



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

### **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Πρώιμη Διάγνωση Ανοϊκού Τύπου Διαταραχών σε  
άτομα που φροντίζονται από προγράμματα  
«Βοήθεια στο Σπίτι»**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ  
Μαρία Στειακάκη**

**ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ  
Δρ. Δημήτρης Ζλατάνος**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2010**

## **Ευχαριστίες**

Η ολοκλήρωση της εργασίας αυτής δε θα είχε πραγματοποιηθεί, χωρίς την ουσιαστική υποστήριξη ορισμένων ανθρώπων τους οποίους επιθυμώ από καρδιάς να ευχαριστήσω.

Αρχικά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Δημήτρη Ζλατάνο για τη διαρκή συμπαράσταση, την καθοδήγηση, τη συμβουλευτική διάθεση, τα εποικοδομητικά σχόλια και κυρίως για τον πολύτιμο χρόνο που χωρίς κανένα δισταγμό μου αφιέρωσε. Τον ευχαριστώ θερμά.

Την κ. Ευγενία Γεωργούση συνεργάτιδα καθηγήτρια της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας. Η συμβολή της ήταν ουσιαστική.

Επίσης, τον κ. Χαράλαμπο Αλεξόπουλο, μεταπτυχιακό φοιτητή Διοίκησης Πληροφοριακών Συστημάτων, για τη σημαντική συνδρομή του στη μορφοποίηση της διατριβής.

Απαραίτητα θα πρέπει να ευχαριστήσω το προσωπικό του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Τεγέας για τη ευγενική του βοήθεια στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, καθώς και τις κοινωνικές λειτουργούς των Προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι κ. Παπαδοπούλου Αντωνία και Οικονομίδου Γεωργία των Δήμων Χέρσου και Ν. Τρίγλιας αντίστοιχα, για την πρόθυμη διάθεση των ερωτηματολογίων τους.

Τέλος ευχαριστώ το σύζυγο και τα παιδιά μου, για την υποστήριξη, την κατανόηση αλλά και την υπομονή τους, κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής.



## Περιεχόμενα

Περιεχόμενα Πινάκων.....	7
Περίληψη.....	8
Abstract .....	9
Εισαγωγή.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	12
1. Γενικά για το γήρας.....	12
1.1. Απόψεις για το γήρας στην πορεία του χρόνου .....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	13
2. Προβλήματα της τρίτης ηλικίας.....	13
2.1. Προβλήματα υγείας.....	14
2.2. Κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα .....	15
2.3. Ψυχολογικά προβλήματα .....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	16
3 Άνοια – Τύποι άνοιας.....	16
3.1. Μνήμη .....	16
3.2. Άνοια .....	16
3.3. Νοητική διαταραχή .....	17
3.4. Άνοια επί νόσου Alzheimer .....	18
3.5. Αγγειακή άνοια (Vascular Dementia).....	19
3.6. Άνοια με σωματίδια του Lewy.....	20
3.7. Μετωποκροταφική άνοια (Νόσος του Pick) .....	20
3.8. Άνοια επί νόσου Creutzfeldt Jacobs.....	21
3.9. Άνοια επί νόσου Parkinson .....	21
3.10. Άνοια επί νόσου Huntington .....	21
3.11. Άνοια σχετιζόμενη με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV) .....	22
3.12. Άνοια προκαλούμενη από τραύμα εγκεφάλου.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	22
4. Επιδημιολογία της άνοιας .....	22
4.1. Επιπολασμός – Επίπτωση άνοιας.....	23
4.2. Προδιαθεσιακοί παράγοντες .....	24
4.3. Δημογραφικοί παράγοντες .....	24
4.4. Παράγοντες συμπεριφοράς .....	24
4.5. Γενετικοί παράγοντες.....	25
4.6. Προφυλακτικοί παράγοντες .....	25



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	26
5. Προγράμματα υποστήριξης της τρίτης ηλικίας.....	26
5.1. Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).....	27
5.2. Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι.....	28
5.3. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ).....	28
5.4. Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων.....	29
5.5. Λέσχες Φιλίας.....	29
5.6. Γηροκομεία.....	30
5.7. Θεραπεία χρόνιων παθήσεων - Άσυλα.....	30
5.8. Υπηρεσίες για ηλικιωμένους με άνοια.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	31
6. Φροντιστές και παροχή φροντίδας.....	31
6.1. Επιβάρυνση φροντιστών ασθενών με άνοια.....	32
6.2. Υποστήριξη φροντιστών.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	34
7. Πρώιμη διάγνωση άνοιας.....	34
7.1. Νέες μέθοδοι που βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	38
8.1. Το κόστος της άνοιας.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.....	40
9. Υλικό και Μεθοδολογία.....	40
9.1. Σκοπός της έρευνας.....	40
9.2. Υλικό της μελέτης.....	40
9.3. Η διεξαγωγή της έρευνας.....	41
9.4. Μεθοδολογία.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.....	46
10. Αποτελέσματα.....	46
10.1. Περιγραφική αποτύπωση αποτελεσμάτων σχετικά με το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας.....	48
10.2. Κατανομή σε σχέση με το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας.....	56
10.3. Επίπεδο γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με το φύλο.....	58
10.4. Επίπεδο γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με την ηλικία.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.....	61
11. Συμπεράσματα - Συζήτηση - Προτάσεις.....	61
11.1. Περιορισμοί της μελέτης.....	61
11.2. Συμπεράσματα - Συζήτηση.....	61
11.3. Προτάσεις.....	64



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12.....	66
12. Βιβλιογραφία.....	66
12.1. Ελληνική .....	66
12.2. Ξενόγλωσση .....	69
12.3. Ιστότοποι .....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....	72

## Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηματολογίων σε σχέση με την περιοχή συλλογής .....	46
Πίνακας 2: Ατομικά στοιχεία .....	47
Πίνακας 3: Προσανατολισμός.....	49
Πίνακας 4: Καταγραφή .....	50
Πίνακας 5: Συγκέντρωση .....	51
Πίνακας 6: Ανάκληση .....	52
Πίνακας 7: Κατονομασία .....	52
Πίνακας 8: Επανάληψη .....	53
Πίνακας 9: Εκτέλεση εντολής τριών σταδίων .....	53
Πίνακας 10: Αντίδραση.....	54
Πίνακας 11: Αυτόματη γραφή.....	54
Πίνακας 12: Αντιγραφή.....	55
Πίνακας 13: Κατανομή σε σχέση με το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας .....	57
Πίνακας 14: Ποσοστιαία Κατανομή Επιπέδου Γνωστικής Λειτουργίας σε σχέση με το φύλο .....	59
Πίνακας 15: Συγκριτική παρουσίαση επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με το φύλο (t – test).....	59
Πίνακας 16: Συγκριτική παρουσίαση επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με την ηλικία (one way analysis of variance) .....	60

## Περίληψη

**Εισαγωγή.** Η άνοια αποτελεί παθολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών του ατόμου. Πλήττει κυρίως άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και δεν επιτυγχάνεται ριζική θεραπεία.

Η πρώιμη διάγνωσή της δημιουργεί προϋποθέσεις παράτασης της εμφάνισης των έντονων συμπτωμάτων, καθώς και της διατήρησης του καλού βιοτικού επιπέδου του ασθενή και του περιβάλλοντός του.

**Σκοπός.** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο εντοπισμός ατόμων με ανοϊκού τύπου διαταραχές, που εξυπηρετούνται από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δήμων Τεγέας του Νομού Αρκαδίας, Νέας Τρίγλιας του Νομού Χαλκιδικής και Χέρσου του Νομού Κιλκίς.

**Δείγμα - Μέθοδος** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 182 άτομα που φροντίζονται από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» των προαναφερόμενων Δήμων. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρησιμοποίηση του ψυχομετρικού εργαλείου Mini Mental State Examination (MMSE). Οι πιθανές διαφοροποιήσεις της γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με το φύλο, αναλύθηκαν μέσω του t-test και οι πιθανές διαφοροποιήσεις του επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με την ηλικία, αναλύθηκαν μέσω της one way analysis of variance.

**Αποτελέσματα.** Παρατηρείται ότι, η εμφάνιση της νόσου αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας, καθώς και ότι η άνοια επιδεινώνεται με την προοδευτική αύξηση της ηλικίας. Δεν επιβεβαιώνεται διαφορά επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με το φύλο, αλλά το μέσο γνωστικό επίπεδο μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι σχεδόν ταυτόσημο.

**Συμπεράσματα.** Το MMSE παρέχει μια αδρή και αξιόπιστη εικόνα του γνωστικού επιπέδου. Η ένταξή του σαν δοκιμασία ρουτίνας, σε οργανωμένα προγράμματα που απευθύνονται σε ηλικιωμένα άτομα, μπορεί να συνεισφέρει στον έγκαιρο εντοπισμό ανοϊκού τύπου διαταραχών και να οδηγήσει στην άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών, προωθώντας τη δευτερογενή πρόληψη και στηρίζοντας τους ασθενείς, την οικογένειά τους και γενικότερα το κοινωνικό σύνολο.



## Abstract

**Introduction.** Dementia is a condition characterized by progressive decline in mental functioning of people. It affects mostly people over 65 years and has no curative treatment. Early diagnosis creates conditions for extending the appearance of acute symptoms and to maintain a good standard of living of the patient and his environment.

**Purpose.** The purpose of this study is to identify people with open-type disorders are served by the programs help home Municipalities Tegea Arcadia, N. Triglia Chalkidiki and Hersou Kilkis.

**Sample – Method.** The sample consisted of 182 people who cared for by aid programs in the home of the aforementioned municipalities. The data collection was done with the help of psychometric tool MMSE (Mini Mental State Examination). The potential variability of cognitive function in relation to sex, were analyzed through t-test and possible variations in the level of cognitive function compared with age were analyzed by one way analysis of variance.

**Results.** It is observed that the occurrence of the disease increases with age and that dementia is exacerbated by the progressive increase of age. It confirmed difference in level of cognitive function in relation to sex, but the average level of knowledge among men and women are almost identical.

**Conclusions.** The MMSE provides a broad and reliable picture of the cognitive level. The integration of your test routine, in organized programs for the elderly, may help to identify demented type disorders and lead to direct confrontation of these, promoting secondary prevention and support patients, their families and the community at large.

## **Εισαγωγή**

Δυσκοιωνες είναι οι προβλέψεις των ειδικών για τον επιπολασμό της άνοιας τις επόμενες δεκαετίες, αφού τα 35 εκατομμύρια ανοϊκών ασθενών σήμερα, το 2050 θα έχουν ξεπεράσει τα 100 εκατομμύρια, λαμβάνοντας υπόψη την παρατηρούμενη αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης ( [www.in.gr](http://www.in.gr), 21.09.2010).

Η άνοια είναι ύπουλη νόσος, που εμφανίζεται κυρίως σε άτομα άνω των 65 ετών, επιδεινώνεται με την πρόοδο της ηλικίας, πλήττοντας και οδηγώντας στην έκπτωση τις νοητικές τους λειτουργίες (Τσολάκη, 1996).

Το αιτιολογικό υπόβαθρο της άνοιας είναι πολυπαραγοντικό και σχετίζεται με γενετικούς, δημογραφικούς, συμπεριφορικούς, ψυχοσωματικούς, κοινωνικούς και άλλους παράγοντες κινδύνου (Launer, 1999. Hendrie, 1998. Τσολάκη, 1996).

Οι επιπτώσεις της άνοιας επηρεάζουν τον ίδιο τον ασθενή, μεταβάλλοντάς τον στη συνέχεια σε άβουλο όν, που δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και επηρεάζουν επίσης το άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του (Δαρδαβέσης, 2005).

Η πρώιμη διάγνωση της άνοιας και η έγκαιρη αντιμετώπισή της, μπορούν να παρατείνουν την εμφάνιση των έντονων συμπτωμάτων, προσφέροντας καλύτερη ποιότητα ζωής στους ίδιους τους ασθενείς και μειώνοντας τη χρονική διάρκεια της επιβάρυνσης στους ανθρώπους που τους φροντίζουν (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 1993).

Το Mini Mental State Examination (MMSE) αποτελεί ένα σταθμισμένο ψυχομετρικό εργαλείο που εκτιμά το γνωστικό επίπεδο του ατόμου. Αποτελεί εργαλείο ανίχνευσης και δεν μπορεί να παρέχει διάγνωση της γνωστικής διαταραχής. Δίνει όμως μια αδρή και αξιόπιστη εικόνα της νοητικής κατάστασης του ερωτώμενου (Φουντουλάκης και συν. 1994).

Η εργασία που ακολουθεί, αναφέρεται στην πρώιμη διάγνωση ανοϊκού τύπου διαταραχών σε εξυπηρετούμενους από προγράμματα προστασίας ηλικιωμένων και ειδικά, από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δήμων Τεγέας Ν. Αρκαδίας, Νέας Τρίγλιας Ν. Χαλκιδικής και Χέρσου Ν. Κιλκίς. Αρχικά γίνεται ο προσδιορισμός του γήρατος, αναφέρονται τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, προσδιορίζεται ο ορισμός της άνοιας, οι τύποι της άνοιας και η επιδημιολογία της. Επίσης, παρατίθενται τα προγράμματα στήριξης ηλικιωμένων στον ελλαδικό χώρο, δίνεται μια εικόνα του κόστους της άνοιας και περιγράφεται η επιβάρυνση των φροντιστών (caregivers burden) των ανοϊκών ασθενών.



Στο ερευνητικό μέρος παρατίθεται το υλικό της μελέτης και η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και τα αποτελέσματα που προέκυψαν. Συζητούνται και σχολιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και προτείνονται επιλογές της χρηστικής δυνατότητας του ψυχομετρικού εργαλείου (MMSE) στην καθημερινή ψυχοκοινωνική πρακτική των προγραμμάτων φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1. Γενικά για το γήρας

Σύμφωνα με τις Μαλγαρινού και Γοιλιά, (1986), η φυσιολογική ζωή περιλαμβάνει τρεις φάσεις : Τη φάση της ανάπτυξης, τη φάση της ωρίμανσης και τη φάση του γήρατος ή της υποτροπής. Στη φάση της ανάπτυξης κυριαρχούν δημιουργικές δυνάμεις, στη φάση της ωρίμανσης επικρατεί ισορροπία μεταξύ των δυνάμεων της δημιουργίας και της φθοράς, ενώ στο γήρας ή στη φάση της υποτροπής, η κύρια επεξεργασία είναι η φθορά του οργανισμού.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ, 1996), το όριο για την είσοδο στην γ' ηλικία είναι το 65ο έτος, επίσης διαιρεί τη χρονολογική ηλικία σε τρεις φάσεις :

Η πρώτη αφορά τα άτομα της μέσης ηλικίας (46-59 ετών), η δεύτερη τα ηλικιωμένα άτομα (60-75 ετών) και η τρίτη τους γέροντες (75 ετών και άνω).

Το γήρας διακρίνεται σε δυο κατηγορίες:

Η πρώτη σχετίζεται με το φυσιολογικό ή βιολογικό γήρας και σε αυτό παρατηρείται φθορά οργάνων και ιστών, που είναι συνέπεια της παρόδου του χρόνου.

Η δεύτερη αφορά στο παθολογικό ή πρόωρο γήρας, όπου εμφανίζεται μη αρμονική φθορά των ιστών και των οργάνων, οφειλόμενη σε νοσολογικά αίτια (Μουσούρου, & Στρατηγάκη, 2004).

Σύμφωνα με τον Αμερικανό Λάνσινγκ, η τρίτη ηλικία είναι μια διαδικασία δυσμενούς, προοδευτικής μεταβολής, συνδεμένη συνήθως με την πάροδο του χρόνου, που εμφανίζεται μετά την ωριμότητα και τελειώνει πάντα με το θάνατο του ατόμου (Beauvois, 1980).

#### 1.1. Απόψεις για το γήρας στην πορεία του χρόνου

Στην πορεία των αιώνων οι κοινωνίες οι οποίες διακρίνονταν για τα υψηλά πολιτιστικά τους στοιχεία, απένειμαν σεβασμό, αγάπη, στοργή προς τους γέροντες και τους θεωρούσαν ιδιαίτερα πολύτιμα πρόσωπα, στο οικογενειακό αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Το γήρας αποτελεί την πιο ευαίσθητη και σεβάσιμη ηλικία. Στις αρχαίες κοινωνίες ο γέρον ήταν το πρόσωπο που χαρακτηριζόταν από σοφία και σύνεση, στο οποίο η πολιτεία θα μπορούσε να αναθέσει ιδιαίτερα καθήκοντα, αναμένοντας την ανάλογη λειτουργική αποτελεσματικότητα (Μπαλογιάννης, 2007).

Στην Παλαιά Διαθήκη το γήρας έχει υμνηθεί σαν ευλογία και έκφραση ελέους και αγάπης του Κυρίου. Ο Αβραάμ έζησε πάρα πολλά χρόνια διατηρώντας ψυχική και σωματική υγεία, ο Ισαάκ πέθανε σε ηλικία εκατόν είκοσι ετών, έχοντας άριστη φυσική κατάσταση, ενώ ο Ιάβ με την καρτερία και την πίστη του, έζησε υπεραιωνόβιος και ευτυχισμένος (Γέννεσις ΚΕ').

Ο Μέγας Βασίλειος στο πλαίσιο του κοινωνικού και ποιμαντικού του έργου, ίδρυσε γηροκομεία στα οποία εκτός της φαρμακευτικής και διαιτητικής αγωγής, εφαρμοζόταν και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών, παράλληλα με την πνευματική ενδυνάμωση και ενίσχυση αυτών (Μπαλογιάννης, 2007).

Κατά τη Ρωμαϊκή αντίληψη, το σώμα σταδιακά ψύχεται, γεγονός που πιθανά συνδέεται με την κατάθλιψη και την αυξημένη νοσηρότητα. Στη σπουδαιότατη διατριβή του Κικέρωνα «De senectute», προβάλλονται σαν μέγιστες αξίες για το γέροντα, η διατήρηση της αξιοπρέπειάς του, η αυτοκυριαρχία, η αποδοχή του τέλους της ζωής, όπως αποδέχεται τον φυσιολογικό ύπνο (Μπαλογιάννης, 2007).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **2. Προβλήματα της τρίτης ηλικίας**

Τα καθημερινά προβλήματα της τρίτης ηλικίας δυσκολεύουν τη ζωή των ηλικιωμένων. Σημαντικότερο πρόβλημα είναι η μοναξιά, που συνήθως επέρχεται με την απώλεια του συντρόφου, αλλά και τη μείωση των φιλικών και συγγενικών προσώπων.

Βασικά προβλήματα που ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους, όπως τα μειωμένα έσοδα, η δυσκολία στη μετακίνηση, η μη παραγωγικότητα, τους οδηγούν στην απομόνωσή τους.

Η προσωπικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, η αύξηση του μέσου όρου ζωής, ακόμα το επίπεδο υγείας, οικογενειακοί, βιολογικοί, γενετικοί, και επαγγελματικοί λόγοι, σχετίζονται με το γήρας.

Γενικότερα τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας μπορούν να καταταχθούν στις ακόλουθες κατηγορίες: α) προβλήματα υγείας, β) κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, γ) ψυχολογικά προβλήματα. ([www.poy.gr](http://www.poy.gr), [www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr), Πουλοπούλου, 1999, Kastenbaum, 1980, Rappoport, 1982).

## **2.1. Προβλήματα υγείας**

Τα βασικότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι:

1. Λοιμώδη παρασιτικά νοσήματα
2. Νεοπλάσματα
3. Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα
4. Νοσήματα αίματος
5. Ψυχικές διαταραχές
6. Νοσήματα νευρικού συστήματος
7. Νοσήματα κυκλοφορικού συστήματος
8. Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος
9. Νοσήματα πεπτικού συστήματος
10. Νοσήματα ουροποιογεννητικού συστήματος
11. Νοσήματα δέρματος και υποδόριου ιστού
12. Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού
13. Συγγενείς ανωμαλίες
14. Καταστάσεις από περιγεννητική περίοδο
15. Συμπτώματα, σημεία και ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις.
16. Κακώσεις και δηλητηριάσεις (ΠΟΥ 1996, [www.keel.org.gr](http://www.keel.org.gr).)

