

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**



ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Γνωστική έκπτωση σε συνάρτηση με την ψυχική και
σωματική υγεία και το επίπεδο λειτουργικότητας των
ηλικιωμένων**

Παπαβασιλείου Μαρία

Κοινωνική λειτουργός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ, Πνευμονολόγος-Παθολόγος, Επιβλέπων Καθηγητής

ΜΠΟΝΩΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Λέκτορας Ψυχιατρικής, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, Καθηγητής Πνευμονολογίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα 2016

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**Correlation of Cognitive Impairment with the Mental and
Physical Health
and Functional Status of the Elderly**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη Μεταπτυχιακής εργασίας	6
Abstract.....	7

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....	8
Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	11
Γνωστική έκπτωση και φυσιολογικό γήρας.....	12
Ήπια γνωστική εξασθένηση ή διαταραχή(MCI).....	13
Επιπολασμός.....	15
Παράγοντες κινδύνου.....	17
Η δυσκολία στη διάγνωση της ήπιας γνωστικής εξασθένησης.....	18
Ήπια γνωστική εξασθένηση και λειτουργικές ικανότητες.....	20
Θεραπεία.....	21
Η άνοια ως πρόβλημα δημόσιας υγείας.....	22
Θεραπεία.....	23
Κατάθλιψη και Τρίτη ηλικία.....	24
Η Κατάθλιψη σε συνάρτηση με τη γνωστική έκπτωση.....	27
Καταθλιπτική ψευδοάνοια.....	29

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία.....	30
Τύπος και πληθυσμός μελέτης – Δειγματοληψία.....	30
Ερευνητικά ερωτήματα- Σκοπός και στόχοι της μελέτης.....	32
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	39
Αποτελέσματα.....	40
ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	74
Περιορισμοί της μελέτης –κύρια ευρήματα.....	74
Προτάσεις	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Έγγραφο ενημέρωσης

Έγγραφο συγκατάθεσης

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή στη διπλωματική μου εργασία κ. Μπονώτη Κων/νο για την αρχική καθοδήγησή του, καθώς και τον κ. Παπαγιάννη Αντώνιο που είχε την τελική επίβλεψη της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ηλικιωμένους του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» Δήμου Αλμυρού που συμμετείχαν στην συγκεκριμένη έρευνα. Τους ευχαριστώ για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν, την ιδιαίτερη προθυμία τους να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους υπέβαλα, το χρόνο που διέθεσαν καθώς και τις σκέψεις και τα συναισθήματα που μοιράστηκαν μαζί μου. Χωρίς τη συμβολή τους δεν θα μπορούσα να πραγματοποιήσω την έρευνα αυτής της εργασίας.

Ευχή μου είναι τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης να αξιοποιηθούν για την εκπαίδευση και ενημέρωση τόσο των ίδιων όσο και των φροντιστών τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο αυξανόμενος επιπολασμός των γνωστικών διαταραχών στην Τρίτη ηλικία αποτελεί πρόκληση για τα συστήματα υγείας σε χώρες με πληθυσμούς που γηράσκουν. Με δεδομένη την σημαντική αύξηση των κρουσμάτων άνοιας, η έγκαιρη ανίχνευση των πιθανών πρόδρομων αιτιών μπορεί να συντελέσει σημαντικά στο να μειωθεί το ποσοστό της νόσου.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της γνωστικής έκπτωσης των ηλικιωμένων σε συνάρτηση με την ψυχική υγεία και πιο συγκεκριμένα με την κατάθλιψη, τις χρόνιες παθήσεις, καθώς επίσης σε συνάρτηση με το επίπεδο λειτουργικότητας των ηλικιωμένων (δραστηριότητες της καθημερινής ζωής).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα συγχρονική μελέτη διεξήχθη στο Δήμο Αλμυρού. Ο πληθυσμός μελέτης αποτελείτο από επιλεγμένο δείγμα 160 ηλικιωμένων που ήταν εγγεγραμμένοι στο μητρώο του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι». Διενεργήθηκαν συνεντεύξεις που περιλάμβαναν: **α)** δημογραφικά χαρακτηριστικά, **β)** ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις σχετικές με τη γνωστική κατάσταση (κλίμακα Mini Mental State Examination, MMSE), **γ)** ερωτήσεις σχετικές με την κατάθλιψη (κλίμακα GDC-15), **δ)** ερωτήσεις σχετικές με το επίπεδο λειτουργικότητας των ηλικιωμένων και συγκεκριμένα η κλίμακα Lawton (IADL). Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 21).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης συμβαδίζουν με τα περισσότερα εκείνων της διεθνούς βιβλιογραφίας, με τη γνωστική λειτουργία να συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κατάθλιψη και τη λειτουργικότητα. Η μέση τιμή της γνωστικής λειτουργίας είναι μειωμένη στα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και με χρόνιες παθήσεις.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει την ανάγκη για έγκαιρη ανίχνευση τυχόν γνωστικής έκπτωσης σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και για ενημερωτικές-προληπτικές παρεμβάσεις για τον σκοπό αυτό.

Λέξεις κλειδιά: ήπια γνωστική εξασθένηση, άνοια, κατάθλιψη, συννοσηρότητα, λειτουργικότητα.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The increasing prevalence of cognitive disorders in later life is a challenge for the health services in countries with aging populations. Given the significant increase in the number of dementia cases, the early detection of possible precursors may significantly help in the reduction of the level of disease.

PURPOSE: The purpose of this cross-sectional study was to investigate the cognitive decline of the elderly in relation to mental health, more specifically with depression, and chronic diseases, and also in relation to the level of functionality of the elderly (activities of daily living).

MATERIAL METHODS: This cross-sectional study was conducted in the Municipality of Almiros. The study population consisted of a selected sample of 160 elderly people who were registered in the “Help at home” program. Interviews were conducted which included: **a)** demographic characteristics, **b)** questionnaire related to the cognitive function [Mini Mental State Examination (MMSE)], **c)** questions about depression (GDC-15 scale), **d)** questions related the level of functionality of the elder and specifically the Lawton scale (IADL). Data analysis was done with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21).

RESULTS: The findings of this study concur with most of those in the literature, with cognitive function being correlated significantly with depression and functionality. The mean score of cognition is impaired in people with depression, low education and some chronic diseases.

CONCLUSION: This study confirms the need for early detection of cognitive impairment at the level of primary health care as well as for informative-preventive interventions to achieve this aim.

Keywords: mild cognitive impairment, dementia, depression, comorbidity, functionality.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η παγκόσμια αύξηση του μέσου όρου ζωής σε συνδυασμό με την ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης είναι από τις πιο αξιόλογες επιτυχίες στην ιστορία της ανθρωπότητας.

Οι δημογραφικές προβλέψεις δείχνουν ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός ηλικίας άνω των 60 ετών προβλέπεται να αυξηθεί από 841 εκατομμύρια το 2013 σε περισσότερα από 2 δισεκατομμύρια έως το 2050^[1]. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (EUROSTAT), τον Ιανουάριο του 2012 ο πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) ανήλθε σε 503,7 εκατομμύρια, είχε δηλ. αύξηση 6% σε σύγκριση με το 1992. Κατά την ίδια περίοδο, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω αυξήθηκε από 14% σε 18%. Οι προβλέψεις για την χώρα μας και για το 2050 είναι πολύ ανησυχητικές αφού το 32% του Ελληνικού πληθυσμού θα είναι ηλικιωμένοι ^[2].

Η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού αποτελεί παγκόσμια πρόκληση για τη δημόσια υγεία, όπως προκύπτει από το γεγονός ότι το 23,1% της συνολικής παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών αφορά άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών: 49,2% του βάρους βρίσκεται σε χώρες υψηλού εισοδήματος, ενώ 19,9% βρίσκεται σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα^[1,3].

Η υγεία των ηλικιωμένων ατόμων και η λειτουργική κατάσταση είναι ανομοιογενής λόγω των διαφόρων συσσωρευτικών επιπτώσεων, των χρόνιων ασθενειών και της φυσιολογικής έκπτωσης-φθοράς, που δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο αυξημένης αδυναμίας ^[4].

Η διαδικασία της γήρανσης σχετίζεται και με προοδευτική μείωση των γνωστικών ικανοτήτων, όπως η μνήμη, η προσοχή καθώς και οι εκτελεστικές λειτουργίες. Ως εκ τούτου, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνήθως βιώνουν λειτουργικές και γνωστικές απώλειες που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της ζωής, τις καθημερινές τους δραστηριότητες, την κοινωνική αλληλεπίδραση καθώς και την επαγγελματική τους απόδοση ^[5].

Ο αυξανόμενος επιπολασμός των νοητικών διαταραχών (cognitive impairments, CI) αποτελεί πρόκληση για τη γήρανση των πληθυσμών μας, αλλά λίγα είναι γνωστά σχετικά με το βάρος τους σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος¹⁶. Η ηλικία θεωρείται ισχυρός προγνωστικός παράγοντας γνωστικής έκπτωσης, και για το λόγο αυτό οι χώρες που γερνούν γρηγορότερα θα αντιμετωπίσουν σημαντικές προκλήσεις στο εγγύς μέλλον. Η γήρανση του πληθυσμού ακολουθήθηκε ταυτόχρονα από αύξηση του επιπολασμού της ψυχικής ασθένειας, της ήπιας γνωστικής εξασθένησης (mild cognitive impairment, MCI), καθώς και των νευροεκφυλιστικών νόσων όπως η άνοια και η νόσος Alzheimer, που έχουν γίνει ένα από τα πιο σημαντικά αίτια νοσηρότητας. Υπάρχουν πολλά ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα που σχετίζονται με τέτοιου είδους διαταραχές, επηρεάζουν έντονα τους στόχους και τις προσδοκίες της ζωής των ηλικιωμένων και αυξάνουν τις δυσκολίες στην διαδικασία αξιολόγησης, τη διάγνωση και τη θεραπεία αυτών των ανθρώπων ¹⁷.

Το ποσοστό της εξασθένησης της μνήμης ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων πληθυσμών, γεγονός που σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως η μέση ηλικία των ερωτηθέντων, το είδος των ερωτήσεων, οι διαφορές των φύλων, το μορφωτικό επίπεδο, η κατάθλιψη κ.ά.¹⁸.

Ποιοτικές αναλύσεις έχουν δείξει τις προστατευτικές επιδράσεις της εκπαίδευσης απέναντι στην ανάπτυξη της άνοιας και τη μείωση της γνωστικής λειτουργίας. Σε μια συστηματική ανασκόπηση με μεταανάλυσεις και ποιοτικές αναλύσεις των Xiangfei και Carl D'Arcy αποδεικνύεται ότι η υψηλού επιπέδου εκπαίδευση στην πρώιμη παιδική ηλικία σχετίζεται με σημαντική μείωση τόσο στον επιπολασμό όσο και στην επίπτωση της άνοιας ¹⁹.

Είναι γεγονός πως με δεδομένη την σημαντική αύξηση των κρουσμάτων άνοιας, η έγκαιρη ανίχνευση των πιθανών πρόδρομων αιτιών, η διάγνωση, η θεραπεία και ο έλεγχος των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου είναι σημαντικά στοιχεία ώστε να μειωθεί το ποσοστό της νόσου.

Διαταραχές όπως η κατάθλιψη, το άγχος, νοητικές διαταραχές έχουν υψηλό επιπολασμό σε αυτό το τμήμα του πληθυσμού. Στη μελέτη των Tiwari και συν. ο επιπολασμός της ψυχιατρικής νοσηρότητας σε μια αγροτική κοινότητα ηλικιωμένων στην Ινδία έφτανε το 23,7%, εκ των οποίων οι διαταραχές της διάθεσης ήταν οι συχνότερες, ακολουθούσε η ήπια γνωστική εξασθένηση (MCI), η νόσος του Alzheimer και η αγγειακή άνοια. Ο Shaji και οι συν. ανέφεραν ποσοστό άνοιας 3,36% σε ηλικιωμένους ηλικίας άνω των 65 ετών σε αστικές περιοχές της Νότιας Ινδίας ¹⁰.

Σύμφωνα με έρευνες, ένας στους 14 ανθρώπους ηλικίας άνω των 65 ετών έχει κάποια μορφή άνοιας, ποσοστό που αυξάνεται σε ένα στα έξι σε άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών ¹¹¹. Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις και μελέτες που δείχνουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συνδέεται με γνωστική δυσλειτουργία, και με άνοια. Ωστόσο υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα στη βιβλιογραφία όταν η άνοια σχετίζεται με την κατάθλιψη ¹¹².

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρεται επίσης σε διάφορα συνυπάρχοντα νοσήματα που μπορεί να επιδεινώσουν την εξέλιξη της MCI και της άνοιας, όπως για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία, η νόσος Parkinson, η υπέρταση, η νεφρική ανεπάρκεια, λοιμώδη νοσήματα κ.ά.¹¹³. Σε μια μελέτη μεταξύ ασθενών με άνοια, 12,34% έπασχε από άνοια ως τη μόνη διάγνωση, 69,61% παρουσίαζαν τουλάχιστον δύο συνοδά νοσήματα και 48,05% παρουσίασαν τουλάχιστον τρία. Ο μέσος αριθμός συννοσηρότητας στον πληθυσμό με άνοια (3,69 σε άνδρες και 3,68 στις γυναίκες) ήταν σημαντικά υψηλότερος από ό,τι στον πληθυσμό που δεν είχε διαγνωστεί με άνοια (2,32 σε άνδρες και 2,52 στις γυναίκες)¹¹⁴.

Κατά τη διάρκεια των πρώιμων σταδίων της άνοιας και στην MCI, οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίζουν δυσκολίες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής όπως περιποίηση, μπάνιο, ντύσιμο, φαγητό, οι οποίες πολλές φορές μπορεί να μη γίνονται άμεσα αντιληπτές και να αποδίδονται στο γήρας. Οι δραστηριότητες αυτές είναι πολύπλοκες και επηρεάζουν πολλές φορές την ικανότητα του ατόμου να ζει ανεξάρτητα στην κοινότητα, να εκτελεί δουλειές του σπιτιού, να συμμετέχει σε ασχολίες, καθώς και να διαχειρίζεται τα οικονομικά του. Η εστίαση λοιπόν της προσοχής και η ανησυχία των επαγγελματιών υγείας καθώς και των ερευνητών αποτελούν πρωταρχικό στόχο προκειμένου να εμβαθύνουν τις γνώσεις τους και να δημιουργήσουν αποδεικτικά στοιχεία που θα επιτρέψουν την ανάπτυξη για πιο δομημένες και στοχευμένες απαντήσεις ώστε να καλύψουν τις συγκεκριμένες ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων και να προωθήσουν την ομαλή γήρανση¹¹⁵.

Το γήρας και οι αλλαγές που αυτό συνεπάγεται (βιολογικές, σωματικές, εγκεφαλικές) απαιτούν μια ολοκληρωμένη γηριατρική εκτίμηση, μια διεπιστημονική διαγνωστική διαδικασία για τον καθορισμό των ιατρικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και λειτουργικών δυνατοτήτων των ηλικιωμένων¹¹⁶.

Χάρη στις προόδους της ιατρικής, ένας αυξανόμενος αριθμός ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας περνούν περισσότερα χρόνια με ένα μεγάλο φάσμα διαταραχών που προκαλούν αναπηρία, αλλά όχι θνησιμότητα. Έτσι τα συστήματα υγείας πρέπει να αντιμετωπίσουν αυτή την νέα πρόκληση και να βρουν οικονομικά αποδοτικές στρατηγικές αντιμετώπισης των αυξανόμενων αναγκών των ηλικιωμένων ^[17,18].

Η συνεχής παρακολούθηση και οι παρεμβάσεις δημιουργούν προκλήσεις για τις οικονομίες των χωρών και τα συστήματα υγείας, καθώς προκαλούν αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στις μεγαλύτερες ηλικίες, με πολύ υψηλότερες δαπάνες κατά τα τελευταία έτη της ζωής ^[19].

Ο ποσοτικός προσδιορισμός του βάρους των μη-θανατηφόρων εκβάσεων υγείας όπως η γνωστική έκπτωση και η άνοια είναι ζωτικής σημασίας, ώστε να μπορέσουν τα συστήματα υγείας να ανταποκριθούν αποτελεσματικά σε αυτή την κατάσταση.

Επομένως εκτιμάται ως υψηλής προτεραιότητας η επανεξέταση εθνικής κοινωνικής πολιτικής και ενός εθνικού σχεδίου δράσης που αφορά άτομα με γνωστικές διαταραχές και νευροεκφυλιστικές νόσους.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Για την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθοι όροι αναζήτησης / λέξεις-κλειδιά (στην αγγλική γλώσσα) με συζευκτική αλλά και διαζευκτική σχέση μεταξύ τους (and-or): ***mild cognitive impairment, dementia, depression, comorbidity, functionality.***

Ακολούθησε συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας από ηλεκτρονικές πηγές :

- MEDLINE (<http://www.pubmed.com>)
- WHO (World health Organization)
- Περιοδικό Ψυχιατρική (<http://www.psych.gr>)

- **Γνωστική έκπτωση και φυσιολογικό γήρας**

Η γήρανση ως βιολογικό φαινόμενο οδηγεί σε μη αναστρέψιμες μορφολογικές αλλαγές σε όλα τα οργανικά συστήματα. Η γνωστική εξασθένηση έχει περιγραφεί ως μια φυσική και φυσιολογική διαδικασία που βιώνεται από τους ηλικιωμένους .

Ο Kral (1962, 1966) εισήγαγε τον όρο «καλοήθης γεροντική λήθη» (**benign senescent forgetfulness (BSF)**) ως μια διαδικασία που σχετίζεται με τη ηλικία και τη γενική εξασθένηση και δυσκολία που έχουν οι ηλικιωμένοι να θυμούνται τεκμηριωμένες πληροφορίες (δηλαδή ονόματα, ημερομηνίες κ.τ.λ.) με διατηρημένη τη γνώση και ανέπαφη την ευαισθητοποίηση των ελλειμμάτων. Ο ίδιος επινόησε επίσης τον όρο «κακοήθης γεροντική λήθη» (**malignant senescent forgetfulness (MSF)**) για να περιγράψει την ταχύτατα εξελισσόμενη διαδικασία που σχετίζεται με την εξασθένηση της μνήμης (πρόσφατης μνήμης) καθώς και την απώλεια συνείδησης των ελλειμμάτων στους ηλικιωμένους^[20].

Δομικά ο εγκέφαλος των ηλικιωμένων μειώνεται σε όγκο καθώς χαρακτηρίζεται και από λειτουργικές αλλαγές χωρίς να παρατηρείται συνολική γνωστική έκπτωση. Η γνωστική εξασθένηση που σχετίζεται με την ηλικία αφορά συγκεκριμένες γνωστικές περιοχές και εξαρτάται από τη δυσκολία και την πολυπλοκότητα των γνωστικών έργων, καθώς και την εκμάθηση νέων πραγμάτων. Οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να επεξεργαστούν και να παρακολουθήσουν παράλληλα πληροφορίες από ποικίλες πηγές, καθώς και ότι η εργαζόμενη μνήμη πλήττεται σε σημαντικότερο βαθμό από τη βραχύχρονη μνήμη. Προβλήματα επίσης μπορεί να εμφανιστούν στην γλώσσα, στην οπτικοχωρική λειτουργικότητα και στις εκτελεστικές λειτουργίες ^[21]. Μελέτες δείχνουν ότι η γνωστική κατάσταση των ηλικιωμένων φαίνεται να επηρεάζεται από το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο και ότι το νοητικό δυναμικό εκπίπτει με την αύξηση της ηλικίας ^[22].

Η επικράτηση των νοητικών διαταραχών (CI) στην τρίτη ηλικία μπορεί να είναι ήπια ή μπορεί να είναι αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να ζεί ανεξάρτητα και να εκτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες. Η αυξανόμενη επικράτηση των νοητικών διαταραχών αποτελεί πρόκληση για τη γήρανση των πληθυσμών μας, αλλά λίγα είναι γνωστά σχετικά με το βάρος σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό για τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, όπως είναι και η χώρα μας, συμπεριλαμβανομένης της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής. Επί του παρόντος, πάνω από το 60% του παγκόσμιου πληθυσμού από 60 ετών και άνω ζουν σε αυτές τις χώρες και το ποσοστό εκτιμάται ότι θα αυξηθεί σε 80% έως το 2050 ^[23].

▪ **Ήπια Γνωστική εξασθένηση ή διαταραχή (Mild Cognitive Impairment, MCI)**

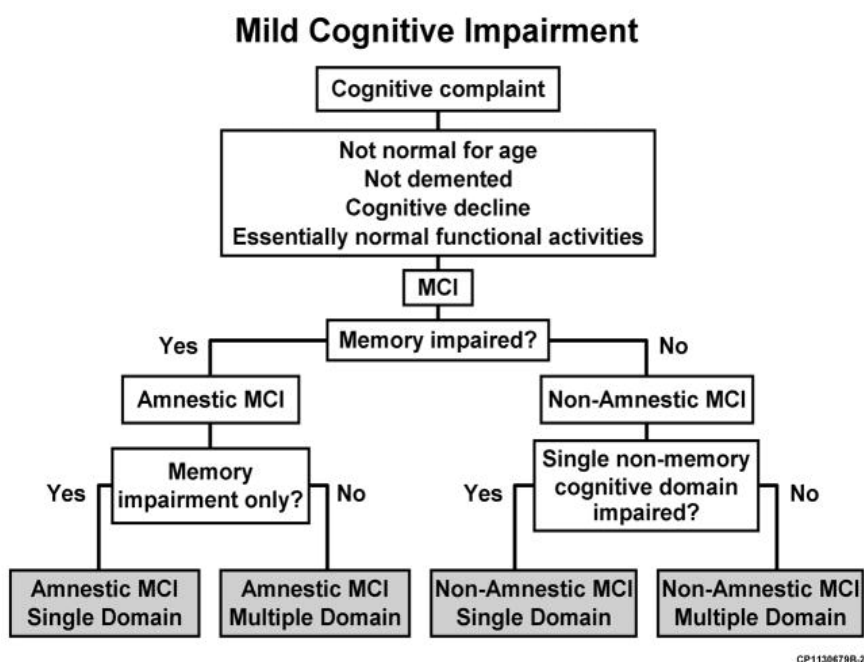
Η έννοια της ήπιας γνωστικής εξασθένησης ή διαταραχής (MCI) έχει εισαχθεί πρόσφατα στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, πέμπτη έκδοση (DSM-5), ως ήπια νευρογνωστική διαταραχή, γεγονός που την καθιστά επίσημη διάγνωση. Ορίζεται ως μια γνωστική απόδοση κάτω του αναμενόμενου για την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο, αλλά πάνω από ένα παθολογικό επίπεδο, όπως στις αρχές της άνοιας. Οι ασθενείς εμφανίζουν ουσιαστικά φυσιολογικές λειτουργικές δραστηριότητες. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περίπου το ένα τέταρτο των ασθενών με MCI θα εξελιχθεί σε άνοια μέσα στα επόμενα τρία χρόνια. Εκτιμήσεις που αφορούν τη λειτουργία της μνήμης (μια δοκιμασία διαλογής γνωστικής εξασθένησης είναι το Mini-Mental State Examination), καθώς επίσης και τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι χρήσιμο να ανιχνευθούν και να ελεγχθούν. Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα τρία τέταρτα των ασθενών με MCI μένουν γνωστικά σταθεροί ή ακόμη μπορεί να βελτιωθούν μέσα σε 3 χρόνια¹²⁴.

Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα κριτήρια για την διάγνωση της MCI έχουν προταθεί από τους Petersen και συν. στη Mayo Clinic. Τα κριτήρια αυτά απαιτούν:

Κριτήρια της ήπιας γνωστικής εξασθένησης:

Πίνακας 1 . Διαγνωστικά κριτήρια της MCI:

- απώλεια μνήμης, η οποία επιβεβαιώνεται από τον ίδιο τον ασθενή ή πληροφοριοδότη.
- ικανότητα να εκτελέσει δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADLs) ή μικρή έκπτωση των (ADLs).
- φυσιολογική γενική γνωστική λειτουργία.
- μη φυσιολογική μνήμη για την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο/ χαρακτηρισμός ειδικών ελλειμμάτων στη μνήμη ή / και άλλους γνωστικούς τομείς, όπως υποδηλώνεται από μια κακή απόδοση σε επικυρωμένα γνωστικά ή / και νευροψυχολογικά τεστ αξιολόγησης.
- απουσία άνοιας σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV¹²⁵.



Ronald C. Petersen, PhD, MD, David S. Knopman, MD, Bradley F. Boeve Mild Cognitive Impairment: Ten Years Later Arch Neurol. 2009 Dec; 66(12): 1447–1455 ¹²⁶.

Η MCI συνήθως ταξινομείται σε δύο υποτύπους: α) την αμνησιακή MCI η οποία αναφέρεται σε κλινικά σημαντική εξασθένηση της μνήμης που δεν πληρεί τα κριτήρια της άνοιας (το άτομο ξεχνάει σημαντικές πληροφορίες που προηγουμένως του έχουν υπενθυμίσει, όπως συναντήσεις, συνομιλίες ή και πρόσφατα γεγονότα) και β) την μη αμνησιακή MCI, η οποία αναφέρεται σε εξασθένηση άλλων πτυχών της γνωστικής λειτουργίας, όπως η προσοχή, η γλώσσα, οπτικοχωρική λειτουργία ή εκτελεστική λειτουργία (περιλαμβάνει την αδυναμία του ατόμου να λαμβάνει ορθές αποφάσεις, να κρίνει την ώρα ή την ακολουθία των βημάτων που απαιτούνται για να ολοκληρωθεί ένα πολύπλοκο έργο, έλλειψη οπτικής αντίληψης) . Επιπλέον, η MCI μπορεί να επηρεάσει ένα μόνο τομέα ή και πολλούς τομείς μαζί²⁷.

- **Επιπολασμός**

Η MCI αποτελεί συχνή διαταραχή στους ηλικιωμένους με επιπολασμό 16,0% στα άτομα χωρίς άνοια και ποσοστό εμφάνισης 63,6 ανά 1.000 άτομα-έτη ^[28].

Η παγκόσμια επικράτηση της MCI στους ηλικιωμένους εκτιμάται ότι είναι 15-20%. Ο επιπολασμός της σύμφωνα με έρευνες είναι περίπου τέσσερις φορές μεγαλύτερος από εκείνον της άνοιας ^[25].

Μια ανασκόπηση από 41 μελέτες κοόρτης των Mitchell & Shiri-Feshki (2009) με μέγιστη παρακολούθηση δέκα ετών δείχνει ότι, κατά μέσο όρο, μόνο το 32% των ατόμων με MCI θα εξελιχθεί σε άνοια ^[29].

Σε μια μελέτη με 2364 συμμετέχοντες ηλικίας 65 ετών και άνω (ισπανόφωνοι Καραϊβικής, Αφρικανοαμερικανοί, και λευκοί μη-ισπανόφωνοι) οι ερευνητές εξέτασαν συγκεκριμένα το ποσοστό αναστροφής της MCI και διαπίστωσαν ότι το 47% παρέμεινε αμετάβλητο και το 31% επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα με ένα μέσο όρο παρακολούθησης 4,7 χρόνια ^[30].

Οι λόγοι για αυτές τις διαφορετικές εκβάσεις παραμένουν άγνωστοι.

Μακροχρόνιες μελέτες έχουν δείξει ότι το 10% με 20% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών μπορεί να έχουν MCI. Ωστόσο, τα ποσοστά επικράτησής της εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την υπο μελέτη ηλικιακή ομάδα, με αύξηση από 3% σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω σε 15% μεταξύ των ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω. Παρ' όλα αυτά, τα ποσοστά επικράτησης της MCI παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις σε διάφορες μελέτες, από 3-53% ^[31].

Ενώ η MCI δεν αντιπροσωπεύει απαραίτητα μια πρόδρομη φάση της άνοιας (AD), ωστόσο στοιχεία δείχνουν ότι κατά το χαρακτηρισμό ειδικών γνωστικών ελλειμμάτων σε πολλούς τομείς της MCI, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να εξελιχθεί σε άνοια ^[32].

Η συχνότητα μετατροπής εξέλιξης της MCI σε άνοια έχει ερευνηθεί σε διάφορες μελέτες με χρόνους παρατήρησης μεταξύ 1-6 ετών. Τα συνολικά ποσοστά των μελετών αυτών κυμαίνονταν μεταξύ 0,7% και 51,6%. Στην πλειοψηφία των μελετών, οι ασθενείς με MCI πολλών τομέων διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για εξέλιξη σε άνοια σε σχέση με τους ασθενείς με υπότυπους μιας μόνο περιοχής, αλλά τα αποτελέσματα ποικίλλουν όσον αφορά την ακριβή σειρά κατάταξης των κινδύνων που συνδέονται με τους υποτύπους. Επιπλέον, η

εξέλιξη της MCI σε άνοια φαίνεται να προκύπτει κατά κύριο λόγο εντός των πρώτων μηνών της παρατήρησης, με χαμηλότερα ποσοστά κατά τα επόμενα έτη ¹²⁴.

Λαμβάνοντας υπόψη την ύπουλη και προοδευτική φύση των περισσότερων νευροεκφυλιστικών διαταραχών, μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς που θα αναπτύξουν άνοια θα εμφανίσουν συμπτώματα συμβατά με αυτά της MCI στα πρώιμα στάδια της νόσου. Ως εκ τούτου, είναι εξαιρετικά σημαντικό για τους κλινικούς γιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας που επιβλέπουν τη φροντίδα ηλικιωμένων να είναι σε θέση να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την πιθανότητα εξέλιξης της MCI σε AD.

Σε μία μελέτη κοόρτης που διεξήχθη από επτά γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Janvier Olsaran και οι συν.) αναλύθηκαν 176 ασθενείς από τους οποίους 81 (46%) είχαν MCI και 18 (10%) είχαν άνοια στην αρχή της μελέτης. Μετά από ένα έτος 8 ασθενείς (9,9%) με MCI είχαν προχωρήσει σε άνοια, αλλά 48 (59,3%) είχαν επανέλθει σε κανονικά επίπεδα. Το υψηλό ποσοστό επανόδου από την MCI στην κανονική γνωστική λειτουργία θα μπορούσε επίσης να ερμηνευθεί ως μια πραγματική διαπίστωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου τα άτομα αναζητούν βοήθεια λόγω κοινωνικών, ψυχολογικών ή συναισθηματικών συμπτωμάτων και όχι λόγω πραγματικών ιατρικών παθήσεων. Ως εκ τούτου, αγχωτικές καταστάσεις ή ήπιες ψυχιατρικές διαταραχές θα μπορούσαν να έχουν συμβάλει είτε ψευδώς θετικά σε εκείνους τους ασθενείς που επανήλθαν ή σε πραγματική διάγνωση της MCI ¹³³.

Εκτιμάται ότι έως και 44% των ασθενών με MCI κατά την πρώτη τους επίσκεψη θα επιστρέψουν σε φυσιολογικά επίπεδα μετά από ένα έτος ¹³⁴.

- **Παράγοντες κινδύνου**

Τα αίτια της ήπιας γνωστικής εξασθένησης δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητά. Οι ειδικοί πιστεύουν ότι σε πολλές περιπτώσεις - αλλά όχι όλες - υπάρχουν αλλοιώσεις στον εγκέφαλο που συμβαίνουν στα πολύ πρώιμα στάδια της νόσου του Alzheimer ή σε άλλες μορφές άνοιας. Οι παράγοντες κινδύνου της MCI είναι οι ίδιοι με εκείνους για την άνοια: προχωρημένη ηλικία, οικογενειακό ιστορικό της νόσου του Alzheimer ή άλλης άνοιας, και συνθήκες που αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο^[27]. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές έρευνες που περιγράφουν και άλλους παράγοντες κινδύνου για τη γνωστική δυσλειτουργία, αν και οι περισσότερες έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Η ασάφεια αυτή θα μπορούσε να αποδοθεί στις διαφορετικές μοναδικές ομάδες πληθυσμού που μελετούνται, τονίζοντας τη σημασία των τοπικών δεδομένων καθώς και τα ιδιαίτερα ατομικά, πολιτισμικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά. Από τους πιο κοινούς παράγοντες κινδύνου που έχουν βρεθεί να συσχετίζονται είναι η υψηλή χοληστερόλη, η υπέρταση, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο σακχαρώδης διαβήτης^[35].

Πρόσφατα, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια έχει αναγνωρισθεί ως παράγοντας κινδύνου. Επίσης καρδιαγγειακές παθήσεις, η έλλειψη της βιταμίνης B12, της βιταμίνης D, η τεστοστερόνη, η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς, η νόσος του Parkinson, ορμονικές διαταραχές, τα οιστρογόνα, χρήση φαρμακευτικών και άλλων τοξικών ουσιών, λοιμώξεις του ΚΝΣ, το αλληλόμορφο γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης E4, το κάπνισμα. Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η μεσογειακή διατροφή, η σωματική άσκηση, και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να θεωρηθούν ως παράγοντες προστασίας από την MCI^[36]. Επιπλέον, η χαρακτηριστική γνωστική εξασθένηση που επηρεάζει τους ανθρώπους συνήθως συνοδεύεται και από άλλες αλλαγές της ψυχικής υγείας που αφορούν την αντίληψη, τη συλλογιστική, τη συμπεριφορά και τη διάθεση. Υπάρχουν επίσης δεδομένα που δείχνουν ότι τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης τείνουν να συνυπάρχουν σε άτομα με MCI και άνοια^[37].

Σε μια μελέτη σχετικά με τον αντίκτυπο των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών σχετικά με την επίδοση ηλικιωμένων Αυστραλών στη δοκιμασία Mini Mental State Examination (MMSE) φάνηκε ότι η προχωρημένη ηλικία, η γλώσσα, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και το φύλο συνέβαλαν σημαντικά στο σκόρ για την επίδοση της MMSE^[38].

- **Η δυσκολία στη διάγνωση της ήπιας γνωστικής εξασθένησης**

Η διάγνωση της MCI βασίζεται συνήθως σε υποκειμενική αναφορά απώλειας και διαταραχής της μνήμης καθώς και σε σύντομες γνωστικές ή νευροψυχολογικές δοκιμασίες και αμετάβλητες (ADLs) ή μικρή έκπτωση των (ADLs).

Η εξέταση της απώλειας της μνήμης ως φυσιολογικό γεγονός και μέρος της γήρανσης αποτελεί μία άλλη δυσκολία για τον εντοπισμό περιπτώσεων με MCI. Η έλλειψη εξειδικευμένων εξετάσεων, η σταδιακή απώλεια της μνήμης, τα θέματα υγείας, η απουσία παθολογικών μεταβολών στον εγκέφαλο και η έλλειψη συμπτωμάτων καθιστούν ολοένα και πιο δύσκολη την διάγνωση της MCI. Ωστόσο, υπάρχουν μερικοί τρόποι για τη διάγνωση της. Μία από τις μεθόδους στηρίζεται σε ερωτήσεις σχετικά με τη μνήμη (γλωσσικές δεξιότητες, ανάκληση, προσοχή, και οπτικο-χωρικές ικανότητες), τα φάρμακα, την κατάσταση της υγείας (εργαστηριακές εξετάσεις ή άλλες παθήσεις) και συνοδά νοσήματα (όπως κατάθλιψη και συναισθηματικές διαταραχές). Οι κλινικές διαδικασίες για τη διάγνωση της MCI είναι πολύπλοκες, και σε πολλές περιπτώσεις τα γνωστικά ελλείμματα είναι πολύ ήπια, απαιτώντας πιο περίπλοκες γνωστικές αξιολογήσεις¹³⁹.

Συνεντεύξεις και πληροφορίες με τα μέλη της οικογένειας μπορούν επίσης να δώσουν πληροφορίες σχετικά με τις αλλαγές στη μνήμη, την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά των ασθενών. Η διάγνωση μπορεί να τεθεί βάσει διαγνωστικών κριτηρίων (πλήρης διαγνωστικός, φυσιολογικός, ψυχομετρικός, εργαστηριακός βιοχημικός έλεγχος) καθώς επίσης ένα ολοκληρωμένο κοινωνικό –ιατρικό ιστορικό που θα λαμβάνει υπόψη του κληρονομικούς καθώς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες.

Η αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει γενικά:

Ιστορικό του ασθενούς. Τυπικές ερωτήσεις σχετικά με το ιατρικό και οικογενειακό κοινωνικό ιστορικό ενός ατόμου.

Νευρολογικές αξιολογήσεις. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία κα. Αξιολόγηση της ισορροπίας, της αισθητικής λειτουργίας, των αντανακλαστικών, των κινήσεων των ματιών, καθώς και άλλων λειτουργιών.

Γνωστικές και νευροψυχολογικές δοκιμασίες (τεστ μνήμης, γλωσσικών και μαθηματικών δεξιοτήτων) και άλλων ικανοτήτων που σχετίζονται με την ψυχική λειτουργία.

Εργαστηριακές εξετάσεις. Περιλαμβάνουν τα επίπεδα του νατρίου και άλλων ηλεκτρολυτών στο αίμα, γενική εξέταση αίματος, μέτρηση γλυκόζης αίματος, ανάλυση ούρων, έλεγχο των επιπέδων της βιταμίνης B12, ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ανίχνευση ναρκωτικών και αλκοόλ, μέτρηση της αρτηριακής πίεσης καθώς και ανάλυση της λειτουργίας του θυρεοειδούς.

Προσυμπτωματικές δοκιμές. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο γενετικός έλεγχος θα μπορούσε να βοηθήσει τους ανθρώπους να γνωρίζουν εάν είναι σε κίνδυνο να εμφανίσουν άνοια (αν υπάρχει ιστορικό άνοιας στο ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον).

Ψυχιατρική εκτίμηση. Εάν υπάρχει κατάθλιψη ή άλλη ψυχική νόσος¹⁴⁰.

Η έγκαιρη διάγνωση της MCI έχει σημασία για τους παρακάτω λόγους :

- Τα τελευταία χρόνια ο ρυθμός εμφάνισης των κρουσμάτων άνοιας στην τρίτη ηλικία έχει αυξηθεί δραματικά. Όσο συντομότερα διαγνωστεί, τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η θεραπεία με χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων καθώς και στρατηγικών επιβράδυνσης της έκπτωσης της σκέψης και της μνήμης.
- Ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν την διάγνωση MCI συνήθως ανήκουν σε δύο κατηγορίες: α) ασθενείς με μη εξελικτική νοητική δυσλειτουργία που παραμένουν στάσιμοι ή και βελτιώνονται όπως π.χ. ασθενείς με κατάθλιψη, οριακή νοητική λειτουργία, χρόνια νοσήματα, χρόνιες λοιμώξεις του ΚΝΣ, ενδοκρινολογικές διαταραχές και άλλους τοξικούς ή μεταβολικούς παράγοντες και β) ασθενείς οι οποίοι τελικά θα αναπτύξουν συμπτώματα και σημεία μιας ανοϊκής νευροεκφυλιστικής διαταραχής όπως είναι η νόσος Alzheimer. Σε αυτές τις περιπτώσεις η πρόωπη και ακριβής διάγνωση είναι σημαντική εφόσον η κατάσταση αυτή είναι αναστρέψιμη .
- Η νόσος δεν επηρεάζει μόνο τον ίδιο τον ασθενή αλλά ολόκληρη την οικογένεια του. Αυτό σημαίνει προσαρμογή και σταδιακή αποδοχή της νέας κατάστασης. Σημαίνει πίστωση χρόνου και δυνατότητα αλλαγής και προγραμματισμού ζωής όλης της οικογένειας βάση νέων δεδομένων. Το έμμεσο κόστος αντιπροσωπεύει οικονομική επιβάρυνση της ίδιας της οικογένειας, της κοινωνίας, του οικονομικού και ολόκληρου του συστήματος υγείας λόγω της ασθένειας. Το κρυφό κόστος που αναφέρεται στην ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση, την απομόνωση, τον πόνο και τον στιγματισμό λόγω ασθένειας δυστυχώς δεν έχει υπολογιστεί.

- **Ήπια γνωστική εξασθένηση και λειτουργικές ικανότητες**

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της γνωστικής λειτουργίας και της κινητικότητας. Συγκεκριμένα, είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι το βάδισμα σχετίζεται με υψηλότερο επίπεδο γνωστικών διεργασιών και διαδικασιών αισθητικοκινητικής. Στοιχεία τελευταίων μελετών δείχνουν ότι η μειωμένη κινητικότητα προηγείται της γνωστικής εξασθένησης στους ηλικιωμένους. Ο Buracchio και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι η μειωμένη ταχύτητα στη βάδιση ήταν εμφανής δώδεκα χρόνια πριν από την έναρξη της ήπιας γνωστικής εξασθένησης σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ταχύτητα βάδισης μπορεί να είναι χρήσιμη στην ανίχνευση προκλινικής άνοιας^[41].

Κατά τη διάρκεια των πρώιμων σταδίων της AD, όπως και στην MCI, τα άτομα εμφανίζουν μικρές εκπτώσεις στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (μπάνιο, αυτοπεριποίηση, ντύσιμο και φαγητό) οι οποίες πολλές φορές μπορεί να μην γίνονται άμεσα αντιληπτές και να σχετίζονται με τη φυσιολογική φθορά που επιφέρει το γήρας. Αυτές οι δραστηριότητες ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα ενός ατόμου να ζει ανεξάρτητα στην κοινότητα συμπεριλαμβανομένων δραστηριοτήτων όπως ραντεβού ή δεσμεύσεις, οδήγηση, εκτέλεση οικιακών εργασιών του σπιτιού, προετοιμασία γευμάτων, συμμετοχή σε χόμπι, διαχείριση των οικονομικών κ.ά.^[42].

Ελάχιστες είναι οι μελέτες που εξετάσει την έκπτωση των λειτουργικών ελλειμμάτων στην MCI οι οποίες απέφεραν ανάμεικτα συμπεράσματα και αποτελέσματα. Οι αρχικές μελέτες διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με MCI δεν είχαν επίγνωση των λειτουργικών αλλαγών, ενώ μια πιο πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με MCI είχαν επίγνωση. Επιπλέον, αυτές οι μελέτες περιορίζονται μόνο στις παρεχόμενες πληροφορίες του πληροφοριοδότη ως το μοναδικό κριτήριο για την αξιολόγηση των ασθενών. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αναφορές των φροντιστών δεν είναι πάντοτε αντικειμενικές ή ακριβείς. Επί του παρόντος υπάρχει ανάγκη για επιπλέον προσεγγίσεις για τη διερεύνηση του ζητήματος της έκπτωσης των λειτουργικών ελλειμμάτων στην MCI ^[43].

▪ *Θεραπεία*

Για τη θεραπεία της MCI δεν έχουν εγκριθεί επι του παρόντος φάρμακα από τον Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). Επίσης φάρμακα που έχουν εγκριθεί για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer δεν έχουν δείξει κανένα όφελος για την πρόληψη ή την καθυστέρηση της εξέλιξης της MCI σε άνοια.

Οι ακόλουθες στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να είναι χρήσιμες για τα άτομα αυτά. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι αυτές οι στρατηγικές μπορούν να βοηθήσουν στην επιβράδυνση της έκπτωσης της σκέψης και της μνήμης, αν και απαιτείται περισσότερη έρευνα για να επιβεβαιωθεί το αποτέλεσμα τους.

- ✓ Έλεγχος καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου για την προστασία της καρδιάς.
- ✓ Σωματική άσκηση σε τακτική βάση για να επωφεληθεί η καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία συμπεριλαμβανομένων των αγγείων του εγκεφάλου.
- ✓ Συμμετοχή σε πνευματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στη διατήρηση της ομαλής λειτουργίας του εγκεφάλου.

Οι ειδικοί συστήνουν ότι ένα άτομο που έχει διαγνωστεί με MCI πρέπει να επαναξιολογείται κάθε έξι μήνες ώστε να καθοριστούν εάν τα συμπτώματα παραμένουν τα ίδια, βελτιώνονται ή επιδεινώνονται ^[27].

