

МЕЃУНАРОДЕН СЛАВЈАНСКИ УНИВЕРЗИТЕТ

“ГАВРИЛО РОМАНОВИЧ ДЕРЖАВИН”

Свети Николе – Битола, Република Северна Македонија

ФАКУЛТЕТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА

Постдипломски студии по клиничка и советодавна психологија

КОГНИТИВНИТЕ НАРУШУВАЊА КАЈ ЛИЦАТА СО ДЕМЕНЦИЈА ВО ОДНОС НА ПОЛОТ И ВОЗРАСТА

Магистерски труд

Кандидат:

Маријана Трајческа

Содржина:

Содржина: 2

1.Вовед 5

2.Теориски пристап кон проблемот на истражувањето 8

2.1 Класификација на деменциите 10

2.2 Алцхајмерова деменција 12

2.3 Васкуларни деменции 16

2.4 Деменција поради Паркинсонова болест 18

2.5 Деменција со Левиеви телца 20

2.6 Фронтотемпорална деменција 21

2.7 Деменција во склоп на ХИВ инфекција 23

2.8 Деменција кај Хатингтонова болест 24

2.9 Деменција кај Кројцвелд Јакобова болест 25

2.10 Лимбичко –доминантна ТДП-43 енцефалопатија или ЛАТЕ деменција 26

3. Дијагноза на деменциите 27

4. Нормално стареење или деменција 29

4.1 Лесно когнитивно нарушување 31

4.2 Когнитивно нарушување 34

5. Промени на личноста и во однесувањето 36

6. Деменција и психички пореметувања 37

7. Тек и прогноза на деменциите 40

8. Третман на деменцијата 41

9. Како да се разбере и да се даде поддршка на лицата со деменција 44

9.1 Комуникација со лицата со деменција 47

9.2 Темелни препораки за комуникација со лицата со деменција 48

10. Релевантни истражувања 51

11. Дефинирањенапроблемотнаистражување 60

12. Методологија на истражувањето 61

12.1 Предмет на истражувањето 61

12.2 Истражувачки хипотези 62

12.3 Варијабли во истражувањето 63
12.4 Задачи на истражувањето 63
12.5 Мерни инструменти 64
12.6 Популација и примерок 65
12.7 Постапка на прибирање податоци 65
13. Статистичка обработка на податоците 66
13.1 Резултати од тестирање на подхипотезата 1 : Постојат разлики помеѓу испитаницитеод различен пол во однос на когнитивното нарушување 66
13.2 Резултати од тестирање на подхипотезата 2 : Постојат разлики помеѓу испитаниците на различна возраст во однос на когнитивното нарушување. 69
13.3 Резултати од тестирање на потхипотеза 3:Постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во нарушувањето на помнењето. 74
13.4 Резултати од тестирањето на подхипотеза 4 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на одложеното помнење 76
13.5 Резултати од тестирањето на подхипотеза 5 Постојат разлики помеѓу испитаниците од разлкичен пол во однос на ориентацијата 79
13.6 Резултати од тестирање на подхипотезата 6 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на вниманието и решавањето на математички задачи . 81
13.7 Резултати од тестирањето на подхипотеза 7: Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на говорот. 83
13.8 Резулататти од тестирање на подхипотеза 8 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на моторните способности. 86
14. ДИСКУСИЈА 89
14.1 Дискусија зарезултати од тестирање на подхипотезата 1 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на когнтивното нарушување 90
14.2 Дискусија зарезултати од тестирање на подхипотезата 2 : Постојат разлики помеѓу испитаниците на различна возраст во однос на когнитивното нарушување. 91
14.3 Дискусија нарезултати од тестирање на потхипотеза 3:Постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во нарушувањето на помнењето. 92
14.4 Дискусија на резултати од тестирањето на подхипотеза 4 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на одложеното помнење 92
14.5 Дискусија на резултати од тестирањето на подхипотеза 5 Постојат разлики помеѓу испитаниците од разлкичен пол во однос на ориентацијата 93

14.6 Дискусија на резултати од тестирање на подхипотезата 6 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на вниманието и решавањето на математички задачи 94

14.7 Дискусија на резултати од тестирањето на подхипотеза 7: Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на говорот. 94

14.8 Дискусија на резулатати од тестирање на подхипотеза 8 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на моторните способности. 95

14.9 Ограничувања на истражувањето 96

14.10 Предности на истражувањето 97

15. ЗАКЛУЧОК 97

16. Литература 100

17. П Р И Л О З И 103

1.Вовед

Деменција е губиток на порано постоечките интелектуално мнестички способности односно стекнато органско оштетување на интелигенцијата без поматување на свеста. За деменцијата карактеристичен е пад на општите интелектуални способности, оштетено памтење и сеќавање, намалена критичка моќ за расудување, оштетување на способностите на разликување на битно од небитно, пореметување на темпороспацијалната ориентација, емоционална лабилност и зголемена сугестибилност(Чадловски и соработници 2004).[1]

Како што расте бројот на луѓето кои страдаат од деменција Светската здравсвена организација проценува дека 65.7 милиони пациенти ке боледуваат од деменција до 2030 година или 115 .4 4 милиони до 2050 година. Се почесто се јавува и кај млади луѓе и бројот на заболени секојдневно расте. Важно е да се истражува деменцијата кои се фактори делуваат за нејзино настанување бидејќи болеста често доцна се препознава најчесто поради неинформираност, но и ниската свест кај населението за редовни прегледи. Многу важно е да се запознае јавноста со деменцијата и можностите за превенција и лекување на оваа болест како и решавање на многу социјални аспекти кои ја пратат.Деменцијата кај различни особи се манифестира со различни симптоми. Болеста просечно трае од 5 до 8 години и брзо доведува до губиток на работната способност на заболениот. Состојбата на болниот бара континуиран надзор и нега од страна на членовите од семејството, а често и постојана институционализација.

Зборот деменција доаѓа од латинскиот збор dementatus, што значи надвор од ум и како таков можел да се користи за секој облик на психопатологијата. Целзиус бил првиот кој го користи терминот деменција во првиот век по Христа. Орбазиус лекарот на императорот Јулијан, од четвртот век од новата ера пишува за болеста церебрална атрофија која предизвикува загуба на интелектуалната способност и ослабено движење. Дури во 19 век Жан Етиен Доминик Ескирол во своето класично дело Умствени болести ја провлекува разликата меѓу когнитивното растројство поради деменција и когнитивното растројство од умствена болест. Ескирол разликува три различни видови деменција: акутна, хронична

[1] Психијатрија Том 2 Чадловски Г. И соработници Просветно дело Скопје 2004 стр.10

и сенилна. Сенилната деменција ја дефинира како зафатеност на мозокот со ослабена функција на сетилата,разумот и волјата како и со нагласено нарушување на помнењето,расудувањето и вниманието. Ескирол опишува и халуцинации, делузии,агресивно однесување и моторни нарушувања кај пациентите кои имаат деменција. Во 1845 , Вилхем Гресингер за прв пат ја опишува сенилната деменција како болест на церебралните артерии. Меѓутоа , еден од учениците на Гресингер , Емил Крепелин, кој подоцна го ограничува опфатот на деменцијата одделувајќи ја сенилната деменција од психозата со церебрална артериосклероза, која подоцна го понесува називот demetia praecox и, на крај, шизофренија. Кон крајот на 19 век , почнуваат да се јавуваат извештаи за плаки и атрофија на мозокот кај пациенти со нарушено помнење и интелектуална конфузност. Во 1907 г. Алојз Алцхајмер за прв пат ги открива специфичните хистопатолошки промени кои се поврзани со прогресивната дегенеративна деменција. Тој опишува два случаја на деменција(во 1907 и 1911) со симптоми на афазија, апраксија, агнозија и хистопатолошки наод на неврофибрилни клопчина и плаки според кои се разликувале од деменцијата предизвикана од церебрална артериосклероза. И во поново време се уште продолжуваат напорите да се расветли етиологијата на деменцијата , како и дополнително да се опишат патолошките и физиолошките неправилности кои се присутни , различните клинички слики со особено потенцирање на генетиката, превенцијата и третманот.[2]

Најчести проблеми со кои се сретнуваат заболенитеод деменција и нивните негователи се :

-Пореметување на памтењето , учењето , препознавање на околината и препознавањето на блиските станува се послабо. Во умерениуот стадиум на болеста болниот не се сеќава на имињата на најблиските, не ги разбира роднинските и пријателските релации. Во подоцниот стадиум болниот не ги препознава предметите за секојдневна употреба(лажица, прибор за лична хигиена). Во крајниот стадиум се јавува инконтиненција , мускулите се укочуваат и болниот станува неподвижен, се потешко дише и голта.

[2]Сеопфатен учебник по Психијатрија на Каплан и Садок Том 1 Табернакул Скопје 2012 стр.1068

-Тешкотии во извршувањето на секојдневните активности- Тешкотии во извршувањето на лична хигиена, хранење, облекување како и одржување на домаќинството.

-Нарушување на ориентацијата во време и простор –Не се снаоѓаат во сопствениот стан, не се снаоѓаат на добро познати места, не се сеќаваат која година, ден, месец е . Настануваат тешкотии со концентрацијата и расудувањето.

-Тешкотии во говорот , читањето и пишувањето- Заборавање на секојдневните зборови,замена со слични зборови, неразбирлив говор, читањето и пишувањето стануваат се полоши, речникот значително осиромашува, говорот станува стереотипен и сиромашен. Со напредувањето на болеста доаѓа до губење на предходно постоечките способности.

-Губење на работи и обвинување за кражба- Болните ги оставаат своите работи на невообичаени места, постојано губат ситни работи, често ги бараат своите работи и ги обвинуваат другите за кражба.

-Промени во расположението и однесувањето како немир, нервоза, нагли промени на расположението. Со развојот на болеста болниот може да стане апатичен и незаинтересиран или агитиран и немирен. Во многу случаи болниот станува егоцентричен , сомничав или потполно индиферентен на случувањата кои кај здрави луѓе предизвикуваат чувства.[3]

Деменцијата е прогресивна и неизлечлива болест која брзо предизвикува несамостојност на заболениот и го прави зависен од туѓа помош.Освен што негативно делува на самото лице има негативни последици и на семејството водејќи до физичка, психичка, емотивна и финансиска исцрпеност.

- [3] Rad s oboljenimaod Alzheimerovebolesti i drugih demencija u domu za starijeosobe Orlic Dragana.Zavrsni rad Medicinskifakultet Osijek 2018

2.Теориски пристап кон проблемот на истражувањето

Под поимот деменција се подразбира стекната интелектуална детериорација предизвикана од неспецифични органски причини. Тоа е пропаѓање на интелектуалните , емоционалните и когнитивните способности при состојба на зачувана свест. Интелектуалната детериорација опфаќа растројства на голем број на функции, главно од кортикална природа, меѓу кои најчести се растројствата на помнењето, јазикот, говорот, расудувањето, когницијата и визуелно просторните и перцептивни моторни вештини.

Во настанувањето на деменциите можат да учествуваат повеќе фактори како:

1. Метаболичкии ендокрини фактори:

   Ацидобазните растројства, калциум растројствата(низок или висок), карциноидниотсиндром, електролитнитеабнормалности,хепатална енцефалопатија, хиперкортизолемија, хипергликемијата, хипооксијата, магнезиум абнормалности, паратиреоидните абнормалности, порфиријата, тиреоиднитерастројства , уремијата и др.

2. Мозочни електрични активности:

   Комплекс парцијалните кризи, постикталните состојби(депресија или дезинхибиција), темпоралниот статус епилептикус и др.

3. Мозочни неоплазми:

   Примарни или метастатични мозочни неоплазми(вклучува и менингеом)

4. Долготрајна конзумација на некои лекови:

   Антихолинергици, бензодијазепини, дигоксин, допамин агонисти, H2 блокери, лидокаин, наркотици, фенитоин, салицилати, теофилин и други.

5. Васкуларни растројства :

Артериовенозните малформации, хипертензивните кризи, инфламација на интракранијалните крварења, тромбоемболија, транзиторни исхемични напади.

6. Механички фактори:

   Хидроцефалусот(со нормален притисок), краниоцеребралните трауми, субдуралниот или епидуралниот хематом.

7. Мозочни инфекции:

   Апцесите, СИДА-та, менингоенцефалитите(туберкулозни, габични), мултифокалните енцефалопатии, субакутниот склерозен паненцефалит, терцијалниот сифилис.

8. Нутритивни дефицити:

   Витамин Б12 дефицит, Wernike –Korsakoffсиндром

9. Дегенеративни мозочни растројства:

   Алцхајмерова болест, Јакоб-Кројцфелдова болест, Хатингтонова болест, Паркинсонова болест, Пиковата болест и мултипла склероза.(Чадловски и соработници 2004).

   Дементните симптоми најчесто започнуваат бавно, со месеци, некогаш и со години меѓутоа откако ќе се манифестираат на клинички план, тогаш еволуцијата зазема брз и прогресивен тек.

Деменцијата најбрзо го оштетува:

1. **Помнењето** и тоа примарната и секундарната меморија, додека терциерната е зачувана се до доцната фаза на болеста. Растројството на помнењето се манифестира со тешкотии во ретенција како и во репродукцијата(особено за

понови доживувања), со конфабулации и со нарушување на ориентацијата во простор и време.

2. **Интелектуалните способности** кои прогресивно пропаѓаат и се манифестираат со намалена способност за расудување, снаоѓање, сфаќање, увидување, губење на интересирањето како и на иницијативноста и некритичност.

3. **Мислењето**, особено продуктивното и апстрактното мислење, што се манифестира со тешкотии во решавањето на задачите и проблемите, осиромашување на говорот(кој станува неразбирлив и дисфазичен), како и прекин на асоцијациите.

4. **Нагонско афективната сфера** со дезинхибиција на нагоните и со инконтиненција на емоциите, дисфоричност, раздразливост, афективна лабилност, со губење на срамот и на моралните кочници.

5. **Личноста** која постепено пропаѓа со распаѓањето на другите психолошки функции.

6. **Кортикалните моторни и сензорни центри** и патишта со манифестација на жаришни испади во вид на моторна и сензорна афазија и агнозии (особено кај васкуларната деменција и кај раниот облик на Алцхајмеровата деменција).[4]

2.1 Класификација на деменциите

1. Деменции кај Алцхајмерова болест

   Алцхајмеровата деменција е примарно дегенеративно и иреверзибилно мозочно растројство кое се карактеризира со прогресивна и брза

[4]Психијатрија Том 2 Чадловски Г. И соработници Просветно дело Скопје 2004 стр.13

детериорација на когнитивните функции со сеуште непозната етиологија и со специфични невропатлошки и биохемиски промени во мозокот.

2. Васкуларни деменции

   Васкуларните деменции се резултат на многубројни мозочни инфаркти најчесто предизвикани од хипертензивни кризи и од артериосклеротични промени во мозочните крвни садови.Мозочните инфаркти се во вид на мали атрофични лакуни дифузно раштркани во мозокот.

3. Деменција кај Пиковата болест претставува прогресивна деменција во предсенилна возраст која се карактеризира со бавно интелектуално мнестичко пропаѓање, лесни тешкотии во јазичните функции, апатичност или еуфоричност и со екстрапирамидални симптоми.

4. Деменција кај Кројцфелд – Јакобовата болест претставува прогресивна деменција со манифестни невролошки испади.

5. Деменција кај Хатингтонова болест која представува наследна, прогресивна, дегенеративна болест на когницијата чувствата и движењата како резултат на дегенеративните промени на мозокот.

6. Деменција кај Паркинсоновата болест која се карактеризира со симптоми на екстрапирамидалниот круг и со постепено и благо пропаѓање на интелектуално-мнестичките функции.

7. Деменција кај ХИВ инфекциите која е резултат на дифузното мултифокално уништување на белата маса на мозокот и субкортикалните структури на мозокот предизвикано од ХИВ вирусот. Се карактеризира со растројства на когнитивните функции и во однесувањето во вид на дементен синдром.

8. Деменција кај други заболувања. Постојат и многу други заболувања кои можат да манифестираат дементна симптоматологија како што се тумори на мозокот, субдурален хематом, ендокрини состојби, недостаток на некои витамини, инфективни состојби итн.

Најчесто застапени во популацијата се Алцхајмеровата деменција и Васкуларните деменции.

2.2 Алцхајмерова деменција

Кога во 1906 година Aloiz Alzheimer го презентирал и опишал првиот случај на пациентка со , како по него наречена Алцхајмерова болест, веројатно не ни можел да препостави дека случајот на Augusta Deter е само првиот од низата и дека тоа што тогаш се сметало за ретка болест ќе стане епидемија на 21 век.Првите симптоми кај Augusta Deter се јавиле околу 8 месеци пред хоспитализацијата , а состојбата имала тенденција за прогресивно влошување. Имала потешкотии со помнењето како и со извршување на секодневните активности во домот.Често се случувало да се загуби во непозната средина и развила страв кон лицата кои предходно добро ги познавала. Се јавило чувство на љубомора кон сопругот, а понекогаш мислела дека некој сака да ја убие и гласно врескала. Наведените симптоми кои ги опишал Alzheimer , со денешни термини би се опишале како агитираност, агресивност, параноидност и халуцинации, а сите заедно го креираат т.н бихејвиорален психијатриски синдром кај деменции, кој се јавува во напреднати стадиуми.

После смртта на Augusta Deter нејзиниот мозок бил испратен во лабароторијата на Alzheimerзапатолошка егзаминација. На тој начин Alzheimer ги открил патоанатомските и хистолошките промени во мозокот одговорни за клиничката слика која предходно ја проучил. Макроскопски , мозокот покажувал мозочна атрофија. Заедно со уште двајца италијански лекари Gaetano Perusini и Franesco Bonfiglio, Alzheimer ги анализирал хистолошките препарати, користејќи ја тогаш новата техника боење со сребро , а впечатлив бил големиот губиток на клетки низ мозочното ткиво. Во дел од сочуваните неврони , забележале исталожени фибрили(нишки) кои силно се пребојувале , а низ целиот мозочен кортекс имало наталожување на непозната супстанца во вид на плаки. Според овој опис мозокот на Augusta Deter ги имал главните хистопатолошки белези на

Алцхајмеровата болест : губиток на неврони,кумулирање на неврофибрилни вретена и амилоидни плаки.

Се проценува дека на Алцхамеровата деменција отпаѓаат 55 до 65 % од сите случаи на деменција. Во САД во 1980 година се регистрирани помалку од 3 милиони случаи, а се проценува дека до крајот на 2050 година ќе има повеќе од 10 милиони. Нејзината преваленца во популацијата над 65 години се движи од 2 до 4 %, а процентите би биле повисоки ако се однесуваат на популација над 75 годишна возраст.

Според податоците од Заводот за статистика на Р македонија бројот на население постаро од 60 години изнесува 400.000 , а со пресметка направена според просечната преваленца од 4 -5 %, би се добил очекуван број 16.000-20.000 заболени од Алцхајмерова деменција. Според податоците од Фондот за здравсвено осигурување на Р Македонија во тек на 2017 година на 4200 пациенти им бил препишан лекот donepezil, регистриран за третман на Алцхајмерова деменција. Претворено во проценти тоа би значело дека само 21 % од претпоставениот број на пациенти со Алцхајмерова деменција во Р Македонија е третиран, што е поразително.[5]

Алцхајмеровата деменција се јавува во две клинички форми:

1.Деменција со ран почеток или пресенилна демеција се јавува пред 65 години и се карактеризира со мошне брз и прогредиентен тек и со богатство од разновидни растројства кои потекнуваат од високите кортикални функции како што се афазија, аграфија,акалкулија,алексија и апраксија. Раната Алцхајмерова деменција се карактеризира со прогресивна детериорација на когнитивните функциипад на продуктивното мислење и на општите интелектуални способности, губење на способноста за ретенција и за репродукција на помнењето и дезинхибиција на нагонско афективната сфера како и со брз настап на невролошки испади од кортикална природа(Чадловски и соработници 2004)

2. Деменција со доцен почеток (или сенилна деменција)се јавува над 65 годишна возраст и се карактеризира со побавна прогресија на дементната симптоматологија која најчесто се

[5]Идентификација и евалуација на ризик и предикторни фактори за развој на Алцхајмерова болест Новотни Т. Габриела Докторска дисертација ЈЗУ Универзитетска клиника за неврологија Скопје 2019стр.3-8

карактеризира со оштетување на помнењето и со посиромашни жаришни невролошки и кортикални испади од раната форма. Доцната Алцхајмерова деменција се карактеризира со бавна еволуција на когнитивната детриорација (за десетина години)е со подбра прогноза и со посиромашна жаришна, особено кортикална феноменологија(Чадловски и соработници 2004).

Макроскопски мозокот на пациентот во рана фаза на Алцхајмеровата болест на прв поглед изгледа нормално. Со напредување на болеста се забележуваат пошироки бразди и поголеми мозочни вентрикули. Микроскопски , каркатеристичните лезии на Алцхајмеровата болест се амилоид плаките и неврофибрилните клопчиња.

Етиологијата на Алцхајмеровата болест најверојатно е мултифакторна и можно да се должи на интеракција на генетска подоложност и факторите на средината. Некои фактори кои се појавуваат како фактори на ризик од развој на Алцхајмерова деменција се стареењето, генетска предиспозиција,женскиот род, ниското ниво на образование и историја на повреда на главата. Можни заштитни фактори се изложеност на антиоксиданти, нестероидни антиинфламаторни лекови и надоместување на естроген по менопаузата.[6]

Пациентите со Алцхајмер губат во просек по 3 поени годишно на MMCE. Напредокот на болеста најчесто е постепен на благата фаза, а подраматичен на умерената.