Η αντίληψη των ηλικιωμένων για την υγεία τους διαφέρει από άτομο σε άτομο, αφού υπάρχουν κάποια άτομα που πιστεύουν ότι δεν έχουν καλή υγεία. Είναι φανερό πως οι έννοιες καλή και κακή υγεία είναι δύσκολο να μετρηθούν. Ένα ποσοστό ηλικιωμένων όταν νοσούν απευθύνονται στο γιατρό, ενώ μια μεγάλη μερίδα και ειδικά ηλικιωμένων γυναικών, απευθύνεται στα παιδιά και την οικογένεια. Το νοσοκομείο αποτελεί την τρίτη τους επιλογή. Ακόμα υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις των κοινωνικο-οικονομικών ομάδων στο επίπεδο νοσηρότητας, με την αναφορά χρόνιων ασθενειών, συμπτωμάτων ψυχοσωματικής υγείας και χαμηλότερης υποκειμενικής εκτίμησης του επιπέδου υγείας από τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Πουλοπούλου, 1999).

## **2.2. Κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα**

Το σκαλοπάτι της τρίτης ηλικίας είναι συνυφασμένο με κάποια θέματα, τα οποία κάνουν την εμφάνισή τους με την είσοδο στη συνταξιοδότηση. Η συνταξιοδότηση του ατόμου δημιουργεί αρκετά σημαντικές αλλαγές στη ζωή του, τόσο σε οικονομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Σε οικονομικό επίπεδο παρατηρείται περιορισμός των εξόδων, αφού συνήθως το ποσό της σύνταξης είναι μικρότερο συγκριτικά με το μισθό. Μερικές φορές ο ηλικιωμένος οδηγείται στη συγκατοίκηση με τα παιδιά του για ηθική συμπαράσταση, αλλά και οικονομική υποστήριξη. Στις αστικές περιοχές, αν το ποσό της σύνταξης είναι μικρό και δεν επαρκεί για τη διαβίωση του ηλικιωμένου, τότε αυτός παραμένει στην οικογένεια. Αν το ποσό της σύνταξης είναι μεγάλο, τότε αυτός διατηρεί δικό του σπίτι, ή μένει με τα παιδιά του και εξακολουθεί να συμβάλλει στον οικογενειακό προϋπολογισμό. (Πουλοπούλου, 1999).

## **2.3. Ψυχολογικά προβλήματα**

Τα ψυχολογικά προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, συνήθως αποτελούν απόρροια των κοινωνικο-οικονομικών προβλημάτων τους.

Η αβεβαιότητα που προκαλούν τα γηρατειά, ο φόβος της ανικανότητας ή της αναπηρίας, μια ενδεχόμενη ακινητοποίηση που σημαίνει την εξάρτηση από άτομα του περιβάλλοντος και την απομόνωση και τα προβλήματα υγείας, είναι λόγοι, που προκαλούν ψυχολογικές διαταραχές. Η διακοπή της εργασίας έχει αρνητική επίδραση στην ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων. Νιώθουν ανίκανοι και τους δημιουργεί αβεβαιότητα (Rappoport, 1982). Οι ρόλοι σε κοινωνικό επίπεδο αλλάζουν, όπως και οι διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ ενισχύεται η αίσθηση του μη παραγωγικού μέλους της κοινωνίας. Κάποιοι, εξαιτίας αυτού νιώθουν απομονωμένοι και εμφανίζουν ψυχοσωματικά προβλήματα (Rappoport, 1982).

Άλλα άτομα, όταν συνταξιοδοτούνται αισθάνονται ανακούφιση, απελευθέρωση από τη ρουτίνα της καθημερινότητας και της καταπίεσης και ευκαιρία για την πραγματοποίηση νέων στόχων (Rappoport, 1982).

Επιβαρυντικός παράγοντας της κακής ψυχολογικής διάθεσης των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι η απώλεια αγαπημένων προσώπων και κυρίως του συντρόφου, με τον οποίο επιθυμούν να απολαύσουν τα υπόλοιπα χρόνια της ζωής τους και του οποίου η παρουσία γεννά ελπίδα, ανάγκη για δημιουργία και συνύπαρξη. Αντίθετα, η απώλεια του συντρόφου διαταράσσει εντελώς τη ζωή του ηλικιωμένου ατόμου (Kastenbaum, 1980).

Ο φόβος της ανικανότητας αυτοεξυπηρέτησης και της πιθανότητας εγκλεισμού τους σε κάποιο ίδρυμα, καταπονεί τους ηλικιωμένους και ο αποχωρισμός από τα αγαπημένα τους πρόσωπα δημιουργεί απογοήτευση (Rappoport, 1982).

Βασικό και ουσιαστικό ρόλο στην καθημερινή ζωή του ατόμου της τρίτης ηλικίας παίζει η οικογένειά του. Τα παιδιά φροντίζουν τους γονείς τους μάλλον για λόγους ηθικούς και όχι νομικούς. Υπάρχουν μεταξύ τους στενοί συναισθηματικοί δεσμοί. Οι επαφές τους σε μεγάλο βαθμό καθορίζονται από τη μεταξύ τους απόσταση. Υπάρχει η επιθυμία και η ανάγκη να βρίσκονται σε απόσταση προσωπικής επικοινωνίας. Όταν η απόσταση είναι μικρή, οι ηλικιωμένοι νιώθουν ικανοποίηση και βιώνουν το αίσθημα της μοναξιάς και της εγκατάλειψης σε μικρότερο βαθμό (Πουλοπούλου, 1999).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **3 Άνοια – Τύποι άνοιας**

#### **3.1. Μνήμη**

Μνήμη είναι η λειτουργία της καταγραφής, αποθήκευσης και ανάκλησης πληροφοριών και γεγονότων. Αποτελεί σύνθετη νοητική λειτουργία και η περισσότερο αποδεκτή διαίρεσή της είναι αυτή που τη διακρίνει σε βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη μνήμη.

Βραχυπρόθεσμη ή πρόσφατη είναι η μνήμη που διαρκεί 2-3 λεπτά. Αντιπροσωπευτικός όρος της είναι μνήμη εργασίας (working memory).

Μακροπρόθεσμη ή απώτερη είναι η μνήμη που είναι δυνατό να διατηρηθεί επί μακρόν. Απαραίτητο για τη διατήρησή της είναι, να επιτελούνται με επιτυχία οι λειτουργίες της καταγραφής, της εναποθήκευσης και της ανάκλησης των πληροφοριών (Σγουρόπουλος, 2003).

#### **3.2. Άνοια**

Ως άνοια περιγράφεται η παθολογική κατάσταση της προοδευτικής έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών οι οποίες πριν ήταν φυσιολογικές. Το ουσιαστικό γνώρισμα της άνοιας είναι, η ανάπτυξη πολλαπλού νοητικού ελλείμματος, με έκπτωση της μνήμης και μιας τουλάχιστον από τις παρακάτω νοητικές διαταραχές: απραξία, αφασία, αγνωσία, διαταραχές της



εκτελεστικής λειτουργίας. Τα ελλείμματα αυτά πρέπει να είναι αρκετά σοβαρά, ώστε να διαταράξουν το επαγγελματικό ή κοινωνικό επίπεδο λειτουργικότητας και να αντιπροσωπεύουν μια έκπτωση από ένα προηγούμενο υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας. Η έκπτωση της μνήμης απαιτείται για να τεθεί η διάγνωση της άνοιας και είναι το προεξάρχον κύριο σύμπτωμα. Σε προχωρημένα στάδια, ο ασθενής έχει τόσο μεγάλη έκπτωση μνήμης, που ξεχνά το επάγγελμά του, τα μέλη της οικογένειάς του ή ακόμα και το όνομά του (Ρηγοπούλου, 2005. Σγουρόπουλος, 2003).

Η επιδείνωση της γλωσσικής λειτουργίας (αφασία) εμφανίζεται με δυσκολία στην κατονομασία ατόμων και αντικειμένων. Σε αυτή τη φάση η ομιλία γίνεται αόριστη με φράσεις περιστασιακής λεπτολογίας ή υπερβολική χρήση αόριστων αναφορών (Ρηγοπούλου, 2005).

Οι ασθενείς με άνοια μπορεί να εκδηλώσουν διαταραχή της ικανότητας εκτέλεσης κινητικών δραστηριοτήτων (απραξία), παρά τη μη προσβολή της αισθητηριακής λειτουργίας του κινητικού μηχανισμού και της κατανόησης της απαιτούμενης εργασίας. Παρατηρείται ανικανότητα αναπαράστασης χρήσης αντικειμένων ή εκτέλεσης γνωστών κινητικών δραστηριοτήτων. Είναι πιθανό να παρατηρηθεί αδυναμία στο μαγείρεμα, το σχέδιο, το ντύσιμο. Επιπλέον, οι ασθενείς με άνοια μπορεί να εκδηλώσουν αγνωσία, δηλαδή αδυναμία αναγνώρισης ή ταυτοποίησης αντικειμένων, χωρίς να έχει γίνει προσβολή του αισθητηριακού μηχανισμού (Ρηγοπούλου, 2005).

Οι ψευδαισθήσεις μπορεί να αφορούν όλες τις αισθήσεις, αλλά οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι οι πιο συνηθισμένες. Προστίθεται το παραλήρημα στην άνοια, αφού η υποκείμενη εγκεφαλική δυσλειτουργία, καθιστά τον ασθενή επιρρεπή σε συγχυτικές καταστάσεις, που προκαλούνται από τη φαρμακευτική αγωγή, ή από άλλες συνυπάρχουσες γενικές παθολογικές καταστάσεις. Παρατηρείται ότι, οι ασθενείς με άνοια μπορεί να είναι ευάλωτοι σε φυσικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες πίεσης, που ενδεχόμενα επιδεινώνουν τα νοητικά τους ελλείμματα και άλλα σχετιζόμενα με αυτά προβλήματα (Ρηγοπούλου, 2005).

Αναλυτικά οι τύποι της άνοιας περιγράφονται στη συνέχεια:

### **3.3. Νοητική διαταραχή**

Οι ηλικιωμένοι αρκετές φορές παρουσιάζουν κάποιου βαθμού έκπτωση της μνημονικής τους ικανότητας. Έχει παρατηρηθεί μειωμένη απόδοση στις μετρήσεις της επεισοδιακής μνήμης,

ονομασίας αντικειμένων, οπτικοχωρικής μνήμης και βραδύτητα της εκτελεστικής ικανότητας. Αυτές οι διαταραχές είναι συνήθως μικρές και δεν επηρεάζουν τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου. Όμως, υπάρχουν και ηλικιωμένα άτομα τα οποία χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για κάποιο ανοϊκό σύνδρομο, παρουσιάζουν κάποια νοητική διαταραχή, μεγαλύτερη από αυτή που αναμένεται για την ηλικία τους (Βαγενάς, 2005).

«Ηπια Νοητική Διαταραχή» θεωρείται η μεταβατική φάση μεταξύ του υγιούς ηλικιωμένου και του πάσχοντα από ανοϊκό σύνδρομο. Η διάγνωση χαρακτηρίζεται από διαπιστωμένη έκπτωση μνήμης, διατήρηση γενικών νοητικών και λειτουργικών ικανοτήτων και απουσία διαγνωσμένου ανοϊκού κλινικού συνδρόμου (Βαγενάς, 2005).

Στην «Ηπια Νοητική Διαταραχή» περιλαμβάνονται άτομα που δεν πάσχουν από άνοια, αλλά εμφανίζουν διαταραχές στις νοητικές τους λειτουργίες, υγιείς ηλικιωμένοι που ανησυχούν για τη νοητική τους κατάσταση, άτομα που είναι σε πρώιμο στάδιο της νόσου Alzheimer ή άλλου ανοϊκού συνδρόμου, άτομα με κάποια νοητική δυσλειτουργία συνδεδεμένη με ακολουθούμενη φαρμακευτική αγωγή, κατάχρηση αλκοόλ, σωματική νόσο, κατάθλιψη, μεταβολικές διαταραχές (Μάνος, 1997. Παναγιωτοπούλου, 2005. ICD 10, 1993).

### **3.4. Άνοια επί νόσου Alzheimer**

Η άνοια επί νόσου Alzheimer είναι ο πιο κοινός τύπος άνοιας και υπεύθυνος για το 50% περίπου των περιπτώσεων άνοιας. Είναι άγνωστης αιτιολογίας και χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού. Παρατηρείται πρώιμη συρρίκνωση της μάζας του εγκεφάλου και μη σωστή αιμάτωσή του. Η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών. Παρατηρούνται διαταραχές του χωροχρονικού προσανατολισμού, της προσοχής, της συγκέντρωσης, έκπτωση λειτουργικών ικανοτήτων του πάσχοντα και ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα (Rubinstein, 2000, ).

Η πρωτοπαθής εκφυλιστική Άνοια Τύπου Alzheimer (ΑΤΑ), αρχίζει μετά την ηλικία των 65 ετών (όψιμη έναρξη) και σε λίγες περιπτώσεις πριν την ηλικία των 49 ετών (πρώιμη έναρξη) (Μάνος, 1997).

Η πορεία της ΑΤΑ είναι αργή και προοδευτική, με απώλεια της τάξης των 3-4 μονάδων στο MMSE τεστ, ανά έτος. Διάφοροι συνδυασμοί ελλειμμάτων έχουν παρατηρηθεί. Συνηθισμένος είναι ο τύπος με κακοήθη έναρξη και πρώιμα ελλείμματα στην πρόσφατη μνήμη, που ακολουθούνται από την ανάπτυξη αφασίας, απραξίας, και αγνωσίας μετά από

αρκετά χρόνια. Αρκετοί ασθενείς εμφανίζουν μεταβολές προσωπικότητας, ευερεθιστότητα και διαταραχές συμπεριφοράς, που αρχίζουν από τα πρώιμα στάδια και εντείνονται στα μεσαία στάδια της νόσου. Στα πρώιμα στάδια οι ασθενείς εμφανίζουν ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές με σαφή εκδήλωση κατάθλιψης, απάθειας, άγχους και υπερδιέγερσης. Κατά την εξέλιξη της νόσου οι ασθενείς δεν αναγνωρίζουν τους οικείους του, αποπροσανατολίζονται, χάνονται, δυσκολεύονται να αυτοεξυπηρετηθούν. Επίσης, οι ασθενείς μπορεί να αναπτύξουν διαταραχές της στάσης, της κίνησης και τελικά να μείνουν σιωπηλοί και κλινήρεις. Οι οικείοι τους φθάνουν σε σημείο να μη μπορούν να τους αναγνωρίσουν, αγγίζουν τα όρια αντοχής τους και παρουσιάζονται έντονες διαταραχές των οικογενειακών σχέσεων. Σαφώς, οι ασθενείς δεν έχουν καλή ποιότητα ζωής, αφού δεν μπορούν να επικοινωνήσουν. Η μέση διάρκεια της νόσου από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, μέχρι το θάνατο, είναι 8-10 χρόνια (Ρηγοπούλου, 2005).

Η ΑΤΑ είναι η πιο διαδεδομένη από τις νευρολογικές νόσους στα άτομα της τρίτης ηλικίας και δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού, είναι μια κοινή εκφυλιστική πάθηση με συμπτώματα και κλινικά σημεία εκδήλωσης, ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες (Rubinstein, 2000).

Σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, οι βιολογικοί συγγενείς των ατόμων με ΑΤΑ είναι πιθανότερο να αναπτύξουν τη διαταραχή. Στις περιπτώσεις όψιμης έναρξης παρατηρείται ένα ποσοστό κληρονομικής συμμετοχής. Σε κάποιες οικογένειες, η ΑΤΑ κληρονομείται σαν αυτοσωματική κυρίαρχη διαταραχή, που σχετίζεται με διάφορα χρωματοσώματα όπως το 1, το 14 και το 21 (Ρηγοπούλου, 2005).

### **3.5. Αγγειακή άνοια (Vascular Dementia)**

Αγγειακή άνοια, είναι η άνοια που προκαλείται από εγκεφαλική βλάβη αγγειακής αιτιολογίας (ισχαιμική ή αιμορραγική), όπως και σε ισχαιμικές - υποξικές αλλοιώσεις λόγω ελάττωσης της εγκεφαλικής ροής, καρδιαγγειακής ή κυκλοφορικής αιτιολογίας (Αργυροπούλου- Ράκα, 2005).

Παρατηρούνται, απώλεια μνήμης, νοητική έκπτωση, με εστιακά νευρολογικά σημεία, υπέρταση, φύσημα καρωτίδων, συναισθηματική αστάθεια με παροδικό καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάμα ή έντονο γέλιο και παροδικά επεισόδια θόλωσης της συνείδησης.

Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι φανερές οι μεταβολές της προσωπικότητας, με απάθεια, έλλειψη αναστολών ή εμφάνιση χαρακτηριστικών της προηγούμενης προσωπικότητας, όπως, εγωκεντρικότητα, παρανοειδής στάση ή ευερεθιστότητα (Αργυροπούλου-Ράκα, 2005).

### **3.6. Άνοια με σωμάτια του Lewy**

Τα τελευταία χρόνια εμφανίστηκε η άνοια με σωμάτια του Lewy, που διαγνώστηκε με την ανεύρεση σωματίων του Lewy στους νευρώνες του φλοιού των ασθενών, που είχε διαγνωστεί κλινικά και παθολογοανατομικά ότι έπασχαν από ΑΤΑ.

Η νόσος εμφανίζει ως κύριο χαρακτηριστικό της, την προοδευτική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, σε βαθμό που να επηρεάζει τη φυσιολογική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Η επίμονη διαταραχή της μνήμης είναι πιθανό να μη συμβαίνει από τα πρώτα στάδια της νόσου, αλλά συνήθως εμφανίζεται κατά την πρόοδό της. Ελλείμματα σε τεστ προσοχής και οπτικοχωρητικής ικανότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερα διακεκριμένα (McKeith et al., 1996).

### **3.7. Μετωποκροταφική άνοια (Νόσος του Pick)**

Κλινικό σύνδρομο που περιγράφηκε από τον Pick και παρατηρείται από εκλεκτική εκφύλιση του μετωπιαίου και του πρόσθιου κροταφικού λοβού. Η νόσος χαρακτηρίζεται από διαταραχές της προσωπικότητας, της συμπεριφοράς και του εκφραστικού λόγου, που εμφανίζονται από τα πρώτα στάδια. Διακρίνονται οι ακόλουθοι τύποι μετωποκροταφικής άνοιας:

- Ο τύπος με άρση των αναστολών ή συμπεριφορική διαταραχή, εκδηλώνεται με υπομανία, υπεραπασχόληση, άρση των αναστολών και κοινωνικά απαράδεκτη συμπεριφορά.
- Ο τύπος με απάθεια, που παρατηρείται διαταραχή της βούλησης, ο ασθενής είναι απαθής με αργή, πτωχή ομιλία, και συνήθως θεωρείται καταθλιπτικός.
- Ο τύπος με στερεοτυπίες, που εμφανίζεται κατάσταση παρόμοια της ψυχαναγκαστικής διαταραχής.
- Ο τύπος με νόσο του κινητικού νευρώνα, που παρατηρούνται και κλινικά σημεία εκφύλισης πρόσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού, δηλαδή ατροφίες μυών, κυρίως του δελτοειδούς.

- Τέλος, στην πρωτοπαθή προϊούσα αφασία παρατηρείται μείωση της ευφράδειας και του λόγου, με κατάληξη στην ολοκληρωτική αδυναμία ομιλίας (Φιτσιώρης, 2005).

### **3.8. Άνοια επί νόσου Creutzfeldt Jacobs**

Προοδευτική άνοια με εκτεταμένα νευρολογικά σημεία, λόγω νευροπαθολογικών μεταβολών, οι οποίες θεωρείται ότι οφείλονται σε μεταδοτικό παράγοντα. Η έναρξη εμφανίζεται στη μέση ή μεγάλη ηλικία, κυρίως στην 5<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής, η εξέλιξη είναι υποξεία και ο θάνατος επέρχεται σε 1-2 χρόνια (ICD-10, 1993).

