

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Διδακτορική διατριβή

**«Άνοια και κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Η παρέμβαση
του Γενικού/ Οικογενειακού γιατρού στην
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».**

Στέλλα Αργυριάδου

Νοέμβριος 2002

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1. ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ, Επίκουρος καθηγητής (επιβλέπων)**
- 2. ΠΛΑΪΤΑΚΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ, Καθηγητής (συνεπιβλέπων)**
- 3. ΠΑΡΙΤΣΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, Αναπληρωτής καθηγητής (συνεπιβλέπων)**
- 4. ΒΛΑΧΟΝΙΚΟΛΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, Καθηγητής (Μέλος της επταμελούς επιτροπής)**
- 5. ΒΑΡΔΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Καθηγητής (Μέλος της επταμελούς επιτροπής)**
- 6. ΚΑΦΑΤΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ, Καθηγητής (Μέλος της επταμελούς επιτροπής)**
- 7. ΜΠΙΤΣΙΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ, Λέκτορας (Μέλος της επταμελούς επιτροπής)**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- 1.1. Άνοια και κατάθλιψη, δυο κοινά νοσήματα στους ηλικιωμένους.
 - 1.1.1. Γήρας και δημογραφική γήρανση – Οι συνέπειές τους στις υπηρεσίες υγείας
 - 1.1.2. Άνοια και κατάθλιψη - Ορισμοί - Ιστορική αναδρομή
 - 1.1.3. Η διάγνωση της άνοιας και κατάθλιψης – Συστήματα ταξινόμησης και διαγνωστικά κριτήρια
 - 1.1.4. Η συχνότητα της άνοιας και κατάθλιψης στους ηλικιωμένους - Παράγοντες κινδύνου που συνδέονται αιτιολογικά με την εμφάνισή τους
- 1.2. Άνοια και κατάθλιψη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
 - 1.2.1. Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα
 - 1.2.2. Αναγκαιότητα της μελέτης

2. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

- 2.1. Ερευνητικά ερωτήματα
- 2.2. Σκοποί – Στόχοι

3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

- 3.1. Περιοχή διεξαγωγής της μελέτης
 - 3.1.1. Το ΚΥ Χρυσούπολης – Υπηρεσίες που αναπτύσσει και προσωπικό που υπηρετεί
- 3.2. Σχεδιασμός μελέτης και τα κριτήρια επιλογής
- 3.3. Μέθοδοι
 - 3.3.1. Σχεδιασμός της μελέτης
 - 3.3.2. Εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού στην αρχική εξέταση
 - 3.3.3. Παρακολούθηση των ηλικιωμένων στη διάρκεια της μελέτης και παρέμβαση
 - 3.3.4. Επανεξέταση των ηλικιωμένων με την περάτωση της μελέτης και εκτίμηση των αλλαγών μετά την παρέμβαση
- 3.4. Στατιστική ανάλυση

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 4.1. Εκτίμηση της υγείας στην αρχική εξέταση (μελέτη επιπολασμού)
- 4.2. Η παρακολούθηση των ηλικιωμένων (μελέτη παρέμβασης)
- 4.3. Αξιολόγηση της παρέμβασης
- 4.4. Πολυπαραγοντική ανάλυση

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

- 5.1. Μεθοδολογικοί περιορισμοί μελέτης
- 5.2. Η συχνότητα της άνοιας και της κατάθλιψης και παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνισή τους
- 5.3. Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης που πραγματοποιήθηκε στους ηλικιωμένους
- 5.4. Οι συνέπειες της μελέτης στις πρακτικές των γενικών γιατρών στη χώρα μας
- 5.5. Συστάσεις προς τους Γενικούς Οικογενειακούς γιατρούς
- 5.6. Ερωτήματα που απαιτούν περαιτέρω έρευνα

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βιβλιογραφία

Ευχαριστίες

Παράρτημα

Δημοσιεύσεις

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας αποτελούν συνήθως το μεγαλύτερο κομμάτι πληθυσμού με το οποίο ασχολείται ο Γ/Ο γιατρός στην ΠΦΥ. Τα αίτια είναι πολλά, όπως το γεγονός ότι αποτελούν την πιο ευάλωτη ομάδα σε νοσήματα στο γενικό πληθυσμό, ότι είναι η πιο αδύναμη οικονομικά ομάδα στην Ελληνική ύπαιθρο και επομένως καταφεύγουν στις δωρεάν παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του κράτους.. Άλλος λόγος, ο οποίος θέλω να πιστεύω ότι ισχύει και τον θεωρώ φοβερά κολακευτικό για τους Γ/Ο γιατρούς, είναι ότι εκτός από την εύκολη προσβασιμότητα και προσπελασιμότητα που έχουν, με τις πολυσύνθετες δεξιότητες τους, καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, αν όχι ολοκληρωτικά, αυτό που λέγεται ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου. Έτσι οι ηλικιωμένοι βρίσκουν στο Γ/Ο γιατρό όχι μόνο τον επιστήμονα που θα δώσει λύση στο πρόβλημα της υγείας τους, αλλά και το πρόθυμο «αυτί» που θα ακούσει το πρόβλημά τους, το οποίο πιθανώς να μην είναι αμιγώς ιατρικό και θα τους συμβουλέψει ή θα τους βοηθήσει να το ξεπεράσουν. Κάτω από αυτές τις συνθήκες αναπτύσσεται μεταξύ τους μια σχέση εμπιστοσύνης, μια σχέση που θυμίζει το «δάσκαλο» στα πρώτα βήματα της γενικής ιατρικής στην Ελλάδα, τον Δ. Ίκκο, όταν επαναλάμβανε τα λόγια του Όσλερ «..η άσκηση της ιατρικής είναι η συνάντηση μιας εμπιστοσύνης και μιας συνείδησης - της εμπιστοσύνης του αρρώστου και της συνείδησης του γιατρού..»

Αυτή η σχέση ήταν η αιτία να «ανοίξουν πόρτες σπιτιών» ώστε να μπει η ερευνητική ομάδα του ΚΥΧ, ήταν η αιτία που βοήθησε να «καλυφτεί η απειρία μας» στο αντικείμενο της έρευνας μας στην αρχή της παρούσας μελέτης. Αυτή η σχέση βοήθησε να αναπτυχθούν αισθήματα διαφορετικά από αυτά του ερευνητή και του αντικείμενου έρευνας ήταν οι ηλικιωμένοι φίλοι μου, που αποτέλεσαν «την καρδιά» της μελέτης.

**"Δεν αρκεί κανείς να ακολουθεί τις πατημασιές των πρωτοπόρων.
Προσπάθησε να ανιχνεύσεις όχι που πήγαιναν αλλά τι έψοχναν να
βρουν..."**

Matsuo Basho 17^{ος} αιώνας

Στην υπέροχη μητέρα μου Μυρσίνη,
Στον αγαπημένο μου σύντροφο Γιάννη,
Στον αξεπέραστο Χάρη,
Στην γλυκύτατη Μυρσίνη,
Για τις ώρες που τους στερήθηκα...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η άνοια και η κατάθλιψη είναι συχνά νοσήματα της τρίτης ηλικίας στο χώρο της ΠΦΥ και έχουν σαν αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας ζωής των ιδίων και των οικογενειών τους.

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης στην τρίτη ηλικία, καθώς και η εκτίμηση των πιθανών δυνατοτήτων παρέμβασης του Γ/Ο γιατρού στην ΠΦΥ.

Οι στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η μέτρηση της συχνότητάς των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης σε πληθυσμούς ηλικιωμένων στην κοινότητα, στο περιβάλλον της ΠΦΥ.
2. Ο προσδιορισμός των νοσημάτων εκείνων, που συχνά συνυπάρχουν με τις παραπάνω διαταραχές.
3. Η εκτίμηση των δυνατοτήτων παρέμβασης του Γενικού / Οικογενειακού γιατρού διαμέσου της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας σε ασθενείς με άνοια και κατάθλιψη.

Πληθυσμός μελέτης – Μέθοδος: 536 ηλικιωμένοι, 75 από τους εγγεγραμμένους του ΚΑΠΗ, 48 του Γηροκομείου και 413 επισκέπτες του Κέντρου Υγείας Χρυσούπολης (ΚΥΧ) αποτέλεσαν τον πληθυσμό μελέτης των ηλικιωμένων που έλαβαν μέρος.

Οι συμμετέχοντες, αφού πρώτα ενημερώθηκαν σχετικά με τη μελέτη, στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε ψυχομετρικές δοκιμασίες (MMSE, GDSS, ADL, κλπ), κλινικό έλεγχο για νοσήματα που συνδέονται με την άνοια και την κατάθλιψη, αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο, ΗΚΓ, α/φια θώρακος, CT, SPECT όταν κρινόταν αναγκαίο. Εκτός των ηλικιωμένων του γηροκομείου, οι υπόλοιποι χωρίστηκαν σε δυο ομάδες, εκ των οποίων η πρώτη (ομάδα Α) αποτέλεσε την ομάδα παρακολούθησης της έρευνας, ενώ η δεύτερη την ομάδα φυσιολογικών μαρτύρων (Ομάδα ΦΜ). Η παρακολούθηση συνίστατο από τακτικό προληπτικό νευροψυχιατρικό και κλινικό έλεγχο, θεραπεία των συνυπαρχόντων νοσημάτων και φροντίδα των ηλικιωμένων ανάλογα με τις ανάγκες τους. Μετά την πάροδο ενός έτους πραγματοποιήθηκε η σύγκριση των δυο ομάδων για την εκτίμηση της πιθανής αποτελεσματικότητας των δυνατοτήτων παρέμβασης.

Αποτελέσματα: Ο κίνδυνος εμφάνισης γνωσιακών διαταραχών φάνηκε να μειώθηκε με την παρακολούθηση και εντατική φροντίδα σημαντικά ($p < 0.001$) στην ομάδα παρακολούθησης του Κέντρου Υγείας (ΚΥΧ Α) ($RR=0.450$, $p=0.05$) και

σχετικά στην ομάδα παρακολούθησης του ΚΑΠΗ (RR=0.236, p=0.067). Επίσης, όσον αφορά την κατάθλιψη ο κίνδυνος εμφάνισης της μειώθηκε σημαντικά (p<0.001) μετά την πάροδο του έτους στην ομάδα ΚΥΧ Α (RR=0.198, p<0.001).

Συμπερασματικά, η μελέτη αυτή αποδεικνύει την αναγκαιότητα εμπλοκής του Γ/Ο γιατρού σ' αυτά τα νοσήματα, αναπροσαρμόζοντας το ρόλο του στην ανίχνευση και διαχείριση τους σε συνεργασία με νοσοκομειακές ειδικότητες και ιδιαίτερα μ' αυτές της Νευρολογίας και Ψυχιατρικής. Αυτό επιτυγχάνεται με:

- (α) Το συχνό έλεγχο των ηλικιωμένων για γνωσιακές και διαταραχές της διάθεσης.
- (β) Τη θεραπεία οργανικών νοσημάτων που σχετίζονται με την εμφάνιση ή την επιδείνωση της άνοιας και της κατάθλιψης.
- (γ) Την παρέμβαση σε επίπεδο πρόληψης, συμβουλευτικής και θεραπείας με στόχο την αποφυγή εμφάνισης ή επιδείνωσης αυτών των διαταραχών, καθώς και θεραπεία των αναστρέψιμων μορφών τους.

Ερευνητικές προτάσεις:

- Κατά πόσο τα θετικά αποτελέσματα που επετεύχθησαν στους ηλικιωμένους με την εντατική παρακολούθηση του έτους, είναι μόνιμα.
- Κατά πόσο η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος είναι εφικτή στο γενικό πληθυσμό.
- Σε ποιο βαθμό τέτοιου είδους παρεμβάσεις είναι ικανές να ανιχνεύσουν αναστρέψιμες και θεραπευτικά διαχειρίσιμες μορφές άνοιας και ποιο το αποτέλεσμα της παρέμβασης σ' αυτές.

ABSTRACT

Dementia and depression are very common disorders among elderly people and results in the diminution of the well being of the aged and their families

Aim: The assessment of the magnitude of dementia and depression among the elderly people living in different settings in the catchment area of the Health Centre of Chrisoupolis (HCCh) in Northern Greece, and to test the possible effectiveness of a shared-care intervention for later life dementia and depression in this area.

Research plan :

1. the measurement of the frequency in the elderly people of cognitive impairments and mood disorders in the Primary Health Care environment.
2. the assessment of the commorbidity that often coexists with the disorders mentioned above
3. the estimation of the effectiveness of the intervention of the General Practitioner in order to do early diagnose and cure, patients with dementia and/or depression.

Study population and Methods: 536 subjects aged 65 years and over, including 48 subjects living in a old people's home (OPH), 75 subjects who were taking part in activities at the Open Centre for the elderly (OCE) and 413 subjects randomly selected from those visiting the HCCh were eligible for the study.

All participants, who had initially received a comprehensive neuropsychiatric assessment at the HCCh, were followed-up approximately 1 year later. Subjects were assigned to continued usual care (n=233) and subjects received feedback plus care management of chronic illness (n=303). A structured clinical interview with a detailed medical history, clinical examination, hematological and biochemical control and the completion of Mini-Mental State Examination (MMSE), Scale Geriatric Depression Scale (GDSS) and Activities of Daily Living (ADL) were used at the baseline and at the end of intervention.

Results: the risk for the appearance of cognitive disorders decreases significantly ($p<0.001$) by the intervention in the HCCh intervention group (RR=0.450, $p=0.05$) and sufficiently in the group of OCE intervention (RR=0.236, $p=0.067$). Concerning depression, the risk decreases significantly ($p<0.001$) by the intervention in the HCCh intervention group (RR=0.198, $p<0.001$).

Conclusions: Shared care interventions by GPs, primary care teams in collaboration with other specialists and especially neurologists and psychiatrists, in different community settings seems to be an effective strategy in reducing the risk of dementia and depression among elderly people.

This is possible to be achieved with:

- a) Frequent control of elderly people concerning cognitive impairments and mood disorders.
- b) Treatment of somatic diseases which are related to the appearance or the aggravation of dementia and depression
- c) Prevention, consulting and treatment in order to avoid the manifestation of those disorders and ensure treatment of the reversible types of dementia.

Researching proposals:

- ✓ Are the positive results of our study, in the elderly people permanent?
- ✓ Is this program applicable in general population?
- ✓ Is it possible to screen reversible and therapeutic manageable types of dementias and what is the result of this intervention in those?

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΣΥΕ Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος

ICD-10 International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision

WHO World Health Organization

DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Γ/Ο γιατροί Γενικοί / Οικογενειακοί γιατροί

ΚΥ Κέντρο Υγείας

ΧΝΑ Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια

ΕΝΥ Εγκεφαλονωτιαίο υγρό

ΑΕΕ Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Σ/Ν Στεφανιαία Νόσος

ΚΥΧ Κέντρο Υγείας Χρυσούπολης

ΚΑΠΗ Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Α Ομάδα ελέγχου

ΦΜ Ομάδα Φυσιολογικών Μαρτύρων

CCCAD Canadian Committee Consensus on the Assessment of Dementia

MMSE Mini Mental State Examination

GDS Global Deterioration Scale

GDSS Geriatric Depression Screening Scale

ADL Activities of Daily Life

NIA/AAWG National Institute on Aging/ Alzheimer's Association Working Group

KAN Καρδιοαγγειακά νοσήματα

Hct Αιματοκρίτης

ΜΟ Μέσος Όρος

CI Διάστημα Εμπιστοσύνης (Confidence Interval)

Sd Σταθερά Απόκλιση (standard deviation)

ANOVA Ανάλυση μεταβλητότητας (Analysis Of Variance)

Άνοια και κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Η παρέμβαση του Γενικού/ οικογενειακού γιατρού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ

- I. Σ. Αργυριάδου, Α. Μπένος, Χ. Λιονής. Άνοια και κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία. Η κατάσταση στην Ελλάδα σήμερα και ο ρόλος του Γιατρού Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1996; 8: 203-12.
- II. S. Argyriadou, T. Afrandou, E. Thomoglou, G. Dalacuras, C. Lionis. Detecting depression and dementia in rural general practice in Greece: some problems and difficulties of approach. *Family Practice* 1999; 16: p331 (Abstract).
- III. S. Argyriadou, H. Melissopoulou, E. Krania, A. Karagiannidou, I. Vlachonicolis, C. Lionis. Dementia and Depression: two frequent disorders of the aged people in Primary Health Care in Greece. *Family Practice* 2001; 18(1): 87-91.
- IV. Σ. Αργυριάδου, Χ. Μελισσοπούλου, Ε. Κρανιά, Α. Χαρίση, Χ. Παχούμη, Χ. Λυγιδάκης, Λ. Φωτιάδου, Α. Καραγιαννίδου, Θ. Αφράντου, Μ. Χαραλαμπίδου, Χ. Λιονής. Ηλικιωμένοι και ποιότητα ζωής: Εκτίμηση καθημερινών δραστηριοτήτων και κοινωνική κατάσταση σε άτομα με γνωστικές και συναισθηματικές διαταραχές. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1999; 11: 109-17.
- V. Σ. Αργυριάδου, Α. Χαρίση, Χ. Μελισσοπούλου, Λ. Φωτιάδου, Χ. Λυγιδάκης, Χ. Παχούμη, Μ. Σιώπη, Σ. Τέζας, Ε. Κρανιά, Α. Καραγιαννίδου, Θ. Αφράντου, Χ. Λιονής. Έγκαιρη διάγνωση: κλειδί στην πρόληψη αναπηρίας των ηλικιωμένων. *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας* 1999; 11(2): 77-84.
- VI. S. Argyriadou, H. Melissopoulou, I. Vlachonicolis, K. Catachanakis, C. Lionis. Anemia and elderly: in what extent it coexists with cognitive impairment. *BMC Family Practice* 2001, 2:5 <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/2/5>
- VII. S. Argyriadou, H Melissopoulou, C. Lionis. Follow up of patients with cognitive and mood disorders in a Greek geographically defined area, after the intervention of a Primary Health Care Team. *WONCA 2000 Vienna 6th European Conference on General Practice & Family Medicine July 2-6, 2000 Abstracts book N^o379*
- VIII. S. Argyriadou, H. Melissopoulou, I Vlachonicolis, P. Theodorakis, C. Lionis. Lessons learnt from a shared-care intervention to improve treatment of depression in primary care. *European Journal of General Practice* 2001; (7), September, A₁₈ (Abstract).

1.1. ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΔΥΟ ΚΟΙΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩ- ΜΕΝΟΥΣ

1.1.1. Γήρας και δημογραφική γήρανση – οι συνέπειες στις υπηρεσίες υγείας

Το γήρας είναι μια διεργασία του οργανισμού, η αρχή του οποίου δεν έχει συγκεκριμένα ηλικιακά όρια^{1,2}. Στην εκδήλωσή του, εκτός από τη φυσική φθορά των οργάνων, συμβάλλουν διάφοροι παράγοντες, όπως το επίπεδο μόρφωσης, η κοινωνική θέση, οι συνήθειες, οι απώλειες προσφιλών προσώπων και γενικότερα όλα τα γεγονότα που χαρακτηρίζουν τη ζωή του ανθρώπου. Η έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής και ομοιοστασίας είναι χαρακτηριστική στους ηλικιωμένους και σε συνδυασμό με την επίσης χαρακτηριστική για την ηλικία αυτή πολυπαραγοντική παθολογία³, συνθέτουν την ιδιαίτερα ασταθή βιολογική ισορροπία τους, που διαταράσσεται σημαντικά από κάθε ψυχοκοινωνική μεταβολή⁴.

Οι ψυχικές και γνωσιακές διαταραχές, πιο συγκεκριμένα η άνοια και η κατάθλιψη, συγκαταλέγονται ανάμεσα στα συχνότερα νοσήματα που προσβάλλουν την συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, με σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής και στη θνησιμότητα⁵⁻⁷.

Τις τελευταίες δεκαετίες η αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας σε όλες τις αναπτυγμένες πολιτισμικά κοινωνίες αποτελεί σημαντικό πρόβλημα. Στη χώρα μας ο πληθυσμός των ηλικιωμένων από το 1870-1981 (110 χρόνια), σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, αυξήθηκε από 3% σε 13%, ενώ υπολογίζεται ότι το 2020 θα ξεπεράσει το 20%⁸.

Τα προαναφερθέντα έχουν σαν αποτέλεσμα την αυξημένη νοσηρότητα στον γενικό πληθυσμό, την αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, την μειωμένη ποιότητα ζωής για τους ίδιους τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, το τεράστιο άμεσο και έμμεσο κοινωνικό και οικονομικό κόστος⁹⁻¹¹. Το 1992 υπολογίστηκε στις ΗΠΑ ότι το ετήσιο κόστος ηλικιωμένων με άνοια ανέρχεται σε 90 δις\$ περίπου. Στη Γερμανία το 1994 υπολογίστηκε ότι το τρίμηνο κόστος ηλικιωμένων με MMSE > 15 αναλογούσε σε 1400 DM / άτομο, ενώ σε ηλικιωμένους με MMSE < 15, σε 13.200 DM αντίστοιχα¹². Σύμφωνα με Γερμανική έρευνα, το 1996 υπολογίστηκε ότι 930.000 ηλικιωμένοι πάσχουν από άνοια, ενώ το 2030 θα ξεπεράσουν το 1,56 εκατομμύρια και το 2050, τα 2 εκατομμύρια¹³. Στην Ολλανδία, από τον τομέα ιατρικής τεχνολογίας του πανεπιστημίου του Ρότερνταμ, χρησιμοποιώντας οικονομικά μοντέλα εξομοίωσης προσπαθούν να προβλέψουν το μελλοντικό κόστος της νόσου¹⁴. Για την Ελλάδα δεν υπάρχουν στοιχεία. Αδρόι υπολογισμοί γίνονται με βάση τον αριθμό των

ηλικιωμένων που σύμφωνα με την τελευταία απογραφή πλησίαζαν στο 1,5 εκατομμύριο. Υπολογίζεται ότι απ' αυτούς περίπου το 3,5% παρουσιάζει άνοια αλλά τα στοιχεία δεν είναι καθόλου ακριβή¹².

1.1.2. Άνοια και κατάθλιψη – Ορισμοί - Ιστορική αναδρομή

Ως άνοια ορίζεται ένα επίκτητο σύνδρομο μόνιμης διαταραχής των ανώτερων νοητικών λειτουργιών, απόρροια φυσικής πάθησης, με φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης και με αποτέλεσμα τη λειτουργική ανικανότητα (Marsden, 1985¹⁵). Για να τεθεί η διάγνωση της άνοιας θα πρέπει να έχουν προσβληθεί τρία τουλάχιστον από τα στοιχεία της νοητικής δραστηριότητας και πιο συγκεκριμένα: η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η ικανότητα εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση¹⁶.

Ως κατάθλιψη ορίζεται η έκπτωση που συνοδεύεται από απώλεια ενδιαφέροντος, ευχαρίστησης, από μειωμένη ενεργητικότητα, περιορισμένη δραστηριότητα και αίσθημα αυξημένης κόπωσης¹⁶.

Οι δυο διαταραχές παρουσιάζουν κοινή ιστορική διαδρομή, και μάλιστα αρχικά κάποιες μορφές άνοιας συγγεόταν με την κατάθλιψη¹⁷. Για πρώτη φορά διαχωρίστηκαν λίγο πριν από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα από τον Γερμανό Emil Kraepelin¹⁸, ο οποίος μάλιστα πρότεινε να πάρει ο συχνότερος τύπος άνοιας, η νόσος Alzheimer, το όνομα του γιατρού που πρώτος περιέγραψε σε γερμανικό περιοδικό περίπτωση ασθενούς 51 ετών με τα χαρακτηριστικά της νόσου¹⁹.

Ακολούθησε η παρατήρηση της ατροφίας του εγκεφάλου στους ηλικιωμένους και της αραίωσης των κυτταρικών σωμάτων των νευρώνων του φλοιού, με αρχική εκδήλωση στη βρεγματική έλικα και αργότερα με την επιδείνωση της νόσου, στις συνδεσμικές περιοχές (κροταφικές, βρεγματικές και προσαγωγές). Επίσης παρατηρήθηκαν υποφλοιώδεις βλάβες με ελάττωση του αριθμού των νευρώνων μέχρι και 50% στον βασικό πυρήνα του Meynert, καθώς και στον υπομέλανα τόπο και τέλος οι γεροντικές πλάκες στον ιππόκαμπο, στις συνδεσμικές περιοχές, στα βασικά γάγγλια και στο στέλεχος²⁰.

Η κατάθλιψη είναι γνωστή διαταραχή της διάθεσης από πολύ παλιά ήδη ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τον όρο "Μελαγχολία"¹⁷. Ακολούθησαν διάφορα στάδια εξέλιξης μέχρι να αποκτηθεί η σημερινή αντίληψη για τη νόσο και κατά καιρούς χρησιμοποιήθηκαν διαφορετικές ονομασίες, διαφορετικά συστήματα ταξινόμησής της, ενώ πολλές απόψεις αναθεωρήθηκαν σχετικά με την αιτιολογία της. Σήμερα με την πρόοδο της γενετικής, ερευνήθηκε προς την κατεύθυνση αυτή η αιτιολογία της και θεωρείται βέβαιος ο κληρονομικός χαρακτήρας της νόσου^{21,22}.

1.1.3. Η διάγνωση της άνοιας και κατάθλιψης - Συστήματα ταξινόμησης και διαγνωστικά κριτήρια

α). Η ταξινόμηση και η διάγνωση της άνοιας

Για τη διάγνωση των γνωσιακών διαταραχών και των διαταραχών της διάθεσης τα δυο πιο συχνά χρησιμοποιούμενα συστήματα ταξινόμησης είναι το ICD-10¹⁶, το οποίο χρησιμοποιείται περισσότερο στην Ευρώπη, εκδόθηκε από τον WHO και μεταφράστηκε στα Ελληνικά το 1993, καθώς και το DSM-IV της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας που η μετάφρασή του έγινε δυο χρόνια αργότερα²³.

Πίνακας 1. Ταξινόμηση της άνοιας σύμφωνα με το ICD-10

F00. Άνοια επί νόσου του Alzheimer
F00.0 Άνοια επί νόσου του Alzheimer, με πρώιμη έναρξη
F00.1 Άνοια επί νόσου του Alzheimer, με όψιμη έναρξη
F00.2 Άνοια επί νόσου του Alzheimer, άτυπη ή μεικτός τύπος
F00.9 Άνοια επί νόσου του Alzheimer, μη καθορισμένη
F01. Αγγειακή άνοια
F01.0 Αγγειακή άνοια, οξείας έναρξης
F01.1 Πολυεμφρακτική άνοια
F01.2 Υποφλοιώδης αγγειακή άνοια
F01.3 Μεικτή φλοιώδης και υποφλοιώδης αγγειακή άνοια
F01.8 Άλλη αγγειακή άνοια
F01.9 Αγγειακή άνοια, μη καθοριζόμενη
F02. Άνοια επί νόσων που ταξινομούνται αλλού
F02.0 Άνοια επί νόσου του Pick
F02.1 Άνοια επί νόσου των Greutzfeldt-Jakob
F02.2 Άνοια επί νόσου του Huntington
F02.3 Άνοια επί νόσου του Parkinson
F02.4 Άνοια επί νόσου, η οποία οφείλεται στον ιό της HIV
F02.8 Άνοια επί άλλων ειδικών νόσων που ταξινομούνται αλλού
F03. Άνοια μη καθοριζόμενη
.χ0 Χωρίς πρόσθετα συμπτώματα
.χ1 Με άλλα συμπτώματα, κυρίως παραληρητικές ιδέες
.χ2 Με άλλα συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις
.χ3 Με άλλα συμπτώματα, κυρίως κατάθλιψη
.χ4 Με άλλα μεικτά συμπτώματα

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της Ν. Alzheimer και της αγγειακής άνοιας παρουσιάζονται στους πίνακες 2 και 3.

Πίνακας 2. Διαγνωστικά κριτήρια της Ν Alzheimer σύμφωνα με το ICD –10

Για τη Ν. Alzheimer
✓ Παρουσία άνοιας με μείωση μνημονικής ικανότητας (εγγραφής, αποθήκευσης, ανάκλησης, κλπ) διαταραχή της σκέψης, της ικανότητας κρίσης, μείωση της ροής των ιδεών, συμπτώματα που διαρκούν τουλάχιστον 6 μήνες
✓ Ύπουλη έναρξη με βραδεία επιδείνωση
✓ Απουσία κλινικών ενδεικτικών στοιχείων ή ευρημάτων από ειδικές εξετάσεις που να υποδηλώνουν ότι η ψυχική κατάσταση οφείλεται σε άλλη συστηματική ή εγκεφαλική νόσο που μπορεί να προκαλέσει άνοια (υποθυρεοειδισμός, έλλειψη Βιταμίνης Β ₁₂)
✓ Απουσία αιφνίδιας "αποπληκτικής" έναρξης ή νευρολογικών σημείων εστιακής βλάβης (ημιπάρεση, απώλεια αισθητικότητας κλπ)

Η διαφορική διάγνωση της άνοιας θα πρέπει να γίνεται από: την καταθλιπτική διαταραχή, το Delirium, τις γνωσιακές λειτουργίες με επίπεδο κάτω του φυσιολογικού - οφειλόμενες σε "ένδεια" κοινωνικού περιβάλλοντος, σε έλλειψη εκπαίδευσης, ή σε περιορισμένη εκπαίδευση - , στις ιατρογενείς ψυχικές διαταραχές, σε φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 3. Διαγνωστικά κριτήρια της αγγειακής άνοιας σύμφωνα με το ICD -10

Για την αγγειακή άνοια
✓ Παρουσία άνοιας (οι γνωσιακές λειτουργίες διαταράσσονται άμεσα)
✓ Αιφνίδια έναρξη ή προοδευτική κατά ώσεις επιδείνωση
✓ Παρουσία νευρολογικών σημείων και συμπτωμάτων

Ειδικότερα, για τη Ν. Alzheimer, για λόγους πρακτικούς, εξαιτίας της έλλειψης εύχρηστων εργαστηριακών διαγνωστικών μεθόδων - καθώς η σίγουρη και αποδεδειγμένη διάγνωση πραγματοποιείται με την ιστολογική εξέταση²⁴ - γίνεται ο ακόλουθος διαχωρισμός διάγνωσης από το Εθνικό Ινστιτούτο Νευρολογικών και αποπληκτικών διαταραχών καθώς και από τον Οργανισμό για τη Ν. Alzheimer και συναφών διαταραχών των ΗΠΑ^{25,26}.

- ▶▶ **Βεβαία (definite)**, όταν επιβεβαιώνεται με βιοψία
- ▶▶ **Πιθανή (probable)**, όταν παρουσιάζει ύπουλη έναρξη από τα 40 –90, συνηθέστερα γύρω στα 65, με σταδιακή επιδείνωση της μνήμης, διαταραχή σε τουλάχιστον δυο νοητικές λειτουργίες και απουσία καταστάσεων που θα μπορούσαν να παρουσιάσουν όμοια συμπτώματα
- ▶▶ **Δυνατή (possible)**, όταν παρουσιάζεται άτυπη πορεία στα πλαίσια μιας άλλης εγκεφαλικής ή οργανικής πάθησης που μπορεί να προκαλέσει άνοια αλλά που δεν θεωρείται αιτία της νόσου ή όταν υπάρχουν εστιακά νευρολογικά σημεία

β). Η ταξινόμηση και διάγνωση της κατάθλιψης

Πίνακας 4. Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD-10

Κατάθλιψη
▶▶ Καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης, μειωμένη ενεργητικότητα, αυξημένη κόπωση, ελαττωμένη δραστηριότητα
▶▶ Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή
▶▶ Μειωμένη αυτοεκτίμηση
▶▶ Ιδέες ενοχής και αναξιότητας
▶▶ Ζοφερές και απαισιόδοξες προοπτικές για το μέλλον
▶▶ Ιδέες ή πράξεις αυτοκαταστροφής ή αυτοκτονίας
▶▶ Διαταραγμένος ύπνος
▶▶ Διαταραγμένη όρεξη

Τα συμπτώματα είναι κοινά στο ήπιο (F 32.0), μέτριας έντασης (F 32.1) και βαρύ (F 32.2, F32.3) καταθλιπτικό επεισόδιο, σύμφωνα με την ταξινόμηση του ICD - 10.

Σημαντικό βοήθημα στην ταξινόμηση – διάγνωση των γνωσιακών και ψυχικών διαταραχών στην ΠΦΥ αποτελεί η πρόσφατη έκδοση του ΠΟΥ, που κυκλοφόρησε τελευταία στην Ελλάδα, με τίτλο «Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα» και έχει ως στόχο να φέρει τους γιατρούς της ΠΦΥ σε επαφή με τα συχνότερα ψυχιατρικά νοσήματα και να συμβάλει αποτελεσματικά στην καταπολέμηση τους. Αντιστοιχεί στο κεφάλαιο V της Δέκατης Αναθεώρησης της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (ICD-10)²⁷.

1.1.4. Η συχνότητα της άνοιας και κατάθλιψης στους ηλικιωμένους - παράγοντες κινδύνου που συνδέονται αιτιολογικά με την εμφάνιση τους

Σήμερα ο επιπολασμός της άνοιας σε ανθρώπους ηλικίας άνω των 80 ετών φαίνεται να φθάνει περίπου στο 20%²⁸⁻³¹ και συχνότερος εκπρόσωπος της είναι η Ν. Alzheimer με συχνότητα εμφάνισης 60–80%, ακολουθούμενη από την αγγειακή περίπου 15-20%, και τις λιγότερο συχνές του Pick, του Greutzfeldt –Jacob κλπ³².

Για τη νόσο Alzheimer, από στοιχεία έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 12 ευρωπαϊκές χώρες στη δεκαετία του '80, βρέθηκε ότι η συχνότητα της για άτομα ηλικίας 60-64 ετών είναι 1% και αυξάνει διπλασιαζόμενη ανά πενταετία, για να ξεπεράσει το 20% στους ηλικιωμένους άνω των 85³³.

Για την άνοια και ειδικότερα για τη νόσο Alzheimer, η ηλικία³⁴⁻³⁶ θεωρείται ο κυριότερος παράγοντας κινδύνου. Το φύλο³⁷⁻³⁹ επίσης είναι συνδεδεμένο με την εμφάνιση της νόσου, καθώς αυτή επηρεάζεται από το χρωμόσωμα X. Αντίθετα στις νεότερες ηλικίες επιπολάζει κατά τα ίδια ποσοστά και στα δυο φύλα⁴⁰.

Ακόμη, σημαντικός παράγοντας θεωρείται το οικογενειακό ιστορικό. Μελέτες απέδειξαν τον αυτοσωμικό επικρατούντα τύπο μετάδοσης της νόσου. Ιδιαίτερα για την τρίτη ηλικία θεωρείται υπεύθυνο το χρωμόσωμα 19^{40,41}. Η νόσος συνδέεται και με το γονίδιο της Apo E, που θεωρείται μείζων παράγοντας στην εμφάνιση της με άγνωστο όμως μηχανισμό δράσης⁴²⁻⁴³. Μικρότερη επίδραση θεωρούνται ότι έχουν το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης^{44,45}, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις⁴⁶⁻⁴⁸, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο⁴⁹⁻⁵⁰, το αλουμίνιο^{49,50} και κατά καιρούς το αργίλιο⁵¹, η ΧΝΑ υπό αιμοκάθαρση (πάλι λόγω της συσσώρευσης αργιλίου)⁵¹, η κατανάλωση αλκοόλ^{44,45,49}, κλπ.

Με την αγγειακού τύπου άνοια έχουν συσχετιστεί οι παράγοντες κινδύνου αθηρωμάτωσης, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, το οικογενειακό ιστορικό, καθώς και αρρυθμίες όπως η κολπική μαρμαρυγή⁵²⁻⁵⁴.

Όσο για την άνοια του τύπου Greutzfeldt-Jakob, την πιο συχνή από πριόνια (prions) νόσο στον άνθρωπο, τελευταία οι ερευνητές την ταξινομούν πλέον σε 6 υποομάδες με βάση τα μοριακά, κλινικά παθολογοανατομικά γνωρίσματα. Οι ομάδες αυτές έχουν διαφορετική εξέλιξη⁵⁵ και μόνο η ανεύρεση στο ENY της πρωτεΐνης «14-3-3» θεωρείται ειδικός δείκτης της νόσου.

Για την κατάθλιψη φαίνεται ότι ένας στους έντεκα ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του εξαιτίας της. Αυτό την κατατάσσει ανάμεσα στα συχνότερα νοσήματα¹⁷ στο χώρο της ΠΦΥ. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται στην τρίτη ηλικία^{56,57}.

Επίσης, είναι πλέον βέβαιη η κληρονομικότητα της νόσου⁵⁸. Αυτό αποδεικνύεται από μελέτες, που έχουν αποδείξει την οικογενειακή κατανομή της και έχει υπολογιστεί ότι οι πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με κατάθλιψη έχουν 15% πιθανότητα να την εμφανίσουν κι αυτοί⁵⁹. Το γεγονός, ότι το φαινόμενο αυτό αποσυνδέεται αιτιολογικά από το κοινό οικογενειακό περιβάλλον, επιβεβαιώνεται από μελέτες, που διεξήχθησαν σε υιοθετημένους δίδυμους. Στους μονοζυγωτικούς αγγίζει το 55% ενώ στους διζυγωτικούς το 20%⁶⁰.

Στην εμφάνιση της κατάθλιψης μοιάζει επίσης να συμβάλλουν και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η απώλεια - χωρισμός - θάνατος, οι προβληματικές οικογενειακές σχέσεις, τα οικονομικά προβλήματα, η κοινωνική απομόνωση⁶¹⁻⁶³. Επιπλέον, επηρεάζουν την εμφάνιση της το φύλο, η ηλικία, ορισμένες ενδοκρινικές παθήσεις, οι χρόνιες παθήσεις (ΑΕΕ, Ν. Parkinson, Ν. Alzheimer, διαβήτης, καρκίνος, Σ/Ν), η κατανάλωση φαρμάκων (κορτικοστεροειδή, ινδομεθακίνη, β-αναστολείς, τετρακυκλίνες κλπ)⁶⁴⁻⁷².

1.2. Η ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας με γνωσιακές και διαταραχές της διάθεσης είναι οι μεγαλύτεροι χρήστες των υπηρεσιών υγείας⁷³⁻⁷⁷.

Αν και πρόκειται για συχνότατα νοσήματα, εν τούτοις εξακολουθούν να υποδιαγιγνώσκονται ή / και να υποθεραπεύονται από τους γιατρούς της ΠΦΥ^{78,79}. Σ' αυτό φαίνεται να συμβάλλουν πολλοί παράγοντες, όπως από την πλευρά των ηλικιωμένων η συνύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, η σύνθετη φαρμακευτική τους αγωγή, ενώ από την πλευρά των γιατρών Γ/Ο ιατρικής, κυρίως η έλλειψη χρόνου που απαιτείται για την διερεύνηση αυτών των νοσημάτων και η ελλιπής εκπαίδευση τους στο αντικείμενο⁸⁰⁻⁸². Η συχνή παρουσία αυτών των νοσημάτων στην ΠΦΥ δημιούργησε την ανάγκη πρώτα στους γιατρούς Γενικής Ιατρικής στη Δυτική και Βόρεια Ευρώπη να ασχοληθούν μ' αυτές. Σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, φάνηκε ότι ο επιπολασμός των διαταραχών τύπου άνοιας σε ηλικιωμένους, που ζουν στην κοινότητα, άγγιζε το 5% περίπου, αυξανόμενο στο 20% σε άτομα ηλικίας 80 και άνω⁸³⁻⁸⁵. Επίσης, μετρώντας τη συχνότητα της άνοιας σε άτομα, που ζουν σε κατοικίες για ηλικιωμένους (homes for elderly)⁸⁶⁻⁸⁸ φάνηκε ότι το ποσοστό έφτανε στο 36%, ενώ στο 69% σ' αυτούς που διαμένουν σε σπίτια νοσηλευτικής φροντίδας (nursing homes)⁸⁹⁻⁹⁴. Το 1964 ανακοινώθηκε ότι οι Γενικοί Γιατροί του Ηνωμένου Βασιλείου δεν αναγνώριζαν το μεγαλύτερο μέρος της ψυχικής νοσηρότητας που παρουσίαζαν οι ηλικιωμένοι ασθενείς⁹⁵, κατάσταση, που φαίνεται να άλλαξε σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με τον McDonald⁹⁶ οι Γ/Ο γιατροί τείνουν να υπερδιαγνώσουν την κατάθλιψη, αλλά αποτυχαίνουν στο να την

θεραπεύσουν σωστά και κατά τους Waxman HM et al⁹⁷ οι ηλικιωμένοι υποχρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, παρά το γεγονός ότι αυτοί βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για σωματικές και ψυχικές παθήσεις.

Η κατάθλιψη, κατά τους Kay και Copeland^{98,99}, επιπολάζει στο 10-20% στην τρίτη ηλικία και συσχετίζεται με φυσική (σωματική) αναπηρία. Οι Livingston et al¹⁰⁰ ανακοίνωσαν ότι ηλικιωμένοι με παρουσία μετρίων συμπτωμάτων κατάθλιψης παρουσιάζουν μια ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα επισκέψεων σε γιατρούς, αναφέροντας όμως περισσότερο σωματικές διαταραχές, σε σύγκριση με ηλικιωμένους χωρίς τέτοια συμπτώματα. Η μείζων κατάθλιψη, η παλαιότερα ονομαζόμενη ενδογενής μελαγχολία, υπολογίστηκε από τον Blazer¹⁰¹ στο 1-2% των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα, ο επιπολασμός της όμως αυξάνεται πολύ, όταν αυτή μελετάται σε ηλικιωμένους, που δέχονται φροντίδα σε ιδρύματα και μπορεί να πλησιάσει το 50%¹⁰². Καταθλιπτική επίσης συμπτωματολογία εμφανίζεται σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικά επεισόδια σε ποσοστό 30-60%^{103,104}, καθώς και σε ασθενείς με καρκίνο 1,5-50%^{105,106}. Κατάθλιψη παρουσιάζεται και σε ασθενείς με γνωσιακές διαταραχές σε ποσοστά μέχρι και 86%¹⁰⁷⁻¹⁰⁹.

