεγαλύτερη βαθμολογία συγκεντρώνουν όσοι καταναλώνουν πολύ αλλά και καθόλου όσπρια.

Επίσης όσοι τρώνε πολύ αλλά και καθόλου όσπρια φαίνεται να παρουσιάζουν τον πιο χαμηλό μέσο όρο στο ερωτηματολόγιο του νοητικού επιπέδου.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26:**

Η διάγνωση κατηγοριοποιημένη βρέθηκε να μας δίνει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και για τα τρία ερωτηματολόγια της έρευνας.

Υψηλότερο σκορ κατάθλιψης παρουσιάζουν όσοι πάσχουν από Άνοια από νόσο Parkinson και ακολουθούν αυτοί που πάσχουν από MCI Καταθλιπτικού Τύπου. Στη λειτουργικότητα πιο υψηλό μέσο όρο φαίνεται να έχουν όσοι πάσχουν από Άνοια από νόσο Parkinson και ακολουθούν αυτοί που πάσχουν από Αγγειακή Άνοια. Επίσης, στο ερωτηματολόγιο του νοητικού επιπέδου τον χαμηλότερο μέσο όρο σημειώνουν οι ασθενείς με Άνοια από νόσο Parkinson και ακολουθούν όσοι πάσχουν από Άνοια Τύπου Alzheimer.

### 2. 3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα συζητήσουμε τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας μας, καθώς και θα τα συγκρίνουμε με την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία που χρησιμοποιήσαμε στην εργασία αυτή.

Αρχικά βρήκαμε πως υπάρχει αρνητική συσχέτιση της ηλικίας και του νοητικού επιπέδου, που σημαίνει πως όσο αυξάνει η ηλικία τόσο μειώνονται οι γνωστικές λειτουργίες και κυρίως η μνήμη. Αυτό συμφωνεί και με τη βιβλιογραφία (Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., 2005, Rubinstein H., 2000, Μάνος Ν., 1997, Μετάφραση: Οικονομοπούλου Ν., Σύγχρονη Ψυχολογία, Τόμος ΙΙ, Αθήνα, Ευρωεκδοτική).

Όσον αφορά τον βασικότερο προβληματισμό της έρευνας μας, τον επιπολασμό της άνοιας στον ορεινό Μυλοπόταμο, βρήκαμε να υπάρχει μεγάλη διαφορά με τα διεθνή δεδομένα. Τα ποσοστά άνοιας στην περιοχή είναι πολύ υψηλά και συγκεκριμένα ανέρχονται στο 23%, με την Άνοια Τύπου Alzheimer να αγγίζει το 16,3%. Το ποσοστό αυτό διεθνώς είναι μόλις 6-7%. Επίσης φαίνεται να υπάρχει σχεδόν διπλασιασμός ανά δεκαετία ειδικά μεταξύ πρώτης και δεύτερης ηλικιακής κατηγορίας, ενώ μετά την τρίτη κατηγορία το ποσοστό μειώνεται σημαντικά. Αυτό μόνο συμφωνεί με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας (Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/ 07, Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., 2005). Αναφέρεται πως η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 8-10%, σε ηλικίες άνω των 75 ετών σε ποσοστό 18-20%, και σε ηλικίες άνω των 85 ετών αγγίζει το 40 %, ενώ σε άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών η συχνότητα μειώνεται. Η ηλικία επηρεάζει επίσης και την επίπτωση της ΑΤΑ. Έχει διαπιστωθεί, ότι σε άτομα ηλικίας κυμαινόμενης από 65-75 έτη η επίπτωση ανέρχεται στο 2,5 % διπλασιαζόμενη ανά δεκαετία, ώστε στην ηλικία των 85 ετών να αγγίζει το 10%. Αυτό σημαίνει ότι τα ποσοστά άνοιας στην περιοχή του ορεινού Μυλοποτάμου διαφέρουν πολύ σε σχέση με τα διεθνή δεδομένα.

Το φύλο ως προς το ερωτηματολόγιο του νοητικού επιπέδου δίνει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα. Φαίνεται πως οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα σκορ στο νοητικό επίπεδο. Αυτό συμφωνεί με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας (Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., 2005, Μάνος Ν., 1997). Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά άνοιας και για αυτό ίσως να ευθύνεται το γεγονός πως οι γυναίκες, ως πληθυσμιακή ομάδα, ζουν περισσότερα χρόνια από τους άντρες. Επίσης το φύλο μας δίνει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα και ως προς τη κατάθλιψη (Μάνος Ν., 1997). Ο Μάνος Ν. αναφέρει στο βιβλίο του ότι ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου είναι 10 % - 25 % για τις γυναίκες και 5% – 12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες.

