

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής
Φροντίδας Χρόνιων Πασχόντων»

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Ιατρική Σχολή – Νοσηλευτική Σχολή

Διπλωματική Εργασία

“Επιθυμία επίσπευσης θανάτου και ψυχολογική κατάσταση σε
ανοϊκούς ασθενείς αρχόμενου σταδίου.

Στοιχεία φοιτητή: Βαρβέρη Αθηνά -Πηνελόπη

A.M:

Ιδιότητα: Νοσηλεύτρια

Επόπτης Καθηγητής: Ζυγογιάννη Άννα

Τριμελής Επιτροπή: Ζυγογιάννη Α., Μυστακίδου Κ., Βουμβουράκης
Κ.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ: Στο παρελθόν έχει μελετηθεί η σχέση της άνοιας με την κατάθλιψη και υπάρχει ένας αριθμός μελετών ως προς την επιθυμία που παρουσιάζουν ασθενείς με απειλητική για τη ζωή νόσο για την επίσπευση του θανάτου τους. Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να ερευνήσει την επιθυμία επίσπευσης θανάτου και τη σχέση της με την κατάθλιψη σε ασθενείς με άνοια αρχόμενου σταδίου.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Οι συμμετέχοντες ήταν 100 ασθενείς με αρχόμενη άνοια οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια: Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS) και Στάσεις Απέναντι στην Επίσπευση Θανάτου (HASD) και αξιολογήθηκαν ως προς το στάδιο της άνοιας με τα ερωτηματολόγια Γνωστική Εκτίμηση Μόντρεαλ (MoCA) και Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης (mmse).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η κατάθλιψη έχει σχέση με το στάδιο της άνοιας καθώς και την νόσο στην οποία οφείλεται το σύνδρομο. Τα δημογραφικά στοιχεία φαίνεται να έχουν και αυτά σχέση τόσο με την κατάθλιψη όσο και με την στάση ως προς την επίσπευση του θανάτου. Τέλος επιβεβαιώνεται μια ισχυρή σχέση μεταξύ κατάθλιψης και επιθυμίας επίσπευσης θανάτου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ : Η διάγνωση της κατάθλιψης στους ανοϊκούς ασθενείς θα πρέπει να γίνεται έγκαιρα και να θεραπεύεται το συντομότερο δυνατό. Σκοπός αυτού είναι η καθυστέρηση στην πορεία της νόσου. Η ανακουφιστική φροντίδα θα πρέπει να εφαρμόζεται στους ανοϊκούς ασθενείς ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου και ένας από τους σημαντικότερους λόγους είναι η πιθανή αλλαγή στη στάση τους ως προς την επιθυμία επίσπευσης του θανάτου τους.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ : Άνοια αρχόμενου σταδίου, γηριατρική κατάθλιψη, στάση ως προς την επιθυμία επίσπευσης θανάτου.

ABSTRACT

PURPOSE: The relationship between dementia and depression has been studied several times before, and there is a number of studies on the desire towards hastened death for patients with life threatening illness. The purpose of this study is to examine the desire towards hastened death and its relationship with depression in patients with early dementia.

METHOD: Participants were 100 patients with early dementia who completed the geriatric depression scale (GDS Greek version) and the schedule of attitudes towards hastened death (HASD Greek version) questionnaires and were assessed for dementia with the questionnaires Montreal cognitive assessment (MoCA Greek version) and a mini mental state examination (mmse Greek version).

RESULTS: Depression is related to the stage of dementia as well as to the disease which is the cause of the syndrome. Demographic data also appear to be related to both depression and attitude towards hastened death. Subsequently, a strong relationship between depression and the desire to hasten death is confirmed.

CONCLUSIONS: Depression in patients with dementia should be diagnosed and treated promptly. The purpose is to delay the course of the disease. Palliative care should be followed to demented persons despite the stage of the disease and one of the most important reasons is the potential change in their attitude towards hastening their death.

KEY WORDS: Early dementia, geriatric depression, desire to hasten death

Περιεχόμενα

<u>Γενικό Μέρος</u>	5
<u>Κεφάλαιο 1</u>	6
<u>1.1 Ιστορική Αναδρομή άνοιας & σύντομη περιγραφή της νόσου</u>	6
<u>1.2 Τύποι Άνοιας</u>	9
<u>1.3 Στοιχεία Επιπολασμού</u>	16
<u>1.4 Σταδιοποίηση άνοιας</u>	17
<u>1.5 Ανακουφιστική και άνοια</u>	21
<u>Κεφάλαιο 2</u>	25
<u>2.1 Ανοϊκός πληθυσμός και κατάθλιψη</u>	25
<u>2.2 Άνοια και επιθυμία επίστευσης θανάτου</u>	29
<u>Ειδικό Μέρος</u>	32
<u>Κεφάλαιο 3</u>	33
<u>3.1 Σημαντικότητα της Μελέτης</u>	33
<u>3.2 Υλικό και Μέθοδος</u>	33
<u>3.3 Ερωτηματολόγια</u>	35
<u>Κεφάλαιο 4</u>	38
<u>4.1 Στατιστική ανάλυση:</u>	38
<u>4.2 Αποτελέσματα:</u>	39
<u>Συζήτηση</u>	62
<u>Συμπεράσματα</u>	68
<u>Βιβλιογραφία</u>	70
<u>Παράρτημα</u>	78

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1 Ιστορική αναδρομή άνοιας & σύντομη περιγραφή της νόσου

Η ιστορία της άνοιας είναι πιθανόν τόσο παλιά όσο και η ανθρωπότητα . Οι αρχαίοι φιλόσοφοι έβλεπαν την ψυχική αποσύνθεση ως φυσιολογικό μέρος της γήρανσης. Ο επιπολασμός και η μελέτη της άνοιας αυξήθηκε λόγω της αύξησης του προσδόκιμου της ζωής των ανθρώπων. Στα τέλη του 18ου αιώνα, με την πρόοδο στην ιατρική, η ιατρική κοινότητα άρχισε να εξετάζει την αλλαγή της θεώρησης της άνοιας από μια φυσιολογική εξέλιξη της γήρανσης του εγκεφάλου σε μία ξεχωριστή ασθένεια. Η πιο συνηθισμένη άνοια πήρε το όνομα της το 1910, από τον Alois Alzheimer. (1,2,3)

Ο Alois Alzheimer, ο οποίος ήταν Γερμανός νευροπαθολόγος και εν συνεχεία καθηγητής της Ψυχιατρικής,, περιέγραψε το 1904 σε επιστημονικό συνέδριο κάποιες αλλαγές στο φλοιό του εγκεφάλου. Η περιγραφή του αυτή βασιζόταν σε μια γυναίκα 51 ετών, η οποία έπασχε από μια κατηγορία άνοιας. Νοσηλεύτηκε επί τέσσερα χρόνια από τον Alzheimer και πέθανε το 1906.(4,5,6) Το 1907 ο Alois Alzheimer δημοσίευσε μια σύντομη περιγραφή των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης γυναίκας. Συγκεκριμένα αναφέρθηκε στην έντονη ζήλια που εκδήλωσε η Augusta D. απέναντι στο σύζυγο της που την ακολούθησε απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης. Έχανε τον προσανατολισμό της ακόμα και στο ίδιο της το σπίτι. Επίσης παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες, ακουστικές ψευδαισθήσεις και παροδικά βρισκόταν σε παραλήρημα. (5) Στην νεκροψία παρατήρησαν ότι είχε γενικά ατροφικό εγκέφαλο χωρίς μικροσκοπικές βλάβες. Τα μεγάλα εγκεφαλικά αγγεία παρουσίαζαν αρτηριοσκλήρωση. Επίσης παρατηρήθηκαν κάποιες μυστηριώδεις βλάβες στα νευροϊνίδια, τα οποία συνέρχονταν σε παχιές δέσμες στις επιφάνειες των κυττάρων. Εκτός όλων των

παραπάνω υπήρχαν και πολλαπλές μικρές εστίες στον φλοιό που εμφάνιζαν μια ιδιάζουσα ουσία που ξεχώριζε χωρίς να χρειάζονταν να την χρωματίσουν.(5,6)

Άρα μπορούμε να πούμε, ότι ο Alois Alzheimer είχε από το 1906 περιγράψει όχι μόνο τα νευροϊνιδιακά τολύπια, αλλά και τις πλάκες αμυλοειδούς . Δύο χρόνια μετά τις παρατηρήσεις του Alzheimer ο Charles Ladame βοηθός στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Γενεύης, μελέτησε στο μικροσκόπιο 100 περίπου εγκεφάλους ασθενών με άνοια και περιέγραψε συνοπτικά τις φλοιώδεις βλάβες της γεροντικής άνοιας. Η νόσος θεωρήθηκε σπάνια και μέχρι το 1960 περίπου 100 δημοσιεύσεις αναφέρονται στη βιβλιογραφία. (7).

Από την εποχή εκείνη και μέχρι τη δεκαετία του 1970, μια αποδεκτή πρακτική των Γάλλων και άλλων Ευρωπαίων γιατρών ήταν η περιγραφή με το γενικό όρο “προγεροντικές” κάποιων εκφυλιστικών παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος ». (4) Τα χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων παθήσεων ήταν η έκπτωση της μνήμης, η ύπουλη έναρξη και η προσβολή ατόμων σε ηλικία περίπου 50 ετών. Οι παθήσεις αυτές θεωρούντο από τους γιατρούς πολύ σπάνιες, και η πιο σπάνια από αυτές ήταν η νόσος του Alzheimer(6,4)

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 στέλεχος.(7)

Τα τελευταία χρόνια ως άνοια ορίζεται ένα επίκτητο σύνδρομο μόνιμης διαταραχής των ανώτερων νοητικών λειτουργιών, απόρροια φυσικής πάθησης, με μη φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης και με αποτέλεσμα τη λειτουργική ανικανότητα (8). 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 κρίση(9) αλλά αυτά δεν έχουν καταστεί βασικά κριτήρια, καθώς θεωρείτε μέχρι τώρα ότι δεν έχουν επαρκή διαγνωστική εξειδίκευση(10)

Συμφώνα με τον ΠΟΥ η άνοια είναι ένας όρος ομπρέλα που χρησιμοποιείται για διάφορες ασθένειες που επηρεάζουν την μνήμη , άλλες γνωστικές ικανότητες και την συμπεριφορά και παρεμβαίνει σε μεγάλο βαθμό στην ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί τις καθημερινές του ανάγκες . Παρόλο που η ηλικία είναι ο γνωστότερος παράγοντας κινδύνου για την άνοια , η άνοια δεν είναι μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας της γήρανσης (11)

Η άνοια αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια επηρεάζοντας αρνητικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί και αυτή είναι μια κατάσταση που δεν ανατρέπεται. Η εγκεφαλική βλάβη επηρεάζει τη νοητική λειτουργία του ατόμου δηλαδή τη μνήμη και ένα σύνολο γνωστικών λειτουργιών, όπως είναι η προσοχή, η συγκέντρωση, η γλώσσα, η σκέψη κτλ. και αυτό, με τη σειρά του, έχει αντίκτυπο στη συμπεριφορά.(12,5)

Η άνοια δεν ακολουθεί πάντα την ίδια πορεία εξέλιξης. Σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάσταση του ασθενούς μπορεί να βελτιωθεί ή να παραμείνει σταθερή για ορισμένο χρονικό διάστημα. Ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων άνοιας μπορεί να είναι θεραπεύσιμες ή δυνητικά αναστρέψιμες, όπως στην περίπτωση που η άνοια εμφανίζεται λόγω όγκου στον εγκέφαλο, αλλά η πλειονότητα των περιπτώσεων έχει ως κατάληξη το θάνατο. Οι περισσότεροι προσβαλλόμενοι από αυτή τη νόσο συνήθως πεθαίνουν από κάποιες «επιπλοκές», όπως είναι η πνευμονία και η κακή διατροφή, παρά από την ίδια τη νόσο. Εάν όμως η άνοια ξεκινάει σε προχωρημένη ηλικία, οι επιπλοκές τείνουν να είναι λιγότερο σοβαρές(5)

1.2. Τύποι Άνοιας

Παρότι συχνά άνοια και νόσος του Alzheimer θεωρούνται συνώνυμα, η άνοια δεν είναι νόσημα αλλά μία παθολογική κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από επίκτητη και σοβαρή έκπτωση των νοητικών λειτουργιών που προκαλείται από την βλάβη του εγκεφάλου από διάφορα αίτια. Η Φαρμακευτική θεραπεία των ανοιών Σωκράτης Γ. Παπαγεωργίου Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών45(13)

Η νόσος του Alzheimer είναι ο πιο συνηθισμένος τύπος άνοιας. Ακολουθεί στη συχνότητα εμφάνισης η αγγειακή άνοια. Αυτή προκαλείται από μια σειρά μικρών εγκεφαλικών επεισοδίων (έμφρακτα) που επηρεάζουν την παροχή αίματος στον εγκέφαλο. Παρ' όλο που τα έμφρακτα αυτά είναι πολύ μικρά, ο συνδυασμός τους μπορεί να οδηγήσει το άτομο να δυσκολεύεται να σκεφτεί, να θυμηθεί, να επικοινωνήσει. Οι υπόλοιπες περιπτώσεις μπορεί να οφείλονται σε πολλά αίτια, π.χ. να είναι αποτέλεσμα Aids, νόσου Μπισβάνγκερ, νόσου του Creutzfeldt – Jakob, διάχυτη νόσου σωματίων του Lewy, σύνδρομο Gerstmann – Straussler – Scheinker, νόσου του Huntington, μεταβολικών νοσημάτων, νόσου του Pick και νόσο του Parkinson, καθώς και αποτέλεσμα χρήσης φαρμάκων (14,12,15)

Η άνοια ήταν και παραμένει μια κλινική διάγνωση, στην οποία οι εργαστηριακές εξετάσεις ή οι εξετάσεις απεικόνισης παρέχουν ακόμη μόνο υποστηρικτικά διαγνωστικά στοιχεία. Η διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει και ένα προσεκτικό ιστορικό.(16)

Το υπουργείο υγείας και το τμήμα ψυχικής υγείας έχουν εκδώσει οδηγό για την ταυτοποίηση του τύπου της άνοιας εκτός του απεικονιστικού ελέγχου σύμφωνα με τις νοητικές δυσλειτουργίες που παρουσιάζει ο κάθε ασθενής ανάλογα με τον τύπο της άνοιας από τον οποίο πάσχει.

Αρχικά τίθενται μερικά κοινά κριτήρια τα οποία θέτουν τις υποψίες πως υπάρχει ανοϊκή συνδρομή και πρέπει να υπάρξει παραπάνω διερεύνηση, τα οποία είναι τα εξής:

Βασικά (Πυρηνικά) Κλινικά Κριτήρια - Νοητικά ή Νευροψυχολογικά συμπτώματα, τα οποία:

1. Παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα στην εργασία ή στις συνήθεις δραστηριότητες

2. Αντανακλούν έκπτωση σε σχέση με προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας

3. Δεν αιτιολογούνται από παραλήρημα ή μείζονα ψυχιατρική διαταραχή

4. Η νοητική έκπτωση εκτιμάται μετά από:

- Ιστορικό από τον ασθενή και από κάποιο άλλο άτομο που γνωρίζει καλά τον ασθενή
- Αντικειμενική και ενδεδεγμένη νευροψυχολογική εκτίμηση

5. Οι νοητικές ή οι συμπεριφορικές διαταραχές προϋποθέτουν έκπτωση σε τουλάχιστον 2 από τους παρακάτω τομείς:

- Ικανότητα μάθησης και μνήμης νέων πληροφοριών
- Κρίση και επίλυση προβλημάτων
- Οπτικοχωρικές ικανότητες
- Γλωσσικές ικανότητες
- Αλλαγές στην προσωπικότητα

Και εν συνεχεία κατηγοριοποιούνται ανάλογα με τον τύπο της άνοιας ως εξής:

Νόσος Alzheimer κριτήρια:

Η οποία έχει ως βασικά (Πυρηνικά) κλινικά κριτήρια για την άνοια και επιπλέον χαρακτηριστικά τα εξής:

1. Ύπουλη – προοδευτική έναρξη
2. Ξεκάθαρο ιστορικό νοητικής επιδείνωσης.

Αρχικές και προεξέχουσες νοητικές ελλείψεις από το ιστορικό και την αξιολόγηση:

Μνημονικές εκδηλώσεις

Μη-μνημονικές εκδηλώσεις (λόγος, οπτικοχωρικές ικανότητες, εκτελεστική λειτουργία)

Πιθανή νόσος Alzheimer

ΠΡΟΣΟΧΗ

Η διάγνωση δεν τίθεται όταν υπάρχουν ενδείξεις για:

1. Συνυπάρχουσα εγκεφαλική νόσο
2. Άνοια με σωματίδια Lewy
3. Συμπεριφορικό τύπο μετωποκροταφικής άνοιας
4. Προοδευτική σημασιολογική άνοια ή προοδευτική μη ρέουσα αφασία
5. Άλλη παράλληλη νευρολογική ασθένεια
6. Χρήση φαρμάκων, που επηρεάζουν τη νόσηση. (17)

Αγγειακή Άνοια κριτήρια:

1. Άνοια
2. Αγγειακή εγκεφαλική νόσος

3. Σχέση μεταξύ των 2 προηγούμενων διαταραχών

4. Έναρξη της άνοιας σε διάστημα 3 μηνών μετά από ένα διαγνωσμένο έμφρακτο

5. Αιφνίδια επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών ή κυμαινόμενη σταδιακή εξέλιξη νοητικών ελλειμμάτων

Κλινικά χαρακτηριστικά που συμβαδίζουν με τη διάγνωση της πιθανής αγγειακής άνοιας:

1. Πρώιμη παρουσία διαταραχής στη βάδιση

2. Ιστορικό αστάθειας και συχνών απρόκλητων πτώσεων

3. Πρώιμη συχνουρία, επιθυμία προς ούρηση και άλλη ουρολογική νόσο

4. Ψευδοπρομηκική παράλυση

5. Διαταραχές της προσωπικότητας και της διάθεσης

Χαρακτηριστικά που κάνουν τη διάγνωση της αγγειακής άνοιας αβέβαιη:

1. Πρώιμη έναρξη ελλειμμάτων μνήμης και προοδευτική επιδείνωση μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών με απουσία αντίστοιχων εστιακών βλαβών στην απεικόνιση εγκεφάλου

2. Απουσία άλλων εστιακών νευρολογικών σημείων, εκτός από τις νοητικές διαταραχές

3. Απουσία αγγειακής εγκεφαλικής νόσου στη CT ή στην MRI

Κριτήρια Lund-Manchester Research (LMRC) για Μετωποκροταφική άνοια :

ΚΡΙΤΗΡΙΑ LUND-MANCHESTER RESEARCH (LMRC)

Νοητική έκπτωση με διαταραχή κρίσης και άρση αναστολών, παρορμητικότητα, κοινωνική αδεξιότητα