1.2.1. Η σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα

Στη χώρα μας πραγματοποιήθηκαν στη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας διάφορες έρευνες σε εθνικό και τοπικό επίπεδο σχετικές με τον επιπολασμό της κατάθλιψης όπως: η «Επιτόπια διερεύνηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων»¹¹⁰, στην οποία εξετάστηκαν 3.706 άτομα και διαπιστώθηκε ότι έπασχαν από «τωρινό καταθλιπτικό επεισόδιο» (σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-III-R), το 5,4% του συνόλου και πιο συγκεκριμένα το 3,8% των ανδρών και 6,6% των γυναικών. Επίσης στην «Επιτόπια διερεύνηση κλινικών οντοτήτων κατάθλιψης»¹¹¹, στην οποία διερευνήθηκαν οι «καταθλιπτικές οντότητες» σε συγκεκριμένο δήμο της Αθήνας, φάνηκε ότι ο επιπολασμός τους φθάνει το 7,4%. Οι έρευνες αυτές πραγματοποιήθηκαν από ψυχιάτρους σε γενικό δείγμα πληθυσμού και όχι ειδικά σε ηλικιωμένους. Αντίθετα, στην «Επιτόπια διερεύνηση των κλινικών ψυχιατρικών οντοτήτων»¹¹², η οποία πραγματοποιήθηκε σε δυο δήμους της Αθήνας, απευθυνόταν σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και βρέθηκε μείζων κατάθλιψη στο 2,0% των συμμετεχόντων, δυσθυμία το 5,5% και διαταραχές της προσωπικότητας με καταθλιπτικά σύνδρομα στο 2,0%, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-III.

Ακόμη, στην έρευνα των Mavrea et al¹¹³, με τον τίτλο «Mental Illness in General Health Care» για την Αθήνα, της οποίας τα αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν από τον ΠΟΥ, ελέγχθηκαν για συναισθηματικές διαταραχές άτομα ηλικίας 18 - 65 ετών από τα ΚΥ Σπάτων και Κυψέλης, καθώς και ασθενείς του παραρτήματος του ΙΚΑ του

Βύρωνα. Στην έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια του ICD -10 (κωδικοί F32 / F33) και διαταραχές της διάθεσης διαπιστώθηκαν στο 22,2% του εξετασθέντος πληθυσμού.

Από αναφορές, που υπάρχουν από νευρολόγους, υπολογίζεται ότι η άνοια και ειδικότερα η νόσος Alzheimer σε άτομα ηλικίας 65 ετών είναι περίπου 1% ενώ για ηλικιωμένους άνω των 85 ξεπερνά το 15%¹¹⁴. Από μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στο ΚΥ Σπηλίου¹¹⁵ σε σύνολο 145 ατόμων εκ των οποίων 68 άνδρες ηλικίας 65 χρόνων και άνω, αναφέρεται ότι το 77,9% των ατόμων χρήζουν βοήθειας στο σπίτι. Απ' αυτούς, το 17,7% βρέθηκε να οφείλει την αναπηρία του σε ψυχικές διαταραχές και το 24,0% σε νοσήματα του νευρικού συστήματος & αισθητηρίου (κατάταξη βάση του ICD-9). Σύμφωνα με την ίδια μελέτη το ποσοστό των ηλικιωμένων, που χρήζει βοήθειας στο σπίτι, φαίνεται να μειώνεται από τις αγροτικές στις αστικές περιοχές.

Στο Δήμο Ρεθύμνου¹¹⁶ το 45,5% των ατόμων, που χρήζουν βοήθειας στο σπίτι ήταν ηλικιωμένοι (70 χρόνων και άνω) και η συμμετοχή των ψυχικών διαταραχών και των νοσημάτων του νευρικού συστήματος & αισθητηρίου ήταν ακόμη μεγαλύτερη (29,9% και 40,3% αντίστοιχα). Τα ποσοστά αυξάνονται εντυπωσιακά, όταν οι μελέτες των αναγκών υγείας διεξάγονται σε Θεραπευτήρια Χρόνιων Πασχόντων. Έτσι, στο Θεραπευτήριο Χρόνιων Πασχόντων Λασιθίου το 64,4% του συνόλου των περιθαλπομένων ήταν άτομα 60 ετών και άνω και η άνοια, ως νόσημα, αποτέλεσε το δεύτερο κατά σειρά, μετά τη νοητική καθυστέρηση, αίτιο που προκάλούσε αναπηρία ανάμεσα στους περιθαλπομένους (15,8% του συνόλου των περιπτώσεων), ενώ η ψύχωση βρέθηκε στην τέταρτη θέση (10% των περιθαλπομένων).

Το 1994 ομάδα γιατρών του ΚΥ Χρυσούπολης¹¹⁷, ερευνώντας την συχνότητα της κατάθλιψης σε άτομα τρίτης ηλικίας της περιοχής, βρήκε ότι το 50,7% των ηλικιωμένων, που ζούνε μόνοι λόγω χηρείας ή εγκατάλειψης, εμφανίζει συναισθηματικές διαταραχές, ακολουθούμενο από τους διαμένοντες στο Γηροκομείο της περιοχής με ποσοστό 45,4%. Αντίθετα ηλικιωμένοι, οι οποίοι ζουν με τον/την σύζυγο παρουσιάζουν συναισθηματικές διαταραχές σε ποσοστό 5,4%. Το ίδιο έτος, η ίδια ομάδα δοκίμασε να ανιχνεύσει γνωσιακές διαταραχές στην τρίτη ηλικία¹¹⁸. Ακολουθώντας το ICD-10, η ομάδα αυτή εφάρμοσε τροποποιημένες δοκιμασίες για την εξέταση των ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών, όπως τη μνήμη, τον προσανατολισμό, την ικανότητα για μάθηση σε διάφορες κοινωνικές ομάδες ηλικιωμένων. Στη βαθμολόγηση βρέθηκαν πιο επιβαρημένοι οι τρόφιμοι του γηροκομείου Χρυσούπολης, ακολουθούμενοι από το τυχαία επιλεγμένο δείγμα επισκεπτών του Κέντρου Υγείας και τέλος, ακολουθούμενοι από τους επισκέπτες ΚΑΠΗ. Στις δυο τελευταίες ερευνητικές μελέτες δεν υπήρξε επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων από ειδικούς, και έτσι τα αποτελέσματα συζητούνται.

Τέλος, στα πλαίσια κοινοτικού προγράμματος, ο Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής σε συνεργασία με τη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, του Πανεπιστημίου Κρήτης και του τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Πανεπιστημίου Linköping της Σουηδίας σύγκριναν τις γνώσεις για τις γνωσιακές διαταραχές και τη διαχείριση της άνοιας των γιατρών, που εργάζονται στην ΠΦΥ στην Κρήτη, με μιας περιφέρειας της Σουηδίας και μιας της Ισλανδίας¹¹⁹. Στη μελέτη, από την Ελληνική πλευρά, έλαβαν μέρος συνολικά 42 γιατροί της ΠΦΥ, 8 με ειδικότητα Γ/Ο ιατρικής και 34 άνευ ειδικότητας. Τα κυριότερα ευρήματα της μελέτης ήταν ότι οι Σουηδοί γενικοί γιατροί φάνηκαν να είναι περισσότερο εξοικειωμένοι με τη διαχείριση της άνοιας, σε σύγκριση με τους Έλληνες και τους Ισλανδούς, ενώ στη σύγκριση μεταξύ των Ελλήνων με ειδικότητα Γ/Ο Ιατρικής και αυτών άνευ ειδικότητας φάνηκε ότι οι γιατροί άνευ ειδικότητας απέδωσαν φτωχότερα στα ερωτηματολόγια, που αφορούσαν τις γνώσεις και τη διαχείριση της άνοιας.

Στο εξωτερικό υπάρχουν οργανωμένες υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων με ή χωρίς ψυχικές διαταραχές. Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να ταξινομηθούν:

Πίνακας 5. Ταξινόμηση διαμονής και φροντίδας των ηλικιωμένων

1.	Σε νοσηλευτικές μονάδες (γηροκομεία - ψυχιατρικά ιδρύματα), που αφορούν περιπτώσεις, που δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν στο σπίτι. Η οικονομική κάλυψη ^{120,121} των ιδρυμάτων αυτών σε ορισμένα κράτη βαρύνει αποκλειστικά το δημόσιο (Καναδάς, Σκανδιναβικά κράτη, Αυστραλία), ενώ σε κάποια άλλα μερικώς, εφόσον ο χρήστης δεν είναι άπορος (ΗΠΑ). Αυτού του είδους η περίθαλψη φυσικά δεν ενθαρρύνεται και για οικονομικούς λόγους (η ίδρυση και η διατήρηση τέτοιων υπηρεσιών είναι πολυέξοδη και δυσβάστακτη).
2.	Διαμονή σε συγκροτήματα κατοικιών υποβοηθούμενης διαβίωσης (Sheltered housing, Assisted living facilities, για τις Αγγλοσαξονικές χώρες) ή τα νοσηλευτικά σπίτια (Nursing homes, Day care services των Σκανδιναβικών κρατών), μορφή περίθαλψης που υπάγεται στην κατά τόπους παρεχόμενη Π.Φ.Υ ¹²²⁻¹²⁴ . Στην Ελλάδα, μια μορφή φροντίδας άρχισε κατά τα τελευταία μόνο χρόνια να υλοποιείται, με τη ίδρυση 280 Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα οποία όμως δυστυχώς δεν μπόρεσαν να αναπτυχθούν παντού πλήρως.
3.	Παραμονή στο φυσικό τους περιβάλλον, δηλαδή στο σπίτι τους, είτε ζώντας με τον/την σύζυγο, είτε με τη φροντίδα των παιδιών.

Διάφορες μελέτες, που έγιναν, αποδεικνύουν ότι άτομα που ζουν στο φυσικό τους περιβάλλον έχουν μικρότερες πιθανότητες να αναπτύξουν άνοια και διάφορα ψυχικά νοσήματα, εφόσον βέβαια έχουν βοήθεια και φροντίδα, όταν τους χρειάζεται^{121,125,126}.

Ο τελευταίος τύπος φροντίδας μοιάζει να είναι ο καταλληλότερος για τις Ελληνικές συνθήκες.

Επιγραμματικά για την Ελλάδα^{127,128}, η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ασθενών γενικότερα, και ειδικότερα αυτών με γνωσιακές και διαταραχές της διάθεσης, χαρακτηρίζεται από:

1. Την έλλειψη συστηματικής φροντίδας και αντιμετώπισης των προβλημάτων τους από το υφιστάμενο σύστημα υγείας. Είναι γνωστό ότι η περίθαλψη, η οποία παρέχεται στους ηλικιωμένους, προέρχεται τουλάχιστον για την Ελληνική επαρχία -από Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας Αγροτικά ιατρεία, ενώ η φροντίδα υγείας, κυρίως από την Κοινωνική Υπηρεσία της Νομαρχίας, που συχνά είναι ανεπαρκώς στελεχωμένη.

2. Την έλλειψη επαρκούς γνώσης για τη διάγνωση και αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων από τον Γ/Ο γιατρό στην χώρα μας.

3. Το μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων που απευθύνονται στο Γ/Ο γιατρό για προβλήματα της υγείας τους.

4. Το σημαντικό αριθμό διαταραχών και καταστάσεων του γήρατος, που συχνά υποδιαγνώσκονται, ενώ είναι δύσκολη η αντιμετώπιση τους σε προχωρημένα στάδια.

5. Την ελλιπή ενημέρωση, που επιβεβαιώνεται από τη διαπίστωση ότι σπάνια ο ηλικιωμένος δέχεται να καταφύγει σε ειδικό νευρολόγο και ψυχίατρο για τα προβλήματά του, έστω και αν τα αντιληφθεί έγκαιρα.

1.2.2. Η αναγκαιότητα της μελέτης

Όπως φάνηκε από τα προηγούμενα, ελάχιστες είναι οι αναφορές από την υπάρχουσα βιβλιογραφία για τα νοσήματα αυτά στην ΠΦΥ και στην κοινότητα στη χώρα μας. Ουσιαστικά δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία σχετικά, και δεν συζητείται πουθενά ο τρόπος παρέμβασης του Γ/Ο Γιατρού στην πρόληψη, στη διάγνωση και τη θεραπεία τους.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν αναφορές, που προσδιορίζουν το ποσοστό των δυνητικά αναστρέψιμων ανοιών από 0-32%, των μερικώς αναστρέψιμων από 0-22.9% και των ολικά αναστρέψιμων 0-8.3%, εφ' όσον αρθεί το αίτιο που τις προκαλεί^{129,130}. Η πρώιμη διάγνωση της Ν. Alzheimer διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην μέγιστη αξιοποίηση των περιορισμένων έστω θεραπευτικών εφαρμογών, τη

βελτίωση της ποιότητας ζωής αλλά παράλληλα στην αποφυγή άσκοπων και πολυδάπανων φαρμακευτικών αγωγών γεγονός, που καθιστά απαραίτητη την προληπτική εξέταση των ηλικιωμένων¹³¹⁻¹³⁶.

Όσον αφορά την κατάθλιψη, η συνεχής ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας και η ύπαρξη νέων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων από τη δεκαετία του '50, σε συνδυασμό με διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, επιτρέπει την αποτελεσματικότερη θεραπεία της σε ανοιχτό – εξωνοσοκομειακό περιβάλλον. Με δεδομένο δε ότι σήμερα είναι σε υψηλό ποσοστό θεραπεύσιμη¹³⁷⁻¹⁴³, επιβάλλεται η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση υποβολή του ασθενούς σε θεραπεία.

Ο Γ/Ο γιατρός μοιάζει να είναι ο καταλληλότερος για την πρόληψη και πρώιμη διάγνωση των νευροψυχιατρικών παθήσεων, αρκεί να έχει τη γνώση και την ικανότητα για τη σφαιρική προσέγγιση και διαχείριση των νοσημάτων αυτών¹⁴⁴⁻¹⁴⁶.

Η απουσία δομών στην κοινότητα και οι έντονες γεωγραφικές ιδιαιτερότητες της χώρας, αλλά και η επικρατούσα αντίληψη, που συχνά εμποδίζει τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να επισκέπτονται ψυχιατρικές υπηρεσίες, καταδεικνύει το σημαντικό ρόλο της Γενικής Ιατρικής στην παροχή υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας στα νοσήματα αυτά.

Οι παραπάνω λόγοι δημιουργούν την ανάγκη στο Γ/Ο γιατρό, που βρίσκεται αντιμέτωπος με αυτά τα προβλήματα, να αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες για την αντιμετώπισή τους, ενώ δεν υπάρχει μέχρι τώρα η απαραίτητη υποστήριξη Ελληνικής εμπειρίας στην ΠΦΥ.

2. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία θα απαντήσει η μελέτη μας είναι τα παρακάτω:

- α) ποια είναι η συχνότητα της άνοιας και κατάθλιψης στην ΠΦΥ στην Ελλάδα;
- β) διαφέρει ο επιπολασμός τους στις διάφορες δομές (ανοιχτές – κλειστές) υπηρεσιών υγείας;
- γ) ποια νοσήματα συνυπάρχουν με την άνοια και κατάθλιψη και ποια από αυτά επηρεάζουν την πορεία τους;
- δ) μπορεί ο Γ/Ο γιατρός με την έγκαιρη διάγνωση και την συστηματική και προγραμματισμένη φροντίδα και θεραπεία να συμβάλει στην επιβράδυνση της εξέλιξής τους;

2.2. ΣΚΟΠΟΙ – ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός: Η μελέτη της συχνότητας των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης στην τρίτη ηλικία καθώς και οι δυνατότητες παρέμβασης του Γ/Ο γιατρού στην ΠΦΥ.

Οι στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η μέτρηση της συχνότητάς των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης σε πληθυσμούς ηλικιωμένων στην κοινότητα, στο περιβάλλον της ΠΦΥ.
2. Ο προσδιορισμός των νοσημάτων εκείνων, που συχνά συνυπάρχουν με τις παραπάνω διαταραχές.
3. Η εκτίμηση των πιθανών δυνατοτήτων του Γενικού / Οικογενειακού γιατρού διαμέσου της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας και σε ασθενείς με άνοια και κατάθλιψη.

3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.1. ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη διεξήχθη στην επαρχία Νέστου με πρωτεύουσα τη Χρυσούπολη μια από τις τέσσερις επαρχίες του Ν Καβάλας.



Χάρτης της επαρχίας Νέστου.

Η επαρχία αυτή εξυπηρετείται υγειονομικά από το Κέντρο Υγείας Χρυσούπολης, η οποία βρίσκεται στο κέντρο εύφορης πεδιάδας, που διασχίζεται από το ομώνυμο ποτάμι. Η πόλη¹⁴⁷, με σύγχρονη όψη, αναγνωρίστηκε ως κοινότητα το 1919 και σαν Δήμος το 1946 και απέχει 4 χιλιόμετρα από την εθνική οδό Καβάλας – Ξάνθης, που συνδέει τη Μακεδονία με τη Θράκη. Σύμφωνα με στοιχεία από την απογραφή του 1991 οι κάτοικοι της επαρχίας Νέστου ανέρχονται στους 21.924, εκ των οποίων ο αριθμός των ηλικιωμένων (άνω των 64) είναι περίπου 2900. Η επαρχία Νέστου αποτελείται από χωριά της πεδιάδας, τα οποία βρίσκονται σε συνεχή ανάπτυξη, και τα χωριά του ορεινού όγκου τα οποία βρίσκονται σε φθίνουσα πορεία λόγω της μετανάστευσης (εσωτερικής και εξωτερικής), όπως άλλωστε συμβαίνει στα

περισσότερα ορεινά χωριά στην Ελλάδα. Οι ηλικιωμένοι στις πεδινές περιοχές, σύμφωνα πάντα με τα στοιχεία από την ίδια πηγή, είναι 1979, ενώ στον ορεινό όγκο 921. Οι κάτοικοι ασχολούνται κυρίως με τη γεωργία, αφού ο Νέστος την κάνει μια από τις πιο εύφορες πεδιάδες της πατρίδας μας, με πλούσια παραγωγή σε όλα τα είδη των γεωργικών καλλιεργειών. Επίσης ακμάζουν το εμπόριο, η αλιεία, αφού σε απόσταση 16 χιλιομέτρων βρίσκεται ο κόλπος της Κεραμωτής με το ομώνυμο χωριό – επίνειο της Χρυσούπολης¹⁴⁷. Το 1948 εγκαινιάστηκε στη Χρυσούπολη το πρώτο από τα 12 Κέντρα Υγείας στη Β. Ελλάδα, στηριζόμενο στην ελληνοαμερικανική φιλανθρωπική οργάνωση, την Ελληνική Πολεμική Περίθαλψη και ο οργανισμός του προέβλεπε στελέχωση 45 ατόμων. Το 1954, με το ΝΔ 3097 (Εφημ. Κυβερν. 1954) καταργήθηκε μαζί με τα υπόλοιπα¹⁴⁸, δίδοντας τη θέση του στον Υγειονομικό Σταθμό Χρυσούπολης, ο οποίος στελεχωνόταν με δυο αγροτικούς γιατρούς, μαιά και νοσηλεύτρια, έως την ίδρυση του Κέντρου Υγείας.

3.1.2. Το Κέντρο Υγείας Χρυσούπολης – υπηρεσίες που αναπτύσσει και προσωπικό που υπηρετεί



Φωτογραφία του Κέντρου Υγείας Χρυσούπολης

Το ΚΥ Χρυσούπολης ιδρύθηκε το 1986, και συμπεριλαμβάνεται στα 13 που ιδρύθηκαν στην Περιφέρεια Αν. Μακεδονίας – Θράκης, βάση του Ν 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Εφημ. Κυβερν. 1983). Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό που προέβλεπε ο Οργανισμός του κατά την ίδρυσή του¹⁴⁹, παρουσιάζεται στους πίνακες 6 και 7.

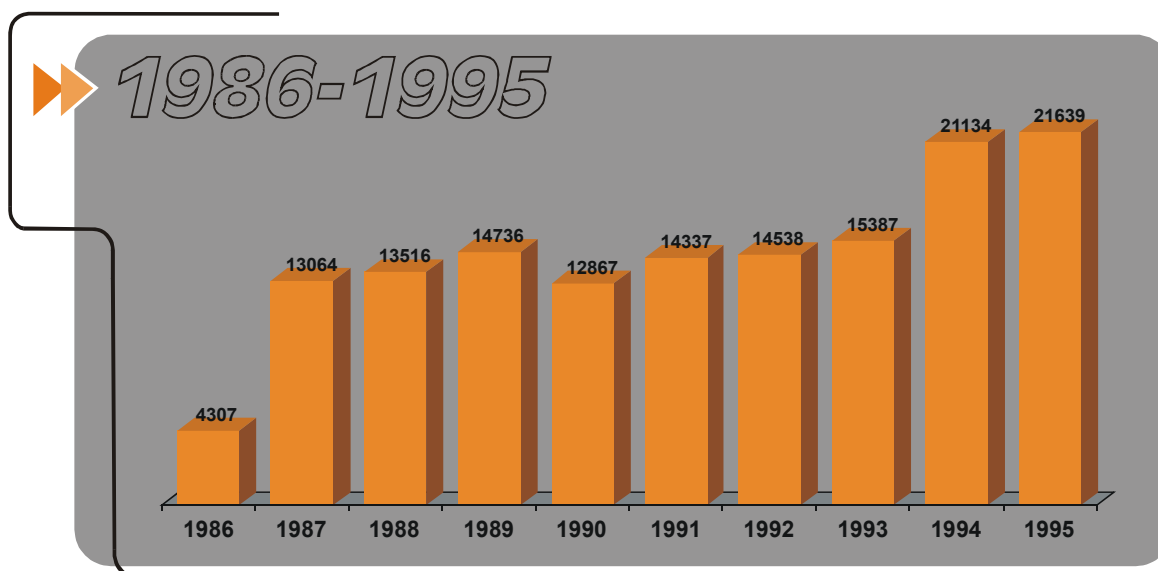
Πίνακας 6. Ιατρικό προσωπικό: προβλεπόμενοι και υπηρετούντες στο ΚΥΧ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		
Ειδικότητα	Προβλεπόμενοι	Υπηρετούντες
Γενικοί Γιατροί & Παθολόγοι	11	4
Παιδίατροι	3	2
Μικροβιολόγοι	1	1
Ακτινολόγοι	1	1
Οδοντίατροι	4	3
Αγροτικοί	2	2
Σύνολο	22	14

Πίνακας 7. Νοσηλευτικό προσωπικό – Κοινωνικοί λειτουργοί: προβλεπόμενοι και υπηρετούντες στο ΚΥΧ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ – ΣΥΝΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΑ		
	Προβλεπόμενοι	Υπηρετούντες
Νοσηλεύτριες	9	13
Επισκέπτριες	9	-
Μαίες	3	2
Κοινωνικοί λειτουργοί	3	-
Βοηθοί Μικροβιολόγοι	2	2
Βοηθοί Ακτινολόγοι	2	2
Σύνολο	28	19

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με το τηρούμενο αρχείο του, κατά την δεκαετία 1986-1995 στα ιατρεία Γ/Ο ιατρικής φαίνεται στο γράφημα 1:



Γράφημα 1. Χρήση υπηρεσιών υγείας στα εξωτερικά ιατρεία Γ/Ο ιατρικής στη δεκαετία 1986-1995.

3.2. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Τον πληθυσμό μελέτης μας αποτέλεσαν 509 ηλικιωμένοι, οι οποίοι επισκέφθηκαν το ένα από τα δυο ιατρεία Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής που λειτουργούν στο ΚΥΧ, σε διάστημα είκοσι εργάσιμων ημερών κατά τον Αύγουστο του 1994.

Από 75 από τους 800 εγγεγραμμένους του ΚΑΠΗ Χρυσούπολης αριθμός, που αντιπροσωπεύει τους επισκέπτες του κατά ίδιο διάστημα (των είκοσι ημερών).

Τέλος συμπεριλήφθηκε και το σύνολο των τροφίμων του Γηροκομείου Χρυσούπολης, 48 τρόφιμοι.

Κριτήρια αποκλεισμού από το σχεδιασμό της μελέτης ορίστηκαν τα ακόλουθα:

▶▶ Ηλικιωμένοι με βαριά (ανίατα) νοσήματα, όπως οι πάσχοντες από κακή νοσήματα, καθώς και οι ασθενείς με ανεπάρκεια ζωτικών οργάνων τελικού σταδίου, όπως σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια (κατηγορία IV σύμφωνα με τη λειτουργική ταξινόμηση της Καρδιολογικής Εταιρείας της ΝΥ, πίνακας παθολογίας Cecil), προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια (αιμοκάθαρση), αναπνευστική ανεπάρκεια, ηπατική ανεπάρκεια.

▶▶ Σοβαρά νευρολογικά και ψυχιατρικά νοσήματα (ψυχώσεις, σοβαρή νοητική καθυστέρηση, διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης κλπ).

▶ Άτομα της τρίτης ηλικίας, τα οποία ζούσαν σε απόσταση μεγαλύτερης της μιας ώρας από το Κ.Υ. ή τα άτομα τα οποία δεν είχαν σταθερή διεύθυνση.

Από τους επισκέπτες του ΚΥΧ αποκλείστηκαν 12 ηλικιωμένοι διότι ενέπιπταν σε κάποιο από τα παραπάνω κριτήρια αποκλεισμού: ποιο συγκεκριμένα, τέσσερις ηλικιωμένοι αποκλείστηκαν λόγω διαγνωσμένης κακοήθειας, ένας ηλικιωμένος ως πάσχων από Παρανοειδή σχιζοφρένεια, ένας εξαιτίας Νεφρικής ανεπαρκείας τελικού σταδίου, δυο, οι οποίοι δεν ήταν κάτοικοι της επαρχίας Νέστου και τέσσερις λόγω μεγάλης απόστασης του τόπου κατοικίας - μεγαλύτερης των 60 λεπτών από τη Χρυσούπολη-. Ο τελικός συνολικός αριθμός των ηλικιωμένων του ΚΥΧ ήταν 497.

Ο κάθε ηλικιωμένος ενημερώθηκε σχετικά με τη μελέτη, τα νοσήματα που επρόκειτο να ερευνηθούν και τις εξετάσεις, στις οποίες επρόκειτο να υποβληθεί. Πραγματοποιήθηκαν επαφές με τις οικογένειες τους σε περιπτώσεις, κατά τις οποίες κρινόταν ότι ο ηλικιωμένος δεν μπορούσε να αναλάβει την ευθύνη της απόφασης της συμμετοχής στη μελέτη μόνος, όπως στους υπερήλικες και τους ανθρώπους που είχαν ανάγκη φροντίδας από τρίτους.

Τελικώς από τους 620 επιλεγέντες αποφάσισαν να μη συμμετέχουν στη μελέτη 84, οι οποίοι στο σύνολό τους ανήκαν στο δείγμα των επισκεπτών του ΚΥ.

Η σύνθεση του πληθυσμού μελέτης, 536 ηλικιωμένοι, ήταν, 413 (77%) από τους επισκέπτες του ΚΥΧ, 75 (14%) από το ΚΑΠΗ και 48 (9%) από το γηροκομείο και ο Μέσος Όρος (ΜΟ) της ηλικίας τους ήταν 76,1 έτη, με σταθερά απόκλιση ($sd=0.35$). Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στον πίνακα 8, αλλά και στη δημοσίευση III στο περιοδικό Family Practice.

Πίνακας 8. Δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων

	Μεταβλητές	Ποσοστό (%)	Γηροκομείο	ΚΑΠΗ	ΚΥΧ	Σύνολο
Ηλικία	65-74 έτη	269 (50,2%)	-	73 (27,1%)	196 (72,9%)	269 (100%)
	75-84 έτη	187 (34,9%)	32 (17,1%)	2 (1,1%)	153 (81,8%)	187 (100%)
	85+ έτη	80 (14,9%)	16 (20,0%)	-	64 (80,0%)	80 (100%)
	Σύνολο	536 (100%)	48 (9,0%)	75 (14,0%)	413 (77,1%)	536 (100%)
Φύλο	Άνδρες	245 (45,7%)	19 (7,75%)	72 (29,4%)	154 (62,9%)	245 (100%)
	Γυναίκες	291 (54,3%)	29 (10,0%)	28 (9,6%)	234 (80,5%)	291 (100%)
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένοι	395 (73,7%)	-	71 (18,0%)	324 (82,0%)	395 (100%)
	Χήροι	141 (26,3%)	48 (34,04%)	4 (2,8%)	89 (63,1%)	141 (100%)
Επίπεδο Μόρφωσης	<6 έτη μόρφωσης	127 (23,7%)	17 (13,4%)	9 (7,1%)	101 (79,5%)	127 (100%)
	6 έτη μόρφωσης	313 (58,7%)	11 (3,5%)	32 (10,2%)	270 (86,3%)	313 (100%)
	6-12 έτη μόρφωσης	96 (17,9%)	20 (20,8%)	34 (35,4%)	42 (43,7%)	96 (100%)

Όπως φαίνεται, μόνο στο ΚΥΧ υπήρχαν συμμετέχοντες από τις τρεις ηλικιακές ομάδες. Επιπλέον το 50.2% του δείγματος είχε ηλικία από 65-74 έτη. Η διαφορά στις αναλογίες ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2=124.91$, d.f=8, $p<0.001$)

3.3. ΜΕΘΟΔΟΙ

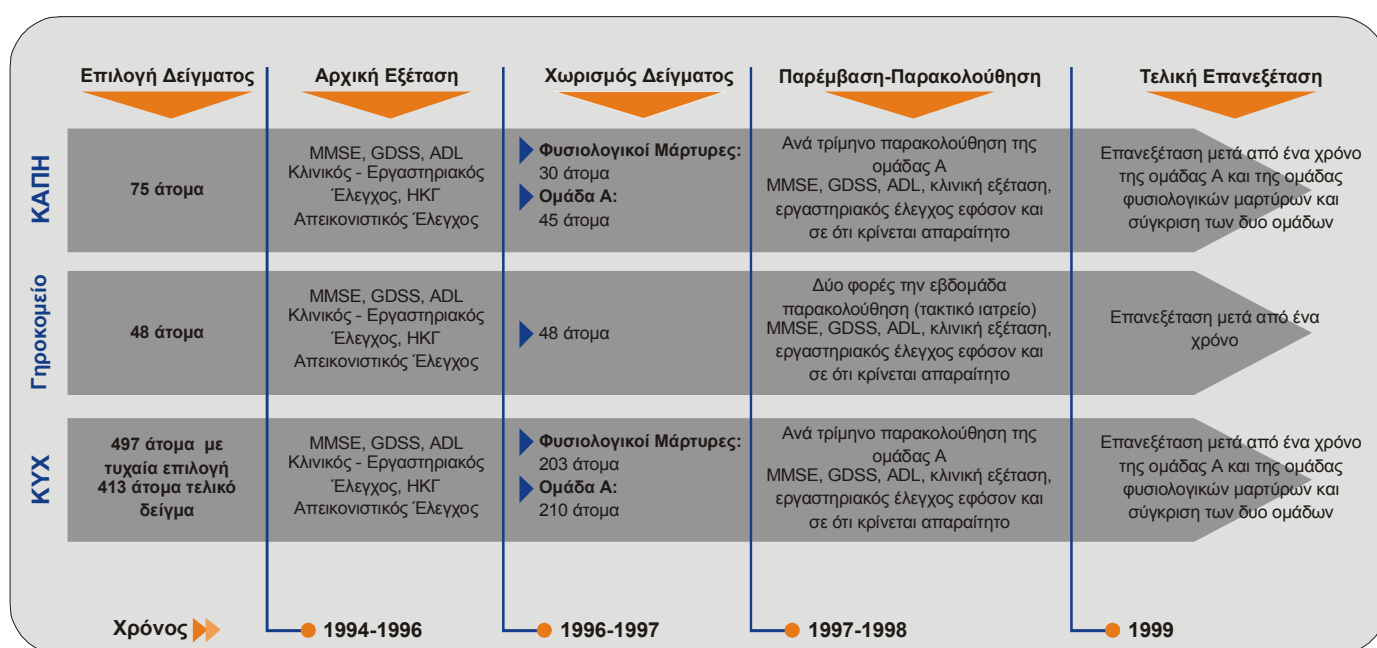
3.3.1. Σχεδιασμός μελέτης

Σχεδιάστηκαν δυο μελέτες – μια μελέτη επιπολασμού (cross sectional study) και μια μελέτη κατανομημένης φροντίδας (shared care study).

Για την πραγματοποίηση της μελέτης επιπολασμού έγινε η επιλογή του δείγματος, κατά το τέλος του έτους 1994, και οι 536 ηλικιωμένοι υποβλήθηκαν στον αρχικό έλεγχο στη διάρκεια του 1995.

Κατόπιν, ο πληθυσμός μελέτης χωρίστηκε σε δυο ομάδες (ανάλογα με την ημερομηνία προσέλευσης για την παραλαβή των αποτελεσμάτων από το μικροβιολογικό εργαστήριο). Η μια ομάδα, αποτελούμενη από 255 ηλικιωμένους (210 από ΚΥΧ & 45 από το ΚΑΠΗ) αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου (Α), ενώ η δεύτερη, (203 από το ΚΥΧ & 30 από το ΚΑΠΗ) ήταν η ομάδα φυσιολογικών μαρτύρων (ομάδα ΦΜ). Οι ηλικιωμένοι του Γηροκομείου δεν χωρίστηκαν σε ομάδες.

Στη διάρκεια του έτους 1997-1998 ακολούθησε το μέρος της μελέτης της κατανεμημένης φροντίδας, (παρακολούθηση και εντατική φροντίδα) της ομάδας ελέγχου (Α). Τέλος η μελέτη ολοκληρώθηκε το 1999 με την επανεξέταση του συνόλου του δείγματος για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των δυνατοτήτων παρέμβασης του Γ/Ο γιατρού (Σχεδιάγραμμα).



Σχήμα 1. Σχεδιασμός της μελέτης. Μελέτης επιπολασμού στην αρχική της φάση και κατανεμημένης φροντίδας στη συνέχεια.

3.3.2. Εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού στην αρχική εξέταση

α) Γνωσιακές διαταραχές

Για την εκτίμηση των γνωσιακών διαταραχών ακολουθήθηκαν οι Ευρωπαϊκές οδηγίες για ασθενείς με άνοια¹⁵⁰, οι οποίες παρουσιάζονται ως ακολούθως:

▶ **Επιβεβαίωση ότι ο ασθενής εμφανίζει άνοια και όχι φυσιολογική έκπτωση του γήρατος.** Η επίτευξη αυτού πρώτου βήματος διασφαλίστηκε με την πραγματοποίηση **νευροψυχολογικής εκτίμησης** μέσω ψυχομετρικών δοκιμασιών,

κλινικής εξέτασης των ηλικιωμένων, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, καθώς και συζήτηση και συλλογή πληροφορίας από τους φροντιστές.

▶▶ **Αποκλεισμός δευτερογενών αιτιών άνοιας.** Ο ενδεδειγμένος έλεγχος και η διασταύρωση διαμέσου εξετάσεων και συνεχούς παρακολούθησης για την ορθότητα των αποτελεσμάτων της διερεύνησης του πρώτου βήματος, διασφάλισαν την επιτυχία του δευτέρου.

▶▶ **Αποκλεισμός άλλων ψυχικών διαταραχών δυναμένων να προκαλέσουν συμπτώματα (πχ κατάθλιψη).** Η χρήση ψυχομετρικών μεθόδων ήταν καθοριστική στην ανίχνευση της κατάθλιψης.

▶▶ **Διαφοροποίηση μορφών άνοιας.** Η επίτευξη του βήματος αυτού, όπως είναι φυσικό, παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες στις μελέτες που διεξάγονται στην ΠΦΥ κυρίως λόγω της έλλειψης εξειδικευμένων εξετάσεων, διερεύνησης των γνωσιακών διαταραχών.

Σε περιπτώσεις διαφορο/διαγνωστικής δυσκολίας θεωρήθηκε απαραίτητη η κρίση του ειδικού, όπως στις παρακάτω περιπτώσεις:

μεταξύ μείζονος κατάθλιψης από ανοϊκές καταστάσεις και καταθλιπτικής ψευδοάνοιας,

διάκριση των επιπτώσεων του φυσιολογικού γήρατος από εκείνες της κατάθλιψης,

της κατάθλιψης, που προστίθεται στα αρχικά στάδια μιας άνοιας,

στις περιπτώσεις της κατάθλιψης, που συνοδεύει συγκεκριμένες εγκεφαλικές βλάβες.

Η νευροψυχολογική εκτίμηση διαμέσου ψυχομετρικών δοκιμασιών, είχε τους παρακάτω στόχους:

▶▶ Την ανίχνευση του συνόλου των ηλικιωμένων με γνωστικές διαταραχές (screening), μέσω του Mini Mental State Examination (MMSE), Activities of Daily Living (ADL) και του Geriatric Depression Screening Scale (GDSS). (Βλ παράρτημα)

▶▶ Την παρακολούθηση της προοδευτικής εξέλιξης της νοητικής λειτουργίας τους με τις δοκιμασίες που προαναφέρθηκαν.

▶▶ Την διαφορο/διάγνωση της άνοιας (μέσω της κλίμακας Hachinski), ως ένα επιπρόσθετο μέσον

▶▶ Τον καθορισμό της βαρύτητας της άνοιας μέσω της Global Deterioration Scale (GDS), σαν βοήθεια για την αντιμετώπιση, φαρμακευτική και μη, καθώς επίσης

για την εκτίμηση εκ μέρους της οικογένειας, κατανόησης της έκτασης του προβλήματος.

Τέλος ακολουθήθηκαν τα κριτήρια παραπομπής σε ειδικό, της Canadian Committee Consensus on the Assessment of Dementia (CCCAD) του 1991¹⁵¹ για τους ηλικιωμένους με γνωσιακές διαταραχές που είναι τα ακόλουθα:

▶▶ Συνεχιζόμενη αμφιβολία ως προς τη διάγνωση μετά την αρχική εκτίμηση και ικανή παρακολούθηση.

▶▶ Αίτημα του ασθενούς ή της οικογένειας για μια δεύτερη γνώμη.

▶▶ Ύπαρξη σοβαρής κατάθλιψης, μη ανταποκρινόμενης στη θεραπεία.

▶▶ Πιθανότητα συστηματικής έκθεσης σε βαρέα μέταλλα στο παρελθόν.

▶▶ Όταν απαιτείται η συνδρομή ειδικού σε θέματα αντιμετώπισης του ασθενούς και υποστήριξης του φροντιστή.

▶▶ Όταν απαιτείται η εμπλοκή και άλλων επαγγελματιών υγείας σε θέματα εκτίμησης και αντιμετώπισης.

▶▶ Σε περιπτώσεις ερευνητικού χαρακτήρα μελετών.

Χρησιμοποιώντας τα κριτήρια του ICD-10, για την αρχική εκτίμηση των γνωσιακών διαταραχών εφαρμόστηκε η ψυχομετρική δοκιμασία MMSE¹⁵² σε συνδυασμό με το ADL και GDSS, με σκοπό την συνοπτική αξιολόγηση της γνωστικής λειτουργίας του ασθενούς. Το MMSE είναι το πιο διαδεδομένο στην Ευρώπη, σύντομο, εύχρηστο στο Γ/Ο γιατρό με αρκετά υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία ($r=0.82$)¹⁵⁰ εργαλείο. Μειονεκτεί στην αξιολόγηση ασθενών με πρώιμα στάδια άνοιας και στην παροχή διαφοροδιαγνωστικών πληροφοριών^{153,154}, για το λόγο αυτό, χρησιμοποιήθηκαν συμπληρωματικά και άλλες ψυχομετρικές δοκιμασίες. Το MMSE αποτελείται από 30 ερωτήσεις και η κάθε σωστή βαθμολογείται με 1. Αποτέλεσμα από 30-25 θεωρείται φυσιολογικό, από 24-19 υποψία γνωσιακών διαταραχών και από 18-0 είναι δηλωτικό άνοιας. Η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελλάδα και φαίνεται ότι στο επίπεδο 24/23 παρουσιάζει την καλύτερη απόδοσή του στη διάκριση φυσιολογικών και παθολογικών¹⁵⁵.

Για τη μέτρηση βαρύτητας της νόσου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα GDS του Reisberg¹⁵⁶, αποτελούμενη από 7 στάδια ταξινόμησης, με διάρκεια χρήσης 15 λεπτών περίπου. Η πραγματοποίηση της περιλαμβάνει συνέντευξη αρχικά με τον ασθενή και κατόπιν με τους φροντιστές με σκοπό, εκτός των κλινικών συμπτωμάτων, τη συλλογή πληροφοριών για την συμπεριφορά και τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και από το περιβάλλον του¹⁵⁴.

