



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

---

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ  
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΝΕΑ  
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ**

**Νάκα Σταυρούλα 18703**

**Παύλου Αικατερίνη Δέσποινα 18704**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ**

**Αγάπη Μπατιρίδου**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2021**

## **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Επιβλέπουσα: Αγάπη Μπατιρίδου**

**Μέλη επιτροπής: Μαίρη Γκούβα, Αθηνά Πάσχου**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα της πτυχιακής μας εργασίας, κ. Μπατιρίδου Αγάπη για την καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας. Έχει την ικανότητα να μας μεταδίδει τις γνώσεις της, να εξηγεί και να λύνει τις απορίες μας καθώς και να μας παροτρύνει να διευρύνουμε τους μαθησιακούς μας ορίζοντες μέσω της έρευνας. Θα θέλαμε επίσης, να ευχαριστήσουμε τους υπόλοιπους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την μετάδοση των γνώσεων τους, οι οποίες είχαν ενισχυτικό ρόλο στη συγγραφή της παρούσας εργασίας αλλά και στη μετέπειτα επαγγελματική και ερευνητική πορεία μας. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας για την στήριξη κατά τη διάρκεια της φοίτησης μας στο προαναφερόμενο τμήμα.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>4</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>5</b>
<b>ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....</b>	<b>6</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι .....</b>	<b>7</b>
1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ .....	7
1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.....</b>	<b>12</b>
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....	12
2.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	14
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ .....</b>	<b>18</b>
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ .....	18
3.2. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ .....	19
3.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	20
3.3.1. ΜΕΙΖΩΝ ΝΕΥΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΑΝΟΙΑ) .....	20
-Ορισμός, χαρακτηριστικά, κλινική εικόνα και αίτια.....	20
-Είδη άνοιας.....	21
3.3.2. ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ .....	22
-Ορισμός, χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα .....	22
-Διαφορές παραληρήματος με την άνοια.....	24
3.3.3. ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ (MCI) .....	25
-Ορισμός, χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα .....	25
-Υποκατηγορίες MCI.....	25
-Διαχωρισμός ήπιας γνωστικής εξασθένησης με την άνοια.....	26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV .....</b>	<b>28</b>
4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	28
4.2. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	28
4.3. Η ΣΧΕΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ.....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.....</b>	<b>31</b>
5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	31
5.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ .....	34
5.3. Η ΨΥΧΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ .....	38
5.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ .....	39
5.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....	40

-Θεραπεία γνωστικών διαταραχών.....	40
-Θεραπεία ψυχικών διαταραχών.....	44
5.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI .....</b>	<b>50</b>
<b>ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....</b>	<b>50</b>
<b>ΣΚΟΠΟΣ.....</b>	<b>50</b>
<b>ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ .....</b>	<b>50</b>
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>50</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>77</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>78</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρεται στις ψυχοσωματικές αλλαγές που βιώνουν οι ηλικιωμένοι. Οι σημαντικότερες διαταραχές είναι η άνοια και η κατάθλιψη, οι οποίες επιδεινώνονται με την παρουσία κάποιων ερεθισμάτων όπως η μοναξιά και η παραμέληση του εαυτού.

**ΣΤΟΧΟΣ:** Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των γνωστικών δυσλειτουργιών και ψυχολογικών προβλημάτων στην τρίτη ηλικία και η μεταξύ τους αλληλεπίδραση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar και PubMed. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με νέες έρευνες οι ηλικιωμένοι πάσχουν όλο και πιο συχνά από διαταραχές γνωστικής λειτουργίας και ψυχικής ευεξίας. Έχει αποδειχθεί πως οι διαταραχές αυτές συνδέονται μεταξύ τους και είναι πολύ πιθανό η μία να αποτελέσει το αίτιο εκδήλωσης της άλλης. Υπάρχουν φαρμακευτικοί και μη φαρμακευτικοί τρόποι αντιμετώπισης, όμως για τη διαχείριση και των δύο, σημαντικό ρόλο παίζει ο νοσηλευτής και ο φροντιστής του ηλικιωμένου, καθώς είναι τα άτομα που γνωρίζουν καλύτερα τον ασθενή και τον τρόπο προσέγγισής του για έναν καλύτερο τρόπο ζωής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία είναι πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα λειτουργικότητας λόγω διαταραχών όπως η άνοια και η κατάθλιψη. Παρ' όλο που η αιτία εμφάνισής τους δεν έχει διευκρινιστεί απόλυτα, μερικοί παράγοντες όπως η γήρανση του εγκεφάλου και η μοναξιά τείνουν να συμβάλλουν στην εμφάνισή τους. Έχει παρατηρηθεί η συνύπαρξη των διαταραχών της γνωστικής λειτουργίας με τις διαταραχές της ψυχικής ευεξίας. Σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με τις παραπάνω διαταραχές έχει ο νοσηλευτής και ο φροντιστής του ατόμου καθώς έχουν άμεση επαφή μαζί του και γνωρίζουν καλύτερα τους παράγοντες που θα ενισχύσουν την ποιότητα ζωής του.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** τρίτη ηλικία, γνωστική λειτουργία, ψυχική ευεξία, νοσηλευτική, παρεμβάσεις

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The present review study refers to the psychosomatic changes experienced by the elderly. The most important disorders are dementia and depression, which are aggravated by the presence of some stimuli such as loneliness and self - neglect.

**AIM:** The aim of this paper was to study the cognitive dysfunctions and psychological problems in old age and their relationship.

**MATERIALS AND METHODS:** An international review of electronic data bases has been carried out at Pubmed and Google Scholar. The material of this study consists of specific books and specific published articles in English and Greek language mainly of the last decade.

**RESULTS:** According to new research, older people are increasingly suffering from cognitive dysfunction and mental well - being. These disorders have been shown to be interconnected and one is very likely to be the cause of the other. There are pharmacological and non - pharmacological treatments, but for the management of both, the nurse and the caregiver of the elderly play an important role, as they are the people who know the patient best and how to approach him for a better lifestyle.

**CONCLUSIONS:** Older people are more likely to have functional problems due to disorders such as dementia and depression. Although the cause of their appearance has not been fully elucidated, some factors such as brain aging and loneliness tend to contribute to their appearance. The coexistence of cognitive function disorders with mental well-being disorders have been observed. An important role in the quality of life of the elderly with the above disorders has the nurse and the caregiver of the person as they have direct contact with him and know better the factors that will enhance his quality of life.

**KEY WORDS:** elderly, cognitive function, mental well-being, nursing, interventions

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται την γνωστική λειτουργία και ψυχική ευεξία των ηλικιωμένων καθώς και τον τρόπο που ο συνδυασμός τους επηρεάζει τον τρόπο ζωής τους. Για την καλύτερη κατανόησή της κρίνεται απαραίτητη η αναφορά σε μερικούς βασικούς όρους. Με τον όρο “ηλικιωμένος” ή “τρίτη ηλικία” περιγράφεται η ηλικιακή ομάδα των ανθρώπων που έχουν κλείσει τα 65 έτη (εάν κατοικούν σε ανεπτυγμένη χώρα) ή τα 60 (εάν κατοικούν σε αναπτυσσόμενη χώρα) (Allahyari, 2019). Στη συνέχεια, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2018) “η ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευημερίας κατά την οποία ένα άτομο συνειδητοποιεί τις δικές του ικανότητες, μπορεί να αντιμετωπίσει τα φυσιολογικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του”. Έπειτα, σύμφωνα με τους Power et al. (2019) “η γνώση αναφέρεται στη νοητική διαδικασία απόκτησης πληροφοριών και κατανόησης μέσω σκέψεων, εμπειριών και αισθήσεων”. Οι δύο κύριες διαταραχές της τρίτης ηλικίας είναι η άνοια και η κατάθλιψη και είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί στα πρώιμα στάδια της άνοιας, αλλά μπορεί αυτόνομα να προκαλέσει γνωστική δυσλειτουργία και να αυξήσει την πιθανότητα εμφάνισης άνοιας ή άλλων γνωστικών διαταραχών (Gold et al., 2019).

Στις παρακάτω ενότητες θα παρουσιαστούν τα επιδημιολογικά δεδομένα του γηράσκοντος πληθυσμού σχετικά με το ποσοστό αύξησης του πληθυσμού τους και τις παθολογικές καταστάσεις με τις οποίες είναι πιθανό να έρθουν αντιμέτωποι και θα γίνει ανάλυση της ανατομίας και της φυσιολογίας του εγκεφάλου, προκειμένου να γίνει κατανοητή η φυσιολογική λειτουργία του και να γίνει αργότερα σύγκριση με τις παθολογικές καταστάσεις. Έπειτα, θα γίνει αναφορά στη γήρανση και τα χαρακτηριστικά της καθώς και σε διάφορες θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί με τα χρόνια για εκείνη αλλά και σχετικές ιστορικές αναδρομές. Στη συνέχεια, θα αναλυθεί λεπτομερώς η έννοια της γνωστικής λειτουργίας, οι διαταραχές της, τα είδη της, η ειδοποιός διαφορά μεταξύ τους και προτεινόμενες θεραπείες. Ακολουθεί η ανάλυση της ψυχικής ευεξίας για τα ηλικιωμένα άτομα καθώς και κάποιες τεχνικές ενδυνάμωσής της στα άτομα αυτά, ενώ αργότερα, θα αναλυθούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τα νοσηλευτικά πλάνα για όλες τις παραπάνω παθήσεις. Τέλος, ακολουθεί ανασκοπική έρευνα με τα νέα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την τρίτη ηλικία, την άνοια και την κατάθλιψη χρησιμοποιώντας τις μηχανές αναζήτησης Google Scholar και PubMed.

## **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μέχρι το 2050 ο γηράσκων πληθυσμός (60 και άνω) θα έχει φτάσει τα 2 δισεκατομμύρια, σε σύγκριση με το 2015 όπου υπήρχαν 900 εκατομμύρια ηλικιωμένοι, ενώ τα άτομα άνω των 80 παγκοσμίως θα ισαριθμήσουν με 434 εκατομμύρια (W.H.O., 2018). Ανάμεσα στους ηλικιωμένους υπερισχύει το γυναικείο φύλο, καθώς σε 100 άνδρες άνω των 85 αντιστοιχούν 260 γυναίκες (Redfern & Ross, 2011).

Έρευνες έχουν συμπεράνει πως 1 στις 2 γυναίκες και 1 στους 3 άνδρες θα εμφανίσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους άνοια, εγκεφαλικό ή νόσο Πάρκινσον (Dumurgier & Tzourio, 2020). Δημογραφικά δεδομένα επισημαίνουν ότι 50 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από άνοια και κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 10 εκατομμύρια ακόμη (W.H.O., 2020). Ήπια γνωστική εξασθένηση, σύμφωνα με δεδομένα, εμφανίζεται περίπου στο 28 - 40% του ηλικιωμένου πληθυσμού (Kim et al., 2019). Η νόσος Αλτσχάιμερ είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας (W.H.O., 2020), εμφανίζεται συνήθως σε άτομα άνω των 65 και έχει ποσοστό εμφάνισης 56% στις γυναίκες και 31.4% στους άνδρες (Jaroudi et al., 2017). Εγκεφαλικό μπορεί να εμφανίσει 1 στους 6 ανθρώπους κατά τη διάρκεια της ζωής τους ενώ περισσότεροι από 13,7 εκατομμύρια άνθρωποι παθαίνουν εγκεφαλικό κάθε χρόνο. Το 70% των εγκεφαλικών επεισοδίων είναι ισχαιμικά και τα υπόλοιπα από ενδοεγκεφαλική ή υπαραχνοειδή αιμορραγία (Phipps & Cronin, 2020). Η νόσος του Πάρκινσον εμφανίζεται συνήθως σε ποσοστό 3% σε άτομα άνω των 65 ετών, ενώ σε άτομα άνω των 85 το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 5% και προσβάλλει συχνότερα το ανδρικό φύλο (Bonam & Muller, 2020).

Οι ψυχιατρικές διαταραχές στους ηλικιωμένους δεν είναι τόσο συχνές όσο στα προηγούμενα στάδια της ζωής. Οι επικρατέστερες ψυχικές νόσοι στα άτομα άνω των 65 είναι αγχώδεις διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές χρήσης ουσιών, καθώς άνω του 6,3% της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας παρουσιάζει μία από αυτές τις νόσους (Hybels & Blazer, 2015; Andreas et al., 2017). Το 37 - 43% του ηλικιωμένου πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους, ενώ ένα ποσοστό 9 - 14% έχει διαγνωσθεί με μία από τις δύο αυτές διαταραχές (Frost et al., 2019). Επίσης, παρατηρούνται και ορισμένα ψυχωτικά συμπτώματα, τα οποία αυξάνονται με την ηλικία και ο επιπολασμός τους κυμαίνεται από 2,6 - 10% (Svensson & Hansson, 2016).



# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι**

## **1.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**

Ο εγκέφαλος είναι ένα κέντρο ελέγχου στο νευρικό σύστημα όπου παράγονται οι σκέψεις, τα συναισθήματα και ο λόγος (LeMone et al., 2014). Περιβάλλεται από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), το οποίο τον προστατεύει από τους κραδασμούς και συμβάλλει στην αντιπαροχή ουσιών ανάμεσα των νευρικών κυττάρων και του μεσοκυττάρου υγρού (Sherwood, 2016) και διαιρείται σε πέντε μοίρες: τον τελικό (τελεγκέφαλο), το διάμεσο (διεγκέφαλο), το μέσο (μεσεγκέφαλο), τον οπίσθιο και τον έσχατο εγκέφαλο (Moore et al., 2016).

- Ο τελεγκέφαλος απαρτίζεται από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, τους συνδέσμους, τους πυρήνες και τις πλάγιες κοιλίες. Τα ημισφαίρια του εγκεφάλου είναι δύο: αριστερό και δεξί. Το αριστερό ημισφαίριο ελέγχει το λόγο, ενώ το δεξί είναι υπεύθυνο για μη λεκτικές λειτουργίες. Κάθε ημισφαίριο διαιρείται σε βρεγματικό, ινιακό, κροταφικό και μετωπιαίο λοβό. Η δεξιά πλευρά του σώματος στέλνει ερεθίσματα στον αριστερό λοβό και αντίστροφα. Ειδικότερα, ο βρεγματικός λοβός εμφανίζει άνω και έσω επιφάνεια και είναι υπεύθυνος για την αντίληψη αισθητικών ερεθισμάτων (π.χ. πόνος). Ο ινιακός λοβός αποτελεί τον μικρότερο σε μέγεθος λοβό και λαμβάνει και επεξεργάζεται τα οπτικά ερεθίσματα. Ο κροταφικός λοβός λειτουργεί ως «το μνημονικό ή συνειρμικό ακουστικό κέντρο, όπου λαμβάνει χώρα η συσχέτιση των πρόσφατων ακουσμάτων με εκείνα του παρελθόντος» (Moore et al., 2016). Τέλος ο μετωπιαίος λοβός αποτελείται από την άνω, έσω και κάτω επιφάνεια και είναι υπεύθυνος για τις εκούσιες κινήσεις των σκελετικών μυών (Moore et al., 2016; Swartz, 2010; LeMone et al., 2014). Οι σύνδεσμοι συμβάλλουν στην ένωση των δύο ημισφαιρίων και στη μεταξύ τους επικοινωνία. Τέλος, οι πυρήνες χωρίζονται σε κερκοφόρο, φακοειδή, ταινιοειδή και αμυγδαλοειδή πυρήνα και είναι, γενικότερα, υπεύθυνοι για τη συγκρότηση των αισθητικοκινητικών λειτουργιών (Moore et al., 2016).
- Ο διεγκέφαλος βρίσκεται κάτω από τα ημισφαίρια και άνω του εγκεφαλικού στελέχους και χωρίζεται στον θάλαμο, τον υποθάλαμο και τον επιθάλαμο. Όλα τα αισθητικά ερεθίσματα καταλήγουν στο θάλαμο και προωθούνται στη φλοιώδη περιοχή των ημισφαιρίων (LeMone et al., 2014). Ο θάλαμος αποτελεί το μεγαλύτερο σε χωρητικότητα μέρος του διεγκεφάλου και εντοπίζεται στην τρίτη

κοιλία (Rukenas, 2011). Είναι η κύρια περιοχή εντόπισης των αισθητικών συνάψεων και οδών και λαμβάνει μέρος στην ενοποίησή της με την κινητική οδό. Επίσης, συμμετέχει σε ένα εύρος συναισθημάτων που συνοδεύουν τις περισσότερες αισθητικές εμπειρίες. Σύμφωνα με τον Swartz (2010), «μέσω των συνδέσεών του με τον υποθάλαμο και το ραβδωτό σώμα, ο θάλαμος επιδρά στα σπλαχνικά και σωματικά εκτελεστικά όργανα που συμμετέχουν στις συναισθηματικές αντιδράσεις. Μέσω του ελέγχου που ασκεί στην ηλεκτρική διεγερσιμότητα του εγκεφαλικού φλοιού, ο θάλαμος παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση και ρύθμιση του επιπέδου συνείδησης, εγρήγορσης και προσοχής». Επίσης, παίζει πρωταρχικό ρόλο στην αντίληψη αισθήσεων όπως ο πόνος και η θερμοκρασία. Ο υποθάλαμος είναι η ανατομική βάση του διεγκεφάλου και η άνω επιφάνειά του συναντά την τρίτη κοιλία (Moore et al., 2016). Εντοπίζεται κάτω από τον θάλαμο και περιέχει το οπτικό χίασμα και την νευροπόφυση. Ο υποθάλαμος λειτουργεί ενεργά στη ρύθμιση της θερμοκρασίας, του νευροενδοκρινικού ελέγχου των κατεχολαμινών, διαφόρων ορμονών όπως της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης, τον μεταβολισμό του ύδατος, τη δίψα, την όρεξη καθώς και συναισθηματικές λειτουργίες (Swartz, 2010; LeMone et al., 2014). Ο επιθάλαμος εντοπίζεται εμπρός της τρίτης κοιλίας και το πίσω μέρος του αποτελείται από την επίφυση. Βασικός ρόλος του επιθαλάμου είναι η σύνδεση του εγκεφάλου με το στεφανιαίο σύστημα, το οποίο ελέγχει λειτουργίες όπως η μνήμη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά, αλλά και την έκκριση μελατονίνης Moore et al., 2016).

- «Ο μεσεγκέφαλος περιλαμβάνει τα εγκεφαλικά σκέλη, τα άνω και κάτω διδύμια και τους κινητικούς πυρήνες του τροχιλιακού (4η εγκεφαλική συζυγία) και του κοινού κινητικού (3η εγκεφαλική συζυγία) νεύρου» (Swartz, 2010). Τα εγκεφαλικά σκέλη ξεκινώντας από την κάτω επιφάνεια των ημισφαιρίων του εγκεφάλου, εισέρχονται στη γέφυρα. Στην ομαλή λειτουργία της όρασης συμβάλλουν τα άνω διδύμια, ενώ της ακοής τα κάτω διδύμια νεύρα (Swartz, 2010; LeMone et al., 2014).
- *i)* Ο οπίσθιος εγκέφαλος αποτελείται από τη γέφυρα, την παρεγκεφαλίδα και τμήμα της 4ης κοιλίας. Η γέφυρα εντοπίζεται κάτω από τον μεσεγκέφαλο και μπροστά της παρεγκεφαλίδας. Περιλαμβάνει τον κινητικό και αισθητικό πυρήνα του τριδύμου νεύρου (Swartz, 2010; LeMone et al., 2014). Η παρεγκεφαλίδα

εντοπίζεται πίσω του εγκεφαλικού στελέχους και της 4ης κοιλίας και χωρίζεται σε τέσσερις λοβούς: τους πρόσθιους και τους οπίσθιους. Περιέχει το 80% των εγκεφαλικών νεύρων και έχει πρωταρχικό ρόλο στα συναισθήματα και σε μη κινητικά γνωστικά ερεθίσματα (Pukenas, 2011; Roostaei et al., 2014).

ii) Ο έσχατος εγκέφαλος περιλαμβάνει το υπόλοιπο μέρος της 4ης κοιλίας και τον προμήκη μυελό (Moore et al., 2016). Ο προμήκης μυελός εντοπίζεται στη βάση του κρανίου, ανάμεσα από τη γέφυρα και το νωτιαίο μυελό (Swartz, 2010; LeMone et al., 2014). Συμμετέχει ενεργά στη ρύθμιση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, όπως επίσης στην αναπνοή και την κατάποση.

Είναι σημαντικό να αναφερθούν τα συστήματα τα οποία περιλαμβάνει ο εγκέφαλος και συμβάλλουν εξίσου στην ομαλή λειτουργία του.

- Το μεταιχμιακό σύστημα βρίσκεται πλάγια του θαλάμου, πάνω από το στέλεχος και κάτω από τον φλοιό του εγκεφάλου (Torricco & Abdijadid, 2019). Περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τον ιππόκαμπο, την ψαλίδα, το μαστίο εγκεφάλου και την αμυγδαλή (Grodd et al., 2020). Η κύρια συνεισφορά του μεταιχμιακού συστήματος εντοπίζεται στα συναισθήματα του ανθρώπου και στη συμπεριφορά του σε ανάγκες επιβίωσης, σεξουαλικότητας, κοινωνικοποίησης, μάθησης και κίνησης (LeMone et al., 2014 & Sherwood, 2016).
- Ο δικτυωτός σχηματισμός είναι το δεύτερο σύστημα του εγκεφάλου και εντοπίζεται στο κέντρο της γέφυρας, του προμήκους και του μεσεγκεφάλου. Η λειτουργία του αφορά κυρίως τη μεταφορά των αισθητικών ερεθισμάτων από τα συστήματα του οργανισμού προς τον εγκέφαλο (LeMone et al., 2014).

## **1.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ**

Ο εγκέφαλος καταλαμβάνει το 2% του συνολικού βάρους του ανθρώπινου σώματος και για την ομαλή λειτουργία του χρειάζεται 750mL αίματος ανά λεπτό. Επιπλέον, χρησιμοποιεί το 20% της ενέργειας που βρίσκεται στο σώμα, ενώ αν εκτελεί κάποια δραστηριότητα χρησιμοποιείται έως και το 25% της συνολικής σωματικής ενέργειας. Κύρια πηγή ενέργειας του εγκεφάλου είναι η γλυκόζη, η οποία όταν δεν βρίσκεται σε ικανοποιητικά επίπεδα ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί αντ' αυτού κετονοσώματα, τα οποία

παράγονται από το ήπαρ. Η σύνδεση των νευρώνων του εγκεφάλου γίνεται μέσω αξόνων και δενδρίτων και έτσι το κάθε νεύρο του εγκεφάλου επικοινωνεί με τα υπόλοιπα (Maldonado & Alsayouri, 2021; LeMone et al., 2014).

Στον κατάλληλο συντονισμό του ανθρώπινου οργανισμού έχει σημαντικό ρόλο το ενδοκρινικό σύστημα. Οι σημαντικότερες ορμόνες παράγονται από την υπόφυση, η οποία διαιρείται σε πρόσθιο και οπίσθιο λοβό και συνδέεται μέσω ενός μίσχου με τον υποθάλαμο (Sherwood, 2016).

**Ο πρόσθιος λοβός παράγει:**

- Τη θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH), η οποία διεγείρει την έκκριση των T3 και T4 ορμονών συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην ομαλή λειτουργία του μεταβολισμού του οργανισμού (Sherwood, 2016),
- Την κορτικοτρόπο ορμόνη (ACTH), που επιτυγχάνει την έκκριση της κορτιζόλης, η οποία με τη σειρά της συμβάλλει στον μεταβολισμό των υδατανθράκων, του λίπους και των πρωτεϊνών. Επιπλέον, ενισχύει την ορθή αντιμετώπιση στο στρες που αντιμετωπίζει καθημερινά το ανθρώπινο είδος (Sherwood, 2016),
- Την αυξητική ορμόνη (GH), παρέχοντας την ομαλή ανάπτυξη του ανθρώπου, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλει στο μεταβολισμό του λίπους και την εξοικονόμηση της γλυκόζης (Sherwood, 2016),
- Την ωοθηλακιοτρόπο ορμόνη (FSH), η οποία στις γυναίκες παράγει τα ωοθυλάκια που συνεισφέρουν στην έκκριση οιστρογόνων και στους άνδρες τα σπερματικά σωληνάρια και τους όρχεις, τα οποία παράγουν το σπέρμα (Sherwood, 2016),
- Την ωχρινοτρόπο ορμόνη (LH), η οποία επίσης παράγει ξεχωριστές ορμόνες στους άνδρες και στις γυναίκες. Στους άνδρες εκκρίνονται τα διάμεσα κύτταρα Leydig των όρχεων που συμβάλλουν στην παραγωγή τεστοστερόνης και στις γυναίκες τα ωοθυλάκια και τα ωχρά σώματα, τα οποία συντελούν στην ωορρηξία και την έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης (Sherwood, 2016) και τέλος,

- Την προλακτίνη (PRL), που αποτελεί ορμόνη που εκκρίνεται αποκλειστικά στις γυναίκες στον μαζικό αδένα και ενισχύει την ανάπτυξη του μαστού και τη γαλουχία (Sherwood, 2016).

Ο **οπίσθιος λοβός** της υπόφυσης παράγει:

- Τη βασοπρεσίνη ή αλλιώς αντιδιουρητική ορμόνη (ADH), η οποία στα νεφρικά σωληνάκια ενισχύει την επαναρρόφηση του νερού και στα αρτηριόλια προκαλεί αγγειοδιαστολή (Sherwood, 2016) και
- Την ωκυτοκίνη, που ενισχύει τη συσταλτικότητα της μήτρας και προωθεί την έκκριση γάλακτος στο μαστό (Sherwood, 2016).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ**

### **2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, η τρίτη ηλικία ξεκινάει, αναλόγως με το αν η χώρα είναι ανεπτυγμένη ή αναπτυσσόμενη, στην ηλικία των 65 και 60 αντίστοιχα (Allahyari, 2019). Η φυσιολογική γήρανση είναι μία διαδικασία που συμβαίνει σε όλους τους ζωντανούς οργανισμούς και χαρακτηρίζεται γενικότερα από σταδιακή πτώση στην αποτελεσματικότητα της λειτουργικότητας του ατόμου σε βιολογικό επίπεδο και στις φυσιολογικές λειτουργίες του, εξαιτίας των προβλημάτων που παραμένουν μετά τη βλάβη του οργανισμού στις ελεύθερες ρίζες στα κυτταρικά μακρομόρια (Giudetti et al., 2018; Lopez - Ulyunch & Navas, 2016). Επίσης, στη φυσιολογική γήρανση, επειδή υπάρχει μία σταδιακή κυτταρική αποσύνθεση, έχει παρατηρηθεί ανωμαλία στο DNA, μειωμένη ικανότητα αντιγραφής του, συσσώρευση βλαβών του μεταβολισμού, αλλά και γενικότερη εκφύλιση των λειτουργιών του κυττάρου (Bajraí et al., 2020). Η γήρανση οφείλεται στη χρόνια συσσώρευση των κυτταρικών και μοριακών βλαβών. Αναλυτικότερα, τα κύτταρα του ανθρώπινου οργανισμού μπορούν να εκφυλιστούν και να αναπαραχθούν συγκεκριμένες σε αριθμό φορές. Μόλις ο αριθμός αυτός ξεπεραστεί, τα κύτταρα ξεκινούν τη διαδικασία της απόπτωσης, φέροντας μειώσεις στη λειτουργικότητα του ατόμου. Σε αντίθεση με τα κύτταρα του σώματος, τα κύτταρα του εγκεφάλου δεν αναπαράγονται και δεν αντικαθίστανται με καινούργια. Με αυτόν τον τρόπο οι νευρώνες και τα νευρογλοιακά κύτταρα είναι επιρρεπή σε δομικές απώλειες. Η φυσιολογική γήρανση δεν επιφέρει αυτόματα ασθένειες, ωστόσο, η μείωση της κυτταρικής λειτουργικότητας κάνει τον οργανισμό και τον εγκέφαλο επιρρεπή σε ασθένειες (Power et al., 2019).

Υπάρχουν όμως και κάποιοι άλλοι βιολογικοί παράγοντες στην τρίτη ηλικία, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα του ατόμου. Αναλυτικότερα, ο προμετωπιαίος φλοιός αναδιοργανώνεται προκειμένου να προσαρμοστεί στις νευρολογικές μεταβολές του εγκεφάλου κατά τη διαδικασία της γήρανσης. Ωστόσο η αναδιοργάνωση αυτή διαπιστώθηκε πως οφείλεται στην προσαρμοστικότητα του οπίσθιου εγκεφάλου κατά τη γήρανση, επομένως η σύνδεση του προμετωπιαίου φλοιού με τον κροταφικό λοβό εξαρτάται αποκλειστικά από το πάχος του κροταφικού φλοιού, γεγονός που αποδεικνύει ότι η ανατομία του εγκεφάλου έχει σημαντική θέση στη λειτουργικότητά του κατά την πάροδο του χρόνου (Lee et al., 2015). Σύμφωνα με τον Swartz (2010) «το βάρος του εγκεφάλου συνήθως μειώνεται κατά 5 - 7 % ως

αποτέλεσμα ατροφίας συγκεκριμένων περιοχών» καθώς επίσης, «η αιματική ροή στον εγκέφαλο μειώνεται 10 – 15%».

Ταυτόχρονα όμως, η γήρανση χαρακτηρίζεται από τη δεξιότητα του ηλικιωμένου ατόμου να ζει ανεξάρτητο και ασφαλές μέσα στο σπίτι του χωρίς να συνυπολογίζεται ο οικονομικός παράγοντας ή η κινητικότητα του (Evans et al., 2018). Ως επί το πλείστον, η γήρανση από την κοινωνία θεωρείται ως κάτι αρνητικό που επηρεάζει καθολικά τη λειτουργικότητα του ανθρώπου και τις κοινωνικές του δεξιότητες, στην πραγματικότητα όμως οποιεσδήποτε σωματικές ή ψυχολογικές αλλαγές, συμβαίνουν είτε εξαιτίας της φθοράς του σώματος είτε λόγω του περιβάλλοντός τους και είναι ανάλογη της κατάστασης του καθενός και διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο (Redfern & Ross, 2011).