▪ *Η άνοια ως πρόβλημα δημόσιας υγείας*

Η άνοια είναι μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας των ηλικιωμένων που προκαλείται από διάφορες αιτιολογίες και έχει ένα σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό αντίκτυπο. Ένας στους 14 ανθρώπους ηλικίας άνω των 65 ετών έχει κάποια μορφή άνοιας ποσοστό που αυξάνεται σε ένα στα έξι στα άτομα ηλικίας άνω των 85. Οι τρέχουσες δαπάνες φροντίδας για τα άτομα με άνοια στο Ηνωμένο Βασίλειο εκτιμώνται μεταξύ 17 και 18 δισεκατομμυρίων λιρών ετησίως. Επί του παρόντος, περίπου τα δύο τρίτα των ατόμων με άνοια ζουν στο σπίτι τους, με το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας τους να παρέχεται από τα μέλη της οικογένειας τους καθώς και με την υποστήριξη της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας ¹⁴⁴.

Ο επιπολασμός της άνοιας αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς τόσο σε χώρες υψηλού εισοδήματος, όσο και ακόμη περισσότερο, σε χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα. Κατά συνέπεια, το εκτιμώμενο κόστος της άνοιας σε παγκόσμιο επίπεδο αυξήθηκε κατά 34% μεταξύ 2005 και 2009, και έφτασε μέχρι και 422 δισεκατομμύρια δολάρια. Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση είναι η πρόληψη της άνοιας με έγκαιρη παρέμβαση σε άτομα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ώστε να επιβραδυνθεί η απότομη αύξηση του φόρτου και του κόστους της νόσου ¹⁴⁵.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας σύμφωνα με το ICD-10 είναι τα ακόλουθα :

- Έκπτωση της πρόσφατης μνήμης, της σκέψης και της κρίσης, του προσανατολισμού και της λεκτικής επικοινωνίας.
- Απάθεια και η αδιαφορία.
- Έκπτωση στην καθημερινή λειτουργικότητα (ντύσιμο, μπάνιο, μαγείρεμα).
- Απώλεια του ελέγχου του συναισθήματος με άμβλυνση του συναισθήματος¹²⁴.

Παρά τις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας, των τεκμηριωμένων κατευθυντήριων γραμμών πρακτικής καθώς και κλινικών ερευνητικών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, οι Αμερικανοί ξοδεύουν πάνω από 100 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως στην παροχή φροντίδας σε οικογένειες που πλήττονται από άνοια. Παρά την οικονομική επένδυση, η τρέχουσα φροντίδα της άνοιας πάσχει από πολλά προβλήματα ποιότητας. Τουλάχιστον 50% αυτών των ασθενών λαμβάνουν ψυχοδραστικά φάρμακα που είναι γνωστό ότι έχουν βλαβερές επιδράσεις στη γνωστική λειτουργία και άλλο ένα 20% παίρνουν φάρμακα που δεν έχουν ένδειξη για την άνοια εγκεκριμένη από το FDA. Ένας στους τρεις ασθενείς με άνοια χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες οξείας φροντίδας τουλάχιστον μία φορά κάθε έξι μήνες και το 24% των οικογενειακών φροντιστών αναζητούν οξεία φροντίδα κάθε έξι μήνες ¹⁴⁶.

▪ *Θεραπεία*

Θεραπείες για να επιβραδύνουν ή να σταματήσουν νευροεκφυλιστικές νόσους δεν υπάρχουν, αν και ορισμένες μορφές άνοιας είναι θεραπεύσιμες. Τα περισσότερα φάρμακα για την άνοια χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ορισμένων συμπτωμάτων της. Μία κατηγορία φαρμάκων, που ονομάζονται αναστολείς της χολινεστεράσης, περιλαμβάνουν την donepezil, την rivastigmine και την galantamine. Αυτά τα φάρμακα μπορούν να βελτιώσουν ή να σταθεροποιήσουν προσωρινά τη μνήμη και τη σκέψη σε μερικούς ανθρώπους με την αύξηση της δραστηριότητας του χολινεργικού δικτύου του εγκεφάλου. Κανένα όμως από αυτά τα φάρμακα δεν μπορεί να σταματήσει ή να αντιστρέψει την πορεία της νόσου ^[14].

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας συχνά δεν διαθέτουν τη γνώση ή τη δεξιότητα για την κατάλληλη εξέταση, διάγνωση και θεραπεία της άνοιας. Επιπλέον η συχνή έλλειψη προσωπικού υποστήριξης, η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες, η χαμηλή απόδοση και η έλλειψη συνεργασίας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την επιβράδυνση ή την παράβλεψη της διάγνωσης και τις χαμένες ευκαιρίες για θεραπεία, φροντίδα σχεδιασμού και υποστήριξης για τα μέλη της οικογένειας. Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που σχετίζονται με τη διαχείριση της πρωτοβάθμιας φροντίδας της άνοιας είναι η έλλειψη των ενεργών εταιρικών σχέσεων μεταξύ των γιατρών και των διαφόρων κοινοτικών πόρων που διατίθενται για τις οικογένειες. Πολλοί γιατροί αναφέρουν ότι δεν έχουν επαρκή γνώση των κάθε είδους διαθέσιμων πόρων και μέσων καθώς και έλλειψη εκπαίδευσης και σωστών συμβουλών για την άνοια ^[40].

▪ **Κατάθλιψη και Τρίτη ηλικία**

Η κατάθλιψη στον ηλικιωμένο πληθυσμό αποτελεί μια διαταραχή με πολύ συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και πρόγνωση που συχνά περνά απαρατήρητη και αδιάγνωστη. Ο κύριος λόγος γι' αυτό είναι ότι η κλινική εικόνα στον ηλικιωμένο πληθυσμό διαφέρει από εκείνη του γενικού πληθυσμού των ενηλίκων. Τα τελευταία χρόνια οι καταθλιπτικές διαταραχές, λόγω του υψηλού επιπολασμού τους, έχουν θεωρηθεί απειλητικές για τη δημόσια υγεία. Στοιχεία διαφόρων ερευνών έχουν δείξει συσχετίσεις μεταξύ καταθλιπτικών διαταραχών, νοητικής εξασθένησης, άνοιας και αυτοκτονίας σε ηλικιωμένους ανθρώπους. Επιπλέον, ευρήματα ερευνών υποστηρίζουν τη σχέση των καταθλιπτικών διαταραχών με χαμηλή λειτουργικότητα, και κακή ποιότητα ζωής. Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Οι τιμές ποικίλλουν συχνά ανάλογα με το περιβάλλον όπου το σύνδρομο αυτό αξιολογείται. Σε μια έρευνα που διεξήχθη τόσο σε αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές του Περού, του Μεξικού και της Βενεζουέλας η επικράτηση των μειζόνων καταθλιπτικών που αναφέρθηκαν σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας κυμαίνεται μεταξύ 26-31%. Τέλος, μια έρευνα που έγινε στη Χιλή βρήκε επιπολασμό της κατάθλιψης 27% στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτό υποδηλώνει ότι συχνά οι ηλικιωμένοι πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης. Παρόλα αυτά συχνά δεν λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία για τα συμπτώματά της. Η κατάσταση αυτή περιπλέκεται περαιτέρω από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν διαγνωστεί με κατάθλιψη συνήθως δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ^[47].

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Δράση για τη Γήρανση μόνο ο μισός πληθυσμός των ηλικιωμένων που έχουν διαγνωστεί με κάποια ψυχική ασθένεια αντιμετωπίζεται από τις υπηρεσίες υγείας (κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας ΠΦΥ), και μόνο ένα μέρος από αυτούς λαμβάνουν πράγματι συγκεκριμένες παρεμβάσεις από αυτές τις υπηρεσίες. Πολύ συχνά το προσωπικό της ΠΦΥ δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο ώστε να αντιμετωπίσει έγκυρα και έγκαιρα αυτή την κατάσταση. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η θεραπεία πρώτης γραμμής τόσο για την ήπια όσο και για την σοβαρή γηριατρική κατάθλιψη θα πρέπει να είναι ένας συνδυασμός αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ψυχοθεραπείας ^[48].

Υπάρχει μια μεγάλη βιβλιογραφία που συνδέει τις δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο με την κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, αλλά ακόμη και πρόσφατες μετα-αναλύσεις που δείχνουν ετερογένεια ευρημάτων και απαιτούν περαιτέρω έρευνα.

Διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες είναι εμφανείς σε όλη τη διάρκεια της ζωής, αλλά είναι γεγονός πως και οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν καθημερινά νέες κοινωνικές προκλήσεις. Για τους επαγγελματίες υγείας που επιδιώκουν να διαχειριστούν τη γήρανση, η πολλαπλότητα

των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση και θα πρέπει επίσης να εστιάσουν σε βιολογικούς-γενετικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες στην προσπάθεια κατανόησης των αιτιών της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, πολλές μελέτες έχουν εξετάσει την επικράτηση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Η συχνότητα εμφάνισης της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (major depressive disorder, MDD) βρέθηκε να είναι 0,2 - 14,1 ανά 100 άτομα-έτη, και η συχνότητα εμφάνισης κλινικά σημαντικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν 6,8 ανά 100 άτομα-έτη σύμφωνα με είκοσι μελέτες στις οποίες συμμετείχαν άτομα άνω των 70 ετών. Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης στις γυναίκες εμφανίζεται μεγαλύτερη από τη συχνότητα στους άνδρες. Ο επιπολασμός των κλινικά σημαντικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυξάνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες, και είναι σχεδόν 20% έως 25% σε άτομα ηλικίας 85 ετών και άνω και φθάνει το 30% έως 50% σε άτομα ηλικίας 90 ετών και άνω, σε σύγκριση με εκείνες μεταξύ 75 και 79 χρόνων ^[49].

Κριτήρια ICD-10 για διάγνωση καταθλιπτικού επεισοδίου:

- Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως υποδηλώνεται είτε από υποκειμενική αναφορά ή από παρατήρηση άλλων.
- Κλινικά σημαντική καταθλιπτική διάθεση (π.χ., κατάθλιψη, λύπη, απελπισία, δακρυσμένος/η).
- Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (είτε το 1 ή το 2 είναι απαραίτητα)
- Μειωμένη θετική επίδραση ή ευχαρίστηση ως απάντηση στις κοινωνικές επαφές και συνήθειες δραστηριότητες
- Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα, ή αύξηση του σωματικού βάρους, ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά
- Κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση
- Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά
- Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα
- Αίσθημα αναξιοτητας ή υπερβολικών ή αδικαιολόγητων ενοχών σχεδόν κάθε μέρα
- Ευερεθιστότητα
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης.

- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο για τη διάπραξη αυτοκτονίας^[24].

- ***Η Κατάθλιψη σε συνάρτηση με τη γνωστική έκπτωσηση***

Η κατάθλιψη είναι μια συχνή συνυπάρχουσα πάθηση σε άτομα με ήπια γνωστική εξασθένηση. Η κατάθλιψη σε άτομα με MCI συνδέεται με τον κίνδυνο μετατροπής της σε άνοια, και σοβαρές συνέπειες για τα άτομα, όπως μειωμένες καθημερινές δραστηριότητες, ταχεία γνωστική εξασθένηση καθώς και επιδείνωση της ποιότητας ζωής ¹⁵⁰.

Η ακριβής σχέση μεταξύ κατάθλιψης και γνωστικής δυσλειτουργίας δεν έχει ακόμη οριστεί συγκεκριμένα. Διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως ένας παράγοντας κινδύνου για γνωστική εξασθένηση ^{151,152}.

Σε μια μελέτη 61ατόμων με κατάθλιψη ηλικίας άνω των 60 ετών, οι O'Brien et al. ανέφεραν ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν πολλαπλές βλάβες στην προσοχή, τη μνήμη εργασίας, την οπτική μνήμη, τη λεκτική μνήμη, τη νέα μάθηση, και τις εκτελεστικές λειτουργίες. Επίσης μελέτη έχει δείξει ότι ολοένα και πιο σοβαρή κατάθλιψη συσχετίστηκε με χαμηλότερο σκορ στο Mini-Mental State Examination και την καθυστερημένη ανάκληση ¹⁵³.

Σε ένα δείγμα 1982 ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών που διέμεναν στην κοινότητα ο αριθμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είχε ισχυρά στατιστικές σημαντικές συσχετίσεις με απόδοση στους περισσότερους γνωστικούς τομείς όπως η μνήμη και η οπτικοχωρική αντίληψη ¹⁵⁴.

Η μείζων κατάθλιψη (MD) και η νόσος του Alzheimer (AD) αποτελούν τις πιο κοινές νευροψυχιατρικές διαταραχές στους ηλικιωμένους και αρκετοί ασθενείς έχουν και τις δύο διαταραχές ¹⁵⁵.

Η έγκαιρη διαφορική διάγνωση μεταξύ της MCI, της νόσου Alzheimer και της εμφάνισης κατάθλιψης εξακολουθεί να αποτελεί διαγνωστική πρόκληση για την ψυχιατρική και τη νευρολογία. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν συνδυασμούς γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων παρουσιάζουν ένα κλινικό αίνιγμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δύσκολο να εξακριβωθεί αν η γνωστική εξασθένηση είναι συνέπεια μιας συναισθηματικής διαταραχής, ή αν αποτελεί βιολογική διαδικασία της άνοιας ¹⁵⁶.

Η δυνητικά αναστρέψιμη μείωση της γνωστικής λειτουργίας που συνοδεύει την κατάθλιψη έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης μη αναστρέψιμης άνοιας στη μετέπειτα ζωή. Ένας μηχανισμός που μπορεί να εξηγήσει αυτή τη διαδικασία είναι οι επαναλαμβανόμενες αρνητικές σκέψεις που βιώνονται στην κατάθλιψη, οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν υπερφόρτωση της εκτελεστικής λειτουργίας και να συμβάλλουν έτσι σε γνωστικά ελλείμματα.

Από την άλλη έχει υποστηριχθεί σε διάφορες μελέτες ότι η γνωστική δυσλειτουργία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την κατάθλιψη.

Αυτό βασίζεται στην υπόθεση ότι οι μειωμένες γνωστικές ικανότητες μπορεί να αλλάξουν την αντίληψη ενός ατόμου για το περιβάλλον του, γεγονός που οδηγεί σε καταθλιπτικές σκέψεις. Αν και η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και γνωστικής δυσλειτουργίας δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί, είναι προφανές ότι και οι δύο είναι στενά συνδεδεμένες ^[57].

- **Καταθλιπτική ψευδοάνοια**

Ένα μικρό ποσοστό ατόμων με κατάθλιψη παρουσιάζουν σημαντική γνωστική δυσλειτουργία, γνωστή και ως καταθλιπτική ψευδοάνοια, που ονομάζεται επίσης «λειτουργική άνοια», «διαταραχή της μνήμης στο πλαίσιο της κατάθλιψης», ή «σύνδρομο άνοιας στην κατάθλιψη»¹⁵⁶¹.

Η καταθλιπτική ψευδο-άνοια, όρος που επινοήθηκε από τον Kiloh το 1961, είναι ένα σύνδρομο που παρατηρείται σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με την άνοια αλλά η αιτία είναι η κατάθλιψη, δεδομένου ότι ο όρος κατάθλιψη υποδηλώνει μια κλινική κατάσταση, η οποία παρουσιάζεται με τα συμπτώματα άνοιας, αλλά στην πραγματικότητα αποτελεί μια διαφορετική εικόνα. Αυτό σημαίνει ότι η κατάσταση αυτή έχει δύο συνιστώσες: την άνοια, που είναι συνδυασμός διαφόρων γνωστικών ελλειμμάτων, και το ψευδό, το οποίο υποδηλώνει την έλλειψη πραγματικής νευροεκφυλιστικής άνοιας. Ο Kiloh υποστηρίζει ότι **«οι ασθενείς αυτοί διατρέχουν τον κίνδυνο να παραμελούνται θεραπευτικά ή να υποθεραπεύονται»**. Επομένως η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι σημαντική για να προστατεύσει τον ασθενή όχι μόνο από τις συνέπειες της προόδου της κατάθλιψης, αλλά από άσκοπες ερευνητικές αξιολογήσεις για την άνοια¹⁵⁸¹.

Η ακριβής και έγκαιρη διαφοροδιάγνωση μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας είναι δύσκολη σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας για διάφορους λόγους. Οι ίδιοι οι ασθενείς αλλά και τα μέλη της οικογένειας τους μπορεί να δίνουν αντιφατικές πληροφορίες: η κατάθλιψη και η άνοια μπορεί να αποδοθούν σε συνήθεις επιπτώσεις της γήρανσης και από την άλλη η άνοια και η κατάθλιψη συχνά παρουσιάζονται ως συνυπάρχουσες παθήσεις¹⁵⁶¹.

Η φροντίδα για τα ηλικιωμένα άτομα απαιτεί ολιστική προσέγγιση και υψηλής ποιότητας περίθαλψη, που θα περιλαμβάνει τακτική παρακολούθηση και κατάλληλη συμπτωματική θεραπεία ώστε να διατηρηθεί η ποιότητα της ζωής τους. Μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει ανάρμοστη συνταγογράφηση αντιψυχωτικών φαρμάκων, καθώς επίσης ότι υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας και συντονισμού των υπηρεσιών. Θα πρέπει στο μέλλον να υπάρξουν ερευνητικά προγράμματα για την εξεύρεση νέων θεραπευτικών παρεμβάσεων¹⁵⁹¹.

Β.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία

- *Τύπος και πληθυσμός μελέτης – Δειγματοληψία.*

Σχεδιάστηκε μια συγχρονική μελέτη η οποία απεικονίζει τα υπάρχοντα περιστατικά μιας δεδομένης χρονικής περιόδου του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» του Δήμου Αλμυρού με τη χρήση ερωτηματολογίου και με ποσοτική μέθοδο ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων.

- *Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της έρευνας*

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε διάρκεια περίπου δύο μηνών τη χρονική περίοδο Μάιος - Ιούνιος 2015. Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν ηλικιωμένοι εγγεγραμμένοι στο μητρώο του προγράμματος βοήθειας στο σπίτι στην ημιαστική περιοχή του Δήμου Αλμυρού Ν. Μαγνησίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα σπίτια των ηλικιωμένων. Στο μητρώο του προγράμματος ήταν καταγεγραμμένα 183 άτομα. Ως κριτήρια αποκλεισμού των υπολοίπων εγγεγραμμένων στο μητρώο του προγράμματος τέθηκαν τα εξής:

- Άτομα κάτω των 65 ετών
- Δύο άτομα με διαγνωσμένη βαριά νοητική υστέρηση
- Ένα άτομο με τυφλότητα 100%
- Ένα άτομο με κώφωση
- Δυο άτομα με διαγνωσμένη νόσο Alzheimer σε προχωρημένο στάδιο.

Συνολικά συμπληρώθηκαν 160 ερωτηματολόγια.

- *Ερευνητικά ερωτήματα- Σκοπός και στόχοι της μελέτης*

Τα ερευνητικά ερωτήματα και οι αντικειμενικοί στόχοι της παρούσας εργασίας ήταν:

- ✓ Να διερευνήσει αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών παραμέτρων (εκπαίδευση, ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο) και γνωστικής έκπτωσης.
- ✓ Να διερευνήσει αν η κατάθλιψη σχετίζεται με τη γνωστική έκπτωση και τη βαρύτητα αυτής.

- ✓ Να μελετήσει αν υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ κατάθλιψης και δημογραφικών παραμέτρων.
- ✓ Να μελετήσει αν υπάρχει συσχέτιση γνωστικής έκπτωσης και άλλων χρόνιων νοσημάτων.
- ✓ Να εκτιμήσει το επίπεδο λειτουργικότητας στην καθημερινή διαβίωση των ηλικιωμένων σε σχέση με τις υπόλοιπες μεταβλητές.

Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνήσει τους πιθανούς παράγοντες που σχετίζονται με τη γνωστική έκπτωση στους ηλικιωμένους στην ημιαστική περιοχή του Δήμου Αλμυρού καθώς επίσης να εκτιμήσει το επίπεδο λειτουργικότητας τους.

- ***Μέθοδοι συλλογής δεδομένων και ερευνητικά εργαλεία***

Καταρχήν όλοι οι ηλικιωμένοι αφού ενημερώθηκαν με σχετικό έντυπο για το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας έδωσαν τη γραπτή συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες συμμετείχαν εκούσια, ενώ διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η τήρηση του απορρήτου των συλλεχθέντων στοιχείων. Οι απαντήσεις των ατόμων έγιναν αποδεκτές. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με δομημένες συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο διάρκειας περίπου 25 min.

Για την συλλογή του υλικού χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από ερωτήσεις σε 4 ενότητες:

A. Δημογραφικά στοιχεία / Στοιχεία υγείας

B. Γνωστική λειτουργία (MMSE)

Γ. Κατάθλιψη (GDC-15)

Δ. Καθημερινές δραστηριότητες (IADL)

Ειδικότερα:

A. Δημογραφικά στοιχεία / Στοιχεία υγείας

Η ενότητα αυτή περιλάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με:

- Φύλο
- Ηλικία
- Μορφωτικό επίπεδο
- Οικογενειακή κατάσταση
- Διαμονή

- Επικοινωνία
- Οικονομικό επίπεδο
- Κοινωνική ασφάλιση
- Προβλήματα υγείας

B. Γνωστική λειτουργία - Mini mental state Examination (MMSE)

Η ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούν τις νοητικές – γνωστικές λειτουργίες. Ειδικότερα το τεστ Mini Mental State Examination (MMSE) ^[60] εξετάζει λειτουργίες όπως προσοχή, μνημονική καταχώριση, συγκέντρωση, υπολογισμό, ανάκληση, αυτόματη γραφή, κατονομασία, αντιγραφή κ.ά.

Από το σύνολο των απαντήσεων του εργαλείου προκύπτει η βαθμολογία, που εκφράζει το επίπεδο γνωστικής λειτουργίας. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0, που αντιπροσωπεύει την υψηλότερη τιμή γνωστικής εξασθένησης, μέχρι 30, που δηλώνει την κανονική γνωστική λειτουργία.

