



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΜΕ ΘΕΜΑ
‘ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ’**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ ΕΥΣΕΒΕΙΑ
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΕΚΤΟΡΑΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κα. Χριστίνα Παπανικολάου για τις σημαντικές υποδείξεις και συμβουλές καθώς και για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσε για την διεκπεραίωση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για όσα μου έχει προσφέρει στην διάρκεια των φοιτητικών μου χρόνων.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
SUMMARY.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
Α΄ΜΕΡΟΣ	
1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
1.1. ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	8
1.2. ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	10
1.3. ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	12
2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	
2.1 ΝΕΥΡΩΝΕΣ.....	14
2.2 ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ.....	14
3. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ.....	16
4. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	17
5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	18
6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	19
7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	20
8. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ-ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	21
9. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	
9.1. ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	22
9.2. ΜΗ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	23
9.3. ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	23
10. ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ.....	24
11. ΘΕΡΑΠΕΙΑ	
11.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	25
11.2. ΦΑΡΜΑΚΑ ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ....	26
11.3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	28
11.4. ΕΠΠΛΟΚΕΣ.....	29
12. ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	30

Β΄ ΜΕΡΟΣ

13. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ.....	32
14. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ.....	33
15. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ.....	34
16. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	38
17. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	39

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΕΙΚΟΝΕΣ

ΕΙΚΟΝΑ 1: ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΗΜΙΣΦΑΙΡΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	9
ΕΙΚΟΝΑ 2: ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	9
ΕΙΚΟΝΑ 3: ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΝΕΥΡΑ.....	11
ΕΙΚΟΝΑ 4: ΝΩΤΙΑΙΑ ΝΕΥΡΑ.....	11
ΕΙΚΟΝΑ 5: ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	13
ΕΙΚΟΝΑ 6: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΝΟΣ ΤΥΠΙΚΟΥ ΝΕΥΡΩΝΑ.....	15
ΕΙΚΟΝΑ 7: ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ.....	15

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ.....	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	24
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ.....	29

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ-ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	40
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	73

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η νόσος Πάρκινσον είναι μια χρόνια, προοδευτική, νευροεκφυλιστική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος και οφείλεται σε βλάβη των γαγγλίων. Η νόσος δεν μπορεί να θεραπευτεί αλλά είναι εφικτό να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτικά σκευάσματα και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του ατόμου.

Σκοπός: Η παρούσα ανασκόπηση έχει ως στόχο τη μελέτη της νόσου Πάρκινσον και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την καλύτερη ποιότητα ζωής του ατόμου αλλά και της οικογένειάς του.

Μέθοδοι: Για τη δημιουργία της εργασίας χρησιμοποιήθηκε ξένη βιβλιογραφία από έγκυρη βάση δεδομένων (PubMed) καθώς και ελληνική από συγγραφή επιστημονικών βιβλίων.

Αποτελέσματα: Η κύρια αιτία που εκδηλώνεται η νόσος Πάρκινσον είναι άγνωστη αλλά πιθανόν να οφείλεται σε γενετικές μεταλλάξεις. Τα κύρια συμπτώματά του περιλαμβάνουν το κινητικό τρέμουλο, τη μυϊκή δυσκαμψία, τη βραδυκινησία και την ορθοστατική αστάθεια. Η νόσος διαγιγνώσκεται από το ιατρικό ιστορικό όπως και από τα πρώιμα στάδια και αποτελείται από 5 στάδια. Τέλος η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι κατά κύριο λόγο συντηρητική και η συμβολή του νοσηλευτή κρίνεται απαραίτητη.

Συμπεράσματα: Η νόσος Πάρκινσον είναι μια ασθένεια που δεν μπορεί να θεραπευτεί και γι' αυτό το λόγο ο νοσηλευτής αποτελεί σημαντικό κομμάτι καθώς παρέχει απαραίτητες πληροφορίες και παρεμβαίνει ώστε να οδηγήσει το άτομο που πάσχει από Πάρκινσον, στη καλύτερη δυνατή διαχείριση της νόσου.

Λέξεις – Κλειδιά: Νόσος Parkinson, εξειδικευμένος νοσηλευτής, νοσηλευτική εκπαιδευτική παρέμβαση.

SUMMARY

Background: Parkinson's disease is a chronic, progressive, neurodegenerative disease of the central nervous system and is due to damage to the basics ganglia. Parkinson's disease can not be cured, but it is feasible to treat it with pharmaceutical preparations and to improve the quality of life of the individual.

Aim: This review aims at the study of Parkinson's Disease and nursing interventions for the better quality of life of the individual and his family.

Method: For creation of work used foreign bibliography from a valid database (PubMed) and greek from the writing of scientific books.

Results: The main cause of Parkinson's disease is unknown but probably due to genetic mutations. Its main symptoms include movement tremors, muscle stiffness, bradykinesia and orthostatic anesthesia. The disease is diagnosed from the medical history as well as from the early symptoms and consists of 5 stages. Finally, the treatment is primarily conservative and the nurse's contribution is essential.

Conclusions: Parkinson's disease is a disease that can not be cured for this reason the nurse is important to provide the necessary information and to intervene to lead the individual the person with Parkinson's disease in managing the disease.

Key-words: Parkinson's disease, nurse education intervention, nurse educator.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος Πάρκινσον είναι μια χρόνια, προοδευτική, νευροεκφυλιστική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος και οφείλεται σε βλάβη των γαγγλίων. Είναι η δεύτερη πιο συχνή νευροεκφυλιστική διαταραχή μετά τη νόσο Alzheimer.

Η αιτία πρόκλησης της νόσου είναι κυρίως άγνωστη, αλλά ίσως οφείλεται σε διάφορους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Η διάγνωσή της βασίζεται κατά κύριο λόγο στο ιατρικό ιστορικό και στην παρουσία των σημείων και συμπτωμάτων, καθώς δεν υπάρχει κάποια άλλη μέθοδος διάγνωσης της νόσου. Παρ' όλα αυτά οι διαγνωστικές εξετάσεις είναι απαραίτητες για την διευκόλυνση στη διαδικασία της διάγνωσης.

Η νόσος Πάρκινσον, χωρίζεται σε 5 στάδια και τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής αποτελούνται από τέσσερα βασικά σημεία τα οποία είναι: η μυϊκή δυσκαμψία, το κινητικό τρέμουλο, η βραδυκινησία και η ορθοστατική αστάθεια.

Αν και η νόσος δεν μπορεί να θεραπευτεί, η φαρμακευτική αγωγή έχει ως στόχο να βελτιώσει και να ελέγξει τα συμπτώματα ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Λόγω των επιπλοκών που προκύπτουν από την εξέλιξη της νόσου σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή, κρίνεται απαραίτητη η παρέμβαση του νοσηλευτή καθώς και των άλλων επαγγελματιών υγείας στη φροντίδα του ασθενή για την καλύτερη ποιότητα ζωής του.

Τέλος, η πρόγνωση της νόσου Πάρκινσον είναι πτωχή λόγω του προοδευτικού εκφυλιστικού χαρακτήρα της νόσου, η οποία τελικά προσβάλλει πολλαπλά συστήματα του οργανισμού και επηρεάζει τη λειτουργία τους.

A' ΜΕΡΟΣ

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα του ανθρώπου χωρίζεται σε εγκεφαλονωτιαίο σύστημα και σε αυτόνομο σύστημα. Το εγκεφαλονωτιαίο σύστημα υποδιαιρείται στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και στο περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ).

1.1 ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα. Αποτελείται από 3 υμενώδη περιβλήματα, τις μήνιγγες του εγκεφάλου. Οι μήνιγγες του εγκεφάλου από μέσα προς τα έξω είναι: η σκληρά, η αραχνοειδής και η χοριοειδής μήνιγγα. Αυτές κατά κύριο λόγο προστατεύουν τον εγκέφαλο.

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΑΙΡΕΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

- Εγκεφαλικά ημισφαίρια
- Παρεγκεφαλίδα
- Εγκεφαλικό στέλεχος

ΔΙΑΙΡΕΣΕΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΜΟΙΡΕΣ

- Τελικός εγκέφαλος
- Διάμεσος εγκέφαλος
- Μέσος εγκέφαλος
- Οπίσθιος εγκέφαλος
- Έσχατος εγκέφαλος

(Moore et al.,2010)

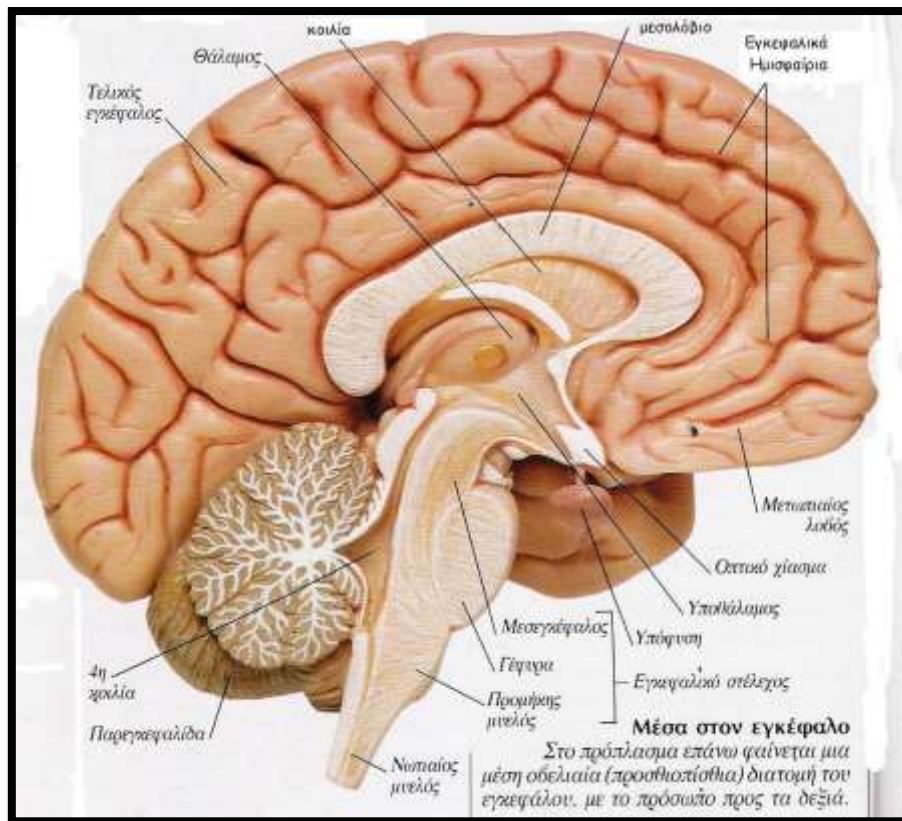
ΝΩΤΙΑΙΟΣ ΜΥΕΛΟΣ

Ο νωτιαίος μυελός βρίσκεται μέσα στον οστέινο σωλήνα που σχηματίζεται στην σπονδυλική στήλη. Είναι ένας λεπτός κύλινδρος μαλακού ιστού. Η κεντρική του περιοχή σε σχήμα πεταλούδας είναι από φαιά ουσία. Η φαιά ουσία περιβάλλεται από λευκή ουσία, η οποία αποτελείται από ομάδες εμμύελων αξόνων διανευρώνων. Αυτές οι ομάδες ονομάζονται δεμάτια ή οδοί και μεταφέρουν πληροφορίες προς τον εγκέφαλο.

(Vander et al.,2009)



Εικόνα 1: Εγκεφαλικά ημισφαίρια εγκεφάλου



Εικόνα 2: Εσωτερικό εγκεφάλου

1.2 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ) αποτελείται από νευρικές ίνες, οι οποίες μεταφέρουν σήματα μεταξύ ΚΝΣ και αισθητήρων. Το ΠΝΣ απαρτίζεται από 43 ζεύγη νευρώνων: 12 ζεύγη εγκεφαλικών νευρών και 31 ζεύγη νωτιαίων νευρών.

ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΝΕΥΡΑ

Τα εγκεφαλικά νεύρα εξέρχονται από την κοιλότητα του κρανίου διαμέσου τρημάτων του κρανίου. Αποτελούνται όπως και τα νωτιαία νεύρα από δεσμίδες αισθητικών ή κινητικών ινών που νευρώνουν μυς ή αδένες. Παράλληλα, μεταφέρουν ώσεις από τους αισθητικούς υποδοχείς ή έχουν ένα συνδυασμό από κινητικές και αισθητικές ίνες. Υπάρχουν 12 ζεύγη εγκεφαλικών νευρών, τα οποία αριθμούνται από το I-XII από τη ρυγχαία περιοχή προς την ουραία περιοχή και αυτά είναι:

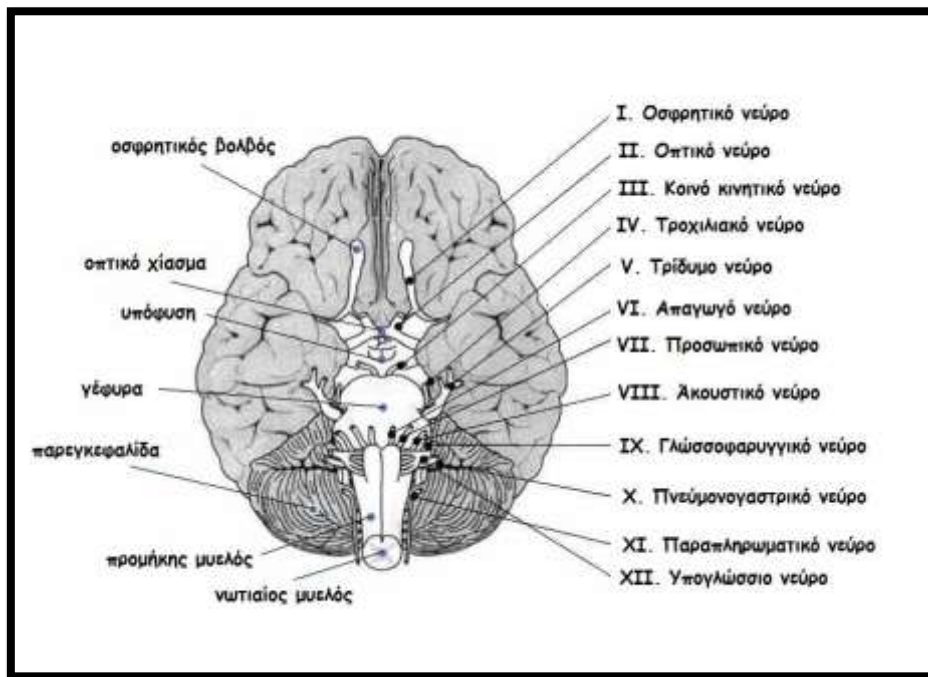
- Οσφρητικό νεύρο (I)
- Οπτικό νεύρο (II)
- Κοινό κινητικό νεύρο (III)
- Τροχλιακό νεύρο (IV)
- Τρίδυμο νεύρο (V)
- Απαγωγό νεύρο (VI)
- Προσωπικό νεύρο (VII)
- Αιθουσοκοχλιακό νεύρο (VIII)
- Γλωσσοφαρυγγικό νεύρο (IX)
- Πνευμονογαστρικό νεύρο (X)
- Παραπληρωματικό νεύρο (XI)
- Υπογλώσσιο νεύρο (XII)

ΝΩΤΙΑΙΑ ΝΕΥΡΑ

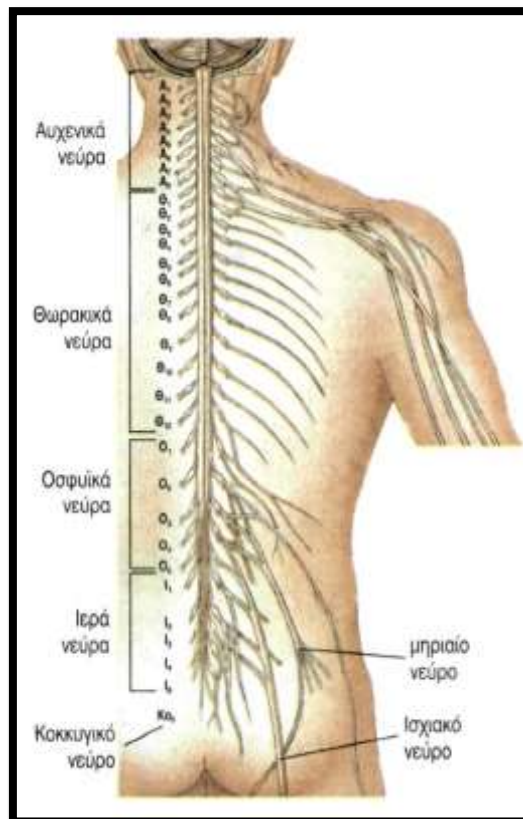
Τα νωτιαία νεύρα εξέρχονται από την σπονδυλική στήλη διαμέσου των μεσοσπονδυλίων τρημάτων. Τα νωτιαία νεύρα εκφύονται ως αμφοτερόπλευρα ζεύγη από ένα ειδικό τμήμα του νωτιαίου μυελού. Κάθε νωτιαίο νεύρο περιέχει αισθητικές αλλά και κινητικές ίνες. Συνολικά είναι 31 ζεύγη και εκφύονται από τα αντίστοιχα τμήματα του νωτιαίου μυελού:

- Αυχενικά (8)
- Θωρακικά (12)
- Οσφνικά (5)
- Ιερά (5)
- Κοκκυγικό (1)

(LeMone et al.,2011)



Εικόνα 3: Εγκεφαλικά νεύρα



Εικόνα 4: Νοτιαία νεύρα

1.3 ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) αποτελείται από κινητικές ίνες, οι οποίες διεγείρουν τους λείους μύες, τροποποιούν τον καρδιακό μυ και τα αδενικά κύτταρα των εξωκρινών αδένων (Moore et al.,2010). Ενεργοποιείται από κέντρα που βρίσκονται στο νωτιαίο μυελό, στο εγκεφαλικό στέλεχος και στον υποθάλαμο. Περιοχές μέσα στον υποθάλαμο και το εγκεφαλικό στέλεχος ρυθμίζουν και συντονίζουν διάφορες διαδικασίες όπως η ρύθμιση της θερμοκρασίας, η ούρηση κ.α. Περιφερικά περιλαμβάνει τα συμπαθητικά και τα παρασυμπαθητικά νεύρα. (Mulroney & Myers,2009)

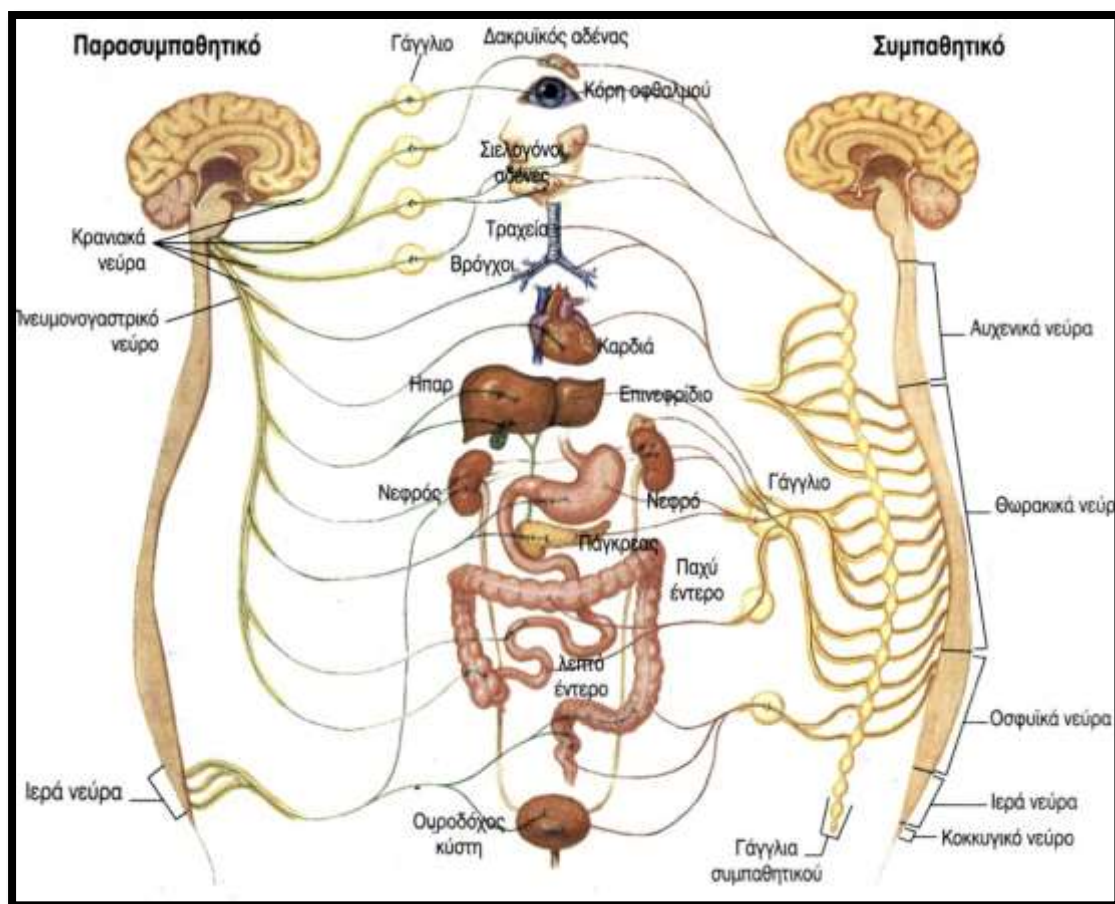
Διακρίνεται:

- Σε συμπαθητικό νευρικό σύστημα (ΣΝΣ), τα κύτταρα του οποίου εντοπίζονται στη φαιά ουσία του νωτιαίου μυελού από το Θ1 έως τον 02-03 σπόνδυλο στη θωρακό-οσφυϊκή περιοχή της σπονδυλικής στήλης.
- Σε παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ). Η προέλευση των κυττάρων του ΠΝΣ εντοπίζεται στη φαιά ουσία της ιερής μοίρας της σπονδυλικής στήλης από το I2-I4 ιεροσπόνδυλο.