Ως πρόσθετο βοήθημα στη διαφορο/διάγνωση των γνωσιακών διαταραχών, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Hachinski¹⁵⁷, ικανή να διακρίνει τις εκφυλιστικές από τις αγγειακές άνοιες με ποσοστό ακρίβειας 87%. Μειονεκτεί στη διάκριση της αγγειακής, από την μεικτού τύπου άνοια. Βαθμολογία από 0-4 συνηγορεί υπέρ της Alzheimer, από 7 και άνω υπέρ της αγγειακής αιτιολογίας άνοιας¹⁵⁸.

β) Διαταραχές της διάθεσης

Για τη διερεύνηση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους χρησιμοποιήθηκε η σύντομη εκδοχή του Geriatric Depression Screening Scale (GDSS)^{159,160}. Η ψυχομετρική αυτή δοκιμασία παρουσιάστηκε από τον Yesavage το 1983 και από τους Shek και Yesavage η σύντομη μορφή του το 1986. Πρόκειται για ένα εύχρηστο εργαλείο, αποτελούμενο από 15 ερωτήσεις. Επίσης και η κλίμακα αυτή μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στη χώρα μας, η ευαισθησία του υπολογίστηκε στο 92,23 και η ειδικότητα στο 95,24¹⁶¹. Βαθμολογία άνω των 5 συνεπάγεται με υποψία διαταραχών της διάθεσης, ενώ από 7 και άνω συνηγορεί με τη διάγνωση της κατάθλιψης.

γ) Ικανότητας για την επιτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων

Οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής εκτιμήθηκαν με τη χρήση της ADL¹⁶². Πρόκειται για ποιοτική μέθοδο που βοηθά στην κατάστρωση σχεδίου αντιμετώπισης, θεραπευτικών χειρισμών και προσέγγισης των μακρόχρονων απαιτήσεων φροντίδας των ασθενών. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις - δεξιότητες, 3 δευτερεύουσες και 7 κύριες. Η ανεξαρτησία σε κάποια δεξιότητα βαθμολογείται με 0, η δυσκολία με 1, η ανάγκη για βοήθεια με 2 και η ανικανότητα με 3. Βαθμολογία πάνω από 10 βαθμούς σημαίνει ότι ο εξεταζόμενος δεν είναι ανεξάρτητος. Η κλίμακα αυτή έχει επίσης μεταφραστεί στην Ελλάδα. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε κυρίως συμπληρωματικά στο MMSE, για την εκτίμηση ιδιαίτερα των ηλικιωμένων με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και για το follow up τους και όχι σαν μέσον ποσοτικής εκτίμησης της κατάστασής τους^{163,164,165}.

δ) γενική κατάσταση της υγείας και συννοσηρότητα

Ακολούθησε ατομικό ιστορικό και κλινικός έλεγχος για νοσήματα που – σύμφωνα με βιβλιογραφική τεκμηρίωση - συμβάλλουν στην εκδήλωση ή επιδεινώνουν την άνοια και συγκεκριμένα: η υπέρταση¹⁶⁶⁻¹⁶⁹, ο σακχαρώδης διαβήτης¹⁷⁰⁻¹⁷⁵, η Ν.Parkinson¹⁷⁶⁻¹⁷⁸, το ιστορικό τραυματισμού κεφαλής¹⁷⁹⁻¹⁸¹, η κατάθλιψη¹⁸²⁻¹⁸⁷, το ιστορικό καρδιαγγειακού επεισοδίου.

Με τον όρο καρδιαγγειακό επεισόδιο περιλαμβάνονται όλα τα νοσήματα που αφορούν την καρδιά, την αορτή και τα αγγεία οργάνων¹⁸⁸. Επίσης θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι διερευνήθηκε η παρουσία της υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη στο ιατρικό ιστορικό. Τα νοσήματα αυτά εξετάστηκαν ως επιδρόντα απευθείας στην εμφάνιση γνωσιακών διαταραχών, και όχι μόνο σαν παράγοντες κινδύνου αθηρωματικής νόσου και κατά συνέπεια συνδεδεμένοι με την αγγειακού τύπου άνοια, διότι μελέτες έχουν αποδείξει την εμπλοκή τους και στην εμφάνιση ή επιδείνωση της ν. Alzheimer^{189,190}.

Πάντως σύμφωνα με την NIA/AAWG 1996¹⁹¹, τίποτα δεν υποκαθιστά μέχρι στιγμής ένα αξιόπιστο ιστορικό και μια σειρά διαδοχικών επιμελών κλινικών εκτιμήσεων. Τέλος, ακολουθώντας τις συστάσεις της CCCAD 1991¹⁹² ακολούθησε ο εργαστηριακός έλεγχος.

ε) εργαστηριακός έλεγχος

Αφού πραγματοποιήθηκε αιμοληψία σε όλους τους ηλικιωμένους, και λήψη 10cc αίματος ακολούθησε, στο εργαστήριο του ΚΥΧ από Μικροβιολόγο, ο ενδεικνυόμενος εργαστηριακός έλεγχος¹⁹³⁻²¹⁶.

▶▶ Γενική αίματος: ΦΤ αιματοκρίτη 40-51% για τους άνδρες και 38-46% για τις γυναίκες. Ο αιματοκρίτης προσδιορίστηκε με τη μέθοδο του μικροαιματοκρίτου ενώ η αιμοσφαιρίνη με τη μέθοδο της κυανομεθαιμοσφαιρίνης. Για τη μέτρηση των λευκών χρησιμοποιήθηκε η αραιώση του αίματος με διάλυμα οξικού οξέως 1:20 και η μέτρηση των κυττάρων στο μικροσκόπιο με πλάκα Neubauer, ενώ για τα ερυθρά αραιώση του αίματος με διάλυμα φορμαλδεΰδης 1:20 και μέτρηση των κυττάρων σε μικροσκόπιο με πλάκα Neubauer. Φυσιολογικές τιμές για τους άνδρες θεωρήθηκαν από Ht 38% και άνω και για τις γυναίκες από Ht 36% και άνω.

▶▶ Σάκχαρο: ΦΤ 70 -110 mg/dl. Πραγματοποιήθηκε με την ενζυμική χρωματομετρική μέθοδο της οξειδάσης της γλυκόζης (GOD). Γνωρίζοντας τους κινδύνους, που ενέχονται από τις υπογλυκαιμικές κρίσεις για την εμφάνιση της άνοιας, τιμές μικρότερες από 70 mg/dl θεωρήθηκαν παθολογικές.

▶▶ Κρεατινίνη: ΦΤ για τους άνδρες από 0,8 – 1,4 mg/dl ενώ για τις γυναίκες 0,6 – 1,2 mg/dl. Μετρήθηκε με τη χρωματομετρική μέθοδο με απολευκωμάτωση. Στη μελέτη μας φυσιολογική τιμή και για τα δυο φύλα θεωρήθηκε μικρότερη του 1.4 mg/dl.

▶▶ SGPT: ΦΤ για τους άνδρες, μέχρι 40 U/l και για τις γυναίκες μέχρι 35 U/l και μετρήθηκε με την κινητική μέθοδο UV. Στη μελέτη θεωρήθηκαν φυσιολογικές, για τα δυο φύλα, τιμές μικρότερες των 45 U/l.

▶▶ Na: ΦΤ 138 – 150 mEq/lit. Μετρήθηκε σε αναλυτές ιόντων με ιοντοεπιλεκτικά ηλεκτρόδια. Για τη μελέτη φυσιολογικές θεωρήθηκαν οι τιμές >134 mEq/lit. Στην μελέτη δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην υπονατρίαemia, γνωρίζοντας τη συμμετοχή της στην εμφάνιση γνωσιακών διαταραχών.

▶▶ FT₄, TSH: ΦΤ για την FT₄ από 0,71- 1,85 ng/dl, ενώ για την TSH από 0,4-5,0 μU/ml. Πραγματοποιήθηκαν με την ανοσοενζυμική μέθοδο ΜΕΙΑ (Microparticle Enzyme Immuno Assay) σε αυτόματο ανοσοενζυμικό αναλυτή Imx. Οι φυσιολογικές τιμές στη μελέτη μας ήταν αντίστοιχα για την FT₄, από 0.7 έως 2,5 ng/dl και για την TSH από 0.3 έως 5.1 μU/ml

▶▶ Φυλικό οξύ, Βιταμίνη Β12: ΦΤ για το φυλικό 2-19.7 ng/ml, ενώ για τη βιταμίνη Β₁₂ 160-950 pg/ml. Το φυλικό οξύ πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο Elisa σε αναλυτή τύπου Micro Merieux, η δε Β12 με την ανοσοενζυμική μέθοδο ΜΕΙΑ σε αυτόματο ανοσοενζυμικό αναλυτή Imx. Η ΦΤ στη μελέτη ήταν για το Φυλικό μεγαλύτερες από 1.8 ng/ml και για τη Βιταμίνη Β12 μεγαλύτερες από 145 pg/ml.

στ) Ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος

Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ηλεκτροκαρδιογράφος φορητός, με 12 απαγωγές και σύστημα καταγραφής. Δινόταν ιδιαίτερη έμφαση για την διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, των αρρυθμιών, των αποκλεισμών κλπ^{217,218}. ΗΚΓ πραγματοποιήθηκαν στο σύνολο του δείγματος και κατ'επανάληψη και αξιολογήθηκαν από το Γ/Ο γιατρό.

ζ) ακτινογραφία θώρακα

Πραγματοποιήθηκαν στο ακτινολογικό εργαστήριο του ΚΥΧ για την εντόπιση νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος, που προκαλούν υποξία (Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια, εμφύσημα, άσθμα, κλπ)²¹⁹⁻²²¹. Στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ακτινογραφιών, σε περιπτώσεις διαγνωστικής δυσκολίας, έλαβε μέρος και ο υπεύθυνος ακτινολόγος του ΚΥΧ.

η) αξονική τομογραφία εγκεφάλου με χρήση σκιαγραφικού

Ο αποκλεισμός των δομικών εγκεφαλικών διαταραχών (όγκοι, υδροκέφαλος, ΑΕΕ, υποσκληρίδια αιματώματα)²²²⁻²²⁶ έγινε με την απεικόνιση του εγκεφάλου με CT. Η εξέταση αυτή πραγματοποιήθηκε στο ΓΝΝ Καβάλας σε ηλικιωμένους, που ενέπιπταν στα κριτήρια χρήσης της, σύμφωνα με την CCCAD 1991, που είναι τα ακόλουθα:

- ✓ Ηλικία κάτω των 60
- ✓ Αντιπηκτική αγωγή ή ιστορικό διαταραχών πήξης
- ✓ Πρόσφατη κάκωση κεφαλής

- ✓ Ιστορικό νεοπλασίας
- ✓ Ανεξήγητα νευρολογικά συμπτώματα
- ✓ Ταχεία, ανεξήγητη επιδείνωση σε διάστημα εβδομάδων
- ✓ Διάρκεια νόσου μικρότερη των δυο ετών
- ✓ Ιστορικό ακράτειας ούρων και διαταραχών βάδισης νωρίς στην πορεία του ανοϊκού συνδρόμου
- ✓ Νέα εστιακά σημεία, αταξία βάδισης.

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε από ειδικούς ακτινολόγους του ΓΝΝΚ. Συνολικά οι ηλικιωμένοι, που ενέπιπταν στα κριτήρια που προαναφέρθηκαν ήταν 17, και έτσι πραγματοποιήθηκαν ισάριθμες CT εγκεφάλου.

θ) τομογραφία εκπομπής μονοφωτονίων - *Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)*

Αυτή η εξέταση, επίσης, πραγματοποιήθηκε στο τοπικό νοσοκομείο και τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν από ειδικούς Πυρηνικής Ιατρικής. Η μέθοδος χρησιμοποιήθηκε άλλοτε σαν επιπρόσθετο στη CT εργαλείο για τη δ/δ της Ν. Alzheimer από άλλου τύπου άνοιες, άλλοτε σε περιπτώσεις υποψίας μειωμένης εγκεφαλικής αιματικής ροής²²⁷⁻²³⁴. Είναι σήμερα αποδεκτό ότι η ανακάλυψη λιπόφιλων ραδιοφαρμάκων εκσεσημασμένα με ραδιενεργό μετασταθερό τεχνητίο (Tc-99m) κατάλληλων να διαπεράσουν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό, μας δίνουν την δυνατότητα να υπολογίσουμε την τοπική εγκεφαλική αιματική ροή (rCBF)^{235,236}. Σύμφωνα με τους ερευνητές το ποσοστό ευαισθησίας είναι 86% αναλόγως με τη βαρύτητα της γνωσιακής διαταραχής, θεωρείται δε ειδικότερη για εκφυλιστικού τύπου άνοιες^{237,238}. Επιπλέον, επειδή το 30% περίπου των περιπτώσεων αγγειακής άνοιας παρουσιάζουν εικόνα όμοια με της άνοιας τύπου Alzheimer, η δ/δ πραγματοποιήθηκε με τη δοκιμασία της ακεταζολαμίδης²³⁹. Η μέθοδος της εξέτασης της rCBF έχει μελετηθεί σε συνδυασμό με ψυχομετρικές δοκιμασίες όπως το MMSE, CAMCOG, FRSSD σε ασθενείς με ν Alzheimer και φάνηκε ότι παθολογικά ευρήματα των δοκιμασιών αυτών, σχετίζονται με ελάττωση της rCBF μετωποβρεγματικά άμφω καθώς και στον αριστερό κροταφικό λοβό. (από τη διατριβή του Γ. Γερασίμου με τίτλο «Η τοπική αιματική εγκεφαλική ροή στην άνοια τύπου Alzheimer» αρ 1147, Θεσ/νίκη 1999). Τέλος η SPECT βοήθησε στη δ/δ της άνοιας τύπου Pick αλλά και ιδιαίτερα στις περιπτώσεις καταθλιπτικής ψευδάνοιας²⁴⁰. Επιγραμματικά τα κριτήρια παραπομπής για SPECT ήταν τα ακόλουθα:

- ✓ Διαφορική διάγνωση της άνοιας, όταν τα αποτελέσματα της CT άφηναν ερωτηματικά.
- ✓ Αποτελέσματα βαθμολόγησης της κλίμακας Hachinski από 5-7

- ✓ Απόκλιση διάγνωσης ειδικού νευρολόγου με CT
- ✓ Εμφάνιση επεισοδίων υποκλοπής
- ✓ Υποψία μειωμένης εγκεφαλικής αιματικής παροχής (έντονο καρωτιδικό φύσημα)

Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 49 SPECT σε ηλικιωμένους, που ενέπιπταν σε κάποια από τις παραπάνω περιπτώσεις.

Μαγνητική τομογραφία δεν έγινε, διότι δεν υπήρχε διαθέσιμο μηχάνημα στο Νοσοκομείο κατά την περίοδο της μελέτης.

3.3.3. Παρακολούθηση των ηλικιωμένων στη διάρκεια της μελέτης και οι δυνατότητες παρέμβασης του Γ/Ο γιατρού.

Στα άτομα της ομάδας παρέμβασης γινόταν κλινική, εργαστηριακή και ψυχομετρική εκτίμηση της κατάστασης υγείας τους ανά τρίμηνο, οι επαφές όμως ήταν συνήθως συχνότερες και τις καθόριζαν οι ανάγκες των ηλικιωμένων. Γενικότερα η παρέμβαση περιλάμβανε:

1. Την εκτίμηση και έγκαιρη διάγνωση των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης.
2. Τη γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης και των διαπιστωθέντων προβλημάτων στους ίδιους τους ηλικιωμένους και στο οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον τους.
3. Τη συνεχή παρακολούθηση και καταγραφή των αλλαγών της κατάστασης της υγείας τους.
4. Τη θεραπευτική αντιμετώπιση των συχνότερα συνυπαρχόντων νοσημάτων.
5. Τη φροντίδα των ηλικιωμένων, καθώς και των οικογενειών τους.

Αναλυτικότερα :

Η εκτίμηση και έγκαιρη διάγνωση των γνωστικών διαταραχών και των διαταραχών της διάθεσης. Αυτή υλοποιήθηκε με τη συχνή κλινική εξέταση, την εργαστηριακή τους παρακολούθηση, την ανά τρίμηνο εφαρμογή των ψυχομετρικών δοκιμασιών. Η ανά τρίμηνο κλινική εξέταση περιελάμβανε:

- ✓ την εξέταση του δέρματος,
- ✓ της στοματικής κοιλότητας (δόντια, ή προθέσεις) για την αξιολόγηση της διατροφικής ικανότητας.

Δόθηκε επίσης έμφαση στην καταπολέμηση νοσημάτων των αισθητηρίων οργάνων. Ο έλεγχος τους περιελάμβανε:

- ✓ την απλή ακουστική δοκιμασία και ωτοσκόπηση,

- ✓ την μέτρηση της οπτικής οξύτητας.

Οι ηλικιωμένοι που χρειαζόταν περαιτέρω, εξειδικευμένο έλεγχο, απευθύνθηκαν στους ειδικούς του Νοσοκομείου Καβάλας (ΓΝΝΚ). Συνολικά κατά τη διάρκεια του έτους πραγματοποιήθηκαν 32 παραπομπές στα εξωτερικά ιατρεία του οφθαλμιατρικού και ωτολαρυγγολογικού τμήματος του ΓΝΝΚ. Επιπλέον εξετάστηκε ο τράχηλος, για πιθανή ύπαρξη λεμφαδένων, καρωτιδικά φυσήματα, (ένας ηλικιωμένος υπεβλήθη σε καρωτιδική ενδαρτηρεκτομή), ύπαρξη βρογχοκήλης κá.

Οι πνεύμονες εξετάζονταν:

- ✓ για πιθανά ευρήματα χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας,
- ✓ καρδιακής ανεπάρκειας, και
- ✓ βρογχικού άσθματος

Όσον αφορά την καρδιά και τα αγγεία, η εξέταση περιελάμβανε:

- ✓ ακρόαση,
- ✓ λήψη ΗΚΓ/τος,
- ✓ μέτρηση της αρτηριακής πίεσης,
- ✓ ψηλάφηση αρτηριών άνω και κάτω άκρων.

Για τους μαστούς, ιδιαίτερα στις γυναίκες η ψηλάφηση ήταν πλήρης και περιελάμβανε ψηλάφηση των μασχαλαίων και τραχηλικών περιοχών για πιθανή ύπαρξη λεμφαδένων. Στους άνδρες πραγματοποιούταν επίσης δακτυλική εξέταση ορθού για πιθανή κακοήθεια του προστάτη. Συνολικά 13 άνδρες παραπέμφθηκαν σε ειδικό ουρολόγο στους 6 διαγνώστηκε αδενοκαρκίνωμα.

Επίσης εξεταζόταν:

- ✓ η κοιλιά (στομάχι, ήπαρ, σπλήνας, νεφροί, έντερο κλπ),
- ✓ το ερειστικό σύστημα, η σπονδυλική στήλη, οι αρθρώσεις (ιδιαίτερα των ισχίων και γονάτων) που προκαλούν διαταραχές βάδισης,
- ✓ και ανά τρίμηνο υπολογιζόταν και ο ΔΜΣ των ηλικιωμένων ο οποίος σε 126 ηλικιωμένους αντιστοιχούσε σε τιμές 25-30 (υπέρβαροι) και εφαρμόστηκαν προγράμματα απίσχνανσης.

Στην γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης και των διαπιστωθέντων προβλημάτων συνέβαλε η χρήση της κλίμακας GDS του Reisberg, η οποία βοήθησε στην κατάταξη σε στάδια των γνωστικών διαταραχών των ηλικιωμένων από τους εξεταστές και στην περαιτέρω ενημέρωση των φροντιστών για το στάδιο της νόσου, τους δυνατούς θεραπευτικούς χειρισμούς, καθώς και στην παρακολούθηση του ρυθμού επιδείνωσης.

Ενημέρωση του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος έγινε και για την κατάθλιψη ως νόσημα, αλλά και ως σύνδρομο στα πλαίσια άλλων νοσημάτων, καθώς και για τις θεραπευτικές δυνατότητες που υπάρχουν σήμερα. Απαντήθηκαν ερωτήματα των φροντιστών σχετικά με την κληρονομικότητα, και χορηγήθηκε έντυπο εποπτικό υλικό που αφορούσε τα πιθανά συνυπάρχοντα νοσήματα. Στο υλικό αυτό περιλαμβάνονταν οδηγίες με σκοπό την πρόληψη παραγόντων, που επηρεάζουν την εμφάνιση ή την πορεία των νοσημάτων (εμβολιασμοί, όπως αντιγριπικός, εναντίον του πνευμονόκοκκου, διαιτητικές οδηγίες, οδηγίες για υγιεινή διαβίωση).

Για τη συνεχή παρακολούθηση και καταγραφή των αλλαγών. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ADL και αυτή του MMSE. Συγκεκριμένα χορηγήθηκαν κλίμακες ADL σε μορφή ομόκεντρων κύκλων (παρουσιάζονται στο παράρτημα) στις οποίες οι ίδιοι βαθμολογούσαν χρωματίζοντας με διαφορετικό χρώμα τις δεξιότητές τους. Οι ίδιες ερωτήσεις στην κλιμακωτή μορφή του ADL ελεγχόταν και από τους εξεταστές και η πληροφορία διασταυρώνονταν όπου υπήρχε αμφιβολία από τους φροντιστές. Έτσι οι πιθανές αλλαγές γινόταν αμέσως αντιληπτές.

Οι ηλικιωμένοι ενθαρρύνονταν στην παρακολούθηση της κατάστασης υγείας τους και ιδιαίτερα οι ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης στην εφαρμογή της **μεθόδου του ημερολογίου**. Για όσους είχαν την δυνατότητα να το τηρήσουν, αυτό αποτέλεσε ένα μέσον αυτοπαρακολούθησης. Συνολικά 21 ηλικιωμένοι με διαταραχές της διάθεσης 5 άνδρες και 16 γυναίκες μέσης ηλικίας 71,4 έτη (SD=0.35), συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, που λάμβαναν ταυτόχρονα, οι ηλικιωμένοι περιέγραφαν σε ημερολόγιο τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους κατά τις στιγμές που αισθάνονταν θλίψη, καθώς και το αίτιο, που την προκάλεσε. Ακολουθούσε την επόμενη μέρα συζήτηση, την οποία αρχικά προκαλούσε ο Γ/Ο γιατρός με ανοιχτές ερωτήσεις, σχετική με το περιεχόμενο του ημερολογίου και ειδικότερα για τα αίτια της θλίψης. Στην συνέχεια όμως η συμμετοχή του Γ/Ο γιατρού περιοριζόταν και αυτός παρενέβαινε μόνο, όταν η ροή του λόγου του ηλικιωμένου σταματούσε, και πάλι με ανοιχτές ερωτήσεις. Ο μέσος όρος των συνεδριών ήταν 6, η δε μέση διάρκεια τους 57 λεπτά. Η μέθοδος αυτή παρουσιάστηκε λεπτομερώς σε συνάντηση της EGPRW και η περίληψη δημοσιεύτηκε στο European Journal of General Practice δημοσίευση VIII.

Για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των συνυπαρχόντων νοσημάτων ακολουθήθηκαν οδηγίες αντιμετώπισης νοσημάτων, σύμφωνες με διεθνώς αποδεκτά κλινικά πρωτόκολλα, που στόχευαν στην αντιμετώπιση καταστάσεων, που δύνανται

να οδηγήσουν ή επηρεάσουν την πορεία των διαταραχών (υποθυρεοειδισμός, ΧΑΠ, αρρυθμίες, ΣΔ, αναιμίες, υπέρταση κλπ). καθώς και θεραπεία των Συμπεριφορικών και Ψυχολογικών Συμπτωμάτων των Ανοϊκών (BPSSD)²⁴¹⁻²⁴³. Οι συνηθέστερες εκδηλώσεις των συμπτωμάτων σχετικών με τη συμπεριφορά που απαντήθηκαν στο δείγμα και ενοχλούσαν ιδιαίτερα τους φροντιστές, ήταν η περιπλάνηση, η ανησυχία, η επιθετικότητα, η συλλογή και απόκρυψη άχρηστων αντικειμένων. Από τα Ψυχολογικά συμπτώματα οι φροντιστές ενοχλούνταν αντίστοιχα, με τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, την κατάθλιψη και την αϋπνία. Τα συμπτώματα αυτά εκδηλωνόταν σε διάφορα στάδια της άνοιας, και μέχρι το πέμπτο στάδιο, και φαρμακευτική αγωγή για την καταπολέμησή τους χορηγήθηκε σε 23 ηλικιωμένους.

Όσον αφορά την ήδη χορηγούμενη χρόνια φαρμακευτική αγωγή, ρυθμίστηκαν τα δοσολογικά σχήματα, τροποποιήθηκαν φαρμακευτικά σκευάσματα που περιείχαν ουσίες που αλληλεπιδρούσαν μεταξύ τους, ή υπήρχε πιθανότητα να προκαλέσουν κατάθλιψη. Λήφθηκαν υπόψη για όλα αυτά, η αυξημένη ευαισθησία που έχουν οι ηλικιωμένοι σε κάποια φάρμακα, οι αλλαγές που υφίστανται οι συγκεντρώσεις ορισμένων φαρμάκων στο πλάσμα των ηλικιωμένων λόγω της συνήθως μειωμένης νεφρικής τους απέκκρισης, η αυξημένη δράση των λιποδιαλυτών φαρμάκων λόγω της ελάττωσης της μυϊκής μάζας και της αύξησης του λιπώδους ιστού, και τέλος οι παρόμοιου χρώματος συσκευασίες ώστε να γίνονται λάθη στη λήψη τους. Επιπλέον δόθηκαν διαιτητικές οδηγίες στους φροντιστές και στο οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον σύμφωνες με τα προβλήματα του ηλικιωμένου και τις ανάγκες του που στόχευαν στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, του ΣΔ, της υπέρτασης της αναιμίας κλπ.

Στα πλαίσια επίσης της φροντίδας, στους ηλικιωμένους με χαμηλή βαθμολογία στο MMSE, γινόταν:

- ✓ εκπαίδευση σχετική με την αναπλήρωση των διαταραχών της μνήμης (προτροπή για χρήση ημερολογίων, σημειωματάρων κλπ),
- ✓ δινόταν οδηγίες για την αποφυγή του κινδύνου αποπροσανατολισμού και απώλειας (χρήση ταυτότητας, κάρτας με τα στοιχεία του ηλικιωμένου, παρότρυνση για εκπαίδευση σε συνήθεις διαδρομές),
- ✓ παρέχονταν υποδείξεις σχετικά με την αποφυγή του κινδύνου υπερδοσολογίας φαρμάκων, λόγω λανθασμένης λήψης (χρήση ειδικών ημερολογιακών κουτιών για την καθημερινή φαρμακευτική δόση) κλπ.

Η διατήρηση της μέγιστης δυνατής κινητοποίησης για την αποφυγή νοσημάτων, τα οποία οδηγούν τον ηλικιωμένο σε αναπηρία ή κλινοστατισμό (πτώσεις - κατάγματα, μυοσκελετικά νοσήματα, νοσήματα του αισθητηρίου κλπ), η διασφάλιση κατάλληλου και λειτουργικού περιβάλλοντος για ηλικιωμένους σε προχωρημένα στάδια, (βλέπε παράρτημα) αποτελούσε έναν από τους στόχους της παρέμβασης. Ιδιαίτερα στους επισκέπτες του ΚΑΠΗ η προσπάθεια ενισχύθηκε με **πρόγραμμα φυσικής άσκησης-δραστηριότητας, (αερόβιες ασκήσεις)**, που πραγματοποιήθηκε με γυμναστή. Η κατανομή του χρόνου της άσκησης ήταν 5 λεπτά προθέρμανση, 10 λεπτά ασκήσεις αεροβικής γυμναστικής και 5 λεπτά χαλάρωση, κατά τα οποία ελαττωνόταν η ένταση της άσκησης. Το πρόγραμμα επαναλαμβανόταν δυο με τρεις φορές την εβδομάδα και έλαβαν μέρος 36 από τους ηλικιωμένους του ΚΑΠΗ. Η ένταση της άσκησης ήταν ελαφρά και γινόταν με βάση τον αριθμό των σφίξεων σε ηρεμία και υπολογίζοντας να μη υπερβούν το 50% του φυσιολογικού ρυθμού τους. Το είδος των ασκήσεων ήταν συμβατό με τα σωματικά νοσήματα από τα οποία έπασχαν οι ηλικιωμένοι. Οι ασκήσεις περιελάμβαναν την κίνηση μεγάλων μυϊκών ομάδων (όπως περπάτημα, χορός), αποφεύγοντας γρήγορες και απότομες κινήσεις και με διαλείμματα ξεκούρασης. Κριτήρια αποκλεισμού στην άσκηση ήταν η σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια, η αρρυθμιστή αρτηριακή υπέρταση, η βαρεία αναπνευστική ανεπάρκεια, η σοβαρή ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια καθώς και οι οξείες λοιμώξεις και φλεγμονώδεις καταστάσεις^{244,245}. Δυστυχώς το πρόγραμμα δεν ολοκληρώθηκε και έτσι δεν στάθηκε δυνατό να μετρηθούν τα αποτελέσματά του, εάν δηλαδή επετεύχθηκε ο στόχος που ήταν η μείωση των πτώσεων, η βελτίωση των διαταραχών βάδισης, και γενικότερα η καλύτερη κινητοποίηση τους.

3.3.4. Επανεξέταση των ηλικιωμένων με την περάτωση της μελέτης και εκτίμηση των αλλαγών μετά την παρέμβαση.

Κατά τη διάρκεια του έτους απεβίωσαν συνολικά 31 άνδρες (39.7%) και 47 γυναίκες (60.3%). Η διαφορά μεταξύ των δυο φύλων δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2=1.309$, d.f.=1, $P=0.253$). Συγκρίνοντας όμως τις ομάδες (Α & ΦΜ) από κάθε δομή, η διαφορά τους ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2=30.848$, d.f.=4, $P<0.001$). Το σύνολο των ηλικιωμένων με την περάτωση του έτους επανυποβλήθηκε στον ίδιο αρχικό έλεγχο, εκτός από τις απεικονιστικές μετρήσεις, οι οποίες σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία^{227,246,247} δεν αναμενόταν να έχουν μεταβληθεί και έτσι θεωρήθηκε περιττό και πολυέξοδο να επαναληφθούν.

3.4. Στατιστική ανάλυση:

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS για Windows (έκδοση 9.0).

Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης^{248,249} του πρώτου μέρους της μελέτης, δηλαδή του επιπολασμού των εξεταζόμενων διαταραχών και της συννοσηρότητάς τους, ακολουθήθηκαν οι παρακάτω στατιστικές μέθοδοι:

Οι συσχετισμοί μεταξύ των ποιοτικών μεταβλητών, όπως οι αποτελούμενες από διαφορετικούς ανθρώπους ομάδες και οι επικρατούσες διαταραχές, ελέγχθηκαν με τις μεθόδους του Pearson's χ^2 ή του Fisher's test. Συγκρίσεις των μέσων τιμών μεταξύ των ομάδων πραγματοποιήθηκαν ανάλογα με το Student's t-test ή την ανάλυση της διακύμανσης. Η ανεξάρτητη επίδραση όλων των πιθανών αιτιών, που επηρεάζουν την παρουσία της άνοιας ή κατάθλιψης, μελετήθηκε με τις μέσες τιμές της απεριόριστης λογιστικής παλινδρομικής ανάλυσης.

Για το δεύτερο μέρος, δηλαδή τη μελέτη της κατανεμημένης φροντίδας στους ηλικιωμένους, πραγματοποιήθηκε ανάλυση, με τις ακόλουθες στατιστικές μεθόδους.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση ποιοτικών μεταβλητών (αποτελέσματα εξετάσεων, αποτελέσματα δοκιμασιών) στους ηλικιωμένους πριν και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας, ήταν η Mc Nemar Nonparametric test. Επιπλέον αναζητήθηκαν στις δυο ομάδες (Α και ΦΜ) από τις τρεις δομές, οι πιθανές διαφορές των αποτελεσμάτων στις εξετάσεις, στις οποίες υποβλήθηκαν, στην αρχή και στο τέλος της μελέτης με την ίδια πάντα μέθοδο (Mc Nemar Nonparametric test). Τέλος για την ενίσχυση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης των δυνατοτήτων παρέμβασης του Γ/Ο γιατρού χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρομικής ανάλυσης. Χρησιμοποιήθηκαν ως εξαρτημένες μεταβλητές το MMSE και το GDSS και σαν ανεξάρτητες τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Ποιο συγκεκριμένα, για τη διερεύνηση της ανεξάρτητης επίδρασης, στο αποτέλεσμα του αρχικού MMSE, των συσχετιζόμενων παραγόντων (ηλικία, φύλο, ομάδα, αποτελέσματα εξετάσεων, στις οποίες υποβλήθηκαν οι ηλικιωμένοι στο αρχικό στάδιο της μελέτης), στα αποτελέσματα του MMSE μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας, πραγματοποιήθηκε δυαδική ανάλυση αφού οι ηλικιωμένοι χωρίστηκαν σε δυο ομάδες, αυτούς με $MMSE \leq 24$ και με $MMSE > 24$. Το ίδιο επαναλήφθηκε και με το τελικό MMSE, μετά την παρέμβαση, και ως ανεξάρτητες μεταβλητές λήφθηκαν όλες αυτές που προαναφέρθηκαν.

Η ίδια μεθοδολογία (μέθοδος της δυαδικής παλινδρομικής ανάλυσης), ακολουθήθηκε για τη διερεύνηση της ανεξάρτητης επίδρασης στο GDSS (πριν και μετά την παροχή της κατανεμημένης φροντίδας στους ηλικιωμένους) και των συσχετιζόμενων παραγόντων (ηλικία, φύλο, ομάδα, ιστορικό κατάθλιψης, Ν.

Parkinson, ΚΑΝ, παθολογική ακτινογραφία θώρακος, αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ)

α) γνωσιακές διαταραχές:

Ο πίνακας 9 εμφανίζει τον επιπολασμό των γνωσιακών διαταραχών, βάση των αποτελεσμάτων του MMSE που εφαρμόστηκε στην αρχή, ανάμεσα στις ομάδες από κάθε δομή. Παρατηρείται μια στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δομών, με τους ηλικιωμένους του γηροκομείου να εμφανίζουν τις χειρότερες επιδόσεις στο MMSE, ενώ αντίθετως του ΚΑΠΗ τις καλύτερες ($\chi^2=81.188$, d.f.=8, $p<0.001$).

Πίνακας 9. Αποτελέσματα του αρχικού MMSE ανάμεσα στις ομάδες στις τρεις δομές

MMSE Αρχικό				
	MMSE>24	MMSE 24-19	MMSE <18	Σύνολο
ΚΥΧ-Α	115 (54,8%)	68 (32,4%)	27 (12,9%)	210 (100,0%)
ΚΥΧ-ΦΜ	135 (66,5%)	42 (20,7%)	26 (12,8%)	203 (100,0%)
ΚΑΠΗ-Α	35 (77,8%)	7 (15,6%)	3 (6,7%)	45 (100,0%)
ΚΑΠΗ-ΦΜ	27 (90,0%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)	30 (100,0%)
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	11 (22,9%)	12 (25,0%)	25 (52,1%)	48 (100,0%)
Σύνολο	323 (60,3%)	131 (24,4%)	82 (15,3%)	536 (100,0%)

Εξετάζοντας συνολικά τους ηλικιωμένους κατά δομές, και όχι κατά ομάδες, φάνηκε ότι από τους 488 ηλικιωμένους του ΚΥΧ και ΚΑΠΗ, οι 176 (36,1%) παρουσίασαν στο MMSE αποτέλεσμα ≤ 24 . Εξ αυτών, οι 57 (11,7%) παρουσίασαν αποτέλεσμα κατά την εξέταση του MMSE μικρότερο του 19. Τα αντίστοιχα αποτελέσματα για τους ηλικιωμένους του Γηροκομείου ήταν 37 (77,1%) και 25 (52,1%).

Ως προς το φύλο η αναλογία των αποτελεσμάτων ήταν η ακόλουθη: από τους 245 άνδρες, οι 92 (37,6%) παρουσίασαν αποτέλεσμα ≤ 24 στο MMSE και οι 34

(13,9%) μικρότερο του 19, ενώ από τις 291 γυναίκες, οι 121 (41,6%) MMSE \geq 24 και οι 48 (16,5%) μικρότερο του 19 αντίστοιχα.

Από την εφαρμογή της κλίμακας Hachinski στους ηλικιωμένους με χαμηλό αποτέλεσμα στο MMSE, 41 ηλικιωμένοι (19,2%) βρέθηκαν με τιμές >4 , αποτέλεσμα που συνηγορεί για πολυεμφραγματική ή μικτής αιτιολογίας άνοια.

Ο πίνακας 10 είναι όμοιος με τον προηγούμενο περιλαμβάνει όμως, για λόγους καθαρά στατιστικής επεξεργασίας, μόνο τους ηλικιωμένους, που επιβίωσαν κατά τη διάρκεια της μελέτης. Η διαφορά των γνωσιακών διαταραχών ανάμεσα στις ομάδες στις τρεις δομές είναι και πάλι στατιστικώς σημαντική ($\chi^2 = 52.086$, d.f.=8, $p < 0.001$).

Πίνακας 10. Αποτελέσματα του αρχικού MMSE ανάμεσα στις ομάδες στις τρεις δομές των ηλικιωμένων που επιβίωσαν

MMSE Αρχικό				
	MMSE>24	MMSE \leq 24	MMSE<18	Σύνολο
ΚΥΧ-Α	112 (58,6%)	62 (32,5%)	17 (8,9%)	191 (100,0%)
ΚΥΧ-ΦΜ	118 (70,7%)	29 (17,4%)	20 (12,0%)	167 (100,0%)
ΚΑΠΗ-Α	34 (81,0%)	6 (14,3%)	2 (4,8%)	42 (100,0%)
ΚΑΠΗ-ΦΜ	25 (89,3%)	2 (7,1%)	1 (3,6%)	28 (100,0%)
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	9 (30,0%)	9 (30,0%)	12 (40,0%)	30 (100,0%)
Σύνολο	298 (65,1%)	108 (23,6%)	52 (11,4%)	458 (100,0%)

β) διαταραχές της διάθεσης

Ο επιπολασμός των διαταραχών της διάθεσης, πριν την παρέμβαση, δείχνει επίσης ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις αναλογίες των ομάδων στις τρεις δομές ($\chi^2 = 57.363$, d.f.=4, $p < 0.001$) και, όπως παρατηρείται στον πίνακα 11, τα χειρότερα αποτελέσματα στο GDSS εμφάνισαν οι ηλικιωμένοι του γηροκομείου .

Πίνακας 11. Αποτελέσματα του αρχικού GDSS ανάμεσα στις ομάδες στις τρεις δομές

	GDSS <5	GDSS >5	Σύνολο
ΚΥΧ-Α	170 (81,0%)	40 (19,0%)	210 (100,0%)
ΚΥΧ-ΦΜ	153 (75,4%)	50 (24,6%)	203 (100,0%)
ΚΑΠΗ-Α	40 (88,9%)	5 (11,1%)	45 (100,0%)
ΚΑΠΗ-ΦΜ	23 (76,7%)	7 (23,3%)	30 (100,0%)
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	15 (31,3%)	33 (68,8%)	48 (100,0%)
Σύνολο	401 (74,8%)	135 (25,2%)	536 (100,0%)

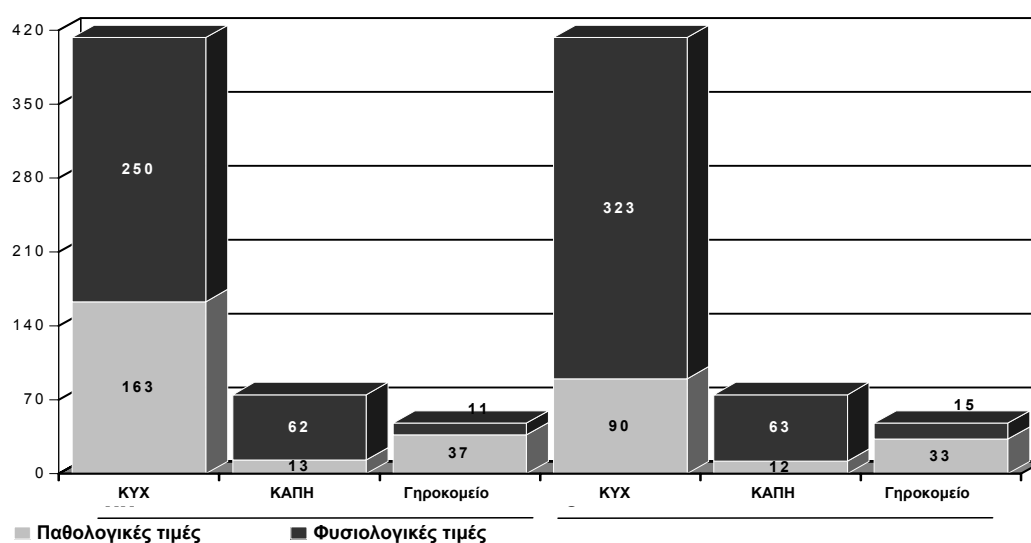
Τα αποτελέσματα του GDSS έδειξαν ότι 102 ηλικιωμένοι (20,9%) από το σύνολο του ΚΥΧ και ΚΑΠΗ παρουσίασαν παθολογικό αποτέλεσμα στο GDSS. Από το Γηροκομείο αντίστοιχα βρέθηκαν 33 (68,8%), εκ των οποίων, 11 (33,3%) άνδρες και 22 γυναίκες (66,7).

Ο πίνακας 12 δημιουργήθηκε για να συγκρίνει το αρχικό GDSS με μόνο αυτούς που επιβίωσαν κατά τη διάρκεια του έτους. Φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις αναλογίες στις τρεις δομές ($\chi^2= 37.002$, d.f.=4, $p < 0.001$).