Според S.Uzun и соработници 2018,возраста се смета најдобро потврден најважен фактор за ризик од Алцхајмерова деменција . Понизок кардијален индекс поврзан е со зголемен ризик за развој на Алцхајмерова болест. Пушењето се покажало како ризичен фактор за развој на Алцхајмерова деменција посебно кај особи кои не се носители на Е4 алелот, а ист бил случајот и со злоупотребата на алкохол. Дел од студиите ги има поврзано високиот крвен притисок со зголемен ризик од развој на Алцхајмерова болест кај лица кои не примале адекватна терапија. Кај лица кај кои хипертензијата е држена под контрола со помош на антихипертензиви докажано е дека овие лекови имаат протективен учинок во случајот на развоја на деменција во подоцнежна возраст. Хиперхолестеринемија се смета исто така за ризик фактор за појава на Алцхајмерова болест. Од психосоцијални фактори

[6]Сеопфатен учебник по Психијатрија на Каплан и Садок том 1 Табернакул Скопје 2012 стр.1076-1077

може да се издвојат нивото на образование, вклучувањето на поединецот во друштвени активности односно луѓето кои живеат изолиран живот имаат поголеми шанси да заболат од деменција подоцна во животот. Физичката активност исто може да има позитивно влијание на когнитивните способности[7].

Бројни студии укажуваат на зголемен ризик за развој на Алцхајмерова болест кај индивидуи кои имаат нерегулирана артериска хипертензија, дијабетес, обезитас , дислипидемија, особено хиперхолестеролемија и пушат цигари.

Според мета анализата на Hersiи соработниците од 2017 , неколку фактори меѓу кои употребата на статини, мала до умерена употреба на алкохол, придржување до исхрана според Медитеранска диета, повисок степен на образование, ангажираност во физички и когнитивно стимулирачки активности и присуство на APOE 2 алел се асоцирани со намален ризик за манифестација на Алцхајмерова деменција. Од друга страна трауматска повреда на главата кај мажи, возраста, актуелно пушење цигари, ниско ниво на социјализација и секако најсилниот генетски фактор, присуство на APOE 4 алел, се асоцирани со зголемен ризик за развоја на АД.

Според студијатана Winbladи соработниците, редовната физичка активност , дури и со послаб интензитет пешачење, го намалува ризикот од деменција за околу 40%. Скоро сите студии направени до сега известуваат за протективниот ефект што го има физичката активност во однос на АД.Редовната физичка активност во средно доба има силен протективен ефект и го намалува ризикот за развој на АБ во подоцнежните години, особено кај носителите на APOE 4 алелот . Според студијата на Reuben , редовната физичка активност ги намалува нивоата на Ц реактивен протеин и IL-6. Физичката активност не само што ги намалува васкуларните ризик фактори, туку го одржува и подобрува невропластицитетот, а може да делува и на неколку генетски транскрипти и невротрофички фактори, кои се од значење за одржување на когнитивните функции.

[7] Od demencije cesce boluju zene.S.Uzun i sur.Klinika za psihijatrijaVrapce Zagreb 2018 str.64

Аеробните активности постигнуваат когнитивен бенефит кај лица во претклинички и продромален стадиум на АБ.[8]

Поразителен е фактот дека и по повеќе од 100 години од откривањето на Алцхајмеровата деменција , сеуште не постои лек кој би ја излекувал, превенирал, или би ја забавил нејзината прогресија. Достапните лекови како donepezil , rivastigmine, galatamine како и memantine, имаат само скромен симптоматски ефект влијаејќи на невротрансмитерскиот систем. Веројатно главната причина за лошиот исход е отпочнување на третманот во одминати фази на болеста (умерена и тешка фаза од стадиумот на деменција), кога процесот на невродегенерација е напреднат , а невроните се иреверзибилно загубени и вткаени во сенилни плаки.

2.3 Васкуларни деменции

Васкуларните деменции од Алцхајмеровата деменција се разликуваат по својот акутен почеток, клинички особености и по еволуцијата на болеста. Васкуларните деменции се многу поретки од Алцхајмеровата деменција. Развојот на болеста зависи од типот на деменцијата која пак е условена од локализацијата на инфарктните жаришта.Симптоматологијата се карактеризира со постепена интелектуална детериорација, фокални невролошки испади(кои зависат од местото на инфарктот) и со анамнеза за мозочни исхемични атаки или инфаркти.

Цереброваскуларната болест е втората најчеста причина за деменција која е одговорна за 30% од сите случаи. Стапките на преваленца се 1,5 % кај лицата меѓу 70 и 75 годишна возраст до приближно 15% кај лицата постари од 80 години. Инциденцата на васкуларна деменција експоненцијално расне со возраста, а стапката на преваленца двојно се зголемува за 5 години.. За разлика од Алцхајмеровата болест васкуларната деменција

[8] Идентификација и евалуација на ризик и предикторни фактори за развој на Алцхајмерова болест Новотни Т. Габриела Докторска дисертација ЈЗУ Универзитетска клиника за неврологија Скопје 2019 стр. 142-143

почесто се јавува кај мажите. Когнтивното нарушување може да е резултат на мозочен инфаркт, аноксија или хеморагија. Инфарктот по правило е последица на артеросклеротични плаки или тромбемболизам кој ги запушува мозочните крвни садови. Поврзани фактори на ризик се хипертензија, дијабетес, како минливи исхемични напади како и срцева болест. Истражувањата во поново време се насочени врз улогата на васкуларните фактори во Алцхајмеровата болест, а неодамна било утврдено дека приближно една третина од пациентите со васкуларна деменција по мозочен удар пред ударот имале нарушено помнење можеби и Алцхајмерова болест(Каплан и Садок 2012).

Големото разнобразие во симптоматологијата на васкуларната болест делумно зависи од пределот кој е зафатен со инфаркт. Пациентите на почетокот можат да закрепнат од невролошките и когнитивните дефицити својствени на секој поеднечен инфаркт, иако по пречекорувањето на одреден праг на повреда, зависно од местото и степенот на оштетување се јавува функционално и интелектуално влошување. Васкулараната деменција може да се разликува од Алцхајмеровата по тоа што се јавува релативно ненадејно, по фокалните и невролошки знаци , историјата на мозочен удар и веројатно присуство на повеќе фактори на ризик од појава на цереброваскуларна болест.Некоја посериозна болест на малите крвни садови може да предизвика деменција. Бинзвагеровата болест е пример на болест на малите крвни садови. Болестите на малите крвни садови по правило има субакутна појава со супкортикални исхемични лезии. Тие лезии може да ги нарушат фронталните кола кои ги поддржуваат извршните функции, мотивацијата и социјалното однесување со што предизвикуваат когнитивни и бихејвиорални симптоми на деменција.Кај пациентите може да се јави нарушено помнење, невнимние, депресивно расположение, моторна дисфункција, паркинсонизам.[9]

Покрај неоспорниот инфаркт кој по правило е последица на запушување на главните артерии, други наоди кои може да се откријат со невровизуализација се сериозна перивентрикуларна исхемија и промени на длабоката бела мозочна маса. Исто така може да се забележи дека промените на белата маса главно се должат на хипертензијата и возраста, иако можат да предизвикаат некакви когнитивни последици, најчесто не се смета дека се каузална етиологија на деменцијата. Хистопатологијата може да открие

[9]Сеопфатен учебник по Психијатрија на Каплан и Садок том 1 Табернакул Скопје 2012 стр.1063

неспецифична демиенилизација и глиоза. Третманот на васкуларната деменција се базира врз ублажување на факторите на ризик: хипертензијата и хиперлипидемијата.Антитромбоцитните лекарства и антикоагулантната терапија обезбедуваат заштита од повторување на мозочен удар.Ризикот од повторување на мозочен удар кај пациенти со сериозна стеноза на каротидната артерија може да се намали со операција. Според едно контролирано испитување инхибиторите ацетилхолинестеразата се корисни и кај васкуларната деменција. Придружните психијатриски симптоми реагираат на антидепресивна терапија, а бихејвиоралнмите симптоми се третираат со антипсихотици , психостабилизатори.

МКБ 10 васкуларните деменции ги класифицира според развојот на болеста.

1. Васкуларна деменција со акутен почеток која се карактеризира со мошне брза појава на дементна феноменологија после мозочен инфаркт или мозочна хеморагија.

2. Васкуларна деменција поради повеќе инфаркти(или мултиинфарктна деменција) која почнува постепено во одреден временски период, после неколку транзиторни или дефинитивни атаки на мозокот.

3. Супкортикална васкуларна деменција со клиничка слика која многу личи на Алцхајмерова деменција и покрај тоа што кортексот не е ледиран бидејќи мозочните инфаркти ја погодиле белата супкортикална маса.

4. Мешана кортикална и супкортикална васкуларна деменција која по својата симптоматологија наликува на претходно опишаните растројства

2.4 Деменција поради Паркинсонова болест

Паркинсоновата болест најчесто се јавува меѓу 50-60 година од животот. Паркинсоновата болест се јавува кај приближно 20 -30 % од сите пациенти и по

правило ги зафаќа извршното функционирање и помнењето кои зависат од фронталниот резен на мозочната кора. Главното обележје на Паркинсоновата болест е нарушувањето на движењето со тремор, брадикинезија и ригидитет. Треморот се јавува во мирување обострано или едностранo, а по природа наликува на "броење пари". Брадикинезијата се појавува како бавен од и влечење, емоционална затапеност,монотон говор и отежнато движење. Симптомите на депресија се вообичаена карактеристика на Паркинсоновата болест и се среќаваат кај 50% од пациентите (Каплан и Садок 2012).

Не постои ниту еден специфичен биомаркер или специфична дијагностичка процедура кои би укажале на тоа дека Паркинсоновата болест за почнала, односно поставувањето на дијагнозата се заснова на рано препознавање на клиничките знаци на болеста , со исклучување на постоење на причини кои би довеле до секундарен паркинсонизам(медикаментозни, васкуларни, токсични, метаболички,или вирусен паркинсонизам). Кардијални знаци на Паркинсоновата болест се тремор, ригор(зголемена укоченост на мускулите), успореност и сиромаштво на движења, како и постурална нестабилност со присуство на т.н немоторни симптоми(пореметување на расположението,пореметување на спиењето, автономна дисфункција, болни сензации). На основа на овие знаци се поставува дијагнозата на Паркинсонова болест. Кај пациентите со Паркинсонова болест често се јавува депресија , според статистичките податоциоколу 50 % од пациентите со оваа болест развиваат депресија во некој стадиум од болеста. Депресијата е предиктор на падот на когнитивните функции, детериорација како и прогресија на моторните симптоми.[10]

[10] https:euromedic.rs/pregledi/specijalisticki-pregledi/neurologija/neurologija-parkinsonova- bolest/

2.5 Деменција со Левиеви телца

Деменцијата со Левиеви телца е клиничка дијагноза која е заснована врз прогресивна деменција со паркинсонизам и флуктуирање на вниманието и степенот на когнитивните дефицити. Одот и рамнотежата се нарушени а чести се визуелни халуцинации. Вообичаена придружна карактеристика се делузивните идеи. Когнитивното пропаѓање и појаавата на психотични симптоми се должи на присуството на Левиеви телца во кортикалните и субкортикалните делови на мозокот.Деменцијата со Левиеви телца може да биде вториот најраспространет вид на деменција. За разлика од Алцхајмеровата болест, деменцијата со Левиеви телца почесто се среќава кај мажи отколку кај жени(Каплан и Садок 2012).

Деменцијата со Левиеви телца е хронично когнитивно пропаѓање карактеризирано со странични инклузии во цитоплазмата на кортикалните неврони кои се нарекуваат Левиеви телца. Почетното когнитивно пропаѓање наликува на она кај други деменции. Екстрапирамидалните симптоми се разликуваат од оние кај Паркинсонова болест. Кај деменциите со Левиеви телца треморот не се појавува рано додека аксијалниот ригидитет со нестабилност во одот се појавува рано, а дефицитите се воглавно симетрични. Променливоста на когнитивните функции е релативно специфична за деменцијата со Левиеви телца.Периоди на зачувано внимание, кохеренција и ориентација може да се заменат со периоди на конфузија и неможност за одговарање на прашања, обично во период од неколку дена до неколку недели а понекогаш во текот на самиот разговор со пациентот. Помнењето е нарушено но веројатно е така повеќе поради пад на будноста и вниманието одколку од губиток на способноста за запамтување, така што краткотрајното помнење е зафатено помалку одколку помнењето и следењето броеви . Виднопросторните способности и видно конструкциските способности се зафатени повеќе одколку кај други когнитивни дефицити. Поради тоа деменцијата со Левиеви телца тешко се разликува од делириум. Видни халуцинации се чести и често се заканувачки за разлика од бенигните халуцинации кои се јавуваат кај Паркинсоновата деменција.Честа е автономна дисфункција а може да настане

инеобјаснива синкопа. Автономната дисфункција може да се појави симултано со или после почетокот на когнитивниот дефицит. Типична е екстремна осетливост на антипсихотици. Деменцијата со Левиеви телца напредува, прогнозата е лоша . терапијата обично е ривастигмин, други инхибитори на холинестеразата.Кај половина од пациентите симптомите се повлекуваат со антипаркинсоници, но психијатриските симптоми се влошуваат .Традиционалните антипсихотици и во мали дози обично акутно ги влошуваат екстрапирамидалните симптоми .[11]

2.6 Фронтотемпорална деменција

Деменција која е поврзана со дегенеративна атрофија на фронталните и темпоралните резени на мозокот. Фронтотемпоралната деменција е уште позната и како фронтотемпорална дегенерација и опфаќа неколку облици на деменција како: Пиковата болест, примарната прогресивна афазија, семантичката деменција и кортикобазалната дегенерација.

Фронтотемпоралната деменција опфаќа 10 проценти од деменциите. Карактеристична возраст за настанување типично е млада возраст(55-65 години). Фронтотемпоралната деменција ги зафаќа и мажите и жените подеднакво . Пиковата болест е облик на фронтотемпорална деменција кој може да биде обележан со јака атрофија , губиток на неврони, глиоза, и присутност на абнормални неурони(Пикови клетки) во кои се наоѓаат инклузии(Пикови телца).

Околу една половина од фронтотемпоралните деменции се наследни , поголемиот дел на генетски мутации вклучува тау ген на хромозомот 17 q21-22, а како последица настанува абнормалност на тау протеинот кој се врзува на микротубулите , поради тоа фронтотемпоралните деменции се сметаат за тауопатии. Фронтотемпоралните деменции обично ја зафаќаат личноста,

[11] http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija-lewyevih-tjelesaca

однесувањето и обично јазичната функција(синтаксата и флуентноста) повеќе а помнењето помалку одколку Алцхајмеровата болест. Апстрактното мислење и внимнието се нарушени , одговорите се дезорганизирани.Ориентацијата е зачувана но сеќавањето може да биде нарушено. Пациетните имаат тешкотии во извршувањето по одреден редослед, иако видно просторните и конструкциските задачи се помалку погодени. Социјалното однесување и личноста се менуваат поради зафатеноста на орбитобазалниот дел на фронталниот резен. Пациентите постануваат импулсивни, и ги губат своите социјални инхибиции, ја занемаруваат личната хигиена. Некои имаат емоционална затапеност, хиперсексуалности, видна агнозија. Се појавуваат недоследност , инерција и ментална ригидност. Однесувањето станува повторувачко и стереотипно .Кај некои пациенти се појавува ехолалија, персеверација и мутизам. Јазичната функција опаѓа поради асиметричните атрофии на антеролатералниот темпорален резен. Хипокампусот и помнењето се релативно поштедени. Поголем дел од болните имаат тешкотии со пронаоѓањето зборови. Вниманието може да биде значајно оштетено.Многу од пациентите имаат афазија со намалена флуентност и потешкотии во разбирањето на јазикот .Кај некои пациенти афазијата е единствен симптом кај други пак се развиваат глобални дефицити за неколку години.

Семантичка деменција е вид на примарна прогресивна афазија.Кога е повеќе зафатена левата половина на мозокот прогресивно се губи можноста за разбирање на зборовите . говорот е флуентен но му фали значење.Кога е повеќе зафатена десната половина на мозокот пациентите имаат прогресивна аномија(неможност за именување на предмети) и прозопагнозија(неможност за препознавање на пријателски лица).Тие не можат да се сетат на топографските односи.Некои пациенти со семантичка деменција имаат и Алцхајмерова болест.[12]

[12]http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/frontotemporalna demencija

2.7 Деменција во склоп на ХИВ инфекција

Деменцијата во склоп на ХИВ инфекцијата е хронично когнитивно пропаѓање кое е последица на ХИВ вирусот или опуртунистички микроорганизми.

Деменцијата во склоп на ХИВ инфекцијата може да настане во доцните стадиуми на инфекцијата со ХИВ. За разлика од сите други облици на деменција оваа деменција претежно е кај млади луѓе.Деменцијата може да настане поради ХИВ вирусот или поради секундарна инфекција од габични, бактериски, вирусни протозоарни и др инфекции. Кај деменциите предивикани од ХИВ субкортикални патолошки промени настануваат кога инфицираните макрофаги и микроглијални клетки се инфилтрираат во длабоката сива маса и белата маса на мозокот. Преваленцата на деменциите предизвикани од ХИВ инфекцијата во доцниот стадиум на болеста се движи од 7 до 27 проценти но 30 до 40 проценти може да имаат поблаги облици. Симптомите и знаците може да бидат слични како кај други деменции. Рани манифестации вклучуваат успорено размислување, и израз на лицето со отежната концентрација и апатија, увидот е зачуван , а манифестации на депресија се помалкубројни. Моторните покрети се успорени, атаксија и слабост мора да бидат присутни. Абнормални неуролошки знаци може да вклучуваат парапареза, спастицитет на долните екстремитети, атаксија и плантарна екстензија. Манија или психоза понекогаш може да биде присутна. Воопштено дијагнозата е слична како кај другите деменции освен делот на барање на причината. Хив болните кај кои деменцијата не се лекува имаат полоша прогноза(просечно очекувано време на преживување 6 месеци) од ХИВ болните без деменција. Ако деменцијата се лекува когнитивното нарушување се стабилизира односно мкоже да настане подобрување. Кога кај болниот со ХИВ инфекција ке се појави акутно пропаѓање на когнитивните функции, треба да се спроведе лумбална пункција , и компјутерска томографија и магнетна резонанца на мозокот . Наодите во доцниот стадиум може да вклучуваат дифузни хиперинтензитетни маси , церебрална атрофија и зголемување на вентрикулите, Примарното лекување е високо активна

антиретровирусна терапија која го зголемува бројот на ЦД4 + лимфоцитите и ја подобрува когнитивната функција.[13]

2.8 Деменција кај Хатингтонова болест

Хатингтонова болест е хронично, невродегенеративно мозочно заболување. Тоа значи дека нервните клетки на мозокот се распаѓаат со текот на времето. Ова заболување започнува помеѓу 30 и 50 година од животот, но може да почне и на помлада возраст. Хатингтоновата болест ги зафаќа :движењето, однесувањето,размислувањето,разбирањето, учењето, помнењето, личноста. Најчест симптом е движењето кое не може да се контролира а се нарекува хореа.Се јавуваат и проблеми со говорот и одењето. Може да се јави и губење на меморијата , слаба концентрација,тешкотии со извршување на задачи, проблеми со контрола на импулсите, депресија или недостиг на интерес, промени во спиењето, сексуални проблеми, проблеми со голтање. Во првите години може да се јават некои лесни ментални, емоционални и бихејвиорални промени пред да се јават очигледните симптоми на движењето. Хатингтоновата болест е предизвикана поради експанзија на дел од гените. Оваа експанзија предизвикува зголемена загуба на нервни клетки. Колку повеќе експанзијата се повторува, толку порано започнува Хатингтоновата болест. Генетското тестирање на овој абнормален генја потврдува дијагнозата. Хатингтоновата болест е неследна. До сега не постои третман кој може да ја забави прогресијата или да ја излечи болеста. Хатингтоновата болест е неизлечива болест,но постојат лекови кои ги намалуваат некои од симптомите. Овие лекови може да помогнат подобрување на движењето, депресијата, однесувањето. Во раните фази може да биде тешко да се дијагностицира. Хатингтоновата болест особено ако не се знае фамилијарната историја.на почетокот симптоми како депресија може да бидат повеќе присутни отколку хореа. Кога хореата ќе стане

[13] http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija-u-sklopu-hiv-infekcije

очигледна тогаш може да се спроведе евалуација и генетско тестирање со цел да се постави дијагноза.[14]

2.9 Деменција кај Кројцвелд Јакобова болест

Кројцвелд Јакобовата болест е ретка инфективна болест кај луѓето предизвикана од многу ситни инфективни честички наречени приони. Досегашните светски искуства укажуваат дека се работи споро прогресивна дегенеративна болест со долг клинички тек и смртен исход. Инкубацијата на оваа болест е е многу долга можно е 30 и повеќе години, а за самиот равој на болеста инфицираните особи мора да имаат одреден ген за активација. Први клинички симптоми на болеста се психички потешкотии во смисла на промени на личноста и пореметување на прилагодувањето, конфузија со воочлива заборавеност која трае со недели или месеци. Но како прв симптом на болеста може да се јави и голем епилептичен напад на кој се надоврзува коматозна состојба. Специфично лекување не постои , болеста е смртоносна.[15]

[14] https:www.movementdisorders.org/MSD-Files1/education/Patient-Edukation/Huntingtons-Disease/pat-Handouts-Macedonian-v1.pdf

[15] https://www.bib.irb.hr/650487

2.10 Лимбичко –доминантна ТДП-43 енцефалопатија или ЛАТЕ деменција

Лимбичко –доминантна ТДП-43 енцефалопатија или ЛАТЕ деменција е нов облик на деменција со слични симптоми како Алцхајмеровата деменција и тоа делумно објаснува зошто сите досегашни обиди за развој на лек за Алцхајмеровата деменција биле неуспешни. Се верува дека ЛАТЕ ги погаѓа најстарите лица со деменција над 80 години. Научниците заклучиле дека менталните способности кај оваа деменција се намалуваат со побавно темпо одколку кај Алцхајмер, но кога двете состојби се истовремено присутни симптомите се развиваат многу брзо. Иако неодамна идентификувана се проценува дека од 20 – 50 % од лицата со деменција над 80 годишна возраст страдаат од неа. Почеста е кај жените . Познато е дека предизвикува сериозно зафаќање на хипокампусот. Причините за ЛАТЕ деменцијата како и кај другите деменции не се доволно познати но се смета дека таа настанува поради присуство на ТДП-43 протеински купчиња во мозокот.

