



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
"ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ"**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Επιπτώσεις Κατάθλιψης και Γνωσιακών Διαταραχών σε
Ηλικιωμένους του Δήμου Ζηρού»**

ΑΝΔΡΟΜΑΧΗ ΣΠΥΡΤΟΥ (Νοσηλεύτρια ΤΕ), Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Αρ. Μητρώου: 7019026

ΤΡΙΜΕΡΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗΣ ΣΩΚΡΑΤΗΣ, Ψυχίατρος, Επιμελητής Α στην Ψυχιατρική Κλινική του
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Επιβλέπων Καθηγητής**

**ΜΠΟΝΩΤΗΣ Σ. ΚΩΣΤΗΣ, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής**

ΘΩΜΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ, Ψυχίατρος. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

ΛΑΡΙΣΑ 2021



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
"ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ"**



DISSERTATION

**"Effects of Depression and Cognitive Disorders on the Elderly of
the Municipality of Ziros"**

ΛΑΡΙΣΑ 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής διατριβής αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της. Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Καραουλάνη Σωκράτη για την πολύτιμη καθοδήγησή του και την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ανθρώπους της Τρίτης Ηλικίας που δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνά μου καθώς συνέβαλαν ουσιαστικά στην πραγματοποίησή της έρευνας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές κ. Θωμάς και κ. Μπονώτη, οι οποίοι δέχτηκαν να είναι μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου και τα παιδιά μου για την υπομονή και τη στήριξη που μου προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών του μεταπτυχιακού μου προγράμματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι γνωσιακές διαταραχές και η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους έχουν απασχολήσει σημαντικά τη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία κατά την τελευταία δεκαετία.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση της κατάθλιψης και των γνωσιακών διαταραχών σε δείγμα ηλικιωμένων του Δήμου Ζηρού.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο απαρτίζονταν από τρία μέρη, τα ατομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων του δείγματος, την κλίμακα MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης) και την κλίμακα PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9) για την ανίχνευση του επιπέδου κατάθλιψης. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-23 και τις μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι του Δήμου Ζηρού εμφανίζουν ήπια γνωστική εξασθένηση και ήπια κατάθλιψη. Αναφορικά με τη διερεύνηση των συσχετίσεων με την ηλικία των ηλικιωμένων διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης και τα επίπεδα κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνονται καταγράφονται περισσότερα προβλήματα γνωστικής ικανότητας και αυξάνονται και τα επίπεδα κατάθλιψης. Σχετικά με τις συσχετίσεις των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος των ηλικιωμένων της παρούσας έρευνας και τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης διαπιστώθηκαν συσχετίσεις με την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών και το κάπνισμα.

Συμπεράσματα: Μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να εστιάσουν σε προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες να στοχεύουν στη μείωση των περιπτώσεων άνοιας και κατάθλιψης στις κοινότητες.

Λέξεις – Κλειδιά: Γνωσιακές διαταραχές, γνωστική εξασθένηση, κατάθλιψη, ηλικιωμένοι, Δήμος Ζηρού.

ABSTRACT

Introduction: Cognitive impairment and depression in the elderly have been a major concern in the international and domestic literature for the past decade.

Purpose: The purpose of this dissertation is to investigate depression and cognitive disorders in a sample of elderly people in the Municipality of Ziros.

Methodology: Quantitative research was carried out using a questionnaire consisting of three parts, the individual characteristics of the sample seniors, the MINI-MENTAL STATE EXAMINATION scale and the PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE scale for PHQ-9 of the depression level. Data processing was performed with the statistical program SPSS-23 and the methods of descriptive and inductive analysis.

Results: According to the findings, it was found that the elderly of the Municipality of Ziros show mild cognitive impairment and mild depression. Regarding the investigation of the correlations with the age of the elderly, statistically significant correlations were found with the levels of cognitive impairment and the levels of depression. In particular, it has been found that as age decreases, more cognitive problems are recorded and depression levels increase. Regarding the correlations of the individual characteristics of the sample of the elderly in the present study and the levels of cognitive impairment, correlations were found with marital status, the existence of children and smoking.

Conclusions: Future research needs to focus on preventative interventions aimed at reducing dementia and depression in communities.

Keywords: Cognitive disorders, cognitive impairment, depression, the elderly, Municipality of Ziros.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ	10
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	10
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	10
1.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	10
1.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	12
1.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	14
2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	17
2.1. ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΠΟΥ ΕΞΑΣΘΕΝΟΥΝ	17
2.2. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	19
2.3. ΛΟΓΟΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ	20
2.4. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ΑΛΖΧΕΙΜΕΡ	21
3. ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	24
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	32
4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	32
4.2. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	32
4.3. ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ	35
4.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	35
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	36
5.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	36
5.1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	36
5.1.2. <i>MINI-MENTAL STATE EXAMINATION / ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ</i>	40
5.1.3. <i>PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)</i>	42
5.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ	44
5.3. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	45
*ΕΛΕΓΧΟΣ KRUSKAL-WALLIS (ΔΙΑΜΕΣΕΣ ΤΙΜΕΣ)	46
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	49
6.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	52
6.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	59

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ/ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	11
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	12
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΑΡΑΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΗΜΕΙΑ ΠΙΘΑΝΗΣ ΑΡΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	22
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΕΡΜΗΝΕΙΑ MINI-MENTAL STATE EXAMINATION	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ..	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΕΡΜΗΝΕΙΑ PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE.....	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	42
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	43
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	46
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	48

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια συναισθηματική διαταραχή η οποία είναι η πιο συνηθισμένη ψυχική διαταραχή που ανιχνεύεται σε άτομα τρίτης ηλικίας. Η κατάθλιψη εμποδίζει το άτομο από το να απολαμβάνει τη ζωή όπως παλιά. Αλλά τα αποτελέσματά της υπερβαίνουν κατά πολύ τη διάθεση καθώς επηρεάζει επίσης την ενεργητικότητα του ατόμου, τον ύπνο, την όρεξη και τη σωματική του υγεία. Ωστόσο, δεν είναι ένα φυσιολογικό ούτε αναπόφευκτο μέρος της γήρανσης και υπάρχουν πολλά βήματα που μπορούμε να ακολουθήσουμε για να ξεπεραστούν τα συμπτώματα, ανεξάρτητα από τις ιδιαίτερες δυσκολίες /προκλήσεις που αντιμετωπίζουμε (WHO, 2016).

Καθώς η κατάθλιψη και η θλίψη διαφαίνεται να πηγαίνουν χέρι με χέρι, πολλοί ηλικιωμένοι μπορεί να πάσχουν από κατάθλιψη όμως ισχυρίζονται ότι δεν νιώθουν καθόλου λυπημένοι. Αντίθετα μπορούν να διαμαρτύρονται, για έλλειψη κινήτρων ή/και ενέργειας, ή σωματικά προβλήματα. Στην πραγματικότητα, σωματικές ενοχλήσεις, όπως πόνοι αρθρίτιδας ή επιδείνωση πονοκεφάλων, είναι συχνά το κυρίαρχο σύμπτωμα της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία (Agüera-Ortiz, et al., 2020).

Στους παράγοντες κινδύνου συγκαταλέγονται τα προβλήματα υγείας (ασθένεια ή/και αναπηρία, (χρόνιος ή έντονο πόνος, γνωστική εξασθένηση, αρνητική αλλαγή στην εικόνα του σώματος που οφείλεται σε χειρουργική επέμβαση ή ασθένεια), η μοναξιά και απομόνωση (μια συρρίκνωση του κοινωνικού κύκλου, λόγω θανάτων ή μετεγκατάστασης, μειωμένης κινητικότητας λόγω ασθένειας ή απώλειας των προνομίων οδήγησης), η μειωμένη αίσθηση του σκοπού (Έλλειψη κινήτρων ή απώλεια της ταυτότητας λόγω συνταξιοδότησης ή φυσικοί περιορισμοί σε δραστηριότητες), οι φόβοι (φόβος του θανάτου, άγχος για οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας), το πένθος (θάνατος φίλων, μελών της οικογένειας, κατοικίδιων ζώων, απώλεια του συζύγου ή του συντρόφου), το προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής, η φτώχεια και τα φάρμακα ή συνδυασμοί φαρμάκων (Pilanía, et al., 2019).

Ακόμη, 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 εισοδήματος. 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 (Ashby-Mitchell, et al., 2015; Fernandes, et al., 2009).

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 (Eshkoor, et al., 2015).

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. Σε έρευνα διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό άνοιας 3,36% σε ηλικιωμένους ηλικίας άνω των 65 ετών σε αστικές περιοχές της Νότιας Ινδίας (Tiwari, et al., 2013).

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση της κατάθλιψης και των γνωσιακών διαταραχών σε δείγμα ηλικιωμένων του Δήμου Ζηρού. Ειδικότερα, θα εξεταστούν οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους σε συνδυασμό με τις γνωσιακές διαταραχές που τυχόν έχουν.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια συναισθηματική διαταραχή και θεωρείται η πιο συνηθισμένη ψυχική διαταραχή κυρίως σε άτομα τρίτης ηλικίας. Η κατάθλιψη εμποδίζει το άτομο από το να απολαμβάνει τη ζωή όπως παλιά. Αλλά τα αποτελέσματά της υπερβαίνουν κατά πολύ τη διάθεση καθώς επηρεάζει επίσης την ενεργητικότητα του ατόμου, τον ύπνο, την όρεξη και τη σωματική του υγεία.

Ωστόσο, δεν είναι ένα φυσιολογικό ούτε αναπόφευκτο μέρος της γήρανσης και υπάρχουν πολλά βήματα τα οποία μπορούν να ακολουθηθούν για να ξεπεραστούν τα συμπτώματα, ανεξάρτητα από τις ιδιαίτερες δυσκολίες /προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης, 2016).

1.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους παρουσιάζει κάποιες ποιοτικές διαφορές σε σχέση με την κατάθλιψη στα άτομα νεότερης ηλικίας. Ειδικότερα, τα άτομα της τρίτης ηλικίας (και ιδίως οι γυναίκες) αναφέρονται πιο συχνά στα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως είναι η μειωμένη όρεξη, οι διαταραχές ύπνου και το έντονο αίσθημα κόπωσης. Η κατάθλιψη, δηλαδή, γίνεται αντιληπτή περισσότερο ως μια σωματική εμπειρία. Πέραν αυτού, η κακή σωματική υγεία φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση της νόσου στους ηλικιωμένους, ενώ κάτι τέτοιο δεν ισχύει - στον ίδιο τουλάχιστον βαθμό - στα άτομα νεότερης ηλικίας (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης, 2016).

Το γεγονός αυτό είναι πιθανό να σχετίζεται με το ότι η κακή σωματική υγεία επιφέρει περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, ενώ ταυτόχρονα δυσχεραίνει τη γενικότερη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες, οι οποίες θα μπορούσαν να τονώσουν την αυτοεικόνα τους, αλλά και να τους κρατήσουν μακριά από

έναν αρνητικό τρόπο σκέψης. Ακόμη, συνήθως η αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας σωματικής πάθησης στην τρίτη ηλικία επιτυγχάνεται δυσκολότερα σε σχέση με τις νεώτερες ηλικίες και έτσι επιτείνεται μαζί της και η καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί δίνονται τα συμπτώματα της κατάθλιψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ/ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Συμπτώματα/ενδείξεις Κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία	
Συναίσθημα: θλίψη, απογοήτευση, απελπισία, άγχος, ανηδονία	➤ Ψυχοκινητική διέγερση: εκνευρισμός, ανησυχία, ένταση
Όρεξη: μείωση ή αύξηση της όρεξης, απώλεια ή αύξηση βάρους	➤ Ψυχοκινητική επιβράδυνση: επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων
Ύπνος: δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένο, ή αφύπνιση νωρίς το πρωί, υπνηλία, υπερβολικός ύπνος	➤ Σκέψη – Αντίληψη: Σκέψεις ενοχής, αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αυτοκτονικός ιδεασμός, δυσκολία συγκέντρωσης και προσοχής, απώλεια μνήμης
Κινητοποίηση: απώλεια του ενδιαφέροντος, ανημπόρια, έλλειψη ελπίδας, κόπωση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης.	➤ Κοινωνικές σχέσεις: Κοινωνική απόσυρση και απομόνωση (απροθυμία να είναι με τους φίλους, την άσκηση δραστηριοτήτων, ή να αφήσει το σπίτι).

Ενώ η κατάθλιψη και η θλίψη φαίνεται να πηγαινούν συνυπάρχουν, πολλοί ηλικιωμένοι που πάσχουν από κατάθλιψη ισχυρίζονται ότι δεν αισθάνονται καθόλου λυπημένοι. Αντί αυτού μπορεί να διαμαρτύρονται, για έλλειψη κινήτρων ή/και ενέργειας, ή σωματικά προβλήματα. Στην πραγματικότητα, σωματικές ενοχλήσεις, όπως πόνοι αρθρίτιδας ή επιδείνωση πονοκεφάλων, είναι συχνά το κυρίαρχο σύμπτωμα της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία.

Ενδείξεις κατάθλιψης σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας

Ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που αρνούνται αίσθημα θλίψης ή κατάθλιψης μπορεί να εξακολουθούν να έχουν μείζονα κατάθλιψη. Τα παρακάτω αποτελούν ενδείξεις για προβληματισμό και αναζήτηση βοήθειας:

- Ανεξήγητοι ή /και επιδεινούμενοι πόνοι
- Συναισθήματα απόγνωσης ή απελπισίας
- Άγχος και ανησυχίες/έννοιες
- Προβλήματα μνήμης
- Έλλειψη κινήτρων και της ενέργειας
- Επιβράδυνση στην κίνηση και την ομιλία
- Ευερεθιστότητα
- Απώλεια του ενδιαφέροντος για κοινωνικοποίηση και χόμπι
- Παραμέληση προσωπικής φροντίδας (παράλειψη γευμάτων, φαρμάκων, προσωπικής υγιεινής.