Πίνακας 12. Αποτελέσματα του αρχικού GDSS ανάμεσα στις ομάδες στις τρεις δομές των ηλικιωμένων που επιβίωσαν

	GDSS <5	GDSS >5	Σύνολο
ΚΥΧ-Α	159 (83,2%)	32 (16,8%)	191 (100,0%)
ΚΥΧ-ΦΜ	128 (76,6%)	39 (23,4%)	167 (100,0%)
ΚΑΠΗ-Α	38 (90,5%)	4 (9,5%)	42 (100,0%)
ΚΑΠΗ-ΦΜ	21 (75,0%)	7 (25,0%)	28 (100,0%)
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	11 (36,7%)	19 (63,3%)	30 (100,0%)
Σύνολο	357 (77,9%)	101 (22,1%)	458 (100,0%)

Η γραφική παράσταση, που ακολουθεί, παρουσιάζει τον επιπολασμό των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης στους ηλικιωμένους στις τρεις δομές. Τα αποτελέσματα της μελέτης επιπολασμού παρουσιάζονται και στη δημοσίευση III στο Family Practice



Γράφημα 2. Επιπολασμός των εξεταζόμενων διαταραχών στις τρεις δομές

γ) Ικανότητα επιτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων

Ο πίνακας 13 εμφανίζει τον επιπολασμό των διαταραχών στην επιτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων ανάμεσα στις ομάδες από κάθε δομή, σύμφωνα με το αποτέλεσμα του αρχικού ADL τους.

Πίνακας 13. Αποτελέσματα του αρχικού ADL ανάμεσα στις ομάδες στις τρεις δομές

	Ανεξάρτητοι	Διαταραχές ADL	Σύνολο
ΚΥΧ-Α	93 (44,3%)	117(55,7%)	210 (100,0%)
ΚΥΧ-ΦΜ	86 (42,4%)	117 (57,6%)	203 (100,0%)
ΚΑΠΗ-Α	33 (73,3%)	12 (26,7%)	45 (100,0%)
ΚΑΠΗ-ΦΜ	22 (73,3%)	8 (26,7%)	30 (100,0%)
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	5 (10,4%)	43 (89,6%)	48 (100,0%)
Σύνολο	239 (44,6%)	297 (55,4%)	536 (100,0%)

Όπως φαίνεται στον πίνακα υφίσταται στατιστικώς σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα του ADL, μεταξύ των ομάδων στις τρεις δομές ($\chi^2 = 48.182$; d.f = 4; $p < 0.001$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων του ΚΑΠΗ παρουσίασαν φυσιολογικό ADL (το ποσοστό αυτό διαφέρει σημαντικά από το αντίστοιχο των ηλικιωμένων του ΚΥΧ), η δε συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων, που διέμεναν στο γηροκομείο, εμφάνισαν παθολογικό ADL.

Από τους 297 ηλικιωμένους με παθολογικό αποτέλεσμα στο ADL, οι 244 (82,2%) παρουσίασαν διαταραχές και στη βάδιση. Τα αίτια διαταραχών βάδισης μοιάζει να οφείλονται στα ΚΑΝ και νοσήματα αναπνευστικού, και φάνηκε να αφορούν το 19,3% (47 άτομα) των ηλικιωμένων, στα νευρολογικά, σε ψυχιατρικά και νοσήματα του αισθητηρίου το 17,6% (43 άνθρωποι), στα νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος το 14,3% (35 ηλικιωμένοι). Επίσης το 36,1% (88 συμμετέχοντες), ιδίως της τρίτης ηλικιακής ομάδας, φάνηκε να παρουσιάζουν διαταραχές, που οφείλονταν σε μικτά αίτια, και τέλος το 12,7% (31 ηλικιωμένοι) παρουσίασε διαταραχές βάδισης άγνωστης αιτιολογίας. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται πιο αναλυτικά στη δημοσίευση V στο περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανή συνύπαρξη παθολογικού αποτελέσματος MMSE και ADL δημιουργήθηκε ο πίνακας 14.

Πίνακας 14. Γνωσιακές διαταραχές και ADL

Αρχικό MMSE	Ανεξάρτητοι	Διαταραχές ADL	Σύνολο
MMSE>24	178 (55,1%)	145 (44,9%)	323 (100,0%)
MMSE≤24	61 (28,6%)	152 (71,4%)	213 (100,0%)
Σύνολο	239 (44,6%)	297 (55,4%)	536 (100,0%)

Όπως φαίνεται στον πίνακα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο αποτέλεσμα ADL μεταξύ των δύο ομάδων, που δημιουργούνται με βάση το αποτέλεσμα στο MMSE ($\chi^2 = 36.400$; d.f = 1; $p < 0.001$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων με MMSE μικρότερο ή ίσο του 24 έχουν παθολογικό ADL, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με αυτούς που έχουν μεγαλύτερο του 24.

Διερευνήθηκε επίσης η πιθανή συνύπαρξη παθολογικού αποτελέσματος GDSS και ADL.

Πίνακας 15. Αναλογία διαταραχών της διάθεσης και ικανότητας επιτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων

Αρχικό GDSS	Ανεξάρτητοι	Διαταραχές ADL	Σύνολο
GDSS<5	205 (51,1%)	196 (48,9%)	401 (100,0%)
GDSS>5	34 (25,2%)	101 (74,8%)	135 (100,0%)
Σύνολο	239 (44,6%)	297 (55,4%)	536 (100,0%)

Όπως φαίνεται στον πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων με διαταραχές της διάθεσης, GDSS>5, παρουσίασαν παθολογικό ADL, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τους ηλικιωμένους με φυσιολογική τιμή στο GDSS. Η διαφορά μεταξύ τους είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 27.500$; d.f = 1; $p < 0.001$).

Ο πίνακας, που ακολουθεί, αναφέρεται στους ηλικιωμένους, που επιβίωσαν κατά τη διάρκεια του έτους.

Πίνακας 16. Αναλογία αποτελεσμάτων GDSS και ADL

Αρχικό GDSS	Ανεξάρτητοι	Διαταραχές ADL	Σύνολο
GDSS<5	184 (51,5%)	173 (48,5%)	357 (100,0%)
GDSS>5	26 (25,7%)	75 (74,3%)	101 (100,0%)
Σύνολο	210 (45,9%)	248 (54,1%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα παρατηρείται ότι η διαφορά μεταξύ των ηλικιωμένων με φυσιολογικές τιμές στο GDSS και ADL είναι στατιστικώς σημαντική, από τους αντίστοιχους με παθολογικές ($\chi^2 = 21.104$; d.f = 1; $p < 0.001$). Τα αποτελέσματα αυτά, που συσχετίζουν τις γνωσιακές και διαταραχές της διάθεσης, παρουσιάζονται επίσης στη δημοσίευση IV στο περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο επόμενος πίνακας είναι αποτέλεσμα εφαρμογής της μεθόδου της στατιστικής παλινδρόμησης. Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε το ADL ενώ ανεξάρτητες το MMSE και GDSS.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όσο οι τιμές του MMSE βελτιώνονται, τόσο μειώνεται η πιθανότητα ο ηλικιωμένος να παρουσιάσει παθολογικό ADL. Το αντίθετο συμβαίνει με το GDSS, όπου όσο αυξάνει το αποτέλεσμα του GDSS και επομένως γίνεται παθολογικό, τόσο αυξάνει και η πιθανότητα ο ηλικιωμένος να έχει παθολογικό ADL.

Πίνακας 17. Αποτελέσματα στατιστικής εξαρτήσεως των τεστ ADL,MMSE,GDSS

	B	SE	df	Sig	Exp (B)	95% CI exp (B)	
						Lower	Upper
MMSE	-,070	,019	1	,000	,933	,899	,967
GDSS	,127	,039	1	,000	1,135	1,051	1,226
Σταθερά	1,281	,544	1	,018	3,602		

δ) γενική κατάσταση της υγείας και συννοσηρότητα

Ο πίνακας 18 δείχνει τα συνηθέστερα νοσήματα, τον επιπολασμό τους και την κατά φύλο κατανομή στους συμμετέχοντες στη μελέτη.

Πίνακας 18. Επιπολασμός των συνυπαρχόντων καταστάσεων και νοσημάτων

Νόσημα	Γηροκομείο(n=48) %		ΚΑΠΗ (n=75)%		ΚΥΧ (n=413)%	
	MMSE≤24	MMSE>24	MMSE≤24	MMSE>24	MMSE≤24	MMSE>24
Υπέρταση						
Ανδρες	38,5 ⁺	16,7 ⁺	40 ⁺	20,5 ⁺	62,3*	23,3*
Γυναίκες	58,4	40	66,7*	22,2*	55,3*	21,8*
Διαβήτης						
Ανδρες	38,5*	—*	20*	2,8*	10,1 ⁺	5,8 ⁺
Γυναίκες	25*	—*	33,4*	5,5*	9,6 ⁺	4,8 ⁺
ΑΕΕ						
Ανδρες	38,5*	—*	20	13,6	30,4*	11,6*
Γυναίκες	37,5	40	— ⁺	5,5 ⁺	10,6	13,6
v. Parkinson						
Ανδρες	15,4 ⁺⁺	— ⁺⁺	—	2,3	5,8*	—*
Γυναίκες	20,8*	—*	— ⁺	5,6 ⁺	4,2 ⁺	2,0 ⁺
Κατάθλιψη						
Ανδρες	30,8	33,3	— ⁺	6,8 ⁺	8,7	7,8
Γυναίκες	62,5	40	—*	11,1*	20,2*	9,5*

⁺ p< 0.05 ⁺⁺ p<0.01 *p<0.001

Οι πίνακες, που ακολουθούν, εμφανίζουν ξεχωριστά τους σημαντικότερους παράγοντες, που φαίνεται να επηρεάζουν το αρχικό MMSE, στους ηλικιωμένους που επιβίωσαν.

Πίνακας 19. Συσχέτιση της υπέρτασης και του MMSE

Αρχικό MMSE	Νορμοτασικοί	Υπερτασικοί	Σύνολο
MMSE>24	232(77,9%)	66 (22,1%)	298 (100,0%)
MMSE 24-19	62(57,4%)	46 (42,6%)	108 (100,0%)
MMSE < 18	12 (23,1%)	40 (76,9%)	52 (100,0%)
Σύνολο	306 (66,8%)	152(33,2%)	458 (100,0%)

Όπως φαίνεται στον πίνακα το ποσοστό της υπέρτασης διπλασιάζεται περίπου σε κάθε επίπεδο βαθμολογίας του MMSE και παρουσιάζει ισχυρή στατιστική σημαντικότητα ($\chi^2=65.546$; $df=2$, $p<0.001$)

Πίνακας 20. Συσχέτιση του ιστορικού ΚΑΝ και MMSE

Αρχικό MMSE	Αρνητικό ιστορικό ΚΑΝ	Ιστορικό ΚΑΝ	Σύνολο
MMSE>24	262 (87,9%)	36 (12,1%)	298 (100,0%)
MMSE 24-19	92 (85,2%)	16 (14,8%)	108 (100,0%)
MMSE < 18	39 (75,0%)	13 (25,0%)	52 (100,0%)
Σύνολο	393 (85,8%)	65 (14,2%)	458 (100,0%)

Από τον πίνακα συνάγεται ότι το θετικό ιστορικό ΚΑΝ είναι παράγοντας ο οποίος μοιάζει να συμβάλλει σημαντικά στην κακή απόδοση των ηλικιωμένων στο MMSE. Όπως παρατηρείται, το ποσοστό ηλικιωμένων με MMSE<18 και ιστορικό ΚΑΝ είναι υπερδιπλάσιο σε σύγκριση μ' αυτούς με φυσιολογικό MMSE, η δε διαφορά τους δείχνει να έχει στατιστική σημαντικότητα ($\chi^2=6.113$; $df=2$, $p=0.047$).

Πίνακας 21. Συσχέτιση του ιστορικού διαταραχών της διάθεσης και του MMSE

Αρχικό MMSE	Αρνητικό ιστορικό διαταραχών της διάθεσης	Θετικό ιστορικό διαταραχών της διάθεσης	Σύνολο
MMSE>24	269 (90,3%)	29 (9,7%)	298 (100,0%)
MMSE 24-19	92 (85,2%)	16 (14,8%)	108 (100,0%)
MMSE < 18	38 (73,1%)	14 (26,9%)	52 (100,0%)
Σύνολο	399 (87,1%)	59 (12,9%)	458 (100,0%)

Ο πίνακας 21 εμφανίζει τη διαφορά θετικού ή αρνητικού ιστορικού διαταραχών της διάθεσης και MMSE, η οποία φαίνεται να είναι στατιστικώς σημαντική ($\chi^2 = 12.130$; $df=2$, $p<0.002$). Διαπιστώνεται ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων με ιστορικό κατάθλιψης είναι περίπου τριπλάσιο σ' αυτούς με $MMSE \leq 18$, συγκρινόμενο με τους αντίστοιχους με $MMSE > 24$.

Για την ενίσχυση των αποτελεσμάτων της μελέτης επιπολασμού πραγματοποιήθηκε μια πολυπαραγοντική παλινδρομική ανάλυση από την οποία προέκυψε ο πίνακας 22:

Πίνακας 22. Παράγοντες που επιδρούν στο αρχικό MMSE ανάμεσα στις ομάδες στις τρεις δομές

Μεταβλητή	B	SE	P
Ηλικία			< 0.0001
Ηλικιακή ομάδα 1 ^α	0.37	0.27	n.s
Ηλικιακή ομάδα 2 ^β	2.18	0.52	<0.0001
Μόρφωση			<0.001
Εκπαίδευση 1 ^γ	2.09	0.36	<0.0001
Εκπαίδευση 2 ^δ	3.09	0.47	<0.0001
Οικ. Κατάσταση ^ε	2.17	0.34	<0.0001
Υπέρταση	0.46	0.27	0.09
Διαβήτης	0.83	0.46	0.07
Τραυμ. κεφαλής	5.85	11.44	n.s
Σταθερά	0.22	0.36	n.s

^α75-84 έτη, ^β 85 έτη και άνω, ^γ 6 έτη, ^δ 6-12 έτη, ^ε χηρεία, μοναξιά

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και η οικογενειακή κατάσταση έχουν μια βασική ανεξάρτητη επίδραση στην παρουσία των γνωσιακών διαταραχών, ενώ η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης φαίνεται να έχουν αξιοσημείωτη συσχέτιση, όχι όμως στατιστικώς σημαντική ($p=0.009$ και $p=0.007$ αντίστοιχα). Τα αποτελέσματα δεν φάνηκε να αλλάζουν, όταν χρησιμοποιήθηκε το 19 σαν επίπεδο διάκρισης παθολογικού/φυσιολογικού, με εξαίρεση την υπέρταση η οποία βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το χαμηλό αποτέλεσμα στο MMSE ($p=0.009$). Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης παρουσιάζονται επίσης στη δημοσίευση III στο Family Practice.

Οι πίνακες, που ακολουθούν, αφορούν νοσήματα, που φάνηκε να επηρεάζουν το αποτέλεσμα του αρχικού GDSS.

Πίνακας 23. Συσχέτιση της υπέρτασης και παθολογικού αποτελέσματος GDSS

Αρχικό GDSS	Νορμοτασικοί	Υπερτασικοί	Σύνολο
GDSS <5	259 (72,5%)	98 (27,5%)	357 (100,0%)
GDSS >5	47 (46,5%)	54 (53,5%)	101 (100,0%)
Σύνολο	306 (66,8%)	152 (33,2%)	458 (100,0%)

Ο πίνακας 23 παρουσιάζει το ποσοστό των υπερτασικών ηλικιωμένων με παθολογικό GDSS και το αντίστοιχο των νορμοτασικών. Η παρουσία της υπέρτασης είναι περίπου διπλάσια στους ηλικιωμένους με διαταραχές της διάθεσης και η διαφορά τους, σε αντίθεση με τους αντίστοιχους με φυσιολογικό GDSS, είναι στατιστικώς σημαντική, ($\chi^2=24.028$; $df=1$, $p<0.001$).

Πίνακας 24. Συσχέτιση ιστορικού ΚΑΝ και παθολογικού GDSS

Αρχικό GDSS	Αρνητικό ιστορικό ΚΑΝ	Θετικό ιστορικό ΚΑΝ	Σύνολο
GDSS <5	314 (88,0%)	43 (12,0%)	357 (100,0%)
GDSS >5	79 (78,2%)	22 (21,8%)	101 (100,0%)
Σύνολο	393 (85,8%)	65 (14,2%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα 24 παρουσιάζεται η διαφορά των ηλικιωμένων με θετικό ιστορικό καρδιαγγειακού νοσήματος και GDSS>5, συγκρινόμενη με αυτούς με φυσιολογικό αποτέλεσμα GDSS αντίστοιχα, ($\chi^2=6.130$; $df=1$, $p=0.013$).

Πίνακας 25. Συσχέτιση νόσου του Parkinson με παθολογικό αποτέλεσμα GDSS

Αρχικό GDSS	Απουσία ν. Parkinson	Παρουσία ν. Parkinson	Σύνολο
GDSS <5	357 (100,0%)	-	357 (100,0%)
GDSS >5	88 (87,1%)	13 (12,9%)	101 (100,0%)
Σύνολο	445 (97,2%)	13 (2,8%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα παρατηρείται η διαφορά ηλικιωμένων με παρουσία της νόσου του Parkinson και κατάθλιψη, και των αντίστοιχων με φυσιολογικό αποτέλεσμα GDSS. Η διαφορά τους φαίνεται να είναι στατιστικώς σημαντική, ($\chi^2=47.293$; $df=1$, $p<0.001$).

Πίνακας 26. Συσχέτιση ιστορικού κατάθλιψης και GDSS

Αρχικό GDSS	Αρνητικό ιστορικό κατάθλιψης	Θετικό ιστορικό κατάθλιψης	Σύνολο
GDSS <5	324 (90,8%)	33 (9,2%)	357 (100,0%)
GDSS >5	75 (74,3%)	26 (25,7%)	101 (100,0%)
Σύνολο	399 (87,1%)	59 (12,9%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα 26 εμφανίζεται η διαφορά των ηλικιωμένων με ιστορικό κατάθλιψης και GDSS >5 σε σύγκριση μ' αυτούς, που παρουσίασαν φυσιολογικό GDSS και αρνητικό ιστορικό κατάθλιψης. Η διαφορά τους είναι στατιστικώς σημαντική, ($\chi^2=19.096$; $df=1$, $p<0.001$).

Πίνακας 27. Συσχέτιση GDSS και ΗΚΓ/φηματος

Αρχικό GDSS	Φυσιολογικό ΗΚΓ	Παθολογικό ΗΚΓ	Σύνολο
GDSS <5	290 (81,2%)	67 (18,8%)	357 (100,0%)
GDSS >5	72 (71,3%)	29 (28,7%)	101 (100,0%)
Σύνολο	362 (79,0%)	96 (21,0%)	458 (100,0%)

Όπως παρατηρείται η διαφορά στις αναλογίες των ηλικιωμένων με φυσιολογικές τιμές GDSS και φυσιολογικού ΗΚΓ/φηματος, με τις αντίστοιχες παθολογικές, είναι στατιστικώς σημαντική, ($\chi^2=4.700$; $df=1$, $p<0.03$).

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολλαπλή παλινδρομική λογιστική ανάλυση και προέκυψε ο πίνακας 28.

Πίνακας 28. Αποτελέσματα της πολλαπλής παλινδρομικής λογιστικής ανάλυσης των παραγόντων που επηρεάζουν το αποτέλεσμα του GDSS

Μεταβλητή	B	S.E.	P
Ηλικία			< 0.0001
ηλικία 1 ^α	1.58	0.36	< 0.0001
ηλικία 2 ^β	1.74	0.42	< 0.0001
Φύλο 1 ^γ	0.59	0.27	< 0.05
Τόπος παραμονής	1.32	0.47	< 0.01
τόπος 1 ^δ	0.21	0.43	n.s
τόπος 2 ^ε			
Υπέρταση (1)	0.78	0.27	< 0.01
N. Parkinson (1)	9.36	12.25	n.s.
Οικ.κατάσταση 1 ^ζ	1.81	0.31	< 0.0001
Σταθερά	4.13	6.13	

^α 75-84 έτη, ^β > 85 έτη, ^γ γυναίκες, ^δ Γηροκομείο, ^ε ΚΑΠΗ και ΚΥΧ, ^ζ χηρεία, μοναξιά

Από τον πίνακα φαίνεται ότι η ηλικία, το φύλο, ο τόπος διαμονής (γηροκομείο), η οικογενειακή κατάσταση και η υπέρταση σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με τα υψηλά και επομένως παθολογικά αποτελέσματα του GDSS.

ε) εργαστηριακές εξετάσεις

Πίνακας 29. Αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων κατά τον αρχικό έλεγχο

	Αριθμός	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση	95%Διάστημα εμπιστοσύνης	
				Χαμηλότερο	Υψηλότερο
Σάκχαρο mg/dl					
ΚΥΧΑ	210	93,54	26,54	89,93	97,15
ΚΥΧΦΜ	203	99,63	34,83	94,81	104,45
ΚΑΠΗΑ	45	93,58	30,49	84,42	102,74
ΚΑΠΗΦΜ	30	103,50	25,43	94,00	113,00
Γηροκομείο	48	96,46	41,26	84,48	108,44
Σύνολο	536	96,67	31,70	93,98	99,36
Na mEq/lit					
ΚΥΧΑ	210	137,25	5,89	136,45	138,05
ΚΥΧΦΜ	203	137,13	6,27	136,26	138,00
ΚΑΠΗΑ	45	139,67	3,02	138,76	140,57
ΚΑΠΗΦΜ	30	139,90	3,94	138,43	141,37
Γηροκομείο	48	138,17	4,15	136,96	139,37
Σύνολο	536	137,64	5,69	137,16	138,12
Κρεατινίνη mg/dl					
ΚΥΧΑ	210	1,19	,72	1,09	1,28
ΚΥΧΦΜ	203	1,20	,75	1,10	1,30
ΚΑΠΗΑ	45	1,11	,19	1,05	1,17
ΚΑΠΗΦΜ	30	1,08	,23	1,00	1,16
Γηροκομείο	48	1,19	,44	1,06	1,32
Σύνολο	536	1,18	,66	1,12	1,24
SGPT U/l					
ΚΥΧΑ	210	29,11	7,31	28,12	30,10
ΚΥΧΦΜ	203	29,38	7,28	28,38	30,39
ΚΑΠΗΑ	45	27,78	7,39	25,56	30,00
ΚΑΠΗΦΜ	30	28,90	11,06	24,77	33,03
Γηροκομείο	48	29,29	6,83	27,31	31,27
Σύνολο	536	29,11	7,50	28,47	29,74
TSH μU/ml					
ΚΥΧΑ	210	2,62	1,48	2,42	2,82
ΚΥΧΦΜ	203	2,90	1,52	2,69	3,11
ΚΑΠΗΑ	45	2,93	1,47	2,49	3,37
ΚΑΠΗΦΜ	30	2,88	1,55	2,11	3,57
Γηροκομείο	48	3,22	1,53	2,78	3,67
Σύνολο	536	2,83	1,51	2,70	2,95
FT4 ng/dl					
ΚΥΧΑ	210	1,55	,59	1,47	1,63
ΚΥΧΦΜ	203	1,29	,51	1,22	1,36
ΚΑΠΗΑ	45	1,50	,50	1,35	1,65
ΚΑΠΗΦΜ	30	1,53	,87	1,20	1,85
Γηροκομείο	48	1,44	,52	1,29	1,59
Σύνολο	536	1,44	,58	1,39	1,49

Hct %					
ΚΥΧΑ	210	39,92	3,93	39,38	40,45
ΚΥΧΦΜ	203	39,95	3,83	39,42	40,48
ΚΑΠΗΑ	45	39,96	4,55	38,59	41,32
ΚΑΠΗΦΜ	30	38,83	4,40	37,19	40,48
Γηροκομείο	48	38,23	4,22	37,00	39,46
Σύνολο	536	39,72	4,02	39,38	40,06
B12 pg/ml					
ΚΥΧΑ	210	458,67	186,47	433,30	484,03
ΚΥΧΦΜ	203	448,30	213,73	418,72	477,88
ΚΑΠΗΑ	45	462,16	270,92	380,76	543,55
ΚΑΠΗΦΜ	30	411,10	249,55	317,92	504,28
Γηροκομείο	48	421,21	276,33	340,97	501,45
Σύνολο	536	449,02	217,14	430,59	467,44
Φυλικό οξύ ng/ml					
ΚΥΧΑ	210	8,98	3,56	8,50	9,47
ΚΥΧΦΜ	203	8,54	3,51	8,05	9,02
ΚΑΠΗΑ	45	10,89	5,69	9,18	12,60
ΚΑΠΗΦΜ	30	10,38	5,97	8,15	12,61
Γηροκομείο	48	12,32	8,55	9,83	14,80
Σύνολο	536	9,35	4,69	8,95	9,75

Για την επεξεργασία των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της Ανάλυσης Μεταβλητότητας (ANOVA) από την οποία φάνηκαν να εξάγονται τα παρακάτω αποτελέσματα:

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του σακχάρου αίματος ανάμεσα στις ομάδες ($F = 1.415$; $d.f = 4.535$; $p = 0.227$). Αντίθετα φαίνεται να υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές του νατρίου ($F = 3.434$; $d.f = 4.535$; $p = 0.009$) και δείχνει να οφείλεται κυρίως στο χαμηλό μέσο όρο των τιμών του, των ηλικιωμένων του ΚΥΧ σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο αυτών του ΚΑΠΗ, ο οποίος είναι μεγαλύτερος. Διερευνώντας τη συνύπαρξη υπονατριάμιας με τις γνωσιακές διαραχές προέκυψε ο πίνακας που ακολουθεί.

Πίνακας 30. Συσχέτιση υπονατριαιμίας αρχικού MMSE

Αρχικό MMSE	Φυσιολογικές τιμές Na	Υπονατριαιμία	Σύνολο
MMSE>24	286 (96,0%)	12 (4,0%)	298 (100,0%)
MMSE 24-19	99 (91,7%)	9 (8,3%)	108 (100,0%)
MMSE ≤18	45 (86,5%)	7 (13,5%)	52 (100,0%)
Σύνολο	430 (93,9%)	28 (6,1%)	458 (100,0%)

Ο πίνακας δείχνει να υπάρχει μια στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ του παθολογικού αποτελέσματος του MMSE των ηλικιωμένων με υπονατριαιμία, και αυτών με φυσιολογικά επίπεδα Na ($\chi^2=8.079$; $df=2$, $p<0.018$).

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της κρεατινίνης ($F = 0.358$; $d.f = 4.535$; $p = 0.839$), όπως επίσης δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στις τιμές SGPT ανάμεσα στις ομάδες των ηλικιωμένων ($F = 0.434$; $d.f = 4.535$; $p = 0.784$).

Ακόμη, στατιστικά αξιοσημείωτη διαφορά παρατηρήθηκε στις τιμές του TSH ($F=2.146$; $d.f = 4.535$; $p = 0.074$), η οποία φαίνεται να οφείλεται κυρίως στο χαμηλό μέσο όρο των τιμών της ομάδας ΚΥΧ Α σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο των ηλικιωμένων του Γηροκομείου, ο οποίος είναι και ο μεγαλύτερος.

Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρείται και στις τιμές του FT4 ($F = 6.018$; $d.f = 4.535$; $p < 0.001$), η οποία δείχνει να οφείλεται κυρίως στο χαμηλό μέσο όρο των τιμών των ηλικιωμένων της ομάδας ΚΥΧ ΦΜ σε σχέση με τους υπόλοιπους των άλλων ομάδων και δομών.

Φαίνεται επίσης να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες των τριών δομών στις τιμές του αιματοκρίτη (Hct), ($F = 2.366$; $d.f = 4.535$; $p = 0.052$). Η διαφορά αυτή φαίνεται να οφείλεται κυρίως στο χαμηλό μέσο όρο του Hct των ηλικιωμένων του γηροκομείου σε σχέση με τους υπόλοιπους, που προέρχονται από τις άλλες δομές. Σημειώνεται ότι η διαφορά αυτή βρίσκεται στα όρια της στατιστικής αποδοχής. Επίσης φαίνεται ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στις τιμές της βιταμίνης B₁₂ ($F=0.569$; $d.f = 4.535$; $p = 0.685$). Τέλος στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στις τιμές του φυλικού οξέως στις ομάδες ($F=8.708$; $d.f =4.535$; $p <0.001$).

Διερευνώντας την πιθανή ύπαρξη διαφορών στις τρεις δομές και σύμφωνα με το αποτέλεσμα MMSE, η στατιστική ανάλυση έδειξε, σημαντικές διαφορές ανάμεσά τους στις τιμές του Hct και του φυλικού ($F = 4.2$, d.f. = 2 και 530, $p=0.016$ και $F=4.9$, d.f.=2 και 530, $p=0.008$, αντίστοιχα), και αξιοσημείωτη αλλά όχι στατιστικά σημαντική διαφορά στην βιταμίνη B₁₂ ($F=2.7$, d.f.=2 και 530, $p= 0.068$).

Πίνακας 31. Μέσες τιμές (και SD) του Hct, της B₁₂ και του Φυλικού στις διάφορες δομές

Μεταβλητή	ΚΥΧ	ΚΑΠΗ	Γηροκομείο	Σύνολο
Hct (%)				
MMSE>24	40,1 (3,3)	40,1 (3,6)	39,5 (3,7)	40,1 (3,3)
MMSE≤24	39,6 (4,7)	36,5 (6,9)	37,9 (4,3)	39,1 (4,8)
ΒιταμίνηB ₁₂ (pg/mL)				
MMSE>24	463,5 (197,6)	465,0 (261,9)	377,2 (207,6)	460,9 (211,6)
MMSE≤24	438,3 (203,7)	330,9 (242,2)	434,3 (294,9)	431,1 (224,6)
Φυλικό mg/mL)				
MMSE>24	9,3 (3,3)	11,3 (5,6)	8,5 (7,8)	9,6 (4,1)
MMSE≤24	8,0 (3,7)	7,9 (5,9)	13,4 (8,5)	8,9 (5,4)

Από τον πίνακα φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι του γηροκομείου παρουσίαζαν τις χαμηλότερες τιμές Hct και βιταμίνης B₁₂. Αναλύοντας ως προς την κατηγορία του MMSE, ηλικιωμένοι με πιθανή γνωσιακή διαταραχή φαίνεται να παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στα αποτελέσματα του Hct, της βιταμίνης B₁₂ και του φυλικού, σε σύγκριση με εκείνους με φυσιολογικό αποτέλεσμα στο MMSE.

Ειδικότερα εξετάζοντας της πιθανή σχέση του χαμηλού αιματοκρίτη με τις γνωσιακές διαταραχές φάνηκε ότι, ενενήντα πέντε (17,7%) από τους 536 ηλικιωμένους παρουσίασαν χαμηλό αιματοκρίτη. Από αυτούς, 47 είχαν αποτέλεσμα MMSE >24 και 48 MMSE ≤ 24. Η σχέση μεταξύ αναιμίας και πιθανής γνωσιακής διαταραχής ήταν στατιστικά σημαντική ($\chi^2 = 5.6$, d.f. = 1, $p = 0.018$). Μια ξεχωριστή ανάλυση ως προς το φύλο έδειξε ότι ο συσχετισμός ήταν πραγματικός μόνο για τους άνδρες και όχι για τις γυναίκες. Πράγματι στους άνδρες ηλικιωμένους η επικράτηση στην αναλογία πιθανής γνωσιακής διαταραχής μεταξύ αναιμικών και φυσιολογικών ήταν 55,6% και 34,45% αντίστοιχα ($\chi^2 = 5.8$, d.f. = 1, $p = 0.016$) ενώ στις γυναίκες ήταν 47,5% και 40,1% ($\chi^2 = 1.1$, d.f. = 1, $p = 0.305$).

Διερευνώντας την πιθανή σχέση, βιταμίνης B₁₂ και γνωσιακές διαταραχές των ηλικιωμένων, φάνηκε ότι παθολογικές τιμές στο αποτέλεσμα της εξέτασης της βιταμίνης B₁₂ παρουσίασαν 56 (10,4%) ηλικιωμένοι. Από αυτούς, 25 παρουσίασαν MMSE>24 και 31 MMSE ≤24. Η συχνότητα στην αναλογία ηλικιωμένων με πιθανές γνωσιακές διαταραχές και φυσιολογικές ή παθολογικές τιμές βιταμίνης B₁₂ παρουσίαζαν αξιοσημείωτη σημαντικότητα 34,8% και 62,5%, αντίστοιχα ($\chi^2= 7.1$, d.f. = 1, $p = 0.008$). Η αντίστοιχη αναλογία στις γυναίκες δεν παρουσίαζε σημαντική διαφορά, 40,5% και 50,0% ($\chi^2 1.0$, d.f. = 1, $p = 0.306$).

Τέλος εξετάζοντας την πιθανή συσχέτιση παθολογικών τιμών φυλικού με τις γνωσιακές διαταραχές, φάνηκε ότι 15 (2,7%) ηλικιωμένοι (7 με αποτέλεσμα στο MMSE ≤24) βρέθηκαν να παρουσιάζουν παθολογικές τιμές φυλικού οξέος. Η επικράτηση στην αναλογία πιθανής γνωσιακής διαταραχής και φυσιολογική ή παθολογική τιμή στο φυλικό οξύ ήταν 39,5% και 46,7%, αντίστοιχα. Η συσχέτιση μεταξύ γνωσιακών διαταραχών και παθολογικού ή φυσιολογικού αποτελέσματος στο φυλικό οξύ δεν φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντική ($\chi^2=0.3$, d.f. = 1, $p = 0.578$).

Πραγματοποιώντας στατιστική παλινδρομική ανάλυση για την ανεξάρτητη επίδραση των παραγόντων στις γνωσιακές διαταραχές στους ηλικιωμένους προέκυψε ο πίνακας που ακολουθεί.

Πίνακας 32. Αποτελέσματα της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης

Μεταβλητή	B	SE	P-value	OR	95% CI
Ηλικία (64-70)					
Ηλικία (71-79)	0.360	0.250	0.150	1.4	0.9 – 2.3
Ηλικία (>80)	1.123	0.256	<0.001	3.1	1.9 – 5.1
Δομή					
ΚΥΧ					
ΚΑΠΗ	-0.854	0.349	0.014	0.4	0.2 – 0.8
Γηροκομείο	1.513	0.407	<0.001	4.5	2.0 – 10.1
Παθ. Τιμές B ₁₂	0.714	0.338	0.034	2.0	1.1 - 4.0
Παθ. Τιμές Hct	0.535	0.262	0.041	1.7	1.02 – 2.9
Παθ. Τιμές φυλικού	1.323	0.714	0.064	3.8	0.9 – 15.2

Υπολογίζοντας τον κίνδυνο εμφάνισης γνωσιακών διαταραχών, παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση τους φάνηκε να είναι, η ηλικία (μεγαλύτερη των 80 ετών), η δομή (γηροκομείο), και οι χαμηλές τιμές του Hct και της βιταμίνης B₁₂. (Τα αποτελέσματα που αναφέρονται στην αναιμία και στη συσχέτιση τους με τα αποτελέσματα της βαθμολογίας του MMSE παρουσιάζονται στη δημοσίευση VI στο BMC Family Practice).

Παρόμοια στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε, ελέγχοντας την πιθανή συσχέτιση παθολογικών τιμών στις εργαστηριακές εξετάσεις και την επίδρασή τους στα αποτελέσματα του αρχικού GDSS. Παρακάτω περιλαμβάνονται μόνο οι εξετάσεις, οι οποίες κατά τη στατιστική ανάλυση έδειξαν να υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα σ' αυτές και το αποτέλεσμα του GDSS.

Πίνακας 33. Συσχέτιση χαμηλού Hct και παθολογικού GDSS

Αρχικό GDSS	Φυσιολογικός Hct	Χαμηλός Hct	Σύνολο
GDSS <5	299 (83,8%)	58 (16,2%)	357 (100,0%)
GDSS >5	77 (76,2%)	24 (23,8%)	101 (100,0%)
Σύνολο	376 (82,1%)	82 (17,9%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα φαίνεται ότι η παρουσία χαμηλού Hct συμβαδίζει με τα παθολογικά αποτελέσματα στο GDSS και αντίστροφα, ο φυσιολογικός αιματοκρίτης δείχνει να συμπορεύεται με GDSS <5. Η διαφορά μεταξύ τους είναι αξιοσημείωτα σημαντική ($\chi^2 = 3.026$; $df=1$, $p<0.082$).

Πίνακας 34. Συσχέτιση των τιμών TSH και αποτελέσματος GDSS

Αρχικό GDSS	Φυσιολογική TSH	Παθολογική TSH	Σύνολο
GDSS <5	343 (96,1%)	14 (3,9%)	357 (100,0%)
GDSS >5	92 (91,1%)	9 (8,9%)	101 (100,0%)
Σύνολο	435 (95,0%)	23 (5,0%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα παρουσιάζεται η σχέση των παθολογικών τιμών TSH και GDSS με τις αντίστοιχες φυσιολογικές τιμές, η διαφορά τους είναι στατιστικώς σημαντική ($\chi^2 = 4.109$; $df=1$, $p<0.043$).

4.2. Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ - ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΝΕΜΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ- (SHARED CARE INTERVENTION)

Στον πίνακα 35 φαίνονται οι διαφορές των ηλικιωμένων, που απεβίωσαν κατά τη διάρκεια του έτους παρακολούθησης ανάμεσα στις ομάδες στις τρεις δομές. Στο σύνολό τους ήταν 78 και η διαφορά ανάμεσα τους φαίνεται να είναι στατιστικώς σημαντική ($\chi^2 = 30.848$, $df=4$, $p < 0,001$). Όπως παρατηρείται στον πίνακα το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων, που απεβίωσαν, παρατηρήθηκε ανάμεσα στους διαμένοντες στο γηροκομείο, ενώ το μικρότερο στις ομάδες του ΚΑΠΗ.

Πίνακας 35. Αποβιώσαντες ηλικιωμένοι στις ομάδες και των τριών δομών

	Επιβιώσαντες	Αποβιώσαντες	Σύνολο
ΚΥΧ-Α	191 (91,0%)	19 (9,0%)	210(100,0%)
ΚΥΧ-ΦΜ	167 (82,3%)	36 (17,4%)	203(100,0%)
ΚΑΠΗ-Α	42(93,3%)	3 (6,7%)	45 (100,0%)
ΚΑΠΗ-ΦΜ	28 (93,3%)	2 (6,7%)	30 (100,0%)
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	30 (62,5%)	18 (37,5%)	48 (100,0%)
Σύνολο	458 (85,4%)	78 (14,6%)	536(100,0%)

Κατά τη διάρκεια του έτους πραγματοποιήθηκαν επαφές με τους ηλικιωμένους, έγινε εργαστηριακός και κλινικός έλεγχος καθώς και επανάληψη των δοκιμασιών.

Ο πίνακας που ακολουθεί εμφανίζει τις αναλογίες μεταξύ των ομάδων των ηλικιωμένων, κατά δομή, βάση του αποτελέσματος του MMSE μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας.

Πίνακας 36. Κατανομή των ηλικιωμένων ανά δομή και ομάδα βάσει των αποτελεσμάτων του τελικού MMSE

	MMSE >24	MMSE 24-19	MMSE <18	Σύνολο
ΚΥΧ-Α	142 (74,3%)	33 (17,3%)	16 (8,4%)	191(100,0%)
ΚΥΧ-ΦΜ	104 (62,3%)	42 (25,1%)	21 (12,6%)	167(100,0%)
ΚΑΠΗ-Α	40 (95,2%)	-	2 (4,8%)	42 (100,0%)
ΚΑΠΗ-ΦΜ	25 (89,3%)	2 (7,1%)	1 (3,6%)	28 (100,0%)
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	13 (43,3%)	8 (26,7%)	9 (30,0%)	30 (100,0%)
Σύνολο	324 (70,7%)	85 (18,6%)	49 (10,7%)	458(100,0%)

Ο πίνακας δείχνει να υπάρχει διαφορά στατιστικώς σημαντική στις αναλογίες ($\chi^2 = 39.75$; $df=8$, $p<0.001$).

Για την πληρέστερη ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε δυαδική παλινδρομική ανάλυση, λαμβάνοντας σαν ανεξάρτητη μεταβλητή το MMSE και εξαρτημένες όλους τους πιθανούς παράγοντες που επιδρούν σ' αυτό.

