

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Τίτλος: Διερεύνηση της επιβάρυνσης φροντιστών ασθενών με άνοια

Title: Investigating the impact of dementia on patients carers

υπό:

Τζιάβα Αγγελική (Α.Μ 2048)

Χαραλάμπους Μαρία (Α.Μ 2049)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Ευστρατιάδου Ευαγγελία – Αντωνία ( Εύα), PhD

**ΠΑΤΡΑ – ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2019**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	8
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΑΝΟΙΑ ΩΣ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ</b> .....	12
1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	12
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ .....	14
1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	15
1.4. ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΝΟΙΑΣ .....	17
1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ - ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	18
1.6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΟΙΑΣ .....	22
1.7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	26
1.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	28
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ</b> .....	31
2.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ .....	31
2.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ .....	33
2.3 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΑΤΥΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΙΑ.....	35
2.4 Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΩΣ ΑΠΟΤΟΚΟ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ .....	37
2.5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	39
2.6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ .....	41
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	44
3.1. ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	44
3.2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	44
3.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ:.....	45
3.4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ .....	45
3.5. ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	47
3.6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	47
3.7. ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	47
3.8. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ .....	50
3.9. Περιορισμοί της μελέτης.....	55
3.10. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας .....	56

3.11. Στατιστική επεξεργασία .....	56
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ</b> .....	57
4.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ .....	57
4.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ... ..	64
4.3. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	70
4.4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	78
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ / ΚΑΤΗΓΟΡΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ)</b> .....	81
5.1. Σύγκριση βαθμού κατάθλιψης (CSDD) ασθενών με βαθμό κατάθλιψης (CSDD) φροντιστών .....	81
5.2. Σύγκριση γνωστικών λειτουργιών (MMSE) ασθενών με τις γνωστικές λειτουργίες (MMSE) των φροντιστών .....	83
5.3. Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών τους .....	84
5.4. Συσχέτιση των γνωστικών ικανοτήτων (MMSE) των ασθενών με τις γνωστικές ικανότητες (MMSE) των φροντιστών τους.....	85
5.5. Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών με βάση τα εκάστοτε κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία .....	86
5.6. Συσχέτιση του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel) των ασθενών με βάση την ηλικία του ασθενή .....	89
5.7. Συσχέτιση του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel) των ασθενών σε σχέση με το είδος της άνοιας .....	90
5.8. Συσχετίσεις του βαθμού κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών με τα κοινωνικο- δημογραφικά τους στοιχεία.....	91
5.9. Συσχετίσεις επιπέδου επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών σε σχέση τα κοινωνικο- δημογραφικά τους στοιχεία.....	95
5.10. Συσχέτιση των γνωστικών ικανοτήτων (MMSE) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών .....	100
5.11. Συσχέτιση της λειτουργικότητας σε δραστηριότητες αυτό-εξυπηρέτησης (Barthel (BI)) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) ασθενών .....	101
5.12. Συσχέτιση του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel/ BI) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών.....	102

5.13. Συσχέτιση του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών (MMSE) των ασθενών και του βαθμού κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών.....	103
5.14. Συσχέτιση του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel/ BI) σε σχέση με το βαθμό επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών .....	104
5.15. Συσχέτιση του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών (MMSE) των ασθενών και της δοκιμασίας του ρολογιού (Clock Drawing Test) .....	105
5.16. Συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών και με το βαθμό επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών. ....	106
5.17. Συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης (CSDD) και του βαθμού επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών .....	107
5.18. Συσχέτιση του επιπέδου των γνωστικών λειτουργιών (MMSE) των ασθενών και του βαθμού επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών .....	108
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	109
6.1. ΠΡΟΦΙΛ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ .....	109
6.2. ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	111
6.3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ.....	112
6.4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	113
6.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	114
6.6. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	116
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b> .....	120
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	125

Στους γονείς μας που είναι κάτι παραπάνω  
από απλοί φροντιστές ασθενών με άνοια για εμάς...

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η άνοια αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες σύγχρονες ιατρικές και κοινωνικές προκλήσεις καθώς ο αριθμός των νοσούντων αναμένεται να κλιμακωθεί λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης (Wimo et al, 2003). Η χρόνια φύση της, ο προοδευτικός επιπολασμός και η έλλειψη αποτελεσματικής θεραπείας φέρνουν στο προσκήνιο την διερεύνηση της επιβάρυνσης των φροντιστών ασθενών με άνοια και τον αντίκτυπό της στην παροχή φροντίδας (Ready & al, 2002) .

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης είναι να εκτιμηθεί η επιβάρυνση των ανθρώπων που φροντίζουν ασθενείς με άνοια και αν το επίπεδο επιβάρυνσης των φροντιστών επηρεάζεται από το γνωστικό, λειτουργικό και ψυχολογικό προφίλ του ασθενή.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για μια ποσοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2019 σ' ένα δείγμα 30 ζευγών ασθενών – φροντιστών. Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε λήψη κοινωνικού και ιατρικού ιστορικού, ενώ χορηγήθηκαν τα σταθμισμένα εργαλεία: MMSE, CLOCK DRAWING TEST, BARTHEL, CSDD, ZBI για την εκτίμηση της αντιληπτικής, λειτουργικής και ψυχοσυναισθηματικής τους κατάστασης. Τα δεδομένα που προέκυψαν αναλύθηκαν στατιστικά μέσω του SPSS v.24.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των φροντιστών και του επιπέδου επιβάρυνσης τους. Η λειτουργικότητα των ασθενών επηρεάζει το επίπεδο κατάθλιψης των ασθενών ( $p=.016$ ) και το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών ( $p=.021$ ). Επίσης, φάνηκε πως το επίπεδο κατάθλιψης τόσο των ασθενών ( $p=.01$ ) όσο και των φροντιστών ( $p=.027$ ) συσχετίζεται με το στάδιο της άνοιας. Τέλος, διαπιστώθηκε συσχέτιση της επιβάρυνσης των φροντιστών με το επίπεδο κατάθλιψής τους ( $p=.005$ ) και αντίστοιχη στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των αποτελεσμάτων των ασθενών στο MMSE και στο CLOCK DRAWING TEST ( $p=.00$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης συμπίπτουν με προηγούμενες έρευνες (Shulman, 2000) αποδεικνύοντας ότι το MMSE και το CLOCK DRAWING TEST μετρούν τα ίδια γνωστικά πεδία καθώς και το επίπεδο επιβάρυνσης των φροντιστών σχετίζεται άμεσα με το βαθμό κατάθλιψής τους (Hoening & Hamilton, 1966). Τέλος, η επιβάρυνση των φροντιστών και η κατάθλιψη των ασθενών είναι παράμετροι άρρηκτα συνδεδεμένες με το

στάδιο της άνοιας και τη λειτουργικότητα του ασθενή, γεγονός που γεννά νέα πεδία διερεύνησης στο σχεδιασμό της έμμεσης και άμεσης θεραπείας της άνοιας.

**Λέξεις – Κλειδιά:** άνοια, φροντιστές ασθενών με άνοια, φροντίδα, επιβάρυνση, κατάθλιψη

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Dementia is one of the major contemporary medical and social challenges as the number of patients is expected to escalate due to an increase in life expectancy (Wimo et al, 2003). Its chronic nature, its progressive prevalence, and the lack of effective treatment have brought to the fore the investigation of the burden on carers of dementia patients and its impact on care provision (Ready & al, 2002).

**Purpose:** The purpose of this study is to assess the burden on people caring for patients with dementia and whether the level of burden on carers is influenced by the patient's cognitive, functional, and psychological profile.

**Methology:** This is a quantitative study conducted from January to June 2019 on a sample of 30 pairs of patients - carers. Social and medical history was taken as data collection, and the following weighted tools were administered: MMSE, CLOCK DRAWING TEST, BARTHEL, CSDD, ZBI to assess their perceptual, functional and emotional state. The resulting data was statistically analyzed with SPSS v.24.

**Results:** According to the results, no statistically significant difference was found between the socio-demographic characteristics of carers and their level of burden. Patients' functionality influenced the level of depression of patients ( $p = .016$ ) and the degree of burden on carers ( $p = .021$ ). It also appeared that the level of depression in both patients ( $p = .01$ ) and carers ( $p = .027$ ) was correlated with the stage of dementia. Finally, there was a correlation between caregiver's burden with their level of depression ( $p = .005$ ) and corresponding statistical significance between patients' scores on the MMSE and CLOCK DRAWING TEST ( $p = .00$ ).

**Conclusion:** The results of this study coincide with previous research (Shulman, 2000) demonstrating that MMSE and the CLOCK DRAWING TEST measure the same cognitive domains and that the level of burden on caregivers is directly related to their degree of depression (Hoening & Hamilton, 1966). Finally, the burden on carers and patient's depression of patients are linked to the stage of dementia and the functionality of the patient, which opens new fields of instigation into the design of indirect and immediate treatments of dementia.

**Key Words:** dementia, caregivers of patients with dementia, care, burden, depression



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της δημογραφικής πληθυσμιακής γήρανσης αποτελεί μια παγκόσμια πραγματικότητα που παρατηρείται κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2014) τα άτομα άνω των 60 ετών θα αποτελούν το 22% του παγκόσμιου πληθυσμού και προβλέπεται να αυξηθούν από 524 εκατομμύρια το 2010 σε 1.5 δισεκατομμύρια το 2050 , ενώ ο αριθμός των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών θα αγγίξει τα 395 εκατομμύρια. Το ποσοστό των ατόμων της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας στην Ελλάδα το 2013 πλησίασε το 20% του συνολικού πληθυσμού (WHO, 2017).

Η άνοια στις μέρες μας αποτελεί μια από τις πιο προοδευτικές, νευροεκφυλιστικές νόσους της τρίτης ηλικίας που οφείλεται σε οργανικές ή μεταβολικές διαταραχές, προσβάλλοντας τον εγκέφαλο. Η εξελικτική ή χρόνια φύση της συγκεκριμένης διανοητικής διαταραχής συνεπάγεται τη δυσλειτουργία όλο και περισσότερων ανώτερων φλοιωδών περιοχών, όπως η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση.

Η εμφάνιση νοσημάτων όπως η άνοια είναι επακόλουθο της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, καθώς και η βασικότερη αιτία αναπηρίας και εξάρτησης των ηλικιωμένων ανθρώπων παγκοσμίως. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά επιτακτική την ανάγκη περίθαλψης και φροντίδας και συνάμα μειώνει τον αριθμό των νέων που θα μπορούσαν να φροντίσουν αυτά τα ηλικιωμένα εξαρτημένα άτομα (Lamura, 2003). Η φροντίδα αποτελεί μια εξουθενωτική κατάσταση για τους ασθενείς αλλά και για τους φροντιστές τους εξαιτίας της πολύωρης και μακροχρόνιας αφοσίωσής τους στα αγαπημένα τους πρόσωπα.. Το φορτίο της νόσου στους φροντιστές, στις οικογένειες και στις κοινωνίες μπορεί να είναι ψυχολογικό, κοινωνικό και οικονομικό (WHO, 2019).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας - ΠΟΥ (WHO – World Health Organization) δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση και κατανόηση της άνοιας, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση και αντιμετώπισή της. Η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας έχει υποδείξει πως το φορτίο των φροντιστών είναι μεγάλο καθώς οι φροντιστές αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της φροντίδας των ατόμων αυτών. Η επιβάρυνση που υφίστανται οι φροντιστές ατόμων με άνοια

περιλαμβάνουν μεταβολές τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής τους υγείας, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, ο θυμός, η θλίψη, η μοναξιά και η δυσθυμία. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε το γεγονός ότι οι φροντιστές των ασθενών με άνοια πολλές φορές αποκαλούνται «αόρατοι δεύτεροι ασθενείς».

Το ζήτημα της φροντίδας των ασθενών με άνοια και κατ' επέκταση της επιβάρυνσης των φροντιστών τους έχει απασχολήσει τους ερευνητές σε μεγάλο βαθμό, καθώς όπως προαναφέρθηκε πρόκειται για μια ιδιαίτερος στρεσογόνο κατάσταση επηρεάζοντας την ψυχιατρική νοσηρότητα των φροντιστών. Συνεπώς η φυσιολογική τους λειτουργικότητα μπορεί να διαταραχθεί και κατ' αυτόν τον τρόπο να δημιουργηθούν νέα θύματα της φροντίδας. Απ' την άλλη, αν οι φροντιστές παραμείνουν σωματικά και ψυχολογικά υγιείς θα είναι σε θέση όχι μόνο να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στα αγαπημένα τους πρόσωπα, αλλά και να απολαύσουν τη ζωή τους. Επιπλέον, πολλές έρευνες αναζητούν τους παράγοντες που προκαλούν διαταραχές στον ψυχοσυναισθηματικό κόσμο των φροντιστών, προκειμένου να βρουν τρόπους να τις μετριάσουν μέσω στρατηγικών παρέμβασης για την ανακούφιση της επιβάρυνσης. Για αυτούς τους λόγους το ζήτημα της φροντίδας αποτελεί ένα πλούσιο πεδίο έρευνας για όλες τις επιστήμες που στοχεύουν στην εξυπηρέτηση και την ανακούφιση του ανθρώπου.

Η μείωση των αρνητικών επακόλουθων της φροντίδας σε όσους την παρέχουν πρέπει να αποτελεί το βασικό στόχο στην αντιμετώπιση της άνοιας, καθώς μόνο έτσι θα μπορούν να φροντίζουν ποιοτικά τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία που να είναι ικανή να διακόψει την πορεία της, η στήριξη της οικογένειας στο έργο της φροντίδας μέσω του εντοπισμού των παραγόντων που οδηγούν σε επιβάρυνση και η αποφυγή δημιουργίας «κρυμμένων ασθενών» αποτελεί βασικό σκοπό και πρόκληση στην αντιμετώπιση της άνοιας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανίχνευση και η μέτρηση του επιπέδου επιβάρυνσης που βιώνουν τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με άνοια στην κοινότητα και η διερεύνηση του αν οι προδιαθεσικοί παράγοντες της επιβάρυνσης, ως απότοκο της παροχής φροντίδας, επηρεάζονται από το γνωστικό, λειτουργικό και ψυχολογικό προφίλ του ασθενή.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη διαρθρώνεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά στη

βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, η οποία περιλαμβάνει την αποσαφήνιση της έννοιας «άνοια» ως κλινική οντότητα, καθώς και της έννοιας της φροντίδας και της επιβάρυνσης των φροντιστών. Το δεύτερο μέρος αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, στο οποίο παρουσιάζονται η μεθοδολογία στην οποία στηρίχθηκε η διεξαγωγή της έρευνας, τα χαρακτηριστικά του δείγματος, ο τρόπος ανάλυσής του, τα αποτελέσματά που προέκυψαν και η συζήτηση των αποτελεσμάτων. Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται τα τελικά συμπεράσματα της μελέτης και προτάσεις σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης της επιβάρυνσης που βιώνουν οι φροντιστές ασθενών με άνοια.

## Α΄ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΑΝΟΙΑ ΩΣ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΟΝΤΟΤΗΤΑ

#### 1.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η ιστορία της άνοιας είναι ίσως τόσο παλιά όσο και η ίδια η ανθρωπότητα. Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι στην κατανόηση της επιδημιολογίας, της παθογένειας και της διάγνωσης της νόσου και των σχετικών διαταραχών, καθώς επίσης η νοσολογία αυτών των διαταραχών βρίσκεται υπό έλεγχο. Επιπλέον, γίνεται όλο και πιο έντονη η εμφάνιση θεραπευτικών μεθόδων ειδικά σχεδιασμένων για την ενίσχυση της μνήμης και της γνώσης σε ασθενείς με άνοια. Ωστόσο, για την καλύτερη κατανόηση του παρόντος και ενδεχομένως μια πιθανής πρόβλεψης του μέλλοντος της νόσου, θεωρείται απαραίτητη η εξέταση του παρελθόντος της (Bollera & Forbes, 1998).

Η έννοια της άνοιας αποτέλεσε σημαντικό σημείο ενδιαφέροντος και μελέτης ήδη από τους πρώτους πολιτισμούς. Συγκεκριμένα, στην εποχή της αρχαίας Ελλάδας και της Ρώμης θεωρήθηκε ένα πολύ φυσιολογικό και αναπόφευκτο μέρος της γήρανσης. Οι Έλληνες μάλιστα είχαν το θεό του γήρατος, τον «Γέρας», σύμφωνα με τον οποίο όσο περισσότερο «γέρας» αποκτούσε κάποιος με την πάροδο του χρόνου, τόσο περισσότερη φήμη και θάρρος υποτίθεται ότι είχε, αλλά παρά την προστασία του, οι άνθρωποι δεν είχαν ανοσία από τη γνωστική έκπτωση. Ακόμα, ο Πυθαγόρας διαιρούσε τον κύκλο ζωής σε διάφορα στάδια, από τα οποία τα δύο τελευταία θεωρούνταν αυτά του γήρατος. Αυτοί οι τελευταίοι δύο κύκλοι αναγνωρίστηκαν ως επί το πλείστον από την αποσύνθεση του ανθρώπινου σώματος και την υποχώρηση των νοητικών ικανοτήτων. Ο Ιπποκράτης, ο οποίος ζούσε μεταξύ του 3ου και 4ου αιώνα π.Χ. και θεωρείται πατέρας της ιατρικής, μιλάει επίσης για την υποβάθμιση του νου λόγω γήρατος και τον χαρακτηρίζει ως «παράνοια», η οποία σύμφωνα με κάποιους είχε οργανική αιτία, ενώ για κάποιους άλλους ήταν ένα κοινό και φυσιολογικό φαινόμενο. Σύμφωνα με τον Κικέρωνα, μια ενεργός ψυχική ζωή θα μπορούσε να αποτρέψει ή να αναβάλει τη γνωστική παρακμή. Τέλος, ο Galen, ένας Ρωμαίος γιατρός, ο οποίος έζησε τον 2ο αιώνα μ.Χ., έγραψε για την άνοια, χρησιμοποιώντας τον όρο "morosis", συμπεριλαμβάνοντας την στον κατάλογο ψυχικών νόσων

του και αναφέροντας ότι η γήρανση είναι μία από τις καταστάσεις στις οποίες μπορεί να συμβεί (Berchtold & Cotman, 1998).

Κατά τη Μεσαιωνική εποχή, η επιστήμη και η έρευνα ήταν σχεδόν ανύπαρκτη, λόγω της υπεροχής της Εκκλησίας και των θρησκευτικών πεποιθήσεων, που δεν έβλεπαν ευνοϊκά την έρευνα και δεν υπήρχε ουσιαστικά κανένα σχετικό επιστημονικό σχόλιο σχετικά με την παρακμή της γνωστικής ικανότητας που να σχετίζεται με την ηλικία. Όλα αυτά συνέβαιναν έως τον 17ο και 18ο αιώνα, όταν ο τομέας της ανατομικής παθολογίας είδε μια ταχεία εξέλιξη, λόγω της ευρύτερης αποδοχής της ανατομίας του ανθρώπινου σώματος, και οι επιστήμονες μπόρεσαν να παρατηρήσουν άμεσα την εγκεφαλική ατροφία. Ωστόσο, μέχρι τότε, όσοι ζούσαν με ψυχικές ασθένειες (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έπασχαν από άνοια), περιορίστηκαν σε άσυλο και αντιμετώπιζαν πολύ άσχημες συνθήκες διαβίωσης και περίθαλψης. Αυτή η πραγματικότητα άρχισε να αλλάζει τον 19ο αιώνα χάρη στον Γάλλο ιατρό Philippe Pinel, ο οποίος υποστήριζε έναν πιο ανθρωπιστικό τρόπο θεραπείας και φροντίδας των ψυχικά ασθενών και παρείχε ένα καλύτερο πλαίσιο για την κλινική παρατήρηση (Berchtold & Cotman, 1998).

Ο Γερμανός ψυχίατρος Lois Alzheimer ήταν ο πρώτος που παρουσίασε το 1907 την περίπτωση γυναίκας ασθενούς 51 ετών, η οποία ανέπτυξε παρανοϊκό ιδεασμό και μεταγενέστερα διαταραχές του λόγου. Σε μεταθανάτια εξέταση του εγκεφάλου διαπιστώθηκε ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού και σημαντικές αλλαγές, τις οποίες περιέγραψε ως γεροντικές πλάκες και νευροινιδιακές βλάβες. Δύο χρόνια μετά την ανακοίνωση του Alzheimer, ο Charles Ladame, βοηθός στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Γενεύης, μελέτησε στο μικροσκόπιο 100 περίπου εγκεφάλους ασθενών με άνοια και περιέγραψε συνοπτικά τις φλοιώδεις βλάβες της γεροντικής άνοιας (Μεντενόπουλος & Μπουράς, 2003).

Τα ευρήματα του Alzheimer θεωρήθηκαν σημαντικά κατά τη στιγμή της δημοσίευσής τους, αλλά για τον μεγαλύτερο μέρος του 20ού αιώνα, η νόσος του Alzheimer θεωρήθηκε σπάνια ασθένεια, που κυρίως πλήττει νεαρά άτομα, ενώ οι επιστήμονες γίνονταν ολοένα και πιο πεπεισμένοι ότι η άνοια σχετίζεται με την ηλικία και το εγκεφαλικό επεισόδιο, που αυτό επρόκειτο να παραμείνει η κύρια θεωρία μέχρι τη δεκαετία του 1960 (Fotuhi, Hachinski & Whitehouse, 2009).

Στη δεκαετία του 1960, πρωτοποριακές μελέτες που έγιναν στο Newcastle της Αγγλίας από τους Blessed, Tomlinson και Roth έδειξαν ότι υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στον αριθμό των γεροντικών πλακών στον εγκεφαλικό φλοιό και τη σοβαρότητα της νοητικής ανεπάρκειας, ενώ δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα σε γεροντικές και προ-γεροντικές περιπτώσεις. Τότε από σπανιότητα, η ΝΑ έχει εντοπισθεί ως η πλέον συνηθισμένη νόσος του ηλικιωμένου πληθυσμού και η τέταρτη αιτία θανάτου. Στο χώρο της νευροψυχολογίας, το αφασο-απρακτο-αγνωσικό σύνδρομο που χαρακτηρίζει τη νόσο Alzheimer, οδήγησε σε ευρύτερη έρευνα του μηχανισμού των αφασικών, αγνωσικών και απρακτικών διαταραχών που παρατηρούνται σε ορισμένες παθήσεις του εγκεφάλου. Αποδείχθηκε ότι η αποδιοργάνωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών που παρατηρείται στη νόσο Alzheimer ακολουθείται από ένα νέο τύπο οργάνωσης σε ένα κατώτερο επίπεδο (Μεντενόπουλος & Μπουράς, 2003).

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η νόσος του Αλτσχάιμερ είναι μόνο ένας τύπος άνοιας που σχετίζεται με το γήρας και αν και είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος. Σήμερα ο όρος νόσος του Alzheimer χρησιμοποιείται πλέον χωρίς διακρίσεις ως συνώνυμο της άνοιας τύπου Alzheimer προσδιορίζοντας τη μη ομαλή εγκεφαλική γήρανση. Έχουμε διανύσει πολύ δρόμο από τότε που οι Έλληνες και οι Ρωμαίοι περιγράφουν για πρώτη φορά την άνοια που σχετίζεται με την ηλικία και γνωρίζουμε πολύ περισσότερα τώρα από ό, τι γνωρίζαμε πριν λίγες δεκαετίες. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να γίνουν και να ανακαλυφθούν πολλά περισσότερα, τόσο σε σχέση με την αιτία όσο και τη θεραπεία της άνοιας (Fotuhi, Hachinski & Whitehouse 2009).

## 1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ

Ετυμολογικά, η λέξη άνοια προέρχεται από το ρήμα «νοώ» και το στερητικό «α-» και ουσιαστικά σημαίνει «μη νόηση» ή αλλιώς έχω άνοια σημαίνει «δεν νοώ». Παρότι συχνά άνοια και νόσος του Alzheimer θεωρούνται συνώνυμα, η άνοια δεν είναι νόσημα αλλά μία παθολογική κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από επίκτητη και σοβαρή έκπτωση των νοητικών λειτουργιών που προκαλείται από τη βλάβη του εγκεφάλου από διάφορα αίτια. Συνεπώς, ο όρος δεν σχετίζεται αποκλειστικά με την έλλειψη μνήμης αλλά αναφέρεται σε γενικότερες νοητικές ελλείψεις. Με βάση τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2017), ο οποίος χρησιμοποιείται διεθνώς στην κλινική πράξη, η έκπτωση αυτή των νοητικών λειτουργιών πρέπει να συνδυάζει διαταραχή της μνήμης και μιας τουλάχιστον από τις άλλες νοητικές λειτουργίες,

δηλαδή να συνυπάρχει αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή των μετωπιαίων-εκτελεστικών λειτουργιών. Πρέπει δε να είναι τέτοιας βαρύτητας ώστε να διαταράσσει τη λειτουργικότητα του ασθενούς στην κοινωνική και επαγγελματική του ζωή. Η άνοια αποτελεί μία χρόνια κατάσταση και απαραίτητη προϋπόθεση για να χαρακτηριστεί ένας ασθενής ως ανοϊκός, είτε η νοητική του έκπτωση να μην συμβαίνει στο πλαίσιο μιας οξείας διαταραχής των νοητικών λειτουργιών (οξεία συγγυτική κατάσταση) ή σε σοβαρή κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η άνοια αποτελεί ένα σύνδρομο - συνήθως χρόνιας ή προοδευτικής φύσης - στο οποίο εντοπίζεται επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας πέρα από αυτή που μπορεί να αναμένεται από τη φυσιολογική γήρανση. Επηρεάζει τη μνήμη, τη σκέψη, τον προσανατολισμό, την κατανόηση, τον υπολογισμό, την ικανότητα εκμάθησης, τη γλώσσα και την κρίση. Η εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας συνοδεύεται συνήθως, και ορισμένες φορές προηγείται, από την επιδείνωση του συναισθηματικού ελέγχου, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων. (WHO, 2017).

### **1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Ως προς τη γεωγραφική κατανομή της άνοιας, το 2005, καταγράφηκαν 24.2 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως να πάσχουν από άνοια και 4.6 εκατομμύρια νέα περιστατικά της πάθησης αυτής εμφανίζονταν κάθε έτος (Alzheimer's, Disease International, 2011). Σε πληθυσμούς άνω των 60 ετών, ο υψηλότερος επιπολασμός άνοιας παρατηρείται στη Βόρειο Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη (6.4% και 5.4% αντίστοιχα) ακολουθούμενος από τη Λατινική Αμερική (4.9%), την Κίνα και τις περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού (4%). Η ετήσια επίπτωση (νέα περιστατικά ανά πληθυσμό 1000 ατόμων) ανά γεωγραφική περιοχή εκτιμάται σε 10.5 για τη Βόρειο Αμερική, 8.8 για τη Δυτική Ευρώπη, 9.2 για τη Λατινική Αμερική, και 8.0 για την Κίνα και τις περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού (Alzheimer's Disease International, 2011).

Για όλους αυτούς τους πληθυσμούς, ο κίνδυνος για ανάπτυξη άνοιας και νόσου Alzheimer, της συχνότερης αιτίας άνοιας, αυξάνεται εκθετικά με τη γήρανση και η νόσος είναι εξαιρετικά συχνή στις μεγάλες ηλικίες. Για παράδειγμα το 2% του πληθυσμού ηλικίας 65-74 έχει άνοια, ποσοστό που ανεβαίνει στο 19% για τις ηλικίες 75-84 και στο 42% για τους μεγαλύτερους των 85 ετών. Στις ΗΠΑ, πάνω από 5 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από νόσο

Alzheimer, νόσημα που αναμένεται να ανέλθει σε πάνω από 13 εκατομμύρια το 2050 (Alzheimer's Disease International, 2011).

Περίπου 70% (65-85%) της κλινικής διάγνωσης άνοιας αποδίδεται σε νόσο Alzheimer και 70-80% των παθολογοανατομικών δειγμάτων (νεκροψίες-νεκροτομές) έχουν στοιχεία οριστικής νόσου Alzheimer. Επιπρόσθετα, τα μισά εκ των ανωτέρω έχουν συνυπάρχουσες βλάβες τύπου σωματίων Lewy ή αγγειακές βλάβες. Η μετωποκροταφική και η αγγειακή άνοια ακολουθούν ως προς τη συχνότητα. Η μετωποκροταφική άνοια ανιχνεύεται συχνότερα σε νεότερες ηλικίες, 50-60 ετών, και είναι υπεύθυνη για περίπου 5-10% των ανοιών. Αγγειακές βλάβες – έμφρακτα εγκεφάλου είναι αρκετά συχνά στους ηλικιωμένους και συναντώνται σε περίπου του 1/3 των παθολογοανατομικών εγκεφαλικών δειγμάτων ατόμων με άνοια. Ωστόσο, αμιγής αγγειακή άνοια χωρίς συνυπάρχουσες παθολογοανατομικές βλάβες νόσου Alzheimer ή σωματίων Lewy είναι σχετικά σπάνια με εκτιμώμενη συχνότητα 2-10%. Άλλες παθήσεις που δύνανται να είναι υπεύθυνες για άνοια (π.χ. υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, νόσος JakobCreutzfeldt, νόσος Huntington, άνοια λόγω HIV, άνοια λόγω λοιμωδών ή μεταβολικών αιτιών κλπ) είναι αρκετά πιο σπάνιες και αθροιστικά ευθύνονται για 5-10% των ανοιών (Alzheimer's Disease International, 2011)

Επιπλέον, η νόσος Alzheimer και οι άλλες άνοιες καταλαμβάνουν τη δεύτερη θέση στο σύνολο των εγκεφαλικών νόσων σε ό,τι αφορά την απώλεια λειτουργικών ετών ζωής εξαιτίας της αναπηρίας (Olesen & Leonardi, 2003) και είναι η 6<sup>η</sup> αιτία θανάτου στις ΗΠΑ (Heron, 2013).

Μια ελληνική μελέτη (Ωρολογάς et al., 2005) έχει δείξει ότι το ετήσιο κόστος της άνοιας ανά ασθενή φτάνει τα 20.966,40€. Μια άλλη μελέτη (Κυριακόπουλος et al. 2005) τονίζει πως σε διαφορετικά στάδια της νόσου, υπάρχει και διαφορετικό κόστος, δηλαδή η μετάβαση προς τα βαρύτερα στάδια αυξάνει σημαντικά το κόστος και επιβαρύνει τα συστήματα υγείας. Στην Ευρώπη υπολογίζονται στα 10.500.000 τα άτομα με άνοια (Alzheimer Disease International, 2015). Επαρκή επιδημιολογικά δεδομένα για την άνοια στην Ελλάδα δεν υπάρχουν. Η Alzheimer's Disease International υπολογίζει τον επιπολασμό της άνοιας στην Ελλάδα για το 2010 σε 196,000 άτομα και εκτιμά ότι το 2030 θα φτάσει τα 276,000 άτομα και το 2050 τα 365,000 άτομα. Η επίπτωση της νόσου ετησίως κυμαίνεται μεταξύ 8,7% (Βόρεια Αφρική και Μέση Ανατολή), Λατινική Αμερική (8,4%), και (4,7%) στην Κεντρική Ευρώπη. Η



δε επίπτωση της άνοιας ετησίως κυμαίνεται από 3,1/1000 άτομα στην ηλικία των 60-64 ετών σε 175,0 /1000 άτομα στην ηλικία 95+ (Alzheimer Disease International, 2015).

#### **1.4. ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΝΟΙΑΣ**

Όπως έγινε κατανοητό παραπάνω, ο όρος «άνοια» περιγράφει την απώλεια πολλών διαφορετικών νοητικών και γνωστικών λειτουργιών, όπως η μνήμη, ο λόγος, οι εκτελεστικές λειτουργίες και οι οπτικοχωρικές δεξιότητες σε βαθμό τέτοιο που να εμποδίζονται οι καθημερινές, επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου (Μούγιας, 2011). Επομένως, ο ορισμός της νόσου δεν αναφέρεται σε μία και μόνη ασθένεια αλλά σε ένα σύνολο ασθενειών που αποτελούν συνέπεια του εκφυλισμού των νευρών και της συνοδού ατροφίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. (Πάμπλος και συν., 2005). Η άνοια αποτελεί διανοητική διαταραχή, η οποία έχει τις βάσεις της σε οργανικές ή μεταβολικές διαταραχές, οι οποίες έχουν άμεσα συνέπεια στη λειτουργία του εγκεφάλου και συγκεκριμένα στις ανώτερες φλοιώδεις λειτουργίες. (Σακκά και συν., 2015).

Τα πιο συχνά εντοπίσιμα κλινικά χαρακτηριστικά της άνοιας συνοψίζονται παρακάτω:

- Απώλεια μνήμης: Δυσκολία στην ανάκληση πληροφοριών, ειδικά πρόσφατων καθώς και στην καταγραφή και αποθήκευσή τους.
- Γλωσσική δυσχέρεια: Ακατάλληλη χρήση λέξεων, ασυναρτησίες, παραλήψεις σε γραπτό και προφορικό λόγο.
- Αποπροσανατολισμός: Αδυναμία χωροχρονικού προσανατολισμού
- Σύγχυση: Άσκοπη περιπλάνηση, δυσκολία εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων εντός (π.χ. ντύσιμο) και εκτός του σπιτιού (π.χ. ψώνια). Κατά την εξέλιξη της νόσου, αδυναμία ανταπόκρισης σε δεξιότητες αυτό- εξυπηρέτησης, απόλυτη εξάρτηση από τους φροντιστές.
- Αδιαφορία: Παραμέληση της εξωτερικής εικόνας και της προσωπικής υγιεινής
- Κυκλοθυμία: Έντονη διακύμανση συναισθημάτων και διάθεσης. Κατά περιόδους εμφανίζεται απάθεια σε όλα τα εξωτερικά ερεθίσματα, ενώ άλλοτε εκνευρισμός. Αλλαγές ως προς το συναίσθημα και τη συμπεριφορά διαφορετικές από εκείνες που είχαν συνηθίσει τα πρόσωπα του στενού περιβάλλοντος. Κατακλυσμός από καταθλιπτικές ιδέες και σκέψεις που άπτονται της ψυχιατρικής σφαίρας (π.χ. ιδέες δίωξης, παρανοϊκές σκέψεις, σκέψεις ζηλοτυπίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, εμμονές).

- Μειωμένη κρίση: Απάθεια που ξαφνικά μετατρέπεται σε παρορμητισμό, άρση αναστολών και εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

- Αλλαγές στην προσωπικότητα και στα στοιχεία του χαρακτήρα

Επανάληψη ίδιων ερωτήσεων ή φράσεων

-Δυσκολία στους υπολογισμούς ακόμα και στην εκτέλεση απλών αριθμητικών πράξεων (Λύκουρας & Γουρνέλλης, 2011).