Η μεγαλύτερη ηλικία συνοδεύει αλλαγές στον άνθρωπο σε βιολογικό, ψυχολογικό, ορμονικό και κοινωνικό επίπεδο. Τα πιο κοινά χαρακτηριστικά της γήρανσης περιλαμβάνουν καταστάσεις όπως τη μειωμένη κοινωνική αποδοχή λόγω χαμηλής παραγωγικότητας και οικονομικών εσόδων, προκαλώντας ταυτόχρονα έντονα το συναίσθημα ότι είναι ανίκανοι αλλά και την εξασθένηση των αισθήσεων όπως η όραση και η ακοή. Άλλο ένα κυρίαρχο χαρακτηριστικό της γήρανσης είναι το αίσθημα της μοναξιάς και η μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα που οδηγούν σε συναισθήματα αρνητικότητας, απάθειας και απόρριψης. Επιπροσθέτως, να υπογραμμισθεί ότι στη γήρανση συναντάται συχνά ελάττωση της νοητικής λειτουργίας, η οποία μπορεί να προκαλέσει αργή σκέψη και διαδικασία μάθησης, λησμοσύνη, σύγχυση και εύκολη κούραση (Suseelan, 2016). Η τρίτη ηλικία είναι πιθανό να φέρει επίσης σωματικές νόσους όπως είναι η εξασθενημένη άμυνα του οργανισμού, καρδιοπάθειες, αναπνευστικά προβλήματα, σακχαρώδης διαβήτης, πόνος στις αρθρώσεις και ρευματοειδή αρθρίτιδα αλλά και μείωση των αισθήσεων της όρασης και της ακοής. Τέλος, αρκετά συχνά συναντάμε απώλεια δοντιών, το οποίο οδηγεί σε μειωμένη πρόσληψη τροφής και εντερικά προβλήματα, αλλά συναντώνται και προβλήματα ισορροπίας που οδηγούν σε πτώσεις (Suseelan, 2016; Redfern & Ross, 2011).

Βιολογικά παρατηρούνται αλλαγές σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Όσον αφορά στις αλλαγές που είναι εμφανής με το κοινό μάτι, τα μαλλιά γίνονται γκρι ή λευκά και η τρίχα τους λεπταίνει, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να είναι περισσότερο επιρρεπείς σε εγκαύματα στο κεφάλι από τον ήλιο και τα νύχια επίσης γίνονται πιο αδύναμα. Το δέρμα γίνεται λιγότερο ελαστικό και οι πληγές δεν επουλώνονται με την ίδια ευκολία όσο παλαιότερα, θέτοντας σε κίνδυνο τους ηλικιωμένους για εμφάνιση ελκών πίεσης (κατάκλιση). Επίσης, οι ιδρωτοποιοί αδένες δεν είναι αριθμητικά ίσοι όσο ήταν στην νεότερη ηλικία και έτσι αυξάνονται οι

πιθανότητες θερμοπληξίας. Όσον αφορά στις αλλαγές που γίνονται εμφανής μόνο με την επικοινωνία με τους ηλικιωμένους, οι αισθήσεις της γεύσης και της όσφρησης μειώνονται κάνοντας την εμπειρία του φαγητού λιγότερο ευχάριστη, αυξάνοντας τον κίνδυνο για ελλιπή κατανάλωση θρεπτικών συστατικών και τελικά, υποσιτισμού. Υπάρχουν επίσης αλλοιώσεις στην όραση και στην ακοή θέτοντας σε κίνδυνο την αποτελεσματική επικοινωνία με τον περίγυρο του ατόμου. Επιπλέον, υπάρχουν οργανικές αλλοιώσεις στη μεγαλύτερη ηλικία, όπως η μειωμένη παροχή αίματος στην καρδιά λόγω μικρότερης έντασης του κτύπου της και η δυσκολία βαθιάς αναπνοής λόγω ανατομικής αλλαγής των πνευμόνων (γίνονται μικρότεροι σε μέγεθος και σε ελαστικότητα). Στο μυοσκελετικό σύστημα εμφανίζεται αδυναμία στα οστά και στους συνδέσμους, θέτοντας τον ηλικιωμένο επιρρεπή σε μείωση της κινητικότητας και της φυσικής αντοχής. Στο γαστρεντερικό σύστημα, μειώνεται η σύσπαση του οισοφάγου δημιουργώντας την αίσθηση πληρότητας πριν φτάσει το φαγητό στο στομάχι. Με αυτόν τον τρόπο οι ηλικιωμένοι κινδυνεύουν να μην τρέφονται με την επιθυμητή ποσότητα και να έχουν χαμηλή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών. Τέλος, υπάρχουν αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα καθώς οι νεφροί γίνονται μικρότεροι και δημιουργούν το αίσθημα συχνουρίας, όπου η κύστη μπορεί να μην εκκενώνεται πλήρως και να δημιουργούνται λοιμώξεις. Οι μύες της κύστης γίνονται αδύναμοι και έτσι προκαλούνται προβλήματα ακράτειας (Chalise, 2019).

## **2.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

Για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη προσέγγιση του γηράσκοντος πληθυσμού και της φροντίδας του, αναπτύχθηκαν κάποιες θεωρίες, οι οποίες αναλύουν τους τρόπους προσέγγισης των ηλικιωμένων ατόμων και γενικότερα το επίπεδο λειτουργικότητάς τους (Redferns & Ross, 2011). Οι πιο σημαντικές είναι:

- Η θεωρία της δραστηριότητας: της οποίας η κεντρική ιδέα είναι η ικανότητα προσαρμογής του ανθρώπου. Συγκεκριμένα για την τρίτη ηλικία αναφέρεται στο πόσο εύκολο είναι στα ηλικιωμένα άτομα να προσαρμοστούν στην νέα βιολογική τους κατάσταση, αλλά και στην ικανότητά τους να διατηρήσουν την ενεργητικότητά τους σε δραστηριότητες που είχαν ως μεσήλικες. Είναι έντονη η έμφαση στα θετικά χαρακτηριστικά της γήρανσης και σύμφωνα με τον Havighurst, ο οποίος ανέπτυξε τη θεωρία το 1963, για μία υγιή και ευχάριστη γήρανση, χρειάζεται οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν ενεργοί στις δραστηριότητες



του προηγούμενου σταδίου της ζωής τους ή και να προστεθούν καινούργιες, προκειμένου να μη θεωρείται από την κοινωνία ως κάτι αρνητικό (Redfern & Ross, 2011).

- Η θεωρία της αποσύνδεσης (αποδέσμευσης): ανεπτυγμένη από τους Cumming & Henry το 1961, έχει ως κύρια ιδέα τη σταδιακή αποχώρηση των ηλικιωμένων από τα καθήκοντά τους και την αύξηση επικοινωνίας μεταξύ των συνομηλίκων τους. Με αυτόν τον τρόπο, αναλαμβάνουν τις θέσεις που είχαν οι ηλικιωμένοι στα προηγούμενα στάδια της ζωής τους οι νεότερες γενιές, επιτυγχάνοντας έτσι την ακριβή αντικατάσταση των θέσεων και την αποκατάσταση των κοινωνικών ισορροπιών (Redfern & Ross, 2011)
- Η θεωρία της κοινωνικής διαστρωμάτωσης: διαχωρίζει τους ανθρώπους σύμφωνα με τα στάδια της ζωής τους και διαχωρίζει τους κοινωνικούς τους ρόλους. Σύμφωνα με τους Riley et al. (1972) τα στάδια της ζωής κατηγοριοποιούν τους ανθρώπους και αντιστοιχεί στον καθένα οι υποχρεώσεις και τα προτερήματά τους. Για παράδειγμα οι νέοι και οι μεσήλικες μπορούν να χαρακτηριστούν ως "άτομα αναπαραγωγικής ηλικίας" (Redfern & Ross, 2011)
- Η θεωρία των συγκρούσεων: υποστηρίζει πως η σταθερότητα της κοινωνίας οδηγεί στους γηράσκοντες πληθυσμούς να επηρεάζονται αρνητικά και να ομαδοποιούνται τα άτομα της κοινωνίας γενικότερα. Από τη θεωρία αυτή, προκύπτει και η θεωρία της ανισότητας, κατά την οποία περιγράφεται πως τα χαρακτηριστικά που αποκτούν οι άνθρωποι στα νεότερα στάδια της ζωής τους, παραμένουν και στην τρίτη ηλικία. Για παράδειγμα οι ευκατάστατοι ενήλικες παραμένουν ευκατάστατοι και κατά τη συνταξιοδότησή τους, και το αντίστοιχο με τους λιγότερο εύπορους. Ο τρόπος ζωής τους δηλαδή, εξαρτάται από τα προηγούμενα στάδια ζωής τους (έννοια δομημένης εξάρτησης - Townsend, 1981). Με αυτόν τον τρόπο είναι πιθανό να προκύψουν συγκρούσεις στην τάξη των ηλικιωμένων και των μεσήλικων για τα συμφέροντά τους, όπως είναι π.χ. τα υγειονομικά αγαθά και η κοινωνική πρόνοια (συγκρούσεις μεταξύ των γενεών) (Redfern & Ross).
- Η θεωρία της ετικετοποίησης: υποστηρίζει πως τα άτομα χαρακτηρίζονται λεκτικά με συγκεκριμένα επίθετα προκειμένου να περιγραφούν σε κάποια άλλη

ομάδα ατόμων. Οι ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται για τη βιολογική γήρανση του εγκεφάλου (Redfern & Ross, 2011).

- Η θεωρία της κοινωνικής διάδρασης: βασίζεται στις αλληλεπιδράσεις των ατόμων και τα οφέλη - κόστη που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση αυτή. Εάν τα οφέλη υπερσχύουν του κόστους, τότε οι σχέσεις διατηρούνται. Επίσης, το ότι υπερσχύει ένα άτομο από το άλλο μέσω της αλληλεπίδρασής τους αποτελεί παράγοντα ανισορροπίας μεταξύ τους (Redfern & Ross, 2011)
- Η τρίτη ηλικία ως κοινωνικό "πρόβλημα": δεν αποτελεί ακριβώς θεωρία, όμως είναι μία προοπτική που έχει βοηθήσει στη μελέτη της θέσης των ηλικιωμένων στην κοινωνία και ακολούθως, την αντιμετώπισή τους. Η θέση αυτή απαριθμεί τα προβλήματα των ηλικιωμένων και το πως "επιβαρύνουν" την κοινωνία τα προβλήματα αυτά. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στις παροχές υγείας, τη σύνταξη και τη δημιουργική απασχόληση των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι σύμφωνα με την παραπάνω πρόταση, αντιμετωπίζονται ως βάρος της κοινωνίας και των οικογενειών τους. Δε συνυπολογίζονται όμως οι συνεισφορές των ηλικιωμένων στην κοινωνία και τα συγγενικά τους άτομα (π.χ. φροντίδα και κράτηση των εγγονών, ώστε να μπορούν να δουλεύουν οι γονείς τους) (Redfern & Ross, 2011).

Ο ορισμός και η κατανόηση της γεροντικής άνοιας έχει αλλάξει κατά την πάροδο του χρόνου. Τον 13<sup>ο</sup> αιώνα χρησιμοποιήθηκε ο όρος άνοια για την περιγραφή του ανθρώπου που βρίσκεται εκτός εαυτού και που δε σκέφτεται λογικά. Πρώτη φορά εμφανίστηκε επίσημα στην επιστημονική κοινότητα τον 18<sup>ο</sup> αιώνα με τον Blancard να εκδίδει «Φυσικό λεξικό» το 1726 χαρακτηρίζοντας την άνοια ως απουσία της φαντασίας και της κριτικής σκέψης και στη συνέχεια στην «Γαλλική Εγκυκλοπαίδεια» των Diderot & d' Alembert το 1754 εκφράστηκε με κλινικά συμπτώματα του όρου αλλά με ευρεία έννοια. Στη συνέχεια, το 1778, ο Arnulfe d'Aumont προσδιόρισε τον όρο της άνοιας ως «παράλυση του πνεύματος που προκύπτει από την κατάργηση της ικανότητας της συλλογιστικής» και τη διαφοροποίηση από το παραλήρημα. Μέχρι και τον 19<sup>ο</sup> αιώνα οι άνθρωποι με άνοια και γεροντική άνοια ζούσαν κάτω από άθλιες συνθήκες και τους τοποθετούσαν στη φυλακή. Τέλος, στον 20<sup>ο</sup> αιώνα παρατηρήθηκε πως η αρτηριοσκληρωτική ατροφία του εγκεφάλου ήταν ο λόγος που οδηγούσε στην γεροντική άνοια. Το Αλτσχάιμερ παρατηρήθηκε ως μια ξεχωριστή κατηγορία το 1905 και 1907 με τη βοήθεια εξέλιξης της μελέτης της ανατομίας του εγκεφάλου (Assal, 2019).

Όσον αφορά στη νοσηλευτική της ψυχικής υγείας ή τη νοσηλευτική ψυχιατρική, είχε δημιουργηθεί το 1950 από τους επαγγελματίες υγείας για τη φροντίδα ασθενών σε άσυλα. Από τότε έχουν αλλάξει πολύ τα δεδομένα και οι νοσηλευτές ξεκίνησαν να ειδικεύονται σε αυτόν τον τομέα και να εξελίσσονται. Παρ' όλα αυτά ο ρόλος του νοσηλευτή δεν έχει διαφοροποιηθεί πολύ μέσα στα χρόνια και θεωρείται πως είναι η διατήρηση της ακεραιότητας της υγείας των ασθενών, η εκτέλεση της φαρμακευτικής τους αγωγής και ενδονοσοκομειακά η διατήρηση ενός υγιούς περιβάλλοντος και κοινωνικών συναναστροφών. Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως η ιδέα της "χημικής ανισορροπίας" αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1950 όπου και ψευδώς πίστευαν πως ευθύνεται για την πλειοψηφία των ψυχικών διαταραχών. Ως εκ τούτου δημιουργήθηκε και η αντίστοιχη εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή, που έγινε γνωστή στο κοινό και στους ασθενείς, ακόμη και αν δεν υπήρχε κάποια σύνδεση μεταξύ ασθενειών όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη με αυτήν τη "χημική ανισορροπία" (Barker & Buchanan-Barker, 2011).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### **3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**

Η γνωστική λειτουργία του ανθρώπου αναφέρεται σε πολλές διαφορετικές λειτουργίες του εγκεφάλου που εκτελεί καθημερινά το άτομο (Fisher et al., 2019). Χωρίζεται με βάση δύο παράγοντες, την κρυσταλλωμένη και ρευστή νοημοσύνη. Η κρυσταλλωμένη νοημοσύνη αφορά κυρίως τις νοητικές ικανότητες του εγκεφάλου που φυσιολογικά δεν επηρεάζονται από τη διαδικασία της γήρανσης, όπως είναι η ομιλία, η ανάγνωση, οι αριθμητικοί υπολογισμοί και η διαμόρφωση πληροφοριών από τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις. Αντιθέτως, η ρευστή νοημοσύνη διαμορφώνεται κατά τη μέση ηλικία και επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία διότι αφορά τη γρήγορη επεξεργασία των ερεθισμάτων και πληροφοριών, τη λύση των προβλημάτων, τη μνήμη, την αφηρημένη σκέψη και τη μάθηση (Klimova, 2016).

Αναλυτικότερα, η γνωστική λειτουργία μπορεί να διαιρεθεί σε τομείς λειτουργικότητας όπου ο καθένας επηρεάζεται διαφορετικά από τη διαδικασία της φυσιολογικής γήρανσης (Harada et al., 2013). Κατηγοριοποιείται σε:

- 1. Ταχύτητα επεξεργασίας:** η οποία σχετίζεται με την ταχύτητα που εκτελούνται οι γνωστικές λειτουργίες αλλά και οι κινητικές αντιδράσεις. Ανήκει στη ρευστή νοημοσύνη και μειώνεται σταδιακά μετά την τρίτη δεκαετία της ζωής (Harada et al., 2013).
- 2. Προσοχή:** κατά την οποία το άτομο κρίνεται αν έχει ικανότητα συγκέντρωσης σε ερεθίσματα. Διακρίνεται σε επιλεκτική και διχοτομημένη. Η επιλεκτική αφορά τη συγκέντρωση σε συγκεκριμένα δεδομένα που λαμβάνει από το περιβάλλον και όχι σε άσχετες πληροφορίες (π.χ συνομιλία σε περιβάλλον με θόρυβο ή οδήγηση) ενώ η διχοτομημένη αναφέρεται στην εκτέλεση πολλών καθηκόντων ταυτόχρονα (π.χ. ομιλία στο τηλέφωνο ενώ μαγειρεύει) (Harada et al., 2013).
- 3. Μνήμη:** η αλλαγή της οποίας αναφέρεται πιο συχνά ως παράπονο από τους ηλικιωμένους. Η φυσιολογική βλάβη της μνήμης συχνά οφείλεται στην αλλαγή ταχύτητας της επεξεργασίας των δεδομένων, τη μειωμένη ικανότητα να ξεχωρίσουν και αγνοήσουν τις άχρηστες πληροφορίες από τις σημαντικές και στην έλλειψη στρατηγικών για βελτίωση της μνήμης και της μάθησης. Η μνήμη

χωρίζεται σε δύο επιμέρους κατηγορίες, τη δηλωτική και τη μη δηλωτική. Η δηλωτική ή αλλιώς ρητή μνήμη είναι η ανάκληση αναμνήσεων και γεγονότων, ενώ η μη δηλωτική ή αλλιώς σιωπηρή μνήμη είναι εκείνη η οποία υπάρχει εσωτερικά στο υποσυνείδητο του ατόμου και γίνεται χωρίς την επίγνωση του ατόμου. Η μη δηλωτική μνήμη δεν επηρεάζεται από την ηλικία του ανθρώπου σε αντίθεση με τη δηλωτική (Harada et al., 2013).

- 4. Γλώσσα:** σε γενικές γραμμές η γλωσσική ικανότητα του ατόμου παραμένει άθικτη κατά τα χρόνια και το λεξιλόγιο είναι πιθανό να βελτιώνεται. Η ικανότητα να μετονομάσουμε ένα αντικείμενο που βλέπουμε παραμένει εξίσου άθικτη μέχρι τα πρώτα 70 χρόνια ζωής, ενώ αργότερα ίσως μειωθεί σταδιακά. Βαθμιαία, υπάρχει η πιθανότητα επίσης να μειωθεί η λεκτική ευχέρεια, η ικανότητα δηλαδή δημιουργίας καινούργιων λέξεων ή η αναζήτηση λέξεων (Harada et al., 2013).
- 5. Οπτικοχωρικές ικανότητες:** οι γνωστικές λειτουργίες που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία αφορούν κυρίως την αντίληψη του χώρου σε δύο και τρεις διαστάσεις καθώς και η συναρμολόγηση εξαρτημάτων για δημιουργία ενός ολοκληρωμένου προϊόντος, οι οποίες μειώνονται κατά την πάροδο των χρόνων. Ωστόσο η αντίληψη και αναγνώριση των αντικειμένων και του χώρου στον οποίο βρίσκονται παραμένει άθικτη (Harada et al., 2013).
- 6. Εκτελεστική λειτουργία:** η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα να μπορεί το άτομο να παρακολουθεί τη δική του πορεία, να προγραμματίζει και να οργανώνει, να σκέφτεται λογικά, να είναι πνευματικά ευέλικτο και να είναι ικανό να λύνει προβλήματα. Μετά την ηλικία των 70 ετών οι ικανότητες της διαμόρφωσης εννοιών και της πνευματικής ευελιξίας δείχνουν να παρακμάζουν. Τέλος, οι εκτελεστικές λειτουργίες που απαιτούν τη γρήγορη κινητική ανταπόκριση έχει αποδειχθεί πως μειώνονται με τη διαδικασία της γήρανσης (Harada et al., 2013).

### **3.2. ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

Γνωστικές διαταραχές, ορίζουμε τις ασθένειες, οι οποίες κατά κύριο λόγο εμφανίζουν συμπτώματα και αλλαγές σχετικά με την σκέψη, την προσοχή, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, τη γλώσσα και την αντίληψη (Berryhill et al., 2012). Η γνωστική

εξασθένηση αποτελεί ένα σύμπτωμα που είναι σύνηθες στη γήρανση και θεωρείται ως επακόλουθό της (Chang et al., 2021).

Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται ότι ο εγκέφαλος δέχεται κάποιες δομικές αλλαγές, όπως είναι η μείωση της μάζας των νευρών, των δενδριτικών διακλαδώσεων και απώλεια της μυελίνης. Οι αλλαγές αυτές οδηγούν σε μείωση του όγκου του εγκεφάλου και τελικά σε βαθμιαία ατροφία του ιππόκαμπου και των μετωπιαίων λοβών. Στους μετωπιαίους λοβούς εντοπίζεται κυρίως η μείωση σε ποσότητα και ακεραιότητα της λευκής ουσίας και με αυτόν τον τρόπο ο εγκέφαλος οδηγείται σε μείωση των γνωστικών λειτουργιών που προέρχονται κυρίως από τους λοβούς αυτούς. Επίσης, παρατηρούνται και νευρολογικές αλλαγές με συσσωρεύσεις νευρώνων όπως οι αμυλοειδείς πλάκες συμβάλλοντας και εκείνες στη βλάβη των γνωστικών λειτουργιών. Τέλος, η μειωμένη λειτουργικότητα των νευροδιαβιβαστών της ντοπαμίνης και της ακετυλοχολίνης συντελεί στις φυσιολογικές νευρολογικές διαταραχές που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της γήρανσης. Όλες αυτές οι δομικές αλλαγές του εγκεφάλου που επηρεάζουν τη γνωστική λειτουργία είναι φυσικό επακόλουθο της γήρανσης και αναμένεται να παρατηρηθούν μειώσεις στην επεισοδιακή μνήμη και τη μνήμη εργασίας, στην εκτελεστική λειτουργία, στη μάθηση, στην ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών και στη ρευστή νοημοσύνη (Fleming, 2013).

### **3.3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Οι γνωστικές διαταραχές περιλαμβάνουν: 1) μείζων νευρογνωστική διαταραχή (άνοια), 2) παραλήρημα (ντελίριο) και 3) ήπια γνωστική εξασθένηση (Robins et al., 2019).

#### **3.3.1. ΜΕΙΖΩΝ ΝΕΥΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΑΝΟΙΑ):**

##### **-Ορισμός, χαρακτηριστικά, κλινική εικόνα και αίτια**

Η άνοια είναι ευρέως γνωστή και ως μείζονα νευρογνωστική διαταραχή (major neurocognitive disorder – MND), όπου σαν όρος περικλείει πολλές κατηγορίες της ίδιας πάθησης και τα διαφορετικά αίτια νόσησης του κάθε ανθρώπου (Tucker – Drob, 2019). Είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους αναπηρίας στους ηλικιωμένους, και είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό προσωπικό να αναγνωρίζει τις διάφορες μορφές άνοιας και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να εμφανιστεί σε έναν άνθρωπο, ώστε να μπορεί να παρέχει την κατάλληλη φροντίδα στον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και στο υποστηρικτικό του περιβάλλον. Σχετίζεται κυρίως με βλάβη στη μνήμη αλλά και σε άλλες βασικές γνωστικές λειτουργίες όπως η δυσκολία στην ομιλία (αφασία), η ανικανότητα

σχεδιασμού των επιτηδευμένων κινήσεων του σώματος (απραξία), ή ακόμη και η ανικανότητα να μετονομάσει το άτομο γνώριμα αντικείμενα (αγνωσία). Γενικότερα εμφανίζεται διαταραχή στην σκέψη, στη μάθηση, στον μαθηματικό υπολογισμό, στην αντίληψη και στην κριτική σκέψη καθώς και στη συμπεριφορά, στα συναισθήματα και δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Η κλινική εικόνα διαφέρει από άτομο σε άτομο αναλογικά με το στάδιο της ασθένειας. Τα πρώτα σημάδια της άνοιας χαρακτηρίζονται από ήπια αμνησία, δυσκολία προσανατολισμού στο χρόνο και σε χώρους οικείου για το άτομο, ενώ σταδιακά με την εξέλιξη της νόσου παρουσιάζονται αμνησία των ανθρώπων του οικείου περιβάλλοντός του, επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις, δυσκολία στο ντύσιμο, τη σίτιση, αλλαγή στην προσωπικότητα και τη διάθεση του ατόμου καθώς και σύγχυση ή και άγνοια τόπου, χρόνου και προσώπων (Berryhill et al., 2012; Dening & Sandylian, 2015; W.H.O., 2020). Επίσης, εκτός των γνωστικών λειτουργιών, επηρεάζει και τη λειτουργικότητα του ατόμου σε καθημερινό επίπεδο καθώς και την κοινωνικότητά του (Arvanitakis et al., 2019).

Το προσδόκιμο ζωής μετά τη διάγνωση άνοιας στους ηλικιωμένους κυμαίνεται από 3 έως 9 χρόνια αναλόγως την ταχύτητα ανάπτυξης των συμπτωμάτων στο κάθε άτομο (Jia et al., 2019). Νέες μελέτες παραθέτουν μερικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση άνοιας όπως είναι: i) η υπέρταση, ii) το κάπνισμα, iii) η παχυσαρκία, iv) ο σακχαρώδης διαβήτης, ενώ ακόμα πιο πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι v) η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, vi) οι εγκεφαλικές κακώσεις ακόμη και vii) η ατμοσφαιρική ρύπανση μπορούν να είναι συντελεστές στην εμφάνιση άνοιας (Livingston et al., 2020).

### **-Είδη άνοιας**

Υπάρχουν διαφορετικά είδη άνοιας, όπως είναι το Alzheimer, η αγγειακή άνοια, άνοια με σώματα Lewy, η μετωπική άνοια (WHO, 2020) και η άνοια της νόσου Parkinson (Toerper & Falkenstein, 2019).

Το Alzheimer είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας με 60 – 70% των περιπτώσεων άνοιας (WHO, 2020). Είναι μία νευροεκφυλιστική διαταραχή με κλινική εικόνα μειωμένης μνήμης, βλάβης στις γνωστικές λειτουργίες, αλλαγές στη συμπεριφορά και προοδευτική μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Έχει παρατηρηθεί πως οφείλεται σε εξωκυτταρική εναπόθεση του αμυλοειδούς β σε μορφή πλακών καθώς και εξαιτίας απροσδιόριστης κατεύθυνσης των ενδοκυτταρικών νευρικών ινών (Vaz & Silvestre, 2020).

Η αναφορά στον όρο «αγγειακή άνοια» είναι ουσιαστικά η αναφορά στις ασθένειες των αγγείων που συχνά συνυπάρχουν με την άνοια και έχει παρατηρηθεί να συνδέονται στενά μεταξύ τους. Μερικές από αυτές είναι: i) η αρτηριοσκλήρυνση, ii)

αθηροσκλήρωση, iii) εγκεφαλικά και iv) αγγειοπάθεια του αμυλοειδούς. Παρά τη στενή σύνδεσή τους με την άνοια, δεν αποτελούν αίτια αυτής (Wolters & Ikram, 2019).

Η άνοια με σώματα Lewy προσβάλλει περίπου το 20% του πληθυσμού με συμπτώματα όπως: i) μειωμένα επίπεδα συγκέντρωσης και ετοιμότητας, ii) ρεαλιστικές οπτικές ψευδαισθήσεις, iii) διαταραχές στο στάδιο βαθύ ύπνου REM και συμπτώματα παρόμοια με της νόσου Parkinson όπως: iv) τρέμουλο, ακαμψία και αργά αντανακλαστικά (Outeiro et al., 2019).

Το επόμενο είδος άνοιας είναι η μετωπική άνοια, δηλαδή η άνοια στην οποία εμφανίζεται διαφθορά ή/και ατροφία στον μετωπιαίο αλλά και κροταφικό λοβό του εγκεφάλου, η οποία περιλαμβάνει μία πληθώρα νευροεκφυλιστικών ασθενειών. Διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: i) μετωπική άνοια αλλαγής της συμπεριφοράς, κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει μείωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και αλλαγή προσωπικότητας και ii) μετωπική άνοια πρωτογενούς προοδευτικής αφασίας, κατά την οποία το άτομο παρουσιάζει διαταραχές στη γλώσσα και την ομιλία (Devenney et al., 2019).

Το τελευταίο είδος είναι η άνοια της νόσου Πάρκινσον, έχει πολλά κοινά με την άνοια με σώματα Lewy, όμως η χαρακτηριστική διαφορά τους είναι η χρονική στιγμή και η επιθετικότητα των συμπτωμάτων. Η απότομη εκδήλωση των συμπτωμάτων υποδηλώνει άνοια της νόσου Πάρκινσον, ενώ των σωμάτων Lewy χρειάζεται ένας χρόνος περίπου για να εκδηλωθεί η κλινική εικόνα. Τα σημεία και συμπτώματα της ασθένειας είναι η διαταραχή της προσοχής, μείωση των εκτελεστικών και οπτικών λειτουργιών, φθορά της μνήμης σε μέτριο βαθμό, αλλά και ψυχικές δυσλειτουργίες όπως εμφάνιση ψύχωσης, παραισθήσεων, αϋπνίας και απάθειας. Στις φυσιολογικές λειτουργίες μπορεί να παρατηρηθεί ακράτεια ούρων, δυσκοιλιότητα, ορθοστατική υπόταση και μειωμένοι καρδιακοί παλμοί (Sezgin et al., 2019).

### **3.3.2. ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ:**

#### **-Ορισμός, χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα**

Το παραλήρημα αποτελεί μία διαταραχή της γνώσης και της προσοχής, η οποία εμφανίζεται απότομα στα ηλικιωμένα άτομα. Είναι πολύ κοινή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα και αρκετά σοβαρή, καθώς μπορεί να επηρεάσει την καθημερινότητα του ατόμου σε όλα τα επίπεδα, ακόμη και σε οικονομικό επίπεδο, και να αποβεί μοιραία για τον άνθρωπο (Inouye et al., 2014; Hshieh et al., 2020). Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του παραληρήματος είναι η ταχεία και απότομη εμφάνιση των συμπτωμάτων, τα οποία περιλαμβάνουν:



- διαστρεβλωμένο επίπεδο συνείδησης,
- αδυναμία προσοχής και
- βλάβες στη γνώση, όπως είναι:
  1. η επιζημιωμένη μνήμη,
  2. λεκτικές διαταραχές καθώς και
  3. αποπροσανατολισμός (Martins & Fernandes, 2012).

Η κλινική εικόνα του ασθενούς όσον αφορά το επίπεδο συνείδησης, κατά κύριο λόγο παρουσιάζεται μεταξύ σοβαρής και ήπιας και μπορεί να ποικίλλει από ελαφριά υπνηλία και μειωμένο επίπεδο συνείδησης, μέχρι ληθαργικότητα και ημι - κωματώδη κατάσταση, ενώ είναι πιθανή η εμφάνιση αντίθετων συμπτωμάτων όπως υπερ - επαγρύπνηση, η οποία εμφανίζεται σε αποχή από το αλκοόλ και τα ηρεμιστικά φάρμακα και είναι πιο ασυνήθιστη στους ηλικιωμένους (Martins & Fernandes, 2012).

Με την αδυναμία προσοχής, οι ασθενείς δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα και συνήθως ξεχνούν τη συζήτηση την οποία μόλις είχαν. Ειδικά στην κλινική εξέταση ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να διακατέχεται από υπομονή και να επαναλάβει ερωτήσεις προκειμένου να σχηματίσει μία ολοκληρωτική κλινική εικόνα (Martins & Fernandes, 2012).