Πίνακας 37. Παράγοντες που επιδρούν στα αποτελέσματα του MMSE μετά την δυαδική παλινδρομική ανάλυση

Μεταβλητές	B	SE	Sig	Exp (B)	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης για Exp (B)	
					Χαμηλότερο	Υψηλότερο
Ηλικία	.078	.024	.001	1.081	1.032	1.133
Φύλο (άνδρες)	-.440	.346	.203	.644	.327	1.269
Ομάδα			.000			
ΚΥΧ-Α	-2.123	.436	.000	.120	.051	.281
ΚΑΠΗ-Α	-6.297	2.932	.032	.002	.000	.577
ΚΑΠΗ-ΦΜ	-1.339	.850	.115	.262	.050	1.388
Γηροκομείο	-2.213	.765	.004	.109	.024	.490
1 ^ο MMSE	-.834	.098	.000	.434	.358	.526
Σταθερά	15.094	2.955	.000			

Τα αποτελέσματα του πίνακα 37 ερμηνεύονται ως ακολούθως: Ο κίνδυνος ανάπτυξης γνωσιακών διαταραχών μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας από το Γ/Ο γιατρό φαίνεται να εξαρτάται σημαντικά από τη βαθμολογία του αρχικού MMSE, την ηλικία και την ομάδα ελέγχου (Α). Ειδικότερα ο κίνδυνος φαίνεται να μειώνεται πολλαπλασιαζόμενος με τον παράγοντα 0.434 ($p < 0.001$) για κάθε αύξηση ενός βαθμού στο score του αρχικού MMSE. Επίσης, ο κίνδυνος φαίνεται να αυξάνεται πολλαπλασιαζόμενος με τον παράγοντα 1.081 για κάθε επιπλέον χρόνο ηλικίας ($p < 0.001$). Όσον αφορά την μελέτη ανά ομάδα, ο κίνδυνος φάνηκε ότι μειώνεται σημαντικά με την παρέμβαση σε όλες τις ομάδες δηλαδή του ΚΥΧ-Α (στο $RR=0.120$, $p < 0.001$), την ομάδα του ΚΑΠΗ-Α (στο $RR=0.002$, $p < 0.001$) και τέλος στην ομάδα του γηροκομείου (στο $RR=0.109$, $p < 0.004$).

Όσον αφορά τη βαθμολογία του τελικού GDSS μετά την πάροδο του έτους στους ηλικιωμένους, κατά ομάδα και δομή, τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας 38. Κατανομή των ηλικιωμένων ανά δομή και ομάδα βάσει των αποτελεσμάτων του τελικού GDSS

	GDSS<5	GDSS>5	Σύνολο
ΚΥΧ-Α	171 (89,5%)	20 (10,5%)	191(100,0%)
ΚΥΧ-ΦΜ	122 (73,1%)	45 (26,9%)	167(100,0%)
ΚΑΠΗ-Α	42(100,0%)	-	42 (100,0%)
ΚΑΠΗ-ΦΜ	20 (71,4%)	8 (28,6%)	28 (100,0%)
ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ	14 (46,7%)	16 (53,3%)	30 (100,0%)
Σύνολο	369 (80,6%)	89 (19,4%)	458 (100,0%)

Από τον πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει διαφορά στατιστικώς σημαντική στις αναλογίες ($\chi^2=49.465$; $df=4$, $p<0.001$).

Για να μελετηθούν ανάλογα και οι παράγοντες επίδρασης στο GDSS ακολουθήθηκε η ίδια διαδικασία και φάνηκαν τα αποτελέσματα, που παρουσιάζονται στον πίνακα 39.

Πίνακας 39. Παράγοντες που επιδρούν στα αποτελέσματα του GDSS μετά την δυαδική παλινδρομική ανάλυση

Μεταβλητές	B	S . E .	S i g .	Exp (B)	9 5 % C . I . for EXP (B)	
					Χαμηλότερα	Υψηλότερα
Ηλικία	.012	.022	.584	1.012	.969	1.057
Άνδρες	-.223	.340	.512	.800	.410	1.559
Γηροκομείο	-.171	.569	.764	.843	.276	2.570
ΚΑΠΗ-Α	-8.101	14.121	.566	.000	.000	3.2 E+08
ΚΑΠΗ-ΦΜ	.133	.630	.833	1.142	.332	3.925
ΚΥΧ -Α	-1.491	.391	.000	.225	.105	.485
1° GDSS παθολογικό	3.473	.375	.000	32.241	15.463	67.225
Σταθερά	-2.925	1.677	.081	.054		

Τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα ερμηνεύονται ως ακολούθως:

Ο κίνδυνος εμφάνισης της κατάθλιψης μετά την παροχή καταναεμημένης φροντίδας στους ηλικιωμένους από το Γ/Ο γιατρό, επηρεάζεται σημαντικά από την κατηγορία του αρχικού GDSS και της ομάδας ή δομής από την οποία προέρχονται. Ειδικότερα, ο κίνδυνος ανάπτυξης διαταραχών της διάθεσης, για τους ηλικιωμένους, που ήδη παρουσίαζαν κατάθλιψη, παραμένει σημαντικά υψηλότερος (RR=32.241, $p < 0.001$), συγκρινόμενος με τους αντίστοιχους με φυσιολογικό GDSS. Αντίθετα, μειώνεται σημαντικά ($p < 0.001$) με την καταναεμημένη φροντίδα στην ομάδα ΚΥΧ Α (στο RR=0.225), ενώ στις υπόλοιπες ομάδες δεν παρουσιάζει σημαντική διαφοροποίηση στα αποτελέσματα.

4.3. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΙΘΑΝΩΝ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ Γ/Ο ΓΙΑΤΡΟΥ

α) Διαφορές στις τιμές πριν και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας στους ηλικιωμένους

Για την εκτίμηση πιθανών δυνατοτήτων παρέμβασης από το Γ/Ο γιατρό, πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση, για την διερεύνηση πιθανής ύπαρξης διαφορών στα αποτελέσματα των αρχικών και τελικών εξετάσεων. Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται αυτές οι διαφορές, με τα αντίστοιχα odds ratio που παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 40. B₁₂ πριν και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας

B ₁₂ μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας			
	Φυσιολογική	Παθολογική	Σύνολο
B ₁₂ (αρχική) Φυσιολογική	412 (99,5%)	2 (0,5%)	414 (100,0%)
B ₁₂ (αρχική) Παθολογική	23 (52,3%)	21 (47,7%)	44 (100,0%)
Σύνολο	435 (95,0%)	23 (5,0%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα 40 παρουσιάζεται η διαφορά μεταξύ των αποτελεσμάτων της βιταμίνης B₁₂ πριν και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας στους ηλικιωμένους, η οποία είναι στατιστικώς σημαντική ($p < 0.001$). Ο κίνδυνος να παραμείνει παθολογική η τιμή της B₁₂ και μετά την παρέμβαση είναι 100 φορές μεγαλύτερος για τους ηλικιωμένους, που παρουσίαζαν παθολογική τιμή B₁₂ πριν την παρέμβαση, σε σύγκριση με αυτούς με φυσιολογική τελική τιμή και, έχοντας την αρχική, παθολογική (με 95% CI, ο κίνδυνος κυμαίνεται από 23.81 έως 50.0)

Πίνακας 41. Φυλικό οξύ πριν και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας

Φυλικό οξύ μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας			
	Φυσιολογικό	Παθολογικό	Σύνολο
Φυλικό οξύ (αρχικό)	441 (99,3%)	3 (0,7%)	444 (100,0%)
Φυσιολογικό	12(85,7%)	2 (14,3%)	14 (100,0%)
Φυλικό οξύ (αρχικό)			
Παθολογικό			
Σύνολο	453 (98,9%)	5 (1,1%)	458 (100,0%)

Η διαφορά στο φυλικό οξύ πριν και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας, όπως δείχνει ο πίνακας, φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.035$). Για τους ηλικιωμένους, οι οποίοι παρουσίασαν παθολογική τιμή φυλικού πριν την παρέμβαση, ο κίνδυνος υπολογίζεται 21.276 φορές μεγαλύτερος να παραμείνει παθολογική και μετά την παρέμβαση του Γ/Ο γιατρού, σε σύγκριση με αυτούς, οι οποίοι είχαν στην αρχική εξέταση τιμές παθολογικές και φυσιολογική την τελική τιμή (με 95% CI, ο κίνδυνος αυτός κυμαίνεται από 0.936 έως 1.435).

Πίνακας 42. ΗΚΓ πριν και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας

ΗΚΓ μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας			
	Φυσιολογικό	Παθολογικό	Σύνολο
ΗΚΓ (αρχικό)	333 (92,0%)	29 (8,0%)	362 (100,0%)
Φυσιολογικό			
ΗΚΓ (αρχικό)	47 (49,0%)	49 (51,0%)	96 (100,0%)
Παθολογικό			
Σύνολο	380 (83,0%)	78 (17,0%)	458 (100,0%)

Η διαφορά μεταξύ του αρχικού και τελικού ΗΚΓ/φήματος είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.05$). Η επεξήγηση του παραπάνω πίνακα είναι η ακόλουθη: από τους ηλικιωμένους με φυσιολογικό αρχικό ΗΚΓ, το 8% παρουσίασε παθολογικό και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας, ενώ το 51% από τους υπόλοιπους παρουσίαζε παθολογικό και στις δυο μετρήσεις. Ο κίνδυνος για τους ηλικιωμένους με παθολογικό αρχικό ΗΚΓ να παραμείνει παθολογικό και μετά την παρέμβαση υπολογίστηκε 6.369 φορές μεγαλύτερος, συγκρινόμενος με αυτόν των ηλικιωμένων

με φυσιολογικό το τελικό ΗΚΓ και, έχοντας το πρώτο παθολογικό (95% CI, ο κίνδυνος αυτός κυμαίνεται από 4.273 έως 9.523).

Πίνακας 43. Σακχαρώδης διαβήτης πριν και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας

ΣΔ μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας					
Σάκχαρο αίματος (αρχικό)		Φυσικό	Υπογλυμία	Υπεργλυμία	Σύνολο
	Φυσικό	273 (88,1%)	11 (3,5%)	26 (8,4%)	310 (100,0%)
	Υπογλυμία	26 (66,7%)	3 (7,7%)	10 (25,6%)	39 (100,0%)
	Υπεργλυμία	52 (47%)	-	57 (52,3%)	109 (100,0%)
	Σύνολο	351 (76,6%)	14 (3,1%)	93 (20,3%)	458 (100,0%)

Η διαφορά μεταξύ των αρχικών και τελικών τιμών σακχάρου όπως φαίνεται στον πίνακα παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα ($p=0.007$).

Πίνακας 44 . MMSE πριν και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας

MMSE μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας					
MMSE (αρχικό)		MMSE >24	MMSE 24-19	MMSE <18	Σύνολο
	MMSE >24	275 (92,3%)	23 (7,7%)		298 (100,0%)
	MMSE 24-19	49 (45,4%)	56 (51,9%)	3 (2,8%)	108 (100,0%)
	MMSE <18		6 (11,5%)	46 (88,5%)	52 (100,0%)
	Σύνολο	324 (70,7%)	85 (18,6%)	49 (10,7%)	458 (100,0%)

Η διαφορά μεταξύ των αρχικών και τελικών αποτελεσμάτων στο MMSE όπως φαίνεται στον πίνακα παρουσιάζει στατιστική σημαντικότητα ($p=0.002$).

β) Επίδραση παραγόντων στο MMSE μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας

Οι πίνακες 45, 46 αναφέρονται σε εξετάσεις, οι οποίες φαίνεται να επιδρούν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό στη βαθμολογία του MMSE πριν και μετά παροχή κατανεμημένης φροντίδας.

Πίνακας 45. Συσχέτιση των αποτελεσμάτων του τελικού MMSE και του αιματοκρίτη

Hct μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας από το Γ/Ο γιατρό			
	Φυσιολογικός Hct	Παθολογικός Hct	Σύνολο
Τελικό MMSE >24	279 (86,1%)	45 (13,9%)	324(100,0%)
Τελικό MMSE 24-19	64 (75,3%)	21 (24,7%)	85 (100,0%)
Τελικό MMSE ≤18	37 (75,5%)	12 (24,5%)	49 (100,0%)
Σύνολο	380 (83,9%)	78 (17,0%)	458(100,0%)

Από τον πίνακα φαίνεται ότι το 24,5% των ηλικιωμένων με MMSE≤18 εμφανίζουν ταυτόχρονα και χαμηλό Hct, σε σύγκριση μ' αυτούς με MMSE>24 από τους οποίους μόνο το 13,9% παρουσιάζει τιμές κατώτερες του φυσιολογικού στην ίδια εξέταση, ($\chi^2 = 7.736$, d.f =2, $p=0.003$).

Πίνακας 46. Συσχέτιση των αποτελεσμάτων του τελικού MMSE και της κρεατινίνης

Κρεατινίνη μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας			
	Φυσιολογική	Παθολογική	Σύνολο
Τελικό MMSE>24	290 (89,5%)	34 (10,5%)	324(100,0%)
Τελικό MMSE 24-19	70 (82,4%)	15 (17,6%)	85 (100,0%)
Τελικό MMSE≤18	39 (79,6%)	10 (20,4%)	49 (100,0%)
Σύνολο	399 (87,1%)	59 (12,9%)	458 100,0%)

Το ποσοστό των ηλικιωμένων με MMSE ≤18 και ταυτόχρονα με υψηλές τιμές κρεατινίνης διαφέρει στατιστικά σημαντικά από τους αντίστοιχους με τελικό αποτέλεσμα MMSE >24 ($\chi^2 = 5.839$, d.f =2, $p=0.054$).

Πίνακας 47. Συσχέτιση της αρτηριακής πίεσης και του MMSE μετά την παροχή καταναμημένης φροντίδας από το Γ/Ο γιατρό

ΑΠ μετά την παροχή καταναμημένης φροντίδας			
	Φυσιολογική	Παθολογική	Σύνολο
Τελικό MMSE>24	253 (78,1%)	71 (21,9%)	324(100,0%)
Τελικό MMSE 24-19	44 (51,8%)	41 (48,2%)	85 (100,0%)
Τελικό MMSE≤18	9 (18,4%)	40 (81,6%)	49 (100,0%)
Σύνολο	306 (66,8%)	152 (33,2%)	458(100,0%)

Η παρουσία της υπέρτασης στους ηλικιωμένους με MMSE≤18 φαίνεται να είναι 81,6% ενώ αντίστοιχα για αυτούς με MMSE>24, 21,9%. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεγεθών ($\chi^2=79.116$, d.f =2, $p<0.001$).

γ) Επίδραση παραγόντων στο GDSS μετά την παροχή καταναμημένης φροντίδας στους ηλικιωμένους

Οι πίνακες που ακολουθούν αναφέρονται σε αποτελέσματα εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στους ηλικιωμένους μετά την πάροδο του έτους και εμφανίζουν την πιθανή αποτελεσματικότητα της καταναμημένης φροντίδας στο GDSS από το Γ/Ο γιατρό.

Πίνακας 48. Συσχέτιση ADL και τελικού GDSS

Τελικό GDSS	Φυσιολογικό ADL (τελικό)	Παθολογικό ADL (τελικό)	Σύνολο
GDSS <5	196 (53,1%)	173 (46,9%)	369 (100,0%)
GDSS >5	24 (27,0%)	65 (73,0%)	89 (100,0%)
Σύνολο	220 (48,0%)	238 (52,0%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα 48 φαίνεται να υφίσταται μια στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιωμένων με φυσιολογικό / παθολογικό ADL και κατάθλιψης μετά την παρέμβαση ($\chi^2=19.644$, d.f =1, $p<0.001$).

Πίνακας 49. Συσχέτιση ΗΚΓ/φηματος και τελικού GDSS

Τελικό GDSS	Φυσιολογικό ΗΚΓ (τελικό)	Παθολογικό ΗΚΓ (τελικό)	Σύνολο
GDSS <5	317 (85,9%)	52 (14,1%)	369 (100,0%)
GDSS >5	63 (70,8%)	26 (29,2%)	89 (100,0%)
Σύνολο	380 (83,0%)	78 (17,0%)	458 (100,0%)

Ο πίνακας 49 δείχνει την υφιστάμενη στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συσχέτιση του ΗΚΓ (φυσιολογικού / παθολογικού) και της βαθμολογίας του τελικού GDSS ($\chi^2 = 11.603$, d.f = 1, $p=0.001$).

Οι πίνακες, που ακολουθούν, παρουσιάζουν την συσχέτιση των εργαστηριακών αποτελεσμάτων και του GDSS μετά την παροχή καταμεμημένης φροντίδας.

Πίνακας 50. Συσχέτιση Hct και τελικού GDSS

Τελικό GDSS	Φυσιολογικός Hct (τελικός)	Παθολογικός Hct (τελικός)	Σύνολο
GDSS <5	313 (84,8%)	56 (15,2%)	369 (100,0%)
GDSS >5	67 (75,3%)	22 (24,7%)	89 (100,0%)
Σύνολο	380 (83,0%)	78 (17,0%)	458 (100,0%)

Ο πίνακας 50 παρουσιάζει τη συσχέτιση μεταξύ του GDSS και των αποτελεσμάτων του Hct· η διαφορά τους φαίνεται να είναι στατιστικώς σημαντική ($\chi^2 = 46.210$; d.f = 1, $p=0.032$).

Πίνακας 51. Συσχέτιση FT4 και τελικού GDSS

Τελικό GDSS	Φυσιολογική FT4 (τελική)	Παθολογική FT4 (τελική)	Σύνολο
GDSS <5	328 (88,9%)	41 (11,1%)	369 (100,0%)
GDSS >5	73 (82,0%)	16 (18,%)	89 (100,0%)
Σύνολο	401 (87,6%)	57 (12,4%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα 51 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ των τιμών FT4 και GDSS, φαίνεται δε να υπάρχει μια αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ τους ($\chi^2 = 3.103$; d.f =1, $p=0.078$)

Πίνακας 52. Συσχέτιση βιταμίνης B₁₂ και τελικού GDSS

Τελικό GDSS	Φυσιολογική B ₁₂ (τελ)	Παθολογική B ₁₂ (τελ)	Σύνολο
GDSS <5	356 (96,5%)	13 (3,5%)	369 (100,0%)
GDSS >5	79 (88,8%)	10 (11,2%)	89 (100,0%)
Σύνολο	435 (95,0%)	23 (5,0%)	458 (100,0%)

Στον πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις αναλογίες ($\chi^2 = 4.700$; df=1, $p=0.03$).

Στη συνέχεια της στατιστικής ανάλυσης, αναζητήθηκαν στις δυο ομάδες (Α και ΦΜ) των ηλικιωμένων και από τις τρεις δομές, οι πιθανές διαφορές των αποτελεσμάτων στις εξετάσεις στις οποίες υποβλήθηκαν στην αρχή και στο τέλος της μελέτης. Στους πίνακες που ακολουθούν, 53, 54, 55, 56, 57, περιλαμβάνονται μόνο οι μεταβλητές στις οποίες παρατηρήθηκε διαφορά στατιστικώς σημαντική στα αποτελέσματα.

Πίνακας 53. Διαφορά μεταξύ της αρχικής και τελικής εξέτασης στους ηλικιωμένους της ομάδας ΚΥΧ Α

Μ ε τ α β λ η τ έ ς		d . f	p
MMMSE	-4,631	190	,0
GDSS	11,461	190	,0
Hct	-2,539	190	,0
Κρεατινίνη	6,874	190	,0
SGPT	3,244	190	,0
Νάτριο	-2,578	190	,0
FT ₄	3,472	190	,0
TSH	-2,592	190	,0
B ₁₂	-2,426	190	,0

Από τον πίνακα 53 φαίνονται όλες οι διαφορές των μεταβλητών οι οποίες παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα κατά την αρχική και τελική εξέταση στην ομάδα ΚΥΧ Α.

Πίνακας 54. Διαφορές στην ομάδα ΚΥΧ ΦΜ μεταξύ πρώτης και τελικής εξέτασης

Μ ε τ α β λ η τ έ ς	t	d . f	S i g . (2 - t a i l e d)
MMSE	5,157	166	,000
GDSS	1,696	166	,092
Νάτριο	-3,418	166	,001
FT ₄	3,383	166	,001
TSH	-2,209	166	,029
Φυλικό οξύ	3,637	166	,000

Όπως παρατηρείται στον πίνακα 54 στο GDSS, υπάρχει αξιοσημείωτη διαφορά στα αποτελέσματα, (marked difference) όχι όμως στατιστικώς σημαντική.

Πίνακας 55. Διαφορά μεταξύ αρχικής και τελικής εξέτασης σε διάφορες μεταβλητές στον πληθυσμό του ΚΑΠΗ Α

Μεταβλητές	t	d.f	Sig. (2-tailed)
MMSE	-4,456	41	,000
GDSS	3,986	41	,000
Hct	-2,910	41	,006
Κρεατινίνη	3,218	41	,003
TSH	1,757	41	,086
B ₁₂	-1,739	41	,090

Παρατηρείται ότι η διαφορά στην TSH και B₁₂ είναι αξιοσημείωτη, όχι όμως στατιστικώς σημαντική.

Πίνακας 56. Αποτελέσματα ηλικιωμένων ΚΑΠΗ ΦΜ

Μεταβλητές	t	d.f	Sig. (2-tailed)
FT ₄	2,055	27	,050

Η μοναδική μεταβλητή, που παρουσίασε στατιστικώς σημαντική διαφορά κατά την αρχική και τελική εξέταση στην ομάδα του ΚΑΠΗ ΦΜ, ήταν η FT₄.

Πίνακας 57. Αποτελέσματα των εξετάσεων στους διαμένοντες του γηροκομείου

Μεταβλητές	t	d.f	Sig. (2-tailed)
MMSE	-4,782	29	,000
GDSS	3,506	29	,002
Hct	-2,679	29	,012
SGPT	4,340	29	,000
Νάτριο	-4,147	29	,000
FT ₄	-1,768	29	,088
TSH	1,841	29	,076
B ₁₂	-2,795	29	,009

Παρατηρείται ότι οι τιμές των μεταβλητών TSH και B₁₂ παρουσιάζουν αξιοσημείωτη, αλλά όχι στατιστικώς σημαντική διαφορά.

Στο επόμενο στάδιο επεξεργασίας των αποτελεσμάτων για την εκτίμηση των δυνατοτήτων παρέμβασης του Γ/Ο γιατρού στους ηλικιωμένους αναζητήθηκε η διαφορά των αποτελεσμάτων μεταξύ των ομάδων Α και ΦΜ στις τρεις δομές.

Πίνακας 58. Διαφορά των τιμών στις μεταβλητές μεταξύ των ομάδων στο ΚΥΧ

Μεταβλητές	t-test for equality of means		
	t	d.f	Sig.(2-tailed)
MMSE τελική	1,783	356	,075
GDSS τελική	-5,770	356	,000
Σάκχαρο αρχική	-2,004	411	,046
Σάκχαρο τελική	-4,517	356	,000
FT ₄ αρχική	4,873	411	,000
FT ₄ τελική	5,057	356	,000
TSH αρχική	-1,952	411	,050
Φυλικό οξύ τελική	2,549	356	,011

Στον πίνακα περιλαμβάνονται οι τιμές των μεταβλητών που παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες Α και ΦΜ. Επίσης παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφορά (marked difference) αλλά όχι στατιστικώς σημαντική στο τελικό αποτέλεσμα του MMSE.

Πίνακας 59. Διαφορά των τιμών διαφόρων μεταβλητών μεταξύ των ομάδων στο ΚΑΠΗ

Μεταβλητές	t-test for equality of means		
	t	d.f	Sig.(2-tailed)
GDSS τελικό	-4,465	68	,000
Hct τελική	2,519	68	,014
Βιταμίνη B ₁₂ τελική	2,063	68	,043

Στον πίνακα 59 φαίνεται ότι οι μόνες μεταβλητές, που παρουσίασαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους στις ομάδες του ΚΑΠΗ, ήταν η τελική βαθμολογία στη δοκιμασία του GDSS, η τελική τιμή του αιματοκρίτη και της βιταμίνης B₁₂.

4.4. ΠΟΛΥΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

α) Η επίδραση των διαφόρων παραγόντων και εργαστηριακών εξετάσεων πριν την παροχή κατανεμημένης φροντίδας στο MMSE.

Προκειμένου να ενισχυθούν τα αποτελέσματα της μελέτης, ακολούθησε πολυπαραγοντική ανάλυση. Διερευνήθηκε η ανεξάρτητη επίδραση στο αρχικό MMSE σχετιζόμενων παραγόντων πριν την παροχή κατανεμημένης φροντίδας, στα αποτελέσματα του τελικού MMSE. Για την πραγματοποίηση του εφαρμόστηκε η μέθοδος της δυαδικής στατιστικής παλινδρόμησης. Θεωρήθηκε σαν εξαρτημένη μεταβλητή το MMSE και οι υπόλοιποι παράγοντες σαν επεξηγηματικοί.

Πίνακας 60. Αποτελέσματα δυαδικής στατιστικής παλινδρόμησης για τη μελέτη της επίδρασης στο αρχικό MMSE (εξαρτημένη μεταβλητή το MMSE)

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Χαμηλότερα	Υψηλότερα
Ηλικία	,062	,023	,007	1,064	1,017	1,113
Υπέρταση	,775	,341	,023	2,171	1,114	4,234
Ομάδα			,000			
ΚΥΧ -Α	-2,029	,440	,000	,131	,055	,311
Γηροκομείο	-1,693	,721	,019	,184	,045	,757
Αρχικό MMSE			,000			
MMSE≤24	3,150	,441	,000	23,336	10,430	52,212
Σταθερά	-6,474	1,693	,000			

Από τον πίνακα 60 φαίνεται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης γνωσιακών διαταραχών στους ηλικιωμένους μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας μοιάζει να επηρεάζεται σημαντικά από τα αποτελέσματα του αρχικού MMSE, την ηλικία, την υπέρταση, την ομάδα και δομή από την οποία αυτοί προέρχονται .

Ειδικότερα, ο κίνδυνος γνωσιακών διαταραχών στους ηλικιωμένους με πιθανώς γνωσιακές διαταραχές στο αρχικό MMSE (MMSE 24-19) παραμένει υψηλός και μετά, σε σύγκριση με αυτούς που είχαν αρχικό αποτέλεσμα του MMSE>24 (RR=23.336, $p<0.001$). Επίσης σε υψηλά επίπεδα (αλλά όχι όσο προηγουμένως) φαίνεται να παραμένει ο κίνδυνος και μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας στους υπερτασικούς ηλικιωμένους, (RR=2.171, $p=0.023$) σε σύγκριση με τους νορμοτασικούς. Επιπλέον ο κίνδυνος αυξάνεται πολλαπλασιαζόμενος με τον παράγοντα 1.064 για κάθε επιπλέον χρόνο ηλικίας ($p=0.007$).

Τέλος ο κίνδυνος ανάπτυξης γνωσιακών διαταραχών φάνηκε να μειώνεται σημαντικά ($p<0.001$) με την παρέμβαση στις ομάδες ΚΥΧ Α, (RR=0.131, $p<0.001$) και στην ομάδα του γηροκομείου (RR=0.184, $p=0.019$), ενώ στις άλλες παρέμεινε αμετάβλητος.

β) Η επίδραση των σημαντικότερων παραγόντων μετά από την παροχή κατανεμημένης φροντίδας στο MMSE

Πίνακας 61. Αποτελέσματα δυαδικής παλινδρομικής ανάλυσης για τη μελέτη της επίδρασης στο MMSE μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας (εξαρτημένη μεταβλητή το MMSE)

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Χαμηλότερα	Υψηλότερα
Ηλικία	,090	,018	,000	1,094	1,056	1,133
Υπέρταση	1,473	,257	,000	4,363	2,637	7,219
ADL παθ/κό	1,396	,272	,000	4,040	2,372	6,881
Ομάδα			,017			
ΚΥΧ -Α	-,798	,281	,005	,450	,260	,782
ΚΑΠΗ-Α	- 1,442	,787	,067	,236	,051	1,106
Σταθερά	- 8,741	1,369	,000			

Από τον πίνακα 61 φαίνεται ότι, ο κίνδυνος ανάπτυξης γνωσιακών διαταραχών στους ηλικιωμένους, μοιάζει να επηρεάζεται σημαντικά από την ηλικία, την

υπέρταση, το αποτέλεσμα ADL καθώς και από την ομάδα και τη δομή από την οποία προέρχονται.

Ειδικότερα, οι ηλικιωμένοι με παθολογικό αποτέλεσμα ADL βρέθηκε να παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης γνωσιακών διαταραχών (RR=4.040, $p<0.001$) σε σύγκριση με αυτούς με φυσιολογικό ADL. Όπως και προηγουμένως, ο κίνδυνος δείχνει να παραμένει υψηλός στους υπερτασικούς ηλικιωμένους (RR=4.363, $p<0.001$) συγκρινόμενος με τους νορμοτασικούς. Επίσης, μοιάζει να αυξάνεται πολλαπλασιαζόμενος με τον παράγοντα 1.094 για κάθε επιπλέον έτος ηλικίας ($p<0.001$). Ακόμη ο κίνδυνος δείχνει να μειώνεται με την παροχή κατανεμημένης φροντίδας σημαντικά ($p<0.001$) στην ομάδα ΚΥΧ Α (RR=0.450, $p=0.05$), ενώ στην ομάδα ΚΑΠΗ Α παρουσιάζει αξιοσημείωτη σημαντικότητα (RR=0.236, $p=0.067$).

γ) Η επίδραση των σημαντικότερων παραγόντων πριν από την κατανεμημένης φροντίδας στο GDSS

Για την διερεύνηση της ανεξάρτητης επίδρασης του αρχικού GDSS και των συσχετιζόμενων παραγόντων στο GDSS μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας, πραγματοποιήθηκε δυαδική παλινδρομική ανάλυση, με εξαρτημένη μεταβλητή το GDSS μετά την παρέμβαση και επεξηγηματικές όλες τις υπόλοιπες

Πίνακας 62. Αποτελέσματα δυαδικής παλινδρομικής ανάλυσης για τη μελέτη της επίδρασης στο αρχικό GDSS

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Χαμηλότερα	Υψηλότερα
Α/φια θώρακος παθ/κή	1,048	,431	,015	2,852	1,225	6,635
ΚΥΧ ΦΜ			,002			
ΚΥΧ -Α	-1,526	,399	,000	,217	,099	,475
GDSS>5 (αρχ)	3,497	,354	,000	33,029	16,513	66,063
Σταθερά	-2,267	,274	,000	,104		

Από τον πίνακα 62 φαίνεται στατιστικά ότι κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης δείχνει να επηρεάζεται σημαντικά από την κατηγορία του αρχικού GDSS, από την παθολογική α/φια θώρακος και από την ομάδα προέλευσης των ηλικιωμένων, όπως αναλύεται στη συνέχεια.

Ειδικότερα, ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάθλιψης μετά την παρέμβαση σε ήδη καταθλιπτικούς, φαίνεται να παραμένει σημαντικά υψηλός (RR=33.029, $p<0.001$), σε σύγκριση με αυτούς με φυσιολογικά αποτελέσματα στο GDSS. Επίσης σε υψηλά επίπεδα –αν και όχι όσο προηγούμενα- μοιάζει να κυμαίνεται και μετά την παρέμβαση σ' αυτούς με παθολογικά ευρήματα στην α/φια θώρακος (RR=2.852, $p=0.015$) σε σύγκριση με αυτούς με φυσιολογική α/φια θώρακος. Αντίθετα, ο κίνδυνος φαίνεται να μειώνεται σημαντικά ($p<0.001$) με την παρέμβαση στην ομάδα ΚΥΧ Α (RR=0.217, $p<0.001$). Στις υπόλοιπες ομάδες τα αποτελέσματα δεν ήταν σημαντικά.

δ) Η επίδραση των σημαντικότερων παραγόντων και των εργαστηριακών εξετάσεων μετά από την παροχή κατανεμημένης φροντίδας στο GDSS.

Πίνακας 63. Αποτελέσματα δυαδικής παλινδρομικής ανάλυσης για τη μελέτη της επίδρασης στο GDSS μετά την παροχή κατανεμημένης φροντίδας

	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
					Χαμηλότερα	Υψηλότερα
Ηλικία	,076	,019	,000	1,079	1,040	1,119
Γυναίκες	,749	,299	,012	2,115	1,177	3,800
Παθ/κή α/φια θώρακος	1,501	,367	,000	4,488	2,185	9,219
Τραυμ. κεφαλής	3,387	1,432	,018	29,574	1,785	489,954
N. Parkinson	1,756	,698	,012	5,788	1,473	22,746
ΚΥΧ -ΦΜ			,000			
ΚΥΧ Α	-1,619	,346	,000	,198	,101	,390
Τελικό ADL παθ/κό	,668	,299	,026	1,951	1,085	3,509
Σταθερά	-7,903	1,436	,000	,000		

Από τον πίνακα 63 φαίνεται ότι ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης μετά την πάροδο του έτους επηρεάζεται σημαντικά από την ηλικία, το φύλο, τα παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακα, το προηγούμενο ιστορικό τραυματισμού

κεφαλής, την ύπαρξη N. Parkinson, τα παθολογικά αποτελέσματα του ADL και τέλος από την ομάδα προέλευσης των ηλικιωμένων.

Ειδικότερα, ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης μετά την παρέμβαση για τις γυναίκες δείχνει να είναι υψηλότερος σε σύγκριση με τους άνδρες (RR=2.115, p=0.012). Επίσης μοιάζει να είναι υψηλότερος στους ηλικιωμένους με ιστορικό τραυματισμού κεφαλής (RR=29.574, p=0.018), στους ηλικιωμένους με παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακα (RR=4.488, p<0.001) και με παθολογικά αποτελέσματα ADL. Όσον αφορά την ηλικία φαίνεται να αυξάνεται αναλογικά με την αύξηση της (RR=1.079).

Αντίθετα ο κίνδυνος φαίνεται να μειώνεται σημαντικά (p<0.001) με την παρέμβαση στην ομάδα ΚΥΧ Α (RR=0.198, p<0.001).

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι γνωσιακές και διαταραχές της διάθεσης φαίνεται από τη μελέτη μας να είναι συχνά νοσήματα στο χώρο της ΠΦΥ, στους ηλικιωμένους χρήστες υπηρεσιών υγείας, αν και δεν υπάρχουν ακόμη πλήρη και ακριβή στοιχεία για τον επιπολασμό τους από μελέτες γιατρών Γ/Ο Ιατρικής στη χώρα μας. Έτσι, δεν υπάρχουν και οδηγίες για την ανίχνευση και διαχείριση τους και επομένως ο ρόλος της ΠΦΥ μοιάζει να περιορίζεται στη διάγνωση και μάλιστα, όταν τα νοσήματα αυτά είναι πλέον σε προχωρημένα στάδια.

Μελέτη, που πραγματοποίησε το Πανεπιστήμιο Κρήτης¹¹⁹, έδειξε ότι συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις γνωσιακές διαταραχές, όπως η διαταραχή του προσανατολισμού, αγνοείται από το 37,5% των Γ/Ο γιατρών και από το 41% των γιατρών χωρίς ειδικότητα που εργάζονται στην ΠΦΥ, ενώ το 62,5% των γιατρών Γ/Ο Ιατρικής και το 70,5% των γιατρών χωρίς ειδικότητα στην ίδια μελέτη, φάνηκε να αγνοούν την ανικανότητα εκτέλεσης υπολογισμών από ασθενείς που πάσχουν από άνοια. Επίσης, στην ίδια μελέτη, φάνηκε ότι το 62,5% των ειδικευμένων γιατρών Γ/Ο Ιατρικής και το 88,9% των γιατρών της ΠΦΥ χωρίς ειδικότητα αγνοούν την ύπαρξη της δοκιμασίας MMSE και από αυτούς που τη γνωρίζουν το 50% των Γ/Ο γιατρών και το 75% των γιατρών χωρίς ειδικότητα δεν την χρησιμοποίησε ποτέ.

Λανθασμένες επίσης αντιλήψεις μοιάζει να επικρατούν συχνά σε γιατρούς της ΠΦΥ και φροντιστές σχετικά με τις διαταραχές της διάθεσης. Σύμφωνα με τους Gallo JJ και συν²⁵⁰, η κατάθλιψη θεωρείται ως κατάσταση αναμενόμενη και αναπόφευκτη στους ηλικιωμένους, αποτέλεσμα αντιξοοτήτων και απωλειών που αυτοί αντιμετωπίζουν και επομένως, φυσιολογική απόρροια της γήρανσης. Επίσης, συχνά πιστεύεται πως οι ηλικιωμένοι είναι ανίκανοι να εμφανίσουν ψυχικές μεταβολές, ή ότι δεν επιδέχονται, λόγω ευαισθησίας, θεραπευτικές παρεμβάσεις και πάντως, ότι στιγματίζονται με τη διάγνωση τέτοιων παθήσεων²⁵¹.

Επιπλέον, η συνύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στα πλαίσια της άνοιας φαίνεται να είναι συνήθης κατάσταση²⁵², και μάλιστα τελευταία αναπτύσσονται κλίμακες διαβάθμισης της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια σε προχωρημένα στάδια, που βασίζονται στην αξιοποίηση πληροφοριών από τους φροντιστές τους²⁵³.

Όμως αποτελεί πρόκληση για το γιατρό Γ/Ο Ιατρικής η διαπίστωση από έρευνες ύπαρξης αναστρέψιμων μορφών άνοιας, έστω και αν δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για το ποσοστό του επιπολασμού τους και οι υπάρχουσες μελέτες στον υπολογισμό τους παρουσιάζουν μεγάλο εύρος, αποτέλεσμα πιθανώς ύπαρξης περιορισμών (μεθοδολογικών, εννοιολογικών) καθώς και συσχετισμού των προς εξέταση ομάδων^{129,130}.

Επίσης και στη μέτρηση της συχνότητας της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους υπάρχει μεγάλη απόκλιση των τιμών, οφειλόμενη κατά τους Beckman και συν⁵⁶, πιθανώς στη χρήση διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων στην ΠΦΥ. Τα υψηλά ποσοστά θνητότητας στους ηλικιωμένους που πάσχουν από αυτή, καθώς και ανθεκτικότητας στη θεραπεία της αποτελούν έναυσμα για το γιατρό Γ/Ο ανάγκης για έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική αντιμετώπιση.

5.1 Μεθοδολογικοί περιορισμοί της μελέτης

Μελέτη επιπολασμού

α) Επιλογή δείγματος

Ο πληθυσμός μελέτης ήταν επιλεγμένος και όχι τυχαίο δείγμα του γενικού πληθυσμού. Ένας από τους στόχους όμως της μελέτης ήταν να εκτιμήσει το μέγεθος των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης, όχι στο γενικό πληθυσμό, αλλά στον πληθυσμό που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας (Κέντρα Υγείας) καθώς και αυτόν που συχνά απασχολεί τις δραστηριότητες των γενικών γιατρών, όπως κέντρα ανοικτής προστασίας, γηροκομεία.

Από την αρχική φάση, κατά τις πρώτες επαφές, αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη 84 ηλικιωμένοι, γεγονός που δεν φάνηκε να επηρεάζει τη διεξαγωγή της και ούτε φυσικά το τελικό αποτέλεσμα. Η ομάδα, στην προσπάθεια να κατανοήσει τους λόγους άρνησης και χρησιμοποιώντας αρχεία ασθενών του ΚΥ καθώς και πληροφορίες από την οικογένεια ή τους φροντιστές τους, εντόπισε σ' αυτούς τους ηλικιωμένους κάποιους κοινούς παράγοντες τους οποίους και προσπάθησε να ομαδοποιήσει, ώστε να κατανοηθούν οι λόγοι άρνησης οι οποίοι εκτέθηκαν αναλυτικότερα στο EGPRW meeting στο Bergen περίληψη της ανακοίνωσης δημοσιεύτηκε Family Practice 1999; 16: p331.

Παράγοντες που φάνηκε να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην άρνηση συμμετοχής στη μελέτη και φαίνεται να είχαν αφετηρία τον ηλικιωμένο ήταν:

👉 Ο φόβος της διάγνωσης. Μετά την ενημέρωση για τη μελέτη και το είδος των παθήσεων που επρόκειτο να ερευνηθούν, η πιθανότητα διάγνωσης ψυχικού νοσήματος, όπως είναι η κατάθλιψη ή οι γνωσιακές διαταραχές, αποθάρρυνε

κάποιους ηλικιωμένους να λάβουν μέρος σ' αυτήν. Υπάρχουν πολλές δημοσιεύσεις σχετικές με τον φόβο της διάγνωσης ιδιαίτερα ανιάτων νοσημάτων²⁵⁴.

- Η έλλειψη ενδιαφέροντος για την κατάσταση της υγείας. Επρόκειτο για ηλικιωμένους, οι οποίοι σπάνια απευθύνονταν σε γιατρό, με χειριστική συμπεριφορά, που επιδιώκουν μόνο την επίλυση κάποιου συγκεκριμένου προβλήματος υγείας το οποίο παρουσιάστηκε την δεδομένη στιγμή και όχι γενικότερο έλεγχο²⁵⁴.

- Το προηγούμενο επάγγελμα. Ηλικιωμένοι, οι οποίοι ασκούσαν κατά την ενεργό επαγγελματική ζωή τους μορφές διοίκησης, (στρατιωτικοί, διδάσκαλοι, καθηγητές) και θεωρούσαν για τον εαυτό τους απίθανο να παρουσιάσουν ψυχική ή γνωσιακή διαταραχή²⁵⁴.

Μελέτη παροχής κατανεμημένης φροντίδας

α) Σφάλματα στη συλλογή της πληροφορίας και στις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν.

Παράγοντες, που μόνοι ή σε συνδυασμό, όπως εντοπίστηκε από την ομάδα, επηρέασαν την ποιότητα της συνέντευξης του ηλικιωμένου, ήταν:

- Η έλλειψη χρόνου στα ιατρεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που συχνά οφείλεται στην ελλιπή στελέχωση των ΚΥ, και / ή την αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από αυτά¹²⁷. Το πρόβλημα αντιμετωπίστηκε με την πραγματοποίηση των χρονοβόρων συνεντεύξεων και δοκιμασιών σε χρόνο εκτός των τακτικών ιατρείων και σε απογευματινές ώρες.