Αρχικά παρουσιάζονται διαταραχές μνήμης και γνωστικές διαταραχές. Είναι πιθανόν να παρουσιαστεί παράλληλα, δυσκολία στην ομιλία, το γράψιμο, γενική σύγχυση και σπανιότερα καταθλιπτικό σύνδρομο και τάσεις αυτοκτονίας. Επίσης, αναφέρονται διαταραχές όρασης όπως, διπλωπία, θάμβωση, οπτικές παραισθήσεις, βλάβες στην αντίληψη των χρωμάτων, διαστροφή σχημάτων ή απώλεια μισού οπτικού πεδίου. Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστούν, αστάθεια αρτηριακής πίεσης, μεταβολή της όρεξης με διαταραχές του ύπνου και των βιορυθμών (Σκλαβιάδης, 2005).

### **3.9. Άνοια επί νόσου Parkinson**

Αναπτύσσεται στην πορεία εγκατεστημένης νόσου του Parkinson. Οι ασθενείς εμφανίζουν δυσκολία στην ευφράδεια του λόγου και στην αφηρημένη σκέψη και βραδύτητα στο συλλογισμό, αλλά αυτά τα συμπτώματα είναι ήπια και δεν επηρεάζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Όμως, πολύ συχνά αναφέρουν ότι ξεχνούν και δυσκολεύονται να παρακολουθήσουν συνομιλίες, στις οποίες συμμετέχουν πολλά άτομα (Ντόσκας, & Μητσικώστας, 2005).

### **3.10. Άνοια επί νόσου Huntington**

Η άνοια που συμβαίνει σαν εκδήλωση διάχυτης εκφύλισης του εγκεφάλου και μεταδίδεται με απλό αυτοσωματικό γονίδιο. Τυπικά εμφανίζεται στην 3<sup>η</sup> με 4<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής με την ίδια συχνότητα και στα δυο φύλα.

Σε ένα ποσοστό των περιπτώσεων, σαν πρώιμα συμπτώματα παρατηρούνται, κατάθλιψη, άγχος ή γνήσια κρανοειδής διαταραχή, τα οποία συνοδεύονται από μεταβολή της προσωπικότητας. Η εξέλιξη είναι βραδεία και οδηγεί στο θάνατο μετά από 10-15 έτη (Μουλού και συν. 2006).

### **3.11. Άνοια σχετιζόμενη με το Σύνδρομο Επύκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV)**

Διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ελλείμματα γνωστικών λειτουργιών, πληρεί τα κλινικά και διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας και συνυπάρχει με λοίμωξη HIV.

Εξελίσσεται γρήγορα σε γενικευμένη άνοια, αλαλία και θάνατο.

Τυπικά παρουσιάζεται με αιτιάσεις μειωμένης μνημονικής ικανότητας, επιβραδυμένης δραστηριότητας, δυσχέρειας συγκέντρωσης, δυσκολία στο διάβασμα και την επίλυση προβλημάτων (Becker et al., 1994).

### **3.12. Άνοια προκαλούμενη από τραύμα εγκεφάλου**

Προκειμένου να διαγνωστεί η συγκεκριμένη νόσος απαιτείται να αναφέρεται κρανιακός τραυματισμός και υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Συχνά το υποσκληρίδιο αιμάτωμα παραμένει αδιάγνωστο. Άλλοτε ο τραυματισμός θεωρείται ασήμαντος ή έγινε πολύ καιρό πριν τη διάγνωση χωρίς απώλεια συνείδησης.

Προδιαθετικοί παράγοντες για υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι η ηλικία άνω των 60 ετών, ο αλκοολισμός, η επιληψία και η νεφρική αιμοκάθαρση. Παρατηρούνται κεφαλαλγίες, άλγος κατά την πίεση (συμπτώματα ενδοκρανιακού όγκου), θόλωση της συνείδησης ή λήθαργος (Lenpeltiere και συν., 1995).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **4. Επιδημιολογία της άνοιας**

Η άνοια χαρακτηρίζει κυρίως άτομα τρίτης ηλικίας με την εμφάνιση διαφόρων ιατροκοινωνικών προβλημάτων, που έχουν επιπτώσεις τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες, όσο και στο άμεσο περιβάλλον τους, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο.

Περίπου οι μισές των περιπτώσεων άνοιας οφείλεται σε Άνοια Τύπου Alzheimer (ΑΤΑ), ένα ποσοστό 15-20% οφείλεται στη νόσο των σωματίων του Lewy, και περίπου το 15% των περιπτώσεων, έχει σχέση με τις αγγειακές άνοιες. Οι υπόλοιπες μπορεί να θεωρηθεί ότι εμφανίζονται σπάνια. (Σγουρόπουλος, 2003).

Υπάρχουν άνοιες θεραπεύσιμες, κυρίως ανοϊκά σύνδρομα που οφείλονται σε φαρμακευτικές ουσίες, μεταβολικές νόσους, νόσους του θυρεοειδούς, του ήπατος και των νεφρών. Θεραπεύσιμη περίπτωση άνοιας είναι αυτή που οφείλεται στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων (Κατσάνη & Ροροπούλου, 2006).

#### **4.1. Επιπολασμός – Επίπτωση άνοιας**

Η συχνότητα εκδήλωσης της άνοιας και ειδικά της ΑΤΑ συναρτάται με την ηλικία κυρίως και επιδημιολογικές έρευνες (Braak and Braak, 1997. Τσολάκη, 1996. Hendrie, 1998): έχουν καταλήξει στα παρακάτω:

- Δεν υπάρχουν ευρέως αποδεκτές εκτιμήσεις για άτομα μικρότερα των 60 ετών.
- Σε άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών η συχνότητα εμφάνισης είναι 8-10% και εξαρτάται από τη μέθοδο εκτίμησης και τον πληθυσμό.
- Σε άτομα μεγαλύτερα των 75 ετών το ποσοστό ανέρχεται σε 18-20%, ενώ σε άτομα μεγαλύτερα των 85 ετών αγγίζει το 40%. Στα άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών η συχνότητα δεν υπερβαίνει το 40%, κάτι που σημαίνει ότι υπάρχει ηλικιακό όριο επικινδυνότητας, αλλά και πιθανότητα ύπαρξης ατόμων τα οποία δεν είναι ευάλωτα στη νόσο.

Η επίπτωση της άνοιας όπως και ο επιπολασμός, συναρτάται με την ηλικία. Έχει διαπιστωθεί ότι στις ηλικίες 65-75, η επίπτωση αγγίζει το 2,5% ή 0,25% διπλασιαζόμενη ανά δεκαετία (Δαρδαβέσης, 2005). Στη μελέτη Framingham (Bachman et al., 1992) που έγινε στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι η επίπτωση της άνοιας αυξήθηκε στο 0,7% για τις ηλικίες 65-69, στο 11,8% στις ηλικίες 85-89 ετών, ενώ η επίπτωση της ΑΤΑ αυξήθηκε από το 0,35% στο 7,28% στις αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες. Η αγγειακής αιτιολογίας άνοια για κάποιους κατέχει τη δεύτερη θέση σε συχνότητα, μετά την ΑΤΑ και υπολογίζεται ότι στις δυτικές χώρες, ευθύνεται για το 5-10% των ανοϊκών ασθενών, που παραπέμφθηκαν στα νοσοκομεία. Στην Ιαπωνία αναφέρεται, πως η αγγειακής αιτιολογίας άνοια σε ενδονοσοκομειακούς ασθενείς, είναι συχνότερη από την ΑΤΑ. Παθολογοανατομικά ευρήματα εγκεφάλων ασθενών με ΑΤΑ, παρουσιάζουν σε ποσοστό 15% εγκεφαλικά έμφρακτα, που συμβάλλουν στην έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, ορίζοντας έτσι μια άνοια μικτού τύπου (Δαρδαβέσης, 2005).

Το μορφωτικό επίπεδο ως δημογραφικό χαρακτηριστικό συνδεδεμένο με την εκπαίδευση, αποτελεί ένα πεδίο ερευνών συσχέτισης με την πρόκληση της νόσου, χωρίς όμως να υπάρχουν σαφή συμπεράσματα. Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν τα αποτελέσματα της



έρευνας Eurodem τα οποία αναδεικνύουν το ρόλο της εκπαίδευσης στην ανάπτυξη της ΑΤΑ, σε αντίθεση με τους Kokmen et al, (1996), οι οποίοι δεν επιβεβαίωσαν τη συγκεκριμένη άποψη. Είναι εμφανές, ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, που μπορούν να επιβαρύνουν ψυχικά και σωματικά την υγεία του ατόμου και σε συνδυασμό να αποτελέσουν υπόστρωμα για την εκδήλωση της άνοιας. Όμως, το γεγονός ότι η ΑΤΑ έχει προσβάλει προσωπικότητες υψηλού μορφωτικού επιπέδου, επιβάλλει την ανάγκη διερεύνησης του ζητήματος (Δαρδαβέσης, 2005).

Γενικά, οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, για την καταγραφή του επιπολασμού και της επίπτωσης της άνοιας, παρόλο που παρουσιάζουν διαφορές στη μεθοδολογία και αδυναμίες στην αξιολόγηση των παραμέτρων, συμφωνούν, στο ότι η συχνότητα της άνοιας αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας και έχουν επίσης επισημανθεί ορισμένοι προδιαθεσιακοί παράγοντες (Τσολάκη, 1996).

#### **4.2. Προδιαθεσιακοί παράγοντες**

Δημογραφικοί, γενετικοί, κοινωνικοί, συμπεριφορικοί, ψυχοσωματικοί και άλλοι παράγοντες συνθέτουν το αιτιολογικό σχήμα της άνοιας.

#### **4.3. Δημογραφικοί παράγοντες**

Η σύνδεση του επιπολασμού της νόσου με την πρόοδο της ηλικίας και ιδιαίτερα με το όριο των 65 ετών και άνω, θεωρείται δεδομένη (Launer et al., 1999). Σχετικά με το φύλο, έχει διαπιστωθεί ότι η νόσος προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες, εμφανίζοντας βαρύτερη εξέλιξη με πολλά προβλήματα ψυχολογικά και συμπεριφοράς και με μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου σε σχέση με τους άνδρες (Paganini–Hill, 1999). Η άποψη αυτή θα πρέπει να ερευνηθεί περισσότερο στην κατεύθυνση των βιολογικών διαφορών του φύλου και του μέσου όρου ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών (Launer et al., 1999).

#### **4.4. Παράγοντες συμπεριφοράς**

Η ένταση της εργασίας, η ποιότητα ζωής, η ανεργία, οι διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ, αποτελούν κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους, που είναι σε διαδικασία διερεύνησης σχετικά με την άνοια (Δαρδαβέσης, 2005).



#### **4.5. Γενετικοί παράγοντες**

Το γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21, το γονίδιο της προσενιλίνης 1 στο χρωμόσωμα 14 και το γονίδιο της προσενιλίνης 2 στο χρωμόσωμα 1, ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της οικογενούς μορφής της ΑΤΑ. Τα προαναφερόμενα γονίδια, αν υποστούν μεταλλάξεις σε κάποιο σημείο τους, εμφανίζουν διαταραχές του μεταβολισμού του APP και αύξηση του πεπτιδίου Αβ42 αμυλοειδούς, το οποίο μετά αποτίθεται στις πλάκες του εγκεφάλου των ασθενών με ΑΤΑ. Στη συγκεκριμένη διαδικασία βασίζεται η κύρια υπόθεση για την παθογένεια της νόσου, που θεωρεί σαν αιτία την υπερπαραγωγή ή την αδυναμία αποδόμησης του Αβ42 αμυλοειδούς (Strittmater & Roses, 1996).

Ο σοβαρότερος γενετικός παράγοντας κινδύνου για την ΑΤΑ είναι το αλληλόμορφο γονίδιο της ε4 της απολιποπρωτεΐνης (APOE) στο χρωμόσωμα 19, που σχετίζεται με την ήπια γνωστική διαταραχή και με την κατάθλιψη, αλλά δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση σε άτομα με αγγειακή άνοια ή με κατάθλιψη πρώιμης έναρξης (Lovestone, 1996).

#### **4.6. Προφυλακτικοί παράγοντες**

Οι προφυλακτικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εξέλιξη της άνοιας ή τη συχνότητα εκδήλωσής της, είναι αντικείμενο πολλών επιδημιολογικών μελετών, τα αποτελέσματα των οποίων θα πρέπει να αξιολογηθούν, προκειμένου να γίνουν αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα σε διεθνές επίπεδο. Κάποιοι από τους προφυλακτικούς παράγοντες της άνοιας είναι: (Δαρδαβέσης, 2005)

α) **Εργασία.** Η εργασιακή απασχόληση και η κάλυψη του ελεύθερου χρόνου με δημιουργικές εργασίες συντελούν στη διατήρηση -σε ικανοποιητικό επίπεδο- των πνευματικών λειτουργιών του ατόμου.

β) **Αλκοόλ.** Η κατανάλωση περιορισμένης ποσότητας αλκοόλ κατά τη διάρκεια των γευμάτων είναι πιθανό να προφυλάσσει από την άνοια.

γ) **Διατροφή.** Η χωρίς ποσοτικές ακρότητες κατανάλωση θρεπτικών τροφίμων, αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση της υγείας και πιθανόν προστασίας από την άνοια.

δ) **Κάπνισμα.** Παρόλο που το κάπνισμα αποτελεί συνήθεια με βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία, διαπιστώνεται ότι η προκαλούμενη συνεχής διέγερση των νικοτινικών υποδοχέων, που

είναι χολινεργικοί υποδοχείς στον εγκέφαλο των καπνιστών, καθώς και το γεγονός ότι, σε μετρήσεις που έγιναν σε ασθενείς με ΑΤΑ, βρέθηκαν λιγότεροι καπνιστές, οδηγεί στην υπόθεση, ότι, από την παρουσία της νικοτίνης καθυστερείται η εμφάνιση της νόσου.

ε) **Συστολική πίεση.** Η αντιμετώπιση της συστολικής πίεσης με αντιυπερτασική αγωγή και ειδικότερα με τη χρήση αποκλειστών ιόντων του ασβεστίου (Ca), φαίνεται να συνεισφέρει στη μείωση της επίπτωσης της άνοιας, σε ποσοστά που μπορεί να φτάσουν το 50% (Forette et al., 1999).

στ) **Αντιφλεγμονώδη φάρμακα.** Η επιβράδυνση ή ακόμα και η αναστολή της εξελικτικής πορείας της άνοιας, εμφανίζεται να επηρεάζεται από την κατανάλωση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Η συγκεκριμένη διαπίστωση αποτελεί προϊόν επιδημιολογικών ερευνών σε πάσχοντες από αρθρίτιδα, που έκαναν χρήση για μεγάλο χρονικό διάστημα αντιφλεγμονωδών παραγόντων και παρουσίασαν μείωση της επίπτωσης της νόσου (Δαρδαβέσης, 2005).

ζ) **Οιστρογόνα.** Τα οιστρογόνα επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία, με την ενεργοποίηση μηχανισμού αποκατάστασης νευρώνων που έχουν υποστεί βλάβες κατά την εξέλιξη της ΑΤΑ και μειώνουν τη συσσώρευση αμυλοειδούς μεταξύ των νευρωνικών κυττάρων. Επιπλέον, τα οιστρογόνα ασκούν στον εγκέφαλο σεροτονεργική ανταγωνιστική επίδραση, αυξάνουν τη δραστηριότητα της νορεπινεφρίνης, τη χολινεργική νευρική δραστηριότητα, την εγκεφαλική ροή του αίματος και ενισχύουν τη μεταφορά και το μεταβολισμό της γλυκόζης στον εγκέφαλο. Ακόμα, έχουν αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Οι προαναφερόμενες επιδράσεις των οιστρογόνων στην εγκεφαλική λειτουργία, καθιστούν τη χορήγησή τους ενδεδειγμένη σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, στοχεύοντας στην πρόληψη και επιβράδυνση της ΑΤΑ, αλλά και στη βελτίωση της ψυχικής διάθεσης, της κινητικότητας και των γνωστικών λειτουργιών του ατόμου (Birge, 1997. Paganini-Hill, 1999).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **5. Προγράμματα υποστήριξης της τρίτης ηλικίας**

Τα προγράμματα που αφορούν στην προστασία της τρίτης ηλικίας, όπως και η προστασία άλλων ιδιαίτερων ομάδων του πληθυσμού, ανήκουν στην αρμοδιότητα της Κοινωνικής Πρόνοιας. Οι υπηρεσίες παρέχονται από το κράτος, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία,

μη κυβερνητικές οργανώσεις, εθελοντικές οργανώσεις. Αυτές είναι υπηρεσίες που παρέχονται στην κοινότητα (Ιατρίδης, 1999).

Στόχος είναι, τόσο η πρόληψη, όσο και η θεραπεία σωματικών και ψυχικών ασθενειών, καθώς και η υποστήριξη για την ενεργό συμμετοχή τους στην κοινότητα και στην οικογένεια, ώστε τα άτομα αυτά, να μη ζουν αποστασιοποιημένα και περιθωριοποιημένα.

Η πολιτική για τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων για ηλικιωμένους που πάσχουν από ανίατες ασθένειες (Σταθόπουλος, 1999).

### **5.1. Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)**

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ υιοθετήθηκε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Ο θεσμός εξελίχθηκε σταδιακά μέσω των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα, έτσι ώστε σήμερα να λειτουργούν περισσότερα από 900 κέντρα. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες των κέντρων απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες, ηλικίας άνω των 60 ετών, που κατοικούν στην περιοχή ευθύνης τους, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση .

Κύριοι στόχοι των ΚΑΠΗ είναι:

- Η πρόληψη ψυχο-κοινωνικών και σωματικών προβλημάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας, έτσι ώστε να είναι ενεργά μέλη της κοινωνίας, διατηρώντας παράλληλα την αυτονομία τους.
- Η διαφώτιση και η συνεργασία της κοινωνίας και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η πρωτογενής πρόληψη των ηλικιωμένων (εμβολιασμοί, ενημέρωση και συμβουλευτική).
- Η δευτερογενής πρόληψη των ηλικιωμένων (ιατρικές εξετάσεις για έγκαιρη διάγνωση νοσημάτων).

Τα ΚΑΠΗ παρέχουν ψυχαγωγία, επισκέψεις σε αρχαιολογικούς χώρους και μουσεία, εκδρομές, φυσικοθεραπεία, συμβουλές για διάφορα θέματα κυρίως ιατρικού ενδιαφέροντος, κατασκηνώσεις, διαλέξεις ([www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)).

## **5.2. Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας, που εφαρμόστηκε από το 1997 και έχει στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Το πρόγραμμα υλοποιείται από τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα, δίνοντας προτεραιότητα σε αυτούς που ζουν μόνοι τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας ή που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Συνολικά 120.000 ηλικιωμένοι και άτομα με αναπηρίες ωφελούνται από το πρόγραμμα ([www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)).

Σκοπός του Προγράμματος είναι να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας, καθώς και των ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα, να υποστηρίξει την αυτόνομη και αξιοπρεπή τους διαβίωση, το οικογενειακό περιβάλλον των επωφελούμενων και τέλος να προωθήσει την απασχόληση ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού.

Από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» προσφέρονται:

- Συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη.
- Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι και φυσικοθεραπεία.
- Οικογενειακή και Οικιακή Φροντίδα, με την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης και άλλες εξυπηρετήσεις, όπως μικροαγορές, πληρωμή λογαριασμών, κ.ά.
- Συνοδεία στις διάφορες υπηρεσίες.

## **5.3. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)**

Τα ΚΗΦΗ είναι σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, οι οποίοι δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και τα άτομα του περιβάλλοντός τους, εργάζονται ή αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας, αδυνατώντας να ανταποκριθούν στη φροντίδα που έχουν αναλάβει ([www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)).