Τα ελλείμματα στην κρίση είναι δυσανάλογα με τα ελλείμματα μνήμης

1. Μετωπιαία άνοια

Διαταραχές συμπεριφοράς

Συναισθηματικές διαταραχές

Διαταραχές του λόγου

Διατήρηση του χωρικού προσανατολισμού και ευπραξίας

Ευρήματα στο ΗΕΓ στην νευροαπεικόνιση και στις δοκιμασίες

2. Πρωτοπαθής προοδευτική αφασία

Προσπάθεια στην παραγωγή του λόγου

Φωνολογικά και γραμματικά λάθη

Δυσκολία στην ανάκληση λέξεων

Δυσκολίες στην ανάγνωση και τη γραφή

Ασύμμετρη ακινησία και δυσκαμψία

Ασύμμετρη ατροφία

3. Σημασιολογική άνοια

Σοβαρή διαταραχή της αντίληψης των λέξεων και της κατονομασίας

Διατήρηση της ροής, της γραμματικής και της επανάληψης

Αδυναμία αναγνώρισης οπτικών εικόνων

Διατήρηση των οπτικοχωρικών ικανοτήτων και της μνήμης. (15)

Κριτήρια άνοιας με σωμάτια Lewy :

I. Κεντρικό χαρακτηριστικό: Προοδευτική νοητική έκπτωση, που παρεμβαίνει στη φυσιολογική κοινωνική ή εργασιακή λειτουργικότητα. Εξέχουσα ή επίμονη διαταραχή της μνήμης δε συμβαίνει απαραίτητα στα πρώιμα στάδια, αλλά συνήθως γίνεται εμφανής με την πρόοδο της νόσου. Ελλείμματα σε δοκιμασίες προσοχής, εκτελεστικής λειτουργίας, οπτικοχωρικής ικανότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερα εμφανή

Πυρηνικά χαρακτηριστικά:

1. Διακυμαινομένη νοητική λειτουργία με ιδιαίτερες διακυμάνσεις στην προσοχή και την εγρήγορση
2. Επαναλαμβανόμενες οπτικές ψευδαισθήσεις, συνήθως καλά σχηματισμένες και λεπτομερείς
3. Αυθόρμητα χαρακτηριστικά παρκινσονισμού

Υποδηλούντα χαρακτηριστικά:

1. Διαταραχή συμπεριφοράς ύπνου REM
2. Σοβαρή ευαισθησία στα νευροληπτικά
3. Χαμηλή πρόσληψη μεταφορέα ντοπαμίνης στα βασικά γάγγλια

Υποστηρικτικά χαρακτηριστικά:

1. Επαναλαμβανόμενες πτώσεις και συγκοπτικά επεισόδια
2. Παροδική, ανεξήγητη απώλεια συνείδησης
3. Σοβαρή δυσλειτουργία του ΑΝΣ
4. Ψευδαισθήσεις άλλου αισθητηριακού τύπου
5. Συστηματοποιημένα παραληρήματα
6. Κατάθλιψη

7. Σχετική διατήρηση μέσω κροταφικών δομών στην CT/MRI
8. Γενικευμένη χαμηλή πρόσληψη στο SPECT/PET διάχυσης με ελαττωμένη ινιακή δραστηριότητα
9. Ανώμαλο (χαμηλής πρόσληψης) MIBG μυοκαρδιακό σπινθηρογράφημα
10. Αυξημένη δραστηριότητα χαμηλών κυμάτων στο ΗΕΓ με παροδικά οξύαιχμα κύματα του κροταφικού λοβού.

Κριτήρια άνοιας λόγω νόσου του Parkinson:

Κεντρικό χαρακτηριστικό:

Έναρξη με παρκινσονισμό, εμφάνιση άνοιας αργότερα. Άνοια με ύπουλη έναρξη και αργή εξέλιξη στα πλαίσια διαγνωσμένης νόσου του Πάρκινσον.

Πυρηνικά χαρακτηριστικά:

1. Ελλείματα προσοχής.
2. Ελλείματα σε επιτελικές λειτουργίες.
3. Ελλείματα σε οπτικοχωρικές λειτουργίες.
4. Ελλείματα στην ανάκληση.

Υποδηλούντα χαρακτηριστικά:

1. Κατάθλιψη και άγχος.
2. Απάθεια.
3. Έλλειψη κινητοποίησης ή μειωμένο ενδιαφέρον για κοινωνικές δραστηριότητες.
4. Διαταραχές του ύπνου.
5. Οπτικές ψευδαισθήσεις(συνήθως ζώων ή παιδιών).

6. Παραλήρημα.(15,17)

1.3 Στοιχεία Επιπολασμού

Η διερεύνηση της άνοιας είναι ένα σοβαρό θέμα δημόσιας υγείας σύμφωνα με τις διεθνείς στατιστικές μελέτες και ιδιαίτερα για την Ελλάδα που έχει μεγάλο ποσοστό πληθυσμού άνω των 65ετών. Τα τελευταία πενήντα χρόνια ο μέσος όρος ζωής αυξήθηκε κατά δέκα χρόνια στην Ελλάδα σύμφωνα με την εθνική στατιστική εταιρία. Όμως, όσο ο πληθυσμός μεγαλώνει ηλικιακά, προστίθενται ποικίλες σωματικές και νοητικές δυσλειτουργίες, καθώς και άλλες επιβαρύνσεις της υγείας σε ποσοστό πάνω του 20% που δεν ανήκουν στη φυσιολογική πορεία της γήρανσης. Μελέτες πληθυσμιακών δειγμάτων άνω των 65 ετών επιβεβαιώνουν ότι η άνοια είναι συχνή ιατρική κατάσταση. Το 2005, 24,2 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως είχαν άνοια και 4,6 εκατομμύρια νέα περιστατικά της πάθησης αυτής εμφανίζονταν κάθε έτος. Τα νεότερα δεδομένα όμως είναι ακόμη πιο ανησυχητικά καθώς εκτιμάται πως 35,6 εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν με άνοια παγκοσμίως το 2010, ενώ οι αριθμοί αναμένεται να διπλασιαστούν σχεδόν κάθε 20 χρόνια σε 65,7 εκατομμύρια το 2030 και 115,4 εκατομμύρια το 2050.(16,17,18)

Ως προς τη γεωγραφική κατανομή, σε πληθυσμούς άνω των 60 ετών, ο υψηλότερος επιπολασμός άνοιας παρατηρείται στη Βόρειο Αμερική και τη Δυτική Ευρώπη (6,4% και 5,4% αντίστοιχα) ακολουθούμενος από τη Λατινική Αμερική (4,9%), την Κίνα και τις περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού (4,0%). Η ετήσια επίπτωση (νέα περιστατικά ανά πληθυσμό 1000 ατόμων) ανά γεωγραφική περιοχή εκτιμάται σε 10,5 για τη Βόρειο Αμερική, 8,8 για τη Δυτική Ευρώπη, 9,2 για τη Λατινική Αμερική και 8,0 για την Κίνα και τις περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού. Για όλους αυτούς τους πληθυσμούς, ο κίνδυνος για ανάπτυξη άνοιας και νόσου Alzheimer, της συχνότερης αιτίας άνοιας, αυξάνεται εκθετικά με τη γήρανση και η νόσος είναι εξαιρετικά συχνή στις μεγάλες ηλικίες: 2% του πληθυσμού ηλικίας 65-74 έχει άνοια, ποσοστό που ανεβαίνει στο 19% για τις

ηλικίες 75-84 και στο 42% για τους μεγαλύτερους των 85 ετών . Αυτή τη στιγμή στις ΗΠΑ πάνω από 5 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από νόσο Alzheimer, νούμερο που αναμένεται να ανέλθει σε πάνω από 13 εκατομμύρια το 2050.(19,20,21)

Ο επιπολασμός της άνοιας σε άτομα άνω των 70 ετών είναι 10% παγκοσμίως και στην Ελλάδα 6 %. Σύμφωνα με τα στοιχεία στην Ελλάδα υπάρχουν περίπου 100 – 120.000 διαγνωσμένοι ανοϊκοί. Ωστόσο θεωρείται ότι ο αριθμός των ανοϊκών είναι μεγαλύτερος, διότι η διάγνωση συνήθως μπαίνει μετά το θάνατο του ασθενή και αυτό συμβαίνει γιατί η ενημέρωση ως προς την πάθηση είναι ελλιπής. Επίσης υπάρχουν μελέτες, οι οποίες δείχνουν πως οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από άνοια σε σχέση με τους άντρες. Αυτό όμως μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερα χρόνια από τους άντρες. (17)

Στην Ελλάδα, η ασθένεια τώρα αρχίζει να γίνεται γνωστή με τη πραγματική της διάσταση. Το γεγονός αυτό όμως, δεν αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην εμφάνισή της. για την επικράτηση της νόσου στον ελληνικό πληθυσμό, αναφέρεται ότι σαρανταέξι χιλιάδες (46.000) Έλληνες ηλικιωμένοι άνω των 70 ετών πάσχουν από άνοια τύπου Alzheimer (18)

Δεν υπάρχουν επαρκή επιδημιολογικά δεδομένα για την άνοια στην Ελλάδα. Ανάγοντας δεδομένα από άλλες χώρες η Alzheimer's Disease International υπολογίζει τον επιπολασμό της άνοιας στην Ελλάδα για το 2010 σε 196,000 άτομα. Εκτιμάται δε ότι το 2030 θα φτάσει τα 276,000 άτομα και το 2050 τα 365,000 άτομα (19)

1.4. Σταδιοποίηση άνοιας

Η διάγνωση αποτελεί σημαντικό στοιχείο στο σχεδιασμό τόσο της ολιστικής προσέγγισης του προβλήματος όσο και στην κατανόηση και διαχείριση των αναγκών του ασθενούς, δεδομένου της σοβαρής επίπτωσης που έχει στους ασθενείς και στους φροντιστές. Διεθνώς, η διάγνωση της άνοιας, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δεδομένου ότι στις περισσότερες μορφές της, εκλείπουν

σαφή κλινικά διαγνωστικά κριτήρια, όπως και σαφή κριτήρια ορισμού των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων. Επίσης, πολλά από τα πρώιμα συμπτώματα της άνοιας διαγιγνώσκονται ως κατάθλιψη (20). Η ταξινόμηση της άνοιας περιλαμβάνει την αναγνώριση της παρουσίας της, ακολουθούμενη από τη διαφορική διάγνωση της αιτίας της. Οι μέθοδοι που βασίζονται σε πληροφορίες για ανίχνευση άνοιας μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες, ακόμα και όταν η γνωστική εξασθένηση είναι ήπια.(21)

Η άνοια επηρεάζει το άτομο τόσο στην επαγγελματική του ζωή όσο και στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Κάθε άτομο βέβαια βιώνει με διαφορετικό τρόπο τη πορεία της νόσου και αυτό εξαρτάται από την προσωπικότητα και τον τρόπο ζωής του μέχρι τότε. 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.(22,23)

Στη συνέχεια θα αναφέρουμε τα στάδια στα οποία μπορούμε να διαχωρίσουμε την άνοια, κατά διαφορές σχολές σύμφωνα με τις οδηγίες του υπουργείου υγείας και διεθνών οργανισμών.

Στάδιο 1^ο: (διαρκεί 2-4 έτη, ο ασθενής αντιστοιχεί στην ηλικία των 9 ετών) -
Λειτουργική κατάσταση: ελαφριά σύγχυση στις καθημερινές δραστηριότητες. -
Γνωστική κατάσταση: ελαφρά σύγχυση σε μνήμη, προσοχή, εκτελεστική λειτουργία, γλώσσα, προσανατολισμό και έννοιες αριθμών. -Ο ασθενής είναι ακόμα ανεξάρτητος.

Στάδιο 2^ο: (διαρκεί 2-4 έτη, ο ασθενής αντιστοιχεί στην ηλικία των 5 ετών) -
Λειτουργικότητα: δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες, ελαφρά ψυχιατρικά συμπτώματα. -Γνωστική κατάσταση: μερική σύγχυση σε μνήμη, προσοχή, εκτελεστική λειτουργία, γλώσσα, προσανατολισμό και έννοιες αριθμών. -Ο ασθενής έχει ανάγκη συνοδού.

Στάδιο 3^ο: (διαρκεί 2-4 έτη, ο ασθενής αντιστοιχεί στην ηλικία των 2-3 ετών) - Λειτουργικότητα: μεγάλες δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες, ψυχιατρικά συμπτώματα. Δεν μπορεί πλέον να ντυθεί, να πλυθεί μόνος του και έχει ψευδαισθήσεις. -Γνωστική κατάσταση: πλήρη σύγχυση σε μνήμη, προσοχή, εκτελεστική λειτουργία, γλώσσα, προσανατολισμό και έννοιες αριθμών. Έχει απάθεια, δεν θυμάται ονόματα. -Πλήρης νοητική σύγχυση και αποπροσανατολισμός.

Στάδιο 4^ο: (διαρκεί 6 μήνες-2 έτη, ο ασθενής αντιστοιχεί στην ηλικία των 2 μηνών - 1 έτους) -Εξαιρετικά σοβαρός διανοητικός αποπροσανατολισμός. - Παλινδρόμηση σε εμβρυακή κατάσταση. -Αδυναμία επικοινωνίας με το περιβάλλον. -Απώλεια κινητικών ικανοτήτων. -Αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα. -Αναπνευστικά προβλήματα. (20)

Σύμφωνα με το υπουργείο υγείας της Ελλάδας και το τμήμα ψυχικής υγείας η σταδιοποίηση της άνοιας και ειδικά της άνοιας λόγω νόσου του Alzheimer έχει ως εξής:

Ήπια Νοητική Διαταραχή (προκλινικό στάδιο)

MMSE 26-30, MoCA < 26 Αναφορά από τον ασθενή ή από τον περιθάλποντα απώλειας μνήμης

- Αντικειμενικά σημεία διαταραχής της μνήμης
- Ήπια διαταραχή των εκτελεστικών, κατασκευαστικών και γλωσσικών δεξιοτήτων
- Καμία λειτουργική δυσχέρεια. 6-15% ετήσια μετάπτωση σε άνοια
- Κάποια περιστατικά μπορεί να μη μεταπέσουν σε ΝΑ

Ήπια Άνοια (1-3 έτη από την εμφάνιση των συμπτωμάτων) MMSE 21-25

- Αποπροσανατολισμένος στο χρόνο

- Δυσκολίες κατονομασίας (ανομία)
- Ήπια δυσκολία στην αντιγραφή εικόνων
- Προβλήματα με την πρόσφατη ανάκληση
- Μειωμένη ενσυναίσθηση. Ευερεθιστότητα, αλλαγή της διάθεσης
- Κοινωνική απόσυρση

Μέτριας Σοβαρότητας Διαταραχή (2-8 έτη) MMSE 11-20

- Αποπροσανατολισμένος σε χώρο, χρόνο
- Δυσκολίες κατανόησης (αφασία)
- Διαταραχή της γλώσσας και των υπολογιστικών ικανοτήτων
- Χάνεται σε οικείο περιβάλλον
- Προβλήματα με το ντύσιμο και με την περιποίηση του εαυτού
- Δεν μαγειρεύει, δεν ψωνίζει, δεν ασχολείται με τα οικονομικά
- Ανήσυχος, αγχώδης, καταθλιπτικός. Ψευδαισθήσεις, επιθετικότητα, διέγερση

Σοβαρή Διαταραχή (6-12 έτη) MMSE 0-10

- Απώλεια μνήμης του παρελθόντος
- Σχεδόν ακατανόητη εκφορά λόγου
- Ανικανότητα γραφής ή αντιγραφής
- Ακράτεια. Κινητική ή λεκτική διέγερση
- Καταστάσεις που επιβαρύνουν την υγεία, όπως έλκη κατακλίσεων, δυσκοιλιότητα, πόνος, απώλεια βάρους, δύσπνοια, μυϊκές συσπάσεις (20).

Συμφωνά με τους αλγορίθμους του NICE (National institute for health and care excellence) του Ηνωμένου βασιλείου η αλληλουχία των βημάτων που θα πρέπει να ακολουθηθεί όταν υπάρχει υποψία άνοιας σε κάποιον ασθενή είναι η εξής:

- Άτομο με υποψία άνοιας
- Αρχική αξιολόγηση από μη ειδικές δομές και τότε θα πρέπει να παραπεμφθεί
- Για διάγνωση σε ειδικά κέντρα διάγνωσης άνοιας
- Όπου και θα γίνουν περαιτέρω εξετάσεις για τον τύπο της άνοιας
- Υποστήριξη μετά την διάγνωση
- Διαχείριση της νόσου(24)

Ο Braak, ένας Γερμανός ερευνητής, και η σύζυγός του (Braak, 1991, 1995) περιέγραψαν έξι στάδια στην ΝΑ, τα ονομαζόμενα 6 στάδια του Braak. Στο Πρώτο και Δεύτερο στάδιο οι νευροϊνιδιακοί κόμβοι αρχίζουν να σχηματίζονται χωρίς ωστόσο να προκαλούνται κλινικά συμπτώματα. Οι αλλαγές αυτές λαμβάνουν χώρα στη διενδορρινική περιοχή του εγκεφάλου. Κατά το Τρίτο και Τέταρτο στάδιο αρχίζει να διαφαίνεται κάποια εκτεταμένη καταστροφή του εγκεφαλικού φλοιού, χωρίς όμως να γίνεται αντιληπτή η ατροφία του εγκεφάλου με μακροσκοπικά μέσα. Στα κλινικά συμπτώματα των σταδίων αυτών αναφέρονται εξασθένηση γνωστικών λειτουργιών, λειτουργικές διαταραχές και αλλαγές στη προσωπικότητα. Στα δύο τελικά στάδια (Πέμπτο και Έκτο), παρατηρείται σοβαρή καταστροφή των περιοχών που βρίσκονται στον νεοφλοιό του εγκεφάλου (25)

1.5.-Ανακουφιστική φροντίδα και άνοια

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (Π.Ο.Υ.)

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι μία προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή ασθένειες μέσω της πρόληψης και ανακούφισης των συμπτωμάτων

μέσω έγκαιρης ταυτοποίησης και άπογης αξιολόγησης και θεραπείας του πόνου και άλλων προβλημάτων, τόσο σωματικά όσο πνευματικά και ψυχοκοινωνικά

Η ανακουφιστική φροντίδα

- παρέχει ανακούφιση από τον πόνο και άλλα συμπτώματα που προκαλούν δυσφορία.
- επιβεβαιώνει τη ζωή και θεωρεί τον θάνατο ως κανονική διαδικασία.
- δεν σκοπεύει ούτε να επιταχύνει ούτε να αναβάλει το θάνατο.
- ενσωματώνει τις ψυχολογικές και πνευματικές πτυχές της φροντίδας των ασθενών.
- προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο ενεργά μέχρι το θάνατο
- προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει την οικογένεια να ανταπεξέλθει κατά τη διάρκεια της ασθένειας των ασθενών, αλλά και στο πένθος μετά το θάνατο του αρρώστου.
- χρησιμοποιεί μια ομαδική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένων συμβουλές για το πένθος, εάν ενδείκνυται
- θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής και μπορεί επίσης να επηρεάσει θετικά την πορεία της νόσου.
- εφαρμόζεται σε πρώιμο στάδιο της ασθένειας, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που προορίζονται να παρατείνουν τη ζωή, όπως η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία, και περιλαμβάνει τα επιστημονικά εργαλεία που απαιτούνται για την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση των δυσάρεστων κλινικών επιπλοκών (26).

