

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

«ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»



ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ

ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΦΩΤΑΚΗΣ ΓΚΟΛΕΣ

A.M: 15079

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2017**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	σελ.4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.5
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	σελ.6
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	σελ.6
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	σελ.7
Α΄ ΜΕΡΟΣ	
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....	σελ.8
1.1.1 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	σελ.9
1.1.2 ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	σελ.10
1.1.3 ΜΕΣΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	σελ.10
1.1.4 ΟΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ.....	σελ.11
1.1.5 ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	σελ.12
1.1.6 ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER.....	σελ.13
1.1.7 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ.....	σελ.16
1.1.8 ΑΝΟΙΑ ΟΦΕΙΛΟΥΜΕΝΗ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ.....	σελ.17
1.1.9 ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	σελ.19
1.1.10 ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ.....	σελ.20
1.1.11 ΑΝΟΪΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΣΤΙΑΚΗ (ΛΟΒΩΔΗ) ΦΛΟΙΪΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ.....	σελ.21
1.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ.....	σελ.23
1.2.1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	σελ.23
1.2.2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΜΝΗΜΗΣ.....	σελ.24
1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....	σελ.30
1.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.....	σελ.32
1.4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	σελ.33
1.4.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	σελ.34
1.4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	σελ.35
1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ.41

1.5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.....	σελ.42
1.5.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	σελ.43
1.5.2.1 ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	σελ.43
1.5.2.2 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	σελ.44
1.5.3 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ	σελ.45
1.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.45
1.6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	σελ.46
1.6.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	σελ.46
1.6.3 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ.....	σελ.50
1.6.3.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.51
1.6.3.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.52
1.6.3.3 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.53
1.6.3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΑΝΑΜΝΗΣΕΩΝ – REMINISCENCE.....	σελ.55
1.6.3.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ (ART THERAPY).....	σελ.57
1.6.4 ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	σελ.58
1.7 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	σελ.59
Β΄ ΜΕΡΟΣ	
2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	σελ.61
2.1.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	σελ.61
2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ.63
2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.65
2.3.1 ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΝΗΜΗΣ, ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΑΣ.....	σελ.68
2.3.2 ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ.....	σελ.69
2.3.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΕΡΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ.....	σελ.70
2.3.4 ΣΥΜΒΟΛΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ...σελ.70	
2.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	σελ.73
2.4.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ.....	σελ.76
Γ΄ ΜΕΡΟΣ	
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	σελ.78
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	σελ.98
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.100

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η γεροντική άνοια είναι μια πολυπαραγοντική ασθένεια, η οποία προσβάλλει το μεγαλύτερο ποσοστό της τρίτης ηλικίας. Οι επιδράσεις της πάνω στον ασθενή αλλά και τον φροντιστή του είναι άμεσες γι' αυτό και η αντιμετώπισή της φέρει σημαντικά οφέλη στο κοινωνικό σύνολο.

Σκοπός: Επισήμανση της σημαντικότητας της νόσου μέσω των πρόσφατων μελετών και διερεύνηση των επιπτώσεων της, στην ποιότητα ζωής του ασθενή και του φροντιστή του.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις Pubmed, Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία πενταετία και συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Η γεροντική άνοια είναι μια πολύ σοβαρή νόσος με ραγδαία επέκταση σε όλες τις χώρες του κόσμου. Σ' αυτήν την ασθένεια μαζί με τον ασθενή πάσχει όλη η οικογένεια. Η άμεση, πλήρη ενημέρωση τόσο του ασθενή όσο και του φροντιστή συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής και των δύο.

Συμπέρασμα: Για όσο δεν υπάρχει φάρμακο για την ασθένεια θα υπάρχουν ασθενείς και κάποιος που πρέπει να τους φροντίζει. Οι δύο τους πρέπει να συνεργαστούν και να ενημερωθούν για μια πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των άμεσων και έμμεσων επιπτώσεών της.

Λέξεις κλειδιά: άνοια, ποιότητα ζωής, ασθενής, φροντιστής, νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ABSTRACT

Senile dementia is a multifactorial disease, which affects the largest proportion of elderly. The effects on the patient and the caregiver is direct and for this reason the right deal brings significant benefits to the community.

Purpose: Highlighting the importance of the disease through the recent studies and investigations of the impact on quality of life of the patient and the caregiver.

Material and method: Review of the literature in electronic databases Pubmed, Google Scholar. The material of the study were selected articles published primarily in the last five years and collected after careful study of the relevant literature.

Results: Senile dementia is a very serious disease with rapid expansion in all countries. Dementia is the kind of the diseases that the whole family suffers with the patient. The direct and detail update of the patient as well as the caregiver contributes to a better quality of life of both.

Conclusion: As long as there is no medicine for the disease there will be patients and someone to take care of. Both must work together and learn about a more efficient management of direct and indirect effects.

Key words: dementia, quality of life, patient, caregiver, nursing interventions.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας Π.Ο.Υ. (WHO, 2002), η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής των πληθυσμών παγκόσμια αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους θριάμβους της ανθρωπότητας, αλλά ταυτόχρονα και μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις αφού η γήρανση θέτει αυξημένες οικονομικές και κοινωνικές απαιτήσεις πάνω σε όλα τα κράτη. Μέχρι το 2025 ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών θα αυξηθεί κατά 250% και μέχρι το 2050 ο αριθμός αυτός θα φτάσει τα 2 δισεκατομμύρια αντικαθιστώντας την τριγωνική πληθυσμιακή πυραμίδα με μια περισσότερη κυλινδρική δομή (WHO, 2002).

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής σε διάφορες χώρες ανά τον κόσμο, έχει σαν αποτέλεσμα και την αύξηση της συχνότητας παθήσεων της τρίτης ηλικίας όπως η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και η άνοια.

Άνοια ορίζεται ως η προοδευτική έκπτωση των γνωστικών εγκεφαλικών λειτουργιών, που έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της καθημερινής δραστηριότητας του ασθενούς και στις περισσότερες περιπτώσεις, οδηγεί μακροπρόθεσμα στην ανάγκη για φροντίδα από τρίτους (Τσολάκη & Καζής, 2005).

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η άνοια είναι νόσος και την ταυτίζουν με τη Νόσο Alzheimer. Η άνοια όμως δεν νόσος, αλλά σύμπτωμα η καλύτερα σύνολο συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αφορούν τις νοητικές λειτουργίες και έχουν ως αποτέλεσμα τη σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί ικανοποιητικά στην καθημερινή του ζωή. Ο ασθενής εμφανίζει διαταραχή σε μια ή και περισσότερες νοητικές λειτουργίες. Έτσι μπορεί να υπάρχει διαταραχή

μνήμης, διαταραχή στο λόγο, στη γραφή και την ανάγνωση, διαταραχή στον προγραμματισμό, την προσοχή και την κρίση ή και διαταραχή στην οπτικοχωρητική ικανότητα: αναγνώριση αντικειμένων (σε τι χρησιμεύουν), του χώρου, δυσκολία στο χειρισμό των αντικειμένων ή στο ντύσιμο. Τέλος μπορεί να υπάρχει γενικότερη διαταραχή στην προσωπικότητα και στην συμπεριφορά. Η ασθένεια αυτή επηρεάζει σε πολύ υψηλό βαθμό τους φροντιστές γιατί δρα πάνω σε όλους τους τομείς αυτών των ανθρώπων (Τσολάκη, 2004).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι η επισημάνση της σημαντικότητας της άνοιας μέσω των πρόσφατων μελετών και διερεύνηση των επιπτώσεων της, στην ποιότητα ζωής του ασθενή και του φροντιστή του.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η άνοια, με συχνότερη τη νόσο Alzheimer έχει κάνει την εμφάνισή της πολλά χρόνια πριν. Θα μπορούσε να χρονολογηθεί την περίοδο όπου ο Αυστριακός ψυχίατρος Alois Alzheimer, το 1907, περιέγραψε τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά μιας «περίεργης» όπως τη χαρακτήρισε νόσου, η οποία πήρε και όνομά του. Όμως αναφορές της νόσου αυτής υπάρχουν σε αρχαίους Αιγυπτιακούς παπύρους ήδη από τον 24ο αιώνα π.Χ. Στο μουσείο του Λούβρου φυλάσσεται χειρόγραφο του Πτάχοτεπ, Αιγύπτιου αξιωματούχου, ο οποίος σε μεγάλη ηλικία θέλησε να αφήσει προκαταθήκη στο γιό του, τις εμπειρίες και τη γνώση που είχε αποκτήσει.

«Τα μάτια είναι θολά, τ' αυτιά κουφά

Η δύναμη εξασθενεί, η κούραση έρχεται. Το στόμα σιωπά, δεν μιλά πια

Η καρδιά είναι κενή, δεν θυμάται το παρελθόν

Τι μεγάλο κακό που κάνουν στον άνθρωπο τα γηρατειά».

Αυτό όμως που περιγράφεται σ' αυτό το απόσπασμα δεν είναι η γηρατειά, αλλά η ασθένεια της άνοιας (Τσολάκη, 2004).

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σύμφωνα με έρευνες ο επιπολασμός της άνοιας επεκτείνεται ραγδαία, τόσο σε χώρες με χαμηλό εισόδημα όσο και σε αυτές με μεσαίο εισόδημα. Οι έρευνες απευθύνθηκαν σε ηλικιακές ομάδες άνω των 60 ετών στις περισσότερες περιοχές ανά τον κόσμο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 35.6 εκατομμύρια άνθρωποι με άνοια σε όλον τον κόσμο το 2010. Οι αριθμοί αναμένεται σχεδόν να διπλασιαστούν κάθε 20 χρόνια: 67.5 εκατομμύρια το 2030 και 115 εκατομμύρια το 2050. Το 2010, το 58% όλων των ανθρώπων που έπασχαν από άνοια ζούσαν σε χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα, ποσοστό το οποίο αναμένεται να αυξηθεί σε 63% το 2030 και 71% το 2050 (Prince et all. 2013).

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος "άνοια" αναφέρεται σ' ένα εύρος συμπτωμάτων που παρουσιάζουν συνήθως άτομα με νοσήματα του εγκεφάλου, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Η απώλεια των κυττάρων αυτών είναι μια φυσιολογική διαδικασία, αλλά στα νοσήματα που οδηγούν σε άνοια αυτό εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στο να μη λειτουργεί ο εγκέφαλος του ατόμου με φυσιολογικό τρόπο. Κεντρικό γνώρισμα της είναι η απώλεια μνήμης, και τα συγκεκριμένα ανοϊκά σύνδρομα χαρακτηριστικά παρουσιάζουν ιδιαίτερες μορφές ελάττωσης μνήμης. Επίσης, τα ανοϊκά σύνδρομα συνεπάγονται συγκεκριμένες ανωμαλίες της γνωσιακής λειτουργίας: του λόγου, της επεξεργασίας πληροφοριών χώρου, της πράξης(προερχόμενης από εκμάθηση κινητικής συμπεριφοράς) και της εκτελεστικής λειτουργίας (ικανότητας σχεδιασμού και διαδοχικών ενεργειών).

Η άνοια είναι σύνδρομο που αποτελείται από πολλές άνοιες. Από ανατομική και κλινική άποψη το σύνδρομο αυτό ορίζεται ως διανοητική εξασθένηση, επίκτητη, καθολική και τις περισσότερες φορές έντονη, ενώ παρατηρούνται συμπεριφορικές διαταραχές, της ψυχικής σφαίρας και μεγάλη έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Ένας ακόμη ορισμός για την άνοια, που ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι ο εξής: Το άτομο, χωρίς να έχει ελλείμματα συνείδησης, θα πρέπει να εμφανίζει ένα από τα παρακάτω συμπτώματα, για τουλάχιστον 6 μήνες:

- ✓ Εξασθένηση μνήμης.
- ✓ Εξασθένηση άλλων γνωστικών λειτουργιών, όπως κρίση, σκέψη, προγραμματισμός.
- ✓ Εξασθένηση του συναισθηματικού ελέγχου (π.χ. ευερεθιστότητα) ή της κινητοποίησης.

Αν και η άνοια είναι πιο κοινή στη γεροντική ηλικία, δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμη με τη μεγάλη ηλικία, ούτε είναι φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών. Είναι διάχυτη νόσος του εγκεφάλου, που η διάγνωσή της αφορά οποιαδήποτε ηλικία μετά τα 3 ή 4 (ηλικία που ο δείκτης ευφυΐας αποκτά σημαντική σταθερότητα).

Οποσδήποτε, πάντως αν και η άνοια δεν είναι συχνή σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να συμβεί από γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως, τραύμα κεφαλής, όγκοι του εγκεφάλου, λοίμωξη από HIV, αδρενολευκοδυστροφίες και να εμφανισθεί είτε με έκπτωση λειτουργικότητας είτε με καθυστέρηση ή παρέκκλιση στη φυσιολογική ανάπτυξη (Graham & Warner 2009a)

1.1.1 ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η άνοια αποτελεί συνήθως προοδευτική νόσο. Επηρεάζει το άτομο με πολλαπλούς τρόπους. Αυτό συμβαίνει επειδή τα συμπτώματα και ο τρόπος με τον οποίο αναπτύσσονται, αντικατοπτρίζουν την προσωπικότητα, τον τρόπο ζωής, την ποιότητα των σχέσεων και την ψυχική και σωματική υγεία.

Τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της άνοιας, παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιες γενικές ομοιότητες ανάμεσα στις υποκατηγορίες. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι η απώλεια μνήμης και οι δυσκολίες στις καθημερινές εργασίες, γεγονός που οδηγεί σε έλλειψη ανεξαρτησίας και μπορεί να επηρεάσει τις κοινωνικές σχέσεις.

Η πρόοδος της νόσου μπορεί να ποικίλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν άτομα που μπορεί να ζήσουν με τη νόσο για πάνω από 20 χρόνια και άτομα που θα επιβιώσουν για πολύ λιγότερο. Στο τέλος, τα άτομα με άνοια συνήθως αποβιώνουν εξαιτίας άλλων παθήσεων, όπως καρδιακή ανεπάρκεια ή κάποιου είδους λοίμωξη, που μπορεί να είναι ανεξάρτητη της άνοιας. Τα τελευταία χρόνια, η ποιοτικότερη φροντίδα των ατόμων με τη νόσο, όπως και η κατανόηση των μηχανισμών της νόσου, έχουν σε γενικές γραμμές οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια.

Αν και η άνοια προοδεύει με διαφορετικό ρυθμό σε διαφορετικά άτομα, θα βοηθούσε η περιγραφή της πορείας της νόσου στα πρώτα, τα μεσαία και τα τελευταία της στάδια (Graham & Warner 2009b).

1.1.2 ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

Η εκδήλωση της άνοιας είναι συνήθως αρκετά σταδιακή, επομένως είναι δύσκολο να αναγνωριστούν τα πρώιμα στάδιά της. Η φάση αυτή παραβλέπεται πολύ συχνά και το άτομο με άνοια είναι ικανό να συνειδητοποιήσει ότι πράγματι εμφανίστηκαν περίεργα συμπτώματα (των οποίων η σημασία δεν είχε αναγνωριστεί αμέσως ή ίσως είχαν ερμηνευτεί ως στοιχεία της φυσιολογική γήρανσης), μόνο όταν κάποιος τον βοηθήσει να σκεφτεί τα γεγονότα του παρελθόντος. Ένα άτομο στα πρώιμα στάδια της νόσου μπορεί:

- ❖ Να αρχίσει να ξεχνάει, συνήθως γεγονότα που συνέβησαν πρόσφατα.
- ❖ Να χάσει την αίσθηση του χρόνου, γεγονός που μπορεί να τον/την οδηγήσει στο να μην εμφανίζεται σε ραντεβού ή να μην πληρώνει τους λογαριασμούς.
- ❖ Να εμφανίσει απουσία ενδιαφέροντος και πτωχή συγκέντρωση.
- ❖ Να μην έχει κίνητρα.
- ❖ Να αποτραβηχτεί.
- ❖ Να εμφανίσει προβλήματα με το λόγο και δυσκολία στο να βρίσκει τις κατάλληλες λέξεις.
- ❖ Να εμφανίσει ιδιόμορφη συμπεριφορά.
- ❖ Να έχει δυσκολίες στο να λαμβάνει αποφάσεις.
- ❖ Να εμπλέκεται λιγότερο με την οικογένεια και τους φίλους.
- ❖ Να εμφανίζει "διαφορές" από τον παλιό του εαυτό.
- ❖ Να εμφανίζει αλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση και να μοιάζει να έχει κατάθλιψη ή οξυθυμία (Graham & Warner 2009).

1.1.3 ΜΕΣΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ

Αυτή είναι περίοδος όπου είναι ξεκάθαρο ότι το άτομο πάσχει από άνοια και ότι η νόσος επηρεάζει την καθημερινή του λειτουργικότητα και την ικανότητά του να ζει ανεξάρτητα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στην προσωπικότητα, όπως για

παράδειγμα, έντονη οξυθυμία ή και έλλειψη κατανόησης, τόσο από το άτομο με άνοια, όσο και από πλευράς των ατόμων που τον φροντίζουν.

Σε αυτό το στάδιο το άτομο με άνοια:

Τείνει να ξεχνάει, ακόμα πιο συχνά – μπορεί να ξεχάσει ονόματα συγγενών ή ονόματα φίλων, αλλά και πρόσφατα συμβάντα, κάτι που μπορεί να τον οδηγήσει να κάνει διαρκώς ερωτήσεις.

Να περιφέρεται εκτός του σπιτιού και να χαθεί.

Να μη μπορεί να κατανοήσει τη διαφορά της μέρας από τη νύχτα και να εμφανίσει προβλήματα με τον ύπνο.

Να έχει προβλήματα στο να κατανοήσει συζητήσεις μεταξύ άλλων.

Να εμφανίσει έντονα προβλήματα στο λόγο.

Να εμφανίσει προβλήματα με τις καθημερινές εργασίες στο σπίτι, όπως το καθάρισμα και το μαγείρεμα.

Να χρειάζεται βοήθεια στο ντύσιμο, στο πλύσιμο, όπως και κάποιον να του θυμίζει να πηγαίνει στην τουαλέτα.

Να χάνει πράγματα και να κατηγορεί άλλους ότι τα πήραν.

Να γίνει επιθετικός.

Να εμφανίσει παραισθήσεις. (Graham & Warner 2009)

1.1.4 ΟΨΙΜΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σε αυτό το στάδιο, το άτομο εμφανίζει πολύ σοβαρά προβλήματα μνήμης και έχει γίνει πλήρως εξαρτημένος από τους άλλους για τη φροντίδα του. Αυτό το άτομο μπορεί:

- ✓ Να έχει πολύ μεγάλες δυσκολίες στην επικοινωνία.
- ✓ Να μην αναγνωρίζει ή να αναγνωρίζει με πολύ μεγάλη δυσκολία τα μέλη της οικογένειας του και τους φίλους του.
- ✓ Να μην κατανοεί τι του λένε οι άλλοι ή τι συμβαίνει στο περιβάλλον.

- ✓ Να χρειάζεται βοήθεια με το φαγητό.
- ✓ Να εμφανίζει ακράτεια ούρων και κοπράνων.
- ✓ Να εμφανίζει προβλήματα στη βάδιση.
- ✓ Να εμφανίζει δυσκολίες την κατάποση.
- ✓ Να είναι καθηλωμένος στην καρέκλα ή στο κρεβάτι

Αυτό το στάδιο μπορεί να διατηρηθεί για μήνες ή και για χρόνια, γεγονός που εξαρτάται από την σωματική υγεία του ατόμου και την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται (Graham & Warner 2009).

1.1.5 ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η άνοια υποδιαιρείται σε: φλοιώδη και υποφλοιώδη. Σύμφωνα με το DSM-IV (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών – Αμερικανική καταγραφή και ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών) η άνοια χωρίζεται σε διάφορους τύπους όπως:

1. Άνοια Τύπου Alzheimer (ATA)
2. Αγγειακή Άνοια
3. Άνοια Οφειλούμενη σε άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις
 - ✓ Νόσο του Huntington
 - ✓ Νόσο Creutzfeldt-Jacob
 - ✓ Άνοια από φυσιολογικής πίεσης υδροκέφαλο (Φ.Π.Υ.)
 - ✓ Άνοια σχετική με κατανάλωση αλκοόλ
4. Άνοια σε Παθήσεις του Εξωπυραμιδικού Συστήματος
 - ✓ Άνοια με σωμάτια του Lewy
 - ✓ Άνοια σχετική με νόσο Parkinson
5. Άνοια σε Λοιμώξεις
 - ✓ AIDS
 - ✓ Προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια

- ✓ Παθήσεις οφειλόμενες σε πριόνια (Prion diseases)

6. Ανοϊκά Σύνδρομα με Προοδευτική Εστιακή (Λοβώδη) Φλοιϊκή Εκφύλιση

- ✓ Η μετωποκροταφική άνοια
- ✓ Η πρωτοπαθής προϊούσα (μη ευφραδής) αφασία (Π.Π.Α.)
- ✓ Η σημασιολογική άνοια (Σ.Α.)

1.1.6 ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer είναι μια πρωτοπαθής εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου, με χαρακτηριστικά νευροχημικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, η αιτία της οποίας εξακολουθεί να παραμένει άγνωστη. Η νόσος μπορεί να αρχίσει εκδηλούμενη στη μέση ενήλικη ζωή, γεγονός που την κατατάσσει στις προγεροντικές άνοιες, παρά το ότι η συχνότητα της είναι πολύ μεγαλύτερη στις όψιμες ηλικίες.

