

Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γνώσεις και απόψεις πολιτών για τη νόσο Alzheimer και οι επιπτώσεις της νόσου στο οικογενειακό περιβάλλον



Εισηγήτρια

Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Μπαξεβανίδη Χριστίνα
Νικολοπούλου Αθανασία
Φοιτήτριες Νοσηλευτικής

Ευχαριστίες και αφιερώσεις

Θα ήθελα να ευχαριστήσω από τα βάθη της καρδιάς μου όλους εκείνους που με βοήθησαν στην πραγματοποίηση της πτυχιακής μου εργασίας γιατί χωρίς την συνεργασία και την υποστήριξη, αυτή η μελέτη δεν θα είχε ολοκληρωθεί.

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω την Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία, καθηγήτρια και κοσμήτωρ της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος για την προθυμία να συνεργαστεί μαζί μας, για την κατανόηση και καθοδήγηση της, τις επιστημονικές γνώσεις αλλά και τις συμβουλές της.

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους φίλους που με δεκτικότητα, υπομονή και κατανόηση ήταν δίπλα μου και με στήριξαν με κάθε τρόπο.

Αφιερώνω την πτυχιακή μου στον αδερφό μου Βαγγέλη.

Χριστίνα Μπαζεβανίδη

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία, καθηγήτρια και κοσμήτωρ της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος που δέχθηκε να συνεργαστεί μαζί μας και μας βοήθησε στην υλοποίηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους φίλους μου που με την καθημερινή τους συμπαράσταση, την υπομονή τους και την θετική τους σκέψη συνέβαλαν στην εκπλήρωση του στόχου μου.

Αθανασία Νικολοπούλου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	Σελίδες
Εισαγωγή	5
	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο: *Ανατομία – φυσιολογία νευρικού συστήματος*

1.1	Ανατομία νευρικού συστήματος	9
1.1.1	Κύτταρα νευρικού συστήματος	10
1.1.2	Εγκέφαλος	11
1.2	Φυσιολογία νευρικού συστήματος	12
1.2.1	Φυσιολογία εγκεφάλου	13

Κεφάλαιο 2^ο: *Ανοια*

2.1	Ορισμός της άνοιας/ τύποι	17
2.1.1	Μορφές της άνοιας	17
2.2	Αίτια της άνοιας	18
2.3	Κλινική εικόνα της άνοιας	19
2.4	Στάδια της άνοιας	20
2.5	Διάγνωση της άνοιας	21

Κεφάλαιο 3^ο: *Alzheimer*

3.1	Ορισμός-ιστορική αναδρομή	24
3.1.1	Επιδημιολογία της νόσου Alzheimer	25
3.2	Παθοφυσιολογία της νόσου Alzheimer	27
3.3	Προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου Alzheimer	29
3.4	Προειδοποιητικά σημεία της νόσου Alzheimer	31
3.4.1	Εξασθένηση της μνήμης	31
3.5	Διάγνωση της νόσου Alzheimer	33
3.5.1	Διαφορική διάγνωση της νόσου Alzheimer	34
3.6	Κλινικές εκδηλώσεις της νόσου Alzheimer	36
3.7	Πρόγνωση της νόσου Alzheimer	37
3.8	Θεραπεία της νόσου Alzheimer	38
3.8.1	Ατομική ψυχοθεραπεία	39
3.8.2	Ομαδική ψυχοθεραπεία	40
3.8.3	Γνωστική θεραπεία	40
3.8.4	Θεραπεία συμπεριφοράς	40
3.8.5	Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις	40
3.9	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε άτομα με νόσο Alzheimer	41

Κεφάλαιο 4^ο: Έννοια φροντίδας και επιβάρυνση	
4.1	Η έννοια της φροντίδας 44
4.1.1	Το στρες της φροντίδας 45
4.2	Η έννοια της επιβάρυνσης της φροντίδας 46
4.3	Η επιβάρυνση και τα χαρακτηριστικά του οικογενειακού φροντιστή 46
4.3.1	Η ηλικία, η υγεία και η προσωπικότητα του φροντιστή 47
4.4	Η επιβάρυνση σε σχέση με το φύλο 48
4.4.1	Διαφορές φύλου όσον αφορά τις επιπτώσεις της επιβάρυνσης στην υγεία 49
4.4.2	Διαφορές του φύλου στην αντιμετώπιση του στρες της φροντίδας 50

Κεφάλαιο 5^ο : Επιπτώσεις της νόσου στους παρέχοντες φροντίδα.

5.1	Οι επιπτώσεις στη σωματική υγεία των φροντιστών 52
5.2	Τα συναισθήματα της οικογένειας των ατόμων με Alzheimer 54
5.3	Οι επιπτώσεις της φροντίδας στη ψυχική υγεία των φροντιστών 56
5.4	Απώλεια και πένθος 58

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό-Μέθοδος	62
Αποτελέσματα	63
Συμπεράσματα-Συσχετίσεις	
Συζήτηση	
Συμπεράσματα	145
Προτάσεις	146
Περίληψη	147
Summary	149
Βιβλιογραφία	151
Παράρτημα	157

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μία από τις ασθένειες που ταλανίζουν τον σύγχρονο άνθρωπο είναι η νόσος Alzheimer. Το Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος που αργά και προοδευτικά καταστρέφει τα εγκεφαλικά κύτταρα. Δεν είναι λοιμώδης και μεταδοτική, άλλα είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας, μια κατάσταση που επηρεάζει συχνότερα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης από 65 ετών. Το γεγονός ότι η εξάπλωση της νόσου έχει αυξηθεί, έχει κάνει του ανθρώπους να δείξουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον σχετικά με την Νόσο Alzheimer και να ενημερωθούν για τα χαρακτηριστικά και τον τρόπο αντιμετώπισης της.

Αυτό που μας ώθησε να επιλέξουμε τη νόσο του Alzheimer ως θέμα της πτυχιακής μας εργασίας, πέρα από το επιστημονικό και ερευνητικό της ενδιαφέρον, ήταν και η έμφυτη περιέργεια μας για το αν οι πολίτες γνωρίζουν τα χαρακτηριστικά μιας τόσο πολυσύχναστης ασθένειας. Λόγω του ότι η αντιμετώπιση ενός ασθενούς που πάσχει από τη νόσο Alzheimer, είναι εκ των πραγμάτων δύσκολη, αποφασίσαμε επίσης να ερευνήσουμε κατά πόσο ένας ασθενής με Alzheimer επηρεάζει και με ποιον τρόπο το οικείο του περιβάλλον.

Η προσπάθειες των επιστημόνων δεν έχουν καρποφορήσει ως προς την εξάλειψη και την άμεση θεραπεία της νόσου. Γίνονται προσπάθειες και έχουμε εξέλιξη της θεραπείας με σκοπό την επιβράδυνση των σταδίων της νόσου έτσι ώστε ένας ασθενής που πάσχει από τη νόσο του Alzheimer πλέον να ζει περισσότερο, σε καλύτερες συνθήκες, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του με την σωστή αντιμετώπιση. Επίσης πολύ σημαντικό είναι η έγκαιρη διάγνωση της νόσου και για τον λόγο αυτό γίνονται ενημερώσεις, καινούργιες έρευνες έτσι ώστε με την σωστή αξιολόγηση να δίνεται η δυνατότητα της θεραπείας στον ασθενή από τα πρώτα (πρώιμα) στάδια της νόσου με σκοπό την καλύτερη και αποτελεσματικότερη θεραπεία.

Εισαγωγή

Με τη ραγδαία βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του ανθρώπου τις τελευταίες δεκαετίες και την επακόλουθη αύξηση του προσδόκιμου ζωής, ασθένειες σπάνιες, που μόλις στα τέλη του τελευταίου αιώνα μελετήθηκαν, αρχίσαν αν κάνουν την εμφάνιση τους, να επηρεάζουν δυνητικά την ζωή όλων μας και να αποτελούν πεδίο έντονου προβληματισμού τόσο για τους επιστήμονες, όσο και για τα συστήματα υγείας και περίθαλψης των κοινωνιών μας.

Η νόσος Alzheimer, αποτελεί πια μια πραγματικότητα που επηρεάζει ολοένα και περισσότερο τους ανθρώπους μεγάλης αλλά και νεότερης ηλικίας. Είναι ξεκάθαρη σε όλους η διαφορά των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer από τα σημάδια του γήρατος, όπως είναι ξεκάθαρη και η ανάγκη για αποτελεσματικότερη ανάλυση των αιτιών, έγκαιρη πρόληψη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων που η νόσος προκαλεί, οι οποίες κρίνονται άκρως σημαντικές.

Η ποιότητα της ζωής στην τρίτη ηλικία είναι κάτι που όλοι μας επιζητούμε και απαιτούμε για τον εαυτό μας και τους αγαπημένους μας ανθρώπους. Ωστόσο η ποιότητα ζωής, όταν η νόσος Alzheimer έχει κάνει την εμφάνιση της, απαιτεί σε ατομικό επίπεδο επίπονες και ψυχοφθόρες προσπάθειες καθώς και δέσμευσης πόρων, είτε αυτή είναι οικονομική είτε η αποκλειστική ενασχόλησή επιστημονικού προσωπικού. Οι πόροι αυτοί επιβαρύνουν υπέρμετρα κάθε σύστημα υγείας που πρέπει να αντιμετωπίσει και όλους τους υπόλοιπους παράγοντες που αποτελούν την υγεία του γενικού πληθυσμού. Με βάση όλα τα παραπάνω γίνεται εύκολα κατανοητός στον καθένα ο αγώνας που δίνεται από την επιστήμη, ώστε η νόσος Alzheimer να σταματήσει να αποτελεί τον τρομακτικό αυτό εκφυλισμό της ανθρώπινης ύπαρξης.

Η άνοια και ειδικότερα η άνοια τύπου Alzheimer, χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών που έχει ως αποτέλεσμα την εξάρτηση των επηρεαζόμενων ατόμων και την ανάγκη υποστηρικτικής φροντίδας. Η πλειοψηφία των ανθρώπων με γεροντική άνοια ζουν στην κοινότητα με κύριους φροντιστές μέλη της οικογένειας τους και ιδιαίτερα τους συζύγους οι οποίοι είναι και οι ίδιοι ηλικιωμένοι. Η οικογένεια και οι ανεπίσημοι αυτοί φροντιστές διαδραματίζουν ένα σημαντικότατο ρόλο στην υποστήριξη μειονεκτούντων ηλικιωμένων σε όλη τη διάρκεια της νόσου, και αποτελούν έναν από τους μεγαλύτερους πόρους του συστήματος φροντίδας υγείας.¹ Το έργο αυτό δεν είναι εύκολο και είναι γεμάτο από συναισθηματική ένταση και φυσική εξάντληση με αποτέλεσμα οι συγγενείς που φροντίζουν τέτοιους ασθενείς, να χαρακτηρίζονται και αυτοί σαν «τα κρυμμένα θύματα» της νόσου Alzheimer. Γενικά οι οικογένειες που φροντίζουν ασθενείς με άνοια και ιδιαίτερα οι πρωτοβάθμιοι φροντιστές βιώνουν αυξημένη σωματική και ψυχιατρική νοσηρότητα, χαμηλού επιπέδου ποιότητα ζωής και κοινωνική απομόνωση.² Επίσης ελάχιστα άτομα είναι προετοιμασμένα γι' αυτό το ρόλο και οι σύγχρονες οικογένειες δυτικού τύπου δεν έχουν κοινωνικοποιηθεί για να αναλάβουν το ρόλο του φροντιστή ούτε έχουν τα εφόδια για να χειρισθούν τις συναισθηματικές και φυσικές απαιτήσεις που τους επιβάλλονται. Η συσσώρευση των προβλημάτων τα οποία απορρέουν από τη φροντίδα ενός εξαρτημένου μέλους της οικογένειας, αναφέρεται συνήθως ως «επιβάρυνση». Δεδομένων μάλιστα των ιδιαιτεροτήτων της Νόσου Alzheimer, η φροντίδα των ασθενών με άνοια φαίνεται να είναι πιο δύσκολη και πιο επιβαρυντική από τη φροντίδα ατόμων με άλλες χρόνιες ασθένειες. Έτσι λόγω του τεράστιου κόστους στην οικογένεια, στους αρρώστους, στα συστήματα υγείας και στην κοινωνία γενικότερα, η «επιβάρυνση της φροντίδας» παραμένει το κυρίαρχο θέμα στη γεροντολογική έρευνα.³

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

- **Ανατομία νευρικού συστήματος**
- **Φυσιολογία νευρικού συστήματος**

1.1 ANATOMIA ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα αποτελείται από ένα κεντρικό και ένα περιφερικό τμήμα. Το κεντρικό τμήμα του νευρικού συστήματος ονομάζεται Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και αποτελείται από τον

α) Νωτιαίο Μυελό και β) τον Εγκέφαλο. Το περιφερικό τμήμα του νευρικού συστήματος ονομάζεται Περιφερικό Νευρικό Σύστημα και αποτελείται από τα νεύρα. Σε αντίθεση με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα που περιβάλλεται από το κρανίο και την σπονδυλική στήλη το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα δεν προστατεύεται από οστά. Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα δέχεται μηνύματα από το εσωτερικό και από το εξωτερικό περιβάλλον. Τα μηνύματα που δημιουργούνται από τα διάφορα ερεθίσματα που μεταφέρονται σαν νευρικές ώσεις μέσω των περιφερικών νευρών (αισθητική οδός) αξιολογούνται και αν υπάρχει ανάγκη διαβιβάζονται εντολές στα εκτελεστικά όργανα που είναι οι μύες και οι αδένες.

Το νευρικό σύστημα αποτελείται από α) νευρογλοία και β) νευρικά κύτταρα ή Νευρώνες. Τα νευρογλοιακά κύτταρα είναι 10 έως 50 φορές περισσότερα από τους νευρώνες και παρόλο που δεν έχουν ουσιαστικό ρόλο στην επεξεργασία πληροφοριών στο νευρικό σύστημα, λειτουργούν σαν στηρικτικά στοιχεία, χορηγώντας το μυελώδες έλυτρο στους νευρώνες και σαν απορριμματοσυλλέκτες των κυτταρικών υπολειμμάτων μετά από βλάβη ή νευρωνικό θάνατο. Τα νευρογλοιακά ή στηρικτικά κύτταρα συμβάλλουν: α) στην καθοδήγηση των νευρώνων στον τελικό τους προορισμό κατά την ανάπτυξη, β) στη θρέψη τους και γ) στην προστασία με την έκκριση νευροχημικών ουσιών.⁴

Οι νευρώνες είναι οι δομικές και λειτουργικές μονάδες του νευρικού συστήματος. Είναι κύτταρα ειδικά στις επικοινωνίες και στη μεταβίβαση πληροφοριών από το ένα μέρος του σώματος στο άλλο.



Εικόνα 1: Νευρώνας

Επίσης αντιδρώντας τόσο σε εξωτερικά ερεθίσματα όσο και σε εσωτερικά κρατούν το σώμα ενήμερο για ότι συμβαίνει και χάρη σε αυτά ότι μπορούμε να δούμε, να ακούσουμε, να μυρίσουμε, να γευθούμε και να αγγίξουμε ελέγχεται και διερευνάται προσεκτικά. Κάθε νευρώνας αποτελείται από το κυτταρικό σώμα, τους δένδριτες, τον νευράξονα και τα προσυναπτικά άκρα. Οι δένδριτες είναι αποφυάδες του κυτταροπλάσματος και διακλαδίζονται εκτεταμένα. Μαζί με το σώμα είναι η κύρια περιοχή υποδοχής μηνυμάτων. Το σώμα περιέχει τον πυρήνα του νευρώνα ενώ το πιο εντυπωσιακό χαρακτηριστικό των

νευρώνων είναι οι μεγάλοι μήκους ινώδεις προεξοχές που αυξάνουν σημαντικά την απόσταση στην οποία ένας νευρώνας μπορεί να στείλει μήνυμα.

Σε κάποιους νευρώνες το μήκος των νευραξόνων ξεπερνά το 1m ενώ η διάμετρος το 0,1mm. Υπάρχουν δύο είδη τέτοιων προεξοχών: οι δενδρίτες που - 27 - μεταφέρουν μηνύματα προς το σώμα και οι νευράξονες που μεταφέρουν μηνύματα μακριά από το σώμα. Η ταχύτητα διάδοσης ενός ερεθίσματος εξαρτάται κατά πολύ από τη διάμετρο του νευράξονα (όσο μεγαλύτερη είναι η διάμετρος τόσο μεγαλύτερη είναι η ταχύτητα αγωγής της νευρικής ώσης. Πολλοί νευρώνες έχουν νευράξονες που περιβάλλονται από περίβλημα μυελίνης, που επηρεάζει σημαντικά τη μεταβίβαση των νευρικών ώσεων.⁵

Η μυελίνη είναι μια λιπόφιλη ουσία η οποία ενσωματώνεται στην κυτταρική μεμβράνη των γλοιών κυττάρων (η κυτταρική μεμβράνη στο εσωτερικό της είναι έντονα λιπόφιλη, δηλαδή διώχνει το νερό). Τα γλοία κύτταρα περιτυλίγουν πολλαπλές φορές την μεμβράνη τους γύρω από τον νευράξονα, δημιουργώντας τα έλυτρα της μυελίνης. Το στρώμα μυελίνης που περιβάλλει τον νευράξονα δεν είναι συνεχές, αλλά διακόπτεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα κατά μήκος του άξονα του νευρικού κυττάρου. Στα σημεία στα οποία δεν υπάρχει μυελίνη ο νευράξονας είναι γυμνός και τα σημεία αυτά ονομάζονται κόμβοι Ranvier. Τα στρώματα μυελίνης σχηματίζουν τα κύτταρα Schwann, που παρέχουν υποστηρικτικές και ανοσοποιητικές και μονωτικές ιδιότητες στα νευρικά κύτταρα. Το στρώμα μυελίνης που έχει ένας νευράξονας επιδρά σημαντικά στην ταχύτητα με την οποία οδηγείται η νευρική ώση κατά μήκος του. Τα ενεργά δυναμικά δεν περνούν την μυελίνη (η οποία είναι μονωτικό υλικό) και κάνουν «άλμα» από τον έναν κόμβο Ranvier στον επόμενο γεγονός που αυξάνει την ταχύτητα διάδοσης τους.

Υπάρχουν νευρικά κύτταρα των οποίων οι νευρικές ίνες (νευράξονες) έχουν επικάλυψη μυελίνης και άλλα που δεν έχουν ή που έχουν πολύ λίγη. Οι νευρικές ίνες των πρώτων ονομάζονται εμμύελες (εν + μυελίνη) ενώ οι δεύτερες αμύελες (α + μυελίνη). Από τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε ότι η ταχύτητα αγωγής διάδοσης των ενεργών δυναμικών θα είναι μεγάλη για τις εμμύελες ίνες και μικρή για τις αμύελες ίνες

Ο αριθμός των νευρικών κυττάρων είναι πολύ μεγάλος. Μόνο στο φλοιό του εγκεφάλου έχει υπολογιστεί ότι υπάρχουν 15 δισεκατομμύρια κύτταρα. Το μέγεθος τους ποικίλει από 4 έως 140 μm. Επίσης το σχήμα τους ποικίλει πολύ. Μπορεί να είναι σφαιρικό, ωοειδές, ατρακτοειδές, αστεροειδές ή πυραμοειδές. Το σχήμα τους εξαρτάται από τη λειτουργική αποστολή τους και τον αριθμό των αποφυάδων τους.

Υπάρχουν πολλά είδη νευρώνων: ανάλογα με την λειτουργία τους οι νευρώνες διακρίνονται σε αισθητικούς, κινητικούς και ενδιάμεσους. Οι αισθητικοί μεταφέρουν μηνύματα από την περιφέρεια στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (είναι κεντρομόλοι) ενώ οι κινητικοί νευρώνες μεταφέρουν μηνύματα – εντολές από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα προς τα εκτελεστικά όργανα (είναι φυγόκεντροι). Οι ενδιάμεσοι νευρώνες βρίσκονται μεταξύ των αισθητικών και κινητικών νευρώνων. Ο ρόλος τους είναι να κατευθύνουν τα μηνύματα των αισθητικών νευρώνων στις κατάλληλες περιοχές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος καθώς επίσης και να μεταφέρουν μηνύματα από μια περιοχή του σε άλλη, και τελικά στους κατάλληλους κινητικούς νευρώνες.⁶

1.1.1 ΚΥΤΤΑΡΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Τα κύτταρα του νευρικού συστήματος χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τα νευρογλοιακά κύτταρα (80%) και τους Νευρώνες. Τα νευρογλοιακά κύτταρα του ΚΝΣ διακρίνονται σε τέσσερις ομάδες (αστροκύτταρα, ολιγοδενδροκύτταρα, επενδυματικά κύτταρα, μικρογλοία).

Τα νευρογλοιακά κύτταρα του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος περιλαμβάνουν μόνο τα κύτταρα Schwann. Οι νευρώνες είναι εξειδικευμένα κύτταρα που έχουν ρόλο στην διέγερση και μετάδοση της νευρικής ώσης. Αποτελούν κύτταρα κλειδιά στο νευρικό σύστημα, οι νευρώνες υπάρχουν (στη φαιά ουσία του φλοιού του εγκέφαλου, στη φαιά ουσία του νωτιαίου μυελού και στα νευρικά γάγγλια). Αποτελούνται από το κυτταρικό σώμα που περιλαμβάνει τον πυρήνα και το κυτταρόπλασμα μαζί με τα κυτταρικά όργανα, τα μιτοχόνδρια το σύστημα Golgi κλπ και δυο τύπους απολήξεων με διαφορετική σχηματική δομή, τους δενδρίτες και τον άξονα.⁷

1.1.2 ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Ο εγκέφαλος αποτελείται από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, το στέλεχος και την παρεγκεφαλίδα.

Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια είναι δύο, δεξιό και αριστερό, υπερκαλύπτουν σχεδόν όλα τα άλλα μέρη του εγκεφάλου και εμφανίζουν στην επιφάνειά τους πολυάριθμες προεξοχές και αυλακώσεις, οι οποίες ονομάζονται έλικες και αύλακες αντίστοιχα. Οι βαθύτερες αύλακες ονομάζονται σχισμές. Η επιμήκης σχισμή χωρίζει τα ημισφαίρια μεταξύ τους ενώ άλλες σχισμές χωρίζουν το κάθε ημισφαίριο σε 5 λοβούς, οι οποίοι είναι: ο μετωπιαίος, ο βρεγματικός, ο κροταφικός ο ινιακός και η νήσος του εγκεφάλου.

Μετωπιαίος λοβός: Ο μετωπιαίος λοβός είναι ο μεγαλύτερος από όλους τους λοβούς του εγκεφάλου και σχηματίζει τις πρόσθιες μοίρες των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Βρίσκεται μπροστά από τον βρεγματικό λοβό, με τον οποίο χωρίζεται από την κεντρική αύλακα και μπροστά και πάνω από τον κροταφικό λοβό, με τον οποίο χωρίζεται από την πλάγια σχισμή. Ο μετωπιαίος λοβός ελέγχει τη συνείδηση που έχουμε για τις πράξεις μας, την κρίση μας για ότι συμβαίνει στις καθημερινές μας δραστηριότητες, τις συναισθηματικές μας αντιδράσεις καθώς και τη γνώση του νοήματος των λέξεων που επιλέγουμε. Προβλήματα που παρατηρούνται μετά από βλάβη είναι η απώλεια της κίνησης διαφόρων μερών του σώματος, η ύπαρξη έμμονων ιδεών, αλλαγές στην διάθεση και ανικανότητα έκφρασης της γλώσσας.

Βρεγματικός λοβός: Ο βρεγματικός λοβός εκτείνεται προς τα κάτω μέχρι τον κροταφικό λοβό. Στον βρεγματικό λοβό βρίσκεται η θέση ελέγχου για την οπτική περιοχή και για την αντίληψη της αφής. Σε περίπτωση βλάβης εμφανίζεται αδυναμία ονομασίας αντικειμένων, προβλήματα στην ανάγνωση και αδυναμία επικέντρωσης της οπτικής προσοχής.

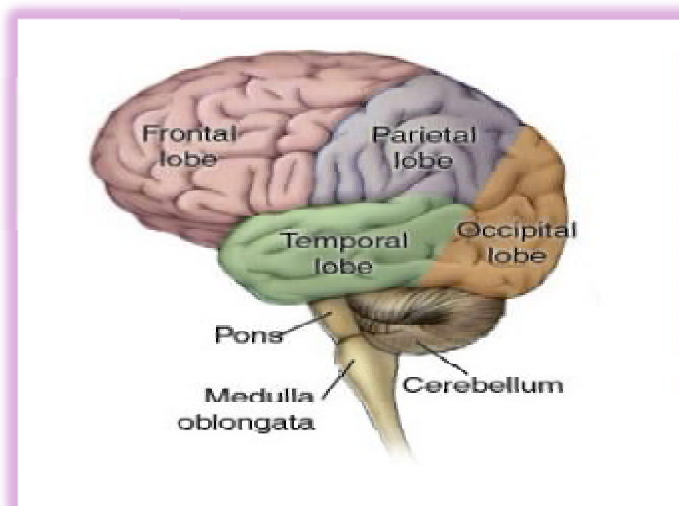
Κροταφικός λοβός: Ο κροταφικός λοβός βρίσκεται κάτω από την πλάγια σχισμή και αποτελεί αναπόσπαστη δομή για την ακουστική αντίληψη, τις δεκτικές συνιστώσες του λόγου, την οπτική μνήμη, την δηλωτική (των γεγονότων) μνήμη και τα συναισθήματα. Ασθενείς με βλάβες στον δεξιό κροταφικό λοβό συνήθως χάνουν την ικανότητα να ερμηνεύουν μη λεκτικά ακουστικά ερεθίσματα (π.χ. την μουσική). Οι βλάβες στον αριστερό κροταφικό λοβό πειράζουν σε μεγάλο βαθμό την αναγνώριση, την μνήμη και τον σχηματισμό του έναρθρου λόγου.

Ινιακός λοβός: Ο ινιακός λοβός περιλαμβάνει τον πρωτογενή οπτικό φλοιό και οπτικές συνειρμικές περιοχές. Βλάβες στον πρωτογενή οπτικό φλοιό οδηγούν σε μια μορφή κεντρικής τύφλωσης που καλείται σύνδρομο Anton. Οι ασθενείς καθίστανται ανίκανοι να αναγνωρίσουν τα αντικείμενα βλέποντας τα και γενικά αγνοούν τις ανεπάρκειες τους. Επιληπτικοί σπασμοί στον ινιακό λοβό δύνανται να προκαλέσουν οπτικές ψευδαισθήσεις που συχνά συνίστανται από γραμμές ή πλέγματα χρωμάτων που επικαλύπτουν το αντίπλευρο οπτικό πεδίο.

Νήσος του εγκεφάλου: Η νήσος του εγκεφάλου ενοποιεί αισθητηριακές πληροφορίες καθώς και πληροφορίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος από τα σπλάγχνα. Παίζει

ρόλο σε ορισμένες λειτουργίες του λόγου και επεξεργάζεται πλευρές του αισθήματος άλγους, θερμοκρασίας και πιθανώς της γεύσης.⁸

Στη βάση των εγκεφαλικών ημισφαιρίων βαθιά στη φαιά ουσία βρίσκεται ο θάλαμος. Κάθε θάλαμος είναι μια ωοειδής μάζα φαιάς ουσίας, που περιβάλλεται από τους βασικούς πυρήνες και την έσω κάψα. Ο θάλαμος αποτελείται από πολλούς πυρήνες οι οποίοι προβάλλουν σε ειδικές περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού της ίδιας πλευράς. Οι αισθητικές πληροφορίες φθάνουν στον θάλαμο από όλα τα επίπεδα, και τις δύο πλευρές του νωτιαίου μυελού και του εγκεφαλικού στελέχους για να γίνει η επεξεργασία τους πριν περάσουν στις αισθητικές περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού. Δηλαδή η γενική λειτουργία του θαλάμου είναι να ενεργεί σαν ένα κέντρο για τις αισθήσεις οι οποίες συνεχίζουν προς τον φλοιό για περισσότερη ανάλυση. Ο θάλαμος επίσης προσφέρει την απαραίτητη υποδομή πληροφοριών για το κινητικό σύστημα κατά την διάρκεια της κίνησης. Κάτω από τον θάλαμο βρίσκεται ο υποθάλαμος, ο οποίος είναι μικρότερος σε μέγεθος. Το εξερχόμενο νεύρο από τον υποθάλαμο μεταβιβάζεται στο αυτόνομο τμήμα του περιφερειακού συστήματος το οποίο ελέγχει: α) την διάμετρο των αιμοφόρων αγγείων β) τις εκκρίσεις των ιδρωτοποιών αδένων και γ) την απελευθέρωση ορμονών από την υπόφυση. Ο υποθάλαμος είναι η υψηλότερη περιοχή ελέγχου για όλους τους μηχανισμούς οι οποίοι διατηρούν την σταθερότητα των φυσιολογικών καταστάσεων στο σώμα.



Εικόνα 2:Λοβοί εγκεφάλου

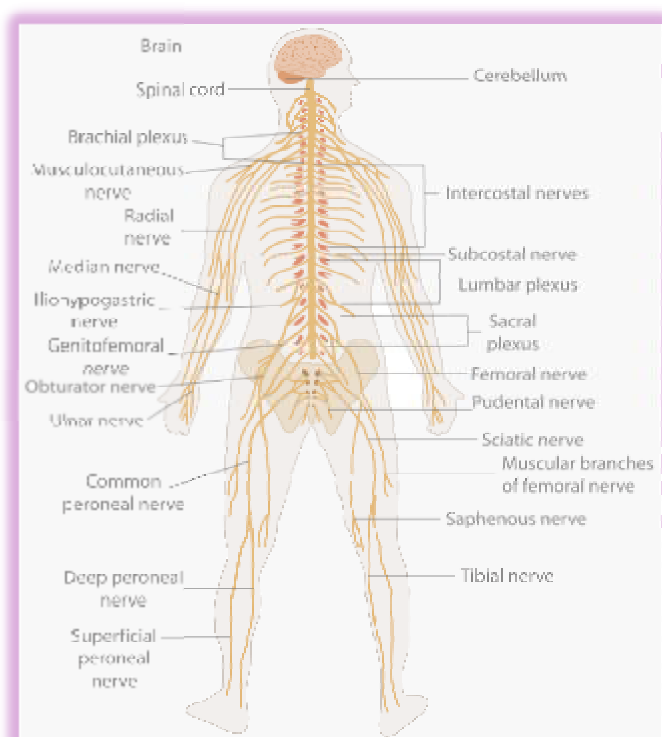
Στέλεχος: Το εγκεφαλικό στέλεχος είναι η γέφυρα που συνδέει τον εγκέφαλο με το νωτιαίο μυελό, στα οποία και μεταφέρει τα νευρικά ερεθίσματα. Αποτελείται από το μέσο εγκέφαλο, τη γέφυρα και τον προμήκη μυελό. Το στέλεχος περιέχει πολυάριθμες ανιούσες και κατιούσες νευρικές οδούς καθώς και ένα σύμπλεγμα με νευρώνες γνωστό και ως δικτυωτός σχηματισμός, μέσα στον οποίο βρίσκεται ένας αριθμός πυρήνων. Ο δικτυωτός σχηματισμός έχει σπουδαίες λειτουργίες στις οποίες συμπεριλαμβάνεται ο έλεγχος του επιπέδου της συνείδησης, της αίσθησης του πόνου και της ρύθμισης του καρδιακού και του αναπνευστικού συστήματος. Επίσης έχει συνδέσεις με τους πυρήνες των εγκεφαλικών νεύρων, την παρεγκεφαλίδα, με το στέλεχος και με κινητικούς μηχανισμούς του νωτιαίου μυελού διαμέσου των οποίων επηρεάζεται η κίνηση, η στάση και ο μυϊκός τόνος. Ο μέσος εγκέφαλος και η άνω γέφυρα περιέχουν το σύστημα ενεργοποίησης του δικτυωτού σχηματισμού, που είναι υπεύθυνο για την κατάσταση της εγρήγορσης. Τα ζωτικά - κέντρα

της αναπνοής και της κυκλοφορίας βρίσκονται στη κάτω γέφυρα και κυρίως στον προμήκη.

Παρεγκεφαλίδα: Η παρεγκεφαλίδα βρίσκεται πίσω από τη γέφυρα και τον προμήκη και αποτελείται από τον σκώληκα στη μέση και εκατέρωθεν τα δύο ημισφαίρια της, στα οποία βρίσκεται η φαία ουσία που σχηματίζει έλικες και εσωτερικά η λευκή ουσία με τους πυρήνες. Ο ρόλος της παρεγκεφαλίδα αφορά κυρίως στο συντονισμό, στην προσαρμογή και στην ομαλοποίηση των κινήσεων. Οι εντολές που ξεκινούν από τον κινητικό φλοιό είναι κατά κανόνα για εντονότερες συστολές των μυών από όσο χρειάζεται. Η παρεγκεφαλίδα παρακολουθεί τις κινητικές δραστηριότητες που εκλύονται από άλλα μέρη του εγκεφάλου και επιτελεί διορθωτικές ρυθμίσεις. Για το σκοπό αυτό δέχεται συνεχώς πληροφορίες από τους σκελετικούς μυς, τις αρθρώσεις και τους τένοντες τόσο για το μήκος των μυών όσο και για την θέση των μελών στο χώρο. Οι βλάβες της παρεγκεφαλίδα οδηγούν σε παρεγκεφαλιδικά σύνδρομα, με εκδηλώσεις όπως ασυγχρονισμός των κινήσεων του οφθαλμού (νυσταγμός), του λόγου (δυσαρθρία) και των άνω άκρων.⁹

1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι λειτουργίες του Νευρικού Συστήματος είναι να δέχεται και να μεταφέρει αισθητικές πληροφορίες τόσο από το εξωτερικό περιβάλλον όσο και από το υπόλοιπο σώμα μέσω της κεντρομόλου μοίρας του Περιφερικού Νευρικού Συστήματος στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, να επεξεργάζεται τις πληροφορίες που προσλαμβάνει στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (νωτιαίος μυελός για τα αντανακλαστικά, εγκέφαλος για τις ανώτερες και πιο σύνθετες συμπεριφορές μας) και να απαντά στα ερεθίσματα που δέχεται. Δηλαδή να ρυθμίζει και να ελέγχει μια απόκριση απάντηση στα ερεθίσματα που δέχεται μέσω της φυγόκεντρου μοίρας του Περιφερειακού Νευρικού Συστήματος. Η απάντηση αυτή μπορεί να είναι είτε εκούσια π.χ. το να απομακρυνθούμε από έναν κίνδυνο, είτε ακούσια π.χ. το να ιδρώσουμε όταν ζεσταινόμαστε υπερβολικά.¹⁰



1.1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Ο εγκέφαλος συνιστά το φυλογενετικά επιγενώς αναπτυχθέν τμήμα του κεντρικού νευρικού συστήματος και συγκεκριμένα του κεφαλικού άκρου του μυελικού νευρικού σωλήνα. Επιπλέον, αποτελεί το θέση όπου εδράζονται τα κινητικά και αισθητικά κέντρα και τα κέντρα συνειρμού των παραστάσεων (φλοιώδη κέντρα). Ανάλογα κινητικά και αισθητικά κέντρα βρίσκονται και στο νωτιαίο μυελό, υπόκεινται όμως στον έλεγχο των ανώτερων αντίστοιχων εγκεφαλικών κέντρων, τα οποία δρουν ως κεντρικοί ρυθμιστές της κινητικότητας και της αισθητικότητας. Επιπλέον, και ιδιαίτερα στον άνθρωπο, έχουν αναπτυχθεί και τα λεγόμενα ψυχικά κέντρα ή κέντρα συνειρμού των παραστάσεων. Τα στοιχεία του εγκεφάλου τα υπεύθυνα για τις λειτουργίες της κίνησης και της αίσθησης είναι δύο ειδών, τα νευρικά κύτταρα και οι νευρικές ίνες.

Τα νευρικά κύτταρα στην περιοχή του εγκεφαλικού στελέχους βρίσκονται διατεταγμένα έτσι ώστε να σχηματίζουν ομάδες φαιού χρώματος (φαιά ουσία), καλούνται δε πυρήνες του εγκεφάλου, ενώ οι νευρικές ίνες διατάσσονται περιφερικά σε ομάδες υπό μορφή δεσμίδων, οι οποίες έχουν συγκεκριμένη πορεία και περιβάλλονται συνήθως από έλυτρο μυελίνης. Το έλυτρο αυτό προσδίδει το χαρακτηριστικό λευκό χρώμα και συνιστά τη λευκή ουσία του στελέχους.¹¹

Στο νωτιαίο μυελό η λευκή ουσία βρίσκεται περιφερικά ενώ η φαιά ουσία κεντρικά. Στο στέλεχος του εγκεφάλου την κύρια μάζα σχηματίζει η λευκή ουσία, εντός της οποίας βρίσκονται νησίδες φαιάς ουσίας, οι προαναφερθέντες πυρήνες. Στα εγκεφαλικά ημισφαίρια και την παρεγκεφαλίδα, λόγω της μετατόπισης των κέντρων προς την περιφέρεια, η φαιά ουσία καταλαμβάνει το περιφερικό τμήμα των ημισφαιρίων δίκην φλοιού (φλοιός του εγκεφάλου) ενώ η λευκή ουσία βρίσκεται στο κέντρο. Η διάταξη των νευρικών κυττάρων στο φλοιό καταλαμβάνει ικανή έκταση τόσο σε επιφάνεια όσο και σε βάθος, καθότι τα κύτταρα βρίσκονται διατεταγμένα σε έξι στιβάδες από έξω προς τα έσω. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός των νευρώνων του φλοιού ανέρχεται περίπου στα 14 δισεκατομμύρια.

Τα νευρικά κύτταρα του φλοιού σχηματίζουν κατά περιοχές αθροίσματα (κέντρα), καθένα από τα οποία έχει ειδική λειτουργία. Τα κέντρα αυτά προΐστανται των λειτουργιών των υποκείμενων υποφλοιωδών κέντρων, των καλούμενων πυρήνων. Υπάρχουν ανώτερα κέντρα τα οποία προΐστανται των κινητικών λειτουργιών, άλλα τα οποία ελέγχουν τις αισθητικές λειτουργίες καθώς και συνδετικά κέντρα.

Η λειτουργική αλληλεξάρτηση μεταξύ φλοιωδών και υποφλοιωδών κέντρων δεν είναι μονόδρομη αλλά αμφίδρομη, με την έννοια της αμφίδρομης κατεύθυνσης των νευρικών διεγέρσεων τόσο από το φλοιό προς την υποφλοιώδη περιοχή όσο και αντίστροφα. Συμπερασματικά, οι δύο βασικές λειτουργίες του νευρικού συστήματος, οι κινητικές και οι αισθητικές, αποτελούν σύνθετες λειτουργίες που επιτελούνται από μια πλειάδα κέντρων αλληλεξαρτούμενων και αλληλοεπηρεαζόμενων, κάποια από τα οποία εδράζονται στη φαιά ουσία των εγκεφαλικών ημισφαιρίων (φλοιώδη), κάποια στους πυρήνες των ημισφαιρίων (υποφλοιώδη) και κάποια στην παρεγκεφαλίδα, ενώ υπάρχουν και κατώτερα κέντρα που βρίσκονται στο στέλεχος του εγκεφάλου και το νωτιαίο μυελό (νωτιαία κέντρα).

Μεταξύ κινητικών και αισθητικών κέντρων υπάρχουν πολύπλοκες και σύνθετες συνδέσεις σε διάφορα επίπεδα. Ως εκ τούτου ο οργανισμός, αναλόγως των ερεθισμάτων

που δέχεται σχετικά με τις μεταβολές του εξωτερικού και του εσωτερικού περιβάλλοντος, αντιδρά με ρύθμιση της έντασης της λειτουργίας των οργάνων μέσω της έκκρισης ουσιών, της συστολής - διαστολής των λείων μυϊκών ινών των σπλάγχχνων ή των αγγείων, της λειτουργίας των ενεργητικών κινήσεων, δημιουργώντας ένα κύκλο διεγέρσεων τόσο κεντρομόλων όσο και φυγόκεντρων. Ο αένας αυτός κύκλος των διεγέρσεων επιτελείται μέσω της πολύπλοκης συνέργειας των διαφόρων τμημάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος και των αισθητικών και κινητικών κέντρων.¹²

Προς τα ανωτέρω συστήματα βρίσκονται στενά συνδεδεμένα διάφορα κέντρα του κεντρικού νευρικού συστήματος τα οποία ελέγχουν τη λειτουργία των ενδοκρινών αδένων αλλά και που, ταυτόχρονα, επηρεάζονται από αυτούς, ενώ ορισμένα άλλα κέντρα, τα καλούμενα ψυχικά, παρεμβαίνουν επηρεάζοντας το βαθμό λειτουργίας και δραστηριότητας των φλοιωδών/ υποφλοιωδών κέντρων και των ενδοκρινών αδένων, από τους οποίους ενδοκρινείς αδένες με τη σειρά τους επηρεάζονται και αυτά.

Στον εγκέφαλο υπάρχουν φλοιώδη κινητικά κέντρα που ελέγχουν τις ενσυνείδητες κινήσεις καθώς και άλλα κέντρα που αποτελούν τη θέση εκπομπής ερεθισμάτων για τις μη εκούσιες κινήσεις. Υποφλοιώδη κινητικά κέντρα ελέγχουν τον τόνο των μυϊκών ινών εκπέμποντας τα ανάλογα ειδικά ερεθίσματα, ενώ παρεγκεφαλιδικά κινητικά κέντρα συντελούν στη ρύθμιση των συνδυασμένων κινήσεων, συγχρονίζοντας το βαθμό συστολής των εκάστοτε αγωνιστών μυών με το βαθμό αναστολής του τόνου των ανταγωνιστών μυών, ώστε οι επιτελούμενες κινήσεις να είναι ομαλές και αρμονικές. Η κίνηση π.χ. ενός μέλους δεν είναι το αποτέλεσμα της σύσπασης ενός μυός ή μιας ομάδας μυών, αλλά η συνισταμένη της σύσπασης σε διαφορετικό βαθμό διαφόρων ομάδων μυών με ταυτόχρονη αναστολή ή μείωση του τόνου των ανταγωνιστικών μυϊκών ομάδων, ώστε να επιτυγχάνεται αρμονικός ρυθμός κινήσεων. Τελικά, τα νωτιαία κινητικά κέντρα διαβιβάζουν τα φλοιώδη, υποφλοιώδη και παρεγκεφαλιδικά ερεθίσματα στα περιφερικά νεύρα, τα οποία νευρώνουν τις αντίστοιχες ομάδες μυών ενώ επιπλέον, τα ίδια περιφερικά νεύρα συνιστούν τις οδούς μεταβίβασης των ερεθισμάτων στα αντίστοιχα τμήματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, τα οποία ρυθμίζουν την κινητικότητα των σπλάγχχνων και το βαθμό έκκρισης των αδενικών κυττάρων.

Τα κατώτερα αισθητικά κέντρα εδράζονται στο νωτιαίο μυελό και το εγκεφαλικό στέλεχος και δέχονται ερεθίσματα από το δέρμα και τα όργανα του κινητικού συστήματος τα οποία διαβιβάζουν στα ανώτερα αισθητικά κέντρα του στελέχους, δεχόμενα ερεθίσματα και από τα λοιπά αισθητήρια όργανα. Τα ερεθίσματα αυτά διαβιβάζονται στα φλοιώδη και υποφλοιώδη αισθητικά κέντρα της όρασης, της ακοής, της γεύσης και της όσφρησης. Συνεπώς, η γενική λειτουργία της υποδοχής των εξωτερικών ερεθισμάτων μέσω των αισθητηρίων οργάνων συντελείται στο φλοιό του εγκέφαλου, ούτως ώστε να επιτυγχάνεται η επικοινωνία του ατόμου με το εξωτερικό περιβάλλον.¹³

Κεφάλαιο 2^ο

- **Αίτια άνοιας**
- **Στάδια άνοιας**

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ – ΤΥΠΟΙ

Η άνοια αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημόσιας υγείας, τα οποία αντιμετωπίζει σήμερα ο ανεπτυγμένος κυρίως κόσμος. Ο όρος «άνοια» αναφέρεται σε μια σειρά συμπτωμάτων που παρουσιάζουν συνήθως άτομα με νοσήματα του εγκεφάλου, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Η απώλεια των κυττάρων αυτών είναι μια φυσιολογική διαδικασία, αλλά στα νοσήματα που οδηγούν σε άνοια αυτό εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στη μη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου.¹⁴

Τα συμπτώματα της άνοιας περιλαμβάνουν σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί, που δεν διορθώνεται. Η εγκεφαλική βλάβη προσβάλλει τη νοητική λειτουργία του ατόμου (μνήμη, προσοχή, συγκέντρωση, ομιλία, σκέψη κ.λ.π) και αυτό, με τη σειρά του, έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά και στην καθημερινή δραστηριότητα του ατόμου. Η άνοια δεν περιορίζεται μόνο στους εκφυλιστικούς τύπους της νόσου. Αναφέρεται σε ένα σύνδρομο που δεν ακολουθεί πάντα την ίδια πορεία εξέλιξης. Σε μερικές περιπτώσεις, η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί ή να παραμείνει σταθερή για ορισμένο χρονικό διάστημα. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων άνοιας είναι θεραπεύσιμες ή δυνητικά αναστρέψιμες, αλλά η πλειονότητα των περιπτώσεων οδηγεί σε θάνατο.

Υπάρχουν διάφορες μορφές άνοιας οι οποίες διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες, αυτές που επηρεάζουν τις περιοχές του φλοιού (φλοιώδεις άνοιες) και αυτές που επηρεάζουν περιοχές που βρίσκονται κάτω από το φλοιό (υποφλοιώδεις άνοιες). Στην πρώτη κατηγορία ανήκει η νόσος Alzheimer, η νόσος Pick και η νόσο Creutzfeldt Jakob. Χαρακτηριστικά παραδείγματα της δεύτερης κατηγορίας είναι η νόσος Huntington και η νόσος Parkinson.¹⁵

Στην πρώτη κατηγορία (φλοιώδεις άνοιες) η νόσος του Pick και τα σύνδρομα άνοιας του μετωπιαίου λοβού παρουσιάζουν ομοιότητες με τη νόσο του Alzheimer. Γενικά, εξελίσσονται ταχύτερα από τη νόσο του Alzheimer και μπορεί να συνοδεύονται από περισσότερα ευρήματα από το μετωπιαίο λοβό και από πρωιμότερες διαταραχές συμπεριφοράς. Ωστόσο, η κλινική διάκριση αυτών των τύπων άνοιας από την νόσο του Alzheimer είναι δύσκολη.¹⁶

2.1.1 ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΑΣ

Φλοιώδεις άνοιες:

Νόσος Alzheimer: Αποτελεί την συχνότερη αιτία άνοιας, σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Η αιτία της είναι πιθανώς ο σχηματισμός πλακών αμυλοειδούς και πλεγμάτων νευροινιδίων. Επηρεάζονται ουσιαστικά, σχεδόν όλες οι εγκεφαλικές λειτουργίες, περιλαμβανομένης της μνήμης, της κίνησης, της γλώσσας, της κρίσης, της συμπεριφοράς και της αφηρημένης σκέψης.

Μετωποκροταφική άνοια: Η συμπεριφορική παραλλαγή της μετωποκροταφικής εκφύλισης αναφέρεται επίσης και ως μετωπιαία παραλλαγή της μετωποκροταφικής εκφύλισης ή νόσος του Pick. Το 60% περίπου των ανθρώπων με μετωποκροταφική εκφύλιση πάσχουν από την συμπεριφορική παραλλαγή. Αυτή η μορφή μετωποκροταφικής εκφύλισης επηρεάζει τις κοινωνικές δεξιότητες, το συναίσθημα, τη συμπεριφορά και την

αυτοεπίγνωση. Ελλείματα σε αυτές τις λειτουργίες προκύπτουν συχνά από βλάβες σε συγκεκριμένες περιοχές των μετωπιαίων και κροταφικών λοβών. Οι άνθρωποι με βλάβες σε αυτές τις περιοχές μπορεί να εμφανίσουν αλλαγές στη διάθεση και την συμπεριφορά, όπως πείσμα συναισθηματική ψυχρότητα ή αποστασιοποίηση, απάθεια και εγωκεντρισμό. Σε αντίθεση με τους ασθενείς με νόσο Alzheimer, η οποία επηρεάζει διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου, πολλοί άνθρωποι με συμπεριφορική παραλλαγή της μετωποκροταφικής εκφύλισης δεν εμφανίζουν απώλεια μνήμης ή σύγχυση για το που βρίσκονται ή ποια μέρα είναι, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια.

Νόσος Creutzfeldt Jakob: Σπάνια ασθένεια, που φαίνεται ότι σχετίζεται με μετάλλαξη γονιδίων. Προκαλεί ταχεία και θανατηφόρο εκφύλιση των νευρικών κυττάρων(ο θάνατος επέρχεται περίπου ένα έτος μετά από την εμφάνιση των συμπτωμάτων). Εμφανίζεται συνήθως σε άτομα άνω των 60 ετών, με αλλαγές στην προσωπικότητα και μειωμένο συντονισμό των κινήσεων, που γρήγορα εξελίσσονται σε σοβαρά προβλήματα όρασης και μειωμένη κρίση. Πολλοί ασθενείς, εισέρχονται σε κόμα, πριν αποβιώσουν.

Υποφλοιώδεις άνοιες:

Νόσος Huntigton: Είναι μία κληρονομική διαταραχή, που προκαλείται από ελαττωματικό γονίδιο. Τα παιδιά ενός ατόμου που φέρει την διαταραχή, έχουν πιθανότητα 50% να εμφανίσουν την ασθένεια. Τα συμπτώματα αρχίζουν στην ηλικία των 30-40 ετών, με μεταβολές της προσωπικότητας, όπως άγχος, κατάθλιψη. Εξελίσσεται προς ψυχωτική συμπεριφορά, βαρεία άνοια και χορεία (άρρυθμες, αθέλητες κινήσεις του σώματος, που μοιάζουν με απότομα τινάγματα).

Νόσος Parkinson: Η νόσος του Πάρκινσον είναι μια πάθηση που επηρεάζει την κίνηση του σώματος. Τα άτομα με νόσο του Πάρκινσον έχουν προβλήματα με τον έλεγχο των μυών του σώματος λόγω διακοπής των μηνυμάτων από τον εγκέφαλο. Η νόσος του Parkinson είναι η δεύτερη πιο συνηθισμένη νευροεκφυλιστική νόσος, η μετά τη νόσο του Alzheimer, οποία χαρακτηρίζεται από μια προοδευτική απώλεια των νευρώνων της ντοπαμίνης στη μέλαινα ουσία (substantia nigra). Το όνομα νόσος του Πάρκινσον προέρχεται από το Βρετανό γιατρό που πρώτος περιέγραψε τα συμπτώματα το 1817, τον Δρ. Τζέιμς Πάρκινσον. Δεν γνωρίζουμε τις αιτίες της, αλλά τα άτομα με νόσο του Πάρκινσον έχουν χαμηλά επίπεδα μιας χημικής ουσίας του εγκεφάλου η οποία ονομάζεται ντοπαμίνη. Η ντοπαμίνη βοηθά τον εγκέφαλο να ελέγχει τους μύες και να κινεί το σώμα ομαλά και εύκολα. Με το πέρασμα του χρόνου, τα άτομα με νόσο του Πάρκινσον έχουν όλο και λιγότερη ντοπαμίνη, κάνοντας την κίνηση όλο και πιο δύσκολη.¹⁷

2.2 ΑΙΤΙΑ ΑΝΟΙΑΣ

Η Άνοια μπορεί να οφείλεται σε διάφορες αιτίες. Η αυξημένη ηλικία είναι το σημαντικότερο αίτιο της πάθησης, αφού εμφανίζεται σπάνια πριν τα 65 έτη. Ένας παράγοντας μεγάλης σημασίας είναι και η γενετική επιβάρυνση, αφού συγγενείς ατόμων με τη νόσο προσβάλλονται συχνότερα. Έχουν βρεθεί μερικά γονίδια που συνδέονται με την πάθηση, αν και η παρουσία τους δεν εξασφαλίζει την εμφάνιση της πάθησης, ούτε η απουσία τους την απομάκρυνση του κινδύνου. Οι δύο πρώτοι παράγοντες είναι εξαιρετικά σημαντικοί αλλά είναι και μη-αναστρέψιμοι. Ευτυχώς, πρόσφατα βρέθηκαν συσχετίσεις και μια σειρά από παράγοντες που είναι αναστρέψιμοι όπως:

Παχυσαρκία: Σε μελέτη παρακολούθησης 27ετών που δημοσιεύθηκε στην Βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση (BMJ) αποδείχθηκε ότι το να είναι κάποιος υπέρβαρος (ΔΜΣ=25-30, όπου ΔΜΣ=βάρους διά ύψους στο τετράγωνο) στη μέση ηλικία αυξάνει 35% την πιθανότητα

να αποκτήσει νόσο Alzheimer ή κάποια μορφή άνοιας, ενώ αν είναι παχύσαρκος ($\Delta\text{ΜΣ}>30$) η πιθανότητα αυξάνεται στο 74%.

Άσκηση: Σε άλλη μελέτη αξιολογήθηκε η επίδραση της άσκησης στην πιθανότητα εμφάνισης άνοιας. Εκεί αποδείχθηκε ότι η πιθανότητα εμφάνισης της πάθησης στα άτομα που ασκούνταν πάνω από 3 φορές την εβδομάδα ήταν σχεδόν 40% μειωμένη σε σχέση με τα άτομα που ασκούνταν λιγότερο.

Διατροφή: Πολλοί διατροφικοί παράγοντες έχουν αξιολογηθεί για την επίδρασή τους στην μείωση της πιθανότητας εμφάνισης της άνοιας, όπως το ψάρι, τα φρούτα, τα λαχανικά, το ελαιόλαδο και άλλοι, ενώ συχνά τονίζεται η αρνητική επίδραση του κρέατος.

Τοξίνες: Αν και πολύς λόγος έχει γίνει για τον συσχετισμό τοξινών και άνοιας, τα δεδομένα δεν είναι πολύ πειστικά ακόμα αλλά αξίζει να σημειωθεί ότι το αλουμίνιο στο νερό έχει τονιστεί συχνά ως πιθανός παράγοντας όπως επίσης και ο υδράργυρος. Ίσως βρεθούν κι άλλες τοξίνες που σχετίζονται με την άνοια.

Πυρίτιο: Το πυρίτιο υπάρχει στο νερό και μέχρι τώρα η παρουσία του έχει συνδεθεί με προστασία από την νόσο.

Υγεία του καρδιαγγειακού συστήματος: Ο εγκέφαλος είναι ένα όργανο που απαιτεί πολύ ενέργεια η οποία παρέχεται από την καρδιά μέσα από τα αγγεία. Αν η υγεία τους πλήττεται, πλήττεται και η υγεία του εγκεφάλου με άνοια. Συχνά έχει αναδειχθεί η ανάγκη της καλής λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος για την καλή λειτουργία του εγκεφάλου.

Σακχαρώδης Διαβήτης: Πρόσφατα συνδέθηκε ισχυρά η πιθανότητα εμφάνισης άνοιας με τον διαβήτη, αφού αποδείχθηκε ότι ο σακχαρώδης διαβήτης στη μέση ηλικία σχετίζεται με 90% αύξηση της πιθανότητας άνοιας αργότερα.

Οξειδωτικό Στρες: Πρόσφατες μελέτες έχουν αναδείξει τη σημασία του οξειδωτικού στρες ως σημαντικού παράγοντα στην πιθανότητα εμφάνισης άνοιας.

Άγχος και κατάθλιψη: Τα άτομα που πάσχουν από νόσο Alzheimer ή κάποια μορφή άνοιας συχνά εμφανίζουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και πιθανό να είναι και παράγοντες εμφάνισης της άνοιας. Σε οποιαδήποτε περίπτωση το θέμα πρέπει να εξερευνηθεί και να διορθωθεί κατάλληλα.¹⁸

Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να είναι: οι λοιμώξεις, οι όγκοι του εγκεφάλου, η έλλειψη βιταμινών, η χρήση φαρμάκων, αλκοόλ ή τοξικών ουσιών, η έλλειψη οξυγόνου, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών μπορούν να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά, οπότε η Άνοια σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να «διορθωθεί», αν γίνει έγκαιρη διάγνωση. Πρόκειται, δηλαδή, για άνοια που είναι αναστρέψιμη. Οι αναστρέψιμες άνοιες καλύπτουν ένα μικρό ποσοστό στο σύνολο των ανοιών. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το αίτιο που προκαλεί την Άνοια δεν είναι γνωστό και η ακριβής διάγνωση της μορφής της άνοιας μπορεί να τεθεί μόνον μετά το θάνατο του ασθενούς με την παθολογοανατομική εξέταση του εγκεφάλου.¹⁹

2.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΝΟΙΑΣ

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

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

εκτελεστικής λειτουργίας. Η έκπτωση της μνήμης στην άνοια αφορά, τόσο την άμεση και την πρόσφατη μνήμη όσο και την απώτερη. Προοδευτικά το άτομο χάνει και άλλες δεξιότητες και εμφανίζεται αφασία (διαταραχή του λόγου όπου η ομιλία γίνεται ασαφής ή κενή), απραξία (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες), αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίζει αντικείμενα ή άτομα) και διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας. Είναι μια διαταραχή στην ικανότητα να κάνει σχέδια, να οργανώνει, να λειτουργεί αφαιρετικά. Εκτός των γνωστικών λειτουργιών, η προσωπικότητα του ασθενή επίσης παρουσιάζει ορισμένες μεταβολές όπου το άτομο συνήθως γίνεται πιο ήσυχο και αποσυρμένο μπορεί όμως να γίνει πιο ενεργητικό, επιθετικό, να κάνει απρέπειες, να παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες δίωξης ή και ζηλοτυπίας.²⁰

Η άνοια οφείλεται σε εκφυλιστικούς λόγους, δηλαδή σε απώλεια της εγκεφαλικής ουσίας και δεν έχει πάντοτε σχέση με τα γηρατειά γιατί τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν και στα 45 ή 50 χρόνια. Πλέον ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από γνωστικές διαταραχές αυξάνεται συνεχώς, παρόλα αυτά η Ελλάδα δεν φαίνεται να έχει ευαισθητοποιηθεί ως προς το μέγεθος του προβλήματος αυτού, το οποίο απασχολεί σημαντικά τις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης.²¹

2.4 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Υπάρχει πολύ μεγάλη ετερογένεια στην εξέλιξη της νόσου Alzheimer, με αποτέλεσμα να είναι πολύ δύσκολη η πρόβλεψη της πορείας της νόσου από τους ειδικούς. Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που πολύ γρήγορα διανύουν όλες τις φάσεις της νόσου και αποβιώνουν μέσα σε λίγους μήνες, ενώ σε άλλους ασθενείς η νόσος εξελίσσεται βραδέως και ο θάνατος επέρχεται πολλά χρόνια αργότερα.

Για να είναι δυνατή η κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με την σοβαρότητα της νόσου, έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες κλίμακες, όπως το MMSE (mini mental state examination): Αποτέλεσμα >20 ισούται με ήπια, αποτέλεσμα 10-19 ισούται με μέτρια άνοια και αποτέλεσμα <10 ισούται με σοβαρή άνοια.²²

Μία από τις γνωστότερες κλίμακες σταδιοποίησης της νόσου είναι η κλίμακα του Reisberg, η οποία χωρίζει την γνωστική έκπτωση σε 7 στάδια της άνοιας:

Στάδιο 1^ο: Καμία νοητική έκπτωση: κανένα παράπονο νοητικής ανεπάρκειας. Δεν υπάρχει ενδείξεις νοητικής ανεπάρκειας σε κλινικές εξετάσεις.

Στάδιο 2^ο: Πολύ μέτρια νοητική έκπτωση: το άτομο παραπονιέται για ανεπάρκεια μνήμης, κυρίως στους παρακάτω τομείς: Α) Ξεχνά που έχει τοποθετήσει γνωστά αντικείμενα Β) Ξεχνά ονόματα που γνώριζε μέχρι πρόσφατα καλά. Καμία αντικειμενική ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας σε κλινικές εξετάσεις.

Στάδιο 3^ο: Μέτρια νοητική έκπτωση: Η πρώτη σαφής ένδειξη εκδήλωσης ανεπάρκειας. Εκδηλώσεις σε περισσότερους από έναν τομείς α) Ο ασθενής μπορεί να χάνεται όταν ταξιδεύει σε άγνωστες περιοχές β) οι συνάδελφοι εντοπίζουν την σχετικά χαμηλή απόδοση του ασθενή γ) ανικανότητα στην εξεύρεση λέξεων και ονομάτων η οποία εντοπίζεται από τους οικείους δ) ο ασθενής μπορεί να διαβάσει ένα κείμενο και να συγκρατεί πολύ λίγα από αυτό ε) ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει μειωμένη ικανότητα να θυμάται ονόματα προσφάτων γνωριμιών. στ) ο ασθενής μπορεί να χάνει ή να τοποθετεί σε λάθος μέρος κάποιο αντικείμενο αξίας. ζ) η ανικανότητα συγκέντρωσης μπορεί να είναι εμφανής κατά τις κλινικές εξετάσεις. Αντικειμενική ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με υπερεντατική συνέντευξη. Φθίνουσα ικανότητα εκτέλεσης επαγγελματικών και λειτουργιών. Η αρνητικότητα αρχίζει να εκδηλώνεται στον ασθενή. Ελαφριά ως μέτρια ανησυχία συνοδεύουν τα συμπτώματα.

Στάδιο 4^ο: Μέτρια νοητική έκπτωση: Σαφής ενδείξεις ανεπάρκειας σε κλινικές συνέντευξης. Οι ενδείξεις εμφανίζονται στους κατώτερο τομείς α) ελαττωμένη γνώση προσφάτων γεγονότων β) ίσως εμφανίσει μερική μείωση της μνήμης όσον αφορά την προσωπική του ιστορία. γ) Αδυναμία συγκέντρωσης στην εκτέλεση μαθηματικών πράξεων. δ) Μειωμένη ικανότητα μετακινήσεις, διαχειρίσεις των οικονομικών του κλπ. Δεν εμφανίζεται τακτικά ανικανότητα στους παρακάτω τομείς: α) Προσανατολισμός στο χρόνο και στα πρόσωπα β) αναγνώριση γνωστών προσώπων και φυσιογνωμιών γ) ικανότητα μετακινήσεις σε γνωστές περιοχές. Ανικανότητα στην εκτέλεση σύνθετων εργασιών. Η άρνηση κυριαρχεί ως μηχανισμός αυτοάμυνας. Άμβλυνση της επίδρασης και απόρριψη έντονων καταστάσεων.

Στάδιο 5^ο: Σχετικά σοβαρή νοητική έκπτωση: ο ασθενής δεν μπορεί να επιβιώσει χωρίς κάποια βοήθεια. Ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί κατά την διάρκεια των κλινικών συνεντεύξεων σοβαρά γεγονότα της πρόσφατης ζωής του, όπως εξεύρεση διευθύνσεων, τηλεφώνων πολλών ετών, τα ονόματα εγγυτέρων συγγενών (εγγόνια), τα ονόματα σχολείων, πανεπιστημίων από τα οποία αποφοίτησε ο ασθενής.

Τακτικά αποπροσανατολίζεται χρονικά (ημ/νια, εποχή, κλπ) ή τοπικά. Ένα μορφωμένο άτομο μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολία στην αντίστροφη μέτρηση από σαράντα κατά τετράδες ή από το είκοσι ανά δυάδες.

Τα άτομα στο στάδιο αυτό συγκατούν την γνώση πολλών κυρίων συμβάντων που αφορούν είτε τα ίδια είτε άλλα άτομα. Αναμφισβήτητα θυμούνται το όνομα τους, και γενικά θυμούνται της συζύγου και των παιδιών του. Δεν χρειάζονται βοήθεια για το πλύσιμο κ το φαγητό αλλά μπορεί να εμφανίσουν κάποια δυσκολία στην επιλογή του σωστού ρούχου που θα φορέσουν.

Στάδιο 6^ο: Σοβαρή νοητική έκπτωση: περιστασιακά μπορεί να ξεχθούν το όνομα της συζύγου τους από την οποία εξαρτάται η επιβίωση τους. Σε μεγάλο βαθμό δεν θυμούνται τα πρόσφατα γεγονότα και τις εμπειρίες της ζωής τους. Συγκρατούν κάποια γνώση της παρελθούσας ζωής αν και μόνο υπογραμμιακά συγκεχυμένα. Γενικά δεν γνωρίζουν το περιβάλλον τους, τον χρόνο, την εποχή κλπ. Μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολία στο μέτρημα από και προς το δέκα και παραπάνω. Θα χρειαστούν κάποια βοήθεια με την άσκηση των καθημερινών τους λειτουργιών όπως εμφάνιση ακράτειας ,θα χρειαστούν βοήθεια στις μετακινήσεις τους και περιστασιακά θα επιδείξουν ικανότητα μετακινήσεις σε γνωστά μέρη. Εμφανίζονται διαταραχές του προγράμματος ύπνου-εγρήγορσης. Σχεδόν πάντα θυμούνται το όνομα τους. Συχνά συνεχίζουν να διακρίνουν γνωστά από άγνωστα πρόσωπα του περιβάλλοντος τους.

Συμβαίνουν αλλαγές στην προσωπικότητα και στα συναισθήματα. Αυτές είναι ποικίλες και περιλαμβάνουν: α) παραισθησιακή συμπεριφορά πχ (οι ασθενής μπορεί να κατηγορήσουν τις συζύγους τους σαν ψεύτες, μπορεί να μιλάνε με φανταστικά πρόσωπα στον χώρο του ή με την εικόνα τους στον καθρέφτη β) Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα όπως πχ (ένα πρόσωπο μπορεί να εμφανίσει συνεχή επαναληπτική συμπεριφορά σε λειτουργίες προσωπικής υγιεινής γ) νοητική αβουλία πχ απώλεια δύναμη θέλησης γιατί δεν μπορεί να διατηρήσει μια σκέψη για μεγάλο χρονικό διάστημα έτσι ώστε να καθορίσει τον σκοπό των πράξεων τους.