3. Дијагноза на деменциите

Дијагнозата на деменцијата се поставува со внимателно земање на анамнеза, историја на болеста, клиничко испитување исто така и избрани специфични дијагностички тестови. Клиничката анамнеза и историја е валидна доколку ја потврди член на семејството или друг упатен извор на информации , бидејќи пациентите со нарушено помнење често се многу лош извор за давање податоци и формирање историја. Важна улога во испитувањето игра социјалната историја , вклучувајќи ја изложеноста на токсини или тешки метали на работното место, употребата на супстанци и факторите на ризик од ХИВ вирусот. Медицинската историја треба да ги покрие тековните медицински услови и нивниот третман, историјата на повреди на главата, кардиоваскуларна болест,васкуларни фактори на ризик и историја на минливи транзиторни исхемични напади или цереброваскуларни компликации. На почетокот на појавата на Алцхајмерова болест или други познати генетски преносни болести од типот на Хатигтонова болест , особено е важно да се направи семејна историја. Потребно е да се направи физички и невролошки преглед за да се утврди евентуално присуство на активни медицински проблеми , фокални невролошки знаци или нарушувања на движењето. Уште еден важен аспект на испитувањето на присуството на деменција кај некој пациент е испитувањето на целосен психички статус. Покрај вообичаените составни елементи на испитувањето на психичкиот статус(изглед, расположение,облик и содржина на мислите) клиничкиот лекар треба да го испита и нивото на будност на пациентот и да направи когнитивни тестови на говорот(разбирање, течност итн) и когницица. За оцена на когнитивните тестови клиничарот мора да го испита помнењето(по пат на интервју и тестови на помнење со список на зборови), ориентацијата, читањето, пишувањето, говорењето, пресметувањето,апстракцијата,извршното функционирањеи способноста за градење. Зависно од историјата, може да испита и некои други

функции како што се фината сензорна функција и визуелно просторните способности.

Постојат мноштво тестови кои се користат за испитување на когнитивните функции . Најпознат меѓу нив е Мини ментал скалата за мнестички тешкотии на Маршал Фолштајн која е составена од 30 поени кои се однесуваат на ориентацијата, помнењето, вниманието и концентрацијата, говорот и цртање. Уште еден тест кој се користи е пациентот да нацрта часовник кој покажува одредено време. Тоа е корисна алатка за тестирање на повеќе когнитивни подрачја меѓу другите и на градителските способности и извршното функционирање. Па сепак со когнитивните тестови не може да се исклучи одредена дијагноза на деменција. За испитување на посуптилни когнитивни промени или за бројно изразување на обемот или образецот на неправилности кај поединечниот пациент, потребни се подлабински невропсихолошки тестирања.

Според Узун и сор 2018. Деменцијата е какарктеризирана со појава на когнитивни пречки и отежнато извршување на секојдневните активности, но често е пратена и со додатни неуролошки и психијатриски симптоми. За дијагноза на деменцијата денес се користат лаботаториски испитувања и неуролошки прегледи како би се исклучиле сите останати потенцијални причинитрли за развој на деменцијата. Се користат и компјутерска томографија и магнетна резонанца како би се детектирала атрофија на мозокот. За проценка на когнитивното оштетување се користат различни ориентациски тестови кои мора да вклучуваат процена на вниманието, ориентацијата, долготрајната и карткотрајната меморија , говорот, визуелно просторните способности, можност за донесување на одлуки итн.

Спрема истражувањето на Мимица и соработниците резултатите на скалата MMCE кога прашалникот ке се стандардизира и валидира во некоја популација може да придонесе за препознавање на особите под ризик и кои можат да се упатат на амбулантно лекување во клиниките за лекување на деменција.

Може да се користат и методи на неуропсихолошка дијагностика т.е психометриски тестовикои се посебно дизајнирани за болните со деменција бидејќи деменицјата често ја

пратат и други психијатриски симптоми(депресија, анксиозност, еуфорија,апатија, психотични симптоми). Депресивните симптоми се појавуваат во 50 % од случаите со деменција. Диференцијална дијагноза помеѓу депресија, деменција и деменција со депресија е тешка бидејќи често се поклопуваат симптомите(С.Узун и соработници 2018).[16]

4. Нормално стареење или деменција

Возраста не е болест , туку природен, физиолошки неповратен процес. Секој од нас старее со различна брзина. Процесот на стареење е под влијание на начинот на живот , физичката и менталната состојба и генетиката. Со зголемување на возраста се случуваат голем број на промени на органите како и на органските системи. Ваквите промени доведуваат до прогресивно слабеење на организмот и намалување на психофизичката способност на мозокот да расудува, учи и запомнува. Заедно со стареењето на индивидуата, процесот на обработка на информациите станува побавен, со постепен почеток на лесно опаѓање на когнитивните функции што не и смета на постарата личност во извршувањето на секојдневните активности. Ваквите промени се составен дел од нормалниот процес на стареење и не се сметаат за симптоми илизнаци за деменција. Многу научници сметаат дека процесот на стареење започнува од зачнувањето и трае се до смртта. Други научници веруваат дека максималниот развој на мозокот се постигнува во триесеттите години, кога започнува постепено да ги слабее своите функции.

Природното стареење со себе носи намалена способност за помнење, намалување на брзината на исполнување на обврските , когнитивен колапс што се манифестира со забавување на брзината на обработка на надворешни стимули, влошување на можноста за

[16] Od demencije cesce boluju zene.S.Uzun i sur Klinika za psihijatrijaVrapce Zagreb 2018 str.61

просторна ориентација, вербална меморија, пресметка и индуктивно расудување. Сите овие знаци претставуваат нормално физиолошко стареење.

Деменцијата е стекнато губење на интелектуалниот капацитет, што значително ги попречува професионалните и дневните активности. Мемориски нарушувања кои се јавуваат со возраста и мемориските нарушувања кај Алцхајмеровата болест и други деменции се различни.Нормалното стареење е придружено со намалена способност за учење на нови материјали како и побавен процес на размислување. Постои синдром на бенигна сенилна заборавеност кој не покажува тенденција на влошување. Постарите луѓе може да имаат намален капацитет на меморија , им треба повеќе повторување за да научат нови информации, можат да заборават некои фрагменти од настани , а за да запомнат настан посебно им помага потпомогнато сеќавање.

Пациентите со Алцхајмерова болест или други деменции не се сеќаваат на самиот настан и секое сеќавање не е од голема помош. За разлика од дементна личност , когнитивно здравите постари личности се целосно независни. Тие самостојно ги извршуваат своите вообичаени секојдневни активности како што се купување, плаќање сметки , облекување, одржување лична хигиена итн.

Иако когнитивно здравата личност исто така има потешкотии при наоѓање и запомнување на вистинскиот збор за време на разговор, неговиот речник е богат со содржина. Когнитивно здравите постари личности се во состојба да следат писмени и говорни упатства, и да користат писмени белешки за потсетување додека лицата со Алцхајмерова деменција постепено станува неспособно за да го стори сето тоа.

За да се дијагностицира Алцхајмерова болест симптомите треба да бидат присутни најмалку 6 месеци нарушувањето на однесувањето и когнитивното нарушување треба да вклучува следните обалсти:

- Нарушување на способноста за стекнување и запомнувањена информации
- Оштетување на извршните функции:расудување, извршување на сложени задачи
- Нарушено визуелно просторни способности: немоќност за препознавање лица и предмети

- Нарушени јазични способности
- Промени на личноста и однесувањето: вознемиреност, нарушена мотивација, пцуење, викање, губење емпатија итн. Од особено значење е навремено препознавање и деференцијација на симптомите на природното стареење од симптомите на деменција. Лекарите од примарната здравствена заштита треба да ги упатат сите пациенти кои се жалат на заборавање во специјализирни центри за нарушување на меморијата и деменција каде со соодветни дијгностички постапки и тестови навремено би се откриле и идентификувале деменциите.[17]

4.1 Лесно когнитивно нарушување

Лесното когнитивно нарушување е гранична состојба помеѓу нормалното стареење и деменцијата . Оваа состојба не е болест туку синдром кој што може да биде последица на други болести и нарушувња. Дијагнозата на благо когнитивно нарушување се поставува ако се исполнети следните услови.

-Загриженост на пациентот за промена на сознанието во споредба со изминатиот период

-Постоење на објективен дефицит во една и или повеќе когнитивни домени.

- Зачувана независност во извршувањето на секојдневните активности

- Отсуство на деменција

Околу 20 % од луѓето постари од 65 години имаат благо когнитивно нарушување . Ризикот од развој на деменција кај овие луѓе е околу 30%. Во една третина од луѓето со благо когнитивно нарушување состојбата се стабилизира и тие не покажуваат прогресија

[17] https://www.actavis.rs/terapeutske-oblasti/neurologija/article-pages/normalno-starenje-ili-alchajmerova-bolest

на нарушувањето. Кај околу една третина од луѓето со балго когнтивно нарушување когнтивното функционирање може да се подобри[18].

Деменцијата е состојба во која нарушувањето на когнитивните функции го оневозможуваат извршувањето на активности во секојдневниот живот како што се купување, ракување со пари, користење јавен превоз, ракување со апарати за домаќинство итн. За разлика од деменциите кај благото когнтивно нарушување , нарушувањето не е толку изразено што значително би влијаело во независното извршување на секојдневните активности , но сепак извршувањето на најсожените активности најчесто професионалните може да биде отежнато.

Во случај на невродегенеративни болести , благо когнитивно нарушување е нивна прва манифестација и и предходи на деменцијата . Најчеста причина за деменција е Алцхајмерова болест. Оваа болест трае со години и напредувањето е постепено, предизвикувајќи губење на се поголем број на неврони, што на крајот доведува до детериорација на сите когнитивни функции. Прво се јавува благото когнитивно нарушување кое по неколку години кога повеќе лицето не во можност да функционира независно , се претвора во деменција.

Постојат две основни форми на благо когнитивнио нарушување: анамнестички (доминирано од оштетување на меморијата за неодамнешни случувања) и неанамнестички(се карактеризира со потешкотии при расудување и извршување сложени задачи, ошетување на визуопросторните способности како што се ориентација во познат простор јазични функции(говор, читање, пишување).

Лице со благо когнитивно нарушување треба да се упати кај невролог со цел да се направи дијагностички протокол и за се започне со соодветна терапија во случаи кога е утврдено постоење на болест која што може да се лекува. Дијагностичката процедура вклучува комплетен невролошки преглед т.е проценка на когнитивните способности. Потребно е да се спроведе детално невропсихолошко тестирање за објективно да се измерат когнитивните функции. Исто така се препорачува и употреба на радиолошки техники(компјутерска томографија или магнетна резонанца) со цел да се исклучи

[18]https://www.actavis.rs/terapeutskeoblasti/neurologija/article-pages/blagi-kognitivni-poremecaj/

постоењето на болести како тумори, мозочен удар,последица од повреда кои исто така можат да доведат до когнитивно нарушување. Техниките на визуелизација можат да го одредат степенот на мозочна атрофија што е карактеристичен за невродегенеративните болести. Се прават и лабораториски крвни тестови за да се исклучат ендокрините или метаболичките нарушувања.

Од големо значење е испитувањето на функцијата на тироидната жлезда како и мерењето на концентрација на витамин Б12 во крвта. Современиот дијагностички протокол препорачува лабораториски анализи на цереброспинална течност во кои е можно да се утврдат биомаркери на Алцахјмеровата болест. Сите дијагностички методи се извршуваат исклучиво со согласност од пациентот и препорака на неврологот.

Третман на благо когнитивно нарушување се извршува во согласност со основната болест или состојба што предизвикува когнитивна дисфункција. Терапевтските опции вклучуваат третман на нарушување на расположението , корекција на можни метаболички и ендокрини нарушувања, како и соодветни тераписки интервенции во согласност со основната болест. Кога дијагностичките методи укажуваат дека постои Алцхајмерова болест, потребно е ситуацијата редовно да биде следена од невролог и да се воведат соодветни лекови како антихолинестераза и мемантит во соодветно време

Се препорачува пациентите кај кои е регистрирано благо когнитивно нарушување да внимаваат на контрола на крвниот притисок и на маснотиите во крвта.Се советува откажување од пушење цигари и претерана конзумација на алкохол. Пациентите се советуваат да користат повеќе свежо овошје и зеленчук, риба, умерена употреба на млечни производи и да се намали употребата на месо во исхраната. Се препорачува умерена физичка активност и постојана когнитивна активност(читање, социјални активности,играње игри, танцување и сл.)

Лесното когнитивно нарушување е сосотојба која бара внимание , внимателна дијагностичка обработка за рано откривање и лекување на болестите кои подоцна можат да доведат до деменција.

4.2 Когнитивно нарушување

Основните симптоми на когнитивно нарушување во случај на деменција се опишани во деловите што следуваат:

- Помнење -Губење на краткотрајното помнење најчесто е првата клиничка карактеристика која ја забележуваат пациентите и нивните роднини. Нарушеното помнење по правило се јавува како отежнато учење на нови информации.Со напредување на деменцијата, се нарушува и потсетувањето на добро научените информации-таканаречената долготрајно помнење. Ослабената меморија може да се забележи во повторување, непојавување на закажани состаноци, загубување на предмети, загорување на јадења.Најчесто погодено е топографското помнење , а пациентот може лесно да се загуби. Кај благите облици на деменција, дезориентираноста најчесто е ограничена на непознати места. Со напредување на болеста, таа се појавива и во позната средина.Може да се јави и конфабулација, односно пополнување на празнините со измислени доживувања.

- -Јазик- Афазија(нарушено или неразбирање и употреба на говор,пишување или знаци) може да се јави како осиромашен говор , а во тешката фаза може да заврши како мутизам. Номинална афазија ,имено, тешкотија да се именуваат предмети, е вообичаена на благата фаза на деменција. Таа по правило се јавува како тешкотија да се најде зборот, на почеток во однос на зборовите со ниска фреквенција, но подоцна во однос на зборовите со висока фреквенција. Подоцна можат да се јават течна или нетечна афазија и жаргонска афазија(бесмислени фрази). Вообичаена и исклучително парализирачка е рецептивната афазија, неспособноста да се разбере. Од клиничка гледна точка , интересно е да се забележи дека дури кога способноста за јазик е сосема изгубена, пациентот може да разбере невербална комуникација од типот на знаковен јазик и слики.

- Практика- Апраксијата е загубена или смалена способност да се вршат координирани моторни задачи под претпоставка дека не постои невролошко или друго оштетување на периферниот моторен апарат. Таа укажува на доминантна

париетална зафатеност во процесот на деменција.Апраксијата е главната причина за губењето на независноста кај пациентите, бидејќи се манифестира како неспособност да се готви , облекува, мие, оди во тоалет и јаде.

- Познавање- Агнозијата доаѓа од старогрчкото gnosis , што значи познание , се однесува на неспособноста точно да се препознаат сетилни дразби при отсуство на сензорни недостатоци(визуелни, аудитивни или олфакторни). Визуелната агнозија може да се забележи во фsункционалната погрешна употреба на вообичаените предмети . Прозопагнозијата е неспособност да е препознаваат лица , дури и на пријатели и роднини. Агнозија може да се јави кај сите сензорни модалитети. На пример , некои пациенти со деменција не можат да препознаат мириси.

- Извршно функционирање-Извршното функционирање се дефинира како способност за планирање, расудување, подредување на активностите по редослед, способност за апстракција, тешкотии при извршивање на сложени задачи и проблеми. Дефицит на извршното функцинирање се забележува кај нарушувања кои ги зафаќаат предните резени на мозокот. Извршното функционирање се оценува со испитување на способноста на пациентот да функционира на работа , да си ги плаќа сметките и да си ги планира активностите. Невропсихолошките тестови непосредно ги засегнуваат интелектуалните способности и се состојат од: од пациентот се бара да покаже флексибилност во приоѓањето на дадената задача, или пак да прецрта сложена фигура или нацрта часовник. Овие последни тестови не се специфични само за извршното функционирање, но можат да покажат како пациентот приоѓа кон задачи кои бараат планирање и организација.[19]

[19]Сеопфатен учебник по Психијатрија на Каплан и Садок том 1 Табернакул Скопје 2012 стр.1072

5. Промени на личноста и во однесувањето

Покрај разорните последици на гореопишаните когнитивни дефицити најголемо вознемирување за семејството се всушност промените на личноста и однесувањето. Лицата со деменција може да го загубат еланот и сета иницијатива и да станат нерешителни и интровертни. Можно е стеснување на спектарот на емоции кои покажуваат , како и губење на топлината и чувството за хумор. Со напредување на болеста, пациентот знае по цел ден да го преседи на место и да не прави ништо. Специфичната карактеристика на ваквиот сплет симптоми, кои најчесто се нарекуваат негативни симптоми , е една изразена рамнодушност. Важно е да се повлече разлика меѓу овие симптоми и депресијата, кај која доминантни се тагата, плачливоста,невровегетативните промени,суицидната склоност и неоправдано чувство на вина. Негативните симптоми не реагираат на антидепресивната медикаментозна терапија. Добро е позната природата на нарушувањата на расположението во раните фази на деменцијата. Покрај тоа тешката депресија знае да наликува на деменција или пак да ги влоши нејзините симптоми.Често пати може да се забележи и манија. Кај други пациенти , промената во однесувањето е во насока на вознемиреност или дезинхибираност. Можно е губење на социјалните вештини , како и отсуство на сексуални ограничувања, употреба на непримерен јазик или двете. Вознемиреноста вклучува раздразливост, изливи на гнев и заканувачко или агресивно однесување, бесцелно движење, неадекватно однесување. Пациентите знаат да залутаат и да излезат од дома среде ноќ.[20]

[20]Сеопфатен учебник по Психијатрија на Каплан и Садок том 1 Табернакул Скопје 2012 стр.1072

6. Деменција и психички пореметувања

Најчести психички симптоми кај особите со деменција во нејзината рана фаза се апатија, емоционална инконтиненција , депресивни симптоми и анксиозност додека со напредување на болеста се јавуваат пореметувања на спиењето, раздразливост, агитација, агресивно оденсување, психомоторен немир, делузии и халуцинации. Како што напредува болеста се бележи зголемена зачестеност на симптомите и се смета дека 64% од лицата со Алцхајмерова болест имаат еден или повеќе бихејвиорални или психички симптоми. Симптомите можат да се јават поради страв, промена на рутината и околината на особите со деменција, чувство на загрозеност, влошени соматски состојби, нуспојава на лекови и како последица на промени во мозокот.[21]

Анксиозност во клиничката слика на лицата со деменција: освен ирационално неодредено стравување и претерани грижи кај лицата со анксиозност се јавуваат и други емоционални симптоми како што се раздразливост, тешкотии во концентрацијата, психомоторен немир , напнатост, нервоза, очекување на најлошиот можен исход, барање знаци за опасност. Анксиозноста не е само чувство туку и комплексно доживување на неодреден страв кој редовно е придружен со низа на телесни симптоми како што се лупање на срцето, потење, тремор, напнатост на мускулите, вртоглавици, главоболки, замор, зачестено мокрење, пролив, напнатост во епигастриумот, несоница, краток здив и др. Постои поврзаност меѓу анксиозноста и депресивноста, депресивноста ја влошува анксиозноста. Со напредување на Алцхајмеровата болест иво нејзината понапредната фаза болниот не ги губи своите емоции. Со него може да се комуницира на емотивно ниво. Особата со деменција ќе ја препознае анксиозноста на негователот , не ќе може да ја разбере па ниту да си ја објасни и на неа ќе реагира подеднакво анксиозно. Анксиозноста како симптом е поврзана со емоциите и може да се појави во било кој стадиум од болеста од продромален, рана деменција умерен со напреден стадиум на длабока деменција. Лицата со деменција

[21]Demencija I psihicki poremecaji NinoslavMimica ,MarijaKucanJukic, Klinika za psihijatrijaVrapce , Zavod za psihijatrija I psihogerijatrija , Zagreb 2017 Str.215

можеби нема да може да ги вербализираат сопствените тешкотии , но ќе бидат вознемирени и анксиозноста ќе може да се препознае по изразот на нејзиното лице и телесните симптоми.

Депресивна клиничка слика: Депресијата кај старите лица може да наликува на деменција што го објаснува поимот псеудодемнција. Со соодветно лекување на депресивните симптоми во смисла на затајување на когнитивните функции и психомоторна ретардација можат да бидат реверзибилни што не е случај со деменцијата. Депресивното расположение, губитокот на интерес, чувството на беспомошност и бескорисност со повеќе соматизациони симптоми често се појавуваат 2-3 години пред појавата на останатите симптоми на Алцхајмерова болест и други деменции. Лицата со Алцхајмерова болест и други деменции во раниот стадиум додека се свесни за болеста, за губитокот на способноста за памтење, неможноста за извршување на активностите кои предходно ги извршувале без проблеми, може да развијат депресија со чувство на губиток дека никогаш нема да бидат подобри и дека нивната ситуација нема да се подобри. Лицата го губат интересот за активности кои предходно ги извршувале и им биле хоби, губат интерес за социјални комуникации.Може исто така да дојде до губиток на апетитот, несоница, будење рано наутро. Депресивните симптоми додатно го влошуваат когнитивното функционирање, влајаат на концентрацијата, насочување на вниманието и тешкотии во памтењето кои се поизразени отколку што се очекува за тој стадиум на болеста.