- Τα συνυπάρχοντα με τις γνωσιακές και διαταραχές της διάθεσης χρόνια νοσήματα¹⁶⁶⁻¹⁸¹. Ειδικότερα, η παρουσία κατάθλιψης δυσχέραινε τη συνεργασία του ηλικιωμένου με το γιατρό, οι σωματόμορφες διαταραχές περιέπλεκαν τη διαφοροδιάγνωση από σωματικά νοσήματα¹⁸³, συνδυαζόμενα με την ελλιπή εκπαίδευση του Γ/Ο γιατρού και την αδυναμία αντιμετώπισης τους. Στις περιπτώσεις αυτές (σε περιπτώσεις διαφοροδιαγνωστικής δυσκολίας), επιδιώχθηκε η συνεργασία με ειδικούς (νευρολόγους, ψυχιάτρους), του τοπικού νοσοκομείου.

- Η πολυφαρμακία και οι παρενέργειες των λαμβανομένων φαρμάκων για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, ως αίτιο αλλαγής της συμπεριφοράς των ηλικιωμένων (βενζοδιαζεπίνες, διουρητικά, βρογχοδιασταλτικά)⁷⁰. Πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις για την καταπολέμηση της, με τροποποιήσεις αγωγών και / ή επεμβαίνοντας στα δοσολογικά σχήματα των χρόνιων θεραπευτικών σχημάτων.

- Η παρουσία μελών της οικογένειας των ηλικιωμένων ασθενών κατά την ώρα της συνέντευξης. Στην αρχή της μελέτης μας, επειδή κρίθηκε απαραίτητη η

συλλογή πληροφοριών και από τους φροντιστές, η επαφή μαζί τους πραγματοποιήθηκε με την ταυτόχρονη παρουσία τους στη συνέντευξη του ηλικιωμένου. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία σύγχυσης στους εξεταζόμενους, λόγω των παρεμβάσεων των φροντιστών κατά τη συζήτηση. Αργότερα οι συνεντεύξεις των φροντιστών μετατέθηκαν σε άλλη χρονική στιγμή²⁵⁵.

❏ Η ελλιπής, περιορισμένη εκπαίδευση σε συνδυασμό με την ένδεια του κοινωνικού περιβάλλοντος¹⁶, είχαν σαν αποτέλεσμα τη δυσκολία κατανόησης των δοκιμασιών, του σκοπού των εξετάσεων και γενικότερα της διεξαγωγής της μελέτης. Η ομάδα προσπάθησε στις περιπτώσεις αυτές να εξηγήσει, όσο το δυνατόν απλούστερα, τους σκοπούς της μελέτης και επεξηγώντας ή απλουστεύοντας τις δοκιμασίες.

β) Η εγκυρότητα και αξιοπιστία των διαγνωστικών εργαλείων.

Παρά την πληθώρα πιο ευαίσθητων εργαλείων (CERAD, ADAS, FRSSD, CAMDEX κλπ) για την ανίχνευση της άνοιας, επιλέχθηκε το MMSE, αφού συχνά προτείνεται από την βιβλιογραφία ως το πιο εύχρηστο στην ΠΦΥ^{152,153}. Κατά τις προηγούμενες δεκαετίες αυτή η δοκιμασία χρησιμοποιήθηκε ως μέσον συνεννόησης των ειδικών για την εκτίμηση της βαρύτητας της κατάστασής των ασθενών, ως εργαλείο ανίχνευσης της άνοιας ή ακόμη και ως εργαλείο πρόγνωσης για την εξέλιξη της νόσου²⁵⁶⁻²⁵⁸. Η απάντηση του έχει διαπιστωθεί ότι είναι διαφορετική σε πληθυσμούς διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου²⁵⁹, ηλικίας, φύλου, εθνικότητας²⁶⁰. Έχει υπολογιστεί ότι ηλικιωμένοι άνω των 85 ετών με φυσιολογική βαθμολογία παρουσιάζουν ετήσια απώλεια 0,6 βαθμών στο MMSE, ενώ αυτοί με παθολογικό αποτέλεσμα MMSE 2,3 βαθμούς²⁵⁶.

Στη μελέτη αυτή δεν αποκλείεται η υπερεκτίμηση της πραγματικής επίπτωσης των γνωσιακών διαταραχών λόγω εγγενούς αδυναμίας του MMSE και γι' αυτό θα πρέπει να διευκρινιστεί και να συνεκτιμηθεί η σχέση της λεκτικής ικανότητας και του MMSE σε ηλικιωμένους με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ανεξάρτητα από την εγκεφαλική τους λειτουργία²⁶¹. Άλλωστε αυτό πιθανόν να μπορεί να υποστηριχθεί και από το αποτέλεσμα της μελέτης, που φάνηκε ότι ηλικιωμένοι με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν μικρότερη πιθανότητα να παρουσιάσουν μειωμένο αποτέλεσμα στο MMSE.

Επίσης και η κατάθλιψη φαίνεται συχνά να οδηγεί σε ψευδώς θετικά αποτελέσματα γνωσιακών διαταραχών¹⁰⁷.

Οι παράγοντες που προαναφέρθηκαν φαίνεται να επηρέασαν το αποτέλεσμα βαθμολόγησης του MMSE και μάλιστα, λαμβάνοντας υπόψη ότι κάποιοι από τους ηλικιωμένους ήταν αναλφάβητοι, το 23,7% με λιγότερα από 6 έτη εκπαίδευσης, το μεγαλύτερο δε ποσοστό του πληθυσμού μελέτης ήταν γυναίκες (54,3%) και πολλοί από αυτούς ομιλούσαν χαρακτηριστικά γλωσσικά ιδιώματα.

Οι MC Tierney και συν²⁵⁶ υπολόγισαν την ευαισθησία του MMSE στο 41% και την ειδικότητα του στο 98%, προτείνοντας τη χρήση του στην εκτίμηση των γνωσιακών διαταραχών σε ηλικιωμένους που χρήζουν στενότερης παρακολούθησης, παρά σαν διαγνωστικό ή εργαλείο ανίχνευσης. Οι Aeversson J και συν²⁵⁹ υπολόγισαν την ευαισθησία του σε ηλικιωμένους με γνωσιακές διαταραχές σε 83% και την ειδικότητα του στην ίδια ομάδα σε 80%²⁵⁹.

Στην μελέτη μας χρησιμοποιήθηκαν συμπληρωματικά και άλλες ψυχομετρικές δοκιμασίες, λήψη του ιστορικού, εξέταση για νοσήματα που συνυπάρχουν ή σχετίζονται μ' αυτές τις διαταραχές. Η συνεργασία με νευρολόγους και ψυχιάτρους, ο εργαστηριακός και ο προτεινόμενος από τη βιβλιογραφία πλέον για την ΠΦΥ απεικονιστικός²⁶²⁻²⁶⁴ έλεγχος, συνέβαλαν στη διάγνωση των γνωσιακών διαταραχών. Μελέτες τεκμηριώνουν αυτού του είδους τη διερεύνηση που πραγματοποιήθηκε²⁶⁵⁻²⁷¹, προτείνοντας την ίδια μεθοδολογία και εργαλεία μ' αυτά που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη.

Κατά την εξέταση λαμβάνονταν υπόψη και οι παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα των ηλικιωμένων στις δοκιμασίες²⁷²⁻²⁷⁵, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης τους, οι διαταραχές πρόσφατης μνήμης, η κόπωση, τα γλωσσικά ιδιώματα, η κατάθλιψη²⁷⁶⁻²⁷⁸, καθώς και η παρουσία καταθλιπτικής ψευδάνοιας. Στην μελέτη αυτή δεν στάθηκε δυνατό να υπολογιστεί με ακρίβεια το ποσοστό των ηλικιωμένων οι οποίοι έπασχαν από καταθλιπτική ψευδάνοια. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δεν στάθηκε δυνατό να εξετασθεί το σύνολο των ηλικιωμένων με παθολογικό αποτέλεσμα στις ψυχομετρικές δοκιμασίες από ειδικούς ψυχιάτρους και να γίνουν οι αντίστοιχες SPECT. Από τις 31 περιπτώσεις ηλικιωμένων στους οποίους τα ευρήματα από τη SPECT συνηγορούσαν στη διάγνωση της καθλιπτικής ψευδάνοιας μόνο οι 12 βελτίωσαν αισθητά τις επιδόσεις τους στο MMSE μετά από θεραπεία και σε όλη τη διάρκεια του έτους. Οι υπόλοιποι 19 παρουσίασαν αρχικά βελτίωση στις επιδόσεις τους αλλά ύστερα από την πάροδο μερικών μηνών ή επανήλθαν στην αρχική τους κατάσταση, ή παρουσίασαν γνωστικά ελλείμματα.

5.2 Η συχνότητα της άνοιας και της κατάθλιψης και παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνισή τους

Η υπέρταση φάνηκε να είναι από τα συχνότερα νοσήματα που συνυπάρχουν σε ηλικιωμένους με μειωμένο αποτέλεσμα MMSE σε σύγκριση μ' αυτούς με φυσιολογικά αποτελέσματα στην ίδια δοκιμασία. Παρότι δεν είναι επιβεβαιωμένο από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης αν η νόσος αυτή είναι αιτιολογικά συνδεδεμένη μ' αυτές τις διαταραχές, ωστόσο δείχνει να είναι παράγοντας που συνδέεται με MMSE μικρότερο του 19, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν και με άλλες δημοσιεύσεις, οι οποίες θεωρούν την υπέρταση όχι απλώς παράγοντα κινδύνου αγγειακής άνοιας, αλλά και ανεξάρτητο παράγοντα που επιδρά στην εμφάνιση της άνοιας τύπου Alzheimer και μάλιστα αυτής που εκδηλώνεται σε μεγάλες ηλικίες^{279,280}.

Στη μελέτη μας παρατηρήθηκε μεγάλη επίπτωση των γνωσιακών διαταραχών στο Γηροκομείο (52,1%), και μάλιστα παρουσίασαν αυτό το ποσοστό, λαμβάνοντας σαν επίπεδο φυσιολογικού/παθολογικού στο $MMSE \leq 18$. Το αποτέλεσμα συμφωνεί με αυτά άλλων ερευνητών, κατά τους οποίους υπολογίστηκε ότι το 50 – 84% των ηλικιωμένων που ζουν σε Γηροκομεία στις ΗΠΑ^{281, 282} και αντίστοιχα το 65-77% στο Ηνωμένο Βασίλειο^{283,284}, παρουσιάζουν διάφορου βαθμού γνωσιακές διαταραχές. Σύμφωνα με τον Gurland²⁸⁵, ηλικιωμένοι που προέρχονται από φτωχά κοινωνικά στρώματα αποδίδουν πτωχότερα στις διάφορες δοκιμασίες, όπως το MMSE, ίσως εξαιτίας υποκλινικών βλαβών στον εγκέφαλο που έχουν την αφετηρία τους σε παιδικά νοσήματα, έλλειψη σωστής διατροφής και μεγαλύτερη επιρρέπεια στην υπέρταση και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Αυτό θα μπορούσε μερικώς τουλάχιστον να εξηγήσει τα αποτελέσματά μας.

Η εφαρμογή της κλίμακας Hachinski έδειξε ότι το 19.2% των ηλικιωμένων που παρουσίασαν μειωμένη απόδοση στο MMSE παρουσίασαν ταυτόχρονα και βαθμολογία στην κλίμακα Hachinski > 5, αποτέλεσμα που συνηγορεί ότι έπασχαν από πολυεμφραγματική ή μικτού τύπου γνωσιακή διαταραχή και συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλων ερευνητών οι οποίοι υπολόγισαν το ίδιο ποσοστό, (20%) σε μεταθανάτια ευρήματα^{34,279}.

Επιπλέον, οι διαταραχές της διάθεσης φαίνεται να είναι συχνότερες στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα στην ομάδα του γηροκομείου. Θα πρέπει δε να λαμβάνεται

υπόψη ότι συχνά σωματικά νοσήματα, γνωσιακές διαταραχές, ή προβλήματα συμπεριφοράς δύνανται να υποκρύπτουν καταθλιπτική συμπτωματολογία²⁸⁶.

5.3 Η αποτελεσματικότητα της παροχής κατανεμημένης φροντίδας που πραγματοποιήθηκε στους ηλικιωμένους

Είναι αποδεκτό ότι θεραπεία για το μεγαλύτερο ποσοστό των ανοιών δεν υφίσταται. Σύμφωνα όμως με τους Gauthier S και συν²⁸⁷ η καθυστέρηση της έναρξης των συμπτωμάτων κατά μια πενταετία θα ελάττωνε τον επιπολασμό της νόσου κατά 50% ανά γενεά. Για να πραγματοποιηθεί αυτό, σύμφωνα με τους ερευνητές, θα πρέπει να περιοριστούμε προς το παρόν σε συμπτωματικές θεραπείες αφού, γνωρίζοντας τους παράγοντες κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες της άνοιας, ανοίγονται αφενός προοπτικές θεραπείας σταθεροποίησης, αφετέρου προληπτικού χαρακτήρα προσεγγίσεις της νόσου. Η παρέμβαση που εφαρμόστηκε στη μελέτη μας είχε αυτούς τους στόχους.

Στη μέτρηση της αποτελεσματικότητά της παροχής κατανεμημένης φροντίδας στους ηλικιωμένους, παρατηρήθηκε ότι η ομάδα ΚΥΧ Α φάνηκε να βελτιώνει το αποτέλεσμα της βαθμολογίας στο τελικό MMSE και στο τελικό GDSS, η ομάδα του ΚΑΠΗ Α να παρουσιάζει αξιοσημείωτη διαφορά, όχι όμως στατιστικά σημαντική στο MMSE, ενώ στις υπόλοιπες ομάδες δεν παρατηρήθηκε διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων στην τελική εκτίμηση.

Το εύρημα αυτό αποκτά μεγαλύτερη σημασία, εάν εξεταστεί από κοινού με τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων στις οποίες βελτίωση παρουσίασαν, εκτός από τις προηγούμενες ομάδες και οι ηλικιωμένοι του ΚΥΧ ΦΜ και του Γηροκομείου, γεγονός που φαίνεται να αποκλείει την πιθανότητα ότι η αποτελεσματικότητα της παροχής κατανεμημένης φροντίδας οφείλεται στη βελτίωση και μόνο αυτής της παραμέτρου.

Η πολυπαραγοντική παλινδρομική ανάλυση έδειξε ότι ανάμεσα στους σημαντικότερους παράγοντες που από την αρχή επηρεάζουν την αποτελεσματική έκβαση τέτοιων παρεμβάσεων είναι η ηλικία του δείγματος. Το 60,4% του πληθυσμού μελέτης του γηροκομείου, που παρουσίαζε τη μεγαλύτερη επιβάρυνση, είχε ηλικία άνω των 80 ετών. Θα αναμενόταν ότι την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην παροχή κατανεμημένης φροντίδας θα παρουσίαζαν οι ομάδες του ΚΑΠΗ Α και ΚΑΠΗ ΦΜ, εφ' όσον το 68,9% και το 73,3% αντίστοιχα, ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 64-75. Όμως οι ηλικιωμένοι αυτής της δομής με χαμηλή βαθμολογία στο αποτέλεσμα MMSE ήταν ολιγάριθμοι, και επομένως χωρίς στατιστική σημαντικότητα έναντι του συνόλου των ηλικιωμένων της μελέτης.

Αρνητικά επίσης φάνηκε να συνδέεται με την αποτελεσματικότητα της παροχής κατανεμημένης φροντίδας και το παθολογικό αποτέλεσμα στη βαθμολογία του ADL . Αιτιολογικοί παράγοντες, που μοιάζει να επηρεάζουν το αποτέλεσμα του, είναι όλες οι παθήσεις οι οποίες επιδρούν στην κινητική ικανότητα του ηλικιωμένου, όπως τα νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος, οι παθήσεις του νευρικού και των αισθητηρίων, οι παθήσεις του κυκλοφορικού και αναπνευστικού συστήματος, τα κατάγματα κλπ^{288,292}, νοσήματα τα οποία επιδέχονται παρεμβάσεις πρόληψης και θεραπείας από το Γ/Ο γιατρό.

Η ανάδειξη της υπέρτασης ως αυτοδύναμου παράγοντα, που ερμηνεύει την επιδείνωση της βαθμολογίας του MMSE μετά την παρέμβαση, είναι γνωστή από την βιβλιογραφία και δείχνει την σημασία του ελέγχου της στους ηλικιωμένους^{52,54,167,168}. Από τη στατιστική ανάλυση φάνηκε επίσης να υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της χαμηλής βαθμολογίας του MMSE, της υψηλής βαθμολογίας στο GDSS και του παθολογικού ADL, συσχετισμός ο οποίος φαίνεται να επιδέχεται προληπτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις από το γιατρό της ΠΦΥ.

Στην επιδείνωση της κατάθλιψης φάνηκε να συμβάλλουν μετά την παρέμβαση το προηγούμενο ιστορικό τραυματισμού κεφαλής, η Ν. Parkinson, η ικανότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων (ADL), το γυναικείο φύλο, η ηλικία, η παθολογική ακτινογραφία θώρακος. Ιδιαίτερα ο τελευταίος παράγοντας πιθανόν να επιδεινώνεται και από τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται στις παθήσεις του αναπνευστικού (κορτικοστεροειδή, βρογχοδιασταλτικά, αντιβιοτικά)⁷⁰.

Δεν είναι γνωστό από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής, ποιο από τα μέσα παρέμβασης συνέβαλε στη μετρήθησα αποτελεσματικότητα, όσον αφορά την αλλαγή στις γνωσιακές διαταραχές και τις διαταραχές της διάθεσης στο τέλος.

Μελέτες απέδειξαν επίσης ότι το 20-50% των ασθενών με κατάθλιψη, διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή τους κατά τις πρώτες τρεις εβδομάδες θεραπείας^{293,294}. Κατά τη διεξαγωγή της μελέτης πραγματοποιήθηκαν παρεμβάσεις, στη φαρμακευτική αγωγή και παρακολούθηση (ρύθμιση αρτηριακής πίεσης, σακχαρώδη διαβήτη, αντιμετώπιση αναιμίας, νοσημάτων θυρεοειδούς κλπ) σε 174 (74,67%) ηλικιωμένους, ώστε να αποφεύγεται η αναίτια διακοπή της χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής τους.

Επίσης ανάμεσα στις μεθόδους παρακολούθησης ήταν και η χρήση του ημερολογίου, μέθοδος, η οποία έχει ήδη εφαρμοστεί σε άλλες παθήσεις, όχι όμως στην ΠΦΥ για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης²⁹⁵⁻²⁹⁸. Τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν στην εφαρμογή της μεθόδου, αφορούσαν τις κινητικές δυσκολίες

στα άνω άκρα των ηλικιωμένων, τον αναλαβητισμό, την ίδια την κατάθλιψη σαν νόσημα, τη διάρκεια και τη συχνότητα των επισκέψεων στο γιατρό.

Στην τελευταία δεκαετία στο Ηνωμένο Βασίλειο εφαρμόστηκε στην ΠΦΥ η μέθοδος της άσκησης σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης, και πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά της στην αντιμετώπιση αυτών των διαταραχών^{299,300}. Ο τρόπος δράσης της άσκησης είναι άγνωστος· μερικοί υποστηρίζουν ότι τα θετικά αποτελέσματα προέρχονται από την κοινωνική επαφή στις ομάδες που γυμνάζονται³⁰¹. Κατά τους Russo – Neustadt A και συν³⁰² οφείλονται στην έκλυση του παράγοντα BDNF (brain-derived neurotrophic factor), η οποία πραγματοποιείται με το συνδυασμό άσκησης και αντικαταθλιπτικών και είναι ίσως ο παράγοντας που προάγει τη θεραπεία της κατάθλιψης. Δεν στάθηκε όμως δυνατό να αξιολογηθεί η συμβολή αυτού του είδους των θεραπευτικών παρεμβάσεων στην αποφυγή ή τη θεραπεία της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο³⁰³ σε 7.728 ενήλικες ασθενείς με κατάθλιψη στο πρώτο εξάμηνο της ασθένειας, το 90% απευθύνθηκε σε Γενικό γιατρό, το 19% σε ψυχίατρο ή νευρολόγο και το 17% σε ψυχολόγο. Αυτό σημαίνει, ότι παρά τους μεθοδολογικούς περιορισμούς της μελέτης αυτής και τα προβλήματα ερμηνείας των θετικών αποτελεσμάτων, η μελέτη υπογραμμίζει την αποτελεσματικότητα της εντατικής παρέμβασης του Γ/Ο γιατρού και της ομάδας υγείας, στη διαχείριση της άνοιας και της κατάθλιψης στην κοινότητα, καθώς και των ψυχοκοινωνικών καταστάσεων που συχνά συνυπάρχουν και επιδεινώνουν την πορεία τους³⁰⁴.

5.4. Οι συνέπειες της μελέτης στις πρακτικές των γενικών ιατρών στη χώρα μας

Από τη μελέτη φάνηκε ότι ο ρόλος του Γ/Ο γιατρού είναι ουσιαστικός στην πρόληψη, στην πρώιμη ανίχνευση και διαχείριση των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης. Ειδικότερα:

Στην ενήλικη ζωή, η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία των νοσημάτων που συνδέονται αιτιολογικά με την παρουσία αυτών των διαταραχών.

Στην τρίτη ηλικία, προλαμβάνοντας καταστάσεις που επηρεάζουν την κινητικότητα των ηλικιωμένων, θεραπεύοντας νοσήματα που μπορούν να προκαλέσουν αναστρέψιμες μορφές άνοιας, ανιχνεύοντας έγκαιρα και εκτιμώντας τις ανάγκες των ηλικιωμένων, ώστε να είναι ανάλογη και η θεραπευτική προσέγγιση.

Οι προσπάθειες θα πρέπει να επικεντρώνονται στα παρακάτω επίπεδα:

👉 Στο επίπεδο της οικογένειας: Ενημέρωση των μελών της για τα βασικά προβλήματα και τους παράγοντες κινδύνου στους οποίους είναι εκτεθειμένα τα

ηλικιωμένα μέλη της. Ανάληψη συμβουλευτικού ρόλου ως προς τη συμπεριφορά και την υποστήριξη που μπορούν να προσφέρουν, τονίζοντας συγχρόνως την αναγκαιότητα για σεβασμό στην ατομικότητα, στην ανεξαρτησία και ιδιαίτερα στην αποφυγή της μοναξιάς και της ιδρυματοποίησης.

- ✓ Στο επίπεδο της εκτίμησης της κατάστασης και των αναγκών των ασθενών: Χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών, σε τακτά διαστήματα, ώστε να καταγράφονται οι μεταβολές και να εντοπίζονται έγκαιρα οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση αυτών των παθήσεων.

- ✓ Στο επίπεδο της διάγνωσης – πρόγνωσης: Αναγνώριση αναστρέψιμων μορφών άνοιας και χάραξη της ενδεικνυόμενης θεραπευτικής τακτικής.

- ✓ Στο επίπεδο της θεραπείας: Χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, όταν απαιτείται, διασφαλίζοντας τη συνεργασία με ψυχίατρο και νευρολόγο, φροντίζοντας τη μεταφορά του σε νοσηλευτικό ίδρυμα όταν είναι απαραίτητο.

- ✓ Στο επίπεδο της κοινωνικής φροντίδας: Οργάνωση και λειτουργία ομάδων παρέμβασης με τη συμμετοχή επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και εθελοντών.

1.5. Συστάσεις προς τους Γενικούς Οικογενειακούς γιατρούς

Οι Γ/Ο γιατροί ανά τακτά χρονικά διαστήματα οφείλουν να εφαρμόζουν στους ηλικιωμένους ψυχομετρικές δοκιμασίες (MMSE, GDSS, ADL) για τον έλεγχο των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης.

Ιδιαίτερα η θα πρέπει να έχουν αυξημένη ευαισθησία σε ηλικιωμένους που εμφανίσουν στοιχεία που υιοθετεί η Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας³⁰⁵, δηλαδή:

- ✓ Όταν υπάρχει υπόνοια γνωσιακής διαταραχής κατά τη συνήθη ιατρική συνέντευξη.

- ✓ Όταν παρουσιάζονται αιτιάσεις μνημονικής ή άλλης γνωσιακής δυσκολίας, με ή χωρίς λειτουργική έκπτωση.

- ✓ Σε ηλικιωμένους ασθενείς με αμφίβολη αυτάρκεια.

- ✓ Σε καταθλιπτικούς ή αγχώδεις ασθενείς με γνωσιακές δυσκολίες.

Στις περιπτώσεις αυτές ο έλεγχος θα πρέπει άμεσα να περιλαμβάνει ενδελεχή φυσική, εργαστηριακή εξέταση, (για πιθανή συνύπαρξη σωματικών παθήσεων), καθώς και έλεγχο των ψυχοκοινωνικών συνθηκών διαβίωσης (συνύπαρξη ψυχικών νοσημάτων, απομόνωση κλπ) του ηλικιωμένου.

Ειδικότερα σε ανθρώπους της τρίτης ηλικίας προτείνεται ο παρακάτω έλεγχος σε τακτά χρονικά διαστήματα: (Σχεδιάγραμμα 2)

- ✓ Έλεγχος παραγόντων που συνδέονται αιτιολογικά με την αθηρωμάτωση (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία)

- ✓ Εφαρμογή ψυχομετρικών δοκιμασιών (MMSE, GDSS) για την έγκαιρη ανίχνευση των γνωσιακών διαταραχών και των διαταραχών της διάθεσης

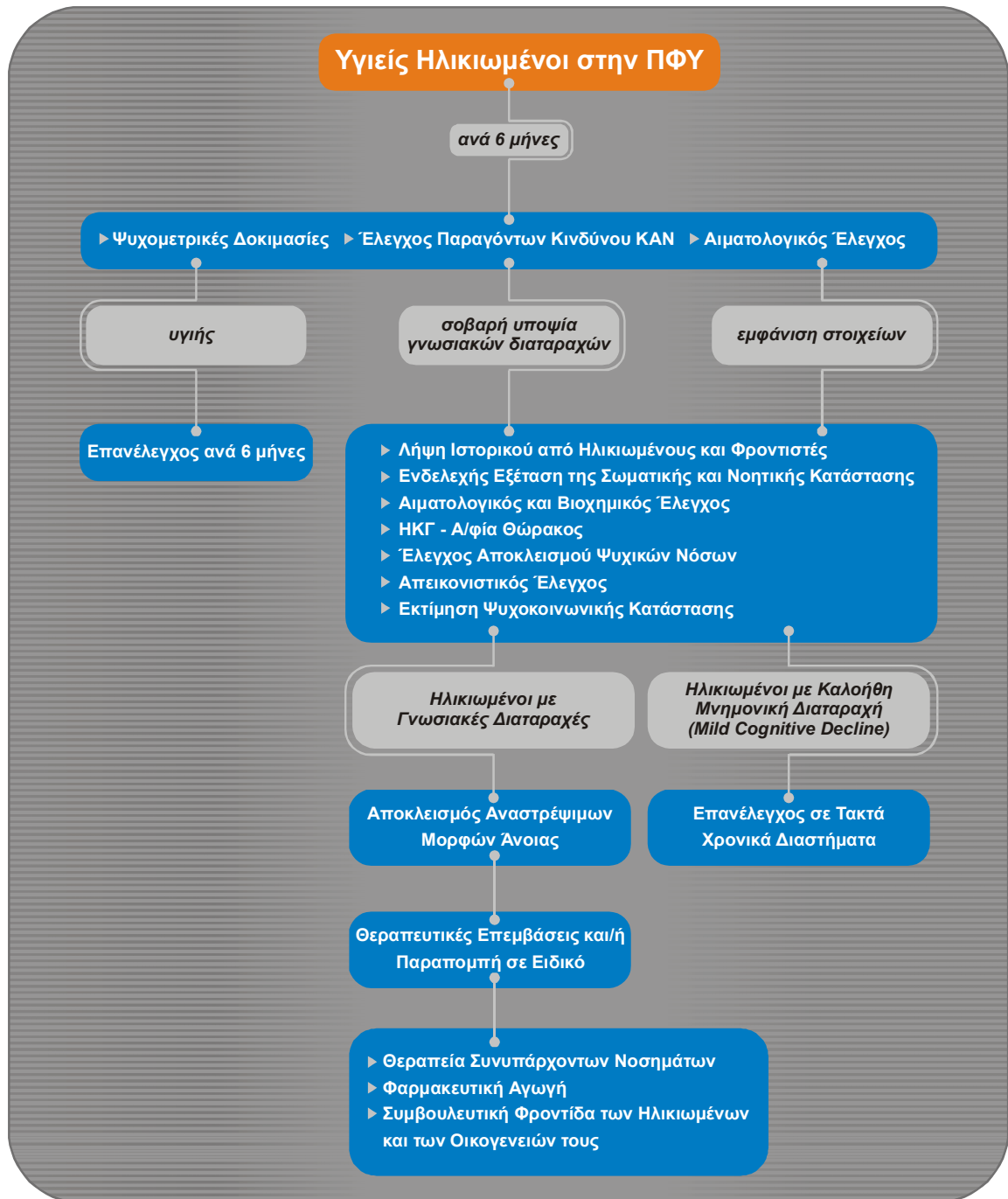
- ✓ Επί θετικών αποτελεσμάτων λεπτομερής λήψη ιστορικού (από τον ασθενή και τον φροντιστή του, σε ξεχωριστή συνάντηση) καθώς και φυσική εξέταση για νοσήματα που επηρεάζουν την εμφάνιση γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης

- ✓ Παρακλινικός έλεγχος (για τον αποκλεισμό οργανικών – βιολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης και γενικώς ψυχιατρικών νοσημάτων που επηρεάζουν τις νοητικές λειτουργίες ή για την εντόπιση αναστρέψιμων μορφών άνοιας)

- ✓ Επανεκτίμηση ή παραπομπή σε ειδικό νευρολόγο ή ψυχίατρο

- ✓ Διαφοροδιάγνωση καλοήθους μνημονικής διαταραχής ή άνοιας (Alzheimer ή άλλου τύπου).

Ο τρόπος διαχείρισης των ηλικιωμένων με γνωσιακές διαταραχές συμφωνούν με πρόσφατη δημοσίευση των Cummings JL και συν με τίτλο Guidelines for Managing Alzheimer's Disease: Part I. Assessment³⁰⁶.



Σχεδιάγραμμα 2 : Προσέγγιση ηλικιωμένων στην ΠΦΥ για διερεύνηση γνωσιακών διαταραχών

Επιπλέον κατά την εξέταση των ηλικιωμένων με γνωσιακές και διαταραχές της διάθεσης οφείλουν να ελέγχουν και να διαχειρίζονται τα συνυπάρχοντα μ' αυτές σωματικά νοσήματα και ιδιαίτερα την υπέρταση και το σακχαρώδη διαβήτη.

Η πρόληψη και θεραπεία της υπέρτασης, η οποία από τα αποτελέσματα της μελέτης μας, φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου στην εμφάνιση της άνοιας θα πρέπει να αρχίζει από την νεαρή ηλικία με τους υπόλοιπους παράγοντες αθηρωμάτωσης και να συνεχίζεται στην ενήλικη ζωή.

Αλλά και αντίστροφα θα πρέπει να υποψιάζονται την συνύπαρξη κατάθλιψης ή άνοιας σε ασθενείς τρίτης ηλικίας με σωματικά νοσήματα, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ν. του Parkinson και το ιστορικό τραυματισμού κεφαλής.

Ιδιαίτερα η αναιμία μοιάζει να συσχετίζεται με τις γνωσιακές διαταραχές. Έστω και αν υπάρχουν πολλά ερωτηματικά για το κατά πόσο η έλλειψη της βιταμίνης B12 και του φυλικού θα μπορούσαν να αποτελούν παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση της άνοιας ή και κατά πόσο αυτή θα μπορούσε να αποφευχθεί αν η συνολική φαρμακευτική αγωγή των ηλικιωμένων συμπεριλάμβανε και τη χορήγησή τους και μέχρι να διευκρινιστούν αυτά τα ερωτήματα, οι Γ/Ο θα πρέπει να εξετάζουν και να θεραπεύουν τους ηλικιωμένους που παρουσιάζουν αναιμία.

Η διασφάλιση της κινητικότητας έδειξε να αποτελεί σημαντικό παράγοντα αποφυγής γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης και η συμβολή της άσκησης στην πρόληψη των ΚΑΝ, στις διαταραχές της διάθεσης, αλλά και στη μεγιστοποίηση των κινητικών δυνατοτήτων των ηλικιωμένων φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.

Σε ηλικιωμένους που εμφανίζουν γνωσιακές και/ ή διαταραχές της διάθεσης θα πρέπει να γίνεται:

Σε πρώιμα στάδια

- ✓ Ενημέρωση για τη διάγνωση.
- ✓ Έλεγχος φαρμακευτικής αγωγής.
- ✓ Συμβουλευτική στην οικογένεια (σχετικά με τη διαχείριση τους).
- ✓ Υποστήριξη της οικογένειας.

Σε όψιμα στάδια

- ✓ Καθοδήγηση φροντιστών για τη διαχείριση των ηλικιωμένων.
- ✓ Αντιμετώπιση σωματικών ή νευροψυχιατρικών/ κοινωνικών καταστάσεων.

- ✓ Παρακολούθηση φροντιστών.
- ✓ Φροντίδα της οικογένειας και του ηλικιωμένου.

Τέλος, η ενημέρωση και η συνεχής καταγραφή των αλλαγών συμπεριφοράς των ηλικιωμένων αποτελούν ουσιαστικά μέτρα για την έγκαιρη διάγνωση αυτών των διαταραχών.

1.6. Ερωτήματα που απαιτούν περαιτέρω έρευνα

Τα ερωτήματα που δημιουργούνται και θα μπορούσαν να αποτελέσουν θέματα για περαιτέρω έρευνα είναι τα ακόλουθα:

- ✓ κατά πόσον τα θετικά αποτελέσματα που επετεύχθησαν στους ηλικιωμένους με την παρέμβαση είναι μόνιμα;
- ✓ κατά πόσο η εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος είναι εφικτή στο γενικό πληθυσμό;
- ✓ σε ποιο βαθμό τέτοιου είδους παρεμβάσεις ανακαλύπτουν αναστρέψιμες και θεραπευτικά διαχειρίσιμες μορφές άνοιας και ποιο το αποτέλεσμα της παρέμβασης σ' αυτές;
- ✓ Τέλος, πόσο θα ωφελούσε τους ασθενείς με γνωσιακές και διαταραχές της διάθεσης, ένας τύπος παρέμβασης φροντιστών με τη συνεργασία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας;

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη αυτή υποδεικνύει τη σημασία της εμπλοκής της Γ/Ο ιατρικής σ' αυτά τα νοσήματα και προτείνει ρόλους για τη διαχείριση τους, σε συνεργασία με νοσοκομειακές ειδικότητες και ιδιαίτερα μ' αυτές της νευρολογίας και ψυχιατρικής.

Συγκεκριμένα από τη μελέτη αυτή διαφάνηκε η σημασία της στην έγκαιρη διάγνωση των γνωσιακών και διαταραχών της διάθεσης, στον εντοπισμό ασθενών με αναιμία και ανεπάρκεια B₁₂, ως παράγοντα που ενέχεται αιτιολογικά με την άνοια, αλλά και την αποτελεσματικότητα εντατικών παρεμβάσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας για την βελτίωση των γνωσιακών λειτουργιών στους ηλικιωμένους. Γενικά η μελέτη αυτή συμφώνησε σε πολλά σημεία με ευρήματα άλλων μελετών στον Ευρωπαϊκό και Διεθνή χώρο, αλλά συγχρόνως εξέτασε και τις δυνατότητες και προοπτικές της Γ/Ο Ιατρικής στη χώρα μας, όσον αφορά τη διαχείριση των δυο συχνών αυτών νοσημάτων.

7. ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατ' αρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον συντονιστή της διατριβής μου και μέντορά μου, τον επίκουρο καθηγητή Χρήστο Λιονή, ο οποίος με την ικανότητα, το πείσμα, τη γνώση, τον ενθουσιασμό, την επιμονή και προπαντός την ενεργητικότητα που τον διακρίνει με έκανε να αισθάνομαι μικρή (στη γνώση) και γεμάτη δίψα να εισχωρήσω στο επιστημονικό σκέπτεσθαι. Είναι βαθιά η ευγνωμοσύνη μου για τη στενή εποπτεία, την επικοινωνιακή κριτική, και την ηθική συμπαράσταση, καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διατριβής. Ένα μεγάλο ευχαριστώ για την ενθάρρυνση και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε για την ολοκλήρωση της προσπάθειας.

Τον καθηγητή Ανδρέα Πλαϊτάκη για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε από την αρχή της μελέτης στην ενασχόληση μου με ένα τόσο «ειδικό» για τη γενική ιατρική πεδίο, όπως είναι οι γνωσιακές διαταραχές. Αυτό αποτέλεσε και την αφορμή αναπροσαρμογής του ρόλου του Γ/Ο γιατρού στην ανίχνευση και διαχείριση τους.

Τον καθηγητή Νικόλαο Παρίτση για την ενθάρρυνση από την πρώτη στιγμή να ασχοληθώ μ' αυτά τα νοσήματα, λέγοντας εκείνο το «..αν δεν τα ανιχνεύσει αρχικά ο Γενικός γιατρός τότε ποιος θα το κάνει;»

Τον καθηγητή Ιωάννη Βλαχονικολή για τη στατιστική ανάλυση, που βοήθησε στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων ώστε να αξιοποιηθούν σημεία της μελέτης, που αλλιώς θα περνούσαν ίσως απαρατήρητα.

Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους καθηγητές Παναγιώτη Βάρδα, Αντώνιο Καφάτο και Παναγιώτη Μπίτσιο για την τιμή που μου έκαναν να αποτελέσουν την επταμελή επιτροπή.

Στη Μαίρη Λιονή για την «επιστράτευση» που της έχει γίνει γενικά από τους γιατρούς Γ/Ο ιατρικής και μελλοντικούς διδάκτορες και ιδιαίτερα από μένα, για το κουράγιο που μου έδινε μετά τις «επίπονες» συζητήσεις με τον καθηγητή – σύζυγό της, καθώς και το χρόνο που της τον στέρησα.

Επίσης επιθυμώ να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Δντή του Γηροκομείου Χρυσούπολης, Πατέρα Παύλο, ο οποίος, εκτός από πηγή γαλήνης που είναι για μένα, βοήθησε στην πραγματοποίηση της μελέτης στο γηροκομείο, και τις προσπάθειές μου, ανοίγοντας τις πόρτες του ιδρύματος, και παρέχοντας διευκολύνσεις για την επίτευξη του σκοπού μας.

Επίσης ευχαριστώ για τη συνεργασία όλους εκείνους που μοχθούν και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με αγάπη στους ηλικιωμένους σ' αυτή τη δομή, νοσηλεύτριες, φυσιοθεραπευτές, την Βηθλέεμ Κολαρά «ψυχή» τότε του ιδρύματος και το λοιπό προσωπικό.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τις νοσηλεύτριες του ΚΥΧ, Κατερίνα Πατεράκη, προϊσταμένη του ΚΥ κατά την εποχή της διεξαγωγής της μελέτης, τις νοσηλεύτριες Γεωργία Γεωργούση, Βούλα Ευαγγελούδη, Μαρία Πιπέρη, Μίνα Δημητρακέ και Έλπη Χαλκέτη για την πολύτιμη βοήθεια

που πρόσφεραν στην επιλογή του πληθυσμού μελέτης, στην διεξαγωγή των ψυχομετρικών μεθόδων και στις κατ' οίκον επισκέψεις των ηλικιωμένων.

Ευχαριστώ επίσης το Χάρη Λυγιδάκη τον πολύτιμο βοηθό κατά την εκπόνηση αυτής της διατριβής, για τη βοήθεια του - την καταχώρηση των δεδομένων σε βάση Η/Υ, την υλοποίηση των παρουσιάσεων της σε συνέδρια, και γενικότερα την ηλεκτρονική υποστήριξη -, καθώς και.. για την υπομονή του.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στους συναδέλφους αγροτικούς γιατρούς των τελευταίων πέντε χρόνων στο ΚΥ, με τους οποίους η συνεργασία ήταν άψογη και η βοήθεια αμέριστη, τα ονόματα τους περιέχονται στις σχετικές με τη διατριβή δημοσιεύσεις. Επίσης τη μικροβιολόγο του ΚΥΧ Βασιλεία Λαγάρα και τις παρασκευάστριες του μικροβιολογικού εργαστηρίου Μαρία Στανίτσα – Θωμαΐδου και Αναστασία Μαρτιάδου για τη βοήθεια στις εργαστηριακές εξετάσεις, τον ακτινολόγο του ΚΥΧ Χρήστο Κουρτίδη για τις ατελείωτες εξηγήσεις και τα πολύτιμα σχόλια στις απεικονιστικές εξετάσεις, καθώς και τις βοηθούς του ακτινολογικού εργαστηρίου Πολυξένη Σαχλού και Φωτεινή Κουμπούλη.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εργαζόμενους και τον πρόεδρο του ΚΑΠΗ για την διευκόλυνση της μελέτης και τη βοήθεια που προσέφεραν.

Επιπλέον ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γιατρούς του ΓΝΝΚ, τους συνάδελφους Γιάννη Αστεριάδη και Θανάση Κούβελα γιατρούς Πυρηνικής Ιατρικής για την βοήθεια στην πραγματοποίηση των SPECT, τον συνάδελφο Δ/ντή Νευρολόγο Βασίλη Τραϊφόρο, τον Ψυχίατρο Αλέξανδρο Χουρμουζιάδη, την Δ/ντρια Μικροβιολόγο Ανθή Γκαρτζοπούλου – Τυρολόγου και τον Δ/ντή Καρδιολόγο Δρ. Αργύρη Τυρολόγο για την βοήθειά τους. Επιπλέον, ένα μεγάλο ευχαριστώ για τη βοήθεια, τις ουσιαστικές παρατηρήσεις ψυχιατρικού περιεχομένου, το φιλολογικό «χτένισμα» που πραγματοποίησε στην παρούσα διατριβή, ο Δ/ντής Ψυχίατρος Αλέξανδρος Γουλιανός.