Στάδιο 7^ο: Πολύ σοβαρή νοητική έκπτωση. Όλες οι λεκτικές ικανότητες έχουν χαθεί. Συχνά δεν υπάρχει καθόλου έναρθρος λόγος μόνο μούγκρισμα. Ακράτεια ούρων και κοπράνων και χρειάζεται βοήθεια στο πλύσιμο και στο φαγητό. Βασική απώλεια ψυχοκοινωνικών ικανοτήτων πχ (ικανότητα βάδισης). Το μυαλό μοιάζει να μην μπορεί να πει πιά στο σώμα τι να κάνει. Συχνά παρουσιάζονται γεκικευμένα και φλοιώδη σημεία και συμπτώματα.²³

2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η διάγνωση της άνοιας δεν είναι δύσκολη, αλλά πρέπει να πραγματοποιείται έγκαιρα. Αυτό που είναι δύσκολο και είναι πρακτικά δυνατό μόνο μετά το θάνατο του ατόμου και την ιστοπαθολογική εξέταση του εγκεφάλου του, είναι η διάγνωση της μορφής της άνοιας με απόλυτη βεβαιότητα. Όμως σε ποσοστά που πλησιάζουν το 90%, ο σημερινός κλινικός ειδικός γιατρός, με την βοήθεια της προσοχής σε όλους εργαστηριακής εκτίμησης είναι σε θέση να κάνει την διάγνωση.²⁴

Η διάγνωση της άνοιας πρέπει να γίνεται έγκαιρα και για θεραπευτικούς λόγους. Ένα μικρό ποσοστό των ανοιών μπορεί να είναι πλήρως ή μερικώς αναστρέψιμες. Για παράδειγμα, πίσω από κάποια συμπτώματα που μοιάζουν με συμπτώματα άνοιας μπορεί να κρύβεται μία κατάθλιψη, η οποία να μην επηρεάζει καθοριστικά την ποιότητα ζωής, αλλά είναι μια ιάσιμη νόσος. Για την νόσο Αλτσχάιμερ, όπως και για όλες τις χρόνιες άνοιες, υπάρχουν πλέον ειδικές θεραπείες που επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου. Οι αγγειακής αιτιολογίας άνοιες θα πρέπει επιπλέον να αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά, περίπου όπως και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Ο κύριος λόγος όμως, για τον οποίο η διάγνωση πρέπει να γίνεται έγκαιρα είναι η σωστή ενημέρωση και ο σωστός προγραμματισμός του ατόμου που πάσχει από άνοια και της οικογένειάς του.

Η διάγνωση της άνοιας και η διάκριση άνοιας και κατάθλιψης είναι ασφαλώς δουλειά του γιατρού. Υπάρχουν όμως ορισμένες δοκιμασίες (tests) που μπορούν να προκαλέσουν μια πρώτη προσέγγιση οι οποίες σε συνδυασμό με την κλινική εκτίμηση και τις εργαστηριακές εξετάσεις που πιθανών απαιτηθούν μπορεί να διευκολύνουν το έργο του γιατρού και σε κάθε περίπτωση να οδηγήσουν σε σωστή και αιτιολογημένη παραπομπή στον ειδικό γιατρό.²⁵

Πολλές είναι οι δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται στην διάγνωση της άνοιας. Οι δοκιμασίες αυτές περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με τα συμπτώματα της άνοιας όπως αυτά εκδηλώνονται στην καθημερινή ζωή και τις συνήθειες του αρρώστου, παράγοντες οι οποίοι προφανώς προσδιορίζονται από τις δυνατότητες του ατόμου με άνοια. Με κριτήριο το να μπορεί κάποιος όχι υποχρεωτικά ειδικός να κάνει μέσα σε λίγη ώρα μια αξιόπιστη διάγνωση, επιλέχθηκαν ορισμένες δοκιμασίες οι οποίες αναπτύσσονται αναλυτικά παρακάτω μαζί με οδηγίες μαζί με την εκτέλεσή τους.²⁶

Κεφάλαιο 3

- **Alzheimer**
- **Κλινικές εκδηλώσεις**
- **Θεραπεία**

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η νόσος Alzheimer είναι το πλέον σημαντικό είδος άνοιας διότι αφορά το 65% των περιπτώσεων. Η Νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται από παθολογοανατομικές αλλαγές στον εγκέφαλο, οι οποίες είναι περισσότερες από τις αντίστοιχες φυσιολογικές αλλαγές του γήρατος. Αυτές οι αλλαγές στην κλινική πράξη διαπιστώνονται μόνο μετά τον θάνατο με αυτοψία του εγκεφάλου. Όπως αναφέρει ο Rubinstein, πρόκειται για μια εκφυλιστική νόσο που προσβάλλει το νευρικό σύστημα και καταλήγει σε προοδευτική απώλεια μνήμης καθώς και σε σοβαρή έκπτωση των γνωστικών και νοητικών ικανοτήτων του ατόμου. Ο ασθενής χάνει σταδιακά την αντίληψη του χρόνου και του τόπου, ζει μια δική του προσωπική πραγματικότητα και βυθίζεται σε έναν δικό του κόσμο.²⁷

Κατά την πορεία της νόσου υπάρχει μια συνεχής απώλεια νευρικών κυττάρων σε περιοχές του εγκεφάλου, ζωτικής σημασίας για την μνήμη και άλλες νοητικές λειτουργίες. Έχει διαπιστωθεί επίσης μείωση του επίπεδου χημικών ουσιών που κυκλοφορούν στον εγκέφαλο, που είναι γνωστή ως νευροδιαβιβαστές και που μεταφέρουν σύνθετα μηνύματα μεταξύ δισεκατομμυρίων νευρικών κυττάρων. Μετά την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων, οι ασθενείς ζουν σε ολοένα και πιο εξαρτημένη κατάσταση, γεγονός που αποτελεί ένα σταδιακά αυξανόμενο συναισθηματικό, σωματικό και οικονομικό φορτίο για την οικογένειά τους. Δεν έχει βρεθεί ακόμη θεραπεία, μια σίγουρη αιτία ή αποδεδειγμένα σημασία, αφού καινούρια φάρμακα είναι πλέον διαθέσιμα, τα οποία μπορούν προσωρινά να σταθεροποιήσουν ή να καθυστερήσουν την επιδείνωση των νοητικών συμπτωμάτων και τα οποία δρουν καλύτερα όταν υπάρχει ελάχιστη νοητική έκπτωση.

Στην αρχαία ελληνική και λατινική γραμματεία γίνονται οι πρώτες περιγραφές από περιστατικά που παρουσιάζουν συμπτωματολογία άνοιας. Από τις λατινικές λέξεις *de mens* προέρχεται και η διεθνής ονομασία της άνοιας «*dementia*» που σημαίνει «από το νου». Η νόσος πήρε την ονομασία της από τον Dr. Alois Alzheimer, έναν Γερμανό νευρολόγο (1864-1915), ο οποίος το 1906 παρατήρησε αλλαγές στον ιστό εγκεφάλου μιας γυναίκας από αυτό που εκείνος θεωρούσε μια ασυνήθιστη ψυχική ασθένεια. Αυτές οι αφύσικες αλλαγές του ιστού του εγκεφάλου σήμερα είναι ευρέως γνωστό πως πρόκειται για το χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου Alzheimer.²⁸



Ύστερα από εκτενείς και μακροχρόνιες μελέτες διαπιστώθηκε πως κατά την διάρκεια της νόσου εμφανίζονται βασικές νευροεκφυλιστικές βλάβες στον εγκέφαλο των ασθενών, σημαντικές πτυχές των οποίων παραμένουν μέχρι και σήμερα αδιευκρίνιστες. Η συνεχώς επιδεινούμενη εγκεφαλική δυσλειτουργία εκφράζεται με ποικίλα νευρολογικά και ψυχολογικά συμπτώματα και εν τέλει επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς και την ικανότητά του να ζει ανεξάρτητος.²⁹

Το 1908 ο Charles Ladame, βοηθός στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Γενεύης, από μελέτες που πραγματοποίησε σε 100 περίπου εγκεφάλους νεκρών ασθενών που έπασχαν από άνοια κατόρθωσε να περιγράψει τις φλοιώδεις βλάβες που προκαλούνται από την γεροντική άνοια. Η νόσος θεωρήθηκε σπάνια μέχρι και το 1960 περίπου 100 δημοσιεύσεις αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Κατά την δεκαετία του 1960, οι Blessed, Tomlinson και Roth πραγματοποίησαν μελέτες στην Αγγλία και πιο συγκεκριμένα στην περιοχή Newcastle. Οι μελέτες αυτές έδειξαν ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ του αριθμού των γεροντικών πλακών στον εγκεφαλικό φλοιό και την σοβαρότητα της νοητικής στέρησης, ενώ δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα σε γεροντικές και προ-γεροντικές περιπτώσεις. Επίσης παρατήρησαν κάποιες σκηνές ιστολογικές αλλοιώσεις στους διάφορους τύπους άνοιας. Τις συγκέντρωσαν λοιπόν και με βάση αυτές δημιούργησαν μια ξεχωριστή ενότητα, την άνοια του τύπου Alzheimer. Έτσι, η Νόσος Alzheimer έχει εντοπισθεί ως η πλέον συνηθισμένη νόσος του ηλικιωμένου πληθυσμού και η 4^η αιτία θανάτου ανεπάρκειας.³⁰

Μέχρι την δεκαετία του 1970, Γάλοι και Ευρωπαίοι γιατροί περιέγραφαν με τον γενικό όρο «προ-γεροντικές» κάποιες εκφυλιστικές παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η παθήσεις αυτές είχαν ως χαρακτηριστικά την έκπτωση της μνήμης, την ξαφνική και ύπουλη έναρξη και την προσβολή ατόμων που ήταν 50 ετών. Οι γιατροί θεωρούσαν τις παθήσεις αυτές πολύ σπάνιες με σπανιότερη τη νόσο του Alzheimer. Ανάλογη κλινική συμπτωματολογία παρουσίαζαν και άλλες σπάνιες παθήσεις όπως η νόσος του Pick, της οποίας οι ανατομικές βλάβες φαίνεται να εντοπίζονται κυρίως στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου.

Από 20ετίας περίπου, ο ιατρικός όρος «νόσος Alzheimer» εισέβαλε έντονα στην καθημερινότητα της κοινωνίας και γίνεται πιο οικείος στο σύγχρονο άνθρωπο, αφού ο αριθμός των πασχόντων ατόμων διευρύνεται διαρκώς. Οι ανακαλύψεις της τελευταίας 20ετίας και το γεγονός ότι πλέον γνωρίζουμε περισσότερα για την βιολογία της ΝΑ από κάθε άλλη νευροψυχιατρική νόσο ή διαταραχή, μετέβαλαν την λανθασμένη αυτή αντίληψη. Η ΝΑ είναι μία εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου. Παρά την επί 20ετία περίπου με αυξητική τάση και ενδιαφέρον απασχόληση του ιατρικού προσωπικού με την άνοια, είναι φανερό ότι εκτός των νευρολόγων και των ψυχιάτρων που έχουν εξειδικευτεί στην νευροψυχιατρική, υπάρχει σοβαρό έλλειμμα στην ενημέρωση των άλλων ειδικοτήτων σε ότι αφορά το μέγεθος του προβλήματος και τον σωστό τρόπο αντιμετώπισης του. Η σωστή προσέγγιση του ανοϊκού ασθενούς προϋποθέτει αναφορά σε στοιχειώδης πληροφορίες που είναι αναγκαίες για την κατανόηση του προβλήματος το οποίο είναι μίζων θέμα δημόσιας υγείας, αλλά και κοινωνικό πρόβλημα με μεγάλες οικονομικές επιπτώσεις.³¹

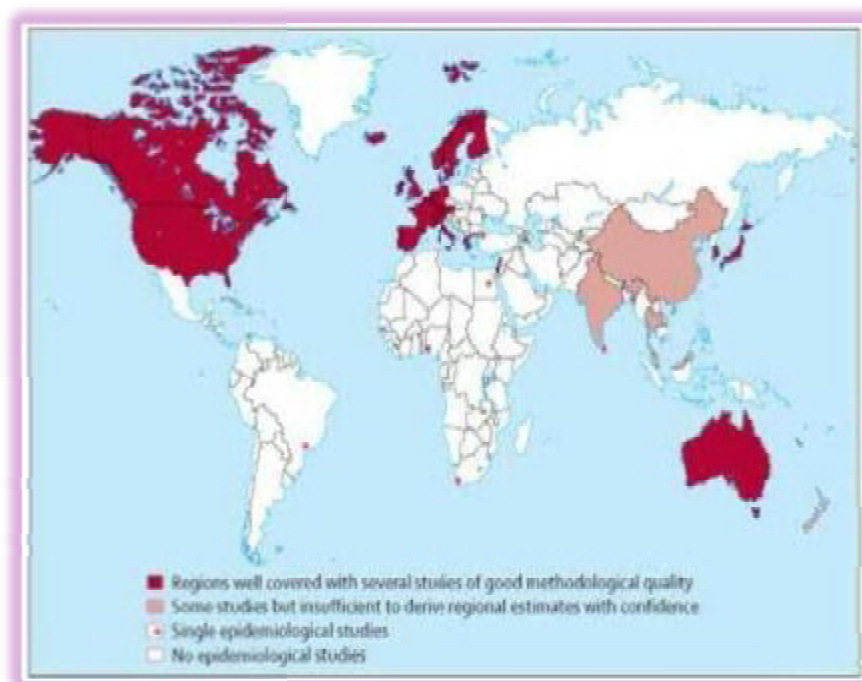
Το 2006, η 21^η Σεπτεμβρίου ορίστηκε η Παγκόσμια Ημέρα Alzheimer, ημερομηνία που σηματοδοτεί τα 100 χρόνια από τον προσδιορισμό και την ονομασία των κλινικό-

παθολογικών συμπτωμάτων που σήμερα αναγνωρίζουμε ότι είναι η κύρια αιτία του συνδρόμου άνοιας, και ένας από τους πιο επαχθείς όρους της μετέπειτα ζωής.³²

3.1.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η μεγάλη αύξηση του αριθμού των ανοϊκών ασθενών αποτελεί αναπόφευκτο επακόλουθο της γήρανσης του γενικού πληθυσμού λόγω της αύξησης του μέσου όρου ζωής. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής στις ανεπτυγμένες και κυρίως, στις υπό ανάπτυξη χώρες, έχει ως αποτέλεσμα και αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των παθήσεων της 3^{ης} ηλικίας, όπως η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και οι άνοιες. Η επιδημιολογία της άνοιας και ειδικότερα της νόσου Alzheimer έχει γίνει περισσότερο κατανοητή την τελευταία 25ετία.³³

Υπολογίζεται ότι 24 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν άνοια σήμερα και ότι αυτό το ποσό θα διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια με αποτέλεσμα να φτάσει τα 42 εκατομμύρια στο 2020 και 81 εκατομμύρια μέχρι το 2040. Αυτό θα συμβεί, αν δεν υπάρξουν μεταβολές της θνησιμότητας, ή αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης ή αποτελεσματική θεραπεία. Από εκείνους που πάσχουν από άνοια το 60% ζει σε αναπτυσσόμενες χώρες, με πιθανότητα ο αριθμός αυτός να αυξηθεί σε 71% μέχρι το 2040. Ο ρυθμός αύξησης του αριθμού των ανθρώπων με άνοια αναμένεται να είναι 3 έως 4 φορές υψηλότερος στις αναπτυσσόμενες περιοχές από ότι στις ανεπτυγμένες περιοχές.³⁴



Εικόνα 5: Επιδημιολογία της νόσου Alzheimer

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου και μάλιστα μη τροποποιήσιμοι για τη νόσο είναι η ηλικία. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου διπλασιάζεται κάθε χρόνο μετά

την ηλικία των 65 ετών. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό μιας και το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται συνεχώς στις αναπτυγμένες χώρες αλλά περισσότερο στις αναπτυσσόμενες. Ένα σημαντικό ομοιογενές εύρημα σε όλες τις μελέτες ανά την υφήλιο, είναι η συσχέτιση ανάμεσα στην άνοια και την ηλικία. Η Νόσος Alzheimer αν και είναι σπάνια σε ηλικίες κάτω από 45 ετών, έχει παρατηρηθεί και σε μικρότερες ηλικίες με νεότερη 30 χρόνια. Έχει διαπιστωθεί ότι η επίπτωση της άνοιας αυξήθηκε από το επίπεδο του 0,7% στις ηλικίες 65-69 στο επίπεδο του 11,8% στις ηλικίες 85-89 ετών, ενώ η επίπτωση της Νόσου Alzheimer αυξήθηκε από το 0,35% στο 7,28% στις αντίστοιχες ομάδες ηλικιών.

Στη μελέτη Global Burden of Disease που έγινε το 2000 αναφέρεται ότι η επίπτωση μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών είναι 5% για τους άνδρες και 6% για τις γυναίκες. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό επίπτωσης από του άνδρες, διότι ζουν περισσότερο. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν διαφορά επίπτωσης λόγω φύλου. Σήμερα, οι άνοιες με συχνότερη τη νόσο Alzheimer (50-60% του συνόλου), είναι σημαντικό, ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα.³⁵

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, τα ηλικιωμένα άτομα σήμερα αντιπροσωπεύουν στην Ευρώπη το 16% του γενικού πληθυσμού, ενώ το 2025 το ποσοστό αυτό αναμένεται να αγγίξει το 24%, δηλαδή 1 στα 4 άτομα θα έχουν ηλικία 65 και άνω έτη. Στην Ελλάδα μέχρι το 2050 τα άτομα ηλικία 65 και άνω θα αποτελούν το 30% του γενικού πληθυσμού. Ο επιπολασμός της άνοιας στην Ευρώπη το 2006 (EUROCODE) υπολογίζεται στα 10 εκατομμύρια, ενώ στην Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός ανέρχεται στις 160.000.³⁶

Σε μελέτη που έγινε από τον Folstein και τους συνεργάτες του (1991) στην Βαλτιμόρη αναφέρει ένα ποσοστό ανοιών γύρω στο 4,5% ενώ αντίθετα η μελέτη του Aronson και των συνεργατών του το (1991) στην Νέα Υόρκη ανεβάζει τον αριθμό στο 22,8%. Νεότερα δημοσιεύματα αναφέρουν ότι 4,5 εκατομμύρια Αμερικανοί πάσχουν από τη νόσο με προοπτική να αυξηθούν στα 11,3 μέχρι 16 εκατομμύρια μέχρι το 2050. Σύμφωνα με τον Reisberg (1999) στις ΗΠΑ οι νοσηλεύόμενοι ασθενείς με άνοια αποτελούν το 50% περίπου του συνόλου των νοσηλευόμενων ασθενών σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας.

Το κόστος της άνοιας στην Ευρώπη ξεπέρασε τα 170,6 δις ευρώ , το 2006 ενώ στην Αμερική το κόστος της άνοιας φτάνει στα 315 δις δολάρια. Η συχνότητα της νόσου Alzheimer στις ανεπτυγμένες χώρες είναι 10% άνω των 70, ενώ στην Ελλάδα είναι 6%. Όμως η συχνότητα αυξάνεται τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, ώστε να μιλάμε για ένα φαινόμενο που θα πάρει διαστάσεις πανδημίας (80 εκατομμύρια άτομα υπολογίζεται ότι θα πάσχουν ως το 2020).³⁷

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Γαλλία ο επιπολασμός της νόσου υπολογίστηκε σε περίπου 400.000 περιπτώσεις, και η ετήσια επίπτωση σε 100.000 περιπτώσεις. Η συχνότητα της νόσου αυξανόταν, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Η νόσος αυτή είχε σημαντικές συνέπειες για τη ζωή του ασθενούς, της οικογένειας του και για το σύστημα υγείας, ενώ στο κόσμο της νόσου ήταν επίσης σημαντικό. Ως εκ τούτου η νόσος Alzheimer έχει όλα τα απαιτούμενα κριτήρια για να αποτελέσει ένα σημαντικό πρόβλημα δημοσίας υγείας

Η γενετική προδιάθεση είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου που δεν μπορεί να ελεγχθεί η νόσος, Alzheimer κληρονομείται σε ένα ποσοστό μικρότερο από 5%, σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα επιστημονικά δεδομένα. Έχουν αναγνωριστεί 3 γονίδια που είναι υπεύθυνα για προγεροντικές μορφές της νόσου (με έναρξη ανάμεσα στα 40 και στα 60 χρόνια). Για την όψιμη έναρξη της νόσου η κληρονομική προδιάθεση είναι μικρή. Όταν υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό, δηλαδή ένα άτομο με συγγένεια 1^{ου} βαθμού (

γονιός ή αδερφός) νοσεί από Alzheimer, τότε ο κίνδυνος να νοσήσει και ο άλλος είναι μεγάλος. Έχει βρεθεί ότι άτομα που έχουν έναν συγγενή 1^{ου} βαθμού που πάσχει από άνοια παρουσιάζουν 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν τη νόσο Alzheimer μετά την ηλικία των 65 ετών.³⁸

3.2 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται από την παρουσία νεριτικών πλακών στον εξωκυττάριο χώρο που αποτελούνται από εκφυλισμένες νευρικές απολήξεις με κεντρική εναπόθεση β-αμυλοειδούς, πρωτεϊνογλυκανών και άλλων πρωτεϊνών και από τις ενδονευρωνικές νευροϊνιδιακές αλλοιώσεις στο κυτταρόπλασμα που αποτελούν δεμάτια ελικοειδών ινιδίων κατά ζεύγη, όπου σημαντικό ρόλο για τον σχηματισμό τους παίζει η υπερφωσφορυλίωση πρωτεΐνης.³⁹

Η Αυξημένη σύνθεση β-αμυλοειδούς και η εναπόθεση του στους ιστούς νευρώνες και το αγγειακό τοίχωμα θεωρείται σήμερα ως πιθανότερη αιτία παθογένεσης της νόσου Alzheimer. Σ' αυτό συνηγορούν μελέτες που αναφέρουν ότι όλες οι γενετικές μεταλλάξεις που συνοδεύονται με τις οικογενείς μορφές της νόσου έχουν σχέση με μεταβολές της βιοχημικής διαδικασίας σχηματισμού β - αμυλοειδούς από την πρόδρομη πρωτεϊνική μορφή αυτού APP (Amyloid Precursor Protein). Παράλληλα, μέσα στους νευρώνες οι οποίοι παρουσιάζουν τη χαρακτηριστική εικόνα της κοκκιοκενοτοπιώδους εκφύλισης, παρατηρείται η συγκέντρωση υπό μορφή κοκκίων μια πρωτεΐνης που μοιάζει με την τουμπουλίνη. Επίσης, σε όλες τις περιπτώσεις έχει διαπιστωθεί ελαττωμένη απελευθέρωση του νευροπροστατευτικού πεπτιδίου sAPPa. Τέλος, υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η απόπτωση παίζει σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη των χρόνιων εκφυλιστικών παθήσεων του νευρικού συστήματος όπως η νόσος Alzheimer και ότι η εναπόθεση β- αμυλοειδούς συνοδεύεται από θάνατο του νευρικού κυττάρου με έκδηλα αποπτώτικα στοιχεία.⁴⁰

Ένα από τα άλυστα μέχρι σήμερα προβλήματα είναι το ποια είναι η πηγή σύνθεσης του β-αμυλοειδούς αν, δηλαδή, συντίθεται στους νευρώνες ή συντίθεται στα αστροκύτταρα και εναποτίθεται στους νευρώνες. Εκείνο που είναι γνωστό είναι ότι τα αστροκύτταρα συνδέονται με την εμφάνιση των νευρικών πλακών και ότι διαθέτουν την γονιδιακή έκφραση APP. Είναι σε θέση να συνθέσουν άφθονα ποσά β-αμυλοειδούς και με τον τρόπο αυτόν να αποτελούν σημαντική μη νευρωσικής προέλευσης της ουσίας αυτής. Τα ίδια διαθέτουν μεγάλο αριθμό υποδοχέων στη κυτταρική μεμβράνη που συνδέονται με διαύλους ιόντων ή δευτέρους αγγελιοφόρους στο κυτταρόπλασμα.⁴¹

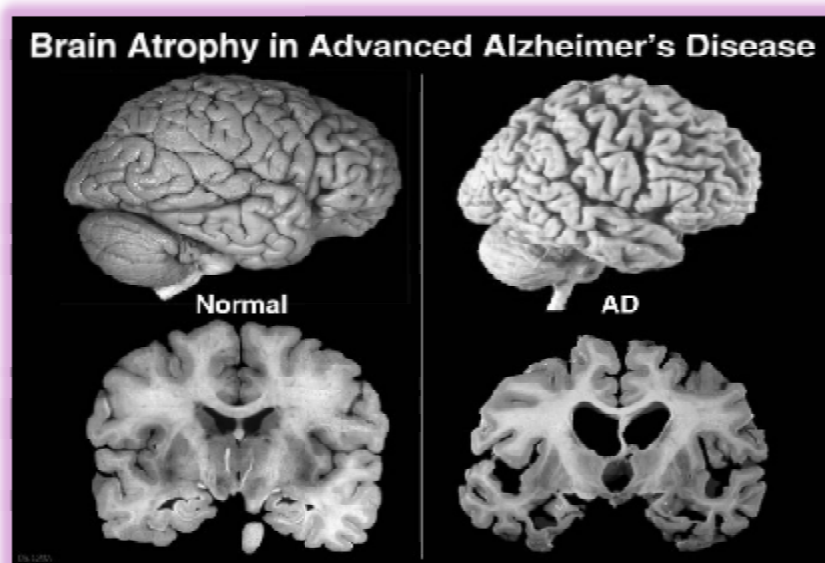
Οι μεταλλάξεις της μικροσωληνιακής πρωτεΐνης, η οποία κωδικοποιείται στη θέση g21- g22 του χρωμοσώματος 17 και υπερφωσφορυλίωση της τελευταίας διαδραματίζουν επίσης θεμελιώδη ρόλο στη παθογένεια της νόσου. Υπό φυσιολογικές συνθήκες η πρωτεΐνη αυτή επιταχύνει τον πολυμερισμό τουμπουλίνης και συνδέει τα μικροσωληνάρια μέσω του μακρού προβολικού τμήματός της σχηματίζοντας πυκνά δεμάτια, συνεισφέροντας στη σταθερότητά τους στον άξονα.

Μακροσκοπικά, ο εγκέφαλος παρουσιάζει διάχυτη γενικευμένη ατροφία του φλοιού ιδίως στις μετωπιαίες και κροταφικές περιοχές. Χαρακτηριστική είναι η εμφάνιση πλακών β-αμυλοειδούς σε εκτεταμένες περιοχές του εγκεφάλου, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται ο φλοιός, ο ιππόκαμπος, τα βασικά γάγγλια, ο οπτικός θάλαμος ακόμη και η παρεγκεφαλίδα. Ένα από τα σταθερά ευρήματα είναι η απώλεια των νευρώνων της λιμβικής οδού που έχει σχέση με τη διαδικασία της μνήμης.⁴²

Οι νευριδικές πλάκες περιβάλλονται από υπερπλαστικά αστροκύτταρα, των οποίων η προεκβολές είναι πλούσιες σε όξινη πρωτεΐνη της νευρογλοίας. Τα νευρογλοιακά κύτταρα,

τα οποία είναι γνωστά για της ανοσοβιολογικές ιδιότητες τους, συμβάλλουν στην απομάκρυνση των εκφυλισμένων νευρώνων πιθανόν μέσω της φαγοκυττάρωσης.

Οι αλλοιώσεις αφορούν και τις δυο μεμβράνες. Παρατηρείται διάταση των προσυναπτικών απολήξεων, με την παρουσία άτυπων μιτοχονδρίων, διατεταγμένες δεξαμενές στο λείο ενδοπλασματικό δίκτυο και μεμβρανώδεις σχηματισμοί. Ο μετασυναπτικός παράγων, παρουσιάζει είτε υποστροφή είτε διάταση και άτυπη συγκέντρωση μικροϊνιδίων, μιτοχονδρίων και σπάνια, κοκκίων. Ένα επίσης από τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι η εκφύλιση των χολινεργικών νευρώνων, που οδηγεί σε διαταραχές της νευρομεταβίβασης με την ακετυλοχολίνη.⁴³



Εικόνα 6: Απεικόνιση εγκεφάλου στο οποίο φαίνεται η ατροφία του εγκεφαλικού παρεγχύματος στα τελικά στάδια της νόσου.

3.3 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Δυστυχώς η αιτιολογία της νόσου δεν είναι γνωστή. Σημαντικές πληροφορίες έχουν συγκεντρωθεί στα τελευταία χρόνια σχετικά με τους παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν την εμφάνιση της και έχουν δημοσιευθεί σε ειδική έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1994). Σε αυτούς περιλαμβάνονται:

Γενετικοί: Ξέρουμε ότι όσο πιο επιβαρυνμένο είναι το οικογενειακό ιστορικό, τόσο μεγαλύτερος είναι και ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου, όταν υπάρχει προσβεβλημένος συγγενής 1^{ου} βαθμού αυξάνεται κατά 7 έως 10 φορές. Υπάρχει επίσης συσχέτιση της νόσου και του σύνδρομου Down σε συγγενή 1^{ου} βαθμού. Σήμερα ξέρουμε ότι υπάρχουν τα λεγόμενα προδιάθετα γονίδια, γονίδια δηλαδή που δεν προκαλούν υποχρεωτικά τη νόσο σε όποιον τα φέρει, όμως αυξάνουν το κίνδυνο για την εμφάνισή της ή συντελούν ώστε η νόσος να εκδηλωθεί σε μια νεότερη ηλικία. Τα πιο καλά μελετημένα είναι τα αλληλόμορφα μιας πρωτεΐνης, της απολιποπρωτεΐνης E, η οποία σχετίζεται με τον μεταβολισμό των λιπιδίων και της χοληστερόλης, στο χρωμόσωμα 19. Αυτή η πρωτεΐνη εμφανίζεται με τρία αλληλόμορφα: το ε3, το ε4 και το ε2. Το ε3 είναι το πιο συνηθισμένο,

ενώ το ε4 βρίσκετε σε μεγαλύτερο ποσοστό σε ασθενείς με νόσο του Alzheimer, ενώ το ε2 θεωρείται ότι παίζει κατά κάποιο τρόπο ένα προστατευτικό ρόλο.

Ηλικία: Αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για τη νόσο Alzheimer. Στο παρελθόν είχε θεωρηθεί ότι η νόσος Alzheimer αποτελεί προχωρημένη μορφή γήρατος. Οι αλλαγές οι οποίες ακολουθούν το γήρας έχουν μελετηθεί από πολλούς ερευνητές αλλά δεν έχουν βρεθεί ειδικά χαρακτηριστικά που να προκαλούν την νόσο Alzheimer. Ορισμένες θεωρίες υποστηρίζουν ότι αυτό προκαλείται από συσσώρευση βλαβών. Αναφέρεται ότι συνήθως κάποια τυχαία γεγονότα πυροδοτούν την έναρξη της νόσου. Οι απόψεις αυτές στηρίζουν συνήθως την έννοια του πολυπαραγοντικού προτύπου της Νόσου όπου ένας αριθμός βλαπτικών παραγόντων παίζει καθοριστικό ρόλο. Τέλος, η αύξηση του μέσου όρου ζωής και η μείωση της θνησιμότητας δε συνεπάγεται και μείωση της νοσηρότητας μιας και έχει διαπιστωθεί ότι τα τελευταία χρόνια δαπανώνται μεγάλα ποσά στη νοσηρότητα από τη Νόσο Alzheimer.

Φύλο: Έχει υποστηριχθεί ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τη Νόσο Alzheimer σε σχέση με τους άντρες σε αναλογία 2:1. Αν και έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες για να εξηγηθεί το φαινόμενο (μακροβιότητα των γυναικών, μη καθορισμένοι περιβαλλοντικοί και ορμονικοί παράγοντες, υπάρξει περισσότερων προδιαθεσικών γονιδίων στο χρωμόσωμα X) δεν υπάρχει κάποια κοινά αποδεκτή που να εξηγεί την αυξημένη συχνότητα εμφάνισής της νόσου στις γυναίκες.

Περιβαλλοντικοί - τοξικοί παράγοντες: Το αργίλιο και το πυρίτιο έχουν συζητηθεί αρκετά ως προς το πιθανό και αιτιολογικό τους ρόλο στη νόσο του Alzheimer. Κάποιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στη Νορβηγία και την Μεγάλη Βρετανία συσχέτισαν την υψηλή συγκέντρωση του αργιλίου στο πόσιμο νερό με αυξημένα ποσοστά εμφάνισης της νόσου, αλλά τα αποτελέσματα δεν θεωρήθηκαν αποδεικτικά. Επιδημιολογικές και τοξικολογικές μελέτες έχουν συσχετίσει μόνο το αλουμίνιο από τις τοξίνες και τις ουσίες του περιβάλλοντος, που μπορεί πιθανόν να συμβάλλει στην εμφάνιση της νόσου.

Κρανιοεγκεφαλική κάκωση: Υποστηρίχθηκε ότι το ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης είναι σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας, παρ'όλα αυτά από κάποιες άλλες μελέτες δεν επιβεβαιώθηκε. Έχει υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (τραυματικές κακώσεις) αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου Alzheimer ιδίως όταν αυτές συνοδεύονται από κόμα, χωρίς όμως να υπάρχει σαφής επιβεβαίωση. Είναι επίσης γνωστή η άνοια των πυγμάχων, που οδηγεί σε συγκεκριμένες νευροπαθολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου.

Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό: Έχει δείχθει ότι στα άτομα με νόσο του Alzheimer υπάρχει σε μεγαλύτερη συχνότητα απ' ότι στο γενικό πληθυσμό, προηγούμενο ιστορικό υποθυρεοειδισμού και επιληψίας, καθώς επίσης και καταθλιπτικού επεισοδίου δέκα ή/και περισσότερα χρόνια πριν την έναρξη της νόσου.

Ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες: Έχει υποστηριχθεί ότι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDS) συνδέονται με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου χωρίς ωστόσο αυτό να επιβεβαιώνεται από μελέτες. Επίσης αναφέρεται ότι η θεραπεία με οιστρογόνα κατά την εμμηνόπαυση, είναι δυνατόν να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της ΝΑ, πιθανόν διότι τα οιστρογόνα μειώνουν το κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων και οστεοπόρωσης, καταστάσεων που επηρεάζουν την νόσο.

Ο αγγειακός παράγων: Γενικώς ο αγγειακός παράγων παίζει σημαντικό ρόλο στην νόσο Alzheimer. Αναφέρεται ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τον κίνδυνο της νόσου επίσης σε νεκροτομικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η στεφανιαία νόσος με ή χωρίς έμφραγμα, αυξάνει την συχνότητα της νόσου 6 φορές περισσότερο σε ηλικιωμένους άντρες που έχουν εναποθέσεις αμυλοειδούς στον εγκέφαλό τους. Το γονίδιο της ApoE4 θεωρείται ότι σχετίζεται με την αρτηριοσκλήρυνση και το κάπνισμα. Η ApoE4 μπορεί να προκαλέσει απευθείας ΝΑ, αλλά και μέσω της αρτηριοσκλήρυνσης. Άλλοι αγγειακοί παράγοντες που

ενοχοποιούνται στην εμφάνιση άνοιας είναι: ο σακχαρώδης διαβήτης, η κολπική μαρμαρυγή και το κάπνισμα. Ο κίνδυνος εμφάνισης ΝΑ είναι διπλάσιος σε διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη ή αγωγή από το στόμα. Έχει βρεθεί επίσης ότι οι καπνιστές έχουν 2,5% περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ. Η αρτηριοσκλήρυνση μεγαλώνει το κίνδυνο εμφάνισης ΝΑ ανάλογα με την βαρύτητα της. Τέλος έχει ενοχοποιηθεί και η αρτηριακή πίεση για την εμφάνιση της ΝΑ. Θεωρείται πως άτομα με υπέρταση στην νεανική τους ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ όταν γεράσουν.

Καπνός και αλκοόλ: Κάποιες μελέτες συσχέτισαν το ιστορικό κατανάλωσης οινοπνεύματος με εμφάνιση άνοιας ή κατάθλιψης σε μεγάλη ηλικία. Επίσης βρέθηκε αντίστροφη σχέση μεταξύ νόσου του Alzheimer και του καπνίσματος. Αν και η αιτία δεν έχει πλήρως διερευνηθεί, πιθανολογείται ότι οι ανοϊκοί ασθενείς έχουν λιγότερους νικοτινικούς υποδοχείς και η νικοτίνη επιδρά ρυθμιστικά ή ίσως φταίει το γεγονός ότι οι καπνιστές που επιβιώνουν σε μεγάλη ηλικία έχουν πιο αποτελεσματικούς μηχανισμούς επιδιόρθωσης του DNA.

Μόρφωση: Σε ορισμένες μελέτες διατυπώθηκε η άποψη ότι οι άνοιες, μεταξύ των οποίων και η νόσος του Alzheimer, είναι η πιο συχνές σε χαμηλού μορφωτικού επιπέδου άτομα, αν και αναφέρθηκε και η άποψη ότι εισήχθησαν κάποια πειραματικά σφάλματα κατά την λήψη και επεξεργασία των συγκεκριμένων δεδομένων.

Μόλυνση: Ο ρόλος των μολυσματικών παραγόντων στη νόσο του Alzheimer παραμένει άγνωστος. Ωστόσο, μολυσματικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την νόσο Greutzfeldt-Jakob, τη νόσο Kuru και το σύνδρομο Gerstmann-Straussler.⁴⁴

3.4 ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Τα προειδοποιητικά σημεία της νόσου Alzheimer είναι:

- Απώλεια μνήμης που επηρεάζει τις επαγγελματικές δεξιότητες.
- Δυσκολία στην επιτέλεση γνωστών καθηκόντων.
- Προβλήματα με την ομιλία.
- Αποπροσανατολισμός στον χώρο και στον χρόνο.
- Πτωχή ή μειωμένη ικανότητα κρίσης.
- Προβλήματα με την αφαιρετική σκέψη.
- Απώλεια αντικειμένων.
- Μεταβολές στη διάθεση ή την συμπεριφορά.
- Διαταραχές της πρωτοβουλίας και ενεργητικότητας.

Η αναγνώριση των πρώιμων συμπτωμάτων είναι σημαντική, διότι η αιτία της άνοιας (όπως η κατάθλιψη και ο υποθυρεοειδισμός) μπορεί να είναι αναστρέψιμη, σε αντίθεση με την άνοια της νόσου Alzheimer που δεν είναι αναστρέψιμη. Η θεραπεία, ωστόσο, είναι δυνατών να μεγιστοποιήσει την ποιότητα ζωής και να επιτρέψει το προσβεβλημένο άτομο να προετοιμαστεί για το μέλλον.⁴⁵

3.4.1 ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ

Η εξασθένηση της μνήμης είναι συχνά το πρώτο και το πιο εμφανές σύμπτωμα της άνοιας. Συχνά το αρνείται το άτομο που έχει επηρεαστεί, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια. Αρχικά, επηρεάζεται η ικανότητά του να θυμάται πληροφορίες που μόλις έχει λάβει. Το

είδος της απώλειας της μνήμης επηρεάζει της καταστάσεις της καθημερινής ζωής του ατόμου. Αν και το άτομο μπορεί να είναι ικανό να επαναλάβει μια μικρή πρόταση ή μια μικρή αλυσίδα από αριθμούς αυτό δεν σημαίνει ότι θα θυμάται αυτή την καινούρια πληροφορία για λίγα λεπτά αργότερα. Είναι πιθανό να υπάρχουν προβλήματα και με την αποθήκευση και με την επανάκτηση της καινούριας πληροφορίας από την μνήμη. Αυτό επιδρά στην ικανότητα του ατόμου να μαθαίνει καινούριο υλικό ή δραστηριότητες.⁴⁶

Οι μνήμες από το παρελθόν διατηρούνται περισσότερο. Στα πρώτα στάδια της άνοιας η μνήμη από το παρελθόν επηρεάζεται λιγότερο, αλλά παρατηρείται να εξασθενεί περισσότερο με το πέρασμα του χρόνου. Περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το προσωπικό ιστορικό-επεισοδιακή μνήμη (που αυτός γεννήθηκε, πότε γεννήθηκε, ποιοι είναι οι γονείς του, που πήγε σχολείο, πότε αποφοίτησε από το σχολείο, ημερομηνία γάμου) και η μακρινή μνήμη (περιλαμβάνει γεγονότα γύρω από τα κοινωνικά, οικονομικά ή πολιτικά συμβάντα).

Αποπροσανατολισμός: Η πρώτη περιοχή που εμφανίζεται ο αποπροσανατολισμός είναι ο αποπροσανατολισμός στο χρόνο. Το άτομο φτάνει σε ένα σημείο που δεν μπορεί να θυμηθεί την ημέρα της εβδομάδας, το μήνα, την εποχή, το χρόνο και κ.τ.λ. Καθώς η άνοια προοδεύει ο αποπροσανατολισμός περιλαμβάνει το να ξεχνά πρόσωπα και χώρους. Αυτός ο αποπροσανατολισμός και τα προβλήματα μνήμης συμβάλλουν στο να χάνεται το άτομο εύκολα και αυτό γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτό σε νέες καταστάσεις ή χώρους.

Εξασθένηση της κρίσης και της διορατικότητας: Είναι πιθανό ότι το άτομο με άνοια δεν καταλαβαίνει τις δικές του ελλείψεις και αυτό είναι ιδιαίτερα αληθές καθώς η κατάσταση εξελίσσεται. Αυτό μπορεί να συμβεί σε διάφορες φάσεις της ζωής του ατόμου και έχει επικίνδυνες συνέπειες. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να επιμένει να οδηγεί αυτοκίνητο ενώ είναι φανερό ότι η ικανότητα του έχει μειωθεί σημαντικά. Μπορεί επίσης, να επιμένει να διαχειρίζεται τα οικονομικά του, ενώ είναι φανερό ότι δεν μπορεί. Η εξασθένηση της κρίσης του μπορεί επίσης να επεκταθεί μέχρι και σε σεξουαλική απελευθέρωση.

Εξασθένηση των ελεύθερων σκέψεων: Τα άτομα με άνοια δεν μπορούν να ικανοποιητικά να εξηγήσουν την σημασία μιας παροιμίας και έχουν δυσκολίες να καταλάβουν περισσότερο πολύπλοκες έννοιες όπως είναι οι υποθετικές καταστάσεις, οι σαρκασμοί και το χιούμορ κ.τ.λ. Επίσης, δεν μπορούν να περιγράψουν σε αφηρημένους όρους τις ομοιότητες και τις διαφορές μεταξύ των πραγμάτων (για παράδειγμα, ότι το κόκκινο και το πράσινο είναι χρώματα, ότι η καρέκλα και το θρανίο είναι επίπλωση). Η ικανότητα να ορίσουν λέξεις και έννοιες χάνεται προοδευτικά χάνεται.

Προβλήματα με την ομιλία και την κατανόηση της γλώσσας (δυσφασία): Οι προηγούμενες κεκτημένες ικανότητες στην αντίληψη της γλώσσας ή την παραγωγή προοδευτικά χάνονται. Ένα άτομο μπορεί να γίνει ανίκανο να κατανοεί το λόγο. Επίσης, διαταράσσεται ο προφορικός τρόπος έκφρασης. Τα προβλήματα συνήθως ξεκινούν με κάποια δυσκολία να βρίσκουν τις λέξεις. Αργότερα γίνεται πολύ εμφανείς να η ανικανότητα να ονομάσουν τα αντικείμενα. Οι λέξεις τους ή ο συνδυασμός λέξεων περιέχει λάθη και φυσικά η ικανότητα να παράγουν λέξεις μειώνεται καθώς το άτομο έχει δυσκολία συντονισμού με το μηχανισμό του λόγου. Η τέλεια ανικανότητα του λόγου μπορεί να συμβεί σε ορισμένα άτομα κατά την διάρκεια των πολύ προχωρημένων σταδίων της άνοιας, αλλά δεν θεωρείται αναπόφευκτο.

Ανικανότητα να εκτελεί κινητικές πράξεις (Δυσπραξία): Δυσπραξία είναι η δυσκολία ή η απώλεια προηγούμενων ικανοτήτων στο να εκτελέσει ειδικευμένες ή εσκεμμένες κινητικές πράξεις. Δεν αποτελεί αποτέλεσμα αδυναμίας. Η δυσπραξία μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα στο ντύσιμο και αργότερα μπορεί να αποτελέσει αιτία δυσκολιών στο να χρησιμοποιεί το κουτάλι, το πιρούνι ή ένα φλιτζάνι.

Ανικανότητα στο να φροντίζει αντικείμενα και ανθρώπους (αγνωσία): Η πληροφόρηση γίνεται πολύ δύσκολη και αντικείμενα; ή άνθρωποι γίνονται μη αναγνωρίσιμα ή χωρίς σημασία για το άτομο. Το άτομο που έχει επηρεαστεί δεν μπορεί να αναγνωρίσει οικεία πράγματα όπως είναι ένα φλιτζάνι, τα μαχαιροπίρουνα ή η τουαλέτα, το οποίο βέβαια με την σειρά του μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες και να αποτελέσει ανάγκη της εξάρτησής του από τους άλλους. Ακόμα, είναι συνηθισμένο τα άτομα με άνοια να μην μπορούν να αναγνωρίσουν άτομα δημιουργώντας ένα μεγάλο στρες στους φίλους και την οικογένειά τους.⁴⁷

3.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση βοηθά ώστε οι ασθενείς να είναι καλύτερα προετοιμασμένοι ώστε να περάσουν ομαλά τα διάφορα στάδια της νόσου. Η σωστή διάγνωση είναι επίσης προϋπόθεση μιας αποτελεσματικής θεραπείας. Πρώτη πρέπει η οικογένεια να αξιολογήσει τα προβλήματα που παρουσιάζει το ηλικιωμένο άτομο του περιβάλλοντός της. Η επίσημη διάγνωση γίνεται στη συνέχεια από τον γιατρό.⁴⁸

Δυο ομάδες κριτηρίων χρησιμοποιούνται διεθνώς για την διάγνωση της Νόσου Alzheimer: τα κριτήρια του Εθνικού Ινστιτούτου Νευρολογίας και Αποπληκτικών Διαταραχών των ΗΠΑ και της Εταιρείας της Νόσου Alzheimer –National Institute of Neurology and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA) και τα κριτήρια Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders της Αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κανένας ειδικός βιολογικός δείκτης για την ακριβή και πρώιμη διάγνωση της Νόσου Alzheimer. Στις αρχικές μελέτες το ποσοστό σωστής διάγνωσης κυμαίνονται μεταξύ του 50%-60%. Με την βοήθεια των προαναφερθέντων διαγνωστικών κριτηρίων το ποσοστό ορθής διάγνωσης ανέρχεται στο 85% με 95%.⁴⁹

Οι νευροαπεικονιστικές μέθοδοι συνέβαλαν σημαντικά στη διάγνωση και ιδιαίτερα στη πρώιμη διάγνωση της Νόσου Alzheimer. Οι σύγχρονες απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση της είναι:

- Η μαγνητική τομογραφία-magnetic resonance imaging (MRI)
- Η μονοφωτονιακή τομογραφία-single photon emission tomography (SPET) για την μελέτη αιμάτωσης του εγκεφάλου λιποφιλικό ραδιοφάρμακο τη ραδιενεργό δεξαμεθαζίνη-technetium-99m-hexamethylenopropyleneo-amino-oxime και
- Η ποζιτρονική τομογραφία-positron emission tomography (PET) για τον μεταβολισμό του εγκεφάλου με φθοριωμένη δεοξυγλυκόζη fluoro-18-fluorodeoxyglucose-(18F-FDG).⁵⁰

Η βελτιστοποίηση των μηχανημάτων και διαγνωστικών πρωτοκόλλων επιτρέπει την παρατήρηση των λεπτών δομών στη φλοιώδη και υποφλοιώδη μοίρα του εγκεφάλου. Σε πολλές μελέτες έχει αποδειχθεί η καλή ευαισθησία και ειδικότητα των παραπάνω τεχνικών με SRET και PET, για την διάγνωση της Νόσου Alzheimer.

Το κλασικό απεικονιστικό εύρημα της νόσου είναι η συμμετρική ή ασύμμετρη ελάττωση της αιματικής ροής και του μεταβολισμού στις οπίσθιες κροταφοβρεγματικές περιοχές. Στο οπίσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγού και στην πρόσθια μετωπιαία περιοχή με μικρότερη συμμετοχή του οπτικού φλοιού και του αισθητικοκινητικού φλοιού. Η ευαισθησία και ειδικότητα στη διάγνωση της ΝΑ, με την χρήση PET ραδιοφάρμακο την 18F-FDG κυμαίνονται από 90%-96% και από 67%-97% αντίστοιχα.

Προκειμένου να διαφοροποιηθεί η μείωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής στη Νόσο Alzheimer από φυσιολογική μείωση της εγκεφαλικής αιματικής ροής λόγω της ηλικίας, απαραίτητη κρίνεται η δημιουργία βάσης φυσιολογικών δεδομένων με αποδεδειγμένα

υγιείς μάρτυρες ανάλογου φύλου και ηλικίας με τους εξεταζόμενους ασθενείς. Ελάττωση της αιματικής ροής σχετιζόμενη με την ηλικία, χωρίς εξέλιξη σε ανοϊκή συνδρομή, έχει αναφερθεί στο πρόσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγού, στον αριστερό προμετωπιαίο και άνω κροταφικό φλοιό και στα βασικά γάγγλια αμφότερα.⁵¹

3.5.1 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η γνώση των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου Alzheimer, η χρήση διαγνωστικών κριτηρίων, η λήψη καλού ιστορικού από αξιόπιστη πηγή καθώς και η τακτή παρακολούθηση του ασθενούς, οδηγούν στη διάγνωση της νόσου με υψηλό βαθμό βεβαιότητας.

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα πιθανά αίτια που μπορεί να προκαλέσουν άνοια. Τα πιο σημαντικά από αυτά είναι η έλλειψη της βιταμίνης B12, οι παθήσεις του θυροειδούς – παραθυροειδούς αδένου, η υπογλυκαιμία, η υπερουριχαιμία, η σύφιλη κ.α.⁵²

Άλλες παθήσεις που εκδηλώνονται κυρίως με άνοια είναι:

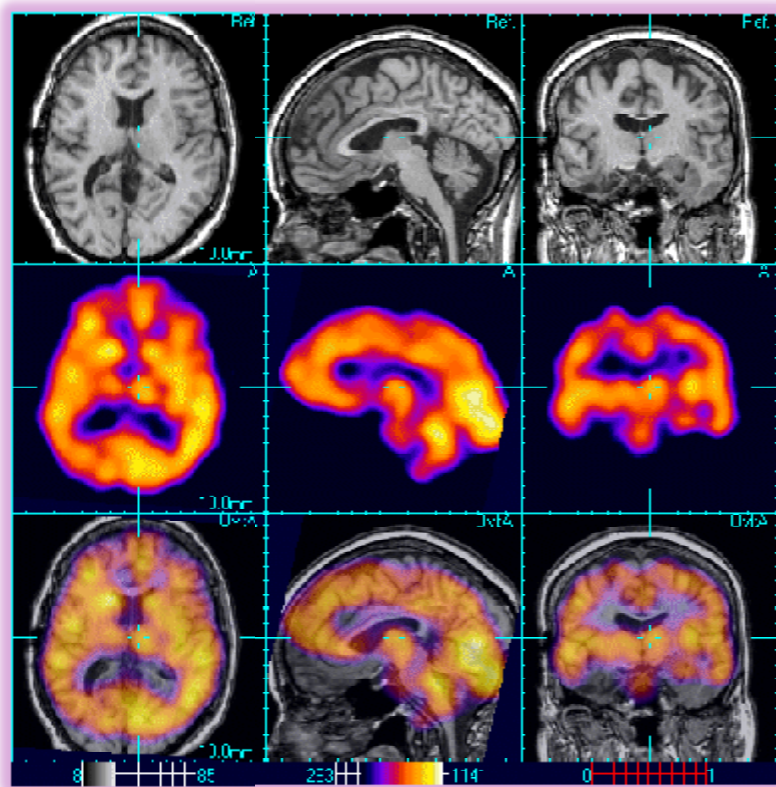
- Γεροντική άνοια. Εμφανίζεται σε ηλικίες άνω των 65 ετών. Σύμφωνα με ορισμένους πρόκειται για την ίδια νόσο με αυτή του Alzheimer αλλά η αιτιολογία θα μπορούσε να είναι διαφορετική.
- Η νόσος του Pick. Η εκφύλιση και η ατροφία του ΚΝΣ αφορά κυρίως τις μέτωπο-κροταφικές περιοχές του εγκεφάλου. Χαρακτηρίζεται κυρίως από διαταραχές της συμπεριφοράς σε τελικό στάδιο η συμπτωματολογία είναι ίδια με εκείνη της νόσου Alzheimer.
- Πολυεμφραγματική ή αγγειακή άνοια. Οφείλεται σε διάχυτη αρτηριοσκλήρυνση των αγγείων του εγκεφάλου η οποία οδηγεί σε πολλαπλά μικρά έμφρακτα κυρίως στις περικοιλιακές περιοχές.
- Η νόσος Jacob – Creutzfeldt, νόσος «τρελών αγελάδων». Στην περίπτωση αυτή η άνοια έχει ταχεία εξέλιξη⁵²

Επιπλέον, πρέπει να γίνει διαφορετική διάγνωση της νόσου Alzheimer από την ήπια γνωστική διαταραχή. Σαν ήπια γνωστική διαταραχή (ΗΓΔ) αναφέρεται μία κατάσταση διαταραχών μνήμης σε άτομα τα οποία δεν πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης της νόσου Alzheimer, αλλά είναι υψηλού κινδύνου στο να εμφανίσουν το πλήρες ανοϊκό σύνδρομο. Σε αμνησιακή ΗΓΔ έχει παρατηρηθεί ελάττωση της αιματικής ροής και του μεταβολισμού της γλυκόζης στις μελέτες SPECT και PET αντίστοιχα, στο οπίσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγού και στο προσφηνοειδές λοβίο.

SPECT: Είναι η τομογραφία μονήρους φωτονίου που επιτρέπει τη μέτρηση της τοπικής εγκεφαλικής ροής με αποτέλεσμα τη χρησιμοποίηση της στην μελέτη των εγκεφαλικών επεισοδίων, των ανοιών κ.α. Το SPECT στην νόσο Alzheimer συνήθως δείχνει κροταφοβρεγματική ελάττωση της αιματικής ροής και μερικές φορές και μετωπιαία. Εκτός από την αξία του στην πρόιμη διάγνωση το SPECT χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί η ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή.

PET: Είναι η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων και αποτελεί την εξέλιξη της τομογραφίας ανατομικής εικόνας, σε τομογραφία λειτουργικής εικόνας με τη βοήθεια της πυρηνικής ιατρικής. Η εικόνα λαμβάνεται από μια συσκευή όμοια περίπου με της αξονικής χωρίς όμως πηγή ακτίνων X. Στις εικόνες που λαμβάνονται είναι δυνατή η τοπική μέτρηση διαφόρων ουσιών σε κάθε σημείο του εγκεφάλου. Οι εικόνες είναι έγχρωμες και τα φωτεινά χρώματα δείχνουν υπερδραστηριότητα, ενώ τα σκοτεινά υποδραστηριότητα. Το PET στην νόσο Alzheimer αναδεικνύει κροταφοβρεγματικό και μετωπιαίο

υπομεταβολισμό που έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει στην διάγνωση της νόσου ακόμη και σε πολύ πρώιμα στάδια. Αποτελεί εξέταση μεγαλύτερων δυνατοτήτων από το SPECT.⁵³



Εικόνα 7: Τομογραφία SPECT εγκεφάλου

Σε ασθενείς πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer έχουν παρατηρηθεί διαφορές στις διαταραχές της αιμάτωσης ανάλογα με το φύλο. Σε άρρενες ασθενείς προεξάρχουν οι διαταραχές στο

βρεγματικό φλοιό και στην οπίσθια περιοχή της έλικας του προσαγωγίου, ενώ στις γυναίκες είναι έκδηλα τα φαινόμενα στο μετωπιαίο και στο μέσο κροταφικό φλοιό.⁵⁴

3.6 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους, που εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το πώς ήταν ο ασθενής πριν την νόσο (προσωπικότητα, φυσική κατάσταση και τρόπος ζωής). Τα συμπτώματα μπορεί να γίνουν καλύτερα κατανοητά στο πλαίσιο των 3 σταδίων εξέλιξής της: ήπια, μέτρια και σοβαρή νόσος. Τα στάδια χρησιμεύουν ως οδηγός και βοηθούν ώστε να αναγνωρίζονται τα πιθανά μελλοντικά προβλήματα. Σε κανένα άτομο, η εξέλιξη της νόσου δεν θα είναι πανομοιότυπη με των υπολοίπων, ορισμένα από τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου. Επίσης σε όλα τα στάδια μπορεί να εμφανιστούν σύντομες περιόδους διαύγειας.⁵⁵

Ηπια νόσος- ΣΤΑΔΙΟ I: περίπου 2 έτη

Το στάδιο αυτό συχνά παραβλέπεται και αναγνωρίζεται λανθασμένα από τους επαγγελματίες υγείας, τους συγγενείς και του φίλους ως σύμπτωμα της ηλικίας. Καθώς η εξέλιξη της νόσου είναι σταδιακή, είναι δύσκολο να αναγνωριστεί ο ακριβής χρόνος έναρξης. Το άτομο με ήπια νόσο μπορεί:

- Να εμφανίσει απώλεια πρόσφατης μνήμης. Ο ασθενής ξεχνά τις τοποθεσίες και τα ονόματα των αντικειμένων και παρουσιάζει δυσκολία στο να προσλαμβάνει νέες γνώσεις. Η παλαιά μνήμη παραμένει ανεπηρέαστη
- Να δυσκολεύεται να κατονομάσει πρόσωπα και αντικείμενα
- Να εμφανίζει δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
- Να μην αναπτύσσει πρωτοβουλίες και να μην έχει ενδιαφέρον για τις μέχρι τότε ασχολίες του
- Να εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης και εκνευρισμό
- Να εμφανίζει μειωμένο εύρος προσοχής
- Να εμφανίζει ήπιες διαταραχές της προσωπικότητας: Απώλεια του αυθορμητισμού. Άρνηση, ευερεθιστότητα και κατάθλιψη.
- Να εμφανίζει οπτικοχωρικές διαταραχές: Προβλήματα με την αντίληψη του βάθους.

Μέσης βαρύτητας νόσος – ΣΤΑΔΙΟ II: περίπου 2 έως 12 έτη

Καθώς η νόσος εξελίσσεται τα συμπτώματα γίνονται όλο και πιο εμφανή και πιεστικά. Ο ασθενής με μέτρια νόσο Alzheimer δεν είναι πια αυτόνομος γιατί παρουσιάζει:

- Διαταραχές της αντίληψης: Εμφανές διαταραχές της μνήμης και σύγχυση. Απώλεια της αφαιρετικής σκέψης. Στερεογνωσία και αγραφία. Ανικανότητα εκτέλεσης μαθηματικών υπολογισμών, απώλεια ικανότητας να διαβάσει την ώρα και αποπροσανατολισμός στον χρόνο, εκδηλωμένο ως φαινόμενο «sundowning». Τάση άσκοπης περιπλάνησης. Ξεχνάει σημαντικά πλέον, ιδίως τα πρόσφατα γεγονότα και τα ονόματα των προσώπων δυσκολεύεται να εκφραστεί, ψάχνει τις λέξεις, χρησιμοποιεί λάθος λέξεις.

- Διαταραχές προσωπικότητας: διεγείρεται και εξάπτεται εύκολα. Μπορεί να εμφανίζει παραληρηματικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις. Ακούει, βλέπει ή ζει πράγματα που δεν υπάρχουν πραγματικά (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις).
- Οπτικοχωρικές διαταραχές: είναι ανίκανος να ντυθεί, έχω πτωχό προσανατολισμό στο χώρο. Χάνεται μέσα στο σπίτι ή στη γειτονιά του.
- Διαταραχές των κινητικών δεξιοτήτων: κατά καιρούς βαδίζει άσκοπα και εμφανίζεται ανήσυχος. Η κινητική του απραξία είναι εμφανής όταν χρησιμοποιεί συνηθισμένα αντικείμενα.
- Διαταραγμένη κρίση: μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες. Ανικανότητα να οδηγήσει αυτοκίνητο ή να πάρει αποφάσεις (π.χ. να διαλέξει ρούχα, να μαγειρέψει, να καθαρίσει ή να κάνει ψώνια), χρειάζεται βοήθεια με την προσωπική του υγιεινή, πχ. Τουαλέτα, πλύσιμο και ντύσιμο.

Προχωρημένη νόσος – ΣΤΑΔΙΟ ΙΙΙ: περίπου 2 – 4 έτη

Στο στάδιο αυτό ο ασθενής είναι απολύτως εξαρτημένος και αδρανής. Οι διαταραχές της μνήμης είναι πολύ σοβαρές, ενώ οι σωματικές συνέπειες της νόσου είναι πλέον εμφανής. Ο ασθενής με σοβαρή νόσο παρουσιάζει:

- Σοβαρά μειωμένες ή απύσες γνωστικές ικανότητες: Είναι συνήθως αποπροσανατολισμένος στο χρόνο, το χώρο και τα πρόσωπα. Δεν αναγνωρίζει τους συγγενείς, τους φίλους ή οικεία αντικείμενα δυσκολεύεται να κατανοήσει ή να ερμηνεύσει τα γεγονότα.
- Δεξιότητες επικοινωνίας συνήθως απύσες: είναι συχνά άλαλος.
- Σοβαρά μειωμένες ή απύσες κινητικές δεξιότητες: δυσκαμψία των σκελών και θέση σώματος σε κάμψη, αδυνατεί να αυτοεξυπηρετηθεί, δεν είναι σε θέση να βρει το δρόμο του μέσα στο σπίτι, δυσκολεύεται να περπατήσει, έχει ακράτεια ούρων και κοπράνων, μπορεί να είναι καθηλωμένος σε αναπηρικό καροτσάκι ή στο κρεβάτι.⁵³



Εικόνα 8: Εξάπλωση της νόσου Alzheimer στον εγκέφαλο.

3.7 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η πρόγνωση είναι δύσκολο να αξιολογηθεί, καθώς η διάρκεια της ασθένειας ποικίλλει. Το Alzheimer αναπτύσσεται σε απροσδιόριστη χρονική περίοδο. Η μέση υπολογιζόμενη

διάρκεια ζωής μετά από τη διάγνωση είναι περίπου επτά έτη. Λιγότεροι από 3% των ατόμων ζουν περισσότερο από δεκατέσσερα έτη μετά την διάγνωση. Η αιτία και η πρόοδος της ασθένειας δεν είναι κατανοητή καλά ακόμη. Η έρευνα δείχνει ότι η ασθένεια συνδέεται με πλάκες στον εγκέφαλο. Από το 2008, περισσότερες από 500 κλινικές δοκιμές ερευνούν πιθανές θεραπείες για την ασθένεια, αλλά είναι άγνωστο εάν οποιαδήποτε από αυτές θα αποδειχθεί επιτυχής. Πολλά μέτρα έχουν προταθεί για την πρόληψη του Alzheimer, αλλά η αξία τους δεν είναι ακόμη αποδεδειγμένη στην επιβράδυνση ή τη μείωση της δριμύτητας της ασθένειας.⁵⁴

Σήμερα, διατρέχουμε έναν άλλο, άμεσο, αν και όχι εκ πρώτης όψεως ορατό κίνδυνο, την αλτσαϊμεροποίηση του γήρατος, δηλ. την ευρύτατη διάχυση του φόβου της νόσου Alzheimer που παρατηρείται εσχάτως μεταξύ των ηλικιωμένων (και όχι μόνο) ανθρώπων. Στην εποχή μας λόγω της πληθώρας των νέων γνώσεων, της αμέτρητης εκλαϊκευσής τους και της αλόγιστης ιατρικοποίησης της καθημερινής ζωής, εύκολα δημιουργείται στο ευρύ κοινό ο σχετικός πανικός, ακόμη και με την απλή υπόνοια ότι η μνήμη έχει διαταραχθεί. Είναι, βέβαια, γνωστό ότι τέτοιες σε «υποκειμενικές» διαταραχές μνήμης εμφανίζονται στο 50% των 50άρηδων ως αποτέλεσμα διαταραχών της προσοχής, που οφείλονται σε κατάθλιψη, άγχος, απλά προσωπικά προβλήματα, αλλά και αυτή κάθε αυτήν την πάροδο της ηλικίας. Μερικές φορές, ο φόβος και ο πανικός δημιουργούνται και ιατρογενώς, από την αναγνώριση των διαγνωστικών δυσκολιών που παρουσιάζει, ιδίως κατά την έναρξή της, η άνοια τύπου Alzheimer και η επιβεβλημένη σύγχρονη απαίτηση για έγκαιρη διάγνωση. Παρά την ανάπτυξη ειδικών δοκιμασιών με επαρκή εγκυρότητα η θετική προβλεπτική αξία της διάγνωσης μίας αμιγούς νόσου Alzheimer βρίσκεται γύρω στο 40%. Είναι προφανές ότι όλα συντείνουν στην ανάγκη προσέγγισης του προβλήματος, χωρίς τις συγχίσεις που επικρατούν γύρω από τις σχέσεις μεταξύ άνοιας τύπου Alzheimer, γήρατος και ηλικίας.

Η διαρκής διανοητική εγρήγορση, η σωματική άσκηση, και μία ισορροπημένη διατροφή, συστήνονται ως πιθανή μέθοδος πρόληψης. Επειδή η νόσος Alzheimer δεν μπορεί να θεραπευτεί και είναι εκφυλιστική, η διαχείριση των ασθενών είναι πολύ σημαντική.⁵⁵

3.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Προς το παρόν δεν υπάρχουν φάρμακα που να προλαμβάνουν ή να ανακόπτουν εντελώς την εξέλιξη της νόσου. Η αντιμετώπιση της ασθένειας βασίζεται σε σκευάσματα που επιβραδύνουν την εκφυλιστική πορεία του εγκεφάλου και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στα πρώιμα στάδια. Ωστόσο υπάρχει διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή για τα συμπτώματα της άνοιας και συγκεκριμένα της νόσου Alzheimer. Η αγωγή αυτή εξασφαλίζει ότι οι ουσίες που εμπλέκονται στην επικοινωνία μεταξύ νευρικών κυττάρων διατηρούνται στα ίδια επίπεδα. Με αυτόν τον τρόπο επιβραδύνεται ο εκφυλισμός. Οι νευρολόγοι ανά τον κόσμο διενεργούν έρευνες προκειμένου να ανακαλύψουν τα αίτια της νόσου Alzheimer καθώς και αποτελεσματικούς τρόπους για την αναχαίτηση και την πρόληψη της νόσου.⁵⁶

Φαρμακευτική αγωγή: Οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ελαφράς προς μέτριας άνοιας στη νόσο του Alzheimer. Η υδροχλωρική τακρίνη ήταν το πρώτο φάρμακο που εγκρίθηκε ειδικά για τη θεραπεία της νόσου του Alzheimer. Η υδροχλωρική donepezil χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της ελαφράς έως μέτριας άνοιας. Βελτιώνει την ικανότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, μειώνει την διέγερση και τις ψευδαισθήσεις και βελτιώνει τη γνωσιακή λειτουργία. Η νόσος του Alzheimer συχνά συνοδεύεται από κατάθλιψη και

αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή. Τα αντισταμινικά και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία διαθέτουν σημαντική αντιχολινεργική δράση, συνήθως αντενδείκνυται, επειδή μπορεί να αυξήσουν τα συμπτώματα της νόσου. Ενδεχομένως οι ασθενείς να χρειαστεί να λάβουν αντιψυχοσικά φάρμακα όπως είναι η θειοριδαζίνη ή αλοπεριδόλη, προκειμένου να αντιμετωπισθεί η σοβαρή διέγερση τους. Άλλες θεραπείες που μελετώνται για την πρόληψη ή την επιβράδυνση της έναρξης της νόσου περιλαμβάνουν τα αντιοξειδωτικά, όπως η βιταμίνη Ε, αντιφλεγμονώδεις παράγοντες και θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης στις γυναίκες.

Μη φαρμακευτικές θεραπείες των ανοιών: Η πολυπλοκότητα των συμπτωμάτων του ανοϊκού συνδρόμου δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή, αλλά και τα άτομα που έχουν αναλάβει την φροντίδα. Οι φροντιστές υφίστανται σημαντική σωματική, οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση, προκρινόμενοι να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας του ασθενούς.⁵⁷

Η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλει κατ' αρχήν τη φαρμακευτική θεραπεία, αλλά λόγω της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων σημαντικό ρολό κατέχουν και οι μη φαρμακευτικές θεραπείες. Αυτές διακρίνονται σε δυο κατηγορίες, στις θεραπείες που απευθύνονται στον ίδιο τον ασθενή και στις παρεμβάσεις που απευθύνονται στους φροντιστές του ασθενούς. Οι βασικές μη φαρμακευτικές θεραπείες που απευθύνονται στον ίδιο τον ασθενή είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία, η γνωστική θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Οι βασικές παρεμβάσεις που απευθύνονται στους φροντιστές του ασθενούς είναι η ενημέρωση, η εκπαίδευση, η οικογενειακή θεραπεία και η συμβουλευτική.⁵⁸

3.8.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να οριστεί ως μια σχεδιασμένη εφαρμογή, όπου μέσα από εξειδικευμένες ψυχολογικές τεχνικές μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να μειώσει την ψυχολογική του ανεπάρκεια και να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά, ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου. Στόχος της θεραπείας είναι να προσαρμόσει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος στη γνωστική ικανότητα του ασθενούς και να τα επεξεργαστεί μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων που του παρέχει το περιβάλλον αυτό.⁵⁹

Η συνειδητοποίηση της γνωστικής διαταραχής στα αρχικά στάδια προκαλεί άγχος και κινητοποιεί συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας. Οι μηχανισμοί άμυνας που παρατηρούνται συνήθως στους ασθενείς με την νόσο είναι:

- § Μηχανισμοί που στοχεύουν στον έλεγχο και στη διατήρηση της αυτονομίας και που εκδηλώνεται με ψυχαναγκαστική συμπεριφορά και υπεραναπλήρωση.
- § Μηχανισμοί που στοχεύουν στον αποκλεισμό της απειλής ή της σημασίας της από το συνειδητό, όπως απώθηση, άρνηση και,
- § Μηχανισμοί της ενεργητικότητας, όπως παλινδρόμηση και απόσυρση.

- § Η ψυχοθεραπεία στον ασθενή με τη νόσο Alzheimer θα πρέπει να εστιάσει στα εξής σημεία:
 - § Που επιδεινώνουν τη γνωστική κατάσταση και την επιδείνωση της γενετικής υγείας.
 - § Προσαρμογή του περιβάλλοντος στον ασθενή και όχι προσαρμογή του ασθενούς στο περιβάλλον.
 - § Αποκατάσταση των διαταγμένων ικανοτήτων.
 - § Διατήρηση και χρήση των υπάρχουσών και άθικτων λειτουργιών. Διατήρηση των λειτουργιών αυτών εμποδίζει την πρόωμη αναγνώριση και διόρθωση των

ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων την παλινδρόμηση και συντηρεί την ενεργητικότητα.

- § Μείωση των απαιτήσεων από τον ασθενή και προσαρμογή στις διαταγμένες του ικανότητες.
- § Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του άγχους, της κατάθλιψης και των συναισθηματικών αντιδράσεων που συνοδεύουν τις διαταραχές αυτές (απάθεια, ντροπή, θυμός, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα κ.α.)⁶⁰

3.8.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρησιμότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με ανοϊκές διαταραχές σε ανερχόμενα και μέτρια στάδια της νόσου έχει υποστηριχθεί από ορισμένους ερευνητές, παρόλο που αρκετοί θεωρούν ότι δεν μπορεί να ωφελήσει. Στην ομαδική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως μια βαθμιαία προσέγγιση, ακριβώς επειδή υπάρχει σημαντική διαβάθμιση του λειτουργικού επιπέδου των ασθενών. Έτσι δημιουργούνται ομάδες που αποτελούνται από μέλη που βρίσκονται στο ίδιο στάδιο της νόσου και αντιμετωπίζονται ανάλογα με το στάδιο.⁶¹

3.8.3 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωστική θεραπεία έχει ως στόχο τη βελτίωση και την διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών των ασθενών και κυρίως τη βελτίωση και διατήρηση της μνημονικής λειτουργίας, δίνοντας κυρίως έμφαση στην κωδικοποίηση, στην ανάκληση και στην εκμάθηση νέου υλικού. Η χρήση συγκεκριμένων τεχνικών γνωστικής εξάσκησης έχει πράγματι θετική επίδραση στη μνημονική λειτουργία. Για παράδειγμα, η τοποθέτηση πινακίδων έξω από κάθε δωμάτιο που γράφουν πως ονομάζεται ο χώρος ή μεγάλων ημερολογίων που δείχνουν ημερομηνία, μέρα, μήνα και έτος μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να θυμάται τις πληροφορίες αυτές.⁶²

3.8.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η θεραπεία συμπεριφοράς, η οποία σε ένα βαθμό περιλαμβάνεται στις προηγούμενες προσεγγίσεις, έχει ως σκοπό να αλλάξει ή να βελτιώσει μια ποικιλία συμπεριφορών, όπως η ομιλία του ασθενούς, η φροντίδα του εαυτού, οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Αρκετές μελέτες αναφέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στη χρήση μεθόδων σωματικής άσκησης, διατροφή, καθώς και τρόπων ένδυσης των ασθενών με νόσο Alzheimer.⁶³

3.8.5 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Πρόκειται για μια σημαντική παράμετρο τον μη φαρμακευτικών θεραπειών που περιλαμβάνουν:

Τροποποίηση του περιβάλλοντος: Κάποιες αλλαγές τον περιβάλλον όπου ζει ο ασθενής μπορούν να τον βοηθήσουν σημαντικά να προσανατολίζεται στο χώρο. Η εγκατάσταση οικείων και βολικών αντικειμένων, ο τονισμός κάποιων ενδεικτικών σημάτων, ρολογιών ή αντικειμένων, που έχουν και τον ανάλογο φωτισμό και η αποφυγή αντικειμένων που μπορεί να λειτουργήσουν ως εμπόδια και να προκαλέσουν ατύχημα, είναι κάποιες από τις αλλαγές που διευκολύνουν τις δραστηριότητες του ασθενούς (πχ οι πόρτες τις κουζίνας

και του μπάνιου θα μπορούσαν να είναι ανοιχτές για να διευκολύνεται ο προσανατολισμός του ασθενούς και η πόρτα της εισόδου του σπιτιού να είναι ασφαλισμένη για να αποφευχθεί η φυγή και η περιπλάνηση ή αν υπάρχουν διαταραχές στο ντύσιμο, ο φροντιστής μπορεί να αφήσει τα ρούχα που θα φορέσει ο ασθενής με τη σειρά που θα φορεθούν κ.α.)

Εργοθεραπεία: Η εργοθεραπεία έχει στόχο την αποκατάσταση του ασθενούς, στο μέγιστο δυνατό βαθμό ώστε να μπορεί να έχει ανεξάρτητη και παραγωγική ζωή. Η εργοθεραπεία ως μέσο αποκατάστασης περιλαμβάνει, χειρωνακτικές δημιουργικές δραστηριότητες (χειροτεχνία, ενασχόληση με την κηπουρική ή τη μαγειρικά κ.α.), βελτίωση των κινητικών δεξιοτήτων με κινητικές ασκήσεις, ασκήσεις αυτοδιαχείρισης (πως θα ντυθεί, πως θα κουμπωθεί, πως θα φάει κλπ). Η εργοθεραπεία μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της γνωστικής επίδοσης, στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και στη συναισθηματική ισορροπία.

Μουσικοθεραπεία: Τελευταίες μελέτες έδειξαν ότι βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών, αφού τους βοηθά να νιώθουν αποδεκτοί. Ερευνητές υπογραμμίζουν ότι η μουσική και συγκεκριμένα το είδος που προτιμά ο ασθενής μειώνει την ανησυχία, την επιθετικότητα και τη διαταραχή της διάθεσης κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων και ιδιαίτερα την ώρα του φαγητού ή του μπάνιου. Η μουσικοθεραπεία και η θεραπεία σε σχέση με την τέχνη είναι αποτελεσματικές που ζουν σε ξένωνες, γηροκομεία, ιδρύματα κλπ, γιατί συντελούν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του και των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ τους.⁶⁴

3.9 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Η φροντίδα του ατόμου που πάσχει από Alzheimer είναι πολύ δύσκολη αλλά υπάρχουν σωστοί τρόποι αντιμετώπισης της νόσου. Μία φράση που ταιριάζει απόλυτα για την αντιμετώπιση της νόσου με τρόπο φυσιολογικό είναι: «Να δημιουργούμε συνήθειες αλλά να κρατάμε τα πράγματα φυσιολογικά». Η εξασφάλιση της ασφάλειας της ζωής του ατόμου που πάσχει από Alzheimer φαίνεται από την καθημερινή βοηθητική ρουτίνα του που με αυτό τον τρόπο η ζωή του ασθενούς λειτουργεί κανονικά. Έτσι η δική μας συμπεριφορά δεν πρέπει να αλλάζει, παρόλη την επιδείνωση ή όχι της κατάστασης του. Παρακάτω παραθέτουμε, ένα πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας που ο νοσηλευτής πρέπει να το τηρεί για να αντιμετωπίσει σωστά τη νόσο αυτή. Νοσηλευτική αξιολόγηση :

- Πορεία διανοητικής έκπτωσης
- Λειτουργικότητα και κινητικότητα
- Συναισθηματικές εκδηλώσεις και Εκδηλώσεις συμπεριφοράς
- Επιθετική συμπεριφορά
- Προσωπική εμφάνιση και ατομική υγιεινή
- Φαρμακευτική αγωγή και διατροφή
- Επικοινωνία και ασφάλεια
- Συμβουλευτική και εκπαίδευση των φροντιστών καθώς και εκτίμηση γνώσεων και στάσεων αυτών.

Τέλος συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια σε πρακτικά θέματα φροντίδας καθώς και παρότρυνση σύνδεσης των φροντιστών με δίκτυα υποστήριξης. Οι νοσηλευτές είναι όμως δύσκολο να αντιμετωπίσουν καταλυτικά την νόσο Alzheimer από τους ασθενείς επειδή είναι ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.⁶⁵

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας που πρέπει να τηρεί ο νοσηλευτής για να εξαλείψει εν μέρει τη νόσο αυτή είναι:

A) Η χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για την μείωση του άγχους ή για την βελτίωση του ύπνου ή την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά φάρμακα και την επιθετικότητα.

B) Θα πρέπει ο ασθενής να προσέχει την φυσική του κατάσταση ,να ενισχύει την κοινωνική του δραστηριότητα για να μπορεί να είναι ενεργός πολίτης. Η διατροφή του είναι ένας σημαντικός παράγων για την σωστή λειτουργία του εντέρου και της κύστεως καθώς και την σωστή διαύγεια και την κινητικότητα που πρέπει να έχει στα πράγματα. Όλα αυτά δημιουργούν την εξασφάλιση της ηρεμίας ενός άνετου περιβάλλοντος. Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

Πρώτον : Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους

Δεύτερον : Η ανεξαρτησία του ασθενούς σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.

Τρίτον :Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στην φροντίδα , τη ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως αυτά τα άτομα διακατέχονται . Έτσι λοιπόν σε αυτά τα άτομα πρέπει να υποστηρίξουμε πάντα την ανεξαρτησία τους. Θα πρέπει να διατηρούν τον αυτοσεβασμό τους και να μειωθεί η επιβάρυνση που έχουν .Να διατηρούμε με κάθε τρόπο την αξιοπρέπεια του ατόμου , και να αποφύγουμε να συζητάμε μπροστά στον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του. Οι συγκρούσεις δεν φέρνουν καλά αποτελέσματα. Για αυτό η εξασφάλιση της ήρεμης στάσης είναι απέναντι στον ασθενή ότι καλύτερο. Εξάλλου σε αυτή την ασθένεια δεν φταίει το άτομο αλλά η πάθηση η οποία έχει ο ασθενής. Η απλοποίηση των δραστηριοτήτων βοηθάει πολύ τον ασθενή να εκτελέσει τα πράγματα που θέλει να κάνει. Οι πολλές εναλλακτικές λύσεις τον μπερδεύουν και δεν μπορεί να επιλέξει. Η διατήρηση της αίσθησης του χιούμορ βοηθάει πολύ και το άτομο και εσάς να απαλλαγείτε από το άγχος.

Επιπλέον θα πρέπει να αξιοποιήσουμε τις ικανότητες που διαθέτει το άτομο που μπορεί να αυξήσουν την αίσθησης αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης του δίνοντας σκοπό και νόημα στην ζωή του.

Για όλους τους παραπάνω λόγους η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο η τροφή και το νερό. Έτσι καθώς η νόσος προχωρά η επικοινωνία σας με το άτομο που πάσχει από Alzheimer θα γίνεται διαρκώς δυσκολότερη και θα ήταν πολύ καλό εάν :

- Μιλάμε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
- Χρησιμοποιούμε γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις .
- Προτιμάμε περισσότερο τις κλειστές από ότι τις ανοιχτές ερωτήσεις
- Αποφεύγουμε το απαγορευτικό «μη» και δίνουμε θετικές οδηγίες, καθώς και συζητήσεις που απαιτούν σκέψη , μνήμη και πολλές λέξεις .
- Δίνουμε απλές οδηγίες που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μία πράξεις .
- Χρησιμοποιούμε βοηθήματα μνήμης όπως ταμπέλες στις πόρτες των δωματίων (π.χ. κουζίνα) με φωτεινά ευδιάκριτα χρώματα
- Ο ασθενής μας ακούει και μας παρακολουθεί και να περιμένουμε να μας δώσει μία απάντηση στην ερώτηση που του κάναμε.

- Εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται ,τότε μπορούμε να επαναλάβουμε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο διαφορετικά θα προκληθεί στο μυαλό του σύγχυση.
- Πριν μιλήσουμε να βεβαιωθούμε ότι το άτομο μας προσέχει καθώς να προσέξουμε την γλώσσα του δικού μας σώματος .
- Τέλος ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή⁶⁶

Κεφάλαιο 4^ο

- Η έννοια και το στρες της φροντίδα
- Η επιβάρυνση της φροντίδας

4.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι όροι «φροντιστής», «πρωτοβάθμιος φροντιστής» και «οικογενειακός φροντιστής» χρησιμοποιούνται εναλλακτικά και αναφέρονται στο άτομο το οποίο παρέχει φροντίδα σε κάποιο άλλο το οποίο είναι εξαρτώμενο από αυτό. Παρόλο που δεν υπάρχει ένας ακριβής ορισμός της έννοιας «οικογενειακή φροντίδα» κατά γενική αποδοχή ο όρος αυτός περιλαμβάνει την παροχή ασυνήθιστης φροντίδας η οποία ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού ή του συνηθισμένου στις οικογενειακές σχέσεις. Τυπικά η παροχή φροντίδας περιλαμβάνει την επένδυση χρόνου, ενέργειας και χρημάτων για μακρές χρονικές περιόδους. Περιλαμβάνει εργασίες οι οποίες μπορεί να είναι δυσάρεστες, δύσκολες, κουραστικές και ψυχολογικά στρεσογόνες ή σωματικά εξαντλητικές. Η παροχή φροντίδας ορίζεται ως «αλληλεπίδραση στην οποία ένα μέλος της οικογένειας βοηθά κάποιο άλλο σε μόνιμη βάση στις δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για να μπορεί κανείς να ζήσει ανεξάρτητα». Η φροντίδα βιώνεται ως μια περίπλοκη συναισθηματική σχέση ανάμεσα σε δύο ανθρώπους.⁶⁷ Στη σχέση φροντίδας αναπτύσσεται μία δυσδιάστατη μορφή παροχής υποστήριξης, η οποία περιλαμβάνει το πρακτικό στοιχείο, καθώς και το συναισθηματικό, ανάγοντας με αυτό τον τρόπο τη φροντίδα σε ένα επίπεδο πρόκλησης. Η φιλοσοφική έννοια της φροντίδας προσφέρει αξιοσημείωτη επίγνωση στο νόημα και την εμπειρία της φροντίδας και στους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι εμπλέκονται στη φροντίδα άλλων ανθρώπων. Η φροντίδα έχει θεωρηθεί ως θεμελιώδης για την ανθρώπινη επιβίωση και είναι εξαιρετικά σημαντική για την ανθρώπινη ύπαρξη. Η έννοια αυτή έχει μελετηθεί ευρύτατα και έχει ερευνηθεί από επιστήμονες νοσηλευτές όπως η Watson, Roach, Leininger και άλλους. Η φροντίδα μπορεί να γίνει κατανοητή στο πλαίσιο ενός ξεχωριστού τρόπου ύπαρξης, σκέψης, πεποιθήσεων

και δράσης που απαιτεί δεσμεύσεις, γνώση και δεξιότητες. Είναι η ανθρώπινη έκφραση του σεβασμού και της ανταπόκρισης στις ανθρώπινες αξίες, υποκινεί τα άτομα και δίνει ουσία και νόημα στη ζωή τους. Λέγεται μάλιστα ότι μέσω της φροντίδας ενός άλλου ατόμου και υπηρετώντας το μέσω της φροντίδας, ο άνθρωπος ζει το αληθινό νόημα της δικής του ζωής και ότι η φροντίδα μπορεί να βοηθήσει τόσο αυτόν που τη λαμβάνει όσο και αυτόν που την προσφέρει, να φτάσουν σε ένα επίπεδο αυτοπραγμάτωσης. Μία άλλη τοποθέτηση, συνδέει τη φροντίδα με την ανησυχία με την έννοια ότι αυτή αποτελεί την έκφραση και την εκδήλωση του ενδιαφέροντος του φροντιστή προς το φροντιζόμενο και ιδιαίτερα όταν αυτός είναι ο σύντροφος. Στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στους δύο συντρόφους, οι φροντιστές αναπτύσσουν στο ρόλο της φροντίδας ενδιαφέρον, δέσμευση και βαθύτερη επίγνωση και κατανόηση για τις ανάγκες του συντρόφου τους σε σχέση με την επιδεινούμενη κατάσταση της υγείας του.

Πολλοί θεωρητικοί της φροντίδας περιγράφουν ότι η φροντίδα αποτελεί έναν ξεχωριστό τρόπο ύπαρξης, σκέψης πεποιθήσεων και δραστηριοτήτων και υποστηρίζουν ότι η θετική διαπροσωπική σχέση που αναπτύσσεται ή ενισχύεται μέσω της φροντίδας, είναι στενά συνδεδεμένη με καλύτερη αντιμετώπιση του στρες της φροντίδας.⁶⁸

4.1.1 ΤΟ ΣΤΡΕΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ανεπίσημη φροντίδα αναφέρεται σε δραστηριότητες και εμπειρίες που αφορούν τη φροντίδα και τη βοήθεια σε φίλους ή συγγενείς οι οποίοι είναι ανήμποροι να φροντίσουν μόνοι τους τον εαυτό τους. Διακρίνει επίσης τη φροντίδα σε δύο στοιχεία: το συναισθηματικό το οποίο αναφέρεται στην αίσθηση της υποχρέωσης ενός ατόμου για την ευημερία κάποιου άλλου και την καθαυτή παροχή της φροντίδας, η οποία αποτελεί τη συμπεριφορική έκφραση αυτής της υποχρέωσης. Η παροχή της ενδογενή στοιχεία οποιασδήποτε στενής σχέσης, αναφέρονται σε συγκεκριμένες πράξεις και μπορούν να βρεθούν στο πλαίσιο ήδη εγκαθιδρυμένων ρόλων όπως αυτοί των συζύγων, ή τη σχέση γονιού-παιδιού. Όμως, κάτω από ορισμένες συνθήκες η φροντίδα μεταμορφώνεται από τη συνηθισμένη ανταλλαγή βοήθειας ανάμεσα σε ανθρώπους που βρίσκονται σε μια στενή σχέση μεταξύ τους, σε ένα εξαιρετικά μεγάλο και άνισα κατανομημένο βάρος που μπορεί να κυριαρχήσει τη σχέση και να υπερτερήσει προηγούμενων επιδράσεων. Μια τέτοια συνθήκη είναι και η νόσος Alzheimer κατά την οποία η αναπηρία οδηγεί σε αυξημένη εξάρτηση σε άλλα άτομα για την ικανοποίηση βασικών αναγκών καθώς και σε ένα σημαντικό επανακαθορισμό των ήδη εγκαθιδρυθέντων σχέσεων. Έτσι η φροντίδα η οποία μπορεί προηγουμένως να αποτελούσε ένα φευγαλέο στοιχείο μιας οποιασδήποτε σχέσης μπορεί να μετατραπεί σε ένα κυρίαρχο και ανατρεπτικό στοιχείο. Κάτω από συνθήκες χρόνιας και προοδευτικής αναπηρίας, όπου προδιαγράφεται μία πορεία χωρίς προσδοκία και ελπίδα αποκατάστασης, η φροντίδα μετατρέπεται σε ένα δυσβάστακτο βάρος και μπορεί να επεκταθεί σε σημείο όπου καταλαμβάνει την ολότητα της σχέσης.⁶⁹

Όσο οι δυνατότητες των μελών της σχέσης γίνονται ολοένα και πιο άνισες, η αμοιβαιότητα και το «πάρε-δώσε» που ενισχύουν τις ανθρώπινες σχέσεις και τις συντηρούν, παύουν να υφίστανται. Αυτό ακριβώς συμβαίνει στις περιπτώσεις ασθενών με αναπηρίες που περιλαμβάνουν νοητική έκπτωση, όπως είναι η Νόσος Alzheimer και άλλες σχετικές άνοιες. Η βοήθεια, η τρυφερότητα και οι εκδηλώσεις αγάπης γίνονται προς

μία κατεύθυνση και σταδιακά κατευθύνονται μόνο από το φροντιστή προς τον ασθενή, μετατρέποντας με αυτό τον τρόπο μια σχέση αγάπης σε μία μέγιστη πηγή έντονου στρες .

Τα συνηθισμένα χαρακτηριστικά της σχέσης αλλοιώνονται είτε προσωρινά κατά τα οξεία επεισόδια της νόσου είτε σε μακροχρόνια βάση στην περίπτωση χρόνιων καταστάσεων και η ισορροπία αλλάζει καθώς τα μέλη της σχέσης μετατρέπονται σε φροντιζόμενο και φροντιστή. Αυτοί που λαμβάνουν τη φροντίδα αναγκαστικά βασίζονται πάνω στο φροντιστή τους και η κατάσταση αυτή τους καθιστά ευάλωτους στη φύση και την ποιότητα φροντίδας που τους παρέχεται από το συγκεκριμένο άτομο. Για το φροντιστή, οι απαιτήσεις συχνά προκαλούν άμεσο στρες αλλά και έμμεσα με τη μορφή μείωσης χρόνου, ενέργειας και πόρων που θα μπορούσαν να διαθέσουν σε άλλες δραστηριότητες και αυτές οι συνθήκες επηρεάζουν την εργασία, την κοινωνική ζωή και τις άλλες σχέσεις του ατόμου.⁷⁰

Η παροχή φροντίδας και υποστήριξης σε ένα προσφιλές άτομο δεν είναι μια στατική διαδικασία εφόσον οι ανάγκες του λήπτη της φροντίδας μεταβάλλονται καθώς η κατάσταση του αλλάζει. Για ορισμένα άτομα η «καριέρα» της φροντίδας διαρκεί για πολλά χρόνια, ίσως και δεκαετίες και οι ανεπίσημοι φροντιστές αναγκάζονται ολοένα και περισσότερο να αναλάβουν περίπλοκες εργασίες παρόμοιες με αυτές που αναλαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας. Έτσι δημιουργείται μία συνεχής αλλαγή και προσαρμογή στη σχέση και στο ρόλο του φροντιστή. Καθώς η κατάσταση επιδεινώνεται, πολλοί φροντιστές αναγκάζονται να επιτρέψουν σε άλλα άτομα να μουν μέσα στη σχέση για να μοιραστούν ή να αναλάβουν ευθύνες. Έτσι δεν είναι περίεργο που η παροχή φροντίδας συχνά εγείρει δύσκολα προσωπικά θέματα σχετικά με το καθήκον και την ευθύνη, την επάρκεια και την ενοχή.⁷¹

4.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο όρος «επιβάρυνση» ανευρίσκεται αρχικά σε κείμενα και μελέτες που είναι γραμμένα στην αγγλική γλώσσα και είναι γνωστός ως «burden» που γενικά σημαίνει αυτό που γεννά φορτίο. Οι πρώτες επιστημονικές αναφορές στο θέμα συναντώνται γύρω στο 1960 με 1970 και βρίσκονται κυρίως στη βιβλιογραφία ψυχικής υγείας. Στην Ελληνική γλώσσα, επιβάρυνση είναι η αύξηση του φορτίου, οτιδήποτε προκαλεί αύξηση του βάρους, η αύξηση της δαπάνης, η επιδείνωση της υγείας κάποιου ή του περιβάλλοντος. Η πρώτη όμως αναφορά στην έννοια της επιβάρυνσης γίνεται στην Παλαιά Διαθήκη, όπου σημαίνει «σηκώνω, αντέχω ένα βαρύ φορτίο». Η Καινή Διαθήκη δίνει μια διαφορετική αντίληψη του όρου με τη σημασία της ισχύος, του πόνου και της θλίψης. Η επιβάρυνση αρχικά αναφερόταν ως αποστολική δοκιμασία και βάσανα και με αυτή την έννοια έχει προέλθει η «πληρότητα της δόξας». Κατά συνέπεια, η επιβάρυνση βιώνονταν τόσο σαν «βάρος» όσο και σαν «δόξα». Η επιβάρυνση είναι κάτι που μπορεί να αντέξει κάποιος λόγω της πίστης και της σχέσης του με το Θεό και αυτή η αντίληψη μπορεί να έχει σημαντικές επιδράσεις στο τρόπο με τον οποίο βιώνεται και κατά συνέπεια στο μέγεθος της επιβάρυνσης. Με το πέρασμα των χρόνων, η επιβάρυνση πήρε διάφορες σημασίες, όπως βάρος από την εργασία, αμαρτία, υποχρέωση, κάτι που γεννιέται από την ψυχή, αλλά τελικά έχει επικρατήσει η έννοια της «υποχρέωσης».⁷²

4.3 Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Τα ατομικά χαρακτηριστικά του φροντιστή καθορίζουν τα προνόμια, τις ευκαιρίες, τις ευθύνες, την κατανομή των πόρων και την κοινωνική υποστήριξη που έχει στη διάθεση του για να αντιμετωπίσει τις εντάσεις της φροντίδας. Το ιστορικό της φροντίδας, η σχέση ανάμεσα στον λήπτη της φροντίδας και σε αυτόν που την παρέχει, η αμοιβαιότητα στη σχέση της φροντίδας, οι συγκρούσεις, η διάρκεια χρόνου που συνεχίζεται η «καριέρα της φροντίδας» και η σωματική και συναισθηματική υγεία του φροντιστή, μπορεί όλα να μεταβάλουν την αντίδραση στις απαιτήσεις της φροντίδας. Επιπρόσθετα, οι μεταβλητές που αφορούν το φροντιστή αποτελούν σημαντικά καθοριστικά κριτήρια του χρόνου ιδρύματοποίησης του ασθενούς. Οι μεταβλητές αυτές θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε δύο κατηγορίες: 1) δημογραφικές μεταβλητές όπως είναι η ηλικία του φροντιστή, το φύλο, η σχέση με τον ασθενή και οι διευθετήσεις διαμονής (αν δηλαδή ο ασθενής ζει στο ίδιο σπίτι με το φροντιστή ή αλλού), 2) ψυχολογικές μεταβλητές, όπως είναι οι υπάρχουσες ψυχολογικές τάσεις του ατόμου που παρέχει τη φροντίδα (αν είναι αγχώδη ή καταθλιπτικά άτομα), η ποιότητα των σχέσεων με τον ασθενή και η κοινωνική υποστήριξη. Ακόμα μία δυναμικά σημαντική ψυχοκοινωνική μεταβλητή, πιθανό να είναι και ο τρόπος με τον οποίο ο φροντιστής αντιλαμβάνεται την προέλευση ορισμένων συμπτωμάτων του ασθενούς, και σε ποιόν τα αποδίδει. Αν δηλαδή ο φροντιστής αποδίδει την προβληματική συμπεριφορά του ασθενούς στη νόσο, ή αν πιστεύει ότι ο ασθενής θα μπορούσε να ελέγξει τα συμπτώματα του και συμπεριφέρεται με σκόπιμο τρόπο (το κάνει επίτηδες). Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ο πρώτος τρόπος σύμφωνα με τον οποίο τα συμπτώματα αποδίδονται στη νόσο, συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα επιβάρυνσης. Επίσης ψυχολογικοί παράγοντες του φροντιστή όπως τα αισθήματα ενοχής, η ανάγκη να είναι χρήσιμος, η επιθυμία να ξεπληρώσει παλιές υποχρεώσεις καθώς και οι κοινωνικές προσδοκίες, μπορούν να καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό το μέγεθος της επιβάρυνσης που θα βιώσει.⁷³

4.3.1 Η ΗΛΙΚΙΑ, Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Στις περισσότερες μελέτες η μεγάλη ηλικία του φροντιστή έχει συσχετισθεί με υψηλή επιβάρυνση, αλλά υπάρχουν και οι αντίθετες απόψεις οι οποίες υποστηρίζουν ότι περισσότερο ευάλωτοι στο στρες της φροντίδας είναι οι νέοι φροντιστές. Έχει βρεθεί μάλιστα ότι οι οικογενειακοί φροντιστές ηλικίας κάτω από 65 ετών επηρεάζονται περισσότερο από τα συμπεριφορικά προβλήματα του φροντιζόμενου και παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για να αναπτύξουν επιβάρυνση και ψυχιατρική νοσηρότητα.

Η υγεία του φροντιστή αποτελεί ένα ακόμη σημαντικό προγνωστικό δείκτη για την επιβάρυνση καθώς και η ύπαρξη χρόνιας κατάστασης, το ιστορικό ψυχικής νόσου ή ακόμα και η βιολογική έκπτωση που παρατηρείται λόγω γήρατος, δεδομένου του ότι οι περισσότεροι φροντιστές είναι ηλικιωμένοι σύζυγοι.⁷⁴

Η λειτουργική ανεπάρκεια του φροντιστή, οι πολλές ώρες που κατανάλωνε για τον ασθενή και η οικονομική του κατάσταση συσχετίστηκαν θετικά με την ύπαρξη κατάθλιψης του φροντιστή. Φάνηκε ότι οι πιο λειτουργικοί φροντιστές μπορούν να αντέξουν το βάρος της φροντίδας, ενώ οι πιο εύποροι μπορούν να αγοράσουν υπηρεσίες που θα τους ανακουφίσουν από το βάρος αυτό.

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι στην περίπτωση που οι φροντιστές διακατέχονται από έντονο άγχος, οι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα συμπεριφορικών προβλημάτων και ταραχής, όταν συγκρίνονται με ασθενείς που ζουν με άτομα που έχουν λιγότερο στρες. Το επίπεδο επιβάρυνσης του φροντιστή έχει τεκμηριωθεί ότι ασκεί σημαντική επίδραση στην πορεία και τα συμπτώματα της άνοιας ενώ η ακατάλληλη

αντίδραση στα προβλήματα συμπεριφοράς πιθανό να αυξήσει τη συχνότητα και σοβαρότητα της προβληματικής συμπεριφοράς.

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορούν να επηρεάσουν εξίσου τη διαδικασία της αντιμετώπισης του στρες της φροντίδας και να αποτελέσουν το μηχανισμό όπου η προσωπικότητα ασκεί μια προφυλακτική επίδραση στα στρεσογόνα γεγονότα. Η έννοια της ανθεκτικότητας τα στοιχεία της οποίας είναι: η δέσμευση η οποία βοηθά το άτομο να αναλάβει ενεργό ρόλο παρά μια στάση αποφυγής και παθητικότητας και ο έλεγχος που οδηγεί το άτομο σε ενέργειες που έχουν ως στόχο την ενσωμάτωση των στρεσογόνων καταστάσεων στα καθημερινά σχέδια της ζωής. Το τρίτο στοιχείο της ανθεκτικότητας είναι η πρόκληση η οποία μετριάξει την ένταση των καταπιεστικών καταστάσεων από την αντιληπτική άποψη, χρωματίζοντας τα ως προκλητικά παρά σαν απειλητικά. Ακόμη ένα επιχείρημα υπέρ της θεωρίας αυτής είναι ότι δεν είναι βέβαιο αν τα στρεσογόνα γεγονότα έχουν μια αιτιολογική επίδραση στην κατάσταση της υγείας. Από εννοιολογική άποψη, αυτά παρουσιάζουν μια περιορισμένη χρονική επίδραση εφόσον έχουν ένα τέλος, ενώ τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας παραμένουν σταθερά.⁷⁵

Η ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό των φροντιστών ασθενών με άνοια έχει μελετηθεί μέσα στα πλαίσια της αντιμετώπισης του στρες της φροντίδας. Επιπρόσθετα στις σοβαρές κύριες επιδράσεις, η ανθεκτικότητα φάνηκε να λειτουργεί ως σημαντικός μετριαστικός παράγοντας ανάμεσα σε όλες τις μεταβλητές και τις νοητικές αξιολογήσεις των φροντιστών για το στρες της φροντίδας. Φάνηκε επίσης και σε μελέτες ότι η ανθεκτικότητα είχε αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη και την κόπωση γεγονός που τεκμηριώνει τη σπουδαιότητα του χαρακτηριστικού αυτού στην αντιμετώπιση του στρες της φροντίδας. Η ανθεκτικότητα μαζί με την κοινωνική στήριξη και τη συμμετοχή σε κοινές πολιτισμικές ομάδες έχει μελετηθεί και σε άλλες κουλτούρες όπου φάνηκε ότι στην κλίμακα μέτρησης της ανθεκτικότητας υπήρχαν διαπολιτισμικές διαφορές στους φροντιστές χρόνιων ασθενών. Αντίθετα αποτελέσματα βρέθηκαν σε μελέτες που έχουν γίνει σε νοσηλεύτριες οι οποίες φροντίζουν ασθενείς με άνοια όπου φάνηκε ότι η αυξημένη ανθεκτικότητα δεν συνδέεται με χαμηλότερα αποτελέσματα στρες. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί με την πιθανότητα η ανθεκτικότητα να είναι λιγότερο αποτελεσματική σε συγκεκριμένα επαγγέλματα, ή τα προστατευτικά της αποτελέσματα να μη μπορούν να γενικευθούν σε ειδικές στρεσογόνες συνθήκες όπως είναι η επιθετικότητα του ασθενούς με άνοια.⁷⁶

Η σχέση ανάμεσα στα νευρωσικά χαρακτηριστικά, την αισιοδοξία και τη σωματική ψυχιατρική νοσηρότητα, έχει μελετηθεί σε οικογενειακούς φροντιστές, κυρίως συζύγους που φρόντιζαν ασθενείς με και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα νευρωσικά χαρακτηριστικά και η αισιοδοξία έχουν σημαντική συσχέτιση με τη σωματική και ψυχική υγεία.⁷⁷

4.4 Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Το θέμα του φύλου αποτελεί μια δημοφιλή έννοια στη νοσηλευτική βιβλιογραφία η οποία ανάμεσα σε άλλα εξετάζει τις ιδιότητες που σχετίζονται με τη γυναίκα (όπως είναι η φροντίδα), με τον άνδρα (όπως είναι η εξουσία) και τον τρόπο με τον οποίο οι κουλτούρες δημιουργούν και συντηρούν τους μύθους. Η έννοια του φύλου αποτελεί μια κοινωνική δομή, η οποία διαμορφώνεται ανάλογα με την κάθε κουλτούρα, την κάθε εποχή και είναι διαφορετική ανάμεσα στις διάφορες τάξεις, εθνικές και ηλικιακές ομάδες. Τέτοιες διαφορές επηρεάζουν αναπόφευκτα το ρόλο της φροντίδας και πολύ περισσότερο τον τρόπο με τον οποίο το κάθε φύλο αντιλαμβάνεται και βιώνει το ρόλο αυτό και κατά

συνέπεια τις επιπτώσεις της φροντίδας. Στην έρευνα της φροντίδας ορισμένες μελέτες επικεντρώθηκαν ειδικά στο ρόλο των ανδρών ενώ σε άλλες επιχειρήθηκαν συγκρίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα. Γενικά όμως βρέθηκε ότι οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σχέση με τους άνδρες.⁷⁸

Στοιχεία για τις διαφορές του φύλου όσον αφορά τη φροντίδα υπάρχουν αρκετά τα οποία αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες αποτελούν περίπου το 70-75 % του πληθυσμού των ατόμων που παρέχουν φροντίδα και το 73% των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με άνοια. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευθεί με διάφορους τρόπους: κατ' αρχήν οι γυναίκες ζουν περισσότερο χρόνια από τους άνδρες και οι άνδρες τείνουν γενικά να παντρεύονται νεότερες γυναίκες. Επιπρόσθετα η φροντίδα περιλαμβάνεται μέσα στους παραδοσιακούς και κοινωνικά καθοριζόμενους ρόλους της γυναίκας σε όλη τη διάρκεια του κύκλου της οικογένειας και θεωρείται σαν η κύρια ευθύνη των γυναικών, κυρίως των θυγατέρων και των συζύγων. Άλλοι συγγραφείς επικεντρώνονται περισσότερο στη δυαδική σχέση, υποστηρίζουν ότι η συζυγική φροντίδα δεν είναι θέμα προσωπικής επιλογής, αλλά οι σύζυγοι την αναλαμβάνουν εξ' ανάγκης λόγω του ότι ζουν κάτω από την ίδια στέγη.

Επομένως οι γυναίκες εκτίθενται περισσότερο στις απαιτήσεις και τις εντάσεις της φροντίδας ενώ οι άνδρες εκτίθενται λιγότερο. Ταυτόχρονα, οι άνδρες αναφέρουν λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα σε σχέση με τις γυναίκες διότι αισθάνονται ότι η ανάληψη ρόλου φροντίδας αποτελεί δική τους επιλογή και όχι επιβαλλόμενη. Όσον αφορά την εγκατάλειψη του ρόλου φροντίδας, όσο η κατάσταση του ασθενούς χειροτερεύει παρατηρείται μία στροφή προς περισσότερες γυναίκες στο ρόλο αυτό, τον οποίο οι άνδρες σιγά-σιγά εγκαταλείπουν.⁷⁹

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες σύζυγοι επειδή είναι κοινωνικοποιημένες προς το σπίτι και την οικογένεια, θεωρούν τη φροντίδα σαν συνέχεια και επέκταση των ευθυνών τους, σε αντίθεση με τους άνδρες οι οποίοι κοινωνικοποιούνται για να επικεντρώνονται στον έξω κόσμο με αποτέλεσμα να αποποιούνται της ευθύνης της φροντίδας, ένα ρόλο τον οποίο θεωρούν ξένο με το ανδρικό πρότυπο με το οποίο έχουν μεγαλώσει. Σε ανασκοπήσεις μελετών που έχουν δημοσιευθεί από το 1985 μέχρι το 1998 για τις διαφορές του φύλου στην ψυχιατρική νοσηρότητα των οικογενειακών φροντιστών, τα αποτελέσματα είναι ενδεικτικά του γεγονότος ότι οι γυναίκες εκτίθενται σε μεγαλύτερες απαιτήσεις της φροντίδας παρά οι άνδρες, ιδιαίτερα σε όρους αφιέρωσης χρόνου, άμεσης παροχής φροντίδας και άλλων δραστηριοτήτων στο σπίτι. Εκτός της κοινωνικά καθοριζόμενης, μία άλλη εξήγηση της αναφερόμενης γυναικείας ευαλωτότητας στις επιπτώσεις της φροντίδας και των διαφορών που έχουν αναφερθεί είναι ότι οι γυναίκες και ιδιαίτερα οι σύζυγοι έχουν την τάση να αναφέρουν περισσότερο τα προβλήματα της φροντίδας σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες και οι άνδρες διαφέρουν στη σύλληψη του ρόλου της φροντίδας και αντιδρούν διαφορετικά. Σαν «παραδοσιακές τροφοί» στο γυναικείο τους ρόλο, οι γυναίκες σύζυγοι είναι πιο πιθανό από τους άνδρες να έχουν μεγαλύτερη καθημερινή επαφή με το φροντιζόμενο ασθενή γι' αυτό και επηρεάζονται περισσότερο από το συνεχή όγκο των στρεσογόνων καταστάσεων της φροντίδας.⁸⁰

4.1.1 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τα αποτελέσματα των περισσότερων μελετών είναι ενδεικτικά της αυξημένης ψυχιατρικής νοσηρότητας ανάμεσα σε γυναίκες και θα μπορούσε εν μέρει να αποδοθεί

στην εμπειρία της φροντίδας όπως φανερώνεται από τη μεγάλη διαφορά στις βαθμολογίες της κατάθλιψης ανάμεσα σε γυναίκες που και συγκρίσιμες ομάδες γυναικών που δε φροντίζουν. Όσον αφορά τη μέτρηση της κατάθλιψης, οι περισσότερες μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει το Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D βρήκαν ότι οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπεριφοράς παρά οι άνδρες φροντιστές και βρίσκονται πολύ κοντά ή πάνω από το σημείο επικινδυνότητας για κλινική κατάθλιψη. Τα ίδια αποτελέσματα προκύπτουν και με τη χρήση άλλων εργαλείων μέτρησης της κατάθλιψης και με εργαλεία που μετρούν γενικότερα την υγεία όπως είναι το General Health Questionnaire. Παρόμοια υψηλά επίπεδα έχουν βρεθεί στη μέτρηση επιπέδων του στρες, του άγχους και των παρανοϊκών συμπτωμάτων, ενώ οι γυναίκες αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή τους σε σχέση με τους άνδρες σε ρόλους φροντίδας. Πολλοί επιστήμονες αναφέρουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα έντασης στις γυναίκες που φροντίζουν σε σχέση με τους άνδρες. Από την άλλη, υπάρχουν μελέτες οι οποίες δεν βρήκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις βαθμολογίες της επιβάρυνσης και των ψυχιατρικών συμπτωμάτων συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης.⁸¹

Σε διαχρονικές μελέτες διαφοράς φύλου στην κατάθλιψη ανάμεσα σε φροντιστές ατόμων με άνοια φάνηκε ότι η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά στα επίπεδα της κατάθλιψης μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου. Στα αρχικά στάδια οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα παρά οι άνδρες, και με την πάροδο του χρόνου οι βαθμολογίες τους παραμένουν σταθερές ενώ οι βαθμολογίες των ανδρών αυξάνονται και σταδιακά εξισώνονται με εκείνες των γυναικών.⁸²

Μελέτες για την ένταση της φροντίδας, το στρες και την επιβάρυνση δείχνουν σαφή υπεροχή των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες. Όσον αφορά στην αντικειμενική επιβάρυνση φαίνεται ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, αλλά στην κλίμακα μέτρησης της υποκειμενικής επιβάρυνσης, υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, με τις γυναίκες να προηγούνται των ανδρών. Διαχρονικά όμως, η υποκειμενική επιβάρυνση στις γυναίκες συζύγους μπορεί να ελαττωθεί στο ίδιο επίπεδο που έχει βρεθεί στους άνδρες. Το γεγονός αυτό είναι ενδεικτικό του ότι οι γυναίκες μαθαίνουν να αποστασιοποιούνται συναισθηματικά και όπως πολλοί άνδρες γίνονται ικανές να συμπεριφέρονται με ένα περισσότερο διαχειριστικό τρόπο. Στατιστικά σημαντική διαφορά στην επιβάρυνση και στην κατάθλιψη βρέθηκε και από άλλους ερευνητές που έδωσαν την εξήγηση ότι οι γυναίκες αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα και ότι η αντίληψη της επιβάρυνσης είναι διαφορετική στα δύο φύλα. Ερμηνεύουν επίσης κοινωνιολογικά τη διαφορά αυτή με την έννοια ότι οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν ότι βιώνουν συναισθηματική ένταση διότι η πίεση της κοινωνίας τους έχει μάθει να κρύβουν τα συναισθήματά τους.

Όσον αφορά τις βιολογικές αντιδράσεις στο στρες της φροντίδας οι γυναίκες παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερες διαφορές σε σχέση με τους άνδρες στη θερμοκρασία του σώματος και τον καρδιακό ρυθμό. Βρέθηκε επίσης ότι οι γυναίκες που φροντίζουν συζύγους με άνοια, είχαν χαμηλότερες ποσότητες φονικών κυττάρων σε σχέση με τους άνδρες, γεγονός το οποίο είναι ενδεικτικό του ότι το χρόνιο στρες της φροντίδας επηρεάζει το ανοσοποιητικό τους σύστημα.⁸³

4.4.2 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι υποστηρικτές των διαφορών φύλου στην επιβάρυνση της φροντίδας, ισχυρίζονται ότι οι διαφορές αυτές υφίστανται σε κάθε στάδιο της διαδικασίας του στρες και οι άνδρες

διαφέρουν από τις γυναίκες κυρίως στην προτίμηση τους όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν. Βρέθηκε ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλά επίπεδα κυριότητας και ότι χρησιμοποιούν μεγαλύτερη ποικιλία στρατηγικών αντιμετώπισης όταν βρίσκονται σε στρεσογόνες καταστάσεις διότι οι στρατηγικές που εφαρμόζουν αρχικά δεν είναι αποτελεσματικές. Φαίνεται επίσης ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν λιγότερο αποτελεσματικούς τρόπους όπως είναι η επιλεκτική παράβλεψη, ιδιαίτερα όταν χειρίζονται συζυγικά και οικογενειακά προβλήματα. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν τη θέση τους με το επιχείρημα ότι οι γυναίκες κοινωνικοποιούνται να χρησιμοποιούν τέτοιες στρατηγικές. Έχουν όμως δημοσιευθεί και μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν αντίθετες απόψεις, ότι δηλαδή δεν υπάρχουν διαφορές φύλου στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες της φροντίδας όταν πρόκειται για φροντιστές ασθενών με νόσο Alzheimer.

Ακόμα ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι σε ερωτηματολόγια που εξετάζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τα οποία προάγουν την αντίσταση στο στρες (οι άνδρες σημείωσαν πολύ μεγαλύτερες βαθμολογίες παρά οι γυναίκες. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι άνδρες πιθανό να έχουν περισσότερο ανθεκτική και πιο ελαστική προσωπικότητα γι' αυτό και μπορεί να έχουν την τάση να αντιμετωπίζουν τη ζωή με ένα πιο τακτικό, προβλέψιμο και συστηματικό τρόπο. Κατά συνέπεια αυτά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορεί να μετριάσουν τόσο την αντίληψη του στρες, όσο και την αντίδραση σε αυτό.⁸⁴

Σε μελέτες συσχέτισης ανάμεσα σε γιούς και θυγατέρες φροντιστές ασθενών με Νόσο Alzheimer βρέθηκε ότι οι άνδρες υιοθετούν προσεγγίσεις οι οποίες προσανατολίζονται προς την επίλυση του προβλήματος και είναι πιο επιτυχημένοι όταν γίνονται αντικειμενικοί και πιο ρεαλιστές στο ρόλο που αναλαμβάνουν. Μπορεί όμως αυτό να οφείλεται και στο ότι οι γιοι φροντιστές λαμβάνουν βοήθεια από τις συζύγους τους στις οποίες μεταθέτουν τις δικές τους ευθύνες και η βοήθεια αυτή δεν έχει καταγραφεί. Υποστηρίζεται ότι επειδή οι άνδρες νοιώθουν λιγότερο άνετα με το ρόλο φροντίδας, έχουν την τάση να αναζητούν και να λαμβάνουν εξωτερική βοήθεια στη φροντίδα τόσο από επίσημες όσο και ανεπίσημες πηγές. Έχει φανεί σε διάφορες μελέτες ότι οι άνδρες έχουν περισσότερη ανεπίσημη υποστήριξη από φίλους και άλλα μέλη της οικογένειας ενώ στην περίπτωση που ο φροντιστής είναι γιος του ασθενούς, λαμβάνει περισσότερη βοήθεια από τη γυναίκα του παρά η γυναίκα φροντιστής από τον άνδρα της.⁸⁵



Κεφάλαιο 5ο

- **Επιπτώσεις της φροντίδας στους φροντιστές**
- **Συναίσθημα της οικογένειας ατόμων με Alzheimer**

5.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Συσχετίσεις έχουν γίνει με το στρες της φροντίδας και άλλα αρνητικά ή πιεστικά γεγονότα στη ζωή των φροντιστών και φάνηκε ότι η ένταση που προκαλεί η φροντίδα αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου γενικής θνησιμότητας στους φροντιστές. Σε κάποιο βαθμό, αυτό μπορεί να σχετίζεται με το προφίλ υψηλού καρδιαγγειακού ρίσκου και αυξημένο αριθμό στεφανιαίων επεισοδίων στη συγκεκριμένη ομάδα φροντιστών και το οποίο πιθανό να λειτουργεί με διάφορους τρόπους. Έχει τεκμηριωθεί η ανύψωση της αρτηριακής πίεσης κατά τη διάρκεια της φροντίδας, σε γυναίκες στις οποίες είχαν τοποθετήσει φορητές συσκευές μέτρησης της αρτηριακής πίεσης, και η οποία επιταχύνει την εξέλιξη της αθηροσκλήρυνσης. Βρέθηκε επίσης ότι οι φροντιστές παρουσιάζουν υπερλιπιδαιμία και υπεργλυκαιμία. Τα λιπίδια του πλάσματος αλλοιώνονται επίσης

σημαντικά σε φροντιστές οι οποίοι χρησιμοποιούν μηχανισμούς αποφυγής ή που έχουν προβλήματα με τον έλεγχο του θυμού αυξάνοντας έτσι δυνητικά τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο. Ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά έχει τεκμηριωθεί και με αλλαγές στη διαδικασία της πήξεως, γεγονός το οποίο παίζει σημαντικότερο ρόλο στην αθηροσκληρυνση και τη στεφανιαία θρόμβωση. Το στρες της φροντίδας μπορεί επίσης να αποτελέσει ανεξάρτητο παράγοντα θνησιμότητας προκαλώντας αντιδράσεις συμπαθητικής υπερδραστηριότητας. Κατά συνέπεια, οι φροντιστές που βιώνουν ένταση η οποία συνδέεται με τη φροντίδα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν παρά ομάδες ελέγχου μη φροντιστών. Άλλες μελέτες έχουν βρει ότι οι φροντιστές διατρέχουν κίνδυνο φτωχικής αυτοφροντίδας συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης άσκησης και ύπνου ενώ υπάρχουν μελέτες σύμφωνα με τις οποίες οι φροντιστές χρησιμοποιούν περισσότερα ψυχοτρόπα φάρμακα και ότι αυτοβαθμολογούν την υγεία τους σε χαμηλότερα επίπεδα παρά οι ομάδες ελέγχου.⁸⁶

Ερευνητές σε πρόσφατες μελέτες τους σε ζώα, έχουν ασχοληθεί με τη νευροβιολογική βάση των ατομικών διαφορών στη συναισθηματική αντίδραση στο στρες και φαίνεται ότι τα αποτελέσματά τους μπορούν να γενικευθούν και στους ανθρώπους. Τα πειράματα αυτά έχουν ενισχύσει τη θέση ότι τα γλυκοκορτικοειδή και οι υποδοχείς τους αντιπροσωπεύουν ένα κρίσιμο μηχανισμό ελέγχου στον τρόπο με τον οποίο τα στρεσογόνα ερεθίσματα ρυθμίζουν τη συναισθηματική συμπεριφορά αμέσως μετά το στρες και κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης. Είναι επίσης γνωστό ότι το χρόνιο στρες έχει σαν αποτέλεσμα την ανύψωση της κορτιζόλης και των κατεχολαμινών και ότι αυτές οι ορμόνες μπορεί να αυξήσουν την αγγειακή εναπόθεση λίπους ακόμη και όταν ο δείκτης μάζας σώματος παραμένει σχετικά σταθερός.

Οι ψυχολογικές εντάσεις διαμορφώνουν επίσης την ανοσοποιητική αντίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα και οι φροντιστές ασθενών με νόσο Alzheimer παρέχουν μια θαυμάσια ευκαιρία για τη μελέτη των επιδράσεων του χρόνιου στρες της φροντίδας στο ανοσοποιητικό σύστημα. Διάφοροι ερευνητές έχουν βρει στενή συσχέτιση του χρόνιου στρες με καταστολή του ανοσοποιητικού κυτταρικού συστήματος συμπεριλαμβανομένων των φυσικών φονικών κυττάρων τα οποία έχουν σημαντικό ρόλο στην ανοσοποιητική επιτήρηση να προστατεύουν το σώμα από μικροβιακή εισβολή (ιδιαίτερα ενάντια σε ιούς) και κακοήθεις κυτταρικές αλλαγές αλλά είναι πολύ ευαίσθητα σε συναισθηματικές καταστάσεις και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Η λειτουργία των φονικών κυττάρων μπορεί να κατασταλεί από τις κατεχολαμίνες και τα κορτικοστεροειδή που και τα δύο αυξάνονται σε στρεσογόνες αντιδράσεις και πιθανό να ασκούν μία πρωτοβάθμια επίδραση στη μεταποίηση της ανοσοποιητικής αντίδρασης. Διάφοροι ανοσοποιητικοί παράμετροι έχουν μελετηθεί σε φροντιστές σαν ομάδα. Πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές βιολογικές και άλλες μετρήσεις σε συζύγους ασθενών με τη νόσο Alzheimer (ηλεκτρομυογραφήματα, μετρήθηκε η ηλεκτρική αγωγιμότητα του δέρματος στη δραστηριότητα των ιδρωτοποιών αδένων, η θερμοκρασία του σώματος και ο καρδιακός ρυθμός). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες είχαν λιγότερα φονικά κύτταρα σε σύγκριση με τους άνδρες που δεικνύει ότι το χρόνιο στρες της φροντίδας έχει επιδράσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα. Οι δε μετρήσεις της θερμοκρασίας και του καρδιακού ρυθμού απέδειξαν ότι υπάρχουν σωματικές εκδηλώσεις του στρες με τις γυναίκες να επιδεικνύουν περισσότερες εκδηλώσεις σε σχέση με τους άνδρες. Σε άλλες μελέτες οι αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα έχουν συνδεθεί με αυξημένους ρυθμούς νόσων του αναπνευστικού, ελαττωμένη αντίδραση στα εμβόλια της γρίπης και καθυστερημένη επούλωση των πληγών.⁸⁷

Η επίδραση του χρόνιου στρες μελετήθηκε στα επίπεδα των περιφερικών λευκοκυττάρων συζύγων φροντιστών ασθενών με τη νόσο Alzheimer, μίας γλυκοπρωτεΐνης η οποία βρίσκεται στη μεμβράνη των λευκοκυττάρων, της L-selestine.

Έλλειψη της γλυκοπρωτεΐνης αυτής έχει συσχετισθεί με μεταβολές τόσο στη μετανάστευση των λευκοκυττάρων όσο και σε ελαττωμένη ανοσοποιητική ανταπόκριση. Σε παρόμοια αποτελέσματα έχουν καταλήξει και οι Kiecolt-Glaser και όταν βρήκαν ότι οι ηλικιωμένοι φροντιστές παρουσιάζουν φτωχότερη αντισωματική ανταπόκριση στα εμβόλια και χαμηλότερα επίπεδα ουσιών (IL-2, IL-1b) που σχετίζονται με τις κυτοκίνες. Οι ίδιοι ερευνητές σε άλλη μελέτη βρήκαν χαμηλότερους ρυθμούς επούλωσης των πληγών του δέρματος σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου, αποδίδοντας το φαινόμενο αυτό σε ανεπάρκεια των τροφοδοτούντων το δέρμα T-κυττάρων σε L-selestine. Σε μία πιο πρόσφατη μελέτη εξετάστηκαν οι επιπτώσεις που έχει το μακροχρόνιο στρες της φροντίδας ασθενών με τη νόσο στους β-αδρενεργικούς υποδοχείς των λεμφοκυττάρων. Οι οικογενειακοί φροντιστές ταξινομούνται σε «ευάλωτους» και «μη ευάλωτους» με βάση την ποσότητα φροντίδας που παρέχουν και το χρόνο ανακουφιστικών υπηρεσιών τον οποίο χρησιμοποιούν. Το αποτέλεσμα ήταν ότι οι «ευάλωτοι φροντιστές» παρουσίαζαν μεγαλύτερη απώλεια β-αδρενεργικών υποδοχέων των λεμφοκυττάρων, γεγονός το οποίο εξηγεί τα ευρήματα προηγούμενων παρατηρήσεων κλινικά σχετιζόμενης ελαττωμένης ανοσοποίησης σε ψηλά επιβαρυσμένους φροντιστές ασθενών με τη νόσο Alzheimer.⁸⁸

Μετρήσεις συναισθηματικού στρες και σιελικής κορτιζόλης σε συζύγους φροντιστές και συγκρίσεις με ομάδα ελέγχου έδειξαν ότι οι φροντιστές γίνονται περισσότερο ευάλωτοι στα λοιμώδη νοσήματα παρά πληθυσμοί της ίδιας ηλικίας που δεν είναι φροντιστές. Αυτό δείχνει ότι ο ρόλος της φροντίδας πιθανό να περιλαμβάνει σημαντικό κόστος για την υγεία του ατόμου που φροντίζει. Η σχέση ανάμεσα στην αυξημένη συμπαθητική νευρική δραστηριότητα και τη μειωμένη τοξικότητα των φονικών κυττάρων μελετήθηκε σε άτομα τα οποία φρόντιζαν ασθενείς με τη νόσο Alzheimer και υπέφεραν από μελαγχολία και επιβάρυνση. Η δραστηριότητα των φονικών κυττάρων, οι συγκεντρώσεις της επινεφρίνης, νορεπινεφρίνης και του νευροπεπτιδίου Y μετρήθηκαν στους φροντιστές με κατάθλιψη και βρέθηκε ότι η δραστηριότητα των κυττάρων αυτών ήταν πολύ χαμηλότερη σε σχέση με φυσιολογικούς μάρτυρες. Η σχέση ανάμεσα στο χρόνιο στρες και τα επίπεδα ινσουλίνης – γλυκόζης μελετήθηκε σε ομάδες μη διαβητικών συζύγων φροντιστών ατόμων με τη νόσο Alzheimer και βρέθηκαν ψηλότερα επίπεδα ινσουλίνης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, γεγονός που ενισχύει τη θέση ότι ψηλά επίπεδα ινσουλίνης και γλυκόζης σχετίζονται με αυξημένο στεφανιαίο κίνδυνο και στεφανιαία καρδιακή νόσο. Άλλοι ερευνητές υποστήριξαν οι φροντιστές ατόμων με τη νόσο Alzheimer παρουσιάζουν ψηλά επίπεδα fibrin D-dimer, γεγονός το οποίο αλλάζει την αιμοστατική λειτουργία και προκαλεί μία κατάσταση υπερπηκτικότητας του αίματος. Ο μηχανισμός αυτός μπορεί να εξηγήσει τον αυξημένο στεφανιαίο κίνδυνο στα άτομα τα οποία φροντίζουν ασθενείς με τη νόσο Alzheimer και την αυξημένη ολική θνησιμότητα στον ευάλωτο αυτό πληθυσμό. Από την άλλη, οι περισσότεροι φροντιστές είναι και οι ίδιοι ηλικιωμένοι με έντονες τις φυσιολογικές επιδράσεις και ελλείψεις του γήρατος γι' αυτό και είναι δύσκολο να διαπιστωθεί αν τα προβλήματα υγείας που παρουσιάζουν προέρχονται άμεσα από τη διαδικασία της φροντίδας.⁸⁹

5.2 ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το άτομο, αλλά και ολόκληρη την οικογένειά του. Η μεγαλύτερη επιβάρυνση πέφτει σε όποιον έχει αναλάβει τη φροντίδα του ατόμου με Alzheimer. Πολύ συχνά τα μέλη οικογενειών που αντιμετωπίζουν τη νόσο Alzheimer σε κάποιο συγγενή τους παραμελούν τη δική τους υγεία. Έχουν τέτοια συναισθηματική φόρτιση εξαιτίας αυτού του προβλήματος ώστε δεν είναι σε θέση οι ίδιοι να αντιληφθούν την ψυχική πίεση την οποία υφίστανται. Το προσωπικό και

συναισθηματικό άγχος της φροντίδας είναι τεράστιο και είναι αναγκαίο να σχεδιάζει κανείς τρόπους για να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της ασθένειας στο μέλλον. Οι συγγενείς για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τις νέες καταστάσεις και να βοηθήσουν περισσότερο το συγγενή τους, είναι απαραίτητο να προσέξουν τη δική τους υγεία. Η κατανόηση των συναισθημάτων σας, θα σας βοηθήσει να αντιμετωπίσετε με επιτυχία τα προβλήματα του συγγενή σας όπως επίσης και τα δικά σας. Μερικά από τα συναισθήματα που μπορεί να νιώσετε είναι η λύπη, η ενοχή, ο θυμός, η ντροπή, η μοναξιά και πιθανόν και άλλα.⁹⁰

Λύπη: Αυτό αποτελεί μια φυσική αντίδραση για όποιον βιώνει μια απώλεια. Στη διάρκεια της νόσου μπορεί να αισθανθείτε ότι έχετε χάσει μια συντροφιά, ένα φίλο ή ένα γονιό και συχνά να πενθείτε γι' αυτό που ήταν το άτομο πριν νοσήσει. Μόλις νομίζετε ότι έχετε προσαρμοστεί, το άτομο αλλάζει πάλι. Είναι φοβερό όταν το άτομο δεν σας αναγνωρίζει πια. Σε πολλούς είναι δύσκολο να χαρούν ακόμα και τις ευτυχισμένες στιγμές. Μερικές φορές μοιάζουν σαν να μην υπάρχουν καθόλου. Οι ανάγκες του συγγενή σας απασχολούν υπερβολικά, ίσως σας εξοντώνουν. Ορισμένες οικογένειες έχουν ανακαλύψει ότι είναι σε θέση να νιώσουν λίγη ευτυχία απομονώνοντας κομμάτια της ζωής τους. Έτσι, για να μπορέσουν να απολαύσουν ένα ευτυχισμένο γεγονός, προσπαθούν να μην ανησυχούν για το αύριο. Το χιούμορ έχει βοηθήσει πολλές οικογένειες. Το γέλιο είναι θεραπευτικό, κυρίως όταν γελάμε μαζί με άλλους. Το να απομακρύνεστε από το συγγενή σας σε περιοδικά χρονικά διαστήματα θα σας βοηθήσει να "ξεναφορτίσετε τις μπαταρίες σας". Συνήθως, η υποστήριξη από φιλικά άτομα που δεν ανήκουν στην οικογένεια είναι ένας τρόπος για να ανακτήσει κανείς την αυτοεκτίμησή του και να συνεχίσει την προσπάθεια. Κάθε μέλος της οικογένειας πρέπει να έχει την δική του ώρα ξεκούρασης, μακριά από τις έγνοιες της φροντίδας.

Ενοχή: Συχνά μπορεί να αισθανθείτε ενοχή επειδή ντρέπεστε για τη συμπεριφορά του συγγενή σας ή επειδή θυμώνετε μαζί του. Άλλοτε μπορεί να αισθάνεστε ένοχος επειδή κουραστήκατε και σκέφτεστε τη λύση της κλινικής. Κάποιοι αισθάνονται ένοχοι όταν νιώθουν ότι δεν αντέχουν άλλο. Θα το βρείτε βοηθητικό να συζητήσετε με άλλους συγγενείς και ανθρώπους που έχουν αναλάβει τη φροντίδα ατόμων με Alzheimer αλλά και με φίλους σας για αυτά τα συναισθήματα.

Θυμός: Ο θυμός σας μπορεί να είναι ανάμεικτος. Μπορεί να κατευθύνεται προς τον ασθενή, προς τον εαυτό σας, το γιατρό ή την όλη κατάσταση, ανάλογα την περίσταση. Είναι σημαντικό να μπορείτε να διακρίνετε ανάμεσα στο θυμό σας για τη συμπεριφορά του ατόμου – που είναι αποτέλεσμα της πάθησής του – και το θυμό σας για το ίδιο το άτομο. Όταν αισθάνεστε ότι ο θυμός σας καταβάλλει απελευθερώστε τον με το πιο ανώδυνο δυνατό τρόπο, μακριά από την οικογένειά σας. Μπορείτε να το κάνετε με έντονη φυσική άσκηση. Ίσως σας βοηθήσει να ζητήσετε συμβουλές από τους φίλους, την οικογένειά σας, ή να ενταχθείτε σε μια ομάδα υποστήριξης ή αυτοβοήθειας όπου θα μπορέσετε να συζητήσετε τα προβλήματά σας μέσα σ' ένα κλίμα κατανόησης και εμπιστοσύνης. Άλλοτε πάλι, μπορεί να σας βοηθήσει ένας απλός περίπατος. Ο καθένας θα πρέπει να νιώσει την ανακούφιση του κλάματος, το οποίο άλλωστε είναι το μέσο που διαθέτει ο ίδιος ο οργανισμός για να μειώσει την ένταση. Μερικές φορές οι άνθρωποι αισθάνονται τόσο θυμωμένοι που υπάρχει κίνδυνος να βλάψουν το άτομο που φροντίζουν. Αν αισθάνεστε έτσι, πρέπει να ζητήσετε βοήθεια από επαγγελματία. Συχνά θα αναλάβετε πολλές από τις ευθύνες του ασθενή, όπως να πληρώνετε λογαριασμούς, να φροντίζετε το σπίτι και να μαγειρεύετε. Αυτή η αύξηση των ευθυνών μπορεί να σας προκαλέσει πολύ άγχος. Θα είναι βοηθητικό να συζητήσετε αυτά σας τα συναισθήματα με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ή με έναν ειδικό.

Ντροπή: Ίσως αισθάνεστε ντροπή όταν το άτομο επιδεικνύει ανάρμοστη συμπεριφορά σε δημόσιο χώρο. Μπορεί κανείς να συμφιλιωθεί με το συναίσθημα της ντροπής, αν το

μοιραστεί με άλλους ανθρώπους που φροντίζουν άτομα με Alzheimer και οι οποίοι βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες. Επίσης, βοηθά να εξηγήτε μερικά από τα συμπτώματα στους άλλους. Οι φίλοι και οι γείτονές σας θα θέλουν να μάθουν, όπως κάνατε και εσείς πριν από αυτούς, τι ακριβώς προβλήματα προκαλεί η άνοια. Έτσι θα καταλαβαίνουν καλύτερα τη συμπεριφορά του συγγενή σας που πάσχει από Alzheimer.