Психотична клиничка слика: Спрема податоците од литературата појавата на делузивни идеи кај лицата со Алцхајмерова деменција изнесува 63% а појавата на халуцинации 41%. Повисока преваленца на психотични симптоми е пронајдена кај болнички пациенти отколку кај амбулантскитеодносно кај болните со напредната когнтивна детериорација. Психотични симптоми се јавуваат кај секој втор болен со Алцхајмерова болест. Најдена е поврзаност помеѓу психотичните симптоми кај лица со Алцхајмерова болест и генетски обележја но и со промени во белата маса во фронталниот , париетоокципиталниот резен и базалните ганглии, со дисфункција на фронтотемпоралниот кортекс, неуродегенеративни кортикални

промени, снижена концентрација на серотонин и повишена концентрација на норадреналин.

За дијагноза на психоза кај Алцхајмерова болест важно е психотичните симптоми да се појавиле после појавата на деменцијата. Постои разлика помеѓу психозата која е во склоп на Алцхајмеровата болест и шизофрените психози кај старите болни. Сложени и бизарни делузии се ретки кај Алцхајмеровата болест а почести кај шизофренија. Делузии на крива идентификација на лицата се чести кај Алцхајмеровата болест а ретки кај шизофренија.

Делириум супрепониран на деменција:

Делириумот е акутна најчесто реверзибилна , неспецифична психоза кај која во клиничката слика доминира дезориентираност, психомоторен немир, конфузија и дезорганизирано однесување. Деменцијата е значаен фактор за развој на делириум бидејќи 2/3 од делириумите се јавуваат кај лицата со деменција. Појавата на делириум значително ќе го влоши когнитивното функционирање кај лицата со деменција. Истражувањата покажале дека лицата после делирантна состојба ретко се враќаат на предходниот степен на функционирање, имаат повисока стапка на когнитино нарушување институционализации и леталитет.

Симптомите на психички пореметувања кај лицата со Алцхајмерова деменција и други деменции можат да влијаат општото функционирање на лицата со деменција како и на нивната способност за самостојно извршување на секојдневните активности, сигурноста, користа од антидементивите, планот на лекување, сместување во институција како и исцрпеноста на неформалните негователи.Ако психичките проблеми и проблемите во однесувањето на лицата со деменција не се лекуваат можат да доведат до побрза детериорација на когнитивните функции а со тоа и намалување на квалитетот на животот.[22]

[22]Demencija ipsihicki poremecaji NinoslavMimica ,MarijaKucanJukic, Klinika za psihijatrijaVrapce , Zavod za psihijatrija I psihogerijatrija , Zagreb 2017 Str.221

7. Тек и прогноза на деменциите

Текот и прогнозата варираат зависно од етиологијата и степенот на деменција и нејзиното регистрирање. Од голема важност е да се коригираат причинителите кои можат да се коригираат на пример тешкиот хипотироидизам, недостиг на витамин Б12, хроничните субдурални крварења или тешката депресија. Меѓутоа сосема е можно третманот на овие коригибилни причинители да не ја врати во целост когнитивната функција.Деменцијата најчесто е прогресивна и од таа причина прогнозата е лоша. Менувањето на факторите на ризик кои можат да се откријат на пример слабо контролираната хипертензија во случај на васкуларна деменција, може да го изменат напредувањето на болеста. Проценитe велат дека од дијагноза до смрт од Алцхајмеровата болест поминуваат 8-10 години, морбидитетот и морталитетот од васкуларна деменција може да се и полоши одошто кај Алцхајмеровата болест, веројатно поради ризикот од дополнителни цереброваскуларни компликации и други артеросклеротични болести. Стапката на петгодишно преживување кај пациентите со васкуларна деменција 40 % наспроти 75% кај контролната група на иста возраст. Прогресирањето на болеста можат да го усложнат и други интеркурентни болести на пример мозочен удар кој го усложнува текот на Алцхајмеровата болест. Дегенеративните деменции најчесто се јавуваат притаено, а потоа постепено напредуваат.На почетокот напредувањето е побавно а потоа се забрзува. Васкуларната деменција се јавува нагло и напредува чекор по чекот, предизвикувајќи дополнителни васкуларни компликации , но може да има и постепен прогресивен тек. Изработени се повеќе скали за степенување на деменцијата . Наједноставните описи на различни нивоа се блага, умерена,тешка и терминална. Благата деменција се однесува на фаза на болеста со една постојана заборавеност, особено во однос на неодамнешното минато, неспособност ефикасно да се функционира и особено на посложените активности. На прв поглед човекот изгледа сосема нормално. Иако е можно на пациентот да му е потребно подтик за вршење на секојдневните активности. Долготрајното помнење кај пациентите со

умерена деменција најчесто е многу малку нарушено, но краткотрајното помнење им е слабо. Нивото на социјалното функционирање е ниско и надвор од својот дом не можат самостојно да дејствуваат. Активностите во домот најчесто се ограничени на најосновните задачи а интересите се многу ограничени. Тешката деменција соодветствува на губење на помнењето , со голем дефицит на долготрајното и краткотрајното помнење , временска и просторна дезориентитраност и неспособност независно да се функционира и надвор од домот,неопходна е помош во поглед на секојдневните активности. Терминалната деменција значи дека пациентот е неразбирлив, не може да следи едноставни упатства, не може да ги контролира сфинктерите и е неспособен да се движи и да врши целесообразни задачи. Во оваа фаза пациентите се врзани за постела, не рагираат , голтањето и зборувањето им се отежнати, можат да бидат во состојба на сомноленција или сопор.

8. Третман на деменцијата

Каплан и Садок 2018 - постојат три основни принципи во третманот на деменциите :

- Третман поради менување на ризикот со што се забавува текот на деменцијата и се коригираат оние причинители кои може да се коригираат
- Третирање на когнитивните симптоми на деменцијата
- Третирање на бихејвиоралните симптоми кои можат да го усложнат текот на деменцијата.

Поставувањето на прецизна дијагноза на деменцијата овозможува третирање на сите коригибилни фактори.

Нарушеното однесување е честа причина поради која пациентите со деменција се јавуваат за психијатриски третман. Нарушување на однесувањето се јавува скоро кај сите типови на деменција . Третманот на бихејвиоралните нарушувања кај деменцијата најчесто се состои од комбинација на лекови,нефармаколошки и бихејвиорални интервенции. Бихејвиоралните интервенции можат да им го олеснат товарот на старателите и да го одложат сметувањето на пациентот во установа.Тие најчесто се насочени кон психосоцијалните фактори и факторите на средината кои влијаат врз однесувањето. Постојат повеќе бихејвиорални интервенции кои можат да го олеснат вознемиреното однесување кај деменција.

Планирање на активности- активностите од типот на вежбање, социјализација,планирање на секојдневните активности како и рекреација.Дневните центри за нега обично нудат безбедна можност за активност на пациентите и одмор на старателите.

Средината –Непознатата и неструктурирана средина може дополнително да ја усложни конфузноста . Вознемиреноста на пациентите може да се олесни со добро осветлување на просторијата ,враќање на очилата и слушните помагала, реориентирање во времето и просторот и давање на познати предмети(фотографии).Употребата на средства за физичка фиксација може дополнително да ја зголеми вознемиреноста наспроти тоа треба да се обезбеди надзор кој му овозможи на лицето да функционира во безбедна средина.

Едуцирањето на семејството и старателите, посетувањерто на групи за поддршка и охрабрувањето може да бидат корисни за намалување на стресот кај негователите и може да им помогнат поефикасно да работат со пациентите кои имаат деменција.

Бидејќи се уште не постои лек за надминување на деменциите , единствена можна и правилна борбена стратегија е да се купи време, односно превенција за забавување на нејзината прогресија.

Во вој поглед основните задачи на здравствениот и социјалниот систем би биле :

- Едукација и подигнување на свеста кај пошироката јавност дека превенцијата треба да биде приоритет

- Мултидициплинарен , мултимодален и интегративен пристап со употреба на фармаколошки и нефармаколошки мерки во намалување на факторите на ризик и третман на пациентите. Секој од нас индивидуално носи дел од лична одговорност и затоа можеме многу да сториме грижејќи се за себе и за своите најблиски.Многу фактори можат да се променат и отстранат пред тие да доведат до болест.

  Клучни елементи на превенција:

- Рано откривање на кардиоваскуларни фактори на ризик со редовно систематско испитување и нивно навремено лекување(дијабет, дебелина, маснотии во крвта, висок крвен притисок).

- Престанување со пушење на цигари и умерена конзумација на алкохол

- Активен животен стил, престој во природа, релаксација. Се препорачува редовна физичка активност (40 минути три пати неделно).

- Умерена и правилна исхрана збогатена со витамини – медитеранска исхрана

- Намалено внесување на заситени и транс масти(животинско црвено месо, маснотии, палмино масло), зголемен внес на зеленчук, мешунки, овошје, цели зрна. Внесување на витамин Е од храната : семиња, ореви, зелени лисја.

- Одржување на ритам на спиење

- Ментална активност преку сопствено образование, учење нешто ново(препорачано 30 минути 4-5 пати неделно).

- Излегување од секојдневната рутина преку нови предизвици и ширење на интереси збогатување на социјалниот и културниот живот.[23]

[23] https://www.actavis.rs/terapeutske-oblasti/neurologija/article-pages/prevencija-factora-rizika-za-razvoj-demencije

Досега се одобрени шест лекови за лекување на деменцијата а тоа се: тетрин, донепезил,галантамин, ривастигмин, мемантин и комбинација на донепезил и мемантин.Но надежта ја буди нова терапија која во болниците би можела да се најде за две до три години. Во трета фаза на клинички испитувања е лекот кој се темели на на лекување со антитела на амилоид односно превенција од стварање на амилоидни плаки . Во првата фаза на испитување се покажало дека овој лек е многу добар во чистењето на амилоидните плаки во мозокот. Овој лек не само што делува на чистењето на амилоидните плаки туку кај лекуваните пациенти забележано е и подобрување на когнитивните функции. Во втора фаза на испитување е е и клиничко испитување на вакцина против Алцхајмер која би требало да го спречи настанувањето на болеста.

9. Како да се разбере и да се даде поддршка на лицата со деменција

Покрај симптомите што ги има лицето со деменција , на неговата состојба влијаат и односите со луѓе од непосредната околина, околината во која живее лицето и поддршката што ја добива . сето тоа има големо емотивно , социјално, психолошко и практично влијание врз болното лице како и врз членовите на неговото семејство, бидејќи го нарушува секојдневниот живот . Се верува дека покрај една дементна личност најмалку четири луѓе од непосредната околина имаат нарушен квалитет на живот.

Болеста обично започнува постепено, со прикрадување, со симптоми што пациентот сигурно ги забележува , но често не сака да зборува за нив од страв од стигматизација. Исто така , особено лицата со поголема когнитивна резерва можат да ги компензираат своите проблеми и да останат незбележани долго време. Луѓето од непосредната околина често ги препознаваат симптомите само во напредната фаза на болеста. Дознавањето дека некој страда од деменција е голем стреси за пациентот и за членовите од семејството. Деменцијата е сериозна болест и бара

голема поддршка од семејството, најблиските и старателите. Образованието на старателот е важно и на тој анчин може да се намали стресот и фрустрациите и на болното лице и на негователот. Основниот принцип е разбирање и поддршка, а не критика и дискусија што не е секогаш лесно да се постигне. Дементната личност е секогаш во право и не треба да се спротиставуваме и да ги коригираме неговите заблуди. Овој начин на однесување во голема мера ја олеснува грижата за пациентот, ги намалува конфликтите и употребата на антипсихотична терапија што може да има несакани ефекти. Негователот мора да биде мирен и да се здобие со довербата на пациентот, но исто така да му обезбеди разумно и прифатливо објаснување на сите негови стравови.

Секоја личност е единствена, им свои потреби и работи што ги сака и не ги сака , има свои работни навики и хоби, и тоа треба да се поќитува и поддржува. За неа е многу важно да остане активна што подолго , да го работи она што го сака, секако со надзор, да го извршува своето хоби и треба да се охрабрува во тоа, бидејќи на тој начин ќе ги задоволи своите потреби и ќе се чувствува корисно и вклучена во општеството.Никогаш не смееме да и кажеме дека не треба да прави ништо затоа што не може да го стори.

Комуникацијата со дементна личност не е лесна од самиот почеток на болеста. Лицето со деменција често има проблеми и со разбирање на говорот, но и вербализирање на она што го сака, бидејќи не може да најде адекватен збор или пак прави нови зборови што тој самиот не ги разбира. Во подоцнежната фаза тој има мутизам и не е во состојба да зборува и да го разбира говорот. Затоа комуникацијата треба да биде бавна, со едноставни зборови и реченици. Лицето со деменција треба внимателно да се слуша, да се охрабрува правилно да изговара зборови, но и да му повтори неколку пати она што не го разбира. На прашањата треба да се одговори секој пат, без оглед на фактот дека лицето веќе неколку пати го добило одговорот на истото прашање.

Бидејќи пациентот е дезориентиран во време и простор и не ја препознава својата околина, тој честопати бара да оди во неговата куќа иако веќе се наоѓа во неа. Најдобар начин е да се смири и да се замоли да остане, а најлош начин е да се

убедува дека не е во право и не знае што зборува.Првиот начин ќе предизвика благодарност и мир а вториотагресија и расправија.

Параноидните идеи се исто така чест дел од деменциите и тие обично се поврзани со кавга и неверство на брачниот другар. Негователите мораат да бидат предупредени дека тоа е последица на болеста . За да се реши проблемот најдобро е да се обрне внимние на лицето со деменција. Ниту една таблета нема да го смири како убав збор и чувство и дека се наоѓа во средина што го сака.

Невербалната комуникација е подеднакво важна , земајќи го во предвид говорот на телото, гестовите, контактот со очите и изразот на лицето. Контактот со очи му помага на лицето да се фокусира на негователот, но исто така и на дементната личност да добие доверба дека има некој добронамерен пред него, без оглед на тоа што не е во можност да го препознае. Допир на рака , прегратка или бакнеж пред спиење го смирува пациентот. Ненадејни движења може да го вознемират лицето со деменција. Избегнување на ненадејни движења и смирен израз на лицето може да ја намали вознемиреноста. Лицето со деменција мора да се чувствува безбедно во присуство на старател. Секоја несигурност доведува до страв и последователна агресија, а секоја агресивнот на згрижувачот како одговор доведува до уште поголема вознемиреност на пациентот.

Како што напредува болеста пациентот станува се позависен од негователите. Во понатамошниот тек на болеста , тој целосно ја губи својата независност, не е во состојба да каже кога е гладен или жеден , полека слабее. Во последната фаза тој не може да стане од креветот, тој е крут, инконтинентен и му треба соодветна грижа.Тој не е во состојба да зборува.Инфекциите на респираторниот и уринарниот тракт се чсти во оваа фаза.[24]

Грижата за пациент со деменција е голем предизвик во сите фази на болеста и затоа е потребно истата да ја вршат образовани старатели, по можност некој што пациентот го знае подолго време.Образованието на старателот го намалува стресот

[24] https://www.actavis.rs/terapeutskeoblasti/neurologija/article-pages/kako-razumeti-i-podrzati-osobu-s-demencijom/

кај лицето со деменција но исто така и стресот на негователот со што се намалува ризикот од таканаречена болест на старател.

9.1 Комуникација со лицата со деменција

Особите со деменција потполно го губат својот капацитет на создавање на претпоставки и разбирање и желба, потреби и чувства , не само за другите особи туку и за самите себе. Иако особата со деменција во текот на животот го имала тој капацитет сега се наоѓа во ситуација да секојдневното снаоѓање во светот и со самата себе и се потребни други лица кои со својот активен труд ќе го надомастат тој недостаток. Тоа значи дека другата особа ќе мора да ги чита потребите и желбите на лицето со деменција, кои таквата особа сама не може да ги изрече и покаже . Тука значајно е да се разликува вербална од невербална комуникација. Вербална комуникација значи разбирање на содржини искажани со зборови. Невербалната комуникација се однесува на сите други пораки во комуникацијата кои исто така се многу важни како што се тонот на гласот, динамиката на гласот, брзината на говорот, паузи во говорот, гестови со рацете , покрети на телото , главата итн. За комуникацијата со лицата со деменција поважен е невербалниот дел на комуникацијата. Способноста да се доживува невербалниот говор понекогаш се нарекува интуиција. Особите со деменција постепено ја губат способноста за ментализација, а тоа значи дека се се помалку способни да ги изразат своите потеби но и да ги сфатат луѓето околу себе. Особата која живее со лицето со деменција или професионално и помага ќе треба да изнајде начин да воспостави контакт со него т.е да согледа на кое ниво може да комуницира со таа особа. Со напредувањето на болеста ќе настапи стадиум во кој контактот со особата ќе биде можен само на невербално ниво преку допир, нежност, нежен говор. Лицето со деменција во тој стадиум ништо од изреченото не ќе може да го разбере. Но дури и особата во длабока деменција може да доживее нежен тон на говорот на особата која ја негува. Особата не ќе може да каже дека и е пријатно но тоа може да се прочита од нејзиното лице. За особите со деменција нежноста и љубовта често се оној дел од светот кој што можат да го препознаат и доживеат до крајот на својата приказна.

9.2 Темелни препораки за комуникација со лицата со деменција

- Заборавањето како едно од основните негативни и непожелни обележја на деменцијата во одредени ситуации може да се искористи како предност. Особата со деменција ќе заборави на конфликт а често и на одредени афективни одговори(на пр.лутина) во стресни ситуации. Во конфликт со особата со деменција може да се пренасочи внимнието така што ќе се започне разговор на друга тема, на пример за некои одамнешни среќни случувања, може да се прекине разговорот и накратко да се напушти просторот, или да се започне некоја алтернативна активност. Особата со деменција може да заборави на конфликтот и контактот да се продолжи како ништо да не се случило.

- Невербален контакт . Капацитетот за невербална комуникација е важен ресурс кај особите со деменција.Лицето со деменција тешко ќе разбере ако зборуваме со долги и сложени реченици. Наспороти тоа треба да посветиме внимание зависно од нашето познавање на особата да користиме нежен тон на гласот , мирен поглед, нежен допир. Можеме да го пратиме одговорот на особата и да ги следиме знаците на опуштање, смиреност па дури и радост.

- Хумор и музика - Кај лицата со деменција потполно ќе се изгуби содржината на експлицитната меморија а тоа се сеќавање и информации кои можат да се преточат во зборови . Но особата мноигу подолго ќе ги задржи капацитетите за процесирање на музика а и за хумор поготово во кругот на потесното семејство кои добро го познаваат лицето.

- Личните вредности, вештините и интересите на лицата со деменција. Познавањето на лицето со деменција нејзините вештини, знаењето кое го имала како изгледал секојдневниот живот го олеснува и разбирањето на некои однесувања и пружи можност за декодирање на некои нејзини пораки и желби.

Помош и регулација на стресот како потпора во коминикацијата на лицата со деменција

Потешкотии во комуникацијата со лицата со деменција најчесто настанува при неповолна интеракција на фактори кои кај лицето со деменција предизвикуваат стрес, намалени ресурси за соочување со стресот кои се последица на когнитивниот дефицит. Кај лицата со деменција вообичаени стресори се менталниот и телесниот замор, промена во дневната рутина, внатрешни или надворешни очекувања кои се над функционалниот капацитет на лицето. Стресорите можат да бидат и физички како што се : болка, инфекции, дехидрација, депресија. Афективни одговори на губитокот на секојдневните вештини и независноста. Губиток на способноста лицето да изрази потреба или да ги изрази изговорените зборови. Стресот кај лицата со деменција може да води до :

- Агитација (вознемиреност)

- Намалување на способноста за учествување во секојдневните активности

- Физичка агресивност

Во обидите на соочување со стресните ситуации кај лицата со деменција ќе се постигне успех доколку се сфати сериозно лицето со деменција. Треба да се индентификуваат нејзините потреби и да се исполнат. Да се вклучи лицето се деменција во разговор околу неговите потреби дури иако е неспособна смислено да придонесе на дискусијата. Треба да се почитува лицето со деменција и да се вреднуваат нејзините намери и нивните гестови така ќе им се помогне да го одржат чувството за себе почитување . Така ќе се одржува достоинствотои на лицето со деменција.[25]

Борба против стигмата деменција може да помогне во комуникацијата.

Деменцијата како и многу други тешки хронични неизлечиви болести ги прати и голема стигма. Здравите особи првенствено од страв и самите да не се разболат, негираат постоење на деменција бидејќи така им е полесно. Но без борба против стигмата и без согледување на деменцијата како растечки јавно – здравствен приоритетен проблем на

[25]https://www.stampar.hr/sites/default/files/Gerontologija/2020/Gerontoknjige/komunikacija_s_osobama_oboljelim_od_demencije_-_prirucnik_za_patronazne_sestre_2020.pdf

денешницата нема ниту добра комуникација со заболените од деменција. Кога деменцијата ќе биде подобро прифатена како честа болест на третото животно доба повеќе млади луѓе подобро ќе го разберат тој сегмент на популацијата . Лицата со деменција боледуваат долго време , се работи за болест која просечно трае 10 години. Со текот на времето способностите за комуникација слабеат но дури при самиот крај на болеста коминикацијата потполно престанува. Затоа треба континуирано да се работи на едукација на општата популација, да се организираат конгреси, да се спроведува антистигма програма преку разни видови на активности и на тој начин да им се поомогне на лицата со деменција за поквалитетен живот.[26]

[26] https://bib.irb.hr/datoteka/506203.Mimica_4.pdf

10. Релевантни истражувања

Спроведени се голем број на истражувања кои биле насочени кон тоа да се утврди дали постои поврзаност помеѓу полот и возраста и когнитивните нарушувања кои ја пратат деменцијата.