Βασικός σκοπός των ΚΗΦΗ είναι η παραμονή των ηλικιωμένων ατόμων στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η διατήρηση της συνοχής της

οικογένειας. Επίσης, επιδιώκεται η εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη, ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Στα ΚΗΦΗ παρέχονται:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την ικανοποίηση καθημερινών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων

#### **5.4. Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων**

Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας και παρέχονται κυρίως από δημόσιους φορείς και από Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου. Επίσης, υπάρχουν και ιδιωτικές επιχειρήσεις, εθελοντικοί και εκκλησιαστικοί φορείς για τη φιλοξενία των ηλικιωμένων. Ο κεντρικός προσανατολισμός των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων είναι η θεραπεία και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής, ψυχικής νόσου ή αναπηρίας, καθώς και η καταπολέμηση των συνεπειών του κοινωνικού αποκλεισμού. Στις μονάδες αυτές παρέχεται περίθαλψη σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα τους ή έχουν περιορισμένη αυτονομία ή δεν αυτοεξυπηρετούνται. Στόχος των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και περίθαλψης είναι η εξασφάλιση στους ηλικιωμένους αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης, η ρύθμιση των προβλημάτων υγείας τους, η εξασφάλιση της παρακολούθησής τους και η διατήρησή τους ως ενεργά κοινωνικά μέλη ([www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)).

#### **5.5. Λέσχες Φιλίας**

Οι Λέσχες Φιλίας είναι μια πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων. Λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς για να προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Είναι χώροι που μπορούν οι ηλικιωμένοι Αθηναίοι (άτομα άνω των 60 ετών) να αναζητήσουν ανθρώπινη ζεστασιά, επαφή με συνομηλίκους, κοινωνική υποστήριξη και ψυχαγωγία. Προσφέρεται δημιουργική απασχόληση, φυσικοθεραπεία, ημερήσιες εκδρομές, επισκέψεις σε πολιτιστικούς χώρους. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι, η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούριες συνθήκες ζωής, η

ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομικές δυνατότητες ή οικογένεια για να τους φροντίσει. Καταβάλλεται μια συμβολική ετήσια συνδρομή για τα μέλη που είναι 5 ευρώ ανά έτος ([www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)).

### **5.6. Γηροκομεία**

Λειτουργούν δημόσια και ιδιωτικά γηροκομεία καθώς και γηροκομεία Μητροπόλεων. Παρέχονται, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες, ψυχαγωγία, σίτιση. Οι διαμένοντες καταβάλλουν μηνιαίο αντίτιμο.

Χαρακτηριστικά των τροφίμων των γηροκομείων είναι, ότι οι περισσότεροι είναι υπερήλικες, οι οποίοι με την πάροδο του χρόνου ιδρύματοποιούνται, οι περισσότεροι είναι άγαμοι ή χήροι χωρίς παιδιά και άτομα που πάσχουν από χρόνιες σοβαρές ασθένειες.

Κύριος σκοπός των γηροκομείων είναι, η παροχή στέγης, τροφής και ιατροφαρμακευτικής φροντίδας (Σταθόπουλος, 1999).

### **5.7. Θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων - Άσυλα**

Μεγάλο μέρος κλινών των θεραπευτηρίων διατίθεται για ηλικιωμένα άτομα. Εκτός από τα κρατικά θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων, λειτουργούν 20 ιδιωτικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα με δυναμικότητα 2000 κρεβατιών (Σταθόπουλος, 1996).

### **5.8. Υπηρεσίες για ηλικιωμένους με άνοια**

Υπηρεσίες σε ηλικιωμένους με άνοια και στους συγγενείς τους προσφέρουν (Τζανακάκη-Μελισσάρη & Καστανάκη, 2005):

- τα νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένες Ψυχογηριατρικές κλινικές,
- τα νοσοκομεία που διαθέτουν Ψυχιατρικές Κλινικές, ανεξάρτητα αν έχουν κρεβάτια για νοσηλεία,
- τα νοσοκομεία που διαθέτουν Νευρολογικές κλινικές,
- οι Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές,
- τα ειδικά ιατρεία των εταιρειών για την ΑΤΑ και Συναφών Διαταραχών και άλλων μορφών άνοιας.
- Τέλος, τα ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία μνήμης και άνοιας στα γενικά νοσοκομεία, προσφέρουν υπηρεσίες σε ασθενείς με διαγνωσμένη άνοια, αλλά και σε ηλικιωμένους που παρουσιάζουν ελλείμματα μνήμης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6. Φροντιστές και παροχή φροντίδας

Η άνοια αποτελεί νόσο, η οποία εκτός από τον ασθενή επηρεάζει και την οικογένειά του και δεδομένου, ότι οι περισσότεροι ασθενείς φροντίζονται στο σπίτι, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρηθεί σε καλό επίπεδο η ψυχική και σωματική υγεία του φροντιστή.

Φροντιστής (primary caregiver) είναι το άτομο, που είναι περισσότερο υπεύθυνο για την καθημερινή λήψη αποφάσεων και παροχή φροντίδας στον ασθενή με άνοια. Ο ανεπίσημος φροντιστής (informal caregiver) είναι εκείνος, που παρέχει τη φροντίδα του στον ασθενή με άνοια (unpaid caregiver) (Gallicchio et al., 2002). Οι ανεπίσημοι φροντιστές είναι συνήθως συγγενείς ή φίλοι που παρέχουν τη βοήθειά τους σε πρόσωπα, τα οποία δυσκολεύονται να εκτελέσουν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής τους, δηλαδή έχουν περιορισμένη λειτουργικότητα, με αιτία τις σωματικές, ψυχικές ή συναισθηματικές διαταραχές. Χωρίς αυτή τη βοήθεια οι αποδέκτες της φροντίδας αυτής δε θα μπορούσαν να επιβιώσουν.

Όσον αφορά το φύλο, οι γυναίκες αποτελούν το 70-75% του πληθυσμού των ατόμων που παρέχουν φροντίδα (National Alliance for care giving and the American Association of Retired Persons, 1997) και το 73% των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με άνοια (Ory et al., 1999). Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός, ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερα χρόνια, αλλά και από το γεγονός ότι οι άνδρες παντρεύονται συνήθως νεότερες γυναίκες. Η φροντίδα περιλαμβάνεται στους παραδοσιακά και κοινωνικά αποδεκτούς ρόλους της γυναίκας, στη διάρκεια του κύκλου της οικογένειας και θεωρείται κύρια ευθύνη των γυναικών, κυρίως των θυγατέρων και των συζύγων.

Η παροχή φροντίδας «βασίζεται σε ένα βαθύ σεβασμό για τη ζωή και την πεποίθηση ότι οι άνθρωποι έχουν το αναφαίρετο δικαίωμα να διατηρήσουν τις νοητικές και σωματικές τους δυνατότητες στο ανώτερο επίπεδο λειτουργικότητας. Η μεγαλύτερη αποστολή της παροχής φροντίδας είναι η προαγωγή της ανεξαρτησίας, με τη διατήρηση της πιο λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, σωματικά, νοητικά, συναισθηματικά και ψυχικά» (Bridges, 1995).

Σε Ευρωπαϊκή μελέτη για τη νόσο Alzheimer, στην οποία συμμετείχε η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Κρήτης, βρέθηκε ότι το κοινωνικο-οικονομικό και το συναισθηματικό κόστος της νόσου είναι υψηλό στις οικογένειες της αγροτικής Κρήτης (Lionis, 2000).



Επίσης, πραγματοποιήθηκε μελέτη που σκοπό είχε τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των φροντιζόντων τους ασθενείς με τη νόσο Alzheimer συγκρίνοντάς την με τη ποιότητα ζωής μιας ομάδας ελέγχου. Συμμετείχαν φροντίζοντες 31 ασθενών με τη νόσο Alzheimer που επισκέπτονταν τη Γ΄ Νευρολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου», ενώ στην ομάδα ελέγχου συμμετείχαν 31 κάτοικοι της Ξάνθης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι η ομάδα των φροντιζόντων ασθενών με νόσο Alzheimer, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, έχει φτωχότερη ποιότητα ζωής και σημαντικά χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Το δεύτερο που αφορά στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, είναι απόρροια του γεγονότος, ότι η νόσος δημιουργεί υψηλή οικονομική επιβάρυνση, λόγω των εξόδων για φαρμακευτική αγωγή, ιατρικές επισκέψεις, θεραπευτικά προγράμματα ή για ειδικό προσωπικό (νοσοκόμο, ψυχολόγο). Σε επίπεδο κοινωνικών σχέσεων παρατηρείται μείωση του ελεύθερου χρόνου, περιορισμός της ελευθερίας και διαταραχή της κοινωνικής και προσωπικής ζωής (Δουδούμη και συν. 2003).

### **6.1. Επιβάρυνση φροντιστών ασθενών με άνοια**

Μια ψυχοκοινωνική αντίδραση στην παροχή φροντίδας είναι η εκλαμβανόμενη επιβάρυνση των φροντιστών (career ή caregiver burden) (Parks and Nioveli, 2003). Οι Parks and Nioveli, (2003), αναφέρουν ότι οι LK George and LP Gwyther το 1986, όρισαν την επιβάρυνση του φροντιστή ως το «σωματικό, κοινωνικό και οικονομικό φορτίο της παροχής φροντίδας».

Η επιβάρυνση βιώνεται σαν αποτέλεσμα των σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων, τα οποία αναδύονται στις οικογένειες που περιθάλπουν ηλικιωμένα μέλη τους με διαταραχές. Περιλαμβάνει αισθήματα υπερέντασης, δυσφορίας και εγκλωβισμού, απώλεια ελέγχου, απομόνωση από την κοινωνία, αναποτελεσματική επικοινωνία και πιέσεις στην εργασία. Συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, τα άτομα φροντίδας τα οποία προέρχονται από το οικογενειακό και το συγγενικό περιβάλλον, αναφέρουν τριπλάσια συχνότητα σε αισθήματα απόγνωσης. Νιώθουν σωματική καταπόνηση, κοινωνική απομόνωση, μοναξιά, θυμό, ματαιώση και χάνουν εύκολα την υπομονή τους (Ευρωπαϊκή Εταιρεία Alzheimer, 1999. Οικονόμου, 2000).

Η παροχή υποστήριξης και φροντίδας σε συγγενικό πρόσωπο, αποτελεί μη στατική διαδικασία, αφού οι ανάγκες αυτού που δέχεται τη φροντίδα μεταβάλλονται, καθώς η κατάστασή του αλλάζει. Για κάποια άτομα η «καριέρα» της φροντίδας (Pearlin et al., 1990.



Seltzer, 1996) διαρκεί πολλά χρόνια, με αποτέλεσμα οι φροντιστές να αναγκάζονται να αναλαμβάνουν εργασίες σχετικές με αυτές των επαγγελματιών υγείας. Από αυτό προκύπτει μια συνεχής αλλαγή και προσαρμογή στη σχέση και το ρόλο του φροντιστή. Όταν η κατάσταση επιδεινώνεται, πολλοί φροντιστές αναγκάζονται να επιτρέψουν και σε άλλα άτομα να μοιραστούν ή να αναλάβουν ευθύνες. Εγείρονται έτσι διάφορα προσωπικά θέματα σχετικά με το καθήκον, την ευθύνη, την επάρκεια και την ενοχή.

Η νόσος Alzheimer η οποία αποτελεί τον πιο κοινό τύπο άνοιας (50%), χτυπά την πιο ανθρώπινη, κυριολεκτικά, από τις λειτουργίες των ανθρώπων καταστρέφει προοδευτικά τους νευρώνες του εγκεφάλου, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη μνήμη, τη σκέψη, το λόγο και γενικότερα όλες τις νοητικές και ψυχολογικές ικανότητες του ανθρώπου. Παρά το γεγονός ότι είναι μια νόσος που προσβάλλει αρχικά τις νοητικές λειτουργίες, στη συνέχεια ακολουθείται από διαταραχές στην προσωπικότητα του ηλικιωμένου, η οποία γίνεται απλησίαστη και ιδιόρρυθμη. Οι αλλοιώσεις αυτές προκαλούν περισσότερα προβλήματα στους οικείους του ασθενούς, από τις απώλειες που σημειώνονται στη νοητική σφαίρα (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 1993).

Αυτά προκαλούν μεγάλη αναστάτωση στο οικογενειακό περιβάλλον του ηλικιωμένου και συχνά γίνονται η αιτία, τα άτομα που έρχονται σε επαφή με τον ανοϊκό ηλικιωμένο να αναπτύσσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Morrishey et al., 1990). Τα πρόσωπα που παρέχουν φροντίδα πρέπει να είναι σε ετοιμότητα όλο το 24ωρο, να προστατεύουν τους ηλικιωμένους από πιθανούς κινδύνους και να αντιμετωπίζουν τη θλίψη, το συναισθηματικό κόστος και τις δυσκολίες που προκύπτουν, καθημερινά. Έτσι, πολλές ψυχολογικές έρευνες στρέφονται όχι πια στους ανοϊκούς ηλικιωμένους, αλλά στα πρόσωπα που τους περιποιούνται, τους «κρυφούς ασθενείς» (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 1993).

Έχει επισημανθεί ότι η ενημέρωση για τη νόσο, των φροντιστών ασθενών με άνοια, μειώνει την επιβάρυνση που νιώθουν λόγω της παρεχόμενης φροντίδας (Parks and Novielli, 2000). Η καταγραφή και διερεύνηση των αναγκών ενημέρωσης, αλλά και εκπαίδευσης των φροντιστών είναι σημαντική, προκειμένου να γίνουν ικανοί για να ανταπεξέλθουν στο δύσκολο έργο τους.

## **6.2. Υποστήριξη φροντιστών**

Ερευνητές έχουν εξετάσει τρόπους μείωσης του βάρους της φροντίδας με κατάλληλους μηχανισμούς υποστήριξης, με διαφορεόμενα ερευνητικά ευρήματα.

Οι ομάδες στήριξης είναι συνήθεις διέξοδοι για τους φροντιστές. Έχουν σκοπό την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και πληροφόρησης για την άνοια και αναπτύσσουν διασυνδέσεις με κρατικές υπηρεσίες, εθνικούς οργανισμούς ή ακόμα και διεθνείς οργανισμούς (Acton and Kang, 2001).

Οι Parks and Novielli (2000), αναφερόμενοι σε μελέτες, επισημαίνουν ότι η υποστήριξη που παρέχεται στους φροντιστές, μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, εξυπηρετεί περισσότερο όταν εστιάζει στα προβλήματα και η στρατηγική εστιάζει στην προβληματική συμπεριφορά. Επίσης αναφέρουν, ότι η συνδυαστική παρέμβαση, δηλαδή οι ατομικές και οικογενειακές συνεδρίες συμβουλευτικής και η κατευθυνόμενη συμμετοχή σε ομάδες στήριξης, βοήθησαν στο να παραταθεί χρονικά η ανάγκη εισόδου ανοϊκών ασθενών σε δομές κλειστής περίθαλψης (γηροκομείο ή και ιδιωτική κλινική).

Οι Acton and Kang (2001) προχώρησαν σε συστηματική ανάλυση της βιβλιογραφίας που εξέταζε την επίδραση των διαφόρων τύπων παρεμβάσεων, όπως υποστηρικτικές ομάδες, εκπαίδευση, ψυχοεκπαίδευση, συμβουλευτική, με στόχο τη μείωση επιβάρυνσης των προσώπων που φροντίζουν το μέλος της οικογένειάς τους με άνοια.

Αξιολογήθηκαν 27 στρατηγικές παρέμβασης σε 24 ερευνητικές αναφορές, από τα τέλη της δεκαετίας του 1970. Μόνο η πολυδιάστατη συνθετική παρέμβαση μείωσε σημαντικά το βάρος της φροντίδας. Αυτή η παρέμβαση αποτελεί συνδυασμό διαφόρων στρατηγικών. Η συνηθέστερη στρατηγική παρέμβασης συνθετικού τύπου, σε φροντιστές ατόμων με άνοια είναι τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα. Περιλαμβάνουν εκπαιδευτικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις. Προσφέρουν τεκμηριωμένη πληροφόρηση για την πορεία της νόσου και τις μεταβολές της συμπεριφοράς του ασθενούς. Παρέχουν εκπαίδευση σε δεξιότητες φροντίδας, υποστήριξη διά μέσου ομάδων αυτοβοήθειας ατόμων, που περιθάλπουν ασθενείς με άνοια, με την αναφορά και συζήτηση εμπειριών, αμοιβαία στήριξη αλλά και ενίσχυση της αμφίδρομης επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων (Acton and Kang, 2001).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **7. Πρώιμη διάγνωση άνοιας**

Οι πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας, στην Ευρώπη υπολογίζονται σήμερα σε 7,3 εκατομμύρια και στην Ελλάδα 160.000 άτομα. Παγκοσμίως οι ανοϊκοί

ασθενείς υπολογίζονται σε 35.000.000 και αναμένεται να ξεπεράσουν τα 100 εκατομμύρια μέχρι το 2050. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η νόσος Alzheimer απορροφά αυτή τη στιγμή το 25% του συνόλου των δαπανών για την υγεία ([www.in.gr](http://www.in.gr), 21.09.2010). Τα προαναφερόμενα νούμερα επιβεβαιώνουν την ανάγκη πρώιμης διάγνωσης και έναρξης της θεραπείας, προκειμένου να καθυστερήσει η εκδήλωση των συμπτωμάτων της άνοιας.

### 7.1. Νέες μέθοδοι που βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο

Τομογραφίες εκπομπής ποζιτρονίων (PET) δείχνουν ότι οι άνθρωποι με οικογενειακό ιστορικό της νόσου Alzheimer παρουσιάζουν συσσώρευση παθολογικών πρωτεϊνών στον εγκέφαλό τους ακόμα κι αν είναι απόλυτα υγιείς, κάτι που σημαίνει ότι η εξέταση μπορεί να αναγνωρίζει άτομα υψηλού κινδύνου. ([www.in.gr](http://www.in.gr), 16.03.2010)

Η κ. Λίσα Μοσκόουν (2010) επικεφαλής της ερευνητικής ομάδας του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης, ανακοίνωσε ότι υπάρχει ελπίδα διάγνωσης της διαδικασίας της νόσου Alzheimer πριν την εκδήλωση των συμπτωμάτων και ενώ ο εγκέφαλος είναι ακόμα υγιής. Η έρευνα δημοσιεύτηκε στην αμερικανική επιθεώρηση Proceedings of the National Academy of Sciences ([www.in.gr](http://www.in.gr), 16.03.2010) και θα συνεχιστεί με την παρακολούθηση των εθελοντών, προκειμένου να διαπιστωθεί ποιοι θα παρουσιάσουν τελικά τη νόσο.

Οι τομογραφίες των εθελοντών έδειξαν ότι, άτομα με οικογενειακό ιστορικό νόσου Alzheimer ήταν πολύ πιθανότερο να παρουσιάζουν συσσώρευση του λεγόμενου β - αμυλοειδούς, μιας πρωτεΐνης που φαίνεται να παίζει κεντρικό ρόλο σε αυτή τη μορφή της άνοιας.

Το φαινόμενο ήταν εντονότερο στα άτομα των οποίων οι μητέρες είχαν εμφανίσει τη νόσο. Η κ. Μοσκόουν ανέφερε πως είχαν 20% περισσότερες αποθέσεις β - αμυλοειδούς στους εγκεφάλους τους. Ουσιαστικά είχαν τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο.

Η ομάδα βασίστηκε στην τεχνική της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET), η οποία απεικονίζει τη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου σε τρεις διαστάσεις. Πριν από την εξέταση στους εθελοντές, έγινε έγχυση ραδιενεργού χρωστικής ουσίας, που συνδέεται στα συσσωματώματα του β - αμυλοειδούς. Η ραδιενεργός χρωστική εκπέμπει ποζιτρόνια (αντιηλεκτρόνια), τα οποία εκπέμπουν ακτίνες γάμμα που μπορούν να ανιχνευτούν.

Ανακοίνωση της χρήσης τομογραφιών εκπομπής ποζιτρονίων με σκοπό την πρώιμη διάγνωση της νόσου Alzheimer, έγινε και από τη Νέα Ελληνική Τηλεόραση στις 09.03.2010 στο βραδινό δελτίο ειδήσεων από την Πρόεδρο της Ομοσπονδίας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, κ. Μάγδα Τσολάκη.