Η σωματική άσκηση δίνει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ως προς το νοητικό επίπεδο. Χαμηλότερο μέσο όρο παρουσιάζουν αυτοί που δεν ασκούνται. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία που διαθέτουμε ( Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/ 07, Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., 2005). Τα τελευταία χρόνια είναι αυξημένο το ενδιαφέρον των ερευνητών για την επίδραση της σωματικής άσκησης στη βελτίωση των γνωστικών και κινητικών ικανοτήτων του ατόμου που πάσχει από άνοια. Αναφέρεται πως η συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες και η σωματική άσκηση, έστω μισή ώρα ημερησίως, ανήκουν στους τρόπους προφύλαξης. Επίσης, έπειτα από έρευνα που έγινε το 1984 από τον Dustman ( Τσολάκη Μ. – Κάζης Α. 2005) βρέθηκε ότι η μικρής διάρκειας αερόβια άσκηση συνδέεται σημαντικά με τη βελτίωση κάποιων γνωστικών λειτουργιών.

Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ως προς τη μνήμη δίνει και το διάβασμα. Όσοι δεν διαβάζουν σημειώνουν χαμηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο της μνήμης. ( Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/ 07, Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., 2005, Rubinstein H., 2000). Στη βιβλιογραφία αναφέρεται η πνευματική άσκηση και η συνεχής μόρφωση ως προφυλακτικός παράγοντας, ενώ το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την ΑΤΑ. Επομένως για προληπτικούς λόγους συνιστάται εντατική νοητική εκπαίδευση, ώστε να κάνουμε τα εγκεφαλικά μας κύτταρα να λειτουργούν περισσότερο. Προτείνουν τακτικό διάβασμα, λύση σταυρόλεξων και γρίφων, απομνημόνευση αριθμών τηλεφώνων, ποιημάτων κ.α.

Ο ελεύθερος χρόνος μας έδωσε εξίσου στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα για το νοητικό επίπεδο. Χαμηλότερο μέσο όρο φαίνεται να έχουν όσοι κάνουν βόλτες ή κάτι άλλο, ενώ όσοι πηγαίνουν στο καφενείο, βλέπουν τηλεόραση ή πλέκουν έχουν υψηλά σκορ. Αυτό συμφωνεί με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας ( Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/ 07, Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., 2005, Rubinstein H., 2000). Αναφέρεται πως η δημιουργική απασχόληση του ατόμου στον ελεύθερό του χρόνο τον βοηθάει στην ψυχοσωματική του εγρήγορση και στη διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών του σε ικανοποιητικό επίπεδο. Επίσης όσον αφορά τον ελεύθερο χρόνο βλέπουμε πως η τηλεόραση δεν μειώνει την κατάθλιψη. Κοινωνικά φαινόμενα όπως η αποξένωση, η μείωση κοινωνικών συναναστροφών και η μοναξιά που πιθανόν να νιώθουν, φαίνεται πως επηρεάζουν τα άτομα με αποτέλεσμα να επιλέγουν να περνούν τον ελεύθερό τους χρόνο σίτι βλέποντας τηλεόραση. Τα άτομα αυτά σημειώνουν το μεγαλύτερο μέσο όρο κατάθλιψης.

Τέλος, όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες βρήκαμε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ως προς τη μνήμη. Φαίνεται πως η κατανάλωση κρέατος και ψαριού είναι αρκετά σημαντική και πως επίσης χρειάζεται μια ισορροπημένη διατροφή με λαχανικά και όσπρια. Τα άτομα που ακολουθούσαν αυτόν τον τρόπο διατροφής σημείωσαν των υψηλότερο