Η ανακουφιστική φροντίδα έχει αναγνωριστεί ευρέως ως βασική προσέγγιση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων που ζουν με άνοια, και πεθαίνουν από αυτή αλλά και των φροντιστών τους. Πράγματι, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει ότι όλοι οι άνθρωποι που ζουν με μια ασθένεια

που περιορίζει τη ζωή τους θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ποιοτική ανακουφιστική φροντίδα (27)

Η ανακουφιστική φροντίδα έχει παραδοσιακά κατευθυνθεί στην κάλυψη των αναγκών των ανθρώπων με καρκίνο τελικού σταδίου. Αλλά τώρα πια αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως η καλύτερη προσέγγιση για τη φροντίδα ατόμων με μια σειρά τελικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της άνοιας. Η αποσαφήνιση των επιθυμιών του ατόμου σχετικά με τη μελλοντική υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν νωρίτερα στη διάρκεια της νόσου είναι σημαντική, καθώς αυτό μπορεί να προσφέρει πολύ αναγκαία καθοδήγηση ως προς τις επιθυμίες του, όταν δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράσει γνώμη.

Η ανακουφιστική φροντίδα στα πρώτα στάδια της νόσου και ειδικότερα μόλις γίνει η διάγνωση, δεν είναι η ίδια με την ανακουφιστική φροντίδα στον ξενώνα, η οποία επικεντρώνεται στη φροντίδα στο τέλος της ζωής. Η ανακουφιστική φροντίδα μπορεί και πρέπει να ξεκινήσει στα αρχικά στάδια της ασθένειας και μπορεί να προσφέρει πρόσβαση σε θεραπείες που είναι καινοτόμες και έξω από τα συνηθισμένα. Το επίκεντρο της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η βελτίωση της ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από μια ασθένεια που περιορίζει τη ζωή(28).

Η πρώιμη αλληλεπίδραση με μια ομάδα ανακουφιστικής φροντίδας βοηθά τους ανθρώπους να διερευνήσουν όλες τις επιλογές τους για θεραπεία ή ανακούφιση των συμπτωμάτων εφόσον εξακολουθούν να είναι ικανοί - και να βοηθήσουν στο σχηματισμό του σχεδίου φροντίδας τους, ακόμη και για τη φροντίδα στο τέλος της ζωής τους. Αυτή είναι μια διαδικασία που συμβάλλει στην προάσπιση της αξιοπρέπειας και της ποιότητας ζωής (29)

Έχει επιβεβαιωθεί πως η ανακουφιστική φροντίδα δεν είναι ευεργετική μόνο στο τέλος της ζωής, αλλά σε όλες τις περιπτώσεις από τα πρώτα στάδια της νόσου. Η ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να ξεκινήσει πολύ νωρίτερα και να παρέχεται ταυτόχρονα με τις ενδεχομένως θεραπευτικές ενέργειες. Ένα άτομο μπορεί να

συνεχίσει να λαμβάνει τα απαραίτητα φάρμακα. Αυτά περιλαμβάνουν φάρμακα για τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων όπως ο διαβήτης ή η υψηλή αρτηριακή πίεση, καθώς και εκείνα που αποτρέπουν τον πόνο και την ενόχληση. Στο παρελθόν, η ανακουφιστική φροντίδα προσφέρονταν πιο συχνά στους ανθρώπους στα τελικά στάδια του καρκίνου. Ωστόσο, υπάρχει σήμερα μια συναίνεση μεταξύ των ειδικών ότι η ανακουφιστική προσέγγιση φροντίδας ατόμων με προχωρημένη άνοια θεωρείται η καλύτερη πρακτική και ότι η φροντίδα πρέπει να εξατομικεύεται για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες, τις αξίες και τις προτιμήσεις του ατόμου και της οικογένειάς του (30)

Για αυτό το λόγο θα πρέπει να εφαρμόζεται ο προγραμματισμός προληπτικής φροντίδας. Ο σχεδιασμός προληπτικής φροντίδας γίνεται κατανοητός με διάφορους τρόπους. ο όρος χρησιμοποιείται συχνά χωρίς ορισμό ή εξήγηση. Ο προγραμματισμός της προληπτικής φροντίδας συνήθως περιλαμβάνει μια διαδικασία συζήτησης και καταγραφής προτεραιοτήτων και επιθυμιών για μελλοντική περίθαλψη και θεραπεία μεταξύ του ατόμου και των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας ή / και κοινωνικής πρόνοιας. Προσπαθεί να προβλέψει τη μελλοντική επιδείνωση της κατάστασης ενός ατόμου έτσι ώστε όταν το άτομο δεν είναι πλέον σε θέση να επικοινωνήσει, οι επιθυμίες και οι προτιμήσεις του να μπορούν να ικανοποιηθούν. Σε αντίθεση με εκείνους που πάσχουν από καρκίνο και άλλες προχωρημένες χρόνιες παθήσεις, οι περισσότεροι άνθρωποι με σοβαρή άνοια θα έχουν βαθιά γνωστική δυσλειτουργία και δεν θα έχουν την απαιτούμενη ικανότητα λήψης αποφάσεων για τη φροντίδα τους. Τα άτομα με άνοια είναι πολύ λιγότερο πιθανό να έχουν προληπτική φροντίδα σε σύγκριση με εκείνα με καρκίνο. Ιδανικά, η προληπτική φροντίδα θα πρέπει να ξεκινήσει στα αρχικά στάδια της άνοιας όταν ένα άτομο εξακολουθεί να είναι σε θέση να λαμβάνει αποφάσεις που εκφράζουν τις αξίες και τις προτιμήσεις τους(31)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. Ανοϊκός πληθυσμός και κατάθλιψη.

Η έννοια της κατάθλιψης

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία η κατάθλιψη αποτελεί μια συνηθισμένη και σοβαρή ψυχική διαταραχή, που επιδρά αρνητικά στο θυμικό, στον τρόπο σκέψης και οδηγεί σε αλλαγές στην συμπεριφορά. Η έννοια της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνει το αίσθημα της θλίψης και την απώλεια του ενδιαφέροντος σε μέχρι πρότινος ευχάριστες δραστηριότητες. Δύναται να οδηγήσει σε συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα και μπορεί να μειώσει την λειτουργικότητα του ατόμου στην εργασία του και γενικά στους ρόλους και τις υποχρεώσεις που το άτομο κατέχει.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ποικίλουν από ήπια σε σοβαρά και περιλαμβάνουν:

- i. Αίσθημα λύπης, δυσθυμίας / καταθλιπτική διάθεση
- ii. Απώλεια ενδιαφέροντος / ευχαρίστησης σε δραστηριότητες μέχρι πρότινος αρεστές στο άτομο
- iii. Αλλαγές στην όρεξη, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους ανεξαρτήτως δίαιτας
- iv. Δυσκολίες στον ύπνο / πολλές ώρες ύπνου
- v. Απώλεια ενέργειας / αύξηση κόπωσης
- vi. Καθυστέρηση στην κίνηση και στον λόγο (εύκολα παρατηρήσιμη από τρίτους)
- vii. Αίσθημα αναξιότητας ή ενοχής

viii. Δυσκολία στην συγκέντρωση και στη λήψη αποφάσεων

ix. Αυτοκτονικός ιδεασμός

Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της κατάθλιψης. Διαφοροδιαγνωστικά πρέπει να αποκλειστούν ιατρικές καταστάσεις που μιμούνται τα συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως είναι ο θυρεοειδής, όγκος στον εγκέφαλο κλπ.

Πώς διαφοροποιείται η κατάθλιψη από την λύπη ή τον θρήνο;

Όταν ο άνθρωπος βιώνει απώλειες, τις οποίες δυσκολεύεται να υπομείνει, είναι φυσιολογικό να εκδηλώσει θλίψη και συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης. Μερικές απώλειες είναι ορατές όπως για παράδειγμα ο θάνατος σημαντικού ανθρώπου, ο χωρισμός από έναν σύντροφο, η απώλεια της εργασίας και της περιουσίας. Ωστόσο, υφίστανται και μη ορατές απώλειες, κάπως πιο προσωπικές και δυσδιάκριτες που συνοδεύονται και αυτές από πόνο. Στις τελευταίες θα μπορούσε να συμπεριλαμβάνεται η απώλεια των ονείρων που ένας άνθρωπος είχε για έναν δικό του ή η μελλοντική απώλεια ερωτικών συντρόφων σε μια γυναίκα που έχει υποστεί διπλή μαστεκτομή και αισθάνεται ότι υστερεί σε θηλυκότητα.

Στα συμπτώματα που μοιάζουν ανάμεσα στο θρήνο και στην κατάθλιψη συμπεριλαμβάνονται η δυσθυμία και η απομάκρυνση από συνήθειες δραστηριότητες. Είναι σημαντικό ωστόσο να γίνει διάκριση ανάμεσα στις εκδηλώσεις του θρήνου και στην κατάθλιψη. Στον θρήνο η αυτοεκτίμηση διατηρείται ενώ στην κατάθλιψη το άτομο νοιώθει ανάξιο και αυτό υποτιμά τον εαυτό του. Στον θρήνο τα οδυνηρά συναισθήματα έρχονται κατά κύματα ενώ στην κατάθλιψη η ανηδονία παραμένει. Στον θρήνο είναι ο εξωτερικός κόσμος που έχει φτωχύνει ενώ στην κατάθλιψη είναι ο εσωτερικός κόσμος που έχει φτωχύνει.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία

Η τρίτη ηλικία αποτελεί την βιολογικά ώριμη περίοδο του ανθρώπου. Οι άνθρωποι σε αυτή την ηλικία έχουν βιώσει ένα μεγάλο εύρος απωλειών, ορατών και μη. Εάν σε αυτά προστεθεί και η άνοια εύλογα προκύπτει ο διαχωρισμός ανάμεσα στον θρήνο που προκύπτει από τις απώλειες και στην διαταραχή της κατάθλιψης. Η φυσιολογική πορεία του γήρατος δεν χαρακτηρίζεται από ψυχικές και νοητικές διαταραχές. Τα γηραιά άτομα είναι περισσότερο ευάλωτα έναντι των ηλικιακά νεωτέρων, σε φυσικές, και ψυχολογικές, καταπονήσεις. Οι ψυχικές διαταραχές αποκαλύπτονται συχνά με αφορμή άλλα σωματικά νοσήματα. Η επίπτωση της κλινικά έκδηλης κατάθλιψης στα γηραιά άτομα ξεπερνά το 25% ανάμεσα σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Η συσχέτιση μεταξύ σωματικών παθήσεων και ψυχικών διαταραχών φαίνεται ότι είναι αλληλένδετη. Η φυσική πορεία της κατάθλιψης στη γεροντική ηλικία επηρεάζεται σημαντικά από τη συνύπαρξη περισσότερων της μιας νόσων. Όμως η μορφή της κατάθλιψης απαντάται ιδιαίτερα συχνά σε ποσοστό 8-20% ανάμεσα στους ηλικιωμένους της κοινότητας. Η φυσική πορεία της κατάθλιψης στις μεγάλες ηλικίες χαρακτηρίζεται από τάση χρονιότητας, με επαναλαμβανόμενα επεισόδια κατάθλιψης που συνήθως έχουν μακρότερη διάρκεια ακολουθούμενα από βραχύβιες υφέσεις και συχνότερες υποτροπές (32).

Δεδομένα ερευνών τείνουν να δείχνουν ότι η κατάθλιψη σε ηλικιωμένους αποτελεί μια ξεχωριστή κλινική οντότητα. Υφίσταται μεγάλη ποικιλομορφία στην παρατηρούμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Επιπροσθέτως, ερωτήματα για το εάν υπάρχει ένας σταθερός διαπολιτισμικός κεντρικός πυρήνας για την καταθλιπτική διαταραχή ή εάν αυτή δεσμεύεται από συγκεκριμένο πολιτισμικό υπόβαθρο δεν έχουν τύχει απάντησης (33).

Παρόλα αυτά οι Brandt και Boucher διεξήγαγαν μια γλωσσική μελέτη σε οχτώ χώρες αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι εκφράζουν το καταθλιπτικό βίωμα. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι λέξεις και τα

συναισθήματα που αναφέρθηκαν για την περιγραφή της κατάθλιψης παρουσίαζαν ομοιότητα σε χώρες της Αμερικής και της Ευρώπης (34).

Πολυάριθμες μετρήσεις αυτοαναφοράς για την μέτρηση της κατάθλιψης έχουν δημιουργηθεί. Ωστόσο, οι κλίμακες αυτές αναπτύχθηκαν και επικυρωθούν σε πληθυσμούς νεαρής ηλικίας. Ενώ αρκετές εκφράσεις που απαρτίζουν τις κλίμακες αυτές χρησιμοποιούν γλώσσα που είναι περισσότερο εύληπτη από άτομα νεαρής ηλικίας. Συνάδεται συνεπώς ότι η ίδια η ετερογένεια στην διαδικασία ωρίμανσης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο απάντησης στα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Ιδιαίτερα σημαντικό επίσης, στην διερεύνηση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, είναι η αξιοποίηση μετρήσεων της γνωστικής λειτουργίας και των διαταραχών συμπεριφοράς.(35)

Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, είναι πιθανότερο να βιώνουν παραπάνω από μια παθολογικές καταστάσεις την ίδια χρονική περίοδο. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν ειδικές σωματικές και ψυχολογικές προκλήσεις που πρέπει να αναγνωριστούν έγκαιρα από τους ειδικούς. Τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι αρκετά κοινά στους ηλικιωμένους. Ενώ ακολουθούν οι διαταραχές άγχους και τα προβλήματα από χρήση ουσιών (36)

Ανάμεσα στην κατάθλιψη και την άνοια υπάρχει αμφίδρομη σχέση. Τόσο η κατάθλιψη συχνά σχετίζεται με γνωσιακή έκπτωση, όσο και η άνοια με καταθλιπτικά συμπτώματα (33). Υπάρχει αυξανόμενος αριθμός αποδεικτικών στοιχείων που προτείνουν πως η κατάθλιψη μπορεί να είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση άνοιας (37) ωστόσο είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς αν αυτό συμβαίνει επειδή η κατάθλιψη σχετίζεται αιτιολογικά με την άνοια, επειδή τα καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν ένα είδος πρόδρομου σταδίου της άνοιας ή επειδή η κατάθλιψη αποκαλύπτει μία ανοϊκή συνδρομή (38) .

Οι ασθενείς με κατάθλιψη μπορούν να εμφανίσουν διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών, κατάσταση που περιγράφεται ως ψευδοάνοια .Πιθανώς να υπάρχει κάποια πλασματική συσχέτιση διότι άνοια και κατάθλιψη σχετίζονται αμφότερες με νόσο των μικρών εγκεφαλικών αγγείων . Μεγάλες προοπτικές μελέτες έδειξαν

πως η ύπαρξη κατάθλιψης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη μετατροπή της ήπιας γνωστικής διαταραχής σε Ν.Α.(39). Επίσης το στρες και η αγχώδης συμπτωματολογία σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης Ν.Α.. Γενικά είναι συχνές οι μορφές άνοιας με κατάθλιψη ή/και κατάθλιψη που εξελίσσεται σε άνοια. Ένας γενικός κανόνας που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών, είναι να ξεπεραστεί η κατάθλιψη με σχετική αγωγή και στη συνέχεια παρακολουθήση της εξέλιξης του ασθενούς. Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν ένα σύνδρομο άνοιας το οποίο βελτιώνεται ή θεραπεύεται εντελώς μετά την υποχώρηση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με νεότερες έρευνες, θεωρείται ότι η κατάθλιψη και η άνοια είναι ασθένειες που η ύπαρξη της μιας σε κάποιον πάσχοντα δεν αναιρεί την ύπαρξη της άλλης, αλλά η κατάθλιψη υφίσταται συχνά ως συννοσηρή κατάσταση, συστατικό στοιχείο ή επιπλοκή του ανοϊκού συνδρόμου. (40)

Η ολοκληρωμένη κλινική εικόνα της άνοιας χαρακτηρίζεται, εκτός από προοδευτική έκπτωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων, και από διαταραχές συμπεριφοράς (όπως κινητική ανησυχία, περιπλάνηση, επιθετικότητα), αλλαγές στην προσωπικότητα (απάθεια, παθητικότητα, εγωκεντρισμός) και ψυχιατρικά συμπτώματα (κατάθλιψη, άγχος, παραληρητικές ιδέες). Οι εν λόγω διαταραχές είτε προκύπτουν δευτερογενώς από τις γνωστικές ανεπάρκειες είτε είναι άμεσες συνέπειες μιας βαθύτερης παθολογίας του εγκεφάλου. Ανεξαρτήτως αιτιολογίας, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι τόσο η έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων όσο και οι διαταραχές συμπεριφοράς και προσωπικότητας που σχετίζονται με τη νόσο, δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στον ίδιο τον ασθενή αλλά και στο οικογενειακό του περιβάλλον.(41.42)

2.2. Άνοια και επιθυμία επίσπευσης θανάτου

Ελλείπει αποτελεσματικών θεραπειών για τη νόσο του Alzheimer ή για άλλους τύπους άνοιας, υπάρχουν ήδη αποδείξεις (ενδείξεις) ότι άτομα με ήπια νοητική αλλαγή και πρόωμη άνοια κινδυνεύουν από αυτοκτονική συμπεριφορά, συχνά στο πλαίσιο υποβόσκουσας κατάθλιψης. Παρόλο που οι ειδικοί της άνοιας έχουν

αναγνωρίσει εδώ και καιρό τη σημασία της λεπτής προσέγγισης στο να ανακοινώνουν άσχημα νέα στους ασθενείς και τις οικογένειες τους, η πιθανότητα για καταθλιπτικές αντιδράσεις και αυτοκτονικές συμπεριφορές εξακολουθεί να υφίσταται(43)

Παρόλο το ότι η έγκαιρη διάγνωση έχει πολλά πλεονεκτήματα , ειδικά σε σχέση με την αυτονομία του ατόμου που νοσεί, εγκυμονεί και προκλήσεις για τους ασθενείς αυτούς που έχουν επίγνωση της νόσου τους. Πρέπει να προσαρμοστούν συναισθηματικά σε μια κατάσταση , που δεδομένου του περιορισμού των υπάρχουσών θεραπειών, γνωρίζουν πως στο μέλλον δεν θα έχουν αρκετή πνευματική διαύγεια. (43)

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και/ή η επιθυμία επίσπευσης θανάτου αναφέρεται σε ποσοστό 4% από τους ίδιους τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια και συνδέεται με μη διαγνωσμένη κατάθλιψη και ιδιαίτερα σε ασθενείς με νόσο του Αλζχάιμερ. Παρόλο που η επιθυμία επίσπευσης θανάτου σχετίζεται με την κατάθλιψη, υπάρχουν και αρκετοί άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με αυτή ανεξάρτητα από την κατάθλιψη όπως : η έλλειψη συντρόφου , ο πόνος ,η χαμηλή αξιολόγηση της υγείας από τον ίδιο τον άρρωστο, η διαμονή σε κάποιο χώρο εκτός του σπιτιού κ.α. Μια μικρή μειονότητα εξέφρασε επιθυμία επίσπευσης θανάτου αλλά δεν παρουσίαζε καμία διαταραχή της διάθεσης. Διατυπώνεται λοιπόν το συμπέρασμα πως η επιθυμία επίσπευσης θανάτου σχετίζεται και με άλλους παράγοντες εκτός των διαταραχών στη διάθεση και προκύπτει το ερώτημα αν διορθώσουμε τους άλλους παράγοντες αν μπορεί να επανέλθει η επιθυμία για ζωή.(44).

Ένα από τα πιο απαιτητικά και κλινικά σημαντικά θέματα ψυχικής υγείας σε ασθενείς τελικού σταδίου είναι η επιθυμία του ασθενή για τον θάνατο και την ιατρικά υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η επιθυμία θανάτου είναι μια φράση η οποία περιλαμβάνει μια ποικιλία σχετικών φαινομένων όπως: ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Έρευνα που έλαβε χώρα στο Όρεγκον των ΗΠΑ , όπου επιτρέπεται η συνταγογράφηση θανατηφόρας

αγωγής, ανέδειξε πως ο φόβος της απώλειας του ελέγχου των συνθηκών του θανάτου είναι ο κύριος λόγος που οι ασθενείς ζητούν θανατηφόρα δόση φαρμάκων.

Από προηγούμενες μελέτες στο θέμα της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας, έχει αποδειχθεί πως υπάρχουν προβλήματα με τη μεθοδολογία διότι χρησιμοποιούνταν εργαλεία που δεν μετρούσαν ευθέως την επιθυμία ή το ενδιαφέρον του ασθενή για την επίσπευση του θανάτου. Το πρώτο εργαλείο που χρησιμοποίησε μια ευθεία μέθοδο αναπτύχθηκε από τον Chochinon et al. (1995) και ήταν μια πολύ σημαντική συνεισφορά στο χώρο έρευνας για την επιθυμία επίσπευσης του θανάτου(45), παρόλα αυτά το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται πλέον είναι το the schedule of attitudes toward Hastened death (SAHD) και αυτό διότι είναι το μόνο επιστημονικό εργαλείο το οποίο είναι επιβεβαιωμένο, σύντομο, απαντάται απευθείας από τον ασθενή και μπορεί εύκολα να χρησιμοποιηθεί σε όλους τους τύπους μελετών. Το SAHD είναι ένα εργαλείο που μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς τελικού σταδίου να μειώσουν την επιθυμία επίσπευσης θανάτου και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους εφόσον χρησιμοποιηθεί μαζί με άλλα ερωτηματολόγια που μετρούν τον πόνο την κατάθλιψη κτλ.(46)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3

3.1. Σημαντικότητα της Μελέτης

Λαμβάνοντας υπόψη την έλλειψη προηγούμενων μελετών σε σχέση με το θέμα αυτό η έρευνα αυτή συμβάλει στην καταγραφή των ελληνικών δεδομένων σχετικά με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου των ανοϊκών ασθενών αρχόμενου σταδίου καθώς και την ψυχολογική τους κατάσταση γνωρίζοντας πως νοσούν από μια απειλητική για τη ζωή νόσο.

Η χρήση των αποτελεσμάτων μπορεί να συμβάλει στο να αναδείξει την ανάγκη της ένταξης της ανακουφιστικής φροντίδας στη καθημερινότητα των συγκεκριμένων ασθενών από τα αρχικά στάδια της νόσου τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό καθώς η ΑΦ παρέχεται κυρίως σε ασθενείς τελικού σταδίου εστιάζοντας στην ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων εφόσον στο στάδιο αυτό δεν έχουν πια την πνευματική διαύγεια για ψυχολογική υποστήριξη.

3.2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα είναι ποσοτική και συγκριτική, έλαβε χώρα σε κέντρο αποκατάστασης καθώς και δύο κέντρα φιλοξενίας ηλικιωμένων από τον 12 του 2018 έως και τον 7 του 2019.

Βασική προϋπόθεση για να πάρει κάποιος μέρος στην έρευνα ήταν να πάσχει από άνοια αρχικού σταδίου και αυτό τεκμηριώθηκε μέσω απεικονιστικών εξετάσεων εγκεφάλου (ct, mri) και των επιστημονικών εργαλείων για την μέτρηση της άνοιας Moca και Mini mental test examination , και κατά δεύτερο λόγο να είναι πλήρως ενημερωμένος για την νόσο με την οποία έχει διαγνωσθεί καθώς και το επίπεδο επικοινωνίας του να είναι ικανοποιητικό. Οι ασθενείς που έλαβαν μέρος είχαν διαγνωσθεί σε χρονικό διάστημα λιγότερο του ενός έτους. Αποκλείστηκαν όμως οι ασθενείς με άνοια λόγω αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και αυτό διότι ο συγκεκριμένος τύπος άνοιας εγκαθίσταται ραγδαία λόγω της φύσης της νόσου και έτσι είναι δύσκολο να προσδιοριστεί το στάδιο

της. Συνοδεύεται συχνά από δυσκολίες στο λόγο και την επικοινωνία { δυσαρθρίες, αφασία εκπομπής κτλ.} και τέλος συνυπάρχει σύνθετη παθολογία.

Σε όλους τους ασθενείς ζητήθηκε να υπογράψουν έντυπο συγκατάθεσης για την συμμετοχή στην έρευνα επίσης ζητήθηκε γραπτή άδεια και από τους χώρους στους οποίους διεξήχθη. Πριν από τη συμμετοχή όλοι οι ασθενείς ενημερώθηκαν για την φύση της έρευνας και το πιθανό όφελος που θα προκύψει από αυτήν την μελέτη. Κατά την διεξαγωγή της μελέτης τηρηθήκαν οι αρχές δεοντολογίας όπως ορίζονται από την διακήρυξη του Ελσίνκι. Με κάθε ασθενή έγιναν δύο συναντήσεις, στην πρώτη εφαρμόστηκαν τα επιστημονικά εργαλεία μέτρησης της άνοιας και στη επόμενη τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν τα δύο ερωτηματολόγια της έρευνας GDS και HASD. Μεταξύ του χρονικού διαστήματος των συναντήσεων τρεις ασθενείς διακομίστηκαν σε νοσοκομείο και ένας πέθανε όποτε βρέθηκαν νέοι ασθενείς για να συμπληρωθεί ο απαιτούμενος πληθυσμός.

Στο πληθυσμό 100 ατόμων που αποτελούνταν από 50 άνδρες και 50 γυναίκες συγκεντρώθηκαν δημογραφικά στοιχεία που αφορούσαν την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση και τον αριθμό των παιδιών του κάθε ασθενή. Η μέση τιμή της ηλικίας ήταν τα 76,56 έτη {58-91} και τα είδη της άνοιας κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής: άνοια λόγω της νόσου του Alzheimer, λόγω νόσου του Parkinson και άλλος τύπος άνοιας.

Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων, pubmed , Google scholar , που αναζητήθηκαν αλλά και χρησιμοποιήθηκαν δημοσιευμένα άρθρα και περιλήψεις. Επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί διδακτορικές διατριβές και βιβλιογραφικές αναφορές στο γενικό μέρος της εργασίας . Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι εξής: αρχόμενη άνοια (early dementia) ανακουφιστική φροντίδα (palliative care) επιθυμία επίσπευσης θανάτου (wish to die) και κατάθλιψη στην αρχόμενη άνοια (depression in early dementia). Η αναζήτηση περιλάμβανε άρθρα της τελευταίας δεκαπενταετίας, 2004 με 2019.

3.3. Ερωτηματολόγια

Για τον προσδιορισμό του βαθμού της άνοιας των ασθενών του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια Mini mental state examination (MMSE) και Montreal cognitive assessment (Moca)

Η δοκιμασία mini Mental εκδόθηκε για πρώτη φορά το 1975 ως παράρτημα σε ένα άρθρο γραμμένο από τους M F. Folstein et al, το οποίο δημοσιεύτηκε στον τόμο 12 του περιοδικού Journal of Psychiatric Research των εκδόσεων Pergamon Press, οι οποίες μεταφέρθηκαν στον εκδοτικό οίκο Elsevier και ο οποίος πήρε τα πνευματικά δικαιώματα του Journal of Psychiatric Research. Το 2001 τα δικαιώματα δημοσίευσης και πνευματικής ιδιοκτησίας του Mini Mental πέρασαν στο Psychological Assessment Resources (PAR) και μεταφράστηκε σε πολλές γλώσσες . Το Φεβρουάριο του 2010, ο εκδοτικός οίκος εξέδωσε μία δεύτερη έκδοση του Mini Mental, ενώ δημιουργήθηκαν εκδόσεις σε ξένες γλώσσες (French, German, Dutch, Spanish for the US, Spanish for Latin America, European Spanish, Hindi, Russian, Italian, and Simplified Chinese) και για την δεύτερη έκδοση .

Η δοκιμασία MMSE μεταφράστηκε στα ελληνικά και σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τους Φουντουλάκη Κ. και συν., το 1994, και το 2000, σε υγιείς ηλικιωμένους και σε ασθενείς με άνοια(47). Χαρακτηριστικά το τεστ αυτό εκτιμά προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο, άμεση και καθυστερημένη ανάκληση , προσοχή , υπολογισμό, γλώσσα καθώς και οπτικοχωρικές ικανότητες. Παρόλα αυτά σε συνολική βαθμολογία άνω του 24 , η δοκιμασία MMSE χάνει την ευαισθησία της για την διάγνωση της ήπιας ή αρχόμενης άνοιας και απαιτούνται και άλλες εκτιμήσεις (48).

Για τον λόγο αυτό στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε και η δοκιμασία Moca η οποία αναπτύχθηκε από το Nasreddine και κατόπιν σταθμίστηκε από τους Chertknow, Phillips, Whitehead, Bergman, Collin, Cummings και Hébert το 2004-

2005. Περιγράφεται από τους Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings, και Chertkow στο άρθρο τους "The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment" δημοσιευμένο στο περιοδικό Journal of the American Geriatrics Society, 2005, 53 (4), 695-69996 .

Η κλίμακα μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά από τη Νευροψυχολόγο Dr. Κουντή Ζαφειροπούλου Φωτεινή και την Ψυχολόγο Ζαφειροπούλου Μυρτώ. Οι ψυχολόγοι που έκαναν τη μετάφραση δεν ήταν δίγλωσσοι. Ο ένας έκανε τη μετάφραση από τα αγγλικά στα ελληνικά και ο άλλος από τα ελληνικά στα αγγλικά. Η τελική μετάφραση στάλθηκε και στον κατασκευαστή της δοκιμασίας.

Η δοκιμασία εφαρμόστηκε και σταθμίστηκε στην Ελλάδα σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους, ασθενείς με ήπια νοητική διαταραχή και με ήπια άνοια από τους Kounti, F., Tsolaki, M., Eleftheriou, M., et al. (2007). (49) Στη μελέτη αξιοπιστίας βρέθηκε ότι η δοκιμασία επηρεάζεται από την εκπαίδευση, την ηλικία και τη διαγνωστική κατηγορία. Σε μελέτη στάθμισης έχει φανεί πως μπορεί να χρησιμοποιηθεί με αξιοπιστία στην ανίχνευση περιπτώσεων ήπιας άνοιας.(50)

Η νοητική εκτίμηση MOCA σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται ως σύντομο ανιχνευτικό εργαλείο για την Ήπια Νοητική Διαταραχή (Mild Cognitive Dysfunction), δίνοντας στον εξεταστή μια σφαιρική εικόνα της νοητικής κατάστασης του υποκειμένου. Εξετάζει την επίδοση ενός ατόμου σε πολλές διαφορετικές δοκιμασίες νοητικών ικανοτήτων, όπως αυτές της προσοχής και συγκέντρωσης, τις εκτελεστικές, τις μνημονικές, τις γλωσσικές, τις οπτικο-χωρικές, καθώς και εκείνες τις αφαιρετικής σκέψης, του αριθμητικού υπολογισμού και του προσανατολισμού. Η μέγιστη δυνατή επίδοση είναι 30 βαθμοί. Επίδοση μεγαλύτερη ή ίση με 26 βαθμούς θεωρείται φυσιολογική (51)

Για την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών χρησιμοποιήθηκε το επιστημονικό εργαλείο geriatric depression scale. Η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης είναι μία δοκιμασία αυτο-αναφοράς (self-report) που για πρώτη φορά εμφανίστηκε με τη μορφή των 30 ερωτήσεων από τους Yesavage και συν (1983). Αναφέρονται

πολλές μεταφρασμένες σταθμισμένες εκδόσεις και χρησιμοποιείται, διεθνώς, από πολλές χώρες. Ακολουθεί το 1986 η συντομευμένη (Sheikh & Yesavage) μορφή των 15 ερωτήσεων και έπειτα με τη μορφή των 10 και 5 ερωτήσεων και απευθύνεται σε ψυχογηριατρικό πληθυσμό κυρίως μεγαλύτερο των 65 ετών (52).

Η ελληνική έκδοση της επικυρωμένης σύντομης «Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης» (GDS-15) για την εκτίμηση καταθλιπτικών διαταραχών σταθμίστηκε και μεταφράστηκε από τους Fountoulakis et.al. (1999). Η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης των 15 ερωτήσεων αποτελεί μία αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα μέτρησης. Σε ηλικιωμένο πληθυσμό ως καλύτερο διαγνωστικό όριο της κατάθλιψης ορίστηκε η βαθμολογία 6–7, με ευαισθησία 92% και ειδικότητα 95%. Για τη βαρύτητα της κατάθλιψης ακολουθήθηκε η κατηγοριοποίηση σύμφωνα με την ελληνική στάθμιση της «Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης», όπου 0–5 βαθμοί αντιστοιχούν σε «απουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων », 6–10 σε «μέτρια κατάθλιψη» και 11–15 σε «σοβαρή κατάθλιψη» (53).

Ως προς την επιθυμία επίσπευσης θανάτου χρησιμοποιήθηκε το επιστημονικό εργαλείο the schedule of attitudes toward hastened death το(SAHD). Το SAHD είναι ένα επιστημονικό εργαλείο αυτό αναφοράς με το οποίο μετράται η επιθυμία θανάτου σε ασθενείς με απειλητική για τη ζωή νόσο. Το εργαλείο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί στο εξωτερικό σε πολλές έρευνες κυρίως σε τελικούς ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και AIDS ενώ σταθμίστηκε και μετρήθηκε η αξιοπιστία του από τον Rosenfeld et al. το 2000 (54). Ενώ για τον ελληνικό πληθυσμό έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από την Μυστακίδου K. et al 2004 όπου μετρήθηκε ο πόνος και η επιθυμία επίσπευσης θανάτου σε ασθενείς με καρκίνο που παρακολουθούνταν στο ίδρυμα ανακουφιστικής αγωγής Τζένη Καρέζη και αποδείχθηκε πως είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο όπου μπορεί να μετρήσει την επιθυμία επίσπευσης θανάτου σε ασθενείς με απειλητική για τη ζωή νόσο και στον ελληνικό πληθυσμό (55).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Στατιστική ανάλυση

Οι τιμές των συνεχών μεταβλητών παρουσιάστηκαν χρησιμοποιώντας την μέση τιμή και την τυπική απόκλιση ενώ για τις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήσαμε τις συχνότητες (n) και τα αντίστοιχα ποσοστά (%). Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των μετρήσεων έγινε χρησιμοποιώντας το Kolmogorov-Smirnov test .

Η μονοδιάστατη ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το Χι-τετράγωνο τεστ , Fisher exact test , τ-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα για να αναλύσουμε την σχέση ανάμεσα στις εξαρτημένες μεταβλητές που ήταν η επιθυμία επίσπευσης θανάτου (χαμηλή ή μέτρια επιθυμία vs υψηλή επιθυμία) και η κατάθλιψη (όχι vs ναι) και τους ποιοτικούς και ποσοτικούς δημογραφικούς και κλινικούς, δείκτες αντίστοιχα.

Όλοι οι δείκτες ανεξάρτητα στατιστικής σημαντικότητας στη μονοδιάστατη ανάλυση συμπεριλήφθηκαν στο μοντέλο πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιώντας την μέθοδο enter για να προσδιορίσουμε τους προγνωστικούς δείκτες της επιθυμίας επίσπευσης θανάτου και της κατάθλιψης

Η μονοδιάστατη ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson ή Spearman , τ-τεστ για ανεξάρτητα δείγματα , ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα για να αναλύσουμε την σχέση ανάμεσα στην εξαρτημένη μεταβλητή (συνολικά σκορ επιθυμίας επίσπευσης θανάτου και κατάθλιψης) και τους ποσοτικούς και ποιοτικούς δημογραφικούς και κλινικούς δείκτες αντίστοιχα.

Όλοι οι δείκτες ανεξάρτητα στατιστικής σημαντικότητας στη μονοδιάστατη ανάλυση συμπεριλήφθηκαν στο μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

χρησιμοποιώντας την μέθοδο enter για να προσδιορίσουμε τους προγνωστικούς δείκτες της επιθυμίας επίσπευσης θανάτου και της κατάθλιψης σε μορφή σκορ.