## **1.5. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ - ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΑΣ**

Η άνοια μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών και διαφορετικών παραγόντων. Ανάλογα με την αιτιολογία της οι βλάβες στις γνωστικές ικανότητες του ασθενή μπορεί να είναι αναστρέψιμες ή μη αναστρέψιμες. Παρακάτω, παρουσιάζονται επιγραμματικά οι πιο συνήθεις μορφές άνοιας.

### **1.5.1. Νόσος Alzheimer**

Η νόσος Alzheimer αποτελεί μια νευροεκφυλιστική διαταραχή που οδηγεί στη σταδιακή αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου οδηγώντας το σε κοινωνική απομόνωση και απώλεια κοινωνικών ρόλων. Πρόκειται για τη πιο συχνή μορφή άνοιας, καθώς ευθύνεται για άνω του 50-70% των περιστατικών της ασθένειας μετά το 65<sup>ο</sup> έτος. Η νόσος Alzheimer με τα σημερινά δεδομένα προσβάλλει περίπου το 5% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, το 15- 20% ατόμων ηλικίας άνω των 85 ετών και η πιθανότητα εκδήλωσής της μετά τα 85 έτη διπλασιάζεται μετά το πέρας κάθε πενταετίας (McKhann et al. , 2011).

Παρά την ερευνητική προσπάθεια που έχει καταβληθεί έως σήμερα δεν έχει καταστεί δυνατή η εύρεση του εκφυλιστικού μηχανισμού, που θα εξηγούσε τη γένεση και εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, τελευταία επιστημονικά ευρήματα δείχνουν πως στον γενετικό μηχανισμό της νόσου επιδρούν δύο πρωτεΐνες, του β-αμυλοειδούς στο εξωτερικό των νευρικών κυττάρων και της τ-πρωτεΐνης στο εσωτερικό του κυττάρου (Παπατριανταφύλλου, 2012).

Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία βάσει του διαγνωστικού εργαλείου DSM-IV-TR χρησιμοποιεί τα παρακάτω κριτήρια για τη διάγνωση της νόσου:

- Τεκμηρίωση της άνοιας από αξιόπιστες κλίμακες (π.χ. Mini Mental Test, Blessed Roth Dementia Scale) με ταυτόχρονη επιβεβαίωση από νευροψυχολογική αξιολόγηση
- Να υπάρχει τουλάχιστον μια διαταραχή στη νοητική λειτουργία, τα λεγόμενα τέσσερα Α της νόσου, που μεταφράζονται σε διαταραχές στη νοητική λειτουργία σε σχέση με την αναγνώριση (αγνωσία), το λόγο (αφασία), την κινητικότητα (απραξία) και τη μνήμη (αμνησία)
- Σταδιακή έκπτωση της μνήμης
- Απουσία μεταβολών στη συνείδηση
- Η έναρξη της νόσου γίνεται μεταξύ της ηλικίας του 40<sup>ου</sup> έως 90<sup>ου</sup> έτους της ζωής του ανθρώπου
- Απουσία άλλων παθήσεων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως μεταβολικών νοσημάτων (π.χ. ανεπάρκεια βιταμίνης B12, υποθυρεοειδισμός), αυτοάνοσων νοσημάτων (π.χ. λύκου) και παθήσεων οφειλομένων σε χρήση τοξικών ουσιών ή μόλυνσης από HIV (Hyman et al., 2012).

Ερευνητές επισημαίνουν τον «ύπουλο» χαρακτήρα της νόσου Alzheimer από την άποψη πως τα σημάδια της υπάρχουν, αλλά σπάνια γίνονται αντιληπτά από το άμεσο περιβάλλον του ασθενή, ώστε να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια (Camille, 2007). Οι περισσότεροι ερευνητές διακρίνουν τρία στάδια της νόσου: αρχικό στάδιο, κυρίως φάση και τελικό στάδιο. Κατά το αρχικό στάδιο παρουσιάζονται διαταραχές στη μνήμη, ενώ επηρεάζονται και άλλες νοητικές λειτουργίες, όπως η προσοχή, η συγκέντρωση και ο λόγος (γραφτός και προφορικός). Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάζουν ανησυχία, αφηρημάδα, απώλεια συντονισμού κινήσεων, ενώ μπορεί να παρουσιαστούν και σημάδια ψυχολογικής διαταραχής, όπως άγχος και κατάθλιψη (Sellal & Kruzek, 2001).

Το δεύτερο στάδιο που περιλαμβάνει την κύρια φάση της νόσου χαρακτηρίζεται από την εγκαθίδρυση των μνημονικών διαταραχών, καθώς ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί ακόμα και σημαντικά γεγονότα. Εμφανίζεται, επίσης, αφασία, απραξία και αγνωσία, ενώ παράλληλα υπάρχει αποπροσανατολισμός στο χρόνο και στο χώρο και αυξάνονται οι ψυχολογικές διαταραχές. Τέλος, εμφανίζονται δυσκολίες σε σχέση με τις καθημερινές δραστηριότητες αυτό-εξυπηρέτησης, όπως π.χ. ντύσιμο, περιποίηση (Τσολάκη & Κάζης,

2005). Στο τρίτο στάδιο ο ασθενής πλέον δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον του, είναι απόλυτα εξαρτημένος και καθηλωμένος στο κρεβάτι ( Tsolaki et al., 2010).

### **1.5.2. Αγγειακή άνοια**

Η αγγειακή άνοια είναι υπεύθυνη για το 10-20% των περιπτώσεων άνοιας και είναι η δεύτερη σε συχνότητα. Συνήθως, οφείλεται σε εγκεφαλικά επεισόδια ή σε νοσήματα που επηρεάζουν τις αρτηρίες (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, καρδιαγγειακά νοσήματα κλπ.). Σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD- 10 η αγγειακή άνοια είναι αποτέλεσμα εγκεφαλικών εμφράκτων, τα οποία οδηγούν σε σταδιακή νέκρωση περιοχών του εγκεφάλου (ICD-10, 1992). Η αγγειακή άνοια έχει συνοδά χαρακτηριστικά την υπέρταση, το φύσημα καρωτίδων, τη συναισθηματική αστάθεια, το παροδικό καταθλιπτικό συναίσθημα και παροδικά επεισόδια θόλωσης της συνείδησης ή delirium. Η προσωπικότητα γενικά δεν επηρεάζεται, αλλά μπορούν να παρατηρηθούν αλλαγές, όπως απάθεια, έλλειψη αναστολών, εγωκεντρικότητα, παρανοειδής στάση ή ευερεθιστότητα (Μούγιας, 2003).

Η έναρξη της αγγειακής άνοιας είναι αιφνίδια και χαρακτηρίζεται από απότομες αλλαγές της λειτουργικότητας. Η επιδείνωση της νόσου είναι σταδιακή, ενώ η αντιμετώπιση της υπέρτασης και της αγγειακής νόσου μπορούν να ανασχέσουν την εξέλιξή της. Η αγγειακή άνοια παρουσιάζεται περισσότερο στους άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες, ενώ και η έναρξη της είναι πιο πρόωμη σε σχέση με την αντίστοιχη έναρξη της νόσου Alzheimer (Τσολάκη, 2005).

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

Θεωρείται πως είναι η δεύτερη ή τρίτη συχνότερη μορφή άνοιας στα άτομα άνω των 65 μετά τη νόσο Alzheimer. Εμφανίζεται σαν τον συνδυασμό της νόσου Alzheimer και της νόσου Parkinson, χωρίς ωστόσο να είναι κάτι από τα δύο. Τα σωμάτια του Lewy εντοπίζονται στον εγκεφαλικό φλοιό. Τα κλινικά ευρήματα είναι η ύπαρξη άνοιας και στοιχείων παρκινσονισμού. Υπάρχει τρόμος, δυσκαμψία, καμπτική στάση κορμού και άκρων. Πριν από την εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, η γνωστική διαταραχή και η απώλεια μνήμης μπορεί να είναι παρόμοιες με τη Νόσο Alzheimer. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι συχνές και οι ασθενείς μπορεί να έχουν εικόνα κυμαινόμενης συγχυτικής κατάστασης. Συχνό φαινόμενο επίσης είναι και η ψύχωση (Misculis & Heaf, 2012).

#### 1.5.4. Μετωποκροταφική άνοια και νόσος του Pick

Στη μετωποκροταφική άνοια, στην οποία συμπεριλαμβάνεται και η νόσος του Pick, επηρεάζονται τα πρόσθια (μετωπιαίος λοβός) και τα πλάγια (κροταφικός λοβός) τμήματα του εγκεφάλου. Σε μετωποκροταφική άνοια οφείλεται περίπου 1 στις 20 περιπτώσεις άνοιας. Η μετωποκροταφική άνοια είναι συνολικά η 4<sup>η</sup> συχνότερη μορφή άνοιας, συνιστώντας το 5-10% όλων των περιστατικών. Παρόλα αυτά, το ανθρώπινο και κοινωνικό της κόστος είναι δυσανάλογα μεγαλύτερο αν ληφθεί υπόψη το φάσμα των ανοιών με πρόωμη έναρξη: στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 45 και 64 ετών, προσβάλλει σχεδόν τον ίδιο αριθμό ατόμων με τη νόσο Alzheimer, ενώ σε ηλικίες κάτω των 60 γίνεται το συχνότερο αίτιο άνοιας (Bradley et al., 2009).

- Η μετωποκροταφική άνοια εμφανίζεται συνήθως στην έκτη δεκαετία της ζωής. Κάποιες μελέτες θέτουν τη μέση ηλικία έναρξης της νόσου στα 58 έτη.
- Περίπου 60% των πασχόντων είναι μεταξύ 45 και 64 ετών. Η εμφάνιση της νόσου πριν τα 40 και μετά τα 75 είναι ασυνήθιστη.
- Λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της, δεν είναι σπάνια η καθυστερημένη ή η λανθασμένη διάγνωση. Ως εκ τούτου, είναι πιθανό ότι η πραγματική συχνότητα της μετωποκροταφικής άνοιας είναι μεγαλύτερη από αυτή που αναδεικνύεται στις μελέτες (Lezak et al., 2009).

Επειδή οι προσβαλλόμενες περιοχές αφορούν στην προσωπικότητα -συμπεριφορά του ασθενούς και το λόγο, η νοητική έκπτωση έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Στον τύπο της νόσου που επηρεάζει κυρίως τη συμπεριφορά: περιορισμό των αναστολών (με αποτέλεσμα κοινωνικά μη αποδεκτή συμπεριφορά), απάθεια/αδράνεια, απώλεια κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων, εμμονική-στερεότυπη-επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά και αλλαγές στη διατροφή
- Στον τύπο που επηρεάζει κυρίως το λόγο: δυσκολία στην ομιλία, την εύρεση της κατάλληλης λέξης και του ονόματος των αντικειμένων, γραμματικά λάθη και προβλήματα στην κατανόηση της γλώσσας ( Lezak et al., 2009).

Η μνήμη είναι δυνατόν να μείνει ανεπηρέαστη στα αρχικά στάδια της νόσου. Τα κλινικά συμπτώματα σχετίζονται με απώλεια του αυθορμητισμού των ασθενών, αλλά και αδιαφορίας

και ασυνέπειας στη δουλειά τους. Επίσης, εμφανίζουν απώλεια ηθικών αναστολών, αποστασιοποίηση και βουλιμία. Αν και οι διανοητικές ικανότητες, όπως η μνήμη αρχικά δεν εξαλείφεται παρά ταύτα είναι δυνατό να παρουσιαστεί μερικές φορές παρκινσονικό σύνδρομο με αμιμία και δυσκαμψία. Στις μισές περίπου περιπτώσεις μετωποκροταφικής άνοιας υπάρχει οικογενειακό ιστορικό της νόσου, ενώ η μέση ηλικία έναρξης της είναι τα 55 έτη (Bradley et al., 2009).

### **1.5.5. Άνοιες οφειλόμενες σε γενική ιατρική / σωματική κατάσταση**

Ο χαρακτηρισμός αυτού του τύπου των ανοιών απορρέει από την απόδοση της αιτιολογίας της διαταραχής σε μια ήδη διαγνωσμένη ιατρική κατάσταση. Συγκεκριμένα, το DSM-IV αναφέρει την ύπαρξη έξι συγκεκριμένων καταστάσεων που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε άνοια: η Νόσος HIV, ο τραυματισμός της κεφαλής, η Νόσος του Parkinson, η Χορεία του Huntington, η Νόσος του Pick, η Νόσος των Creutzfeldt-Jacob. Άλλες, περισσότερο σπάνιες μορφές άνοιας μπορεί να προκύπτουν ως αποτέλεσμα διαταραχών του μεταβολισμού (άνοιες οφειλόμενες σε διαταραχές του μεταβολισμού), σε λευκοαραιώση (άνοια οφειλόμενη σε Λευκοαραιώση), σε σκλήρυνση κατά πλάκας (άνοια οφειλόμενη σε σκλήρυνση κατά πλάκας), ή ως αποτέλεσμα βλαβών στη λευκή ουσία (white matter) του εγκεφάλου (DSM-IV, 1994).

### **1.6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΝΟΙΑΣ**

Το κρίσιμο χρονικό σημείο για την εμφάνιση της άνοιας δεν περιορίζεται σε μία μόνο χρονική περίοδο καθώς εξαρτάται από σύνθετες αλληλεπιδράσεις γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Borenstein και συν., 2006). Οι σημαντικότεροι από αυτούς τους παράγοντες που έχουν επιβεβαιωθεί είναι η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό, ενώ κάποιιοι άλλοι βρίσκονται ακόμα υπό διερεύνηση. Σύμφωνα με μελέτη του Livingston και των συνεργατών του (2017) υποστηρίζεται πως το 1/3 των περιπτώσεων άνοιας θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί αν πραγματοποιούνταν εξετάσεις του εγκεφάλου καθ' όλο το διάστημα της ζωής και αν διατηρούσαν ένα υγιεινό τρόπο ζωής. Η έρευνα αυτή κατέληξε σε εννιά (9) τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου:

- Απώλεια ακοής στη μέση ηλικία (υπεύθυνη για το 9% του κινδύνου)

- Αποτυχία ολοκλήρωσης της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (8% του κινδύνου)
- Κάπνισμα (5% του κινδύνου)
- Μη έγκαιρη θεραπεία για κατάθλιψη (4% του κινδύνου)
- Σωματική αδράνεια (3% του κινδύνου)
- Κοινωνική απομόνωση (2%)
- Υψηλή αρτηριακή πίεση (2%)
- Παχυσαρκία (1%)
- Διαβήτης τύπου II (1%).

Συνεπώς, με βάση τα παραπάνω στοιχεία οι ερευνητές υποστήριξαν πως το 35% των περιπτώσεων άνοιας, που οφείλεται στους παραπάνω παράγοντες θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν μέσω της έγκαιρης πρόληψης. Στην ίδια κατεύθυνση της πρόληψης των παραγόντων κινδύνου για άνοια, υπογράμμισαν την υψίστης σημασίας οικοδόμηση ενός «γνωστικού αποθέματος», που θα επιτρέψει την ενίσχυση των νευρωνικών δικτύων, ώστε να διατηρηθεί μια ικανοποιητική λειτουργικότητα του εγκεφάλου στην Τρίτη ηλικία παρά τις όποιες βλάβες που θα προκύψουν (Livingston et al, 2017).

Εκτός όμως από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου, που μπορούν να προληφθούν, εντοπίζονται και παράγοντες που επηρεάζουν καταλυτικά την εμφάνιση άνοιας και ελάχιστα μπορούν να τροποποιηθούν. Αυτοί είναι:

- **Ηλικία:** Η εμφάνιση άνοιας σχετίζεται με την ηλικία, εφόσον η πλειοψηφία των περιπτώσεων άνοιας εντοπίζεται μετά τα 65 έτη, αν και έχουν καταγραφεί και περιπτώσεις ασθενών 30 ετών. Γενικότερα, ο επιπολασμός και η συχνότητα της άνοιας αυξάνονται με την ηλικία μέχρι τα 90 έτη. Ωστόσο, δεν έχει διευκρινιστεί ακόμα εάν η εκθετική αύξηση συνεχίζεται σε πολύ μεγάλες ηλικίες (Jorm, 2002)
- **Κληρονομικότητα – Οικογενειακό ιστορικό:** Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έχουν καταλήξει πως ασθενείς με άνοια έχουν πιο συχνά έναν τουλάχιστον συγγενή με διαγνωσμένη άνοια (π.χ. γονέα, αδελφό) σε σχέση με τους ηλικιωμένους χωρίς άνοια. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Jorm (2002) το οικογενειακό ιστορικό είναι ο ισχυρότερος παράγοντας για άνοια πρώιμης έναρξης και οι συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν 3.5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν τη νόσο. Έτσι, σήμερα θεωρείται πως ηλικιωμένοι με

ιστορικό συγγενών που νοσούν από άνοια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους ηλικιωμένους με ελεύθερο κληρονομικό ιστορικό (Tsolaki et al, 1999; Lesak et al., 2009).

- **Γενετικοί παράγοντες:** Ο ρόλος των γονιδίων στην εμφάνιση της άνοιας δεν έχει πλήρως εξεταστεί όμως έχει διαπιστωθεί πρόοδος τα τελευταία χρόνια. Ειδικότερα, έχουν βρεθεί 20 γονίδια που δεν προκαλούν άμεσα άνοια, αλλά ενισχύουν τον κίνδυνο εμφάνισης (π.χ. οι παραλλαγές της γονιδιακής απολιποπρωτεΐνης Ε (APOE) αυξάνουν τον κίνδυνο για ανάπτυξη της νόσου Alzheimer). Οι γενετικές μεταλλάξεις που προκαλούν τη νόσο είναι σπάνιες και σχετίζονται με το γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21 και τα γονίδια πρεσενιλίνης 1 και 2 στα χρωμοσώματα 14 και 1 αντίστοιχα (Thomas και Fenech 2007).
- **Φύλο:** Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν τη νόσο Alzheimer συγκριτικά με τους άνδρες. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο υψηλότερο προσδόκιμο ζωής των γυναικών συγκριτικά με το αντίστοιχο των ανδρών. Μια άλλη αιτιολογία μπορεί να βασίζεται στη σύνδεση της νόσου Alzheimer με την έλλειψη ορμονικού οιστρογόνου μετά την εμμηνόπαυση, καθώς τα οιστρογόνα έχουν προστατευτική δράση απέναντι στη μιτοχονδριακή τοξικότητα του αμυλοειδούς β στα νευρικά κύτταρα (Vina et al. 2010). Ωστόσο, οι θεραπείες υποκατάστασης με οιστρογόνα δεν έδειξαν ότι μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Για τις υπόλοιπες μορφές άνοιας ο κίνδυνος εμφάνισης είναι περίπου ο ίδιος για άνδρες και γυναίκες, εκτός από τις αγγειακές άνοιες, όπου οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο, καθώς είναι πιο ευάλωτοι σε καρδιαγγειακά νοσήματα, που σχετίζονται με εγκεφαλικά επεισόδια (Lesak et al., 2009).
- **Κατάθλιψη:** Η εμφάνιση κατάθλιψης στη μέση ηλικία συνεπάγεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας σε μεγαλύτερη ηλικία (Owby et al. 2006). Ενώ, η κατάθλιψη, που εμφανίζεται μετά τα 60 έτη, θεωρείται κατά κανόνα πρώιμο σύμπτωμα της άνοιας και όχι παράγοντας κινδύνου (Lesak et al., 2009).



- **Καρδιαγγειακοί παράγοντες:** Διάφοροι καρδιαγγειακοί παράγοντες έχει διαπιστωθεί πως αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες εκδήλωσης άνοιας, ιδιαίτερα της αγγειακής. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να είναι:

- Διαβήτης τύπου II στη μέση ηλικία και μεταγενέστερα
- Υπέρταση στη μέση ηλικία
- Χαμηλά επίπεδα ολικής χοληστερόλης στη μέση ηλικία
- Παχυσαρκία στη μέση ηλικία
- Έμφραγμα μυοκαρδίου
- Κολπική μαρμαρυγή
- Υπερχοληστεριναιμία

Για τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιον από τους παραπάνω καρδιαγγειακούς παράγοντες, κατά το διάστημα που είναι μεσήλικες και μετά, οι πιθανότητες εμφάνισης αγγειακής άνοιας είναι διπλάσιες. Συμπληρωματικά, η μείωση του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) στην τρίτη ηλικία φαίνεται να είναι ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας από ότι η παχυσαρκία στη μέση ηλικία για την εμφάνιση της άνοιας καθώς επίσης η ταχύτερη μείωση της ολικής χοληστερόλης μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση Alzheimer (Rosendoff et al., 2007).

- **Συνήθειες – Τρόπος ζωής:** Πλήθος μελετών έχουν φέρει στο προσκήνιο συγκεκριμένες συνήθειες κατά τη μέση ηλικία που ενισχύουν τον κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας στην ώριμη ηλικία. Τέτοιες συνήθειες είναι:

- Απουσία σωματικής άσκησης, καθώς επηρεάζει τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Επίσης, η φυσική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει έως και 40% τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας (Alzheimer's Disease International, 2014).
- Κάπνισμα, θεωρείται σοβαρός παράγοντας κινδύνου, όχι μόνο για την αγγειακή άνοια, αλλά και για τη νόσο Alzheimer.
- Ανθυγιεινή διατροφή. Ωστόσο, δεν έχει αποδειχθεί ακόμα αν διαιτητικοί παράγοντες όπως η βιταμίνη B6, B12, C, το φιλικό οξύ, τα ω3 λιπαρά, τα φλαβονοειδή και η μεσογειακή διατροφή μπορούν να προστατεύσουν από την εμφάνιση άνοιας (Alzheimer's Disease International, 2014).
- Κατάχρηση αλκοόλ. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ για μεγάλο χρονικό διάστημα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου Korsakoff (Chen et al., 2009).

- **Τραυματισμοί στο κεφάλι:** Τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρά ή επαναλαμβανόμενα τραύματα στο κεφάλι έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας, καθώς οι πρωτεϊνικές αποθέσεις που συγκεντρώνονται στον εγκέφαλο ως αποτέλεσμα του τραυματισμού μπορεί να συνδέονται με την εμφάνιση άνοιας, ιδιαίτερα με νόσο Alzheimer.
- **Εκπαίδευση και νοητικό απόθεμα:** Η χαμηλή εκπαίδευση συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης νόσου Alzheimer. Επιπλέον, η υψηλή νοημοσύνη και το μέγεθος του εγκεφάλου έχει αποδειχθεί πως μειώνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Ο πιθανός αυτός προστατευτικός παράγοντας της εκπαίδευσης του προνοσηρού επιπέδου νοημοσύνης και του εγκεφαλικού όγκου ενισχύουν τη θεωρία του νοητικού αποθέματος (Jorm, 2002).

### 1.7. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Οι δύο βασικοί στόχοι κατά τη διαγνωστική διαδικασία της άνοιας είναι: η ύπαρξη άνοιας και ο διαχωρισμός του ανοϊκού από τον μη ανοϊκό ασθενή και ο καθορισμός του τύπου άνοιας. Παρά τις ραγδαίες εξελίξεις της τεχνολογίας αλλά και των μελετών σχετικά με τη νόσο, η πρόωπη και διαφορική ανάπτυξη της νόσου δεν είναι πλήρως αναπτυγμένες. Η υποψία ύπαρξης άνοιας προκύπτει μέσω της κλινικής εικόνας του ασθενούς (διαταραχές μνήμη, μείωση της καθημερινής λειτουργικότητας, αδυναμία εκτέλεσης δραστηριοτήτων) ενώ η τελική διάγνωση τίθεται μόνο με βιοψία εγκεφάλου.

Η διαγνωστική διαδικασία της άνοιας περιλαμβάνει:

A) Ιατρική και Νευροψυχολογική Εξέταση: Πραγματοποιείται λήψη ιστορικού με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα γνωστικά πεδία που έχουν επηρεαστεί, στον τρόπο εκδήλωσης και τη φύση των συμπτωμάτων καθώς και τον αντίκτυπο που αυτά έχουν στη λειτουργικότητα του ασθενή (Waldemara et al., 2007). Οι πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό δεν πρέπει να συλλέγονται μόνο από τον ασθενή αλλά και από την οικογένεια καθώς η αξία τους είναι εξίσου σημαντική (Jorm et al., 2000; Mackinnoh et al., 2003). Εκτός από την αναλυτική περιγραφή των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη νόσο, το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτισμικό και φαρμακευτικό πλαίσιο του ασθενή (Μούγιας, 2003). Συμπληρωματικά, η νευρολογική εξέταση κρίνεται απαραίτητη καθώς σε ορισμένους τύπους άνοιας, όπως αυτή με

σωμάτια Lewy κυριαρχεί η νευρολογική συμπτωματολογία (Waldemara et al., 2007). Η γνωστική, λειτουργική και συμπεριφορική αξιολόγηση του ασθενή κρίνεται απαραίτητη για την έγκαιρη διάγνωση της άνοιας και πραγματοποιείται είτε από γιατρό είτε από νευροψυχολόγο μέσω εξειδικευμένων νευροψυχολογικών δοκιμασιών (τεστ μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών) και περιλαμβάνει:

- Έλεγχο γνωστικών λειτουργιών
- Έλεγχο της μνήμης
- Έλεγχο των εκτελεστικών λειτουργιών
- Έλεγχο των σύνθετων ανώτερων λειτουργιών
- Εξέταση των συμπεριφορικών και ψυχολογιών συμπτωμάτων
- Εξέταση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς (Μούγιας, 2011).

Β) Αιματολογικές Εξετάσεις: Στοχεύει στη διερεύνηση πιθανής συννοσηρότητας, ύπαρξης επιπλοκών της άνοιας, παραγόντων κινδύνου που ενδεχομένως οδήγησαν στην εμφάνιση της νόσου και στην ύπαρξη συγγυτικών καταστάσεων. Πολύ σπάνια, μπορεί και να οδηγήσει στο πρωταρχικό αίτιο εμφάνισης της άνοιας. Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται σύμφωνα με την EFNS (European Federation of Neurological Societies) είναι: Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών, γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, ασβέστιο, γλυκόζη, ηπατικός και νεφρικός έλεγχος και έλεγχος θυρεοειδικών ορμονών (Waldemara et al., 2007).

Γ) Απεικονιστικές Μέθοδοι: Αποτελούν της ασφαλέστερη συμπληρωματική εξέταση διάγνωσης τύπου άνοιας γι' αυτό και σύμφωνα με την EFNS για κάθε ασθενή που υπάρχει υποψία άνοιας, πρέπει να πραγματοποιείται Αξονική ή Μαγνητική Τομογραφία του εγκεφάλου (Waldemara et al., 2007).

Δ) Συμπληρωματικές Εξετάσεις: Προτείνονται σε περιπτώσεις διαγνωστικών αμφιβολιών ή σε υποψία συγκεκριμένων ασθενειών. Για παράδειγμα, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα πραγματοποιείται όταν υπάρχει υποψία νόσου Creutzfeldt- Jakob και παροδικής επιληπτικής αμνησίας. Επιπλέον, σε άτυπες κλινικές περιπτώσεις απαιτείται ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού μέσω οσφυνωτιαίας παρακέντησης για τον προσδιορισμό δεικτών όπως β αμυλοειδές και Τα πρωτεΐνη. Τέλος, σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί γονιδιακός έλεγχος για μεταλλάξεις σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό αυτοσωμικής επικράτουςας άνοιας (Waldemara et al., 2007).

Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης αναλύονται για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της νόσου με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια της Δέκατης Αναθεώρησης της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (International Classification of Diseases, ICD-10), είτε της τέταρτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM- IV. Τα κριτήρια ανοϊκής διαταραχής σύμφωνα με το DSM- IV (American Psychiatric Association, 1994) είναι τα ακόλουθα:

A) Ανάπτυξη πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων που χαρακτηρίζεται από:

A1: Έκπτωση μνήμης

A2: Τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα α) αφασία, β) απραξία, γ) αγνωσία, δ) κατασκευαστική δυσχέρεια

B) Τα παραπάνω ελλείμματα προκαλούν σημαντική έκπτωση της επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και σηματοδοτούν έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας

Γ) Τα γνωστικά ελλείμματα δεν οφείλονται σε παραλήρημα ή άλλες παθολογικές καταστάσεις

## **1.8. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ**

Αυτή τη στιγμή, δεν χρησιμοποιείται κάποια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή που να ανακόπτει πλήρως την εξέλιξη της νόσου και να την αντιμετωπίζει ολιστικά. Η μέχρι στιγμής αντιμετώπιση της στηρίζεται σε φαρμακευτικά σκευάσματα που στοχεύουν στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου και της επακόλουθης εκφυλιστικής πορείας του εγκεφάλου, που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στα πρώιμα στάδια της νόσου. Η διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή που υπάρχει αυτή τη στιγμή για την αντιμετώπιση, κυρίως των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer, στοχεύει στη διατήρηση των επιπέδων των ουσιών που είναι υπεύθυνες για την επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων, προκειμένου να επιβραδυνθεί ο εκφυλισμός τους. Γενικότερα, μέχρι στιγμής, η αντιμετώπιση της άνοιας γίνεται με δύο τρόπους: φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά.

### Φαρμακευτική Θεραπεία

Όπως προαναφέρθηκε δεν υπάρχει φαρμακευτική θεραπεία που να αντιμετωπίζει ολιστικά τη νόσο. Ωστόσο, η πρώτη κατηγορία φαρμάκων που έχουν εγκριθεί για την καθυστέρηση του εκφυλισμού του εγκεφάλου και της εμφάνισης των συμπτωμάτων κυρίως στα πρώιμα στάδια της

νόσου Alzheimer, είναι οι αναστολείς των χολινεστερασών. Ο πρώτος αναστολέας των χολινεστερασών που πήρε έγκριση το 1993 είναι η Τακρίνη αλλά μετάπειτα καταργήθηκε η χορήγηση λόγω του δυσμενούς δοσολογικού σχήματος και της ηπατικής τοξικότητας που προκαλούσε. Αυτή τη στιγμή, οι υπάρχουσες φαρμακευτικές θεραπείες είναι οι κεντρικοί αναστολείς χολινεστεράσης (AChEIs) και η Μεμαντίνη. Πιο συγκεκριμένα, οι AChEIs (Δονεπεζίλη, Ριβαστιγμίνη, Γκαλανταμίνη) χρησιμοποιούνται πιο συχνά για τη θεραπεία της νόσου Alzheimer αλλά και άλλων μορφών άνοιας (Σάκκα και συν., 2015).

Ειδικότερα, η υδροχλωρική δονεπεζίλη χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της ελαφράς έως μέτριας άνοιας. Βελτιώνει την ικανότητα πραγματοποίησης καθημερινών δραστηριοτήτων, μειώνει τα επίπεδα διέγερσης και ψευδαισθήσεων και βελτιώνει τη γνωστική λειτουργία (Τσολάκη 2005, Evans & Wilcock, 2004). Επειδή, η νόσος Alzheimer συχνά συνοδεύεται και από κατάθλιψη, οι ασθενείς συχνά μπορεί να χρειαστεί να λάβουν αντιψυχωσικά φάρμακα, όπως είναι η θειοριδαζίνη ή αλοπεριδόλη, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η σοβαρή διέγερσή τους. Άλλες θεραπείες, που βρίσκονται ακόμα υπό διερεύνηση, για την πρόληψη ή την επιβράδυνση της νόσου είναι η λήψη αντιοξειδωτικών (Βιταμίνη E), αντιφλεγμονώδεις παράγοντες και θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης για τις γυναίκες.

### Μη φαρμακευτική θεραπεία

Όσο αφορά τα είδη μη φαρμακευτικών θεραπειών της άνοιας διακρίνονται σε θεραπείες που περιλαμβάνουν στρατηγικές αντιστάθμισης (compensatory strategies) και θεραπείες που περιλαμβάνουν στρατηγικές αποκατάστασης (restorative strategies). Η πρώτη κατηγορία θεραπειών περιλαμβάνει τη χρήση εσωτερικών μεθόδων, όπως η νοερή απεικόνιση, τα ημερολόγια και η κατηγοριοποίηση ενώ η δεύτερη κατηγορία αφορά κυρίως ασκήσεις προσοχής, μνήμης, θεραπεία μέσω αναμνήσεων κλπ (Sitzer και συν., 2006).

Επιπλέον, οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια μπορούν να διακριθούν σε: α) γνωστικές παρεμβάσεις, β) εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις, γ) μεθόδους αναμνήσεων, δ) μουσικοθεραπευτικές και ε) άλλες εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Ωστόσο, η επιτυχημένη αντιμετώπιση της νόσου απαιτεί τη συνδυαστική εφαρμογή των προαναφερθείσων παρεμβάσεων.

Ειδικότερα, στις γνωστικές παρεμβάσεις συγκαταλέγονται η ενημέρωση πάνω στη νόσο, η ενίσχυση της ευαισθησίας, ασκήσεις χαλάρωσης, παιχνίδια ρόλων, αντιμετώπιση στρεσογόνων

καταστάσεων, ενεργοποίηση συμπεριφορών, ευχάριστες δραστηριότητες, εκπαιδευτική θεραπεία, ασκήσεις χωροχρονικού προσανατολισμού και ασκήσεις μνήμης (Bolognani et al., 1995; De Vreese et al., 1998; Kraus et al., 2008).