Во истражувањето спроведено од страна на LLetenneur V Gileron D Commenges C Helmer JM O Orgogoso J F Dartgues, Feb1999,утврдено е дека во текот на петгодишно следење идентификувани биле 190 случаи на деменција вклучувајќи 140 случаи на Алцхајмерова деменција. Стапките на инциденца на Алцхајмерова болест биле 0,8 случаи на 100 лица кај мажи и 1,4 случаи кај жени. Сепак инциденцата била поголема кај мажите во однос на жените пред 80 години од животот, а поголема кај жените во однос на мажите после оваа возраст. Пронајдена е значајна интеракција помеѓу полот и возраста. Односот на опасност од Алцхајмерова деменција кај жени во споредба со мажи се проценува на 0,8на 75 години и 1,7 на 85 години. Ризиците од деменција и Алцхајмерова деменција биле повразни со понизок степен на образование. Заклучокот од ова истражување е дека жените имаат поголем ризик од развој на деменција од мажите после 80 година од животот.Ниските достигнувања во образованието се поврзани со поголем ризик од Алцхајмерова болест.

Во едно друго истражување на J R Copeland , C F McCraken, ME Dewey, A Scott ,BA Larkin, 1999 Nov., е утврдено дека стапките на инциденца на деменциите се зголемуваат со возраста. Возрасните обрасци се слични помеѓу Алцхајмеровата и васкуларната деменција. Полот се појавува влијателен кај Алцхајмеровата деменција.

Во истражувањето на L FraglioniMvitalen E von Strauss V Tontodonati A Herlitz B Winblad, 1997 Jan.,за време на следењето 148 испитаници развиле деменција. Во возрасната група 75-79 години инциденцата за деменција біла 19,6 за жени и 12,4 за мажи на 1000 лица. Слична шема на дистрибуција според возраста и полот е заблежана кај Алцхајмеровата деменција. Во секој возрасен слој стапките на инциденца на демеција и Алцхајмерова болест биле повисокикај жените отколку кај мажите. Инциденцата на деменција се зголемува со возраста дури и кај најстарите возрасни групи. Жените имаат поголем ризик од развој на деменција отколку мажите поготово на постара возраст.

Истражувањето на Chin-Ching Liu, Chung YiLi,Yu Sun and Susan C.Hu, Nov 2019,покажало дека разликите во половите се зголемуваат со возраста и започнуваат после 75 година од живототза луѓето што страдаааат од деменција или после 75 година од животот за луѓето што страдаат од Алцхајмерова деменција. Постои поголема преваленца на деменција и Алцхајмерова деменција кај жените. Ова може да се должи на поголема инциденца на деменција и Алцхајмерова деменција кај жени или пократко време на преживување кај мажите после дијагностицирање на демеција и Алцхајмерова деменција.

Во студијата на Rachel f Buckley објавена во American Journal of Epidemiology (2019) е удврдено дека жените имаа 14 % повисока стапка на смртност од најчестата форма на деменција Алцхајмер. Мажите имале 20 поголема стапка на смртност од васкуларна демеција. Откритијата сугерираат дека веројатно постојат основни биолошки фактори кои предизвикуваат различни стапки на Алцхајмер и васкуларна деменција кај мажи и жени . Овие фактори може да бидат хормонални промени особено за време на менопаузата па дури и диференцијален ризик за други состојби како што се кардиоваскуларните болести. Реално е да се погледне целата слика кога се проучува деменцијата како болест како влијае на популацијата. Без оглед на половите разлики општеството треба да ги земе предвид импликациите на луѓето кои живеат подолго и на повеќе луѓе кои развиваат деменција.

Истражувањето на Mark Stibich PhD, Feb.2020,[27] испитувало скоро 7000 луѓе на возраст од 65 години и постари.на почетокот на студијата никој немал деменција иако 42 проценти од испитаниците имале благо когнитивно нарушување.Во период од 4 години 6,5 % од оние со благо когнитивно нарушување се вратиле во нормала. Ова"враќање во нормала" е изненадувачки. Многу луѓе го сметаат когнитивното нарушување како прогресивно кое се влошува со текот на времето, но оваа студија покажала луѓето можат да влезат и да излезат од состојба на благо когнитивно нарушување.Тоа е добра вест и имплицира дека промена на факторите на ризик може да направи чуда за здраво стареење на мозокот.Она што е интересно во оваа студија е дека додека мажите и жените развиле когнитивно

[27] Mark Stibich Feb.2020 Cognitive impairment risk factors for men and women https://verywellmind.com

нарушување со слични стапки, мажите иженитe се разликувале во однос на факторите на ризик.

Фактори на ризик за когнитивно нарушување кај мажи:

Мажите во студијата биле со благо когнитивно нарушување биле со прекумерна телесна тежина, имале дијабетес или имале преживеано мозочен удар. Мозочниот удар бил најзначајниот ризик фактор кај мажите, зголемувајќи ги шансите за деменција. Факторите како независност, социјални контакти и депресија не се ризик фактори за мажи.

Фактори на ризик за когнитивно нарушување кај жени:

Во студијата жените кои имале благо когнитивно нарушување имале намалено целокупно здравје.Жените кои развиваат благо когнитивно нарушување имаат поголема веројатност да имаат несоница и немаат силна социјална мрежа(помалку пријатели и членови на семејството). Ако жената била зависна од други за секојдневните задачи, нејзиниот ризик од развој на деменција бил 3,5 пати поголем од оние кои биле независни. Депресијата исто така влијае на жените повеќе одколку на мажите. Жените кои страдале од депресија имале двојно поголема веројатност да напредуваат од когнитивно нарушување во деменција.

Фактори на ризик кај мажи и жени:

Луѓето во студијата кои биле депресивни или земале антихолинергични лекови, најверојатно се префрлиле од благо когнитивно оштетување во деменција. Генетски фактор (ген наречен АроЕ) исто така се појавил кај повеќе луѓе кои напредувале во деменција.

Зошто когнитивните фактори на ризик се различни за мажите и жените?

Оваа студија не можела да одговори на тоа. Она што е интересно е дека факторите на ризик за жените изгледаат повеќе фокусирани на врските. Тие вклучуваат број на блиски пријатели и членови на семејството и исто така, без разлика дали жената е зависна од други. За мажите, факторите на ризик многу повеќе се поврзани со физичкото здравје (дијабетес, мозочен удар, тежина).

Може ли да се спречи когнитивно оштетување

Иако никој навистина не знае како да се спречи когнитивно нарушување поврзано со возраста, постојат неколку работи кои можат да го подобрат целокупното здравје и исто така може да го подобрат функционирањето на мозокот.

- Одржување на добри односи со пријателите и семејството
- Спречување или лекување депресија
- Одржување здрава тежина
- Спречување и уравување со дијабетес
- Спречување мозочен удар

B.Barrett-Connor,DKritz –Silverstein 1999 Feb;47(2)159-64 Ова истражување тргнува од претпоставката дека недостатокот на естроген епредложен како причина за губење на меморијата кај жени во менопауза. Ако оваа претпоставка е вистина тогаш мажите би требало да имаат помалку губење на меморијата со возраста отколку жените. Оваа студија е направена да се испита постулираниот ефект на естроген врз меморијата со проучување на влијанието на полот врз падот на когнитивната функција поврзана со возраста. Резулататите покажале дека перформанските на тестот се влошиле со возраста кај двата пола подеднакво што значи дека недостатокот на естроген не причина за поизразен пад на когнитивната функција.

Во истражувањето за родовите разлики во прогресијата на благото когнитивно оштетување во текот на 8 години на Katherine A Lin, Kingshuk Roy Choudhury, Bharath G Rathakrishnan, David Marks, Jeffrey R Petrella,P Murali Doraiswamy 2015 Sep 1;1(2):103-110 е утврдено дека жените напредувале со побрзи стапки од мажите во однос на когнитивното нарушување. Родовиот ефект бил поголем кај носителите на ApoE4. Жените со благо когнитивно нарушување имале поголеми надолжни стапки на когнитивна и функционална прогресија отколку мажите.

S.Uzun ,I.Todoric Laidlaw, M.KusanJukic, O.Kozumplik, D. Kalinic, N. Pivac, N.Mimica : Dementia is more frequent in women.Soc.psihijat.Vo..46(2018)No.1,p(58-76)- Во ова истражување се открива дека преваленцијата и инциденцијата на Алцхајмеровата болест најчестиот причинител на деменција значително е поголем кај жените отколку кај мажите а таа разлика со возраста се золемува. Жените имаат полоша когнитивна изведба на многу

неуропсихолошки тестови во однос на мажите во истиот стадиум на болеста, односно когнитивните функции кај жените се потешко и повеќе зафатени отколку кај мажите. Мажите се подобри во однос на жените во неколку когнитивни домени вклучувајќи ги јазичните и семантичките способности и епизодичното памтење. Овие разлики не можат да се припишат на годините, едукацијата и тежината на деменцијата. Можни причини за ваква лоша когнитивна изведба кај жените се редукција на естроген во постменопауза кај жените, поголеми когнитивни резерви кај мажите, влијание на алипопротеинот Е.о Во однос на мажите жените имаат помал хипокампален волумен и покажуваат поголема атрофија на мозокот и дегенерација на темпоралниот резен, а постморталните анализи покажале како жените имаат повеќе неуритски плакови и неурофибриларни клупки во однос на мажите. Истражувањаата покажале дека естрогенот го модулира протокот на крв и активност во клучните подрачја на мозокот вклучувајќи го подрачјето за внимание како и вербалното и просторно памтење. Како што количината на естрогеност се намалува после менопаузата слабее и когнитивната функција. Жените во менопауза имаат проблеми со памтењето и концентрацијата што може да резултира со секојдневни проблеми однесувањето.

Во истражувањето на Габриела Т.Новотни (2019), 2/3 од заболените со Алцхајмерова деменција се жени . Инциденцата на АД е повисока кај жените во однос на мажите. Жените имаат поголем ризик да заболат од Алцхајмерова деменција додека мажите имаат поголем ризик да заболат од васкуларна деменција поради застапеноста на васкуларните ризик фактори кај мажите. Полот влијае и врз изборот на активности во тек на животот како што се изложеност на активности кои може да доведат до трауматска повреда на главата, можност за едукација и стекнување на когнитивна резерва, консумација на алкохол.

Една студија поставува прашање дали може да постојат родови разлики во развојот и напредувањето на благото когнитивно нарушување.

Итражувањето го направиле Ronald C.Petersenи неговиот тим од клиниката Mayo, Rochester, Minn.

Научниците го процениле когнитивното здравје на 1969 стари лица без деменција и откриле дека 16 проценти покажуваат значајно благо когнитивно нарушување, состојба

која обично ја обележуваат проблеми со памтењето или други когнитивни проблеми поголеми од оние кои се очекуваат за нивна возраст. Преваленцата била поголема помеѓу постарите учесници и постојано била поголема кај мажите одколку кај жените во сите возрасни групи.

Бидејќи доказите укажуваат на тоа дека Алцхајмеровата болест може да предизвика промени во мозокот една или две децении пред појавата на првите симптоми, постои зголемен интерес за истажувањена на благото когнитивно нарушување и во најраните фази на когнитивниот пад. Истражувачите спровеле лична проценка на 1969 случајно избрани луѓе од сите луѓе на 70 – 85 годишна возраст кои живеат во округот Олмстед во сојузната држава Минесота. Резулатаите покажале дека: Благото когнитивно нарушување е повеќе застапено кај мажите (19 проценти) одколку кај жените(14 проценти). Од 16 проценти кои имаааат благо когнитивно нарушување , повеќе од двоструко повеќе луѓе имале амнестички облик кој обично преминува во Алцхајмерова болест, а стапката на преваленца била поголема кај мажите одколку кај жените. Преваленцата на благо когнитивно нарушување била поголема меѓу луѓето со генот APOE e4, познат фактор за ризик за доцна Алцхајмерова болест. Поголем број на години поминати во образование е значајно поврзан со намалена преваленвца на благо когнитивно нарушување. Преваленцата на благо когнитивно нарушување била поголема кај лицата кои никогаш не биле во брак, за разлика од оние кои моментално или порано биле во брак.

Истражувачите забележале дека проценката на преваленцата на благото когнитивно нарушување во студии спроведени низ светот се движат во распон од 11 до 20 проценти. Проценката на испитаниците од Мајовиот тим вклучувала детални лични проценки кои помогнале да се забележат суптилни промени во секојдневната функција кои можат да означат почеток на благо когнитивно нарушување. [28]

[28]https://womenshealth.obgyn.msu.edu/blog/study-suggests-gendersex-differences-cognition-impairment

Истражувања на деменцијата во 2020 година

Во 2020 година се направени неколку поголеми истражувачки наоди кои го придвижуваат сознанијата за деменцијата напред. Постигнат е значаен напредок во биомаркерите засновани на крв, кои се минимално инвазивни и подостапни . Биомаркерите засновани на крв може да се применат кај поголема популација за рано и точно откривање на Алцхајмеровата болест низ клинички спектар од ризични лица без когнитивни симптоми до пациенти со деменција.

Ултрасензитивна имуноанализа на плазмата за тау-фосфорилирана кај Тхр181(p-tau181), високо специфичен биомаркер на патологија на Алцхајмеровата болест , е развиен и тестиран во четири клинички базирани потенцијални групи.Тестирани се 1131 лице вклучувајќи и постари пациенти на различни фази на клинички континуум на Алцхајмерова болест, контролирани според возраста, пациенти со други невродегенеративни нарушувања, васкуларна деменција и здрави млади возрасни лица. Наодите од студијата сугерираат дека крвната основа на p-tau181 може да предвиди tau и амилоид б невропатологија , да ја разликува Алцхајмеровата болест од другите невродегенеративни нарушувања и да ја идентификува Алцхајмеровата болест преку клиничкиот континуитет.

Пријавени се и охрабрувачки наоди за анализа заснована на крв со мерење на тау фосфолирање на Thr217(p-tau217), кое е тестирано во три групи , кои се состојат од 1402 лица, од кои две биле постари пациенти во различни фази на клиничка манифестацијаљ на Алцхајмеровата болест контролирани според возраста и пациенти со други невродегенеративни нарушувања. Во оваа студија дијагностичката точност на P-tau217 била супериорна во однос на другите биомаркери на Алцхајмеровата болест. На анализата базирана на крв на P-tau217 треба дополнително валидирање и клиничка стандардизација .Овие анализи базирани на крв претставуваат ветувачки методи кои можат да помогнат во раната идентификација на основната патологија на Алцхајмеровата болест.Ито така анализите засновани на крв се важни бидејќи преку нив може да се идентификуваат лицата кои се изложени на ризик од деменција, кои можат да бидат вклучени во испитувања за спречување или одложување на деменцијата.

На 6 Ноември 2020 година Советодавниот комитет на Управата за храна и лекови на САД одлучила да не даде регулаторно одобрување за адуканумаб, бидејќи доказите за безбедност и ефикасност биле недоволни.Адуканумаб е човечко моноклонално антитело кое селективно се врзува за амилоидни б фибрили и расворливи олигомери и може да го отстрани амилоидот б од мозокот. Резултатите од испитувањето во фаза 1б кај 165 пациенти со продромална и лесна Алцхајмерова болест покажале неверојатно намалување на амилоидните плаки со ефекти зависни од дозата и од времето. Случајот со адуканумаб е можност за учење за подобрување на методолошките аспекти на развојот на лекови за Алцхајмерова болест.

Во однос на превенција на деменцијата преку нефармаколошки интервенции охрабрувачки вести пристигнале од испитувањето LipiDiDiet во кое била тестирана нутриционистчка интервенција кај 311 лице со продромална Алцхајмерова болест. Резултатите од 36-месечното следење покажале подобрување на глобалното сознание и функција и побавна стапка и на мозочна и хипокампална атрофија.LipiDiDiet е пробен модел кој сугерира дека раните и долгорочни интервенции можат да бидат ефикасни во подобрување на когнитивните траектории кај лица со патологија на Алцхајмерова болест. Наодите од испитувањето исто така ја покажуваат улогата на соодветна исхрана кај лица со ризик од деменција .

Во контексот на превенција на деменција Комисијата за превенција , интервенција и грижа за деменција во 2020 година Лансет 6 идентификувала 12 модифицирачки фактори кои можата да бидат насочени кон намалување на ризикот. Овие фактори вклучуваат дијабетес, хипертензија и дебелинаво текот на животот, физичка неактивност, пушење, ниско ниво на образование, губење на слухот, трауматска повреда на мозокот, прекумерна потрошувачка на алкохол, социјална изолација, депресија, загадување на воздухот. Во споредба со наодите пријавени во комисијата за Лансет 2017, додадени се три фактори а проценетиот процент на случаи што можат да се спречат се зголеми од 35 на 40 проценти, што укажува на тоа дека можеме да бидеме пооптимистични во однос на можностите за превенција. Улогата на некои фактори треба дополнително да се потврди а веројатно ќе бидат додадени и други модифицирачки фактори. Се тестираат превентивни пристапи и се прават поголеми напори за соработка.

Една таква иницијатива е мрежата на мулти домен испитувања ширум светот FINGERS за намалување и спречување на ризикот од деменција, која вклучува повеќе од 30 земји.Мрежата се базира на успешно искуство на финската студија за геријатриска интервенција за спречување на когнитивното оштетување и инвалидност, рандомизирано, контролирано испитување кое покажало изводливост и ефикасност на мулти модална интервенција во животниот стил. Таа интервенција се состои од нутриционистичко водство, вежбање,когнитивна обука и контрола на васкуларните и метаболичкита фактори на ризик. Мрежата има за цел да го тестира и адаптира пробниот модел во различни средини и популации да дефинира ефективни и остварливи превентивни стратегии за луѓе со различни профили на ризик. Мрежата има ангажирано истражувачки тимови од сите континенти давајќи им можност за соработка и вклучуваат популации кои се помалку застани во полето на превенција на деменција. [29]

[29] https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(20)30453-/fulltext

11. Дефинирање на проблемот на истражување

Одпредходно изнесените заклучоци од релевантни емпириски истражувања спроведени низ светот од кои во поголемиот дел е утврдено дека полот е значаен фактор во појавувањето на когнитивните нарушувања и дека понапреднатата возраст исто така делува врз појавата на когнитивното нарушување сакаме да испитаме дали истото важи и за нашата популација бидејќи когнитивните нарушувања се значаен проблем во општеството, ги засегнуваат сите сфери на секојдневното живеење поготово семејствата кои го имаат овој проблем .

Во ова истражување сакаме да утврдиме дали полот има значајна улога во настанувањето на когнтивните нарушувања кај деменција односно да утврдиме дали полот влијае на когнитивното нарушување и дали понапреднатата возраст има влијание во појавувањето на поголемо нарушување на когнитивните функции и дали когнтивното пропаѓање е поголемо кај мажите или жените со текот на времето. Од предходно изнесеното можеме да го дефинираме проблемот на ова истражување:

Дали постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол и на различна возраст во појавата на когнитивно нарушување и дали постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на помнењето, вниманието и решавањето математички задачи, говорот и визуелно моторните вештини.

12. Методологија на истражувањето

12.1 Предмет на истражувањето

Предмет на истражувањето ќе биде когнитивните нарушувања кои се јавуваат кај деменција кај испитаници од различен пол и на различна возраст. Когнитивните процеси се ментални процеси со кои стануваме свесни за нешто, ги согледуваме и разбираме идеите затоа тие се однесуваат на процесите со кои примаме и обарботуваме информации. Когнитивните функции вклучуваат различни области на когницијa – внимание, меморија, јазик, перцепција, донесување одлуки, решавање проблеми. Падот на когнитивните функции со староста кај различни возрасни групи ќе биде предмет на ова истражување. Ова истражување ке го испитува когнитивното нарушување кај испитаниците над 65 годишна возраст и постари кај кои ке се споредуваат половите разлики.

Цел на ова истражување би била да подтикне и други истражувања од оваа област да се откријат други ризик факотри за настанувањето на когнитивните нарушувања да се зголеми свеста кај населението за навремено барање на стручна помош при појавување на симптомите на когнитивно нарушување како и да се изнајдат начини за превенција од когнитивно нарушување преку намаллување на ризик факторите и зголемување на квалитетот на живот и грижа за сопственото здравје.

12.2 Истражувачки хипотези

Главна истражувачка хипотеза:

Постои разлика помеѓу испитаниците од машки и од женски пол на различна возраст во однос на когнитивните нарушувања и постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на помнењето , ориентацијата, вниманието и решавањето на математички задачи, говорот и визуелно моторните способности.

Од главната хипотеза може да се извлечат следните подхипотези кои ќе бидат подложени на тестирање:

- Постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во појавата на когнтивно нарушување.,
- Постои разлика помеѓу испитаниците на различна возраст во појавата на когнитивно нарушување.
- Постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во нарушувањето на помнењето.
- Постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на ориентацијата
- Постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на внимнието и решавањето на математички задачи .
- Постои ралика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на говорот.
- Постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на визуелно моторните способности.

12.3 Варијабли во истражувањето

Концептуална дефиниција на варијаблите:

Независни варијабли:

Пол - Природна карактеристика на испитаниците – независна варијабла

Возраст- Одредена возраст која ја има испитаникот -независна варијабла

Зависни варијабли:

Когнитивно нарушување – нарушување на когнитивните функции како резултат на деменција

Нарушување на помнењето
Нарушување на ориентацијата
Нарушување на внимание и решавање на математички задачи
Нарушување на одложено помнење
Нарушување на говор
Нарушување на визуелно моторни способности

12.4 Задачи на истражувањето

1. Да се утврди дали мажите и жените се разликуваат во степенот на когнтивното нарушување.
2. Да се утврди дали возраста има влијание врз когнитивното нарушување.
3. Да се утврди дали мажите и жените се разликуваат во однос на нарушувањето на помнењето.
4. Да се утврди дали мажите и жените се разликуваат во нарушувањето на ориентацијата.
5. Да се утврди дали мажите и жените се разликуваат во нарушување на вниманието и решавањето на математичките задачи.