1.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Αν και ορισμένοι παράγοντες κινδύνου, όπως:

- Προβλήματα υγείας - ασθένεια ή/και αναπηρία, χρόνιος ή έντονο πόνος, γνωστική εξασθένηση, αρνητική αλλαγή στην εικόνα του σώματος που οφείλεται σε χειρουργική επέμβαση ή ασθένεια.
- Μοναξιά και απομόνωση - μια συρρίκνωση του κοινωνικού κύκλου, λόγω θανάτων ή μετεγκατάστασης, μειωμένης κινητικότητας λόγω ασθένειας ή απώλειας των προνομίων οδήγησης.

- Μειωμένη αίσθηση του σκοπού- Έλλειψη κινήτρων ή απώλεια της ταυτότητας λόγω συνταξιοδότησης ή φυσικοί περιορισμοί σε δραστηριότητες.
- Φόβοι - φόβος του θανάτου, άγχος για οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας.
- Πένθος- θάνατος φίλων, μελών της οικογένειας, κατοικίδιων ζώων, απώλεια του συζύγου ή του συντρόφου.
- Προσωπικό και οικογενειακό ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής
- Φτώχεια
- Φάρμακα ή συνδυασμοί φαρμάκων.

προδιαθέτουν κάθε άνθρωπο, ασχέτως της ηλικίας του, απέναντι στην κατάθλιψη, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, πιο «εξειδικευμένοι», που επηρεάζουν πιο έντονα επιμέρους ηλικιακές ομάδες.

Η διαπίστωση αυτή αναδύεται από μια νέα επιστημονική μελέτη που εκπονήθηκε από Ολλανδούς ερευνητές και δημοσιεύεται στην επιθεώρηση *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, σύμφωνα με το πρακτορείο Reuters (Schaakxs, et al., 2017).

«Ένα ευρύ φάσμα παραγόντων κινδύνου για την κατάθλιψη φαίνεται να έχει επίδραση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής» δηλώνει η βασική συντάκτρια της μελέτης, Roxanne Schaakxs, από το Ιατρικό Κέντρο του Ελεύθερου Πανεπιστημίου (VU) του Άμστερνταμ. «Ωστόσο» προσθέτει «παράγοντες κινδύνου που αναμένεται να συσχετίζονται έντονα με την κατάθλιψη σε συγκεκριμένες ηλικίες τελικά μπορεί να επηρεάσουν σε σημαντικό βαθμό και άλλες ηλικιακές ομάδες».

Προκειμένου να εξετάσουν ποιοι παράγοντες κινδύνου συμβάλλουν στην κατάθλιψη ανάλογα με την ηλικία, αλλά και σε ποιο βαθμό επιδρά ο κάθε παράγοντας, οι ερευνητές συγκέντρωσαν και ανέλυσαν στοιχεία που αφορούσαν περισσότερους από 2.000 ενήλικες. Τα στοιχεία προέρχονταν από δύο πολυετείς μελέτες σχετικά με την κατάθλιψη και το άγχος. Το δείγμα στη μία μελέτη ήταν 18 έως 65 ετών, ενώ στη δεύτερη 60 έως 93 ετών. Από το συνολικό δείγμα των συμμετεχόντων, 1.431 άτομα είχαν εκδηλώσει συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (κλινικής κατάθλιψης), ενώ 784 δεν είχαν ιστορικό τη διαταραχής. Σε δεύτερη φάση, οι ερευνητές

αξιολόγησαν 19 παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη ανά ηλικιακή ομάδα, συγκρίνοντας τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με κατάθλιψη με αυτά που δεν είχαν εκδηλώσει ποτέ συμπτώματα κατάθλιψης (Schaakxs, et al., 2017).

Οι περισσότεροι από τους παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν φάνηκε να επιδρούν σε κάθε ηλικιακή ομάδα. Μερικοί από αυτούς ήταν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ένα πρόσφατο δυσάρεστο συμβάν, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η περιορισμένη κοινωνική λειτουργικότητα, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής και η κακή σωματική υγεία (Schaakxs, et al., 2017).

Ωστόσο, πέντε παράγοντες κινδύνου συσχετίστηκαν με την κατάθλιψη σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες. Για τα άτομα ηλικίας 18 έως 39 ετών, σημαντικοί παράγοντες για την κατάθλιψη φάνηκε πως ήταν το υπερβολικό βάρος, ο πόνος, η παιδική κακοποίηση και οι χρόνιες παθήσεις, ενώ για τα άτομα άνω των 60 ετών το χαμηλό εισόδημα συσχετίστηκε με μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης απ' ό,τι σε άλλες ηλικιακές ομάδες (Schaakxs, et al., 2017).

Παράλληλα, άτομα που παρουσίαζαν παράγοντες κινδύνου αναπάντεχους για την ηλικία τους φάνηκε πως αντιμετώπιζαν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης. Για παράδειγμα, ένα χρόνιο νόσημα συσχετίστηκε πιο έντονα με την κατάθλιψη στα νεαρά άτομα, ενώ ως παράγοντας απαντάται συχνότερα στις μεγαλύτερες ηλικίες και, αντίθετα, το χαμηλό εισόδημα φάνηκε πως επιβαρύνει περισσότερο την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων παρά το γεγονός ότι ήταν πιο συχνό μεταξύ των νέων (Schaakxs, et al., 2017).

1.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Τρόποι αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης, 2016):

- Σωστή ενημέρωση της οικογένειας του ατόμου προκειμένου να δώσει την απαιτούμενη προσοχή στον εντοπισμό τυχόν καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς πολλές φορές τα ηλικιωμένα άτομα χαρακτηρίζονται από τους οικείους

τους ως «υπερβολικά» στις αντιδράσεις τους, ενώ τα διάφορα συμπτώματα αποδίδονται απλά και μόνο στο γήρας

- Συνειδητοποίηση από το άτομο των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων του, καθώς και των δυσλειτουργικών συμπεριφορών του
- Κινητοποίηση του ατόμου για συμμετοχή του σε ομαδικές και άλλες ευχάριστες δραστηριότητες (π.χ. ταξίδια, περίπατοι, φροντίδα ζώων, συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις κλπ)
- Εκμάθηση εναλλακτικών τρόπων αξιολόγησης του εαυτού και των ικανοτήτων του
- Ενίσχυση του ατόμου για ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων του
- Αναγνώριση και αλλαγή των γεγονότων και των καταστάσεων που οδήγησαν στην εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας
- Δημιουργία κοινωνικού δικτύου υποστήριξης
- Άμεση αντιμετώπιση σωματικών παθήσεων και διαχείριση πόνου
- Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, ειδικά στην περίπτωση σοβαρών μορφών κατάθλιψης
- Αντιμετώπιση πρόσθετων δυσκολιών που μπορεί να συνυπάρχουν με την κατάθλιψη (πχ. γνωστικά ελλείμματα)
- Όπως και στις νεότερες ηλικίες, έτσι και στους ηλικιωμένους, η ψυχοθεραπεία και ειδικά η γνωσιακή ψυχοθεραπεία μπορεί να αποφέρει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα.

Η αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μπορεί να απαιτεί περισσότερες από μια προσεγγίσεις.

Ψυχοθεραπεία: Η θεραπεία συζήτησης μπορεί να είναι πηγή υποστήριξης για τους ηλικιωμένους ασθενείς. Βραχυπρόθεσμα, η λύση επικεντρώνεται στην ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία μπορεί επίσης να βοηθήσει στον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των ηλικιωμένων ασθενών που συμβάλλει στα συμπτώματα της κατάθλιψης. Οι έρευνες

δείχνουν ότι η ψυχοθεραπεία που επικεντρώνεται στις πεποιθήσεις των ηλικιωμένων ασθενών που αντιμετωπίζουν σωματικά προβλήματα υγείας βελτιώνει τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας.

Ομάδες υποστήριξης: Οι ομάδες έχουν σχεδιαστεί για να συνδέουν τους ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα (κατάθλιψη, ιατρικά προβλήματα, πένθος κα) και προσφέρουν έναν δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης και δημιουργούν ένα ασφαλές μέρος για συζήτηση.

Φαρμακευτική αγωγή: Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Όμως τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να έχουν παρενέργειες, και οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ευαίσθητοι στις φαρμακευτικές αγωγές. Καλό θα είναι λοιπόν να υπάρχει μία τακτική παρακολούθηση.

Αλλαγές στον τρόπο ζωής: Η καθημερινή γυμναστική, ο υγιεινός τρόπος διατροφής και οι κοινωνικές επαφές είναι πολύ σημαντικές για τους ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη. Οι φίλοι και η οικογένεια μπορεί να βοηθήσουν κάνοντας τα ακόλουθα:

- Προγραμματίζουν ομαδικές εξόδους
- Καθιερώνουν μια εβδομαδιαία επίσκεψη
- Βοηθούν στην μετακίνηση στις επισκέψεις στους γιατρούς
- Μαγειρεύουν υγιεινά γεύματα με εύκολη προετοιμασία
- Βοηθούν στην δημιουργία ενός προγράμματος που θα διευκολύνει την καθημερινή λήψη των φαρμάκων.

Συμπερασματικά, η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας δεν είναι μια φυσιολογική αντίδραση στο πέρασμα του χρόνου, αλλά μια σοβαρή συναισθηματική διαταραχή που χρήζει άμεσης αντιμετώπισης.

2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Με την πρόοδο της ηλικίας συμβαίνουν αλλαγές στις φυσιολογικές λειτουργίες όλου του σώματος. Οι λειτουργίες του εγκεφάλου δεν αποτελούν εξαίρεση. Οι γνωστικές διαταραχές που σχετίζονται με την ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Alzheimer και της άνοιας, συγκαταλέγονται στις κύριες αιτίες αναπηρίας και εξάρτησης σε ηλικιωμένους ενήλικες παγκοσμίως.

2.1. ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΠΟΥ ΕΞΑΣΘΕΝΟΥΝ

Οι νοητικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού οι οποίες αρχίζουν να εξασθενούν στους ηλικιωμένους δίνονται στο σχήμα 1 που ακολουθεί:

Μνήμη:

- Η μνήμη εξασθενεί σταδιακά κατά το μεγαλύτερο μέρος της ενήλικης ζωής, με τα σημάδια να γίνονται περισσότερο έκδηλα μετά τα 60. Εξαιρέση αποτελεί η διαδικαστική μνήμη, η οποία είναι ένα είδος μη συνειδητής "κινητικής μνήμης" (πχ η οδήγηση) και η οποία παραμένει σχεδόν αμετάβλητη. Στην πράξη, τα περισσότερα από τα παράπονα των ηλικιωμένων αφορούν στη λειτουργία της επεισοδιακής (αυτοβιογραφικής) μνήμης.

Προσοχή και Συγκέντρωση

- Προσοχή είναι η γνωστική λειτουργία η οποία μας επιτρέπει να εστιάζουμε σε συγκεκριμένα ερεθίσματα. Αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημιουργία νέας μνήμης. Προϊούσης της ηλικίας, επηρεάζεται συχνά η ικανότητα για επιλεκτική προσοχή και εστίαση σε δύο πράγματα ταυτόχρονα (Multitasking). Σε κάποιο βαθμό εξασθενεί και η μνήμη εργασίας η οποία είναι στενά συνδεδεμένη με την προσοχή.

Ταχύτητα Επεξεργασίας

- Αντιπροσωπεύει στην ουσία το πόσο γρήγορα επιστρατεύονται και ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις οι γνωστικές μας λειτουργίες. Η ταχύτητα επεξεργασίας φαίνεται να εξασθενεί σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τη μνήμη και η επιδείνωση αυτή ξεκινά από την 3^η - 4^η δεκαετία της ζωής μας.

Κατονομασία

- Η ικανότητα να κατονομάζει κάποιος ένα γνωστό αντικείμενο παραμένει σχεδόν σταθερή μέχρι την ηλικία των 70 ετών και ακολούθως εξασθενεί σταδιακά. Ωστόσο, η λειτουργία του λόγου συνολικά δε φαίνεται να επηρεάζεται ιδιαίτερα. Είναι ενδιαφέρον ότι το λεξιλόγιο (η συνολική γνώση λέξεων) φαίνεται πως παραμένει σταθερή ή και ενίοτε βελτιώνεται με την πάροδο των χρόνων.

2.2. ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι γνωστικές διαταραχές που σχετίζονται με την ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Alzheimer, συγκαταλέγονται στις κύριες αιτίες αναπηρίας και εξάρτησης σε ηλικιωμένους ενήλικες παγκοσμίως. Τα υψηλά επίπεδα της ομοκυστεΐνης στο αίμα (υπερομοκυστεϊναιμία) είναι ένας παράγοντας κινδύνου για παθήσεις των οποίων ο μεταβολισμός περιλαμβάνει διάφορες βιταμίνες της σειράς Β. Οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες παρέχουν προστατευτικό αποτέλεσμα μειώνοντας το οξειδωτικό στρες που δημιουργείται απ' αυτές τις παθήσεις. Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν παρουσιάσει διαφορετικά αποτελέσματα στις σχέσεις μεταξύ των επιπέδων αυτών των βιταμινών στο αίμα και αυτών των γνωστικών διαταραχών (Salary, et al., 2013).

Ο στόχος της μελέτης Domínguez και συν. (2020) ήταν η αξιολόγηση της συσχέτισης των επιπέδων βιταμινών και ομοκυστεΐνης στην ήπια γνωστική εξασθένηση και στη νόσο του Αλτσχάιμερ σε μια ομάδα κουβανών ηλικιωμένων ενηλίκων. Η μελέτη διατομής πραγματοποιήθηκε στην Αβάνα της Κούβας, από 424 άτομα ηλικίας ≥ 65 ετών: 43 με την νόσο του Alzheimer, 131 με ήπια γνωστική εξασθένηση και 250 χωρίς σημάδια γνωστικής εξασθένησης. Τα επίπεδα των βιταμινών στο αίμα (θειαμίνη, Β-2, φυλλικό οξύ, Β-12, C και Α) και η ομοκυστεΐνη μετρήθηκαν με πρότυπες διαδικασίες. Ανάλυση της διακύμανσης για συνεχείς μεταβλητές και δοκιμές ποσοστιαίας σύγκρισης για διχοτόμες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν για τη σύγκριση των ομάδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι άτομα με την νόσο του Alzheimer παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα των βιταμινών Β2, C και Α σε σχέση με τους υγιείς συμμετέχοντες ($p < 0,05$). Τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης ήταν σημαντικά υψηλότερα σε άτομα με την νόσο του Alzheimer και την ήπια γνωστική εξασθένηση σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς γνωστική εξασθένηση ($p < 0,05$). Στατιστικά, τα επίπεδα της θειαμίνης, του φυλλικού οξέος και της βιταμίνης Β-12 δεν ήταν σημαντικά διαφορετικά μεταξύ των ομάδων (Domínguez, et al., 2020).