Σύμφωνα με τους Steultjens και συν. (2004), οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις συνέβαλαν σε μέτρια βελτίωση της υποκειμενικής ευεξίας, της επικοινωνίας, των γνωστικών λειτουργιών και των προβλημάτων συμπεριφοράς. Επιπλέον, η μέθοδος αναμνήσεων (reminiscence therapy) έχει παρατηρηθεί πως μπορεί να βελτιώσει τη γνωστική έκπτωση, τη διάθεση και τη συμπεριφορά ασθενών με άνοια (Woods και συν., 2005). Τέλος, πιο εξειδικευμένες μη θεραπευτικές παρεμβάσεις που έχει αποδειχθεί πως μπορεί να επιβραδύνουν τις επιπτώσεις της εξέλιξης της νόσου στην καθημερινή ζωή του ασθενή είναι: η μουσικοθεραπεία (Raglio και συν., 2008), το πρόγραμμα βάδισης (Holmberg και συν. 1997), η φυσική άσκηση και η φυσιοθεραπεία (Netz και συν., 2007), η θεραπεία με κατοικίδια ζώα (Zisselman και συν., 1996), τα αισθητηριακά ερεθίσματα (Milev και συν., 2008) και η θεραπεία έντονου φωτισμού (Riemersma- van der Lek και συν., 2008).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί πως η πολυπλοκότητα των συμπτωμάτων της άνοιας δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή αλλά και τους φροντιστές τους, οι οποίοι υφίστανται σημαντική σωματική, οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση, προκειμένου να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας του ασθενούς. Γι' αυτό και οι βασικές παρεμβάσεις που απευθύνονται στους φροντιστές είναι η ενημέρωση, η εκπαίδευση, η οικογενειακή θεραπεία και η συμβουλευτική.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ**

### **2.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Η φροντίδα έχει θεωρηθεί θεμελιώδες στοιχείο για την ανθρώπινη επιβίωση και εξαιρετικά σημαντική για την ανθρώπινη ύπαρξη, καθώς μέσω αυτής εκφράζεται ο σεβασμός και η ανταπόκριση για τις ανθρώπινες αξίες. Μέσω της φροντίδας τα άτομα υποκινούνται και η ζωή τους αποκτά νόημα. Η παροχή φροντίδας μπορεί να βοηθήσει τόσο το άτομο που τη λαμβάνει όσο και αυτόν που την προσφέρει να φτάσουν σε επίπεδα αυτοπραγμάτωσης.

Η έννοια της φροντίδας θα μπορούσε να πει κανείς πως είναι πολυδιάστατη καθώς μπορούν να τις αποδοθούν πολλές διαφορετικές ερμηνείες. Καθένας μπορεί να την αντιληφθεί διαφορετικά αναλόγως το θρησκευτικό, το πολιτισμικό και το κοινωνικό του υπόβαθρο. Σύμφωνα με τον Waerness (1984) η φροντίδα εσωκλείει «όλο το φάσμα των ανθρώπινων δραστηριοτήτων και εμπειριών, όσον αφορά την αίσθηση του προσωπικού ενδιαφέροντος για τους άλλους και την ανάληψη ευθυνών για την ποιότητα ζωής τους» (Στασινοπούλου 2002: 211).

Επιπλέον, ο όρος φροντίδα εμπεριέχει την έννοια της εντατικής ενασχόλησης, της υπευθυνότητας, της επιμέλειας αλλά και του ανθρωπισμού. Το φιλοσοφικό και κοινωνικοπολιτικό κίνημα του ανθρωπισμού (humanism) είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την έννοια του ενδιαφέροντος για το συνάνθρωπο και της ενσυναίσθησης. Λαμβάνοντας υπόψιν πως το θέμα του λήμματος ανθρωπισμός είναι η λέξη «άνθρωπος» συνεπάγεται ότι αν κάποιος έχει το δικαίωμα να λέγεται άνθρωπος, οφείλει να νοιάζεται για τους άλλους (Kleinman 2012: 1550). Ωστόσο, πρακτικά ως φροντίδα λογίζεται η δραστηριότητα την οποία αναλαμβάνουν κάποια άτομα για λογαριασμό κάποιων άλλων που δεν μπορούν να τις φέρουν εις πέρας εξαιτίας κάποιου ελλείμματος ή αδυναμίας.

Τα άτομα αυτά που χρειάζονται βοήθεια για την περάτωση διαφόρων δραστηριοτήτων ποικίλλουν. Μπορεί να είναι από μικρά παιδιά έως ηλικιωμένους ή ασθενείς που παρουσιάζουν σωματικές, ψυχολογικές ή αναπτυξιακές ανάγκες. Η φροντίδα, λοιπόν, μπορεί να αποτελέσει μια απολύτως τυπική συνδιαλλαγή μεταξύ του παρόχου φροντίδας και του εξυπηρετούμενου, παίρνοντας τη μορφή της προσφοράς υπηρεσιών με χρηματική αμοιβή ή ακόμη μπορεί να

εμπλέκονται προσωπικές σχέσεις, όπου η κυριαρχία των συναισθημάτων και η ηθική δέσμευση είναι ιδιαίτερα ισχυρές (Κωστακιώτης, 2015). Σε κάθε περίπτωση η παροχή φροντίδας περιλαμβάνει ξόδεμα χρόνου και ενέργειας καθώς και πράξεις ψυχολογικά στρεσογόνες και σωματικά εξαντλητικές (Schulz & Martire, 2004).

Το άτομο που είναι υπεύθυνο για την παροχή της φροντίδας ονομάζεται «φροντιστής» και όταν έχει αναλάβει βασικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενή ονομάζεται «κύριος φροντιστής». Ο άτυπος ή οικογενειακός φροντιστής σε αντιδιαστολή με τον επαγγελματία φροντιστή παρέχει άμισθη βοήθεια. Αυτού του είδους η φροντίδα δεν έχει όρια και σαφή ανταμοιβή, ούτε προκαθορισμένα χρονικά όρια «εργασίας», ενώ βασίζεται σε ένα συναισθηματικό δέσιμο μεταξύ του ασθενή και του φροντιστή. (Goodhead & McDonald, 2007).

Η φροντίδα σαν έννοια έχει απασχολήσει πολλούς επιστήμονες, όπως ανθρωπολόγους-κοινωνιολόγους, νοσηλευτές που προσπαθούν να κατανοήσουν για ποιο λόγο οι άνθρωποι φροντίζουν άλλους ανθρώπους και τι προσφέρει στην ψυχοσύνθεσή τους αυτή η διαδικασία. Σύμφωνα με τον Watson (1985) η φροντίδα αποτελεί ιδανικό που έχει στόχο την προστασία, τη διατήρηση και την ενίσχυση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και είναι μεγίστης σημασίας για την ανθρώπινη ύπαρξη (Roach, 1987). Ο Griffin (1983) αναφέρει πως η έννοια της φροντίδας αποτελείται από τρία βασικά χαρακτηριστικά: την προσοχή, το ενδιαφέρον-ευθύνη και το συναισθηματικό δέσιμο-αφοσίωση. Συνεπώς, η φροντίδα μπορεί να προάγει το αίσθημα της ολοκλήρωσης, της ικανοποίησης και της προσφοράς σε αυτόν που την παρέχει (Dunkin et al., 1998). Ωστόσο, ορισμένες συνθήκες είναι ικανές να μετατρέψουν τη φροντίδα σε ένα εξαιρετικά μεγάλο και άνισα κατανεμημένο βάρος.

Μια τέτοια συνθήκη αποτελεί και η άνοια, στην οποία η αναπηρία συνεπάγεται την αυξημένη εξάρτηση από άλλα άτομα ακόμη και για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών τους. Καθώς λοιπόν η φροντίδα στο παρελθόν πιθανόν να αποτελούσε ένα φευγαλέο στοιχείο μιας οποιαδήποτε σχέσης μπορεί να μετατραπεί σε κυρίαρχο και ανατρεπτικό στοιχείο. Κάτω από τις συνθήκες της χρόνιας και προοδευτικής αυτής νόσου, οι οποίες προδιαγράφουν μία πορεία χωρίς ελπίδα αποκατάστασης, η φροντίδα είναι ικανή να φτάσει να καταλαμβάνει την ολότητα της σχέσης.



## 2.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ

Η αμοιβαιότητα και το "δούναι και λαβείν" αποτελούν σημαντικά στοιχεία που συντηρούν τις ανθρώπινες σχέσεις. Αυτά τα στοιχεία εκλείπουν από τις σχέσεις μεταξύ των ασθενών με άνοια και των φροντιστών τους εξαιτίας των γνωστικών ελλειμμάτων. Η τρυφερότητα και οι εκδηλώσεις αγάπης είναι μονοδιάστατες, κινούνται μόνο προς μία κατεύθυνση, από τον φροντιστή προς τον ασθενή. Κατ' αυτόν τον τρόπο μία σχέση αγάπης μεταμορφώνεται σε μία μέγιστη πηγή έντονου άγχους.

Η παροχή φροντίδας, όπως προαναφέρθηκε, κάτω από ορισμένες συνθήκες μπορεί να εξελιχθεί σε ένα μεγάλο και δυσβάσταχτο φορτίο που συνεπάγεται αρνητικά επακόλουθα για τη ζωή και την υγεία του φροντιστή (Carter et Carter, 1994). Προκειμένου να διερευνηθούν εκτενέστερα οι συνέπειες τις φροντίδας σε όσους την παρέχουν δημιουργήθηκε η έννοια της επιβάρυνσης η οποία εμπεριέχει όλα τα οικονομικά, κοινωνικά, σωματικά και ψυχολογικά επακόλουθα της φροντίδας ενός χρονίως πάσχοντος ασθενούς (Dunkin et al., 1998).

Κατά το παρελθόν, επιστημονικοί κλάδοι όπως η ιατρική, η κοινωνιολογία και η ψυχολογία ενδιαφέρονταν να μελετήσουν την ιδιαίτερη επιβάρυνση που βιώνει η κατηγορία αυτή των άτυπων φροντιστών σε σχέση με άλλες χρόνιες ασθένειες (Todres et Galvin, 2006; Ory *et al.*, 1999).

Ωστόσο, η έννοια της επιβάρυνσης δεν είναι και τόσο ξεκάθαρη παράλο που χρησιμοποιείται ευρέως στη βιβλιογραφία. Παρουσιάζει πολλές και διαφορετικές ερμηνείες, ενώ αρκετές φορές συγχέεται με την επαγγελματική εξουθένωση των τυπικών φροντιστών, αλλά και με έννοιες, όπως το στρες της φροντίδας, την ποιότητα ζωής και εν γένει τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν από τη φροντίδα. Οι Grad & Sainsbury (1963) ήταν οι πρώτοι που αναφέρθηκαν στην έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης ορίζοντάς την «ως τα αρνητικά επακόλουθα της φροντίδας στην οικογένεια» (Παπασταύρου και συν, 2006).

Στη συνέχεια, οι Hoening & Hamilton (1966), εισήγαγαν τις έννοιες της «αντικειμενικής» και «υποκειμενικής» επιβάρυνσης, ερευνώντας δείγμα 32 συγγενών ασθενών με ψυχωτική συμπτωματολογία διαπίστωσαν ότι το 60% του δείγματος ανέφερε προβλήματα από τη

συμβίωση με τον ασθενή, όπως επιθετικότητα, απόσυρση, εχθρότητα και ανησυχία, ως απότοκο της αλλαγής συμπεριφοράς του. Η κοινωνική τάξη, η ηλικία, το φύλο και η εθνικότητα του φροντιστή δεν φαίνεται να σχετίζεται με την επιβάρυνσή τους στο συγκεκριμένο δείγμα, ενώ διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της αντικειμενικής επιβάρυνσης ανάλογα με τη χρονιότητα της νόσου (Hoening & Hamilton, 1966).

Με τον όρο αντικειμενική επιβάρυνση οι συγγραφείς αναφέρονται σε οποιονδήποτε παράγοντα είναι ικανός να διαταράξει την οικογενειακή ζωή ως απόρροια προβλημάτων του ασθενή, όπως οικονομικά ζητήματα, σωματική υγεία των μελών της οικογένειας, αλλαγή στις οικογενειακές σχέσεις και ζητήματα καθημερινότητας. Στον αντίποδα βρίσκεται η υποκειμενική επιβάρυνση, η οποία έχει υποκειμενική χροιά και αφορά τα συναισθήματα του φροντιστή ως προς την κατάσταση και τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις που προκαλούνται στο άτομο (Σαπουνά και συν., 2006; Awad et Voruganti, 2008).

Ο Zarit et al τη δεκαετία του '80 μελετώντας την επιβάρυνση την προσδιόρισαν ως «την έκταση στην οποία οι φροντιστές αντιλαμβάνονται τη φυσική τους υγεία, την κοινωνική ζωή και την οικονομική κατάστασή τους ως αποτέλεσμα της φροντίδας του συγγενικού τους προσώπου (Παπασταύρου και συν., 2006).

Η Κούκια και ο Μαδιανός (2002) μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία για την επιβάρυνση των συγγενών - φροντιστών ασθενών με ψυχωτική συμπτωματολογία συμπέραναν ότι η αντικειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, την οικονομική κατάσταση και την επαγγελματική ζωή του φροντιστή, τις καθημερινές δραστηριότητες, τις κοινωνικές σχέσεις και τον ελεύθερο χρόνο. Αντίθετα, η υποκειμενική επιβάρυνση αφορά ως επί το πλείστον ψυχοσωματικά προβλήματα, λόγω χάρη τη μείωση της όρεξης, διαταραχές ύπνου ή συγκέντρωσης, ημικρανίες, ενώ η συναισθηματική διάθεση του φροντιστή παρουσίαζε διακυμάνσεις από μια μελαγχολική διάθεση έως κατάθλιψη. Τέλος, όσο αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν την οικογενειακή επιβάρυνση παρατήρησαν δύο είδη παραγόντων: (α) παράγοντες που αφορούν τον συγγενή φροντιστή και σχετίζονται με δημογραφικά στοιχεία, κοινωνικά χαρακτηριστικά, τεχνικές αντιμετώπισης και την κοινωνική υποστήριξη και (β) παράγοντες που αφορούν τον ασθενή και σχετίζονται με τη χρονιότητα της νόσου, τα συμπτώματα της ασθένειας, τον αριθμό των εισαγωγών και γενικότερα τη συμπεριφορά του

ασθενή (Κούκια & Μαδιανός, 2002).

Ο Μπαμπινιώτης ορίζει την επιβάρυνση ως την αύξηση του φορτίου, οτιδήποτε δηλαδή προκαλεί την αύξηση του βάρους, της δαπάνης ή την επιδείνωση της υγείας. Με το πέρασμα των χρόνων η επιβάρυνση ταυτίστηκε με την υποχρέωση και αφορά τη σωματική και την ψυχοσυναισθηματική υγεία του φροντιστή, τα οποία στο σύνολο τους επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της κοινωνικής τους ζωής. Ιδιαίτερα οι ανεπίσημοι φροντιστές παρουσιάζουν τρεις φορές μεγαλύτερα ποσοστά απόγνωσης σε σχέση με τους επίσημους φροντιστές υγείας (Vitalino *et al.*, 2003). Άλλες έρευνες φανερώνουν, πως ο βαθμός επιβάρυνσης δεν εξαρτάται από κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, ή το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών, αλλά επιδεινώνεται σε σχέση με το χρόνο που αφιερώνει ο φροντιστής στην παροχή φροντίδας, με την ψυχοσυναισθηματική και σωματική του κατάσταση και με το στάδιο εξέλιξης της νόσου στην οποία βρίσκεται ο ασθενής (Wright *et al.*, 1985). Η επιβάρυνση που βιώνει η συγκεκριμένη κατηγορία φροντιστών, είναι τόσο μεγάλη, που αποκαλούνται και «κρυφοί δεύτεροι ασθενείς» (Ζαχαροπούλου *et al.*, 2015).

Η επιβάρυνση έχει μελετηθεί σχεδόν σε όλους τους φροντιστές ασθενών που πάσχουν από χρόνιες νόσους, όπως καρκίνος (Higginson & Gao, 2008, Given *et al.* 2004), σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (Piragglia *et al.* 2005), αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (van Excel *et al.*, 2004), σχιζοφρένεια (Reine *et al.*, 2003) και διπολική διαταραχή (Wolff *et al.*, 2006). Ωστόσο, λόγω της έλλειψης σαφούς ορισμού και της γενικότητας που χαρακτηρίζει την συγκεκριμένη έννοια, η χρήση της γίνεται με διαφορετικούς τρόπους. Έτσι, η έννοια της επιβάρυνσης έχει καταλήξει να χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του στρες, των εντάσεων της φροντίδας της ποιότητας ζωής των φροντιστών, τις οικονομικές και σωματικές συνέπειες της φροντίδας κ.α (Chou, 2000).

### **2.3 ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΑΤΥΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΝΟΙΑ**

Τη φροντίδα των ατόμων που πάσχουν από βραχύβιες ή χρόνιες ασθένειες, όπως προαναφέρθηκε αναλαμβάνουν «άτυποι» ή «οικογενειακοί» φροντιστές. Οι πρώτοι παρέχουν φροντίδα χωρίς να λαμβάνουν άμεση χρηματική ανταμοιβή, ενώ οι δεύτεροι αποτελούν μέλη της οικογένειας, που παρέχουν φροντίδα και υποστήριξη σε ένα εξαρτημένο μέλος. Στις ανοϊκές

νόσους η αποκλειστική φροντίδα, η οποία συνδέεται με την χρονιότητα και την εξάρτηση του ασθενή από κάποιο φροντιστή, μπορεί να έχει διάρκεια πάνω από 10 χρόνια, καθώς η κλινική εικόνα των ασθενών είναι συνεχώς επιδεινούμενη. Οι φροντιστές ανήκουν συνήθως στο στενό περιβάλλον των ασθενών. Οι ασθενείς με άνοια συνήθως λαμβάνουν φροντίδα από τους συζύγους τους και όταν οι δεύτεροι απεισιώσουν ή δεν είναι πλέον ικανοί να φροντίζουν τους ασθενείς τη σκυτάλη παίρνουν συχνότερα τα παιδιά των ασθενών. Επιπλέον, τη φροντίδα είναι πιθανό να αναλάβουν άλλα άτομα που μπορεί να ανήκουν και στο ευρύτερο συγγενικό περιβάλλον, δηλαδή να είναι γείτονες, φίλοι ή κάποιοι κοινωνικά ευαισθητοποιημένοι πολίτες. Στο συντριπτικά ωστόσο μεγαλύτερο ποσοστό τους οι φροντιστές είναι ο/η σύζυγος του αρρώστου ή η θυγατέρα του ζευγαριού (Schulz & Martire, 2004). Σύμφωνα με μελέτες που ασχολούνται με την ομάδα των φροντιστών ανοϊκών ασθενών παρατηρείται ότι είναι ως επί το πλείστον μεγάλης ηλικίας, καθώς η άνοια αποτελεί συνήθη νόσο της γεροντικής ηλικίας.

Πιο αναλυτικά, βάσει ευρημάτων μελετών που ασχολούνται με τον ειδικό πληθυσμό των φροντιστών ανοϊκών ασθενών και την παροχή φροντίδας, το 36% αποτελείται από συζύγους, το 28% από θυγατέρες και το 9% από γιούς ασθενών (Grunfeld et al., 1997). Το 61-79% των ατόμων που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με άνοια διαμένουν με τον ασθενή με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εργαστούν και επομένως να αυξάνεται το άμεσο κόστος της νόσου (Sadik et Wilcock, 2003). Σύμφωνα με τους Sadik et Wilcock (2003), οι ώρες που αφιερώνουν οι φροντιστές στην φροντίδα των αγαπημένων τους προσώπων υπολογίζονται περίπου στις 60 με 100 ώρες εβδομαδιαίως. Εξάλλου έχει αποδειχτεί πως ο χρόνος της φροντίδας είναι ανάλογος της γνωστικής και λειτουργικής έκπτωσης των ασθενών (Feldman et al., 2005).

Βάσει έρευνας που διεξήχθη στην Ελλάδα το 2015 διαπιστώθηκε ότι οι φροντιστές ατόμων με Alzheimer είναι στην πλειονότητά τους γυναίκες άνω των 45 ετών, και πιο συγκεκριμένα το 78.2% του συνολικού δείγματος αποτελούν κυρίως από συζύγους ή θυγατέρες. Το 69.4% ζούσε στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή, ενώ το 41.1 % άνηκε στο μεσαίο και υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης (12-18 χρόνια τυπικής εκπαίδευσης) (Dimakoroulou et al., 2015).

## 2.4 Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΩΣ ΑΠΟΤΟΚΟ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η κατηγορία των φροντιστών έχει αποτελέσει ιδιαίτερο αντικείμενο μελέτης για πολλούς επιστήμονες. Αρκετές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα προηγούμενα χρόνια συσχετίζουν θετικά την φροντίδα ανοϊκών ασθενών με την μεγάλη επιβάρυνση της σωματικής, της οικονομικής, κοινωνικής και ψυχοσυναισθηματικής υγείας των φροντιστών σε αντιδιαστολή με την επιβάρυνση που βιώνουν φροντιστές άλλων χρόνιων νοσημάτων αποτελώντας πόλο έλξης για τους μελετητές.

Σύμφωνα με την Εταιρεία Νόσου Alzheimer η επιβάρυνση (σωματική, συναισθηματική, οικονομική, κοινωνική) που υφίστανται οι φροντιστές ενός ατόμου που νοσεί από κάποια χρόνια ασθένεια, ονομάζεται «φορτίο φροντιστών» και αποτελεί όρο που χρησιμοποιείται παγκοσμίως. Η φροντίδα ανοϊκών ασθενών είναι μια κατάσταση η οποία έχει αντίκτυπο σε όλη την οικογένεια. Η άνοια αποτελεί μια προοδευτική νόσο. Καθώς, λοιπόν, η νόσος εξελίσσεται και οι γνωστικές, συναισθηματικές, ψυχικές, νοητικές και σωματικές λειτουργίες του ασθενούς φθίνουν, ο φροντιστής βιώνει όλο και μεγαλύτερη επιβάρυνση (Gallagher, 2011; Germain, 2009; Kang, 2014). Σύμφωνα με έρευνες κάποιοι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την επιβάρυνση αποτελούν τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των φροντιστών. Το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία του φροντιστή, η συζυγική σχέση με τον πάσχοντα και η συγκατοίκηση επιδεινώνουν την επιβάρυνση (Kim, 2012; Eppers, 2008). Επίσης, όσο αφορά το φύλο του ασθενούς, άτομα που παρέχουν φροντίδα σε άντρες ασθενείς με άνοια φαίνεται πως βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση. Ακόμη, το πλαίσιο της παρεχόμενης φροντίδας αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα επιβάρυνσης, δηλαδή όσο περισσότερος χρόνος μεσολαβεί από τη διάγνωση της, όσες περισσότερες ώρες ο φροντιστής ασχολείται με τον ασθενή και όσες περισσότερες επισκέψεις στα επείγοντα των δομών υγείας, επιβαρύνουν τον φροντιστή ακόμη πιο πολύ (Haro, 2014).

Αναμφίβολα η ψυχοσυναισθηματική υγεία των φροντιστών δεν παύει να είναι μία από τις σημαντικότερες πτυχές της ζωής τους που πλήττεται σημαντικά ως απότοκο της παροχής φροντίδας. Η αποκλειστική φροντίδα των ανοϊκών ασθενών αποτελεί ιδιαίτερα κοπιαστικό και απαιτητικό έργο που αναπόφευκτα προκαλεί έντονο άγχος. Το άγχος που προκύπτει ως απόρροια της φροντίδας μπορεί να οφείλεται σε πληθώρα παραγόντων. Πρώτα απ' όλα η

αλλαγή της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας των ασθενών ως αποτέλεσμα της νόσου, είναι ικανές να επηρεάσουν την ψυχολογία των φροντιστών. Έπειτα, η απαιτητική φύση της φροντίδας μπορεί να προκαλέσει έντονο στρες καθώς οι φροντιστές έρχονται αντιμέτωποι με μια πρωτόγνωρη κατάσταση που δεν γνωρίζουν πώς να διαχειριστούν. Πρακτικά ζητήματα, όπως η προσαρμογή του σπιτιού στις ανάγκες των ασθενών, η οικονομική διαχείριση της παρουσίας τους, η ευθυγράμμιση όλης της οικογένειας στις απαιτήσεις της φροντίδας, η μείωση χρόνου και οικονομικών πόρων κ.α. απαιτούν από το φροντιστή να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Η οικονομική επιβάρυνση για την οικογένεια είναι εξίσου σημαντική, καθώς ανακύπτουν θέματα αναπροσαρμογής του χώρου φιλοξενίας, μετεγκατάστασης του ασθενή, κάλυψη ιατρικής παρακολούθησης, αναγκών σίτισης και υγιεινής, δημιουργία προϋποθέσεων ασφάλειας (μπάρες, κλειδαριές, βοηθήματα στήριξης) (Στασινοπούλου, 2002; Τεπέρογλου, 2004).

Αφετέρου οι φροντιστές καλούνται να αντιμετωπίσουν ένα νέο είδος σχέσης με τον ασθενή. Καθώς η άνοια εξελίσσεται, η αλληλεπίδραση, η ανταλλαγή μηνυμάτων, συναισθημάτων και εμπειριών εκλείπει. Το αποτέλεσμα είναι μια μονομερής σχέση. Ο φροντιστής καταλήγει να γίνεται ο μοναδικός πάροχος συναισθημάτων, καθώς ο ασθενής σε βάθος χρόνου εξαιτίας της μεγάλης γνωστικής έκπτωσης δεν αναγνωρίζει τον φροντιστή, ούτε την προϋπάρχουσα σχέση τους. Επιπλέον, η προσωπικότητα του ασθενή αλλοιώνεται, και τίποτα πλέον δε θυμίζει το άτομο που υπήρχε στο παρελθόν, παρά μόνο η εικόνα του και η φαντασιακή αναπαράσταση της προηγούμενης κοινής ζωής. Ο φροντιστής πρέπει να διαχειριστεί τη νέα κατάσταση, όπου μόνο να δίνει επιτρέπεται, χωρίς να λαμβάνει κάποια ανταπόδοση (Παπασταύρου 2005).

Η επιβάρυνση που βιώνει ο φροντιστής στην καθημερινότητά του είναι τόσο μεγάλη, που κάποιιοι δε δίστασαν να χαρακτηρίσουν τη ζωή του «μέρα των 36 ωρών» (Ζαχαροπούλου και συν., 2015). Οι κοινωνικές συναναστροφές περιορίζονται εξαιτίας της πολύωρης ενασχόλησης με τον ασθενή γεγονός που δυσχεραίνει τη δόμηση της κοινωνικής του ταυτότητας, μέσα από την οποία παίρνει κύρος και αναγνώριση (Goffman, 1996). Πλέον, γίνεται αναγνωρίσιμος στους άλλους μέσα από τον νέο του ρόλο, αυτόν του φροντιστή. Οι στόχοι και οι επιθυμίες του παραγκωνίζονται αφού προέχει γι' αυτούς η φροντίδα των αγαπημένων τους προσώπων. Πολλές φορές αισθάνονται πως έχουν παγιδευτεί στο ρόλο αυτό ιδιαίτερα αν παρέχουν εντατική φροντίδα στους ασθενείς. Η ανάγκη για διαρκή διαχείριση των προσωπικών σχέσεων, της σχέσης με τον εαυτό τους και των πρακτικών προβλημάτων που ανακύπτουν, επιφορτίζουν την

καθημερινότητα τους με έντονο και χρόνιο στρες (Παπασταύρου, 2005).

Ένα ακόμη συναίσθημα με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι φροντιστές είναι αυτό της ενοχής. Οι ενοχές που αισθάνονται πιθανόν να οφείλονται στην αδυναμία να προσφέρουν περισσότερα στους αγαπημένους τους προκειμένου να ανατραπούν οι συνέπειες της νόσου. Να νιώθουν άσχημα με τον τρόπο που συνήθιζαν να συμπεριφέρονται στον ασθενή πριν την ασθένεια ή ακόμη μπορεί και οι ίδιοι να αισθάνονται εγωιστές, όταν αφιερώνουν χρόνο στον εαυτό τους. Ακόμη, ίσως και να κατηγορούν τους εαυτούς τους για την έλλειψη ψυχραιμίας, για την αδυναμία να ελέγξουν σκέψεις, που αφορούν αρνητικά συναισθήματα όπως ο θυμός, η απογοήτευση ή ανακούφιση στη σκέψη του θανάτου κ.α. (Alzheimer's Society, 2013).

Επιπρόσθετα, η διαχείριση της προβληματικής συμπεριφοράς του ανοϊκού ασθενή και το αίσθημα ντροπής, που καλείται να αντιμετωπίσει ο φροντιστής φορτίζουν συναισθηματικά τους φροντιστές. Εξαιτίας της νευρολογικής φύσης των ανοϊκών νόσων εμφανίζονται κάποια συμπτώματα που θυμίζουν ψυχιατρικές ασθένειες, προκαλώντας αμηχανία στους φροντιστές, όπως η υπερσεξουαλικότητα, η αδυναμία έκφρασης λογικών συνειρμών, η καχυποψία προς τρίτους, η αίσθηση ότι τους παρακολουθούν ή τους έχουν κλέψει, τα οπτικά ή τα ακουστικά οράματα, οι ψευδαισθήσεις, η κατάθλιψη, η βωβότητα, η άσκοπη περιπλάνηση. Τέτοιου είδους συμπεριφορές δεν γίνονται εύκολα αποδεκτές από την κοινωνία, καθώς παραβιάζουν τους κανόνες ηθικής- κοινωνικής συμπεριφοράς. Όπως άλλωστε είχε πει και ο Goffman το σύνολο της κοινωνίας, κινείται επικριτικά σε σχέση με οποιαδήποτε παρέκκλιση.

## **2.5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Σύμφωνα με μια συγχρονική μελέτη των Mougias et al. (2015) σε δείγμα 161 ασθενών με άνοια, που κατοικούσαν στην Κοινότητα και έκαναν χρήση ιατρείου μνήμης, καθώς και στους αντίστοιχους φροντιστές τους, διαπιστώθηκε ότι η επιβάρυνση των φροντιστών με άνοια ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με άλλες χρόνιες νόσους. Το ερωτηματολόγιο επιβάρυνσης του Zarit χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της επιβάρυνσης της φροντίδας και η κλίμακα CES-D για τη μέτρηση της κατάθλιψης των φροντιστών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι περισσότεροι ασθενείς νοσούσαν από άνοια τύπου Alzheimer (62.73%) σε μέτριο ή σοβαρό στάδιο άνοιας σύμφωνα με το MMSE ( $\mu=11.50$ ). Το 27.95% των ασθενών έπασχαν από

κατάθλιψη, ενώ παρουσίαζαν πέντε προβλήματα συμπεριφοράς κατά μέσο όρο. Το 49.6% των φροντιστών παρουσίαζαν υψηλή επιβάρυνση ( $ZBI > 40$ ) και το 22.4% παρουσίαζε κατάθλιψη.

Σε συγχρονική μελέτη των Ζαχαροπούλου et al. (2015) σε δείγμα 102 φροντιστών στην πόλη της Καλαμάτας με χρήση της κλίμακας επιβάρυνσης (Zarit Burden Interview) βρέθηκε ότι το 57.8% των φροντιστών παρουσίαζαν υψηλή επιβάρυνση με τις γυναίκες να πλήττονται περισσότερο (84.7%). Βάσει συσχετίσεων μεταξύ των διάφορων παραμέτρων φάνηκε ότι η επιβάρυνσή που βιώνουν οι φροντιστές εξαρτάται από παράγοντες όπως το φύλο, τα προβλήματα υγείας και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Ειδικότερα οι μελετητές αναφέρουν ότι « η σοβαρότητα της άνοιας, η επιδείνωση στη λειτουργική ικανότητα και το επίπεδο των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς, ο τύπος της άνοιας, η κατάθλιψη του φροντιστή, αλλά και η φτωχή επικοινωνία με την οικογένεια προκαλούν υψηλή επιβάρυνση. Αυτή έχει συσχετιστεί με συντομότερο χρόνο ιδρυματοποίησης των ασθενών, καθώς και πρόωρη θνησιμότητα για τους φροντιστές. Άλλοι παράγοντες πρόβλεψης της επιβάρυνσης είναι η ηλικία έναρξης της νόσου, το φύλο του φροντιστή, το επίπεδο εκπαίδευσης, η υγεία του, η διάρκεια της φροντίδας, η συγκατοίκηση με τον ασθενή, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου, η οικονομική κατάσταση, η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων, η σχέση ασθενούς- φροντιστή» (Ζαχαροπούλου και συν., 2015).

Στη μελέτη της Ανδρεάκου (2014) στην Αθήνα σε δείγμα 155 φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer, με στόχο τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής τους, φάνηκε πως εμφανίζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε όλες τις διαστάσεις συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Η μεγαλύτερη επιβάρυνση φάνηκε να προέρχεται από την ύπαρξη συναισθηματικών προβλημάτων, του κοινωνικού τους ρόλου και της κατάστασης της ψυχικής τους υγείας (Ανδρεάκου. 2014).

Σε μελέτη του Αντωνίου (2016) σε δείγμα 200 φροντιστών από πέντε μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας για τη διερεύνηση της συσχέτισης της κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer διαπιστώθηκε πως κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του φροντιστή, όπως η μεγάλη ηλικία, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά και η μεγάλη διάρκεια φροντίδας, το μεσαίο στάδιο της νόσου, η μη ύπαρξη υποστηρικτικού πλαισίου αναφοράς συσχετίζεται θετικά με τα μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, το 37.5% των φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα



και παράλληλα σημείωσαν χαμηλή ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (Αντωνίου, 2016).

Στον αντίποδα βρίσκεται η μελέτη του Σαλούστρου (2015), διερευνώντας την ποιότητας ζωής φροντιστών ασθενών με άνοια σε δείγμα 106 άτυπων φροντιστών ασθενών με άνοια στη Ρόδο, διαπιστώθηκε πως η ανάληψη της κύριας ευθύνης για τη φροντίδα ασθενή με άνοια δεν επιβαρύνει την ποιότητα ζωής των άτυπων φροντιστών τους (Σαλούστρος, 2015).

## **2.6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**

Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση των Almeida & Black (2004) για τη διερεύνηση της επίδρασης συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων της άνοιας στην επιβάρυνση των φροντιστών προέκυψε μια μέτρια στατιστικά συσχετισή τους με την επιβάρυνση και την ανάπτυξη κατάθλιψης στους άτυπους φροντιστές ανοϊκών ασθενών (Almeida & Black, 2004). Αντίστοιχα αποτελέσματα προέκυψαν και στη μελέτη της Van Der Linde et al. (2012), διαπιστώνοντας πως τα ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα της άνοιας επηρεάζουν την επιβάρυνση των φροντιστών τους, την κατάσταση της υγείας τους και την ανάπτυξη κατάθλιψης των φροντιστών τους (Van Der Linde et al., 2012).

Μια πρόσφατη μελέτη μετα-ανάλυσης του Cheng (2017), με στόχο τη διερεύνηση της επίδρασης νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων διαφόρων μορφών άνοιας στην επιβάρυνση φροντιστών και την παρουσία κατάθλιψης στους φροντιστές, έδειξε πως κυρίως οι καταστροφικές συμπεριφορές (π.χ. αναταραχή, επιθετικότητα, απόρριψη), που συνεπάγονται παραληρητικές ιδέες και διαταραχές της διάθεσης έχουν αρνητικό αντίκτυπο στον ψυχοσυναισθηματικό κόσμο των φροντιστών ανοϊκών ασθενών, και ειδικότερα στο επίπεδο της επιβάρυνσης και στο επίπεδο της κατάθλιψης. Τέτοιου είδους καταστροφικές συμπεριφορές δημιουργούν εμπόδια στη συναισθηματική σχέση του φροντιστή και του εξαρτώμενου συγγενή με άνοια προκαλώντας ακόμη μεγαλύτερες δυσκολίες και σε άλλους τομείς, όπως αυτόν της καθημερινής φροντίδας (Cheng, 2017).

