



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

Ο ρόλος της γνωστικής λειτουργίας και της ψυχικής ευεξίας στην τρίτη ηλικία

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Καραμπίνα Αλεξάνδρα

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Δανέλλα Μαρία

Λέκτορας Νοσηλευτικής

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2023

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	4
Abstract	5
Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή	9
Κεφάλαιο I Γήρανση και επιπτώσεις.....	10
1.1 Ορισμός	10
1.2 Μηχανισμός γήρανσης και χαρακτηριστικά	10
1.3 Παράγοντες που επιβαρύνουν τη γήρανση	11
1.4 Παράγοντες που αναστέλλουν τη γήρανση	12
1.5 Επιπτώσεις της γήρανσης στον άνθρωπο	14
1.5.1 Νευρολογικές διαταραχές.....	14
1.5.2 Αισθητηριακές αλλαγές κατά τη γήρανση	15
1.5.3 Μυοσκελετικά προβλήματα.....	16
1.5.4 Αλλαγές στη σύσταση του σώματος	18
Κεφάλαιο II Γνωστική λειτουργία.....	20
2.1 Εγκέφαλος και γήρανση	20
2.2 Ήπια γνωστική εξασθένηση	22
2.3 Μνήμη και μάθηση	23
2.4 Αλτσχάιμερ	23
2.4.1 Περιγραφή.....	23
2.4.2 Στάδια της νόσου.....	24
2.4.3 Αιτίες	25
2.4.4 Αντιμετώπιση	25
2.5 Άνοια	26
2.5.1 Ορισμός	26
2.5.2 Διάγνωση.....	26
2.5.3 Αιτίες	29
2.5.4 Επιπτώσεις.....	29
2.6 Παραληρητική Διαταραχή.....	30
2.6.1 Ορισμός	30
2.6.2 Συμπτώματα	30
2.6.3 Αιτίες	30
2.6.4 Πρόληψη	31
2.7 Βελτίωση γνωστικών λειτουργιών	31

Κεφάλαιο III Ψυχική ευεξία στην τρίτη ηλικία.....	33
3.1 Ψυχική υγεία και Ψυχική ασθένεια	33
3.2 Φόβος του θανάτου	34
3.2.1 Ορισμός	34
3.2.2 Χαρακτηριστικά.....	34
3.2.3 Διαχείριση	34
3.3 Μοναξιά.....	35
3.3.1 Ορισμός	35
3.3.2 Αιτίες	36
3.3.3 Επιπτώσεις.....	36
3.4 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή.....	36
3.4.1 Ορισμός	36
3.4.2 Συμπτώματα	36
3.4.3 Αιτίες	37
3.4.4 Επιπτώσεις.....	38
3.5 Δυσθυμία.....	39
3.5.1 Ορισμός	39
3.5.2 Συμπτώματα	39
3.5.3 Αιτίες	40
3.6 Διπολική διαταραχή	41
3.7 Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς.....	42
3.8 Άγχος	42
3.8.1 Ορισμός	42
3.8.2 Επιπτώσεις.....	43
3.9 Αντιμετώπιση ψυχικών ασθενειών	43
Κεφάλαιο IV Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	46
4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή	46
4.2 Δομές για ηλικιωμένους.....	48
4.2.1 Ε.Σ.Υ	48
4.2.2 Κ.Α.Π.Η.....	48
4.2.3 Βοήθεια στο σπίτι.....	50
4.2.4 Κ.Η.Φ.Η.....	50
4.2.5 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων	51
4.2.6 Ιδιωτικές δομές	52
ΜΕΡΟΣ Β΄ Έρευνα.....	53
Σκοπός	53

Υλικό και Μέθοδος.....	53
Αποτελέσματα.....	53
Συμπεράσματα.....	82
Βιβλιογραφία	84

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής αποτελεί συχνά πηγή πολλών προβλημάτων καθώς συνοδεύεται με χρόνια νοσήματα που πλήττουν την τρίτη ηλικία. Νευρολογικές εκφυλιστικές νόσοι, όπως η άνοια και το Alzheimer, αλλά και ψυχικές νόσοι, όπως η κατάθλιψη, κάνουν την εμφάνισή τους και αφορούν τόσο τον ηλικιωμένο πάσχοντα και το φροντιστή του, όσο και ολόκληρη την κοινωνία.

Σκοπός: Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας, μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και της αρθρογραφίας, είναι να διερευνηθεί ο ρόλος των γνωστικών λειτουργιών και της ψυχικής ευεξίας σε άτομα της τρίτης ηλικίας και να προσδιοριστούν οι τρόποι πρόγνωσης και πρόληψης, αντιμετώπισης και θεραπείας.

Μέθοδος: Για την παρούσα εργασία, έγινε αναζήτηση σχετικών άρθρων κυρίως της τελευταίας δεκαετίας στις μηχανές αναζήτησης Google Scholar, Pubmed και σε διάφορα επιστημονικά ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά με λέξεις - κλειδιά σχετικά με τη γήρανση και τις νευρολογικές νόσους.

Αποτελέσματα: Ο εκφυλισμός των γνωστικών λειτουργιών σε άτομα της τρίτης ηλικίας επηρεάζει σημαντικά τη ψυχική υγεία. Για να αυξηθεί η ψυχική ευεξία των ηλικιωμένων, προτείνεται η σωματική και πνευματική τους άσκηση, η ενεργή τους ένταξη σε κοινωνικές ομάδες, η επιμελής ιατρική επίβλεψη και η σωστή νοσηλευτική φροντίδα.

Συμπεράσματα: Η παρούσα εργασία ανέδειξε πλήθος δημοσιευμένων μελετών που επιβεβαιώνουν την έκταση του προβλήματος. Οι εκφυλιστικές νόσοι που συνοδεύουν το γήρας αποτελούν ένα σοβαρό, παγκόσμιο πρόβλημα τόσο για την κοινωνία όσο και για τους επαγγελματίες υγείας. Η πρόληψη, η έγκαιρη παρέμβαση και η σωστή ιατρική φροντίδα μπορούν να αυξήσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Λέξεις κλειδιά: γνωστική λειτουργία, ψυχική ευεξία, τρίτη ηλικία, γήρανση, άνοια, κατάθλιψη, δυσθυμία, Alzheimer, νοσηλευτικός ρόλος

Abstract

Introduction: The increase in life expectancy is often a source of many problems as it is accompanied by chronic diseases that affect old age people. Neurological degenerative diseases, such as dementia and Alzheimer, but also mental diseases, such as depression, make their appearance and concern both the elderly sufferer and their caregivers, as well as the entire society.

Purpose: The main purpose of this work, through the review of the relevant literature and articles, is to investigate the role of cognitive functions and mental well-being in elderly people and to determine the ways of prognosis, prevention and treatment.

Method: Relevant articles, mainly from the last ten years, were searched in the search engines Google Scholar, Pubmed and in various scientific medical and nursing journals using keywords related to aging and neurological diseases.

Results: Degeneration of cognitive functions in elderly people significantly affects mental health. To increase the mental well-being of the elderly, physical and mental exercise, their active inclusion in social groups and diligent medical supervision are recommended.

Conclusions: This bibliographic research highlighted a number of published studies that confirm the extent of the problem. Degenerative diseases that accompany old age are a serious problem globally for both society and health professionals. Prevention, early intervention and proper medical care can significantly increase the quality of life of the elderly.

Key words: cognitive function, mental well-being, old age, aging, dementia, depression, dysthymia, Alzheimer, nursing role.

Πρόλογος

Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες. Το φαινόμενο της επέκτασης της ανθρώπινης ζωής αποτέλεσε αντικείμενο ερευνών για τους επιστήμονες, μέσα από τις οποίες αποτυπώνονται οι ασθένειες που συνοδεύουν τη γήρανση και αναζητούνται οι τρόποι θεραπείας.

Στην παρούσα εργασία καταγράφονται οι πιο διαδεδομένες παθήσεις που εμφανίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Εξετάζονται οι γνωστικές και λειτουργικές αλλαγές που σχετίζονται με τη φυσιολογική γήρανση και καταγράφονται τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων που επιφέρουν οι εκφυλιστικές νόσοι στους ηλικιωμένους.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μία εισαγωγή στην έννοια της γήρανσης. Αναλύεται ο μηχανισμός της γήρανσης στον ανθρώπινο οργανισμό και προσδιορίζονται οι παράγοντες που επιταχύνουν, αλλά και αναστέλλουν αυτή τη διαδικασία. Επίσης, γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις της γήρανσης στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Διακρίνονται σε νευρολογικές διαταραχές, μυοσκελετικά προβλήματα, αισθητηριακές αλλαγές και αλλαγές στη σύσταση του σώματος.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα προβλήματα που σχετίζονται με τη γνωστική λειτουργία, κάνοντας μία εισαγωγή στη λειτουργία του εγκεφάλου. Γίνεται λεπτομερής αναφορά στην άνοια, το Alzheimer, την παραληρητική διαταραχή και τα προβλήματα μνήμης και μάθησης.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται οι επιπτώσεις της γήρανσης στην ψυχική ευεξία των ασθενών και στην εμφάνιση νόσων που συνδέονται με τη ψυχική υπόσταση, όπως η κατάθλιψη, το αίσθημα μοναξιάς, η δυσθυμία, ο φόβος του θανάτου και το γενικευμένο άγχος.

Στο τέταρτο κεφάλαιο συζητείται ο ρόλος του νοσηλευτή για προαγωγή της υγείας του ασθενούς. Ειδικότερα, γίνεται αναφορά στον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να γίνει η νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών τρίτης ηλικίας και καταγράφονται οι δομές που υπάρχουν αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα, οι οποίες έχουν σκοπό να φιλοξενούν, να νοσηλεύουν και να βοηθούν τους ηλικιωμένους κατοίκους.

Τέλος, διενεργείται μια δευτερογενής έρευνα 10 άρθρων με τη μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της πιο πρόσφατης αρθρογραφίας, από το 2018 έως και

το 2023, γύρω από το θέμα της παρούσας εργασίας που είναι ο ρόλος της γνωστικής λειτουργίας και της ψυχικής ευεξίας των ατόμων τρίτης ηλικίας. Παρατίθενται τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως την Δρ. Δανέλλα Μαρία για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, αναθέτοντάς μου το θέμα, καθώς και για την πολύτιμη βοήθειά της και την άψογη συνεργασία μας καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της παρούσας εργασίας.

Τέλος, ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου, για την διαρκή υποστήριξη όλα αυτά τα χρόνια.

Στην Εβελίνα και τον Φώτη μου

Εισαγωγή

Από τα βάθη των αιώνων, η επιθυμία για αθανασία και καταστολή της γήρανσης ήταν μια κοινή επιδίωξη. Λόγω των βελτιώσεων στις συνθήκες διαβίωσης και της συνεχούς ανάπτυξης της ιατρικής τεχνολογίας, η ανθρώπινη διάρκεια ζωής έχει αυξηθεί δραματικά τον τελευταίο αιώνα (Campisi et al., 2019). Η δημογραφική γήρανση στις ανεπτυγμένες χώρες και η επέκταση του προσδόκιμου ζωής αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημόνων. Έρευνα των Ηνωμένων Εθνών προσδιόρισε την προσδόκιμη ηλικία των ευρωπαίων στα 78-35 έτη, ενώ για την Ελλάδα το προσδόκιμο ανέρχεται στα 80,1 έτη (UN WPP, 2022).

Η γήρανση είναι η μη αναστρέψιμη προοδευτική μείωση της φυσιολογικής λειτουργίας, η οποία τελικά οδηγεί σε σωματική και ψυχική εξασθένιση των ηλικιωμένων και σε ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, μυοσκελετικές διαταραχές και αρθρίτιδα, νευροεκφυλιστικές ασθένειες και καρκίνο. Αυτές οι ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία προκαλούν βαρύ οικονομικό και ψυχολογικό βάρος για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και την κοινωνία στο σύνολό της (de Magalhães et al., 2017).

Οι αιτίες και η πολυπλοκότητα των εκφυλιστικών διεργασιών και μηχανισμών διαφέρουν σημαντικά και αποτελούν μείζον ζήτημα των ερευνητών. Οι ασθένειες που συνοδεύουν τη γήρανση γίνονται πιο συχνές, καθώς αυξάνεται η διάρκεια ζωής του ανθρώπου. Η οστεοαρθρίτιδα, η ιδιοπαθής πνευμονική ίνωση, η αθηροσκλήρωση και η νόσος Alzheimer είναι, μεταξύ άλλων, χαρακτηριστικά παραδείγματα ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία, όπου έχει παρατηρηθεί ενεργοποίηση της γήρανσης (McHugh & Gil, 2018).

Κεφάλαιο I

Γήρανση και επιπτώσεις

1.1 Ορισμός

Ως γήρανση, αναφέρεται η αλλαγή του ανθρώπινου οργανισμού μετά την ηλικία της φυσικής ωρίμανσης, όπου μειώνεται αισθητά η πιθανότητα επιβίωσης και ταυτόχρονα εμφανίζονται αλλαγές στη συμπεριφορά, στις δραστηριότητες και στους κοινωνικούς ρόλους (Birren, 1988). Πρόκειται, δηλαδή για ένα ηλικιακό στάδιο στο οποίο επιδεινώνονται οι φυσιολογικές λειτουργίες ενός οργανισμού. Η επιστήμη η οποία μελετά τις επιπτώσεις της γήρανσης στους ανθρώπους λέγεται γεροντολογία (www.wikipedia.com). Τα ατομικά χαρακτηριστικά, η υγεία, η προσαρμοστική ικανότητα, η στάση για τη ζωή, το εισόδημα, η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και τα προσωπικά ενδιαφέροντα, είναι παράγοντες που καθορίζουν την είσοδο και την πορεία του ηλικιωμένου στο γήρας (Μαρκουλάκη, 2000).

1.2 Μηχανισμός γήρανσης και χαρακτηριστικά

Η ηλικία είναι ένας όρος που δεν μπορεί να ερμηνευτεί μόνο χρονολογικά, αλλά εμπεριέχει τη βιολογική, τη ψυχολογική, την κοινωνική και την ιατρική ηλικία (Παγοροπούλου, 2000).

- Η βιολογική ηλικία καθορίζεται από μετρήσεις του σώματος όπως η δύναμη, η αντοχή, η ταχύτητα, η ποιότητα του δέρματος και των μαλλιών, το χρώμα κ.α. Όταν ένας άνθρωπος ξεπεράσει την ηλικία των 30 ετών, τα όργανά του αρχίζουν να φθείρονται με πολύ αργούς ρυθμούς.
- Η ψυχολογική ηλικία καθορίζεται από την ποιότητα των νοητικών λειτουργιών, όπως είναι η μνήμη, η ικανότητα μάθησης, η δημιουργικότητα, αλλά και από τη στάση που έχει το άτομο σε διάφορα ζητήματα της ζωής.
- Η κοινωνική ηλικία προσδιορίζεται με βάση τις κοινωνικές απαιτήσεις των ατόμων, όπως είναι οι κοινωνικοί και οικογενειακοί του ρόλοι και οι δραστηριότητες τις οποίες επιλέγουν να ακολουθούν.
- Η ιατρική ηλικία προσδιορίζεται με βάση τη γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου (Παγοροπούλου, 2000).

Η εμφάνιση της γήρανσης θεωρείται ασαφής και η έναρξή της τοποθετείται χρονικά αμέσως μετά την ηλικία της ωρίμανσης. Το κύριο χαρακτηριστικό της γήρανσης είναι η συσσώρευση κυτταρικής γήρανσης (López - Otín et al. 2013) που προκαλείται από καταστροφικά ερεθίσματα από το εσωτερικό και το εξωτερικό του κυττάρου (Hernandez - Segura et al. 2018). Η κυτταρική γήρανση επηρεάζει το σώμα με δύο τρόπους. Πρώτον, η υπερβολική συσσώρευση γηρασμένων κυττάρων επηρεάζει αναπόφευκτα την αναγέννηση των ιστών. Δεύτερον, τα γηρασμένα κύτταρα εκκρίνουν μεγάλο αριθμό φλεγμονωδών παραγόντων και παρουσιάζουν τον εκκριτικό φαινότυπο που σχετίζεται με τη γήρανση (SASP), ο οποίος έχει αρνητικές επιπτώσεις στο περιβάλλον (López-Otín et al. 2013; Baker et al. 2018).

Τα γηρασμένα κύτταρα δεν βλάπτουν μόνο τα πολλαπλασιαστικά κύτταρα αλλά και τα βλαστοκύτταρα, προκαλώντας την ταχεία και ανώμαλη διαφοροποίησή τους σε δεσμευμένα κύτταρα με δυσλειτουργικά χαρακτηριστικά (Paul et al., 2021). Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της επιδιόρθωσης των ιστών, ορισμένα μέρη του ιστού αντικαθίστανται με ινώδη υλικά σε μια διαδικασία που ονομάζεται ίνωση των ιστών, στην οποία, η ενεργοποίηση της γήρανσης είναι ζωτικής σημασίας (van Deursen, 2014).

1.3 Παράγοντες που επιβαρύνουν τη γήρανση

Μια κοινά αποδεκτή αιτία γήρανσης είναι η συσσώρευση γενετικής βλάβης, η οποία θα μπορούσε να διαταράξει την ομοιόσταση των κυττάρων και να οδηγήσει σε αστάθεια του γονιδιώματος (Kubben & Misteli, 2017). Οι σωματικές μεταλλάξεις, η χρωμοσωμική ανευπλοειδία και οι μεταλλάξεις αντιγραφής συμβάλλουν στην επιδείνωση της βλάβης στο DNA (Tiwari & Wilson, 2019). Καθώς οι άνθρωποι γερνούν, εμφανίζονται ελαττώματα στον μηχανισμό επιδιόρθωσης του DNA, ο οποίος επηρεάζει την εμφάνιση βασικών γονιδίων και τις μεταγραφικές οδούς, οδηγώντας σε δυσλειτουργία των κυττάρων.

Ένας μεγάλος αριθμός κλινικών μελετών δείχνει ότι η μειωμένη ικανότητα επιδιόρθωσης του DNA μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση συνδρόμων πρόωρης γήρανσης, όπως το σύνδρομο Werner και το σύνδρομο Bloom (Foo et al., 2019). Επιπλέον, οι μεταλλάξεις στο DNA μπορούν να προκαλέσουν αστάθεια του γονιδιώματος (Kauppila et al., 2018). Η βλάβη του γονιδιώματος σχετίζεται στενά με τη γήρανση, επομένως θα πρέπει να διερευνηθούν παρεμβάσεις που μπορούν να

σταθεροποιήσουν το γονιδίωμα και να αποκαταστήσουν τις ικανότητες επιδιόρθωσης του DNA για να προσδιοριστεί ο αντίκτυπός της στη γήρανση.

Τα τελομερή είναι επαναλαμβανόμενες αλληλουχίες στα απομακρυσμένα άκρα των χρωμοσωμάτων. Εάν τα τελομερή φτάσουν σε ένα εξαιρετικά μικρό μήκος κατά τη διάρκεια της κυτταρικής διαίρεσης, γνωστό ως όριο Hayflick, προκαλείται βλάβη στο DNA και κυτταρική γήρανση (Gruber et al., 2021). Είναι σημαντικό ότι η βράχυνση των τελομερών εμφανίζεται επίσης κατά τη φυσική γήρανση τόσο σε ανθρώπους όσο και σε ποντίκια (Zhu et al., 2019). Επίσης, πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εξάντληση των τελομερών συσχετίστηκε σημαντικά με τη γήρανση, τη βιολογική νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Mensa et al., 2019).

Η τελομεράση, η οποία εκφράζεται σε μεγάλο βαθμό στα εμβρυϊκά βλαστοκύτταρα, δεν μπορεί να ανιχνευθεί στα περισσότερα φυσιολογικά ανθρώπινα κύτταρα (Saretzki, 2018). Οι Ullah et al. (2019) διαπίστωσε ότι η μειωμένη δραστηριότητα τελομεράσης επιτάχυνε τη γήρανση των βλαστοκυττάρων (Ullah & Sun 2019). Επίσης, έχει αναφερθεί ότι η ενεργοποίηση της δραστηριότητας της τελομεράσης μέσω ιικής μεταγωγής θα μπορούσε να παρατείνει τον χρόνο επιβίωσης και να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου σε ποντίκια άγριου τύπου (de Jesus et al., 2012). Συγκεκριμένα, κύτταρα με κοντά τελομερή μπορεί να ξεφύγουν από τη γήρανση και να μείνουν αναλλοίωτα, συνήθως ενεργοποιώντας ή ρυθμίζοντας προς τα πάνω την τελομεράση.

Ωστόσο, οι περισσότεροι άνθρωποι καρκίνοι έχουν μικρότερα τελομερή και αυξημένη δραστηριότητα τελομεράσης (Shay, 2016). Η βράχυνση των τελομερών μπορεί να προκαλέσει γήρανση των θηλαστικών, ενώ η τελομεράση μπορεί να αναστρέψει αυτό το φαινόμενο. Ως εκ τούτου, η τελομεράση και η ρύθμιση του μήκους των τελομερών είναι σημαντικοί θεραπευτικοί στόχοι για τον καρκίνο και τις ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία. Επομένως, η στόχευση των τελομερών ή της τελομεράσης μπορεί να είναι μια στρατηγική για την ανάπτυξη καινοτόμων φαρμακευτικών θεραπειών για την καθυστέρηση της γήρανσης.

1.4 Παράγοντες που αναστέλλουν τη γήρανση

Πολλές προσπάθειες έχουν γίνει για να περιοριστεί το φαινόμενο της γήρανσης στον ανθρώπινο οργανισμό. Όμως, έχει διαπιστωθεί ότι ο αποκλεισμός της κυτταρικής

γήρανσης μπορεί να προκαλέσει άλλες επιπλοκές. Επομένως, η κυτταρική γήρανση είναι ένα δίκικοπο μαχαίρι όταν πρόκειται για τη διατήρηση της κυτταρικής ισορροπίας. Πολλές στρατηγικές για τη βελτίωση των ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία έχουν μελετηθεί εκτενώς και συμπεριλαμβάνουν τον περιορισμό των θερμίδων μέσω του ελέγχου της διαίτας, της εισαγωγής της άσκησης στην καθημερινότητα, αλλά και κάποιες φαρμακευτικές θεραπείες που στοχεύουν σε συγκεκριμένα κύτταρα και μόρια (Di Daniele et al., 2017).

Αν και αυτές οι θεραπείες έχουν επιτύχει σημαντικά αποτελέσματα, η φαρμακευτική αγωγή για τους ηλικιωμένους εξακολουθεί να είναι ένα δύσκολο ζήτημα που χρειάζεται προσοχή. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι ανεπαρκή τα κλινικά δεδομένα που αποδεικνύουν ότι αυτά τα φάρμακα έχουν θετική επίδραση. Από την άλλη, πρέπει να ληφθούν υπόψη πολύ προσεκτικά οι πιθανές αρνητικές επιπτώσεις αυτών των φαρμάκων (Lavan & Gallagher, 2016). Οι τροποποιήσεις της χρωματίνης περιλαμβάνουν αλλαγές στη μεθυλίωση του DNA, καθώς και τροποποιήσεις της ιστόνης και αναδιαμόρφωση της χρωματίνης, οι οποίες σχετίζονται με τη γήρανση των κυττάρων (Kane & Sinclair, 2019).

Μελετώντας πιθανούς παράγοντες αντιγήρανσης, έχει αναφερθεί ότι η διαγραφή του γονιδίου SIRT6 επηρεάζει σοβαρά την καρδιακή λειτουργία σε ποντίκια και ότι η αναστολή του mTOR ή του Sp1 μπορεί να εξαλείψει τις αρνητικές επιπτώσεις της διαγραφής του γονιδίου SIRT6 (Ravi et al., 2019). Επιπλέον, τα γονίδια SIRT1 και SIRT3 συμβάλλουν από κοινού στη βελτίωση της υγιούς γήρανσης στα θηλαστικά (Morigi et al., 2018). Με τη γήρανση, τα κύτταρα των θηλαστικών υφίστανται καθολική και τοπική υπομεθυλίωση του DNA (Kane & Sinclair, 2019). Οι Maierhofer et al. (2019) επιβεβαίωσαν ότι η μεθυλίωση του DNA και οι τροποποιήσεις ιστόνης αυξήθηκαν σε μοντέλα ποντικών με σύνδρομο πρόωρης γήρανσης (Maierhofer et al., 2019).

Ωστόσο, δεν υπάρχουν ακόμη στοιχεία ότι η μεθυλίωση του DNA μπορεί να αλλάξει έτσι ώστε να προκαλέσει παράταση της ζωής. Αποδείχθηκε ότι οι επιγενετικές αλλαγές θα μπορούσαν να αντιστραφούν σε κάποιο βαθμό (Chen & Kerr, 2019). Η αζακιτιδίνη και η δεσιταβίνη είναι επιγενετικοί τροποποιητές που έχουν εγκριθεί από τον FDA για τη θεραπεία των μυελοδυσπλαστικών συνδρόμων (MDS) και της οξείας μυελογενούς λευχαιμίας (AML). Σε κλινικές δοκιμές, και οι δύο ενώσεις έχει

αποδειχθεί ότι βελτιώνουν τα αποτελέσματα της παθολογίας των ασθενών ενώ παρατείνουν το μέσο προσδόκιμο ζωής τους (Kantarjian et al. 2012). Συνολικά, η κατανόηση και ο χειρισμός του επιγονιδιώματος υπόσχεται τη βελτίωση των παθολογιών που σχετίζονται με την ηλικία και την παράταση μιας υγιούς διάρκειας ζωής.

1.5 Επιπτώσεις της γήρανσης στον άνθρωπο

Καθώς οι άνθρωποι γερνούν χάνουν το ενδιαφέρον τους για τη ζωή. Παρατηρούνται αλλαγές στους ακόλουθους τομείς. Στην εξωτερική εμφάνιση, την κινητικότητα, το καρδιαγγειακό σύστημα, το αναπνευστικό σύστημα, τη λειτουργία πνευμόνων, τη λειτουργία των νεφρών, στο αυτόνομο και κεντρικό νευρικό σύστημα, καθώς και στο αναπαραγωγικό σύστημα και τις αισθήσεις. Επιπλέον, αλλαγές υπάρχουν και στο ενδοκρινολογικό, το ανοσοποιητικό και το γαστρεντερικό σύστημα. Σημαντική είναι η πτώση των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων. Όλα αυτά μπορεί να δημιουργήσουν δυσκολίες στην καθημερινή ζωή των ατόμων (Murman, 2015).