Σε σύγκριση με εκείνους χωρίς γνωστική εξασθένηση, τα ποσοστά επικράτησης (PR) στην ομάδα του Alzheimer ήταν σημαντικά υψηλότερα για υπερομοκυστεϊναιμία (PR = 3,26, 1,84-5,80) και ανεπάρκεια όλων των βιταμινών Β: θειαμίνης (PR = 1.89; 1.04-3.43), Β- 2 (PR = 2.85; 1.54-5.26), φυλλικού οξέος (PR = 3.02; 1.53-5.95), Β-12

(PR = 2.21; 1.17–4.19), βιταμίνης C (PR = 3.88; 2.12–7.10) και A (PR = 5.47; 3.26–9.17). Στην ήπια γνωστική εξασθένηση, τα ποσοστά επιπολασμού ήταν σημαντικά υψηλότερα για υπερομοκυστεϊναιμία (PR = 1,42, 1,08-1,87), ανεπάρκεια βιταμίνης B-2 (PR = 1,70, 1,24-2,32) και ανεπάρκεια βιταμίνης A (PR = 1,88, 1,05-3,38). Συμπερασματικά, η υπερομοκυστεϊναιμία και διάφορες ανεπάρκειες βιταμινών σχετίζονται με τη νόσο του Alzheimer και την ήπια γνωστική εξασθένηση. Περαιτέρω απαιτούνται μακροχρόνιες μελέτες για να διευκρινιστεί περαιτέρω η σχέση μεταξύ διαφορετικών διατροφικών βιοδεικτών και της άνοιας. Η καλύτερη κατανόηση αυτής της σχέσης θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για θεραπευτικές και προληπτικές στρατηγικές (Domínguez, et al., 2020).

2.3. ΛΟΓΟΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ

Οι λόγοι για τους οποίους η μνήμη και οι υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες εκπίπτουν φυσιολογικά με το γήρας δεν είναι απολύτως γνωστοί. Πιστεύεται ότι οι μεταβολές αυτές οφείλονται σε συνδυασμό παραγόντων:

- Ατροφία διαφόρων περιοχών του φλοιού (φαιά ουσία) του εγκεφάλου. Ο όγκος του προμετωπιαίου φλοιού και του ιππόκαμπου, δομών που κατέχουν κεντρικό ρόλο στην λειτουργία της μνήμης και της προσοχής είναι μικρότερος συγκριτικά με τους νέους.
- Μεταβολές της λευκής ουσίας. Όπως η φαιά έτσι και η λευκή ουσία έχει μικρότερο όγκο στους ηλικιωμένους. Η λευκή ουσία είναι απαραίτητη για την επικοινωνία μεταξύ των νευρικών κυττάρων.
- Σταδιακή συσσώρευση βλαβερών ουσιών στα νευρικά κύτταρα και στη μειωμένη ικανότητα του εγκεφάλου για αυτό-επιδιόρθωση.
- Μειωμένη παροχή αίματος σε περιοχές του εγκεφάλου.

2.4. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια για τη διάκριση μεταξύ των δύο αφορά την επίπτωση της μνήμης στην καθημερινότητα. Η φυσιολογική εξασθένηση των νοητικών λειτουργιών με την ηλικία δε φτάνει σε βαθμό που να προκαλούνται αντικειμενικές δυσκολίες στην εργασία, την κοινωνικότητα ή τις οικογενειακές σχέσεις. Αντιθέτως, το στοιχείο αυτό αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για να τεθεί διάγνωση της νόσου Alzheimer (ή οποιασδήποτε μορφής άνοιας).

Ωστόσο, ενίοτε το μοναδικό αρχικό σύμπτωμα μιας αρχόμενης άνοιας είναι η ήπια εξασθένηση μνήμης. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται ως ήπια γνωστική διαταραχή και η διάγνωση της απαιτεί συστηματική διερεύνηση στο νευρολογικό ιατρείο. Επισημαίνεται ότι η ήπια γνωστική διαταραχή αποτελεί μια ετερογενή διαγνωστική κατηγορία (δεν οφείλεται πάντοτε σε αρχόμενη Alzheimer).

Στον πίνακα 3 δίνονται παραδείγματα φυσιολογικών μεταβολών της μνήμης και αντιπαραβάλλονται με σημεία πιθανής αρχόμενης νόσου Alzheimer:

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΑΡΑΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΜΕ ΣΗΜΕΙΑ ΠΙΘΑΝΗΣ ΑΡΧΟΜΕΝΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Φυσιολογικές μεταβολές μνήμης με την ηλικία	Σημεία πιθανής αρχόμενης άνοιας
Περιστασιακή δυσκολία στο να βρει κάποιος την κατάλληλη λέξη. Αίσθηση ότι την έχει στην "άκρη της γλώσσας", πολλές φορές τη βρίσκει μετά από λίγο	Συχνή, προοδευτικά επιδεινούμενη δυσκολία στην κατονομασία αντικειμένων. Το λεξιλόγιο γίνεται φτωχό, μπορεί να εμφανιστούν γραμματικά και συντακτικά λάθη
Περιστασιακή δυσκολία στο να θυμηθεί κάποιος το όνομα ενός γνωστού που είχε καιρό να συναντήσει	Συχνή δυσκολία στην ανάμνηση ονομάτων, ακόμα και ατόμων που γνώριζε καλά και τα είχε συναντήσει πρόσφατα
Περιστασιακά "κενά μνήμης". Μπορεί κάποιος να δυσκολεύεται προσωρινά να θυμηθεί τι έκανε το προηγούμενο Σάββατο, αλλά συνήθως το βρίσκει αν σκεφτεί αρκετά	Σταθερή, επιδεινούμενη δυσκολία στην ανάκληση γεγονότων του πρόσφατου παρελθόντος, ακόμα και εάν είναι σημαντικά
Περιστασιακή δυσκολία στην ανάμνηση των συνθηκών μάθησης κάποιου νέου. Μπορεί να θυμάται κάποιος αυτό που διάβασε, αλλά να δυσκολεύεται να θυμηθεί αν ήταν σε περιοδικό ή εφημερίδα	Σταθερή δυσκολία στην εκμάθηση νέων πραγμάτων. Αν του τα θυμίσουν, μπορεί να αρνείται ότι το έχει ξαναδεί. Επαναλαμβάνει διαρκώς τις ίδιες ερωτήσεις
Περιστασιακή δυσκολία στην ανεύρεση της ημερομηνίας	Συχνή δυσκολία στον προσανατολισμό στο χρόνο. Μπορεί να αδυνατεί να υπολογίσει την ημερομηνία ακόμα και εάν σκεφτεί ή να μπερδεύει το μήνα και το έτος
Περιστασιακά "σταματάει το μυαλό". Μπορεί κάποιος να ξεχνά τι ήθελε να πει στη μέση μιας συζήτησης ή να μπαίνει σε ένα δωμάτιο και να μη θυμάται τι ήθελε να κάνει	Δυσκολία να παρακολουθήσει και να συμμετέχει σε συζητήσεις, ιδιαίτερα αν αφορούν σύνθετα θέματα. Μπορεί να επαναλαμβάνεται κατά τη διάρκεια τους και να προκαλεί την απορία των συνομιλητών

Οι αριθμητικές πράξεις και οι σύνθετες δραστηριότητες (για παράδειγμα τα ρέστα ή η χρήση ATM) χρειάζονται περισσότερο χρόνο. Περιστασιακά μπορεί να γίνονται λάθη

Συχνά λάθη στις χρηματικές συναλλαγές, ενίοτε σημαντικά. Δυσκολία ακόμα και σε απλές καθημερινές δραστηριότητες, όπως το μαγείρεμα ή η χρήση ηλεκτρικών συσκευών

3. ΕΡΕΥΝΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Στην ανασκόπηση των Wang και Blazer (2015) πραγματοποιείται επισκόπηση της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και γνωσιακών διαταραχών σε ηλικιωμένους με έμφαση στις ψυχοθεραπείες και τις μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις. Αρχικά, εξετάζεται η κλινική εμφάνιση της κατάθλιψης στο τέλος της ζωής και των συννοσηρών γνωστικών διαταραχών, καθώς και της επιδημιολογίας και των παραγόντων κινδύνου για γνωστική εξασθένηση στην κατάθλιψη στο τέλος της ζωής και τη χρονική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και γνωστικής εξασθένησης. Στη συνέχεια συζητάτε το σημαντικό θέμα της αυτοκτονίας των ηλικιωμένων και της γνωστικής εξασθένησης. Εξετάζονται εν συντομία τα νευροψυχολογικά ελλείμματα, οι βιοδείκτες και τα ευρήματα νευροαπεικόνισης στην κατάθλιψη στο τέλος της ζωής των ηλικιωμένων με συννοσηρές γνωστικές διαταραχές. Το μεγαλύτερο μέρος αυτής της επισκόπησης εστιάζει σε ψυχοθεραπείες και μη παραδοσιακές θεραπείες για κατάθλιψη στο τέλος της ζωής με συννοσηρή γνωστική εξασθένηση και εξετάζονται ποια στοιχεία υπάρχουν για τα γνωστικά και λειτουργικά οφέλη αυτών των θεραπειών. Τέλος, εξετάζονται οι γνωστικές επιδράσεις των φαρμακολογικών θεραπειών και οι θεραπείες διέγερσης του εγκεφάλου (Wang, Blazer, 2015).

Έξι χρόνια αργότερα πραγματοποιήθηκε αναθεώρηση της πρόσφατης βιβλιογραφίας από τους Mukku και συν. (2021) σχετικά με τη γνωστική εξασθένηση σε ηλικιωμένους ενήλικες με κατάθλιψη. Έγινε αναζήτηση στις διεθνείς βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, Science Direct και Psych Info για τα άρθρα που δημοσιεύτηκαν στην αγγλική γλώσσα σχετικά με την κατάθλιψη στο τέλος της ζωής / γηριατρική κατάθλιψη και γνωστική εξασθένηση. Εξετάστηκαν πρωτότυπα ερευνητικά άρθρα, σχετικές συστηματικές κριτικές, κεφάλαια και σημαντικά εννοιολογικά άρθρα που δημοσιεύθηκαν τα τελευταία 9 χρόνια (2011-2019). Σύμφωνα με τα ευρήματα η έννοια της ψευδοδυναμίας, που υποδηλώνει κατάθλιψη με γνωστική εξασθένηση που μιμείται την άνοια, θεωρείται πλέον μόνο ως ιστορική έννοια. Η τρέχουσα βιβλιογραφία συμφωνεί απόλυτα με το γεγονός ότι τα γνωστικά ελλείμματα υπάρχουν συχνά στην κατάθλιψη στο τέλος της ζωής. Τα γνωστικά ελλείμματα στην κατάθλιψη θεωρήθηκαν

αρχικά ως χαρακτηριστικός δείκτης. Ωστόσο, μερικές πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι τα γνωστικά ελλείμματα παραμένουν ακόμη και στη φάση ύφεσης. Υπάρχει ετερογένεια μεταξύ των μελετών όσον αφορά τη φύση των γνωστικών ελλειμμάτων, αλλά η πλειοψηφία των μελετών ανέφερε προβλήματα στην προσοχή και την εκτελεστική λειτουργία. Η κατάθλιψη στο τέλος της ζωής με γνωστικά ελλείμματα διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο προόδου σε άνοια. Σε ηλικιωμένους, η κατάθλιψη με γνωστικές διαταραχές απαιτεί μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση (Mukku, et al., 2021).

Ενώ οι κλινικοί γιατροί έχουν εκτιμήσει εδώ και πολύ καιρό το σύνδρομο της κατάθλιψης στο τέλος της ζωής και τη συννοσηρή γνωστική εξασθένηση, οι ερευνητές συνεχίζουν να αποκαλύπτουν την περίπλοκη αλληλεπίδραση βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην ανάπτυξη αυτού του συνδρόμου σε ευάλωτα άτομα. Και παρόλο που η κατάθλιψη στο τέλος της ζωής με συννοσηρή γνωστική εξασθένηση είναι ένα από τα πιο κοινά ψυχιατρικά σύνδρομα σε ηλικιωμένους ενήλικες, οι γνώσεις μας για αποτελεσματικές θεραπείες είναι ελάχιστες. Μετά την αξιολόγηση, ο κλινικός ιατρός και τα άλλα μέλη της ομάδας θεραπείας (που μπορεί να περιλαμβάνουν ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσοκόμα ή / και διευθυντή φροντίδας κατάθλιψης) δημιουργούν ένα σχέδιο θεραπείας σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένεια. Το καταθλιπτικό άτομο λαμβάνει συνήθως μια αρχική δοκιμή αντικαταθλιπτικού και / ή ψυχοθεραπειών, και σε σοβαρές ή ανθεκτικές περιπτώσεις, μια άλλη νέα θεραπεία διέγερσης του εγκεφάλου. Οι γιατροί επιλέγουν θεραπείες με βάση την εμπειρία τους και τη διαθεσιμότητα των θεραπειών, κάτι που μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη ταλαιπωρία τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειες σε σοβαρές ή ανθεκτικές περιπτώσεις (Wang, Blazer, 2015).