Άλλη μελέτη στη Μαλαισία σε διαπολιτισμικό δείγμα 70 φροντιστών ασθενών με άνοια για την

επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στο βασικό φροντιστή, με χρήση της συνέντευξης Zarit Burden (ZBI), έδειξε μεγάλη συσχέτιση της επιβάρυνσης των φροντιστών τόσο με την εθνική καταγωγή των φροντιστών όσο και με την άτυπη υποστήριξη, που δέχονται από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς τους. Οι Κινέζοι φροντιστές βρέθηκαν να έχουν υψηλότερο επίπεδο επιβάρυνσης σε σύγκριση με τους Ινδούς και τους Μαλαισιανούς. Η ανεπίσημη υποστήριξη, ιδίως η βοήθεια από τα μέλη της οικογένειας, συνδέθηκε σημαντικά με χαμηλότερη επιβάρυνση των φροντιστών, ενώ αξιοσημείωτο ήταν πως η βοήθεια των βασικών φροντιστών από υπηρέτριες και ιδιωτικές νοσοκόμες δεν μείωσε την επιβάρυνση των φροντιστών. Τα αποτελέσματα υπογράμμισαν τη σημασία της βελτίωσης των δεξιοτήτων αντιμετώπισης της επιβάρυνσης των βασικών φροντιστών, αλλά και την αναγκαιότητα συνδρομής του βασικού φροντιστή στο έργο της φροντίδας από τους υπόλοιπους συγγενείς του (Choo et al., 2003).

Σύμφωνα με μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α σε δείγμα 276 οικογενειακών φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer φάνηκε πως η επιβάρυνση των φροντιστών εξαρτάται από παράγοντες όπως η ηλικία τους, το χρονικό διάστημα παροχής φροντίδας, τον διαθέσιμο χρόνο που οι φροντιστές αφιερώνουν στον εαυτό τους, το βαθμό εξάρτησης του συγγενικού τους προσώπου και τη δυνατότητά του να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες, καθώς επίσης και την προοπτική φροντίδας, δηλαδή το αν η φροντίδα προβλέπεται να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα αποτελέσματα της μελέτης υπογράμμισαν την επιτακτική ανάγκη της υποστήριξης των φροντιστών, κυρίως αυτών που είχαν μεγάλη ηλικία, από υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και υποστήριξης (Tornatore, 2002).

Άλλη μελέτη στην Κίνα με σκοπό τη διερεύνηση της επιβάρυνσης σε οικογενειακούς φροντιστές ασθενών με άνοια σε δείγμα 1.546 άτυπων φροντιστών επισήμανε πως η μέση επιβάρυνση των φροντιστών είναι μικρή (26.6), ενώ σχετιζόταν θετικά με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, τον τύπο άνοιας και τη διάρκεια φροντίδας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν μείζονος σημασίας η εκπαίδευση των οικογενειακών φροντιστών, καθώς η Κίνα αποτελεί χώρα με υψηλό επιπολασμό όλων των τύπων της άνοιας (Tang et al., 2013).

Η μελέτη των Ringer et al. (2017) επισήμανε πως ο αυξημένος κίνδυνος νοσηλείας των ασθενών με νόσο Alzheimer, ο φόβος του θανάτου του ασθενή και η πρόωρη θνησιμότητα για τους ίδιους τους φροντιστές αποτελούν παράγοντες επιβάρυνσης των οικογενειακών

φροντιστών. Ωστόσο, η συντροφικότητα και η ηθική ανταμοιβή δεν παύουν να αποτελούν θετικές πλευρές της φροντίδας. Παρόλα αυτά, τόσο τα χαρακτηριστικά του ασθενή όσο και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του φροντιστή, αλλά και η μεταξύ τους σχέση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους φαίνεται να επηρεάζει το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών (Ringer et al., 2017).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη στην Τουρκία σε δείγμα 50 φροντιστών, διερευνώντας τους παράγοντες κινδύνου της επιβάρυνσης φροντιστών ανοϊκών ασθενών, το 90% των φροντιστών είχε κάποιο βαθμό επιβάρυνσης, χωρίς ωστόσο να διακρίνεται κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των εξεταζόμενων παραγόντων. Ωστόσο, μεγαλύτερα ποσοστά επιβάρυνσης σημειώθηκαν στους συζύγους ή στα ενήλικα τέκνα, συγκριτικά με άλλους συγγενείς φροντιστές, βεβαιώνοντας πως όσο στενότερη σχέση έχει ο φροντιστής με τον ασθενή με άνοια όσο και πιο δύσκολη γίνεται η συναισθηματική φροντίδα και κατ' επέκταση προκύπτει μεγαλύτερη επιβάρυνση (Karlikava et al., 2004).

Αντίστοιχα αποτελέσματα παρουσίασε και μια μελέτη στη Βραζιλία (2004) σε δείγμα 49 οικογενειακών φροντιστών με άνοια καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η στενή συγγένεια μεταξύ ασθενούς και φροντιστή, η διάρκεια του ρόλου του φροντιστή και τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα τους ασθενή αποτελούν τους βασικότερους παράγοντες πρόβλεψης της επιβάρυνσης των φροντιστών τους (Garrido & Menezes 2004).

Τέλος, μια σειρά από άλλες μελέτες επισημαίνουν πως οι περιορισμοί στην κοινωνική ζωή, οι κακοί δείκτες υγείας και η έλλειψη θετικής προοπτικής αποτελούν ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες για την επιβάρυνση των οικογενειακών φροντιστών, ενώ η κατάθλιψη και η εξάντληση του φροντιστή σχετίζονται με τη χαμηλή ποιότητα ζωής του. Επιπλέον, ως παράγοντες που σχετίζονται με την επιβάρυνση βρέθηκαν το χρόνιο άγχος που συνδέεται με το βάρος της φροντίδας, η απουσία βοήθειας από τα άλλα μέλη της οικογένειας, τα επίπονα καθήκοντα φροντίδας και η συνακόλουθη έλλειψη προσωπικού χρόνου και η έλλειψη θετικής ανατροφοδότησης τόσο από τον ασθενή όσο και από το κοινωνικό σύνολο (Hubbell & Hubbell, 2002; Tacai et al., 2009; Tacai et al., 2011).

## **B' ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **3.1. ΕΙΔΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Πρόκειται για περιγραφική, συγχρονική μελέτη επισκόπησης και συσχέτισης, στην οποία χρησιμοποιήθηκαν πολλαπλές μέθοδοι συλλογής και ανάλυσης δεδομένων. Η επιλογή της συγχρονικής μελέτης έγινε τόσο λόγω των χρονικών περιορισμών στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας, όσο και λόγω της έλλειψης επαρκών δεδομένων στον ελλαδικό χώρο σχετικά με την ποιότητα ζωής ατόμων με άνοια, την επιβάρυνση των φροντιστών τους, τους παράγοντες που τις επηρεάζουν, καθώς επίσης και σχετικά με τους επιμέρους στόχους της μελέτης. Τα δεδομένα που θα προκύψουν από την παρούσα μελέτη αναμένεται να αποτελέσουν μια βάση δεδομένων για την περαιτέρω ανάπτυξη της έρευνας πάνω σε αυτά τα πεδία της χώρας μας. Το βασικό ερευνητικό ερώτημα της μελέτης είναι η εύρεση των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ασθενών με άνοια και την επιβάρυνση των φροντιστών. Κρίνεται συνεπώς αναγκαία, όχι μόνο η περιγραφή της κατάστασης αλλά και ο συσχετισμός μεταξύ των μεταβλητών, με στατιστικά μέσα. Γι' αυτό το λόγο διεξήχθη μελέτη επισκόπησης και συσχέτισης.

#### **3.2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Ο λόγος για τον οποίο αποφασίστηκε η εκπόνηση της παρούσας μελέτης ήταν πρωτίστως η αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών φροντίδας και συμβουλευτικής στους φροντιστές ασθενών με άνοια και δευτερευόντως η έλλειψη επαρκών δεδομένων στον ελλαδικό χώρο, όσο αφορά την ψυχολογική κατάσταση ασθενών με άνοια, την επιβάρυνση των φροντιστών τους και τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις παραμέτρους. Τα δεδομένα που θα προκύψουν απ' τη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη θα μπορούσαν να είναι αξιοποιήσιμα στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας και συμβουλευτικής στους ασθενείς με άνοια και τους φροντιστές τους. Δεδομένου ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών και η επιβάρυνση των φροντιστών αποτελούν τους δύο σημαντικότερους στόχους της θεραπείας της άνοιας κρίθηκε ως αδήριτη ανάγκη η διερεύνηση των παραγόντων που τις επηρεάζουν, με απώτερο σκοπό μια αποτελεσματικότερη παρέμβαση.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει τρεις βασικούς στόχους. Ο πρώτος στόχος αφορά την εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών με άνοια και το αντίκτυπο αυτής στους φροντιστές τους. Ο δεύτερος στόχος αφορά τη μέτρηση της επιβάρυνσης των φροντιστών τους και τη διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Ο τρίτος και τελευταίος στόχος αφορά τη σύγκριση και τη συσχέτιση των δεδομένων που θα προκύψουν μεταξύ των δύο ομάδων (ασθενείς - φροντιστές). Βάσει της συνοπτικής διεθνούς βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι σημαντικό να διερευνηθούν περαιτέρω και να επικαιροποιηθούν τα ήδη υπάρχοντα δεδομένα των τριών αυτών παραμέτρων.

### **3.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ:**

Πιο συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

- 1) Πως διαμορφώνεται η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με άνοια; Ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν;
- 2) Πως διαμορφώνεται η ψυχολογική κατάσταση των φροντιστές ασθενών με άνοια; Ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν;
- 3) Είναι οι φροντιστές των ασθενών με άνοια επιβαρυνμένοι και ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την ενίσχυση της επιβάρυνσης τους;
- 4) Κατά πόσο συσχετίζεται η ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών σε σχέση με την αντίστοιχη των φροντιστών τους;

### **3.4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ**

Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί ποσοτική μελέτη και πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Ιούνιο του ίδιου έτους σ' ένα δείγμα 30 ζευγών ασθενών – φροντιστών, που διέμεναν στην Πάτρα, τη Γαστούνη, το Ναύπλιο και το Άργος . Η μέθοδος δειγματοληψίας «σκοπού» (purposeful sampling) κρίθηκε κατάλληλη για το δεδομένο δείγμα και πιο συγκεκριμένα εφαρμόστηκε ο τύπος της δειγματοληψίας χιονοστιβάδας (snowball sampling). Επιλέχθηκε αυτός ο συγκεκριμένος τύπος δειγματοληψίας καθώς ενδείκνυται για ειδικούς πληθυσμούς με σπάνια χαρακτηριστικά, όπως είναι οι φροντιστές ασθενών με άνοια (Ιωαννίδης, 2000).

Για την εφαρμογή της μεθόδου αξιοποιήθηκαν ως «θυρωροί» (γνώστες του σπάνιου χαρακτηριστικού) άτομα που κατέχουν συγκεκριμένες θέσεις, όπως:

- Ιδιώτες νευρολόγοι
- Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) και Σύλλογοι για την προστασία των ηλικιωμένων από την άνοια («Μη Κερδοσκοπικό Σωματείο Αρωγής και Φροντίδας Ηλικιωμένων & Ατόμων με Αναπηρία- ΦΡΟΝΤΙΖΩ»)

Με τη συνεργασία των παραπάνω υπευθύνων αλλά και με προσωπική προσέγγιση ασθενών που τύγχανε να γνωρίζει η ερευνητική ομάδα δημιουργήθηκε κατάλογος ασθενών και των φροντιστών αυτών. Εν συνεχεία, στο πλαίσιο τηλεφωνικής επικοινωνίας με τους φροντιστές διερευνήθηκε:

- Η βούλησή τους να συνεργαστούν για τη διεξαγωγή της μελέτης
- Η ύπαρξη επίσημης διάγνωσης της άνοιας από νευρολόγο ή ψυχίατρο ή από το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας
- Το πρόσωπο που αποτελεί τον κύριο φροντιστή σε περιπτώσεις που υπήρχαν περισσότεροι του ενός φροντιστές
- Η ηλικία του φροντιστή να είναι πάνω από τα 18 έτη

Ακολούθως, προγραμματίστηκαν ραντεβού και πραγματοποιήθηκαν κατ' οίκον επισκέψεις για τη διεξαγωγή συνέντευξης και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών και των σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης. Η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και των σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης στο πλαίσιο συνέντευξης κυμάνθηκε από 40 έως 60 λεπτά .

Τα δεδομένα που προέκυψαν από τις απαντήσεις ασθενών-φροντιστών καταγράφηκαν στο πρόγραμμα Excel και η στατιστική επεξεργασία έγινε στο πρόγραμμα SPSS v.24. Χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά (ποσοστιαία κατανομή, μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις κλπ.) για την ανάλυση των κατηγορικών δεδομένων. Τα ποσοτικά δεδομένα αναλύθηκαν με το t test (για τα μη κατηγορικά δεδομένα που ακολουθούσαν κανονική κατανομή συχνότητων). Ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης ( $\rho$ ) του Spearman χρησιμοποιήθηκε για τη συσχέτιση των διαφόρων μεταβλητών μεταξύ τους. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό στο επίπεδο του  $p < 0.05$ .

### **3.5. ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Αναφορικά με το δείγμα της μελέτης τα χαρακτηριστικά που ορίζονται συνοψίζονται ως εξής:

#### Κριτήρια εισαγωγής στο δείγμα της μελέτης

1. Διάγνωση άνοιας σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM- IV από νευρολόγο
2. Διαμονή του ασθενούς στην οικία του και όχι σε οίκο ευγηρίας
3. Ύπαρξη φροντιστή που να αποτελεί είτε τον κύριο φροντιστή είτε να ασχολείται με τον ασθενή για τουλάχιστον δύο ημέρες την εβδομάδα
4. Ύπαρξη γραπτής συναίνεσης συμμετοχής στη μελέτη, του φροντιστή και του ασθενή

#### Κριτήρια Αποκλεισμού στο δείγμα της μελέτης

1. Ο ασθενής ή/και ο φροντιστής να έχουν άλλη μητρική γλώσσα από την ελληνική
2. Ο ασθενής ή/και ο φροντιστής να έχουν χρόνια, ανίατη ψυχιατρική νόσο ή άλλη ψυχωτική διαταραχή
3. Ο ασθενής ή/και ο φροντιστής να έχουν χρόνιο και ανίατο νόσημα όπως σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια ή άλλη νευρολογική διαταραχή.
4. Ο ασθενής να μένει σε οίκο ευγηρίας ή να έχει νοσηλευτεί σε νοσοκομείο για τουλάχιστον μια εβδομάδα κατά τον τελευταίο μήνα πριν την αξιολόγηση

### **3.6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Τον πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 30 ζεύγη ασθενών- φροντιστών. Μερικοί από αυτούς ανήκαν στο οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της ερευνητικής ομάδας, ενώ κάποιοι άλλοι προσεγγίσθηκαν μέσω ιδιωτών νευρολόγων στην περιοχή της Πάτρας ή μέσω του Μη Κερδοσκοπικού Σωματίου Αρωγής και Φροντίδας Ηλικιωμένων & Ατόμων με Αναπηρία- ΦΡΟΝΤΙΖΩ .

### **3.7. ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Επειδή η έννοια της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια και των φροντιστών τους είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και οι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι πολλαπλοί, είναι

απαραίτητο να καθοριστούν πολλαπλές μεταβλητές και να χορηγηθούν ποικίλα εργαλεία μέτρησης.

Το επίπεδο της γνωστικής έκπτωσης των ασθενών μετρήθηκε με το σταθμισμένο εργαλείο MMSE (Mini Mental State Examination), ενώ οι κατασκευαστικές και οπτικοχωρικές τους ικανότητες μετρήθηκαν με το τεστ ρολογιού (Clock Drawing Test). Το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες μετρήθηκε από το δείκτη λειτουργικότητας Barthel (BI). Η επιβάρυνση των φροντιστών μετρήθηκε τη συνέντευξη επιβάρυνσης του Zarit (Zarit Burden Interview – ZBI), ενώ το ποσοστό κατάθλιψης των ασθενών και των φροντιστών μετρήθηκε με την κλίμακα κατάθλιψης CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia). Τέλος χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και για την παροχή φροντίδας.

Όλα τα παραπάνω εργαλεία αποτέλεσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές της παρούσας μελέτης για κάθε ένα από τα βασικά ερωτήματα που τέθηκαν. Οι έννοιες της ποιότητας ζωής του ασθενούς με άνοια αλλά και της επιβάρυνσης του ατόμου που τον φροντίζει, όπως προαναφέρθηκε, είναι πολύπλευρες και οι παράγοντες που τις επηρεάζουν ποικίλλουν. Συνεπώς, ήταν επιβεβλημένη η μελέτη πολλαπλών μεταβλητών και η χρήση πολλαπλών εργαλείων μέτρησης για την καλύτερη δυνατή προσέγγιση του θέματος .

Καταγράφηκαν στοιχεία τα οποία δύνανται να σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών και την επιβάρυνση των φροντιστών τους ως ανεξάρτητες μεταβλητές της παρούσας μελέτης. Ειδικότερα, επιλέχθηκαν τα κοινωνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και των φροντιστών ως ανεξάρτητες μεταβλητές, καθώς και τα χαρακτηριστικά της φροντίδας που παρουσιάζονται στον πίνακα 3.1. Επιπρόσθετα, έγινε χρήση των κλινικών εργαλείων για την καταγραφή αντιληπτικής και ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης των ασθενών και των φροντιστών τους, όπως αναγράφονται στον πίνακα 3.2.



**Πίνακας 3.1.** Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία ασθενών και φροντιστών

<b>Ασθενής</b>	<b>Φροντιστής</b>
Ηλικία	Ηλικία
Φύλο	Φύλο
Οικογενειακή Κατάσταση	Οικογενειακή Κατάσταση
Αριθμός Ατόμων στο σπίτι	Διαμονή του φροντιστή σε σχέση με τον ασθενή
Φαρμακευτική Αγωγή	Συγγενική σχέση ασθενή- φροντιστή
Εκπαίδευση	Εκπαίδευση
Ύπαρξη ή όχι επαγγελματία βοηθού	Ύπαρξη ή όχι βοήθειας στη φροντίδα του ασθενούς
Συννοσηρότητα (αριθμός ασθενειών)	Εβδομαδιαίος χρόνος φροντίδας
	Κατάσταση της υγείας
	Υποκειμενική οικογενειακή κατάσταση

**Πίνακας 3.2.** Σταθμισμένα εργαλεία που χορηγήθηκαν στο δείγμα ασθενών/ φροντιστών

<b>Ασθενής</b>	<b>Φροντιστής</b>
Γνωστική Έκπτωση (τεστ ρολογιού, MMSE)	Γνωστική Έκπτωση (MMSE)
Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (Barthel)	Επιβάρυνση του φροντιστή (ZBI)
Κατάθλιψη Ασθενή (CSDD)	Κατάθλιψη Φροντιστή (CSDD)

### **3.8. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

Ακολουθεί εκτενέστερη ανάλυση των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση των εξαρτημένων μεταβλητών της μελέτης.

#### **3.8.1. Mini Mental State Examination (MMSE)**

Το πιο ευρέως διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης της γνωστικής λειτουργίας είναι το MMSE (Folstein et al, 1975). Χρησιμοποιείται ως διαγνωστικό εργαλείο στην κλινική πράξη, σε επιδημιολογικές μελέτες και στην κλινική έρευνα για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου και την μελέτη της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Nilson, 2007). Οι γνωστικοί τομείς οι οποίοι εξετάζονται είναι ο χωροχρονικός προσανατολισμός, η προσοχή και η συγκέντρωση, οι πράξεις, η βραχύχρονη μνήμη, η γλώσσα, η ικανότητα εκτέλεσης προφορικής και γραπτής εντολής, η γραφή και η αντιγραφή. Πέντε έως δώδεκα λεπτά είναι αρκετά για τη χορήγησή του από έναν εκπαιδευμένο εξεταστή. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι 0-30, με το χαμηλότερο σκορ να σηματοδοτεί τη μεγαλύτερη γνωστική έκπτωση (Folstein et al, 1975). Ωστόσο, όπως αναφέρει ο ίδιος ο συγγραφέας του MMSE, το συγκεκριμένο εργαλείο δεν μπορεί να υποκαταστήσει την ολοκληρωμένη κλινική εκτίμηση, η οποία είναι προαπαιτούμενη για τη διάγνωση της άνοιας (Folstein et al, 1975). Η ευαισθησία και η εγκυρότητα του MMSE έχουν μελετηθεί εκτενώς. Σε μία ανασκόπηση των ψυχομετρικών του ιδιοτήτων από τους Boustani et al. (2003) η ευαισθησία του MMSE ήταν από 71 έως 92% και ειδικότητα του μεταξύ 56 και 96%. Το MMSE έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα από τους Fountoulakis et al. (1994).

Οι αδυναμίες του MMSE εντοπίζονται στη χαμηλή του ευαισθησία στη διάγνωση της ήπιας γνωστικής διαταραχής και τη διαφοροδιάγνωση σοβαρής και πολύ σοβαρής άνοιας, στην ευαισθησία του στην ηλικία, στο εκπαιδευτικό επίπεδο και στην εθνικότητα, καθώς επίσης και στις ελλειπείς πληροφορίες για πεδία των ανώτερων λειτουργιών που προϋποτίθενται στα διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας (Blackwell et al, 2005). Σε μία μελέτη 18.056 ενηλίκων η μέση τιμή του MMSE ήταν 29 στην ηλικιακή ομάδα 18-24 και 25 για τα άτομα άνω των 80 ετών. Τα αποτελέσματα του MMSE διαφοροποιούνταν κάθε φορά αναλόγως το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Σε όσους είχαν τουλάχιστον εννέα έτη εκπαίδευσης η μέση τιμή του MMSE ήταν

29, στην ομάδα με 5-8 έτη εκπαίδευσης 26 και σε όσους είχαν 0 έως 4 έτη εκπαίδευσης είχαν μέση τιμή MMSE 22 (Crum & al, 1993). Επιπλέον, η κλίμακα δεν είναι ιδιαίτερα ακριβής στη μέτρηση αλλαγών μετά τη θεραπεία (Wilkinson, 2005). Ο ρυθμός ετήσιας αλλαγής του σκορ του MMSE στην άνοια τύπου Αλτσχάιμερ έχει υπολογιστεί σε διάφορες μελέτες από 1.8 έως 4.2 βαθμούς με το ρυθμό ετήσιας αλλαγής να εξαρτάται από το βαθμό της σοβαρότητας της νόσου (Corey- Bloom & Fleisher, 2005).

Παρά την έντονη κριτική που του έχει ασκηθεί, το MMSE δεν παύει να είναι ένα γρήγορο και εύχρηστο εργαλείο που δεν απαιτεί ιδιαίτερη εκπαίδευση για τη χορήγηση του και δύναται να διακρίνει τους ανοϊκούς από τους μη ανοϊκούς ασθενείς. Ακόμη, το MMSE αποδείχθηκε αντάξιο της λεπτομερής εξέτασης των νοητικών λειτουργιών στη διάγνωση της άνοιας, σύμφωνα με μία πρόσφατη μελέτη των Huppert et al. (2005) σε 12.000 άτομα στη Βρετανία. Επίσης, αντιστοιχίζεται σημαντικά με άλλα εργαλεία μέτρησης των γνωστικών λειτουργιών, όπως το ADAS που αποτελεί το κλασικό εργαλείο μέτρησης της γνωστικής κατάστασης στις κλινικές μελέτες (Benson et al, 2005).

Τέλος η σταδιοποίηση της άνοιας σε ήπια (21-25), μέτρια (11-20) και σοβαρή (0-10) είναι εφικτή μέσω του MMSE, καθώς υπήρξε καλή συσχέτιση αυτής με τα στάδια του CDR, με εξαίρεση τα δύο αρχικά στάδια του CDR (0 και 0.5) (Pernecky et al., 2006). Σε μια μελέτη των Kraemer et al.(1998), το MMSE ήταν καλύτερο από το Global Deterioration Scale στα αρχικά στάδια της άνοιας που είναι πιο ευαίσθητο στις μεταβολές της γνωστικής έκπτωσης, ενώ το Global Deterioration Scale ήταν πιο ευαίσθητο στα τελικά στάδια της άνοιας όταν οι εκπώσεις τη λειτουργικότητας καθορίζουν το στάδιο.

### **3.8.2. Τεστ ρολογιού (Clock Drawing Test)**

Το τεστ ρολογιού (clock drawing test) εξετάζει τις κατασκευαστικές και οπτικοχωρικές ικανότητες, την κατανόηση εντολών και την έκπτωση μνήμης (Agrell & Dehljin, 1998), ελέγχοντας τη μετωπιαία, κροταφική και βρεγματική λειτουργία (Shulman et al., 1986). Η χορήγησή του είναι πολύ σύντομη, αφού συνήθως απαιτεί δύο λεπτά και η φύση του είναι μη απειλητική προς τον ασθενή. Τα δύο προαναφερθέντα χαρακτηριστικά του, το καθιστούν ένα

πολύτιμο εργαλείο τόσο στην Πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και στην καθημερινή κλινική πρακτική (Burns et al., 2002).

Το τεστ ρολογιού μπορεί να εκτελεστεί με πολλαπλούς τρόπους και να βαθμολογηθεί ποικιλοτρόπως αναλόγως τη μέθοδο που χρησιμοποιείται. Μπορεί να ζητηθεί απ' τον ασθενή να ζωγραφίσει έναν κύκλο ή ο κύκλος να προϋπάρχει, να τοποθετήσει τους δείκτες του ρολογιού ή όχι. Το μέγιστο σκορ μπορεί να είναι από 1 πόντο (σωστό ή λάθος) μέχρι 31 πόντους (Agrell & Dehljin, 1998). Στην παρούσα μελέτη ακολουθήθηκε η μέθοδος των Solomon et al. (1998) για τις οδηγίες χρήσης του τεστ, σύμφωνα με τις οποίες δεν υπήρχε προσχεδιασμένος κύκλος, καθώς επίσης και για τη ζητούμενη ώρα (11 και 20). Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε και από τους Τσολάκη και συν. (2000) σε ελληνικό πληθυσμό.

Όπως υπολόγισε ο Shulman (2000), η μέση ευαισθησία και ειδικότητα της δοκιμασίας του τεστ του ρολογιού υπολογίστηκε στο 85% και η συσχέτιση με το MMSE ήταν υψηλή, βάσει μίας ανασκόπησης κλινικών μελετών στις οποίες χρησιμοποιήθηκε. Ανεξαρτήτως του τρόπου βαθμολόγησης η αξιοπιστία του τεστ είναι υψηλή. Σύμφωνα με το συγγραφέα, το τεστ του ρολογιού πληροί τα κριτήρια ενός διαγνωστικού εργαλείου αποτελώντας ένα συμπληρωματικό εργαλείο στο MMSE. Το MMSE, συχνά, δεν μπορεί να ανιχνεύσει την εκτελεστική γνωστική δυσλειτουργία. Συνεπώς, η διαγνωστική αξία του τεστ ρολογιού είναι σημαντική. Ωστόσο, η χαμηλή του ευαισθησία στη διάγνωση της πολύ ήπιας άνοιας αποτελεί μειονέκτημα του συγκεκριμένου εργαλείου (Powlista et al., 2002).

### **3.8.3. Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)**

Η κλίμακα Cornell (Alexopoulos et al., 1988) αποτελεί μία εξειδικευμένη κλίμακα για την εκτίμηση της κατάθλιψης στην άνοια. Μια συνέντευξη 10 λεπτών με τον ασθενή και 20 λεπτών με το φροντιστή απαιτείται για τη χορήγησή της. Η κλίμακα Cornell εμπεριέχει 19 πεδία τα οποία αξιολογούνται ως σοβαρά, ήπια ή απόντα. Βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 8 σηματοδοτεί σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα. Αποτελεί την καλύτερη διαθέσιμη κλίμακα για την εκτίμηση της κατάθλιψης σε παρουσία γνωστικής έκπτωσης (Burns et al., 2002).

Παρόλο που ο εξεταστής συλλέγει εκτεταμένες πληροφορίες και από τον ασθενή και από τον φροντιστή οι οδηγίες δεν προσδιορίζουν ποιες πληροφορίες ο εξεταστής πρέπει να θεωρήσει

σημαντικές και αξιόπιστες. Η εσωτερική συνέπεια, η αξιοπιστία μεταξύ εξεταστών και η σύγχρονη εγκυρότητα της κλίμακας είναι αποδεκτές. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας είναι αποδεκτές και στην σοβαρή άνοια. Η ευαισθησία στην αλλαγή έχει επίσης αποδειχθεί σε κλινικές δοκιμές (Bums et al., 2002).

Η κλίμακα CSDD έχει δείξει μεγαλύτερη ευαισθησία στη διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια συγκριτικά με άλλες τροποποιημένες κλίμακες για συμπλήρωση από τον φροντιστή (BDI, Ham-D, GDS) και διατηρεί την αξιοπιστία και ειδικότητα του στη διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια (Schrag et al., 2007; Korner, 2006). Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για χρήση σε ελληνικό πληθυσμό από τους Politis et al. (2006).

#### **3.8.4. Zarit Burden Interview (ZBI)**

Η κλίμακα επιβάρυνσης του Zarit (ZBI) αποτελείται από 22 δηλώσεις, που αντικατοπτρίζουν τα συναισθήματα που συχνά αισθάνονται οι φροντιστές ηλικιωμένων ατόμων με άνοια, και μετράει την υποκειμενική επιβάρυνση που αισθάνονται. Ο φροντιστής καλείται να απαντήσει σε μία κλίμακα με ανιούσα διάταξη πόσο συχνά έχει αισθανθεί κατ' αυτό τον τρόπο. Οι ερωτήσεις αφορούν τη σωματική και ψυχική υγεία του φροντιστή, την οικονομική του κατάσταση, την κοινωνική του ζωή αλλά και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Zarit et al, 1980). Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στα 22 λήμματα και κυμαίνεται από 0 έως 88. Η μεγαλύτερη βαθμολογία σηματοδοτεί και μεγαλύτερη επιβάρυνση. Έχουν αναπτυχθεί άλλες τρεις σύντομες εκδοχές της κλίμακας επιβάρυνσης του Zarit (με 18, 12 και 4 λήμματα) που έδειξαν καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και σχετίζονταν με την αρχική κλίμακα (Whitlatch et al. 1991, Bedard et al. 2001). Σύμφωνα με μία μελέτη των Ankri et al. (2005) η κλίμακα επιβάρυνσης του Zarit μπορεί να ελέγξει τρεις διαφορετικές διαστάσεις της επιβάρυνσης: α) την επίδραση στην κοινωνική και προσωπική ζωή του ασθενούς, β) την ψυχολογική επιβάρυνση και γ) το αίσθημα ενόχων. Με βάση τη συνολική βαθμολογία δημιουργούνται τέσσερις κατηγορίες επιβάρυνσης:

- Καθόλου έως λίγη επιβάρυνση (σκορ 0- 20)
- Ήπια έως μέτρια επιβάρυνση (σκορ 21-40)
- Μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση (σκορ 41-60)
- Σοβαρή επιβάρυνση (σκορ 61-88).

Μια άλλη διάκριση της επιβάρυνσης την διαχωρίζει σε τέσσερις 4 διαστάσεις (παράγοντες):

- Προσωπική ένταση (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 8,9,10,14,15,16,17,18,22). Η προσωπική ένταση αφορά έντονα συναισθήματα χρόνιας κόπωσης των φροντιστών και μιας αντίληψης ύπαρξης προβλημάτων υγείας στους ίδιους. Το υψηλό σκορ στη διάσταση αυτή υποδεικνύει συναισθήματα απελπισίας του φροντιστή δεδομένου ότι αισθάνεται πως έχει φτάσει στα όρια των αντοχών του.
- Ένταση ρόλου (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 1,4,5,6,7,13,19). Η ένταση ρόλου σχετίζεται με το βάρος που αισθάνεται ο φροντιστής ως αποτέλεσμα της εμπλοκής του στη διαδικασία της φροντίδας (π.χ. αρνητικά συναισθήματα για τον ασθενή, άγχος για τη φροντίδα του κλπ.)
- Αποστέρηση σχέσεων (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 2,3,11 και 12). Η αποστέρηση σχέσεων συνεπάγεται την «κοινωνική επιβάρυνση» του φροντιστή, καθώς αισθάνεται πως εξαιτίας της φροντίδας δεν έχει αρκετό χρόνο για τον εαυτό του, την οικογένειά και τους φίλους του.
- Διαχείριση της φροντίδας (περιλαμβάνει τις ερωτήσεις 20 και 21). Η διαχείριση της φροντίδας αντικατοπτρίζει τη συναισθηματική κατάσταση του φροντιστή για το κατά πόσο μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στις απαιτήσεις της φροντίδας του ασθενή με άνοια. Υψηλό σκορ σε αυτή τη διάσταση επιβάρυνσης μπορεί να σηματοδοτεί την έναρξη παραμέλησης, κακοποίησης ή και μετάθεσης της φροντίδας σε άλλους (Παπασταύρου, 2006).

Η κλίμακα ZBI αποτελεί την πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της επιβάρυνσης φροντιστών ασθενών με άνοια, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί και σε διάφορες άλλες νόσους, όπως στη μυϊκή δυστροφία (Boyer et al, 2006), στη σχιζοφρένεια (Caqueo- Urizar & Gutierrez-Maldonado, 2006), στην κατάθλιψη (Leinonen et al, 2001), στον καρκίνο τελικού σταδίου (Goldstein et al, 2004), στον καρκίνο του στήθους (Grinfeld et al, 2004) και στην καρδιακή ανεπάρκεια (Hooley et al, 2005). Η κλίμακα του Zarit έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για χρήση στην Ελλάδα (Ιατράκη, 2005) και την Κύπρο (Παπασταύρου 2006, Papastavrou et al, 2007).

### 3.8.5. Η κλίμακα Barthel

Η κλίμακα Barthel αποτελεί μια κλίμακα αξιολόγησης που σχεδιάστηκε από τον Barthel (1965) για τη διερεύνηση της λειτουργικότητας και της αυτοεξυπηρέτησης. Όταν συμπληρώνεται από το φροντιστή μέσω άμεσης παρατήρησης απαιτούνται από δύο έως πέντε λεπτά για τη συμπλήρωσή της, ενώ όταν είναι σε θέση ο ίδιος ο ασθενής να τη συμπληρώσει απαιτούνται δέκα περίπου λεπτά. Στην παρούσα μελέτη οι φροντιστές απάντησαν αναφορικά με τη λειτουργικότητα των ασθενών. Η κλίμακα αυτή αξιολογεί 10 δραστηριότητες (8 καθημερινής ζωής και 2 μετακίνησης). Κάθε ερώτηση είναι βαθμολογημένη με τέτοιο τρόπο ώστε να προκύπτει το κατά πόσο ο ίδιος ο ασθενής είναι σε θέση να διεκπεραιώσει συγκεκριμένες δραστηριότητες ή χρειάζεται βοήθεια ή δεν μπορεί καθόλου. Συγκεκριμένα, ο ασθενής βαθμολογείται με:

- 0, αν έχει πλήρη εξάρτηση
- 5, αν έχει ανάγκη βοήθειας και
- 10, αν έχει πλήρη ανεξαρτησία.

Ένα γενικό αποτέλεσμα προκύπτει από το άθροισμα όλων των βαθμολογιών μαζί και αναδεικνύει το ποσό του χρόνου και τη βοήθεια που θα χρειαστεί ο ασθενής. Το εύρος των τιμών κυμαίνεται από το 0 έως το 100, με το μεγαλύτερο σκορ να σηματοδοτεί τη μεγαλύτερη ανεξαρτησία. (Wylie & White, 1964). Οι Shan et al, (1989) πρότειναν την παρακάτω κατηγοριοποίηση με βάση τη βαθμολογία:

- 0-20, που υποδηλώνει πλήρη εξάρτηση – ιδρυματοποίηση
- 21-40, που υποδηλώνει βαριά ανικανότητα – εξάρτηση από βοηθό άτομο
- 41-60, που υποδηλώνει μέσης βαρύτητας εξάρτησης – δυνατότητα μέγιστης βελτίωσης
- 61-90, που υποδηλώνει ελαφριά εξάρτηση και
- 91-100, που υποδηλώνει καμία εξάρτηση

### 3.9. Περιορισμοί της μελέτης

Ο κύριος περιορισμός της μελέτης έγκειται στο γεγονός ότι οι απαντήσεις αναφορικά με τον δείκτη Barthel (BI) δόθηκαν από τους άτυπους φροντιστές. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει μια υποκειμενική εκτίμηση και όχι τις πραγματικές απόψεις των ασθενών. Αφετέρου θα πρέπει

να συνεκτιμηθεί και η δυσκολία των ίδιων των ασθενών να απαντήσουν τα ερωτήματα της συγκεκριμένης κλίμακας εξαιτίας των κλινικών χαρακτηριστικών της άνοιας. Ακόμη, υπήρξαν περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δυσκολεύτηκαν να κατανοήσουν τις ερωτήσεις. Η δυσκολία αυτή υπερνικήθηκε με την παράθεση επεξηγήσεων και παραδειγμάτων, καθώς η συμπλήρωση των απαντήσεων γινόταν από τις ίδιες τις ερευνήτριες.

### **3.10. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας**

Η εκδήλωση ενδιαφέροντος για τη συμμετοχή στην έρευνα γινόταν κατόπιν τηλεφωνικής συνεννόησης με την ερευνητική ομάδα, και ακολούθως προγραμματιζόταν η συνέντευξη για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επιπρόσθετα, υπήρχε έγγραφη συναίνεση του κάθε συνεντευξιαζόμενου, αλλά και προφορική επεξήγηση για τον σκοπό της έρευνας και για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Η έγγραφη συναίνεση συνεπαγόταν την συμμετοχή στην έρευνα μέσω υπογραφής της παρακάτω δήλωσης:

«Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας».

### **3.11. Στατιστική επεξεργασία**

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της παρούσας πτυχιακής εργασίας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό πακέτου SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v. 24 για Windows.



Τα δεδομένα των κλιμάκων ZBI, CSDD, MMSE και Barthel, που αποτέλεσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές της παρούσας μελέτης για καθένα από τα ερευνητικά ερωτήματα, ακολουθούσαν κανονική κατανομή.

Για την ανάλυση των δημογραφικών δεδομένων και τη διερεύνηση του επιπολασμού των γνωσιακών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων των ασθενών με άνοια και των φροντιστών τους, υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις μέσω του προγράμματος Excel.

Για τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις εξαρτημένες και τις κατηγορικές μεταβλητές ανάλογα με την κανονικότητα των κατανομών χρησιμοποιήθηκε:

- η δοκιμασία **Student's t-test** (σύγκριση δύο ομάδων)

Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ των εξαρτημένων μεταβλητών, των ποσοτικών μεταβλητών της μελέτης και την κατεύθυνση της σχέσης αυτής χρησιμοποιήθηκε:

-ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (σε περίπτωση που όλες οι μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή) και ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (σε περίπτωση που μία μεταβλητή δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ**

### **4.1.ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ**

#### **4.1.1. Φύλο**

Στη διαδικασία συλλογής δεδομένων συμμετείχαν 30 φροντιστές, από τους οποίους οι 4 (13%) ήταν άνδρες και οι 26 (87%) γυναίκες.

#### **4.1.2. Ηλικία**

Η μέση ηλικία των φροντιστών ήταν τα 55.9 έτη, με μικρότερη ηλικία τα 40 και μεγαλύτερη τα 84 (τυπική απόκλιση= 12.38) και τυπικό σφάλμα μέσου 1.71.

**Πίνακας 4.1.** Αποτελέσματα διασποράς της ηλικίας των φροντιστών ανάλογα με το φύλο τους.

Φύλο Φροντιστή	Πλήθος (n)	Μέγιστη Ηλικία	Ελάχιστη Ηλικία	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Μέσο Τυπικό Σφάλμα
Άνδρες	4	84	55	66.75	12.38	6.19
Γυναίκες	26	72	40	54.27	7.56	3.78

#### 4.1.3. Οικογενειακή Κατάσταση Φροντιστών

Από τους 30 φροντιστές του δείγματος οι 24 (80%) ήταν έγγαμοι, οι 3 (10%) διαζευγμένοι και οι άλλοι 3 (10%) άγαμοι. Οι φροντιστές είχαν κατά μέσο όρο 2 παιδιά, με ελάχιστη τιμή το 0 (άτεκνοι) και μέγιστη τιμή 4 παιδιά (τυπική απόκλιση 1.10).

#### 4.1.4. Συγγενική σχέση φροντιστή και ασθενή

Από τους φροντιστές που ερωτήθηκαν για τις ανάγκες της έρευνας **κανένας** δεν ήταν επαγγελματίας βοηθός, καθώς όλοι είχαν κάποια άμεση ή έμμεση συγγενική σχέση με τους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, η κατανομή των φροντιστών του δείγματος με βάση το είδος συγγένειας που είχαν με τον ασθενή παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα:

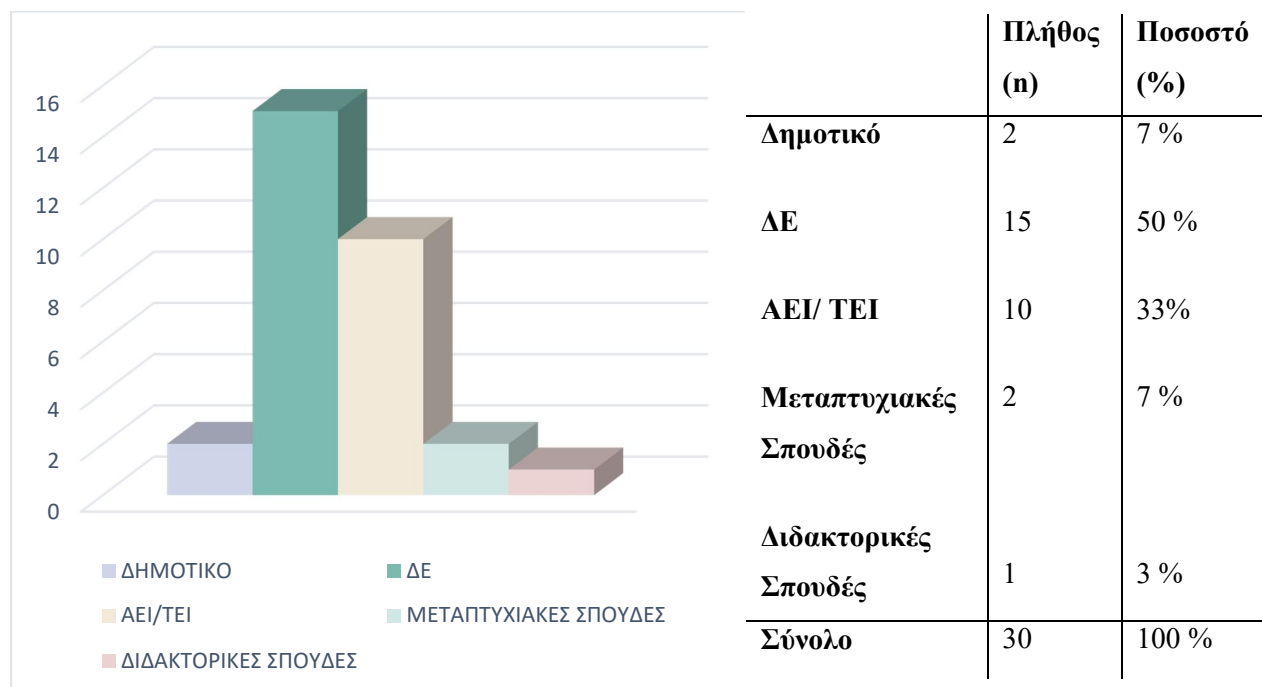
**Πίνακας 4.2.** Ακριβής οικογενειακή σχέση ασθενών- φροντιστών.

	<b>Πλήθος (n)</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Σύζυγος (άνδρας και γυναίκα)</b>	6	20 %
<b>Κόρη</b>	18	60 %
<b>Γιος</b>	2	7 %
<b>Νύφη</b>	2	7 %
<b>Ανιψιά</b>	1	3 %
<b>Ξαδέρφη</b>	1	3 %
<b>Σύνολο Φροντιστών</b>	30	100 %

#### **4.1.5. Εκπαίδευση**

Οι φροντιστές των ασθενών με άνοια που αξιολογήθηκαν είχαν κατά μέσο όρο 13.23 έτη εκπαίδευσης με ελάχιστη τιμή τα 6 χρόνια (απόφοιτος δημοτικού) και μέγιστη τιμή τα 25 έτη (διδασκαλικές σπουδές) (τυπική απόκλιση= 6.21). Η ποσοστιαία κατανομή της κλίμακας εκπαίδευσης των φροντιστών παρουσιάζονται στην παρακάτω εικόνα και αναλυτικότερα στο διπλανό πίνακα.

**Πίνακας 4.3.** Ραβδόγραμμα ποσοστιαίας κατανομής της εκπαιδευτικής κλίμακας των φροντιστών.



#### 4.1.6. Διαμονή φροντιστή σε σχέση με τον ασθενή

Από τους 30 φροντιστές οι 14 (47%) διέμεναν στο ίδιο σπίτι, οι 5 (17%) διέμεναν στην ίδια γειτονιά, οι 4 (13%) διέμεναν στην ίδια πολυκατοικία αλλά σε άλλο όροφο, επιπλέον άλλα 4 (13%) άτομα διέμεναν σε διπλανό σπίτι ενώ μόλις 3 (10%) κατοικούσαν σε άλλη πόλη ή χωριό. Οι φροντιστές οι οποίοι διέμεναν στην ίδια πολυκατοικία αλλά σε διαφορετικό όροφο δήλωσαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης πως αισθάνονται σα να μένουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή καθώς ο βαθμός εξάρτησής τους είναι μεγάλος με αποτέλεσμα να αισθάνονται πολύ μεγάλη επιβάρυνση. Για το λόγο αυτό, στα επόμενα στάδια της μελέτης οι φροντιστές που μένουν στο ίδιο σπίτι με τους ασθενείς θα συμπεριληφθούν στην ίδια ομάδα με τους φροντιστές που μένουν στην ίδια πολυκατοικία αλλά σε ξεχωριστό όροφο όταν θα γίνει αξιολόγηση της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το είδος διαμονής ασθενή- φροντιστή.

#### 4.1.7. Χαρακτηριστικά Παροχής Φροντίδας

Ο μέσος όρος συνολικής παροχής φροντίδας από την αρχή της διάγνωσης ήταν 47.5 μήνες (τυπική απόκλιση= 40.51), με μέγιστη τιμή τους 180 μήνες φροντίδας και ελάχιστη τιμή τους 5 μήνες. Επιπλέον, φαίνεται πως οι φροντιστές ασχολούνται κάθε μέρα με τη φροντίδα των συγγενών τους καθώς ο μέσος όρος των ημερών που οι φροντιστές παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς εβδομαδιαίως είναι 6.97 (τυπική απόκλιση= 0.18) με μέγιστη τιμή τις 7 ημέρες και ελάχιστη τιμή τις 6 μέρες ανά βδομάδα. Τέλος, ο μέσος όρος των ωρών που ασχολούνται οι φροντιστές καθημερινά με τη φροντίδα των ασθενών ανέρχεται σε 11.4 ώρες ημερησίως (τυπική απόκλιση= 8.17) με μέγιστη τιμή τις 24 ώρες και ελάχιστη τις 2. Τα αποτελέσματα αυτά, επιβεβαιώνουν τις υψηλές απαιτήσεις της φροντίδας των ασθενών με άνοια και δικαιολογούν τα υψηλά ποσοστά επιβάρυνσης των φροντιστών.

**Πίνακας 4.4.** Κατανομή του χρόνου παροχής φροντίδας

	<b>Μ.Ο.</b>	<b>Ελάχιστη Τιμή</b>	<b>Μέγιστη Τιμή</b>	<b>Τυπική Απόκλιση</b>
<b>Μήνες</b>	47.5	5	180	40.51
<b>Μέρες</b>	6.97	6	7	0.18
<b>Ώρες</b>	11.4	2	24	8.17

#### 4.1.8. Επιμερισμός Φροντίδας

Κανένας από τους φροντιστές δεν αποτελούσε επαγγελματία βοηθό ούτε είχε προσλάβει επαγγελματία βοηθό για τη φροντίδα του ασθενούς. Αναφορικά με τον επιμερισμό της φροντίδας του ασθενούς, 12 (40%) φροντιστές ανέφεραν πως δεν δέχονται βοήθεια από κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας ή επαγγελματία βοηθό, ενώ 18 φροντιστές ανέφεραν πως μοιράζονται τη φροντίδα με κάποιο άλλο συγγενικό τους πρόσωπο. Συνήθως τα άτομα με τα οποία επέλεξαν να μοιράσουν το έργο της φροντίδας του ασθενούς ήταν γονείς, παιδιά, αδέρφια και σε ελάχιστες περιπτώσεις σύζυγοι.

#### **4.1.9. Ενημέρωση**

Πάνω από τους μισούς φροντιστές (60%/ 18 άτομα) δήλωσαν ότι έχουν λάβει ενημέρωση σχετικά με την άνοια είτε από τους νευρολόγους των ασθενών είτε από τους εξειδικευμένους ψυχολόγους που τους επισκέπτονταν κατ' οίκον μέσω του σωματείου «ΦΡΟΝΤΙΖΩ» που παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής σε φροντιστές ασθενών με άνοια. Το υπόλοιπο 40% (12 άτομα) των φροντιστών που έλαβαν μέρος στην έρευνα δήλωσαν πως δεν έχουν λάβει μέχρι στιγμής κάποια επίσημη ανακοίνωση από κάποιον ειδικό.

#### **4.1.10. Οικονομική Κατάσταση Φροντιστή**

Όταν ζητήθηκε από τους φροντιστές να χαρακτηρίσουν την οικονομική τους κατάσταση (σε καλή, μέτρια και προβληματική) κανένας του δεν την χαρακτήρισε προβληματική, 12 (40%) φροντιστές την χαρακτήρισαν μέτρια και 18 φροντιστές (60%) τη χαρακτήρισαν καλή.

#### **4.1.11. Προβλήματα Υγείας Φροντιστή**

Σε ερώτηση που τέθηκε στους φροντιστές για το αν αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα υγείας, οι ίδιοι έπρεπε να αναφέρουν όλα τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν τόσο στο παρελθόν όσο και τη δεδομένη στιγμή της έρευνας προκειμένου να εντοπισθεί αν υπάρχει κάποια δυσχέρεια ως προς την παροχή βοήθειας. Από τους 30 φροντιστές οι 14 (47%) δήλωσαν πως δεν αντιμετώπιζαν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας, ενώ οι υπόλοιποι στην πλειοψηφία τους αντιμετώπιζαν ορθοπεδικά προβλήματα, χοληστερίνη και θυρεοειδή. Πιο συγκεκριμένα, στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται πλήρως τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζε το δείγμα των φροντιστών.

**Πίνακας 4.5.** Αναλυτική παρουσίαση των προβλημάτων υγείας των φροντιστών

<b>ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>Πλήθος (n)</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
ΚΑΝΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	14	47
ΠΡΟΣΤΑΤΗΣ, ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ, ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΕΣΙΑ	1	3
By-pass	1	3
ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	2	7
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ	3	10
ΑΘΡΟΙΤΙΔΑ, ΓΟΠ, ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΧΟΛΗΣ, ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ	1	3
ΠΙΕΣΗ, ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ	2	7
ΘΥΡΕΟΕΙΔΗΣ	3	10
ΟΣΤΕΟΑΘΡΟΙΤΙΔΑ, ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ, ΥΠΕΡΤΑΣΗ	1	3
ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ, ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ	1	3
ΥΠΕΡΤΑΣΗ	1	3
<b>Σύνολο</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Παρακάτω, παρατίθενται σ' έναν συγκεντρωτικό πίνακα η κατανομή κάποιων συγκεκριμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών με βάση το φύλο του φροντιστή.

*Πίνακας 4.6. Συνολική κατανομή των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών με βάση το φύλο του φροντιστή*

<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>	<b>ΦΥΛΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ</b>			
	<b>Άνδρες</b>		<b>Γυναίκες</b>	
	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΗ</b>				
Άνδρας	n= 0	<b>0%</b>	n= 5	<b>16.67%</b>
Γυναίκα	n= 4	<b>13.33%</b>	n= 21	<b>70%</b>
<b>ΥΠΑΡΞΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ</b>				
Ναι	n= 4	<b>13.33%</b>	n= 14	<b>46.67%</b>
Όχι	n= 0	<b>0%</b>	n= 12	<b>40%</b>
<b>ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΗ</b>				
65- 74	n= 0	<b>0%</b>	n= 5	<b>16.67%</b>
75- 84	n= 3	<b>10%</b>	n= 9	<b>30%</b>
85- 94	n= 1	<b>3.33%</b>	n= 12	<b>40%</b>
<b>ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΟΙΑΣ</b>				
Πρώιμο	n= 0	<b>0%</b>	n= 9	<b>30%</b>
Μεσαίο	n= 4	<b>13.33%</b>	n= 17	<b>56.67%</b>
Προχωρημένο	n= 0	<b>0%</b>	n= 0	<b>0%</b>

#### **4.2.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ**

##### **4.2.1. Γνωστική έκπτωση φροντιστών ασθενών με άνοια**

Η μέτρηση της γνωστικής έκπτωσης των φροντιστών ασθενών με άνοια πραγματοποιήθηκε μέσω του σταθμισμένου εργαλείου MMSE, προκειμένου να εξασφαλισθεί πως οι φροντιστές διαθέτουν ένα φυσιολογικό επίπεδο λειτουργικότητας, ώστε αφενός να πάρουν μέρος στην έρευνα και να απαντήσουν στα ερωτήματα και αφετέρου για να διαπιστωθεί ότι διαθέτουν ένα επαρκές επίπεδο γνωστικών λειτουργιών προκειμένου να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα



στους ασθενείς. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας από το MMSE, όπως προέκυψε από την αξιολόγηση του δείγματος των φροντιστών, ήταν 28.47 (τυπική απόκλιση= 1.12) με μέγιστη τιμή 30 και ελάχιστη τιμή το 27.

#### 4.2.2. Κατάθλιψη φροντιστών ασθενών με άνοια

Η μελέτη της ύπαρξης καταθλιπτικών στοιχείων ανάμεσα στο δείγμα των φροντιστών υπολογίστηκε με τη μορφή συνέντευξης μέσω της κλίμακας κατάθλιψης CSDD. Η μέση τιμή ήταν 11.77 (τυπική απόκλιση= 6.55) με ελάχιστη τιμή το 0 (δηλαδή κανέναν σύμπτωμα κατάθλιψης) και μέγιστη τιμή το 23.

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται αναλυτικά η κατανομή των φροντιστών με βάση συγκεκριμένες κατηγορικές μεταβλητές και το σκορ τους όπως προέκυψε μέσα από την κλίμακα κατάθλιψης CSDD.

**Πίνακας 4.7.** Συνολική κατανομή των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με βάση τα αποτελέσματά τους στην κλίμακα κατάθλιψης CSDD

<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ</b>	<b>ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ CSDDI</b>					
	<b>Μικρό ή κανένα καταθλιπτικό επεισόδιο ( 0- 10 )</b>		<b>Πιθανό καταθλιπτικό επεισόδιο ( 11-18 )</b>		<b>Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο ( &gt;19 )</b>	
	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>ΦΥΛΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ</b>						
Άνδρας	n= 1	3.33%	n= 2	6.67%	n= 1	3.33%
Γυναίκα	n= 12	40%	n= 11	36.67%	n= 3	10%
<b>ΥΠΑΡΞΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ</b>						
Ναι	n= 8	26.67%	n= 9	30%	n= 1	3.33%
Όχι	n= 4	13.33%	n= 6	20%	n= 2	6.67%
<b>ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>						
Ναι	n= 8	26.67%	n= 9	30%	n= 1	3.33%

Όχι	n= 4	13.33%	n= 6	20%	n= 2	6.67%
<b>ΣΧΕΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ – ΑΣΘΕΝΗ</b>						
Σύζυγος	n= 8	26.67%	n= 11	36.67%	n= 1	3.33%
Παιδί	n= 2	6.67%	n= 2	6.67%	n= 2	6.67%
Άλλο	n= 2	6.67%	n= 2	6.67%	n= 0	0%
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ</b>						
Έγγαμος	n= 9	30%	n= 12	40%	n= 3	10%
Διαζευγμένος	n= 1	3.33%	n= 2	6.67%	n= 0	0%
Άγαμος	n= 2	6.67%	n= 1	3.33%	n= 0	0%
<b>ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ</b>						
Κακή	n= 0	0%	n= 0	0%	n= 0	0%
Μέτρια	n= 3	10%	n= 8	26.67%	n= 2	6.67%
Καλή	n= 9	30%	n= 7	23.33%	n= 1	3.33%
<b>ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ</b>						
Δημοτικό	n= 0	0%	n= 2	6.67%	n= 0	0%
Δευτ/βάθμια Εκπαίδευση	n= 7	23.33%	n= 7	23.33%	n= 1	3.33%
Τριτ/βάθμια Εκπαίδευση	n= 5	16.67%	n= 6	20%	n= 2	6.67%
<b>ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΜΗΝΕΣ)</b>						
< 12	n= 3	10%	n= 0	0%	n= 0	0%
12 < 24	n= 2	6.67%	n= 7	23.33%	n= 1	3.33%
24 < 36	n= 3	10%	n= 1	3.33%	n= 0	0%
36 < 48	n= 0	0%	n= 3	10%	n= 0	0%
48 < 60	n= 3	10%	n= 1	3.33%	n= 0	0%
60 < 72	n= 0	0%	n= 1	3.33%	n= 0	0%
>72	n= 1	3.33%	n= 2	6.67%	n= 2	6.67%
<b>ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΟΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ</b>						
Πρώιμο	n= 5	16.67%	n= 4	13.33%	n= 0	0%
Μεσαίο	n= 7	23.33%	n= 11	36.67%	n= 3	10%
Προχωρημένο	n= 0	0%	n= 0	0%	n= 0	0%
<b>ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΣΠΙΤΙ/ ΠΟΛΥΚΑΤΟΙΚΙΑ</b>						
Ναι	n= 7	23.33%	n= 10	33.33%	n= 2	6.67%

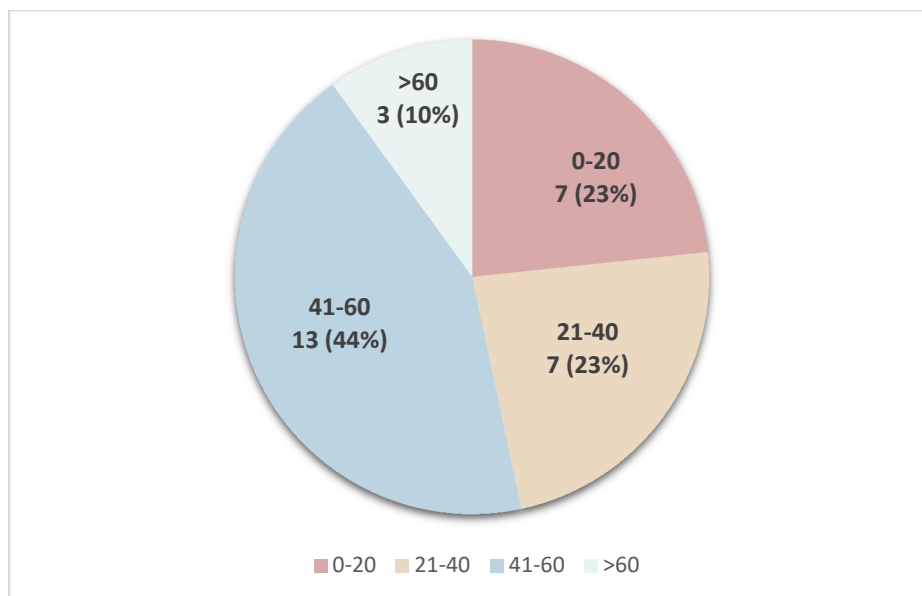
Όχι	n= 5	16.67%	n= 5	16.67%	n= 1	3.33%
-----	------	--------	------	--------	------	-------

#### 4.2.3. Επιβάρυνση φροντιστών ασθενών με άνοια

Το μέγεθος επιβάρυνσης των φροντιστών υπολογίστηκε με την κλίμακα ZBI και ανέδειξε ως μέση τιμή το 38.8 (τυπική απόκλιση= 17.65) καθώς επίσης ως μέγιστη τιμή ορίστηκε το 69 και ελάχιστη το 0 (καμία επιβάρυνση).

Προκειμένου να γίνει λεπτομερέστερη ανάλυση της κλίμακας ZBI, η επιβάρυνση χωρίστηκε σε τέσσερις βαθμίδες με βάση το αποτέλεσμα που σκοράρει ο φροντιστής. Μικρή ή καμία επιβάρυνση (ZBI 0- 20), ήπια έως μέτρια επιβάρυνση (ZBI 21- 40), μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση (ZBI 41-60) και σοβαρή επιβάρυνση (ZBI >60). Τα λεπτομερή αποτελέσματα της κατανομής των φροντιστών με βάση την κλίμακα επιβάρυνσης (ZBI) παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 4.8.** Κυκλικό διάγραμμα ποσοστιαίας κατανομής των φροντιστών με βάση το βαθμό επιβάρυνσης φροντίδας.



Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζεται η λεπτομερής κατανομή των φροντιστών με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά και το επίπεδο επιβάρυνσής τους, όπως προέκυψε μέσα από την κλίμακα επιβάρυνσης ZBI.

**Πίνακας 4.9.** Κατανομή φροντιστών με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους και το βαθμό επιβάρυνσης σύμφωνα με την κλίμακα ZBI

<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗ ΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙ ΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ</b>	<b>ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ZBI</b>							
	<b>Μικρή ή καμία (0-20)</b>		<b>Ήπια έως μέτρια (21- 40)</b>		<b>Μέτρια έως σοβαρή (41- 60)</b>		<b>Σοβαρή (&gt;60)</b>	
	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>ΦΥΛΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ</b>								
Άνδρας	n= 4	13.33%	n= 0	0%	n= 0	0%	n= 0	0%
Γυναίκα	n= 3	10%	n= 7	23.33%	n= 13	43.33%	n= 3	10%
<b>ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΗ</b>								
Άνδρας	n= 0	0%	n= 2	6.67%	n= 2	6.67%	n= 1	3.33%
Γυναίκα	n= 7	23.33%	n= 5	16.67%	n= 11	36.67%	n= 2	6.67%
<b>ΥΠΑΡΞΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ</b>								
Ναι	n= 5	16.67%	n= 3	10%	n= 9	30%	n= 2	6.67%
Όχι	n= 2	6.67%	n= 4	13.33%	n= 4	13.33%	n= 1	3.33%
<b>ΕΠΙΜΕΡΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>								
Ναι	n= 5	16.67%	n= 3	10%	n= 8	26.67%	n= 2	6.67%
Όχι	n= 2	6.67%	n= 4	13.33%	n= 5	16.67%	n= 1	3.33%
<b>ΣΧΕΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ - ΑΣΘΕΝΗ</b>								
Σύζυγος	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%	n= 2	6.67%	n= 2	6.67%
Παιδί	n= 5	16.67%	n= 5	16.67%	n= 9	30%	n= 1	3.33%
Άλλο	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%	n= 2	6.67%	n= 0	0%
<b>ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ</b>								
Έγγαμος	n= 5	16.67%	n= 6	20%	n= 9	30%	n= 3	10%

Διαζευγμένος	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%	n= 2	6.67%	n= 0	0%
Άγαμος	n= 1	3.33%	n= 0	0%	n= 2	6.67%	n= 0	0%
<b>ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ</b>								
Κακή	n= 0	0%	n= 0	0%	n= 0	0%	n= 0	0%
Μέτρια	n= 1	3.33%	n= 5	16.67%	n= 5	16.67%	n= 1	3.33%
Καλή	n= 6	20%	n= 2	6.67%	n= 8	26.67%	n= 2	6.67%
<b>ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ</b>								
Δημοτικό	n= 0	0%	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%	n= 0	0%
Δευτ/βάθμια	n= 4	13.33%	n= 2	6.67%	n= 8	26.67%	n= 1	3.33%
Εκπαίδευση								
Τριτ/βάθμια	n= 3	10%	n= 4	13.33%	n= 4	13.33%	n= 2	6.67%
Εκπαίδευση								
<b>ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (ΜΗΝΕΣ)</b>								
< 12	n= 2	6.67%	n= 0	0%	n= 3	10%	n= 0	0%
12 < 24	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%	n= 4	13.33%	n= 1	3.33%
24 < 36	n= 2	6.67%	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%	n= 0	0%
36 < 48	n= 1	3.33%	n= 3	10%	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%
48 < 60	n= 0	0%	n= 1	3.33%	n= 2	6.67%	n= 0	0%
60 < 72	n= 0	0%	n= 0	0%	n= 1	3.33%	n= 0	0%
>72	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%	n= 1	3.33%
<b>ΔΙΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΣΠΙΤΙ/ ΠΟΛΥΚΑΤΟΙΚΙΑ</b>								
Ναι	n= 5	16.67%	n= 3	10%	n= 9	30%	n= 1	3.33%
Όχι	n= 2	6.67%	n= 4	13.33%	n= 4	13.33%	n= 2	6.67%
<b>ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΟΙΑΣ ΑΣΘΕΝΗ</b>								
Πρώιμο	n= 2	6.67%	n= 3	10%	n= 3	10%	n= 1	3.33%
Μεσαίο	n= 5	16.67%	n= 4	13.33%	n= 10	33.33%	n= 2	6.67%
Προχωρημένο	n= 0	0%	n= 0	0%	n= 0	0%	n= 0	0%

#### 4.3.ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

##### 4.3.1. Φύλο

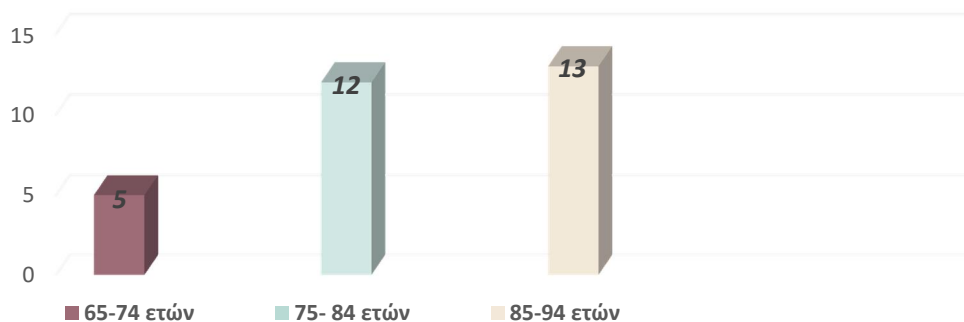
Στη διαδικασία συλλογής δεδομένων συμμετείχαν 30 ασθενείς και ο κύριος φροντιστής τους. Από τους 30 ασθενείς οι 5 ήταν άνδρες (16.66%) και 25 γυναίκες (83,33%).

##### 4.3.2. Ηλικία

Πέντε (16.67%) ασθενείς από το συνολικό δείγμα των τριάντα ασθενών, είχαν ηλικία μεταξύ 65-74 ετών, δώδεκα (40%) ασθενείς είχαν ηλικία μεταξύ 75- 84 ετών και δεκατρείς (43,33%) ασθενείς είχαν ηλικία 85-94 ετών.

Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά το δείγμα των ανδρών- ασθενών (n= 5), τρεις (60%) άνδρες-ασθενείς βρίσκονταν μεταξύ 65-74 ετών και δύο (40%) από αυτούς βρίσκονταν μεταξύ 75-84 ετών.

Αναφορικά με το δείγμα των γυναικών- ασθενών (n=25), δύο (8% ) από αυτές βρίσκονταν μεταξύ 65-74 ετών, 10 (40%) ήταν 75-84 ετών και υπόλοιπες δεκατρείς (52%) είχαν ηλικία 85-94 ετών.



Πίνακας 4.10. Ιστόγραμμα κατανομή συχνοτήτων των ηλικιακών ομάδων των ασθενών του δείγματος.