Τίποτε όμως δεν θα είχε πραγματοποιηθεί χωρίς τη διευκόλυνση που μας παρείχαν, οι ηλικιωμένοι και οι οικογένειές τους στην επαρχία Νέστου, τους οποίους ευχαριστώ θερμά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Comfort A. The myth of senility. Diagnosing non-specific major illness in the elderly. *Postgrad Med* 1979; 65:130-42 A.
2. Salomone M, Piccoli GB, Gabella P, Torazza MC, Ladarola AM, Ferro M, et al. Cachexia during dialysis. *Minerva Urol Nefrol* 1998; 50:101-05.
3. Forbes WF, Hirdes JP. The relationship between aging and disease: geriatric ideology and myths of senility. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41:1267-77.
4. Μπένος Α. Πρόληψη στην τρίτη ηλικία: υπερβολή ή αναγκαιότητα; *Γαληνός* 1989; 31:333-40.
5. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Application of a new method for making projections. *Acta Psychiatr Scand* 1987;78:493-00.
6. Wells KB. Caring for depression in primary Care: Defining and illustrating the Policy Context. *J Clin Psych* 1997; 58: 24-7.
7. Glasser M, AJ Stearns, E de Kemp, J van Hout, D Hott. Dementia and Depression Symptomatology as Assessed Through Screening Tests of older Patients in an Outpatients Clinic. *Fam Pract Res J* 1994;14: 261-72.
8. ΕΣΥΕ, Στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας 1994.
9. Haber SG, Newhouse JP. Recent revisions and recommendations for national health expenditures accounting. *Health Care Financ Rev* 1991 Fall;13:111-16.
10. Ernst RL, Hay JW, Fenn C, Tinklenberg J, Yesavage YA. Cognitive function and the costs of Alzheimer disease. *Arch Neurol* 1997;54:687-93.
11. Basu J. Border-crossing adjustment and personal health care spending by state. *Health Care Financ Rev* 1996 Fall; 18:215-36.
12. Μεντενόπουλος Γ. Το κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα της Ν Alzheimer. Στο Γ Μεντενόπουλος. Η Νόσος του Alzheimer. Β έκδοση, Θεσ/νίκη: Εκδ University Studio Press;1999. 13:369-82.
13. Bickel H. Dementia in advanced age: estimating incidence and health care costs. *Z Gerontol Geriatr* 2001;34:108-15.
14. McDonnell J, Redekop WK, van der Roer N, Goes E, Ruitenberg A, Busschbach JJ, et al. The cost of treatment of Alzheimer's disease in The

Netherlands: a regression-based simulation model. *Pharmacoeconomics* 2001;19:379-90.

15. Marsden CD. Assessment of dementia. In PJ Vinken, GW Bruyn, HL Klawans. Handbook Clinical Neurology, Vol. 2(46) Neurobehavioral Disorders, JAM Frederiks, Elsevier, Amsterdam; 1985; p 221-32.

16. ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders: clinical description and diagnostic guidelines, World Health Organization 1992 (απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια: Κ. Στεφανής, Κ. Σολδάτος, Β. Μαυρέας) εκδ. ΒΗΤΑ medical arts , Αθήνα, 1993;σελ. 147.

17. Χριστοδούλου ΓΝ. Ταξινόμηση των καταθλιπτικών συνδρομών. Ιστορική αναδρομή. Στο ΓΝ Χριστοδούλου « Κατάθλιψη» συμπόσια, εκδ Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα, 1996;1:14-18.

18. Kraepelin E. Dementia Praecox and Paraphrenia. Endiburg:Livingstone;1919.

19. Alzheimer A. Uber eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Allgemeine zietcehrift fur Psychiatrie* 1907; 48:146-48.

20. Μεντενόπουλος Γ. Νευροπαθολογικά στοιχεία. Στο Γ. Μεντενόπουλος «η Νόσος του Alzheimer» β έκδοση. Θεσ/νίκη: εκδ University Studio Press, 1999; σελ. 25-58.

21. Reich T, Eardeweck P, Rice J. The familial transmission of primary major depressive disorder. *J Psychiat Res* 1987;21: 613 - 24.

22. Boomsma DI, Beem AL, van den Berg M, Dolan CV, Koopmans JR, Vink JM, et al. Netherlands twin family study of anxious depression (NETSAD). *Twin Res* 2000 ;3:323-34.

23. Διαγνωστικά Κριτήρια DSM –IV American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Washington, 1994, μετάφραση - επιμέλεια Κ. Γκοτζαμάνης, εκδ Λίτσας, Αθήνα; 1996.

24. Μεντενόπουλος Γ. Η διάγνωση της νόσου του Alzheimer. Στο Μεντενόπουλος Γ «η Νόσος του Alzheimer» β έκδοση. Θεσ/νίκη: εκδ University Studio Press;1999. σελ. 175-01.

25. Mc Kahn J, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group. *Neurology* 1984;34: 939-84.

26. Kawas CH. Early clinical diagnosis. Status of the NINCDS-ADRDA criteria. In: Becker RE, Giacobini E (eds): Alzheimer's Disease: Current Research in Early Diagnosis. Taylor and Francis, Washington 1990.

27. ICD-10 Κεφάλαιο V Ειδική έκδοση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα . απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια Χριστοδούλου ΓΝ, Αλεβίζος Β, Μαυρέας Β. εκδόσεις Βήτα arts;1999.

28. Βασιλόπουλος Δ. Η νόσος του Alzheimer ως γενετικό υπόδειγμα διαταραχής της μνήμης. Στο Μπαλογιάννης Σ «Διαταραχές Μνήμης Προσοχής» συμπόσια. Αθήνα: εκδ Ιατρική Εταιρεία Αθηνών,1995; σελ 13-20.

29. Lovenstone S. Early diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. Ed Martin Dunitz Ltd., London NW1 0AE; 1998.

30. Brodaty H. Managing Alzheimer's Disease in Primary Care. Μετάφραση Σ Γιαννακόδημος, Αθήνα: εκδ Βαγιονάκης ιατρικές εκδόσεις,1999; σελ1.

31. Δικαίος Δ, Ψάρρος Κ. Ψυχώσεις γεροντικής ηλικίας. Στο Κ Σολδάτος «Ψυχώσεις: Διάγνωση και αντιμετώπιση. Συμπόσια, Αθήνα: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών 2001; σελ 221-33.

32. Amaducci L. Epidemiology of dementia. European Press Seminar. Fiuggi Fonte, Italy, September 23-25; 1994.

33. Wertheimer J. Πως θα γίνει η διάγνωση της άνοιας σε έναν ηλικιωμένο. Στο Γ. Μεντενόπουλος «η Νόσος του Alzheimer» β έκδοση. Θεσ/νίκη: εκδ University Studio Press; 1999. σελ 203-16.

34. Καραγεωργίου Κ. Γήρανση και άνοια. *Ιατρική του σήμερα* 1995;14:3-16.

35. Canadian Study of Health and Aging. Risk factors for Alzheimer's disease in Canada. *Neurology* 1994 b; 44:2073-80.

36. Downs MG. The role of general practice and the primary care team in dementia diagnosis and management. *Int J of Geriatr Psychiatr* 1996; 11: 937-42.

37. Tang M, Jacobs D, Stern Y. Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer ' s disease. *Lancet* 1996; 348:256-61.

38. Copeland JR, McCracken CF, Dewey ME, Wilson KC, Doran M, Gilmore C, et al. Undifferentiated dementia, Alzheimer's disease and vascular dementia: age-and gender-related incidence in Liverpool. The MRC-ALPHA Study. *Br J Psychiatry* 1999;175: 433-35.

39. Roth M. Epidemiological Studies. Aging, Vol 7. NY Raven Press; 1978. σελ 337-39.

40. Petricak-Vance MA, Bebout JL, Gaskell PC. Linkage studies in familial Alzheimer's disease. Evidence for chromosome 19 linkage. *Am J Hum Genet* 1991; 48:1034-50.

41. Βασιλόπουλος Δ. Σύγχρονες απόψεις για την αιτιοπαθογένεια της νόσου του Alzheimer. *Ιατρική* 1996;70:203-05.

42. Poirier J, Davignon J, Bouthillier D. Apolipoprotein E polymorphism and Alzheimer's disease. *Lancet* 1993;342: 697-99.
43. Tierney MC, Szalai JP, Snow WG, Fisher RH, Tsuda T, Chi H, et al. A prospective study of the clinical utility of ApoE genotype in the prediction of outcome in patients with memory impairment. *Neurology* 1996; 46:149-54.
44. Muller-Thomsen T, Meins W, Manecke S. Psychiatric disorders in the elderly and psychosocial background. A study of geriatric inpatients. *Psychiatr Prax* 1999; 26:267-72.
45. Paganini-Hill A, Clark LJ, Henderson VW, Birge SJ. Clock. Drawing: analysis in a retirement community. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:941-47.
46. Riemsma RP, Forbes CA, Glanville JM, Eastwood AJ, Kleijnen J. General health status measures for people with cognitive impairment: learning disability and acquired brain injury. *Health Technol Assess* 2001; 5:1-100.
47. Jr Cordeiro Q, de Oliveira AM. Parkinsonian, cerebellar, psychotic and demential symptoms in ex-boxer: case report. *Arq Neuropsiquiatr* 2001; 59:283-85.
48. Hoofien D, Gilboa A, Vakil E, Donovan PJ. Traumatic brain injury (TBI) 10-20 years later: a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning. *Brain Inj* 2001; 15:189-09.
49. McDowell I. Alzheimer's disease: insights from epidemiology. *Aging (Milano)* 2001; 13:143-62.
50. Tariot PN. Neurobiology and Treatment of Dementia. In: Salzman C. Ed Clinical Geriatric Psychopharmacology. 2nd ed. Baltimore: William and Wilkins;1992. σελ 277:99.
51. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998;105:214-21.
52. Boston PF, Dennis MS, Jagger C. Factors associated with vascular dementia in an elderly community population. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:761-66.
53. Kilander L, Andren B, Nyman H, Lind L, Boberg M, Lithell H. Atrial fibrillation is an independent determinant of low cognitive function: a cross-sectional study in elderly men. *Stroke* 1998; 29:1816-20.
54. Stewart R, Richards M, Brayne C, A Mann. Vascular risk and cognitive impairment in an older British, African – Caribbean population. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 263-69.
55. Gambetti P. Pathology of human prion diseases. AAN Course 3DS. 003,1999; 16-35.
56. Beekman ATF, Copeland JRM, Price MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174:307-11.

57. Omori K. Depression in late life. *Nippon Rinsho* 2001; 59:1550-54.
58. McGuffin P, Katz R. The genetics of depression and manic-depressive disorder. *Br J Psychiatry* 1989; 155:294-04.
59. Παπαδημητρίου ΓΝ. Γενετική της κατάθλιψης. Στο ΓΝ Χριστοδούλου «Κατάθλιψη» συμπόσια, Αθήνα: εκδ Ιατρική Εταιρεία Αθηνών; 1996. σελ 33-40.
60. Δικαίος ΓΔ, Σολδάτος ΡΚ. Αιτιοπαθολογία της κατάθλιψης. Στο: Σολδάτος Κ. άγχος και κατάθλιψη: εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη γενική Ιατρική. Αθήνα: Εκδ Ιατρική Εταιρεία Αθηνών; 1999; σελ 47-63.
61. Engel GL. The clinical application of the Biopsychosocial Model. *Am J Psychiatry* 1980; 137:535-54.
62. Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992; 267:1478-83.
63. Garcia Serrano MJ, Tobias Ferrer J. Prevalence of depression in patients over 65 years of age. Profile of the elderly at risk. *Aten Primaria* 2001; 7:484-88.
64. Carney RM, Freedland KE, Sheline YI, Weiss ES. Depression and coronary heard disease: a review for cardiologists. *Clin Cardiol* 1997; 20: 196-00.
65. Skotzko CE, Krichten C, Zietowski G, Alves L, Freudenberger R, Robinson S, et al. Depression is common and precludes accurate assessment of functional status in elderly patients with congestive heart failure. *J Card Fail* 2000; 6: 300-05.
66. Gorman JM, Sloan RP. Heart rate variability in depressive and anxiety disorders. *Am Heart J* 2000;140: 77-83.
67. Yohannes AM, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in elderly outpatients with chronic obstructive pulmonary disease: prevalence and validation of the BASDEC screening questionnaire. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 1090-96.
68. Wagner H. Thyroid gland disorders in elderly psychiatric patients. *Z Gerontol* 1992; 25:335-38.
69. Black SA. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic Mexican Americans. Results from the Hispanic Established Population for the epidemiologic Study of the Elderly survey. *Diabetes Care* 1999; 22:56-64.
70. Ganzini L, Walsh JR, Millar SB. Drug – induced depression in the aged. *Drugs Ageing* 1993; 3:147-58.
71. Shmuelly Y, Baumgarten M, Rovner B, Berlin J. Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr* 2001; 13:63-73.

72. Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings SW, Schoevers RA, Smit JH, van Tilburg W. Emergence and persistence of late life depression: a 3-year follow up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Affect Disord* 2001; 65:131-38.

73. Kales HC, Blow FC, Copeland LA, Bingham RC, Kammerer EE, Mellow AM. Health care utilization by older patients with coexisting dementia and depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 661-62.

74. Bloom BS, Bruno DJ, Maman DY, Jayadevappa R. Usefulness of US cost-of-illness studies in healthcare decision-making. *Pharmacoeconomics* 2001; 19:207-13.

75. Wimo A, Karlsson G, Sandman PO, Corder L, Winblad B. Cost of illness due to dementia in Sweden. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:857-61.

76. Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C, Hanley JA, Becker R, Bilker WB, et al. Use of physician services among family caregivers of elderly persons with dementia. *J Clin Epidemiol* 1997;50:1265-72.

77. Livingston G, Manela M, Katona C. Cost of community care for older people. *Br J Psychiatry* 1997; 171:56-59

78. Pont CD, Mant A, Kehoe L, Hewitt H, Brodaty H. General practitioner diagnosis of depression and dementia in the elderly: can academic detailing make a difference? *Fam Pract* 1994; 11: 141-147.

79. De Courval PL, Saroyan A, Joseph L, Gauthier S. The competence of family physicians in caring for dementia patients. A survey of general practitioners in Quebec. *Can Fam Physician* 1996; 42: 1496-1502.

80. Μπένος Α, Λιονής Χ. Η εκπαίδευση στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής: σχόλια για το προεδρικό διάταγμα. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1995;7:14-15.

81. Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Δημολιάτης Γ, Μερκούρης Μ-Π, Οικονόμου Χ, Τσάκος Γ, και συν. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000;12:169-88.

82. Λιονής Χ. Γενική/ Οικογενειακή Ιατρική. Μια ανατέλλουσα και πολλά υποσχόμενη ειδικότητα. *Ιατρική* 2000;77:324-27.

83. Waite LM, Broe GA, Grayson DA, Creasey H. The incidence of dementia in an Australian community population: the Sydney Older Persons Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16:680-89.

84. Molsa PK, Marttila RJ, Rince UP. Epidemiology of dementia in a Finnish population. *Acta Neurol Scand* 1982; 65: 541-52.

85. Ruitenberg A, Ott A, van Swieten JC, Hofman A, Breteler MM. Incidence of dementia : does gender make a difference? *Neurobiol Aging* 2001;22:575-80.

86. Netten A, Darton R, Bebbington A, Forder J, Brown P, Mummery K. Residential and Nursing home care of elderly people with cognitive impairment: prevalence, mortality, and costs. *Aging Ment Health* 2001;5:14-22.
87. Bedford S, Melzer D, Guralnik J. Problem behaviour in the last year of life: prevalence, risks, and care receipt in older Americans. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:590-95.
88. Weiler PG, Lubben JE, Chi I. Cognitive impairment and hospital use. *Am J Public Health* 1991; 81:1153-57.
89. Kemper P, Murtaugh CM. Lifetime use of nursing home care. *N Engl J Med* 1991; 324:595-00.
90. Engle VF. Mental status and functional health 4 days following relocation to a nursing home. *Res Nurs Health* 1985; 8:355-61.
91. Barberger-Gateau P, Grolier L, Maurice S, Borde C, Salamon R, Galley P. Short-stay hospitalization of elderly persons: first step toward institutionalization? *Rev Epidemiol Sante Publique* 1990;38:323-32.
92. Schols JM, Frijters DH, Koopmans RT, Diederiks JP, Sturmans F, Crebolder HF. Nursing home day-care: a growing function for a rather stable patient group. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1998 ;29:244-49.
93. Tariot PN, Podgorski CA, Blazina L, Leibovici A. Mental disorders in the nursing home: another perspective. *Am J Psychiatry* 1993;150:1063-69.
94. Dehlin O, Franzen M. Prevalence of Dementia Syndromes in Persons Living in Homes for the Elderly and in Nursing Homes in Southern Sweden. *Scand. J. Prim Health Care* 1985; 3: 215-22.
95. Williamson J, Stooke IM, Gray S, Fisher M, Smith A. Old people at home: their unreported needs. *Lancet* 1964; I: 1117-20.
96. McDonald A. Do General Practitioners « miss» depression in elderly patients? *Br Med J* 1986; 296: 1365-67.
97. Waxman HM, Carner EA, Klein M. Under utilization of mental health professionals of community elderly. *Gerontologist* 1984; 24:23-30.
98. Kay SWK, Henderson AS, Scott R. Dementia and depression amongst the elderly living in the Hobart community. *Psychol Med* 1985; 15:771-75.
99. Copelant JRM, Dewey MG, Wood N. Range of mental illness amongst the elderly in community: prevalence in Liverpool using AGE-CAT. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 815-23.
100. Livingston G, Thomas A, Graham N. The Gospel Oak Project: the use of health and social services by dependent elderly people in the community. *Health Trends* 1990; 2:70-73.

101. Blazer D. Current concepts Depression in the elderly. *N Engl J Med* 1989; 19: 164-66.
102. Myers JM, Sheldon D, Robinson SS. A study of 138 elderly first admissions. *Am J Psychiatry* 1963; 120:244-49.
103. Primeau F. Post- stroke depression: a critical review of the literature. *Can J Psychiatry* 1988; 33: 757-65.
104. Robinson RG. Treatment issues in post-stroke depression. *Depression and Anxiety* 1998;8:85-90.
105. Mc Daniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 88-89.
106. Ρηγάτος Γ. Ψυχιατρικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου και της θεραπείας του. Στο Ρηγάτος Γ. «Ψυχοκοινωνική ογκολογία» Αθήνα: εκδ Ascent; 2000. σελ 57-63.
107. Orrell M, Howard R, Payne A, Bergmann K, Woods R, Everitt BS, Levy R. Differentiation between organic and functional psychiatric illness in the elderly; an evaluation of four cognitive tests. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992; 7:263-75.
108. Tune LE. Depression and Alzheimer's disease. *Depression and Anxiety* 1998; 8:91-95.
109. Devanand DP, Sano M, Tand MX. Depressed mood and the incident of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:175-82.
110. Madianos M, Stefanis C. Changes in the prevalence of depressive symptoms and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992 ;27: 211-19.
111. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A. Prevalence of psychiatric disorder in Athens: a community study. *Soc. Psychiatry* 1986; 21:172-81.
112. Madianos M, Gournas G, Stefanis C. Depressive symptoms and depression among elderly people in Athens. *Acta psychiatr Scand* 1992;86: 320-26,.
113. Mavreas VG, Kontea M, Dikeos D. Results from the Athens centre. in «Mental Illness in General Health Care, An international study» by TB Ustun, N. Sartorius. 3.2: 57-76.
114. Κάζης Α. Διάγνωση και αξιολόγηση των ανοιών. *Γαληνός* 1995;37: 679-82.
115. Κούτης Α, Λιονής Χ, Σηφάκη Θ, Γιακουμάκη Ε, Μολουδάκη Μ, Γριβάκης Γ, και συν. "ΦΡΟΝΤΗΣ". Ένα Πρόγραμμα Φροντίδας Ηλικιωμένων στο Σπίτι: Εμπειρία της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Αρχανών. Περίληψη στο Πρόγραμμα Εργασιών του 4ου Συνεδρίου Γεροντολογίας-Γηριατρικής, Αθήνα, 14-16 Δεκεμβρίου 1995; σελ. 103.

116. Κούτης Α. Ανάπτυξη Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Αρχανών: Έκθεση πορείας έργου. Έκδοση Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, Ηράκλειο, Δεκέμβριος 1996.

117. Αργυριάδου Σ, Κουντουρά Μ, Τσώκος Ν. Πρόληψη δεν απαιτούν μόνο οι οργανικές παθήσεις. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1995;7:79-84 ,

118. Αργυριάδου Σ, Κουντουρά Μ, Τσώκος Ν. Διερεύνηση συνθηκών υγείας ατόμων τρίτης ηλικίας από μονάδα Π.Φ.Υ. *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας* 1995;7:101-06.

119. Lionis C, Vlachonicholis J, Chatziarsenis M, Faresjo T, Kristjansson I, Tzagournissakis M, Plaitakis A, Trell E. Managing Alzheimer's disease in primary Care in Crete, Greece: Room for Improvement. *Qual Manag in Health Care*, 2001; 9:16-21

120. Δοντάς Σ Α. Κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Στο Δοντάς ΣΑ. «Τρίτη ηλικία: Προβλήματα και δυνατότητες. Αθήνα;1981κεφ.12.

121. Λιονής Χ. Ο ρόλος του γενικού γιατρού στα προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Στρογγυλή Τράπεζα 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 1995.

122. Devroey D, Van Casteren V, De Lepeleire J. Revealing regional differences in the institutionalisation of adult participants in homes for the elderly and nursing homes: results of the Belgian network sentinel GPs. *Fam Pract* 2001; 18:39-41.

123. Andersson M, Gottfries CG. Nursing home patients and patients with home care services differences in their ability to take care of themselves. *Lakartidningen* 1988; 85: 4619-24.

124. Whitlatch CJ, Schur D, Noelker LS, Ejaz FK, Looman WJ. The stress process of family care giving in institutional settings. *Gerontologist* 2001;41:462-73.

125. DiBartolo MC. Caregiver burden. Instruments, challenges, and nursing implications for individual disease and their caregivers. *J Gerontol Nurs* 2000; 26:46-53.

126. Clyburn LD, Stones MJ, Hadjistavropoulos T, Tuokko H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *J Gerontol Psychol Sci Soc Sci* 2000; 55:S2-S13.

127. Γκούμα Ε, Γκούμα Ε, Ευδαίμων Α, Χρυσοβελίδη Α. Ανάγκες σε υπηρεσίες υγείας στην Α' βάρθμια φροντίδα υγείας. Διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας υγείας, τομέας Αρχών Διοίκησης & Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας, τμήμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, 1996-97.

128. Ζηλίδης Χ. Τα Κέντρα υγείας στη Β. Ελλάδα: Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της ΠΦΥ. Θεσ/νίκη: εκδ University Studio Press;1995.

129. Μποσταντζόγλου Σ. Οι αναστρέψιμες άνοιες. Στο Μεντενόπουλος Γ δορυφορικό συμπόσιο Non Alzheimer Dementia. 110 συνέδριο της Νευρολογικής και Ψυχιατρικής Εταιρείας Νότιο-Ανατολικής Ευρώπης 1996; Σελ 37-48.
130. Viftrup JE, Pedersen BO. Dementia and pseudodementia in municipality of Ringkobing. *Ugeskr Laeger* 2000;162:3334-38.
131. Lamb HM, Goa KL. Rivastigmine. A pharmacoeconomic review of its use in Alzheimer's disease. *Pharmacoeconomics* 2001;19:303-18.
132. Relkin N. Screening and early diagnosis of dementia. *Am J Manag Care* 2000;6:S1111-8; discussion S1119-24.
133. Fillit H, Cummings J. Practice guidelines for the diagnosis and treatment of Alzheimer's disease in a managed care setting: Part II-- H Pharmacologic therapy. Alzheimer's Disease (AD) Managed Care Advisory Council. *Manag Care Interface* 2000;13:51-56.
134. Almkvist A, Winblad B. Early diagnosis of Alzheimer dementia based on clinical and biological factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999;249:3-9.
135. van Crevel H, van Gool WA, Walstra GJ. Early diagnosis of dementia: which tests are indicated? What are their costs? *J Neurol* 1999; 246:73-78.
136. Lampley-Dallas VT. Incompetence: update on the diagnosis of Alzheimer's disease. *Okla State Med Assoc* 1999; 2:61-65.
137. Montgomery SA. Efficacy and safety of the selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in elderly patients. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13 :49-54.
138. Barbey JT, Roose SP. SSRI safety in overdose. *J Clin Psychiatry* 1998;59:42-48.
139. Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRI's on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19:67-85.
140. Kyle CJ, Petersen HE, Overo KF. Comparison of the tolerability and efficacy of citalopram and amitriptiline in elderly depressed patients treated in general practice. *Depress Anxiety* 1998; 8:147-53.
141. Isometsa E, Seppala I, Henriksson M, Kekki P, Lonnqvist J. Inadequate dosaging in general practice of tricyclic vs. other antidepressants for depression. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:451-54.
142. Shelton RC. Treatment options for refractory depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:57-61.
143. Montgomery SA, Kasper S. Depression: a long – term illness and its treatment. *Int Clin Psychopharmacol* 1998;13:23-26.

144. Hopman-Rock M, Tak EC, Staats PG, Jonker C, Wind AW. Indicators of early Alzheimer in family practice. A validation of the observation list of early symptoms of dementia. *Tijdschr Gerontol geriatr* 2001;32:74-81.
145. Boise L, Camicioli R, Morgan DL, Rose JH, Congleton L. Diagnosing dementia: perspectives of primary care physician. *Gerontologist* 1999; 39:457-64.
146. Lionis C. Are Primary Care Physicians Able to Assess Dementia? An Estimation of Their Capacity After a Short – Term Training Program in Rural Crete. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:315.
147. Από το λεύκωμα «ΧΡΥΣΟΥΠΟΛΗ» εκδόθηκε από το Δήμο Χρυσούπολης τον Μάιο του 1995.
148. Ζηλίδης Χ. Το μεταπολεμικό σχέδιο της Ελληνικής Πολεμικής περιθαλψης. Στο: Ζηλίδης Χ. Τα Κέντρα υγείας στη Β. Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της ΠΦΥ. Θεσ/νίκη: εκδ University Studio Press;1995. σελ 24-25.
149. Ζηλίδης Χ. Θεσμικό πλαίσιο και σχεδιασμός των Κέντρων Υγείας στην Ελλάδα. Στο Χ Ζηλίδης: Τα Κέντρα υγείας στη Β. Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της ΠΦΥ. Θεσ/νίκη:εκδ University Studio Press;1995. 37-44.
150. Θεοτοκά Ι, Λιάππας Ι, Χριστοδούλου ΓΝ. Ευρωπαϊκές οδηγίες για την εκτίμηση των ασθενών με άνοια. Στο: Κώστα –Τσολάκη ΜΧ. Θεσ/νίκη: Πρακτικά 1ου Πανελληνίου συνεδρίου Ν Alzheimer 13-16 Ιανουαρίου; 2000. σελ 217-21.
151. Canadian Committee Consensus on the Assessment of Dementia. *Canadian Medical Association Journal* 1991; 144: 851-53.
152. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of the patient for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12: 189-96.
153. Blessed G, Black SE, Butler T. The diagnosis of dementia in the elderly. A comparison of CAMCOG AGE CAT program, DSM II, The MMSE and some short rating scales. *Brit J Psychiatr* 1991; 159:193-98.
154. Clarke M, Jagger C, Anderson J, Battcock T, Kelly F, Stern MC. The prevalence of dementia in a total population: a comparison of two screening instruments. *Age ageing* 1991; 20:396-403.
155. Fountoulakis C, Tsolaki M, Chazi H, Kazis A. Mini Mental State Examination (MMSE): A validation study in demented patients from the elderly Greek population. *Encephalos (abstract in English)* 1994; 31: 93-102.
156. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982;139:1136-39.

157. Hachinski VC, Illife LD, Du Boulay GH. Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol* 1975; 32: 632-37.

158. Καραγεωργίου Κ. Γήρανση και εγκέφαλος. Στο Δ. Ίκκος «Τρίτη Ηλικία» Κλινικά Φροντιστήρια, Αθήνα: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών; 1991. σελ 61-86.

159. Sheikh JA, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS) recent findings and development of a shorter version. In: *Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention.* : Brink TL (ed). New York: Howarth Press, 1986.

160. D'Ath P, Katona P, Mullan E. Screening detection and management of depression in elderly primary care attenders. I: the acceptability and performance of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the development of short versions. *Fam Practice* 1994; 1:260-66.

161. Fountoulakis KN, Tsolaki M, Iakovides A, Yesavege J, O' Hara R, Kazis A, Ierodiaconou C. the validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging (Milano)* 1999; 11:367-72.

162. Holmen K, Ericsson K, Anderson L, Winbland B. ADL capacity and loneliness among elderly persons with cognitive impairment. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 56-60.

163. Cohen ME, Marino RJ. The tools of disability outcomes research functional status measures. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81:S21-29.

164. Zuccala G, Onder G, Pedone C, Cocchi A, Carosella L, Cattell C, et al. Cognitive dysfunction as a major determinant of disability in patients with heart failure a multicentre survey. On behalf of the GIFA(SIGG-ONLUS) Investigators. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70:109-12.

165. Britton A, Russell R. Multidisciplinary team interventions for delirium in patients with chronic cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000395.

166. Powell H, Lim LL, Heller RF. Accuracy of administrative data to assess co morbidity in patients with heart disease. An Australian perspective. *J Clin Epidemiol* 2001;54:687-93.

167. Merkli H, Pal E, Horvathne VI. Clinical characteristics of subcortical arteriosclerotic encephalopathy (Binswanger's disease). *Orv Hetil* 2001;142:1221-26.

168. Lesnik SA, Oberstein R, van Den Boom R, van Buchem MA, van Houwelingen HC, Bakker E, Vollebregt E, et al. Cerebral microbleeds in CADASIL. *Neurology* 2001; 57:1066-70.

169. Yoshida K, Yamamoto T, Mori K, Maeda M. Reversible posterior leukoencephalopathy syndrome in a patient with hypertensive encephalopathy-case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2001; 41:364-69.

170. Gonzalez-Gross M, Marcos A, Pietrzik K. Nutrition and cognitive impairment in the elderly. *Br J Nutr* 2001;86:313-21.

171. Lindeman RD, Romero LJ, LaRue A, Yau CL, Schade DS, Koehler KM, et al. A biethnic community survey of cognition in participants with type 2 diabetes, impaired glucose tolerance, and normal glucose tolerance: the New Mexico elder health survey. *Diabetes Care* 2001;24:1567-72.

172. Bruce DG, Harrington N, Davis WA, Davis TM. Dementia and its associations in type 2 diabetes mellitus: The Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Res Clin Pract* 2001;53:165-72.

173. Yanagisawa M, Planel E, Ishiguro K, Fujita SC. Starvation induces tau hyperphosphorylation in mouse brain: implications for Alzheimer's disease. *FEBS Lett* 1999; 461:329-33.

174. Pedersen WA, Culmsee C, Ziegler D, Herman JP, Mattson MP. Aberrant stress response associated with severe hypoglycemia in a transgenic mouse model of Alzheimer's disease. *J Mol Neurosci* 1999;13:159-65.

175. Griffith DN, Yudkin JS. Brittle diabetes in the elderly. *Diabet Med* 1989; 6:440-43.

176. Downes JJ, Priestley NM, Doran M, Ferran J, Ghadiali E, Cooper P. Intellectual, mnemonic, and frontal functions in dementia with Lewy bodies: A comparison with early and advanced Parkinson's disease. *Behav Neurol* 1998;11:173-83.

177. Hsu YY, Du AT, Schuff N, Weiner MW. Magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopy in dementias. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001 Fall; 14:145-66.

178. del Val Fernandez J, Catalan Alonso MJ. Dopaminomimetic psychosis in Parkinson's disease: first symptom of early dementia? *Rev Neurol* 2001; 32:1085-87.

179. Rhodin JA, Thomas T. A vascular connection to Alzheimer's disease. *Microcirculation* 2001; 8:207-20.

180. Henderson S. Epidemiology of dementia. *Ann Med Interne (Paris)* 1998;149:181-86.

181. Weinstock M, Kirschbaum-Slager N, Lazarovici P, Bejar C, Youdim MB, Shoham S. Neuroprotective effects of novel cholinesterase inhibitors derived from rasagiline as potential anti-Alzheimer drugs. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 939:148-61.

182. Ballard CG, Margallo-Lana M, Fossey J, Reichelt K, Myint P, Potkins D, et al. A 1-year follow-up study of behavioural and psychological symptoms in dementia among people in care environments. *J Clin Psychiatry* 2001;62:631-6.

183. Ambo H, Meguro K, Ishizaki J, Shimada M, Yamaguchi S, Sekita Y, et al. Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri Project. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16:780-88
184. Gill SS, Misiaszek BC, Brymer C. Improving prescribing in the elderly: a study in the long term care setting. *Can J Clin Pharmacol* 2001; 8:78-83.
185. Robinson JR. The natural history of mental disorder in old age: Alzheimer's disease and depressive illness compared. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 591-00.
186. Janzing J, Teunisse R, Bouwens P, van't Hof M, Zitman F. The course of depression in elderly subjects with and without dementia. *J Affect Disord* 2000; 57:49-54.
187. Janzing J, Bouwens P, Teunisse RJ, van't Hof M, Zitman F. The relationship between depression and mortality in elderly subjects with less severe dementia. *Psychol Med* 1999; 29:979-83.
188. Berkow R. Cardiovascular disorders. In: The Merk Manual of diagnosis and therapy. Published by Merk Sharp & Dohm Research Laboratories, Rahway, fifteenth edition, N.J 1987;pp 343- 573.
189. Stewart R, Liolitsa D. Type 2diabetes mellitus, cognitive impairment and dementia. *Diabet Med* 1999; 16:93-12.
190. Bond GE, Burr R, McCurry SM, Graves AB, Larson EB. Alcohol, aging, and cognitive performance in a cohort of Japanese Americans aged, the Kame project. *Int Psychogeriatr* 2001;13:207-23.
191. National Institute on Aging/Alzheimer's Association Working Group. Apolipoprotein E genotyping in Alzheimer's disease. *Lancet* 1996; 347:1091-95.
192. Organizing Committee, Canadian Concensus Conference on the Assessment of Dementia. *Canadian Medical Association Journal* 1991; 144:851-53.
193. Olafsdottir M, Marcusson J. Diagnosis of dementia at the primary care level. *Acta Neurol Scand* 1996; 165:58-62.
194. Walsh JR. Hematologic problems. In: Cassel CK et al., New York: eds. Geriatric medicine N.Y Springer; 1997. pp 627-36.
195. Lass P, Buscombe JR, Harber M, Davenport A, Hilson AJ. Cognitive impairment in patients with renal failure is associated with multiple-infarct dementia. *Clin Nucl Med* 1999; 24:561-65.
196. Giachino G, Jadarola AM, Chiappero F, Saltarelli M, Rosati C, Salomone M, et al. Comorbidity factors in the dialysis registries and the experience of the Piedmontese Registry. *Minerva Urol Nefrol* 1998; 50:65-69.

197. Rodrigues Jornet A, Garcia Garcia M, Hernando P, Ramirez Vaca J, Padilla J, Ponz E et al. Patients with end-stage chronic renal insufficiency on programmed withdrawal from dialysis. *Nefrologia* 2001; 21:150-59.
198. Kril JJ, Flowers D, Butterworth RF. Distinctive pattern of Bergmann glial pathology in human hepatic encephalopathy. *Mol Chem Neuropathol* 1997; 31:279-87.
199. Krieger S, Jauss M, Jansen O, Theilmann L, Geissler M, Krieger D. Neuropsychiatric profile and hyperintense globus pallidus on T1-weighted magnetic resonance images in liver cirrhosis. *Gastroenterology* 1996;111:147-55.
200. Weissenborn K, Ehrenheim C, Hori A, Kubicka S, Manns MP. Pallidal lesions in patients with liver cirrhosis: clinical and MRI evaluation. *Metab Brain Dis* 1995;10:219-31.
201. Ananth J, Swartz R, Burgoyne K, Gadasally R. Hepatic disease and psychiatric illness: relationships and treatment. *Psychother Psychosom* 1994; 62:146-59.
202. Asada T, Kobayashi M, Hirano M, Atobe M. An autopsy case of coexisting portal systemic encephalopathy and senile dementia of the Alzheimer type. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1993; 47:651-56.
203. Strachan J, Shepherd J. Hyponatraemia associated with the use of selective serotonin re-uptake inhibitors. *Aust N Z J Psychiatry* 1998 ;32:295-98.
204. Baar JM. Organic mood disorder, manic type, associated with hyponatremia: a case report. *Int J Psychiatry Med* 1994; 24:223-28.
205. Atchison JW, Wachendorf J, Haddock D, Mysiw WJ, Gribble M, Corrigan JD. Hyponatremia-associated cognitive impairment in traumatic brain injury. *Brain Inj* 1993;7:347-52.
206. Pentimone F, Del Corso L. Hyponatremia, cause of reversible dementia in the elderly. *Minerva Psichiatr* 1992; 33:165-67.
207. Faldt R, Passant U, Nilsson K, Wattmo C, Gustafson L. Prevalence of thyroid hormone abnormalities in elderly patients with symptoms of organic brain disease. *Aging (Milano)* 1996; 8:347-53.
208. Pozzi A, Gadola M, Maira G, Candrina R. Evaluation of the thyroid function in healthy aged patients residing in 2 geriatric institutions. *Recenti Prog Med* 1992;83:506-09.
209. Davey RX, Clarke MI, Webster AR. Thyroid function testing based on assay of thyroid-stimulating hormone: assessing an algorithm's reliability. *Med J Aust* 1996; 164:329-32.

210. Milward EA, Grayson DA, Creasey H, Janu MR, Brooks WS, Broe GA. Evidence for association of anemia with vascular dementia. *Neuroreport* 1999; 10:2377-81.
211. Carmel R, Gott PS, Waters CH, Cairo K, Green R, Bondareff W, et al. The frequently low cobalamin levels in dementia usually signify treatable metabolic, neurologic and electrophysiologic abnormalities. *Eur J Haematol* 1995; 54:245-53.
212. Douglas LS. Anemia in the elderly. *Am Fam Physician* 2000; 62:1565-72.
213. Bopp-Kistler I, Ruegger-Frey B, Grob D, Six P. Vitamin B12 deficiency in geriatrics. *Schwetz Med Prax* 1999; 88:1867-75.
214. Lerner AJ, Janssen JC, Cipolotti L, Rossor MN. Cognitive profile in dementia associated with vitamin B12 deficiency due to pernicious anaemia. *J Neurol* 1999; 246: 317-19.
215. Nilsson K, Gustafson L, Hultberg B. Improvement of cognitive functions after cobalamin/folate supplementation in elderly patients with dementia and elevated plasma homocysteine. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 609-14.
216. Essama -Tatjani JC, Guiland JC, Potier de Courcy G, Fuchs F, Richard D. Folate status worsens in recently institutionalized elderly people without evidence of functional deterioration. *J Am Coll Nutr* 2000; 19:392-404.
217. Koch HJ, Szecsey A, Raschka C. Severe bradyarrhythmia in a patient with Alzheimer's disease and a patient with cerebral ischaemia, both induced by acute distension of the bladder. *Int J Clin Pract* 2001; 55:323-25.
218. Breteler MB, Claus JJ, Grobbee DE, Hofman A. Cardiovascular disease and cognitive function in the elderly. Rotterdam study. *BJM* 1994; 308:1604-08.
219. Kozora E, Filley CM, Julian LJ, Cullum CM. Cognitive functioning in patients with chronic obstructive pulmonary disease and mild hypoxemia compared with patients with mild Alzheimer disease and normal controls. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1999;12:178-83
220. Incalzi RA, Gemma A, Marra C, Muzzolon R, Capparella O, Carbonin P. Chronic obstructive pulmonary disease. An original model of cognitive decline. *Am Rev Respir Dis* 1993;148:418-24.
221. Emery CF, Schein RL, Hauck ER, MacIntyre NR. Psychological and cognitive outcomes of a randomised trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychol* 1998; 17:232-40.
222. Luce A, McKeith I, Swann A, Daniel S, O'Brien J. How do memory clinics compare with traditional old age psychiatry services? *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16:837-45.