Νορβηγοί επιστήμονες ανακοίνωσαν στο Πανελλήνιο Συνέδριο της νόσου Alzheimer που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη (19-22.03.2010), την εφαρμογή ειδικής εξέτασης που ελέγχει 90 γονίδια στο DNA. Δείχνει αν το άτομο έχει γονίδια που συμβαδίζουν με αυτά των πασχόντων από τη νόσο Alzheimer. Το τεστ δημιουργήθηκε ύστερα από έρευνα σε 400 υγιείς ασθενείς και 400 νοσούντες από τη νόσο Alzheimer με πιθανότητα διάγνωσης 88% και υπάρχει δυνατότητα να εφαρμοστεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Στις 26 Απριλίου 2010 ανακοινώθηκε στην ιστοσελίδα [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) ότι ένα νέο εμβόλιο κατά της νόσου Alzheimer θα δοκιμαστεί σύντομα σε έξι ευρωπαϊκές χώρες, σύμφωνα με πληροφορίες προερχόμενες από αυστριακή εταιρεία βιοτεχνολογίας. Το εμβόλιο AD02 ήδη έχει δοκιμαστεί για ανεκτικότητα και ασφάλεια, τον προηγούμενο χρόνο. Οι κλινικές δοκιμές που θα πραγματοποιηθούν, θα εξετάσουν την αποτελεσματικότητά του, ενώ τα πορίσματα αναμένονται το νωρίτερο το 2012. Το εμβόλιο είναι θεραπευτικό, δηλαδή έχει στόχο την αντιμετώπιση ασθενών που ήδη έχουν επηρεαστεί από τη νόσο. Εκπρόσωποι της εταιρείας δήλωσαν ότι, αν τα αποτελέσματα είναι θετικά, η τεχνολογία θα χρησιμοποιηθεί και για την παρασκευή προφυλακτικού εμβολίου. Το 2001 πραγματοποιήθηκαν κλινικές δοκιμές για το πρώτο εμβόλιο έναντι της νόσου στην Ευρώπη και την Αμερική, αλλά διακόπηκαν εξαιτίας παρενεργειών.

Τέλος, επιστήμονες του Πανεπιστημίου της Γάνδης στο Βέλγιο, παρουσίασαν στο περιοδικό νευρολογίας «Archives of Neurology» του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου, μια νέα διαγνωστική μέθοδο, που βασίζεται στην ανάλυση υγρών του νωτιαίου μυελού και προβλέπει την εμφάνιση της νόσου με ακρίβεια σχεδόν 100%. Η πρόβλεψη θα μπορεί να γίνεται αρκετά χρόνια πριν την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου ([www.healthview.gr](http://www.healthview.gr) 21.09.2009). Οι ερευνητές συνέκριναν δεδομένα τριών ομάδων ατόμων, υγιών, με μέτρια συμπτώματα νοητικής φθοράς και με διαγνωσμένη νόσο Alzheimer. Εντόπισαν έτσι ένα βιοχημικό δείκτη που παρουσιαζόταν σε ποσοστό 90% των περιπτώσεων της νόσου Alzheimer, στο 72% όσων είχαν μέτρια νοητική έκπτωση και στο 36% των υγιών ατόμων. Οι επιστήμονες κατάφεραν να διαγνώσουν έγκαιρα το 100% των ατόμων της δεύτερης ομάδας

(που είχαν κάποια συμπτώματα), τα οποία θα εμφάνιζαν τη νόσο Alzheimer στην επόμενη πενταετία.

Η πρόθεση των επιστημόνων είναι, η μέθοδος να πληρεί τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια, όπως το να έχει ακρίβεια σε ποσοστό άνω του 80% του πληθυσμού, να είναι απλή, σχετικά μη επεμβατική και φθηνή.

Στο 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη (19-22.02.2009), η καθηγήτρια Νευρολογίας κ. Μ. Τσολάκη Πρόεδρος της Ελληνικής Ομοσπονδίας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, η κ. Π. Σακκά Διευθύντρια του τμήματος Νευροεκφυλιστικών Παθήσεων Εγκεφάλου και του ιατρείου μνήμης του Νοσοκομείου Υγεία και ο κ. Σ. Ευθυμίου Αναπληρωτής Καθηγητής του τομέα Φυσιολογίας του τμήματος Βιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, ανακοίνωσαν τα ακόλουθα: ([www.ygeiatanea.gr](http://www.ygeiatanea.gr), 20.02.2009)

Τα τελευταία χρόνια καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια, προκειμένου να τίθεται η διάγνωση της ήπιας νοητικής διαταραχής, όσο πιο πρώιμα γίνεται και κατά τη διάρκεια της προκλινικής φάσης, ώστε με τη χρήση φαρμάκων να καθυστερείται η εξέλιξη της νευροεκφυλιστικής διεργασίας.

Βρίσκονται σε εξέλιξη ερευνητικές προσπάθειες για την ανάπτυξη νέων φαρμακευτικών ουσιών, που θα επιβραδύνουν την εξέλιξη, θα αποτρέπουν την εμφάνιση ή και ακόμα θα θεραπεύουν τη νόσο. Περισσότερες από 40 ουσίες βρίσκονται στο στάδιο των κλινικών μελετών και αναμένεται κάποια από αυτές να περάσει επιτυχώς τους ελέγχους και να φθάσει στους ασθενείς τα επόμενα χρόνια. ([www.ygeiatanea.gr](http://www.ygeiatanea.gr), 20.02.2009)

Επίσης, σε μελέτη που δημοσιεύτηκε στην επιθεώρηση «Proceedings of the National Academy of Sciences» στο Λονδίνο, ανακοινώθηκε ότι ακόμα και στα 25 έτη τους τα άτομα θα μπορούν να ελεγχθούν σχετικά με την εμφάνιση άνοιας αργότερα στη ζωή τους και να λάβουν την απαραίτητη θεραπεία, δεκαετίες πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer, εμποδίζοντας έτσι την εκδήλωσή της (ΒΗΜΑ, 15.09.2010). Εντοπίστηκε μια άγνωστη μέχρι σήμερα σύνδεση μεταξύ της εναπόθεσης πλακών της πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (πλάκες που η παρουσία τους θεωρείται χαρακτηριστικό σημάδι σοβαρότατης μορφής ΑΤΑ) στον εγκέφαλο και μιας διαδικασίας του οργανισμού, μέσω της οποίας ο εγκέφαλος μετατρέπει τα σάκχαρα σε ενέργεια, γνωστής ως αερόβια γλυκόλυση.

Απεικονίσεις του εγκεφάλου νεαρών ενηλίκων, με μέσον όρο ηλικίας τα 25 έτη, έδειξαν ότι η αερόβια γλυκόλυση εμφανιζόταν σε πολύ υψηλά επίπεδα στις ίδιες περιοχές του εγκεφάλου όπου γίνεται εναπόθεση πλακών αμυλοειδούς σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα με άνοια, συμπεριλαμβανομένων και ασθενών με ΑΤΑ. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι είναι πιθανή η σύνδεση αυτής της διαδικασίας παραγωγής ενέργειας στους νεαρούς ενήλικους και της εκδήλωσης νόσου Alzheimer αργότερα στη ζωή τους (BHMA, 15.09.2010).

Για να καταλήξουν σε συμπεράσματα οι επιστήμονες συνέκριναν το μοτίβο αερόβιας γλυκόλυσης σε 33 νεαρά άτομα με εκείνο της εναπόθεσης πλακώδους αμυλοειδούς 11 ασθενών με Alzheimer που είχαν μέση ηλικία τα 80 έτη. Ακόμη υπήρχε μια τρίτη ομάδα 14 ατόμων που δεν παρουσίαζε έλλειμμα νοητικών λειτουργιών, αλλά εμφάνιζε υψηλή συγκέντρωση αμυλοειδούς στον εγκέφαλο.

Ο καθηγητής Μάρκ Μίντουν που είναι ένας από τους επικεφαλής της μελέτης, ανέφερε πως τα ευρήματα της έρευνας μπορούν να «γεννήσουν» νέες ιδέες για θεραπεία (BHMA, 15.09.2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **8.1. Το κόστος της άνοιας**

Ο πιο συχνός τύπος άνοιας που πλήττει κυρίως ανθρώπους ηλικίας άνω των 65 ετών, είναι η άνοια τύπου Alzheimer, της οποίας η συχνότητα αυξάνεται. Πιθανά αυτό δικαιολογεί το γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες εστιάζουν σε θέματα που αφορούν αυτόν τον τύπο άνοιας.

Το κόστος της άνοιας είναι ταυτόχρονα οικονομικό και κοινωνικό. Έρευνες δείχνουν ότι η οικονομική επιβάρυνση που υφίστανται οι οικογένειες και η κοινωνία εξαιτίας της νόσου είναι μεγάλη (Progress Report on Alzheimer's Disease 2000. Caregiver Guide 2002). Η αναμενόμενη γήρανση του πληθυσμού θα αυξήσει το κόστος, αφού ο επιπολασμός της ΑΤΑ θα αυξηθεί σημαντικά.

Τα άμεσα έξοδα που αφορούν στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τη μακροχρόνια φροντίδα του ασθενούς, την αποκατάσταση και τα έμμεσα έξοδα, που αφορούν στη χαμμένη παραγωγικότητα του ασθενούς, αλλά και του περιθάλποντα, είναι δύσκολο να κατανοηθούν



καθώς απαιτούνται πολλές αναλύσεις, αφού τα δεδομένα της μεθοδολογίας και τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών μπορεί να παρερμηνευτούν (Ωρολογάς και συν, 2005).

Για να υπολογιστεί το κόστος της οικονομικής επιβάρυνσης της παρεχόμενης φροντίδας σε ασθενείς με ΑΤΑ, απαιτούνται δεδομένα για πρότυπα περίθαλψης και λεπτομερή επιδημιολογικά στοιχεία. Παρόλο ότι στην Ελλάδα τέτοια στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα, λόγω έλλειψης συστημάτων καταγραφής και διατήρησης ιατρικών φακέλων, πραγματοποιήθηκε μια μελέτη που επιχειρεί τον υπολογισμό των μηνιαίων δαπανών που σχετίζονται με την άνοια (Κυριόπουλος και συν, 2005).

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρουν ότι η επαγγελματική ιατρική φροντίδα αυξάνεται, όσο ο ασθενής προχωρά από την αυτονομία στην εξάρτηση και μειώνεται με την εισαγωγή του σε κάποιο ίδρυμα. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με την οικογενειακή απασχόληση. Η είσοδος του ασθενή σε ίδρυμα μειώνει την οικογενειακή επιβάρυνση, αλλά αυξάνει το κόστος της φροντίδας.

Η εκτίμηση του κόστους ανά μονάδα βασίστηκε σε πραγματικές τιμές αγοράς και όχι σε τιμές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο έχει χαμηλές επιβαρύνσεις για λόγους κοινωνικής πολιτικής και ίσης πρόσβασης.

Το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης στη μελέτη, προήλθε από στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδας, για γενικά και ψυχιατρικά νοσοκομεία και το κόστος σε ίδρυμα προήλθε από στοιχεία τριών ιδιωτικών κλινικών.

Ακόμα κοστολογήθηκαν οι ώρες παροχής φροντίδας από μέλη της οικογένειας ή των ανειδίκευτων βοηθών των ασθενών και το κόστος του υγειονομικού υλικού.

Κατόπιν αναλύσεων προέκυψε ότι το μηνιαίο κόστος για έναν ασθενή στο στάδιο της αυτονομίας είναι 341 ευρώ, στο στάδιο της εξάρτησης 975 ευρώ και στο στάδιο της εξάρτησης σε ίδρυμα 1267 ευρώ.

Σε άλλες χώρες ενδεικτικά, το ετήσιο κόστος του ασθενή είναι:

Στο Ισραήλ \$17.000 (Beerli, et al., 2002), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το ετήσιο κόστος για ασθενή με ΑΤΑ είναι από \$18.408 για περίπτωση ασθενούς ήπιας άνοιας, σε \$36.132 για περίπτωση ασθενούς με βαριά ανοϊκή διαταραχή. (Progress Report on



Alzheimer's Disease, 2000) και στον Καναδά Can\$9.451 για ασθενή με ήπια ΑΤΑ και Can\$36.795 για σοβαρή ΑΤΑ (Hux, et al., 1998).

Πρέπει να τονιστεί η μεγάλη σημασία των μεθόδων έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας, αφού έχει επιβεβαιωθεί, ότι η επιβράδυνση της εκδήλωσης της ΑΤΑ, βελτιώνει την πρόγνωση και καθυστερεί σημαντικά την οικονομική επιβάρυνση της οικογένειας (Κυριόπουλος και συν, 2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### 9.Υλικό και Μεθοδολογία

#### 9. 1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο εντοπισμός ατόμων με ανοϊκού τύπου διαταραχές, που εξυπηρετούνται από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δήμων Τεγέας του Νομού Αρκαδίας, Νέας Τρίγλιας του Νομού Χαλκιδικής και Χέρσου του Νομού Κιλκίς. Η πρώιμη διάγνωση της άνοιας και η έγκαιρη παραπομπή των ατόμων σε ειδικούς, μπορεί να παρατείνει την εμφάνιση των έντονων συμπτωμάτων και να διατηρήσει σε καλύτερο βιοτικό επίπεδο τον ασθενή και την οικογένειά του, από ότι εάν είχε εκδηλωθεί πλήρως η συμπτωματολογία της ανοϊκής διαταραχής.

#### 9.2. Υλικό της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 182 άτομα που εξυπηρετούνται συστηματικά από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι». Τα ερωτηματολόγια του MMSE test συμπληρώθηκαν αναλυτικά και σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων, από την εκπονούσα την έρευνα, την ψυχολόγο, τη νοσηλεύτρια και τις κοινωνικές λειτουργούς των προγραμμάτων.

Το προαναφερόμενο δείγμα της μελέτης, κατανέμεται ως ακολούθως:

Στο Δήμο Τεγέας από τα 65 άτομα που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» στην έρευνα συμμετείχαν 53, καθώς 7 δεν είχαν τις προϋποθέσεις (διαγνωσμένη άνοια, ψυχιατρικό νόσημα) και 5 δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν. Όσοι συμμετείχαν έθεσαν ως απαραίτητη προϋπόθεση τη διατήρηση της ανωνυμίας τους.

Στο Δήμο Ν. Τρίγλιας στην έρευνα συμμετείχαν 69 από τους 80 εξυπηρετούμενους του προγράμματος, καθώς 4 άτομα είχαν ολική τύφλωση, 4 άτομα είχαν εγκεφαλική παράλυση και 3 άτομα δεν ήθελαν να συμμετέχουν για προσωπικούς λόγους.



Στο Δήμο Χέρσου στην έρευνα συμμετείχαν 60 από τα 62 άτομα που εξυπηρετεί το πρόγραμμα, γιατί δύο (2) άτομα δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν για προσωπικούς λόγους. (πίνακας Ι)

**Πίνακας Ι: Συμμετέχοντες στην έρευνα**

Περιοχή	Εξυπηρετούμενοι από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»	Συμμετέχοντες στην έρευνα
Δήμος Τεγέας Αρκαδίας	65	53
Δήμος Χέρσου Κιλκίς	62	60
Δήμος Ν. Τρίγλιας Χαλκιδικής	80	69
<b>Σύνολο</b>	<b>207</b>	<b>182</b>

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι εκτός από τις συγκεκριμένες απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι, καθώς επίσης την προφανή ενημέρωση για το φύλο τους και την ηλικία τους την οποία οι ίδιοι ανέφεραν, κανένα άλλο στοιχείο δεν έγινε δυνατό να καταχωρηθεί, δεδομένου ότι το πρόγραμμα προστατεύεται από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων.

### 9.3. Η διεξαγωγή της έρευνας

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε στους εξυπηρετούμενους από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δήμων Τεγέας Ν. Αρκαδίας, Νέας Τρίγλιας του Ν. Χαλκιδικής, και Χέρσου Ν. Κιλκίς. Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, αφού αυτά εξυπηρετούνται από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και επιπλέον, αποτελούν πληθυσμό υψηλής επικινδυνότητας για την εμφάνιση άνοιας οποιουδήποτε τύπου.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε κατόπιν επίσκεψης στα σπίτια των συμμετεχόντων, στο Δήμο Τεγέας από την εκπονούσα την παρούσα έρευνα, την ψυχολόγο και τη νοσηλεύτρια του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου και στους Δήμους Ν. Τρίγλιας και Χέρσου από τις κοινωνικές λειτουργούς των αντίστοιχων προγραμμάτων.

Ο Δήμος Τεγέας σύμφωνα με την τελευταία απογραφή (2001) έχει πληθυσμό 4.100 κατοίκους και περιλαμβάνει τα δημοτικά διαμερίσματα Σταδίου, Ριζών, Επισκοπής, Αλέας, Βουνού, Γαρέας, Καμαρίου, Κανδάλου, Κερασίτσας, Λιθοβουνίων, Μαγούλας, Μαυρικού, Στρίγκου, Τζίβα, Ψηλής Βρύσης και Μανθυρέας. Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι απευθύνεται σε 65 ηλικιωμένα άτομα, αλλά και νεότερα τα οποία έχουν ανάγκη ειδικής φροντίδας.

Ο Δήμος Ν. Τρίγλιας σύμφωνα με την τελευταία απογραφή, αποτελείται από 5.888 δημότες και περιλαμβάνει τα δημοτικά διαμερίσματα Ν. Τρίγλιας, Ελαιοχωρίων, Πετραλώνων, Κρήνης, Ν. Τενέδου, και Ν. Πλαγίων. Από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εξυπηρετούνται 80 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Ο Δήμος Χέρσου σύμφωνα με την τελευταία απογραφή, έχει πληθυσμό 4.482 άτομα και αποτελείται από τα δημοτικά διαμερίσματα Χέρσου, Ηλιόλουστου, Πλαγιάς και Ν. Στέρνας.

Οι εξυπηρετούμενοι από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» άνω των 65 ετών, είναι 62.

#### **9.4. Μεθοδολογία**

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το Mini Mental State Examination (MMSE) test (Παράρτημα 1), το οποίο πρωτοδημοσιεύτηκε το 1975 ως μια σύντομη και αξιόπιστη μέθοδος διαλογής (screening test), για ασθενείς με έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών και από τότε χρησιμοποιείται σε μεγάλο εύρος σε όλη την υφήλιο.

Οι Folstein MF και συν, (1975), πρώτοι παρουσίασαν το MMSE σαν ένα εύχρηστο και σύντομο εργαλείο για την αδρή αρχική διάγνωση διαταραχής των γνωσιακών λειτουργιών. Ακολούθησαν και άλλες δημοσιεύσεις σε μια προσπάθεια ανάπτυξης τελειότερων εργαλείων, όμως το MMSE test παραμένει αυτό που χρησιμοποιείται ευρύτερα και αποτελεί σημείο αναφοράς όλων (Φουντουλάκης και συν, 1994).

Η δοκιμασία φαίνεται να μην επηρεάζεται από τη φυλή, το φύλο, την ημισφαιρική επικράτηση, αντίθετα επηρεάζεται από την ηλικία (Φουντουλάκης και συν, 1994).

Αποτελείται από δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος απαιτείται μόνο λεκτική απάντηση και καλύπτει την εξέταση του προσανατολισμού, της μνήμης και της προσοχής και η μέγιστη βαθμολογία είναι το 21. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει την εξέταση της δυνατότητας για κατονομασία, κατανόηση και εκτέλεση προφορικών και γραπτών εντολών, αυθόρμητη γραφή και αντιγραφή ενός μάλλον πολύπλοκου σχήματος. Μέγιστη επίδοση στο δεύτερο μέρος είναι το 9. Δεν υπάρχει χρονικός περιορισμός στην εφαρμογή του test (Φουντουλάκης και συν, 1994).