Για να ερμηνευτούν τα αποτελέσματα της MMSE έγινε κατηγοριοποίηση της βαθμολογίας ως εξής:

- 27-30 κανονική γνωστική λειτουργία
- 25-26 κανονική γνωστική λειτουργία με ήπια εξασθένηση
- 19-24 ήπια εξασθένηση
- 10-18 μέτρια εξασθένηση
- 0-9 σοβαρή εξασθένηση

Επίσης χρησιμοποιήθηκε περαιτέρω ομαδοποίηση με ομάδες κανονικής γνωστικής λειτουργίας, ήπιας γνωστικής εξασθένησης και μέτριας/σοβαρής εξασθένησης, ώστε να είναι εφικτοί στατιστικοί έλεγχοι. Στις κοινοτικές δομές και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η χρήση του ορίου των 25 μονάδων για τη διάκριση φυσιολογικού-παθολογικού αναλόγως της ηλικίας και εκπαίδευσης μπορεί να προφυλάξει από την υπερδιάγνωση, με την αποφυγή ψευδώς θετικού αποτελέσματος ^[61].

Έλεγχος κανονικότητας των μεταβλητών

Προκειμένου να εξεταστεί αν οι σύνθετες μεταβλητές ακολουθούν κανονική κατανομή εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας με τις δοκιμασίες Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk.

Από την εφαρμογή του ελέγχου προέκυψε ότι καμία μεταβλητή δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή.

Πίνακας 1: Έλεγχος κανονικής κατανομής

	Kolmogorov -Smirnov Z	p	Shapir o-Wilk	P
Λειτουργικότητα (IADL)	0,285	0,000	0,744	0,000
Κατάθλιψη	0,142	0,000	0,925	0,000
Γνωστική λειτουργία	0,148	0,000	0,893	0,000

Γ. Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale-15)

Στην ενότητα περιλαμβάνονται ερωτήσεις που εκτιμούν το επίπεδο Κατάθλιψης. Επιλέχθηκε η χρήση της κλίμακας Geriatric Depression Scale-15.

Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις που δέχονται απαντήσεις ναι/όχι. Έχει ήδη μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά^[62].

Παραδείγματα τέτοιων ερωτήσεων είναι: Είστε βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας; Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια; Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό; Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα; Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος; Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό; Βαριέστε συχνά; Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια; κ.ά.

Το άθροισμα των απαντήσεων δίνει μια βαθμολογία που εκφράζει το επίπεδο κατάθλιψης. Οι τιμές της βαθμολογίας είναι από 0 (χαμηλότερη τιμή, απουσία κατάθλιψης) μέχρι 15 (υψηλότερη, βαρύτερη κατάθλιψη). Ως κατώφλι της κλίμακας Κατάθλιψης ορίζεται η τιμή 6. Έτσι για να ερμηνευτούν τα αποτελέσματα της GDS-15 έγινε κατηγοριοποίηση της βαθμολογίας ως εξής:

- 0-6 δεν εμφανίζει κατάθλιψη
- 7-10 εμφανίζει ήπιας μορφής κατάθλιψη
- 11-15 εμφανίζει μέτρια προς βαριά κατάθλιψη

B. Καθημερινές δραστηριότητες (IADL) - Κλίμακα Lawton

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις κλίμακας λειτουργικής αξιολόγησης (IADL, κλίμακα Lawton) ¹⁶³¹ που εξετάζουν το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Τέτοιες δραστηριότητες ήταν:

- Οικιακή εργασία
- Παρασκευή Γεύματος
- Λήψη φαρμάκων
- Διαχείριση χρημάτων
- Αγορές για είδη παντοπωλείου (ψώνια) ή είδη ένδυσης
- Χρήση τηλεφώνου

Στις παραπάνω ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν κλειστού τύπου μεταβλητές κατηγορικού τύπου 3 βάθμιας κλίμακας likert, όπου το 0 αντιστοιχεί στο χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας και το 2 στο υψηλότερο. Το άθροισμα των απαντήσεων εκφράζει την λειτουργικότητα του ατόμου. Το εύρος τιμών της βαθμολογίας είναι από 0 (χαμηλότερη λειτουργικότητα) μέχρι 16 (υψηλότερη λειτουργικότητα). Η αξιοπιστία του εργαλείου εκτιμάται με τη δοκιμασία Cronbach α . Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach $\alpha=0,950$ είναι υψηλός (τιμές μεγαλύτερες του 0,7 είναι αξιόπιστες).

Αξιοπιστία στατιστικών

Cronbach's	N
Alpha	
0,950	8

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το τηλέφωνο ...	0,952
2. Μπορείτε να βγείτε σε χώρους έξω σε κοντινή απόσταση ...	0,940
3. Μπορείτε να πάτε για ψώνια ,για είδη παντοπωλείου ή ρούχα...	0,939
4. Μπορείτε να ετοιμάσετε τα γεύματά σας	0,942
5. Μπορείτε να κάνετε τις δουλειές του σπιτιού σας...	0,941
6. Μπορείτε να παίρνετε τα φάρμακά σας.....	0,946
7. Μπορείτε να χειριστείτε τα χρήματά σας ...	0,941
8. Μπορείτε να βάλετε πλυντήριο	0,947

Πληθυσμός της έρευνας

Όπως προαναφέρθηκε, ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 160 άτομα. Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού αυτού έχουν ως εξής:

Φύλο

Μελετήθηκαν 53 άνδρες (33,1%) και 107 γυναίκες (66,9%)

Ηλικία

Η μέση ηλικία ήταν 79,55 (Τυπική Απόκλιση= 7,48) έτη.

Εκπαίδευση

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, 69 άτομα (43,2%) ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και 51 άτομα (31,8%) είχαν λάβει μη ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ 24 άτομα (15%) ήταν αγράμματοι. Το άθροισμα των ατόμων που είχαν μερική ή ολοκληρωμένη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν 16 άτομα δηλ. μόνο 10% του συνόλου.

Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμοι δήλωσαν 60 άτομα (37,5%) χήροι 81 άτομα (50,6%) διαζευγμένοι 4 άτομα (2,5%) και σε διάσταση 3 άτομα (1,9%).

Οικονομικό επίπεδο

Χαμηλό οικονομικό επίπεδο δήλωσε το 59,4% του δείγματος (95 άτομα), μεσαίο επίπεδο το 39,4% (63 άτομα), ενώ υψηλό επίπεδο επέλεξε μόνο το 1,2% των περιπτώσεων (2 άτομα).

Κοινωνική ασφάλιση

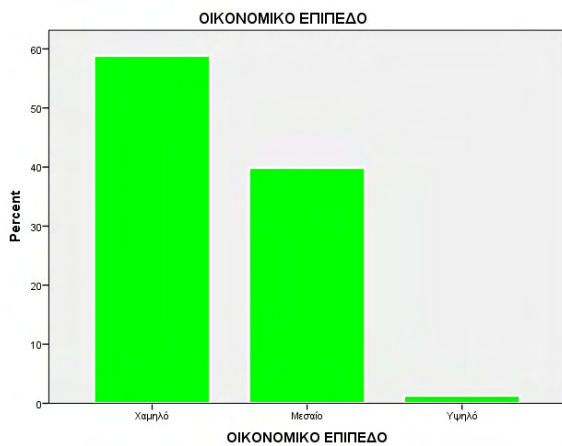
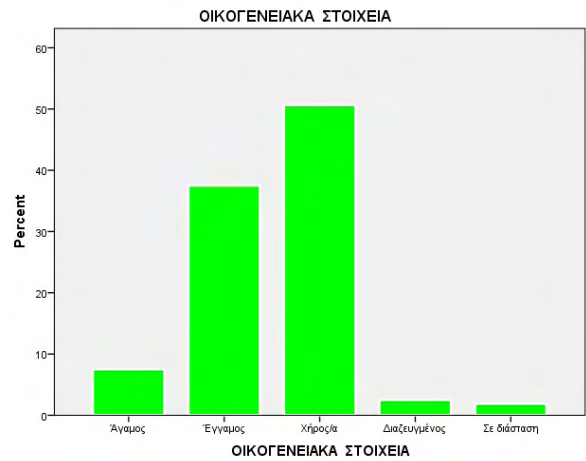
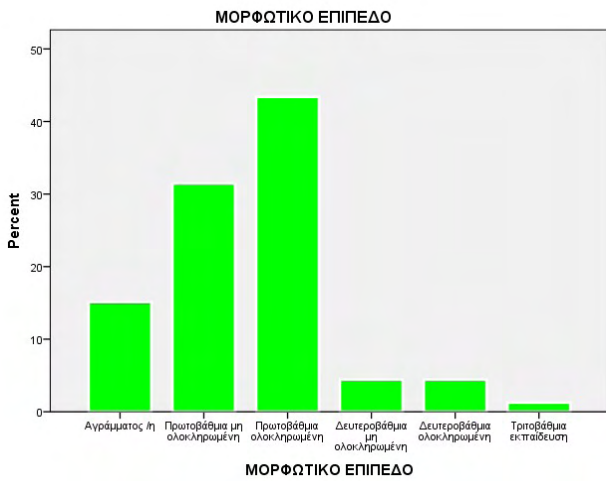
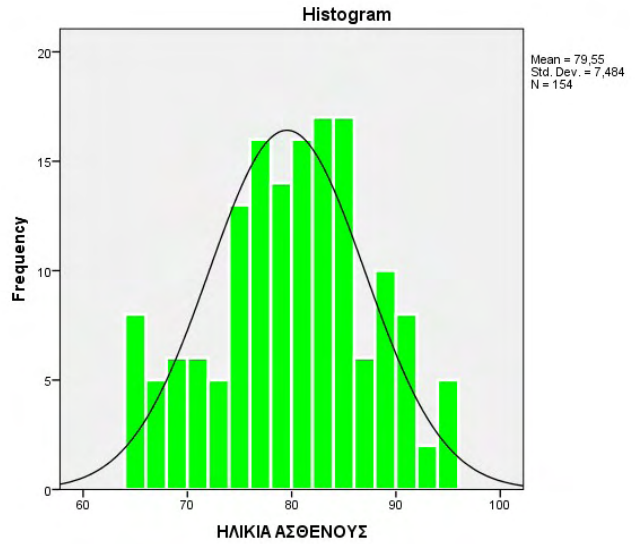
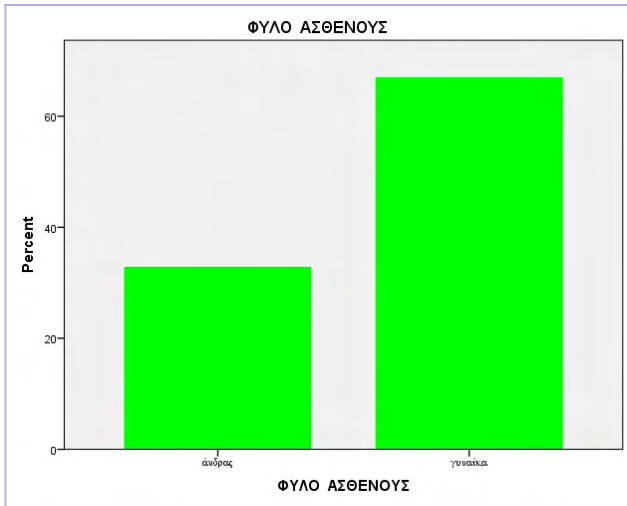
Από τους ερωτηθέντες, 81 άτομα είχαν ασφάλιση ΟΓΑ (51,3%), ενώ 49 άτομα είχαν ασφάλιση ΙΚΑ (31%).

Συνοπτικά τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού παρατίθενται στον επόμενο πίνακα και τα συνοδά διαγράμματα.

Πίνακας 2: Δήμογραφικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης

	Κατηγορίες	Πλήθος	%
ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Άνδρας	53	33,1
	Γυναίκα	107	66,9
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Αγράμματος /η	24	15,0
	Πρωτοβάθμια μη ολοκληρωμένη	51	31,8
	Πρωτοβάθμια ολοκληρωμένη	69	43,2
	Δευτεροβάθμια μη ολοκληρωμένη	7	4,4
	Δευτεροβάθμια ολοκληρωμένη	7	4,4
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	2	1,2
	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	Άγαμος	12
Έγγαμος		60	37,5
Χήρος/α		81	50,6
Διαζευγμένος		4	2,5
Σε διάσταση		3	1,9
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Χαμηλό	95	59,4
	Μεσαίο	63	39,4
	Υψηλό	2	1,2
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	Δημόσιο	8	5,1
	ΙΚΑ	49	31,0
	ΟΓΑ	81	51,3
	ΟΑΕΕ	12	7,6
	ΤΣΑ	1	,6
	ΤΙΔΚΥ	2	1,3
	ΤΑΠΟΤΕ	2	1,3
	ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΠΡΟΝΟΙΑΣ/ΑΠΟΡΙΑΣ	3	1,9
			ΜΟ
ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		79,55	7,484



Στατιστική ανάλυση

Αρχικά γίνεται η παρουσίαση των κατανομών συχνοτήτων και ποσοστών των μεταβλητών του ερωτηματολογίου, και παράλληλα γίνεται παρουσίαση των μέτρων θέσης και διασποράς (μέσων όρων και τυπικών αποκλίσεων), των σύνθετων μεταβλητών του ερωτηματολογίου που εκπροσωπούν τις κλίμακες του εργαλείου. Επίσης παρουσιάζονται οι κατανομές συχνοτήτων και ποσοστών των μεταβλητών του ερωτηματολογίου, που προκύπτουν από την κατηγοριοποίηση των σύνθετων μεταβλητών.

Η παρουσίαση γίνεται ανά ενότητα μεταβλητών με βάση την ομαδοποίηση του εργαλείου. Παράλληλα, παρουσιάζονται υποστηρικτικά γραφήματα όπως ραβδογράμματα και διαστήματα εμπιστοσύνης των μέσων όρων. Κατόπιν, γίνεται έλεγχος εξάρτησης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας (στατιστική συμπερασματολογία).

Στην περίπτωση των σύνθετων μεταβλητών, ο έλεγχος αφορά έλεγχο μέσων τιμών και γίνεται με εφαρμογή t test για ανεξάρτητα δείγματα στις υποομάδες, που δημιουργούνται από τις μεταβλητές των δημογραφικών και γενικών χαρακτηριστικών των ατόμων του δείγματος στην περίπτωση 2 υποομάδων και με παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis στην περίπτωση περισσότερων των 2 υποομάδων, λόγω μη ικανοποίησης της προϋπόθεσης της κανονικότητας.

Παράλληλα, στην περίπτωση των κατηγορικών μεταβλητών που προέκυψαν από την ομαδοποίηση των σύνθετων μεταβλητών γίνεται παράλληλος έλεγχος με εφαρμογή της δοκιμασίας χ^2 (χ^2 test) και ανεξάρτητες τις μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων του δείγματος, ώστε να εμφανίζονται τα αποτελέσματα με βάση τα κατώφλια των ομαδοποιήσεων. Τέλος, ελέγχεται η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των 3^{ων} σύνθετων μεταβλητών IADL, GDS-15 και MMSE. Ο έλεγχος γίνεται με πίνακα συσχέτισης και υπολογισμό του συντελεστή συσχέτισης R. Οι γενικές και δημογραφικές μεταβλητές ομαδοποιήθηκαν προκειμένου να είναι εφικτοί οι έλεγχοι. Το επίπεδο σημαντικότητας που χρησιμοποιείται είναι $p=0,05$. Η ανάλυση του δείγματος έγινε με το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 21).

Αποτελέσματα

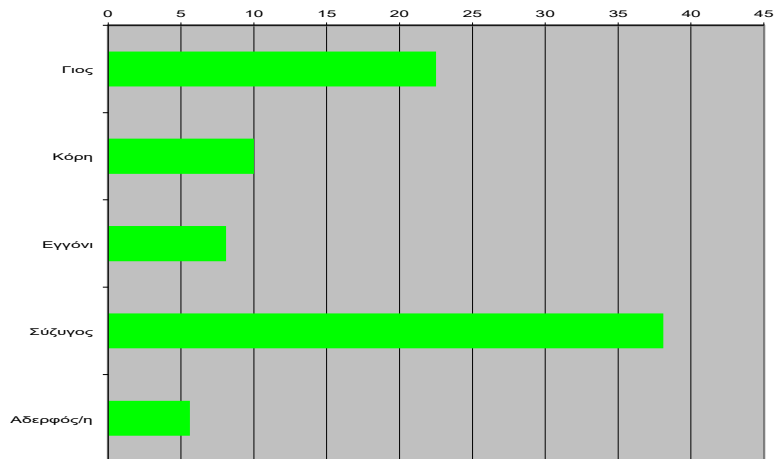
Α. Στοιχεία Διαμονής και υγείας

Εξετάσαμε καταρχήν τον βαθμό συνοίκησης και επαφής των εξετασθέντων με άλλα πρόσωπα. Βρήκαμε ότι 65 άτομα (40,9% του πληθυσμού) έμεναν μόνα, ενώ τα υπόλοιπα 94 (58,8%) συγκατοικούσαν με συγγενικά πρόσωπα.

Τα πρόσωπα αυτά φαίνονται αναλυτικά στον επόμενο πίνακα.

ΜΕΝΕΤΕ ΜΟΝΟΣ/Η;				
	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Ναι	65	40,6	40,9	40,9
Όχι	94	58,8	59,1	100,0
Σύνολο	159	99,4	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	1	0,6		
Σύνολο	160	100,0		

Κατηγορίες	N	%
Σύζυγος	61	38,1
Γιος	36	22,5
Κόρη	16	10,0
Εγγόνι	13	8,1
Αδερφός/η	9	5,6



Στο υπόλοιπο 59,1% που αφορά άτομα του δείγματος που δηλώνουν ότι δε μένουν μόνοι τους στο 38,1% δηλώνεται η επιλογή Σύζυγος, στο 22,5% η επιλογή Γιος και ακολουθεί η επιλογή Κόρη για το 10%. Οι άλλες επιλογές δηλώνονται με μικρότερα ποσοστά.

Στη συνέχεια εξετάσαμε τον βαθμό επικοινωνίας με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Τα αποτελέσματα για τις δυο αυτές παραμέτρους δίνονται στους ακόλουθους πίνακες.

**ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΑΖΙ ΤΟΥ
ΕΙΝΑΙ**

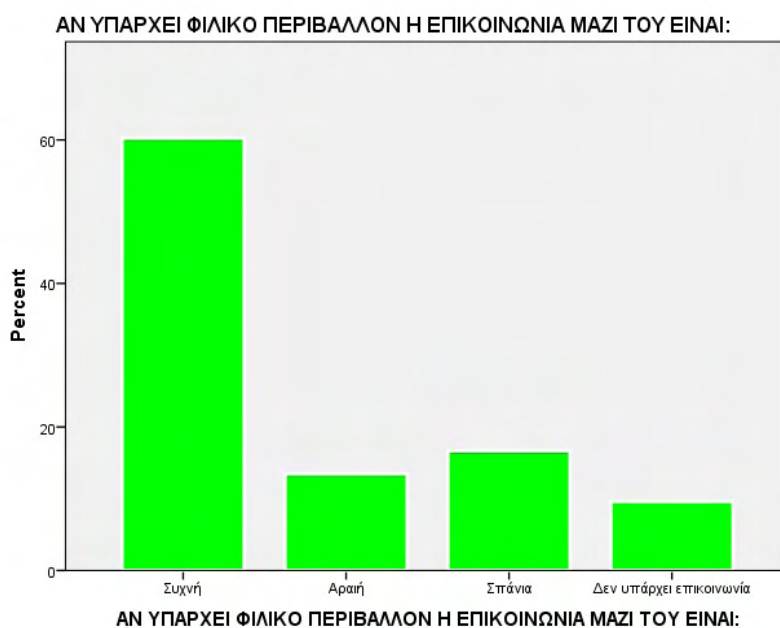
	<i>Συχνότητα</i>	<i>%</i>	<i>Έγκυρο %</i>	<i>Αθροιστικό %</i>
Συχνή	134	83,8	87,0	87,0
Αραιή	9	5,6	5,8	92,9
Σπάνια	5	3,1	3,2	96,1
Δεν υπάρχει επικοινωνία	6	3,8	3,9	100,0
Σύνολο	154	96,3	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	6	3,8		
Σύνολο	160	100,0		

ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΑΖΙ ΤΟΥ ΕΙΝΑΙ



ΑΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΑΖΙ ΤΟΥ ΕΙΝΑΙ:

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Συχνή	94	58,8	60,3	60,3
Αραιή	21	13,1	13,5	73,7
Σπάνια	26	16,3	16,7	90,4
Δεν υπάρχει επικοινωνία	15	9,4	9,6	100,0
Σύνολο	156	97,5	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	4	2,5		
Σύνολο	160	100,0		