Όλες οι προϋποθέσεις για την πραγματοποίηση της γραμμικής παλινδρόμησης (ομοιογένεια , γραμμικότητα , κανονική κατανομή και ανεξαρτησία των υπολοίπων του μοντέλου όπως επίσης και η συγγραμικότητα των ανεξαρτήτων μεταβλητών) ελέγχθηκαν

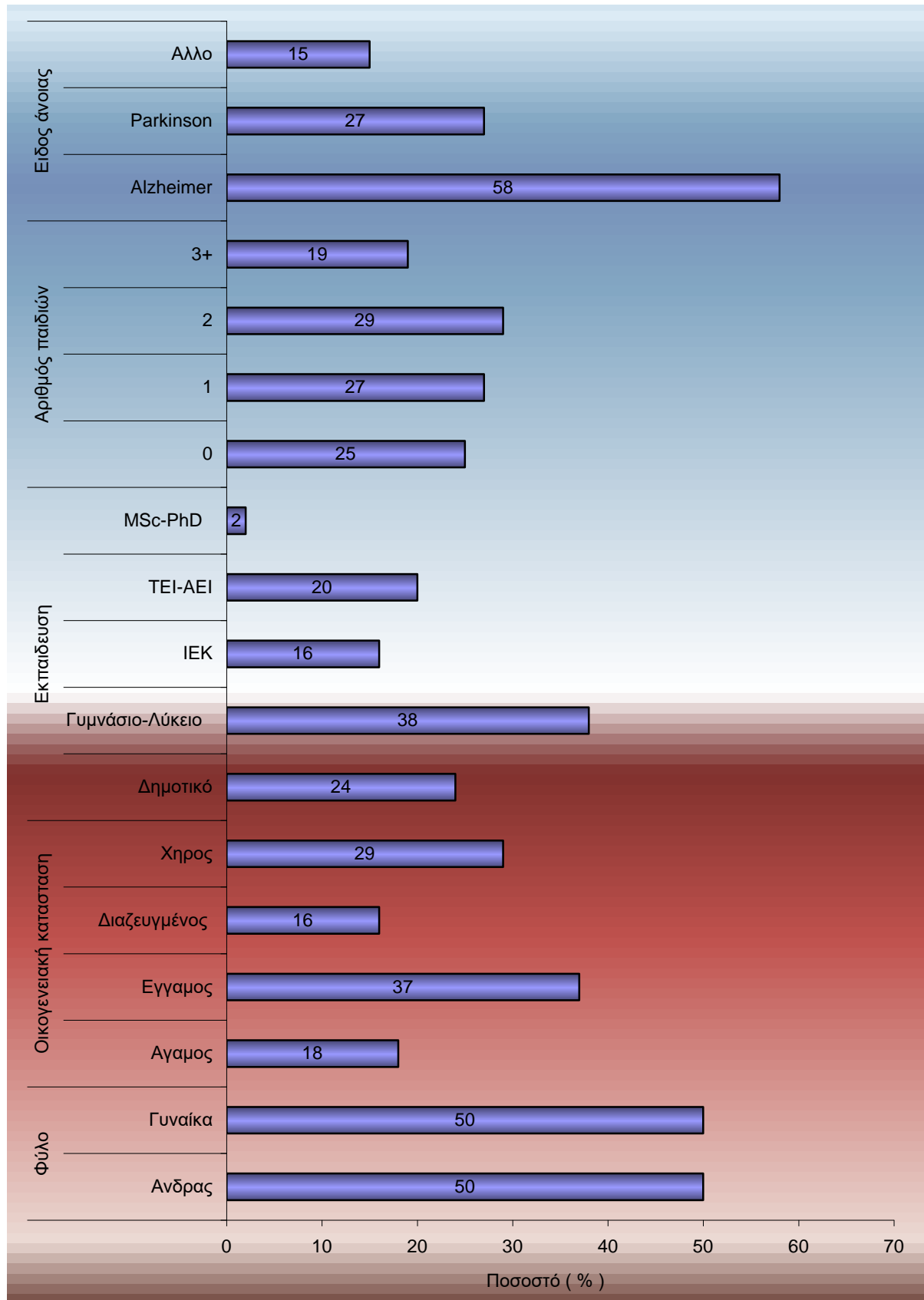
Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS nr 21.00 (IBM Corporation, Somers, NY, USA). Όλα τα τεστ ήταν διπλής κατεύθυνσης (two-sided) .Η τιμή p-value <0.05 καθορίστηκε σαν επίπεδο στατιστικά σημαντικής διαφοράς , επίσης καταγράφηκαν και οι οριακές στατιστικά σημαντικές διαφορές (0.05<P<0.1)

4.2.Αποτελέσματα

Πίνακας 1 : Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Άνδρας	50	50,0
	Γυναίκα	50	50,0
Ηλικία	Μέση τιμή±ΤΑ (Ελ-Μεγ)	76.56±7.32 (58-91)	
Αριθμός παιδιών	Μέση τιμή±ΤΑ (Ελ-Μεγ)	1.46±1.14 (0-4)	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	18	18,0
	Έγγαμος	37	37,0
	Διαζευγμένος	16	16,0
	Χήρος	29	29,0
Εκπαίδευση	Δημοτικό	24	24,0
	Γυμνάσιο-Λύκειο	38	38,0

	IEK	16	16,0
	TEI-AEI	20	20,0
	MSc-PhD	2	2,0
Αριθμός παιδιών	0	25	25,0
	1	27	27,0
	2	29	29,0
	3+	19	19,0
Είδος άνοιας	Alzheimer	58	58,0
	Parkinson	27	27,0
	Άλλο	15	15,0



Γράφημα 1 : Δημογραφικά στοιχεία συμμετεχόντων

Στον **Πίνακα 1, Γράφημα 1** παρουσιάζουμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματός μας

Το 50% ήταν άνδρες και το 50% γυναίκες με μέση ηλικία τα 77 έτη , το 18% ήταν άγαμοι , το 37% έγγαμοι , το 16% διαζευγμένοι και το 29% χήροι Το 24% ήταν απόφοιτοι δημοτικού , το 38% απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου , το 16% απόφοιτοι ΙΕΚ , το 20% απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ και το 2% είχαν μεταπτυχιακές σπουδές ή διδακτορική διατριβή. Το 25% δεν είχαν παιδιά , το 27% είχαν 1 παιδί , το 29% είχαν 2 παιδιά , και το 19% είχαν πάνω από 3 παιδιά .Τέλος το 58% είχαν Alzheimer , το 27% Parkinson και το 15% άλλη διάγνωση.

Πίνακας 2 : Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων

	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστο	Μέγιστο
MOCA	23,22	1,42	20	26
MMSE	24,70	1,20	23	27
Επιθυμία επίσπευσης του θανάτου	9,47	4,03	1	20
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης	9,25	3,47	0	15

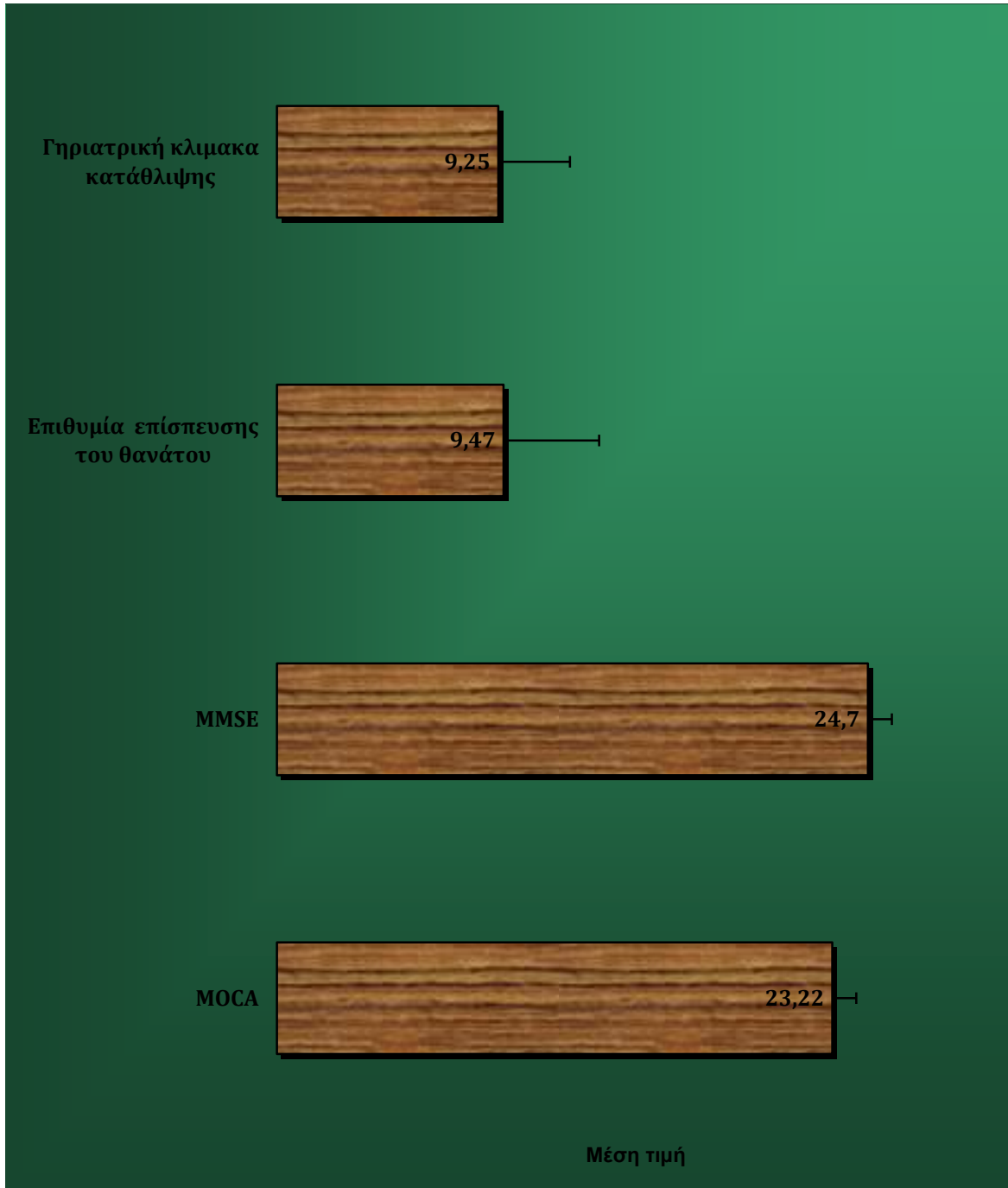
Στον **Πίνακα 2** και **Γράφημα 2** παρουσιάζουμε τα περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων

Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος του δείκτης MOCA είναι 23.22 και όλοι οι συμμετέχοντες είχαν σκορ κάτω από 26 που ήταν κριτήριο εισαγωγής στην μελέτη

Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος του δείκτης MMSE είναι 24,70 και όλοι οι συμμετέχοντες είχαν σκορ πάνω από 23 που ήταν κριτήριο εισαγωγής στην μελέτη

Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος του δείκτης *Στάση επιθυμία επίσπευσης του θανάτου* ήταν 9.47 και προσεγγίζει το cut-off για υψηλή επιθυμία επίσπευσης θανάτου που είναι 10

Παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος του δείκτη *Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης* είναι 9,25 και είναι αρκετά πάνω από το cut-off για την κατάθλιψη που είναι 7.



Γράφημα 2 : Περιγραφική ανάλυση ερωτηματολογίων

Πίνακας 3 : Cronbach's alpha για τα ερωτηματολόγια

	Cronbach's alpha
Επιθυμία επίσπευσης του θανάτου	0.790
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης	0.810

Στον Πίνακα 3 φαίνονται τα αποτελέσματα της εσωτερικής συνοχής (internal consistency) των ερωτηματολογίων και όπως παρατηρούμε οι τιμές είναι μέσα στα αποδεκτά όρια της εσωτερικής συνοχής

($\alpha > 0,7$) υποδεικνύοντας έτσι ότι τα ερωτήματα έχουν εσωτερική συνοχή .

Οι τιμές ήταν 0,790 για το ερωτηματολόγιο επιθυμίας επίσπευσης θανάτου και 0,810 για την γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης.

Πίνακας 4 : Συσχέτιση ερωτηματολογίων

	MOCA	MMSE	επιθυμία επίσπευσης θανάτου	Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης
MOCA	---	0.564**	-0.034	-0.258*
MMSE	---	---	-0.111	-0.257*
επιθυμία επίσπευσης θανάτου	---	---	---	0.369**
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης	---	---	---	---

*p<0,005 , ** p<0,0005

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζουμε τις συσχετίσεις ανάμεσα στα συνολικά σκορ των ερωτηματολογίων ,

Παρατηρούμε ότι υπάρχει μέτρια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην επιθυμία επίσπευσης θανάτου και στην γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης ($\rho=0,369$ $p<0.0005$) και χαμηλή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης και στα MOCA($\rho=-0,258$ $p=0.009$) και MMSE($\rho=-0,257$ $p=0.01$) αντίστοιχα

Πίνακας 5α : Μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την επίσπευση θανάτου

		Επιθυμία επίσπευσης θανάτου				p-value
		Μέτρια ή χαμηλή επιθυμία		υψηλή επιθυμία		
Φύλο	Άνδρας	25	50,0%	25	50,0%	0.422
	Γυναίκα	30	60,0%	20	40,0%	
Ηλικία	Μέση τιμή±ΤΑ	77.95±8.00		74.87±6.06		0.031
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	4	22,2%	14	77,8%	0.001
	Έγγαμος	18	48,6%	19	51,4%	
	Διαζευγμένος	10	62,5%	6	37,5%	
	Χήρος	23	79,3%	6	20,7%	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	18	75,0%	6	25,0%	0.117

	Γυμνάσιο-Λύκειο	20	52,6%	18	47,4%	
	ΙΕΚ	8	50,0%	8	50,0%	
	ΤΕΙ-ΑΕΙ- Μεταπτυχιακό	9	40,9%	13	59,1%	
Αριθμός παιδιών	κανένα	9	36,0%	16	64,0%	0.060
	1-2	36	64,3%	20	35,7%	
	3+	10	52,6%	9	47,4%	
Είδος άνοιας	Alzheimer	32	55,2%	26	44,8%	0.512
	Parkinson	13	48,1%	14	51,9%	
	Άλλο	10	66,7%	5	33,3%	
Αριθμός παιδιών	Μέση τιμή±ΤΑ	1.58±1.08		1.31±1.20		0.240

Στον Πίνακα 5α παρουσιάζουμε την μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου σε κατηγορική μορφή (χαμηλή ή μέτρια επιθυμία vs υψηλή επιθυμία)

Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου για τους δείκτες φύλο ($p=0,422$) , εκπαίδευση ($p=0,117$) , είδος άνοιας ($p=0,512$) , τον αριθμό παιδιών σε ποσοτική μορφή ($p=0,240$) ενώ υπάρχει για τους δείκτες ηλικία ($p=0,031$) και οικογενειακή κατάσταση ($p=0,001$) και οριακά του αριθμού παιδιών σε κατηγορική μορφή

($p=0,060$)

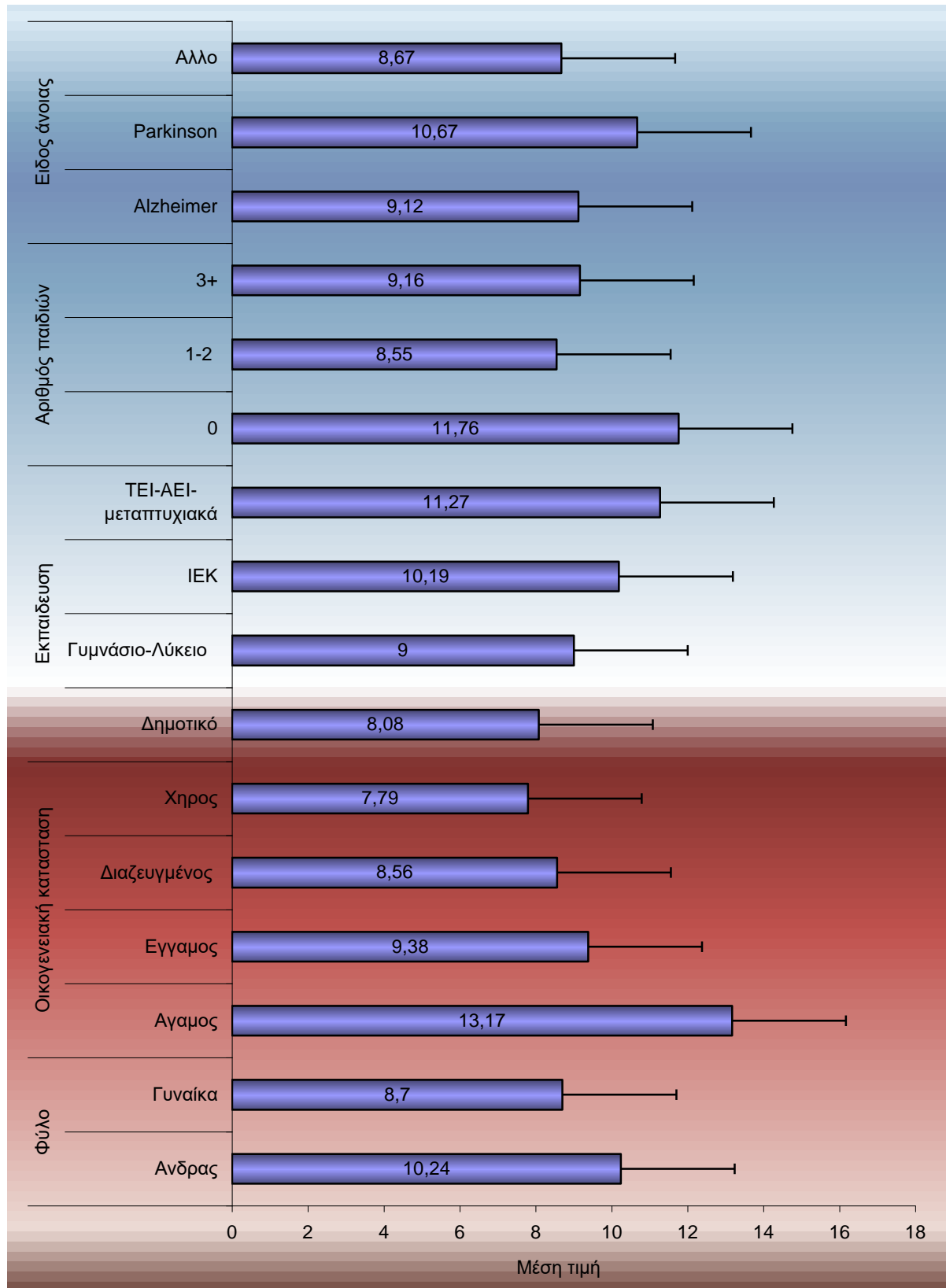
Συμπερασματικά μικρότερες ηλικίες, άγαμοι χωρίς κανένα παιδί παρουσίασαν υψηλότερη επιθυμία επίσπευσης θανάτου

Πίνακας 5β : Μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την επίσπευση θανάτου

		Επιθυμία επίσπευσης θανάτου		p-value
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο	Άνδρας	10,24	4,36	0.055
	Γυναίκα	8,70	3,54	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	13,17	4,50	0.001
	Έγγαμος	9,38 ^a	2,98	
	Διαζευγμένος	8,56 ^a	4,94	
	Χήρος	7,79 ^a	2,90	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	8,08	2,38	0.038
	Γυμνάσιο-Λύκειο	9,00	3,75	
	ΙΕΚ	10,19	4,83	
	ΤΕΙ-ΑΕΙ-μεταπτυχιακά	11,27 ^b	4,73	
Αριθμός παιδιών	κανένα	11,76	4,83	0.019
	1-2	8,55 ^c	3,70	
	3+	9,16 ^c	2,50	
Είδος άνοιας	Alzheimer	9,12	3,71	0.182
	Parkinson	10,67	4,52	

	Άλλο	8,67	4,06	
Ηλικία	Spearman's correlation	0.144		0.152
Αριθμός παιδιών		-0.221		0.027

^a $p < 0,05$ vs άγαμος , ^b $p < 0,05$ vs δημοτικό , ^c $p < 0,05$ vs κανένα παιδί



Γράφημα 3 : Μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου

Στον Πίνακα 5β παρουσιάζουμε την μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου σε μορφή σκορ