Μοναξιά: Πολλοί συγγενείς και όσοι έχουν αναλάβει τη φροντίδα του ατόμου με Alzheimer αποσύρονται από την κοινωνία και περιορίζονται μέσα στο σπίτι τους και με την ενασχόλησή τους με το άτομο με Alzheimer, πράγμα που μπορεί να είναι πολύ μοναχικό – γιατί ίσως χάσετε τις παρέες σας και άλλες κοινωνικές επαφές εξαιτίας των απαιτήσεων της διαρκούς ενασχόλησης με το άτομο με Alzheimer. Η μοναξιά όμως κάνει πολύ δύσκολο το έργο της φροντίδας. Παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζετε, δεν πρέπει να παραμελείτε τις φιλικές σας σχέσεις. Οι φίλοι μπορούν να συμβάλλουν στην αποκατάσταση των ισορροπιών που έχουν διαταραχθεί από την ασθένεια. Η τραγωδία υπάρχει, εσείς όμως μπορείτε να ανακτήσετε δυνάμεις μέσα από σχέσεις και εμπειρίες που δεν έχουν σχέση με την νόσο Alzheimer. Κρατήστε στις προτεραιότητές σας να διατηρήσετε τις φιλίες σας και τις κοινωνικές σας επαφές. Είναι εντελώς ανώφελο να παραιτείται κανείς από τις κοινωνικές του σχέσεις επειδή κάποιο αγαπημένο του άτομο είναι άρρωστο.⁹¹

5.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Οι πιο πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι 30 -50% των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με νόσο Alzheimer παρουσιάζουν σημαντικά κλινικά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με άτομα που δεν είναι φροντιστές. Η ψυχιατρική νοσηρότητα των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με τη νόσο Alzheimer βρέθηκε σαφώς μεγαλύτερη σε σχέση με το γενικό και το γεροντικό πληθυσμό και αποτελεί παράγοντα κινδύνου πρόκλησης αυξημένης θνησιμότητας. Έχει επίσης φανεί ότι οι μισοί από τους φροντιστές θα πάθουν σε κάποια φάση της ζωής τους κατάθλιψη και από αυτούς μόνο ένα μικρό ποσοστό θα θεραπευθεί. Σε διαχρονικές συγκριτικές μελέτες με παρακολούθηση δυάδων ασθενών-φροντιστών έχει βρεθεί ότι οι επιδράσεις στην ψυχική υγεία των φροντιστών μπορεί να παραμείνουν και μετά την τοποθέτηση του ασθενούς σε ίδρυμα ή και ακόμη μετά το θάνατο του ενώ στα ίδια αποτελέσματα έχουν καταλήξει και νεότερες έρευνες.⁹²

Από άλλες διαχρονικές μελέτες για την κατάθλιψη των φροντιστών οι οποίοι ζουν μαζί με τον ασθενή στην κοινότητα, η γενική εικόνα είναι ότι οι πρωτοβάθμιοι οικογενειακοί φροντιστές σαν ομάδα παρουσιάζουν αρκετή σταθερότητα στην κατάθλιψη παρόλο που ένα σημαντικό ποσοστό μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματικό για αρκετό καιρό (κάτω από το επίπεδο κινδύνου για ανάπτυξη κλινικής κατάθλιψης). Συγκριτικές μελέτες σε φροντιστές ασθενών με άνοια και άτομα που δεν ήταν φροντιστές έχουν δείξει ότι οι φροντιστές παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επιπρόσθετα, τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με άνοια αναφέρουν μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση και καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με άτομα τα οποία φροντίζουν ασθενείς χωρίς άνοια. Σε μελέτες μεγαλύτερης εμβέλειας που έχουν γίνει στις ΗΠΑ (The Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health, REACH) βρέθηκαν πολύ ψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και μέτριου βαθμού επιβάρυνση.⁹³

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι το πρόβλημα ενός καταθλιπτικού φροντιστή είναι ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις εντάσεις της φροντίδας, διότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται δεν είναι τόσο αποτελεσματικές σε σύγκριση με τους μη

καταθλιπτικούς φροντιστές. Η κατάθλιψη του φροντιστή έχει συνδεθεί με τα προβλήματα του ασθενούς όπως είναι η νοητική του κατάσταση. Μελέτες έχουν συσχετίσει την κατάθλιψη με την υποκειμενική εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενούς. Συγκεκριμένα, φροντιστές οι οποίοι είχαν βαθμολογήσει συμπεριφορικά προβλήματα και ανικανότητα στους ασθενείς τους σαν υποκειμενικά στρεσογόνα, ήταν σημαντικά περισσότερο καταθλιπτικοί. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε και από νεότερες έρευνες οι οποίες βρήκαν ότι τα συμπεριφορικά προβλήματα του ασθενούς σχετίζονταν με άρνηση και κατάθλιψη εκ μέρους του φροντιστή. Η σχέση αυτή στηριζόταν στην αντίληψη του πρωτοβάθμιου φροντιστή και τις συμπεριφορές οι οποίες εκλαμβάνονταν από το φροντιστή σαν χειριστικές ή ηθελημένες. Φροντιστές οι οποίοι υποκειμενικά αξιολογούν τη φροντίδα σαν λιγότερο στρεσογόνα, που αντλούν νόημα και υποκειμενικά οφέλη από τη φροντίδα που παρέχουν, και οι οποίοι έχουν περισσότερα αποθέματα, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή τους. Ένας άλλος προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης του φροντιστή είναι η επάρκεια την οποία αισθάνεται στη διαχείριση των συμπεριφορικών προβλημάτων του ασθενούς, όπου χαμηλά αισθήματα αυτοπεποίθησης πιθανό να οδηγήσουν το φροντιστή σε κατάθλιψη. Σε εξέταση της «καριέρας φροντίδας» για περίοδο τριών ετών βρέθηκε ότι δεν είναι τόσο το επίπεδο ανικανότητας αυτό που ενισχύει την κατάθλιψη, αλλά ο σταθερός ρυθμός έκπτωσης των ασθενών με νόσο Alzheimer. Όπως έχει αναλυθεί πιο πάνω ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της κατάθλιψης του οικογενειακού φροντιστή είναι η συννοσηρότητα κατάθλιψης και νόσου Alzheimer στο φροντιζόμενο άτομο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το εύρημα ότι οι πρωτοβάθμιοι φροντιστές ασθενών με άνοια, παρουσιάζουν μικρότερη συχνότητα ψυχιατρικής νοσηρότητας στην περίπτωση κατά την οποία οι λήπτες της φροντίδας λαμβάνουν αντικαταθλιπτική θεραπεία. Δύο άλλοι σημαντικοί δείκτες πρόβλεψης της κατάθλιψης κυρίως σε γυναίκες συζύγους ασθενών με τη νόσο Alzheimer βρέθηκε να είναι η μοναξιά και η «επαγρύπνηση», δηλαδή η συνεχής επίβλεψη των δραστηριοτήτων του ατόμου το οποίο λαμβάνει τη φροντίδα και η οποία δεν ελαττώνεται με την ιδρυματοποίηση του ασθενούς. Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η κατάθλιψη του φροντιστή είναι μια περίπλοκη διαδικασία η οποία μεσολαβείται από πολιτισμικούς παράγοντες, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και τα χαρακτηριστικά του ατόμου που φροντίζει.⁹⁴

Αρκετά μεγάλη συζήτηση αφορά και τη σχέση επιβάρυνσης – κατάθλιψης στο κατά πόσον η μία προηγείται της άλλης. Η βιβλιογραφία εισηγείται ότι η επιβάρυνση και η κατάθλιψη είναι αλληλένδετα στα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με νόσο Alzheimer και ότι η επιβάρυνση προηγείται των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η επιβάρυνση υποτίθεται ότι αποτελεί οξεία αντίδραση στην παροχή φροντίδας, η οποία επέρχεται καθώς εισάγονται νέες απαιτήσεις για φροντίδα ή οι ήδη υπάρχουσες εντατικοποιούνται. Σύμφωνα με τη θεωρία του στρες, οι πρωτοβάθμιοι φροντιστές θα εφαρμόσουν διάφορες στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν τις νέες προκλήσεις της φροντίδας, αλλά αν δεν μπορέσουν να προσαρμοσθούν, θα βιώσουν αυτό που λέγεται «επιβάρυνση». Σε ένα επόμενο στάδιο η επιβάρυνση θα προκαλέσει καταθλιπτική συμπτωματολογία, αλλά δεν είναι ακριβώς γνωστός ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αυτό. Δεν είναι επίσης γνωστό κατά πόσον η λειτουργική και η νοητική κατάσταση του φροντιζόμενου οδηγούν κατευθείαν σε καταθλιπτική συμπεριφορά ή αν η μία από αυτές τις απαιτήσεις ή ακόμα και οι δύο επηρεάζουν την επιβάρυνση η οποία με τη σειρά της προκαλεί την καταθλιπτική συμπεριφορά. Οι υποθέσεις αυτές έχουν ερευνηθεί σε διάφορες μελέτες. Ερευνητές στον Καναδά στήριξαν την υπόθεση ότι η επιβάρυνση αποτελεί μεσολαβητικό παράγοντα για την πρόκληση της κατάθλιψης, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι φροντιστές σπάνια γίνονται καταθλιπτικοί όταν δεν παρουσιάζουν σημαντικά επίπεδα επιβάρυνσης, ενώ οι υψηλοί ρυθμοί επιβάρυνσης οδηγούν σε αυξημένα αισθήματα κατάθλιψης. Στην έρευνα

αυτή φάνηκε ότι η νοητική κατάσταση του λήπτη της φροντίδας, η λειτουργική του ανεπάρκεια και οι συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις της φροντίδας επηρέασαν την συμπεριφορά κατάθλιψης του φροντιστή, μέσω της επίδρασης που άσκησαν στην επιβάρυνση. Μία επέκταση της έρευνας αυτής σε ένα μικρότερο δείγμα επιβεβαίωσε ότι η επιβάρυνση προηγείται της κατάθλιψης και ότι η κατάθλιψη δεν είναι προβλεπτική της επιβάρυνσης.⁹⁵

Σε άλλες μελέτες βρέθηκε ότι οι συγγενείς φροντιστές ασθενών με άνοια παρουσιάζουν ψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων ενώ παρέχουν φροντίδα στον συγγενή τους, αλλά δείχνουν και αξιοσημείωτη ελαστικότητα μετά το θάνατο. Μέσα σε τρεις μήνες από το θάνατο, οι φροντιστές είχαν κλινικά σημαντική έκπτωση στο επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και μέσα σε ένα χρόνο τα επίπεδα των συμπτωμάτων ήταν ουσιαστικά χαμηλότερα παρά τα επίπεδα που αναφέρθηκαν όταν αυτοί ήταν ενεργοί φροντιστές.

Ακόμα μία αμοιβαία σχέση που έχει μελετηθεί στους φροντιστές ασθενών με νόσο Alzheimer, αφορά τη σωματική υγεία και την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Έχει τεκμηριωθεί ότι η κατάθλιψη στους οικογενειακούς φροντιστές ασθενών με άνοια, μπορεί να οδηγήσει σε έκπτωση της σωματικής υγείας. Μελέτες έδειξαν ότι η σωματική νόσος προηγείται της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ενώ η αντίθετη σχέση δεν υφίσταται, επιβεβαιώνοντας προηγούμενες μελέτες αμοιβαίας επίδρασης σωματικής νόσου-κατάθλιψης με την πρώτη να προκαλεί τη δεύτερη. Η εξήγηση που δίνεται είναι ότι η φυσική κατάσταση της υγείας μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη διάθεση (την ανησυχία, την απώλεια του ελέγχου, τις αντιλαμβανόμενες απειλές στην αυτοεκτίμηση και την απόδοτικότητα) και την υιοθέτηση αρνητικών σκέψεων. Επίσης η φτωχική υγεία μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμένη κινητικότητα και κοινωνικές επαφές, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο την υποστήριξη την οποία ο φροντιστής θα μπορούσε να λάβει από κοινωνικά δίκτυα φίλων και συγγενών. Υπάρχει εξάλλου αρκετά ισχυρή μαρτυρία για τη σύνδεση μεταξύ φυσικής ανικανότητας και κατάθλιψης. Ειδικά όσον αφορά τους πρωτοβάθμιους φροντιστές, οι φυσικοί περιορισμοί μπορεί να εμποδίσουν την ικανότητα παροχής φροντίδας προς το ηλικιωμένο άτομο με άνοια, αυξάνοντας έτσι την επιβάρυνση και την ανεπάρκεια ικανοποίησης των αναγκών του ασθενούς.⁹⁶

5.4 ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΙ ΠΕΝΘΟΣ

Η διάγνωση ενός συζύγου με τη νόσο Alzheimer οδηγεί σε απώλειες που φυσιολογικά σχετίζονται με το πένθος αλλά είναι διαφορετικές με αυτές που προέρχονται από το θάνατο του συζύγου. Αυτό οφείλεται στο ότι οι ανάγκες εξάρτησης του νοητικά διαταραγμένου συντρόφου μπορεί να διαρκέσουν για πολλά χρόνια, με διακυμάνσεις και σταδιακή επιδείνωση.⁹⁷

Οι σύζυγοι στην αρχή μπορεί να αρνηθούν ότι κάτι συμβαίνει στο σύντροφο τους και αποδίδουν τα πρώιμα συμπτώματα της νόσου στο γήρας ή την κατάθλιψη. Μετά την αποδοχή της διάγνωσης αισθάνονται θυμό γι' αυτό που τους έχει συμβεί, θυμό για την ερεθιστική συμπεριφορά του συντρόφου τους και θυμό διότι κατά κάποιο τρόπο έχουν εγκαταλειφθεί απ' αυτόν. Ενοχές μπορεί να πυροδοτηθούν από ξεσπάσματα θυμού ή από συμπεριφορές του παρελθόντος γιατί δεν έκαναν περισσότερα όταν ο σύντροφος ήταν υγιής. Όσο η ασθένεια εξελίσσεται, οι αλλαγές της προσωπικότητας του ασθενούς και η αλλόκοτη συμπεριφορά του έχουν σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία αισθημάτων θλίψης και μοναξιάς καθώς το άτομο που έχει παντρευτεί ο φροντιστής «έχει χαθεί». Το μη αναγνωρισμένο πένθος επέρχεται όταν η απώλεια δεν μπορεί να αναγνωρισθεί ανοικτά ή δημόσια, όταν δεν μπορεί ο φροντιστής να θρηνήσει, ούτε και να στηριχθεί κοινωνικά.

Έτσι ενόσω οι φροντιστές αυτοί προσπαθούν να επεξεργασθούν τον αργό θάνατο του συντρόφου τους, ο καθένας θα πρέπει να προσαρμοσθεί στη συμβίωση με ένα πολύ διαφορετικό άτομο από εκείνο με το οποίο μοιραζόταν ένα ισχυρό δεσμό. Εξάλλου συχνά ο ασθενής με άνοια δεν αναγνωρίζει το σύντροφο και τον χειρίζεται σαν ξένο, γι' αυτό και οι σύζυγοι θρηνούν για τις πολλές απώλειες που έχουν, όπως:

- Την απώλεια της μακροχρόνιας σχέσης τους με το σύντροφο τους, της καθημερινής αλληλεπίδρασης και της αμοιβαιότητας στη σχέση.
- Την απώλεια της οικειότητας και του συναισθηματικού δεσμού με το σύντροφο.
- Την απώλεια του συζυγικού ρόλου.
- Την αποστέρηση της επιβεβαίωσης της ταυτότητας τους σαν σύζυγοι, σαν εραστές και σαν σύντροφοι που είχαν από το σύζυγο προτού αρρωστήσει. Έτσι οι φροντιστές βρίσκονται σε μια κατάσταση που είναι ούτε ελεύθεροι, ούτε παντρεμένοι και αυτό θα διαρκέσει για πολλά χρόνια, προκαλώντας απελπισία και αισθήματα ανημποριάς.
- Την απώλεια μελλοντικών σχεδίων και ελπίδας για το μέλλον.
- Οι γυναίκες θρηνούν για την απώλεια της επιθυμούμενης τους αυτονομίας και αισθάνονται ότι οι προσδοκίες τους ματαιώθηκαν .
Στην περίπτωση που ο ασθενής χρειάζεται να ιδρυματοποιηθεί, οι φροντιστές βιώνουν επιπρόσθετες απώλειες όπως:
- Η απώλεια του ελέγχου της κατάστασης της φροντίδας
- Η απώλεια της φυσικής παρουσίας του συντρόφου τους από το σπίτι.⁹⁸

Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι το κυρίαρχο θέμα στις εμπειρίες των οικογενειακών φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer ήταν η απώλεια και το πένθος το οποίο βιώνουν για διάφορους λόγους. Η φροντίδα ενός τέτοιου ασθενούς απαιτεί 24ωρη εργασία πάνω σε επταήμερη βάση, γεγονός το οποίο επιβάλλει στον οικογενειακό φροντιστή να παρατήσει πολλές φορές τη δουλειά του και μαζί με αυτό να χάσει την προσωπική του ταυτότητα και μια σημαντική πηγή εισοδήματος. Εκτός απ' αυτό, η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται και με απώλεια σημαντικών σχέσεων και υποστηρικτικών δομών τις οποίες παρέχει το εργασιακό περιβάλλον και που αποτελούν πηγή ανακούφισης, ευκαιρία φυγής και εκτόνωσης συναισθηματικής για το φροντιστή. Η απώλεια βιώνεται και με την αλλαγή στις σχέσεις του ατόμου που φροντίζει, με τον ασθενή και με άλλα άτομα του περιβάλλοντος του. Το άτομο με τη νόσο Alzheimer γίνεται σιγά – σιγά ένας άλλος άνθρωπος, δε μπορεί να επικοινωνήσει, γίνεται εξαρτώμενος και στην περίπτωση συζύγων, ο γάμος παύει να χαρακτηρίζεται από το συνεταιριστικό στοιχείο πάνω στο οποίο κτίστηκε. Χάνονται ακόμη σημαντικά στοιχεία της σχέσης όπως είναι η οικειότητα, η στενότητα των σχέσεων, η αγκαλιά, το άγγιγμα, το χάδι, οι κοινωνικές σχέσεις σαν ζευγάρι, που είναι τόσο απαραίτητα στην τελευταία φάση της ζωής του ανθρώπου. Εξάλλου ο καλύτερος φίλος και σύντροφος μιας ολόκληρης ζωής, δεν μπορεί πια να εκπληρώσει αυτό το ρόλο.⁹⁹

Οι οικογενειακοί φροντιστές που μπαίνουν στη διαδικασία της φροντίδας, το κάνουν από ένα αίσθημα ευθύνης και αγάπης για το συγγενικό τους άτομο, αλλά μακροχρόνια νοιώθουν παγιδευμένοι, ευάλωτοι και ότι έχουν ελάχιστες ή καθόλου επιλογές στη φροντίδα. Έτσι οι φροντιστές εγκλωβίζονται μέσα σε μια συνεχή διαδικασία πένθους που φαίνεται πως δεν έχει τελειωμό. Η αξιολόγηση των αισθημάτων της θλίψης και του πένθους έχει γίνει και με πιο εξεζητημένα ψυχομετρικά εργαλεία μέτρησης τα οποία εισηγούνται ότι η διεργασία του πένθους την οποία βιώνει ο φροντιστής δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο ή στατικό φαινόμενο, αλλά μία σύνθετη και μακροχρόνια διεργασία. Οι ίδιοι συγγραφείς σε μία προηγούμενη τους δημοσίευση βρήκαν ότι το πένθος που βιώνουν οι συγγενείς φροντιστές ασθενών με άνοια κυμαίνεται ανάμεσα σε τρεις πόλους: τον

διανοητικό, τον συναισθηματικό και τον υπαρξιακό, ανάλογα με τις εκάστοτε απαιτήσεις και προσδοκίες της φροντίδας, συμπεραίνοντας ότι το «προσδοκώμενο» πένθος είναι αληθινό πένθος και ισοδύναμο σε ένταση και εύρος με το πένθος του θανάτου.¹⁰⁰

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

A. Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος στην έρευνα βασίστηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας. Σύμφωνα με το οποίο ο ερευνητής προσπαθεί να βρει την ποσοτική σχέση μεταξύ μεταβλητών, χωρίς να επηρεάζει καμία μεταβλητή. Δηλαδή, οι περιγραφικές έρευνες ασχολούνται με φαινόμενα που εξελίσσονται στο φυσικό τους πλαίσιο. Σε αυτό τον τύπο έρευνας είναι πολύ δύσκολο να αποδοθεί αιτιώδης σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Οι «τρίτοι» παράγοντες κατά τον χρόνο που παρατηρούμε την ανεξάρτητη και εξαρτημένη μεταβλητή, αφήνονται ελεύθεροι να συνυπάρχουν και να επιδρούν. Στη χειρότερη περίπτωση αγνοούμε τις επιδράσεις των παραγόντων αυτών. Στην καλύτερη περίπτωση προσπαθούμε εκ των υστέρων να λάβουμε υπόψη μας αυτές τις επιδράσεις. Στην δική μας έρευνα με θέμα «γνώσεις και απόψεις πολιτών για τη νόσο Alzheimer και πως η νόσος επηρεάζει το οικογενειακό περιβάλλον» σε κάθε ερώτηση περιγράφει και μία μεταβλητή και η κάθε απάντηση αθροίζεται στην σχετική συχνότητα της κάθε μεταβλητής προκειμένου να προσδιορίσουμε τις μεταβλητές που επηρεάζουν την υπόθεσή της έρευνας.

B. Πληθυσμός - Δείγμα

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω την συμπλήρωσης δομημένου ερωτηματολογίου κατάλληλα σχεδιασμένου από την ομάδα με την επιμέλεια της υπεύθυνης καθηγήτριας. Οι ερευνητές διέθεσαν τυχαία το ερωτηματολόγιο στην διάθεση των ενδιαφερομένων χωρίς την προεπιλογή συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού . Ο πληθυσμός που συμμετείχε στην έρευνα μπόρεσε ανώνυμα να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο. Το δείγμα της μελέτης αποτελούσαν συνολικά 164 άτομα διαφόρων πόλεων της χώρας όπου συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δια ζώσης. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξαρτήτως καταγωγής, φύλου, ηλικίας, εκπαίδευσης, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τριάντα επτά (37) ερωτήσεις αριθμημένες κατά αύξοντα αριθμό εκ των οποίων η μία (01) ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες τριάντα έξι (36) κλειστού τύπου εναλλακτικών απαντήσεων.

Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχτηκαν κυρίως από τους νομούς Αττικής, Αχαΐας, Αιτωλοακαρνανίας και Χανίων με συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τον Νοέμβριο 2014 μέχρι τον Ιανουάριο 2015.

Δ. Συλλογή δεδομένων

Μετά την εφαρμογή της πιλοτικής έρευνας, το εργαλείο συλλογής δεδομένων προσαρμόστηκε σύμφωνα με τον τύπο των ερωτήσεων όπου το δείγμα ήταν σε θέση να απαντήσει ευκολότερα. Λόγω της ιδιαιτερότητας του θέματος, προτιμήσαμε να χρησιμοποιήσουμε ερωτήσεις που θα μας έδιναν πληροφορίες ώστε να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι απόψεις των πολιτών σχετικά με τη νόσο Alzheimer με απώτερο στόχο την ενημέρωση των πολιτών για την καλύτερη αντιμετώπιση - φροντίδα των ανθρώπων που

πάσχουν από τη νόσο. Η κατασκευή του εργαλείου συλλογής δεδομένων στηρίχθηκε στην ανασκόπηση βιβλιογραφίας και στον προσανατολισμό που θελήσαμε να δώσουμε στον θέμα. Σεβόμενοι το δικαίωμα του πληθυσμού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσε να μην απαντήσει στις ερωτήσεις μας αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσε να διακόψει τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά της ώρας.

E. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν ο ερωτώμενος να είναι ενήλικος ικανός διανοητικά ώστε να αντιλαμβάνεται την φύση των ερωτήσεων. Τελικώς, χρησιμοποιήθηκαν εκτατών εξήντα τέσσερα (164) ερωτηματολόγια και απορρίφθηκαν έξι (06) τα οποία δεν ήταν πλήρως ή ήταν ελλιπώς συμπληρωμένα.

ΣΤ. Στατιστική ανάλυση και κωδικοποίηση

Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης που πραγματοποιήθηκε μέσω των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS statistics, έκδοση 19.0 for Windows - SPSS inc statistical algorithms 10nd ed Chicago 2004. Κάθε απάντηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό, πχ 0. Δεν απαντώ, 1. Ναι , 2. Όχι, ανάλογα πάντα με τον αριθμό των δυνητικών απαντήσεων. Στην συνέχεια , με την χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή εισαχθήκαν οι απαντήσεις στο στατιστικό πρόγραμμα και ακολούθησε η στατιστική επεξεργασία.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχτηκαν σε περιγραφικούς πίνακες όπου αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Οι μη μετρήσιμες, ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται με την συχνότητα (απόλυτος αριθμός) και με τη σχετική συχνότητα επί τις εκατό.

Χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates) ή δοκιμασία κατά Fisher με επίπεδο σημαντικότητας 95% και ακριβή πιθανότητα $p < 0.05$, που εξετάζει την ανάλυση μεταβλητότητας μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών. Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο). Στην περίπτωση αυτή η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται (H_0 : Δεν υπάρχει σχέση μεταξύ προσδιοριστή και συχνότητας εμφάνισης της έκβασης) καθώς η τιμή το χ^2 είναι μεγαλύτερη της κρίσιμης τιμής οπότε και η πιθανότητα (p) είναι ίση με την συχνότητα εμφάνισης.

Z. Αποτελέσματα

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 164 άτομα συμπληρώνοντας ισάριθμο αριθμό εντύπων ερωτηματολογίων. Ερωτήθηκαν ελεύθερα πολίτες της χώρας ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εκπαίδευσης και κοινωνικής θέσης.

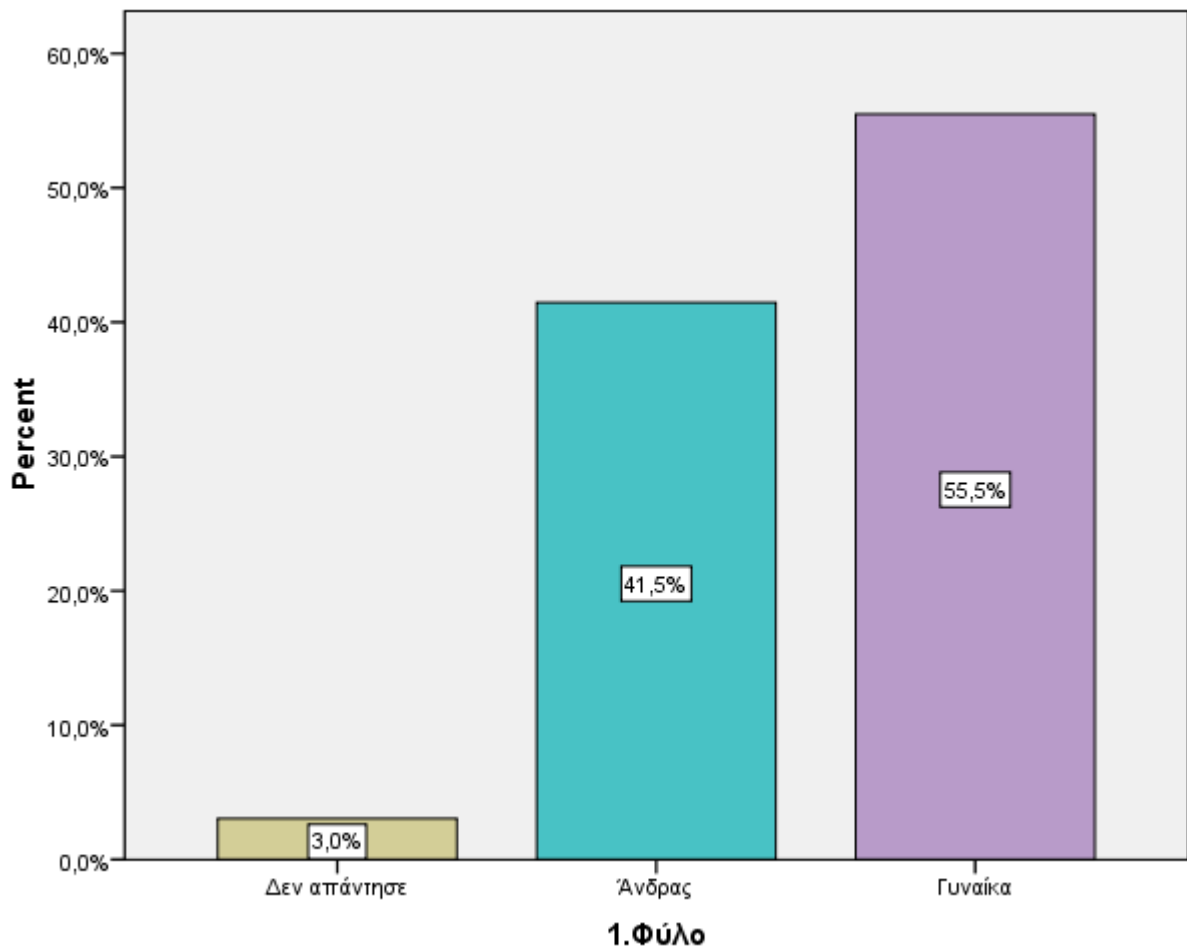
Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Πίνακας 1: Κατανομή 164 ερωτηθέντων ως προς το φύλο

1.Φύλο	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	5	3,0
Άνδρας	68	41,5
Γυναίκα	91	55,5

Στο δείγμα των 164 ατόμων που ερωτήθηκαν οι 91 ήτοι το 55,5% είναι γυναίκες και οι 68 ήτοι το 41,5% είναι άνδρες, ενώ 5 ήτοι το 3% αρνήθηκε να απαντήσει. (Πίνακας 1, Σχήμα1)

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

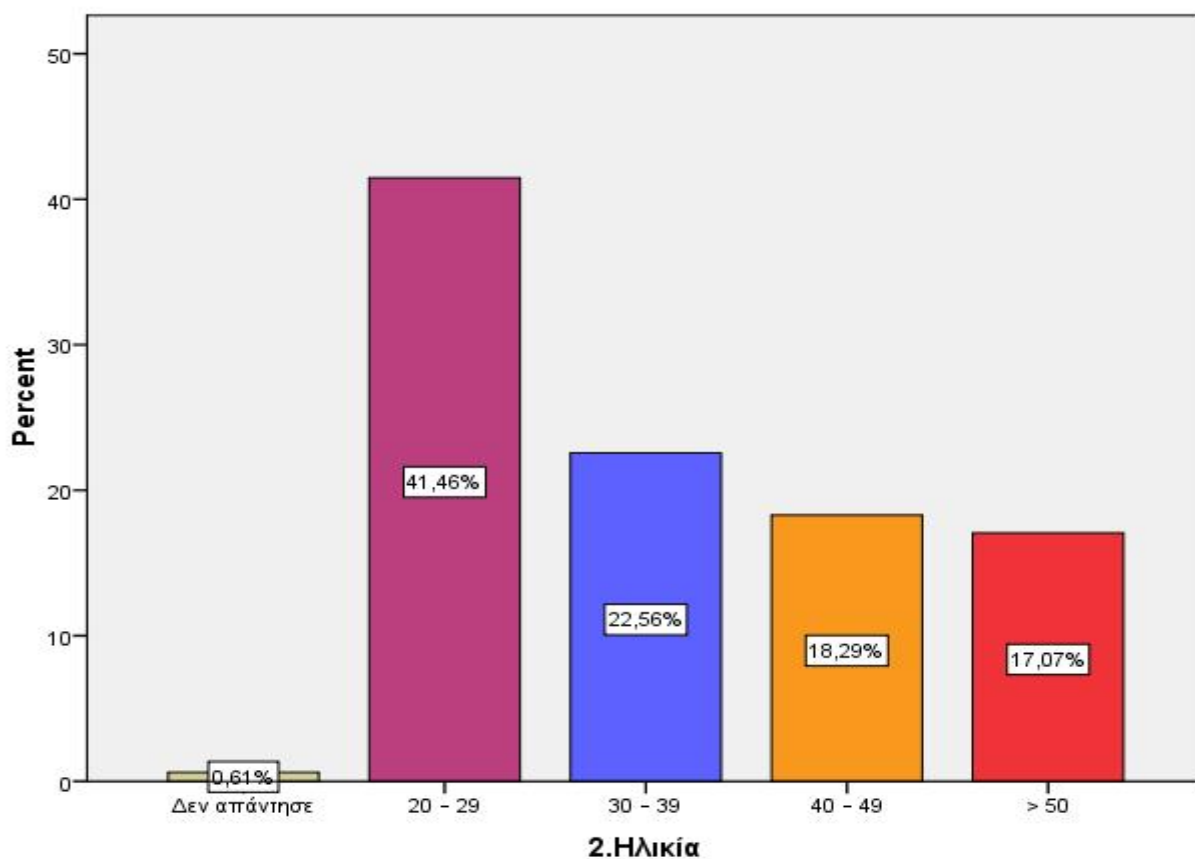


Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

2.Ηλικία	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	
20 – 29	68	41,5
30 – 39	37	22,6
40 – 49	30	18,3
		17,1

Το μεγαλύτερο ποσοστό 41,5% ανήκει στην ηλικιακή κλάση 20-29 χρονών, το 22,6% ανήκει στην κλάση 30-39, το 18,3% στη 40-49, άνω των 50 χρόνων είναι το 17,1 % και 0,6% δεν απάντησε. (Πίνακας 2, Σχήμα 2)

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία

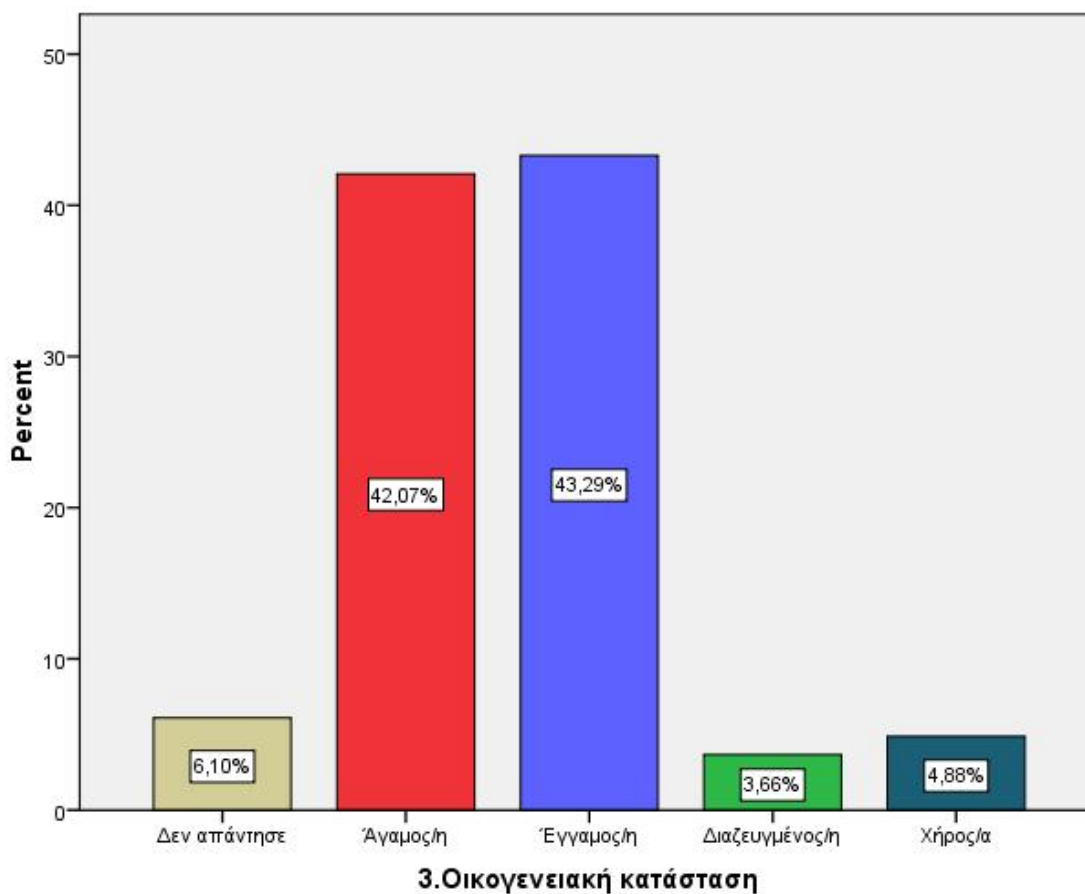


Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

3.Οικογενειακή κατάσταση	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	10	6,1
Άγαμος/η	69	42,1
Έγγαμος/η	71	43,3
Διαζευγμένος/η	6	3,7
Χήρος/α	8	4,9

Το 42,1 % των ερωτηθέντων είναι άγαμοι, το 43,3% έγγαμοι, το 3,7% διαζευμένοι , το 4,9% χήροι και το 6,1% αρνήθηκε να δώσει απάντηση. (Πίνακας 3, Σχήμα 3)

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

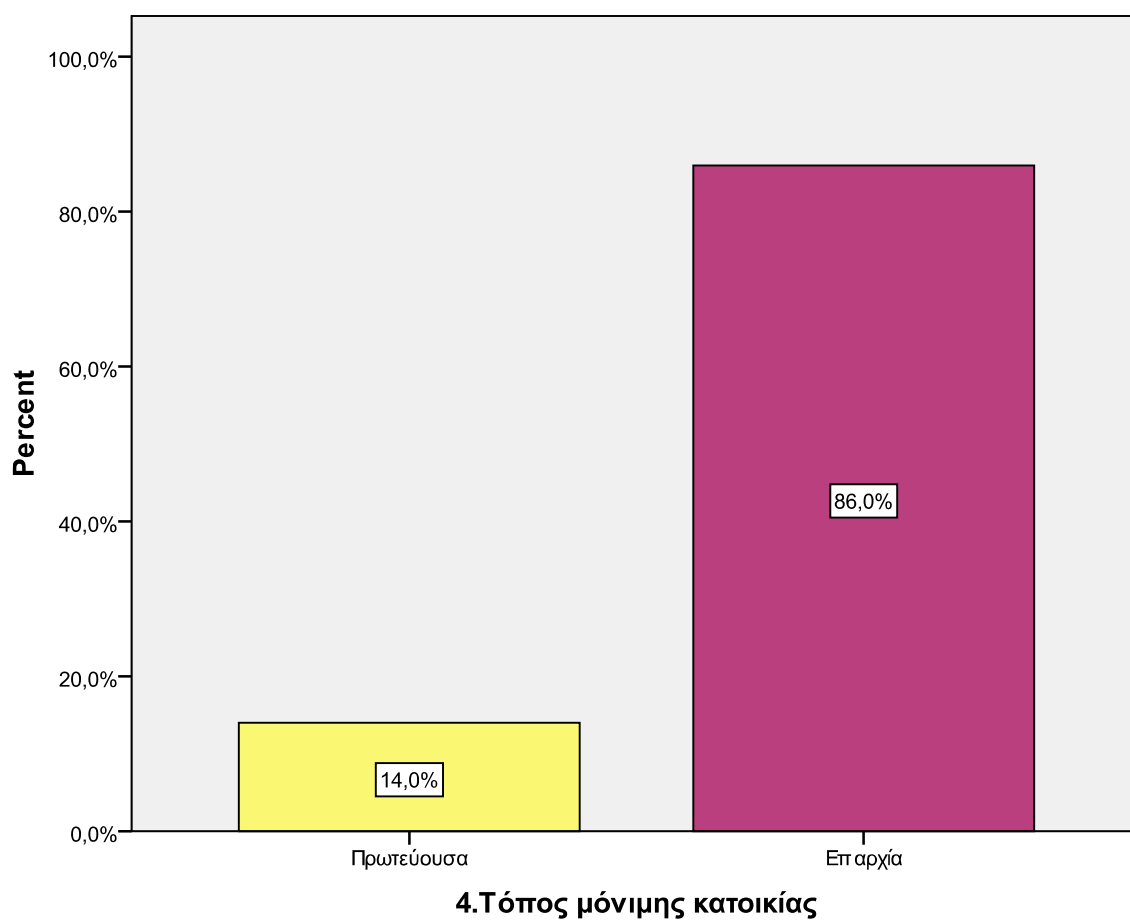


Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την μόνιμη κατοικία

4.Τόπος μόνιμης κατοικίας	N = 164	Percent (%)
Πρωτεύουσα	23	14
Επαρχία	141	86

Το 14% των ερωτηθέντων κατοικεί στην Αθήνα και το 86% στην Περιφέρεια της χώρας.
(Πίνακας 4, Σχήμα 4)

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την μόνιμη κατοικία

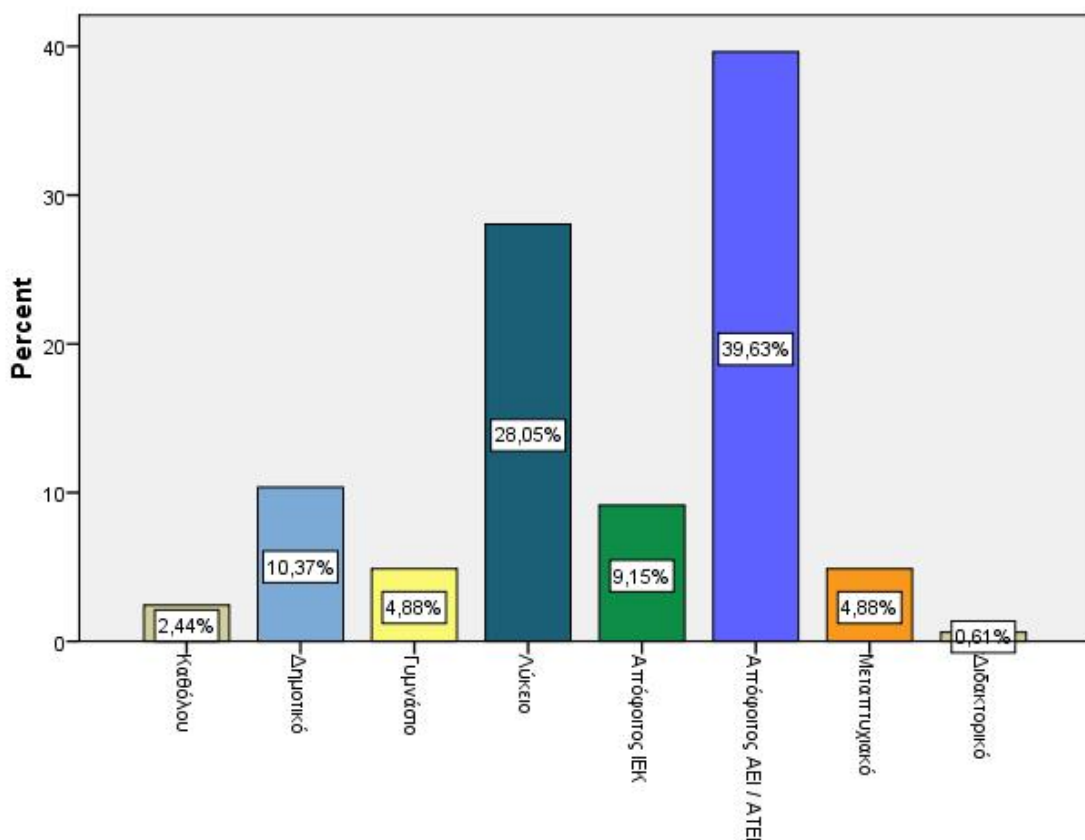


Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο

5.Μορφωτικό επίπεδο	N = 164	Percent (%)
Καθόλου	4	2,4
Δημοτικό	17	10,4
Γυμνάσιο	8	4,9
Λύκειο	46	28,0
Απόφοιτος ΙΕΚ	15	9,1
Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ	65	39,6
Μεταπτυχιακό	8	4,9
Διδακτορικό	1	,6

Το 10,4% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 4,9% γυμνασίου, το 28% Λυκείου, το 9,1% απόφοιτοι ΙΕΚ, το μεγαλύτερο ποσοστό 39,6% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 4,9% έχουν μεταπτυχιακή εκπαίδευση ενώ μόλις το 0,6% είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου και το 2,4 δεν απάντησε. (Πίνακας 5, Σχήμα 5)

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το μορφωτικό επίπεδο



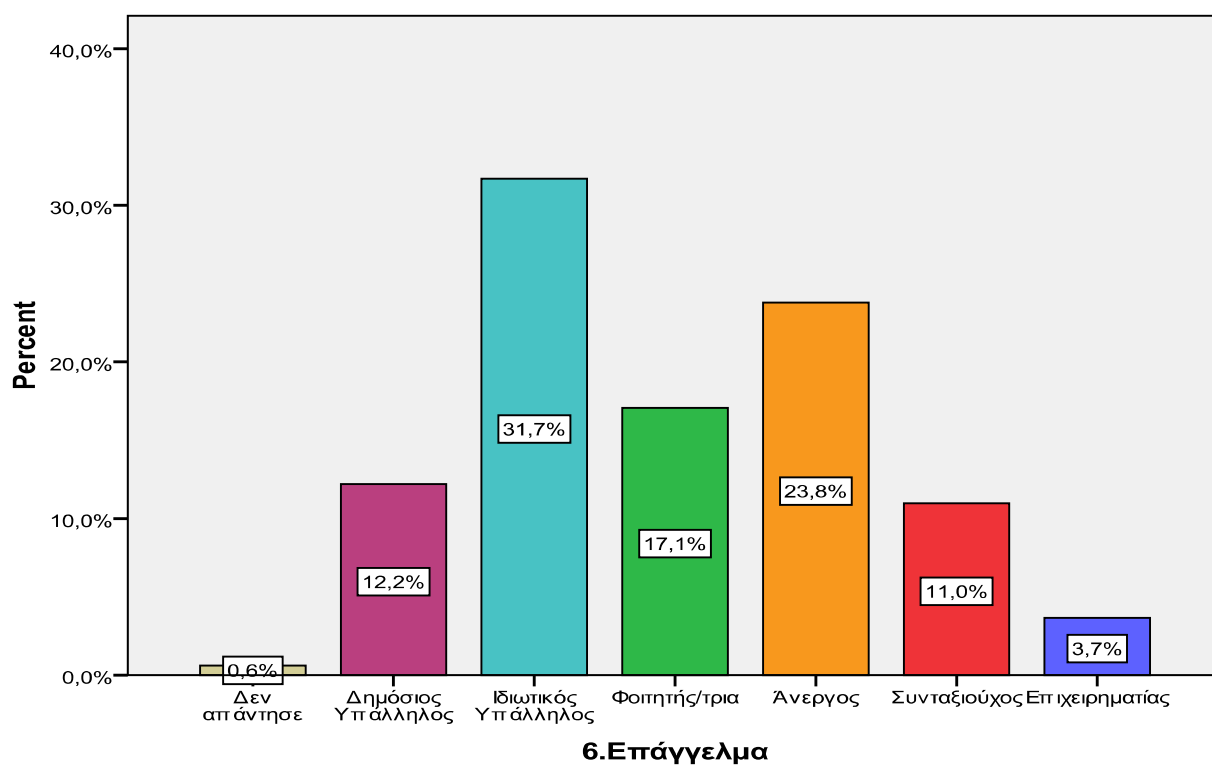
5.Μορφωτικό επίπεδο

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμα

6.Επάγγελμα	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	,6
Δημόσιος Υπάλληλος	20	12,2
Ιδιωτικός Υπάλληλος	52	31,7
Φοιτητής/τρια	28	17,1
Άνεργος	39	23,8
Συνταξιούχος	18	11,0
Επιχειρηματίας	6	3,7

Το 12,2% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 31,7% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 17,1% είναι φοιτητές, πάνω από 1 στους 5 ήτοι 23,8% άνεργοι, το 11% συνταξιούχοι, 6 από τους 164 ερωτηθέντες είναι επιχειρηματίες (3,7%) και μόλις 0,6% δεν απάντησε. (Πίνακας 6, Σχήμα 6)

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επάγγελμα

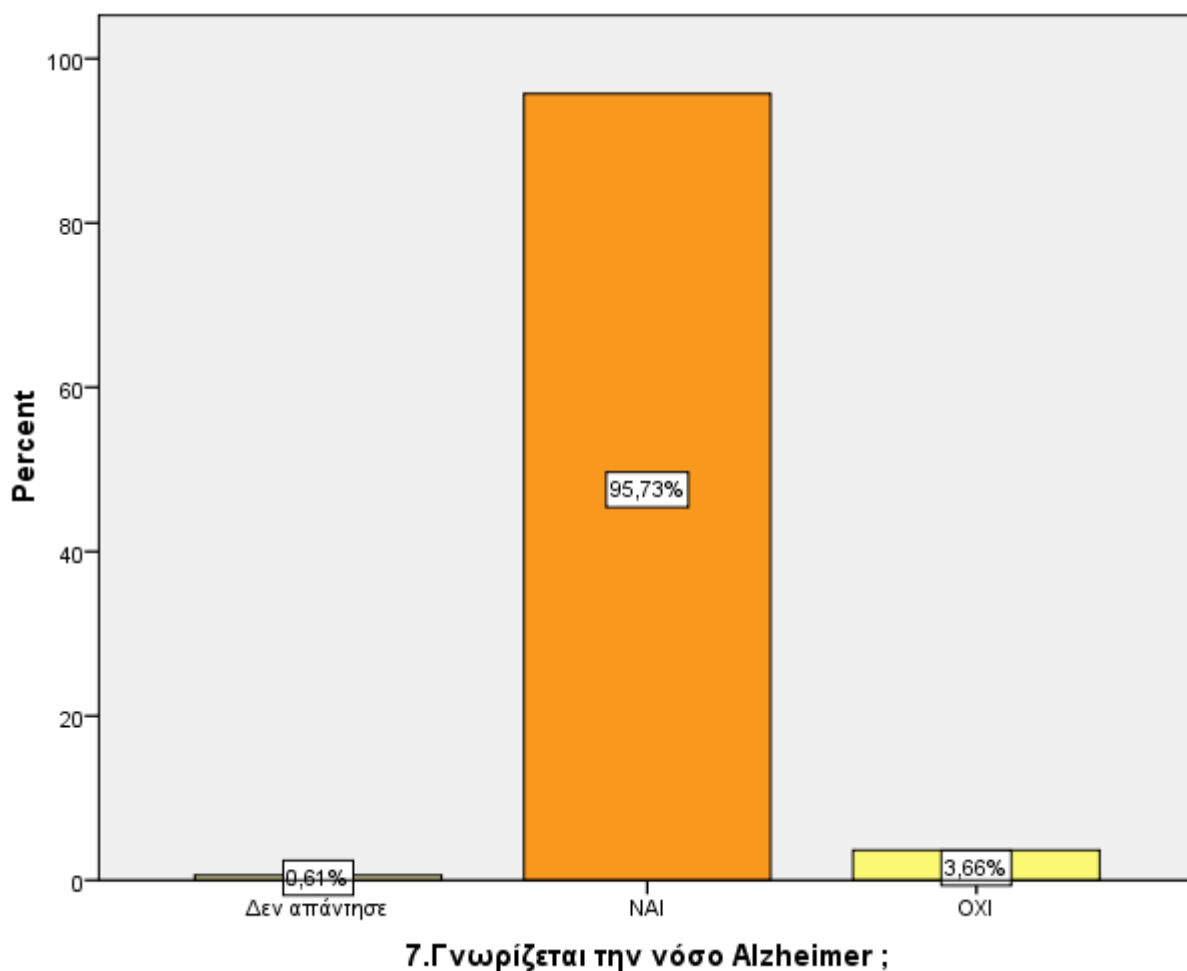


Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την γνώση της νόσου Alzheimer

7.Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	,6
ΝΑΙ	157	95,7
ΟΧΙ	6	3,7

Το 95,7% του πληθυσμού γνωρίζει την νόσο Alzheimer ενώ το 3,7 % δεν την γνωρίζει και το 0,6% δεν απάντησε. (Πίνακας 7, Σχήμα 7)

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την γνώση της νόσου Alzheimer



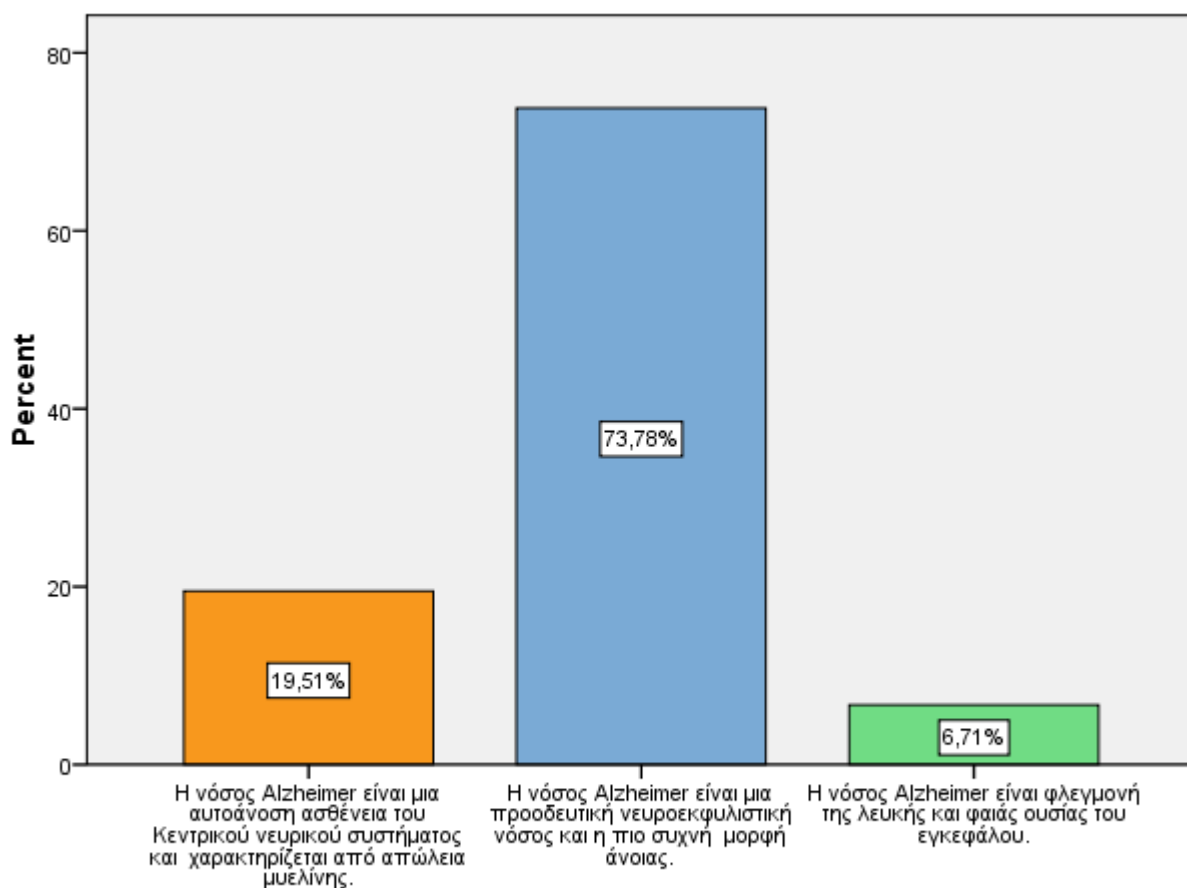
Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς ορισμό της νόσου Alzheimer

8. Γνωρίζετε ποιος από τους παρακάτω ορισμούς ανήκει στη νόσο Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Η νόσος Alzheimer είναι μια αυτοάνοση ασθένεια του Κεντρικού νευρικού συστήματος και χαρακτηρίζεται από απώλεια μυελίνης.	32	19,5
Η νόσος Alzheimer είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσος και η πιο συχνή μορφή άνοιας.	121	73,8
Η νόσος Alzheimer είναι φλεγμονή της λευκής και φαιάς ουσίας του εγκεφάλου.	11	6,7

Το 73,8% επέλεξε τον σωστό ορισμό της νόσου Alzheimer ότι δηλαδή είναι μία προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσος και η πιο συχνή μορφή άνοιας. Το 19,5%,

απάντησε ότι είναι μία αυτοάνοση ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος και χαρακτηρίζεται από απώλεια μυελίνης, ενώ το 6,7% ότι είναι φλεγμονή της λευκής και φαιάς ουσίας του εγκεφάλου. (Πίνακας 8, Σχήμα8)

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς ορισμό της νόσου Alzheimer



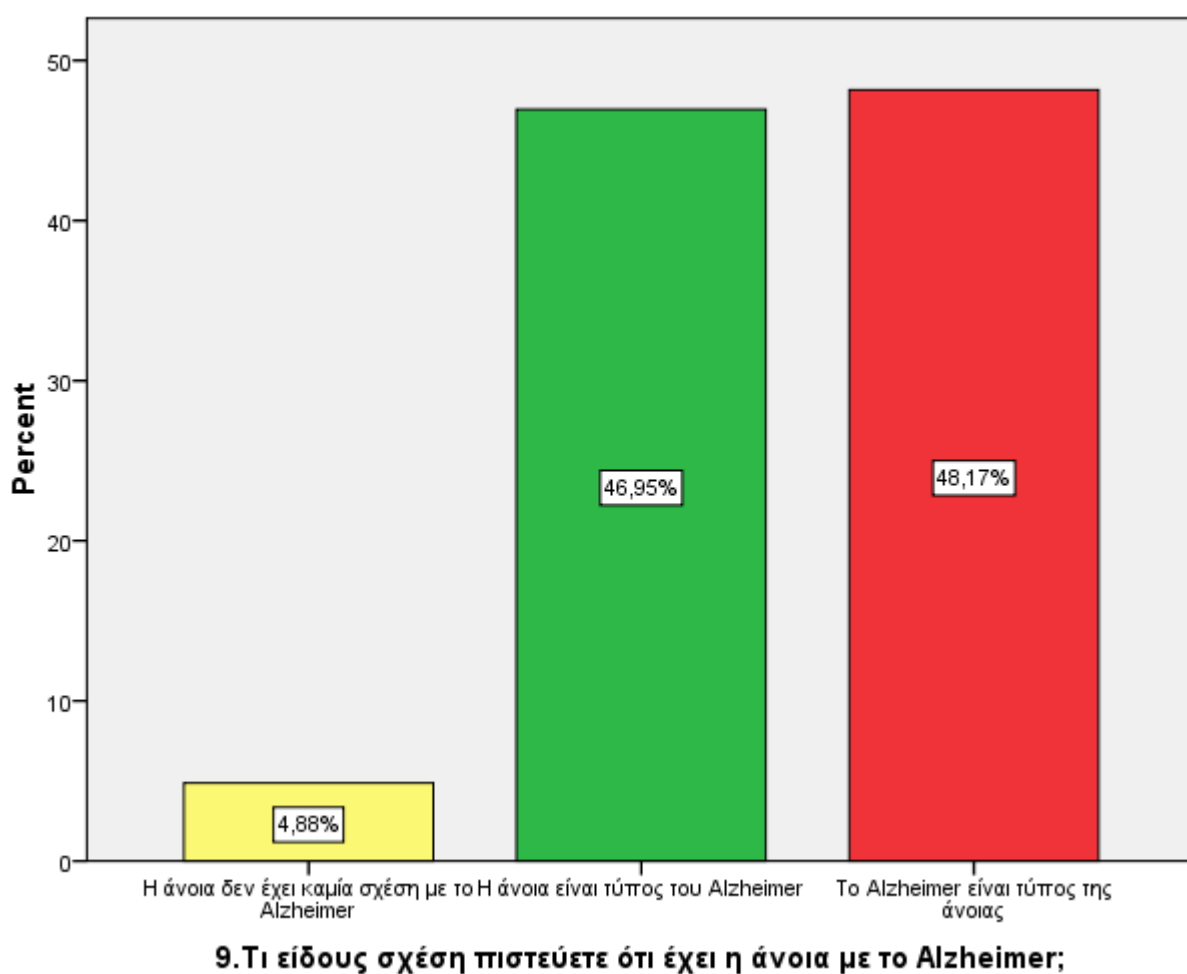
8.Γνωρίζετε ποιος από τους παρακάτω ορισμούς ανήκει στη νόσο Alzheimer;

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη σχέση άνοιας με το Alzheimer

9. Τι είδους σχέση πιστεύετε ότι έχει η άνοια με το Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Η άνοια δεν έχει καμία σχέση με το Alzheimer	8	4,9
Η άνοια είναι τύπος του Alzheimer	77	47,0
Το Alzheimer είναι τύπος της άνοιας	79	48,2

Το 48,2% θεωρεί ότι το Alzheimer είναι τύπος της άνοιας, το 47% ότι η άνοια είναι τύπος του Alzheimer και το 4,9% ότι η άνοια δεν έχει καμία σχέση με το Alzheimer. (Πίνακας 9, Σχήμα 9)

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τη σχέση άνοιας με το Alzheimer

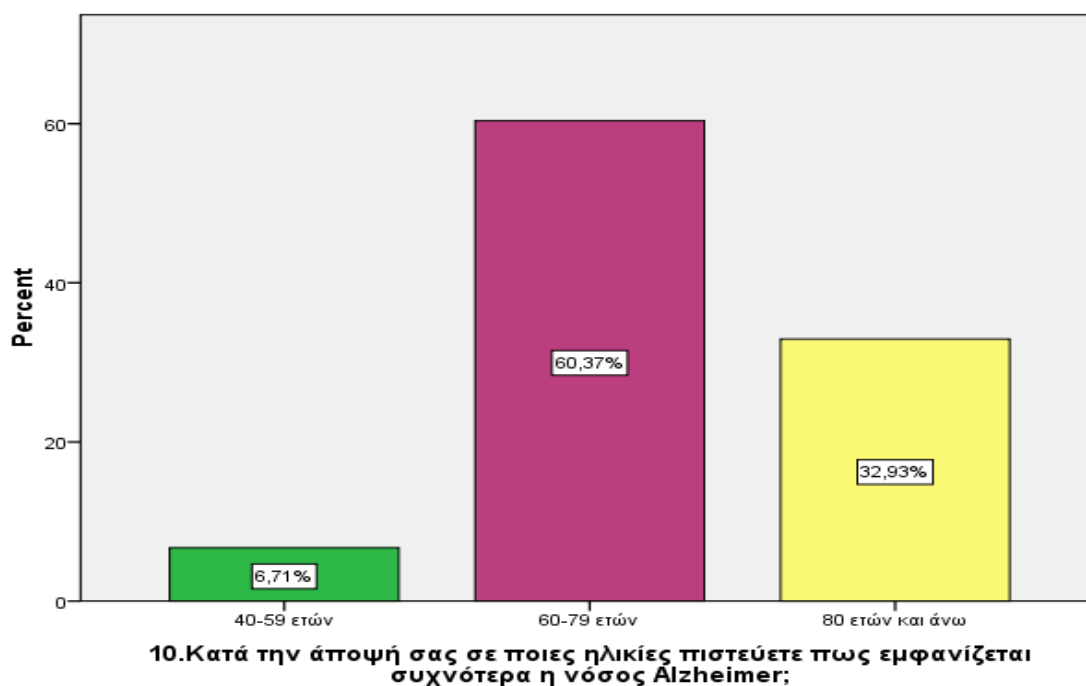


Πίνακας 10: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με τις ηλικίες που εμφανίζεται συχνότερα η νόσος Alzheimer

10. Κατά την άποψή σας σε ποιες ηλικίες πιστεύετε πως εμφανίζεται συχνότερα η νόσος Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
40-59 ετών	11	6,7
60-79 ετών	99	60,4
80 ετών και άνω	54	32,9

Το 60,4% θεωρεί ότι η νόσος Alzheimer εμφανίζεται μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 60-79 ετών . Το 32,9% άνω των 80 ετών και το 6,7% μεταξύ 40-59 ετών. (Πίνακας 10, Σχήμα 10)

Σχήμα 10: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με τις ηλικίες που εμφανίζεται συχνότερα η νόσο Alzheimer



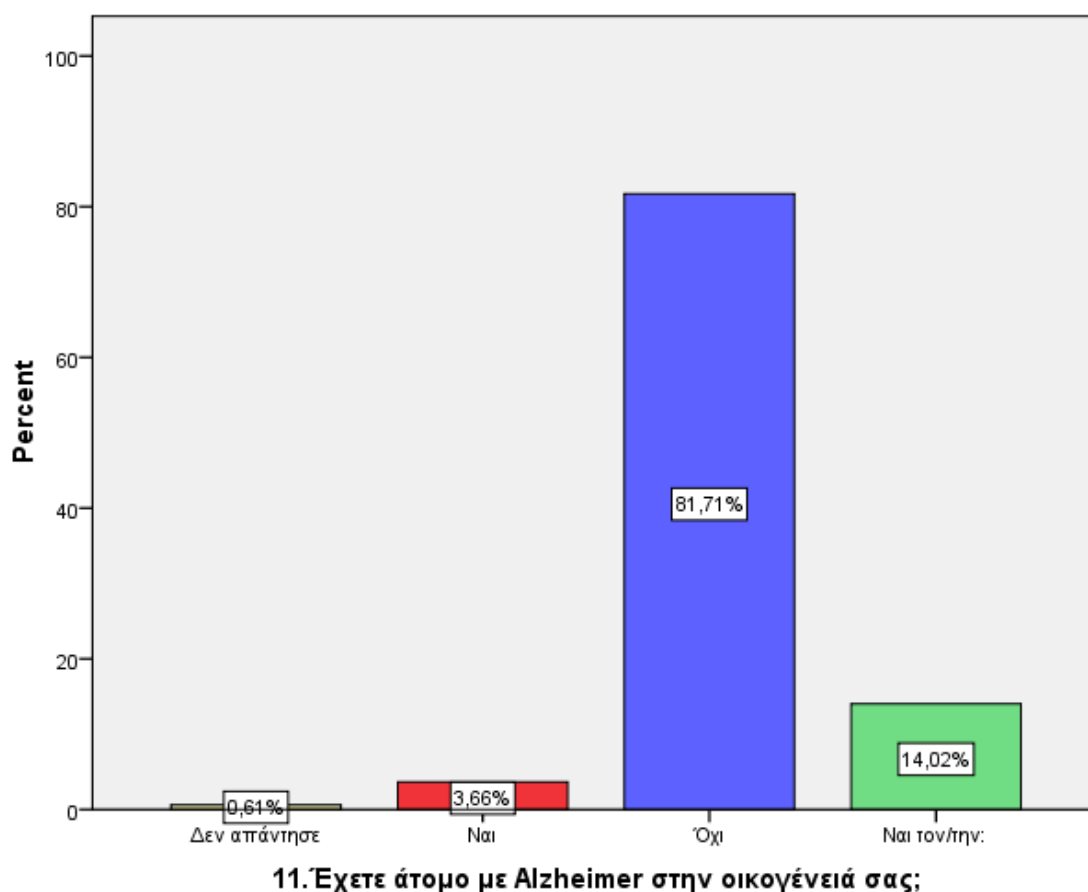
Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την ύπαρξη ατόμου με Alzheimer στην οικογένειά τους

11. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	0,6
Ναι	6	3,7
Όχι	134	81,7
Ναι τον/την:	23	14,0

Το 81,7% των ερωτηθέντων ισχυρίστηκε ότι δεν έχει στην οικογένειά του άτομο με Alzheimer, το 3,7% πως έχει αποφεύγοντας να δώσει την ταυτότητα του πάσχοντος από

την νόσο και το 14% προσδιόρισα τον βαθμός συγγένειας με τον ασθενή με τις περισσότερες απαντήσεις να είναι παππούς και γιαγιά. Το 0,6% δεν απάντησε. (Πίνακας 11, Σχήμα 11)

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την ύπαρξη ατόμου με Alzheimer στην οικογένεια τους

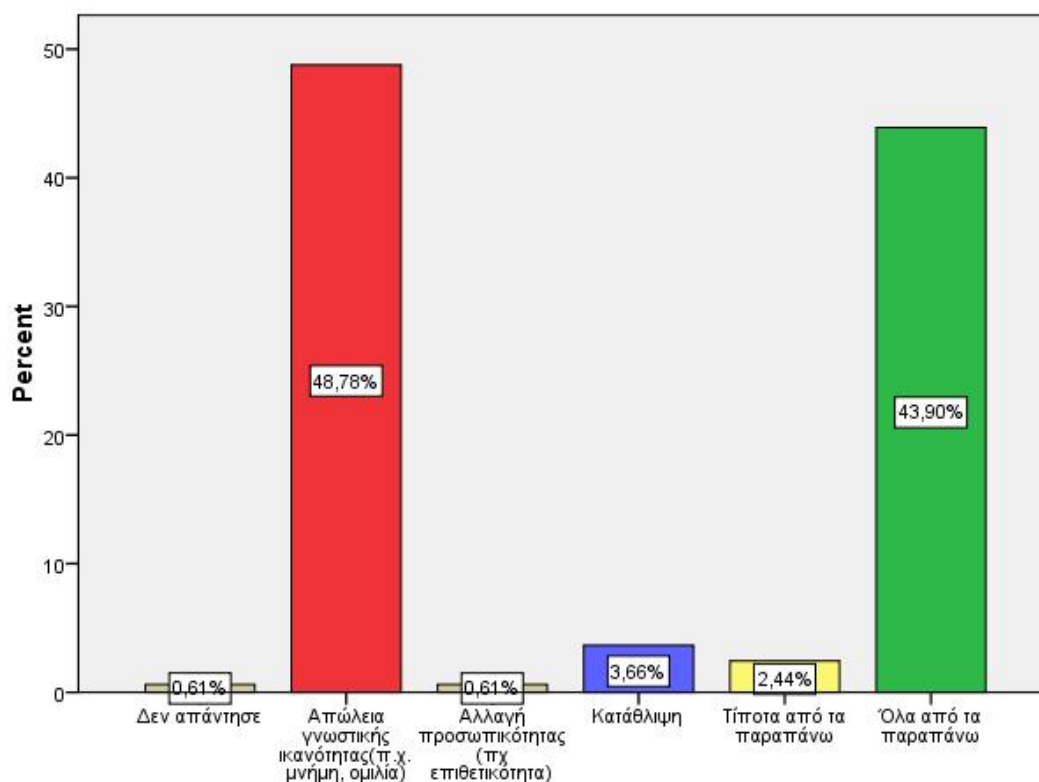


Πίνακας 12: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με τα συμπτώματα που θεωρούν ότι σχετίζονται με την νόσο Alzheimer

12.Ποιο από τα ακόλουθα συμπτώματα θεωρείτε ότι σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	0,6
Απώλεια γνωστικής ικανότητας(π.χ. μνήμη, ομιλία)	80	48,8
Αλλαγή προσωπικότητας (πχ επιθετικότητα)	1	0,6
Κατάθλιψη	6	3,7
Τίποτα από τα παραπάνω	4	2,4
Όλα από τα παραπάνω	72	43,9

Το 48,8% θεωρεί ότι η απώλεια γνωστικής ικανότητας (π.χ. μνήμη, ομιλία) είναι σύμπτωμα που σχετίζεται με τη νόσο Alzheimer, το 3,7% υποδεικνύει ως σύμπτωμα την κατάθλιψη και το 0,6% θεωρεί ως σύμπτωμα την αλλαγή προσωπικότητας (πχ επιθετικότητα). Το 43,9% των ερωτηθέντων θεωρεί όλα όσο αναφέραμε πιο πάνω ως ενδείξεις της νόσου ενώ το 2,4% διαφωνεί ότι κάποια από αυτά είναι συμπτώματα. Μόλις 0,6% αρνήθηκε να απαντήσει. (Πίνακας 12, Σχήμα 12)

Σχήμα 12: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με τα συμπτώματα που θεωρούν ότι σχετίζονται με την νόσο Alzheimer



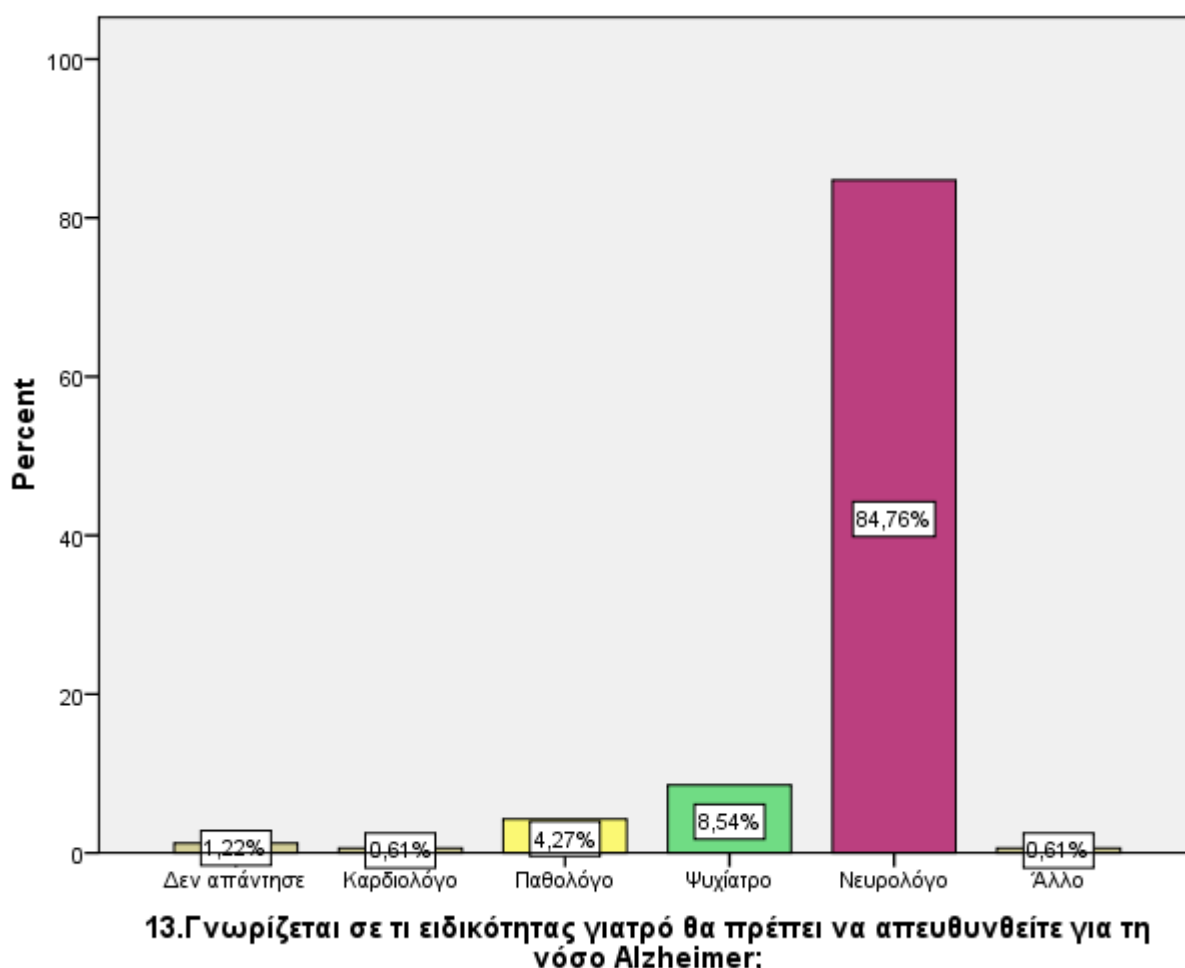
12.Ποιο από τα ακόλουθα συμπτώματα θεωρείτε ότι σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer;

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την ειδικότητα ιατρού υπεύθυνου για την νόσο Alzheimer

13.Γνωρίζεται σε τι ειδικότητας γιατρό θα πρέπει να απευθυνθείτε για τη νόσο Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	2	1,2
Καρδιολόγο	1	0,6
Παθολόγο	7	4,3
Ψυχίατρο	14	8,5
Νευρολόγο	139	84,8
Άλλο	1	0,6

Το 84,8% του υπό εξέταση πληθυσμού θεωρεί ότι ο νευρολόγος είναι ο γιατρός με την ειδικότητα που πρέπει να απευθύνονται για την νόσο Alzheimer, το 8,5% ψυχολόγο, 4,3 % παθολόγο και το 0,6% καρδιολόγο. Το 1,2% δεν απάντησε και το 0,6% υπέδειξε άλλη ειδικότητα ιατρού. (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την ειδικότητα ιατρού υπεύθυνου για την νόσο Alzheimer

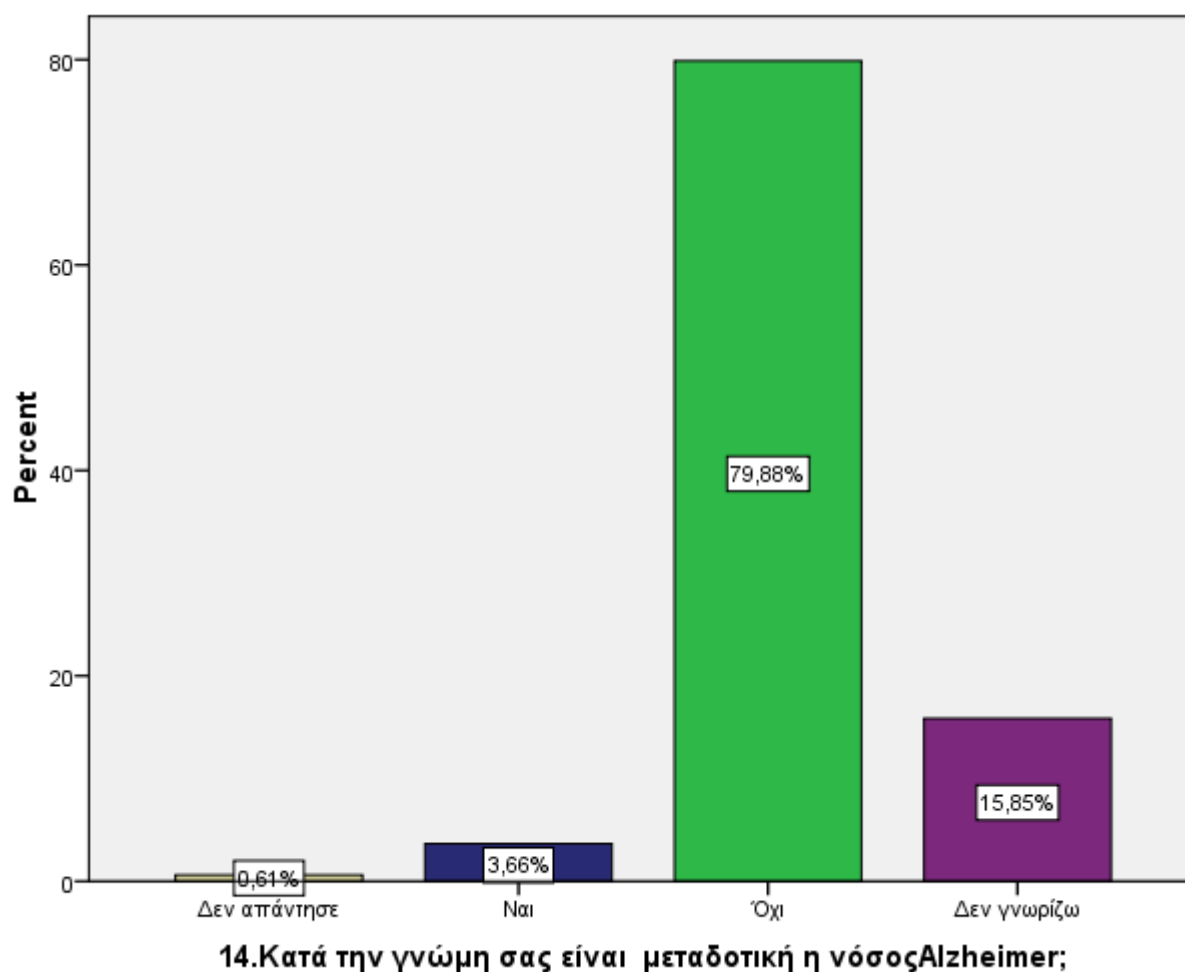


Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων για την μετάδοση της νόσου Alzheimer

14.Κατά την γνώμη σας είναι μεταδοτική η νόσος Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	0,6
Ναι	6	3,7
Όχι	131	79,9
Δεν γνωρίζω	26	15,9

Το 79,9% θεωρεί ότι η νόσος Alzheimer δεν είναι μεταδοτική ενώ το 3,7% πως είναι μεταδοτική. Το 15,9% δήλωσε άγνοια σχετικά με το θέμα και το 0,6% δεν απάντησε. (Πίνακας 14, Σχήμα 14)

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων για την μετάδοση της νόσου Alzheimer

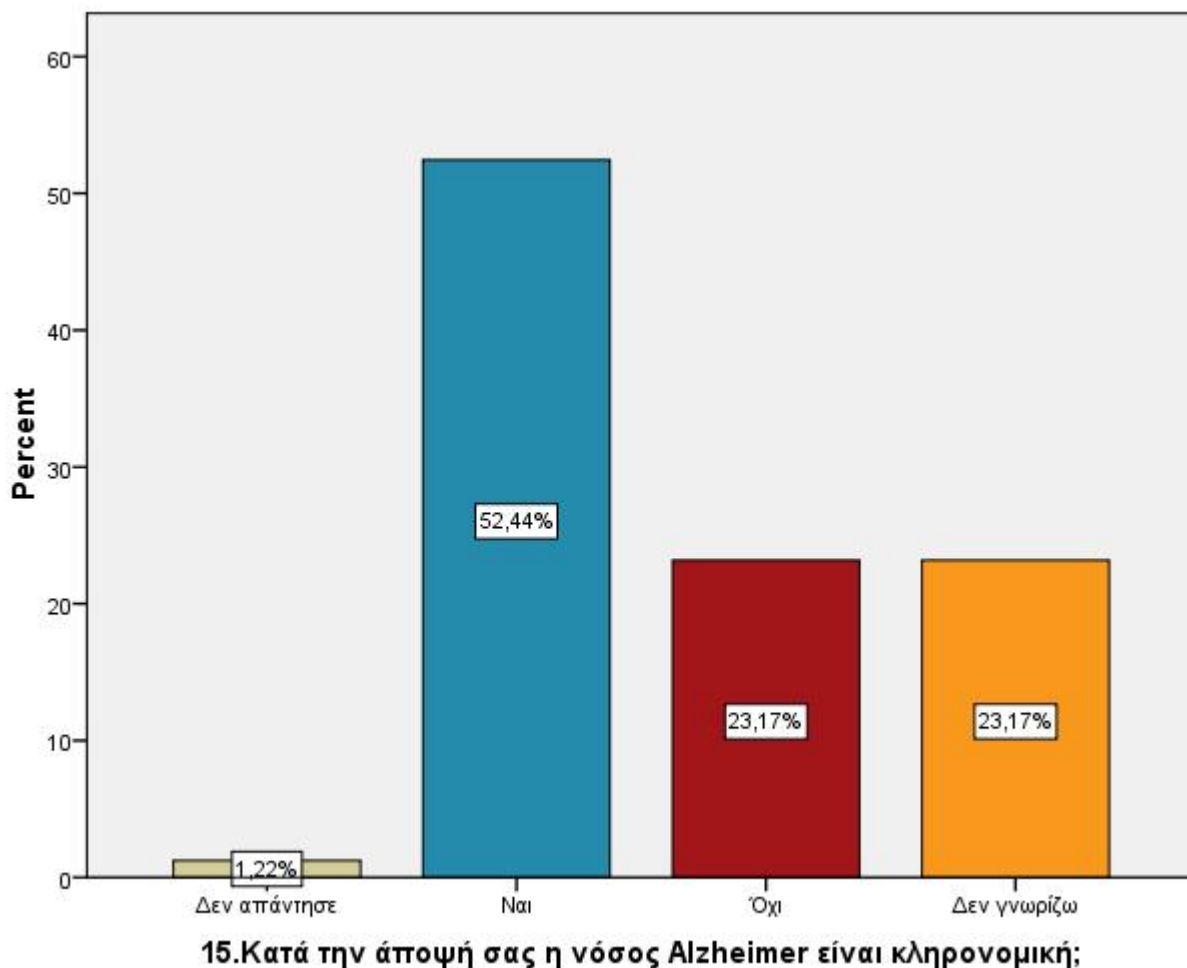


Πίνακας 15: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με την κληρονομικότητα της νόσου της Alzheimer

15. Κατά την άποψή σας η νόσος Alzheimer είναι κληρονομική;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	2	1,2
Ναι	86	52,4
Όχι	38	23,2
Δεν γνωρίζω	38	23,2

Το 52,4% θεωρεί τη νόσο Alzheimer είναι κληρονομική, το 23,2% ότι δεν είναι ενώ το 23,3% δεν γνωρίζει και το 1,2% δεν απάντησε. (Πίνακας 15, Σχήμα 15)

Σχήμα 15: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με την κληρονομικότητα της νόσου της Alzheimer

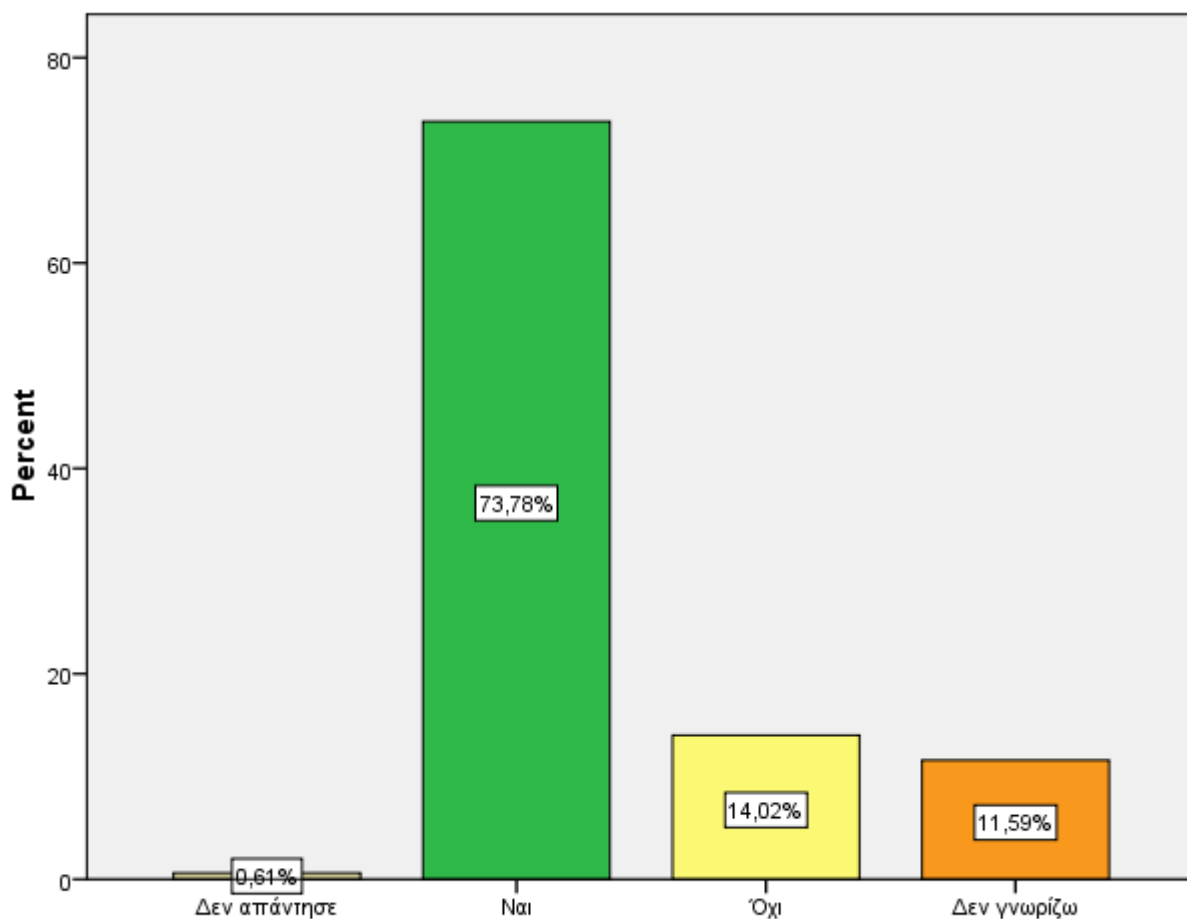


Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την απώλεια μνήμης ως ένδειξη της νόσου Alzheimer

16. Πιστεύεται ότι η απώλεια μνήμης είναι μια ένδειξη της νόσου Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	0,6
Ναι	121	73,8
Όχι	23	14,0
Δεν γνωρίζω	19	11,6

Το 73,8% θεωρεί ότι η απώλεια μνήμης είναι ένδειξη της νόσου Alzheimer ενώ το 14% θεωρεί πως δεν είναι. Το 11,6% δεν γνωρίζει και το 0,6% δεν απάντησε. (Πίνακας 16, Σχήμα 16)

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την απώλεια μνήμης ως ένδειξη της νόσου Alzheimer



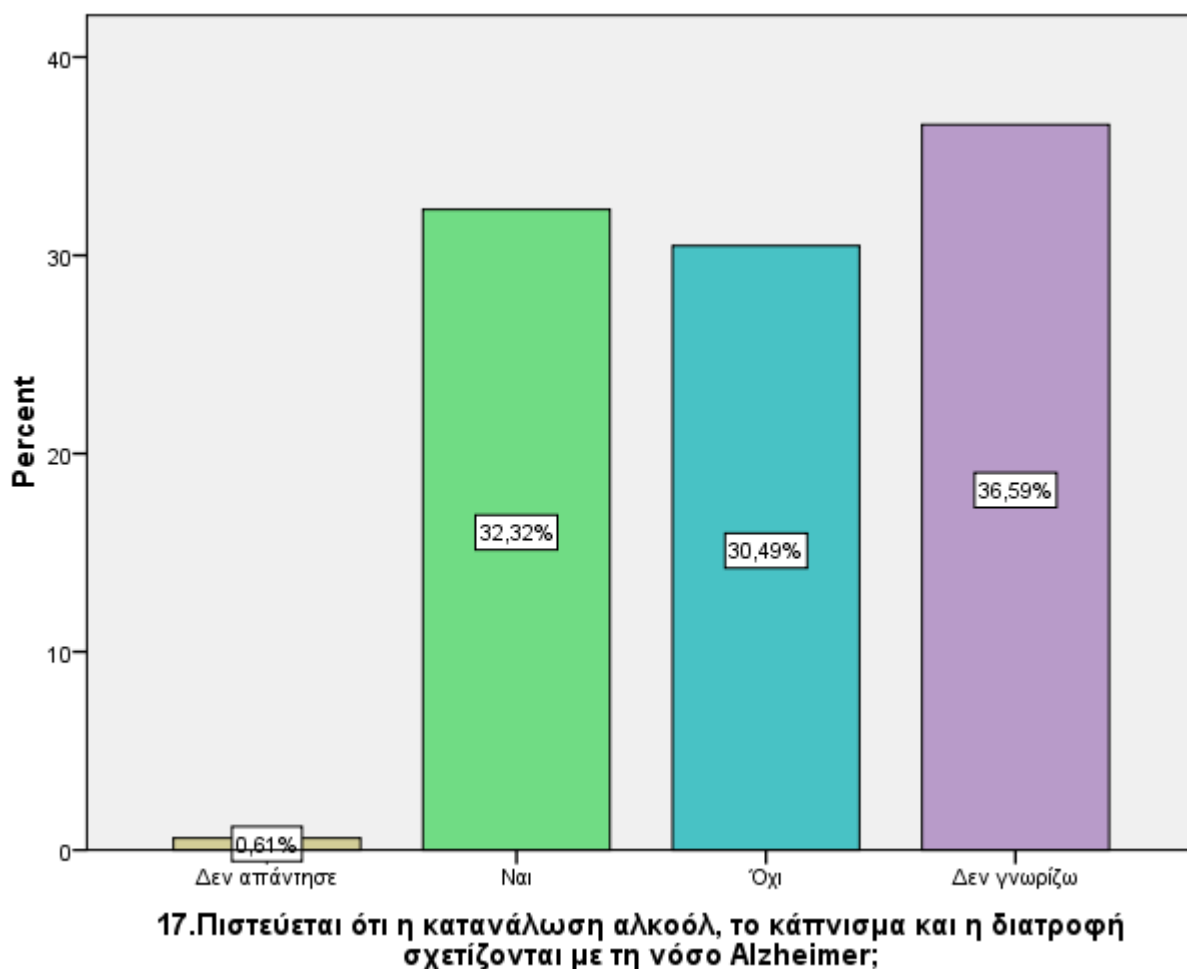
16.Πιστεύεται ότι η απώλεια μνήμης είναι μια ένδειξη της νόσου Alzheimer;

Πίνακας 17: Κατανομή των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η διατροφή σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer

17.Πιστεύεται ότι η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η διατροφή σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	0,6
Ναι	53	32,3
Όχι	50	30,5
Δεν γνωρίζω	60	36,6

Το 32,3% του δείγματος πιστεύει ότι η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η διατροφή σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer, το 30,5% θεωρεί ότι δεν σχετίζονται, το 36,6 % δεν γνωρίζει και το 0,6% δεν απάντησε. (Πίνακας 17, Σχήμα 17)

Σχήμα 17: Κατανομή των ερωτηθέντων με το αν πιστεύουν ότι η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η διατροφή σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer

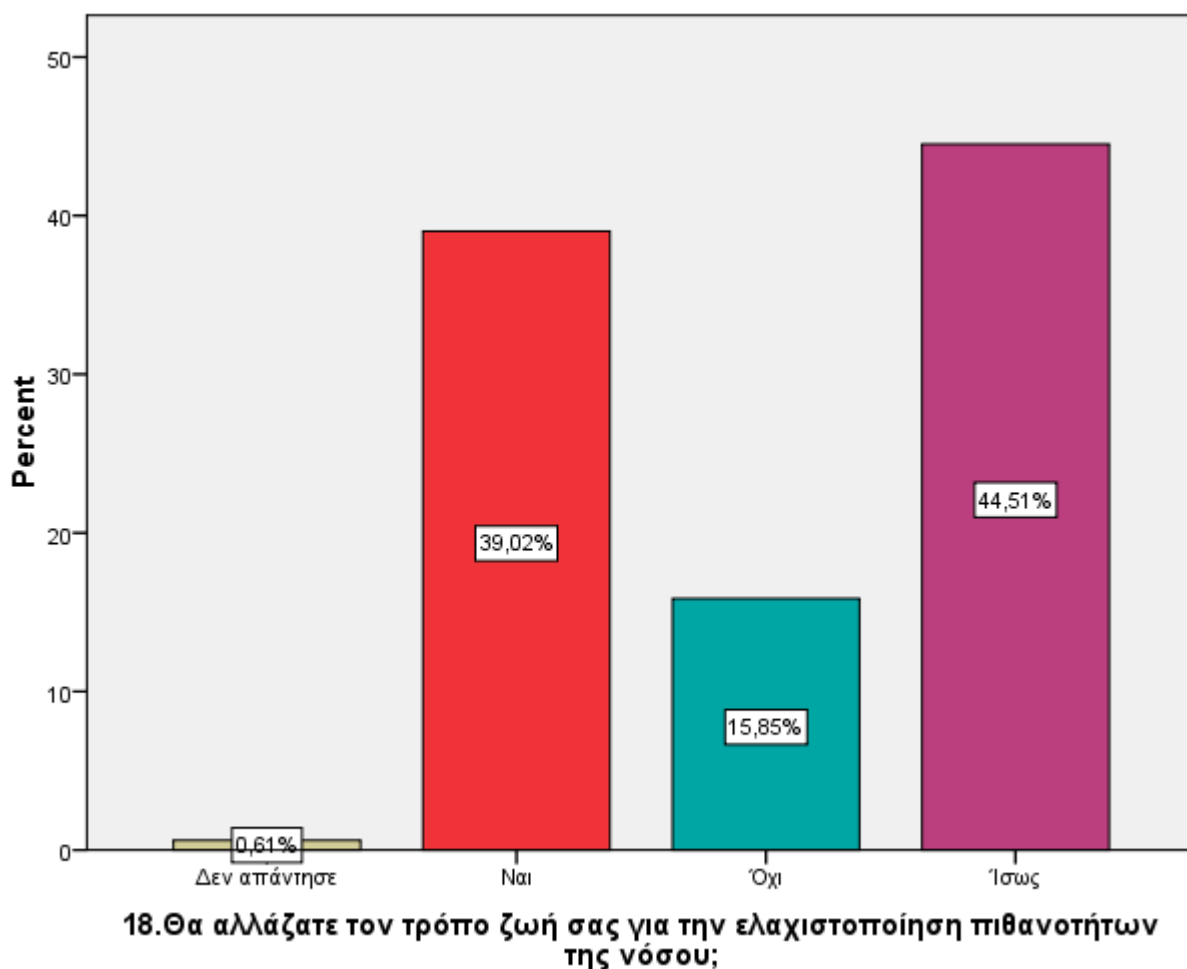


Πίνακας 18: Κατανομή των ερωτηθέντων για τον τρόπο ζωής και την ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της νόσου

18.Θα αλλάζατε τον τρόπο ζωής σας για την ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της νόσου;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	0,6
Ναι	64	39,0
Όχι	26	15,9
Ίσως	73	44,5

Το 39% των ερωτηθέντων θα άλλαζε τον τρόπο ζωής για την ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της νόσου, το 15,9% όχι και το 44,5% ίσως. (Πίνακας 18, Σχήμα 18)

Σχήμα 18: Κατανομή των ερωτηθέντων για τον τρόπο ζωής και την ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της νόσου



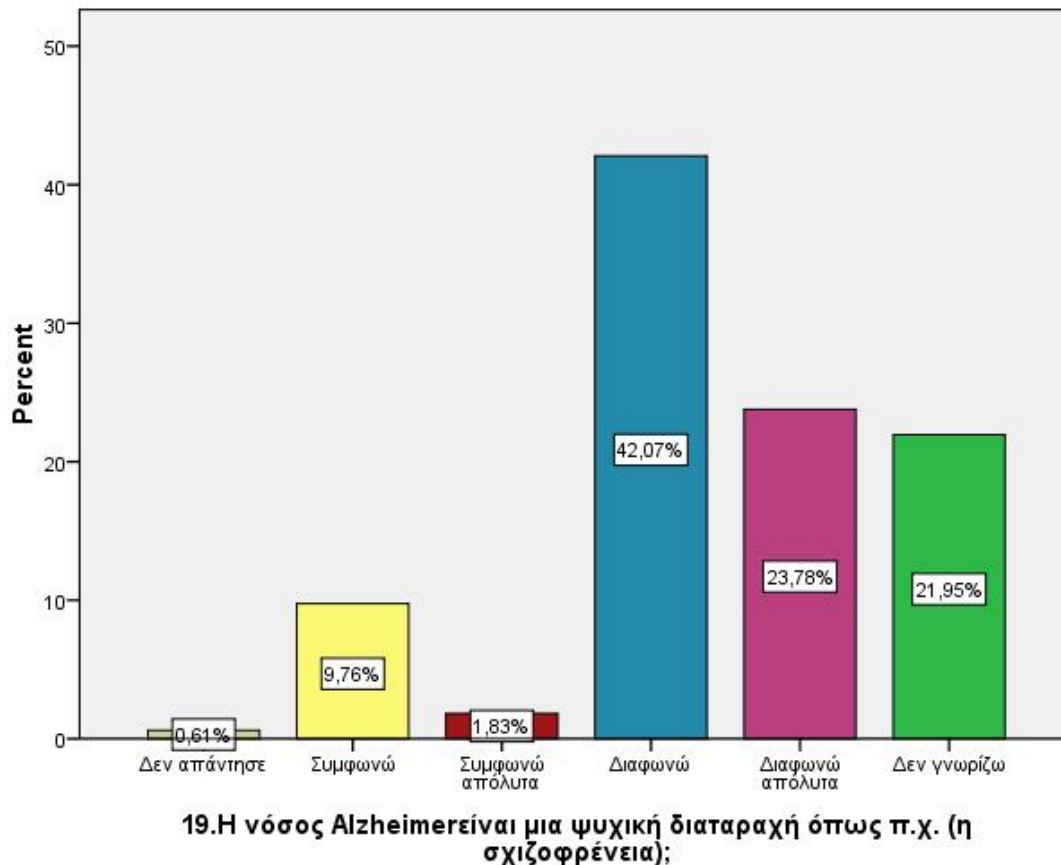
Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων για το αν η νόσος Alzheimer είναι μια ψυχική διαταραχή

19. Η νόσος Alzheimer είναι μια ψυχική διαταραχή όπως π.χ. (η σχιζοφρένεια);	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	0,6
Συμφωνώ	16	9,8
Συμφωνώ απόλυτα	3	1,8
Διαφωνώ	69	42,1
Διαφωνώ απόλυτα	39	23,8

Δεν γνωρίζω	36	22,0
-------------	----	------

Το 42,1% διαφωνεί ότι η νόσος Alzheimer είναι μια ψυχική διαταραχή όπως π.χ. (η σχιζοφρένεια), το 23,8% διαφωνεί απόλυτα, το 22 % δεν γνωρίζει, το 9,8% συμφωνεί και το 1,8% συμφωνεί απόλυτα. Το 0,6% δεν απάντησε. (Πίνακας 19, Σχήμα 19)

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων για το αν η νόσος Alzheimer είναι μια ψυχική διαταραχή

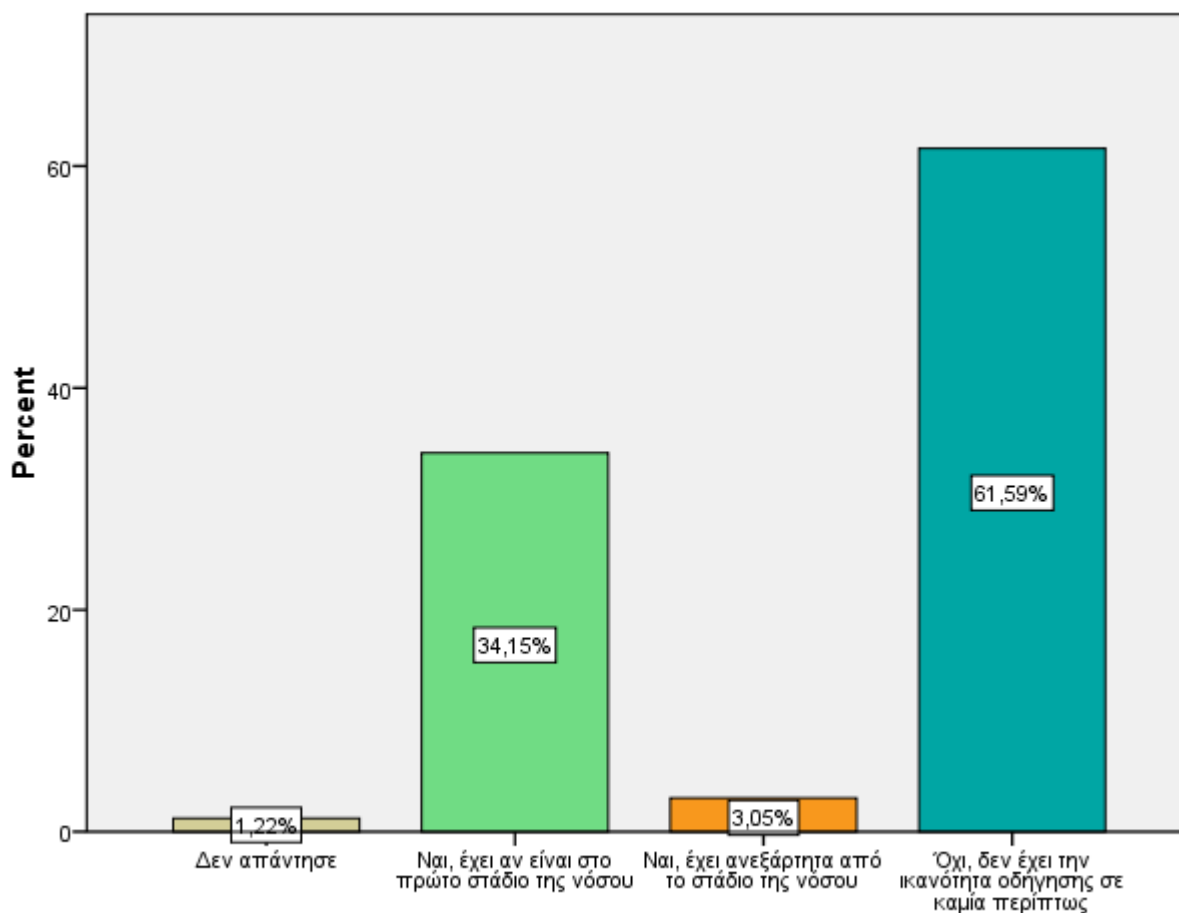


Πίνακας 20: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με την ικανότητα οδήγησης ου ατόμου με Alzheimer

20. Κατά την άποψή σας έχει την ικανότητα οδήγησης το άτομο με Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	2	1,2
Ναι, έχει αν είναι στο πρώτο στάδιο της νόσου	56	34,1
Ναι, έχει ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου	5	3,0
Όχι, δεν έχει την ικανότητα οδήγησης σε καμία περίπτωση	101	61,6

Το 61,6% θεωρεί ότι το άτομο με Alzheimer δεν έχει την ικανότητα οδήγησης σε καμία περίπτωση, το 34,1% ναι, έχει αν είναι στο πρώτο στάδιο της νόσου, το 3% ναι, έχει ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου και το 1,2% δεν απάντησε. (Πίνακας 20, Σχήμα 20)

Σχήμα 20: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με την ικανότητα οδήγησης του ατόμου με Alzheimer



20. Κατά την άποψή σας έχει την ικανότητα οδήγησης το άτομο με Alzheimer

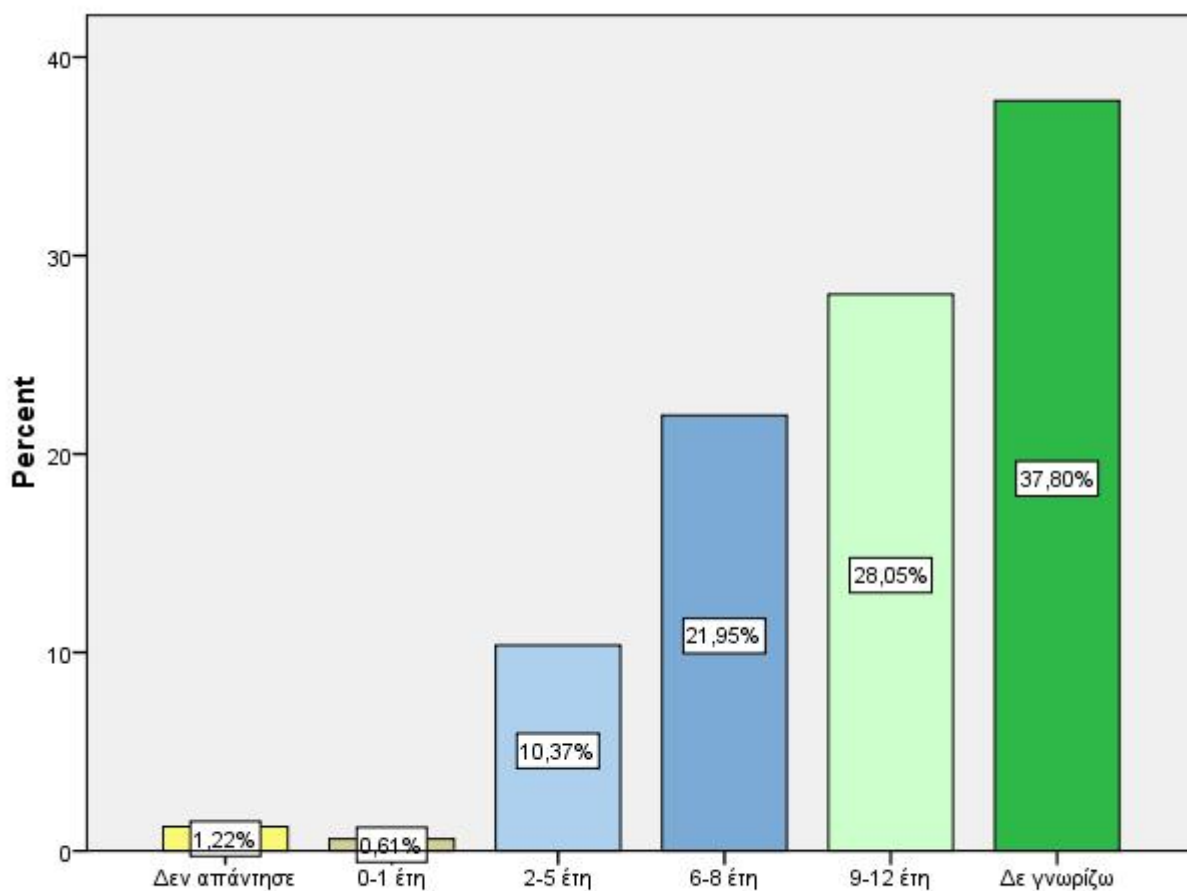
Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το προσδόκιμο ζωής του ασθενή με Alzheimer

21. Αν και το ποσοστό προόδου της νόσου Alzheimer είναι μεταβλητό, ποια πιστεύετε ότι είναι η μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	2	1,2
0-1 έτη	1	,6
2-5 έτη	17	10,4

6-8 έτη	36	22,0
9-12 έτη	46	28,0
Δε γνωρίζω	62	37,8

Το 37,8% των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει την μέση διάρκεια ζωής του ατόμου με Alzheimer, το 28% θεωρεί ότι είναι 9-12 έτη, το 22% θεωρεί ότι το προσδόκιμο ζωής είναι 6-8 έτη, το 10,4% 2-5 έτη, το 0,6% 0-1 έτος και το 1,2% δεν απάντησε. (Πίνακας 21, Σχήμα 21)

Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το προσδόκιμο ζωής του ασθενή με Alzheimer



21.Αν και το ποσοστό προόδου της νόσου Alzheimer είναι μεταβλητό, ποια πιστεύετε ότι είναι η μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής;

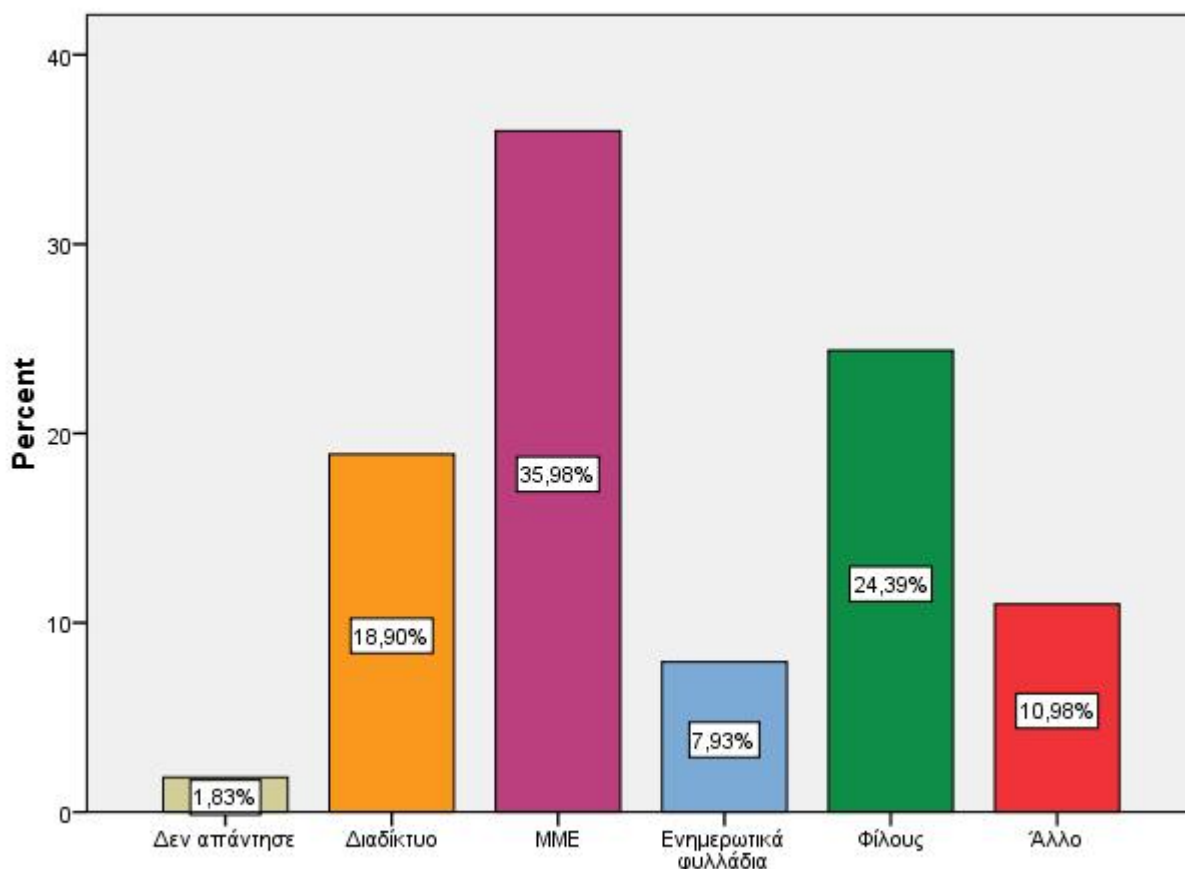
Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά τις πηγές ενημέρωσης της νόσου

22.Από ποια πηγή έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη νόσο;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	3	1,8
Διαδίκτυο	31	18,9
MME	59	36,0
Ενημερωτικά φυλλάδια	13	7,9

Φίλους	40	24,4
Άλλο	18	11,0

Όσο αφορά την πηγή ενημέρωσης σχετικά με την νόσο 18,9% των ερωτηθέντων απαντά το διαδίκτυο, το 36% τα ΜΜΕ, το 7,9% τα ενημερωτικά φυλλάδια, το 24,4% από φίλους και το 11% από άλλες πηγές όπως γιατροί και βιβλία. (Πίνακας 22, Σχήμα 22)

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά τις πηγές ενημέρωση της νόσου



22.Από ποια πηγή έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη νόσο;

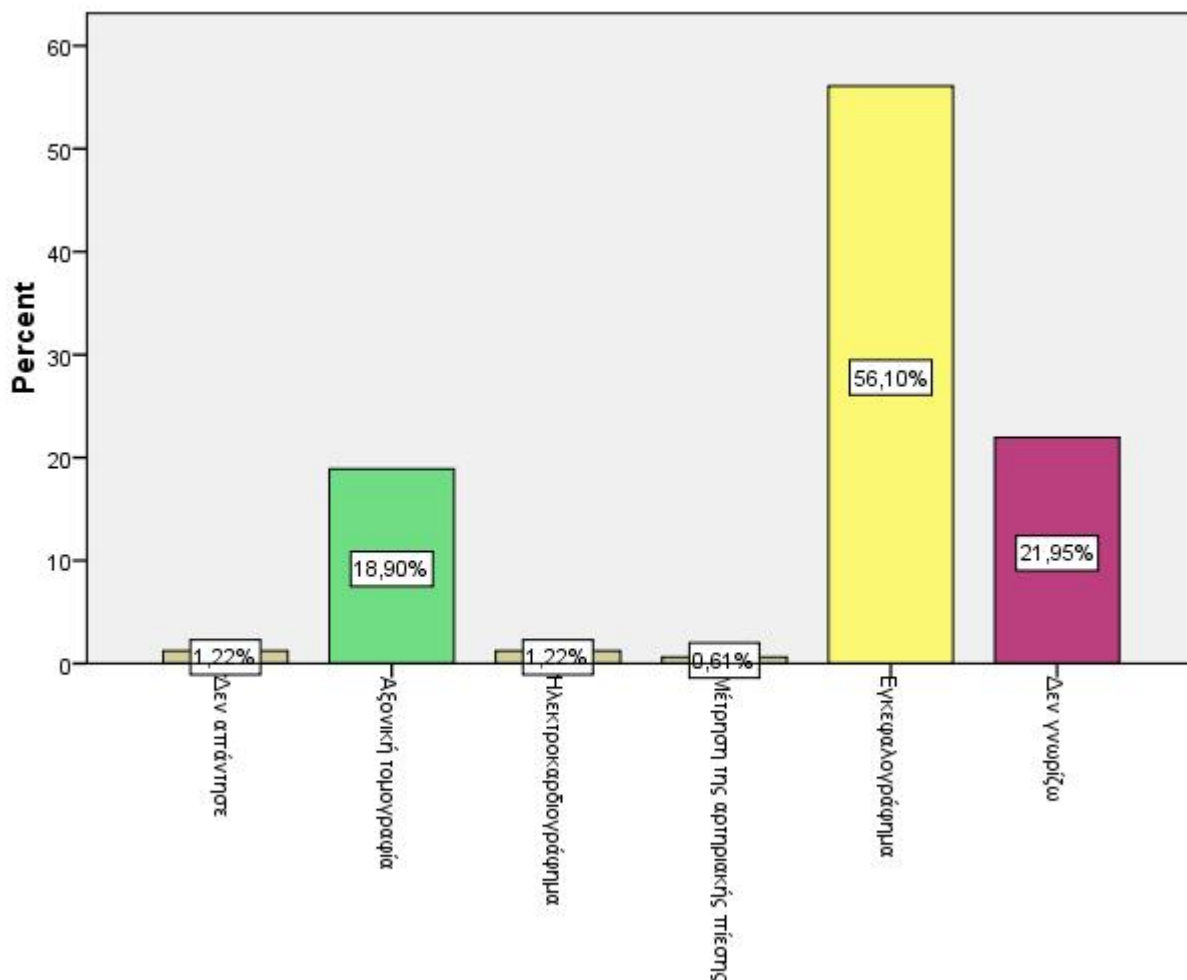
Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τις μεθόδους διάγνωση της νόσου

23.Ποια από τις παρακάτω μεθόδους νομίζετε ότι χρησιμοποιείται για την διάγνωση της νόσου Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	2	1,2
Αξονική τομογραφία	31	18,9
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	2	1,2
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	1	,6

Εγκεφαλογράφημα	92	56,1
Δεν γνωρίζω	36	22,0

Το 56,1% του πληθυσμού υποδεικνύει το εγκεφαλογράφημα ως μέθοδο διάγνωσης της νόσου Alzheimer, το 18,9% την αξονική τομογραφία, το 1,2% το ηλεκτροκαρδιογράφημα, το 0,6% την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης ενώ το 22 % δεν γνωρίζει κάποια μέθοδο και το 1,2% δεν απάντησε. (Πίνακας 23, Σχήμα 23)

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τις μεθόδους διάγνωση της νόσου



Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τη διαθέσιμη θεραπεία για την μείωση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer

24.Η μόνη διαθέσιμη θεραπεία για την μείωση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer είναι:	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	2	1,2
Φαρμακευτική αγωγή	137	83,5
Χειρουργική επέμβαση	5	3,0

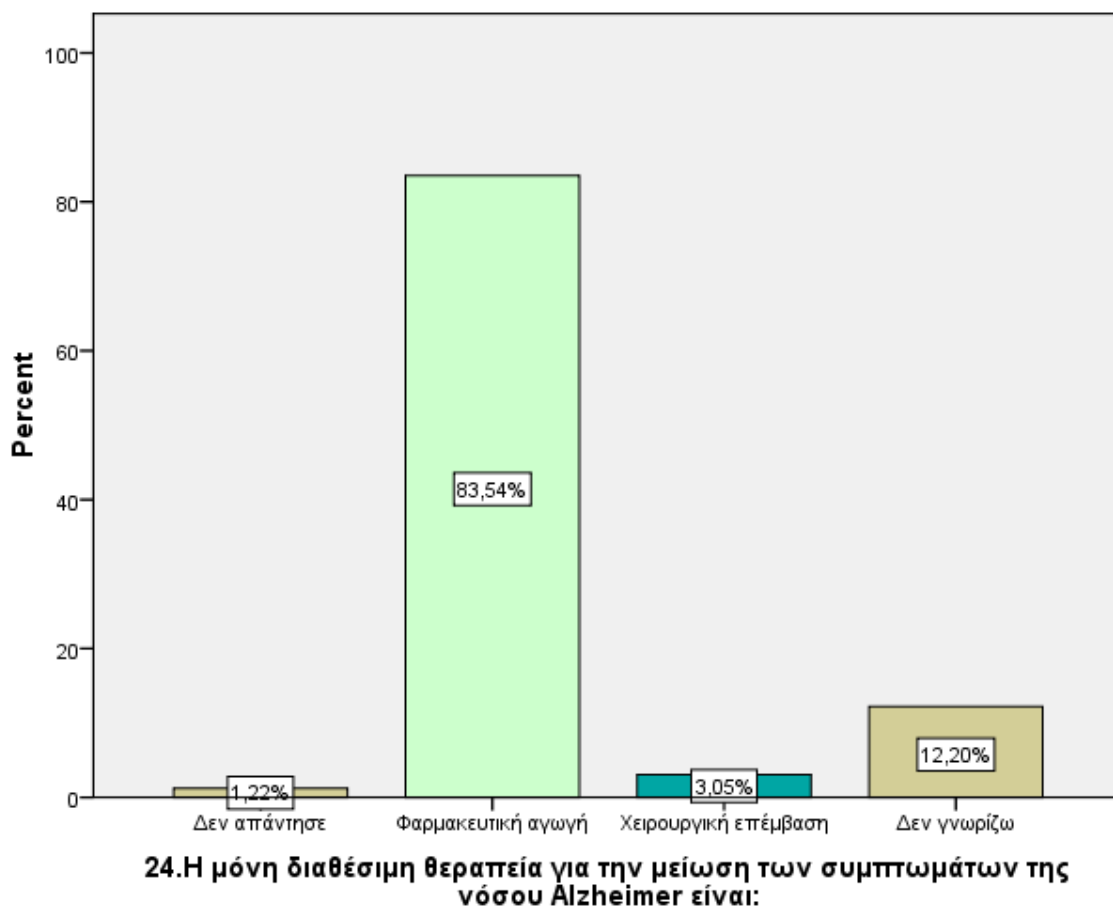
Δεν γνωρίζω

20

12,2

Το 83,5% των ερωτηθέντων θεωρεί την φαρμακευτική αγωγή ως τη μόνη διαθέσιμη θεραπεία για την μείωση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer και το 3% την χειρουργική επέμβαση. Το 12,2% δεν γνωρίζει συγκεκριμένη θεραπεία και το 1,2% δεν απάντησε. (Πίνακας 21, Σχήμα 21)

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τη διαθέσιμη θεραπεία για την μείωση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer



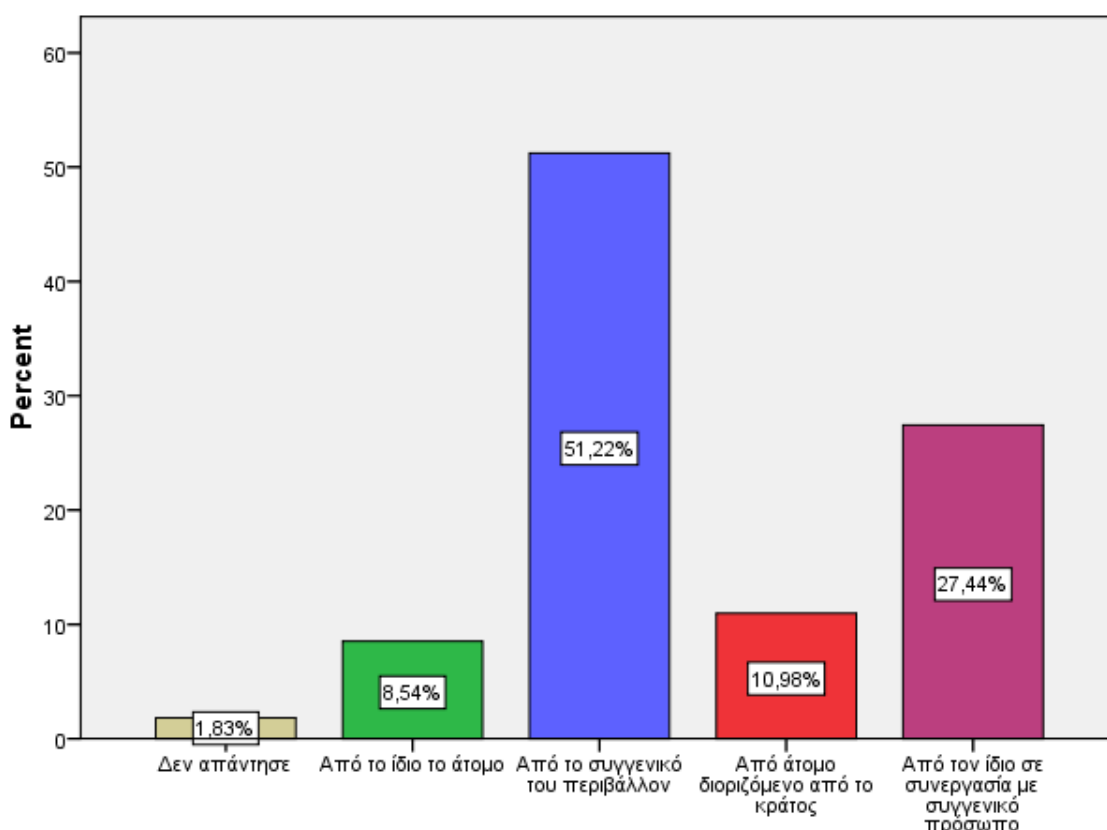
Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την διαχείριση των οικονομικών του ασθενή με Alzheimer

25. Πιστεύεται πως η διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer πρέπει να γίνεται:	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	3	1,8
Από το ίδιο το άτομο	14	8,5

Από το συγγενικό του περιβάλλον	84	51,2
Από άτομο διοριζόμενο από το κράτος	18	11,0
Από τον ίδιο σε συνεργασία με συγγενικό πρόσωπο	45	27,4

Το 51,2% πιστεύει ότι η διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer πρέπει να γίνεται από το συγγενικό περιβάλλον, το 27,4% από το ίδιο το άτομο σε συνεργασία με συγγενικό πρόσωπο, το 11% από άτομο διορισμένο από το κράτος, το 8,5% από το ίδιο το άτομο και το 1,8% δεν απάντησε. (Πίνακας 25, Σχήμα 25)

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την διαχείριση των οικονομικών του ασθενή με Alzheimer



25. Πιστεύεται πως η διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer πρέπει να γίνεται:

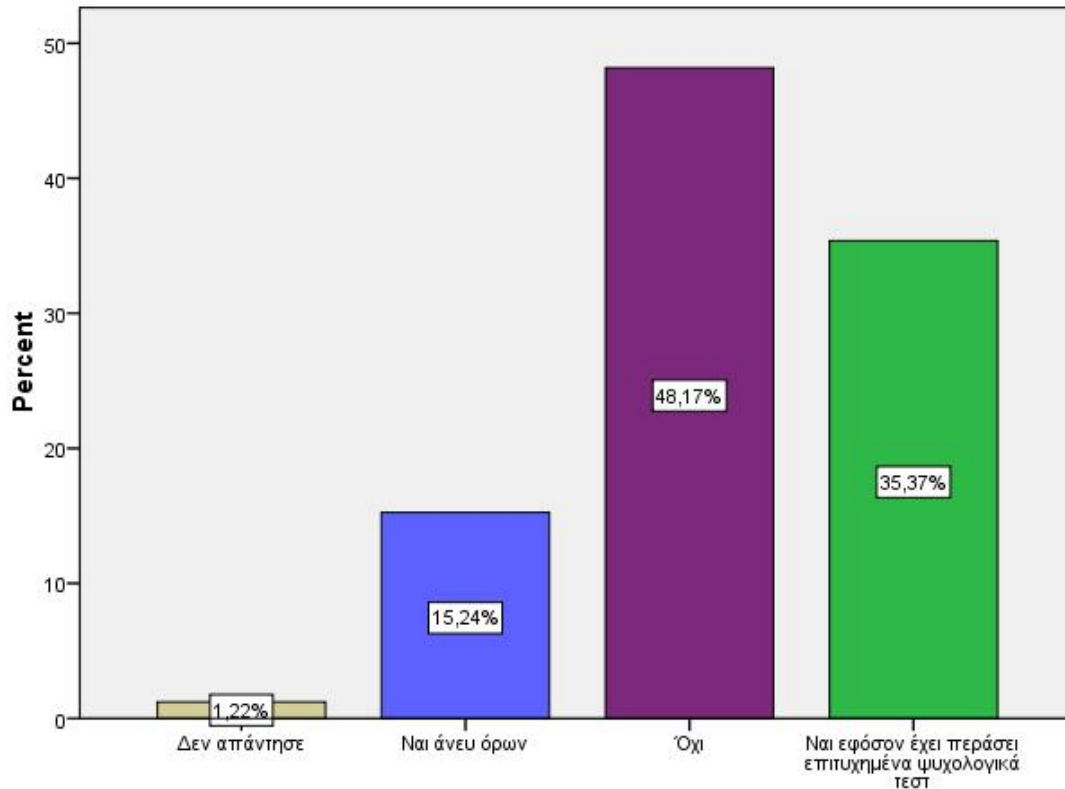
Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το δικαίωμα στο εκλέγειν και εκλέγεσθε των πασχόντων από Alzheimer

26. Πιστεύετε ότι οι πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer έχουν δικαίωμα στο εκλέγειν και εκλέγεσθε;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	2	1,2
Ναι άνευ όρων	25	15,2
Όχι	79	48,2

Ναι εφόσον έχει περάσει επιτυχημένα ψυχολογικά τεστ	58	35,4
---	----	------

Σχετικά με το δικαίωμα στο εκλέγειν και εκλέγεσθε όσων πάσχουν από τη νόσο Alzheimer το 48,2% πιστεύουν ότι δεν έχουν δικαίωμα, το 35,4% ναι εφόσον έχει περάσει επιτυχημένα ψυχολογικά τεστ, το 15,2% ναι άνευ όρων και το 1,2% δεν απάντησε. (Πίνακας 26, Σχήμα 26)

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το δικαίωμα στο εκλέγειν και εκλέγεσθε των πασχόντων από Alzheimer



26. Πιστεύετε ότι οι πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer έχουν δικαίωμα στο εκλέγειν και εκλέγεσθε;

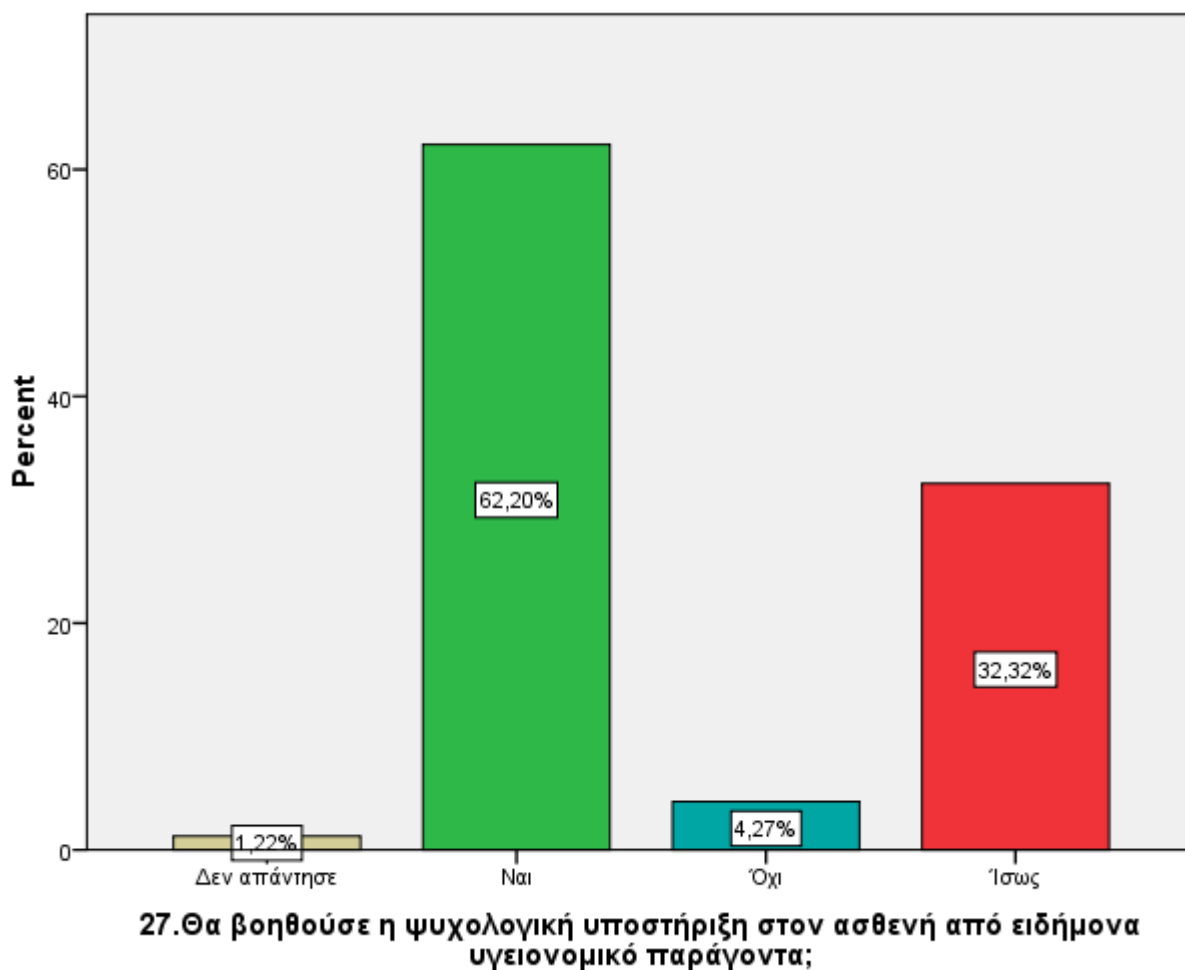
Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τη βοήθεια της ψυχολογικής υποστήριξη στον ασθενή από ειδήμονα υγειονομικό παράγοντα

27. Θα βοηθούσε η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή από ειδήμονα υγειονομικό παράγοντα;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	2	1,2
Ναι	102	62,2

Όχι	7	4,3
Ίσως	53	32,3

Το 62,2% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή από ειδήμονα υγειονομικό παράγοντα θα βοηθούσε, το 32,3% ίσως, το 4,3% όχι και το 1,2% δεν απάντησε. (Πίνακας 27, Σχήμα 27)

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τη βοήθεια της ψυχολογικής υποστήριξης στον ασθενή από ειδήμονα υγειονομικό παράγοντα

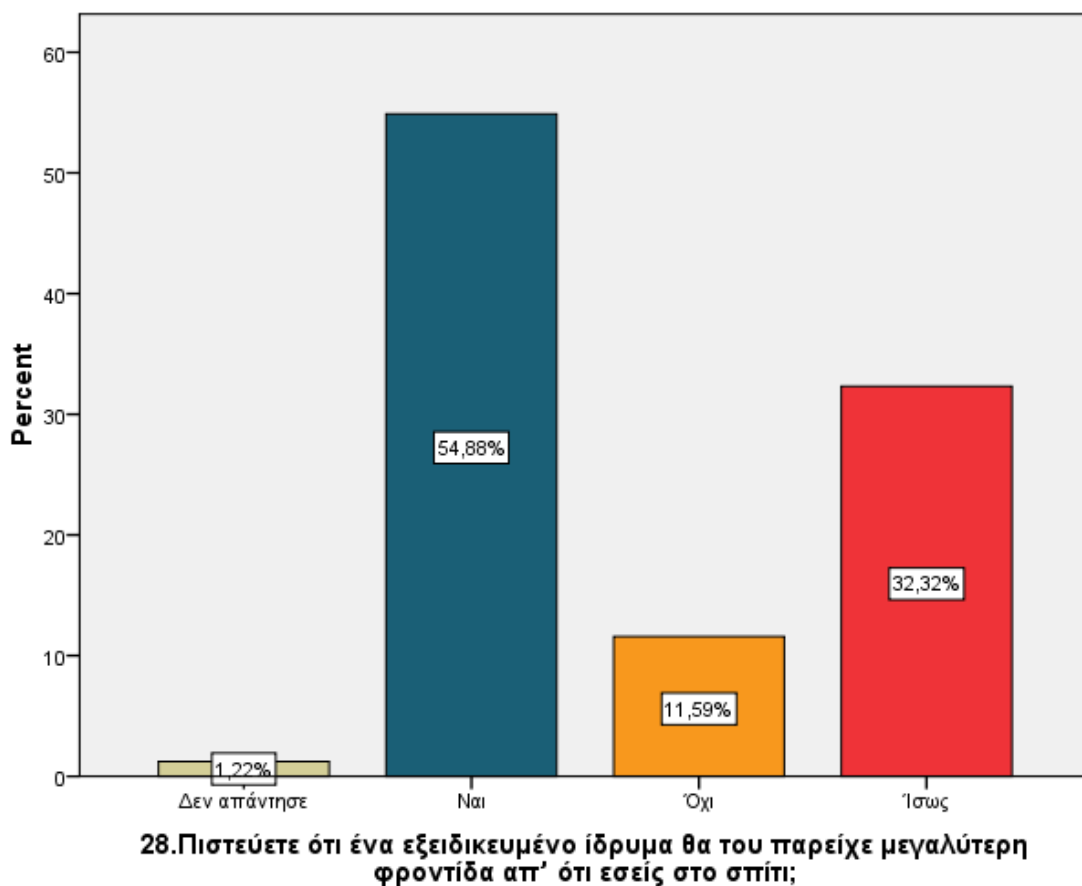


Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την φροντίδα στο σπίτι ασθενών με τη νόσο

28.Πιστεύετε ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα του παρείχε μεγαλύτερη φροντίδα απ' ότι εσείς στο σπίτι;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	2	1,2
Ναι	90	54,9
Όχι	19	11,6
Ίσως	53	32,3

Το 54,9% των συμμετεχόντων στην έρευνα πιστεύει ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα του παρείχε μεγαλύτερη φροντίδα από ότι οι ίδιοι στο σπίτι, το 11,6% διαφωνούν ενώ το 32,3% πιστεύουν ίσως και το 1,2 δεν απάντησε. (Πίνακας 28, Σχήμα 28)

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την φροντίδα στο σπίτι ασθενών με τη νόσο

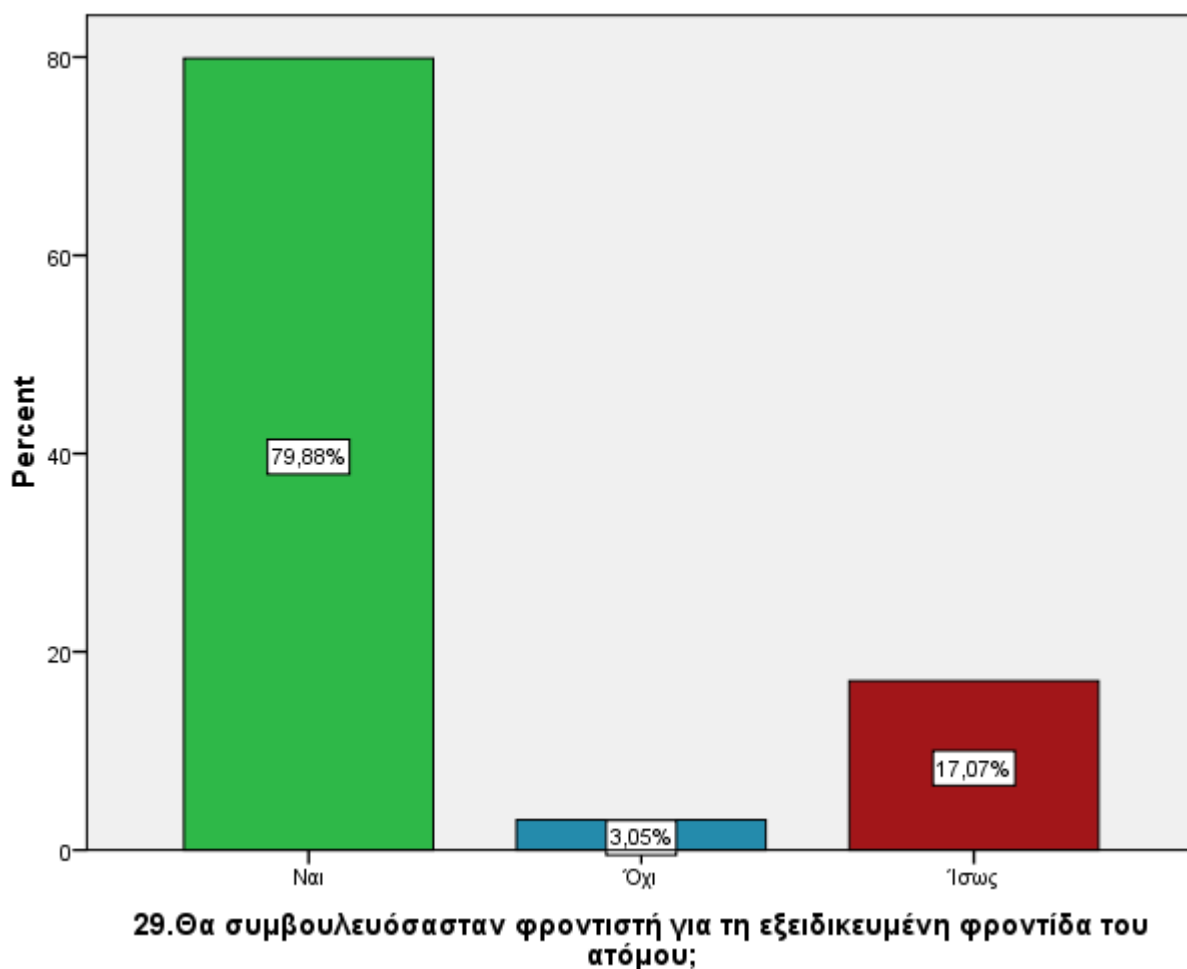


Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τη εξειδικευμένη φροντίδα του ατόμου

29. Θα συμβουλευόσασταν φροντιστή για τη εξειδικευμένη φροντίδα του ατόμου;	N = 164	Percent (%)
Ναι	131	79,9
Όχι	5	3,0
Ίσως	28	17,1

Το 79,9% θα συμβουλευόταν φροντιστή για τη εξειδικευμένη φροντίδα του ατόμου, το 17,1% ίσως και το 3% όχι. (Πίνακας 29, Σχήμα 29)

Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με τη εξειδικευμένη φροντίδα του ατόμου



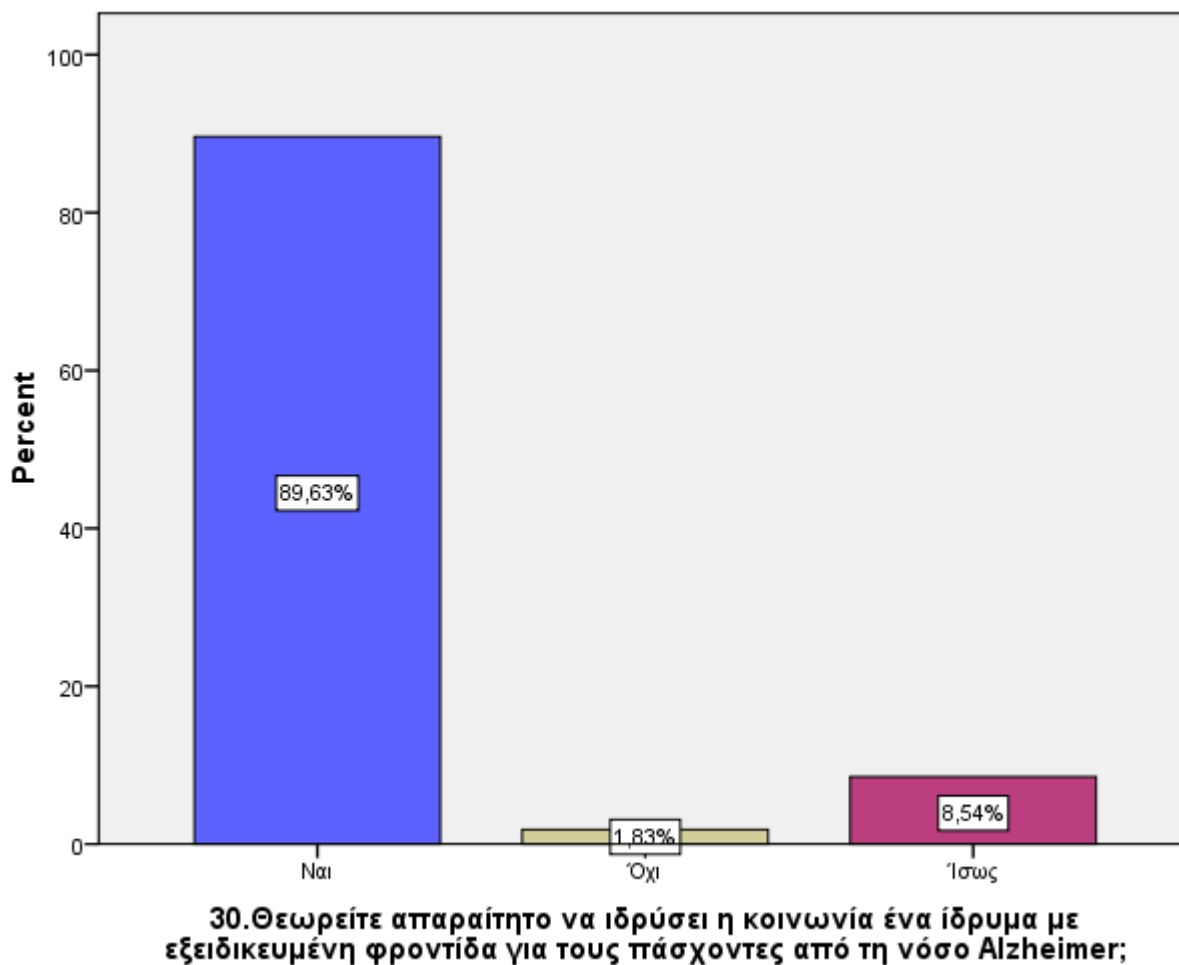
Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την αναγκαιότητα δημιουργίας ιδρύματος για εξειδικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer

30.Θεωρείτε απαραίτητο να ιδρύσει η κοινωνία ένα ίδρυμα με εξειδικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer	N = 164	Percent (%)
Ναι	147	89,6
Όχι	3	1,8

Ίσως	14	8,5
------	----	-----

Το 89,6% του πληθυσμού θεωρεί απαραίτητο να ιδρύσει η κοινωνία ένα ίδρυμα με εξειδικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer, το 8,5% ίσως και το 1,8% όχι. (Πίνακας 30, Σχήμα 30)

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την αναγκαιότητα δημιουργίας ιδρύματος για εξειδικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer



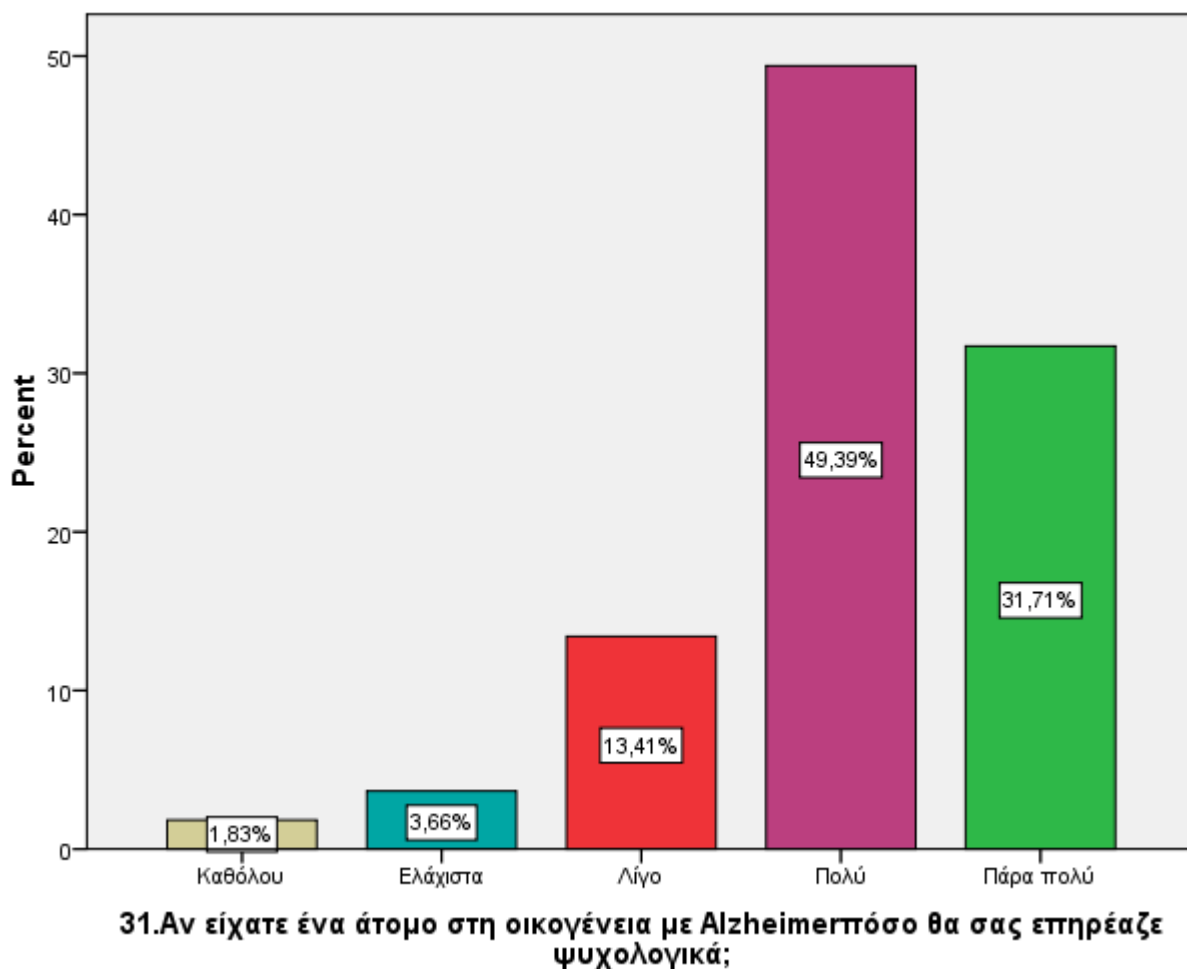
Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την ψυχολογική τους επιρροή από άτομο με Alzheimer στην οικογένεια

31.Αν είχατε ένα άτομο στη οικογένεια με Alzheimer πόσο θα σας επηρέαζε ψυχολογικά;	N = 164	Percent (%)
Καθόλου	3	1,8
Ελάχιστα	6	3,7
Λίγο	22	13,4

Πολύ	81	49,4
Πάρα πολύ	52	31,7

Το 49,4% θα επηρεαζόταν ψυχολογικά πολύ αν είχε ένα άτομο στην οικογένεια με Alzheimer, το 31,7% πάρα πολύ, το 13,4% λίγο, το 3,7% ελάχιστα και το 1,8% καθόλου. (Πίνακας 31, Σχήμα31)

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την ψυχολογική τους επιρροή από άτομο με Alzheimer στην οικογένεια



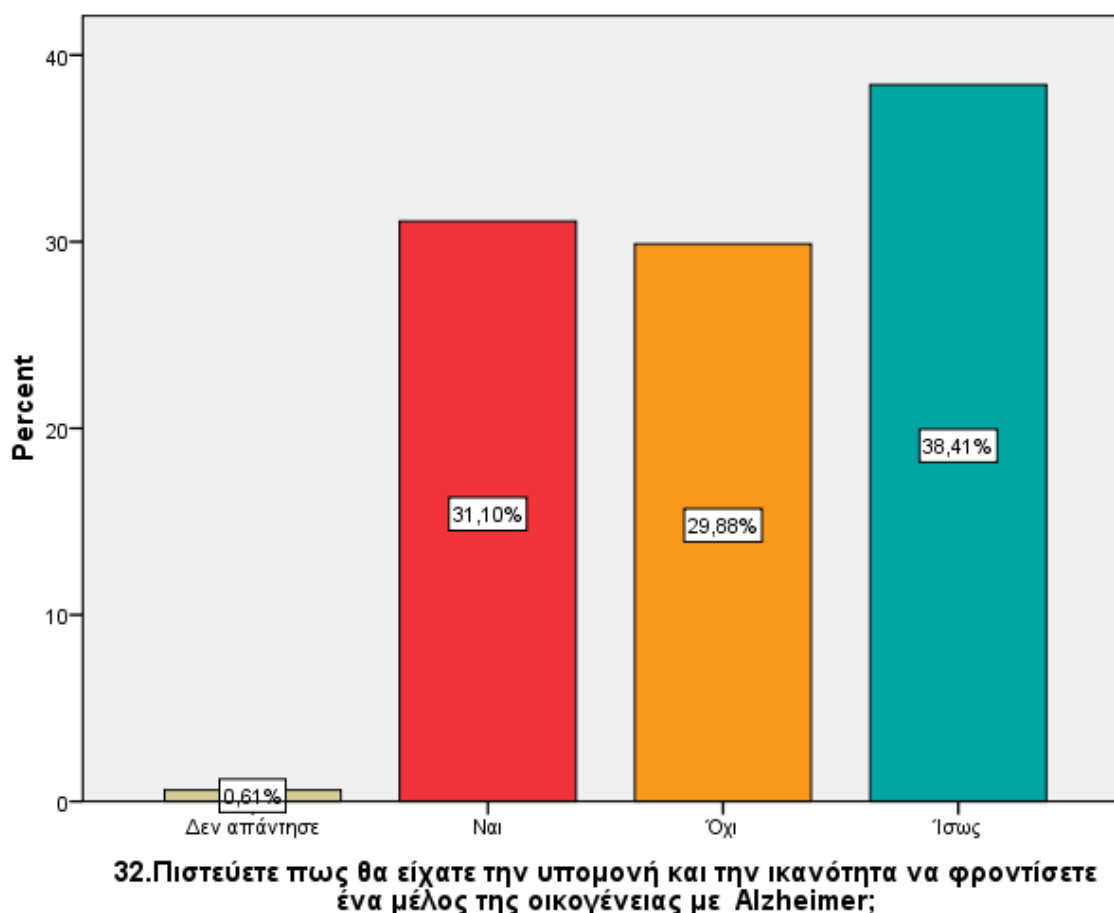
Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσουν ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer

32.Πιστεύετε πως θα είχατε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσετε ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	0,6
Ναι	51	31,1
Όχι	49	29,9

Ίσως	63	38,4
------	----	------

Το 38,4% ίσως να είχε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσει ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer, το 31,1 % ναι, το 29,9% όχι και το 0,6% δεν απάντησε. (Πίνακας 32, Σχήμα 32)

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσουν ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer



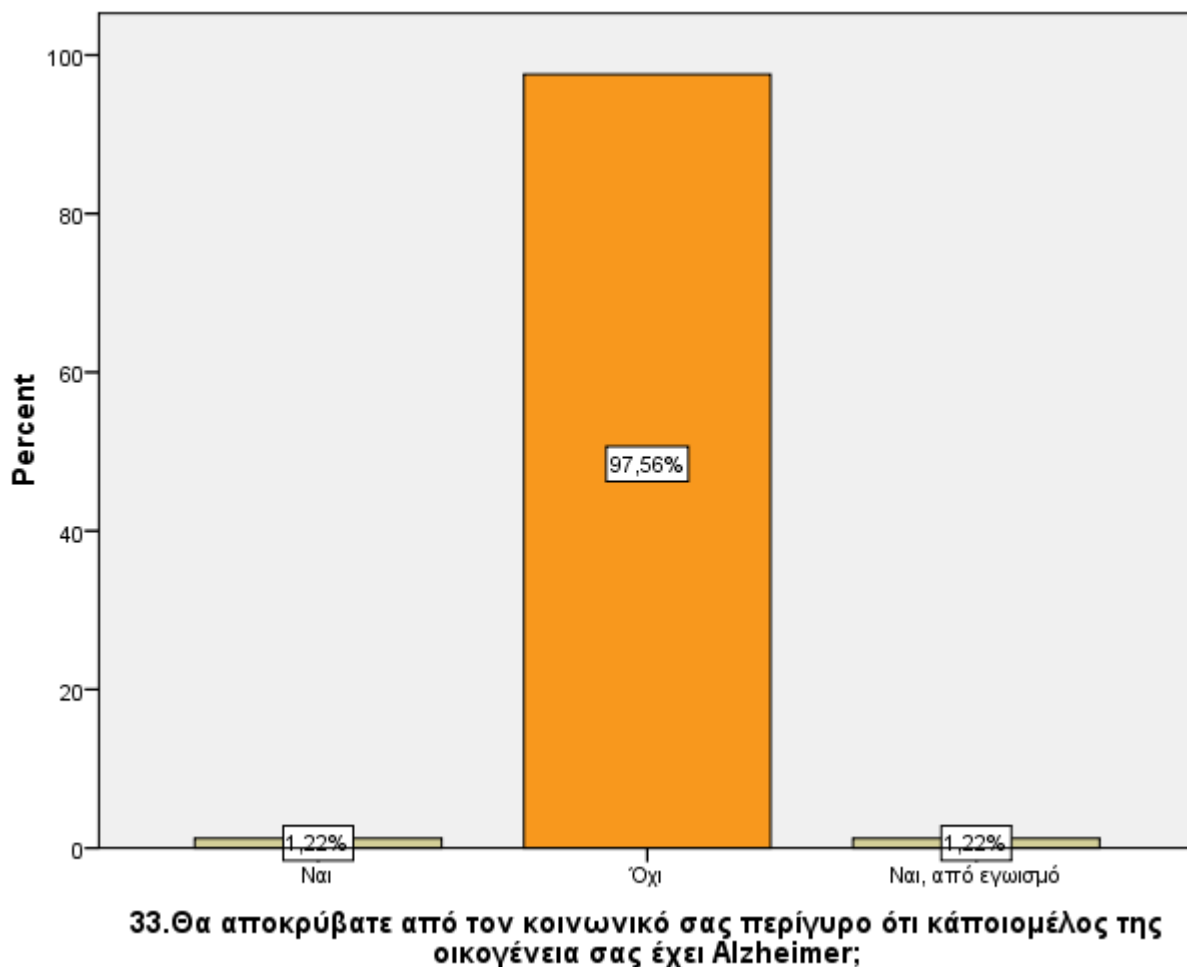
Πίνακας 33: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θα αποκρυβαν από τον κοινωνικό περίγυρο ότι κάποιο μέλος της οικογένεια έχει Alzheimer

33. Θα αποκρύβατε από τον κοινωνικό σας περίγυρο ότι κάποιο μέλος της οικογένεια σας έχει Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Ναι	2	1,2
Όχι	160	97,6

Ναι, από εγωισμό	2	1,2
------------------	---	-----

Το 97,6% των ερωτηθέντων δεν θα έκρυβε από τον κοινωνικό τους περίγυρο ότι κάποιο μέλος της οικογένεια τους έχει Alzheimer ενώ το 1,2% θα το απέκρυβε και το ίδιο ποσοστό δεν απάντησε. (Πίνακας 33, Σχήμα 33)

Σχήμα 33: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με το αν θα αποκρυβαν από τον κοινωνικό περίγυρο ότι κάποιο μέλος της οικογένεια έχει Alzheimer



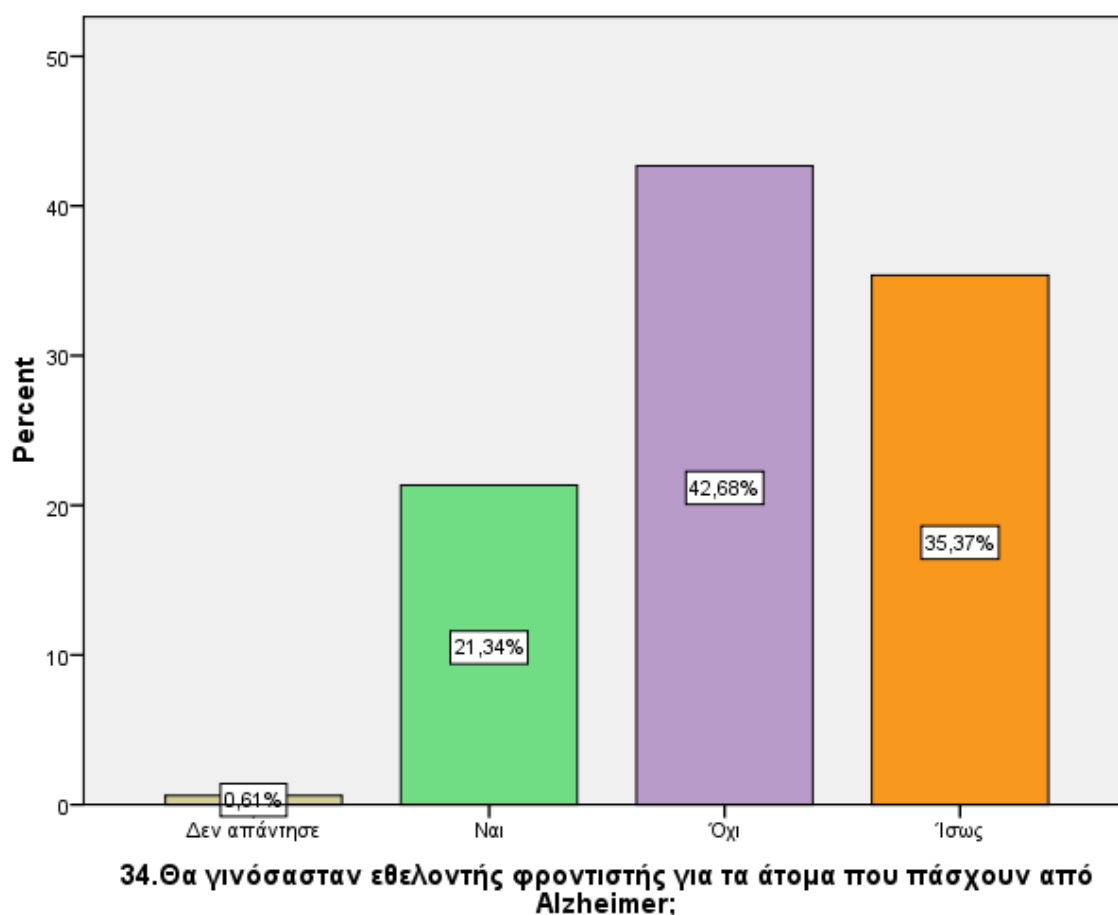
Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την εθελοντική φροντίδα ασθενών με Alzheimer

34.Θα γινόσασταν εθελοντής φροντιστής για τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	1	0,6

Ναι	35	21,3
Όχι	70	42,7
Ίσως	58	35,4

Δεν θα γινόταν εθελοντής φροντιστής για άτομα που πάσχουν από Alzheimer δήλωσε το 42,7% των συμμετεχόντων, ίσως απάντησε το 35,4% και ναι το 21,3%. Δεν απάντησε το 0,6%. (Πίνακας 34, Σχήμα34)

Σχήμα 34: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την εθελοντική φροντίδα ασθενών με Alzheimer



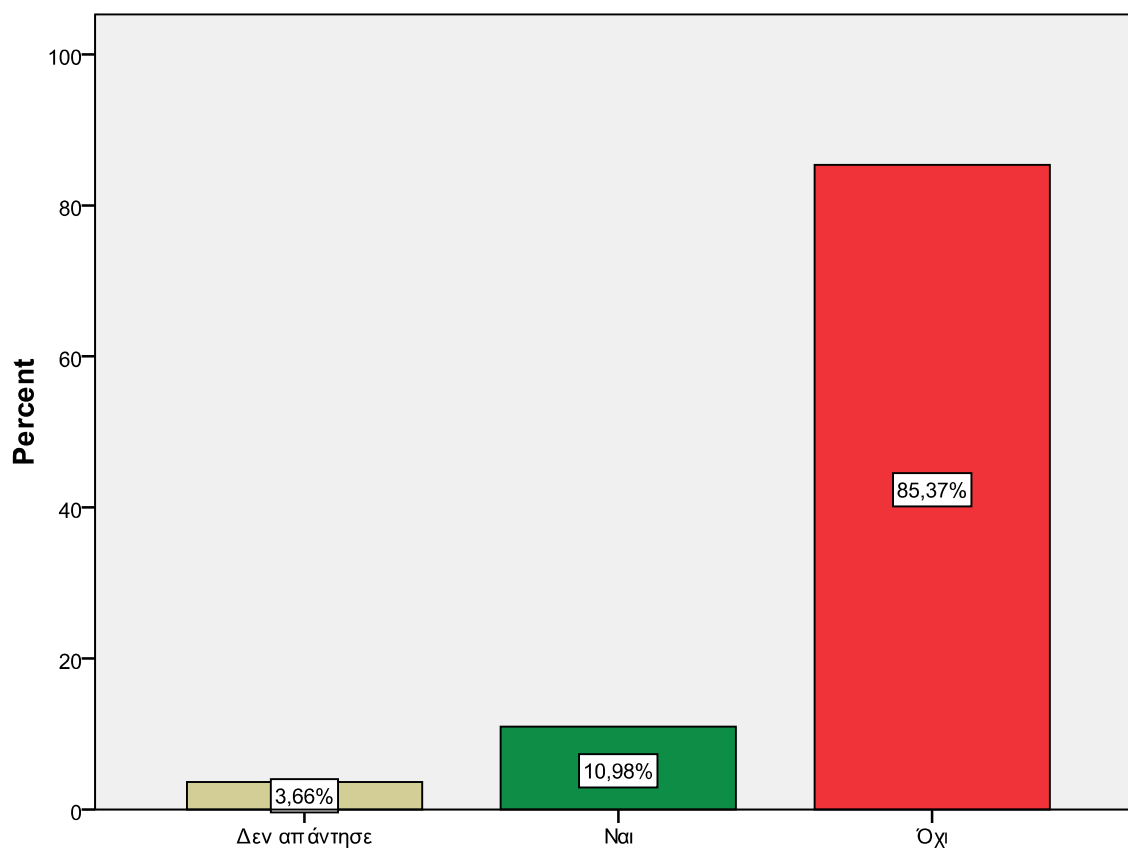
Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την φροντίδα ασθενή με Alzheimer

35.Θεωρείτε ικανοποιητικές τις γνώσεις σας και τις εμπειρίες σας για να φροντίσετε ασθενή με Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Δεν απάντησε	6	3,7
Ναι	18	11,0

Όχι	140	85,4
-----	-----	------

Το 85,4% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι δεν είναι ικανοποιητικές οι γνώσεις τους και οι εμπειρίες τους για να φροντίσουν ασθενή με Alzheimer, το 11% θεωρεί πως είναι ικανοποιητικές και το 3,7% δεν απάντησε. (Πίνακας 35, Σχήμα 35)

Σχήμα 35: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με την φροντίδα ασθενή με Alzheimer



35.Θεωρείτε ικανοποιητικές τις γνώσεις σας και τις εμπειρίες σας για τη φροντίσετε ασθενή με Alzheimer;

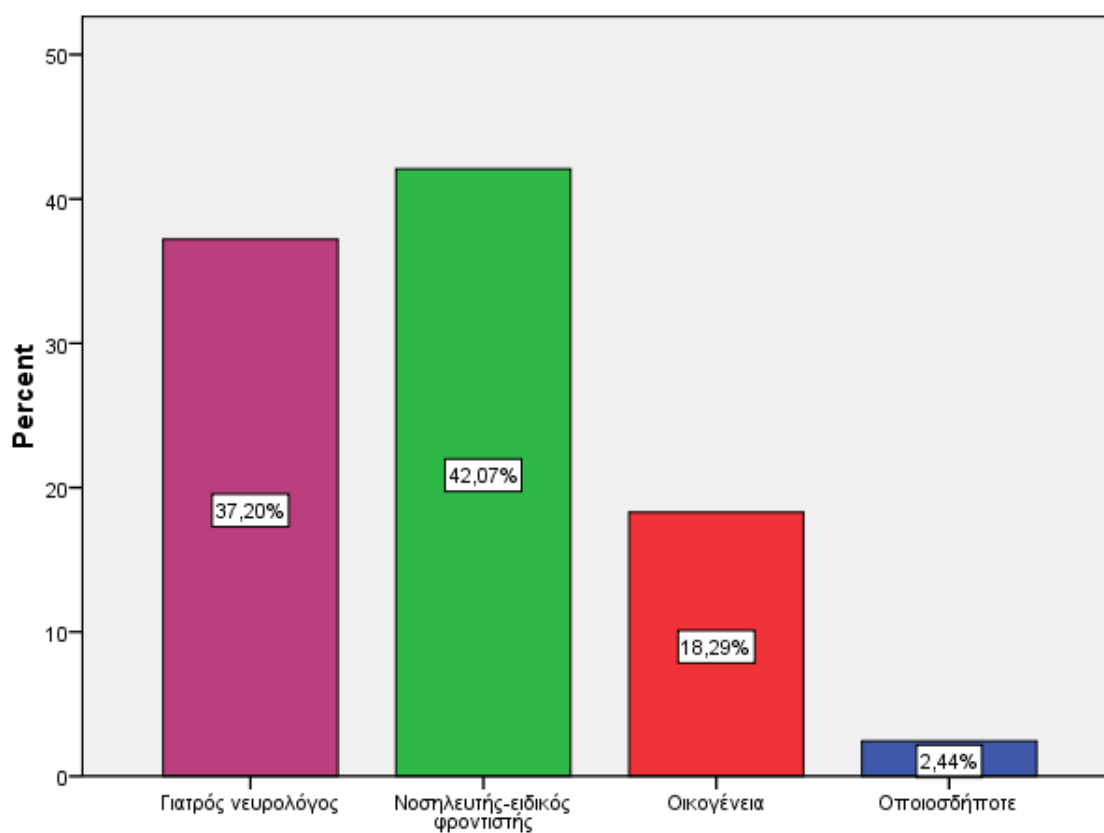
Πίνακας 36: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το ποιος είναι απαραίτητος-χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα αρρώστου με Alzheimer

36.Ποιος νομίζεται ότι είναι απαραίτητος-χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα αρρώστου με Alzheimer;	N = 164	Percent (%)
Γιατρός νευρολόγος	61	37,2

Νοσηλευτής-ειδικός φροντιστής	69	42,1
Οικογένεια	30	18,3
Οποιοσδήποτε	4	2,4

Σχετικά με το ποιος είναι απαραίτητος – χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα του αρρώστου με Alzheimer, το 37,2% δηλώνει γιατρός νευρολόγος, το 42,1 % νοσηλευτής – ειδικός φροντιστής, το 18,3% οικογένεια και το 2,4 % οποιοσδήποτε. (Πίνακας 36, Σχήμα 36)

Σχήμα 36: Κατανομή ερωτηθέντων σχετικά με το ποιος είναι απαραίτητος-χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα αρρώστου με Alzheimer



36. Ποιος νομίζεται ότι είναι απαραίτητος-χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα αρρώστου με Alzheimer;

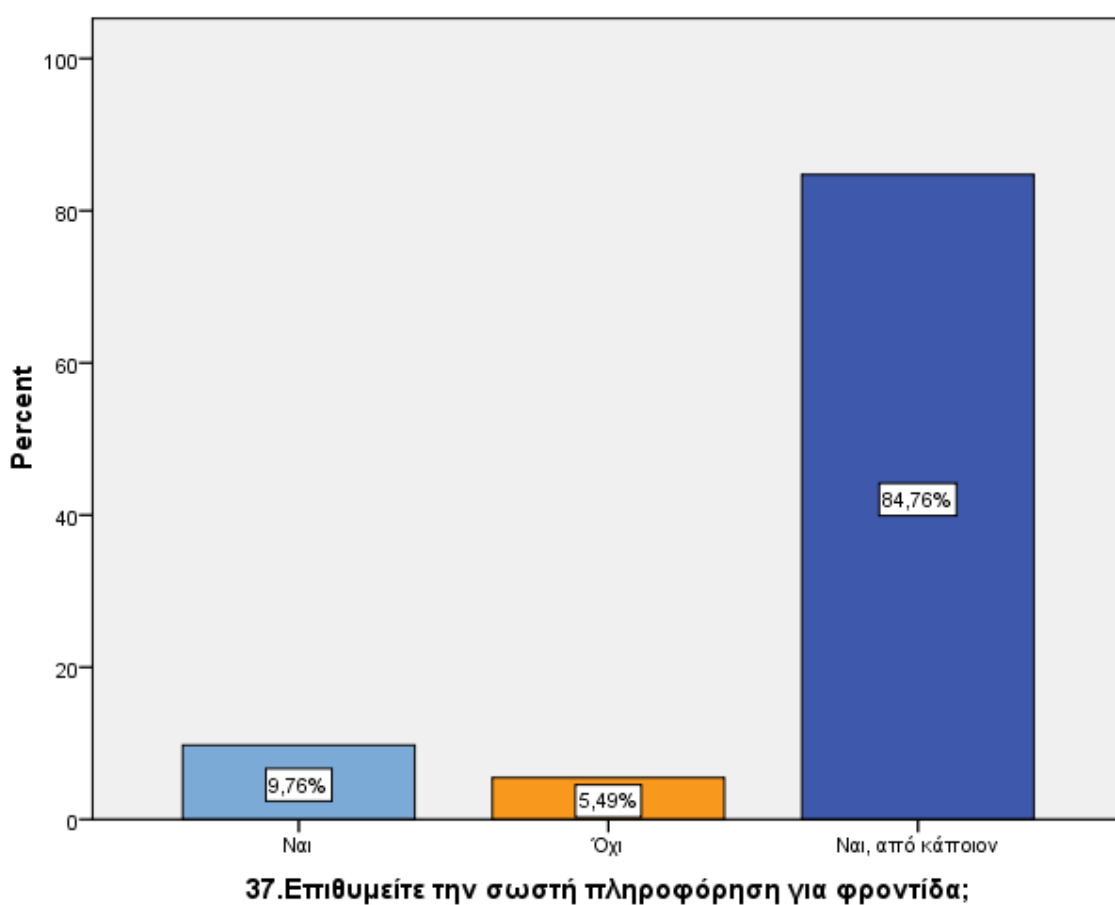
Πίνακας 37: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με την επιθυμία σωστής πληροφόρησης για φροντίδα

37. Επιθυμείτε την σωστή πληροφόρηση για φροντίδα;	N = 164	Percent (%)
Ναι	16	9,8

Όχι	9	5,5
Ναι, από κάποιον	139	84,8

Σε μεγάλο ποσοστό η κοινή γνώμη επιθυμεί την σωστή πληροφόρηση για φροντίδα των ασθενών με Alzheimer, το 9,8% λέει ναι χωρίς να προσδιορίζει από ποιον, το 84,8% δηλώνει ναι προσδιορίζοντας από ποιόν και το 5,5% δεν επιθυμεί την πληροφόρηση. Να σημειώσουμε ότι σε γενική πλειοψηφία η ελεύθερη απάντηση στον προσδιορισμό του ατόμου από το οποίο επιθυμούν πληροφόρηση είναι μέλη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. (Πίνακας 37, Σχήμα 37)

Σχήμα 37: Κατανομή των ερωτηθέντων σχετικά με την επιθυμία σωστής πληροφόρησης για φροντίδα



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

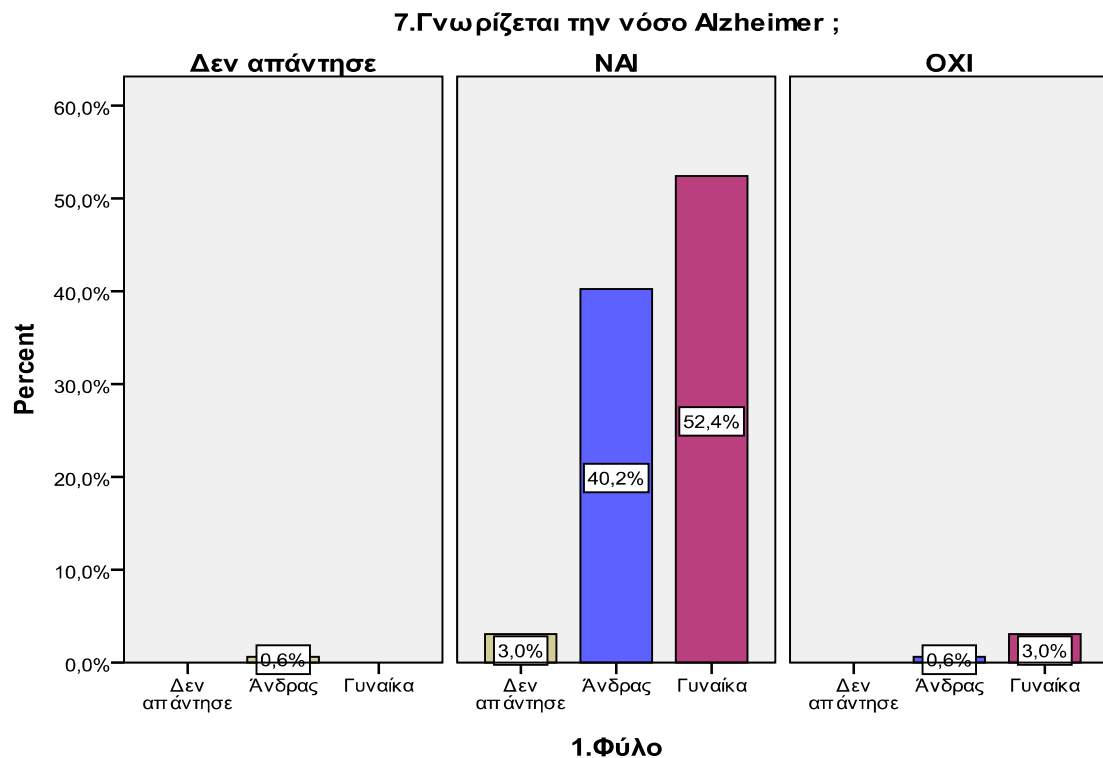
Πίνακας 38: Συσχέτιση φύλου και γνώσης νόσου Alzheimer

1.Φύλο	7.Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;
---------------	--

	Δεν απάντησε	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ανδρας	1	66	1
	0,6%	40,2%	0,6%
Δεν απάντησε	0	5	0
	0,0%	3,0%	0,0%
Γυναίκα	0	86	5
	0,0%	52,4%	3,0%
$\chi^2=3,359$; $df=4$; $p=0,500$; NS			

Το 53,2% των γυναικών γνωρίζει την νόσο Alzheimer σε αντίθεση με τους άνδρες ερωτηθέντες που την γνωρίζει σε ποσοστό 40,2%. (Πίνακας 38, Σχήμα 38). Οι διαφορές που παρατηρούνται όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=3,359$; $df=4$; $p=0,500$; NS).

Σχήμα 38: Συσχέτιση φύλου και γνώσης νόσου Alzheimer



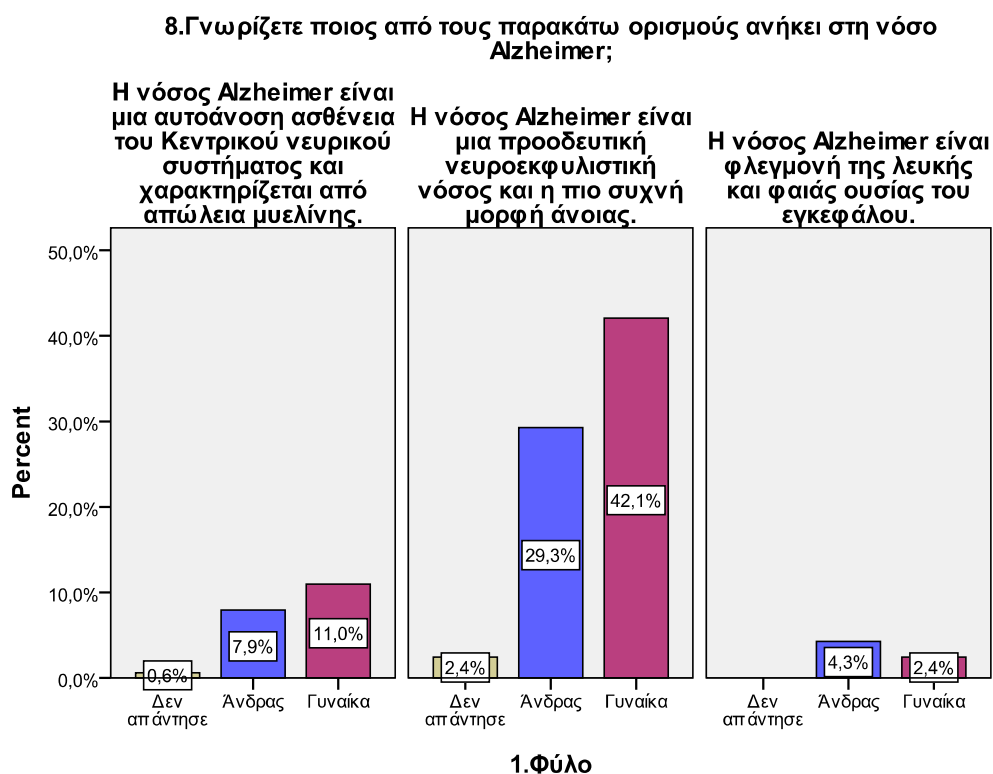
Πίνακας 39: Συσχέτιση φύλου και γνώση του ορισμού της νόσου

8.Γνωρίζετε ποιος από τους παρακάτω ορισμούς ανήκει στη νόσο Alzheimer;	1.Φύλο		
	Δεν	Ανδρας	Γυναίκα

	απάντηση		
Η νόσος Alzheimer είναι μια αυτοάνοση ασθένεια του Κεντρικού νευρικού συστήματος και χαρακτηρίζεται από απώλεια μυελίνης.	1	13	18
	0,6%	7,9%	11,0%
Η νόσος Alzheimer είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσος και η πιο συχνή μορφή άνοιας.	4	48	69
	2,4%	29,3%	42,1%
Η νόσος Alzheimer είναι φλεγμονή της λευκής και φαιάς ουσίας του εγκεφάλου.	0	7	4
	0,0%	4,3%	2,4%
$\chi^2=2,546$; $df=4$; $p=0,636$; NS			

Το 42,1% των γυναικών έδωσε σωστό ορισμό της νόσου Alzheimer σε αντίθεση με τους άνδρες ερωτηθέντες που έδωσαν σωστό ορισμό σε ποσοστό 29,3%. (Πίνακας 39, Σχήμα 39). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=2,546$; $df=4$; $p=0,636$; NS).

Σχήμα 39: Συσχέτιση φύλου και γνώση του ορισμού της νόσου



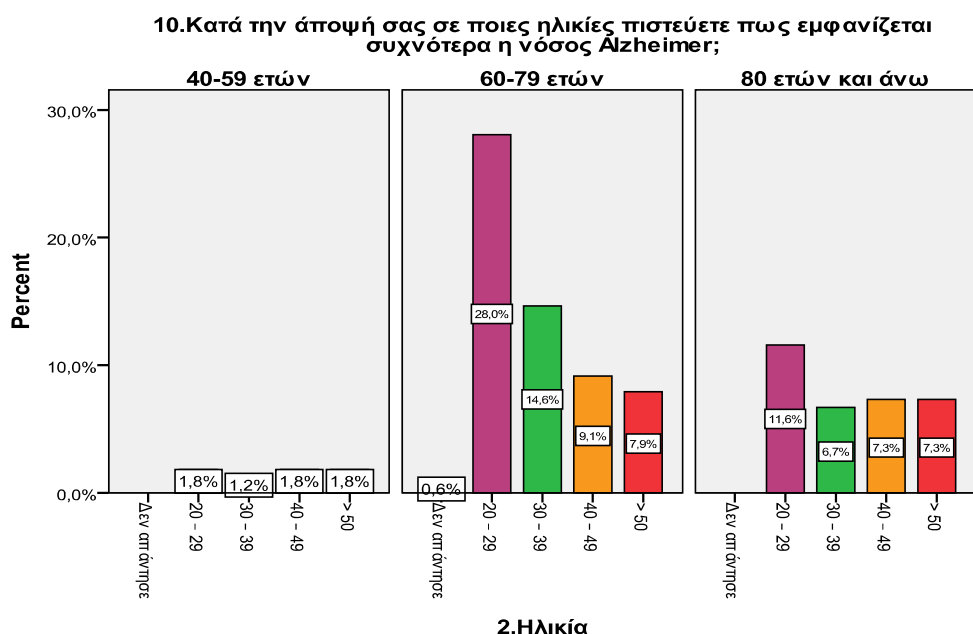
Πίνακας 40: Συσχέτιση ηλικίας ερωτηθέντων και ηλικίες εμφάνισης της νόσου

10.Κατά την άποψή σας σε ποιες ηλικίες πιστεύετε πως εμφανίζεται συχνότερα η νόσος Alzheimer;
--

	40-59 ετών	60-79 ετών	80 ετών και άνω
2.Ηλικία			
Δεν απάντησε	0	1	0
	0,0%	0,6%	0,0%
20 – 29	3	46	19
	1,8%	28,0%	11,6%
30 – 39	2	24	11
	1,2%	14,6%	6,7%
40 – 49	3	15	12
	1,8%	9,1%	7,3%
> 50	3	13	12
	1,8%	7,9%	7,3%
$\chi^2 = 6,518 ; df=8; p=0,589; NS$			

Το 28% των ερωτηθέντων που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 20-29 ετών πιστεύει ότι η νόσος Alzheimer εμφανίζεται στις ηλικίες από 60 έως 79 ετών. Στις ίδιες ηλικίες θεωρεί ότι εμφανίζεται η νόσος και η ηλικιακή ομάδα 30-39 ετών. (Πίνακας 40, Σχήμα 40). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=6,518$; $df=8$; $p=0,589$; NS).

Σχήμα 40: Συσχέτιση ηλικίας ερωτηθέντων και ηλικίες εμφάνισης της νόσου



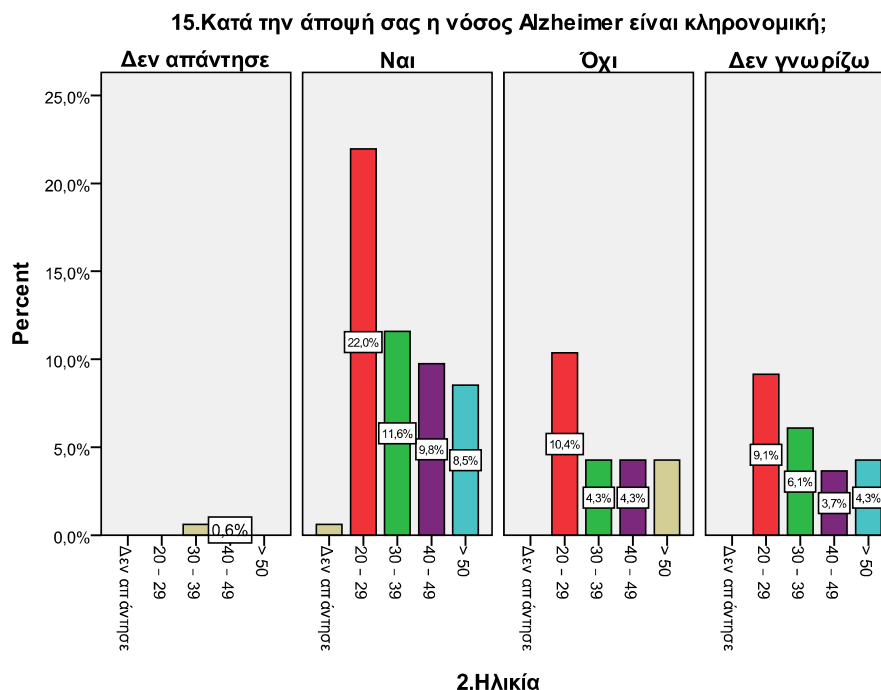
Πίνακας 41: Συσχέτιση ηλικίας ερωτηθέντων και άποψη για κληρονομικότητα της νόσου

	15. Κατά την άποψή σας η νόσος Alzheimer είναι κληρονομική;
--	--

2.Ηλικία	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Δεν απάντησε	0	1	0	0
	,0%	,6%	,0%	,0%
20 – 29	0	36	17	15
	,0%	22,0%	10,4%	9,1%
30 – 39	1	19	7	10
	,6%	11,6%	4,3%	6,1%
40 – 49	1	16	7	6
	,6%	9,8%	4,3%	3,7%
> 50	0	14	7	7
	,0%	8,5%	4,3%	4,3%
$\chi^2=4,764$; $df=12$; $p=0,965$; NS				

Η νόσος Alzheimer είναι μεταδοτική θεωρούν ερωτηθέντες που είναι από 20 έως 29 ετών σε ποσοστό 22%, ομοίως και όσοι ανήκουν στην ηλικιακή κλάση 30 με 39. (Πίνακας 41, Σχήμα 41). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=4,764$; $df=12$; $p=0,965$; NS).

Σχήμα 41: Συσχέτιση ηλικίας ερωτηθέντων και άποψη για κληρονομικότητα της νόσου



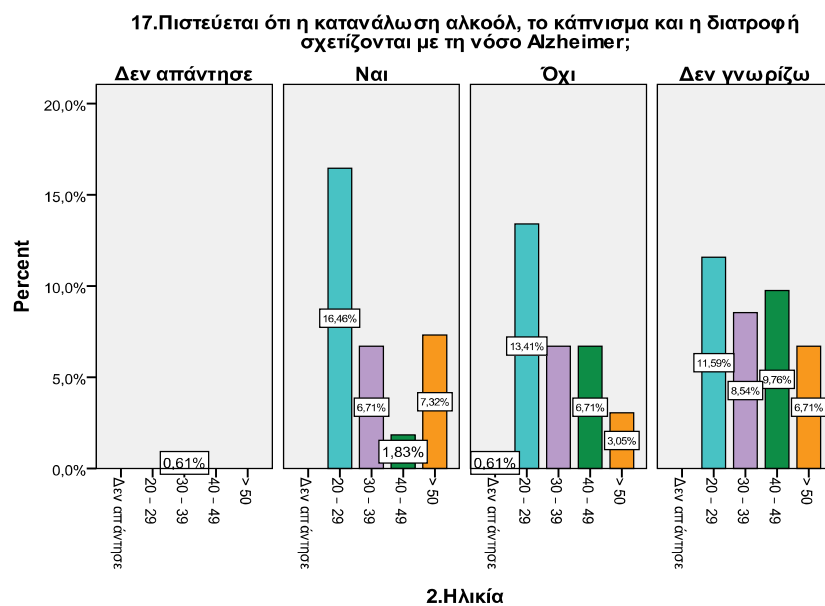
Πίνακας 42: Συσχέτιση ηλικίας και παραγόντων που σχετίζονται με τη νόσο

17. Πιστεύεται ότι η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η
--

2.Ηλικία	διατροφή σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω
Δεν απάντησε	0	0	1	0
	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%
20 – 29	0	27	22	19
	0,0%	16,5%	13,4%	11,6%
30 – 39	1	11	11	14
	,6%	6,7%	6,7%	8,5%
40 – 49	0	3	11	16
	0,0%	1,8%	6,7%	9,8%
> 50	0	12	5	11
	0,0%	7,3%	3,0%	6,7%
$\chi^2=18,204$; $df=12$; $p=0,11$; NS				

Η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η διατροφή σχετίζονται με την νόσο Alzheimer θεωρούν οι ερωτηθέντες με ηλικία 20 – 29 σε ποσοστό 16,5% ενώ υψηλά είναι και τα ποσοστά όσων δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν στην ίδια ηλικιακή ομάδα σε ποσοστό 11,6% (Πίνακας 42, Σχήμα 42). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=18,204$; $df=12$; $p=0,11$; NS).

Σχήμα 42: Συσχέτιση ηλικίας και παραγόντων που σχετίζονται με τη νόσο

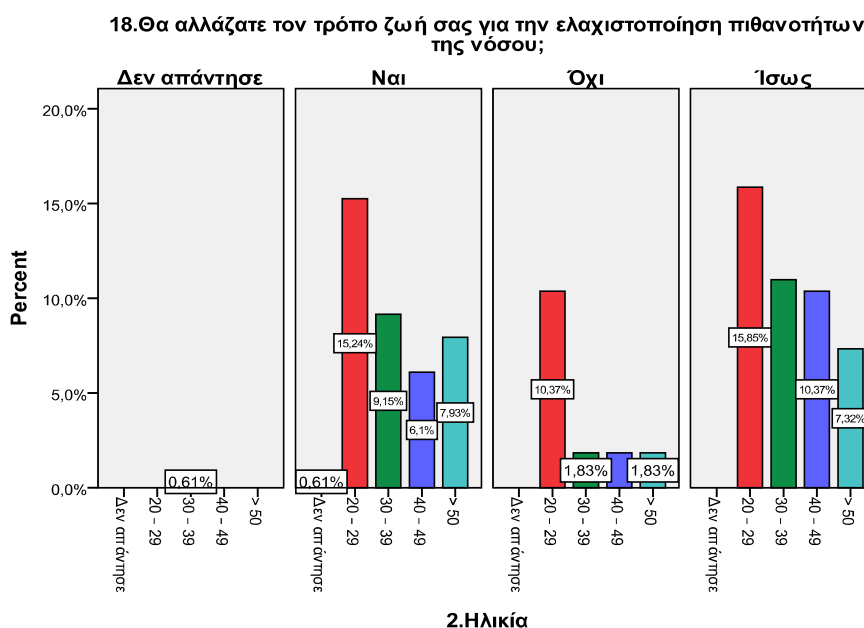


Πίνακας 43: Συσχέτιση ηλικίας και τρόπου ζωής για ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της νόσου.

2.Ηλικία	18.Θα αλλάζατε τον τρόπο ζωής σας για την ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της νόσου;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ίσως
Δεν απάντησε	0	1	0	0
	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%
20 – 29	0	25	17	26
	0,0%	15,2%	10,4%	15,9%
30 – 39	1	15	3	18
	0,6%	9,1%	1,8%	11,0%
40 – 49	0	10	3	17
	0,0%	6,1%	1,8%	10,4%
> 50	0	13	3	12
	0,0%	7,9%	1,8%	7,3%
$\chi^2=13,602$; $df=12$; $p=0,327$; NS				

Ότι ενδεχομένως θα άλλαζαν τρόπο ζωής για να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανότητες εκδήλωσης της νόσου δηλώνουν όσοι ανήκουν στις ηλικίες 20 με 29 σε ποσοστό 15,9% και σε ποσοστό 11% όσοι είναι μεταξύ 30 και 39 ετών. (Πίνακας 43, Σχήμα 43). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=13,602$; $df=12$; $p=0,327$; NS).

Σχήμα 43: Συσχέτιση ηλικίας και τρόπου ζωής για ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της Νόσου.



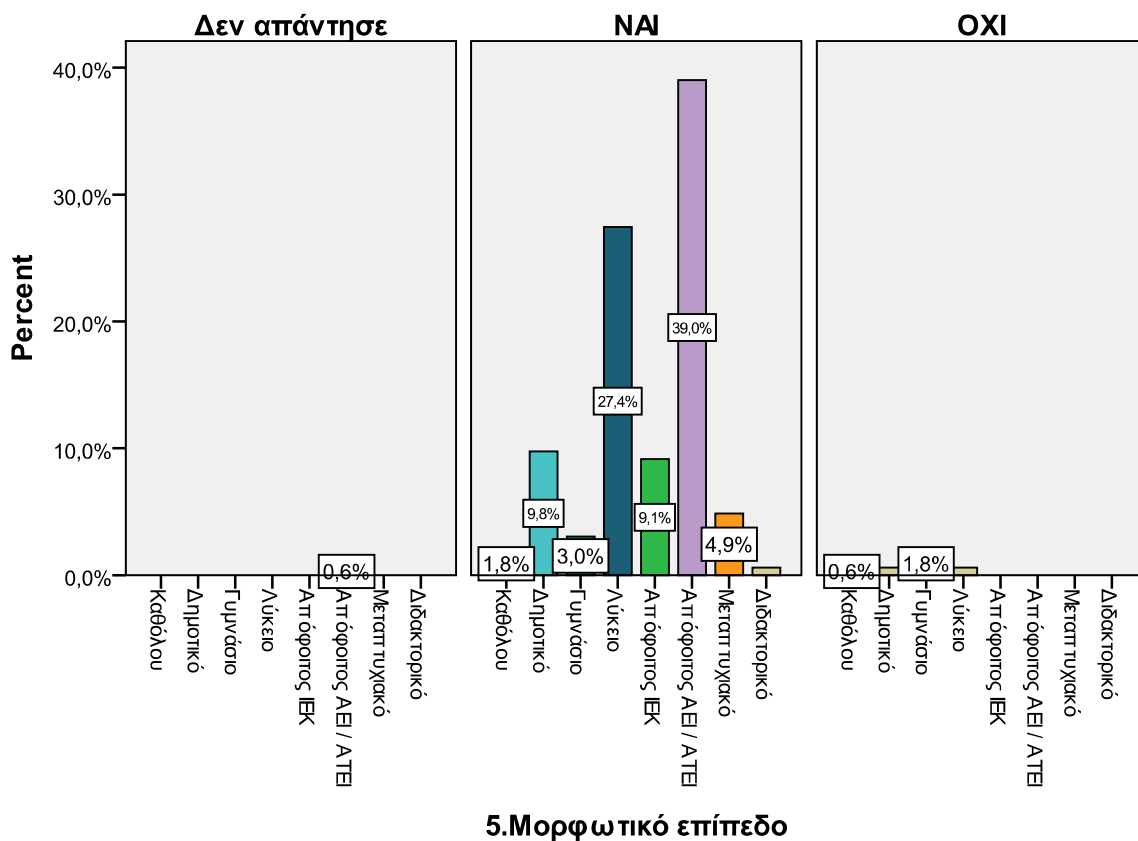
Πίνακας 44: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου και γνώσης της νόσου

5.Μορφωτικό επίπεδο	7.Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;		
	Δεν απάντησε	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Καθόλου	0	3	1
	0,0%	1,8%	0,6%
Δημοτικό	0	16	1
	0,0%	9,8%	0,6%
Γυμνάσιο	0	5	3
	0,0%	3,0%	1,8%
Λύκειο	0	45	1
	0,0%	27,4%	0,6%
Απόφοιτος ΙΕΚ	0	15	0
	0,0%	9,1%	0,0%
Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ	1	64	0
	0,6%	39,0%	0,0%
Μεταπτυχιακό	0	8	0
	0,0%	4,9%	0,0%
Διδακτορικό	0	1	0
	0,0%	0,6%	0,0%
$\chi^2=36,533$; $df=14$; $p=0,001$; NS			

Το 39% των αποφοίτων ΑΕΙ/ΑΤΕΙ γνωρίζουν τη νόσο Alzheimer ενώ σε γενικές γραμμές ελάχιστοι είναι αυτοί που δήλωσαν ότι δεν την γνωρίζουν όπως το 1,8% των αποφοίτων γυμνασίου. (Πίνακας 44, Σχήμα 44). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=36,553$; $df=14$; $p=0,001$; NS).

Σχήμα 44: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου και γνώσης της νόσου

7.Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;

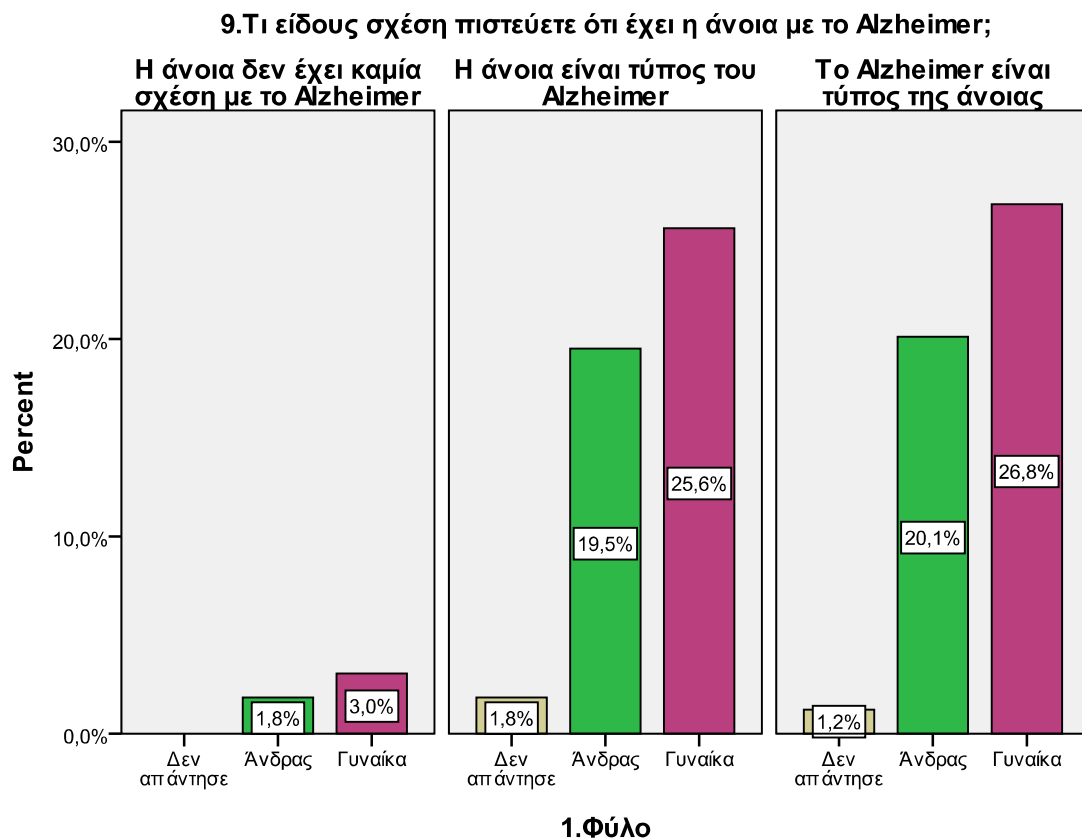


Πίνακας 45: Συσχέτιση φύλου και σχέσης άνοιας με Alzheimer

9.Τι είδους σχέση πιστεύετε ότι έχει η άνοια με το Alzheimer;	1.Φύλο		
	Δεν απάντησε	Ανδρας	Γυναίκα
Η άνοια δεν έχει καμία σχέση με το Alzheimer	0 0,0%	3 1,8%	5 3,0%
Η άνοια είναι τύπος του Alzheimer	3 1,8%	32 19,5%	42 25,6%
Το Alzheimer είναι τύπος της άνοιας	2 1,2%	33 20,1%	44 26,8%
$\chi^2=0,611$; $df=4$; $p=0,962$; NS			

Η άνοια είναι τύπος του Alzheimer θεωρεί το 25,6% των ερωτηθέντων γυναικών ενώ ότι το Alzheimer είναι τύπος της άνοιας θεωρεί το 20,1% των ερωτηθέντων ανδρών. (Πίνακας 45, Σχήμα 45). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=0,611$; $df=4$; $p=0,962$; NS).

Σχήμα 45: Συσχέτιση φύλου και σχέσης άνοιας με Alzheimer

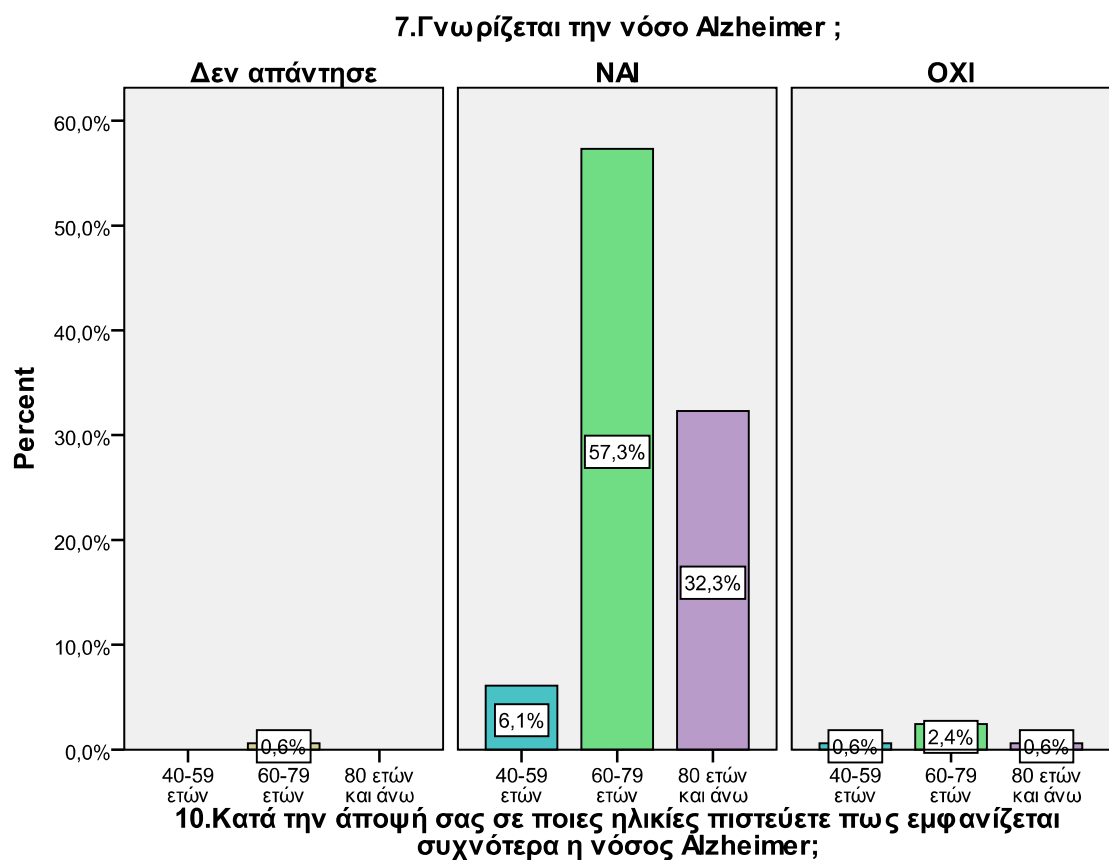


Πίνακας 46: Συσχέτιση ηλικίας εμφάνισης και γνώσης της νόσου

10. Κατά την άποψή σας σε ποιες ηλικίες πιστεύετε πως εμφανίζεται συχνότερα η νόσος Alzheimer;	7. Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;		
	Δεν απάντησε	ΝΑΙ	ΟΧΙ
40-59 ετών	0	10	1
	0,0%	6,1%	0,6%
60-79 ετών	1	94	4
	0,6%	57,3%	2,4%
80 ετών και άνω	0	53	1
	0,0%	32,3%	0,6%
$\chi^2=2,131$; $df=4$; $p=0,712$; NS			

Όσων δήλωσαν ότι γνωρίζουν τη νόσο Alzheimer θεωρούν ότι η νόσος εμφανίζεται στις ηλικίες 60 με 79 ετών σε ποσοστό 57,3%. (Πίνακας 46, Σχήμα 46). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=2,131$; $df=4$; $p=0,712$; NS).

Σχήμα 46: Συσχέτιση ηλικίας εμφάνισης και γνώσης της νόσου

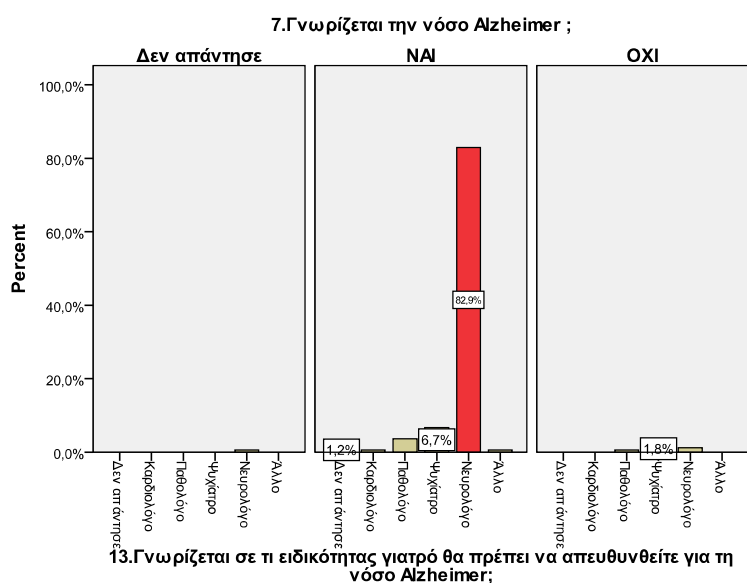


Πίνακας 47: Συσχέτιση ειδικότητας γιατρού και γνώσης της νόσου

13.Γνωρίζεται σε τι ειδικότητας γιατρό θα πρέπει να απευθυνθείτε για τη νόσο Alzheimer;	7.Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;		
	Δεν απάντησε	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Δεν απάντησε	0	2	0
	0,0%	1,2%	0,0%
Καρδιολόγο	0	1	0
	0,0%	0,6%	0,0%
Παθολόγο	0	6	1
	0,0%	3,7%	0,6%
Ψυχίατρο	0	11	3
	0,0%	6,7%	1,8%
Νευρολόγο	1	136	2
	0,6%	82,9%	1,2%
Άλλο	0	1	0
	0,0%	0,6%	0,0%
$\chi^2=17,019$; $df=10$; $p=0,074$; NS			

Το 82,9% όσων απάντησαν ότι γνωρίζουν την νόσο θεωρούν ότι η ειδικότητα που θα πρέπει να απευθυνθούν για τη νόσο Alzheimer είναι ο νευρολόγος. (Πίνακας 47, Σχήμα 47). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=17,019$; $df=10$; $p=0,074$; NS).

Σχήμα 47: Συσχέτιση ειδικότητας γιατρού και γνώσης της νόσου

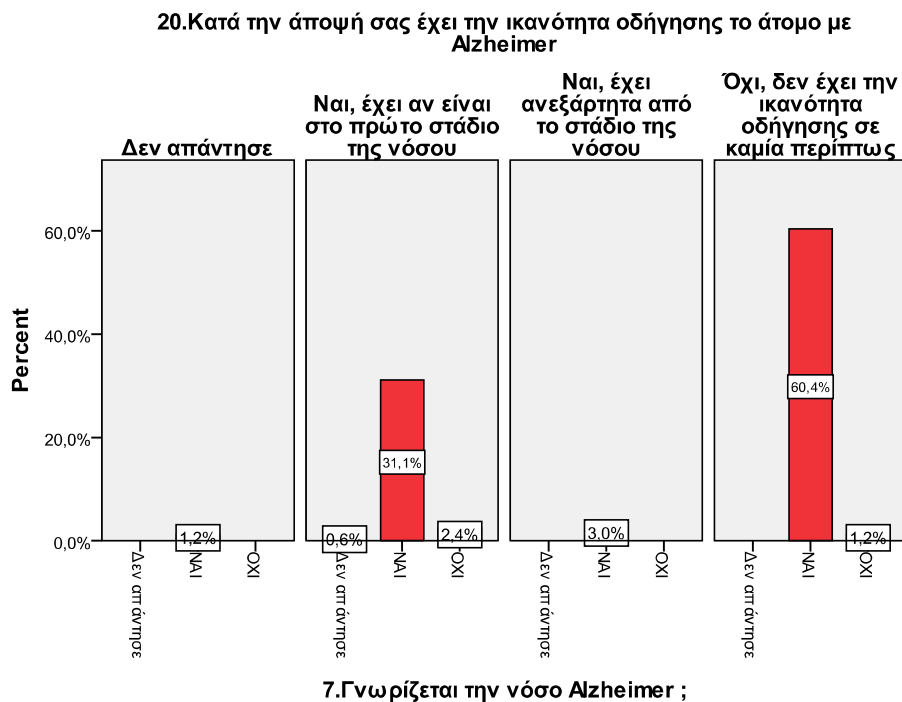


Πίνακας 48: Συσχέτιση ικανότητας οδήγησης και γνώσης της νόσου

20. Κατά την άποψή σας έχει την ικανότητα οδήγησης το άτομο με Alzheimer	7. Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;		
	Δεν απάντησε	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Δεν απάντησε	0	2	0
	0,0%	1,2%	0,0%
Ναι, έχει αν είναι στο πρώτο στάδιο της νόσου	1	51	4
	0,6%	31,1%	2,4%
Ναι, έχει ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου	0	5	0
	0,0%	3,0%	0,0%
Όχι, δεν έχει την ικανότητα οδήγησης σε καμία περίπτωση	0	99	2
	0,0%	60,4%	1,2%
$\chi^2=5,016$; $df=6$; $p=0,542$; NS			

Το 60,4% των ερωτηθέντων που γνωρίζουν την νόσο Alzheimer δηλώνουν κατηγορηματικά ότι οι ασθενείς δεν έχουν την ικανότητα οδήγησης σε καμία περίπτωση. (Πίνακας 48, Σχήμα 48). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=5,016$; $df=6$; $p=0,542$; NS).

Σχήμα 48: Συσχέτιση ικανότητας οδήγησης και γνώσης της νόσου

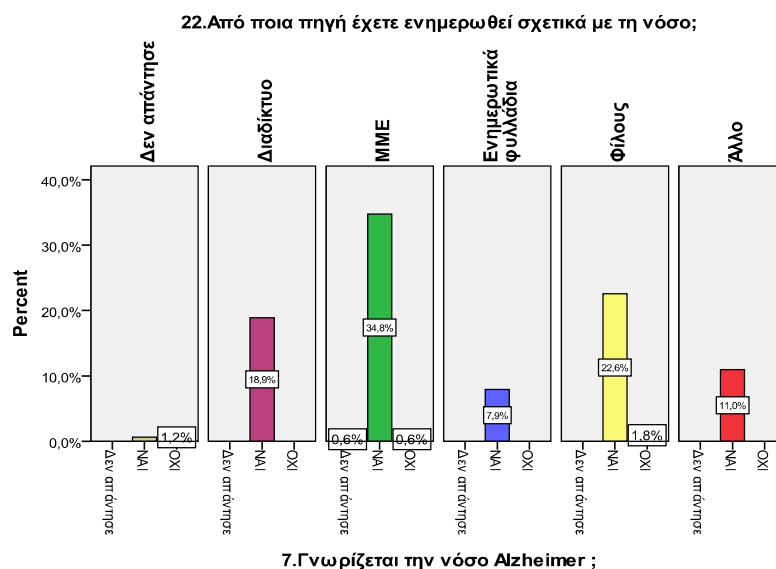


Πίνακας 49: Συσχέτιση πηγών ενημέρωσης και γνώσης για την νόσο

22.Από ποια πηγή έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη νόσο;	7.Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;		
	Δεν απάντησε	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Δεν απάντησε	0	1	2
	0,0%	0,6%	1,2%
Διαδίκτυο	0	31	0
	0,0%	18,9%	0,0%
ΜΜΕ	1	57	1
	0,6%	34,8%	0,6%
Ενημερωτικά φυλλάδια	0	13	0
	0,0%	7,9%	0,0%
Φίλους	0	37	3
	0,0%	22,6%	1,8%
Άλλο	0	18	0
	0,0%	11,0%	0,0%
$\chi^2=40,224$; $df=10$; $p<0,05$			

Η πηγή ενημέρωσης σχετικά με την νόσο είναι τα ΜΜΕ καθώς την υποδεικνύουν το 34,8 % των ερωτηθέντων που γνωρίζει την νόσο Alzheimer, ακολουθούν οι φίλοι με 22,6% (Πίνακας 49, Σχήμα 49). Οι διαφορές στην συγκεκριμένη συσχέτιση που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=40,224$; $df=10$; $P<0,05$).

Σχήμα 49: Συσχέτιση πηγών ενημέρωσης και γνώσης για την νόσο



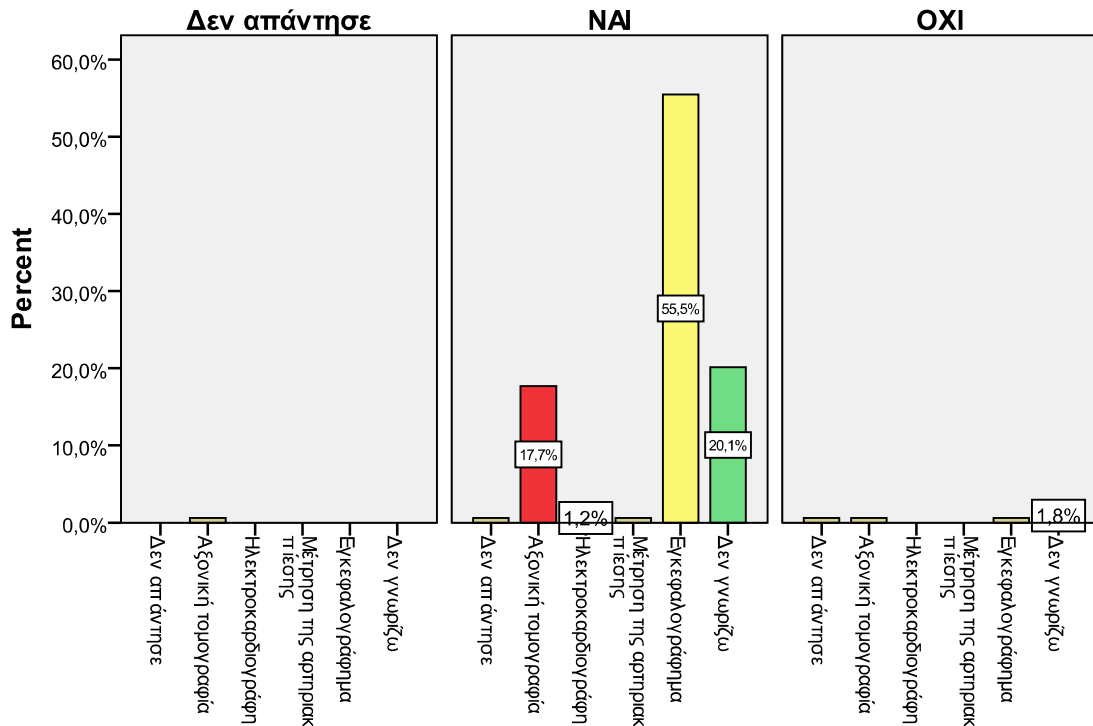
Πίνακας 50: Συσχέτιση γνώσης και μεθόδων διάγνωσης της νόσου

23. Ποια από τις παρακάτω μεθόδους νομίζετε ότι χρησιμοποιείται για την διάγνωση της νόσου Alzheimer;	7. Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;		
	Δεν απάντησε	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Δεν απάντησε	0	1	1
	0,0%	0,6%	0,6%
Αξονική τομογραφία	1	29	1
	0,6%	17,7%	0,6%
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	0	2	0
	0,0%	1,2%	0,0%
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης	0	1	0
	0,0%	0,6%	0,0%
Εγκεφαλογράφημα	0	91	1
	0,0%	55,5%	0,6%
Δεν γνωρίζω	0	33	3
	0,0%	20,1%	1,8%
$\chi^2=20,587$; $df=10$; $p=0,024$; NS			

Το 55,5% των ερωτηθέντων που γνωρίζουν τη νόσο του Alzheimer θεωρούν ότι το εγκεφαλογράφημα είναι η καταλληλότερη μέθοδος για την διάγνωση της. (Πίνακας 50, Σχήμα 50). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=20,585$; $df=10$; $p=0,024$; NS).

Σχήμα 50: Συσχέτιση γνώσης και μεθόδων διάγνωσης της νόσου

7.Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;

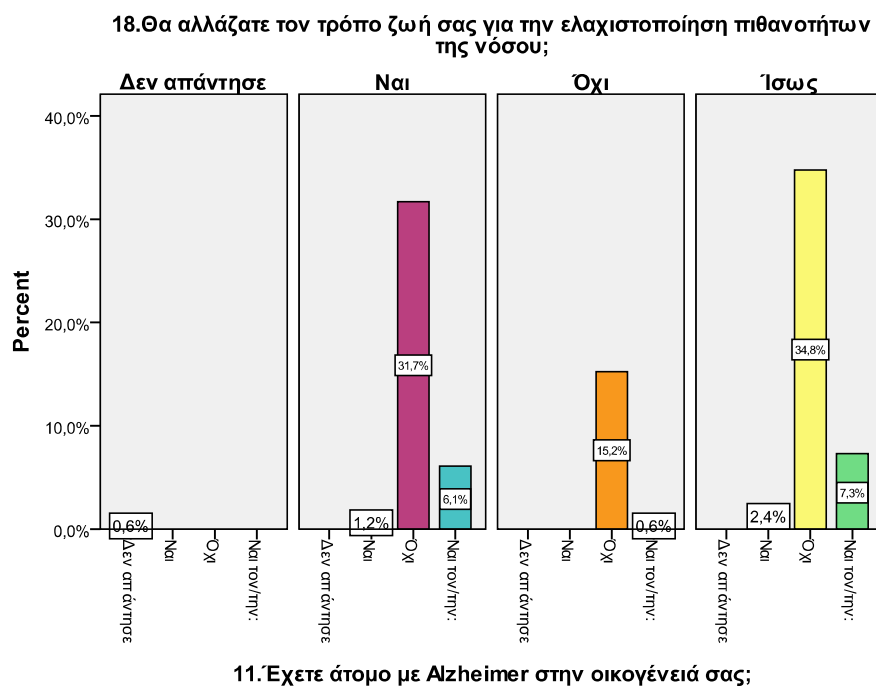


23.Ποια από τις παρακάτω μεθόδους νομίζετε ότι χρησιμοποιείται για την διάγνωση της νόσου Alzheimer;

18.Θα αλλάζατε τον τρόπο ζωής σας για την ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της νόσου;	11.Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ναι τον/την:
Δεν απάντησε	1	0	0	0
	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Ναι	0	2	52	10
	0,0%	1,2%	31,7%	6,1%
Όχι	0	0	25	1
	0,0%	0,0%	15,2%	0,6%
Ίσως	0	4	57	12
	0,0%	2,4%	34,8%	7,3%
$\chi^2=168,780$; $df=9$; $p<0,05$				

Το 34,8% όσων δεν έχουν άτομο με Alzheimer στην οικογένεια θα άλλαζαν ενδεχομένως τρόπο ζωής για να ελαχιστοποιήσουν τις πιθανότητες της νόσου και σίγουρα ναι το 31,7%. (Πίνακας 51, Σχήμα 51). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=168,780$; $df=9$; $p<0,05$).

Σχήμα 51: Συσχέτιση τρόπου ζωής και ατόμου με Alzheimer στην οικογένεια

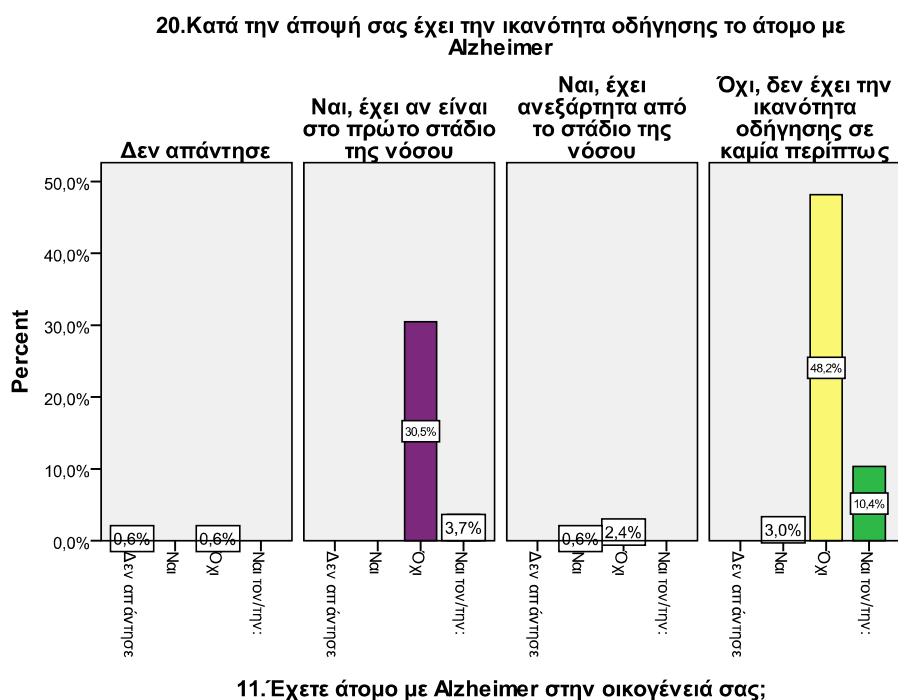


Πίνακας 52: Συσχέτιση ικανότητας οδήγησης και ατόμου με Alzheimer στην οικογένεια

20. Κατά την άποψή σας έχει την ικανότητα οδήγησης το άτομο με Alzheimer	11. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ναι τον/την:
Δεν απάντησε	1	0	1	0
	0,6%	0,0%	0,6%	0,0%
Ναι, έχει αν είναι στο πρώτο στάδιο της νόσου	0	0	50	6
	0,0%	0,0%	30,5%	3,7%
Ναι, έχει ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου	0	1	4	0
	0,0%	0,6%	2,4%	0,0%
Όχι, δεν έχει την ικανότητα οδήγησης σε καμία περίπτωση	0	5	79	17
	0,0%	3,0%	48,2%	10,4%
$\chi^2=90,011$; $df=9$; $p<0,05$				

Οι ασθενείς με Alzheimer δεν έχουν ικανότητα οδήγησης σε καμία περίπτωση δηλώνει το 48,2% όσων δεν έχουν άτομο με τη νόσο στην οικογένεια (Πίνακας 52, Σχήμα 52). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=90,011$; $df=9$; $p<0,05$).

Σχήμα 52: Συσχέτιση ικανότητας οδήγησης και ατόμου με Alzheimer στην οικογένεια



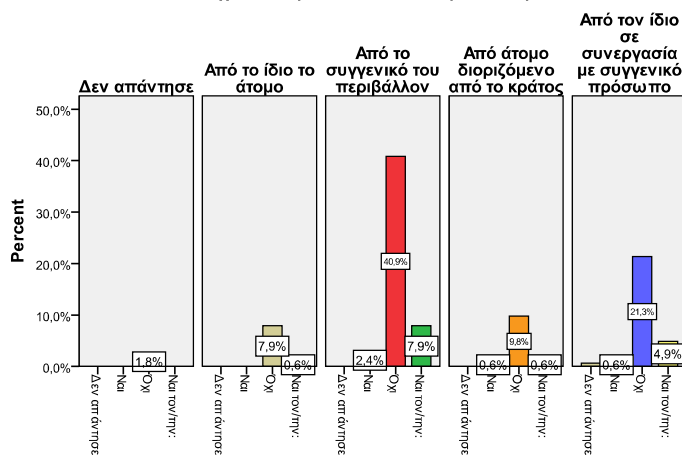
Πίνακας 53: Συσχέτιση διαχείρισης των οικονομικών και ύπαρξη ατόμου με Alzheimer στην οικογένεια

25. Πιστεύεται πως η διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer πρέπει να γίνεται:	11. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ναι τον/την:
Δεν απάντησε	0	0	3	0
	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%
Από το ίδιο το άτομο	0	0	13	1
	0,0%	0,0%	7,9%	0,6%
Από το συγγενικό του περιβάλλον	0	4	67	13
	0,0%	2,4%	40,9%	7,9%
Από άτομο διοριζόμενο από το κράτος	0	1	16	1
	0,0%	0,6%	9,8%	0,6%
Από τον ίδιο σε συνεργασία με συγγενικό πρόσωπο	1	1	35	8
	0,6%	0,6%	21,3%	4,9%
$\chi^2=6,942$; $df=12$; $p=0,861$; NS				

Η διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer πρέπει να γίνεται από το συγγενικό περιβάλλον πιστεύει το 40,9% των ερωτηθέντων που δεν έχουν ασθενή στην οικογένεια. (Πίνακας 53, Σχήμα 53). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=6,942$; $df=12$; $p=0,861$; NS).

Σχήμα 53: Συσχέτιση διαχείρισης των οικονομικών και ύπαρξη ατόμου με Alzheimer στην οικογένεια

25. Πιστεύεται πως η διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer πρέπει να γίνεται:



11. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;

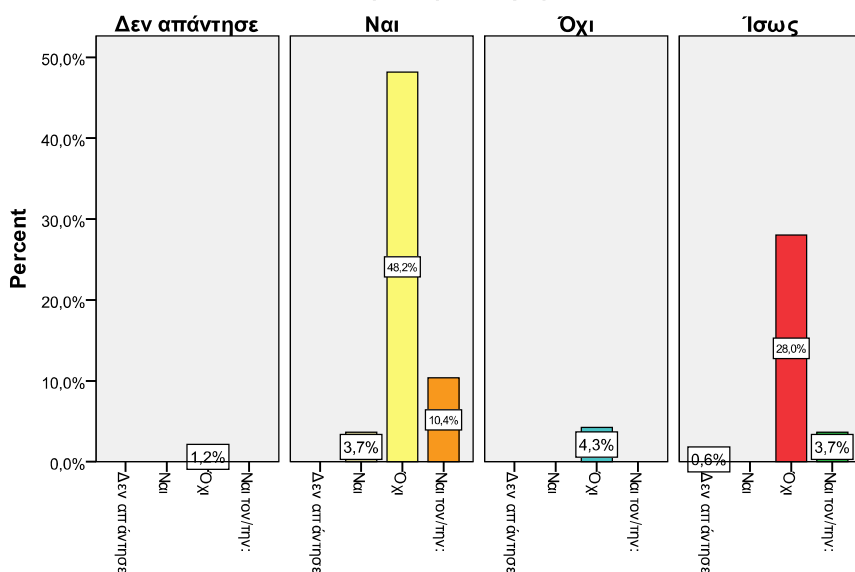
Πίνακας 54: Συσχέτιση ψυχολογικής υποστήριξης και ατόμου με Alzheimer στην οικογένεια

27. Θα βοηθούσε η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή από ειδήμονα υγειονομικό παράγοντα;	11. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ναι τον/την:
Δεν απάντησε	0	0	2	0
	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%
Ναι	0	6	79	17
	0,0%	3,7%	48,2%	10,4%
Όχι	0	0	7	0
	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%
Ίσως	1	0	46	6
	0,6%	0,0%	28,0%	3,7%
$\chi^2=8,550$; $df=9$; $p=0,480$; NS				

Το 48,2% όσων δεν έχουν άτομο με Alzheimer στην οικογένεια τους θεωρούν ότι θα βοηθούσε η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή από ειδήμονα υγειονομικό παράγοντα (Πίνακας 54, Σχήμα 54). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=8,550$; $df=9$; $p=0,480$; NS).

Σχήμα 54: Συσχέτιση ψυχολογικής υποστήριξης και ατόμου με Alzheimer στην οικογένεια

27.Θα βοηθούσε η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή από ειδήμονα υγειονομικό παράγοντα;



11.Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;

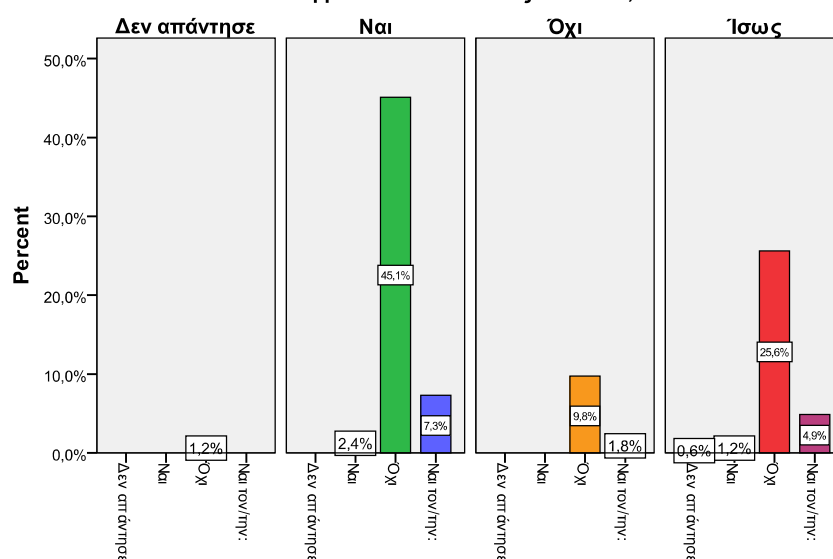
Πίνακας 55: Συσχέτιση φροντίδας σε ίδρυμα σε σχέση με την παρουσία ασθενούς στην οικογένεια

28.Πιστεύετε ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα του παρείχε μεγαλύτερη φροντίδα απ' ότι εσείς στο σπίτι;	11.Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ναι τον/την:
Δεν απάντησε	0 0,0%	0 0,0%	2 1,2%	0 0,0%
Ναι	0 0,0%	4 2,4%	74 45,1%	12 7,3%
Όχι	0 0,0%	0 0,0%	16 9,8%	3 1,8%
Ίσως	1 ,6%	2 1,2%	42 25,6%	8 4,9%
$\chi^2=3,552$; $df=9$; $p=0,938$; NS				

Το 45,1% όσων δεν έχουν άτομο με Alzheimer στην οικογένεια θεωρούν ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα του παρείχε μεγαλύτερη φροντίδα από ότι οι ίδιοι στο σπίτι (Πίνακας 55, Σχήμα 55). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=3,552$; $df=9$; $p=0,938$; NS).

Σχήμα 55: Συσχέτιση φροντίδας σε ίδρυμα σε σχέση με την παρουσία ασθενούς στην οικογένεια

28. Πιστεύετε ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα του παρείχε μεγαλύτερη φροντίδα απ' ό,τι εσείς στο σπίτι;



11. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;

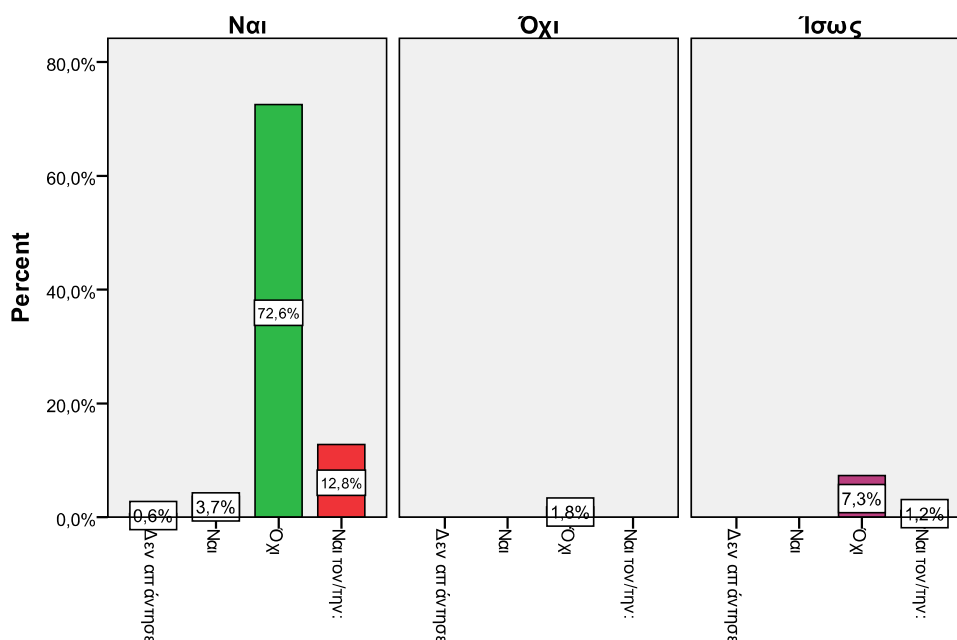
Πίνακας 56: Συσχέτιση ιδρύματος φροντίδας για πάσχοντες με την παρουσία ασθενή στην οικογένεια

30. Θεωρείτε απαραίτητο να ιδρύσει η κοινωνία ένα ίδρυμα με εξειδικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer;	11. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ναι τον/την:
Ναι	1	6	119	21
	0,6%	3,7%	72,6%	12,8%
Όχι	0	0	3	0
	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%
Ίσως	0	0	12	2
	0,0%	0,0%	7,3%	1,2%
$\chi^2=1,399$; $df=6$; $p=0,966$; NS				

Το 72,6% όσων δεν έχουν άτομο με Alzheimer στην οικογένειά τους και το 12,8% όσων δηλώνουν ακριβώς το πρόσωπο του ασθενή στην οικογένεια τους επιθυμούν να ιδρύσει η κοινωνία ένα ίδρυμα με εξειδικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες από τη νόσο (Πίνακας 56, Σχήμα 56). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=1,399$; $df=6$; $p=0,966$; NS).

Σχήμα 56: Συσχέτιση ιδρύματος φροντίδας για πάσχοντες με την παρουσία ασθενή στην οικογένεια

30.Θεωρείτε απαραίτητο να ιδρύσει η κοινωνία ένα ίδρυμα με εξειδικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer;



11.Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;

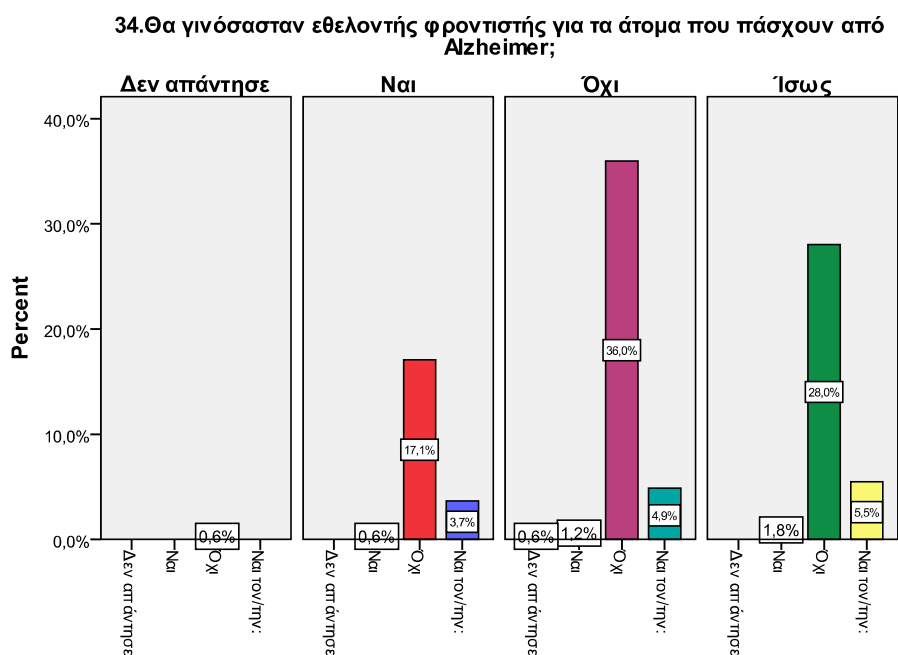
Πίνακας 57: Συσχέτιση συγγενή ασθενή με εθελοντική προσφορά

34.Θα γινόσασταν εθελοντής φροντιστής για τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer;	11.Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ναι τον/την:
Δεν απάντησε	0	0	1	0
	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%
Ναι	0	1	28	6
	0,0%	0,6%	17,1%	3,7%
Όχι	1	2	59	8
	0,6%	1,2%	36,0%	4,9%
Ίσως	0	3	46	9
	0,0%	1,8%	28,0%	5,5%

$\chi^2=2,890$; $df=9$; $p=0,969$; NS

Το 36% των ερωτηθέντων που δεν έχουν άτομο με Alzheimer στην οικογένεια τους δεν θα γινόταν εθελοντής φροντιστής για τα άτομα που νοσούν ενώ το 5,5% που έχουν ασθενή συγγενή ίσως να προσέφεραν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους. (Πίνακας 57, Σχήμα 57). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=2,890$; $df=9$; $p=0,969$; NS).

Σχήμα 57: Συσχέτιση συγγενή ασθενή με εθελοντική προσφορά



11.Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;

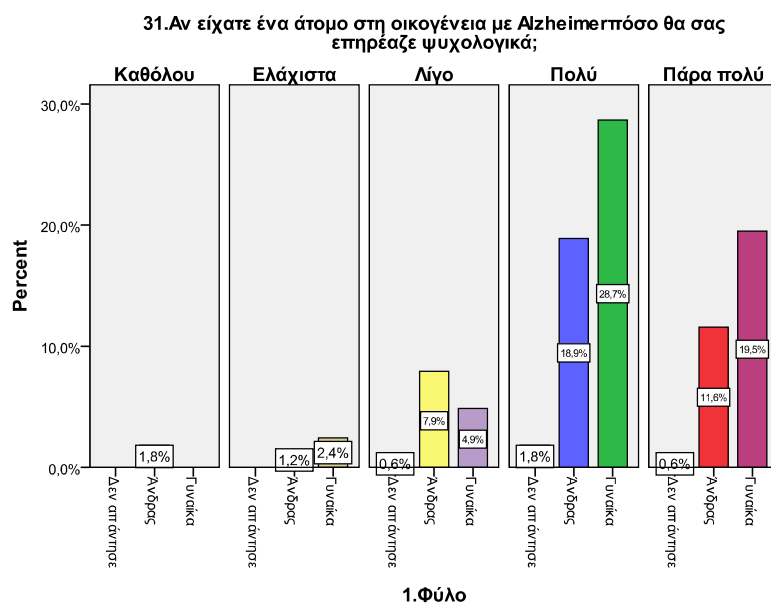
Πίνακας 58: Συσχέτιση φύλου σε σχέση με ψυχολογική επιρροή από την παρουσία στην οικογένεια ασθενή

31.Αν είχατε ένα άτομο στη οικογένεια με Alzheimer πόσο θα σας επηρέαζε ψυχολογικά;	1.Φύλο		
	Δεν απάντησε	Άνδρας	Γυναίκα
Καθόλου	0 0,0%	3 1,8%	0 0,0%
Ελάχιστα	0 0,0%	2 1,2%	4 2,4%
Λίγο	1 0,6%	13 7,9%	8 4,9%
Πολύ	3 1,8%	31 18,9%	47 28,7%
Πάρα πολύ	1 0,6%	19 11,6%	32 19,5%
$\chi^2=9,180$; $df=8$; $p=0,327$; NS			

Πολύ θα επηρέαζε τις γυναίκες του δείγματος αν είχαν ένα άτομο με Alzheimer στην οικογένεια ενώ τους άνδρες θα τους επηρέαζε επίσης πολύ σε ποσοστό 18,9% (Πίνακας

58, Σχήμα 58). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=9,180$; $df=8$; $p=0,327$; NS).

Σχήμα 58: Συσχέτιση φύλου σε σχέση με ψυχολογική επιρροή από την παρουσία στην οικογένεια ασθενή



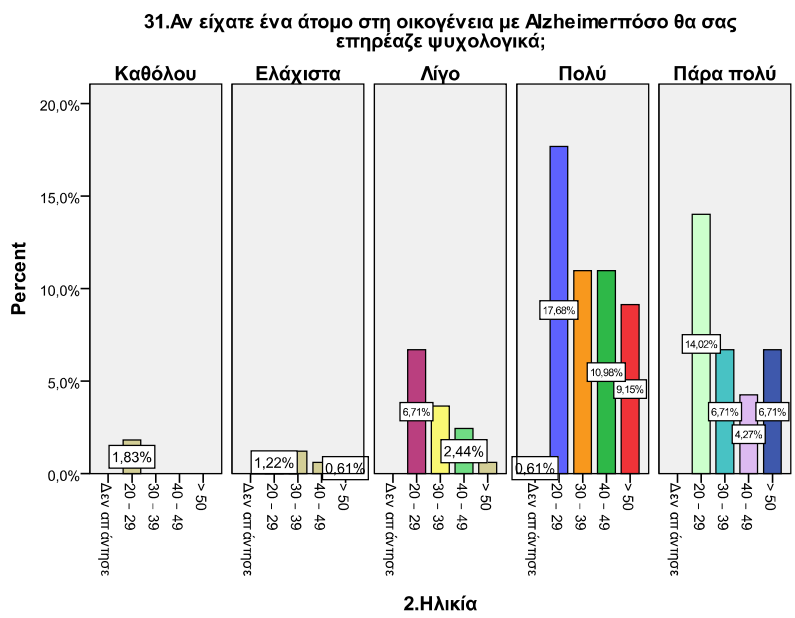
Πίνακας 59: Συσχέτιση ηλικίας σε σχέση με ψυχολογική επιρροή από την παρουσία στην οικογένεια ασθενή

31.Αν είχατε ένα άτομο στη οικογένεια με Alzheimer πόσο θα σας επηρέαζε ψυχολογικά;	2.Ηλικία				
	Δεν απάντησε	20 – 29	30 – 39	40 – 49	> 50
Καθόλου	0 0,0%	3 1,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
Ελάχιστα	0 0,0%	2 1,2%	2 1,2%	1 0,6%	1 0,6%
Λίγο	0 0,0%	11 6,7%	6 3,7%	4 2,4%	1 0,6%
Πολύ	1 0,6%	29 17,7%	18 11,0%	18 11,0%	15 9,1%
Πάρα πολύ	0 0,0%	23 14,0%	11 6,7%	7 4,3%	11 6,7%

$\chi^2=11,006$; $df=16$; $p=0,809$; NS

Πολύ δηλώνουν ότι θα επηρεάζονταν το 17,7% των ερωτηθέντων με ηλικία από 20 έως 29 ετών (Πίνακας 59, Σχήμα 59). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=11,006$; $df=16$; $p=0,809$; NS).

Σχήμα 59: Συσχέτιση ηλικίας σε σχέση με ψυχολογική επιρροή από την παρουσία στην οικογένεια ασθενή



Πίνακας 60: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με ψυχολογική επιρροή από την παρουσία στην οικογένεια ασθενή

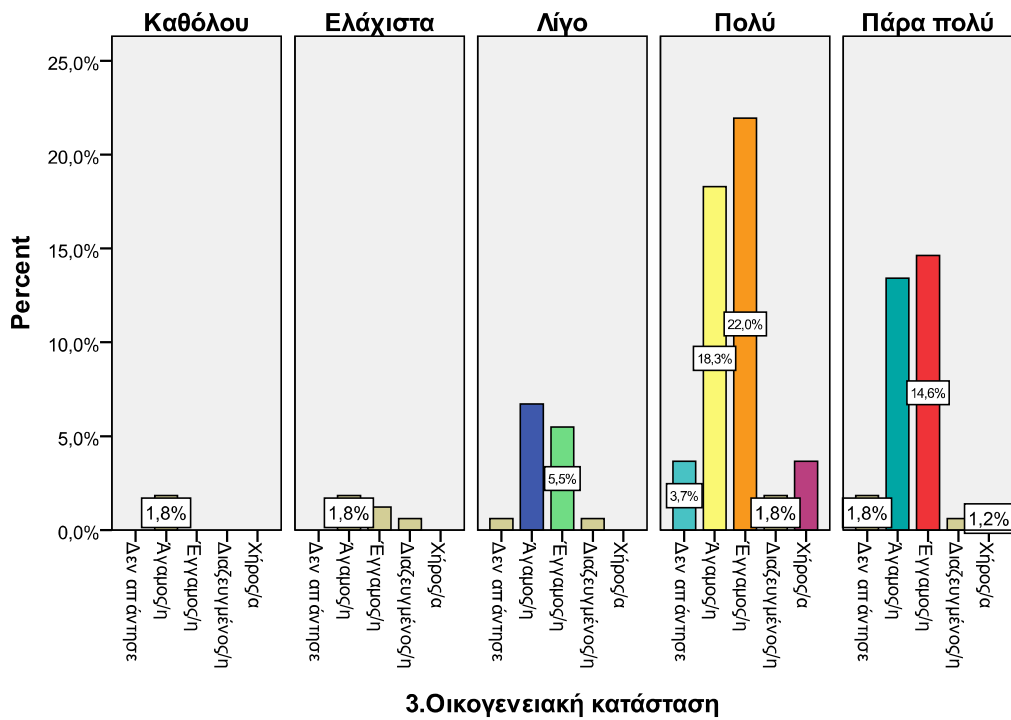
31.Αν είχατε ένα άτομο στη οικογένεια με Alzheimer πόσο θα σας επηρέαζε ψυχολογικά;	3.Οικογενειακή κατάσταση				
	Δεν απάντησε	Άγαμος/η	Έγγαμος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α
Καθόλου	0	3	0	0	0
	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Ελάχιστα	0	3	2	1	0
	0,0%	1,8%	1,2%	0,6%	0,0%
Λίγο	1	11	9	1	0
	0,6%	6,7%	5,5%	0,6%	0,0%
Πολύ	6	30	36	3	6
	3,7%	18,3%	22,0%	1,8%	3,7%

Πάρα πολύ	3	22	24	1	2
	1,8%	13,4%	14,6%	0,6%	1,2%
$\chi^2=11,810$; $df=16$; $p=0,757$; NS					

Το 22% των έγγαμων θα επηρεαζόταν πολύ αν μέλος της οικογένεια τους άτομου νοσούσε από Alzheimer. Ομοίως, πολύ θα επηρεάζονταν και οι άγαμοι σε ποσοστό 18,3% (Πίνακας 60, Σχήμα 60). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=11,810$; $df=16$; $p=0,757$; NS).

Σχήμα 60: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με ψυχολογική επιρροή από την παρουσία στην οικογένεια ασθενή

31.Αν είχατε ένα άτομο στη οικογένεια με Αλzheimerπόσο θα σας επηρέαζε ψυχολογικά;

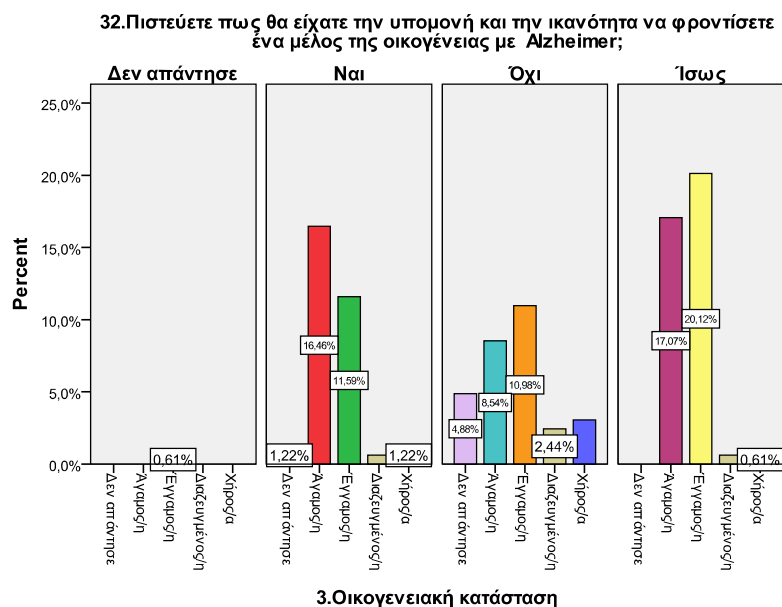


Πίνακας 61: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με την υπομονή και την ικανότητα για φροντίδα σε μέλος της οικογένειας με Alzheimer

3.Οικογενειακή κατάσταση	32.Πιστεύετε πως θα είχατε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσετε ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ίσως
Δεν απάντησε	0	2	8	0
	0,0%	1,2%	4,9%	0,0%
Άγαμος/η	0	27	14	28
	0,0%	16,5%	8,5%	17,1%
Έγγαμος/η	1	19	18	33
	0,6%	11,6%	11,0%	20,1%
Διαζευγμένος/η	0	1	4	1
	0,0%	0,6%	2,4%	0,6%
Χήρος/α	0	2	5	1
	0,0%	1,2%	3,0%	0,6%
$\chi^2=27,915$; $df=12$; $p=0,006$; NS				

Το 20,1% των έγγαμων δηλώνει ότι ίσως να είχε την υπομονή να φροντίσει ένα μέλος την οικογένειας με Alzheimer ενώ όχι απαντά το 11% των έγγαμων. Το 16,5% των άγαμων δηλώνει σίγουρα ναι. (Πίνακας 61, Σχήμα 61). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=27,915$; $df=12$; $p=0,006$; NS).

Σχήμα 61: Συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης σε σχέση με την υπομονή και την ικανότητα για φροντίδα σε μέλος της οικογένειας με Alzheimer



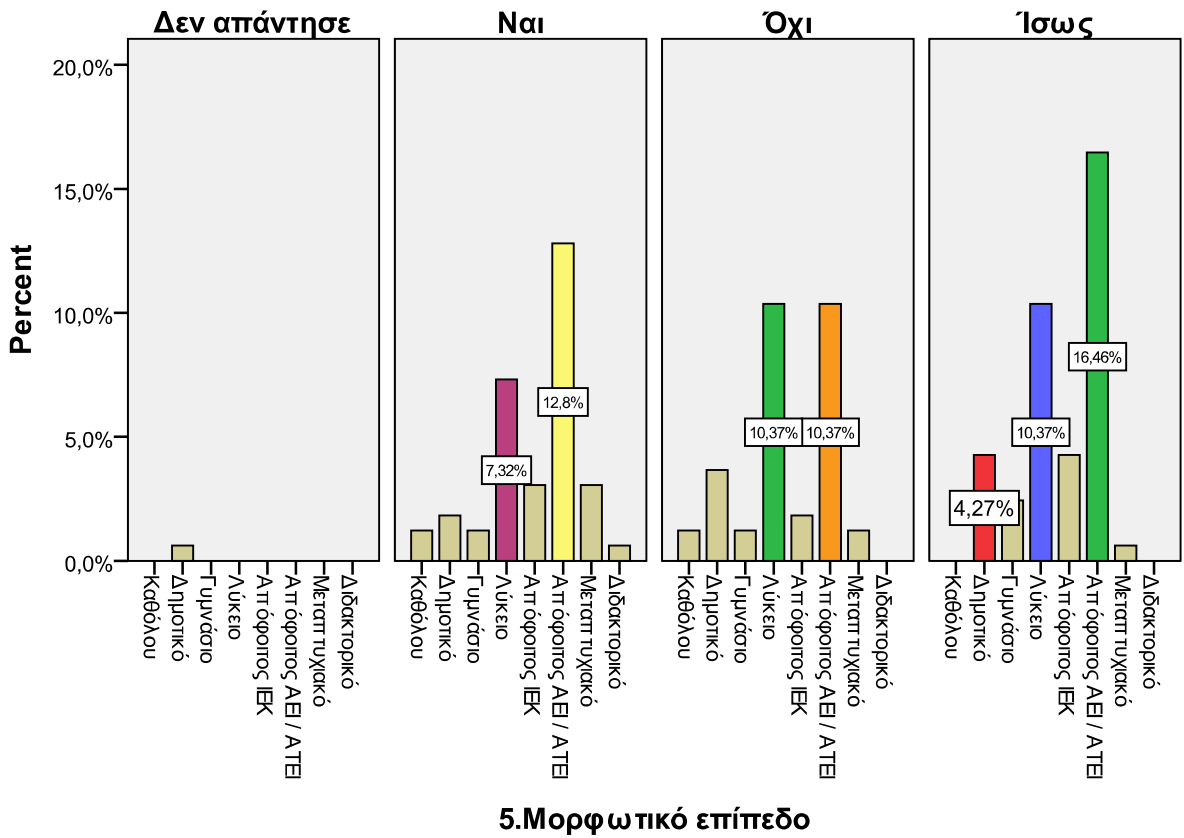
Πίνακας 62: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου σε σχέση με την φροντίδα συγγενούς με Alzheimer

5.Μορφωτικό επίπεδο	32.Πιστεύετε πως θα είχατε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσετε ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ίσως
Καθόλου	0	2	2	0
	0,0%	1,2%	1,2%	0,0%
Δημοτικό	1	3	6	7
	0,6%	1,8%	3,7%	4,3%
Γυμνάσιο	0	2	2	4
	0,0%	1,2%	1,2%	2,4%
Λύκειο	0	12	17	17
	0,0%	7,3%	10,4%	10,4%
Απόφοιτος ΙΕΚ	0	5	3	7
	0,0%	3,0%	1,8%	4,3%
Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ	0	21	17	27
	0,0%	12,8%	10,4%	16,5%
Μεταπτυχιακό	0	5	2	1
	0,0%	3,0%	1,2%	0,6%
Διδακτορικό	0	1	0	0
	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%
$\chi^2=21,468$; $df=21$; $p=0,431$; NS				

Το 16,5% των αποφοίτων ΑΕΙ/ΑΤΕΙ πιστεύει ότι ίσως θα είχε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίζει ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer, ενώ όχι δηλώνει το 10,4% των αποφοίτων ΑΕΙ/ΑΤΕΙ αλλά και των αποφοίτων λυκείου (Πίνακας 62, Σχήμα 62). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=21,468$; $df=21$; $p=0,431$; NS).

Σχήμα 62: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου σε σχέση με την φροντίδα συγγενούς με Alzheimer

32. Πιστεύετε πως θα είχατε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσετε ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer;



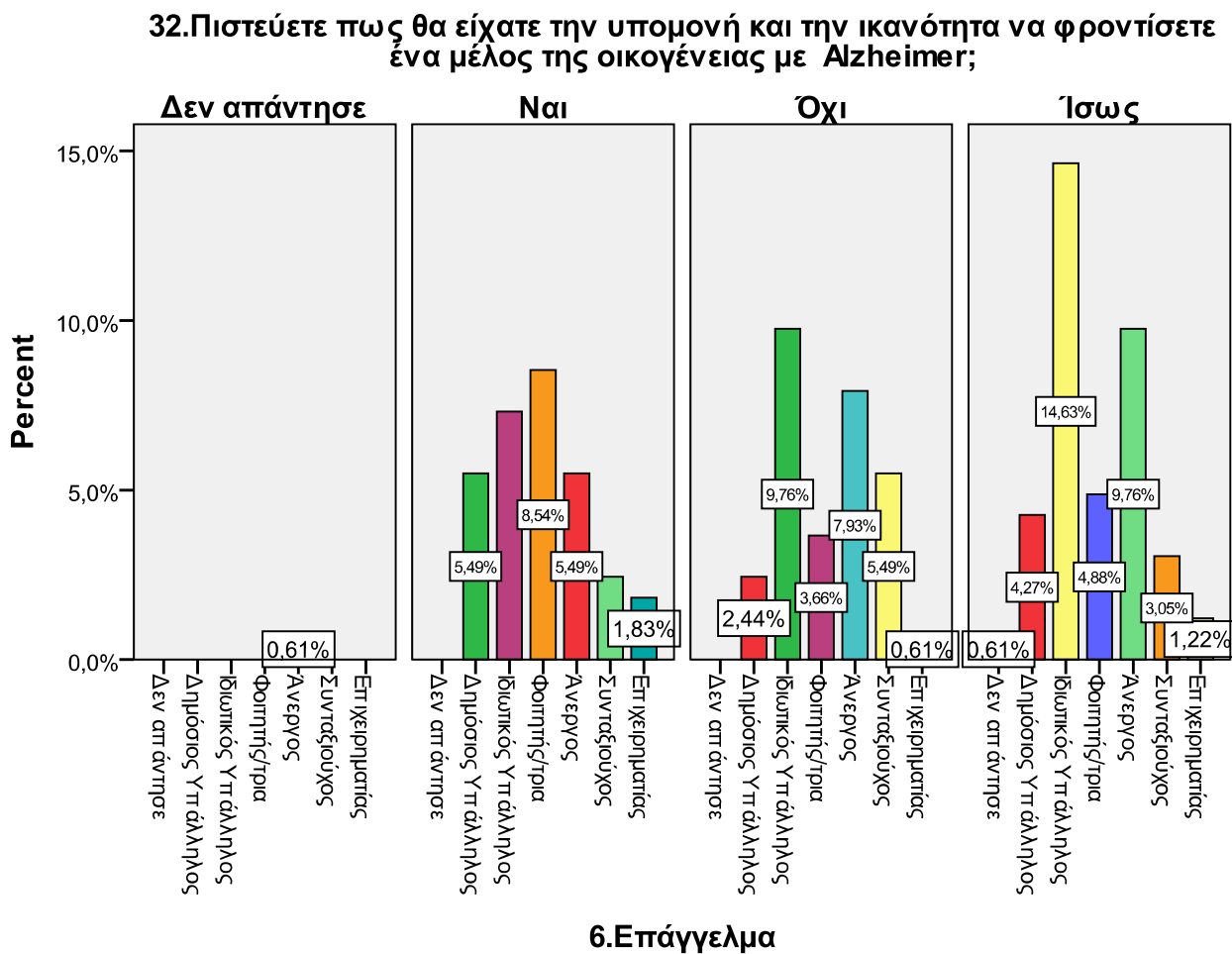
Πίνακας 63: Συσχέτιση επαγγέλματος σε σχέση με την φροντίδα συγγενούς με

Alzheimer

6.Επάγγελμα	32.Πιστεύετε πως θα είχατε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσετε ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer;			
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι	Ίσως
Δεν απάντησε	0	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%
Δημόσιος Υπάλληλος	0	9	4	7
	0,0%	5,5%	2,4%	4,3%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	0	12	16	24
	0,0%	7,3%	9,8%	14,6%
Φοιτητής/τρια	0	14	6	8
	0,0%	8,5%	3,7%	4,9%
Άνεργος	1	9	13	16
	0,6%	5,5%	7,9%	9,8%
Συνταξιούχος	0	4	9	5
	0,0%	2,4%	5,5%	3,0%
Επιχειρηματίας	0	3	1	2
	0,0%	1,8%	0,6%	1,2%
$\chi^2=18,789$; $df=18$; $p=0,405$; NS				

Το 14,6% των ιδιωτικών υπαλλήλων της έρευνας πιστεύει ότι ίσως να είχε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίζει ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer, ενώ όχι δηλώνει το 7,9% των ανέργων και ναι το 8,5% των φοιτητών (Πίνακας 63, Σχήμα 63). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=18,789$; $df=18$; $p=0,405$; NS).

Σχήμα 63: Συσχέτιση επαγγέλματος σε σχέση με την φροντίδα συγγενούς με Alzheimer

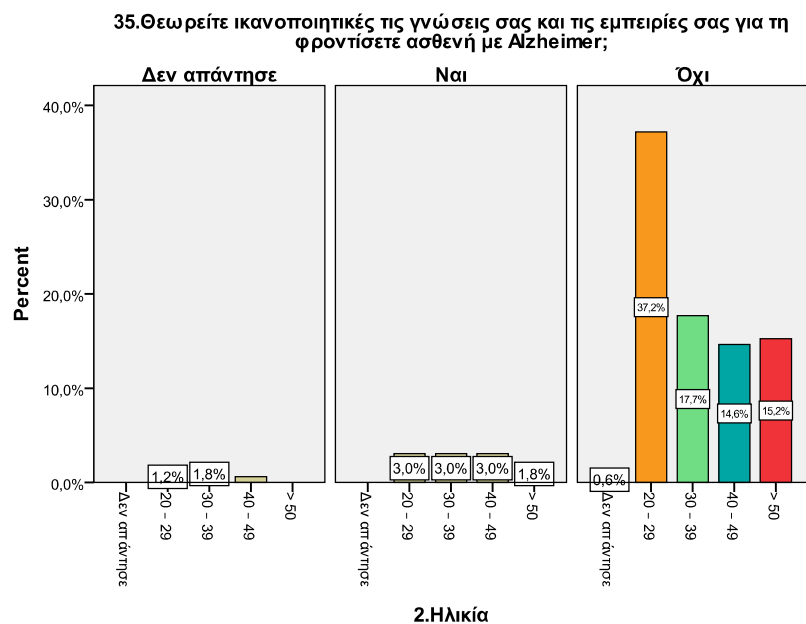


Πίνακας 64: Συσχέτιση ηλικίας σχετικά με την ικανότητα φροντίδας ασθενών με Alzheimer

2.Ηλικία	35.Θεωρείτε ικανοποιητικές τις γνώσεις σας και τις εμπειρίες σας για τη φροντίσετε ασθενή με Alzheimer;		
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι
Δεν απάντησε	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,6%
20 – 29	2	5	61
	1,2%	3,0%	37,2%
30 – 39	3	5	29
	1,8%	3,0%	17,7%
40 – 49	1	5	24
	0,6%	3,0%	14,6%
> 50	0	3	25
	0,0%	1,8%	15,2%
$\chi^2=5,733$; $df=8$; $p=0,677$; NS			

Καθόλου ικανοποιητικές τις γνώσεις και τις εμπειρίες για να φροντίσουν ασθενή με Alzheimer δηλώνει το 37,2% ερωτηθέντων από 20 έως 29 ετών. Επίσης μη ικανοποιητικές δηλώνει και το 17,7% όσων ανήκουν στις ηλικίες 30 με 39 ετών (Πίνακας 64, Σχήμα 64). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=5,733$; $df=8$; $p=0,677$; NS).

Σχήμα 64: Συσχέτιση ηλικίας σχετικά με την ικανότητα φροντίδας ασθενών με Alzheimer



Πίνακας 65: Κατανομή μορφωτικού επιπέδου σχετικά με την ικανότητα φροντίδας

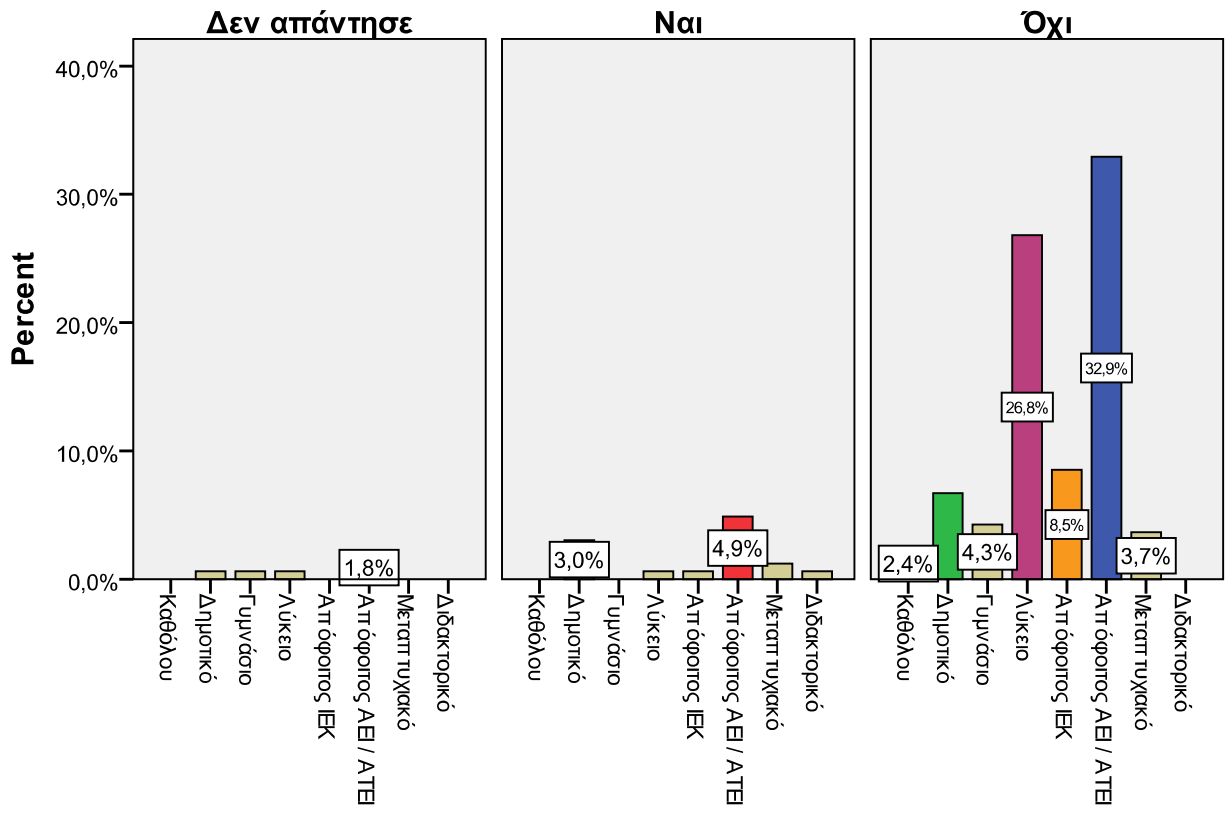
ασθενών με Alzheimer

5.Μορφωτικό επίπεδο	35.Θεωρείτε ικανοποιητικές τις γνώσεις σας και τις εμπειρίες σας για τη φροντίσετε ασθενή με Alzheimer;		
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι
Καθόλου	0	0	4
	0,0%	0,0%	2,4%
Δημοτικό	1	5	11
	0,6%	3,0%	6,7%
Γυμνάσιο	1	0	7
	0,6%	0,0%	4,3%
Λύκειο	1	1	44
	0,6%	0,6%	26,8%
Απόφοιτος ΙΕΚ	0	1	14
	0,0%	0,6%	8,5%
Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ	3	8	54
	1,8%	4,9%	32,9%
Μεταπτυχιακό	0	2	6
	0,0%	1,2%	3,7%
Διδακτορικό	0	1	0
	0,0%	0,6%	0,0%
$\chi^2=24,876$; $df=14$; $p=0,036$; NS			

Το 32,9% των αποφοίτων ΑΕΙ/ΑΤΕΙ δεν θεωρούν ικανοποιητικές τις γνώσεις τους και τις εμπειρίες τους για να φροντίζουν ασθενή με Alzheimer ομοίως και το 26,8% των αποφοίτων λυκείου (Πίνακας 65, Σχήμα 65). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=24,876$; $df=14$; $p=0,036$; NS).

Σχήμα 65: Κατανομή μορφωτικού επιπέδου σχετικά με την ικανότητα φροντίδας ασθενών με Alzheimer

35.Θεωρείτε ικανοποιητικές τις γνώσεις σας και τις εμπειρίες σας για τη φροντίστε ασθενή με Alzheimer;



5.Μορφωτικό επίπεδο

Πίνακας 66: Συσχέτιση συγγενούς με Alzheimer σε σχέση με την ικανότητα φροντίδα

ασθενών με Alzheimer

11. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;	35. Θεωρείτε ικανοποιητικές τις γνώσεις σας και τις εμπειρίες σας για τη φροντίδα ασθενή με Alzheimer;		
	Δεν απάντησε	Ναι	Όχι
Δεν απάντησε	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,6%
Ναι	0	0	6
	0,0%	0,0%	3,7%
Όχι	5	13	116
	3,0%	7,9%	70,7%
Ναι τον/την:	1	5	17
	0,6%	3,0%	10,4%
$\chi^2=4,234$; $df=6$; $p=0,645$; NS			

Σχεδόν 7 στους 10, ήτοι το 70,7% των ερωτηθέντων που δεν έχουν στην οικογένεια άτομο με Alzheimer θεωρούν ότι δεν έχουν ικανοποιητικές γνώσεις και εμπειρίες για την φροντίδα του ασθενή (Πίνακας 66, Σχήμα 66). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=4,234$; $df=6$; $p=0,645$; NS).

Σχήμα 66: Συσχέτιση συγγενούς με Alzheimer σε σχέση με την ικανότητα φροντίδας ασθενών με Alzheimer

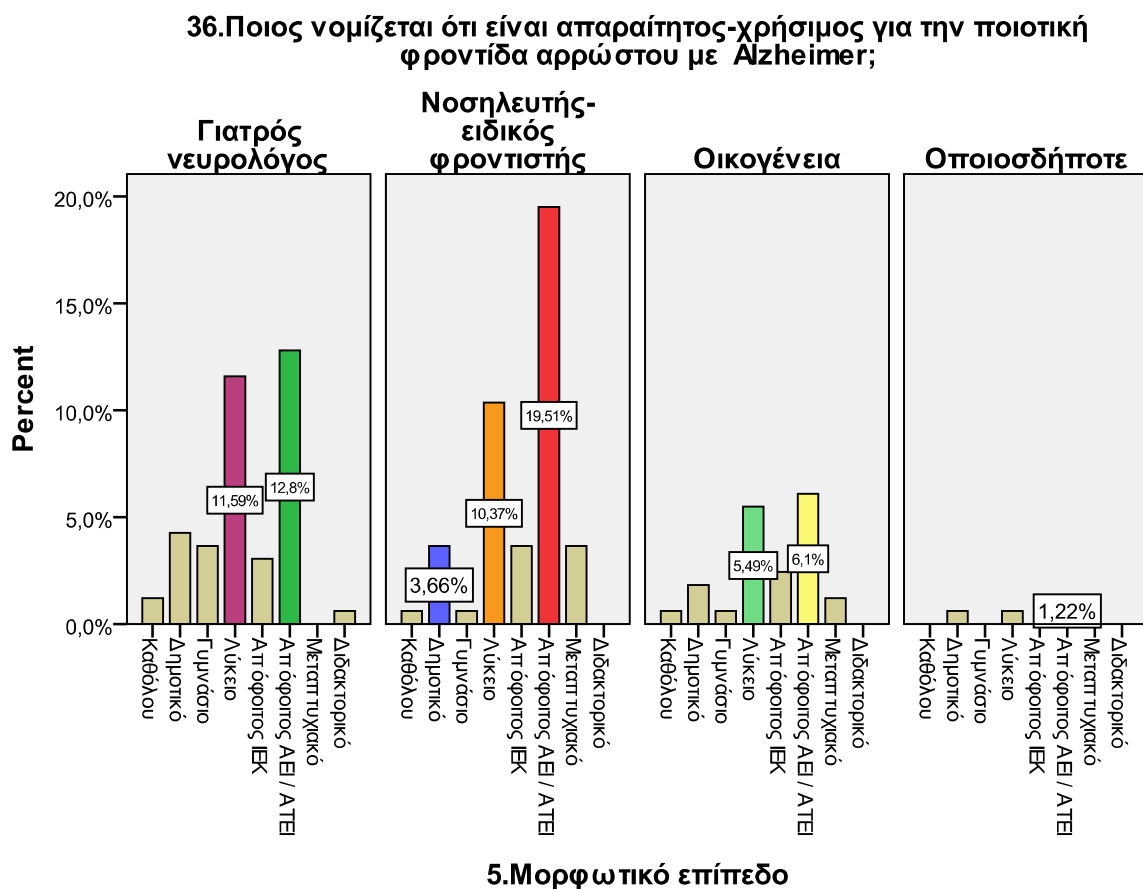


Πίνακας 67: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου σε σχέση με το άτομο που είναι χρήσιμο για την φροντίδα ασθενούς

36.Ποιος νομίζεται ότι είναι απαραίτητος-χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα αρρώστου με Alzheimer;	5.Μορφωτικό επίπεδο							
	Καθόλου	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Απόφοιτος ΙΕΚ	Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό
Γιατρός νευρολόγος	2	7	6	19	5	21	0	1
	1,2%	4,3%	3,7%	11,6%	3,0%	12,8%	0,0%	0,6%
Νοσηλεύτης-ειδικός φροντιστής	1	6	1	17	6	32	6	0
	0,6%	3,7%	,6%	10,4%	3,7%	19,5%	3,7%	0,0%
Οικογένεια	1	3	1	9	4	10	2	0
	0,6%	1,8%	0,6%	5,5%	2,4%	6,1%	1,2%	0,0%
Οποιοσδήποτε	0	1	0	1	0	2	0	0
	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%
$\chi^2=17,117$; $df=21$; $p=0,704$; NS								

Το 19,5% των αποφοίτων ΑΕΙ/ΑΤΕΙ νομίζει ότι ο νοσηλεύτης – ειδικός φροντιστής είναι απαραίτητος – χρήσιμος για την φροντίδα αρρώστου με Alzheimer. Το γιατρό νευρολόγο θεωρεί απαραίτητο το 11,6% των αποφοίτων λυκείου. (Πίνακας 67, Σχήμα 67). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=17,117$; $df=21$; $p=0,704$; NS).

Σχήμα 67: Συσχέτιση μορφωτικού επιπέδου σε σχέση με το άτομο που είναι χρήσιμο για την φροντίδα ασθενούς

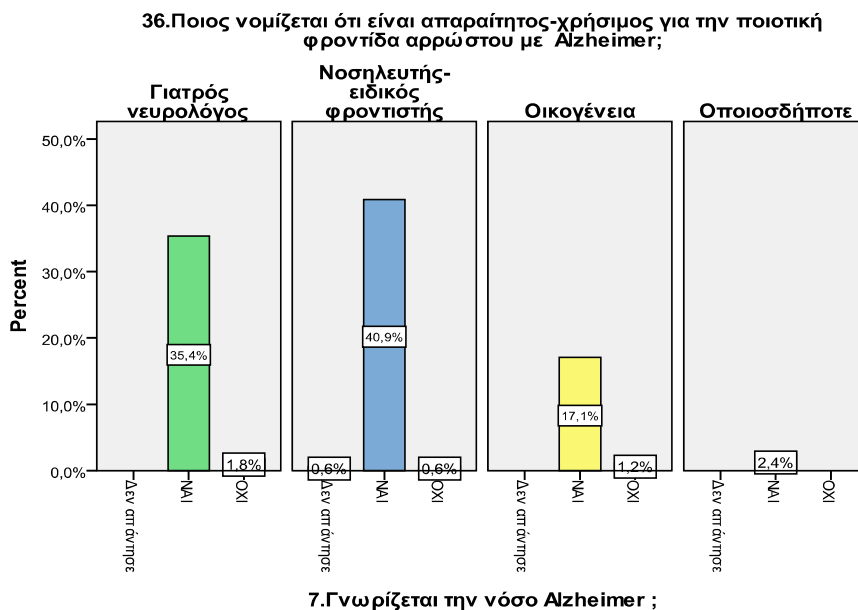


Πίνακας 68: Συσχέτιση γνώσης της νόσου σε σχέση με το άτομο που είναι χρήσιμο για την φροντίδα ασθενούς

36.Ποιος νομίζεται ότι είναι απαραίτητος-χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα αρρώστου με Alzheimer;	7.Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;		
	Δεν απάντησε	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Γιατρός νευρολόγος	0	58	3
	0,0%	35,4%	1,8%
Νοσηλευτής-ειδικός φροντιστής	1	67	1
	0,6%	40,9%	0,6%
Οικογένεια	0	28	2
	0,0%	17,1%	1,2%
Οποιοσδήποτε	0	4	0
	0,0%	2,4%	0,0%
$\chi^2=3,492$; $df=6$; $p=0,745$; NS			

Το 40,9% των ερωτηθέντων που γνωρίζουν την νόσο Alzheimer θεωρούν ότι ο νοσηλευτής – ειδικός φροντιστής είναι απαραίτητος – χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα του αρρώστου και το 35,4% ο γιατρός νευρολόγος (Πίνακας 68, Σχήμα 68). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=3,492$; $df=6$; $p=0,745$; NS).

Σχήμα 68: Συσχέτιση γνώσης της νόσου σε σχέση με το άτομο που είναι χρήσιμο για την φροντίδα ασθενούς



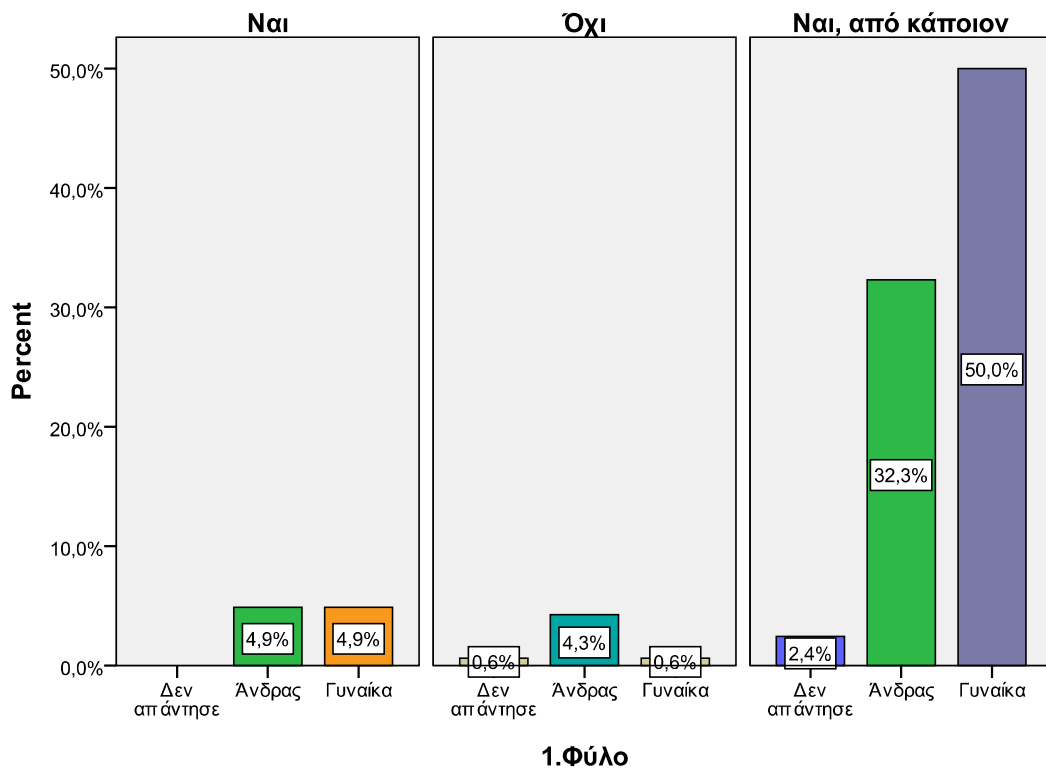
Πίνακας 69: Συσχέτιση φύλου σε σχέση με σωστή πληροφόρηση για φροντίδα

1.Φύλο	37.Επιθυμείτε την σωστή πληροφόρηση για φροντίδα;		
	Ναι	Όχι	Ναι, από κάποιον
Δεν απάντησε	0 0,0%	1 0,6%	4 2,4%
Άνδρας	8 4,9%	7 4,3%	53 32,3%
Γυναίκα	8 4,9%	1 0,6%	82 50,0%
$\chi^2=9,525$; $df=4$; $p=0,049$; NS			

Το 50% όσων δήλωσαν ακριβώς ποιος επιθυμεί να τους πληροφορεί για την φροντίδα είναι γυναίκες και το 32,3% άνδρες (Πίνακας 69, Σχήμα 69). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=9,525$; $df=4$; $p=0,049$; NS).

Σχήμα 69: Συσχέτιση φύλου σε σχέση με σωστή πληροφόρηση για φροντίδα

37.Επιθυμείτε την σωστή πληροφόρηση για φροντίδα;

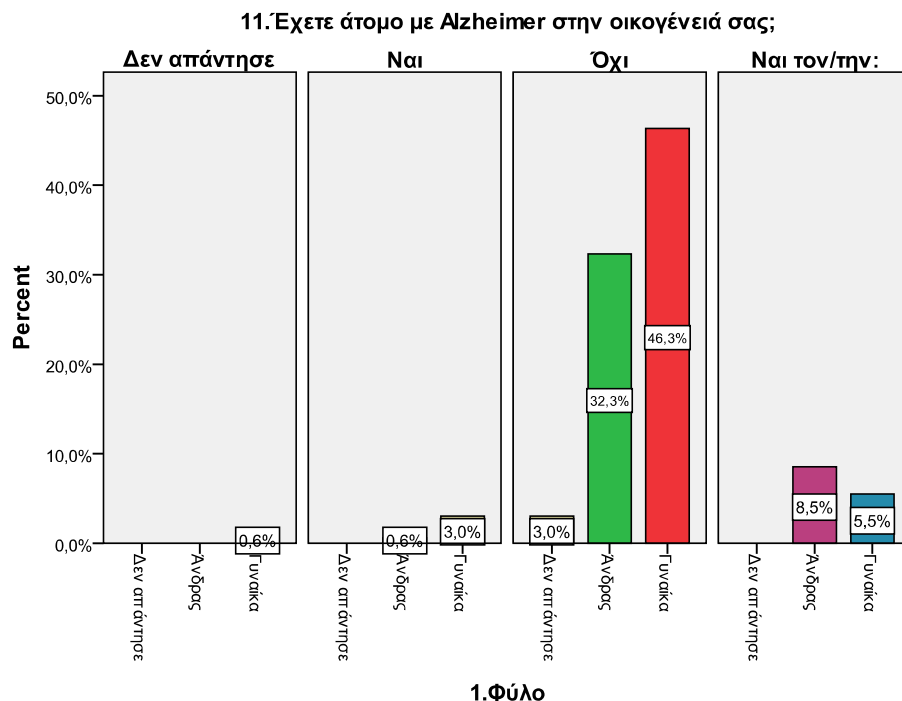


Πίνακας 70: Συσχέτιση συγγενούς με Alzheimer σε σχέση με σωστή πληροφόρηση για φροντίδα

11.Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;	37.Επιθυμείτε την σωστή πληροφόρηση για φροντίδα;		
	Ναι	Όχι	Ναι, από κάποιον
Δεν απάντησε	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,6%
Ναι	0	0	6
	0,0%	0,0%	3,7%
Όχι	13	8	113
	7,9%	4,9%	68,9%
Ναι τον/την:	3	1	19
	1,8%	,6%	11,6%
$\chi^2=1,641$; $df=6$; $p=0,950$; NS			

Το 68,9% όσων δεν έχουν στην οικογένεια τους ασθενή με Alzheimer επιθυμούν την σωστή πληροφόρηση για φροντίδα (Πίνακας 70, Σχήμα 70). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2=1,641$; $df=6$; $p=0,950$; NS).

Σχήμα 70: Συσχέτιση συγγενούς με Alzheimer σε σχέση με σωστή πληροφόρηση για φροντίδα



Συζήτηση

Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι απόψεις πολιτών για τη νόσο Alzheimer και πως η νόσος επηρεάζει το οικογενειακό περιβάλλον, με απώτερο στόχο την ενημέρωση των πολιτών για την καλύτερη αντιμετώπιση-φροντίδα των ανθρώπων που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer. Μέσω της παρούσας εργασίας επιθυμούμε να γνωστοποιήσουμε τα πορίσματα της έρευνας στην επιστημονική κοινότητα και να συμβάλουμε ενδεχομένως στην βελτίωση παροχής βοήθειας-φροντίδας στους συγκεκριμένους ασθενείς.

Αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 164 άτομα. Το 55,5% ήταν γυναίκες, το 41,5% άνδρες και το 3% δεν προσδιόρισε το φύλο του. Για την μεταβλητή του φύλου ισχύει το $\chi^2=72,524$. Οι βαθμοί ελευθερίας είναι $df=2$ και $p<0,05$ επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0) άρα υπάρχει σχέση μεταξύ του φύλου και στις απόψεις των ερωτηθέντων για το Alzheimer. Όσον αφορά τις ηλικίες των ερωτηθέντων ποικίλουν. Ειδικότερα, 41,5% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 20-29 χρονών, το 22,6% ανήκει στην ομάδα 30-39, το 18,3% στη 40-49, άνω των 50 χρόνων είναι το 17,1 % και 0,6% δεν απάντησε. Για την ηλικία ισχύει $\chi^2=70,085$; $df=4$; $p<0,05$ (η H_0 πάλι απορρίπτεται). Αξίζει να σημειωθεί το 42,1 % των ερωτηθέντων είναι άγαμοι, το 43,3% έγγαμοι, το 3,7% διαζευγμένοι, το 4,9% χήροι και το 6,1% αρνήθηκε να δώσει απάντηση. Για το στατιστικό κριτήριο χ^2 της οικογενειακής κατάστασης ισχύει $\chi^2=140,939$; $df=4$; $p<0,05$ άρα και εδώ απορρίπτουμε μηδενική υπόθεση (H_0) όπως την διατυπώσαμε πιο πάνω. Οκτώ στους δέκα, ήτοι το 86% κατοικεί την περιφέρεια και το υπόλοιπο 14% στην πρωτεύουσα. Για τον τόπο διαμονής ισχύει

$\chi^2=84,902$; $df=1$; $p<0,05$. Σε γενικές γραμμές οι ερωτηθέντες φαίνεται να είναι επαρκώς μορφωμένοι καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του 39,6% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 28% Λυκείου, το 10,4% δημοτικού, το 9,1% απόφοιτοι ΙΕΚ, το 4,9% γυμνασίου, το 4,9% έχουν μεταπτυχιακή εκπαίδευση ενώ μόλις το 0,6% είναι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου και το 2,4% δεν απάντησε. Με στατιστικό κριτήριο της μόρφωσης να είναι $\chi^2=177,463$; $df=7$; $p<0,05$. Όσον αφορά το επάγγελμα το 12,2% του επιλεγμένου πληθυσμού είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 31,7% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 17,1% είναι φοιτητές, πάνω από 1 στους 5 ήτοι 23,8% άνεργοι, το 11% συνταξιούχοι, 6 από τους 164 ερωτηθέντες είναι επιχειρηματίες (3,7%) και μόλις 0,6% δεν απάντησε. ($\chi^2=82,280$; $df=6$; $p<0,05$).

Σε σχετική έρευνα για την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας των Κωτσούλα, Ρουσιδή και Τόζιο από το Αλεξάνδρειο τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Θεσσαλονίκης, με επιβλέπων καθηγητή τον κύριο Θεοφανίδη Δημήτριο, το έτος 2009 και με θέμα «γνώσεις και απόψεις των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με την νόσο Alzheimer» εντοπίζονται κοινά αποτελέσματα. Πιο αναλυτικά, σχετικά με την άποψη των φοιτητών νοσηλευτικής, για την διαχείριση των οικονομικών ενός ασθενή με Alzheimer, σε συνάρτηση με το έτος σπουδών τους, από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνουμε ότι στους φοιτητές του πρώτου έτους σε ποσοστό 48,5% απάντησαν ότι η οικονομική διαχείριση πρέπει να γίνεται από το συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς. Οι υπόλοιποι μισοί είχαν αναλογικά μοιρασμένες απαντήσεις. Χαρακτηριστικά, το 25% απάντησαν ότι η διαχείριση πρέπει να γίνεται από τους ίδιους, ενώ το 26,7% απάντησε ότι ένα άτομο διοριζόμενο από το κράτος θα πρέπει να αναλαμβάνει την αρμοδιότητα αυτή. Από την άλλη πλευρά, αίσθηση προκαλεί το γεγονός ότι σε αντίστοιχο δείγμα των τεταρτοετών φοιτητών η συντριπτική πλειοψηφία 90% απάντησε ότι η διαχείριση των οικονομικών πρέπει να γίνεται από το συγγενικό περιβάλλον. Στην δική μας έρευνα, άνω των μισών από τους ερωτηθέντες 51,2% πιστεύει ότι η διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer πρέπει να γίνεται από το συγγενικό περιβάλλον, το 27,4% από το ίδιο το άτομο σε συνεργασία με συγγενικό πρόσωπο, το 11% από άτομο διορισμένο από το κράτος, το 8,5% από το ίδιο το άτομο και το 1,8% δεν απάντησε. Επίσης, στη συσχέτιση διαχείρισης των οικονομικών και ύπαρξη ατόμου με Alzheimer στην οικογένεια το 40,9 %, που δεν έχει συγγενή με Alzheimer, θεωρεί ότι η διαχείριση των οικονομικών πρέπει να γίνεται από το συγγενικό περιβάλλον ($\chi^2=6,942$; $df=12$; $p=0,861$; NS). Βάση τιμής του στατιστικού κριτηρίου παρατηρούμε ότι τα αποτελέσματα από την συσχέτιση των δύο αυτών μεταβλητών είναι στατιστικά μη σημαντικά αποτελέσματα, άρα η μηδενική υπόθεση (H_0) γίνεται αποδεκτή. Επομένως, η άποψη σχετικά με το πρόσωπο που διαχειρίζεται τα οικονομικά του ασθενούς δεν επηρεάζεται από το αν υπάρχει στην οικογένεια ασθενής.

Σε σχετική έρευνα με θέμα «Νόσος Alzheimer και το κοινωνικό στίγμα» των Φουντούκη, Τούλη, Νούσι, Κοσμίδη και Θεοφανίδης όπως αυτή δημοσιεύεται στο ηλεκτρονικό περιοδικό το βήμα του Ασκληπιού (11ος τόμος, 2ο τεύχος, Απρίλιος – Ιούνιος 2012), βρίσκουμε κοινά πορίσματα σχετικά με την νόσο Alzheimer ως ψυχική νόσο. Στην συγκεκριμένη έρευνα οι απαντήσεις δείχνουν ότι ενώ το 77% διαχωρίζουν την άνοια από τις ψυχικές διαταραχές, και το 9,9% δεν γνωρίζουν, ή αρνούνται να πάρουν θέση επί του συγκεκριμένου ζητήματος. Αναλυτικότερα, όταν τέθηκε το ερώτημα «Η νόσος Alzheimer είναι ψυχική διαταραχή όπως π.χ. η σχιζοφρένεια;» το 34,1% διαφωνεί απόλυτα, το 42,9% διαφωνεί, το 8,8% ούτε διαφωνεί ούτε συμφωνεί, το 2,2 συμφωνεί, ομοίως το 2,2% συμφωνεί απόλυτα, το 6,6 % δεν γνωρίζει και το 3,3% δεν απαντά. Παρόμοιες ήταν οι απαντήσεις και του δικού μας δείγματος όπου το 42,1% διαφωνεί ότι η νόσος Alzheimer είναι μια ψυχική διαταραχή όπως π.χ. (η σχιζοφρένεια), το 23,8% διαφωνεί απόλυτα, το 22 % δεν γνωρίζει, το 9,8% συμφωνεί και το 1,8% συμφωνεί απόλυτα. Το 0,6% δεν απάντησε ($\chi^2= 122,976$; $df=5$; $p<0,05$).

Συμπεράσματα

- Ø Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων πολιτών γνωρίζει τη νόσο Alzheimer.
- Ø Οι περισσότεροι πολίτες απάντησαν πως το Alzheimer είναι τύπος της άνοιας.
- Ø Παραπάνω από το μισό δείγμα θεωρεί ότι η νόσος Alzheimer εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικίες 60-79 ετών.
- Ø Το μεγαλύτερο ποσοστό ισχυρίστηκε ότι δεν έχει στην οικογένειά του άτομο με Alzheimer.
- Ø Το 84,8% του υπό εξέταση πληθυσμού θεωρεί ότι ο νευρολόγος είναι ο γιατρός που πρέπει να απευθυνθεί για την νόσο Alzheimer.
- Ø Άνω των μισών από τους ερωτηθέντες θεωρεί ότι η νόσος Alzheimer είναι κληρονομική νόσος.
- Ø Συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος θεωρεί ότι η απώλεια μνήμης είναι ένδειξη της νόσου Alzheimer.
- Ø Πολύ μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν θα άλλαζε τον τρόπο ζωής τους για την ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της νόσου.
- Ø Περισσότερο από το μισό δείγμα των ερωτηθέντων θεωρεί ότι το άτομο με Alzheimer δεν έχει την ικανότητα οδήγησης σε καμία περίπτωση.
- Ø Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει την μέση διάρκεια ζωής του ατόμου με Alzheimer.
- Ø Περισσότερο από το μισό δείγμα του πληθυσμού υποδεικνύει το εγκεφαλογράφημα ως μέθοδο διάγνωσης της νόσου Alzheimer.
- Ø Συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί την φαρμακευτική αγωγή ως τη μόνη διαθέσιμη θεραπεία για την μείωση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer.

- Ø Άνω των μισών από τους ερωτηθέντες πιστεύει ότι η διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer πρέπει να γίνεται από το συγγενικό περιβάλλον.
- Ø Σχετικά με το δικαίωμα στο εκλέγειν και εκλέγεσθε όσων πάσχουν από την νόσο Alzheimer το 48,2% πιστεύουν ότι δεν έχουν το δικαίωμα.
- Ø Η πλειοψηφία του δείγματος πιστεύει ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα του παρείχε μεγαλύτερη φροντίδα από ότι οι συγγενείς στο σπίτι.
- Ø Το 49,4% θα επηρεαζόταν πολύ ψυχολογικά αν είχε ένα άτομο στην οικογένεια με Alzheimer.
- Ø Λιγότερο από το μισό δείγμα ίσως να είχε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσει ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer.
- Ø Σχεδόν το μισό ποσοστό του δείγματος δεν θα γινόταν εθελοντής φροντιστής για τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer.
- Ø Η πλειοψηφία δήλωσε ότι απαραίτητος-χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα του αρρώστου με Alzheimer είναι ο νοσηλευτής-ειδικός φροντιστής.
- Ø Σε μεγαλύτερο ποσοστό η κοινή γνώμη επιθυμεί την σωστή πληροφόρηση για φροντίδα από κάποιον χωρίς να προσδιορίσει ποιον.

Προτάσεις

- Ø Ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τα συμπτώματα-αίτια της νόσου Alzheimer για την έγκυρη διάγνωση της (ΜΜΕ-Ενημερωτικά φυλλάδια, Εκστρατείες ενημέρωσης).
- Ø Να υπάρχουν σεμινάρια για τους οικογενειακούς φροντιστές έτσι ώστε να υπάρχει επαρκή ενημέρωση σχετικά με την ποιοτική φροντίδα ενός ατόμου με Alzheimer.
- Ø Στα κοινοτικά Ιατρεία των δήμων να υπάρχει εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό για κάτ'οικον φροντίδα ατόμων με Alzheimer.
- Ø Δημιουργία Ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία που θα παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη τόσο στα άτομα όσο και στις οικογένειές τους.
- Ø Η πολιτεία να ιδρύσει ίδρυμα εξειδικευμένης φροντίδας για τα άτομα με νόσο Alzheimer.

Περίληψη

Η νόσος Alzheimer αποτελεί μια πραγματικότητα που επηρεάζει ολοένα και περισσότερους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας και σπανιότερα νεότερης ηλικίας. Η ποιότητα ζωής όταν η νόσος έχει κάνει την εμφάνισή της απαιτεί σε ατομικό επίπεδο επίπονες και ψυχοφθόρες προσπάθειες. Η εκδηλώσεις που επιφέρει η νόσος Alzheimer έχει ως αποτέλεσμα την εξάρτηση των επηρεαζόμενων ατόμων για φροντίδα. Η οικογένεια έχει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των ηλικιωμένων σε όλη την διάρκεια της νόσου και αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους πόρους του συστήματος Υγείας.

Σκοπός: Είναι η διερεύνηση και απεικόνιση των γνώσεων και απόψεων των πολιτών σχετικά με τη νόσο Alzheimer, με απώτερο στόχο την ενημέρωση των πολιτών για την καλύτερη αντιμετώπιση-φροντίδα των ανθρώπων που πάσχουν από τη νόσο.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτελούσαν συνολικά 164 άτομα διαφόρων πόλεων της χώρας όπου συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο δια ζώσης. Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, το οποίο συντάχθηκε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, αποτελούμενο από 37 ερωτήσεις εκ των οποίων η μία ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες 36 κλειστού τύπου. Από τις 37 ερωτήσεις οι 36 ήταν εναλλακτικών απαντήσεων. Η έρευνα διεξήχθη από Δεκέμβριο του 2014 έως Φεβρουάριο του 2015.

Αποτελέσματα: Το 55,5% του δείγματος αποτελείται από γυναίκες και το 41,5% από άνδρες. Το 12,2% των ερωτηθέντων είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 31,7% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 17,1% είναι φοιτητές. Το 95,7% δήλωσε ότι γνωρίζει τη νόσο Alzheimer ενώ το 3,7% δήλωσε πως δεν γνωρίζει. Το 73,8% επέλεξαν τον σωστό ορισμό της νόσου, το 19,5% θεωρεί ότι είναι μια αυτοάνοση ασθένεια του ΚΝΣ και το 6,7% θεωρεί ότι είναι φλεγμονή της λευκής και φαιάς ουσίας. Το 48,2% θεωρεί ότι το Alzheimer είναι τύπος άνοιας και το 47% ότι η άνοια είναι τύπος του Alzheimer. Το 60,4% πιστεύει ότι το Alzheimer εμφανίζεται σε ηλικία 60-79 ετών. Το 3,7% των ερωτηθέντων έχει πάσχοντα άτομο με Alzheimer αλλά απέφυγε να προσδιορίσει ποιον ενώ το 14% των ερωτηθέντων προσδιόρισε το παππούς γιαγιά. Το 48,8% θεωρεί πως η απώλεια γνωστικής ικανότητας είναι σύμπτωμα της νόσου Alzheimer. Το 84,8% πιστεύει ότι ο νευρολόγος είναι ο κατάλληλος γιατρός για να απευθυνθεί κάποιος με ΝΑ. Επίσης 8/10 θεωρεί ότι η νόσος δεν είναι μεταδοτική. Το 52,4% απάντησε ότι η νόσος είναι κληρονομική ενώ το 23,2% ότι δεν είναι. Το 73,8% πιστεύει πως η απώλεια μνήμης είναι ένδειξη της ΝΑ. Το 32,2% του δείγματος πιστεύει πως η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η διατροφή, σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer. Το 39% των ερωτηθέντων θα άλλαξε τον τρόπο ζωής για ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων εκδήλωση της νόσου. Το 15,9% ισχυρίζεται πως δεν θα άλλαζε τον τρόπο ζωής του και το 44,5% απάντησε πως ίσως άλλαζε τον τρόπο ζωής. Το 42,1% διαφωνεί ότι η νόσος Alzheimer είναι μία ψυχική διαταραχή. Το 9,8% συμφωνεί και το 1,8% συμφωνεί απόλυτα. Το 61,6% πιστεύει ότι ένα άτομο με Alzheimer σε καμία περίπτωση δεν έχει την ικανότητα οδήγησης. Το 37,8% δεν γνωρίζει τη μέση διάρκεια ζωής του ατόμου με Alzheimer. Το 36,6% έχει ενημερωθεί από τα ΜΜΕ, το 24,4% από φίλους και το 18,9% από το διαδίκτυο. Το 56,1% θεωρεί πως το εγκεφαλογράφημα είναι η διάγνωση της νόσου Alzheimer. Το 51,2% πιστεύει πως η διαχείριση των οικονομικών του πάσχοντος πρέπει να γίνεται από το συγγενικό περιβάλλον, ενώ το 27,4% απάντησε ότι θα πρέπει να γίνεται από το ίδιο το άτομο σε συνεργασία με το συγγενικό πρόσωπο. Το 62,2% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η ψυχολογική υποστήριξη από ειδήμων υγειονομικό παράγοντα θα βοηθούσε. Το 54,9% πιστεύει ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα παρείχε καλύτερη φροντίδα στον ασθενή απ' ότι στο σπίτι. Το 79,9% θα συμβουλευόνας φροντιστή για την εξειδικευμένη φροντίδα του πάσχοντος ατόμου. Το 89,6% του πληθυσμού θεωρεί απαραίτητο να ιδρύσει η κοινωνία ένα ίδρυμα με εξειδικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer. Το 49,4% θα επηρεάζοντας ψυχολογικά πολύ αν είχε στην οικογένεια ένα άτομο με Alzheimer. Το 31,7% πάρα πολύ, το 13,4% λίγο, το 3,7% ελάχιστα και το 1,8% καθόλου. Το 38,4% ίσως είχε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσει ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer. Τα 97,6% δεν θα έκρυβε από τον κοινωνικό τους περίγυρο ότι κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έχει Alzheimer ενώ το 1,2% θα το έκρυβε. Το 42,7% θα γινόταν εθελοντής φροντιστής για άτομα που πάσχουν από Alzheimer. Το 85,4% θεωρεί πως δεν είναι ικανοποιητικές οι γνώσεις τους και οι εμπειρίες τους για να φροντίσουν έναν ασθενή με Alzheimer, ενώ το 11% θεωρεί πως είναι ικανοποιητικές. Το 42,1% δηλώνουν πως απαραίτητος η χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα του αρρώστου είναι ο νοσηλευτής-ειδικός φροντιστής, το 37,2% ότι είναι ο νευρολόγος, το 18,3% η οικογένεια και το 2,4% οποιοσδήποτε.

Συμπέρασμα: Οι πλειοψηφία των ερωτηθέντων γνωρίζει τη νόσο Alzheimer και δηλώνει ότι θα τους επηρέαζε πολύ ψυχολογικά, ενώ παράλληλα υποστηρίζει πως είναι απαραίτητο η κοινωνία να μεριμνήσει για τα άτομα με Alzheimer, ιδρύοντας ένα ίδρυμα εξειδικευμένης φροντίδας. Σημαντικό επίσης είναι να αναφέρουμε ότι ένα αρκετά μεγάλο

ποσοστό σε κοινή γνώμη επιθυμεί την σωστή ενημέρωση-πληροφόρηση από κάποιον ειδικό σχετικά με τη νόσο Alzheimer διότι πιστεύει ότι δεν έχει επαρκή ενημέρωση για την φροντίδα των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο.

Summary

Alzheimer's disease constitutes a reality which influences more and more people of older age whereas it is more rare in people of younger age. To be able to keep leading a life of quality is something which requires a lot of effort and painful trying when the disease appears. People who suffer from the disease are dependent on other people concerning their personal care because of the consequences of the manifestation of Alzheimer's. Family plays an important role in supporting the elderly throughout the disease and constitutes one of the greatest resources of the health system.

Purpose: It is the research and illustration of the knowledge and the aspect of citizens about Alzheimer's, this way aiming to inform citizens about the best way to treat and take care of the people who suffer from the disease.

Material and Method: The people who were surveyed were 164 individuals of different cities in the country who filled in a questionnaire on spot. Written questionnaire, which was constructed on the basis of the international bibliography, was used as a weapon of measurement. This questionnaire consisted of 37 questions one of which was of the open type and the rest 36 were of the close type. Of the 37 questions the 36 were of alternative answer (choices). The survey was conducted from December 2014 until February 2015.

Results: 55,5% of the token consists of women and 41,5% of men. 12,2% of the people questioned are public servants, 31,7% of them working in the private sector and 17,1% are students. 95,7% stated that they know about the Alzheimer's while 3,7% stated that they are not aware of it. 73,8% chose the correct definition of the disease, 19,5% consider that as a self-disease of the system of movement and 6,7% consider that as an inflation of the brain substance. 48,2% think that Alzheimer's is a kind of a dementia and 47% think that dementia is a kind of Alzheimer's. 60,4% believe that Alzheimer's sets on at the age of 60 – 79 years old. 3,7% of the people questioned have a person who suffers from the disease they avoided answering who exactly the person is though, while 14% of the people questioned defined that this person is a grandfather or a grandmother. 48,8% think that the lack of cognitive ability is a symptom of the disease. 84,8% think that neurologist is the appropriate doctor to treat someone with Alzheimer's. 8 out of 10 people think that the disease is not contagious. 52,4% answered that this disease is inherited while 23,3% answered that it is not. 73,8% believe that the loss of memory is a sink of Alzheimer's. 32,2% of the token think that the consumption of alcohol, smoking and eating habits are related to Alzheimer's. 39% of the people surveyed would be willing to change their lifestyle in order to minimize the possibilities of the appearance of the disease. 15,9% claim that they would not change their lifestyle and 44,5% answered that they might change their way of life. 42,1% argue that Alzheimer's is a psychological disorder. 9,8% agree with that aspect and 1,8% agree absolutely. 61,6% believe that a person who suffer from the disease can –in no way- the ability to drive. 37,8% do not know the average lifespan of the individual with Alzheimer's. 36,6% are informed by the media, 24,4% by friends and 18,9% by the internet. 56,1% think that an encephalogram is the diagnosis of the Alzheimer's disease. 51,2% think that the financial budgeting (managing) of the disease should be done by relatives. While 27,4% answered that it should be done by the person itself with the co-operation of a relative. 62,2% of the people questioned consider that psychological support from a professional individual working in the health system, would really help. 54,9% think that a expertized institute would provide better medical care than at home. 79,9% would take advice from a steward for the specialist care of the sufferer. 89,6% of the population believe that society should establish an institute with specialized care for the people who suffer from Alzheimer's. 49,4% would be psychologically affected if they had a person with Alzheimer's in the family. 31,7% would be seriously affected, 13,4% a little, 3,7% would be affected the least and 1,8% would not be affected at all. 38,4% might have the ability and the patience required to treat a member of the family suffering from Alzheimer's. 97,6% would not keep it as a secret from their social surroundings that a member of their family suffers from Alzheimer's, while 1,2% would hide that. 42,7% would become a volunteer steward for people who suffer from Alzheimer's. 85,4% consider that the knowledge or experience are not satisfactory enough to take care of a sufferer, while 11% think that they have these qualifications. 42,1% state that the nursing-steward is necessary or useful when it comes to quality treatment of the person, 37,2% state that it is the neurologist, 18,3% state that it is the family and 2,4% state that it can be any (of them).

Conclusions: The majority of the people questioned (knows) is aware of the Alzheimer's disease and they state that it would affect them seriously psychologically, while at the same time they claim that society has to look after people which Alzheimer's by establishing an institute of specialized treatment (care). It is also important to mention that a great percentage of the public wishes they had the appropriate information and awareness of a professional about the Alzheimer's disease, as they think that they do not know as much of they should about known to take care of the people who suffer from the disease.



Βιβλιογραφία

1. Zarit, S.H., Todd P.A., Zarit J.M., Subjective burdens of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*, 1986, 26:260-266
2. Doug Richards, Tom Clark & Carl Clark. *The human brain and its disorders*, oxford, 2007, 1:4-20
3. Albert S.M., Psychometric investigation of a belief system: caregiving to the chronically ill parent, *Social science medicine* 1992. 35: 699-709.
4. Χατζημπούγιας Ι., Στοιχεία ανατομικής του ανθρώπου, επίτομος, 3^η έκδοση, Εκδόσεις GM Design Αθήνα, 2003. σ. 142-153
5. Καστορίνης Α., Κωστάκη-Αποστολοπούλου Μ., Μπαρώνα-Μάμαλη Φ., Περάκη Β., Πιαλόγλου Π. Βιολογία, Θετικής Κατεύθυνσης Β' Τάξη Ενιαίου Λυκείου, Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα, 2010. σ. 53-57

6. *Αλεξανδρόπουλος Κ*, Προσέγγιση και αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς, Νοσοκ. Χρονικά, τόμος 71, Εκδόσεις Ευαγγελισμός, Συμπληρωματικό τεύχος 1, 2009. σ. 43-50
7. *Gearing M., Mirra S., Hedreen J. et.al.* The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part X. Neuropathology confirmation of the clinical diagnosis of Alzheimer's disease, *Neurology*, 1995, 45: 461-466.
8. *Λαζαρίδης Σ.*, Βασικές Αρχές Ανατομίας, επίτομος, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Θεσσαλονίκη, 2001. σ.115-124
9. *Rissell R.W. & Dewar A.J.*, Εξηγώντας τον Εγκέφαλο, μεταφρ. Κουσουλάκου Β. επιμ. Κινητή Α., Εκδόσεις τροχαλία, Αθήνα 1992 σ.87-91
10. *Σμοκοβίτης Α.*, Φυσιολογία, επίτομος, Εκδόσεις Κυριακίδη Αφοί, Θεσσαλονίκη, 2007. σ.725-729
11. *Λογοθέτη Ι., Μυλωνά Ι.*, Νευρολογία, επίτομος, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσ/νίκη, 2004. σ.226-233
12. *Κόκκας Β., Κίτσιος Γ., Τσολάκη Μ.*, Δομικές και μοριακές μεταβολές στη νόσο Alzheimer: Στόχοι φαρμακολογικών παρεμβάσεων σε μοριακό επίπεδο, τόμος 14, περιοδικό Ψυχιατρική 2003, 14:28-45
13. *Kandel E.R., Schwartz J.H. and Jessell T.M.* Essentials of Neural Science and Behavioral Biology, Καραγιάννης Αστέριος, Παθολογική φυσιολογία, 2^η έκδοση, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσ/νίκη, 2014. σ.366-370
14. *Bass D.,M., Bowman K., Noelker L.S.*, The influence of caregiving and bereavement support on adjusting to an older relative's death, *The Gerontologist*, 1991, 31:32-42.
15. *Δαλάκας Μ.* Πρακτική Κλινική Νευρολογία. Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα 2001 σ.197-215
16. *Δελαπόρτα Δ.*, Επιδημιολογία της άνοιας, διεπιστημονική ημερίδα για τους επαγγελματίες υγείας με θέμα: Άνοια και κατάθλιψη. Διάγνωση-θεραπεία-αποκατάσταση. Δήμος Μουδανιών. 10 Σεπτεμβρίου 2008
17. *Coni N., Nicholl C., Wilson K.J.* Γηριατρική, επίτομος, 6^η έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2006 σ.117-131
18. *Aronson ML, Ooi WL, Mogenstern H, et al.* Women, myocardial infarction and dementia in the very old, *Neurology*, 1990,40:1102-1106
19. *Μεντενόπουλος Γ., Μπουράς Κ.*, Η νόσος του Alzheimer, επίτομος, Γ' έκδοση, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002, 13:315-326
20. *Chang C.F., White-Means*, The men who care: An analysis of men primary caregivers who care for frail elderly at home., *The Journal of applied Gerontology*, 1991, 10:343-358.
21. *Leon MJ, Zetter berg H.*, Alzheimer's disease. *Lancet*, 2006,368 (9533): 387-403
22. *Aminoff J.M., Greenberg D., Roger P.S.* Κλινική Νευρολογία. Μετάφραση Ρίζος Γ., Τσάλαμας Χ. Επιμέλεια Φώτης Φ. 2^η έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2007 σ.405-418
23. *Σαμαρτζή Μ.* Νόσος Alzheimer: Μια πιεστική πρόκληση για νέες παρεμβάσεις στους τομείς Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Πολιτικής σε μια γηράσκουσα Ευρώπη. Στα πρακτικά του Πρώτου Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer. Μ.Κώστα-Τσολάκη (Επιμ. Εκδ.) Θεσσαλονίκη 13-16 Ιανουαρίου 2000, σ.σ 202-207.
24. *Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β.*, Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς, τόμος 1^{ος}, τεύχος Α', Έκδ. Π.Ο.Υ., Αθήνα 2008, 6:389-313
25. *Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Marsden C.D.* Neurology in Clinical Practice, Third Edition, volume II, Butterworth, Heinemann, 2000, 15:106-118

26. Περιοδικό (Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών 2002), ενημέρωση για την νόσο Alzheimer, Τριμηνιαία περιοδική έκδοση της εταιρείας νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Αθηνών, Τεύχος 4, Αθήνα, Ιανουάριος 2007
27. *Chandra V, Kokmen E., Schoenberg BS, et al.* Head trauma with loss of consciousness as a risk factor for Alzheimer's disease. *Neurology*, 1989, 39:1576-1578
28. *Clark PC.*, Effects of individual and family hardness on caregiver depression and fatigue, *ResNursHealth.*, 2002, Feb 25(1):37-48.
29. *Cohen CA., Gold DP., Shulman K.I., Wortley J.T., McDonald G & Wagon M.*, Factors determining the decision to institutionalize the demented individuals: A prospective study. *The Gerontologist*, 1993, 33:714-720.
30. Ευρωπαϊκή Εταιρία Alzheimer και Ελληνική Εταιρία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών. Πρακτικός οδηγός για τους περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer. Μ.Τσολάκη (Επιμ. Εκδ.). Ευρωπαϊκή Εταιρία Alzheimer. Αθήνα 1999. - Ρούσσος Χ. (Επιμ.) *Νευρολογία: Γνωσιακές Διαταραχές.* Στο: *Νοσολογία* 3η έκδοση. Αθήνα: Π.Χ Πασχαλίδης, 1995 : 2932-2933
31. *Καρκαβέλας Γ.*, Οι νευροπαθολογικές αλλοιώσεις στις άνοιες. Κεφάλαιο Διάγνωση (Εργαστηριακά ευρήματα., Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική πρόκληση, Εκδόσεις University Studio Press, 2005. σ.323-341
32. *Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α.*, Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, επίτομος. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999, 5:245-249
33. *Collins C., Jones R.*, Emotional distress and morbidity in dementia carers: a matched comparison of husbands and wives. *Int. J. Geriatric Psychiatry*, 1997, 12:1168-73.
34. *Μούγιας Α.*, Οδηγός για την νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας, επίτομος, Εκδόσεις Mendor, 2003. σ.35-57
35. *Μπαλογιάννης Σταύρος Ι.*, *Νευρολογία*, επίτομος, 1^η έκδοση, Εκδόσεις Πουρναράς Π.Σ., Θεσ/νίκη, 2012. σ.93-102
36. *Μούγιας Α.*, Οδηγός για την νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας, *American Psychiatry Association*, Αθήνα, 2003:67-100.
37. *Coni N., Nicholl C., Wilson K.J.* Γηριατρική. επίτομος, 6^η έκδοση, Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα 2006 σ.117-131
38. *Τσολάκη Μ.*, Νεότερα δεδομένα για την Άνοια , *Medicus Hippocraticus Περιοδική έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Χίου και Ιατρικού συλλόγου Χίου*, 2009, 14:3-10
39. *Davies M.*, The contribution of thrombosis to the clinical expression of coronary atherosclerosis, *Throm Res*, 1996, 83:1-32.
40. *Donaldson C., Tarrier N., Burns A.* Determinants of carer stressing Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 13, 1998: 248-256.
41. *Duw, Diluca C., Growdon J.H.*, Weight loss in Alzheimer's, *J. Geriatr Psychiatry Neurol*, 1993, 6:34-38
42. *Ellis Rj., Jan K., Kawas C., Koller Wc., Lyons Ke., Jeste Dv Et Al.* Diagnostic validity of the dementia questionnaire for the Alzheimer disease. *Arch Neurol* 1998, 55:360-365
43. *Σακκά Π.* Η νόσος Alzheimer μπορεί να αντιμετωπιστεί. Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών. Αθήνα. Μάϊος 2008. σ.15-34
44. *Fuller-Jonap F, Haley WE.* Mental and physical health of male care givers of a spouse with Alzheimer's disease. *J Aging Health* 1995.7:99-118.
45. *Sabat R.S.* The experience of Alzheimer's Disease Life through a tangled veil. Blackwell.2001. 3:184-196

46. *Given CW., Given BA., Stommel V., Azzouz F.* The impact of new demands for assistance on caregiver depression: tests using an inception cohort. *Gerontologist*. 1999. Feb 39 (1):76-85.
47. *Haley WE, LaMonde LA, Han B, Burton AM, Schonwetter R.* Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: application of a stress process model. *J Palliat Med.*, 2003. Apr;6(2):215-24.
48. *Τσολάκη Μ., Κάζης Α.* Ιατρική και Κοινωνική πρόκληση. Επίτομος, Εκδόσεις University Studio Press. Θεσ/νίκη 2005. σ. 307
49. *Τσόχας Κ.* Κλινική Φαρμακολογία. Επίτομος, Β' έκδοση. Εκδόσεις Λύχνος. Αθήνα 1996. σ.288-320
50. *Haley WE, Levine EG, Brown SL, Bartolucci AA.* Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptation outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging*. 1987. 2:223-230
51. *Hebert, LE; Scherr, PA; Bienias, JL; Bennett, DA; Evans, DA.* Alzheimer Disease in the U.S. Population: Prevalence Estimates Using the 2000 Census. *Archives of Neurology*.2003. 60 (8): 1119 – 1122
52. *Howard H., Feldman MD. Claudia Jacova et.al.* Diagnosis and Treatment of Dementia: 2 Diagnosis. *CMAJ* 2008: 825-836
53. *Jensen M., Basun H., Lannfelt L.* Increased cerebrospinal fluid tau in patients with Alzheimer's disease. *Neurosci. Lett*. 1995, 186:189-91.
54. *Τριανταφύλλου Νίκος Ι.* Θεραπευτική των χρόνιων νοσημάτων και συμπτωμάτων της νευρολογίας. Επίτομος. 2^η έκδοση, Εκδόσεις Γωνιά του Βιβλίου. Αθήνα 2010. σ.183-214
55. *Τσολάκη Μ.* Επιδημιολογία της άνοιας. *Εγκέφαλος* 1995, 33: 164-177
56. *Φέκας Α., Μπαλογιάννης Σ.* τογραφική διαγνωστική των παθήσεων του νευρικού συστήματος. Επίτομος 1^η έκδοση, Εκδόσεις Πουρναράς Π.Σ. Θεσ/νίκη 2009 σ.67-82
57. *Lemone P., Burke K.,* Medical-Surgical Nursing: Critical thinking in Client Care, 3rd edition, New Jersey Pearson, 1990:1805-1816
58. *Lyons K., Zarit S., Sayer A., Whitlack C.* Caregiving as a dyadic Process: Perspectives from caregiver and receiver. *Journal of Gerontology*. 2002,3:195-204.
59. *McKhann G.,Drachman D., Folstein M. et.al.* Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease, *Neurology* 1984, 34:939-944
60. *Θεοδοκάς Ι.* Νευρολογική εκτίμηση στη νόσο του Alzheimer. Επίτομος. 3^η έκδοση, Εκδόσεις university Studio Press, Θεσ/νίκη 2002, σ.200-250
61. *Καπάκη Ε., Παρασκευάς Γ.Π.* Σύγχρονη θεραπευτική Θεώρηση της Νόσου Alzheimer και άλλων Ανοικών Διαταραχών. Επίτομος. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2004, 3:25-32
62. *Καραβατος Α.,* Νόσος Alzheimer: Senium praecox;, *Αρχ. Ελλ. Ιατρ.*, 16(5), Σεπτέμβριος-Οκτώβριος, 1999:41-47,432-434.
63. *Mendez M, Masri A, Sung J et al.* Clinically diagnosed Alzheimer disease: neuropathologic findings in 650 cases. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1992, 6: 35-43.
64. *Moore, P.B., Day, J.P., Taylor, G.A., Ferrier, I.N., Fifield, L.K., and Edwardson, J.A.* Absorption of aluminium-26 in Alzheimer's disease measured using accelerator mass spectrometry. *Dem. Geriatr. Cognitive Dis*.2000,11:66-69
65. *Braak H.,* Evolution of the neuropathology of Alzheimer's disease, *Acta Neurol Scand* 1996: Suppl 165:3-12
66. *Πλατή Δ.Χ.,* Γεροντολογική νοσηλευτική, Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων-νοσηλευτικές παρεμβάσεις, Η πρωτοπαθείς εκφυλιστική άνοια τύπου Alzheimer, επίτομος, 8^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιανός, Αθήνα 2008 σ.318-332

67. *Nourhashemi F., Gillete-Guyonnet S., Andriea S. et al.*, Alzheimer disease: Protective factors. *AmJ Clin Nutr* 2000, 71 (suppl):6435-6495
68. *Parkin A.*, Μνήμη.επίτομος Εκδόσεις Παριανού. Αθήνα 2000 σ.230-250
69. *Patterson C., Feightner J., Garsia A. et.al.*, Diagnosis and treatment of Dementia:1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease, *CMAJ* 2008, 5:548-556
70. *Pearlin, L.I. Mullan J.T., Semple S.J., Skaff M.M.* Care givers and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 1990, 30: 583-594.
71. *Petersen RC, Doody R, Kurz A. et al.* Current concepts in mild cognitive impairment. *Arch Neurol* 2001, 58: 1985-1992.
72. *Peykel E.S, Hupper F.A. Brayne C.* Incidence of dementia and cognitive decline in over-75s in Cambridge: overview of cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Aug; 1998, 33(8):387-92.
73. *Rabins PV.*The caregiver's role in Alzheimer's disease Dementia. *Geriatr Cogn Disord.* 1998, 9(Suppl 3):25-28
74. *Βάγενας Β.*, Η συμπτωματολογία της άνοιας τύπου Alzheimer, κεφάλαιο ταξινόμησης ανοιών. Άνοια Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. Επίτομος. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσ/νίκη 2005 σ.315-324
75. *Τάσκος Ν.*, Νευρολογία. Επίτομος. 2^η έκδοση, Εκδόσεις University Studio Press. Θεσ/νίκη 2013 σ.272-285
76. *Rock B, Gekker G, Hu S, Sheng W, Cheeran M, Lokensgard J and Peterson P.* Role of Microglia in Central Nervous System Infections. *Clin. Microbiol. Rev.* October 2004 vol. 17 no. 4: 942-964
77. *Silverman DH.* Brain F-FDG PET in the diagnosis of neurodegenerative dementias: comparison with perfusion SPECT and with clinical evaluations lacking nuclear imaging. *J Nucl Med* 2004, 45: 594-607.
78. *Μουτσόπουλος Χ.(επιμ.)*, Cecil Βασική Παθολογία. Τόμος Β', 5^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα. Αθήνα 2003 σ.1101-1103
79. *Παγοροπούλου Α., Θεοτοκά Ι., Λιάππας Ι., Χροστοδούλου Γ.* Οι διαταραχές τις συμπεριφοράς των ανοϊκών ασθενών στο μεσαίο στάδιο της νόσου και οι επιπτώσεις τους στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των οικογενειακών φροντιστών. *Νευρολογία* Απρίλιος 2006, 10:90-101
80. *Schultz R, Williamson G.M.* A two year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 1991, 6:569-578.
81. *Stoller E.P., Pugliesi K.L.* Size and effectiveness of informal helping social networks: a panel of older people in the community. *Journals of Healthand Social Behavior.*1991, 32:180-191.
82. *Van Den Heuvel C, Thornton E, Vink R.* Traumatic brain injury and Alzheimer's disease: a review, *Prog Brain Res.* 2007, 161:303-16.
83. *Van Laere K, VersijptJ, Audenaert K et al.* 99mTc-ECD brain perfusion SPET: variability, asymmetry and effects of age and gender in healthy adults. *Eur J Nucl Med* 2001, 28: 873-887.
84. *Walker L.O. & Avant K.C.* Strategies for Theory construction in Nursing, 3rd ed. Apleton & Lange, Norwalk, C.T.1995: 84-89
85. *Watson J.* Nursing: Human Science and Human Care: A theory of Nursing. Appleton – Century-Crofts, Norwalk. 1985:115-121
86. *Martin K.N.* Ασθενής Μνήμη και Άνοια. Μετάφραση Τσουλέα Ρούλα. Επίτομος. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Δεκέμβριος 2000 σ.71-75
87. *Αβεντίσιαν-Παγοροπούλου Α.* Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας. επίτομος. Ιδιωτική έκδοση. Αθήνα 1993 σ.241-244

88. Γρηγοριάδου Α., Πηγαδάς Α., Δαρδαρέσης Θ., Κατσουγιαννόπουλος Β. Ωρίμανση και γήρανση του πληθυσμού. επίτομος. Ελληνική Ιατρική, Αθήνα 1991, 57(2):126-132
89. Λυμπεράκης Σ. Εγκέφαλος και ψυχολογία– εισαγωγή στη Νευρολογία. Β' έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα .Αθήνα 1997 σ.278-284
90. Fuller G., Manfred M. Νευρολογία. Επιμέλεια-μετάφραση Καλφάκης Αλ. Εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε. Αθήνα 2002 σ.45-59
91. Τομαράς Β. Εγχειρίδιο Νευρολογίας, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα 2001 σ.137-145
92. Μεντενόπουλος Γ. Η νόσος του Alzheimer: Κλινικές-Διαγνωστικές και φαρμακευτικές προσεγγίσεις. Επίτομος. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσ/νίκη 1997 σ.98-126
93. Μεντενόπουλος Γ., Η νόσος του Alzheimer. Επίτομος. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσ/νίκη 1999 σ.79-95
94. Rubinstein H. Η νόσος του Alzheimer. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000 σ.197-216
95. Feldman H., Παπαγεωργίου Σ. Άτλας της νόσου Alzheimer. 1^η έκδοση, Εκδόσεις Mendor S.A. Αθήνα 2008 σ.68-76
96. Τσολάκη Μ. , Κούντη-Ζαφειροπούλου Φ. Ψυχοεκπαίδευση οικογενειών ατόμων τρίτης ηλικίας. Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών. Θεσ/νίκη 2011 σ.346-410
97. Σακκά Π., Λυμπεροπούλου Ο., Νικολάου Κ., Εγχειρίδιο Φροντιστών Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών, Αθήνα 2007. σ. 6-13
98. Needham J.F. Γεροντολογική νοσηλευτική φροντίδα. Μετάφραση Καραχάλιος Γ.Ν. Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ. Αθήνα 1999 σ.27-35
99. Almborg B., Grafstrom M., Winbland B. Caring for a demented elderly person – burden and burnout among caregiving relatives. Journal of Advanced Nursing, 1997, 25:109-116.
100. Cape Ronald D.T., Coe R.D., Rossman I. Βασικές Αρχές της Γηριατρικής. Μετάφραση Ιμπριάλος Π.Κ. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσ/νίκη 1990 σ.326-339
101. Connell, C.M., Janevic M.R., Gallant M.P., The costs of caring: impact of dementia on family caregivers J Geriatr Psychiatry Neurol. Winter,2001,14(4):179-87.

Παράρτημα

«Γνώσεις και απόψεις πολιτών για τη νόσο Alzheimer και πως η νόσος επηρεάζει το οικογενειακό περιβάλλον»

Στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα: «Γνώσεις και απόψεις πολιτών για τη νόσο Alzheimer και πως η νόσος επηρεάζει το οικογενειακό περιβάλλον.», διεξάγεται έρευνα με σκοπό να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι απόψεις των πολιτών σχετικά με τη νόσο Alzheimer με απώτερο στόχο την ενημέρωση των πολιτών για την καλύτερη αντιμετώπιση-φροντίδα των ανθρώπων που πάσχουν από τη νόσο. Το παρόν ερωτηματολόγιο συντάχθηκε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, περιλαμβάνει 37 ερωτήσεις και σας παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις απόρρητες. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και δύνασθε οποιαδήποτε στιγμή να διακόψετε τη συμμετοχή σας. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση, είμαστε στη διάθεσή σας.

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας και την βοήθειά σας

Οι φοιτήτριες:
Μπαξεβανίδη Χριστίνα
Νικολοπούλου Αθανασία

Επόπτης: Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία

1. Φύλο: Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία: 20 – 29 30 – 39 40 – 49 > 50
3. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α
4. Τόπος μόνιμης κατοικίας:.....
5. Μορφωτικό επίπεδο: Καθόλου
 Δημοτικό
 Γυμνάσιο
 Λύκειο
 Απόφοιτος ΙΕΚ
 Απόφοιτος ΑΕΙ / ΑΤΕΙ
 Μεταπτυχιακό
 Διδακτορικό
6. Επάγγελμα: Δημόσιος Υπάλληλος
Ιδιωτικός Υπάλληλος
Φοιτητής/τρια
Άνεργος
Συνταξιούχος Άλλο:
7. Γνωρίζεται την νόσο Alzheimer ;
ΝΑΙ ΟΧΙ
- Η νόσος Alzheimer είναι μια αυτοάνοση ασθένεια του Κεντρικού νευρικού συστήματος και χαρακτηρίζεται από απώλεια μυελίνης.
 - Η νόσος Alzheimer είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσος και η πιο συχνή μορφή άνοιας.
 - Η νόσος Alzheimer είναι φλεγμονή της λευκής και φαιάς ουσίας του εγκεφάλου.
9. Τι είδους σχέση πιστεύετε ότι έχει η άνοια με το Alzheimer;
Η άνοια δεν έχει καμία σχέση με το Alzheimer
Η άνοια είναι τύπος του Alzheimer
Το Alzheimer είναι τύπος της άνοιας
10. Κατά την άποψή σας σε ποιες ηλικίες πιστεύετε πως εμφανίζεται συχνότερα η νόσος Alzheimer;
20-39 ετών 40-59 ετών 60-79 ετών 80 ετών και άνω

11. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένειά σας;

Ναι Όχι Αν ναι, ποιον;.....

12. Ποιο από τα ακόλουθα συμπτώματα θεωρείτε ότι σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer;

Απώλεια γνωστικής ικανότητας(π.χ. μνήμη, ομιλία)

Αλλαγή προσωπικότητας (πχ επιθετικότητα)

Κατάθλιψη

Τίποτα από τα παραπάνω

Όλα από τα παραπάνω

13. Γνωρίζεται σε τι ειδικότητας γιατρό θα πρέπει να απευθυνθείτε για τη νόσο Alzheimer ;

Καρδιολόγο Παθολόγο Ψυχίατρο Νευρολόγο

Άλλο:.....

14. Κατά την γνώμη σας είναι μεταδοτική η νόσος Alzheimer;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

15. Κατά την άποψή σας η νόσος Alzheimer είναι κληρονομική;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

16. Πιστεύεται ότι η απώλεια μνήμης είναι μια ένδειξη της νόσου Alzheimer;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

17. Πιστεύεται ότι η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η διατροφή σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer;

Ναι Όχι Δεν γνωρίζω

18. Θα αλλάζατε τον τρόπο ζωής σας για την ελαχιστοποίηση πιθανοτήτων της νόσου;

Ναι Όχι Ίσως

19. Η νόσος Alzheimer είναι μια ψυχική διαταραχή όπως π.χ. (η σχιζοφρένεια);

Συμφωνώ Συμφωνώ απόλυτα Διαφωνώ Διαφωνώ απόλυτα

Δεν γνωρίζω

20. Κατά την άποψή σας έχει την ικανότητα οδήγησης το άτομο με Alzheimer;

Ναι, έχει αν είναι στο πρώτο στάδιο της νόσου

Ναι, έχει ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου

Όχι, δεν έχει την ικανότητα οδήγησης σε καμία περίπτωση

21. Αν και το ποσοστό προόδου της νόσου Alzheimer είναι μεταβλητό, ποια πιστεύετε ότι είναι η μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής;

0-1 έτη 2-5 έτη 6-8 έτη 9-12 έτη Δεν γνωρίζω

22. Από ποια πηγή έχετε ενημερωθεί σχετικά με τη νόσο;

Διαδίκτυο ΜΜΕ Ενημερωτικά φυλλάδια Φίλους Άλλο:.....

23. Ποια από τις παρακάτω μεθόδους νομίζετε ότι χρησιμοποιείται για την διάγνωση της νόσου Alzheimer;

Αξονική τομογραφία
Ηλεκτροκαρδιογράφημα
Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης
Εγκεφαλογράφημα
Δεν γνωρίζω
Άλλο:.....

24. Ποια πιστεύεται πως είναι η μόνη διαθέσιμη θεραπεία για την μείωση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer;

Φαρμακευτική αγωγή Χειρουργική επέμβαση Δίαιτα Δεν γνωρίζω

25. Πιστεύεται πως η διαχείριση των οικονομικών ενός ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer πρέπει να γίνεται:

Από το ίδιο το άτομο
Από το συγγενικό του περιβάλλον
Από άτομο διοριζόμενο από το κράτος
Από τον ίδιο σε συνεργασία με συγγενικό πρόσωπο
Άλλο:.....

26. Πιστεύετε ότι οι πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer έχουν δικαίωμα στο εκλέγειν και εκλέγεσθε;

Ναι άνευ όρων Όχι Ναι εφόσον έχει περάσει επιτυχημένα ψυχολογικά τεστ

27. Θα βοηθούσε η ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή από ειδήμονα υγειονομικό παράγοντα;

Ναι Όχι Ίσως

28. Πιστεύετε ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα του παρείχε μεγαλύτερη φροντίδα απ' ό,τι εσείς στο σπίτι;

Ναι Όχι Ίσως

29. Θα συμβουλευόσασταν φροντιστή για τη εξειδικευμένη φροντίδα του ατόμου;

Ναι Όχι Ίσως

30. Θεωρείτε απαραίτητο να ιδρύσει η κοινωνία ένα ίδρυμα με εξειδικευμένη φροντίδα για τους πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer;

Ναι Όχι Ίσως

31. Αν είχατε ένα άτομο στη οικογένεια με Alzheimer πόσο θα σας επηρέαζε ψυχολογικά;

Καθόλου Ελάχιστα Λίγο Πολύ Πάρα πολύ

32. Πιστεύετε πως θα είχατε την υπομονή και την ικανότητα να φροντίσετε ένα μέλος της οικογένειας με Alzheimer;

Ναι Όχι Ίσως

33. Θα αποκρύβατε από τον κοινωνικό σας περίγυρο ότι κάποιο μέλος της οικογένεια σας έχει Alzheimer;

Ναι Όχι Αν ναι, γιατί; Από: Ντροπή Εγωισμό

Άλλο:

34. Θα γινόσασταν εθελοντής φροντιστής για τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer;

Ναι Όχι Ίσως

35. Θεωρείτε ικανοποιητικές τις γνώσεις σας και τις εμπειρίες σας για τη φροντίσετε ασθενή με Alzheimer;

Ναι Όχι

36. Ποιος νομίζεται ότι είναι απαραίτητος-χρήσιμος για την ποιοτική φροντίδα αρρώστου με Alzheimer;

Γιατρός νευρολόγος Νοσηλευτής-ειδικός φροντιστής Οικογένεια
Φίλοι Οποιοσδήποτε

37. Επιθυμείτε την σωστή πληροφόρηση για φροντίδα;

Ναι Όχι Αν ναι, από ποιόν;