(Χαράτση,2014)

Σε πολλές περιπτώσεις, το ΣΝΣ έχει αντίθετες δράσεις από το ΠΝΣ σε διάφορα όργανα και διαδικασίες, παρ' όλα αυτά, η ρύθμιση των διάφορων σωματικών λειτουργιών περιλαμβάνει συχνά αμοιβαίες δράσεις των δυο τμημάτων. Το ΣΝΣ κρίνεται ότι μεσολαβεί σε κατάσταση στρες και το ΠΝΣ κρίνεται ότι μεσολαβεί σε φυτικές αντιδράσεις (π.χ. πέψη).

(Mulroney & Myers,2009)



Εικόνα 5: Αυτόνομο νευρικό σύστημα

2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.1. ΝΕΥΡΩΝΕΣ

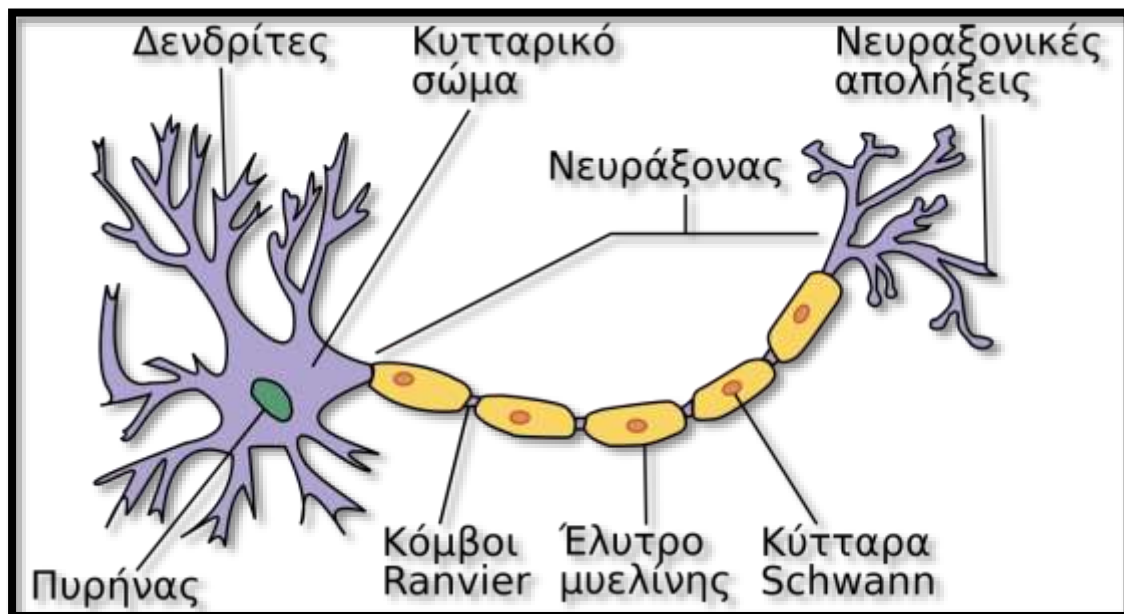
Οι νευρώνες παρουσιάζονται με ποικιλία μεγεθών και μορφών και οι περισσότεροι από αυτούς αποτελούνται από 4 μέρη: το κυτταρικό σώμα, τους δενδρίτες, ένα άξονα και τις αξονικές απολήξεις. Οι νευρώνες μπορούν να διαιρεθούν σε 3 λειτουργικές κατηγορίες, οι οποίες είναι: οι προσαγωγοί νευρώνες, οι απαγωγοί νευρώνες και οι διανευρώνες. Οι προσαγωγοί νευρώνες μεταφέρουν πληροφορίες από τους ιστούς και τα όργανα του σώματος μέσα στο ΚΝΣ ενώ οι απαγωγοί νευρώνες άγουν ηλεκτρικά σήματα από το ΚΝΣ προς τα έξω. Τέλος οι διανευρώνες συνδέουν νευρώνες μέσα στο ΚΝΣ.

2.2. ΝΕΥΡΟΔΙΑΒΙΒΑΣΤΕΣ

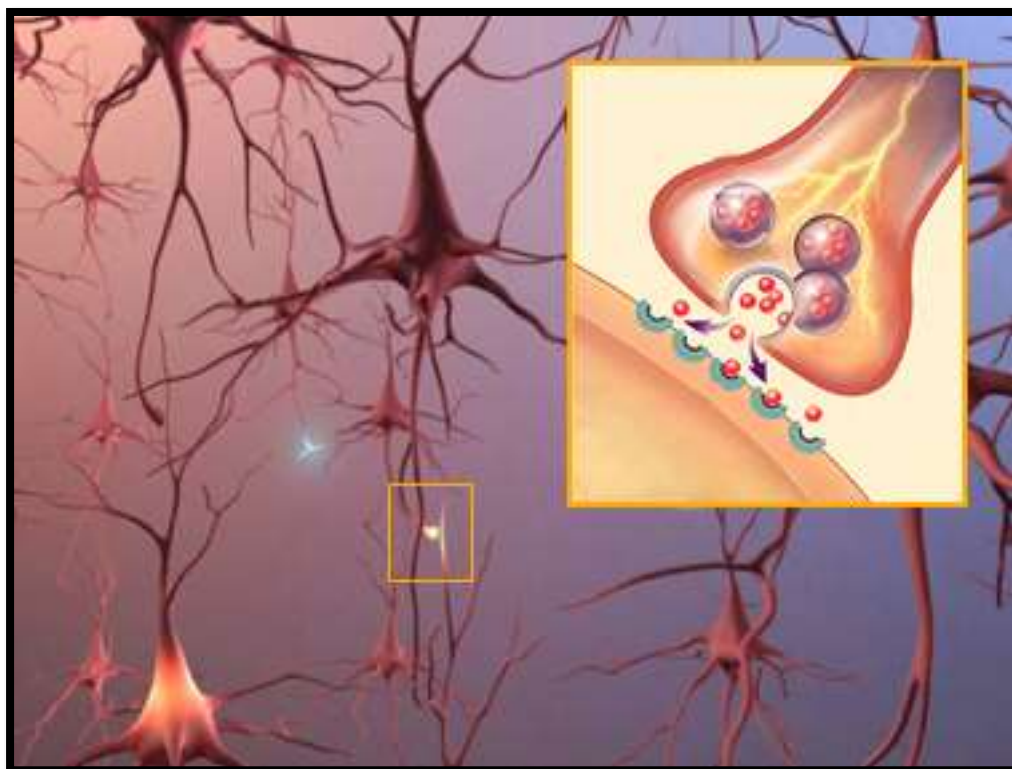
Είναι εκείνοι που προκαλούν τις περισσότερες από τις άμεσες αντιδράσεις του νευρικού συστήματος. Οι σπουδαιότεροι νευροδιαβιβαστές είναι:

- Ακετυλοχολίνη (μυική δράση, μνήμη, μάθηση)
- Νοραδρεναλίνη
- Ντοπαμίνη (κίνηση, μάθηση, προσοχή, συναισθήματα)
- Σεροτονίνη (διάθεση, πείνα, ύπνος)
- Γλυκίνη
- Γ-αμινοβουτυρικό οξύ (ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής)
- Γλουταμινικό και ασπαρτικό οξύ
- Εγκεφαλίνες
- Ουσία P
- Οξειδίο του αζώτου
- Τριφωσφορική αδενοσίνη (ATP)

(Vander et al.,2009)



Εικόνα 6: Διάγραμμα ενός τυπικού νευρώνα



Εικόνα 7: Νευροδιαβιβαστές

4. ΟΡΙΣΜΟΣ

Η νόσος Πάρκινσον (PD) είναι μια χρόνια, προοδευτική, νευροεκφυλιστική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος και οφείλεται σε βλάβη των βασικών γαγγλίων. Είναι ένα κλινικό σύνδρομο, εξ αυτών του εξωπυραμιδικού συστήματος και εντάσσεται στην ομάδα διαταραχών κίνησης (Γεωργιάδης,2008). Μετά τη νόσο Alzheimer, είναι η δεύτερη πιο συχνή νευροεκφυλιστική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από ντοπαμινεργικούς και μη ντοπαμινεργικούς νευρώνες στο κεντρικό, αυτόνομο και περιφερικό σύστημα (Austin et al.,2016). Χαρακτηρίζεται από τέσσερα κυρίαρχα σημεία: το κινητικό τρέμουλο εν παύσει ή εν ηρεμία, τη μυϊκή δυσκαμψία ή ακαμψία, τη βραδυκίνηση ή ακινησία και την ορθοστατική αστάθεια.

Ο πρωτοπαθής Παρκινσονισμός, γνωστός και ως τρομώδης παράλυση είναι μια διαταραχή της μέσης ή όψιμης ηλικίας. Αναλυτικά, ο μέσος όρος έναρξης της νόσου είναι περίπου στα 50-55 έτη (Γεωργιάδης,2008). Ωστόσο, η νόσος μπορεί να εμφανιστεί και σε άτομα μόλις 21 ετών (Kim, Chung & Yoo,2014). Φυσικά αυτή η περίπτωση είναι πιο σπάνια καθώς ανήκει στο 2% του πληθυσμού (Γεωργιάδης,2008). Επιπρόσθετα ο κίνδυνος άνοιας είναι έξι φορές μεγαλύτερος σε άτομο με νόσο Πάρκινσον και κυρίως προσβάλλονται από αυτό οι άντρες παρά οι γυναίκες με μια αναλογία της τάξης του 3 προς 2 (Γεωργιάδης,2008).

Παράλληλα τα ποσοστά επικράτησης αυξάνονται σημαντικά μετά την ηλικία των 65 ετών. Οι εκτιμήσεις του πληθυσμού δείχνουν ότι η νόσος θα διπλασιαστεί έως το 2030 και αυτό θα συμβεί λόγω της αυξημένης μακροζωίας των ατόμων (Kim et al.,2014)

5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι αιτιολογικοί παράγοντες ποικίλλουν στη νόσο Πάρκινσον και είναι οι εξής:

- **Πρωτογενής ή ιδιοπαθής**

Τα αίτια που προκαλούν τη νόσο είναι άγνωστα και μπορεί να είναι είτε οιογενή είτε να οφείλονται σε ηλικιακή γήρανση. Εκδηλώνεται συχνά σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών.

- **Δευτερογενής ή επίκτητος**

Μια από τις συνήθεις τυπολογίες αυτού του τύπου είναι ο μετεγκεφαλιτικός τύπος. Ο μετεγκεφαλιτικός τύπος αρχικά εμφανίστηκε ως διαταραχή ή αρρώστια του ύπνου ή λήθαργου. Τα κυριότερα συμπτώματά του εκδηλώνονται με ακουστικές οφθαλμικές κινήσεις, δυστονία και συμπεριφορικά προβλήματα. Να σημειωθεί ότι υπήρχαν ασθενείς που πέθαναν σε κατάσταση κώματος ή παρατεταμένης αυπνίας. Τέλος ο μετεγκεφαλιτικός τύπος εμφανίζει βραδέα εξέλιξη και η καταπολέμηση του είναι επιτυχής με λεβοντόπα.

Μια δεύτερη αιτία σ' αυτή την κατηγορία σχετίζεται με τη χορήγηση ενέσιμων ουσιών και ονομάζεται "Παρκινσονισμός προκληθείς από ουσίες". Η εκδήλωση της νόσου εμφανίζεται μετά τη χορήγηση ηρεμιστικών και νευροληπτικών ουσιών. Μια τρίτη πιθανή αιτία είναι οι ουσίες τοξινών όπως η συνθετική ηρωίνη. Άλλες τοξίνες που μπορούν να προκαλέσουν παρκινσονισμό είναι το μονοξειδίο του άνθρακα, η μεθανόλη και αιθανόλη. Επίσης δευτερογενής παρκινσονισμός μπορεί να προκληθεί από αγγειακά νοσήματα, όπως το πολλαπλό έμφραγμα και το υποτασικό σοκ.

- **Κληρονομικό-εκφυλιστικός**

Αυτός ο τύπος παρκινσονισμού περιλαμβάνει διάφορες νόσους όπως είναι η νόσος Huntington και Wilson, τον οιογενή παρκινσονισμό με περιφερική νευροπάθεια, τη νόσο των σωματίων του Lewy κ.α.

- **"Παρκινσονισμός + (συν)" ή εκφυλιστικό σύνδρομο πολλαπλών νοσημάτων**

Οι ασθενείς σ' αυτόν τον τύπο Πάρκινσον πάσχουν από μια διάχυτη διαταραχή που επηρεάζει πολλά λειτουργικά συστήματα. Οι ασθενείς εκτός της παρκινσονικής συμπτωματολογίας εμφανίζουν αταξία, απραξία, άνοια τύπου Alzheimer με παρκινσονικά στοιχεία κ.α.

(Γεωργιάδης,2008)

6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

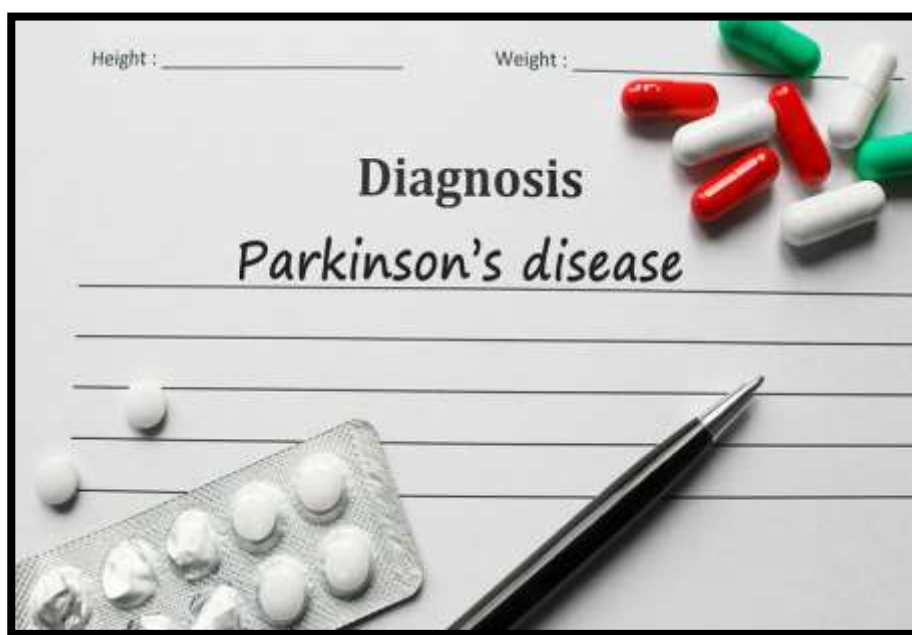
Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στο ιατρικό ιστορικό και στην παρουσίαση των σημείων και συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίζονται ύπουλα και έχουν αργή εξέλιξη και εμφάνιση. Δεν υπάρχει εργαστηριακή δοκιμή, απεικόνιση, μελέτη ή βιοψία που παρέχει τη δυνατότητα επιβεβαίωσης της διάγνωσης, αν και μερικές δοκιμές μπορούν να βοηθήσουν ώστε να αποκλειστούν άλλες διαταραχές. Οι τεχνικές απεικόνισης όπως το Pet και το DaTSCAN είναι χρήσιμες αλλά αρκετά δαπανηρές. Γι' αυτό το λόγο χρησιμοποιούνται δυο κλίμακες αξιολόγησης που παρακολουθούν την λειτουργικότητα του ασθενούς και την πρόοδο της νόσου (Larocco,2015).

Σήμερα λοιπόν χρησιμοποιείται η κλίμακα UPDRS (ενοποιημένη κλίμακα βαθμολόγησης της νόσου Πάρκινσον), καθώς διαπιστώνεται ότι είναι πιο λεπτομερής, εξετάζοντας με ερωτήσεις σε 4 υποενότητες:

- Τις γνωστικές και ψυχικές λειτουργίες του ασθενούς (σκέψη, συμπεριφορά, διάθεση)
- Τη λειτουργικότητα στις καθημερινές δραστηριότητες
- Την κινητική λειτουργικότητα
- Τις επιπλοκές της θεραπευτικής αγωγής

Η δεύτερη κλίμακα αφορά τον καθορισμό των σταδίων και είναι των Hoehn και Yahr (1967).

(Γεωργιάδης,2008)



7. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει πολλά σύνδρομα παρκινσονίας (τύπου Πάρκινσον), όπως η πολλαπλή ατροφία του συστήματος (MSA), η προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση (PSP) και η διάχυτη νόσος Lewy Body (DLBD). Στην MSA εμφανίζονται πρόωρες νοητικές αλλαγές και αυτόνομη δυσλειτουργία. Στο PSP εμφανίζονται τα ερυθρά αιμοσφαίρια με πρόωρη αστάθεια στάσης, δυσλειτουργία του οφθαλμού και δυσφαγία. Τέλος στο DLBD παρουσιάζονται άνοια, συμπεριφορικές αλλαγές, ψευδαισθήσεις ακόμη και ψύχωση (Vernon et al.,2014).

Είναι αναγκαίο να εξεταστούν προσεκτικά τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά συμπτωμάτων για να αξιολογηθεί σωστά και με ακρίβεια η κλινική περίπτωση του κάθε ασθενή. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στις υπερκινήσιες ή στις υποκινήσιες που η συμπτωματολογία παρουσιάζει ομοιότητες με αυτή του παρκινσονισμού. Το τρέμουλο σε ανάπαυση ή σε ηρεμία είναι το κύριο σύμπτωμα της νόσου Πάρκινσον ενώ τα τρέμουλα υπερκινήσιας (τρέμουλο δράσης και τρέμουλο εν δράσει) δεν ανήκει στη νόσο Πάρκινσον.

Το τρέμουλο σε ανάπαυση ή σε ηρεμία (είναι συνήθως ασύμμετρο κατά τη περίοδο έναρξης και εμφάνισης) συχνά αναπτύσσεται στα πέλματα των ποδιών, στα χείλη, στη γλώσσα, στο πηγούνι και στη φωνή του ασθενή, ενώ ποτέ δεν επιδρά στο κεφάλι και τον αυχένα.

Αντίθετα το τρέμουλο εν δράσει συνιστάται σε δυο τύπους, (1)είτε σε τρέμουλο στάσης του σώματος που εκδηλώνεται με συχνότητα 4-12 Hz και ένα από τα κυρίαρχα συμπτώματά του είναι οι τεντωμένοι βραχίονες ,(2) είτε σε κινητικό τρέμουλο, το οποίο εκδηλώνεται με συχνότητα 1.5-3 Hz και οι ασθενείς αδυνατούν να εκτελέσουν κατευθυνόμενες συνεχείς κινήσεις προς έναν ή δυο στόχους. Για να διαγνωστεί η νόσος χρησιμοποιείται ένα τεστ ως διαγνωστικό εργαλείο. Αυτό έχει ως στόχο να διαγνωστεί ο τύπος του τρόμου και το εγκεφαλικό ημισφαίριο που έχει δυσλειτουργία.

(Γεωργιάδης,2008)

8. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ-ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Οι διαγνωστικές εξετάσεις είναι αρκετά αναγκαίες διότι μπορούν να διευκολύνουν στη διάγνωση της νόσου, ωστόσο καμιά εξέταση δεν μπορεί να δείξει ξεκάθαρα αν είναι νόσος Πάρκινσον ή κάποια άλλη νευρολογική διαταραχή. Παράλληλα υπάρχουν δοκιμασίες που γίνονται για να αποκλειστούν διαταραχές δευτερογενή παρκινσονισμού.

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	ΣΚΟΠΟΣ
ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ	Για την πιθανότητα ανεύρεσης φαρμακευτικών ουσιών ή τοξινών που δημιουργούν δευτεροπαθή παρκινσονισμό π.χ. μεθυλντόπα, ρεζερπίνη ή μονοξειδίο άνθρακα
ΗΕΓ	Δείχνει βραδέα κύματα και αποδιοργάνωση
ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΑ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΜΕ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΛΕΠΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ	Δείχνει καθυστερημένη κένωση και σοβαρή δυσκοιλιότητα
ΓΕΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΣ	Δείχνει χαμηλές τιμές αιμοσφαιρίνης και αιματοκρίτη λόγω αναιμίας
ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	Δείχνουν χαμηλές τιμές πρωτεΐνης και λευκοματίνης λόγω της αδυναμίας του ασθενή να προμηθευτεί και να παρασκευάσει τα γεύματά του

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

(LeMone et al.,2011)

9. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ένα από τα θέματα με τη νόσο Πάρκινσον είναι ότι δεν είναι εύκολο να διαγνωστεί αν δεν υπάρχουν κάποια βασικά συμπτώματα. Ο James Parkinson ανέφερε ως κλινική εικόνα τον τρόμο ηρεμίας, τη δυσκαμψία και ακινησία και την ανώμαλη στάση του σώματος.

9.1. ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τρόμος ηρεμίας

Ο τρόμος ηρεμίας είναι συνήθως η πρώτη εκδήλωση με τα άνω άκρα να προσβάλλονται συχνότερα. Ο τρόμος μπορεί να σταματά με τις σκόπιμες, εκούσιες κινήσεις ενώ χειροτερεύει με το στρες και το άγχος. Οι ασθενείς παρουσιάζουν προοδευτικά αυξανόμενη δυσχέρεια στην εκτέλεση κινήσεων που απαιτούν επιδεξιότητες και λεπτές, ελεγχόμενες κινήσεις όπως το φαγητό.

Δυσκαμψία και Ακινησία

Οι εκδηλώσεις που σχετίζονται με την κινητικότητα και τη στάση του σώματος είναι η δυσκαμψία και η ακινησία.

Η δυσκαμψία δυσκολεύει τόσο τις ενεργητικές όσο και τις παθητικές κινήσεις. Οι πρώτες εκδηλώσεις δυσκαμψίας μπορεί να είναι μυϊκές κράμπες στα δάκτυλα των ποδιών ή των χεριών αλλά πιο συχνά ο ασθενής περιγράφει κάτι σαν σφίξιμο, βάρος ή πόνο στους μυς του.

Η ακινησία είναι η πιο συχνή και βασανιστική εκδήλωση. Όλοι οι γραμμωτοί μύες προσβάλλονται, περιλαμβανομένων και εκείνων που επιτελούν τη μάσηση, την κατάποση και την ομιλία. Οι ακινητικές κινήσεις περιλαμβάνουν τόσο την υποκινησία όσο και τη βραδυκινησία.

Ανώμαλη στάση του σώματος

Η απώλεια των φυσιολογικών αντανακλαστικών της στάσης του σώματος προκαλεί διαταραχές όπως η καθήλωση σε μια στάση και διαταραχές της ισορροπίας και της επαναφοράς στη μέση θέση. Η ακούσια κάμψη της κεφαλής και των ώμων εκδηλώνει ότι το άτομο δεν μπορεί να διατηρήσει τον κορμό του σε ευθεία όταν κάθεται ή όταν είναι όρθιο. Επιπρόσθετα χαρακτηριστικό είναι ότι το άτομο κάνει μικρά και γρήγορα βήματα σαν να προσπαθεί να διατηρήσει την όρθια στάση του και να μην πέσει.

(LeMone et al.,2011)

9.2. ΜΗ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

- Χαμηλό σωματικό βάρος
- Χαμηλό δείκτη μάζας σώματος
- Νυκτουρία
- Κόπωση
- Πόνος
- Σιελόρροια (Bruno & Sethares,2015)
- Δυσκοιλιότητα
- Ορθοστατική υπόταση
- Σεξουαλική δυσλειτουργία
- Διαταραχές θερμορύθμισης
- Δυσλειτουργία των ούρων
- Διαταραχές ύπνου
- Οσφρητική δυσλειτουργία
- Διαταραχές κύκλου αφύπνισης
- Αυπνία
- Υπερβολική υπνηλία την ημέρα
- Μεταβολές στη διάθεση
- Γνωσιακές αλλαγές (Larocco,2015)
- Άνοια
- Ψύχωση
- Υπερβολικός ιδρώτας
- Κάψιμο
- Μούδιασμα
- Αλλαγές στην όραση (Vernon et al.,2014)

9.3. ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- **Κατάθλιψη:** Οφείλεται σε φυσιολογικές μεταβολές στον εγκέφαλο καθώς και σε ψυχολογική αντίδραση στην ίδια την ασθένεια. Είναι η πιο κοινή ψυχιατρική διαταραχή που παρατηρείται σε ασθενείς με Πάρκινσον και μπορεί να είναι δύσκολη η διάγνωσή της, καθώς πολλά από τα συμπτώματα είναι παρόμοια με αυτά της νόσου.
- **Άγχος:** Προκαλεί στον ασθενή συναισθήματα νευρικότητας, ανησυχίας ή έντασης, τα οποία μπορεί να επιδεινωθούν από κοινωνικές καταστάσεις.
- **Γνωστική λειτουργία:** Εμφανίζεται με γνωστικά ελλείμματα στα αρχικά στάδια της νόσου, όπως η δυσκολία εύρεσης λέξεων και ο ανεπαρκής σύνθετος σχεδιασμός εργασιών.
- **Απάθεια:** Προκαλεί απώλεια ενδιαφέροντος για το περιβάλλον του ασθενή, έλλειψη κινήτρων και αποφυγή οποιασδήποτε κατάστασης που να δημιουργεί ευχαρίστηση.
- **Διαταραχή ελέγχου παρορμήσεων:** Δημιουργούνται έμμονες ιδέες για παθολογικό τζόγο, υπερσεξουαλικότητα ακόμη και για καταναγκαστικά ψώνια.

(Larocco,2015)

10.ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
1^ο στάδιο: Μονόπλευρη ασθένεια με ή χωρίς αξονική εμπλοκή	Η έναρξη των συμπτωμάτων είναι συνήθως απότομη και ξαφνική. Υπάρχει σταδιακά τρέμουλο στο ένα χέρι και ελάχιστη δυσκαμψία στα άκρα
2^ο στάδιο: Αμφίπλευρη ασθένεια με ή χωρίς εξασθένηση της ισορροπίας	Υπάρχει τρέμουλο και δυσκαμψία και στις δυο πλευρές του σώματος χωρίς κάποια έντονη διαταραχή της ισορροπίας στη βάρδιση
3^ο στάδιο: Ήπια έως μέτρια αμφοτερόπλευρη ασθένεια.	Υπάρχει επιβάρυνση στις κινήσεις και μειωμένη ταχύτητα ανοιγοκλεισίματος των βλεφάρων
4^ο στάδιο: Σοβαρή αναπηρία, εξακολουθεί να μπορεί να περπατήσει και να σταθεί χωρίς βοήθεια	Το σώμα είναι δύσκαμπτο, το βήδισμα μπερδεμένο, τα άνω άκρα κρέμονται ακίνητα στα πλάγια, ο λόγος επιβραδύνεται και η ομιλία γίνεται μονότονη με δυσκολία στην κατάποση σιέλου
5^ο στάδιο: Αναπηρική πολυθρόνα ή κλινήρης εκτός κι αν υποβοηθάται.	Παρατηρούνται τα ίδια συμπτώματα με το 4 ^ο στάδιο.

(Shin & Habermann,2017)

(Γεωργιάδης,2008)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2:ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ

Η εξέλιξη των συμπτωμάτων εξελίσσεται σε διάστημα περίπου 5-10 χρόνια. Για να φθάσει το άτομο σε λειτουργική ανικανότητα χρειάζονται περίπου 10-20 χρόνια. Οι περισσότεροι άνθρωποι με νόσο Πάρκινσον σε προχωρημένο στάδιο μένουν σπίτι μαζί με τις οικογένειές τους.

(Γεωργιάδης,2008)

11.ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Επειδή δεν υπάρχει καμιά θεραπεία για τη νόσο Πάρκινσον σήμερα, η φαρμακολογική θεραπεία αποτελεί πολύ σημαντικό κομμάτι στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου. Γενικά τα φάρμακα ποικίλλουν ανάλογα με το στάδιο της νόσου και η ανταπόκριση σ' αυτά διαφέρει από άτομο σε άτομο. Στις ομάδες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνονται οι αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης Β (ΜΑΟ-Β), COMT αναστολείς, η αμανταδίνη καθώς τα ντοπαμινεργικά και τα αντιχολινεργικά φάρμακα.

11.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΑ

Αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης Β (ΜΑΟ-Β)

Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν η σελεγιλίνη και η ρασαγιλίνη. Η σελεγιλίνη δρα αναστέλλοντας το ένζυμο το οποίο καταστέλλει την ντοπαμίνη στον εγκέφαλο. Μπορεί να χορηγηθεί μόνη της ή σε συνδυασμό με την ντοπαμίνη. Λόγω των διεγερτικών της επιπτώσεων χορηγείται μόνο το πρωί, ώστε να αποφευχθεί η διαταραχή του ύπνου. Αρκετά σημαντικό είναι να τονισθεί ότι η σελεγιλίνη απαγορεύεται να χορηγείται μαζί με μεπεριδίνη εξαιτίας του κινδύνου θανάσιμης φαρμακευτικής αλληλεπίδρασης.

Η ρασαγιλίνη επίσης αναστέλλει την αποδόμηση της ντοπαμίνης από τη ΜΑΟ-Β στον εγκέφαλο. Συνήθως δίνεται σε συνδυασμό με λεβοντόπα με αποτέλεσμα να αυξηθεί η ανταπόκρισή της.

COMT αναστολείς

Η κατεχολ-Ο-μεθυλοτρανσφεράση (COMT) είναι ένα ένζυμο, το οποίο μεταλλάσσει τη λεβοντόπα και τη ντοπαμίνη. Η αναστολή της COMT περιορίζει τον μεταβολισμό της λεβοντόπα με αποτέλεσμα να διασχίσει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Οι COMT αναστολείς για να δράσουν ορθά χορηγούνται σε συνδυασμό με τη λεβοντόπα. Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των αντιδράσεων εξασθένησης. Στους αναστολείς της COMT ανήκουν η τολκαπόνη και η εντακαπόνη. Η πρώτη βέβαια εφαρμόζεται λιγότερο συχνά καθώς υπάρχει κίνδυνος τοξικότητας.

Αμανταδίνη

Η αμανταδίνη έχει αποδειχθεί ότι πυροδοτεί στη βελτίωση των συμπτωμάτων της νόσου. Χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση της δυσκινησίας και βελτιώνει τη διάθεση.

(Osborn et al.,2014)

11.2. ΦΑΡΜΑΚΑ ΝΤΟΠΑΜΙΝΕΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΧΟΛΙΝΕΡΓΙΚΑ

Ντοπαμινεργικά φάρμακα

Η **λεβοντόπα** αποτέλεσε την πρώτη επαναστατική ανακάλυψη για την θεραπεία της νόσου Πάρκινσον τη δεκαετία του 1960 και θεωρείται το πιο αποτελεσματικό φάρμακο για τη νόσο αυτή. Η ντοπαμίνη έχει τη δυνατότητα να διαπερνάει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Η λεβοντόπα είναι το πρόδρομο αμινοξύ της ντοπαμίνης και μπορεί να διαπεράσει τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Μόλις βρεθεί στον εγκέφαλο, η λεβοντόπα μετατρέπεται σε ντοπαμίνη από τη ντοπα-δεκαρβοξυλάση πριν εισέλθει στον εγκέφαλο αφήνοντας την ντοπαμίνη στο κυκλοφορικό σύστημα με αποτέλεσμα να προκαλείται έντονη ναυτία και έμετο στο άτομο (Osborn et al.,2014).

Η λεβοντόπα αντενδείκνυται σε ασθενείς με διάγνωση μελανώματος και είναι απαραίτητο να χορηγείται με προφύλαξη σε ασθενείς με ψύχωση και άνοια, πεπτικό έλκος και καρδιακές αρρυθμίες (Γεωργιάδης,2008).

Παράλληλα, η λεβοντόπα χορηγείται σε συνδυασμό με την καρβιντόπα. Η καρβιντόπα είναι ένας αναστολέας της ντοπα-δεκαρβοξυλάσης, η οποία αναστέλλει την πρόωρη μετατροπή της ντόπα σε ντοπαμίνη και μειώνει τη ναυτία και τον έμετο (Osborn et al.,2014). Με αυτό τον συνδυασμό σκευασμάτων επιτυγχάνεται ο καλύτερος έλεγχος των κινητικών συμπτωμάτων (Γεωργιάδης,2008).

Επιπρόσθετα, στα ντοπαμινεργικά φάρμακα ανήκουν και **οι αγωνιστές της ντοπαμίνης**, οι οποίοι αποτελούν εναλλακτική επιλογή έναντι της λεβοντόπα για την αρχική θεραπεία της νόσου. Οι εγκεκριμένοι αγωνιστές της ντοπαμίνης περιλαμβάνουν τη βρωμοκρυπτίνη, την περγολίδη, τηνπραμιπεξόλη, τη ροπινιρόλη και την υδροχλωρική απομορφίνη. Οι αγωνιστές της ντοπαμίνης δρούν ως υποδοχείς της ντοπαμίνης μέσα στον εγκέφαλο και στην ουσία μιμούνται τη δράση της ντοπαμίνης. Οι παρενέργειες είναι παρόμοιες με αυτές της λεβοντόπας. Τέλος χορηγούνται σε χαμηλές δόσεις και αυξάνονται ποσοτικά σε θεραπευτικές δόσεις.

(Osborn et al.,2014)

Αντιχολινεργικά φάρμακα

Τα αντιχολινεργικά είναι η παλαιότερη κατηγορία φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της νόσου. Έχουν ηπιότερη δράση και γι' αυτό το λόγο συνιστάται σε περιπτώσεις με ελαφρές εκδηλώσεις. Επιλέγονται για τη θεραπεία του φαρμακευτικού καθώς και του μετεγκεφαλιτιδικού παρκινσονισμού. Η δράσης τους θεωρείται ότι συνιστάται στην καταστολή της κεντρικής χολινεργικής υπερδραστηριότητας ως αποτέλεσμα της έλλειψης ντοπαμίνης.

Χρησιμοποιούνταν πριν την ανακάλυψη της λεβοντόπας και χορηγούνταν πρωταρχικά για την αντιμετώπιση του τρόμου και της δυσκαμψίας. Τα πιο συνηθισμένα συνταγογραφούμενα φάρμακα της κατηγορίας αυτής είναι η τριεξυφαινιδύλη και η βενζοτροπίνη.

Παρενέργειες όπως η ξηρότητα του στόματος, η δυσκοιλιότητα, η θολή όραση και η επίσχεση ούρων αποθαρρύνουν τη μακροχρόνια χρήση τους.

Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία και πρέπει να τονισθεί είναι πως κατά την εγκυμοσύνη είναι αρκετά σημαντικό να αποφεύγεται η χορήγηση αντιπαρκινσονικών φαρμάκων, ειδικά στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και κατά την περίοδο γαλουχίας.

(Osborn et al.,2014)



11.3. ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νευροχειρουργική παρέμβαση είναι κατάλληλη επιλογή για συγκεκριμένους ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο της νόσου. Η πιο συχνή χειρουργική επέμβαση που εφαρμόζεται είναι η ηλεκτρική διέγερση εν τω βάθει δομών του εγκεφάλου (DBS). Η επέμβαση αυτή χρησιμοποιείται σε περιορισμένο αριθμό ασθενών, οι οποίοι εμφανίζουν προχωρημένο τρόμο. Η παρούσα επέμβαση δεν εκτελείται σε ασθενείς με διαταραχή γνωστικών λειτουργιών καθώς η επέμβαση μπορεί να επιδεινώσει τις γνωστικές τους λειτουργίες.

Στο χειρουργείο ένας εμφυτεύσιμος νευροδιεγέρτης σαν βηματοδότης εμφυτεύεται στην υποθαλαμική περιοχή και συνδέεται με ένα μεμονωμένο καλώδιο σε μια γεννήτρια ηλεκτρικών παλμών που επίσης εμφυτεύεται κοντά στην κλείδα. Οι ηλεκτρικές ώσεις που παράγει η γεννήτρια διεγείρουν την περιοχή του εγκεφάλου εμποδίζοντας τα ηλεκτρικά σήματα του εγκεφάλου, τα οποία δημιουργούν τις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου. Βέβαια, μετά την επέμβαση ο ασθενής είναι απαραίτητο να συνεχίσει τη χορήγηση των φαρμάκων, ωστόσο, μειώνονται οι δόσεις με αποτέλεσμα τον περιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών. Επιπρόσθετα, μετά την επέμβαση ο ασθενής παρακολουθείται για τυχόν νευρολογικές επιπλοκές, ενδοκρανιακές λοιμώξεις και δυσλειτουργία της συσκευής.

Παράλληλα υπάρχει και η μεταμόσχευση κυττάρων που εφαρμόζεται σε επιλεγμένα ιατρικά κέντρα. Στην παρούσα επέμβαση εμφυτεύονται βλαστοκύτταρα εντός του εγκεφάλου με την προσδοκία ότι τα κύτταρα αυτά θα αναπτυχθούν και θα παραχθεί αρκετή ντοπαμίνη αποκαθιστώντας τη χαμένη κινητικότητα. Ωστόσο η διαδικασία αυτή δεν έχει εγκριθεί από τον FDA.

(LeMone et al.,2011)

Τέλος συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες είναι πιθανόν να εφαρμοστούν για την αντιμετώπιση της νόσου. Μια τέτοια εναλλακτική θεωρείται το t'ai chi.

(Osborn et al.,2014)

11.4. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Φυσικά από την φαρμακευτική αγωγή προκαλούνται και αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες στο άτομο με νόσο Πάρκινσον. Αναλυτικότερα:

ΟΥΣΙΕΣ	ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
Αναστολείς της ΜΑΟ	Ορθοστατική υπόταση, μεταβολές της κινητικότητας, ψευδαισθήσεις, σύγχυση, αϋπνία
Αμανταδίνη	Επίσχεση ούρων, ψευδαισθήσεις, οίδημα κάτω άκρων
Λεβοντόπα	Γαστρεντερικά συμπτώματα, ναυτία, έμετος, απώλεια όρεξης, ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, ανησυχία, ψευδαισθήσεις, δυσκινησία (εμφανίζεται στο 80% των ασθενών μετά από 3 χρόνια θεραπείας με λεβοντόπα)
Αγωνιστές ντοπαμίνης	Ορθοστατική υπόταση, ναυτία, ψυχολογικές διαταραχές
Αντιχολινεργικά	Θόλωση όρασης, ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, καθυστερημένη γαστρική κένωση, κατακράτηση ούρων, φωτοφοβία, ταχυκαρδία, θερμοπληξία, ψυχολογικές παρενέργειες (σύγχυση, κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, παραλήρημα)
COMT αναστολείς	Παρόμοια με τη λεβοντόπα

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

(LeMone et al.,2011)

12. ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση είναι πτωχή λόγω του προοδευτικού εκφυλιστικού χαρακτήρα της νόσου, η οποία τελικά προσβάλλει πολλαπλά συστήματα του οργανισμού και επηρεάζει τη λειτουργία τους. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις είναι επίσης καταστροφικές και η οικογένεια χρειάζεται όλο και μεγαλύτερη υποστήριξη όσο η ανικανότητα του ασθενούς αυξάνεται. Ολική αναπηρία αναπτύσσεται μέσα σε 10-20 χρόνια από τη διάγνωση της νόσου.