Στη νόσο του Alzheimer, χαρακτηριστική είναι η εκφύλιση και ο θάνατος των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού και του ιππόκαμπου. Μικροσκοπικά διακρίνονται δυο ασυνήθιστα χαρακτηριστικά, τα οποία δεν υπάρχουν στους εγκεφάλους των υγιών ανθρώπων. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η γεροντικές (νευριτικές) πλάκες και οι νευροϊνδιακές εκφυλίσεις. Οι πλάκες δημιουργούνται από την εναπόθεση μιας μη φυσιολογικής πρωτεΐνης, που λέγεται αμυλοειδής, στο εξωτερικό των νευρικών κυττάρων. Μία νέα θεωρία για την νόσο του Alzheimer υποστηρίζει ότι η πλάκα αυτή δημιουργείται επειδή φθίνουν οι διαδικασίες, οι οποίες φυσιολογικά αποβάλλουν την αμυλοειδή πρωτεΐνη. Η νευροϊνδιακές εκφυλίσεις αποτελούν σχηματισμό ινιδίων μια άλλης μη φυσιολογικής πρωτεΐνης, που σε αντίθεση με της γεροντικές πλάκες εντοπίζονται στο εσωτερικό των κυττάρων. Ο λόγος για τον οποίο αναπτύσσονται οι νευροϊνδιακές εκφυλίσεις δεν είναι πλήρως κατανοητός, αλλά και πάλι φαίνεται ότι πρόκειται για διαταραχή του τρόπου με τον οποίο τα κύτταρα επεξεργάζονται τις πρωτεΐνες. Οι εκφυλίσεις προκαλούν ασφυξία στα νευρικά κύτταρα και τα εμποδίζουν να λειτουργήσουν φυσιολογικά (Martyn & Geil 2000).

Η κλινική συμπτωματολογία της νόσου του Alzheimer χωρίζεται σε τρία κυρίως επίπεδα:

- *Αποδιοργάνωση σε ψυχολογικό επίπεδο*

Σύμφωνα με την έννοια του Piaget η ικανότητα του ασθενή στις επιδόσεις του μεταβάλλεται ανάλογα με τον βαθμό της εγκεφαλικής διαταραχής. Η ικανότητα αυτή αξιολογείται σε διάφορες αντιληπτικές περιοχές (χώρος, αριθμός, στοιχειώδης λογική, τύχη κτλ). Από κλινικής πλευράς η περιοχή που έχει μελετηθεί περισσότερο είναι η περιοχή των φυσικών ποσοτήτων (ουσία, βάρος, όγκος) από τα οποία αξιολογείται ο βαθμός διατήρησης (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

➤ *Αποδιοργάνωση σε νευροψυχολογικό επίπεδο*

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν το βασικότερο κλινικό σημείο της νόσου Alzheimer. Θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι τα όρια μεταξύ του Alzheimer και του φυσιολογικού γήρατος τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της νόσου δεν είναι αρκετά σαφή. Οι διαταραχές των διαφόρων υποσυστημάτων της μνήμης, ακόμη και με εξειδικευμένες δοκιμασίες, όταν αυτές είναι στα αρχικά στάδια δεν διαφοροποιούνται ξεκάθαρα. Το παρόν κατά την ακμή της νόσου δεν φαίνεται να έχει σημασία για τον ασθενή. Είναι δυνατόν να παρουσιαστεί κάποια δραστηριότητα ορισμένες στιγμές της ημέρας ή να υπάρξει ένα παροδικό ερέθισμα (συνήθως από το οικογενειακό περιβάλλον) τις υπόλοιπες και περισσότερες στιγμές του όμως βρίσκεται σε μια γαλήνια απομόνωση. Οι ικανότητες του να κινείται σε έναν χώρο ή να ακολουθεί μια καθορισμένη διαδρομή επιδεινώνονται. Επίσης, παρατηρείται ότι ο ασθενής εκδηλώνεται ευκολότερα με απλές πράξεις παρά με τον λόγο. Ο τρόπος που προσπαθεί να ελέγξει τον χώρο του είναι αδέξιος και μερικές φορές ερμηνεύεται από το περιβάλλον του σαν προσπάθεια φυγής. Οι περιπτώσεις αυτές εκφράζουν ενίοτε και μια δυσκολία του ασθενή να αποδεχθεί κάποιο περιορισμό (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

Οι αφασικές διαταραχές αποτελούν ένα ακόμη χαρακτηριστικό γνώρισμα της συμπτωματολογίας του Alzheimer. Στα αρχικά στάδια της νόσου είναι δυνατό να απουσιάζουν ή άλλες φορές να αποτελούν για μήνες ή και για χρόνια ακόμα, το προέχον σύμπτωμα. Κατά κανόνα όμως, υπάρχει αναλογία ανάμεσα στις αφασικές διαταραχές και στη βαρύτητα της ανοϊκής συνδρομής.

Οι διαταραχές ανεύρεσης λέξεων εμφανίζεται συχνά σε ηλικιωμένους κατά την πορεία του γήρατος αλλά κάνει και την εμφάνισή της στη νόσο Alzheimer στην οποία πολλές φορές αποτελεί την πλέον χαρακτηριστική διαταραχή του αυτόματου λόγου. Μεταξύ των επιδεξιοτήτων που απαιτούνται για τον αυθόρμητο λόγο οι συντακτικοί κανόνες είναι δυνατόν να διατηρούνται ακόμη και σε προχωρημένα στάδια της νόσου, σε αντίθεση με την δυσεύρεση των λέξεων που παρατηρείται από την έναρξη

ακόμη της νόσου. Η δυσεύρεση των λέξεων στο Alzheimer έχει σχέση με την βαρύτητα της νόσου. Πολλοί ωστόσο, παράγοντες επηρεάζουν το φαινόμενο, όπως π.χ. διαφορές στην οργάνωση του εγκεφάλου μεταξύ ατόμων πριν νοσήσουν.

Στη νόσο Alzheimer παρατηρούνται επιπλέον, «επιφανειακές δυσλεξίες» δηλαδή διαταραχές της γραφής που χαρακτηρίζουν μια βλάβη της λεκτικής οδού. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς είναι ικανοί να διαβάζουν με δυνατή φωνή «κανονικές» λέξεις (αυτές που η σχέση ήχου - συλλαβής συναντάται συχνότερα στην καθομιλουμένη). Επίσης διαβάζουν καλώς λέξεις χωρίς νόημα ή λέξεις στις οποίες έχει αλλάξει η σειρά των συλλαβών. Αντιθέτως, διαβάζουν κακώς λέξεις «μη κανονικές» με δύσκολη προφορά. Η διαταραχή αυτή αποδίδεται σε βλάβη της λεκτικό – νοητικής οδού της ανάγνωσης, στην οποία η φωνητική οδός χρησιμοποιεί το «σύστημα μετατροπής» του γραφικού λόγου σε φωνητικό.

Με τον όρο απραξία αναφέρεται διαταραχή στην εκούσια επιτέλεση πράξεων σε άτομα στα οποία ο εκτελεστικός μηχανισμός είναι ανέπαφος, δηλαδή δεν υπάρχει παράλυση, αταξία ή χορειοαθέτωση και τα άτομα έχουν πλήρη συνείδηση της πράξης που πρέπει να επιτελεστεί. Στη σύγχρονη ταξινόμηση των απραξιών, διακρίνονται κυρίως τέσσερις μεγάλες ποικιλίες διαταραχών, τις οποίες αναφέρουμε συνοπτικά:

- Η κατασκευαστική απραξία
- Η ιδεοκινητική απραξία
- Η ιδεακή απραξία
- Η απραξία ένδυσης (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

Από τις αγνωσικές διαταραχές ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι οπτικές. Οι οπτικές αγνωσίες εμφανίζονται πολύ νωρίς στην εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου, και αφορούν κυρίως την αναγνώριση εικόνων αντικειμένων στην δοκιμασία Poppelreuter. Πρέπει να τονιστεί πως η αναγνώριση των αντικειμένων αυτών καθ' εαυτών καθώς και η ταξινόμηση των χρωμάτων διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

➤ *Αποδιοργάνωση σε νευρολογικό επίπεδο*

Η νευρολογική σημειολογία και η αποδιοργάνωση της λειτουργικότητας περιγράφονται κυρίως σε αντιδιαστολή με τα διάφορα στάδια της ωρίμανσης του ΚΝΣ. Έτσι, στη νόσο περιγράφεται επανεμφάνιση αρχαϊκής συμπεριφοράς, κατά την οποία χάνεται ο εκούσιος χαρακτήρας της κίνησης και εμφανίζονται αρχέγονα ανακλαστικά (π.χ. στοματικό, συλλήψεως κτλ) καθώς και παρασιτικές κινήσεις (π.χ. συγκινησίες) που η εξαφάνισή τους κατά την παιδική ηλικία είναι δείκτης ωρίμανσης

του εγκεφάλου. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, οι κινητικές λειτουργίες, προσεγγίζοντας τις παιδικές συνήθειες, παίρνουν διαφορετικές όψεις π.χ. στερεοτυπίες, η οποίες φαίνεται ότι σχετίζονται με μια νέα νευρολογική οργάνωση. Μερικές από τις στερεοτυπίες που συναντιούνται είναι ο συνδυασμός κινήσεως τριβής. Τρίψιμο του αντίχειρα με τον δείκτη, τρίψιμο των χειρών στα γόνατα ή στους μηρούς, πολύμορφες κινήσεις των κάτω άκρων που παρατηρούνται σε ασθενείς με διαταραχές βάδισης, ενώ ιδιαίτερα εντυπωσιακές εμφανίζονται και οι οφθαλμικές διαταραχές. Αναφέρεται, επίσης, ότι η οφθαλμοκινητικότητα δυσχεραίνεται από τις κινήσεις της κεφαλής. Όλες αυτές οι κινητικές δραστηριότητες είναι ανάμικτες μεταξύ τους και δεν είναι δυνατό να διακριθεί μια εκλεκτική σειρά κατά την πραγματοποίησή τους (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

1.1.7 ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Πρόκειται για άνοια, που οφείλεται σε ισχαιμική ή αιμορραγική εγκεφαλική βλάβη (ΑΕΕ) καθώς και σε διάχυτες ισχαιμικές – υποξικές αλλοιώσεις λόγω καρδιακής ανακοπής. Αναλυτικά, οι εγκεφαλικές βλάβες που μπορεί να οδηγήσουν σε αγγειακή άνοια είναι:

- ✓ Πολλαπλά ισχαιμικά έμφρακτα, λόγω απόφραξης σχετικά μεγάλων αγγείων, τα οποία αφορούν το φλοιό και υποφλοιώδεις δομές.
- ✓ Μεμονωμένα, αλλά σε καίριο σημείο, έμφρακτα τα οποία καταστρέφουν εγκεφαλικές δομές, όπου εδράζονται βασικές γνωστικές λειτουργίες π.χ. γωνιώδης έλικα, θάλαμος, βασική μοίρα του μετωπιαίου λοβού.
- ✓ Αγγειοπάθεια μικρών αγγείων με συνέπεια τη δημιουργία πολλαπλών, μικρών (κενοχωριωδών) εμφράκτων στις υποφλοιώδεις δομές του εγκεφάλου.
- ✓ Συνολική εγκεφαλική ισχαιμία, από διακοπή της παροχής αίματος, λόγω καρδιακής ανακοπής.
- ✓ Αιμορραγική αγγειακή άνοια, μετά από ενδοεγκεφαλική ή υπαραχνοειδή αιμορραγία.

Συχνά, πριν το άτομο εμφανίσει αγγειακή άνοια, εμφανίζει ιστορικό παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων ή διαφόρων μικρών εγκεφαλικών επεισοδίων. Η αγγειακή άνοια είναι πιθανό να ξεκινήσει πιο απότομα, συγκριτικά με τη νόσο Alzheimer, ενώ συνήθως επιδεινώνεται κατά ώσεις και τα πράγματα χειροτερεύουν κατά φάσεις

(ονομάζεται πρόοδος σε βήματα), αντί για σταδιακά. Τα άτομα με αυτό το είδος άνοιας, κυρίως στα πρώτα στάδια της νόσου, μπορεί να εμφανίσουν περιόδους διαύγειας (είτε μικρές είτε μεγάλες), όπου δείχνουν να έχουν πλήρη συνείδηση.

Τα συμπτώματα αγγειακής άνοιας μπορεί να ποικίλουν, ανάλογα με το ποιες περιοχές του εγκεφάλου έχουν επηρεασθεί. Τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου μπορούν να δείξουν ποιες περιοχές έχουν επηρεασθεί. Συχνά, η μνήμη και ο λόγος επηρεάζονται πρώτα ενώ η προσωπικότητα μπορεί να αλλάξει αργότερα, κατά την πορεία της νόσου (π.χ. το άτομο μπορεί να γίνει πιο ευερέθιστο ή χωρίς κίνητρα).

1.1.8 ΆΝΟΙΑ ΟΦΕΙΛΟΥΜΕΝΗ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Νόσος του Huntington

Είναι κληρονομική νόσος που μεταβιβάζεται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα και ξεκινά ανάμεσα στις ηλικίες 30 και 50 χρονών. Εξελίσσεται προοδευτικά και διαρκεί περίπου δεκαπέντε χρόνια. Κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι η προοδευτική άνοια, οι ανώμαλες ακούσιες κινήσεις των άκρων, οι διαταραχές της συμπεριφοράς καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές. Το άγχος και η κατάθλιψη συνοδεύουν συχνά τη νόσο Huntington. Ενώ η μνήμη μπορεί να μην επηρεάζεται μέχρι τα τελικά στάδια της νόσου, η προσοχή, η κρίση και οι εκτελεστικές λειτουργίες μπορούν να επηρεάζονται σε ένα πρώιμο στάδιο. Ο βαθμός της νοητικής έκπτωσης σχετίζεται περισσότερο με το πόσα χρόνια πάσχει ο ασθενής παρά με την ηλικία έναρξης της νόσου (Graham & Warner, 2009).

Νόσος Creutzfeldt-Jacob

Το κύριο χαρακτηριστικό της νόσου είναι η ταχεία έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Η απώλεια της μνήμης είναι ένα αρχικό σύμπτωμα. Άλλα πρώιμα συμπτώματα νοητικής έκπτωσης είναι η επιβράδυνση της σκέψης, η δυσκολία συγκέντρωσης και η διαταραχή κρίσης. Μερικές φορές η νόσος αρχίζει με εστιακή σημειολογία, όπως: ημιυπαισθησία, ημιανοψία, αφασία. Επίσης παρατηρούνται διαταραχές συναισθήματος όπως απάθεια, κατάθλιψη, συναισθηματική ακράτεια, διαταραχές συμπεριφοράς, ψευδαισθήσεις (κυρίως οπτικές) και οπτική αγνωσία. Γρήγορα όμως εγκαθίσταται η σφαιρική γνωστική διαταραχή και τέλος η άνοια η

οποία δεν έχει χαρακτηριστική εικόνα και είναι αρκετά πολύμορφη με στοιχεία τόσο πλοϊκής όσο και υποφλοιώδους άνοιας.

Η διάγνωση της νόσου τίθεται με την παθολογοανατομική επιβεβαίωση. Η πιθανή διάγνωση στηρίζεται στην εμφάνιση α) άνοιας, β) πυραμιδικά ή εξωπυραμιδική σημειολογία, οπτικά και παρεγκεφαλιδικά συμπτώματα, μυόκλωνο ακινητική βωβότητα και γ) τυπικό ΗΕΓ ή ανεύρεση πρωτεΐνης «14-3-3» στο ΕΝΥ. Πρόσφατα δεδομένα αποδεικνύουν την ύπαρξη μια νέας παραλλαγμένης μορφής της νόσου που προκαλείται από την σπογγιόμορφη εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών (Will et al., 2000). Η μορφή αυτή της νόσου χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω: α) νεαρή ηλικία έναρξης της νόσου, β) διαταραχές συμπεριφοράς σαν πρώτο σύμπτωμα, γ) λίγα ευρήματα στο ΗΕΓ και δ) αυξημένο σήμα στην MRI εγκεφάλου στους θαλάμους (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

Άνοια από φυσιολογικής πίεσης υδροκέφαλο (ΦΠΥ)

Ο τύπος αυτός της άνοιας χωρίζεται: α) σε χρόνιο υδροκέφαλο και β) σε μορφή επικοινωνούντος υδροκεφάλου. Διακρίνεται σε πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή, κατά το οποίο ο ασθενής δεν έχει ιστορικό εγκεφαλικής βλάβης και σε δευτεροπαθή που προήλθε από κάποια άλλη αιτιολογία όπως λοίμωξη, υπαραχνοειδής αιμορραγία, τραύμα. Επίσης, μπορεί να αποτελεί διαταραχή παροχέτευσης. Χαρακτηρίζεται από αστάθεια βάδισης – «μαγνητισμός» (μικρά βήματα χαμηλού ύψους, ευρεία βάση, δυσκολία στροφής), νοητικό έλλειμμα (υποφλοιώδης επιβράδυνση) και διαταραχές ούρησης (ακράτεια). Η βλάβη μπορεί να αποκατασταθεί σε ένα ποσοστό με χειρουργική θεραπεία (Graham & Warner, 2009).

Άνοια σχετική με κατανάλωση αλκοόλ

Μία ιδιαίτερη νόσος, που σχετίζεται με την υψηλή και διαρκή κατανάλωση αλκοόλ, είναι το σύνδρομο Korsakoff. Το σύνδρομο Korsakoff συνήθως εμφανίζει απότομη έναρξη και συχνά εμφανίζεται μετά από περίοδο οξείας σύγχυσης. Μετά την έναρξη της νόσου, το άτομο δεν μπορεί να αποθηκεύσει πρόσφατες πληροφορίες στη μνήμη, αν και οι αναμνήσεις για γεγονότα πριν την έναρξη της νόσου συνήθως δεν επηρεάζονται.

Το αποτέλεσμα είναι αμνησία, που προκαλεί έντονη αναπηρία, όμως σε αυτόν τον τύπο άνοιας, δεν εμφανίζονται τα υπόλοιπα συμπτώματα άνοιας (π.χ. δυσκολίες στο λόγο και τη σκέψη ή αλλαγές στην προσωπικότητα). Το σύνδρομο Korsakoff

θεωρείται πως οφείλεται σε ανεπάρκεια συγκεκριμένης βιταμίνης, της θειαμίνης. Παρουσιάζεται βλάβη σε πολύ συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου (στα μαστία του εγκεφάλου) ενώ το υπόλοιπο τμήμα του εγκεφάλου μπορεί να φαίνεται φυσιολογικό στις απεικονιστικές εξετάσεις.

Εκτός από το σύνδρομο Korsakoff, η παρατεταμένη, συνεχής κατανάλωση αλκοόλ είναι επίσης πιθανό να προκαλέσει άνοια, με συμπτώματα παρόμοια με αυτά που εμφανίζονται στο Alzheimer. Επίσημες υγειονομικές αρχές έχουν υπολογίσει ότι ένα ποσοστό της τάξης του 10% του συνόλου των περιπτώσεων άνοιας, σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ (Graham & Warner 2009).

1.1.9 ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΕΞΩΠΥΡΑΜΙΔΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι παθήσεις του εξωπυραμιδικού συστήματος χαρακτηρίζονται από κινητική σημειολογία είτε με την μορφή φτώχειας κινήσεων (παρκινσονισμός) είτε με την μορφή περίσσειας κινήσεων (ακούσιες κινήσεις, υπερκινήσεις, δυσκινήσεις). Σε όλα όμως τα νοσήματα του συστήματος αυτού, εκτός από τον ιδιοπαθή τρόπο και την ιδιοπαθή δυστονία, υπάρχει μαζί με τις κινητικές διαταραχές και διαφόρου βαθμού έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών που ποικίλει από ελαφρά διαταραχή μνήμης μέχρι βαριά άνοια. Επιπλέον, η εμφάνιση άνοιας μπορεί είτε να αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της νόσου (π.χ. άνοια με σωμάτια του Lewy) είτε να εμφανίζεται μόνο σε μικρό ποσοστό ασθενών (π.χ. ατροφία πολλαπλών συστημάτων). Στις περισσότερες παθήσεις η άνοια έχει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υποφλοιώδους άνοιας, υπάρχουν όμως και νοσήματα όπου εμπλέκονται στοιχεία φλοιϊκής και υποφλοιώδους άνοιας (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

Άνοια με σωμάτια του Lewy

Η άνοια με σωμάτια του Lewy ξεπήδησε στο προσκήνιο την τελευταία μόλις δεκαετία και έκτοτε αποτελεί επίκαιρο θέμα προβληματισμού των κλινικών ιατρών και των παθολογοανατόμων παγκοσμίως. Το κυριότερο παθολογοανατομικό εύρημα, που είναι απαραίτητο για την διάγνωση της νόσου, είναι η παρουσία σωματίων του

Lewy στον υπόφλοιο και στον φλοιό. Επιπρόσθετα, ο αριθμός των σωματίων του Lewy στον φλοιό σχετίζεται με την βαρύτητα της άνοιας (Samuel et al., 1996). Υπάρχει επιπλέον, μεγάλη χολινεργική ανεπάρκεια στον φλοιό, διαταραχή των μονοαμινών και ανωμαλίες των ντοπαμινεργικών υποδοχέων στα βασικά γάγγλια. Στα πρώτα στάδια, το άτομο που πάσχει από άνοια τύπου Lewy συνήθως εμφανίζει συμπτώματα νόσου Parkinson (τρόμο, κυρίως στα χέρια, δυσκαμψία και περιορισμό στην κινητικότητα). Εμφανίζει επίσης παραισθήσεις και συχνά βλέπει πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν (όπως ανθρώπους ή ζώα). Οι δυσκολίες στη σκέψη και την μνήμη είναι παρόμοιες με αυτές στη νόσο Alzheimer, όμως μπορεί να ποικίλουν από στιγμή σε στιγμή. Τα άτομα αυτά είναι επιρρεπή στις πτώσεις και μπορεί να έχουν ανήσυχη νύχτα, διότι κινούνται συνεχώς, ενώ ονειρεύονται.

Η διάγνωση της νόσου, με τα σημερινά δεδομένα, είναι ακόμα μόνο κλινική. Η μεγάλη όμως ετερογένεια των συμπτωμάτων, που κυμαίνεται από ανοϊκή συνδρομή μέχρι κινητικά συμπτώματα παρκινσονισμού κάνει την κλινική διάγνωση δύσκολη ακόμη και με την χρησιμοποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων.

1.1.10 ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

AIDS

Η εμφάνιση άνοιας σε ασθενείς με AIDS αποτελεί την πιο συχνή νευρολογική επιπλοκή της νόσου (μέχρι το 60% των ασθενών στα τελικά στάδια). Επιπλέον, σε μερικούς ασθενείς μπορεί να είναι η μόνη κλινική εκδήλωση της νόσου (2,8% των ασθενών). Σε μια πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι τους πρώτους δώδεκα μήνες μετά την διάγνωση της νόσου 7% των ασθενών εμφάνισαν άνοια. Το ποσοστό αυξήθηκε στο 15% στους ασθενείς που παρακολουθήθηκαν μέχρι τον θάνατο τους (μέση επιβίωση 6 μήνες).

Για το σύνδρομο άνοιας σε συνδυασμό με AIDS χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι όροι. Οι δύο όροι που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι σύμπλεγμα AIDS - άνοιας (AIDS dementia complex ή HIV-1-associated Dementia Complex) και AIDS σε συνδυασμό με γνωστικές και κινητικές διαταραχές (HIV-1-associated cognitive/motor complex). Η άνοια στο AIDS έχει τους χαρακτήρες της υποφλοιώδους άνοιας με γνωστικές, συμπεριφορικές και κινητικές διαταραχές. Τα κύρια γνωρίσματα της είναι η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η έκπτωση της μνήμης και η απάθεια.

Η έναρξη της άνοιας είναι ύπουλη, μέσα σε εβδομάδες ή μήνες τα πρώτα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν ελαφρές συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολία συγκέντρωσης, λήθη, διαταραχή προσανατολισμού, κακοδιαθεσία, ανηδονία, απώλεια ενδιαφέροντος και κινητικές διαταραχές (αδεξιότητα, δυσκολία στις λεπτές κινήσεις, τρόμος κτλ). Με την εξέλιξη της νόσου παρατηρείται επιδείνωση των νοητικών και κινητικών διαταραχών με την εμφάνιση ψυχοκινητικής επιβράδυνσης και ποικίλων γνωστικών διαταραχών (έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης, της λεκτικής και οπτικής μνήμης, της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών, της ευελιξίας σκέψης και οπτικοχωρικές διαταραχές) (Graham& Warner, 2009).

1.1.11 ΑΝΟΪΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΜΕ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΕΣΤΙΑΚΗ (ΛΟΒΩΔΗ) ΦΛΟΪΚΗ ΕΚΦΥΛΙΣΗ

Τα ανοϊκά σύνδρομα χαρακτηρίζονται παθολογοανατομικά από εκφύλιση ενός ή περισσοτέρων λοβών του εγκεφάλου. Στα σύνδρομα αυτά συμπεριλαμβάνονται οι διάφορες μορφές της μετωποκροταφικής άνοιας, η προϊούσα αφασία, η σημασιολογική άνοια κ.α.

Η μετωποκροταφική άνοια

Πρόκειται για ένα κλινικό σύνδρομο που εμφανίζεται στην προγεροντική συνήθως ηλικία, συχνά έχει οικογενή χαρακτήρα και οφείλεται σε προοδευτική εκφύλιση των μετωπιαίων και κροταφικών λοβών. Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια όσον αφορά την κλινική εικόνα, αλλά και τα παθολογοανατομικά ευρήματα των ασθενών, που παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή, γι' αυτό ορισμένη ερευνητές προτείνουν τον όρο «μετωπιαίες άνοιες» ή «μετωπο-κροταφικές άνοιες» (M.K.A.). Οι ασθενείς που πάσχουν από M.K.A. έχουν σαν κοινό χαρακτηριστικό την μεταβολή της προσωπικότητας και την διαταραγμένη κοινωνική συμπεριφορά αλλά παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους, οι οποίες γίνονται πιο εμφανείς όσο εξελίσσεται η νόσος.

Η πρωτοπαθής προϊούσα (μη ευφραδής) αφασία (Π.Π.Α.)

Είναι γνωστό ότι η αφασικές διαταραχές μπορεί να συνοδεύουν εκφυλιστικά νοσήματα του εγκεφάλου. Από το 1982 όμως, ο Mesulam διαχώρισε μια ξεχωριστή νοσολογική οντότητα συχνά οικογενή με κύριο χαρακτηριστικό την μείωση της

ευφράδειας του λόγου, που έχει σαν τελική κατάληξη την πλήρη αδυναμία ομιλίας. Η γραφή και η ανάγνωση διαταράσσονται, ενώ η κατανόηση του λόγου είναι καλή. Η μνήμη, η οπτικοχωρική ικανότητα, η επίδοση στην αριθμητική διατηρούνται σε ικανοποιητικό επίπεδο μέχρι τα προχωρημένα στάδια της νόσου και γι' αυτό ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι δεν πρόκειται για άνοια με την επίσημη έννοια του όρου.

Σε αρκετούς όμως ασθενείς μετά από χρόνια μπορούν να προστεθούν συμπεριφορικές και άλλες γνωστικές διαταραχές, οπότε πλέον η διάγνωση της άνοιας καθίσταται αναμφισβήτητη. Η Π.Π.Α. είναι πολύ σπάνια πάθηση και η φύση της παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη. Συχνά, παθολογοανατομικά, βρίσκονται αλλοιώσεις μετωποκροταφικής άνοιας (τύπος Pick) αλλά με εστιακή εντόπιση στο επικρατητικό ημισφαίριο και μάλιστα στα πρόσθια κέντρα του λόγου. Σπάνια αναφέρεται συνύπαρξη ιστολογικών αλλοιώσεων τύπου Alzheimer. Από τους περισσότερους όμως παρά στη νόσο του Alzheimer (Graham & Warner, 2009).

Η σημασιολογική άνοια (Σ.Α.)

Είναι σπάνια, συχνά οικογενής, πάθηση της προγεροντικής ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται (όπως και η Π.Π.Α.) από προοδευτική διαταραχή του λόγου αλλά με την διαφορά ότι στην Σ.Α. ο λόγος είναι ευφραδής με καλή διατήρηση των φωνολογικών και συντακτικών χαρακτηριστικών, αλλά με αδυναμία κατανόησης της έννοιας των λέξεων. Συνήθως η κατάσταση αυτή αρχικά θεωρείται σαν αμνησική διαταραχή, αλλά η «αμνησία» αφορά μόνο την σημασία των λέξεων, ενώ η επισοδιακή μνήμη διατηρείται. Η σημασιολογική άνοια συνοδεύεται από συμπεριφορικές διαταραχές όπως και οι Μ.Κ.Α., αλλά αυτές είναι απώτερες και εμφανίζονται στα προχωρημένα στάδια.

Η παθογένεια της Σ.Α. επίσης δεν έχει διευκρινιστεί. Παθολογοανατομικά παρατηρούνται ομοιότητες με τις Μ.Κ.Α. και την Π.Π.Α., όμως οι βλάβες εντοπίζονται στον κροταφικό λοβό, ιδιαίτερα στην μέση και κάτω κροταφική έλικα ενώ ελαφρότερα προσβάλλονται η κογχική μοίρα του μετωπιαίου λοβού και η περιοχή στα όρια μεταξύ βρεγματικού-κροταφικού και ινιακού φλοιού. Όπως και για την Π.Π.Α., έτσι και για την Σ.Α. παραμένει ανοιχτό το ερώτημα, αν πρόκειται για ξεχωριστή νοσολογική οντότητα ή αν είναι μια ακόμη μορφή Μ.Κ.Α., αλλά με διαφορετική τοπογραφική εντόπιση των βλαβών.

Η άνοια μπορεί να προκληθεί από διάφορες νόσους. Όσον αφορά τον επιπολασμό της Άνοιας εκτιμάται ότι το 2-4% του πληθυσμού πάνω από 65 χρονών έχουν Άνοια τύπου Alzheimer, ενώ οι άλλες άνοιες είναι λιγότερο συχνές. Δεν υπάρχουν αξιόπιστες και ευρέως αποδεκτές εκτιμήσεις για άτομα ηλικίας μικρότερης των 60 ετών. Η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 8-10% και εξαρτάται από τον πληθυσμό και την εφαρμοζόμενη μέθοδο εκτίμησης. (Δαρδαβέσης, 2005).

1.2 ANATOMIA

1.2.1 ANATOMIA ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Ο εγκέφαλος είναι το μεγαλύτερο και ιδιαίτερης σημασίας τμήμα του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Βρίσκεται εντός του κρανίου για μεγαλύτερη ασφάλεια και περιβάλλεται από τρία προστατευτικά περιβλήματα που ονομάζονται μήνιγγες (σκληρή, αραχνοειδής και χοριοειδής μήνιγγα - οι ονομασίες τους αντίστοιχα από την εξωτερική μήνιγγα προς την εσωτερική) (Duffy, 2012). Μεταξύ των τριών μηνίγγων δημιουργούνται οι σχισμοειδής λεμφώδεις χώροι: Ο υποσκληριδίου μεταξύ της σκληρής και της αραχνοειδούς μήνιγγας και ο υπαραχνοειδής μεταξύ της αραχνοειδούς και της χοριοειδούς μήνιγγας, ο οποίος περιέχει το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και τα μεγάλα αγγεία του εγκεφάλου. (Ταφιάδης & Σκουλικάρη, 2009).

Το μεγαλύτερο και εξωτερικό μέρος του εγκεφάλου ονομάζεται εγκεφαλικός φλοιός, χαρακτηριστικό του οποίου είναι η σπειροειδής εμφάνισή του. Αυτά τα «διπλώματα» ή «βαθουλώματα» του φλοιού τα πιο βαθιά ονομάζονται σχισμές ενώ αύλακες τα πιο ρηχά και ωφελούν ως προς την αύξηση της επιφάνειας του εγκεφαλικού ιστού, που μπορεί να χωρέσει μέσα στο κρανίο, αφού η έκτασή του είναι περίπου 1,5 τ.μ., όσο περίπου η επιφάνεια ενός τραπεζίου, και το πάχος του μόλις 1,5 έως 4 χιλιοστά. Στο τέλος των σχισμών αυτών υπάρχουν έλικες, οι οποίες σχηματίζουν μια περιοχή, που ονομάζεται νήσος του εγκεφάλου (νήσος του Reil) (Martin, 2005; Καφετζόπουλος, 1995). Ο εγκεφαλικός φλοιός είναι αυτός που έχει την πιο ζωτική σημασία, καθώς εκεί εδράζονται οι γνωστικές και λογικές λειτουργίες, που ξεχωρίζουν τους

ανθρώπους από τα ζώα, και περιέχει δισεκατομμύρια νευρώνες (Καφετζόπουλος, 1995).

Κατά μία διαίρεση εκ των πολλών που αναφέρονται, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως, ο εγκέφαλος διακρίνεται σε τρία τμήματα α)τα δύο εγκεφαλικά ημισφαίρια, β)το εγκεφαλικό στέλεχος και γ)την παρεγκεφαλίδα (Ταφιάδης & Σκουλικάρη, 2009). Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια είναι δύο, το αριστερό και το δεξί, τα οποία συνδέονται μεταξύ τους με μία «πλατιά ταινία» νευρικών ινών, το μεσολόβιο. Κάθε περιοχή του αριστερού ημισφαιρίου συνδέεται με την αντίστοιχη του δεξιού μέσω του μεσολοβίου, με αποτέλεσμα τα δύο ημισφαίρια να βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία και στενή συνεργασία (Martin, 2005).

Τα κέντρα που ελέγχουν όλες τις αισθητικές και κινητικές δραστηριότητες, περιοχές ορισμού, αιτιολόγησης, μνήμης και νόησης και τα πρωταρχικά κέντρα λόγου βρίσκονται στα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Ωστόσο, το κάθε ημισφαίριο είναι υπεύθυνο για τις αισθήσεις και τις κινήσεις του αντίθετου ημιμόριου του προσώπου και του σώματός μας, δηλαδή για παράδειγμα το δεξί ημισφαίριο είναι υπεύθυνο για τη δεξιά πλευρά του σώματός μας (Murdoch, 2008).

Το κάθε εγκεφαλικό ημισφαίριο χωρίζεται σε τέσσερα μέρη, τους τέσσερις λοβούς: τον μετωπιαίο, τον βρεγματικό, τον ινιακό και τον κροταφικό, αλλά και την παρεγκεφαλίδα, η οποία δεν συγκαταλέγεται στους λοβούς (Murdoch, 2008). Καθένας από αυτούς είναι υπεύθυνος για κάποιες λειτουργίες του ανθρώπου κι έχουν ονομαστεί ανάλογα με το οστό του κρανίου κάτω από το οποίο βρίσκονται (Cummings & Trimble, 2009).

1.2.2 ANATOMIA ΤΗΣ ΜΝΗΜΗΣ

Η μνήμη και η μάθηση είναι ίσως οι πιο δύσκολες ανθρώπινες λειτουργίες όσον αφορά στον εντοπισμό τους στον εγκέφαλο, επειδή η μνήμη είναι μια διεργασία και όχι μια μεμονωμένη «ολότητα», μια διεργασία πολλαπλή κι όχι ενιαία (Martin, 2005).

Ο όρος μνήμη τόσο στην επιστημονική ορολογία όσο και στον καθημερινό λόγο αναφέρεται σε τρεις ξεχωριστές έννοιες: στη λειτουργία της μνήμης, στα φαινόμενα που συνθέτουν το αποτέλεσμα αυτής της λειτουργίας και τέλος, στη λεκτική κατηγορία με την οποία περιγράφονται τα εν λόγω φαινόμενα. Η λειτουργία της μνήμης επιτρέπει τη διατήρηση παρελθουσών εμπειριών για μετέπειτα χρήση και

αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία και τη διατήρηση της επίγνωσης του εαυτού. Χωρίς τη μνήμη δε θα μπορούσε να υπάρξει συνέχεια και συνοχή ανάμεσα στις διαδοχικές εμπειρίες που συναπαρτίζουν την προσωπικότητά μας (Martin, 2005).

Ο μηχανισμός του εγκεφάλου, στον οποίο στηρίζεται η λειτουργία της μνήμης δεν είναι πλήρως γνωστός. Η μνήμη περιλαμβάνει ένα σύνθετο σύνολο εργασιών κωδικοποίησης, οι οποίες δημιουργούν μία αναπαράσταση της πληροφορίας, η οποία στη συνέχεια μπορεί να ανακληθεί. Μια σειρά τέτοιων διεργασιών είναι υπεύθυνες για την αρχική καταγραφή και κωδικοποίηση γεγονότων και πληροφοριών. Τα γεγονότα, καθώς διαδραματίζονται στο χρόνο, κωδικοποιούνται μέσω του αισθητηριοκινητικού μηχανισμού και συχνά, αλλά όχι πάντα, εισέρχονται στη συνείδηση. Κατά συνέπεια, οι διεργασίες αυτές μπορεί να είναι συνειδητές ή ασυνειδητές.

Μια δεύτερη σειρά διεργασιών συναποτελούν την εδραίωση, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη μόνιμη ή προσωρινή αποθήκευση των ιχνών που αφήνουν πίσω τους τα γεγονότα. Αυτά τα ίχνη, ωστόσο, θεωρητικά συνίστανται σε κάποιας μορφής νευρωνικές αναπαραστάσεις των γεγονότων. Η ανάκληση αποτελεί το αποτέλεσμα της τρίτης και τελευταίας σειράς διεργασιών και συνίσταται στην επανενεργοποίηση στο παρόν των «αποθηκευμένων» αναπαραστάσεων (Broadbent, 1958; Μεντενόπουλος & Μπούρας, 2002).

Τελικά, η ανάκληση περιλαμβάνει όχι μόνο συνειδητές διεργασίες αλλά και αυτόματες διεργασίες όπως η κωδικοποίηση. Σημαντικό γεγονός αποτελεί για τον καθορισμό των διαταραγμένων διεργασιών, που προκαλούν μια συγκεκριμένη μνημονική διαταραχή, η προσεκτική ανάλυση των διεργασιών της μνήμης, της προσοχής και της ενεργοποίησης του κινήτρου που διαταράσσονται και αυτών που μένουν ανεπηρέαστες. Οι διεργασίες αποθήκευσης που αυτόματα προκαλούνται από την κωδικοποιημένη πληροφορία και οι οποίες μπορεί να συνεχίζονται για κάποιο διάστημα και μετά την κωδικοποίηση, δεν είναι απόλυτα σαφείς και κατανοητές (Μεντενόπουλος & Μπούρας, 2002).

Η βιβλιογραφία αναφέρει πως η μνήμη διχοτομείται ως προς τις διεργασίες της ως εξής: Α) Δηλωτική μνήμη ή έκδηλη μνήμη, η οποία αφορά γεγονότα που έχουν πρόσβαση στη συνειδητή ανάκληση και Β) Άδηλη ή μη δηλωτική μνήμη, η οποία αναφέρεται σε ικανότητες και αυτόματες ενέργειες, που χρειάζονται για την επιτέλεση μιας συγκεκριμένης λειτουργίας (Martin, 2005). Δηλαδή, η έκδηλη μνήμη αφορά γεγονότα για τα οποία έχουμε ή μπορούμε να έχουμε επίγνωση όταν τα

θυμόμαστε ή τα ξεχνάμε, ενώ η άδηλη μνήμη αναφέρεται σε γεγονότα, την παρουσία ή την απουσία των οποίων μπορούμε μόνο να συμπεράνουμε. Η κλινική σημασία αυτού του διαχωρισμού γίνεται εμφανής σε ασθενείς των οποίων η μετατραυματική ή η μετεγκεφαλδική οπισθοδρομική αμνησία είναι δυνατόν να εκτείνεται πολλές εβδομάδες ή ακόμα και χρόνια πίσω, αν και το απόθεμα πληροφοριών, η χρήση της γλώσσας και οι πρακτικές γνώσεις μπορεί να είναι άθικτες (Lezak et al., 2009).

Τέλος, η μνήμη διακρίνεται σε οπισθοδρομική μνήμη (*retrospectivememory*), που αφορά, βέβαια, το παρελθόν και σε εμπροσθοδρομική μνήμη (*prospectivememory*), που αφορά γεγονότα και πράξεις, που πρόκειται να συμβούν ή να εκτελεστούν στο μέλλον (ημερομηνίες συναντήσεων, εξετάσεων, ταξιδιών, ώρες λήψης φαρμάκων, κλπ) (Halligan, Kischka & Marshall, 2003).

Γενικά σε όλη τη διαδικασία της μνήμης, ο φλοιός του εγκεφάλου παίζει τον κύριο λόγο. Ωστόσο, ακόμη και περιοχές του στελέχους του εγκεφάλου, όπως ο θάλαμος, αλλά και η παρεγκεφαλίδα, συμμετέχουν (Lezak et al., 2009). Το μεταιχμιακό σύστημα κατέχει κεντρική θέση, αλλά υπάρχουν και εξωμetailχμιακοί μηχανισμοί. Οι τελευταίοι σχετίζονται με την εκμάθηση συνηθειών και δεξιοτήτων, καθώς η διαδικαστική μνήμη απαιτεί τη λειτουργία των βασικών γαγγλίων. Η βραχυπρόθεσμη μνήμη στηρίζεται στην ακέραιη λειτουργία των μηχανισμών προσοχής. Η ικανότητα επανάληψης ψηφίων, διαδικασία ελέγχου της βραχυπρόθεσμης μνήμης, εξαρτάται από την ακέραιη λειτουργία των γλωσσικών διεργασιών (Cummings & Trimble, 2009).

Η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος, ιδίως τα επίπεδα CA1 και CA3, καθώς και ο ενδορρινικός και περιρρινικός φλοιός ενέχονται στην παγίωση των μνημονικών ιχνών και στην εμπροσθοδρομική αμνησία. Οι υποθαλαμικές και διεγκεφαλικές δομές που εμπλέκονται περισσότερο είναι τα μαστία και οι μέσοι ραχιαίοι και πρόσθιοι πυρήνες του θαλάμου. Η αμυγδαλή εμπλέκεται στο μηχανισμό της μακρόχρονης μνήμης, ιδίως στις επηρεασμένες από το συναίσθημα αναμνήσεις και στην ενίσχυση της μνήμης (Gillis, 1996).