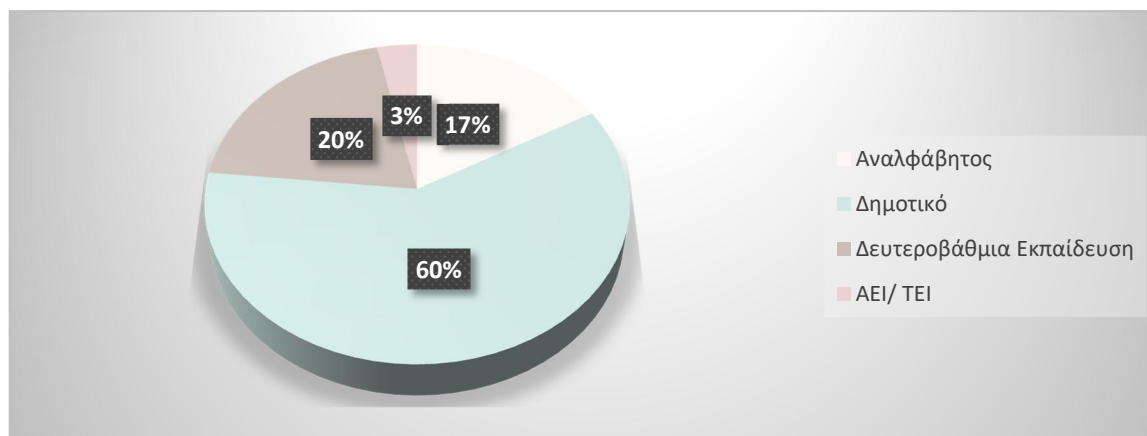
### 4.3.3. Διαμονή με άλλα άτομα

Οι ασθενείς της μελέτης στην πλειοψηφία τους δεν κατοικούσαν μόνοι τους αλλά με κάποιο άλλο άτομο. Συγκεκριμένα, 23 ασθενείς (76.67%) έμεναν με κάποιο συγγενικό πρόσωπο (παιδιά, συζύγους κλπ) ενώ μόλις 7 (23.33%) έμεναν μόνοι τους.

### 4.3.4. Εκπαίδευση ασθενών

Πάνω από τους μισούς ασθενείς (18 ασθενείς/ 60%) με άνοια που μελετήθηκαν ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, έξι ασθενείς (20%) του δείγματος είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, πέντε ασθενείς (17%) ήταν αναλφάβητοι και μόλις ένας ασθενής (3%) είχε πανεπιστημιακή μόρφωση.

**Πίνακας 4.11.** Κατανομή συχνοτήτων των ασθενών του δείγματος ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο



### 4.3.5. Στάδιο άνοιας

Κανένας από τους ασθενείς που συμμετείχε στο δείγμα της μελέτης δεν βρισκόταν σε προχωρημένο στάδιο, ενώ σχεδόν τα τρία τέταρτα των ασθενών (22 ασθενείς/ 73.3%) βρίσκονταν στο μεσαίο στάδιο άνοιας και 8 ασθενείς (26.7%) βρισκόταν ακόμα στο πρώιμο στάδιο της νόσου.

#### 4.3.6. Φαρμακευτικές Συνήθειες

##### Αντιανοϊκά Φάρμακα

Από το συνολικό δείγμα, το 83.33% λαμβάνει συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή από ειδικό νευρολόγο. Η κατανομή των ειδών αντιανοϊκών φαρμάκων με βάση τον αριθμό των ασθενών παρατίθενται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα. Ωστόσο, ένα ποσοστό ασθενών 16,67% δήλωσε πως δεν παίρνει καθόλου φάρμακα για την άνοια.

**Πίνακας 4.12.** Κατανομή αντιανοϊκών φαρμάκων σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών του δείγματος

<b>ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΑΝΤΙΑΝΟΪΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>
Rafazil	6
Vivimid	1
Almerzac	2
Dementis	4
Memodrine	2
Referan	1
Nepanizil	1
Mantomed	1
Marixino	1
Ebixa	2
<b>ΚΑΜΙΑ ΑΝΤΙΑΝΟΪΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</b>	<b>5</b>



### Αντιψυχωτικά Φάρμακα

Πάνω από τα τρία τέταρτα των ασθενών (76.67%) δεν κάνουν λήψη αντιψυχωτικών φαρμάκων, παρ' όλα αυτά το 23.33% των ασθενών της έρευνας δήλωσε ότι λαμβάνει αντιψυχωτικά φάρμακα. Παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα η κατανομή των φαρμάκων με βάση τον αριθμό των ασθενών.

*Πίνακας 4.13. Κατανομή αντιψυχωτικών φαρμάκων σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών του δείγματος*

<b>ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>
Tiaquel	2
Aloperidin	2
Quapianol	1
Nozinan	1
Zyprexa	2
<b>ΚΑΜΙΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</b>	23

### Αντικαταθλιπτικά Φάρμακα

Πάνω από τους μισούς ασθενείς και συγκεκριμένα τα δύο τρίτα αυτών (66.67%) δήλωσαν πως δεν λαμβάνουν καθόλου αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ενώ το υπόλοιπο ένα τρίτο (33.33%) δήλωσε ότι κάνει λήψη των εν λόγω φαρμάκων είτε για να αντιμετωπίσει τις έμμεσες συνέπειες της άνοιας είτε άλλων ασθενειών. Αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα διαφαίνονται τα είδη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών που πήραν μέρος στην έρευνα.

**Πίνακας 4.14.** Κατανομή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών του δείγματος

<b>ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>
Efexor	1
Entact	1
Cipralex	2
Seropran	5
Remeron	1
Zanipram	1
<b>ΚΑΜΙΑ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ</b>	20

#### Βενζοδιαπίνες

Αναφορικά με τις βενζοδιαπίνες σημειώθηκε πως μόνο 5 ασθενείς (16.67%) από το συνολικό δείγμα κάνουν λήψη. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τα συγκεκριμένα φάρμακα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 4.15.** Κατανομή βενζοδιαπινών σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών του δείγματος

<b>BENZOΔΙΑΠΙΝΕΣ- ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>
Atarax	2
Lexotanil	1

Stilnox	2
ΚΑΜΙΑ ΛΗΨΗ ΒΕΝΖΟΔΙΑΠΙΝΩΝ	25

### Υπνωτικά Φάρμακα

Αναφορικά με τα υπνωτικά φάρμακα εντοπίστηκε πως μόνο 4 (13.33%) ασθενείς παίρνουν υπνωτικά φάρμακα ενώ οι υπόλοιποι 26 (86.67%) δεν ανέφεραν αντίστοιχη λήψη. Αναλυτικότερα παρουσιάζεται η κατανομή των υπνωτικών φαρμάκων που παίρνουν οι ασθενείς του δείγματος, στον παρακάτω πίνακα:

**Πίνακας 4.16.** Κατανομή είδους υπνωτικών φαρμάκων σε σχέση με τον αριθμό των ασθενών του δείγματος

<b>ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΥΠΝΩΤΙΚΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>
Xanax	1
Stilnox	2
Atarax	1
ΚΑΜΙΑ ΛΗΨΗ ΥΠΝΩΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	<b>26</b>

### Συνολική καταγραφή λήψης φαρμάκων από τους ασθενείς του δείγματος

Σύμφωνα με τα όσα προαναφέρθηκαν αλλά και όπως μπορεί κανείς να διακρίνει μέσα από τον παρακάτω συγκεντρωτικό πίνακα, σχεδόν όλοι οι ασθενείς του δείγματος κάνουν λήψη αντιανοϊκής αγωγής, το ένα τρίτο από αυτούς παίρνει αντικαταθλιπτικά φάρμακα και ελάχιστοι από αυτούς λαμβάνουν συνδυαστικά και αντιψυχωτικά, υπνωτικά φάρμακα και βενζοδιαπίνες. Τέλος, σχεδόν όλοι (80%) από αυτούς παίρνουν και άλλα φάρμακα για άλλα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν εκτός από αυτά που αναλύθηκαν παραπάνω.

**Πίνακας 4.17.** Συνολική κατανομή φαρμακευτικής αγωγής στο δείγμα ασθενών της έρευνας

ΕΙΔΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΛΗΨΗ		ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΝΟΥΝ ΛΗΨΗ	
	ΠΛΗΘΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΠΛΗΘΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΝΤΙΑΝΟΪΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	n= 25	80.33%	n= 5	16.67%
ΑΝΤΨΥΧΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	n= 7	23.33%	n= 23	76.67%
ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΗΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	n= 10	33.33%	n= 20	66.67%
ΒΕΝΖΟΔΙΑΠΙΝΕΣ	n= 5	16.67%	n= 25	83.33%
ΥΠΝΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	n= 4	13.33%	n= 26	86.67%
ΆΛΛΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	n= 24	80%	n= 6	20%

#### 4.3.7. Συνοσηρότητα με άλλες ασθένειες

Όλοι οι ασθενείς οι οποίοι έλαβαν μέρος στην έρευνα παρουσίασαν και κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας, εκτός από άνοια. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθεται η αναλυτική κατανομή των ασθενών με βάση τη συνοσηρότητα του εμφάνισαν με άλλες ασθένειες:

**Πίνακας 4.18.** Κατανομή της συχνότητας παρουσίας καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου στο δείγμα ασθενών

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Υπέρταση n (%)	19 (63.33%)	11 (36.67)
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) n (%)	5 (16.67%)	25 (83.33%)
Έμφραγμα	1 (3.33%)	29 (96.67%)

Μυοκαρδίου n (%)		
Σακχαρώδης Διαβήτης n (%)	13 (43.33%)	17 (56.67%)
Ινσουλίνη n (%)	4 (13.33%)	26 (86.67%)
Διαβητικοί με χορήγηση ινσουλίνη	4 ασθενείς (30.77%)	
Διαβητικοί χωρίς χορήγηση ινσουλίνη	9 ασθενείς (69.23%)	
Υπερχοληστεριναιμία	14 (46.67%)	16 (53.33%)

#### 4.3.8. Κληρονομικότητα

Στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη κληρονομικότητας της νόσου, 7 (23.33%) ασθενείς δήλωσαν ότι υπήρχε άτομο στην οικογένειά τους που έπασχε από άνοια και οι υπόλοιποι 23 (76.67%) ανέφεραν πως δεν υπήρχε κάποιος άλλος ανοϊκός συγγενής.

#### 4.3.9. Καθημερινές συνήθειες (Κάπνισμα, Αλκοόλ, Γυμναστική/ Περπάτημα)

Αναφορικά με τις θετικές και αρνητικές συνήθειες των ασθενών εντοπίστηκε πως το 10% (3 ασθενείς) ήταν καπνιστές, το 3.33% (1 ασθενής) καταναλώνει αλκοόλ με αυξημένη συχνότητα και πάνω από τους μισούς ασθενείς (56.67%) περπατούσε τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Παρακάτω παρουσιάζονται τα στοιχεία σχετικά με τις καθημερινές συνήθειες του δείγματος.

**Πίνακας 4.19.** Στοιχεία σχετικά με τις καθημερινές συνήθειες του δείγματος ασθενών

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Κάπνισμα n (%)	3 (10%)	27 (90%)
Αλκοόλ n (%)	1 (3.33%)	29 (96.67%)
Γυμναστική/ Περπάτημα n (%)	17 (56.67%)	13 (43.33%)

#### **4.4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ – ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

##### **4.4.1. Γνωστική Έκπτωση**

Η μέση τιμή του MMSE των ασθενών ήταν 15.63 με ελάχιστη τιμή το 5 και μέγιστη το 28 (τυπική απόκλιση 5.58).

##### **4.4.2. Clock Drawing Test**

Η χορήγηση του ρολογιού πραγματοποιήθηκε μέσω της μεθόδου των Solomon et al. (1998) και σύμφωνα με τις οδηγίες χορήγησης δεν υπήρχε προσχεδιασμένος κύκλος. Συγκεκριμένα, δόθηκε στον εξεταζόμενο ένα κενό κομμάτι χαρτί και του ζητήθηκε να σχεδιάσει έναν κύκλο και στη συνέχεια αριθμούς για την ένδειξη της ώρας, και δείκτες που να δείχνουν την ώρα 11:10. Για κάθε μία δραστηριότητα (σχεδιασμός κύκλου, αριθμοί, δείκτες με σωστή ώρα) ο ασθενής βαθμολογούνταν με 1 πόντο.

Η μέση τιμή του τεστ ρολογιού, όπως μετρήθηκε με τη μέθοδο των Solomon et al. (1998) ήταν 1.13 με μέγιστη τιμή το 3 (χωρίς κανένα λάθος) και ελάχιστη τιμή το 0 (αδυναμία σχεδιασμού ρολογιού) (τυπική απόκλιση 1.06).

##### **4.4.3. Κατάθλιψη**

Ο βαθμός της κατάθλιψης όπως για τους φροντιστές έτσι και για τους ασθενείς υπολογίστηκε μέσω της κλίμακας Cornell (CSDD). Η μέση τιμή της κλίμακας ήταν 14.1 με ελάχιστη τιμή το 1 (σχεδόν απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων) και μέγιστη τιμή το 26 (τυπική απόκλιση 6.35). Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται αναλυτικά η κατανομή των δημογραφικών στοιχείων των ασθενών με βάση το βαθμό κατάθλιψης που έδειξαν να παρουσιάζουν μέσω της κλίμακας CSDD.

**Πίνακας 4.20.** Κατανομή των ασθενών με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά και τα στοιχεία κατάθλιψης με βάση την κλίμακα CSDD

<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ CSDD</b>					
	<b>Μικρό ή κανένα καταθλιπτικό επεισόδιο ( 0- 10 )</b>		<b>Πιθανό καταθλιπτικό επεισόδιο ( 11-18 )</b>		<b>Σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο ( &gt;19 )</b>	
	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>Πλήθος</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>ΦΥΛΟ</b>						
Άνδρας	n= 0	<b>0%</b>	n= 3	<b>10%</b>	n= 2	<b>6.67%</b>
Γυναίκα	n= 6	<b>20%</b>	n= 12	<b>40%</b>	n= 7	<b>23.33%</b>
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ</b>						
Αναλφάβητος	n= 2	<b>6.67%</b>	n= 1	<b>3.33%</b>	n= 2	<b>6.67%</b>
Δημοτικό	n= 6	<b>20%</b>	n= 8	<b>26.67%</b>	n= 4	<b>13.33%</b>
Δευτ/βάθμια Εκπαίδευση	n= 2	<b>6.67%</b>	n= 4	<b>13.33%</b>	n= 0	<b>0%</b>
Τριτ/βάθμια Εκπαίδευση	n= 0	<b>0%</b>	n= 1	<b>3.33%</b>	n= 0	<b>0%</b>
<b>ΣΤΑΔΙΟ ΑΝΟΙΑΣ</b>						
Πρώιμο	n= 5	<b>16.67%</b>	n= 3	<b>10%</b>	n= 1	<b>3.33%</b>
Μεσαίο	n= 5	<b>16.67%</b>	n= 11	<b>36.67%</b>	n= 5	<b>16.67%</b>
Προχωρημένο	n= 0	<b>0%</b>	n= 0	<b>0%</b>	n= 0	<b>0%</b>
<b>ΜΕΝΕΙ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ</b>						
Ναι	n= 4	<b>13.33%</b>	n= 1	<b>3.33%</b>	n= 2	<b>6.67%</b>
Όχι	n= 6	<b>20%</b>	n= 13	<b>43.33%</b>	n= 4	<b>13.33%</b>

#### 4.4.4. Αποτελέσματα του δείκτη Barthel

Ο δείκτης Barthel είναι μία κλίμακα 10 ερωτήσεων που εξετάζει την ικανότητα ενός ατόμου να ανταποκρίνεται σε δεξιότητες και λειτουργίες της καθημερινότητας. Υψηλές τιμές του δείκτη BI υποδηλώνουν ικανότητα ανεξαρτησίας του ασθενή σε ζητήματα καθημερινής φροντίδας, ενώ αντίθετα χαμηλές τιμές εκφράζουν εξάρτηση του ασθενή.

Η μέση τιμή της κλίμακας BI ήταν 68.83 με μέγιστη τιμή το 100 (πλήρης λειτουργικότητα) και ελάχιστη τιμή του 5 (σχεδόν πλήρης εξάρτηση) (τυπική απόκλιση 33.36). Στο παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή των ασθενών με βάση το φύλο τους και το επίπεδο λειτουργικότητάς τους σύμφωνα με την κλίμακα Barthel.

**Πίνακας 4.21.** Κατανομή ασθενών του δείγματος με βάση το φύλο τους και το επίπεδο λειτουργικότητάς τους

ΕΠΙΠΕΔΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ Barthel (BI)	ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ			
	ΓΥΝΑΙΚΑ		ΑΝΔΡΑΣ	
	Πλήθος (n)	Ποσοστό (%)	Πλήθος (n)	Ποσοστό (%)
0 - 20	4	13.33%	0	0%
21 - 40	4	13.33%	1	3.33%
41 - 60	1	3.33%	0	0%
61 - 90	8	26.67%	1	3.33%
91 - 100	9	30%	2	6.67%

Καταληκτικά στον παρακάτω συγκεντρωτικό πίνακα παρατίθενται η μέση, η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή καθώς και η τυπική απόκλιση των σταθμισμένων εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των αντιληπτικών ικανοτήτων και της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης των ασθενών του δείγματος.



**Πίνακας 4.22.** Συνοπτική ανάλυση των σταθμισμένων ερευνητικών εργαλείων των ασθενών του δείγματος

	Μέση Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Ελάχιστη Τιμή	Τυπική Απόκλιση
<b>MMSE</b>	15.63	28	5	5.58
<b>Clock Drawing Test</b>	1.13	3	0	1.06
<b>CSDD</b>	14.1	26	1	6.35
<b>Barthel (BI)</b>	68.83	100	5	33.36

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ / ΚΑΤΗΓΟΡΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ)

### 5.1. Σύγκριση βαθμού κατάθλιψης (CSDD) ασθενών με βαθμό κατάθλιψης (CSDD) φροντιστών

#### Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 patient score	14.10	30	6.345	1.179
caregiver score	12.07	30	6.302	1.151

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, η μέση τιμή των καταθλιπτικών ενδείξεων των φροντιστών όπως μετρήθηκε μέσα από την κλίμακα CSDD είναι 12.07 (τυπική απόκλιση 6.30) και δείκτη μέσου τυπικού σφάλματος 1.15.

Συμπληρωματικά, η μέση τιμή των καταθλιπτικών ενδείξεων των ασθενών είναι 14.10 (τυπική απόκλιση 6.35) και μέσο τυπικό σφάλμα 1.18.

**Συνεπώς, διαφαίνεται πως οι ασθενείς εμφανίζουν περισσότερες και εντονότερες καταθλιπτικές ενδείξεις από τους φροντιστές τους.**

Στη συνέχεια προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με αυτή των φροντιστών χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση *Paired Samples t- Test*. Πριν την πραγματοποίηση της ανάλυσης ορίστηκαν οι παρακάτω υποθέσεις:

H0	$\mu_{\text{CSDD (patient)}} - \mu_{\text{CSDD (caregiver)}} > 0$	Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τα καταθλιπτικά επεισόδια των ασθενών σε σχέση με αυτά των φροντιστών.
H1	$\mu_{\text{CSDD (patient)}} - \mu_{\text{CSDD (caregiver)}} < 0$	Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τα καταθλιπτικά επεισόδια των ασθενών σε σχέση με αυτά των φροντιστών.

Επομένως έχουμε διπλής κατεύθυνσης υπόθεση ( $\mu = \mu_0$ ).

### Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
			n		Lower	Upper			
Pair 1	patient score - caregiver score	2.033	8.604	1.571	-1.180	5.246	1.294	29	.206

Η στατιστική σημαντικότητα βρέθηκε .206, όπως φαίνεται στη στήλη *Sig. (2-tailed)* του Πίνακα *Paired Samples Test*.

Εφόσον,  $p = .206 > .05$  απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση.

**H0:** Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τα καταθλιπτικά επεισόδια των ασθενών σε σχέση με αυτά των φροντιστών.

## 5.2. Σύγκριση γνωστικών λειτουργιών (MMSE) ασθενών με τις γνωστικές λειτουργίες (MMSE) των φροντιστών

**Paired Samples Statistics**

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	MMSE - patient	15.63	30	5.672	1.036
	MMSE - caregiver	28.47	30	1.137	.208

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, η μέση τιμή των γνωστικών λειτουργιών των ασθενών όπως μετρήθηκε μέσα από το ανιχνευτικό εργαλείο MMSE ήταν 15.63 (τυπική απόκλιση 5.67), με δείκτη μέσου τυπικού σφάλματος 1.03.

Επίσης, η μέση τιμή γνωστικών δεξιοτήτων των φροντιστών ήταν 28.47 (τυπική απόκλιση 1.14) και μέσο τυπικό σφάλμα.

Άρα συμπεραίνεται πως οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη είχαν χαμηλότερο επίπεδο γνωστικών λειτουργιών σε σχέση με τους φροντιστές τους.

Στη συνέχεια προκειμένου να ελεγχθεί αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των γνωστικών ικανοτήτων των ασθενών σε σχέση με αυτές των φροντιστών τους, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Paired Samples t- Test. Πριν την πραγματοποίηση της ανάλυσης ορίστηκαν οι παρακάτω υποθέσεις:

H0	$\mu_{\text{MMSE (patient)}} - \mu_{\text{MMSE (caregiver)}} = 0$	Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τις γνωστικές ικανότητες των ασθενών σε σχέση με αυτές των φροντιστών τους.
H1	$\mu_{\text{MMSE (patient)}} - \mu_{\text{MMSE (caregiver)}} \neq 0$	Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τις γνωστικές ικανότητες των ασθενών σε σχέση με αυτές των φροντιστών τους.

Επομένως έχουμε διπλής κατεύθυνσης υπόθεση ( $\mu = \mu_0$ ).

### Paired Samples Test

		Mean	Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)
			Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
Pair 1	MMSE patient – MMSE caregiver	-12.833	5.682	1.037	-14.955	-10.712	-12.372	29	.000

Η στατιστική σημαντικότητα βρέθηκε .000, όπως φαίνεται στη στήλη *Sig. (2-tailed)* του Πίνακα *Paired Samples Test*.

Εφόσον,  $p = .000 < .05$  απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε την εναλλακτική.

**H1: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τις γνωστικές ικανότητες των ασθενών σε σχέση με αυτές των φροντιστών τους.**

### 5.3. Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών τους

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής, CSDD- κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης των ασθενών και της αντίστοιχης εξαρτημένης μεταβλητής CSDD- κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης των φροντιστών θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης των ασθενών με το επίπεδο κατάθλιψης των φροντιστών τους.
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης των ασθενών με το επίπεδο κατάθλιψης των φροντιστών τους.

## Correlations

		CSDD - patient
CSDD - caregiver	Correlation	.070
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	.712
	N	30

### Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής της κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών τους βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = 0.70$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .712$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .712$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης των ασθενών με το επίπεδο κατάθλιψης των φροντιστών τους.**

### **5.4. Συσχέτιση των γνωστικών ικανοτήτων (MMSE) των ασθενών με τις γνωστικές ικανότητες (MMSE) των φροντιστών τους**

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής, MMSE- κλίμακα μέτρησης των γνωστικών λειτουργιών των ασθενών και της αντίστοιχης μεταβλητής MMSE- κλίμακα μέτρησης γνωστικών λειτουργιών των φροντιστών θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

$H_0$	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το επίπεδο γνωστικών λειτουργιών των φροντιστών τους.
$H_1$	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το επίπεδο γνωστικών λειτουργιών των φροντιστών τους.

### Correlations

		MMSE - patient
MMSE - caregiver	Correlation	.069
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	.716
	N	30

#### Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής των γνωστικών ικανοτήτων (MMSE) των ασθενών σε σχέση με το επίπεδο γνωστικών λειτουργιών (MMSE) των φροντιστών τους βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης *Pearson*  $r = .069$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .716$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .716$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το επίπεδο γνωστικών λειτουργιών των φροντιστών τους.**

#### **5.5. Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών με βάση τα εκάστοτε κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία**

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής (CSDD) και των μεταβλητών (κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία) που αφορούν τους ασθενείς θα χρησιμοποιηθεί ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που θα συσχετιστούν με τα αποτελέσματα της κλίμακας CSDD, όπως φαίνονται και στον παρακάτω πίνακα είναι το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, ο τύπος άνοιας, το αν ο ασθενής μένει μόνος του, το στάδιο της άνοιας και η ηλικία του ασθενή.

Οι υποθέσεις αναφέρονται στη συσχέτιση των εκάστοτε μεταβλητών ως εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία (πχ. φύλο, ηλικία, στάδιο άνοιας κλπ)
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία (πχ. φύλο, ηλικία, στάδιο άνοιας κλπ)

### Correlations

		CSDD - patient
Sex	Pearson	.134
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.481
	N	30
Education	Pearson	-.190
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.315
	N	30
Type of dementia	Pearson	-.244
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.193
	N	30
Living alone	Pearson	-.120
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.526
	N	30
Stage of dementia	Pearson	-.437*
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	<b>.016</b>
	N	30

Age	Pearson	.247
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.188
	N	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής του φύλου βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.190$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .481$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .481$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με το φύλο τους.**

- Για την ανάλυση της μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) σχέση με τη μεταβλητή του μορφωτικού του επιπέδου βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.190$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .315$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .315$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής του τύπου άνοιας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.244$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .193$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .193$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με τον τύπο άνοιας.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής του «αν μένει μόνος του ή όχι ο ασθενής», βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.120$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .526$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .526$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:



**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με το αν μένει μόνος του ή όχι.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής του σταδίου της άνοιας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.437$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .016$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μικρότερη από  $.05$  ( $p = .016$ ) απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση  $H_0$  και δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση:

**H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με το στάδιο της άνοιας.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής της ηλικίας του ασθενή βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .247$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .188$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .188$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με την ηλικία του ασθενή.**

### **5.6. Συσχέτιση του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel) των ασθενών με βάση την ηλικία του ασθενή**

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής (Barthel) και της ανεξάρτητης μεταβλητής (ηλικία) που αφορά τους ασθενείς θα χρησιμοποιηθεί ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις αναφέρονται στη συσχέτιση των εκάστοτε μεταβλητών ως εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με την ηλικία των ασθενών
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με την ηλικία των ασθενών

### Correlations

		Barthel
Age of patient	Pearson	-.111
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.560
	N	30

#### Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής της λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel) σε σχέση με την ηλικία των ασθενών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.111$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .560$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .560$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με την ηλικία των ασθενών**

#### **5.7. Συσχέτιση του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel) των ασθενών σε σχέση με το είδος της άνοιας**

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής (Barthel) και της μεταβλητής (είδος άνοιας) που αφορούν τους ασθενείς θα χρησιμοποιηθεί ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις αναφέρονται στη συσχέτιση των εκάστοτε μεταβλητών ως εξής:

$H0$	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με το είδος άνοιας των ασθενών
$H1$	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με το είδος της άνοιας των ασθενών

## Correlations

		Barthel
Type of dementia	Pearson	.002
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.991
	N	30

### Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής της λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel) σε σχέση με το είδος της άνοιας των ασθενών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .002$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .991$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .991$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με το είδος άνοιας των ασθενών.**

### **5.8. Συσχετίσεις του βαθμού κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών με τα κοινωνικο-δημογραφικά τους στοιχεία.**

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής (CSDD) και των μεταβλητών (κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία) που αφορούν τους φροντιστές θα χρησιμοποιηθεί, για μια ακόμη φορά, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι μεταβλητές που θα συσχετιστούν με τα αποτελέσματα του CSDD test, όπως φαίνονται και στον παρακάτω πίνακα είναι το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία του φροντιστή, οι μήνες παροχής φροντίδας, το φύλο, το είδος συγγένειας με τον ασθενή, η οικογενειακή του κατάσταση, το αν έχει λάβει κάποια ενημέρωση σχετικά με τη νόσο ή όχι, το αν υπάρχει επιμερισμός της φροντίδας του ασθενούς, η οικονομική κατάσταση του φροντιστή, το στάδιο της άνοιας και ο τύπος της άνοιας.

Οι υποθέσεις αναφέρονται στη συσχέτιση των εκάστοτε μεταβλητών ως εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την κατηγορική μεταβλητή (πχ. φύλο, ηλικία, στάδιο άνοιας κλπ)
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την κατηγορική μεταβλητή (πχ. φύλο, ηλικία, στάδιο άνοιας κλπ)

		CSDD - caregiver
Education	Pearson Correlation	.152
	Sig. (2-tailed)	.423
	N	30
Age	Pearson Correlation	.327
	Sig. (2-tailed)	.078
	N	30
Months of care	Pearson Correlation	-.026
	Sig. (2-tailed)	.890
	N	30
Sex	Pearson Correlation	-.076
	Sig. (2-tailed)	.689
	N	30
Relative	Pearson Correlation	-.163
	Sig. (2-tailed)	.389
	N	30
Marital status	Pearson Correlation	.027
	Sig. (2-tailed)	.887
	N	30
Information	Pearson Correlation	-.192
	Sig. (2-tailed)	.310
	N	30
Care sharing	Pearson Correlation	-.247

	Sig. (2-tailed)	.188
	N	30
Financial status	Pearson Correlation	-.357
	Sig. (2-tailed)	.053
	N	30
Stage of dementia	Pearson Correlation	-.403*
	Sig. (2-tailed)	<b>.027</b>
	N	30
Type of dementia	Pearson Correlation	.117
	Sig. (2-tailed)	.539
	N	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

#### Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής του μορφωτικού επιπέδου βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .152$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .423$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .423$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής της ηλικίας του φροντιστή βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .327$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .078$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .078$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την ηλικία τους.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής των μηνών φροντίδας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.026$  με στατιστική σημαντικότητα

$p = .890$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .890$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με τους μήνες φροντίδας που παρέχουν στον ασθενή.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής του φύλου βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.076$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .689$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .689$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το φύλο τους.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής του είδους της συγγενικής που έχουν με τον ασθενή βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.163$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .389$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .389$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το είδος της συγγένειας που έχουν με τον ασθενή.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής τα οικογενειακής κατάστασης του ασθενή βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .027$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .887$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .887$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την οικογενειακή του κατάσταση.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής σχετικά με το αν έχει λάβει ενημέρωση ο φροντιστής αναφορικά με τη άνοια, βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.192$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .310$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .310$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το αν έχουν αναλάβει ενημέρωση ή όχι σχετικά με την άνοια.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής του περιπτώσεως επιμερισμού φροντίδας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.247$  με στατιστική

σημαντικότητα  $p = .188$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .188$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την ύπαρξη επιμερισμού φροντίδας.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής της οικονομικής κατάστασης του φροντιστή βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.357$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .053$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .053$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και το στάδιο της άνοιας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.403$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .027$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μικρότερη από  $.05$  ( $p = .027$ ) απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση  $H_0$  και δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση:

**$H_1$ : Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το στάδιο της άνοιας.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της κατάθλιψης (CSDD) και της μεταβλητής το είδος της άνοιας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .117$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .539$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .539$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H_0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το είδος της άνοιας.**

### **5.9. Συσχετίσεις επιπέδου επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών σε σχέση τα κοινωνικο-δημογραφικά τους στοιχεία**

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής ZBI- κλίμακα μέτρησης επιβάρυνσης φροντιστών και των κατηγορικών μεταβλητών (κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία) που αφορούν τους φροντιστές θα χρησιμοποιηθεί, για μια ακόμη φορά, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι κατηγορικές μεταβλητές που θα συσχετιστούν με τα αποτελέσματα του ZBI test, όπως φαίνονται και στον παρακάτω πίνακα είναι το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία του φροντιστή, οι μήνες παροχής φροντίδας, το φύλο, το είδος συγγένειας με τον ασθενή, η οικογενειακή του κατάσταση, το αν έχει λάβει κάποια ενημέρωση σχετικά με τη νόσο ή όχι, το αν υπάρχει επιμερισμός της φροντίδας του ασθενούς, η οικονομική κατάσταση του φροντιστή, το στάδιο και ο τύπος της άνοιας.

Οι υποθέσεις αναφέρονται στη συσχέτιση των εκάστοτε μεταβλητών ως εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του βαθμού επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά του στοιχεία (πχ. φύλο, ηλικία, στάδιο άνοιας κλπ)
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του βαθμού επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά του στοιχεία (πχ. φύλο, ηλικία, στάδιο άνοιας κλπ)

		ZBI - caregiver
Education	Pearson Correlation	-.012
	Sig. (2-tailed)	.951
	N	30
Age	Pearson Correlation	.091
	Sig. (2-tailed)	.632
	N	30
Months of care	Pearson Correlation	-.102
	Sig. (2-tailed)	.592
	N	30
Sex	Pearson Correlation	-.046
	Sig. (2-tailed)	.811
	N	30
Relative	Pearson Correlation	.324



	Sig. (2-tailed)	.081
	N	30
Marital status	Pearson Correlation	.050
	Sig. (2-tailed)	.795
	N	30
Information	Pearson Correlation	-.268
	Sig. (2-tailed)	.152
	N	30
Care sharing	Pearson Correlation	-.130
	Sig. (2-tailed)	.495
	N	30
Financial status	Pearson Correlation	-.106
	Sig. (2-tailed)	.576
	N	30
Stage of dementia	Pearson Correlation	.059
	Sig. (2-tailed)	.759
	N	30
Type of dementia	Pearson Correlation	-.172
	Sig. (2-tailed)	.364
	N	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής του μορφωτικού επιπέδου βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.012$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .951$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .951$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών με το μορφωτικό τους επίπεδο.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής της ηλικίας του φροντιστή βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .091$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .632$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .632$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση H1 και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με την ηλικία τους.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής των μηνών φροντίδας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.102$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .592$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .592$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση H1 και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με τους μήνες φροντίδας που παρέχουν στον ασθενή.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής του φύλου βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.046$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .811$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .811$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση H1 και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το φύλο τους.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής του είδους της συγγενικής σχέσης που έχουν με τον ασθενή βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .324$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .081$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .081$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση H1 και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το είδος της συγγένειας που έχουν με τον ασθενή.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής της οικογενειακής κατάστασης του ασθενή βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .050$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .795$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .795$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση H1 και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής του αν έχει λάβει ενημέρωση ο φροντιστής σχετικά με τη άνοια βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.268$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .152$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .152$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το αν έχουν αναλάβει ενημέρωση ή όχι σχετικά με την άνοια.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής της περίπτωσης επιμερισμού φροντίδας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.130$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .495$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .495$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με την ύπαρξη επιμερισμού φροντίδας.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής της οικονομικής κατάστασης του φροντιστή βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.106$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .576$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .576$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και το στάδιο της άνοιας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .059$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .759$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .759$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το στάδιο της άνοιας.**

- Για την ανάλυση των μεταβλητών της επιβάρυνσης (ZBI) και της μεταβλητής που αφορά το είδος της άνοιας βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.172$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .364$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .364$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0:** Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το είδος της άνοιας.