(Burke et al.,2016)

Παρόλο που η νόσος Πάρκινσον δεν θεωρείται θανατηφόρα νόσος, η εκφυλιστική επίδραση που έχει στην ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί απλές καθημερινές λειτουργίες, μπορεί να προκαλέσει ευπάθεια σε πιο απειλητικές καταστάσεις, όπως πνευμονία ή τραυματισμό.

(Osborn et al.,2014)



B'ΜΕΡΟΣ



13.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Για να εκτιμηθεί με σωστό τρόπο η κατάσταση του αρρώστου, ορθό είναι να συγκεντρωθούν πληροφορίες μέσω του ιστορικού και της φυσικής εξέτασης. Φυσικά σημαντικό είναι κατά την εκτίμηση να συμπεριληφθούν οι φυσιολογικές μεταβολές λόγω της προχωρημένης ηλικίας.

- Ιστορικό υγείας: κάκωση εγκεφάλου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, λοίμωξη, χρήση ναρκωτικών, ακράτεια ούρων, δυσκοιλιότητα, προβλήματα ύπνου, εφίδρωση, απώλεια βάρους, μυϊκοί πόνοι
 - Φυσική εξέταση: συναίσθημα, ομιλία, τριχωτό κεφαλής, βλεφαρίδες, δέρμα, σιελόρροια, τρόμος, στάση σώματος, βάδισμα, μυϊκή δυσκαμψία
 - Αυτοφροντίδα: εμφάνιση, ντύσιμο, καθαριότητα, καλλωπισμός
- (LeMone et al.,2011)

Οι δοκιμασίες που εφαρμόζονται κατά την αρχική διάγνωση ομαδοποιούνται με βάση την εξέταση για την οποία προορίζονται:

1. Σχετικά με τις γνωστικές λειτουργίες, τη μνήμη και την αντίληψη υπάρχουν:
 - Η σύντομη εξέταση νοητικής κατάστασης (M.M.S.E.)
 - Η αναθεωρημένη κλίμακα νοημοσύνης του Wechsler για ενήλικες (W.A.I.S-R)
 - Η κλίμακα μνήμης του Wechsler
 - Η δοκιμασία προσανατολισμού γραμμής του τεστ Benton
 - Η οπτικοκινητική δοκιμασία του Bender
 - Το τεστ για τη λεκτική μάθηση κ.α.
2. Σχετικά με τα κινητικά συμπτώματα της νόσου:
 - Η κλίμακα UPDRS, η οποία εξετάζει τις γνωστικές-ψυχικές λειτουργίες του ασθενή, τη λειτουργικότητα στις καθημερινές δραστηριότητες, την κινητική λειτουργικότητα και τις επιπλοκές της θεραπευτικής αγωγής
 - Lieberman Disability Scale
3. Σχετικά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης:
 - Η γεροντική κλίμακα της κατάθλιψης (GBS)
 - Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (BDI)
 - Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton

(Γεωργιάδης, 2008)

14.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση απαιτεί εκτεταμένη γνώση της νόσου Πάρκινσον. Βασικός στόχος είναι να είναι να βελτιωθεί η μακροπρόθεσμη πρόγνωση της νόσου και να μειωθούν οι επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή του ασθενούς αλλά και της οικογένειάς τους. Ο νοσηλευτής πρέπει να καθοδηγηθεί και να στηρίζει τον ασθενή καθώς και να συζητάει τυχόν απορίες που υπάρχουν καθώς εξελίσσεται η νόσος. Επιπρόσθετα είναι απαραίτητο να μπορεί να διαχειριστεί τα συναισθήματα θλίψης και άγχους και να παρέχει συμβουλές σε αγχώδεις καταστάσεις. Αυτό έχει ως στόχο να βοηθηθούν ο ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς του, να θέσουν νέους στόχους και να δημιουργήσουν μια θετική προοπτική για το μέλλον.

(Hellqvist & Bertero,2015)

Νοσηλευτική διάγνωση:

- Μειωμένη φυσική κινητικότητα σχετιζόμενη με ακαμψία, βραδυκινησία, αστάθεια στάσης σώματος, μεταβαλλόμενη βάδιση
- Εξασθενημένη λεκτική επικοινωνία, σχετιζόμενη με αλλαγές στη φωνή και το λόγο και μειωμένη προσωπική έκφραση
- Διαταραγμένη διεργασία σκέψης (σύγχυση, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις) που σχετίζονται με γνωστικές αλλαγές, φαρμακευτική αγωγή ή λοίμωξη.

Παράλληλα για την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής του ασθενή χρειάζεται να εφαρμοστεί ένα πολυεπιστημονικό πλάνο το οποίο εκτός από νοσηλευτές περιλαμβάνει και λογοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές και εργοθεραπευτές.

(Osborn et al.,2014)

15.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ

Κίνδυνος τραυματισμού αυξημένος:

Έχει βρεθεί ότι ο ασθενής που πάσχει από τη νόσο παρουσιάζει δυσκολίες στην περιφερική του όραση με αποτέλεσμα να μην έχει τη δυνατότητα να αντιληφθεί και να καθορίσει οπτικά το χώρο ή τις διαστάσεις του χώρου. Αυτό φυσικά οδηγεί σε τραυματισμούς όχι μόνο στο σπίτι αλλά και στους εξωτερικούς χώρους. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναφέρει στην οικογένεια του ασθενούς κάποιες αλλαγές που είναι αναγκαίες να γίνουν στο σπίτι για την αποφυγή τραυματισμού του ασθενή. Κάποιες από αυτές είναι:

- Το ντεκόρ και η διακόσμηση του σπιτιού να μην είναι σκουρόχρωμη. Ο χρωματισμός και η διακόσμηση των τοίχων και της οροφής πρέπει να είναι ανοιχτόχρωμος για την αντανάκλαση του φωτός σε όλα τα δωμάτια ώστε να δημιουργείται αντίθεση με τα έπιπλα και τα άλλα αντικείμενα στο σπίτι
- Κατά τα διάρκεια της ημέρας οι κουρτίνες να είναι τραβηγμένες ώστε να μπαίνει αρκετό φως

Διαταραχή της λεκτικής επικοινωνίας:

Η μειωμένη ένταση της φωνής και η απώλεια ελέγχου των μυών μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα ομιλίας του ασθενούς. Συνετό είναι όσοι συναναστρέφονται μαζί του, να του δίνουν χρόνο να εκφραστεί. Τα βήματα του νοσηλευτή σ' αυτή την περίπτωση είναι τα εξής:

- Εκτίμηση των ικανοτήτων επικοινωνίας (προφορικού και γραπτού λόγου) καθώς και της ακοής
- Ανάπτυξη μεθόδων επικοινωνίας ανάλογες με τις ικανότητες συντονισμού του ασθενή
- Με τη συνεργασία του λογοθεραπευτή να προγραμματιστούν ειδικές ασκήσεις με στόχο τη διευκόλυνση της ομιλίας του ασθενούς
- Υπενθύμιση στον ασθενή να μιλά δυνατά. Αυτό συμβαίνει διότι οι ασθενείς έχουν σαν κύριο χαρακτηριστικό τη χαμηλή και μονότονη φωνή

(LeMone et al.,2011)

Διαταραχή της κινητικότητας:

Τα κύρια συμπτώματα του ασθενή είναι η δυσκαμψία, η βραδυκινησία, το τρέμουλο σε ηρεμία και η διαταραχή της στάσης και βάδισης. Για τη βελτίωση αυτών των συμπτωμάτων υπάρχουν ειδικά εργοθεραπευτικά προγράμματα σωματικής άσκησης. Ο ασθενής ξεκινά με απλές ασκήσεις χαλάρωσης και αναπνοής και συνεχίζει με ασκήσεις κινητοποίησης των αρθρώσεων και των άκρων. Καθώς η νόσος εξελίσσεται εκτελούνται πιο σύνθετες ασκήσεις για την κίνηση περισσότερων τμημάτων του σώματος σε συνδυασμό με τις προηγούμενες. Η κινησιοθεραπεία όπως ονομάζεται στοχεύει στην εφαρμογή αυτών των ασκήσεων για καθημερινές δραστηριότητες όπως το γύρισμα στο κρεβάτι, το σήκωμα και το κάθισμα. (Γεωργιάδης, 2008)

Στο κομμάτι το νοσηλευτικό, ο νοσηλευτής μπορεί να εφαρμόσει τα ακόλουθα:

- Συμβουλή του φυσικοθεραπευτή για τη δημιουργία ενός εξατομικευμένου προγράμματος ασκήσεων. Με το πρόγραμμα αυτό διατηρείται ο μυϊκός τόνος και η κινητικότητα του ασθενή
- Αναφορά στους φροντιστές του ασθενούς για την κινητοποίηση του τουλάχιστον 4 φορές την ημέρα
- Αναφορά στον ασθενή για βοηθητικές συσκευές όπως μαστούνια, νάρθηκες. Οι συσκευές βοηθούν στην βελτίωση της ισορροπίας και προστατεύουν τις αρθρώσεις
- Καθοδήγηση ασθενή με κάποιες βοηθητικές οδηγίες όπως την ανύψωση των ποδιών από τις καρέκλες, το ανασήκωμα του καθίσματος της τουαλέτας και την απομάκρυνση πιθανών κινδύνων π.χ. τα χαλιά

(LeMone et al.,2011)

Διαταραχή της θρέψης:

Ο τρόμος, η διαταραχή της βάδισης και η δυσκολία μάσησης και κατάποσης ευθύνονται για διατροφικά προβλήματα στον ασθενή. Καθώς η νόσος εξελίσσεται οι παρεμβάσεις για την άριστη θρέψη θα πρέπει να προσαρμοστούν στις λειτουργικές ικανότητες του ασθενή. (LeMone et al.,2011)

Για την αποφυγή του άγχους και της αμηχανίας που δημιουργεί η βραδυκινησία είναι προτιμότερο ο ασθενής να ξεκινάει το φαγητό του πριν από την υπόλοιπη οικογένεια. Επίσης χρήσιμο είναι να παίρνει μικρά και συχνά γεύματα. Για να αντιμετωπιστεί η σιελόρροια και η δυσκολία κατάποσης, τα φαγητά που προτείνονται είναι οι σούπες,

τα λαχανικά ή το κρέας (ψιλοκομμένα). Ως βοηθήματα κατά τη διάρκεια των γευμάτων συνιστάται αντιολισθητικό υλικό πάνω στο τραπέζι, πιάτα με χείλη για να μην πέφτει το φαγητό, ποτήρια με λαβές και από τις δυο πλευρές, μαχαιροπίρουνα και κουτάλια με μακριές χοντρές λαβές από πλαστικό και τραπέζι τοποθετημένο δίπλα στον τοίχο για σταθερότητα. (Γεωργιάδης,2008)

Πιο αναλυτικά οι νοσηλευτικές ενέργειες που πρέπει να κάνει ο νοσηλευτής είναι οι εξής:

- Εκτίμηση της κατάστασης θρέψης του ασθενή και την ικανότητα να σιτίζεται μόνος του
- Ζύγισμα ασθενούς κάθε εβδομάδα. Αυτή η ενέργεια στοχεύει στην ύπαρξη απώλειας βάρους και στην γρήγορα αντιμετώπισή του
- Ενθάρρυνση ασθενούς για διαίτα πλούσια σε όγκο και υγρά. Αυτό έχει σαν στόχο να μειωθεί η δυσκοιλιότητα που δημιουργούν ορισμένα αντιπαρκινσονικά φάρμακα

(LeMone et al.,2011)

Διαταραχή ύπνου:

Η διαταραχή του ύπνου έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία και την ποιότητα ζωής του ασθενή. Η μυϊκή δυσκαμψία έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να χάνει την ικανότητα να κινείται και να αλλάζει θέση κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η δυσφορία προκαλεί περιόδους αυπνίας και τα φάρμακα για την θεραπεία προκαλούν διαταραχή στον ύπνο (LeMone et al.,2011). Μια κοινή διαταραχή που σχετίζεται με τη νόσο είναι η αποφρακτική άπνοια ύπνου (OSA), η οποία συμβαίνει σε ποσοστό 20-60% των ασθενών. Οι συνέπειες της διαταραχής αυτής είναι οι καρδιακές αρρυθμίες, η νυχτερινή σύγχυση και η λειτουργική παρακμή. Η OSA έχει αποδειχθεί ως ο υψηλότερος κίνδυνος για τροχαία ατυχήματα κατά την οδήγηση (Harmell et al.,2016). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που είναι αναγκαίο να γίνουν αναφέρονται παρακάτω:

- Εκτίμηση των συνηθειών ύπνου του ασθενή και οι τυχόν καταστάσεις που τον επηρεάζουν όπως η κατάθλιψη ή ο πόνος. Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς που έχουν κατάθλιψη και άνοια δυσκολεύονται να αποκοιμηθούν και κάνουν ανήσυχο ύπνο
- Παρακολούθηση φαρμακευτικής αγωγής. Η βρωμοκρυπτίνη και η λεβοντόπα ειδικά αν χορηγηθούν μαζί προκαλούν ανήσυχα όνειρα

- Παρότρυνση ασθενή σε μικρές περιόδους ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας. Επίσης αποφυγή έντονων ασκήσεων το βράδυ διότι δημιουργούν διέγερση
- Περιορισμός καφεΐνης και αλκοόλ. Η καφεΐνη είναι διεγερτική και το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει έγερση νωρίς το πρωί, αυξημένη υπνηλία την ημέρα και εφιάλτες

Διαταραγμένη σκέψη:

Ένα από τα συμπτώματα της νόσου Πάρκινσον όπως προαναφέρθηκε είναι η ψύχωση. Οι ψευδαισθήσεις και ειδικά οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι το συχνότερο εύρημα στην ψύχωση της νόσου. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις έχουν συγκεκριμένους σχηματισμούς και αφορούν οικεία πρόσωπα, άγνωστα ή ακόμη και πεθαμένα. Το μέγεθος των φιγούρων είναι μικρότερο από την πραγματικότητα και σπάνια είναι παραμορφωμένες. Εμφανίζονται ξαφνικά και έχουν κίνηση. Για την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης χορηγούνται άτυπα αντιψυχωσικά (κλοζαπίνη, κουετιαπίνη) και η ευθύνη του νοσηλευτή είναι κυρίως να παρακολουθεί την πορεία του ασθενή. (ΑΠΘ,2009)



16. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Επειδή τα κυρίαρχα παρκινσονικά συμπτώματα επηρεάζονται κυρίως και από ψυχολογικούς παράγοντες, η αντιμετώπισή τους φυσικά εξαρτάται από το ίδιο το άτομο και κατά πόσο θα μπορέσει να ανταπεξέλθει σ' αυτά είτε είναι γνωστικά είτε συναισθηματικά. Ένα σημαντικό ψυχικό σύμπτωμα που συνοδεύει τη νόσο είναι η κατάθλιψη, η οποία εμφανίζεται περίπου στο 75%-85% των ασθενών.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς που πάσχουν από Πάρκινσον αναφέρουν ότι αισθάνονται θλίψη, αδυναμία, απογοήτευση για τον εαυτό τους και το μέλλον καθώς και απελπισία. Τα άτομα αυτά βιώνουν έντονο άγχος, φόβο και παρουσιάζουν κρίσεις πανικού. Επίσης στην καθημερινότητα αισθάνονται εξάντληση και κόπωση αρκετά γρήγορα. Η ψυχοκινητική επιβράδυνση συνοδεύει συνήθως την κινητική επιβράδυνση, με συμπτώματα που αφορούν την επιβράδυνση της σκέψης και του λόγου. Παράλληλα η απώλεια ευχαρίστησης συνοδεύει την ανημπόρια και την έλλειψη ελπίδας του ασθενή για το μέλλον, το πώς βλέπει τον εαυτό του, τις αδυναμίες που αρχίζουν να εμφανίζονται όλο και πιο έντονα με αποτέλεσμα να υπάρχουν αρνητικές σκέψεις σχεδόν σε όλους τους τομείς της ζωής του. Επιπρόσθετα τα αισθήματα των ασθενών διακατέχονται από σκέψεις ενοχικές, χαμηλής αυτοεκτίμησης και σκέψεις αναξιοπιστίας.

Σε συνδυασμό με τα καταθλιπτικά συναισθήματα συνοδεύονται και τα σωματικά ενοχλήματα όπως είναι η δυσκολία στην αναπνοή, ο πόνος στο στήθος, η κεφαλαλγία, οι σπασμοί, οι έμετοι και η δυσκοιλιότητα. Λόγω όλων αυτών, ο ασθενής προσκολλάται εξαρτητικά σε ανθρώπους ή απομονώνεται εντελώς στον εαυτό του.

Στην ψυχολογική υποστήριξη ενός ασθενή με Πάρκινσον απαιτείται αρχικά η ενημέρωση για τη νόσο και τα συμπτώματά της, το νόημα τους και τις δυνατότητες που υπάρχουν με τη προσπάθεια του ασθενή να συνεχίσει να ζει δημιουργικά και λειτουργικά στην καθημερινότητά του. Ο ρόλος του νοσηλευτή σ' αυτό το κομμάτι είναι να ενθαρρύνει τον ασθενή να δεχτεί ψυχολογική παρέμβαση. Με τη βοήθεια του ψυχολόγου, ο ασθενής μαθαίνει να λειτουργεί επαγγελματικά και κοινωνικά σύμφωνα με τις δυνατότητές του και την ιδιοσυγκρασία του ανάλογα με το στάδιο της νόσου.

(Ahn et al.,2017)

17.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η νόσος Πάρκινσον είναι μια ασθένεια, η οποία καθώς εξελίσσεται οδηγεί το άτομο σε αναπηρία θέτοντας προκλήσεις στους ασθενείς, στους συγγενείς και στους επαγγελματίες υγείας. Σε πρώιμα στάδια ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να παραμείνει σπίτι του και με τη βοήθεια της οικογένειάς του να εκτελούνται οι καθημερινές του ανάγκες. Με τη πάροδο όμως, καθώς η νόσος εξελίσσεται και το βάρος της φροντίδας αυξάνεται ίσως προτιμηθεί η μεταφορά του ασθενή σε ένα ίδρυμα για τη βέλτιστη φροντίδα του.

Κατ' οίκον φροντίδα

Όσο η νόσος εξελίσσεται είναι απαραίτητο να υπάρχει και η κατάλληλη διαχείριση του ασθενή. Έτσι λοιπόν χρειάζεται ο ασθενής να είναι ανεξάρτητος και να αυτοεξυπηρετείται για όσο περισσότερο διάστημα γίνεται. Τα παρακάτω βήματα είναι αρκετά σημαντικά για να μπορέσει ο ασθενής να έχει καλύτερη ποιότητα ζωής:

- Ρεαλιστικές προσδοκίες
- Προμήθειες υλικών/εξοπλισμού
- Διαμόρφωση του χώρου στο σπίτι με στόχο τη σωστή χρήση του εξοπλισμού
- Συνεργασία με λογοθεραπευτή, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή και διαιτολόγο
- Ασκήσεις για τη βελτίωση της κινητικότητας, της λεκτικής επικοινωνίας και της σίτισης
- Πρόσληψη υγρών μέχρι 3.000 ml ημερησίως και αύξηση της περιεκτικότητας της τροφής σε φυτικές ίνες
- Χρήση καθαρτικών για την κένωση του εντέρου
- Προτίμηση τροφών που καταπίνονται εύκολα και χορήγηση 6 μικρών γευμάτων μέσα στην ημέρα

(LeMone et al.,2011)

EPEYNA-NEA ΔΕΔΟΜΕΝΑ

ΑΡΘΡΟ 1

[Cold Spring Harb Perspect Med.](#) 2011 Sep;1(1):a008862. doi: 10.1101/cshperspect.a008862.