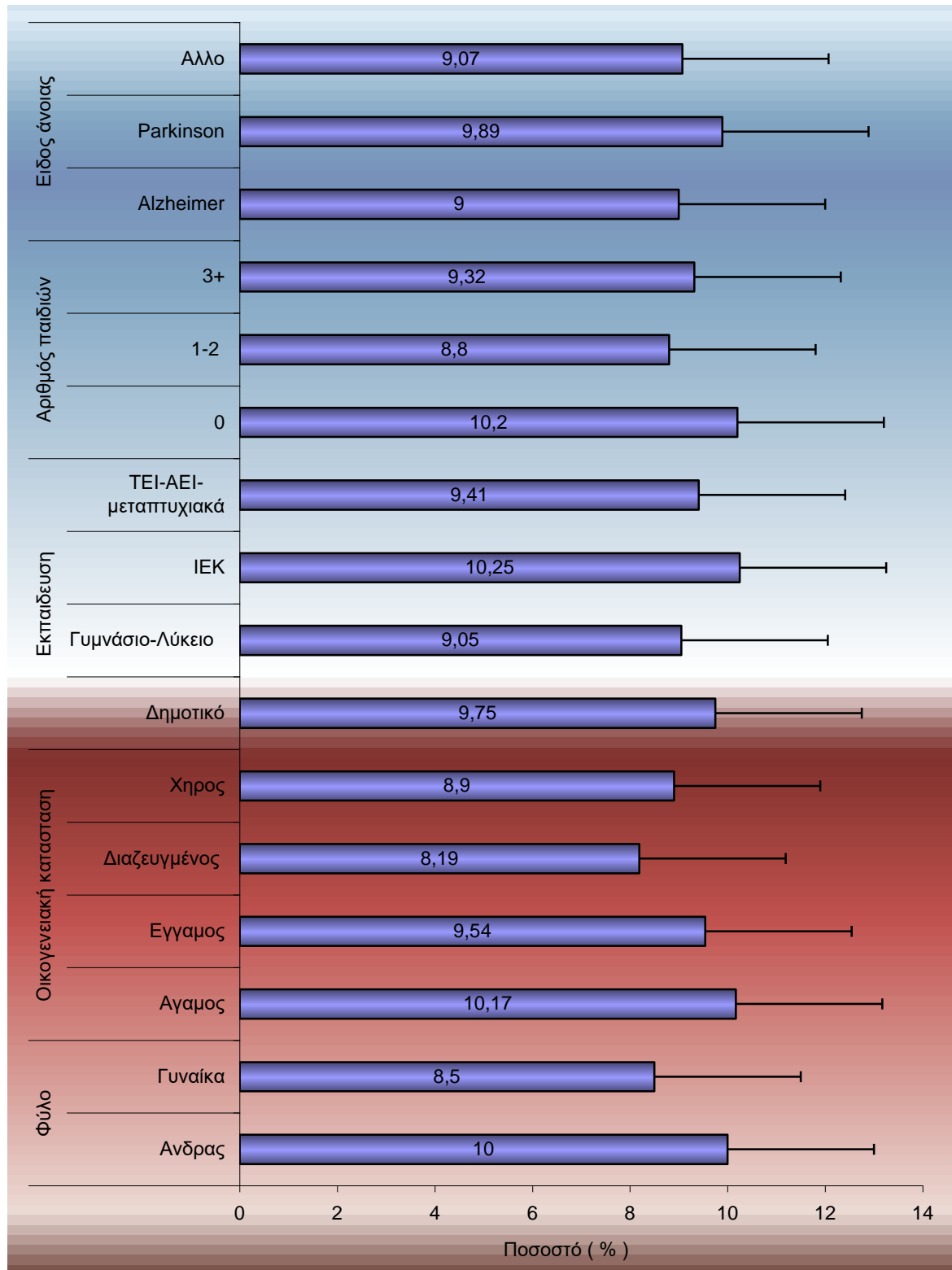
Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου για τους δείκτες φύλο ($p=0,055$) , οικογενειακή κατάσταση ($p=0,001$) , εκπαίδευση ($p=0,038$) , και τον αριθμό παιδιών σε ποιοτική ($p=0,019$) και ποσοτική μορφή ($p=0,027$) ενώ δεν υπάρχει για τους δείκτες ηλικία ($p=0,152$) και είδος άνοιας ($p=0,182$)

Συγκεκριμένα οι άνδρες , οι άγαμοι , οι απόφοιτοι ΤΕΙ-ΑΕΙ-μεταπτυχιακού και αυτοί που δεν έχουν παιδιά παρουσιάζουν υψηλότερη επιθυμία επίσπευσης θανάτου σε σχέση με τις γυναίκες , τους έγγαμους , διαζευγμένους, χήρους , τους απόφοιτους δημοτικού και αυτούς που έχουν 1-2 ή πάνω από 3 παιδιά αντίστοιχα.

Πίνακας 6α : Μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την κατάθλιψη

		Κατάθλιψη (σκορ)		p-value
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Φύλο	Άνδρας	10,00	3,29	0.030
	Γυναίκα	8,50	3,51	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	10,17	2,41	0.290
	Έγγαμος	9,54	3,85	
	Διαζευγμένος	8,19	4,49	
	Χήρος	8,90	2,78	

Εκπαίδευση	Δημοτικό	9,75	2,40	0.259
	Γυμνάσιο-Λύκειο	9,05	4,02	
	ΙΕΚ	10,25	3,75	
	ΤΕΙ-ΑΕΙ- μεταπτυχιακά	9,41	3,08	
Αριθμός παιδιών	κανένα	10,20	2,42	0.247
	1-2	8,80	3,83	
	3+	9,32	3,43	
Είδος άνοιας	Alzheimer	9,00	3,87	0.469
	Parkinson	9,89	2,90	
	Άλλο	9,07	2,71	
Ηλικία	Spearman's correlation	0.291		0.003
Αριθμός παιδιών		-0.170		0.101



Γράφημα 4 : Μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την κατάθλιψη

Στον Πίνακα 6α και Γράφημα 4 παρουσιάζουμε την μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την κατάθλιψη σε ποσοτική μορφή (συνολικό σκορ ερωτηματολογίου GDS)

Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατάθλιψη για τους δείκτες φύλο ($p=0,030$) και ηλικία ($p=0,003$) οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερη κατάθλιψη σε σχέση με τις γυναίκες ενώ δεν υπάρχει για τους δείκτες , οικογενειακή κατάσταση ($p=0,290$) , εκπαίδευση ($p=0,259$), τον αριθμό παιδιών σε ποιοτική ($p=0,247$) και ποσοτική μορφή ($p=0,101$) και είδος άνοιας ($p=0,469$)

Συμπερασματικά άνδρες με υψηλή ηλικία έχουν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης

Πίνακας 6β : Μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την κατάθλιψη (ποιοτικά)

		κατάθλιψη				p-value
		Χωρίς κατάθλιψη		κατάθλιψη		
Φύλο	Άνδρας	9	18,0%	41	82,0%	0.070
	Γυναίκα	18	36,0%	32	64,0%	
Ηλικία	Μέση τιμή±ΤΑ	73.44±8.02		77.71±6.74		0.009
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	2	11,1%	16	88,9%	0.170
	Έγγαμος	13	35,1%	24	64,9%	
	Διαζευγμένος	6	37,5%	10	62,5%	

	Χήρος	6	20,7%	23	79,3%	
Εκπαίδευση	Δημοτικό	5	20,8%	19	79,2%	0.059
	Γυμνάσιο-Λύκειο	16	42,1%	22	57,9%	
	ΙΕΚ	2	12,5%	14	87,5%	
	ΤΕΙ-ΑΕΙ- Μεταπτυχιακό	4	18,2%	18	81,8%	
Αριθμός παιδιών	κανένα	2	8,0%	23	92,0%	0.044
	1-2	18	32,1%	38	67,9%	
	3+	7	36,8%	12	63,2%	
Είδος άνοιας	Alzheimer	21	36,2%	37	63,8%	0.051
	Parkinson	4	14,8%	23	85,2%	
	Άλλο	2	13,3%	13	86,7%	
Αριθμός παιδιών	Μέση τιμή±ΤΑ	2.04±1.06		1.25±1.10		0.002

Στον Πίνακα 6β παρουσιάζουμε την μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την κατάθλιψη σε κατηγορική μορφή (χωρίς κατάθλιψη vs κατάθλιψη). Παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατάθλιψη για τους δείκτες φύλο ($p=0,070$ οριακά) , ηλικία ($p=0,009$) εκπαίδευση ($p=0,059$ οριακά) , είδος άνοιας ($p=0,051$ οριακά) και τον αριθμό παιδιών σε ποιοτική ($p=0,044$) και ποσοτική μορφή ($p=0,002$) ενώ δεν υπάρχει για τον δείκτη οικογενειακή κατάσταση ($p=0,170$) .

Συμπερασματικά άνδρες , μεγαλύτερης ηλικίας, άγαμοι , χωρίς κανένα παιδί και με Πάρκινσον ή άλλο νόσημα παρουσίασαν υψηλότερη κατάθλιψη

Πίνακας 7 : Πολυπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου

		OR	95% CI		p-
Ηλικία	---	0.93	0.83	1.01	0.100
Φύλο	Ανδρας	1,00			0.776
	Γυναίκα	1.21	0.33	4.38	
Οικογενειακή κατάσταση	Χήρος	1,00			0.031
	Άγαμος	16,36	1,30	206,35	0,031
	Έγγαμος	4,05	1,05	15,64	0,043
	Διαζευγμένος	1,58	,27	9,19	0,610
Εκπαίδευση	Δημοτικό	1,00			0.547
	Γυμνάσιο-Λύκειο	2,12	,34	13,31	0.424
	ΙΕΚ	1,22	,10	15,25	0.878
	ΤΕΙ-ΑΕΙ-	3,31	,34	31,73	0.300
Αριθμός παιδιών	3 παιδιά και πάνω	1,00			0.313
	κανένα	1,98	,59	6,62	0.272
	1-2	0,72	,31	1,56	0.369
Είδος άνοιας	Alzheimer	1,00			0.933
	Parkinson	0,81	,21	3,03	0.729
	Άλλο	1,05	,21	5,26	0.950
GDS	Χωρίς κατάθλιψη	1,00			0.002
	κατάθλιψη	7.75	2.06	29.13	

Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται η ανάλυση της πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης για την μεταβλητή *επιθυμία επίσπευσης θανάτου* . Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης -με

την μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple logistic regression- enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την ανεξάρτητη επίδραση των δημογραφικών δεικτών και της κατάθλιψης πάνω στη μεταβλητή *επιθυμία επίσπευσης θανάτου*.

Παρατηρούμε ότι οι δείκτες **οικογενειακή κατάσταση** ($p=0,031$) και **κατάθλιψη** ($p=0,002$) έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση πάνω στην επιθυμία επίσπευσης θανάτου.

Η ερμηνεία των δεικτών είναι η εξής :

1. Τα άτομα με κατάθλιψη έχουν 7,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επιθυμίας επίσπευσης θανάτου σε σχέση με αυτά χωρίς
2. Οι άγαμοι και οι έγγαμοι έχουν 16 και 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επιθυμίας επίσπευσης θανάτου σε σχέση με τους χήρους

Πίνακας 8 : Πολυπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την κατάθλιψη

		OR	95% CI		p-value
Ηλικία	---	1,09	0,98	1,21	0.105
Φύλο	Άνδρας	1,00			0.754
	Γυναίκα	0,80	0,21	3,14	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	1,00			0.842
	Έγγαμος	1,15	,11	11,52	0,907
	Διαζευγμένος	0,76	,08	6,78	0,805

	Χήρος	1,81	,16	20,34	0,631
Εκπαίδευση	Δημοτικό	1,00			0.602
	Γυμνάσιο-Λύκειο	0,77	0,11	5,42	0,793
	ΙΕΚ	2,62	0,12	54,78	0,536
	ΤΕΙ-ΑΕΙ-μεταπτυχιακά	0,60	0,05	7,51	0,689
Είδος άνοιας	Alzheimer	1,00			0.141
	Parkinson	4,03	0,78	20,93	0.097
	Άλλο	3,32	0,53	20,70	0.198
Αριθμός παιδιών	---	0.43	0.21	0.89	0.023

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται η ανάλυση της πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης για την μεταβλητή κατάθλιψη . Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής λογαριθμικής παλινδρόμησης -με την μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple logistic regression-enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την ανεξάρτητη επίδραση των δημογραφικών δεικτών στη μεταβλητή κατάθλιψη.

Παρατηρούμε ότι μόνο ο δείκτης αριθμός παιδιών ($p=0,023$) έχει στατιστικά σημαντική επίδραση πάνω στην κατάθλιψη

Η ερμηνεία των δεικτών είναι ή εξής :

1. Η αύξηση του αριθμού παιδιών κατά 1 σε μια οικογένεια επιφέρει μείωση κατά 57% της εμφάνισης κατάθλιψης .
2. Τα άτομα με Πάρκινσον ή άλλο είδος άνοιας έχουν 4πλάσια και 3πλάσια πιθανότητα κατάθλιψης σε σχέση με αυτά με Alzheimer ($p=0,097$ $p=0,198$ - οριακά)

Πίνακας 9 : Πολυπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την επιθυμία επίσπευσης Θανάτου (Σκορ)

	R ²	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής Βήτα	Τυπικό σφάλμα	p-value
Ηλικία	0.05	---	-0,130	0,049	0,009
Φύλο	0.00	Άνδρας	-0,002	0,762	0,998
Οικογενειακή κατάσταση (άλλο)	0.19	Άγαμος	-3,920	1,112	0,001
Αριθμός παιδιών	0.02	----	0,606	0,385	0,119
Εκπαίδευση (ανώτατη ή μεταπτυχιακά)	0.01	Πρωτοβάθμια ή Δευτεροβάθμια	1,469	,954	0,127
Είδος άνοιας(Parkinson)	0.00	Alzheimer ή	0,073	0,898	0,935
GDS (με κατάθλιψη)	0.13	Χώρις	0,523	0,104	<0.005

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται η ανάλυση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την μεταβλητή *επιθυμία επίσπευσης θανάτου* . Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με την μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple logistic regression-enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την ανεξάρτητη επίδραση των δημογραφικών δεικτών και της κατάθλιψης πάνω στη μεταβλητή *επιθυμία επίσπευσης θανάτου*.

Παρατηρούμε ότι οι δείκτες ερμηνεύουν το 39% της επιθυμίας επίσπευση θανάτου και από αυτούς μόνο οι μεταβλητές **ηλικία** ($p=0,009$, $R^2 =5\%$) **οικογενειακή κατάσταση** ($p=0,001$, $R^2 =19\%$) και **κατάθλιψη** ($p<0,005$, $R^2 =13\%$) έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση πάνω στην επιθυμία επίσπευσης θανάτου.

Η ερμηνεία των δεικτών είναι ή εξής :

1. Οι μη άγαμοι έχουν 3,92 μικρότερο σκορ επιθυμίας επίσπευσης

- θανάτου σε σχέση με τους άγαμους
2. Η αύξηση της ηλικίας κατά 1 έτος επιφέρει μείωση του σκορ επιθυμίας επίσπευσης θανάτου κατά 0,13 μονάδες
 3. Η αύξηση του σκορ κατάθλιψης κατά 1 μονάδα επιφέρει αύξηση του σκορ επιθυμίας επίσπευσης θανάτου κατά 0,52 μονάδες

Πίνακας 10 : Πολυπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε σχέση με την κατάθλιψη (σκορ)

	R ²	Κατηγορία αναφοράς	Συντελεστής	Τυπικό σφάλμ	p-value
Ηλικία	0.09	---	0,152	0,046	0,001
Φύλο	0.03	Άνδρας	-1,013	0,752	0,181
Οικογενειακή κατάσταση (άλλο)	0.01	Άγαμος	-0,760	1,105	0,493
Αριθμός παιδιών	0.05	----	-0,495	0,380	0,196
Εκπαίδευση (ανώτατη ή μεταπτυχιακά)	0.01	Πρωτοβάθμια ή Δευτεροβάθμια	-0,947	0,946	0,320
Είδος άνοιας(Parkinson)	0.00	Alzheimer ή άλλο	0,552	0,893	0,538

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζεται η ανάλυση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την μεταβλητή *κατάθλιψη* . Χρησιμοποιώντας το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης -με την μέθοδο της εισαγωγής όλων των μεταβλητών (multiple logistic regression-enter method) προσπαθούμε να ανιχνεύσουμε την ανεξάρτητη επίδραση των δημογραφικών δεικτών πάνω στη μεταβλητή *κατάθλιψη*

Παρατηρούμε ότι οι δείκτες ερμηνεύουν το 19% της κατάθλιψης και από αυτούς μόνο η μεταβλητή ηλικία ($p=0,001$, $R^2 =9\%$) έχει στατιστικά σημαντική επίδραση πάνω στην κατάθλιψη

Η ερμηνεία των δεικτών είναι ή εξής :

1. Η αύξηση της ηλικίας κατά 1 έτος επιφέρει αύξηση του σκορ της κατάθλιψης κατά 0,15 μονάδες

Συζήτηση

Παρόλη την έρευνα που λαμβάνει χώρα τα τελευταία χρόνια για την κατανόηση του ανθρώπινου εγκεφάλου δεν υπάρχει αξιόλογη πρόοδος στη θεραπεία της άνοιας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η πάθηση αυτή να απειλεί την ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων και να κάνει επιτακτική την ανάγκη για ανακουφιστική φροντίδα σε όλα τα στάδια της νόσου. Ένα μεγάλο κομμάτι της ανακουφιστικής φροντίδας εστιάζει στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και στην ποιότητα της ζωής τους.

Ίσως ένα από τα πιο ενδιαφέροντα και κλινικά σημαντικά κομμάτια στην ανακουφιστική φροντίδα είναι η επιθυμία επίσπευσης θανάτου. Με βάση αυτά τα δεδομένα, στην παρούσα έρευνα μετρήθηκε για πρώτη φορά η επιθυμία επίσπευσης θανάτου σε ανοϊκούς ασθενείς και η σχέση της με την κατάθλιψη .

Σε έναν πληθυσμό ασθενών με αρχόμενη άνοια οι οποίοι φιλοξενούνταν σε κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων και κέντρο αποκατάστασης, βρήκαμε πως ο μέσος όρος του δείκτη *γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης* είναι 9,25 και είναι αρκετά πάνω από το σημείο που σύμφωνα με τη συγκεκριμένη κλίμακα θεωρούμε πως ένας γηριατρικός ασθενής πάσχει από κατάθλιψη {cut off 7} ενώ ως προς την στάση για την επιθυμία επίσπευσης θανάτου το σκορ ήταν 9.47 δηλαδή αρκετά κοντά στο σημείο που θεωρούμε πως ο ασθενής έχει υψηλή επιθυμία επίσπευσης θανάτου (cut off 10).Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν θεωρούνται αξιόπιστα διότι είναι εντός των ορίων εσωτερικής συνοχής και συγκεκριμένα με τιμές 0,790 για το GDS και 0,810 HASD.

Στο δείγμα των ασθενών που μελετήσαμε βρήκαμε πως όσοι ασθενείς βρίσκονται στα πρώτα στάδια της άνοιας και είχαν καλύτερα αποτελέσματα στο Moca και MMSE τόσο υψηλότερο σκορ είχαν στην γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης. Έχει αποδειχθεί από τη μελέτη του Schaub και των συνεργατών του το 2003 πως η αυτοαξιολόγηση με την γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης παραμένει έγκυρη για τους ασθενείς που έχουν σκορ στο MMSE πάνω από το 15, οπότε ο πληθυσμός που μελετήθηκε από εμάς είναι έγκυρος (56). Το αποτέλεσμα το

οποίο βρήκαμε από την GDS μας βοηθά να συμπεράνουμε πως όσο νωρίτερα τεθεί η διάγνωση της νόσου τόσο πιθανότερο είναι ο ασθενής να παρουσιάσει κατάθλιψη(πίνακας 4)(57).

Οι έρευνες συμφωνούν πως η κατάθλιψη είναι ένα από τα πιο συχνά συμπτώματα στα πρώτα στάδια της άνοιας και συγκεκριμένα σε ποσοστό που κυμαίνεται από 6% έως 30% ενώ το ποσοστό πέφτει στο 3,9% στους υγιείς ηλικιωμένους, ψάχνοντας τη βιβλιογραφία ως προς τα επόμενα στάδια της άνοιας βρήκαμε πως ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης μειώνεται καθώς η σοβαρότητα της άνοιας αυξάνεται(58). Συγκεκριμένα, η κλινικά σημαντική κατάθλιψη δεν εμφανίζεται σε follow up μετά από 12 μήνες(59) και υπήρχε η τάση οι ασθενείς να αυτοαξιολογούν υψηλότερα την κατάθλιψη τους όσο καλύτερο ήταν το γωνιακό τους επίπεδο και να μειώνουν ή να ελαχιστοποιούν την κατάθλιψη τους σε χαμηλότερο γωνιακό επίπεδο(60).Επίσης δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός στο αν η κατάθλιψη θα πρέπει να θεωρηθεί μόνο σύμπτωμα της νόσου, δηλαδή κλινική εκδήλωση της άνοιας ή εάν η ανακοίνωση της διάγνωσης οδηγεί τον ασθενή στο να εκδηλώσει κατάθλιψη όπως συμβαίνει και στην ανακοίνωση της διάγνωσης για άλλες εξελικτικές- απειλητικές για τη ζωή νόσους. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι η σχέση κατάθλιψης και άνοιας είναι πολύ λίγο κατανοητή όσον αφορά τον επιπολασμό και την αιτιολογία άλλα το μόνο σίγουρο συμπέρασμα είναι πως θα πρέπει να γίνεται έγκαιρη διάγνωση και η ανάγκη για ΑΦ είναι μεγάλη τόσο για τον ασθενή όσο και για τους φροντιστές του (61)

Μελετώντας τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, παρατηρούμε πως υπάρχει συσχέτιση με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου και συγκεκριμένα οι εξής παράγοντες: η ηλικία , η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη ή όχι παιδιών. Αντίθετα οι παράγοντες φύλο , μορφωτικό επίπεδο και είδος άνοιας δεν φαίνεται να σχετίζονται με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου. (πίνακας 5α). Λαμβάνουμε ακόμα πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα στην μονοπαραγοντική ανάλυση των μεταβλητών σε μορφή σκορ διαπιστώνουμε ειδικά πως οι άγαμοι άνδρες, όσοι έχουν ανώτερο ή ανώτατο μορφωτικό επίπεδο και όσοι δεν έχουν παιδιά,

παρουσιάζουν υψηλότερη επιθυμία επίσπευσης θανάτου σε σχέση με τις γυναίκες τους έγγαμους διαζευγμένους χήρους , τους αποφοίτους δημοτικού και αυτούς που έχουν παιδιά. (πίνακας 5β). Δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία για την επιθυμία επίσπευσης θανάτου σε ανοϊκούς ασθενείς από άλλες μελέτες και προσπαθώντας να συγκρίνουμε με τα στοιχεία για τους ασθενείς που νοσούν από AIDS ή καρκίνο και δέχονται ανακουφιστική φροντίδα για τους οποίους έχουν γίνει έρευνες ως προς την επιθυμία επίσπευσης θανάτου, τα αποτελέσματα δείχνουν μια παρόμοια εικόνα με τους άνδρες ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο να επιθυμούν περισσότερο να επισπεύσουν το θάνατο τους σύμφωνα με τους Price et al.2011(62) ενώ σε άλλες έρευνες όπως για παράδειγμα των Gagliese et al.2007 φαίνεται τα δημογραφικά στοιχεία να μην παίζουν ρόλο(63) Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε τις διαφορές των ανοϊκών ασθενών στα αρχικά στάδια της νόσου σε σχέση με τους άλλους ασθενείς που έχουν μελετηθεί σε σχέση με την επιθυμία επίσπευσης θανάτου και ειδικά πως δεν υποφέρουν από πόνο στα αρχικά στάδια της ασθένειας, ο μέσος όρος της ηλικίας τους είναι μεγαλύτερος, δεν δέχονται καμία μορφή ΑΦ και είναι βέβαιο πως στο μέλλον θα έχουν πολύ μεγάλη έκπτωση στη νοητική τους λειτουργία.

Αν επικεντρωθούμε στο κομμάτι της κατάθλιψης παρατηρούμε πως οι άνδρες σε υψηλότερες ηλικίες έχουν και υψηλότερες τιμές κατάθλιψης. (πίνακας 6^α). και σε κατηγορική μορφή, κατάθλιψη –όχι κατάθλιψη, μπορούμε να γίνουμε ακριβέστεροι και διαπιστώνουμε πως άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας χωρίς παιδιά και με άνοια λόγω νόσου του Πάρκινσον ή άλλη μορφή άνοιας παρουσίασαν υψηλότερη κατάθλιψη σε σχέση με τους ασθενείς που πάσχουν από νόσο του Αλζχάιμερ (πίνακας 6β). Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα δημογραφικά στοιχεία ασθενών από άλλες έρευνες όπου έχει χρησιμοποιηθεί η GDS και συμφωνούν πως οι άνδρες ασθενείς που πάσχουν από νόσο του Πάρκινσον ή άλλο τύπο άνοιας παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Αναφέρετε συγκεκριμένα πως τα διαρκή και μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια είναι πιο συνηθισμένα σε άτομα με άνοια παρά σε ηλικιωμένους χωρίς άνοια. Η επίπτωση της κατάθλιψης μπορεί να είναι

30% στην αγγειακή άνοια και στη νόσο του Alzheimer και πάνω από 40% στην άνοια που σχετίζεται με ασθένειες του Πάρκινσον και του Huntington (64,65).

Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να μας οδηγήσει στο να σκεφτούμε τις ιδιαιτερότητες των συγκεκριμένων ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν άνοια λόγω νόσου του Πάρκινσον και άλλες μορφές άνοιας, σε σχέση ασθενείς με άνοια λόγω νόσο του Αλτσχάιμερ, ιδιαιτερότητες όπως τα κινητικά τους προβλήματα, τον σωματικό πόνο που βιώνουν, τις αλλαγές στην ομιλία κ.α. και ίσως ο συνδυασμός σωματικών και νοητικών συμπτωμάτων να είναι αυτο το οποίο τους κάνει να έχουν αυξημένο σκορ στην κατάθλιψη σε σχέση με το υπόλοιπο δείγμα (66,67).

Από την πολυπαραγοντική μελέτη της κατάθλιψης φαίνεται πως τα άτομα με άνοια λόγω της νόσου του Πάρκινσον παρουσιάζουν 4πλάσια πιθανότητα κατάθλιψης σε σχέση με αυτά με νόσο του Alzheimer ($p=0.097$) και τα άτομα με άλλο είδος άνοιας 3πλάσια πιθανότητα σε σχέση με αυτά με νόσο Alzheimer ($p=0.198$ οριακό). (πίνακας 8).

Αν εστιάσουμε τώρα στο κύριο ερώτημα που μας απασχολεί από την αρχή αυτής της έρευνας δηλαδή τη συσχέτιση κατάθλιψης και επιθυμίας επίσπευσης θανάτου και ανιχνεύοντας την ανεξάρτητη επίδραση των δημογραφικών στοιχείων και της κατάθλιψης σε σχέση με την μεταβλητή επιθυμία επίσπευσης θανάτου, παρατηρούμε πως οι δείκτες οικογενειακή κατάσταση ($p=0.031$) και κατάθλιψη ($p=0.002$) έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην επιθυμία επίσπευσης θανάτου και ειδικότερα τα άτομα με κατάθλιψη έχουν 7,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα επιθυμίας επίσπευσης θανάτου σε σχέση με τα άτομα χωρίς κατάθλιψη και οι άγαμοι και οι έγγαμοι έχουν 16 και 4 φορές αντίστοιχα μεγαλύτερη πιθανότητα επίσπευσης θανάτου σε σχέση με τους χήρους (πίνακας 7). όπως έχει αποδειχθεί και από τον Chochinon και τους συνεργάτες του, υπάρχει σοβαρή συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και επιθυμίας επίσπευσης θανάτου σε όλα τα δείγματα ασθενών και ανεξάρτητα της νόσου (π.χ. νεοπλασία, νόσος του κινητικού νευρώνα κ.α.) κάτι που επιβεβαιώνεται και για τους

ασθενείς με αρχόμενη άνοια όπως οι ίδιοι το αξιολογούν μέσω των επιστημονικών εργαλείων που χρησιμοποιήσαμε (68).

Συνεχίζοντας και αναλύοντας πολυπαραγοντικά την κατάθλιψη σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία παρατηρούμε πως μόνο ο αριθμός των παιδιών ($p=0.023$) έχει στατιστικά σημαντική επίδραση πάνω στη κατάθλιψη και ποιο συγκεκριμένα η αύξηση του αριθμού των παιδιών κατά ένα σε μια οικογένεια επιφέρει μείωση κατά 57% στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Στη συνέχεια της πολυπαραγοντικής ανάλυσης και ειδικότερα προσπαθώντας να ανιχνεύσουμε την επίδραση των δημογραφικών δεικτών και την κατάθλιψη στην επιθυμία επίσπευσης θανάτου, παρατηρούμε πως οι μεταβλητές ηλικία ($p=0.009$) οικογενειακή κατάσταση ($p=0.001$) και κατάθλιψη ($p<0.005$) έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση πάνω στην επιθυμία επίσπευσης θανάτου και ερμηνεύοντας τους δείκτες παρατηρούμε πως οι μη άγαμοι έχουν 3,92 μικρότερο σκορ επιθυμίας επίσπευσης θανάτου σε σχέση με τους άγαμους, η αύξηση της ηλικίας κατά 1 έτος επιφέρει μείωση του σκορ επιθυμίας επίσπευσης θανάτου κατά 0,13 μονάδες και τέλος η αύξηση του σκορ της κατάθλιψης κατά 1 μονάδα επιφέρει αύξηση του σκορ της επιθυμίας επίσπευσης θανάτου κατά 0,52 μονάδες.(πίνακας 9)

Παρόλο που η επιθυμία που εκφράζει κάποιος για να πεθάνει συνδέεται με την κατάθλιψη υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται όπως το αν είναι κάποιος παντρεμένος ή όχι ή κακή αυτοαξιολόγηση της υγείας του κα. όπως προκύπτει από άλλη μελέτη όπου οι ασθενείς δεν παρουσίαζαν προβλήματα διάθεσης αλλά εμφάνιζαν επιθυμία επίσπευσης θανάτου και αυτό μας οδηγεί στο να σκεφτούμε και να ερευνήσουμε το αν αυτοί οι παράγοντες μπορούν να αλλάξουν και αυτό μπορεί να αποκαταστήσει την επιθυμία κάποιου για να ζήσει (44).

Ως προς την κατάθλιψη παρατηρούμε πως οι δείκτες ερμηνεύουν το 19% της κατάθλιψης και μόνο η μεταβλητή ηλικία ($p=0.001$) έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην κατάθλιψη και ειδικότερα :η αύξηση της ηλικίας κατά 1 έτος

επιφέρει αύξηση του σκορ της κατάθλιψης κατά 0,15 μονάδες. (πίνακας 10) Η σωματική πτώση και εξασθένηση που είναι ταυτόσημη με το γήρας, η απώλεια αγαπημένων προσώπων και ο θρήνος για αυτά, η συνταξιοδότηση και η έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών είναι μερικοί από τους λόγους που μπορεί να οδηγήσουν τους ηλικιωμένους σε καταθλιπτικές συμπεριφορές λόγω της έλλειψης νοήματος και σκοπού στη ζωή τους ακόμη και σε κατάθλιψη. Όλα τα παραπάνω μεγιστοποιούνται όσο αυξάνεται η ηλικία και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να αυξάνονται και τα ποσοστά της κατάθλιψης όσο αυξάνεται και η ηλικία του ατόμου (69,70).

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν πως οι ασθενείς με άνοια σε αρχικό στάδιο παρουσιάζουν κατάθλιψη και έχουν αυξημένη επιθυμία επίσπευσης θανάτου. Γνωρίζουμε από άλλες μελέτες πως κατάθλιψη και επιθυμία επίσπευσης θανάτου έχουν άμεση σχέση και συγκεκριμένα όσο μεγαλώνει η κατάθλιψη τόσο αυξάνεται η επιθυμία επίσπευσης θανάτου και από αυτή την έρευνα φαίνεται πως τα δημογραφικά στοιχεία συσχετίζονται και με τις δύο μεταβλητές.

Καθώς στην έρευνα αυτή μελετούνται για πρώτη φορά ανοϊκοί ασθενείς ως προς την επιθυμία επίσπευσης θανάτου ενώ η κατάθλιψη έχει μετρηθεί πολλές φορές στην άνοια και έχοντας σαν αποτέλεσμα πως οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν επιθυμία επίσπευσης του θανάτου τους γίνεται προφανής η αναγκαιότητα της ανακουφιστικής φροντίδας από τα πρώτα στάδια της νόσου για ανακούφιση των ψυχικών κοινωνικών και πνευματικών συμπτωμάτων και όχι μόνο στο τέλος της ζωής τους , όπου η ΑΦ εστιάζει μόνο στην ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων όπως συμβαίνει στις χώρες του εξωτερικού (στην Ελλάδα, δυστυχώς, δεν εφαρμόζεται καθόλου ΑΦ σε κανένα στάδιο της νόσου).

Με τον τρόπο αυτό και προσπαθώντας να αντιμετωπίσουμε την κατάθλιψη αλλά και να βελτιώσουμε άλλους παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ψυχική κατάσταση του ασθενή θα μπορούσαμε να προχωρήσουμε και σε περαιτέρω έρευνες για το αν ΑΦ μειώνει την επιθυμία επίσπευσης θανάτου στους ασθενείς αυτούς.

Ένα άλλο σημαντικό ρόλο που μπορεί να παίξει η ΑΦ για τους ασθενείς αυτούς όταν εφαρμοστεί από τα πρώτα στάδια της άνοιας είναι στο να σχεδιαστεί η φροντίδα υγείας τους και να γίνουν δεκτές και σεβαστές οι επιθυμίες τους όταν οι ίδιοι οι ασθενείς είναι ακόμη σε θέση να αποφασίσουν για τους εαυτούς τους.

Τέλος δεν μπορούμε να γνωρίζουμε και πρέπει να γίνουν έρευνες πάνω σε αυτό τον τομέα, για το τι θα συνέβαινε και τι αποτελέσματα θα λαμβάναμε αν ήταν νόμιμη η ευθανασία ή η υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Πόσοι ασθενείς θα αποφάσιζαν να κάνουν κάτι τέτοιο και ποιες θα ήταν οι διαφορές σε σχέση με το αν δέχονταν ανακουφιστική φροντίδα ή όχι.

Βιβλιογραφία

Βιβλιογραφία

1. Boller F., Forbes MM. History of dementia and dementia in history: an overview. J Neurol Sci. 1998 Jun 30;158(2):125-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9702682>
2. Ballenger J.F, PhD, MA. Framing Confusion: Dementia, Society, and History AMA J Ethics. 2017;19(7):713-719. Available from: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/framing-confusion-dementia-society-and-history/2017-07>
3. History of dementia research. The university of Queensland/Queensland brain institute . Available from: <https://qbi.uq.edu.au/brain/dementia/history-dementia-research>
4. Rubinstein H. , Η νόσος του Alzheimer, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα (2000),
5. 14 Τσολάκη Μ. – Κάζης Α., Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, University Studio Press Θεσσαλονίκη (2005)
6. https://de.wikipedia.org/wiki/Alois_Alzheimer
7. Μεντενόπουλος Γ. Νευροπαθολογικά στοιχεία. Στο Γ. Μεντενόπουλος « η Νόσος του Alzheimer» β έκδοση. Θεσ/νίκη: εκδ University Studio Press, 1999; σελ. 25-58.
8. . Marsden CD. Assessment of dementia. In PJ Vincken, GW Bruyn, HL Klawans. Handbook Clinical Neurology, Vol. 2(46) Neurobehavioral Disorders, JAM Frederiks, Elsevier, Amsterdam; 1985; p 221-32
9. . 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
10. Morris JC: The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. Neurology. 1993, 43: 2412-2414
11. https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematic_brief_executivesummary.pdf

12. Μάνος Ν., (1997), Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσ/νίκη University Studio Press 28 Ευρωπαϊκή Εταιρεία Alzheimer, Ζώντας με τη Νόσο Alzheimer
13. Η Φαρμακευτική θεραπεία των ανοιών Σωκράτης Γ. Παπαγεωργίου Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών Available from: <https://docplayer.gr/3179658-l-farmakeytiki-therapeia-ton-anoion.html>
14. Chertkow H., Feldman H., Jacova C., Massoud F. Definitions of dementia and predementia states in Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment: consensus from the Canadian conference on diagnosis of dementia. *Alzheimers Res Ther.* 2013 Jul 8;5(Suppl 1):S2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24565215>
15. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ – ΑΝΟΙΑ Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Available from : http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ODIGOS%20ERGALEIWN/DIADIKASIES/5.Protocol_Dementia.pdf
16. Epidemiology of dementia. European Press Seminar. Fiuggi Fonte, Italy, September 23-25; 1994.
17. Σημειώσεις Σεμιναρίου: Άνοια Πρόσκληση ή Πρόκληση για την Κοινωνική Εργασία;, 12-14 /01/07
18. Επιδημιολογική μελέτη που διεξήχθη το 1998 (Κώστα - Τσολάκη, Φουντουλάκης, Παυλόπουλος, Χατζή, Κοτανίδης, Rocca, και Κάζης, 1998; Tsolaki, Fountoulakis, Pavlopoulos, Chatzi, & Kazis, 1999
19. Lobo, A. MD; Launer, L. J. PhD; Fratiglioni, L. MD; Andersen, K. MD; Di Carlo, A. MD; Breteler, M. M. B. MD; Copeland, J. R. M. MD; Dartigues, J.-F. MD; Jagger, C. PhD; Martinez-Lage, J. MD; Soininen, H. MD; Hofman, A. MD Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts for the Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. *Neurology.* 2000;54(11 Suppl 5):S4-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10854354>
20. Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis *Alzheimers*

- [Dement.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23305823) 2013 Jan;9(1):63-75.e2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23305823>
21. Alzheimer's, Disease International. 2011 Alzheimer's Disease Facts and Figures. 2011; Available from: http://www.alz.org/downloads/Facts_Figures_2011.pdf
22. Alzheimer's Disease International. Η άνοια στην Ελλάδα-Μία συνοπτική έκθεση. 2012 available from : http://www.alzheimer-drasi.gr/images/doc/ethniko_sxedio_drasis.pdf
23. Σακκά Π., Ευθυμίου Α., Ντανάση Ε., Καρπαθίου Ν., Βαμβακάρη Ε., Μαστρογιαννάκης Τ., Παντελίδου Σ., Λάβδας Μ., Εταιρεία Νόσου Alzheimer Εγχειρίδιο για Επαγγελματίες Υγείας. Available from : <https://s3.amazonaws.com/webprofile-ngos/Files>
24. J. C. Morris Classification of dementia and Alzheimer's disease **Acta Neurologica Scandinavica** Volume 94, Issue S165. April 1996
25. 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.
26. 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
27. [http HYPERLINK "http://pathways.nice.org.uk/pathways/dementia"](http://pathways.nice.org.uk/pathways/dementia)
28. Μουζακίδης Χ.,(2005) Η άσκηση ως παράγων διαφοροποίησης των φυσικών, γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων, της ψυχολογικής κατάστασης και της συμπεριφοράς των ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer. Ph.D. Thesis Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
29. <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
30. https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/NSA_WHPCA.pdf

31. Abbey J., Palliative care and Dementia, an Alzheimer's Australia Discussion paper. Feb 2006. Available from : https://www.dementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-CaringForSomeone21-PalliativeCare_english.pdf
32. Palliative Care for Elderly Dementia Patients. Available from: <https://www.seniorliving.org/palliative-care/dementia/>
33. [Living with dementia](#). Alzheimer society Canada. Available from: <https://alzheimer.ca/en/Home/Living-with-dementia/Caring-for-someone/End-of-life-care/Importance-palliative-care>
34. Sampson E., Palliative care for people with dementia *British Medical Bulletin*, Volume 96, Issue 1, December 2010, Pages 159–174, Available from: <https://academic.oup.com/bmb/article/96/1/159/299171>
35. Martin C. Prognosis of Depression in Elderly Community and Primary Care Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry* Volume 156 Issue 8 August 1999 Pages 1182-1189.
36. [Steffens DC](#), Potter G.G., Geriatric depression and cognitive impairment. [Psychol Med.](#) 2008 Feb;38(2):163-75. Epub 2007 Jun 22. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17588275>
37. Brandt M, Boucher D: Concepts of Depression in Emotion Lexicon of Eight Cultures. *Int J Intercultural Relations*, 1986;10:321-346
38. [Muliyala K.P.](#), [Varghese M](#). The complex relationship between depression and dementia. [Ann Indian Acad Neurol.](#) 2010 Dec; 13(Suppl2): S69–S73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3039168/>
39. [Anderson D](#). Forget Me Not. *Mental Health Services for Older People: By the Audit Commission.* [Psychiatric Bulletin](#) 25(5) · May 2001 Available from: https://www.researchgate.net/publication/247805724_Forget_Me_Not_Mental_Health_Services_for_Older_People_By_the_Audit_Commission
40. Green RC. Et al. Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study. [Arch Neurol.](#) 2003 May;60(5):753-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12756140>

41. Jorm AF., History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. [Aust N Z J Psychiatry](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11990888). 2001 Dec;35(6):776-81. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11990888>
42. Modrego PJ., Ferrandez J. Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of Alzheimer type: a prospective cohort study. [Arch Neurol](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313849). 2004 Aug;61(8):1290-3. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15313849>
43. Draper B., Peisah C., Snowdon J., Brodaty H., Early dementia diagnosis and the risk of suicide and euthanasia. *The journal of the Alzheimer's association*. January 2012 Volume 6, Issue 1, Pages 75–82. Available from: [https://aandjournal.net/article/S1552-5260\(09\)00104-6/fulltext](https://aandjournal.net/article/S1552-5260(09)00104-6/fulltext)
44. Jorm A.F. et al. Article Navigation Factors associated with the Wish to Die in Elderly People. *Age and Ageing*, Volume 24, Issue 5, September 1995, Pages 389–392. Available from: <https://academic.oup.com/ageing/article-abstract/24/5/389/35738>
45. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995;152:1185–91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7625468>
46. Mystakidou K. et al. The schedule of attitudes toward hastened death: Validation analysis in terminally ill cancer patients. [Palliat Support Care](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16594402). 2004 Dec;2(4):395-402. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16594402>
47. Φουντουλάκης Κ., Μ. Τσολάκη, Ε. Χαντζή & Α. Κάζης (1994). MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE). Εφαρμογή του στον ελληνικό πληθυσμό σε ασθενείς με άνοια. *Εγκέφαλος*, 31, 93-102.
48. Fountoulakis C., M. Tsolaki, H. Chantzi & A. Kazis (2000). Mini Mental State Examination (MMSE): A validation study in demented patients from the elderly Greek population. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15, 342-347.
49. Kounti, F., Tsolaki, M., Eleftheriou, M., et al. (2007). Administration of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test in Greek healthy elderly patients with Mild Cognitive Impairment and patients with Dementia, στο European Conference on Psychological Assessment and 2th International

- Conference of the Psychological Society of Northern Greece, 129,
Thessaloniki, Greece
50. Nasreddine ZS. Et al., The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. [J Am Geriatr Soc.](#) 2005 Apr;53(4):695-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15817019>
 51. http://www.psychargos.gov.gr/Documents2/ODIGOS%20ERGALEIWN/DIADIKASIES/5.Protocol_Dementia.pdf
 52. Yesavage JA. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. [J Psychiatr Res.](#) 1982-1983;17(1):37-49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7183759>
 53. Fountoulakis KN., Tsolaki M., Iacovides A, Yesavage J, O'Hara R, Kazis A, Ierodiakonou C. The validation of the short form of the Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. [Aging \(Milano\).](#) 1999 Dec;11(6):367-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10738851>
 54. Rosenfeld B1, Breitbart W, Galietta M, Kaim M, Funesti-Esch J, Pessin H, Nelson CJ, Brescia R. The schedule of attitudes toward hastened death: Measuring desire for death in terminally ill cancer patients. [Cancer.](#) 2000 Jun 15;88(12):2868-75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10870074>
 55. [Mystakidou K](#), [Parpa E](#), [Katsouda E](#), [Galanos A](#), [Vlahos L](#). Pain and desire for hastened death in terminally ill cancer patients. [Cancer Nurs.](#) 2005 Jul-Aug;28(4):318-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16046896>
 56. Schaub RT, Linden M, Copeland JR (2003), A comparison of GMS-A/AGECAT, DSM-III-R for dementia and depression, including subthreshold depression (SD)-results from the Berlin Aging Study (BASE). [Int J Geriatr Psychiatry](#) 18(2):109-117. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12571818>
 57. <https://www.alzheimers.org.uk/about-dementia/symptoms-and-diagnosis/depression>.

58. Forsell Y, Winblad B. Major depression in a population of demented and no demented older people: Prevalence and correlates. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:27–30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9434662>
59. Brodaty H, Luscombe G (1996), Depression in persons with dementia. *Int Psychogeriatr* 8(4):609-622. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9147174>
60. (Otto and Fogel 1992) (Ott, B. R., & Fogel, B. S. (1992). Measurement of depression in dementia: Self vs clinician rating. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 899-904) Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.930071209>
61. <https://www.psychiatrytimes.com/depression-dementia-diagnosis-and-treatment>.
62. Price A., Lee W. Et al. Prevalence, course and associations of desire for hastened death in a UK palliative population: a cross-sectional study *Supportive and Palliative Care* · September 2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24653226>
63. Rodin G., Zimmermann C. Et al. The Desire for Hastened Death in Patients with Metastatic Cancer. *Journal of pain and symptom management*. [June 2007](#) Volume 33, Issue 6, Pages 661–675. Available from: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00207-2/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(07)00207-2/fulltext)
64. Enache D, Winblad B, Aarsland D. Depression in dementia: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Curr Opin Psychiatry* 2011;24:461-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21926624>
65. Reijnders JS, Ehrt U, Weber WE, Aarsland D, Leentjens AF. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008;23:183-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17987654>
66. [Weintraub D.](#), [Xie S.](#), [Karlawish J.](#), [Siderowf A.](#), Differences in depression symptoms in patients with Alzheimer's and Parkinson's diseases evidence from the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) *Int J Geriatr*

- Psychiatry. 2007 Oct; 22(10): 1025–1030. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2085362/>
67. [David Kitching](#). Depression in dementia. [Aust Prescr](#). 2015 Dec; 38(6): 209–2011. Published online 2015 Dec 1. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4674029/>
68. [Chochinov HM](#), [Wilson KG](#), [Enns M](#), [Lander S](#). Depression, Hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. [Psychosomatics](#). 1998 Jul-Aug;39(4):366-70. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9691706>
69. Williams B., Sawyer P., Suicide Among Older Adults: Considering Palliative Care as an Interventional Modality. Journal of pain and symptom management Vol. 43 No. 2 February 2012:459-60. Available from: [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(11\)00845-1/pdf](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(11)00845-1/pdf)
70. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Desire for death in the terminally ill. Am J Psychiatry 1995;152:1185–91. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7625468>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ ΦΟΡΜΑ
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Τίτλος μελέτης : " Επιθυμία επίσπευσης θανάτου και ψυχολογική κατάσταση σε ανοϊκούς ασθενείς αρχόμενου σταδίου. Η συγκεκριμένη έρευνα εκπονείται στα πλαίσια μεταπτυχιακού προγράμματος για την συγγραφή μεταπτυχιακής εργασίας με σκοπό την διερεύνηση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών, την επιθυμία επίσπευσης θανάτου και την σχέση αυτών με την άνοια αρχόμενου σταδίου. Η μελέτη θα λάβει χώρα σε κέντρο αποκατάστασης και σε χώρους φιλοξενίας ηλικιωμένων. Η συμμετοχή στη μελέτη συμπεριλαμβάνει τη συμπλήρωση τεσσάρων ερωτηματολογίων -επιστημονικών εργαλείων.

Η συμμετοχή είναι εθελοντική και ανώνυμη. Έχετε δικαίωμα να κάνετε οποιαδήποτε ερώτηση κατά την διάρκεια της έρευνας και να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποια στιγμή επιθυμείτε.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συμμετοχή.

Βαρβέρη Αθηνά Πηνελόπη, νοσηλεύτρια ΤΕ, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΕΚΠΑ.

Έχω διαβάσει το παραπάνω κείμενο της φόρμας συγκατάθεσης και συμφωνώ να συμμετέχω στη μελέτη αυτή.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΚΑΛΛΙΘΕΑ 14/1/2019

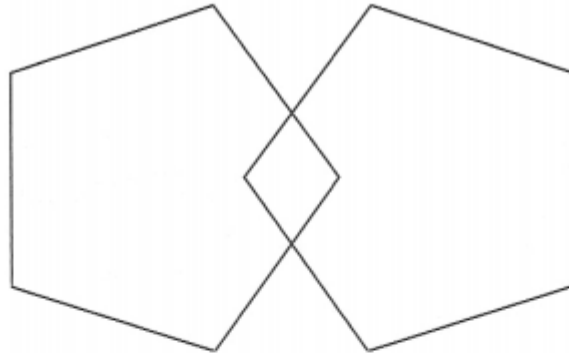
ΕΠΙΤΡΕΠΟΥΜΕ ΣΤΗΝ Κα. ΒΑΡΒΕΡΗ ΑΘΗΝΑ ΠΗΝΕΛΟΠΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ
ΤΕ, ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΕΚΠΑ, ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΤΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ- ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ
ΚΕΝΤΡΟΥ ΜΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : / /

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION
Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

01. Προσανατολισμός					
Ποιά είναι η ημερομηνία; Τσεκάρτε τις σωστές απαντήσεις	Ημέρα	Ημερ/νία ημέρας	Μήνας	Έτος	Εποχή
Που βρισκόμαστε; Τσεκάρτε τις σωστές απαντήσεις	Όνομα ή διεύθυνση	Όροφος	Πάλη	Νομός	Χώρα
02. Εγχάραξη					
Θα ονομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. Να θυμάστε ποια είναι γιατί θα σας ξαναρωτήσω σε λίγο. Τσεκάρτε τα αντικείμενα που είναι σωστά με την ΠΡΩΤΗ προσπάθεια, εάν γίνει κάποιο λάθος στην πρώτη προσπάθεια, επαναλάβετε όλα τα ονόματα έως ότου ο ασθενής τα μάθει και τα τρία.	Αριθ. Επαναλήψεων	Μπόντα	Σημεία	Δέντρο	
03. Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών					
Αφαίρεση	Τώρα θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε άλλα 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε. Καταχωρήστε ως σωστή μία απάντηση κάθε φορά που η διαφορά είναι 7, ακόμη κι αν η προηγούμενη απάντηση είναι λάθος.	Καταγραφή απάντησης	Σωστό		
		93			
		86			
		79			
		72			
		65			
Απόδοση λέξης	Συλλαβίστε τη λέξη "πέτρα" ανάποδα ("ΑΡΤΕΡ") Καταχωρίστε ως σωστό μόνον εάν τα γράμματα είναι με την σωστή σειρά Και οι δύο δοκιμές πρέπει να ολοκληρωθούν. Η τελική βαθμολόγηση (σωστές απαντήσεις) για αυτήν την ενότητα είναι η ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ εκ των δύο (Αφαίρεση ή Απόδοση λέξης)				
04. Ανάκληση					
Ποιά είναι τα τρία αντικείμενα που σας ζήτησα να θυμάστε;		Μπόντα	Σημεία	Δέντρο	
05. Γλώσσα					
Ονομασία	Δείξτε δύο αντικείμενα (ρολόι, μαλύβι) και ρωτήστε "Πως ονομάζεται αυτό το αντικείμενο;"	Ρολόι		Μαλύβι	
Επανάληψη	Πρόκειται να πω κάτι και θα ήθελα να το επαναλάβετε μετά από εμένα: "Όχι αν, και ή αλλά" (Επιτρέπεται μία επανάληψη)				
Εντολές	Δώστε καθαρές οδηγίες με την πρώτη. "Θα σας δώσω ένα κομμάτι χαρτιού. Πάρτε το χαρτί με το δεξί σας χέρι, διπλώστε το στη μέση και ακουμπήστε το στο πάτωμα". Αφού δώσετε στον ασθενή το χαρτί, επαναλάβετε την εντολή. Βαθμολογήστε ως σωστό, εάν οι εργασίες έγιναν με την σωστή σειρά.	Δεξί χέρι		Δίπλωμα	Στο πάτωμα
Ανάγνωση	Δείξτε την κάρτα που γράφει "Κλείστε τα μάτια σας" και ζητήστε από τον ασθενή να ακολουθήσει την οδηγία.				
Γραφή	Υποδείξτε στον ασθενή το τέλος της σελίδας σχεδίου (επόμενη σελίδα) και ζητήστε του να γράψει μία οποιαδήποτε ολοκληρωμένη πρόταση. Κατόπιν ζητήστε από τον ασθενή να σας πει τι έγραψε. Η ορθογραφία και η γραμματική δεν είναι σημαντικά. Η πρόταση θα πρέπει να έχει ένα υποκείμενο (ή αυτό να υπονοείται) και ένα ρήμα.				
Αντιγραφή	Υποδείξτε στον ασθενή την επόμενη σελίδα και πείτε "Αντιγράψτε αυτό το σχέδιο". Κάθε πεντάγωνο, θα πρέπει να έχει 5 πλευρές και 5 καθαρές γωνίες και η τομή τους να σχηματίζει ένα ρόμβο.				



Συνολική βαθμολόγηση :
(Ένας βαθμός για κάθε σωστή απάντηση)

Short form.

Geriatric Depression Scale - Greek version

**K.N. Fountoulakis, M Tsolaki, A. Iacovides, J. Yesavage, R O'Hara, A Kazis and Ch Ierodiakonou.:
The Validation of the Short Form of Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece**

published in "Aging: Clinical and Experimental Research, 1999;11:367-372"

Address for Communication: kfount@med.auth.gr

Greek Fonts and Instructions: <http://www.hri.org/fonts>

1	Are you basically satisfied with your life?		
	Είστε βασικά ευχαριστημένοι με τη ζωή σας;	ναι όχι	0 1
2	Have you dropped many of your activities and interests?		
	Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;	ναι όχι	1 0
3	Do you feel that your life is empty?		
	Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;	ναι όχι	1 0
4	Do you often get bored?		
	Βαριέστε συχνά;	ναι όχι	1 0
5	Are you in good spirits most of the time?		
	Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;	ναι όχι	0 1
6	Are you afraid that something bad is going to happen to you?		
	Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;	ναι όχι	1 0
7	Do you feel happy most of the time?		
	Αισθάνεστε ευτυχισμένος τον περισσότερο καιρό;	ναι όχι	0 1
8	Do you often feel helpless?		
	Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος;	ναι όχι	1 0
9	Do you prefer to stay at home rather than go out and do new things?		
	Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα;	ναι όχι	1 0
10	Do you feel you have more problems with your memory than most?		
	Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας απ' ό τι οι άλλοι;	ναι όχι	1 0
11	Do you think it is wonderful to be alive now?		
	Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο πράγμα που είστε ζωντανός τώρα;	ναι όχι	0 1

12	Do you feel pretty worthless the way you are now?		
	Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;	ναι όχι	1 0
13	Do you feel full of energy?		
	Αισθάνεστε γεμάτος ενέργεια;	ναι όχι	0 1
14	Do you feel that your situation is hopeless?		
	Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι απελπιστική;	ναι όχι	1 0
15	Do you think that most people are better than you are?		
	Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;	ναι όχι	1 0

Στάσεις απέναντι στην Επίσπευση του Θανάτου

Όνομα:

Ημερομηνία:

Παρακαλώ διαβάστε προσεχτικά την κάθε ερώτηση και βάλτε σε κύκλο μόνο ένα από τα δύο γράμματα Σ (Σωστό) ή Λ (Λάθος) που σας ταιριάζει σχετικά με το πώς αισθανθήκατε την τελευταία εβδομάδα.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Νοιώθω σίγουρος/η ότι θα μπορέσω να αντιμετωπίσω τη συναισθηματική φόρτιση της ασθένειας μου | Σ | Λ |
| 2. Πιστεύω ότι θα υποφέρω πολύ στο μέλλον από συναισθηματικά προβλήματα λόγω της ασθένειας μου | Σ | Λ |
| 3. Η ασθένεια μου μ'έχει αποδυναμώσει τόσο πολύ που δεν θέλω να συνεχίσω να ζω | Σ | Λ |
| 4. Σκέφτομαι σοβαρά να ζητήσω από το γιατρό μου βοήθεια για να δώσω τέλος στη ζωή μου | Σ | Λ |
| 5. Εάν δεν βελτιωθεί η ασθένεια μου, θα σκεφτώ να λάβω μέτρα για να τερματίσω τη ζωή μου | Σ | Λ |
| 6. Ο θάνατος μοιάζει ο καλύτερος τρόπος για να ανακουφιστεί ο πόνος και η δυσφορία που προκαλεί η νόσος μου | Σ | Λ |
| 7. Παρά την ασθένεια μου, η ζωή μου συνεχίζει να έχει νόημα και σκοπό | Σ | Λ |
| 8. Είμαι ασυνεπής με τη θεραπεία μου επειδή θέλω να αφήσω την ασθένεια μου να πάρει το δρόμο της | Σ | Λ |
| 9. Θέλω να συνεχίσω να ζω ανεξαρτήτως του πόνου ή της οδύνης που προκαλεί η νόσος | Σ | Λ |
| 10. Ελπίζω η νόσος μου να εξελιχθεί γρήγορα γιατί θα προτιμούσα να πεθάνω από το να συνεχίσω να ζω με αυτή | Σ | Λ |
| 11. Έχω σταματήσει τη θεραπεία γιατί θα προτιμούσα ν'αφήσω την ασθένεια να συνεχίσει το δρόμο της | Σ | Λ |
| 12. Απολαμβάνω τη ζωή μου τώρα, παρά τη νόσο μου, και δεν θα σκεφτόμουν να τη σταματήσω | Σ | Λ |
| 13. Επειδή η νόσος μου δεν θεραπεύεται, θα προτιμούσα να πεθάνω νωρίτερα, παρά αργότερα | Σ | Λ |
| 14. Ο θάνατος φαίνεται να είναι ο καλύτερος τρόπος για να ανακουφίσω τη συναισθηματική φόρτιση που προκαλεί η νόσος | Σ | Λ |
| 15. Οι γιατροί θα μπορέσουν να ανακουφίσουν ένα μεγάλο μέρος της δυσφορίας που προκαλεί η αρρώστια | Σ | Λ |
| 16. Λόγω της νόσου, η ιδέα του θανάτου φαίνεται ανακουφιστική | Σ | Λ |
| 17. Περιμένω ότι θα υποφέρω στο μέλλον λόγω των συμπτωμάτων της ασθένειας μου | Σ | Λ |