### 5.10. Συσχέτιση των γνωστικών ικανοτήτων (MMSE) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής MMSE- κλίμακα μέτρησης γνωστικών ικανοτήτων και της εξαρτημένης μεταβλητής CSDD- κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης που αφορούν τους ασθενείς θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του γνωστικού επιπέδου και του βαθμού κατάθλιψης των ασθενών.
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του γνωστικού επιπέδου και του βαθμού κατάθλιψης των ασθενών.

#### Correlations

		MMSE - patient
CSDD - patient	Pearson	-.331
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.074
	N	30

#### Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής των γνωστικών ικανοτήτων (MMSE) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.331$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .074$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .074$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση H1 και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0:** Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του γνωστικού επιπέδου και του βαθμού κατάθλιψης των ασθενών.

### 5.11. Συσχέτιση της λειτουργικότητας σε δραστηριότητες αυτό-εξυπηρέτησης (Barthel (BI)) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) ασθενών

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής της λειτουργικότητας όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Barthel (BI)- κλίμακα μέτρησης λειτουργικότητας και της μεταβλητής του βαθμού κατάθλιψης όπως μετρήθηκε από την κλίμακα CSDD- κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης που αφορούν τους ασθενείς θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό κατάθλιψης των ασθενών.
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό κατάθλιψης των ασθενών.

#### Correlations

		Barthel - patient
Spearman's rho	CSDD - patient	
	Correlation	-.654**
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής της λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης *Pearson r* = -.654 με στατιστική σημαντικότητα  $p = .00$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι

μικρότερη από .01 ( $p = .00$ ) απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση  $H_0$  και δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση:

**H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό κατάθλιψης των ασθενών.**

### 5.12. Συσχέτιση του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel/ BI) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής της λειτουργικότητας όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Barthel (BI)- κλίμακα μέτρησης λειτουργικότητας για τους ασθενείς και της μεταβλητής του βαθμού κατάθλιψης όπως μετρήθηκε από την κλίμακα CSDD- κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης για τους φροντιστές θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών.
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών.

#### Correlations

		Barthel - patient
CSDD - caregiver	Pearson	-.090
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.634
	N	30

Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής της λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.090$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .634$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από .05 ( $p = .634$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0:** Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών.

### 5.13. Συσχέτιση του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών (MMSE) των ασθενών και του βαθμού κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής των γνωστικών λειτουργιών όπως μετρήθηκε από την κλίμακα MMSE- κλίμακα μέτρησης γνωστικών λειτουργιών για τους ασθενείς και της μεταβλητής του βαθμού κατάθλιψης όπως μετρήθηκε από την κλίμακα CSDD- κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης για τους φροντιστές θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών.
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών.

#### Correlations

		CSDD - caregiver
MMSE - patient	Correlation Coefficient	-.032
	Sig. (2-tailed)	.868
	N	30

Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής των γνωστικών ικανοτήτων των ασθενών (MMSE) σε σχέση με το βαθμό κατάθλιψης (CSDD) των φροντιστών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.032$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .868$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .868$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση H1 και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**H0:** Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών.

#### 5.14. Συσχέτιση του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel/ BI) σε σχέση με το βαθμό επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής της λειτουργικότητας όπως μετρήθηκε από την κλίμακα Barthel (BI) - κλίμακα μέτρησης λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες και της μεταβλητής της επιβάρυνσης όπως μετρήθηκε από την κλίμακα ZBI- κλίμακα μέτρησης επιβάρυνσης των ασθενών θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών τους.
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών τους.

#### Correlations

		ZBI - caregiver
Barthel - patient	Correlation	-.419*
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	.021
	N	30

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής της λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες (Barthel) σε σχέση με το βαθμό επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης *Pearson r* = -.419 με στατιστική σημαντικότητα  $p = .021$ . Επειδή η τιμή



του  $p$  είναι μικρότερη από .05 ( $p = .21$ ) απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση  $H_0$  και δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση:

**H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών τους.**

### 5.15. Συσχέτιση του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών (MMSE) των ασθενών και της δοκιμασίας του ρολογιού (Clock Drawing Test)

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων στο MMSE- κλίμακα μέτρησης γνωστικών λειτουργιών των ασθενών και στη δοκιμασία του ρολογιού CLOCK- που συμπλήρωσαν οι ασθενείς, θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων των ασθενών στη δοκιμασία MMSE και των αποτελεσμάτων στη δοκιμασία του ρολογιού (CLOCK).
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων των ασθενών στη δοκιμασία MMSE και των αποτελεσμάτων στη δοκιμασία του ρολογιού (CLOCK).

### Correlations

		MMSE - patient
Clock - patient	Correlation	.785**
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της συσχέτισης μεταξύ της δοκιμασίας MMSE και της δοκιμασίας του ρολογιού (CLOCK) των ασθενών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = .785$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .000$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μικρότερη από  $.01$  ( $p = .00$ ) απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση  $H_0$  και δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση:

**H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων των ασθενών στη δοκιμασία MMSE και των αποτελεσμάτων στη δοκιμασία του ρολογιού (CLOCK).**

**5.16. Συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης (CSDD) των ασθενών και με το βαθμό επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών.**

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής της κατάθλιψης όπως μετρήθηκε από την κλίμακα CSDD- κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης των ασθενών και της μεταβλητής της επιβάρυνσης όπως μετρήθηκε από την κλίμακα ZBI- κλίμακα μέτρησης επιβάρυνσης των φροντιστών θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης των ασθενών και του βαθμού επιβάρυνσης των φροντιστών τους.
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης των ασθενών και του βαθμού επιβάρυνσης των φροντιστών τους.

**Correlations**

		ZBI - caregiver
CSDD - patient	Correlation	.175
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	.354
	N	30

Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής της κατάθλιψης των ασθενών (CSDD) σε σχέση με το βαθμό επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης *Pearson*  $r = .175$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .354$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .354$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης των ασθενών με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών τους.**

**5.17. Συσχέτιση του επιπέδου κατάθλιψης (CSDD) και του βαθμού επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών**

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής του βαθμού κατάθλιψης όπως μετρήθηκε από την κλίμακα CSDD- κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης των φροντιστών και της μεταβλητής της επιβάρυνσης όπως μετρήθηκε από την κλίμακα ZBI- κλίμακα μέτρησης επιβάρυνσης των φροντιστών θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

$H0$	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών.
$H1$	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών.

**Correlations**

		ZBI - caregiver
CSDD - caregiver	Correlation	.497**
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	30

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής της κατάθλιψης (CSDD) σε σχέση με το βαθμό επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης *Pearson*  $r = .497$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .005$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μικρότερη από  $.01$  ( $p = .005$ ) απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση  $H_0$  και δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση:

**H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης και του βαθμού επιβάρυνσης των φροντιστών.**

**5.18. Συσχέτιση του επιπέδου των γνωστικών λειτουργιών (MMSE) των ασθενών και του βαθμού επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών**

Για να βρεθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής των γνωστικών λειτουργιών όπως μετρήθηκε από την κλίμακα MMSE- κλίμακα μέτρησης των γνωστικών λειτουργιών, των ασθενών και της μεταβλητής της επιβάρυνσης όπως μετρήθηκε από την κλίμακα ZBI- κλίμακα μέτρησης επιβάρυνσης των φροντιστών θα χρησιμοποιηθεί, ο δείκτης συσχέτισης *Pearson Correlation*.

Οι υποθέσεις που αναφέρονται στη συσχέτιση των δύο εξαρτημένων μεταβλητών είναι οι εξής:

H0	$\rho = 0$	Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών τους.
H1	$\rho \neq 0$	Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών τους.

**Correlations**

		ZBI - caregiver
MMSE - patient	Correlation	-.331
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	.074
	N	30

### Αποτελέσματα συσχέτισης μέσω *Pearson Correlation*:

- Για την ανάλυση της μεταβλητής των γνωστικών ικανοτήτων (MMSE) των ασθενών σε σχέση με το βαθμό επιβάρυνσης (ZBI) των φροντιστών τους βρέθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r = -.331$  με στατιστική σημαντικότητα  $p = .074$ . Επειδή η τιμή του  $p$  είναι μεγαλύτερη από  $.05$  ( $p = .074$ ) απορρίπτουμε την εναλλακτική υπόθεση  $H1$  και δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση:

**$H0$ : Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών και του βαθμού επιβάρυνσης των φροντιστών τους.**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **6.1. ΠΡΟΦΙΛ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ**

Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν πως η πλειοψηφία των φροντιστών ασθενών με άνοια είναι γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες φροντιστές αποτελούσαν το 87% του συνολικού δείγματος. Αυτό δικαιολογείται αν ληφθεί υπόψιν η συχνότερη εμπλοκή των θυγατέρων των ασθενών στην παροχή φροντίδας σε σχέση με τους γιους τους. Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το 2011, πάνω στα οποία βασίστηκε η έρευνα της Πετμετζίδου και συν. (2015), φάνηκε πως οι γυναίκες άτυποι φροντιστές στον ελλαδικό χώρο αποτελούν το 77.6% των άτυπων φροντιστών ηλικίας 50-64 ετών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε 17 ευρωπαϊκές χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 65.8%.

Η μέση ηλικία των φροντιστών ήταν 55.9 έτη. Ειδικότερα, η μέση ηλικία για τους άνδρες ήταν 66.75 και για τις γυναίκες 54.27. Οκτώ στους δέκα ήταν παντρεμένοι και κατά μέσο όρο είχαν δύο παιδιά. Κανείς εκ των φροντιστών δεν ήταν επαγγελματίας παρά είχε κάποιου είδους συγγενική σχέση με τον ασθενή. Έξι στους δέκα ήταν θυγατέρες ασθενών, 2 στους 10 σύζυγοι και οι υπόλοιποι ήταν γιοί, ανίψια, ξαδέρφια και νύφες. Άλλωστε δεν είναι τυχαίο ότι όλοι οι μελετητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι το ρόλο του άτυπου φροντιστή αναλαμβάνουν

πρόσωπα από το οικογενειακό περιβάλλον του πάσχοντα, κυρίως οι σύζυγοι ή τα παιδιά του (Callacher et al., 1989, Simon, 2001).

Οι φροντιστές είχαν κατά μέσο όρο 13.23 έτη εκπαίδευσης. Το 50% του δείγματος ήταν απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και ένα 20% είχε πανεπιστημιακές σπουδές. Η μεγαλύτερη διαφορά στη μέση εκπαίδευση ασθενών- φροντιστών μπορεί να εξηγηθεί από τη μικρότερη μέση ηλικία των φροντιστών και τις ευνοϊκότερες συνθήκες που επικρατούσαν στην ελληνική κοινωνία.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη διαμονή των φροντιστών σε σχέση με τους ασθενείς. Περίπου πέντε στους δέκα (47%) έμεναν στο ίδιο σπίτι, περίπου δύο στους δέκα (13%) στην ίδια πολυκατοικία. Οι δεύτεροι δήλωσαν πως αισθάνονταν σαν να μένουν στο ίδιο σπίτι, καθώς ο βαθμός εξάρτησης του ασθενή ήταν μεγάλος. Οι υπόλοιποι φροντιστές έμεναν στην ίδια γειτονιά ή σε διπλανό σπίτι και μόλις 1 στους 10 έμενε σε άλλο χωριό/ πόλη.

Οι φροντιστές δήλωσαν πως παρείχαν φροντίδα στους ασθενείς κατά μέσο όρο 47.5 μήνες από την αρχή της διάγνωσης της νόσου και ασχολούνταν καθημερινά με τη φροντίδα των συγγενών τους, περίπου 11.4 ώρες ημερησίως. Το ποσοστό αυτό ήταν σαφώς μεγαλύτερο σε σχέση με το μέσο όρο 18 ωρών του ΟΟΣΑ (Πετμετζίδου και συν, 2015). Αυτά τα δεδομένα αποτελούν επαρκείς ενδείξεις για την έλλειψη κοινοτικών υπηρεσιών φροντίδας, οι οποίες θα μπορούσαν να υποστηρίξουν το έργο της φροντίδας των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα κάποιες ημέρες ή ώρες.

Αναφορικά με τον επιμερισμό της φροντίδας, 4 στους 10 φροντιστές δήλωσαν πως δεν δέχονταν βοήθεια από κάποιον επαγγελματία βοηθό ή κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο, ενώ οι υπόλοιποι επέλεξαν να μοιραστούν τη φροντίδα του ασθενούς συνήθως με τους γονείς, τα αδέρφια και σπανιότερα με τους συζύγους τους. Πάνω από τους μισούς φροντιστές (60%) ανέφεραν ότι έχουν λάβει ενημέρωση σχετικά με τη νόσο από τους νευρολόγους που παρακολουθούν τους ασθενείς ή από εξειδικευμένους ψυχολόγους που επισκέπτονταν τους ασθενείς μέσω του σωματείου «ΦΡΟΝΤΙΖΩ» στην περιοχή της Πάτρας.

Η πλειοψηφία των φροντιστών (60%) χαρακτήρισε την οικονομική τους κατάσταση καλή και οι υπόλοιποι την χαρακτήρισαν μέτρια. Κανείς τους δεν ανέφερε πως βρισκόταν σε προβληματική οικονομική κατάσταση. Πιθανότατα το γεγονός ότι οι ασθενείς δεδομένης της ηλικίας τους λάμβαναν κάποια σύνταξη, την οποία διαχειρίζονταν οι φροντιστές, ελάφρυνε τους δεύτερους. Επιπλέον, η έννοια της φροντίδας, η οποία αποτελεί λειτούργημα, είναι πιθανό να κάνει τους φροντιστές να μην υπολογίζουν το όποιο οικονομικό κόστος.

Τέλος, αναφορικά με την υγεία των φροντιστών περίπου οι μισοί (47%) ανέφεραν ότι δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας που τους εμπόδιζαν στην παροχή φροντίδας, οι υπόλοιποι (53%) ανέφεραν πως τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετώπιζαν ήταν ορθοπεδικά, όπως η οστεοαρθρίτιδα, ορμονολογικά, όπως χοληστερίνη και θυρεοειδής και καρδιαγγειακά, όπως υπέρταση και μεταβολικά νοσήματα.

## **6.2. ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ**

Η συχνότερη μορφή άνοιας των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, δεν είναι άλλη από τη νόσο Alzheimer. Ειδικότερα, από τους 30 ασθενείς οι 18 είχαν άνοια τύπου Alzheimer (64%) και οι υπόλοιποι δώδεκα (36%) γεροντική άνοια. Το δείγμα των ασθενών δεν παρουσίαζε συνοσηρότητα της άνοιας με κάποια νευρολογική νόσο, καθώς το γεγονός αυτό θα τους απέκλειε από το δείγμα αφού θα αλλοίωνε τα αποτελέσματα της έρευνας. Ωστόσο, οι ασθενείς συχνά παρουσίαζαν καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου. Η συντριπτική πλειοψηφία ήταν υπέρτασικοί (63.3%), όλοι είχαν σακχαρώδη διαβήτη, 5 είχαν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ένας είχε υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου, ενώ περίπου οι μισοί είχαν υπερχοληστεριναιμία. Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παρουσίαζε καρδιαγγειακά προβλήματα ήταν εύλογο δεδομένης της προχωρημένης ηλικίας και του γεγονότος ότι αυτής της φύσης τα προβλήματα αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της άνοιας (Rosendorff et al. 2007).

Η εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών πραγματοποιήθηκε μέσω του σταθμισμένου εργαλείου MMSE. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ο μέσος όρος του δείγματος εμφάνιζε μέτριας σοβαρότητας γνωστική έκπτωση, καθώς η μέση τιμή των αποτελεσμάτων των ασθενών ήταν 15.63. Οι οπτικοχωρικές και κατασκευαστικές ικανότητες ελέγχθηκαν με τη χορήγηση του

τεστ ρολογιού (Clock Drawing Test). Η μέση τιμή των αποτελεσμάτων του δείγματος ήταν 1.3. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα και των δύο τεστ φαίνεται πως η μέτριας σοβαρότητας γνωστική έκπτωση που εμφανίζεται στο MMSE έχει αντίκτυπο και στο τεστ του ρολογιού.

Όσο αφορά τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινότητας των ασθενών τα αποτελέσματα προέκυψαν από την υποκειμενική εκτίμηση των φροντιστών συμπληρώνοντας το δείκτη Barthel. Η πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να έχει μία ελαφριά εξάρτηση καθώς η μέση τιμή του BI ήταν 68.83. Ειδικότερα, το 36.67% δεν είχε καθόλου έκπτωση λειτουργικότητας των καθημερινών δραστηριοτήτων και το 30% παρουσίασε μία ελαφριά εξάρτηση.

### **6.3. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ**

Για τη μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Cornell (CSDD), η οποία θεωρείται αρκετά αξιόπιστη για τη διάγνωση της κατάθλιψης στην άνοια. Η μέση τιμή της κλίμακας ήταν 14.1, οι ασθενείς δηλαδή παρουσίασαν πιθανά καταθλιπτικά επεισόδια. Οι ασθενείς οι οποίοι παρουσίαζαν πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία ήταν στην πλειοψηφία τους γυναίκες (40%) καθώς οι άντρες αποτελούσαν ένα 10%, ήταν κατά κύριο λόγο απόφοιτοι Δημοτικού (26.67%) και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (13.33%), σε μεσαίο στάδιο άνοιας (36.67%) και διέμεναν με κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο (43.33%).

Αναφορικά με τους φροντιστές, εκτός από υψηλή επιβάρυνση, παρουσίασαν και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η μέση τιμή του δείγματος ως προς τα αποτελέσματα της κλίμακας CSDD ήταν 11.77. Η τιμή αυτή σηματοδοτεί πιθανά καταθλιπτικά επεισόδια για το μέσο όρο των φροντιστών. Το 43.33% φάνηκε να παρουσιάζει μικρά ή καθόλου καταθλιπτικά επεισόδια, ενώ το άλλο 43.33% να είναι επιρρεπές σε πιθανά καταθλιπτικά επεισόδια. Μόλις το 13.33% φάνηκε ότι μπορεί να παρουσιάσει σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια. Οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερη κατάθλιψη σε σχέση με τους άντρες, αλλά αυτό δικαιολογείται από την αναλογία ανδρών-γυναικών του δείγματος 4 προς 30. Επιπλέον, σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών εμφανίζει μικρή ή πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ παράλληλα έχει λάβει ενημέρωση σχετικά με την άνοια και μοιράζεται



τη φροντίδα με άλλα συγγενικά του πρόσωπα. Μεγαλύτερη καταθλιπτική συμπτωματολογία φαίνεται να έχουν οι σύζυγοι συγκριτικά με τα παιδιά ή με άλλους φροντιστές που έχουν κάποιου άλλου είδους συγγενική σχέση με τους ασθενείς. Η συντριπτική πλειοψηφία (70%) των φροντιστών αυτών είναι έγγαμοι με σχετικά υψηλό μορφωτικό επίπεδο (δευτεροβάθμια ή/και τριτοβάθμια εκπαίδευση), καλής οικονομικής κατάστασης και παρέχουν φροντίδα 12 με 24 μήνες στους ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο και διαμένουν στο ίδιο σπίτι.

#### **6.4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης η πλειοψηφία των φροντιστών ασθενών με άνοια φαίνεται να έχει «μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση», καθώς το ποσοστό της συγκεκριμένης κατηγορίας άγγιξε το 43%, ενώ ένας στους δέκα αντιμετώπιζε «σοβαρή επιβάρυνση» (11%). Ωστόσο, η υψηλή επιβάρυνση των φροντιστών ασθενών με άνοια είναι αδιαμφισβήτητη. Τα αποτελέσματα αυτά συμπίπτουν με αυτά αντίστοιχης μελέτης στις Η.Π.Α. ( NAC & AARP, 2015) ως προς το ποσοστό υψηλής επιβάρυνσης, αλλά διαφοροποιούνται ως προς τη χαμηλή και μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση. Ενδεχομένως, παράγοντες όπως η συνοσηρότητα του δείγματος των ηλικιωμένων στις Η.Π.Α, το γεγονός ότι οι άτυποι φροντιστές τους είχαν εκπαιδευτεί να επιτελούν ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις και το γεγονός ότι είχαν περισσότερες πιθανότητες στήριξης τόσο από άποψη εισοδήματος όσο και άποψη κοινοτικών υπηρεσιών συγκριτικά με τους άτυπους φροντιστές του δείγματος, ευθύνονται για αυτές τις διαφοροποιήσεις.

Παρόμοια αποτελέσματα με την παρούσα μελέτη ως προς τη συνολική επιβάρυνση των φροντιστών παρουσιάζονται σε αντίστοιχη μελέτη (Mougias et al. 2015) στην Ελλάδα, στην οποία πέντε στους δέκα φροντιστές αντιμετωπίζουν υψηλή επιβάρυνση (>40). Το ποσοστό του δείγματος που παρουσιάζει «μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση» ανέρχεται στο 41.61%, ενώ περίπου δύο στους δέκα αντιμετώπιζε «σοβαρή επιβάρυνση» (14.29%). Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι η πλειοψηφία του δείγματος της έρευνας των Mougias et al., έπασχε από ΝΑ (62.73%), ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς αντιμετώπιζαν άλλες μορφές άνοιας πέραν της γεροντικής άνοιας (32.27%). Εν αντιθέσει, το δείγμα της παρούσας μελέτης αφορά ασθενείς με γεροντική άνοια και ΝΑ, συνεπώς είναι λογικό να διαφοροποιούνται και τα αντίστοιχα αποτελέσματα της επιβάρυνσης των φροντιστών.

Διαφορά προέκυψε και στο επίπεδο συνολικής επιβάρυνσης μεταξύ της μελέτης των Tang et al (2013) στην Κίνα, όπου η μέση τιμή της επιβάρυνσης βρέθηκε να είναι μικρή (26.6%), ενώ στην παρούσα μελέτη ήπια έως μέτρια (38.8%). Οι δύο πιο πιθανοί παράγοντες είναι οι εξής: (α) στο δείγμα της Κίνας η πλειονότητα των φροντιστών είχε συζυγική σχέση με τον ασθενή με άνοια, γεγονός που καθιστά την υποχρέωση φροντίδας πιο δεσμευτική, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της αυστηρής κινεζικής παράδοσης, (β) η Κίνα έχει αυξήσει κατακόρυφα και τις σχετικές δημόσιες δαπάνες ως αντίκτυπο του επιπολασμού της άνοιας .

Η έρευνα είναι πολύ κοντά και στα αποτελέσματα παλαιότερων μελετών στον ευρύτερο ελλαδικό χώρο (Παπασταύρου, 2006), αλλά και σε πιο πρόσφατες (Ζαχαροπούλου, 2015). Επομένως, ως προς τη συνολική επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών η έρευνα, αν και βρήκε ελαφρώς μικρότερα ποσοστά και μέσες τιμές συνολικής επιβάρυνσης, συγκριτικά με άλλες μελέτες στην Ελλάδα και το εξωτερικό, εντούτοις τα αποτελέσματα της συμφωνούν με την πλειοψηφία των παραπάνω μελετών, καθώς οι όποιες μικρές διαφορές προκύπτουν από τα διαφορετικά χαρακτηριστικά του δείγματος (π.χ. σχέση φροντιστή – ασθενή, ηλικία φροντιστή, διάρκεια φροντίδας, είδος άνοιας και κατάσταση υγείας του ασθενή). Συνεπώς, η έρευνα επιβεβαίωσε τη βασική ερευνητική υπόθεση πως οι φροντιστές ασθενών με άνοια αντιμετωπίζουν μεσαία και υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης.

## **6.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ**

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα συσχέτισης του δείγματος, ύστερα από ανάλυση των εξαρτημένων/ κατηγορικών μεταβλητών φάνηκε πως οι ασθενείς εμφανίζουν περισσότερες και εντονότερες καταθλιπτικές ενδείξεις από τους φροντιστές τους. Ωστόσο, δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τα καταθλιπτικά επεισόδια των ασθενών σε σχέση με αυτά των φροντιστών, ούτε μπορεί να συσχετιστεί το επίπεδο γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το επίπεδο γνωστικών λειτουργιών των φροντιστών τους. Επιπλέον, οι ενδείξεις κατάθλιψης των ασθενών δεν σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο, τον τύπο της άνοιας και με το αν μένει μόνος του ή όχι. Απ' την άλλη οι ενδείξεις κατάθλιψης των φροντιστών δεν σχετίζονται με παράγοντες όπως το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό του

επίπεδο, την οικογενειακή τους κατάσταση, την οικονομική τους κατάσταση, με το είδος της άνοιας, με τους μήνες φροντίδας που παρέχουν στον ασθενή, με το είδος της συγγένειας που έχουν με τον ασθενή, με την ύπαρξη επιμερισμού φροντίδας, με το αν έχουν λάβει ενημέρωση ή όχι σχετικά με την άνοια. Ωστόσο, φάνηκε πως το στάδιο της άνοιας των ασθενών επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογία τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών και σχετίζεται σημαντικά με τα επίπεδα κατάθλιψής τους.

Όσο αφορά την επιβάρυνση που βιώνουν οι φροντιστές με την παροχή φροντίδας στα αγαπημένα τους πρόσωπα βάσει των αποτελεσμάτων δεν φαίνεται να σχετίζεται με παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο, η οικογενειακή τους κατάσταση, η οικονομική τους κατάσταση, με το είδος και το στάδιο της άνοιας, με τους μήνες φροντίδας που παρέχουν στον ασθενή, με το είδος της συγγένειας που έχουν με τον ασθενή, με την ύπαρξη επιμερισμού φροντίδας και με το αν έχουν λάβει ενημέρωση ή όχι σχετικά με την άνοια.

Αναφορικά με τη λειτουργικότητα των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες δε φάνηκε πως αυτή μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από την ηλικία ή το είδος της άνοιάς τους. Ούτε βρέθηκε κάποιος συσχετισμός μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών τους. Ωστόσο, το επίπεδο λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες αποτελεί παράγοντα που μπορεί να επηρεάσει τόσο το βαθμό κατάθλιψης των ασθενών, όσο και το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών τους.

Επιπρόσθετα, δεν βρέθηκε κάποια σχέση μεταξύ του γνωστικού επιπέδου και του βαθμού κατάθλιψης των ασθενών ή/και με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών, ούτε μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης των ασθενών με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών τους. Αλλά βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης και της επιβάρυνσης που βιώνουν οι φροντιστές.

Τέλος, φαίνεται πως υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων των ασθενών στη δοκιμασία MMSE και των αποτελεσμάτων στη δοκιμασία του ρολογιού (CLOCK).

**6.6. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ
<b>CSDD (patient)</b>	<b>CSDD (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τα καταθλιπτικά επεισόδια των ασθενών σε σχέση με αυτά των φροντιστών. p= .206
<b>MMSE (patient)</b>	<b>MMSE (caregiver)</b>	<b>H1: Υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τις γνωστικές ικανότητες των ασθενών σε σχέση με αυτές των φροντιστών τους.</b> <b>p= .000</b>
<b>CSDD (patient)</b>	<b>Sex (patient)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με το φύλο τους p= .481
<b>CSDD (patient)</b>	<b>Educational Status (patient)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο p= .315
<b>CSDD (patient)</b>	<b>Type of Dementia</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με τον τύπο άνοιας. p= .193
<b>CSDD (patient)</b>	<b>Living alone or not (patient)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με το αν μένει μόνος του ή όχι p= .526
<b>CSDD (patient)</b>	<b>Stage of dementia</b>	<b>H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με το στάδιο της άνοιας</b> <b>p= .016</b>
<b>CSDD (patient)</b>	<b>Age (patient)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των ασθενών σε σχέση με την ηλικία του ασθενή p= .188
<b>Barthel</b>	<b>Age</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας

<b>(patient)</b>	<b>(patient)</b>	σε καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με την ηλικία των ασθενών p= .560
<b>Barthel (patient)</b>	<b>Type of Dementia</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες με το είδος άνοιας των ασθενών p= .991
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Educational Status (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο p= .423
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Age (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την ηλικία τους p= .078
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Duration of care</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με τους μήνες φροντίδας που παρέχουν στον ασθενή p= .890
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Sex (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το φύλο τους p= .689
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Kind of affinity (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το είδος της συγγένειας που έχουν με τον ασθενή p= .389
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Marital Status (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την οικογενειακή του κατάσταση p= .887
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Information (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το αν έχουν αναλάβει ενημέρωση ή όχι σχετικά με την άνοια p= .310
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Sharing of care (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την ύπαρξη επιμερισμού φροντίδας p= .188

<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Financial Status (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση p= .053
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Stage of Dementia</b>	<b>H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το στάδιο της άνοιας</b> p= .027
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>Type of Dementia</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων κατάθλιψης των φροντιστών σε σχέση με το είδος της άνοιας p= .539
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Education</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών με του μορφωτικού τους επιπέδου p= .951
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Age (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με την ηλικία τους p= .632
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Duration of care</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με τους μήνες φροντίδας που παρέχουν στον ασθενή p= .592
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Sex (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το φύλο τους p= .811
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Kind of affinity (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το είδος της συγγένειας που έχουν με τον ασθενή p= .081
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Marital status (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση p= .795
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Information (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το αν έχουν αναλάβει ενημέρωση ή

		όχι σχετικά με την άνοια p= .152
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Sharing of care (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με την ύπαρξη επιμερισμού φροντίδας p= .495
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Financial status (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με την οικονομική τους κατάσταση p= .576
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Stage of dementia (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το στάδιο της άνοιας p= .759
<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>Type of dementia (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ενδείξεων επιβάρυνσης των φροντιστών σε σχέση με το είδος της άνοιας p= .364
<b>MMSE (patient)</b>	<b>CSDD (patient)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του γνωστικού επιπέδου και του βαθμού κατάθλιψης των ασθενών p= .074
<b>Barthel</b>	<b>CSDD (patient)</b>	<b>H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό κατάθλιψης των ασθενών</b> p= .00
<b>Barthel</b>	<b>CSDD (patient)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών p= .634
<b>MMSE (patient)</b>	<b>CSDD (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών με το βαθμό κατάθλιψης των φροντιστών p= .868
<b>Barthel</b>	<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου λειτουργικότητας των ασθενών σε καθημερινές δραστηριότητες με το βαθμό</b>

		επιβάρυνσης των φροντιστών τους p= .021
<b>MMSE (patient)</b>	<b>Clock Drawing Test (patient)</b>	<b>H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων των ασθενών στη δοκιμασία MMSE και των αποτελεσμάτων στη δοκιμασία του ρολογιού (CLOCK)</b> p= .000
<b>CSDD (patient)</b>	<b>ZBI (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης των ασθενών με το βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών τους p= .354
<b>CSDD (caregiver)</b>	<b>ZBI (caregiver)</b>	<b>H1: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου κατάθλιψης και του βαθμού επιβάρυνσης των φροντιστών</b> p= .005
<b>MMSE (patient)</b>	<b>ZBI (caregiver)</b>	H0: Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου γνωστικών λειτουργιών των ασθενών και του βαθμού επιβάρυνσης των φροντιστών τους p= .074

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η άνοια δεν αποτελεί μία νόσο που έχει μόνο ιατρικές διαστάσεις. Τα ευρήματα της έρευνας **απέδειξαν επιπτώσεις στην ψυχολογία τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους**, οι οποίες έχουν αντίκτυπο στην καθημερινότητα και των δύο, επιβεβαιώνοντας έρευνες άλλων χωρών. Η κοινωνική διάσταση της νόσου, λοιπόν, και η συναισθηματική εμπλοκή των ασθενών και της οικογένειάς τους καθώς επίσης και το παγκόσμιο φαινόμενο της επιβάρυνσης είναι αδιαμφισβήτητες πραγματικότητες.

Η παρούσα μελέτη έδωσε τη δυνατότητα να διερευνηθούν τόσο η επιβάρυνση των φροντιστών ως απότοκο της παροχής φροντίδας, όσο και τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν οι ασθενείς με άνοια και οι φροντιστές τους, καθώς και οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αυτές τις δύο



παραμέτρους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν ασθενείς και φροντιστές παρουσίασαν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Ακόμη, η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν αρκετά επιβαρυσμένη, αφού τα αποτελέσματα ανέδειξαν “μέτρια έως σοβαρή επιβάρυνση”. Συνεπώς, η φροντίδα του ανοϊκού ασθενή είναι συνυφασμένη με την επιβάρυνση η οποία σχετίζεται άμεσα με τη ψυχιατρική νοσηρότητα του ατόμου που παρέχει φροντίδα με τη μορφή της κατάθλιψης. Αποδείχθηκε ακόμη μέσω συσχετίσεων, πως η κατάθλιψη που βιώνουν ασθενείς και φροντιστές δεν εξαρτάται από το κοινωνικο-δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Ωστόσο, **βρέθηκε πως το στάδιο της άνοιας του ασθενή σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψή του φροντιστή και του ασθενή.** Επιπλέον, φάνηκε πως η λειτουργική έκπτωση του ασθενή μπορεί να επηρεάσει το βαθμό κατάθλιψής του και να δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερη επιβάρυνση στο φροντιστή. Τέλος, αποδείχτηκε ότι τα **επίπεδα κατάθλιψης και ο βαθμός επιβάρυνσης των φροντιστών είναι άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους.**

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τόσο η έννοια της επιβάρυνσης όσο και οι επιπτώσεις της φροντίδας στον ψυχοσυναισθηματικό κόσμο των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με άνοια πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω. Η ομοιογένεια στο δείγμα τόσο ως προς στο στάδιο της νόσου, όσο και σε σημαντικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του φροντιστή, καθώς επίσης η παρακολούθηση των ίδιων των φροντιστών σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της φροντίδας θα μπορούσε να δια φωτίσει το πρόβλημα και να δώσει μια καθαρότερη εικόνα της επιβάρυνσης που βιώνουν.

Επιπλέον, ίσως θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη η μελέτη του ρόλου και της αποτελεσματικότητας των οικογενειακών ή άλλου είδους δομών που πιθανώς να συνέβαλαν στην καλύτερη αντιμετώπιση των εντάσεων της φροντίδας, όπως επίσης και σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τα οποία είναι υπεύθυνα για τις διαφορές στα επίπεδα της επιβάρυνσης. Διαφορετικά εργαλεία μέτρησης ή και διαφορετικές προσεγγίσεις θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν επαναλαμβάνοντας τη μελέτη. Με αυτόν τον τρόπο μια νέα μεθοδολογική και εννοιολογική πρόκληση θα ερχόταν στο προσκήνιο που θα συνεπαγόταν εξίσου σημαντικά ευρήματα .