μέσο όρο στο ερωτηματολόγιο της μνήμης. Όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία ( Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/ 07, Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., 2005, Rubinstein Η., 2000), για την διατήρηση του επιπέδου υγείας του ατόμου βασική προϋπόθεση αποτελεί και η ισορροπημένη διατροφή του. Η διατροφή φαίνεται να είναι ένας από τους παράγοντες που μπορεί να παίζουν σημαντικό προστατευτικό ρόλο στην ΑΤΑ. Η κατανάλωση τροφίμων με θρεπτικές ουσίες και η ελάχιστη πρόσληψη εκείνων χαμηλής ποιότητας είναι ένα καλό παράδειγμα διατροφής. Επίσης σωστή διατροφή αποτελεί και η Μεσογειακή διαίτα.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σε αυτή την εργασία μελετήσαμε το θέμα της άνοιας και πιο συγκεκριμένα ερευνήσαμε τον επιπολασμό της άνοιας στον ορεινό Μυλοποτάμο. Ο λόγος που μας ώθησε να επιλέξουμε τη συγκεκριμένη περιοχή ήταν το γεγονός ότι ψάχνοντας για σχετικές έρευνες στην Κρήτη δεν βρήκαμε στοιχεία. Έτσι αποφασίσαμε να μελετήσουμε μια ορεινή περιοχή η οποία έχει τη δική της παράδοση και κουλτούρα και ακολουθεί τη μεσογειακή διατροφή, με σκοπό αρχικά να δούμε αν τα ευρήματά μας συμφωνούν με τα διεθνή δεδομένα και στη συνέχεια να βοηθήσουν για προτάσεις σε τοπικό επίπεδο.

Κάναμε κατ' οίκων επισκέψεις στα χωριά, σε άτομα άνω των 65 ετών και συμπληρώσαμε ερωτηματολόγια τα οποία περιλάμβαναν τέσσερα σταθμισμένα νευροψυχολογικά εργαλεία που μελετούν την μνήμη, τη κατάθλιψη και τη λειτουργικότητα.

Τα βασικότερα συμπεράσματα που βρήκαμε, σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαμε θέσει, αφορούν το αν υπάρχουν υψηλότερα ή χαμηλότερα ποσοστά άνοιας σε αυτή τη περιοχή σε σχέση με τα διεθνή δεδομένα, όπου βρήκαμε πως οι διαφορές είναι μικρές. Τα περιστατικά άνοιας αυξάνονται όσο αυξάνεται η ηλικία και σχεδόν διπλασιάζονται ανά δεκαετία. Ένα άλλο θέμα που μας απασχόλησε είναι η διαφοροποίηση στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στα δύο φύλλα. Η έρευνα έδειξε πως οι γυναίκες είναι αυτές που παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά άνοιας. Επίσης βρήκαμε πως ο ελεύθερος χρόνος και το πώς αξιοποιείται επηρεάζει τη μνήμη των ατόμων. Όσοι απασχολούν το μυαλό τους έχουν μεγαλύτερα σκορ στη μνήμη. Ρόλο φαίνεται να παίζει και το διάβασμα και η σωματική άσκηση, αφού όσοι ασκούν το μυαλό και το σώμα τα πήγαν καλύτερα στο ερωτηματολόγιο της μνήμης. Τέλος σημαντική είναι και η διατροφή των ατόμων. Μια ισορροπημένη διατροφή, κοντά στη μεσογειακή, δείχνει να είναι προφυλακτικός παράγοντας για την άνοια.

Η διεξαγωγή ερευνών μπορεί να φανεί πολύ χρήσιμη, καθώς μπορεί να δώσει νέες πληροφορίες και προβληματισμούς και βοηθητικά συμπεράσματα, τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν από τους κατάλληλους φορείς ώστε να σχεδιαστούν νέοι τρόποι πρόληψης ή και αντιμετώπισης για το εκάστοτε πρόβλημα.

Βάση αυτού, πιστεύουμε πως τα αποτελέσματα της έρευνας μας μπορούν να φανούν χρήσιμα στους τοπικούς φορείς του ορεινού Μυλοποτάμου και κυρίως στους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, στην δημιουργία προγραμμάτων για την έγκαιρη παρέμβαση σε ομάδες υψηλού κινδύνου, είτε νοσούν από άνοια είτε έχουν κάποια ήπια νοητική διαταραχή, η οποία κινδυνεύει να εξελιχθεί σε άνοια.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Π., (2004), “ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ”, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ, ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ, ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ.
- ΑΝΔΡΙΩΤΗΣ Κ. Β., (2003), “ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ SPSS 11.5”, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔ. ΚΛΕΙΔΑΡΙΘΜΟΣ.
- ΓΑΒΡΙΑΚΗ Ε. – ΤΖΙΦΟΠΟΥΛΟΣ Γ., (2006), “ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΔΙΕΘΝΟΥΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ, Ο ΜΥΛΟΠΟΤΑΜΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΩΣ ΣΗΜΕΡΑ”, ΤΟΜΟΣ II ΚΑΙ V, ΡΕΘΥΜΝΟ, ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΛΑΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ.
- ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, (1996), “ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ”, ΤΟΜΟΣ Β. ΑΘΗΝΑ, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΚΑΡΑΝΤΙΝΟΣ Δ., ΜΑΡΑΤΟΥ - ΑΛΠΡΑΝΤΗ Λ., ΦΡΟΝΙΜΟΥ Ε.
- ΚΑΛΑΪΤΖΗ Β., (2005), “ΟΔΗΓΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΓΟΝΙΩΝ”, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔ. MENDOR.
- ΜΑΓΔΑΛΙΝΗ Χ. ΚΩΣΤΑ-ΤΣΟΛΑΚΗ, “1<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER”, 13-16 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2000, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ: ΜΑΓΔΑΛΙΝΗ Χ. ΚΩΣΤΑ-ΤΣΟΛΑΚΗ.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., (2000), “ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ”, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ.
- ΜΑΝΟΥ Ν., (1997), “ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ”, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ, ΕΚΔ. UNIVERSITY STUDIO PRESS.
- ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΟΠΟΥΛΟΥ Ν., ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, ΤΟΜΟΣ II, IV, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔ. ΕΥΡΩΕΚΔΟΤΙΚΗ.

- ΜΟΥΖΑΚΙΤΗΣ Χ., (1988), “Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ”, ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, ΤΕΥΧΟΣ 12, ΣΕΛ. 17-27.
- ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ Σ., (1994), “ΝΕΟΙ ΟΡΙΖΟΝΤΕΣ ΕΙΣ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER”, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ, ΕΚΔ. ΧΧ.
- ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Ν., (1990), “ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ”, ΤΟΜΟΣ Β, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔ. ΧΧ.
- ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΑΘΗΜΑ “ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ” ΤΟΥ Ε’ ΕΞΑΜΗΝΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΕΙΜΕΡΙΝΟ ΕΞΑΜΗΝΟ 2003-2004.
- ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ: ΑΝΟΙΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ Ή ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ;, 12 – 14 / 01 / 07, ΗΡΑΚΛΕΙΟ.
- ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ Α. Π., (1999), “ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ : ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ”, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔ. ΕΛΛΗΝ, Β’ ΕΚΔΟΣΗ.
- “ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER”, ΔΟΘΗΚΕ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΘΕΜΑ «ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ – ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ», ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ ΣΤΟ ΕΚΕΨΥΕ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ, ΣΤΙΣ 13 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2005, PFIZER
- ΤΣΟΛΑΚΗ Μ., ΚΑΖΗΣ Α., (2005), “ΑΝΟΙΑ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ”, ΘΕΣ/ΝΙΚΗ, ΕΚΔ. UNIVERSITY STUDIO PRESS.
- JAVEAU C., (2000), “Η ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ”, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔ.ΤΥΠΩΘΗΤΩ
- ΡΑΙΛΑΤ Ρ., (1996), “ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ”, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔ. ΧΑΤΖΗΝΙΚΟΛΗΣ.
- RUBINSTEIN H., (2000), “Η ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER”, ΑΘΗΝΑ, ΕΚΔ. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- NEUMANN BERND-SCHÄFER ULRICH, “GEDÄCHTNISSTÖRRUNGEN DEMENZ, ALZHEIMER”.
- JOHANNES KORNUBER, STEFAN BLEICH, JENZ WILDFANG., “DEMENTZ, ERKRANKUNGEN UND MORDUS ALZHEIMER”.
- WEINRIEFER GERTRUD, “ERMUNDIGUNG WEGEN KRANKHEIT UND GEISTESSCHWÄCHE”.

### **ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ INTERNET**

- ◆ file://G: Alzheimer\iatronet\_gr - Ειδήσεις – Νέα – Επιστήμη & Ζωή – Alzheimer 10  
σημάδια στρες των φροντιστών
- ◆ [http://www.iatronet.gr/article.asp?art\\_id=825](http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=825)

### **ΞΕΝΕΣ ΣΕΛΙΔΕΣ INTERNET**

- ◆ file://G:\Alzheimer\Alzheimer – Krankheit – Wikipedia.htm
- ◆ file://G:\Alzheimer\Krankheitsstadien und Symptome.htm
- ◆ <http://www.Alzheimerinfo.De/Alzheimer/symptome/warnsymptome/>
- ◆ file://G:\Alzheimer\DSL German Seniors – Alzheimer Erkrankung.Htm
- ◆ <http://de.Wikipedia.org/wiki/Alzheimer – Krankheit>