

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
Δ.ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Πώς επηρεάζει ο τρόπος ζωής των ατόμων με Άνοια τις γνωστικές τους λειτουργίες και την λειτουργικότητά τους»

«How daily living affects individuals with Dementia in Cognitive Processes and Functional Ability»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΑΡΙΣΤΕΑ

ΤΖΙΚΑ-ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΥΡΤΩ

ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ Ph.D

ΠΑΤΡΑ-2014

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	8
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	8
1.3 ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ.....	9
1.3.1 Άνοια επί νόσου του Alzheimer.....	9
1.3.2 Αγγειακή Άνοια.....	10
1.3.3 Άνοια με σωμάτια Lewy.....	10
1.3.4 Άνοια επί νόσων που ταξινομούνται αλλού.....	11
1.3.5 Άνοια επί άλλων ειδικών νόσων που ταξινομούνται αλλού.....	11
1.3.6 Άνοια Μη Καθοριζόμενη	11
1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	11
1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	12
1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	13
1.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	14
1.7.1 Φαρμακευτική θεραπεία.....	14
1.7.2 Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	16
2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ.....	16
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
2.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER.....	21
2.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΝΟΙΑ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	25
3 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	27
4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	27
4.1 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	27
4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	27
4.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	27
4.4 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....	28
4.5 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	29
4.6 ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	29

4.7	ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	29
4.8	ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	29
4.9	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	30
4.10	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	32
4.11	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	89
4.12	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	93
4.13	ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ	94
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	95
5	ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	95
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	97
	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	100

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μια σημαντική ασθένεια που πλήττει ως επί το πλείστον την τρίτη ηλικία και έχει κυριαρχήσει τα τελευταία χρόνια είναι η άνοια. Η άνοια ανήκει στις λεγόμενες οργανικές ψυχικές διαταραχές, οι οποίες αναφέρονται στις ανωμαλίες της προσωπικότητας, στις διαταραχές της συμπεριφοράς και στα ψυχοπαθολογικά σύνδρομα που οφείλονται σε διάφορες οργανικές νόσους και που συνδέονται με οργανικές διαταραχές του εγκεφάλου. Αποτελεί σήμερα την τέταρτη αιτία θανάτου μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια και συνεπάγεται την πρόκληση ποικίλων ιατροκοινωνικών προβλημάτων.

Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί περισσότερες από εκατό (100) άνοιες, που οφείλονται σε διαφορετικά αίτια. Η γνωστότερη ονομαστικά και συχνότερη κατά αναλογία πληθυσμού, είναι η άνοια τύπου Alzheimer. Βασικό χαρακτηριστικό της νόσου είναι η βαθμιαία εκφύλιση κυττάρων του εγκεφάλου που έχει ως συνέπεια να επηρεάζονται γνωστικές λειτουργίες όπως η μνήμη, ο λόγος, ο προσανατολισμός, η κρίση και η προσωπικότητα. Ένα άλλο κύριο χαρακτηριστικό της νόσου που προκαλείται από την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του, είναι οι δυσκολίες που παρατηρούνται στη λειτουργικότητα των ατόμων. Μέχρι σήμερα βέβαια δεν έχει βρεθεί ειδικός θεραπευτικός παράγοντας για την αντιμετώπιση της άνοιας. Υπάρχουν όμως διάφορα θεραπευτικά μέσα (φαρμακευτικά ή μη) που εφαρμόζονται, τα οποία εμμέσως βοηθούν στη βραδύτερη πορεία της νόσου και στη διατήρηση των νοητικών λειτουργιών των ασθενών για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα με αποτέλεσμα την καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητά τους.

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

Στόχος μας ήταν μέσω της έρευνας να προσπαθήσουμε να ανιχνεύσουμε κατά πόσο ο τρόπος ζωής, μπορεί να επηρεάσει τις γνωστικές λειτουργίες ατόμων που πάσχουν από άνοια. Επιδιώξαμε επίσης να διερευνήσουμε τη λειτουργικότητα των ατόμων αυτών.

Το πεδίο μελέτης της έρευνας αποτέλεσαν Κ.Α.Π.Η. της Πάτρας (ένα στα Ζαρουχλείκα και ένα στη Βοσπόρου), το Άσυλο Ανιάτων Ασθενών, περιστατικά ενός Νευρολόγου και περιστατικά από το ευρύτερο περιβάλλον των εκπονούντων της πτυχιακής.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 60 άτομα, άντρες και γυναίκες, άνω των 65 ετών.

Η έρευνα ήταν ποσοτική και για την πραγματοποίησή της χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε στοιχεία για τον τρόπο ζωής των ερωτώμενων και δύο δοκιμασίες ανίχνευσης, οι οποίες αφορούσαν το γνωστικό επίπεδο των ηλικιωμένων και τη λειτουργικότητά τους

Τα πιο βασικά αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι η πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να παρουσιάζει ελαφρά γνωστική διαταραχή.

Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής που αντιστοιχούσαν στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος φάνηκε να σχετίζονται με τη σημαντική έκπτωση γνωστικών λειτουργιών που παρατηρήθηκε.

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

Επίσης, το φύλο φάνηκε να συνδέεται με την έκπτωση γνωστικών λειτουργιών.

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

ABSTRACT

A severe disease that is dominating in recent years and affects mostly the elderly, is dementia. Dementia is in the category of organic mental disorders, which refer to the personality disorders, disorders of conduct and psychopathological syndromes due to various organic diseases and it is associated with organic brain disorders. It is currently the fourth leading cause of death after cardiovascular disease, cancer and strokes and it has raised a lot of issues in the Medical community.

Until today, more than one hundred (100) dementias having different causes been described, while the type of dementia which is frequent in population ratio is the Alzheimer's dementia. A basic characteristic of the disease is the progressive degeneration of brain cells that affects cognitive functions such as memory, speech, orientation, judgment and personality. Another main feature of the disease, caused by cognitive decline, that directly affects the quality of life of the individual and the family, are the difficulties observed in the functionality of these patients. Until now, a specific therapeutic solution to eliminate dementia has not been found. However, there are various therapeutic ways (pharmaceutical or otherwise) that apply, which indirectly help, slower course of the disease and maintenance of cognitive function of patients for as long as possible, resulting in a better social functionality.

The main reasons that prompted us to investigate this issue were the rapid increase in the aging population, the proliferation and aggravation of problems of elderly people and emergence of dementia in a greater proportion of the elderly, as well as the tragic consequences that this disorder causes to the patients and their families.

Our goal was to detect, through research, whether different living conditions can affect cognitive functions of individuals suffering from dementia. We also sought to investigate the functionality of these individuals.

The sample consisted of a total of 60 people, men and women, over 65 years old. The participants were voluntary participants from two Open Care Centers for the Elderly of Patras (one in Zarouchleika and one in Bosphorus), the Hospice of Incurable Diseases, patients referred to us by a Neurologist and acquaintances of the researchers.

The research was quantitative. A questionnaire was composed related to the living conditions of the respondents and two screening tests, which involved the cognitive level of the elderly and their functionality.

The most significant result of the survey was that the majority of the sample appears to have a slight cognitive disorder.

Taking medication, that accounted for most of the sample, appeared to be linked with a substantial discount of cognition.

A significant decline in key areas of functioning of the elderly was also observed. High percentages presented with functionality difficulties in areas such as speech, sleep, bladder and bowel control, face recognition, the ability to remember names and events, the ability of attention and concentration, etc. This may be due to the large percentage of cognition decline found in this population.

Also, gender seemed to be linked to the cognitive decline.

It was, also, an interesting fact that a significant number of the sample is living on their own either because they are single, widowed, divorced, or because their children live far away.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος Alzheimer είναι μια πολυπαραγοντική νόσος που οφείλεται σε γενετικούς, περιβαλλοντικούς και μεταβολικούς παράγοντες. Ανήκει στις εκφυλιστικές νόσους, κατά τις οποίες αργά και προοδευτικά καταστρέφονται εγκεφαλικά κύτταρα. Πήρε το όνομά της από τον Α. Alzheimer, έναν Γερμανό νευρολόγο, ο οποίος το 1907 πρώτος περιέγραψε τα συμπτώματα και νευροπαθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου, όπως είναι οι πλάκες και οι νευροϊνιδιακές εκφυλίσεις στον εγκέφαλο.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

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

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

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

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

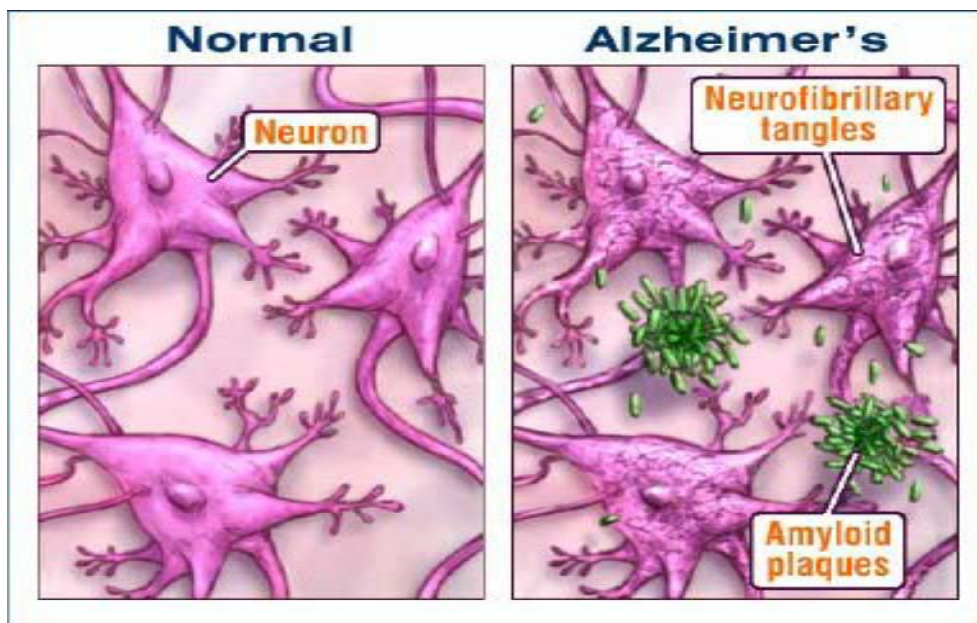
Ο όρος «Άνοια» αναφέρεται σε ένα σύνολο χρόνιων ασθενειών με κοινό χαρακτηριστικό την προοδευτική κάμψη του συνόλου των νοητικών λειτουργιών. Το αποτέλεσμα όλων των ανοιών είναι η ατροφία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Αβεντισιάν & Παγοροπούλου, 1993).

1.3 ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ

1.3.1 Άνοια επί νόσου του Alzheimer

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

Η άνοια Τύπου Alzheimer, που προκαλείται από τη νόσο Alzheimer, είναι η πιο κοινή από τις άνοιες, και είναι υπεύθυνη για το 50% περίπου όλων των ανοιών (Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 1996).



ΕΙΚΟΝΑ 1: ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

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

Στις περισσότερες περιπτώσεις η αρρώστια αρχίζει σιγά-σιγά και επιβαρύνεται προοδευτικά, χωρίς εντυπωσιακά συμπτώματα στην αρχή.

Τα πρώτα συμπτώματα είναι συνήθως οι διαταραχές της μνήμης και οι δυσκολίες προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο. Τα υπόλοιπα αρχίζουν σιγά-σιγά και αποδίδονται συνήθως από τους συγγενείς. Στην νόσο Alzheimer το χειρότερο από όλα τα συμπτώματα είναι το γεγονός ότι ο ασθενής χάνει τελείως όλα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του (Στεφανής κ.ά., 1992).

1.3.2 Αγγειακή Άνοια

Αναφέρεται και ως πολυεμφρακτική άνοια και οφείλεται σε πολλαπλές βλάβες των αγγείων του εγκεφάλου και σε ισχαιμικές-υποξικές αλλοιώσεις λόγω ελάττωσης της εγκεφαλικής ροής, καρδιακής ή κυκλοφοριακής αιτίας (Μάνος, 1997).

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

Οι πιο συνηθισμένοι υπότυποι της Αγγειακής Άνοιας είναι:

1. **Αγγειακή άνοια οξείας έναρξης**
2. **Υποφλοιώδης αγγειακή άνοια**
3. **Η Πολυεμφρακτική άνοια**
4. **Μεικτή φλοιώδης & υποφλοιώδης αγγειακή άνοια**
5. **Άλλη αγγειακή άνοια**
6. **Αγγειακή Άνοια μη καθοριζόμενη** (Στεφανής κ.ά., 1992)



ΕΙΚΟΝΑ 2: ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

1.3.3 Άνοια με σωματίδια Lewy

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

Παρόλο που στα αρχικά στάδια της νόσου οι διαταραχές μνήμης είναι ήπιες στη συνέχεια επέρχεται συνολική νοητική έκπτωση που επηρεάζει την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Στην πορεία της νόσου εμφανίζονται διαταραχές της προσοχής, έκπτωση εκτελεστικών λειτουργιών και διαταραχές οπτικοχωρικών κατασκευαστικών δεξιοτήτων (Τσολάκη & Κάζης, 2005).

1.3.4 Άνοια επί νόσων που ταξινομούνται αλλού

- Άνοια επί νόσου του Parkinson
- Άνοια επί νόσου του Pick ή Μετωποκροταφική
- Άνοια Άνοια επί νόσου των Creutzfeldt – Jakob
- Άνοια επί νόσου του Huntington
- Άνοια σχετιζόμενη με το Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας (HIV)

1.3.5 Άνοια επί άλλων ειδικών νόσων που ταξινομούνται αλλού

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

«Πρόκειται για άνοια ταχέως εξελισσόμενη, η οποία ακολουθείται από εξωπυραμιδική δυσλειτουργία και σε μερικές περιπτώσεις, από πλάγια μυατροφική σκλήρυνση» (Στεφανής κ.ά., 1992).

1.3.6 Άνοια Μη Καθοριζόμενη

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

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

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

Στο σημείο αυτό, θα αναφέρουμε μια ενδεικτική μελέτη επί του επιπολασμού της άνοιας με χώρα διεξαγωγής την Ελλάδα το 1995, κατά την οποία το δείγμα πληθυσμού αποτελούσαν άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών. Ο επιπολασμός της Άνοιας παρατηρήθηκε κατά ομάδες ηλικιών όπου σε άτομα ηλικίας 70 με 74 η συχνότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 0,5%, σε άτομα ηλικίας 75 με 79 συχνότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 10,7%, σε άτομα ηλικίας 80 με 84 συχνότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 11,8%, σε άτομα ηλικίας 85 με 89 συχνότητα κυμαίνεται σε ποσοστό 36,7% και τέλος σε άτομα ηλικίας 90 και άνω αντιστοιχεί το 57,1% (Τσολάκη & Κάζης,

2005). Εδώ αξίζει να σημειώσουμε ότι η συχνότητα εκδήλωσης της άνοιας αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας.

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

1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

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

Παράγοντες κινδύνου:

1. Η ηλικία
2. Γενετικοί παράγοντες
3. Το φύλο
4. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις - ψυχοσωματικοί παράγοντες
5. Ο αγγειακός παράγων
6. Τοξικοί παράγοντες
7. Κοινωνικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες

Προφυλακτικοί παράγοντες:

1. Διατροφή και εργασία
2. Κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα
3. Διάβασμα και σωματική άσκηση
4. Οι ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες (Τσολάκη & Κάζης,2005)

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

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

- Προσεκτική διευκρίνηση του ιστορικού
- Προσεκτική εξέταση των ψυχικών λειτουργιών
- Προσεκτική φυσική (σωματική) εξέταση
- Εργαστηριακές εξετάσεις (Μάνος, 1997)

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

1. Μνήμη
2. Εκτελεστικές λειτουργίες
3. Λόγος
4. Διαταραχές της ευπραξίας
5. Άλλες σύνθετες διαταραχές
6. Διαταραχές της συμπεριφοράς
7. Διαταραχές του συναισθήματος (Κωσταρίδου & Ευκλείδη, 1999)

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

- Απώλεια μνήμης
- Σύγχυση
- Γλωσσική δυσχέρεια
- Αποπροσανατολισμός
- Αδιαφορία για την προσωπική υγιεινή και περιποίηση
- Κακή κρίση
- Κυκλοθυμία
- Αλλαγές της προσωπικότητας
- Δυσκολίες στους υπολογισμούς
- Επανάληψη (Καλαϊτζή, 2005)

1.7 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με τη συστηματική πνευματική άσκηση έχουν θεαματικά θεραπευτικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα παρατηρείται σημαντική βελτίωση τόσο των νοητικών λειτουργιών των ασθενών, όσο και της ικανότητάς τους να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις για την πλαστικότητα του εγκεφάλου, η πνευματική άσκηση συμβάλλει στη δημιουργία νέων συνδέσεων μεταξύ των εγκεφαλικών νευρώνων. Παράλληλα, βοηθά τον εγκέφαλο να βρει νέους τρόπους για να εκτελέσει διεργασίες που ελέγχονται από εκφυλισμένες εγκεφαλικές περιοχές (Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Αθηνών, 2002).

1.7.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Στόχος της φαρμακευτικής θεραπείας στην άνοια είναι η σταθεροποίηση των διαταραχών της νόησης, η βελτίωση των διαταραχών της συμπεριφοράς και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης που συχνότατα συνοδεύει την άνοια.

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

Η πλέον όμως αποτελεσματική και εγκεκριμένη συμπτωματική θεραπεία μέχρι σήμερα για τους ασθενείς με νόσο Alzheimer είναι οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης (ΑΑΧΕ): δονεπεζίλη, ριβαστιγμίνη, γκαλανταμίνη και μεμαντίνη.

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

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

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

Η μεμαντίνη, ένας μερικός ανταγωνιστής των υποδοχέων NMDA, έχει επίσημη ένδειξη χορήγησης για την αντιμετώπιση της μέτριας έως βαριάς νόσου Alzheimer. Τα ευεργετικά της αποτελέσματα είναι στις νοητικές λειτουργίες, στις διαταραχές της συμπεριφοράς και την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών (Παπαγεωργίου, 2003).

1.7.2 Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις

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

1. Ψυχοθεραπεία
2. Νοητική ενδυνάμωση
3. Θεραπεία πρόκλησης ευχάριστων αναμνήσεων
4. Τροποποίηση της συμπεριφοράς
5. Λογοθεραπευτική παρέμβαση
6. Εργοθεραπευτική παρέμβαση
7. Φυσιοθεραπεία
8. Μουσικοθεραπεία
9. Εικαστική παρέμβαση
10. Προγράμματα σωματικής άσκησης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

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

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

1) Η διατροφή

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

Οι κυριότερες επιπτώσεις της κακής διατροφής είναι οι εξής:

- Επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα: Μέσω της εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος εκδηλώνονται λοιμώξεις, οι οποίες με τη σειρά

τους προκαλούν πρόσθετη επιβάρυνση στην ήδη κακή κατάσταση των ατόμων.

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

2) Ο ύπνος

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

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

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

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση των διαταραχών του ύπνου συνήθως είναι η εκφύλιση του εγκεφάλου που η ίδια η άνοια προκαλεί, η

συνυπάρχουσα κατάθλιψη και η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής (Τσολάκη & Κάζης, 2005).

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

3) Μπάνιο και υγιεινή

Λόγω της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών που προκαλούνται από τη νόσο, αρκετές φορές τα άτομα που πάσχουν από άνοια αμελούν την προσωπική τους υγιεινή καθώς δεν αναλαμβάνουν να πλυθούν ή να κάνουν μπάνιο μόνα τους και αμελούν να πλύνουν τα δόντια τους ή να φροντίσουν τα μαλλιά τους. Συνήθως χρειάζονται ενθάρρυνση και επίβλεψη από τους φροντιστές ή ακόμη και απόλυτη βοήθεια από αυτούς.

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

4) Ακράτεια

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

Συνήθως :

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

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

5) Χρόνος και προσανατολισμός

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

- Ξεχνούν ώρα, ημέρα, έτος, ημερομηνία κλπ.
- Συγχέουν τη μέρα με τη νύχτα.
- Χάνονται στο σπίτι, μπερδεύουν τα δωμάτια.

- Δεν αναγνωρίζουν το σπίτι σαν δικό τους και προσπαθούν να φύγουν (Κωσταρίδου & Ευκλείδη, 1999).

6) Κινητικότητα και Μετακίνηση

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

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

7) Οικονομικά

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

8) Μεταφορά- οδήγηση

Είναι επικίνδυνο για τα άτομα με άνοια να οδηγούν γιατί η κρίση τους είναι περιορισμένη και οι αντιδράσεις τους αργές.

9) Περιπλάνηση

Τα άτομα μπορεί να περιπλανιούνται μέσα στο σπίτι ή να φεύγουν από το σπίτι και να περιπλανιούνται στη γειτονιά, οπότε υπάρχει κίνδυνος να χαθούν. Η ασφάλεια αποτελεί πρώτη προτεραιότητα για ένα άτομο με άνοια που βρίσκεται μόνο του έξω σε δημόσιους χώρους.

10) Επικοινωνία

Με την πάροδο του χρόνου, η άνοια καταφέρνει να καταστρέφει την επικοινωνία με διάφορους τρόπους. Τα άτομα μπορεί να μιλούν πολύ, αλλά τα λόγια τους μπορεί να μην έχουν κανένα νόημα. Επίσης είναι πιθανόν να έχουν προβλήματα με τη γραμματική ή να μην μπορούν να βρουν τη σωστή λέξη. Ίσως να μπορούν να γράψουν λέξεις και προτάσεις αλλά να μην μπορούν έπειτα να τις διαβάσουν.

11) Ένδυση

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

12) Σεξουαλικότητα

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

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

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

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

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

Η προοδευτική έκπτωση των λειτουργικών ικανοτήτων οδηγεί σε προοδευτική απώλεια της ανεξαρτησίας του ατόμου, γεγονός που έχει αντίκτυπο στους περιθάλποντες αλλά και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Επίσης στους πάσχοντες η απώλεια των λειτουργικών ικανοτήτων μπορεί να προκαλέσει σύγχυση, εκνευρισμό, κατάθλιψη και να οδηγήσει στην ανάγκη ιδρυματοποίησή τους (Τσολάκη & Κάζης, 2005).

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

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

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

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

2.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ALZHEIMER

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

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

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

Δυσκολεύεται στην αναγνώριση οικογενειακών προσώπων και μπορεί να βρεθεί σε σύγχυση π.χ. αν ένα δωμάτιο είναι το μπάνιο ή η κουζίνα.

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

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

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

2.3 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΝΟΙΑ

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

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

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

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

1) Κλίμακες φροντιστών

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

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

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

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

3) Κλίμακα εκτίμησης της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών με άνοια

Η συγκεκριμένη κλίμακα εφαρμόζεται στην Γ' Νευρολογική κλινική του Α.Π.Θ. και είναι προσαρμοσμένη στην οικονομική και κοινωνική ελληνική πραγματικότητα.

Σε αυτή την δοκιμασία ανιχνεύονται οι ικανότητες του ασθενούς ως προς τον προσανατολισμό, την επικοινωνία, την μετακίνηση, τα οικονομικά, τη διατροφή, την ένδυση, τη λήψη φαρμάκων, την όσφρηση- ακοή- όραση, την αφασία, την αναγνώριση προσώπων, την πρόσφατη μνήμη, τον ύπνο, την ακράτεια.

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3 ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Λόγω της προοδευτικής φύσης των ασθενειών που σχετίζονται με την άνοια οι λογοθεραπευτές έχουν την ηθική ευθύνη να παράσχουν κατάλληλες υπηρεσίες που θα ωφελήσουν τους ασθενείς και θα μεγιστοποιήσουν τη λειτουργικότητά τους σε όλα τα στάδια της νόσου (ASHA, 2005).

Οι υπηρεσίες που ο λογοθεραπευτής καλείται να παρέχει σε έναν ασθενή με άνοια και στην οικογένειά του είναι πολυσύνθετες και καλύπτουν όλο το φάσμα της παρεμβατικής διαδικασίας. Ο ρόλος του λογοθεραπευτή ξεκινά με την αξιολόγηση και την περιγραφή των δεξιοτήτων και των δυσκολιών του ασθενή όσον αφορά στην επικοινωνία έτσι συμβάλλει στη διαφοροδιάγνωση του εκάστοτε συνδρόμου και εξακριβώνει πότε οι δυσκολίες στην επικοινωνία επιδρούν στη συμπεριφορά και στην καθημερινή ζωή του ασθενή. Επιπλέον, συμβουλεύει και παρέχει στον πάσχοντα εξωτερικά βοηθήματα για να βοηθήσει τη μνήμη, την εύρεση λέξεων και κατ' επέκταση και την επικοινωνία και ασχολείται με τα προβλήματα σίτισης και κατάποσης που μπορεί να προκύψουν. Ταυτόχρονα, ο λογοθεραπευτής οφείλει να ενημερώσει τους φροντιστές για τα προβλήματα επικοινωνίας των ασθενών, να συμβουλέψει παρέχοντας στρατηγικές για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας, να τους εκπαιδεύσει ώστε να μπορούν να χειριστούν πιθανές δυσκολίες σίτισης και κατάποσης. Επίσης, στις ευθύνες του λογοθεραπευτή έγκειται η προσαρμογή της καθημερινότητας του πάσχοντα σε πρόσφορο έδαφος για την καλλιέργεια της επικοινωνίας και η παραπομπή του ασθενή και της οικογένειάς του σε κατάλληλους ειδικούς όταν χρειάζεται (Bryan & Maxim, 2006).

Στις ΗΠΑ ο ASHA (2005b) έχει εκδώσει μία σειρά αναφορών, σύμφωνα με τις οποίες επεξηγείται ο ρόλος, η εργασία, η εμπλοκή του λογοθεραπευτή σε περιπτώσεις άνοιας, αποσαφηνίζοντας τις δεξιότητες που πρέπει να αναπτύξει ο ειδικός και διαχωρίζοντας τις ευθύνες του αναφορικά με άλλους ειδικούς διαφορετικού επιστημονικού κλάδου. Σύμφωνα με τον ASHA (2005a) λοιπόν, ο ρόλος του λογοθεραπευτή στην άνοια περιλαμβάνει τα εξής:

Αναγνώριση: αναγνωρίζει και ανιχνεύει τα άτομα που κινδυνεύουν από την άνοια, λαμβάνοντας υπόψη την πρόπτωση και την επικράτηση της άνοιας σε διαφορετικούς μορφωτικά και γλωσσικά πληθυσμούς.

Αξιολόγηση: επιλέγει και παρέχει κλινικά, μορφωτικά και γλωσσικά κατάλληλες προσεγγίσεις για τη διάγνωση και αξιολόγηση των γνωστικών διαταραχών επικοινωνίας της άνοιας σύμφωνα με την πορεία της νόσου.

Παρέμβαση: επιλέγει και παρέχει κλινικά και γλωσσικά κατάλληλες τεχνικές εξάσκησης βάσει δεδομένων με στόχο την άμεση παρέμβαση στα άτομα με άνοια και την έμμεση παρέμβαση μέσω των φροντιστών και των περιβαλλοντικών αλλαγών.

Συμβουλευτική: παρέχει κατάλληλες συμβουλές στα άτομα με άνοια, στους οικείους τους και στους φροντιστές σχετικά με τη φύση της άνοιας και της πορείας της.

Συνεργασία: συνεργάζεται με τα άτομα με άνοια και με τους προσωπικούς τους και τους επαγγελματίες φροντιστές για την ανάπτυξη πλάνων παρέμβασης για τη διατήρηση των γνωστικών-επικοινωνιακών και λειτουργικών ικανοτήτων στο μέγιστο βαθμό κατά την εξέλιξη της νόσου.

Διαχείριση του Περιστατικού: υπηρετεί ως διαχειριστής, συντονιστής ή επικεφαλής ομάδας ώστε να εγγυηθεί την έγκαιρη παράδοση ενός περιεκτικού σχεδίου διαχείρισης.

Εκπαίδευση: αναπτύσσει μαθήματα και διδάσκει, εποπτεύει και καθοδηγεί μελλοντικούς λογοθεραπευτές στην έρευνα, αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία των γνωστικών-επικοινωνιακών προβλημάτων που σχετίζονται με την άνοια. Εκπαιδεύει οικογένειες, φροντιστές, άλλους επαγγελματίες και το κοινό σχετικά με τις ανάγκες επικοινωνίας των ατόμων με άνοια.

Συνηγορία: συνηγορεί σε υπηρεσίες για άτομα με άνοια εξυπηρετεί ως ειδικός μάρτυρας.

Έρευνα: προάγει τη γνώση των γνωστικών-επικοινωνιακών προβλημάτων στις άνοιες και τη θεραπεία τους μέσα από την έρευνα. (ASHA, 2005a)

Οι ευθύνες που προκύπτουν από συνολικά τα παραπάνω στοιχεία αφορούν σε μεγάλο βαθμό το λογοθεραπευτή που εργάζεται στα πλαίσια μίας διεπιστημονικής ομάδας αλλά και εκείνον που ασκεί το επάγγελμα του μεμονωμένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας εκπονήθηκε υπό την καθοδήγηση της υπεύθυνης-συντονίστριας καθηγήτριας Ph.D. Γεωργοπούλου Σταυρούλας.

Χορηγήθηκαν 1 ερωτηματολόγιο και 2 δοκιμασίες ανίχνευσης (Mini-Mental State Examination και Functional Rating Scale for Symptoms of Dementia) σε 60 ασθενείς με άνοια. Πρόκειται για μία ποσοτική – διερευνητική έρευνα.

4.2 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο κυρίαρχος σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να γίνει μια αδρή αποτύπωση – ανίχνευση του προβλήματος της απώλειας των γνωστικών λειτουργιών των ατόμων που πάσχουν από άνοια.

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

Η εργασία αυτή επιθυμεί να προσφέρει περισσότερες πληροφορίες στο πεδίο των επιστημονικών ερευνών που σχετίζονται με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και ιδίως με αυτά που προκαλούνται από την έκπτωση ή απώλεια των γνωστικών λειτουργιών των ατόμων. Στον τομέα της Λογοθεραπείας, η έρευνα αυτή θα βοηθήσει τους λογοθεραπευτές ώστε να μάθουν και να κατανοήσουν τους παράγοντες κινδύνου αλλά και τους προφυλακτικούς παράγοντες αυτής της νόσου, για να παράσχουν κατάλληλες υπηρεσίες που θα ωφελήσουν τους ασθενείς και θα μεγιστοποιήσουν τη λειτουργικότητά τους σε όλα τα στάδια της νόσου.

4.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

- Ø Η ηλικία και το φύλο των ατόμων συμβάλλει στην ανάπτυξη ή την επιβράδυνση των γνωστικών λειτουργιών;
- Ø Το διάβασμα, η συνεχής ανάκτηση γνώσεων και η λήψη ερεθισμάτων από τη μεριά των ηλικιωμένων θα αποδειχθεί μέσω των ερωτημάτων για την μόρφωση και το επάγγελμα ότι συμβάλλουν όντως στην επιβράδυνση έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών;

- Ø Η κακή διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, οι διαταραχές ύπνου και η έλλειψη σωματικής άσκησης θα αποδειχθεί μέσω της συγκεκριμένης έρευνας ότι αποτελούν ενισχυτικούς παράγοντες εμφάνισης της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών, τις περισσότερες φορές;
- Ø Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και ύπαρξης ανοϊκού συγγενή με την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών;
- Ø Ο ύπνος, η αναγνώριση προσώπων και το συναίσθημα συσχετίζονται με το φύλο;
- Ø Ο ύπνος, η ακράτεια, η εγρήγορση, η λεκτική επικοινωνία, η ανάκληση γεγονότων, η σύγχυση, το συναίσθημα και ο προσανατολισμός στο χώρο, θα αποδειχθεί μέσω της έρευνας ότι επηρεάζονται από τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής;
- Ø Η ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι σχετίζεται με την ατομική υγιεινή;
- Ø Η γυμναστική, η κατανάλωση αλκοόλ, το φύλο, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ο προσανατολισμός στο χώρο επηρεάζουν τη φυσιολογική ροή του ύπνου;
- Ø Το διάβασμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής συσχετίζονται με τη νοητική εγρήγορση;
- Ø Η μνήμη ονομάτων, το συναίσθημα, η ανάκληση γεγονότων, η ακράτεια, η νοητική εγρήγορση, ο ύπνος και ο προσανατολισμός στο χώρο, θα αποδειχθεί μέσω αυτής της έρευνας ότι επηρεάζονται από την κατανάλωση αλκοόλ;
- Ø Η οικογενειακή κατάσταση συμβάλλει αρνητικά ή θετικά στο συναίσθημα;

4.4 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Για τη διεξαγωγή της έρευνας οι δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε ήταν αρκετές. Η κυριότερη δυσκολία μας ήταν η εύρεση ηλικιωμένων με άνοια και η συμμετοχή τους στην έρευνα καθώς αρκετοί ηλικιωμένοι ήταν διστακτικοί και επιφυλακτικοί όσον αφορά την συμμετοχή τους.