Υπήρξαν αρκετές πρόσφατες πολλά υποσχόμενες εξελίξεις, ειδικά όσον αφορά τον χαρακτηρισμό της κατάθλιψης στο τέλος της ζωής από την άποψη των βιοδεικτών, της νευροαπεικόνισης και του αυξανόμενου αριθμού ψυχοθεραπειών στο τέλος της ζωής και ολιστικών και μη παραδοσιακών παρεμβάσεων για άτομα με συννοσηρή γνωστική εξασθένηση. Ωστόσο, πρέπει να γίνουν πολλές προσπάθειες για την επικύρωση αυτών των ευρημάτων σε κλινικές δοκιμές μεγαλύτερης κλίμακας και σε πληθυσμούς με βάση την κοινότητα, ειδικά μεταξύ μειονοτήτων και ομάδων χαμηλότερης

κοινωνικοοικονομικής κατάστασης που παραδοσιακά υποεκμετάλλευαν τη φροντίδα ψυχικής υγείας λόγω περιορισμένης πρόσβασης και στίγματος. Το μέλλον της αξιολόγησης και του σχεδιασμού της θεραπείας για την κατάθλιψη στο τέλος της ζωής με συννοσηρή γνωστική εξασθένηση θα μπορούσε να ενσωματώσει άλλους τρόπους, όπως τον υπολογισμό της επιβάρυνσης των παραγόντων κινδύνου, τους γονότυπους, τους βιοδείκτες του ορού και τη νευροαπεικόνιση, προκειμένου να χαρακτηριστεί καλύτερα η πρόγνωση του ασθενούς (ιδιαίτερα όσον αφορά την αυτοκτονία) και βελτίωση της επιλογής θεραπειών και τον προσδιορισμό της ανταπόκρισης στη θεραπεία (Wang, Blazer, 2015).

Άλλοι σημαντικοί τομείς για την ανάπτυξη μελλοντικών θεραπειών είναι μελέτες υπηρεσιών υγείας που εξετάζουν την ενσωμάτωση τεχνολογίας, όπως εκδόσεις υψηλής υγείας εξειδικευμένης ψυχοθεραπείας που βασίζονται στο Διαδίκτυο για τη διασφάλιση ευρύτερης κατανομής των θεραπειών κατάθλιψης και τη χρήση πολυτροπικών θεραπειών που συνδυάζουν φαρμακολογικές θεραπείες, ψυχοθεραπείες, και ολιστικές και μη παραδοσιακές παρεμβάσεις για τη μείωση του ποσοστού κατάθλιψης ανθεκτικών στη θεραπεία σε ηλικιωμένους και για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση τόσο των γνωστικών διαταραχών όσο και των συμπτωμάτων της διάθεσης (Wang, Blazer, 2015).

Στόχος της έρευνας των Camacho-Conde και Galán-López (2021) ήταν να περιγράψει τη σχέση μεταξύ καταθλιπτικής διαταραχής και γνωστικής επιδείνωσης σε ηλικιωμένα άτομα. Πρόκειται για μια περιγραφική και συσχετιστική μελέτη με 70 ηλικιωμένους. Οι μεταβλητές αξιολογήθηκαν με ερωτηματολόγιο ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, CAMCOG και GDS. Η κατάθλιψη συσχετίστηκε σημαντικά με το γνωστικό επίπεδο στο μη υποβοηθούμενο ηλικιωμένο δείγμα ($r = 0,471$, $p = 0,004$). Η ηλικία των συμμετεχόντων σχετίζεται αρνητικά με τη βαθμολογία που λαμβάνεται στο CAMCOG του μη υποβοηθούμενου δείγματος ($r = -0.352$, $p = 0.038$). Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή σε ιδρύματα που φροντίζουν τους ηλικιωμένους οι οποίοι είναι πλήρως εξαρτημένοι από την παροχή βοήθειας (Camacho-Conde, Galán-López, 2021).

Στην μελέτη των Ajami και συν. (2020) εξετάστηκε η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και γνωστικής εξασθένησης σε ηλικιωμένους. Αυτή η διατομιακή πληθυσμιακή μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 506 ηλικιωμένους που παρουσιάστηκαν στα κέντρα υγείας του δήμου Τεχεράνης του Ιράν. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας το κοινωνικο-δημογραφικό ερωτηματολόγιο, Mini Mental State Examination (MMSE) και το Geriatric Depression Scale (GDS). Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας SPSS-17 με ανάλυση συσχέτισης και λογιστική παλινδρόμηση. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 65,71 έτη. Οι ηλικιωμένοι (> 75 ετών) είχαν διπλάσιο κίνδυνο (95% CI 1,01- 4,90) για γνωστική δυσλειτουργία. Υπήρχε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ MMSE και GDS. Οι ηλικιωμένοι με τη συλλογική εκπαίδευση είχαν 85% (95% CI 0,1-0,5) και οι ηλικιωμένοι που απασχολούνταν είχαν 56% (95% CI 0,04-0,74) χαμηλότερο κίνδυνο για γνωστική δυσλειτουργία. Οι ηλικιωμένοι με σοβαρή κατάθλιψη είχαν διπλάσιο κίνδυνο (95% CI 1,41-4,8) για γνωστική δυσλειτουργία. Τα ευρήματα δείχνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ κατάθλιψης και γνωστικής εξασθένησης μεταξύ των ηλικιωμένων. Αυτά τα ευρήματα δίνουν έμφαση στην αξιολόγηση της γνωστικής εξασθένησης και της κατάθλιψης στη γηριατρική αξιολόγηση σε ηλικιωμένους (Ajami, et al., 2020).

Η σχέση μεταξύ καταθλιπτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους και της άνοιας, ιδίως της νόσου του Alzheimer, είναι πολύ περίπλοκη. Ενώ η φύση αυτής της σχέσης παραμένει θέμα συζήτησης, η διαφορική διάγνωση και θεραπεία παραμένουν μια μεγάλη κλινική πρόκληση. Στην μελέτη των Dias και συν. (2020) γίνεται αναθεώρηση των πρόσφατων ευρημάτων σχετικά με το αίτιο των καταθλιπτικών διαταραχών σε ηλικιωμένους και τη νόσο Alzheimer. Υπάρχει ένα βιολογικό συνεχές μεταξύ καταθλιπτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους - ή τουλάχιστον μιας υποομάδας αυτών - και της νόσου Alzheimer. Ενώ τα ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη και οι ασθενείς με νόσο Alzheimer εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κυκλοφορούντων προ-φλεγμονωδών μορίων και χαμηλότερο BDNF από τους αντίστοιχους μάρτυρες, τα επίπεδα CSF του Αβ42 μπορούν να διακρίνουν την νόσο Alzheimer από τις καταθλιπτικές διαταραχές στους ηλικιωμένους. Ο ρόλος της αντικαταθλιπτικής θεραπείας ως στρατηγικής για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου εμφάνισης νόσου Alzheimer δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί (Dias, et al., 2020).

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες. Στην έρευνα των Voros και συν. (2019) έγινε αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, των γνωστικών λειτουργιών, της κατάθλιψης και των κλινικών δεδομένων σε ηλικιωμένους ηλικίας 65 ετών και άνω με στόχο την ανάλυση παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με τους ηλικιωμένους και οι παράγοντες αξιολογήθηκαν με επικυρωμένα κλινικά τεστ και εργαλεία ελέγχου. Η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων QOL (ποιότητας ζωής) και των γνωστικών δοκιμών δεν ήταν σημαντική. Αντίθετα, τα αποτελέσματα των κλιμάκων κατάθλιψης έδειξαν σημαντική αρνητική συσχέτιση με τις βαθμολογίες των κλιμάκων QOL. Ένα καλύτερο QOL καθορίστηκε από τη χαμηλότερη ηλικία, την έλλειψη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τις υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα QOL-AD (νόσος του Alzheimer). Η καταθλιπτική διάθεση έχει πολύ πιο αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων από τη γνωστική εξασθένηση. Τα αποτελέσματά έδειξαν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και καταθλιπτικής διάθεσης στους ηλικιωμένους. Η έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική διαχείριση των συναισθηματικών και γνωστικών συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους όχι μόνο μπορεί να αποκαταστήσει την ψυχική υγεία, αλλά μπορεί επίσης να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους (Voros et al., 2019).

Η κατάθλιψη στο τέλος της ζωής συχνά συνοδεύεται από γνωστική εξασθένηση. Αν και οι εκτιμήσεις ποικίλλουν, μελέτες έχουν δείξει ότι η συνδυασμένη κατάθλιψη και η γνωστική δυσλειτουργία είναι παρούσα στο περίπου 25% των ηλικιωμένων ενηλίκων. Ο αριθμός των κατοίκων της κοινότητας με συμπτώματα κατάθλιψης και μειωμένη γνωστική ικανότητα διπλασιάζεται κάθε πέντε χρόνια μετά την ηλικία των 70 ετών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τα σύνδρομα της κατάθλιψης και της γνωστικής βλάβης μπορεί να σχετίζονται με την ίδια υποκείμενη διαταραχή (π.χ. αγγειακή άνοια, υποθυρεοειδισμός), ενώ σε άλλες περιπτώσεις η κατάθλιψη και η γνωστική εξασθένηση μπορεί να είναι σχετικά ανεξάρτητες και απλώς να συνυπάρχουν. Οι διαφορικές αποφάσεις διάγνωσης και θεραπείας μπορεί να είναι περίπλοκες από διάφορους παράγοντες. Οι γνωστικές αλλαγές, οι οποίες αποτελούν μέρος του καταθλιπτικού συνδρόμου, μπορεί να είναι σοβαρές, οι αρχικές διαταραχές της άνοιας μπορεί να έχουν σωματικά και γνωστικά συμπτώματα που μιμούνται την κατάθλιψη ή η γνωστική

εξασθένηση μπορεί να είναι μέρος μιας υποκλινικής διαταραχής άνοιας που αποκρύφθηκε από τις παθοφυσιολογικές αλλαγές της κατάθλιψης (Morimoto, et al., 2014).

Η πρόληψη της εμφάνισης της άνοιας και της νόσου του Alzheimer, η βελτίωση της διάγνωσης και η επιβράδυνση της εξέλιξης αυτών των ασθενειών παραμένουν μια πρόκληση. Ο στόχος της μελέτης των Cantón-Habas και συν. (2020) ήταν να διευκρινίσει τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και άνοιας και να εντοπίσει πιθανές σχέσεις μεταξύ αυτών των ασθενειών και διαφορετικών κοινωνιο-δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών. Σύμφωνα με τα παραπάνω, πραγματοποιήθηκε μια μελέτη περίπτωσης στην Ισπανία το 2018-2019. Σαν μελέτες περίπτωσης επιλέχθηκαν άτομα ≥ 65 ετών με άνοια ή / και Alzheimer και βαθμολογία 5-7 στην παγκόσμια κλίμακα επιδείνωσης (GDS). Το δείγμα αποτελούνταν από 125 μάρτυρες. Μεταξύ των περιπτώσεων, 96 είχαν άνοια και 74 είχαν Alzheimer. Οι μεταβλητές πρόβλεψης ήταν κατάθλιψη, δυσλιπιδαιμία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και υπέρταση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατάθλιψη, ο σακχαρώδης διαβήτης και η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκαν με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης Alzheimer, με αναλογία πιθανότητας (OR) 12,9 (διάστημα εμπιστοσύνης 95% (CI): 4,3-39,9), 2,8 (95% CI) : 1.1–7.1) και 1.15 (95% CI: 1.1–1.2), αντίστοιχα. Τα άτομα με θεραπεία με δυσλιπιδαιμία ήταν λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν Alzheimer (H 0,47, 95% CI: 0,22-1,1). Επομένως, η κατάθλιψη και ο σακχαρώδης διαβήτης αυξάνουν τον κίνδυνο άνοιας, ενώ η θεραπεία με δυσλιπιδαιμία έχει αποδειχθεί ότι μειώνει αυτόν τον κίνδυνο (Cantón-Habas, et al., 2020).

Η ήπια γνωστική εξασθένηση αποτελεί συχνή διαταραχή στους ηλικιωμένους με επιπολασμό 16,0% στα άτομα χωρίς άνοια και ποσοστό εμφάνισης 63,6 ανά 1.000 άτομα-έτη (Kaduszkiewicz, et al., 2014). Η παγκόσμια επικράτηση της ήπιας γνωστικής εξασθένησης στους ηλικιωμένους εκτιμάται ότι είναι 15-20%. Ο επιπολασμός της σύμφωνα με έρευνες είναι περίπου τέσσερις φορές μεγαλύτερος από εκείνον της άνοιας (Forlenza, et al., 2013). 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 ήπια γνωστική εξασθένηση θα εξελιχθεί σε άνοια (Mitchell, et al., 2009).

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 ήπιας γνωστικής εξασθένησης και διαπίστωσαν ότι το 47% παρέμεινε αμετάβλητο και το 31% επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα με ένα μέσο όρο παρακολούθησης 4,7 χρόνια (Manly, et al., 2008). 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 ήπια γνωστική εξασθένηση. Ωστόσο, τα ποσοστά επικράτησής της εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την υπό 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 ήπιας γνωστικής εξασθένησης παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις σε διάφορες μελέτες, από 3- 53% (Ravaglia, et al., 2008). Ενώ η ήπια γνωστική εξασθένηση δεν αντιπροσωπεύει απαραίτητα μια πρόδρομη φάση της άνοιας (AD), ωστόσο στοιχεία δείχνουν ότι κατά το χαρακτηρισμό ειδικών γνωστικών ελλειμμάτων σε πολλούς τομείς της ήπιας γνωστικής εξασθένησης, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να εξελιχθεί σε άνοια (Pinto, et al., 2009).

Η συχνότητα μετατροπής εξέλιξης της ήπιας γνωστικής εξασθένησης 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 ήπια γνωστική εξασθένηση 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 ήπιας γνωστικής εξασθένησης σε άνοια φαίνεται να προκύπτει κατά κύριο λόγο εντός των πρώτων μηνών της παρατήρησης, με χαμηλότερα ποσοστά κατά τα επόμενα έτη (American Psychiatric Association, 2012).

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 ήπιας γνωστικής εξασθένησης 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 ήπιας γνωστικής εξασθένησης σε Alzheimer.

Σε μία μελέτη κοόρτης που διεξήχθη από επτά γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Janvier Olasaran και οι συν.) αναλύθηκαν 176 ασθενείς από τους οποίους 81 (46%) είχαν ήπια γνωστική εξασθένηση και 18 (10%) είχαν άνοια στην αρχή της μελέτης. Μετά από ένα έτος 8 ασθενείς (9,9%) με ήπια γνωστική εξασθένηση είχαν προχωρήσει σε άνοια, αλλά 48 (59,3%) είχαν επανέλθει σε κανονικά επίπεδα. Το υψηλό ποσοστό επανόδου από την ήπια γνωστική εξασθένηση 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 ήπιας γνωστικής εξασθένησης (Olazarán, et al., 2011). Εκτιμάται ότι έως και 44% των ασθενών με ήπια γνωστική εξασθένηση κατά την πρώτη τους επίσκεψη θα επιστρέψουν σε φυσιολογικά επίπεδα μετά από ένα έτος (Wada-Isoe, et al., 2012).

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση των επιπτώσεων της κατάθλιψης και των γνωσιακών διαταραχών σε δείγμα ηλικιωμένων 65 ετών και άνω στην ευρύτερη περιοχή του Δήμου Ζηρού. Ειδικότερα, εξετάζονται τα επίπεδα κατάθλιψης που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι καθώς επίσης και τυχόν γνωσιακές διαταραχές που παρατηρούνται στο δείγμα μελέτης.

Τα βασικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας είναι τα ακόλουθα:

1. Ποια τα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένων του Δήμου Ζηρού;
2. Καταγράφεται συσχέτιση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων του Δήμου Ζηρού με τα επίπεδα κατάθλιψης;
3. Παρατηρούνται γνωσιακές διαταραχές στους ηλικιωμένους του δείγματος;
4. Υπάρχουν συσχετίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών με τη νοητική κατάσταση των ηλικιωμένων;

4.2. ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Στα πλαίσια της παρούσας διπλωματικής διατριβής θα εφαρμοστεί ποσοτική στατιστική ανάλυση με τη χρήση δομημένου αυτό-συμπληρούμενου ερωτηματολογίου το οποίο θα μοιρασθεί στους ηλικιωμένους του Δήμου Ζηρού κατά την περίοδο 2020-2021.

Το ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από 3 μέρη τα οποία είναι:

I. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ: Ερωτήσεις αναφορικά με τα προσωπικά στοιχεία του δείγματος των ηλικιωμένων στα οποία συγκαταλέγονται το φύλο, η ηλικία, το οικογενειακό επίπεδο κλπ.

II. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (Σύντομη Εξέταση της Νοητικής

Κατάστασης): Η δοκιμασία Mini-Mental State Examination – MMSE (Δοκιμασία Σύντομης Γνωστικής Εκτίμησης, ΔΣΓΕ) των Folstein, Folstein και McHugh (1975) αποτελεί ένα εργαλείο εκτίμησης της γνωστικής κατάστασης, ευρέως χρησιμοποιούμενο για τη σύντομη ανίχνευση της γνωστικής εξασθένησης και της άνοιας στον πληθυσμό των ενηλίκων. Η δοκιμασία MMSE αποτελείται από 30 λήμματα και αξιολογεί συνολικά πέντε τομείς της γνωστικής λειτουργίας: τον προσανατολισμό, τη μνήμη, την προσοχή και συγκέντρωση, τη γλωσσική λειτουργία και την οπτικο-κατασκευαστική ικανότητα. Η ανώτατη συνολική βαθμολογία που μπορεί να επιτευχθεί είναι 30 βαθμοί (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Βαθμολογία ≤ 23 μονάδων αποτελεί αποδεκτή ένδειξη γνωστικής εξασθένησης (Fountoulakis et al., 2000· Kurlowicz & Wallace, 1999). Δεν υπάρχει σαφές χρονικό όριο για την χορήγηση του εργαλείου, αν και ο συνήθης χρόνος δεν ξεπερνά τα 5 με 10 λεπτά. Η σύντομη αυτή διάρκεια χορήγησής του ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης και προβλημάτων συγκέντρωσης και προσοχής, κυρίως στα άτομα με νευρογνωστικές διαταραχές. Ξεκινώντας τη χορήγηση της δοκιμασίας απαιτούνται μόνο προφορικές απαντήσεις. Ο χωρο-χρονικός προσανατολισμός αξιολογείται πρώτος, ζητώντας από το συμμετέχοντα να αναφέρει τη σημερινή χρονιά, το μήνα, την ημέρα, την ημερομηνία και την εποχή (5 μονάδες), καθώς και να επισημάνει σε ποια χώρα, νομό, πόλη, κτίριο, όροφο βρίσκεται (5 μονάδες). Η εργαζόμενη μνήμη εξετάζεται αμέσως μετά· ζητούμε από το άτομο να επαναλάβει 3 λέξεις και να προσπαθήσει να τις συγκρατήσει στη μνήμη του γιατί θα του τις ξανά ρωτήσουμε λίγο αργότερα (3 μονάδες). Έπειτα, σειρά έχει η προσοχή και συγκέντρωση, όπου απαιτείται η διαδοχική αφαίρεση του αριθμού 7 από το 100, το 93, το 86 κ.ο.κ για πέντε συνεχόμενες αφαιρέσεις· στο σημείο αυτό δίνεται και μία εναλλακτική μορφή, κατά την οποία ζητείται ο αντίστροφος συλλαβισμός μιας απλής λέξης (5 μονάδες). Ακολουθεί η εξέταση της καθυστερημένης ανάκλησης, όπου ζητούμε από τον εξεταζόμενο να αναφέρει τις 3 λέξεις που επανέλαβε προηγουμένως (3 μονάδες). Συνεχίζοντας, αξιολογείται η γλωσσική λειτουργία και συγκεκριμένα η εκτίμηση της αναγνώρισης των ονομάτων δύο αντικειμένων και η κατανόηση και

επανάληψη μίας έκφρασης. Δείχνουμε λοιπόν στο άτομο δύο κοινά αντικείμενα, ζητώντας του να μας τα κατονομάσει (2 μονάδες). Έπειτα το προτρέπουμε να επαναλάβει μία φράση (1 μονάδα). Προχωρώντας, αξιολογούμε την ικανότητά του να παρακολουθήσει και να εφαρμόσει απλές προφορικές και γραπτές οδηγίες (3 μονάδες), καθώς και να διαβάσει μία πρόταση, η οποία είναι γραμμένη σε μία κόλλα χαρτί και να εκτελέσει αυτό που μόλις διάβασε (1 μονάδα). Στο τέλος της χορήγησης ζητούμε από τον εξεταζόμενο να γράψει μία αυθόρμητη αναγνώσιμη πρόταση με υποκείμενο, ρήμα, αντικείμενο (1 μονάδα) και να προσπαθήσει να αντιγράψει όσο καλύτερα μπορεί ένα πολύπλοκο σχέδιο (1 μονάδα).

III. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9): Αρχική κλίμακα αξιολόγησης των ψυχικών διαταραχών ήταν το PRIME-MD, το οποίο εφαρμόστηκε από τους γιατρούς για τη διάγνωση των πέντε βασικών τύπων ψυχικών διαταραχών DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition/ DSM-IV), κυρίως σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Αργότερα, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο τριών σελίδων, το PHQ, το οποίο αποτέλεσε μία εκδοχή του PRIME-MD, για αυτοαξιολόγηση των ασθενών, έχοντας την ίδια εγκυρότητα. Από το PHQ, ακολούθως προέκυψε το PHQ9, μία πιο σύντομη εκδοχή του. Αρχικά σχεδιάστηκε για αξιολόγηση/ διάγνωση ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα, όπου εκεί συνήθως αναζητείται θεραπεία για ψυχικές διαταραχές. Έκτοτε, έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες κλινικές δομές, ηλικιακά γκρουπ και στον γενικό πληθυσμό, και θεωρείται πλέον, ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο διάγνωσης της κατάθλιψης και στον γενικό πληθυσμό. (Manea, et al, 2014; Kocalevent, et al., 2013). Πρόκειται για μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης, που αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο για κοινές ψυχικές παθήσεις, της μείζονος κατάθλιψης καθώς και της σοβαρότητας αυτής. Έχει μικρότερο μέγεθος σε σχέση με άλλα εργαλεία μέτρησης της κατάθλιψης, καθώς αποτελείται από εννιά κριτήρια, στα οποία βασίζεται η διάγνωση καταθλιπτικών διαταραχών βάσει DSM-IV. Επιπλέον, έχει συγκρίσιμη ευαισθησία και ειδικότητα με αυτά. Το PHQ9 παρέχει τη δυνατότητα εργαλείου διπλού σκοπού, καθώς με αυτές τις εννιά ερωτήσεις μπορεί να διαγνώσει καταθλιπτικές διαταραχές, αλλά και να καθορίσει

το βαθμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, η κλίμακα αυτή έχει συνδεθεί με άλλες μετρήσεις, όπως η ποιότητα ζωής (Moriarty, et al, 2015; Gilbody, Richards & Barkham, 2007; Kroenke & Spitzer, 2002; Kroenke, et al, 2001). Οι απαντήσεις αντιστοιχούν σε μία 4βάθμια κλίμακα Likert που διαβαθμίζεται από το καθόλου (0), μερικές μέρες (1), περισσότερες από τις μισές ημέρες (2) και σχεδόν κάθε μέρα (3). Το συνολικό σκορ είναι από το 0-27, με τα υψηλότερα σκορ να είναι ενδεικτικά μεγαλύτερης σοβαρότητας καταθλιπτικά συμπτώματα (Liu, Wang, 2015).

4.3. ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Όπως γίνεται κατανοητό η παρούσα έρευνα δεν ενέχει κανέναν απολύτως κίνδυνο για τους ηλικιωμένους του Δήμου Ζηρού οι οποίοι αποτέλεσαν το δείγμα. Η συμμετοχή όλων των ηλικιωμένων ήταν εθελοντική, ανώνυμη και διασφαλίστηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Όπου δεν ήταν δυνατή η συγκατάθεση των ιδίων δόθηκε άδεια από τους συγγενείς ή τους συνοδούς τους. Οι ηλικιωμένοι ενημερώθηκαν πλήρως για το σκοπό και τη μεθοδολογία της έρευνας τόσο γραπτά όσο και προφορικά. Έχουν ληφθεί οι απαιτούμενες άδειες από τις αρμόδιες υπηρεσίες για την εκπόνηση της μελέτης καθώς και τα εργαλεία έρευνας.

4.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-23 και τις μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής ανάλυσης. Συγκεκριμένα, στην περιγραφική ανάλυση αποτυπώνονται οι συχνότητες και τα ποσοστά των μεταβλητών καθώς και οι μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις όπου απαιτείται. Αναφορικά με την επαγωγική ανάλυση και τα αποτελέσματα της κανονικότητας εφαρμόστηκε μη παραμετρική ανάλυση των δεδομένων για τη διερεύνηση των συσχετίσεων.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

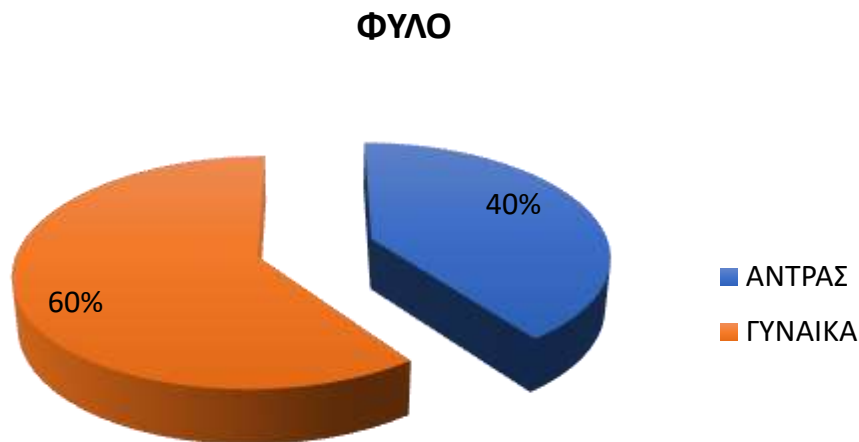
5.1.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

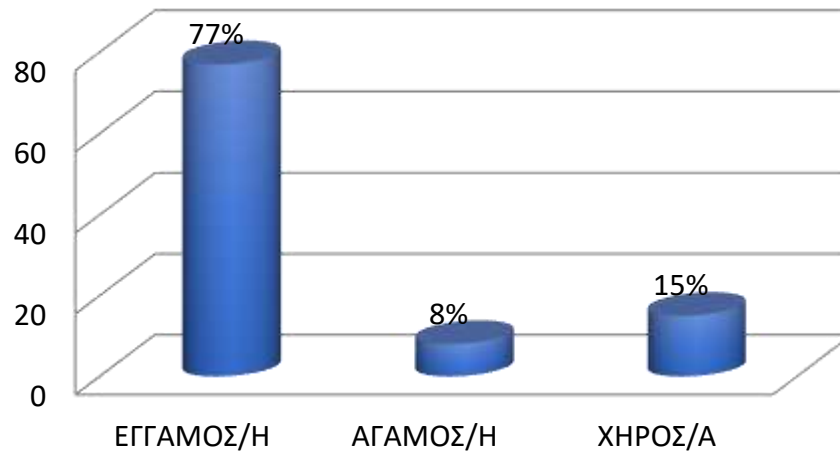
ΑΤΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	N/%
ΦΥΛΟ	
ΑΝΤΡΑΣ	40
ΓΥΝΑΙΚΑ	60
ΗΛΙΚΙΑ	Μ.Ο. ± Τ.Α.= 76,17 ± 7,78 ΕΛΑΧ.-ΜΕΓ.=65-91
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	77
ΑΓΑΜΟΣ/Η	8
ΧΗΡΟΣ/Α	15
ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;	
ΝΑΙ	89
ΟΧΙ	11
ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;	
ΝΑΙ	17
ΟΧΙ	83
ΠΙΝΕΤΕ ΑΛΚΟΟΛ;	
ΝΑΙ	28
ΟΧΙ	72
ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ;	
ΝΑΙ	59
ΟΧΙ	41
ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ;	
Άνοια	2
Αρθρίτιδα	4
ΧΑΠ	19
Πίεση	11
Χοληστερίνη	9
Καρδιολογικά νοσήματα	12
Σακχαρώδης διαβήτης	10

Στον πίνακα 4 καταγράφονται τα ατομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων του δείγματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η πλειοψηφία του δείγματος είναι γυναίκες με 60% και άντρες το 40%. Η μέση ηλικία του δείγματος ανέρχεται στα 76,17 έτη (σταθερή απόκλιση=7,78) και παρουσιάζει εύρος από 65 έως 91 ετών. από Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση το 77% είναι έγγαμοι, το 15% χήροι και το 8% των ηλικιωμένων είναι άγαμοι. Το 89% του δείγματος έχει παιδιά, μόλις το 17% εξ αυτών καπνίζει και το 28% κάνει κατανάλωση αλκοόλ. Σχετικά με τα νοσήματα το 59% δηλώνει ότι έχει ορισμένα νοσήματα στα οποία συγκαταλέγονται η άνοια με 2% του δείγματος, η αρθρίτιδα με 4%, η ΧΑΠ με 19%, η πίεση με 11% η χοληστερίνη με 9%, τα καρδιολογικά νοσήματα με 12% και ο σακχαρώδη διαβήτης με 10%.

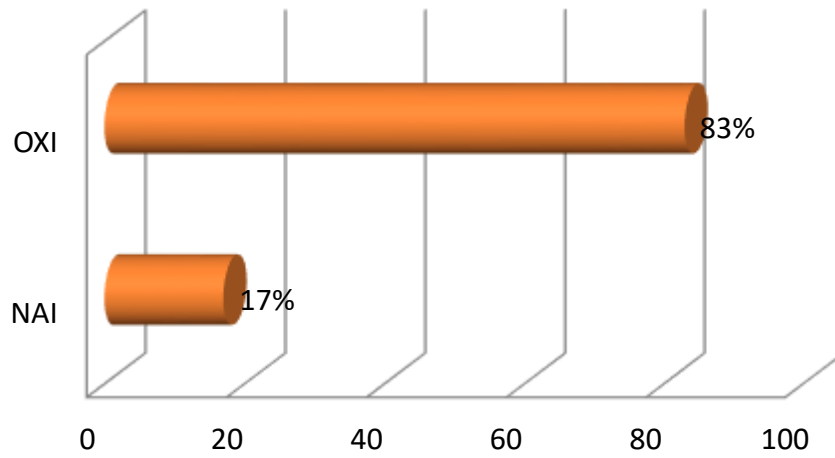
Στην συνέχεια αποτυπώνονται διαγραμματικά τα αποτελέσματα των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος των ηλικιωμένων.



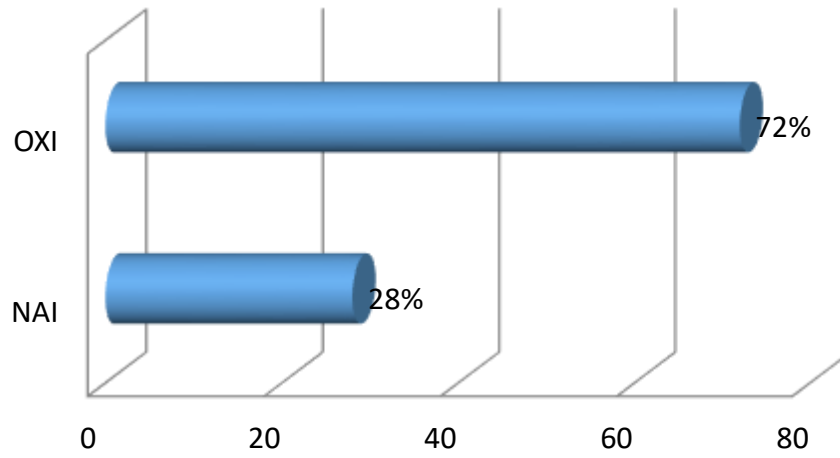
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



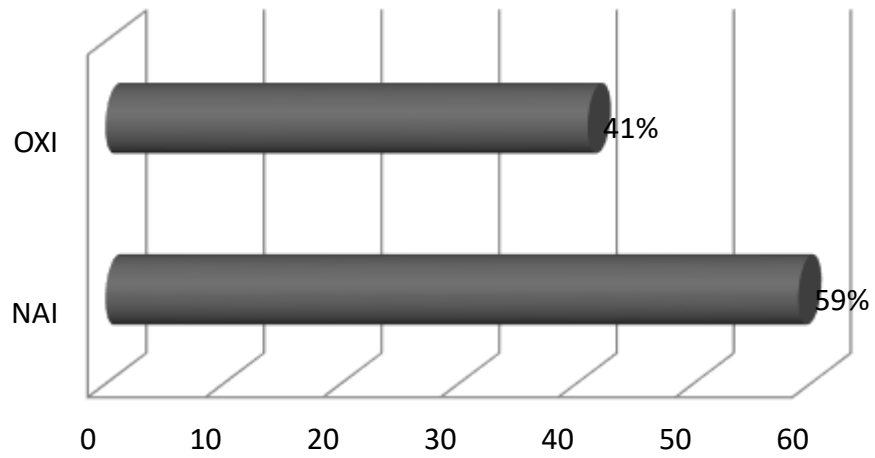
ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;



ΠΙΝΕΤΕ ΑΛΚΟΟΛ;



ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ



5.1.2. MINI-MENTAL STATE EXAMINATION / ΣΥΝΤΟΜΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΕΡΜΗΝΕΙΑ MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΕΡΜΗΝΕΙΑ
25-30	Πιθανόν να υπάρχουν γνωστικά ελλείμματα αλλά είναι ήπια και δύναται να επηρεάσουν μόνο τις απαιτητικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής
20-25	Ήπια γνωστική εξασθένηση που όμως μπορεί να απαιτεί κάποια επίβλεψη, υποστήριξη ή βοήθεια του ατόμου
10-20	Μέτρια γνωστική εξασθένηση. Μπορεί να απαιτείται 24ωρη επίβλεψη του ατόμου.
0-10	Σημαντική/υψηλή γνωστική εξασθένηση. Απαιτείται 24ωρη επίβλεψη και βοήθεια με ADL

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ

	ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ
Μ.Ο.	24,1
Τ.Α.	3,96
ΕΛΑΧΙΣΤΟ	10
ΜΕΓΙΣΤΟ	30

Σύμφωνα με τους πίνακες 5 και 6 διαπιστώνουμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος των ηλικιωμένων καταγράφει ήπια γνωστική εξασθένηση που όμως μπορεί να απαιτεί κάποια επίβλεψη, υποστήριξη ή βοήθεια του ατόμου με Μ.Ο.=24,1 (σταθερή απόκλιση=3,9 και εύρος 10 έως 30).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	N/%
25-30	49
20-25	38
10-20	15
0-10	-

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται αναλυτικά οι βαθμολογίες γνωστικής εξασθένησης για το δείγμα ηλικιωμένων. Ειδικότερα, το 49% φαίνεται να καταγράφει γνωστικά ελλείμματα αλλά είναι ήπια και δύναται να επηρεάσουν μόνο τις απαιτητικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, το 38% ήπια γνωστική εξασθένηση που όμως μπορεί να απαιτεί κάποια επίβλεψη, υποστήριξη ή βοήθεια του ατόμου και τέλος το 15% μέτρια γνωστική εξασθένηση που μπορεί να απαιτείται 24ωρη επίβλεψη του ατόμου. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι κανένας από τους ηλικιωμένους του δείγματος δεν εμφανίζει σημαντική/υψηλή γνωστική εξασθένηση.

5.1.3. PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΕΡΜΗΝΕΙΑ PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ
1-4	Ελάχιστη κατάθλιψη
5-9	Ήπια κατάθλιψη
10-14	Μέτρια κατάθλιψη
15-19	Σοβαρή κατάθλιψη
20-27	Πολύ σοβαρή κατάθλιψη

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
Μ.Ο.	8,69
Τ.Α.	5,81
ΕΛΑΧΙΣΤΟ	0
ΜΕΓΙΣΤΟ	23

Σύμφωνα με τους πίνακες 8 και 9 προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος των ηλικιωμένων εμφανίζει ήπια κατάθλιψη με Μ.Ο.=8,69 (σταθερή απόκλιση=5,81 και εύρος από 0 έως 23).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΕΣ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	N/%
1-4	30
5-9	32
10-14	16
15-19	20
20-27	2

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι βαθμολογίες των ηλικιωμένων του δείγματος για τα επίπεδα κατάθλιψης που εμφανίζουν. Συγκεκριμένα, το 30% των ηλικιωμένων δεν φαίνεται να εμφανίζει κάποια σημαντικό βαθμό κατάθλιψης, το 32% έχει ήπια κατάθλιψη, το 16% εμφανίζει μέτρια κατάθλιψη, το 20% εξ αυτών παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη και το 2% εμφανίζει πολύ σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης.

5.2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	CRONBACH'S ALPHA
ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ	0,711
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	0,860

Στον πίνακα 11 καταγράφεται η αξιοπιστία των κλιμάκων της παρούσας έρευνας για το δείγμα μελέτης. Ειδικότερα, ο έλεγχος αξιοπιστίας πραγματοποιήθηκε με τον δείκτη Cronbach's Alpha όπου τιμές πάνω από 0,700 εμφανίζουν πολύ υψηλή αξιοπιστία των επιμέρους ερωτήσεων. Σύμφωνα με τα ευρήματα η Γνωστική Εξασθένηση καταγράφει δείκτη $0,711 > 0,700$ και η Κατάθλιψη $0,860 > 0,700$ γεγονός που υποδηλώνει πολύ υψηλή αξιοπιστία των κλιμάκων της παρούσας έρευνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ	0,148	100	0,000
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	0,128	100	0,000

Στον πίνακα 12 καταγράφονται τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας για τις κλίμακες της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, για τη Γνωστική Εξασθένηση το $p\text{value}=0,000$ και για την Κατάθλιψη το $p\text{value}=0,000$. Σύμφωνα με τα ευρήματα διαπιστώνεται ότι οι κλίμακες δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή για το δείγμα της παρούσας μελέτης.

Επομένως, για την επαγωγική ανάλυση που ακολουθεί και τη διερεύνηση των επιμέρους συσχετίσεων πραγματοποιήθηκε μη παραμετρική ανάλυση των δεδομένων. Ειδικότερα, για τη διερεύνηση συσχετίσεων των ποσοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός στατιστικός έλεγχος συσχετίσεων Spearman (ρ). Για τις ποιοτικές μεταβλητές έγινε χρήση των μη παραμετρικών ελέγχων Mann-Whitney (U, για τις διμεταβλητές) και Kruskal-Wallis (K, για τις πολυμεταβλητές).

5.3. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

		ΗΛΙΚΙΑ
ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ	ρ	-,479**
	p	,000
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ρ	,224*
	p	,025

*Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,05

**Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01

Στον πίνακα 13 καταγράφονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων της ηλικίας των ηλικιωμένων με τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης και κατάθλιψης. Σύμφωνα με τα ευρήματα διαπιστώνονται τα εξής:

- Προκύπτει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης ($\rho = -0,479$, $p = 0,000$). Ειδικότερα, όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνονται καταγράφονται περισσότερα προβλήματα γνωστικής ικανότητας.
- Προκύπτει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας με τα επίπεδα κατάθλιψης ($\rho = 0,224$, $p = 0,025$). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η ηλικία του δείγματος των ηλικιωμένων αυξάνονται και τα επίπεδα κατάθλιψης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕ ΤΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
ΦΥΛΟ	MEDIAN	ΑΝΤΡΑΣ	25	8
		ΓΥΝΑΙΚΑ	24	8
	U*		1039,0	938,5
	p value		0,255	0,065
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	MEDIAN	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	26	8
		ΑΓΑΜΟΣ/Η	22,5	10,5
		ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	-	-
		ΧΗΡΟΣ/Α	23	8
	K**		12,167	1,603
p value		0,002	0,449	
ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;	MEDIAN	ΝΑΙ	25	8
		ΟΧΙ	21	13
	U**		259,0	361,5
	p value		0,011	0,157
ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;	MEDIAN	ΝΑΙ	24	5
		ΟΧΙ	27	8
	U**		502,0	634,5
	p value		0,050	0,514
ΠΙΝΕΤΕ ΑΛΚΟΟΛ;	MEDIAN	ΝΑΙ	24	7
		ΟΧΙ	27	8
	U**		776,5	789,0
	p value		0,074	0,092
ΆΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ;	MEDIAN	ΝΑΙ	26	7
		ΟΧΙ	24	8
	U**		1151,0	1099,5
	p value		0,786	0,524

*Έλεγχος Kruskal-Wallis (διάμεσες τιμές)

**Έλεγχος Mann-Whitney (διάμεσες τιμές)

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος των ηλικιωμένων με τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης και κατάθλιψης. Σύμφωνα με τα ευρήματα προκύπτουν τα εξής:

- Η μεταβλητή οικογενειακή κατάσταση επιδρά στα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης των ηλικιωμένων ($p=0,002$). Ειδικότερα, οι άγαμοι ηλικιωμένοι του δείγματος εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης (μέση βαθμολογία=22,5) και οι έγγαμοι του δείγματος καταγράφουν τα χαμηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης (μέση βαθμολογία=26).
- Η ύπαρξη παιδιών φαίνεται να επηρεάζει τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης ($p=0,011$). Συγκεκριμένα, όσοι ηλικιωμένοι έχουν παιδιά καταγράφουν χαμηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης (μέση βαθμολογία=25) έναντι των ηλικιωμένων οι οποίοι δεν έχουν παιδιά (μέση βαθμολογία=21).
- Το κάπνισμα φαίνεται να επιδρά στα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης ($p=0,050$). Ειδικότερα, όσοι ηλικιωμένοι του δείγματος καπνίζουν καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης (μέση βαθμολογία=24) έναντι των ηλικιωμένων οι οποίοι δεν καπνίζουν (μέση βαθμολογία=27).
- Οι μεταβλητές φύλο, χρήση αλκοόλ και άλλα νοσήματα δεν φαίνεται να επηρεάζουν τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης για το δείγμα των ηλικιωμένων της παρούσας έρευνας.
- Οι μεταβλητές φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και τα νοσήματα δεν φαίνεται να επιδρούν στα επίπεδα κατάθλιψης για το δείγμα της παρούσας έρευνας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

			ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ
Spearman's rho	ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ	rho	1,000	-,432**
		p	.	,000
	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	rho	-,432**	1,000
		p	,000	.
**Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01				

Στον πίνακα 15 αποτυπώνονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ των επιπέδων γνωστικής εξασθένησης των ηλικιωμένων και επιπέδων κατάθλιψης που καταγράφονται. Σύμφωνα με τα ευρήματα διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική ισχυρή αρνητική συσχέτιση της γνωστικής εξασθένησης και της κατάθλιψης ($\rho = -0,432$, $p = 0,000$). Ειδικότερα, όσο αυξάνονται τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης των ηλικιωμένων του δείγματος αυξάνονται και τα επίπεδα κατάθλιψης που παρατηρούνται.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στη Ψυχική Υγεία και είχε σαν στόχο τη διερεύνηση των επιπτώσεων της κατάθλιψης και των γνωσιακών διαταραχών σε δείγμα ηλικιωμένων 65 ετών και άνω στην ευρύτερη περιοχή του Δήμου Ζηρού. Εξετάστηκαν τα επίπεδα κατάθλιψης που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι καθώς επίσης και τυχόν γνωσιακές διαταραχές που παρατηρούνται στο δείγμα μελέτης και διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις που προκύπτουν με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων.