Οι μετωπιαίοι λοβοί είναι, επίσης, σημαντικοί στη μνημονική λειτουργία. Οι ασθενείς με μετωπιαίες βλάβες έχουν διαταραχή της μνήμης, ιδίως για την αλληλουχία και σειρά των γεγονότων, καθώς και για την ανάκληση των αποθηκευμένων πληροφοριών. Σε μερικές μελέτες η διαταραχή της οπισθόδρομης μνήμης σχετίζεται με έκπτωση των μετωπιαίων λειτουργιών και οι μετωπιαίες βλάβες σχετίζονται συχνά με μυθοπλασίες. Έχει προταθεί ότι οι ασθενείς με μετωπιαίες

βλάβες έχουν έναν ειδικό τύπο προβλήματος μνήμης, κατά τον οποίο αναφέρεται ότι «ξεχνούν να θυμηθούν» (Gillis, 1996).

Ο κύριος νευροδιαβιβαστής που έχει ταυτοποιηθεί σχετικά με τη μνήμη είναι η ακετυλοχολίνη. Ο χολινεργικός αποκλεισμός στους ανθρώπους διαταράσσει τη μνήμη, ενώ χολινεργικοί αγωνιστές μπορεί να βελτιώσουν τη μνήμη σε μερικούς ασθενείς με άνοια (Vander, Sherman & Luciano, 2001). Το χολινεργικό σύστημα του πρόσθιου εγκεφάλου, που ανέρχεται από το βασικό πυρήνα του Meynert προς το φλοιό και από τους διαφραγματικούς πυρήνες προς τον ιππόκαμπο, είναι σημαντικό για τη μνημονική λειτουργία. Ασθενείς με βλάβες σε αυτές τις περιοχές έχουν εμπροσθοδρομικές αμνησίες (Cummings & Trimble, 2009).

Οι έρευνες σε αυτόν τον τομέα έχουν δείξει πως ο διαχωρισμός μεταξύ Μακρόχρονης και Βραχύχρονης Μνήμης αντικατοπτρίζεται και σε βιολογικό επίπεδο. Πειράματα με τη χρήση λειτουργικής μαγνητικής τομογραφίας έχουν δείξει πως το επίκεντρο της εγκεφαλικής δραστηριότητας κατά την ενεργοποίηση της Βραχύχρονης Μνήμης εντοπίζεται στον πρόσθιο λοβό, ο οποίος εμπλέκεται και σε μια σειρά από άλλες ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, όπως ο έλεγχος της συμπεριφοράς και η αίσθηση της ταυτότητας. Όσο πιο δύσκολη είναι η δοκιμασία, τόσο μεγαλύτερη ενεργοποίηση υπάρχει στον πρόσθιο λοβό. Ανάλογα με τη στρατηγική που χρησιμοποιείται κατά την ενεργοποίηση της Βραχύχρονης Μνήμης, παρατηρείται και η εμπλοκή και άλλων εγκεφαλικών περιοχών. Για παράδειγμα, οι περιοχές Wernicke και Broca δραστηριοποιούνται έντονα όταν γίνεται χρήση της λεκτικής επανάληψης - εσωτερικής και εξωτερικής- των στοιχείων προς απομνημόνευση, ενώ ο οπτικός φλοιός (οπίσθιος λοβός) όταν προσπαθούμε να απομνημονεύσουμε ένα οπτικό/χωρικό στοιχείο (π.χ. σε ποιο μέρος του οπτικού μας πεδίου εμφανίστηκε ένα οπτικό ερέθισμα πριν λίγα δευτερόλεπτα) (www.genenutrition.gr).

Η Μακρόχρονη Μνήμη από την άλλη φαίνεται πως εδρεύει σε πιο "βαθιές" εγκεφαλικές περιοχές, όπως ο ιππόκαμπος, ο οποίος βρίσκεται στο εσωτερικό του εγκεφάλου. Ο ιππόκαμπος είναι μια πολύ σημαντική εγκεφαλική περιοχή με πολλαπλές λειτουργίες, και συνήθως έχει έναν συντονιστικό ρόλο ανάμεσα σε άλλες περιοχές που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με αυτόν. Επίσης, μαζί με άλλες περιοχές του μέσου και κατώτερου κροταφικού λοβού παίζει σημαντικό ρόλο στο σχηματισμό της μνήμης μακράς διάρκειας, δηλαδή στη μετατροπή της μνήμης βραχείας διάρκειας σε μνήμη μακράς διάρκειας (Gillis, 1996).

Στην περίπτωση της Μακρόχρονης Μνήμης, ο ιππόκαμπος φαίνεται πως συνδέει όλα τα διαφορετικά χαρακτηριστικά μιας ανάμνησης (π.χ. ήχους, εικόνες, μυρωδιές), μέσω της σύνδεσής του με τις οπτικές, οσφρητικές και ακουστικές περιοχές του εγκεφάλου. Βλέπουμε δηλαδή πως η Επεισοδιακή Μνήμη βασίζεται κυρίως στην λειτουργία του ιπποκάμπου για να μπορέσει να συνθέσει μια ολοκληρωμένη ανάμνηση από τα διαφορετικά κομμάτια που την αποτελούν. Λόγω της ιδιαίτερης λειτουργίας και της συνδεσμολογίας του ιπποκάμπου είμαστε σε θέση να ενεργοποιούμε αναμνήσεις απλά με την παρουσία κάποιου απλού ερεθίσματος (π.χ. κάποια μυρωδιά, εικόνα, σκέψη κ.α.). Είναι χαρακτηριστικός όμως και ο ρόλος του ιπποκάμπου σε χωροταξικές δραστηριότητες, όπως π.χ. πλοήγηση στον χώρο (Gillis, 1996).

Έχει βρεθεί πως ο ιππόκαμπος (κυρίως του δεξιού ημισφαιρίου) περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και νευρώνες οι οποίοι κωδικοποιούν τον χώρο, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο έναν "εγκεφαλικό χάρτη" του χώρου. Όσο περισσότερο χρειάζεται κάποιος να κινείται, τόσο περισσότερο εξασκεί αυτούς τους νευρώνες και τόσο καλύτερος είναι σε χωροταξικές δοκιμασίες (Gillis, 1996).

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε πάντως πως ο ιππόκαμπος σχετίζεται περισσότερο με την Επεισοδιακή Μνήμη και λιγότερο με τη Σημασιολογική, καθώς όταν μία πληροφορία κωδικοποιηθεί στη Μακρόχρονη Μνήμη για μεγάλο χρονικό διάστημα η εγκεφαλική δραστηριότητα μεταφέρεται σταδιακά στον κροταφικό και στον πρόσθιο λοβό, οι οποίοι σχετίζονται με την ανάκτηση της μνήμης και την μετάφρασή της σε συνειδητή σκέψη, αντίστοιχα.

Τέλος, μία τέταρτη σημαντική εγκεφαλική περιοχή που έχει το δικό της διακριτό ρόλο στην ενεργοποίηση αποθηκευμένων πληροφοριών είναι η αμυγδαλή, μια περιοχή του λεγόμενου λιμβικού συστήματος το οποίο διαχειρίζεται τα συναισθήματα. Η αμυγδαλή είναι αυτή η περιοχή η οποία συνδέει αναμνήσεις με διάφορα συναισθήματα. Έτσι, εάν βρεθούμε σε μια κατάσταση η οποία μας δημιουργεί έντονα συναισθήματα -θετικά ή αρνητικά- τα οποία έχουμε ξαναβιώσει στο παρελθόν, η αμυγδαλή ανασύρει αυτή τη μνήμη και την φέρνει ξανά στο συνειδητό επίπεδο (www.genenutrition.gr).

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε πως οι αυτοματοποιημένες μνήμες που κωδικοποιούνται με τον μηχανισμό της Διαδικαστικής Μνήμης δεν σχετίζονται καθόλου με τη λειτουργία του ιπποκάμπου, του πρόσθιου λοβού, του κροταφικού λοβού και της αμυγδαλής που αναφέρθηκαν πιο πάνω. Επειδή ακριβώς πρόκειται για

αποθηκευμένες αυτοματοποιημένες κινήσεις δεν απαιτούν ενεργοποίηση του βασικού μνημονικού συστήματος. Αντίθετα, αυτές οι μνήμες εδρεύουν σε πιο "πρωτόγονες" περιοχές που σχετίζονται αποκλειστικά με την ενεργοποίηση και τον συντονισμό των κινήσεων. Αυτές περιλαμβάνουν την παρεγκεφαλίδα, τα βασικά γάγγλια και τον κινητικό φλοιό. Λόγω ακριβώς της διαφορετικής φύσης και έδρας της διαδικαστικής μνήμης η αμνησία ή άλλες μνημονικές διαταραχές δεν φαίνεται πως την επηρεάζουν ιδιαίτερα. Έτσι, για παράδειγμα, ένας αμνησιακός ασθενής μπορεί ακόμη να καβαλήσει ποδήλατο ή να δέσει τα κορδόνια του. (www.psychologiein.dagorastos.net)

1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Με βάση την φυσιολογική λειτουργία, στο νευρικό σύστημα διακρίνονται τρεις θεμελιώδεις λειτουργίες:

- ❖ Η πρόσληψη πληροφοριών
- ❖ Η κεντρική ολοκλήρωση πληροφοριών
- ❖ Η αποστολή κινητικών εντολών προς την περιφέρεια

Έτσι μέσα από αισθητικούς υποδοχείς διαφόρων τύπων και αισθητικές ίνες αποστέλλονται σχεδόν αδιάκοπα πληροφορίες προς το «κέντρο», που αφορούν μεταβολές στο εσωτερικό και στο εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Το κεντρικό νευρικό σύστημα αντιδρά στις εισερχόμενες πληροφορίες με μια πολύπλοκη διαδικασία διαλογής, ταξινόμησης και επεξεργασίας τους. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι:

- Η απόρριψη των πληροφοριών που είναι και η πιο συνηθισμένη αντίδραση, μιας και οι πληροφορίες δεν έχουν σημασία για τον οργανισμό
- Η δημιουργία μιας απάντησης εντολής προς τα εκτελεστικά όργανα
- Η εναποθήκευση των πληροφοριών στη μνήμη
- Η δημιουργία της μνήμης και η συμμετοχή των πληροφοριών

Σε πρώτο στάδιο γίνεται διέγερση του νευρώνα ο οποίος παίρνει τη μορφή μιας ειδικής ηλεκτροχημικής διαταραχής της κυτταρικής μεμβράνης που ονομάζεται δυναμικό δράσης και που αρχίζει από τη δεικτική ζώνη και μεταδίδεται κατά μήκος του νευρίτη μέχρι τις τελικές του απολήξεις. Το φαινόμενο αυτό αποτελεί τη βάση της μετάδοσης των νευρικών ώσεων, οι οποίες έτσι καταλήγουν στο σημείο επαφής, με άλλα νευρικά κύτταρα ή με «εκτελεστικά» κύτταρα. Το δυναμικό δράσης χαρακτηρίζεται από μια σειρά μεταβολών της πόλωσης της μεμβράνης, που οφείλεται σε αντίστοιχες μεταβολές της διαπερατότητάς της κυρίως στα ιόντα Na και K.

Το δυναμικό ηρεμίας του νευρικού κυττάρου κυμαίνεται γενικά από -65mV έως -90mV (μέσος όρος -70mV) και αντιστοιχεί στη διαφορά δυναμικού μεταξύ των δύο πλευρών της μεμβράνης, όταν το κύτταρο δεν υφίσταται την επίδραση εξωτερικών ερεθισμάτων. Τα ηλεκτροδυναμικά φαινόμενα που εμφανίζονται κατά τη διέγερση της μεμβράνης, απαρτίζονται από μεταβολές του δυναμικού που ακολουθούν μια αυστηρά προκαθορισμένη σειρά και εξελίσσονται ταχύτατα. Το δυναμικό δράσης, μπορεί να διαιρεθεί στη φάση εκπόλωσης με διάρκεια 0,5-1,0msec και στη φάση επαναπόλωσης με διάρκεια 40-1.000 msec (Βαρσαμίδης, 2011).

Στη συνέχεια, το αισθητικό σκέλος του νευρικού συστήματος (Ν.Σ.) έχει ως αποστολή την πρόσληψη, τη διαβίβαση και την επεξεργασία πληροφοριών από το

εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον του οργανισμού. Αυτό το τμήμα του Ν.Σ αποτελείται από:

- ✓ Τους υποδοχείς
- ✓ Τις οδούς διαβίβασης των αισθητικών ώσεων οι οποίες βρίσκονται περιφερικά νεύρα και στα δεμάτια του νωτιαίου μυελού και του εγκεφάλου
- ✓ Τα κέντρα επεξεργασίας των αισθητικών πληροφοριών στο νωτιαίο μυελό καθώς και στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα στο φλοιό.

Από τις πληροφορίες που συρρέουν στον εγκέφαλο, ορισμένες γίνονται συνειδητά αντιληπτές, ενώ άλλες δεν οδηγούν σε ενσυνείδητη αίσθηση αλλά σε αντανακλαστική υποσυνείδητη αντίδραση. Οι αισθητικοί υποδοχείς μπορούν να διαιρεθούν σε τρεις μεγάλες ομάδες.

- ✓ Στους υποδοχείς των αισθητήριων οργάνων
- ✓ Στους υποδοχείς που αντιδρούν σε ειδικές μεταβολές του εσωτερικού περιβάλλοντος
- ✓ Στους υποδοχείς οι οποίοι βρίσκονται στο δέρμα και σε όργανα στο βάθος του σώματος και που αντιδρούν σε μηχανικά ή θερμικά ερεθίσματα και σε διάφορες βλαπτικές επιδράσεις, οι οποίες προκαλούν το αίσθημα του πόνου ή του κνησμού (Σμοκοβίτης, 2007).

Η μεταβίβαση πληροφορίας στο αισθητικό σκέλος γίνεται με τους αισθητικούς υποδοχείς. Οι αισθητικοί υποδοχείς είναι απλές νευρικές απολήξεις ή μονήρη εξειδικευμένα επιθηλιακά κύτταρα, ή μια ομάδα κυττάρων που σχηματίζουν αισθητήρια όργανα ή αισθητικά οργανίδια. Οι υποδοχείς, λειτουργούν ως μετασχηματιστές που μετατρέπουν την ενέργεια ενός ερεθίσματος σε νευρικές ώσεις. Αυτές στη συνέχεια διαβιβάζονται μέσα από τα αισθητικά νεύρα και τις ανιούσες οδούς του νωτιαίου μυελού προς διάφορες περιοχές του εγκεφάλου. Η ενσυνείδητη αντίληψη αισθήσεων διάφορων ποιοτήτων και έντασης και η ακριβής πληροφόρηση όσον αφορά τα σημεία προέλευσης των αισθήσεων αυτών, φαίνεται ότι προκαλείται από την άφιξη των αντίστοιχων νευρικών ώσεων σε ειδικές περιοχές του φλοιού του εγκεφάλου.

Τέλος, οι αντανακλαστικές συσπάσεις μυών (κινήσεις) μπορούν να δημιουργηθούν όχι μόνο σαν επακόλουθο της διεγέρσεως των απολήξεων των ιδιοδέκτριων ινών αλλά και μετά από ερέθισμα άλλων υποδοχέων οι οποίοι υπάρχουν στο δέρμα ή στους βλεννογόνους. Όλα τα αντανακλαστικά αυτού του τύπου όμως είναι πολυσυναπτικά, δηλαδή η διέγερση περνάει από δύο ή περισσότερες συνάψεις οι οποίες βρίσκονται μέσα στο Κ.Ν.Σ. Τα πολυσυναπτικά αντανακλαστικά

χρησιμεύουν στη βάρδιση, στην πρόληψη τροφής καθώς επίσης στην προστασία από βλαβερά ερεθίσματα διαφόρων τύπων.

Κλασικό παράδειγμα μυϊκού πολυσυναπτικού είναι το αντανακλαστικό καμπτηρών μυών που συνδέεται με το χιαστό αντανακλαστικό των εκτεινόντων. Τόσο η ταχύτητα εξελίξεως του αντανακλαστικού αυτού όσο και η έντασή του εξαρτώνται από την ένταση του ερεθίσματος. Αυτό οφείλεται στ ότι στο πολυσυναπτικό συντονιστικό κέντρο του αντανακλαστικού κέντρου είναι δυνατή η άθροιση των ερεθισμάτων τόσο στο χώρο όσο και στο χρόνο.

Η δυνατότητα εκτελέσεως των αντανακλαστικών αυτών βασίζεται ακριβώς στην ύπαρξη μακρότερων οδών διασύνδεσης των α-κινητικών νευρώνων του νωτιαίου μυελού. Η ικανότητα του νωτιαίου μυελού να συντονίζει και να ρυθμίζει μόνο του αντανακλαστικές κινήσεις είναι τόσο μεγαλύτερη όσο μικρότερη είναι η ανάπτυξη των υπερκείμενων εγκεφαλικών κέντρων (Σμοκοβίτης, 2007).

1.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η νόσος του Alzheimer χαρακτηρίζεται από διάφορες δομικές και χημικές μεταβολές στον εγκέφαλο, ιδίως στον ιππόκαμπο, τον μετωπιαίο και τον κροταφικό λοβό. Καθώς η νόσος αυτή καταστρέφει τους νευρώνες στον ιππόκαμπο, τις σχετιζόμενες με αυτόν δομές, η πρόσφατη μνήμη παραβλάπτεται και η ικανότητα του ατόμου να επιτελεί τις απλές και γνώριμες γι' αυτόν δραστηριότητες ελαττώνεται. Οι επιπτώσεις της νόσου στους νευρώνες του φλοιού του εγκεφάλου επιφέρει απώλεια στις γλωσσικές δεξιότητες και την κρίση. Συναισθηματικές εκρήξεις και διαταραχές της συμπεριφοράς αρχίζουν να παρατηρούνται και καθώς η νόσος εξελίσσεται, καθίστανται όλο και πιο συχνές. Τελικά, προσβάλλονται και άλλες περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες αρχίζουν να ατροφούν, με τελικό αποτέλεσμα το άτομο να καθίσταται απαθές και ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του.

Χαρακτηριστικά ευρήματα στους εγκεφάλους ασθενών με νόσο του Alzheimer είναι η απώλεια νευρώνων του φλοιού και η παρουσία θυσάνων νευρικών ινιδίων και πλακών αμυλοειδούς. Οι θύσανοι νευρικών ινιδίων σχηματίζονται από την παραμορφωμένη πρωτεΐνη tau, των νευρώνων. Η πρωτεΐνη tau φυσιολογικά παίζει ρόλο στην ακεραιότητα των μικροσωληνίσκων, οι οποίοι οδηγούν θρεπτικές ουσίες και άλλα μόρια προς τους νευράξονες. Στη νόσο του Alzheimer οι πρωτεΐνες tau

παίρνουν τη μορφή ζευγών ινών, τα οποία στη συνέχεια ενώνονται και σχηματίζουν τους θυσάνους. Καθώς οι πρωτεΐνες tau δεν συντηρούν πλέον την ακεραιότητα του συστήματος μεταφοράς, η επικοινωνία μεταξύ των νευρώνων χάνεται και ακολουθεί ο θάνατος τους που συμβάλλει στην εκδήλωση της άνοιας.

Ομάδες νευρικών κυττάρων (και ιδιαιτέρως οι τελικοί άξονες) εκφυλίζονται και συσσωρεύονται γύρω από έναν αμυλοειδή πυρήνα, σχηματίζοντας μια πλάκα. Οι πλάκες αυτές απαντώνται στους διάμεσους χώρους μεταξύ των νευρώνων του εγκεφάλου. Αναπτύσσονται πρώτα σε περιοχές που χρησιμεύουν για την αντίληψη και τη μνήμη, όπου και διακόπτουν τη μεταβίβαση των νευρικών ώσεων. Οι πλάκες αποτελούνται, κυρίως, από αδιάλυτα ιζήματα β-αμυλοειδούς, ενός πρωτεϊνικού θραύσματος από μια μεγαλύτερη πρωτεΐνη που λέγεται πρόδρομος πρωτεΐνη του αμυλοειδούς αναμεμειγμένα με νευρώνες και άλλα μη νευρικά κύτταρα. Δεν είναι ακόμη γνωστό εάν ο σχηματισμός των πλακών προκαλεί τη νόσο του Alzheimer ή οι πλάκες είναι ένα παραπροϊόν της διεργασίας της νόσου.