The history of Parkinson's disease: early clinical descriptions and neurological therapies.

[Goetz CG](#)¹.

Abstract

Although components of possible Parkinson's disease can be found in very early documents, the first clear medical description was written in 1817 by James Parkinson. In the mid-1800s, Jean-Martin Charcot was particularly influential in refining and expanding this early description and in disseminating information internationally about Parkinson's disease. He separated Parkinson's disease from multiple sclerosis and other disorders characterized by tremor, and he recognized cases that later would likely be classified among the Parkinsonism-plus syndromes. Early treatments of Parkinson's disease were based on empirical observation, and anticholinergic drugs were used as early as the nineteenth century. The discovery of dopaminergic deficits in Parkinson's disease and the synthetic pathway of dopamine led to the first human trials of levodopa. Further historically important anatomical, biochemical, and physiological studies identified additional pharmacological and neurosurgical targets for Parkinson's disease and allow modern clinicians to offer an array of therapies aimed at improving function in this still incurable disease.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Το ιστορικό της νόσου του Πάρκινσον: πρώιμες κλινικές περιγραφές και νευρολογικές θεραπείες.

Περίληψη

Αν και τα συστατικά της πιθανής νόσου του Parkinson μπορεί να βρεθούν σε πολύ πρώιμα έγγραφα, η πρώτη σαφής ιατρική περιγραφή γράφτηκε το 1817 από τον James Parkinson. Στα μέσα της δεκαετίας του 1800, ο Jean-Martin Charcot είχε ιδιαίτερη επιρροή στη διύλιση και επέκταση αυτής της πρώιμης περιγραφής και στη διάδοση πληροφοριών διεθνώς σχετικά με τη νόσο του Πάρκινσον. Διαχώρισε τη νόσο του Πάρκινσον από τη σκλήρυνση κατά πλάκας και άλλες διαταραχές που χαρακτηρίζονται από τρόμο και αναγνώρισε περιπτώσεις που αργότερα θα μπορούσαν να ταξινομηθούν μεταξύ των συνδρόμων παρκινσονισμού-συν. Οι πρώιμες θεραπείες της νόσου του Parkinson βασίστηκαν στην εμπειρική παρατήρηση και τα αντιχολινεργικά φάρμακα χρησιμοποιήθηκαν ήδη από τον δέκατο ένατο αιώνα. Η ανακάλυψη των ντοπαμινεργικών ελλειμμάτων στη νόσο του Πάρκινσον και η συνθετική οδός της ντοπαμίνης οδήγησε στις πρώτες ανθρώπινες δοκιμές της λεβοντόπας. Περαιτέρω ιστορικά σημαντικές ανατομικές, βιοχημικές και φυσιολογικές μελέτες εντόπισαν πρόσθετους φαρμακολογικούς και νευροχειρουργικούς στόχους για τη νόσο Πάρκινσον και επιτρέπουν στους σύγχρονους κλινικούς ιατρούς να προσφέρουν μια σειρά θεραπειών που στοχεύουν στη βελτίωση της λειτουργίας αυτής της ανιάτης ασθένειας.

ΑΡΘΡΟ 2

[Nursing](#). 2015Jul;45(7):26-32;quiz32-3.doi:
10.1097/01.NURSE.0000466443.27431.b3.

Unmasking nonmotor symptoms of Parkinson disease.

[LaRocco SA](#)¹.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Συμπερασματικά το άρθρο κάνει αναφορά στις μη κινητικές κλινικές εκδηλώσεις και πως κάποιες από αυτές έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπιστούν για την καλύτερη ποιότητα ζωής του ασθενή. Συγκεκριμένα αναφέρονται προτάσεις στα συμπτώματα της δυσκοιλιότητας, της ορθοστατικής υπότασης, του πόνου, των διαταραχών ύπνου και της σιελόρροιας. Ωστόσο είναι απίθανο να έχει ο ασθενής όλα τα μη κινητικά συμπτώματα και γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να αξιολογηθεί ώστε να σχεδιαστεί θεραπεία κατάλληλη για τον ίδιο.

ΑΡΘΡΟ 3

[Int J Nurs Pract.](#) 2016 Apr;22(2):129-37. doi: 10.1111/ijn.12377. Epub 2014 Dec 17.

Factors contributing to malnutrition in patients with Parkinson's disease.

[Kim SR](#)¹, [Chung SJ](#)², [Yoo SH](#)³.

Abstract

Our objective in this study was to evaluate the nutritional status and to identify clinical, psychosocial, and nutritional factors contributing to malnutrition in Korean patients with Parkinson's disease. We used a descriptive, cross-sectional study design. Of 102 enrolled patients, 26 (25.5%) were malnourished and 27 (26.5%) were at risk of malnutrition based on Mini-Nutritional Assessment scores. Malnutrition was related to activity of daily living score, Hoehn and Yahr stage, duration of levodopa therapy, Beck Depression Inventory and Spielberger's Anxiety Inventory scores, body weight, body weight at onset of Parkinson's disease, and body mass index. On multiple logistic regression analysis, anxiety score, duration of levodopa therapy, body weight at onset of Parkinson's disease, and loss of body weight were significant factors predicting malnutrition in Parkinson's disease patients. Therefore, nutritional assessment, including psychological evaluation, is required for Parkinson's disease patients to facilitate interdisciplinary nutritional intervention for malnourished patients.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Παράγοντες που συμβάλλουν στον υποσιτισμό σε ασθενείς με νόσο του Parkinson.

Περίληψη

Στόχος μας στη μελέτη αυτή ήταν να αξιολογήσουμε τη διατροφική κατάσταση και να προσδιορίσουμε κλινικούς, ψυχοκοινωνικούς και διατροφικούς παράγοντες που συμβάλλουν στον υποσιτισμό σε κορεάτες ασθενείς με νόσο του Parkinson. Χρησιμοποιήσαμε έναν περιγραφικό, διατομικό σχεδιασμό μελέτης. Από τους 102 εγγεγραμμένους ασθενείς, 26 (25,5%) ήταν υποσιτισμένοι και 27 (26,5%) είχαν τον κίνδυνο υποσιτισμού με βάση βαθμολογία στις μικρό-διατροφικές βαθμολογίες αξιολόγησης. Ο υποσιτισμός σχετίζεται με τη δραστηριότητα της βαθμολογίας καθημερινής διαβίωσης, στα στάδια Hoehn και Yahr, στη διάρκεια της θεραπείας με λεβοντόπα, στη καταγραφή κατάθλιψης του Beck, στα αποτελέσματα των αποθεμάτων

άγχους του Spielberg, στο σωματικό βάρος, στο σωματικό βάρος κατά την έναρξη της νόσου του Parkinson και στο δείκτη μάζας σώματος. Σε πολλαπλή ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, η βαθμολογία άγχους, η διάρκεια της θεραπείας με λεβοντόπα, το σωματικό βάρος σε σύνολο της νόσου του Parkinson και η απώλεια σωματικού βάρους ήταν σημαντικοί παράγοντες που προβλέπουν τον υποσιτισμό σε ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον. Ως εκ τούτου, η διατροφική αξιολόγηση, συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής αξιολόγησης, απαιτείται για τους ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον για να διευκολυνθεί η διεπιστημονική διατροφική παρέμβαση των υποσιτισμένων ασθενών.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν στον υποσιτισμό είναι το άγχος, η διάρκεια θεραπείας με λεβοντόπα και η απώλεια βάρους. Το άγχος όπως φαίνεται είναι η κυριότερη αιτία υποσιτισμού γι' αυτό το λόγο η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και η άσκηση είναι αποτελεσματικές μέθοδοι αντιμετώπισής του.

Παράλληλα συνιστάται η σωστή αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης του ασθενή με επικυρωμένα εργαλεία. Τέλος σε ασθενείς με κίνδυνο υποσιτισμού, καθώς και σε υποσιτισμένους, θα πρέπει να εκτελούνται κάποιες παρεμβάσεις, όπως είναι η τροποποίηση της διατροφής και τα συμπληρώματα διατροφής, η εκπαίδευση, η ανακούφιση του στρες και η ρύθμιση των συμπτωμάτων που επηρεάζουν τη φτώχη από του στόματος πρόσληψη.

ΑΡΘΡΟ 4

[J Neurosci Nurs.](#) 2015 Jun;47(3):146-53. doi: 10.1097/JNN.0000000000000131.

Fatigue in Parkinson disease: an integrative review.

[Bruno AE](#)¹, [Sethares KA](#).

Abstract

Fatigue, one of the most prevalent and underassessed nonmotor symptoms in patients with Parkinson disease (PD), is reported to be a major cause of disability and reduced quality of life. The purpose of this review was to systematically examine the scientific literature and report how fatigue is defined and measured and what interventions are used to treat it. A synthesis of the current literature will expose the current state of the

science of fatigue in PD, propose areas for future research, and offer practice implications. An integrative review of the literature was conducted. The electronic databases CINAHL, Psychinfo, and PUBMED were searched using the keywords "Parkinson's disease," "fatigue," "definition," "mental fatigue," "physical fatigue," "measurement," "interventions," "treatment," and "methylphenidate." One hundred fourteen articles were found. Nineteen studies met review criteria. No universal definition of fatigue in PD was found, making it difficult to measure. However, central, physical, mental, and peripheral fatigues were described. Six scales were found that measure fatigue in PD; only one specific to PD, the Parkinson Fatigue Scale, measured physical fatigue. Seven studies reported interventions to treat fatigue and were categorized as medication, exercise, and alternative interventions. None of these interventions had a significant effect on fatigue. Findings showed that (a) there is a lack of a universally accepted definition of fatigue because of its subjective nature, (b) existing fatigue measurement tools do not measure all types of fatigue in PD, and (c) no intervention had a significant effect on fatigue. There is a need to define and explore fatigue further using qualitative methods. Further development of instruments to measure fatigue in women, younger onset, and older adults with PD is needed. A focus on person-centered interventions to reduce fatigue in patients with PD is a research priority.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Κόπωση στη νόσο Πάρκινσον: μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση.

Περίληψη

Η κόπωση, ένα από τα πλέον διαδεδομένα και υπερεκτιμημένα μη κινητικά συμπτώματα σε ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον (PD), αναφέρθηκε ότι αποτελεί κύρια αιτία αναπηρίας και μειωμένης ποιότητας ζωής. Σκοπός αυτής της ανασκόπησης ήταν να εξετάσει συστηματικά την επιστημονική βιβλιογραφία και να αναφέρει πώς ορίζεται και μετράται η κόπωση και ποιες παρεμβάσεις χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της. Μια σύνθεση της τρέχουσας βιβλιογραφίας θα εκθέσει την τρέχουσα κατάσταση της επιστήμης της κόπωσης στο PD, θα προτείνει τομείς για μελλοντική έρευνα και θα προσφέρει πρακτικές συνέπειες. Έγινε μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων CINAHL, Psychinfo και PUBMED αναζητήθηκαν χρησιμοποιώντας τις λέξεις-κλειδιά «νόσο του Parkinson», «κόπωση»,

«ορισμός», «ψυχική κόπωση», «σωματική κόπωση», «μέτρηση», «παρεμβάσεις», «θεραπεία» και «μεθυλφαινιδάτη». Εκατόν δεκατέσσερα άρθρα βρέθηκαν. Δεκαεννέα μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια αναθεώρησης. Δεν βρέθηκε καθολικός ορισμός της κόπωσης στο PD, καθιστώντας δύσκολη τη μέτρηση. Εντούτοις, περιγράφηκε κεντρικά, σωματικά, διανοητικά και περιφερικά η κόπωση. Έξι κλίμακες βρέθηκαν που μετράνε την κόπωση στη νόσο Πάρκινσον. Μόνο μία συγκεκριμένη για την νόσο Πάρκινσον, η Κλίμακα Μέτρησης της Κούρασης, η οποία μετράει τη σωματική κόπωση. Επτά μελέτες ανέφεραν παρεμβάσεις για τη θεραπεία της κόπωσης και κατηγοριοποιήθηκαν ως φαρμακευτική αγωγή, άσκηση και εναλλακτικές παρεμβάσεις. Καμία από αυτές τις επεμβάσεις δεν είχε σημαντική επίδραση στην κόπωση. Τα ευρήματα έδειξαν ότι (α) υπάρχει έλλειψη ενός παγκοσμίως αποδεκτού ορισμού της κούρασης λόγω της υποκειμενικής φύσης του, β) τα υπάρχοντα εργαλεία μέτρησης κόπωσης δεν μετρούν όλους τους τύπους κόπωσης στην PD και (γ) καμία παρέμβαση δεν είχε σημαντική επίδραση στην κόπωση. Υπάρχει ανάγκη να προσδιοριστεί και να διερευνηθεί περαιτέρω η κόπωση χρησιμοποιώντας ποιοτικές μεθόδους. Απαιτείται περαιτέρω ανάπτυξη μέσων για τη μέτρηση της κόπωσης σε γυναίκες, νεότερους ασθενείς και ηλικιωμένους με PD. Η εστίαση στις προσανατολισμένες στον άνθρωπο παρεμβάσεις για τη μείωση της κόπωσης σε ασθενείς με PD είναι ερευνητική προτεραιότητα.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Η κόπωση είναι σε μεγάλο βαθμό μια υποκειμενική έννοια οπότε δυσκολεύει την ύπαρξη ενός αποδεκτού ορισμού. Χωρίς λοιπόν επαρκή ορισμό είναι ακατόρθωτο να μετρηθεί και να εκτιμηθεί η κόπωση στο κλινικό περιβάλλον. Παρ' όλο που υπάρχουν 6 κλίμακες μέτρησης, καμιά δεν μετράει τους τύπους της κόπωσης που περιγράφονται μέσα στο άρθρο. Τέλος η κόπωση μπορεί να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά με τη χορήγηση μεθυλοφαινιδάτης καθώς υπάρχουν ελάχιστες ενδείξεις για την συμβολή της φυσικής δραστηριότητας.

APPOPO 5

[Sleep Med.](#) 2016 May;21:28-34. doi: 10.1016/j.sleep.2016.01.001. Epub 2016 Feb 10.

Obstructive Sleep Apnea and Cognition in Parkinson's disease.

[Harmell AL](#)¹, [Neikrug AB](#)², [Palmer BW](#)³, [Avanzino JA](#)⁴, [Liu L](#)⁵, [Maglione JE](#)⁶, [Natarajan L](#)⁷, [Corey-Bloom J](#)⁸, [Loredo JS](#)⁹, [Ancoli-Israel S](#)¹⁰.

Abstract

OBJECTIVE: Obstructive sleep apnea (OSA) is very common in Parkinson's disease (PD). OSA is known to affect patients' cognition. The present study assessed whether PD patients with OSA (PD + OSA) score lower on cognitive measures than those without OSA (PD - OSA). In addition, this study evaluated whether treating the OSA with continuous positive airway pressure (CPAP) in PD + OSA patients results in an improved cognitive functioning.

METHODS: Eighty-six patients with PD underwent an overnight polysomnography screen for OSA and were administered the Mini-Mental Status Exam (MMSE) and the Montreal Cognitive Assessment (MoCA). This resulted in 38 patients with PD + OSA who were randomly assigned to receive either therapeutic CPAP for 6 weeks (n = 19) or placebo CPAP for three weeks followed by therapeutic CPAP for three weeks (n = 19). Intervention participants completed a neurocognitive battery at baseline and 3- and 6-week time-points.

RESULTS: Patients with PD + OSA scored significantly lower than PD - OSA on the MMSE and MoCA after controlling for age, education, and PD severity. OSA was a significant predictor of cognition (MMSE $p < 0.01$; MoCA $p = 0.028$). There were no significant changes between groups in cognition when comparing three weeks of therapeutic CPAP with 3 weeks of placebo CPAP. Comparisons between pre-treatment and 3-week post-therapeutic CPAP for the entire sample also revealed no significant changes on overall neuropsychological (NP) scores.

CONCLUSIONS: Findings suggest that PD patients with OSA show worse cognitive functioning on cognitive screening measures than those without OSA. However, OSA treatment after three or six weeks of CPAP may not result in overall cognitive improvement in patients with PD.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Αποφρακτική άπνοια και οι επιδράσεις της στην νόσο

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Η αποφρακτική άπνοια ύπνου (OSA) είναι πολύ κοινό σύμπτωμα στην νόσο του Parkinson (PD). Το OSA είναι γνωστό ότι επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία των ασθενών. Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε κατά πόσο οι ασθενείς με PD και OSA (PD + OSA) έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες στις γνωστικές λειτουργίες από εκείνους χωρίς OSA (PD - OSA). Επιπλέον, αυτή η μελέτη αξιολόγησε κατά πόσο η θεραπεία της OSA με συνεχή θετική πίεση των αεραγωγών (CPAP) σε PD + OSA είχε αποτελέσματα σε ασθενείς για μια πιο βελτιωμένη γνωστική λειτουργία.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Ογδόντα έξι ασθενείς με PD υποβλήθηκαν μέσα σε μια μέρα στην οθόνη polysomnography για OSA και τους χορηγήθηκαν το Mini-Mental Καταστατικό εξετάσεων (MMSE) και η γνωσιακή Αξιολόγηση του Μόντρεαλ (MoCA). Αυτό οδήγησε 38 ασθενείς με PD + OSA που επιλέχθηκαν τυχαία να λάβουν είτε θεραπευτική CPAP για 6 εβδομάδες (n = 19) ή εικονικό φάρμακο CPAP για τρεις εβδομάδες και ακολούθησε η θεραπεία CPAP για τρεις εβδομάδες (n = 19). Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν την παρέμβαση κατά τα χρονικά σημεία 3 έως 6 εβδομάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με PD + OSA σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές από τους PD - OSA στο MMSE και MoCA μετά τον έλεγχο με βάση την ηλικία και την εκπαίδευση, ο OSA ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης της γνωστικής λειτουργίας (MMSE $p < 0,01$? MoCA $p = 0,028$). Υπάρχουν σημαντικές αλλαγές μεταξύ των ομάδων στη γνωστική λειτουργία κατά τη σύγκριση μετά από τρεις εβδομάδες θεραπείας CPAP με 3 εβδομάδες CPAP εικονικό φάρμακο. Οι συγκρίσεις μεταξύ των προ-επεξεργασίας 3 εβδομάδων και μετά την θεραπεία CPAP αποκάλυψε συνολικά σημαντικές αλλαγές στη συνολική νευροψυχολογική βαθμολογία (NP).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με PD με OSA παρουσιάζουν χειρότερη γνωστική λειτουργία σχετικά από εκείνους που δεν έχουν OSA. Ωστόσο, η θεραπεία OSA μετά από τρεις ή έξι εβδομάδες CPAP μπορεί να μην οδηγήσει στην συνολική γνωστική βελτίωση σε ασθενείς με PD.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Το άρθρο κάνει αναφορά σε μια κοινή διαταραχή ύπνου στην νόσο Πάρκινσον, η οποία είναι η αποφρακτική άπνοια ύπνου (OSA). Η OSA προκαλείται από την απόφραξη του ανώτερου αεραγωγού που οδηγεί σε πλήρεις καταπάσεις (apneas) και μερικές μειώσεις (hyrorpeas) στην αναπνοή κατά τη διάρκεια του ύπνου. Επιπλέον οι συνέπειες της OSA περιλαμβάνουν καρδιακές αρρυθμίες, νυχτερινή σύγχυση, υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και λειτουργική παρακμή. Η OSA έχει χαρακτηριστεί ως υψηλός κίνδυνος για αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Η πιο αποτελεσματική θεραπεία για OSA είναι η συνεχής θετική πίεση των αεραγωγών (CPAP).

Ο σκοπός της μελέτης επιτεύχθηκε καθώς οι ασθενείς με Πάρκινσον και OSA έχουν χειρότερες γνωστικές επιδόσεις από τους ασθενείς με Πάρκινσον χωρίς OSA. Παράλληλα η θεραπεία της OSA με CPAP έχει αποτέλεσμα στη βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας. Αυτή η θεωρία είναι πιθανή καθώς οι ασθενείς με PD στην μελέτη είχαν υψηλότερες μέσες MMSE βαθμολογίες και γιατί η CPAP μπορεί να έχει διαφορές στην παθοφυσιολογία των νευροεκφυλιστικών διεργασιών.

ΑΡΘΡΟ 6

[Ann Rehabil Med.](#) 2016 Jun;40(3):440-6. doi: 10.5535/arm.2016.40.3.440. Epub 2016 Jun 29.

The Functional Dysphagia Scale Is a Useful Tool for Predicting Aspiration Pneumonia in Patients With Parkinson Disease.

[Lee JH](#)¹, [Lee KW](#)¹, [Kim SB](#)¹, [Lee SJ](#)¹, [Chun SM](#)², [Jung SM](#)¹.

Abstract

OBJECTIVE: To describe the correlation between the functional dysphagia scale and aspiration pneumonia and which characteristics influence the occurrence of aspiration pneumonia in patients with idiopathic Parkinson disease.

METHODS: Fifty-three patients with idiopathic Parkinson disease were prospectively evaluated in this study. Disease severity and functional status were measured by modified Hoehn and Yahr (H&Y) staging, Schwab and England activities of daily living (S-E ADL) scale and Korean version of Mini-Mental State Examination (K-MMSE). Swallowing function was evaluated by the functional dysphagia scale (FDS)

and the penetration-aspiration scale (PAS) based on a videofluoroscopic swallowing study. The patients were followed up for 3 months and divided into two groups according to the occurrence of aspiration pneumonia. The correlation between the variables and aspiration pneumonia was analyzed.

RESULTS: Eight patients of the 53 patients were allocated to the aspiration pneumonia group and 45 patients to the non-aspiration pneumonia group. The patients in the aspiration pneumonia group had significantly higher H&Y staging, and scored lower on S-E ADL scale and K-MMSE. The patients in the aspiration pneumonia group had significantly higher scores on FDS and PAS. A multiple logistic regression analysis showed that the S-E ADL scale and the FDS were associated with the occurrence of aspiration pneumonia in the patients with Parkinson disease.

CONCLUSION: Given that the FDS can quantitatively assess the functional problems associated with dysphagia, it can be clinically effective in predicting the occurrence of aspiration pneumonia, and the FDS and the S-E ADL scale could be predictive variables for aspiration pneumonia in patients with Parkinson disease.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Σχέση δυσφαγίας και πνευμονίας από εισρόφηση σε ασθενείς με νόσο Πάρκινσον

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της έρευνας είναι να περιγράψει τη σχέση μεταξύ της κλίμακας λειτουργικής δυσφαγίας και της πνευμονίας από εισρόφηση και ποια χαρακτηριστικά επηρεάζουν την εμφάνιση πνευμονίας εισπνοής σε ασθενείς με ιδιοπαθή νόσο του Πάρκινσον.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Πενήντα τρεις ασθενείς με ιδιοπαθή νόσο του Πάρκινσον αξιολογήθηκαν μελλοντικά σε αυτή τη μελέτη. Η σοβαρότητα της νόσου και η λειτουργική κατάσταση μετρήθηκαν με την τροποποιημένη κλίμακα καθημερινής διαβίωσης (SE ADL) Hoehn και Yahr (H & Y), τις δραστηριότητες Schwab και Αγγλίας και με την κορεατική έκδοση της Mini-Mental State Examination (K-MMSE). Η λειτουργία κατάποσης αξιολογήθηκε με τη κλίμακα λειτουργικής δυσφαγίας (FDS) και την κλίμακα διείσδυσης-αναρρόφησης (PAS) με βάση μελέτη βιντεοφθοροσκοπικής κατάποσης. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για 3 μήνες και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την εμφάνιση πνευμονίας εισπνοής. Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών και της πνευμονίας της αναρρόφησης αναλύθηκε.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οκτώ ασθενείς από τους 53 ασθενείς χορηγήθηκαν στην ομάδα πνευμονίας αναρρόφησης και 45 ασθενείς στην ομάδα μη πνευμονικής πνευμονίας. Οι ασθενείς στην ομάδα πνευμονίας εισρόφησης είχαν σημαντικά υψηλότερη στάση H & Y και βαθμολογήθηκαν χαμηλότερα στην κλίμακα SE ADL και K-MMSE. Οι ασθενείς στην ομάδα πνευμονίας εισρόφησης είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες σε FDS και PAS. Μια ανάλυση πολλαπλής διοικητικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η κλίμακα SE ADL και η FDS συσχετίστηκαν με την εμφάνιση πνευμονίας αναρρόφησης σε ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεδομένου ότι το FDS μπορεί να εκτιμήσει ποσοτικά τα λειτουργικά προβλήματα που σχετίζονται με την δυσφαγία, μπορεί να είναι κλινικά αποτελεσματική στην πρόβλεψη της εμφάνισης πνευμονίας από εισρόφηση, και ο FDS και η κλίμακα ADL S-E θα μπορούσε να είναι μία προγνωστική μέθοδος για την πνευμονία από εισρόφηση σε ασθενείς με νόσο του Parkinson.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Ένα από τα κύρια προβλήματα των ασθενών με Πάρκινσον είναι η δυσφαγία η οποία προκαλεί πνευμονία από εισρόφηση και θεωρείται μια από τις κύριες αιτίες θανάτου. Η πνευμονία από εισρόφηση παρατηρείται περισσότερο σε ασθενείς με χαμηλή λειτουργική κατάσταση. Παράλληλα χαρακτηριστικά που την επηρεάζουν είναι ο πυρετός συνοδευόμενος από αύξηση των λευκοκυττάρων, ανωμαλία των πνευμόνων και μη φυσιολογικά ευρήματα σε ακτινογραφία θώρακα. Ως εργαλείο αξιολόγησης των ανωμαλιών στην κατάποση εφαρμόζεται η βιντεοφθοροσκοπική μελέτη κατάποσης (VFSS).

Σκοπός της μελέτης ήταν να εξεταστεί η κλίμακα λειτουργικής δυσφαγίας σε συνδυασμό με τη πνευμονία εισρόφησης. Το συμπέρασμα που πάρθηκε ήταν ότι η κλίμακα λειτουργικής δυσφαγίας (FDS) μπορεί να προβλέψει την εμφάνιση πνευμονίας από εισρόφηση.

ΑΡΘΡΟ 7

[J Neurosci Nurs.](#) 2016 Dec;48(6):E2-E9.

Biobehavioral Framework of Symptom and Health Outcomes of Uncertainty and Psychological Stress in Parkinson Disease

[Austin KW](#)¹, [Ameringer SW](#), [Starkweather AR](#), [Cloud LJ](#), [Sturgill JL](#), [Elswick RK Jr.](#)

Abstract

Parkinson disease (PD) is a debilitating, progressive neurodegenerative disorder characterized by complex motor and nonmotor symptoms that fluctuate in onset, severity, level of disability, and responsiveness to treatment. The unpredictable nature of PD and the inability to halt or slow disease progression may result in uncertainty and psychological stress. Uncertainty and psychological stress have important implications for symptom and health outcomes in PD. Uncertainty and psychological stress have been shown to worsen symptoms, functional capacity, and quality of life in chronic illnesses; however, the causal mechanisms have yet to be elucidated. We propose a biobehavioral framework for examining uncertainty and psychological stress in PD. The framework considers factors that may contribute to uncertainty and neuroendocrine/immune mechanisms of uncertainty and psychological stress that may influence symptom and health outcomes in PD, for the ultimate purpose of improving symptom and disease progression, functional capacity, and quality of life.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Βιοϊατρικό πλαίσιο συμπτωμάτων και αποτελεσμάτων υγείας της αβεβαιότητας και του ψυχολογικού στρες στη νόσο του Parkinson

Περίληψη

Η νόσος Πάρκινσον είναι μια εξουθενωτική, προοδευτική, νευροεκφυλιστική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από σύνθετα κινητικά και μη κινητικά συμπτώματα που κυμαίνονται στην έναρξη, τη σοβαρότητα, το επίπεδο αναπηρίας και την ανταπόκριση στη θεραπεία. Η απρόβλεπτη φύση της νόσου Πάρκινσον και η ανικανότητα να σταματήσει ή να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου μπορεί να οδηγήσει σε αβεβαιότητα και ψυχολογικό στρες. Η αβεβαιότητα και το ψυχολογικό στρες έχουν σημαντικές συνέπειες για τα συμπτώματα και τα αποτελέσματα της υγείας στη νόσο Πάρκινσον. Η αβεβαιότητα και το ψυχολογικό στρες έχει αποδειχθεί ότι επιδεινώνουν

τα συμπτώματα, τη λειτουργική ικανότητα και την ποιότητα ζωής σε χρόνιες παθήσεις. Ωστόσο, οι αιτιώδεις μηχανισμοί δεν έχουν διευκρινιστεί ακόμη. Προτείνουμε ένα βιοϊατρικό πλαίσιο για την εξέταση της αβεβαιότητας και του ψυχολογικού στρες στη νόσο Πάρκινσον. Το πλαίσιο εξετάζει παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην αβεβαιότητα και τους νευροενδοκρινικούς μηχανισμούς της αβεβαιότητας και του ψυχολογικού στρες που μπορούν να επηρεάσουν τα συμπτώματα και τα αποτελέσματα της υγείας στην ΠΔ, με απώτερο στόχο τη βελτίωση των συμπτωμάτων και της εξέλιξης της νόσου, της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής.

ΑΡΘΡΟ 8

[BMC Psychiatry](#). 2014 Jan 27;14:19. doi: 10.1186/1471-244X-14-19.

A waitlist-controlled trial of group cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in Parkinson's disease.

[Troeung L](#)¹, [Egan SJ](#), [Gasson N](#).

Abstract

BACKGROUND: The aim of this study was to evaluate the efficacy of a group Cognitive Behavioural Therapy (CBT) treatment for depression and anxiety in Parkinson's disease (PD).

METHODS: A waitlist-controlled trial design was used. Eighteen adults with PD and a comorbid DSM-IV-TR diagnosis of depression and/or anxiety were randomised to either Intervention (8-week group CBT treatment) or Waitlist (8-week clinical monitoring preceding treatment). The Depression, Anxiety, Stress Scale-21 (DASS-21) was the primary outcome. Assessments were completed at Time 1 (pretreatment), Time 2 (posttreatment/post-waitlist) and 1-month and 6-month follow-ups.

RESULTS: At Time 2, participants who received CBT reported greater reductions in depression ($M(\text{change}) = -2.45$) than Waitlist participants ($M(\text{change}) = .29$) and this effect was large, $d = 1.12$, $p = .011$. Large secondary effects on anxiety were also observed for CBT participants, $d = .89$, $p = .025$. All treatment gains were maintained and continued to improve during the follow-up period. At 6-month follow-up, significant and large effects were observed for both depression ($d = 2.07$) and anxiety ($d = 2.26$).

CONCLUSIONS: Group CBT appears to be an efficacious treatment approach for depression and anxiety in PD however further controlled trials with larger numbers of participants are required.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Μια δοκιμασμένη σε λίστα περιπτώσεων δοκιμασία για τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία της ομάδας για την κατάθλιψη και το άγχος στη νόσο του Parkinson.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα μιας θεραπευτικής αντιμετώπισης της ομάδας Γνωστικής Θεραπείας Συμπεριφοράς (CBT) για την κατάθλιψη και το άγχος στη νόσο του Parkinson (PD).

ΜΕΘΟΔΟΙ: Χρησιμοποιήθηκε δοκιμαστικός σχεδιασμός ελεγχόμενης λίστας αναμονής. Δεκαοκτώ ενήλικες με PD και συνυπάρχουσα DSM-IV-TR διάγνωση κατάθλιψης ή / και άγχους τυχαιοποιήθηκαν είτε σε παρέμβαση (θεραπεία CBT ομάδας 8 εβδομάδων) είτε σε Waitlist (κλινική παρακολούθηση 8 εβδομάδων πριν από τη θεραπεία). Η κατάθλιψη, η ανησυχία, η κλίμακα άγχους-21 (DASS-21) ήταν το κύριο αποτέλεσμα. Οι αξιολογήσεις ολοκληρώθηκαν κατά τη χρονική στιγμή 1 (προεπεξεργασία), τη χρονική περίοδο 2 (μετεπεξεργασία / αναμονή) και την παρακολούθηση 1 μηνών και 6 μηνών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Την ώρα 2, οι συμμετέχοντες που έλαβαν CBT ανέφεραν μεγαλύτερες μειώσεις στην κατάθλιψη (M (αλλαγή) = -2.45) από τους συμμετέχοντες σε λίστα αναμονής (M (αλλαγή) = .29) και αυτό το αποτέλεσμα ήταν μεγάλο, $d = 1,12$, $p = .011$. Μεγάλες δευτερογενείς επιδράσεις στο άγχος παρατηρήθηκαν επίσης για τους συμμετέχοντες στην CBT, $d = .89$, $p = .025$. Όλα τα κέρδη της θεραπείας διατηρήθηκαν και συνέχισαν να βελτιώνονται κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Κατά την παρακολούθηση 6 μηνών, παρατηρήθηκαν σημαντικά και μεγάλα αποτελέσματα τόσο για την κατάθλιψη ($d = 2,07$) όσο και για το άγχος ($d = 2,26$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ομάδα CBT φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση για την κατάθλιψη και το άγχος στην PD, ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω ελεγχόμενες δοκιμές με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Η CBT έχει αναγνωρισθεί ως μια εναλλακτική λύση αντί των φαρμακολογικών αγωγών και θεωρείται κατάλληλη μορφή θεραπείας για τους ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν ψυχολογικές δυσκολίες. Κύρια συστατικά της θεραπείας είναι η ψυχοεκπαίδευση, η εκγύμναση χαλάρωσης, η γνωστική θεραπεία, η επίλυση προβλημάτων και η ενεργοποίηση της συμπεριφοράς. Η παρέμβαση CBT είναι ένα πρόγραμμα οκτώ εβδομάδων και οι συμμετέχοντες που έλαβαν CBT εμφάνισαν σημαντικές και μεγάλες βελτιώσεις στην κατάθλιψη. Συμπερασματικά η παρούσα μελέτη παρέχει μια προκαταρκτική υποστήριξη για την ομάδα CBT ως θεραπευτική προσέγγιση στο PD τόσο για την οξεία όσο και για την περίοδο παρακολούθησης.

ΑΡΘΡΟ 9

[Nurs Health Sci.](#) 2017 Jun;19(2):220-227. doi: 10.1111/nhs.12332. Epub 2017 Mar 29.

Uncertainty and depression in people with Parkinson's disease: A cross-sectional study.

[Ahn S¹](#), [Lee J²](#), [Chu SH²](#), [Sohn YH³](#).

Abstract

Adults with chronic disease may experience uncertainty and depression when coping with their illness. This study identifies degrees of uncertainty and depression, as well as factors associated with depression in people with Parkinson's disease. The 120 participants included patients who visited the neurology outpatient department of a tertiary hospital in Seoul and individuals who attended public events managed by the Korean Parkinson's Disease Association. The mean age of the sample was 65.01 and 50.8% of patients were men. The mean scores of uncertainty and depression, measured using the Mishel Uncertainty in Illness Scale and Short Form Geriatric Depression Scale were 99.03 and 6.73, respectively. Approximately 68% of participants scored above the cut-off score for depression. Multiple regression analyses showed that uncertainty, perceived health status, and fatigue were factors significantly associated with depression. Nurses should be aware of and address these factors and their effects in order to implement interventions to prevent depression in people with Parkinson's disease.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Αβεβαιότητα και κατάθλιψη σε άτομα με νόσο του Πάρκινσον: Μια συγχρονική μελέτη.

Περίληψη

Οι ενήλικες με χρόνια ασθένεια μπορεί να αισθάνονται αβεβαιότητα και κατάθλιψη όταν αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους. Αυτή η μελέτη εντοπίζει βαθμούς αβεβαιότητας και κατάθλιψης, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη σε άτομα με νόσο του Parkinson. Οι 120 συμμετέχοντες περιλάμβαναν ασθενείς που επισκέφθηκαν το εξωτερικό ιατρείο νευρολογίας ενός τριτογενούς νοσοκομείου στη Σεούλ και άτομα που παρακολούθησαν δημόσιες εκδηλώσεις που διοικούνται από την κορεατική ασθένεια του Πάρκινσον. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 65,01 και το 50,8% των ασθενών ήταν άνδρες. Η μέση βαθμολογία αβεβαιότητας και κατάθλιψης, που μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα Αβεβαιότητα της Mishel σε Κλίμακα Ασθενούς και η Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης Σύντομης Μορφής ήταν 99,03 και 6,73 αντίστοιχα. Περίπου το 68% των συμμετεχόντων σκόραρε πάνω από το σκορ αποκοπής για την κατάθλιψη. Οι αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η αβεβαιότητα, η εκληφθείσα κατάσταση υγείας και η κόπωση ήταν παράγοντες που σχετίζονταν σημαντικά με την κατάθλιψη. Οι νοσοκόμες πρέπει να γνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν αυτούς τους παράγοντες και τα αποτελέσματά τους προκειμένου να εφαρμόσουν παρεμβάσεις για την πρόληψη της κατάθλιψης σε άτομα με νόσο του Πάρκινσον.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αβεβαιότητα είναι συχνή σε άτομα με Πάρκινσον και ο βαθμός αβεβαιότητας μπορεί να είναι υψηλότερος από εκείνον σε ασθενείς με άλλες χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος και ο σακχαρώδης διαβήτης. Από τους 120 συμμετέχοντες, το 67,5% ανέφερε μια καταθλιπτική διάθεση. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αβεβαιότητα, η κατάσταση της υγείας και η κόπωση είναι παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη σε άτομα με PD.

APPOPO 10

[Mov Disord](#). 2016 Nov;31(11):1676-1684. doi: 10.1002/mds.26713. Epub 2016 Jul 27.

Levodopa modulates small-world architecture of functional brain networks in Parkinson's disease.

[Berman BD](#)^{1,2}, [Smucny J](#)³, [Wylie KP](#)³, [Shelton E](#)¹, [Kronberg E](#)³, [Leehey M](#)¹, [Tregellas JR](#)^{3,4}.

Abstract

BACKGROUND:

PD is associated with disrupted connectivity to a large number of distributed brain regions. How the disease alters the functional topological organization of the brain, however, remains poorly understood. Furthermore, how levodopa modulates network topology in PD is largely unknown.

OBJECTIVES: We used resting state functional MRI (rsfMRI) and graph theory to determine how small-world architecture is altered in PD and affected by levodopa administration.

METHODS: Twenty-one PD patients and 20 controls underwent functional MRI scanning. PD patients were scanned off medication and one hour after 200mg levodopa. Imaging data were analyzed using 226 nodes comprising 10 intrinsic brain networks. Correlation matrices were generated for each subject and converted into cost thresholded, binarized adjacency matrices. Cost-integrated whole brain global and local efficiencies were compared across groups and tested for relationships with disease duration and severity.

RESULTS: Data from two patients and four controls were excluded due to excess motion. Patients off medication showed no significant changes in global efficiency and overall local efficiency, but in a subnetwork analysis did show increased local efficiency in Executive ($p=0.006$), and Salience ($p=0.018$) networks. Levodopa significantly decreased local ($p=0.039$) efficiency in patients except within the Subcortical network where it significantly increased local efficiency ($p=0.007$).

CONCLUSIONS: Levodopa modulates global and local efficiency measures of small-world topology in PD suggesting that degeneration of nigrostriatal neurons in PD may be associated with a large-scale network reorganization, and that levodopa tends to normalize the disrupted network topology in PD.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η λειτουργικότητα της λεβοντόπα σε μικρά τμήματα στη νόσο Πάρκινσον και οι επιδράσεις της

Περίληψη

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Το PD συσχετίζεται με διαταραγμένη συνδεσιμότητα σε μεγάλο αριθμό κατανεμημένων περιοχών του εγκεφάλου. Ο τρόπος με τον οποίο η ασθένεια μεταβάλλει τη λειτουργική τοπολογική οργάνωση του εγκεφάλου, ωστόσο, παραμένει ελάχιστα κατανοητή. Επιπλέον, ο τρόπος με τον οποίο η λεβοντόπα ρυθμίζει την τοπολογία του δικτύου στην PD είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη.

ΣΤΟΧΟΙ: Χρησιμοποιήσαμε λειτουργική MRI σε κατάσταση αναπαύσεως (rsfMRI) και τη θεωρία γραφημάτων για να καθορίσουμε πώς η αρχιτεκτονική μικρού κόσμου μεταβάλλεται σε PD και επηρεάζεται από τη χορήγηση λεβοντόπας.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Είκοσι μία ασθενείς με PD και 20 έλεγχοι υποβλήθηκαν σε λειτουργική σάρωση με μαγνητική τομογραφία. Οι ασθενείς με PD υπέστησαν σάρωση από το φάρμακο και μία ώρα μετά από 200 mg λεβοντόπα. Τα δεδομένα απεικόνισης αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας 226 κόμβους που περιλαμβάνουν 10 ενδογενή δίκτυα εγκεφάλου. Οι μήτρες συσχετίσεων δημιουργήθηκαν για κάθε υποκείμενο και μετατράπηκαν σε μήτρες με κατώφλι κόστους, διπλοσυνδεδεμένες. Οι συνολικές και τοπικές αποτελεσματικότητες του συνολικού εγκεφάλου συγκρίθηκαν στο σύνολο των ομάδων και εξετάστηκαν για τις σχέσεις με τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της νόσου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεδομένα από δύο ασθενείς και τέσσερις ελέγχους αποκλείστηκαν λόγω υπερβολικής κίνησης. Οι ασθενείς εκτός φαρμάκων δεν παρουσίασαν σημαντικές αλλαγές στην παγκόσμια αποτελεσματικότητα και τη συνολική τοπική αποτελεσματικότητα, αλλά σε μια ανάλυση υποσυνόλου εμφάνισαν αυξημένη τοπική απόδοση σε δίκτυα Executive ($p = 0.006$) και Salience ($p = 0.018$). Η λεβοντόπα μείωσε σημαντικά την τοπική αποτελεσματικότητα ($p = 0,039$) σε ασθενείς εκτός από το δίκτυο Subcortical όπου αύξησε σημαντικά την τοπική αποτελεσματικότητα ($p = 0,007$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η λεβοντόπα ρυθμίζει τα μέτρα παγκόσμιας και τοπικής απόδοσης της τοπολογίας του μικρού κόσμου στο PD υποδεικνύοντας ότι ο εκφυλισμός των νευρωνικών νευρώνων στο PD μπορεί να συσχετιστεί με μια αναδιοργάνωση δικτύου μεγάλης κλίμακας και ότι η λεβοντόπα τείνει να ομαλοποιήσει τη διαταραχή της τοπολογίας του δικτύου στην PD.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Οι ερευνητές έχουν αρχίσει να αντιλαμβάνονται τις διαταραχές του δικτύου του Πάρκινσον (οι οποίες αποτελούν και τη βάση των συμπτωμάτων) μέσω μεθόδων που βασίζονται στις θεωρίες γραφημάτων σε συνδυασμό με λειτουργικά δεδομένα λειτουργικής MRI (rsfMRI).

Γι' αυτό λοιπόν θέλανε να μελετήσουν αν είναι αποτελεσματική η χρήση της rsfMRI και της θεωρίας των γραφημάτων για την εξέταση των διαταραχών στη λειτουργική τοπολογία των νευρικών δικτύων ηρεμίας στο Πάρκινσον πριν και μετά τη χορήγηση της ντοπαμίνης.

Εν κατακλείδι τα συμπεράσματα που πάρθηκαν αναφέρουν ότι η λεβοντόπα μειώνει σημαντικά την τοπική αποτελεσματικότητα και ότι η μείωση της τοπικής αποτελεσματικότητας οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη μείωση των δικτύων DA, EXE και SOM.

ΑΡΘΡΟ 11

[Clin Nurs Res](#). 2017 Apr;26(2):142-156. doi: 10.1177/1054773816634912. Epub 2016 Jul 25.

Nursing Research in Parkinson's Disease From 2006 to 2015.

[Shin JY](#)¹, [Habermann B](#)¹.

Abstract

Most people with Parkinson's disease (PD) reside in their homes with their family members. Nurses are in a good position to partner with people with PD and their family members for better self-management of the disease and improved quality of life. The purpose of this systematic review was to assess the state of the science of nursing research related to PD during the 10-year period, 2006 to 2015. A total of 27 studies were included in this review. Family caregiving was the most studied topic, followed by symptom management/medication adherence, quality of life, end-of-life/palliative care, and functional status/improving function. Recommendations for future studies in PD include (a) developing and testing interventions based on theoretical models in the areas of self-management, symptom management, and function improvement in people with PD and for caregivers caring for people with advanced stage PD, and (b) building programs of research with interprofessional teams.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Νοσηλευτική Έρευνα στη Νόσος του Πάρκινσον Από το 2006 έως το 2015.

Περίληψη

Οι περισσότεροι άνθρωποι με νόσο του Πάρκινσον (PD) κατοικούν στα σπίτια τους με τα μέλη της οικογένειάς τους. Οι νοσοκόμες είναι σε καλή θέση να συνεργάζονται με άτομα με PD και τα μέλη των οικογενειών τους για καλύτερη αυτοδιαχείριση της νόσου και βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σκοπός αυτής της συστηματικής ανασκόπησης ήταν να εκτιμηθεί η κατάσταση της επιστήμης της νοσηλευτικής έρευνας που σχετίζεται με το PD κατά τη διάρκεια της δεκαετίας, 2006 έως 2015. Στο πλαίσιο αυτής της ανασκόπησης συμπεριλήφθηκαν συνολικά 27 μελέτες. Η φροντίδα της οικογένειας ήταν το πιο μελετημένο θέμα, ακολουθούμενο από τη διαχείριση συμπτωμάτων / προσκόλλησης φαρμάκων, την ποιότητα ζωής, τη λήξη της ζωής / παρηγορητική φροντίδα και τη λειτουργική κατάσταση / λειτουργία βελτίωσης. Οι συστάσεις για μελλοντικές σπουδές στο PD περιλαμβάνουν (α) την ανάπτυξη και τον έλεγχο παρεμβάσεων που βασίζονται σε θεωρητικά μοντέλα στους τομείς της αυτοδιαχείρισης, τη διαχείριση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της λειτουργίας σε άτομα με PD και για φροντιστές που φροντίζουν άτομα με προχωρημένο στάδιο PD και (β) δημιουργία ερευνητικών προγραμμάτων με διεπαγγελματικές ομάδες.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Στη συγκεκριμένη μελέτη κύριο θέμα αποτελεί η φροντίδα. Έτσι λοιπόν διερευνήθηκαν θέματα που αφορούσαν την οικογενειακή φροντίδα, την διαχείριση των συμπτωμάτων/φαρμακευτική προσήλωση, την λειτουργική ικανότητα/ βελτίωση της λειτουργίας, την ποιότητα ζωής και το τέλος της ζωής/ παρηγορητική φροντίδα ασθενών με Πάρκινσον. Για να μπορέσει να σταθεί ορθά η μελέτη χρησιμοποιήθηκε ποιοτική έρευνα για να διερευνηθούν οι εμπειρίες των ανθρώπων με PD, των οικογενειών τους καθώς και των φροντιστών τους.

ΑΡΘΡΟ 12

[Appl Nurs Res](#). 2015 May;28(2):86-91. doi: 10.1016/j.apnr.2014.12.008. Epub 2015 Feb 26.

Support supplied by Parkinson's disease specialist nurses to Parkinson's disease patients and their spouses.

[Hellqvist C](#)¹, [Berterö C](#)².

Abstract

AIM:The purpose of the study was to identify the role of the Parkinson's disease specialist nurse in providing support both for people with Parkinson's disease (PD) and their spouses.

BACKGROUND: PD is a neurodegenerative disease with symptoms that affect many aspects of daily life. In Sweden, specialised nurses called Parkinson's disease specialist nurses (PD specialist nurses) have been working for over a decade to support PD patients and their families.

METHOD: A qualitative approach was taken using dyad interviews with each PD patient and spouse. The analysis was conducted using conventional qualitative content analysis.

FINDINGS:The analysis resulted in the identification of one overarching category; competent, professional practice, tailored for the individual. Four categories: professional competence, nursing practice, continuity of contact and emotional support, are distinct but related to each other and show different nuances of the same phenomenon.

CONCLUSION: The work of PD specialist nurses in providing support to PD patients and their relatives should be tailored to individual patients and their families as well as including skilled nursing care to relieve the impact of the disease on daily life.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Υποστήριξη που παρέχεται από ειδικευμένους νοσηλευτές της νόσου του Πάρκινσον σε ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον και τους συζύγους τους.

Περίληψη

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστεί ο ρόλος της ειδικής νοσοκόμας της νόσου του Πάρκινσον στην παροχή υποστήριξης τόσο για άτομα με νόσο του Πάρκινσον (PD) όσο και για τους συζύγους τους

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Το PD είναι μια νευροεκφυλιστική ασθένεια με συμπτώματα που επηρεάζουν πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής. Στη Σουηδία, εξειδικευμένοι νοσοκόμοι που ονομάζονται ειδικευμένοι νοσηλευτές της νόσου του Πάρκινσον (νοσηλευτές εξειδικευμένοι στο PD) εργάζονται πάνω από μια δεκαετία για να υποστηρίξουν τους ασθενείς με PD και τις οικογένειές τους.

ΜΕΘΟΔΟΙ: Μια ποιοτική προσέγγιση έγινε με τη χρήση συνεντεύξεων με κάθε ασθενή και σύζυγο. Η ανάλυση διεξήχθη χρησιμοποιώντας συμβατική ποιοτική ανάλυση περιεχομένου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανάλυση κατέληξε στον εντοπισμό μιας γενικής κατηγορίας, ικανή, επαγγελματική πρακτική, προσαρμοσμένη στο άτομο. Τέσσερις κατηγορίες: επαγγελματική ικανότητα, νοσηλευτική πρακτική, συνεχής επαφή και συναισθηματική υποστήριξη, είναι ξεχωριστές αλλά σχετίζονται μεταξύ τους και εμφανίζουν διαφορετικές αποχρώσεις του ίδιου φαινομένου.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το έργο των ειδικευμένων νοσηλευτών PD για την παροχή υποστήριξης στους ασθενείς με PD και τους συγγενείς τους θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένο σε μεμονωμένους ασθενείς και τις οικογένειές τους καθώς και να συμπεριλαμβάνει εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα για την ανακούφιση του αντίκτυπου της νόσου στην καθημερινή ζωή.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Οι ασθενείς με PD αλλά και οι σύντροφοί τους απαιτούν κατάλληλη επαγγελματική πρακτική προσαρμοσμένη στο άτομο. Ειδικοί γι' αυτές τις απαιτήσεις όπως αναφέρεται είναι οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές καθώς προσφέρουν εξατομικευμένη και ικανή περίθαλψη σε κάθε ασθενή, με μοναδικό στόχο την ανακούφιση των επιπτώσεων της νόσου στην καθημερινή ζωή. Οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές είναι απαραίτητο πέρα από τις θεωρητικές γνώσεις σχετικά με τη νόσο, να διαθέτουν πρακτικές δεξιότητες και εμπειρία.

AP0PO 13

[JAMA Neurol.](#) 2017 Apr 1;74(4):411-418. doi: 10.1001/jamaneurol.2016.5192.

Timed Light Therapy for Sleep and Daytime Sleepiness Associated With Parkinson Disease: A Randomized Clinical Trial.

[Videnovic A](#)¹, [Klerman EB](#)², [Wang W](#)³, [Marconi A](#)⁴, [Kuhta T](#)⁴, [Zee PC](#)⁴.

Abstract

IMPORTANCE: Impaired sleep and alertness are some of the most common nonmotor manifestations of Parkinson disease (PD) and currently have only limited treatment options. Light therapy (LT), a widely available treatment modality in sleep medicine, has not been systematically studied in the PD population.

OBJECTIVE: To determine the safety and efficacy of LT on excessive daytime sleepiness (EDS) associated with PD.

DESIGN, SETTINGS, AND PARTICIPANTS: This randomized, placebo-controlled, clinical intervention study was set in PD centers at Northwestern University and Rush University. Participants were 31 patients with PD receiving stable dopaminergic therapy with coexistent EDS, as assessed by an Epworth Sleepiness Scale score of 12 or greater, and without cognitive impairment or primary sleep disorder. Participants were randomized 1:1 to receive bright LT or dim-red LT (controlled condition) twice daily in 1-hour intervals for 14 days. This trial was conducted between March 1, 2007, and October 31, 2012. Data analysis of the intention-to-treat population was conducted from November 1, 2012, through April 30, 2016.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES: The primary outcome measure was the change in the Epworth Sleepiness Scale score comparing the bright LT with the dim-red LT. Secondary outcome measures included the Pittsburgh Sleep Quality Index score, the Parkinson's Disease Sleep Scale score, the visual analog scale score for daytime sleepiness, and sleep log-derived and actigraphy-derived metrics.

RESULTS: Among the 31 patients (13 males and 18 females; mean [SD] disease duration, 5.9 [3.6] years), bright LT resulted in significant improvements in EDS, as assessed by the Epworth Sleepiness Scale score (mean [SD], 15.81 [3.10] at baseline vs 11.19 [3.31] after the intervention). Both bright LT and dim-red LT were associated with improvements in sleep quality as captured by mean (SD) scores on the Pittsburgh Sleep Quality Index (7.88 [4.11] at baseline vs 6.25 [4.27] after bright LT, and 8.87 [2.83] at baseline vs 7.33 [3.52] after dim-red LT) and the Parkinson's Disease Sleep

Scale (97.24 [22.49] at baseline vs 106.98 [19.37] after bright LT, and 95.11 [19.86] at baseline vs 99.28 [16.94] after dim-red LT). Bright LT improved several self-reported mean (SD) sleep metrics, including sleep fragmentation (number of overnight awakenings, 1.51 [1.03] at baseline vs 0.92 [0.97] after the intervention), sleep quality (sleep diary score, 3.03 [1.01] at baseline vs 3.53 [0.91] after the intervention), and ease of falling asleep (sleep diary score, 2.32 [0.89] at baseline vs 1.83 [0.88] after the intervention). Light therapy was associated with increased daily physical activity as assessed by actigraphy (average activity [SD] counts, 165.01 [66.87] at baseline vs 194.59 [87.81] after the intervention).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE: Light therapy was well tolerated and may be a feasible intervention for improving the sleep-wake cycles in patients with PD. Further studies are required to determine optimal parameters of LT for PD.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Χρονική Θεραπεία Φωτός για ύπνο και ηρεμία κατά τη διάρκεια της ημέρας που σχετίζεται με τη νόσο του Πάρκινσον: μια τυχαία κλινική δοκιμή.

Περίληψη

ΣΗΜΑΣΙΑ: Ο μειωμένος ύπνος και η εγρήγορση είναι μερικές από τις συνηθέστερες μη μητρολογικές εκδηλώσεις της νόσου του Πάρκινσον (PD) και επί του παρόντος έχουν περιορισμένες μόνο επιλογές θεραπείας. Η θεραπεία με φως (LT), μια ευρέως διαθέσιμη θεραπευτική μέθοδος στην ιατρική του ύπνου, δεν έχει μελετηθεί συστηματικά στον πληθυσμό PD.

ΣΚΟΠΟΣ: Για τον προσδιορισμό της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας του LT σε υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (EDS) που σχετίζεται με PD.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ: Αυτή η τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη κλινικής παρέμβασης τέθηκε σε κέντρα PD στο Northwestern University και στο Πανεπιστήμιο Rush. Οι συμμετέχοντες ήταν 31 ασθενείς με PD που έλαβαν σταθερή ντοπαμινεργική θεραπεία με συνυπάρχον EDS, όπως εκτιμήθηκε με βαθμολογία Epworth Sleepiness Scale 12 ή μεγαλύτερη και χωρίς γνωστική εξασθένηση ή πρωτογενή διαταραχή του ύπνου. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν 1: 1 για να λάβουν φωτεινό LT ή ερυθρό LT (ελεγχόμενη κατάσταση) δύο φορές ημερησίως σε διαστήματα 1 ώρας για 14

ημέρες. Αυτή η δοκιμή διεξήχθη μεταξύ της 1ης Μαρτίου 2007 και της 31ης Οκτωβρίου 2012. Η ανάλυση δεδομένων του πληθυσμού πρόθεσης για θεραπεία πραγματοποιήθηκε από την 1η Νοεμβρίου 2012 έως τις 30 Απριλίου 2016.

ΚΥΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ: Το κύριο μέτρο έκβασης ήταν η αλλαγή στο σκορ κλίμακας Sleepiness Epworth που συγκρίνει το φωτεινό LT με το dim-red LT. Τα δευτερεύοντα μέτρα έκβασης περιελάμβαναν τη βαθμολογία του δείκτη ποιότητας του ύπνου του Πίτσμπουργκ, τη βαθμολογία της νόσου του Parkinson's Sleep Scale, την οπτική αναλογική κλίμακα για την υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας και τις μετρήσεις που προέρχονται από το ημερολόγιο του ύπνου και την ακτιγραφία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μεταξύ των 31 ασθενών (13 άνδρες και 18 γυναίκες, μέση διάρκεια της νόσου [SD], 5,9 [3,6] έτη), το φωτεινό LT οδήγησε σε σημαντικές βελτιώσεις στο EDS, όπως εκτιμήθηκε από την βαθμολογία Epworth Sleepiness Scale (μέση τιμή SD, 15,81 [3,10] κατά την έναρξη της θεραπείας έναντι 11,19 [3,31] μετά την παρέμβαση). Τόσο το φωτεινό LT όσο και το dim-red LT συσχετίστηκαν με βελτιώσεις στην ποιότητα του ύπνου, όπως καταγράφηκαν από τις μέσες (SD) βαθμολογίες στον Δείκτη Ποιότητας του ύπνου Pittsburg (7,88 [4,11] σε αρχική τιμή έναντι 6,25 [4,27] μετά από φωτεινό LT και 8,87 [2,83] (97,24 [22,49] κατά την έναρξη της μελέτης έναντι 106,98 [19,37] μετά την έντονη LT και 95,11 [19,86] στην αρχική τιμή έναντι 99,28 [16,94] μετά την dim- κόκκινο LT). Το Bright LT βελτίωσε αρκετές μετρήσεις για τον ύπνο μέσου όρου (SD), συμπεριλαμβανομένου του κατακερματισμού του ύπνου (αριθμός αφυπνίσεων κατά τη διάρκεια της νύχτας, 1,51 [1,03] κατά την έναρξη της θεραπείας έναντι 0,92 [0,97] μετά την επέμβαση), και την ευκολία στον ύπνο (βαθμολογία ημερολογίου ύπνου, 2,32 [0,89]] στην αρχική τιμή έναντι 1,83 [0,88] μετά την παρέμβαση). Η θεραπεία με φως συσχετίστηκε με αυξημένη ημερήσια σωματική δραστηριότητα, όπως εκτιμήθηκε με ακτιγραφία (μέσος όρος δραστηριότητας [SD], 165,01 [66,87] στην αρχική τιμή έναντι 194,59 [87,81] μετά την παρέμβαση).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΟΤΗΤΑ: Η θεραπεία με φως ήταν καλά ανεκτή και μπορεί να είναι μια εφικτή παρέμβαση για τη βελτίωση των κύκλων ύπνου-αφύπνισης σε ασθενείς με PD. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τον προσδιορισμό των βέλτιστων παραμέτρων του LT για το PD.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Η υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (EDS) επηρεάζουν το 90% των ασθενών με PD. Γι' αυτό το λόγο υπάρχει μεγάλη ανάγκη να αναπτυχθούν μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις για την πρόληψη και τη διαχείριση των διαταραχών του ύπνου σε ασθενείς με PD. Έτσι ερευνάται στη συγκεκριμένη μελέτη αν η θεραπεία φωτός (LT) είναι αποτελεσματική στη βελτίωση της υπερβολικής υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας και της ποιότητας του ύπνου στη νόσο του Πάρκινσον. Όπως αποδείχθηκε, το LT βελτίωσε αρκετές μετρήσεις του ύπνου και την υπερβολική υπνηλία και επιπλέον είναι το πιο ευεργετικό για την ενίσχυση της ημέρας εγρήγορσης και της ποιότητας του ύπνου. Τέλος, η θεραπεία με φως μπορεί επίσης να είναι ευεργετική για τα κινητικά συμπτώματα του PD.

ΑΡΘΡΟ 14

[Front Neurosci.](#) 2016 Jul 7;10:287. doi: 10.3389/fnins.2016.00287. eCollection 2016.