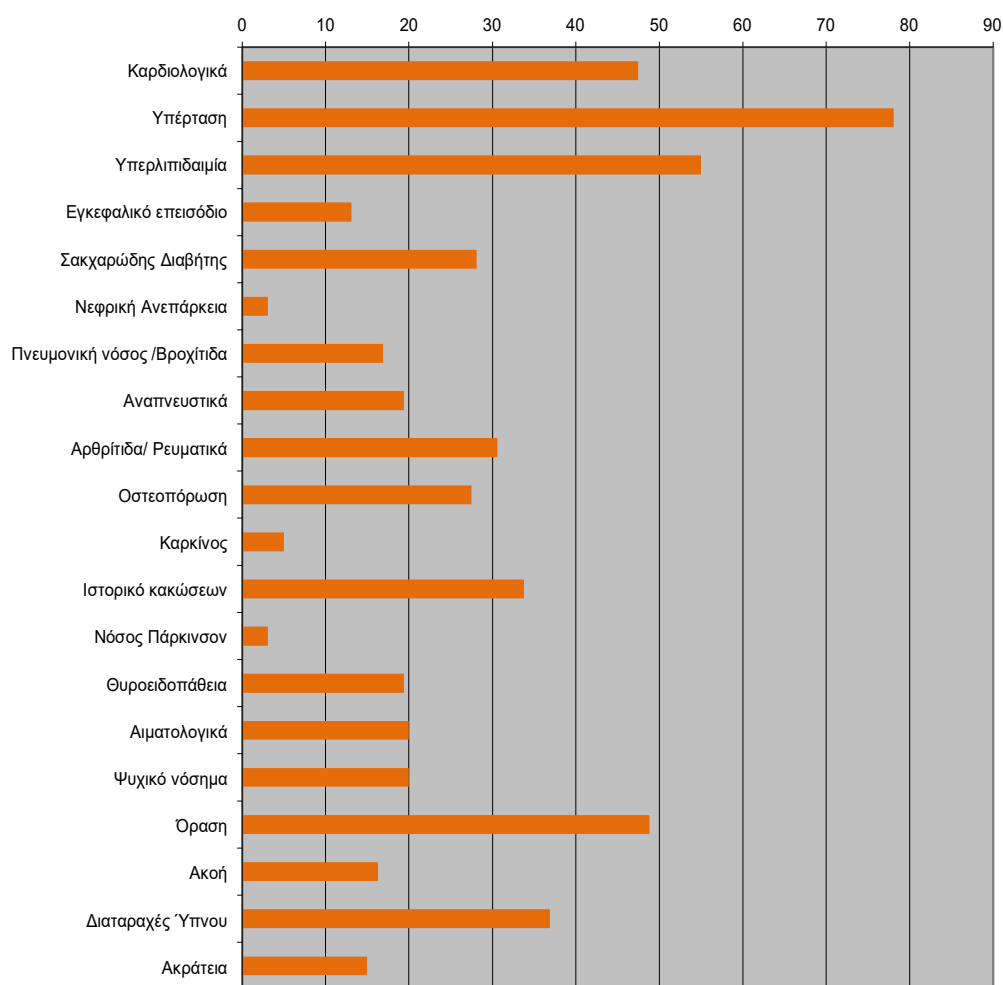


Γράφημα 1: Ραβδόγραμμα συχνότητας επικοινωνίας

Προβλήματα Υγείας

Στον επόμενο Πίνακα καταγράφονται τα διάφορα προβλήματα υγείας, όπως αυτά δηλώθηκαν από τους εξετασθέντες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	Πλήθος	%
Υπέρταση	125	78,1
Υπερλιπιδαιμία	88	55,0
Όραση	78	48,8
Καρδιολογικά	76	47,5
Διαταραχές ύπνου	59	36,9
Ιστορικό ατυχημάτων-κακώσεων	54	33,8
Αθρίτιδα/Ρευματικά	49	30,6
Σακχαρώδης Διαβήτης	45	28,1
Οστεοπόρωση	44	27,5
Ψυχικό νόσημα	32	20,0
Αιματολογικά	32	20,0
Αναπνευστικά	31	19,4
Θυροειδοπάθεια	31	19,4
Πνευμονική νόσος/Βρογχίτιδα	27	16,9
Ακοή	26	16,3
Ακράτεια	24	15,0
Εγκεφαλικό επεισόδιο	21	13,1
Καρκίνος	8	5,0
Νεφρική ανεπάρκεια	5	3,1
Νόσος Parkinson	5	3,1

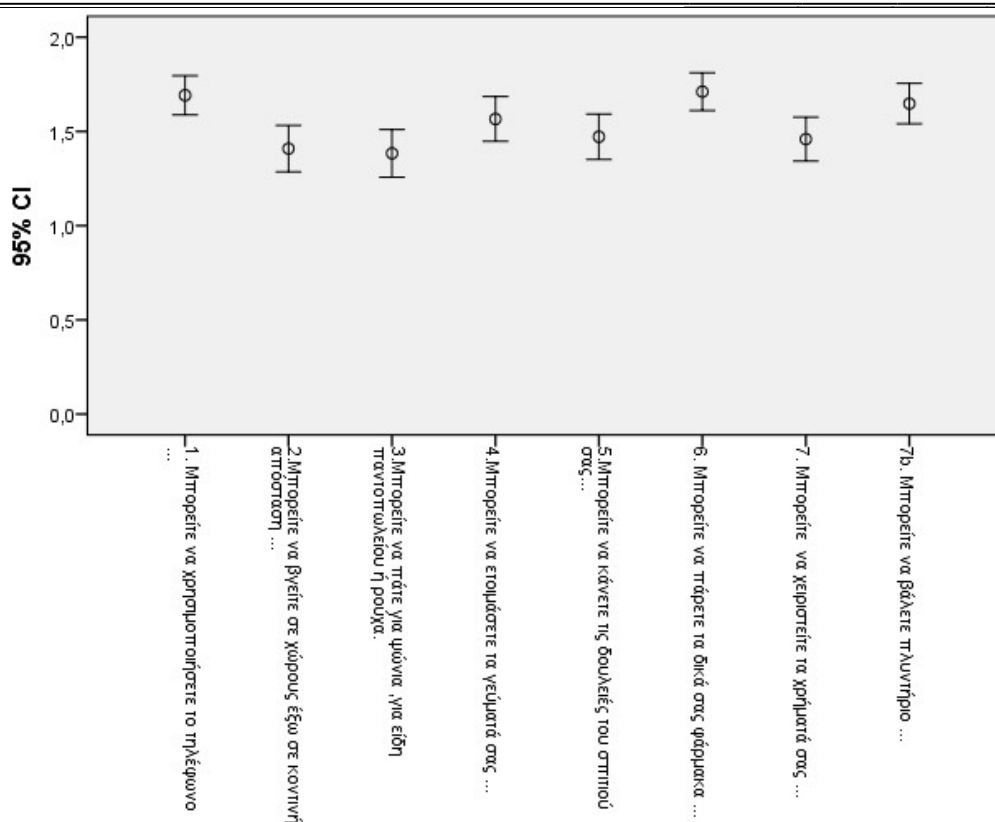


B. Καθημερινές δραστηριότητες (IADL)

Παρακάτω παρουσιάζεται το σύνολο των ερωτήσεων που αφορούν τις καθημερινές δραστηριότητες όπου το 0 αντιστοιχεί στο χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας και το 2 στο υψηλότερο. Όπως έχει αναφερθεί, από τις παρακάτω ερωτήσεις δημιουργείται μια νέα σύνθετη μεταβλητή από το άθροισμα των απαντήσεων. Η νέα μεταβλητή εκφράζει την λειτουργικότητα του ατόμου (εύρος τιμών 0 – 16, με την τιμή 8 να εκπροσωπεί το μέσο της κλίμακας).

Πίνακας 3: Στατιστικά στοιχεία ερωτήσεων για καθημερινές δραστηριότητες

	N	Min	Max	MO	TA
1. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το τηλέφωνο ...	159	0	2	1,69	0,665
2. Μπορείτε να βγείτε σε χώρους έξω σε κοντινή απόσταση ...	159	0	2	1,41	0,789
3. Μπορείτε να πάτε για ψώνια ,για είδη παντοπωλείου ή ρούχα.	159	0	2	1,38	0,810
4. Μπορείτε να ετοιμάσετε τα γεύματά σας ...	159	0	2	1,57	0,759
5. Μπορείτε να κάνετε τις δουλειές του σπιτιού σας...	159	0	2	1,47	0,770
6. Μπορείτε να πάρετε τα δικά σας φάρμακα ...	159	0	2	1,71	0,640
7. Μπορείτε να χειριστείτε τα χρήματά σας ...	159	0	2	1,46	0,744
8. Μπορείτε να βάλετε πλυντήριο ...	159	0	2	1,65	0,686
N	159				

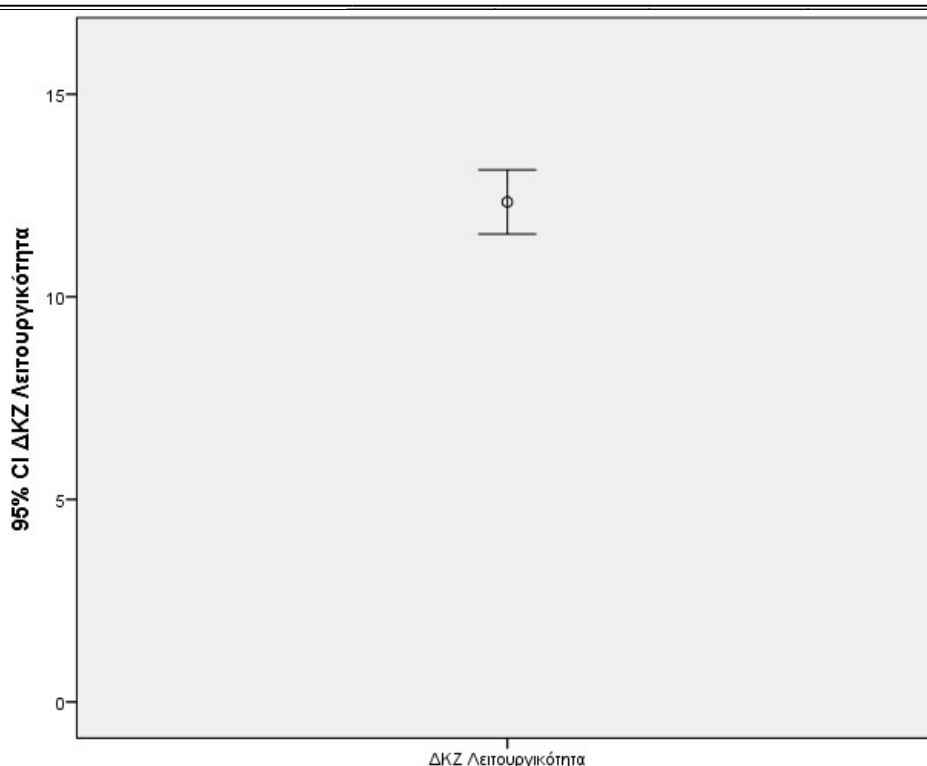


Γράφημα 2: Μέσες τιμές και διαστήματα εμπιστοσύνης καθημερινών δραστηριοτήτων

Σε όλες τις παραπάνω ερωτήσεις οι μέσες τιμές ήταν μεγαλύτερες του μέσου της κλίμακας [0-2] και άρα σε κάθε ερώτηση η μέση λειτουργικότητα θεωρείται υψηλή. Χαμηλότερες μέσες τιμές δηλώθηκαν στις ερωτήσεις 2 και 3, που ουσιαστικά αφορούν δραστηριότητες εκτός σπιτιού. Η μέση τιμή της συνολικής λειτουργικότητας ήταν 12,34 (TA= 5,065).

Πίνακας 4: Στατιστικά στοιχεία Λειτουργικότητας

	N	Min	Max	MT	TA
Λειτουργικότητα(IADL)	159	0	16	12,34	5,065
N	159				

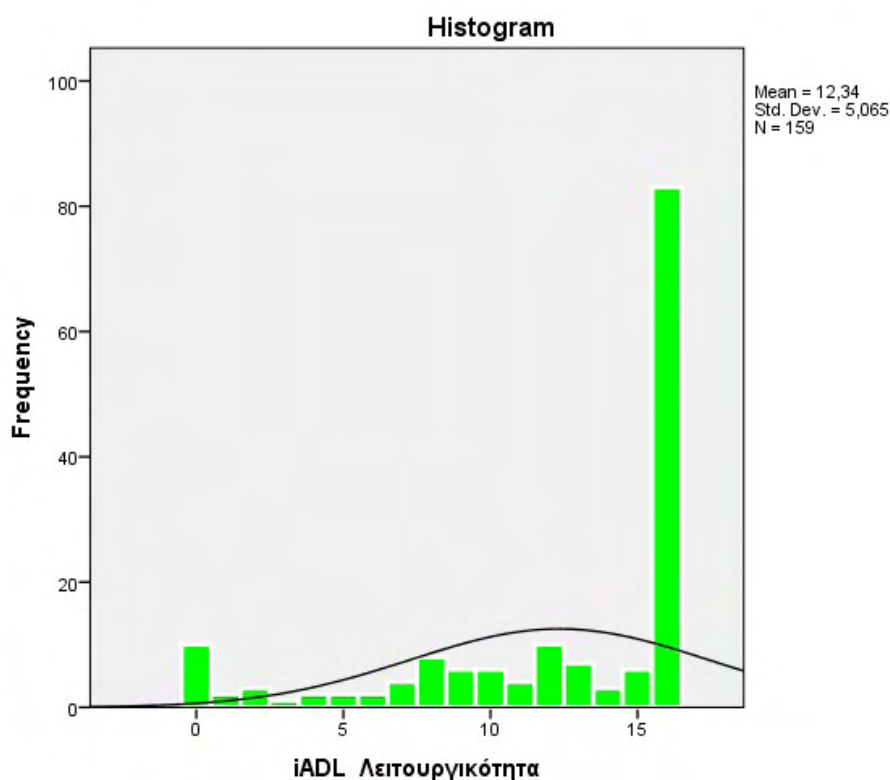


Γράφημα 2: Διάστημα μέσης τιμής λειτουργικότητας

Η μέση τιμή λειτουργικότητας ήταν $\mu = 12,34$ και κατατάσσεται στο υψηλό εύρος τιμών της κλίμακας καθώς είναι πάνω από την τιμή 8 που αντιπροσωπεύει το μέσο του συνολικού εύρους και που αντιστοιχεί στην ανάγκη ύπαρξης κάποιας βοήθειας. Συνεπώς η μέση λειτουργικότητα τοποθετείται στο μέσο του υψηλού εύρους τιμών [8-16] και άρα ενδιάμεσα των δηλώσεων «Χρειάζομαι κάποια βοήθεια» και «Μπορώ να τα καταφέρω χωρίς καμία βοήθεια».

Εξετάζοντας την κατανομή των απαντήσεων ανά τιμή λειτουργικότητας το 52,2% των περιπτώσεων δήλωσε την υψηλότερη τιμή [16] και άρα δεν χρειαζόταν καμία βοήθεια στο

σύνολο των δραστηριοτήτων. Αντίθετα το 6,3% δήλωσε τιμή 0 στο σύνολο των ερωτήσεων και άρα ήταν εντελώς ανίκανο να εξυπηρετήσει το σύνολο των δραστηριοτήτων που περιλαμβάνονται στο σύνολο των ερωτήσεων.



Γράφημα 3: Ιστόγραμμα κατανομής ποσοστών λειτουργικότητας

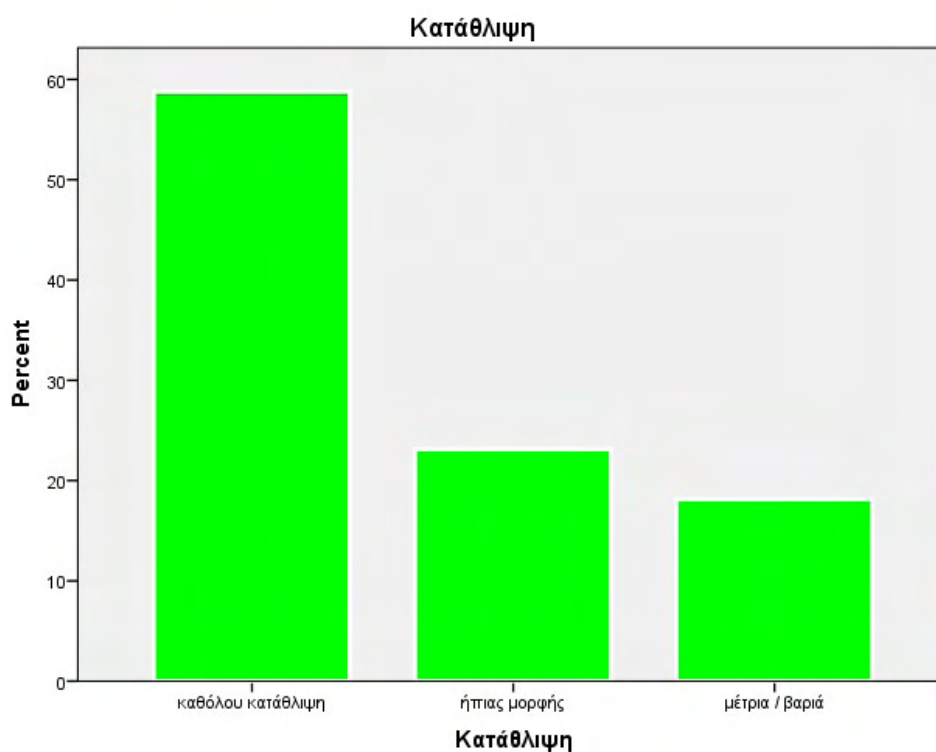
Γ. Κατάθλιξη (GDC-15)

Όπως έχει αναφερθεί το εύρος τιμών της κλίμακας κατάθλιξης είναι 0-15, με υψηλή τιμή να δηλώνει υψηλό επίπεδο κατάθλιξης. Η μέση βαθμολογία του πληθυσμού στην κλίμακα κατάθλιξης ήταν 5,68 (TA= 4,392).

Αναλυτικά η εικόνα της κατάθλιξης στον πληθυσμό της μελέτης φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3: Βαθμός κατάθλιψης:

Κατάθλιψη					
	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %	
καθόλου κατάθλιψη (0-6)	94	58,8	58,8	58,8	
ήπιος μορφής(7-10)	37	23,1	23,1	81,9	
μέτρια / βαριά(11-15)	29	18,1	18,1	100,0	
Σύνολο	160	100,0	100,0		



Γράφημα 4: Ραβδόγραμμα κατάθλιψης

Με βάση την κατανομή των ατόμων στις κατηγορίες της μεταβλητής προκύπτει ότι το 58,8% των ατόμων του δείγματος δεν πάσχουν από κατάθλιψη καθώς οι τιμές της κλίμακας είναι μικρότερες της τιμής 7.

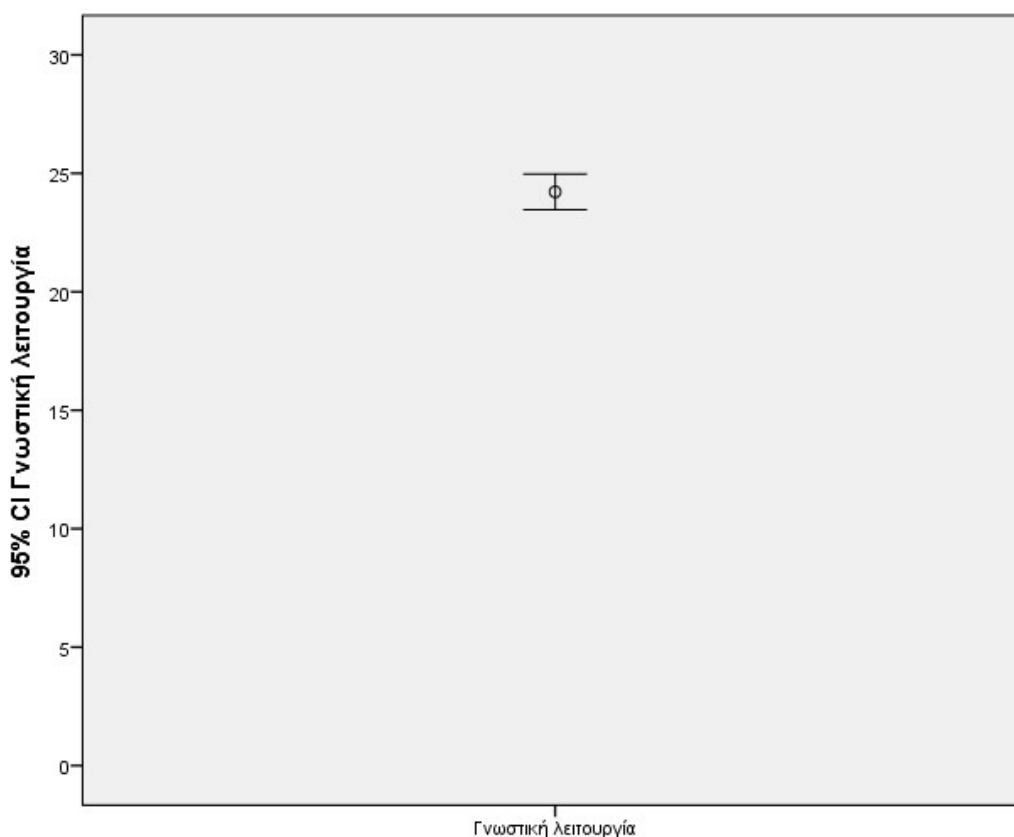
Αντίθετα το υπόλοιπο 41,2% των ατόμων εμφανίζουν κάποιας μορφής κατάθλιψη. Ειδικότερα το 23,1% των ατόμων κατατάσσονται στην κατηγορία ήπιας μορφής κατάθλιψης ενώ το 18,1% των ατόμων του δείγματος εμφανίζουν τιμές στην κλίμακα GDS-15 που ανήκουν στην κατηγορία της μέτριας ή βαριάς μορφής κατάθλιψη.

Δ. Γνωστική λειτουργία (MMSE)

Παρακάτω παρουσιάζεται η μέση τιμή της γνωστικής λειτουργίας. Όπως έχει αναφερθεί το εύρος τιμών είναι [0-30] με υψηλή τιμή να εκφράζει υψηλό επίπεδο λειτουργίας και ειδικότερα τιμή υψηλότερη της τιμής 27 εκφράζει κανονική λειτουργία.

Πίνακας 4: Στατιστικά γνωστικής λειτουργίας

	N	Min	Max	MT	TA
Γνωστική λειτουργία	157	9	30	24,22	4,768
N	157				



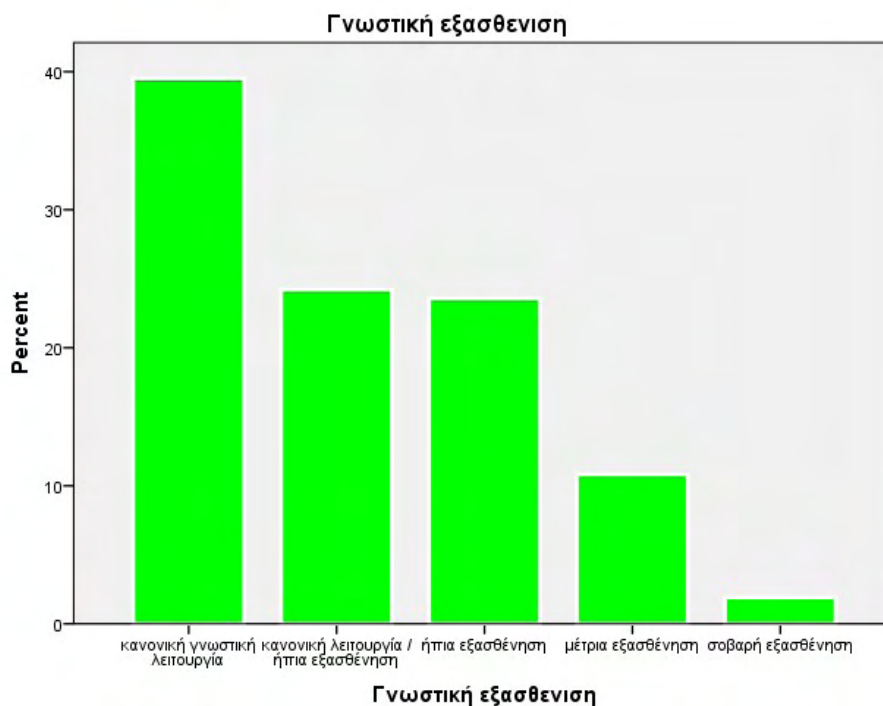
Γράφημα 5: Διάστημα μέσης τιμής γνωστικής λειτουργίας

Η συνολική μέση τιμή της γνωστικής λειτουργίας είναι $\mu=24,22$ η οποία είναι υψηλή, ωστόσο είναι μικρότερη της τιμής 27 πάνω από την οποία εκφράζεται η κανονική γνωστική λειτουργία.