223. Ikeda M, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, Tachibana N, Komori K, et al. Increased prevalence of vascular dementia in Japan: A community-based epidemiological study. *Neurology* 2001; 57:839-44.
224. Aksoy FG, Lev MH. Dynamic contrast-enhanced brain perfusion imaging: technique and clinical applications. *Neuroimaging Clin N Am* 2001; 11:485-00.
225. Svendsen F, Hugdahl K, Wester K. Surgical treatment of normal pressure hydrocephalus. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121:1683-86.
226. Grabowski TJ, Cho HS, Vonsattel JP, Rebeck GW, Greenberg SM. Novel amyloid precursor protein mutation in an Iowa family with dementia and severe cerebral amyloid angiopathy. *Ann Neurol* 2001; 49:697-05.
227. DeCarli C. The role of neuroimaging in dementia. *Clin Geriatr Med* 2001; 17:255-79.
228. Bradshaw CB, Davis RL, Shrimpton AE, Holohan PD, Rea CB, Fieglin D, et al. Cognitive Deficits Associated With a Recently Reported Familial Neurodegenerative Disease: Familial Encephalopathy With Neuroserpin Inclusion Bodies. *Arch Neurol* 200; 58:1429-34.
229. Bonte FJ, Weiner MF, Bigio EH, 3rd White J. SPECT imaging in dementias. *J Nucl Med* 2001; 42:1131-33.
230. Holman BL, Johnson KA, Gerada B, Carvalho PA, Satlin A. The scintigraphic appearance of Alzheimer's disease: prospective study using technetium – 99m- HMPAO SPECT. *J Nucl Med* 1992; 8:978.
231. Kitabayashi Y, Ueda H, Tsuchida H, Iizumi H, Narumoto J, Nakamura K, et al. Relationship between regional cerebral blood flow and verbal fluency in Alzheimer's disease. *Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 55:459-63.
232. Keilp JG, Goryn M, Alexander GE, Stern Y, Prohovnik I. Cerebral blood flow patterns underlying the differential impairment in category vs. letter fluency in Alzheimer's disease. *Neuropsychologia* 1999; 37:1251-61.
233. Milo TJ, Kaufman GE, Barnes WE, Konopka LM, Crayton JW, Ringelstein JG, et al. Changes in regional cerebral blood flow after electro convulsive therapy for depression. *J ECT* 2001; 17:15-21.
234. Spiessl H, Marienhagen J, Stohr H, Klein HE. Aphasia and dementia. *Psychiatr Prax* 2001; 28:246-48.
235. Ell PJ, Britton KE. The Brain. In: Maisey's MN et al. Clinical Nuclear Medicine. Chapman and hall Medical, London 1991: 158-97.
236. Versijpt J, Decoo D, Van Laere KJ, Achten E, Audenaert K, D'Asseler Y, et al. 57Co SPECT, 99mTc-ECD SPECT, MRI and neuropsychological testing in senile dementia of the Alzheimer type. *Nucl Med Commun* 2001; 22:713-19.

237. Iacobini M, Baron JC, Frackowiak RS, Mazziotta JC, Lenzi GL. Emission tomography contribution to clinical neurology. *Clin Neurophysiol* 1999; 110:2-23.

238. Cohen RA, Paul RH, Zawacki TM, Sethi M, Ott BR, Moser DJ, et al. Single photon emission computed tomography, magnetic resonance imaging hyperintensity, and cognitive impairments in patients with vascular dementia. *J Neuroimaging* 2001; 11:253-60.

239. Pavics L, Grunwald F, Reichmann K. Regional cerebral blood flow single photoemission tomography with 99mTc-HMPAO and the acetazolamide test in the evaluation of vascular and Alzheimer's dementia. *Eur J Nucl Med* 1999; 26:239-45.

240. Γερασίμου ΠΓ. Μονοφωτονιακή τομογραφία του εγκεφάλου και άνοια. Στο: 1^ο Πανελλήνιο συνέδριο N Alzheimer, πρακτικά, επιμ έκδ Κώστα – Τσολάκη Μ, 13-16 Ιαν, 2000; Σελ 197-00.

241. Brodaty H. Caregivers and behavioural disturbances: effects and interventions. *Int Psychogeriatr* 1996;8:455-57.

242. Tariot PN, Blazina L. The psychopathology of dementia. In Handbook of dementing illnesses. Edited by JC Morris. New York: Marcel Dekker, 1994; pp 461-75.

243. Carrier L, Brodaty H. Mood and behaviour management. In Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's disease. Edited by S Gauthier. London: Martin Dunitz, 1996; 205-20.

244. Δεληγιάννης Α. Άσκηση και τρίτη ηλικία. Στο: Ιατρική της άθλησης. Εκδ University Studio Press, Θεσ/νικη 1992; σελ 66-70.

245. Αγγελόπουλου – Σακαντάμη Ν. Τρίτη ηλικία. Στο: Ειδική αγωγή. Βασικές αρχές και μέθοδοι. Εκδ Χριστοδουλίδη, κεφ 16:323-25.

246. Nebu A, Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, Maki N, Hokoishi K, et al. Relationship between blood flow kinetics and severity of Alzheimer's disease: assessment of severity using a questionnaire-type examination, Alzheimer's disease assessment scale, cognitive sub-scale (ADAS(cog)). *Dement Geriatr Cogn Disord* 2001; 12:318-25.

247. Hausotter W. Alzheimer disease- differential diagnosis and modern therapy. *Wien Med Wochenschr* 1999; 149:583-86.

248. Armitage P, Berry G. Statistical Methods in Medical Research. 2nd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1987.

249. Collett D. Modeling Binary Data. London: Chapman & Hall, 1991.

250. Gallo JJ, Ryan SD, Ford DE. Attitudes, knowledge and behavior of family physicians regarding depression in late life. *Arch Fam Med* 1999;8:249-56.

251. Katona CLE, Freeling P, Hinchliffe K. Recognition and management of depression in late life in general practice: a consensus statement. *Prim Care Psychiatry* 1995; 1:107-13.

252. Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989; 146:577-86.

253. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23:271-84.

254. Ιεροδιακόνου ΧΣ. Η προβληματική συμπεριφορά του αρρώστου προς το γιατρό. Στο: Ιεροδιακόνου ΧΣ «Ψυχιατρικές γνώσεις για εφαρμογή από κάθε γιατρό» εκδ Μαστορίδη ; Θεσσαλονίκη 2000;A4:58-78

255. Καπρίνης Γ. Οι έννοιες «φυσιολογικό» και «παθολογικό» στο Ιεροδιακόνου Χ, Φωτιάδης Χ, Δημητρίου Ε. Ψυχιατρική εκδ Μαστορίδη , Θεσ/νίκη 1988, κεφ 4: σελ89

256. Tierney MC, Szalai JP, Dunn E, Geslani D, McDowell I. Prediction of probable Alzheimer disease in patients with symptoms suggestive of memory impairment Value of the Mini-Mental State Examination. *Arch Fam Med* 2000; 9:527-32.

257. Buffum MD, Miaskowski C, Sands L, Brod M. A pilot study of the relationship between discomfort and agitation in patients with dementia. *Geriatr Nurs* 2001; 22:80-85.

258. Waite LM, Broe GA, Grayson DA, Creasey H. Preclinical syndromes predict dementia: the Sydney older persons study. *J Neurol Neurosurg psychiatry* 2001; 71:296-02.

259. Aeversson J, Skoog I. A longitudinal population study of the MMSE in very old: Relation to dementia and education. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000; 11:13-166-75.

260. Doody RS, Massman P, Dunn JK. A method for estimating progression rates in Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2001; 58: 449-54.

261. Fillenbaum G, Heyman A, Williams K, Prosnitz B, Burchett B. Sensitivity and specificity of standardized screens of cognitive impairment and dementia among elderly black and white community residents. *J Clin Epidemiol* 1990; 43: 651-60.

262. Richard E, Lemstra AW, Walstra GJ, van Gool WA. Evaluation of the therapeutic effects in individual patients with Alzheimer disease. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145:340-45.

263. Erkinjuntti T. Clinical deficits of Alzheimer's disease with cerebrovascular disease and probable VaD. *Int J Clin Pract Suppl* 2001; 120:14-23.

264. Roman G. Diagnosis of vascular dementia and Alzheimer's disease. *Int J Clin Pract Suppl* 2001; 120:9-13.
265. Chui HC, Mack W, Jackson JE, Mungas D, Reed BR, Tinklenberg J, et al. Clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia: a multicenter study of comparability and inter rate reliability. *Arch Neurol* 2000; 57:191-96.
266. Fried LP, Young Y, Rubin G, Bandeen-Roche K; WHAS II Collaborative Research Group. Self-reported preclinical disability identifies older women with early declines in performance and early disease. *J Clin Epidemiol* 2001;54:889-01.
267. Bae CY, Cho CY, Cho K, B Hoon Oh, Choi KG, Lee HS, Jung SP et al. A double blind, placebo-controlled, multicenter study of Cerebrolysin for Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:1566-71.
268. Reisberg B, Finkel S, Overall J, Schmidt-Gollas N, Kanowski S, Lehfeld H et al. The Alzheimer's disease activities of daily living international scale. *Int Psychogeriatr* 2001; 13:163-81.
269. Pohjasvaara T, Mantyla R, Ylikoski R, Kaste M, Erkinjuntti T. Comparison of different clinical criteria (DSM-III, ADDTC, ICD-10, NINDS-AIREN, DSM-IV) for the diagnosis of vascular dementia. *Stroke* 2000; 31:2952-57.
270. Gold G, Giannakopoulos P, Bouras C. Re-evaluating the role of vascular changes in the differential diagnosis of dementia. *Eur Neurol* 1998; 40:121-129.
271. Bennett D. Public health importance of vascular dementia and Alzheimer's disease. *Int J Clin Pract Suppl* 2001; 120:41-48.
272. Trikey H, Turton P, Harvey I, Wilcock G, Sharp D. Dementia and the Over-75 Check: the role of the primary care nurse. *Health Soc Care Community* 2000; 8:9-16.
273. Franssen EH, Souren LE, Torossian CL, Reisberg B. Equilibrium and limb coordination in mild cognitive impairment in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:463-69.
274. Lieberman D, Galinsky D, Fried V, Grinshpum Y, Mytlis N, Tylis R et al. Factors affecting the results of the clock drawing test in elderly patients hospitalised for rehabilitation. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14:325-30.
275. MacKnight C, Graham J, Rockwood K. Factors associated with inconsistent diagnosis of dementia between physicians and neurologists. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1294-99.
276. van Heugten CM, Dekker J, Deelman BG, Stehmann-Saris JC, Kinel P. Rehabilitation of stroke patients with apraxia: the role of additional cognitive and motor impairments. *Disabil Rehabil* 2000; 22:547-54.

277. Elias MF, Beiser A, Wolf PA, Au R, White RF, d'Agostino RB. The preclinical phase of Alzheimer disease: A 22-year prospective study of the Framingham Cohort. *Arch Neurol* 2000;57:808-13.

278. Forstl H, Bickel H, Lautenschlager N, Riemenschneider M, Kurz A. Forgetfulness and light cognitive impairment. What can tolerate? *MMW Fortschr Med* 2001; 143:23-27.

279. Skoog I. Risk factors for vascular dementia: a review. *Dementia* 1994; 5:137-44.

280. Pasquier F. Memory: therapeutic approach. Clinical evaluation. *Therapie* 2000; 55:513-19.

281. Patee JJ, Gustafson JM. Global brain failure in a nursing home resident population. *J Amer Ger Soc* 1984; 32:308-15.

282. Joseph A, Boulton C. Managed primary care of nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:1152-56.

283. Weyerer S, Mann AH, Ames D. Prevalence of depression and dementia in residents of old age homes in Mannheim and Camden. *Z Gerontol Geriatr* 1995;28:169-78.

284. Mann AH, Graham N, Ashby D. Psychiatric illness in the residential homes for the elderly: A survey in one London borough. *Age and Ageing* 1984; 13: 257-65.

285. Gurland BJ. The borderlands of dementia: the influence of sociocultural characteristics on rates of dementia occurring in senium. In: *Clinical Aspects of Alzheimer's Disease and Senile Dementia*. Miller NE and Cohen GD. eds Raven Press. New York 1981: 61-84.

286. Bowers J, Jorm AF, Henderson S, Harris P. General practitioners reported knowledge about depression and dementia in elderly patients. *Aust N Z J Psychiatry* 1992; 168-74.

287. Gauthier S, Thal L, Rossor M. The future diagnosis and management of Alzheimer's disease. In Gauthier S, ed. *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's disease*, 2nd ed. Martin Dunitz: London, 1999:279-91.

288. Melzer D, Izmirlian G, Leveille SG, Guralnik JM. Educational differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, mortality, and recovery. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 56:S294-01.

289. Michael K. Relationship of skeletal muscle atrophy to functional status: a systematic research review. *Biol Res Nurs* 2000;2:117-31.

290. Jagger C, Arthur AJ, Spiers NA, Clarke M. Patterns of onset of disability in activities of daily living with age. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:404-09.

291. Tan TL, Ding YY, Lee A. Impaired mobility in older persons attending a geriatric assessment clinic: causes and management. *Singapore Med J* 2001; 42:68-72.
292. Dai YT, Huang GS, Yang RS, Tsao JY, Yang LH. Effectiveness of a multidisciplinary rehabilitation program in elderly patients with hip fractures. *J Formos Med Assoc* 2001; 100:120-26.
293. Kupfer DJ. Long – term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 28-34.
294. Hylan TR, Dunn RL, Tepner RG, Meurgey F. Gaps in antidepressant prescribing in primary care in the United Kingdom. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13: 235-43.
295. Roossens JP, Poulalion L, Beigbeder I, Fesquet E, Becel B. Identification of factors hindering better management of patients with type 2 diabetes. *Diabetes Metab* 2000; 6:77-85.
296. Timmerman GM, Stuifbergen AK: Eating patterns in women with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 1999; 31:152-58.
297. Ownsworth TL, McFarland K: Memory rementation in long – term acquired brain injury : two approaches in diary training. *Brain Inj* 1999; 13:605-26.
298. Beckham JC, Feldman ME, Barefoot JC, Fairbank JA, Helms MJ et al: Ambulatory cardiovascular activity in Vietnam combat veteran with and without posttraumatic stress disorder. *J Consult Psychol* 2000;68:269-76.
299. Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E, Corbeau C. Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly: the Rancho Bernardo study. *Am J Epidemiol* 2001 15;153:596-03.
300. Salmon P. Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clin Psychol Rev* 2001; 21:33-61.
301. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta – analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2001; 332:763-78.
302. Russo-Neustadt A, Ha T, Ramirez R, Kesslak JP. Physical activity-antidepressant treatment combination: impact on brain-derived factor and behaviour in an animal model. *Behav Brain Res* 2001; 8:87-95.
303. Tylee A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J. Depres II (Depression Research in European Society II): a patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community. *International Clinical Psychopharmacology* 1999; 14:139-51.

304. Hogan DB, Mc Cracken PN. Associated medical conditions and complications. In Gauthier S, ed. *Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's disease*, 2nd ed. Martin Dunitz: London, 1999: 279-91.

305. Report of the quality Standards Subcommittee of the AAN 1994 (Report of the quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameters for diagnosis and evaluation of dementia. *Neurology* 1994; 44:2203-06.

306. Cummings JL, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L, Mittman B. Guidelines for Managing Alzheimer's Disease: Part I. Assessment. *Am Fam Physician* 2002; 65:2263-72.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

MMSE TEST

A) ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ

- | | | | |
|----|------------------------------|-----|-----------------------------------|
| 1. | Τι ημερομηνία έχουμε σήμερα; | 6. | Που βρισκόμαστε τώρα; (σπίτι, ΚΥ) |
| 2. | Τι έτος; | 7. | Σε ποιο χώρο ή μέρος; |
| 3. | Τι μήνα; | 8. | Σε ποια πόλη ή χωριό είμαστε; |
| 4. | Τι μέρα έχουμε σήμερα; | 9. | Σε ποιο νομό; |
| 5. | Τι εποχή έχουμε τώρα; | 10. | Σε ποια χώρα; |

B) ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ

**ΛΕΜΕ ΤΙΣ ΛΕΞΕΙΣ ΚΑΡΕΚΛΑ, ΦΟΥΣΤΑ,
ΠΟΔΗΛΑΤΟ ΚΑΙ ΖΗΤΟΥΜΕ ΝΑ ΤΙΣ
ΕΠΑΝΑΛΑΒΕΙ ΑΜΕΣΩΣ Ο ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΣ**

Γ) ΠΡΟΣΟΧΗ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΗΤΙΚΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ

- ✓ Ζητούμε από τον εξεταζόμενο να αφαιρεί από το 100, 7 μονάδες κάθε φορά. Σταματάμε μετά από 5 αφαιρέσεις.
- ✓ Αν ο εξεταζόμενος δεν μπορεί, του ζητάμε να προφέρει αντίστροφα τα γράμματα της λέξης «πέτρα» (αρτεπ). Σωστή θεωρείται η απάντηση, όταν το γράμμα τοποθετηθεί στη σωστή θέση σειράς.

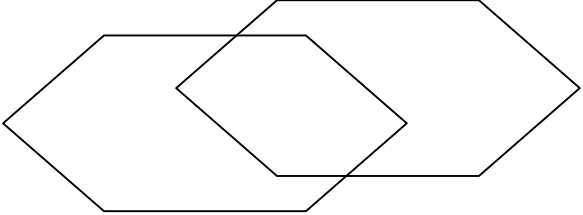
Δ) ΑΝΑΚΛΗΣΗ

**ΖΗΤΗΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟ ΝΑ
ΘΥΜΗΘΕΙ ΤΙΣ ΤΡΕΙΣ ΛΕΞΕΙΣ ΠΟΥ
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΣ ΕΠΑΝΕΛΑΒΕ. (ΚΑΡΕΚΛΑ,
ΦΟΥΣΤΑ, ΠΟΔΗΛΑΤΟ)**

Ε) ΓΛΩΣΣΑ

Ονομασίες

Δείχνουμε ένα ρολόι στον εξεταζόμενο ρωτώντας **τι κάνει αυτό;**
Κάνουμε το ίδιο με ένα μολύβι

Επανάληψη	Ζητάμε να επαναλάβει τις λέξεις “Παιδί, κλειδί, κλαδί”
Τριπλή παραγγελία	Δίνοντας ένα κομμάτι χαρτί του λέμε: α) πάρε αυτό το χαρτί με το δεξί σου χέρι, β) δίπλωσε το στη μέση και γ) ακούμπησέ το στο πάτωμα.
Ανάγνωση	Δείχνουμε μια κάρτα που γράφει: «κλείσε τα μάτια» και του λέμε να κάνει ότι γράφει.
Γραφή	Ζητάμε να γράψει αυθόρμητα μια πρόταση. Σωστή θεωρείται όταν υπάρχει ρήμα και υποκείμενο και είναι κατανοητή.
Αντιγραφή	 <p>Ζητάμε να αντιγράψει το σχήμα.</p>

Yesavege Geriatric Depression Screening Scale (GDSS)

(Short version)

Ναι / όχι

1.	<i>Είστε γενικά ευχαριστημένος από τη ζωή σας;</i>	
2.	<i>Έχετε αποτραβηχτεί από τις περισσότερες δραστηριότητες / ενδιαφέροντα σας;</i>	
3.	<i>Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;</i>	
4.	<i>Βαριέστε συχνά;</i>	
5.	<i>Έχετε καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό;</i>	
6.	<i>Φοβάστε ότι θα συμβεί κάτι κακό;</i>	
7.	<i>Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;</i>	
8.	<i>Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;</i>	
9.	<i>Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούρια πράγματα;</i>	
10.	<i>Αισθάνεστε να έχετε πρόβλημα στη μνήμη περισσότερο από τους άλλους;</i>	
11.	<i>Νομίζετε ότι είναι σπουδαίο το ότι ζείτε σήμερα;</i>	
12.	<i>Νομίζετε ότι δεν είστε αρκετά χρήσιμος στην κατάσταση που είστε σήμερα;</i>	
13.	<i>Αισθάνεστε ότι είστε γεμάτος από ζωντάνια ή από ενέργεια;</i>	
14.	<i>Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απογοητευτική;</i>	
15.	<i>Αισθάνεστε ότι ο περισσότερος κόσμος είναι καλύτερα από σας;</i>	

HACHINSKI SCALE:

1.	Αιφνίδια έναρξη	2
2.	Κυματοειδής εξέλιξη	2
3.	Ιστορικό ΑΕΕ	2
4.	Εστιακά νευρολογικά σημεία	2
5.	Εστιακά νευρολογικά συμπτώματα	2
6.	Σταδιακή επιδείνωση	1
7.	Αρτηριακή υπέρταση	1
8.	Σημεία αθηρωμάτωσης	1
9.	Νυχτερινή συγχυτική κατάσταση	1
10.	Σχετική διατήρηση της προσωπικότητας	1
11.	Κατάθλιψη	1
12.	Σωματικά ενοχλήματα	1
13.	Συναισθηματική αστάθεια	1

Εκφυλιστική<4, Αγγειακή>7

Συνεκτιμάται η παρουσία υποπυκνωτικών περιοχών στην αξονική τομογραφία

Κλίμακα σφαιρικής έκπτωσης (GDS)

- 1 -
- 2 Υποκειμενικές αιτιάσεις μνημονικής δυσκολίας. Ουδέν από την εξέταση.
- 3 Δυσκολίες στην εργασία, στην ομιλία, στη μετακίνηση σε άγνωστο περιβάλλον, αντιληπτές από τον περίγυρο. Διαταραχές της μνήμης, κατά την κλινική εξέταση.
- 4 Περιορισμένη δυνατότητα: μετακινήσεων, αρίθμησης, ανάκλησης γεγονότων της επικαιρότητας.
- 5 Ανάγκη βοήθειας στην επιλογή κατάλληλου ρουχισμού, αποπροσανατολισμός στο χρόνο και/ ή τόπο, προβληματική ανάκληση ονομάτων εγγονών.
- 6 Ανάγκη επίβλεψης κατά το φαγητό και την ικανοποίηση φυσικών αναγκών, ανεπαρκής έλεγχος σφικτήρων, αποπροσανατολισμός στο χρόνο, τόπο και πιθανόν στα πρόσωπα.
- 7 Βαριά διαταραχή του λόγου, ακράτεια και μυϊκή υπερτονία.

(Reisberg et al 1982)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ημερομηνία:

Κωδικός ασθενούς:

ΤΜΗΜΑ Ι:

Όνοματεπώνυμο:

I. Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Το τηλέφωνο κάνει:

ο ίδιος

σύζυγος

αδελφός

παιδιά

άλλος

Ημερομηνία γέννησης:

Ηλικία:

Συνταξιούχος (ταμείο):

Προηγούμενο επάγγελμα:

Προηγούμενες επαφές με τις υπηρεσίες Υγείας:

Πότε και από ποιόν διαγνώστηκε η νόσος:

Τώρα από ποιόν παρακολουθείται:

Στοιχεία ασθενούς

A. Φύλο:

0. Άνδρας 1. Γυναίκα

B. Παρούσα οικογενειακή κατάσταση:

1. Ανύπαντρος 2. Παντρεμένος 3. Σε διάσταση
4. Διαζευγμένος 5. Χήρος/α 0. Άλλο
Καθορίστε...

Γ. Επίπεδο μόρφωσης:

0. Στοιχειώδης 1. Μέση 2. Ανώτερη 3. Ανώτατη

Δ. Τόπος συνέντευξης:

1. Σπίτι 2. ΚΥ 3. Ίδρυμα 0. Άλλο
Καθορίστε...

E. Ατομικό ιστορικό:

α-Υπαρξη διαβήτη

0. Όχι 1. Ναι

β-Υπαρξη υπέρτασης

0. Όχι 1. Ναι

γ-Ιστορικό τραυματισμού κεφαλής

0. Όχι 1. Ναι

δ-Ιστορικό καρδιακής προσβολής

0. Όχι 1. Ναι

ε-Ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου

0. Όχι 1. Ναι

στ-Ιστορικό N. Parkinson

0. Όχι 1. Ναι

ζ-Ιστορικό κατάθλιψης

0. Όχι 1. Ναι

Άλλο καθορίστε:

ΣΤ. Οικογενειακό ιστορικό

I. Μητέρα

α. Ύπαρξη διαβήτη

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

β. Ύπαρξη υπέρτασης

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

γ. Ύπαρξη εγκεφαλικού

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

δ. Ύπαρξη N. Parkinson

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

ε. Ύπαρξη S. Down

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

στ. Ύπαρξη άνοιας

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

Άλλο νόσημα, καθορίστε:

II. Πατέρας

α. Ύπαρξη διαβήτη

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

β. Ύπαρξη υπέρτασης

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

γ. Ύπαρξη εγκεφαλικού

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

δ. Ύπαρξη N. Parkinson

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

ε. Ύπαρξη S. Down

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

στ. Ύπαρξη άνοιας

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

Άλλο νόσημα, καθορίστε:

III. ΑΔΕΛΦΟΙ / ΑΔΕΛΦΕΣ

α. Ύπαρξη διαβήτη

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

β. Ύπαρξη υπέρτασης

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

γ. Ύπαρξη εγκεφαλικού

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

δ. Ύπαρξη N. Parkinson

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

ε. Ύπαρξη S. Down

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

στ. Ύπαρξη άνοιας

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

Άλλο νόσημα, καθορίστε:

IV. ΓΙΟΙ ΚΑΙ ΘΥΓΑΤΕΡΕΣ

α. Ύπαρξη διαβήτη

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

β. Ύπαρξη υπέρτασης

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

γ. Ύπαρξη εγκεφαλικού

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

δ. Ύπαρξη N. Parkinson

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

ε. Ύπαρξη S. Down

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

στ. Ύπαρξη άνοιας

0. Όχι 1. Ναι 2. Δεν ξέρω

Άλλο νόσημα, καθορίστε:

ΤΜΗΜΑ ΙΙ

(Οι ερωτήσεις απευθύνονται στους ηλικιωμένους)

i. Ζείτε μόνος/ η;

0. Όχι

B¹ - Αν όχι πόσοι ενήλικοι (άνω των 18 ετών) ζουν μαζί σας;

B² - Αν όχι πόσα παιδιά (0-7 ετών) ζουν μαζί σας;

1. Ναι

ii. Τύπος κατοικίας.

Κατοικείται σε ίδρυμα; Όχι Ναι

Αν όχι..

- **B¹** - Το σπίτι σας είναι δικό σας;

Όχι Ναι

- **B²** - Το νοικιάζεται;

Όχι Ναι

- **B³** - Ανήκει σε κάποιο συγγενή;

Όχι Ναι

(απευθύνεται στους ηλικιωμένους ασχέτου τύπου κατοικίας)

iii. Σε ποιο πάτωμα ζείτε;

iv. Υπάρχει ασανσέρ;

Όχι Ναι

v. Υπάρχει τηλέφωνο;

Όχι Ναι

vi. Υπάρχει κεντρική θέρμανση;

Όχι Ναι

- αν όχι ας περιγραφεί το είδος της θέρμανσης

vii. Υπάρχει τουαλέτα μέσα στο σπίτι;

Όχι Ναι

viii. Υπάρχει Λουτρό;

Μπανιέρα Ντους

ix. Υπάρχει ζεστό νερό διαθέσιμο στο σπίτι;

Όχι Ναι

x. Υπάρχει τηλεόραση και ραδιόφωνο στο σπίτι;

Όχι Ναι

xi. Αν ναι τα χρησιμοποιείται συνήθως κάθε μέρα;

Όχι Ναι

xii. Υπάρχουν στη γειτονιά σας καταστήματα ώστε να διευκολύνεστε στα ψώνια σας;

Όχι Ναι

xiii. Είστε γενικά ευχαριστημένοι από το σπίτι σας;

Όχι Ναι

xiv. Υπάρχουν συγγενείς ή φίλοι που μένουν κοντά σας ή αναγκάζεστε να μετακινηθείτε για να τους βρείτε;

Όχι Ναι

xv. Εάν αναγκάζεστε να ταξιδέψετε με τι μέσον το κάνετε;

με λεωφορείο

με ταξί

με το αυτοκίνητό μου

με το αυτοκίνητο συγγενών ή φίλων

xvi. Πότε πήγατε τελευταία φορά διακοπές, ή λουτρά;

ΤΜΗΜΑ ΙΙΙ

(Οι ερωτήσεις σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και τις δραστηριότητες του ηλικιωμένου σύμφωνα με το ADL)

Αν χρειάζεστε βοήθεια στην εκτέλεση των καθημερινών σας δραστηριοτήτων απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς κατά σειρά:

1.

2.

1. **Καθαρίζεται μόνος/η το σπίτι σας;** Όχι Ναι

αν όχι

- σας βοηθούν μόνο στις βαριές δουλειές;
- μοιράζεστε όλες τις δουλειές με κάποιον άλλο;
- καθοδηγείτε απλώς τη διεξαγωγή της δουλειάς;
- δεν είστε σε θέση να κάνετε καμιά δουλειά;

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

1.

2.

3.

2. **Κάνετε τις αγορές σας μόνος σας;** Όχι Ναι

αν όχι

- σας βοηθούν μόνο όταν είναι πολλά
- μοιράζεστε όλη τη δουλειά με κάποιον άλλο
- καθοδηγείται απλώς τη διεξαγωγή των αγορών
- δεν είστε σε θέση να κάνετε καμιά αγορά

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

1.

2.

3.

3. **Κατά τις μετακινήσεις σας από το σπίτι χρειάζεστε βοήθεια;** Όχι Ναι
αν ναι

- χρειάζεστε απλώς κάποια υποστήριξη για ασφάλεια
- χρειάζεστε οπωσδήποτε δεύτερο άτομο
- δεν μετακινήστε με τα πόδια
- δεν βγαίνετε καθόλου από το σπίτι

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

- 1.
- 2.
- 3.

4. **Την παρασκευή τροφής -μαγείρεμα- το κάνετε μόνος /η;** Όχι Ναι
αν όχι

- χρειάζεστε απλώς κάποια βοήθεια
- μοιράζεστε όλη τη δουλειά με κάποιον άλλο;
- καθοδηγείται απλώς τη διεξαγωγή της δουλειάς;
- δεν είστε σε θέση να μαγειρέψετε

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

- 1.
- 2.
- 3.

5. **Κάνετε μπάνιο μόνος σας;** Όχι Ναι
αν όχι

- χρειάζεστε απλώς κάποια βοήθεια
- χρειάζεστε οπωσδήποτε δεύτερο άτομο
- το μπάνιο γίνεται με την καθοδήγησή σας
- δεν είστε σε θέση να κάνετε μπάνιο

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

1.

2.

3.

6. **Ντύνεστε μόνος /η;** Όχι Ναι

αν όχι

- χρειάζεστε απλώς κάποια βοήθεια
- χρειάζεστε οπωσδήποτε δεύτερο άτομο
- καθοδηγείται απλώς τη διαδικασία του ντυσίματος
- δεν είστε σε θέση να ντυθείτε

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

1.

2.

3.

7. **Πηγαίνετε τουαλέτα μόνος /η;** Όχι Ναι

αν όχι

- χρειάζεστε απλώς κάποια βοήθεια
- χρειάζεστε οπωσδήποτε δεύτερο άτομο
- Δεν μετακινούμε για το μπάνιο, (ο ηλικιωμένος χρησιμοποιεί πάπια)
- απώλεια του ελέγχου των σφιγκτήρων

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

1.

2.

3.

8. **Στο σπίτι μετακινήστε μόνος /η;** Όχι Ναι

αν όχι

- χρειάζεστε απλώς κάποια βοήθεια, στήριξη
- χρειάζεστε οπωσδήποτε δεύτερο άτομο
- η μετακίνηση γίνεται μόνο με αναπηρική

καρέκλα

- δεν υπάρχει μετακίνηση

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

- 1.
- 2.
- 3.

9. Πάσχετε από ακράτεια; Όχι Ναι

αν ναι

- υπάρχει ακράτεια στην προσπάθεια
- κάπου-κάπου βρέχει το κρεβάτι
- ημερήσια ακράτεια ούρων
- ακράτεια ούρων και κοπράνων

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

- 1.
- 2.
- 3.

10. Σχετικά με την ικανότητα πρόσληψης τροφής. Τρώτε μόνος /η; Όχι Ναι

αν όχι

- δυσκολεύεστε με τα μαχαιροπήρουνα
- χρειάζεστε βοήθεια σε ορισμένες τροφές
- τρώει με τα χέρια στερεές τροφές
- πρέπει να τον ταΐσουν

-Αν τελικά χρειάζεστε βοήθεια απαριθμήστε τους τρεις σημαντικότερους βοηθούς σας κατά σειρά:

- 1.

2.

3.

ΤΜΗΜΑ IV

(Ερωτήσεις που αφορούν την επαφή του με ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό)

A. Υπάρχει συνήθως ένας γιατρός στον οποίον εξετάζεστε; Όχι Ναι

B. Με τι συχνότητα τον επισκέπτεστε;

Σπάνια

Συχνά

Πολύ συχνά

Γ. Πότε εξετασθήκατε σε αυτόν τελευταία φορά; (Ημερομηνία)

Δ. Πόσα διαφορετικά φάρμακα πήρατε από το γιατρό ή το φαρμακοποιό σας την τελευταία φορά;

(να περιληφθούν όλα τα χάπια, υπόθετα, σιρόπια, σπρέι, σταγόνες για μάτια ,μύτη , αυτιά, αλοιφές, αυτοκόλλητα, ενέσεις)

αριθμός διαφορετικών φαρμάκων:

αναγραφή των φαρμάκων:

- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...
- ...

5. **Πότε έχετε επισκεφτεί οφθαλμίατρο τελευταία φορά; (Ημερομηνία)**

6. **Φοράτε γυαλιά;** Όχι Ναι

7. **Πότε εξετάσατε τα αυτιά σας τελευταία φορά; (Ημερομηνία)**

8. **Φοράτε ακουστικά;** Όχι Ναι

**Έντυπο υλικό για τους φροντιστές ηλικιωμένων με
γνωσιακές διαταραχές.**

**Πηγή: έντυπα της εταιρείας Alzheimer που τροποποιήθηκαν σύμφωνα
με τις ανάγκες των ηλικιωμένων της περιοχής από την Παυλίνα
Μερσίνογλου εργοθεραπεύτρια και Αργυριάδου Στέλλα Γ/Ο γιατρό.**

ΣΤΟΧΟΙ:

- ✓ Ανακούφιση του ασθενούς από το άγχος, που είναι συνέπεια της σύγχυσης
- ✓ Διατήρηση των καλών συνηθειών που υπάρχουν
- ✓ Διατήρηση του φυσικού μυϊκού τόνου όταν βέβαια είναι εφικτό

ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΙ:

Ασχολίες οι οποίες απαιτούν:

- ✓ Εκπαίδευση νέας διαδικασίας που προβλέπει
- ✓ κρίση ή ανάπτυξη πρωτοβουλίας
- ✓ Χρήση επικίνδυνων αντικειμένων όπως αιχμηρά αντικείμενα, αντικείμενα που το περιεχόμενό τους είναι καυτό, χημικά κλπ

**ΠΩΣ ΝΑ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΕΤΕ ΤΗΝ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΟΥ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

- ✓ Σταθείτε κοντά στον ασθενή
- ✓ Χρησιμοποιήστε συχνά το όνομά του
- ✓ Σταθείτε στο ύψος του και αντικρίστε τον κατάματα
- ✓ Αγγίξτε το σώμα του
- ✓ Μιλήστε του αργά και καθαρά
- ✓ Χρησιμοποιήστε μικρές, απλές και συγκεκριμένες λέξεις και προτάσεις
- ✓ Συνοδέψτε με χειρονομίες τις λέξεις σας
- ✓ Δώστε μόνο ένα μήνυμα κάθε φορά
- ✓ Χρησιμοποιήστε καταφατικές προτάσεις

ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΟΤΟ

- ✓ Μαχαιροπήρουνα και άλλα σκεύη προσαρμοσμένα ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή.
- ✓ Πιάτα βαριά, βαθιά και στρογγυλά ή πιάτα με το ένα χείλος κατακόρυφο.
- ✓ Αντιολισθητικά πατάκια κάτω από τα πιάτα, ή πιάτα με βεντούζες.
- ✓ Ποτήρια με καπάκι ή με δυο λαβές.
- ✓ Παιδικά ποτήρια με βαρίδι για να μην αναποδογυρίζουν.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΠΟΤΟ

- ✓ *Καθιερώστε συχνότερα μικρά γεύματα, αν ο ασθενής ξεχνά ότι έφαγε*
- ✓ Αποφεύγετε έντονα σχέδια στα τραπεζομάντιλα γιατί προκαλούν σύγχυση
- ✓ Προσπαθείτε να δίνετε στον ασθενή αρκετά υγρά ώστε να αποφευχθεί η αφυδάτωση, η δυσκοιλιότητα, καταστάσεις που επιδεινώνουν τη σύγχυση
- ✓ Συμβουλευτείτε γιατρό αν παρουσιαστεί απώλεια όρεξης
- ✓ Ετοιμάστε φαγητό που να τρώγεται με τα χέρια αν ο ασθενής δυσκολεύεται με τα μαχαιροπήρουνα
- ✓ Μικρές μπουκιές περιορίζουν την ανάγκη για χρήση μαχαιριού
- ✓ Ετοιμάστε πολτοποιημένο φαγητό αντί να δίνετε παιδικές τροφές (αν δεν μπορεί να τα καταφέρει με τη στερεά τροφή) έτσι ώστε να αποφύγετε την αμηχανία

ΠΕΡΙΠΛΑΝΗΣΗ

- ✓ Αν ο ασθενής επιμένει να βγει έξω, συνοδέψτε τον και συγχρόνως παρακινήστε τον σε κάποια άλλη δραστηριότητα που θα τον πείσει να επιστρέψει στο σπίτι
- ✓ Αποφεύγετε τις αλλαγές στο σπίτι του ασθενούς, όσο μικρές και αν είναι, μπορεί να κάνουν ένα δωμάτιο ή κτίριο μη αναγνωρίσιμο
- ✓ Προειδοποιήστε τους φίλους και τους γείτονες ότι ο ασθενής έχει την τάση να περιπλανιέται και ζητήστε τους να τον προσέχουν
- ✓ Πείστε τον ασθενή να φοράει μια ταυτότητα – βραχιόλι με το όνομα διεύθυνση και αριθμό τηλεφώνου ή εναλλακτικά ράψτε μια πληροφοριακή καρτέλα στα ρούχα του
- ✓ Έχετε πάντα μια πρόσφατη φωτογραφία του ασθενούς, θα σας βοηθήσει σε περίπτωση αναζήτησής του σε περίπτωση που χαθεί

ΝΤΥΣΙΜΟ

Για να διευκολύνεται ο ασθενής στο ντύσιμο – γδύσιμο πρέπει:

- ✓ Τα ρούχα να είναι ένα μέγεθος μεγαλύτερο
- ✓ Να είναι ραμμένα σε απλή γραμμή (χωρίς πολλές πιέτες και κοψίματα)
- ✓ Τα κουμπιά να είναι λίγα και μεγάλα, να χρησιμοποιήστε Velcro (αυτοκόλλητη ταινία) φερμουάρ
- ✓ Να υπάρχει μεγάλο άνοιγμα στο λαιμό για να φοριούνται πιο εύκολα
- ✓ Να αντικατασταθούν τα παπούτσια με κορδόνια από παπούτσια παντοφλέ
- ✓ Να προτιμούνται στηθόδεσμοι που κουμπώνουν μπροστά

Να αποφεύγονται ζώνες και τιράντες

Βοηθήματα για το ντύσιμο:

βοηθήματα για τις κάλτσες (καλτσοφορετές)

βέργα ντυσίματος

κόκαλο παπουτσιού με μακριά λαβή

βοηθήματα για το κούμπωμα

Κείμενα – Σχεδιασμός: Πανλίνα Μερσίνογλου – Στέλλα

ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ (WC)

- ✓ Χρησιμοποιήστε πρόσθετο κάθισμα στο WC κινητό ή μόνιμο, για την ανύψωση της λεκάνης.
- ✓ Λαβές ή μπάρες στήριξης τοποθετούνται και από τις δυο πλευρές της λεκάνης
- ✓ Το καζανάκι του νερού προτιμάται να βρίσκεται στο πίσω μέρος της λεκάνης ώστε ο ασθενής να μπορεί να το φτάσει εύκολα, αν αυτό είναι τοποθετημένο ψηλά χρησιμοποιείται αλυσίδα
- ✓ Ενδείκνυται να τοποθετηθούν βρύσες αναμίξεως, γιατί απαιτούν μικρή προσπάθεια για να ανοίξουν ή να κλείσουν.

Προσοχή: *δεν πρέπει οι ασθενείς να χρησιμοποιούν τις βρύσες σαν πρόσθετες λαβές*

ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Για την ασφάλεια του ασθενή απαιτείται:

- ✓ Η χρήση αντολισθητικού τάπητα στο δάπεδο του λουτρού και αντολισθητικό χαλάκι στη μπανιέρα

Προσοχή: *ένα χρωματιστό χαλάκι μπορεί να κάνει ευκολότερο τον υπολογισμό του βάθους του νερού, αντίθετα όμως το πολύ σκούρο μπορεί να μοιάζει με τρύπα.*

- ✓ Λαβές στήριξης που τοποθετούνται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή για να μη γλιστράνε οι μπάρες στήριξης και οι λαβές όταν είναι βρεγμένες ή έχουν σαπουνάδα πρέπει να είναι ματ ή να έχουν εγκοπές.
- ✓ *Τοποθέτηση καθίσματος στη μπανιέρα. Το κάθισμα ενδείκνυται να είναι στο ίδιο ύψος με τη μπανιέρα.*
- ✓ Μην αφήνετε τον ασθενή να κλειδώνει την πόρτα του λουτρού
- ✓ *Η πόρτα του λουτρού είναι καλό να ανοίγει προς τα έξω γιατί αφενός διευκολύνει την έξοδο του ασθενή και αφετέρου είναι βοηθητική σε περίπτωση ατυχήματος*
- ✓ Όταν ο ασθενής κάνει μπάνιο συνιστάται η παρουσία και κάποιου άλλου στο σπίτι
- ✓ Προσοχή στη θερμοκρασία του νερού. Πολλές φορές διευκολύνει τον ασθενή η χρήση θερμομέτρου.

Βοηθήματα για το μπάνιο:

1. σφουγγάρια ή βούρτσες με μακριές λαβές
2. πετσέτε γάντι, ή πετσετάκι διπλωμένο στα δυο και ραμμένο σαν θήκη
3. θερμόμετρο για τη μέτρηση της θερμοκρασίας του νερού
4. αντικαταστήστε τις απλές πετσέτες με μπουρνούζι

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ
