

Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση της άνοιας και της κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας στα κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων



Εισηγητής

Ηγουμενίδης Μιχαήλ

Καθηγητής

Επιμέλεια

Μπαλαούρα Μαρία

Νικολακόπουλος Ιωάννης

Φοιτητές Νοσηλευτικής

ΠΑΤΡΑ 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΚΑΙ ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας γιατί χωρίς την πολύτιμη βοήθειά τους, αυτή η μελέτη δεν θα είχε ολοκληρωθεί.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρ. Ηγουμενίδη Μιχαήλ, καθηγητή της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος για την υποστήριξη και την προθυμία για συνεργασία μαζί μας, για την καθοδήγηση, τις επιστημονικές γνώσεις αλλά και τις συμβουλές του.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τους φίλους που ήταν διπλά μου και με στήριζαν αυτό το χρονικό διάστημα.

Νικολακόπουλος Ιωάννης

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρ. Ηγουμενίδη Μιχαήλ, καθηγητή της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος για την υποστήριξη και την προθυμία για συνεργασία μαζί μας, για την καθοδήγηση, τις επιστημονικές γνώσεις αλλά και τις συμβουλές του.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστώ την οικογένεια και τους φίλους μου για την υποστήριξη και την συμπαράσταση τους όλο αυτό το διάστημα. Επίσης, θα ήθελα να αφιερώσω την πτυχιακή μου εργασία στη γιαγιά μου Μαρία.

Μπαλαούρα Μαρία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην διερεύνηση της άνοιας και της κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας και στη διερεύνηση του βαθμού συννοσηρότητας ανάμεσα στις παθήσεις αυτές.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 200 ασθενείς εκ των οποίων 100 κατοικούσαν στην Πάτρα και 100 στην Αθήνα. Πιο συγκεκριμένα στο Β & Γ Καπή του Δήμου Πατρέων συγκεντρώθηκαν 100 ερωτηματολόγια, ενώ τα υπόλοιπα στο 2^ο Καπή “Νέα Ζωή” του Δήμου Περιστεριού. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν, με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Η ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 24, έκδοση για windows.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μέσα από την ερευνητική εργασία διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι από την Αθήνα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά νοητική βλάβης, καθώς και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους ηλικιωμένους της Πάτρας. Επίσης, ένα σημαντικό εύρημα ήταν η ύπαρξη συννοσηρότητας μεταξύ της νοητικής κατάστασης και της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Τέλος, αποδείχθηκε ότι όσον αφορά την νοητική βλάβη ο παράγοντας φύλο έχει σημαντική επιρροή, διότι οι γυναίκες συμμετέχουσες εμφάνισαν σε υψηλότερα ποσοστά νοητική βλάβη σε σχέση με τους άντρες. Αντίθετα, στην κατάθλιψη ο παράγοντας φύλο δεν είχε την ίδια επιρροή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι αθηναίοι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά νοητικής βλάβης και κατάθλιψης και σχέση με τους πατρινούς. Διαπιστώθηκε η ύπαρξη συννοσηρότητας μεταξύ της άνοιας και της κατάθλιψης. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι ο παράγοντας φύλο επηρεάζει σημαντικά στην νοητική βλάβη, γεγονός που δεν ισχύει για την κατάθλιψη.

ABSTRACT

AIM: The purpose of this dissertation is to investigate levels of dementia and depression amongst the elderly population, and to estimate possible interactions between these states in the context of comorbidity.

METHODS: The sample consisted of 200 elderly persons, 100 residents of Patras and 100 residents of Athens. In the area of Patras, questionnaires were handed out at the city's second and third Open Centers for the Elderly, whereas questionnaires in Athens were filled at the Open Center "Nea Zoi", Municipality of Peristeri. The questionnaires were filled based on personal interviews. The statistical analysis was carried out using SPSS v.24 software.

RESULTS: Research findings indicate that the elderly in Athens have higher percentage of cognitive impairment, as well as higher levels of depression compared to the Patras elderly population. In addition, there was a strong relation of comorbidity between dementia and depression. Cognitive impairment heavily depends on gender, as findings indicate that women have greater percentages of dementia compared to men. However, gender does not seem to influence the levels of depression.

CONCLUSIONS: In terms of dementia and depression, residence in the area of Athens seems to be negative for the elderly compared to smaller cities such as Patras. Dementia is more prevalent among women regardless of place of residence.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6-7

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Τρίτη Ηλικία

1.1 Ορισμός της Τρίτης ηλικίας.....	8
1.2 Θεωρίες του γήρατος.....	9-12
1.3 Λειτουργικές αλλαγές που επιφέρει το γήρας	13-17

Κεφάλαιο 2: ΑΝΟΙΑ

2.1 Ορισμός και τύποι της άνοιας.....	18
2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	19
2.3 Μορφές άνοιας.....	20-21
2.4 Σταδία της άνοιας.....	22-23
2.5 Αίτια της άνοιας.....	24-25
2.6 Κλινικά ευρήματα της άνοιας.....	26-27
2.7 Διάγνωση της άνοιας.....	28
2.8 Διαφορική διάγνωση της άνοιας.....	29
2.9 Παράγοντες κίνδυνου της άνοιας.....	30
2.10 Πρόληψη της άνοιας	31
2.11 Θεραπεία της άνοιας.....	32-34
2.12 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην άνοια.....	35-37

Κεφάλαιο 3: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1 Ορισμός, συμπτώματα και χαρακτηριστικά των καταθλιπτικών.....	38-39
3.2 Διάγνωση στις κατάθλιψης όταν συνυπάρχει άνοια.....	40
3.3 Διαφορική διάγνωση άνοιας-κατάθλιψης	41
3.4 Πρόληψη της κατάθλιψης στις περιπτώσεις άνοιας.....	42
3.5 Συν-νοσηρότητα άνοιας και κατάθλιψης στη τρίτη ηλικία.....	43-45

3.6 Θεραπεία της κατάθλιψης.....	46-47
3.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη.....	48

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία - Αποτελέσματα Έρευνας

4.1 Σκοπός της έρευνας.....	49
4.2 Μεθοδολογία.....	50
4.3 Ερευνητικά εργαλεία.....	51-52
4.4 Μονοπαραγοντική ανάλυση	53-82
4.5 Συμπεράσματα.....	83

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	84-85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	86-98

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άνοια και η κατάθλιψη είναι οι δυο πιο συχνά εμφανιζόμενες χρονιές παθήσεις σε άτομα τρίτης ηλικίας επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό τη ποιότητα ζωής τόσο των ίδιων όσο και των συγγενών τους.

Η άνοια είναι μια σοβαρή απώλεια της γενικής νοητικής ικανότητας (απώλεια μνήμης) σε ένα άτομο που προηγουμένως δεν ήταν εξασθενημένο, πέρα από ό,τι θα προκαλούσε η φυσιολογική γήρανση. Μπορεί να είναι στάσιμη, ως αποτέλεσμα μίας μοναδικής γενικής εγκεφαλικής βλάβης, ή προοδευτική, με αποτέλεσμα τη μακροπρόθεσμη μείωση της νόησης που οφείλεται σε βλάβη ή ασθένεια του σώματος. Παρά το γεγονός ότι η άνοια είναι πολύ πιο συχνή στους ηλικιωμένους (περίπου 5% των ατόμων άνω των 65 ετών εμπλέκεται) μπορεί να παρουσιαστεί και πριν από την ηλικία των 65 ετών, οπότε και ονομάζεται «άνοια πρώιμης έναρξης».

Η άνοια δεν είναι μια απλή ασθένεια, αλλά ένα γενικό σύνδρομο (δηλ. ένα σύνολο συμπτωμάτων και σημείων). Γνωστικές περιοχές που επηρεάζονται είναι η μνήμη, η προσοχή, η γλώσσα και η επίλυση προβλημάτων. Κανονικά, τα συμπτώματα πρέπει να υπάρχουν για τουλάχιστον έξι μήνες ώστε να γίνει διάγνωση. Γνωστική διαταραχή μικρότερης διάρκειας ονομάζεται ντελίριο.

Στα επόμενα στάδια της πάθησης, οι ασθενείς μπορεί να χάσουν τον προσανατολισμό τους στον χρόνο (μη γνωρίζοντας την ημέρα, την εβδομάδα, ή ακόμη και το έτος), στον χώρο (μην ξέροντας πού βρίσκονται), και στο πρόσωπο (μη γνωρίζοντας ποιοι είναι οι ίδιοι ή οι γύρω τους).

Η άνοια μπορεί να ταξινομηθεί είτε ως αναστρέψιμη ή ως μη αναστρέψιμη, ανάλογα με την αιτιολογία της ασθένειας. Λιγότερο από το 10% των περιπτώσεων άνοιας οφείλονται σε αιτίες που μπορούν να αναστραφούν με θεραπεία.

Μερικές από τις πιο συνηθισμένες μορφές άνοιας είναι: η νόσος Αλτσχάιμερ, η αγγειακή άνοια, η μετωποκροταφική άνοια και η άνοια με σωματία Λέβι.

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος που σαν κύρια χαρακτηριστικά έχει την κακή διάθεση, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την απουσία ενδιαφέροντος-ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που φυσιολογικά είναι ευχάριστες. Συχνά, ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε είδους διαταραχής της διάθεσης. Η διάγνωση βασίζεται τόσο σε εμπειρίες του ίδιου του ασθενούς, όσο και σε συμπεριφορές του όπως καταγράφονται από συγγενείς και φίλους του, καθώς επίσης και σε κάποια εξέταση ψυχικής κατάστασης. Δεν υπάρχει κάποια εργαστηριακή εξέταση για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Συνήθως εμφανίζεται σε ηλικία 20-30 ετών, που κορυφώνεται στα 30-40 έτη.

Οι ασθενείς με άνοια έχουν μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας στο να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα ενώ τα πρόωρα συμπτώματα μπορεί να αποτελέσουν μια ένδειξη για μελλοντική εξέλιξη της γνωστικής διαταραχής. Παράλληλα, η κατάθλιψη μπορεί να αυξήσει την προερχόμενη από την άνοια δεισ-λειτουργικότητα και ευερεθιστότητα.

Στο πρώτο μέρος μέσα από τις βιβλιογραφικές αναφορές επιχειρείται να αναλυθούν οι παθήσεις της άνοιας και της κατάθλιψης, να διερευνηθεί η ύπαρξη και ο βαθμός συννοσηρότητας μεταξύ των δυο παθήσεων και να καθοριστεί ο ρόλος του νοσηλευτή πάνω στην άνοια και την κατάθλιψη.

Στο δεύτερο μέρος προέκυψε η ανάγκη να διερευνηθεί η νοητική κατάσταση και τα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένων. Επίσης, παρουσίασε ενδιαφέρον η συγκριτική διερεύνηση

ανάμεσα σε δύο διαφορετικές περιοχές (Πάτρα-Αθηνά), με διαφορετικά χαρακτηριστικά και διαφορετικό τρόπο ζωής των ηλικιωμένων. Για τον σκοπό αυτό μοιραστήκαν 100 ερωτηματολόγια σε κάθε πόλη.

1. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Τι είναι τρίτη ηλικία; Ποτέ ξεκίνα; Αυτές οι φαινομενικά απλές ερωτήσεις είναι στην πραγματικότητα περιπλοκές και οι απαντήσεις δεν είναι τόσο ξεκάθαρες, όπως θα ήταν αναμενόμενο. Στην ενότητα αυτή αναφέρονται οι κυριότερες προσεγγίσεις του ορισμού της τρίτης ηλικίας. (Victor 2011)

Το λεξικό Shorter Oxford Dictionary ορίζει την τρίτη ηλικία ως “μια φυσιολογική διακριτή περίοδο ή στάδιο της ζωής”. Ένας άλλος ορισμός είναι “η διαδικασία ανάπτυξης ή ωρίμανσης”. Όμως, η αξία του συγκεκριμένου ορισμού αμφισβητείται, καθώς δεν αναφέρει τα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν την τρίτη ηλικία, ούτε τα κριτήρια που διακρίνουν την τρίτη ηλικία από τα άλλα στάδια της ζωής. Έτσι, διαπιστώνει κανείς ότι η διατύπωση των κριτηρίων που προσδιορίζουν και περιγράφουν λεπτομερώς την τρίτη ηλικία είναι πιο δύσκολη από ότι ίσως αναμενόταν. Υπάρχουν τέσσερις βασικές προσεγγίσεις για τον προσδιορισμό και τον καθαρισμό της τρίτης ηλικίας και κάθε μια περιγράφεται αναλυτικά. Αυτή η σύντομη ανασκόπηση αναφέρεται στον λίαν αυθαίρετο τρόπο που ορίζεται η τρίτη ηλικία και συμβουλεύει τον αναγνώστη να επιδείξει προσοχή σχετικά με τον τρόπο που τέτοιου είδους ορισμοί χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας. (Victor 2011)

1.2 ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Η θεωρητική οπτική για την τρίτη ηλικία

Η θεωρητική βάση της γήρανσης είναι περιορισμένη. Η έρευνα επικεντρώνεται κυρίως στην τεκμηρίωση γεγονότων δηλωτικών της γήρανσης . Οι έρευνες αναφέρονται στην εμπειρική τεκμηρίωση και όχι στη διατύπωση θεωριών. Καθώς όμως δεν υπάρχουν πολλές θεωρίες, διατυπώνονται απόψεις και προτάσεις που ασκούν επιρροή στη μελέτη για τη διεργασία της γήρανσης και στον τρόπο παροχής της φροντίδας, είτε νοσηλευτικής είτε όχι, στους ηλικιωμένους. (Victor 2011)

Δομικές και λειτουργικές θεωρίες

Η συγκεκριμένη προσέγγιση σχετίζεται με τη διατύπωση της θεωρίας σε κοινωνικό επίπεδο. Επομένως ο κύριος προσδιοριστής είναι η κοινωνία. Η κοινωνία είναι ένα σύνολο από αλληλένδετους συντελεστές, επιμέρους κοινωνικές δομές και θεσμούς, που ενσωματώνονται σε μία σχετικά σταθερή υπερδομή . Αυτοί οι συντελεστές μελετώνται τόσο μεμονωμένα, όσο και σε συνάφεια με τους παράγοντες που διατηρούν τη συνοχή της κοινωνίας. Θεωρείται, ότι οι ενέργειες του κάθε παράγοντα έχουν αντίκτυπο σε όλο το κοινωνικό σύνολο. Η έρευνα επικεντρώνεται στην ανάλυση των δομικών στοιχείων των κοινωνικών παραγόντων, τη μεταξύ τους σχέση και το ρόλο που έχουν στην διατήρηση της κοινωνίας .

Δύο βασικές θεωρίες είναι η θεωρία της δραστηριότητας και της αποσύνδεσης, ή αλλιώς αποδέσμευσης. (Victor 2011)

Θεωρία της δραστηριότητας

Ο Havingust το 1963 ανέπτυξε της θεωρία της δραστηριότητας η οποία υποστηρίζει ότι η προσαρμογή είναι η κύρια λειτουργία του ανθρώπου. Η προσαρμογή είναι καλύτερη για τα άτομα που δέχονται τη γήρανση ως μία φυσική διαδικασία και ταυτόχρονα παραμένουν τόσο ενεργοί όσο όταν ήταν μεσήλικες. Επομένως, η θεωρία αυτή αντανάκλα τη θετική πλευρά της γήρανσης. Η διατήρηση της δραστηριότητας εξασφαλίζεται μέσα από τη διασφάλιση των ήδη ρόλων και δραστηριοτήτων ή με την απόκτηση νέων. Το άτομο, για να αντιστρέψει υπερβολικά την αρνητική εικόνα της κοινωνίας για τα ηλικιωμένα άτομα, θα πρέπει να προσπαθήσει να παραμείνει όσο το δυνατό περισσότερο στη μέση ηλικία. Σύμφωνα με τη παραπάνω θεωρία, η τρίτη ηλικία είναι η χρονική περίοδος κατά την οποία τα άτομα διατηρούν τις δραστηριότητες τους, ενώ ο καλύτερος τρόπος γήρανσης επιτυγχάνεται όταν οι ρόλοι παραμένουν ίδιοι ή προστίθενται νέοι . Η βάση αυτής της θεωρίας είναι ότι υπάρχει μία θετική σχέση ανάμεσα στη δραστηριότητα και τη ποιότητα ζωής . Οι κοινωνικές πολιτικές και πολιτικές υγείας που πηγάζουν από αυτή τη θεωρία και δίνουν βαρύτητα στη διατήρηση της δραστηριότητας και στον τρόπο αλληλεπίδρασης τους, που θεωρούνται ως προϋποθέσεις για μία <<επιτυχή γήρανση>>. (Victor 2011)

Από αυτή τη προσέγγιση της γήρανσης, ανακύπτουν πολλά θεωρητικά προβλήματα. Εύκολα μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι η τρίτη ηλικία είναι το χρονικό διάστημα ψυχολογικής και κοινωνικής προσαρμογής. Θεωρείται ότι τα άτομα, για το υπόλοιπο της ζωής τους έχουν τη δυνατότητα να ξαναφτιάξουν ή να διατηρήσουν τον τρόπο ζωής που είχαν κατά τη μέση ηλικία. Αυτή η θέση δεν ισχύει για τα άτομα που δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τους παλαιούς ρόλους, που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα ή που χάνουν κάτι που δεν μπορούν εύκολα να αντικαταστήσουν. Επομένως, δεν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην απώλεια και στην υποκατάσταση ρόλων. Μπορεί κάποιος εύκολα να υποκαταστήσει το χαμένο ρόλο του γονέα ή του/της συζύγου. Επιπλέον, τα εμπορικά δεδομένα δεν επιβεβαιώνουν τα θεωρητικά αξιώματα. Έχει αποδειχθεί ότι οι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν ένα υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή τους, χωρίς να έχουν αναπτύξει ή διατηρήσει

πολλές δραστηριότητες. Το σύνθημα της θεωρίας είναι η άποψη: <<Χρησιμοποίησε το ή άστο να χαθεί>>. (Victor 2011)

Θεωρία της αποσύνδεσης

Οι Cumming και Henry το 1961 ανέπτυξαν τη θεωρία της αποσύνδεσης η οποία θεωρείται και είναι διαμετρικά αντίθετη από τη θεωρία της δραστηριότητας. Σύμφωνα με τη θεωρία της αποσύνδεσης, ο αποτελεσματικός τρόπος γήρανσης για τη κοινωνία και για το άτομο μπορεί να επιτευχθεί με την σταδιακή και όχι με την απότομη απώλεια των κοινωνικών ρόλων και των κοινωνικών σχέσεων και με την επαφή με άλλα ηλικιωμένα άτομα. Αυτό διευκολύνει την ομαλή παράδοση της εξουσίας στις νεαρές ηλικίες, όσο πιο ανώδυνα γίνεται ώστε να μην διαρραγεί η ενότητα του κοινωνικού συνόλου. Από την άλλη άποψη, η αποσύνδεση θεωρείται απαραίτητη λόγω του αναπόφευκτου θανάτου, της φθοράς των δυνατοτήτων, που προκαλεί η πάροδος της ηλικίας, της μετάβασης των αξιών στα νιάτα και της ανάγκης για συνέχιση της αποτελεσματικής λειτουργίας της κοινωνίας. Η διαδικασία της επιτυχούς γήρανσης συνοδεύεται από σταδιακή μείωση των δραστηριοτήτων του παρελθόντος, και της παράδοσης τους στην επόμενη γενιά. Την ίδια στιγμή που το άτομο αποσύρεται από το εργασιακό του περιβάλλον, και το περιβάλλον απομακρύνεται από το άτομο. Αυτή η θεωρία προέρχεται, όπως και η θεωρία της δραστηριότητας, από τη δομική λειτουργική προσέγγιση και στηρίζεται στην υπόθεση ότι η κοινωνία είναι ένα σύστημα που βρίσκεται σε ισορροπία και η αποσύνδεση είναι ένας μηχανισμός με τον οποίο επιτυγχάνεται η ισορροπία αυτή. (Victor 2011)

Υπάρχουν όμως και περιορισμοί στη συγκεκριμένη θεωρία. Η αποδέσμευση από τις συνήθειες του παρελθόντος δεν είναι πάντοτε εύκολη, και χωρίς συνέπειες, ενώ δεν αφορά το σύνολο των ηλικιωμένων. Ο όρος αποσύνδεση αποτελεί αντικείμενο ερμηνείας. Η απόσυρση ενός ατόμου από τις συνήθειες του παρελθόντος μπορεί να αναπληρώνεται από τη δέσμευση με κάποιο άλλο άτομο ή κάποιες άλλες συνήθειες. Επομένως, και οι δύο θεωρίες της ενεργούς δραστηριότητας και της αποσύνδεσης συμπεραίνουν ότι η λύση στο κοινωνικό πρόβλημα της γήρανσης μπορεί να βρεθεί μέσω της διασφάλισης ενός επιτυχούς τρόπου γήρανσης. Και οι δύο προσεγγίσεις έχουν ένα κοινό σημείο ένα τρόπο επιτυχούς γήρανσης που όμως στη πραγματικότητα δε μπορεί να εφαρμοστεί. Η γήρανση είναι μία ιδιαίτερη εμπειρία, την οποία οι παραπάνω θεωρίες δε λαμβάνουν υπόψη. Η λογική βάση των θεωριών αυτών είναι ότι οι ηλικιωμένοι βρίσκονται σε δυσχερή θέση διότι δεν προσαρμόστηκαν επιτυχώς στη γήρανση. (Victor 2011)

Θεωρία της ηλικιακής διαστρωμάτωσης

Οι δύο παραπάνω θεωρίες επικεντρώνονται στη προσαρμογή του ανθρώπου στη διαδικασία της γήρανσης, σε επίπεδο ατόμου. Η θεωρία της ηλικιακής διαστρωμάτωσης αναφέρεται σε συλλογικό επίπεδο, η προσέγγιση είναι λειτουργική και σχετίζεται με την κοινωνική ενσωμάτωση. Αυτή η θεωρία βλέπει την ηλικία ως παγκόσμιο κριτήριο για το διαχωρισμό των κοινωνικών ρόλων. Δηλαδή, σχετίζεται με την ταξινόμηση των ηλικιών σε κοινωνικό επίπεδο. Η ηλικία λαμβάνεται ως ο βασικός παράγοντας για την κατανομή των κοινωνικών ρόλων και τα συνακόλουθα προνόμια και υποχρεώσεις. Τα άτομα κατατάσσονται ανάλογα τη χρονολογική τους ηλικία ή το στάδιο της ζωής τους, όπως για παράδειγμα <<μέση ηλικία>> και η <<νεότητα>>, ή με όρους που χαρακτηρίζουν μία ομάδα. Κάθε ομάδα μελετάται με βάση τους ρόλους των μελών τους και την αξία που δίνεται από την κοινωνία στους ρόλους αυτούς. Από την άλλη πλευρά όμως ούτε αυτή η προσέγγιση έχει ολοκληρωτική εφαρμογή. Οι κεντρικές ιδέες της ηλικιακής διαστρωμάτωσης είναι οι εξής: (1) η κάθετη διαστρωμάτωση εμφανίζεται να είναι εγγενής σε όλα τα κοινωνικά συστήματα και (2) οι ανισότητες είναι αναπόφευκτες και πολιτικά αποδεκτές. (Victor 2011)

Θεωρία των συγκρούσεων

Η θεωρία των συγκρούσεων περιγράφει τους τρόπους που οι κοινωνικές ομάδες και οι κοινωνικές αλλαγές επηρεάζουν τη διεργασία της γήρανσης, σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Οι υποστηρικτές της συγκεκριμένης θεωρίας διατείνονται ότι οι συγκρούσεις και η απουσία κοινωνικής αστάθειας επηρεάζουν σημαντικά την κοινωνική ζωή και είναι πρωταρχικοί παράγοντες που οδηγούν τα άτομα να οργανώνονται σε ομάδες. Για το λόγο αυτό, αυτή η προσέγγιση δίνει έμφαση στους παράγοντες που διαχωρίζουν τις ομάδες, παρά τις αξίες που εκείνες μοιράζονται. (Victor 2011)

Από τη θεωρία της σύγκρουσης έχει προκύψει η θεωρία της ανισότητας. Η θεωρία υποστηρίζει τα χαρακτηριστικά που αποκομίζει το άτομο σε κάθε στάδιο της ζωής του διατηρούνται και στο υπόλοιπο της ζωής του. Για παράδειγμα, τα άτομα που δεν βρίσκονται σε μία καλή οικονομική κατάσταση στη μέση ηλικία τους, μπορεί να παραμείνουν φτωχοί και κατά τη γήρανση, με αποτέλεσμα το οικονομικό επίπεδο να καθορίζει το επίπεδο και τον τρόπο ζωής τους. Αυτή η προσέγγιση στο τομέα της γεροντολογικής, είναι η έννοια της <<της δομημένης εξάρτησης>>. Από τους συντελεστές της θεωρίας αυτής, υποστηρίζεται ότι ο βαθμός εξάρτησης των ηλικιωμένων ατόμων, που συχνά αναφέρεται, είναι αποτέλεσμα της κοινωνίας. Ασχολείται με το πώς και το γιατί η κοινωνία περιορίζει τις επιλογές ζωής των ηλικιωμένων και διατυπώνει την άποψη ότι διάφοροι θεσμοί, όπως η συνταξιοδότηση, αποτελούν εργαλεία για τη διαχείριση της οικονομικής κατάστασης, που έχουν όμως ως αποτέλεσμα της περιθωριοποίηση και την εξάρτηση των ηλικιωμένων. Επίσης, η θεωρία αυτή διατείνεται ότι υπάρχουν δυνητικές συγκρούσεις συμφερόντων ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στους <<όχι και τόσο>> ηλικιωμένους, ιδιαίτερα για την κατανομή των δυσεύρετων πόρων για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια. Πρόκειται για τις συγκρούσεις μεταξύ γενεών. Συμπερασματικά λοιπόν η θεωρία αυτή αναφέρεται κυρίως σε κοινωνικό παρά σε ατομικό επίπεδο. (Victor 2011)

Ερμηνευτικές θεωρίες

Οι ερμηνευτικές θεωρίες κινούνται σε μικροκοινωνιολογικό επίπεδο και υποστηρίζουν ότι η πιο βασική έκφραση της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι η επιλογή-ελεύθερη βούληση. Αυτές οι προσεγγίσεις συνήθως σχετίζονται με την κοινωνική αλληλεπίδραση μέσα σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον και με την επικοινωνία. Επικεντρώνονται στη κατανόηση του τρόπου που τα άτομα αντιλαμβάνονται τον κόσμο και τους άλλους ανθρώπους, καθώς και τη σημασία που αποδίδουν στις εμπειρίες που αποκομίζουν από αυτή τη διαδικασία. Αυτή η θεωρία θα μπορούσε να ερμηνεύσει το φαινόμενο της άτυπης φροντίδας που παρέχεται σε ηλικιωμένους, με διαφορετικό τρόπο από τις λειτουργικές θεωρίες. Οι υποστηρικτές των λειτουργικών θεωριών, θα έβλεπαν το ρόλο του άτυπου φροντιστή (γονέα ή συζύγου) ως ένα ρόλο που επιβάλλεται στο άτομο από εξωτερικούς κοινωνικούς παράγοντες. Από την άλλη πλευρά, κάποιος υποστηρικτής της ερμηνευτικής θεωρίας, θα έβλεπε το ρόλο αυτό ως <<υποχρέωση>>, <<καθήκον>> ή και <<ευθύνη>> και θα διερευνούσε τον τρόπο που παρέχεται η φροντίδα μεταξύ των ομάδων που συμμετέχουν σε αυτήν. (Victor 2011)

Η θεωρία της ετικετοποίησης αποτελεί παράδειγμα της θεωρίας αυτής. Οι ετικέτες όπως <<ηλικιωμένος>> είναι γλωσσολογικές περιγραφές και αποτελούν τον σύντομο τρόπο για το χαρακτηρισμό ατόμων ή ομάδων. Η συγκεκριμένη προσέγγιση επηρεάστηκε από τη θεωρία της αποκλίνουσας συμπεριφοράς στην οποία οι χαρακτηρισμοί χρησιμοποιούνται αρνητικά και μπορούν να στιγματίσουν ή να χαρακτηρίσουν καταστάσεις ως αποκλίνουσες και να θέσουν στο περιθώριο τα άτομα. (Victor 2011)

Η θεωρία της κοινωνικής διάδρασης είναι μία ακόμη θεωρία. Η κεντρική ιδέα είναι ότι τα άτομα επηρεάζονται μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, κάτι που επιτυγχάνεται μέσω των ανταμοιβών. Η θεωρία της κοινωνικής διάδρασης βασίζεται σε κάποιες θεμελιώδεις αρχές. Πρώτη αρχή, είναι ότι τα άτομα επιλέγουν να αλληλεπιδράσουν με άλλα άτομα που θα έχουν όφελος. Δεύτερη αρχή, είναι ότι οι αλληλεπιδράσεις διατηρούνται εάν τα οφέλη

υπερισχύουν του κόστους. Τέλος, η ισχύς κάποιων ανθρώπων που απορρέει από την αλληλεπίδραση τους είναι αποτέλεσμα της ανισορροπίας σε αυτήν την αλληλεπίδραση. Δηλαδή, εάν ένα άτομο εξαρτάται από κάποιο άλλο, τότε το ένα κερδίζει δύναμη και το άλλο τη χάνει. (Victor 2011)

Η κριτική που δέχθηκαν οι προσεγγίσεις αυτές είναι ο τρόπος που αναλύουν τους όρους. Συχνά, τέτοιες θεωρίες αναλύουν μικρές λεπτομέρειες της καθημερινής ζωής και όχι ευρείας κλίμακας κοινωνικές διεργασίες. Για αυτό, αν και υπάρχουν ενδιαφέροντα στοιχεία στις θεωρίες αυτές, δε θίγονται οι δομικές ή οι θεσμικές διαστάσεις της γήρανσης. Ωστόσο αυτού του είδους οι προσεγγίσεις μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμα εργαλεία όταν μελετάται η διεργασία της φροντίδας και η παροχή της. (Victor 2011)

1.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΦΕΡΕΙ ΤΟ ΓΗΡΑΣ

Διατροφή και γαστρεντερική οδός

Η σχέση της διατροφής με τις διεργασίες της ανθρώπινης γήρανσης είναι περίπλοκη, όμως είναι σχεδόν βέβαιο ότι οι διατροφικοί παράγοντες ασκούν επιρροή. Ο ρόλος της διατροφής στη διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του σώματος είναι πλέον αποδεκτός για όλες τις ηλικίες. Ο υποσιτισμός είναι πιο συνήθης στους ηλικιωμένους και μπορεί γενικά να διαχωριστεί σε πρωτεϊνικό υποσιτισμό και σε έλλειψη ενέργειας και βιταμινών. Στη διάρκεια της ζωής πραγματοποιείται μια προοδευτική έκπτωση πολλών βιολογικών λειτουργιών που συνοδεύεται με αλλαγές στο σώμα και στο μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών. (Herber 2011)