Παρόλο που τα ευρήματα της μελέτης μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικά του δείγματος που ελέγχθηκε και να τεκμηριώνουν τη σημερινή κατάσταση της οικογενειακής φροντίδας ανοϊκών ασθενών της Γαστούνης, του Ναυπλίου και της Πάτρας, δεν αντιπροσωπεύουν τις πληθυσμιακές

ομάδες των ανοϊκών και των φροντιστών τους. Παρά ταύτα, μπορούν να αναδείξουν τις σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις που βιώνουν ασθενείς και φροντιστές ως απότοκο αυτής της εκφυλιστικής νόσου. Συνεπώς, δίνεται τροφή για σκέψη και ευκαιρία για βαθύ και γόνιμο προβληματισμό σχετικά με το ζήτημα της φροντίδας των ασθενών που πάσχουν από άνοια, όπως επίσης και με το θέμα της επιβάρυνσης που βιώνουν οι φροντιστές τους.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν αποτελούν πρόκληση για τη δημιουργία προγραμμάτων κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας και κοινωνικής στήριξης της οικογένειας ή για τη βελτίωση των υφιστάμενων δομών. Η συμβουλευτική στήριξη των φροντιστών σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο είναι απαραίτητη προκειμένου να αποφορτίσει όλα εκείνα τα συναισθήματα που βιώνουν εξαιτίας της παροχής φροντίδας. Ο φροντιστής είναι εκείνος που βιώνει εξ ολοκλήρου τη νόσο, καθώς οι ασθενείς λόγω της γνωστικής έκπτωσης δεν αντιλαμβάνονται πλήρως αυτό που τους συμβαίνει. Είναι επιτακτική η ανάγκη της επαρκούς ενημέρωσης και παρέμβασης, οι οποίες με τη σειρά τους θα συμβάλλουν θετικά στη στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους σε προσωπικό, ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Η δημιουργία των απαραίτητων δομών, υπηρεσιών και προγραμμάτων που θα καλύπτουν τις ξεχωριστές ανάγκες κάθε φροντιστή και θα βασίζονται στην κατανόηση των διαφορετικών διαστάσεων της επιβάρυνσης είναι εξίσου σημαντικές.

Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαν να δημιουργηθούν ομάδες υποστήριξης φροντιστών από τις κοινωνικές υπηρεσίες ή από τις εταιρείες και συλλόγους που ασχολούνται με άτομα με άνοια και θα αποσκοπούν στην ανταλλαγή εμπειριών μεταξύ των φροντιστών και την ενημέρωσή τους σχετικά με θέματα που τους απασχολούν, όπως η φροντίδα των ανοϊκών συγγενών τους. Προγράμματα με τέτοιο περιεχόμενο, δηλαδή την υποστήριξη και την συμβουλευτική των φροντιστών θα ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματικά στη διαχείριση των προβλημάτων συμπεριφοράς του ασθενή και στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών αντιδράσεων στις αλλαγές που έπονται στην πορεία της νόσου.

Επιπλέον, η σύσταση συλλόγων που θα τάσσονται υπέρ των δικαιωμάτων των φροντιστών προκειμένου να προαχθεί ο καθορισμός των αναγκών των ατόμων με άνοια, ο σχεδιασμός και το ξεκίνημα νέων κοινοτικών πρωτοβουλιών θα ήταν αρκετά χρήσιμη. Ακόμη θα μπορούσε να μελετηθεί η δημιουργία εξειδικευμένων ομάδων βοήθειας για ασθενείς με σοβαρή λειτουργική

έκπτωση των οποίων οι φροντιστές είναι αρκετά επιβαρυνμένοι από τη νόσο προκειμένου να ανακουφιστούν τόσο οι ασθενείς όσο και οι φροντιστές τους.

Επίσης, η υποβοήθηση της επικοινωνίας και της πρόσβασης σε κοινοτικούς πόρους για ενίσχυση στους λειτουργικούς περιορισμούς του ασθενούς από μέρος της οικογένειας είναι μείζονος σημασίας. Ειδικά προγράμματα κοινοτικής νοσηλευτικής βάσει Ευρωπαϊκών μελετών μεγαλύτερης εμβέλειας φαίνεται πως στηρίζουν την οικογένεια (Colvez, 2002), καθώς συσχετίστηκαν με τη δραματική μείωση των επιπέδων επιβάρυνσης της φροντίδας.

Επιπρόσθετα, η δημιουργία δομών που θα μεριμνά για την εκπαίδευση των φροντιστών σε στρατηγικές παρέμβασης οι οποίες θα δημιουργούν ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση κινητοποιώντας την ανάκληση, όπως τη θεραπεία των αναμνήσεων (reminiscence therapy) σίγουρα θα βοηθούσε στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και κατ' επέκταση αυτή των φροντιστών. Ακόμη, η εκπαίδευσή τους από ειδικά καταρτισμένους λογοθεραπευτές, σε αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας μέσω τροποποιήσεων του λόγου, όπως ο μειωμένος ρυθμός, η απλοποιημένη σύνταξη, ο περιορισμός του αριθμού των προτάσεων ανά εκφορά, η επανάληψη, η παράφραση, η σύνοψη όσων έχουν ήδη ειπωθεί, η χρήση ναι/όχι και ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών αντί ανοιχτού τύπου ερωτήσεις και η χρήση γραπτών διευκολύνσεων αντί λεκτικής παρουσίασης θα εξυπηρετούσε καλύτερα την αλληλεπίδρασή τους με τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Εν κατακλείδι, σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της επιβάρυνσης των ανθρώπων που φροντίζουν ασθενείς με άνοια και της διερεύνησης των παραγόντων που αυξάνουν τα επίπεδά της. Ειδικότερα εξετάστηκε αν το επίπεδο επιβάρυνσης των φροντιστών επηρεάζεται από το γνωστικό, λειτουργικό και ψυχολογικό προφίλ του ασθενή. Τα ευρήματα της μελέτης συνέβαλαν στην κατανόηση της ευρύτερης έννοιας της επιβάρυνσης και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές ως απόρροια της παροχής φροντίδας και μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για την ανάπτυξη προγραμμάτων στήριξης ασθενών και φροντιστών από διεπιστημονικές ομάδες που θα περιλαμβάνουν νευρολόγους, ψυχολόγους, λογοθεραπευτές και φυσιοθεραπευτές, προάγοντας την υγεία, την ευημερία και την ποιότητα ζωής τους. Δεδομένου ότι η νόσος της άνοιας δεν είναι δυνατόν να θεραπευτεί, η εστίαση /επικέντρωση στη φροντίδα αποτελεί αδήριτη ανάγκη, καθώς μέσω αυτής προάγεται η ευημερία και διατηρείται η καλύτερη δυνατή ποιότητα

ζωής καθώς όπως έχει αναφέρει και ο Clark «Ας προσθέσουμε ζωή στα χρόνια και όχι χρόνια στη ζωή»<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Clark PG. Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean? Gerontologist 1995; 35(3): 402–411.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Agrell B., Dehljn O., (1998). *The clock-drawing test*. Age and Ageing, 27, 399-403.

Alexopolous G.S., Abrams R.C., Young R.C., Shamoian C.A., (1988). *Cornell Scale for depression in dementia*. Biol Psychiatry, 23, 271–284.

Alzheimer's Disease International., (2011). *Alzheimer's Disease Facts and Figures*. Alzheimer' s Dementia. 7(2), 208-244.

Alzheimer’s Disease International., (2015). *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*.

Alzheimer's & Dementia. (2011). The Journal of the Alzheimer’s Associaton,7(3), 263 – 269.

Alzheimer’s society., (2013). *Dialing with guilt*. (Προσπελάστηκε στις 18 Ιουνίου 2019 στο [https://www.Alzheimer’s.org.uk/site/scripts/documents\\_](https://www.Alzheimer’s.org.uk/site/scripts/documents_) )

American Psychiatric Association., (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM- IV)*. Washongton DC: American Psychiatric Association, 123-163.

Ankri J., Andrieu S., Beaufils B., Grand A., Henrard J.C., (2005). *Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians*. International Journal Geriatric Psychiatry, 20(3), 254-260.

Awad A.G., Voruganti I.N., (2008). *The burden of schizophrenia on caregivers: a review*. Pharmacoeconomics. 26(2), 149-162.

Bédard M., Molloy D.W., Squire L., Dubois S., Lever J.A., O'Donnell M., (2001). *The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version*. Gerontologist, 41(5), 652-657.

Benson A.D., Slavin M.J., Tran T.T., Petrella J.R., Doraiswamy P.M., (2005). *Screening for Early Alzheimer’s Disease: Is there still a role for the Mini-Mental State Examination*. Primary Care Companion Journal Clinical Psychiatry, 7, 62-67.

- Berchtold N.C., Cotman C.W., (1998). *Evolution in the Conceptualization of Dementia and Alzheimer's Disease: Greco-Roman Period to the 1960s*. *Neurobiology of Aging*, 19(3), 173-189.
- Blackwell A.D., Dunn D.B., Owen A.M., Sahakian B.J., (2005). *Neuropsychological assessment of dementia*.
- Boenstein A.R., Copenhaver C.I., Mortimer J.A., (2006). *Early- Life Risk Factors for Alzheimer Disease*. *Alzheimer Disease Association*, 20, 63-72.
- Boller F., Forbes MM., (1998). *History of dementia and dementia in history: An overview*. *Journal of the Neurological Sciences*, 158 (2), 125-133.
- Bolognani S.A.P., Fabricio A.M., Garcia J.L., (1998). *Neuropsychological rehabilitation in a group of patients with mild dementia: preliminary results*. *Neurobiology Aging*, 19(4), 425.
- Boustani M., Peterson B., Hanson L., Harris R., Lohr K.N., (2003). *Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Service Task Force*. *Ann Intern Med*. 138(11), 160.
- Boyer F., Drame M., Morrone I., Novella J.L., (2006). *Factors relating to career burden for families of persons with muscular dystrophy*. *J Rehabil Med.*, 38(5), 309-15.
- Burns A., Lawlor B., Craig S., (2002). *Rating scales in old age psychiatry*. *Br Journal Psychiatry*, 180, 161-167.
- Camille B., (2007). *Alzheimer's Dementia*, *Lethbridge Undergraduate Research Journal*, 1, 53-56.
- Caqueo-Urizar A., Gutiérrez-Maldonado J., (2006). *Burden of care in families of patients with schizophrenia*. *Quality Life Research.*,15(4), 719-724.
- Chen J.H., Lin K.P., Chen Y.C., (2009). *Risk factors for dementia*. *Journal Formosa's Medical Associate*. 108 (10), 754-764.
- Chou K.R., (2000). *Caregivers burden: a concept analysis*. *J Pediatr Nurs.*, 15(6), 398-407.
- Colvez A., (2002). *La maladie d' Alzheimer. Quelle place pour les aidants?*, Masson.
- Corey-Bloom J., Fleisher A.S., (2005). *The natural history of Alzheimer's disease*. 376-386.

Crum R.M., Anthony J.C., Bassett S.S., Folstein M.F., (1993). *Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level*. JAMA, 269(18), 2386-2391.

Dementia., (2019). World Health Organisation Ιστότοπος: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

De Vreese L., Belloi S., Iacono C., Finelli M.N., (1998). *Memory training programs in memory complainers: Efficacy on objective and subjective memory functioning*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 26, 141 - 154.

Dimakopoulou E., Sakka P., Efthymiou A., karpathiou N., karydaki M., (2015). *Evaluating the Needs of Dementia Patients Caregivers in Greece: A Questionnaire Survey*. International Journal of Caring Sciences, 8 (2), 274- 280.

Dunkin J.J., Anderson-Hanley C., (1998). *Dementia caregiver burden. A review of the literature and guidelines for assessment and intervention*. Neurology, 51 (1), 53-60.

Etters L., Goodall D., Harrison B., (2008). *Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature*. Journal American Academy Nurse Practice. , 20 (8), 423-428.

Evans J.G., Wilcock G., (2004). *Evidence-based pharmacotherapy of Alzheimer's disease*. International Journal of Neuropsychopharmacology, 7, 351– 369.

Feldman H.H., Van Baelen B., Kavanagh S.M., Torfs K.I., (2005). *Cognition, Function, and Caregiving Time Patterns With Mild –to-Moderate Alzheimer Disease*. Alzheimer Disease Association Disorder, 19, 29-36.

Feldman H.H., (2007). *Atlas of Alzheimer's Disease*, New York: CRC Press.

Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R., (1975). *Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician*. Journal of Psychiatry, 12, 189–198.

Fotuhi M., Hachinski V., Whitehouse P.J., (2009). *Changing perspectives regarding late-life dementia*. Nature Reviews Neurology, 5, 649-658.

Fountoulakis C., Tsolaki M., Chazi H., Kazis A., (1994). *Mini Mental State Examination (MMSE): A validation study in demented patients from the elderly Greek population*. Encephalos, 31, 93-102.

Gallagher D., Ni Mhaolain A., Crosby L., Ryan D., Lacey L., Coen R., Walsh C., Coakley D., Walsh J., Cunningham C., (2011). *Dependence and caregiver burden in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment*. American Journal Alzheimers Disease Other Dementias, 26(2),110-114.

Germain S., Adam S., Olivier C., Cash H., Ousset P.J., Andrieu S., Vellas B., Meulemans T., Reynish E., (2009). *Does cognitive impairment influence burden in caregivers of patients with Alzheimer's disease?*. Journal Alzheimers Disease , 17(1),105-114.

Given B., Wyatt G., Given C., Gift A., Sherwood P., De Voss D., Rahbar M., (2004). *Burden and Depression Among Caregivers of Patients with Cancer at the End-of-life*. Oncology Nurse Forum, 31(6), 1105-1117.

Goffman E., (1996). *Συναντήσεις: Δυο μελέτες στην κοινωνιολογία της αλληλεπίδρασης*. Αθήνα, Αλεξάνδρεια.

Goldstein N.E., Concato J., Fried T.R., Kasl S.V., Johnson-Hurzeler R., Bradley E.H., (2004). *Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer*. Journal Palliative Care, 20(1), 38-43.

Goodhead A., McDonald J., (2007). *Informal Caregivers Literature Review*. A report prepared for the National Health Committee Health Services Research Centre. Victoria University of Wellington.

Griffin A. P., (1983). *A philosophical analysis of caring in nursing*. Journal of Advanced Nursing, 8 (4), 289-295.

Grunfeld E., Glossop R., McDowell I., Danbrook C., ( 1997). *Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers*. Canadian Medicine Association Journal., 157(8), 1101-1105.

Grunfeld E., Coyle D., Whelan T., Clinch J., Reyno L., Earle C.C., Willan A., Viola R., Coristine M., Janz T., Glossop R., (2004). *Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers*. CMAJ, 170 (12), 1795-1801.

Haro M., Kahle-Wroblewski K., Bruno G., Belger M., Dell' Agnello G., Dodel R., Jones R.W., Reed C.C., Vellas B., Wimo A., Argimon JM., (2014). *Analysis of burden in caregivers of people with Alzheimer's disease using self-report and supervision hours*. Journal Nutr Health Aging, 18(7), 677-684.



Higginson I.J., Gao W., (2008). *Caregiver assessment of patients with advanced cancer: concordance with patients, effects of burden and positivity*. Health and Quality of Life Outcomes, 6, 42.

History of dementia research. The University Of Queensland, Queensland Brain Institute: <https://qbi.uq.edu.au/brain/dementia/history-dementia-research>

Hoening, J., Hamilton, M.W., (1966). *The schizophrenic patient in the community and his effect on the household*. International Journal of Social Psychiatry, 12 (2), 165-176.

Holmberg S.K., (1997). *A walking program for wanderers: volunteer training and development of an evening walker's group*. Geriatric Nurse, 18(4), 160-165.

Hooley P.J., Butler G., Howlett J.G., (2005). *The relationship of quality of life, depression, and caregiver burden in outpatients with congestive heart failure*. Congest Heart Fail, 11(6), 303-10.

Huppert F.A., Cabelli S.T., Matthews F.E., (2005). *Brief cognitive assessment in a UK population sample-distributional properties and the relationship between the MMSE and an extended mental state examination*. BMC Geriatrics,5,7.

Hyman B.T., Creighton H.P., Beach G.T., Bigio E.H., Cairns N.J., Carrillo M.C., Dickson D.W., Duyckaerts C., Frosch M.P., Masliah E., Mirra S.S., Nelson P.T., Schneider J.A., Thal D.R., Thies B., Trojanowski J.Q., Vinters H.V., Montine T.J., (2012). *National Institute-Alzheimer's Association guidelines for the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease*. Alzheimer's & Dementia, The Journal of the Alzheimer's Association, 8, 1- 13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2011.10.007>

Jorm A.F., Cristensen H., Corten A.E., (2000). *Informant ratings of cognitive decline in old age: validation against change on cognitive tests over 7 to 8 years*. Psychology Medicine, 30, 981-985.

Jorm A., Jacoby R., Oppenheimer C., (2002). *Epidemiology of the dementia of late life*, Psychiatry in the elderly. Oxford: University Press, 487- 500.

Kang H. S., Myung W., Kim Seong Yoon., Lee J-H., Han S., Choi S., Kim SangYun., Kim

Seonwoo., Kim Doh Kwan., (2014) .*Factors Associated with Caregiver Burden in Patients with Alzheimer's Disease*. Psychiatry Investigation, 11(2),152-159.

Kim H., Chang M., Rose K., Kim S., (2012). *Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia* . Journal Adv Nurs, 68 (4), 846-855.

Kleinman A., (2012). *The art of medicine: Caregiving as a moral experience*. Lancet.

Kørner A., Lauritzen L., Abelskov K., Gulmann N., Brodersen M.A., Wedervang T., Kjeldgaard M.K., (2006). *The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study*. Nord Journal Psychiatry, 60(5), 360-364.

Kraemer H.C., Taylor J.L., Tinklenberg J.R., Yesavage J.A., (1998). *The stages of Alzheimer's disease: a reappraisal*. Dementia Geriatric Cognitive Disorder, 9(6), 299-308.

Kraus C.A., Seignourel P., Balasubramanyam V., Snow A.L., Wilson N.L., Kunik M.E., Schulz P.E., Stanley M.A., (2008). *Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia: two case studies*. Psychiatric Practice, 14(3), 186-192.

Leinonen E., Korpisammal L., Pulkkinen L.M., Pukuri T., (2001). *The comparison of burden between caregiving spouses of depressive and demented patients*. International Journal Geriatric Psychiatry, 16(4), 387-393.

Livingston G., Sommerlad A., Orgeta V., Costafreda S.C., Huntley J., Ames D., Ballard C., Banerjee C., Burns A., Cochlen- Mansfield J., Cooper C., Fox N., Howard R., Kales H., Larson E., Ritchie K., Rockwood K., Sampson E., Samus Q., Schneider L.S., Selbaek G., Teri L., Mukadam N., (2017). *Dementia prevention, intervention and care*. Lancet.

Lyons K., Zarit S., Sayer A., Whitlack C., (2002). *Caregiving as a dyadic Process: Perspectives from caregiver and receiver*. Journal of Gerontology, 57(3), 195- 204.

Mackinnon A., Khalilian A., Jorm A.F., Korten A.E., Christensen H., Mulligan R., (2003). *Improving screening accuracy for dementia in a community sample by augmenting cognitive testing with informant report*. Journal of Clinical Epidemiology, 56(4), 358- 366.

McKhann G.M., Knopman D.S., Chertkow H., Hyman B.T., Jack C.R., Kawas C.H., Klunk W.E., Koroshetz W.J., Manly J.J., Mayeux R., Mohs R.C., Morris J.C., Rossor M.N., Scheltens P., Carrilo M.C., Thies B., Weintraub S., Phelps C.H., (2011). *The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging- Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease*. Alzheimers Dementia, 7(3), 263-269.

Lamura G., (2003). *Supporting carers of older people in Europe: a comparative report on six European countries, Health and Social Services : Partners for a social Europe*. 11<sup>th</sup> European Social Services Conference, Venice .

Milev R.V., Kellar T., McLean M., Mileva V., Luthra V., Thompson S., Peever L., (2008). *Multisensory stimulation for elderly with dementia: a 24-week singleblind randomized controlled pilot study*. *Alzheimers Disease and Other Dementia*, 23(4), 372-376.

Mougias A.A., Politis A., Mougias M.A., Kotrotsou I., Skapinakis P., Damigos D., Mavreas V.G., (2015). *The burden of caring for patients with dementia and its predictors*. *Psychiatriki*, 26 (1), 28- 37.

National Alliance for Caregiving & AARP Public Policy Institute., (2015). *2015 report Caregiving in the U.S.* (προσπελάστηκε 17/08/2019 από [http://www.caregiving.org/wpcontent/uploads/2015/05/2015\\_CaregivingintheUS\\_Final\\_Report-June-4\\_WEB.pdf](http://www.caregiving.org/wpcontent/uploads/2015/05/2015_CaregivingintheUS_Final_Report-June-4_WEB.pdf))

Netz Y., Axelrad S., Argov E., (2007). *Group physical activity for demented older adults feasibility and effectiveness*. *Clin Rehabil.*, 21(11), 977-86.

Nilson F.M., (2007). *Mini Mental State Examination (MMSE)-probably one of the most cited papers in health science*. *Acta Psychiatr Scand.*, 115(1), 73-92.

Ownby R.L., Crocco E., Acevedo A., John V., Loewenstein D., (2006). *Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta- analysis, and metaregression analysis*. *Archives General Psychiatry*, 63(5), 530- 538.

Papastavrou E., Kalokerinou A., Papacostas S.S., Tsangari H., Sourtzi P., (2007). *Caring for a relative with dementia: family caregiver burden*. *J Adv Nurs.*, 58(5), 446-457.

Pernecky R., Wagenpfeil S., Komossa K., Grimmer T., Diehl J., Kurz A., (2006). *Mapping Scores Onto Stages: Mini-Mental State Examination and Clinical Dementia Rating*. *Am. Journal Geriatric Psychiatry*, 14, 139-144.

Piraggia P.A., Bishop D.,Herman D.S., Trisvan E., Lopez R.A., Torgersen C.S., Van Holf A.M., Anderson B.J., Miller I., Stein M.D., (2005). *Caregiver Burden and Depression Among Informal Caregivers of HIV-infected Individuals*. *J. Gen Intern Med.*, 20(6), 510-514.

Politis A., Maillis A., Thomadaki O., Passa M., Stamouli E., Kotrotsou M., Kontoaggellos K., Soldatos C., (2006). *Validity and reliability of the newly translated Cornell Scale for*

*Depression in Dementia (CSDD) applied to Greek outpatients with depression and depression and Alzheimer's disease.* Annals of General Psychiatry, 5(1), 245.

Powlista K.K., Von Dras D.D., Stanford A., Carr D.B., Tsering C., Miller J.P., Morris J.C., (2002). *The clock drawing test is a poor screen for very mild dementia.* Neurology, 59, 898-903.

Raglio A., Bellelli G., Traficante D., Gianotti M., Ubezio M.C., Villani D., Trabucchi M., (2008). *Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia.* Alzheimer Disease Association Disorder., 22(2), 158-162.

Reine G., Lancon C., Simeoni MC., Duplan S., Auquier P., (2003). *Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments,* Encephale, 29(2), 137-147.

Riemersma-van der Lek R.F., Swaab D.F., Twisk J., Hol E.M., Hoogendijk W.J., Van Someren E.J., (2008). *Effect of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities: a randomized controlled trial.* JAMA, 299(22), 2642-2655.

Roach M. S., (1987). *The human act of caring: a Blueprint for the Health Professions.* Canadian Hospital Association, Ottawa.

Rosendorff C., Beeri M.S., Silverman J.M., (2007). *Cardiovascular risk factors for Alzheimer's disease.* American Journal of Geriatric Cardiology., 16(3), 143- 149.

Sadik K., Wilcock G., (2003). *The Increasing Burden of Alzheimer Disease,* Alzheimer Disease Association Disorder, 17, 75-79.

Schulz R., Martire L.M., (2004). *Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies.* American Journal Geriatric Psychiatry, 12 (3), 240-249.

Sellal F., Kruzek E., (2007). *Maladie d' Alzheimer,* 2<sup>nd</sup> Edition, Paris, Doin.

Schrag A., Barone P., Brown R.G., Leentjens A.F., McDonald W.M., Starkstein S., Weintraub D., Poewe W., Rascol O., Sampaio C., Stebbins G.T., Goetz C.G., (2007). *Depression rating scales in Parkinson's disease: critique and recommendations.* Mov Disord., 22(8), 1077-1092.

Shan S., Vanclay F., Cooper B., (1989). *Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation.* Journal Clinical Epidemiology, 42, 703- 709.

Shulman K.I., Shedletsky R., Silver I.L., (1986). *The challenge of time: clockdrawing and cognitive function in the elderly.* Journal Geriatric Psychiatry, 1, 135-40.

Shulman K.I., (2000). *Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test?*. Journal Geriatric Psychiatry, 15(6), 548-561.

Simon C., (2001). *Informal cares an the primary care team*. British journal of General Practice, 5(1), 920- 923.

Sitzer D.I., Twamley E.W., Jeste D.V., (2006). *Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 114(2), 75-90.

Solomon P.R., Hirschhoff A., Kelly B., Relin M., Brush M., DeVeaux R.D., Pendlebury W.W., (1998). *A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease*. Archives Neurology, 55(3), 349-355.

Steinerman J., Honic L., (2007). *Laboratory biomarkers in Alzheimer's disease*, Curr Neurol Neurosci, 7(5), 381- 387.

Stultjens E.M., Dekker J., Bouter L.M., Jellema S., Bakker E.B., van den Ende C.H., (2004). *Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review*. Age Ageing, 33(5), 453-460.

Tang B., Harary E., Kurzman R., Mould-Quevedo J., Pan S., Qiao J., (2013). *Clinical Characterization and the Caregiver Burden of Dementia in China*, Value in Health Regional, 2, 118- 126.

Thomas P., Fenech M., (2007). *A review of genome mutation and Alzheimer's disease*. Mutagenesis, 22(1), 50- 56.

Todres L., Galvin K., (2006). *Caring for a partner with Alzheimer's disease: Intimacy, loss and the life that is possible*, International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 1, 50- 61.

Tsolaki M., Papaliagkas V., Kounti F., Tsantali E., Papapostolou P., Kotras N., Vlaikidis N., Kazis A., (2010). *Memory and Dementia Clinic in Thessaloniki: Twenty years of experience*, Middle East Journal of Age and Ageing, 4, 9-13.

Van Excel N.J., Scholte O.P., Reimer W.J., Brouwer W.B., van den Berg B., Koopmanschap M.A., van den Bos G.A., ( 2004). *Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA,SCQ and self rated burden*. Clin Rehabil., 18, 203-214.

Vina J., Lloret A., (2010). *Why women have more Alzheimer's Disease than men: gender and mitochondrial toxicity of amyloid- beta peptide*. Journal Alzheimer's Disease, 20 (2), 527-533.

Vitalino P.P, Zhang J., Scanlan J.M., (2003). *Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis*. Psychological Bulletin, 126 (6), 946- 972.

Waldemara G., Dubois B., Emrec M., Georgesd J., McKeith I.G., Rossorf M., Scheltens P., Tariskah P., Winblabi B., (2007). *Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia*. EFNS guideline European Journal of Neurology, 14(1), 26.

Watson J., (1985). *Nursing: Human science and human care*. New York: National League for Nursing.

Whitlatch C.J., Zarit S.H., von Eye A., (1991). *Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis*. Gerontologist, 31(1), 9-14.

Wilkinson D.G., (2005). *How effective are cholinergic therapies in improving cognition in Alzheimer's Disease*. Dementia. Hobber Arnold, 465-473.

Wolff N., Perlick D.A., Kaczynski R., Calabrese J., Nierenberg A., Miklowitz D.J., (2006). *Modeling costs and burden of informal caregiving for persons with bipolar disorder*. Journal Mental Health Policy Economy., 9(2), 99-110.

Woods B., Spector A., Jones C., Orrell M., Davies S., (2005). *Reminiscence therapy for dementia*. Cochrane Database Systematic Review, 18(2)

World Health Organization – WHO., (2017) *.Population ages 65 and above (% of total)*. Προσπέλαση στις 14 Σεπτεμβρίου 2019  
<http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS/countries?display=default>

World Health Organization – WHO., (2019). *Dementia*. Προσπέλαση στις 14 Σεπτεμβρίου 2019 <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Wright S.D., Pratt C.C., Schmall V.L., (1985). *Spiritual Support for Caregivers of Dementia Patients*. Journal of Religion and Health, Springer, 24 (1), 31- 38.

Wylie C.M., White B.K., (1964). *A measure of disability*. Archive Environmental Health, 8, 834 -839.

Zarit S.H., Reever K.E., Bach-Peterson J., (1980). *Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden*. Gerontologist, 20(6), 649-655.

Zisselman M.H., Rovner B.W., Shmuelly Y., Ferrie P., (1996). *A pet therapy intervention with geriatric psychiatry inpatients*. American Journal of Occupational Therapy, 50(1), 47-51.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ανδρεάκου Μ., (2014). *Εκτίμηση σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer*. Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, ΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Αντωνίου Α., (2016). *Διερεύνηση της συσχέτισης κατάθλιψης, εσωτερικής συγκρότησης και της σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής φροντιστών ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer*. Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, ΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια νόσο Alzheimer 2015-2020., (2015). Αθήνα Ιστότοπος: [http://www.alzheimer-drasi.gr/images/doc/ethniko\\_sxedio\\_drasis.pdf](http://www.alzheimer-drasi.gr/images/doc/ethniko_sxedio_drasis.pdf)

Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών., *Άνοια και Νόσος Alzheimer. Το φορτίο των φροντιστών*.

Ζαχαροπούλου Γ., Ζαχαροπούλου Β., Κωνσταντινοπούλου Α., Τσαλουκίδης Ν., Λαζακίδου Α., (2015). *Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(5), 614- 621.

Ιατράκη Ε., (2005). *Η φροντίδα των ασθενών με άνοια σε επιλεγμένες αστικές και αγροτικές περιοχές της Κρήτης: αναφορά στην επιβάρυνση των φροντιστών*. Μεταπτυχιακή εργασία. Τομέας κοινωνικής ιατρικής, τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Ιωαννίδης Ι., (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία -Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Κούκια Ε., Μαδιανός Μ., (2002). *Επιβάρυνση και ψυχική αρρώστια: μέθοδοι εκτίμησης*. Εγκέφαλος. Αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής, 41 (2), 43-48.

Κωστακιώτης Γ., (2015). *Πολιτικές της φροντίδας: Προκλήσεις της γήρανσης σε ένα μικρό νησί*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Ελλάδα.

Λύκουρας Γ., Γουρνέλλης Ρ., (2011). *Συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας*. Ψυχιατρική, 22 (2), 24 -33.

Μούγιας Α., (2003). *Πρώιμη διάγνωση της νόσου Alzheimer και συναφών ανοιών. Οδηγός για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας*. Mendor, 67- 100, Αθήνα.

Παπασταύρου Ε., (2005). *Η επιβάρυνση της οικογένειας που φροντίζει ασθενή με τη νόσο Alzheimer και άλλες σχετικές άνοιες*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Παπασταύρου Ε., Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α., Αλεβιζόπουλος Γ., Παπακώστας Σ., Τσαγκάρη Χ., Σουρτζή Π., (2006). *Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας της επιβάρυνσης (Zarit burden interview) σε Ελληνοκύπριους φροντιστές ασθενών με άνοια*. Νοσηλευτική, 45(4), 439- 449.

Παπατριανταφύλλου Γ., (2012). *Άνοια – Συμπτώματα και αιτίες*. Ιατρείο Διαταραχών Μνήμης & Νοητικών Λειτουργιών Ιατρικού Κέντρου Αθηνών Ιστότοπος: [www.iatropedia.gr/articles/read/1311](http://www.iatropedia.gr/articles/read/1311) (προσπελάστηκε 11/08/2019)

Παπλός Κ., Χαβάκη -Κονταξάκη Μ.Ι., Κονταξάκης Β.Π., (2005). *Πρόληψη της Νόσου Alzheimer και άλλων Ανοϊκών Συνδρόμων, στην Προληπτική Ψυχιατρική & Ψυχική Υγιεινή*, Αθήνα, ΒΗΤΑ, 513-524.

Πετμετζίδου Μ., Παπαναστασίου Σ., Πεμπεντζόγλου Μ., Παπαθεοδώρου Χ., Πολυζωίδης Π., (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, Αθήνα

Σακκά Π., Ευθυμίου Α., Ντανάση Ε., Καρπαθίου Ν., Βαμβακάρη Ε., Μαστρογγανάκης Τ., Παντελίδου Ε., Λάβδας Μ., (2015). *Εγχειρίδιο για επαγγελματίες υγείας – Βασικές αρχές για την Άνοια*. Ίδρυμα Μποδοσάκη, Αθήνα.

Σαλούστρος Β., (2015). *Η ποιότητα ζωής και οι ανάγκες των φροντιστών ασθενών με άνοια*. Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, ΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Αθήνα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Σαπουνά, Β., Schene Α.Η., Δαφέρμος Β. Θεοδωράκης Π., Χατζηαρσένης Μ., Λιονής Χ., (2006). *Επιβάρυνση μελών οικογενειών και άλλων ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με μείζονες ψυχικές διαταραχές στην Κρήτη: Ένα καινούργιο πεδίο για τη Γενική Ιατρική στην Ελλάδα. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. 18 (3), 113-124.

Στασινοπούλου Ο.Β., (2002). *Από το κράτος πρόνοιας στο «νέο» προνοιακό πλουραλισμό: Φροντίδα και γήρανση: Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*. Αθήνα: Gutenberg.



Τεπέρογλου Α., (2004). *Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια του*, στο Μουσούρου Λ. Μ. και Στρατηγάκη Μ. (Επιμ. Έκδ.) (2004), *Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής: Θεωρητικές αναφορές και εμπειρικές διερευνήσεις*. Αθήνα: Gutenberg, 161- 187.

Τσολάκη Μ., Κάζης Α., (2005). *Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Τσολάκη Μ., (2005). *Έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της άνοιας*. Εκπαιδευτικές Ημερίδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας «Γ. Παπαδάκης», Υπεύθυνος Έκδοσης Σ. Παπάς, Τόμος Β: 145- 156.

Τσολάκη Μ., Ιακωβίδου Β., Παπαδοπούλου Ε., Αμύντα Μ., Νακοπούλου Ε., Κάζης Α., (2006). *Μία 7-λεπτη Σύστοιχία Δοκιμασιών για την Εκτίμηση των Νευρογνωστικών λειτουργιών ασθενών με νόσο Alzheimer στον Ελληνικό πληθυσμό*. Εγκέφαλος, 37(1).