6. Да се утврди дали мажите и жените се разликуваат во однос на нарушување на одложеното помнење
7. Да се утврди дали мажите и жените се разликуваат во однос на нарушувањето на говорот.
8. Да се утврди дали мажите и жените се разликуваат во однос на нарушување на визуелно моторните способности.

12.5 Мерни инструменти

За потребите на ова истражување ке се користи MMCE (mini mental state examination) или тест на Folstajn и соработниците кој за прв пат бил воведен во 1975 година. Тој е прашалник од 30 точки, кој најчесто се користи во клинички и истражувачки цели за мерење на когнитивното нарушување. Исто така се користи за проценка на сериозноста и прогресијата на когнитивното оштетување и да се следи текот на когнитивните промени кај една личност со текот на времето.

Администрацијата на тестот трае помеѓу 5 и 10 минути и ги испитува функциите : ориентација, помнење, внимание и сметање, одложено помнење, говор и цртање. Максималниот број на бодови кој може да го добие испитаникот е 30 што би означувало нормална когнитивна функција.Скор под 24 означува когнитивно нарушување. Колку е помал бројот на добиени бодови толку е поизразено когнитивното нарушување.

Интерпретација:

25-30 – нормална когнитивна функција

20 -24– благо до средно когнитивно нарушување

Помалку од 20 бодови – изразено когнитивно нарушување

12.6 Популација и примерок

За потребите на ова истражување се користеше пригоден примерок составен од 100 испитаници–50 мажи и 50 жени кои дошле на преглед во амбуланта во ЈЗУ Психијатриска болница Демир Хисар и се до дијагноза Деменција и се на возраст над 65 години.Испитаниците беа поделени во возрасни групи од 65-75 години, од 75-85 и ке се утврдува во која возрасна група е поизразено когнитивното нарушување како и половите разлики во однос на когнитивното нарушување .

12.7 Постапка на прибирање податоци

Прибирањето на податоците се одвиваше во ЈЗУ Психијатриска болница Демир Хисар. На испитаниците им беше зададен ММСЕ тестот. Задавањето на тестот траеше од 10 – 15 минути во зависност од психичката сосотојба на испитаникот, бидејќи станува збор за специфична група на испитаници кои се со дијагноза деменција. Испитаниците беа информирани дека собирањето на податоците ке биде за научни цели, дека е комплетно анонимно дека им е загарантирана дискреција и дака на било кој начин нема да се одрази негативно врз нив.

13.Статистичка обработка на податоците

Од истражувањето по редослед кој е во согласност со начинот на поставеноста на целите, задачите и хипотезите на истражувањето, како и начинот на доаѓање до резултатите.

ИСТРАЖУВАЧКИ РЕЗУЛТАТИ

Во овој дел е даден приказ на резултатите, односно, обработката и статистичката анализа на податоците.

13.1 Резултати од тестирање на подхипотезата 1 : Постојат разлики помеѓу испитаницитеод различен пол во однос на когнитивното нарушување

Во Табела 1 и на График 1 се прикажани дескриптивните статистички резултати за когнитивното функционирање кај испитаниците од машки и женски пол, изразено преку скорот на MMCE скалата.

Табела 1. Дескриптивни статистички резултати за MMCE кај испитаниците од различен пол

Групнастатистика

	Пол	N	M	SD	Std. Error Mean
MMCE	Машкипол	50	13,00	4,228	,598
	Женскипол	50	14,64	5,291	,748

Забелешка: N – број на испитаници; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

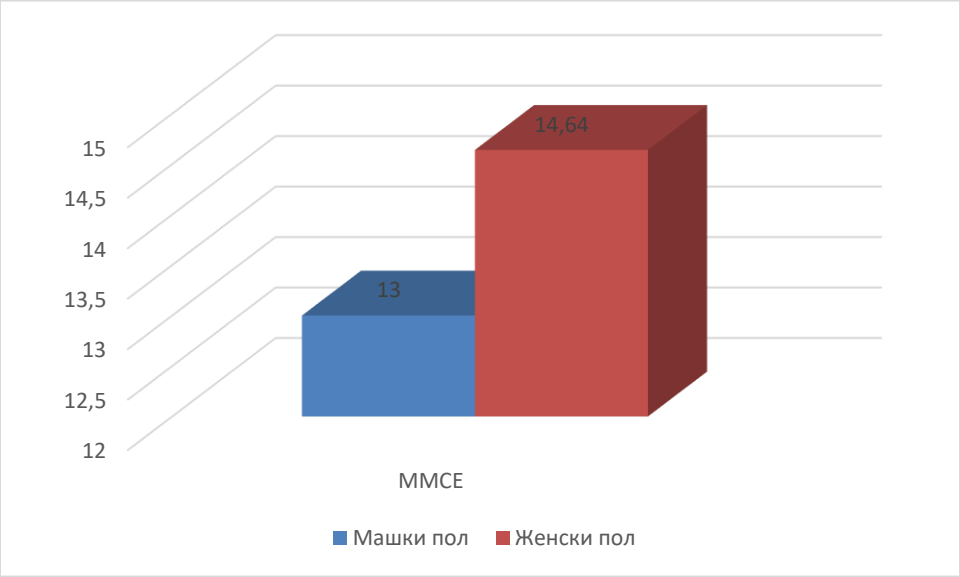


График 1. MMCE кај испитаниците од различен пол

Од дескриптивните резултати може да се забележи дека испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина на MMCE скорот (M = 13,00) во споредба со оние од женски полкои имаат повисок MMCE скор (M = 14,64). Статистичката значајност на вака добиената разлика во аритметичките средини помеѓу двете групи испитаници е испитана со помош на t – тест за независни примероци, чиј резултат е прикажан во Табела 2 и е насочен кон проверување на вистинитоста на потхипотеза 1.

Табела 2. Разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на MMCE скорот

Тестзанезависнипримероци

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
MMCE	Equal variances assumed	2,849	,095	-1,712)	98	,090	-1,640)	,958	-3,541)	,261
	Equal variances not assumed			-1,712)	93,457	,090	-1,640)	,958	-3,542)	,262

Добиениот резултат од t-тестот покажува дека испитаниците од машки пол покажуваат тенденција кон поголемо когнитивно нарушување (M = 13, 00; SD = 4,228) во споредба со испитаниците од женски пол (M = 14,64; SD = 5,291) (t (98) = -1,712; p <.05), со оглед на тоа дека понискиот скор на MMCE означува поголемо когнитивно нарушување, т.е. послабо когнитивно функционирање. Вака добиената разлика во аритметичките средини е статистички значајна на ниво помало од .05. На овој начин е **потврдена вистинитоста на потхипотеза хипотеза1**, според која, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во појавата на когнитивно нарушување.*

13.2 Резултати од тестирање на подхипотезата 2 : Постојат разлики помеѓу испитаниците на различна возраст во однос на когнитивното нарушување.

Резултати за испитаниците на различна возраст за мажи

Во Табела 3 и на График 2 е прикажана групната дескриптивна статистика за добиените резултати на MMCE скалата кај испитаниците од машки пол на возраст од 65-75 години и на возраст од 75-85 години. Истите покажуваат мажите на возраст од 65-75 години имаат помала аритметичка средина на MMCE скорот (M = 12,33) во однос со мажите на возраст од 75-85 години кои имаат повисок MMCE скор (M = 13,62).

Табела 3. Дескриптивни статистички резултати за MMCE кај испитаниците од машки пол со различна возраст

Групнастатистика

	Возраст	N	M	SD	Std. Error Mean
MMCE	Мажинавозрастод 65-75 години	24	12,33	4,584	,936
	Мажинавозрастод 75-85 години	26	13,62	3,858	,757

Забелешка: N – број на испитаници; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

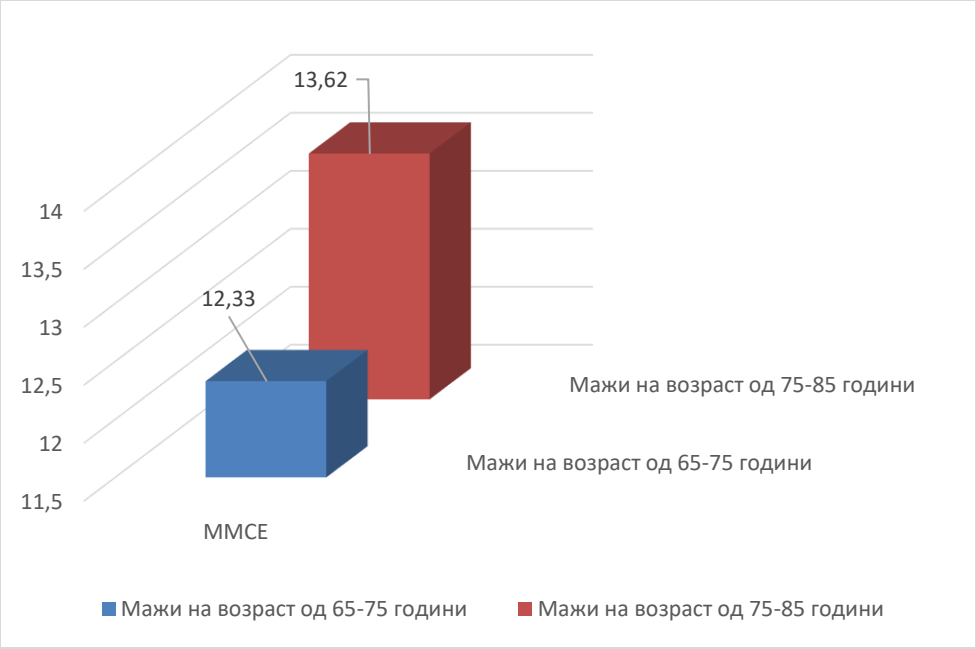


График 2. MMCE скор кај испитаниците од машки пол со различна возраст

Статистичката значајност на оваа разлика во аритметичките средини е испитана со помош на t – тест за независни примероци. Неговиот резултат е прикажан во Табела 4 и од него зависи докажувањето на вистинитоста на потхипотеза 2.

Табела 4. Разлика помеѓу испитаниците од машки пол со различна возраст во однос на MMCE скорот

Тестзанезависнипримероци

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Differenc e	Std. Error Differenc e	Lower	Upper
MMCE	Equal variances assumed	,093	,762	-1,073)	48	,289	-1,282)	1,195	-3,685)	1,121

Тестзанезависнипримероци

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
MMCE	Equal variances assumed	,093	,762	-1,073)	48	,289	-1,282)	1,195	-3,685)	1,121
	Equal variances not assumed			-1,065)	45,152	,292	-1,282)	1,203	-3,706)	1,141

Резултатот од t-тестот за статистичката значајност на разликата во аритметичките средини на MMCE скорот за оценување на когнитивно нарушување кај машките испитаници на различна возраст покажува дека помеѓу испитаниците од машки пол на возраст од 65 – 75 (M = 12,33; SD = 4,584) и машките испитаници на возраст од 75 – 85 години (M = 13,62; SD = 3,858) (t (48) = -1,065; p >.05) не постои статистички значајна разлика во когнитивното нарушување. Бидејќи двете групи не се со подеднаков број испитаници предвид е земен резултатот од t-тестот за кој не се претпоставува еднаквост на варијансите.

Резултати за испитаниците на различна возраст за жени

Во продолжение, во Табела 5 и на График 3 се прикажани дескриптивните резултати за добиените скорови на MMCE скалата кај испитаниците од женски пол на возраст од 65-75 години и на возраст од 75-85 години.

Според нив жените на возраст од 65-75 години имаат поголема аритметичка средина на MMCE скорот (M = 18,56) во споредба со жените на возраст од 75-85 години кои имаат помала аритметичка средина за MMCE скорот (M = 12,76).

Табела 5. Дескриптивни статистички резултати за ММСЕ кај испитаниците од женски пол со различна возраст

Групнастатистика

	Возраст	N	M	SD	Std. Error Mean
ММСЕ	Женинавозрастод 65 - 75 години	16	18,56	5,046	1,262
	Женинавозрастод 75 - 85 години	34	12,76	4,540	,779

Забелешка: N – број на испитаници; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

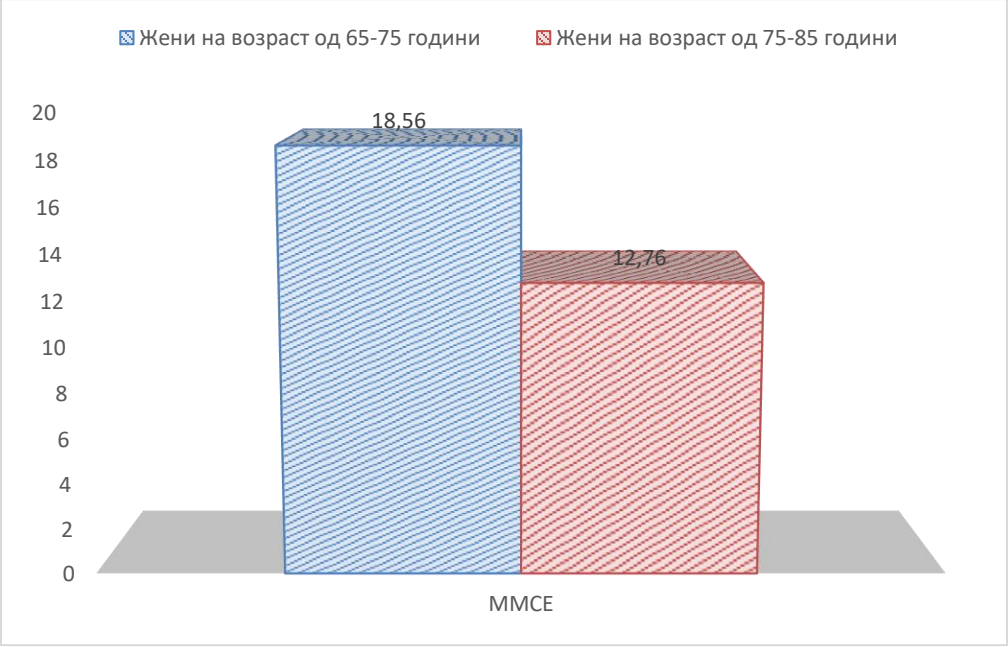


График 3. ММСЕ скор кај испитаниците од женски пол со различна возраст

Статистичката значајност на оваа разлика исто така е испитана со t-тест чиј резултат е прикажан во Табела 6 и истиот, заедно со резултатот од t – тестот за разликата во аритметичките средини на MMCE скорот кај мажи на различна возраст, е насочен кон проверување на вистинитоста на потхипотеза 2.

Табела 6. Разлика помеѓу испитаниците од женски пол со различна возраст во однос на MMCE скорот

Тестзанезависнипримероци

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
MMCE	Equal variances assumed	,135	,715	4,066	48	,000	5,798	1,426	2,931	8,665
	Equal variances not assumed			3,911	26,834	,001	5,798	1,482	2,755	8,840

Резултатот од t-тестот за статистичката значајност на разликата во аритметичките средини на MMCE скорот кај женските испитаници на различна возраст покажува дека жените на возраст од 65 – 75 години (M = 18,56; SD = 5,046) имаат статистички значајно помало когнитивно нарушување во споредба со жените на возраст од 75 – 85 години (M = 12,76; SD = 4,540) (t (48) = 3,911; p <.01). Статистичката значајност на разликата е под нивото .01. Бидејќи двете групи не се со подеднаков број испитаници предвид е земен резултатот од t-тестот за кој не се претпоставува еднаквост на варијансите.

Со оглед на тоа дека е потврдена статистички значајна разлика во когнитивното нарушување само кај женските испитаници на различна возраст, можеме да кажеме дека **потхипотеза 2,** според која, *постои разлика помеѓу испитаниците на различна возраст во појавата на когнитивно нарушување*, **не е потврдена како целосно вистинита.**

13.3 Резултати од тестирање на потхипотеза 3:Постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во нарушувањето на помнењето.

Во Табела 7 и на График 4 е даден приказот на групната дескриптивна статистика за помнењето кај испитаниците од различен пол. Од нив може да се забележи дека испитаниците од машки пол имаат помал аритметичка средина на скорот за помнење (M = 2,00) во споредба со испитаниците од женски полкои имаат повисок скор за помнење (M = 2,26). Статистичката значајност разликата во аритметичките средини помеѓу двете групи испитаници е испитана со помош на t – тест за независни примероци, чиј резултат е прикажан во Табела 8 и е насочен кон проверување на вистинитоста на потхипотеза 3.

Табела 7. Дескриптивни статистички резултати за помнењето кај испитаниците од различен пол

Групнастатистика

	Пол	N	M	SD	Std. Error Mean
Помнење	Машкипол	50	2,00	,833	,118
	Женскипол	50	2,26	,694	,098

Забелешка: N – број на испитаници; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

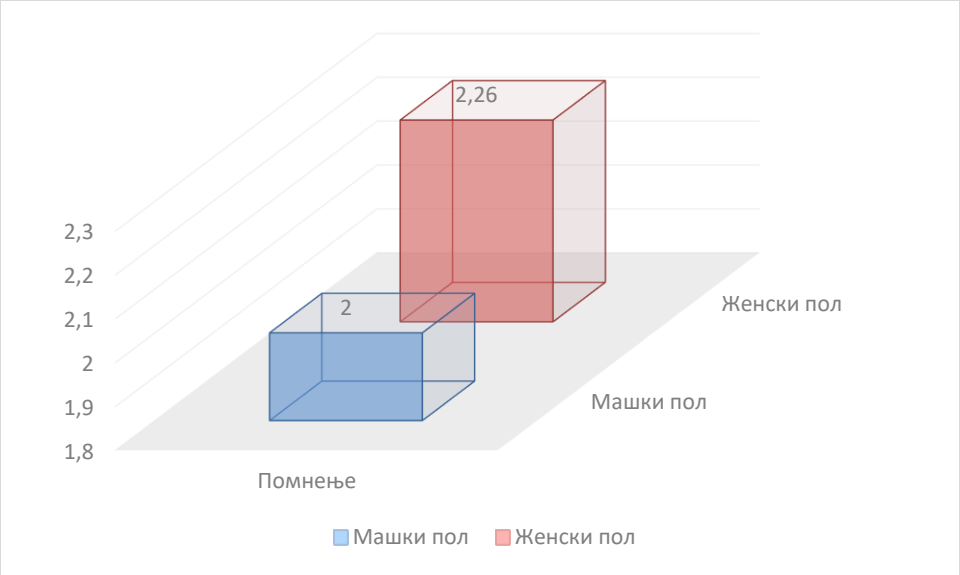


График 4. Помнење кај испитаниците од различен пол

Добиениот резултат од t-тестот покажува дека помеѓу помнењето на испитаниците од машки пол (M = 2,00; SD = 0,833) и испитаниците од женски пол (M = 2,26; SD = 0,694) (t (98) = -1,695; p >.05), не постои статистички значајна разлика, што значи дека не постои статистички значајна разлика ниту во однос на нарушувањето на помнењето помеѓу двете групи испитаници. Ваквиот резултат **не ја потврдувавистинитоста на потхипотеза хипотеза 3**, со која се претпоставуваше дека, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во нарушувањето на помнењето.*

Табела 8. Разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на помнењето

Тестзанезависнипримероци

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Помнење	Equal variances assumed	,007	,933	-1,695)	98	,093	-,260)	,153	-,564)	,044
	Equal variances not assumed			-1,695)	94,920	,093	-,260)	,153	-,564)	,044

13.4 Резултати од тестирањето на подхипотеза 4 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на одложеното помнење

Во Табела 9 и на График 5 табеларно и графички се прикажани дескриптивните резултати за испитаниците од машки и женски пол кои се однесуваат на одложеното помнење. Истите покажуваат дека испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина на скорот за одложено помнење (M = 0,88) во споредба со испитаниците од женски полкои имаат малку повисок скор (M = 0,92). Статистичката значајност оваа разлика во аритметичките средини и во овој случај е испитана со помош на t – тест за независни примероци. Неговиот резултат е прикажан во Табела 10 и е насочен кон проверување на вистинитоста на потхипотеза 4.

Табела 9. Дескриптивни статистички резултати за одложеното помнење кај испитаниците од различен пол

Групнастатистика

	Пол	N	M	SD	Std. Error Mean
Одложенопомнење	Машкипол	50	,88	,627	,089
	Женскипол	50	,92	,724	,102

Забелешка: N – број на испитаници; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

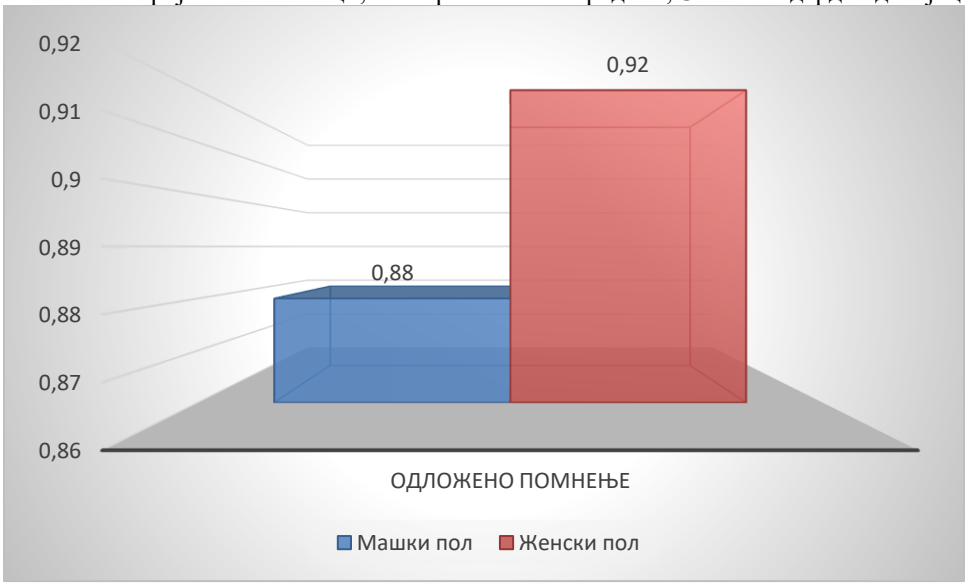


График 5. Одложено помнење кај испитаниците од различен пол

Табела 10. Разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на одложеното помнење

Тестзанезависнипримероци

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Одложеноп омнење	Equal variances assumed	,383	,537	-,295)	98	,768	-,040)	,135	-,309)	,229
	Equal variances not assumed			-,295)	96,054	,768	-,040)	,135	-,309)	,229

Резултатот од t-тестот покажува дека помеѓу одложеното помнење на испитаниците од машки пол (M = 0,88; SD = 0,627) и испитаниците од женски пол (M = 0,92; SD = 0,724) (t (98) = -0,295; p >.05), не постои статистички значајна разлика. Овој резултат **не ја потврдувавистинитоста на потхипотеза хипотеза 4**, со која се претпоставуваше дека, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на одложеното помнење.*

13.5 Резултати од тестирањето на подхипотеза 5 Постојат разлики помеѓу испитаниците од разлкичен пол во однос на ориентацијата

Табела 11 и График 6 ги содржат дескриптивните статистички резултати за ориентацијата кај испитаниците од машки и женски пол.