Σημαντικό ρόλο έχει η διατροφή στην ανάπτυξη της οστεοπόρωσης. Πολλοί είναι οι διαιτητικοί παράγοντες που σχετίζονται με την απώλεια της οστικής μάζας. Η λήψη συμπληρωμάτων βιταμίνης D φαίνεται πως μειώνει τα περιστατικά καταγμάτων στις ηλικίες άνω των 65. Άτομα που λάμβαναν μία κάψουλα διέτρεχαν 22% μικρότερο κίνδυνο κατάγματος σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος και είχαν 33% λιγότερα κατάγματα στα οστεοπορωτικά σημεία. Η αύξηση κατανάλωσης αντιοξειδωτικών ουσιών βοηθάει στην απορρόφηση των ελευθέρων ριζών και μπορεί να επηρεάσει τη διεργασία της γήρανσης. Αυτό αποτελεί άλλο ένα παράδειγμα της άμεσης συσχέτισης μεταξύ της δίαιτας και της γήρανσης. Οι αλληλοσυσχετίσεις μεταξύ της διατροφής, της δίαιτας και της γήρανσης είναι περίπλοκες και συχνά συνδέονται με την εμφάνιση προβλημάτων υγείας και νοσημάτων όπως ο διαβήτης ή αθηροσκλήρωση, και όχι τόσο με τις διεργασίες της <<φυσιολογικής γήρανσης>>. Όταν ένας ηλικιωμένος είναι υπέρβαρος ή λιποβαρής, αυτό μπορεί να έχει βλαβερές επιπτώσεις στην υγεία του. Σε κάποιον που είναι λιποβαρής, υπάρχει προδιάθεση για έλκος από πίεση, το οποίο χρειάζεται πολύ χρόνο για να επουλωθεί. Οι περισσότεροι ευπαθείς ηλικιωμένοι υποσιτίζονται και έχουν ανάγκη από φαγητά με πολλές θερμίδες, προκειμένου να διατηρήσουν ή και να αυξήσουν το βάρος τους και να αποκτήσουν την απαιτούμενη ενέργεια. (Herber 2011)

Ανοσοποιητικό σύστημα

Είναι βέβαιο ότι με τη γήρανση επέρχεται γενική μείωση της ανοσολογικής επάρκειας, κάτι που ενδεχομένως συμβάλλει σημαντικά στη γήρανση και στην ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων και διαταραχών. Βέβαια, λόγω των αλλαγών που επέρχονται στο ανοσοποιητικό σύστημα εξαιτίας της γήρανσης, οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευπαθείς στα μεταδοτικά νοσήματα από ότι οι νέοι και τόσο οι λανθάνουσες, όσο και οι οξείες ιογενείς λοιμώξεις οδηγούν σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα στις μεγάλες ηλικίες. Η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος στους ηλικιωμένους οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη βλάβη των μηχανισμών των T-κυττάρων. Καθώς η ανοσοποιητική επάρκεια μειώνεται, υπάρχει μία αυξημένη εμφάνιση, αυτοάνοσων νοσημάτων και καρκίνου. Εν τούτοις, ορισμένες θεωρίες υποστηρίζουν ότι η φυσιολογική γήρανση είναι συνέπεια μιας ανοσολογικής ανεπάρκειας. (Herber 2011)

Το ανοσοποιητικό σύστημα αναγνωρίζει τους ξένους παράγοντες και δρα ώστε να τους ακινητοποιήσει, να τους εξουδετερώσει ή να τους καταστρέψει. Όταν λειτουργεί αποτελεσματικά, το σύστημα προστατεύει το σώμα από πολυάριθμους λοιμογόνους παράγοντες. Όταν αποτυγχάνει, εμφανίζονται μερικές από τις πιο σοβαρές ασθένειες όπως είναι η κακοήθεια, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας. (Herber 2011)

Η χημική και κυτταρική ανοσία είναι τα δύο βασικά συστατικά λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, των οποίων η απόκριση μειώνεται καθώς η ηλικία μεγαλώνει. Με τη γήρανση, ο λεμφικός ιστός χάνεται από το θύμο αδέν, τους λεμφαδένες και τον μυελό

των οστών. Επέρχεται αλλαγή στο σύστημα των Τ-κυττάρων ή των Τ-λεμφοκυττάρων που ωριμάζουν στο θύμο αδένα. Τα Τ-κύτταρα είναι τα λεμφοκύτταρα που δεν παράγουν αντισώματα και που συνθέτουν τη κυτταρική ασπίδα της ανοσίας. Επιτίθενται άμεσα και διαλύουν τα κυτταρικά σώματα που έχουν μολυνθεί από ιούς ή άλλα ενδοκυτταρικά παράσιτα, καρκινικά κύτταρα και ξένα μοσχεύματα. Απελευθερώνουν χημικούς μεσολαβητές που βελτιώνουν τη φλεγμονώδη απόκριση ή βοηθούν στην ενεργοποίηση των λεμφοκυττάρων ή φαγοκυττάρων. Με τη γήρανση, εξασθενεί η απόκριση των Τ-κυττάρων και αυξάνεται η παραγωγή φλεγμονωδών κιτοκινών. Αλλαγές στα Β-κύτταρα που ευθύνονται για τη χημική απόκριση είναι μικρότερες και συχνά έπονται των αλλαγών στον Τ-κυτταρικό πληθυσμό. (Herber 2011)

Με το πέρασμα των χρόνων αυξάνεται και το επίπεδο των αντισωμάτων, καθώς και των αυτοαντισωμάτων. Αυτοαντισώματα είναι αντισώματα που αντιδρούν ενάντια στα αντιγόνα συστατικά των ιστών του ατόμου. Αυτοαντισώματα στα νουκλειικά οξέα παρουσιάζουν αυξημένο επιπολασμό στους ηλικιωμένους. (Herber 2011)

Με τις έρευνες λοιπόν διεξάγεται το συμπέρασμα πως υπάρχει μία έκπτωση στην αντισωματική απόκριση με το πέρασμα της ηλικίας. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι το ανοσοποιητικό σύστημα μεταβάλλεται με την ηλικία. Εν ολίγοις, η κυτταρική και η χημική αντίδραση στα αντιγόνα μειώνεται, ενώ η απόκριση στα αυτόλογα αντιγόνα αυξάνεται. Οι μεταβολές είναι αναμφισβήτητα περίπλοκες και ένα πρόβλημα είναι ότι οι αλλαγές του ανοσοποιητικού συστήματος που σχετίζονται με την ηλικία δεν κάνουν πάντοτε διάκριση ανάμεσα σε ένα ανοσοποιητικό σύστημα που εξασθενεί με την ηλικία και σε ένα ανοσοποιητικό σύστημα που εκτίθεται σε εξωτερικούς κινδύνους ευρισκόμενο σε έναν ήδη ηλικιωμένο ξενιστή. Μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την επάρκεια του ανοσοποιητικού συστήματος είναι η ασθένεια, η διατροφή και η έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία. (Herber 2011)

Αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα

Το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα συνεργάζονται για να διασφαλίσουν την επαρκή παροχή οξυγόνου που μεταφέρεται στους ιστούς και ότι το διοξείδιο του άνθρακα αποβάλλεται από το σώμα. Το καρδιαγγειακό σύστημα έχει ένα ακόμη γενικό καθήκον, να μεταφέρει θερμότητα και ουσίες, όπως θρεπτικά συστατικά, ορμόνες και τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού. (Herber 2011)

Με τη γήρανση γίνονται πολλές αλλαγές στο θώρακα και τους πνεύμονες επιδεινώνοντας τη λειτουργία. Επέρχονται αλλαγές στον όγκο και την ικανότητα των πνευμόνων, που οδηγούν στη μείωση της επιφάνειας που είναι διαθέσιμη για ανταλλαγή αερίων. Ο πνευμονικός ιστός χάνει την ελαστικότητα του κυρίως λόγω των ισχυρών αλλαγών μέσα στο κολλαγόνο. Απαιτείται έτσι περισσότερη μυϊκή προσπάθεια για να κινηθεί ο αέρας μέσα και έξω από τους πνεύμονες λόγω της ακαμψίας των πλευρών και των άλλων αρθρώσεων του θώρακα, καθώς και των δομικών αλλαγών στον ιστό των πνευμόνων. (Herber 2011)

Ένας από τους βασικούς αμυντικούς μηχανισμούς των πνευμόνων που προστατεύει από την εισπνοή σωματιδίων, ορισμένες φορές αποκαλείται βλεννοκροσσωτός μηχανισμός έκπλυσης των πνευμόνων. Αυτός εξαρτάται από τα σωματίδια που παγιδεύονται στη βλέννα, στο ενδοθήλιο των μεγαλύτερων αναπνευστικών οδών, από τις οποίες η βλέννα ίπταται προς τον λάρυγγα, με παλμικές κινήσεις των στερεοκροσσών που βρίσκονται στο βρογχικό επιθήλιο. Με τη γήρανση, οι στερεοκροσσοί χάνονται από τις αναπνευστικές οδούς και το σθένος όσων απομένουν μειώνεται. Κατά συνέπεια, ο βλεννοκροσσωτός μηχανισμός δεν είναι και τόσο αποτελεσματικός στην απομάκρυνση των συγκριμάτων. Τα φαγοκύτταρα που αποτελούν τη τελευταία γραμμή άμυνας στο κάτω μέρος των αναπνευστικών οδών, στα κυψελιδικά επίπεδα, γίνονται επίσης, λιγότερα αποτελεσματικά. Οι αλλαγές αυτές ευθύνονται για την αυξημένη συχνότητα των αναπνευστικών λοιμώξεων στους ηλικιωμένους. (Herber 2011)

Η μελέτη των μεταβολών της γήρανσης στο καρδιαγγειακό σύστημα αντιμετωπίζει εμπόδια λόγω των μεθοδολογικών προβλημάτων. Είναι πολύ σημαντικό κατά την σύγκριση της καρδιολογικής λειτουργίας των νέων και των ηλικιωμένων, να διασφαλίσουμε ότι το επίπεδο της φυσικής κατάστασης είναι παρόμοιο σε όλες τις ηλικίες. Ο ρυθμός της καρδιάς, της πίεσης του αίματος και άλλες καρδιοπνευμονικές παράμετροι διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με τη συχνότητα της φυσικής δραστηριότητας που πραγματοποιείται. (Herber 2011)

Φαίνεται ότι τα άτομα που ζουν εκτός ιδρύματος η καρδιακή παροχή δεν επηρεάζεται άμεσα από την ηλικία. Παρόλα αυτά, ορισμένα επιμέρους δεδομένα του καρδιαγγειακού συστήματος υφίστανται αλλαγές. Η φυσιολογική λειτουργία των αγγείων της καρδιάς και του αίματος εξαρτάται από τις φυσικές ιδιότητες του συνδετικού ιστού και του μυ, δηλαδή τη διαθεσιμότητα, συσταλτικότητα και την ελαστικότητα. Αυτές αλλάζουν με τη γήρανση, οδηγώντας γενικά σε αύξηση της ακαμψίας. Το βάρος της καρδιάς, ως κλάσμα του βάρους του σώματος, έχει τη τάση να αυξάνεται ελαφρώς. Ορισμένες φορές αναπτύσσεται μια ήπια υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, ως προσαρμοστική αντίδραση στις αλλαγές της αορτικής ενδοτικότητας που λαμβάνουν χώρα. Επιπλέον, υπάρχει αλλαγή στο υπόστρωμα του συνδετικού ιστού, με συνέπεια την ακαμψία του μυοκαρδίου, όπως υπάρχει και απώλεια στα κολπικά κύτταρα-βηματοδότες με αποτέλεσμα να φθίνει ο καρδιακός ρυθμός. Τα αιμοφόρα αγγεία υφίστανται αλλαγές επίσης. Παρατηρούνται δομικές αλλαγές στις αρτηρίες, λόγω της αύξησης του κολλαγόνου και του λείου μυ, κάτι που οδηγεί σε αυξημένη αρτηριακή ακαμψία και μειωμένη ενδοτικότητα με το πέρασμα του χρόνου. (Herber 2011)

Ενδοκρινικό και νευρικό σύστημα

Το ενδοκρινικό σύστημα παίζει σημαντικό ρόλο σε πολλές από τις ρυθμιστικές και προσαρμοστικές αποκρίσεις του σώματος. Ορισμένες από τις μελέτες σε αυτόν τον τομέα δίνουν αντιφατικές πληροφορίες για τις αλλαγές λόγω γήρανσης που πραγματοποιούνται στην ενδοκρινική λειτουργία. Όπως και με άλλα συστήματα του οργανισμού, υπάρχουν παράγοντες και σύνθετες επιδράσεις που πρέπει να ληφθούν υπόψιν. Για παράδειγμα, η ασθένεια, η φαρμακευτική αγωγή, το κάπνισμα, η δίαιτα, η άσκηση, το ποσοστό του σωματικού λίπους, κοινωνικοί και μεθοδολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα των ερευνών, μπορούν επίσης να επηρεάσουν τα ορμονικά επίπεδα, οπότε είναι πολύ δύσκολο να διακρίνουμε αν οι αλλαγές που παρατηρούνται οφείλονται στη γήρανση ή αντανακλούν τις τροποποιήσεις κάποιων άλλων παραμέτρων. (Herber 2011)

Η γήρανση επηρεάζει το ενδοκρινικό σύστημα μεταβάλλοντας τα ενδοκρινικά κύτταρα, τις ορμόνες που παράγονται από τα κύτταρα αυτά και τους ορμονικούς υποδοχείς ή τις διεργασίες στα κύτταρα στόχους. Οι έρευνες για το ενδοκρινικό σύστημα επεκτείνονται πέρα από την απλή μέτρηση ορμονών στο αίμα υπό διαφορετικές φυσιολογικές πιέσεις, καθώς εκτιμάται ότι τα επίπεδα πλάσματος μιας συγκεκριμένης ορμόνης εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες, για παράδειγμα τις ρυθμιστικές ορμόνες που εκκρίνονται, τη μεταφορά στο σώμα, την προσκόλληση στους υποδοχείς των κυττάρων – στόχων και τις ορμόνες που αποβάλλονται από το αίμα. (Herber 2011)

Καθώς το άτομο μεγαλώνει, ο ρυθμός έκκρισης ορμονών μάλλον μειώνεται, όμως ταυτόχρονα μειώνεται και ο ρυθμός κάθαρσης τους από την κυκλοφορία, με τελικό αποτέλεσμα τα φυσιολογικά ορμονικά επίπεδα. Έτσι φαίνεται πως το σώμα διατηρεί την ικανότητα να προσαρμόζεται στις ορμονικές εκκρίσεις, προκειμένου να διατηρεί σταθερά τα επίπεδα των ορμονών στο πλάσμα. (Herber 2011)

Η γενική εικόνα του νευρικού συστήματος, καθώς επέρχεται η γήρανση, είναι η πτώση της απόδοσης, αν και όπως συμβαίνει με άλλα συστήματα, η λειτουργία διατηρείται. Υπάρχουν μεγάλες αντιφάσεις στα ευρήματα των ερευνών όσον αφορά τον εγκέφαλο κατά τη γήρανση, κυρίως λόγω προβλημάτων στη μεθοδολογία της έρευνας που χρησιμοποίησαν. Ο όγκος και το βάρος του εγκεφάλου μοιάζουν να μειώνονται με την ηλικία όπως προκύπτει από τη προσεκτική εξέταση των διανοητικά λειτουργικών ηλικιωμένων. Μερικοί ερευνητές ανέφεραν

νευρωνική απώλεια σε επιλεγμένες στοιβάδες και περιοχές του ανθρώπινου φλοιού, όμως όχι στη πλειοψηφία των δομών του εγκεφαλικού στελέχους. (Herber 2011)

Η εγκεφαλική ροή του αίματος μειώνεται με την ηλικία, όμως η παροχή οξυγόνου διατηρείται επαρκής, καθώς η απελευθέρωση του οξυγόνου από το αίμα αυξάνεται. Οι αρτηρίες που μεταφέρουν αίμα στον εγκέφαλο γίνονται ελικοειδείς με τη γήρανση εξαιτίας των αλλαγών που συμβαίνουν στους σπόνδυλους και τον μεσοσπονδύλιο δίσκο και μπορεί να γίνουν δύσκαμπτες με τις κινήσεις του λαιμού. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παροδικά ισχαιμικά επεισόδια, στα οποία είναι επιρρεπείς πολλοί ηλικιωμένοι. (Herber 2011)

Πραγματοποιούνται επίσης αλλαγές στο μοτίβο της νευροδιαβιβαστής με αλλαγές στη σύνθεση, την αποθήκευση και την απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών. Οι αλλαγές στο μεταβολισμό των νευροδιαβιβαστών μπορούν να έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στο συμπεριφορικό όσο και στο ρυθμιστικό σύστημα. (Herber 2011)

Αισθητήρια όργανα

Η ακοή βρίσκεται στο ζενίθ της, τόσο από πλευράς οξύτητας, όσο και από πλευράς λήψης συχνοτήτων. Λαμβάνει χώρα μία συγκεκριμένη μείωση στην ευαισθησία σε υψηλότερες συχνότητες και η απώλεια αυτή συμβάλλει εξαιρετικά στη δυσκολία κατανόησης του λόγου. Αλλαγές συμβαίνουν σε όλα τα μέρη το αυτιού. Η τυμπανική μεμβράνη γίνεται περισσότερο άκαμπτη και υπάρχει μία αυξημένη ακαμψία στα οστά του μέσου αυτιού ενώ ταυτόχρονα υπάρχει και απώλεια μυϊκών ινών. Ο εντοπισμός των ήχων γίνεται όλο και πιο αργά και λιγότερο ακριβής με την ηλικία και αποτελεί ένδειξη σύγχυσης κατά τη συζήτηση ηλικιωμένων. (Herber 2011)

Η όραση επηρεάζεται επίσης από την ηλικία. Η απώλεια του ελαστικού ιστού στα φρύδια και στα άνω βλέφαρα μπορεί να οδηγήσει σε πτώση και έμφραξη του άνω οπτικού πεδίου, ενώ η απώλεια ελαστικού ιστού στα κάτω βλέφαρα, μπορεί να ρίξει τα βλέφαρα μπροστά, παρεμβαίνοντας στην έκκριση δακρύων. Ο κερατοειδής χιτώνας και ο επιπεφυκότας γίνονται λεπτότεροι. Αλλαγές στο ινώδες πλέγμα της ίριδας σταθεροποιεί την κόρη σε αυτό το μικρό μέγεθος και έτσι ελαττώνεται σημαντικά η ποσότητα του φωτός που εισέρχεται. Η πρεσβυωπία, η απώλεια της προσαρμογής σε κοντινή απόσταση είναι ευρέως γνωστή και οφείλεται κυρίως στην απώλεια της ευκαμψίας του κρυσταλλοειδούς, κάνοντας ανέκδοτο να εστιάζει σωστά στην εικόνα του αμφιβληστροειδούς χιτώνα. Ο καταρράκτης (θόλωση του φακού), είναι πολύ συνηθισμένος στις μεγάλες ηλικίες και προκαλεί θρόμβο οράσεως. (Herber 2011)

Η γεύση και η όσφρηση σαφώς δέχονται φθορά με το πέρασμα των χρόνων. Οι γευστικές θηλές πάνω στη γλώσσα εκφυλίζονται και ο αριθμός των γευστικών καλύκων μειώνεται. Βάσει μελετών, υπάρχει μείωση μέχρι και τα δύο τρίτα στους γευστικούς κάλυκες από τη παιδική ηλικία μέχρι και την ηλικία των 80. Ακόμα, παρατηρείται μείωση στη ροή του σιέλου και στην περιεκτικότητα σε αμυλάση που ξεκινά τη διεργασία της πέψης. Συνεπώς η απώλεια της γεύσης μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική κατανάλωση ζάχαρης και αλατιού. (Herber 2011)

Η διατήρηση της ισορροπίας έγκειται στην ενοποίηση των αποκρίσεων του οπτικού συστήματος, του αιθουσαίου συστήματος και των υποδοχέων στους μύες και τις αρθρώσεις. Έτσι στους ηλικιωμένους, απαιτούνται μεγαλύτερες γωνιακές κινήσεις στις αρθρώσεις, για να επιτευχθεί η αντίληψη των ιδιοδεκτικών αντιλήψεων. (Herber 2011)

Δέρμα

Όλοι οι ιστοί του δέρματος καθώς και οι τρίχες υπόκεινται εκφυλιστικές αλλαγές και συνεπώς το παλιό δέρμα μειώνει τη ποιότητα ζωής. Γνωρίζουμε πολύ λίγα πράγματα για τη γήρανση των τριχών, πέρα από το γεγονός πως τα γκρίζα μαλλιά αποτελούν εμφανή σημάδια γήρανσης. Παραδόξως, οι τρίχες των μαλλιών λεπταίνουν, όμως υπάρχει αύξηση των τριχών

της μύτης, των αυτιών και των φρυδιών. Ο ρυθμός ανάπτυξης τριχών κεφαλιού μειώνεται, ενώ η λέπτυνση των τριχών είναι εμφανής μετά την ηλικία των 65 ετών. Οι περισσότεροι άνθρωποι εμφανίζουν γκρίζα μαλλιά στην ηλικία των 40. Η τάση προς τα γκρίζα μαλλιά αποτελεί κληρονομικό φαινόμενο, καθώς και η αλωπεκία. (Herber 2011)

Η δομή του δέρματος αλλάζει με την ηλικία. Υπάρχουν δύο τύποι γήρανσης του δέρματος, η ενδογενής γήρανση, η οποία είναι σε μεγάλο βαθμό κληρονομική, και η εξωγενής γήρανση, που προκαλείται από το περιβάλλον κυρίως από την έκθεση σε υπεριώδη φωτισμό. Η ενδογενής γήρανση οφείλεται στο γεγονός της μειωμένης πολλαπλασιαστικής ικανότητας που οδηγεί σε κυτταρική γήρανση. Έτσι το δέρμα γίνεται λεπτότερο, η διαφάνειά του αυξάνει και συχνά γίνεται ξηρό και φοιιδωτό. Ακόμα, φθείρεται ευκολότερα, επουλώνεται δυσκολότερα και οι ηλικιωμένοι έχουν μία τροποποιημένη φλεγμονώδη αντίδραση. Επιπροσθέτως, οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας έχουν την τάση να παράγουν λιγότερο σμήγμα και εφίδρωση, με αποτέλεσμα το ξηρό, τραχύ και ερεθισμένο δέρμα. Οι ιδρωτοποιοί αδένες γίνονται πλέον λιγότερο αποτελεσματικοί και η αιματική ροή στο δέρμα ελαττώνεται, κάτι που αυτομάτως μειώνει την ικανότητα του ατόμου να αποβάλλει τη θερμότητα. Η ευαισθησία στον ήλιο αυξάνεται, η παραγωγή της μελανίνης μειώνεται και το δέρμα γίνεται πιο ωχρο. (Herber 2011)

Σε όλη την επιφάνεια του δέρματος υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός νευρικών απολήξεων που είναι ευαίσθητες στη θερμοκρασία, στο πόνο, στο άγγιγμα και στη πίεση και ορισμένες από αυτές επηρεάζονται από την ηλικία. Μελέτες δείχνουν ότι η αίσθηση του πόνου και της θερμότητας μειώνονται, αυξάνοντας την επικινδυνότητα. Η ευαισθησία της αφής μειώνεται ενώ με τη πάροδο των χρόνων αυξάνεται λόγω του υπερβολικά λεπτού δέρματος. (Herber 2011)

2. ΑΝΟΙΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ-ΤΥΠΟΙ

Η άνοια αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα δημοσίας υγείας, τα όποια αντιμετωπίζει σήμερα ο ανεπτυγμένος κόσμος. Ο ορός «άνοια» αναφέρεται σε μια σειρά συμπτωμάτων που παρουσιάζουν συνήθως άτομα με νοσήματα του εγκεφάλου, τα όποια 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 πιο γρήγορο ρυθμό και οδηγεί στη μη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου. (Bass et al. 1991)

Τα συμπτώματα της άνοιας περιλαμβάνουν σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί, που είναι μη αναστρέψιμο. Η εγκεφαλική βλάβη προσβάλλει την νοητική λειτουργία του ατόμου (μνήμη, προσοχή, συγκέντρωση, ομιλία, σκέψη κ.λπ.) και αυτό με τη σειρά του έχει αντίκτυπο στην συμπεριφορά και στην καθημερινή δραστηριότητα του ατόμου. Η άνοια δεν περιορίζεται μονό στους εκφυλιστικούς τύπους της νόσου, Αναφέρεται σε ένα σύνδρομο που δεν ακόλουθη πάντα την ίδια πορεία εξέλιξης. Σε κάποιες περιπτώσεις, η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί ή να παραμείνει η ίδια για ορισμένο διάστημα. Ένα μικρό ποσοστό ανοιών είναι θεραπεύσιμες ή δυνητικά αναστρέψιμες, αλλά η πλειοψηφία των περιπτώσεων οδηγεί σε θάνατο. (Δαλάκας 2001)

Υπάρχουν διαφορές μορφές άνοιας οι όποιες διακρίνονται σε δυο βασικές κατηγορίες αυτές που επηρεάζουν τις περιοχές του φλοιού (φλοιώδεις άνοιες) και αυτές που επηρεάζουν περιοχές που βρίσκονται κάτω από τον φλοιό (αποφλοιώσεις άνοιες). Στην πρώτη κατηγορία ανήκει η νόσος Alzheimer, η νόσος του Pick και η νόσος Creutzfeldt-Jakob. (Δαλάκας 2001)

Στις φλοιώδεις άνοιες, η νόσος του Pick και τα σύνδρομα άνοιας του μετωπιαίου λοβού παρουσιάζουν ομοιότητες με τη νόσο Alzheimer. Γενικά εξελίσσονται πιο γρήγορα από τη νόσο 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 Alzheimer είναι δύσκολη. (Δελαπόρτα 2008)

2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η αύξηση του μέσου ορού ζωής σε πολλές περιοχές στον κόσμο συνοδεύεται από αύξηση της συχνότητας των νοσημάτων που συσχετίζονται με την ηλικία. Με το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης να φτάνει πλέον στην όγδοη δεκαετία της ζωής, ο επιπολασμός των περισσότερων νευροεκφυλιστικών νοσημάτων αυξάνεται ραγδαία. Μεταξύ αυτών, τα ανοϊκά σύνδρομα αποτελούν ένα αυξανόμενο πρόβλημα δημόσιας υγείας πλήττοντας το μεγαλύτερο ποσοστό του ηλικιωμένου πληθυσμού. (Καπάκη & Παρασκευάς 2016)

Η άνοια προσβάλλει το 5,4 % του πληθυσμού άνω των 65 χρόνων και ο επιπολασμός της αυξάνεται με την ηλικία. Η Διεθνής Εταιρεία της νόσου Alzheimer (Alzheimer's Disease International) στην ετήσια εκτίμηση της για το έτος 2013, εκτιμά ότι ο αριθμός των ατόμων με άνοια ανέρχεται σε 44 εκατομμύρια παγκοσμίως και αναμένεται να αυξηθεί σε 76 εκατομμύρια μέχρι το 2030 και σε 135 εκατομμύρια μέχρι το 2050. Η νόσος του Alzheimer (NA), είναι υπεύθυνη για το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων άνοιας. Η Ευρωπαϊκή Συνεργασία για την άνοια, που συντονίζεται από την Ευρωπαϊκή Εταιρία της νόσου Alzheimer (Alzheimer Europe), εκτιμά ότι υπάρχουν περίπου 6,8 εκατομμύρια άτομα με άνοια στην Ευρώπη, ενώ στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι πάσχουν περίπου 200.000 άτομα. (Καπάκη & Παρασκευάς 2016)

Η άνοια αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα λόγω της χρόνιας ανικανότητας που προκαλεί και η συνακόλουθη σημαντική επιβάρυνση του άτομου, της οικογένειας, άλλα και της κοινωνίας, τόσο σε ψυχολογικό-σωματικό άλλα και σε οικονομικό επίπεδο. (Καπάκη & Παρασκευάς 2016)

2.3 ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΑΣ

Σύμφωνα με την αιτία που προεξάρχει, οι πιο συνηθισμένες παθήσεις που οδηγούν σε άνοια (Alzheimer's Association, 2015, Sadock & Sadock's, 2001³; Kaplan, Sadock & Sadock, 2005⁹) είναι:

- Νόσος Alzheimer

Η νόσος Alzheimer αποτελεί τη συχνότερη αιτία άνοιας και ευθύνεται για το 50-60% του συνόλου των ανοιών. Μαζί με του μικτού τύπου, που περιγράφεται παρακάτω, ευθύνεται για το 80% των καταγεγραμμένων περιπτώσεων. Εισβάλλει ύπουλα, διαρκεί πολλά έτη (πάνω από δέκα) πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων και καταστρέφει προοδευτικά τους νευρώνες του εγκεφάλου. Προκαλεί πολλαπλά γνωσιακά ελλείμματα με κύρια γνωρίσματα τη μνημονική έκπτωση και τη διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργικότητας, που αυξάνουν με την πάροδο του χρόνου. Οφείλεται στην καθίζηση και στην καταστροφική εναπόθεση μέσα στον εγκέφαλο, δύο φυσιολογικών πρωτεϊνών, του β-αμυλοειδούς στο εξωτερικό των νευρικών κυττάρων και της τ-πρωτεΐνης στο εσωτερικό των νευρώνων.

- Αγγειακή άνοια

Πρόκειται για τον τύπο της άνοιας που σχετίζεται με την αγγειακή εγκεφαλική νόσο. Ακολουθεί σε συχνότητα εκδήλωσης της νόσου της άνοιας του Alzheimer με επιπολασμό που κυμαίνεται στο 10% των ανοιών. Πλήττει άτομα 60-70 ετών με προτίμηση στο ανδρικό φύλο. Η υπέρταση, η χοληστερόλη και ο διαβήτης μεμονωμένα ή συνδυαστικά οδηγούν στο «φράξιμο» ή την αιμορραγία των αγγείων του εγκεφάλου, οπότε βαθμιαία επέρχεται η επιλεκτική γνωσιακή έκπτωση. Ως προς τη συμπτωματολογία της, συνοδεύεται από σταδιακή μείωση της κριτικής ικανότητας του ασθενούς και δυσχέρεια στην οργάνωση του χρόνου και τη λήψη αποφάσεων. Είναι συχνή η συνύπαρξή της με τη νόσο του Alzheimer δυσχεραίνοντας έτσι την πρόγνωση της.

- Άνοια με σωματεία του Lewy

Αυτή η ασθένεια έχει κάποια χαρακτηριστικά που υπάρχουν τόσο στη νόσο του Alzheimer όσο και στη νόσο του Parkinson, αν και αποτελεί ξεχωριστή κλινική οντότητα. Ευθύνεται για το 5% των ανοιών. Τα ενδοκυτταρικά μορφώματα πρωτεϊνικού υλικού (εναποθέσεις ασυνουκλείνης) που πρώτος περιέγραψε ο Lewy μελετώντας ασθενείς με νόσο του Parkinson εμποδίζουν τη λειτουργία των νευρώνων του εγκεφάλου. Άμεση συνέπεια στους ασθενείς είναι οι διακυμάνσεις στην εγρήγορση και στην καθαρότητα της σκέψης, οι λεπτομερείς και καλοσχηματισμένες οπτικές ψευδαισθήσεις, οι δυσκολίες στην κίνηση και ο τρόμος.

- Μικτού τύπου άνοια

Πρόκειται για ένα ποικίλο συνδυασμό όλων των άνωθεν τύπων της άνοιας. Κυρίως είτε συνύπαρξη νόσου Alzheimer (NA) και αγγειακής άνοιας, είτε NA με άνοια με σωματίδια του Lewy ή NA μαζί με αγγειακή άνοια και άνοια με σωματίδια του Lewy, αν και η τελευταία καταγράφεται σπάνια. Σύγχρονες μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι οι μικτοί τύποι άνοιας είναι πολύ πιο συχνοί απ' ό,τι παλαιότερα είχε θεωρηθεί, με περισσότερους από τους μισούς ασθενείς να έχουν μικτή παθολογία.

- Μετωποκροταφική άνοια

Χαρακτηρίζεται από την εκφύλιση και τη σταδιακή ατροφία των νευρικών κυττάρων στο μετωπιαίο και τον κροταφικό εγκεφαλικό φλοιό που ελέγχουν την κρίση και τη κοινωνική συμπεριφορά, λόγω της καθίζησης της τ-πρωτεΐνης ή της πρωτεΐνης TDP43. Είναι υπεύθυνη για το 3% των ανοιών. Η κλινική της εικόνα χαρακτηρίζεται από αφασία και σοβαρές αλλαγές στη συμπεριφορά και το λόγο του ασθενούς με διατήρηση της μνήμης τουλάχιστον κατά τα

αρχικά στάδια. Πλήττει άτομα ηλικίας 45-65 ετών και αφορά στο 20% των ανοιών με πρόωμη έναρξη.

- Άνοια από νόσο του Parkinson

Τρόμος και προβλήματα στο βάδισμα όπως βραδυκινησία και δυσκαμψία είναι τα συμπτώματα της νόσου. Η συχνότητα της στο γενικό πληθυσμό είναι μικρή, περίπου το ένα δέκατο εκείνης της νόσου του Alzheimer αλλά σημαντική ανάμεσα στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας (φτάνει στο 4%). Εδώ αδρανή υλικά α-συνουκλείνης επικάθονται στη μέλανα ουσία του εγκεφάλου με αποτέλεσμα τον εκφυλισμό τους και τη μη παραγωγή ντοπαμίνης. Σημειώνεται ότι στο 30-40% των ασθενών με τη νόσο αυτή θα εκδηλώσει άνοια με την πάροδο του χρόνου.

- Άνοια από τη νόσο των Creutzfeldt-Jakob

Αποτελεί μια σπάνια και θανατηφόρα νευρο-εκφυλιστική νόσο με ραγδαία επιδείνωση. Είναι απόρροια της καταστροφικής για τα εγκεφαλικά κύτταρα δράσης μιας πρωτεΐνης με τη δράση λοίμωξης «ντόμινο» που μεταλλάσσει καταστροφικά τη λειτουργία και άλλων πρωτεϊνών του εγκεφάλου. Κύρια συμπτώματα της είναι οι αλλαγές στη συμπεριφορά και τα κινητικά ελλείμματα.

2.4 Στάδια της άνοιας

Υπάρχει πολύ μεγάλη ετερογένεια στην εξέλιξη της άνοιας, 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 μετά. (Aminoff et al. 2007)

Για να είναι δυνατή η κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με την σοβαρότητα της νόσου, έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορές κλίμακες, όπως το MMSE (Mini Mental State Examination) που δίνει τα εξής αποτελέσματα: >20=ήπια, αποτελέσματα 10-19=μέτρια και αποτελέσματα <10=σοβαρή άνοια. (Aminoff et al. 2007)

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

- 1. Καμία νοητική έκπτωση:** Κανένα παράπονο νοητικής ανεπαρκείας. Δεν υπάρχει ένδειξη νοητικής ανεπαρκείας σε κλινικές εξετάσεις. (Σαμαρτζή 2000)
- 2. Πολύ μετρία νοητική έκπτωση:** Το άτομο παραπονιέται για ανεπάρκεια μνήμης, κυρίως στους παρακάτω τομείς: Α) Ξέχνα που έχει τοποθετήσει τα γνωστά αντικείμενα Β) Ξέχνα ονόματα που γνώριζε μέχρι πρόσφατα καλά. Καμία αντικειμενική ένδειξη νοητικής ανεπαρκείας σε κλινικές εξετάσεις. (Σαμαρτζή 2000)
- 3. Μετρία νοητική έκπτωση:** Η πρώτη σαφής ένδειξη εκδήλωσης ανεπαρκείας. 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 εξερεύνηση λέξεων και ονομάτων η οποία εντοπίζεται από τους οικείους δ) ο ασθενής μπορεί να διαβάσει ένα κείμενο και να συγκρατεί πολύ λίγα απ' αυτό ε) ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει μειωμένη ικανότητα στο να θυμάται ονόματα προσφάτων γνωριμιών ζ) ο ασθενής μπορεί να χάνει ή να τοποθετεί σε λάθος μέρος κάποιο αντικείμενο αξίας στ) η ανικανότητα συγκέντρωσης μπορεί να είναι εμφανής κατά τις κλινικές εξετάσεις. (Σαμαρτζή 2000)
Αντικειμενική ένδειξη νοητικής ανεπαρκείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με υπερεντατική συνέντευξη. Φθίνουσα ικανότητα εκτέλεσης επαγγελματικών και κοινωνικών λειτουργιών. Η αρνητικότητα αρχίζει να εκδηλώνεται στον ασθενή. Τέλος, ελαφριά ως μετρία ανησυχία συνοδεύει τα συμπτώματα. (Σαμαρτζή 2000)
- 4. Μετρία νοητική έκπτωση:** Σαφείς ενδείξεις ανεπαρκείας σε κλινικές συνεντεύξεις. Οι ενδείξεις εμφανίζονται στους κατώτερο τομείς: α) ελαττωμένη γνώση προσφάτων γεγονότων β) ίσως εμφανιστεί μερική μείωση της μνήμης όσον αφορά την προσωπική του ιστορία γ) αδυναμία συγκέντρωσης στην εκτέλεση μαθηματικών πράξεων δ) μειωμένη ικανότητα μετακίνησης, διαχείρισης των οικονομικών του κ.λπ. (Σαμαρτζή 2000)
Δεν εμφανίζει τακτικά ανικανότητα στους παρακάτω τομείς: α) προσανατολισμός στον χρόνο και στα πρόσωπα β) αναγνώριση γνωστών προσώπων και φυσιογνωμιών γ) ικανότητα μετακίνησης σε γνώστες περιοχές (Σαμαρτζή 2000)
Ανικανότητα στην εκτέλεση συνθέτων εργασιών. Η άρνηση κυριαρχεί ως μηχανισμός αυτοάμυνας. Τέλος, υπάρχει άμβλυση και απόρριψη έντονων καταστάσεων. (Σαμαρτζή 2000)
- 5. Σχετικά σοβαρή νοητική έκπτωση:** Ο ασθενής δεν μπορεί να επιβιώσει χωρίς κάποια βοήθεια. Επίσης, ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί κατά την διάρκεια των κλινικών συνεντεύξεων σοβαρά γεγονότα της πρόσφατης ζωής του όπως σε εξεύρεση διευθύνσεων, τηλεφώνων πολλών ετών, τα ονόματα εγγύτερων συγγενών (εγγόνια), τα ονόματα σχολείων ή πανεπιστημίων από τα οποία αποφοίτησε ο ασθενής. (Σαμαρτζή 2000)
Τακτικά αποπροσανατολίζεται χρονικά (ημερομηνία, εποχή κ.λπ.) ή τοπικά. Ένα μορφωμένο άτομο μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολία στην αντίστροφη μέτρηση από το 40 κατά τετράδες ή από το 20 ανά δυάδες. (Σαμαρτζή 2000)

Τα άτομα στο στάδιο αυτό συγκρατούν τη γνώση πολλών κύριων συμβάντων που αφορούν είτε τα ίδια είτε άλλα άτομα. Αναμφισβήτητα θυμούνται το όνομα τους, και γενικά θυμούνται της/του συζύγου και των παιδιών τους. Δεν χρειάζονται βοήθεια για το πλύσιμο και το φαγητό, άλλα μπορεί να εμφανίσουν κάποια δυσκολία στην επιλογή του σωστού ρούχου που θα φορέσουν. (Σαμαρτζή 2000)

- 6. Σοβαρή νοητική έκπτωση:** Περιστασιακά μπορεί να ξεχνούν το όνομα της συζύγου τους από την όποια εξαρτάται η επιβίωση τους. Σε μεγάλο βαθμό δεν θυμούνται τα πρόσφατα γεγονότα και τις εμπειρίες της ζωής τους. Συγκρατούν κάποια γνώση της παρελθούσας ζωής τους, αν και μόνο επιγραμματικά και συγκεχυμένα. Γενικά δεν γνωρίζουν το περιβάλλον τους, το χρόνο, την εποχή κ.λπ. Μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολία στο μέτρημα από το 10 και παραπάνω. Θα χρειαστούν κάποια βοήθεια με την άσκηση των καθημερινών τους λειτουργιών, όπως η εμφάνιση ακράτειας, θα χρειαστούν βοήθεια στις μετακινήσεις τους και περιστασιακά θα επιδείξουν ικανότητα μετακίνησης σε γνωστά μέρη. Εμφανίζονται διαταραχές του προγράμματος ύπνου-εγρήγορησης. Σχεδόν πάντα θυμούνται το όνομα τους. Συχνά συνεχίζουν να διακρίνουν γνωστά από άγνωστα πρόσωπα του περιβάλλοντος τους. (Σαμαρτζή 2000)

Συμβαίνουν αλλαγές στην προσωπικότητα και στα συναισθήματα. Αυτές είναι ποικίλες και περιλαμβάνουν: α) παραισθησιακή συμπεριφορά, π.χ. ασθενείς μπορεί να κατηγορήσουν τις συζύγους τους σαν ψεύτες, μπορεί να μιλάνε με φανταστικά πρόσωπα στο χώρο τους ή με την εικόνα τους στον καθρέφτη β) ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα όπως π.χ. ένα πρόσωπο μπορεί να εμφανίσει συνεχή επαναληπτική συμπεριφορά σε λειτουργίες προσωπικής υγιεινής γ) νοητική αβουλία, π.χ. απώλεια δύναμης θέλησης γιατί δεν μπορεί να διατηρήσει μια σκέψη για μεγάλο χρονικό διάστημα έτσι ώστε να καθορίσει το σκοπό των πράξεων τους. (Σαμαρτζή 2000)

- 7. Πολύ σοβαρή νοητική έκπτωση:** Όλες οι λεκτικές ικανότητες έχουν χαθεί. Συχνά δεν υπάρχει καθόλου έναρθρος λόγος, μόνο μούγκρισμα. Ακράτεια ουρών και κοπράνων και χρειάζεται βοήθεια στο πλύσιμο και στο φαγητό. Βασική απώλεια ψυχοκινητικών ικανοτήτων, π.χ. ικανότητα βάδισης. Το μυαλό μοιάζει να μη μπορεί να πει πια στο σώμα τι να κάνει. Συχνά παρουσιάζονται γενικευμένα και φλοιώδη σημεία και συμπτώματα. (Σαμαρτζή 2000)

2.5 ΑΙΤΙΑ

Η άνοια μπορεί να οφείλεται σε διαφορές 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 την νόσο προσβάλλονται συχνότερα. Έχουν βρεθεί μερικά γονίδια που συνδέονται με την πάθηση, αν και η παρουσία τους δεν εξασφαλίζει της εμφάνιση της πάθησης, ούτε η απουσία τους την απομάκρυνση του κίνδυνου. Οι δυο πρώτοι παράγοντες είναι εξαιρετικά σημαντικοί άλλα είναι και μη-αναστρέψιμοι. Ευτυχώς πρόσφατα βρεθήκαν συσχετίσεις και μια σειρά από παράγοντες που είναι αναστρέψιμοι όπως: (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

Παχυσαρκία: Σε μελέτη παρακολούθησης 27 ατόμων που δημοσιεύτηκε στην Βρετανική Ιατρική Επιθεώρηση (BMJ) αποδείχθηκε ότι το να είναι κάποιος υπέρβαρος ($\Delta\text{Μ}\Sigma=25-30$, όπου $\Delta\text{Μ}\Sigma$ =βάρος δια ύψος στο τετράγωνο) στη μέση ηλικία αυξάνει 35% την πιθανότητα να αποκτήσει νόσο Alzheimer ή κάποια μορφή άνοιας, ενώ αν είναι παχύσαρκος ($\Delta\text{Μ}\Sigma>30$) η πιθανότητα αυξάνεται στο 74%. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

Άσκηση: Σε άλλη μελέτη αξιολογήθηκε η επίδραση της άσκησης στην πιθανότητα εμφάνισης άνοιας. Εκεί αποδείχθηκε ότι η πιθανότητα εμφάνισης της πάθησης στα άτομα που ασκούσαν πάνω από 3 φορές την εβδομάδα ήταν σχεδόν 40% μειωμένη σε σχέση με άτομα που ασκούσαν λιγότερο. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

Διατροφή: Πολλοί διατροφικοί παράγοντες έχουν αξιολογηθεί για την επίδραση 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. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

Τοξίνες: Αν και πολύς λόγος έχει γίνει για τον συσχετισμό τοξινών και άνοιας, τα δεδομένα δεν είναι πολύ πειστικά ακόμα άλλα 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. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

Πυρίτιο: Το πυρίτιο υπάρχει στο νερό και μέχρι τώρα η παρουσία του έχει συνδεθεί με προστασία από την νόσο. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

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 εγκέφαλου με άνοια. Συχνά έχει αναδειχθεί η ανάγκη της καλής λειτουργίας του καρδιαγγειακού συστήματος για την καλή λειτουργία του εγκέφαλου. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

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. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

Οξειδωτικό Στρες: Πρόσφατες μελέτες έχουν αναδείξει τη σημασία του οξειδωτικού στρες ως σημαντικού παράγοντα στην πιθανότητα εμφάνισης άνοιας. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

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. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

Άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες μπορεί να είναι: οι λοιμώξεις, οι όγκοι του εγκέφαλου, 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. (Μεντενόπουλος & Μπουράς 2002)

2.6 ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η άνοια συνήθως αναπτύσσεται με ύπουλο τρόπο, ενώ τα πρώιμα σημεία μπορεί να διαλάθουν την προσοχή ή να αποδοθούν, εσφαλμένως, στο φυσιολογικό γήρας. Υπάρχουν, ωστόσο κάποιες μορφές άνοιας που είναι δυνατόν να αναπτυχθούν αρκετά αιφνίδια, όπως η προκαλούμενη από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αγγειακή άνοια. Σε πρώιμα στάδια της άνοιας, το μόνο σύμπτωμα μπορεί να είναι μια αδιόρατη σχεδόν αλλαγή της προσωπικότητας του ασθενούς, μια μείωση του εύρους των ενδιαφερόντων του, η ανάπτυξη απάθειας ή η εκδήλωση συναισθηματικής ευμεταβλητότητας ή ρηχότητας. Οι διανοητικές ικανότητες επηρεάζονται σταδιακά και η έκπτωση σε αυτές μπορεί να παρατηρηθεί αρχικά μόνο σε εργαστηριακά περιβάλλοντα, όπου απαιτείται υψηλή επίδοση. Στο σημείο αυτό, ο ασθενής είναι δυνατόν να μην έχει επίγνωση της απώλειας της διανοητικής του οξύτητας ή να εμφανίζει άρνηση της απώλειας αυτής. (Black & Andreasen 2011)

Καθώς η άνοια εξελίσσεται, η γνωστική έκπτωση γίνεται ολοένα και εμφανέστερη, οι μεταβολές στη συναισθηματική διάθεση και στην προσωπικότητα γίνονται εντονότερες, και ενίοτε είναι δυνατόν να εμφανιστούν ψυχωτικά συμπτώματα. Η εναισθησία του ασθενούς μπορεί να έχει διαταραχτεί σε βαθμό που ο ασθενής να εξακολουθεί να μην ανησυχεί για την κατάσταση του, ακόμα και όταν η οικογένεια διαπιστώνει σημαντικές διαταραχές. Εξαιτίας αυτής της πτωχής εναισθησίας του ασθενούς, οι φροντιστές θα πρέπει να παρέμβουν προκειμένου να περιοριστούν δραστηριότητες του ασθενούς όπως η οδήγηση. (Black & Andreasen 2011)

Όταν η άνοια είναι πλέον προχωρημένη, ο ασθενής είναι δυνατόν να μην είναι σε θέση να εκτελέσει στοιχειώδεις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, όπως η σίτιση ή η ατομική υγιεινή, μπορεί να εμφανίσει ακράτεια, ή και ιδιαίτερα έντονη συναισθηματική ευμεταβλητότητα. Οι ασθενείς συχνά ξεχνούν τα ονόματα φίλων και δεν μπορούν κάποιες φορές να αναγνωρίσουν ούτε τους στενούς συγγενείς. Στα τελικά στάδια της άνοιας, ο ασθενής μπορεί να μένει βουβός και να μην ανταποκρίνεται καθόλου στα ερεθίσματα ο θάνατος επέρχεται μέσα στον επόμενο χρόνο. (Black & Andreasen 2011)

Είναι σημαντικό να διακρίνεται η άνοια από την ψευδοάνοια, μια κατάσταση που ενίοτε συνοδεύει την κατάθλιψη. Στην ψευδοάνοια, ο καταθλιπτικός ασθενής εμφανίζει εικόνα άνοιας. Δεν είναι σε θέση να θυμηθεί σωστά, δεν μπορεί να εκτελέσει αριθμητικούς υπολογισμούς και παραπονιέται, συχνά με πικρία, για απώλεια των γνωστικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων του. Η σημασία της διαφορικής διάγνωσης είναι προφανής. Ο ασθενής με ψευδοάνοια πάσχει από μια πάθηση που επιδέχεται θεραπείες (π.χ. κατάθλιψη) και δεν έχει άνοια. Παρά ταύτα, η ψευδοάνοια αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως μια κλινική κατάσταση με υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης άνοιας τα επόμενα χρόνια. (Black & Andreasen 2011)

Τα μη γνωστικά συμπτώματα της άνοιας (διαταραχή μνήμης, εκρήξεις θυμού, απαιτητική ή επικριτική συμπεριφορά, νυχτερινή αφύπνιση, απόκρυψη αντικειμένων, δυσκολίες στην επικοινωνία, πτωχή ατομική υγιεινή, ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, ακράτεια, σωματική βία κ.α.) είναι συχνά τα πλέον επιβαρυντικά για τα μέλη της οικογενείας. Σε κάποιες μορφές άνοιας όπως η νόσος Alzheimer, έως και οι μισοί ασθενείς αναπτύσσουν ψευδαισθήσεις ή/και παραληρητικές ιδέες, ενώ το 20% σχεδόν αναπτύσσουν κλινική κατάθλιψη, ενώ άλλοι τόσοι περίπου ασθενείς έχουν ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη είναι ακόμη συχνότερη σε ασθενείς με αγγειακή άνοια. Μια συνυπάρχουσα κατάθλιψη κατά κανόνα επιδεινώνει τις γνωστικές και μνημονικές διαταραχές του ασθενούς. (Black & Andreasen 2011)

Καθώς τα συμπτώματα της άνοιας και της κατάθλιψης εμφανίζουν αλληλοεπικάλυψη, ίσως είναι δύσκολη μια σαφής διαφορική διάγνωση μεταξύ των δυο παθήσεων. Στα στοιχειά υπέρ της διάγνωσης της κατάθλιψης περιλαμβάνονται η πρόσφατη απώλεια βάρους, ο επιδεινούμενος ύπνος, τα συχνά ξεσπάσματα σε κλάματα, τα σχόλια αυτοϋποτίμησης και οι

πρόσφατης έναρξης αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως κοινωνική απόσυρση, έντονη ψυχοκινητική ανησυχία έως διέγερση και ακραίος αρνητισμός. (Black & Andreasen 2011)

2.7 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη και μεμονωμένη διαγνωστική μέθοδος που να αποδεικνύει την ύπαρξη άνοιας ή κάποιου συγκεκριμένου τύπου της, καθώς συχνά μπορεί να υπάρχει αλληλοεπικάλυψη συμπτωμάτων (Qadi & Feldman, 2007). Απλώς είναι δεδομένο ότι όταν ένα άτομο παρουσιάζει τα συμπτώματα της άνοιας ο εγκέφαλος του δυσλειτουργεί.

Επιπλέον, για την εξακρίβωση της αιτιολογίας αυτής της δυσλειτουργίας, απαιτείται η αξιολόγηση μιας πλήρους σειράς κλινικών εξετάσεων και εργαστηριακών διαγνωστικών δοκιμασιών, όπου υποβάλλεται ο ασθενής με υποψία άνοιας. Ακολουθείται συγκεκριμένο ιατρικό πρωτόκολλο που περιλαμβάνει α) καταγραφή πλήρους ιστορικού, β) αντικειμενική και νευρολογική εξέταση, γ) έλεγχο παρούσας ψυχικής και νοητικής κατάστασης, δ) αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις (έλεγχος λειτουργίας του θυρεοειδούς, προσδιορισμός της βιταμίνης B12 και του φυλλικού οξέος), ε) απεικονιστικές εξετάσεις (είτε αξονική, είτε μαγνητική τομογραφία) και ε) συμπληρωματικές εξετάσεις όπου χρειαστεί (Sadock & Sadock, 2001³).

Γίνεται πάντα προσπάθεια να αποκλειστούν ασθένειες και αίτια που μπορούν να οδηγήσουν σε αναστρέψιμες καταστάσεις απώλειας μνήμης και σκέψης, όπως η έλλειψη βιταμινών, οι παρενέργειες χρήσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, ο ενδεχόμενος αλκοολισμός, ο θυρεοειδισμός και η κατάθλιψη. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας που κρίνονται ειδικευμένοι και κατάλληλοι για την στοχευμένη διάγνωση στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι οι ειδικοί νευρολόγοι και ψυχίατροι, με την επικουρία ειδικά εκπαιδευμένων ψυχολόγων (Kaplan, Sadock & Sadock, 2005⁹).

2.8 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ήπια έκπτωση της μνήμης που δεν συνοδεύεται από σαφή λειτουργική έκπτωση αναφέρεται ως ήπια γνωστική έκπτωση (MCI). Με τη βαθμολογία στην Mini Mental State Examination (MMSE) να κυμαίνεται τυπικά από 24 έως 30, πολλοί από τους ασθενείς αυτούς βρίσκονται σε προνοσηρό στάδιο άνοιας, ενώ περίπου 15% από αυτούς κάθε χρόνο θα προχωρήσουν σε εκδήλωση πλήρους ανοϊκού συνδρόμου. Όμως, κάποιοι άλλοι παραμένουν στάσιμοι είτε βελτιώνονται πλήρως στην πορεία του χρόνου. (Hill 2015)

Σε ένα αμιγώς αμνησιακό σύνδρομο, η βραχυχρόνια μνήμη παραβλάπτεται χωρίς σημαντική έκπτωση σε άλλους γνωστικούς τομείς (π.χ. αμνησιακό σύνδρομο από αλκοόλ), ενώ η βασική διαταραχή στο οργανικό ψυχοσύνδρομο (delirium) είναι η μείωση του επιπέδου συνείδησης και προσοχής, καθώς και τα ταχέως διακυμαινόμενα συμπτώματα (αν και συνυπάρχουν επίσης τα περισσότερα συμπτώματα της άνοιας). (Hill 2015)

Η νοητική καθυστέρηση είναι μια αναπτυξιακή διαταραχή που σχετίζεται με έκπτωση της νοητικής ικανότητας, η οποία μπορεί να επηρεάζει τη μνήμη, αλλά μπορεί και όχι. Ψευδοάνοια είναι η γνωστική έκπτωση που εμφανίζεται σε πλαίσια κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής, όπως η κατάθλιψη, και που συχνά αποδίδεται σε μειωμένη συγκέντρωση ή σε αδυναμία καταβολής επαρκούς προσπάθειας κατά την διάρκεια του έλεγχου. Τέλος, η υποδεκτική αφασία ή αφασία λήψης μπορεί να εκληφθεί ως άνοια, καθώς η αδυναμία κατανόησης που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί τους κάνει να αποτυγχάνουν σε γνωστικές δοκιμασίες. (Hill 2015)

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι πολλές από τις καταστάσεις αυτές έχουν μια συσχέτιση με την άνοια: π.χ., οι ασθενείς με σύνδρομο Down διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Αλτσχάιμερ σε νεαρή ηλικία, η ψευδοάνοια και η MCI συχνά προηγούνται της έναρξης μια αληθούς άνοιας, ενώ το οργανικό ψυχοσύνδρομο αποτελεί μια εξαιρετικά συχνή επιπλοκή της άνοιας. (Hill 2015)

2.9 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι περισσότερες έρευνες για τους παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στην άνοια έχουν γίνει για τη νόσο Alzheimer και την αγγειακή νόσο, ενώ ελάχιστα είναι γνωστά για ανάλογους παράγοντες άλλων νοσολογικών οντοτήτων. Καταγράφεται και σ' αυτή τη νόσο αλληλεπίδραση γονιδίων και άλλων παραγόντων κινδύνου. Σύμφωνα με τους Stern (2012), Smyth, et al. (2002) και Τσολάκη (2002) οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής:

- Οι **γενετικοί παράγοντες**, οι οποίοι είναι δύσκολο να ελεγχθούν και περιλαμβάνουν, το σύνδρομο Down και τα γονίδια, όπως είναι το γονίδιο που εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 19 και ευθύνεται για την παραγωγή μίας πρωτεΐνης που οδηγεί στην εμφάνιση της άνοιας και καλείται απολιποπρωτεΐνη E [ApoE]. Στις μέχρι τώρα αρχικές έρευνες υπάρχουν δύο είδη γονιδίων που ταυτοποιούνται ως υπεύθυνα για την εμφάνιση της νόσου Alzheimer: Α) Το γονίδιο APOE-ε4 που χωρίς να εγγυάται απόλυτα την παρουσία της νόσου, δεν παύει να αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισής της, καθώς συναντάται στο 25% των ασθενών. Β) Η ύπαρξη ορισμένων μεταλλαγμένων κληρονομούμενων γονιδίων (πρεσενελίνης 1 και 2 και πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς APP) οδηγούν σίγουρα στην εμφάνιση της νόσου, αν και αφορούν λιγότερο από το 5% των περιπτώσεων.
- Οι **δημογραφικοί παράγοντες**, όπως η ηλικία, το φύλο και το οικογενειακό ιστορικό. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ανθρώπου τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Ενώ μετά τα εξήντα πέντε έτη διπλασιάζεται, μετά τα ογδόντα πέντε έτη η πιθανότητα φτάνει στο 50% του πληθυσμού, γεγονός που αποτελεί άλυτο μυστήριο για την ιατρική κοινότητα. Περαιτέρω ως προς το φύλο, οι γυναίκες νοσούν συχνότερα, εμφανίζουν περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα και μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου, ίσως λόγω του μεγαλύτερου μέσου όρου επιβίωσης σε σχέση με τους άνδρες. Σε ό,τι αφορά το οικογενειακό ιστορικό, η ύπαρξη άλλου ατόμου με τη νόσο αλλά κυρίως η ύπαρξη δύο ή περισσότερων μελών στην οικογένεια αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισής της αν και στη δεύτερη περίπτωση γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες προς περαιτέρω διερεύνηση επιφλοχωρούν.
- Οι **κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες**. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες εκείνοι που εξετάζονται και συνάδουν με την εκδήλωση της άνοιας τύπου Alzheimer είναι η εργασία, η ένταση της εργασίας, η ανεργία, το στρες, οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και άλλων ουσιών. Αναφορικά με το κάπνισμα, καπνιστές χωρίς οικογενειακό ιστορικό διατρέχουν κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Παράλληλα, το μορφωτικό επίπεδο αποφέρει κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, επιβαρύνοντας με τη σειρά τους ψυχοσωματικά το άτομο. Αυτό, ωστόσο, δε σημαίνει πως δε νοσούν άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο.
- Οι **ψυχοσωματικοί παράγοντες**, παθήσεις και κακώσεις. Σύμφωνα με μελέτες, τόσο η κατάθλιψη, όσο και οι ήπιες γνωστικές διαταραχές συμβάλλουν στην εκδήλωση του Alzheimer. Συγκεκριμένα, το 10-15% των ατόμων με ήπια γνωστική διαταραχή θα εμφανίσει Alzheimer και το 12% εξ' αυτών αναπτύσσουν άνοια εντός ενός χρόνου από την εκδήλωση της διαταραχής. Άλλος παράγοντας που ωθεί στην εμφάνιση της νόσου είναι η ταυτόχρονη παρουσία αθηροσκλήρυνσης, περιφερικής αγγειακής νόσου ή σακχαρώδους διαβήτη. Ακόμη, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο επιβαρύνει τα στάδια της νόσου. Άλλοι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου είναι η υπερχοληστεριναιμία, η υπερομοκυστιναιμία, η παχυσαρκία, η κρानιοεγκεφαλική κάκωση συνδυασμένη με την παρουσία αλληλόμορφου γονιδίου ApoE και η λήψη φαρμάκων που προκαλούν γνωστικές διαταραχές σε ευαίσθητα άτομα (πχ αντιχολινεργικά, βενζοδιαζεπίνες, οπιοειδή, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, παλαιότερα αντιυπερτασικά φάρμακα) (Rubinstein, 2000).