Οι βλάβες στη γνώση επηρεάζουν τη μνήμη, τη γλωσσική χωρητικότητα και ικανότητα έκφρασης και τον προσανατολισμό. Όσον αφορά τη μνήμη συνήθως επηρεάζεται περισσότερο η βραχυπρόθεσμη αντί της μακροπρόθεσμης, όμως η ανάκληση πληροφοριών που είχαν προηγουμένως αποστηθεί είναι πιθανό να επηρεαστούν εξίσου. Η βλάβη των γλωσσικών δεξιοτήτων είναι περισσότερο σχετικές με την έλλειψη της προσοχής παρά κάποιο άλλο αίτιο και μπορεί να εκδηλωθεί και διαταραχή στον τρόπο σκέψης. Ωστόσο στις σοβαρές περιπτώσεις πολλές φορές το άτομο δυσκολεύεται να εκφραστεί και δυσχεραίνει την κλινική εκτίμηση. Ο προσανατολισμός του ατόμου φθείρεται αρχικά σε σχέση με τον χρόνο και ύστερα με τον χώρο (Martins & Fernandes, 2012).

Οι ηλικιωμένοι με ντελίριο επίσης έχει παρατηρηθεί να εμφανίζουν συγκεχυμένη σκέψη, η οποία αναδεικνύεται με μη κατανοητή ομιλία, μη σχετικές απαντήσεις σε ερωτήσεις ή μη σχετική συνομιλία και παράλογος ιδεασμός. Ως εκ τούτου, είναι εξαιρετικά δύσκολο στο άτομο να πάρει απλές καθημερινές αποφάσεις και να πραγματώσει μικρές εργασίες της καθημερινότητας. Συμπληρωματικά, καταγράφονται διαταραχές ως προς την αντίληψη του ατόμου, όπως ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι πολύ συχνές κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας και το

περιεχόμενό τους είναι κυρίως χρώματα ή σχήματα, αλλά μπορεί να είναι και διάφορα επικίνδυνα ζώα, αφήνοντας τον ηλικιωμένο πολλές φορές φοβισμένο. Άλλα συμπτώματα που εμφανίζονται αλλά δεν συνυπολογίζονται για τη διάγνωση του παραληρήματος είναι η παράλογη και απότομα αυξημένη ή μειωμένη κινητικότητα καθώς και διαταραχή κύκλου του ύπνου, κατά την οποία το άτομο φαίνεται υποτονικό και νιώθει υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και αϋπνία την νύχτα, δημιουργώντας έτσι σύγχυση στον κερκάρδιο ρυθμό του ηλικιωμένου. Η διαταραχή του κερκάρδιου ρυθμού συνήθως οδηγεί στο "σύνδρομο ηλιοβασιλέματος" (sundowning syndrome), το οποίο διακρίνεται από έξαρση των συμπτωμάτων της διαταραγμένης συμπεριφοράς του ατόμου μετά από τη δύση του ηλίου (Martins & Fernandes, 2012).

Το παραλήρημα μπορεί να οριστεί και ως οξεία εγκεφαλική ανεπάρκεια και είναι πολυπαραγοντική ως προς την αιτία εμφάνισής της. Στην εμφάνιση παραληρήματος σε υγιείς ηλικιωμένους κατά κύριο λόγο προηγείται έκθεση σε αναισθησιογόνο και ψυχοτρόπα φάρμακα, εκτέλεση σοβαρού χειρουργείου, εκτεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο ή ακόμα και σοβαρή αϋπνία. Όταν ο ηλικιωμένος δεν έχει υποστεί κάποιο από τα παραπάνω εξωτερικά ερεθίσματα, οι συνήθεις ύποπτοι για την εμφάνιση του παραληρήματος είναι η άνοια ή κάποια γνωστική διαταραχή, οπτική εξασθένιση, κατάχρηση αλκοόλ, η προχωρημένη ηλικία, δηλαδή άνω των 70 ετών και υφέρπουσα κατάθλιψη ή προηγούμενο εγκεφαλικό επεισόδιο. Επίσης, σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχθεί ότι το παραλήρημα ως μεμονωμένη ασθένεια είναι ικανό να προκαλέσει άνοια και μόνιμη γνωστική βλάβη (Inouye et al., 2014).

### **-Διαχωρισμός παραληρήματος με την άνοια**

Η άνοια και το παραλήρημα είναι δύο παθολογικές καταστάσεις που επηρεάζουν κυρίως την τρίτη ηλικία και μοιράζονται μερικά συμπτώματα όπως η διαταραγμένη μνήμη και κριτική σκέψη, αποπροσανατολισμός και κάποια ψυχικά συμπτώματα συμπεριλαμβανομένου της παράνοιας και των παραισθήσεων. Λόγω των κοινών τους χαρακτηριστικών μπορεί η διάγνωση και η διαφοροποίηση μεταξύ τους να αποτελέσει πρόκληση για έναν επαγγελματία υγείας, όμως υπάρχουν κάποιες διαφορές, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην ξεκάθαρη διάγνωση της κάθε ασθένειας. Μία από αυτές τις διαφορές είναι η αιτία πρόκλησης της κάθε ασθένειας. Το παραλήρημα παρέπεται από βλάβη των νευροδιαβιβαστών και της ισορροπίας των οξέων του εγκεφάλου που μπορεί να διορθωθεί, ενώ η άνοια αντιθέτως, οφείλεται σε εξωτερικά ερεθίσματα που καταλήγουν να φθείρουν την ανατομία του εγκεφάλου. Το ντελίριο είναι μία παροδική παθολογική κατάσταση, η οποία κυρίως εμφανίζει ψυχιατρικά συμπτώματα και έχει αποδειχθεί πως εμφανίζεται σε άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, αλλά συνήθως εμφανίζεται

σε ηλικιωμένους. Η άνοια είναι επίκτητη και επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία και τομείς όπως η μνήμη, η προσοχή, η κοινωνικότητα, η αντίληψη, η κινητικότητα και η εκτελεστική λειτουργία. Η βασική διαφορά τους δηλαδή, υπόκεινται στο ότι η άνοια είναι μία επίμονη, μη αναστρέψιμη πάθηση που είναι ικανή να επηρεάσει τη λειτουργικότητα του ατόμου, ενώ το παραλήρημα μία αναστρέψιμη, παροδική κατάσταση με κυρίως ψυχιατρικά συμπτώματα που μπορεί να εντοπιστεί και σε άτομα μικρότερης ηλικίας (Lippmann & Perugula, 2016).

### **3.3.3. ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗ (MCI):**

#### **-Ορισμός, χαρακτηριστικά και κλινική εικόνα:**

Η ήπια γνωστική εξασθένιση (Mild Cognitive Impairment - MCI) είναι μία νευρογνωστική διαταραχή, η οποία ξεπερνάει τα φυσιολογικά όρια της γνωστικής εξασθένισης που συνοδεύει τη γήρανση (Kim et al., 2019; Chang et al., 2020). Θεωρείται ως η κατάσταση ανάμεσα στη φυσιολογική γήρανση της γνωστικής λειτουργίας και την άνοια (Tangalos & Petersen, 2018). Τα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνουν:

1. Αναφερόμενη αλλαγή της γνωστικής λειτουργίας, όπως η μνήμη, η συγκέντρωση, η εκτελεστική λειτουργία, η γλωσσική ικανότητα, η οπτικοχωρητική αντίληψη και αντίληψη της ταχύτητας, σύμφωνα με αναφορές του ίδιου του ηλικιωμένου ατόμου ή αναφορές τρίτων
2. Μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για την ηλικία αλλαγή στις γνωστικές λειτουργίες, χωρίς όμως να υπάρχει άνοια και
3. Ανεπηρέαστες καθημερινές δραστηριότητες (Fleming, 2013).

Τα άτομα με ήπια γνωστική εξασθένιση κατά κύριο λόγο δεν εμφανίζουν προβλήματα στην εκτέλεση των απλών δραστηριοτήτων της καθημερινότητας. Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, παρουσιάζονται δυσκολίες στην εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινότητας με οργανικό χαρακτήρα, όπως είναι για παράδειγμα η οδήγηση και η χρήση μεταφορικών μέσων, η προετοιμασία γεύματος και η διαχείριση των φαρμάκων και χρημάτων τους (Fleming, 2013).

#### **-Υποκατηγορίες MCI:**

Η ήπια γνωστική εξασθένιση διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, την αμνηστική και την μη αμνηστική, οι οποίες με τη σειρά τους διαχωρίζονται σε ενιαίου και πολλαπλού τομέα (Tangalos & Petersen, 2018).

**1. Η αμνηστική ήπια γνωστική εξασθένηση (aMCI):** είναι η πιο συνηθισμένη κατηγορία της γνωστικής εξασθένησης και αποτελεί συνήθως πρόδρομο στάδιο της νόσου Alzheimer.

a. Η aMCI ενιαίου τύπου περιλαμβάνει κυρίως τα χαρακτηριστικά των ατόμων με εξασθενημένη μνήμη χωρίς όμως να υπάρχουν τα απαραίτητα συμπτώματα για να δοθεί διάγνωση άνοιας. Μερικά από τα χαρακτηριστικά αυτά είναι: i) η αναφορά μειωμένης ή/και διαταραγμένης μνήμης από το ίδιο το άτομο ή από κοντινό του πρόσωπο, ii) άθικτη γνωστική λειτουργία iii) άθικτες καθημερινές δραστηριότητες και iv) απουσία άνοιας (Tangalos & Petersen, 2018)

b. Η aMCI πολλαπλού τύπου παρουσιάζει εύρος συμπτωμάτων σε περισσότερους από έναν τομείς (π.χ της μνήμης) και συνήθως εντοπίζονται μόνο με λεπτομερή νευροψυχολογική εξέταση. Μπορεί ακόμη, το άτομο να παρουσιάζει μικρή έκπτωση στην επίτευξη ορισμένων καθημερινών δραστηριοτήτων, χωρίς όμως να υπάρχουν αρκετά συμπτώματα για διάγνωση άνοιας (Tangalos & Petersen, 2018).

**2. Μη αμνηστική ήπια γνωστική εξασθένηση (non amnesic MCI - naMCI):**

a. Η naMCI ενιαίου τύπου παρουσιάζει δυσλειτουργία σε πολύ εξειδικευμένους τομείς, όπως για παράδειγμα η γλώσσα ή οι οπτικοχωρικές ικανότητες. Τα άτομα που πάσχουν από naMCI φέρουν μικρότερες πιθανότητες εξέλιξης της νόσου σε άνοια (Tangalos & Petersen, 2018)

b. Η naMCI πολλαπλού τύπου αφορά ασθενείς που παρουσιάζουν ποικίλα συμπτώματα σε διαφορετικούς τομείς αλλά σε πολύ ήπιο βαθμό. (Tangalos & Petersen, 2018).

### **-Διαχωρισμός ήπιας γνωστικής εξασθένησης με την άνοια**

Η ειδοποιός διαφορά ανάμεσα στην ήπια γνωστική εξασθένηση και την άνοια, βρίσκεται στο ότι η πρώτη δεν επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου στις δραστηριότητες της καθημερινότητας ή την κοινωνικότητα του ατόμου, σε αντίθεση με τη δεύτερη (Langa & Levine, 2014). Επίσης, η ήπια γνωστική εξασθένηση θεωρείται το πρόδρομο στάδιο πριν την άνοια, εμφανίζονται δηλαδή μερικά κοινά συμπτώματα με την άνοια, π.χ.

διεφθαρμένες γνωστικές λειτουργίες, κυρίως της μνήμης, αλλά ο βαθμός σοβαρότητας είναι πολύ μικρότερος από αυτόν της άνοιας (Eshkoor et al., 2015).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV**

### **4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Όπως προαναφέρθηκε στην εισαγωγή, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ψυχική υγεία ως την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τα επιτεύγματα και κατορθώματά του, να εργάζεται και να προσφέρει στην κοινωνία, αλλά και να διακατέχεται από την ικανότητα να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το άγχος που προέρχεται από την καθημερινότητά του (WHO., 2018). Αναλυτικότερα, ο άνθρωπος βρίσκεται πιο κοντά στην ψυχική υγεία όταν είναι ικανός να νιώσει ευχαρίστηση, να νοηματοδοτήσει τις πράξεις του, να έχει την ικανότητα διαχείρισης των προβλημάτων του και ελέγχου των συναισθημάτων του, να διακατέχεται από σοφία αλλά και να νιώθει καλά με τον εαυτό του και να είναι περήφανος για τα κατορθώματά του (Bratman et al., 2019; W.H.O., 2018).

### **4.2. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους, επηρεάζει πολύ την ποιότητα ζωής τους και η παρουσία της συνάδει με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Sivertsen et al., 2015). Η σοβαρότητα της κατάθλιψης συνδέεται στενά με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και ποικίλλει ανάλογα με τη φυσική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική τους κατάσταση (Lapid et al., 2011).

Όπως προαναφέρθηκε στα επιδημιολογικά δεδομένα, οι επικρατέστερες ψυχικές νόσοι στην τρίτη ηλικία είναι αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές συναισθήματος και διαταραχές χρήσης ουσιών (Andreas et al., 2017). Ωστόσο παρατηρείται πως είναι συχνή και η εμφάνιση συμπτωμάτων ψύχωσης, αλλά με επιδημιολογικά δεδομένα που διαμορφώνεται ανάλογα με το αν έχει προηγηθεί ψυχιατρική εκτίμηση ή όχι (Svensson & Hansson, 2016).

Η κατάθλιψη είναι μία πολύ κοινή ψυχική διαταραχή στους ηλικιωμένους και εμφανίζεται συχνότερα από ότι στους νέους. Χαρακτηρίζεται από αίσθημα θλίψης, αναξιοσύνης και ενοχής, μειωμένο ενδιαφέρον, αλλαγές στον ύπνο και το φαγητό καθώς και μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και σκέψης. Κάποιοι από τους πιθανούς παράγοντες που την προκαλούν είναι η απομάκρυνση από κοινωνικά γεγονότα, η απουσία ή και ο θάνατος φίλων, η χηρεία, η μοναξιά, κάποιες σωματικές ασθένειες καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Ceker & Altun, 2020; Kouvatsou et al., 2020).

Ένας σημαντικός όρος που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που ζουν με κατάθλιψη, είναι η "ελαστικότητα". Με αυτόν τον όρο περιγράφεται η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται και να αντιμετωπίζει με θετικό τρόπο τις αλλαγές στη ζωή. Αναλυτικότερα, με την ελαστικότητα, το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να προσαρμοστεί στις νέες δύσκολες καταστάσεις και να μην παραδοθεί σε αυτές πετυχαίνοντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής. Η καθημερινότητα των ηλικιωμένων επηρεάζεται από πολλές διαστάσεις όπως είναι οι περιβαλλοντικές συνθήκες, ο τρόπος συμπεριφοράς σε διάφορα ερεθίσματα, η αντίληψη για τον τρόπο ζωής τους και η αντικειμενική, φυσική τους κατάσταση (Lima et al., 2019).

Έρευνες αποδεικνύουν ότι οι άνθρωποι που είναι μόνοι τους και αισθάνονται μοναξιά έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη και να μειώνεται σταδιακά η ποιότητα ζωής τους. Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, καθώς και το άγχος με ανώμαλες καρδιαγγειακές αντιδράσεις και λειτουργίες. Πιο συγκεκριμένα, η μοναξιά επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργικότητα του ατόμου, ειδικά στους ηλικιωμένους, η οποία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας και επομένως πιο σύντομο θάνατο (O'Suilleabhain et al., 2019).

Οι ηλικιωμένοι επίσης πολύ συχνά αισθάνονται πως έχουν χάσει τον έλεγχο της ζωής τους λόγω σωματικής κακουχίας, φθοράς αισθήσεων όπως ακοής και όρασης και μειωμένης οικονομικής δυνατότητας. Αυτά τα προβλήματα συχνά δημιουργούν συμπτώματα κατάθλιψης όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση, άγχος, θλίψη και κοινωνική απομόνωση. Επειδή η πλειοψηφία των ηλικιωμένων εμφανίζουν αυτά τα συμπτώματα, οι άνθρωποι τείνουν να τα αγνοούν, θεωρώντας τα ως επακόλουθο της γήρανσης και όχι ως κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να μη δέχονται θεραπεία και έτσι να υποφέρουν από την κατάθλιψη και ίσως να οδηγηθούν και σε αυτοκτονία (Allahyari, 2020).

#### **4.3. Η ΣΧΕΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ**

Σύμφωνα με έρευνες, οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη, είναι περισσότερο επιρρεπής στην εμφάνιση βλαβών στις γνωστικές λειτουργίες από ότι οι ηλικιωμένοι χωρίς κατάθλιψη. Οι αιτίες δεν έχουν εξακριβωθεί όμως υπάρχουν μερικές υποθέσεις για τη συσχέτιση της κατάθλιψης με τις γνωστικές λειτουργίες. Μία από αυτές είναι ότι οι γνωστικές λειτουργίες εξασθενούν με την ανατομική αλλοίωση του μετωπιαίου λοβού που συμβαίνει με την πάροδο του χρόνου. Παρουσιάζεται επίσης ότι είναι πιθανό η εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης ακόμη και σε μικρότερο βαθμό να επηρεάσει το νευρικό σύστημα αλλά και τον ιππόκαμπο του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα να κάνει τον εγκέφαλο επιρρεπή σε νευρολογικές αλλαγές. Επιπροσθέτως, γίνεται

ξεκάθαρο πως η κατάθλιψη με τις γνωστικές διαταραχές συνδέονται άρρηκτα μεταξύ τους και ακόμη μπορεί το άτομο με διαταραγμένες γνωστικές λειτουργίες να αναπτύξει καταθλιπτικά συμπτώματα επειδή παρατηρεί στον εαυτό τους τη μειωμένη γνωστική λειτουργία στην καθημερινότητά του (Aajami et al., 2020).

Μελέτες έχουν αποδείξει πως η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους προκαλεί αλλαγές στη συμπεριφορά τους και νευρώσεις. Οι νευρώσεις χαρακτηρίζονται από την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων όπως αγωνία, άγχος και θυμό, οι οποίες κάνουν το άτομο ευάλωτο σε ψυχική οδύνη. Η κατάθλιψη σε άτομα άνω των 65 ετών έχει αποδειχθεί πως συνδέεται με χαμηλά αποτελέσματα σε κλίμακες γνωστικής λειτουργικότητας, ενώ αντίστοιχα η μειωμένη γνωστική λειτουργικότητα αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης, νευρώσεων και άγχους στους ηλικιωμένους. Επίσης οι νευρώσεις έχει αποδειχθεί πως μπορούν να προκαλέσουν και άνοια και οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν μεγαλύτερη τάση εκδήλωσης άγχους από ότι οι νεότεροι πληθυσμοί (Banjongrewadee et al., 2020).

Οι ηλικιωμένοι αρκετές φορές ζητούν τη βοήθεια ειδικού, μετά από παρατήρηση μείωσης της μνήμης τους. Η φθορά της μνήμης είναι ένα από τα κύρια συμπτώματα της ήπιας γνωστικής εξασθένησης (Mild Cognitive Impairment - MCI), η οποία δε σχετίζεται με την άνοια, όμως μπορεί να την προκαλέσει. Ένα από τα κύρια συμπτώματά της είναι η κατάθλιψη. Σύμφωνα με έρευνες το αίσθημα και η αντίληψη της φθοράς της μνήμης στην ήπια γνωστική εξασθένηση είναι κυρίως υποκειμενικά και εξαρτώνται από το βαθμό της κατάθλιψης. Επομένως όσο πιο έντονη είναι η κατάθλιψη, τόσο πιο διαταραγμένη είναι και η εικόνα για τη λειτουργία της μνήμης τους (Song et al., 2019).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

### 5.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η συμμετοχή των ειδικών στην αντιμετώπιση αλλά και διαχείριση της άνοιας είναι σημαντική και θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα πλάνο με άξονα την επικοινωνία μας με τον ασθενή. Σε περιστατικά με μέτριου σταδίου άνοιας, καταθέτουμε τις ανάγκες ανάλογα με τον ασθενή και συνήθως είναι προτιμότερη η προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον. Αντιθέτως, σε πιο σοβαρές μορφές άνοιας συμβαίνει το αντίθετο, όπου προσαρμόζουμε το περιβάλλον στον ασθενή. Στις πιο ήπιες μορφές άνοιας, οι επαγγελματίες υγείας και οι φροντιστές εστιάζουν στην προαγωγή της ανεξαρτησίας, μιας καλύτερης ποιότητας ζωής καθώς και μείωση των κινδύνων και βλαβών. Η προσέγγιση των ειδικών σε πιο σοβαρές μορφές άνοιας, αρχικά περιλαμβάνει την ενίσχυση της κατατόπισης στον χωροχρόνο και μείωση των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων. Συναντάται εξίσου η προσπάθεια για βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής, όμως η ανεξαρτησία είναι περιορισμένη και γίνεται εστίαση περισσότερο στη διαχείριση της ασθένειας (Tisher & Salardini, 2019).

Στη συνέχεια, είναι αναγκαία η μη φαρμακολογική αντιμετώπιση των γνωστικών διαταραχών καθώς υπάρχουν ελλιπή στοιχεία για την αποδοτικότητά τους καθώς και μειωμένη διαθεσιμότητα φαρμακευτικής αγωγής για ασθένειες όπως η άνοια. Οι πάσχοντες χρειάζονται αυξημένη βοήθεια και επίβλεψη, προκειμένου να ολοκληρώσουν βασικές καθημερινές ανάγκες. Κάποιες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που είναι απαραίτητες για την προστασία και την φροντίδα των ασθενών είναι οι εξής:

- Τροποποίηση περιβάλλοντος διαβίωσης για να διασφαλίσουμε τη σωματική ακεραιότητα του ασθενή
- Προαγωγή της καλής ποιότητας ύπνου μέσω διαβάσματος ή μπάνιου το βράδυ.
- Περιορισμός δραστηριοτήτων που μπορεί να τον βλάψουν π.χ. οδήγηση
- Προφύλαξη από κάθε είδους εκμετάλλευση (σωματική, οικονομική) (Li et al., 2019; Tisher & Salardini, 2019).

Επίσης, η μειωμένη γνωστική λειτουργία έχει συνδεθεί στενά με τις πτώσεις των ηλικιωμένων. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με έρευνες, τα άτομα της τρίτης ηλικίας που έχουν ζημιωθεί από τις πτώσεις τους, σημειώνουν μειωμένη βαθμολογία στο MMSE (βλ. διαφορική διάγνωση) (Trevisan et al., 2021). Προκειμένου να μειωθούν τα κρούσματα πτώσεων στους ηλικιωμένους, υπάρχουν κάποιες παρεμβάσεις που μπορούν να

επιτευχθούν με τη βοήθεια των νοσηλευτών, όπως εκτίμηση του κινδύνου στο περιβάλλον και η άμεση αντιμετώπισή τους, π.χ. στερέωση των χαλιών στο πάτωμα και παρακολούθηση του τρόπου βάδισης του ηλικιωμένου προκειμένου να του παραχθούν τα κατάλληλα υποδήματα ή ακόμα και μετακίνηση κάποιων επίπλων με τρόπο που να καθιστά ασφαλή τη βιάδιση του στο σπίτι (Baixinho & Will dos Santos, 2020).

Η άνοια, όπως προαναφέρθηκε, συνήθως συνοδεύεται από διαταραγμένη μνήμη, έλλειψη αυτοφροντίδας αλλά και κίνδυνο για έλλειψη κινητικότητας του ασθενούς.

Όσον αφορά στη **διαταραγμένη μνήμη**, η πρώτη κίνηση που είναι επιτακτική να συμβεί είναι ο προσδιορισμός των αιτιών και της σοβαρότητας του βαθμού της διαταραχής. Αρχικά προσδιορίζουμε εάν υπάρχουν κάποια οργανικά ή περιβαλλοντικά αίτια που την προκάλεσαν και για την πιο ακριβή διάγνωση είναι σημαντική η συνεργασία με κάποιον παθολόγο ή ψυχίατρο ώστε να εκτιμήσουν το προφίλ του ασθενή σχετικά με τον προσανατολισμό στον χωροχρόνο, στην ικανότητα προσοχής του και εκτέλεσης οδηγιών. Έπειτα αξιολογούνται λίγο πιο σύνθετες λειτουργίες όπως η οδήγηση και η ικανότητα αυτοφροντίδας και τέλος, συζητάμε με τον ασθενή (όσο αυτό είναι εφικτό) και το οικογενειακό/κοντινό του περιβάλλον για να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο εκλαμβάνουν οι ίδιοι την ασθένεια αλλά και ποια συμπτώματα βιώνουν πιο έντονα στην καθημερινότητα τους έτσι ώστε να προσδιοριστούν τα πιο σημαντικά προβλήματα (Doenges et al., 2009).

Το δεύτερο βήμα της παρέμβασης των νοσηλευτών αποτελεί την ταυτόχρονη θεραπεία συννοσηροτήτων του ηλικιωμένου ατόμου εάν η θεραπεία αυτή είναι ικανή να μεταρρυθμίσει τη μνήμη. Το πιο σημαντικό σε αυτό το στάδιο της παρέμβασης είναι ο επαναπροσανατολισμός του ηλικιωμένου ατόμου όποτε νιώθει πως είναι αναγκαίο έτσι ώστε να αισθάνεται ασφάλεια ανά πάσα στιγμή. Μπορεί επίσης με πρακτικό τρόπο να βελτιώσει την μνήμη του με διάφορες τεχνικές, όπως τα παιχνίδια βελτίωσης της μνήμης και με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή. Είναι αναγκαίο να πραγματοποιούνται συνεδρίες είτε ιδιωτικά με το άτομο είτε με το κοντινό του περιβάλλον που αφορούν την ανάκληση των προσωπικών στοιχείων του ατόμου με άνοια αλλά και τον προσδιορισμό του στον χωροχρόνο, καθώς και ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράσει τα αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις με συγκέντρωση στα σημεία που μπορεί ο ίδιος να ελέγξει στη ζωή του αλλά και τα σημεία προόδου του, ώστε να αποφευχθεί το αίσθημα απώλειας ελέγχου. Ο νοσηλευτής παροτρύνει τον ασθενή στο να ξεκουράζεται ώστε να αποφευχθεί πιθανή υποτροπή της νόσου και ταυτόχρονα του παρέχει βοήθεια για μείωση του άγχους μέσω της παρότρυνσης για ανάγνωση λογοτεχνικών, άκουσμα μουσικής, παρακολούθηση τηλεόρασης και κοινωνικοποίησης. Επιπροσθέτως, είναι θεμιτό ο νοσηλευτής να μπορεί να αξιολογήσει τη δράση της φαρμακευτικής αγωγής

που έχει χορηγηθεί μέχρι τώρα με σημείο σύγκρισης την ποιότητα ζωής και με το αν τα οφέλη υπερτερούν των δυσκολιών που μπορεί να προκύπτουν από την αγωγή, όπως π.χ. το κόστος (Doenges et al., 2009).

Το τελευταίο βήμα της νοσηλευτικής παρέμβασης σχετικά με τη διαταραχή μνήμης στα ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από άνοια είναι η εφαρμογή τακτικών που θα προάγουν την ευεξία του ατόμου, όπως για παράδειγμα ο προγραμματισμός γευμάτων, ο καθορισμός ενός χρονικού περιορισμού για την πραγματοποίηση διαφόρων καθηκόντων ή ακόμα και η τοποθέτηση μιας λίστας ελέγχου στην εξώπορτα για να επιβεβαιώνει το άτομο κάθε φορά ότι έκλεισε την κουζίνα και τα φώτα, τις βρύσες, κλπ. και έτσι το άτομο να παραμένει λειτουργικό και ασφαλές. Επίσης, ενθαρρύνουμε το άτομο να επισκέπτεται κάποιον σύμβουλο ή να συμμετέχει σε προγράμματα αποκατάστασης, έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα του ατόμου που είναι δύσκολο να ελέγξει ο νοσηλευτής (Doenges et al., 2009).

Όσον αφορά το **έλλειμμα αυτοφροντίδας**, πρωταρχικό ρόλο έχει ο προσδιορισμός των παραγόντων που εμποδίζουν το άτομο από το να έχει την ικανότητα να φροντίζει τον εαυτό του καθώς και παθολογικών καταστάσεων που μπορεί να επηρεάζουν την κατάσταση αυτή. Στη συνέχεια εκτιμούμε την αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής (εάν λαμβάνει) και παρατηρούμε εάν κάποια από αυτές μπορεί να επιδράσει αρνητικά με το νοητικό επίπεδο, την ισορροπία και την αντίληψη του ασθενή. Τέλος καταγράφουμε αν υπάρχουν κάποιοι παράγοντες στον ασθενή που είναι ικανοί να τον εμποδίσουν από τη θεραπεία (Doenges et al., 2009).

Στο επόμενο βήμα ο νοσηλευτής παρατηρεί το επίπεδο ελλείμματος αυτοφροντίδας αλλά και τις ικανότητες του ατόμου για να τηρήσει το νοσηλευτικό πλάνο. Έπειτα, παρέχουμε φροντίδα στο ηλικιωμένο άτομο που χρήζει αυτοφροντίδας για τις καθημερινές του ανάγκες, π.χ. το βοηθάμε να κάνει μπάνιο, ενώ αν υπάρχουν άτομα του κοντινού του περιβάλλοντος τα ενθαρρύνουμε να παρέχουν τέτοιου είδους βοήθεια στον ηλικιωμένο. Σημαντικό ρόλο έχει η ακρόαση των προβλημάτων και συναισθημάτων του ατόμου, διότι έτσι ανακαλύπτονται πιθανά εμπόδια που μπορεί να δημιουργηθούν για την πραγματοποίηση της αυτοφροντίδας καθώς και για να αποσυμφωριστεί ο ηλικιωμένος από το ψυχικό του βάρος. Αποτελεί σπουδαίο βήμα το να επιβραβεύουμε τον ηλικιωμένο για κάθε μικρή, απλή, καθημερινή δραστηριότητα, διότι με αυτόν τον τρόπο μαθαίνει να "σπάει" τις πράξεις του σε μικρότερα μέρη και ως εκ τούτου, να γίνονται πιο εύκολες και επιτεύξιμες (Doenges et al., 2009).

Τελικά, εκπαιδεύουμε και υποστηρίζουμε το άτομο στο να διενεργήσει αυτόνομα, ενώ παράλληλα καταγράφουμε την πρόδοό του και τροποποιούμε αναλόγως με τις ικανότητές του το πρόγραμμα φροντίδας του (Doenges et al., 2009).