Το MMSE εμφανίζεται σαν ένα ιδιαίτερα εύχρηστο test, αποτελεί αυστηρά δοκιμασία διαλογής (screening test), απαιτείται να συνοδεύεται από λεπτομερειακή εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών και πάντα υπόκειται σε κριτική, αν δε συμφωνεί με την κλινική εικόνα. Για την αξιοπιστία του απαιτείται προσεκτική εφαρμογή και ερμηνεία του λόγου της αποτυχίας του ασθενούς σε κάποιο από τα αντικείμενα (π.χ αδυναμία γραφής λόγω παραλύσεως άκρου, συνεπεία Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου κ.ά). Είναι απαραίτητη πριν από τη συμπλήρωση του test, η γνώση της λειτουργικότητας του ασθενή, καθώς και να ελέγχεται η δυνατότητα επεξεργασίας αντικειμένων (πρόβλημα σε περίπτωση τύφλωσης, κώφωσης, πάρεσης κάτω άκρων ή αναλφαβητισμού) (Antony, 1982).

Το MMSE test αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε αρχικά στις ΗΠΑ, σε δείγμα αποτελούμενο από 63 υγιείς μάρτυρες και 137 ασθενείς με άνοια, συναισθηματική διαταραχή, ψευδοάνοια, σχιζοφρένεια, διαταραχές προσωπικότητας, από τους οποίους οι 38 ήταν ανοϊκοί (Folstein, et al., 1975).

Το εθμικό διεθνές όριο βαθμολογίας είναι το 24 (Levin H.S et al, 1989), 23/24 (Roth et al 1988) ή ακόμα και 20/21 (Antony et al., 1982).

Στάθμιση του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό έγινε από ομάδα Ελλήνων επιστημόνων που αποτελούνταν από τους Κ. Φουντουλάκη, Μ. Τσολάκη, Ε. Χατζή, Α. Καζή το 1994, που έκριναν σκόπιμη την εφαρμογή του test στον ελληνικό πληθυσμό, δεδομένου ότι δεν παρουσιάζονται διαφορές σε σχέση με τη φυλή, αλλά μόνο σε σχέση με την ηλικία και την εκπαίδευση και ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός παρουσιάζει χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σε αυτές τις ηλικίες (Φουντουλάκης και συν, 1994).

Χρησιμοποιήθηκαν 151 ηλικιωμένοι, οι 87 με εκδηλώσεις άνοιας (44 άνδρες και 43 γυναίκες) και 64 χωρίς (42 άνδρες και 22 γυναίκες), οι οποίοι εξετάστηκαν στο Εξωτερικό Ιατρείο της Γ' Νευρολογικής Κλινικής του Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου «Γ. Παπανικολάου» της Θεσσαλονίκης.

Τα γενικά συμπεράσματα που εξάγονται από τη μελέτη, συμφωνούν με τη διεθνή εμπειρία των χρόνων χρήσης του MMSE test. Για την εφαρμογή του χρησιμοποιήθηκαν ιατροί και τελειόφοιτοι της ιατρικής, γεγονός που μείωσε αναγκαστικά τον αριθμό των εξεταζόμενων σε σχέση με άλλες μελέτες με μεγάλους αριθμούς, που χρησιμοποίησαν νοσηλευτικό προσωπικό, βελτίωσε όμως την αξιοπιστία του δείγματος.

Τονίζεται ότι επιβεβαιώνεται και στον Ελληνικό πληθυσμό το «διεθνές εθιμικό» όριο 24, παρά τις διαφορές στη μέθοδο και τον πληθυσμό, κάτι το οποίο συνηγορεί για τη διαπολιτισμική σταθερότητα του MMSE, καθώς και τη μικρή επίδραση της εκπαίδευσης του εξεταστή (Φουντουλάκης και συν, 1994).

Το μέσο συλλογής των δεδομένων της παρούσας μελέτης, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι το MMSE, το οποίο περιλαμβάνει 10 επιμέρους ενότητες. Η **πρώτη ενότητα** αφορά στον προσανατολισμό των ατόμων και ειδικότερα αναφέρεται στις δέκα παρακάτω ερωτήσεις:

- Τι έτος έχουμε;
- Ποια εποχή;
- Τι μήνα;
- Ποια ημερομηνία;
- Ποια μέρα της εβδομάδας;
- Σε ποια χώρα βρισκόμαστε;
- Σε ποια πόλη;
- Σε ποια περιοχή ή διεύθυνση;
- Σε ποιο χωριό;
- Σε ποιον όροφο;

Η **δεύτερη ενότητα** αναφέρεται στην καταγραφή και ζητά την επανάληψη των λέξεων :

- Λεμόνι
- Κλειδί
- Μολύβι

Αργότερα οι λέξεις αυτές θα πρέπει να επαναληφθούν.

Στην **τρίτη ενότητα** ελέγχεται η συγκέντρωση καθώς και η δυνατότητα εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων και ζητείται η διαδοχική αφαίρεση 7 μονάδων ξεκινώντας από το 100. Δίνεται εναλλακτικά η δυνατότητα γραφής της λέξης πόρτα, ανάποδα.

Στην **τέταρτη ενότητα** επιθυμείται η ανάκληση της μνήμης και ζητείται η επανάληψη των λέξεων λεμόνι - κλειδί - μολύβι που είχαν προαναφερθεί.



Στην **πέμπτη ενότητα** ζητείται από το άτομο να κατονομάσει τα δυο αντικείμενα που του δείχνουμε και τα οποία είναι ένα ρολόι και ένα μολύβι.

Στην **έκτη ενότητα** θα πρέπει να γίνει η επανάληψη της φράσης «**το' να χέρι νίβει τ' άλλο**», αφού το άτομο το ακούσει μια φορά αργά και καθαρά.

Η **έβδομη ενότητα** απαιτεί από το συμμετέχοντα στο τεστ, την εκτέλεση εντολής τριών σταδίων, δηλαδή:

- Πάρτε το χαρτί στο δεξί σας χέρι (δίνεται στο συμμετέχοντα ένα λευκό χαρτί)
- Διπλώστε το στη μέση
- Αφήστε το στο πάτωμα

Η **όγδοη ενότητα** ελέγχει τη αντίδραση του ατόμου όταν του δίνεται ένα χαρτί που γράφει με κεφαλαία γράμματα «**Κλείσε τα μάτια σου**» και του ζητείται να κάνει αυτό που γράφει το χαρτί.

Στην **ένατη ενότητα** εξετάζεται η ικανότητα αυτόματης γραφής του συμμετέχοντα στο τεστ, αφού του ζητείται να γράψει μια ολοκληρωμένη πρόταση, η οποία θα πρέπει να περιέχει απαραίτητα υποκείμενο και ρήμα.

Στη **δέκατη** και τελευταία **ενότητα** επιθυμείται η αντιγραφή ενός μάλλον δύσκολου σχήματος, αποτελούμενου από δυο πεντάγωνα τα οποία τέμνονται. Είναι απαραίτητο να διακρίνονται οι δέκα γωνίες από τις οποίες οι δυο θα πρέπει να τέμνονται, προκειμένου να θεωρηθεί ορθή η απάντηση.

Κάθε ερώτημα του MMSE βαθμολογείται με 1 (σωστή απάντηση) ή 0 (λάθος απάντηση) και η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να συγκεντρώσει ο ερωτώμενος είναι το 30. Ανάλογα με το σύνολο των βαθμών που θα συγκεντρώσει το άτομο, θα γίνει και η ένταξή του σε κάποια από τις παρακάτω κατηγορίες γνωστικής κατάστασης:

**0-9** που σημαίνει **βαριά ανοϊκή διαταραχή**

**10-19** που σημαίνει **μέτρια ανοϊκή διαταραχή**

**20-23** που σημαίνει **ελαφρά ανοϊκή διαταραχή**

**24-26** που αποτελεί ένδειξη γνωστικής ανεπάρκειας και **χρήζει περεταίρω νευρολογικής ή ψυχολογικής εκτίμησης**

**27-30** που σημαίνει **απουσία ανοϊκής διαταραχής**

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και μετά από στατιστική επεξεργασία όλων των μεταβλητών προσδιορίστηκε το επίπεδο της γνωστικής λειτουργίας των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Στη συνέχεια για να εξεταστούν πιθανές διαφοροποιήσεις του επιπέδου της γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με το φύλο, έγινε ανάλυση μέσων όρων και χρησιμοποιήθηκε η τεχνική t - test. Για τη διαπίστωση πιθανών διαφοροποιήσεων του επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με την ηλικία εφαρμόστηκε η τεχνική one way analysis of variance.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10**

### **10. Αποτελέσματα**

Η έρευνα χρησιμοποίησε ως μέσο συλλογής δεδομένων το Mini Mental State Examination (MMSE) και ο σκοπός της μελέτης ήταν ο εντοπισμός και η πρώιμη διάγνωση ανοϊκής συμπτωματολογίας, σε άτομα που εξυπηρετούνται από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», των Δήμων Τεγέας, Χέρσου και Ν. Τρίγλιας. Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν συνολικά ήταν 182.

**Πίνακας 1: Κατανομή ερωτηματολογίων σε σχέση με την περιοχή συλλογής**

<b>Περιοχή</b>	<b>Αριθμός Παρατηρήσεων</b>	<b>% ποσοστό</b>
<b>Δήμος Τεγέας Αρκαδίας</b>	<b>53</b>	<b>29,1 %</b>
<b>Δήμος Χέρσου Κιλκίς</b>	<b>60</b>	<b>33 %</b>
<b>Δήμος Ν. Τρίγλιας Χαλκιδικής</b>	<b>69</b>	<b>37,9%</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Η κατανομή των ερωτηματολογίων σε σχέση με την περιοχή συλλογής τους αποτυπώνεται στον πίνακα 1. Συγκεκριμένα 53 ερωτηματολόγια (29,1%) προέρχονται από το Δήμο Τεγέας Αρκαδίας, 60 ερωτηματολόγια (33%) προέρχονται από το Δήμο Χέρσου Κιλκίς και 69 ερωτηματολόγια (37,9%), προέρχονται από τη Χαλκιδική και συγκεκριμένα από το Δήμο Ν. Τρίγλιας.



Όσον αφορά τα ατομικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην έρευνα και ειδικά το φύλο και την ηλικία επισημαίνεται ότι 40 άτομα (22%) ήταν άνδρες, ενώ 142 άτομα (78%) ήταν γυναίκες (πίνακας 2), (πίνα 2).

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 79,81 (SD=6,14). Η μικρότερη παρατηρούμενη ηλικία ήταν τα 64 έτη, ενώ η μεγαλύτερη παρατηρούμενη ηλικία ήταν τα 96 έτη (εύρος ηλικιών), σε τρεις δε συμμετέχοντες δεν είχε καταγραφεί η ηλικία. (Πίνακας 2<sup>α</sup>).

### Πίνακας 1: Ατομικά στοιχεία

Φύλο	N Αριθμός	% ποσοστό
Ανδρες	40	22 %
Γυναίκες	142	78 %
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Πίνακας 2α: Ηλικία

Mean	SD	min	max	N
79,81	6,14	64	96	179



### 10.1. Περιγραφική αποτύπωση αποτελεσμάτων σχετικά με το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας

Αναφορικά με τα αποτελέσματα που σχετίζονται με το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, η αποτύπωση έγινε και αναλυτικά ανά υποενότητα (προσανατολισμός, καταγραφή, συγκέντρωση, ανάκληση, κατονομασία, επανάληψη, εκτέλεση εντολής τριών σταδίων, αντίδραση, αυτόματη γραφή, αντιγραφή) και σύνθετα.

Ειδικότερα για τον προσανατολισμό 3 άτομα (1,6%) δεν έδωσαν καμιά ορθή απάντηση, ενώ αντίθετα, το 59,9% δηλαδή περίπου 6 στους 10 απάντησαν σωστά σε όλες τις ερωτήσεις (πίνακας 3). Ακόμα, ποσοστό 16,5% δηλαδή 30 άτομα, έδωσαν 9 σωστές απαντήσεις, 25 (13,7%) άτομα έδωσαν 8 σωστές απαντήσεις, 6 (3,3%) άτομα έδωσαν 7 ορθές απαντήσεις, 5 (2,7%) άτομα έδωσαν 6 ορθές απαντήσεις, 3 (1,6%) άτομα έδωσαν 5 σωστές απαντήσεις και 1 (0,5%) άτομο έδωσε 4 σωστές απαντήσεις.



**Πίνακας 2: Προσανατολισμός**

<b>Ορθές Απαντήσεις</b>	<b>N Αριθμός</b>	<b>% ποσοστό</b>
<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,6 %</b>
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0,5 %</b>
<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1,6 %</b>
<b>6</b>	<b>5</b>	<b>2,7 %</b>
<b>7</b>	<b>6</b>	<b>3,3 %</b>
<b>8</b>	<b>25</b>	<b>13,7 %</b>
<b>9</b>	<b>30</b>	<b>16,5 %</b>
<b>10</b>	<b>109</b>	<b>59,9 %</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Στις ερωτήσεις της δεύτερης ενότητας που αφορά στην καταγραφή και ζητείται από τον ερωτώμενο η επανάληψη τριών λέξεων (λεμόνι-κλειδί-μολύβι), παρατηρείται ότι μόνο 3 (1,6%) άτομα, δεν έδωσαν καμία απάντηση, ενώ ποσοστό 69,2% δηλαδή 7 στους 10 ερωτώμενους, απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις (πίνακας 4). Επίσης 8 (4,4%) άτομα, επανέλαβαν μία λέξη, και 45 (24,7%) επανέλαβαν δύο λέξεις.

**Πίνακας 3: Καταγραφή**

<b>Ορθές Απαντήσεις</b>	<b>N Αριθμός</b>	<b>% ποσοστό</b>
<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,6 %</b>
<b>1</b>	<b>8</b>	<b>4,4 %</b>
<b>2</b>	<b>45</b>	<b>24,7 %</b>
<b>3</b>	<b>126</b>	<b>69,2 %</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Στην τρίτη ενότητα και ειδικότερα στο επίπεδο συγκέντρωσης των ερωτώμενων, έπρεπε να πραγματοποιηθεί σταδιακή και διαδοχική αφαίρεση επτά μονάδων ξεκινώντας από το 100 έως το 65 (100-93-86-79-72-65), ή αντίστροφη γραφή της λέξης πόρτα, για άτομα που δεν ήταν σε θέση να κάνουν τους υπολογισμούς.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατηρείται ότι 1 στους 3, έδωσε μια ή καμία ορθή απάντηση, ποσοστό 33,5%. 51 (28%) άτομα απάντησαν, χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία, σωστά σε όλες τις ερωτήσεις, 35 (19,2%) έδωσαν δυο ορθές απαντήσεις, 18 (9,9%) έδωσαν 3 ορθές απαντήσεις και 17 (9,3%) έδωσαν 4 σωστές απαντήσεις. (πίνακας 5).

**Πίνακας 4: Συγκέντρωση**

<b>Ορθές Απαντήσεις</b>	<b>N Αριθμός</b>	<b>% ποσοστό</b>
<b>0</b>	<b>32</b>	<b>17,6 %</b>
<b>1</b>	<b>29</b>	<b>15,9 %</b>
<b>2</b>	<b>35</b>	<b>19,2 %</b>
<b>3</b>	<b>18</b>	<b>9,9 %</b>
<b>4</b>	<b>17</b>	<b>9,3 %</b>
<b>5</b>	<b>51</b>	<b>28 %</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Σε σχέση με την ανάκληση, δηλαδή την επανάληψη τριών λέξεων που είχαν ειπωθεί πριν από μια ενότητα (είχε επισημανθεί ότι θα ζητηθεί ξανά να επαναληφθούν οι λέξεις λεμόνι-κλειδί-μολύβι), φαίνεται πως ποσοστό 11% δηλαδή 20 άτομα, από το σύνολο των 182, δεν κατάφερε να επαναλάβει ορθά καμία λέξη. Επίσης, 27 (14,8%) από τους ερωτώμενους επανέλαβαν σωστά μια μόνο λέξη, 60 (33%) ερωτώμενοι επανέλαβαν ορθά τις 2 από τις 3 λέξεις και 41,2%, δηλαδή 75 από τους ερωτώμενους, επανέλαβαν ορθά όλες τις λέξεις (πίνακας 6).

**Πίνακας 5: Ανάκληση**

Ορθές Απαντήσεις	N Αριθμός	% ποσοστό
0	20	11 %
1	27	14,8 %
2	60	33 %
3	75	41,2 %
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Όσον αφορά την κατονομασία των δυο αντικειμένων (μολύβι-ρολόι), που επιδεικνύονται στους συμμετέχοντες στο τεστ, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων 97,3%, δηλαδή 177 άτομα απάντησαν σωστά, μόνο 3 (1,6%) κατονόμασαν ένα από τα δυο αντικείμενα και 2 (1,1%) δεν μπόρεσαν να κατονομάσουν κανένα αντικείμενο (πίνακας 7).

**Πίνακας 6: Κατονομασία**

Ορθές Απαντήσεις	N Αριθμός	% ποσοστό
0	2	1,1 %
1	3	1,6 %
2	177	97,3 %
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Στην επανάληψη της πρότασης «τό'να χέρι νίβει τ' άλλο» από τον συμμετέχοντα στο τεστ, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (94%) 171 άτομα, απαντά ορθά, ενώ μόνο το 6%

(11 άτομα), απαντά λάθος, συνήθως συνεχίζοντας την πρόταση ή επαναλαμβάνοντας την διαφορετικά (πίνακας 8).

**Πίνακας 7: Επανάληψη**

<b>Ορθές Απαντήσεις</b>	<b>N Αριθμός</b>	<b>% ποσοστό</b>
<b>0</b>	<b>11</b>	<b>6 %</b>
<b>1</b>	<b>171</b>	<b>94 %</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Στην εκτέλεση εντολής τριών σταδίων (κράτημα χαρτιού στο δεξί χέρι - δίπλωμά του στη μέση - τοποθέτησή του στο πάτωμα) παρατηρείται ότι 3 άτομα (1,6%) δεν ήταν ικανά να εκτελέσουν κανένα στάδιο εντολής, σε αντίθεση με τα 159 άτομα (87,4% ) που εκτέλεσαν ορθά όλα τα στάδια της εντολής. Επίσης 20 (11%) άτομα εκτέλεσαν ένα ή δυο στάδια της εντολής. (πίνακας 9).

**Πίνακας 8: Εκτέλεση εντολής τριών σταδίων**

<b>Ορθές Απαντήσεις</b>	<b>N Αριθμός</b>	<b>% ποσοστό</b>
<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1,6 %</b>
<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3,3 %</b>
<b>2</b>	<b>14</b>	<b>7,7 %</b>
<b>3</b>	<b>159</b>	<b>87,4 %</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Στην όγδοη ενότητα που αφορούσε στην αντίδραση (ο ερωτώμενος θα πρέπει να κάνει αυτό που γράφει το χαρτί που του δείχνουμε, δηλαδή να κλείσει τα μάτια του), οι περισσότεροι ερωτώμενοι, δηλαδή 156 (85,7%) έπραξαν σωστά, ενώ μόνο 26 (14,3%) έπραξαν εσφαλμένα (πίνακας 10).

**Πίνακας 9: Αντίδραση**

Ορθές Απαντήσεις	N Αριθμός	% ποσοστό
0	26	14,3 %
1	156	85,7 %
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Σχετικά με την εντολή της αυτόματης γραφής μιας πρότασης, παρατηρείται ότι 1 στους 4 ερωτώμενους δεν κατάφερε να συντάξει ολοκληρωμένα μια πρόταση, ποσοστό 25,3%, (βασική προϋπόθεση ήταν η πρόταση να περιέχει υποκείμενο και ρήμα), ενώ αντίθετα 3 στους 4 (74,7%), συνέταξαν μια ολοκληρωμένη πρόταση (πίνακας 11).