The Embodied Self in Parkinson's Disease: Feasibility of a Single Tango Intervention for Assessing Changes in Psychological Health Outcomes and Aesthetic Experience.

[Koch SC](#)¹, [Mergheim K](#)², [Raeke J](#)², [Machado CB](#)², [Riegner E](#)², [Nolden J](#)², [Diermayr G](#)², [von Moreau D](#)², [Hillecke TK](#)².

Abstract

BACKGROUND: Dance is an embodied activity with benefits for mobility, balance, and quality of life (QoL) of persons affected by Parkinson's Disease (PD). It is enjoyable and likely to support adherence to movement prescriptions. The objective of this study was to assess the feasibility of measuring changes in psychological outcomes, specifically well-being, body self-efficacy, outcome expectations, and experienced beauty after a single Argentine Tango intervention in a workshop format. To anchor experienced beauty in a theory, the article introduces a model of embodied aesthetics featuring active art-making as a central aspect of healing in arts-based interventions.

METHODS: In a single-group pre-post design, we tested the feasibility of measuring psychological changes of 34 PD patients from Southern Germany after an introductory workshop in Argentine Tango. They participated in a 90 min Tango for PD intervention and completed the Heidelberg State Inventory (HSI-24; (Koch et al., 2007)), the Body Self-Efficacy Scale (BSE; (Fuchs and Koch, 2014)) with a sub-dimension on aesthetic

experience, and the Credibility-Expectancy Questionnaire (CEQ; (Deville and Borkovec, 2000)) before and after the intervention. A subgroup completed the therapeutic factors of arts therapies-scale, a new measure to elaborate on the aesthetic experience. We analyzed pre-post-differences with a t-test for paired samples.

RESULTS AND DISCUSSION:The study supports the feasibility of measuring health-related psychological changes from a single Argentine Tango intervention for PD patients, as well as acceptance and appropriateness of the intervention for the patient group. After the tango intervention, well-being, body self-efficacy, and outcome expectancies increased. Participants also experienced an increase in beauty of their movements and other aesthetic aspects. We suspect that, in addition to the functional and psychological factors identified so far, the aesthetic experience in dance may be an important therapeutic factor mediating several outcomes of dance and other arts-based interventions. A controlled study for evidence-based testing of targeted variables can now follow to examine the new hypotheses.

KEYWORDS: Argentine Tango; Parkinson's disease; aesthetic experience; arts therapies; beauty; body self-efficacy; dance movement therapy; embodiment

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ο ενσωματωμένος εαυτός στη νόσο του Πάρκινσον: Σκοπιμότητα μιας παρέμβασης Tango για την αξιολόγηση των αλλαγών στα ψυχολογικά αποτελέσματα της υγείας και την αισθητική εμπειρία

Περίληψη

Ιστορικό: Ο χορός είναι μια ενσωματωμένη δραστηριότητα με οφέλη για την κινητικότητα, την ισορροπία και την ποιότητα ζωής (QoL) ατόμων που πάσχουν από νόσο του Πάρκινσον (PD). Είναι ευχάριστο και πιθανό να υποστηρίξει την τήρηση των συνταγών των κειμένων. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη σκοπιμότητα της μέτρησης των αλλαγών στα ψυχολογικά αποτελέσματα, συγκεκριμένα την ευημερία, την αυτο-αποτελεσματικότητα του σώματος, τις προσδοκίες των αποτελεσμάτων και την εμπειρία της ομορφιάς μετά από μία παρέμβαση αργεντινικού τάνγκο σε μορφή εργαστηρίου. Για να αγκυροβολήσει την εμπειρία της ομορφιάς σε μια θεωρία, το άρθρο εισάγει ένα μοντέλο ενσωματωμένης αισθητικής που χαρακτηρίζει την ενεργό τέχνη-κατασκευή ως κεντρική πτυχή της θεραπείας στις τεχνικές με βάση τις παρεμβάσεις.

Μέθοδοι: Σε έναν σχεδιασμό ενός post-post, εξετάσαμε τη σκοπιμότητα μέτρησης των ψυχολογικών μεταβολών 34 ασθενών με PD από τη Νότια Γερμανία μετά από εισαγωγικό εργαστήριο στο Αργεντινικό Τάνγκο. Συμμετείχαν σε μια παρέμβαση Tango 90 λεπτών για το PD και ολοκλήρωσαν την Κρατική Κατάσταση της Χαϊδελβέργης (HSI-24 (Koch et al., [2007](#))), την Κλίμακα Αυτο-Αποτελεσματικότητας Σώματος (BSE) (Fuchs and Koch, [2014](#)) υπο-διάσταση στην αισθητική εμπειρία και το ερωτηματολόγιο προσδοκίας αξιοπιστίας (CEQ) (Deville and Borckovec, [2000](#)) πριν και μετά την παρέμβαση. Μια υποομάδα ολοκλήρωσε τους θεραπευτικούς παράγοντες των θεραπειών τέχνης-αξιολόγηση, ένα νέο μέτρο για την επεξεργασία της αισθητικής εμπειρίας. Αναλύσαμε προ-μετα-διαφορές με t-test για τα ζευγαρωμένα δείγματα.

Αποτελέσματα και συζήτηση: Η μελέτη υποστηρίζει τη σκοπιμότητα της μέτρησης των ψυχολογικών αλλαγών που σχετίζονται με την υγεία από μια μεμονωμένη παρέμβαση αργεντινικού τάνγκο για ασθενείς με PD, καθώς και την αποδοχή και την καταλληλότητα της παρέμβασης για την ομάδα ασθενών. Μετά την παρέμβαση του τανγκό, η ευημερία, η αυτο-αποτελεσματικότητα του σώματος και οι προσδοκίες για την έκβαση αυξήθηκαν. Οι συμμετέχοντες βίωσαν επίσης την αύξηση της ομορφιάς των κινήσεών τους και άλλων αισθητικών πτυχών. Υποπτεύουμε ότι, εκτός από τους λειτουργικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που έχουν εντοπιστεί μέχρι τώρα, η αισθητική εμπειρία στον χορό μπορεί να είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας που μεσολαβεί σε πολλά αποτελέσματα χορού και άλλων παρεμβάσεων που βασίζονται στην τέχνη. Μια ελεγχόμενη μελέτη για τη διεξαγωγή δοκιμών που βασίζονται σε τεκμηριωμένες στοχευμένες μεταβλητές μπορεί τώρα να ακολουθήσει για να εξετάσει τις νέες υποθέσεις.

Λέξεις-κλειδιά: ενσάρκωση, νόσος του Parkinson, αργεντινικό ταγκό, θεραπεία χορευτικής κίνησης, θεραπείες τέχνης, αυτο-αποτελεσματικότητα του σώματος, ομορφιά, αισθητική εμπειρία

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Ο χορός και ειδικότερα το tango θεωρείται μια ενδιαφέρουσα μη φαρμακολογική θεραπεία καθώς εκτός από τις επιδράσεις που έχει στο βάδισμα και την ισορροπία, αυξάνει την ποιότητα ζωής, τις προσωπικές και κοινωνικές δραστηριότητες αλλά και τη γνωστική και ψυχολογική λειτουργία. Συγκεκριμένα πιο αποτελεσματικό είδος tango θεωρείται το Αργεντινικό, καθώς περιέχει περισσότερο αυτοσχεδιασμό.

APOPO 15

[Eur J Phys Rehabil Med.](#) 2017 Apr;53(2):173-183. doi: 10.23736/S1973-9087.16.04313-6. Epub 2016 Nov 23.

Balance versus resistance

training on postural control in patients with Parkinson's disease: a randomized controlled trial.

[Santos SM](#)¹, [da Silva RA](#)², [Terra MB](#)^{3,2}, [Almeida IA](#)^{3,2}, [de Melo LB](#)⁴, [Ferraz HB](#)⁵.

Abstract

BACKGROUND: Evidences have shown that physiotherapy programs may improve the balance of individuals with Parkinson's disease (PD), although it is not clear which specific exercise program is better.

AIM: The aim of this study was to compare the effectiveness of balance versus resistance training on postural control measures in PD patients.

DESIGN: Randomized controlled trial.

SETTING: The study was conducted in a physiotherapy outpatient clinic of a university hospital.

POPULATION: A total of 40 PD participants were randomly divided into two groups: balance training (BT) and resistance training (RT).

METHODS: The BT group focused on balance training, functional independence and gait while the RT group performed resistance exercises emphasizing the lower limbs and trunk, both supervised by trained physiotherapists. Therapy sessions were held twice a week (at 60 minutes), totaling 24 sessions. The primary outcome was evaluated by force platform with center of pressure sway measures in different balance conditions and the secondary outcome was evaluated by Balance Evaluation Systems Test (BESTest) scale to determine the effects of the intervention on postural control.

RESULTS: Significant improvement of postural control (pre vs. post 15.1 vs. 9.6 cm²) was only reported in favor of BT group (d=1.17) for one-legged stand condition on force platform. The standardized mean difference between groups was significantly (P<0.02), with 36% of improvement for BT vs. 0.07% for RT on this condition. Significant improvement (P<0.05) was also observed in favor of BT (in mean 3.2%) for balance gains in some BESTest scores, when compared to RT group (-0.98%).

CONCLUSIONS: Postural control in Parkinson's disease is improved when training by a directional and specific balance program than a resistance training program.

CLINICAL REHABILITATION IMPACT: Balance training is superior to resistance training in regard to improving postural control of individuals with PD. Gold standard instruments (high in cost and difficult to access) were used to assess balance, as well as scales with clinical applicability (low cost, easily acceptable, applicable and valid), which can guide the management of physiotherapists both in their decision-making and in clinical practice.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Τα στοιχεία δείχνουν ότι τα προγράμματα φυσιοθεραπείας μπορούν να βελτιώσουν την ισορροπία των ατόμων με νόσο του Parkinson, αν και δεν είναι σαφές ποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης είναι καλύτερο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η σύγκριση της αποτελεσματικότητας της κατάρτισης ισορροπίας με αντίσταση σε μέτρα ελέγχου της στάσης σε ασθενείς με PD.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ: Τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή.

ΡΥΘΜΙΣΗ: Η μελέτη διεξήχθη σε εξωτερική κλινική φυσικοθεραπείας πανεπιστημιακού νοσοκομείου.

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ: Σύνολο 40 συμμετεχόντων στο PD διανεμήθηκε τυχαία σε δύο ομάδες: κατάρτιση ισορροπίας (BT) και κατάρτιση αντίστασης (RT).

ΜΕΘΟΔΟΙ: Η ομάδα BT επικεντρώθηκε στην κατάρτιση ισορροπίας, στη λειτουργική ανεξαρτησία και στο βάδισμα ενώ η ομάδα RT πραγματοποίησε ασκήσεις αντίστασης με έμφαση στα κάτω άκρα και τον κορμό, υπό την επίβλεψη εκπαιδευμένων φυσιοθεραπευτών. Οι συνεδρίες θεραπείας πραγματοποιήθηκαν δύο φορές την εβδομάδα (σε 60 λεπτά), συνολικά 24 συνεδρίες. Το πρωτεύον αποτέλεσμα αξιολογήθηκε με πλατφόρμα δύναμης με κέντρο των μέτρων πίεσης σε διαφορετικές συνθήκες ισορροπίας και το δευτερογενές αποτέλεσμα αξιολογήθηκε με την κλίμακα BESTest για να προσδιοριστούν τα αποτελέσματα της παρέμβασης στον έλεγχο της στάσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σημαντική βελτίωση του ορθοστατικού ελέγχου (πριν από τη θέση 15.1 έναντι 9.6 cm²) αναφέρθηκε μόνο υπέρ της ομάδας BT ($d = 1.17$) για την κατάσταση όπλου ενός ποδιού σε πλατφόρμα δύναμης. Η τυποποιημένη μέση διαφορά μεταξύ των ομάδων ήταν σημαντικά ($P < 0,02$), με 36% βελτίωση για BT έναντι 0,07%

για RT σε αυτή την κατάσταση. Σημαντική βελτίωση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε επίσης υπέρ της BT (κατά μέσο όρο 3,2%) για τα κέρδη ισοζυγίου σε μερικές από τις καλύτερες βαθμολογίες, σε σύγκριση με την ομάδα RT (-0,98%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ορθολογιστικός έλεγχος της νόσου του Πάρκινσον βελτιώνεται κατά την κατάρτιση με ένα κατευθυντικό και ειδικό πρόγραμμα εξισορρόπησης παρά με ένα πρόγραμμα κατάρτισης αντίστασης.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: Η κατάρτιση ισορροπίας είναι ανώτερη από την εκπαίδευση αντίστασης σε σχέση με τη βελτίωση του ορθοστατικού ελέγχου των ατόμων με PD. Για την αξιολόγηση της ισορροπίας χρησιμοποιήθηκαν τυποποιημένα χρυσά όργανα (υψηλού κόστους και δυσκολία πρόσβασης), καθώς και κλίμακες κλινικής εφαρμογής (χαμηλού κόστους, εύκολα αποδεκτές, εφαρμόσιμες και έγκυρες), οι οποίες μπορούν να καθοδηγήσουν τη διαχείριση των φυσιοθεραπευτών τόσο στη λήψη αποφάσεων και στην κλινική πρακτική.

ΑΡΘΡΟ 16

[West J Nurs Res.](#) 2017 Nov;39(11):1412-1428. doi: 10.1177/0193945916670904. Epub 2016 Sep 23.

Self-Reported Symptoms of Parkinson's Disease by Sex and Disease Duration.

[Shin JY](#)¹, [Pohlig RT](#)¹, [Habermann B](#)¹.

Abstract

Parkinson's disease (PD) is a neurodegenerative disease with a wide range of symptom presentations. The purpose of this research was to compare self-reported motor and non-motor symptoms of PD by sex and disease duration. This study was a cross-sectional descriptive survey in community-dwelling people with PD. A total of 141 participants (64.6% response rate; 59.6% men; $M_{age} = 69.7$ years) were included. Males reported more rigidity, speech problems, sexual dysfunction, memory problems, and socializing problems than females. The number of motor symptoms in three groups divided by increments of 5 years was significantly increased. Postural instability, freezing, off periods, dyskinesia, speech problems, and hallucinations/psychosis were significantly increased as the disease duration increased. Thorough assessment of motor and non-motor symptoms could decrease the risk of inadequate symptom management. Provision of information regarding PD symptoms at each stage may help people with PD and their caregivers in planning their future care and life.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Αυτοαναφερόμενα συμπτώματα της νόσου του Πάρκινσον από το φύλο και τη διάρκεια της νόσου.

Περίληψη

Η νόσος του Parkinson (PD) είναι μια νευροεκφυλιστική ασθένεια με ένα ευρύ φάσμα παρουσιάσεων συμπτωμάτων. Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να συγκρίνει τα αυτοαναφερόμενα κινητικά και μη κινητικά συμπτώματα της PD με βάση το φύλο και τη διάρκεια της νόσου. Αυτή η μελέτη είναι μια διατομική περιγραφική έρευνα σε άτομα που κατοικούν στην κοινότητα με PD. Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 141 συμμετέχοντες (ποσοστό ανταπόκρισης 64,6%, 59,6% άνδρες, $M_{age} = 69,7$ έτη). Τα αρσενικά ανέφεραν μεγαλύτερη ακαμψία, προβλήματα ομιλίας, σεξουαλική δυσλειτουργία, προβλήματα μνήμης και προβλήματα κοινωνικοποίησης από τα θηλυκά. Ο αριθμός των κινητικών συμπτωμάτων σε τρεις ομάδες διαιρούμενος με αυξήσεις των 5 ετών αυξήθηκε σημαντικά. Η σωματική αστάθεια, το πάγωμα, οι περίοδοι διακοπής, η δυσκινησία, τα προβλήματα ομιλίας και οι ψευδαισθήσεις / ψύχωση αυξήθηκαν σημαντικά καθώς η διάρκεια της νόσου αυξήθηκε. Η ενδεδειγμένη εκτίμηση των συμπτωμάτων μη κινητικών και μη κινητικών μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανεπαρκούς διαχείρισης των συμπτωμάτων. Η παροχή πληροφοριών σχετικά με τα συμπτώματα PD σε κάθε στάδιο μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με PD και τους φροντιστές τους να σχεδιάσουν τη μελλοντική φροντίδα και ζωή τους.

ΣΥΝΟΨΗ ΑΡΘΡΟΥ

Συμπερασματικά υπάρχουν διαφορές στην εμφάνιση των συμπτωμάτων κατά φύλο και κατά τη διάρκεια της νόσου. Έτσι λοιπόν η παροχή πληροφοριών σχετικά με τα συμπτώματα PD σε κάθε στάδιο μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους με PD και τους φροντιστές τους να σχεδιάσουν τη μελλοντική φροντίδα και ζωή τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα αποδεικνύεται ότι η νόσος Πάρκινσον είναι μια χρόνια νόσος που εξελίσσεται και οδηγεί το άτομο σε λειτουργική ανικανότητα. Η νόσος Πάρκινσον δεν μπορεί να θεραπευτεί αλλά είναι εφικτό να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτικά σκευάσματα και εναλλακτικές θεραπείες ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του. Για να επιτευχθεί αυτό βασικό κομμάτι είναι η συμβολή του νοσηλευτή, ο οποίος με τις απαραίτητες πληροφορίες και παρεμβάσεις θα οδηγήσει το άτομο στην καλύτερη δυνατή διαχείριση της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Austin, K.W., Ameringer, S.W., Starkweather, A.R., Cloud, L.J., Sturgill, J.L., & Elswick, R.K. (2016). Biobehavioral framework of symptom and health outcomes of uncertainty and psychological stress in Parkinson disease. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(6), E2-E9.
- Bruno, A.E., & Sethares, K.A. (2015). Fatigue in Parkinson disease: An integrative review. *Journal of Neuroscience Nursing*, 47(3), 146-153.
- Guyton, A.C., 2014. *Human physiology and mechanisms of disease*. 5th edition. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Ευαγγέλου. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Hellqvist, C., & Berterö, C. (2015). Support supplied by Parkinson's disease specialist nurses to Parkinson's disease patients and their spouses. *Applied Nursing Research*, 28(2), 86–91.
- Kim, S.R., Chung, S.J., & Yoo, S.-H. (2014). Factors contributing to malnutrition in patients with Parkinson's disease. *International Journal of Nursing Practice*, 129-137.
- Larocco, B.S.A. (2015). Unmasking nonmotor symptoms of Parkinson disease.
- LeMone, P., Burke, K., & Bauldoff, G., 2011. *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care*. 5th edition. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Η. Παναουδάκη-Μπροκαλάκη. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λάγος Δημήτριος.
- Moore, K.L., Dalley, A.F., & Agur, A.M.R. (2010). *Clinically Oriented Anatomy*. 6th edition. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Λ.Δ. Αρβανίτη. Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD.
- Mulroney, S.E., & Myers, A.K. (2009). *Netter's Essential Physiology*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Γ. Ανωγειανάκης και συν. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ.
- Osborn, K.S., Wraa, C.E., Watson, A.B., & Holleran, R., (2014). *Medical-Surgical Nursing*. 2nd edition. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Κ. Αγγελόπουλο και συν. Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD.
- Shin, J.Y., & Habermann, B. (2017). Nursing research in parkinson's disease from 2006 to 2015: A systematic review. *Clinical Nursing Research*, 26(2), 142-156.

- Vander,A.,Sherman,J.,Luciano,D.&Τσακόπουλος,Μ.,2009.Human physiology:The mechanisms of body function.8h edition.Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ν.Γελαδά και συν.Κύπρος: Broken Hill Publishers LTD.
- Vernon,G.M.,Carty,A.E.S.,Salemno,C.M.,Siskind,M.M.,&Thomas,C.A.,(2014).Understanding Parkinson disease: An evolving case study.*Nurse Practitioner*,39(10),1-10.
- ΑΠΘ,2009. Ψυχωσικές εκδηλώσεις στην ιδιοπαθή νόσο του Πάρκινσον. [Έντυπο] Θεσσαλονίκη: ΑΠΘ
- Γεωργιάδης Μ.,(2008). *Νόσος του Πάρκινσον και Παρκινσονισμός*.Αθήνα: University studio press.
- Χαράτση-Γιωτάκη,Ε.,(2014). *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*.2^η έκδοση. Ιωάννινα: nextcom Α.Ε.