Табела 11. Дескриптивни статистички резултати за ориентацијата кај испитаниците од различен пол

Групнастатистика

	Пол	N	M	SD	Std. Error Mean
Ориентација	Машкипол	50	5,62	2,432	,344
	Женскипол	50	6,18	2,601	,368

Забелешка: N – број на испитаници; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

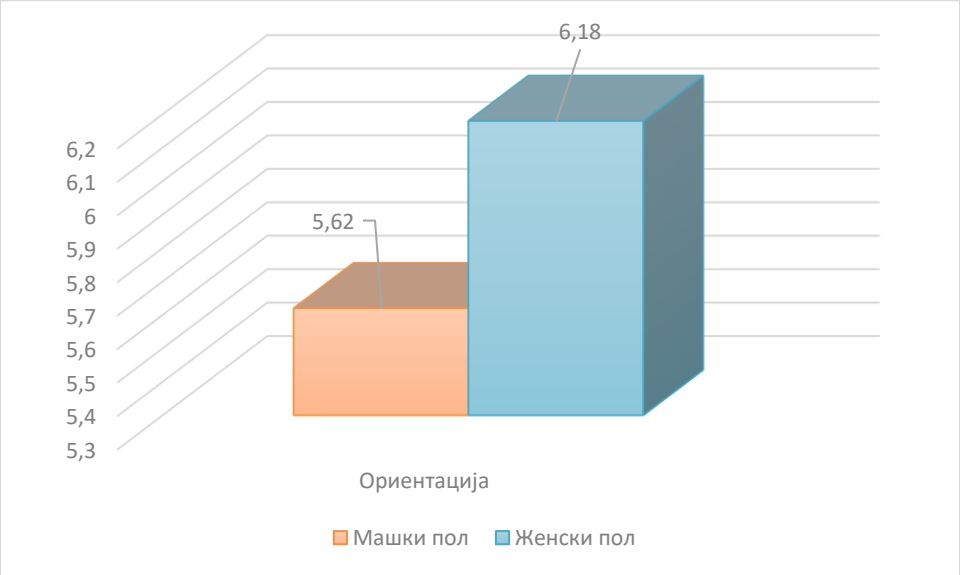


График 6. Ориентација кај испитаниците од различен пол

Табеларниот и графичкиот приказ на дескриптивната статистика покажуваат дека испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина на скорот за ориентација (M = 5,62) во споредба со испитаниците од женски полкои имаат повисок скор (M = 6,18).

Статистичката значајност на добиената разлика е испитана со помош на t – тест за независни примероци, чиј резултат е прикажан во Табела 12 и е насочен кон проверување на вистинитоста на потхипотеза 5.

Табела 12. Разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на ориентацијата

Тестзанезависнипримероци

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Ориентација	Equal variances assumed	,508	,478	-1,112)	98	,269	-,560)	,504	-1,559)	,439
	Equal variances not assumed			-1,112)	97,562	,269	-,560)	,504	-1,559)	,439

Резултатот од t-тестот за статистичката значајност на разликата во аритметичките средини на скоровите за ориентација покажува дека помеѓу испитаниците од машки пол (M = 5,62; SD = 2,432) и испитаниците од женски пол (M = 6,18; SD = 2,601) (t (98) = -1,112; p >.05) не постои статистички значајна разлика во ориентацијата, односно, не постои статистички значајна разлика во нарушувањето на ориентацијата. Ваквиот резултат **не ја потврдува вистинитоста на потхипотеза 5** со која се претпоставуваше дека, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на ориентацијата.*

13.6 Резултати од тестирање на подхипотезата 6 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на вниманието и решавањето на математички задачи

Во Табела 13 и на График 7 се прикажани дескриптивните статистички резултати за вниманието и решавањето на математичките задачи за испитаниците од различен пол. Од нив се воочува дека испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина во врска со вниманието и сметањето (M = 0,40) споредено со испитаниците од женски полкои имаат повисок скор (M = 0,66), но дали ваквата разлика е статистички значајна, и овде е применет t – тест за независни примероци. Неговиот резултат е прикажан во Табела 14 и е насочен кон проверување на вистинитоста на потхипотеза 6.

Табела 13. Дескриптивни статистички резултати за вниманието и решавањето на математичките задачи кај испитаниците од различен пол

Групнастатистика

	Пол	N	M	SD	Std. Error Mean
Внимание и сметање	Машкипол	50	,40	,969	,137
	Женскипол	50	,66	,982	,139

Забелешка: N – број на испитаници; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

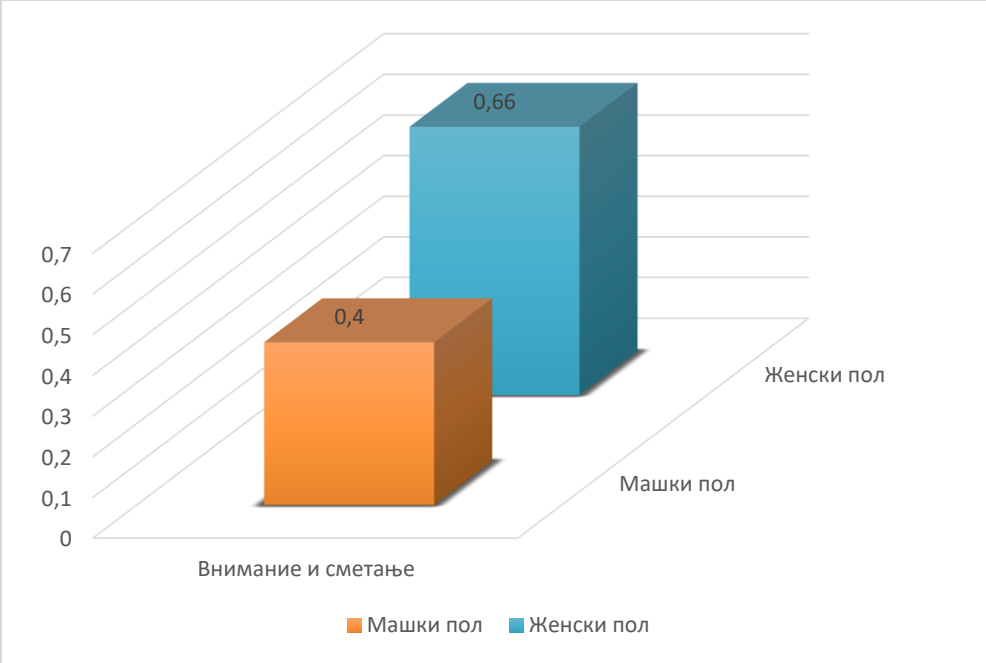


График 7. Внимание и решавање на математички задачи кај испитаниците од различен пол

Добиениот резултат од t-тестот покажува дека помеѓу испитаниците од машки пол (M = 0, 40; SD = 0,969) и испитаниците од женски пол (M = 0,66; SD = 0,982) (t (98) = -1,333; p >.05), не постои статистички значајна разлика во однос на вниманието и решавањето на математичките задачи. Вака добиениот резултат **не ја потврдувавистинитоста на потхипотеза хипотеза 6**, според која, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на вниманието и решавањето на математичките задачи.*

Табела 14. Разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на вниманието и решавањето на математички задачи

Тестзанезависнипримероци

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Внимание и сметање	Equal variances assumed	2,773	,099	-1,333)	98	,186	-,260)	,195	-,647)	,127
	Equal variances not assumed			-1,333)	97,983	,186	-,260)	,195	-,647)	,127

13.7 Резултати од тестирањето на подхипотеза 7: Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на говорот.

Табела 15 и График 8 се однесуваат на дескриптивните статистички резултати за говорот кај испитаниците од различен пол. Според нив испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина за говорот (M = 4,08) во однос на испитаниците од женски полкои имаат повисок скор (M = 4,90) и со t – тест за независни примероци е утврдена статистичката значајност на оваа разлика. Резултатот од t – тестот е прикажан во Табела 16 и истиот е насочен кон проверување на вистинитоста на потхипотеза 7.

Табела 15. Дескриптивни статистички резултати за говорот кај испитаниците од различен пол

Групнастатистика

	Пол	N	M	SD	Std. Error Mean
Говор	Машкипол	50	4,08	1,455	,206
	Женскипол	50	4,90	1,876	,265

Забелешка: N – број на испитаници; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

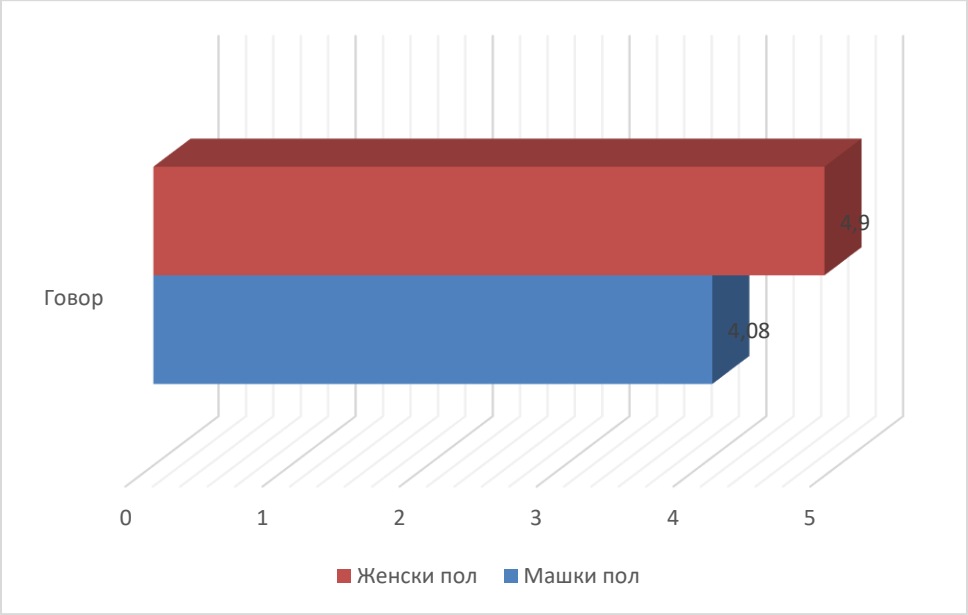


График 8. Говор кај испитаниците од различен пол

Табела 16. Разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на говорот

Тестзанезависнипримероци

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Говор	Equal variances assumed	5,800	,018	-2,442)	98	,016	-,820)	,336	-1,486)	-,154)
	Equal variances not assumed			-2,442)	92,271	,016	-,820)	,336	-1,487)	-,153)

Резултатот од t-тестот за статистичката значајност на разликата во аритметичките средини на скоровите за говор покажува дека испитаниците од машки пол (M = 4,08; SD = 1,455) имаат статистички значајно поголемо нарушување на говорот од испитаниците од женски пол (M = 4,90; SD = 1,876) (t (98) = -2,442; p <.05) на ниво помало од .05.

Ваквиот резултат **ја потврдува вистинитоста на потхипотеза 7**, според која, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на говорот.*

13.8 Резулатати од тестирање на подхипотеза 8 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на визуелно моторните способности.

На крајот, во Табела 17 и на График 9 е даден приказ на дескриптивната статистика за моторните способности кај испитаниците од различен пол.

Табела 17. Дескриптивни статистички резултати за моторните способности кај испитаниците од различен пол

Групнастатистика

	Пол	N	M	SD	Std. Error Mean
Моторниспособности	Машкипол	50	,28	,454	,064
	Женскипол	50	,26	,443	,063

Забелешка: N – број на испитаници; M – аритметичка средина; SD – стандардна девијација

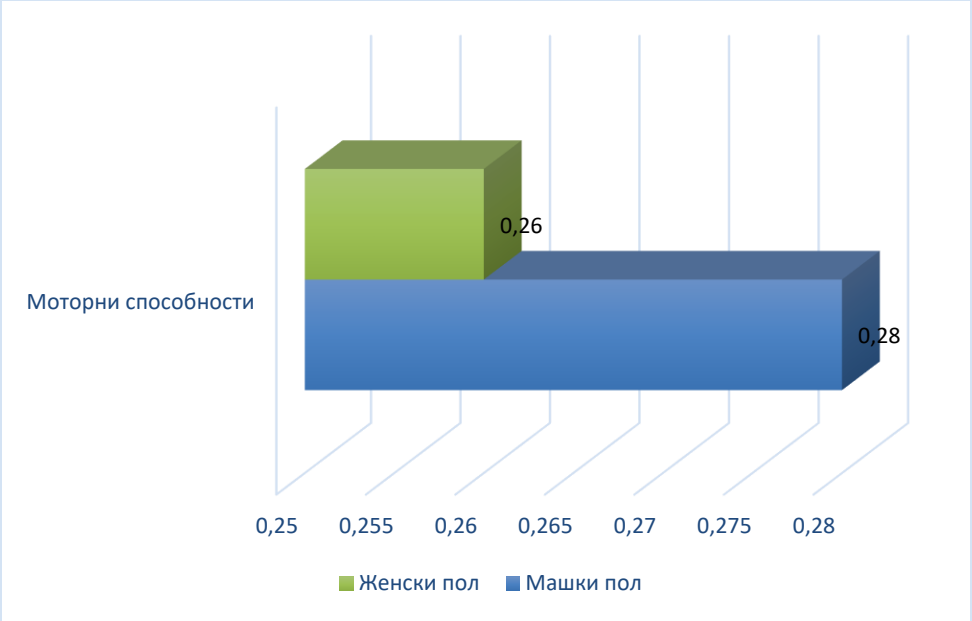


График 9. Визуелно моторни способности кај испитаниците од различен пол

Табеларниот и графичкиот приказ на дескриптивните статистички податоци покажуваат дека испитаниците од машки пол имаат релативно малку поголема аритметичка средина добиена од скоровите за моторни способности (M = 0,28) во споредба со испитаниците од женски пол(M = 0,26). Статистичката значајност на разликата е проверена со t – тест за независни примероци, чиј резултат е прикажан во Табела 18 и е насочен кон проверување на вистинитоста на потхипотеза 8.

Табела 18. Разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на моторните способности

Тестзанезависнипримероци

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference	
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper

Моторниспосо бности	Equal variances assumed	,199	,657	,223	98	,824	,020	,090	-,158)	,198
	Equal variances not assumed			,223	97,947	,824	,020	,090	-,158)	,198

Добиениот резултат од t-тестот покажува дека помеѓу испитаниците од машки пол (M = 0, 28; SD = 0,454) и испитаниците од женски пол (M = 0,26; SD = 0,443) (t (98) = 0,223; p >.05), не постои статистички значајна разлика во однос на моторните способности, а со тоа и во однос на нивното нарушување. Ваквиот резултат **не ја потврдувавистинитоста на потхипотеза хипотеза 8**, која претпоставуваше дека, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на моторните способности.*

Со оглед на тоа дека не е потврдена вистинитоста на сите потхипотези, следува дека **главната истражувачка хипотеза**, со која се претпоставуваше дека *постои разлика помеѓу испитаниците од машки и од женски пол на различна возраст во однос на когнитивните нарушувања и постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на помнењето, ориентацијата, вниманието и решавањето на математичките задачи, говорот и визуелно моторните способности*, **не се прифаќа како целосно вистинита.**

Оттука, **главната истражувачка хипотеза само делумно се прифаќа,**при што е потврдено дека ***постои разлика помеѓу испитаниците од машки и женски пол и помеѓу испитаниците од женски пол на различни возраст во однос на когнитивното нарушување и постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на говорот.***

14.ДИСКУСИЈА

Од предходно изнесените заклучоци од релевантни емпириски истражувања спроведени низ светот од кои во поголемиот дел е утврдено дека полот е значаен фактор во појавувањето на когнитивните нарушувања и дека понапреднатата возраст исто така делува врз појавата на когнитивното нарушување сакавме да дознаеме дали истото важи и за нашата популација бидејќи когнитивните нарушувања се значаен проблем во општеството, ги засегнуваат сите сфери на секојдневното живеење поготово семејствата кои го имаат овој проблем.

Истражувањето беше спроведено во ЈЗУ Психијатрсика болница Демир Хисар. Беше користен пригоден примерок на испитаници(50 мажи и 50 жени), и тоа испитаници кои биле на преглед во ЈЗУ Психијатрсика болница Демир Хисар и се на возраст над 65 години и се со дијагноза деменција. Испитаниците беа поделени според полот на мажи и жени и спрема возраста на две возрасни категории од 65-75 и 75-85 години. На испитаниците им беше зададен ММСЕ тестот за кратко испитување на менталната состојба. Администрацијата на тестот траеше од 10 до 15 минути во зависност од психичката состојба на испитаниците бидејќи станува збор за пациенти со дијагноза деменција.

Откако се собраа податоците беше пристапено кон статистичка обработка на податоците и нивната интерпреатција.

14.1 Дискусија зарезултати од тестирање на подхипотезата 1 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на когнтивното нарушување

Испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина на ММСЕ скорот (М = 13,00) во споредба со оние од женски пол кои имаат повисок ММСЕ скор (М = 14,64). Статистичката значајност на вака добиената разлика во аритметичките средини помеѓу двете групи испитаници е испитана со помош на t – тест за независни примероци.

Добиениот резултат од t-тестот покажува дека испитаниците од машки пол покажуваат тенденција кон поголемо когнитивно нарушување (М = 13, 00; SD = 4,228) во споредба со испитаниците од женски пол (М = 14,64; SD = 5,291) (t (98) = -1,712; p <.05), со оглед на тоа дека понискиот скор на ММСЕ означува поголемо когнитивно нарушување, т.е. послабо когнитивно функционирање. Вака добиената разлика во аритметичките средини е статистички значајна на ниво помало од .05. На овој начин е **потврдена вистинитоста на потхипотеза хипотеза1**, според која, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во појавата на когнитивно нарушување.* Според тоа можеме да кажеме дека според вака добиените резулатаи од ова истражување може да се заклучи дека мажите имаат поголемо когнтивно нарушување во однос на жените. Вака добиените резултати не се во склад со разулататите од другите емпириски истражувања спроведени во светот а се однесуваат на деменцијата и според кои жените почесто заболуваат од деменција и имаат поголеми когнитивни нарушувања. Вака добиените резултати може да се должат на видот на деменција. Во ова истражување не е земен во предвид факторот за каков вид на деменција станува збор. Како што е предходно споменато во литературата мажите почесто заболуваат од васкуларна деменција што можеби е случај и во ова истражување.

14.2 Дискусија зарезултати од тестирање на подхипотезата 2 : Постојат разлики помеѓу испитаниците на различна возраст во однос на когнитивното нарушување.

Хипотезата дека постојат разлики помеѓу испистаниците на различна возраст во однос на когнтитивното нарушување се отфрла бидејжи не е пронајдена статистички значајна разлика помеѓу аритметичките средини. Мажите на возраст од 65-75 години имаат помала аритметичка средина на MMCE скорот (M = 12,33) во однос со мажите на возраст од 75-85 години кои имаат повисок MMCE скор (M = 13,62). Статистичката значајност на оваа разлика во аритметичките средини е испитана со помош на t – тест за независни примероци. Резултатот од t-тестот за статистичката значајност на разликата во аритметичките средини на MMCE скорот за оценување на когнитивно нарушување кај машките испитаници на различна возраст покажува дека помеѓу испитаниците од машки пол на возраст од 65 – 75 (M = 12,33; SD = 4,584) и машките испитаници на возраст од 75 – 85 години (M = 13,62; SD = 3,858) (t (48) = -1,065; p >.05) не постои статистички значајна разлика во когнитивното нарушување.

Жените на возраст од 65-75 години имаат поголема аритметичка средина на MMCE скорот (M = 18,56) во споредба со жените на возраст од 75-85 години кои имаат помала аритметичка средина за MMCE скорот (M = 12,76).

Резултатот од t-тестот за статистичката значајност на разликата во аритметичките средини на MMCE скорот кај женските испитаници на различна возраст покажува дека жените на возраст од 65 – 75 години (M = 18,56; SD = 5,046) имаат статистички значајно помало когнитивно нарушување во споредба со жените на возраст од 75 – 85 години (M = 12,76; SD = 4,540) (t (48) = 3,911; p <.01). Статистичката значајност на разликата е под нивото .01.