2.10 ΠΡΟΛΗΨΗ

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο έλεγχος των αγγειακών παραγόντων κινδύνου συντελεί σημαντικά στη πρόληψη της άνοιας . Πρόσφατες σχετικές μελέτες δείχνουν ότι η υγιεινή διατροφή και ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, του σωματικού βάρους, των επιπέδων σακχάρου και χοληστερόλης στο αίμα ωφελούν τόσο τον εγκέφαλο όσο και το καρδιαγγειακό σύστημα. (Σακκά και συν. 2017)

Επιπλέον, η συστηματική σωματική αλλά και η πνευματική άσκηση, φαίνεται ότι προστατεύουν από την άνοια. Άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου, που ασκούν συστηματικά το μυαλό τους, παρουσιάζουν νόσο Αλτσχάιμερ σε μεγαλύτερη ηλικία και σε ηπιότερη μορφή σε σχέση με άτομα που κρατούν το μυαλό τους σε αδράνεια. (Σακκά και συν. 2017)

Δραστηριότητες όπως το διάβασμα, τα πνευματικά παιχνίδια ή ακόμα και οι πιο απλές δραστηριότητες όπως η λύση σταυρολέξων μπορούν να κρατήσουν ζωντανές τις νοητικές λειτουργίες των ηλικιωμένων και να βοηθήσουν στη διατήρηση της μνήμης τους. (Σακκά και συν. 2017)

2.11 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Γενικά θεραπευτικά μέτρα

Μερικά περιστατικά άνοιας θεωρούνται ίασιμα με την έγκαιρη εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Σε περίπτωση υποψίας της νόσου απαιτείται η λήψη ενός πλήρους ιστορικού, η φυσική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος, περιλαμβανόμενης της νευροαπεικόνισης. Εάν η αιτία της άνοιας είναι ίασιμη, η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση της υποκείμενης διαταραχής. (Αγγελόπουλος 2006)

Η γενική θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει υποστηρικτική ιατρική παρέμβαση, υποστηρικτική παρέμβαση προς τον ασθενή και την οικογένεια του και φαρμακευτική αντιμετώπιση ειδικών για την άνοια συμπτωμάτων, καθώς και των συνόδων συμπτωμάτων που αφορούν στη συμπεριφορά του ασθενούς. Η διατήρηση της σωματικής υγείας, η παρουσία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η συμπτωματική φαρμακοθεραπεία είναι απαραίτητα μέτρα για την πλειοψηφία των ανοϊκών ασθενών. (Αγγελόπουλος 2006)

Η συμπτωματική θεραπεία περιλαμβάνει σωστή διατροφή, κατάλληλη σωματική άσκηση, δημιουργικές οροθεραπείες, μερίμνα για προβλήματα ακοής και όρασης και θεραπευτική αντιμετώπιση σωματικών διαταραχών, όπως οι νόσοι του ουροποιητικού και του καρδιοαναπνευστικού. Ιδιαίτερη μερίμνα θα πρέπει να ληφθεί για τα άτομα του περιβάλλοντος και τους φροντιστές (αντιμετώπιση της ματαίωσης, του πρωίμου πένθους και της εξουθένωσης λόγω της επί μακρόν αντιμετώπισης του κατά επιδεινούμενου ασθενούς). (Αγγελόπουλος 2006)

Σε περίπτωση αγγειακής άνοιας, παράγοντες επικινδυνότητας, όπως υπέρταση, καρδιαγγειακά προβλήματα, υπερλιπιδαιμία, διαβήτης, παχυσαρκία, κατάχρηση αλκοόλ, πρέπει να αντιμετωπίζονται κατάλληλα. (Αγγελόπουλος 2006)

Αρχές φαρμακοθεραπείας

Οι ασθενείς με άνοια εκδηλώνουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών, γνωστικών, συμπεριφορών και συναισθηματικών. Ως εκ τούτου, απαιτείται ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό σχέδιο. Η άνοια συνήθως είναι προϋόσασ και συνεπώς η θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται στο χρόνο, με σκοπό να ανταποκριθεί σε αναφυόμενα προβλήματα. Απαιτείται περιοδική εκτίμηση και καταγραφή τόσο των μη γνωστικών συμπτωμάτων όσο και της πορείας των γνωστικών συμπτωμάτων. Η τακτική εκτίμηση επιτρέπει την προσαρμογή των θεραπευτικών στρατηγικών στις τρέχουσες ανάγκες (π.χ. η κατάθλιψη είναι συχνή στην αρχική, ενώ το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις στην ενδιάμεση και όψιμη φάση της νόσου). (Αγγελόπουλος 2006)

Φαρμακοθεραπεία των μη γνωστικών συμπτωμάτων

Η αϋπνία και το άγχος, η κατάθλιψη και τα ψυχωτικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται με βενζοδιαζεπίνες (κατά προτίμηση αυτές με βραχύ χρόνο ημιζωής), αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωτικά φάρμακα, αντίστοιχα. Θα πρέπει να αποφεύγονται φάρμακα με αντιχολινεργική δράση. (Αγγελόπουλος 2006)

Θεραπεία των γνωστικών ελλειμμάτων

Φάρμακα που η αποτελεσματικότητά τους έχει τεκμηριωθεί σε κλινικές μελέτες και αφορα τα γνωστικά ελλείμματα στην ήπια και μέσης βαρύτητας εκφυλιστική άνοια είναι οι αναστολείς της χολινεστεράσης, η βιταμίνη E, οι β-αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης (MAO-β-αναστολείς), η ασπιρίνη και άλλα αντιφλεγμονώδη. (Αγγελόπουλος 2006)

Οι αναστολείς της χολινεστεράσης (AChE) ενδείκνυνται στην αντιμετώπιση της ήπιας και μέσης βαρύτητας άνοιας τύπου Alzheimer. (Αγγελόπουλος 2006)

Οι αναστολείς της χολινεστεράσης AchE που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των γνωστικών ελλειμμάτων της άνοιας τύπου Alzheimer είναι οι εξής:

- Τακρίνη: Αναστρέψιμος αναστολέας της AchE
- Δονεπεζίλη (Donepezil): Αναστρέψιμος αναστολέας της AchE
- Ριβαστιγμίνη: Ψευδοαναστρέψιμος αναστολέας της AchE
- Γαλανταμίνη: Αναστρέψιμος αναστολέας της AchE και θετικός αλλοστερικός τροποποιητής του νικοτινικού υποδοχέα της ακετυλεχολίνης (nAChR)
- Χιουπερζίνη Α (Huperzine A): Φυσικός αναστολέας της AchE, από το κινεζικό βότανο *Huberzia Serrata*

(Αγγελόπουλος 2006)

Μη-Φαρμακευτικές Θεραπείες της Άνοιας και της νόσου Αλτσχάιμερ

Τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως χρησιμοποιούνται μη φαρμακευτικές θεραπείες, οι οποίες απευθύνονται κατά κύριο λόγο στους ασθενείς που βρίσκονται στο αρχικό ή μέσο στάδιο της νόσου και εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή. (Σακκά και συν. 2017)

Νοητική ενδυνάμωση

Οι γνωστικές λειτουργίες (μνήμη, λόγος, κρίση, προσοχή κλπ) βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της συγκεκριμένης παρέμβασης. Στόχος της είναι να καταφέρει να σταθεροποιήσει ή ακόμα και να μειώσει τις γνωστικές διαταραχές του ατόμου. Χρησιμοποιεί μεγάλη ποικιλία δραστηριοτήτων όπως ασκήσεις μνήμης, προσανατολισμό στην επικαιρότητα, επανεκμάθηση πληροφοριών (ονόματα αγαπημένων προσώπων, ονόματα αντικειμένων), εκπαίδευση στη χρήση μνημονικών βοηθημάτων (π.χ. σημειωματάριο, ημερολόγιο κλπ.) (Σακκά και συν. 2017)

Τα τελευταία χρόνια, πολλά προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης γίνονται με τη χρήση των νέων τεχνολογιών. Υπάρχουν πλέον αρκετές εφαρμογές με ασκήσεις για την εξάσκηση όλων των νοητικών λειτουργιών, στις οποίες μπορούμε να έχουμε πρόσβαση μέσω του υπολογιστή μας, του tablet μας ή του έξυπνου κινητού μας. Οι ασκήσεις αυτές έχουν τη μορφή παιχνιδιών κάνοντας τη νοητική άσκηση πιο ενδιαφέρουσα και διαδραστική. (Σακκά και συν. 2017)

Ένα από τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης με τη χρήση υπολογιστή που εφαρμόζεται και από τα Κέντρα Ημέρας της Εταιρείας Alzheimer είναι και το πρόγραμμα SOCIABLE. Περιλαμβάνει ποικιλία ευχάριστων και δημιουργικών παιχνιδιών-ασκήσεων σε υπολογιστή αφής, ώστε η χρήση του προγράμματος να είναι απλή και προσιτή ακόμη και σε όσους δεν είναι εξοικειωμένοι με την τεχνολογία. (Σακκά και συν. 2017)

Λογοθεραπεία

Ανάλογα με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το κάθε άτομο, η παρέμβαση διαφοροποιείται και επιδιώκει τη διευκόλυνση της καθημερινής επικοινωνίας με τους οικείους, την αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας και τη συντήρηση και σε ορισμένες περιπτώσεις, την επαναφορά των ικανοτήτων κατανόησης και έκφρασης του λόγου. (Σακκά και συν. 2017)

Εργοθεραπεία

Στοχεύει στην αποκατάσταση των ικανοτήτων του ατόμου με άνοια στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό, ώστε να είναι λειτουργικός και ανεξάρτητος. Τα προγράμματα εργοθεραπείας περιλαμβάνουν κινητοποίηση και δραστηριοποίηση (χειροτεχνία, κηπουρική, μαγειρική κλπ)

και ενθάρρυνση της αυτοεξυπηρέτησης σε δραστηριότητες της καθημερινότητας (ντύσιμο, φαγητό, προσωπική υγιεινή). (Σακκά και συν. 2017)

Θεραπείες τέχνης

Δραστηριότητες όπως η ζωγραφική και η μουσικοθεραπεία δίνουν την ευκαιρία στα άτομα με άνοια να εκφράσουν με τρόπο μη λεκτικό τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Οι θεραπείες τέχνης φαίνεται ότι βελτιώνουν τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών και ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους. (Σακκά και συν. 2017)

Σωματική άσκηση

Τα προγράμματα σωματικής άσκησης για άτομα με άνοια περιλαμβάνουν συνήθως περπάτημα, ποδηλασία, αεροβική γυμναστική και ασκήσεις ισορροπίας και μυϊκής ενδυνάμωσης. Τα προγράμματα αυτά διατηρούν σε ικανοποιητικό επίπεδο τη φυσική τους κατάσταση και ταυτόχρονα καταπολεμούν τα καταθλιπτικά συναισθήματα, αφού μέσω της άσκησης έχουν την ευκαιρία να ψυχαγωγηθούν και να κοινωνικοποιηθούν. (Σακκά και συν. 2017)

2.12 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όσον αφορά τη θεραπεία του ασθενή, είναι δύσκολο να περιγραφούν και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Παρ' όλα αυτά ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία των ασθενών με άνοια είναι καθοριστικός μιας και οι ίδιοι γίνονται η «μνήμη» των παθόντων. Το σημαντικότερο έργο των νοσηλευτών στο κομμάτι της θεραπείας είναι να παρακολουθούν τη σωστή λήψη φαρμάκων από τους ασθενείς. Ένα βασικό πρόβλημα όσων πάσχουν από Alzheimer είναι η έλλειψη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή. Εκεί ακριβώς έγκειται η σημαντικότητα της παρουσίας ενός νοσηλευτή για την καλή ροή της θεραπευτικής αγωγής. Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει: τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα, τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος. Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις (Ραγιά, 2005):

1. Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
2. Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.
3. Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται

Καθήκον του νοσηλευτή είναι (Ραγιά, 2005):

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Να παρέχει βοήθεια -όπου είναι ανάγκη- για την κάλυψη των ποικίλων αναγκών του ασθενή.
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Να παρέχει ψυχολογική στήριξη, με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης.

Το έργο τους δεν είναι καθόλου εύκολο μιας και οι ασθενείς εξαιτίας της μνήμης τους δεν αναγνωρίζουν πολλές φορές το νοσηλευτή με αποτέλεσμα να γίνονται αρνητικοί στη λήψη των φαρμάκων, να φοβούνται ή να γίνονται επιθετικοί απέναντι τους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειώσουμε πως αυτό δεν συμβαίνει μόνο με την φροντίδα που δέχονται από τους νοσηλευτές αλλά μπορούν να εκδηλώσουν ακριβώς την ίδια συμπεριφορά και σε συγγενικά τους πρόσωπα που τους φροντίζουν λόγω της αδυναμίας τους να τους θυμηθούν και να τους αναγνωρίσουν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η συμβολή του νοσηλευτή στη θεραπεία είναι καταλυτικής σημασίας μιας και κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις για να χειριστεί την κάθε περίπτωση με τον καταλληλότερο για αυτή τρόπο. Αντιπροσωπευτικά παρουσιάζονται στη συνέχεια οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη φροντίδα αρρώστου με διαταραχή νοητικής και αντιληπτικής λειτουργίας (Ραγιά, 2005).

- Λεπτή, φιλική και ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου. Οι άρρωστοι με άνοια τύπου Alzheimer συνήθως αντανακλούν το συναίσθημα των γύρω τους. Ένα εκνευρισμένο και βιαστικό πλησίασμα κάνει τον άρρωστο αγχώδη και αντιδραστικό. Ένα ευγενικό και ήρεμο, τον ανακουφίζει.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποιος είναι, να βλέπει στα μάτια τον άρρωστο και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Οι άρρωστοι με γνωστικές και

μνημονικές διαταραχές έχουν ανάγκη να ακούν κάθε φορά το όνομα του νοσηλευτή. Αν δεν κερδηθεί η προσοχή τους, παρερμηνεύουν τα λόγια και τις πράξεις των νοσηλευτών και γίνονται συγχυτικοί και τρομαγμένοι.

- Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σε αυτούς τους αρρώστους.
- Κλείσιμο του ραδιοφώνου και της τηλεόρασης όταν ο νοσηλευτής μιλά στον άρρωστο. Η υπερφόρτιση με ερεθίσματα του προκαλούν σύγχυση.
- Μια ερώτηση ή μια φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις, για ελάττωση της σύγχυσης, βελτίωση της συγκέντρωσης και αύξηση της διάρκειας της προσοχής.
- Επανάληψη της ερώτησης αν ο άρρωστος δεν απαντά ή δεν φαίνεται να καταλαβαίνει. Χρησιμοποίηση όμως των ίδιων ακριβώς λέξεων. Η επανάληψη ενισχύει την κατανόηση. Η αλλαγή των λέξεων προκαλεί μεγαλύτερη σύγχυση. Όταν είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που ζητούν απαντήσεις, ναι ή όχι και αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν επιλογές ή λήψη κάποιας απόφασης.
- Υπομονητική αναμονή αν δεν απαντήσει ο άρρωστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι' αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορίας.
- Διάρθρωση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά. Π.χ. «εδώ είναι τα γυαλιά σας» (παύση) «πάρτε τα γυαλιά σας από τη θήκη» (παύση) «βάλτε τα γυαλιά σας».
- Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων. (π.χ. μπισκότα, πετσέτες, πουλόβερ κ.α.).
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Διατήρηση φωτισμού και κατά τη νύχτα. Παροχή απαλής μουσικής.
- Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα.
- Προώθηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα τοποθετώντας σε εμφανές μέρος μεγάλο ρολόι, ημερολόγιο, το διαητολόγιο κάθε ημέρας, το όνομα του νοσοκομείου και την πόλη. Έτσι ενισχύεται η οπτική μνημονική λειτουργία, ο προσανατολισμός και οι γνωστικές λειτουργίες.
- Τοποθέτηση γνωστών και αγαπητών αντικειμένων του αρρώστου κοντά του π.χ. φωτογραφίες της οικογένειας με το όνομα του κάθε προσώπου σε αντίστοιχη ετικέτα, για ενίσχυση της άνεσης, της εμπιστοσύνης και της μνήμης.
- Απασχόληση του αρρώστου με συχνές αναμνηστικές ασκήσεις αναθεωρώντας παλιές εμπειρίες κατά προτίμηση ευχάριστες. Έτσι χρησιμοποιείται η λειτουργική μακρόχρονη παλιά μνήμη και δημιουργούνται αισθήματα ευχάριστα ενώ ελαττώνονται η μοναξιά, η δυσθυμία, ο θυμός κ.α.
- Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτησης της πραγματικότητας των παραπόνων του ή των μυθοπλαστικών διηγήσεών του. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση και να αποσπαστεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο. Σκοπός η ελάττωση του άγχους και η πρόληψη διέγερσης ή επιθετικότητας.
- Εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για το άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
- Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών που μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία της μνήμης και να ελαττώσουν τη σύγχυση του αρρώστου. Έτσι διευκολύνεται η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αρρώστων και των οικογενειών τους. Π.χ. διδάσκονται πώς να οργανώσουν αναμνηστικές ασκήσεις, πώς να διατηρούν σταθερό το περιβάλλον

και τη ρουτίνα της ημέρας και πώς να δείχνουν υπομονή και κατανόηση. (Ραγιά, 2005)

3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1 Ανάλυση και περιγραφή της κατάθλιψης στη τρίτη ηλικία: συμπτώματα και χαρακτηριστικά των καταθλιπτικών

Η κατάθλιψη είναι εξίσου συχνή αιτία συναισθηματικής κατάπτωσης και μείωσης της ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία, αν και οι ερευνητές δυσκολεύονται να ορίσουν κλινικά τη βαριά κατάθλιψη και να διαχωρίσουν τις υποκατηγορίες της. Στη βαριά μορφή κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, σύμφωνα με το DSM-IV, το άτομο βιώνει ένα ή δύο κυρίαρχα συμπτώματα (καταθλιπτική διάθεση και έλλειψη ενδιαφέροντος) μαζί με τέσσερα ή και περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα, τουλάχιστον για 2 βδομάδες: αίσθημα ματαίωσης ή αδικαιολόγητης ενοχής, αδυναμία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων, αίσθημα κόπωσης, ψυχοκοινωνική διέγερση ή επιβράδυνση, αϋπνία ή υπεραπνία, σημαντική μείωση ή αύξηση βάρους ή όρεξης, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικό ιδεασμό. (Blazer.,2003)

Τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια της σοβαρής καταθλιπτικής διαταραχής είναι κοινά για όλους με ελάχιστες διαφοροποιήσεις ανά ηλικιακή ομάδα. Για παράδειγμα, η μελαγχολία δείχνει να αποτελεί σύμπτωμα στις μεγαλύτερες ηλικίες ενώ οι ψυχοκινητικές ενοχλήσεις είναι πιο διακριτές στα ηλικιωμένα άτομα. (Blazer.,2003)

Η ήπια μορφής κατάθλιψη/υποσυνδρομική, σύμφωνα με το DSM-IV διαγιγνώσκεται όταν υπάρχει παρουσία ενός μόνο πρωταρχικού συμπτώματος, το οποίο και συνοδεύεται από ένα έως τρία επιπρόσθετα συμπτώματα. Η ήπια καταθλιπτική διαταραχή σχετίζεται με ενοχλήσεις παρόμοιες με αυτές της σοβαρής καταθλιπτικής διαταραχής, όπως μείωση της σωματικής λειτουργίας, περίοδο αδυναμίας, χαμηλό αυτό-προσδιοριζόμενο επίπεδο υγείας, χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, χαμηλό επίπεδο αυτό-αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης κλπ. (Blazer.,2003)

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν την ύπαρξη ενός συνδρόμου κατάθλιψης χωρίς θλίψη, που συναντάται συχνότερα σε ηλικιωμένα άτομα, καθώς και την ύπαρξη ενός συνδρόμου, που χαρακτηρίζεται από απόσυρση, απάθεια, έλλειψη σθένους και ενεργητικότητας. Η δυσθυμική διαταραχή είναι μία μακροχρόνια διαταραχή της διάθεσης, λιγότερο σοβαρή από την βαριά κατάθλιψη και με διάρκεια 2 ή περισσότερα χρόνια. Σπάνια έχει σημεία έναρξης στην τρίτη ηλικία, καθώς πρωτοεμφανίζεται στη μέση ηλικία και επιμένει μέχρι την τρίτη. (Blazer.,2003)

Η κατάθλιψη στη τρίτη ηλικία συχνά συνυπάρχει με άλλες σωματικές και ψυχιατρικές ασθένειες ιδιαίτερα στις πολύ προχωρημένες ηλικίες. Για παράδειγμα, η κατάθλιψη είναι συχνή σε ηλικιωμένους, που αναρρώνουν από έμφραγμα του μυοκαρδίου και σε αυτούς, που πάσχουν από διαβήτη, προβλήματα γοφού και εγκεφαλικό. Επίσης, η βαριά κατάθλιψη είναι παρούσα στο 20% περίπου των ασθενών με N.A. (Blazer.,2003)

Πρόσφατα μία ομάδα ερευνητών πρότεινε τη κατηγορία Κατάθλιψη Ανοϊκών Ασθενών με Αλτσχάιμερ για τα άτομα, που πληρούν τρία από τα κλινικά κριτήρια για άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, όπως καταθλιπτική διάθεση, ανηδονία, κοινωνική απομόνωση, φτωχή όρεξη, κακό ύπνο, ψυχοσωματικές αλλαγές, ευερεθιστότητα, κόπωση ή απώλεια ενέργειας, αισθήματα ματαίωσης και αυτοκτονικές σκέψεις. (Blazer.,2003)

Σε γενικές γραμμές, τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο συχνά στους πολύ ηλικιωμένους αν και αυτή η αναλογία πιθανόν να οφείλεται στο προχωρημένο της ηλικίας, στο υψηλό ποσοστό γυναικών, στη παρουσία σωματικής αναπηρίας, γνωστικής διαταραχής και

χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου. Η ιατρική νοσηρότητα, η λειτουργική έκπτωση και οι ανοικτές διαταραχές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση της κατάθλιψης, ενώ η κατάθλιψη με τη σειρά της επηρεάζει την έκβαση αυτών των ασθενειών. Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη στη τρίτη ηλικία δείχνει να παίζει σημαντικό ρόλο στη σημαντική απώλεια βάρους, ενώ σχετίζεται με χρόνιες ασθένειες, όπως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα. (Blazer.,2003)

Οι ασθενείς με Αλτσχάιμερ διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο στο να παρουσιάσουν σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή, ειδικά μετά από 5 χρόνια. Τα πρόωρα καταθλιπτικά συμπτώματα σε άτομα με ήπια γνωστική διαταραχή (MCI) μπορεί να αποτελούν μία προ-κλινική ένδειξη και θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ως ένδειξη για την μελλοντική εξέλιξη της γνωστικής διαταραχής N.A. Παράλληλα, η κατάθλιψη περιπλέκει ακόμη περισσότερο την εξέλιξη της N.A, καθώς αυξάνει την δυσλειτουργικότητα και την ευερεθιστότητα και οδηγεί στην επιπλέον επιβάρυνση και συναισθηματική κατάπτωση του φροντιστή. (Blazer.,2003)

3.2 Διάγνωση κατάθλιψης όταν συνυπάρχει άνοια

Μια ακριβής διάγνωση προϋποθέτει περισσότερα από απλή αναγνώριση των συμπτωμάτων. Οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη περιλαμβάνουν: τον αριθμό των εμφανιζομένων συμπτωμάτων, το είδος των συμπτωμάτων ιδιαίτερας των αισθημάτων της απελπισίας, της ένοχης και της αναξιότητας, τέλος τη χρονική διάρκεια που υφίστανται τα συμπτώματα. (Τσούκαλης 2015)

Η άνοια συνήθως επιδεινώνεται με αργό ρυθμό σε χρονική περίοδο μηνών ή χρονών. Αν υπάρχει εμφανής αλλαγή στην συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα για περισσότερο από μερικές εβδομάδες, η κατάθλιψη είναι ενδεχομένως η αιτία γι' αυτό. (Τσούκαλης 2015)

Η κατάθλιψη επηρεάζει τον τρόπο που λειτουργεί ένα άτομο στην καθημερινή ζωή. Συχνά είναι δύσκολο να διαγνωστεί όταν υπάρχει άνοια, και σε όλες τις περιπτώσεις, πρέπει να διαγνωστεί και να θεραπευτεί από γιατρό. (Τσούκαλης 2015)

3.3 Διαφορική διάγνωση άνοιας-κατάθλιψης

Υπάρχουν πολλά συμπτώματα που είναι κοινά και στην άνοια και στην κατάθλιψη τα όποια μπορούν να οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση στην περίπτωση ενός ηλικιωμένου άτομου. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν: σύγχυση, διαταραχή μνήμης, πρόβλημα στην ικανότητα συγκέντρωσης κ.λπ. (Τσούκαλης 2015)

Αν κάποιο άτομο ή κάποιος/α κοντά σ' αυτό ανησυχεί σχετικά μ' αυτά τα συμπτώματα, πρέπει να μιλήσει σ' ένα γιατρό για να εξασφαλίσει ότι θα γίνει σωστή διάγνωση διότι οι θεραπευτικές αγωγές για την κατάθλιψη και την άνοια είναι διαφορετικές. (Τσούκαλης 2015)

Μια λάθος διάγνωση για άνοια μπορεί να σημαίνει ότι το άτομο με κατάθλιψη δεν παίρνει την υποστήριξη και τη θεραπευτική αγωγή που χρειάζεται για να αναρρώσει. Παρομοίως, η λανθασμένη διάγνωση της άνοιας ως κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες για βελτίωση του ενδιαφερομένου άτομου. (Τσούκαλης 2015)

3.4 Πρόληψη της κατάθλιψης στις περιπτώσεις άνοιας

Έκτος από την ψυχολογική και την ιατρική θεραπευτική αγωγή, υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορούν να γίνουν για να μειωθεί ο κίνδυνος της κατάθλιψης και να διατηρηθεί και/ή να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του άτομου με άνοια. (Τσούκαλης 2015)

- Προσαρμογή του σπιτιού και το άμεσου περιβάλλοντος του άτομου ώστε να γίνει πιο εύχρηστο.
- Ελαχιστοποίηση των αλλαγών και διατήρηση μιας προβλέψιμης ρουτίνας.
- Ελαχιστοποίηση της έντασης και του άγχους απλοποιώντας ή εξαλείφοντας δραστηριότητες που έχουν γίνει πολύ δύσκολες.
- Μείωση της έκθεσης σε κατάσταση που μπορεί να προκαλέσουν υπερδιέγερση ή ενέχουν κάποια απειλή.
- Υποστήριξη του άτομου ώστε να μπορεί να διεκπεραιώνει τις συνηθισμένες δραστηριότητες για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα.
- Εξασφάλιση καθημερινών υγιεινών γευμάτων με πολλά φρέσκα φρούτα και λαχανικά.
- Παροχή συμπληρωμάτων βιταμίνης Β αν το άτομο έχει έλλειψη αυτής της βιταμίνης.
- Ενθάρρυνση για τακτική άσκηση.
- Έκθεση του άτομο στον ήλιο για λίγο κάθε μέρα.
- Φροντίδα ώστε να υπάρχει μια τακτική κοινωνική επαφή.
- Ενθάρρυνση για χαλάρωση ή διαλογισμό για κάποια ώρα κάθε μέρα.

(Τσούκαλης 2015)

3.5 Συν-νοσηρότητα άνοιας και κατάθλιψη στη τρίτη ηλικία

Η συχνή συνύπαρξη της κατάθλιψη και της άνοια στη τρίτη ηλικία, έχει κατά καιρούς πυροδοτήσει ποικίλες ερευνητικές υποθέσεις για το είδος της σχέση τους. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά στοιχεία, που παραθέτει ο Edo Richard και οι συνεργάτες τους (2013), τα καταθλιπτικά συμπτώματα συναντώνται στο 40 με 50% και η βαριά κατάθλιψη στο 10 με 20% των ασθενών με Ν.Α. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συμβαίνουν στο 3 με 63% των ατόμων με ήπια γνωστική διαταραχή (MCI). (Richard και συν., 2013)

Κάποιες μελέτες υποστηρίζουν, πως η κατάθλιψη είναι πρόδρομος της άνοιας ή πως συνυπάρχει στα πρώιμα στάδια της Ν.Α ή άλλων ανοιών, ενώ άλλες μελέτες αδυνατούν να επιβεβαιώσουν μία τέτοια συσχέτιση. (Chen και συν., 1999)

Μελέτες συγκεκριμένου πληθυσμού υποστηρίζουν, πως υπάρχει αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης MCI στην κατάθλιψη. Οι μηχανισμοί όμως πίσω από τον τρόπο, που αλληλεπιδρούν η κατάθλιψη και η άνοια δεν είναι απόλυτα ξεκάθαροι. Η κατάθλιψη θα μπορούσε να είναι παράγοντας επικινδυνότητας για την άνοια, ένα πρώιμο σύμπτωμα άνοιας, μια αντίδραση στην γνωστική και λειτουργική έκπτωση ή ένα επιπρόσθετο σύμπτωμα ενός άλλου παράγοντα επικινδυνότητας, όπως το αγγειακό εγκεφαλικό. Μάλιστα, οι αγγειακοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία και η εγκεφαλο-αγγειακή ασθένεια μπορεί να είναι ένας σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας της MCI και της κατάθλιψης. (Richard και συν., 2013)

Η αντιφατικότητα πολλών ερευνητικών αποτελεσμάτων πάνω στη σχέση των δύο κλινικών καταστάσεων έχει κατά καιρούς προβληματίσει. Δύο έρευνες πλήθους κατέληξαν στο συμπέρασμα, πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν κατάφεραν να προβλέψουν την έναρξη της άνοιας σε διάστημα λίγων ετών. Αντιθέτως, τα δεδομένα τεσσάρων μελετών περίπτωσης φανέρωσαν μία συσχέτιση ανάμεσα σε ιστορικό κατάθλιψης και την επακόλουθη διάγνωση Ν.Α. Δύο μελέτες πλήθους έδειξαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας σε πληθυσμούς με κατάθλιψη ή καταθλιπτική διάθεση. Λαμβάνοντας υπόψη το αντιφατικό των παραπάνω ερευνητικών συμπερασμάτων, ο Peijun Chen και οι συνεργάτες του (1999) θέλησαν να μετρήσουν τη χρονική συσχέτιση της εμφάνισης της κατάθλιψης και της κλινικής έναρξης της άνοιας. Μελέτησαν το αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα προβλέπουν την κλινική έναρξη της άνοιας ή αν η εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων απλά ακολουθεί την έναρξή της. Τα ερευνητικά αποτελέσματα, που προέκυψαν υποδεικνύουν, πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα, είναι πρώιμες εκδηλώσεις της άνοιας και όχι προβλεπτικοί παράγοντες της επερχόμενης άνοιας. (Chen., 1999)

Το 2006 ο Ling Han και οι συνεργάτες του επεχείρησαν να αναλύσουν την χρονική σχέση της κατάθλιψης και της άνοιας μέσα από 4 επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις:

- Η κατάθλιψη στη τρίτη ηλικία μπορεί να είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας επικινδυνότητας στην εμφάνιση γνωστικής έκπτωσης, πιθανόν μέσω του γλυκοκορτικοειδή καταρράκτη, όπου η εξέλιξη της παθολογίας της κατάθλιψης μπορεί τελικά να οδηγήσει σε βλάβη του ιππόκαμπου και στην εμφάνιση άνοιας.
- Τόσο η κατάθλιψη όσο και η γνωστική διαταραχή μπορεί να αποτελούν συνέπεια κοινών παραγόντων επικινδυνότητας, όπως οι αγγειακές παθήσεις.
- Η συνύπαρξή τους μπορεί να οφείλεται σε βραχυπρόθεσμους παράγοντες π.χ μία βαριά ασθένεια ή αναπηρία.
- Η κατάθλιψη μπορεί να είναι η πρώιμη εκδήλωση ή ο πρόδρομος της άνοιας.

Κατόπιν, επεδίωξαν να εξετάσουν τη βραχυπρόθεσμη σχέση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την γνωστική έκπτωση εστιάζοντας στα καταθλιπτικά συμπτώματα ως ένα δυναμικό, που ποικίλει χρονικά ως προς την εκδήλωση. Τα δεδομένα της μελέτης προέκυψαν από μία ομάδα ασθενών, που αξιολογήθηκαν αναφορικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τη γνωστική έκπτωση κατ' επανάληψη και σε χρονικό διάστημα 3, 6 και 12

μηνών. Κατά την έναρξη της ερευνητικής περιόδου τα άτομα που συμμετείχαν είχαν από καθόλου έως και περιορισμένη γνωστική έκπτωση. Από τα ερευνητικά αποτελέσματα, που προέκυψαν οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα, πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν για την άνοια ένα κλινικό συνακόλουθο και όχι προβλεπτικός παράγοντας ή πρόδρομος της γνωστικής αυτής διαταραχής. (Han και συνεργάτες., 2006)

Την ίδια περίοδο η Mary Ganguli και οι συνεργάτες της (2006) δημοσίευσαν τα αποτελέσματα μίας 12ετής επιδημιολογικής έρευνας. Στόχος της ήταν να διερευνήσει τη σχέση ανάμεσα στα καταθλιπτικά συμπτώματα και στην επερχόμενη γνωστική έκπτωση σε μία ομάδα ηλικιωμένων χωρίς άνοια κατά την αρχική αξιολόγηση. Πολλοί από τους συμμετέχοντες στην έρευνα παρέμειναν χωρίς συμπτώματα άνοιας και κατά την επαναληπτική μέτρηση ενώ κάποιοι άλλοι όχι. Επρόκειτο για μία διετή μέτρηση των γνωστικών δεξιοτήτων και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αξιολόγηση της άνοιας κατά την έναρξη της έρευνας και κατόπιν με τη πάροδο του χρόνου σε άτομα με ή χωρίς αρχικά καταθλιπτικά συμπτώματα στις ομάδες τόσο των ανοϊκών όσο και των μη ανοϊκών χρησιμοποιώντας μοντέλα τυχαίας επίδρασης (Ganguli., 2006).