Οι συνήθεις παθήσεις σε μεγαλύτερη ηλικία περιλαμβάνουν απώλεια ακοής, καταρράκτη και διαθλαστικά σφάλματα, πόνο στην πλάτη και τον αυχένα και οστεοαρθρίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, διαβήτη, κατάθλιψη και άνοια. Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν πολλές καταστάσεις ταυτόχρονα. Η μεγαλύτερη ηλικία χαρακτηρίζεται επίσης από την εμφάνιση πολλών και πολύπλοκων καταστάσεων υγείας που συνήθως ονομάζονται γηριατρικά σύνδρομα. Συχνά, αυτά είναι συνέπεια πολλών υποκείμενων παραγόντων και περιλαμβάνουν σωματική αδυναμία, ακράτεια ούρων, συχνές πτώσεις, παραλήρημα και έλκη πίεσης (WHO, 2022).

1.5.1 Νευρολογικές διαταραχές

Η γήρανση σχετίζεται με πολλές νευρολογικές διαταραχές, καθώς μειώνεται η ικανότητα του εγκεφάλου να μεταδίδει σήματα και να επικοινωνεί αποτελεσματικά. Η απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας είναι ο μεγαλύτερος φόβος μεταξύ των ηλικιωμένων, και περιλαμβάνει την απώλεια της ίδιας της προσωπικότητας λόγω της εμφάνισης άνοιας και Αλτσχάιμερ. Πολλές άλλες νευροεκφυλιστικές καταστάσεις, όπως η νόσος του Πάρκινσον ή η ξαφνική καταστροφική επίδραση ενός εγκεφαλικού, είναι όλο και πιο συχνές όσο μεγαλώνει ηλικιακά ο ασθενής (McKhann et al., 2011).

1.5.2 Αισθητηριακές αλλαγές κατά τη γήρανση

Η γήρανση περιλαμβάνει μείωση της προσαρμογής της όρασης (πρεσβυωπία), ευαισθησία στο έντονο φως, δυσχέρεια στις χρωματικές διακρίσεις και εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, η οποία μπορεί να προκαλέσει μερική απώλεια όρασης. Αλλαγές, επίσης, συμβαίνουν στην κεντρική επεξεργασία και στα συστατικά του ματιού. Αυτές οι πολυάριθμες αλλαγές επηρεάζουν την ανάγνωση, την ισορροπία και την οδήγηση (Salvi et al., 2006)

Επίσης, η ακοή επηρεάζεται σημαντικά με τη γήρανση. Κατά κύριο λόγο αυτό συμβαίνει αρχικά στο φάσμα των υψηλών συχνοτήτων (τα σύμφωνα των λέξεων), ενώ σταδιακά μειώνεται η ακοή και στις χαμηλότερες συχνότητες (τα φωνήεντα των λέξεων) (Khullar et al., 2011).

Η απώλεια της αίσθησης της γεύσης είναι ένα κοινό πρόβλημα μεταξύ των ενηλίκων (Imoscopi et al., 2012). Η οξύτητα της γεύσης δε μειώνεται, αλλά στην ανίχνευση του αλατιού παρατηρείται σημαντική μείωση. Οι σιελογόνοι αδένες επηρεάζονται και ο όγκος και η ποιότητα του σάλιου μειώνονται. Όλες οι αλλαγές επηρεάζουν συνδυαστικά τον ασθενή και κάνουν το φαγητό λιγότερο ενδιαφέρον (Boyce et al., 2006). Μελέτες δείχνουν ότι η φυσιολογική μείωση της πυκνότητας της γευστικής οξύτητας και των θηλών οδηγεί σε μείωση της γευστικής λειτουργίας (Morley et al., 1989). Στην πραγματικότητα, μελέτες που έγιναν για τη γευστική δυσλειτουργία δείχνουν ότι οι αλλαγές που σχετίζονται με τη γήρανση στην πυκνότητα της οξύτητας της γεύσης μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία της γεύσης διαφορετικά σε διαφορετικές περιοχές της γλώσσας. Η αντίληψη της γεύσης μειώνεται κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης. Μια μελέτη που έγινε σε υγιείς ηλικιωμένους δείχνει ότι μετά από την ηλικία των 70 ετών, ο ουδός της γεύσης αρχίζει να αυξάνεται με αποτέλεσμα να εμφανίζεται δυσγευσία (Toffanello et al., 2013). Τα προβλήματα της μάσησης που σχετίζονται με την απώλεια δοντιών και τη χρήση οδοντοστοιχιών παρεμβαίνουν επίσης στην αίσθηση γεύσης και προκαλούν μείωση της παραγωγής σάλιου (Boyce et al., 2006).

Καθώς μεγαλώνουμε, η οσφρητική μας λειτουργία μειώνεται (Doty et al., 1984). Η υποσμία, η οποία είναι η μειωμένη ικανότητα όσφρησης και ανίχνευσης οσμών, κάνει την εμφάνισή της στα άτομα τρίτης ηλικίας. Η όσφρηση μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας και αυτό επηρεάζει την ικανότητα διάκρισης μεταξύ των

οσμών. Η μειωμένη όσφρηση μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής της γεύσης και της απώλειας της ευχαρίστησης από το φαγητό, με επακόλουθες αλλαγές στο βάρος και δυσλειτουργίες στη διαδικασία της πέψης (Gaines, 2010). Έχει αναφερθεί ότι περισσότερο από το 75% των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών έχουν ενδείξεις μείζονος οσφρητικής ανεπάρκειας (Murphy et al., 2002). Η γήρανση προκαλεί επίσης ατροφία των νευρώνων του οσφρητικού βολβού. Η κεντρική επεξεργασία μεταβάλλεται, με αποτέλεσμα να υπάρχει μειωμένη αντίληψη και λιγότερο ενδιαφέρον για τα τρόφιμα (Sinding et al., 2014).

Με τη γήρανση, η αίσθηση της αφής συχνά μειώνεται λόγω των αλλαγών που παρατηρούνται στο δέρμα και της μειωμένης κυκλοφορίας του αίματος στους υποδοχείς αφής ή στον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Μικρές διατροφικές ελλείψεις, όπως η ανεπάρκεια θειαμίνης, μπορεί επίσης να είναι αιτία αλλαγών της αίσθησης της αφής (Roberts et al., 2006). Η αίσθηση της αφής περιλαμβάνει επίσης την επίγνωση των κραδασμών και του πόνου. Το δέρμα, οι μύες, οι τένοντες, οι αρθρώσεις και τα εσωτερικά όργανα έχουν υποδοχείς που ανιχνεύουν την αφή, τη θερμοκρασία ή τον πόνο (Wickremaratchi et al., 2006).

Η μείωση της αίσθησης της αφής επηρεάζει τις απλές κινητικές δεξιότητες, τη δύναμη της λαβής των χεριών και την ισορροπία. Μελέτες έχουν δείξει ότι η μυϊκή άτρακτος (αισθητήριοι υποδοχείς εντός του μυός που ανιχνεύουν κυρίως αλλαγές στο μήκος αυτού του μυός) και ο μηχανοϋποδοχέας (ένα αισθητήριο όργανο ή ένα κύτταρο που ανταποκρίνεται σε μηχανικά ερεθίσματα όπως η αφή ή ο ήχος) μειώνονται με τη γήρανση, επιδεινώνοντας περαιτέρω την ισορροπία (Carpenter et al., 2006).

1.5.3 Μυοσκελετικά προβλήματα

Η φυσιολογική γήρανση χαρακτηρίζεται από μείωση της οστικής και μυϊκής μάζας και αύξηση της παχυσαρκίας (Villa-Forte, 2015). Η μείωση της μυϊκής μάζας και η μείωση της μυϊκής δύναμης οδηγούν σε κίνδυνο καταγμάτων, σωματική αδυναμία, αίσθηση κόπωσης και πολλές επίπτωσης στην ποιότητας ζωής, όπως την απώλεια της ατομικής ανεξαρτησίας (Faulkner et al., 2007). Αυτές οι αλλαγές στο μυοσκελετικό σύστημα αντανακλούν τη διαδικασία γήρανσης καθώς και τις συνέπειες της μειωμένης σωματικής δραστηριότητας. Η μυϊκή απώλεια σε αδύναμα ηλικιωμένα άτομα ονομάζεται σαρκοπενία. Αυτή η διαταραχή οδηγεί σε υψηλότερη συχνότητα

πτώσεων και καταγμάτων και σε έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας των ηλικιωμένων.

Η λειτουργική σαρκοπενία ή οι σχετιζόμενες με την ηλικία μυοσκελετικές αλλαγές επηρεάζουν το 7% των ηλικιωμένων άνω των 70 ετών και το ποσοστό επιδείνωσης αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου, επηρεάζοντας πάνω από το 20% των ηλικιωμένων μέχρι την ηλικία των 80 ετών (McGowen et al., 2004). Η δύναμη μειώνεται κατά 1,5% ετησίως και αυτό επιταχύνεται έως και 3% ετησίως μετά την ηλικία των 60 ετών (Morley et al., 2001).

Η δύναμη των σκελετικών μυών, δηλαδή η ικανότητα παραγωγής δύναμης, μειώνεται επίσης με τη γήρανση ανάλογα με τους διάφορους γενετικούς, διατροφικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς και από επιλογές και συνήθειες που έχει εντάξει ο ασθενής στον τρόπο ζωής του (Faulkner et al., 2007). Αυτή η μείωση της μυϊκής δύναμης προκαλεί προβλήματα τόσο στη σωματική κινητικότητα, όσο και στην καθημερινή δραστηριότητα.

Η συνολική ποσότητα των μυϊκών ινών μειώνεται, λόγω της μειωμένης ικανότητας των κυττάρων να παράγουν πρωτεΐνη. Υπάρχει μείωση του μεγέθους των μυϊκών κυττάρων, των ινών και των ιστών μαζί με την ολική απώλεια μυϊκής δύναμης, μυϊκού όγκου και μυϊκής δύναμης όλων των κύριων μυϊκών ομάδων όπως οι δελτοειδής, οι δικέφαλοι, οι τρικέφαλοι, οι οπίσθιοι μηριαίοι, ο γαστροκνήμιος (μυς της γάμπας) και ούτω καθεξής. Επίσης, παρουσιάζεται φθορά ή απώλεια του προστατευτικού χόνδρου των αρθρώσεων. Ο χόνδρος κανονικά λειτουργεί ως απορροφητής κραδασμών και ως παράγοντας ολίσθησης που αποτρέπει τους τραυματισμούς τριβής του οστού. Παρατηρείται σκλήρυνση και ίνωση των στοιχείων του συνδετικού ιστού που μειώνουν το εύρος της κίνησης και επηρεάζουν τις καθημερινές κινήσεις, καθιστώντας τις λιγότερο αποτελεσματικές. Ως μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας κυτταρικής διαίρεσης, εμφανίζεται βράχυνση των τελομερών. Το DNA είναι περισσότερο εκτεθειμένο σε χημικές ουσίες, τοξίνες και απόβλητα που παράγονται στο σώμα. Όλη αυτή η διαδικασία αυξάνει την ευπάθεια των κυττάρων (Williams et al., 2002).

Με τη γήρανση, οι τοξίνες και οι χημικές ουσίες συσσωρεύονται στο σώμα και στους ιστούς. Έτσι, βλάπτεται σημαντικά η ακεραιότητα των μυϊκών κυττάρων. Η σωματική δραστηριότητα μειώνεται επίσης με την ηλικία, λόγω αλλαγής στον τρόπο

ζωής. Κατά κάποιο τρόπο, οι φυσιολογικές αλλαγές των μυών επιδεινώνονται από τις νευρολογικές αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία (Fell and Williams, 2008). Οι περισσότερες από τις μυϊκές δραστηριότητες γίνονται λιγότερο αποτελεσματικές και λιγότερο ανταποκρινόμενες με τη γήρανση, ως αποτέλεσμα της μείωσης της νευρικής δραστηριότητας και της αγωγιμότητας των νεύρων.

Οι ορμονικές διαταραχές μπορεί να επηρεάσουν τον μεταβολισμό των οστών καθώς και των μυών. Έχει αποδειχτεί ότι η εμμηνόπαυση στις γυναίκες σηματοδοτεί την επιδείνωση των μυοσκελετικών αλλαγών, λόγω έλλειψης των οιστρογόνων που απαιτούνται για την αναδόμηση των οστών και των μαλακών ιστών. Ορισμένες καταστάσεις, όπως οι αγγειακές διαταραχές ή οι μεταβολικές διαταραχές στην περίπτωση του διαβήτη, επηρεάζουν την αναδιαμόρφωση των ιστών καθώς διακυβεύεται ο ρυθμός ή ο όγκος της διατροφικής παροχής για την αναγέννηση των κυττάρων. Είναι πολύ σημαντικό να ελέγχονται οι παθολογικές διεργασίες για τη βελτιστοποίηση της επούλωσης και την αποκατάσταση των δυνατοτήτων του μυοσκελετικού συστήματος. Οι απαραίτητες βιταμίνες, όπως η βιταμίνη D και η βιταμίνη C, παίζουν σημαντικό ρόλο στη λειτουργική ανάπτυξη των μυών και των οστών (Macaluso and De Vito, 2004).

Η έλλειψη ορισμένων μετάλλων, όπως το ασβέστιο, ο φώσφορος και το χρώμιο, μπορεί να είναι αποτέλεσμα πεπτικών προβλημάτων που σχετίζονται με την ηλικία. Ως εκ τούτου, ο οργανισμός, ειδικότερα των ηλικιωμένων, οδηγείται σε ανισορροπία όσον αφορά την παραγωγή ορισμένων ορμονών, όπως η καλσιτονίνη και ο παραθυρεοειδής, που ρυθμίζουν τη συγκέντρωση βιταμινών και μετάλλων στον οργανισμό ή προκαλεί μειωμένη απορρόφηση των κύριων συστατικών από το έντερο (Macaluso and De Vito, 2004).

1.5.4 Αλλαγές στη σύσταση του σώματος

Το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από λίπος, άπαχο ιστό (μύες και όργανα), οστά και νερό. Μετά την ηλικία των 40 ετών, οι άνθρωποι αρχίζουν να χάνουν τον άπαχο ιστό τους. Όργανα του σώματος, όπως το συκώτι, τα νεφρά και άλλα, αρχίζουν να χάνουν μερικά από τα κύτταρά τους. Αυτή η μείωση της μυϊκής μάζας σχετίζεται με αδυναμία, αναπηρία και νοσηρότητα (Duren et al., 2008).

Η τάση για σωματική συρρίκνωση εμφανίζεται και στα δύο φύλα σε όλες τις φυλές. Η απώλεια ύψους σχετίζεται με αλλαγές λόγω γήρανσης στα οστά, τους μύες

και τις αρθρώσεις. Μελέτες δείχνουν ότι οι άνθρωποι συνήθως χάνουν περίπου 1 cm κάθε 10 χρόνια, μετά την ηλικία των 40 (Jiang et al., 2015). Η απώλεια ύψους είναι ακόμη πιο γρήγορη μετά την ηλικία των 70 ετών. Αυτές οι αλλαγές μπορούν να προληφθούν ακολουθώντας μια υγιεινή διατροφή, παραμένοντας σωματικά δραστήριοι και αποτρέποντας και αντιμετωπίζοντας την οστική απώλεια (Ferraro et al., 2008).

Οι αλλαγές στο συνολικό σωματικό βάρος ποικίλλουν για τους άνδρες και τις γυναίκες, καθώς οι άνδρες συχνά παίρνουν βάρος μέχρι την ηλικία των 55 ετών και στη συνέχεια αρχίζουν να χάνουν βάρος αργότερα στη ζωή τους. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με πτώση της ανδρικής ορμόνης τεστοστερόνης. Οι γυναίκες συνήθως παίρνουν βάρος μέχρι την ηλικία των 67–69 ετών και στη συνέχεια αρχίζουν να χάνουν βάρος. Η απώλεια βάρους αργότερα στη ζωή συμβαίνει, εν μέρει, επειδή το λίπος αντικαθιστά τον άπαχο μυϊκό ιστό και το λίπος ζυγίζει λιγότερο από τους μυς (Ferraro et al., 2008). Μελέτες έχουν επίσης δείξει ότι οι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν σχεδόν το ένα τρίτο περισσότερο λίπος σε σύγκριση με το λίπος που είχαν όταν ήταν νεότεροι. Ο λιπώδης ιστός συσσωρεύεται προς το κέντρο του σώματος, ακόμη και γύρω από τα εσωτερικά όργανα (Baumgartner et al., 1998).

Κεφάλαιο II

Γνωστική λειτουργία

2.1 Εγκέφαλος και γήρανση

Το μέγεθος του εγκεφάλου μειώνεται με την ηλικία (Harada et al., 2013). Τα τελευταία 20 χρόνια, έχει βελτιωθεί η ικανότητά μας να ποσοτικοποιούμε αυτήν την ατροφία, χρησιμοποιώντας την τεχνολογία δομικής απεικόνισης εγκεφάλου (αξονική τομογραφία και απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού MRI).

Ο εγκέφαλος συχνά χωρίζεται σε φαιά ουσία και λευκή ουσία. Η φαιά ουσία χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον εγκεφαλικό και τον παρεγκεφαλιδικό φλοιό και τους υποφλοιώδεις πυρήνες, καθένας από τους οποίους περιέχει κυτταρικά σώματα και δένδριτες. Η λευκή ουσία αναφέρεται σε περιοχές του εγκεφάλου με επικράτηση των μυελινωμένων αξόνων που συνδέουν τις δομές της φαιάς ουσίας. Με τη γήρανση, δεν αναπτύσσονται όλες οι περιοχές του εγκεφάλου ατροφία, αλλά οι περιοχές της φαιάς και της λευκής ουσίας επηρεάζονται σημαντικά. Η απώλεια όγκου της φαιάς ουσίας είναι πιο εμφανής στον προμετωπιαίο φλοιό (Salat et al., 1999).

Οι κροταφικοί λοβοί, ειδικά ο έσω κροταφικός λοβός, και οι όγκοι της λευκής ουσίας παρουσιάζουν μέτρια μείωση του όγκου με τη γήρανση (Madden et al., 2009). Οι μεγαλύτερες απώλειες όγκου λευκής ουσίας παρατηρούνται στη λευκή ουσία του μετωπιαίου λοβού και στις κύριες οδούς της λευκής ουσίας όπως το σωματίο σώμα. Υπάρχουν ενδείξεις μείωσης της ακεραιότητας της οδού της λευκής ουσίας με την ηλικία, χρησιμοποιώντας απεικόνιση τανυστή διάχυσης MRI (Dennis et al., 2014)

Κατά το παρελθόν, η απώλεια όγκου της φαιάς ουσίας αποδιδόταν σε απώλεια νευρώνων, αλλά με βελτιώσεις στις τεχνικές μέτρησης νευρώνων, είναι πλέον σαφές ότι αυτό δεν συμβαίνει. Πολλές μελέτες δείχνουν ότι η απώλεια νευρώνων κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής γήρανσης περιορίζεται σε συγκεκριμένες περιοχές του νευρικού συστήματος και ότι αυτή η απώλεια δεν είναι μεγαλύτερη από το 10% των νευρώνων που βρίσκονται σε νεαρούς ενήλικες (Pannese et al., 2011). Η νευρωνική απώλεια του φλοιού είναι πιο αξιολογική στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό, αλλά μεγαλύτερη υποφλοιώδης νευρωνική απώλεια μπορεί να παρατηρηθεί στη μέλαινα ουσία και την παρεγκεφαλίδα.

Οι νευροεκφυλιστικές ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία, όπως το Alzheimer, σχετίζονται με πολύ μεγαλύτερη απώλεια νευρώνων, ειδικά στον ιππόκαμπο και τον ενδορινικό φλοιό (Morrison et al., 1997). Στη φυσιολογική γήρανση, ένας σημαντικός αριθμός νευρώνων αλλάζει ως προς τη δομή αλλά δεν καταστρέφεται. Αυτές οι δομικές αλλαγές στους νευρώνες που σχετίζονται με τη γήρανση περιλαμβάνουν μείωση του αριθμού και του μήκους των δενδριτών, απώλεια δενδριτικών σπονδύλων, μείωση του αριθμού των αξόνων, αύξηση των αξόνων με τμηματική απομυελίνωση και σημαντική απώλεια συνάψεων (Pannese et al., 2011). Η συναπτική απώλεια είναι ένας βασικός δομικός δείκτης της γήρανσης στο νευρικό σύστημα (Terry et al., 1991).

Οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία στη δομή και τη λειτουργία των συνάψεων και οι αλλαγές στα νευρωνικά δίκτυα συσχετίζονται άμεσα με τις γνωστικές αλλαγές που επιφέρει η γήρανση. Οι Morrison και Baxter εξέτασαν τις αλλαγές γήρανσης που συμβαίνουν στη φλοιώδη σύναψη στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό, μια περιοχή σημαντική για τη μνήμη και την εκτελεστική λειτουργία, και τον ιππόκαμπο, μια περιοχή ζωτικής σημασίας για τη μάθηση και τη μνήμη (Morrison & Baxter, 2012). Συνόψισαν τις μορφολογικές και λειτουργικές αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτές τις συνάψεις και πώς αυτές οι αλλαγές μπορεί να συσχετίζονται με αλλαγές στη γνωστική λειτουργία.

Για παράδειγμα, στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό, υπάρχει απώλεια της τάξης του 46% ενός τύπου δενδριτικών άκρων του φλοιού νευρώνα (δηλαδή, λεπτές ράχες). Αυτές οι ράχες είναι οι πιο πλαστικές και η απώλεια τους προκαλεί απώλεια δυναμικής πλαστικότητας στα συνεχώς μεταβαλλόμενα κυκλώματα που είναι σημαντικά για τη γνωστική ευελιξία, τη μνήμη εργασίας και την εκτελεστική γνωστική λειτουργία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι υπάρχει σχετική σταθερότητα ενός δεύτερου τύπου δενδριτικής σπονδυλικής στήλης (δηλαδή, σπονδυλικής στήλης μανιταριού) στον ραχιαίο πλάγιο προμετωπιαίο φλοιό, ο οποίος μεσολαβεί σε πιο σταθερά κυκλώματα που μπορεί να συμβάλουν στη διατήρηση κρυσταλλοποιημένων γνωστικών ικανοτήτων που σχετίζονται με τη βιωματική εμπειρία (Morrison & Baxter, 2012).

Η λειτουργική απεικόνιση MRI σε κατάσταση ηρεμίας (rs-fMRI) μπορεί να προσδιορίσει τη λειτουργική συνδεσιμότητα σε διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου

(Dennis et al., 2014). Έχει εντοπιστεί μια σειρά εγγενών δικτύων συνδεσιμότητας, συμπεριλαμβανομένων των δικτύων που είναι σημαντικά για τη μνήμη, την οργάνωση και τον συντονισμό της νευρωνικής δραστηριότητας, την εκκίνηση του εγκεφάλου, τις συντονισμένες απαντήσεις και το δίκτυο προεπιλεγμένης λειτουργίας (DMN), το οποίο είναι ενεργό όταν δεν υπάρχει εργασία. Το DMN πιστεύεται ότι είναι σημαντικό για την ενοποίηση της μνήμης. Η συνδεσιμότητα και η ακεραιότητα του δικτύου φαίνεται να μειώνονται στη φυσιολογική γήρανση (Dennis et al., 2014).

Σε νευροεκφυλιστικές ασθένειες, όπως η νόσος Alzheimer, αυτές οι μειώσεις και διαταραχές επιταχύνονται, ειδικά στο DMN, και μπορεί να επηρεάσουν τις μελέτες rs-fMRI της φυσιολογικής γήρανσης που περιλαμβάνουν άτομα με προκλινική AD (Brier et al., 2014). Η συσχέτιση των δομικών αλλαγών στον εγκέφαλο και των μετρούμενων γνωστικών αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία ήταν μέτρια και μερικές φορές ασυνεπής, αλλά η συμπερίληψη λειτουργικών μέτρων όπως η ροή του αίματος, ο μεταβολισμός της γλυκόζης και η rs-fMRI ή ο συνδυασμός λειτουργικών και δομικών μέτρων μπορεί να προσφέρει ισχυρότερες συσχετίσεις (Steffener et al., 2013).

2.2 Ήπια γνωστική εξασθένηση

Η ήπια γνωστική εξασθένηση αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως μια μεταβατική κατάσταση μεταξύ της φυσιολογικής γήρανσης και της άνοιας (Tabert et al., 2002). Κατηγοριοποιείται σε αμνηστικούς και μη αμνηστικούς υποτύπους (Nicolini et al., 2020). Η MCI (ήπια γνωστική εξασθένηση) είναι μια από τις πιο κοινές ασθένειες των ηλικιωμένων και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας (Anderson, 2019). Η έκπτωση της γνωστικής ικανότητας προκύπτει από εγγύς παράγοντες (πολλαπλές σειριακές γνωστικές διεργασίες) συμπεριλαμβανομένης της ταχύτητας επεξεργασίας, του μεγέθους της μνήμης εργασίας, της αναστολής των ξένων περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και των αισθητηριακών απωλειών. Αυτό αποτελεί απειλή για την ποιότητα ζωής των προσβεβλημένων ατόμων και των φροντιστών τους (Harada et al., 2013). Καθώς το MCI είναι ένα μεταβατικό στάδιο μεταξύ της γνωστικής έκπτωσης της υγιούς γήρανσης και της άνοιας, η αντιμετώπισή του είναι κρίσιμη και απαιτεί μεγάλη προσοχή (Petersen et al., 2018).

2.3 Μνήμη και μάθηση

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, η επίδραση της φυσιολογικής γήρανσης στη μνήμη μπορεί να προκύψει από το διακριτικά μεταβαλλόμενο περιβάλλον μέσα στον εγκέφαλο (Cabeza et al., 2013). Ο όγκος του εγκεφάλου κορυφώνεται στις αρχές της δεκαετίας των 20 ετών και μειώνεται σταδιακά για το υπόλοιπο της ζωής. Στη δεκαετία των 40 ετών, ο φλοιός αρχίζει να συρρικνώνεται και οι άνθρωποι αρχίζουν να παρατηρούν τις ανεπαίσθητες αλλαγές στην ικανότητά τους να θυμούνται ή να κάνουν περισσότερες από μία εργασίες ταυτόχρονα. Άλλες βασικές περιοχές, όπως οι νευρώνες, συρρικνώνονται ή υφίστανται ατροφία και παρατηρείται επίσης μεγάλη μείωση στην έκταση των συνδέσεων μεταξύ των νευρώνων (δενδριτική απώλεια).

Κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής γήρανσης, η ροή του αίματος στον εγκέφαλο μειώνεται και γίνεται λιγότερο αποτελεσματική στη στρατολόγηση διαφορετικών περιοχών. Ολόκληρη η ομάδα των αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στον εγκέφαλο με τη γήρανση μειώνει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας από κύτταρο σε κύτταρο, γεγονός που μειώνει την ικανότητα ανάκτησης και μάθησης (Besdine & Wu, 2008). Επηρεάζει επίσης τη νοημοσύνη, ειδικά η ρευστή νοημοσύνη (η επίλυση προβλημάτων με ένα νέο υλικό που απαιτεί πολύπλοκες σχέσεις) μειώνεται γρήγορα μετά την εφηβεία. Οι αντιληπτικές κινητικές δεξιότητες (χρονομετρημένες εργασίες) επίσης μειώνονται με την ηλικία (Greve et al., 2003).

2.4 Αλτσχάιμερ

2.4.1 Περιγραφή

Η νόσος Alzheimer (AD) (ονομάστηκε από το γερμανικό ψυχιατρικό Alois Alzheimer) και είναι ο πιο κοινός τύπος άνοιας. Η νόσος Alzheimer (όπως και το Parkinson) είναι οι προοδευτικές νευροεκφυλιστικές ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση (Esopenko & Levine, 2015).

Το Αλτσχάιμερ χαρακτηρίζεται από προοδευτική γνωστική επιδείνωση μαζί με αλλαγή συμπεριφοράς και μείωση στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Το Αλτσχάιμερ είναι ο πιο κοινός τύπος προ-γεροντικής και γεροντικής άνοιας. Αυτή η ασθένεια προκαλεί το θάνατο των νευρικών κυττάρων και την απώλεια ιστού σε όλο τον εγκέφαλο, επηρεάζοντας σχεδόν όλες τις λειτουργίες του. Ο φλοιός στον εγκέφαλο συρρικνώνεται και αυτό βλάπτει τις περιοχές που εμπλέκονται στη σκέψη, τον προγραμματισμό και τη μνήμη. Η συρρίκνωση σε ένα νευρικό κύτταρο είναι ιδιαίτερα

σοβαρή στον ιππόκαμπο (μια περιοχή του φλοιού που παίζει βασικό ρόλο στο σχηματισμό νέων αναμνήσεων) καθώς και στις κοιλίες (χώροι γεμάτοι με υγρό στον εγκέφαλο) οι οποίες μεγαλώνουν σημαντικά. Η νόσος Alzheimer προκαλεί μια γενική ανισορροπία μεταξύ των ηλικιωμένων προκαλώντας απώλεια μνήμης, αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά παρόμοια με την κατάθλιψη, όπως επίσης απάθεια, κοινωνική απόσυρση, εναλλαγές διάθεσης, δυσπιστία προς τους άλλους, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα (Mayeux & Stern, 2012).

2.4.2 Στάδια της νόσου

Οι κλινικές φάσεις της νόσου του Αλτσχάιμερ μπορούν να ταξινομηθούν σε (Wattmo et al., 2016).

1. Προκλινικό ή προ-συμπτωματικό στάδιο, το οποίο μπορεί να διαρκέσει για αρκετά χρόνια ή και περισσότερο. Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από ήπια απώλεια μνήμης και πρώιμες παθολογικές αλλαγές στον φλοιό και τον ιππόκαμπο, χωρίς λειτουργική έκπτωση στις καθημερινές δραστηριότητες και απουσία κλινικών σημείων και συμπτωμάτων.
2. Το ήπιο ή πρώιμο στάδιο της ασθένειας, όπου αρχίζουν να εμφανίζονται αρκετά συμπτώματα στους ασθενείς, όπως προβλήματα στην καθημερινή ζωή του ασθενούς με απώλεια συγκέντρωσης και μνήμης, αποπροσανατολισμός τόπου και χρόνου, αλλαγή στη διάθεση και ανάπτυξη κατάθλιψης.
3. Μέτριο στάδιο Αλτσχάιμερ, στο οποίο η ασθένεια εξαπλώνεται σε περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού που οδηγεί σε αυξημένη απώλεια μνήμης με δυσκολία στην αναγνώριση της οικογένειας και των φίλων, απώλεια ελέγχου των παρορμήσεων και δυσκολία στην ανάγνωση, τη γραφή και την ομιλία.
4. Σοβαρή νόσος ή όψιμο στάδιο, που περιλαμβάνει την εξάπλωση της νόσου σε ολόκληρη την περιοχή του φλοιού με σοβαρή συσσώρευση νευριτικών πλακών και νευροϊνιδικών συμπλεγμάτων, με αποτέλεσμα την προοδευτική λειτουργική και γνωστική εξασθένηση, όπου οι ασθενείς δεν μπορούν να αναγνωρίσουν καθόλου την οικογένειά τους και αυξάνονται οι πιθανότητες να μείνουν κατάκοιτοι, με δυσκολίες στην κατάποση και την ούρηση. Τελικά ο ασθενής οδηγείται στον θάνατο, λόγω αυτών των επιπλοκών.

2.4.3 Αιτίες

Το αλτσχάιμερ θεωρείται πολυπαραγοντική ασθένεια που σχετίζεται με διάφορες αιτίες, όπως η αύξηση της ηλικίας, οι γενετικοί παράγοντες, οι τραυματισμοί στο κεφάλι, οι αγγειακές παθήσεις, οι λοιμώξεις και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (βαρέα μέταλλα, ιχνοστοιχεία και άλλα). Η υποκείμενη αιτία των παθολογικών αλλαγών στη νόσο του Αλτσχάιμερ είναι ακόμα άγνωστη. Αρκετές υποθέσεις προτάθηκαν ως αιτία για τη νόσο του Αλτσχάιμερ, αλλά δύο από αυτές είναι οι επικρατέστερες. Η έκπτωση στη χολινεργική λειτουργία καθώς και η μεταβολή στην παραγωγή και επεξεργασία της β-πρωτεΐνης αμυλοειδούς είναι οι κύριοι παράγοντες έναρξης της νόσου (Armstrong, 2019). Ωστόσο, ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τη νόσο του Αλτσχάιμερ είναι η γήρανση. Τα νεότερα άτομα παρουσιάζουν σπανίως αυτή τη νόσο και οι περισσότερες περιπτώσεις νοσούντων αφορούν σε ηλικίες άνω των 65 ετών (Ricciarelli and Fedele, 2017).

Η γήρανση είναι μια πολύπλοκη και μη αναστρέψιμη διαδικασία που συμβαίνει μέσω πολλαπλών οργάνων και κυτταρικών συστημάτων, με μείωση του όγκου και του βάρους του εγκεφάλου, απώλεια συνάψεων και μεγέθυνση των κοιλιών σε συγκεκριμένες περιοχές, που συνοδεύεται από εναπόθεση SP και NFT. Επιπλέον, πολλές καταστάσεις μπορεί να εμφανιστούν κατά τη γήρανση, όπως ο υπομεταβολισμός της γλυκόζης, η δυσομεόσταση της χοληστερόλης, η δυσλειτουργία των μιτοχονδρίων, η κατάθλιψη και η γνωστική έκπτωση. Αυτές οι αλλαγές εμφανίζονται επίσης στη φυσιολογική γήρανση, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη διάκριση των περιπτώσεων στις αρχές νόσου (Hou et al., 2019).

2.4.4 Αντιμετώπιση

Για τη θεραπεία, οι ασθενείς επωφελούνται από μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένων κάποιων γνωστικών δραστηριοτήτων όπως το διάβασμα, τη σωματική άσκηση, το περπάτημα και την κοινωνικοποίηση μέσω οικογενειακών και κοινωνικών συγκεντρώσεων. Οι φαρμακολογικές προσεγγίσεις μπορούν να προσφέρουν μέτρια συμπτωματική ανακούφιση. Για την νόσο του Αλτσχάιμερ, προτείνεται ένας αναστολέα ακετυλοχολινεστεράσης όπως η donepezil, για ήπια έως μέτρια άνοια, και η μεμαντίνη (που χρησιμοποιείται μόνη της ή ως συμπληρωματική θεραπεία) για μέτρια έως σοβαρή άνοια (Terracciano et al., 2017).

2.5 Άνοια

2.5.1 Ορισμός

Η άνοια είναι η σταδιακή επιδείνωση της νοητικής λειτουργίας που επηρεάζει την απόδοση των κανονικών καθημερινών δραστηριοτήτων (Knopman et al., 2001).

2.5.2 Διάγνωση

Η διάγνωση της άνοιας μπορεί να γίνει με γνωστικές και νευρολογικές εξετάσεις. Μεταξύ αυτών, περιλαμβάνονται αξιολογήσεις μνήμης, επίλυσης προβλημάτων, γλωσσικών δεξιοτήτων και μαθηματικών δεξιοτήτων, καθώς και αξιολογήσεις ισορροπίας, αισθητηριακής απόκρισης και αντανakλαστικών. Σε άτομα με συμπτώματα άνοιας γίνονται εξετάσεις για τον έλεγχο των νοητικών τους ικανοτήτων, όπως η μνήμη ή η σκέψη (McKhann et al., 1985).

Υπάρχουν αρκετές διαφορετικές δοκιμές. Ένα κοινό που χρησιμοποιείται από τους γενικούς γιατρούς είναι η γενική ιατρική αξιολόγηση της γνώσης (GPCOG). Παρόλο που αυτές οι εξετάσεις δεν μπορούν να διαγνώσουν άνοια, μπορεί να δείξουν ότι υπάρχουν δυσκολίες στη μνήμη που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Τα περισσότερα τεστ αξιολογούν διαφορετικές νοητικές ικανότητες, συμπεριλαμβανομένων της βραχυπρόθεσμης και της μακροπρόθεσμης μνήμης, της συγκέντρωσης και του εύρους της προσοχής, τις γλωσσικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, την επίγνωση του χρόνου και του τόπου (προσανατολισμός) και έχουν συγκεκριμένους βαθμούς (McKhann et al., 1985). Βέβαια οι βαθμολογίες των εξετάσεων μπορεί να επηρεάζονται από το επίπεδο εκπαίδευσης ενός ατόμου. Για παράδειγμα, κάποιος που δεν μπορεί να διαβάσει ή να γράψει πολύ καλά μπορεί να έχει χαμηλότερη βαθμολογία, αλλά μπορεί να μην έχει άνοια. Ομοίως, κάποιος με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να επιτύχει υψηλότερη βαθμολογία, αλλά εξακολουθεί να έχει άνοια.

Ακολουθούν αναλυτικά οι εξετάσεις στις οποίες μπορεί να υποβληθεί ένας ασθενής.

 Σάρωση εγκεφάλου.

Αυτές οι δοκιμές μπορούν να εντοπίσουν εγκεφαλικά επεισόδια, όγκους και άλλα προβλήματα που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Επιπλέον, οι σαρώσεις εγκεφάλου χρησιμοποιούνται συχνά για τη διάγνωση της άνοιας μόλις οι απλούστερες

εξετάσεις αποκλείσουν άλλα προβλήματα. Όπως και τα τεστ μνήμης, έτσι και οι σαρώσεις εγκεφάλου δεν μπορούν να διαγνώσουν άνοια, αλλά χρησιμοποιούνται ως μέρος της ευρύτερης αξιολόγησης. Δεν θα χρειαστούν όλοι σάρωση εγκεφάλου, ιδιαίτερα εάν οι εξετάσεις και οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι η άνοια είναι μια πιθανή διάγνωση.

Αυτές οι σαρώσεις μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο για πιθανά άλλα προβλήματα που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τα συμπτώματα ενός ατόμου, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο ή όγκο στον εγκέφαλο. Συνιστάται μαγνητική τομογραφία για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της άνοιας και του τύπου της νόσου που προκαλεί την άνοια η οποία παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη βλάβη των αιμοφόρων αγγείων που συμβαίνει στην αγγειακή άνοια και τη συρρίκνωση σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου. Για παράδειγμα, ο μετωπικός και ο κροταφικός λοβός επηρεάζονται κυρίως από τη συρρίκνωση της μετωποκροταφικής άνοιας, ενώ συνήθως μόνο οι κροταφικοί λοβοί επηρεάζονται στα αρχικά στάδια της νόσου Αλτσχάιμερ.

Μια αξονική τομογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σημάδια εγκεφαλικού επεισοδίου ή όγκου στον εγκέφαλο, αλλά δεν μπορεί να παράσχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη δομή του εγκεφάλου. Ακόμα κι αν μια σάρωση εγκεφάλου δεν δείχνει εμφανείς αλλαγές, αυτό δεν σημαίνει ότι κάποιος δεν έχει άνοια. Άλλοι τύποι σάρωσης, όπως μια σάρωση SPECT ή μια σάρωση PET, μπορεί να συνιστώνται εάν το αποτέλεσμα της μαγνητικής τομογραφίας ή της αξονικής τομογραφίας είναι αβέβαιο. Οι σαρώσεις εντοπίζουν επίσης αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου.

Οι πιο συνηθισμένες σαρώσεις είναι:

- η Υπολογιστική τομογραφία (CT), η οποία χρησιμοποιεί ακτίνες X για την παραγωγή εικόνων του εγκεφάλου και άλλων οργάνων,
- η Μαγνητική τομογραφία (MRI), η οποία χρησιμοποιεί μαγνητικά πεδία και ραδιοκύματα για να παράγει λεπτομερείς εικόνες των δομών του σώματος, συμπεριλαμβανομένων ιστών, οργάνων, οστών και νεύρων,
- η Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), η οποία χρησιμοποιεί ακτινοβολία για να παρέχει εικόνες της εγκεφαλικής. Τόσο η σάρωση SPECT όσο και η σάρωση PET εξετάζουν πώς λειτουργεί ο εγκέφαλος και μπορούν να

ανιχνεύσουν ανωμαλίες με τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο. Η PET αξιολογεί τον μεταβολισμό ενός συγκεκριμένου οργάνου ή ιστού, και δίνει πληροφορίες σχετικά με τη φυσιολογία (λειτουργία) και την ανατομία (δομή) του οργάνου ή του ιστού, καθώς επίσης και βιοχημικές ιδιότητες. Έτσι, το PET μπορεί να ανιχνεύσει βιοχημικές αλλαγές σε ένα όργανο ή ιστό και μπορεί να προσδιορίσει την έναρξη μιας διαδικασίας ασθένειας πριν τις ανατομικές αλλαγές που σχετίζονται με τη νόσο και οι οποίες υπόκεινται σε άλλες διαδικασίες απεικόνισης, όπως η αξονική τομογραφία (CT) ή μαγνητική τομογραφία (MRI) (Iaccarino et al., 2017). Εάν ένας ειδικός ανησυχεί ότι η επιληψία μπορεί να προκαλεί τα συμπτώματα της άνοιας, μπορεί να ληφθεί ένα ΗΕΓ για την καταγραφή των ηλεκτρικών σημάτων του εγκεφάλου (εγκεφαλική δραστηριότητα), αλλά αυτό είναι σπάνιο.

Ψυχιατρική αξιολόγηση.

Αυτή η αξιολόγηση θα βοηθήσει να προσδιοριστεί εάν η κατάθλιψη ή άλλη κατάσταση ψυχικής υγείας προκαλεί ή συμβάλλει στα συμπτώματα ενός ατόμου.

Γενετικές εξετάσεις.

Ορισμένες άνοιες προκαλούνται από τα γονίδια ενός ατόμου. Δεν έχει διαπιστωθεί ότι ένα γενετικό τεστ μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να γνωρίζουν εάν κινδυνεύουν από άνοια.

Εξετάσεις αίματος.

Μπορεί να γίνει έλεγχος για άλλες παθήσεις, προκειμένου να αποκλειστούν άλλες αιτίες συμπτωμάτων που μπορεί να συγχέονται με την άνοια. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτές οι εξετάσεις αίματος θα ελέγξουν την ηπατική λειτουργία, τη νεφρική λειτουργία, τη λειτουργία του θυρεοειδούς, την αιμοσφαιρίνη A1c (για έλεγχο διαβήτη), τα επίπεδα βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος. Όμως, είναι πλέον δυνατόν να γίνει μια εξέταση αίματος για τη μέτρηση των επιπέδων β-αμυλοειδούς, μιας πρωτεΐνης που συσσωρεύεται και γίνεται εναπόθεσή της στον εγκέφαλο των ατόμων με άνοια, κυρίως τύπου Αλτσχάιμερ. Αρκετές άλλες εξετάσεις αίματος βρίσκονται σε εξέλιξη. Η νόσος Αλτσχάιμερ έχει ένα προκλινικό στάδιο όταν η εναπόθεση του εγκεφαλικού αμυλοειδούς-β εμφανίζεται πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα και όταν οι θεραπείες που στοχεύουν στο αμυλοειδές-β μπορεί να έχουν τα μέγιστα οφέλη. Οι

υπάρχουσες τεχνικές μέτρησης της αμυλοειδούς-β, συμπεριλαμβανομένων των δοκιμών αμυλοειδούς PET και ENY, είναι δύσκολο να αναπτυχθούν σε κλίμακα, επομένως οι βιοδείκτες αίματος εξετάζονται όλο και περισσότερο (Keshavan et al., 2021). Ωστόσο, η διαθεσιμότητα αυτών των διαγνωστικών εξετάσεων για το Άλτσχάιμερ και τις σχετικές άνοιες είναι ακόμα περιορισμένη.

Νευρολογικές εξετάσεις.

Επίσης, οι νευρολογικές και σωματικές εξετάσεις είναι απαραίτητες για τη διάγνωση δυνητικά αναστρέψιμων τύπων άνοιας, και νευρολογικών νοσημάτων στις οποίες η άνοια είναι μέρος μεγαλύτερης δυσλειτουργίας και συν-νοσηρότητας. Η αξιολόγηση της γνωστικής λειτουργικής και συμπεριφορικής κατάστασης του ασθενούς είναι σημαντική για την διάγνωση της άνοιας και την εύρεση του αιτίου που την προκαλεί.

Βιοδείκτες

Υπάρχουν, όμως, και νέες μέθοδοι για διάγνωση, όπως οι βιοδείκτες. Η συσσώρευση δεδομένων έχει επικεντρωθεί στην ανακάλυψη, αξιολόγηση και επικύρωση βιοδεικτών για εφαρμογή στην κλινική έρευνα για να επιβεβαιώσουν και να βελτιώσουν τη διαγνωστική ακρίβεια της άνοιας. (McKhann et al., 1985).

2.5.3 Αιτίες

Οι παράγοντες αγγειακού κινδύνου (καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό επεισόδιο, υπέρταση, κεντρική παχυσαρκία, διαβήτης και αυξημένες συγκεντρώσεις ομοκυστεΐνης και χοληστερόλης στο πλάσμα) είναι γνωστό ότι αυξάνουν τον κίνδυνο άνοιας και επιταχύνουν τη σχετική γνωστική έκπτωση (Peila et al., 2001).

2.5.4 Επιπτώσεις

Η άνοια είναι μια επίκτητη απώλεια της γνώσης σε πολλαπλούς γνωστικούς τομείς, αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάσει την κοινωνική, οικογενειακή ή επαγγελματική λειτουργία. Η εξασθενημένη γνωστική λειτουργία μεταξύ των ηλικιωμένων σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού του εαυτού τους ή των άλλων, τη μείωση των λειτουργικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Tabert et al., 2002).

2.6 Παραληρητική Διαταραχή

2.6.1 Ορισμός

Το σύνδρομο παραληρήματος μπορεί να οριστεί ως η οξεία εγκεφαλική ανεπάρκεια που σχετίζεται με δυσλειτουργία του αυτόνομου συστήματος, με κινητική δυσλειτουργία και με ομοιοστατική ανεπάρκεια. Είναι πολύπλοκο και συχνά πολυπαραγοντικό. Παρά την ιατρική πρόοδο, το παραλήρημα παραμένει μια σημαντική πρόκληση για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης με την αυξανόμενη επιβάρυνση της γήρανσης του πληθυσμού (Wass et al., 2008).

2.6.2 Συμπτώματα

Το παραλήρημα είναι μια κατάσταση χειρότερη από τη συνηθισμένη ψυχική σύγχυση, που προκαλείται από κάποιου είδους ασυνήθιστο στρες στο σώμα ή το μυαλό. Μερικές φορές αναφέρεται ως "οξεία κατάσταση σύγχυσης", επειδή αναπτύσσεται αρκετά γρήγορα (π.χ. σε ώρες έως μέρες), ενώ η ψυχική σύγχυση, λόγω Αλτσχάιμερ ή άλλης άνοιας, αναπτύσσεται συνήθως σε μεγάλο χρονικό διάστημα.

Το βασικό σύμπτωμα του παραληρήματος είναι ότι το άτομο δυσκολεύεται να εστιάσει ή να δώσει προσοχή. Το παραλήρημα συχνά προκαλεί επίσης μια ποικιλία άλλων γνωστικών συμπτωμάτων, όπως προβλήματα μνήμης, γλωσσικά προβλήματα, αποπροσανατολισμό ή ακόμα και έντονες παραισθήσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα συμπτώματα παρουσιάζουν διακυμάνσεις, με το άτομο να εμφανίζεται καλύτερα σε συγκεκριμένες στιγμές και χειρότερα σε άλλες, κατά τη διάρκεια μίας ημέρας (Kernisan, 2014).

2.6.3 Αιτίες

Σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, το παραλήρημα έχει συχνά πολλαπλές και συνεισφέρουσες αιτίες. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν (Kernisan, 2014):

-  Μόλυνση
-  Άλλες σοβαρές ιατρικές ασθένειες (π.χ. καρδιακή προσβολή, νεφρική ανεπάρκεια, εγκεφαλικό και άλλα)
-  Μεταβολικές ανισορροπίες (π.χ. μη φυσιολογικά επίπεδα νατρίου, ασβεστίου ή άλλων ηλεκτρολυτών στο αίμα)
-  Αφυδάτωση
-  Φαρμακευτικές παρενέργειες
-  Στέρηση ύπνου

- ✚ Ανεξέλεγκτος πόνος
- ✚ Αισθητηριακή ανεπάρκεια (π.χ. κακή όραση και ακοή, η οποία μπορεί να επιδεινωθεί εάν το άτομο δεν έχει τα συνηθισμένα γυαλιά ή ακουστικά βαρηκοΐας)
- ✚ Στέρηση αλκοόλ

Πολλές φορές, το παραλήρημα προκαλείται από μια ιατρική ασθένεια ή από το άγχος της νοσηλείας, ειδικά εάν η νοσηλεία περιλαμβάνει χειρουργική επέμβαση και αναισθησία. Ωστόσο, σε άτομα που έχουν ιδιαίτερα ευάλωτο εγκέφαλο (όπως εκείνοι με Αλτσχάιμερ ή άλλη άνοια), το παραλήρημα μπορεί να προκληθεί από παρενέργειες φαρμάκων ή λιγότερο σοβαρές ασθένειες. Είναι πολύ πιο συνηθισμένο από ό,τι πολλοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται: περίπου το 30% των ηλικιωμένων ενηλίκων βιώνουν παραλήρημα σε κάποιο σημείο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η μετεγχειρητική σύγχυση που συχνά βιώνουν οι ηλικιωμένοι είναι παραλήρημα (Kernisan, 2023).

2.6.4 Πρόληψη

Δεδομένου ότι το παραλήρημα είναι ένα σύνθετο ιατρικό πρόβλημα που προκύπτει από μία ή περισσότερες μεταβλητές (ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες), συνάγεται ότι η προσέγγιση της πρόληψης πρέπει να είναι πολυπαραγοντική. Η πρόληψη μπορεί να χωριστεί σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Οι στρατηγικές πρωτογενούς πρόληψης στοχεύουν στη μείωση της επίπτωσης του παραληρήματος. Η δευτερογενής πρόληψη απαιτεί βέλτιστη κλινική αντιμετώπιση τη στιγμή του παραληρήματος. Οι στρατηγικές τριτογενούς πρόληψης απαιτούν αναγνώριση προηγούμενων επεισοδίων παραληρήματος με τη λήψη ενός προσεκτικού ιστορικού για την αναγνώριση ατόμων υψηλού κινδύνου (Wass et al., 2008).

2.7 Βελτίωση γνωστικών λειτουργιών

Η διατροφή και η διαίτα σε άτομα νεότερης ή μέσης ηλικίας έχει αποδειχθεί ότι έχουν βαθιά επίδραση στη γνωστική ικανότητα τα επόμενα χρόνια της ζωής τους. Αυτό περιλαμβάνει την κατανάλωση της μεσογειακής διατροφής, δηλαδή φρέσκα φρούτα, λαχανικά, ψάρια (ωμέγα 3), με πολύ λίγο κόκκινο κρέας και επεξεργασμένους υδατάνθρακες, σιτηρά και ζάχαρη. Οι δίαιτες αυτές είναι πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά, βιταμίνες και μέταλλα και προσφέρουν νευροπροστατευτικά αποτελέσματα (Williams & Kemper, 2010).

Όσον αφορά τους ηλικιωμένους, μελέτες έχουν δείξει την ευεργετική σχέση μεταξύ των συμπληρωμάτων αντιοξειδωτικών/ βιταμινών που συνταγογραφούνται σε ασθενείς με υπέρταση και διαβήτη, με τη συνολική γνωστική υγεία. Για παράδειγμα, οι βιταμίνες B6 και B12 μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης – ενός δείκτη αγγειακής νόσου που εμπλέκεται στη γνωστική έκπτωση και την άνοια. Οι βιταμίνες C και E (και οι δύο αντιοξειδωτικές) μπορούν να μειώσουν τα επίπεδα της αγγειακής φλεγμονής και θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση των ρυθμών γνωστικής έκπτωσης, ειδικά στην ενδιάμεση μνήμη (Williams & Kemper, 2010).

Επίσης, αρκετές μελέτες έχουν δείξει τα ευεργετικά αποτελέσματα της μέτριας σωματικής δραστηριότητας (όπως το περπάτημα ή η κηπουρική), της εκτέλεσης γνωστικά διεγερτικών εργασιών (όπως το σκάκι ή το σταυρόλεξα) και της κοινωνικής δραστηριότητας στη βελτίωση των γνωστικών ικανοτήτων σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Η σωματική δραστηριότητα αυξάνει τη ροή του αίματος και τα επίπεδα οξυγόνου, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφάλου. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που έχουν εντάξει στη ζωή τους υψηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας παρουσιάζουν 20% μείωση του κινδύνου για γνωστική έκπτωση και άνοια (Gheysen et al, 2018).

Κεφάλαιο III

Ψυχική ευεξία στην τρίτη ηλικία

3.1 Ψυχική υγεία και Ψυχική ασθένεια

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2002) ορίζει την ψυχική υγεία ως την κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Από αυτόν τον ορισμό είναι σαφή δυο βασικά και ουσιαστικά συμπεράσματα. Κατ' αρχήν η ψυχική υγεία δεν είναι ένας ξεκάθαρα μετρήσιμος στόχος. Αυτό σημαίνει ότι δύσκολα μπορεί να επιτευχθεί και παραμένει ένα ιδανικό που ο καθένας μας προσπαθεί να επιτύχει (Ασημόπουλος X. , 2014) .

Τα ψυχικά νοσήματα αποτελούν πεδίο ιδιαίτερης σημασίας για τη δημόσια υγεία καθώς κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν ανικανότητα και απώλεια της παραγωγής. Η ψυχική υγεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό τόσο από εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, (ψυχολογικές πιέσεις, στρες, αρνητικά ή και θετικά γεγονότα ζωής), όσο και από εσωτερικούς (ενδοψυχικούς) ατομικούς παράγοντες που συνήθως σχετίζονται με τη διαμόρφωση της προσωπικότητας. Εξαρτώνται επίσης και από βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά από γεννήσεως ενός ατόμου (Ασημόπουλος X. , 2014).

Ο όρος ψυχική ασθένεια παραπέμπει στην διάκριση της ψυχικής κατάστασης και της συμπεριφοράς του ανθρώπου, στην αντίθεση μεταξύ του φυσιολογικού και του παθολογικού, δηλαδή σε μία παθολογική διαταραχή ή βλάβη όπως ακριβώς συμβαίνει σε οργανικό σωματικό επίπεδο. Αυτό το γεγονός όμως, όσον αφορά στην ανθρώπινη ψυχική κατάσταση, δεν ισχύει. Είναι μία παραδοσιακή ιατροκεντρική αντίληψη, η οποία ενισχύει τις κοινωνικές προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια και τις αντιλήψεις ότι αυτή είναι οργανικής αιτιολογίας και μη θεραπεύσιμη. Στην πραγματικότητα οι έννοιες της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας είναι κάτι ευρύτερο και περισσότερο σύνθετο. Η ανθρώπινη ύπαρξη είναι δυνατόν να συμπεριλαμβάνει καταστάσεις τόσο ψυχικής ευεξίας όσο και ψυχικής ενόχλησης, οι οποίες είναι δυνατόν να μεταβληθούν σε ψυχικές διαταραχές που καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό και από κοινωνικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες, καθώς οι άνθρωποι υπάρχουν και αισθάνονται μέσα στο κοινωνικό σύνολο (Ασημόπουλος, 2014).

3.2 Φόβος του θανάτου

3.2.1 Ορισμός

Ο φόβος του θανάτου, ή το άγχος του θανάτου, είναι ένα κοινό φαινόμενο σε όλες τις κοινωνίες και συχνά θεωρείται ως το κύριο κίνητρο για την ανθρώπινη συμπεριφορά. Ο πυρήνας του φόβου του θανάτου είναι ο φόβος του αφανισμού, ο οποίος αναφέρεται στην εξαφάνιση του νου, του πνεύματος και της ψυχής, καθώς και στην καταστροφή του σώματος, δηλαδή στην πλήρη ανυπαρξία (Becker, 1997).

3.2.2 Χαρακτηριστικά

Το άγχος του θανάτου είναι ένα σημαντικό ζήτημα για τους ηλικιωμένους το οποίο σχετίζεται άμεσα με τη μοναξιά. Ο θάνατος είναι αναπόφευκτος για όλους και μπορεί να προκαλέσει άγχος στους ανθρώπους που πλησιάζουν ηλικιακά στο τέλος της ζωής τους (Havighurst, 1963). Συχνά οι ηλικιωμένοι νιώθουν απειλή, ανησυχία και δυσφορία με τον θάνατο. Η αίσθηση του θανάτου των ανθρώπων γενικά, και ο προσωπικός τους θάνατος ειδικότερα, απεικονίστηκε σε διάφορες ψυχολογικές και υπαρξιακές θεωρίες (Zadworna, 2020).

Σύμφωνα με τις υπαρξιακές θεωρίες, το άγχος θανάτου είναι αναπόφευκτο άγχος που βιώνεται πριν εισέλθει στο επίπεδο συνείδησης του ατόμου. Οι γνωστικές θεωρίες αντιλαμβάνονται το άγχος του θανάτου ως ζωτικό ρόλο σε άλλες αγχώδεις διαταραχές (Hugo et al., 2014). Μελέτες υποδεικνύουν ότι τα άτομα με θετική προοπτική για τη ζωή βιώνουν λιγότερο άγχος θανάτου (WHO, 2012). Αντίθετα, η απόγνωση, η χαμηλή αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης, η απαισιοδοξία μεταξύ των ηλικιωμένων και η μοναξιά συσχετίστηκαν με υψηλές αγχώδεις διαταραχές θανάτου (Chertkow et al., 2013).

3.2.3 Διαχείριση

Η θεωρία διαχείρισης του τρόμου και του άγχους, η οποία είναι μια κοινωνική ψυχολογική θεωρία που βασίζεται σε υπαρξιακά, ψυχοδυναμικά και εξελικτικά πλαίσια, υποστηρίζει ότι οι άνθρωποι αφιερώνουν ψυχική ενέργεια για να μειώσουν τη θνησιμότητα, ως αποτέλεσμα της επίγνωσης του αναπόφευκτου θανάτου τους (Cunningham et al., 2015). Σύμφωνα με την θεωρία διαχείρισης του τρόμου (WHO, 2019), οι φόβοι σχετικά με τη θνησιμότητα ενεργοποιούν δύο ψυχολογικούς μηχανισμούς, τις πολιτιστικές κοσμοθεωρίες και την αυτοεκτίμηση, που προστατεύουν τους ανθρώπους από αυτή την επίγνωση.

Άλλοι ερευνητές (Assal et al., 2019) διεύρυναν αυτή τη θεωρία συμπεριλαμβάνοντας έναν πρόσθετο μηχανισμό, τις διαπροσωπικές σχέσεις. Συγκεκριμένα, η διατήρηση στενών σχέσεων αποδίδει ένα μεταφορικό ρυθμιστικό που προστατεύει τους ανθρώπους από τον φόβο του θανάτου, ενώ η διάλυση στενών σχέσεων αυξάνει την επίγνωση του θανάτου. Σύμφωνα με αυτό, διαπιστώθηκε ότι οι διασυνδέσεις των παιδιών με τους γονείς τους συνεχίζουν να τα προστατεύουν από το άγχος του θανάτου πολύ καιρό μετά την έξοδο από τη φωλιά της οικογένειας.

Η αυτοεκτίμηση θεωρείται ως ο πρωταρχικός ψυχολογικός μηχανισμός που δρα ως ρυθμιστικό μέσο για να διευκολύνει το άτομο να καταστείλει τον φόβο του θανάτου (Greenberg et al. 1997). Αναπτύσσοντας σε παιδική ηλικία την αυτοεκτίμηση, η διαδικασία μεταφέρεται στην ενηλικίωση και δημιουργούνται άμυνες για τον φόβο της ματαιώσης και του θανάτου.

Επίσης, οι θρησκευτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις, οι αξίες και οι κανόνες ζωής επιτρέπουν στο άτομο να δημιουργήσει την ψευδαίσθηση ότι προστατεύεται από το θάνατο ή τελικά τον υπερβαίνει. Η κυριολεκτική αθανασία αναφέρεται στην πεποίθηση ότι μια μη σωματική πτυχή του ατόμου θα επιβιώσει επ' αόριστο με κάποιο τρόπο. Επιτυγχάνεται μέσω θρησκευτικών πεποιθήσεων που σχετίζονται με τη μετά θάνατον ζωή. Η συμβολική αθανασία αναφέρεται στην πεποίθηση ότι τα άτομα αντιπροσωπεύονται από κάτι ή κάποιον άλλο, εκτός από τον εαυτό τους, που θα συνεχίσει να υπάρχει μετά το θάνατό τους. Τα άτομα μπορεί να συνεχίσουν να ζουν συμβολικά, βλέποντας τα παιδιά τους ως προεκτάσεις του εαυτού του, νιώθοντας ότι είναι πολύτιμα μέρη μιας κοινωνίας που αντέχει στο χρόνο και πέρα από τον ατομικό θάνατο, αφήνοντας ένα ανεξίτηλο σημάδι στον κόσμο μέσω των πραγμάτων που παράγουν ή έχουν επιτύχει (Lifton, 1996).

3.3 Μοναξιά

3.3.1 Ορισμός

Η μοναξιά είναι το δυσάρεστο αίσθημα της απομόνωσης, ανεξάρτητα από το μέγεθος της κοινωνικής επαφής. Η κοινωνική απομόνωση είναι η έλλειψη κοινωνικών δεσμών η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μοναξιά. Όμως, πολλοί άνθρωποι μπορεί να αισθάνονται μοναξιά χωρίς να είναι κοινωνικά απομονωμένοι (National Academies Press, 2020).

3.3.2 Αιτίες

Οι ηλικιωμένοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης επειδή είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίζουν δυσκολίες όπως μοναχική ζωή, απώλεια οικογένειας ή φίλων, χρόνιες ασθένειες και απώλεια όρασης και ακοής που τους καθιστά πρακτικά απομονωμένους (National Academies Press, 2020).

3.3.3 Επιπτώσεις

Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας αποτελούν σοβαρό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία, καθώς μπορεί να οδηγήσουν σε άνοια, κατάθλιψη και σε άλλες σοβαρές ιατρικές παθήσεις (National Academies Press, 2020).

3.4 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

3.4.1 Ορισμός

Η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση ψυχικής υγείας που μπορεί να επηρεάσει άτομα όλων των ηλικιών. Πρόκειται για μία ψυχική κατάσταση χαμηλής διάθεσης και αποστροφής σε κάθε είδους δραστηριότητα. Η κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά τις σκέψεις, τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα και την αίσθηση ευεξίας ενός ατόμου. Τα άτομα με κατάθλιψη συχνά βιώνουν απώλεια κινήτρων, ενδιαφέροντος, μειωμένη ευχαρίστηση και χαρά από εμπειρίες που κανονικά θα τους έφερναν ικανοποίηση. Η καταθλιπτική διάθεση είναι ένα σύμπτωμα ορισμένων διαταραχών της διάθεσης, όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή και η δυσθυμία. Συχνά μπορεί να είναι μια φυσιολογική, προσωρινή αντίδραση σε γεγονότα της ζωής, όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, αλλά και σύμπτωμα ορισμένων σωματικών ασθενειών ή παρενέργεια ορισμένων φαρμάκων και ιατρικών θεραπειών (American Psychiatric Association, 2013).

Μπορεί να συνοδεύεται από θλίψη, δυσκολία στη σκέψη και τη συγκέντρωση και σημαντική αύξηση ή μείωση της όρεξης και του χρόνου που αφιερώνεται στον ύπνο. Τα άτομα που βιώνουν κατάθλιψη μπορεί να έχουν αισθήματα απελπισίας και αυτοκτονικές σκέψεις. Όλα τα συμπτώματα μπορεί να είναι είτε βραχυπρόθεσμα είτε μακροπρόθεσμα (Gilbert, 2007).

3.4.2 Συμπτώματα

Το βασικό χαρακτηριστικό σύμπτωμα ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι μια περίοδος τουλάχιστον δύο εβδομάδων κατά την οποία το άτομο βιώνει είτε

καταθλιπτική διάθεση (το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα), είτε απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ένωση για τη Γηριατρική Ψυχιατρική, τα πιο κοινά συμπτώματα κατάθλιψης στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν (American Psychiatric Association, 2013):

- Επίμονη θλίψη
- Αίσθημα επιβράδυνσης
- Υπερβολικές ανησυχίες για οικονομικά και προβλήματα υγείας
- Συχνή δακρύρροια
- Αίσθημα ανάξιου ή αβοήθητου ατόμου
- Αλλαγές βάρους
- Ταραχή
- Δυσκολία στον ύπνο
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Σωματικά παράπονα (ανεξήγητος σωματικός πόνος ή γαστρεντερικά προβλήματα)
- Αποφυγή κοινωνικών δραστηριοτήτων

3.4.3 Αιτίες

Οι ηλικιωμένοι διατρέχουν κίνδυνο λανθασμένης διάγνωσης και έλλειψης θεραπείας, επειδή ορισμένα από τα συμπτώματά τους μπορεί να μιμούνται τα φυσιολογικά ζητήματα που σχετίζονται με την ηλικία. Τα συμπτώματα μπορεί επίσης να αποδοθούν κατά λάθος σε άλλες ασθένειες, σε φάρμακα ή σε αλλαγές στη ζωή. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς μπορεί επίσης να είναι απρόθυμοι να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους ή να μην καταλαβαίνουν ότι τα σωματικά συμπτώματα μπορεί να είναι σημάδι κατάθλιψης. Για τους ηλικιωμένους που ζουν ανεξάρτητα, η απομόνωση μπορεί να δυσκολέψει την αναζήτηση βοήθειας (Birrer et al., 2004).

Υπάρχουν ορισμένα φάρμακα που σχετίζονται με την κατάθλιψη σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Αυτά τα φάρμακα μπορεί να είναι (Birrer et al., 2004):

- καρδιαγγειακά φάρμακα,
- χημειοθεραπευτικά,
- αντιψυχωσικά φάρμακα,

- αντιαγχωτικά φάρμακα
- ηρεμιστικά,
- αντισπασμωδικά,
- αντιφλεγμονώδεις/ αντιλοιμώδεις παράγοντες,
- διεγερτικά,
- ορμονικά φάρμακα και άλλα φάρμακα.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης όταν λαμβάνουν κάποια από τα παραπάνω φάρμακα θα πρέπει να αναφέρουν αμέσως τα συμπτώματα στον συνταγογραφούντα ιατρό (Birrer et al., 2004).

Τα ιατρικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένων των χρόνιων ιατρικών καταστάσεων, μπορούν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους ασθενείς. Οποιαδήποτε ιατρική κατάσταση, ειδικά αυτές που είναι επώδυνες, εξουθενωτικές ή απειλητικές για τη ζωή μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα κατάθλιψης, όπως:

- Καρκίνος
- Νόσος Πάρκινσον
- Εγκεφαλικό
- Καρδιακή ασθένεια
- Λύκος
- Διαβήτης
- Άνοια και Αλτσχάιμερ
- Πολλαπλή σκλήρυνση

3.4.4 Επιπτώσεις

Η κατάθλιψη επηρεάζει τους ηλικιωμένους με διαφορετικό τρόπο από ότι τους νεότερους. Στους ηλικιωμένους, η κατάθλιψη συχνά συνοδεύεται από άλλες ιατρικές ασθένειες και αναπηρίες και διαρκεί περισσότερο. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους ενήλικες συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων και θανάτου από κάποια ασθένεια. Ταυτόχρονα, η κατάθλιψη μειώνει την ικανότητα αποκατάστασης ενός ηλικιωμένου. Τέλος, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα που παρουσιάζουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Birrer et al., 2004).

3.5 Δυσθυμία

3.5.1 Ορισμός

Η ελληνική λέξη δυσθυμία σημαίνει κακή ψυχική κατάσταση. Ως μία από τις δύο κύριες μορφές κλινικής κατάθλιψης, έχει συνήθως λιγότερα ή λιγότερο σοβαρά συμπτώματα από τη μείζονα κατάθλιψη, αλλά διαρκεί περισσότερο. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ορίζει τη δυσθυμία ως την καταθλιπτική διάθεση που διαρκεί για τουλάχιστον δύο χρόνια, μαζί με δύο από τα ακόλουθα συμπτώματα: κακή όρεξη ή υπερκατανάλωση τροφής, αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος, χαμηλή ενέργεια ή κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κακή συγκέντρωση, αναποφασιστικότητα και απελπισία (WHO, 2022).

Η δυσθυμία και η μείζων κατάθλιψη έχουν φυσικά πολλά κοινά συμπτώματα, όπως η καταθλιπτική διάθεση, ο διαταραγμένος ύπνος, η χαμηλή ενέργεια και η κακή συγκέντρωση. Υπάρχουν επίσης παράλληλα συμπτώματα στη δυσθυμία, όπως είναι η μειωμένη όρεξη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η απελπισία, που αντιστοιχούν στα πιο σοβαρά συμπτώματα, όπως η αλλαγής βάρους, η υπερβολική ενοχή και οι σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας σε μείζονα κατάθλιψη. Η μείζων κατάθλιψη μπορεί επίσης να περιλαμβάνει δύο συμπτώματα που δεν απαντώνται στον τυπικό ορισμό της δυσθυμίας. Την ανηδονία (αδυναμία αίσθησης ευχαρίστησης) και τα ψυχοκινητικά συμπτώματα (κυρίως λήθαργος ή διέγερση). Ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης απαιτεί τουλάχιστον πέντε συμπτώματα αντί για τρία, αλλά χρειάζεται να διαρκέσει μόνο δύο εβδομάδες αντί για δύο χρόνια (WHO, 2022).

3.5.2 Συμπτώματα

Η δυσθυμία είναι μια σοβαρή διαταραχή. Είναι λάθος να θεωρείται ως ασήμαντη μορφή κατάθλιψης, καθώς δεν πρόκειται για μια κατάσταση ενδιάμεση μεταξύ σοβαρής κλινικής κατάθλιψης και κατάθλιψης με την περιστασιακή καθομιλουμένη έννοια. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πιο επιβλαβής και από τη μείζονα κατάθλιψη. Ωστόσο, η δυσθυμία είναι τόσο όμοια με τη μείζονα κατάθλιψη που το διαγνωστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας προτείνει επίσης, ως δυνατότητα για περαιτέρω διερεύνηση, έναν εναλλακτικό ορισμό με συμπτώματα όπως ανηδονία, κοινωνική απόσυρση, ενοχές και ευερεθιστότητα, αλλά όχι απώλεια όρεξης ή διαταραχή ύπνου. Ο σκοπός είναι να γίνει σαφέστερη διάκριση της δυσθυμίας από τη μείζονα κατάθλιψη, δίνοντας έμφαση στη διάθεση και τις προσωπικές σχέσεις έναντι των σωματικών συμπτωμάτων (Klein & Santiago, 2003).

Η δυσθυμία είναι περίπου τόσο συχνή όσο η μείζονα κατάθλιψη. Δεδομένης της χρόνιας φύσης της, τη καθιστά μία από τις διαταραχές που αντιμετωπίζουν συχνότερα οι ψυχοθεραπευτές. Περίπου το 6% του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών είχε κάποιο επεισόδιο δυσθυμίας κάποια στιγμή, το 3% τον τελευταίο χρόνο. Το ένα τρίτο των ασθενών που υποβάλλονται σε ψυχοθεραπεία μπορεί να πάσχουν από δυσθυμία. Όπως η μείζονα κατάθλιψη, είναι πιο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες, και τείνει να εμφανίζεται νωρίτερα στη ζωή των γυναικών. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία κάνει διάκριση μεταξύ αυτής της μορφής πρώιμης έναρξης και μιας μορφής που εμφανίζεται αργότερα στη ζωή και συχνά εμφανίζεται λιγότερο σταδιακά (Klein & Santiago, 2003).

Περισσότεροι από τους μισούς ανθρώπους με δυσθυμία παρουσιάζουν τελικά ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης και περίπου οι μισοί από τους ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία για μείζονα κατάθλιψη πάσχουν από αυτή τη διπλή κατάθλιψη. Πολλοί ασθενείς που αναρρώνουν μερικώς από μείζονα κατάθλιψη έχουν επίσης ηπιότερα συμπτώματα που επιμένουν για χρόνια. Αυτός ο τύπος χρόνιας κατάθλιψης είναι δύσκολο να διακριθεί από τη δυσθυμία (Klein & Santiago, 2003).

3.5.3 Αιτίες

Όπως η μείζονα κατάθλιψη, έτσι και η δυσθυμία έχει τις ρίζες της στη γενετική προδιάθεση, στις νευροχημικές ανισορροπίες, στο στρες και στο τραύμα της παιδικής ηλικίας των ενηλίκων, στις κοινωνικές συνθήκες, ιδιαίτερα στην απομόνωση και στη μη διαθεσιμότητα βοήθειας. Η κατάθλιψη που ξεκινά με έντονες διακυμάνσεις της διάθεσης μπορεί να βαθύνει και να επιμένει όταν η ισορροπία δεν μπορεί να αποκατασταθεί λόγω κακής εσωτερικής ρύθμισης ή εξωτερικού στρες (Klein & Santiago, 2003).

Η δυσθυμία εμφανίζεται σε οικογένειες και πιθανώς έχει μια κληρονομική συνιστώσα. Το ποσοστό κατάθλιψης στις οικογένειες των ατόμων με δυσθυμία φτάνει το 50% για την πρώιμη μορφή της διαταραχής. Υπάρχουν λίγες μελέτες για δίδυμα ή για υιοθετημένα τέκνα, επομένως είναι αβέβαιο πόσο από αυτή την οικογενειακή σύνδεση είναι γενετική. Σχεδόν οι μισοί από τους ανθρώπους με δυσθυμία έχουν ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται επίσης στη μείζονα κατάθλιψη, το συντομευμένο λανθάνοντα χρόνο REM, δηλαδή, το στάδιο του ύπνου στο οποίο παρατηρείται

γρήγορη κίνηση των ματιών (ζωντανά όνειρα), καθώς και το γεγονός ότι κοιμούνται ασυνήθιστα νωρίς τη νύχτα (Klein & Santiago, 2003).

Το άγχος που προκαλεί δυσθυμία, τουλάχιστον σε πρώιμη μορφή, είναι συνήθως χρόνιο παρά οξύ. Μελέτες δείχνουν ότι έχει σταδιακή έναρξη και σπανίως επηρεάζεται καταλυτικά από γεγονότα. Σε μεγάλη ηλικία, η δυσθυμία είναι πιο πιθανό να είναι αποτέλεσμα σωματικής αναπηρίας, ιατρικής ασθένειας, γνωστικής εξασθένησης ή πένθους. Σε ορισμένους ηλικιωμένους άνδρες, η χαμηλή τεστοστερόνη μπορεί επίσης να είναι ένας παράγοντας. Το σωματικό τραύμα του εγκεφάλου (π.χ. διάσειση) μπορεί επίσης να έχει σαρωτικές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη διάθεση που συχνά παίρνουν τη μορφή δυσθυμίας (Klein & Santiago, 2003).

Τουλάχιστον τα τρία τέταρτα των ασθενών με δυσθυμία έχουν επίσης μια χρόνια σωματική ασθένεια ή άλλη ψυχιατρική διαταραχή, όπως μια από τις αγχώδεις διαταραχές, εθισμό στα ναρκωτικά ή τον αλκοολισμό. Σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι δύσκολο να διακρίνει κανείς την αρχική αιτία, ειδικά όταν υπάρχει ένας φαύλος κύκλος στον οποίο η κατάθλιψη επιδεινώνει τον αλκοολισμό ή η καρδιακή νόσος επιδεινώνει την κατάθλιψη (Klein & Santiago, 2003).

Ο ίδιος φαύλος κύκλος υπάρχει και σε πολλές άλλες καταστάσεις. Για ένα άτομο που είναι ευάλωτο στην κατάθλιψη, κάθε πρόβλημα φαίνεται πιο δύσκολο να λυθεί και κάθε ατυχία προκαλεί περισσότερο πόνο. Οι καταθλιπτικοί άνθρωποι δίνουν αποθαρρυντικές ερμηνείες σε κάθε γεγονός στη ζωή τους, και αυτές οι ερμηνείες τους κάνουν ακόμα πιο καταθλιπτικούς. Η κατάθλιψη συχνά αποξενώνει τους άλλους και η απομόνωση που προκύπτει και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη επιδεινώνουν τα συμπτώματα. Η εμπειρία της χρόνιας κατάθλιψης μπορεί να ευαισθητοποιήσει τον εγκέφαλο στο στρες, αυξάνοντας την ευαλωτότητά του σε περαιτέρω κατάθλιψη (Klein & Santiago, 2003).

3.6 Διπολική διαταραχή

Η Διπολική Διαταραχή επηρεάζει την διάθεση του ασθενή, η οποία εμφανίζεται με πολλές διακυμάνσεις. Αυτή η διαταραχή επηρεάζει περίπου 45 εκατομμύρια ανθρώπους σε ολόκληρο τον κόσμο. Ο ασθενής εμφανίζει μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια. Στα μανιακά επεισόδια συμπεριλαμβάνονται η αυξημένη ή ευερέθιστη διάθεση, η υπερβολική δραστηριότητα, η γρήγορη ομιλία, η υπερβολική αυτοεκτίμηση και η μειωμένη ανάγκη για ύπνο και φαγητό (WHO, 2019).

Επιπλέον, παρατηρούνται ενδείξεις διάσπασης προσοχής, συναισθηματική αστάθεια, παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και φυγή των ιδεών (Μάνου, 1997).

Οι Διπολικές Διαταραχές ταξινομούνται ως εξής (Μάνου, 1997):

- Διπολική I Διαταραχή
- Διπολική II Διαταραχή
- Κυκλοθυμική Διαταραχή
- Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς

3.7 Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν όσες διαταραχές δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή, διαταραχή της προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση ή διαταραχή της προσαρμογής μεικτή με άγχος και καταθλιπτική διάθεση.

Στην Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ανήκουν:

- Η Προεμμηνορρυσιακή Δυσφορική Διαταραχή
- Η Ελάσσων Καταθλιπτική Διαταραχή
- Η Υποτροπιάζουσα Βραχεία Καταθλιπτική Διαταραχή
- Η Μεταψυχωτική Καταθλιπτική Διαταραχή της Σχιζοφρένειας
- Ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο επικαθήμενο σε Παραληρητική Διαταραχή, σε Ψυχωτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς ή στην ενεργό φάση της Σχιζοφρένειας
- Καταστάσεις στις οποίες ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας δεν μπορεί να προσδιορίσει ακριβώς αν η καταθλιπτική διαταραχή είναι πρωτογενής, αν οφείλεται στην επίδραση ουσιών και αν είναι αποτέλεσμα κάποια νόσου (Μάνου, 1997).

3.8 Άγχος

3.8.1 Ορισμός

Το άγχος είναι η σωματική και ψυχολογική αντίδραση του ατόμου σε οποιαδήποτε αλλαγή συμβαίνει στη ζωή του, είτε αυτή η αλλαγή είναι καλή είτε όχι. Το άγχος εκδηλώνεται στην προσπάθεια του ατόμου να προσαρμοστεί στη νέα συνθήκη. Έτσι λοιπόν, σύμφωνα με τον Beck (1987), το άγχος είναι ένας έμφυτος μηχανισμός, φυσιολογικός και πολλές φορές δημιουργικός.

Το δημιουργικό άγχος είναι ανάγκη να υπάρχει σε όλους τους ανθρώπους, για την επίτευξη των στόχων τους και την ομαλή επιβίωσή τους. Αντιθέτως, υπάρχει και το καταστρεπτικό άγχος, το οποίο αποδιοργανώνει το άτομο και μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην υγεία, όπως καρδιαγγειακό επεισόδιο. Ορισμένοι ηλικιωμένοι ανταποκρίνονται θετικά στις αλλαγές που συμβαίνουν γύρω τους, ενώ άλλοι δυσκολεύονται, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα άγχους, αντιδρώντας με φυγή, ακινητοποίηση, ακόμη και λιποθυμία (Beck & Steer, 1987).

3.8.2 Επιπτώσεις

Το έντονο άγχος μπορεί να προκαλέσει σωματικά ενοχλήματα όπως καρδιακές διαταραχές, έλκος, διάρροια, δυσκοιλιότητα, πονοκέφαλος και αλλεργίες. Όταν το άγχος είναι συνεχές και έντονο μπορεί να προκαλέσει διαταραχή ορισμένων νευροδιαβιβαστών, οι οποίοι είναι απαραίτητοι για τη σωστή λειτουργία των κέντρων ελέγχου του συναισθήματος στον εγκέφαλο και ονομάζονται σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη. Τότε το άτομο παθαίνει κατάθλιψη (Fiske et al., 2009).

3.9 Αντιμετώπιση ψυχικών ασθενειών

Η αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να απαιτεί περισσότερες από μία προσεγγίσεις.

Ψυχοθεραπεία

Η συνεχιζόμενη θεραπεία μπορεί να παρέχει μεγάλη ψυχολογική υποστήριξης στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η βραχυπρόθεσμη θεραπεία εστιασμένη στη λύση (Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία) μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματική στο να βοηθήσει τους ηλικιωμένους ασθενείς να εξαλείψουν τα μοτίβα σκέψης και τις συμπεριφορές που συμβάλλουν στα καταθλιπτικά συμπτώματα (Cox & D' Oyley, 2011).

Ομάδες υποστήριξης

Ομάδες που έχουν σχεδιαστεί για να συνδέουν ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα (κατάθλιψη, ιατρικές καταστάσεις, πένθος, κ.λπ.) είναι ευεργετικές για τη δημιουργία κοινωνικής υποστήριξης και την παροχή ενός ασφαλούς χώρου για να μιλήσουν (Cox & D' Oyley, 2011).

Φάρμακα

Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να ανακουφίσουν αρκετά τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα αντικαταθλιπτικά, όμως, μπορεί να έχουν σημαντικές παρενέργειες και οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στα φάρμακα. Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να παρακολουθείται στενά (Birrer & Vemuri, 2004).

Αλλαγές στον τρόπο ζωής

Η καθημερινή άσκηση, οι υγιεινές διατροφικές συνήθειες και η αυξανόμενη κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντικά για τη βοήθεια των ηλικιωμένων ασθενών με κατάθλιψη. Οι φίλοι και τα μέλη της οικογένειας μπορούν να συνδράμουν σημαντικά στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (Cox & D' Oyley, 2011).

Από την άλλη, τα περισσότερα άτομα με δυσθυμία υποβάλλονται σε ανεπαρκή θεραπεία. Συνήθως βλέπουν μόνο τους οικογενειακούς τους γιατρούς, οι οποίοι συχνά αποτυγχάνουν να διαγνώσουν το πρόβλημα. Μπορεί να παραπονιούνται μόνο για σωματικά συμπτώματα ή να μην παραπονούνται καθόλου επειδή η διαταραχή έχει γίνει τόσο πολύ μέρος τους που πιστεύουν ότι απλά έτσι είναι η ζωή. Σε ηλικιωμένους, η δυσθυμία μπορεί να συγκαλύπτεται ως άνοια, απάθεια ή ευερεθιστότητα (Whooley & Simon, 2000).

Η στενή ιατρική παρακολούθηση και η ιατρική διερεύνηση μέσω συζήτησης μπορεί να αποκαλύψει πολλές προβληματικές καταστάσεις ενός ασθενούς. Ένας γιατρός μπορεί να κάνει μια ανοιχτή ερώτηση όπως, "Πώς είναι τα πράγματα στο σπίτι;" ή "Έχετε νιώσει πεσμένος ή λυπημένος;" Έπειτα γίνεται διερεύνηση εάν τα συμπτώματα έχουν επηρεάσει την οικογενειακή ζωή, την εργασία ή τις προσωπικές σχέσεις ενός ασθενούς. Υπάρχουν επίσης αρκετά σύντομα ερωτηματολόγια προσυμπτωματικού ελέγχου, συμπεριλαμβανομένης της κλίμακας αξιολόγησης Hamilton για την κατάθλιψη και του ερωτηματολογίου υγείας ασθενών. Εάν οι απαντήσεις υποδηλώνουν δυσθυμία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια τυπική κλινική συνέντευξη για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση (Whooley & Simon, 2000).

Όπως η μείζονα κατάθλιψη, έτσι και η δυσθυμία αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία και φάρμακα. Συνήθως χρησιμοποιούνται τα ίδια φάρμακα και τα ίδια

είδη ψυχοθεραπείας. Οι πιο συνηθισμένες φαρμακευτικές θεραπείες είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης όπως η φλουοξετίνη (Prozac) και η σερτραλίνη (Zoloft), ή ένα από τα αντικαταθλιπτικά διπλής δράσης όπως η βενλαφαξίνη (Effexor). Μερικοί ασθενείς μπορεί να τα πάνε καλύτερα με ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό όπως η ιμιπραμίνη (Tofranil) (Whooley & Simon, 2000).

Η υποστηρικτική θεραπεία παρέχει συμβουλές, καθησυχασμό, αίσθηση κατανόησης, συμπάθεια και εκπαίδευση σχετικά με τη διαταραχή. Η γνωστική θεραπεία προσδιορίζει και διορθώνει μοτίβα σκέψης που προάγουν στάσεις αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Η συμπεριφορική θεραπεία βελτιώνει τις κοινωνικές δεξιότητες και διδάσκει τρόπους διαχείρισης του άγχους και απομάθησης της μαθημένης αδυναμίας. Η ψυχοδυναμική θεραπεία βοηθά τους ασθενείς να επιλύσουν συναισθηματικές συγκρούσεις, ειδικά αυτές που προέρχονται από την παιδική ηλικία. Η διαπροσωπική θεραπεία βοηθά τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τις προσωπικές διαφορές, την απώλεια και τον χωρισμό και τις μεταβάσεις μεταξύ κοινωνικών ρόλων (Arnold & Constantino, 2003).

Κεφάλαιο IV

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η προώθηση της υγείας είναι η διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να ενισχύσουν και να αυξήσουν τον έλεγχο στους παράγοντες που έχουν επίδραση στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν (Nutbeam & Kickbusch, 1998). Το νοσηλευτικό επάγγελμα έχει επεκταθεί, όσον αφορά την εκπαίδευση των νοσηλευτών για την αναγνώριση της σημαντικότητας της προώθησης της υγείας και πρόληψης στον πληθυσμό (Bekemeier et al., 2021).

Σε παγκόσμιο πλαίσιο, η αύξηση της μακροζωίας έχει διπλασιαστεί, αλλά έχουν εμφανιστεί και άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με τη γήρανση, όπως χρόνιες παθήσεις και άλλα γηριατρικά σύνδρομα. Σε αυτό το πλαίσιο, η Νοσηλευτική αντιμετωπίζει μια μεγάλη πρόκληση να ενεργήσει στην εκπαιδευτική διαδικασία κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού για την εμβάθυνση των μελετών και της έρευνας με τη συμμετοχή ηλικιωμένων, εν όψει της πληθυσμιακής έκρηξης (Rodrigues et al., 2013).

Η φροντίδα των ηλικιωμένων απαιτεί συγκεκριμένες δεξιότητες από τους νοσηλευτές, που σχετίζονται με την κατανόηση των βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών αλλαγών που συνοδεύουν τη γήρανση. Οι ηλικιωμένοι δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται απλά ως άνθρωποι με δυσκολίες, αλλά ως άτομα που κουβαλούν σημαντικές κοινωνικές εμπειρίες, με ουσιαστικές συνεισφορές στην ανάπτυξη της κοινωνίας. Ως εκ τούτου, η προσέγγιση των νοσηλευτών στη φροντίδα των ηλικιωμένων θα πρέπει να εφαρμόζεται με σεβασμό, εκτίμηση αυτών των ανθρώπων και μεγάλη κατανόηση, πέρα από την απλή φροντίδα για την ασθένεια που παρουσιάζει αυτό το ηλικιωμένο άτομο (Rodrigues et al., 2013).

Η φροντίδα είναι η ουσία της νοσηλευτικής επιστήμης. Η αξιολόγηση όμως των συνθηκών υγείας των ηλικιωμένων είναι ένα εξαιρετικά περίπλοκο έργο, καθώς θα πρέπει να αξιολογηθούν ταυτόχρονα με το δίκτυο υποστήριξης φροντίδας, οι διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, το εισόδημα της οικογένειας των ηλικιωμένων, οι πεποιθήσεις και οι προσωπικές τους ανάγκες και αξίες (Rodrigues et al., 2013).

Πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς μπορεί να είναι δύσκολοι ή να μην ανταποκρίνονται λόγω γνωστικών προβλημάτων, προβλημάτων ακοής ή όρασης. Οι νοσηλευτές πρέπει να βρουν τρόπους να ξεπεράσουν αυτά τα εμπόδια. Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν ασθενείς με γνωστικές δυσκολίες θα πρέπει να μιλούν καθαρά και αργά και να επαναλαμβάνουν βασικές πληροφορίες. Οι νοσηλευτές μπορούν επίσης να παρέχουν φυλλάδια για να υπενθυμίζουν στους ασθενείς τα θέματα που συζητήθηκαν. Για να ξεπεράσουν τις προκλήσεις ακοής, οι νοσηλευτές θα πρέπει να περιορίσουν τον θόρυβο του περιβάλλοντος, να μιλούν δυνατά χωρίς να φωνάζουν και να κοιτούν τον ασθενή ενώ μιλάνε (Bilyk, 2013).

Οι νοσηλευτές μπορούν να αντιμετωπίσουν τις οπτικές δυσκολίες ενός ασθενούς φτιάχνοντας ευανάγνωστα φυλλάδια ή παρέχοντας στους ασθενείς πληροφορίες σε μορφή ήχου. Το υλικό ανάγνωσης πρέπει να είναι σε μαύρο κείμενο με λευκό φόντο. Το ιδανικό μέγεθος γραμματοσειράς είναι 18, με μεγάλη απόσταση μεταξύ των γραμμών κειμένου. Επιπλέον, αυτά τα υλικά ανάγνωσης θα πρέπει να εκτυπώνονται σε απλό χαρτί για να αποφευχθεί η αντανάκλαση σε χαρτί με γυαλιστερό φινίρισμα (Bilyk, 2013).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς μπορεί να πάθουν κατάθλιψη όταν η επιδείνωση της υγείας τους επιβάλλει τη μετακίνηση σε νοσηλευτικές εγκαταστάσεις. Μπορεί να έχουν αισθήματα παραίτησης και να δείχνουν έλλειψη κινήτρων. Εάν οι ηλικιωμένοι ζουν μόνοι τους στο σπίτι, μπορεί να αισθάνονται απομονωμένοι λόγω έλλειψης κοινωνικής υποστήριξης και αλληλεπίδρασης. Όταν οι ηλικιωμένοι ασθενείς αναπτύσσουν κατάθλιψη, μπορεί να επηρεαστεί η υγεία τους. Τα σημάδια της κατάθλιψης περιλαμβάνουν συνεχή κόπωση, απώλεια βάρους, κακή προσωπική υγιεινή και αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου και του φαγητού (Bilyk, 2013).

Οι νοσηλευτές μπορούν να αποτρέψουν την κατάθλιψη σε ηλικιωμένους ασθενείς με την καθιέρωση καθημερινού περιπάτου, τη δημιουργία ενός προγράμματος διατροφής και την καθιέρωση ενός προγράμματος ανάπαυσης και σωστού ύπνου. Μπορούν να προτείνουν στους ασθενείς να ασχολούνται με χόμπι, όπως το πλέξιμο ή τη ζωγραφική, και να ενθαρρύνουν τις επισκέψεις από την οικογένεια, τους φίλους και τους γείτονες. Ο ηλικιωμένος ασθενής μπορεί να χρειαστεί να επισκεφτεί έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας για περισσότερη συμβουλευτική ή φαρμακευτική αγωγή (Bilyk, 2013).

Πολλές φορές, οι ηλικιωμένοι ασθενείς λαμβάνουν πολλά φάρμακα. Όταν οι νοσηλευτές συναντούν νέους ασθενείς, είναι επιτακτική η ανάγκη να καταγράψουν τι είδους φάρμακα λαμβάνουν οι ασθενείς τους. Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τα φάρμακα του ασθενούς, ώστε να περιοριστούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες ή οι παρενέργειες σε μια νέα συνταγή (Bilyk, 2013). Για διάφορα ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς, συχνά επιβάλλεται ο νοσηλευτής να συναντηθεί με την οικογένεια, τόσο για να συζητήσει λεπτομέρειες για τη φροντίδα του ασθενούς, όσο και για να μπορέσει να συγκεντρώσει τις απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες.

Ένα νοσηλευτής θα πρέπει πάντα να προστατεύει την αξιοπρέπεια του ασθενούς, επιδεικνύοντας σεβασμό. Οι ασθενείς μερικές φορές φοβούνται και νιώθουν μπερδεμένοι. Μπορεί να είναι απαιτητικοί γιατί πονάνε υπερβολικά. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να εξηγούν με συμπόνια την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί και τα πιθανά αποτελέσματα. Επιπλέον, οι ασθενείς αξίζουν τη μέγιστη διακριτικότητα και ευγένεια σε θέματα που αφορούν την υγεία τους και άλλες προσωπικές τους ανάγκες (Bilyk, 2013).

Οι φροντιστές των ηλικιωμένων ασθενών πρέπει να είναι πρόθυμοι να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την ηλικία. Η εργασία με ηλικιωμένους ασθενείς μπορεί να είναι πολύ ικανοποιητική και ανατροφοδοτική. Πολλοί από τους ασθενείς τρίτης ηλικίας είναι χαρούμενοι και ευγνώμονες για τη φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές τους. Ωστόσο, οι φροντιστές πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν απογοητευμένους και θυμωμένους ασθενείς (Bilyk, 2013).

4.2 Δομές για ηλικιωμένους

4.2.1 Ε.Σ.Υ

Στην Ελλάδα, οι παρεχόμενες υπηρεσίες διακρίνονται σε αυτές της πρωτοβάθμιας – εξωνοσοκομειακής ανοιχτής περίθαλψης και της νοσοκομειακής κλειστής περίθαλψης (δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας) οι οποίες παρέχονται από τις αντίστοιχες μονάδες υγείας του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα (ypergasias.gov.gr).

4.2.2 Κ.Α.Π.Η.

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) είναι δομές φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας. Ενεργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου-

(Ν.Π.Δ.Δ.) διοικούνται από το Δημόσιο Δίκαιο και υπόκεινται στην άμεση επίβλεψη του Δήμων. Η λειτουργία τους ξεκίνησε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σήμερα σε όλη την χώρα λειτουργούν περισσότερα από 900 Κ.Α.Π.Η.. Οι υπηρεσίες τους απευθύνονται σε άτομα περιπατητικά, άνω από 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους και μπορούν να συμμετέχουν, ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. Συγκεντρώνονται σε συγκεκριμένο χώρο συγκεκριμένες ώρες, πρωινές (<http://old.50plus.gr/kapi>).

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι να κρατηθεί ο ηλικιωμένος ως αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος της κοινότητας, παραμένοντας στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας και της γειτονιάς. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και ο σκοπός τους είναι (<http://old.50plus.gr/kapi>):

- Η πρωτογενής πρόληψη με εμβολιασμούς και συμβουλές
- Η δευτερογενής πρόληψη με έγκαιρη διάγνωση μέσω εξετάσεων
- Η στήριξη των ηλικιωμένων σε κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν
- Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και των φορέων σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Οι υπηρεσίες, παροχές που προσφέρονται είναι (<http://old.50plus.gr/kapi>) :

- Πολιτιστικές εκδηλώσεις, εκδρομές, κατασκηνώσεις, θέατρο, συνεστιάσεις
- Ξεναγήσεις σε μουσεία, ιστορικούς και αρχαιολογικούς χώρους
- Φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, χορός
- Οδηγίες για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων
- Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική
- Βοήθεια στο σπίτι όταν ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

4.2.3 Βοήθεια στο σπίτι

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει ως στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους κατ' οίκον (Χλέτσος, 2016). Προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση έχουν εκείνοι που ζουν μόνοι τους, δεν αυτοεξυπηρετούνται και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να έχουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης. Ξεκίνησε πιλοτικά τον Σεπτέμβριο του 1996 στο Δήμο Περιστερίου, με την συνεργασία του Δήμου και του

Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και μετά την επιτυχή εφαρμογή του, αποφασίστηκε η συνέχιση του προγράμματος και η επέκτασή του και σε άλλους Δήμους. Άλλαξε πολλές φορές το όνομα και την μορφή του, άλλαξε τις προδιαγραφές ένταξης των ατόμων σε αυτό, κινδύνευσε συχνά να τιναχτεί στον αέρα και συνεχίζει να υφίσταται με μικρές παρατάσεις αμφίβολης αποτελεσματικότητας (Χλέτσος, 2016).

4.2.4 Κ.Η.Φ.Η.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων (ypergasias.gov.gr) τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) [Υπ' αριθ. Π1γ/ΑΓΠ/οικ. 14963/9-10-2001 απόφαση (Β' 1397), όπως τροποποιήθηκε με τις υπ' αριθ. Π1γ/ΓΠ/οικ. 11801/5-2-2003 (Β' 160) και Δ27/οικ. 9746/409/4-4-2013 (Β' 914) αποφάσεις] αποτελούν μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες, άνοια κ.λπ.), των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα που έχει αναλάβει.

Σκοπός των ΚΗΦΗ είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και η διατήρηση μιας φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος που ασχολούνται με την φροντίδα των ατόμων αυτών (ypergasias.gov.gr).

Τα ΚΗΦΗ ιδρύονται και λειτουργούν από επιχειρήσεις των ΟΤΑ και φορείς ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και φυσικά πρόσωπα, σε αστικές και ημι-αστικές περιοχές, διασυνδέονται δε σε

λειτουργικό επίπεδο με τα ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Για τη λειτουργία κάθε ΚΗΦΗ είναι απαραίτητη η έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Περιφέρεια. Οι ηλικιωμένοι που επιθυμούν να ενταχθούν στα ΚΗΦΗ και οι οικογένειες αυτών μπορούν να απευθύνονται στις κοινωνικές υπηρεσίες των οικείων δήμων (ypergasias.gov.gr).

Αυτή τη στιγμή τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) είναι περίπου 55 στον αριθμό και παρέχουν σε καθημερινή βάση σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους, οργανωμένη φροντίδα από νοσηλευτές, κοινωνικούς φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας, εθελοντές ή και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας. Σκοπός τους είναι «η παραμονή των ατόμων 3ης και 4ης ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας (Χλέτσος, 2016).

Έντονες επικρίσεις έχουν ασκηθεί στα παραδοσιακά προνοιακά μοντέλα που στηρίζονται σε δωρεάν υπηρεσίες, λόγω των αδυναμιών που έχουν παρουσιάσει και που οφείλονται στην αναποτελεσματικότητα του Δημόσιου τομέα, την κακή οικονομική διαχείριση και την αδυναμία παροχής εξατομικευμένης φροντίδας (Αμίτσης, 2014). Η οικονομική ύφεση με τα υψηλά επίπεδα ανεργίας και οι δημογραφικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί, απαιτούν εξατομικευμένες προσεγγίσεις, βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και δημοσιονομική εξυγίανση (Χλέτσος, 2016)

4.2.5 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων

Η κλειστή περίθαλψη των ηλικιωμένων, αυτοεξυπηρετούμενων και μη, παρέχεται από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ), οι οποίες λειτουργούν με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού (ιδρύονται από φιλανθρωπικά σωματεία, την Εκκλησία κ.λπ.) ή κερδοσκοπικού χαρακτήρα (ιδρύονται από ιδιώτες). Στις ΜΦΗ χορηγείται άδεια ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Περιφέρεια σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2345/1995 και τις προϋποθέσεις που ορίζει η υπ' αριθμ. Π1γ/οικ. 81551/15-6-2007 απόφαση (Β' 1136), όπως ισχύει. Περαιτέρω, βασική προϋπόθεση

για τη νόμιμη λειτουργία των φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι η εγγραφή τους στο Εθνικό Μητρώο Ιδιωτικών Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας (ypergasias.gov.gr).

4.2.6 Ιδιωτικές δομές

Οι Ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων προσφέρουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Παρέχουν περίθαλψη και περιποίηση σε ηλικιωμένα άτομα που είτε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, ή έχουν περιορισμένη αυτονομία ή δεν αυτοεξυπηρετούνται καθόλου και χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση (νοσηλευτική ή και ιατρική). Η συναναστροφή των ηλικιωμένων με άλλα άτομα ίδιας ηλικίας, η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες και εκδηλώσεις έχουν ως στόχο την διασφάλιση μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης (<http://www.pemfi.gr/>).

Συνήθως η οικογένεια επιθυμεί να κρατήσει τον ηλικιωμένο άνθρωπο της στο σπίτι του και αυτό έχει μεγάλη αξία, εάν και εφόσον οι συνθήκες είναι κατάλληλες. Αυτό επιτυγχάνεται είτε με την ολιγόωρη απασχόληση κάποιου φροντιστή μέσα στην ημέρα, και αν δεν μπορεί να μείνει ο ηλικιωμένος καθόλου μόνος του, με μόνιμο εσωτερικό φροντιστή όλη την ημέρα (<http://www.pemfi.gr/>).

ΜΕΡΟΣ Β΄

Έρευνα

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση του ρόλου της γνωστικής λειτουργίας και της ψυχικής ευεξίας στην τρίτη ηλικία, με αναζήτηση όλων των νεότερων δεδομένων που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στη ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν δημοσιευμένα άρθρα και μελέτες κατά το χρονικό διάστημα 2018 έως και 2023 και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας.

Κριτήρια ένταξης των άρθρων ήταν: η αγγλική γλώσσα και το έτος δημοσίευσης τους να είναι τα τελευταία 5 έτη. Για την εύρεση της σχετικής βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις κλειδιά: elderly, cognition, cognitive function, mental health, mental wellness, quality of life, older adults, nursing care.

Παρατίθενται συνολικά 10 άρθρα που πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια ένταξης.

Αποτελέσματα

1. **Archives of gerontology and geriatrics. 2020; 90, 104154.**

How social isolation and loneliness effect medication adherence among elderly with chronic diseases: An integrated theory and validated cross-sectional study

J Lu, N Zhang, D Mao, Y Wang, X Wang

Abstract

Background

Social isolation and loneliness have been described as epidemics among elderly patients with chronic disease. Those epidemics also associates with these elderly's low medication adherence behavior. However, there is a scarcity of research on establishing

mechanisms of elderly patients' medication adherence referred to their social isolation and loneliness.

Methods

A mixed-methods design with integrated theory and validated cross-sectional study was used. The integrated theory was constructed by Berkman's conceptual model and the mechanism model of loneliness. The cross-sectional survey was conducted in six districts of Taiyuan, China, through a stratified random cluster sampling method.

Results

Low social support mediated the association between social isolation and suboptimal medication adherence in the whole sample, also in multimorbidity patients. Social isolation was positively associated with loneliness, but loneliness couldn't be considered as a mediator between social isolation and medication adherence. In serial mediation model, social isolation caused less social support and more loneliness, and resulted in suboptimal medication adherence in whole sample. In addition, this serial mediational model was not different between patients in non-multimorbidity and multimorbidity.

Conclusions

Social isolation and loneliness are related but independent constructs. Interconnected psychosocial mechanisms explain the influence the mechanism of medication adherence from social isolation and loneliness, and the effective paths of social isolation will increase as the chronic disease evolves. The interventions should initially focus on emotional health to establish a multi-perspective supporting system, which contains tangible support, informational and emotional support, positive social interaction, and affectionate support, especially for the multimorbidity patients.

Περίληψη - Σκοπός

Η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά έχουν περιγραφεί ως επιδημίες μεταξύ ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νόσο. Αυτές οι επιδημίες συνδέονται επίσης με τη χαμηλή συμμόρφωση αυτών των ηλικιωμένων στη φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, υπάρχει περιορισμένη έρευνα σχετικά με τη θέσπιση μηχανισμών τήρησης των

φαρμάκων των ηλικιωμένων ασθενών που σχετίζονται με την κοινωνική τους απομόνωση και μοναξιά.

Μέθοδοι

Χρησιμοποιήθηκαν μικτές μέθοδοι με ολοκληρωμένη θεωρία και επιβεβαιωμένη διατομεακή μελέτη. Η ολοκληρωμένη θεωρία κατασκευάστηκε από το εννοιολογικό μοντέλο του Berkman και το μοντέλο μηχανισμού της μοναξιάς. Η διατομεακή έρευνα διεξήχθη σε έξι περιοχές της Ταϊγιουάν της Κίνας, μέσω μιας κοινωνικής στρωμάτωσης τυχαίου πληθυσμιακού δείγματος.

Αποτελέσματα

Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει τη συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της μη βέλτιστης συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή σε ολόκληρο το δείγμα, όπως επίσης και σε ασθενείς με πολυνοσηρότητα. Η κοινωνική απομόνωση συσχετίστηκε θετικά με τη μοναξιά, αλλά η μοναξιά δεν φαίνεται να μεσολαβεί μεταξύ της κοινωνικής απομόνωσης και της ορθής τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής. Στο μοντέλο διαδοχικής διαμεσολάβησης, η κοινωνική απομόνωση προκάλεσε λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και περισσότερη μοναξιά και είχε ως αποτέλεσμα τη μη βέλτιστη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή σε ολόκληρο το δείγμα. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το ίδιο διαμεσολαβητικό μοντέλο μεταξύ ασθενών με μη-πολυνοσηρότητα και με πολυνοσηρότητα.

Συμπεράσματα

Η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά είναι συγγενείς μεν αλλά ανεξάρτητες καταστάσεις. Οι διασυνδεδεμένοι ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί εξηγούν την επιρροή του μηχανισμού της τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής στην κοινωνική απομόνωση και τη μοναξιά, και η κοινωνική απομόνωση θα αυξάνεται καθώς εξελίσσεται η χρόνια νόσος. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει αρχικά να επικεντρωθούν στη συναισθηματική υγεία για τη δημιουργία ενός πολυπρισματικού συστήματος υποστήριξης, το οποίο θα περιλαμβάνει απτή υποστήριξη, ενημερωτική και συναισθηματική υποστήριξη, θετική κοινωνική αλληλεπίδραση και στοργή, ειδικά για τους ασθενείς με πολυνοσηρότητα.

2. Age and ageing. 2020; 49(5): 748-757

What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis

Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M.

Abstract

Background

The number of older people living in residential and nursing care homes is rising. Loneliness is a major problem for older people, but little is known about the prevalence of loneliness amongst older people living in care homes. The aim is to undertake a systematic review of literature on the prevalence of moderate and severe loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes.

Methods

This systematic review was conducted in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement. The full review protocol is available from the authors on request. We used the following definitions of terms. ‘Loneliness’ is a subjective feeling state of being alone, separated or apart from others and is an imbalance between desired social contacts and actual social contacts. ‘Residential and nursing care homes’ are settings providing 24-hour residential accommodation and personal and/or nursing care to older people.

Results

A total of 13 articles were included, representing 5,115 participants (age range of 55–102 years, mean age 83.5 years, 68% female). There was a significant variation between studies in estimates of prevalence. The prevalence of moderate loneliness ranged from 31 to 100%, and the prevalence of severe loneliness ranged from 9 to 81%. The estimated mean prevalence of ‘moderate loneliness’ was 61% (95% confidence interval (CI): 0.41, 0.80). The estimated mean prevalence of ‘severe loneliness’ was 35% (95% CI: 0.14, 0.60).

Conclusion

According to our estimates, the prevalence of both moderate loneliness and severe loneliness amongst care home residents is high enough to warrant concern. However, the significant variation in prevalence estimates warrants further research to establish why loneliness rates vary so widely. Addressing loneliness and promoting meaningful social engagement have significant potential for enhancing quality of life in care homes, and therefore priority should be given to acknowledging and further exploring loneliness in this setting.

Περίληψη - Σκοπός

Ο αριθμός των ηλικιωμένων που ζουν σε κατοικίες και οίκους ευγηρίας αυξάνεται. Η μοναξιά είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους, αλλά λίγα είναι γνωστά για την επικράτηση της μοναξιάς μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν σε γηροκομεία. Σκοπός είναι να πραγματοποιηθεί μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την επικράτηση της μέτριας και σοβαρής μοναξιάς μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν σε κατοικίες και οίκους ευγηρίας.

Μέθοδοι

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση διενεργήθηκε σύμφωνα το διάγραμμα ροής συστηματικής ανασκόπησης και μετά - ανάλυσης PRISMA. Το πλήρες πρωτόκολλο ανασκόπησης είναι διαθέσιμο από τους συγγραφείς κατόπιν αιτήματος. Χρησιμοποιήσαμε τους παρακάτω ορισμούς. Η «μοναξιά» είναι μια υποκειμενική κατάσταση αίσθησης του να είσαι μόνος, χωρισμένος ή χωρισμένος από τους άλλους και είναι μια ανισορροπία μεταξύ επιθυμητών κοινωνικών επαφών και πραγματικών κοινωνικών επαφών. Οι «οικισμοί και οι οίκοι ευγηρίας» είναι εγκαταστάσεις που παρέχουν 24ωρη στέγαση και προσωπική ή/και νοσηλευτική φροντίδα σε ηλικιωμένους.

Αποτελέσματα

Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 13 άρθρα, που αντιπροσωπεύουν 5.115 συμμετέχοντες (ηλικιακό εύρος 55–102 ετών, μέση ηλικία 83,5 ετών, 68% γυναίκες). Υπήρχε σημαντική διακύμανση μεταξύ των μελετών στις εκτιμήσεις του επιπολασμού. Ο επιπολασμός της μέτριας μοναξιάς κυμαινόταν από 31 έως 100%, και ο επιπολασμός της σοβαρής μοναξιάς κυμαινόταν από 9 έως 81%. Ο εκτιμώμενος μέσος επιπολασμός

της «μέτριας μοναξιάς» ήταν 61% (95% βαθμός εμπιστοσύνης (CI): 0,41, 0,80). Ο εκτιμώμενος μέσος επιπολασμός της «σοβαρής μοναξιάς» ήταν 35% (95% CI: 0,14, 0,60).

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις μας, ο επιπολασμός τόσο της μέτριας μοναξιάς όσο και της σοβαρής μοναξιάς μεταξύ των κατοίκων σε σπίτια φροντίδας είναι αρκετά υψηλός ώστε να δικαιολογεί ανησυχία. Ωστόσο, η σημαντική διακύμανση στις εκτιμήσεις του επιπολασμού δικαιολογεί περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί γιατί τα ποσοστά μοναξιάς ποικίλλουν τόσο πολύ. Η αντιμετώπιση της μοναξιάς και η προώθηση της ουσιαστικής κοινωνικής δέσμευσης έχουν σημαντική συμβολή στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε οίκους ευγηρίας, και ως εκ τούτου θα πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην αναγνώριση και περαιτέρω διερεύνηση της μοναξιάς σε αυτό το περιβάλλον.

3. Psychogeriatrics 20.3 (2020): 271-277.

The impact of depressive mood and cognitive impairment on quality of life of the elderly

Viktor Voros, David Martin Gutierrez, Federico Alvarez, Adrienn Boda-Jorg, Attila Kovacs, Tamas Tenyi, Sandor Fekete, Peter Osvath

Abstract

Background

According to the literature, the quality of life (QOL) of the elderly can be influenced by a number of factors, among which various studies emphasised the role of demographic, physical, psychological, social and religious characteristics. Factors that are closely related to QOL are physical activity, self-reliance, awareness of usefulness, interpersonal relationships, practising religion, safe and comfortable living conditions, health status (especially chronic pain), medications, cognitive functions and certain psychological symptoms (such as depression, anxiety, agitation). However, their effect may be different, as cognitive impairment (severity of cognitive decline) and also the

environment (e.g. home or institution) may significantly influence the effect of these factors in the elderly.

Our aim was to assess QOL, cognitive functions, depression, and other factors in elderly people aged 65 and over to analyse factors influencing their QOL. Furthermore, we investigated the different factors to the extent they have an impact on QOL and whether these factors interact with each other or independently influence QOL. Our hypothesis was that cognitive decline and mood disorders both impair QOL of elderly and based on previous findings⁸ we also hypothesised that those may be independent factors. The importance of our research is underlined by the fact that the early detection and effective management of cognitive and affective symptoms may restore mental health and can improve QOL of the elderly.

Methods

Semi-structured interviews were conducted with elderly over the age of 65, and their QOL, cognitive functions and depressive symptoms were assessed by validated clinical tests and screening tools.

Results

The correlation between QOL scales and cognitive tests was not significant. In contrast, the results of depression scales showed significant negative correlation with the scores of the QOL scales. A better QOL was determined by lower age, lack of depressive symptoms, and higher scores in the QOL-AD (Alzheimer's disease) scale. Depressive mood has much more negative impact on the QOL of the elderly than cognitive impairment.

Conclusions

Our results demonstrated a close correlation between QOL and depressive mood in the elderly. The early detection and effective management of affective and cognitive symptoms in the elderly can not only restore mental health but may also improve their QOL.

Περίληψη – Σκοπός

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ποιότητα ζωής (QOL) των ηλικιωμένων μπορεί να επηρεαστεί από μια σειρά παραγόντων, μεταξύ των οποίων, σύμφωνα με διάφορες

μελέτες, είναι τα δημογραφικά, σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά. Παράγοντες που σχετίζονται στενά με την ποιότητα ζωής είναι η σωματική δραστηριότητα, η αυτοδυναμία, η επίγνωση της χρησιμότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η άσκηση της θρησκείας, οι ασφαλείς και άνετες συνθήκες διαβίωσης, η κατάσταση της υγείας (ιδιαίτερα ο χρόνιος πόνος), τα φάρμακα, οι γνωστικές λειτουργίες και ορισμένα ψυχολογικά συμπτώματα (όπως π. κατάθλιψη, άγχος, διέγερση). Ωστόσο, η επίδρασή τους μπορεί να είναι διαφορετική, καθώς η γνωστική εξασθένηση (σοβαρότητα της γνωστικής έκπτωσης) καθώς και το περιβάλλον (π.χ. σπίτι ή ίδρυμα) μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά την επίδραση αυτών των παραγόντων στους ηλικιωμένους.

Στόχος μας ήταν να αξιολογήσουμε την ποιότητα ζωής, τις γνωστικές λειτουργίες, την κατάθλιψη και άλλους παράγοντες σε ηλικιωμένους ηλικίας 65 ετών και άνω, για να αναλύσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Επιπλέον, διερευνήσαμε τους διαφορετικούς παράγοντες στο βαθμό που έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και εάν αυτοί οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους ή επηρεάζουν ανεξάρτητα την ποιότητα ζωής. Η υπόθεσή μας ήταν ότι τόσο η γνωστική έκπτωση όσο και οι διαταραχές της διάθεσης επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Στηριζόμενοι σε προηγούμενα ευρήματα υποθέσαμε επίσης ότι αυτοί οι δύο παράγοντες μπορεί να είναι δρουν ανεξάρτητα μεταξύ τους. Η σημασία της έρευνάς μας υπογραμμίζεται από το γεγονός ότι η έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική διαχείριση των γνωστικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων μπορεί να αποκαταστήσει την ψυχική υγεία και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Μέθοδοι

Διεξήχθησαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις με ηλικιωμένους άνω των 65 ετών και αξιολογήθηκαν με επικυρωμένα κλινικά τεστ και εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου, τόσο η ποιότητα ζωής όσο και οι γνωστικές λειτουργίες και τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα.

Αποτελέσματα

Η συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου της ποιότητας ζωής και των γνωστικών τεστ δεν ήταν σημαντική. Αντίθετα, τα αποτελέσματα του επιπέδου κατάθλιψης έδειξαν σημαντική αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα ποιότητας ζωής. Μια καλύτερη

ποιότητα ζωής προσδιορίστηκε στο δείγμα με τη χαμηλότερη ηλικία, την έλλειψη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα QOL-AD (νόσος Alzheimer). Η καταθλιπτική διάθεση έχει πολύ πιο αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων από τη γνωστική εξασθένηση.

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν μια στενή συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της καταθλιπτικής διάθεσης στους ηλικιωμένους. Η έγκαιρη ανίχνευση και αποτελεσματική διαχείριση των συναισθηματικών και γνωστικών συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους μπορεί όχι μόνο να αποκαταστήσει την ψυχική υγεία αλλά μπορεί επίσης να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους.

4. Basic Clin Neurosci. 2023 Jan-Feb; 14(1): 137–142

Comparing the Diagnostic Value of Four Dementia Tests in the Amnestic and Healthy Elderly

Fatemah Khamseh, Gholamreza Hadjati, Hossein Nahvinejad, Zahra Nouparast, Masomeh Salehi, Maryam Noroozian, Mahshid Foroughan, Farshid Alaedini, Afrooz Saffarifard, Faraneh Farin, Mehrdad Khansari, Maryam Pourseid Mohammad, Zahra Ahmadi

Abstract

Background

Alzheimer's disease (AD) has multiple etiologies, which affect memory, cognitive abilities, and behavior, posing problems to the patients. Some of these problems are connected to driving ability, financial management ability, self-care ability, and independence. AD can deeply affect patients and their job, as well as their families, community, and society. This study aimed to compare the diagnostic value of four questionnaires for the diagnosis of neurocognitive disorders (NCDs) in the elderly.

Methods

Ninety-nine people, including 42 men and 57 women, with a mean age of 69.8 ± 7.4 years old, participated in the present study. The participants were selected from those

who volunteered in a public announcement in Tehran. They had normal or normalized visual acuity, as well as sufficient hearing ability. There was no indication of psychiatric disorders irrelevant to their diagnosed disease. All participants completed the geriatric depression scale (GDS). The patients with symptoms of depression, geriatric depression scale (GDS) >5, were excluded from the study. All participants signed written informed consent. A total of 99 literate cases were enrolled in the study, and four questionnaires, including functional assessment staging tool (FAST), abbreviated mental test score (AMTS), mini-mental state examination (MMSE), and modified Persian test of elderly for assessment of cognition and executive function (PEACE) were completed for them. They were then referred to a neuropsychiatrist, and the status of their cognition and neurobehavior was determined. The specialists were blinded to the results of the tests.

Results

Of the 99 participants studied, 39 cases were healthy, eight cases had mild Alzheimer's disease, 38 had amnesic MCI, five cases had secondary dementia, and nine cases had mixed vascular dementia and Alzheimer's disease. The area under the ROC curve for distinguishing the healthy group from the rest of the population was 0.692, 0.629, 0.734, and 0.751 for the FAST, AMTS, MMSE, and NBCSS questionnaires, respectively.

Conclusion

In the present study, we found that NBCSS and MMSE performed best in distinguishing healthy people from patients, showing their applicability in screening programs. Further studies are required to determine the applicability of every individual test in detecting dementia in the elderly.

Περίληψη – Σκοπός

Η νόσος Alzheimer (AD) έχει πολλαπλές αιτιολογίες, οι οποίες επηρεάζουν τη μνήμη, τις γνωστικές ικανότητες και τη συμπεριφορά, δημιουργώντας προβλήματα στους ασθενείς. Μερικά από αυτά τα προβλήματα συνδέονται με την ικανότητα οδήγησης, την ικανότητα οικονομικής διαχείρισης, την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και την ανεξαρτησία. Η AD μπορεί να επηρεάσει βαθιά τους ασθενείς και την εργασία τους, καθώς και τις οικογένειες, την κοινότητα και την κοινωνία τους. Αυτή η μελέτη είχε ως στόχο να συγκρίνει τη διαγνωστική αξία τεσσάρων ερωτηματολογίων που

χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση νευρογνωστικών διαταραχών (NCDs) στους ηλικιωμένους.

Μέθοδοι

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν ενενήντα εννέα άτομα, μεταξύ των οποίων 42 άνδρες και 57 γυναίκες, με μέση ηλικία $69,8 \pm 7,4$ ετών. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν μεταξύ αυτών που προσφέρθηκαν εθελοντικά σε δημόσια ανακοίνωση στην Τεχεράνη. Είχαν φυσιολογική ή κανονικοποιημένη οπτική οξύτητα, καθώς και επαρκή ακουστική ικανότητα. Δεν υπήρχε ένδειξη ψυχιατρικών διαταραχών άσχετων με τη διαγνωσθείσα νόσο τους. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα γηριατρικής κατάθλιψης (GDS). Οι ασθενείς με συμπτώματα κατάθλιψης, κλίμακα γηριατρικής κατάθλιψης (GDS) >5 , αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Όλοι οι συμμετέχοντες υπέγραψαν γραπτή ενημερωτική συγκατάθεση. Συνολικά 99 περιπτώσεις εγγράμματος εγγράφηκαν στη μελέτη και συμπληρώθηκαν τέσσερα ερωτηματολόγια, συμπεριλαμβανομένου του εργαλείου λειτουργικής εκτίμησης των ικανοτήτων εντός συγκεκριμένων σταδίων (FAST), της συνοπτικής δοκιμασίας νοητικής επίδοσης (AMTS), της δοκιμασίας σύντομης γνωστικής εκτίμησης (MMSE) και της τροποποιημένη περσικής δοκιμασίας ηλικιωμένων για αξιολόγηση της γνωστικής και της εκτελεστικής λειτουργίας (PEACE). Στη συνέχεια, παραπέμφθηκαν σε νευροψυχίατρο και προσδιορίστηκε η κατάσταση της γνωστικής λειτουργίας και της νευροσυμπεριφοράς τους. Στους ειδικούς επιστήμονες δεν κοινοποιήθηκαν τα αποτελέσματα των δοκιμών.

Αποτελέσματα

Από τους 99 συμμετέχοντες που μελετήθηκαν, 39 περιπτώσεις ήταν υγιείς, οκτώ περιπτώσεις είχαν ήπια νόσο του Alzheimer, 38 είχαν αμνησιακή MCI, πέντε περιπτώσεις είχαν δευτεροπαθή άνοια και εννέα περιπτώσεις είχαν μικτή αγγειακή άνοια και νόσο Alzheimer. Η περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC για τη διάκριση της υγιούς ομάδας από τον υπόλοιπο πληθυσμό ήταν 0,692, 0,629, 0,734 και 0,751 για τα ερωτηματολόγια FAST, AMTS, MMSE και NBCSS, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη, διαπιστώσαμε ότι το NBCSS και το MMSE απέδωσαν καλύτερα στη διάκριση των υγιών ατόμων από τους ασθενείς, υποδεικνύοντας την εφαρμογή τους σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Απαιτούνται περαιτέρω

μελέτες για να καθοριστεί η δυνατότητα εφαρμογής κάθε μεμονωμένης εξέτασης στην ανίχνευση άνοιας στους ηλικιωμένους.

5. International Journal of Nursing Studies, 113, 103776. Volume 113, January 2021, 103776

A communication model for nursing staff working in dementia care: Results of a scoping review

Van Manen, A. S., Aarts, S., Metzelthin, S. F., Verbeek, H., Hamers, J. P., & Zwakhalen, S. M.

Abstract

Background

Communication between nursing staff and people with dementia can be challenging. According to the literature, communication is seen as a process of social- and/or informational exchange between a sender and a receiver in a context. Factors related to these elements determine the quality of communication. Insight into the factors involved in the communication process between nursing staff and people with dementia is limited and a comprehensive model of communication in dementia care is lacking.

Methods

The reviewing process was directed by the Joanna Briggs guidelines for scoping reviews. Full-text articles describing the communication process between nursing staff and people with dementia were eligible for inclusion. A data extraction form was used to identify factors associated with communication. Following a directed content analysis approach, factors were categorized in one of three categories: nursing staff; people with dementia; or context. Each category was thematically analysed to identify themes and subthemes. Results were visualized into a communication model.

Results

The review included 31 articles; in total, 115 factors were extracted. Thematic analysis of nursing staff factors (n = 78) showed that communication is associated with professional characteristics, individual experiences, verbal- and non-verbal communication skills, communication approach and values. Factors attributed to

people with dementia (n = 22) concerned client characteristics, functional status, behavior, verbal communication skills and values. Contextual factors (n = 15) related to organization of care, time and situation. Based on these results, the Contac-d model was constructed.

Conclusions

The Contac-d model gives a comprehensive overview of factors involved in the communication process between nursing staff and people with dementia, providing insight in potential starting points for communication improvement, e.g. respect for needs, identity and privacy of people with dementia, a flexible and adapted communication approach and matching language. Additionally, results suggest that an appealing location, longer duration of the interaction, and music in the surrounding may improve communication in certain situations. However, it was not feasible based on current literature to recommend what works to improve communication in which situations. Future studies should study factors and their interrelatedness in specific care situations. Authors further believe that more attention should be paid to strengths and capabilities of people with dementia and to non-modifiable factors that influence communication.

Περίληψη - Σκοπός

Η επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των ατόμων με άνοια μπορεί να είναι δύσκολη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η επικοινωνία θεωρείται ως μια διαδικασία κοινωνικής και/ή πληροφοριακής ανταλλαγής μεταξύ ενός αποστολέα και ενός παραλήπτη σε ένα πλαίσιο. Παράγοντες που σχετίζονται με αυτά τα στοιχεία καθορίζουν την ποιότητα της επικοινωνίας. Η γνώση των παραγόντων που εμπλέκονται στη διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των ατόμων με άνοια είναι περιορισμένη και δεν υπάρχει ένα ολοκληρωμένο μοντέλο επικοινωνίας που αφορά στη φροντίδα της άνοιας.

Μέθοδοι

Η Joanna Briggs έθεσε τις κατευθυντήριες γραμμές της για τις αναθεωρήσεις του πεδίου εφαρμογής. Θεωρήθηκαν κατάλληλα για συμπερίληψη τα άρθρα που περιγράφουν τη διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των ατόμων με άνοια. Μια φόρμα εξαγωγής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε για τον

εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την επικοινωνία. Ακολουθώντας μια προσέγγιση κατευθυνόμενης ανάλυσης περιεχομένου, οι παράγοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε μία από τις τρεις κατηγορίες: νοσηλευτικό προσωπικό, άτομα με άνοια, πλαίσιο. Κάθε κατηγορία αναλύθηκε θεματικά για τον εντοπισμό θεμάτων και υποθεμάτων. Τα αποτελέσματα απεικονίστηκαν σε ένα μοντέλο επικοινωνίας.

Αποτελέσματα

Η ανασκόπηση περιλάμβανε 31 άρθρα. Συνολικά εξήχθησαν 115 παράγοντες. Η θεματική ανάλυση των παραγόντων του νοσηλευτικού προσωπικού ($n = 78$) έδειξε ότι η επικοινωνία συνδέεται με επαγγελματικά χαρακτηριστικά, ατομικές εμπειρίες, δεξιότητες λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, επικοινωνιακή προσέγγιση και αξίες. Παράγοντες που αποδίδονται σε άτομα με άνοια ($n = 22$) αφορούσαν τα χαρακτηριστικά του πελάτη, τη λειτουργική κατάσταση, τη συμπεριφορά, τις δεξιότητες της λεκτικής επικοινωνίας και τις αξίες. Συναφείς παράγοντες ($n = 15$) σχετίζονται με την οργάνωση της φροντίδας, το χρόνο και την κατάσταση. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, κατασκευάστηκε το μοντέλο Contac-d.

Συμπεράσματα

Το μοντέλο Contac-d παρέχει μια ολοκληρωμένη επισκόπηση των παραγόντων που εμπλέκονται στη διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των ατόμων με άνοια, παρέχοντας εικόνα για πιθανά σημεία εκκίνησης της διαδικασίας βελτίωσης της επικοινωνίας, π.χ. σεβασμός στις ανάγκες, την ταυτότητα και το απόρρητο των ατόμων με άνοια, μια ευέλικτη και προσαρμοσμένη προσέγγιση επικοινωνίας και γλώσσα που ταιριάζει σε κάθε περίπτωση. Επιπλέον, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι μια ελκυστική τοποθεσία, η μεγαλύτερη διάρκεια της αλληλεπίδρασης και η μουσική στο περιβάλλον μπορεί να βελτιώσουν την επικοινωνία σε ορισμένες περιπτώσεις. Ωστόσο, δεν ήταν εφικτό με βάση την τρέχουσα βιβλιογραφία να προτείνουμε τι λειτουργεί καλύτερα ώστε να βελτιωθεί η επικοινωνία και σε ποιες καταστάσεις πρέπει να εφαρμοστεί. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εστιάσουν στους παράγοντες και την αλληλεπίδρασή τους σε συγκεκριμένες καταστάσεις φροντίδας. Οι συγγραφείς πιστεύουν ότι πρέπει να δοθεί περισσότερη προσοχή στα δυνατά σημεία και τις δυνατότητες των ατόμων με άνοια και σε μη τροποποιήσιμους παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία.

6. Journal of Preventive Medicine 10.1 (2023): 8-19.

Spiritual Therapy in the Elderly: A Systematic Review

Mansouri, F., & Pourghane, P.

Abstract

Background

When people reach old age, they feel rejected, and as their mood decreases, they experience depression, anxiety, and isolation. To improve the psychological health of the elderly, various training and treatment methods have been used. One of these methods is spiritual therapy. Spiritual therapy encourages therapists to address the important spiritual beliefs of patients during treatment at the right time and to use interventions to use the power of faith and spirituality. Spiritual therapy refers to the use of cultural and religious beliefs during treatment and communicating internally across the boundaries of religions. To improve and restore the patients' health, the therapist invites them to explore spiritual beliefs and emphasizes these spiritual beliefs impartially without judgment. The present study aims to review the effects of spiritual therapy in the elderly.

Methods

This is a systematic review. The search was carried out in IranMedex, Google Scholar, Jihad University Scientific Information Center (SID), PubMed, and Scopus databases for the studies that were published in Farsi and English from 2010 to 2020 using the keywords “spirituality therapy” and “elderly” by applying the Boolean operators (AND, OR). The matrix method was used for the review step by step. Screening of articles was done in 4 stages: Initial search, examining duplicate articles, examining abstracts, examining the accessibility to the full texts, and study of extracted articles. The quality of the articles was evaluated using the Joanna Briggs Institute tools. Critical appraisal was done by each author and the results of low, medium or high quality were discussed between authors. Finally, after removing duplicate and unrelated records, those who were analytical studies and clinical trials were selected and their findings were extracted. Data analysis was done based on qualitative content analysis according to the steps suggested by Graneheim and Lundman.

Results

Among the 3561 found articles, 30 were selected. Of these, 20 articles who were descriptive and analytical studies and clinical trials were selected and classified according to the effects of spiritual therapy. According to studies, religion and spirituality are important resources in making people adapt to stressful events in life, and spiritual health is one of the important aspects of health that can affect the quality of life (QoL). The elderly may not be in favorable psychological conditions due to physical weaknesses, low perceived social support, and feelings of loneliness, which can have a negative impact on their QoL. The World Health Organization (WHO) has emphasized the concept of happiness as one of the important indicators of mental health. Happiness can protect people from mental pressures and is a generator for producing energy, happiness and enthusiasm, and ultimately guarantees a person's mental health. Successful treatment of loneliness may reduce the risk of serious complications such as depression. Spiritual factors affect the reduction of death anxiety. These factors include religiosity, religious attitude, attachment to God, satisfaction with life, and religion, which plays an essential role in the QoL in old age. Elderly people who receive spiritual trainings adapt to problems faster, and their psychological and emotional resources such as capability, pain tolerance, and adaptation to stress are improved.

Conclusions

This study was conducted with the aim of determining the role of spiritual therapy in the elderly. Spiritual therapy has received more attention in recent years due to its many effects on physical and mental aspects, but still further research is needed to reveal all aspects of this type of therapy. Spirituality is one of the dimensions of human life and when people enter the counseling and treatment room, they do not leave their spirituality behind; they bring their spiritual beliefs, actions, experiences, values, connections with them to the counseling/treatment rooms. By using spiritual resources, the patients achieve a stronger sense of security and their ability to adapt to problems increases more efficiently. Considering the great effects of spiritual therapy on the mental dimensions (happiness, relief of depression and loneliness) of the elderly and, on the other hand, due to the strong relationship between the mind and the body, spiritual therapy can provide the basis for the recovery of many physical and mental

diseases in the elderly. Spiritual therapy can create self-confidence and a sense of satisfaction with life in the elderly and make life meaningful for them. It is recommended that the officials, geriatric nurses and all specialists are in contact with the elderly should use spiritual therapy, especially in group sessions, and provide physical and mental health for this vulnerable group.

Περίληψη – Σκοπός

Όταν οι άνθρωποι φτάνουν σε μεγάλη ηλικία, νιώθουν απόρριψη και καθώς η διάθεσή τους μειώνεται, βιώνουν κατάθλιψη, άγχος και απομόνωση. Για τη βελτίωση της ψυχολογικής υγείας των ηλικιωμένων, έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες μέθοδοι εκπαίδευσης και θεραπείας. Μία από αυτές τις μεθόδους είναι η πνευματική θεραπεία. Η πνευματική θεραπεία ενθαρρύνει τους θεραπευτές να αντιμετωπίσουν την κατάλληλη στιγμή τις σημαντικές πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας και να χρησιμοποιήσουν παρεμβάσεις για να χρησιμοποιήσουν τη δύναμη της πίστης και της πνευματικότητας. Η πνευματική θεραπεία αναφέρεται στη χρήση πολιτιστικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων κατά τη διάρκεια της θεραπείας και την εσωτερική επικοινωνία πέρα από τα όρια των θρησκειών. Για να βελτιώσει και να αποκαταστήσει την υγεία των ασθενών, ο θεραπευτής τους καλεί να εξερευνήσουν πνευματικές πεποιθήσεις και προσεγγίζει αυτές τις πνευματικές πεποιθήσεις αμερόληπτα, χωρίς κρίση. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανασκόπηση των αποτελεσμάτων της πνευματικής θεραπείας στους ηλικιωμένους.

Μέθοδοι

Αυτή είναι μια συστηματική ανασκόπηση. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων IranMedex, Google Scholar, Jihad University Scientific Information Center (SID), PubMed και Scopus για τις μελέτες που δημοσιεύτηκαν στα Φαρσί και στα Αγγλικά από το 2010 έως το 2020 χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά «πνευματοθεραπεία» και «ηλικιωμένοι». Εφαρμόστηκαν οι Boolean τελεστές (AND, OR). Η μέθοδος μήτρας χρησιμοποιήθηκε για την ανασκόπηση βήμα προς βήμα. Η διαλογή των άρθρων έγινε σε 4 στάδια: Αρχική αναζήτηση, εξέταση διπλών άρθρων, εξέταση περιλήψεων, εξέταση της προσβασιμότητας στα πλήρη κείμενα και μελέτη εξαγόμενων άρθρων. Η ποιότητα των άρθρων αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας τα εργαλεία του Ινστιτούτου Joanna Briggs. Έγινε κριτική αξιολόγηση από κάθε συγγραφέα και τα αποτελέσματα χαμηλής, μέσης ή υψηλής ποιότητας συζητήθηκαν

μεταξύ των συγγραφέων. Τέλος, μετά την αφαίρεση διπλών και άσχετων εγγραφών, επιλέχθηκαν οι αναλυτικές μελέτες και κλινικές δοκιμές και εξήχθησαν τα ευρήματά τους. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με βάση την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου σύμφωνα με τα βήματα που προτείνουν οι Graneheim και Lundman.

Αποτελέσματα

Μεταξύ των 3561 άρθρων που βρέθηκαν, επιλέχθηκαν 30. Από αυτά, τα 20 άρθρα που ήταν περιγραφικές και αναλυτικές μελέτες και κλινικές δοκιμές επιλέχθηκαν και ταξινομήθηκαν ανάλογα με τα αποτελέσματα της πνευματικής θεραπείας. Σύμφωνα με μελέτες, η θρησκεία και η πνευματικότητα είναι σημαντικοί πόροι για την προσαρμογή των ανθρώπων σε στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή και η πνευματική υγεία είναι μία από τις σημαντικές πτυχές της υγείας που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής (QoL). Οι ηλικιωμένοι μπορεί να μην βρίσκονται σε ευνοϊκές ψυχολογικές καταστάσεις λόγω σωματικών αδυναμιών, χαμηλής κοινωνικής υποστήριξης και συναισθημάτων μοναξιάς, τα οποία μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει δώσει έμφαση στην έννοια της ευτυχίας ως έναν από τους σημαντικούς δείκτες ψυχικής υγείας. Η ευτυχία μπορεί να προστατεύσει τους ανθρώπους από ψυχικές πιέσεις και είναι γεννήτρια για την παραγωγή ενέργειας, ευτυχίας και ενθουσιασμού και τελικά εγγυάται την ψυχική υγεία ενός ατόμου. Η επιτυχής θεραπεία της μοναξιάς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών όπως η κατάθλιψη. Πνευματικοί παράγοντες επηρεάζουν τη μείωση του άγχους θανάτου. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τη θρησκευτικότητα, τη θρησκευτική στάση, την προσκόλληση στον Θεό, την ικανοποίηση από τη ζωή και τη θρησκεία, η οποία παίζει ουσιαστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής στα γηρατειά. Οι ηλικιωμένοι που λαμβάνουν πνευματική εκπαίδευση προσαρμόζονται στα προβλήματα πιο γρήγορα και οι ψυχολογικοί και συναισθηματικοί πόροι τους, όπως η ικανότητα, η ανοχή στον πόνο και η προσαρμογή στο στρες βελτιώνονται.

Συμπεράσματα

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε με στόχο τον προσδιορισμό του ρόλου της πνευματικής θεραπείας στους ηλικιωμένους. Η πνευματική θεραπεία έχει λάβει μεγαλύτερη προσοχή τα τελευταία χρόνια λόγω των πολλών επιπτώσεών της σε σωματικές και ψυχικές πτυχές, αλλά χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να αποκαλυφθούν όλες οι πτυχές αυτού του τύπου θεραπείας. Η πνευματικότητα είναι μια

από τις διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής και όταν οι άνθρωποι εισέρχονται στην αίθουσα συμβουλευτικής και θεραπείας, δεν αφήνουν πίσω την πνευματικότητά τους. φέρνουν μαζί τους τις πνευματικές πεποιθήσεις, τις πράξεις, τις εμπειρίες, τις αξίες, τις συνδέσεις τους στις αίθουσες συμβουλευτικής/θεραπείας. Χρησιμοποιώντας πνευματικούς πόρους, οι ασθενείς επιτυγχάνουν μια ισχυρότερη αίσθηση ασφάλειας και η ικανότητά τους να προσαρμοστούν στα προβλήματα αυξάνεται πιο αποτελεσματικά. Λαμβάνοντας υπόψη τα μεγάλα αποτελέσματα της πνευματικής θεραπείας στις ψυχικές διαστάσεις (ευτυχία, ανακούφιση από κατάθλιψη και μοναξιά) των ηλικιωμένων και της ισχυρής σχέσης μεταξύ νου και σώματος, η πνευματική θεραπεία μπορεί να προσφέρει τη βάση για τη θεραπεία πολλών σωματικών και ψυχικών ασθενειών στους ηλικιωμένους. Η πνευματική θεραπεία μπορεί να δημιουργήσει στους ηλικιωμένους αισθήματα αυτοπεποίθησης και ικανοποίησης από τη ζωή και να προσδώσει στη ζωή τους νόημα. Συνιστάται οι υπάλληλοι, οι γηριατρικοί νοσηλευτές και όλοι οι ειδικοί που βρίσκονται σε επαφή με ηλικιωμένους να χρησιμοποιούν πνευματική θεραπεία, ειδικά σε ομαδικές συνεδρίες.

7. BMC geriatrics 19 (2019): 1-14

Effects of physical activity and exercise on the cognitive function of patients with Alzheimer disease: a meta-analysis.

Jia, R. X., Liang, J. H., Xu, Y., & Wang, Y. Q.

Abstract

Background

Alzheimer's disease (AD), as the most common cause of dementia, brings huge economic burden for patients and social health care systems, which motivates researchers to study multiple protective factors, among which physical activity and exercise have been proven to be both effective and economically feasible.

Methods

A systematic literature search was performed for eligible studies published up to November 1st 2018 on three international databases (PubMed, Cochrane Library, and Embase) and two Chinese databases (Wanfang Data, China National Knowledge

Infrastructure). All analyses were conducted using Stata 14.0. Due to heterogeneity between studies, a random-effects model was used for this meta-analysis. Meta-analysis was used to explore if physical activity and exercise can exert positive effects on cognition of elderly with AD and subgroup analyses were conducted to find out if there are dose-response effects.

Results

A total of 13 randomized controlled trials were included with a sample size of 673 subjects diagnosed with AD. Intervention groups showed a statistically significant improvement in cognition of included subjects measured by the MMSE score (SMD = 1.12 CI:0.66~1.59) compared to the control groups. Subgroup analyses showed different amounts of physical activity and exercise can generate different effects.

Conclusions

As one of few meta-analyses comparing different quantities of physical activity and exercise interventions for AD in details, our study suggests that physical activity and exercise can improve cognition of older adults with AD. While the concomitant effects on cognition functions of high frequency interventions was not greater than that of low frequency interventions, the threshold remains to be settled. However, more RCTs with rigorous study design are needed to support our findings.

Περίληψη – Σκοπός

Η νόσος Alzheimer (AD), ως η πιο κοινή αιτία άνοιας, επιφέρει τεράστια οικονομική επιβάρυνση για τους ασθενείς και τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, γεγονός που παρακινεί τους ερευνητές να μελετήσουν πολλούς προστατευτικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η σωματική δραστηριότητα και η άσκηση οι οποίες έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και οικονομικά εφικτές.

Μέθοδοι

Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση βιβλιογραφίας για μελέτες που δημοσιεύθηκαν έως την 1η Νοεμβρίου 2018 σε τρεις διεθνείς βάσεις δεδομένων (PubMed, Cochrane Library και Embase) και δύο κινεζικές βάσεις δεδομένων (Wanfang Data, China National Knowledge Infrastructure). Όλες οι αναλύσεις

διεξήχθησαν χρησιμοποιώντας Stata 14.0. Λόγω της ετερογένειας μεταξύ των μελετών, χρησιμοποιήθηκε ένα μοντέλο τυχαίων μεταβλητών για τη μετα-ανάλυση. Η μετα-ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί εάν η σωματική δραστηριότητα και η άσκηση μπορούν να επιφέρουν θετικά αποτελέσματα στη γνωστική λειτουργία των ηλικιωμένων με AD και οι αναλύσεις υποομάδας διεξήχθησαν για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν επιδράσεις στη δόση - απόκριση.

Αποτελέσματα

Συνολικά συμπεριλήφθηκαν 13 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές με μέγεθος δείγματος 673 ατόμων με διάγνωση AD. Οι ομάδες παρέμβασης έδειξαν μια στατιστικά σημαντική βελτίωση στη γνωστική λειτουργία των συμμετεχόντων που μετρήθηκαν με τη βαθμολογία MMSE (SMD = 1,12 CI:0,66~1,59) σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Οι αναλύσεις υποομάδων έδειξαν ότι οι διαφορετικές ποσότητες σωματικής δραστηριότητας και η άσκηση μπορεί να δημιουργήσει διαφορετικά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα

Ως μία από τις λίγες μετα-αναλύσεις που συγκρίνουν λεπτομερώς διαφορετικές εντάσεις σωματικής δραστηριότητας και παρεμβάσεων άσκησης για AD, η μελέτη μας προτείνει ότι η σωματική δραστηριότητα και η άσκηση μπορούν να βελτιώσουν τη γνωστική λειτουργία των ηλικιωμένων ενηλίκων με AD. Ενώ οι συνακόλουθες επιδράσεις στις γνωστικές λειτουργίες των παρεμβάσεων υψηλής συχνότητας δεν ήταν μεγαλύτερες από αυτές των παρεμβάσεων χαμηλής συχνότητας, το όριο πρέπει να διευθετηθεί. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερες RCT με αυστηρό σχεδιασμό μελέτης για να υποστηρίξουν τα ευρήματά μας.

8. Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research 24 (2018): 1604.

Determinants of quality of life and the need for support for the elderly with good physical and mental functioning.

Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugała, M., Stanisławska, J., & Wieczorowska-Tobis, K.

Abstract

Background

The ageing of population is the reason that there are various strategies developed to help seniors acquire greater independence and a better quality of life. The aim of this study was to explore the relationship between the elderly people's need for assistance and assessed quality of life.

Methods

The study included 100 participants who were members of a Seniors Club in Poznań, Poland. The cross-sectional study utilized the following instruments: Abbreviated Mental Test Score (AMTS), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), EASY-Care Standard 2010 questionnaire, (WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) questionnaire.

Results

Members of the Seniors' Club showed good functional condition. In the AMTS test, they scored near maximum values (average 9.39 ± 0.77 points), somewhat poorer results were found in the IADL scale (average 20.92 ± 3.96 points). In the EASY-Care questionnaire, the study participants usually required partial support in the following areas: Mental health and well-being (59%), Staying healthy (29%), Getting around (22%), and Seeing, hearing and communicating (22%). The average score on Independence was 13.13 ± 18.51 , The risk of breakdown in care scale was 4.39 ± 3.21 . The risk of falls affected 21 participants (21%). Quality of life study using WHOQOL-BREF questionnaire found that the highest scores were achieved in Psychological and Environment domains, and the lowest score in the Physical health domain.

Conclusions

Quality of life as well as level of independence, risk of falls, and need for 24-hour care were significantly affected by the following factors: urinary incontinence, difficulties in mobility outside the home, despondency, and forgetfulness.

Περίληψη – Σκοπός

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ο λόγος που αναπτύσσονται διάφορες στρατηγικές για να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να αποκτήσουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία και

καλύτερη ποιότητα ζωής. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της ανάγκης των ηλικιωμένων για βοήθεια και της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής.

Μέθοδοι

Η μελέτη περιλάμβανε 100 συμμετέχοντες που ήταν μέλη μιας Λέσχης Ηλικιωμένων στο Πόζναν της Πολωνίας. Η διατομεακή μελέτη χρησιμοποίησε τα ακόλουθα εργαλεία: Abbreviated Mental Test Score (AMTS), Instrumental Activities of Daily Living (IADL), ερωτηματολόγιο EASY-Care Standard 2010, (WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) ερωτηματολόγιο.

Αποτελέσματα

Τα μέλη του Seniors' Club έδειξαν καλή λειτουργική κατάσταση. Στο τεστ AMTS σημείωσαν σχεδόν μέγιστες τιμές (μέσος όρος $9,39 \pm 0,77$ μονάδες), κάπως μικρότερα αποτελέσματα βρέθηκαν στην κλίμακα IADL (μέσος όρος $20,92 \pm 3,96$ μονάδες). Στο ερωτηματολόγιο EASY-Care, οι συμμετέχοντες στη μελέτη χρειάζονταν συνήθως μερική υποστήριξη στους ακόλουθους τομείς: Ψυχική υγεία και ευεξία (59%), διατήρηση υγείας (29%), μετακίνηση (22%) και όραση, ακοή και επικοινωνία (22%). Η μέση βαθμολογία στην ανεξαρτησία ήταν $13,13 \pm 18,51$, ο κίνδυνος κατάρρευσης στην κλίμακα φροντίδας ήταν $4,39 \pm 3,21$. Ο κίνδυνος πτώσεων επηρέασε 21 συμμετέχοντες (21%). Η μελέτη ποιότητας ζωής χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF διαπίστωσε ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες επιτεύχθηκαν στους τομείς της Ψυχολογίας και του Περιβάλλοντος και η χαμηλότερη βαθμολογία στον τομέα της Φυσικής Υγείας.

Συμπεράσματα

Η ποιότητα ζωής καθώς και το επίπεδο ανεξαρτησίας, ο κίνδυνος πτώσεων και η ανάγκη για 24ωρη φροντίδα επηρεάστηκαν σημαντικά από τους ακόλουθους παράγοντες: ακράτεια ούρων, δυσκολίες στην κινητικότητα έξω από το σπίτι, απόγνωση και λήθη.

9. Yeungnam University Journal of Medicine 35.2 (2018): 205-212.

Association of head circumference with cognitive decline and symptoms of depression in elderly: a 3-year prospective study.

Kwon, O. D., Choi, S. Y., & Bae, J.

Abstract

Background

Brain volume is associated with dementia and depression in the elderly. An easy way to predict relative brain volume is to measure head circumference. In this study, we investigated the relationship between head circumference and cognition as well as depression in a non-demented elderly community.

Methods

Baseline and follow-up surveys were conducted in 2007 and 2010. At baseline, community residents aged 65 years or over (n=382) within a rural area of South Korea were screened for dementia and symptoms of depression and were followed using the same screening battery after 3 years (n=279). Data from anthropometric measurements (head circumference, height, and body weight), demographics, and blood tests were gathered. Neuropsychological tests, including the Korean version of mini-mental state examination (K-MMSE), clinical dementia rating (CDR) including the CDR-sum of boxes, the Korean version of instrumental activities of daily living, and geriatric depression scale (GDS), were performed. None of the 279 subjects followed were demented.

Results

Baseline performance on the K-MMSE and GDS was poorer for participants with smaller head circumferences. Follow-up performance on the MMSE was also poorer for participants with smaller head circumferences. Interestingly, participants with smaller head circumference showed worse GDS scores at baseline but on follow-up examination, participants with larger head circumference showed rapid worsening than those with smaller head circumference with marginal significance by ANOVA test. In regression coefficient analysis, GDS decline showed significant difference.

Conclusion

Head circumference was not associated with cognitive change but was associated with symptoms of depression in non-demented community residents.

Περίληψη – Σκοπός

Ο όγκος του εγκεφάλου σχετίζεται με την άνοια και την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Ένας εύκολος τρόπος για να προβλέψετε τον σχετικό όγκο του εγκεφάλου είναι να μετρήσετε την περιφέρεια του κεφαλιού. Σε αυτή τη μελέτη, διερευνήσαμε τη σχέση μεταξύ της περιφέρειας κεφαλιού και της γνωστικής λειτουργίας καθώς και της κατάθλιψης σε μια κοινότητα ηλικιωμένων χωρίς άνοια.

Μέθοδοι

Έρευνες έναρξης και παρακολούθησης διεξήχθησαν το 2007 και το 2010. Στην αρχή, κάτοικοι της κοινότητας ηλικίας 65 ετών και άνω ($n=382$) σε αγροτική περιοχή της Νότιας Κορέας εξετάστηκαν για άνοια και συμπτώματα κατάθλιψης και παρακολούθηθηκαν χρησιμοποιώντας τις ίδιες δοκιμασίες μετά από 3 χρόνια ($n=279$). Συλλέχθηκαν δεδομένα από ανθρωπομετρικές μετρήσεις (περιφέρεια κεφαλής, ύψος και βάρος σώματος), δημογραφικά στοιχεία και εξετάσεις αίματος. Πραγματοποιήθηκαν νευροψυχολογικά τεστ, συμπεριλαμβανομένης της κορεατικής έκδοσης της εξέτασης ελάχιστης νοητικής κατάστασης (K-MMSE), της αξιολόγησης κλινικής άνοιας (CDR) και του CDR-sum, της κορεατικής έκδοσης των οργανικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και της κλίμακας γηριατρικής κατάθλιψης (GDS). Κανένα από τα 279 άτομα που παρακολούθηθηκαν δεν είχε άνοια.

Αποτελέσματα

Η βασική απόδοση στο K-MMSE και στο GDS ήταν χειρότερη για τους συμμετέχοντες με μικρότερες περιφέρειες κεφαλής. Η απόδοση παρακολούθησης στο MMSE ήταν επίσης χαμηλότερη για συμμετέχοντες με μικρότερη περιφέρεια κεφαλής. Είναι ενδιαφέρον ότι οι συμμετέχοντες με μικρότερη περιφέρεια κεφαλής εμφάνισαν χειρότερες βαθμολογίες GDS κατά την έναρξη, αλλά στη διάρκεια της εξέτασης, οι συμμετέχοντες με μεγαλύτερη περιφέρεια κεφαλής εμφάνισαν ταχεία επιδείνωση σε σχέση με εκείνους που είχαν μικρότερη περιφέρεια κεφαλής. Στην ανάλυση του συντελεστή παλινδρόμησης, η πτώση του GDS έδειξε σημαντική διαφορά.

Συμπεράσματα

Η περιφέρεια του κεφαλιού δεν συσχετίστηκε με γνωστικές αλλαγές, αλλά συσχετίστηκε με συμπτώματα κατάθλιψης σε κατοίκους της κοινότητας που δεν παρουσιάζουν άνοια.

10. International Journal of Environmental Research and Public Health 18.23 (2021): 12618.

The Influence of Emotional Health on the Activity Characteristics of the Elderly and the Selection of Environmental Quality Factors in Residential Areas

Zhong, W., Suo, J., Ren, X., & Li, G.

Abstract

Background

The environment in urban residential areas is the main field of daily activity for the elderly. Environmental renewal has played a significant role in improving residents' quality of life and promoting physical and mental health. However, there is a general tendency that more attention has been focused on the environment during environmental renewal but not the residents. There is a continued lack of discussion on the emotional status of the elderly and its impact on outdoor activities.

Methods

The research data collection began in April 2021 and sampled four administrative locations in Dalian. As Dalian includes hilly landforms, in order to more comprehensively reflect the impact of the residential environment on the elderly, the study selected four distinct topographic environmental areas. Through measurement and observation, a total of 98 spaces between residential buildings were defined and categorized into four types: flat land in rows, flat land enclosed, sloped, and mountainous. Using typological methods, we subdivided the four types of residential environments studied into the 18 typical types with the highest proportions. Elderly residents over 60 years old who have lived in the study area for more than half a year and who could understand the questionnaire and provide responses were randomly selected. The purpose was introduced to the respondents during the survey, followed

by simple questions about their age and residence time to determine whether they were eligible to participate. The survey interview was undertaken anonymously, with oral, informed consent obtained from each participant before commencing the study. Based on this investigation, a hierarchical linear model (HLM) has been constructed to reveal the influence of the emotional status of elderly persons on their activity characteristics and the selection of environmental quality factors.

Results

The results show that the distribution of older people with different emotional statuses varies among different residential types. The proportion of positive emotion is relatively high in the flat land in rows category, and the activity characteristics are significantly different under different emotional statuses. Among the four kinds of residential environments, which are (flat land in rows, flat land enclosed, slope, and mountainous) the environmental quality factors that have the highest impact on the emotional status of the elderly are greening quality (0.395), acoustic environment (0.167), environmental cleanliness (0.269), and greening quality (0.230), respectively. In the mountainous type, the impact of environmental quality factors on the emotional status of the elderly is the highest (39.7%), and the impact contributions of the other three environmental types are 23.3%, 8.9% and 20.1%, respectively. These research results provide helpful guidance for the scientific community about practical implementation of residential environmental renewal for the elderly.

Conclusions

The current study analysed the emotional status of the elderly after the renewal of a low-standard residential environment in China. The aim was to explore the relationship between the emotional status of the elderly in different types of residential environments and their choice of activity characteristics and environmental quality factors. By constructing a hierarchical linear model, this investigation analysed the influence and contribution of the emotional status of elderly residents to different dimensions of variables, and the effectiveness and reliability of the model were fully validated. The innovative conclusions are as follows:

Firstly, the level of positive emotion in the elderly living in the flat land in rows type of accommodation is significantly higher than that of the elderly living in the other three types. The activity frequency, duration and type of activities undertaken by the elderly

experiencing a positive emotional state is higher than for those in the negative emotional states. From the perspective of residence types, the activity types of the elderly in flat residences are more abundant than those in sloping and mountainous-type residences. Among the four residential environments, the environmental quality factors with the highest effect on the emotional status of the elderly are greening quality (0.395), acoustic environment (0.167), environmental cleanliness (0.269) and greening quality (0.230). Finally, the study found that among the Mountainous residential cohort, emotional status had the highest contribution to selecting environmental quality factors (39.7%). The contributions of the other three environments were 23.3%, 8.9% and 20.1%, respectively.

Περίληψη – Σκοπός

Το περιβάλλον στις αστικές κατοικημένες περιοχές είναι το κύριο πεδίο καθημερινής δραστηριότητας για τους ηλικιωμένους. Η περιβαλλοντική ανανέωση έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων και στην προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας. Ωστόσο, υπάρχει μια γενική τάση να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στο περιβάλλον κατά την περιβαλλοντική ανανέωση και όχι στους κατοίκους. Υπάρχει συνεχής έλλειψη συζήτησης για τη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων και τον αντίκτυπό της στις υπαίθριες δραστηριότητες.

Μέθοδοι

Η συλλογή ερευνητικών δεδομένων και η δειγματοληψία τεσσάρων διοικητικών τοποθεσιών στο Dalian ξεκίνησε τον Απρίλιο του 2021. Καθώς το Dalian περιλαμβάνει λοφώδεις εδαφικές μορφές, προκειμένου να αντικατοπτρίζει πιο ολοκληρωμένα τον αντίκτυπο του οικιστικού περιβάλλοντος στους ηλικιωμένους, η μελέτη επέλεξε τέσσερις διακριτές τοπογραφικές περιβαλλοντικές περιοχές. Μέσω μέτρησης και παρατήρησης, ορίστηκαν συνολικά 98 χώροι μεταξύ αστικών κατοικιών και κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις μορφολογικούς τύπους. Χρησιμοποιώντας τυπολογικές μεθόδους, υποδιαιρέσαμε τους τέσσερις τύπους οικιστικών περιβαλλόντων που μελετήθηκαν στους 18 τυπικούς τύπους με τις υψηλότερες αναλογίες. Επιλέχθηκαν τυχαία ηλικιωμένοι κάτοικοι άνω των 60 ετών που ζούσαν στην περιοχή μελέτης για περισσότερο από μισό χρόνο και μπορούσαν να κατανοήσουν το ερωτηματολόγιο και να δώσουν απαντήσεις. Ο σκοπός κοινοποιήθηκε στους ερωτηθέντες κατά τη διάρκεια της έρευνας, και ακολούθησαν απλές ερωτήσεις

σχετικά με την ηλικία και τον χρόνο διαμονής τους για να καθοριστεί εάν ήταν κατάλληλοι να συμμετάσχουν. Η συνέντευξη πραγματοποιήθηκε ανώνυμα, με προφορική, ενημερωτική συγκατάθεση που ελήφθη από κάθε συμμετέχοντα πριν από την έναρξη της μελέτης. Με βάση αυτή την έρευνα, το ιεραρχικό γραμμικό μοντέλο (HLM) που δημιουργήθηκε αποκάλυψε την επίδραση της συναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων στα χαρακτηριστικά της δραστηριότητάς τους και στην επιλογή των παραγόντων ποιότητας του περιβάλλοντος.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η κατανομή των ηλικιωμένων ατόμων με διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις ποικίλλει μεταξύ των διαφορετικών τύπων κατοικίας. Το ποσοστό των θετικών συναισθημάτων είναι σχετικά υψηλό στην κατηγορία των πεδινών περιοχών και τα χαρακτηριστικά δραστηριότητας είναι σημαντικά διαφορετικά κάτω από διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις. Μεταξύ των τεσσάρων ειδών οικιστικών περιβαλλόντων, οι παράγοντες ποιότητας του περιβάλλοντος που έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι η ποιότητα πρασίνου (0,395), το ακουστικό περιβάλλον (0,167), η περιβαλλοντική καθαριότητα (0,269) και η ύπαρξη πρασίνου (0,230), αντίστοιχα. Στις ορεινές περιοχές, η επίδραση των παραγόντων ποιότητας του περιβάλλοντος στη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι η υψηλότερη (39,7%) και οι συνεισφορές των άλλων τριών περιβαλλοντικών τύπων είναι 23,3%, 8,9% και 20,1% αντίστοιχα. Αυτά τα ερευνητικά αποτελέσματα είναι χρήσιμα για την επιστημονική κοινότητα ώστε να εφαρμοστεί μία αστικής περιβαλλοντικής ανανέωσης για τους ηλικιωμένους.

Συμπεράσματα

Η τρέχουσα μελέτη ανέλυσε τη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων μετά την ανανέωση ενός οικιστικού περιβάλλοντος χαμηλών προδιαγραφών στην Κίνα. Ο στόχος ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της συναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων σε διαφορετικούς τύπους οικιστικών περιβαλλόντων και της επιλογής των χαρακτηριστικών δραστηριότητας και των παραγόντων ποιότητας του περιβάλλοντος. Κατασκευάζοντας ένα ιεραρχικό γραμμικό μοντέλο, αυτή η έρευνα ανέλυσε την επίδραση και τη συμβολή της συναισθηματικής κατάστασης των ηλικιωμένων κατοίκων σε διαφορετικές μεταβλητές και η αποτελεσματικότητα και η

αξιοπιστία του μοντέλου επικυρώθηκαν πλήρως. Τα καινοτόμα συμπεράσματα είναι τα εξής:

Πρώτον, το επίπεδο θετικών συναισθημάτων στους ηλικιωμένους που ζουν σε πεδινές περιοχές είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό των ηλικιωμένων που ζουν στους άλλους τρεις τύπους. Η συχνότητα δραστηριότητας, η διάρκεια και το είδος των δραστηριοτήτων που επιλέγουν οι ηλικιωμένοι που βιώνουν μια θετική συναισθηματική κατάσταση είναι υψηλότερες σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται σε αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις.

Από την άποψη των τύπων κατοικιών, οι τύποι δραστηριότητας των ηλικιωμένων σε επίπεδες κατοικίες είναι πιο άφθονες από εκείνους στις επικλινείς και ορεινές κατοικίες. Μεταξύ των τεσσάρων οικιστικών περιβαλλόντων, οι παράγοντες περιβαλλοντικής ποιότητας με τη μεγαλύτερη επίδραση στη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι η ποιότητα πρασίνου (0,395), το ακουστικό περιβάλλον (0,167), η περιβαλλοντική καθαριότητα (0,269) και η ποιότητα πρασίνου (0,230).

Τέλος, η μελέτη διαπίστωσε ότι μεταξύ της ορεινής οικιστικής κοόρτης, η συναισθηματική κατάσταση είχε την υψηλότερη συμβολή στην επιλογή των παραγόντων ποιότητας του περιβάλλοντος (39,7%). Οι συνεισφορές των άλλων τριών περιβαλλόντων ήταν 23,3%, 8,9% και 20,1%, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα

Έχει διαπιστωθεί ότι η πληθυσμιακή γήρανση έχει μεγάλες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Η παγκόσμια επιστημονική κοινότητα έχει κάνει σημαντικές έρευνες σχετικά με τα προβλήματα που συνοδεύουν την τρίτη ηλικία, ώστε να κατανοηθούν οι μηχανισμοί και να εξευρεθούν τρόποι για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Οι παραπάνω επιστημονικές μελέτες ανέδειξαν καταρχήν πόσο ευεργετική για τη ψυχική υγεία είναι η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των ατόμων με άνοια. Αυτή η βελτίωση μπορεί να επιτευχθεί μέσω του σεβασμού στις ανάγκες, την ιδιαιτερότητα και την προσωπικότητα του ασθενούς και μέσω της σωστής αλληλεπίδρασης. Επιπροσθέτως, η μοναξιά στα νοσηλευτικά

ιδρύματα και τους οίκους ευγηρίας μπορεί να κλιμακωθεί τόσο ώστε να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Θα πρέπει να εστιάσουμε στην πολυεπίπεδη υποστήριξή τους, που περιλαμβάνει τη ψυχολογική, τη συναισθηματική, την πρακτική και φυσικά τη φαρμακευτική υποστήριξη.

Έρευνες έδειξαν μια στενή συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της καταθλιπτικής διάθεσης στους ηλικιωμένους. Η νόσος Alzheimer, επίσης, επηρεάζει βαθιά τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Στην προσπάθεια έγκαιρης διάγνωσης χρησιμοποιούνται κατάλληλα επιστημονικά εργαλεία, όπως ερωτηματολόγια και προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου. Μετά από την ανίχνευση, σημαντικό ρόλο παίζει η αποτελεσματική διαχείριση των συναισθηματικών και γνωστικών συμπτωμάτων. Πέρα από τις κλασσικές πρακτικές προτείνεται η πνευματική θεραπεία που μπορεί να δημιουργήσει στους ηλικιωμένους αισθήματα αυτοπεποίθησης και ικανοποίησης από τη ζωή και να προσδώσει στη ζωή τους νόημα.

Τα επίπεδα θετικών συναισθημάτων στους ηλικιωμένους μεταβάλλονται ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν και τη μορφολογία του περιβάλλοντος. Η συσχέτιση της ποιότητας ζωής με το περιβάλλον στο οποίο κατοικούν οι ηλικιωμένοι ανέδειξε μια μεγάλη ανάγκη για ανανέωση των οικισμών χαμηλών προδιαγραφών και προσαρμογής των κατοικιών στις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών. Η άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και η επαναφορά του επιπέδου λειτουργικότητας συμβάλλουν στην αποφυγή της νοητικής πτώσης.

Η ποιότητα ζωής, επίσης, σχετίζεται άμεσα με το επίπεδο της ανεξαρτησίας των ασθενών και συγκεκριμένα έχει καταγραφεί ότι επηρεάζεται σημαντικά από τους ακόλουθους παράγοντες: ακράτεια ούρων, δυσκολίες στην κινητικότητα έξω από το σπίτι, απόγνωση και λήθη. Για τον περιορισμό του κινδύνου πτώσεων και την αύξηση του βαθμού ανεξαρτησίας προτείνεται η σωματική δραστηριότητα και η άσκηση, οι οποίες έχουν αποδειχθεί ταυτόχρονα αποτελεσματικές και οικονομικά εφικτές.

Τέλος, έπειτα από μετρήσεις του ανθρώπινου σώματος και κυρίως του εγκεφάλου, διαπιστώθηκε ότι η περιφέρεια του κεφαλιού δεν συσχετίζεται άμεσα με γνωστικές αλλαγές, αλλά συσχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης σε άτομα τα οποία δεν παρουσιάζουν άνοια.

Βιβλιογραφία

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association
- Anderson ND. State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS Spectr.* (2019) 24:78–87. 10.1017/S1092852918001347
- Armstrong, R. A. (2019). Risk factors for Alzheimer's disease. *Folia neuropathologica*, 57(2), 87-105.
- Arnow, B. A., & Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of clinical psychology*, 59(8), 893-905.
- Assal F, History of Dementia, 2019, *Frontiers of Neurology and Neuroscience* 44:118-126 In
- Baker, D. J., & Petersen, R. C. (2018). Cellular senescence in brain aging and neurodegenerative diseases: evidence and perspectives. *The Journal of clinical investigation*, 128(4), 1208-1216.
- Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, Garry PJ, Lindeman RD. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *American Journal of Epidemiology*. 1998;147(8):755-763
- Beck A. T., & Steer, R. (1987). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, Tex Psychological Corporation.
- Becker, E. (1997). *The denial of death* Free Press. New York.
- Bekemeier, B., Kuehnert, P., Zahner, S. J., Johnson, K. H., Kaneshiro, J., & Swider, S. M. (2021). A critical gap: Advanced practice nurses focused on the public's health. *Nursing Outlook*, 69(5), 865-874.
- Bernardes de Jesus, B., Vera, E., Schneeberger, K., Tejera, A. M., Ayuso, E., Bosch, F., & Blasco, M. A. (2012). Telomerase gene therapy in adult and old mice delays aging and increases longevity without increasing cancer. *EMBO molecular medicine*, 4(8), 691-704.
- Besdine RW, Wu D. Aging of the human nervous system: What do we know? *Medicine and Health Rhode Island*. 2008;91(5):161
- Bilyk, J. (2013). Tips for nurses working with elderly patients, nurse.com

- Birren, J. E. (1988). A contribution to the theory of psychology of aging as a counterpart of development. In J. E. Birren & V. L. Bengtson (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 153-176). New York: Springer.
- Birrer, R. B., & Vemuri, S. P. (2004). Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *American family physician*, 69(10), 2375-2382.
- Boyce JM, Shone GR. Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate Medical Journal*. 2006;82(966):239-241
- Brier M R, Thomas J B, Snyder A Z. et al. Unrecognized preclinical Alzheimer disease confounds rs-fcMRI studies of normal aging. *Neurology*. 2014;83(18):1613–1619.
- Cabeza R, Moscovitch M. Memory systems, processing modes, and components: Functional neuroimaging evidence. *Perspectives on Psychological Science*. 2013;8(1):49-55
- Campisi, J., Kapahi, P., Lithgow, G. J., Melov, S., Newman, J. C., & Verdin, E. (2019). From discoveries in ageing research to therapeutics for healthy ageing. *Nature*, 571(7764), 183-192.
- Carpenter MG, Adkin AL, Brawley LR, Frank JS. Postural, physiological and psychological reactions to challenging balance: Does age make a difference? *Age and Ageing*. 2006;35(3):298-303
- Chen, D., & Kerr, C. (2019). The epigenetics of stem cell aging comes of age. *Trends in cell biology*, 29(7), 563-568.
- Chertkow, H., Feldman, H. H., Jacova, C., & Massoud, F. (2013). Definitions of dementia and predementia states in Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment: consensus from the Canadian conference on diagnosis of dementia. *Alzheimer's research & therapy*, 5(1), 1-8.
- Cox, D., & D'Oyley, H. (2011). Cognitive-behavioral therapy with older adults. *British Columbia Medical Journal*, 53(7), 348-352.
- Cunningham E, McGuinness B, Herron B, and Passmore A, *Dementia*, , *Ulster Med J*. 2015 May; 84(2): 79–87
- De Magalhães, J. P., Stevens, M., & Thornton, D. (2017). The business of anti-aging science. *Trends in biotechnology*, 35(11), 1062-1073.
- Dennis E L, Thompson P M. Functional brain connectivity using fMRI in aging and Alzheimer's disease. *Neuropsychol Rev*. 2014;24(1):49–62.

- Di Daniele, N., Noce, A., Vidiri, M. F., Moriconi, E., Marrone, G., Annicchiarico-Petruzzelli, M., ... & De Lorenzo, A. (2017). Impact of Mediterranean diet on metabolic syndrome, cancer and longevity. *Oncotarget*, 8(5), 8947.
- Doty RL, Shaman P, Applebaum SL, Giberson R, Siksorski L, Rosenberg L. Smell identification ability: Changes with age. *Science*. 1984;226:1441-1443
- Duren DL, Sherwood RJ, Czerwinski SA, Lee M, Choh AC, Siervogel RM, Chumlea WC. Body composition methods: Comparisons and interpretation. *Journal of Diabetes Science and Technology*. 2008;2(6):1139-1146
- Esopenko C, Levine B. Aging, neurodegenerative disease, and traumatic brain injury: The role of neuroimaging. *Journal of Neurotrauma*. 2015;32(4):209-220
- Faulkner JA, Larkin LM, Claflin DR, Brooks SV. Age-related changes in the structure and function of skeletal muscles. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*. 2007;34(11):1091-1096
- Fell J, Williams AD. The effect of aging on skeletal-muscle recovery from exercise: Possible implications for aging athletes. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2008;16(1):97
- Ferraro FR, Muehlenkamp JJ, Paintner A, Wasson K, Hager T, Hoverson F. Aging, body image, and body shape. *The Journal of General Psychology*. 2008;135(4):379-392
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, Vol5, 363–389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Foo, M. X. R., Ong, P. F., & Dreesen, O. (2019). Premature aging syndromes: From patients to mechanism. *Journal of Dermatological Science*, 96(2), 58-65.
- Gaines AD. Anosmia and hyposmia. In: *Allergy and Asthma Proceedings*. OceanSide Publications, Inc.; 2010 May;31(3):185-189
- Gheysen et al, 2018. Physical activity to improve cognition in older adults: can physical activity programs enriched with cognitive challenges enhance the effects? A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity* 15(1):63
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 29, pp. 61-139). Academic Press.

- Greve KW, Bianchini KJ, Mathias CW, Houston RJ, Crouch JA. Detecting malingered performance on the Wechsler adult intelligence scale: Validation of Mittenberg's approach in traumatic brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2003;18(3):245-260
- Gruber, H. J., Semeraro, M. D., Renner, W., & Herrmann, M. (2021). Telomeres and age-related diseases. *Biomedicines*, 9(10), 1335.
- Harada CN, Love MCN, Triebel KL. Normal cognitive aging. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2013;29(4):737-752
- Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (pp. 299–320). New York: Atherton Press
- Hernandez-Segura, A., Brandenburg, S., & Demaria, M. (2018). Induction and validation of cellular senescence in primary human cells. *JoVE (Journal of Visualized Experiments)*, (136), e57782.
- Hou, Y., Dan, X., Babbar, M., Wei, Y., Hasselbalch, S. G., Croteau, D. L., & Bohr, V. A. (2019). Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nature Reviews Neurology*, 15(10), 565-581.
- Hugo J, Ganguli M, Dementia and Cognitive Impairment: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment , *Clin Geriatr Med*. 2014 Aug; 30(3): 421–442
- Iaccarino, L., Sala, A., Caminiti, S. P., & Perani, D. (2017). The emerging role of PET imaging in dementia. *F1000Research*, 6.
- Imoscopi A, Inelmen EM, Sergi G, Miotto F, Manzato E. Taste loss in the elderly: Epidemiology, causes and consequences. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2012;24(6):570-579
- Jiang Y, Zhang Y, Jin M, Gu Z, Pei Y, Meng P. Aged-related changes in body composition and association between body composition with bone mass density by body mass index in Chinese Han men over 50-year-old. *PLoS One*. 2015;10(6):e0130400
- Kane, A. E., & Sinclair, D. A. (2019). Epigenetic changes during aging and their reprogramming potential. *Critical reviews in biochemistry and molecular biology*, 54(1), 61-83.
- Kantarjian, H. M., Thomas, X. G., Dmoszynska, A., Wierzbowska, A., Mazur, G., Mayer, J., ... & Arthur, C. (2012). Multicenter, randomized, open-label, phase III trial of decitabine versus patient choice, with physician advice, of either supportive

care or low-dose cytarabine for the treatment of older patients with newly diagnosed acute myeloid leukemia. *Journal of clinical oncology*, 30(21), 2670.

- Kauppila, J. H., Bonekamp, N. A., Mourier, A., Isokallio, M. A., Just, A., Kauppila, T. E., ... & Larsson, N. G. (2018). Base-excision repair deficiency alone or combined with increased oxidative stress does not increase mtDNA point mutations in mice. *Nucleic Acids Research*, 46(13), 6642-6669.
- Kernisan, L. (2014). *Better Health While Aging*
- Keshavan A, Pannee J, Karikari T et al., Population-based blood screening for preclinical Alzheimer's disease in a British birth cohort at age 70, *Brain*, 2021 Mar 3;144(2):434-449
- Khullar S, Babbar R. Presbycusis and auditory brainstem responses: A review. *Asian Pacific Journal of Tropical Disease*. 2011;1(2):150-157
- Klein, D. N., & Santiago, N. J. (2003). Dysthymia and chronic depression: introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of clinical psychology*, 59(8), 807-816.
- Knopman, D. S., DeKosky, S. T., Cummings, J. L., Chui, H., Corey-Bloom, J., Relkin, N., ... & Stevens, J. C. (2001). Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9), 1143-1153.
- Kubben, N., & Misteli, T. (2017). Shared molecular and cellular mechanisms of premature ageing and ageing-associated diseases. *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, 18(10), 595-609.
- Lavan AH, Gallagher P. Predicting risk of adverse drug reactions in older adults. *Ther Adv Drug Saf*. 2016 Feb;7(1):11-22. doi: 10.1177/2042098615615472. PMID: 26834959; PMCID: PMC4716390.
- Lifton, R. J. (1996). *The broken connection: On death and the continuity of life*. American Psychiatric Pub.
- López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M., & Kroemer, G. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194-1217.
- Macaluso A, De Vito G. Muscle strength, power and adaptations to resistance training in older people. *European Journal of Applied Physiology*. 2004;91(4):450-472

- Madden D J, Spaniol J, Costello M C. et al. Cerebral white matter integrity mediates adult age differences in cognitive performance. *J Cogn Neurosci*. 2009;21(2):289–302.
- Maierhofer, A., Flunkert, J., Oshima, J., Martin, G. M., Poot, M., Nanda, I., ... & Haaf, T. (2019). Epigenetic signatures of Werner syndrome occur early in life and are distinct from normal epigenetic aging processes. *Aging cell*, 18(5), e12995.
- Mayeux R, Stern Y. Epidemiology of Alzheimer disease. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*. 2012;2(8):a006239
- McGowen J, Raisz L, Noonan A, Elderkin A. Bone health and osteoporosis: A report of the surgeon general. *US Dep. Health Hum. Serv*; 2004. pp. 69–87
- McHugh, D., and Gil, J. (2018). Senescence and Aging: Causes, Consequences, and Therapeutic Avenues. *J. Cel Biol*
- McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan E. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group. *Neurology*. 1985;34:939–944
- McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR, Kawas CH, Klunk WE, Koroshetz WJ, Manly JJ, Mayeux R, Mohs RC. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*. 2011;7(3):263-269
- Mensà, E., Latini, S., Ramini, D., Storci, G., Bonafè, M., & Olivieri, F. (2019). The telomere world and aging: Analytical challenges and future perspectives. *Ageing research reviews*, 50, 27-42.
- Morigi, M., Perico, L., & Benigni, A. (2018). Sirtuins in renal health and disease. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*, 29(7), 1799.
- Morley JE, Baumgartner RN, Roubenoff R, Mayer J, Nair KS. Sarcopenia. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*. 2001;137(4):231-243
- Morley JE, Silver AJ, Miller DK, Rubenstein LZ. The anorexia of the elderly. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1989;575(1):50-59
- Morrison J H, Baxter M G. The ageing cortical synapse: hallmarks and implications for cognitive decline. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(4):240–250.
- Murman, D. L. (2015, August). The impact of age on cognition. In *Seminars in hearing* (Vol. 36, No. 03, pp. 111-121). Thieme Medical Publishers.

- Murphy C, Schubert CR, Cruickshanks KJ, Klein BE, Klein R, Nondahl DM. Prevalence of olfactory impairment in older adults. *JAMA*. 2002;288(18):2307-2312
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2020. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. Washington, DC: The National Academies Press
- Nicolini P, Mari D, Abbate C, Inglese S, Bertagnoli L, Tomasini E, et al.. Autonomic function in amnesic and non-amnesic mild cognitive impairment: spectral heart rate variability analysis provides evidence for a brain-heart axis. *Sci Rep*. (2020) 10:11661. 10.1038/s41598-020-68131-x
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.
- Pannese E. Morphological changes in nerve cells during normal aging. *Brain Struct Funct*. 2011;216(2):85–89.
- Paul, R., Dorsey, J. F., and Fan, Y. (2021). Cell Plasticity, Senescence, and Quiescence in Cancer Stem Cells: Biological and Therapeutic Implications. *Pharmacol. Ther.*
- Peila, R., White, L. R., Petrovich, H., Masaki, K., Ross, G. W., Havlik, R. J., & Launer, L. J. (2001). Joint effect of the APOE gene and midlife systolic blood pressure on late-life cognitive impairment: the Honolulu-Asia aging study. *Stroke*, 32(12), 2882-2889.
- Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Mary Ganguli DG, Gary S, Gronseth DM, et al.. Practice guideline update summary: mild cognitive impairment: report of the guideline development, dissemination, and implementation subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. (2018) 90:126–35
- Ravi, V., Jain, A., Khan, D., Ahamed, F., Mishra, S., Giri, M., ... & Sundaresan, N. R. (2019). SIRT6 transcriptionally regulates global protein synthesis through transcription factor Sp1 independent of its deacetylase activity. *Nucleic Acids Research*, 47(17), 9115-9131.
- Ricciarelli, R., & Fedele, E. (2017). The amyloid cascade hypothesis in Alzheimer's disease: it's time to change our mind. *Current neuropharmacology*, 15(6), 926-935.

- Roberts SB, Rosenberg I. Nutrition and aging: Changes in the regulation of energy metabolism with aging. *Physiological Reviews*. 2006;86(2):651-667
- Rodrigues, R. A. P., Marques, S., Kusumota, L., Santos, E. B. D., Fhon, J. R. D. S., & Fabrício-Wehbe, S. C. C. (2013). Transition of care for the elderly after cerebrovascular accidents-from hospital to the home. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21, 216-224.
- Salat D H, Kaye J A, Janowsky J S. Prefrontal gray and white matter volumes in healthy aging and Alzheimer disease. *Arch Neurol*. 1999;56(3):338–344.
- Salvi SM, Akhtar S, Currie Z. Ageing changes in the eye. *Postgraduate Medical Journal*. 2006;82(971):581-587
- Saretzki, G. (2018). Telomeres, telomerase and ageing. *Biochemistry and Cell Biology of Ageing: Part I Biomedical Science*, 221-308.
- Shay, J. W. (2016). Role of telomeres and telomerase in aging and cancer. *Cancer discovery*, 6(6), 584-593.
- Sinding C, Puschmann L, Hummel T. Is the age-related loss in olfactory sensitivity similar for light and heavy molecules? In: *Chemical Senses*. 2014. p. bju004
- Steffener J, Brickman A M, Habeck C G, Salthouse T A, Stern Y. Cerebral blood flow and gray matter volume covariance patterns of cognition in aging. *Hum Brain Mapp*. 2013;34(12):3267–3279.
- Tabert MH, Albert SM, Borukhova-Milov L, Camacho Y, Pelton G, Liu X, Stern Y, Devanand DP. Functional deficits in patients with mild cognitive impairment prediction of AD. *Neurology*. 2002;58(5):758-764
- Terracciano, A., Stephan, Y., Luchetti, M., Albanese, E., & Sutin, A. R. (2017). Personality traits and risk of cognitive impairment and dementia. *Journal of psychiatric research*, 89, 22-27.
- Terry R D, Masliah E, Salmon D P. et al. Physical basis of cognitive alterations in Alzheimer's disease: synapse loss is the major correlate of cognitive impairment. *Ann Neurol*. 1991;30(4):572–580.
- Tiwari, V., & Wilson, D. M. (2019). DNA damage and associated DNA repair defects in disease and premature aging. *The American Journal of Human Genetics*, 105(2), 237-257.
- Toffanello ED, Inelmen EM, Imoscopi A, Perissinotto E, Coin A, Miotto F, Donini LM, Cucinotta D, Barbagallo M, Manzato E, Sergi G. Taste loss in hospitalized multimorbid elderly subjects. *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8:167-174

- Ullah, M., & Sun, Z. (2019). Klotho deficiency accelerates stem cells aging by impairing telomerase activity. *The Journals of Gerontology: Series A*, 74(9), 1396-1407.
- Van Deursen, J. M. (2014). The role of senescent cells in ageing. *Nature*, 509(7501), 439-446.
- Villa-Forte A. Effects of aging on the musculoskeletal system. Last Full Review/Revision July 2014; 2015
- Wass, S., Webster, P. J., & Nair, B. R. (2008). Delirium in the elderly: a review. *Oman medical journal*, 23(3), 150.
- Wattmo C., Minthon L., Wallin A.K. Mild versus moderate stages of Alzheimer's disease: Three-year outcomes in a routine clinical setting of cholinesterase inhibitor therapy. *Alzheimer's Res. Ther.* 2016;8:7. doi: 10.1186/s13195-016-0174-1
- Whooley, M. A., & Simon, G. E. (2000). Managing depression in medical outpatients. *New England Journal of Medicine*, 343(26), 1942-1950.
- Wickremaratchi MM, Llewelyn JG. Effects of ageing on touch. *Postgraduate Medical Journal*. 2006;82(967):301-304
- Williams & Kemper, 2010. Interventions to Reduce Cognitive Decline in Aging. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 48(5):42-51
- Williams GN, Higgins MJ, Lewek MD. Aging skeletal muscle: Physiologic changes and the effects of training. *Physical Therapy*. 2002;82(1):62-68
- World Health Organization, 2022, ageing and health
- World Health Organization, Alzheimer's disease International. Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization, 2012
- World Health Organization. (2019). Mental disorders. Retrieved 10 March 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2020). Depression. Retrieved 10 March 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Zadworna M, Healthy aging and the University of the Third Age – Health behavior and subjective health outcomes in older adults, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, September–October 2020, 104126
- Zhu, Yukun, et al. "Telomere and its role in the aging pathways: telomere shortening, cell senescence and mitochondria dysfunction." *Biogerontology* 20 (2019): 1-16.

- Αμίτσης, Γ. (2014). Το Συλλογικό Διακύβευμα της Ενεργητικής Ένταξης των Ευπαθών Ομάδων. Αναπτυξιακά Διδάγματα από την Κοινωνική Ευρώπη. Αθήνα
- Ασημόπουλος, Χ. (2014). Κοινωνική Εργασία στην υγεία και ψυχική υγεία. Αθήνα
- Κ.Α.Π.Η., Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. <http://old.50plus.gr/kapi>
- Μάνου, Ν., & Ψυχιατρικής, Β. Σ. Κ. (1997). University Studio Press.
- Μαρκουλάκη, Ε. (2000). Κοινωνικοί παράγοντες και Τρίτη ηλικία. Στο Γ. Χριστοδούλου & Β. Κονταξάκης (Επιμ.), Η Τρίτη Ηλικία, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Παγοροπούλου, Α.Α. (2000). Ψυχολογία Τρίτης Ηλικίας. Αθήνα: Gutenberg
- Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων <http://www.pemfi.gr/>
- Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, (2023). Κοινωνική Αλληλεγγύη. Retrieved 11 April 2023, from <https://ypergasias.gov.gr/koinoniki-allilengyi/ilikiomenoi/>
- Χλέτσος Μ. (2016), «Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές», Κύκλος διαλέξεων «ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ»