

## Άνοια και Τρίτη Ηλικία: Συγχρονική μελέτη σε αστικό και ημι-αστικό πληθυσμό

Μπαμπάτσικου Φωτούλα<sup>1</sup>, Νοταρά Βενετία<sup>2</sup>, Κουρή Μαριάννα<sup>3</sup>, Καμπά Ευριδίκη<sup>4</sup>, Ζυγά Σοφία<sup>5</sup>, Κουτής Χαρίλαος<sup>6</sup>

1. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ερευνητικό Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι.) Αθήνας, Αθήνα, Ελλάδα
2. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας, Ερευνητικό Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι.) Αθήνας, Αθήνα, Ελλάδα
3. Νοσηλεύτρια, Ερευνητικό Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι.) Αθήνας, Αθήνα, Ελλάδα
4. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι.) Αθήνας, Αθήνα, Ελλάδα
5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Ελλάδα
6. Καθηγητής Υγιεινής, Επιδημιολογίας & Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας, Διευθυντής Ερευνητικού Εργαστηρίου Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι.) Αθήνας, Αθήνα, Ελλάδα

DOI: 10.5281/zenodo.56494

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Στην Ελλάδα, με δεδομένη τη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, οι γνωσιακές διαταραχές στους ηλικιωμένους, όπως αγγειακή άνοια και νόσος Alzheimer, αποτελούν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, με το συνολικό κόστος της άμεσης και έμμεσης περίθαλψης των ασθενών να ανέρχεται στα 6 δις ευρώ, ετησίως.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση του επιπολασμού και των παραγόντων κινδύνου που συντελούν στην παθογενετική διαδικασία εμφάνισης της άνοιας, σε αστικό και ημι-αστικό πληθυσμό ηλικιωμένων.

**Υλικό και μέθοδος:** Κατά το χρονικό διάστημα από Ιούλιο 2012- Δεκέμβριο 2012 συμμετείχαν 300 άτομα (171 γυναίκες και 129 άντρες) ηλικίας  $\geq 60$  ετών, μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίου Δημητρίου Αττικής και των ΚΑΠΗ του Νομού Φωκίδας. Εξετάστηκαν, μέσω ερωτηματολογίου, τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των μελών και για τον προσδιορισμό της άνοιας χρησιμοποιήθηκε μεταφρασμένη και σταθμισμένη, σε ελληνικό ηλικιωμένο πληθυσμό, η κλίμακα αξιολόγησης γνωσιακής λειτουργίας MiniMentalStateExamination (MMSE).

**Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι το 15,3% του δείγματος παρουσίασε γνωσιακή έκπτωση (13% «μέτρια» και 2,3% «σοβαρή»). Στη «μέτρια γνωσιακή έκπτωση» παρατηρήθηκε υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών με σχεδόν διπλάσιο ποσοστό (16,4% έναντι 8,5%, αντίστοιχα). Επιπλέον, φάνηκε ότι η ηλικιακή ομάδα 70-74 ετών έχει στην κλίμακα της άνοιας 0,048 μεγαλύτερη τιμή σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς ( $\geq 75$  ετών) ( $B= 0,048, 95\%CI -0,308,0,404, p=0,010$ ) και αντίστοιχα η συγκατοίκηση έχει στην κλίμακα της άνοιας 0,037 μεγαλύτερη τιμή σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς (Μόνος/η) ( $B= 0,037, 95\%CI -0,251,0,325, p=0,024$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας που συγκατοικούν ή συμμετέχουν σε δομές δημιουργικής απασχόλησης παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα νοητικών διαταραχών. Κατά συνέπεια, διαφαίνεται η ανάγκη ενίσχυσης των προγραμμάτων πρόληψης της γεροντικής άνοιας με κατάλληλα προσαρμοσμένο ψυχοκοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο.

**Λέξεις κλειδιά:** Άνοια, ηλικιωμένοι, δημόσια υγεία, Κ.Α.Π.Η, αστικός πληθυσμός, ημι-αστικός πληθυσμός.

**Υπεύθυνος αλληλογραφίας:** Μπαμπάτσικου Φωτούλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ερευνητικό Εργαστήριο Υγιεινής & Επιδημιολογίας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι.) Αθήνας, Αθήνα, Ελλάδα, e-mail: fibaba@teiath.gr

Rostrum of Asclepius® - "To Vimatou Asklipeiou" Journal Volume 15, Issue 3 (July – September 2016)

ORIGINAL PAPER

## Dementia and Third Age: Cross sectional study in urban and semi-urban population

Babatsikou Fotoula<sup>1</sup>, Notara Venetia<sup>2</sup>, Kouri Marianna<sup>3</sup>, Kaba Evridiki<sup>4</sup>, Zyga Sofia<sup>5</sup>, Koutis Charilaos<sup>6</sup>

1. Associate Professor of Nursing, Department of Nursing, Laboratory of Hygiene & Epidemiology, Technological



*Educational Institute (T.E.I.) of Athens, Greece*

- Lecturer, Department of Public Health & Community Health, Laboratory of Hygiene & Epidemiology, Technological Educational Institute (T.E.I.) of Athens, Greece*
- RN, Laboratory of Hygiene & Epidemiology, Technological Educational Institute (T.E.I.) of Athens, Greece*
- Assistant Professor of Nursing, Department of Nursing, Technological Educational Institute (T.E.I.) of Athens, Greece*
- Associate Professor, University of Peloponnese, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, Nursing Department, Sparta, Greece*
- Professor of Hygiene- Epidemiology & Public Health, Department of Public Health & Community Health, Director of the Laboratory of Hygiene & Epidemiology, Technological Educational Institute (T.E.I.) of Athens, Greece*

**DOI: 10.5281/zenodo.56494**

## ABSTRACT

**Introduction:** In Greece, population ageing consists one of the most important public health issue with dementia being listed among the top five commonest illnesses. The total direct and indirect health care costs are estimated to exceed 6 billion€, annually.

**Aim:** This study aimed to examine the prevalence and the risk factors of dementia among the elderly, in urban and semi-urban population.