Παρακάτω παρουσιάζεται μια πρώτη κατηγοριοποίηση των τιμών γνωστικής λειτουργίας με βάση μια ομαδοποίηση 5 κατηγοριών στις οποίες διαχωρίζονται οι ανώτερες τιμές στις ακόλουθες 3 ομάδες γνωστικής λειτουργίας: την κανονική λειτουργία, την ήπια εξασθένηση και ενδιάμεσως την κανονική λειτουργία με μία ήπια εξασθένηση. Ταυτόχρονα οι υπόλοιπες τιμές διαχωρίζονται σε 2 υποομάδες που αφορούν την μέτρια και την σοβαρή εξασθένηση όπου η σοβαρή εξασθένηση αφορά τιμές μικρότερες της τιμής 9.

Πίνακας 5: Συχνότητα Γνωστικής λειτουργίας

Γνωστική λειτουργία				
	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
κανονική γνωστική λειτουργία (27-30)	62	38,8	39,5	39,5
κανονική λειτουργία / ήπια έκπτωση (25-26)	38	23,8	24,2	63,7
ήπια έκπτωση (24-19)	37	23,1	23,6	87,3
μέτρια έκπτωση(10-18)	17	10,6	10,8	98,1
σοβαρή έκπτωση (0-9)	3	1,9	1,9	100,0
Σύνολο	157	98,1	100,0	
Ελλείπουσα τιμή	3	1,9		
Σύνολο	160	100,0		

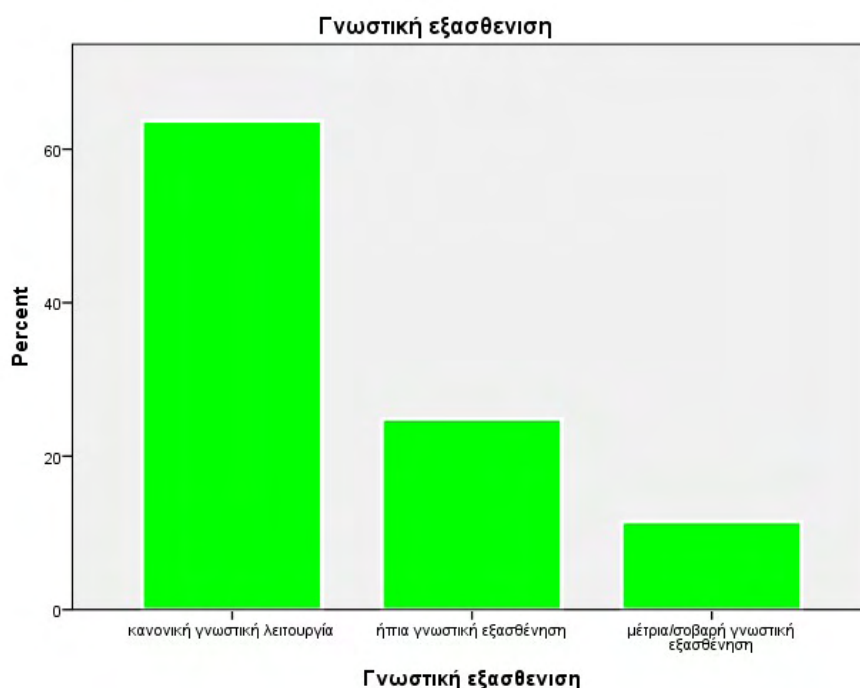


Γράφημα 6: Ραβδόγραμμα Γνωστικής λειτουργίας

Με βάση μια εκ νέου ομαδοποίηση της γνωστικής λειτουργίας όπου επανακαθορίζονται τα όρια των ομάδων ώστε να ομαδοποιηθούν οι τιμές των κατηγοριών μέτριας και σοβαρής έκπτωσης (τιμή κάτω του 17), να χαρακτηριστούν ως κανονικής γνωστικής λειτουργίας οι τιμές άνω της τιμής 24 και να καταγραφούν ως ήπιας έκπτωσης οι ενδιάμεσες τιμές προκύπτει:

Πίνακας 6: Γνωστική λειτουργία

Γνωστική λειτουργία				
	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
κανονική γνωστική λειτουργία	100	62,5	63,7	63,7
ήπια γνωστική έκπτωση	39	24,4	24,8	88,5
μέτρια/σοβαρή γνωστική έκπτωση	18	11,3	11,5	100,0
Σύνολο	157	98,1	100,0	
Ελλειπούσα τιμή	3	1,9		
Σύνολο	160	100,0		



Γράφημα 7: Ραβδόγραμμα Γνωστικής λειτουργίας

Με βάση τη νέα ομαδοποίηση, το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος κανονικής γνωστικής λειτουργίας είναι 63,7% και ακολουθεί το 24,5% των ατόμων, που εμφανίζει μια ήπια γνωστική εξασθένηση.

Τέλος, το 11,5% εμφανίζει γνωστική εξασθένηση η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί από μέτρια έως σοβαρή.

Έλεγχος εξάρτηση μεταξύ των κλιμάκων

Στη συνέχεια συσχετίστηκε η λειτουργικότητα με την κατάθλιψη και τη γνωστική λειτουργία με υπολογισμό του συντελεστή Spearman R. Τα αποτελέσματα είχαν ως εξής:

Πίνακας 7: Συσχέτιση λειτουργικότητας με κατάθλιψη και γνωστική λειτουργία

		Κατάθλιψη	Γνωστική λειτουργία
Λειτουργικότητα (IADL)	R	-0,382**	0,504**
	P	0,000	0,000
	N	159	156
Κατάθλιψη (GDC-15)	R		-0,287**
	P		0,000
	N		157

** . P<0,05

Οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές σε όλες τις περιπτώσεις. Αναλυτικά:

Η λειτουργικότητα συσχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη (R= -0,382, p= 0,000). Η συσχέτιση είναι αρνητική και ασθενής, που σημαίνει ότι μείωση της λειτουργικότητας συνδέεται με αύξηση της τιμής κατάθλιψης και αντίστροφα.

Η λειτουργικότητα συσχετίζεται σημαντικά με την γνωστική λειτουργία ($R= 0,504$, $p= 0,000$). Η συσχέτιση είναι θετική και μέτρια που σημαίνει ότι αύξηση της λειτουργικότητας συνδέεται με αύξηση της τιμής γνωστικής λειτουργίας και αντίστροφα.

Η γνωστική λειτουργία συσχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη ($R= -0,287$, $p= 0,000$). Η συσχέτιση είναι αρνητική και ασθενής που σημαίνει ότι μείωση της γνωστικής λειτουργίας συνδέεται με αύξηση της τιμής κατάθλιψης και αντίστροφα.

Πρέπει να αναφερθεί ότι οι παραπάνω σχέσεις δηλώνουν την αμοιβαία μεταβολή των επιπέδων των τριών μεταβλητών, χωρίς όμως να προσδιορίζεται η αιτιώδης συνάφεια των ζευγών μεταξύ τους.

Στη συνέχεια εξετάστηκαν οι συσχετίσεις των τριών μεταβλητών μεταξύ τους, αλλά χρησιμοποιώντας τις κατηγοριοποιημένες μεταβλητές, με την ακόλουθη μέθοδο:

Πίνακας 8:Συσχέτιση λειτουργικότητας και γνωστικής λειτουργίας με εφαρμογή Kruskal Wallis

IADL Λειτουργικότητα

Γνωστική λειτουργία	N	MO	TA	P
κανονική γνωστική λειτουργία	99	14,05	3,778	0,000
ήπια γνωστική έκπτωση	39	10,03	5,324	
μέτρια/σοβαρή γνωστική έκπτωση	18	8,22	5,917	
Σύνολο	156	12,37	5,000	

Από τα παραπάνω επιβεβαιώνεται το αρχικό αποτέλεσμα, δηλαδή ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση λειτουργικότητας και γνωστικής λειτουργίας ($p<0,05$). Εξετάζοντας τις επιμέρους μέσες τιμές, τα άτομα με κανονική γνωστική λειτουργία παρουσιάζουν υψηλότερη μέση λειτουργικότητα έναντι των υπολοίπων, που παρουσιάζουν ήπια/ μέτρια εξασθένηση, των οποίων η λειτουργικότητα τους είναι μειωμένη.

Η συσχέτιση κατάθλιψης και γνωστικής λειτουργίας έγινε με εφαρμογή της δοκιμασίας χ^2 :

Πίνακας 9: Συσχέτιση κατάθλιψης και γνωστικής λειτουργίας με εφαρμογή χ^2

		Κατάθλιψη		
		καθόλου κατάθλιψη	ήπιας μορφής	μέτρια / βαριά
Γνωστική λειτουργία	κανονική γνωστική λειτουργία	68,0%	18,0%	14,0%
	ήπια γνωστική έκπτωση	43,6%	33,3%	23,1%
	μέτρια/σοβαρή γνωστική έκπτωση	38,9%	33,3%	27,8%
Σύνολο		58,6%	23,6%	17,8%

	χ^2	βε	P
χ^2	10,246	4	0,036

Από τα παραπάνω επίσης προκύπτει επιβεβαίωση του αρχικού αποτελέσματος καθώς υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση κατάθλιψης και γνωστικής λειτουργίας ($p < 0,05$). Έτσι, το ποσοστό των ατόμων με κανονική γνωστική λειτουργία που παρουσιάζουν μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη είναι 14%, και η τιμή αυτή ανεβαίνει στο 23,1% σε άτομα με ήπια εξασθένηση και φτάνει το 27,8% σε άτομα με μέτρια ή σοβαρή εξασθένηση.

Σχέση λειτουργικών και γνωστικών παραμέτρων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Προκειμένου να διαπιστωθεί πιθανή συσχέτιση των λειτουργικών και γνωστικών παραμέτρων με τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων εφαρμόστηκε έλεγχος μέσω τιμών.

Τα αποτελέσματα είχαν ως εξής:

Φύλο

Πίνακας 10: Μέσες τιμές λειτουργικότητας , κατάθλιψης ,γνωστικής λειτουργίας με εφαρμογή t test

		N	MO	TA	T	Βε	P
ΦΥΛΟ							
Λειτουργικότητα (IADL)	Άνδρας	50	12,92	5,337	1,157	152	0,249
	Γυναίκα	104	11,90	4,990			
Κατάθλιψη (GDS-15)	Άνδρας	51	3,98	4,379	-3,296	153	0,001
	Γυναίκα	104	6,38	4,185			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	Άνδρας	49	25,78	4,017	2,990	150	0,003
	Γυναίκα	103	23,35	4,954			

Βλέπουμε ότι στατιστικά σημαντική συσχέτιση προέκυψε για τις μεταβλητές:

Κατάθλιψη [t(153)=-3,296, p<0,05)]. Διαπιστώθηκε υψηλότερη μέση τιμή κατάθλιψης στις γυναίκες έναντι των ανδρών.

Γνωστική λειτουργία [t(150)=2,990, p<0,05)]. Διαπιστώθηκε υψηλότερη μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας στους άνδρες έναντι των γυναικών.

Ηλικία

Πίνακας 11: Πίνακας έλεγχου μέσων τιμών με εφαρμογή t test

	ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	N	MO	TA	T	Βε	P
Λειτουργικότητα(IADL)	-80	80	13,41	4,804	2,874	151	,005
	80+	73	11,08	5,225			
Κατάθλιψη (GDS-15)	-80	81	5,60	4,563	-,554	152	,580
	80+	73	6,00	4,249			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	-80	79	25,78	3,459	4,468	149	,000
	80+	72	22,61	5,172			

Ως προς την ηλικία, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε για τις μεταβλητές:

Λειτουργικότητα [t(151)=2,875, p<0,05]. Διαπιστώθηκε υψηλότερη μέση τιμή λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους κάτω των 80 ετών έναντι των μεγαλύτερων.

Γνωστική λειτουργία [t(149)=4,468, p<0,05] Διαπιστώθηκε υψηλότερη μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας στους ηλικιωμένους κάτω των 80 ετών έναντι των μεγαλύτερων.

Επίπεδο εκπαίδευσης

Πίνακας 12: Πίνακας έλεγχου μέσων τιμών με εφαρμογή Kruskal Wallis

		N	MO	TA	P
Λειτουργικότητα (IADL)	Αγράμματος /η	24	9,58	5,315	0,002
	Πρωτοβάθμια μη ολοκληρωμένη	50	12,60	4,760	
	Πρωτοβάθμια ολοκληρωμένη	68	12,71	5,037	
	Σύνολο	142	12,14	5,087	
Κατάθλιψη (GDS-15)	Αγράμματος /η	24	7,63	4,412	0,032
	Πρωτοβάθμια μη ολοκληρωμένη	50	5,98	4,335	
	Πρωτοβάθμια ολοκληρωμένη	69	5,00	4,225	
	Σύνολο	143	5,78	4,367	
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	Αγράμματος /η	24	18,75	5,542	0,000
	Πρωτοβάθμια μη ολοκληρωμένη	50	24,24	4,493	
	Πρωτοβάθμια ολοκληρωμένη	68	25,37	3,442	
	Σύνολο	142	23,85	4,822	

Ως προς την εκπαίδευση, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε για τις μεταβλητές:

Λειτουργικότητα (p<0,05). Βρέθηκε χαμηλότερη μέση τιμή λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους χωρίς εκπαίδευση έναντι των υπολοίπων.

Κατάθλιψη (p<0,05). Βρέθηκε υψηλότερη μέση τιμή κατάθλιψης στους ηλικιωμένους χωρίς εκπαίδευση έναντι των ηλικιωμένων με ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια.

Γνωστική λειτουργία ($p < 0,05$). Διαπιστώθηκε χαμηλότερη μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας στους ηλικιωμένους χωρίς εκπαίδευση έναντι των υπολοίπων.

Οικογενειακή κατάσταση

Πίνακας 13: Πίνακας έλεγχου μέσων τιμών με εφαρμογή t test

		ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ	N	ΜΟ	ΤΑ	T	Βε	P
		ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
Λειτουργικότητα (IADL)	Έγγαμος	60	14,00	4,166	3,298	139	0,001	
	Χήρος/α	81	11,35	5,099				
Κατάθλιψη (GDS-15)	Έγγαμος	60	3,98	3,899	-4,263	139	0,000	
	Χήρος/α	81	6,94	4,190				
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	Έγγαμος	59	25,63	3,605	3,394	137	0,001	
	Χήρος/α	80	22,93	5,272				

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, στατιστικά σημαντική συσχέτιση διαπιστώθηκε για τις μεταβλητές:

Λειτουργικότητα [$t(139)=3,298$, $p < 0,05$]. Βρέθηκε υψηλότερη μέση τιμή λειτουργικότητας στους εγγάμους έναντι των χήρων.

Κατάθλιψη [$t(139)=-4,263$, $p < 0,05$]. Βρέθηκε χαμηλότερη μέση τιμή κατάθλιψης στους εγγάμους έναντι των χήρων.

Γνωστική λειτουργία [$t(137)=3,394$, $p < 0,05$]. Βρέθηκε υψηλότερη μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας στους εγγάμους έναντι των χήρων.

Συνθήκες διαβίωσης

Πίνακας 14: Πίνακας έλεγχου μέσων τιμών με εφαρμογή t test

	MENETE	N	MO	TA	T	Bε	P
	ΜΟΝΟΣ/Η;						
Λειτουργικότητα (IADL)	Ναι	64	12,67	4,306	,622	156	0,535
	Όχι	94	12,16	5,542			
Κατάθλιψη (GDS-15)	Ναι	65	6,68	4,316	2,583	157	0,011
	Όχι	94	4,89	4,254			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	Ναι	64	24,19	4,461	-,208	154	0,835
	Όχι	92	24,35	4,902			

Ως προς τις συνθήκες διαβίωσης, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μόνο για την κατάθλιψη [$t(157)=2,583$, $p<0,05$]. Υπήρχε υψηλότερη μέση τιμή κατάθλιψης στα άτομα που μένουν μόνα τους έναντι των υπολοίπων.

Επίπεδο επικοινωνίας με φιλικό περιβάλλον

Πίνακας 15: Μέσες τιμές με εφαρμογή Kruskal Wallis

Επικοινωνία με φιλικό περιβάλλον		N	MO	TA	P
Λειτουργικότητα (IADL)	Συχνή	93	14,11	3,846	0,000
	Αραιή	21	9,19	5,793	
	Σπάνια	26	9,69	5,620	
	Δεν υπάρχει επικοινωνία	15	9,93	5,378	
	Σύνολο	155	12,30	5,093	
Κατάθλιψη (GDC-15)	Συχνή	94	4,03	3,772	0,000
	Αραιή	21	7,38	4,165	

	Σπάνια	26	8,62	4,272	
	Δεν υπάρχει επικοινωνία	15	8,20	3,745	
	Σύνολο	156	5,65	4,368	
	Συχνή	93	25,48	3,841	0,000
	Αραιή	21	20,81	5,288	
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	Σπάνια	25	23,64	5,147	
	Δεν υπάρχει επικοινωνία	15	22,53	5,397	
	Σύνολο	154	24,26	4,717	

Ως προς την επικοινωνία, στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτει με τις μεταβλητές:

Λειτουργικότητα ($p < 0,05$). Διαπιστώνεται υψηλότερη μέση τιμή λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους με συχνή επικοινωνία έναντι των υπολοίπων.

Κατάθλιψη ($p < 0,05$). Διαπιστώνεται χαμηλότερη μέση τιμή κατάθλιψης στους ηλικιωμένους με συχνή επικοινωνία έναντι των υπολοίπων.

Γνωστική λειτουργία ($p < 0,05$). Διαπιστώνεται υψηλότερη μέση τιμή λειτουργικότητας στους ηλικιωμένους με συχνή επικοινωνία έναντι των υπολοίπων.

Οικονομικό επίπεδο

Πίνακας 16: Μέσες τιμές με εφαρμογή t test

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ		N	ΜΟ	ΤΑ	T	Βε	P
Λειτουργικότητα(IADL)	Χαμηλό	93	11,97	5,214	-1,320	153	0,189
	Μεσαίο	62	13,05	4,636			
Κατάθλιψη	Χαμηλό	93	6,40	4,304	2,683	154	0,008
	Μεσαίο	63	4,52	4,246			
Γνωστική λειτουργία	Χαμηλό	92	23,70	4,876	-1,786	151	0,076
	Μεσαίο	61	25,08	4,421			

Ως προς το οικονομικό επίπεδο, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρείται ως προς την κατάθλιψη [$t(154)=2,683, p<0,05$]. Παρατηρείται αύξηση της κατάθλιψης όσο μειώνεται το οικονομικό επίπεδο.

Παθήσεις

Πίνακας 17: Μέσες τιμές με εφαρμογή t test

Καρδιολογικά		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	Ναι	76	11,63	5,388	-1,697	157	0,092
	Όχι	83	12,99	4,689			
Κατάθλιψη (GDC-15)	Ναι	76	6,80	4,628	3,176	158	0,002
	Όχι	84	4,65	3,922			
Γνωστική λειτουργία(MMSE)	Ναι	75	23,92	4,909	-0,744	155	0,458
	Όχι	82	24,49	4,649			

Υπέρταση		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα(IADL)	Ναι	125	12,12	5,185	-1,049	157	0,296
	Όχι	34	13,15	4,580			
Κατάθλιψη (GDC-15)	Ναι	125	5,79	4,358	0,636	158	0,526
	Όχι	35	5,26	4,553			
Γνωστική λειτουργία(MMSE)	ναι	123	24,02	4,742	-0,960	155	0,338
	όχι	34	24,91	4,870			

Υπερλιπιδαιμία		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	ναι	88	13,41	4,538	3,040	157	0,003
	όχι	71	11,01	5,394			
Κατάθλιψη (GDC-15)	ναι	88	5,50	4,307	-0,556	158	0,579
	όχι	72	5,89	4,515			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	ναι	86	24,59	4,610	1,089	155	0,278
	όχι	71	23,76	4,947			

Εγκεφαλικό επεισόδιο		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	ναι	21	10,24	5,761	-2,062	157	0,041
	όχι	138	12,66	4,895			
Κατάθλιψη (GDC-15)	ναι	21	8,90	3,820	3,762	158	0,000
	όχι	139	5,19	4,276			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	ναι	21	23,14	3,953	-1,110	155	0,269
	όχι	136	24,38	4,873			

Σακχαρώδης Διαβήτης		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	ναι	45	12,98	4,387	0,998	157	0,320
	όχι	114	12,09	5,306			
Κατάθλιψη(GDC-15)	ναι	45	5,47	4,148	-0,374	158	0,709
	όχι	115	5,76	4,499			
Γνωστική λειτουργία(MMSE)	ναι	44	24,73	4,627	0,837	155	0,404
	όχι	113	24,02	4,827			

Πνευμονική νόσος /Βρογχίτιδα		N	MO	TA	T	Βε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	ναι	27	11,22	6,047	-1,260	157	0,209
	όχι	132	12,57	4,835			
Κατάθλιψη(GDC-15)	ναι	27	5,70	4,410	0,037	158	0,970
	όχι	133	5,67	4,405			
Γνωστική λειτουργία(MMSE)	ναι	27	23,19	6,051	-1,237	155	0,218
	όχι	130	24,43	4,455			

Αναπνευστικά		N	MO	TA	T	Βε	P
Λειτουργικότητα(IADL)	ναι	31	10,35	5,817	-2,471	157	0,015
	Όχι	128	12,82	4,768			
Κατάθλιψη (GDC-15)	Ναι	31	6,97	4,799	1,839	158	0,068
	Όχι	129	5,36	4,250			
Γνωστική λειτουργία(MMSE)	Ναι	31	22,55	5,366	-2,201	155	0,029
	Όχι	126	24,63	4,539			

Αρθρίτιδα/ Ρευματικά		N	MO	TA	T	Βε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	Ναι	49	11,80	5,354	-0,903	157	0,368
	Όχι	110	12,58	4,937			
Κατάθλιψη (GDC-15)	Ναι	49	6,71	4,223	2,008	158	0,046
	Όχι	111	5,22	4,405			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	Ναι	49	24,55	4,592	0,591	155	0,556
	Όχι	108	24,06	4,859			

Οστεοπόρωση		N	MO	TA	T	Βε	p
Λειτουργικότητα (IADL)	Ναι	44	11,45	4,140	-1,367	157	0,174
	Όχι	115	12,68	5,355			
Κατάθλιψη (GDC-15)	Ναι	44	6,55	3,991	1,551	158	0,123
	Όχι	116	5,34	4,507			
Γνωστική λειτουργία(MMSE)	Ναι	43	22,30	4,708	-3,178	155	0,002
	Όχι	114	24,94	4,607			

Ιστορικό ατυχημάτων- κακώσεων		N	MO	TA	T	Βε	p
Λειτουργικότητα (IADL)	Ναι	54	9,43	5,705	-5,696	157	0,000
	Όχι	105	13,84	3,964			
Κατάθλιψη (GDC-15)	Ναι	54	7,20	3,799	3,235	158	0,001
	Όχι	106	4,90	4,485			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	Ναι	54	22,74	4,802	-2,873	155	0,005
	Όχι	103	24,99	4,586			

Θυρεοειδοπάθεια		N	MO	TA	T	Βε	p
Λειτουργικότητα(IADL)	Ναι	31	12,87	4,856	0,650	157	0,517
	Όχι	128	12,21	5,125			
Κατάθλιψη(GDC-15)	Ναι	31	5,48	4,464	-0,269	158	0,788
	Όχι	129	5,72	4,391			
Γνωστική λειτουργία(MMSE)	Ναι	30	22,50	5,387	-2,220	155	0,028
	Όχι	127	24,62	4,539			

Αιματολογικά		N	MO	TA	T	Bε	p
Λειτουργικότητα (IADL)	ναι	32	9,72	6,150	-3,382	157	0,001
	όχι	127	13,00	4,548			
Κατάθλιψη (GDC-15)	ναι	32	6,88	4,210	1,739	158	0,084
	όχι	128	5,38	4,401			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	ναι	31	23,58	4,972	-0,828	155	0,409
	όχι	126	24,37	4,724			

Ψυχικό νόσημα		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	ναι	32	12,19	5,202	-0,190	157	0,850
	όχι	127	12,38	5,050			
Κατάθλιψη (GDC-15)	ναι	32	9,56	3,926	6,228	158	0,000
	όχι	128	4,70	3,953			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	ναι	30	23,23	4,431	-1,258	155	0,210
	όχι	127	24,45	4,832			

Προβλήματα όρασης		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	ναι	78	12,83	4,749	1,208	157	0,229
	όχι	81	11,86	5,338			
Κατάθλιψη (GDC-15)	ναι	78	6,33	4,460	1,864	158	0,064
	όχι	82	5,05	4,260			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	ναι	76	24,51	4,846	0,754	155	0,452
	όχι	81	23,94	4,707			

Προβλήματα ακοής		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	ναι	26	10,96	6,219	-1,523	157	0,130
	όχι	133	12,61	4,789			
Κατάθλιψη (GDC-15)	ναι	26	5,77	4,141	0,119	158	0,905
	όχι	134	5,66	4,454			
Γνωστική λειτουργία(MMSE)	ναι	26	23,85	5,774	-0,433	155	0,666
	όχι	131	24,29	4,565			

Διαταραχές Ύπνου		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα (IADL)	ναι	59	12,54	4,987	0,387	157	0,700
	όχι	100	12,22	5,132			
Κατάθλιψη(GDC-15)	ναι	59	7,88	4,173	5,246	158	0,000
	όχι	101	4,39	4,002			
Γνωστική λειτουργία(MMSE)	ναι	58	24,48	4,118	0,534	155	0,594
	όχι	99	24,06	5,125			

Ακράτεια		N	MO	TA	T	Bε	P
Λειτουργικότητα(IADL)	Ναι	24	8,92	6,567	-3,737	157	0,000
	Όχι	135	12,95	4,514			
Κατάθλιψη(GDC-15)	Ναι	24	7,88	3,405	2,714	158	0,007
	Όχι	136	5,29	4,442			
Γνωστική λειτουργία (MMSE)	Ναι	24	22,38	6,261	-2,077	155	0,039
	Όχι	133	24,55	4,394			

Ως προς τις συνυπάρχουσες παθήσεις, παρατηρούνται οι ακόλουθες στατιστικά συσχετίσεις:

Καρδιολογικά:

Με Κατάθλιψη [$t(158)=3,176, p<0,05$]: η μέση τιμή κατάθλιψης είναι υψηλότερη στα άτομα με πάθηση.

Υπέρταση: Καμία συσχέτιση.

Υπερλιπιδαιμία:

Με Λειτουργικότητα [$t(157)=3,040, p<0,05$]: η μέση τιμή λειτουργικότητας είναι υψηλότερη στα άτομα με πάθηση.

Εγκεφαλικό:

Με Λειτουργικότητα [$t(157)=-2,062, p<0,05$]: η μέση τιμή λειτουργικότητας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Με Κατάθλιψη [$t(158)=3,762, p<0,05$]: η μέση τιμή κατάθλιψης είναι υψηλότερη στα άτομα με πάθηση.

Διαβήτης: Καμία συσχέτιση.

Αναπνευστικά:

Με Λειτουργικότητα [$t(157)=-2,471, p<0,05$]: η μέση τιμή λειτουργικότητας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Με Γνωστική λειτουργία [$t(155)=-2,201, p<0,05$]: η μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Αρθρίτιδα:

Με Κατάθλιψη [$t(158)=2,008, p<0,05$]: η μέση τιμή κατάθλιψης είναι υψηλότερη στα άτομα με πάθηση.

Οστεοπόρωση:

Με Γνωστική λειτουργία [$t(155)=-3,178, p<0,05$]: η μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Ιστορικό ατυχημάτων-κακώσεων

Με Λειτουργικότητα [$t(157)=-5,969, p<0,05$]: η μέση τιμή λειτουργικότητας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Με Κατάθλιψη [$t(158)=3,235, p<0,05$]: η μέση τιμή κατάθλιψης είναι υψηλότερη στα άτομα με πάθηση.

Με Γνωστική λειτουργία [$t(155)=-2,873, p<0,05$]: η μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Θυροειδοπάθεια

Με Γνωστική λειτουργία [$t(155)=-2,220, p<0,05$]: η μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Αιματολογικά

Με Λειτουργικότητα [$t(157)=-3,382, p<0,05$]: η μέση τιμή λειτουργικότητας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Ψυχικό νόσημα

Με Κατάθλιψη [$t(158)=6,228, p<0,05$]: η μέση τιμή κατάθλιψης είναι υψηλότερη στα άτομα με πάθηση. Βέβαια εδώ θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η κατάθλιψη είναι από μόνη της ψυχιατρικό νόσημα.

Προβλήματα όρασης: Καμία συσχέτιση

Προβλήματα ακοής: Καμία συσχέτιση

Διαταραχές Ύπνου

Με Κατάθλιψη [$t(158)=5,246, p<0,05$]: η μέση τιμή κατάθλιψης είναι υψηλότερη στα άτομα με πάθηση.

Ακράτεια

Με Λειτουργικότητα [$t(157)=-3,737, p<0,05$]: η μέση τιμή λειτουργικότητας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Με Κατάθλιψη [$t(158)=2,714, p<0,05$]: η μέση τιμή κατάθλιψης είναι υψηλότερη στα άτομα με πάθηση.

Με Γνωστική λειτουργία [$t(155)=-2,077, p<0,05$]: η μέση τιμή γνωστικής λειτουργίας είναι μειωμένη στα άτομα με πάθηση.

Εξετάζοντας ξανά τις μεταβλητές ως προς τα δημογραφικά στοιχεία αλλά χρησιμοποιώντας τις ομαδοποιημένες σύνθετες μεταβλητές και εφαρμόζοντας τη δοκιμασία χ^2 προκύπτουν οι παρακάτω εξαρτήσεις. Παρακάτω αναφέρονται μόνο οι περιπτώσεις που οι εξαρτήσεις είναι στατιστικά σημαντικές:

Κατάθλιψη και δημογραφικά στοιχεία:

Πίνακας 18 : Κατάθλιψη και δημογραφικά με εφαρμογή χ^2

		Κατάθλιψη					
		καθόλου κατάθλι ψη	ήπιες μορφές	μέτρια / βαριά	X2	Bε	P
ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Ανδρας	80,4%	7,8%	11,8%	13,974	2	0,001
	Γυναίκα	50,0%	29,8%	20,2%			
ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	-80						
	80+						
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Αγράμματος /η	33,3%	37,5%	29,2%	9,777	4	0,044
	Α'βάθμια μη ολοκληρωμένη	52,0%	30,0%	18,0%			
	Α'βάθμια ολοκληρωμένη	68,1%	17,4%	14,5%			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	Έγγαμος	80,0%	8,3%	11,7%	21,521	2	0,000
	Χήρος/α	42,0%	35,8%	22,2%			
ΜΕΝΕΤΕ ΜΟΝΟΣ/Η;	Ναι	43,1%	35,4%	21,5%	12,684	2	0,002
	Όχι	70,2%	14,9%	14,9%			
Γιος							ΜΣ
Κόρη							ΜΣ
Εγγόνι							ΜΣ
Σύζυγος	Ναι	78,7%	9,8%	11,5%	16,202	2	0,000
	Όχι	46,9%	31,6%	21,4%			
Αδερφός/η							ΜΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Χαμηλό	49,5%	30,1%	20,4%	9,256	2	0,010
	Μεσαίο	73,0%	12,7%	14,3%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτει με:

Το φύλο, όπου το ποσοστό των γυναικών με μέτρια/σοβαρή κατάθλιψη είναι 20,2% έναντι 11,8% των ανδρών

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, όπου το ποσοστό των αγράμματων με μέτρια/σοβαρή κατάθλιψη είναι 29,2% και σταδιακά μικραίνει στο 14,5% στα άτομα με ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Την οικογενειακή κατάσταση, όπου το ποσοστό των χήρων με μέτρια/σοβαρή κατάθλιψη είναι 22,2% έναντι του 11,7% των έγγαμων.

Τις συνθήκες διαμονής, όπου το ποσοστό των ατόμων με μέτρια/σοβαρή κατάθλιψη είναι 21,5% στα άτομα που μένουν μόνα τους έναντι του 14,9% των υπολοίπων.

Το οικονομικό επίπεδο, όπου το ποσοστό των ατόμων με μέτρια/σοβαρή κατάθλιψη είναι 20,4% για όσους έχουν χαμηλό επίπεδο έναντι του 14,3% των υπολοίπων.

Γνωστική λειτουργία και δημογραφικά στοιχεία:

Πίνακας 19: Γνωστικής λειτουργίας και δημογραφικών στοιχείων με εφαρμογή χ^2

		Γνωστική λειτουργία			Χ ²	βε	ρ
		κανονική γνωστική λειτουργία	ήπια γνωστική εξασθένηση	μέτρια/ σοβαρή γνωστική εξασθένηση			
ΦΥΛΟ	Ανδρας	77,6%	18,4%	4,1%	7,322	2	,026
	Γυναίκα	56,3%	28,2%	15,5%			
ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	-80	78,5%	16,5%	5,1%	15,259	2	,000
	80+	48,6%	33,3%	18,1%			
	Αγράμματος /η	20,8%	29,2%	50,0%			
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Αβάθμια μη ολοκληρωμένη	66,0%	28,0%	6,0%			
	Αβάθμια ολοκληρωμένη	70,6%	25,0%	4,4%			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚ Α ΣΤΟΙΧΕΙΑ	Έγγαμος	76,3%	18,6%	5,1%	8,418	2	,015
	Χήρος/α	53,8%	28,8%	17,5%			
ΜΕΝΕΤΕ ΜΟΝΟΣ/Η;							ΜΣ
Γιος							ΜΣ

Κόρη							ΜΣ
Εγγόνι							ΜΣ
Σύζυγος	Ναι	76,7%	18,3%	5,0%	7,246	2	,027
	Όχι	56,3%	29,2%	14,6%			
Αδερφός/η							ΜΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	Χαμηλό	53,3%	34,8%	12,0%	13,535	2	,001
	Μεσαίο	80,3%	9,8%	9,8%			

Στατιστικά σημαντική εξάρτηση προκύπτει με:

Το φύλο, όπου το ποσοστό των γυναικών με φυσιολογική λειτουργία είναι 56,3% έναντι του 77,6% των ανδρών.

Την ηλικία, όπου το ποσοστό των ατόμων κάτω των 80 με κανονική λειτουργία είναι 78,5% έναντι του 48,6% των υπολοίπων.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, όπου το ποσοστό των ατόμων με κανονική λειτουργία είναι 20,8% στα άτομα χωρίς εκπαίδευση έναντι του 70,6% των ατόμων με ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Την οικογενειακή κατάσταση, όπου το ποσοστό των έγγαμων με κανονική λειτουργία είναι 76,3% έναντι του 53,8% των χήρων.

Τις συνθήκες διαμονής όπου το ποσοστό των ατόμων με κανονική λειτουργία είναι 76,7% για όσους μένουν με τη/τον σύζυγο έναντι του 56,3% των υπολοίπων.

Το οικονομικό επίπεδο, όπου το ποσοστό των ατόμων με κανονική λειτουργία είναι 53,3% για εκείνους που έχουν χαμηλό επίπεδο έναντι του 80,3% των υπολοίπων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ –ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

▪ *Περιορισμοί της μελέτης*

Η παρούσα μελέτη ήταν συγχρονική και απεικονίζει τα υπάρχοντα περιστατικά του προγράμματος ‘Βοήθεια στο σπίτι’ Δήμου Αλμυρού στη διάρκεια μιας δεδομένης χρονικής στιγμής. Ένας περιορισμός της παρούσας μελέτης ήταν ότι η έρευνα έγινε απογραφικά στη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων και όχι με εξαγωγή δείγματος από τον γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων (που μπορεί να μη μετείχαν στο πρόγραμμα). Αυτό αποτελεί βασικό περιορισμό της έρευνας διότι τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την επεξεργασία των δεδομένων αναφέρονται στην ομάδα αυτή και μπορεί να μην είναι αντιπροσωπευτικά του συνολικού ηλικιωμένου πληθυσμού στην κοινότητα.

• *Κύρια ευρήματα της μελέτης*

Στην παρούσα εργασία (αναφορικά με την κλίμακα MMSE) στην περίπτωση που το εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν χαμηλό στους υπολογισμούς / δυνατότητα αριθμητικών πράξεων χρησιμοποιούνταν αφαιρετικά από το 100 η εικοσάδα, δηλαδή 100 αφαιρώ 20 κλπ. Στην κατονομασία/αναγνώριση δύο αντικειμένων (ρολόι, μολύβι) αυτό γινόταν με ιδιαίτερη ευκολία. Στο κομμάτι της αυτόματης γραφής (γράψτε μια ολοκληρωμένη πρόταση που πρέπει να περιέχει ρήμα και υποκείμενο) οι περισσότεροι δεν αντιλαμβάνονταν τους όρους υποκείμενο – ρήμα – αντικείμενο και η συμπλήρωση έγινε με υπόδειξη της ερευνήτριας. Τα ορθογραφικά λάθη που προέκυπταν από τη σύνταξη της πρότασης δεν συμπεριλήφθηκαν ως λάθος αν συνολικά η λέξη και η πρόταση μπορούσε να διαβαστεί και έβγαινε νόημα.

Επίσης στην αυτόματη γραφή και στην υπόδειξη «διαβάστε και κάντε ότι γράφει το χαρτί», οι περισσότεροι διάβαζαν τις λέξεις με αργό ρυθμό καθώς επίσης και στην αυτόματη γραφή έγραφαν με αρκετά αργό ρυθμό. Οι ηλικιωμένοι φάνηκε πως δεν κάνουν ιδιαίτερη χρήση του μολυβιού ενώ δυσκολία υπήρξε στην αντιγραφή των δυο τεμνόμενων πενταγώνων.

Στην καθυστερημένη ανάκληση των τριών λέξεων (λεμόνι, κλειδί, μολύβι) που είχαν ζητηθεί προηγουμένως, ένα μεγάλο ποσοστό δεν θυμόταν τις δύο από τις τρεις λέξεις, γεγονός που επιβεβαιώνει ότι στους ηλικιωμένους πλήττεται η βραχυπρόθεσμη μνήμη^[21,20].

Στην ερώτηση «σε ποιά χώρα βρισκόμαστε;» αρκετοί από τους ηλικιωμένους συγγέαν την χώρα με την πόλη που ζούν.

Στην παρούσα μελέτη αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά το εκπαιδευτικό επίπεδο των ηλικιωμένων φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με τη γνωστική λειτουργία με ποσοστό για αυτούς που δεν είχαν καμία εκπαίδευση να φτάνει το 50% στη μέτρια/σοβαρή γνωστική εξασθένηση, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στη μελέτη των Anderson και συν^[38] και των Xiangfei and Carl D’Arcy^[9].

Έρευνα των Sosa και συν ¹⁶⁴ δείχνει ότι η προχωρημένη ηλικία και η εκπαίδευση, αλλά όχι το φύλο, επηρεάζουν σημαντικά τα αποτελέσματα γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την παρούσα εργασία, καθώς και το φύλο φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα της γνωστικής εξασθένησης (28,2% μέτρια γνωστική εξασθένηση στις γυναίκες έναντι 18,4% στους άντρες), ενώ η προχωρημένη ηλικία δεν φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά. Στην παρούσα μελέτη επίσης το χαμηλό οικονομικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την γνωστική εξασθένηση γεγονός που επιβεβαιώνεται στη μελέτη των Anderson και συν ¹³⁸ και των Calson και συν ¹²².

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται η σχέση χρόνιων νοσημάτων και γνωστικής έκπτωσης νοσήματα όπως υπερλιπιδαιμία, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, όπως επιβεβαιώνεται και στην μελέτη των Vanda Ho και συν ¹³⁵ καθώς και άλλων νοσημάτων όπως καρδιολογικά, έλλειψη βιταμίνης B12 κ.ά. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε χαμηλή τιμή στη γνωστική έκπτωση στην υπέρταση, υπερλιπιδαιμία, θυροειδοπάθεια, αναπνευστικά, όχι όμως όμως στο σακχαρώδη διαβήτη, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη των Etgen και συν ¹³⁶.

Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών είναι πολλές φορές αντικρουόμενα όσον αφορά τη συσχέτιση συγκεκριμένων νοσημάτων και γνωστικής έκπτωσης και χρειάζεται περισσότερη έρευνα πάνω σε αυτό (αν η γνωστική έκπτωση προηγήθηκε των νοσημάτων ή αν επήλθε ως αποτέλεσμα). Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τα χρόνια νοσήματα δόθηκαν σε σχέση με τη φαρμακευτική τους αγωγή (αν λάμβαναν φάρμακα για όλα τα προαναφερόμενα νοσήματα τη δεδομένη χρονική στιγμή της έρευνας) .

Στην παρούσα εργασία η κατάθλιψη βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη γνωστική έκπτωση. Η συσχέτιση είναι αρνητική, που σημαίνει ότι μείωση της γνωστικής λειτουργίας συνδέεται με αύξηση της τιμής κατάθλιψης και αντίστροφα, γεγονός που επιβεβαιώνεται στην έρευνα των Kerala-Einstein ¹⁵⁰.

Στην κλινική πρακτική, η έγκαιρη διαφορική διάγνωση της σοβαρής κατάθλιψης από την άνοια παραμένει δύσκολη, πολλές φορές η κατάθλιψη θεωρείται ως επακόλουθο της γήρανσης, γεγονός που οδηγεί σε λανθασμένη διάγνωση. Όπως προκύπτει και από τη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει μια διαγνωστική σύγχυση αναφορικά με την ψευδοάνοια, την κατάθλιψη και την ήπια γνωστική εξασθένηση σύμφωνα με την μελέτη των Augustinas Rotomskis και συν¹⁵⁶.

Στην παρούσα μελέτη οι απαντήσεις στην κλίμακα της GDC-15 δίνονταν κάποιες φορές με βάση τη συνολική εικόνα και συναισθηματική κατάσταση του ηλικιωμένου (πχ στην ερώτηση «Βαριέστε συχνά; Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;» όπως και σε άλλες

ερωτήσεις υπήρχε μια δυσκολία διότι οι εξεταζόμενοι δεν αντιλαμβάνονταν τη χρήση του επιρρήματος «συχνά» και απαντούσαν «κάποιες φορές είμαι στα κέφια μου και κάποιες όχι». Η εμπειρία καθώς και η επαφή πρόσωπο με πρόσωπο με τον ηλικιωμένο φάνηκε πως ήταν όχι μόνο σημαντική αλλά και καθοριστικής σημασίας στην ανίχνευση της κατάθλιψης.

Αναφορικά με τη συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων και κατάθλιψης, στην παρούσα εργασία φαίνεται ότι το γυναικείο φύλο εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους άντρες, γεγονός που επιβεβαιώνεται και στη μελέτη των Aziz και Steffens ¹⁴⁹.