Τέλος, όσον αφορά τον **κίνδυνο για έλλειψη κινητικότητας του ασθενούς** προσδιορίζουμε ποια διάγνωση τον περιορίζει από την κίνηση, αξιολογούμε το επίπεδο του πόνου κατά την κίνηση, συζητάμε με το άτομο για να καταλήξουμε στο επιθυμητό αποτέλεσμα κίνησης και παρατηρούμε τη θρέψη του ατόμου για να καθορίσουμε μέχρι ποιο επίπεδο μπορεί να κινηθεί ο ηλικιωμένος. Αξιολογούμε τη λειτουργικότητά του σύμφωνα με την αναφορά του ατόμου αλλά και με τις δικές μας παρατηρήσεις, και γίνεται εμφανής η διάκριση της αντίληψης για τον εαυτό με την αντικειμενική εικόνα και η πιθανή επικινδυνότητα που μπορεί να επιφέρει (Doenges et al., 2009).

Ακολουθεί η παρότρυνση για αλλαγή θέσης του ατόμου με όλα τα απαραίτητα μέσα, π.χ. προστατευτικά κάγκελα, και τοποθέτηση μαξιλαριών στις αρθρώσεις προκειμένου να αποφευχθούν τα έλκη κατάκλισης. Φροντίζουμε για την ξεκούραση του ηλικιωμένου ατόμου και συνεργαζόμαστε με φυσικοθεραπευτές προκειμένου να υπάρξει εξατομικευμένο πρόγραμμα κίνησης (Doenges et al., 2009).

Τέλος, διαμορφώνεται ένα πλάνο φροντίδας, για το οποίο ενημερώνεται ο ίδιος ο ηλικιωμένος καθώς και το κοντινό του περιβάλλον. Γίνεται επίδειξη των βοηθημάτων κίνησης και ενθαρρύνεται το υποστηρικτικό περιβάλλον του ηλικιωμένου να βοηθάει στην κίνησή του, έτσι ώστε να παρέχεται η αυτοφροντίδα αλλά και η ασφάλεια του ασθενούς (Doenges et al., 2009).

## **5.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΨΥΧΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ**

Η προσβασιμότητα στην ψυχική υγεία για τα ηλικιωμένα άτομα δεν είναι τόσο ευέλικτη όσο για τους νέους ή τα άτομα μέσης ηλικίας. Σύμφωνα με έρευνες, οι ηλικιωμένοι διστάζουν να αναζητήσουν βοήθεια όσον αφορά την ψυχική τους υγεία, όμως όταν το κάνουν δεν τους αναλαμβάνει κάποιος ειδικός στον τομέα εν αντιθέσει με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Συνήθως, ο επαγγελματίας υγείας που έρχεται σε επαφή με το ηλικιωμένο άτομο το παραπέμπει σε κάποιο γηροκομείο ή οίκο ευγηρίας, ενώ υπάρχουν ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές που μπορεί να νοσηλευτεί το άτομο ή ψυχιατρική πτέρυγα σε δημόσιο νοσοκομείο (Segal et al., 2018). Συμβάλλοντας στο πρόβλημα αναζήτησης βοήθειας για θέματα ψυχικής υγείας από τους ηλικιωμένους, η πλειοψηφία των νοσηλευτών δε συζητούν για την κατάθλιψη μαζί τους, κυρίως λόγω μειωμένης γνώσης πάνω στο θέμα, αλλά και επειδή πιστεύουν πως η συγκεκριμένη συζήτηση ξεπερνά τα νοσηλευτικά καθήκοντα. Επιπλέον, ο εντοπισμός της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους έχει αποδειχθεί πως βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο για αμφοτέρους νοσηλευτές και ιατρούς (Borglin et al., 2019). Η καλύτερη θεραπεία για την κατάθλιψη είναι η πρόληψή της, η οποία μπορεί να γίνει από τους νοσηλευτές με την κατάλληλη

παιδεία και ευαισθητοποίηση σε αυτά τα θέματα μέσω δημιουργίας σχεδίων δράσης για τους ηλικιωμένους (Kounatsou et al., 2020).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με στόχο τις βασικές αρχές της φροντίδας (διατροφή, ύπνος, ανάπαυση, κοινωνικοποίηση) θεωρούνται τόσο σημαντικές όσο και η φαρμακευτική αγωγή. Κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία μιας υγιούς σχέσης βασισμένη στην εμπιστοσύνη όπου θα επιτρέψει στους ηλικιωμένους να ανοιχτούν. Αρχικά, γίνεται συζήτηση με το άτομο έτσι ώστε να συλλεχθούν πληροφορίες κυρίως για τη λειτουργικότητά του. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης παρατηρούμε και καταγράφουμε τα δυνατά και αδύνατα σημεία τους προκειμένου να διαμορφώσουμε ένα νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας που να ανταπεξέρχεται στις ικανότητες του ατόμου, να είναι πιο εφικτό και συνεπώς, αποτελεσματικό. Παροτρύνουμε το άτομο μέσω συμβουλών, να λαμβάνει τη τροφή του, να κοιμάται επαρκώς και να κινείται όσο πιο πολύ μπορεί σύμφωνα με τις ικανότητές του. Ταυτόχρονα, κρίνεται ως αναγκαία νοσηλευτική παρέμβαση η ενεργή ακρόαση του ασθενούς και η άμεση επικοινωνία μαζί του, καθώς και να αφιερώνεται περισσότερος χρόνος στην ολιστική φροντίδα του. Τέλος, ενισχυτικό ρόλο στην επικοινωνία και διάγνωση έχει η ευθύς ερώτηση των ηλικιωμένων για καταθλιπτικά συμπτώματα (Borglin et al., 2019; Segal et al., 2018).

Τα ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν και από κάποια ψυχική διαταραχή, συνήθως εμφανίζουν και προβλήματα στον ύπνο. Η αϋπνία είναι η συχνότερη διαταραχή ύπνου στους ηλικιωμένους και υπάρχουν μερικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να την κατευνάσουν. Αρχικά, κρίνεται αναγκαίος ο προσδιορισμός κάποιων παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου όπως π.χ χρόνιος πόνος, κάποια φάρμακα (συνήθως ψυχοτρόπα), το περιβάλλον και γεγονότα της ζωής που δημιουργούν στρες στο άτομο. Έπειτα, γίνεται συζήτηση σχετικά με τις συνήθειες του ατόμου γύρω από τον ύπνο, εάν έχει κάποια ρουτίνα - τελετουργικό, και ποιο θεωρεί πως είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που δημιουργείται με την αϋπνία καθώς και τι προσδοκίες έχει από τις παρεμβάσεις. Τέλος, δημιουργείται ένα περιβάλλον κατάλληλο για ανάπαυση, καθαρό και ήσυχο, τηρείται μια συγκεκριμένη ώρα κατάκλισης και έγερσης από το κρεβάτι, όπως επίσης η αποφυγή μικρής διάρκειας ύπνου κατά τις μεσημεριανές ώρες και τρόποι χαλάρωσης του ατόμου με μουσική, μασάζ και συλλογισμό ήρεμων σκέψεων πριν τον ύπνο (Doenges et al., 2009).

Ένα ακόμη σημείο που χρήζει νοσηλευτικής παρέμβασης στους ψυχικά ασθενείς ηλικιωμένους είναι ο κίνδυνος για αυτοκτονία. Ως πρώτο βήμα, αξιολογούμε την γενικότερη κατάσταση του ασθενούς και κρίνουμε την επικινδυνότητα απόπειρας. Παρατηρούμε εάν οι συζητήσεις έπαιρναν ποτέ τέτοια τροπή, εάν υπάρχει ιστορικό κατάθλιψης ή αυτοκτονίας στο περιβάλλον του ασθενούς, εάν κατέχει επικίνδυνα

αντικείμενα (π.χ όπλα), καθώς επίσης του επισημαίνουμε τα άτομα που βρίσκονται ακόμα εν ζωή και που ενδιαφέρονται για αυτούς. Στη συνέχεια, διατηρούμε μία θεραπευτική σχέση με το άτομο μαζί με τον φροντιστή (εάν διαθέτει έναν) και του επεξηγούμε ότι θέλουμε να είναι ασφαλής και πως τα συναισθήματά του είναι "εντάξει". Με αυτόν τον τρόπο το άτομο κατανοεί τι συμβαίνει και αρχίζει να ψάχνει εναλλακτικές λύσεις. Το ρωτάμε άμεσα που πιστεύει πως μπορεί να βοηθήσει η αυτοκτονία και ποια προβλήματα μπορεί να επιλύσει, έτσι ώστε να κατανοήσει τις επιπτώσεις της. Έπειτα, κάνουμε συμφωνία να μη διαπράξει οποιαδήποτε πράξη που μπορεί να τερματίσει τη ζωή του για ένα συγκεκριμένο διάστημα και επανεξετάζουμε τακτικά, συζητάμε για τις απώλειες του ατόμου και τι σημαίνουν για εκείνο και προσδιορίζουμε τις εναλλακτικές λύσεις ανάλογα με την επικινδυνότητα όπως π.χ. νοσηλεία σε νοσοκομείο. Τέλος, επικεντρωνόμαστε στην προαγωγή της ψυχικής ευεξίας του ατόμου μέσω προγραμματισμού της διατροφής και της άσκησης (σε όποιον βαθμό είναι ικανό), ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή σημαντικών άλλων ατόμων για τον ασθενή και αναζητάμε προγράμματα ψυχοθεραπείας που να ταιριάζουν στις ανάγκες του (Doenges et al., 2009).

Εν συνεχεία της ψυχικής ευεξίας των ηλικιωμένων, είναι σημαντικό να μειωθεί το αίσθημα της μοναξιάς που συνήθως βιώνουν σε καθημερινό επίπεδο. Ως νοσηλευτές είναι σημαντικό να αναπτύξουμε μία σχέση εμπιστοσύνης με το άτομο και να του δείχνουμε συνεχώς πως το ακούμε και είμαστε πρόθυμοι να βοηθήσουμε έμπρακτα σε ό,τι χρειαστεί. Αξιολογούμε την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος και ενθαρρύνουμε τον ηλικιωμένο να επικοινωνεί τακτικά μαζί του. Γίνεται προσπάθεια για δικτύωση του ατόμου σε ομάδες της κοινότητας και του μεταφέρουμε πως έχει την ικανότητα να βελτιώσει την αυτοπεποίθησή του και να νιώθει καλά και με τον εαυτό του (Doenges et al., 2009).

Όταν η μετακίνηση είναι δύσκολη και το υποστηρικτικό περιβάλλον απουσιάζει, τότε είναι επιτακτική ανάγκη η κοινωνικοποίησή τους με οποιοδήποτε μέσο για την αποτροπή συναισθημάτων μοναξιάς. Υπάρχει τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνιών ειδικά για ηλικιωμένους και περιλαμβάνει από ζώα ρομπότ, μέχρι κοινωνικές πλατφόρμες. Τα ζώα ρομπότ προσφέρουν ένα αίσθημα ψυχικής ηρεμίας και λειτουργεί ως ψυχοθεραπεία για τους ηλικιωμένους που μένουν μόνοι τους. Άλλη μία διαθέσιμη τεχνολογία είναι το ανθρωπόμορφο ρομπότ, με το οποίο οι ηλικιωμένοι μπορούν να συζητούν και να λαμβάνουν διάφορες συμβουλές αλλά και βοήθεια για τη σίτιση, την άσκηση, τη μεταφορά αντικειμένων μέσα στο σπίτι, τη μέτρηση ζωτικών σημείων, διάφορες ημερήσιες υπενθυμίσεις αλλά και επικοινωνία. Έπειτα, με τις νέες τεχνολογίες οι ηλικιωμένοι έχουν πρόσβαση στη διασκέδαση, καθώς μπορούν να παίξουν διάφορα

παιχνίδια στο διαδίκτυο μαζί με άλλους ανθρώπους και έτσι ενισχύεται ταυτόχρονα το αίσθημα ικανοποίησης αλλά και της κοινωνικοποίησης. Στη συνέχεια, η πρόσβαση στο διαδίκτυο χαρίζει στους ηλικιωμένους την ευκαιρία να κοινωνικοποιηθούν περισσότερο διά των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, όπου έρχονται σε επαφή με άλλους ανθρώπους και πληροφορούνται σχετικά με την υγιεινή διατροφή ή οτιδήποτε τους ενδιαφέρει. Όλες αυτές οι υπηρεσίες που τους παρέχει η τεχνολογία μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ανεξαρτησία τους μέσω βοήθειας υπενθύμισης για τη φαρμακευτική τους αγωγή, για τη μεταφορά τους, καθώς και να καταπραΰνει το αίσθημα μοναξιάς (Choi & Lee, 2021).

Οι αγχώδεις διαταραχές στους ηλικιωμένους, όπως προαναφέρθηκε, είναι από τις πιο συνηθισμένες. Ως νοσηλευτές παρεμβαίνουμε με διάφορες τεχνικές για να καταπραΰνουμε το συναίσθημα αυτό. Μέσω συζήτησης με τον ηλικιωμένο προσδιορίζουμε το βαθμό του άγχους του, τους παράγοντες που το προκαλούν καθώς και την επιρροή που ασκεί στην καθημερινότητα του ατόμου. Παρατηρούμε την φαρμακευτική του αγωγή και σημειώνουμε εάν κάποιο από αυτά μπορεί να ευθύνεται για την παρόξυνση του άγχους, όπως π.χ. θυρεοειδικά φάρμακα. Καταγράφουμε τα ζωτικά του σημεία ώστε να προσδιορίσουμε τη σωματική επίδραση του άγχους και αξιολογούμε τελικά το επίπεδο σε ήπιο, μέτριο και πανικό. Στη συνέχεια, δημιουργούμε ένα περιβάλλον εμπιστοσύνης με τον ηλικιωμένο και του επισημαίνουμε πως είμαστε δίπλα του για να εκφράσει τις ανησυχίες του και διαθέτουμε τον χρόνο μας για ενεργή ακρόαση του ατόμου. Αναγνωρίζουμε τα συναισθήματά του και του παρέχουμε αντικειμενικές πληροφορίες για την τρέχουσα κατάσταση, αποφεύγοντας τον ψευδή καθησυχασμό ή απάρνηση των συναισθημάτων του. Το βοηθάμε να αναγνωρίσει τις δικές του λεκτικές και μη-λεκτικές συμπεριφορές και του παρέχουμε ένα ήρεμο περιβάλλον με κατάλληλο φωτισμό, όσο λιγότερο θόρυβο μπορούμε και άλλα μέτρα που μπορεί να τον βοηθήσουν στη χαλάρωση όπως π.χ. μουσική, μασάζ, ζεστό μπάνιο κλπ. Τέλος, προάγουμε την ευεξία του ατόμου μέσω οδηγιών και εκπαίδευσης. Το μαθαίνουμε να αναγνωρίζει τους στρεσογόνους παράγοντες και να εφαρμόζει τις τεχνικές που το είχαν βοηθήσει να ηρεμήσει τις προηγούμενες φορές και τις επανεξετάζουμε ανά διαστήματα, το παροτρύνουμε συνεχώς να μας εκφράζει τα συναισθήματά του και όταν μας λέει μία αρνητική σκέψη να του προτείνουμε μία θετική που έχει όμως αντικειμενική βάση και το παραπέμπουμε σε κάποιον υπεύθυνο ψυχικής υγείας αν κριθεί απαραίτητο (Doenges et al., 2009).

Αρκετά συχνές διαταραχές στον τομέα της ψυχικής υγείας στην τρίτη ηλικία αποτελούν και οι διαταραχές χρήσης ουσιών, είτε είναι αλκοόλ, είτε φάρμακα, είτε ουσίες. Όσον αφορά το αλκοόλ μπορούμε να βοηθήσουμε το άτομο επεξηγώντας τις

αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρει στον οργανισμό η κατάχρησή του, έτσι ώστε ο ηλικιωμένος να έχει ένα κίνητρο για να το σταματήσει. Η πιο ουσιαστική παρέμβαση είναι η ένταξη του ατόμου σε ένα υποστηρικτικό πλαίσιο, π.χ. σε ομάδα Ανώνυμων Αλκοολικών. Εάν η κατάχρηση του αλκοόλ είναι χρόνια, έχει αποδειχθεί πως το άτομο μπορεί να βελτιωθεί μέσω φαρμακολογικής αγωγής, κυρίως δισουλφιράμης, ακαμπροσάτης και ναλτρεξόνης, σε συνδυασμό με συμπεριφορική θεραπεία. Σχετικά με την κατάχρηση των φαρμάκων (συνήθως οπιοειδών και βενζοδιαζεπινών), έχει προταθεί ένα βελτιωμένο σύστημα υγείας, στο οποίο θα απαγορεύεται η πολλαπλή συνταγογράφηση από διαφορετικούς παρόχους υγείας. Η μείωση της δόσης χρειάζεται να είναι σταδιακή, περίπου 10% ανά εβδομάδα και με επίβλεψη ειδικών και την υποστήριξη της οικογένειας ή των κοντινών ανθρώπων του. Προτείνεται η μακροχρόνια θεραπεία με βουπρενορφίνη, η ψυχοθεραπεία καθώς και η εκπαίδευση του ασθενούς. Τέλος, σχετικά με τις ναρκωτικές ουσίες προσπαθούμε να ενισχύσουμε το κοινωνικό πλαίσιο του εξαρτημένου ηλικιωμένου, να βρούμε κατάλληλους θεραπευτές και υποδομές. Φαρμακολογικά προτείνεται η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη με συνοδεία συμπεριφορικής θεραπείας. Δυστυχώς, τα προγράμματα που απευθύνονται ειδικά σε ηλικιωμένους με προβλήματα εθισμού σε ουσίες είναι αρκετά σπάνια (Lehmann & Fingerhood, 2018).

### **5.3. Η ΨΥΧΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

Σύμφωνα με τους Melnyk et al. (2020) η ψυχολογική κατάσταση των επαγγελματιών υγείας έχει ουσιαστικό αντίκτυπο στη φροντίδα των ασθενών. Η εξουθένωση (burnout) επηρεάζει το 50% των επαγγελματιών υγείας και χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, αίσθημα αποπροσωποποίησης και αμφισβήτηση των ικανοτήτων τους ως προς την απόδοσή τους στο εργασιακό περιβάλλον. Οι περισσότεροι νοσηλευτές προσπαθούν να κάνουν το καλύτερο δυνατό για τη φροντίδα των ασθενών παραμελώντας πολλές φορές τον ίδιο τους τον εαυτό. Ωστόσο, έρευνες έχουν αποδείξει πως οι νοσηλευτές με κακή ψυχική αλλά και σωματική υγεία (άγχος, κούραση) είναι πιο επιρρεπείς σε λάθη. Είναι σημαντικό το νοσηλευτικό προσωπικό να εστιάζει στην προσωπική του υγεία διότι η ευημερία αυτών θα μπορέσει να προσφέρει ποιότητα και ασφάλεια στη φροντίδα των ασθενών. Τα συστήματα υγείας έχουν επίσης κυριαρχικό ρόλο στην υγεία των επαγγελματιών υγείας επενδύοντας σε προγράμματα που ενισχύουν τον σκοπό αυτό.

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί επίσης ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές που διακατέχονται από αίσθημα εξάντλησης μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα όπως



ημικρανίες, αϋπνίες, ευερεθιστότητα, μειωμένη συγκέντρωση και παρατεταμένη υπνηλία και κούραση. Όλα αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των νοσηλευτών και όπως προαναφέρθηκε αυξάνεται η πιθανότητα λάθους στη φροντίδα των ασθενών. Αυτό μπορεί να επηρεάσει και την ποιότητα ζωής των ασθενών αλλά και να αυξήσει την πιθανότητα θνησιμότητάς τους (Lopez et al., 2019).

#### **5.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Οι διαφορές στη γνωστική λειτουργία του ατόμου έχουν αποδειχθεί μέσω μαγνητικών τομογραφιών. Οι επαγγελματίες υγείας για να εντοπίσουν τις διάφορες ανωμαλίες στη γνωστική λειτουργία ερευνούν τον όγκο της φαιάς ουσίας κατά τη διάρκεια εκτέλεσης κάποιου καθήκοντος. Επίσης, μπορούν να εντοπιστούν οι διαφορές στην δικτύωση του εγκεφάλου κατά την πάροδο του χρόνου με τον ίδιο τρόπο (Damoiseaux, 2017).

Για τη διάγνωση διάφορων γνωστικών δυσλειτουργιών χρησιμοποιείται το MMSE. Το MMSE (Mini-Mental State Examination) είναι ένα εργαλείο αξιολόγησης της γνωστικής λειτουργίας του ασθενούς με σύνολο 30 βαθμών. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει παράγοντες όπως:

- Προσανατολισμός στον χωροχρόνο (10 βαθμοί)
- Νοηματοδότηση (3 βαθμοί)
- Προσοχή (5 βαθμοί)
- Ανάκληση μνήμης (3 βαθμοί)
- Ονομασία λεξιλογίου (2 βαθμοί)
- Εκτέλεση λεκτικών εντολών (4 βαθμοί)
- Γραφή (1 βαθμός)
- Επανάληψη λέξεων (1 βαθμός)
- Οπτικοχωρικές δεξιότητες (1 βαθμός) (Larner, 2020).

Για τις γνωστικές δυσλειτουργίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί επίσης η γνωσιακή αξιολόγηση του Μοντρεάλ (MoCA), η οποία αξιολογεί 10 τομείς της γνωστικής λειτουργίας όπως:

- εκτελεστική λειτουργία
- οπτικοχωρικές ικανότητες
- ονομασία αντικειμένων

- βραχυπρόθεσμη μνήμη
- προσοχή
- μνήμη εργασίας
- γλώσσα
- συγκέντρωση
- λεκτική αφαίρεση και
- προσανατολισμό (Dautzenberg et al., 2020).

Το τεστ μπορεί να ολοκληρωθεί μέσα σε 10 λεπτά και η άριστη βαθμολογία είναι το 30. Για τη διάγνωση της άνοιας το άτομο πρέπει να έχει σκορ κάτω από 21 και για ήπια γνωστική εξασθένηση κάτω από 26 (Dautzenberg et al., 2020).

Οι ηλικιωμένοι πολύ συχνά εμφανίζουν διαταραχές του άγχους, οι οποίες μπορούν να εντοπιστούν με ένα εργαλείο που ονομάζεται κλίμακα αντιληπτού στρες 10 στοιχείων (PSS-10), όπου το άτομο καλείται να απαντήσει σε 10 ερωτήσεις με κλίμακα από το 0 έως το 4 με το 0 να αντιστοιχεί στο ποτέ και το 4 με πολύ συχνά. Ο συνολικός βαθμός της κλίμακας μπορεί να φτάσει από το 0 έως το 40 και όσο πιο κοντά βρίσκεται το άτομο στον αριθμό 40, τόσο πιο μεγάλο άγχος θεωρείται πως έχει (Banjongrewadee et al., 2020).

Όσον αφορά στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων, ο εντοπισμός της διευκολύνθηκε από την Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης (GDS-15), η οποία αναπτύχθηκε με βάση τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι καταθλιπτικοί γηριατρικοί ασθενείς όπως π.χ. άγχος, φθαρμένη γνωστική λειτουργία καθώς και σωματικές ενοχλήσεις (Shin et al., 2019).

Τέλος, για τη διάγνωση διαταραχών χρήσης αλκοόλ χρησιμοποιείται το Τεστ Αναγνώρισης Διαταραχών Χρήσης Αλκοόλ (AUDIT), το οποίο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και χρησιμοποιείται για τον εντοπισμό της χρήσης αλκοόλ τον τελευταίο χρόνο. Η κλίμακα κυμαίνεται από 0 έως 40 και το σκορ που αναδεικνύει προβληματική χρήση αλκοόλ στους ηλικιωμένους είναι πάνω από 5 (Lehmann & Fingerhood, 2018).

## **5.5. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

### **-Θεραπεία γνωστικών διαταραχών**

Με την αύξηση της ηλικίας παρατηρούνται και χρόνιες νόσοι, οι οποίες έχουν τόσο υψηλό ποσοστό εμφάνισης που πλέον θεωρούνται ταυτόσημες με τη γήρανση. Ωστόσο, η άποψη αυτή δεν είναι επιστημονικά επιβεβαιωμένη. Αντιθέτως, οι χρόνιες νόσοι που συνοδεύουν τη διαδικασία της γήρανσης απορρέουν από έναν μη υγιεινό τρόπο ζωής

από τα νεαρά χρόνια των ατόμων (Shlisky et al., 2017). Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ο ανθρώπινος εγκέφαλος βιώνει πολλές δομικές αλλαγές, με ακόλουθη την ανάπτυξη της ικανότητάς του να αναπλάθει κύτταρα, να δημιουργεί καινούργιες συνάψεις, αλλά και να αναπτύσσονται τα αξονικά και δενδριτικά κύτταρα. Όλες αυτές οι αλλαγές είναι σημαντικές για τη συμπεριφορά και τη λειτουργία του ανθρώπου στην ηλικιωμένη ζωή του. Η έκθεση στο στρες, την κακή διατροφή και τα φάρμακα από τα νεότερα χρόνια του ατόμου καθιστά δυσμενή την ομαλή ανάπτυξη του ανθρώπινου εγκεφάλου (Yahfour et al., 2020).

Γενικότερα, έχει αποδειχθεί πως συγκεκριμένοι τρόποι ζωής συνδέονται με ατροφία εγκεφάλου. Ένας από αυτούς είναι και το κάπνισμα, καθώς σε διάφορες μελέτες έχει παρατηρηθεί πως οι μη καπνιστές έχουν μεγαλύτερο όγκο φαιάς ουσίας στον μετωπιαίο, ινιακό και κροταφικό λοβό σε σύγκριση με τους καπνιστές. Ως εκ τούτου, οι καπνιστές παρατηρείται πως εμφανίζουν ατροφία εγκεφάλου και δομικές αλλαγές, οι οποίες συνδέονται με πρόωρα στάδια της νόσου Αλτσχάιμερ (Ning et al., 2020).

Η υψηλή κατανάλωση ζωικής πρωτεΐνης και επεξεργασμένης ζάχαρης αυξάνουν τη συσσώρευση λιπαρών οξέων με αποτέλεσμα την πιθανή εμφάνιση τοπικής ή γενικής φλεγμονής. Στη γήρανση υπάρχει φυσιολογικά φλεγμονή του οργανισμού σε χαμηλά όμως επίπεδα, επομένως η κατανάλωση των παραπάνω τροφίμων επιβαρύνει την παθολογική αυτή κατάσταση, η οποία έχει αποδειχθεί πως συμβάλλει στην ανάπτυξη χρονίων νόσων όπως η γνωστική εξασθένηση (Grosso, 2020).

Συμπληρωματικά, τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της τρίτης ηλικίας πάσχουν από διάφορες παθολογικές καταστάσεις οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα του ύπνου τους, με πιο συχνό το φαινόμενο της αϋπνίας. Η τελευταία, εμφανίζεται επίσης σε ψυχιατρικές νόσους που είναι πολύ κοινές στα ηλικιωμένα άτομα, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Επιδρά αντιστρόφως ανάλογα με την κατάθλιψη καθώς η αϋπνία μπορεί να είναι αποτέλεσμα της κατάθλιψης αλλά μπορεί και να αυξήσει τις πιθανότητες για εμφάνισή της. Η αϋπνία γενικότερα συσχετίζεται με κακή υγεία και ποιότητα ζωής όπως αναφέρουν και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες, κατάθλιψη, δυσκολία στην εκτέλεση βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινότητας αλλά και μεγαλύτερες πιθανότητες ιδρυματοποίησης. Λόγω του ότι η αϋπνία συνεπάγεται με αίσθημα υπνηλίας κατά τη διάρκεια της μέρας, γίνεται αναφορά για κίνδυνο πτώσεων και μειωμένη κινητικότητα (Miner & Kryger, 2017).

Η διαδικασία της γήρανσης μπορεί να ανασταλεί μέσω υγιεινής διατροφής, γενετικής και διαφόρων φαρμάκων, όπως έχει αποδειχθεί σε πειραματόζωα. Υπάρχει η δυνατότητα επέκτασης της ζωής και μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης χρόνιων νοσημάτων με βάση τους παραπάνω παράγοντες. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται πιο συχνά για

την επέκταση των χρόνων της ζωής και αναστολή των χρόνιων νοσημάτων είναι ένας συνδυασμός ραπαμυκίνης και μετοφορμίνης. Γενετικά είναι δυνατή η παρέμβαση μέσω μιας διαδικασίας που λέγεται "γερολυτική". Στη γερολυτική εξουδετερώνονται τα γηράσκων κύτταρα, τα οποία ο οργανισμός χωρίς καμία παρέμβαση δεν καταφέρνει να τα αποβάλλει, επομένως με τη χρόνια συγκέντρωσή τους δημιουργούνται χρόνιες φλεγμονές αλλά και πολλές παθολογικές καταστάσεις. Ως αποτέλεσμα, με τη γερολυτική έχει παρατηρηθεί σε πειραματόζωα πως αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής και βελτιώνεται η ποιότητα ζωής (Barzilai et al., 2018).

Στη συνέχεια, η κατανάλωση φαγητού και το αίσθημα της πείνας είναι ένα αντανακλαστικό επιβίωσης του οργανισμού που ενισχύει τη λειτουργία του εγκεφάλου αλλά και του οργανισμού καθώς απαιτείται ενέργεια. Ο εγκέφαλος χρησιμοποιεί το 20% της συνολικής ενέργειας που προέρχεται από την κατανάλωση θρεπτικών συστατικών, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των νευρώνων και να διατηρηθούν τα επίπεδα ιόντων στις μεμβράνες τους, έτσι ώστε να μεταδίδονται σωστά τα ερεθίσματα μέσω των νευροδιαβιβαστών. Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί πως τροφές που είναι πλούσιες σε πολυφαινόλες, δρουν ευεργετικά στην ανάπτυξη ενός υγιούς εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της γήρανσης καθώς και στην πρόληψη γνωστικών διαταραχών. Περιέχουν πολυπληθή αντιοξειδωτικά, τα οποία συναντώνται συχνότερα σε φρούτα, λαχανικά, στο τσάι, στο κρασί και σε μερικά βότανα. Στη συνέχεια, τα τρόφιμα που είναι πλούσια σε πολυφαινόλες έχουν αντιφλεγμονώδης, νευροπλαστικές, νευρογενετικές και νευροπροστατευτικές δράσεις (Phillips, 2017). Έρευνες έχουν επίσης καταλήξει στο ότι η Μεσογειακή διατροφή (π.χ. ελαιόλαδο, φρούτα, λαχανικά και ψάρι) έχει πρωταρχικό ρόλο στην ενίσχυση της γνωστικής λειτουργίας και στην προστασία του εγκεφάλου από την γνωστική εξασθένηση ή τη νόσο Αλτσχάιμερ (Shlishky et al., 2017; Hugo & Ganguli, 2014). Άλλος ένας προστατευτικός παράγοντας κατά της γνωστικής εξασθένησης και ενίσχυσης της ποιότητας ζωής στη μεγαλύτερη ηλικία είναι η ήπια έως μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, η οποία συνδέεται με χαμηλά επίπεδα νόσησης από άνοια (Hugo & Ganguli, 2014).

Μέτρο πρόληψης της διαδικασίας της γήρανσης ή των χρόνιων ασθενειών είναι επίσης ο θερμιδικός περιορισμός. Ως θερμιδικός περιορισμός ορίζεται η μειωμένη ενεργειακή κατανάλωση και χαμηλότερη πρόσληψη θερμίδων, χωρίς όμως το άτομο να υποσιτίζεται. Ο μηχανισμός πίσω από αυτόν είναι ότι αποτελεί μία στρεσογόνο κατάσταση για τον οργανισμό, η οποία προστατεύει τα κύτταρα, κινητοποιεί τον μεταβολισμό και αυξάνει τους μηχανισμούς αποκατάστασης και επιβίωσης (Lopez - Llunch & Navas, 2016).

Είναι σημαντικό να γίνει αναφορά στη φυσική δραστηριότητα καθώς οι ηλικιωμένοι βρίσκονται στην περίοδο της ζωής τους στην οποία υπάρχει τάση για αυξημένη αδράνεια. Αποτελεί σημαντικό κομμάτι η διατήρηση της κίνησης στην τρίτη ηλικία καθώς είναι ικανή να αποτρέψει την ανάπτυξη πολλών νοσημάτων και να ενισχύσει τη λειτουργικότητα του ατόμου (Cunnigham et al., 2020). Έχουν παρατηρηθεί οι ευεργετικές ιδιότητες της φυσικής άσκησης κατά της γνωστικής εξασθένησης σε πολλές έρευνες. Αρχικά, ενεργοποιεί τη διαδικασία νευρογένεσης μειώνοντας τις πιθανότητες ανάπτυξης νόσου Αλτσχάιμερ και πτώσης των γνωστικών λειτουργιών (Tivadar, 2017) και συμβάλλει στην εμφάνιση νέων εγκεφαλικών κυττάρων απαραίτητων για τις λειτουργίες της μνήμης και της μάθησης (Smith, 2016). Έπειτα, η φυσική άσκηση έχει συνδεθεί με αποτροπή του εγκεφάλου από το να ατροφήσει (Tivadar, 2017; Jaroudi et al., 2017) και βοηθάει στην εγκεφαλική αιματική ροή (Jaroudi et al., 2017). Οι νέοι που ασχολούνται τακτικά με τη γυμναστική και ενισχύουν το καρδιοαναπνευστικό τους σύστημα, έχουν διπλές πιθανότητες να μην αναπτύξουν άνοια, ενώ ακόμη και οι ηλικιωμένοι που πάσχουν ήδη από Αλτσχάιμερ και γυμνάζονται τακτικά, έχουν τέσσερις φορές λιγότερες πιθανότητες για ατροφία εγκεφάλου από ό,τι ανοιακούς ηλικιωμένους που δε γυμνάζονται (Jaroudi et al., 2017). Στη συνέχεια, προωθεί την έκκριση συγκεκριμένων ορμονών (π.χ. νορεπινεφρίνη και σεροτονίνη) και συντελεί στην πλαστικότητα του εγκεφάλου. Επίσης, παίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ισορροπίας του νευροδιαβιβαστικού συστήματος, το οποίο βοηθά στη μείωση των προβλημάτων συμπεριφοράς που παρατηρούνται συχνά στα ηλικιωμένα άτομα με γνωστική εξασθένηση (Law et al., 2020). Ύστερα, έχει αποδειχθεί πως τα άτομα που γυμνάζονται χρόνια εμφανίζουν αυξημένο όγκο στον ιππόκαμπο, το οποίο δίνει τη δυνατότητα στον εγκέφαλο να προστατευτεί από τις αλλαγές στην ανατομία και τη φυσιολογία του που συμβαίνει με την πάροδο των χρόνων (Philips, 2017).

Να αναφερθεί επιπλέον για την σωματική άσκηση, ότι αποτελεί ένα σημαντικό τρόπο διαχείρισης της μειωμένης γνωστικής λειτουργίας, κυρίως του Αλτσχάιμερ, και είναι η μοναδική παρέμβαση που δε φέρει αρνητικές επιπτώσεις ή παρενέργειες στο άτομο. Η σωματική άσκηση έχει αποδειχθεί πως λειτουργεί προστατευτικά ως προς τη γνωστική εξασθένηση των ηλικιωμένων με Αλτσχάιμερ, καθώς παρατηρείται πως μειώνει τα επίπεδα άγχους και συμβάλλει στη ρύθμιση των επιπέδων ινσουλίνης, τα οποία είναι πιθανό να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα της γνωστικής λειτουργίας. Πιο συγκεκριμένα, έχει μελετηθεί πως διαφορετικά είδη γυμναστικής με συγκεκριμένη όμως ένταση, επηρεάζει θετικά τη λειτουργία του εγκεφάλου που σχετίζεται με τη γνωστική λειτουργία. Τέλος, οι ερευνητές υπογραμμίζουν πόσο σημαντική είναι η συνεισφορά των φροντιστών και των μελών της οικογένειας των ηλικιωμένων με νόσο Αλτσχάιμερ

στο να τηρηθεί ένα πρόγραμμα γυμναστικής, καθώς εκείνοι γνωρίζουν τις ανάγκες του ατόμου και είναι υπεύθυνοι για την καθημερινότητά τους και την πορεία της νόσου (Li et al., 2019; Tisher & Salardini, 2019).

Επιπροσθέτως, μία ακόμη ενέργεια που μπορεί να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο είναι η χρήση μέσων αναπαραγωγής μουσικής. Η μουσική βοηθάει στην ελαστικότητα του εγκεφάλου που σχετίζεται με τις γνωστικές λειτουργίες. Αναλυτικότερα, νέες έρευνες έχουν αποδείξει πως η μουσική ξεπερνάει τα όρια του ακουστικού φλοιού και δημιουργεί ένα κοινό δίκτυο μεταξύ μετωπιαίου, κροταφικού και βρεγματικού φλοιού στον υπαραχνοειδή χώρο. Με αυτόν τον τρόπο δραστηριοποιείται η μνήμη και διεγείρονται οι γνωστικές λειτουργίες. Η μουσική επίσης, έχει την ικανότητα να ενεργοποιεί τη μνήμη των αισθήσεων και η ευχαρίστηση που λαμβάνει κανείς ακούγοντας μουσική μπορεί να ενισχύσει την επιδιόρθωση την μνήμης. Τέλος, η μουσικοθεραπεία φαίνεται να έχει θετικές επιπτώσεις στο άτομο, όταν αυτό βρίσκεται σε παραλή, ενώ ενισχύει την κυκλοφορία του αίματος του εγκεφάλου στις κοιλιακές ραβδώσεις, στο θάλαμο, στην παρεγκεφαλίδα, στη νήσιδα και στον τροχιακό φλοιό (Laksmidewi et al., 2019; Tisher & Salardini, 2019).

### **-Θεραπεία ψυχικών διαταραχών**

Το άγχος και η κατάθλιψη στην άνοια οφείλονται σε ενδογενείς παράγοντες που συνδέονται με νευροεμφυλιστικές αλλαγές του εγκεφάλου. Ως αποτέλεσμα φέρουν τη μείωση των γνωστικών λειτουργιών και απώλεια της ανεξαρτησίας του ατόμου. Τα ποσοστά των διαταραχών της διάθεσης είναι υψηλότερα σε ασθενείς με άνοια. Περίπου το 50% των ασθενών με Αλτσχάιμερ πάσχει ταυτόχρονα και από κατάθλιψη (Tisher & Salardini, 2019).

Η χρήση των αντικαταθλιπτικών από άτομα μεγάλης ηλικίας δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά και σχετίζεται με μειωμένη αποτελεσματικότητα λόγω του ότι τα αίτια της κατάθλιψης σε τέτοιες ηλικίες έχουν να κάνουν με τη γήρανση. Επιπλέον υπάρχει ανησυχία ως προς τις παρενέργειες που μπορεί να έχουν τα χάπια και να επηρεάσουν τη φυσική κατάσταση του ατόμου (π.χ. πρόκληση πτώσης). Οι ηλικιωμένοι αναφέρουν πως προτιμούν τις θεραπευτικές ομιλίες αν και αυτές είναι πιο συνηθισμένες σε εφήβους. Η ψυχιατρική θεωρείται ιδιαίτερα στιγματισμένη και παραπομπές σε αυτή αποτελούν έσχατη λύση για κάποιους. Όπως αναφέρουν οι Frost et al. (2019) ορισμένοι ηλικιωμένοι πιστεύουν πως η ψυχιατρική αφορά "τρελούς ανθρώπους". Συνοψίζοντας, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να διαχειριστεί, όμως χρειάζεται να δείξουμε ιδιαίτερη προσοχή στην πολυπλοκότητα των αναγκών των ηλικιωμένων. Η

ψυχοθεραπεία με οποιοδήποτε μέσο είναι από τα βασικά εργαλεία για τη διάγνωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Επιπροσθέτως, σύγχρονες έρευνες υποστηρίζουν την ψυχοθεραπεία για τους ηλικιωμένους και συγκεκριμένα με μία μέθοδο που ονομάζεται “Μείωση του Άγχους με Βάση τη Συνειδητότητα” (Mindfulness Based Stress Redustion - MBSR). Η συνειδητότητα είναι μια κατάσταση η οποία προκύπτει όταν το άτομο κεντρίζει την προσοχή του στο παρόν και στα γεγονότα που συμβαίνουν, χωρίς κριτική διάθεση, με αποτέλεσμα την αποδοχή των συμβάντων της καθημερινότητας χωρίς έντονη συναισθηματική εμπλοκή. Αναλυτικότερα, η μέθοδος αυτή είναι μία τεχνική διαλογισμού, κατά την οποία το άτομο καλείται να συγκεντρωθεί στις αισθήσεις του, δηλαδή στο τι συμβαίνει στο σώμα του και τι αισθάνεται τη στιγμή που εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες όπως είναι η θρέψη και η κίνηση. Στόχος της παραπάνω μεθόδου είναι να βοηθήσει το άτομο να διαχειρίζεται στρεσογόνες καταστάσεις μέσω της αυτοσυγκέντρωσης και διαχείρισης των συναισθημάτων. Συνεπώς, επισημαίνεται η χρησιμότητα της προώθησης της μεθόδου “Μείωσης του Άγχους με Βάση τη Συνειδητότητα” από τους επιστήμονες υγείας στους ηλικιωμένους ασθενείς για μία υγιής συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση (Lindayani et al., 2020).

Για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων μπορούν να χρησιμοποιηθούν σύγχρονα μέσα και τελευταίας τεχνολογίας προϊόντα. Η τεχνολογία πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) δίνει στα ηλικιωμένα άτομα τη δυνατότητα να κοινωνικοποιηθούν μέσω ποικίλων κοινωνικών δικτύων (π.χ. email, chat) αλλά και τη δυνατότητα για διασκέδαση βλέποντας βίντεο στο ίντερνετ ή ακούγοντας μουσική. Άλλη μία μορφή τεχνολογίας που βελτιώνει σημαντικά τη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων, ειδικά εκείνων που ζουν μόνα τους, είναι τα φορητά gadgets, με τα οποία ένα άλλο άτομο έχει τη δυνατότητα να εντοπίσει τη θέση του, το ρυθμό αναπνοής του ή ακόμα και να ακούσει τον ηλικιωμένο μέσω μικροφώνων. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι η πολυπλοκότητα χρήσης από τους ηλικιωμένους αλλά και σε τεχνικό κομμάτι εάν το σήμα του gadget θα δείχνει αξιόπιστες μετρήσεις μόλις ο ηλικιωμένος απομακρυνθεί από το σπίτι του (Yang et al., 2019).

Στη συνέχεια, σύμφωνα με πολλαπλές έρευνες, έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία και ακολουθούν μία θρησκεία πραγματοποιώντας τελετουργικές δραστηριότητες (π.χ. προσευχή), το ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης μειώνεται. Αντίστοιχα, έχει επίσης παρατηρηθεί πως τα ηλικιωμένα άτομα που δεν πραγματοποιούν τελετουργικές δραστηριότητες έχουν αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης. Υπάρχει επίσης η μέθοδος της “Θρησκευτικά Ολοκληρωμένης Γνωσιακής Συμπεριφορικής Θεραπείας” (RCBT) κατά την οποία το άτομο έρχεται σε επαφή με τον

εσωτερικό του κόσμο και ανακαλύπτει τους αρνητικούς παράγοντες που μπορούν να τον οδηγήσουν σε κατάθλιψη και τους αντιμετωπίζει χρησιμοποιώντας τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις (Septiani et al., 2020).

Σύμφωνα με έρευνες, σε πλαίσιο ελεγχόμενων εργαστηριακών μελετών, έχει αποδειχθεί πως η φύση και ό,τι παραπέμπει σε εκείνη έχει ευεργετική επίδραση στην ψυχική υγεία των ανθρώπων. Για παράδειγμα, ο πληθυσμός που εκτίθεται πιο συχνά σε χώρους με πράσινο (που παραπέμπει στο γρασίδι), σε χώρους με μπλε (παραπέμπει στη θάλασσα) ή έχει στην ιδιοκτησία του δέντρα ή κήπο σε αστικά και αγροτικά περιβάλλοντα, παρατηρείται πως έχουν μεγαλύτερη ψυχολογική ευημερία σε αντίθεση με τους πληθυσμούς που δεν εκτίθενται στα παραπάνω ερεθίσματα (Bratman et al., 2019).

Συχνά οι ηλικιωμένοι χωρίς άνοια αναφέρουν πόνο σε καθημερινές δραστηριότητες όπως στην αλλαγή των ρούχων, στο μπάνιο και στις μεταφορές από το ένα μέρος στο άλλο. Η διαφορά με τους ηλικιωμένους με άνοια είναι ότι το αίσθημα του πόνου πολλές φορές δε μπορούν να το μεταφέρουν στους νοσηλευτές ή τους φροντιστές, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει η σωστή αντιμετώπιση. Συνήθως χορηγούνται αναλγητικά, όμως επειδή δεν είναι ξεκάθαρο το επίπεδο του πόνου μπορεί να χορηγηθεί η λάθος δόση. Σε συνδυασμό με τα υπόλοιπα συμπτώματα της άνοιας στη συμπεριφορά και την ψυχολογία χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες και νευροληπτικά φάρμακα, τα οποία είναι πιθανό να προκαλέσουν παρενέργειες, που να είναι και απειλητικές για τη ζωή (Demange et al., 2019).

## **5.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΛΑΝΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας ως προς τη **διαταραγμένη μνήμη** των ηλικιωμένων περιλαμβάνει ως πρώτο βήμα την συγκέντρωση πληροφοριών με βάση υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα για την κατάσταση και τη σοβαρότητά της. Ανάμεσα στα υποκειμενικά δεδομένα βρίσκονται η αναφορά από το άτομο για τη φθορά της μνήμης και της ανάκλησης ατόμων και γεγονότων. Αντικειμενικά, περιλαμβάνονται δεδομένα μέσω παρατήρησης από τον επαγγελματία υγείας για την απώλεια μνήμης, την αδυναμία του ηλικιωμένου να τηρήσει το πρόγραμμα φροντίδας και τις συμβουλές που του παρήχθησαν καθώς και να συγκρατήσει καινούργιες πληροφορίες (Doenges et al., 2009).

Έπειτα, καθορίζονται οι επιθυμητές εκβάσεις από το προγραμματισμένο πλάνο, όπως το να αναγνωρίζει το άτομο τις δυσκολίες της μνήμης του και να είναι ικανό να τις εκφράζει λεκτικά, να τηρεί σύμφωνα με τις δυνατότητές του τις μεθόδους και τις πρακτικές για



την εξάσκηση της μνήμης καθώς και να έχει την κρίση να κατανοεί τις δυσκολίες στην μνήμη του. Τέλος, αξιολογείται η αποτελεσματικότητα του πλάνου κρίνοντας εάν το άτομο ανταποκρίθηκε στις παρεμβάσεις και στην εκπαίδευσή του, εάν πραγματοποιήθηκε ο επιθυμητός στόχος και γίνεται τροποποίηση του πλάνου εάν δεν ήταν αποτελεσματικό (Doenges et al., 2009).

Το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας για **έλλειμμα αυτοφροντίδας** των ατόμων τρίτης ηλικίας, αποτελείται αρχικά από τον προσδιορισμό του επιπέδου ελλείμματος και οι τομείς που χρήζουν άμεσης παρέμβασης (Doenges et al., 2009). Οι τομείς είναι:

1. Έλλειμμα αυτοφροντίδας ως προς την υγιεινή του ηλικιωμένου, κατά την οποία το άτομο αδυνατεί να πλυθεί και να στεγνώσει το σώμα μόνο του, να έχει πρόσβαση στο αγαθό του νερού και στα απαραίτητα υλικά καθαριότητας, να χρησιμοποιεί την λεκάνη χωρίς να λερώνονται τα ρούχα του και να έχει εύκολη πρόσβαση στην λεκάνη (Doenges et al., 2009).
2. Έλλειμμα αυτοφροντίδας ως προς την ένδυση, όπου τα προβλήματα είναι κυρίως ανικανότητα ένδυσης στο κάτω μέρος του σώματος (π.χ. να φορέσει κάλτσες, παπούτσια) και η μετακίνηση των ρούχων (Doenges et al., 2009).
3. Έλλειμμα αυτοφροντίδας ως προς την σίτιση, το οποίο χρήζει άμεσης παρέμβασης, και περιλαμβάνει την προετοιμασία του φαγητού, το άνοιγμα της κονσέρβας, την χρήση των μαχαιροπίρουνων και των ποτηριών που περιέχουν μέσα υγρά, μάσηση του φαγητού και κατανάλωση επαρκούς ποσότητας τροφής (Doenges et al., 2009).

Στη συνέχεια προσδιορίζονται οι επιθυμητές εκβάσεις από τον σχεδιασμό και τις παρεμβάσεις, οι οποίες είναι η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τις ανάγκες και τις αδυναμίες του, να μπορεί να μεταφέρει στον νοσηλευτή μέσω της επικοινωνίας τις γνώσεις/ιδέες για τις παρεμβάσεις που μπορεί να πραγματοποιήσει αυτόνομα, καθώς και τελικά να φέρει εις πέρας τις ενέργειες για αυτοφροντίδα σύμφωνα με τις ικανότητές του. Τέλος, επαναξιολογούμε το πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας παρατηρώντας εάν το άτομο ανταπεξέλθει στις επιθυμητές εκβάσεις, εάν ήταν επιτυχημένες και αποτελεσματικές για το άτομο, αλλά και πραγματοποιείται εκ νέου σχεδιασμός φροντίδας εάν το πλάνο ήταν αναποτελεσματικό (Doenges et al., 2009).

Το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας για τον **κίνδυνο έλλειψης κινητικότητας** καθορίζεται μετά τον προσδιορισμό της επιτακτικότητας της ανάγκης για παρέμβαση με βάση τα υποκειμενικά δεδομένα, όπως είναι η αυτοαναφορά του ατόμου κατά την κίνηση, αλλά και τα αντικειμενικά δεδομένα, όπως είναι η παρατήρηση στη δυσκολία της κίνησης, στην αλλαγή θέσης, καθώς και στην αργή κίνηση. Τα επιθυμητά αποτελέσματα των παρεμβάσεων είναι κυρίως το άτομο να αναγνωρίζει τη δυσκολία του στην κίνηση αλλά και τα μέτρα ασφαλείας και να τα εκφράζει λεκτικά στον επαγγελματία υγείας, να παρουσιάζει τεχνικές συνέχισης των δραστηριοτήτων του και να συμμετέχει σε αυτές καθημερινά και κυρίως να παραμένει λειτουργικό στην καθημερινότητά του. Τέλος, γίνεται αξιολόγηση των παρεμβάσεων σχετικά με την ανταπόδοση του ατόμου σε αυτές αλλά και στην εκπαίδευσή του και γίνεται επανασχεδιασμός εάν κριθεί αναποτελεσματική η παρέμβαση (Doenges et al., 2009).

Το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας για το πρόβλημα **αϋπνίας** των ηλικιωμένων περιλαμβάνει αρχικά τον προσδιορισμό των συμπτωμάτων στο άτομο με υποκειμενικά και αντικειμενικά κριτήρια. Τα υποκειμενικά κριτήρια αποτελούνται από αυτοαναφορές του ατόμου για την δυσκολία στον ύπνο και το να παραμένει αποκοιμισμένο ενόσω κοιμάται, να ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί και να παραμένει κουρασμένο ακόμα και μετά τον ύπνο. Αντικειμενικά κριτήρια για την ύπαρξη της αϋπνίας γίνονται αντιληπτά κυρίως μέσω της παρατήρησης του ατόμου για διαπίστωση έλλειψης ενεργητικότητας και συναισθηματικές αλλαγές στην καθημερινότητά του. Τα επιθυμητά αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι αρχικά, η αναγνώριση του ατόμου για τη διαταραχή του ύπνου του και η ικανότητά του να το εκφράσει λεκτικά, η κατανόηση των παρεμβάσεων και η προσαρμογή της καθημερινότητάς του με βάση αυτές. Τέλος, αξιολογείται η τήρηση των παρεμβάσεων και η αποτελεσματικότητά τους και γίνεται επανασχεδιασμός εάν δεν επιτεύχθηκαν οι προκαθορισμένοι στόχοι (Doenges et al., 2009).

Το νοσηλευτικό πλάνο για **κίνδυνο αυτοκτονίας** των ηλικιωμένων έχει ως επιθυμητά αποτελέσματα την αναγνώριση της παρούσας δύσκολης κατάστασης καθώς και των παραγόντων κινδύνου από τον ηλικιωμένο, την ενεργή συμμετοχή του στο πλάνο για διόρθωση των υποκείμενων προβλημάτων καθώς και την απόφαση ότι δε θα δοθεί λύση στα προβλήματά του μέσω της αυτοκτονίας. Τέλος, αξιολογούνται οι ενέργειες που έγιναν για τη λήψη μέτρων ασφάλειας για το άτομο, η ανταπόκρισή του στις παρεμβάσεις και η πρόοδος που έγινε από την αρχή των παρεμβάσεων. Εάν οι

παρεμβάσεις δεν έχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, γίνεται επανασχεδιασμός του πλάνου φροντίδας (Doenges et al., 2009).

Το νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας για τον κίνδυνο εμφάνισης **μοναξιάς** στα άτομα τρίτης ηλικίας έχουν ως κύριους στόχους την αναγνώριση των δυσκολιών του από το ίδιο το άτομο και τους τρόπους που μπορεί να τις αντιμετωπίσει σύμφωνα με τις ικανότητές του, αλλά και τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες. Η αξιολόγηση του πλάνου αποτελείται από την παρατήρηση του ηλικιωμένου και τον τρόπο που ανταποκρίθηκε στην εκπαίδευσή του, καθώς και από την καταγραφή επιτυχίας των στόχων. Το πλάνο φροντίδας εάν κριθεί αναποτελεσματικό επανασχεδιάζεται (Doenges et al., 2009).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI**

### **ΝΕΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΡΟΛΟ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του συσχετισμού των γνωστικών λειτουργιών με την ψυχική ευεξία των ατόμων της τρίτης ηλικίας και η ανάδειξη σχετικών παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «γνωστική λειτουργία» (cognitive function), «ηλικιωμένοι» (elderly), «ψυχική ευεξία» (mental well-being), «παρεμβάσεις» (intervention), «νοσηλευτική» (nursing).

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

##### **1. Prevention of Depression and Anxiety in Community-Dwelling Older Adults: The Role of Physical Activity**

Η έρευνα των Alexandrino-Silva et al. (2019) ασχολήθηκε, όπως και κάποιες προαναφερθείσες, με τον ρόλο της σωματικής δραστηριότητας στην γνωστική ευεξία των ατόμων που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία, εισάγοντας όμως και την παράμετρο της πιθανής κατάθλιψης που μπορεί να προκαλέσει η εξασθένιση των γνωστικών τους λειτουργιών, καθώς και την επιρροή την οποία ασκεί η άθληση στην πρόληψή της.

Για την κατάθλιψη αναφέρεται ότι ορισμένες διαφορετικές θεραπευτικές τεχνικές μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης σε υπερήλικα άτομα, γεγονός το οποίο αναδεικνύει τη χρησιμότητά τους στην κλινική πρακτική και το ιατρικό όφελος από αυτού του είδους τις παρεμβάσεις, οι οποίες προσφέρουν ελάχιστους κινδύνους παρενεργειών.

Ο ρόλος της σωματικής δραστηριότητας στην πρόληψη της κατάθλιψης περιλαμβάνει δύο αλληλοσυγκρουόμενα σκέλη, με τα αποτελέσματα να κρίνονται από το ποιο θα υπερισχύσει: από τη μία, η κατάθλιψη μπορεί να μειώσει την ενασχόληση με τη σωματική δραστηριότητα, ενώ από την άλλη η σωματική δραστηριότητα μπορεί να είναι χρήσιμη για την πρόληψη της κατάθλιψης. Δεδομένων των φυσικών και ψυχολογικών οφελών που προκύπτουν από τη σωματική δραστηριότητα, η ενασχόληση των ηλικιωμένων με αυτή μπορεί να προωθήσει την πρόληψη και τη μείωση των συμπτωμάτων εξασθένησης της γνωστικής λειτουργίας, και κατά συνέπεια (δυνητικά) και της κατάθλιψης.

## **2. Ageing Process and Physiological Changes**

Οι Amarya et al. (2018) χρησιμοποιούν στην έρευνά τους μια άλλη κατηγοριοποίηση για της φυσιολογικές αλλαγές κατά τη διαδικασία της γήρανσης, διαιρώντας τις σε αλλαγές που έχουν να κάνουν με το νευρικό σύστημα, τις γνωστικές λειτουργίες και τις λειτουργίες μνήμης, μάθησης και ευφυΐας. Συν τοις άλλοις, αναφέρονται και στην διάδοση της επιστήμης της γεροντολογίας στις ανεπτυγμένες χώρες συγκριτικά με τις αναπτυσσόμενες.

- ♦ Αναφορικά με τις αλλαγές του νευρικού συστήματος, οι συγγραφείς αναφέρουν, όπως και πολλοί άλλοι, τις νόσους του Alzheimer και του Parkinson ως συχνότερα εμφανιζόμενες, καταγράφοντας λεπτομερώς τους τρόπους με τους οποίους φτάνουν να επηρεάζουν στον βαθμό που επηρεάζουν τον ανθρώπινο εγκέφαλο με το πέρασμα των χρόνων.
- ♦ Σχετικά με τις γνωστικές λειτουργίες, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η συνήθης ηλικία εμφάνισης μια ελάχιστης μείωσης της εγκεφαλικής λειτουργικότητας είναι η ηλικία των 60, παρουσιάζοντας παράλληλα τα αίτια της εμφάνισης και τις επακόλουθες συμπεριφορές με τις οποίες σχετίζονται, και

- ◆ Τέλος, αναφέρεται ότι οι λειτουργίες της μνήμης και της μάθησης αρχίζουν να παρουσιάζουν εξασθένηση πολύ πριν την τρίτη ηλικία, αλλά η ηλικία αυτή είναι αυτή κατά την οποία μειώνονται σε σημείο να εμφανίζουν πραγματικά επιζήμια αποτελέσματα στην εγκεφαλική λειτουργία.

Η έρευνα των συγγραφέων τους οδήγησε στο συμπέρασμα ότι, στις αναπτυσσόμενες χώρες, η επιστήμη της γεροντολογίας αποτελεί μικρότερο σημείο εστίασης συγκριτικά με την κατάσταση που επικρατεί στις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό οφείλεται, κατά τη γνώμη τους, στο γεγονός ότι το αυξημένο προσδόκιμο ζωής των ηλικιωμένων, το οποίο με τη σειρά του έχει οδηγήσει σε μια δημογραφική μετάβαση στις αναπτυσσόμενες χώρες, είχε εμφανιστεί ήδη στις ανεπτυγμένες χώρες πριν από πολλά χρόνια. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, η αύξηση των ποσοστών του ηλικιωμένου πληθυσμού έχει αναγκάσει επιστήμονες πολλών διαφορετικών κλάδων να εστιάσουν την προσοχή τους σε θέματα υγείας που αφορούν τη φροντίδα ηλικιωμένων, καθώς και στα διάφορα προβλήματα που σχετίζονται με τη γήρανση και τις πολυάριθμες επιπτώσεις αυτής της δημογραφικής μετάβασης.

### **3. Prevention of Dementia in Elderly Population: A Comprehensive Review of Literature**

Η έρευνα του Al-Zahrani (2019) επικεντρώνεται στη σχέση αιτίου – αποτελέσματος που παρατηρείται μεταξύ της εμφάνισης της νόσου της άνοιας και των μεθόδων πρόληψής της. Αρχικά επιχειρείται μια ομαδοποίηση των παραγόντων κινδύνου και των παραγόντων πρόληψης, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για την παρουσίαση των ευρημάτων που προέκυψαν από την ερευνητική διαδικασία.

- **Σωματική άσκηση:** Ο ρόλος της είναι επιτακτικός για την υιοθέτηση ενός πιο ενεργητικού τρόπου ζωής σε άτομα με άνοια.
- **Μεσογειακή διαίτα:** Οι απόψεις σχετικά με το ρόλο της διίστανται, καθώς υπάρχουν έρευνες που εμφανίζουν σύνδεσή της με την καταπολέμηση της άνοιας, αλλά υπάρχουν και άλλες που αναφέρουν ότι η πλήρης συμμόρφωση σε αυτή ενέχει κινδύνους εμφάνισης ήπιων γνωστικών διαταραχών.
- **Κοινωνικές συναναστροφές:** Παρατηρείται μια αμοιβαία σύνδεση σε αυτό το κομμάτι, καθώς είναι πιθανό και για τη μείωση των κοινωνικών συναναστροφών και για τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας να προέρχονται το ένα από το άλλο.
- **Γνωστική εξάσκηση:** Παρ' όλο που η έρευνα δεν έχει επεκταθεί ακόμα σε τέτοιο βαθμό ώστε να υπάρχουν αδιαμφισβήτητα αποτελέσματα, έχουν αναφερθεί

περιπτώσεις όπου οι ασκήσεις γνωστικών λειτουργιών ενισχύουν τα εγκεφαλικά αποθέματα κατά το γήρας.

- **Αγγειακές παθήσεις:** Οι αγγειακές παθήσεις παρουσιάζουν μεγάλη προγνωστική ισχύ σχετικά με την εξέλιξη της άνοιας (π.χ. Alzheimer ή αγγειακή άνοια).

Ο συγγραφέας κλείνει την έρευνά του με το συμπέρασμα ότι οι επιπτώσεις της τροποποίησης των παραγόντων κινδύνου στα γνωστικά αποτελέσματα αναφορικά με την άνοια πρέπει να συνεχίσουν να αξιολογούνται, πράγμα το οποίο ισχύει και για τις συνδυαστικές παρεμβάσεις πρόληψής της (π.χ. συνδυασμός υγιεινής διατροφής με σωματικές, κοινωνικές ή γνωστικές δραστηριότητες).