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε, πως από τους 1094 συμμετέχοντες, που δεν ανέπτυξαν άνοια, αυτοί με καταθλιπτικά συμπτώματα είχαν εξ αρχής σημαντικά χαμηλότερο σκορ σε όλες τις γνωστικές λειτουργίες σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς συμμετέχοντες. Ακόμη, στους 171 συμμετέχοντες, που αργότερα εμφάνισαν άνοια, η κατάθλιψη συσχετίστηκε με κακή απόδοση σε μερικές γνωστικές δεξιότητες. Η γνωστική έκπτωση με τη πάροδο του χρόνου ήταν ελάχιστη στους συμμετέχοντες χωρίς άνοια ενώ η ξεκάθαρη έκπτωση ήταν εμφανής στους συμμετέχοντες με άνοια. Τέλος τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν συσχετίστηκαν με τον ρυθμό της γνωστικής έκπτωσης σε καμία από τις υπο-κατηγορίες του δείγματος. Τα ερευνητικά δεδομένα, οδήγησαν στο συμπέρασμα, πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται κάθετα με τη γνωστική δυσλειτουργία αλλά όχι με τον γνωστικό εκφυλισμό. Η σημαντική γνωστική έκπτωση, που προκύπτει με τη πάροδο του χρόνου δεν μπορεί να εξηγηθεί μέσω της κατάθλιψης. (Ganguli., 2006)

Το 2011 ο Ge Li και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν την 15ετή τους έρευνα, που διερευνούσε τη σχέση μεταξύ της επικινδυνότητας εμφάνισης άνοιας και των αρχικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα αποτελέσματα, που προέκυψαν από το πλήθος του δείγματος και μετά από επαναληπτικές μετρήσεις, έδειξαν πως κατά την αρχική μέτρηση το 9,4% του δείγματος παρουσίαζε σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα και το 21,2% είχε κάποιο ιστορικό κατάθλιψης. Το προσαρμοσμένο ποσοστό επικινδυνότητας για την άνοια, που σχετίζεται με τα πρώιμα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν 1,71. Σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες χωρίς ιστορικό κατάθλιψης, τα άτομα με κατάθλιψη τρίτης ηλικίας βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας (1,46) ενώ η κατάθλιψη σε μικρότερη ηλικία δεν σχετίστηκε καθόλου με την εμφάνιση άνοιας. Επιπλέον, σχέση με την πιθανότητα εμφάνισης άνοιας δεν είχε μόνο η καταθλιπτική διάθεση αλλά και η αντιληπτή δυσκολία εκτέλεσης έργου. Μέσα από τη μελέτη αυτή, οι ερευνητές επιβεβαίωσαν, πως η κατάθλιψη στη τρίτη ηλικία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας και μπορεί να αποτελεί μία πρώιμη εκδήλωση της άνοιας παρά ένας προβλεπτικός παράγοντας επικινδυνότητας εμφάνισής της. (Ge Li et al, 2011)

Το 2013 ο Edo Richard και οι συνεργάτες του, υποστήριξαν, πως η κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένη επικινδυνότητα εμφάνισης επικρατούσας MCI, άνοιας και εκφυλισμού από επικρατούσα MCI σε άνοια αλλά όχι σε περιστασιακή MCI. Επίσης βρέθηκε, πως η σχέση της κατάθλιψης με την επικρατούσα άνοια και την εξέλιξη από MCI σε άνοια είναι ισχυρότερη στην περίπτωση της VaD σε σχέση με τη N.A και οφείλεται κυρίως στα καταθλιπτικά συμπτώματα. Στα πλαίσια αυτής της έρευνας υποστηρίχθηκε, πως η κατάθλιψη σχετίζεται κάθετα με την MCI και την άνοια και διαχρονικά μόνο με την άνοια, υποδεικνύοντας, ότι η κατάθλιψη αναπτύσσεται με την μετάβαση από την υγιή γνωστική λειτουργία στην άνοια. Επίσης, τα ευρήματα, πως η κατάθλιψη είναι πιο ισχυρά συνδεδεμένη με την VaD από ότι με την N.A και πως αυτή η σχέση αποδυναμώνεται σε περιπτώσεις ρύθμισης της αγγειακής

επιβάρυνσης, δημιουργεί την πεποίθηση, πως η καρδιαγγειακή ασθένεια παίζει κάποιο ρόλο σε αυτή τη σχέση. (Richard., 2013)

Τέλος, η Deborah Barnes και οι συνεργάτες της (2012) σε μία μελέτη πλήθους, εξέτασαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ένα φάσμα χρόνου (μέση ηλικία και τρίτη ηλικία) και σε σχέση με την πιθανότητα εμφάνισης άνοιας, θέλοντας να διαπιστώσουν τη χρονική σχέση αλλά και το είδος της σχέσης ανάμεσα στις δύο παθήσεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα στη μέση ηλικία ή στη τρίτη σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Επομένως, η κατάθλιψη, που ξεκινάει στη τρίτη ηλικία μπορεί να είναι στην ουσία μέρος-σύμπτωμα της Ν.Α ενώ η επανεμφανιζόμενη κατάθλιψη μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης VaD. (Barnes., 2012)

3.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, η αποτροπή του αυτοκτονικού ιδεασμού, η υποτροπή ή η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, η βελτίωση της γνωστικής και λειτουργικής κατάστασης και η παροχή βοήθειας στους ασθενείς, ώστε να αναπτύξουν τις δεξιότητες που χρειάζονται για να αντιμετωπίσουν την ανικανότητα τους ή τον ψυχοκοινωνικό αποκλεισμό (Bartels et al., 2003).

Ο σχεδιασμός της θεραπείας θα πρέπει να ξεκινήσει με αξιολόγηση, η οποία θα επικεντρωθεί στον εντοπισμό της οποιασδήποτε λήψης φάρμακων ή της παρουσίας ασθενειών που προδιαθέτουν για κατάθλιψη. Η θεραπεία της υποκείμενης νόσου ή η διακοπή βλαπτικών φαρμάκων είναι απαραίτητη, άλλα συχνά δεν αρκεί προκειμένου να επιτευχθεί η ύφεση της κατάθλιψης (Alexopoulos et al., 2001).

Επίσης χρειάζονται αντικαταθλιπτικά, ψυχοθεραπεία, ή και τα δυο. Ο συνδυασμός αποτελεί την θεραπεία εκλογής για την μείζονα κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας (Alexopoulos et al., 2001). Η γνωστική-συμπεριφορικά θεραπεία, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η θεραπεία επίλυσης προβλημάτων και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι οι προτιμώμενες ψυχοθεραπείες για ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη (Alexopoulos et al., 2001). Οι προσεγγίσεις της γνωστικής θεραπείας είναι εξίσου αποτελεσματικές σε ηλικιωμένα άτομα με αυτές σε νεότερους ενήλικες (Koder et al., 1996)

Κατά την τρίτη ηλικία η κατάθλιψη αποτελεί υποτροπιάζουσα μορφή. Τα αντικαταθλιπτικά είναι εξίσου αποτελεσματικά όταν χορηγούνται σε ηλικιωμένα άτομα με όταν χορηγούνται σε νεότερους ενήλικες (Salzman et al., 2002). Σε μελέτη που έγινε, το 90% των ηλικιωμένων με μείζονα κατάθλιψη σε ύφεση παρουσίασε υποτροπή εντός 3 ετών όταν βρίσκονταν σε θεραπεία συντήρησης με εικονικό φάρμακο, ενώ εκείνοι που βρίσκονταν σε συντήρηση με αντικαταθλιπτικό και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία παρουσίασαν ποσοστά υποτροπής 20% (Reynolds et al., 1999).

Τα αντικαταθλιπτικά επιλογής είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRI), και ακολουθούν η βουπροπιόνη και η μιρταζαπίνη. Παρόλο που οι αρχικές δόσεις SSRI και SNRI που χορηγούνται σε ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να είναι χαμηλές, οι τελικές δόσεις θα πρέπει να είναι παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται σε νεαρούς ενήλικες (Alexopoulos et al., 2001 & Salzman and Small, 2005).

Για τις περιπτώσεις κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία είναι πιο πιθανό να σημειωθεί απόκριση σε μη συγκεκριμένες υποστηρικτικές παρεμβάσεις από ότι σε άλλες μορφές κατάθλιψης (Salzman and Small, 2005). Η προσεκτική αναμονή για τουλάχιστον 2 εβδομάδες ενδεικνύεται για την ελάσσονα κατάθλιψη. Ωστόσο, εάν τα συμπτώματα επιμένουν για περισσότερο από 2-3 μήνες, ο συνδυασμός SSRI και ψυχοθεραπείας είναι η θεραπεία εκλογής, Παρόλο που η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της ή η ψυχοθεραπεία από μόνη της αποτελούν λογικές εναλλακτικές λύσεις (Alexopoulos et al., 2001).

Θα πρέπει να χορηγηθούν οι σωστές δόσεις από κάποιο αντικαταθλιπτικό για τουλάχιστον 4 εβδομάδες προτού κριθεί αναποτελεσματικό το φάρμακο και γίνει δοκιμή διαφορετικής κατηγορίας φάρμακου. Εάν η απόκριση του ασθενούς σε κάποιο αντικαταθλιπτικό είναι φτωχή, θα πρέπει να γίνει δοκιμή υψηλότερης δόσης. Αν δεν σημειωθεί περαιτέρω βελτίωση, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο χρήσης ενισχυτικού παράγοντα. Εάν το αρχικό αντικαταθλιπτικό ήταν SSRI, μπορεί να προστεθεί βουπροπιόνη, λίθιο ή νορτριπτυλίνη. Εάν ο ασθενής έλαβε αρχικά θεραπεία με βουπροπιόνη, μπορεί ενδεχομένως να βοηθήσει κάποιο SSRI ή λίθιο. Μπορεί να γίνει επιλογή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας σε οποιοδήποτε στάδιο, αν ο ασθενής παρουσίασε επιδείνωση. Σε περιπτώσεις ψυχωτικής κατάθλιψης κατά την τρίτη ηλικία συνιστώνται συνδυασμός αντικαταθλιπτικών (SSRI ή βενλαφαξίνη) και

άτυπων νευροληπτικών (εκτός της κλοζαπίνης). Θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο της ηλεκτροσπασμοθεραπείας, εάν οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, εάν έχουν σοβαρή κατάθλιψη με κίνδυνο αυτοκτονίας, εάν είναι πιθανότερο να πεθάνουν εξαιτίας της έλλειψης τροφής και υγρών, ή εάν είναι ψυχωτικοί (Alexopoulos et al., 2001).

Κατά την θεραπεία συντήρησης, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τα αντικαταθλιπτικά στις ίδιες δόσεις όπως και κατά τη θεραπεία. Σε ασθενείς που έχουν παρουσιάσει μόνο ένα σοβαρό επεισόδιο κατάθλιψης, η αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να συνεχιστεί για τουλάχιστον 1 χρόνο. Οι ασθενείς με τρία επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής τους θα πρέπει να λαμβάνουν θεραπεία συντήρησης για πάνω από 3 χρόνια. Σε ασθενείς με ψυχωτική κατάθλιψη που επιτυγχάνουν ύφεση κατόπιν θεραπείας με ένα αντικαταθλιπτικό και ένα αντιψυχωτικό φάρμακο, συνίσταται εν γένει η συνέχιση του αντιψυχωτικού φάρμακου για 6 μήνες (Alexopoulos et al., 2001).

3.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στο πως ο νοσηλευτής ως ειδικός ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει και να δώσει συμβουλές, να εκπαιδεύσει τα άτομα που πάσχουν από διαταραχές διάθεσης. Δηλαδή πως μπορεί να θεραπεύει μέσα από την ψυχοθεραπεία τα παιδιά, τους έφηβους, τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους με την βοήθεια της συζήτησης, της συμβουλής, εμπνέοντας σιγουριά και εμπιστοσύνη. (Chitty, K.K. 2010).

Πρώτα από όλα, για να λειτουργήσει ως ψυχοθεραπευτής ένας νοσηλευτής θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να ξαναβρουν τον παλιό τους εαυτό. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σύμβουλος, δάσκαλος και εκπαιδευτής απέναντι στον ασθενή ώστε να επιτευχθούν οι απαραίτητοι στόχοι. Μέσα από τις συνεδρίες ο νοσηλευτής θα βοηθήσει τον ασθενή να βρει την ψυχική του υγεία και την ηρεμία ενισχύοντας την ταυτότητα του και την αυτοπεποίθησή του (Chitty, K.K. 2010).

Σκοπός του νοσηλευτή είναι να βρεθεί πρώτα από όλα ένα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον για την ψυχική ηρεμία του ασθενή. Για παράδειγμα ένας ασθενής με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή καλό θα ήταν να νοσηλεύεται σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο τόσο για την δίκη του ασφάλεια όσο και για των γύρω του. Ένας τρόπος είναι ο ψυχοθεραπευτής να απομονώσει τον ασθενή σε ένα μονόκλινο δωμάτιο το οποίο θα είναι ήσυχο, δε θα ακούγεται κανένας ήχος και ο φωτισμός θα είναι χαμηλός ώστε ο ασθενής να μπορέσει να ηρεμήσει. Όταν θα είναι ικανοί πια να αντιμετωπίσουν τα ερεθίσματα της ζωής τότε θα μπορούν να αποχωρήσουν από εκείνο το δωμάτιο. Ορισμένες ψυχιατρικές κλινικές διαθέτουν τέτοια δωμάτια γνωστά ως «ήσυχα δωμάτια». Επίσης τα άτομα αυτά δεν μπορούν να συνυπάρξουν εύκολα με άλλους ανθρώπους, όπως για παράδειγμα η συμμετοχή σε κάποια ομαδική δραστηριότητα τους κάνει περισσότερο νευρικούς και διεγερτικούς (Nardi DA, 2007).

Ο νοσηλευτής θα βοηθήσει με την μείωση αυτής της συμμετοχής σε δραστηριότητες μέχρι να ηρεμήσει ο ασθενής. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να είναι συνεχώς σε επίβλεψη από τους νοσηλευτές, ώστε να μην κάνουν κακό στον εαυτό τους ή στους γύρω τους. Μπορεί να θέλουν να καπνίσουν, όμως, αντί για αυτό να βάλουν φωτιά ή να καούν και οι ίδιοι, όποτε πρέπει να καπνίσουν κάτω από την επίβλεψη κάποιου νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς βάζοντας τους να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες όπως χορός, περπάτημα, γυμναστικά κ.α. Σκοπός του νοσηλευτή εδώ είναι να επαινέσει αυτήν τους τη προσπάθεια (Nardi DA, 2007).

Απ' την άλλη πλευρά, η επίβλεψη του ασθενή από τον νοσηλευτή μπορεί να γίνει και στο σπίτι με την βοήθεια της οικογένειας. Ρόλος του νοσηλευτή σε αυτήν την περίπτωση είναι να βοηθήσει τον ασθενή να μείνει όσο το δυνατόν περισσότερο γίνεται με την οικογένεια του. Η φροντίδα στο σπίτι μπορεί να συνίσταται σε άτομα που προηγουμένως είχαν νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο ή αυτό να γίνει στην συνέχεια. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να παρακολουθήσει σε καθημερινή βάση τη σχέση του ασθενή με την οικογένεια του και πόσο η οικογένεια μπορεί να διαταράσσει ή όχι την ψυχική ηρεμία του ασθενή. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει την οικογένεια του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή, στις ανεπιθύμητες δόσεις, στη σωστή δοσολογία και τήρηση των οδηγιών για τον τρόπο χορήγησης και τη δόση χορήγησης, και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή τροφές. Ακόμη, συνεργάζονται με άλλους ειδικούς υγείας όπως ψυχολόγους, ψυχίατρους, κοινωνικούς λειτουργούς ώστε να βελτιωθεί η σχέση και η επικοινωνία μεταξύ τους.

Τέλος, ο νοσηλευτής ενημερώνει την οικογένεια για την πορεία και την εξέλιξη της νόσου και της θεραπείας και για το ποτέ η οικογένεια πρέπει να αναζητήσει και πάλι τη βοήθεια ειδικού σε περίπτωση υπότροπης της νόσου (Nardi DA, 2007).

4. Μεθοδολογία - Αποτελέσματα Έρευνας

4.1 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έγινε στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής διατριβής στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συγκριτική μελέτη της νοητικής κατάστασης και των επιπέδων κατάθλιψης ηλικιωμένων από την Αθήνα και την Πάτρα. Η έρευνα έλαβε μέρος κατά το δεύτερο τρίμηνο του 2018. Η έρευνα έγινε με τη χρήση δομημένου ερευνητικού εργαλείου-ερωτηματολογίου. Το ίδιο ερωτηματολόγιο και κατά την ίδια χρονική περίοδο μοιράστηκε και συμπληρώθηκε από ηλικιωμένους που συμμετείχαν σε δράσεις των ΚΑΠΗ στην Πάτρα και την Αθήνα. Συλλέχτηκαν 100 πλήρως και ορθά συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από κάθε περιοχή. Το σύνολο συνεπώς του δείγματος είναι ίσο με 200 άτομα. Το συνολικό δείγμα είναι σταθμισμένο ως προς τον παράγοντα φύλο.

4.2 Η μεθοδολογία της Έρευνας

Από τα ερευνητικά ενδιαφέροντα του επιβλέποντα προέκυψε η ανάγκη να διερευνηθεί η νοητική κατάσταση και τα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένων. Επίσης, παρουσίασε ενδιαφέρον η συγκριτική διερεύνηση ανάμεσα σε δύο διαφορετικές περιοχές, με διαφορετικά χαρακτηριστικά και διαφορετικό τρόπο ζωής των ηλικιωμένων.

Αφού ορίστηκε ο σκοπός της έρευνας, αναζητήθηκαν στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία και αρθρογραφία παρόμοιες έρευνες, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και τα ευρήματά τους. Έπειτα, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο και τέθηκε στον επιβλέποντα προς διόρθωση ή τυχόν παρατηρήσεις. Μέσα από μια αρκετά χρονοβόρα διαδικασία καταλήξαμε στο τελικό ερευνητικό εργαλείο, το οποίο εκτυπώθηκε και διανεμήθηκε από τους ερευνητές που είναι και οι συγγραφείς της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Αφού συλλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια σε έντυπη μορφή ελέγχθηκαν ως προς την ορθότητα και πληρότητα τους. Έπειτα καταχωρήθηκαν οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων στο στατιστικό πακέτο του SPSS χρησιμοποιώντας συγκεκριμένη κωδικοποίηση.

Αφού καταχωρήθηκαν τα δεδομένα στο στατιστικό πακέτο, ξεκίνησε η στατιστική ανάλυση με σκοπό την παρουσίαση των βασικότερων αποτελεσμάτων αλλά και τη διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

4.3 Ερευνητικά Εργαλεία

Για τον σκοπό της ερευνάς συντάχθηκε ένα άρτια δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τρία μέρη α) τα δημογραφικά στοιχεία, β) τη δοκιμή Mini-Mental State Examination (MMSE) ή δοκιμή Folstein και γ) το Geriatric Depression Scale. Τα ερωτηματολόγια μοιραστήκαν σε ένα δείγμα 200 ατόμων σε Αθήνα και Πάτρα.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Τα δημογραφικά στοιχεία που αποτελούν το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβαναν 11 ερωτήσεις που διερευνούσαν την ηλικία, το φύλλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών και εγγονιών, τον αριθμό ατόμων στο σπίτι, την ύπαρξη επαγγελματία φροντιστή, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο του εξεταζομένου.

ΔΟΚΙΜΗ MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) Η ΔΟΚΙΜΗ FOLSTEIN

Το MMSE είναι το πιο συνηθισμένο εργαλείο σάρωσης για την εκτίμηση της άνοιας που πρωτοπαρουσιάστηκε το 1975 από τους Folstein και συν. δυστυχώς όμως το αποτέλεσμα της δοκιμασίας (MMSE) επηρεάζεται από την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς και από την απουσία πληροφοριών για τα πεδία των ανώτερων λειτουργιών που απαιτούνται στα διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας. Το MMSE αποτελείται από 30 άπλες ερωτήσεις σε διάφορους τομείς όπως: τον χρόνο, την τοποθεσία, την επανάληψη λέξεων, την αριθμητική, την χρήση της γλωσσάς και την κατανόηση και τις βασικές κινητικές δεξιότητες. Τα αποτελέσματα που προέκυπταν από το MMSE ερμηνεύονταν με τον εξής τρόπο: Βαθμολογία 24-30 ισούται με απουσία γνωστικής βλάβης, βαθμολογία 18-23 φανερώνει ήπια γνωστική βλάβη, ενώ βαθμολογία 0-17 υποδηλώνει σοβαρή γνωστική βλάβη. (Wikipedia 2018)

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

Η κλίμακα Συντομευμένη Μορφή της Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης (15-item Geriatric Depression Scale- GDS-15) είναι από τις λίγες που έχει σχεδιαστεί ειδικά για χρήση σε ηλικιωμένους, και έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά. Είναι αυτοσυμπληρούμενη, αν και πολλές φορές κρίνεται σκόπιμο να την διαβάσει εξεταστής στον ασθενή. Οι 30 ερωτήσεις της πλήρους και οι 15 ερωτήσεις της συντομευμένης μορφής της απαιτούν μόνο μια απάντηση τύπου ΝΑΙ-ΟΧΙ και ως εκ τούτου είναι κλίμακα με εύκολη εφαρμογή. Εστιάζει κυρίως σε ψυχικές ανησυχίες του ασθενούς και στον τρόπο αντίληψης της ποιότητας της ζωής του, αποφεύγοντας ερωτήσεις για σωματικά ενοχλήματα. Δεν περιέχει αντικείμενα για την εκτίμηση διεγερτικής ή ψυχωτικής συμπεριφοράς. Θεωρείται ότι καταγράφει μια γνωστική (σκεπτική) διάσταση της κατάθλιψης και αυτό φαίνεται και από την υψηλή της συσχέτιση με την κλίμακα BDI. Κάθε απάντηση βαθμολογείται 0 ή 1. Εξεταζόμενος που συγκεντρώνει βαθμολογία 0-14 θεωρείται μη καταθλιπτικός ενώ με βαθμολογία 15-30 θεωρείται καταθλιπτικός. (Fountoulakis et al., 1999)

Η απεικόνιση των αποτελεσμάτων έγινε με την κατάλληλη χρήση εργαλείων της περιγραφικής στατιστικής, όπως πίνακες συχνοτήτων, πίνακες διπλής εισόδου ή πίνακες συνάφειας, στατιστικοί αριθμοδείκτες και κατάλληλα γραφήματα.

Η μελέτη της ανεξαρτησίας ανάμεσα σε δύο ποιοτικές μεταβλητές έγινε με τη χρήση του ελέγχου χ^2 , οποίος δεν απαιτεί καμία κανονικότητα για τις μεταβλητές. (Ζαΐρης 2009) Η μελέτη ανεξαρτησίας συμπληρώνεται με την δημιουργία των πινάκων διπλής εισόδου ή αλλιώς πινάκων συνάφειας, καθώς και με τα ομαδοποιημένα ραβδογράμματα (Clustered Bar Charts). Οι υποθέσεις του ελέγχου χ^2 είναι οι εξής:

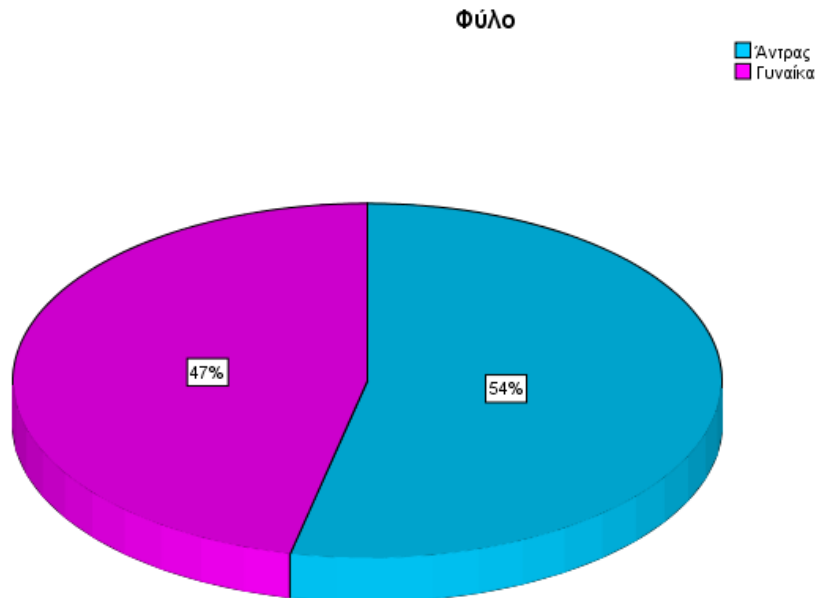
H_0 : Οι δύο μεταβλητές είναι μεταξύ τους ανεξάρτητες

H_1 : Οι δύο μεταβλητές εμφανίζουν εξάρτηση - αλληλεπίδραση

4.4 ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Φύλο

Η κατανομή του φύλου των συμμετεχόντων στο συνολικό δείγμα της παρούσας έρευνας αποτυπώνεται στο ακόλουθο κυκλικό γράφημα. Το 54% του συνόλου των συμμετεχόντων είναι άντρες και το 46% γυναίκες (**Γράφημα 1**).



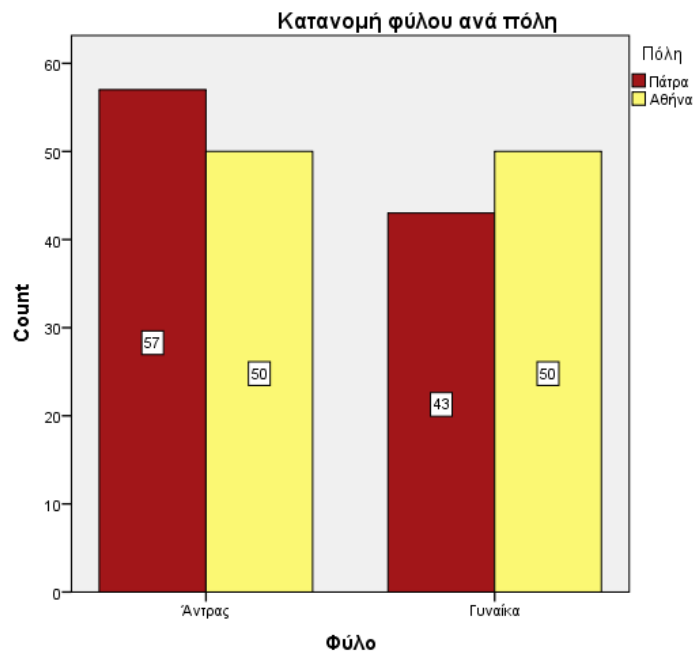
Γράφημα 1 Φύλο (Συνολικό Δείγμα)

Στον παρακάτω πίνακα διπλής συνάφειας παρουσιάζονται σε ποσοστά αλλά και απόλυτες συχνότητες η κατανομή του φύλου των συμμετεχόντων ανά πόλη που έλαβε μέρος η έρευνα. Το 57% του δείγματος της Πάτρας είναι άντρες και το 43% γυναίκες. Αντίστοιχα, το 50% των συμμετεχόντων στο δείγμα Αθηνών είναι άντρες και το υπόλοιπο 50% γυναίκες (**Πίνακας 1**).

Φύλο * Πόλη Crosstabulation					
			Πόλη		ΣΥΝΟΛΟ
			Πάτρα	Αθήνα	
Φύλο	Άντρας	Συχνότητα	57	50	107
		Ποσοστό	28,5%	25,0%	53,5%
	Γυναίκα	Συχνότητα	43	50	93
		Ποσοστό	21,5%	25,0%	46,5%
ΣΥΝΟΛΟ		Συχνότητα	100	100	200
		Ποσοστό	50,0%	50,0%	100,0%

Πίνακας 1 Πίνακας διπλής εισόδου (Φύλο ανά Πόλη)

Η κατανομή των φύλων ανάμεσα στις δύο πόλεις απεικονίζεται και στο παρακάτω ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα (Γράφημα 2).



Γράφημα 2 Φύλο ανά Πόλη

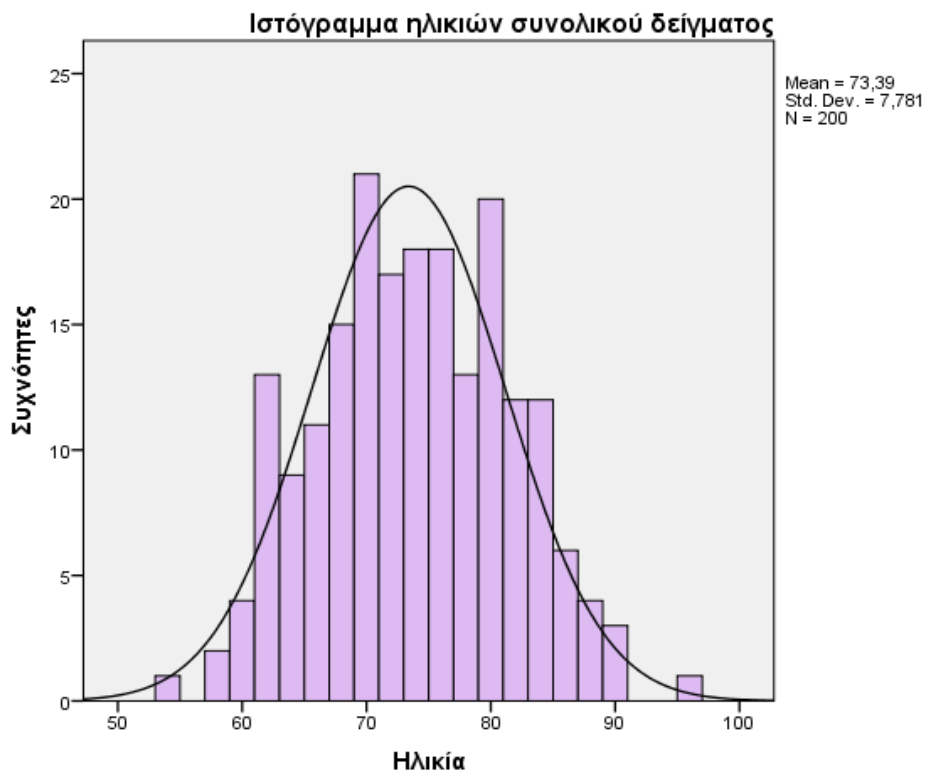
Σύμφωνα με τον έλεγχο χ^2 δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην αναλογία αντρών γυναικών στην Πάτρα και την Αθήνα (p -value = 0,321).

Ηλικία

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στο συνολικό δείγμα είναι ίση με 73,39 έτη. Το 50% των συμμετεχόντων ήταν νεότεροι από 73 και το υπόλοιπο 50% μεγαλύτεροι. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στο συνολικό δείγμα, ήταν 70 ετών κατά τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας. Ο νεότερος σε ηλικία συμμετέχοντας ήταν 54 ετών ενώ ο γηραιότερος 96. Συνεπώς το εύρος των ηλικιών στο συνολικό δείγμα είναι ίσο με 42 έτη. Σύμφωνα με την τιμή του 1^{ου} τεταρτημορίου το 75% του συνολικού δείγματος ήταν ηλικιωμένοι άνω των 68 ετών. Επιπρόσθετα, το 75% του δείγματος ήταν νεότεροι από τα 80 έτη.

Περιγραφικά Μέτρα Ηλικιών (Συνολικό Δείγμα)		
Μέσος Όρος		73,39
Διάμεσος		73,00
Επικρατούσα Τιμή		70
Τυπική Απόκλιση		7,781
Εύρος		42
Ελάχιστο		54
Μέγιστο		96
Τεταρτημόρια	25°	68,00
	50°	73,00
	75°	80,00

Στον παρακάτω ιστόγραμμα αποτυπώνεται η κατανομή των ηλικιών των συμμετεχόντων στο συνολικό δείγμα. Η κορυφή της κατανομής είναι στην τιμή 70 και γενικά φαίνεται οι ηλικίες να κατανέμονται ομοιόμορφα (Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.).



Γράφημα 3 Ιστόγραμμα ηλικιών συνολικού δείγματος

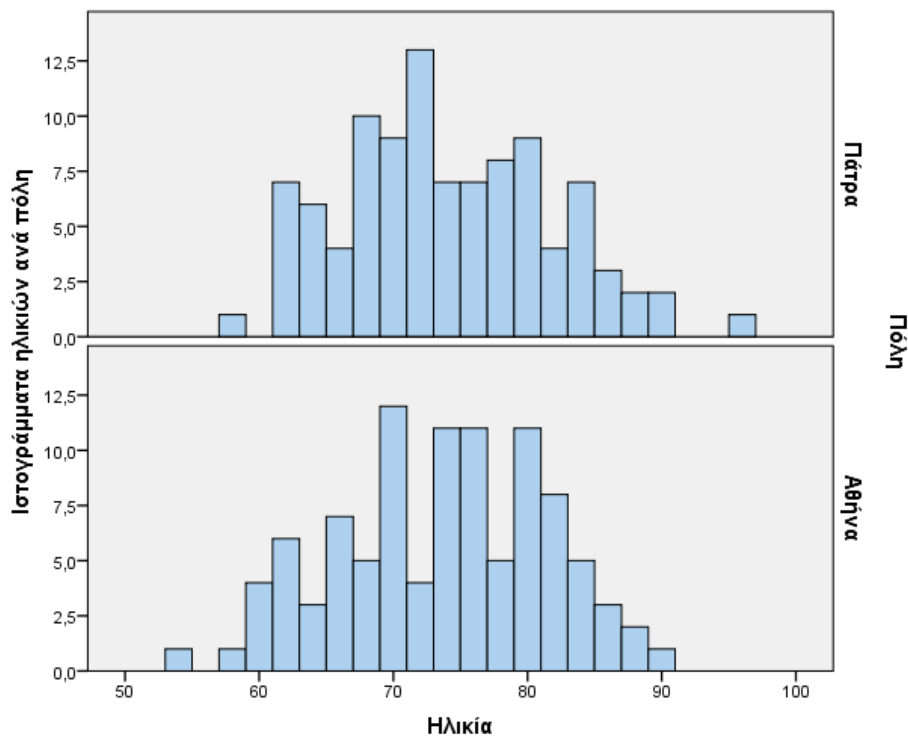
Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα σημαντικότερα περιγραφικά μέτρα της μεταβλητής ηλικιών ανά περιοχή έρευνας. Η μέση τιμή των ηλικιών των συμμετεχόντων από την Πάτρα είναι ίση με 73,62 έτη. Αντίστοιχα, η μέση ηλικία των Αθηναίων συμμετεχόντων είναι ίση με 73,15. Επίσης, η τιμή της διαμέσου των ηλικιών για το δείγμα της Πάτρας είναι 72,50 ενώ για της Αθήνας 73,50. Το εύρος των ηλικιών για το δείγμα της Πάτρας είναι ίσο με 38 έτη και για το δείγμα της Αθήνας ίσο με 35 έτη (Πίνακας 2). Από τα παραπάνω

διαπιστώνεται εύκολα πως τα δύο δείγματα δεν παρουσιάζουν διαφορές άξιες αναφοράς ως προς τις ηλικίες των συμμετεχόντων.

	Πάτρα	Αθήνα
Μέσος Όρος	73,62	73,15
Διάμεσος	72,50	73,50
Εύρος	38	35

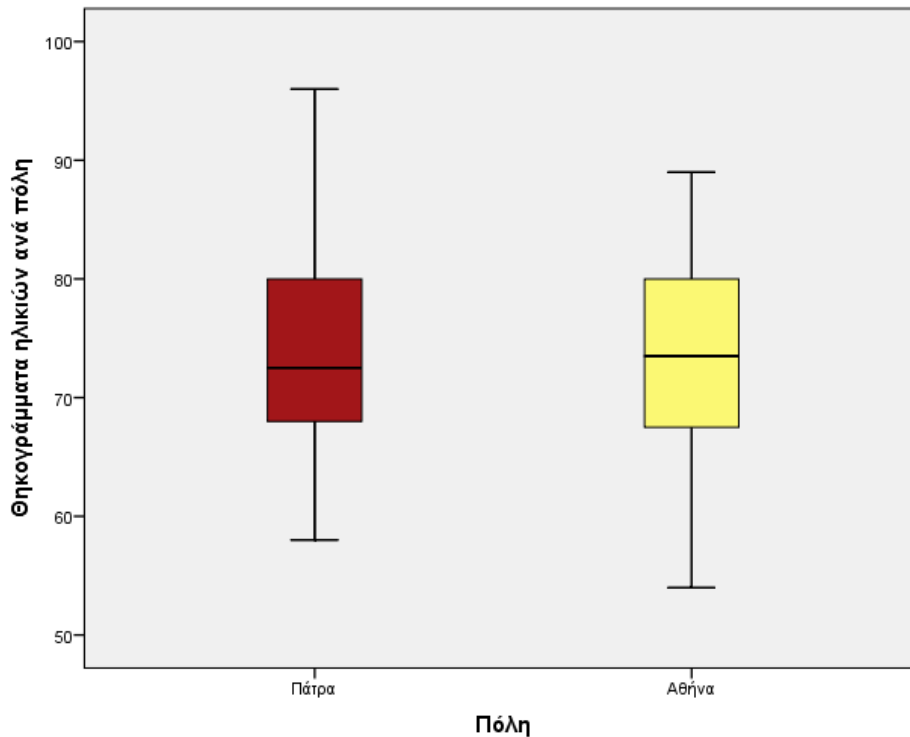
Πίνακας 2 Περιγραφικά μέτρα ανά πόλη

Από τα ακόλουθα δύο γραφήματα μπορεί κάποιος να αξιολογήσει την κατανομή των ηλικιών των συμμετεχόντων ανάμεσα στις δύο περιοχές που έλαβε χώρα η έρευνα. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων στις δύο περιοχές φαίνεται να κατανέμονται με όμοιο τρόπο (**Γράφημα 4**).



Γράφημα 4 Ιστογράμματα ηλικιών ανά πόλη

Δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στις ηλικίες ανάμεσα στα δύο υπό-δείγματα ούτε από την αξιολόγηση των θηκογραμμάτων των ηλικιών ανά περιοχή (**Γράφημα 5**).

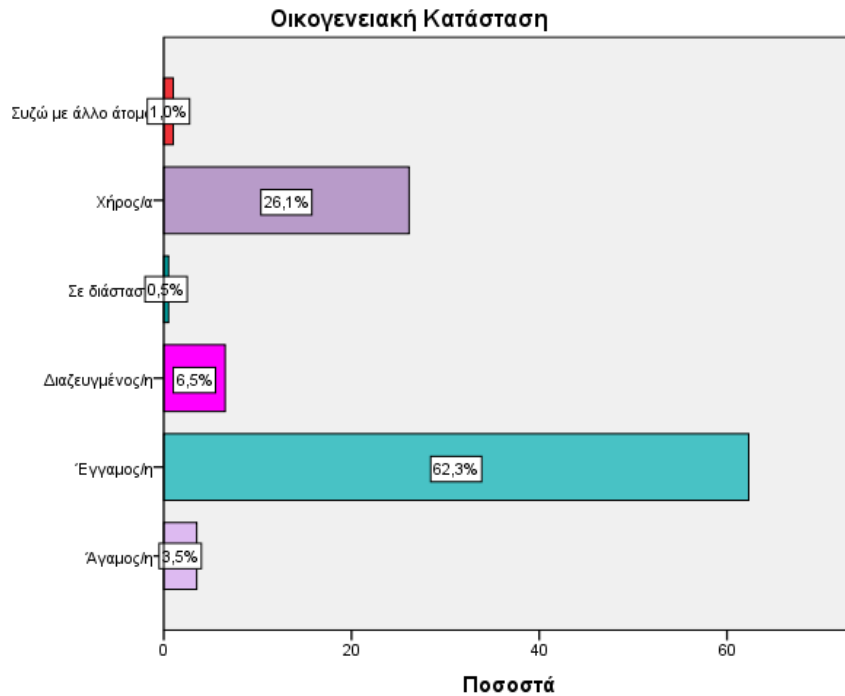


Γράφημα 5 Θηκογράμματα ηλικιών ανά πόλη

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μέση ηλικία των συμμετεχόντων ανάμεσα στο δείγμα της Πάτρας και αυτό της Αθήνας, σύμφωνα με τον έλεγχο t.test ($p\text{-value} = 0,470$).

Οικογενειακή Κατάσταση

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στο συνολικό δείγμα ήταν έγγαμοι/ες κατά τη στιγμή που συμμετείχαν στην έρευνα, σε ποσοστό 62,3%. Επίσης, σημαντικό είναι το ποσοστό (26,1%) των ατόμων που δήλωσαν χήροι/ες (**Γράφημα 6**).



Γράφημα 6 Οικογενειακή κατάσταση (συνολικό δείγμα)

Στον παρακάτω πίνακα διπλής εισόδου παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων ανά πόλη σε συχνότητες και ποσοστά.

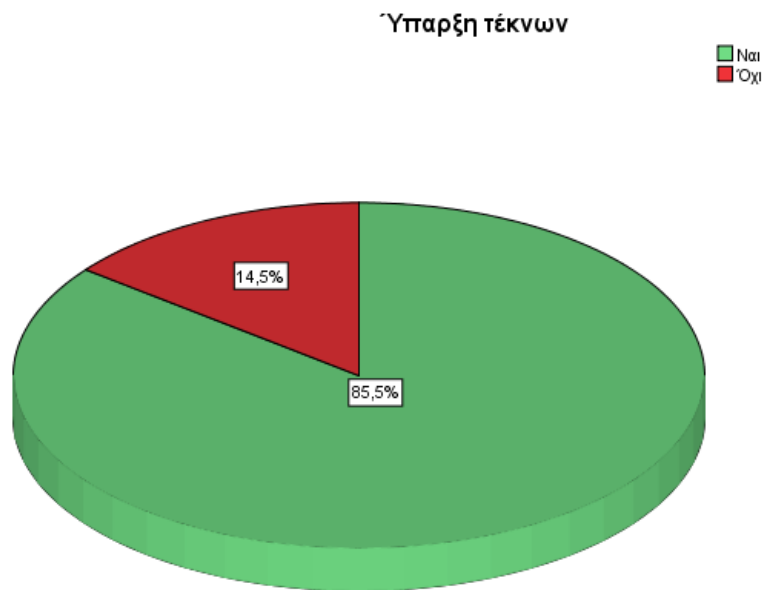
Οικογενειακή Κατάσταση * Πόλη Crosstabulation						
			Πόλη		ΣΥΝΟΛΑ	
			Πάτρα	Αθήνα		
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	Count	0	7	7	
		% within Πόλη	0,0%	7,1%	3,5%	
	Έγγαμος/η	Count	68	56	124	
		% within Πόλη	68,0%	56,6%	62,3%	
	Διαζευγμένος/η	Count	6	7	13	
		% within Πόλη	6,0%	7,1%	6,5%	
	Σε διάσταση	Count	0	1	1	
		% within Πόλη	0,0%	1,0%	0,5%	
	Χήρος/α	Count	25	27	52	
		% within Πόλη	25,0%	27,3%	26,1%	
	Συζώ με άλλο άτομο	Count	1	1	2	
		% within Πόλη	1,0%	1,0%	1,0%	
	ΣΥΝΟΛΑ		Count	100	99	199
			% within Πόλη	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 3 Οικογενειακή κατάσταση ανά πόλη

Δεν παρατηρήθηκε από το έλεγχο χ^2 καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση των αθηναίων συμμετεχόντων με τους συμμετέχοντες από την Πάτρα (p -value = 0.703).

Ύπαρξη Τέκνων

Το 85,5% των συμμετεχόντων στο συνολικό δείγμα είχαν παιδιά κατά τη στιγμή της έρευνας. Αντίθετα, το 14,5% δεν είχαν (**Γράφημα 7**).



Γράφημα 7 Ύπαρξη τέκνων (συνολικό δείγμα)

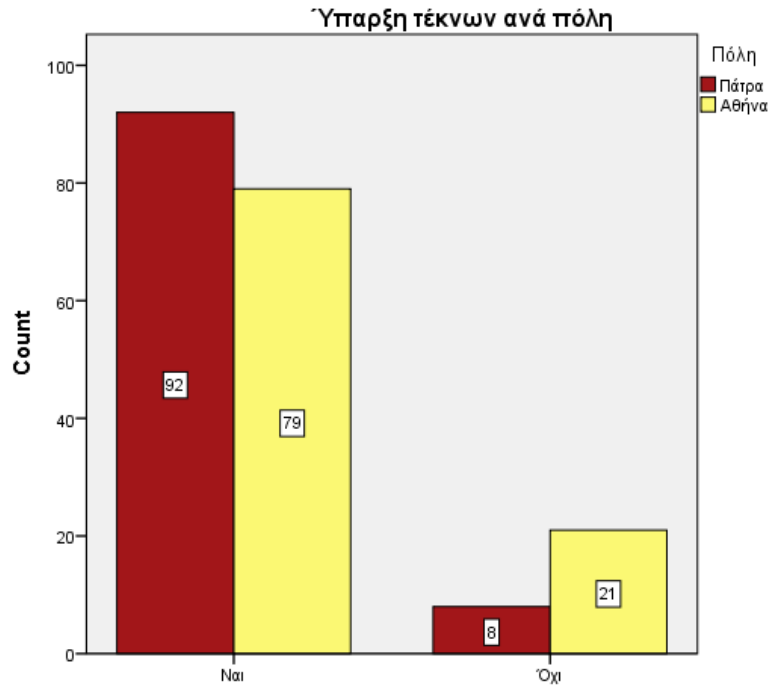
Στον ακόλουθο πίνακα διπλής εισόδου αποτυπώνεται η κατανομή των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν έχουν ή όχι παιδιά για τις δύο πόλεις που έλαβε χώρα η έρευνα. Το ποσοστό των ηλικιωμένων πατρινών που είχαν παιδιά είναι 92%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους αθηναίους είναι 79% (**Πίνακας 4 -**

Γράφημα 7). Παρόλα αυτά, η διαφορά αυτή σύμφωνα με τον έλεγχο χ^2 δεν εμφανίστηκε ως στατιστικά σημαντική (p -value = 0.304).

Ύπαρξη τέκνων * Πόλη Crosstabulation					
			Πόλη		ΣΥΝΟΛΑ
			Πάτρα	Αθήνα	
Ύπαρξη τέκνων	Ναι	Count	92	79	171
		% within Πόλη	92,0%	79,0%	85,5%
	Όχι	Count	8	21	29
		% within Πόλη	8,0%	21,0%	14,5%
ΣΥΝΟΛΑ		Count	100	100	200

	% within Πόλη	100,0%	100,0%	100,0%
--	---------------	--------	--------	--------

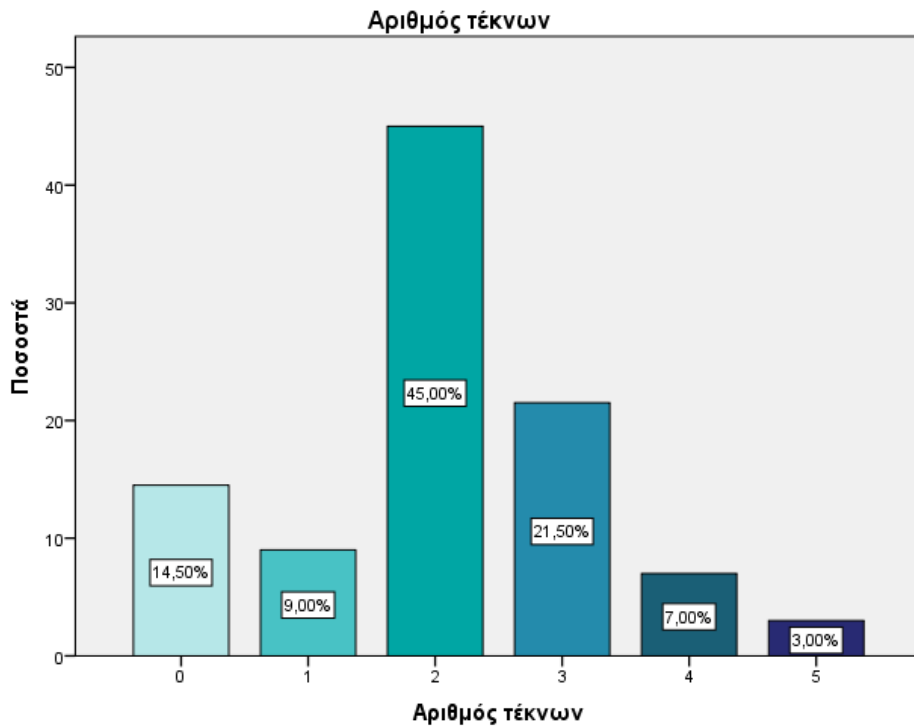
Πίνακας 4 Ύπαρξη τέκνων ανά πόλη



Γράφημα 8 Ύπαρξη τέκνων ανά πόλη

Αριθμός Τέκνων

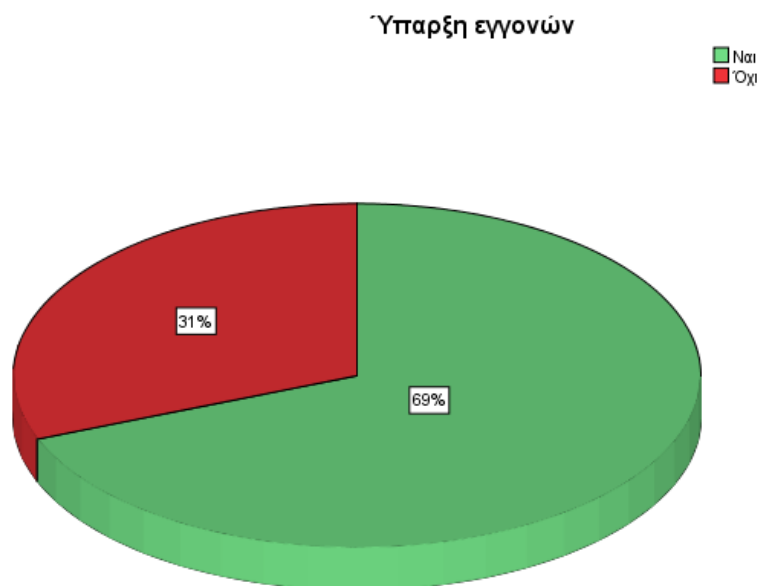
Στο συνολικό δείγμα το 14,5% δεν είχαν καθόλου παιδιά. Το 54% είχαν είτε ένα είτε δύο παιδιά, το 21,50% ήταν τρίτεκνοι και το υπόλοιπο 10% ήταν πολύτεκνοι.



Δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές στον αριθμό τέκνων ανάμεσα στις δύο πόλεις, αν και από τον παρακάτω πίνακα μπορεί να συμπεράνει κάποιος πως οι πατρινοί ηλικιωμένοι τείνουν να μετατοπίζονται θετικά σε σχέση με τους αθηναίους, ως προς τον αριθμό παιδιών. Η διαφορά αυτή όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Αριθμός τέκνων * Πόλη Crosstabulation						
		Πόλη		ΣΥΝΟΛΑ		
		Πάτρα	Αθήνα			
Αριθμός τέκνων	0	Count	8	21	29	
		% within Πόλη	8%	21,0%	14,5%	
	1	Count	10	8	18	
		% within Πόλη	10%	8,0%	9,0%	
	2	Count	48	42	90	
		% within Πόλη	48%	42,0%	45,0%	
	3	Count	21	22	43	
		% within Πόλη	21%	22,0%	21,5%	
	4	Count	9	5	14	
		% within Πόλη	9%	5,0%	7,0%	
	5	Count	4	2	6	
		% within Πόλη	4%	2,0%	3,0%	
	ΣΥΝΟΛΑ		Count	100	100	200
			% within Πόλη	100%	100,0%	100,0%

Ύπαρξη Εγγονιών



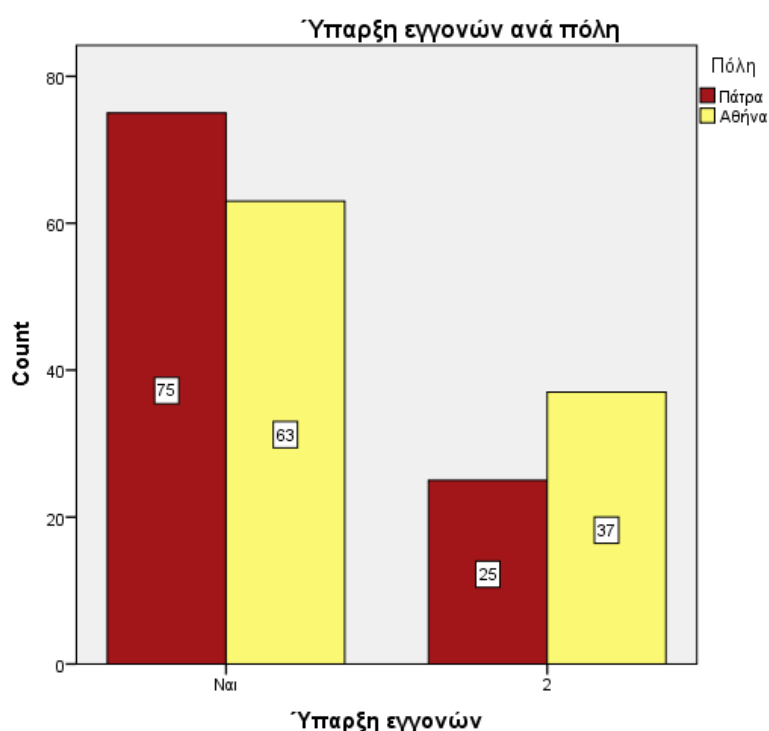
Γράφημα 9 Ύπαρξη εγγονιών (συνολικό δείγμα)

Στο συνολικό δείγμα της παρούσας έρευνας, το 31% των συμμετεχόντων δήλωσαν πως δεν είχαν εγγόνια. Αντίθετα το 69% είχαν (**Γράφημα 9**).

Ύπαρξη εγγονιών * Πόλη Crosstabulation					
			Πόλη		ΣΥΝΟΛΑ
			Πάτρα	Αθήνα	
Ύπαρξη εγγονιών	Ναι	Count	75	63	138
		% within Πόλη	75,0%	63,0%	69,0%
	Όχι	Count	25	37	62
		% within Πόλη	25,0%	37,0%	31,0%
ΣΥΝΟΛΑ		Count	100	100	200
		% within Πόλη	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 5 Ύπαρξη εγγονών ανά πόλη

Ένας στους τέσσερις πατριούς ηλικιωμένους δεν είχε κανένα εγγόνι κατά τη στιγμή της έρευνας. Αντίστοιχα υψηλότερο είναι το ποσοστό των αθηναίων ηλικιωμένων που δεν είχαν εγγόνι καθώς το ποσοστό είναι ίσο με 37%. Οριακά αυτή η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 95% ($p\text{-value} = 0.070$).



Γράφημα 10 Ύπαρξη εγγονιών ανά πόλη

Αριθμός Εγγονιών

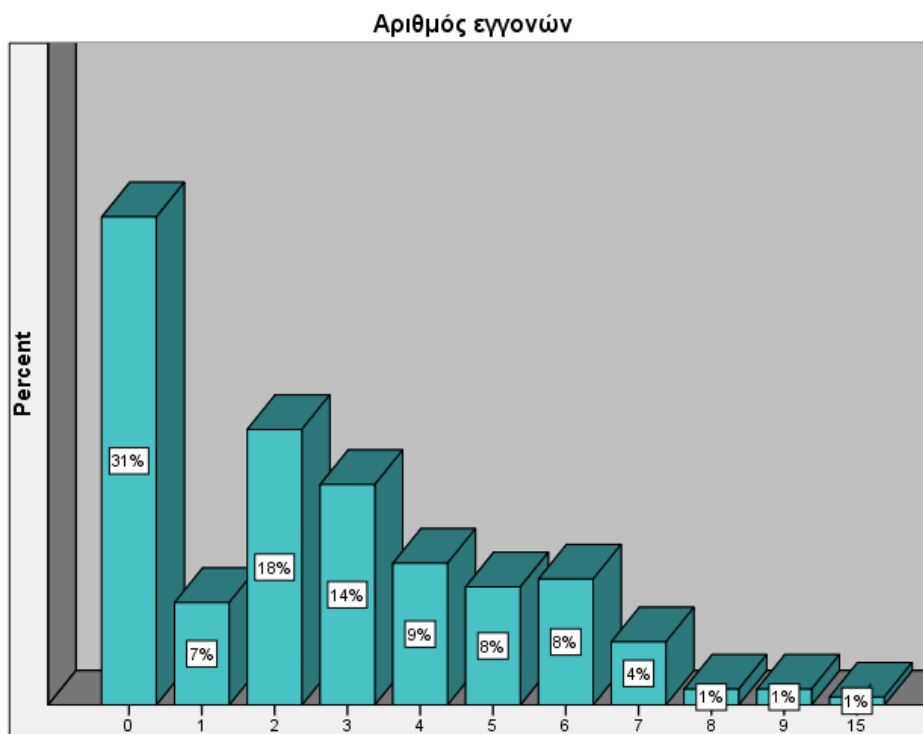
Ο μέσος αριθμός εγγονιών για το συνολικό δείγμα είναι ίσος με 2,58. Το 50% των ηλικιωμένων είχαν περισσότερα από 2 εγγόνια. Το εύρος της μεταβλητής «αριθμός εγγονιών» είναι ίσο με 15 καθώς υπήρχαν ηλικιωμένοι χωρίς κανένα εγγόνιο αλλά και ηλικιωμένος με 15 εγγόνια. Το 25% του δείγματος ήταν ηλικιωμένοι με περισσότερα από 4 εγγόνια (Πίνακας 6).

Μέσος Όρος	2,58	
Διάμεσος	2,00	
Τυπική απόκλιση	2,481	
Ελάχιστο	0	
Μέγιστο	15	
Τεταρτημόρια	25 ^ο	,00
	50 ^ο	2,00
	75 ^ο	4,00

Πίνακας 6 Περιγραφικά μέτρα αριθμού εγγονιών

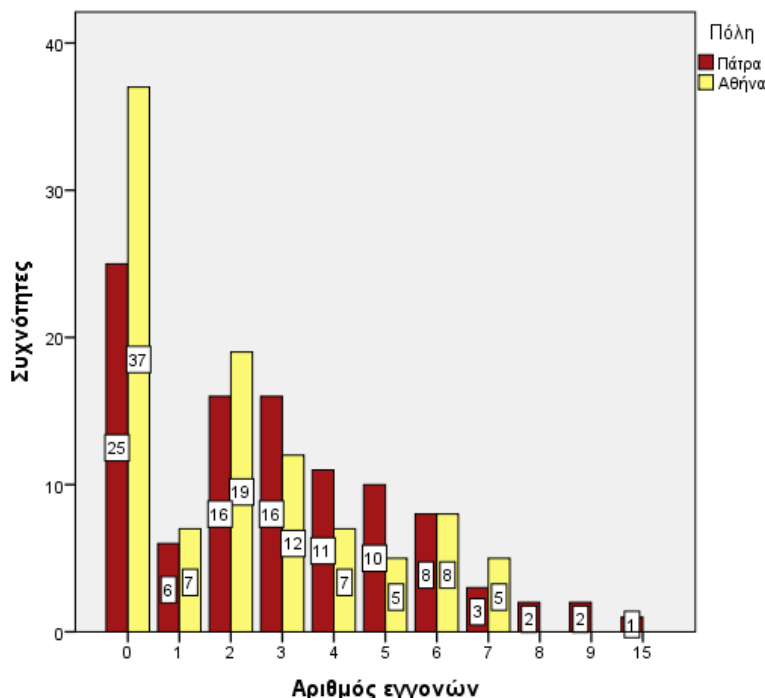
Η κατανομή των απαντήσεων ως τον αριθμό εγγονών για το συνολικό δείγμα αποτυπώνεται στο ακόλουθο ραβδόγραμμα (

Γράφημα 11).



Γράφημα 11 Αριθμός εγγονιών στο συνολικό δείγμα

Στο ακόλουθο ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα αποτυπώνεται ο αριθμός των εγγονιών ανά πόλη (). Παρότι, παρατηρείται μία θετική μετατόπιση των πατρικών ηλικιωμένων σχετικά με τον αριθμό των εγγονιών τους, η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p\text{-value} = 0.340$).

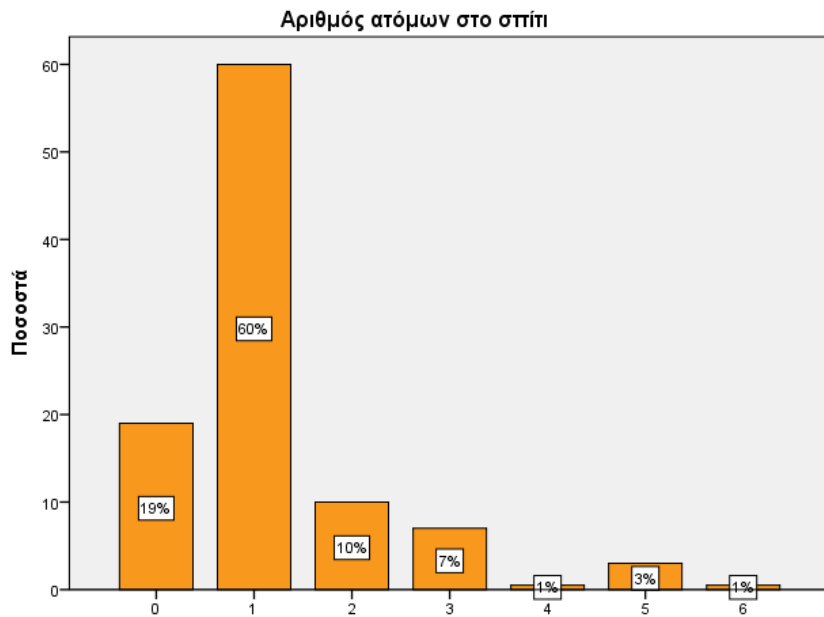


Γράφημα 12 Αριθμός εγγονιών ανά πόλη

Αριθμός ατόμων στο σπίτι

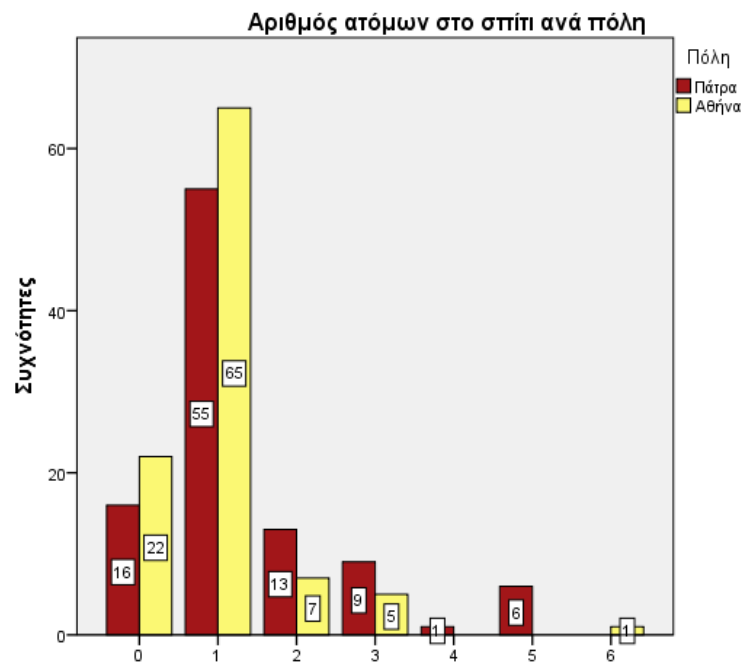
Το 81% των ηλικιωμένων του συνολικού δείγματος συζούν τουλάχιστον με ένα άτομο στο σπίτι. Το 19%, δηλαδή σχεδόν ένας στους πέντε ηλικιωμένους δήλωσε πως ζει μόνος του. Στο παρακάτω ραβδόγραμμα απεικονίζεται η κατανομή των ηλικιωμένων ως προς τον αριθμό των ατόμων με τα οποία ζούσαν στο σπίτι κατά τη στιγμή της έρευνας (

Γράφημα 13). Η απάντηση με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι το 1 άτομο, σε ποσοστό εμφάνισης 60%.



Γράφημα 13 Αριθμός ατόμων στο σπίτι

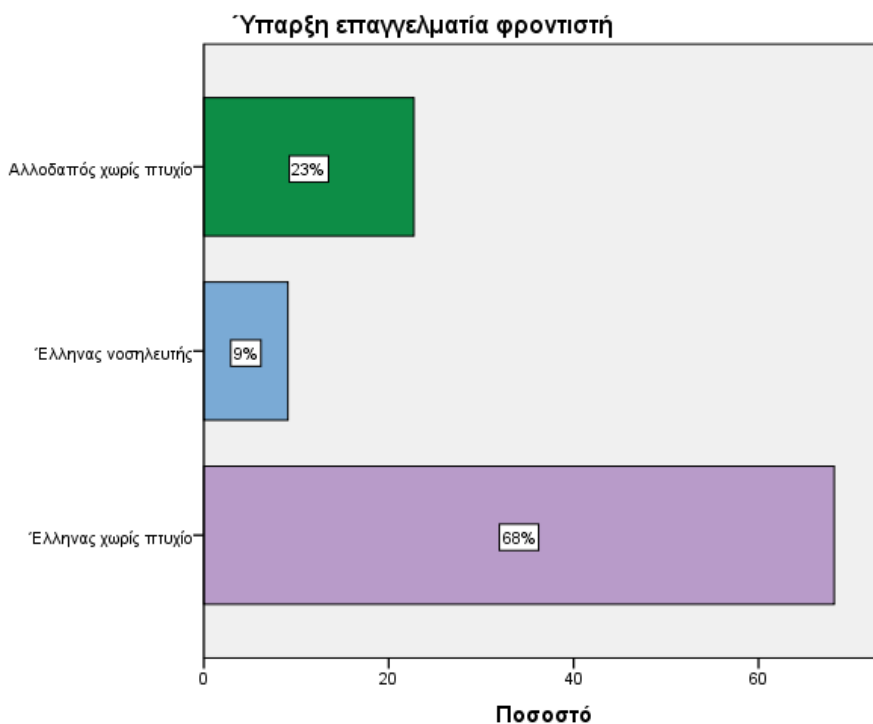
Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στον αριθμό ατόμων στο σπίτι ανάμεσα στο δείγμα των πατρικών ηλικιωμένων και των αθηναίων ($p\text{-value} = 0.04$). Παρατηρώντας το παρακάτω γράφημα συμπεραίνουμε πως οι πατρινοί ηλικιωμένοι τείνουν να συζούν με περισσότερα άτομα σε σχέση με τους αθηναίους (**Γράφημα 14**).



Γράφημα 14 Αριθμός ατόμων στο σπίτι ανά πόλη

Ύπαρξη επαγγελματία φροντιστή

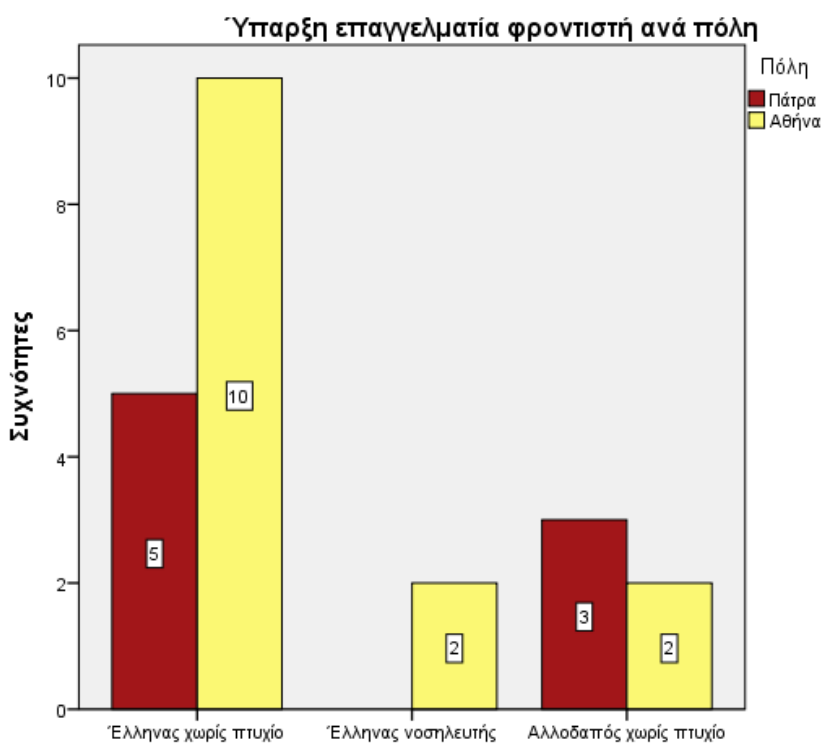
Μόλις το 11% του συνολικού δείγματος (22 άτομα) δήλωσαν πως είχαν φροντιστή. Στο συνολικό δείγμα, το 23% αυτών που είχαν επαγγελματία φροντιστή είχαν επιλέξει αλλοδαπό χωρίς πτυχίο, μόλις το 9% είχαν επιλέξει Έλληνα νοσηλευτή με πτυχίο, ενώ το 68% είχαν επιλέξει Έλληνα χωρίς πτυχίο.



Το 8% των ηλικιωμένων πατρικών είχαν επαγγελματία φροντιστή. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους αθηναίους είναι 14%. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 (p -value = 0.300). Στον παρακάτω πίνακα διπλής εισόδου και στο ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα αποτυπώνεται η κατανομή των απαντήσεων ανάμεσα στα δύο δείγματα των αντίστοιχων πόλεων.

Ύπαρξη επαγγελματία φρονιστή * Πόλη Crosstabulation					
		Πόλη		ΣΥΝΟΛΑ	
		Πάτρα	Αθήνα		
Ύπαρξη επαγγελματία φρονιστή	Έλληνας χωρίς πτυχίο	Count	5	10	15
		% within Πόλη	62,5%	71,4%	68,2%
	Έλληνας νοσηλευτής	Count	0	2	2
		% within Πόλη	0,0%	14,3%	9,1%
	Αλλοδαπός χωρίς πτυχίο	Count	3	2	5
		% within Πόλη	37,5%	14,3%	22,7%
ΣΥΝΟΛΑ		Count	8	14	22
		% within Πόλη	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 7 Ύπαρξη επαγγελματία υγείας ανά πόλη



Γράφημα 15 Ύπαρξη επαγγελματία υγείας ανά πόλη

Χρόνια ύπαρξης του επαγγελματία υγείας

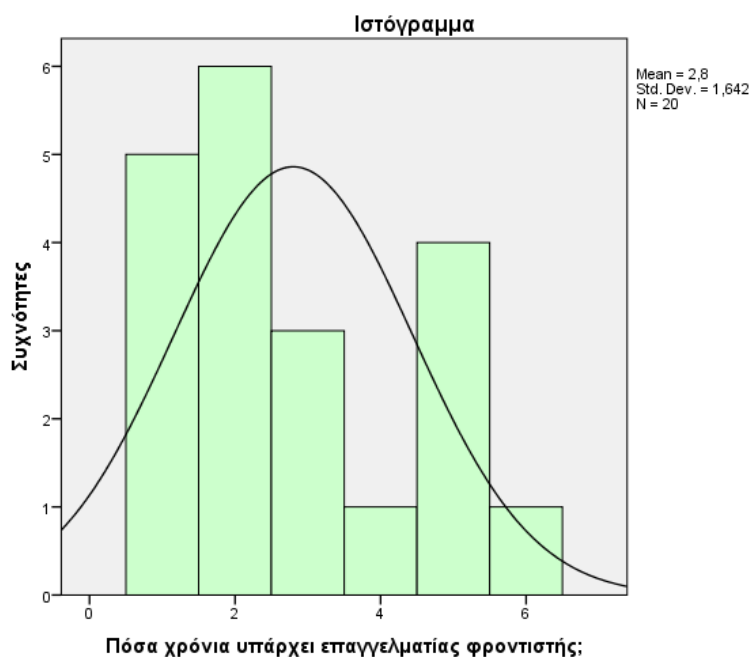
Ρωτήθηκαν οι 22 ηλικιωμένοι που διέθεταν επαγγελματία φροντιστή σχετικά με τα χρόνια που τους φρόντιζε. Ο μέσος όρος των απαντήσεων είναι 2,80 έτη. Το 50% των ηλικιωμένων με επαγγελματία φροντιστή τον είχαν για περισσότερα από 2 έτη. Το εύρος των απαντήσεων που λάβαμε ήταν από 1 έως και 6 έτη. Το 75% των ηλικιωμένων με επαγγελματία φροντιστή τον είχε για λιγότερο από 5 έτη (**Πίνακας 8**).

Μέσος Όρος		2,80
Διάμεσος		2,00
Επικρατούσα Τιμή		2
Τυπική Απόκλιση		1,642
Εύρος		5
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		6
Τεταρτημόρια	25°	1,25
	50°	2,00
	75°	4,75

Πίνακας 8 Περιγραφικά μέτρα ύπαρξης επαγγελματία φροντιστή

Στο ιστόγραμμα που ακολουθεί αποτυπώνεται η κατανομή των ετών με επαγγελματία φροντιστή (

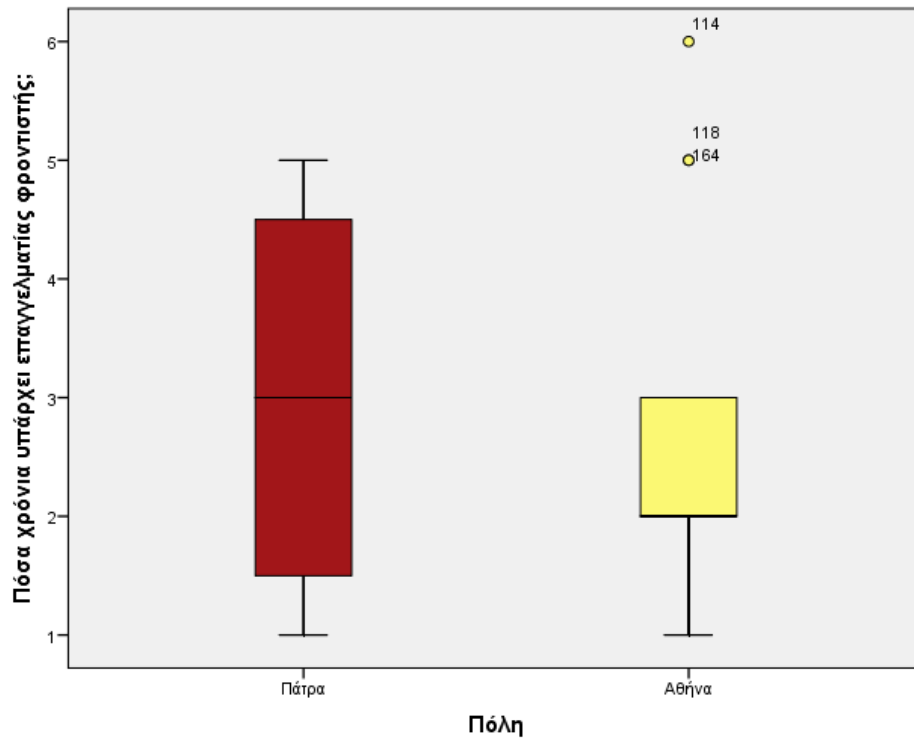
Γράφημα 16).



Γράφημα 16 Ιστόγραμμα ετών ύπαρξης επαγγελματία φροντιστή

Στο παρακάτω γράφημα αποτυπώνονται τα θηκογράμματα των ετών ύπαρξης επαγγελματία φροντιστή ανά πόλη. Οι ηλικιωμένοι της Πάτρας τείνουν να έχουν για περισσότερο διάστημα επαγγελματία υγείας σε σχέση με τους ηλικιωμένους της Αθήνας. Μάλιστα, εκεί που τελειώνει το 75% των παρατηρήσεων του δείγματος των αθηναίων, εκεί βρίσκεται η διάμεσος (50%) των πατριτών (

Γράφημα 17). Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σύμφωνα με το αποτέλεσμα κατάλληλου ελέγχου ($p\text{-value} = 0.700$)

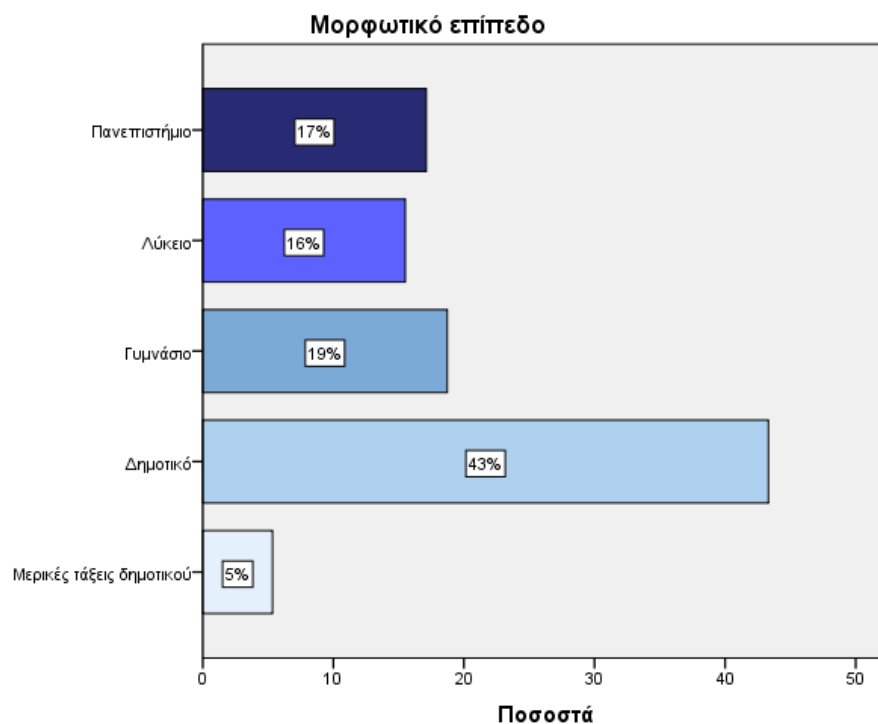


Γράφημα 17 Έτη ύπαρξης επαγγελματία φροντιστή ανά πόλη

Μορφωτικό Επίπεδο

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων στο συνολικό δείγμα, σε ποσοστό 43%, ήταν απόφοιτοι δημοτικού. Μόλις το 5% είχαν ολοκληρώσει μόνο μερικές τάξεις δημοτικού. Το 19% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, το 16% απόφοιτοι λυκείου, ενώ σημαντικό είναι και το ποσοστό αυτών που ήταν κάτοχοι πτυχίου πανεπιστημίου (17%) (

Γράφημα 18).

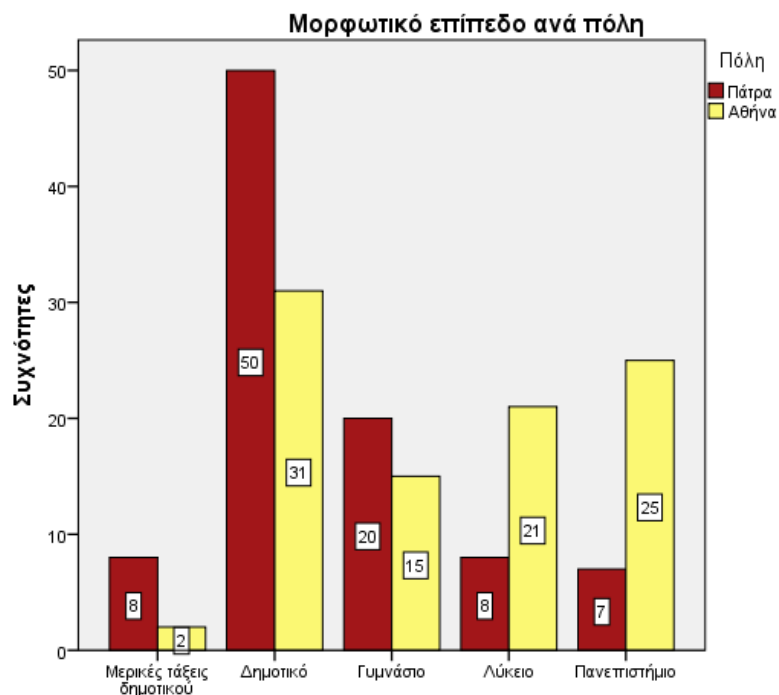


Γράφημα 18 Μορφωτικό επίπεδο στο συνολικό δείγμα

Από τον ακόλουθο πίνακα διπλής εισόδου και το σύνθετο ραβδόγραμμα, είναι εύκολο να συμπεράνει κάποιος πως οι ηλικιωμένοι από την Αθήνα τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο έναν των ηλικιωμένων της Πάτρας. Το 49% των αθηναίων ηλικιωμένων είτε είχαν τελειώσει το λύκειο, είτε είχαν ολοκληρώσει πανεπιστημιακές σπουδές, το αντίστοιχο ποσοστό για τους ηλικιωμένους της Πάτρας είναι μόλις 16%.

Μορφωτικό επίπεδο * Πόλη Crosstabulation						
			Πόλη		ΣΥΝΟΛΑ	
			Πάτρα	Αθήνα		
Μορφωτικό επίπεδο	Μερικές τάξεις δημοτικού	Count	8	2	10	
		% within Πόλη	8,6%	2,1%	5,3%	
	Δημοτικό	Count	50	31	81	
		% within Πόλη	53,8%	33,0%	43,3%	
	Γυμνάσιο	Count	20	15	35	
		% within Πόλη	21,5%	16,0%	18,7%	
	Λύκειο	Count	8	21	29	
		% within Πόλη	8,6%	22,3%	15,5%	
	Πανεπιστήμιο	Count	7	25	32	
		% within Πόλη	7,5%	26,6%	17,1%	
	ΣΥΝΟΛΑ		Count	93	94	187
			% within Πόλη	100,0%	100,0%	100,0%

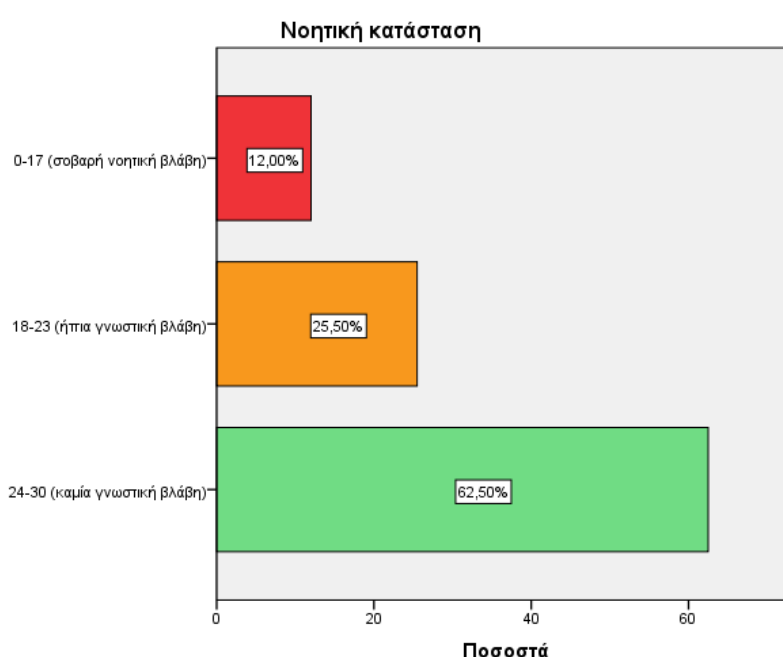
Η διαφοροποίηση στο μορφωτικό επίπεδο ανάμεσα στα δύο υπό-δείγματα είναι ακόμα πιο εμφανής στο σύνθετο ραβδόγραμμα παρακάτω. Οι πατρινοί συμμετέχοντες τείνουν να μετατοπίζονται εντονότερα αριστερά, ενώ οι αθηναίοι εντονότερα προς τα δεξιά. Εκτελώντας κατάλληλο στατιστικό έλεγχο η διαφορά αυτή επιβεβαιώνεται ως στατιστικά σημαντική από το αποτέλεσμα του (p -value = 0.000).



Νοητική κατάσταση

Στο παρακάτω οριζόντιο ραβδόγραμμα αποτυπώνεται η κατανομή των συμμετεχόντων του συνολικού δείγματος ως προς τη νοητική τους κατάσταση. Το 62,5% του δείγματος αξιολογήθηκαν ως άτομα με καμία γνωστική βλάβη. Το 25,5% διαγνώστηκαν με ήπια γνωστική βλάβη και το 12% του δείγματος με σοβαρή νοητική βλάβη (

Γράφημα 19).



Γράφημα 19 Επίπεδα νοητικής κατάστασης στο συνολικό δείγμα

Το 21% των συμμετεχόντων ηλικιωμένων από την Αθήνα κατηγοριοποιήθηκαν στην κατηγορία «ήπια γνωστική βλάβη». Το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες από την Πάτρα είναι 20%. Σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο πόλεις παρατηρείται στην κατηγορία «σοβαρή νοητική βλάβη». Το ποσοστό για το δείγμα της Αθήνας είναι 21%, ενώ το αντίστοιχο για το δείγμα της Πάτρας είναι μόλις 3%. Το 77% των ηλικιωμένων πατρινών δεν είχαν καμία γνωστική βλάβη, ενώ το αντίστοιχο ποσό για τους ηλικιωμένους της Αθήνας είναι 48% (Πίνακας 9).

Νοητική κατάσταση * Πόλη Crosstabulation					
			Πόλη		ΣΥΝΟΛΟ
			Πάτρα	Αθήνα	
Νοητική κατάσταση	Καμία γνωστική βλάβη	Count	77	48	125
		% within Πόλη	77,0%	48,0%	62,5%
	Ήπια γνωστική βλάβη	Count	20	31	51
		% within Πόλη	20,0%	31,0%	25,5%
	Σοβαρή νοητική βλάβη	Count	3	21	24
		% within Πόλη	3,0%	21,0%	12,0%
ΣΥΝΟΛΟ		Count	100	100	200
		% within Πόλη	100,0%	100,0%	100,0%
		% within Πόλη	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 9 Νοητική κατάσταση ανά πόλη

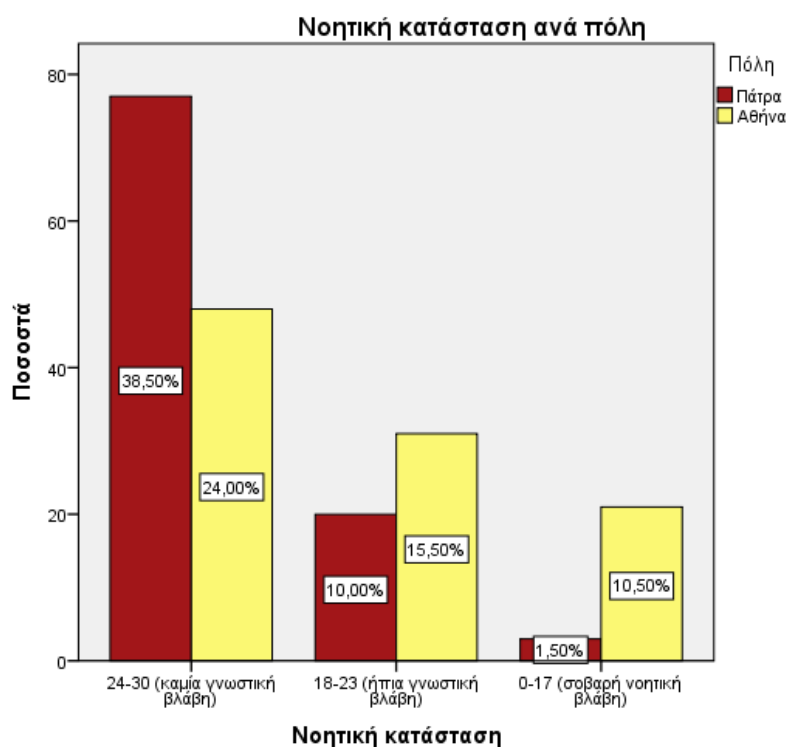
Οι διαφορές στα ποσοστά των κατηγοριών νοητικής κατάστασης είναι στατιστικά σημαντικές ανάμεσα στις δύο πόλεις, σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παρακάτω ελέγχου (Πίνακας 10) (p -value = 0.00).

Έλεγχος χ^2 – Νοητική κατάσταση ανά πόλη			
	Value	df	p-values
Pearson Chi-Square	22,601	2	,000
Likelihood Ratio	24,367	2	,000
Linear-by-Linear Association	22,429	1	,000
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 10 Έλεγχος χ^2 (Νοητική κατάσταση ~ Πόλη)

Οι διαφορές στις κατηγορίες νοητικής κατάστασης ανάμεσα στις δύο πόλεις είναι εμφανής και στο παρακάτω γράφημα (

Γράφημα 20).



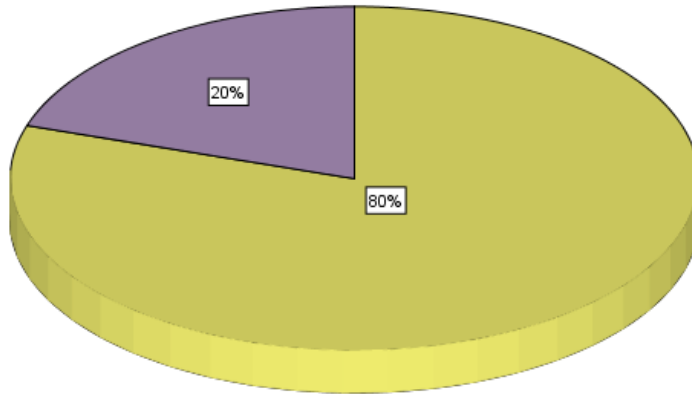
Γράφημα 20 Νοητική κατάσταση ανά πόλη

Επίπεδα Κατάθλιψης

Στο ακόλουθο κυκλικό γράφημα παρουσιάζεται η εικόνα της κατανομής του συνολικού δείγματος ως προς την κατηγοριοποίηση των ατόμων σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψής τους. Ένας στους πέντε συμμετέχοντες (20%) στο συνολικό δείγμα κατηγοριοποιήθηκε ως καταθλιπτικός. Το 80% των συμμετεχόντων κατηγοριοποιήθηκαν ως μη καταθλιπτικοί (Γράφημα 21).

Επίπεδα Κατάθλιψης

0-14= ΜΗ ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΟΣ
15-30 ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΟΣ



Γράφημα 21 Επίπεδα κατάθλιψης στο συνολικό δείγμα

Στον ακόλουθο πίνακα διπλής εισόδου (Πίνακας 11) παρουσιάζονται τα επίπεδα κατάθλιψης ανά περιοχή έρευνας (Πάτρα / Αθήνα). Το 13% των συμμετεχόντων ηλικιωμένων που διέμεναν στην Πάτρα εμφανίστηκαν ως καταθλιπτικοί. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους ηλικιωμένους της Αθήνας είναι 27%. Είναι εμφανής μία διαφορά στα επίπεδα κατάθλιψης ανάμεσα στις δύο περιοχές. Είναι όμως αυτή η διαφορά στατιστικά σημαντική;

Επίπεδα Κατάθλιψης * Πόλη Crosstabulation					
			Πόλη		ΣΥΝΟΛΑ
			Πάτρα	Αθήνα	
Επίπεδα Κατάθλιψης	Μη καταθλιπτικός	Count	87	73	160
		% within Πόλη	87,0%	73,0%	80,0%
	Καταθλιπτικός	Count	13	27	40
		% within Πόλη	13,0%	27,0%	20,0%
ΣΥΝΟΛΑ		Count	100	100	200
		% within Πόλη	100,0%	100,0%	100,0%

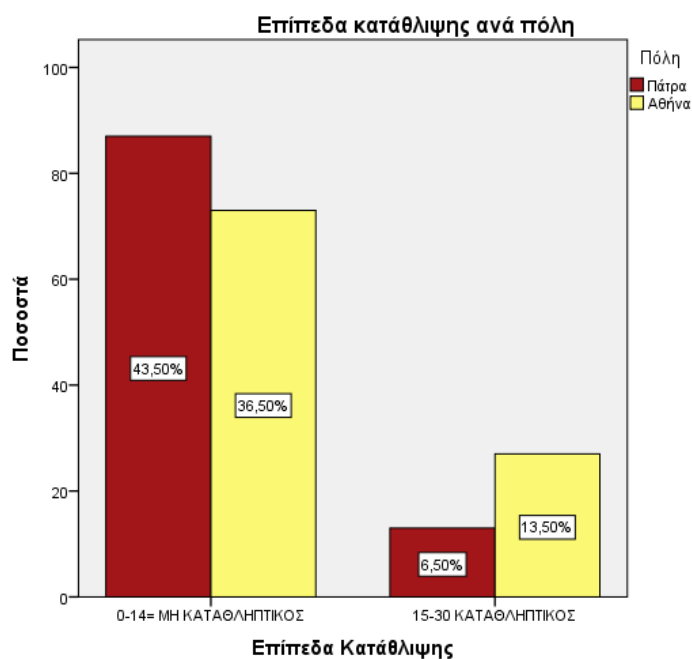
Πίνακας 11 Επίπεδα κατάθλιψης ανά πόλη

Τη σημαντικότητα της επίδρασης της περιοχής στα επίπεδα κατάθλιψης μπορούμε να τη διαπιστώσουμε από τον παρακάτω έλεγχο χ^2 (Πίνακας 12). Η p-value του ελέγχου είναι 0.021, σαφώς μικρότερη από 0.05. Συνεπώς, σε βαθμό σημαντικότητας 95% προκύπτει πως τα επίπεδα κατάθλιψης είναι στατιστικά σημαντικά διάφορα μεταξύ τους. Μπορούμε συνεπώς με ασφάλεια να πούμε πως οι ηλικιωμένοι στην Αθήνα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους ηλικιωμένους της Πάτρας.

Έλεγχος χ^2 (Επίπεδα Κατάθλιψης ~ Περιοχή)				
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	p-value
Pearson Chi-Square	6,125	1	,013	,021
Continuity Correction ^b	5,281	1	,022	
Likelihood Ratio	6,232	1	,013	
Fisher's Exact Test				
Linear-by-Linear Association	6,094	1	,014	
N of Valid Cases	200			

Πίνακας 12 Έλεγχος χ^2 (Επίπεδα κατάθλιψης ανά περιοχή)

Η διαφορά των επιπέδων κατάθλιψης ανάμεσα στις δύο περιοχές είναι εμφανής και στο παρακάτω σύνθετο ραβδόγραμμα (Γράφημα 22).



Γράφημα 22 Επίπεδα κατάθλιψης ανά περιοχή

Μελέτη της συννοσηρότητας μεταξύ της νοητικής βλάβης και της κατάθλιψης.

Από τον παρακάτω πίνακα διπλής συνάφειας είναι εύλογο να συμπεράνουμε πως υπάρχει συννοσηρότητα μεταξύ της γνωστικής βλάβης και της κατάθλιψης. Το 62,5% των καταθλιπτικών ηλικιωμένων κατηγοριοποιήθηκαν είτε με ήπια είτε με σοβαρή νοητική βλάβη. Οι αντίστοιχες κατηγορίες για τους μη καταθλιπτικούς συγκεντρώνουν μόλις το 31,3% (Πίνακας 13).

Επίπεδα Κατάθλιψης * Νοητική κατάσταση Crosstabulation					
		Νοητική κατάσταση			ΣΥΝΟΛΑ
		καμία γνωστική βλάβη	ήπια γνωστική βλάβη	σοβαρή νοητική βλάβη	
Επίπεδα Κατάθλιψης	ΜΗ ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΟΣ	68,8%	23,8%	7,5%	100,0%
	ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΟΣ	37,5%	32,5%	30,0%	100,0%

Πίνακας 13 Νοητική κατάσταση ανά επίπεδο κατάθλιψης

Τη στατιστικά σημαντική επίδραση της μίας νόσου στην άλλη επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα του παρακάτω ελέγχου χ^2 . Η τιμή της p-value του ελέγχου είναι 0.000, συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της μίας νόσου στην άλλη (Πίνακας 14).

Chi-Square Tests			
	Value	Df	p-values
Pearson Chi-Square	19,461	2	,000
Likelihood Ratio	17,258	2	,000
Linear-by-Linear Association	18,774	1	,000
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 14 Έλεγχος χ^2 Επίπεδα κατάθλιψης ~ Νοητική κατάσταση

Η επίδραση του παράγοντα φύλο στη νοητική κατάσταση

Στο δεύτερο κομμάτι της ανάλυσης διερευνάται η επίδραση του παράγοντα φύλο ως προς τη νοητική τους κατάσταση. Στον παρακάτω πίνακα αποτυπώνεται η κατανομή των συμμετεχόντων ως προς τη νοητική τους κατάσταση ανά φύλο (**Πίνακας 15**).

Νοητική κατάσταση * Φύλο Crosstabulation				
		Φύλο		ΣΥΝΟΛΑ
		Άντρας	Γυναίκα	
Νοητική κατάσταση	24-30 (καμία γνωστική βλάβη)	77	48	125
	18-23 (ήπια γνωστική βλάβη)	22	29	51
	0-17 (σοβαρή νοητική βλάβη)	8	16	24
ΣΥΝΟΛΑ		107	93	200

Πίνακας 15 Νοητική κατάσταση ανά φύλο

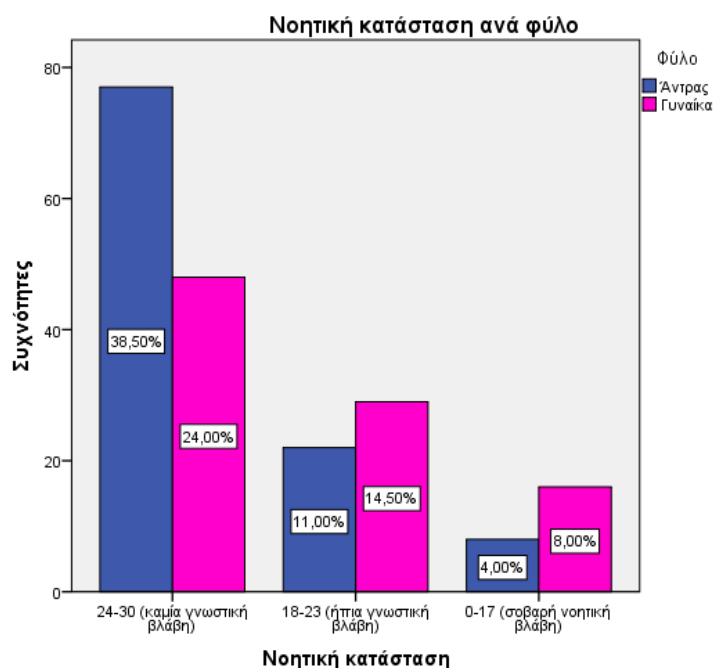
Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παρακάτω ελέγχου προκύπτει στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα φύλο στην νοητική κατάσταση (**Πίνακας 16**).

Chi-Square Tests			
	Value	Df	p-value
Pearson Chi-Square	9,422 ^a	2	,009
Likelihood Ratio	9,491	2	,009
Linear-by-Linear Association	9,140	1	,003
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 16 Έλεγχος χ^2 Νοητική κατάσταση ανά φύλο

Από το παρακάτω γράφημα είναι ξεκάθαρο πως οι γυναίκες συμμετέχουσες εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά βλάβης νοητικής κατάστασης σε σχέση με τους άντρες (

Γράφημα 23).



Γράφημα 23 Νοητική κατάσταση ανά φύλο

Η επίδραση του παράγοντα φύλο στα επίπεδα κατάθλιψης

Στον ακόλουθο πίνακα διπλής συνάφειας (**Πίνακας 17**) παρουσιάζονται τα επίπεδα κατάθλιψης των συμμετεχόντων ως προς τον παράγοντα φύλο.

Επίπεδα Κατάθλιψης * Φύλο Crosstabulation				
		Φύλο		ΣΥΝΟΛΟ
		Άντρας	Γυναίκα	
Επίπεδα Κατάθλιψης	0-14= ΜΗ ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΟΣ	89	71	160
	15-30 ΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΟΣ	18	22	40
ΣΥΝΟΛΟ		107	93	200

Πίνακας 17 Επίπεδα κατάθλιψης ανά φύλο

Σύμφωνα με το αποτέλεσμα του παρακάτω ελέγχου (**Πίνακας 18**) δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική επίδραση του παράγοντα φύλο στα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένων ατόμων (p -value = 0.228). Συνεπώς, οι άντρες και οι γυναίκες του δείγματος δεν εμφανίζουν σημαντικά διαφορετικά επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ τους.

Chi-Square Tests			
	Value	Df	p-values
Pearson Chi-Square	1,452 ^a	1	,228
Continuity Correction ^b	1,056	1	,304
Likelihood Ratio	1,449	1	,229
Fisher's Exact Test			
Linear-by-Linear Association	1,445	1	,229
N of Valid Cases	200		

Πίνακας 18 Έλεγχος χ^2 (Επίπεδα κατάθλιψης ~ Φύλο)

4.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εν λόγω εργασία έγινε στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδας. Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή της νοητικής κατάστασης και των επιπέδων κατάθλιψης στους ηλικιωμένους που συμμετέχουν σε Κ.Α.Π.Η. . Απώτερος στόχος είναι η σύγκριση της αποτύπωσης των παραπάνω σε ηλικιωμένους από δύο διαφορετικές πόλεις, την Αθήνα και την Πάτρα.

Κατά την ίδια χρονική περίοδο επιλέχθηκαν δύο ίδια σε μέγεθος δείγματα, ένα δείγμα 100 ηλικιωμένων από την Πάτρα και ένα δείγμα 100 ηλικιωμένων από την Αθήνα. Και τα δύο δείγματα σταθμίστηκαν ως προς τον παράγοντα φύλο, έτσι ώστε τα συμπεράσματα να είναι περισσότερο αξιόπιστα.

Τα χαρακτηριστικά των δύο δειγμάτων δεν φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές. Όμοια αναλογία μεταξύ των δύο φύλων, όμοιες ηλικίες, όμοια ποσοστά ανάμεσα στις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης κ.λπ.. Οι μόνες στατιστικά σημαντικές διαφορές που εντοπίστηκαν ήταν το μορφωτικό επίπεδο, καθώς των αθηναίων ηλικιωμένων ήταν υψηλότερο καθώς και ο αριθμός ατόμων με τους οποίους συζούν οι ηλικιωμένοι, με τους πατρινούς ηλικιωμένους να ζουν με περισσότερα σε αριθμό άτομα σε σχέση με τους αθηναίους.

Το σημαντικότερο εύρημα της παρούσας έρευνας έγκειται στο ότι διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο δείγματα τόσο στη νοητική κατάσταση των ηλικιωμένων, όσο και στα επίπεδα κατάθλιψης. Οι αθηναίοι ηλικιωμένοι εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά νοητική βλάβης σε σχέση με τους πατρινούς ηλικιωμένους. Επίσης, οι αθηναίοι ηλικιωμένοι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους πατρινούς.

Επίσης ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας έρευνας είναι η στατιστικά σημαντική απόδειξη της συννοσηρότητας μεταξύ της νοητικής κατάστασης και της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Άτομα με νοητική βλάβη τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Τέλος, στα αποτελέσματα αποδεικνύεται πως ο παράγοντας φύλο επιδρά στατιστικά σημαντικά στην νοητική κατάσταση των ηλικιωμένων. Οι γυναίκες συμμετέχουσες εμφάνισαν σε υψηλότερα ποσοστά νοητική βλάβη σε σχέση με τους άντρες. Η ίδια επίδραση δεν παρατηρήθηκε για τον παράγοντα φύλο σχετικά με τα επίπεδα κατάθλιψης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Σακκά Π., Νικολάου Κ., Λυμπεροπούλου Ο., (2017). Εγχειρίδιο φροντιστών, Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών σελ. 18-21.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

2. Alzheimer's Association. (2015). Alzheimer's disease: Facts and figures. Washington D.C., pp.1-83. Accessed 18/01/2016. Available from: https://www.alz.org/facts/downloads/facts_figures_2015.pdf
3. Aminoff J.M, Greenberg D., Roger P.S (2007). Κλινική Νευρολογία. Μετάφραση Ρίζος Γ., Τσαλαμάς Χ. Επιμέλεια Φώτης Φ. 2^η έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα σ.405-418.
4. Barnes, D.E., Yaffe, K., Byers, A.L., McCormick, M.M., Schaefer, C., Whitmer, R.A. (2012). "Midlife vs Late Life Depressive Symptoms and Risk of Dementia: Differential effects for Alzheimer Disease and Vascular Dementia". Archives Gerontology Psychiatry, τομ.69, v.5:493-498.
5. Bass D.,M, Bowman K., Noelker L.S., (1991). The influence of caregiving and bereavement support on adjusting to an older relative's death, The Gerontologist, 31:32-42.
6. Blazer, D.G. (2003). "Depression in Late Life: Review and Commentary". Journal of Gerontology: Medical Science, τομ.58^A, v.3:249-265.
7. Chen, P., Ganguli, M., Mulsant, B. M., Dekosky, S. T. (1999). "The temporal Relationship Between Depressive Symptoms and Dementia: A communitybased prospective study". Archives Gerontology Psychiatry, τομ.36:261266.
8. Chitty, K.K, (2010). Professional Nursing (text only) 6th (sixth) edition.
9. Christina R. Victor (2011). Στο: Redfern S. J., Ross F. M. "Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων". ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Λευκωσία 7-22.
10. Edo, R., Reitz, Ch., Honig, L.M., Schupf, N., Tang, M.X., Manly, J.J., Mayeux, R., Luchsinger, J.A. (2013). "Late Life Depression, Mild Cognitive Impairment and Dementia". Jama Neurology, τομ.70, v.3:383-389.
11. Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iacovides A, et al. (1999). The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. Aging (Milano). 11(6):367-372.
12. Ganguli, M., Du, Y., Dodge, H.H., Ratcliff, G.G., Chang, Ch.Ch.H. (2006). "Depressive Symptoms and Cognitive Decline in Late- Life: a prospective epidemiological study". Archives Gerontology Psychiatry, τομ.63:153160.
13. Han, L., McCusker, J., Abrahamowicz, M., Cole, M., Capek, R. (2006). "The temporal Relationship Between Depression Symptoms and Cognitive Functioning in Older Medical Patients- Prospective or Concurrent?". Journal of Gerontology: Medical Sciences, τομ.12, v.22:1319-1323.
14. Kaplan H., Sadock B.J., & Sadock B.A. (2005⁹). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p.1-138.
15. Li, G., Wang, L.Y., Shofer, J.B., Thomson, M.L., Perskind, E.R., McCormick, W., Bowen, J.D., Crane, P.K., Larson, E.B. (2011). "Temporal Relationship Between Depression and Dementia: findings from a large community-based 15-year following up study". Archives Gerontology Psychiatry, τομ.68, v.9:970977.

16. Michael A. Hill (2015). Στο: Runge M., Greganti M.A. "Netter Παθολογία". BROKEN HILL PUBLISHERS LTD, Λευκωσία, 1068-1075.
17. N.C. ANDREASEN, D.W. BLACK (2011). "Εισαγωγή στην ψυχιατρική". Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε. Αθήνα.
18. Nardi DA (2007). American Academy of Nursing Panel on Global and Health: White paper on global nursing and health, Journal of Transcultural Nursing.
19. Qadi N., & Feldman H.H. (2007). The diagnosis of Alzheimer's disease and dementia. In H.H. Feldman (Ed.) Atlas of Alzheimer's disease. London: Informa Healthcare, pp.4157.
20. Rosamund A. Herbert (2011). Στο: Redfern S. J., Ross F. M. "Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων". ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Λευκωσία 72-81.
21. Sadock B.J., & Sadock V.A. (2001³). Pocket handbook of clinical psychiatry. USA: Lippincott & Wilkins.
22. Smyth K.A., Neundorfer M.M., Koss E., Geldmacher D.S., Ogrocki P.K., & Whitehouse P.J. (2002). Quality of life and deficit identification in Dementia. Dementia, 1:45-358.
23. Stern Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. The Lancet Neurology, 11(11):1006-1012.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

24. Δαλάκας Μ., (2001). Πρακτική Κλινική Νευρολογία. Επίτομος, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. Αθήνα, σελ. 197-215.
25. Δελαπόρτα Δ., (2008). Επιδημιολογία της άνοιας, διεπιστημονική ημερίδα για τους επαγγελματίες υγείας με θέμα: Άνοια και κατάθλιψη. Διάγνωση-θεραπεία-αποκατάσταση. Δήμος Μουδανίων. Ελισάβετ Καπάκη-Γεώργιος Παρασκευάς Στο: Βασιλόπουλος Δημήτρης "Νευρολογία". BROKEN HILL PUBLISHERS LTD, Λευκωσία, 1000-1040.
26. Ηλίας Αγγελόπουλος (2006). Στο: ΚΩΣΤΑΣ ΣΟΛΔΑΤΟΣ-ΛΕΥΤΕΡΗΣ ΛΥΚΟΥΡΑΣ "Σύγγραμμα Ψυχιατρικής (1^{ος} τόμος). ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 210-225.
27. Μεντενόπουλος Γ., Μπουράς Κ., (2002). Η νόσος του Alzheimer, επίτομος, Γ' Έκδοση, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 13:315-326.
28. Ποσειδών Εμμ. Ζαΐρης (2010). Στατιστική Μεθοδολογία. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
29. Ραγιά, Α., 2005 Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Ε έκδοση, Αθήνα, 509-515.
30. Σαμαρτζή Μ., (2000). Νόσος Alzheimer: Μια πειστική πρόκληση για νέες παρεμβάσεις στους τομείς Δημοσίας Υγείας και Κοινωνικής Πολίτικης σε μια γηράσκουσα Ευρώπη. Στα πρακτικά του Πρώτου Πανελληνίου Συνέδριου Νόσου Alzheimer. Μ.Κώστα-Τσολάκη (Επμ Εκδ.) Θεσσαλονίκη, σελ.202-207.
31. Τσολάκη Μ. (2007). Alzheimer: Νέες διαστάσεις στην προσέγγιση της νόσου. Στο Κοινωνία και υγεία VI. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, σελ .55-66.

Πηγή από το Διαδίκτυο

32. Είναι άνοια ή κατάθλιψη; Τι σχέση υπάρχει; Πως μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος της κατάθλιψης στις περιπτώσεις άνοιας; Medlabnews.gr Ιατρικά νέα.
<http://medlabgr.blogspot.com/2015/09/dementia-depression.html>
Τελευταία προσπέλαση: Σεπτέμβριος 21, 2010.
33. Mini-Mental State Examination.
https://en.wikipedia.org/wiki/Mini%20Mental_State_Examination
Τελευταία προσπέλαση: Μάιος 23, 2018.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία: _____ ετών

Φύλο: Άρρεν

Θήλυ

Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος

έγγαμος

διαζευγμένος/η

Σε διάσταση

χήρος/α

συζεί με άλλο άτομο

Έχετε παιδιά: ναι

όχι

Αν ναι αριθμός τέκνων: _____

Έχετε εγγόνια

Πόσα εγγόνια έχετε: _____

Αριθμός ατόμων στο σπίτι: _____ άτομα

Άτομα στο σπίτι: σύζυγος

Γιός

Κόρη

Εγγονός/ή

αδερφός/ή

ανιψιός/α

νύφη

επαγγελματίας βοηθός

άλλο: _____

Υπάρχει επαγγελματίας φροντιστής: Έλληνας

Αλλοδαπός

Νοσηλεύτης

Χωρίς πτυχίο

Πόσα χρόνια έχετε επαγγελματία φροντιστή: _____

Ποιο ήταν το επάγγελμά σας: _____

Ποιο το μορφωτικό σας επίπεδο: κάποιες τάξεις δημοτικού

Δημοτικό

γυμνάσιο

λύκειο

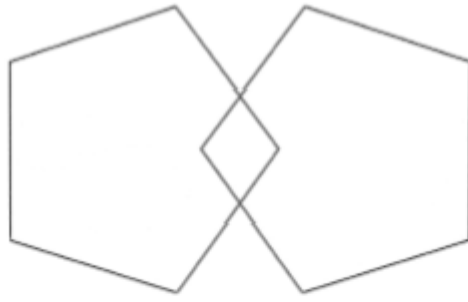
πανεπιστήμιο

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : / /

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION
Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

01. Προσανατολισμός					
Ποιά είναι η ημερομηνία; Τσεκάρτε τις σωστές απαντήσεις	Μέρα	Μεся/νία μήνας	Μήνας	Έτος	Εποχή
Που βρισκόμαστε; Τσεκάρτε τις σωστές απαντήσεις	Όνομα ή διεύθυνση	Όραφος	Πόλη	Νομός	Χώρα
02. Εγχώραξη					
Θα ονομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. Να θυμάστε ποια είναι γιατί θα σας ξαναρωτήσω σε λίγο. Τσεκάρτε τα αντικείμενα που είναι σωστά με την ΠΡΩΤΗ προσπάθεια, εάν γίνει κάποια λάθος στην πρώτη προσπάθεια, επαναλάβετε όλα τα ονόματα έως ότου ο ασθενής τα μάθει και τα τρία.	Αριθ. Προτάσεων	Μόδα	Σημεία	Δέντρο	
03. Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών					
Αφαίρεση	Τώρα θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε άλλα 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε. Καταχωρήστε ως σωστή μία απάντηση κάθε φορά που η διαφορά είναι 7, ακόμη κι αν η προηγούμενη απάντηση είναι λάθος.		Καταγραφή απάντησης	Σωστό	
			93		
			88		
			79		
			72		
			65		
Απόδοση λέξης	Συλλαβίστε τη λέξη "πέτρα" ανάποδα ("ΑΡΤΕΡ") Καταχωρήστε ως σωστό μόνον εάν τα γράμματα είναι με την σωστή σειρά Και οι δύο δοκιμές πρέπει να ολοκληρωθούν. Η τελική βαθμολόγηση (σωστές απαντήσεις) για αυτήν την ενότητα είναι η ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ εκ των δύο (Αφαίρεση ή Απόδοση λέξης)				
04. Ανάκληση					
Ποιά είναι τα τρία αντικείμενα που σας ζήτησα να θυμάστε;		Μόδα	Σημεία	Δέντρο	
05. Γλώσσα					
Ονομασία	Δείτε δύο αντικείμενα (ρολάι, μολύβι) και ρωτήστε "Πως ονομάζεται αυτό το αντικείμενο;"		Ρολάι Μολύβι		
Επανάληψη	Πρόκειται να πω κάτι και θα ήθελα να το επαναλάβετε μετά από μένα: "Όχι αν, και ή αλλά" (Επιτρέπεται μία επανάληψη)				
Εντολής	Δώστε καθαρές οδηγίες με την πρώτη. Θα σας δώσω ένα κομμάτι χαρτιού. Πάρτε το χαρτί με το δεξί σας χέρι, διπλώστε το στη μέση και ακολουθήστε το στο πάτωμα". Αφού δώσετε στον ασθενή το χαρτί, επαναλάβετε την εντολή. Βαθμολογήστε ως σωστό, εάν οι εντολές έγιναν με την σωστή σειρά.		αριστερό Δίπλωμα Στο πάτωμα		
Ανάγνωση	Δείτε την κάρτα που γράφει "Κλείστε τα μάτια σας" και ζητήστε από τον ασθενή να ακολουθήσει την οδηγία.				
Γραφή	Υποδείξτε στον ασθενή το τέλος της σελίδας σχεδίου (επόμενη σελίδα) και ζητήστε του να γράψει μία οποιαδήποτε αλκοκληρωμένη πρόταση. Κατόπιν ζητήστε από τον ασθενή να σας πει τι έγραψε. Η ορθογραφία και η γραμματική δεν είναι σημαντικά. Η πρόταση θα πρέπει να έχει ένα υποκείμενο (ή αυτό να υπονοείται) και ένα ρήμα.				
Αντιγραφή	Υποδείξτε στον ασθενή την επόμενη σελίδα και πείτε "Αντιγράψτε αυτό το σχέδιο". Κάθε πεντάγωνο, θα πρέπει να έχει 5 πλευρές και 5 καθαρές γωνίες και η τομή τους να σχηματίζει ένα ρόμβο.				



Συνολική βαθμολόγηση :
(Ένας βαθμός για κάθε σωστή απάντηση)

web-psychiatry.gr

G.D.S.
(Geriatric Depression Scale)

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Είστε σε γενικές γραμμές ικανοποιημένοι από τη ζωή σας;	0	1
Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;	1	0
Θεωρείται ότι η ζωή σας είναι άδεια;	1	0
Αιθιύνεστε συχνά πνίχ;	1	0
Έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1
Βασανίζεστε από σκέψεις που δεν μπορείτε να βγάλετε από το μυαλό σας;	1	0
Είσαθε τον περισσότερο καιρό σε καλή ψυχική διάθεση;	0	1
Φοβάσθε μήπως σας συμβεί από ώρα σε ώρα κάτι δυσάρεστο;	1	0
Αισθάνεσθε ευτυχισμένοι τον περισσότερο καιρό;	0	1
Αισθάνεσθε συχνά αναποφάσιτοι;	1	0
Σας συμβαίνει συχνά να είστε ανήσυχος και νευρικός;	1	0
Προτιμάτε να μένετε σπίτι από το να βγαίνετε έξω και να ασχολείστε με καινούρια πράγματα;	1	0
Σας απασχολεί συχνά το μέλλον;	1	0
Πιστεύετε ότι έχετε μεγαλύτερο πρόβλημα μνήμης από την πλειοψηφία των ανθρώπων;	1	0
Πιστεύετε ότι είναι ευχάριστο να ζείτε στη σημερινή εποχή;	0	1
Αισθάνεσθε συχνά απογοητευμένοι και θλιμμένοι;	1	0
Βρίσκετε ότι η τωρινή σας κατάσταση είναι τόσο άσχημη που δεν αξίζει να τη ζει κανείς;	1	0
Υποφέρετε πολύ σκεπτόμενοι το παρελθόν;	1	0
Βρίσκετε ότι η ζωή είναι πολύ ενδιαφέρουσα;	0	1
Θεωρείτε δύσκολο το να αρχίσετε να ασχολείστε με καινούρια σχέδια;	1	0
Αισθάνεσθε γεμάτοι ενέργεια;	0	1
Πιστεύετε ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων βρίσκεται σε καλύτερη κατάσταση από τη δική σας;	1	0
Σας συμβαίνει συχνά να ενοχλείστε για σημαντα πράγματα;	1	0
Έχετε συχνά τη διάθεση να κλάψετε;	1	0
Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε;	1	0
Σηκώνεστε με ευχαρίστηση το πρωί;	0	1
Προτιμάτε να αποφεύγετε τις κοινωνικές συναναστροφές;	1	0
Παίρνετε εύκολα αποφάσεις;	0	1
Έχετε καθαρή σκέψη όπως παλαιότερα;	0	1

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ:

0-14=μη καταθλιπτικός

15-30=καταθλιπτικός

1

2

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πάτρα, 5 Μαρτίου 2018

Προς: 1. Διοίκηση 3^ο Κ.Α.Π.Η Δήμου
Πατρέων

Θέμα: Αίτηση αδειάς διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμε κ. Διευθυντά,

Ο κύριος και φοιτητής Νικολακόπουλος Γιάννης και η κυρία και φοιτήτρια Μπαλαούρα Μαρία του προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του τμήματος νοσηλευτικής ,στο πλαίσιο των συμβατικών του ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα <<Διερεύνηση της άνοιας και της κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας στα κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων>>

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον υπογραφών πανεπιστημιακό υπότροφο του ΤΕΙ Πατρών Ηγουμενίδη Μιχαήλ.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένων ερωτηματολογίων τα οποία απευθύνονται σε ηλικιωμένους που επισκέπτονται τα κέντρα ανοιχτής προστασίας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο ερευνητή (τους ίδιους τους φοιτητές) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους.

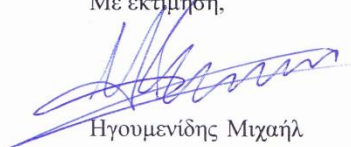
Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάπτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας.

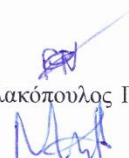
Τα τηλέφωνα επικοινωνίας του φοιτητή είναι: 6908672011 και η ηλεκτρονική του διεύθυνση: johnnik996@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,



Ηγουμενίδης Μιχαήλ
Πανεπιστημιακός Υπότροφος
Τμήμα Νοσηλευτικής,
ΤΕΙ Πάτρας



Νικολακόπουλος Γιάννης
Μπαλαούρα Μαρία
Φοιτητές

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πάτρα, 28 Μαρτίου 2018

Προς: 1. Διοίκηση 2^ο Κ.Α.Π.Η Δήμου
Πατρέων

Θέμα: Αίτηση αδείας διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμη κ. Διευθύντρια,

Ο κύριος και φοιτητής Νικολακόπουλος Γιάννης και η κυρία και φοιτήτρια Μπαλαούρα Μαρία του προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του τμήματος νοσηλευτικής ,στο πλαίσιο των συμβατικών του ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα <<Διερεύνηση της άνοιας και της κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας στα κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων>>

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον υπογραφών πανεπιστημιακό υπότροφο του ΤΕΙ Πατρών Ηγουμενίδη Μιχαήλ

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένων ερωτηματολογίων τα οποία απευθύνονται σε ηλικιωμένους που επισκέπτονται τα κέντρα ανοιχτής προστασίας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο ερευνητή (τους ίδιους τους φοιτητές) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους.

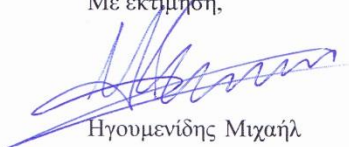
Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάπτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας.


Τα τηλέφωνα επικοινωνίας του φοιτητή είναι: 6908672011 και η ηλεκτρονική του διεύθυνση: johnnik996@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,



Ηγουμενίδης Μιχαήλ
Πανεπιστημιακός Υπότροφος
Τμήμα Νοσηλευτικής,
ΤΕΙ Πάτρας

Νικολακόπουλος Γιάννης
Μπαλαούρα Μαρία
Φοιτητές

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πάτρα, Μαρτίου 2018

Προς: 1. Διοίκηση 2^ο Κ.Α.Π.Η "Νέα ζωή"
Δήμου Περιστερίου

Θέμα: Αίτηση αδειάς διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμε κ. Διευθυντά,

Ο κύριος και φοιτητής Νικολακόπουλος Γιάννης και η κυρία και φοιτήτρια Μπαλαούρα Μαρία του προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του τμήματος νοσηλευτικής ,στο πλαίσιο των συμβατικών του ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα <<Διερεύνηση της άνοιας και της κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας στα κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων>>

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον υπογραφών πανεπιστημιακό υπότροφο του ΤΕΙ Πατρών Ηγουμενίδη Μιχαήλ

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένων ερωτηματολογίων τα οποία απευθύνονται σε ηλικιωμένους που επισκέπτονται τα κέντρα ανοιχτής προστασίας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο ερευνητή (τους ίδιους τους φοιτητές) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους.

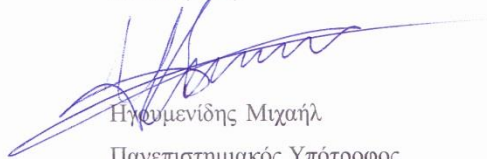
Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάπτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας του φοιτητή είναι: 6981814022 και η ηλεκτρονική του διεύθυνση: marybal757@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,



Ηγουμενίδης Μιχαήλ
Πανεπιστημιακός Υπότροφος
Τμήμα Νοσηλευτικής,
ΤΕΙ Πάτρας



Νικολακόπουλος Γιάννης
Μπαλαούρα Μαρία
Φοιτητές



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΧΑΪΑΣ
ΝΠΔΔ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΥ ΠΑΤΡΕΩΝ
Τμ. ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

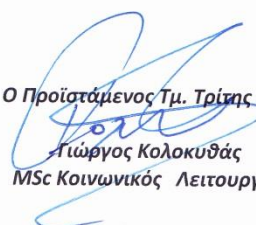
Διευθ: Γούναρη 76 Ταχ.Κωδ: 26224
Πληρ : Γ. Κολοκυθάς
Τηλ.: 2610- 339638 Fax: 2610 -339638
Email: gjkolokithas@yahoo.gr

Πάτρα 30/3/2018

Προς
ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας
Τμήμα Νοσηλευτικής
κο Ηγουμενίδη Μιχαήλ

Θέμα: «Απάντηση σε αίτημα διεξαγωγής έρευνας σε Δομές στο Τμήμα Τρίτης Ηλικίας του Κοινωνικού Οργανισμού του Δήμου Πατρέων »

Σε απάντηση του αιτήματός σας για διεξαγωγή έρευνας των προπτυχιακών φοιτητών (κ Νικολακόπουλου και κας Μπαλαούρα) με θέμα « Διερεύνηση της άνοιας και της κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων» , σας απαντάμε θετικά για την υλοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας στα ΚΑΠΗ του Τμήματος Τρίτης Ηλικίας του ΚΟΔΗΠ .


Ο Προϊστάμενος Τμ. Τρίτης Ηλικίας
Γιώργος Κολοκυθάς
MSc Κοινωνικός Λειτουργός



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝ.ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ,ΠΑΙΔΕΙΑΣ,
ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ & Ν.ΓΕΝΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
& ΙΣΟΤΗΤΑΣ

Ταχ.Δ/ση : Δημοσθένους 11
Ταχ.Κωδ.: 121 32, Περιστέρι
Email: tkri@peristeri.gr
Πληροφορίες: Ι.Παπαδόπουλος
Τηλ.επικοινων. : 210 57.01.533

Περιστέρι 29.03.2018
Αρ. Πρωτ.: οικ 12754

ΠΡΟΣ

Μπαλαούρα Μαρία
Ταχ.Δ/ση : Εθν.Αντιστάσεως 148
Ταχ.Κωδ.121 35,Περιστέρι

Θέμα: Απάντηση στο με αριθμ.πρωτ.12754/22-3-2018,αίτημά σας.

Σε απάντηση του αιτήματός σας με αριθμ.πρωτ. 12754/22-3-2018,σχετικά με διεξαγωγή έρευνας σπουδών μέσω ερωτηματολογίων, σας ενημερώνουμε ότι επιτρέπουμε την εν λόγω έρευνα στους χώρους των ΚΕΦΙ. συνδράμοντας στην υλοποίηση των ακαδημαϊκών υποχρεώσεών σας.

Η Πρ/νη Δ/σης
α/α

Θ.Αθανασίου

~~Δρ.Α.Τριανταφυλλίδου~~

Κοινοποίηση:
-Δ/ση Κοιν.Πολ.Παιδείας Πολιτισμού & Ν.Γενιάς-