Επίσης συσχέτιση γνωστικής έκπτωσης και λειτουργικότητας των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής αναφέρεται στη μελέτη των Fujiwara και συν¹⁶⁵. Όπου η μειωμένη γνωστική λειτουργία όπως και η κατάθλιψη σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά λειτουργικότητας (όπως βάδισμα, ψώνια, οικιακές εργασίες διαχείριση χρημάτων), πράγμα που επιβεβαιώνεται τόσο στην παρούσα μελέτη με στατιστικά σημαντική συσχέτιση, όσο και διεθνώς ^{150,66}.

Η IADL μπορεί να είναι γνωστικά εστιασμένη (σωματικά π.χ. στη συντήρηση του σπιτιού, τα ψώνια, το βάδισμα έξω σε κοντινή απόσταση κλπ). Στο σύνολό τους, οι μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με MCI επιδεικνύουν μεγαλύτερη προκλινική αναπηρία στο να εκτελούν δραστηριότητες από τα άτομα με φυσιολογική γνωστική λειτουργία όπως αποδεικνύει η μελέτη των Reppermund και συν.¹⁶⁷.

Το αποτέλεσμα αυτό αναδεικνύεται και στην παρούσα μελέτη όπου υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση γνωστικής λειτουργίας και μειωμένης λειτουργικότητας κυρίως για δραστηριότητες εκτός σπιτιού. Για να διαγνωσθεί εξέλιξη της MCI σε άνοια απαιτείται η γνωστική εξασθένηση να είναι αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάζει την ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί ADLs. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα κριτήρια, οι ασθενείς με MCI, σε αντίθεση με τα άτομα με άνοια, πρέπει να διατηρούν τη συνολική νοητική λειτουργία με μηδαμινή ή ελάχιστη λειτουργική ανεπάρκεια, και να τους δίνεται η δυνατότητα να εκτελέσουν ADLs ανεξάρτητα.

Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα με MCI έχουν ελάχιστα λειτουργικά ελλείμματα, ιδίως όταν αντιμετωπίζουν πιο σύνθετες δραστηριότητες, όπως η διαχείριση των οικονομικών θεμάτων, πληρωμή λογαριασμών, και ψώνια (Brown και συν) ¹⁶⁸.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η έρευνα στο μέλλον χρειάζεται να εστιασθεί σε προληπτικές παρεμβάσεις που να στοχεύουν στην μείωση νέων περιπτώσεων άνοιας σε επίπεδο κοινότητας. Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να είναι συστηματικές, μεθοδευμένες και εξειδικευμένες, καθώς επίσης να επικεντρώνονται στην εκπαίδευση τόσο των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται άμεσα με την Τρίτη ηλικία όσο και των ίδιων των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους. Οι ειδικοί συστήνουν ότι επαναξιολόγηση των ατόμων με γνωστική εξασθένηση καλό θα ήταν να γίνεται μετά από 6 μήνες.

Στα πλαίσια του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας η προτεινόμενη στρατηγική παρέμβασης θα πρέπει να αναγνωρίζει τις ιδιαιτερότητες αυτών των ατόμων. Το πρόγραμμα « **Βοήθεια στο σπίτι**» παρέχει καθημερινά υψηλού επιπέδου εξειδικευμένη φροντίδα και επίβλεψη στην Τρίτη ηλικία εκτιμώντας τις ανάγκες τους, έχοντας πολυετή εμπειρία με κύριο στόχο τη δυνατότητα φροντίδας στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον και στήριξη στη σχέση ηλικιωμένου – φροντιστή.

Σε κάθε περίπτωση ο κύριος στόχος της παρέμβασης θα πρέπει να είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας τους στα πλαίσια της κοινότητας καθώς επίσης και η ενεργός δραστηριοποίηση και εμπλοκή τους σε διάφορες δράσεις. Η πληροφόρηση θα πρέπει να γίνεται κατά βάση από τις κοινοτικές κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας που έχουν άμεση πρόσβαση στον ηλικιωμένο και την οικογένειά του. Η κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας, η διασύνδεση των εμπλεκόμενων φορέων και ατόμων καθώς και η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών μέσω ενός πλαισίου ανταλλαγής πληροφοριών (δυστυχώς όμως αυτό στην καθημερινή πρακτική δεν φαίνεται να ισχύει) κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη.

Οι επαγγελματίες δημόσιας υγείας απαιτείται να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο και να βοηθήσουν τις οικογένειες να αντιμετωπίσουν την νόσο καθώς και να διατηρήσουν τους ηλικιωμένους συγγενείς στο σπίτι. Η οικονομικοκοινωνική κρίση των τελευταίων χρόνων στη χώρα μας, όπως είναι αναμενόμενο, δεν άφησε ανεπηρέαστη την Τρίτη ηλικία. Αυτό που φαίνεται από την καθημερινή επαφή με τους ηλικιωμένους είναι ότι δεν μένουν ανέπαφοι από καθημερινά προβλήματα: οικονομικά, ανασφάλειας, άγχους. Βιώνουν την κρίση και μέσα από τα παιδιά τους, μέσα από την ανεργία και την οικονομική ανασφάλεια των οικογενειών τους. Οι ψυχολογικοί παράγοντες που προκύπτουν έχουν ως βάση και κοινωνικούς και οικονομικούς λόγους.

Η καταγραφή των ατόμων, η ετήσια επανεξέτασή τους σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές, η τακτική παρακολούθησή τους καθώς και η κατάλληλη συμπτωματική θεραπεία σε συνδυασμό με υψηλής ποιότητας φροντίδα ενδεχομένως να βοηθήσουν στην καλύτερη

αντιμετώπιση της νόσου. Έχει διαπιστωθεί ότι ο χρόνος που αφιερώνουν οι γιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας στους ασθενείς είναι αντικειμενικά πολύ λίγος. Πολλές φορές ο χρόνος αυτός περιορίζεται σε λίγα λεπτά της ώρας και υπό μεγάλη πίεση, με αποτέλεσμα την έλλειψη ενός πλήρους ιστορικού του ασθενή. Η συνεχής εκπαίδευση των επαγγελματιών, ο συντονισμός και η συνεργασία των υπηρεσιών αλλά και των οικογενειών, η ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων, σε συνάρτηση με την αποτελεσματική ενημέρωση των πολιτών σχετικά με την άνοια, καθώς και πρόσθετες επενδύσεις και έρευνες σε συνδυασμό με αναθεώρηση των υπηρεσιών, θα πρέπει να είναι στις κύριες προτεραιότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Song P, Chen Y. Public policy response, aging in place, and big data platforms: Creating an effective collaborative system to cope with aging of the population. *Biosci Trends*. 2015 ;9(1):1-6.
2. Arabi Z, Aziz NA, Abdul Aziz AF, Razali R, Wan Puteh SE. Early Dementia Questionnaire (EDQ): a new screening instrument for early dementia in primary care practice. *BMC Fam Pract*. 2013 ;14:49.
3. WHO. The global burden of disease 2004 update. Geneva: World Health Organization .http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/
4. Sternberg SA, Wershof Schwartz A, Karunanathan S, Bergman H, Mark Clarfield A. The recognition of failure: a systematic review of the literature. *J Am Soc Geriatr*. 2011;59: 2129-2138.
5. Miotto EC, Balardin JB, Savage CR, Martin Mda G, Batistuzzo MC, Amaro Junior E, Nitrini R. Brain regions supporting verbal memory improvement in healthy older subjects. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014 ;72(9):663-70.
6. Ashby-Mitchell K, Jagger C, Fouweather T, Anstey KJ. Expectancy with and without Cognitive Impairment in Seven Latin American and Caribbean Countries. *PLoS One*. 2015 Mar 23;10(3):e0121867.
7. Fernandes L, Gonalves-Pereira M, Leuschner A, et al. Assessment validation study of the Camberwell Need for the Elderly (cane) in Portugal. *International Psychogeriatrics*. 2009; 21 (1):94-102.
8. Eshkoor SA, Hamid TA, Mun CY, Ng CK. Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clin Interv Aging*. 2015; 10: 687–693.
9. Xiangfei Meng & Carl D’Arcy. Education and Dementia in the Context of the Cognitive Reserve Hypothesis: A Systematic Review with Meta-Analyses and Qualitative Analyses. *PLoS One*. 2015 Mar 23;10(3):e0121867.
10. Tiwari SC, Srivastava G, Tripathi RT, Pandey NM, Agarwal GG, Pandey S, Tiwari S. Prevalence of psychiatric morbidity amongst the community dwelling rural older adults in northern India. *Indian J Med Res*. 2013; 138(4): 504-514.
11. Waugh A, Austin A, Manthorpe J, Fox C, Stephens B, Robinson L, Iliffe S. Designing a complex intervention for dementia case management in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013 ;14:101.
12. Narahyana Bom de Araujo, Helena Sales Moraes Heitor Silveira, Cynthia Arcoverde, Paulo Eduardo Vasques. Impaired cognition in depression and Alzheimer (AD): a gradient from depression to depression in AD. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014 Sep;72(9):671-9.

13. Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Marta-Moreno J, Hanco-Saavedra J, Sicras-Mainar A, Soljak M, Prados-Torres A. Comorbidity of dementia: a cross-sectional study of primary care older patients. *BMC Psychiatry*. 2014;14:84.
14. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2011). Dementia Information Page, Retrieved May 4, 2011. διαθέσιμο στο: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/dementias/dementia>
15. Passos J, Sequeira C, Fernandes L. The Needs of Older People with Mental Health Problems: A Particular Focus on Dementia Patients and Their Carers. *Int J Alzheimers Dis*. 2012; 2012: 638267.
16. Beauchet O, Launay CP, Merjagnan C, Kabeshova A, Annweiler C. Quantified self and comprehensive geriatric assessment: older adults are able to evaluate their own health and functional status. *PLoS One*. 2014 Jun 26;9(6):e100636.
17. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2163-96.
18. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37-43.
19. Mcgrail K, Green B, Barer M, Evans R, Hertzman C, Normand C. Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: Evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia. *Age Ageing*. 2000 May;29(3):249-53.
20. Lesley J. Ritchie, Holly Tuokko . Mild Cognitive Impairment: Case Definitions, Age, and Other Risk Factors. *International encyclopedia of rehabilitation*. cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/117
21. Drag LL, Bieliauskas LA. Contemporary review 2009: cognitive aging. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2010 ;23(2):75-93.
22. Calson, M. C., Jane S. S., Rebok, G. W, et al. Exploring the Effects of an “Everyday” Activity Program on Executive Function and memory in older Adults: Experience Corps. *Gerontologist*. 2008 Dec;48(6):793-801. Ashby-Mitchell K , Jagger C, Fouweather T, Anstey KJ. Life Expectancy with and without Cognitive Impairment in Seven Latin American and Caribbean Countries. *PLoS One*. 2015 Mar 23;10(3).
23. Ashby-Mitchell K , Jagger C, Fouweather T, Anstey KJ Life Expectancy with and without Cognitive Impairment in Seven Latin American and Caribbean Countries *PLoS One*. 2015 Mar 23;10(3).
24. American Psychiatric Association. *DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis*. 2001. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>. Accessed Apr 30, 2012.

25. Forlenza OV, Diniz BS, Stella F, Teixeira AL, Gattaz WF. Mild cognitive impairment (part1): clinical characteristics and predictors of dementia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013 Apr-Jun;35(2):178-85.
26. Ronald C. Petersen, David S. Knopman, Bradley F. Boeve. Mild Cognitive Impairment: Ten Years Later. *Arch Neurol.* 2009; 66(12): 1447-1455.
27. Mild Cognitive Impairment (MCI). Signs, Symptoms διαθέσιμο στο site:
<http://www.alz.org/dementia/mild-cognitive-impairment-mci.htm>
28. Kaduszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Lupp M, Luck T, Jessen F. Study on Aging, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients. Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German Age CoDe study. *Ann Fam Med.* 2014 Mar; 12(2): 158–165.
29. Mitchell AJ, Shiri-Feshki M. Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia--meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatr* 2009 Apr;119(4):252-65.
30. Manly JJ, Tang MX, Schupf N, Stern Y, Vonsattel JP, Mayeux R. Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community *Ann Neurol.* 2008 Apr;63(4):494-506.
31. Ravaglia G, Forti P, Montesi F, et al. Mild cognitive impairment: epidemiology and dementia risk in an elderly Italian population. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56:518
32. Pinto C, Subramanyam AA. Mild cognitive impairment: The dilemma. *Indian J Psychiatry.* 2009;51 Suppl 1:S44–51.
33. Olazarán J, Torrero P, Cruz I et al. Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history. *Fam Pract.* 2011 Aug;28(4):385-92.
34. Wada-Isoe K, Uemura Y, Nakashita S, et al. Prevalence of Dementia and Mild Cognitive Impairment in the Rural Island Town of Ama-cho, Japan. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2012 Jan;2:190-9.
35. Vanda Ho, Nur Hani Zainal, Linda Lim, Aloysius Ng, Eveline Silva, and Nagaendran Kandiah. Voluntary cognitive screening: characteristics of participants in an Asian setting. *Clin Interv Aging.* 2015 Apr 20;10:771-80.
36. Etgen T, Sander D, Bickel H, H Förstl. Mild Cognitive Impairment and Dementia: The Importance of Modifiable Risk Factors. *Dtsch Arztebl Int.* 2011 Nov; 108(44): 743-50.
37. Almeida OP, MacLeod C, Flicker L, Ford A, Grafton B, Etherton-Beer C. Randomised controlled trial to improve depression and the quality of life of people with Dementia using cognitive bias modification: RAPID study protocol. *BMJ Open.* 2014 Jul 23;4(7).

38. Anderson T. M., Sachdev P. S., Brodaty H., Trollor J. N., & Andrews G. Effects of sociodemographic and health variables on Mini-Mental State Exam scores in older Australians. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2007; 15(6):467–476.
39. Portet F, Ousset PJ, Visser PJ, Frisoni GB, Nobili F, Scheltens P, et al. Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77:714-8.
40. Lathren CR, Sloane PD, Hoyle JD, Zimmerman S, Kaufer DI. Improving dementia diagnosis and management in primary care: a cohort study of the impact of a training and support program on physician competency, practice patterns, and community linkages *BMC Geriatr*. 2013 ;13:134.
41. Dodd JW. Lung disease as a determinant of cognitive decline and dementia. *Alzheimers Res Ther* 2015; 7(1): 32.
42. Zoller AS, Gaal IM, Royer CA, et al. .SIST-M-IR activities of daily living items that best discriminate clinically normal elderly from those with mild cognitive impairment. *Curr Alzheimer Res*. 2014;11(8):785-91.
43. Ozioma C. Okonkwo MA, Virginia G. Wadley, H. Randall Griffith, Awareness of Deficits in financial abilities in patients with mild cognitive impairment: Going beyond self informant discrepancy. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Aug;16(8):650-9.
44. Waugh A, Austin A, Manthorpe J, Fox C, Stephens B, Robinson L, Iliffe S. Designing a complex intervention for dementia case management in primary care *BMC Fam Pract*. 2013 ;14:101.
45. Jessen F, Wiese B, Bickel H, et al. Prediction of dementia in primary care patients. *PLoS One*. 2011 Feb 18;6(2):e16852.
46. Boustani MA, Sachs GA, Alder CA, et al. Implementing innovative models of dementia care: The Healthy Aging Brain Center. *Aging Ment Health*. 2011 ;15(1):13-22.
47. Tapia-Muñoz T, Mascayano F, Toso-Salman J. Collaborative Care Models to Address Late-Life Depression: Lessons for Low-And-Middle-Income Countries. *Front Psychiatry*. 2015 May 5;6:64.
48. Dines P, Hu W, Sajatovic M. Depression in later life: an overview of assessment and management. *Psychiatr Danub*. 2014 Nov;26 Suppl 1:78-84.
49. Aziz R, Steffens DC. What Are the Causes of Late-Life Depression? *Psychiatr Clin North Am*. 2013 Dec;36(4):497-516.
50. Vijayaleskhmi Nair, Emmeline Ayers, Mohan Noone, Beena Johnson, and Joe Verghese. Depressive symptoms and mild cognitive impairment: results from the Kerala-Eintsein Study *J Am Geriatr Soc*. 2014 Jan; 62(1): 197–199.

51. Gao Y, Huang C, Zhao K, Ma L, Qiu X, Zhang L, et al. Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28:441–9.
52. Ganguli M, Snitz B, Vander Bilt J, Chang CC. How much do depressive symptoms affect cognition at the population level? The Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team (MYHAT) study. *J. Geriatr Psychiatry*. 2009 Nov;24(11):1277-84.
53. Tzang RF, Yang AC, Yeh HL, Liu ME, Tsai SJ. Association of Depression and Loneliness with Specific Cognitive Performance in Non-Demented Elderly Males. *Med Sci Monit*. 2015 Jan 9;21:100-4.
54. Ganguli M, Snitz B, Vander Bilt J, Chang C C et al. Outcomes of mild cognitive impairment depend on definition: a population study. *Arch Neurol*. 2011 Jun;68(6):761-7.
55. Xiao-Ling Li, Nan Hu, Meng-Shan Tan, Jin-Tai Yu, and Lan Tan. Behavioral and Psychological Symptoms in Alzheimer's Disease. *Biomed Res Int*. 2014;2014:927804.
56. Augustinas Rotomskis, Ramunė Margevičiūtė, Arūnas Germanavičius Gintaras Kaubrys. Differential diagnosis of depression and Alzheimer's disease with the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). *BMC Neurol*. 2015 Apr 17;15:57.
57. Topolovec-Vranic J, Mansoor Y, Ennis N, Lightfoot D. Technology-adaptable interventions for treating depression in adults with cognitive impairments: protocol for a systematic review *Syst Rev*. 2015; Apr 7;4:42.
58. Hai Kang, Fengqing Zhao, Llbo You, et al. Pseudo-dementia: A neuropsychological review *Ann Indian Acad Neurol*. 2014 Apr-Jun; 17(2): 147–154.
59. Connolly A, Iliffe S, Gaehl E, et al. Quality of care provided to people with dementia: utilisation and quality of the annual dementia review in general practice. *Br J Gen Pract*. 2012 ;62(595):e91-8.
60. Mini mental state examination (MMSE). Διαθέσιμο στο <http://www.Pshyciatry.gr>
61. Α. Σόλιας, Π. Σκαπινάκης, Ν. Δέγλερης, Μ. Παντολέων, Ε. Κατιρτζόγλου, Α. Πολίτης. Mini Mental State Examination (MMSE): Καθορισμός των σημείων διαχωρισμού (cutoff score) ανάλογα με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. *Περιοδικό ψυχιατρική* 2014, τόμος 25 τευχος 4 σ. 245
62. Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iacovides A, Yesavage J, O'Hara R, Kazis A et al. The Validation of the Short Form of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Greece. *Aging: Clin Exp Res* 1999, 11:367–372.
63. Carla Graf, PhD(c), MS, RN, GCNS-BC. Lawton Scale. University of California, San Francisco Issue Number 23, Revised 2013

64. Sosa A., Albanese E., Prince M., Acosta D., Ferri C., Guerra M., Salas A. Population normative data for the 10/66 Dementia Research Group cognitive test battery from Latin America, India and China: a cross-sectional survey. *BMC Neurol.* 2009 Aug 26;9:48.
65. Fujiwara Y, Watanabe S, Kumagai S, et al. Prevalence and characteristics of older community residents with mild cognitive decline. *Geriatr Gerontol Int.* 2002;2: 57–6.
66. Carrière I, Gutierrez LA, Pérès K, Berr C, Barberger-Gateau P, Ritchie K, et al. Late life depression and incident activity limitations: Influence of gender and symptom severity. *J Affect Disord.* 2011 Sep;133(1-2):42-5.
67. Reppermund S, Brodaty H, Crawford JD, et al. Impairment in instrumental activities of daily living with high cognitive demand is an early marker of mild cognitive impairment: the Sydney memory and ageing study. *Psychol Med.* 2013 Nov;43(11):2437-45.
68. Brown PJ, Devanand DP, Liu X, Caccappolo E; Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative. Functional impairment in elderly patients with mild cognitive impairment and mild Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry.* 2011 Jun;68(6):617-2.

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΓΓΡΑΦΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ
ΕΡΓΑΣΙΑ**

Αξιότιμε κύριε/ κυρία, εκ μέρους του τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στα πλαίσια του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών **‘Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας’** σας ενημερώνουμε ότι θα διεξαχθεί μια μεταπτυχιακή εργασία με θέμα: **«Γνωστική έκπτωση σε συνάρτηση με την ψυχική και σωματική υγεία και το επίπεδο λειτουργικότητας των ηλικιωμένων».**

Η αύξηση του μέσου όρου επιβίωσης και η πληθυσμιακή γήρανση συνδέεται με αύξηση της άνοιας η οποία αποτελεί την 4^η αιτία θανάτου σε άτομα άνω των 75 ετών σε παγκόσμιο επίπεδο. Πρέπει να σημειωθεί ότι η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας θα συμβάλλει στη βελτίωση ποιότητας ζωής ασθενών και φροντιστών στην κοινότητα. Μέχρι σήμερα λίγες προσπάθειες έχουν γίνει για την πρόληψη της άνοιας των ηλικιωμένων σε επίπεδο Δήμου. Έτσι σχεδιάστηκε αυτή η μελέτη που θα μας δώσει τη δυνατότητα να εκτιμήσουμε τη γνωστική έκπτωση των ηλικιωμένων σε συνάρτηση με την ψυχική και σωματική υγεία σε ημιαστική περιοχή (Δήμος Αλμυρού) ώστε να διαπιστωθεί η κατάσταση που επικρατεί και να εκτιμηθούν οι παράγοντες που πιθανόν να σχετίζονται.

Η προσωπική σας συμμετοχή στην παραπάνω ερευνητική εργασία θα είναι ιδιαίτερα σημαντική και καθοριστικής σημασίας.

Στη μελέτη αυτή σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρήσουμε το απόρρητο και δεν θα αποκαλυφθεί η ταυτότητα αυτών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο.

Με εκτίμηση,

Η υπεύθυνη μεταπτυχιακή

φοιτήτρια,

*Παπαβασιλείου Μαρία
Κοινωνική Λειτουργός.*

Ο επιβλέπων καθηγητής,

Μπονώτης Κων/νος

*Λέκτορας ψυχιατρικής
Πανεπιστήμιο Ιατρικής Θεσσαλίας*