Η αιματική ροή προς τις προσβεβλημένες περιοχές του εγκεφάλου είναι μειωμένη. Ο εγκέφαλος ατροφεί και οι κοιλίες και αύλακες διευρύνονται αντιστοίχως. Καθώς η νόσος του Alzheimer εξελίσσεται, προσβάλλονται ολοένα και περισσότερες περιοχές του εγκεφάλου, εκδηλώνοντας ανάλογα συμπτώματα. Για παράδειγμα, απώλειες στους νευρώνες και τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών στο βρεγματικό λοβό προκαλούν προβλήματα στην αντίληψη και την ερμηνεία των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων. Βλάβες στον μετωπιαίο λοβό προκαλούν μεταβολές στην προσωπικότητα και συναισθηματική αστάθεια (Ράπτης, 2006)

1.4.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Με την πρόοδο της ηλικίας ελαττώνεται το βάρος και ο όγκος του εγκεφάλου, φαινόμενα που αποτελούν την ατροφία αυτού. Λοιμώδεις, νεοπλασματικές, τραυματικές, αγγειακές, τοξικές και αγνώστου φύσεως βλάβες του εγκεφάλου, μπορούν να οδηγήσουν τελικώς στην άνοια (Τσολάκη, Κάζης 2005c). Παρά τις εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν είναι άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν μεγάλη ποικιλία ύποπτων παραγόντων όπως γενετικούς παράγοντες, βιοχημικές και ανοσιακές διαταραχές, μεταβολικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου, σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψεως των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου. Έτσι σήμερα γνωρίζουμε ότι :

- ✓ Η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γηράνσεως.
- ✓ Δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών, ούτε από υποξία του εγκεφάλου.
- ✓ Δεν είναι μεταδοτική.
- ✓ Είναι νόσος του εγκεφάλου και
- ✓ Δε θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας (Πλατή 2008).

1.4.2 ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Σύμφωνα με αναφορές της Ελληνικής Γeronτολογικής και Γηριατρικής Εταιρίας παράγοντες που προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου του Alzheimer είναι :

➤ Πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες

- Παρουσία απολιποπρωτεΐνης E-e4 (APOE) στο χρωμόσωμα 19, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου από 2 – 10 φορές.
- Η μη χρησιμοποίηση από το άτομο ορισμένων ουσιών, όπως είναι τα οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση στη γυναίκα, τα οποία αναφέρονται ότι έχουν προστατευτική δράση, καθώς και τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα.
- Η μείωση στον οργανισμό αντιοξειδωτικών φαρμάκων, όπως βιταμίνες A, C, E, κορτικοειδή, μεταλλικό σελήνιο, γενικά συστατικά που περιέχονται στα φρούτα και τα λαχανικά. Το κάπνισμα και πολλά λιπαρά μειώνουν αυτούς τους παράγοντες,
- Εμφάνιση υψηλών επιπέδων αλουμινίου στον εγκέφαλο.
- Μειωμένα επίπεδα του νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη.
- Συσσώρευση πρωτεϊνών στον εγκέφαλο.

➤ Προδιαθεσικοί παράγοντες έντονα αμφισβητούμενοι

- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

- Περιορισμένες ικανότητες στην προφορική και γραπτή χρήση της γλώσσας.
- Ιστορικό επιληπτικών κρίσεων.
- Έκθεση σε μεγάλες ποσότητες ψευδαργύρου (υπάρχει σε μερικά συμπληρώματα διατροφής).

Οι παραπάνω παράγοντες είναι σε ερευνητική φάση και αυτό είναι ενδεικτικό και της ακόμη ατελούς γνώσης πάνω στο αντικείμενο (Πλατή, 2008).

1.4.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προτείνονται οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου για την άνοια :

- ✓ **Ηλικία:** Αν και δεν υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις ότι η ηλικία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει άνοια, υπάρχουν όμως ισχυρές ενδείξεις ότι μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Οι αλλαγές στις οποίες ακολουθούν το γήρας έχουν μελετηθεί από πολλούς ερευνητές αλλά δεν έχουν βρεθεί ειδικά χαρακτηριστικά που να προκαλούν άνοια. Ορισμένες θεωρίες του γήρατος υποστηρίζουν ότι αυτό προκαλείται από συσσώρευση βλαβών. Συνήθως αναφέρεται ότι τυχαία γεγονότα πυροδοτούν την έναρξη της νόσου. Οι απόψεις αυτές στηρίζουν συνήθως την έννοια του πολυπαραγοντικού προτύπου της ΝΑ όπου ένας αριθμός βλαπτικών παραγόντων παίζει καθοριστικό ρόλο. Η απώλεια των νευρώνων σε σχέση με την ηλικία αποτελεί σημείο διαφωνιών διότι δεν είναι σαφές εάν οι νευρώνες καταστρέφονται ή εάν εμφανίζουν μειωμένο μέγεθος σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου. Επίσης αναφέρεται ότι κάποια αντισταθμιστική συναπτική πλαστικότητα σχετίζεται με την απώλεια των νευρώνων κατά το γήρας και συμβάλει αποφασιστικά στη ΝΑ.
- ✓ **Εθνότητα (Αφρικανοί – Αμερικανοί > Λευκοί)**
- ✓ **Δημογραφικοί παράγοντες:** Το μορφωτικό επίπεδο, ως δημογραφικό χαρακτηριστικό με την εκπαίδευση και το επάγγελμα, αποτελεί ένα πρόσθετο πεδίο ερευνών συσχέτισης με την πρόκληση της νόσου, το οποίο όμως δεν έχει οδηγήσει ακόμα σε σαφή συμπεράσματα. Είναι ενδεικτικό ότι τα

αποτελέσματα της έρευνας Eurodem αναδεικνύουν τον ρόλο της εκπαίδευσης στην ανάπτυξη ΑΤΑ. Είναι βέβαιο, ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου και συνδυαστικά αποτελούν ένα εύλογο υπόστρωμα για την εκδήλωση άνοιας.

Η χαμηλή εκπαίδευση συνδέεται με χαμηλές επιδόσεις στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες που οδηγούν στην διάγνωση άνοιας, η συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και άνοιας μπορεί να θεωρείται πιο έγκυρη όταν προκύπτει από προοπτικές μελέτες. Μία μελέτη στην Ινδία, μία στην Νιγηρία, μία στην Αγγλία και τρεις στις ΗΠΑ δεν ανίχνευσαν καμία συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και επίπτωσης της άνοιας. Εντούτοις, η χαμηλότερη επίπτωση της άνοιας σε συμμετέχοντες με υψηλή εκπαίδευση έχει αναφερθεί από τουλάχιστον 8 μελέτες στη Γαλλία, στη Σουηδία, στη Φιλανδία, στην Κίνα και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Υπάρχουν επίσης δημοσιεύσεις στις οποίες διαπιστώνεται ο σημαντικός προστατευτικός ρόλος της εκπαίδευσης ως προς τον ρυθμό έκπτωσης των νοητικών ικανοτήτων με την πάροδο της ηλικίας συμμετέχοντες με υψηλότερη εκπαίδευση έχουν βραδύτερους ρυθμούς νοητικής και λειτουργικής επιδείνωσης με αποτέλεσμα να καθυστερούν την έναρξη της άνοιας.

Τόσο η εκπαίδευση όσο και η νοημοσύνη εκφράζουν όχι μόνο γενετικά καθορισμένα αλλά και περιβαλλοντικά γνωρίσματα. Επιπλέον, ο δείκτης νοημοσύνης μπορεί να είναι ένας καλύτερος δείκτης της δια βίου εκπαιδευτικής εμπειρίας για συμμετέχοντες που (για κοινωνικούς – ιστορικούς – οικονομικούς λόγους) δεν είχαν τις ευκαιρίες να λάβουν σχολική εκπαίδευση ή να καταλάβουν την επαγγελματική θέση που αντιστοιχεί στις δυνατότητές τους. Η χαμηλότερη δυνατότητα χρήσης του λόγου (όπως εκφράζεται από την πυκνότητα ιδεών και τη γραμματική πολυπλοκότητα) κατά τη διάρκεια της νεότητας έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά κλινικής άνοιας αλλά και βαρύτερο παθολογο-ανατομικό φορτίο ΑΤΑ κατά τη νεκροτομική εξέταση. Άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι διανοητικές ικανότητες στην ηλικία των 11 ετών, είναι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες χαμηλών νοητικών λειτουργιών και άνοιας κατά την τρίτη ηλικία. Σε μια άλλη μελέτη η χαμηλότερη επίδοση δοκιμασιών νοημοσύνης συνδέθηκε με υψηλότερο κίνδυνο για επίπτωση άνοιας.

Η ανάπτυξη και η πλαστικότητα του ΚΝΣ δεν υφίσταται μόνο στα αρχικά έτη της ζωής αλλά επηρεάζονται από τις επαγγελματικές εμπειρίες που καταλαμβάνουν ένα μεγάλο ποσοστό του χρόνου και της ενέργειάς μας κατά τη διάρκεια της

ενηλικίωσης. Σε μία μελέτη παραγόντων κινδύνου οι αγροτικές απασχολήσεις και τα επαγγέλματα σε κατώτερες διοικητικές θέσεις ήταν συχνότερα μεταξύ αυτών με νοητικά προβλήματα ή άνοιες. Σε μία μελέτη case control αναδείχθηκε ότι τα ανώτερα διοικητικά επαγγέλματα και επαγγέλματα όπως γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί ήταν λιγότερο συχνά μεταξύ ασθενών με ΑΤΑ ή αγγειακή άνοια. Επίσης, σε μία άλλη μελέτη case control μη χειρωνακτικά επαγγέλματα ήταν λιγότερο συχνά στους ασθενείς με άνοια. Η επαγγελματική έκθεση στις κόλλες, τα φυτοφάρμακα και τα λιπάσματα ήταν συχνότερες μεταξύ των ασθενών με ΑΤΑ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (1994). Οι συσχετίσεις μεταξύ επαγγέλματος και άνοιας είναι διφορούμενες (Τσολάκη, Κάζης, 2005).

✓ **Γενετική:** Είναι σήμερα δεκτό ότι ορισμένοι γενετικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο στην πρόκληση της ΑΤΑ. Αναφέρεται ότι δύο τύποι γονιδίων παίζουν ρόλο στη ΑΤΑ, γονίδια σε μεταλλάξεις με τον αυτόσωμο επικρατητικό τύπο και γονίδια που υποστηρίζεται ότι ενεργούν συγχρόνως με άλλους παράγοντες. Έχουν περιγραφεί τρεις μεταλλάξεις :

α) το γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21.

β) το γονίδιο της προσενιλίνης 1 στο χρωμόσωμα 14 και

γ) το γονίδιο της προσενιλίνης 2 στο χρωμόσωμα 1

οι οποίες ενοχοποιούνται για την εκδήλωση της οικογενούς μορφής της ΑΤΑ. Τα συγκεκριμένα γονίδια εφόσον υποστούν μεταλλάξεις σε οποιοδήποτε σημείο τους, παρουσιάζουν διαταραχές του μεταβολισμού του APP και αύξηση της παραγωγής του πεπτιδίου Αβ42 αμυλοειδούς, το οποίο ακολουθώς εναποτίθεται στις πλάκες του εγκεφάλου ασθενών με ΑΤΑ. Επί της συγκεκριμένης διεργασίας βασίζεται η κύρια υπόθεση για την παθογένεια της νόσου, η οποία υποστηρίζει ως αιτία την υπερπαραγωγή ή την αδυναμία αποδόμησης του Αβ42 αμυλοειδούς.

Από τα γονίδια που θεωρούνται ότι δρουν σε σχέση με περιβαλλοντολογικούς παράγοντες είναι το αλληλόμορφο γονίδιο ε4 της APOE στο χρωμόσωμα 19, το οποίο θεωρείται ο σοβαρότερος γενετικός παράγοντας κινδύνου για την ΑΤΑ. Αυτό το αλληλόμορφο γονίδιο συνδέεται με την ΑΤΑ σε σχετικά μεγάλη συχνότητα : 10 – 15% στο φυσιολογικό πληθυσμό. Άτομα ομοζυγώτες για το αλληλόμορφο γονίδιο ε4 έχουν 8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΑΤΑ πριν τα 75 (Hofman 1997). Εάν στην περίπτωση αυτή προστεθούν και ορισμένοι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, τότε μεγαλώνει η συχνότητα της άνοιας στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Στο

80% των ασθενών με ΑΤΑ, ηλικίας από 65 – 75 ετών βρέθηκε τουλάχιστον ένα αντίγραφο του γονιδίου της ΑΡΟΕ ε4 και σημαντική μείωση αυτού σε ασθενείς πάνω από τα 85.

Οι Blass & Poirier (1996), αναφέρουν ότι το αλληλόμορφο γονίδιο ε4 συνδέεται με :

- Αυξημένο κίνδυνο ΝΑ
- Μείωση ηλικίας έναρξης ΝΑ
- Αύξηση γεροντικών πλακών και
- Μείωση της δράσης της ακετυλοτρανσφεράσης της χολίνης και του αριθμού των χολινεργικών νευρώνων στη ΝΑ.

✓ **Συγγενής σύνδρομο DOWN**

✓ **Συγγενής λέμφωμα**

- ✓ **Αγγειακές παθήσεις:** Ο αγγειακός παράγων έχει συχνά ενοχοποιηθεί στη ΝΑ. Αναφέρεται ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τον κίνδυνο ΝΑ (Aronson et al., 1990). Σε νεκροτομικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η στεφανιαία νόσος με, ή χωρίς έμφραγμα, αυξάνει τη συχνότητα 6 φορές περισσότερο σε ηλικιωμένους που έχουν εναποθέσεις αμυλοειδούς στον εγκέφαλο τους. Οι Brun & Englund (1984), αναφέρουν ότι σε νεκροτομικές μελέτες 60 % ασθενών με ΝΑ είχαν στον εγκέφαλό τους αλλοιώσεις τύπου Binswanger που συνήθως αποδίδονται σε αγγειακές διαταραχές. Ορισμένες νευροαπεικονιστικές έρευνες έδειξαν επίσης αλλοιώσεις της λευκής ουσίας στο 15 – 30% φυσιολογικών ενηλίκων, 30 – 60% σε ασθενείς με ΝΑ και σε πολλούς ασθενείς με πολυεμφραγματική άνοια. Αναφέρεται επίσης ότι η μεγάλη συχνότητα του αλληλόμορφου γονιδίου ε4 της Αρo σε παθήσεις στεφανιαίων ενισχύει την άποψη της σχέσης μεταξύ αγγειακών παθήσεων και ΝΑ. Γενικώς ο αγγειακός παράγων, τονίζει ο Hofman (1997), παίζει σημαντικό ρόλο στη ΝΑ. Το γονίδιο της ΑρoE4 θεωρείται ότι σχετίζεται με την αθηρωσκήληρυνση και το κάπνισμα. Η ΑρoE4 μπορεί να προκαλέσει απευθείας ΝΑ, αλλά και διαμέσου της αθηρωσκήληρυνσης.

Άλλοι αγγειακοί παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση άνοιας είναι : ο σακχαρώδης διαβήτης, η κολπική μαρμαρυγή, και το κάπνισμα. Ο κίνδυνος

εμφάνισης ΝΑ είναι διπλάσιος σε διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη ή αγωγή από το στόμα. Έχει επίσης βρεθεί ότι οι καπνιστές έχουν 2,5 περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ (Hofman, 1997). Η αρτηριοσκλήρυνση μεγαλώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΝΑ ανάλογα με την βαρύτητα της ενώ τέλος έχει ενοχοποιηθεί και η αρτηριακή πίεση για την εμφάνιση της ΝΑ. Θεωρείται πως άτομα με υπέρταση στην νεανική τους ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ όταν γεράσουν (κατά την εμφάνιση της άνοιας η αρτηριακή πίεση έχει πτωτική τάση) (Μεντενόπουλος 2002).

✓ **Θυροϋδική νόσος**

✓ **Τραύματα κεφαλής:** Έχει αναφερθεί ότι οι τραυματικές κακώσεις της κεφαλής αποτελούν παράγοντα κινδύνου, ιδίως αυτές που συνοδεύονται με κώμα, (Hofman 1997). Στην καλούμενη «άνοια των πυγμάχων» (dementia pugilistica) θεωρείται ότι επαναλαμβανόμενες μικροκακώσεις οδηγούν σε αλλοιώσεις τύπου Alzheimer ενώ οι Geyde et al. (1989), υποστηρίζουν ότι οι βαρύτερες κακώσεις μπορούν να επιταχύνουν την εμφάνιση ΝΑ κατά 5 – 7 χρόνια. Οι Mayeux et al. (1995), έδειξαν ότι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις αποτελούν παράγοντα κινδύνου μόνο για τους φέροντες της ApoE4, γεγονός που τονίζει τη σχέση γενετικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

✓ **Υπέρταση:** Η υπέρταση είναι ο βασικότερος παράγοντας κινδύνου των αγγειακών ανοιών, οι οποίες, αποτελούν το 25 % των ανοιών γενικώς στην Ευρώπη. Με βάση τα στοιχεία αυτά θα αναμένονταν μεγαλύτερη συχνότητα της υπέρτασης στους ανοϊκούς. Έχει βρεθεί όμως ότι οι ανοϊκοί έχουν χαμηλότερη πίεση. Οι Skoog et al. (1996) αναφέρουν ότι σε επιμήκη μελέτη 382 μη ανοϊκών άνω των 70 ετών, βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της υπέρτασης και της άνοιας η οποία εμφανιζόταν 10 – 15 χρόνια αργότερα και ήταν περισσότερο τύπου ΝΑ. Οι ερευνητές αυτοί κάνοντας μια ειδική στατιστική εκτίμηση (logistical regression), βρήκαν ότι ο κίνδυνος να εμφανιστεί άνοια μεταξύ 79 και 85 ετών αυξάνει ανάλογα με το βαθμό της αύξησης της πίεσης. Οι ανοϊκοί όμως είχαν προοδευτική μείωση της πίεσης η οποία άρχιζε πριν ακόμη εμφανιστεί η νόσος. Αυτό σημαίνει ότι η αυξημένη πίεση πριν την εμφάνιση της ΝΑ ήταν ένας παράγοντας κινδύνου, αλλά στη συνέχεια και πριν ακόμη εμφανιστεί η ΝΑ η πίεση είχε τάση να μειωθεί. Οι σχέσεις μεταξύ αρτηριακής υπέρτασης και άνοιας βρέθηκαν ανεξάρτητες από τις αιτίες των

ανοιών, εκφυλιστικές ή αγγειακές και από την ενδεχόμενη θεραπεία της πίεσης (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

- ✓ **Αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου:** Είναι γνωστό ότι οι εστιακές αγγειακές εγκεφαλικές βλάβες είναι δυνητικά υπεύθυνες για τις άνοιες, ενώ οι σχέσεις της αρτηριακής πίεσης με τις άνοιες είναι περισσότερο πολύπλοκες.. Αναφέρεται ότι πολλές άνοιες μετά από ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι σε σχέση με τη ΝΑ. Επίσης, στους περισσότερους ασθενείς που εμφανίζουν άνοια μετά από ΑΕΕ, έχει παρατηρηθεί συνδυασμός αγγειακών και εκφυλιστικών παραγόντων και οι αγγειακές βλάβες θεωρούνται άμεσα υπεύθυνες για την άνοια σε ένα ποσοστό 50%. Αναφέρεται επίσης ότι οι προκλινικές εγκεφαλικές βλάβες τύπου ΝΑ, ευνοούν την εμφάνιση ΝΑ μετά από ένα ΑΕΕ.

Σχετικά πρόσφατη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν ταυτόχρονα ΑΡΟΕ ε4 με αθηρωσκήληρυνση, περιφερική αγγειακή νόσο ή σακχαρώδη διαβήτη εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης γνωστικών διαταραχών από εκείνους χωρίς ΑΡΟΕ ε4 ή υποκλινική εγκεφαλική αγγειακή νόσο

- ✓ **Υπόταση**
- ✓ **Σακχαρώδης διαβήτης**
- ✓ **Καρδιαγγειακές διαταραχές**
- ✓ **Τοξικοί παράγοντες:** Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες δεν έχουν εντοπίσει τοξίνες του περιβάλλοντος οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της ΝΑ, εκτός από το αλουμίνιο το οποίο και αυτό αναφέρεται με αντιφατικά στοιχεία. Σε ιονική μορφή $Al(HO)_{++}$, ενεργοποιείται και σε μικρές συγκεντρώσεις αναστέλλει τη δράση διαφόρων ενζύμων. Το αλουμίνιο είναι τοξικό στα ζώα και σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις γίνεται τοξικό και σε πόσιμο νερό. Η τοξικότητα του στον άνθρωπο προέρχεται κυρίως από αύξηση των φυσιολογικών επιπέδων αυτού στον οργανισμό, όταν λόγω της παθολογικής διεργασίας της ΝΑ, δεν είναι δυνατή η αποβολή του. Στις περιπτώσεις αυτές έχει εντοπισθεί στις νευρο-ινιδιακές αλλοιώσεις (NFT), αλλά και σε νευρώνες ελεύθερους από NFT.
- ✓ **Χρήση φαρμάκων**
- ✓ **Ιστορικό ψυχικής διαταραχής**

1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της νόσου είναι πολύ σημαντική, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα προς τη λήψη βοήθειας και υποστήριξης. Βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της νόσου, στην προοδευτική επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ύστερα από προοδευτική εκτίμηση οι κλινικοί μπορούν να φτάσουν στη διάγνωση, αρκεί να αξιολογήσουν σωστά την κλινική, τη νευρολογική, την ψυχιατρική, τη νευροφυσιολογική κατάσταση και το ιστορικό του ασθενή. Χρειάζεται προσοχή διότι η λανθασμένη διάγνωση μιας κατάστασης μπορεί να έχει καταστρεπτικές συνέπειες με τη μη επισήμανση των αντιστρέψιμων αιτιών της άνοιας.

Η πρώιμη και ακριβής διάγνωση είναι πολύ σημαντική για τους εξής λόγους:

- Παρέχει ερμηνεία των συμπτωμάτων και της παράξενης συμπεριφοράς και βοηθά τα άτομα με άνοια, όπως και αυτούς που προσφέρουν φροντίδα, να αντιμετωπίσουν τη νόσο και να γνωρίζουν τι θα ακολουθήσει με το πέρασ του χρόνου.
- Επιτρέπει στα άτομα να κατανοήσουν τι τους συμβαίνει και να έχουν τη δυνατότητα να ασκήσουν κάποιον έλεγχο στη ζωή τους. Για παράδειγμα, μπορούν να αποφασίσουν τι είδους θεραπεία επιθυμούν, να συντάξουν διαθήκη, να ορίσουν πληρεξούσιο.
- Ορίζονται κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης και οικονομικής βοήθειας, γεγονός που βοηθάει το άτομο να σχεδιάσει το μέλλον του.
- Μπορεί να διασφαλίσει ότι άλλα προβλήματα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια μνήμης, όπως η κατάθλιψη, θα αντιμετωπιστούν κατάλληλα (Graham & Warner, 2009).

1.5.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων για την κλινική διάγνωση εμποδίζεται συνήθως από την ελλιπή γνώση, την υποτίμηση ή τη μεγαλοποίηση τους. Το σύμπτωμα πρέπει να ερευνάται με προσοχή διότι μπορεί να έχει πολλές ερμηνείες και

αν παραμελείται η αναζήτηση του μηχανισμού του, είναι δυνατό να υποτιμηθεί η σημασία του. Ο τρόπος με τον οποίο αντιδρά ο ηλικιωμένος απέναντι στη νόσο, προκαλεί συχνά μια πρόσθετη συμπτωματολογία η οποία πρέπει να ελέγχεται ώστε να μην καθυστερούν ή παίρνουν λανθασμένο δρόμο ορισμένες κλινικές, ανατομικές, βιολογικές ή θεραπευτικές έρευνες.

Τα σχετιζόμενα ευρήματα από την κλινική εξέταση στην άνοια εξαρτώνται από τη φύση, την εντόπιση και το στάδιο εξέλιξης της υποκείμενης παθολογικής αιτίας. Ο γενικός ιατρός θα πρέπει να είναι προσεκτικός στα πρώιμα συμπτώματα της νόσου και στη συστηματική τους διερεύνηση, διότι συχνά οι ασθενείς τον επισκέπτονται για άλλα ενοχλήματα παρά για αμνησικές διαταραχές (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτης κ.α.).

Κάθε σύμπτωμα που θα μπορούσε να σημαίνει έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, θα πρέπει να οδηγεί στην εκτίμηση αυτών και των καθημερινών δραστηριοτήτων, ενώ ακολούθως να παραπέμπεται ο ασθενής στον ειδικό ιατρό που θα επιβεβαιώσει ή θα αμφισβητήσει τη νόσο (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

Οι εξετάσεις που θα πρέπει να γίνουν αρχικά είναι η σωματική εξέταση για να επιβεβαιωθεί ότι τα ζωτικά όργανα, όπως η καρδιά και οι πνεύμονες, λειτουργούν φυσιολογικά, να εξεταστούν πιθανότητες παρουσίας νευρολογικών παθήσεων, όπως η νόσος Parkinson ή εγκεφαλικό επεισόδιο και να υπολογιστεί ο κίνδυνος πτώσεων. Η ψυχολογική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει έλεγχο για την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους, και ψύχωσης (π.χ. παρουσία ψευδαισθήσεων) (Graham & Warner, 2009).

Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά από το ερωτηματολόγιο προς τον ασθενή και το περιβάλλον του. Πολύ σημαντικό είναι να επιβεβαιώνονται τα λεγόμενα του ασθενή από τους συγγενείς. Τα παράπονα για τη μνήμη είναι τα συχνότερα. Θα πρέπει όμως, να εκτιμηθεί κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενή, στην προσωπικότητά του και στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Ακόμη, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο οικογενειακό ιστορικό, ιδίως αν σχετίζεται με άνοιες, καθώς και σε θεραπείες που έλαβε ο ασθενής αυτός στο παρελθόν, ιδίως ψυχοτρόπα φάρμακα.

Μετά από το ερωτηματολόγιο, θα πρέπει να ακολουθεί η συστηματική κλινική και νευροψυχολογική διερεύνηση. Το Mini Mental State Examination (MMSE), είναι η πρώτη εξέταση που συνιστάται για μια ταχεία και απλή ποσοτική εκτίμηση των νοητικών ικανοτήτων. Η σημασία της δοκιμασίας αυτής είναι ότι εκτός από την

απλότητά της, βασίζεται στο γεγονός ότι είναι αξιόπιστη σε ελαφρά ανοϊκά στάδια (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002). Η εξέταση αυτή διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Στη διάρκεια αυτή το άτομο πρέπει να απαντήσει σε διάφορες ερωτήσεις, όπως την ημερομηνία ή το που βρίσκεται, ενώ συγχρόνως ελέγχονται η κατανόηση και η συγκέντρωση (Graham & Warner, 2009).

Ένα μη ανησυχητικό αποτέλεσμα δε θα πρέπει να αποκλείει τη διάγνωση άνοιας. Ηλικιωμένοι ασθενείς είναι δυνατό να έχουν μειωμένες επιδόσεις στο MMSE χωρίς έκπτωση του νοητικού τους επιπέδου, ιδίως όταν είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Το MMSE δεν είναι ένα μεμονωμένο τεστ ανίχνευσης, ο ρόλος του είναι να προσανατολίζει προς τη νοητική διαταραχή του ασθενούς, τονίζοντας τη σοβαρότητά της. Στην κλινική πρακτική οι ποσοτικές μέθοδοι εκτίμησης είναι χρήσιμες σαν σημεία αναφοράς που θα οδηγήσουν σε παραπέρα λεπτομερέστερες αναλύσεις (Μεντενόπουλος, Μπούρας, 2002).

1.5.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Εκτός από την κλινική εκτίμηση είναι απαραίτητο να γίνουν και μια σειρά από εξειδικευμένες εξετάσεις για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες να θέτουν με βεβαιότητα τη διάγνωση της άνοιας. Υπάρχουν ωστόσο εξετάσεις οι οποίες είναι βοηθητικές, όπως οι παρακλινικές εξετάσεις και οι απεικονιστικές μέθοδοι.

1.5.2.1 ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν τις συνήθεις εξετάσεις αίματος, οι οποίες γίνονται για να αποκλειστούν θεραπεύσιμες αιτίες. Οι δοκιμές αυτές περιλαμβάνουν τη βιταμίνη B12, φολικό οξύ, θυροειδής ορμόνη (TSH), ένζυμα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, πλήρης αρίθμηση αίματος, ηλεκτρολύτες, ασβέστιο, λειτουργία νεφρών και ήπατος. Οι ανωμαλίες μπορεί να υποδηλώνουν έλλειψη βιταμίνης, λοίμωξη ή άλλα προβλήματα που προκαλούν συχνά σύγχυση ή αποπροσανατολισμό στους ηλικιωμένους.

1.5.2.2 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι έλεγχοι αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT)
- Μαγνητική τομογραφία (MRI)
- Τομογραφία μέσω εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan)
- Τομογραφία εκπομπής απλού φωτονίου (SPECT)
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Αυτές οι απεικονιστικές μέθοδοι παρέχουν λεπτομερείς εικόνες του εγκεφάλου και μπορούν να αναδείξουν τις περιοχές που έχουν υποστεί ατροφία ή βλάβες. Πιο αναλυτικά:

- ***Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT)***

Ο αξονικός τομογράφος για να ανακατασκευάσει εικόνες του εγκεφάλου, χρησιμοποιεί μικρές ποσότητες ακτινών X. Αν και οι εικόνες δεν είναι τόσο λεπτομερείς, όσο αυτές του μαγνητικού τομογράφου, είναι αρκετά χρήσιμες.

- ***Μαγνητική τομογραφία (MRI)***

Ο μαγνητικός τομογράφος χρησιμοποιεί ισχυρό μαγνητικό πεδίο ώστε να ανακατασκευάσει εικόνα της δομής του εγκεφάλου και ως τεχνική είναι ικανή να παράγει πολύ λεπτομερείς εικόνες. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να διαρκέσει περίπου μισή ώρα και είναι σημαντικό το άτομο να παραμείνει σταθερό.

- ***Τομογραφία μέσω εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan)***

Η απεικόνιση του εγκεφάλου μέσω εκπομπής ποζιτρονίων περιλαμβάνει ενέσιμη έγχυση ελάχιστων ποσοτήτων ραδιενεργού ουσίας γεγονός, το οποίο επιτρέπει την ανακατασκευή εικόνας σχετικά με το πόσο καλά λειτουργεί ο εγκέφαλος. Το PET scan είναι λιγότερο συνηθισμένο και χρησιμοποιείται όταν η διάγνωση δεν είναι ξεκάθαρη.

- ***Τομογραφία εκπομπής απλού φωτονίου (SPECT)***

Το SPECT επιτυγχάνεται με τη χρήση μιας κεφαλής ανίχνευσης, μιας συμβατικής γ-camera, που προσαρμόζεται σε ένα περιστρεφόμενο gantry, έτσι ώστε ο ανιχνευτής

να είναι ικανός να διαγράψει τροχιά γύρω από τον ακίνητο ασθενή που κείται σε ένα ειδικό κρεβάτι. Έχει τη δυνατότητα τρισδιάστατης απεικόνισης, αναπαραγωγής περιστρεφόμενης εικόνας και δυνατότητα λεπτομερέστερου ανατομικού εντοπισμού της βλάβης.

- ***Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα***

Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εφαρμόζονται μικρά ηλεκτρόδια στο κρανίο του ασθενούς με σκοπό την παρακολούθηση της εγκεφαλικής δραστηριότητας. Τα ίχνη που προκύπτουν από αυτή την εξέταση μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις, να αναδείξουν ύπαρξη διαφορετικών τύπων άνοιας (Johnson & Jacobson, 2007; Payne, 1997).

1.5.3 ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Εφόσον διαγνωστεί η άνοια πρέπει να διαχωριστεί ο τύπος από τον οποίο πάσχει το άτομο. Τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου και ειδικές εξετάσεις της λειτουργίας του εγκεφάλου (γνωστικές δοκιμασίες) μπορούν να βοηθήσουν έτσι ώστε να αξιολογηθεί το είδος της άνοιας από το οποίο πάσχει το άτομο. Ωστόσο, ο μοναδικός αξιόπιστος τρόπος αξιολόγησης του είδους άνοιας που παρουσιάζεται κάθε φορά, είναι μέσω βιοψίας εγκεφάλου (λήψη δείγματος μικρού τμήματος του εγκεφαλικού ιστού και μελέτη του σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο). Αυτή η τεχνική δεν είναι συνηθισμένη (Graham & Warner 2009).

1.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πριν από είκοσι χρόνια, οι δυνατότητες για την αντιμετώπιση της άνοιας ήταν πραγματικά περιορισμένες. Ακόμη και τώρα, δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου, με αποτέλεσμα να μην έχουμε ακόμα και σήμερα θεραπεία ή προληπτική αγωγή κατά της άνοιας. Βέβαια τα τελευταία χρόνια, κάποια φάρμακα πέρασαν τη δοκιμασία της συμπτωματικής αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας και έτσι έχουμε την δυνατότητα να βελτιώσουμε ως ένα σημείο τα συμπτώματα της νόσου και να καθυστερήσουμε την επιδείνωση της.

1.6.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.

Τα εγκεκριμένα φάρμακα στην χώρα μας είναι:

1. Τακρίνη (Cognex).
2. Δονεπεξίλη (Aricept).
3. Ριβαστιγμίνη (Exelon).
4. Γκαλανταμίνη (Reminyl).
5. Μεμαντίνη (Ebixa).

Η δονεπεξίλη, η ριβαστιγμίνη και η γκαλανταμίνη είναι μια ομάδα σκευασμάτων, γνωστά ως αναστολείς της χολινστεράσης. Αυτό που κάνουν και τα τρία είναι να αυξάνουν την συγκέντρωση ενός χημικού διαβιβαστή στον εγκέφαλο, που ονομάζεται ακετυλοχολίνη (Ach). Η θεωρεία υποστηρίζει ότι ενισχύοντας αυτή τη χημική ουσία, τα νευρικά κύτταρα που σχετίζονται με τη μνήμη θα πρέπει να επικοινωνούν καλύτερα μεταξύ τους.

Όλοι οι οργανισμοί που έχουν ασχοληθεί με την αντιμετώπιση της άνοιας υποστηρίζουν τη χρησιμότητα των ανωτέρων φαρμάκων για την αντιμετώπιση της νόσου, μιας και διαφαίνεται βελτίωση στις διαταραχές συμπεριφοράς και σε περιστατικά με σοβαρή άνοια. Οι διαταραχές που βελτιώθηκαν σημαντικά ήταν το άγχος, η κατάθλιψη, η δυσφορία και η απάθεια» (Πολίτης, 2000).

1.6.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Για να διαπιστώσουμε καλύτερα τα αποτελέσματα των φαρμάκων, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν ότι στην άνοια, ανεξάρτητα του τύπου της, διακρίνουμε 3 κυρίως τομείς συμπτωμάτων οι οποίοι διατάσσονται σε:

- Νοητική Λειτουργία
- Λειτουργική Ικανότητα
- Συμπεριφορά

➤ **Αποτελέσματα στις νοητικές διαταραχές**

Δονεπεξίλη

Η δονεπεξίλη έδειξε ότι είναι αποτελεσματική στην ανωτέρω νοητική κλίμακα σε μια σειρά από μελέτες και αναφέρει ότι η θεραπεία διάρκειας μέχρι και ενός έτους με δονεπεξίλη μπορεί να μειώσει την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Τους πρώτους μήνες, μάλιστα, η βελτίωση αφορά αποτελεσματικότητα τέτοια έτσι ώστε ο ασθενής, ο περιθάλπων και ο γιατρός να πιστεύουν ότι τα συμπτώματα είναι καλύτερα σε σχέση την κλινική εικόνα του ασθενούς πριν την έναρξη της χορήγησης του φαρμάκου. Προκειμένου να έχουμε περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την μακροχρόνια κλινική χρήση της δονεπεξίλης, ασθενείς από τρεις ελεγχόμενες μελέτες, συνέχισαν την λήψη του σκευάσματος για διάστημα 3 ετών. Όπως και στις προηγούμενες μελέτες, έτσι και σε αυτήν, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ADAS-Cog. και παρατηρήθηκε πως οι βαθμολογίες των ασθενών που έλαβαν δονεπεξίλη μειώθηκαν στην διάρκεια των 3 ετών, αλλά τονίστηκε πως η μείωση αυτή ήταν μικρότερη από την αναμενόμενη σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν καμία θεραπεία.

Ριβαστιγμίνη

Στην μελέτη "ADENA", όπου η ριβαστιγμίνη συγκρίθηκε με εικονικό φάρμακο, διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς που έλαβαν ριβαστιγμίνη βελτιώθηκαν ως προς την αρχική τους κατάσταση, ενώ αντίθετα οι ασθενείς που έλαβαν το εικονικό φάρμακο επιδεινώθηκαν κατά τέσσερις βαθμούς στην κλίμακα ADAS-Cog. Επίσης, παρατηρήθηκε πως η ριβαστιγμίνη σε μακροχρόνια χορήγηση καταφέρνει να καθυστερήσει την επιδείνωση των συμπτωμάτων της άνοιας και αυτό προκύπτει ύστερα από μια ετήσια μελέτη με ριβαστιγμίνη, όπου οι ασθενείς βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση απ' αυτή που θα βρισκότουσαν αν δεν λάμβαναν καμία θεραπεία. Μιλώντας για μελέτες, θα πρέπει να αναφέρουμε πως και στην Ελλάδα έχουν γίνει σημαντικές έρευνες με βάση της θεραπευτικές ιδιότητες της ριβαστιγμίνης. Τα αποτελέσματα στην χώρα μας είναι ιδιαίτερα θετικά καθώς το 97% των ασθενών που έλαβαν ριβαστιγμίνη παρουσίασαν βελτίωση ή σταθερότητα στην κάθε κατάσταση τους, ενώ όσον αφορά τη μνήμη και τη νοητική τους ικανότητα, οι ασθενείς παρουσίασαν 29% βελτίωση της βαθμολογίας στην κλίμακα ADAS-Cog.

Γκαλανταμίνη

Χάρη στο διπλό μηχανισμό της γκαλανταμίνης παρατηρείται πως σε όλες τις τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες, διάρκειας 6 μηνών οι ασθενείς έδειξαν σταθερά σημαντική βελτίωση στην κλίμακα ADAS-Cog (Rockwood et al., 2001). Η βελτίωση αυτή μπορεί να καταγραφεί ακόμα και από τους πρώτους 3 μήνες της χορήγησης του φαρμάκου και αφορά σχεδόν δυο βαθμούς της κλίμακας ADAS-Cog. Επίσης, αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός πως τα οφέλη από την χορήγηση γκαλανταμίνης είναι ακόμα πιο σημαντικά στην νοητική λειτουργικότητα του ασθενή, κυρίως, όταν αλλάζει την θεραπεία του, από δονεπεζίλη ή ριβαστιγμίνη, σε γκαλανταμίνη.

➤ Αποτελέσματα στις διαταραχές λειτουργικότητας.

Δονεπεζίλη

Έχει γίνει μόνο μία μελέτη πάνω στην επίδραση που έχει η δονεπεζίλη στις διαταραχές της λειτουργικότητας και αυτή ήταν μία ελεγχόμενη μελέτη, διάρκειας ενός έτους στην οποία οι ασθενείς έλαβαν δονεπεζίλη και κατάφεραν να διατηρήσουν με αυτό τον τρόπο την λειτουργικότητα τους στο 72%. Οι ασθενείς αυτοί όφειλαν να επισκέπτονται την κλινική ανά τακτά χρονικά διαστήματα για να παρατηρούνται από τους επαγγελματίες υγείας και αν διαπιστωνόταν κάποια έκπτωση της λειτουργικής τους ικανότητας, αποσύρονταν από την μελέτη. Σκοπός της μελέτης αυτής δεν ήταν μόνο να αποδειχτεί ωφέλιμη η χορήγηση της δονεπεζίλης, αλλά και να καταφέρουν οι ασθενείς να παραμείνουν για όλο το χρόνο στο πλαίσιο της μελέτης, αφήνοντας τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο εκτός του προγράμματος αυτού.

Ριβαστιγμίνη

Στην συγκεκριμένη μελέτη, οι ίδιοι οι φροντιστές αξιολόγησαν τους ασθενείς τους σύμφωνα με την κλίμακα Progressive deterioration scale, με σκοπό να αποδείξουν ότι η ριβαστιγμίνη είναι ένα σκεύασμα που σε μια διεθνή μελέτη μπορεί να προσφέρει βελτίωση στη μνήμη του ασθενή, βελτίωση στην λειτουργικότητα του και στις γενικότερες ικανότητες του, έτσι ώστε, να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας του. Έτσι, με βάση αυτά τα αποτελέσματα βλέπουμε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών που μπορεί να συζητά και να χειρίζεται τα οικονομικά του οφέλη καλύτερα, να ταξιδεύει μόνος, να φροντίζει τον εαυτό του χωρίς καμία

εξωτερική βοήθεια και να χειρίζεται τα αντικείμενα που τον περιτριγυρίζουν με μεγαλύτερη ευκολία.

Γκαλανταμίνη

Η επίδραση της γκαλανταμίνης στις διαταραχές λειτουργικότητας των ασθενών έχει μελετηθεί με τη χρήση δύο διαφορετικών κλιμάκων αξιολόγησης, της ADCS-ADL (The Alzheimer's Disease Co-operative Study ADL inventory) και της DAD (Disability Assessment in Dementia). Μόλις στους 3 πρώτους μήνες χορήγησης γκαλανταμίνης καταγράφεται μια σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα των ασθενών, της τάξεως των 4,3 βαθμών της κλίμακα DAD, υπέρ των ασθενών που έλαβαν γκαλανταμίνη, σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο (Rockwood et al., 2001). Η διαφορά αυτή αφορά τόσο τις βασικές, όσο και τις σύνθετες καθημερινές ανάγκες και δραστηριότητες του ασθενή. Η λειτουργικότητα των ασθενών που έλαβαν γκαλανταμίνη διατηρήθηκε στο αρχικό επίπεδο για τουλάχιστον ένα χρόνο, σε αντίθεση με τους ασθενείς που λάμβαναν το εικονικό φάρμακο και που στο τέλος παρουσίασαν σημαντική επιδείνωση.

➤ Αποτελέσματα στις διαταραχές της συμπεριφοράς.

Δονεπεξίλη

Σε μια ελεγχόμενη μελέτη που έγινε, της οποίας η διάρκεια ήταν 24 εβδομάδες, παρατηρήθηκε ότι σε ασθενείς με μέτρια ως σοβαρή άνοια, υπάρχει σημαντική βελτίωση στην κλίμακα NPI 4,6 βαθμών, σε αντίθεση με τους ασθενείς που έλαβαν ένα εικονικό φάρμακο. Για πρώτη φορά στην ιστορία παρατηρήθηκε ότι ένας αναστολέας μπορεί να βελτιώσει τις διαταραχές συμπεριφοράς ακόμη και σε περιστατικά σοβαρής άνοιας και έτσι βλέπουμε να βελτιώνονται σε σημαντικό βαθμό το άγχος, η κατάθλιψη, η δυσφορία και η απάθεια του ασθενούς με αποτέλεσμα τη μείωση του ψυχολογικού βάρους που νιώθει ο περιθάλπων.

Ριβαστιγμίνη

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, έχει αποδειχτεί ότι η ριβαστιγμίνη μπορεί να βελτιώσει τις διαταραχές της συμπεριφοράς όχι μόνο των ασθενών με άνοια αλλά και με ΑΣΛ, με αποτέλεσμα οι ασθενείς που έλαβαν ριβαστιγμίνη να παρουσιάσουν βελτιωμένη διάθεση, μείωση της ανησυχίας και περιορισμό των νυχτερινών περιπλανήσεων. Παράλληλα, μια μελέτη με NPI έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στο άγχος, στην ευερεθιστότητα, στις ψευδαισθήσεις, στις παραλυτικές

ιδέες, στην έλλειψη αναστολών, στην παθολογική κινητικότητα, στην παθολογική νυχτερινή συμπεριφορά, αλλά ακόμη και στην όρεξη. Ακόμα, η θεραπεία με βάση τη ριβαστιγμίνη προστάζει μείωση των νευροληπτικών ή άλλων σκευασμάτων που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς.

Γκαλανταμίνη

Σε μια μελέτη διάρκειας 5 μηνών, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, αποδείχτηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν γκαλανταμίνη παρουσίασαν βελτίωση των διαταραχών συμπεριφοράς, με βάση την κλίμακα αξιολόγησης NPI-12. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε πως στους συγκεκριμένους ασθενείς οι ψευδαισθήσεις, το άγχος, η παθολογική ευφορία, η επιθετικότητα, η ευερεθιστότητα, η κατάθλιψη, η απάθεια και η έλλειψη ύπνου, μειώθηκαν στατιστικά σε σημαντικό επίπεδο. Άξιο αναφοράς είναι πως η χορήγηση γκαλανταμίνης, σε ασθενείς που δεν παρουσίαζαν κάποιες διαταραχές συμπεριφοράς, μείωσε την πιθανότητα να τις εμφανίσουν στο μέλλον μετά από θεραπεία με το συγκεκριμένο σκεύασμα. Παράλληλα, η θετική επίδραση της γκαλανταμίνης στην μείωση των διαταραχών συμπεριφοράς σημειώνεται εξίσου και σε ασθενείς με αγγειακή και μικτού τύπου άνοια, ενώ τα θετικά αποτελέσματα φαίνεται να μεγιστοποιούνται στους ασθενείς που βρίσκονται στο μέτριο στάδιο της νόσου.

1.6.3 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλει καταρχήν την φαρμακευτική θεραπεία, αλλά λόγω της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων σημαντικό ρόλο κατέχουν και συνεχώς αποκτούν οι μη φαρμακευτικές θεραπείες. Υπάρχουν πολλοί τρόποι που μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση της νόσου και κανένας από αυτούς να μην περιλαμβάνει φαρμακευτική χορήγηση. Η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, η θεραπεία μέσω της τέχνης και των αναμνήσεων, μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε πολύ καλύτερο βαθμό την άνοια (Τσολάκη & Καζής, 2005).

1.6.3.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία είναι μια σχεδιασμένη εφαρμογή, όπου μέσα από εξειδικευμένες ψυχολογικές τεχνικές μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να μειώσει την ψυχολογική του ανεπάρκεια, τις διαταραχές της συμπεριφοράς και της προσωπικότητάς του και να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου.

Είναι γνωστό ότι η εμπλοκή ενός ατόμου σε μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία απαιτεί και προϋποθέτει ένα καλό νοητικό επίπεδο, καθώς και ικανότητες επικοινωνίας και επεξεργασίας των πληροφοριών. Με αυτή την έννοια θα έλεγε κανείς ότι είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, άτομα με κάποιο βαθμό νοητικής έκπτωσης να μπορούν να παρακολουθήσουν ως συμμετέχοντες μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Ο στόχος της θεραπείας είναι να προσαρμόσει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος στη γνωστική ικανότητα του ασθενούς και να τα επεξεργαστεί μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων που παρέχει το περιβάλλον αυτό. Η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στην αντιμετώπιση της γνωστικής διαταραχής και του άγχους, το οποίο μπορεί να σχετίζεται είτε με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου είτε με τη δυσκολία του ως προς το χειρισμό προβλημάτων. Η εξατομίκευση της θεραπείας είναι απαραίτητη προϋπόθεση στα πλαίσια μιας ολιστικής προσέγγισης. Κατά συνέπεια, η ψυχοθεραπεία στην άνοια δεν μπορεί, εκ των πραγμάτων, να βασιστεί στις κλασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας, όπως στην ψυχαναλυτική, τη συμπεριφορά ή τη γνωστική, χωρίς τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές. Η ψυχοθεραπεία ως μορφή παρέμβασης στην άνοια θα πρέπει:

- ✓ Να ακολουθεί το νοητικό και λειτουργικό επίπεδο και τις δυνατότητες του ασθενούς.
- ✓ Να συνυπολογίζει τη σχέση ασθενούς και περιθάλποντα.
- ✓ Να βασίζεται περισσότερο στους χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενούς.
- ✓ Να θέτει στόχους επιτεύξιμους, όπως η καλύτερη συναισθηματική κατάσταση ή η λειτουργικότητα του ασθενούς και του περιθάλποντα του.
- ✓ Να εξασφαλίζει την αποδοχή του ασθενούς ως ατόμου με προσωπικότητα και να βλέπει το άτομο ολιστικά, τόσο δηλαδή μέσα από το πλέγμα των σχέσεων του όσο και στην βάση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει λόγω της

ασθένειας του, αλλά και γενικότερα ως προς τις συνήθειες του, την προσωπικότητά του, τα ενδιαφέροντα του κ.α.

Είναι σημαντικό να αναδειχθεί η ψυχοθεραπεία ως ένα κύριο μέσο θεραπευτικής επικοινωνίας. Ο στόχος του θεραπευτή σε αρχικό στάδιο είναι η κατανόηση, η εφαρμογή των ψυχολογικών τεχνικών και η μετάδοση της θεραπευτικής πληροφορίας στον ανοϊκό ασθενή η οποία εμφανίζει σημαντικές δυσκολίες, γιατί τα κανάλια επικοινωνίας του είναι διαταραγμένα και η εγκεφαλική λειτουργία του ανεπαρκής. Οι θεραπευτικοί στόχοι για τον ανοϊκό ασθενή είναι, κατά συνέπεια, περιορισμένοι. Το στοιχείο αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, έτσι ώστε η θεραπεία να βελτιώσει την ζωή και τη λειτουργικότητα του ασθενούς.

Είναι, επίσης, απαραίτητο η θεραπεία να συνεχίζεται μέχρι τέλους. Η κλινική βελτίωση που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, δεν θα πρέπει να οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι αφού ο ασθενής έχει βελτιωθεί, μπορεί να διακοπεί η θεραπεία. Άλλωστε, η επιτυχία τα ψυχοθεραπείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με το γεγονός ότι όσο συνεχίζεται η θεραπεία, τόσο ελέγχεται ο ρυθμός επιδείνωσης της νόσου (Τσολάκη & Καζής, 2005).

1.6.3.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η χρησιμότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με ανοϊκές διαταραχές στα αρχικά και μέτρια στάδια της νόσου έχει υποστηριχθεί από ορισμένους ερευνητές, παρότι αρκετοί θεωρούν ότι τα άτομα αυτά δεν μπορούν να επωφεληθούν σημαντικά από την ψυχοθεραπεία. Επίσης, λόγω του γεγονότος ότι οι ασθενείς αυτοί δεν προσέρχονται συστηματικά στα εξωτερικά ιατρεία, οι ειδικοί είναι συχνά διστακτικοί ως προς το να συστήσουν ψυχοθεραπεία αυτού του τύπου.

Στην ομαδική θεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως μια βαθμιαία προσέγγιση, όπου στο πρώτο επίπεδο επιχειρείται «επανακινητοποίηση» (remotivation), που έχει ως στόχο την «επανακοινωνικοποίηση» (resocialisation) του ασθενούς και αφορά μόνο σε ασθενείς με ήπιο βαθμό άνοιας. Στις ομάδες αυτές, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συζητούν διάφορα θέματα της σύγχρονης πραγματικότητας, να σκεφτούν γύρω από αυτά, να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους και να εκδηλώσουν συναισθηματικές αντιδράσεις. Σε αυτό το επίπεδο συζητούνται θέματα ηθικών και κοινωνικών αξιών,

θέματα διαπροσωπικών σχέσεων ή επαγγελματικών ενδιαφερόντων, τα οποία βοηθούν τον ασθενή να ανανεώσει το ενδιαφέρον του για το κοινωνικό περιβάλλον.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο εφαρμόζεται ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα. Αφορά ασθενείς που βρίσκονται σε μέτριο στάδιο της νόσου και έχουν διαταραχές προσανατολισμού ή να είναι σε σύγχυση, αλλά παραμένουν ικανοί να εμπλακούν σε κάποια δραστηριότητα. Η συγκεκριμένη άσκηση περιλαμβάνει τη χρήση περιβαλλοντικών και διαπροσωπικών ενδείξεων, προκειμένου να ενημερωθεί το άτομο για το περιβάλλον του. Η μέθοδος αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της συμπεριφοράς των ασθενών και σε κάποιο βαθμό η βελτίωση αυτή φαίνεται να επεκτείνεται και σε άλλες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς, αλλά για την επίτευξη αυτών των στόχων το προσωπικό θα πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένο, προκειμένου να χρησιμοποιήσει την τεχνική αυτή. Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι αυτής της τεχνικής είναι η αύξηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της αυτό-φροντίδας και του εύρους της προσοχής.

Στα βαθύτερα στάδια της νόσου εφαρμόζεται η αισθητηριακή εξάσκηση, πρόκειται για μια τεχνική που έχει ως στόχο να κινητοποιεί όλες τις αισθήσεις. Οι ασθενείς καλούνται να δουν, να ακούσουν, να μυρίσουν, να αγγίξουν και να γευτούν διάφορα καθημερινά αντικείμενα. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο αυτό ασκούνται στην αισθητηριακή εξάσκηση και όσο βελτιώνονται προσχωρούν σιγά-σιγά σε επόμενο στάδιο.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται, οι λεκτικές παρεμβάσεις γίνονται ολοένα και δυσκολότερο να εφαρμοστούν λόγω της δυσκολίας των ασθενών με άνοια να εκφράσουν σκέψεις και συναισθήματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, προτείνονται η μουσικοθεραπεία, η θεραπεία μέσω αναμνήσεων και τέχνης και η άσκηση ως μηχανισμοί που επιτρέπουν την εκδήλωση κάποιων συναισθημάτων και συμπεριφορών που είναι συνέπειες της νόσου. Υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς βρίσκουν τέτοιες δραστηριότητες ιδιαίτερα ευχάριστες και βοηθούν στη διατήρηση του ασθενούς σε ήρεμη κατάσταση (Τσολάκη & Καζής, 2005).

1.6.3.3 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η δύναμη της επιρροής της μουσικής στον ψυχισμό του ανθρώπου δεν είναι κάτι καινούργιο. Από την αρχαιότητα και σε διάφορους πολιτισμούς το θέμα αυτό

απασχολούσε τον άνθρωπο, με αποτέλεσμα να μπορούμε σήμερα να ορίσουμε την έννοια της μουσικοθεραπείας. Έτσι μουσικοθεραπεία ορίζεται η χρήση της μουσικής με σκοπό την θεραπεία, τη βελτίωση ή ακόμη και την αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας ενός ατόμου ανεξαρτήτου ηλικίας. Έχοντας γίνει αποδεκτό και παραδεκτό το γεγονός ότι οι ήχοι και η μουσική έχουν θετική επίδραση στον άνθρωπο, επιτρέπεται να ειπωθεί ότι τόσο η μουσική όσο και οι διάφοροι ήχοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν ακόμη και για θεραπευτικούς σκοπούς.

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με πολλούς και διάφορους τρόπους προσαρμόζοντας το άτομο στο χώρο, στις συνθήκες εκείνες, όπου θα μπορεί να ενεργεί κατάλληλα. Σήμερα πολλά πετυχημένα προγράμματα εφαρμόζονται σχετικά με την πορεία των ασθενών με άνοια. Η προσφορά της μουσικής στην άνοια μπορεί να δομηθεί με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να αυξήσει τη συμμετοχή, τις κοινωνικές και τις συναισθηματικές δεξιότητες και να μειώσει τα προβλήματα συμπεριφοράς σε άτομα με άνοια, όπως είναι η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα. Παράλληλα, μπορεί να ηρεμήσει τον ασθενή και να βελτιώσει με αυτόν τον τρόπο την αναπνοή αλλά και την αρτηριακή του πίεση. Χρησιμοποιείται ως ερέθισμα για να βοηθήσει στη μνημονική ανάκληση και στις γλωσσικές δεξιότητες των ατόμων με άνοια και βοηθά στη μείωση των επιπέδων φόβου, στρες, αγωνίας και άγχους, ανακουφίζοντας έτσι τον ασθενή από χρόνιους ψυχικούς πόνους. Επίσης, η μουσική πιθανόν να είναι το μέσο που οι ηλικιωμένοι επικοινωνούν και παρέχει είσοδο σε γεγονότα και μνήμες που είναι δύσκολο να ανακληθούν με λεκτικά μέσα.

Όσον αφορά τη μνήμη, νευροψυχολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική επίδραση στην αναδρομική ανάκληση και πιθανόν να λειτουργεί ως σήμα για την αναγνώριση λέξεων και προσώπων του παρελθόντος αλλά και στην λειτουργία της άμεσης μνήμης. Συνεπώς, κάτω από την επίδραση της μουσικής έχουν διατηρηθεί αρκετές γνωστικές δεξιότητες των ατόμων με άνοια.

Θα πρέπει να τονιστεί βέβαια ότι τυπικά δεν έχει σημασία το είδος της μουσικής που θα επιδεχθεί στις έρευνες, γιατί όλα τα είδη της μουσικής μπορούν να προσφέρουν εξίσου το ίδιο ευεργετικό αποτέλεσμα στον ασθενή. Βέβαια, σύμφωνα με κάποιες άλλες έρευνες που έχουν γίνει, το ιστορικό υπόβαθρο και η μουσική κουλτούρα του ασθενή παίζουν σπουδαίο ρολό στην δημιουργία θετικών αποτελεσμάτων στη μουσικοθεραπεία και έτσι επιλέγεται κάθε φορά το κατάλληλο είδος μουσικής που αντιπροσωπεύει τον κάθε ασθενή. Επίσης, οι χώροι στους οποίους η άσκηση της μουσικοθεραπείας είναι εφικτή είναι τα νοσοκομεία, τα

γηροκομεία, εξατομικευμένα στο σπίτι του ασθενή, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και ορισμένες ψυχιατρικές κλινικές.

Μέσα στα πλαίσια της μουσικοθεραπείας θα πρέπει να επιτευχθούν κάποιοι στόχοι για να αποδειχτεί ότι η τεχνική αυτή προσφέρει θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς, έτσι η μουσικοθεραπεία θα πρέπει:

- ✓ Να περιορίσει τα συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης που αισθάνονται οι ασθενείς.
- ✓ Να τους ενθαρρύνει να εξωτερικεύουν τα συναισθήματα τους.
- ✓ Να ενισχύσει την επιθυμία τους να εκφέρουν την γνώμη τους για το μουσικό κομμάτι που θα επιλέξουν.
- ✓ Να τους δώσει την πρωτοβουλία να βοηθήσουν και αυτοί με τον τρόπο τους για την παραγωγή ενός κομματιού, έτσι θα νοιώσουν χρήσιμοι, ευπρόσδεκτοι και αισθάνονται ότι ανήκουν σε μια ομάδα, σε μια μουσική οικογένεια.
- ✓ Να ενισχύσει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης.
- ✓ Να διασκεδάσει, να προκαλέσει απόλαυση και γέλιο.
- ✓ Να επιτευχθεί η αύξηση της προσοχής και της επαγρύπνησης.
- ✓ Να εμψυχωθούν οι φροντιστές και οι ασθενείς διαμέσου των ατομικών και ομαδικών τραγουδιών σε επίπεδο ατομικής-οικογενειακής ή και κοινωνικής επικοινωνίας (Βαρσαμοπούλου, 2005).

1.6.3.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΑΝΑΜΝΗΣΕΩΝ – REMINISCENCE

Οι θεραπείες που ασχολούνται με άτομα με άνοια, στην προσπάθεια τους να βοηθήσουν ασθενή και περιθάλποντα να βγουν, όσο το δυνατόν, από τα επικοινωνιακά τους αδιέξοδα, ανέπτυξαν την μέθοδο Reminiscence. Η βασική ιδέα είναι ότι εφόσον δεν μπορούμε να επικοινωνήσουμε με το άτομο στο δικό μας παρόν, έχουμε την δυνατότητα να το ακολουθήσουμε στο δικό του παρόν. Προσπαθούμε να πάμε πίσω μαζί του στο παρελθόν, να συζητήσουμε μαζί του για αυτά που έχει βιώσει και ακόμη θυμάται πολύ καλά, να μας μιλήσει για τις αναμνήσεις του. Το άτομο με άνοια λαμβάνεται υπ' όψιν ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαίτερες ανάγκες

και με ιστορία ζωής, ενώ μας διδάσκεται ότι μέσω της μεθόδου αυτής προάγεται το άτομο και όχι η ασθένεια του.

Κάθε συνεδρία οργανώνεται γύρω από ένα θέμα, έτσι ώστε να υπάρχει κάθε φορά μια βάση από την οποία να ξεκινά η συζήτηση. Για παράδειγμα, θέματα που μπορεί να αναπτύσσονται είναι: το μέρος στο οποίο γεννήθηκε, ένας γάμος, ένα πρόσωπο. Η μέθοδος Reminiscence είναι μια δημιουργική μέθοδος και γι' αυτό ακριβώς είμαστε ελεύθεροι να χρησιμοποιήσουμε διάφορους τρόπους, ώστε να κινητοποιήσουμε τα άτομα με άνοια. Ο ασθενής, δηλαδή, συμμετέχει με όλες του τις αισθήσεις, όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση και αφή. Κάποια από τα πολυαισθητηριακά ερεθίσματα που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία είναι οι φωτογραφίες, η μουσική, διάφορα βιντεοσκοπημένα γεγονότα και αντικείμενα παρελθόντος. Στους τρόπους έκφρασης μπορούμε να συμπεριλάβουμε την παντομίμα, την ζωγραφική, το παίξιμο ρόλων, την ποίηση και το τραγούδι. Συνήθως οι συνεδρίες είναι ομαδικές και ακολουθούνται από το άτομο με άνοια και από το φροντιστή του. Αυτό διευκολύνει ιδιαίτερα τις περιπτώσεις εκείνες που ο φροντιστής δεν μπορεί να αφήσει μονό του τον ασθενή. Υπάρχουν, βεβαίως, και συνεδρίες που παρακολουθούνται μονό από το άτομο με άνοια ή μονό από τον φροντιστή.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- ✓ Η βελτίωση της επικοινωνίας με το ανοϊκό άτομο.
- ✓ Η μείωση της απομόνωσης (τόσο του ασθενούς, αλλά και του φροντιστή).
- ✓ Να γίνει ο ασθενής το επίκεντρο της προσοχής.
- ✓ Να εκφραστούν οι ανάγκες του.
- ✓ Να αντιμετωπιστεί ως ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαιτερότητες.
- ✓ Να επισημανθεί η προσφορά του στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο.
- ✓ Οι φροντιστές να αποκτήσουν μια πιο θετική εικόνα για την άνοια και για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το δικό τους άτομο.
- ✓ Οι φροντιστές να μάθουν να απασχολούν τον ασθενή δημιουργικά.

Παράλληλα, η μέθοδος του Reminiscence έχει θετικές συνέπειες και στον ίδιο τον θεραπευτή. Πρώτα από όλα, βελτιώνονται οι ικανότητες του στην επικοινωνία, στην εμπάθεια στην αντιμετώπιση των ατόμων με άνοια καθώς και στην εκτίμηση και σχεδίαση δημιουργικών θεραπευτικών συνεδριών. Επιπλέον, καταφέρνουν να εξατομικεύσουν την θεραπευτική παρέμβαση γνωρίζοντας τις ανάγκες και τις

προσωπικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς με άνοια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παράγουν καλύτερο και αποτελεσματικότερο έργο.

1.6.3.5 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ (ART THERAPY)

Η θεραπεία μέσω της τέχνης είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας κατά την οποία χρησιμοποιείται η δημιουργικότητα του ασθενή με σκοπό την αύξηση της συναισθηματικής έκφρασης και ευεξίας του.

Επιθυμία του θεραπευτή μέσα από αυτή την άσκηση είναι να δημιουργήσει μια σχέση με τον ασθενή όπου θα αναπτυχθεί εμπιστοσύνη και οικειότητα, έτσι ώστε ο ασθενής να νιώσει ασφάλεια και να του δημιουργηθούν συναισθήματα για τα οποία θα μπορεί να εκφραστεί. Καταπιεσμένα συναισθήματα που φαίνονται πολύ δύσκολο να εκφραστούν και να αντιμετωπιστούν, γίνονται προσιτά και συζητήσιμα καθώς ο ασθενής δίνει μορφή στην εικόνα, μέσα στο πλαίσιο του πίνακα που δημιούργησε ο ίδιος.