Σύμφωνα με τα ευρήματα η πλειοψηφία των ηλικιωμένων του Δήμου Ζηρού με βρίσκεται σε πολύ καλά επίπεδα αναφορικά με τις γνωστικές τους ικανότητες καθώς το 49% καταγράφει γνωστικά ελλείμματα αλλά είναι ήπια και δύναται να επηρεάσουν μόνο τις απαιτητικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Το 38% των ηλικιωμένων εμφανίζουν ήπια γνωστική εξασθένηση η οποία όμως μπορεί να απαιτεί κάποια επίβλεψη, υποστήριξη ή βοήθεια του ατόμου. Τέλος ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 15% καταγράφει μέτρια γνωστική εξασθένηση η οποία μπορεί να απαιτεί 24ωρη επίβλεψη του ηλικιωμένου. Όσον αφορά τη διερεύνηση των επιπέδων γνωστικής εξασθένησης των ηλικιωμένων του δείγματος θα πρέπει να αναφερθεί ότι κανένας από τους ερωτηθέντες δεν εμφανίζει σημαντική/υψηλή γνωστική εξασθένηση γεγονός το οποίο μπορεί να αποδίδεται στην ήρεμη και χαλαρή ζωή που ακολουθούν οι κάτοικοι των μικρών περιοχών και η καθημερινότητα τους δεν διακατέχεται από πίεση και άγχος. Όπως αναφέρεται και στην έρευνά των Rashid και συν. (2012) στα χωριά καταγράφεται ο υψηλότερος μέσος όρος ηλικιών και όχι τυχαία καθώς ο τρόπος ζωής που ακολουθούν είναι πιο ήρεμος. Στην έρευνά τους διαπιστώθηκε ένας αυξανόμενος επιπολασμός της γνωστικής εξασθένησης με την αύξηση της ηλικίας (Rashid, et al., 2012).

Εξετάζοντας τα επίπεδα κατάθλιψης που παρατηρούνται στο δείγμα των ηλικιωμένων του Δήμου Ζηρού διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία του δείγματος εμφανίζει μια ήπια κατάθλιψη η οποία συσχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας. Ακόμη ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 30% δεν εμφανίζει κάποια σημαντικό βαθμό κατάθλιψης ενώ το 20% εξ αυτών παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη και το 2% εμφανίζει πολύ σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης. Με δεδομένο το γεγονός ότι η μέση ηλικία του

δείγματος ανέρχεται στα 76 έτη μπορούμε να κατανοήσουμε και τα επίπεδα κατάθλιψης τα οποία εμφανίζουν σημαντική επίδραση στο δείγμα της παρούσας μελέτης. Στη χώρα μας με γνώμονα την οικονομική κρίση που διανύει την τελευταία δεκαετία, τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης μπορεί να αποδοθούν και στις οικονομικές δυσχέρειες που τυχόν αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Στην έρευνα των Baiyewu και συν. (2015) διερευνήθηκε η συσχέτιση της κατάθλιψης σε δείγμα ηλικιωμένων αγροτικών περιοχών σε σχέση με τη φτώχεια. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε ηλικιωμένους κατοίκους δύο αγροτικών περιοχών στη Νιγηρία χρησιμοποιώντας το Mini-Mental State Examination (MMSE) και το Geriatric Depression Scale (GDS-30). Εκείνοι που σημείωσαν 11 και άνω στο GDS-30 συνέχισαν τη συνέντευξη περαιτέρω χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα Γηριατρικής Ψυχικής Κατάστασης (GMSS). Η διάγνωση της κατάθλιψης βασίστηκε στη Διεθνή Ταξινόμηση των Νοσημάτων 10^η έκδοση (ICD-10) και GMSS -Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy (GMMS-AGECAT). Συνολικά 458 ηλικιωμένοι κάτοικοι της κοινότητας συμμετείχαν στη μελέτη, εκ των οποίων το 57% ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 73,65 (\pm 7,8) έτη (95% CI 72,93-74,37). Σύμφωνα με τα ευρήματα, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους των αγροτικών περιοχών συσχετίστηκε σημαντικά με τις οικονομικές δυσκολίες (Baiyewu, et al., 2015).

Αναφορικά με τη διερεύνηση των συσχετίσεων με την ηλικία των ηλικιωμένων διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης και τα επίπεδα κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνονται καταγράφονται περισσότερα προβλήματα γνωστικής ικανότητας και αυξάνονται και τα επίπεδα κατάθλιψης. Η έρευνα των Kravitz και συν. (2012) συνάδει με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καθώς αναφέρει ότι η ηλικία είναι ο μόνος παράγοντας κινδύνου που συσχετίζεται σταθερά με την άνοια και τις γνωστικές διαταραχές και η αύξηση της ηλικίας συνεπάγεται μεγαλύτερες πιθανότητες ανάπτυξης γνωστικών διαταραχών (Kravitz, et al., 2012). Ακόμη, η έρευνα των Vasilopoulos και συν. (2018) συνεπικουρεί στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καθώς επιβεβαιώνει ότι η ηλικία επιδρά στα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένους με τους γηραιότερους να καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα (Vasilopoulos, et al., 2018).

Σχετικά με τις συσχετίσεις των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος των ηλικιωμένων της παρούσας έρευνας και τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης διαπιστώθηκαν συσχετίσεις με την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών και το κάπνισμα. Συγκεκριμένα, οι άγαμοι ηλικιωμένοι του δείγματος εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης και οι έγγαμοι του δείγματος καταγράφουν τα χαμηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης. Το παρόν εύρημα έρχεται να επιβεβαιώσει και η έρευνα των Rashid και συν. (2012) καθώς το να είναι κανείς άγαμος συσχετίστηκε σημαντικά με τον κίνδυνο γνωστικής εξασθένησης για το δείγμα ηλικιωμένων αγροτικών περιοχών (Rashid, et al., 2012).

Επίσης, η ύπαρξη παιδιών επηρεάζει τα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης Συγκεκριμένα, όσοι ηλικιωμένοι έχουν παιδιά καταγράφουν χαμηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης έναντι των ηλικιωμένων οι οποίοι δεν έχουν παιδιά. Και τέλος το κάπνισμα επιδρά στα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης με τους ηλικιωμένους που καπνίζουν να καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα γνωστικής εξασθένησης έναντι των ηλικιωμένων οι οποίοι δεν καπνίζουν. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν στην έρευνά τους οι An και Xiang (2015) οι οποίοι εξέτασαν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος, βαριάς κατανάλωσης αλκοόλ και κατάθλιψης μεταξύ των μεσήλικων και των ηλικιωμένων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Σύμφωνα με τα ευρήματα οι καπνιστές σε σύγκριση με τους μη καπνιστές είχαν 34% περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη και να προβούν σε βαριά κατανάλωση αλκοόλ (An, Xiang, 2015).

6.1. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Όπως είναι αναμενόμενο στα πλαίσια της παρούσας πρωτογενούς ποσοτικής έρευνας παρουσιάστηκαν και ορισμένοι περιορισμοί που αφορούν τόσο τη φύση της έρευνας όσο και το δείγμα. Πρωτίστως, το δείγμα της έρευνας αν και ικανοποιητικό από άποψη στατιστικής ανάλυσης ήταν αρκετά μικρό με αποτέλεσμα τα αποτελέσματα της να μην δύναται να γενικευτούν στον ευρύ πληθυσμό των ηλικιωμένων. Ακόμη, η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη διάρκεια μιας δεδομένης χρονικής στιγμής χωρίς να συμπεριλάβει τυχόν αλλαγές που μπορεί να συμβούν κατά τη διάρκεια του μήνα ή ακόμα και του έτους. Ένας επιπλέον περιορισμός αφορά στο δείγμα της έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε απογραφικά στη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων και όχι με εξαγωγή δείγματος από το γενικό πληθυσμό των ηλικιωμένων.

6.2. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να εστιάσουν σε προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες να στοχεύουν στη μείωση των περιπτώσεων άνοιας και κατάθλιψης στις κοινότητες. Οι παρεμβάσεις αυτές δύναται να είναι μεθοδευμένες, συστηματικές και εξειδικευμένες, καθώς επίσης να επικεντρώνονται στην εκπαίδευση τόσο των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται άμεσα με την Τρίτη Ηλικία όσο και των ιδίων των ηλικιωμένων καθώς και των οικογενειών τους. Οι ειδικοί συστήνουν ότι η επαναξιολόγηση των ατόμων ε γνωστική εξασθένηση καλό θα ήταν να πραγματοποιείται μετά από 6 μήνες.

Σε κάθε περίπτωση ο κύριος στόχος της παρέμβασης θα πρέπει να είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας τους στα πλαίσια της κοινότητας καθώς και η ενεργός δραστηριοποίηση και εμπλοκή τους σε διάφορες δραστηριότητες και δράσεις. Η πληροφόρηση θα πρέπει να πραγματοποιείται κατά βάση από τις κοινοτικές κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας οι οποίες έχουν άμεση πρόσβαση στον ηλικιωμένο και την οικογένειά του. Η κινητοποίηση και η ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας, η διασύνδεση των εμπλεκόμενων φορέων και ατόμων καθώς και η συνεργασία μεταξύ των

υπηρεσιών μέσω ενός πλαισίου ανταλλαγής πληροφοριών κρίνεται αναγκαία και απαραίτητη.

Οι επαγγελματίες δημόσιας υγείας απαιτείται να διαδραματίσουν σημαντικό και ενεργό ρόλο και να βοηθήσουν τις οικογένειες να αντιμετωπίσουν τη γνωστική εξασθένηση και την κατάθλιψη των συγγενών τους. Η οικονομικο-οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας στη χώρα, όπως είναι αναμενόμενο δεν άφησε ανεπηρέαστη την Τρίτη Ηλικία. Αυτό που διαφαίνεται από την καθημερινή επαφή με τους ηλικιωμένους είναι ότι δεν μένουν ανέπαφοι από τα καθημερινά προβλήματα όπως τα οικονομικά ζητήματα, το άγχος και η ανασφάλεια για το μέλλον ιδίως στις αγροτικές περιοχές. Βιώνουν την κρίση τόσο μέσω της προσωπικής τους ζωής όσο και μέσα από τα παιδιά και την οικογένειά τους. Οι ψυχολογικοί παράγοντες που προκύπτουν έχουν ως βάση και κοινωνικούς αλλά και οικονομικούς λόγους.

Η καταγραφή των ατόμων, η ετήσια επανεξέτασή τους σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές, η τακτική παρακολούθηση τους καθώς επίσης και η κατάλληλη συμπτωματική θεραπεία συνδυαζόμενη με υψηλής ποιότητας φροντίδα ενδεχομένως να βοηθήσουν στην ορθότερη αντιμετώπιση της άνοιας και της κατάθλιψης. Έχει διαπιστωθεί ότι ο χρόνος που αφιερώνουν οι επαγγελματίες υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους ασθενείς είναι αντικειμενικά πολύ λίγος. Πολλές φορές ο χρόνος αυτός περιορίζεται σε ορισμένα 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 τη γνωστική εξασθένηση και την κατάθλιψη, όπως επίσης και πρόσθετες επενδύσεις και έρευνες σε συνδυασμό με αναθεώρηση των υπηρεσιών θα πρέπει να είναι στις κύριες προτεραιότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aajami, J., kazazi, L., Troski, M., Bahrami, M., Borhaninejad, V. (2020). Relationship between Depression and Cognitive Impairment among Elderly: A Cross-sectional Study. *Journal of Caring Sciences*, 9(3): 148-153. doi: 10.34172/jcs.2020.022
- Agüera-Ortiz, L., Claver-Martín, M. D., Franco-Fernández, M. D., López-Álvarez, J., Martín-Carrasco, M., Ramos-García, M. I., Sánchez-Pérez, M. (2020). Depression in the Elderly. Consensus Statement of the Spanish Psychogeriatric Association. *Frontiers in Psychiatry*, 11. doi:10.3389/fpsyt.2020.00380
- American Psychiatric Association (2012). DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis. 2001. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>. Accessed Apr 10, 2021
- An, R., & Xiang, X. (2015). Smoking, heavy drinking, and depression among U.S. middle-aged and older adults. *Preventive Medicine*, 81, 295–302. doi:10.1016/j.ypmed.2015.09.026
- Ashby-Mitchell K, Jagger C, Fouweather T, Anstey KJ. (2015). Expectancy with and without Cognitive Impairment in Seven Latin American and Caribbean Countries. *PLoS One*, 10(3):e0121867.
- Baiyewu, O., Yusuf, A. J., Ogundele, A. (2015). Depression in elderly people living in rural Nigeria and its association with perceived health, poverty, and social network. *International Psychogeriatrics*, 27(12), 2009–2015. doi:10.1017/s1041610215001088
- Camacho-Conde, J.A., Galán-López, J. M. (2021). The Relationship Between Depression and Cognitive Deterioration in Elderly Persons. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, e37413. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37413>
- Cantón-Habas, V., Rich-Ruiz, M., Romero-Saldaña, M., & Carrera-González, M. del P. (2020). Depression as a Risk Factor for Dementia and Alzheimer’s Disease. *Biomedicines*, 8(11), 457. doi:10.3390/biomedicines8110457