**Material and Method:** The studied sample consisted of 300 subjects, of whom 171 were women and 129 were men, aged  $\geq 60$  years, all members of the Open Care Centers for Older People (OCCFOP; KAPI in Greek) of Prefectures of Attica (Municipality of AgiosDimitrios) and Fokida, during the period July 2012- December 2012. A questionnaire of socio-demographic data was used and the Mini Mental State Examination (MMSE), validated in Greek elderly population, was used to evaluate dementia.

**Results:** The results of the study revealed that 15,3% of the sample presented dementia (13% moderate and 2,3% serious dementia). Moderate dementia prevalence appeared to be highest among women as compared to men. Additionally, the "unstandardized coefficients B" showed that the age group of 70-74 years old had an increase of 0,048 points, in the MMSE, in relation to the reference group ( $\geq 75$  years old) ( $B= 0,048, 95\%CI -0,308,0,404, p=0,010$ ); equally, in the MMSE scale, and cohabitation had an increase of 0,037 points, in relation to the reference group (Living alone) ( $B= 0,037, 95\%CI -0,251,0,325, p=0,024$ ).

**Conclusions:** The results of the study revealed that elderly people who cohabit or participate in creative activities develop lower levels of cognitive disorders. Consequently, it becomes apparent that there is a strong need for the dementia prevention programs to be strengthened with appropriately tailored psychosocial support network.

**Key words:** Dementia, elderly, public health, KAPI, urban population, semi-urban population.

**Corresponding Author:** Fotoula Babatsikou, Associate Professor of Nursing, Department of Nursing, Technological Educational Institute (T.E.I.) of Athens, Greece, e-mail: fibaba@teiath.gr

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χάρη στην πρόοδο της επιστήμης και στη βελτίωση των συνθηκών ζωής, το προσδόκιμο επιβίωσης καθώς και το προσδόκιμο υγείας (ποιότητα ζωής) έχουν αυξηθεί και βελτιωθεί σημαντικά. Όσο όμως η ζωή παρατείνεται η κοινωνία γερνά. Η γήρανση του πληθυσμού έχει ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές προεκτάσεις. Οι ασθένειες του γήρατος, όπως η γερωντική άνοια αυξάνονται προοδευτικά σε συχνότητα με την ηλικία, αποτελώντας

τεράστιο πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία, καθώς είναι χρόνιες και μη αναστρέψιμες παθήσεις.

Ο όρος άνοια, συχνά χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα κλινικό σύνδρομο. Η άνοια αποτελεί μια επίκτητη σφαιρική διαταραχή τόσο της μνήμης, όσο και της προσωπικότητας και της ευφυΐας.<sup>1</sup> Χαρακτηρίζεται δε από χρόνια και προοδευτικώς εξελισσόμενη έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, με την προϋπόθεση

ότι δεν υπάρχει διαταραχή της συνειδήσεως. Η έκπτωση αυτή περιλαμβάνει τη μνήμη και τον προσανατολισμό στο χώρο και το χρόνο, την κριτική ικανότητα και την ολοκληρωμένη σκέψη, την αντιληπτικότητα και τη νοητική επεξεργασία των έξωθεν ερεθισμάτων, καθώς και την ανάλογη «λογική» ανταπόκριση σε αυτά, όπως την ικανότητα μάθησης και πρόσληψης γνώσεων και την ταχύτητα σκέψεως.<sup>2</sup> Οι άνοιες αποτελούν την κλινική έκφραση ποικίλων νευροεκφυλιστικών νοσημάτων, με πιο συχνές τη νόσο Alzheimer, την αγγειακή άνοια, τη μικτή άνοια, τις μετωποκροταφικές άνοιες καθώς και την άνοια με τα σωματίδια του Lewy. Η άνοια όμως, αποτελεί και το τελικό αποτέλεσμα ποικίλων άλλων αιτιών. Είτε πρωτογενών παθολογικών διεργασιών που προσβάλλουν τον εγκέφαλο, είτε συστηματικών νοσημάτων που πλήττουν την εγκεφαλική λειτουργία δευτερογενώς (π.χ. HIV λοίμωξη και ουραιμία).<sup>1</sup>

Σε παλαιότερες βιβλιογραφικές αναφορές υπήρχε η αντίληψη ότι η γήρανση συνδεόταν με την άνοια.<sup>3</sup> Ορισμένες μελέτες ανέβαζαν το ποσοστό της άνοιας σε 100% για την ηλικία των 100 ετών.<sup>3,4</sup> Η πλέον κοινή μορφή των γεροντικών ανοιών, η άνοια τύπου Alzheimer εμφανίζεται στο 65% των περιπτώσεων<sup>5</sup> και προσβάλλει το 10% των ατόμων  $\geq 60$  ετών και το 20% των ατόμων  $> 80$  ετών. Παγκοσμίως, σήμερα, 46,8 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με άνοια, αριθμός που σχεδόν

θα διπλασιαστεί μέχρι το 2030 (74,7 εκατ.) και θα υπερτριπλασιαστεί μέχρι το 2050 (131,5 εκατ.). Στην Ευρώπη υπολογίζονται στα 10.500.000 τα άτομα με άνοια.<sup>6</sup> Επαρκή επιδημιολογικά δεδομένα για την άνοια στην Ελλάδα δεν υπάρχουν. Η Alzheimer's Disease International υπολογίζει τον επιπολασμό της άνοιας στην Ελλάδα για το 2010 σε 196,000 άτομα και εκτιμά ότι το 2030 θα φτάσει τα 276,000 άτομα και το 2050 τα 365,000 άτομα.<sup>7</sup> Ο επιπολασμός της νόσου παγκόσμια κυμαίνεται μεταξύ 8,7% (Βόρεια Αφρική και Μέση Ανατολή), Λατινική Αμερική (8,4%), και (4,7%) στην Κεντρική Ευρώπη. Η δε επίπτωση της άνοιας ετησίως κυμαίνεται από 3,1/1000 άτομα στην ηλικία των 60-64 ετών σε 175,0 /1000 άτομα στην ηλικία 95+.<sup>6</sup>

Τα πρώτα συμπτώματα της νόσου Alzheimer εμφανίζονται, στο 80% των περιστατικών, μεταξύ 45 και 65 ετών, με ακραίες περιπτώσεις προσβολής την ηλικία των 15 και των 70 ετών. Το γυναικείο φύλο προσβάλλεται πολύ συχνότερα. Η συχνότητά της αυξάνει με την ηλικία, αναφέρεται ότι περίπου, το 11% των ηλικιωμένων  $\geq 65$  ετών και μέχρι 50%  $\geq 85$  ετών, πληρούν τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια «της πιθανής νόσου Alzheimer» με βάση τις διάφορες νευροψυχολογικές κλίμακες.<sup>8</sup> Τα γνωστικά συμπτώματα, περιλαμβάνουν την προοδευτική έκπτωση της μνήμης, του λόγου και των οπτικοχωρικών δεξιοτήτων.<sup>9</sup> Η



γνωστική εξασθένηση εκδηλώνεται ως αμνησία, αφασία, αγνωσία και απραξία (τα 4A).<sup>10</sup> Στα τελευταία στάδια της νόσου αναπτύσσονται προβλήματα κινητικότητας και ακράτειας, ο δε ασθενής μπορεί να διατηρηθεί στη ζωή για πολλά χρόνια, εφόσον έχει καλή σωματική υγεία και επαρκή φροντίδα.<sup>11</sup> Η επικρατούσα άποψη είναι ότι η νόσος Alzheimer αποτελεί μια ετερογενή νόσο πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, η οποία περιλαμβάνει διαφορετικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες.<sup>12</sup> Αν και δεν υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι η ηλικία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει τη νόσο, υπάρχουν όμως ισχυρές ενδείξεις ότι αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου.<sup>13,14</sup> Τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα ενυπάρχουν σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις της νόσου. Πολλές μελέτες έδειξαν ότι συναισθηματικές, ψυχωσικές και διαταραχές ύπνου ακολουθούν υποτροπιάζουσα πορεία με εξάρσεις και υφέσεις, προκαλώντας σοβαρά προβλήματα σε ασθενείς και φροντιστές.<sup>15,16</sup> Κατά συνέπεια, η ποιότητα της ζωής των ασθενών επηρεάζεται αρνητικά, ωστόσο είναι δύσκολο να εκτιμηθεί το επίπεδο της ποιότητας δεδομένης της πρώιμης απώλειας επίγνωσης.<sup>17</sup> Η παροχή συστηματικής υποστηρικτικής θεραπείας στους ασθενείς είναι σημαντική. Η συγκεκριμένη παρέμβαση συνήθως διαμορφώνεται στα μέτρα του ασθενή και ολοκληρώνεται σε συνεργασία με

τους φροντιστές.<sup>18</sup> Όπου είναι δυνατόν, οι ασθενείς θα πρέπει να εκπαιδεύονται γύρω από το πρόβλημα της υγείας τους αλλά και τα στάδια εξέλιξης της νόσου.<sup>19</sup> Επιτακτική θεωρείται η αποτελεσματική παροχή φροντίδας σε προχωρημένα στάδια της νόσου, καθώς, μεταξύ άλλων, ο κίνδυνος πτώσεων είναι αυξημένος και οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων ποικίλες.<sup>10,18</sup> Το οικονομικό και κοινωνικό κόστος μιας μακρόχρονης θεραπευτικής φροντίδας στη νόσο Alzheimer λαμβάνει μία συνεχώς ανοδική πορεία,<sup>20,21</sup> καθώς σύμφωνα με πρόσφατη αναφορά της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας, το 2050 η ομάδα των συνταξιούχων ( $\geq 65$  ετών) θα διπλασιαστεί, σε σχέση με το 2000 (από 16,6% σε 32,1% το 2050).<sup>22</sup> Η βελτίωση των μεθόδων της περίθαλψης των ασθενών, ο σχεδιασμός καταλλήλων κτιρίων διαμονής, η εξεύρεση τρόπων καθυστέρησης εισαγωγής σε ιδρύματα, ή η επιβράδυνση της έναρξης της νόσου, θα οδηγήσουν τελικώς σε μείωση των δαπανών.<sup>23,24</sup>

**Σκοπός** της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας και των παραγόντων κινδύνου που δύναται να σχετίζονται με την εμφάνιση της άνοιας σε αστικό και ημι-αστικό πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων ( $\geq 60$  ετών), τα οποία είναι μέλη των υπηρεσιών των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η).

---

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 300 άτομα (171 γυναίκες και 129 άντρες) ηλικίας  $\geq 60$  ετών, μέλη και των πέντε (5) ΚΑΠΗ του Δήμου Αγίου Δημητρίου Αττικής και των ΚΑΠΗ του Νομού Φωκίδας (Κ.Α.Π.Η. Γαλαξιδίου, Ιτέας και Άμφισσας). Η επιλογή της ηλικίας ( $\geq 60$  ετών) έγινε με βάση το όριο ηλικίας για την εγγραφή στα μητρώα του ΚΑΠΗ, σύμφωνα με το καταστατικό λειτουργίας τους.

Για τον καθορισμό του δείγματος, η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η τυχαία στρωματοποιημένη δειγματοληψία, αναλογική ως προς το φύλο. Το δείγμα των ηλικιωμένων μελετήθηκε ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας ( $\geq 60$  ετών).

### Οργάνωση της έρευνας - διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Ιούλιο 2012 μέχρι και Δεκέμβριο 2012. Για τη διεξαγωγή της μελέτης υπήρξε έγγραφη συγκατάθεση από το Διοικητικό Συμβούλιο των πέντε ΚΑΠΗ του δήμου Αγίου Δημητρίου Αττικής και των ΚΑΠΗ του Νομού Φωκίδας, καθώς και από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Μ.Π.Σ. ΕΣΔΥ-ΤΕΙ «Εφηρμοσμένη Δημόσια Υγεία». Τηρήθηκαν οι αρχές δεοντολογίας όπως αυτές ορίζονται και από την αντίστοιχη βιβλιογραφία.<sup>25,26</sup> Επιπλέον, μελετήθηκαν τα προγράμματα και

οι δραστηριότητες των μελών εκάστου ΚΑΠΗ καθώς και οι ώρες και ημέρες πραγματοποίησής τους, έτσι ώστε να υπάρχει μεγαλύτερη αντιπροσώπευση των μελών. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με διαπροσωπική συνέντευξη και ζητήθηκε η γραπτή συγκατάθεση των συμμετεχόντων, στους οποίους γνωστοποιήθηκε το δικαίωμα να διακόψουν τη συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε στάδιο της έρευνας έκριναν σκόπιμο και τηρήθηκε το απόρρητο των πληροφοριών (εχεμύθεια).

### Εργαλεία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν: α) ερωτηματολόγιο καταγραφής κοινωνικο-δημογραφικών, ανθρωπομετρικών, κλινικών και τρόπου ζωής χαρακτηριστικών και β) ψυχομετρική κλίμακα εκτίμησης της νοητικής ικανότητας MiniMentalStateExamination (MMSE), σταθμισμένη στον ελληνικό πληθυσμό.<sup>27</sup>

Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 144 ερωτήσεις (κλειστού/ανοικτού τύπου και πολλαπλής επιλογής). Καταγράφηκαν πληροφορίες για την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, τον αριθμό παιδιών, τη συγκατοίκηση. Επίσης, συλλέχθηκαν πληροφορίες για το ατομικό ιατρικό ιστορικό, τη λήψη φαρμάκων και τα συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά όπως, συνήθειες καπνίσματος και κατανάλωση



αλκοόλ. Μετρήθηκε η αρτηριακή πίεση (mm/Hg), υπολογίστηκαν το ύψος και βάρος, χωρίς υποδήματα.

Η ψυχομετρική κλίμακα MMSE αποτελείται από 30 ερωτήσεις και αφορούν στην εκτίμηση της νοητικής ικανότητας όπως, προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο, άμεση και πρόσφατη μνήμη, πράξεις, ικανότητα προφορικού και γραπτού λόγου, κλπ. Για την συμπλήρωση της απαιτούνται περίπου 10 λεπτά και περιλαμβάνει δοκιμασίες αριθμητικής, μνήμης και προσανατολισμού σε σχέση με το χώρο και το χρόνο.<sup>28</sup> Η ανώτατη βαθμολογία είναι οι 30 βαθμοί και ανάλογα με το επίπεδο γνωσιακής έκπτωσης ταξινομείται σε 3 κατηγορίες: α) 24-30 «απουσία» γνωσιακής έκπτωσης (και χαρακτηρίζεται έτσι η δοκιμασία ως φυσιολογική), β) 18-23 «μέτρια» γνωσιακή έκπτωση (και υπάρχει η υποψία γνωσιακών διαταραχών) και ≤17 «σοβαρή» γνωσιακή έκπτωση.

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBMSPSSStatistics 21.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### *Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης*

Οι άντρες στην Αθήνα αποτελούσαν το 40% του δείγματος, ενώ οι γυναίκες το 60% του δείγματος και στην επαρχία το 46% και το 54% του δείγματος, αντίστοιχα.

Στον **Πίνακα 1** παρουσιάζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Από το σύνολο του δείγματος το 43% ήταν άντρες και το 57% ήταν γυναίκες. Η κατανομή του δείγματος, ανά φύλο, ήταν άνδρες 40% & 46% και γυναίκες 60% & 54%, στην Αθήνα & επαρχία, αντίστοιχα. Αναφορικά με την ηλικία παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν άτομα ηλικίας ≥75 ετών, τόσο στην Αθήνα (με ποσοστό 60%) όσο και στην επαρχία (με ποσοστό 47,3%). Το μορφωτικό επίπεδο ήταν αρκετά χαμηλό. Συγκεκριμένα, μόλις το 6% των μελών ΚΑΠΗ στην Αθήνα είχαν λάβει εκπαίδευση ≥12 ετών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Επαρχία ήταν περίπου 9,5%, το οποίο πιθανόν να αποδίδεται στο ότι οι ηλικιωμένοι στην επαρχία ήταν κατά μέσο όρο νεότεροι σε ηλικία από αυτούς της Αθήνας. Επιπλέον, το 67% του δείγματος στην επαρχία δεν είχε αποφοιτήσει από το δημοτικό, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους κατοίκους της Αθήνας ήταν περίπου στο 72%. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν έγγαμοι, ωστόσο το 38% για την Αθήνα και το 24% για την επαρχία ήταν άτομα που ζούσαν μόνα τους. Επιπρόσθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό των δύο ομάδων της έρευνας (πχ. Αθήνα & επαρχία) είχε τουλάχιστον 2 παιδιά, με τη διαφορά ότι στην επαρχία το 25% του δείγματος ήταν πολύτεκνοι, ενώ στην Αθήνα, το 75% ήταν

οικογένειες με μέσο αριθμό παιδιών 1,5. Τέλος, σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν συνταξιούχοι (περίπου 93% για την επαρχία και 83% για την Αθήνα).

### **Αξιολόγηση γνωσιακής ικανότητας**

Στον **Πίνακα 2** φαίνεται ότι το 15,3% (n=46) του δείγματος παρουσίασε από «μέτρια» έως «σοβαρή» γνωσιακή έκπτωση, με αισθητή την υπεροχή των γυναικών. Συγκεκριμένα, το 13% (n=39) παρουσίασε «μέτρια» γνωσιακή έκπτωση, με το ποσοστό των γυναικών να ανέρχεται σχεδόν στο 2πλάσιο, σε σχέση με αυτό των ανδρών (16,4% (n=28) των γυναικών, έναντι 8,5% (n=11) των ανδρών). Επιπροσθέτως, το 2,3% (n=7) του δείγματος παρουσίασε «σοβαρή» γνωσιακή έκπτωση και σε μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άνδρες.

Σε περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης των παραγόντων που επιδρούν στη γνωσιακή ικανότητα διενεργήθηκε γραμμική παλινδρόμηση (**Πίνακας 3**). Παρατηρήθηκε ότι, η ηλικιακή ομάδα 70-74 ετών έχει στην κλίμακα της άνοιας 0,048 μεγαλύτερη τιμή σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς ( $\geq 75$  ετών) (B= 0,048, 95%CI -0,308,0,404,  $p=0,010$ ) και αντίστοιχα η συγκατοίκηση έχει στην κλίμακα της άνοιας 0,037 μεγαλύτερη τιμή σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς (Μόνος/η) (B= 0,037, 95%CI -0,251,0,325,  $p=0,024$ ). Αντίθετα, το κάπνισμα (πρώην καπνιστές) οδηγεί σε μείωση της γνωσιακής

ικανότητας κατά 0,045 της κλίμακας άνοιας (95%CI -0,273,0,363,  $p=0,021$ ).

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν τον προστατευτικό ρόλο της συγκατοίκησης και της κοινωνικοποίησης, μέσω οργανωμένων δομών, στη φυσική και γνωσιακή έκπτωση. Τα μέλη μεγαλύτερης ηλικίας καθώς και όσοι συγκατοικούσαν με σύζυγο/σύντροφο ή παιδιά είχαν μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα γνωσιακής ικανότητας. Συγκεκριμένα, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν έγγαμοι με τα μέλη σε χηρεία να κατέχουν τη δεύτερη σχετικά υψηλότερη αναλογία (185 είναι οι έγγαμοι και 94 οι χήροι στο συνολικό δείγμα των ηλικιωμένων). Μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό χηρείας των γυναικών, πιθανόν λόγω του μεγαλύτερου προσδόκιμου επιβιώσής τους έναντι των αντρών. Επιπροσθέτως, το 92% του συνολικού δείγματος (σε Αθήνα και επαρχία) είχαν αποκτήσει παιδιά και αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών, στην επαρχία το 25% του δείγματος είναι πολύτεκνοι, ενώ στην Αθήνα το 75% του δείγματος είχε το μέγιστο δύο παιδιά.

Σχετικά με τον τρόπο ζωής παρατηρήθηκε ότι οι καπνιστικές συνήθειες επιβάρυναν το επίπεδο της νοητικής ικανότητας, το οποίο έρχεται σε συμφωνία με πρόσφατη μελέτη όπου φάνηκε αλλοίωση των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού (φαϊά ουσία) σε



καπνιστές συγκριτικά με τους μη-καπνιστές.<sup>29</sup> Σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά παρατηρήθηκε ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (67% για την επαρχία και 72% για Αθήνα) είχε χαμηλό επίπεδο μόρφωσης. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα στην εμφάνιση της νόσου.<sup>30</sup> Αντίθετα, ένα καλό επίπεδο μόρφωσης συμβάλλει στη διατήρηση της μνήμης, καθώς η εξάσκηση του νου λειτουργεί ως ασπίδα απέναντι στην άνοια.<sup>30,31</sup>

Όσον αφορά την εκτίμηση της νοητικής ικανότητας των ηλικιωμένων, από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι το 15,3% του συνολικού δείγματος εμφάνιζε μέτρια γνωσιακή έκπτωση, με το ποσοστό στην επαρχία να ανέρχεται στο 18,0%. Σχετικά με το βαθμό της γνωσιακής έκπτωσης, τα αποτελέσματα μας κατέδειξαν το 13% του δείγματος να εκδηλώνει μέτρια και το 2,3% σοβαρή γνωσιακή έκπτωση. Ωστόσο, αντίστοιχη έρευνα κατέδειξε διαφορετικά αποτελέσματα σε αγροτικό πληθυσμό ηλικιωμένων όπου το ποσοστό της γνωσιακής έκπτωσης ήταν 45,1%, αλλά παρόμοια αποτελέσματα αναφορικά με το βαθμό έκπτωσης που κατέδειξε 11,6% μέτρια και 1,2% σοβαρή γνωσιακή έκπτωση αντίστοιχα στο σύνολο του δείγματος.<sup>32</sup> Σε έρευνα της Μπαμπάτσικου<sup>30</sup> περίπου 10%, τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών σε

αστικό πληθυσμό, είχαν απόδοση στην κλίμακα MMSE δηλωτική σοβαρής γνωσιακής έκπτωσης. Αν και είναι ενδεχόμενο η χαμηλή εκπαιδευτική στάθμη μεγάλου μέρους των ηλικιωμένων να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα, το υψηλό ποσοστό που παρουσιάζεται στο δείγμα αυτό των περιπατητικών και κοινωνικά ενταγμένων ατόμων, καταδεικνύει το μέγεθος του προβλήματος και τις συνακόλουθες ανάγκες πολλών ατόμων της τρίτης ηλικίας.<sup>33</sup>

Από τη συσχέτιση της γνωσιακής έκπτωσης με το φύλο, παρατηρήθηκαν διπλάσια ποσοστά γνωσιακής έκπτωσης στο γυναικείο πληθυσμό του δείγματος, με σημαντική υπεροχή των γυναικών με ποσοστό 16,4% έναντι 8,5% των αντρών. Η υπεροχή αυτή της γνωσιακής έκπτωσης στις ηλικιωμένες γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες, έχει επισημανθεί και σε προηγούμενες μελέτες<sup>30,34-36</sup> και συνάδει με τα αποτελέσματα της έρευνας της Ζωΐδη και συνεργατών,<sup>32</sup> όπου τα ποσοστά γνωσιακής έκπτωσης των γυναικών ήταν σχεδόν σε διπλάσιο ποσοστό από ότι στους άντρες. Πρόσφατη αναφορά του Διεθνούς Οργανισμού για τη νόσο Alzheimer<sup>37</sup> επισημαίνει τη δυσανάλογη επίπτωση της νόσου μεταξύ των δύο φύλων, καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη διερεύνησης της διαφορετικότητας των βιολογικών χαρακτηριστικών, της πρόγνωσης της νόσου και της δομής του εγκεφάλου. Απάντηση στα ερωτήματα θα



οδηγήσει στην αποτελεσματικότερη πρόληψη αλλά και διαχείριση της νόσου. Επισημαίνεται ότι, για την ελαφριά μορφή άνοιας τα αποτελέσματα δίστανται από το ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά επίπτωσης μεταξύ ανδρών και γυναικών<sup>38</sup> μέχρι ότι οι γυναίκες έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης.<sup>39</sup>

Επιπρόσθετα, το επίπεδο της γνωσιακής έκπτωσης των ηλικιωμένων ατόμων (γυναικών και ανδρών) ήταν παρόμοιο τόσο στην Αθήνα όσο και στην επαρχία. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (84,6%), δεν εμφάνισε γνωσιακή έκπτωση. Το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκε διακύμανση επιπολασμού, ανά περιοχή, μπορεί να αποδοθεί στην ομοιογένεια των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών όπως, ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο. Να σημειωθεί ότι, η άνοια αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας με το μεγαλύτερο ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό κόστος στις μέρες μας. Η ασθένεια έχει ως απόρροια την ολοένα αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί, την πιο κοινή διαταραχή της υγείας των ηλικιωμένων, πλήττοντας σε μεγάλο ποσοστό τον πληθυσμό τους.<sup>30,40-42</sup>

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ΚΑΠΗ κάτι το οποίο μπορεί να προσδίδει μειονεκτήματα και πλεονεκτήματα. Το ότι δεν απευθύνεται στον ευρύτερο πληθυσμό αλλά σε ηλικιωμένα άτομα που δέχονται υπηρεσίες

ενός προστατευτικού πλαισίου όπως είναι τα ΚΑΠΗ και το ότι απευθύνεται μόνο σε περιπατητικά με ικανοποιητική λειτουργικότητα ηλικιωμένα άτομα, έχει το σχετικό μειονέκτημα της έλλειψης αυστηρής αντιπροσωπευτικότητας, η οποία ενδεχομένως θα υπήρχε σε μία έρευνα στο γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, συμμετείχαν όλα τα μέλη των ΚΑΠΗ (n=300), η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από ειδικά εκπαιδευμένους ερευνητές, ώστε να περιοριστεί η ενδοερευνητική μεταβλητότητα και τέλος για την εκτίμηση της διανοητικής ικανότητας χρησιμοποιήθηκε έγκυρο, εύχρηστο και σταθμισμένο στον ελληνικό πληθυσμό εργαλείο διαλογής.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, τα ηλικιωμένα άτομα που συμμετείχαν στις δομές των ΚΑΠΗ, τόσο στην Αθήνα όσο και στην επαρχία, παρουσίασαν χαμηλά ποσοστά έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών, καθώς σοβαρή γνωσιακή διαταραχή παρουσιάστηκε μόνο στο 2,3% του συνολικού δείγματος. Επιπλέον, διαπιστώθηκε η υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών στη συχνότητα εμφάνισης ήπιας έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών καθώς επίσης και οι καπνιστικές συνήθειες φάνηκε να σχετίζονται με νοητική διαταραχή. Η άνοια είναι πολυπαραγοντική νόσος και με δεδομένη τη γήρανση του ελληνικού πληθυσμού και την πρόβλεψη για



διπλασιασμό σχεδόν του αριθμού των ηλικιωμένων στις επόμενες δεκαετίες, καθώς επίσης και τις μεταβολές που θα επιφέρουν στους κοινωνικούς ρόλους, αναγνωρίζεται ως σημαντικό ζήτημα και πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία. Η δημιουργία κοινωνικών υποστηρικτικών δομών και οργανωμένων υπηρεσιών θα συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη της γεροντικής άνοιας και στην προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων. Η ορθή και συνεχής ενημέρωση και η εξασφάλιση μιας καλής ποιότητας ζωής, μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση άνοιας, συνεπικουρώντας την υγιή γήρανση του πληθυσμού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lishman W.A. Organic psychiatry: The psychological consequences of cerebral disorder (3<sup>rd</sup>ed). Blackwell Science, Oxford, 1998.
2. Guthrie E, Lewis S. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Σολδάτος Κ.Ρ, Σακκάς Π. Master Medicine Ψυχιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα, 2005.
3. Schneider E. Aging in the third millennium. Science 1999; 283(5403): 796-797.
4. Bohl J, Storkel S, Steinmetz H. Senile Demenz vom Alzheimer Type, Z Altemsforsch 1987; 63: 65-74.
5. Πλατή Χ. Γεροντολογική Νοσηλευτική (11<sup>η</sup>εκδ.), Εκδόσεις Γ. Παρισιάνος, Αθήνα, 2004.
6. Alzheimer Disease International. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends.
7. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια- νόσο Alzheimer. 2015-2020, Αθήνα.
8. Bouras C, Vallet P, Korari E, Michel J.P, Hermann F, Hof P, Giannakopoulos P. Longevity and Brain Aging: The Paradigm of Genterian and. Functional Neurobiology of Aging 2001; 8: 85-93.
9. Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2007.
10. Gelder M, Lopez- Ibor J, Andreasen N. New Oxford Textbook of Psychiatry. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Σολδάτος και συν. Σύγχρονη Ψυχιατρική, Τόμος 1. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2008.
11. Gelder M, Lopez- Ibor J, Andreasen N. New Oxford Textbook of Psychiatry. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Σολδάτος και συν. Σύγχρονη Ψυχιατρική, Τόμος 3. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2008.
12. Blennow K, De Leon M.J, Zetterberg H. Alzheimer disease. Lancet 2006; 368 (9533): 387-403.

13. Κωνσταντινίδης Ι, Μεντενόπουλος Γ. Η νόσος του Alzheimer και λοιπές άνοιες της τρίτης ηλικίας. Μονογραφία, 1991, Εκδόσεις UCB.
14. Gelder M, Lopez- Ibor J, Andreasen N. New Oxford Textbook of Psychiatry. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Σολδάτος και συν. Σύγχρονη Ψυχιατρική, Τόμος 2. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, 2008.
15. Rabins P.V, Lyketsos C.G, Steele C.D. Practical dementia care (2<sup>nd</sup> ed.), 2006, New York, Oxford University Press.
16. Steinberg M, Shao H, Zandi P, Lyketsos C.G, Welsh-Bohmer K.A, Norton M.C, Breitner J.C et al. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache Country study. Int J Geriatr. Psychiatry 2008; 23(2):170-177.
17. Howard K, Rockwood K. Quality of life in Alzheimer's disease. Dementia 1995 ; 6 : 113-116.
18. Λύκουρας Α, Πολίτης Α, Γουρνέλλης Ρ, Μαϊλλης Α. Στοιχεία Ψυχογηριατρικής. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2011.
19. Lyketsos C.G, Colenda C.C, Beck C, Blank K, Doraiswamy M.P, Kalunian D.A, Yaffe K. Position statement of the American Association for Geriatric Psychiatry regarding principles of care for patients with dementia resulting from Alzheimer's disease. Am J Geriatr Psychiatry 2006; 14 (7):561-572.
20. Schulenberg M, Graf Von Der Hornr, Moller H.L, Camp I. Kostenanalyse der Behandlung hirnleistungenstorter Patienten, North German Center for Health Services Research, 1994, University of Hannover.
21. Fagnagni F, Everhard F, Buteau L, Detourany B, Sourgen C, Dartigues J.F. Gout et retentissement de la maladie d' Alzheimer en France: une extrapolation des donnees de l'etude Paquid. Rev Geriatr 1999; 24(3):205-211.
22. Διαδικτυακή σελίδα: Eurostat. Methologie Demografic outlook- National reports on the demographic developments in 2009. Available at: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY OFFPUB/KS-RA-08-013/EN/KS-RA-08-013-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-08-013/EN/KS-RA-08-013-EN.PDF). 2014.
23. Μεντενόπουλος Γ, Μπούρας Κ. Η νόσος του Alzheimer (3<sup>η</sup> εκδ.), University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2002.
24. Koliopoulos T, Babatsikou F, Koutis Ch. Design Evaluation of a Communal Care Building Facility for People with Alzheimer's Disease. International Journal of Caring Sciences 2016 ; 9 (1): 348-357.



25. Κουτής Χ. Μεθοδολογία της Έρευνας. Εργαστήριο Υγιεινής και Διδακτικές Σημειώσεις, ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2008. Επιδημιολογίας, Αθήνα, 2007.
26. Γκαράνη-Παπαδάτου Τ. Δίκαιο Υγείας-Βιοηθική. Διδακτικές Σημειώσεις, ΕΣΔΥ, Αθήνα, 2008. 31. Τσολάκη Μ, Κάζης Α. Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση. UniversityStudioPress, Θεσσαλονίκη, 2005.
27. Fountoulakis K, Tsolaki M, Chantzi H, Kazis A. Mini Mental State Examination (MMSE): a validation study in Greece. *Am J Alzheimer's Disease Other Dement* 2000; 15:342–345. 32. Ζωΐδη Μ, Σαριδάκη Δ, Χάλαρη Π. Ο επιπολασμός της άνοιας σε ορεινό δήμο της Κρήτης. Πτυχιακή Εργασία, 2008, Τ.ΕΙ Κρήτης.
28. Folstein M.E, Folstein S.E, McHugh P.R. Mini-Mental State, a practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975;12 :189-198. 33. Tombaugh T.N, McIntyre N.J. The Mini Mental State Examination: a comprehensive review. *J Am Geriatric Soc* 1992; 40(9): 922-935.
29. Almeida O.P, Garrido J.G, Lautenschlager N.T, Hulse G.K, Jamrozik K, Flicker L. *Smoking Is Associated With Reduced Cortical Regional Gray Matter Density in Brain Regions Associated With Incipient Alzheimer Disease. Am U Geriatr Psychiatry* 2008; 16 (1):92-98. 34. Παγοροπούλου - Αβεντισιάν Α. Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000.
30. Μπαμπάτσικου Φ. Κατάσταση υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους. Διδακτορική Διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών - Ιατρική Σχολή - Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής - Ψυχιατρικής και Νευρολογίας - 35. Lobo A, Launer L.J, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler M.M, Copeland J.R, Dartigues J.F, Jagger C, Martinez-Lage J, Soininen H, Hofman A. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology* 2000;54(11 Suppl 5):S4-9.
36. Brookmeyer R, Evans D, Hebert L, Langa K, Heeringa S, Plassman B.W. National estimates of the prevalence of Alzheimer's disease in the United States. *Alzheimers Dement* 2011; 7(1): 61–73.

- 
37. Διαδικτυακή σελίδα: Alzheimer's Association International Conference (AAIC), 2015. Available at: <https://www.alz.org/aaic/downloads/tues-8am-women-risk.pdf>. 2015.
38. Tang Z, Zhang X.Q, Wu X.G, Liu H.J, Diao L.J, Guan S.C, et al. [Prevalence of mild cognitive impairment among elderly in Beijing] Zhongguo Xin Li Wei Sheng ZaZhi. 2007;21(2):116-118. (Article in Chinese)
39. Xiao S.F, Zhang M.Y. [Updated research advances of mild cognitive impairment of old people] Shanghai Jing Shen Yi Xue. 2001;13:58-62. (Article in Chinese)
40. Ευκλείδη - Κωσταρίδου Α. Γήρας και υγεία. Στο: Ευκλείδη - Κωσταρίδου Α. (Επιμ.), Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1999, Αθήνα.
41. Babatsikou F, Kotsalou I, Koutis Ch. Alzheimer's Disease (AD): Global Public health concern with individual and socio-financial impact. Article in press.
42. Wold G. H. Basic Geriatric Nursing. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Μπαμπάτσικου Φωτούλα Βασική Γηριατρική Νοσηλευτική. 4<sup>η</sup> Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, 2010.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

**Πίνακας 1.** Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος ηλικιωμένων από Κ.Α.Π.Η. της Αττικής και της επαρχίας (n=300).

		ΑΘΗΝΑ		ΕΠΑΡΧΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ		
		Άνδρες (n=60)	Γυναίκες (n=90)	Άνδρες (n=69)	Γυναίκες (n=81)	Άνδρες (n=129)	Γυναίκες (n=171)	
<b>Ηλικία (έτη)</b>	60 - 64	2 (3,3)	5 (5,6)	5 (7,3)	15 (18,5)	7 (5,4)	20 (11,7)	
	65 - 69	7 (11,7)	13 (14,4)	14 (20,3)	17 (21,0)	21 (16,3)	30 (17,5)	
	70 - 74	13 (21,7)	20 (22,2)	17 (24,6)	11 (13,6)	30 (23,2)	31 (18,1)	
	75+	38 (63,3)	52 (57,8)	33 (47,8)	38 (46,9)	71 (55,1)	90 (52,6)	
<b>Εκπαίδευση</b>	≤ 6 έτη	43 (71,7)	66 (73,3)	48 (69,6)	52 (64,2)	91 (70,5)	118 (69,0)	
	7-12 έτη	14 (23,3)	18 (20,0)	15 (21,7)	21 (25,9)	29 (22,5)	39 (22,8)	
	>12 έτη	3 (5,0)	6 (6,7)	6 (8,7)	8 (9,9)	9 (7,0)	14 (8,2)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος	0	2 (2,3)	4 (5,8)	5 (6,2)	4 (3,1)	7 (4,1)	
	Έγγαμος	48 (80,0)	35 (38,9)	59 (85,5)	43 (53,1)	107 (82,9)	78 (45,6)	
	Διαζευγμένος/-η	3 (5,0)	4 (4,4)	0	3 (3,7)	3 (2,3)	7 (4,1)	
	Χήρος / - α	9 (15,0)	49 (54,4)	6 (8,7)	30 (30,0)	15 (11,7)	79 (46,2)	
<b>Εργασία στο παρελθόν</b>	Ναι	49 (81,7)	65 (72,2)	54 (78,3)	62 (76,5)	103 (79,8)	127 (74,3)	
	Όχι	11 (18,3)	25 (27,8)	15 (21,7)	19 (23,5)	26 (20,2)	44 (25,7)	
<b>Εργασία τώρα</b>	Ναι	2 (3,3)	3 (3,3)	2 (2,9)	2 (2,5)	4 (3,1)	5 (2,9)	
	Όχι	Άνεργοι	4 (6,7)	1 (1,1)	1 (1,4)	0	5 (3,9)	1 (0,6)
		Συνταξιούχοι	48 (80,0)	76 (84,5)	62 (89,9)	75 (92,6)	110 (85,3)	151 (88,3)
		Οικιακά	6 (10,0)	10 (11,1)	4 (5,8)	4 (4,9)	10 (7,7)	14 (8,2)
<b>Έχετε παιδιά;</b>	Ναι	58 (96,7)	80 (80,9)	64 (92,8)	73 (90,1)	122 (94,6)	153 (89,5)	
	Όχι	2 (3,3)	10 (11,1)	5 (7,2)	8 (9,9)	7 (5,4)	18 (10,5)	
<b>Συγκατοίκηση</b>	Μόνος /- η	12 (20,0)	45 (50,0)	7 (10,1)	25 (30,9)	19 (14,8)	70 (40,9)	
	Με σύζυγο/ σύντροφο	39 (65,0)	31 (34,5)	53 (76,8)	33 (40,7)	92 (71,3)	64 (37,5)	
	Με τα παιδιά μου	2 (3,3)	12 (13,3)	3 (4,3)	10 (12,3)	5 (3,9)	22 (12,9)	
	Με σύζυγο/ σύντροφο και τα παιδιά	7 (11,7)	1 (1,1)	6 (8,7)	11 (13,6)	13 (10,0)	12 (7,0)	
	Με άλλα άτομα	0	1 (1,1)	0	2 (2,5)	0	3 (1,7)	

**Πίνακας 2.** Εκτίμηση γνωσιακής ικανότητας με βάση την απόδοση στην κλίμακα  
MiniMentalStateExamination (MMSE).

MMSE*	ΑΘΗΝΑ		ΕΠΑΡΧΙΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
	Άνδρες (n=60)	Γυναίκες (n=90)	Άνδρες (n=69)	Γυναίκες (n=81)	Άνδρες (n=129)	Γυναίκες (n=171)
<b>24-30</b>	55 (91,7)	76 (84,4)	58 (84,1)	65 (80,2)	113 (87,6)	141 (82,5)
<b>18-23</b>	2 (3,3)	14 (15,6)	9 (13,0)	14 (17,3)	11 (8,5)	28 (16,4)
<b>≤17</b>	3 (5,0)	0	2 (2,9)	2 (2,5)	5 (3,9)	2 (1,1)

*\*24-30 απουσία γνωσιακής έκπτωσης (φυσιολογική δοκιμασία)  
18-23 μέτρια γνωσιακή έκπτωση (υποψία γνωστικών διαταραχών)  
<17 σοβαρή γνωσιακή έκπτωση (δοκιμασία δηλωτική βαθμού άνοιας)*



**Πίνακας 3.** Γραμμική παλινδρόμηση της γνωσιακής ικανότητας – με βάση την απόδοση στην κλίμακα MiniMentalStateExamination (MMSE) – από τις αναφερόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές στην Αθήνα και στην επαρχία.

Γραμμικό Μοντέλο	Μη Τυποποιημένοι Συντελεστές	Διάστημα Εμπιστοσύνης	P value
	B	95 % CI	
(Σταθερά)	,063	(-0,244, 0,370)	,134
Φύλο	,006	(-0,042, 0,054)	,712
Ηλικία 1 (60-64)	-,026	(0,134, -0,186)	,319
Ηλικία 2 (65-69)	-,004	(0,023, -0,31)	,847
Ηλικία 3 (70-74)	<b>,048</b>	<b>(-0,308, 0,404)</b>	<b>,010</b>
Εκπαίδευση 1 (≤6 έτη)	-,026	(0,136, -0,188)	,323
Εκπαίδευση 2 (7-12 έτη)	-,032	(0,157, -0,221)	,266
Κάπνισμα (Πρώην καπνιστές)	-,045	<b>(0,273, -0,363)</b>	<b>,021</b>
Κάπνισμα (Καπνιστές)	-,029	<b>(0,180, -0,238)</b>	<b>,139</b>
Συγκατοίκηση	,037	<b>(-0,251, 0,325)</b>	<b>,024</b>
Κατάθλιψη 1 (απουσία κατάθλιψης)	-,016	(0,072, -0,104)	,638
Κατάθλιψη 2 (Ήπια κατάθλιψη)	-,007	(0,031, -0,045)	,826

Εξαρτημένη Μεταβλητή: MMSE (Mini Mental State Examination)

Μέρος = Αθήνα - επαρχία