#### **4. Cognitive Changes with Aging**

Οι Baghel et al. (2017) ασχολήθηκαν στην έρευνά τους με τις γνωστικές αλλαγές κατά τη γήρανση. Αρχικά κατηγοριοποίησαν τις εγκεφαλικές λειτουργίες σε βασικές (προσοχή, αντιληπτική ικανότητα, μνήμη κλπ.) και ανωτέρου επιπέδου (ομιλία, ικανότητα λήψης αποφάσεων, ευφυΐα, εκτελεστικές λειτουργίες κλπ.), αναφέροντας ωστόσο ότι το εύρος των μεταβολών των γνωστικών λειτουργιών μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τον άνθρωπο, και μάλιστα έχουν καταγραφεί και περιπτώσεις όπου οι υπερήλικες παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με τους νεότερους ανθρώπους σε ορισμένες υποκατηγορίες γνωστικών λειτουργιών. Κάποια παραδείγματα που παρουσιάζουν και τις δύο όψεις του νομίσματος είναι το γεγονός ότι από τη μία, στο κομμάτι των εκτελεστικών λειτουργιών, η διαδικασία επεξεργασίας σκέψεων στους υπερήλικες φέρεται να είναι αντίστοιχη με την παιδική, ενώ από την άλλη, η προχωρημένη ηλικία δείχνει να την αυξάνει τη διατομική μεταβλητότητα σε διάφορους γνωστικούς τομείς όπως η μνήμη και η ταχύτητα επεξεργασίας δεδομένων.

Στη συνέχεια, οι συγγραφείς αναφέρουν ορισμένους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν της γνωστικές λειτουργίες του ανθρώπου κατά τη διάρκεια της γήρανσής του, κατηγοριοποιώντας τους σε γενετικούς και περιβαλλοντικούς.

- Για τους γενετικούς παράγοντες, αναφέρεται η προοδευτικά μειούμενη κατά την πορεία της ζωής (αλλά πάντα παρούσα) κληρονομικότητά τους, καθώς και η συσχέτιση της μεταβολής των γνωστικών λειτουργιών με τον γονιδιακό πολυμορφισμό, με τους συγγραφείς να καταλήγουν ότι ένας από τους λόγους της εξασθένησης των εγκεφαλικών λειτουργιών είναι η κληροδότηση γενετικών μετατροπών από τις παλαιότερες στις νεότερες γενιές.

- Σχετικά με τους παράγοντες του ευρύτερου περιβάλλοντος, το επίπεδο της εκπαίδευσης δείχνει να μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης άνοιας ή Alzheimer στην τρίτη ηλικία, ενώ οι επιβλαβείς συνήθειες όπως το αλκοόλ (ανάλογα με την ποσότητα και τη συχνότητα κατανάλωσης) και το κάπνισμα δείχνουν να μειώνουν της γνωστικές λειτουργίες και να αυξάνουν τη διαδικασία της γήρανσης.

## **5. The Use of Commercial Computerised Cognitive Games in Older Adults: A Meta-Analysis**

Οι Bonnechère et al. (2020) εξέτασαν το ζήτημα των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων από μια πιο τεχνολογική σκοπιά, θέτοντας ως παράδειγμα τη χρήση των προγραμμάτων ανάπτυξης εγκεφάλου και υποστηρίζοντας ότι αποτελούν μια αποτελεσματική λύση για την πρόληψη της γνωστικής υποβάθμισης στην υγιή γήρανση. Για τους σκοπούς της έρευνάς τους, διεξήγαγαν μια μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών που αξιολογούσε τη χρήση εμπορικά διαθέσιμων μηχανογραφημένων γνωστικών παιχνιδιών για τη βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών χωρίς γνωστική εξασθένηση.

Οι γνωστικές λειτουργίες τις οποίες εξέτασαν οι ερευνητές για να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα της τεχνολογίας αυτής ήταν οι ακόλουθες:

- Κλινική αποτελεσματικότητα
- Ταχύτητα επεξεργασίας
- Εκτελεστικές λειτουργίες
- Λεκτική μνήμη
- Προσοχή
- Οπτικοχωρικές δεξιότητες

Βάσει των εξαγόμενων πορισμάτων της έρευνας, τα εμπορικά διαθέσιμα γνωστικά παιχνίδια είναι αποτελεσματικά στη βελτίωση της ταχύτητας επεξεργασίας, των εκτελεστικών λειτουργιών, καθώς και της λεκτικής και της λειτουργικής μνήμης των ηλικιωμένων συμμετεχόντων που δεν εμφάνισαν γνωστική εξασθένηση. Ωστόσο, στους τομείς των οπτικοχωρικών δεξιοτήτων και της προσοχής, δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική βελτίωση σε σύγκριση σε κανένα σημείο και καμία μεθοδολογία της έρευνας.



## **6. Cognitive Differences in the Older Adults Living in the General Community: Gender and Mental Occupational State Study**

Οι Calatayud et al. (2021) εισήγαγαν την παράμετρο του φύλου και της επαγγελματικής κατάστασης στην έρευνα για τις γνωστικές λειτουργίες των ατόμων που διανύουν την τρίτη ηλικία, επιχειρώντας να βρουν σημεία στα οποία τις επηρεάζουν, φτάνοντας σε επιστημονικά πορίσματα μέσω μίας περιγραφικής μελέτης παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν 367 ηλικιωμένοι με υποκειμενικά προβλήματα μνήμης. Η μεθοδολογία της έρευνας περιλάμβανε την αξιολόγηση κλινικών και κοινωνικών – δημογραφικών χαρακτηριστικών, καθώς και τις γνωστικές και επαγγελματικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων.

- **Χαρακτηριστικά που εμφανίστηκαν συχνότερα σε άντρες:**

- Υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο
- Υψηλότερο επαγγελματικό επίπεδο
- Υπερχοληστερολαιμία
- Παχυσαρκία
- Μεγαλύτερη μέση ηλικία
- Μεγαλύτερος αριθμός νυμφευμένων
- Γενική αναγνώριση ρόλου

- **Χαρακτηριστικά που εμφανίστηκαν συχνότερα σε γυναίκες:**

- Διαβήτης
- Εγκεφαλαγγειακά ατυχήματα
- Υψηλότερη πίεση του αίματος
- Μεγαλύτερη λεκτική ευχέρεια

Το συμπέρασμα που προέκυψε από τη μελέτη είναι ότι θα μπορούσαν να αναπτυχθούν κάποιες πιο εξατομικευμένες παρεμβάσεις για τον εκάστοτε εκπρόσωπο του κάθε φύλου, οι οποίες θα μπορούν να βελτιώσουν τη γνωστική λειτουργία και να ανατρέψουν τις αρνητικές επιδράσεις της γνωστικής γήρανσης, καθώς επίσης και να εξετάσουν ορισμένες κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές ανά φύλο για την επιτυχή εκτέλεση απαιτητικών δραστηριοτήτων.

## **7. Depression as a Risk Factor for Dementia and Alzheimer's Disease**

Οι Cantón-Habas et al. (2020) εξέτασαν στην έρευνά τους πιθανούς κινδύνους που μπορεί να ενέχουν ορισμένα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας στην εμφάνιση

νόσων όπως η άνοια και το Alzheimer, έχοντας ως τελικό σκοπό τον εντοπισμό πιθανών σχέσεων μεταξύ αυτών των ασθενειών και ορισμένων κοινωνικών, δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών. Οι ψυχικές διαταραχές οι οποίες εξετάστηκαν ήταν η κατάθλιψη και η υπέρταση, ενώ οι σωματικές διαταραχές που εξετάστηκαν ήταν η δυσλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία σε ανθρώπους τουλάχιστον 65 ετών που έχουν διαγνωστεί με άνοια ή / και Alzheimer, έδειξαν τα εξής:

- Η κατάθλιψη και ο σακχαρώδης διαβήτης αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας.
- Η θεραπευμένη δυσλιπιδαιμία μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου του Alzheimer.
- Η υπέρταση δεν έδειξε αξιοσημείωτα ή αρκούντως αξιόπιστα δεδομένα (ενδεχομένως και λόγω της μη ιδιαίτερα εκτεταμένης έρευνας και των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων πάνω στη συγκεκριμένη μεταβλητή) σχετικά με την αύξηση ή τη μείωση του κινδύνου νόσησης.

Στα εξαχθέντα πορίσματα της συγκεκριμένης έρευνας επιχειρείται, πέρα από την ερμηνεία των αποτελεσμάτων για τη σχέση της κατάθλιψης με τις γνωστικές διαταραχές, μία διαλεύκανση του τοπίου σχετικά με τις διαφορές μεταξύ Alzheimer και άνοιας, καθώς σε πολλές έρευνες, μεταξύ των οποίων και κάποιες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία, το Alzheimer αναφέρεται ως είδος άνοιας, ενώ σε άλλες έρευνες παρουσιάζονται ως δύο διαφορετικές ασθένειες. Η έρευνα καταλήγει στο ότι πρόκειται για δύο ασθένειες με μεγάλο επιπολασμό και επιδημιολογικά δεδομένα που συμπίπτουν σε αξιοσημείωτο βαθμό. Τέλος, αναφέρεται μεταξύ άλλων ότι η παρουσία όψιμων καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένους θα μπορούσε να είναι η πρώτη εκδήλωση άνοιας, γεγονός το οποίο καθιστά σε μεγάλο βαθμό την κατάθλιψη ως παράγοντα πρόβλεψης άνοιας.

## **8. Prevalence of Dementia in Older Adults in Central and Eastern Europe: a Systematic Review and Meta-Analysis**

Οι Cenko et al. (2021) κατηύθυναν τη μελέτη τους προς το ζήτημα του επιπολασμού της άνοιας σε ηλικιωμένους στην Ανατολική και την Κεντρική Ευρώπη, επιχειρώντας να καλύψουν το επιστημονικό κενό που υπάρχει σε αυτό το κομμάτι της έρευνας, η οποία τα προηγούμενα χρόνια είχε επεκταθεί κατά κύριο λόγο μόνο στη Δυτική Ευρώπη. Οι

χώρες οι οποίες συμπεριλήφθηκαν σε αυτό το πόνημα ήταν η Αλβανία, η Ρωσία, η Σερβία, η Βουλγαρία και η Πολωνία.

Οι κυριότερες παρατηρήσεις που σημειώθηκαν για τα δεδομένα σχετικά με την άνοια ήταν οι εξής:

- Επιπολασμός σε ποσοστό 6,7% για τους 60 και άνω, 7,1% για τους 65 και άνω.
- Υψηλότερος επιπολασμός ανάλογα με την ηλικία.
- Υψηλότερος επιπολασμός ανάλογα με το έτος της έρευνας.
- Μεγαλύτερη αύξηση του επιπολασμού στην Πολωνία, στη Σερβία και ιδιαίτερα στην Αλβανία.
- Μεγαλύτερος επιπολασμός στις γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες.
- Ιδιαίτερα μεγάλος επιπολασμός στην Πολωνία σε όλες τις υποκατηγορίες της άνοιας, και ιδιαίτερα στη νόσο του Alzheimer και στην αγγειακή άνοια.

Το κυριότερο συμπέρασμα που εξήγαγαν οι Cenko et al. από την έρευνά τους είναι ότι τα ποσοστά επιπολασμού της άνοιας στους ηλικιωμένους ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των χωρών, αλλά και εντός της ίδιας χώρας, γεγονός για το οποίο ενδεχομένως να ευθύνονται παράγοντες όπως έλλειψη μεθοδολογικής ομοιομορφίας, Επίσης αναφέρουν ότι οι αποκλίσεις στον επιπολασμό της άνοιας σε διαφορετικές περιοχές μπορούν να εξηγηθούν όχι μόνο από τη χρήση ανόμοιων μεθοδολογιών ή διαφορών στο προσδόκιμο ζωής, αλλά πιθανώς από συνήθειες που έχουν να κάνουν με τη διατροφή, τις φυσικές δραστηριότητες και τα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης σε κάθε περιοχή

### **9. Steps to Health in Cognitive Aging: Effects of Physical Activity on Spatial Attention and Executive Control in the Elderly**

Η έρευνα των Condello et al. (2017) εστιάζει κατά κύριο λόγο στις προαναφερθείσες λειτουργίες της αντιληπτικής ικανότητας και των εκτελεστικών λειτουργιών, χρησιμοποιώντας δείγματα συμμετεχόντων (από μέση μέχρι τρίτη ηλικία) για να διαπιστωθεί κατά πόσο η ηλικία τις επηρεάζει. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με την άσκηση και το ιατρικό τους ιστορικό, απαντώντας σε ερωτήσεις που είχαν να κάνουν με τα επίπεδα δραστηριότητάς τους, το εκπαιδευτικό τους υπόβαθρο, τις διατροφικές τους συνήθειες κλπ.

Οι κυριότεροι σκοποί της συγκεκριμένης έρευνας ήταν οι εξής:

- Η διερεύνηση του κατά πόσο η τακτική σωματική δραστηριότητα έχει παρόμοια ή διαφορετικά αποτελέσματα στην εστίαση της προσοχής και στις εκτελεστικές λειτουργίες κατά το γήρας.
- Η διερεύνηση του κατά πόσο μπορούν να επωφεληθούν οι υπερήλικες άνθρωποι από τα πλεονεκτήματα της σωματικής δραστηριότητας.

Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα των πειραμάτων που διεξήγαγαν οι ερευνητές δείχνουν ένα μοτίβο επιδράσεων που υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια γενικευμένη επιζήμια επίδραση της γήρανσης στην ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, την προσοχή και την ακρίβεια απόδοσης. Ωστόσο, η σωματική δραστηριότητα φαίνεται να μειώνει εν μέρει την επιδείνωση που σχετίζεται με την ηλικία, ασκώντας προστατευτική επίδραση στην ταχύτητα επεξεργασίας και στην ικανότητα εστίασης της προσοχής σε τοποθεσίες και αντικείμενα στο οπτικό πεδίο του ατόμου.

Για τους σκοπούς της έρευνας επιλέχθηκαν 130 γυναίκες και άνδρες, καθώς και 22 ενήλικες με διαβήτη τύπου 2 ηλικίας 55 – 84 ετών. Τα τελικά συμπεράσματα ήταν ότι τα επαρκή επίπεδα σωματικής άσκησης μπορεί να επηρεάσουν θετικά τις εγκεφαλικές διεργασίες, τα συστήματα ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών κλπ., αλλά δεν επηρεάζουν την ικανότητα άσκησης εκτελεστικών λειτουργιών για την απόσπαση της προσοχής, η οποία φαίνεται να επηρεάζεται θετικά από τη συμμετοχή σε γνωστικά απαιτητικές δραστηριότητες.

## **10. Age-Related Cognitive Changes: The Importance of Modulating Factors**

Οι Correia et al. (2018) επικέντρωσαν περισσότερο την έρευνά τους στο κομμάτι των ρυθμιστικών παραγόντων των γνωστικών αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία, αντλώντας τις πληροφορίες τους τόσο από μελέτες που ακολουθούν πιο πειραματικές διαδικασίες για να καταλήξουν σε αποτελέσματα, όσο και από μελέτες που προέρχονται από οπτικές κλινικής νευροψυχολογίας. Κάποιες από τις δεξιότητες που μελετήθηκαν, πέραν όσων ήδη αναφέρθηκαν, είναι οι οπτικοαντιληπτικές, οι οπτικοχωρικές και οι οπτικοκατασκευαστικές δεξιότητες.

- Αναφορικά με τις οπτικοαντιληπτικές δεξιότητες, έχει διαπιστωθεί ότι οι απλούστερες δεξιότητες που βασίζονται στη διάκριση συγκεκριμένων οπτικών χαρακτηριστικών όπως σχήμα, χρώμα, φωτεινότητα κλπ., δεν φαίνεται να επηρεάζονται σημαντικά από την ηλικία.

- Για τις οπτικοχωρικές δεξιότητες, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι οι επιδράσεις της ηλικίας σε αυτές έχουν διαπιστωθεί όχι μόνο σε πειραματικά περιβάλλοντα ή ψυχομετρικές εκτιμήσεις, αλλά και σε περιβάλλοντα όπου οι ασθενείς κλήθηκαν να αυτοπροσανατολιστούν σε έναν τρισδιάστατο χώρο.
- Όσον αφορά τις οπτικοκατασκευαστικές δεξιότητες, οι επιδόσεις σε δραστηριότητες που απαιτούν σωστό συντονισμό, καθώς και συνδυασμό των προηγούμενων ειδών δεξιοτήτων με άλλες κινητικές δεξιότητες, είναι επίσης φτωχότερες στους ηλικιωμένους, αν και αυτό μπορεί και να οφείλεται σε άλλους παράγοντες επηρεασμού όπως είναι η ταχύτητα επεξεργασίας και η οικειότητα.

Οι συγγραφείς αναφέρουν επίσης για τους ρυθμιστικούς παράγοντες ότι συμβάλλουν στην έλλειψη ομοιογένειας μεταξύ των αποτελεσμάτων που αφορούν στη γνωστική γήρανση, καθώς επηρεάζουν τις πιθανότητες εμφάνισής της. Καταλήγουν δε στο γενικό συμπέρασμα ότι παράγοντες όπως το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων, και ειδικά για το φύλο αναφέρουν ότι παραλείπεται συχνά στις έρευνες, κάτι το οποίο θα πρέπει να αλλάξει για να μπορούν να εξαχθούν πιο ασφαλή και έγκυρα επιστημονικά πορίσματα.

### **11. Mild Cognitive Impairment in Older Adults: Analysis of Some Factors**

Η έρευνα των dos Anjos Dixe et al. (2020) καταπιάνεται με το ζήτημα της ήπιας γνωστικής διαταραχής, δίνοντας μια περαιτέρω έμφαση σε ορισμένους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνισή της. Για να καταλήξουν σε τεκμηριωμένα συμπεράσματα διεξήγαγαν μία συσχετιστική μελέτη στην οποία συμμετείχαν ηλικιωμένοι που διέμεναν σε κέντρα φροντίδας, από τους οποίους αντλήθηκαν κοινωνικοδημογραφικά και ιατρικά δεδομένα.

Τα βασικά σημεία στα οποία εστίασε η μελέτη των συγγραφέων για τον διαχωρισμό των ερωτηθέντων και την παραγωγή αποτελεσμάτων ήταν τα εξής:

- Χαρακτηρισμός των κοινωνικοδημογραφικών, ακαδημαϊκών και υγειονομικών μεταβλητών.
- Σχέση μεταξύ ήπιας γνωστικής διαταραχής και γνωστικών τομέων.

- Σχέση μεταξύ της ηλικίας, του αριθμού των φαρμάκων, του αριθμού των ασθενειών, του δείκτη μάζας σώματος, του αριθμού των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κλπ. ανά ομάδα ατόμων ανάλογα με την παρουσία ή την απουσία ήπιας γνωστικής διαταραχής.

Τα κυριότερα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν οι συγγραφείς ήταν μεταξύ άλλων τα ακόλουθα:

- Η γνωστική λειτουργία θεωρείται συστατικό της νοητικής ευπάθειας κατά τα γηραιότερα χρόνια και έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με δυσμενείς συνέπειες για την υγεία.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να συμβάλει στον σχηματισμό γνωστικού αποθέματος και να δικαιολογήσει την υψηλή συχνότητα ήπιων γνωστικών διαταραχών σε ηλικιωμένους.
- Παράγοντες που έχουν να κάνουν με τη διατροφή μπορεί να σχετίζονται με τη γνωστική παρακμή κατά τη γήρανση.

## **12. Factors Associated with Dementia in Elderly**

Οι dos Santos et al. (2020) επιχείρησαν να διερευνήσουν όλο το εύρος των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της άνοιας σε ηλικιωμένους ανθρώπους. Για να το επιτύχουν αυτό χρησιμοποίησαν μια συγχρονική μελέτη με ανάλυση δεδομένων των ιατρικών αρχείων 287 ηλικιωμένων μεταξύ 60 και 69 ετών που είχαν διαγνωστεί με άνοια.

Οι μεταβλητές ελέγχου που χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση συσχέτισης ήταν οι ακόλουθες:

- Επίπεδο βιταμίνης D στον ορό την ώρα της διάγνωσης
- Φύλο
- Χρώμα δέρματος
- Εκπαίδευση
- Ηλικία
- Διαβήτης τύπου 2
- Υπέρταση
- Κατάθλιψη

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η κατάθλιψη είναι η πιο διαδεδομένη (42,5% των συμμετεχόντων) μεταξύ των νοσημάτων αναφορικά με την σχέση της με την εμφάνιση της άνοιας, ακολουθούμενη από την υπέρταση (31,71%, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει αυτό που αναφέρθηκε στην έρευνα των Cantón-Habas et al. περί αντικρουόμενων αποτελεσμάτων). Τα επίπεδα βιταμίνης D, η κατάθλιψη, η υπέρταση και η ηλικία 80 ετών και άνω αποτέλεσαν επίσης παράγοντες που συνδέονται ανεξάρτητα με την άνοια, ενώ ο επιπολασμός της παρουσιάστηκε υψηλός και η διάγνωσή της συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D. Για τις υπόλοιπες μεταβλητές δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση με την εμφάνιση της νόσου.

### **13. The Relationship Between Subjective Cognitive Decline and Health Literacy in Healthy Community-Dwelling Older Adults**

Οι Goda et al. (2020) έστρεψαν την έρευνά τους προς τη σχέση μεταξύ υποκειμενικής γνωστικής εξασθένησης και παιδείας στην υγεία σε 300 υγιείς ηλικιωμένους που μένουν στην εκάστοτε κοινότητα. Στην έρευνα, ορισμένα από τα στοιχεία που υπογραμμίστηκαν ως τα πλέον σημαντικά ήταν τα ακόλουθα:

- Ο χαμηλός υγειονομικός αλφαριθμητισμός συνδέεται με την έλλειψη άσκησης, τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, την παχυσαρκία, την υπέρταση, τον διαβήτη, την καρδιακή ανεπάρκεια και το μεταβολικό σύνδρομο.
- Τα άτομα με ελλιπείς γνώσεις υγείας λαμβάνουν απρόσμενα μικρότερη συμμετοχή συμμετοχής σε γνωστικές και κοινωνικές δραστηριότητες, οι οποίες είναι γνωστό ότι βοηθούν στη διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών.

Το βασικότερο συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι συγγραφείς ήταν ότι οι ελλιπείς γνώσεις των ανθρώπων σχετικά με την υγεία συνδέονται με τη σοβαρότητα της κοινωνικής γνωστικής εξασθένησης σε υγιείς ηλικιωμένους που κατοικούν στην εκάστοτε κοινότητα, γεγονός το οποίο και θα πρέπει να αποβεί χρήσιμο στο σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης άνοιας για αυτόν τον πληθυσμό. Επιπλέον, κάποια άλλα στοιχεία για τα οποία συμφώνησαν ήταν τα ακόλουθα:

- Ο υγειονομικός αναλφαριθμητισμός σχετίζεται με τη νοσηρότητα της κοινωνικής εξασθένησης σε ηλικιωμένους, και έχει αναφερθεί ότι είναι σημαντικά μεγαλύτερος σε ηλικιωμένους με ήπιες γνωστικές διαταραχές απ' ό,τι σε εκείνους χωρίς καμία γνωστική εξασθένηση.

- Ο υγειονομικός αναλαβητισμός μπορεί επίσης να φανεί ακόμη και πριν από την έναρξη της ήπιας γνωστικής διαταραχής, στο στάδιο της υποκειμενικής γνωστικής διαταραχής.
- Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των γνωστικών λειτουργιών της εκάστοτε ηλικίας και των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

#### **14. Cognitive Function of Older Adults Engaging in Physical Activity**

Η συγκεκριμένη έρευνα μελετά της γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων που επιδίδονται σε σωματικές δραστηριότητες, κατηγοριοποιώντας τις σε δραστηριότητες ανοιχτών και κλειστών δεξιοτήτων και καταγράφοντας ξεχωριστά τις επιρροές τους στα άτομα τα οποία εξετάστηκαν για την εξαγωγή αποτελεσμάτων.

- Οι σωματικές δραστηριότητες ανοιχτών δεξιοτήτων (π.χ. τένις, μπάσκετ, ξιφασκία) συνδέθηκαν με την καλύτερη αυτοσυγκράτηση, την οπτική παρακολούθηση και τη γνωστική ευελιξία.
- Οι σωματικές δραστηριότητες κλειστών δεξιοτήτων (π.χ. κολύμβηση, τρέξιμο, γιόγκα) συνδέθηκαν με την καλύτερη επιλεκτική προσοχή και την οπτικοχωρική αντίληψη.
- Η σωματική δραστηριότητα τόσο ανοιχτών όσο και κλειστών δεξιοτήτων, καθώς και τα υψηλότερα επίπεδα έντασης και συχνότητας συμμετοχής, μπορεί να είναι ευεργετικά για συγκεκριμένες γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων.

Οι Ingold et al. (2020) συμπεραίνουν ότι, παρ' όλο που ο τύπος σωματικής δραστηριότητας και η συχνότητα ενασχόλησης με αυτόν δεν αλληλοσυνδέονται για τις υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες πλην των προαναφερθεισών, οι διαπιστωθείσες συσχετίσεις έχουν σημαντικές πρακτικές συνέπειες για την υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων πληθυσμών, από τη στιγμή που γίνεται ευρέως γνωστό ποια συγκεκριμένα είδη σωματικής δραστηριότητας μπορεί να επηρεάσουν τις γνωστικές λειτουργίες. Επιπλέον, ένα αναμενόμενο συμπέρασμα που εξήγαγαν οι συγγραφείς ήταν ότι οι γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων που ασχολούνται με τη σωματική άσκηση είτε ανοιχτών είτε κλειστών δεξιοτήτων βρίσκονται σε υψηλότερο επίπεδο συγκριτικά με τις αντίστοιχες των υπερηλίκων που δεν επιδίδονται σε κάποια σωματική δραστηριότητα.



## **15. Assessing the Impact of Frailty on Cognitive Function in Older Adults Receiving Home Care**

Οι Kleisiaris et al. (2019) εξετάζουν μια μέχρι τώρα ανεξερεύνητη στην παρούσα μελέτη ομάδα ηλικιωμένων, ασχολούμενοι κυρίως με αυτούς που δέχονται κατ' οίκον νοσηλεία και την αποδυνάμωση των γνωστικών λειτουργιών τους. Αναφέρουν δε συγκεκριμένα την υπάρχουσα κατάσταση στην Ελλάδα, όπου οι ασθενείς με άνοια και αδυναμία παραμένουν κυρίως στα σπίτια τους, και έτσι η φροντίδα τους παρέχεται κυρίως από τα μέλη της οικογένειάς τους και λιγότερο από επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα σε ηλικιωμένους.

Τα ευρήματα της συγχρονικής μελέτης την οποία εκπόνησαν οι συγγραφείς καταδεικνύουν από τη μία πλευρά ότι η αδυναμία στους ηλικιωμένους σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα μειωμένης γνωστικής λειτουργίας σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που δεν παρουσιάζουν αδυναμία, αλλά όταν συμπεριλήφθηκαν στην εξίσωση η κατάθλιψη και η συννοσηρότητα, η συσχέτιση μεταξύ αδυναμίας και γνωστικής παρακμής δεν είναι τόσο ισχυρή. Αυτή η εξέλιξη υποδηλώνει ότι βασικό ρόλο στην ανάπτυξη της άνοιας δε διαδραματίζει μόνο η αδυναμία, αλλά και η σοβαρή κατάθλιψη και η γνωστική υποβάθμιση που εμφανίζονται καθαρά λόγω γήρατος.

Από τους 192 συμμετέχοντες μέσης ηλικίας περίπου 78 ετών, ο επιπολασμός της αδυναμίας βρέθηκε στο 14,7% και ο κίνδυνος αυτής στο 44,9%.

Η κατακλείδα των συγγραφέων είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν τους ηλικιωμένους σε περιβάλλοντα κατ' οίκον φροντίδας θα πρέπει να εκπαιδεύονται για την έγκαιρη διάγνωση, και αξιολόγηση των ηλικιωμένων που κινδυνεύουν να παρουσιάσουν γνωστικά προβλήματα, καθώς επίσης και ότι είναι πλέον ζωτικής σημασίας η περαιτέρω εκπαίδευση και η διεύρυνση του πεδίου των ικανοτήτων των νοσηλευτών, ώστε να συμπεριλαμβάνει την έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης και της αποδυνάμωσης των γνωστικών λειτουργιών.

## **16. Cognitive Decline in Normal Aging and its Prevention: A Review on Non-Pharmacological Lifestyle Strategies**

Οι Klimova et al. επικεντρώθηκαν κατά βάση στην γνωστική κατάπτωση που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής γήρανσης και την προσπάθεια αποφυγής της μέσω μη φαρμακολογικών προσεγγίσεων χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Πιο συγκεκριμένα, οι συγγραφείς χώρισαν τους παράγοντες κινδύνου σε δύο κατηγορίες:

- **Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου:**
  - Διαβήτης, εγκεφαλικοί τραυματισμοί, τρόπος ζωής, επίπεδο εκπαίδευσης
- **Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου:**
  - Ηλικία, εθνικότητα, φύλο, γενετικά χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια κατηγοριοποίησαν τις μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις σε τρεις ομάδες:

- Σωματικές δραστηριότητες
- Υγιής διατροφή
- Γνωστική εξάσκηση

Οι Klimova et al. (2017) εκπόνησαν 12 διαφορετικές έρευνες σε βάθος πολλών ετών, στις οποίες ο αριθμός των εξετασθέντων κυμαινόταν από 21 μέχρι 716 ηλικιωμένα άτομα. Τα ευρήματα των ερευνών έδειξαν ότι οι σωματικές δραστηριότητες όπως το περπάτημα και οι αερόβιες ασκήσεις, η μουσικοθεραπεία, η υγιεινή διατροφή και άλλες δραστηριότητες διέγερσης των γνωστικών λειτουργιών, φαίνεται να είναι πολλά υποσχόμενα εργαλεία παρέμβασης στον τρόπο ζωής. Επιπλέον, οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι δραστηριότητες μη φαρμακολογικής παρέμβασης στον τρόπο ζωής πρέπει να είναι έντονες και πιθανώς να γίνονται ταυτόχρονα προκειμένου να είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη της γνωστικής εξασθένησης.

### **17. Cognitive Functioning in Older People: Results of the First Wave of Cognition of Older People, Education, Recreational Activities, Nutrition, Comorbidities, Functional Capacity Studies (Copernicus)**

Οι Kujawski et al. (2018) εξέτασαν το θέμα των γνωστικών λειτουργιών στους ηλικιωμένους ανθρώπους από μια εντελώς διαφορετική σκοπιά, ρίχνοντας αρκετά το βάρος σε προηγουμένως ανεξερευνήτους στην παρούσα μελέτη παράγοντες, όπως τα σωματικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων και οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες στις οποίες επιδίδονται.

Οι τρόποι με τους οποίους ανακάλυψαν οι εκπονητές της συγκεκριμένης έρευνας συσχέτιση της εξασθένησης των γνωστικών λειτουργιών με τον εκάστοτε παράγοντα που λήφθηκε υπόψη σε αυτή έχουν ως εξής:

- **Σωματικό λίπος:** Αποτελεί παράγοντα κινδύνου γνωστικών διαταραχών σε καρδιακούς ασθενείς.
- **Ταξίδια στο εξωτερικό:** Είναι ένα είδος δραστηριότητας το οποίο διαθέτει πολλές υποκατηγορίες που μπορούν δυνητικά να αυξήσουν τα γνωστικά αποθέματα.
- **Επαγγελματική κατάσταση:** Η έρευνα κατέδειξε ότι η χαμηλή επαγγελματική εξειδίκευση (ανειδίκευτοι / εργάτες) είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας όλων των γνωστικών υπολειπομάτων που εμφανίζονται κατά τη γήρανση.
- **Εκπαιδευτικό επίπεδο:** Ο συνολικός αριθμός των ετών λήψης εκπαίδευσης συνήθως εμφανίζεται κατά τις πρώτες δύο ή τρεις δεκαετίες της ζωής, αλλά λόγω της μακροχρόνιας επίδρασής του, θα μπορούσε δυνητικά να είναι η σημαντικότερη επεξηγηματική μεταβλητή της γνωστικής λειτουργίας στην τρίτη ηλικία.

Τα τελικά πορίσματα στα οποία κατέληξαν οι ερευνητές ήταν ότι ναι μεν ορισμένοι παράγοντες όπως η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάσταση, οι συστηματικές ασθένειες και οι κοινωνικές και τουριστικές δραστηριότητες, η σωματοδομή κ.ά. θα μπορούσαν να θεωρηθούν καθοριστικοί για τη γνωστική λειτουργία των ηλικιωμένων, αλλά η σχέση των παραπάνω παραγόντων με το επίπεδο εκπαίδευσης και τη γνωστική λειτουργία μπορεί να μην είναι πλήρως ανεξάρτητη από στατιστικής απόψεως.

### **18. Optimizing Medications in Older Adults with Cognitive Impairment: Considerations for Primary Care Clinicians**

Η συγκεκριμένη έρευνα καταπιάστηκε με το κομμάτι της βελτίωσης της ποιότητας των συνταγογραφούμενων φαρμάκων σε ηλικιωμένους ανθρώπους με γνωστικές δυσλειτουργίες μέσω της παρουσίασης νέων προσεγγίσεων στους ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κάτι τέτοιο κρίνεται απαραίτητο από τους συγγραφείς λόγω του αυξημένου κινδύνου ανεπιθύμητων παρενεργειών ορισμένων φαρμάκων σε άτομα τρίτης ηλικίας, γεγονός το οποίο ενισχύεται από την παρουσία διαταραχών όπως η άνοια.

Η βελτιστοποίηση των φαρμάκων είναι μια διαδικασία η οποία ενέχει διαφόρων ειδών προκλήσεις, αλλά παραμένει παράλληλα μια κρίσιμη πτυχή της φροντίδας των ηλικιωμένων με γνωστικές δυσλειτουργίες. Οι Lee et al. (2018) εκτιμούν ότι οι σημαντικότερες λειτουργίες αυτής της απόπειρας περιλαμβάνουν τα εξής:

- Την τήρηση των χρόνων λήψης των φαρμάκων.
- Τους κατάλληλους θεραπευτικούς στόχους,

- Την ελαχιστοποίηση της χρήσης φαρμάκων με δυνητικά δυσμενείς γνωστικές επιδράσεις.
- Την ορθολογική χρήση και παρακολούθηση φαρμάκων που ενισχύουν τη γνωστική ανάπτυξη.

Ως γενικό συμπέρασμα οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα σχέδια διαχείρισης φαρμάκων πρέπει να εξατομικεύονται και να βασίζονται στους εκάστοτε στόχους περίθαλψης.

### **19. Diagnostic Accuracy of Early Cognitive Indicators in Mild Cognitive Impairment.**

Οι Martorelli et al. (2020) καταπιάνονται με πιο εξειδικευμένα ιατρικά ζητήματα στην έρευνά τους, ασχολούμενοι με τη διαγνωστική ακρίβεια των πρώιμων γνωστικών δεικτών των ηλικιωμένων που έχουν διαγνωστεί με ήπια γνωστική διαταραχή. Συγκεκριμένα υπέβαλαν τρεις ομάδες ατόμων (ομάδα ελέγχου, άτομα με ήπια γνωστική διαταραχή και άτομα με Alzheimer) σε εκτεταμένα νευροψυχολογικά τεστ για τους σκοπούς της μελέτης τους, έτσι ώστε να φτάσουν σε επιστημονικά τεκμηριωμένα συμπεράσματα. Η κύρια γνωστική λειτουργία την οποία εξέτασαν ήταν η ταχύτητα επεξεργασίας, λόγω της διαχρονικά ελλειπούς ερευνητικής της αξιολόγησης.

Η ταχύτητα επεξεργασίας δεδομένων περιλαμβάνει διάφορα στοιχεία εκτελεστικού ελέγχου, τα οποία ποικίλλουν ανάλογα με την ηλικία, ενώ οι ατομικές διαφορές σε αυτή υποδηλώνουν διακύμανση της ταχύτητας των νεύρων, καθώς και αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία στη νευρική επεξεργασία. Οι συγγραφείς αναφέρουν μεταξύ άλλων ότι η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας οδηγεί σε γνωστικά ελλείμματα που καθιστούν περιορισμένη την ικανότητα ταυτόχρονου ελέγχου πληροφοριών. Λαμβάνοντας υπόψη τη χαμηλότερη ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών, μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αυξημένα σφάλματα στη γνωστική επεξεργασία.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ελλείμματα στις μετρήσεις της ταχύτητας επεξεργασίας μπορεί να είναι πρώιμοι δείκτες γνωστικής εξασθένησης σε περιπτώσεις ήπιας γνωστικής διαταραχής, ακόμη και όταν οι εκτελεστικές λειτουργίες παραμένουν ακμαίες. Αντίθετα, η νόσος του Alzheimer παρουσίασε διαφορές στην ταχύτητα επεξεργασίας και στις εκτελεστικές λειτουργίες συγκριτικά με την ήπια γνωστική διαταραχή. Από αυτό μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι οι μετρήσεις ταχύτητας επεξεργασίας δεδομένων μπορούν να συμβάλουν στην κατηγοροποίηση των ηλικιωμένων ως ασθενών με ήπια γνωστική διαταραχή, ασθενών με Alzheimer και γνωστικά υγιών.

## **20. The Impact of Age on Cognition**

Η έρευνα του Murman (2015) εξετάζει τις γνωστικές αλλαγές που συμβαίνουν με τη φυσιολογική γήρανση, τις δομικές και λειτουργικές συσχετίσεις αυτών των γνωστικών αλλαγών και τον επιπολασμό και τις γνωστικές επιδράσεις ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία.

- Για τις γνωστικές αλλαγές που έρχονται με τη φυσιολογική γήρανση, ο συγγραφέας τις διαχωρίζει σε διάφορους γνωστικούς τομείς, αναφέροντας παράλληλα ότι ο καθένας από αυτούς παρουσιάζει πτωτική πορεία με τα χρόνια.
- Για τις αλλαγές στην εγκεφαλική λειτουργία που εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία και έχουν να κάνουν με τη δομή και τη λειτουργία των συνάψεων και τις αλλαγές στα νευρωνικά δίκτυα, έχει παρατηρηθεί συσχέτισή τους με τις προαναφερθείσες γνωστικές αλλαγές.
- Για τις ασθένειες και τις λειτουργίες που σχετίζονται με την ηλικία, αναφέρεται ότι ποικίλοι παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν σωρευτική βλάβη στον εγκέφαλο με το πέρασ των χρόνων, και να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές.
- Για την τροποποίηση των επιπτώσεων της ηλικίας και των ασθενειών στη γνωστική λειτουργία, ο Murman αναφέρει ότι υπάρχει μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των τροποποιητικών παραγόντων που οδηγούν σε νευροεκφυλισμό και γνωστική εξασθένηση και των τροποποιητικών παραγόντων που οδηγούν σε νευροπλαστικότητα και βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας.

Τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει η έρευνα είναι ότι ο υγιεινός τρόπος ζωής (σωματική δραστηριότητα, δραστηριότητες που προκαλούν ψυχική διέγερση, αποφυγή υπερβολικής έκθεσης σε ανθυγιεινές συνήθειες όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα, διαχείριση άγχους κλπ.) μπορεί να μειώσει το ποσοστό της γνωστικής εξασθένησης που παρατηρείται με τη γήρανση και να βοηθήσει στην καθυστέρηση της εμφάνισης γνωστικών συμπτωμάτων στο πλαίσιο ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία.

## **21. Global Cognitive Impairment Prevalence and Incidence in Community Dwelling Older Adults – A Systematic Review**

Οι Pais et al. (2020) ασχολήθηκαν στην έρευνά τους με ευρύτερης κλίμακας ζητήματα γνωστικών λειτουργιών, μελετώντας τον παγκόσμιο επιπολασμό της γνωστικής εξασθένησης και τη συχνότητα εμφάνισής της σε ηλικιωμένα μέλη της εκάστοτε κοινωνίας. Δεδομένου ότι πρόκειται για μία κατά βάση στατιστική έρευνα, η εξαγωγή

συμπερασμάτων στηρίχθηκε εν πολλοίς στην ερμηνεία αριθμητικών αξιών και δεδομένων.

Από στατιστικής απόψεως, δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων, καθώς συνθήκες όπως η γεωγραφική περιοχή, ο αριθμός των ερωτηθέντων και οι ηλικίες των ατόμων που εντάχθηκαν στην έρευνα δημιούργησαν αρκετά αμφιλεγόμενα αποτελέσματα και υπερβολικά μεγάλες ή μικρές αριθμητικές αξίες ανά περιπτώσεις, γεγονός το οποίο καθιστά επιτακτική την περαιτέρω έρευνα.

Οι συγγραφείς κατέληξαν στην πρόταση ότι η ομογενοποίηση και η αποσαφήνιση του ορισμού του τι συνιστά γνωστική εξασθένηση είναι απαραίτητα στοιχεία για τη βελτίωση της επιδημιολογικής κατανόησης αυτής της διαταραχής. Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν το πόσο σημαντική είναι η εκτεταμένη μελέτη για τέτοιου είδους υγειονομικά ζητήματα, και από μία σκοπιά ίσως μπορεί να θεωρηθεί αναμενόμενη η έλλειψη σαφών αποτελεσμάτων για μια έρευνα που ξεκίνησε μόλις την προηγούμενη χρονιά.

## **22. Cognition in Healthy Aging**

Η παρούσα έρευνα επιχειρεί να ξεφύγει από τα δυσμενέστερα σενάρια με τα οποία ασχολήθηκαν προγενέστερες έρευνες, οι οποίες μελέτησαν κατά κύριο λόγο την κατάπτωση των γνωστικών λειτουργιών, τους κινδύνους που ενέχουν και τις πιθανές προσεγγίσεις για την αντιμετώπισή τους. Στη μελέτη των Sánchez-Izquierdo & Fernández-Ballesteros (2021) καταγράφονται τα ιδανικά επίπεδα γνωστικής λειτουργίας σε υγιείς ηλικιωμένους, παρουσιάζοντας διάφορα είδη μελετών που εκπονήθηκαν σε διάφορες χρονικές περιόδους, έτσι ώστε να τονιστεί η διαφορά μεταξύ των χρησιμοποιούμενων επιστημονικών μεθόδων για κάθε σχετική περίπτωση.

Αναφορικά με τους βιολογικούς παράγοντες παρέμβασης για την αλλαγή των γνωστικών λειτουργιών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ηλικιωμένου, οι συγγραφείς τους κατατάσσουν ως εξής:

- **Βιοϊατρικοί παράγοντες παρεμβάσεων:**

- Οι γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν τις ατομικές διαφορές στην επιτάχυνση της γνωστικής εξασθένησης στην τρίτη ηλικία.

- Η γνωστική λειτουργία φαίνεται να σχετίζεται με ταυτόχρονες ασθένειες ή ιατρικές παθήσεις σε ηλικιωμένους.

- **Παράγοντες ενίσχυσης και προώθησης γνωστικής λειτουργικότητας:**

- Η παρέμβαση ψυχο-συμπεριφορικών παραγόντων στη γνωστική γήρανση είναι εξαιρετικά σημαντική.

Τα βασικά συμπεράσματα που εξήγαγαν οι Sánchez-Izquierdo & Fernández-Ballesteros για τις ιδανικές γνωστικές συνθήκες των ηλικιωμένων είναι ότι εμφανίζουν μεγάλο εύρος διατομικής μεταβλητότητας στις αλλαγές των γνωστικών λειτουργιών που σχετίζονται με την ηλικία. Οι συγγραφείς συμφωνούν επιπλέον ότι, στην ιδανική περίπτωση, όταν παρατηρείται εξασθένιση σε κάποιες ικανότητες, αντισταθμίζεται από τη σταθερότητα ή ακόμη και την ανάπτυξη σε άλλες. Αυτές οι ατομικές διαφορές δεν εξηγούνται μόνο από τη χρονολογική ηλικία, αλλά και από τη διακύμανση μεταξύ της ταχύτητας επεξεργασίας και της ρευστής και κρυσταλλωμένης νοημοσύνης.

### **23. Effectiveness of Cognitive Interventions in Older Adults: A Review.**

Η έρευνα των Sanjuán et al. (2020) είχε ως θέμα τη μελέτη της αποτελεσματικότητας των γνωστικών παρεμβάσεων σε ηλικιωμένους του ευρύτερου ευρωπαϊκού χώρου. Οι συγγραφείς έλαβαν υπ' όψη τους τα αποτελέσματα 13 άλλων μελετών, συμψηφίζοντάς τις για να έχουν επαρκές δείγμα για την εξαγωγή ικανοποιητικών και επαρκώς τεκμηριωμένων συμπερασμάτων σχετικά με την επίδραση των γνωστικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση ή τη διατήρηση της γενικής γνωστικής κατάστασης των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν διαφορετικά γνωστικά επίπεδα.

Τα βασικότερα ευρήματα που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα μπορούν να συνοψιστούν στα ακόλουθα:

- Παρατηρήθηκε θετική επίδραση στη γενική γνωστική λειτουργία και σημαντική βελτίωση στην ψυχολογική ευημερία στις μελέτες που αξιολογούν τη γενικότερη ευεξία των ηλικιωμένων.
- Όσον αφορά τους ηλικιωμένους με ήπια γνωστική διαταραχή, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γνωστικές παρεμβάσεις μπορούν να αυξήσουν και τη γενική γνωστική τους λειτουργία, αλλά και πιο γνωστικές λειτουργίες ανεξάρτητα (π.χ. μνήμη, εκτελεστική λειτουργία, οπτικοχωρική ικανότητα, προσοχή, ταχύτητα επεξεργασίας).

- Οι γνωστικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε άτομα με άνοια μπορούν να καθυστερήσουν τη γνωστική εξασθένηση και να βελτιώσουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Εν κατακλείδι, οι Sanjuán et al. καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η γενικότερη βαθμιαία γήρανση του ευρωπαϊκού πληθυσμού και τις συνεπαγόμενες προκλήσεις κοινωνικής και υγείας, υπάρχει ανάγκη για γνωστικές παρεμβάσεις που στοχεύουν να διατηρήσουν τους ηλικιωμένους ενεργούς και ανεξάρτητους όσο το δυνατόν περισσότερο. Γι' αυτό το λόγο, οι ευρωπαϊκές πολιτικές που στοχεύουν στην προώθηση της ομαλής γήρανσης πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την εφαρμογή τέτοιων παρεμβάσεων στον ηλικιωμένο πληθυσμό, προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα.

#### **24. Association Between Cognitive Function and Quality of Life in Aged People in the Elderly Home.**

Οι Saputri et al. (2020) επικεντρώθηκαν περισσότερο στη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και γνωστικών λειτουργιών σε ηλικιωμένους που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας, καθώς και οι δύο αυτές παράμετροι επηρεάζονται σημαντικά από το είδος των καθημερινών δραστηριοτήτων στις οποίες επιδίδονται. Συγκεκριμένα, διεξήγαγαν μια συγχρονική μελέτη μέσω ερωτηματολογίων για να εξετάσουν την κατάσταση της γνωστικής λειτουργίας και της ποιότητα ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων σε ένα γηροκομείο της Ινδονησίας.

- **Ποιότητα ζωής:** Δείκτες όπως η καλή ποιότητα ζωής, η καλή υγεία, οι καλές κοινωνικές σχέσεις, η ασφάλεια, οι καλές φιλικές σχέσεις και η ικανότητα εργασίας, μπορούν να έχουν ευεργετικές επιδράσεις για τη γνωστική λειτουργία των ηλικιωμένων.
- **Κοινωνικές σχέσεις:** Οι κοινωνικές σχέσεις για τους ηλικιωμένους που ζουν σε οίκους ευγηρίας, παρ' ότι είναι θεωρητικά υποδεέστερες των αντίστοιχων ηλικιωμένων που δέχονται κατ' οίκον φροντίδα (κατά πάσα πιθανότητα λόγω της δυνατότητας των τελευταίων να συναναστρέφονται ανά πάσα στιγμή με τους οικείους τους), έχουν επίσης θετικό αντίκτυπο στη γνωστική ανάπτυξη των υπερηλίκων.

Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν οι συγγραφείς ήταν ότι οι γνωστικές λειτουργίες όντως σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, γεγονός το οποίο καθιστά



σημαντική και μελλοντικά ευεργετική τη δημιουργία ενός προγράμματος προαγωγής της υγείας (συμπεριλαμβανομένης και της σωματικής δραστηριότητας) τη βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

## **25. Disentangling the Effects of Processing Speed on the Association Between Age Differences and Fluid Intelligence.**

Η έρευνα των Schubert et al. (2020) ασχολήθηκε κατά κύριο λόγο με την απεμπλοκή της ταχύτητας επεξεργασίας από τη συσχέτιση μεταξύ διαφοράς ηλικίας και ρευστής νοημοσύνης. Η διαφορά αυτής της μελέτης σε σχέση με τις υπόλοιπες που επιλέχθηκαν είναι ότι η ερευνητική διαδικασία περιλαμβάνει και μη ηλικιωμένα άτομα, έτσι ώστε να υπάρχει μέτρο σύγκρισης και να μπορούν να υπογραμμιστούν καλύτερα οι διαφορές των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων έναντι των άλλων ηλικιακών στρωμάτων.

- **Αποτελέσματα νοητικής ταχύτητας:** α) Ένα μέρος της συνδιακύμανσης μεταξύ ηλικίας και ρευστής νοημοσύνης θα μπορούσε να εξηγηθεί από μεμονωμένες διαφορές στην ταχύτητα των διαδικασιών που δεν περιλαμβάνουν αποφάσεις, β) Οι ατομικές διαφορές που σχετίζονται με ανωτέρου επιπέδου νοητικές διαδικασίες, εξηγούν ένα άλλο μέρος της συνδιακύμανσης μεταξύ ηλικίας και ρευστής νοημοσύνης.
- **Αποτελέσματα συσχετίσεων με νοημοσύνη:** Οι συσχετισμοί ταχύτητας επεξεργασίας – ρευστής νοημοσύνης είναι σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητοι σε σχέση με την ηλικία, αν και αυτό υπόκειται σε αλλαγές στη διάρκεια ζωής του ατόμου.

Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι οι μεμονωμένες διαφορές στην ταχύτητα επεξεργασίας διαδραματίζουν εξέχοντα ρόλο στη σχέση μεταξύ ηλικίας και νοημοσύνης, ενώ αντίθετα η σχέση μεταξύ ταχύτητας επεξεργασίας και νοημοσύνης δεν μπορεί να εξηγηθεί με διαφορές ηλικίας. Επειδή οι μετρήσεις της ταχύτητας επεξεργασίας αντικατοπτρίζουν πληθώρα γνωστικών λειτουργιών, δεν μπορεί να προσδιοριστεί ποιες συγκεκριμένες διαδικασίες δημιουργούν το αποτέλεσμα της επιρροής τους στη σχέση ηλικίας – νοημοσύνης. Αυτό καθιστά δύσκολο να αποφασιστεί εάν αυτές οι διαδικασίες πρέπει να θεωρηθούν ως αιτία ή ως δείκτης της γνωστικής εξασθένησης, και επομένως η έρευνα καταλήγει στο ότι η συσχέτιση μεταξύ της ταχύτητας επεξεργασίας και της ρευστής νοημοσύνης δεν μπορεί να υπολογιστεί από τις διαφορές ηλικίας που παρατηρήθηκαν στα 223 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα.

## **26. Mediating Age-Related Cognitive Decline Through Lifestyle Activities: A Brief Review of the Effects of Physical Exercise and Sports-Playing on Older Adult Cognition.**

Οι Sogaard & Ni στην έρευνά τους εμβάθυναν περισσότερο στην επίδραση της σωματικής άσκησης στις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων ανθρώπων, εστιάζοντας περισσότερο στο κομμάτι της συμμετοχής σε αθλήματα.

Πάνω στο θέμα, αναφέρεται μεταξύ άλλων από τους συγγραφείς ότι οι σωματικές δραστηριότητες τουλάχιστον μέτριας έντασης, όπως είναι για παράδειγμα το τρέξιμο και η αεροβική γυμναστική, μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης νόσων όπως η άνοια, ενώ η σωματική άσκηση χαμηλής έντασης σχετίζεται περισσότερο με σχετικά αμελητέα γνωστικά οφέλη. Αναφορικά με τη συμμετοχή σε αθλήματα, οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι ανάλογα με την απαιτητικότητά τους και την ποικιλία γνωστικών λειτουργιών που περικλείουν (π.χ. ταχύτητα σκέψης και επεξεργασίας δεδομένων, προσαρμοστικότητα σε περιβάλλοντα, οπτική παρατηρητικότητα, λειτουργική μνήμη κλπ.).

Σε γενικές γραμμές, τα ευρήματα της έρευνας των Sogaard & Ni (2018) υποδεικνύουν τα ευεργετικά αποτελέσματα που αναφέρθηκαν και σε προηγούμενες έρευνες ότι έχει η άσκηση για τις γνωστικές λειτουργίες, ανοίγοντας ωστόσο μια παρένθεση σχετικά με ορισμένα ερευνητικά ερωτήματα για τα οποία προς το παρόν μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο εικασίες. Ένα από αυτά αφορά την ακριβή επίδραση που έχουν ο τύπος, η διάρκεια, η συχνότητα και η ένταση της άθλησης στα γνωστικά αποτελέσματα.

Τέλος, η πρόταση που καταθέτουν οι δύο συγγραφείς για την ευρύτερη ερευνητική κάλυψη του ζητήματος είναι η επιπλέον ενασχόληση με τις προστατευτικές ή επανορθωτικές επιδράσεις που μπορεί να έχουν διάφορα είδη αθλητικών δραστηριοτήτων στις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων, καθώς και το βαθμό στον οποίο η ενασχόληση με διαφορετικά αθλήματα μπορεί να προσφέρει διαφόρων ειδών οφέλη σε ποικίλους τομείς γνωστικής επίδοσης.

## **27. Importance of Activity Engagement and Neighborhood to Cognitive Function Among Older Chinese Americans**

Οι Tang et al. (2020) έδωσαν βάση σε μία πολύ συγκεκριμένη υποενότητα της επιρροής των κοινωνικών συναναστροφών στις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων, η οποία

έχει να κάνει με τις επαφές τους με το γειτονικό τους περιβάλλον, θίγοντας παράλληλα και το γενικότερο ζήτημα της κοινωνικοποίησης, αλλά και δραστηριοτήτων όπως το διάβασμα.

Για τους σκοπούς της έρευνάς τους, οι συγγραφείς χρησιμοποίησαν μια επιδημιολογική μελέτη γεωγραφικού πλάτους, η οποία συνέλεξε γνωστικά δεδομένα και ορισμένους δείκτες υγείας για ένα πληθυσμιακό δείγμα 3.157 ηλικιωμένων Κινέζων μεταναστών στις Ηνωμένες Πολιτείες, εξετάζοντας τα εξής στοιχεία για κάθε μία από τις σημαντικότερες μεταβλητές της έρευνάς τους:

- **Γνωστικές λειτουργίες:** Γενική νοητική κατάσταση, επεισοδιακή μνήμη, λειτουργική μνήμη, ταχύτητα αντίληψης.
- **Ενασχόληση με δραστηριότητες:** Συχνότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες αναψυχής (διάβασμα, τηλεόραση, παιχνίδια, βόλτες, επισκέψεις σε φίλους, ταξίδια κλπ.
- **Χαρακτηριστικά γειτονιών:** Συχνότητα συνομιλιών μεταξύ γειτόνων στο δρόμο, ασφάλεια περιήγησης στη γειτονιά κλπ.

Το βασικό συμπέρασμα στο οποίο οδήγησε τους Tang et al. η έρευνά τους ήταν ότι η συνοχή του κοινωνικού ιστού της γειτνίασης έχει άμεσες και έμμεσες επιδράσεις στη γνωστική λειτουργία. Η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο στην δημιουργία και ανάπτυξη συναναστροφών με τους γείτονες, προωθώντας έτσι τις κοινωνικές δραστηριότητες και ωφελώντας κατά συνέπεια τη γνωστική λειτουργία. Τα ευρήματα των συγγραφέων αναφέρουν επίσης τη σημασία της ενασχόλησης με διάφορα είδη δραστηριοτήτων και της συνοχής της γειτονιάς για την διατήρηση των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων σε ένα αξιοπρεπές επίπεδο.

## **28. Depression in Elderly Life: Psychological and Psychosocial Approaches**

Η έρευνα του Tripathi (2020) αναφέρεται κατά κύριο λόγο στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε άτομα της τρίτης ηλικίας. καθώς και στις ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές της διαστάσεις, ωστόσο μεταξύ άλλων αναφέρει και τους τρόπους μέσω των οποίων η στροφή των γνωστικών λειτουργιών προς τη λάθος κατεύθυνση μπορεί να οδηγήσει και στην κατάθλιψη, όπως αναφέρθηκε και σε πρότερη έρευνα.

Ο συγγραφέας τονίζει ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους συνδέεται με τη μακαβριότητα, της επιδείνωση της σωματικής και γνωστικής υγείας, την αύξηση των πιθανοτήτων απόπειρας αυτοκτονίας και την κοινωνικογνωστική λειτουργικότητα, τα οποία, με τη σειρά τους, συνδέονται με αυξημένες απώλειες ζωής. Οπότε, στη συγκεκριμένη περίπτωση, μελετάται ενδελεχώς η κατάθλιψη ως κίνδυνος που μπορεί να προκύψει από την εξασθένηση των κοινωνικών λειτουργιών.

Ως προτεινόμενες προσεγγίσεις για την αποτροπή και αντιμετώπιση τέτοιων φαινομένων, ο Tripathi προτείνει ορισμένες ψυχοκοινωνικές και γνωστικές – συμπεριφορικές θεραπείες, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα της λανθασμένης χρήσης της γνωστικής δραστηριότητας δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη θετική απόδοση, καθώς επίσης και να προσθέτουν εμπειρικά γνωστικές ψυχολογικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση πρακτικών ζητημάτων με έμφαση στην πρόσβαση σε κοινωνικούς και κοινοτικούς πόρους. Οι βασικότερες μεταξύ αυτών είναι οι ακόλουθες:

- ◆ Συμβουλευτική επίλυσης προβλημάτων.
- ◆ Ψυχοδυναμική θεραπεία.
- ◆ Συμπεριφορική θεραπεία ανάλυσης ζωής.
- ◆ Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία.

## **29. A Healthy Lifestyle in Old Age and Prospective Change in Four Domains of Functioning**

Οι Visser et al. (2019) εστίασαν την έρευνά τους στην εύρεση της συσχέτισης μεταξύ του υγιεινού τρόπου ζωής και τη μείωση των επιδόσεων σε διάφορων ειδών λειτουργίες (σωματικές, ψυχολογικές, γνωστικές, κοινωνικές) για άτομα που διανύουν την τρίτη ηλικία. Για να το πετύχουν αυτό χρησιμοποίησαν ένα δείγμα πληθυσμού ηλικίας από 55 έως 85 ετών, εξετάζοντας παράγοντες όπως η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού, η σωματική δραστηριότητα, ο δείκτης μάζας σώματος κ.ά., ώστε να παράγουν αποτελέσματα σχετικά με συμπτώματα κατάθλιψης, ταχύτητα βαδίσματος, γνωστικό επίπεδο, κοινωνικές επαφές κλπ.

- **Σωματικές λειτουργίες:** Οι ηλικιωμένοι που ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής εμφάνισαν αρκετά βραδύτερη μείωση στην ταχύτητα βαδίσματος σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που δεν ακολουθούν.

- **Ψυχολογικές λειτουργίες:** Οι ηλικιωμένοι που ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής εμφάνισαν αρκετά βραδύτερη αύξηση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που δεν ακολουθούν.
- **Γνωστικές λειτουργίες:** Οι ηλικιωμένοι που ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής εμφάνισαν οριακά μικρότερη εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που δεν ακολουθούν.
- **Κοινωνικές λειτουργίες:** Οι ηλικιωμένοι που ακολουθούν υγιεινό τρόπο ζωής εμφάνισαν σχετικά πιο αργή ελάττωση των κοινωνικών συναναστροφών σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που δεν ακολουθούν.

Τα συμπεράσματα τα οποία εξήχθησαν από την έρευνα σχετικά με την επίδραση του υγιεινού τρόπου ζωής στις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων είναι ότι επιβραδύνει κατά πολύ την εξασθένησή τους, και γενικά παρουσιάζει ποικίλα οφέλη μέχρι και την πολύ προχωρημένη ηλικία σε όλων των ειδών τις ανθρώπινες λειτουργίες.

### **30. Aging, Lifestyle and Dementia**

Οι Wahl et al. (2019) με τη σειρά τους επιχείρησαν να συσχετίσουν το φαινόμενο της γήρανσης αυτό καθαυτό με τον τρόπο ζωής, εξετάζοντας κατά πόσο ευθύνεται για την εμφάνιση άνοιας σε ηλικιωμένους ανθρώπους. Για να φτάσουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το ζήτημα, εξέτασαν όλα τα στάδια που μεσολαβούν μεταξύ της φυσιολογικής εγκεφαλικής γήρανσης και της άνοιας, εν συνεχεία κατέγραψαν τα συμπτώματα όλων των ειδών της, αναφέρθηκαν σε πιθανούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισής της και, τέλος, πρότειναν πιθανές θεραπευτικές προσεγγίσεις.

- **Είδη άνοιας:**
  - Ήπια γνωστική διαταραχή
  - Καθυστερημένη εκδήλωση Alzheimer
  - Αγγειακή άνοια
  - Άνοια με σωμάτια Lewy
  - Μετωποκροταφική άνοια
- **Πιθανοί παράγοντες κινδύνου:**
  - Διατροφή με υψηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένα λιπαρά

- Καθιστική ζωή
- Έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών
- Αντίσταση στην ινσουλίνη
- Κάπνισμα / αλκοόλ
- Διαιτητικές πρωτεΐνες / αμινοξέα διακλαδισμένης αλυσίδας

- **Προτεινόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις:**

- Σωματική άσκηση
- Κοινωνική δικτύωση
- Εκπαίδευση
- Υγιεινές διατροφές (μεσογειακή, κετογονική, Okinawa κλπ.)

Με βάση τα παραπάνω, το κυριότερο συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν οι συγγραφείς είναι ότι ο κυριότερος λόγος εμφάνισης άνοιας είναι η ίδια η γήρανση, γι' αυτό και θα πρέπει να βρεθούν τρόποι επιβράδυνσης της διαδικασίας της ώστε να μειωθούν οι επιβλαβείς επιδράσεις των νευροεκφυλιστικών ασθενειών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας, η γεροντική κατάθλιψη συνδέεται με την εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών και σχετίζεται με την εμφάνιση νόσου Άλτσχάιμερ και μπορεί να είναι και ο λόγος εμφάνισής του. Η κοινή συμπτωματολογία της κατάθλιψης με την άνοια, καθιστά δύσκολη τη μεταξύ τους διαφοροποίηση. Για την ευεξία του ασθενούς σημαντικό ρόλο έχει η αυτονομία του, η οποία θα πρέπει να γίνεται σεβαστή από τους επαγγελματίες υγείας και τους συγγενείς. Κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία μιας σχέσης βασισμένη στην εμπιστοσύνη προκειμένου να γεφυρωθεί η επικοινωνία και οι φροντιστές να παράσχουν την κατάλληλη φροντίδα. Είναι θεμιτό ο ασθενής να νιώθει ανεξάρτητος, όμως ταυτόχρονα να υπάρχει η κατάλληλη φροντίδα ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος για οποιαδήποτε επιπλοκή. Καταληκτικά, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εμπλουτίζουν συνεχώς τις γνώσεις τους και να γνωρίζουν πως να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκύπτουν από ασθένειες όπως η άνοια. Πρέπει να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους, που μπορούν να επιτευχθούν μακροπρόθεσμα και να εστιάζουν στην ολιστική προσέγγιση του ατόμου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aajami, Z., Kazazi L, Toroski M., Bahrami M., Borhaninejad V. (2020). Relationship between depression and cognitive impairment among elderly: A cross-sectional study. *Journal of Caring Sciences*, 9(3), pp. 148-153.
2. Alexandrino-Silva, C., Ribeiz, S. R., Frigerio, M. B., Bassolli, L., Alves, T. F., Busatto, G., & Bottino, C. (2019). Prevention of depression and anxiety in community-dwelling older adults: the role of physical activity. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 46(1), pp. 14-20.
3. Allahyari, E. (2019). Predicting elderly depression: An artificial neural network model. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(4), pp. 1-7.
4. Al-Zahrani, J. M. (2019). Prevention of dementia in elderly population: A comprehensive review of literature. *Annals of Indian Psychiatry*, 3(1), pp. 14-18.
5. Amarya, S., Singh, K. & Sabharwal, M. (2018). Ageing Process and Physiological Changes. *Gerontology, IntechOpen*, pp. 3-24.
6. Andreas, S., Schulz, H., Vlokert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., ... & Harter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), pp. 125-131.
7. Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia. *Jama*, 322(16): 1589-1599.
8. Assal, F. (2019). History of dementia. *A History of Neuropsychology*, 44, pp. 118-126.
9. Baghel, M. S., Singh, P., Srivas, S., & Thakur, M. K. (2019). Cognitive changes with aging. *Proceedings of the National Academy of Sciences, India Section B: Biological Sciences*, 89(3), pp. 765-773.
10. Baixinho, C. L., & Will Dos Santos, B. (2020). Possibilities for Nursing Interventions in the Prevention of Falls in the Elderly: A Review. *Cogitare Enfermagem*, 25, pp. 1-11.
11. Bajpai, A., Li, R. & Chen, W. (2020). The cellular mechanobiology of aging: from biology to mechanics. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1491 (1), pp. 3-24.
12. Banjongrewadee, M., Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Pipanmekaporn, T., Punjasawadwong, Y., & Mueankwan, S. (2020). The role of perceived stress and cognitive function on the relationship between neuroticism and depression among the elderly: a structural equation model approach. *BMC psychiatry*, 20(1), pp. 1-8.



13. Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2011). Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), pp. 337-344.
14. Barzilai, N., Cuervo, A. M., & Austad, S. (2018). Aging as a biological target for prevention and therapy, *Jama*, 320(13), pp. 1321-1322.
15. Berryhill, M. E., Peterson, D., Jones, K., & Tanoue, R. (2012). Cognitive disorders. *Elsevier*, pp. 536-542.
16. Bonam, S. R., & Muller, S. (2020). Parkinson's disease is an autoimmune disease: A reappraisal. *Autoimmunity Reviews*, 19(12), pp. 1-4.
17. Bonnechère, B., Langley, C., & Sahakian, B. J. (2020). The use of commercial computerised cognitive games in older adults: a meta-analysis. *Scientific reports*, 10(1), pp. 1-14.
18. Borglin, G., Rathel, K., Paulsson, H., & Forss, K., S. (2019). Registered nurses' experiences of managing depressive symptoms at care centers for older people: a qualitative study. *BMC nursing*, 18(1), pp. 1-12.
19. Bratman, G. N., Anderson, C. B., Berman, M.G., Cochran, B., De Vries, S., Flanders, J., ... & Daily, G. C. (2019). Nature and mental health: An ecosystem service perspective. *Science advances*, 5(7), pp. 1-14.
20. Calatayud, E., Salavera, C. & Gómez-Soria, I. (2021). Cognitive Differences in the Older Adults Living in the General Community: Gender and Mental Occupational State Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), pp. 1-12.
21. Cantón-Habas, V., Rich-Ruiz, M., Romero-Saldaña, M. & del Pilar Carrera-González, M. (2020). Depression as a Risk Factor for Dementia and Alzheimer's Disease. *Biomedicines*, 8(11), pp. 1-15.
22. Çeker, E., & Şahin Altun, Ö. (2020). Investigation into the relationship between religious orientation and depression in elderly individuals. *Psychogeriatrics*, 20(5), pp. 713-717.
23. Cenko, B., Ozgo, E., Rapaport, P. & Mukadam, N. (2021). Prevalence of Dementia in Older Adults in Central and Eastern Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry International*, 2(2), pp. 191-210.
24. Chalise, H. N. (2019). Aging: basic concept. *Am J Biomed Sci & Res*, 1(1), pp. 8-10.
25. Chang, Y. H., Wu, I. C., & Hsiung, C. A. (2021). Reading activity prevents long-term decline in cognitive function in older people: evidence from a 14-year longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 33(1), pp. 63-74.
26. Choi, H. K., & Lee, S. H. (2021). Trends and Effectiveness of ICT Interventions for the Elderly to Reduce Loneliness: A Systematic Review. *Healthcare*, 9(3), pp. 293-318.

27. Condello, G., Forte, R., Falbo, S., Shea, J. B., Di Baldassarre, A., Capranica, L., & Pesce, C. (2017). Steps to health in cognitive aging: Effects of physical activity on spatial attention and executive control in the elderly. *Frontiers in human neuroscience*, 11(107), pp. 1-17.
28. Correia, R., Barroso, J. & Nieto, A. (2018). Age-Related Cognitive Changes: The Importance of Modulating Factors. *Journal of Geriatric Medicine and Gerontology*, 4(2), pp. 1-10.
29. Cunningham, C., O'Sullivan, R., Caserotti, P. & Tully, M. A. (2020). Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 30(5), pp. 816-827.
30. Damoiseaux, J. S. (2017). Effects of aging on functional and structural brain connectivity. *Neuroimage*, 160(2017), pp. 32-40.
31. Dautzenberg, G., Lijmer, J., & Beekman, A. (2021). Clinical value of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in patients suspected of cognitive impairment in old age psychiatry. Using the MoCA for triaging to a memory clinic. *Cognitive Neuropsychiatry*, 26(1), pp. 1-17.
32. Demange, M., Pino, M., Kerherve, H., Rigaud, A. S., & Cantegreil-Kallen, I. (2019). Management of acute pain in dementia: a feasibility study of a robot-assisted intervention. *Journal of pain research*, 12, pp. 1833-1846.
33. Dening, T., & Sandilyan, M. B. (2015). Dementia: definitions and types. *Nursing Standard*, 29(37), p. 37.
34. Devenney, E. M., Ahmed, R. M., & Hodges, J. R. (2019). Frontotemporal dementia. *Handbook of clinical neurology*, 167(3), pp. 279-299.
35. Doenges, M., E., Moorhouse, M., F. & Murr, A.C., (2009). Nurse's Pocket Guide: Diagnosis, Prioritized Interventions, and Rationales. Μεταφρασμένο από αγγλικά από: Αγγελόπουλος, Κ., Κάρλου, Χ., Κοντοπού Ε., Κοτρωνούλας, Γ., Κωνσταντοπούλου, Κ., Λαμπρινού, Α., ... & Ψυχογιού, Α. Επιμέλεια: Πατηράκη – Κουρμπάνη, Ε., Κατσαραγάκης, Σ., Χατζοπούλου, Μ. Εκδόσεις: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ 11<sup>η</sup> έκδοση.
36. dos Anjos Dixe, M., Braúna, M., Camacho, T. & Apóstolo, J. (2020). Mild cognitive impairment in older adults: Analysis of some factors. *Dementia e Neuropsychologia*, 14(1), pp. 28-34.
37. dos Santos, C. S., de Bessa, T. A. & Xavier, A. J. (2020). Factors associated with dementia in elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), pp. 603-611.
38. Dumurgier, J. & Tzourio, C (2020). Epidemiology of neurological diseases in older adults. *Revue neurologique*, 176(9), pp. 642-648.
39. Eshkoo, S. A., Hamid, T. A., Mun, C. Y., & Ng, C. K. (2015). Mild cognitive impairment and its management in older people. *Clinical interventions in aging*, 2015(10), pp. 687-693.

40. Evans, I. E., Llewellyn, D. J., Matthews, F. E., Woods, R. T., Brayne, C., Clare, L., & CFAS-Wales Research Team (2019). Living alone and cognitive function in later life. *Archives of gerontology and geriatrics*, 81, pp. 222-233.
41. Fisher, G. G., Chacon, M., & Chaffee, D. S. (2019). Theories of cognitive aging and work. In *Work across the lifespan* (pp. 17-45). Academic Press.
42. Fleming, V. B. (2013). Normal cognitive aging and mild cognitive impairment: Drawing the fine line. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders*, 23(1), pp. 1-9.
43. Frost, R., Beattie, A., Bhanu, C., Walters, K., & Ben-Shlomo, Y. (2019). Management of depression and referral of older people to psychological therapies: a systematic review of qualitative studies. *British Journal of General Practice*, 69(680), pp. 171-181.
44. Giudetti, A. M., Salzet, M., & Cassano, T. (2018). Oxidative stress in aging brain: nutritional and pharmacological interventions for neurodegenerative disorders, *Hindawi: Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2018, pp. 1-2.
45. Goda, A., Murata, S., Nakano, H., Nonaka, K., Iwase, H., Shiraiwa, K., ... & Horie, J. (2020). The Relationship between Subjective Cognitive Decline and Health Literacy in Healthy Community-Dwelling Older Adults. In *Healthcare*, 8(4), p. 567.
46. Gold, C., Eickholt, J., Assmus, J., Stige, B., Wake, J. D., Baker, F. A., ... & Geretsegger, M. (2019). Music Interventions for Dementia and Depression in ELderly care (MIDDEL): protocol and statistical analysis plan for a multinational cluster-randomised trial. *BMJ open*, 9(3).
47. Grodd, W., Kumar, V. J., Schuz, A., Lindig, T., & Scheffler, K. (2020). The anterior and medial thalamic nuclei and the human limbic system: tracing the structural connectivity using diffusion - weighted imaging. *Scientific Reports*, 10(1), pp. 1-25.
48. Grosso, G. (2020). Nutrition and aging: is there a link to cognitive health?. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 71(3), pp. 265-266.
49. Harada, C. N., & Love, N. MC, & Triebel, KL (2013). *Normal cognitive aging. Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), pp. 737-752.
50. Hshieh, T. T., Inouye, S. K., & Oh, E. S. (2020). Delirium in the elderly. *Clinics in geriatric medicine*, 36(2), pp. 183-199.
51. Hugo, J., & Ganguli, M. (2014). Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinics in geriatric medicine*, 30(3), pp. 421-442.
52. Ingold, M., Tulliani, N., Chan, C. C. H. & Liu, K. P. Y. (2020). Cognitive function of older adults engaging in physical activity. *BMC Geriatrics*, 20, pp. 1-13.
53. Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), pp. 911-922.

54. Jaroudi, W., Garami, J., Garrido, S., Hornberger, M., Ken, S., & Moustafa, A. A. (2017). Factors underlying cognitive decline in old age and Alzheimer's disease: the role of the hippocampus. *Reviews in the Neurosciences*, 28(7), pp. 705 - 714.
55. Jia, R. X., Liang, J. H., Xu, Y., & Wang, Y. Q. (2019). Effects of physical activity and exercise on the cognitive function of patients with Alzheimer disease: a meta-analysis. *BMC geriatrics*, 19(1), pp. 1-14.
56. Kim, M. S., Gang, M., Lee, J. & Park, E. (2019). The effects of Self-Care Intervention Programs for Elderly with Mild Cognitive Impairment. *Issues in mental health nursing*, 40(11), pp. 973-980.
57. Kleisiaris, C., Papathanasiou, E. K. I., Androulakis, E., Panagiotakis, S., Alvino, S., & Tziraki, C. (2019). Assessing the impact of frailty on cognitive function in older adults receiving home care. *Translational medicine@ UniSa*, 19(5), pp. 27-35.
58. Klimova, B. (2016). Use of the Internet as a prevention tool against cognitive decline in normal aging. *Clinical interventions in aging*, 2016(11), pp. 1231-1237.
59. Klimova, B., Valis, M. & Kuca, K. (2017). Cognitive decline in normal aging and its prevention: a review on non-pharmacological lifestyle strategies. *Clinical Interventions in Aging*, 12, pp. 903-910.
60. Kouvatso, K., Iliadou, M., Kalatzi, P., Evanthia, S., Christos, P., Maria, K., & Tziaferi, S. (2020). Depression among elderly users of open and closed care facilities in a rural region of Greece: An important public health issue. *Materia socio-medica*, 32(1), p. 35.
61. Kujawski, S., Kujawska, A., Gajos, M., Topka, W., Perkowski, R., Androsiuk-Perkowska, J., ... & Kędziora-Kornatowska, K. (2018). Cognitive functioning in older people. results of the first wave of cognition of older people, education, recreational activities, nutrition, comorbidities, functional capacity studies (COPERNICUS). *Frontiers in aging neuroscience*, 10(421), pp. 1-8.
62. Laksmidewi, A. A. A. P., Mahadewi, N. P. A. P., Adnyana, I. M. O., & Widyadharma, I. P. E. (2019). Instrumental Balinese Flute Music Therapy Improves Cognitive Function and Serum Dopamine Level in the Elderly Population of West Denpasar Primary Health Care Centre. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7(4), p. 553.
63. Langa, K. M., & Levine, D. A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. *Jama*, 312(23), pp. 2551-2561.
64. Lapid, M. I., Piderman, K. M., Ryan, S. M., Somers, K. J., Clark, M. M. & Rummans, T. A. (2011). Improvement of quality of life in hospitalized depressed elderly. *International psychogeriatrics*, 23(3), p. 485.
65. Larner, A., J. (2020). *Manual of Screeners for Dementia: Pragmatic Test Accuracy Studies*. [E-Book] Springer. Available at: <mailto:https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=g53aDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA51&dq=mini+mental+state+examination&ots=Sy8mTanhcO&sig=EADJasVs7>

[mYtKIbI3ZfV4FFibok&redir\\_esc=y#v=onepage&q=mini%20mental%20state%20examination&f=false](https://doi.org/10.1186/1475-2875-13-1) [Accessed 10 July 2021].

66. Law, C. K., Lam, F. M., Chung, R. C., & Pang, M. Y. (2020). Physical exercise attenuates cognitive decline and reduces behavioral problems in people with mild cognitive impairment and dementia: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 66(1), pp. 9-18.
67. Lee, A., Ratnarajah, N., Tuan, T. A., Chen, S. H. A., & Qiu, A. (2015). Adaptation of brain functional and structural networks in aging. *PLoS One*, 10(4), pp. 1-16.
68. Lee, L., Patel, T., Molnar, F., & Seitz, D. (2018). Optimizing medications in older adults with cognitive impairment: Considerations for primary care clinicians. *Canadian Family Physician*, 64(9), pp. 646-652.
69. Lehmann, S. W., & Fingerhood, M. (2018). Substance-use disorders in later life. *New England Journal of Medicine*, 379(24), pp. 2351-2360.
70. Li, B., Liu, C., Wan, Q., & Yu, F. (2019). An integrative review of exercise interventions among community-dwelling adults with Alzheimer's disease. *International journal of older people nursing*, 15(1), pp. 1-17.
71. Lima, G. S., Souza, I. M. O., Storti, L. B., Silva, M. M. D. J., Kusumota, L., & Marques, S. (2019). Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, pp. 1-17.
72. Lindayani, L., Hendra, A., Juniarni, L., & Nurdina, G. (2020). Effectiveness Of Mindfulness Based Stress Reduction On Depression In Elderly: A Systematic Review. *Journal Of Nursing Practice*, 4(1), pp. 8-12.
73. Lippmann, S., & Perugula, M. L. (2016). Delirium or dementia?. *Innovations in clinical neuroscience*, 13(9-10), pp. 56-57.
74. Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., ... & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), pp. 413-446.
75. Lopez-Lluch, G., & Navas, P. (2016). Calorie restriction as an intervention in ageing. *The Journal of physiology*, 594(8), pp. 2043-2060.
76. Lopez-Lopez, I. M., Gomez-Urquiza, J. L., Canadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendin-Garcia, L., & Canadas-De la Fuente, G. A. (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International journal of mental health nursing*, 28(5), pp. 1035-1044.
77. Maldonado, K. A., & Alsayouri, K. (2020). Physiology, Brain. *Stat pearl [internet]*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551718/> [Accessed at: 10 August, 2021].
78. Martins, S., & Fernandes, L. (2012). Delirium in elderly people: a review. *Frontiers in neurology*, 3(101), pp. 1-12.

79. Martorelli, M., Hartle, L., Coutinho, G., Mograbi, D. C., Chaves, D., Silberman, C., & Charchat-Fichman, H. (2020). Diagnostic accuracy of early cognitive indicators in mild cognitive impairment. *Dementia & Neuropsychologia*, 14(4), pp. 358-365.
80. Melnyk B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., ... & Bird, S. B. (2020). Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: a systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 34(8), pp. 929-941.
81. Miner, B., & Kryger, M. H. (2020). Sleep in the aging population. *Sleep medicine clinics*, 15(2), pp.311-318.
82. Moore, L. M., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2016). Clinically Oriented Anatomy. Μεταφρασμένο στα αγγλικά από: Αρβανίτης, Λ. Δ. Επιμέλεια: Δημητρίου, Θ. Σ., Σκανδαλάκης, Π. Ν., Αρβανίτης, Δ. Λ., Κναβάρος, Π. Η., Νάτσος, Κ. Ι., & Τζανακάκης, Γ. Ν. Εκδόσεις: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ. 3η έκδοση.
83. Murman, D. L. (2015). The Impact of Age on Cognition. *Seminars in Hearing*, 36(3), pp. 111-121.
84. Ning, K., Zhao, L., Matloff, W., Sun, F., & Toga, A. W. (2020). Association of relative brain age with tobacco smoking, alcohol consumption, and genetic variants. *Scientific reports*, 10(1), pp. 1-10.
85. O'Súilleabháin, P. S., Gallagher, S., & Steptoe, A. (2019). Loneliness, living alone, and all-cause mortality: The role of emotional and social loneliness in the elderly during 19 years of follow-up. *Psychosomatic medicine*, 81(6), pp. 521-526.
86. Outeiro, T. F., Koss, D. J., Erskine, D., Walker, L., Kurzawa-Akanbi, M., Burn, D., ... & McKeith, I. (2019). Dementia with Lewy bodies: an update and outlook. *Molecular neurodegeneration*, 14(1), pp. 1-18.
87. Pais, R., Ruano, L., Carvalho, O. P. & Barros, H. (2020). Global Cognitive Impairment Prevalence and Incidence in Community Dwelling Older Adults—A Systematic Review. *Geriatrics*, 5(4), pp. 84-99.
88. Phillips, C. (2017). Lifestyle modulators of neuroplasticity: how physical activity, mental engagement, and diet promote cognitive health during aging. *Neural plasticity*, 2017, pp. 1-22.
89. Phipps, M. S., & Cronin, C. A. (2020). Management of acute ischemic stroke. *BMJ*, 2020(368), pp. 1-15.
90. Power, R., Prado-Cabrero, A., Mulcahy, R., Howard, A. & Nolan, J. M. (2019). The role of nutrition for the aging population: implications for cognition and Alzheimer's disease. *Annual review of food science and technology*, 10(1), pp. 619-639.
91. Pukenas, B. (2011). Normal brain anatomy on magnetic resonance imaging. [E-Book]. *Magnetic resonance imaging clinics of North America*. Available at: [mailto:https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=ooUxzyGauToC&oi=fnd&pg=PA429&dq=87.%09Pukenas,+B.+\(2011\).+Normal+brain+anatomy+on+magn](mailto:https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=ooUxzyGauToC&oi=fnd&pg=PA429&dq=87.%09Pukenas,+B.+(2011).+Normal+brain+anatomy+on+magn)

[etic+resonance+imaging.&ots=x8EHmPnJia&sig=c5cf\\_cIRgin9XplAjmJs\\_BFGfdI&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](#) [Accessed 05 October 2021].

92. Redfern S. J & Ross F. M. (2011). Nursing Older People. Μεταφρασμένο από αγγλικά από: Γιαννούλη Ε., Γκότση Ε., Καρυτινού Μ., Κρομμύδας Γ., Τότσικα Β., Χατζηστεφανίδης Δ. Επιμέλεια: Ραφτόπουλος Β. Εκδόσεις: Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗ. 4<sup>η</sup> έκδοση.
93. Robbins, R. N., Scott, T., Joska, J. A., & Gouse, H. (2019). Impact of urbanization on cognitive disorders. *Current opinion in psychiatry*, 32(3), pp. 210-217.
94. Roostaei, T., Nazeri, A, Sahraian, M. A., & Minagar, A. (2014). The human cerebellum: a review of physiologic neuroanatomy. *Neurologic clinics*, 32(4), pp. 859-869.
95. Sajitha Suseelan, S. Common physical and psychological hazards of old age. (2016). *Star Research Reach*, 8(2), pp. 45-51.
96. Sánchez-Izquierdo, M. & Fernández-Ballesteros, R. (2021). Cognition in Healthy Aging. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), pp. 1-28.
97. Sanjuán, M., Navarro, E. & Calero, M. D. (2020). Effectiveness of Cognitive Interventions in Older Adults: A Review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(3), pp. 876-898.
98. Saputri, N. D., Susanto, T. & Susumaningrum, L. A. (2020). Association between Cognitive Function and Quality of Life in Aged People in an Elderly Home. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2), pp. 1-13.
99. Schubert, A.-L., Hagemann, D., Löffler, C. & Frischkorn, G. T. (2020). Disentangling the Effects of Processing Speed on the Association between Age Differences and Fluid Intelligence. *Journal of Intelligence*, 8(1), pp. 1-20.
100. Segal, D., L., Honn Qualls, S. & Smyer, M., A. (2018). Aging and Mental Health. Third Edition. [E-Book] *Wiley, Blackwell*. Available at: [mailto:https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=1xq-DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP11&dq=mental+wellbeing+elderly+nursing+interventions&ots=LaTW3dMWT\\_&sig=0IDFnJljZuizCiyrs3oTJF7wNM&redir\\_esc=y#v=onepage&q=mental%20wellbeing%20elderly%20nursing%20interventions&f=false](mailto:https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=1xq-DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP11&dq=mental+wellbeing+elderly+nursing+interventions&ots=LaTW3dMWT_&sig=0IDFnJljZuizCiyrs3oTJF7wNM&redir_esc=y#v=onepage&q=mental%20wellbeing%20elderly%20nursing%20interventions&f=false) [Accessed 20 September 2021].
101. Septiani, D., Pinilih, S. S., & Astuti, R. T. (2020). The Relationship Between Ritual Activities and Tendency to Depression in Elderly. *Atlantis Press, 1st Borobudur International Symposium on Humanities, Economics and Social Sciences (BIS-HESS 2019)*. 436, pp. 1083-1086.
102. Sezgin, M., Bilgic, B., Tinaz, S., & Emre, M. (2019). Parkinson's disease dementia and Lewy body disease. In *Seminars in neurology* 39(2), pp. 274-282.
103. Shin, C., Park, M. H., Lee, S. H., Ko, Y. H., Kim, Y. K., Han, K. M., ... & Han, C. (2019). Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for

*classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. Journal of affective disorders, 259 (2019), pp. 370-375.*

104. Shlisky, J., Bloom, D. E., Beaudreault, A. R., Tucker, K. L., Keller, H. H., Freund-Levi, Y., ... & Meydani, S. N. Nutritional considerations for healthy aging and reduction in age-related chronic disease. (2017). *American Society for Nutrition, Adv Nutr, 8(1)*, pp. 17-26.
105. Sivertsen, H., Bjorklof, G. H., Engedal, K., Selbaek, G. & Helvik, A. S. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. *Dementia and geriatric cognitive disorders. 40(5-6)*, pp. 311-339.
106. Smith, G. E. (2016). Healthy cognitive aging and dementia prevention. *American Psychologist, 71(4)*, pp. 268-275.
107. Sogaard, I. & Ni, R. (2018). Mediating Age-related Cognitive Decline through Lifestyle Activities: A Brief Review of the Effects of Physical Exercise and Sports-playing on Older Adult Cognition. *Acta Psychopathologica, 4(5)*, pp. 1-8.
108. Song, D., Yu, D. S., Li, P. W., He, G., Shen, C., Chen, G., & Sun, Q. (2019). Role of depressive symptoms in subjective memory complaint in older adults with mild cognitive impairment. *International journal of older people nursing, 15(1)*, pp. 1-9.
109. Svensson, B. & Hanssons, L. (2017). Mental health first aid for the elderly: A pilot study of a training program adapted for helping elderly people. *Aging & mental health, 21(6)*, pp. 595-601.
110. Swartz, M. H (2010). Textbook of Physical Diagnosis, History and Examination. Μεταφρασμένο από αγγλικά από: Ελισάφ Μ. & Καραγιάννης Α. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. 6<sup>η</sup> έκδοση.
111. Tang, F., Zhang, W., Chi, I., Li, M., & Dong, X. Q. (2020). Importance of activity engagement and neighborhood to cognitive function among older Chinese Americans. *Research on aging, 42(7-8)*, pp. 226-235.
112. Tangalos, E. G., & Petersen, R. C. (2018). Mild cognitive impairment in geriatrics. *Clinics in geriatric medicine, 34(4)*, pp. 563-589.
113. Tisher, A., & Salardini, A. (2019). A comprehensive update on treatment of dementia. *In Seminars in neurology, 39 (2)*, pp. 167-178.
114. Tivadar, B. K. (2017). Physical activity improves cognition: possible explanations, *Biogerontology, 18(4)*, pp. 477-483.
115. Toepper, M., & Falkenstein, M. (2019). Driving fitness in different forms of dementia: an update. *Journal of the American Geriatrics Society, 67(10)*, pp. 2186-2192.
116. Torrico, T. J., & Abdijadid, S. (2019). Neuroanatomy, limbic system. *StatPearls [internet]. Available at: <mailto:https://europepmc.org/article/nbk/nbk538491#free-full-text>* [Accessed at: 10 August 2021].



117. Trevisan, C., Ripamonti, E., Grande, G., Triolo, F., Ek, S., Maggi, S., ... & Welmer, A. K. (2021). The association between injurious falls and older adults' cognitive function: the role of depressive mood and physical performance. *The Journals of Gerontology: Series A.*, 20(20), pp. 1-8.
118. Tripathi, S. (2020). Depression in Elderly Life: Psychological and Psychosocial Approaches. *International Journal of Depression and Anxiety*, 3(1), pp. 20-22.
119. Tucker-Drob, E. M. (2019). Cognitive aging and dementia: A life-span perspective. *Annual Review of Developmental Psychology*, 11(22), pp. 177-196.
120. Vaz, M., & Silvestre, S. (2020). Alzheimer's disease: recent treatment strategies. *European Journal of Pharmacology*, 887(2020), pp. 1-13.
121. Visser, M., Wijnhoven, H. A., Comijs, H. C., Thomése, F. G., Twisk, J. W., & Deeg, D. J. (2019). A healthy lifestyle in old age and prospective change in four domains of functioning. *Journal of aging and health*, 31(7), pp. 1297-1314.
122. Wahl, D., Solon-Biet, S. M., Cogger, V. C., Fontana, L., Simpson, S. J., Le Couteur, D. G., & Ribeiro, R. V. (2019). Aging, lifestyle and dementia. *Neurobiology of disease*, 130, pp. 1-15.
123. Wolters, F. J., & Ikram, M. A. (2019). Epidemiology of vascular dementia: nosology in a time of epiomics. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 39(8), pp. 1542-1549.
124. World Health Organization (2018). Ageing and health. [electronic print] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Accessed 10 August 2021].
125. World Health Organization (2018). Mental Health: Strengthening Our Response [electronic print] Available at: <mailto:https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Accessed at: 10 December 2021].
126. World Health Organization (2020). Dementia. [electronic print] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [Accessed 15 December 2020].
127. Yahfour, N., Matar, C., & Ismail, N. (2020). Adolescence and aging: Impact of adolescence inflammatory stress and microbiota alternations on brain development, aging and neurodegeneration. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(7), pp. 1251-1257.
128. Yang, K., Isaia, B., Brown, L. J., & Beeby, S. (2019). E-textiles for healthy ageing. *sensors*, 19(20), pp. 4463-44.