- Dias, N. S., Barbosa, I. G., Kuang, W., Teixeira, A. L. (2020). Depressive disorders in the elderly and dementia: An update. *Dementia & Neuropsychologia*, 14(1), 1-6. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010001>
- Domínguez, Y., Matos, C., De, Juan, Llibre-Rodríguez, J., Pita-Rodríguez, G., Suárez-Medina, R., Quintero-Alejo, E., Noriega-Fernández, L., Guerra-Hernández, M., Calvo-Rodríguez, M., Sánchez-Gil, Y., García-Klibanski, M., Herrera-Javier, D., Arocha-Oriol, C., Díaz-Domínguez, M. (2020). Levels of Vitamins and Homocysteine in Older Adults with Alzheimer Disease or Mild Cognitive Impairment in Cuba. *MEDICC Review*, 22. 10.37757/MR2020.V22.N4.14.
- Eshkoor SA, Hamid TA, Mun CY, Ng CK. (2015). Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clin Interv Aging*, 10, 687–693.
- Fernandes L, Gonalves-Pereira M, Leuschner A, et al. (2009). Assessment validation study of the Camberwell Need for the Elderly (cane) in Portugal. *International Psychogeriatrics*, 21 (1):94-102.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Forlenza OV, Diniz BS, Stella F, Teixeira AL, GattazWF. (2013). Mild cognitive impairment (part1): clinical characteristics and predictors of dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(2):178-85.
- Fountoulakis, K. N., Tsolaki, M., Chantzi, H., Kazis, A. (2000). Mini mental state examination (MMSE): a validation study in Greece. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(6), 342-345.
- Gilbody S, Richards D, Barkham M, (2007). Diagnosing depression in primary care using self- completed instruments: UK validation of PHG-9 and CORE-OM. *British Journal of General Practice*, 57, 650-652

- Kaduszkiewicz H, Eisele M, Wiese B, Prokein J, Luppa M, Luck T, Jessen F. (2014). 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. *Annals of Family Medicine*, 12(2): 158–165
- Kocalevent RD, Hinz A, Brahler E., (2013). Standardization of the depression screener patient health questionnaire (PHQ-9) in the general population. *General Hospital Psychiatry*, 35, 551-555
- Kravitz, E., Schmeidler, J., Schnaider B., M. (2012). Cognitive Decline and Dementia in the Oldest-Old. *Rambam Maimonides medical journal*, 3, e0026. 10.5041/RMMJ.10092.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*, 32, 9
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613
- Manea, L., Gilbody, S., McMillan, D., (2014). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire- 9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry*, 37, 67-75.
- Manly JJ, Tang MX, Schupf N, Stern Y, Vonsattel JP, Mayeux R. (2008). Frequency and course of mild cognitive impairment in a multiethnic community. *Annals of Neurology*, 63(4):494-506.
- Mitchell AJ, Shiri-Feshki M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia--meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4):252-65.
- Moriarty, A.S., Gilbody, S., McMillan, D., Manea, L. (2015). Screening and case finding for major depressive disorder using the patient health questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 37, 567-576

- Morimoto, S. S., Kanellopoulos, T., Alexopoulos, G. S. (2014). Cognitive Impairment in Depressed Older Adults: Implications for Prognosis and Treatment. *Psychiatric Annals*, 44(3), 138–142. doi:10.3928/00485713-20140306-05
- Mukku, S. S. R., Dahale, A., Muniswamy, N., Muliya, K., Sivakumar, P., Varghese, M. (2021). Geriatric Depression and Cognitive Impairment—An Update. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 025371762098155. 10.1177/0253717620981556.
- Olazarán J, Torrero P, Cruz I et al. (2011). Mild cognitive impairment and dementia in primary care: the value of medical history. *BMC Family Practice*, 28(4), 385-92.
- Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M., Behera, P., Gupta, S. D., Khurana, H., Poongothai, S. (2019). Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 19(1). doi:10.1186/s12889-019-7136-z
- Pinto C, Subramanyam AA. (2009). Mild cognitive impairment: The dilemma. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(1), S44–51.
- Rashid, A., Azizah, A., Rohana, S. (2012). Cognitive impairment among the elderly Malays living in rural Malaysia. *The Medical journal of Malaysia*, 67, 186-9.
- Ravaglia G, Forti P, Montesi F, et al. (2008). Mild cognitive impairment: epidemiology and dementia risk in an elderly Italian population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56:518
- Salary, S., & Moghadam, M. A. A. (2013). Relationship Between Depression and Cognitive Disorders in Women Affected with Dementia Disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1763–1769. doi:10.1016/j.sbspro.2013.07.028
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., van der Mast, R. C., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Penninx, B. W. J. H. (2017). Risk Factors for Depression: Differential Across Age? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(9), 966–977. doi:10.1016/j.jagp.2017.04.004

- Tiwari SC, Srivastava G, Tripathi RT, Pandey NM, Agarwal GG, Pandey S, Tiwari S. (2013). Prevalence of psychiatric morbidity amongst the community dwelling rural older adults in northern India. *Indian J Med Res*, 138(4), 504-514.
- Vasilopoulos, A., Marinou, S., Rammou, M., Sotiropoulou, P., Roupa, Z., Siamaga, E. (2018). A research on anxiety and depression of the elderly in the community. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 11(3): 59-66
- Voros, V., Martin Gutierrez, D., Alvarez, F., Boda-Jorg, A., Kovacs, A., Tenyi, T., Osvath, P. (2019). The impact of depressive mood and cognitive impairment on quality of life of the elderly. *Psychogeriatrics*, doi:10.1111/psyg.12495
- Wada-Isoe K, Uemura Y, Nakashita S, et al. (2012). Prevalence of Dementia and Mild Cognitive Impairment in the Rural Island Town of Ama-cho, Japan. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 2, 190-9
- Wang, S., Blazer, D. G. (2015). Depression and Cognition in the Elderly. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 331–360. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112828
- World Health Organization, Active Aging: A policy framework. Ανακτήθηκε 13 Απριλίου, 2016, από: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης (2016). *Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία, Η Ενεργός Γήρανση ως μέσο Πρόληψης & Αντιμετώπισης*. Πρακτικός Οδηγός. Ιωάννινα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
1. ΦΥΛΟ	
ΑΝΤΡΑΣ	
ΓΥΝΑΙΚΑ	
2. ΗΛΙΚΙΑ	
3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	
ΑΓΑΜΟΣ/Η	
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	
ΧΗΡΟΣ/Α	
4. ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ	
ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
5. ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;	
ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
6. ΠΙΝΕΤΕ ΑΛΚΟΟΛ;	
ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
7. ΑΛΛΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	
ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
8. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ;	

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

01. Προσανατολισμός

Ποιά είναι η ημερομηνία; Τσεκάρετε τις σωστές απαντήσεις	Ημέρα	Ημερ/νία ημέρας	Μήνας	Έτος	Εποχή
Που βρισκόμαστε; Τσεκάρετε τις σωστές απαντήσεις	Όνομα ή διεύθυνση	Όροφος	Πόλη	Νομός	Χώρα

02. Εγχάραξη

Θα ονομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. Να θυμάστε ποια είναι γιατί θα σας ξαναρωτήσω σε λίγο. Τσεκάρετε τα αντικείμενα που είναι σωστά με την ΠΡΩΤΗ προσπάθεια, εάν γίνει κάποιο λάθος στην πρώτη προσπάθεια, επαναλάβετε όλα τα ονόματα έως ότου ο ασθενής τα μάθει και τα τρία.	Αριθ. Επαναλήψεων	Μπάλα	Σημαία	Δέντρο
--	----------------------	-------	--------	--------

03. Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών

Αφαίρεση	Τώρα θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε άλλα 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε. Καταχωρήστε ως σωστή μία απάντηση κάθε φορά που η διαφορά είναι 7, ακόμη κι αν η προηγούμενη απάντηση είναι λάθος.	Καταγραφή απάντησης	Σωστό
		93	
		86	
		79	
		72	
Απόδοση λέξης	Συλλαβίστε τη λέξη "πέτρα" ανάποδα ("ΑΡΤΕΠ") Καταχωρίστε ως σωστό μόνον εάν τα γράμματα είναι με την σωστή σειρά Και οι δύο δοκιμές πρέπει να ολοκληρωθούν. Η τελική βαθμολόγηση (σωστές απαντήσεις) για αυτήν την ενότητα είναι η ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ εκ των δύο (Αφαίρεση ή Απόδοση λέξης)		

04. Ανάκληση

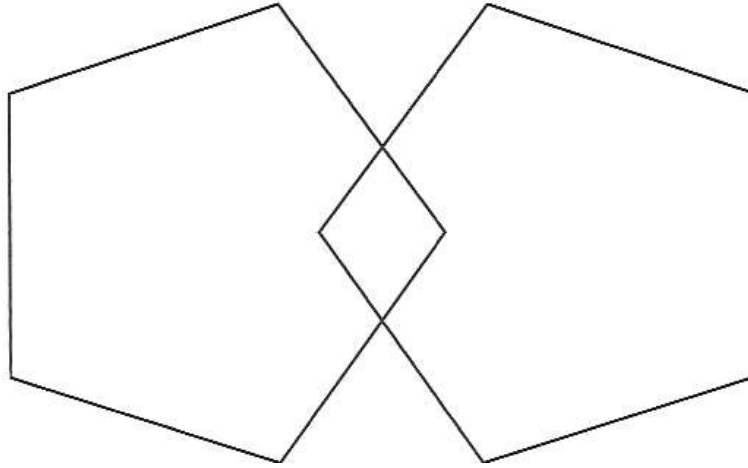
Ποιά είναι τα τρία αντικείμενα που σας ζήτησα να θυμάστε;	Μπάλα	Σημαία	Δέντρο
---	-------	--------	--------

05. Γλώσσα

Ονομασία	Δείξτε δύο αντικείμενα (ρολόι, μολύβι) και ρωτήστε "Πως ονομάζεται αυτό το αντικείμενο;"	Ρολόι	
		Μολύβι	
Επανάληψη	Πρόκειται να πω κάτι και θα ήθελα να το επαναλάβετε μετά από εμένα: "Όχι αν, και ή αλλά" (Επιτρέπεται μία επανάληψη)		
Εντολές	Δώστε καθαρές οδηγίες με την πρώτη. "Θα σας δώσω ένα κομμάτι χαρτιού. Πάρτε το χαρτί με το δεξί σας χέρι, διπλώστε το στη μέση και ακουμπήστε το στο πάτωμα". Αφού δώσετε στον ασθενή το χαρτί, επαναλάβετε την εντολή. Βαθμολογήστε ως σωστό, εάν οι εργασίες έγιναν με την σωστή σειρά.	Δεξί χέρι	
		Δίπλωμα	
		Στο πάτωμα	
Ανάγνωση	Δείξτε την κάρτα που γράφει "Κλείστε τα μάτια σας" και ζητήστε από τον ασθενή να ακολουθήσει την οδηγία.		
Γραφή	Υποδείξτε στον ασθενή το τέλος της σελίδας σχεδίου (επόμενη σελίδα) και ζητήστε του να γράψει μία οποιαδήποτε ολοκληρωμένη πρόταση. Κατόπιν ζητήστε από τον ασθενή να σας πει τι έγραψε. Η ορθογραφία και η γραμματική δεν είναι σημαντικά. Η πρόταση θα πρέπει να έχει ένα υποκείμενο (ή αυτό να υπονοείται) και ένα ρήμα.		

Αντιγραφή

Υποδείξτε στον ασθενή την επόμενη σελίδα και πείτε "Αντιγράψτε αυτό το σχέδιο". Κάθε πεντάγωνο, θα πρέπει να έχει 5 πλευρές και 5 καθαρές γωνίες και η τομή τους να σχηματίζει ένα ρόμβο.



PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά νιώσατε ότι:	ΠΟΤΕ	ΚΑΠΟΙΕΣ ΜΕΡΕΣ	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΙΣΕΣ ΜΕΡΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ
1. Μειώθηκε το ενδιαφέρον σας ή η ευχαρίστηση που παίρνετε από τις καθημερινές σας ασχολίες;				
2. Νιώθατε στενοχώρια ή λύπη ή μελαγχολία ή απογοήτευση;				
3. Είχατε προβλήματα με τον ύπνο σας, π.χ. να αργεί να σας πάρει ο ύπνος, ή να ξυπνάτε ενδιάμεσα ή πιο νωρίς απ' ότι επιθυμείτε ή να κοιμάστε περισσότερες ώρες από τις συνηθισμένες;				
4. Νιώθατε κούραση ή καταβολή ή ατονία ή έλλειψη ενέργειας;				
5. Είχατε προβλήματα με το φαγητό σας, όπως να μειώθηκε η όρεξή σας να φάτε ή αντίθετα να αυξήθηκε περισσότερο από το συνηθισμένο;				
6. Νιώθατε άσχημα για το εαυτό σας ή να σκέφτεστε ότι δεν αξίζετε ή ότι είστε ανεπαρκής ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή τους δικούς σας;				
7. Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε για να κάνετε διάφορα πράγματα, όπως π.χ. να διαβάσετε κάτι ή να παρακολουθήσετε τηλεόραση;				
8. Αντιληφθήκατε να κινείστε ή να μιλάτε πιο αργά από ότι συνήθως τόσο που να μπορεί να γίνει αντιληπτό από τους άλλους; Η' το αντίθετο, να είστε τόσο ανήσυχοι και αναστατωμένοι που να γυροφέρνετε πολύ περισσότερο από ότι συνήθως;				
9. Σκεφτόσασταν ότι θα ήταν καλύτερα για σας εάν είχατε πεθάνει ή σκεφτόσασταν να κάνετε εσείς κακό στον εαυτό σας με οποιονδήποτε τρόπο;				