Επίσης άλλη μια δυσκολία που αντιμετωπίσαμε αφορούσε τη διαθεσιμότητα του προσωπικού των Κ.Α.Π.Η σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, καθώς η έλλειψη χρόνου από μέρους του προσωπικού καθυστέρησε ως ένα βαθμό τη διεξαγωγή της έρευνας.

4.5 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

4.6 ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το πεδίο μελέτης της έρευνας αποτέλεσαν 2 Κ.Α.Π.Η., 1 άσυλο ανιάτων, τα περιστατικά ενός νευρολόγου και το ευρύτερο περιβάλλον των εκπονούντων της πτυχιακής. Το δείγμα της έρευνας αφορούσε άτομα άνω των 65 ετών που πάσχουν από άνοια.

4.7 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα των μηνών από τον Απρίλιο του 2013 έως τον Ιανουάριο του 2014.

Στην πρώτη επαφή μας με το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η., τους ενημερώναμε για τη συγκεκριμένη έρευνα που επρόκειτο να πραγματοποιηθεί και ζητούσαμε την έγκρισή τους για τη συμμετοχή τους σε αυτή.

Η δειγματοληψία δεν ήταν τυχαία καθώς η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε έτσι ώστε να αποτελείται από άτομα που έπασχαν από άνοια.

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

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, απαραίτητη ήταν η συναίνεση του προσωπικού των Κ.Α.Π.Η. και η συνεργασία μας με το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. για την προσέγγιση του δείγματος.

4.8 ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Την τεχνική συλλογής στοιχείων στην έρευνά μας αποτέλεσαν τα εμμέσως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια με απευθείας συνομιλία, τα οποία στο σύνολό τους ήταν 3.

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

1. **Ερωτηματολόγιο στοιχείων των ηλικιωμένων**: περιελάμβανε ερωτήσεις όπως: φύλο, ηλικία, μόρφωση, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι, λήψη φαρμακευτικής αγωγής (εξαιτίας άλλων ασθενειών), αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου (π.χ. ασχολία με διάβασμα, γυμναστική), ύπαρξη ανοϊκού συγγενή, κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, διατροφή και ύπνος.

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

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

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συνεδρία. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 10 έως 15 λεπτά.

4.9 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με έναν ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

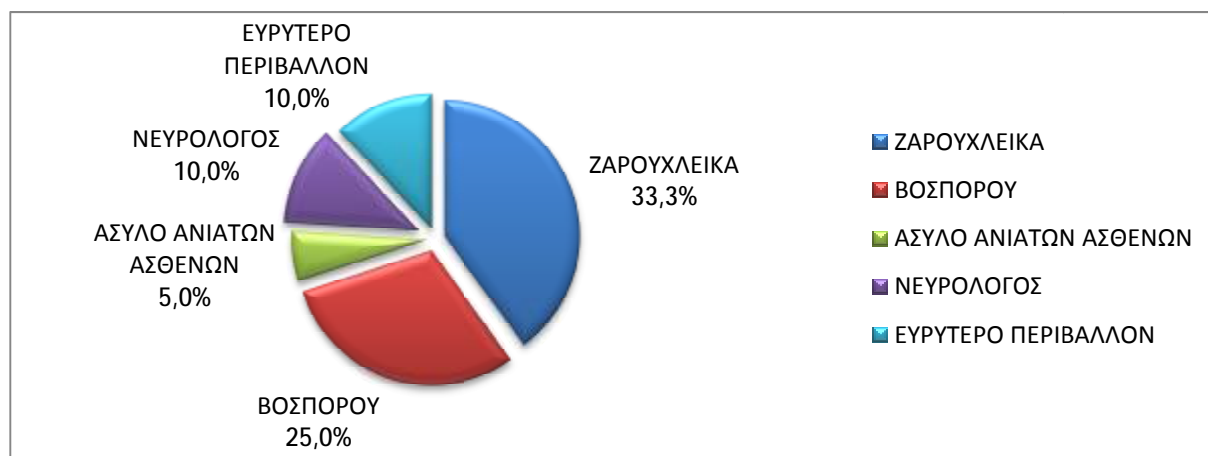
Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

4.10 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

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

Κ.Α.Π.Η	Αριθμός ενεργών μελών του κάθε Κ.Α.Π.Η. που συμμετείχαν στην έρευνα
ΖΑΡΟΥΧΛΕΪΚΑ	20 (33,3%)
ΒΟΣΠΟΡΟΥ	15 (25%)
ΑΣΥΛΟ ΑΝΙΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	5 (8,3%)
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΕΝΟΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΟΥ	10 (16,6%)
ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΕΚΠΟΝΟΥΝΤΩΝ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ	10 (16,6%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 1: Ποσοστά μελών του κάθε Κ.Α.Π.Η. που συμμετείχαν στην έρευνα

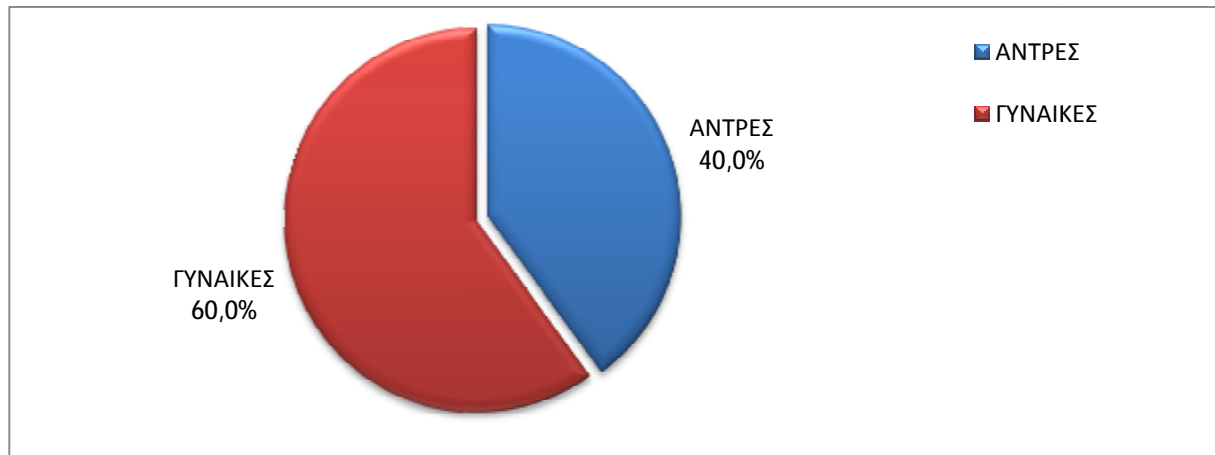


Από το Κ.Α.Π.Η. στα Ζαρουχλέικα συμμετείχαν στην έρευνα 20 (33,3%) ηλικιωμένοι, από το Κ.Α.Π.Η. στη Βοσπόρου συμμετείχαν 15 (25%), από το άσυλο ανιάτων συμμετείχαν 5 (8,3%), από τα περιστατικά του νευρολόγου 10 (16,6%) και από το συγγενικό περιβάλλον των εκπονούντων της πτυχιακής 10 (16,6%). Συνολικά όλοι οι ερωτώμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 60 άτομα.

Πίνακας 2: Φύλο

ΦΥΛΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΑΝΤΡΕΣ	24 (40%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	36 (60%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 2: Φύλο

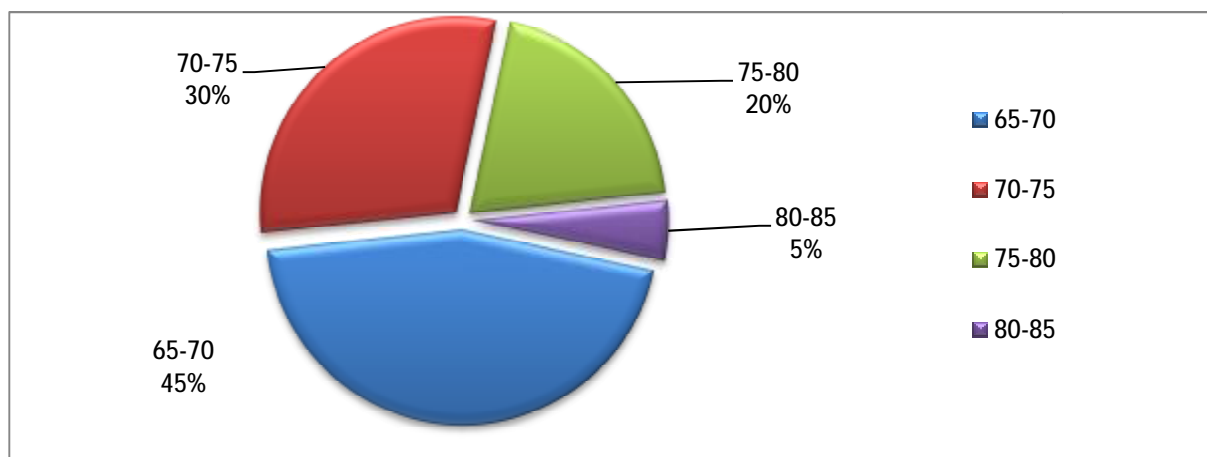


Στην έρευνα συμμετείχαν 60 ηλικιωμένοι εκ των οποίων οι 24 (40%) ήταν άντρες και οι 36 (60%) ήταν γυναίκες.

Πίνακας 3: Ηλικιακές ομάδες

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
65-70	27 (45%)
71-75	18 (30%)
76-80	12 (20%)
81-85	3 (5%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 3: Ηλικιακές ομάδες

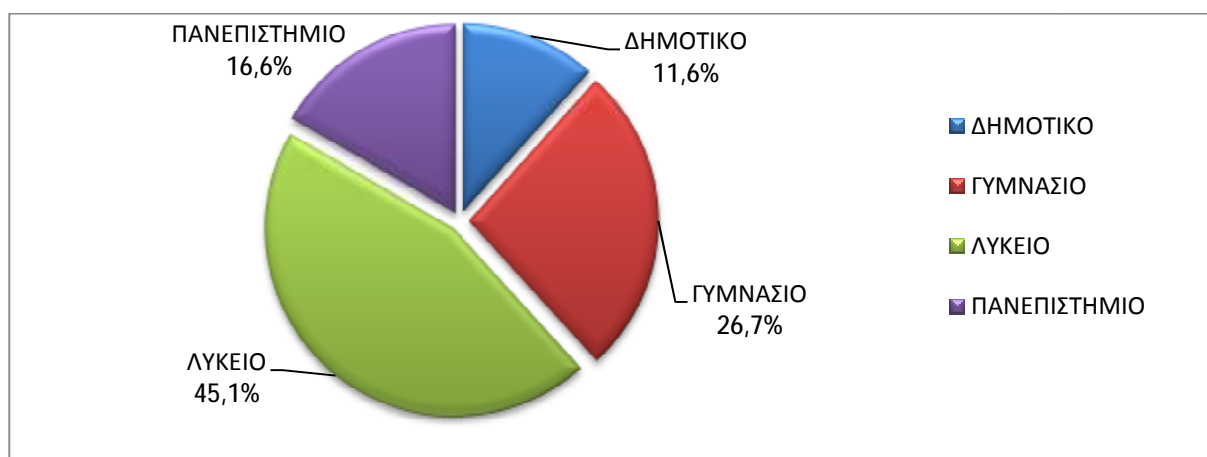


Στον πίνακα αυτό φαίνεται ότι από τα 60 άτομα του δείγματος, τα 27 άτομα (45%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 65-70, τα 18 άτομα (30%) ήταν 71-75 χρονών, τα 12 άτομα (20%) ήταν ηλικίας 76-80 και τα 3 (5%) ήταν 81-85 χρονών.

Πίνακας 4: Μόρφωση

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	7 (11,6%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	16 (26,6%)
ΛΥΚΕΙΟ	27 (45%)
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ	10 (16,6%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 4: Μόρφωση

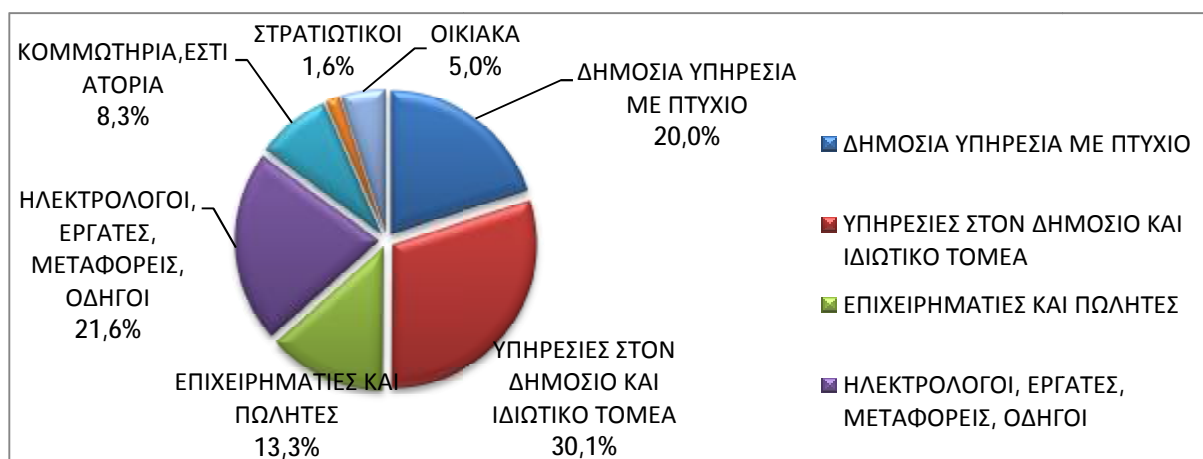


Από το δείγμα μας οι 27 (45%) είχαν τελειώσει το λύκειο, οι 16 (26,6%) είχαν τελειώσει το γυμνάσιο, οι 10 (16,6%) το πανεπιστήμιο και οι 7 (11,6%) είχαν το δημοτικό.

Πίνακας 5: Επάγγελμα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ, ΜΕ ΠΤΥΧΙΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	12 (20%)
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	18 (30%)
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΕΣ, ΠΩΛΗΤΕΣ	8 (13,3%)
ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΟΙ, ΕΡΓΑΤΕΣ, ΜΕΤΑΦΟΡΕΙΣ, ΟΔΗΓΟΙ	13 (21,6%)
ΚΟΜΜΩΤΗΡΙΑ, ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΑ, ΨΗΣΤΕΣ	5 (8,3%)
ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΙ	1 (1,6%)
ΟΙΚΙΑΚΑ	3 (5%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

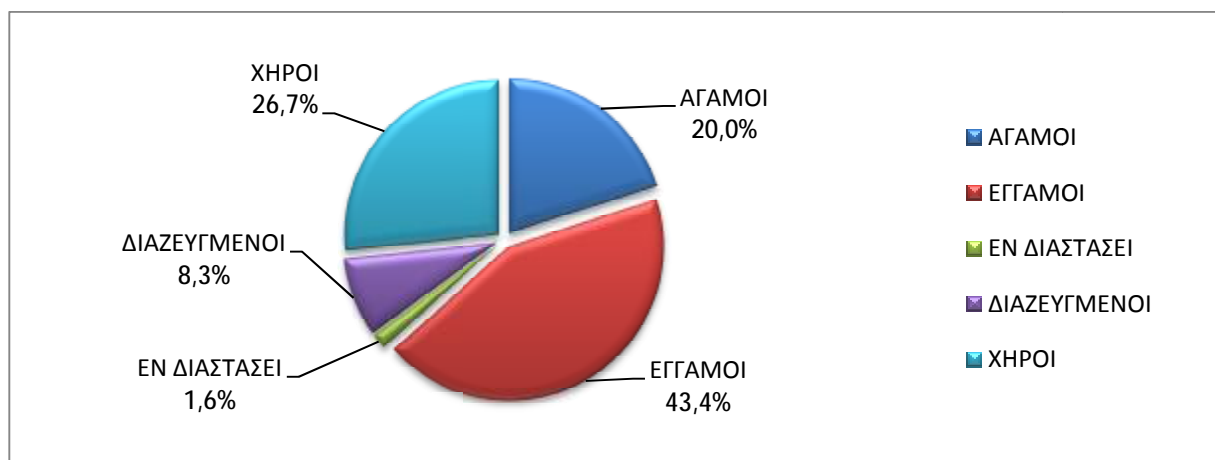
Διάγραμμα 5: Επάγγελμα



Από το δείγμα μας οι 18 (30%) εργάζονταν σε υπηρεσίες του δημοσίου ή ιδιωτικού φορέα, οι 13 (21,6%) ήταν ηλεκτρολόγοι, εργάτες, μεταφορείς και οδηγοί, οι 12 (20%) ήταν υπάλληλοι σε δημόσια υπηρεσία με πτυχίο και επαγγελματικά δικαιώματα, οι 8 (13,3%) ήταν επιχειρηματίες ή πωλητές, οι 5 (8,3%) είχαν κομμωτήρια, εστιατόρια ή ήταν ψήστες, οι 3 (5%) ασχολούνται με τα οικιακά και ο 1 (1,6%) ήταν στρατιωτικός.

Πίνακας 6: Οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Αριθμός ατόμων
ΑΓΑΜΟΙ	12 (20%)
ΕΓΓΑΜΟΙ	26 (43,3%)
ΕΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙ	1 (1,6%)
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	5 (8,3%)
ΧΗΡΟΙ	16 (26,6%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

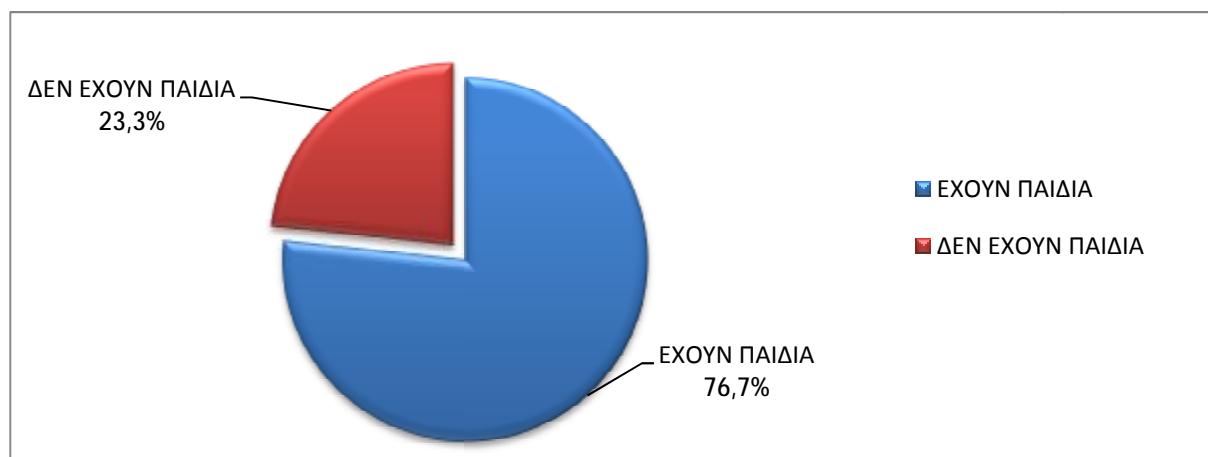
Διάγραμμα 6: Οικογενειακή κατάσταση

Από τους 60 ερωτηθέντες οι 26 (43,3%) είναι έγγαμοι, οι 16 (26,6%) είναι χήροι, οι 12 (20%) είναι άγαμοι, οι 5 (8,3%) είναι διαζευγμένοι και 1 άτομο (1,6%) βρίσκεται σε διάσταση.

Πίνακας 7: Ύπαρξη παιδιών

ΕΧΟΥΝ ΠΑΙΔΙΑ	46 (76,6%)
ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΠΑΙΔΙΑ	14 (23,3%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0 (0%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 7: Ύπαρξη παιδιών

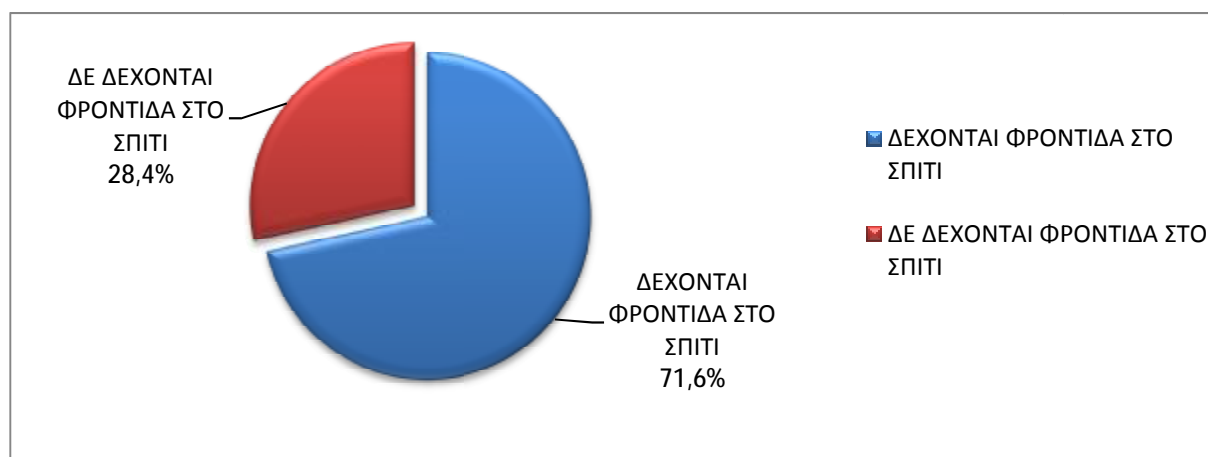


Από τα 60 άτομα του δείγματος τα 46 άτομα (76,6%) έχουν παιδιά ενώ τα 14 (23,3%) δεν έχουν παιδιά. Δεν υπήρξε ερωτώμενος που να απάντησε δεν ξέρω ή δεν απαντώ.

Πίνακας 8: Ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι

ΔΕΧΟΝΤΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	43 (71,6%)
ΔΕΝ ΔΕΧΟΝΤΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	17 (28,4%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0 (0%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 8: Ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι

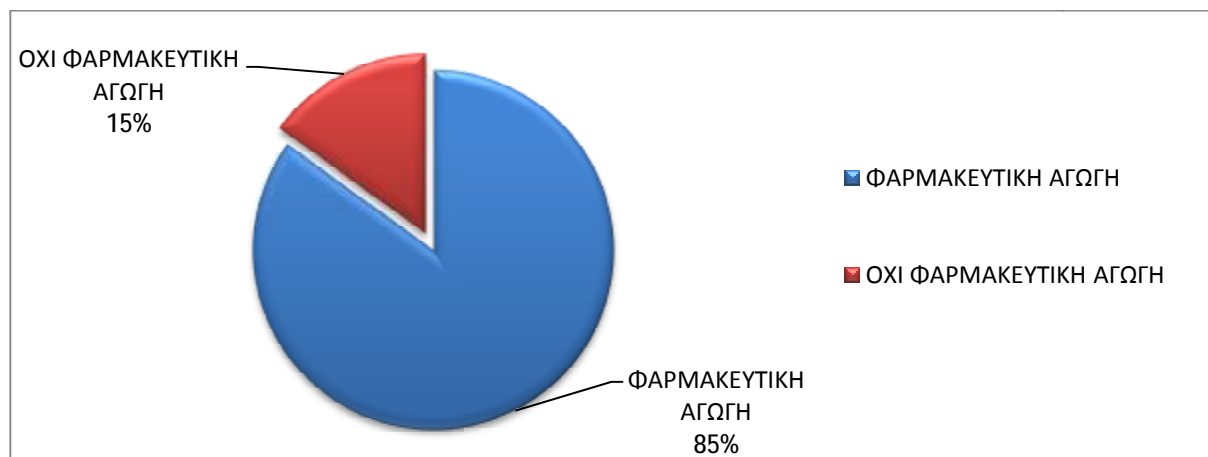


Από τα 60 άτομα του δείγματος, τα 43 άτομα (71,6%) έχουν κάποιον στο σπίτι που τους φροντίζει και τα 17 (28,4%) δεν δέχονται φροντίδα στο σπίτι. Δεν υπήρξε ερωτώμενος που να μην ήθελε ή να μην θυμόταν να απαντήσει.

Πίνακας 9: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής

ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	51 (85%)
ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	9 (15%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0 (0%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 9: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής

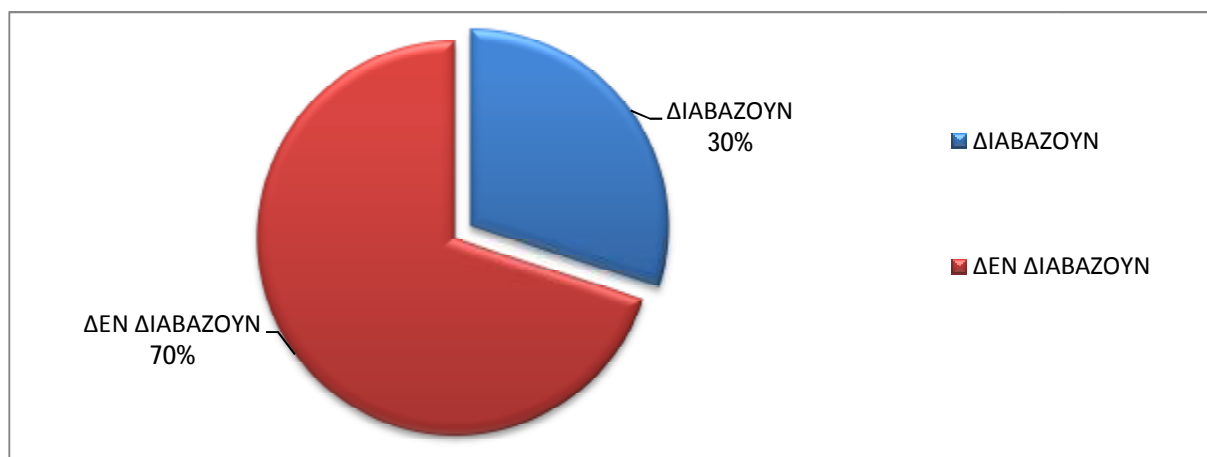


Από τους 60 ερωτηθέντες οι 51 (85%) λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ενώ οι 9 (15%) δεν λαμβάνουν. Δεν υπήρξε ερωτώμενος που να απάντησε δεν ξέρω ή δεν απαντώ.

Πίνακας 10: Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου

ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΑΣΜΑ	18 (30%)
ΔΕΝ ΔΙΑΒΑΖΟΥΝ	42 (70%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0 (0%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 10: Αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου

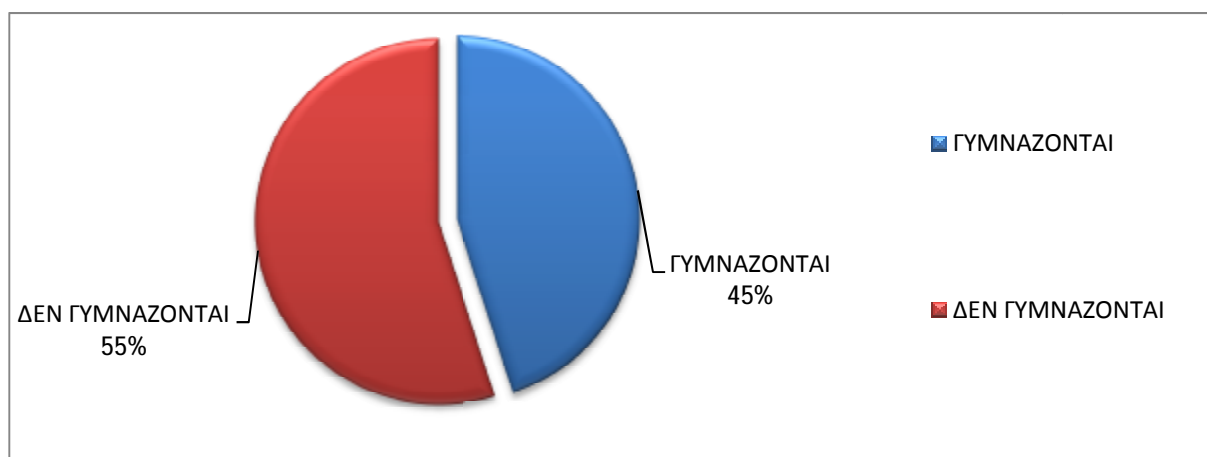


Οι 42 ερωτηθέντες του δείγματος (42%) στον ελεύθερο χρόνο τους δεν διαβάζουν, ενώ οι 18 (30%) ασχολούνται με το διάβασμα. Δεν υπήρξε ερωτώμενος που να απάντησε δεν ξέρω ή δεν απαντώ.

Πίνακας 11: Γυμναστική

ΓΥΜΝΑΖΟΝΤΑΙ	27 (45%)
ΔΕΝ ΓΥΜΝΑΖΟΝΤΑΙ	33 (55%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0 (0%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 11: Γυμναστική

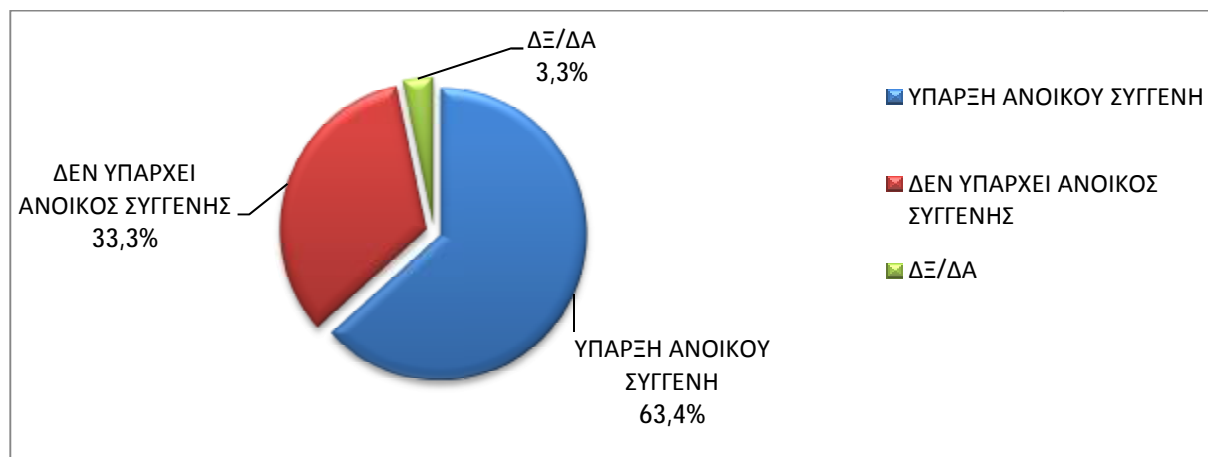


Από τα 60 άτομα τα 33 (55%) δεν γυμνάζονται, ενώ τα 27 (45%) ασχολούνται με τη γυμναστική. Δεν υπήρξε ερωτώμενος που να απάντησε δεν ξέρω ή δεν απαντώ.

Πίνακας 12: Ύπαρξη ανοϊκού συγγενή

ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΟΙΚΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ	38 (63,3%)
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΑΝΟΙΚΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ	20 (33,3%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	2 (3,3%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 12: Ύπαρξη ανοϊκού συγγενή

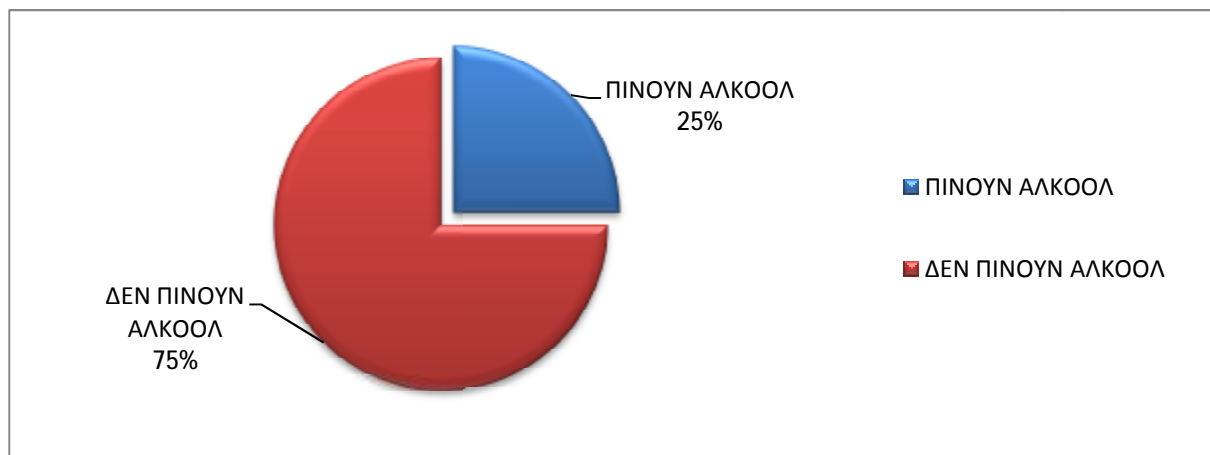


Από τα 60 άτομα του δείγματος τα 38 (63,3%) έχουν κάποιο συγγενή με άνοια, τα 20 (33,3%) δεν έχουν συγγενή με άνοια και 2 άτομα (3,3%) είτε δεν ήθελαν να απαντήσουν είτε δεν γνώριζαν.

Πίνακας 13: Κατανάλωση αλκοόλ

ΠΙΝΟΥΝ ΑΛΚΟΟΛ	15 (25%)
ΔΕΝ ΠΙΝΟΥΝ ΑΛΚΟΟΛ	45 (75%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0 (0%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 13: Κατανάλωση αλκοόλ

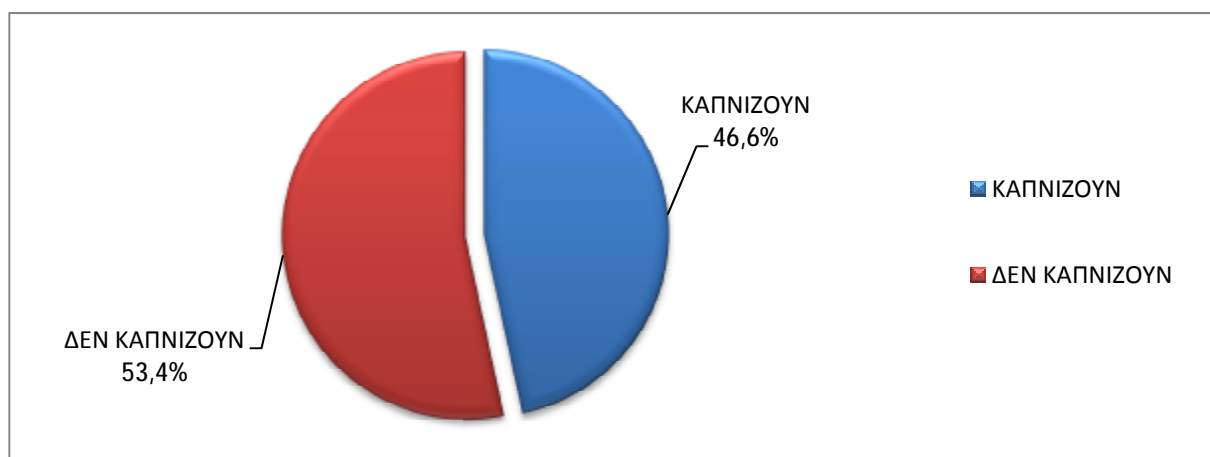


Από τα 60 άτομα του δείγματος τα 45 (75%) δεν πίνουν αλκοόλ ενώ τα 15 (25%) καταναλώνουν αλκοόλ. Δεν υπήρξε ερωτώμενος που να απάντησε δεν ξέρω ή δεν απαντώ.

Πίνακας 14: Κάπνισμα

ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ	28 (46,6%)
ΔΕΝ ΚΑΠΝΙΖΟΥΝ	32 (53,3%)
ΔΕΝ ΞΕΡΩ/ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΩ	0 (0%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 14: Κάπνισμα

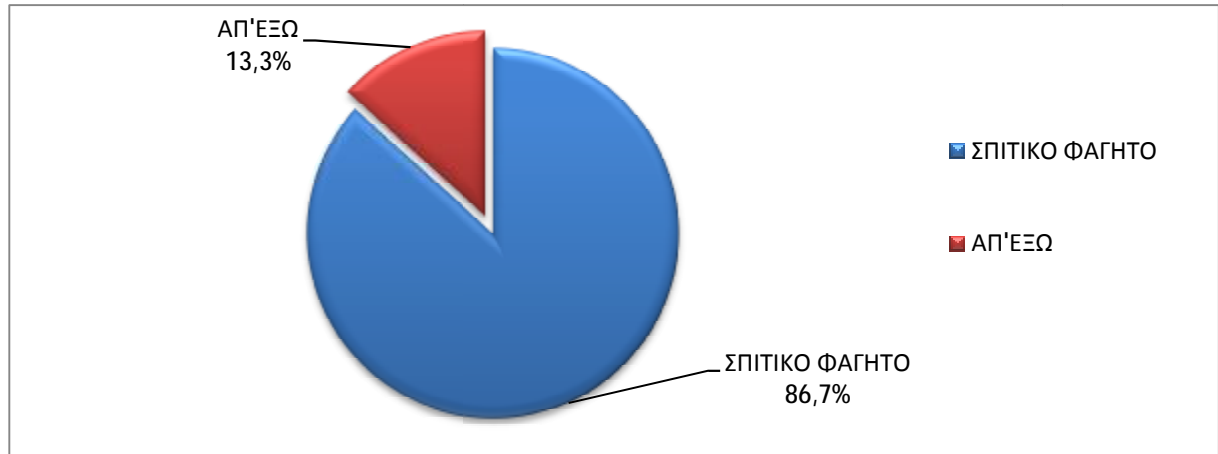


Τα 32 (53,3%) άτομα του δείγματος δεν καπνίζουν, ενώ τα 28 (46,6%) καπνίζουν. Δεν υπήρξε ερωτώμενος που να απάντησε δεν ξέρω ή δεν απαντώ.

Πίνακας 15: Διατροφή

ΣΠΙΤΙΚΟ ΦΑΓΗΤΟ	52 (86,6%)
ΑΠ' ΕΞΩ	8 (13,3%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 15: Διατροφή

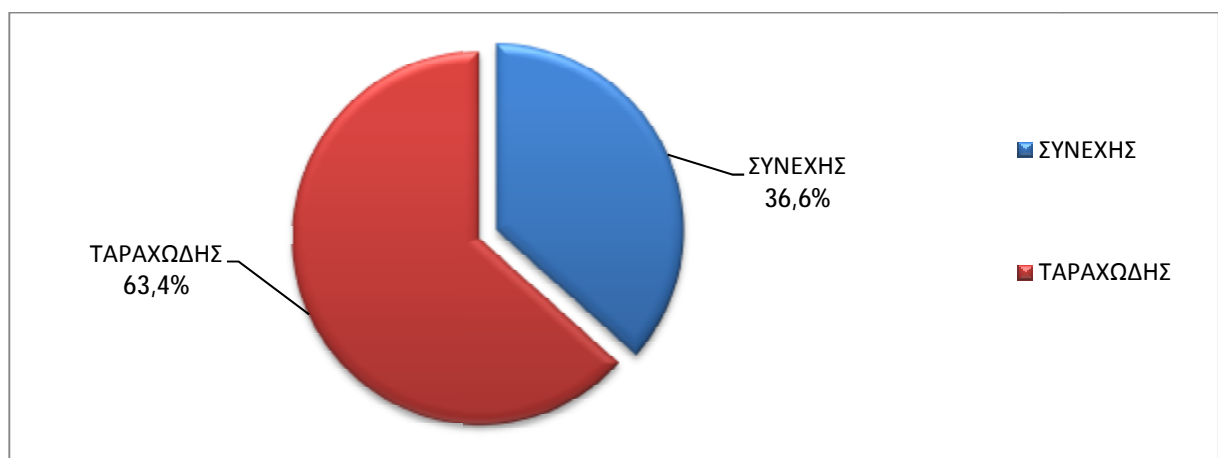


Από τα 60 άτομα του δείγματος, τα 52 (86,6%) τρέφονται με σπιτικό φαγητό, ενώ τα 8 (13,3%) τρώνε απ'έξω.

Πίνακας 16: Ύπνος

ΣΥΝΕΧΗΣ	22 (36,6%)
ΤΑΡΑΧΩΔΗΣ	38 (63,3)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 16: Ύπνος

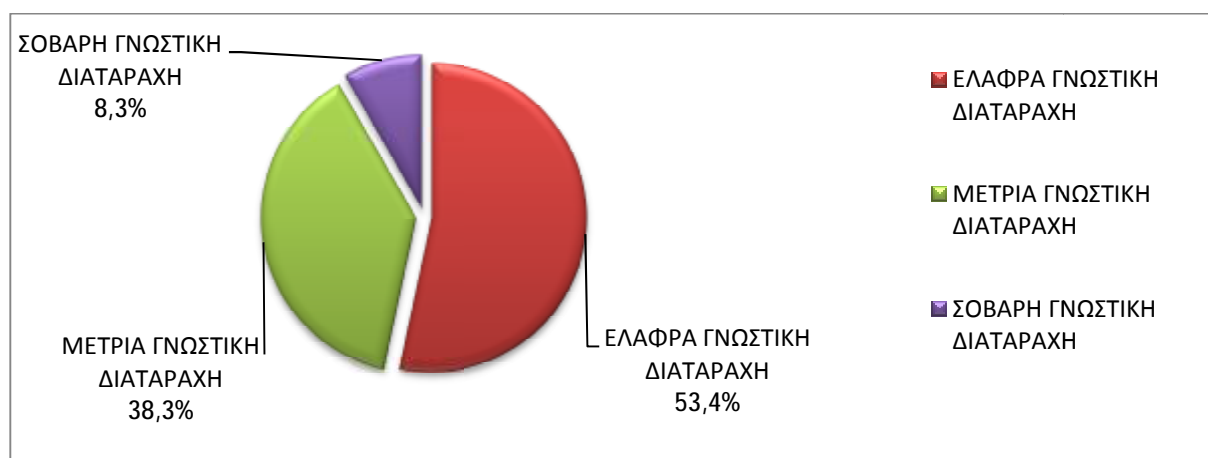


Από τους 60 ερωτώμενους, μόνο 22 (36,6%) δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα στον ύπνο. Οι υπόλοιποι 38 (63,3%) έχουν ταραχώδη ύπνο.

Πίνακας 17: Εκτίμηση γνωστικού επιπέδου (κλίμακα βαθμολόγησης του Mini- Mental State Examination)

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	0 (0%)
ΕΛΑΦΡΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	32 (53,3%)
ΜΕΤΡΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	23 (38,3%)
ΣΟΒΑΡΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	5 (8,3%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 17: Εκτίμηση γνωστικού επιπέδου (κλίμακα βαθμολόγησης του Mini- Mental State Examination)

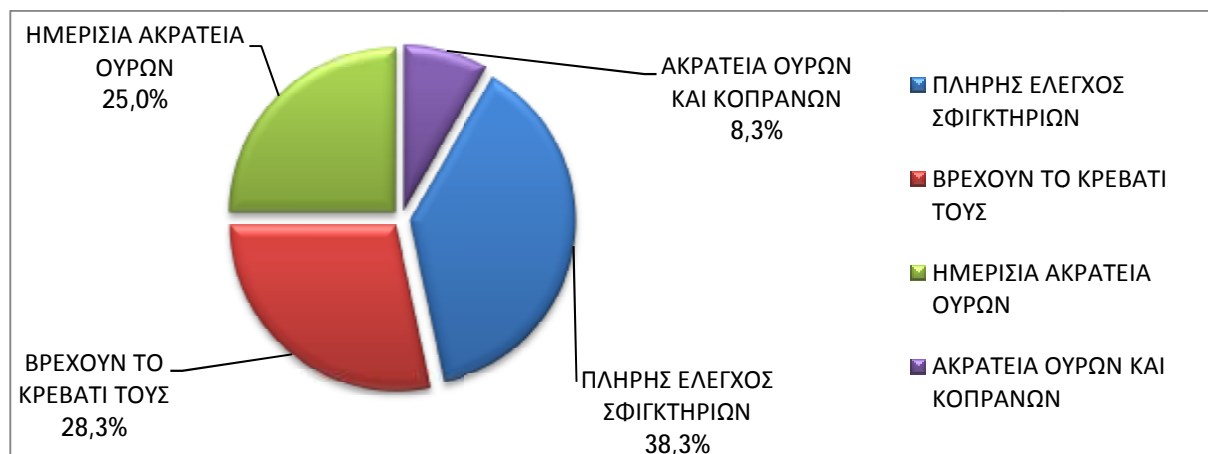


Από τα 60 άτομα του δείγματος τα 32 (53,3%) εμφανίζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 23 (38,3%) μέτρια και τα 5 άτομα (8,3%) εμφανίζουν σοβαρή γνωστική διαταραχή. Κανένα άτομο δεν έχει φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο (0%).

Πίνακας 18: Ερώτηση «Ακράτεια» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΑΚΡΑΤΕΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΠΛΗΡΗΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΣΦΙΓΚΤΗΡΩΝ	23 (38,3%)
ΒΡΕΧΟΥΝ ΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ ΤΟΥΣ	17 (28,3%)
ΗΜΕΡΙΣΙΑ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ	15 (25%)
ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΚΑΙ ΚΟΠΡΑΝΩΝ	5 (8,3%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 18: Ερώτηση «Ακράτεια» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

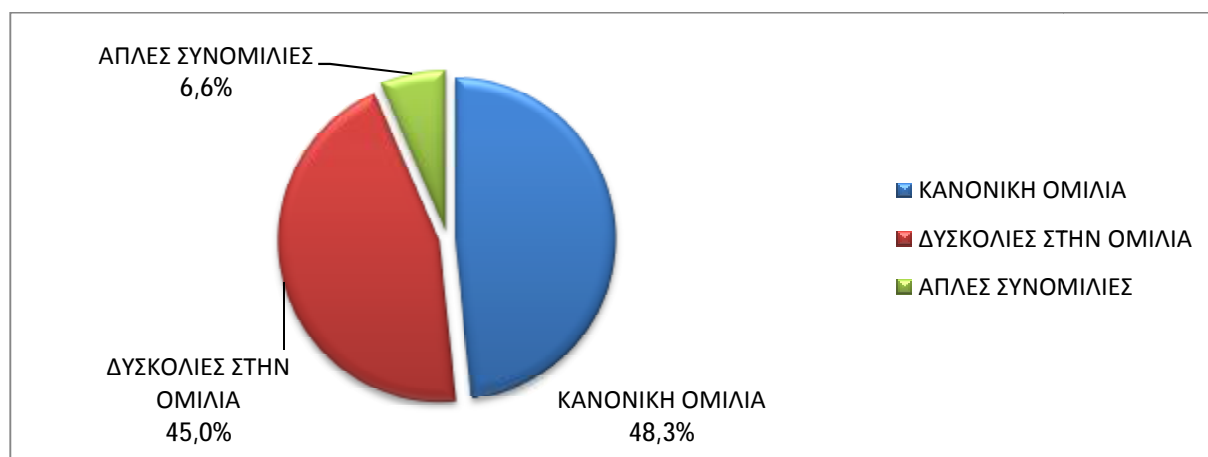


Τα 23 άτομα (38,3%) έχουν πλήρη έλεγχο των σφιγκτήρων, τα 17 (28,3%) βρέχουν το κρεβάτι τους, τα 15 άτομα (25%) έχουν ημερίσια ακράτεια ούρων και 5 άτομα (8,3%) έχουν ακράτεια ούρων και κοπράνων.

Πίνακας 19: Ερώτηση «Λεκτική επικοινωνία» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΟΜΙΛΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΟΜΙΛΙΑ	29 (48,3%)
ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΟΜΙΛΙΑ	27 (45%)
ΑΠΛΕΣ ΣΥΝΟΜΙΛΙΕΣ	4 (6,6%)
ΔΕΝ ΜΙΛΑΕΙ ΜΕ ΣΥΝΕΠΕΙΑ	0 (0%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 19: Ερώτηση «Λεκτική επικοινωνία» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

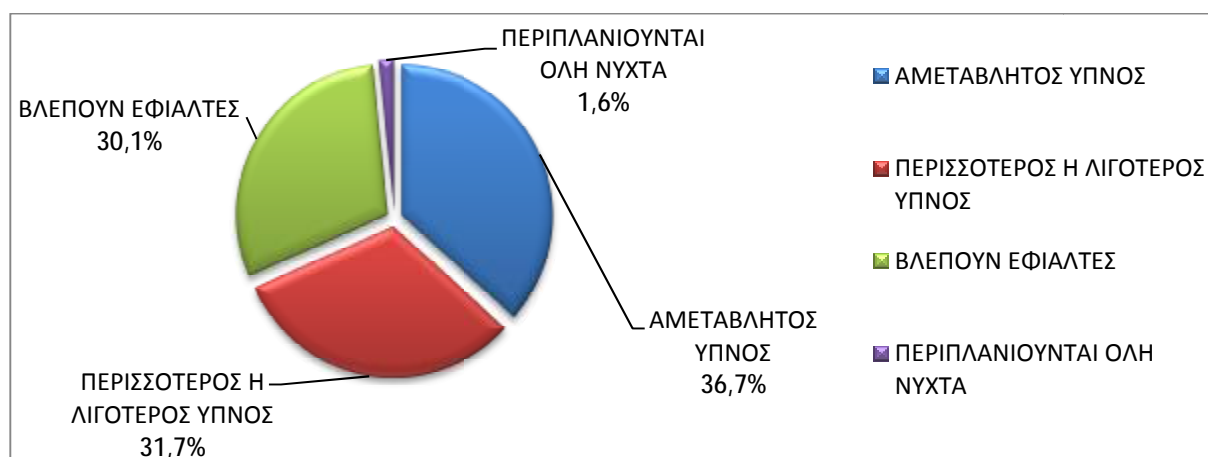


Από τον συγκεκριμένο πίνακα παρατηρείται ότι από τους 60 ερωτηθέντες, οι 29 (48,3%) έχουν κανονική ομιλία, οι 27 (45%) αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ομιλία τους και οι 4 (6,6%) επικοινωνούν μόνο με απλές συνομιλίες.

Πίνακας 20: Ερώτηση «Ύπνος» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΥΠΝΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΑΜΕΤΑΒΛΗΤΟΣ ΥΠΝΟΣ	22 (36,6%)
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΣ Η ΛΙΓΟΤΕΡΟΣ ΥΠΝΟΣ	19 (31,6%)
ΒΛΕΠΟΥΝ ΕΦΙΑΛΤΕΣ	18 (30%)
ΠΕΡΙΠΛΑΝΙΟΥΝΤΑΙ ΟΛΗ ΝΥΧΤΑ	1 (1,6%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 20: Ερώτηση «Ύπνος» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

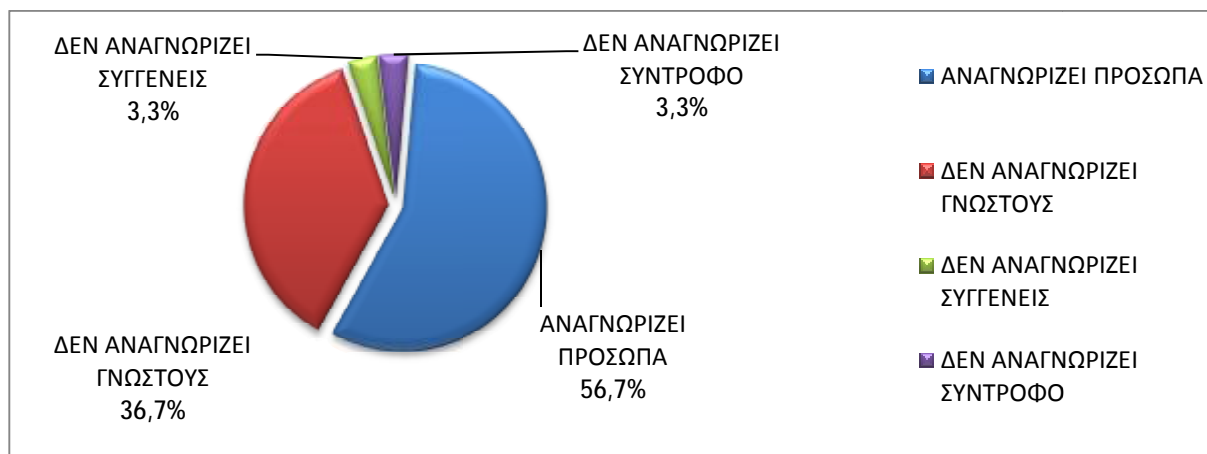


Από τον πίνακα αυτό φαίνεται ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες είχαν αμετάβλητο ύπνο 22 (36,6%), οι 19 (31,6%) είχαν περισσότερο ή λιγότερο ύπνο, οι 18 (30%) είχαν εφιάλτες και 1 άτομο περιπλανιόταν όλη τη νύχτα.

Πίνακας 21: Ερώτηση «Αναγνώριση προσώπων» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΠΡΟΣΩΠΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΠΡΟΣΩΠΑ	34 (55,6%)
ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΓΝΩΣΤΟΥΣ	22 (36,6%)
ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	2 (3,3%)
ΔΕΝ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΥΝ ΤΟΝ ΣΥΝΤΡΟΦΟ	2 (3,3%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 21: Ερώτηση «Αναγνώριση προσώπων» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

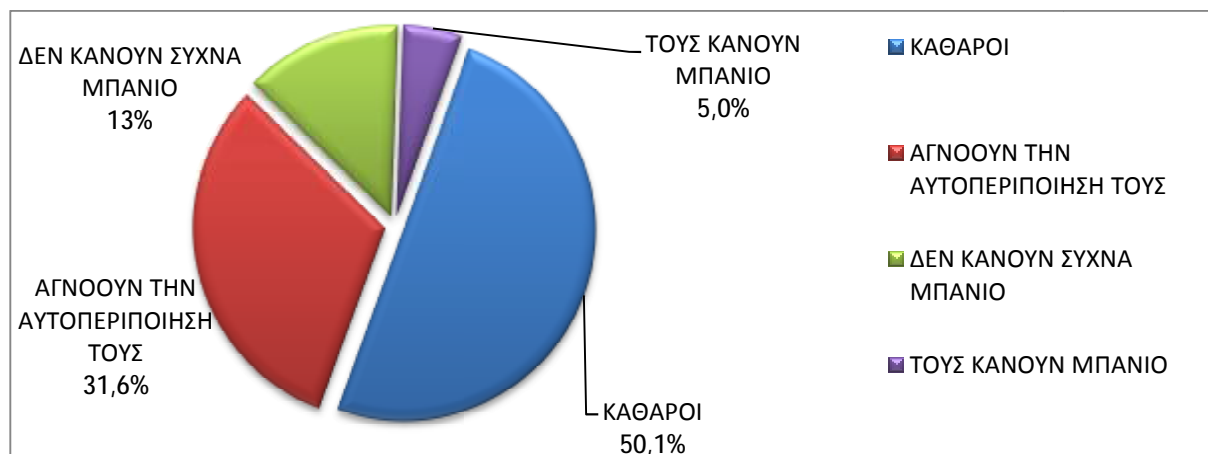


Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος τα 34 άτομα (56,6%) αναγνωρίζουν πρόσωπα, τα 22 (36,6%) δεν αναγνωρίζουν γνωστούς, 2 άτομα (3,3%) δεν αναγνωρίζουν συγγενείς και τα άλλα 2 (3,3%), δεν αναγνωρίζουν τους συντρόφους τους.

Πίνακα 22: Συχνότητα της ερώτησης «Υγιεινή και περιποίηση» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΚΑΘΑΡΟΙ	30 (50%)
ΑΓΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΑΥΤΟΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ	19 (31,6%)
ΔΕΝ ΚΑΝΟΥΝ ΣΥΧΝΑ ΜΠΑΝΙΟ	8 (13,3%)
ΤΟΥΣ ΚΑΝΟΥΝ ΜΠΑΝΙΟ	3 (5%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 22: Συχνότητα της ερώτησης «Υγιεινή και περιποίηση» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

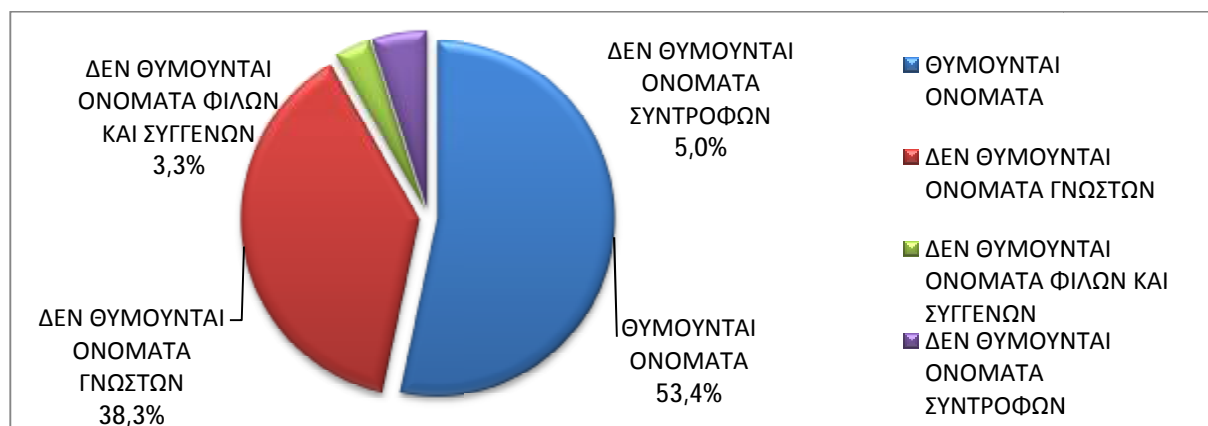


Από τους 60 ηλικιωμένους του δείγματος, οι 30 (50%) ασχολούνται με την ατομική τους υγιεινή, οι 19 (31,6%) αγνοούν την αυτοπεριποίησή τους, οι 8 (13,3%) δεν κάνουν συχνά μπάνιο και οι 3 ηλικιωμένοι (5%) χρειάζονται βοήθεια για να κάνουν μπάνιο.

Πίνακας 23: Ερώτηση «Μνήμη ονομάτων» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΜΝΗΜΗ ΟΝΟΜΑΤΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΘΥΜΟΥΝΤΑΙ ΟΝΟΜΑΤΑ	32 (53,3%)
ΔΕΝ ΘΥΜΟΥΝΤΑΙ ΟΝΟΜΑΤΑ ΓΝΩΣΤΩΝ	23 (38,3%)
ΔΕΝ ΘΥΜΟΥΝΤΑΙ ΟΝΟΜΑΤΑ ΦΙΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΕΝΩΝ	2 (3,3%)
ΔΕΝ ΘΥΜΟΥΝΤΑΙ ΟΝΟΜΑΤΑ ΣΥΝΤΡΟΦΩΝ	3 (5%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 23: Ερώτηση «Μνήμη ονομάτων» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

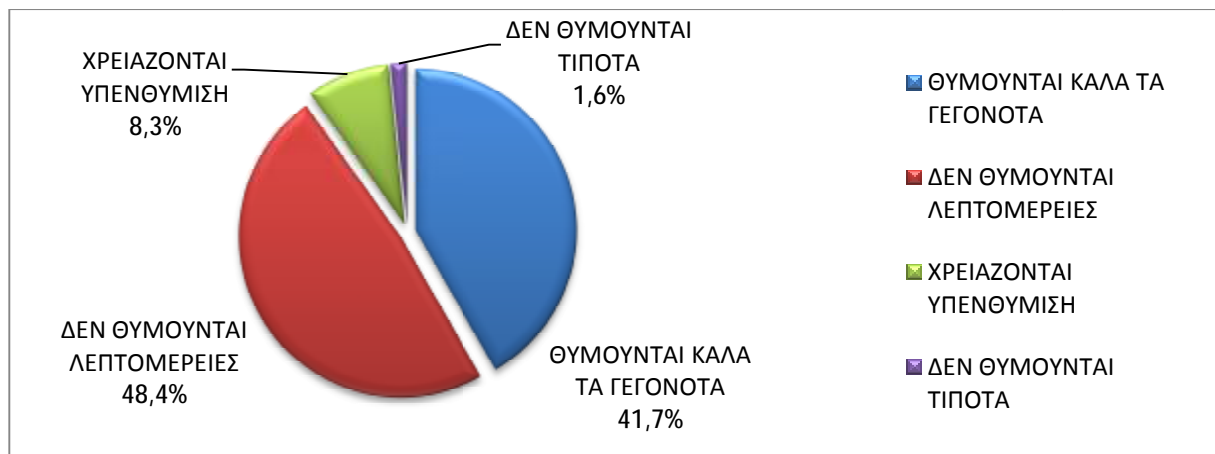


Οι 32 ερωτηθέντες (53,3%) δεν έχουν προβλήματα με τη μνήμη ονομάτων τους, οι 23 (38,3%) δεν θυμούνται ονόματα γνωστών, οι 2 (3,3%) δεν θυμούνται ονόματα φίλων και συγγενών και οι υπόλοιποι 3 (5%) δεν θυμούνται το όνομα του συντρόφου τους.

Πίνακας 24: Ερώτηση «Ανάκληση γεγονότων» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΜΝΗΜΗ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΘΥΜΟΥΝΤΑΙ ΚΑΛΑ ΤΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ	25 (41,6%)
ΔΕΝ ΘΥΜΟΥΝΤΑΙ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ	29 (48,3%)
ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΗ	5 (8,3%)
ΔΕΝ ΘΥΜΟΥΝΤΑΙ ΤΙΠΟΤΑ	1 (1,6%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 24: Ερώτηση «Ανάκληση γεγονότων» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

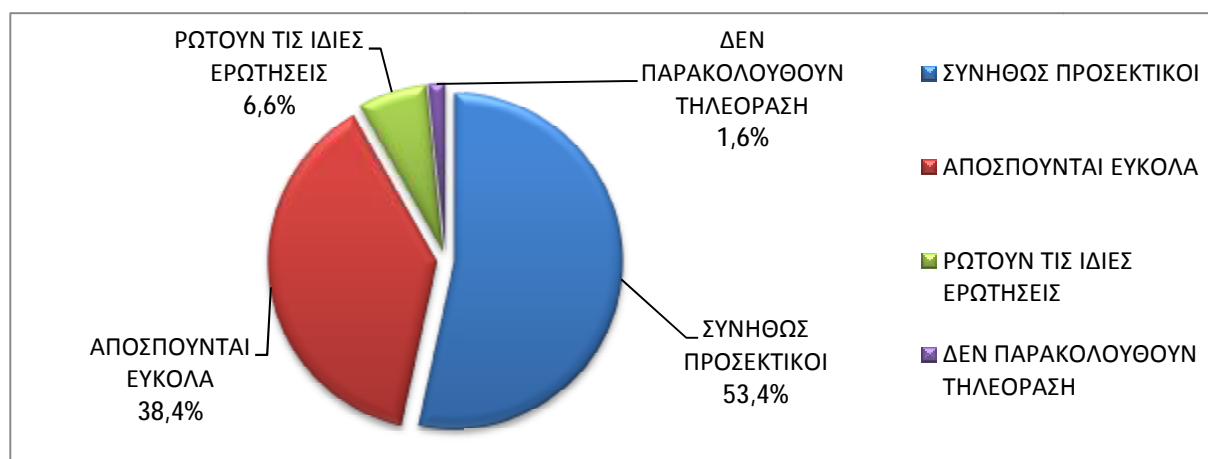


Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 60 ερωτηθέντες, οι 29 (48,3%) δεν θυμούνται λεπτομέρειες, οι 25 (41,6%) θυμούνται καλά τα γεγονότα, οι 5 (8,3%) χρειάζονται υπενθύμιση και 1 άτομο (1,6%) δεν θυμάται τίποτα.

Πίνακας 25: Ερώτηση «Νοητική Εγρήγορση» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΕΓΡΗΓΟΡΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΣΥΝΗΘΩΣ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΟΙ	32 (53,3%)
ΑΠΟΣΠΟΥΝΤΑΙ ΕΥΚΟΛΑ	23 (38,3%)
ΡΩΤΟΥΝ ΤΙΣ ΙΔΙΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	4 (6,6%)
ΔΕΝ ΔΙΑΤΗΡΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΣΟΧΗ ΤΟΥΣ	1 (1,6%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 25: Ερώτηση «Νοητική Εγρήγορση» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

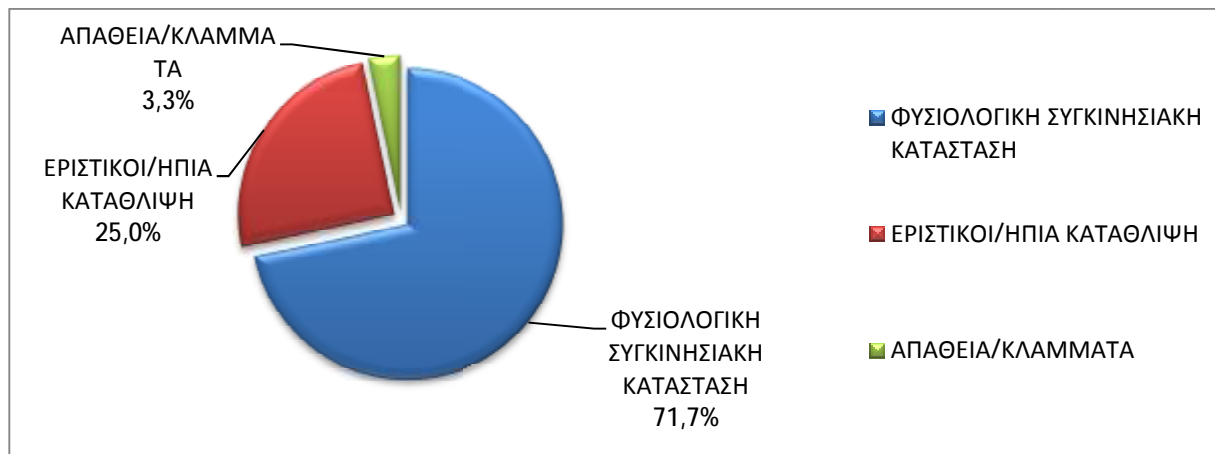


Η πλειονότητα των ατόμων, 32 άτομα (53,3%) είναι συνήθως προσεκτικοί, τα 23 άτομα (38,3%) αποσπώνται εύκολα, 4 άτομα (6,6%) ρωτούν τις ίδιες ερωτήσεις και 1 άτομο (1,6 %) δεν παρακολουθεί τηλεόραση.

Πίνακας 26: Ερώτηση «Συναίσθημα» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΣΥΓΚΙΝΗΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΓΚΙΝΗΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	43 (71,6%)
ΕΡΙΣΤΙΚΟΙ/ΗΠΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	15 (25%)
ΑΠΑΘΕΙΑ/ΚΛΑΜΜΑΤΑ	2 (3,3%)
ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΛΕΓΧΟΣ	0 (0%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 26: Ερώτηση «Συναίσθημα» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

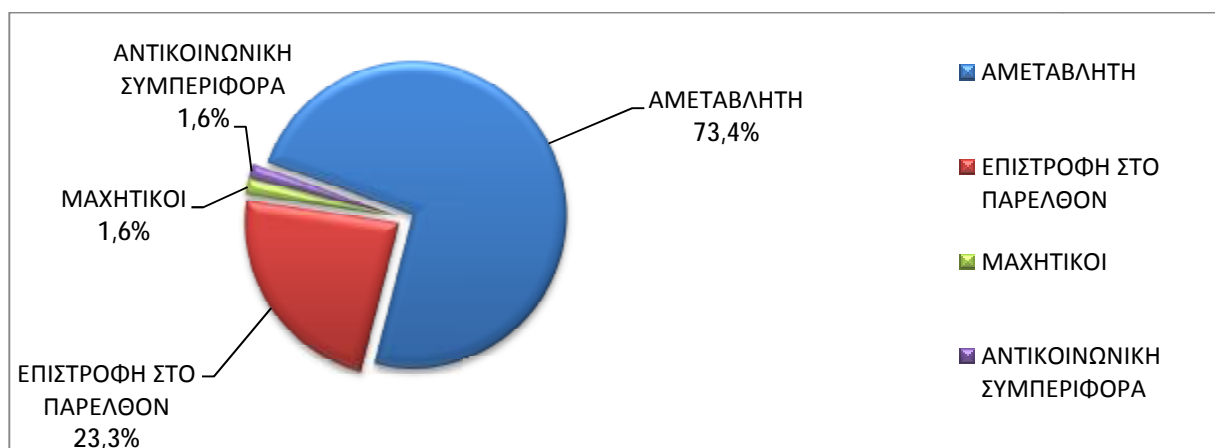


Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι από τους 60 ερωτηθέντες οι 43 (71,6%) έχουν φυσιολογική συγκινησιακή κατάσταση, οι 15 (25%) είναι εριστικοί ή έχουν ήπια κατάθλιψη, οι 2 (3,3%) παρουσιάζονται απαθείς ή κλαίνε και σε κανένα άτομο (0%) δεν υπάρχει έλεγχος.

Πίνακας 27: Ερώτηση «Κοινωνική συμπεριφορά» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΑΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	44 (73,3%)
ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ	14 (23,3%)
ΜΑΧΗΤΙΚΟΙ	1 (1,6%)
ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	1 (1,6%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 27: Ερώτηση «Κοινωνική συμπεριφορά» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

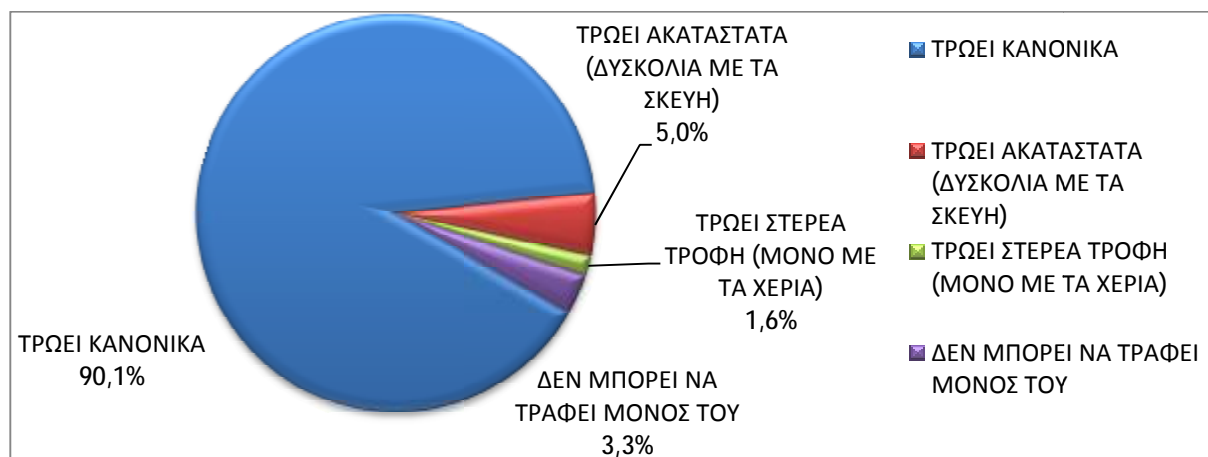


Από το 60 άτομα του δείγματος, τα 44 (73,3%) έχουν αμετάβλητη κοινωνική συμπεριφορά, τα 14 (23,3%) παρουσιάζουν κατά την ομιλία τους επιστροφή στο παρελθόν, 1 άτομο (1,6%) εμφανίζεται μαχητικό και 1 άτομο (1,6%) παρουσιάζει αντικοινωνική συμπεριφορά.

Πίνακας 28: Ερώτηση «Φαγητό» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΦΑΓΗΤΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΤΡΩΕΙ ΚΑΝΟΝΙΚΑ	54 (90%)
ΤΡΩΕΙ ΑΚΑΤΑΣΤΑΤΑ (ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΜΕ ΤΑ ΣΚΕΥΗ)	3 (5%)
ΤΡΩΕΙ ΣΤΕΡΕΑ ΤΡΟΦΗ (ΜΟΝΟ ΜΕ ΤΑ ΧΕΡΙΑ)	1 (1,6%)
ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΤΡΑΦΕΙ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ	2 (3,3%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 28: Ερώτηση «Φαγητό» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

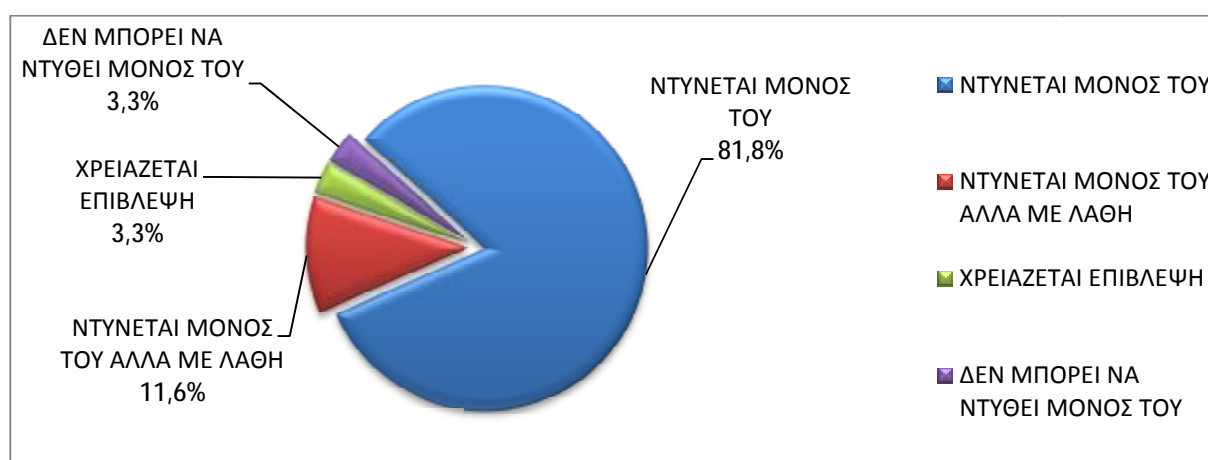


Από το 60 άτομα του δείγματος, τα 54 (90%) τρώνε κανονικά, τα 3 (5%) τρώνε ακατάστατα και δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν σκεύη, 1 άτομο (1,6%) μπορεί να φάει μόνος του μόνο στερεά τροφή με τα χέρια και 2 άτομα (3,3%) δεν μπορούν να τραφούν μόνα τους.

Πίνακας 29: Ερώτηση «Ντύσιμο» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΝΤΥΣΙΜΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΝΤΥΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ	49 (81,6%)
ΝΤΥΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ ΑΛΛΑ ΜΕ ΛΑΘΗ	7 (11,6%)
ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΕΠΙΒΛΕΨΗ	2 (3,3%)
ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΝΤΥΘΕΙ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ	2 (3,3%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 29: Ερώτηση «Ντύσιμο» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

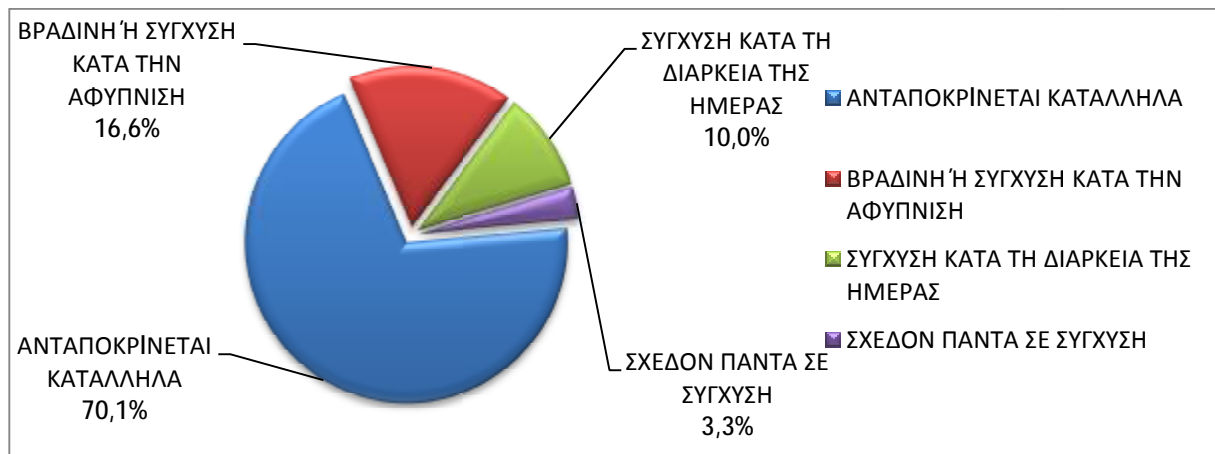


Από το 60 άτομα του δείγματος, τα 49 (81,6%) ντύνονται μόνα τους χωρίς βοήθεια, τα 7 (11,6%) ντύνονται μόνα τους αλλά κάνουν λάθη (π.χ. αταίριαστες κάλτσες ή παπούτσια), 2 άτομα (3,3%) χρειάζονται επίβλεψη και τέλος, 2 άτομα (3,3%) δεν μπορούν να ντυθούν μόνα τους.

Πίνακας 30: Ερώτηση «Σύγχυση στον λόγο» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΣΥΓΧΥΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΕΤΑΙ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ	42 (70%)
ΒΡΑΔΙΝΗ Ή ΣΥΓΧΥΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΦΥΠΝΙΣΗ	10 (16,6%)
ΣΥΓΧΥΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ	6 (10%)
ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ ΣΕ ΣΥΓΧΥΣΗ	2 (3,3%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 30: Ερώτηση «Σύγχυση στον λόγο» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

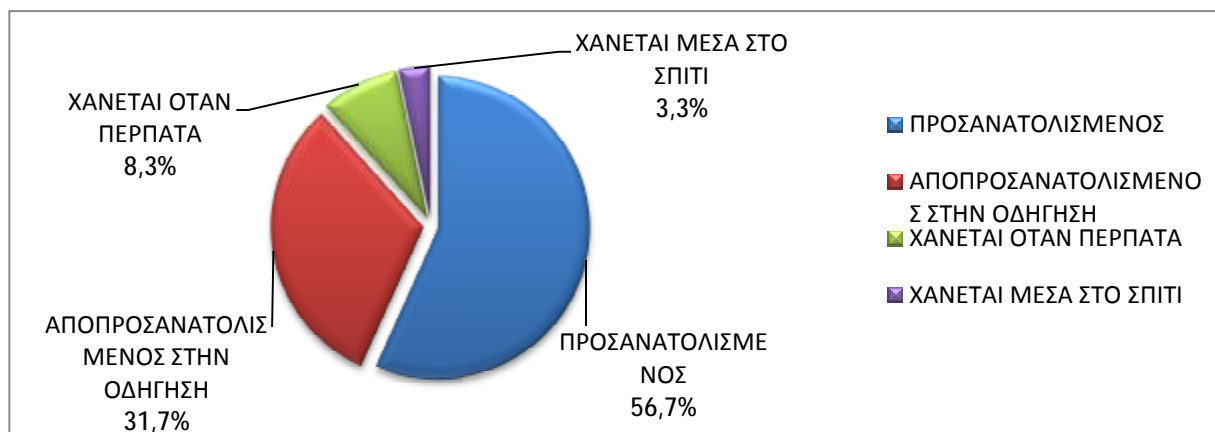


Από τα 60 άτομα του δείγματος, τα 42 άτομα (70%) ανταποκρίνονται κατάλληλα, τα 10 (16,6%) είναι σε σύγχυση το βράδυ ή κατά την αφύπνιση, 6 (10%) βρίσκονται σε σύγχυση κατά τη διάρκεια της ημέρας και 2 (3,3%) βρίσκονται σχεδόν πάντα σε σύγχυση.

Πίνακας 31: Ερώτηση «Προσανατολισμός στο χώρο» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia

ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΕΝΟΣ	34 (56,6%)
ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ	19 (31,6%)
ΧΑΝΕΤΑΙ ΟΤΑΝ ΠΕΡΠΑΤΑ	5 (8,3%)
ΧΑΝΕΤΑΙ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	2 (3,3%)
ΣΥΝΟΛΟ	60 (100%)

Διάγραμμα 31: Ερώτηση «Προσανατολισμός στο χώρο» από το Functional Rating Scale for symptoms of Dementia



Από τα 60 άτομα του δείγματος, τα 34 άτομα (56,6%) είναι προσανατολισμένα ως προς τον χώρο, τα 19 (31,6%) αποπροσανατολίζονται στην οδήγηση, 5 (8,3%) χάνονται όταν περπατάνε και 2 (3,3%) χάνονται μέσα στο σπίτι.

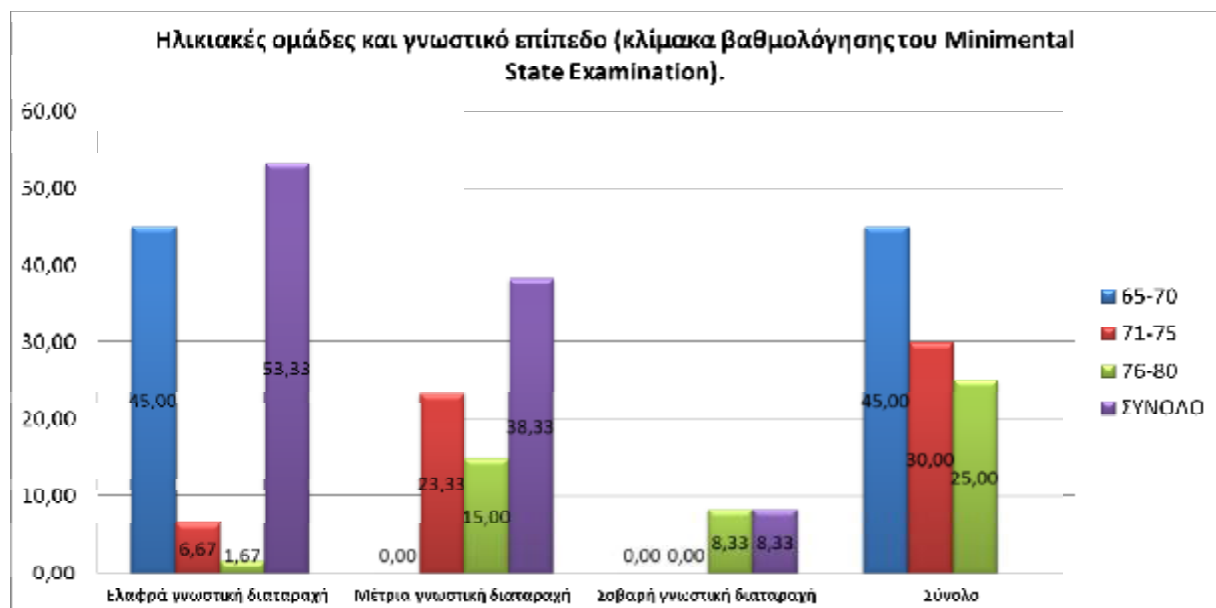
Πίνακας 32: Ηλικιακές ομάδες και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimal State Examination)

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
65-70	27 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	27 (45%)
71-75	4 (22%)	14 (78%)	0 (0%)	18 (30%)
76-80	1 (7%)	9 (60%)	5 (33%)	15 (25%)
ΣΥΝΟΛΟ	32 (53%)	23 (38%)	5 (8%)	60 (100%)

$\chi^2(4) = 54.909, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(4) = 54.909, p < .05$ για Ηλικιακές ομάδες και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimal State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο νέοι ηλικιακά έχουν ελαφριά γνωστική διαταραχή σε σχέση με τους μεγαλύτερους.

Διάγραμμα 32: Ηλικιακές ομάδες και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimal State Examination)



Από τα παραπάνω φαίνεται ότι και οι 27 (45%) ερωτώμενοι του δείγματος ηλικίας 65-70 έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή. Από τους 18 (30%) ερωτώμενους

ηλικίας 71-75, οι 4 (6,67%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 14 (23,33 %) έχουν μέτρια γνωστική διαταραχή, ενώ δεν υπάρχει κάποιος με σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τους 15 (25%) ερωτώμενους ηλικίας 76-80, ο 1 (1,67%) παρουσιάζει ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 9 (15%) μέτρια και οι 5 (8,33%) σοβαρή γνωστική διαταραχή.

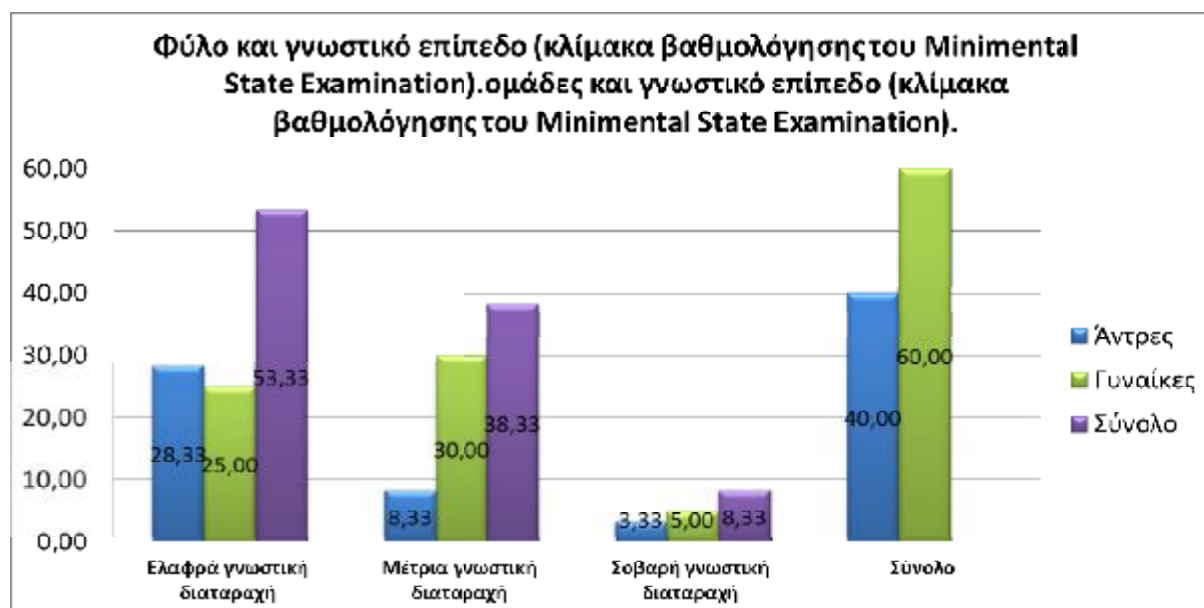
Πίνακας 33: Φύλο και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Άντρες	17 (71%)	5 (21%)	2 (8%)	24 (40%)
Γυναίκες	15 (42%)	18 (50%)	3 (8%)	36 (60%)
Σύνολο	32 (53%)	23 (38%)	5 (8%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = 5.493, p \leq .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = 5.493, p \leq .05$ για Φύλο και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν σοβαρότερη γνωστική διαταραχή.

Διάγραμμα 33: Φύλο και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Από τα παραπάνω φαίνεται ότι από τους 24 (40%) άντρες του δείγματος, οι 17(28,33%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 5 (8,33%) μέτρια και οι 2 (3,33%) σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τις 36 (60%) γυναίκες του δείγματος, οι 15 (25%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 18 (30%) έχουν μέτρια και οι 3 (5%) σοβαρή γνωστική διαταραχή.

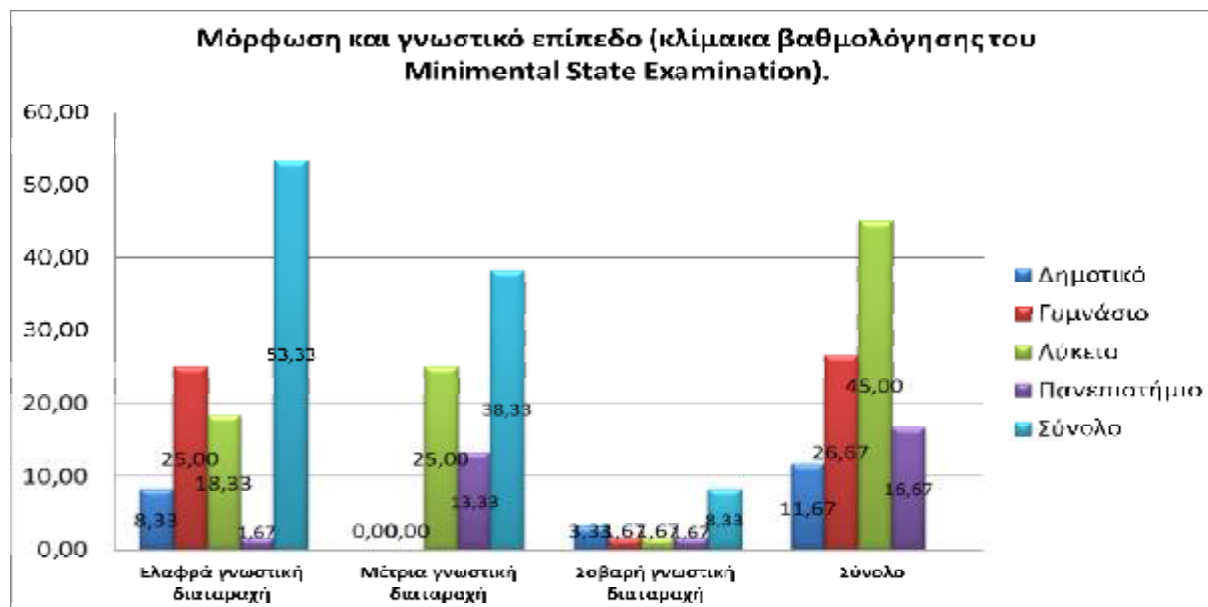
Πίνακας 34: Μόρφωση και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Δημοτικό	5 (71%)	0 (0%)	2 (29%)	7 (11,67%)
Γυμνάσιο	15 (94%)	0 (0%)	1 (6%)	16 (26,67%)
Λύκειο	11 (41%)	15 (56%)	1 (4%)	27 (45%)
Πανεπιστήμιο	1 (10%)	8 (80%)	1 (10%)	10 (16,67%)
Σύνολο	32 (53,33%)	23 (38,33%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(6) = 29.340, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(6) = 29.340, p < .05$ για Μόρφωση και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα περισσότερα άτομα με μέτρια γνωστική διαταραχή ήταν αυτά με μόρφωση Λυκείου.

Διάγραμμα 34: Μόρφωση και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Παρατηρούμε ότι από τα 7 (11,67%) άτομα του δείγματος που έχουν τελειώσει το δημοτικό, τα 5 (8,33%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και 2 (3,33%) σοβαρή. Από τα 16 (26,67%) άτομα που έχουν τελειώσει το γυμνάσιο, τα 15 (25%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή ενώ 1(1,67%) άτομο έχει σοβαρή. Από τα 27 (45%) άτομα που έχουν τελειώσει το λύκειο, τα 11(18,33%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 15 (25%) μέτρια και το 1 σοβαρή (1,67%). Από τα 10 (16,67%) άτομα που έχουν τελειώσει το πανεπιστήμιο, 1 (1,67%) έχει ελαφρά γνωστική διαταραχή, 8 (13,33%) άτομα έχουν μέτρια και 1 (1,67%) έχει σοβαρή γνωστική διαταραχή.

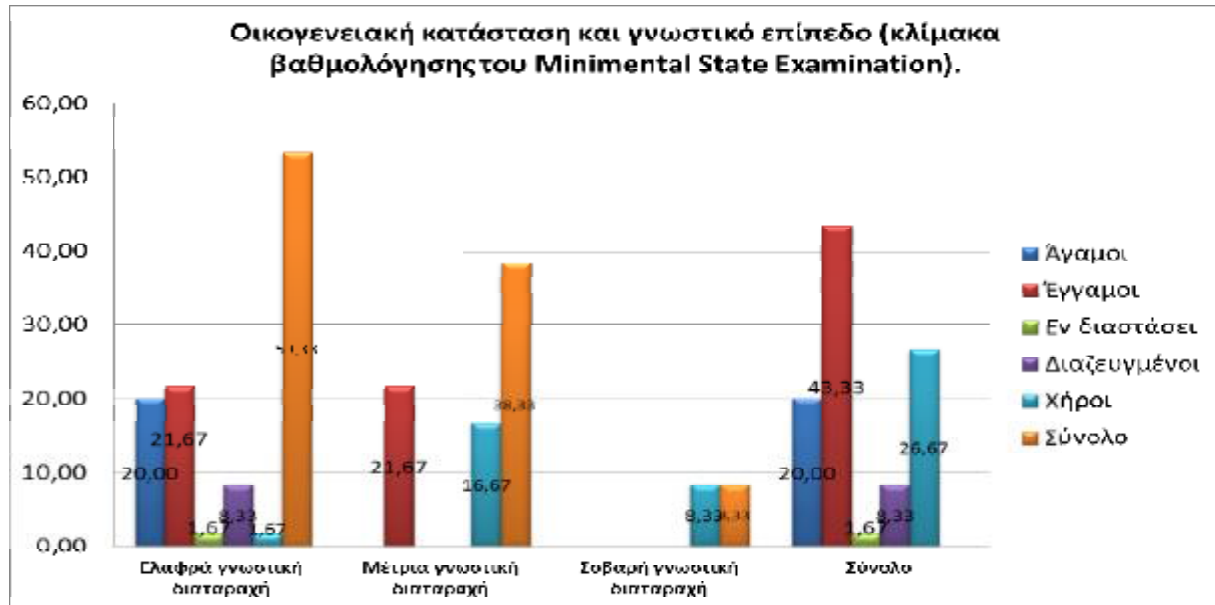
Πίνακας 35: Οικογενειακή κατάσταση και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Άγαμοι	12 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (20%)
Έγγαμοι	13 (50%)	13 (50%)	0 (0%)	26 (43,33%)
Εν διαστάσει	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,67%)
Διαζευγμένοι	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (8,33%)
Χήροι	1 (6%)	10 (63%)	5 (31%)	16 (26,67%)
Σύνολο	32 (53,33%)	23 (38,33%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(8) = 38.066, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(8)=38.066$, $p<.05$ για Οικογενειακή κατάσταση και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι χήροι τείνουν να έχουν μέτρια ή σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Διάγραμμα 35: Οικογενειακή κατάσταση και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Από τα 12 (20%) άτομα του δείγματος που είναι άγαμοι και οι 12 έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή. Από τα 26 (43,33%) άτομα που είναι παντρεμένοι, οι 13 (21,67%) έχουν ελαφρά και οι υπόλοιποι 13 (21,67%) μέτρια γνωστική διαταραχή. 1 (1,67%) άτομο που είναι σε διάσταση παρουσιάζει ελαφρά γνωστική διαταραχή. 5 (8,33%) άτομα είναι διαζευγμένοι και παρουσιάζουν ελαφρά γνωστική διαταραχή. Από τα 16 (26,67%) άτομα του δείγματος που είναι χήροι, το 1 (1,67%) έχει ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 10 (16,67%) άτομα έχουν μέτρια και τα 5 (8,33%) έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

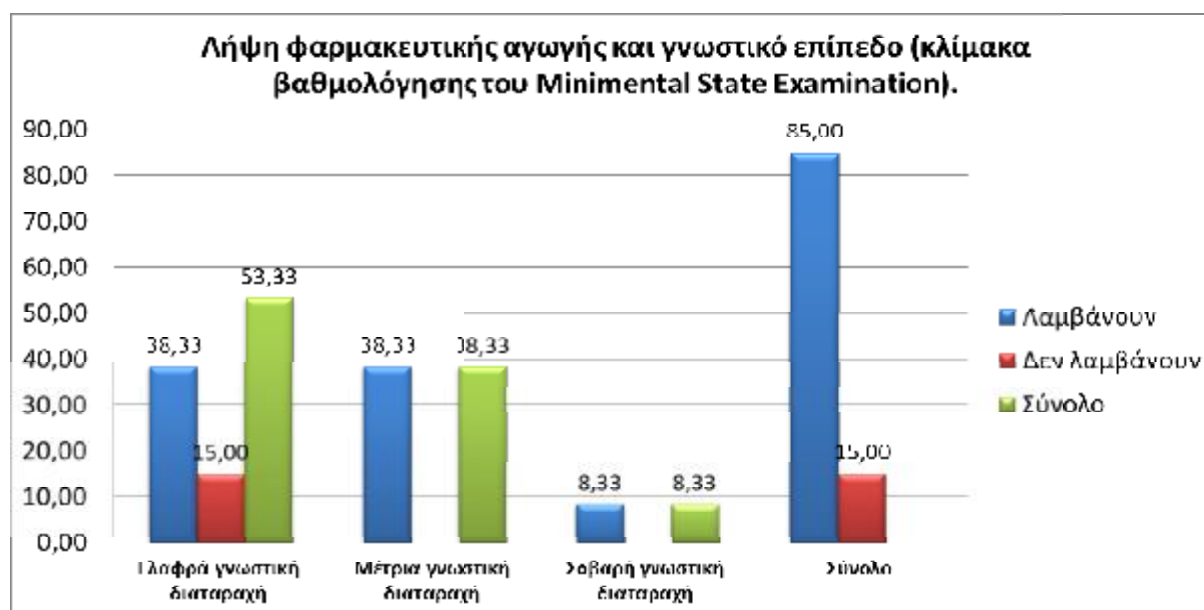
Πίνακας 36: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Λαμβάνουν	23 (45%)	23 (45%)	5 (10%)	51 (85%)
Δεν λαμβάνουν	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Σύνολο	32 (53,33%)	23 (38,33%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = 9.265, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = 9.265, p < .05$ για Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σχεδόν όλο το δείγμα λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Το δείγμα που δεν λάμβανε, είχε μόνο ελαφριά γνωστική διαταραχή.

Διάγραμμα 36: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Από τα 51 (85%) άτομα που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 23 (38,33%) έχουν ελαφρά, τα 23 (38,33%) άτομα έχουν μέτρια και τα 5 (8,33%) έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή. Τα 9 (15%) άτομα του δείγματος που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή.

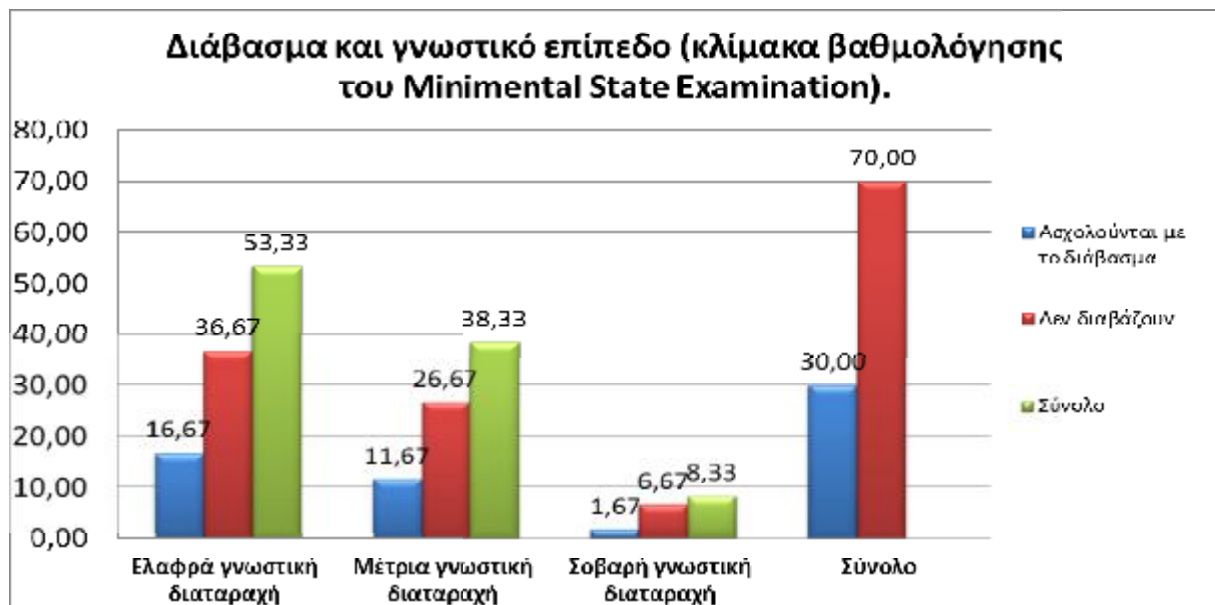
Πίνακας 37: Διάβασμα και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Ασχολούνται με το διάβασμα	10 (56%)	7 (39%)	1 (6%)	18 (30%)
Δεν διαβάζουν	22 (52%)	16 (38%)	4 (10%)	42 (70%)
Σύνολο	32 (53,33%)	23 (38,33%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = .264, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = .264, p > .05$ για Διάβασμα και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Όσοι δεν διαβάζουν τείνουν να εμφανίζουν από ελαφριά έως σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Διάγραμμα 37: Διάβασμα και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Από τα 18 (30%) άτομα του δείγματος που ασχολούνται με το διάβασμα, τα 10 (16,67%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 7 (11,67%) έχουν μέτρια και μόνο 1 (1,67%) άτομο έχει σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τα 42 (70%) άτομα που δεν ασχολούνται με το διάβασμα, τα 22 (36,67%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 16 (26,67%) έχουν μέτρια και τα 4 (6,67%) έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

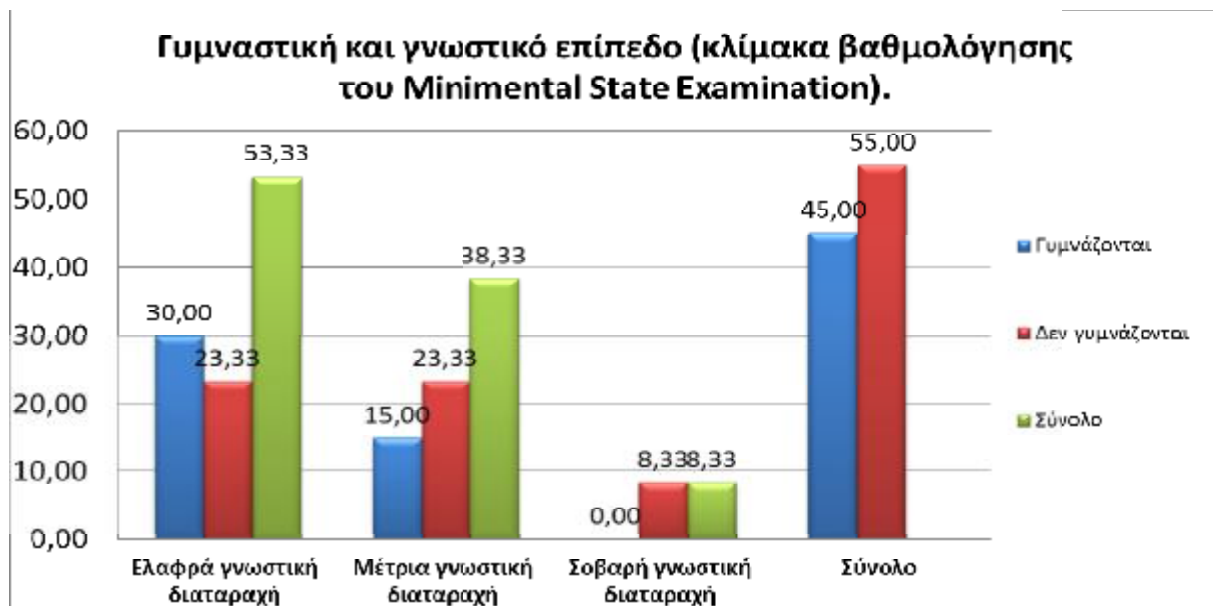
Πίνακας 38: Γυμναστική και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Γυμνάζονται	18 (67%)	9 (33%)	0 (0%)	27 (45%)
Δεν γυμνάζονται	14 (42%)	14 (42%)	5 (15%)	33 (55%)
Σύνολο	32 (53,33%)	23 (38,33%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = 6.047, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = 6.047, p < .05$ για Γυμναστική και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι δεν γυμνάζονταν έτειναν να έχουν ελαφριά, μέτρια και σοβαρή γνωστική διαταραχή.

Διάγραμμα 38: Γυμναστική και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Από τα 27 (45%) άτομα που γυμνάζονται, τα 16 (30%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και τα υπόλοιπα 9 (15%) άτομα έχουν μέτρια γνωστική διαταραχή. Από τα 33 (55%) άτομα του δείγματος που δεν γυμνάζονται τα 14 (23,33%) έχουν ελαφρά, τα 14 (23,33%) έχουν μέτρια και τα 5 (8,33%) άτομα έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

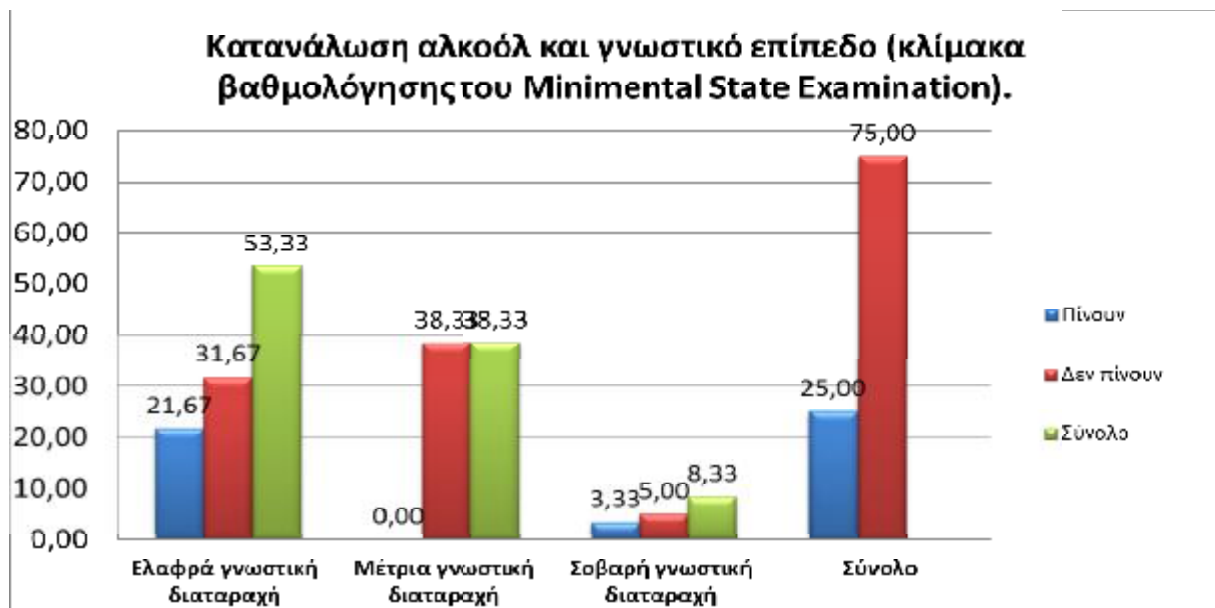
Πίνακας 39: Κατανάλωση αλκοόλ και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Πίνουν	13 (87%)	0 (0%)	2 (13%)	15 (25%)
Δεν πίνουν	19 (42%)	23 (51%)	3 (7%)	45 (75%)
Σύνολο	32 (53,33%)	23 (38,33%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = 12.433, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = 12.433, p < .05$ για Κατανάλωση αλκοόλ και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι δεν πίνουν τείνουν να έχουν και σοβαρή και μέτρια γνωστική διαταραχή.

Διάγραμμα 39: Κατανάλωση αλκοόλ και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Από τα 15 (25%) άτομα του δείγματος που πίνουν, τα 13 (21,67%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και τα 2 (3,33%) άτομα έχουν σοβαρή. Από τα 45 (75%) άτομα του δείγματος που δεν πίνουν, τα 19 (31,67%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 23 (38,33%) έχουν μέτρια και τα 3 (5%) άτομα έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

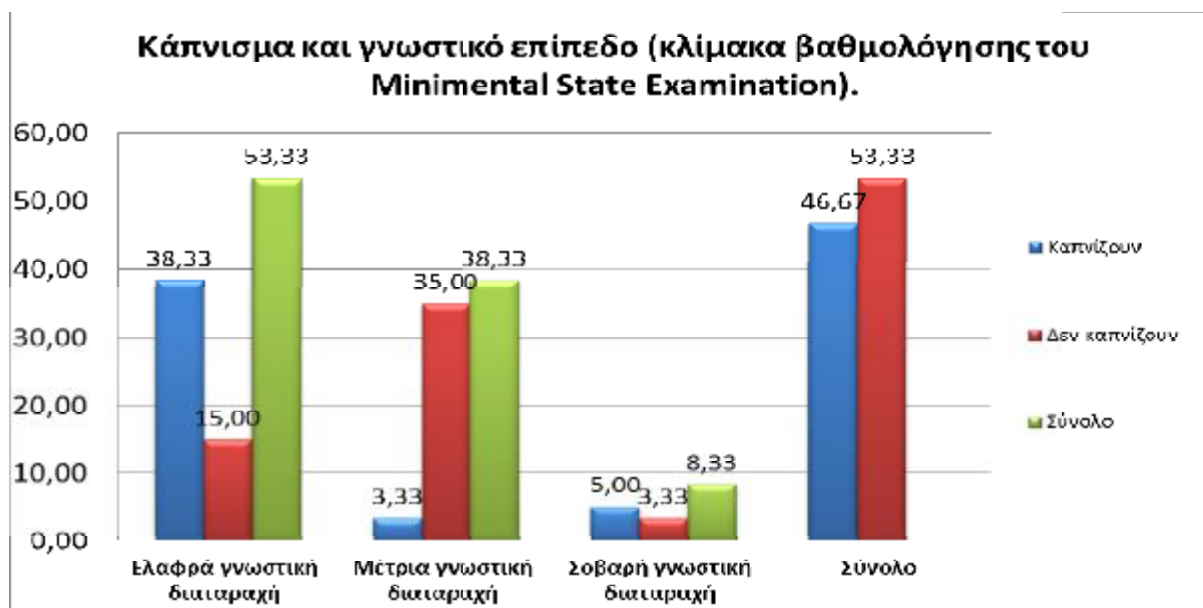
Πίνακας 40: Κάπνισμα και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Καπνίζουν	23 (82%)	2 (7%)	3 (11%)	28 (46,67%)
Δεν καπνίζουν	9 (28%)	21 (66%)	2 (6%)	32 (53,33%)
Σύνολο	32 (53,33%)	23 (38,33%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = 21.851, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = 21.851, p < .05$ για Κάπνισμα και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι δεν καπνίζουν τείνουν να έχουν και μέτρια γνωστική διαταραχή.

Διάγραμμα 40: Κάπνισμα και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Παρατηρούμε ότι από τους 28 (46,67%) ερωτηθέντες του δείγματος που καπνίζουν, οι 23 (38,33%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 2 (3,33%) έχουν μέτρια και οι 3 (5%) έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τους 32 (53,33%) ερωτηθέντες που δεν καπνίζουν, οι 9 (15%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, οι 21 (35%) έχουν μέτρια και οι 2 (3,335) έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή.

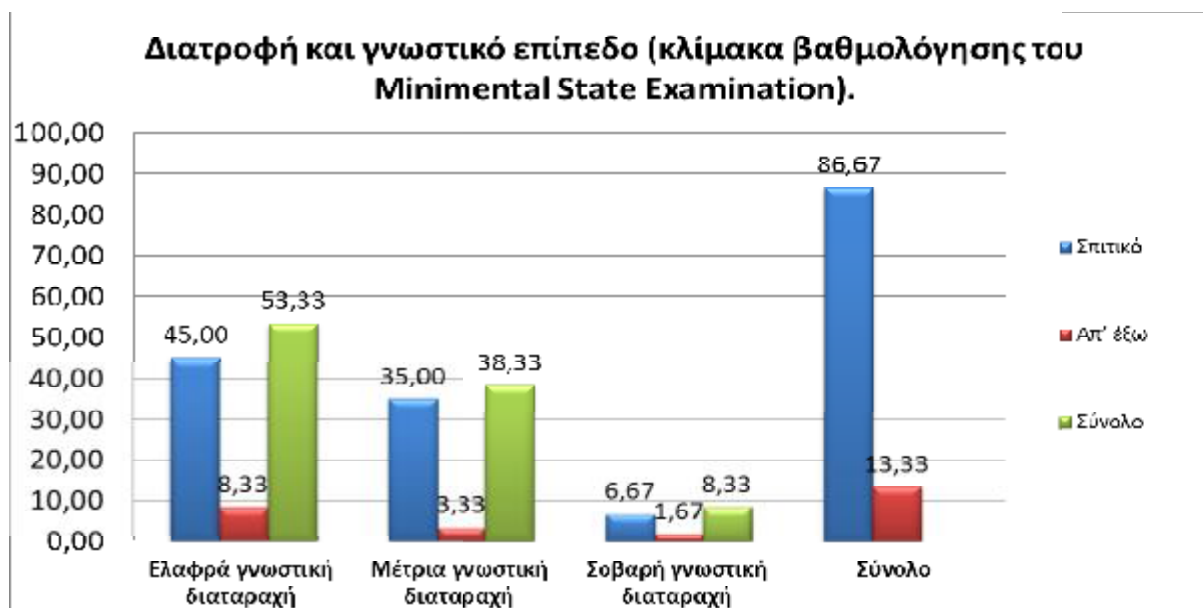
Πίνακας 41: Διατροφή και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Σπιτικό	27 (52%)	21 (40%)	4 (8%)	52 (86,67%)
Απ' έξω	5 (63%)	2 (25%)	1 (13%)	8 (13,33%)
Σύνολο	32 (53,33%)	23 (38,33%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = .786, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = .786, p > .05$ για Διατροφή και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η διατροφή δεν παίζει ρόλο στο γνωστικό επίπεδο.

Διάγραμμα 41: Διατροφή και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Από τα παραπάνω βλέπουμε ότι από τα 52 (86,67%) άτομα του δείγματος που τρέφονται με σπιτικό φαγητό, τα 27 (45%) άτομα έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 21 (35%) έχουν μέτρια και τα 4 (6,67%) έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τα 8 (13,33%) άτομα του δείγματος που τρώνε συνήθως απ' έξω, τα 5 (8,33%) άτομα έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 2 (3,33%) έχουν μέτρια και το 1 (1,67%) έχει σοβαρή γνωστική διαταραχή.

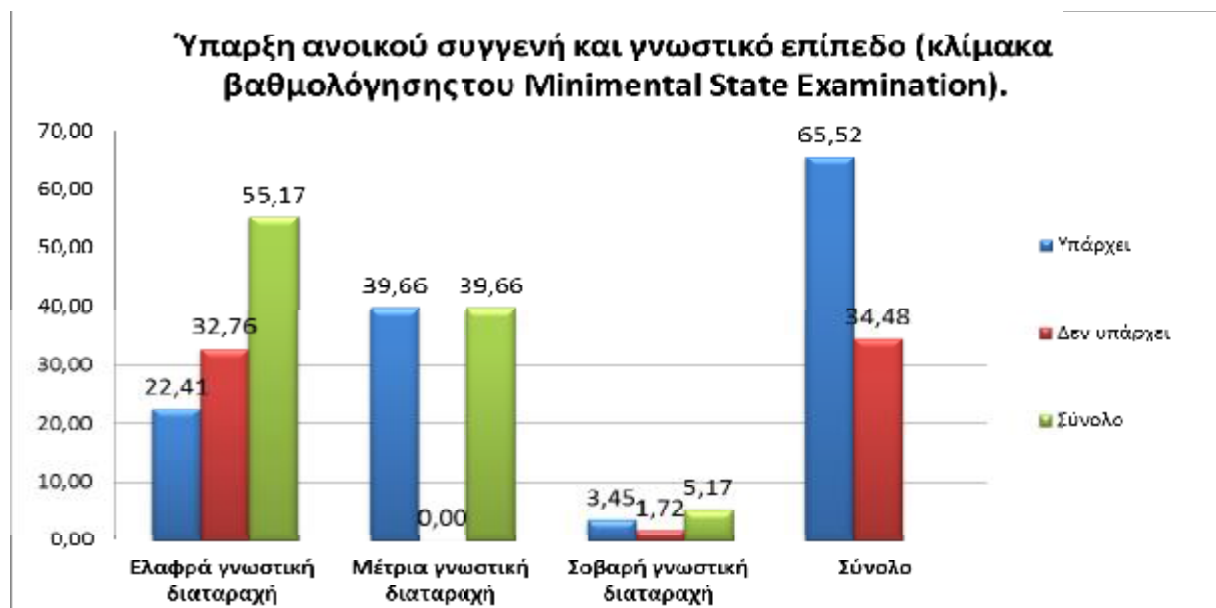
Πίνακας 42: Ύπαρξη ανοϊκού συγγενή και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)

	Ελαφρά γνωστική διαταραχή	Μέτρια γνωστική διαταραχή	Σοβαρή γνωστική διαταραχή	Σύνολο
Υπάρχει	13 (34%)	23 (61%)	2 (5%)	38 (65,52%)
Δεν υπάρχει	19 (95%)	0 (0%)	1 (5%)	20 (34,48%)
Σύνολο	32 (55,17%)	23 (39,66%)	3 (5,17%)	58 (100%)

$\chi^2(2) = 20.883, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = 20.883, p < .05$ για Ύπαρξη ανοϊκού συγγενή και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες με ύπαρξη ανοϊκού συγγενή τείνουν να έχουν μέτρια γνωστική διαταραχή.

Διάγραμμα 42: Ύπαρξη ανοϊκού συγγενή και γνωστικό επίπεδο (κλίμακα βαθμολόγησης του Minimental State Examination)



Από τους παραπάνω πίνακες προκύπτει ότι από τα 38 (65,52%) άτομα του δείγματος που έχουν ανοϊκό συγγενή, τα 13 (22,41%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή, τα 23 (39,66%) έχουν μέτρια και τα 2(3,45%) έχουν σοβαρή γνωστική διαταραχή. Από τα 20 (34,48%) άτομα του δείγματος που δεν έχουν ανοϊκό συγγενή, τα 19 (32,76%) έχουν ελαφρά γνωστική διαταραχή και 1(1,72%) μόνο άτομο έχει σοβαρή.

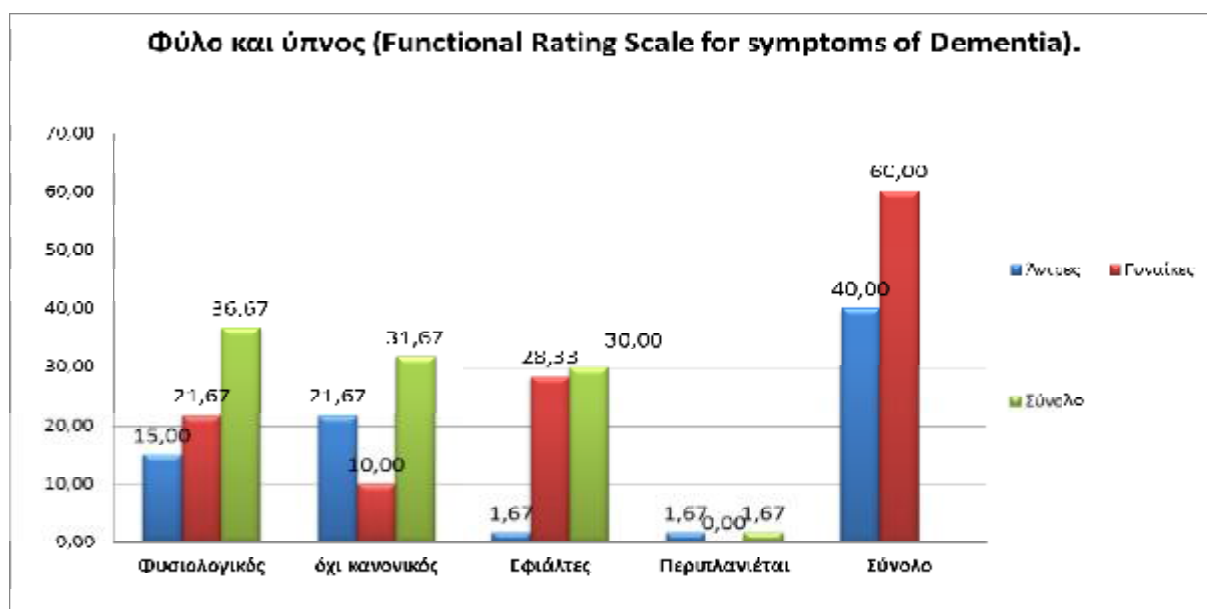
Πίνακας 43: Φύλο και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Φυσιολογικός	Περισσότερος ή λιγότερος από το φυσιολογικό	Εφιάλτες	Περιπλανιέται τη νύχτα	Σύνολο
Άντρες	9 (38%)	13 (54%)	1 (4%)	1 (4%)	24 (40%)
Γυναίκες	13 (36%)	6 (17%)	17 (47%)	0 (0%)	36 (60%)
Σύνολο	22 (36,67%)	19 (31,67%)	18 (30%)	1 (1,67%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 16.800, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 16.800, p < .05$ για Φύλο και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν εφιάλτες.

Διάγραμμα 43: Φύλο και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τους 24 (40%) άντρες του δείγματος οι 9 (15%) έχουν φυσιολογικό ύπνο, οι 13 (21,67%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο, 1 (1,67%) έχει εφιάλτες και 1 (1,67%) περιπλανιέται όλη νύχτα. Από τις 36 (60%) γυναίκες του δείγματος, οι 13 (21,67%) κοιμούνται κανονικά, οι 6 (10%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο από το φυσιολογικό και οι 17 (28,33%) έχουν εφιάλτες.

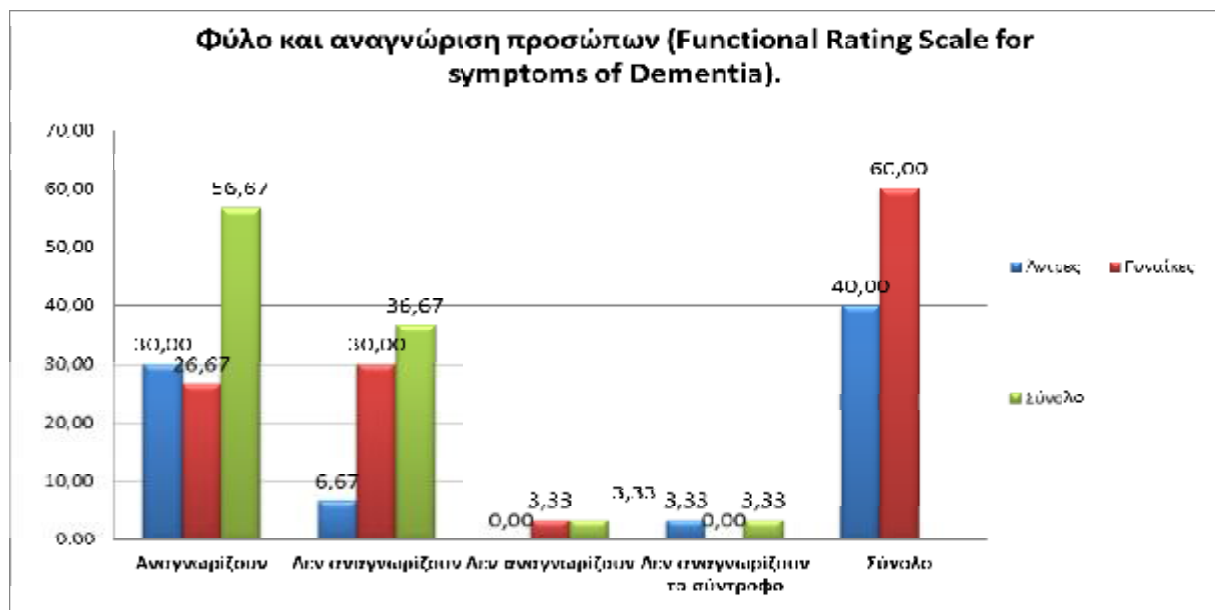
Πίνακας 44: Φύλο και αναγνώριση προσώπων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Αναγνωρίζουν	Δεν αναγνωρίζουν γνωστούς	Δεν αναγνωρίζουν συγγενείς	Δεν αναγνωρίζουν το σύντροφο	Σύνολο
Αντρες	18 (75%)	4 (17%)	0 (0%)	2 (8%)	24 (40%)
Γυναίκες	16 (44%)	18 (50%)	2 (6%)	0 (0%)	36 (60%)
Σύνολο	34 (56,67%)	22 (36,67%)	2 (3,33%)	2 (3,33%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 11.070, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 11.070, p < .05$ για Φύλο και αναγνώριση προσώπων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες τείνουν να μην αναγνωρίζουν γνωστούς.

Διάγραμμα 44: Φύλο και αναγνώριση προσώπων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Παρατηρούμε ότι από τους 24 (40%) άντρες του δείγματος, οι 18 (30%) αναγνωρίζουν πρόσωπα, οι 4 (6,67%) δεν αναγνωρίζουν πρόσωπα γνωστών και οι υπόλοιποι 2 (3,33%) δεν αναγνωρίζουν τον σύντροφό τους. Από τις 36 (60%) γυναίκες του δείγματος, οι 16 (26,67%) αναγνωρίζουν πρόσωπα, οι 18 (30%) δεν αναγνωρίζουν πρόσωπα γνωστών και 2 (3,33%) δεν αναγνωρίζουν πρόσωπα συγγενών τους.

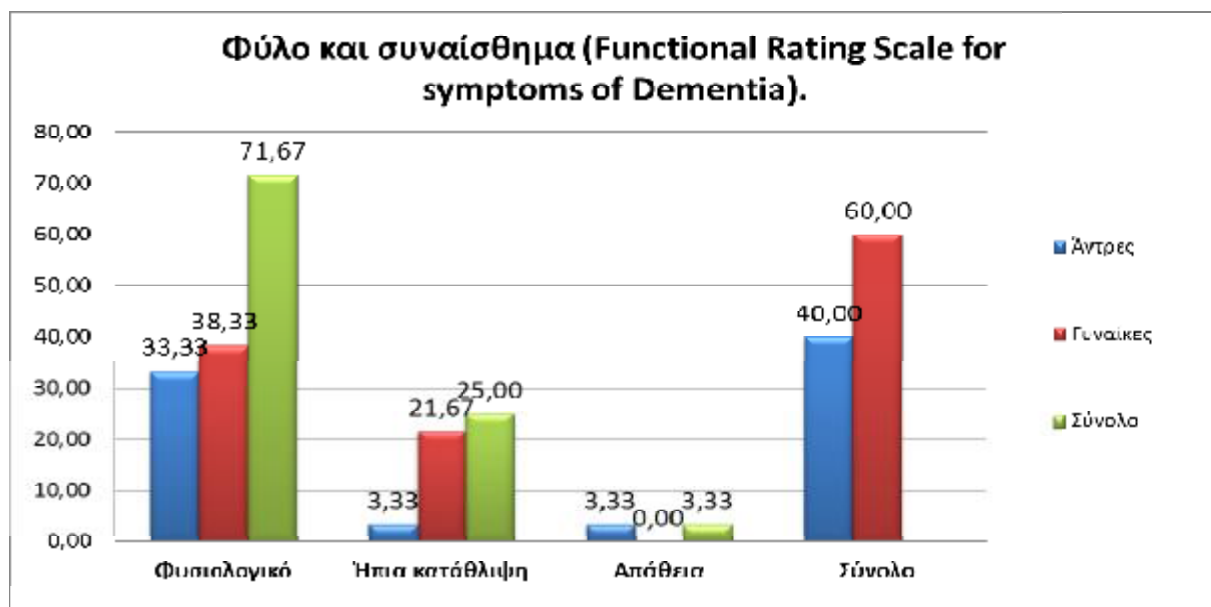
Πίνακας 45: Φύλο και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Φυσιολογικό	Ήπια κατάθλιψη	Απάθεια	Σύνολο
Άντρες	20 (83%)	2 (8%)	2 (8%)	24 (40%)
Γυναίκες	23 (64%)	13 (36%)	0 (0%)	36 (60%)
Σύνολο	43 (71,67%)	15 (25%)	2 (3,33%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 8.204, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 8.204, p < .05$ για Φύλο και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν ήπια κατάθλιψη.

Διάγραμμα 45: Φύλο και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τους 24 (40%) άντρες του δείγματος, οι 20 (33,33%) βρίσκονται σε φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση, οι 2 (3,33%) έχουν ήπια κατάθλιψη και οι υπόλοιποι 2 (3,33%) είναι απαθής. Από τις 36 (60%) γυναίκες του δείγματος, οι 23 (38,33%) βρίσκονται σε φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση και οι 13 (21,67%) παρουσιάζουν ήπια κατάθλιψη.

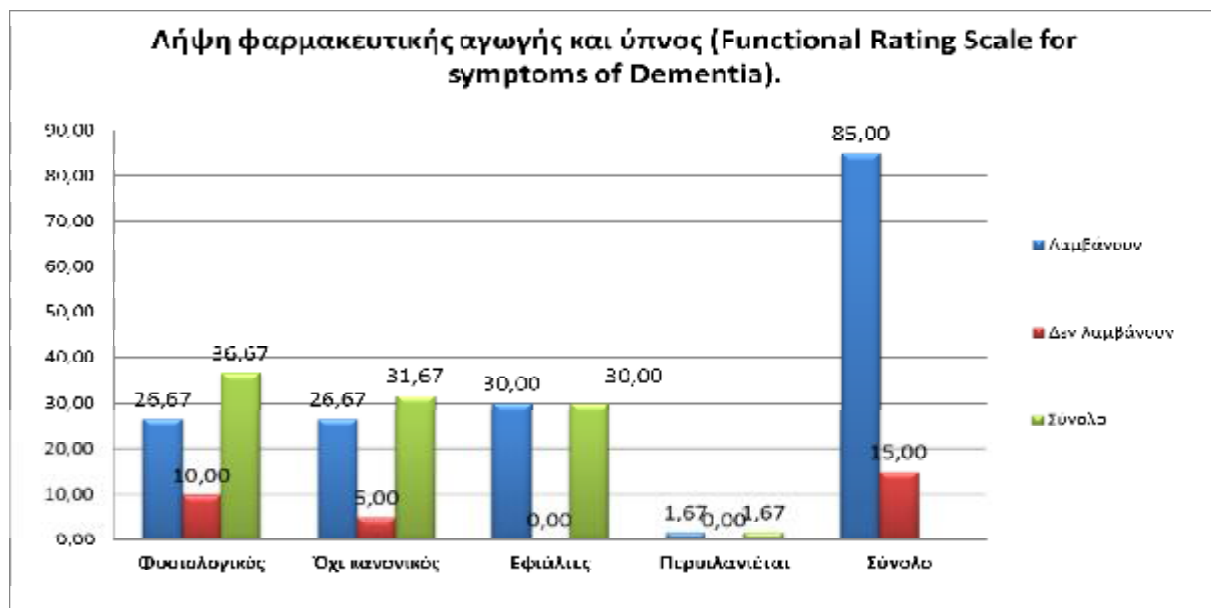
Πίνακας 46: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Φυσιολογικός	Περισσότερος ή λιγότερος από το φυσιολογικό	Εφιάλτες	Περιπλανιέται τη νύχτα	Σύνολο
Λαμβάνουν	16 (31%)	16 (31%)	18 (35%)	1 (2%)	51 (85%)
Δεν λαμβάνουν	6 (67%)	3 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Σύνολο	22 (36,67%)	19 (31,67%)	18 (30%)	1 (1,67%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 5.961, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 5.961, p > .05$ για Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).

Διάγραμμα 46: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τους 51 (85%) ερωτηθέντες του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, οι 16 (26,67%) έχουν φυσιολογικό ύπνο, οι 16 (26,67%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο από το φυσιολογικό, οι 18 (30%) έχουν εφιάλτες και 1 (1,67%) περιπλανιέται όλη τη νύχτα. Από τα 9 (15%) άτομα που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, οι 6 (10%) κοιμούνται φυσιολογικά και οι 3 (5%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο από το φυσιολογικό.

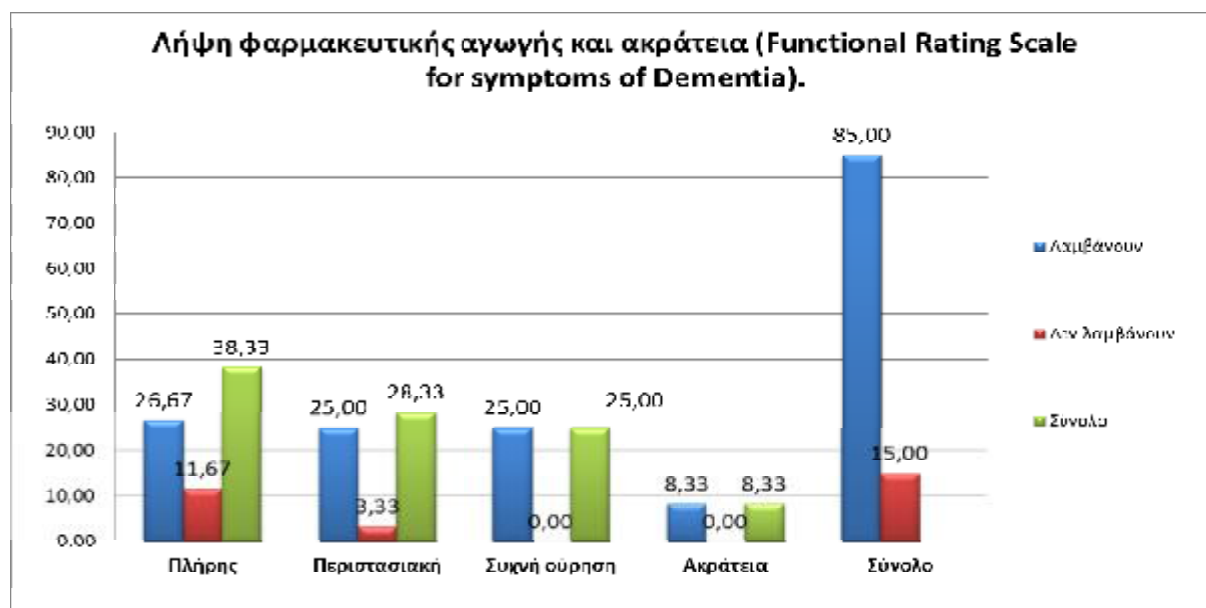
Πίνακας 47: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ακράτεια (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Πλήρης έλεγχος	Περιστασιακή ούρηση	Συχνή ούρηση	Ακράτεια	Σύνολο
Λαμβάνουν	16 (31%)	15 (29%)	15 (29%)	5 (10%)	51 (85%)
Δεν λαμβάνουν	7 (78%)	2 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Σύνολο	23 (38,33%)	17 (28,33%)	15 (25%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 7.967, p \leq .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 7.967, p \leq .05$ για Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ακράτεια (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σχεδόν όλο το δείγμα λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Από το δείγμα που δεν λάμβανε, είχε μόνο περιστασιακή ούρηση.

Διάγραμμα 47: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ακράτεια (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 51 (85%) άτομα του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 16 (26,67%) έχουν πλήρη έλεγχο των σφιγκτήρων τους, τα 15 (25%) έχουν περιστασιακή ούρηση, τα 15 (25%) έχουν συχνή ούρηση και τα 5 (8,33%) έχουν ακράτεια ούρων. Από τα 9 (15%) άτομα του δείγματος που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 7 (11,67%) έχουν πλήρη έλεγχο των σφιγκτήρων τους και τα 2 (3,335) έχουν περιστασιακή ούρηση.

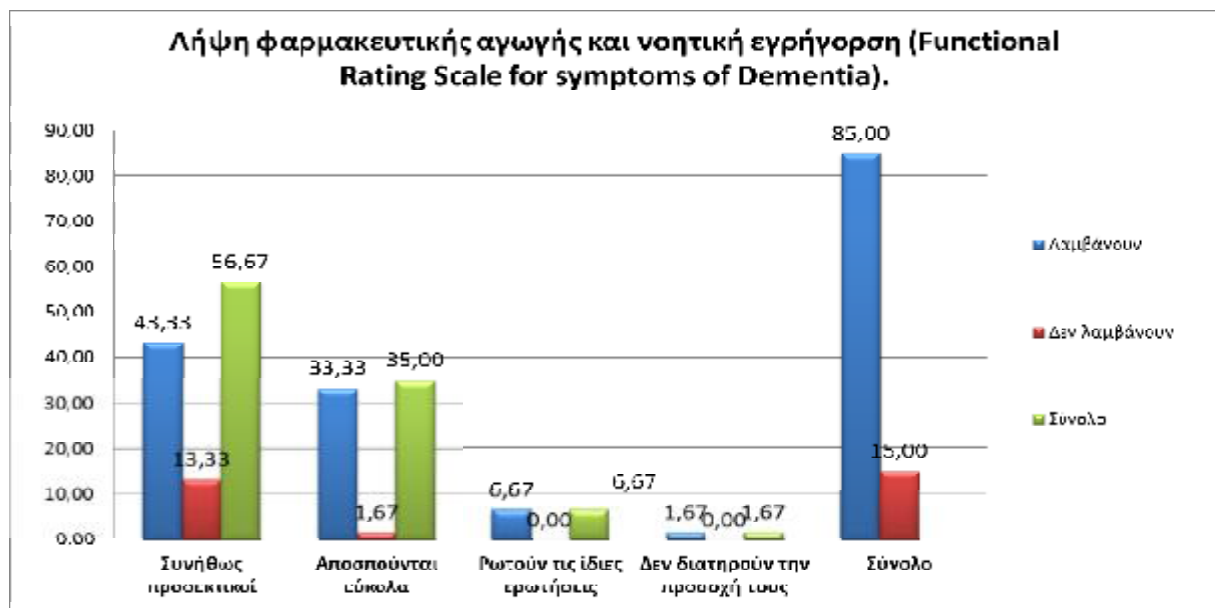
Πίνακας 48: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και νοητική εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Συνήθως προσεκτικοί	Αποσπώνται εύκολα	Ρωτούν τις ίδιες ερωτήσεις	Δεν διατηρούν την προσοχή τους	Σύνολο
Λαμβάνουν	26 (51%)	20 (39%)	4 (8%)	1 (2%)	51 (85%)
Δεν λαμβάνουν	8 (89%)	1 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Σύνολο	34 (56,67%)	21 (35%)	4 (6,67%)	1 (1,67%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 4.549, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 4.549, p > .05$ για Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και νοητική εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).

Διάγραμμα 48: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και νοητική εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι από τα 51 (85%) άτομα που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 26 (43,33%) είναι συνήθως προσεκτικά, τα 20 (33,33%) αποσπώνται εύκολα, τα 4 (6,67%) ρωτούν τις ίδιες ερωτήσεις και μόνο 1 (1,67%) άτομο δεν διατηρεί καθόλου την προσοχή του. Από τα 9 (15%) άτομα του δείγματος που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 8 (13,33%) είναι συνήθως προσεκτικά και σε 1 (1,67%) άτομο αποσπάζεται η προσοχή του εύκολα.

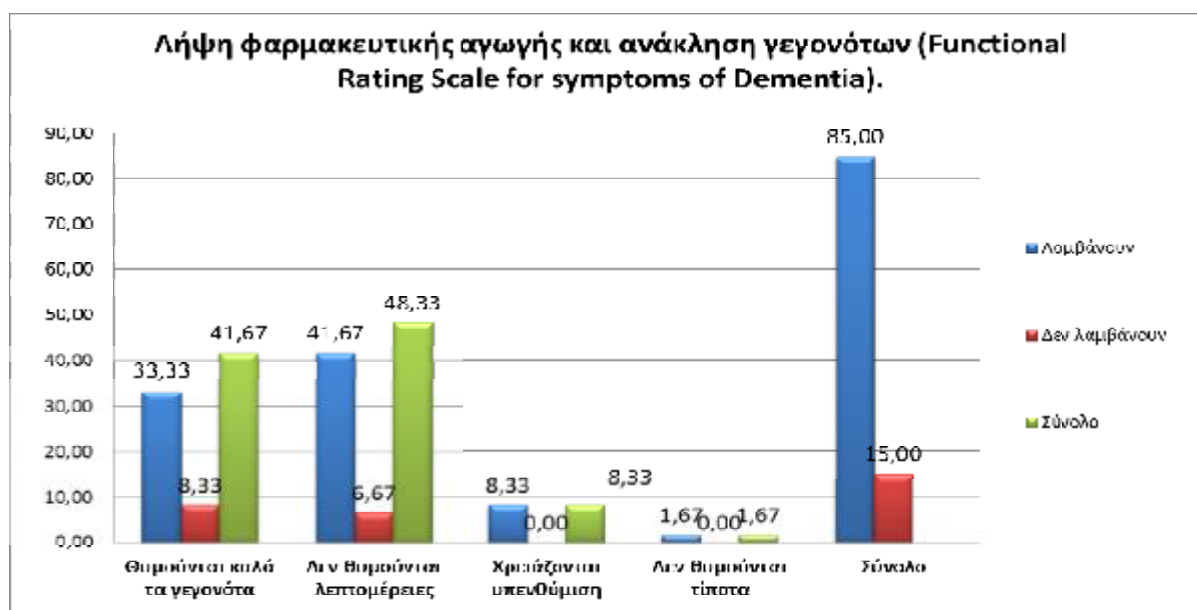
Πίνακας 49: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ανάκληση γεγονότων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Θυμούνται καλά τα γεγονότα	Δεν θυμούνται λεπτομέρειες	Χρειάζονται υπενθύμιση	Δεν θυμούνται τίποτα	Σύνολο
Λαμβάνουν	20 (39%)	25 (49%)	5 (10%)	1 (2%)	51 (85%)
Δεν λαμβάνουν	5 (56%)	4 (44%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Σύνολο	25 (41,67%)	29 (48,33%)	5 (8,33%)	1 (1,67%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 1.589, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 1.589, p > .05$ για Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ανάκληση γεγονότων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).

Διάγραμμα 49: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και ανάκληση γεγονότων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 51 (85%) άτομα του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 20 (33,33%) θυμούνται καλά τα γεγονότα, τα 25 (41,67%) δεν θυμούνται λεπτομέρειες, τα 5 (8,33%) χρειάζονται να τους τα υπενθυμίσεις και 1 (1,67%) άτομο δεν θυμάται τίποτα. Από τα 9 (15%) άτομα του δείγματος που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 5 (8,33%) θυμούνται καλά τα γεγονότα και τα 4 (6,67%) άτομα δεν θυμούνται λεπτομέρειες.

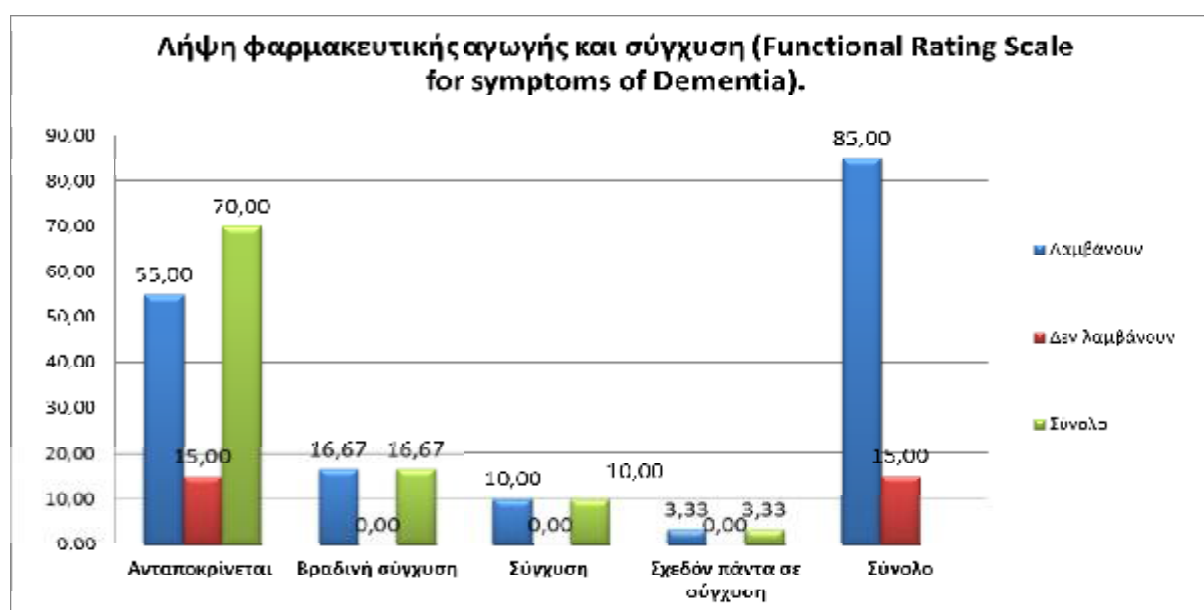
Πίνακας 50: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και σύγχυση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Ανταποκρίνεται κατάλληλα	Βραδινή σύγχυση	Σύγχυση κατά τη διάρκεια της ημέρας	Σχεδόν πάντα σε σύγχυση	Σύνολο
Λαμβάνουν	33 (65%)	10 (20%)	6 (11%)	2 (4%)	51 (85%)
Δεν λαμβάνουν	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Σύνολο	42 (70%)	10 (16,67%)	6 (10%)	2 (3,33%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 4.538, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 4.538, p > .05$ για Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και σύγχυση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).

Διάγραμμα 50: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και σύγχυση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 51 (85%) άτομα του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 36 (55%) είναι φυσιολογικά, τα 10 (16,67%) έχουν βραδινή σύγχυση, τα 6 (10%) βρίσκονται σε σύγχυση κατά τη διάρκεια της ημέρας και 2 (3,33%) άτομα είναι σχεδόν πάντα σε σύγχυση. Τα 9 (15%) άτομα που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, ανταποκρίνονται κατάλληλα στο περιβάλλον.

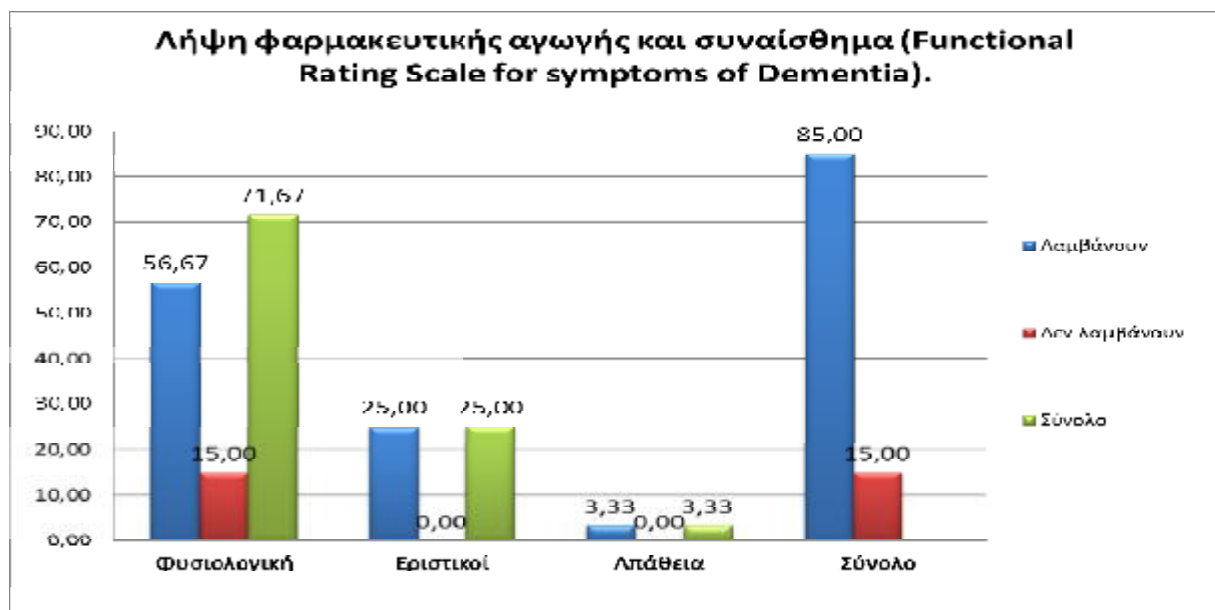
Πίνακας 51: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Φυσιολογική κατάσταση	Εριστικοί/ήπια κατάθλιψη	Απάθεια/Κλάμματα	Σύνολο
Λαμβάνουν	34 (67%)	15 (29%)	2 (4%)	51 (85%)
Δεν λαμβάνουν	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Σύνολο	43 (71,67%)	15 (25%)	2 (3,33%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = 4.186, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = 4.186, p > .05$ για Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).

Διάγραμμα 51: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 51 (85%) άτομα του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 34 (56,67%) βρίσκονται σε φυσιολογική κατάσταση συναισθηματικά, τα 15 (25%) άτομα είναι εριστικοί ή έχουν ήπια κατάθλιψη και τα 2 (3,33%) βρίσκονται σε απάθεια ή ξεσπούν σε κλάματα. Τα 9 (15%) άτομα του δείγματος που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, βρίσκονται σε φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση.

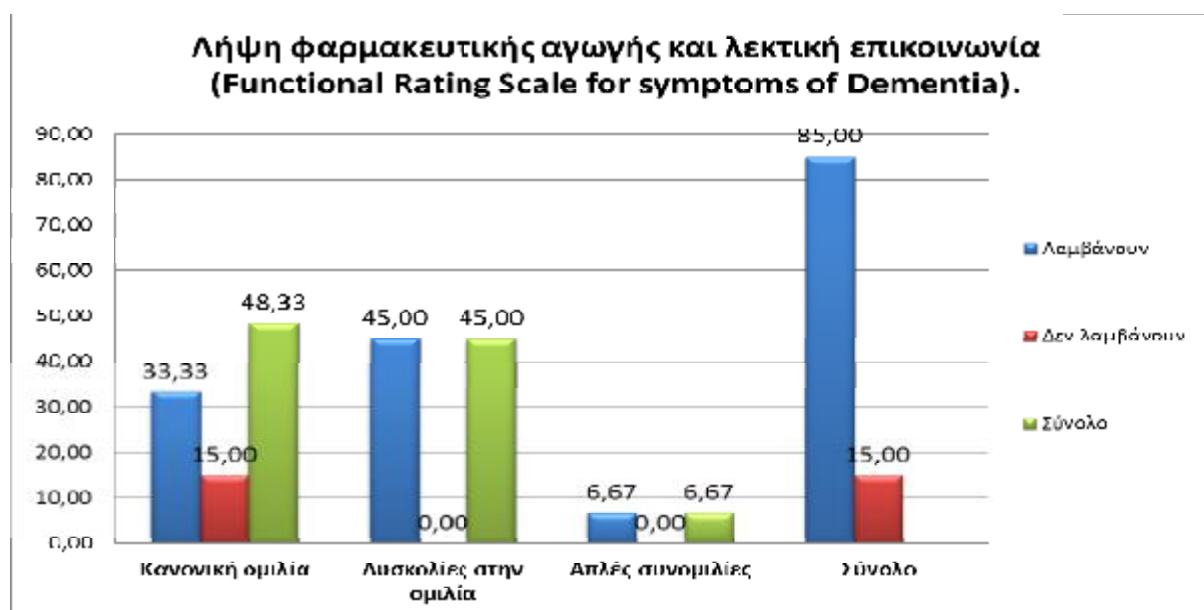
Πίνακας 52: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και λεκτική επικοινωνία (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Κανονική ομιλία	Δυσκολίες στην ομιλία	Απλές συνομιλίες	Σύνολο
Λαμβάνουν	20 (39%)	27 (53%)	4 (8%)	51 (85%)
Δεν λαμβάνουν	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Σύνολο	29 (48,33%)	27 (45%)	4 (6,67%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = 11.318, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = 11.318, p < .05$ για Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και λεκτική επικοινωνία (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σχεδόν όλο το δείγμα λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Το δείγμα που δεν λάμβανε, είχε κανονική ομιλία.

Διάγραμμα 52: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και λεκτική επικοινωνία (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τους 51 (85%) ερωτηθέντες που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, οι 20 (33,33%) έχουν φυσιολογική ομιλία, οι 27 (45%) παρουσιάζουν δυσκολίες στην ομιλία τους και οι υπόλοιποι 4 (6,67%) επικοινωνούν μόνο με απλές συνομιλίες. Τα 9 (15%) άτομα του δείγματος που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή έχουν κανονική ομιλία.

Πίνακας 53: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και προσανατολισμός στο χώρο (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Προσανατολισμένος	Αποπροσανατολισμένος στην οδήγηση	Χάνεται όταν περπατά	Χάνεται μέσα στο σπίτι	Σύνολο
Λαμβάνουν	25 (49%)	19 (37%)	5 (10%)	2 (4%)	51 (85%)
Δεν λαμβάνουν	9 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (15%)
Σύνολο	34 (56,67%)	19 (31,67%)	5 (8,33%)	2 (3,33%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 8.097, p \leq .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 8.097, p < .05$ για Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και προσανατολισμός στο χώρο (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σχεδόν όλο το δείγμα λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Το δείγμα που δεν λάμβανε, είχε προσανατολισμό.

Διάγραμμα 53: Λήψη φαρμακευτικής αγωγής και προσανατολισμός στο χώρο (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Βλέπουμε ότι από τα 51 (85%) άτομα του δείγματος που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, τα 25 (41,67%) δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα με τον προσανατολισμό τους, τα 19 (31,67%) αποπροσανατολίζονται κατά την οδήγηση, τα 5 (8,33%) χάνονται όταν περπατούν στο δρόμο και τα 2 (3,33%) χάνονται μέσα στο σπίτι. Τα 9 άτομα (15%) που δεν λαμβάνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με τον προσανατολισμό τους.

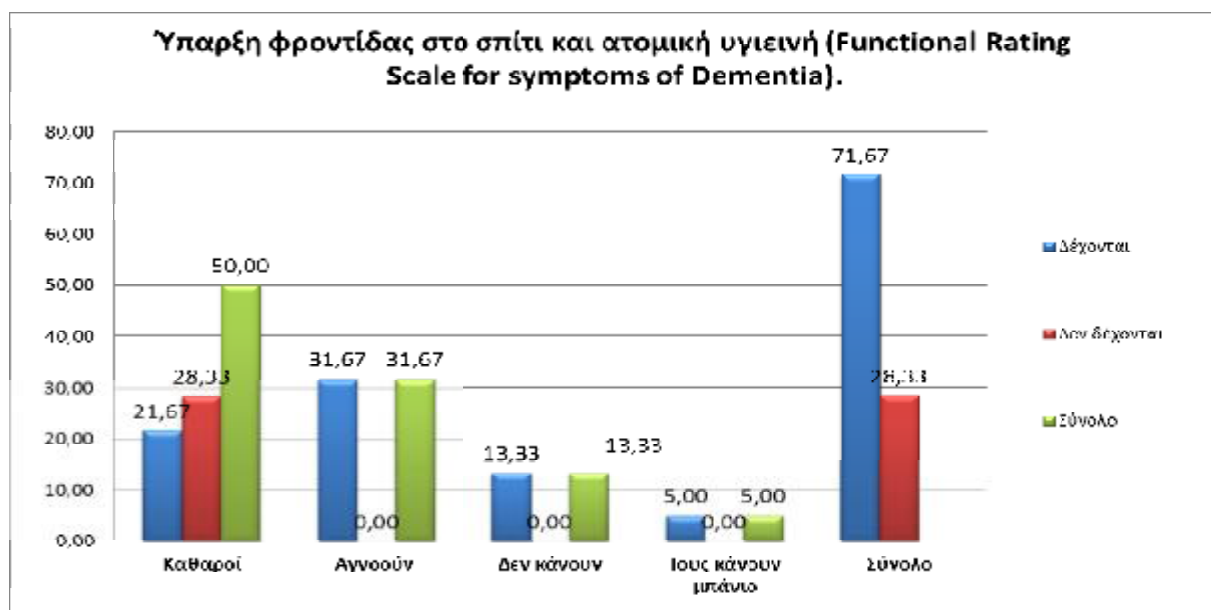
Πίνακας 54: Ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι και ατομική υγιεινή (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Καθαροί	Αγνοούν την αυτοπεριποίησή τους	Δεν κάνουν συχνά μπάνιο	Τους κάνουν μπάνιο	Σύνολο
Δέχονται	13 (30%)	19 (44%)	8 (19%)	3 (7%)	43 (71,67%)
Δεν δέχονται	17 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (28,33%)
Σύνολο	30 (50%)	19 (31,67%)	8 (13,33%)	3 (5%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 23.021, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 23.021, p < .05$ για Ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι και ατομική υγιεινή (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που δέχονταν φροντίδα, έτειναν να μην κάνουν συχνά μπάνιο ή να αγνοούν την αυτό-περιποίησή τους.

Διάγραμμα 54: Ύπαρξη φροντίδας στο σπίτι και ατομική υγιεινή (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι από τα 43 (71,67%) άτομα του δείγματος που έχουν κάποιον σπίτι τους να τα φροντίζει, τα 13 (21,67%) δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την ατομική τους υγιεινή, τα 19 (31,67%) άτομα αγνοούν την αυτοπεριποίησή τους, τα 8 (13,33%) δεν κάνουν συχνά μπάνιο και τα 3 (5%) χρειάζονται βοήθεια για να κάνουν μπάνιο. Από τα 17 (28,33%) άτομα που δεν έχουν κάποιον να τα φροντίσει και τα 17 είναι καθαρά.

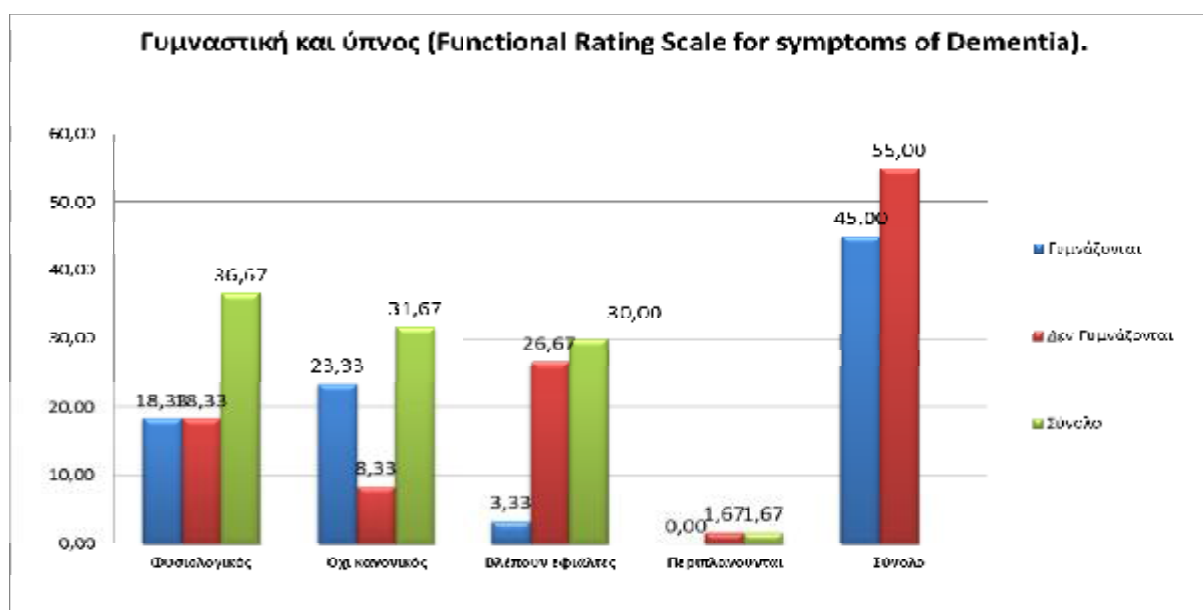
Πίνακας 55: Γυμναστική και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Φυσιολογικός	Περισσότερος ή λιγότερος	Βλέπουν εφιάλτες	Περιπλανιούνται τη νύχτα	Σύνολο
Γυμνάζονται	11 (41%)	14 (52%)	2 (7%)	0 (0%)	27 (45%)
Δεν γυμνάζονται	11 (33%)	5 (15%)	16 (48%)	1 (3%)	33 (55%)
Σύνολο	22 (36,67%)	19 (31,67%)	18 (30%)	1 (1,67%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 15.709, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 15.709, p < .05$ για Γυμναστική και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που δεν γυμνάζονταν, έτειναν να μην έχουν καλό ύπνο.

Διάγραμμα 55: Γυμναστική και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 27 (45%) άτομα του δείγματος που γυμνάζονται, τα 11 (18,33%) κοιμούνται φυσιολογικά, τα 14 (23,33%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο από το φυσιολογικό και 2 (3,33%) άτομα έχουν εφιάλτες. Από τα 33 (55%) άτομα που δεν γυμνάζονται, τα 11 (18,33%) κοιμούνται φυσιολογικά, τα 5 (8,33%) κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο από το φυσιολογικό, τα 16 (26,67%) άτομα έχουν εφιάλτες και 1 (1,67%) άτομο περιπλανιέται όλη τη νύχτα.

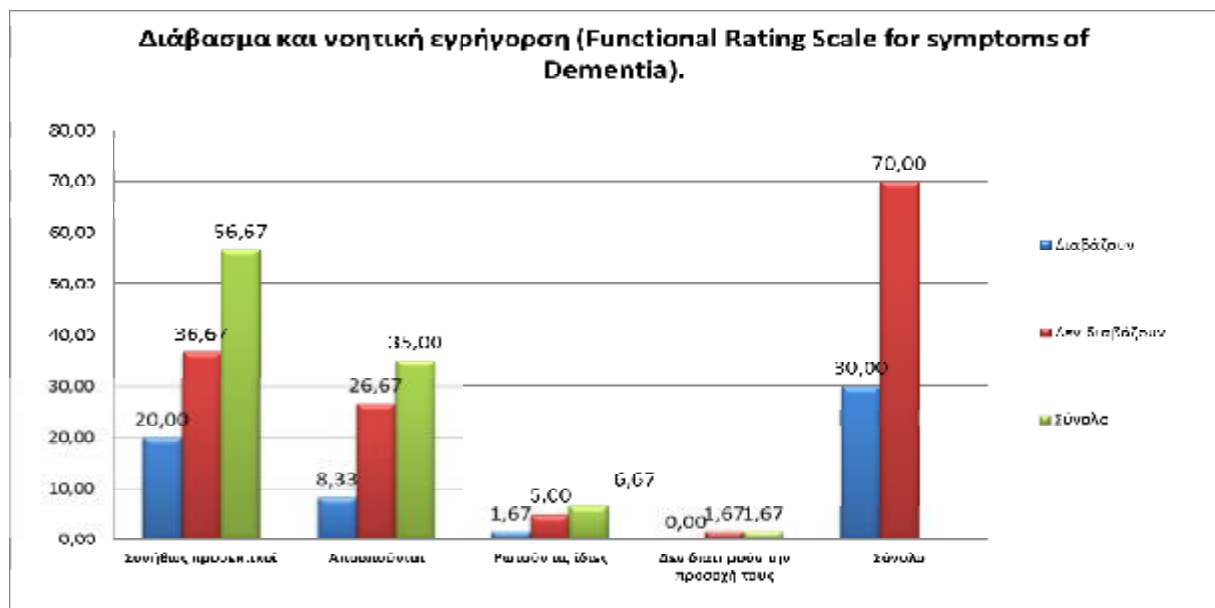
Πίνακας 56: Διάβασμα και νοητική εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Συνήθως προσεκτικοί	Αποσπώνται εύκολα	Ρωτούν τις ίδιες Ερωτήσεις	Δεν διατηρούν την προσοχή τους	Σύνολο
Διαβάζουν	12 (67%)	5 (28%)	1 (6%)	0 (0%)	18 (30%)
Δεν διαβάζουν	22 (52%)	16 (38%)	3 (7%)	1 (2%)	42 (70%)
Σύνολο	34 (56,67%)	21 (35%)	4 (6,67%)	1 (1,67%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 1.313, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 1.313, p > .05$ για Διάβασμα και νοητική εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).

Διάγραμμα 56: Διάβασμα και νοητική εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι από τα 18 (30%) άτομα του δείγματος που διαβάζουν, τα 12 (20%) είναι συνήθως προσεκτικά, τα 5 (8,33%) άτομα αποσπώνται εύκολα και 1 (1,67%) άτομο ρωτά τις ίδιες ερωτήσεις. Από τα 42 (70%) άτομα που δεν διαβάζουν, τα 22 (36,67%) είναι συνήθως προσεκτικά, τα 16 (26,67%) αποσπώνται εύκολα, 3 (5%) άτομα ρωτούν τις ίδιες ερωτήσεις και 1 (1,67%) δεν διατηρεί την προσοχή του.

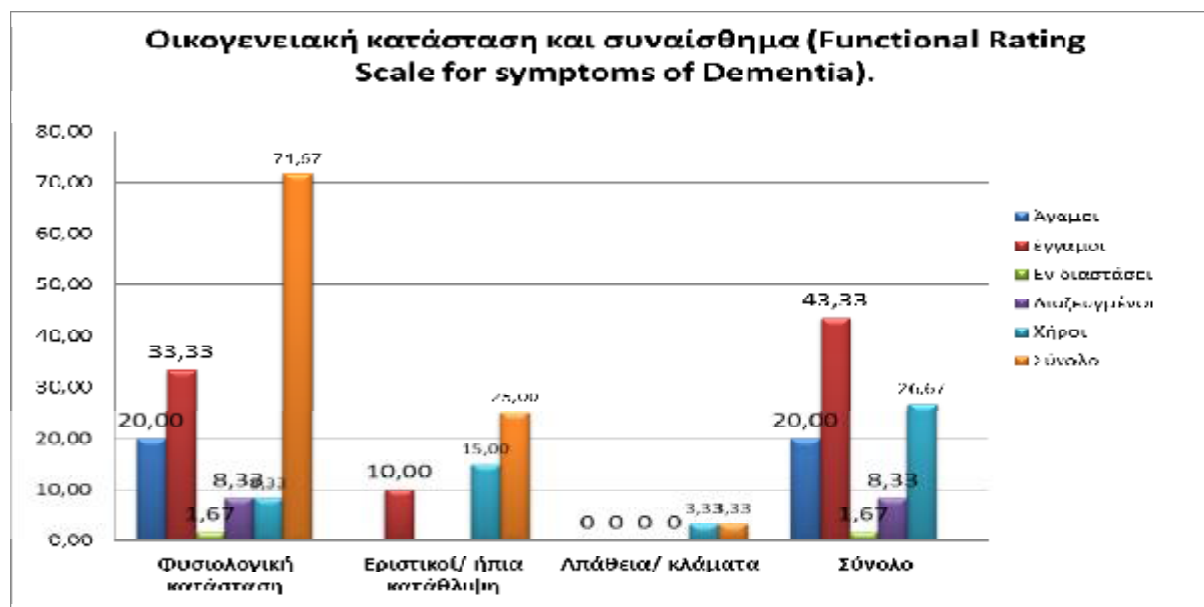
Πίνακας 57: Οικογενειακή κατάσταση και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Φυσιολογική κατάσταση	Εριστικοί/ ήπια κατάθλιψη	Απάθεια/ κλάματα	Σύνολο
Άγαμοι	12 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (20%)
Έγγαμοι	20 (77%)	6 (23%)	0 (0%)	26 (43,33%)
Εν διαστάσει	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)
Διαζευγμένοι	5 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (8,3%)
Χήροι	5 (31%)	9 (56%)	2 (13%)	16 (26,6%)
Σύνολο	43 (71,67%)	15 (25%)	2 (3,33%)	60 (100%)

$\chi^2(8) = 22.052, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(8) = 22.052, p < .05$ για Οικογενειακή κατάσταση και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που ήταν χήροι έτειναν να είναι εριστικοί ή απαθείς.

Διάγραμμα 57: Οικογενειακή κατάσταση και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 12 (20%) άτομα του δείγματος που είναι άγαμοι όλοι βρίσκονται σε φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση. Από τα 26 (43,33%) άτομα του δείγματος που είναι παντρεμένοι, οι 20 (33,33%) έχουν φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση και οι 6 (10%) είναι εριστικοί ή έχουν ήπια κατάθλιψη. Το 1 (1,67%) άτομο που είναι εν διαστάσει έχει φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση. Τα 5 (8,33%)

άτομα που είναι διαζευγμένα βρίσκονται σε φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση. Τέλος, από τα 16 (26,6%) άτομα που είναι χήροι, τα 5 (8,33%) έχουν φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση, τα 9 (15%) είναι εριστικά ή έχουν ήπια κατάθλιψη και 2 (3,33%) μόνο άτομα είναι απαθή ή τους πιάνουν τα κλάματα.

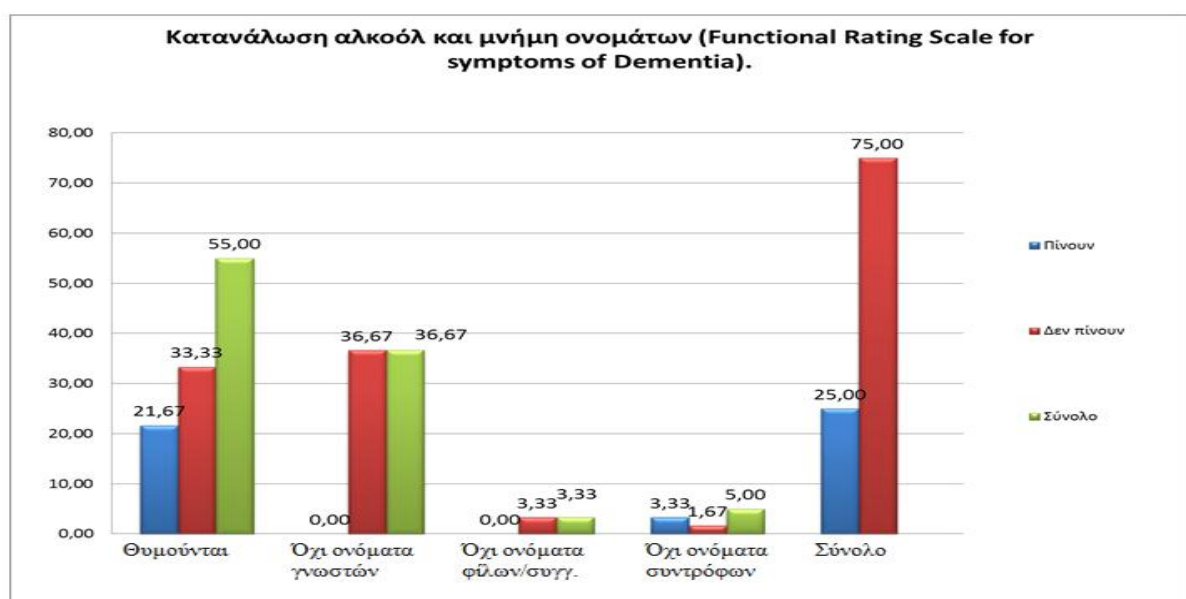
Πίνακας 58: Κατανάλωση αλκοόλ και μνήμη ονομάτων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Θυμούνται	Δεν θυμούνται ονόματα γνωστών	Δεν θυμούνται ονόματα φίλων/ συγγενών	Δεν θυμούνται ονόματα συντρόφων	Σύνολο
Πίνουν	13 (87%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (13%)	15 (25%)
Δεν πίνουν	20 (44%)	22 (49%)	2 (4%)	1 (2%)	45 (75%)
Σύνολο	33 (55%)	22 (36,67%)	2 (3,33%)	3 (5%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 14.454, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 14.454, p < .05$ για Κατανάλωση αλκοόλ και μνήμη ονομάτων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που δεν έπιναν έτειναν να μη θυμούνται ονόματα γνωστών και φίλων/συγγενών.

Διάγραμμα 58: Κατανάλωση αλκοόλ και μνήμη ονομάτων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Παρατηρούμε ότι από τα 15 (25%) άτομα του δείγματος που πίνουν, τα 13 (21,67%) θυμούνται όλα τα ονόματα και τα 2 (3,33%) δεν θυμούνται ονόματα συντρόφων. Από τα 45 (75%) άτομα του δείγματος που δεν πίνουν, τα 20 (33,33%) θυμούνται όλα τα ονόματα, τα 22 (36,67%) άτομα δεν θυμούνται τα ονόματα των γνωστών, τα 2 (3,33%) δεν θυμούνται ονόματα φίλων ή συγγενών και 1 (1,67%) άτομο του δείγματος δεν θυμάται όνομα συντρόφου.

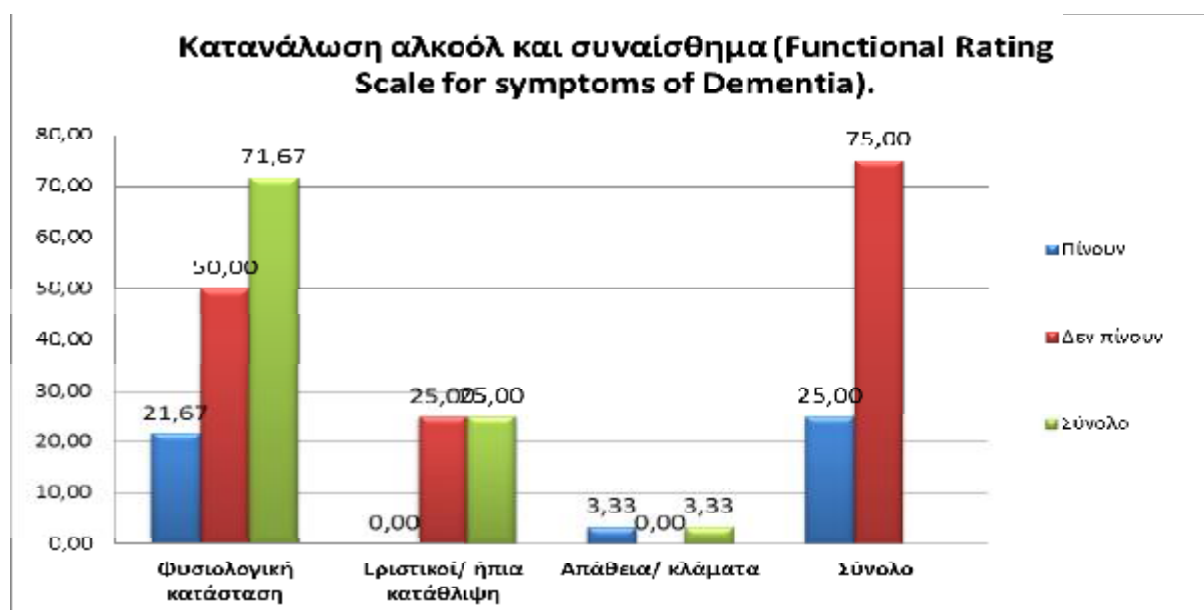
Πίνακας 59: Κατανάλωση αλκοόλ και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Φυσιολογική κατάσταση	Εριστικοί/ ήπια κατάθλιψη	Απάθεια/ Κλάματα	Σύνολο
Πίνουν	13 (87%)	0 (0%)	2 (13%)	15 (25%)
Δεν πίνουν	30 (67%)	15 (33%)	0 (0%)	45 (75%)
Σύνολο	43 (71,67%)	15 (25%)	2 (3,33%)	60 (100%)

$\chi^2(2) = 11.628, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(2) = 11.628, p < .05$ για Κατανάλωση αλκοόλ και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που δεν έπιναν έτειναν να είναι εριστικοί.

Διάγραμμα 59: Κατανάλωση αλκοόλ και συναίσθημα (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 15 (25%) άτομα του δείγματος που πίνουν, τα 13 (21,67%) βρίσκονται σε φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση και τα 2 (3,33%) είναι απαθή ή ξεσπούν σε κλάματα. Από τα 45 (75%) άτομα του δείγματος που δεν πίνουν, τα 30 (50%) παρουσιάζουν φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση ενώ τα 15 (25%) είναι εριστικοί ή έχουν ήπια κατάθλιψη.

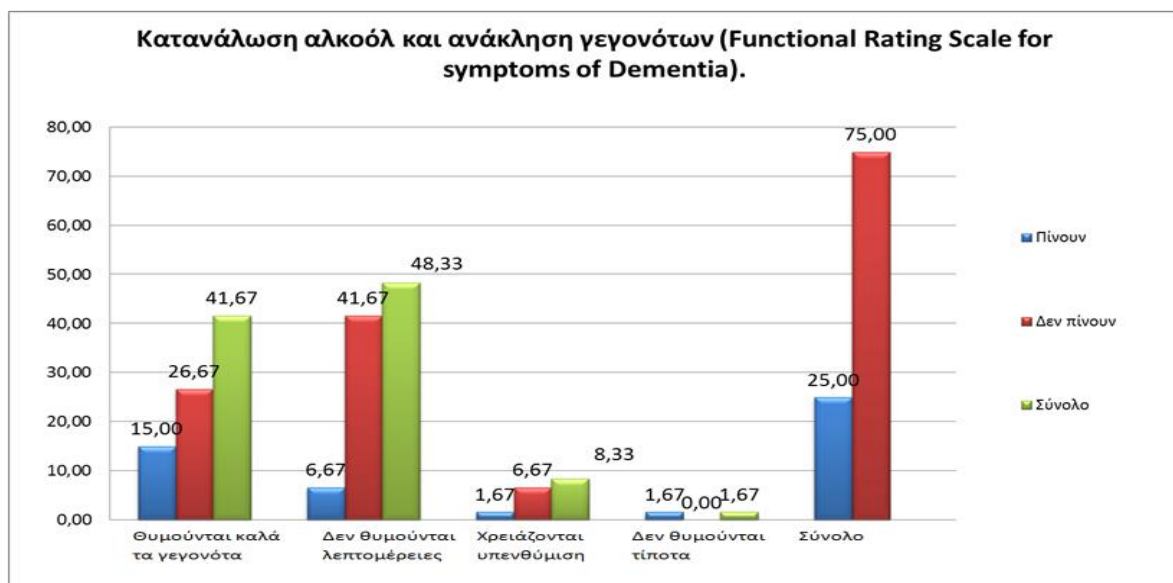
Πίνακας 60: Κατανάλωση αλκοόλ και ανάκληση γεγονότων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Θυμούνται καλά τα γεγονότα	Δεν θυμούνται λεπτομέρειες	Χρειάζονται Υπενθύμιση	Δεν θυμούνται τίποτα	Σύνολο
Πίνουν	9 (60%)	4 (27%)	1 (7%)	1 (7%)	15 (25%)
Δεν πίνουν	16 (36%)	25 (56%)	4 (9%)	0 (0%)	45 (75%)
Σύνολο	25 (41,67%)	29 (48,33%)	5 (8,33%)	1 (1,67%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 6.623, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 6.623, p > .05$ για Κατανάλωση αλκοόλ και ανάκληση γεγονότων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).

Διάγραμμα 60: Κατανάλωση αλκοόλ και ανάκληση γεγονότων (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Παρατηρούμε ότι από τα 12 (25%) άτομα του δείγματος που πίνουν, τα 9 (15%) θυμούνται καλά τα γεγονότα, τα 4 (6,67%) δεν θυμούνται λεπτομέρειες, 1

(1,67%) άτομο χρειάζεται υπενθύμιση και επίσης 1 (1,67%) άτομο δεν θυμάται απολύτως τίποτα. Από τα 45 (75%) άτομα του δείγματος που δεν πίνουν, τα 16 (26,67%) θυμούνται καλά τα γεγονότα, τα 25 (41,67%) δεν θυμούνται λεπτομέρειες και 4 (6,67%) άτομα χρειάζονται υπενθύμιση.

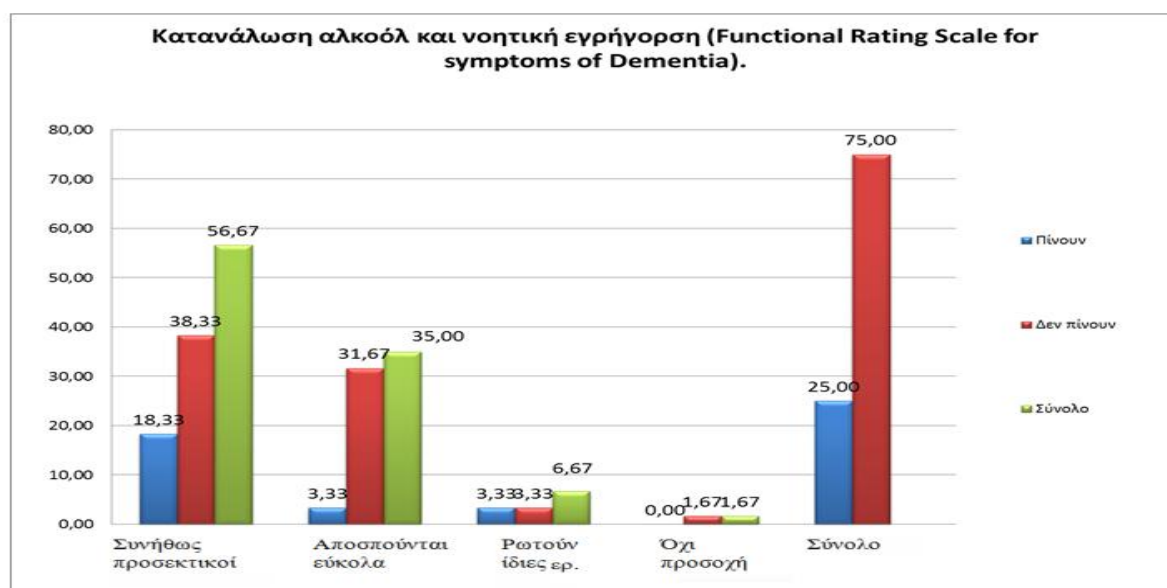
Πίνακας 61: Κατανάλωση αλκοόλ και νοητική εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Συνήθως προσεκτικοί	Αποσπώνται εύκολα	Ρωτούν τις ίδιες ερωτήσεις	Δεν διατηρούν την προσοχή τους	Σύνολο
Πίνουν	11 (73%)	2 (13%)	2 (13%)	0 (0%)	15 (25%)
Δεν πίνουν	23 (51%)	19 (42%)	2 (4%)	1 (2%)	45 (75%)
Σύνολο	34 (56,67%)	21 (35%)	4 (6,67%)	1 (1,67%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 5.330, p > .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν μη στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 5.330, p > .05$ για Κατανάλωση αλκοόλ και νοητική εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia).

Διάγραμμα 61: Κατανάλωση αλκοόλ και νοητική εγρήγορση (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 15 (25%) άτομα του δείγματος που πίνουν, τα 11 (18,33%) είναι συνήθως προσεκτικά, τα 2 (3,33%) αποσπώνται εύκολα και τα άλλα 2 (3,33%)

άτομα ρωτούν τις ίδιες ερωτήσεις. Από τα 45 (75%) άτομα που δεν πίνουν, τα 23 (38,33%) είναι συνήθως προσεκτικά, τα 19 (31,67%) αποσπώνται εύκολα, τα 2 (3,33%) άτομα ρωτούν τις ίδιες ερωτήσεις και 1 (1,67%) άτομο δεν διατηρεί την προσοχή του.

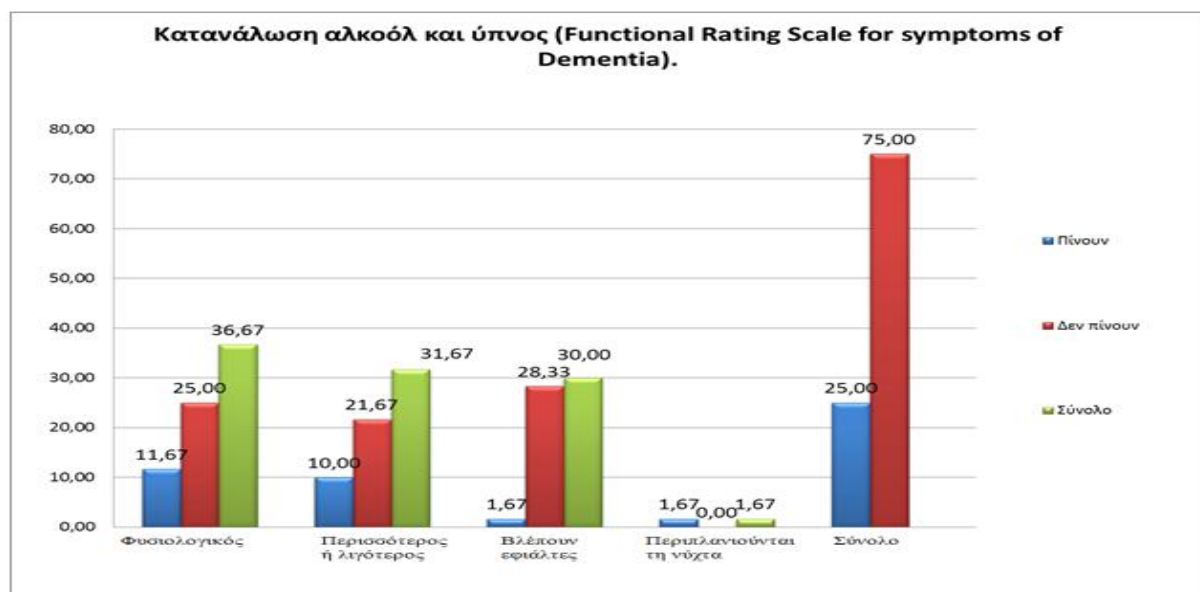
Πίνακας 62: Κατανάλωση αλκοόλ και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Φυσιολογικός	Περισσότερος ή λιγότερος	Βλέπουν Εφιάλτες	Περιπλανιούνται τη νύχτα	Σύνολο
Πίνουν	7 (47%)	6 (40%)	1 (7%)	1 (7%)	15 (25%)
Δεν πίνουν	15 (33%)	13 (29%)	17 (38%)	0 (0%)	45 (75%)
Σύνολο	22 (36,67%)	19 (31,67%)	18 (30%)	1 (1,67%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 7.614, p \leq .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 7.614, p < .05$ για Κατανάλωση αλκοόλ και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που δεν έπιναν έτειναν να μην κοιμούνται καλά.

Διάγραμμα 62: Κατανάλωση αλκοόλ και ύπνος (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Βλέπουμε ότι από τα 15 (25%) άτομα του δείγματος που πίνουν, τα 7 (11,67%) άτομα κοιμούνται φυσιολογικά, τα 6 (10%) κοιμούνται περισσότερο ή

λιγότερο από το φυσιολογικό, 1 άτομο (1,67%) έχει εφιάλτες και άλλο 1 (1,67%) περιπλανιέται τη νύχτα. Από τα 45 (75%) άτομα του δείγματος που δεν πίνουν, τα 15 (25%) κοιμούνται φυσιολογικά, τα 13 (21,67%) άτομα κοιμούνται περισσότερο ή λιγότερο από το φυσιολογικό ενώ 17 (28,33%) έχουν εφιάλτες.

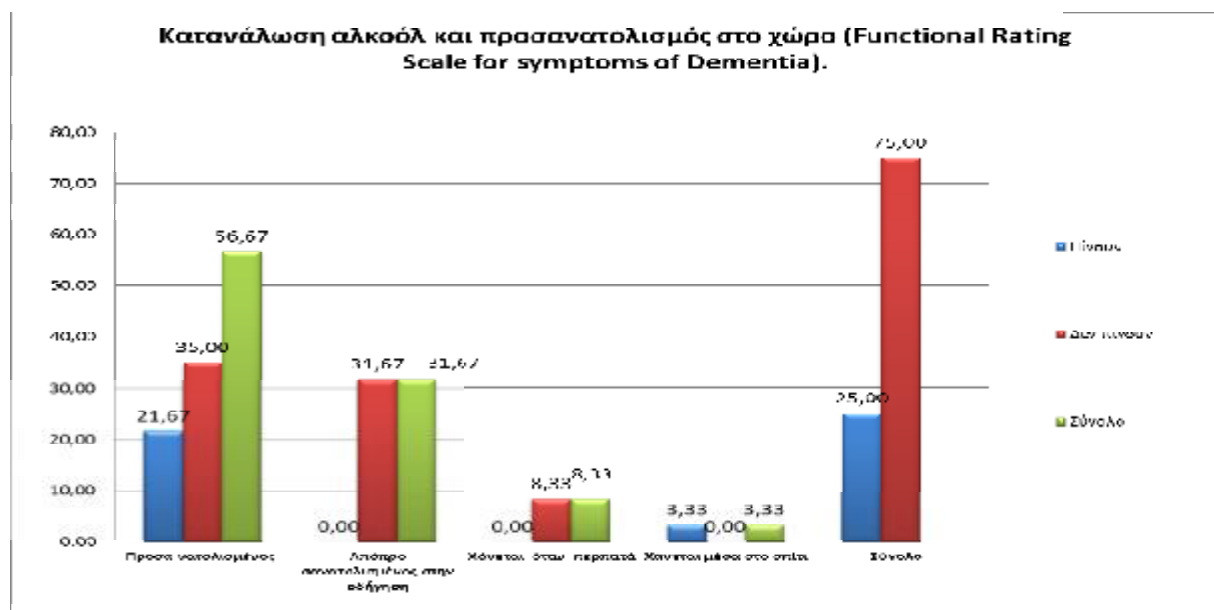
Πίνακας 63: Κατανάλωση αλκοόλ και προσανατολισμός στο χώρο (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Προσανατολισμένος	Απόπροσανατολισμένος στην οδήγηση	Χάνεται όταν περπατά	Χάνεται μέσα στο σπίτι	Σύνολο
Πίνουν	13 (87%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (13%)	15 (25%)
Δεν πίνουν	21 (47%)	19 (42%)	5 (11%)	0 (0%)	45 (75%)
Σύνολο	34 (56,67%)	19 (31,67%)	5 (8,33%)	2 (3,33%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 17.176, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα: $\chi^2(3) = 17.176, p < .05$ για Κατανάλωση αλκοόλ και προσανατολισμός στο χώρο (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που δεν έπιναν έτειναν να αποπροσανατολίζονται και να χάνονται.

Διάγραμμα 63: Κατανάλωση αλκοόλ και προσανατολισμός στο χώρο (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 15 (25%) άτομα του δείγματος που πίνουν, τα 13 (21,67%) άτομα έχουν προσανατολισμό, ενώ 2 (3,33%) χάνονται μέσα στο σπίτι. Από τα 45 (75%)

άτομα του δείγματος που δεν πίνουν, τα 21 (35%) είναι προσανατολισμένα, τα 19 (31,67%) είναι αποπροσανατολισμένα κατά την οδήγηση και 5 (8,33%) άτομα χάνονται όταν περπατούν.

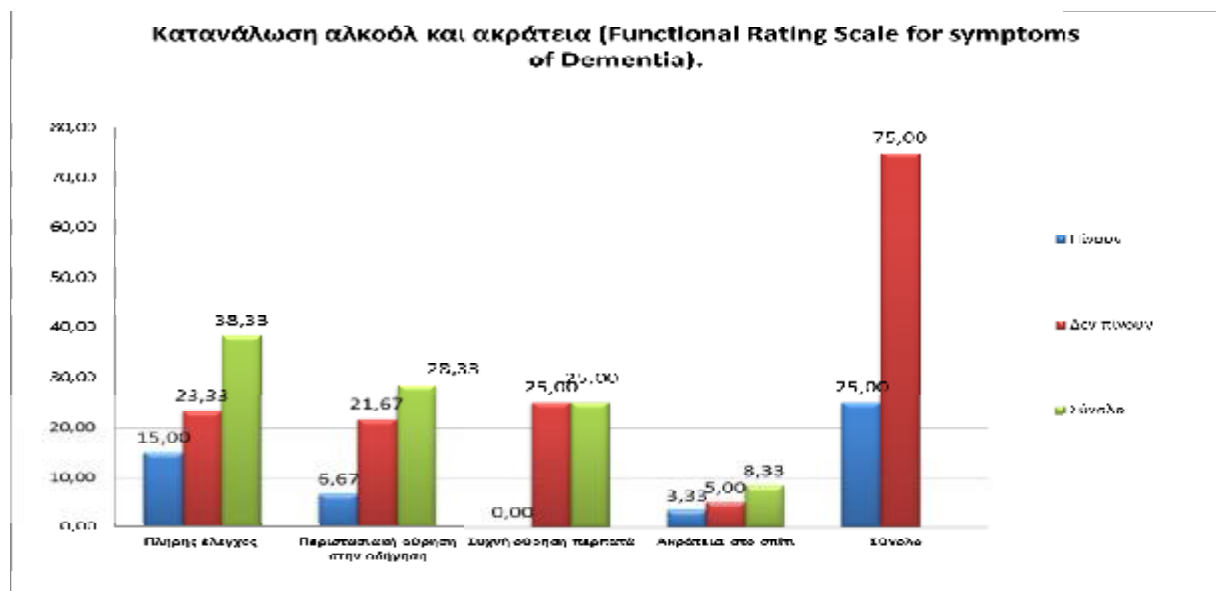
Πίνακας 64: Κατανάλωση αλκοόλ και ακράτεια (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Πλήρης έλεγχος	Περιστασιακή ούρηση	Συχνή Ούρηση	Ακράτεια	Σύνολο
Πίνουν	9 (60%)	4 (27%)	0 (0%)	2 (13%)	15 (25%)
Δεν πίνουν	14 (31%)	13 (29%)	15 (33%)	3 (7%)	45 (75%)
Σύνολο	23 (38,33%)	17 (28,33%)	15 (25%)	5 (8,33%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 8.069, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα $\chi^2(3) = 8.069, p < .05$ για Κατανάλωση αλκοόλ και ακράτεια (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που δεν έπιναν έτειναν να έχουν ακράτεια και συχνή ούρηση.

Διάγραμμα 64: Κατανάλωση αλκοόλ και ακράτεια (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Παρατηρούμε ότι από τα 15 (25%) άτομα του δείγματος που πίνουν, τα 9 (15%) έχουν πλήρη έλεγχο των σφιγκτήρων, τα 4 (6,67%) έχουν περιστασιακή ούρηση και 2 (3,33%) άτομα έχουν ακράτεια. Από τα 45 (75%) άτομα του δείγματος που δεν πίνουν, τα 14 (23,33%) έχουν πλήρη έλεγχο των σφιγκτήρων τους, τα 13

(21,67%) άτομα έχουν περιστασιακή ούρηση, τα 15 (25%) έχουν συχνή ούρηση και τέλος μόνο 3 (5%) έχουν ακράτεια.

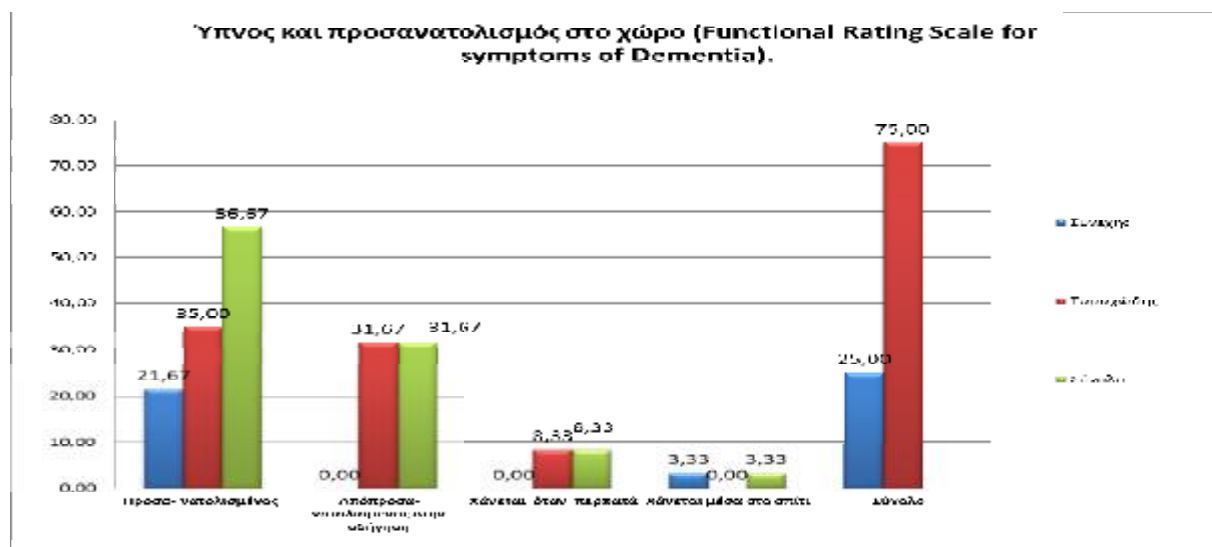
Πίνακας 65: Ύπνος και προσανατολισμός στο χώρο (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)

	Προσανατολισμένος	Αποπροσανατολισμένος στην οδήγηση	Χάνεται όταν περπατά	Χάνεται μέσα στο σπίτι	Σύνολο
Συνεχής	13 (87%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (13%)	15 (25%)
Ταραχώδης	21 (47%)	19 (42%)	5 (11%)	0 (0%)	45 (75%)
Σύνολο	34 (56,67%)	19 (31,67%)	5 (8,33%)	2 (3,33%)	60 (100%)

$\chi^2(3) = 8.069, p < .05$

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστική σημαντικότητα $\chi^2(3) = 8.069, p < .05$ για Ύπνος και προσανατολισμός στο χώρο (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που είχαν ταραχώδη ύπνο έτειναν να αποπροσανατολίζονται και να χάνονται.

Διάγραμμα 65: Ύπνος και προσανατολισμός στο χώρο (Functional Rating Scale for symptoms of Dementia)



Από τα 15 (25%) άτομα του δείγματος που έχουν συνεχή ύπνο, τα 13 (21,67%) προσανατολίζονται με ευκολία ενώ 2 (3,33%) άτομα χάνονται μέσα στο σπίτι. Από τα 45 (75%) άτομα που έχουν ταραχώδη ύπνο, τα 21 (35%) έχουν σωστό προσανατολισμό, τα 19 (31,67%) αποπροσανατολίζονται κατά την οδήγηση ενώ 5 (8,33%) άτομα χάνονται όταν περπατούν.

4.11 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την έρευνα αυτή που απευθυνόταν σε 60 άτομα με άνοια ηλικίας άνω των 65 ετών μπορούμε να συλλέξουμε πολλές και χρήσιμες πληροφορίες.

Ενδεικτικά αναφέρουμε τα πιο σημαντικά ευρήματα:

- Από το τεστ για την εξέταση του γνωστικού επιπέδου των ηλικιωμένων, Mini Mental State Examination (M.M.S.E.) προέκυψε ότι ένα μεγάλο ποσοστό φάνηκε να εμφανίζει κυρίως ελαφρά γνωστική διαταραχή και σε μικρότερο βαθμό μέτρια και σοβαρή γνωστική διαταραχή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νεότεροι έχουν πιο ελαφριά γνωστική διαταραχή (Βλ. πίνακα 32).
- Από το δείγμα της έρευνας προκύπτει ότι οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά γνωστικές διαταραχές σε σχέση με τους άντρες (Βλ. πίνακα 33). Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται από διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί και υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τη νόσο από ότι οι άντρες (2:1 περίπου) (Μπαλογιάννης, 1994). Έχουν υποστηριχθεί διάφορες απόψεις για τους παράγοντες στους οποίους οφείλεται το παραπάνω, όπως η μακροβιότητα των γυναικών, άγνωστοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, μη καθορισμένοι ορμονικοί παράγοντες, η εμμηνόπαυση κ.α. (Μεντενόπουλος, 2000). Έχει καταγραφεί σε διάφορες έρευνες επίσης ότι οι γυναίκες προσβάλλονται με μεγαλύτερη συχνότητα από τη νόσο, με εξελικτική πορεία βαρύτερη, με περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα, καθώς και με μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου σε σχέση με τους άντρες της ίδιας ηλικίας (Τσολάκη & Κάζης, 2005).
- Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος δεν ασχολούνται με το διάβασμα και τη γυμναστική (Βλ. πίνακες 10 και 11). Επίσης, μέσω της έρευνας βρέθηκε ότι το διάβασμα καθώς και η σωματική άσκηση δείχνουν να σχετίζονται με το γνωστικό επίπεδο καθώς βρέθηκε έκπτωση γνωστικών λειτουργιών στα ηλικιωμένα άτομα που δεν ασχολούνται με το διάβασμα και τη γυμναστική (Βλ. πίνακα 37 και 38). Αυτό προφανώς συμβαίνει καθώς σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει για το διάβασμα και τη γυμναστική, έχει αποδειχθεί ότι αποτελούν δύο από τους προφυλακτικούς παράγοντες για την έκπτωση γνωστικών λειτουργιών (Τσολάκη & Κάζης, 2005).

- Παρατηρήθηκε ότι η γυμναστική σχετίζεται με τον ύπνο (Βλ. πίνακα 55). Τα περισσότερα άτομα του δείγματος δεν γυμνάζονται και γι' αυτό το λόγο αποδείχθηκε ότι δεν έκαναν καλό ύπνο.
- Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων της έρευνας λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή διότι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας (Βλ. πίνακα 9). Από την έρευνα προκύπτει επίσης ότι η ύπαρξη προβλήματος υγείας και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής σχετίζονται με την έκπτωση γνωστικών λειτουργιών καθώς τα άτομα που αντιμετωπίζουν τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά κάποιο είδος γνωστικής διαταραχής από ότι τα υγιή άτομα. Επίσης, παρουσιάζεται ένα μικρό ποσοστό ύπαρξης ελαφριάς γνωστικής διαταραχής σε άτομα που δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή σε αντίθεση με τα μεγάλα ποσοστά γνωστικών διαταραχών που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (Βλ. πίνακα 36). Βιβλιογραφικά αναφέρεται η λήψη φαρμάκων καθώς και η ταυτόχρονη λήψη πολλών φαρμάκων για διαφορετικές παθήσεις, είναι δυνατόν να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές (Τσολάκη & Κάζης, 2005).
- Παρατηρήθηκε ακόμη ότι ο ύπνος συνδέεται και με το φύλο. Οι γυναίκες φαίνεται να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα ύπνου από ότι οι άντρες (Βλ. πίνακα 43). Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι η αϋπνία φαίνεται να είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα στις γυναίκες καθώς είναι αυτές που εμφανίζουν περισσότερο άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα από τους άντρες (Μάνος, 1997, Στεφανή κ.ά., 1992).
- Από τη συγκεκριμένη έρευνα, η κατανάλωση του αλκοόλ δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών καθώς τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα που δεν πίνουν παρουσιάζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά γνωστικές διαταραχές από αυτούς που καταναλώνουν αλκοόλ (Βλ. πίνακα 39). Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία που αναφέρει ότι η κατανάλωση αλκοόλ πιθανόν να συνεισφέρει στην προφύλαξη από την άνοια, ειδικά όταν το αλκοόλ καταναλώνεται χωρίς υπερβάσεις και συνδυαστικά με τη λήψη κανονικών γευμάτων (Τσολάκη & Κάζης, 2005).
- Από τη συγκεκριμένη έρευνα, το κάπνισμα δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών καθώς

τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα άτομα που δεν καπνίζουν παρουσιάζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά γνωστικές διαταραχές από αυτούς που καπνίζουν (Βλ. πίνακα 40). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Τσολάκη, 2000) έχει βρεθεί ότι το κάπνισμα, ίσως και να αποτελεί προφυλακτικό παράγοντα για την άνοια.

- Η διατροφή δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών (Βλ. πίνακα 41). Σύμφωνα με άλλη έρευνα που έχει γίνει (Τσολάκη & Καζής, 2005), φαίνεται ότι η υγιεινή διατροφή αποτελεί προφυλακτικό παράγοντα όσον αφορά την άνοια.
- Σχετικά με τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων παρατηρήθηκαν αρκετές δυσκολίες στους παρακάτω τομείς: στην ακράτεια, στην ομιλία, στον ύπνο, στην αναγνώριση προσώπων, στην μνήμη ονομάτων και γεγονότων, στην προσοχή και στην συγκέντρωση (Βλ. πίνακες 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25).
- Η πλειοψηφία του δείγματος ολοκλήρωσε το λύκειο και ένα μεγάλο ποσοστό τελείωσε το πανεπιστήμιο (Βλ. πίνακα 4). Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε ότι μέσω μελετών έχει διαπιστωθεί ο σημαντικός ρόλος της εκπαίδευσης ως προς τον ρυθμό έκπτωσης των νοητικών ικανοτήτων με την πάροδο της ηλικίας. Συμμετέχοντες σε έρευνες με υψηλότερη εκπαίδευση είχαν βραδύτερους ρυθμούς νοητικής και λειτουργικής επιδείνωσης (Τσολάκη & Κάζης, 2005).
- Αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό των ατόμων του δείγματος που ζουν μόνοι τους (άγαμοι, χήροι, διαζευγμένοι, εν διαστάσει) (Βλ. πίνακα 6). Από το δείγμα της έρευνας προκύπτει ότι τα άτομα που ήταν χήροι ήταν εριστικοί ή απαθείς (Βλ. πίνακα 57). Αυτό σχετίζεται με τη γενικότερη διαπίστωση ότι στις μέρες μας πολλοί ηλικιωμένοι βιώνουν αισθήματα μοναξιάς, εγκατάλειψης και απομόνωσης. Σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι όσοι είναι χήροι ή χήρες, βιώνουν ψυχοπνευματικά προβλήματα ή ζουν μόνοι τους εμφανίζουν αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Αβεντισιάν & Παγοροπούλου, 1993).
- Το ποσοστό των ατόμων του δείγματος που έχουν ανοϊκό συγγενή εμφανίζουν ελαφρά και σοβαρή γνωστική διαταραχή σε μικρότερο ποσοστό απ' ό,τι μέτρια (Βλ. πίνακα 42).
- Από το δείγμα της έρευνας προκύπτει ότι οι γυναίκες τείνουν να μην αναγνωρίζουν κυρίως γνωστούς σε σχέση με τους άντρες (Βλ. πίνακα 44).

- Όσον αφορά τη συσχέτιση «φύλο-συναίσθημα» προκύπτει ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν ήπια κατάθλιψη σε σχέση με τους άντρες οι οποίοι στην πλειονότητά τους είναι φυσιολογικοί (Βλ. πίνακα 45).
- Σχεδόν όλο το δείγμα της έρευνας λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν λάμβαναν παρουσίαζε περιστασιακή ούρηση (Βλ. πίνακα 47).
- Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής εξαιτίας προβλημάτων υγείας φαίνεται να συσχετίζεται με την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου. Παρατηρείται ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και παίρνουν φάρμακα παρουσιάζουν και περισσότερες διαταραχές στον ύπνο τους (Βλ. πίνακα 46).
- Σχεδόν όλο το δείγμα λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Το ποσοστό που δεν λάμβανε είχε μόνο κανονική ομιλία (Βλ. πίνακα 52).
- Σχεδόν όλο το δείγμα λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Το ποσοστό που δεν λάμβανε είχε προσανατολισμό (Βλ. πίνακα 53).

4.12 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων (53%), παρουσιάζει ελαφρά γνωστική διαταραχή και ακολουθεί η μέτρια (38%) και τέλος η σοβαρή γνωστική διαταραχή (8%) (Βλ. πίνακα 32).

Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο του μεγαλύτερου ποσοστού του δείγματος θεωρούμε ότι πιθανόν να σχετίζεται με τα χαμηλά επίπεδα έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών που παρατηρήθηκαν στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε ότι μέσω μελετών έχει διαπιστωθεί ο σημαντικός ρόλος της εκπαίδευσης ως προς τον ρυθμό έκπτωσης των νοητικών ικανοτήτων με την πάροδο της ηλικίας. Συμμετέχοντες σε έρευνες με υψηλότερη εκπαίδευση είχαν βραδύτερους ρυθμούς νοητικής και λειτουργικής επιδείνωσης (Τσολάκη & Κάζης, 2005).

Ένας ακόμη παράγοντας που ίσως συμβάλλει στην ύπαρξη γνωστικών διαταραχών, είναι το μεγάλο ποσοστό ατόμων που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (λόγω προβλημάτων υγείας), που έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει σε μικρό ή μεγάλο βαθμό τη νοητική λειτουργία.

Οι γυναίκες εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό έκπτωσηση γνωστικών λειτουργιών, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία. Ως προς αυτό, θα μπορούσαν να γίνουν κάποιες προσπάθειες κυρίως σε επίπεδο πρόληψης, όπως η μεγαλύτερη ενημέρωση για τον υψηλό κίνδυνο εμφάνισης γνωστικών διαταραχών που διατρέχουν περισσότερο οι γυναίκες στα πλαίσια ομιλιών σε Κ.Α.Π.Η., δήμους κλπ. ή και από τα Μ.Μ.Ε.. Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί των Κ.Α.Π.Η., χρήσιμο θα ήταν να στρέψουν περισσότερο την προσοχή τους προς τις γυναίκες οργανώνοντας ομάδες με στόχο τη διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών των γυναικών, όπως ομάδες σύνταξης εφημερίδας του Κ.Α.Π.Η., ομάδες γυμναστικής και χορού.

Το κάπνισμα δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών. Πρόσφατη ωστόσο επιδημιολογική μελέτη έδειξε ότι η παρουσία του αλληλόμορφου γονιδίου ε4 της APOE προφυλάσσει από την ΝΑ και συνιστούν τη χορήγηση νικοτίνης ή νικοτινικών παραγόντων σε ασθενείς με τον ανώτερο συνδυασμό, διότι υπάρχει ελπίδα μεγάλης αποτελεσματικότητας (Τσολάκη, 2000).

Όσον αφορά στη διερεύνηση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων που ήταν ένας από τους κύριους σκοπούς της έρευνάς μας, βρέθηκε ότι μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων αντιμετωπίζουν έκπτωση σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητάς τους. Οι κυριότεροι από αυτούς τους τομείς είναι: η ακράτεια, η ομιλία, ο ύπνος, η

αναγνώριση προσώπων, η ατομική υγιεινή, η μνήμη για ονόματα, η μνήμη για γεγονότα, η εγρήγορση, η συγκινησιακή κατάσταση και η κοινωνική συμπεριφορά.

Με τη διαπίστωση αυτή σχετίζεται άμεσα η μεγάλη ηλικία που από μόνη της δημιουργεί δυσκολίες στη λειτουργικότητα των ατόμων, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής λόγω των προβλημάτων υγείας που έχουν οι ηλικιωμένοι αλλά και η έκπτωση γνωστικών λειτουργιών.

Τέλος, μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων ζουν μόνοι τους είτε επειδή είναι άγαμοι ή χήροι είτε επειδή τα παιδιά τους ζουν μακριά από αυτούς.

4.13 ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ

Η εργασία αυτή επιθυμεί να προσφέρει περισσότερες πληροφορίες στο πεδίο των επιστημονικών ερευνών που σχετίζονται με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και ιδίως με αυτά που προκαλούνται από την έκπτωση ή απώλεια των γνωστικών λειτουργιών των ατόμων. Στον τομέα της Λογοθεραπείας, η έρευνα αυτή θα βοηθήσει τους λογοθεραπευτές ώστε να μάθουν και να κατανοήσουν τους παράγοντες κινδύνου αλλά και τους προφυλακτικούς παράγοντες αυτής της νόσου, για να παράσχουν κατάλληλες υπηρεσίες που θα ωφελήσουν τους ασθενείς και θα μεγιστοποιήσουν τη λειτουργικότητά τους σε όλα τα στάδια της νόσου.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο ρόλος του λογοθεραπευτή εμπεριέχει στοιχεία πρόληψης και ενημέρωσης των συγγενών. Επίσης έχει στοιχεία συντονισμού των προσπαθειών των συγγενών με τις ενέργειες του λογοθεραπευτή και τέλος, είναι σημαντικό ν' αναφέρουμε ότι η αντιμετώπιση των προβλημάτων του ατόμου με άνοια, γίνεται απ' τη διεπιστημονική ομάδα στην οποία ο λογοθεραπευτής έχει μια σταθερή και αναντικατάστατη θέση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5 ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Κλείνοντας αυτή την εργασία, θεωρήσαμε απαραίτητο να αναφέρουμε κάποιες προτάσεις για περαιτέρω έρευνα, ώστε να διαπιστωθεί εάν πράγματι συγκεκριμένοι τρόποι ζωής, σε ασθενείς με άνοια, επηρεάζουν τις γνωστικές τους λειτουργίες και την λειτουργικότητα.

Πιο συγκεκριμένα:

- Σε τι βαθμό μπορεί να επηρεάσει η λήψη φαρμακευτικής αγωγής το γνωστικό επίπεδο.
- Σε τί βαθμό μπορεί το διάβασμα να ωφελήσει ώστε να μην υπάρξει περαιτέρω μείωση των γνωστικών λειτουργιών.
- Κατά πόσο η κατανάλωση αλκοόλ επηρεάζει την ανάκληση γεγονότων, την μνήμη ονομάτων και την νοητική εγρήγορση.
- Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά πόσο μπορεί ή όχι, να επηρεάσει τη λεκτική επικοινωνία.

Θα μπορούσε, επίσης, να πραγματοποιηθεί επιπλέον έρευνα πάνω στα εξής θέματα:

- Το κάπνισμα δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών. Ωστόσο, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Τσολάκη, 2000) έχει βρεθεί ότι το κάπνισμα, ίσως και να αποτελεί προφυλακτικό παράγοντα για την άνοια. Προτείνουμε την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.
- Η διατροφή δεν φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών. Παρόλ' αυτά, σύμφωνα με άλλη έρευνα που έχει γίνει (Τσολάκη & Καζής, 2005), φαίνεται ότι η υγιεινή διατροφή αποτελεί προφυλακτικό παράγοντα όσον αφορά την άνοια. Γι' αυτό το λόγο, συνιστούμε περαιτέρω έρευνα.
- Καλό θα ήταν να γίνει περισσότερη διερεύνηση για να καθοριστεί εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ άνοιας-κληρονομικότητας.
- Κατά πόσο η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (λόγω διαφόρων ασθενειών) μπορεί να επηρεάσει την ακράτεια, τον προσανατολισμό και τον ύπνο.
- Τέλος, να πραγματοποιηθεί περαιτέρω διερεύνηση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ - ύπνου, ακράτειας.

Η άνοια αποτελεί ένα σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα στις μέρες μας και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει ο σχεδιασμός των δράσεων της πολιτείας να εστιαστεί στην πρόληψη και την αντιμετώπιση, με ενίσχυση και επέκταση των υποστηρικτικών φορέων.

Πιο συγκεκριμένα:

- Συνέχιση των κλινικών μελετών για το θέμα της άνοιας, οι οποίες θα δώσουν είτε επιβεβαίωση στην ήδη υπάρχουσα γνώση ή θα παρέχουν καινούρια γνώση εστιάζοντας κυρίως στην ανεύρεση πιθανών αιτιών, προφυλακτικών παραγόντων, φαρμάκων που να βελτιώνουν τα συμπτώματα και στη γενικότερη θεραπεία (φαρμακευτική ή μη) της νόσου.
- Έρευνα από τη μεριά των κοινοτικών υπηρεσιών για τον εντοπισμό ατόμων που κινδυνεύουν ή ήδη πάσχουν από άνοια με στόχο την προαγωγή της πρόληψης.
- Τέλος, εκτός από τις διάφορες πολιτικές πρόληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος της άνοιας που θα πρέπει να εφαρμοστούν από την πολιτεία, απαραίτητο είναι το κάθε άτομο ξεχωριστά να προφυλάσσει τον εαυτό του από τους επιβαρυντικούς παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για άνοια. Υιοθέτηση από τα άτομα, ενός τρόπου ζωής που θα μειώνει τις πιθανότητες έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών και της λειτουργικότητας. Ενεργοποίηση του νου και εξάσκηση μέσα από διάφορες δραστηριότητες, όπως π.χ. διάβασμα, εργόχειρα και εξάσκηση της μνήμης τους λύνοντας σταυρόλεξα, απομνημονεύοντας αριθμούς τηλεφώνων κλπ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβεντισιάν & Παγοροπούλου, Α.,(1993). Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Albridge, D. (1994). Alzheimer disease: rhythm, timing and music as therapy. *Biomed Pharmacother* , 48, 275-281.
- Bach, D., Bach, M., Bohmer, F. et al. (1995). Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients, 24, 222-226.
- Bacham, L. (1994). Memory functioning in Alzheimer's disease. *Ann Psychiatry* 4, 53-67.
- Bamford, K.A. (1999). A prospective evaluation of cognitive decline in Huntington's disease. *Neurology*.
- Bick, K., Amaducci, L. & Pepeu, G. (1987). The early story of Alzheimer's disease. Padua: Livinia Press.
- Diesfeldt HFA (1984). The importance of encoding instructions and retrieval cues in the assessment of memory in senile dementia. *Archives of Gerontology Geriatric*, 3, 51-57.
- Ελληνική Εταιρία νόσου Alzheimer (1999). Πρακτικός οδηγός για τους περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Novartis.
- Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών 2002. Διαθέσιμο σε www.alzheimer-hellas.gr.
- Greene, JG., Nicol, R. & Jamieson, H. (1979). Reality orientation with psychogeriatric patients. *Behaviour research and therapy*, 17, 615-618.
- Heston, L. & White, J., (1991). « The vanishing mind: a practical guide to Alzheimer's disease and other dementias». New York: Raven press.
- Hofman, A. (1997) The Epidemiology of Alzheimer's Disease. In Alzheimer's Dementia. The 16th International Boyer Pharma Press seminar, Paris.
- Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (1996). 21^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. «Διαταραχές μνήμης- προσοχής». Επιμέλεια : Μπαλογιάννης Σ. Αθήνα.
- Καλαϊτζή, Β., (2005). Οδηγός φροντίδας γονιών. Αθήνα: Εκδόσεις Mendor.
- Καλαϊτζίδου, Μ. & Chan, K., (2001). Ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους. Πτυχιακή διατριβή. Α.Π.Θ.

- Kaplan & Sadock's, (2000). Ψυχιατρική, τόμος Β'. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Karlsson, T, Backman, I, Herlitz, A. et al. (1989). Memory improvement at different stages of Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 27, 737-742.
- Κωσταρίδου & Ευκλείδη, Α., (1999). Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Λέκκα, Σ., (2002). Διαφοροδιάγνωση νόσου Alzheimer : η χρησιμότητα των λεκτικών νευροψυχολογικών δοκιμασιών. Πτυχιακή διατριβή. Α.Π.Θ.
- Lovestone, S. & Gauthier, S., (2001). Η αντιμετώπιση της Άνοιας. Αθήνα: Εκδόσεις Βαγιωνάκης.
- Μάνος, Ν., (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Μαυρέας, Β., Σολδάτος, Κ. & Στεφανής, Κ., 1997, Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Μεντενόπουλος, Γ. (1999). Η νόσος του Alzheimer. Α' Έκδοση, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Μεντενόπουλος, Γ. & Μπούρας, Κ. (2002). Η νόσος του Alzheimer. Γ' Έκδοση, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Miller, N. & Cohen, G. (1981). Clinical aspects of Alzheimer disease and senile dementia. New York: Raven press.
- Morris, R., (1996). The cognitive neuropsychology of Alzheimer – type dementia. Oxford: Univerity Press.
- Μπαλογιάννης, Σ., (1985). Κλινική Νευροπαθολογία. Μέρος Β'.
- Μπαλογιάννης, Σ., (1985). Κλινική Νευροπαθολογία. Μέρος Γ'.
- Μπαλογιάννης, Σ., (1994). Νέοι ορίζοντες εις την νόσο του Alzheimer.
- Muriel, D. Lezak, Diane, B. Howieson, & Danid, W. Loring. (2009) Νευροψυχολογική εκτίμηση. Τόμος 1. Πάτρα: Εκδόσεις GOTSIS.
- Παπαγεωργίου, Σ. (2001). Η νόσος του Alzheimer. Ιατρικό Βήμα.
- Quayhagen, MP. & Quayhagen, M. (1989). Differential effects of family-based strategies Alzheimer disease. *Gerontologist*, 29,150-155.
- Rubinstein, H., (2000). Η Νόσος του Alzheimer. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Σαμολαδά, Γ. & Τρίγκα, Β., (1998). Η νόσος Alzheimer και οι γλωσσικές επιδόσεις: Η σχέση της νόσου με την κληρονομικότητα. Διαδακτορική διατριβή. Α.Π.Θ.
- Skelly, J. & Flint, AJ (1995). Urinary incontinence associated with dementia. *Journal of the American Geriatric Society*, 43,286-294.
- Slater, R., (2003). Γηρατειά. Θλιμμένος χειμώνας ή Δεύτερη άνοιξη; Η ψυχολογία της γήρανσης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Στεφανής, Κ., Σολδάτος, Κ. & Μαυρέας, Β., (1992). Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Τσολάκη, Μ., (1997). Η νευροψυχολογική εκτίμηση ηλικιωμένων. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΧΧ.
- Τσολάκη, Μ., (2000) «1^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών». Θεσσαλονίκη.
- Τσολάκη, Μ. & Καζής, Α., (2005). Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοια. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Τσολάκη, Μ. & Κάζης, Α., (2005). Άνοια: Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Weiner, F. (1999). Η νόσος του Alzheimer, διάγνωση και θεραπεία. *Harward Review of Psychiatry*.
- Wilson, BA (1987). *Rehabilitation of Memory*. New York: Guilford Press.
- Woods, RT. (1979). Reality orientation and staff attention: a controlled study. *The British journal of psychiatry*, 134, 502-507.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν., (1997). Ψυχικές Διαταραχές στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα, οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση, *ICD -10*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Zanetti, O., Binnetti, G., Magni, E. et al. (1997). Prosedular memory stimulation in Alzheimer disease: impact of a training program. *Acta Neurologica Scandinavica*, 95, 152-157.
- Zanetti, O., Frisoni, GB., De Leo, D. et al. (1995). Reality orientation therapy in Alzheimer disease: Useful or not? *Neuropsychological Rehabilitation*, 9, 132-138.

- Zaveu, S. & Khichiturian, T., (1996). Alzheimer's disease (causes, diagnosis, treatment and care). New York: CRS Press.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Janssen Pharmaceutica NV (2013). «Dementia diagnosis»
Ανάκτηση:20/06/2013 από
<http://www.dementia.com/diagnosis.html>
- Μπόζη, Μ. (2013) «Άνοια δεν είναι μόνο η νόσος Alzheimer». Art of life and health. Ανάκτηση:10/12/2013 από
<http://www.iatronet.gr/ygeia/nevrologia/article/2495/anoia-den-einai-mono-h-nosos-alzheimer.html>
- Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία (2005). «Νόσος Alzheimer». Ανάκτηση:06/12/2005 από
<http://www.iatronet.gr/ygeia/nevrologia/article/825/nosos-alzheimer.html>