**Πίνακας 10: Αυτόματη γραφή**

Ορθές Απαντήσεις	N Αριθμός	% ποσοστό
0	46	25,3 %
1	136	74,7 %
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Τέλος, στην αντιγραφή του συγκεκριμένου σχήματος που απαιτείται να είναι εμφανείς οι 10 γωνίες, από τις οποίες οι 2 θα πρέπει να τέμνονται, παρατηρείται ότι οι μισοί από τους συμμετέχοντες το επιτυγχάνουν 90 (49,5%) και οι άλλοι μισοί δεν το επιτυγχάνουν 92 (50,5%) ( πίνακας 12).

**Πίνακας 11: Αντιγραφή**

<b>Ορθές Απαντήσεις</b>	<b>N Αριθμός</b>	<b>% ποσοστό</b>
<b>0</b>	<b>92</b>	<b>50,5 %</b>
<b>1</b>	<b>90</b>	<b>49,5 %</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Από τα παραπάνω είναι εμφανές ότι από τα 182 άτομα που συμμετείχαν στη έρευνα, οι 92 (50,5%) αδυνατούσαν να εκπληρώσουν την απαίτηση της δέκατης ενότητας του MMSE τεστ που αφορούσε την αντιγραφή δυο πενταγώνων που τέμνονται.

Οι 46 (24,3%) από τους συμμετέχοντες, δεν μπορούσαν να απαντήσουν στην ένατη ενότητα γράφοντας μια ολοκληρωμένη πρόταση με υποκείμενο και ρήμα.

26 άτομα, ποσοστό 14,3%, αδυνατούσαν να αντιδράσουν εκτελώντας μια πράξη που τους υποδείχτηκε γραμμένη σε λευκό χαρτί.

Την εκτέλεση εντολής τριών σταδίων δεν πραγματοποίησαν 3 (1,6%) άτομα.

Δεν επανέλαβαν την πρόταση «το ‘να χέρι νίβει τ’ άλλο» 11(6%) άτομα.

Μόνο οι 2 (1,1%) από τους 182, δεν μπόρεσαν να κατονομάσουν τα δυο αντικείμενα (μολύβι-κλειδί).

Δεν ανακάλεσαν από τη μνήμη τους τις τρεις λέξεις, που είχαν ειπωθεί σε προηγούμενη εντολή 20 (11%) άτομα, περίπου 1 στους 10.



Οι 32 (17,6%) από τους ερωτώμενους δεν είχαν την ευχέρεια συγκέντρωσης ή την ικανότητα εκτέλεσης αριθμητικής πράξης.

3 (1,6%) από τους συμμετέχοντες δεν μπόρεσαν να επαναλάβουν καμιά από τις λέξεις που ζητήθηκαν (λεμόνι-κλειδί-μολύβι).

Και τέλος, 3 (1,6%) άτομα, δεν κατάφεραν να απαντήσουν σωστά σε καμία από τις δέκα ερωτήσεις που αφορούσαν στον προσανατολισμό.

## **10.2. Κατανομή σε σχέση με το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας**

Από την εξέταση της γνωστικής λειτουργίας των συμμετεχόντων στην έρευνα, προκύπτουν τα παρακάτω (πίνακας 13):

Από τους 182 συμμετέχοντες, δυο (2) παρουσίασαν επίπεδο γνωστικής λειτουργίας που αντιστοιχεί σε βαριά ανοϊκή διαταραχή (0-9 της κλίμακας), εύρημα ιδιαίτερα σημαντικό, δεδομένου ότι, παρόλο που τα εν λόγω άτομα ζούσαν με την οικογένειά τους, δεν είχε γίνει αντιληπτό το πρόβλημά τους, αφού η μεταβολή της συμπεριφοράς τους αποδιδόταν σε οργανικά αίτια.

**Πίνακας 12: Κατανομή σε σχέση με το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας**

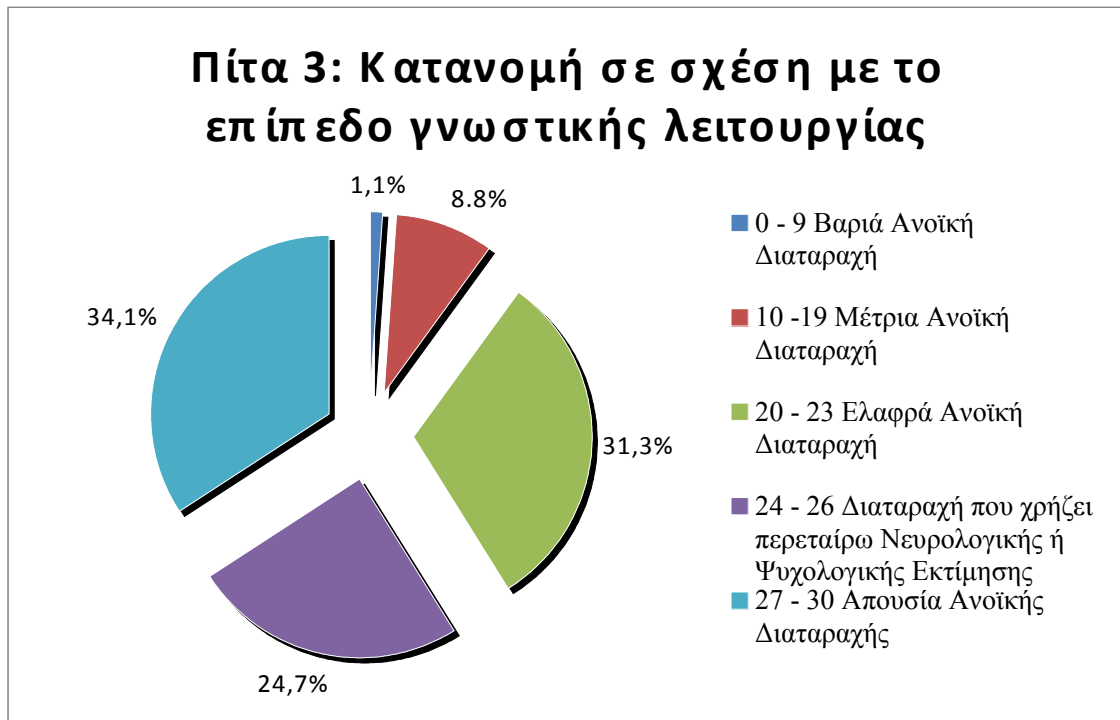
<b>Επίπεδο γνωστικής λειτουργίας</b>	<b>N Αριθμός</b>	<b>% ποσοστό</b>
<b>0 - 9 Βαριά Ανοϊκή Διαταραχή</b>	<b>2</b>	<b>1,1 %</b>
<b>10 -19 Μέτρια Ανοϊκή Διαταραχή</b>	<b>16</b>	<b>8,8 %</b>
<b>20 - 23 Ελαφρά Ανοϊκή Διαταραχή</b>	<b>57</b>	<b>31,3 %</b>
<b>24 - 26 Διαταραχή που χρήζει περαιτέρω Νευρολογικής ή Ψυχολογικής Εκτίμησης</b>	<b>45</b>	<b>24,7 %</b>
<b>27 - 30 Απουσία Ανοϊκής Διαταραχής</b>	<b>62</b>	<b>34,1 %</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>

Παρατηρείται ότι, 16 (8,8%) ερωτώμενοι έχουν επίπεδο γνωστικής λειτουργίας στην κλίμακα 10- 19 δηλαδή μέτρια ανοϊκή διαταραχή.

Το 31,3%, δηλαδή 57 άτομα, εμφάνισαν ελαφρά ανοϊκή διαταραχή (20-23).

Τα 45 άτομα (24,7%), παρουσίασαν κλίμακα 24-26, που σημαίνει διαταραχή η οποία απαιτεί ιδιαίτερη νευρολογική ή ψυχολογική εκτίμηση.

Επίσης άξιο προσοχής είναι το γεγονός, ότι 34,1% δηλαδή οι 3 στους 10 συμμετέχοντες, παρουσίασαν άριστη εικόνα, απαντώντας ορθά στις απαιτήσεις και των δέκα ενοτήτων.



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το 9,9% δηλαδή 1 στους 10 ερωτηθέντες έχει βαριά ή μέτρια ανοϊκή διαταραχή, ενώ το 56% περίπου, δηλαδή 1 στους 2 συμμετέχοντες, εμφανίζει ελαφρά ανοϊκή διαταραχή ή πρέπει να εξεταστεί από ειδικούς, προκειμένου να διαγνωστεί αν υπάρχει, αλλά και σε ποιο βαθμό, ανοϊκού τύπου διαταραχή (πίτα 3).

### 10.3. Επίπεδο γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με το φύλο

Στην προσπάθεια μελέτης πιθανών διαφοροποιήσεων του επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με το φύλο (Πίνακας 14), δε διαπιστώθηκε καμία επιβεβαίωση διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών. Συγκεκριμένα το μέσο επίπεδο γνωστικής λειτουργίας των ανδρών είναι 24,25 (SD=3,93), ενώ το μέσο γνωστικό επίπεδο στις γυναίκες είναι 24,13 (SD=4,30), δηλαδή σχεδόν ταυτόσημο (Πίνακας 15).

**Πίνακας 13: Ποσοστιαία Κατανομή Επιπέδου Γνωστικής Λειτουργίας σε σχέση με το φύλο**

Επίπεδο γνωστικής λειτουργίας	Φύλο			
	Ανδρες		Γυναίκες	
	N	%	N	%
<b>0 - 9</b> Βαριά Ανοϊκή Διαταραχή	-	-	2	1,4 %
<b>10 -19</b> Μέτρια Ανοϊκή Διαταραχή	4	10 %	12	8,5 %
<b>20 - 23</b> Ελαφρά Ανοϊκή Διαταραχή	14	35 %	43	30,3 %
<b>24 - 26</b> Διαταραχή που χρήζει περεταίρω Νευρολογικής ή Ψυχολογικής Εκτίμησης	7	17,5 %	38	26,8 %
<b>27 - 30</b> Απουσία Ανοϊκής Διαταραχής	15	37,5 %	47	33,1 %
<b>Σύνολο</b>	<b>40</b>	<b>100 %</b>	<b>142</b>	<b>100 %</b>

**Πίνακας 14: Συγκριτική παρουσίαση επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με το φύλο (t – test)**

Φύλο	N Αριθμός	Mean ± SD	t	Sig
Ανδρες	40	24,25 ± 3,93	0,163	NS (non statistic)
Γυναίκες	142	24,13 ± 4,30		

#### 10.4. Επίπεδο γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με την ηλικία

Όσον αφορά στη μέση ηλικία ανά επίπεδο γνωστικής λειτουργίας διαπιστώνεται ότι παρά το ότι οι διαφοροποιήσεις δε φαίνονται ιδιαίτερα μεγάλες, επιβεβαιώνεται η στατιστική σημαντικότητά τους ( $p=0.036$ ).

Η μέση ηλικία των ατόμων που πρέπει να ελεγχθούν περαιτέρω για άνοια και βρίσκονται στην κλίμακα 24-26 είναι τα 79,80 έτη. Ελαφρά ανοϊκή διαταραχή (20-23) παρουσιάζουν άτομα με μέση ηλικία 80,79 έτη. Μέτρια ανοϊκή διαταραχή (10-19) παρουσιάζουν άτομα με μέση ηλικία 82,63 έτη. Τέλος, βαριά ανοϊκή διαταραχή (0-9) παρατηρείται σε άτομα με μέση ηλικία τα 83 έτη. (Πίνακας 16).

**Πίνακας 15: Συγκριτική παρουσίαση επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με την ηλικία (one way analysis of variance)**

Επίπεδο γνωστικής λειτουργίας	N Αριθμός	Μέση ηλικία	F	Sig
<b>0 - 9 Βαριά Ανοϊκή Διαταραχή</b>	<b>2</b>	<b>83,00</b>	<b>2,62</b>	<b>0,036</b>
<b>10 -19 Μέτρια Ανοϊκή Διαταραχή</b>	<b>16</b>	<b>82,63</b>		
<b>20 - 23 Ελαφρά Ανοϊκή Διαταραχή</b>	<b>56</b>	<b>80,79</b>		
<b>24 - 26 Διαταραχή που χρήζει περαιτέρω Νευρολογικής ή Ψυχολογικής Εκτίμησης</b>	<b>44</b>	<b>79,80</b>		
<b>27 - 30 Απουσία Ανοϊκής Διαταραχής</b>	<b>61</b>	<b>78,08</b>		
<b>Σύνολο</b>	<b>182</b>	<b>100%</b>		

Εμφανίζεται ότι η μέση ηλικία των ατόμων που δεν παρουσιάζουν άνοια είναι τα 78,08 έτη.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11**

### **11. Συμπεράσματα - Συζήτηση - Προτάσεις**

#### **11.1. Περιορισμοί της μελέτης**

Στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν συνολικά 182 ηλικιωμένα άτομα, τα οποία εξυπηρετούνται από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Δήμων Τεγέας Ν. Αρκαδίας, Ν. Τρίγλιας Ν. Χαλκιδικής και Χέρσου Ν. Κιλκίς.

Έχει ήδη αναφερθεί, ότι κάποιοι από τους εξυπηρετούμενους από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα για δικούς τους προσωπικούς λόγους, παρά το ότι έγινε σαφές, ότι θα διατηρούσαν την ανωνυμία τους.

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, δεν ήταν πρόθυμοι να δώσουν προσωπικά τους στοιχεία, δεδομένου ότι οι περιοχές διεξαγωγής της έρευνας είναι αγροτικές, οι κάτοικοι λίγοι και γνωστοί μεταξύ τους και η άνοια αποτελεί μέχρι και σήμερα στίγμα για την οικογένεια, κάτι το οποίο έγινε απόλυτα σεβαστό.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι πρόγραμμα που διεκπεραιώνεται μέσω των Δήμων ή των Δημοτικών Επιχειρήσεων και προστατεύεται από την Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, οπότε δεν υπήρχε πρόσβαση στα αρχεία των εξυπηρετούμενων και έτσι χρησιμοποιήθηκαν μόνο τα στοιχεία που έδωσαν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες.

Τέλος, ένας άλλος σημαντικός περιορισμός της μελέτης είναι ο μικρός αριθμός των διεξαγόμενων μελετών και βιβλιογραφικών αναφορών στην πρώιμη διάγνωση της άνοιας, μέσω δοκιμασιών και όχι εργαστηριακών ή ακτινολογικών εξετάσεων, έτσι δεν ήταν δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων σε ευρύ επίπεδο.

#### **11.2. Συμπεράσματα - Συζήτηση**

Οι ηλικίες των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη κυμαίνονται από 64 έως 96 έτη. Παρατηρείται συσχετισμός μεταξύ ηλικίας και εμφάνισης της άνοιας και συγκεκριμένα η συχνότητα της άνοιας αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Ακόμα διαπιστώνεται

επιδείνωση με την προοδευτική αύξηση της ηλικίας (πίνακας 16). Τα άτομα που παρουσίασαν βαριά ανοϊκή διαταραχή είχαν τη μεγαλύτερη μέση ηλικία (83 έτη).

Σύμφωνα με τη κλινική μελέτη των Launer et al., το 1999, μεταξύ δημογραφικών παραγόντων έχει αποσαφηνιστεί η σύνδεση του επιπολασμού της νόσου με την πάροδο της ηλικίας και ειδικότερα από το όριο των 65 ετών και άνω.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας που αφορούν στις διαφοροποιήσεις του επιπέδου γνωστικής λειτουργίας σε σχέση με το φύλο, δε διαπιστώθηκε καμία επιβεβαίωση διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών. Συγκεκριμένα το μέσο επίπεδο γνωστικής λειτουργίας των ανδρών και των γυναικών είναι σχεδόν ταυτόσημο 24,25 (SD=3,93), και 24,13 (SD=4,30), αντίστοιχα.

Αντίθετα, μελέτες του Paganini - Hill το 1999, έδειξαν ότι η νόσος παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες, με βαρύτερη εξέλιξη συνοδευόμενη από περισσότερα προβλήματα σχετικά με την ψυχολογική τους κατάσταση, τη συμπεριφορά τους καθώς και με ανεπάρκεια λόγου σε σχέση με τους άνδρες. Δεν είναι ίσως τυχαίο το εύρημα, ότι τα δύο (2) άτομα του δείγματος της μελέτης που εντοπίστηκε ότι εμφανίζουν Βαριά Νοητική Διαταραχή, είναι γυναίκες. Δεν ενισχύει όμως την άποψη της μεγαλύτερης συχνότητας εμφάνισης στις γυναίκες, διότι στο δείγμα πληθυσμού της συγκεκριμένης μελέτης, αναλογικά οι γυναίκες είναι υπερτριπλάσιες των ανδρών.

Προκειμένου όμως να τεκμηριωθεί η άποψη αυτή, θα πρέπει να εξεταστούν αρχικά οι βιολογικές διαφορές του φύλου και του μέσου όρου ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών (Launer, 1999).

Επιδημιολογική μελέτη αναφορικά με την άνοια ξεκίνησε το 2001 και πραγματοποιήθηκε στο Pune, που είναι η έκτη σε πληθυσμό πόλη της Ινδίας περιλαμβάνοντας 6721 άτομα από τα οποία τα 2145 αποτελούσαν τυχαία δείγματα (Saldanha et al., 2010). Χρησιμοποιήθηκε ψυχομετρικό εργαλείο γνωστικών λειτουργιών και τα στατιστικά αποτελέσματα της επεξεργασίας του τεστ έδειξαν ότι όσο μεγάλωνε η ηλικία των συμμετεχόντων, αυξανόταν και το ποσοστό ανοϊκών διαταραχών. Επίσης διαπιστώθηκε ότι το χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, επιδρούν αρνητικά στην εμφάνιση της άνοιας. Θετική επίδραση στο νοητικό επίπεδο των συμμετεχόντων είχε ο έγγαμος βίος.



Στην παρούσα μελέτη επιβεβαιώνεται το διεθνές εθιμικό όριο 24 ενισχύοντας την αξιοπιστία του MMSE, παρά τις διαφορετικές συνήθειες και την κουλτούρα των κατοίκων των περιοχών όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα.

Το MMSE αποτελεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο που είναι αρκετά σύντομο, εύχρηστο και εξυπηρετεί την αρχική διάγνωση των γνωστικών διαταραχών.

Ο μικρός απαιτούμενος χρόνος (7-10 λεπτά) για τη συμπλήρωση των απαιτήσεων του διευκόλυνε και δεν κούρασε τους ερωτώμενους οι οποίοι ήταν άνθρωποι μεγάλης ηλικίας.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Τσάνταλη και συν. (2003) και αφορούσε στην παρουσίαση και προσαρμογή του Boston Naming Test (διαγνωστική μέθοδος άνοιας που βασίζεται σε κλίμακα οπτικής κατονομασίας) και στην αξιοπιστία του συγκριτικά με το MMSE, διαπιστώθηκε ότι το MMSE αποτελεί εργαλείο για την εκτίμηση της γλωσσικής κατάστασης των συμμετεχόντων, που βοηθά στη διαφοροποίηση των υγείων ατόμων από άτομα που πάσχουν από ΑΤΑ.

Οι πρόσφατες ανακοινώσεις που αναφέρονται σε κλινικές μελέτες που βρίσκονται σε εξέλιξη ([www.ygeiatanea.gr](http://www.ygeiatanea.gr) 20.02.2009, ΒΗΜΑ 15.09.2010, [www.in.gr](http://www.in.gr) 16.03.2010, [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) 26.04.2010, [www.healthview.gr](http://www.healthview.gr) 21.09.2009), σε καμία περίπτωση δε μειώνουν τη χρησιμότητα του MMSE, το οποίο αποτελεί μια μη παρεμβατική μέθοδο ανίχνευσης της γνωστικής λειτουργίας των ατόμων, που μπορεί να γίνει μέσω της τακτικής επίσκεψης, χωρίς καμία μετακίνηση και χωρίς κανένα κόστος για τον εξεταζόμενο.

Το σημαντικότερο εύρημα της μελέτης είναι ο εντοπισμός δυο ατόμων που κατατάχθηκαν στο επίπεδο 0-9 που αντιστοιχεί σε βαριά ανοϊκή διαταραχή, τα οποία παρόλο που ζουν με την οικογένειά τους και είχαν ενδείξεις έκπτωσης των γνωστικών τους λειτουργιών, δεν είχαν διαγνωστεί, αλλά η κατάστασή τους είχε αποδοθεί σε παθολογικά αίτια.