Со оглед на тоа дека е потврдена статистички значајна разлика во когнитивното нарушување само кај женските испитаници на различна возраст, можеме да кажеме дека **потхипотеза 2,** според која, *постои разлика помеѓу испитаниците на различна возраст во појавата на когнитивно нарушување,* **не е потврдена како целосно вистинита.**

Во научните истражувања низ светот докажано е дека возраста е значаен фактор за појавата на деменција . Во ова истражување тоа само делумно се потврди што значи дека жените во понапредната возраст имаат поизразено когнитивно нарушување,

14.3 Дискусија нарезултати од тестирање на потхипотеза 3:Постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во нарушувањето на помнењето.

Хипотезата дека постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на когнитивното нарушување не се потврдува како вистинита.Испитаниците од машки пол имаат помал аритметичка средина на скорот за помнење (M = 2,00) во споредба со испитаниците од женски пол кои имаат повисок скор за помнење (M = 2,26). Статистичката значајност разликата во аритметичките средини помеѓу двете групи испитаници е испитана со помош на t – тест за независни примероци. Добиениот резултат од t-тестот покажува дека помеѓу помнењето на испитаниците од машки пол (M = 2,00; SD = 0,833) и испитаниците од женски пол (M = 2,26; SD = 0,694) (t (98) = -1,695; p >.05), не постои статистички значајна разлика, што значи дека не постои статистички значајна разлика ниту во однос на нарушувањето на помнењето помеѓу двете групи испитаници. Ваквиот резултат **не ја потврдувавистинитоста на потхипотеза хипотеза 3**, со која се претпоставуваше дека, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во нарушувањето на помнењето.*Од вака добиените резултати можеме да заклучиме дека не постојат разлики помеѓу мажите и жените со деменција во однос на нарушувањето на помнењето подееднакво се засатапени и кај мажите и кај жените со деменција . Разлики може да се пронајдат на индивидуално ниво веројатно поради делување на други ризик фактори.

14.4 Дискусија на резултати од тестирањето на подхипотеза 4 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на одложеното помнење

Подхипотезата дека постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на одложеното помнење не се потврдува како вистинита.
Испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина на скорот за одложено помнење (M = 0,88) во споредба со испитаниците од женски пол кои имаат малку повисок скор (M = 0,92). Статистичката значајност оваа разлика во аритметичките средини и во овој случај е испитана со помош на t – тест за независни примероци.Резултатот од t-тестот покажува дека помеѓу одложеното помнење на испитаниците од машки пол (M = 0,88; SD = 0,627) и испитаниците од женски пол (M = 0,92; SD = 0,724) (t (98) = -0,295; p >.05), не постои статистички значајна разлика. Разлики помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на одложеното помнење не постојат , исто така и тука може да се каже дека разликите можат да се најдат на индивидуално ниво односно полот не претставува фактор кој влијае на појавата на нарушување на одложеното помнење.

14.5 Дискусија на резултати од тестирањето на подхипотеза 5 Постојат разлики помеѓу испитаниците од разлкичен пол во однос на ориентацијата

Испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина на скорот за ориентација (M = 5,62) во споредба со испитаниците од женски пол кои имаат повисок скор (M = 6,18). Статистичката значајност на добиената разлика е испитана со помош на t – тест за независни примероци.Резултатот од t-тестот за статистичката значајност на разликата во аритметичките средини на скоровите за ориентација покажува дека помеѓу испитаниците од машки пол (M = 5,62; SD = 2,432) и испитаниците од женски пол (M = 6,18; SD = 2,601) (t (98) = -1,112; p >.05) не постои статистички значајна разлика во ориентацијата, односно, не постои статистички значајна разлика во нарушувањето на ориентацијата. Ваквиот резултат **не ја потврдува вистинитоста на потхипотеза 5** со која се претпоставуваше дека, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на ориентацијата.*

И за оваа подхипотеза не е пронајдена статистички значајна разлика помеѓу аритметичките средини што значи дека не постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во одос на нарушување на ориентацијата .

14.6 Дискусија на резултати од тестирање на подхипотезата 6 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на вниманието и решавањето на математички задачи

Подхипотезата дека постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на вниманието и решавањето на математички задачи не се потврдува.

Испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина во врска со вниманието и сметањето (M = 0,40) споредено со испитаниците од женски полкои имаат повисок скор (M = 0,66), но дали ваквата разлика е статистички значајна, и овде е применет t – тест за независни примероци. Добиениот резултат од t-тестот покажува дека помеѓу испитаниците од машки пол (M = 0, 40; SD = 0,969) и испитаниците од женски пол (M = 0,66; SD = 0,982) (t (98) = -1,333; p >.05), не постои статистички значајна разлика во однос на вниманието и решавањето на математичките задачи. Вака добиениот резултат **не ја потврдува вистинитоста на потхипотеза 6** според која, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на вниманието и решавањето на математичките задачи.*

Полот не претставува фактор кој влијае на нарушување на вниманието и решавањето на математички задачи кај кај лицата со деменција.

14.7 Дискусија на резултати од тестирањето на подхипотеза 7: Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на говорот.

Подхипотезата дека постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на говорот се прифаќа како вистинита.

Испитаниците од машки пол имаат помала аритметичка средина за говорот (M = 4,08) во однос на испитаниците од женски полкои имаат повисок скор (M = 4,90) . Со t – тест за независни примероци е утврдена статистичката значајност на оваа разлика.

Резултатот од t-тестот за статистичката значајност на разликата во аритметичките средини на скоровите за говор покажува дека испитаниците од машки пол (M = 4,08; SD = 1,455)имаат статистички значајно поголемо нарушување на говорот од испитаниците од женски пол (M = 4,90; SD = 1,876) (t (98) = -2,442; p <.05) на ниво помало од .05.

Во ова истражување се потврди дека мажите имаат поголеми нарушувања на говорот во однос на жените со когнитивно нарушување, што не се совпаѓа со резултатите од други научни истражувања на пример истражувањето на M.Rosa Elisoa, Maria Jose Souidad, Maria Jose Contreras 2017според кои жените имале поголеми нарушувња на вербалните способности во однос на мажите.

14.8 Дискусија на резулатати од тестирање на подхипотеза 8 : Постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушување на визуелно моторните способности.

Подхипотеза дека постојат разлики помеѓу испитаниците од различен пол во однос на визуелно моторните способности се покажа дека не е вистинита.

Испитаниците од машки пол имаат релативно малку поголема аритметичка средина добиена од скоровите за моторни способности (M = 0,28) во споредба со испитаниците од женски пол(M = 0,26). Статистичката значајност на разликата е проверена со t – тест за независни примероци.Добиениот резултат од t-тестот покажува дека помеѓу испитаниците од машки пол (M = 0, 28; SD = 0,454) и испитаниците од женски пол (M = 0,26; SD = 0,443) (t (98) = 0,223; p >.05), не постои статистички значајна разлика во однос на моторните способности, а со тоа и во однос на нивното нарушување. Ваквиот резултат **не ја потврдува вистинитоста на потхипотеза хипотеза 8**, која претпоставуваше дека, *постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на визуелно моторните способности.*

Полот не претставува фактор кој влијае на нарушувањето на визуелно моторните способности.

Со оглед на тоа дека не е потврдена вистинитоста на сите потхипотези, следува дека **главната истражувачка хипотеза**, со која се претпоставуваше дека *постои разлика помеѓу испитаниците од машки и од женски пол на различна возраст во однос на когнитивните нарушувања и постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на помнењето, ориентацијата, вниманието и решавањето на математичките задачи, говорот и визуелно моторните способности*, **не се прифаќа како целосно вистинита.**

Оттука, **главната истражувачка хипотеза само делумно се прифаќа,**при што е потврдено дека ***постои разлика помеѓу испитаниците од машки и женски пол и помеѓу испитаниците од женски пол на различни возраст во однос на когнитивното нарушување и постои разлика помеѓу испитаниците од различен пол во однос на нарушувањето на говорот.***

14.9 Ограничувања на истражувањето

Едно од ограничувањата на ова истражување е тоа дека ги опфаќа пациентите со со деменција кои дошле на преглед во ЈЗУ Психијатриска болница Демир Хисар така што овие резултати се однесуваат само на овие пациенти и не можеме да кажеме дека се однесуваат и на пошироката популација . Како недостаток на ова истражување може да се наведе тоа што не се земени во предвид и други ризик фактори кои што влијаат на појавата на когнитивните нарушувања како што се : пушењето на цигари, образованието, начинот на живот, историја на повреда на главата и други. Друго ограничување е тоа што лицата со деменција се најчесто постари лица и имаат и други соматски дијагнози кои можат да влијаат на истражувачките резултати. Ограничување е и тоа што не е земен во

предвид подвидот на деменција така што полот со ризикот од деменција може да варира во зависност од видот на деменција.

14.10 Предности на истражувањето

Предности на ова истражување е тоа што дава придонес кон дискусијата за потенцијалните механизми што ја поврзуваат родовата нееднаквост со ризикот од деменција. Предност е тоа што лицата кои се вклучени во истражувањето се веќе дијагностицирани со психијатриски и психолошки прегледи и може да се избегне пристрасност во поставувањето на дијагнозата. Ова истражување отвора поле и за други истражувања од оваа област како што се ризик факторите за настанувањето, начините на превенција од оваа болест, изготвување на планови стратегии за справување со деменцијата како и изнаоѓање на начини за помагање и едукација на семејствата кои се соочуваат со овој проблем.

15.ЗАКЛУЧОК

Деменцијата претставува стекната интелектуална детериорација предизвикана од неспецифични органски причини. Тоа е глобално пропаѓање на интелектуалните , емоционалните и когнитивните способности при состојба на интактна свест. Интелектуалната детериорација опфаќа растројства на многу функции, главно од кортикална природа, меѓу кои најчести се растројствата на помнењето, јазикот, говорот, расудувањето, когницијата и визуелно просторните и перцептивни моторни вештини.

Најчестите причинители на деменција кај лица постари од 65 години се Алцхајмеровата болест,васкуларна болест,деменција со Левиеви телца, Пикова болест, Паркинсонова болест, алкохолна деменција , инфективни состојби и други фактори.

Најчесто застапени во популацијата е Алцхајмеровата деменција и васкуларните деменции.

Заедничко за сите видови на деменција е тоа што имаат иста или слична клиничка слика како што е нарушување на помнењето, вниманието, говорот, ориентацијата, извршното функционирање, практиката и препознавањето. Текот и прогнозата варираат зависно од степенот на деменцијата , етиологијата и нејзиното регистрирање. Постојат три основни принципи во третманот на деменција и тоа:третман на менување на ризикот со што се забавува текот на деменцијат и се коригираат оние причинители кои може да се коригираат.Третман на когнитивните симптоми и третман на бихејвиоралните симптоми.

Од предходно изнесените заклучоци од релевантни емпириски истражувања спроведени низ светот од кои во поголемиот дел е утврдено дека полот е значаен фактор во појавувањето на когнитивните нарушувања и дека понапреднатата возраст исто така делува врз појавата на когнитивното нарушување сакавме да дознаеме дали истото важи и за нашата популација бидејќи когнитивните нарушувања се значаен проблем во општеството, ги засегнуваат сите сфери на секојдневното живеење поготово семејствата кои го имаат овој проблем.

Истражувањето беше спроведено во ЈЗУ Психијатриска болница Демир Хисар . Испитаници беа пациенти со дијагноза деменција на возраст од 65 до 85 години. Добиените резултати од тестирањето на хипотезите само делумно ја потврдија истражувачката хипотеза при што е потврдено дека постои разлика помеѓу испитаниците од машки и женски пол во однос на когнитивното нарушување при што машките испитаници имаат поизразено когнитивно нарушување т.е послабо когнитивно функционирање во однос на жените.Помеѓу жените од 65-75 години и жените од 75-85 години е пронајдена разлика во однос на когнитивното нарушување така што кај возрасната група од 75 -85 години забележано е поизразено когнитивно нарушување. Најдена е разлика во однос на когнитивното нарушување помеѓу мажите и жените во однос на нарушување на говорот што значи дека машките испитаници имаат поизразено нарушување на говорот во однос на жените. Помеѓу мажите на возраст од 65-75 години и на возраст од 75-85 години не е пронајдена разлика во однос на когнитивното нарушување . Исто така не е пронајдена разлика помеѓу мажите и жените во однос на нарушувањето на помнењето, ориентацијата, одложеното помнење, вниманието и решавањето математички задачи и визуелно моторните вештини.

Цел на ова истражување би била да подтикне и други истражувања од оваа област да се откријат други ризик фактори за настанувањето на когнитивните нарушувања да се зголеми свеста кај населението за навремено барање на стручна помош при појавување на симптомите на когнитивно нарушување како и да се изнајдат начини за превенција од когнитивно нарушување преку намалување на ризик факторите и зголемување на квалитетот на живот и грижа за сопственото здравје.

Деменцијата е сериозна болест и бара голема поддршка од семејството, најблиските и старателите.

СЗО предлага сите земја да имаат национална стратегија /план за борба против деменцијата. Секој поединец , волонтер или професионалец, локалната заедница, град но и цела држава треба и може да помогне на заболените од деменција и нивните семејства. Алцхајмеровата болест и другите деменции се наше секојдневие со кое мораме да се носиме и да се надеваме дека во иднина ќе можеме да ја надвладееме.

Тоа ќе се постигне преку отварање на центри за деменција кои ќе нудат сеопфатен и координиран пристап и третман на особите кои патат од оваа болест . Да се изготват програми за поддршка на овие лица , едукациии за болеста, програми за рехабилитација. Да се обезбеди програма за помош на лицата кои се грижат за лицата со деменција во вид на советување поради растеретување од стресот. Да се обезбедат едукации за примарната здравствена заштита која би имала за цел рана детекција на болеста бидејќи тоа е еден од најважните фактори за текот I прогнозата на болеста.

16.Литература

- Caroline Hasselgren Hans Ekbrand Bjorn Hallerod , Madeleine MellquistFassberg,AnnaZettegren,Lena Johansson , Ingmar Skoog Lotta Dellve Sex differences in dementia: on the potentially mediating effects and educational attainment and experiences of psychological distress. Sep.2020

- Connor Richardson, Blossom C.M Stephan,Louise Robinson, Carol Brayne,Fiona E Matthews-Cognitive function and Ageing study Collaboration Europian Journal of Epidemiology 34,1085-1092 -2019

- Demarin V. Kognitivnafunkcija u menopauzi:HNL-benefitilirizik?Medix 2003

- http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija-lewyevih-tjelesaca
- http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/frontotemporalna demencija
- http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija-u-sklopu-hiv-infekcije
- https://bib.irb.hr/datoteka/506203.Mimica_4.pdf
- https://womenshealth.obgyn.msu.edu/blog/study-suggests-gendersex-differences-cognition-impairment
- https://www.actavis.rs/terapeutske-oblasti/neurologija/article-pages/normalno-starenje-ili-alchajmerova-bolest
- https://www.actavis.rs/terapeutskeoblasti/neurologija/article-pages/blagi-kognitivni-poremecaj
- https://www.actavis.rs/terapeutskeoblasti/neurologija/article-pages/kako-razumeti-i-podrzati-osobu-s-demencijom
- https://www.bib.irb.hr/650487
- https://www.stampar.hr/sites/default/files/Gerontologija/2020/Gerontoknjige/komunikacija_s_osobama_oboljelim_od_demencije_-_prirucnik_za_patronazne_sestre_2020.pdf
- https:euromedic.rs/pregledi/specijalisticki-pregledi/neurologija/neurologija-parkinsonova-bolest/
- https:www.movementdisorders.org/MSD-Files1/education/Patient-Edukation/Huntingtons-Disease/pat-Handouts-Macedonian-v1.pdf
- Janina Krell-Roesch, Jeremy A.Syjanen, Maria Vassilaki, Mary m.Machulada, Michelle M.Mielke, David s.Knopman, walterK.Kremers Ronald C.Peterson, Yonas E Geda Quantity and quality of mental activities and risk of incident mild cognitive impairment July 2019

- Jasminka Despot LucaninPsihologijastarenjaSveuciliste u ZagrebuHrvatskistudiji Zagreb 2014

- Jennifer M.Reckrey MD Evan Bollens-Lund MA Mohamed Husain MA Family Caregiving for those with and without dementia in the last 10 years od life Nov.2020
- Jing Wang LilyDongxia Xiao Kai Wang Yan Luo Xiaomei Li Gender differences in cognitive impairment among rural eldery in China International environmental research and public health May 2020
- JR Copeland ,CGilmore, A Scott,BA Larkin Undifferentadet dementia ,Alcheimer disease and vascular dementia :age and gender related incidence in Liverpool. Br J Psychiatry 1999 Nov.175:433-8
- KlepacN.,MaljkovicL. Alzheimerovademencijakodzena.Neurol Croat 2016
- L Fratiglioni .M Vitalen ,E von Strauss,VTontodonati , A Herilitz,BWinblad Very old women at highest risk of dementia and Alzheimer disease: incidence data from the Kungsholmen project, Stockholm.Nov.1997 48(1):138-8
- L.Letenneur,V.Gilleron D Commenges C Helmer J.M Orgogoso J F Dartques Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer disease incidence data from the PAQUID project 1999 Feb.6692):177-83
- Lucijanic D. KusanJukic M. mimica N. Delirijsuperponirandemenciji-klinickaslika I protokoli za lecenje.Socpsihijatrija 2016
- Mark Stibich Cognitive impairment risk factors for men and women Feb.2020/verywellmind.com/preventing cognitive imapiment-2224108
- Mimica N. KusanJukicM..Depresija u osobestarijezivotnojdobi-specificnostiklinickeslikeismjernice za lecenje.Medix 2013
- Mimica N.Komunikacija s osobomoboljelomoddemencije. Medix 2011
- Ninoslav Mimica MarijaKucanJukicDemencija I psihickiporemecajiKlinika za psihijatrijaVrapceZavod za psihijatrija I psihogerijatrija Zagreb 2017
- OrlicDragana Rad s oboljenimaodAlzheimerovebolestiidrugihDemencija u domu za starijeosobe.Zavrsni rad medicinskifakultet Osijek 2018
- S.Uzun Ivana Todoric,MarijaKucanJukic Oliver KozumplikDubravkaKalinicNelaPlivacNinoslav Mimica Od demencijecescebolujuzeneklinika za psihijatrijaVrapce 2018
- Sherwin BB.Estrogen and cognitive functioning in women.Endocr Rev 2003
- StoiljkovicPsihijatrija Beograd 1962

- VisnjaJularicVaskularnecimbenikerizika u razvojkognitivnihporemecajaDiplomski rad Medicinskifakultet Zagreb 2015
- Zadro Paulina Promjenekognitivnihfunkcija u odraslojdobiedukacijskorehabilitacijskifakultet Zagreb 2016
- ZvonimirBlazevicKognitivnadeterioracija u stariojzivotnojdobiZavrsni rad Filozofskifakultet Osijek 2018
- Каплан и Садок Сеопфатен учебник по Психијатрија том1 Табернакул Скопје 2012
- Новотни Т. Габриела Идентификација и евалуација на ризик и предикторни фактори за развој на Алцхајмерова болест Докторска дисертација ЈЗУ универзитетска клиника за неврологија –Скопје 2019
- Петроска Бешка В Како се пишува извештај за спроведено емпириско истражување Скопје 1996
- Чадловски Г. и соработници Психијатрија том 2 Просветно дело Скопје ,2004

17.П Р И Л О З И

M M C E

Име и презиме _____

Дата на испитување _____

Скор **Ориентација**

( ) Која е година,год.време,месец,датум,ден ?

(Еден поен за секој точен одговор, максимум 5 поени)

( ) Каде се наоѓаме? Држава,град,општина,болница,спрат.

(Еден поен за секој точен одговор,максимум 5 поени)

Помнење

( ) Испитувачот именува три предмети (човек,капа,врата),

потоа бара од испитуваниот да ги повтори.Максимум 3 поени.Со повторување се продолжува се додека не ги научи.

Напиши го бројот на обиди: _____

Внимание и сметање

( ) Серија 100-7.Еден поен за секој точен одговор (93,86,79,72,65-стоп). Доколку испитуваниот не е во состојба да одговори , се бара од него зборот В Р А Т А да го изговори наназад

-А Т А Р В . Максимум 5 поени.

Одложено помнење

( ) Испитувачот треба да ги повтори зборовите кои пред малку ги запомнил (човек,капа,врата).Еден поен за секој точен збор.

Говор

( ) Именување-молив,саат (2 поени)

( ) Повторување-”Прва македонска артилериска бригада”(1 поен)

( ) Изведување на троструко барање:”Со дена рака, земете го овој лист, свиткајте го на половина и вратете ми го мене “. (3 поени)

( ) Читање: На лист хартија напишете доволно јасно и со крупни

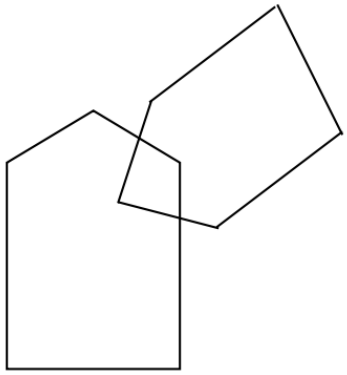
букви

“ ЗАТВОРИ ОЧИ “

( ) Барајте од испитуваниот да прочита и да го направи тоа што е напишано (1 поен). Пишување-”Напишете една реченица, која самите ќе ја смислите”.Реченицата мора да има смисла. Не е неопходна правилна граматика и интерпункција (1 поен).

Цртање

( ) Долната фигура да ја прецрта колку што е можно подобро. Двата петоаголника мора да се сечат и да бидат присутни сите агли. Тремор и ротација се занемаруваат. (1 поен)



ВКУПЕН СКОР _____

Максимален скор 30. Скор понизок од 24 укажува на когнитивно пореметување.

Опишаниот тест не опфаќа апстрактни способности. Пожелно е да се прошири со тестови на сличности и поговорки.

Folstein, M.Folstein,S.E.andMcHungp.R.:" Mini mental State"

Journal of Psychiatric Ressearch ,1975.12.189-198