Το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη ότι το MMSE τεστ οδηγεί στον εντοπισμό ανοϊκής διαταραχής, υποστηρίζοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με την ενίσχυση της δευτερογενούς πρόληψης.

Στη μελέτη δεν ήταν δυνατό να εκτιμηθεί και να αναλυθεί η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου - δε δόθηκαν στοιχεία από τους συμμετέχοντες - όμως σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα η επιστημονική κοινότητα διχάζεται. Μελέτη των Kokmen et al., (1996), δεν κατάφερε

να επιβεβαιώσει, ότι όσο πιο υψηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο, τόσο μικρότερος είναι ο κίνδυνος εμφάνισης άνοιας.

Επίσης το γεγονός ότι η άνοια έχει προσβάλλει εξέχουσες προσωπικότητες, θέτει σε αμφισβήτηση το συσχετισμό της με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Δαρδαβέσης, 2005).

### **11.3. Προτάσεις**

Η συνεχής αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης του πληθυσμού, έχει ανακοινωθεί, ότι θα προκαλέσει και μεγάλη αύξηση του αριθμού των ατόμων που θα νοσήσουν από άνοια.

Έτσι είναι επιβεβλημένη η ανάγκη εφαρμογής δοκιμασιών πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης ανοϊκού τύπου διαταραχών, οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τόσο των νοσούντων, όσο και των οικογενειών τους και των φροντιστών τους.

Οι δοκιμασίες αυτές μπορούν να ενταχθούν στα προγράμματα που εξυπηρετούν ηλικιωμένα άτομα, να πραγματοποιούνται από εξειδικευμένο προσωπικό και να υποστηρίζονται από την πολιτεία, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η προσβασιμότητα των πολιτών, ανεξάρτητα από το κοινωνικό και οικονομικό τους επίπεδο, χωρίς βέβαια να απορρίπτονται και προγράμματα ιδιωτικής πρωτοβουλίας.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού που εργάζεται στα προγράμματα υποστήριξης ηλικιωμένων ατόμων, αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας, έτσι ώστε να αποκτήσουν εξειδικευμένες γνώσεις και να είναι ικανοί για ουσιαστικότερες παρεμβάσεις, αλλά και να βελτιώσουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τα άτομα που εξυπηρετούνται από αυτούς.

Όσον αφορά στο MMSE τεστ το οποίο αποτελεί δοκιμασία, για την εξέταση του νοητικού επιπέδου των εξεταζόμενων, αυτό θα μπορούσε να πραγματοποιείται συστηματικά σαν εξέταση ρουτίνας, από τους εξειδικευμένους εργαζόμενους στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές), αφού αυτοί έχουν συχνή, σχεδόν καθημερινή επαφή με τους εξυπηρετούμενους από το πρόγραμμα.

Ακόμα θα μπορούσε να εφαρμοστεί σαν συστηματική εξέταση στα ΚΑΠΗ των Δήμων από εξειδικευμένο προσωπικό, στα ΚΗΦΗ αλλά και στις Λέσχες Φιλίας του Δ. Αθηναίων.



Ανάλογα με τα αποτελέσματα του MMSE θα γίνεται ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος του συμμετέχοντα και παραπομπή του σε ειδικούς για περαιτέρω έλεγχο, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο. Ακόμα και η πιο αδρή υπόνοια για έναρξη ανοϊκής διαταραχής, δυνητικά μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση άνοιας και την άμεση αντιμετώπισή της.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ριζική θεραπεία για την αντιμετώπιση της άνοιας και κυρίως της ΑΤΑ, υπάρχουν σκευάσματα (Τσολάκη, 2005) που μπορούν να ανακόψουν την εξέλιξη της νόσου. Η έγκαιρη διάγνωση και χορήγηση αυτών των σκευασμάτων βοηθούν στην ουσιαστική αντιμετώπιση, παρατείνουν την ποιοτική διαβίωση των πασχόντων και μειώνουν ταυτόχρονα την οικογενειακή και κοινωνική επιβάρυνση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12

### 12. Βιβλιογραφία

#### 12.1. Ελληνική

- Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Α., (1993), Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Αργυροπούλου-Ράκα, Ο., (2005), «Αγγειακή άνοια και νοητικές διαταραχές αγγειακής αιτιολογίας» στο Τσολάκη, Καζής, Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 281-287.
- Βαγενάς, Β., (2005), «Ηπια διανοητική διαταραχή» στο Τσολάκη, Καζής, Ιατρική και κοινωνική πρόκληση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 267-279.
- Βασιλόπουλος, Δ., (2003), Νευρολογία Επιτομή Θεωρίας και Πράξης, Πασχαλίδης Π, Αθήνα.
- Beauvoit, S, De., (1980), «Τα γηρατειά», Γλάρος, Αθήνα.
- Δουδούμη, Σ., Τσολάκη, Μ., Σαγιαδινού, Μ., Καζή, Ε., Κιοσέογλου, Γ., Καζής, Α., (2003), Ποιότητα ζωής φροντιζόντων τους ασθενείς με νόσο Alzheimer. Περιοδικό Εγκέφαλος. Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, 40(3): 92-97.
- Ευρωπαϊκή Εταιρεία Alzheimer και Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, (1999), Πρακτικός οδηγός για τους περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer Μ. Τσολάκη (Επιμ. Έκδοσης) Ευρωπαϊκή Εταιρεία Alzheimer
- Ιατράκη Ελίζα, (2005), Η φροντίδα των ασθενών με άνοια σε επιλεγμένες αστικές και αγροτικές περιοχές της Κρήτης: αναφορά στην επιβάρυνση των φροντιστών. Διπλωματική εργασία, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Ιατρίδης, Δ. (1990), Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής, Gutenberg, Αθήνα.
- Kastenbaum, R., (1980). Ο κύκλος της ζωής. Ψυχογιός, Αθήνα.
- Κατσάνη Σύρμω και Ροροπούλου Μαρία, (2006), Ανίχνευση ομάδας υψηλού κινδύνου για άνοια σε άτομα άνω των 65 ετών, στα ΚΑΠΗ των αγροτικών περιοχών του Νομού Ηρακλείου και η διερεύνηση του βαθμού πληροφόρησης των επαγγελματιών που ασχολούνται με την τρίτη ηλικία σχετικά με τη νόσο της άνοιας. Διπλωματική εργασία ΑΤΕΙ Κρήτης Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

- Κολιτσάρας, Ι.,(1973), Η Παλαιά Διαθήκη κατά τους Εβδομήκοντα. Τόμος Α΄. Γέννησις. Αδελφότης Θεολόγων «Η Ζωή». Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Ι., Βανδώρου, Χ., Ζάβρας, Α., Δανιηλίδου, Ν., (2005), «Το κόστος της Άνοιας Τύπου Alzheimer στην Ελλάδα» στο Τσολάκη, Καζής, Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 625-633.
- Lenperiere, T., Feline, A., και συν. (1995), Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων Α΄ Τόμος. Παπαζήση, Αθήνα.
- Μαλγαρινού, Μ., Γουλιά, Ε. (1986), «Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα» Έκδοση Ιεραποστολικής Ενώσεως Αδελφών Νοσοκόμων «Η Ταβιθά», Αθήνα.
- Μάνος, Ν.(1997), Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Μουλού Ισμήνη, Παπαγεωργίου Φωτεινή, Χαραμή Ευγενία, (2006), Ανίχνευση της γνωστικής διαταραχής σε άτομα άνω των 65 ετών στα ΚΑΠΗ στην αστική περιοχή του Νομού Ηρακλείου. Διπλωματική εργασία ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
- Μουσούρου, Λ. και Στρατηγάκη Μ., (2004), Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής. Gutenberg, Αθήνα.
- Μπαλογιάννης, Σ., (2007) Η αντιμετώπιση του γήρατος δια μέσου των αιώνων *Εγκέφαλος. Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 44 (3):110-122
- Ντόσκας, Τ., & Μητσικόστας, Δ., (2005), «Η άνοια στη νόσο του Parkinson» στο Τσολάκη, Καζής, Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 323-328.
- Οικονόμου, Μ., (2000), Ο ρόλος της οικογένειας στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Στο προληπτική Ψυχιατρική. Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β., και Οικονόμου, Μ. (Επιμ. Έκδοσης ΒΗΓΑ), Αθήνα 181-186.
- Πουλοπούλου – Εμκε, Η. (1999), Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν – Παρόν – Μέλλον, Ίων, Αθήνα.
- Rappoport, R., (1982), Τα στάδια της ζωής. Ψυχογιός, Αθήνα.
- Ρηγοπούλου, Σ., (2005), «Διαγνωστικά κριτήρια ανοιών» στο Τσολάκη, Καζής, Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 123-146.
- Rubinstein, H., (2000) Η νόσος του Αλτσχάϊμερ. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
- Σγουρόπουλος, Π., (2003), «Άνοιες» στο Βασιλόπουλος Δ., Νευρολογία Επιτομή Θεωρίας και Πράξης. Πασχαλίδης Π, Αθήνα, 323- 335.

- Σκλαβιάδης, Θ., (2005), «Νόσοι Prion, σπογγόμορφες μεταδοτικές εγκεφαλοπάθειες» στο Τσολάκη, Καζής, Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 329-336.
- Σταθόπουλος, Π. (1999), Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση. Έλλην. Αθήνα.
- Τζανακάκη-Μελισσάρη, Μ., & Καστανάκη, Α., (2005), «Άνοια τύπου Alzheimer: προτάσεις για διασύνδεση στην κοινότητα» στο Τσολάκη, Μ., & Καζής, Α., Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 589-590.
- Τσάνταλη, Ε., Λέκκας, Σ., Τσολάκη, Μ., Καζή, Ε., Καζής, Α., (2003) Παρουσίαση και προσαρμογή του Boston Naming Test (BNT) στα ελληνικά δεδομένα και η ικανότητα αξιοπιστίας και εγκυρότητάς του σε σχέση με το MMSE . *Εγκέφαλος. Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής* 40 (4):125-137
- Τσολάκη, Μ., Καζής, Α., (2005) Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Τσολάκη, Μ., (1996), Επιδημιολογία της άνοιας. *Εγκέφαλος. Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής*, 33 (3):164-177
- Φιτσιώρης, Ξ., (2005), «Μετωποκροταφική άνοια». στο Τσολάκη, Καζής, Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 307-316
- Φουντουλάκης, Κ., Τσολάκη, Μ., Χατζή, Ε., Καζής, Α., (1994), Mini Mental State Examination (MMSE). Στάθμισή του στον ελληνικό πληθυσμό σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια. *Εγκέφαλος. Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής* 31(3):93-102.
- Ωρολογάς, Α., Καλπατσανίδης, Α., Λίτσα, Δ., (2005), «Το κόστος της άνοιας τύπου Alzheimer» στο Τσολάκη, Καζής Άνοια. Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 619-624.
- World Health Organization (WHO) 1992, The ICD - 10 classifications of Mental and Behavioural disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic guidelines, Geneva. (Απόδοση στα Ελληνικά Στεφανής Κ, Σολδάτος Κ, Μαυρέας Β, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1993).

## 12.2. Ξενόγλωσση

- Antony, J.C., Le Reshe, L.A., Niar, V., Von Korff, M.R., Folstein, M., (1982): Limits of the MMSE as a screening test for dementia and delirium among hospital patients *Psychol. Medicine* , 12: 397 – 408.
- Acton, G J., Kang, J., (2001) Intervention to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A Meta-Analysis. *Research in Nursing and Health* 24: 349-360.
- Bachman, D.L., Wolf, PA., Linn, R., Knoefel, J.E., Cobb, J., Belanger, B.S., Agostino, R.B., White, L.R., (1992) Prevalence of dementia and probable senile dementia of the Alzheimer type in the Framingham study. *Neurology*. 42:36-41.
- Becker, JT., Martin, A., Lopez, OL., (1994), The dementia and AIDS in Neurophysiology of HIV infection. Grand I, Martin A. New York, Oxford University Press (133-145).
- Beeri, MS., Werner, P., Adar, Z., Davidson, M., Noy, S., (2002) Economist cost of Alzheimer's disease in Israel. *Alzheimer Dis. Assos. Disord*, 16(2):73-80.
- Birge, S., (1997) The role of estrogen in the treatment of Alzheimer's disease. *Neurology* 48: 36-41.
- Braak, H., Braak, E., (1997) Frequency of stages on Alzheimer – related lesions in different age categories *Neurobiol Aging*, 184:351-357.
- Bridges, B.J.,(1995) Therapeutic caregiving : A practical guide for caregivers of persons with Alzheimer's and other dementia-causing diseases. Washington DC.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh. P.R., (1975) MMSE: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician *J. Psychiatr. Res*, 12: 189-198.
- Gallichio, L., Siddiqi, N., Langerberg, P., Baumgarden, M., (2002), Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 : 154-163.
- Hendrie, HH.,(1998) The epidemiology of Alzheimer's disease. *An J Geriatric Psychiatry*, 65:3-18.
- Hux, MJ., O'Brien, BJ, Iskedjian, M., Goeree, R., Gagnon M.,Gauthier, S.,(1998) Relation between disease severity and costs of caring. *CMAJ*, 159:457- 465.
- Hooker, B., Monahan, D., Hunchinson, C., (1992), Mental and Physical health of spouse caregivers. The role of personality. *PsychoAging*, 7:367-375.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh. P.R., (1975) MMSE: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician *J. Psychiatr. Res*, 12: 189-98.



- Forette, F., Seux, ML., Thys, L., Staessen, JA., (1999) Prevention of Dementia and treatment of systolic hypertension: Syste-Eur Trial in Research and Practice in Alzheimer's Disease. *New York Springer Publ*, 2:26-29.
- Kastenbaum, R., (1980). Ο κύκλος της ζωής. Ψυχογιός .Αθήνα.72-73
- Kokmen, E., Beard CM., O' Brein, PC., Kurland, L.T., (1996) Epidemiology of dementia in Rochester, Minnesota. *Mayo Clin Proc*, 71:275-282.
- Levin, H.S., Benton, A.L., Fletcher, J.M., Statz, P., (1989) Neuropsychological and Intellectual Assessment of Adults στο Kaplan HI Sadock B.I: Comprehensive Text of Psychiatry V.
- Launer, L.J., Andersen, K., et al and the Eurodem Incidence Research Group and Work Groups, (1999), Rates and risk factors for dementia and AD: Results from Eurodem pooled analyses. *Neur* , 52: 78-84.
- Lovestone, S., (1996) The genetics of Alzheimer's disease - new opportunities and new challenges *Int J. Geriatric Psychiatry*, 11: 491-497.
- Lionis, C., (2000) Department of Social Medicine. Handling Alzheimer's disease in Well Defined Primary Health Care Area of 3 European Distant Regions (project contact number: SOC96202236 05F03) In Dealing with Dementia: Recent European Research. D. F. Marks and C.M. Sykew (Eds). Middlesex University Press, London.
- MacKeith GJ., (1995) Lewy body disease *Curr. Opin Psychiatry*.
- Morrishey, E., Baker, J., Rubbert, M., (1990), Coping resources and depression in the caregiving spouses of Alzheimer's patients. *Journal of medical Psychology*, 631 61-171.
- Ory, M., Hoffman, R., Yee, J., Tennsted, S., Scult, R., (1999) Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*. 39: 177-185.
- Paganini – Hill, A., (1999), Alzheimer disease, women and estrogen replacement therapy. *Cont. Obst. Gyn*, 19: 53-57.
- Parks, S.M., and Novielli, K.D., (2000), Practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician*.
- Parks, S.M, Novielli, and K.D., (2003), Alzheimer's disease caregivers: hidden patients. *Clinical Geriatrics*, 11: 34-38.
- Pearlin, L.T., Mullan, J.T., Semple, S.J., Skaff, MM.,(1990), Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures *The gerontologist*.30 : 583-594.



- Progress Report on Alzheimer's disease (2000), National Institute on Aging NIH, DHHS. Bethesda MD2000.
- Roth, M., Huppert, F.A., Tym, E., Mountjoy, C.,Q: (1983), Comdex – The Cambridge Examination for Mental Disorders of the elderly. Cambridge University Press, New York.
- Seltzer, Mailick, M., Wailing, L., (1996), The Transitions of Caregiving. Subjective and Objective definitions *The gerontologist*, 36 (5):614-626.
- Strittmater, WJ., Roses, AD., (1996). Apolipoprotein E and Alzheimer's disease. *An Rev Neurosc*, 19:53-77.

### 12.3. Ιστότοποι

- <http://www.iatronet.gr>
- <http://www.who.org>
- <http://www.healthview.gr>
- <http://www.50plus.gr>
- <http://www.pemfi.gr>
- <http://www.kapi.gr>
- <http://www.kedke.gr>
- <http://www.keelpno.org.gr>
- <http://www.statistics.gr>
- <http://www.alzheimer-hellas.gr>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

.....  
(Προαιρετικά)

ΗΛΙΚΙΑ .....

ΦΥΛΟ .....

### ΚΛΙΜΑΚΑ Mini Mental State Examination

Σύντομη Εξέταση της νοητικής κατάστασης  
Για κάθε σωστή απάντηση θα προστίθεται ένας βαθμός

#### 1. Προσανατολισμός

Θα σας κάνω μερικές ερωτήσεις για να δούμε πως πάει η μνήμη σας .  
Μερικές είναι απλές, άλλες δυσκολότερες.

1. Τι έτος έχουμε;
2. Ποια εποχή;
3. Τι μήνα;
4. Ποια ημερομηνία;
5. Ποια μέρα της εβδομάδας;
6. Σε ποια χώρα βρισκόμαστε;
7. Σε ποια πόλη;
8. Σε ποια περιοχή ή διεύθυνση;
9. Σε ποιο χωριό;
10. Σε ποιο όροφο;

#### 2. Καταγραφή

Θα σας πω 3 λέξεις που θέλω να επαναλάβετε μετά από εμένα και να τις θυμάστε όταν σας ξαναρωτήσω.

11. Λεμόνι
12. Κλειδί
13. Μολύβι

#### 3. Συγκέντρωση / Δυνατότητα αριθμητικών πράξεων

Αφαιρέστε από το 100 διαδοχικά 7 μονάδες κάθε φορά

Εναλλακτικά : γράψτε τη λέξη πόρτα ανάποδα.

14. 93 -α-
15. 86 -τ-
16. 79 -ρ-
17. 72 -ο-
18. 65 -π-

#### 4. Ανάκληση

Επαναλάβετε παρακαλώ τις τρεις λέξεις που σας είχα ζητήσει προηγουμένως.

19. Λεμόνι
20. Κλειδί
21. Μολύβι

#### 5. Κατονομασία

Δείχνουμε στον ασθενή δύο αντικείμενα και του ζητούμε να τα κατονομάσει .Τι είναι αυτό;

22. Ρολόι
23. Μολύβι

#### 6. Επανάληψη

Ζητείστε από τον ασθενή να επαναλάβει μετά από εσάς

24. «Το' να χέρι νίβει τ' άλλο και τα δυο το πρόσωπο»

#### 7. Εκτέλεση εντολής τριών σταδίων

Δώστε στον ασθενή ένα λευκό χαρτί και πείτε του

25. Πάρτε το χαρτί στο δεξί σας χέρι
26. Διπλώστε το στη μέση
27. Αφήστε το στο πάτωμα

#### 8. Αντίδραση

Δείξτε στον ασθενή ένα χαρτί που γράφει με κεφαλαία

ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ και πείτε:

28. Παρακαλώ κάντε ότι γράφει το χαρτί που σας δείχνω

#### 9. Αυτόματη γραφή

29. Παρακαλώ γράψτε μια ολοκληρωμένη πρόταση, όποια θέλετε. Θα πρέπει να περιέχει υποκείμενο και ρήμα

#### 10. Αντιγραφή

Ζητήστε από τον ασθενή να αντιγράψει ένα σχήμα από δύο πεντάγωνα που τέμνονται. (πρέπει να διακρίνονται οι 10 γωνίες εκ των οποίων οι δύο να τέμνονται). Ο τρόμος αγνοείται



#### Συνολικό άθροισμα