Συμφώνα με την AATA (American Art Therapy Association) η θεραπεία μαζί με την τέχνη, στηρίζονται στην πίστη ότι η δημιουργική διαδικασία που ασχολείται με την δημιουργία τέχνης είναι θεραπευτική και βελτιώνει την ανθρώπινη ζωή. Με βάση την δημιουργία ενός έργου και την δυνατότητα που δίνεται στον ασθενή να μιλήσει για το δημιούργημα του με τον θεραπευτή, επιτυγχάνονται οι εξής στόχοι:

- ✓ Αύξηση της αυτό-επίγνωσης του ασθενή.
- ✓ Δυνατότητα αντιμετώπισης των συμπτωμάτων.
- ✓ Καλύτερη αντιμετώπιση και διαχείριση του άγχους.
- ✓ Επούλωση των τραυματικών εμπειριών.
- ✓ Αύξηση των γνωστικών ικανοτήτων του.
- ✓ Απόλαυση της θετικής πλευράς της ζωής του.
- ✓ Ικανοποίηση για τις ικανότητες τους πάνω στην δημιουργία.

Στην περίπτωση ατόμων που πάσχουν από κάποια μορφή άνοιας η θεραπεία μέσω της τέχνης (ζωγραφική, κολλάζ, πηλός) μπορεί να βοηθήσει να εκφραστούν οδυνηρά συναισθήματα που βιώνουν κατά την εξέλιξη της νόσου, όπως φόβος, άγχος, θλίψη και θυμό, ενώ παράλληλα τα άτομα αυτά θα αναπτύξουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους και ακόμα περισσότερο να διατηρήσουν σχέσεις με τους σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή τους αλλά και με τον εαυτό τους. Ακόμα και αν ο ασθενής δεν

είναι σε θέση ακόμα να εκφραστεί μέσω της δημιουργίας ενός έργου, μπορεί με μια απλή επίσκεψη του σε ένα μουσείο να αναζωογονήσει το πνεύμα του και να χαλαρώσει.

Η θεραπεία μέσω της τέχνης, χρησιμοποιείται για την θεραπεία συμπεριφορικών συμπτωμάτων και συχνά προσφέρεται μαζί με κάποια άλλη μορφή ψυχοθεραπείας σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες και αλκοόλ, σε ασθενείς που αναρρώνουν από κάποιο σοβαρό τραυματισμό και άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και φυσικά στους ανοϊκούς ασθενείς. Τέλος, θα λέγαμε πως η χρήση της τέχνης ως μορφή θεραπείας καταφέρνει να εμπλουτίσει και να αναδημιουργήσει τη χαμένη ζωή του ασθενή κάνοντας τον ξανά ενεργό μέλος της κοινωνίας (Τσολάκη & Καζής, 2005).

1.6.4 ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Νέες και ευοίωνες εξελίξεις στον τομέα των δοκιμασιών και βοηθημάτων διάγνωσης βρίσκονται προ των πυλών. Σε φάση δοκιμών βρίσκονται 200 διαφορετικές θεραπείες ενώ παράλληλα δοκιμάζεται η προσέγγιση της χορήγησης νευροτρόπων παραγόντων μέσω της μύτης: αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα καθώς όταν ο παράγοντας εισάγεται από τη ρινική κοιλότητα, περνάει κατευθείαν στην εγκεφαλική ουσία και βοηθάει τα εγκεφαλικά κύτταρα να συνεχίσουν να ζουν.

Ακόμα, οι επιστήμονες μελετούν το κατά πόσον οι εξετάσεις αίματος ή οι εξετάσεις του υγρού του νωτιαίου μυελού μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση της νόσου Alzheimer. Επίσης, αναπτύσσονται νέες απεικονιστικές τεχνικές. Μία από αυτές περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση μιας χημικής ουσίας στον οργανισμό, η οποία προσδένεται στην αμυλοειδή πρωτεΐνη (η χημική ουσία που συγκεντρώνεται στον εγκέφαλο των ασθενών με νόσο Alzheimer) και καταγράφεται από τον ειδικό τομογράφο που ονομάζεται PET scanner.

Στις μελλοντικές προσεγγίσεις περιλαμβάνονται και τα βλαστικά κύτταρα, τα πολυδύναμα αυτά κύτταρα του οργανισμού τα οποία σύμφωνα με τους ειδικούς ίσως μια μέρα φέρουν επανάσταση στη μάχη για την καταπολέμηση πολλών ασθενειών. Έχουν ήδη γίνει παρεμβάσεις με έγχυση βλαστικών κυττάρων κατευθείαν στον εγκέφαλο ασθενών και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αυτά πολλαπλασιάζονται εντός του εγκεφάλου, συνδέονται με τα ήδη υπάρχοντα ζώντα νευρικά κύτταρα και κρατούν τις συνάψεις ζωντανές (Graham & Warner, 2009).

1.7 ΠΡΟΛΗΨΗ

Δυστυχώς δεν γνωρίζουμε πως μπορούμε να προλάβουμε ή να αναστείλουμε την εμφάνιση της νόσου Alzheimer. Ωστόσο, από διάφορες έρευνες προκύπτει ότι ορισμένοι παράγοντες ίσως περιορίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, όπως:

- Η διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης, δηλαδή η συστηματική, έστω και ήπια, άσκηση (απλό βάδισμα, γυμναστική, κολύμπι ή οποιοδήποτε άλλη μορφή άσκησης) και ο περιορισμός των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (αρτηριακή υπέρταση, αυξημένη χοληστερίνη και παχυσαρκία) μειώνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης νόσου του Alzheimer.
- Η διατροφή και ειδικά η μεσογειακή διατροφή, η οποία είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και ελαιόλαδο δρα προστατευτικά, καθώς άτομα που ακολουθούν μεσογειακή διατροφή παρουσιάζουν 68% λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης της νόσου συγκριτικά με άτομα που δεν ακολουθούν το μεσογειακό πρότυπο διατροφής. Αντίθετα η υπερβολική κατανάλωση πολυακόρεστων λιπών σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer.
- Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης έχουν αναγνωρισθεί ως ένας από τους παράγοντες κινδύνου. Θεωρείται ότι οι στατίνες (φάρμακα που ελαττώνουν τη χοληστερίνη) ίσως έχουν προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου Alzheimer.
- Νοητική άσκηση: Η συστηματική εξάσκηση του νου (σκάκι, σταυρόλεξο, παζλ, συστηματικό διάβασμα εφημερίδων κλπ) και κάθε τι που διατηρεί τον εγκέφαλο σε εγρήγορση φαίνεται ότι ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης νόσου Alzheimer στο μισό.

Ακόμα, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η Εργασία, η Διατροφή και η Μέση Κατανάλωση Κρασιού μπορεί να αποτελούν προφυλακτικούς παράγοντες για την άνοια. Πρέπει όμως να γίνουν περισσότερες μελέτες που θα στηρίζουν περισσότερο αυτή την άποψη. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η αντιμετώπιση των υψηλών επιπέδων χοληστερόλης προφυλάσσει από την άνοια (Τσολάκη, 2008).

- *Αντιμετώπιση συστολικής υπέρτασης*

Αναφέρεται δυνητική ελάττωση της επίπτωσης της άνοιας μέχρι και 50% με τη χρήση αντιυπερτασικής αγωγής και μάλιστα με τη χρήση αποκλειστών των ιόντων ασβεστίου.

- *Χρήση αντιφλεγμονόδων φαρμάκων*

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι που χρησιμοποιούσαν για μεγάλες χρονικές περιόδους αντιφλεγμονώδη για αρθρίτιδα παρουσίασαν ελαττωμένη επίπτωση της ΝΑ. Είναι πιθανό ότι τα φάρμακα αυτά επηρεάζουν την παθοφυσιολογία της ΝΑ, που οδηγεί στον νευρωνικό θάνατο. Αυτή τη στιγμή δοκιμάζονται σε κλινικές μελέτες αντιφλεγμονώδη για να αποδειχτεί η αποτελεσματική προφύλαξη που παρέχουν ή και η θεραπευτική τους ικανότητα.

- *Υποκατάσταση με οιστρογόνα*

Πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη σε πληθυσμό υποστηρίζει ότι η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα ελαττώνει τον κίνδυνο της ΝΑ στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Είναι πιθανό ότι τα φάρμακα αυτά επηρεάζουν την παθοφυσιολογία της άνοιας. Όμως ακόμη δεν είναι γενικώς αποδεκτό ότι τα οιστρογόνα μπορούν να παίξουν κάποιο ρόλο στην πρόληψη ή και την αντιμετώπιση της νόσου. Αυτή τη στιγμή δοκιμάζονται σε κλινικές μελέτες οιστρογόνα για να επαληθευτεί και να αποδειχτεί η αποτελεσματική προφύλαξη που παρέχουν ή ακόμη και η θεραπευτική τους ικανότητα (Τσολάκη, 2008).

Β΄ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία συστηματική σειρά νοσηλευτικών ενεργειών, που σκοπό έχουν την αντιμετώπιση των αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων υγείας των αρρώστων και της οικογένειάς τους. Είναι μία μέθοδος που τροποποιεί το ρόλο των νοσηλευτών, έτσι ώστε να ερευνά με επιστημονικό τρόπο πως να επιλύει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Είναι σύστημα ανοικτό, εύκαμπτο και κυκλικό. Ενσωματώνει συνεχώς νέες πληροφορίες, αναθεωρεί και προσαρμόζει τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, ανάλογα με τη μεταβαλλόμενη κατάστασή του. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, που δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε άλλον άρρωστο, παρά μόνο στο συγκεκριμένο άρρωστο για τον οποίο σχεδιάστηκε (Αθανάτου, 2007).

2.1.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Το ανοϊκό άτομο είναι μια ιδιάζουσα μορφή ασθενούς. Στις περιπτώσεις αργής εισόδου της άνοιας στο πρώιμο στάδιο, τα συμπτώματα είναι τόσο ήπια που μοιάζουν με τα σημάδια της “φυσικής γήρανσης”, όπως: επαναλαμβανόμενες δηλώσεις, λανθασμένες τοποθετήσεις, δυσχέρεια εύρεσης του ονόματος οικείων αντικειμένων, χάνεται σε γνωστές διαδρομές, μικρές αλλαγές της προσωπικότητας, απώλεια ενδιαφέροντος για πράγματα που ενδιαφερόταν άλλοτε, δυσχέρεια στην εκτέλεση στόχων που προϋποθέτουν κάποια σκέψη (Αλεξανδρόπουλος, 2009). Σε ποιο προχωρημένο στάδιο τα συμπτώματα είναι περισσότερο εμφανή: ξεχνά τις λεπτομέρειες από επίκαιρα γεγονότα, ξεχνά γεγονότα από τη ζωή του, έχει δυσκολία να διαλέξει τα κατάλληλα ρούχα, παρουσιάζει ψευδαισθήσεις, γκρίνια, και επιθετική συμπεριφορά, έχει διαταραχές της σκέψης, κατάθλιψη και ευερεθιστότητα, παρουσιάζει δυσκολία στην εκτέλεση βασικών εργασιών της καθημερινότητας, όπως να μαγειρέψει ή να οδηγήσει.

Στο τελικό στάδιο της άνοιας έχει συνεχή ανάγκη από τη φροντίδα “φροντιστή”. Οι ασθενείς στο στάδιο αυτό δεν δύνανται πλέον να κατανοήσουν το λόγο, να γνωρίσουν τα μέλη της οικογένειάς τους και να πραγματοποιήσουν βασικές ατομικές

δραστηριότητες, όπως να φάνε να ντυθούν και να κάνουν μπάνιο. Το πρώτο βήμα που επιβάλλεται να γίνει είναι να δοθεί μετά βεβαιότητας η διάγνωση ότι ο ασθενής έχει άνοια. Κατόπιν πρέπει να διευκρινιστεί ο τύπος της άνοιας. Να ληφθεί λεπτομερές ιατρικό ιστορικό στο οποίο από τον ίδιο αλλά και διάφορα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος που γνωρίζουν καλά τον ασθενή, πρέπει να αντληθούν πληροφορίες για το πότε άρχισε το κάθε σύμπτωμα, η πορεία του και αν έχει σχέση με κάποιο από τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος του ασθενούς. Θα ακολουθήσει προσεκτική φυσική και νευρολογική εξέταση του ασθενούς και τέλος θα γίνει εξέταση της ψυχικής κατάστασής του (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Όταν περιγραφεί και ταξινομηθεί η διαταραχή πρέπει να αποκωδικοποιηθεί. Να βρεθούν δηλαδή, οι αιτίες που μπορεί να συμβάλουν στην έναρξη αυτής της διαταραχής ή να τη διατηρούν. Οι αιτίες αυτές μπορεί να είναι: φάρμακα, ιατρική κατάσταση, ψυχιατρική διαταραχή (καινούρια ή υποτροπιάζουσα), νοητική διαταραχή, αναγνωρίσιμο ψυχικό ή συμπεριφεριολογικό σύνδρομο, το περιβάλλον, η προσέγγιση του παρέχοντος φροντίδα ή έλλειμμα φροντίδα. Μετά την αποκωδικοποίηση της διαταραχής της συμπεριφοράς πρέπει να διαμορφωθεί ο τρόπος παρέμβασης για τη θεραπεία.

Πρώτον, οι προληπτικές παρεμβάσεις αφορούν την ανάπτυξη και τη διατήρηση των καθημερινών δραστηριοτήτων, την προσοχή στη διατήρηση των συνηθειών του ύπνου, τη διατροφή του, τα μέτρα φύλαξής του και τη σύνδεση με έμπειρους ειδικούς που θα βοηθήσουν στη λύση προβλημάτων όπως είναι η αντιμετώπιση και η θεραπεία μιας διαταραχής της συμπεριφοράς.

Δεύτερον, οι αφαιρετικές παρεμβάσεις που αφαιρούν την αιτία των διαταραχών της συμπεριφοράς, π.χ. αφαιρείται ένα φάρμακο που δημιουργεί ένταση στον ασθενή.

Τρίτον, η διαχείριση της συμπεριφερολογικής διαταραχής μέσω τεχνικών διαχείρισης της συμπεριφοράς ή μέσω ειδικών προγραμμάτων για ανοϊκούς με δύσκολη συμπεριφορά, που εφαρμόζονται στα γηροκομεία.

Είναι πιθανό να απαιτηθούν αλλαγές και στο περιβάλλον του ασθενούς. Αν π.χ. γίνεται συγχυτικός το βράδυ, πρέπει ο φροντιστής του να του οργανώσει καλύτερα τις βραδινές ώρες. Αν το πρόβλημα συνδέεται με το ημερήσιο πρόγραμμα του ασθενούς, πρέπει να αναδιοργανωθεί το ημερήσιο πρόγραμμά του (Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Η φροντίδα ενός ανοϊκού ασθενούς δεν είναι εύκολη υπόθεση. Ο ασθενής έχει ανάγκη από βοήθεια 24 ώρες το 24ωρο- ειδικά καθώς εξελίσσεται η ασθένεια- κάτι που δημιουργεί τόσο σωματική όσο και ψυχολογική επιβάρυνση στον φροντιστή.

Θεμέλιος λίθος της αποτελεσματικής φροντίδας ενός ασθενή με άνοια είναι η έγκυρη και έγκαιρη εκτίμηση της κατάστασής του, η οποία εστιάζει στις ανάγκες και τα προβλήματα του, στις ανάγκες διαπαιδαγώγησης και ανακούφισης της οικογένειας του, με ιδιαίτερη έμφαση στα άτομα που τον φροντίζουν (φροντιστές), καθώς και στην πρόβλεψη ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Ως προς την εκτίμηση του αρρώστου, η αξιολόγηση εστιάζεται αρχικά στο εάν υπάρχουν νοητικές αλλαγές, αλλαγή της προσωπικότητας, προβληματική συμπεριφορά, προβλήματα σχετικά με την καθημερινή λειτουργικότητα καθώς και ψυχιατρικά προβλήματα (Σακκά, 2011).

2.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αφού γίνει η εκτίμηση του ασθενούς ακολουθεί η συνεχείς νοσηλευτική διάγνωση για την κατάσταση και τις ανάγκες που έχει ο ασθενής, ώστε τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι κατά το δυνατόν βέλτιστα (Poltroniere, 2011).

Σε ασθενείς με άνοια οι κύριες νοσηλευτικές διαγνώσεις αφορούν την χρόνια σύγχυση, την διαταραχή ύπνου και το έλλειμμα αυτοφροντίδας κ.α. Με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως την διαχείριση της άνοιας, την μείωση του άγχους και την προαγωγή του ύπνου, έχουμε αποτελέσματα που ευνοούν τη νοσηλευτική φροντίδα. Κατά την εξέλιξη της νόσου, η νοσηλευτική διάγνωση τροποποιείται. Καθώς ο ασθενής γίνεται ολοένα και περισσότερο ανίκανος να αυτοεξυπηρετηθεί, απαιτούνται περισσότερες διαγνώσεις. Κάποιες από τις πιο σημαντικές νοσηλευτικές διαγνώσεις αφορούν (Πανανουδάκη, 2000):

- Διαταραχή της Μνήμης: Η διαταραχή της μνήμης είναι μια νοσηλευτική διάγνωση που αφορά το αρχικό στάδιο της νόσου. Στο στάδιο αυτό, τεχνικές αντιμετώπισης της απώλειας της μνήμης θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διδασκαλία τόσο του ασθενούς όσο και του ατόμου που τον φροντίζει
- Χρόνια Σύγχυση: Οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν διαταραχές της μνήμης που δυσχεραίνουν τη λειτουργία τους σε μη γνώριμο και μη συγκροτημένο περιβάλλον. Πολλές από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη διάγνωση αυτή θα χρειαστούν τροποποιήσεις με τον καιρό, καθώς η γνωσιακή λειτουργία του ασθενούς συνεχίζει να επιδεινώνεται.

- Ακράτεια: Σχετίζεται με γνωστικά ή αισθητηριακά ελλείμματα και ανικανότητα σύνδεσης σωματικών αισθήσεων με την πράξη.
- Παραλυτικές Ιδέες και Ψευδαισθήσεις: Οι παραλυτικές ιδέες (όταν το άτομο πιστεύει ότι κάποιος προσπαθεί να τον κλέψει ή να του κάνει κακό) και οι ψευδαισθήσεις (όταν βλέπει ή ακούει πράγματα που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα) αποτελούν συχνό φαινόμενο στα άτομα με άνοια. Η λογική επεξήγηση των ιδεών και των ψευδαισθήσεων που βιώνει ο ασθενής, είναι άσκοπη.
- Διαταραχές Ύπνου: Ένα πολύ συνηθισμένο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με άνοια, είναι η απώλεια ύπνου κατά της βραδινές ώρες. Είναι πιθανόν να σηκωθούν πολύ νωρίς το πρωί πιστεύοντας ότι είναι μέρα να ετοιμαστούν και να πάνε στη δουλειά. Τα προβλήματα ύπνου το βράδυ επιτείνονται αφενός όταν το άτομο κοιμάται κατά την διάρκεια της μέρας και αφετέρου όταν δεν ασκεί το σώμα του.
- Απάθεια: Ο ανοϊκός ασθενής της περισσότερες φορές κάθετα σε μια καρέκλα ή στέκεται όρθιος για μεγάλο χρονικό διάστημα, μη θέλοντας να ασχοληθεί με κάτι. Χαρακτηριστικό στοιχείο της απάθειας είναι η απόσυρση του ατόμου ως συνέπεια της αδυναμίας του να επικοινωνήσει.
- Άγχος: Η παρακολούθηση για πρώιμες εκδηλώσεις κόπωσης και εκνευρισμού, και η πρώιμη διάγνωση των προβλημάτων αυτών βοηθά στην ταχεία παρέμβαση για την προαγωγή της ανάπαυσης ή την απομάκρυνση του ασθενούς από την κατάσταση που του προκαλεί άγχος.
- Αποπροσανατολισμός: Τα άτομα με άνοια συχνά αποπροσανατολίζονται σε χρόνο και χώρο. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα σύγχυσης που προκαλείται λόγω αλλαγών στον εγκέφαλο, απώλεια μνήμης ή πιθανόν λόγω δυσκολίας αναγνώρισης ατόμων και αντικειμένων. Το "εσωτερικό ρολόι" που επιτρέπει στο άτομο να ξέρει περίπου πότε πρέπει να φάει ή να κοιμηθεί, τείνει επίσης να διαταραχθεί.
- Επαναλαμβανόμενες Συμπεριφορές : Ο ανοϊκός ασθενής μπορεί να ξεχνά από την μια στιγμή στην άλλη τι έχει ειπωθεί με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνει της ίδιες ερωτήσεις και πράξεις πολλές φορές.
- Περιπλάνηση: Αυτό είναι ένα ανησυχητικό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Ο ασθενής με άνοια έχει την τάση να δραπετεύει από το χώρο του και νιώθει την ανάγκη να περιπλανιέται άσκοπα στους δρόμους, ενώ

κινδυνεύει να χαθεί. Η ασφάλεια είναι σημαντικό ζήτημα για τον ασθενή με άνοια όταν βρίσκεται μόνος του εκτός σπιτιού.

- Έκπτωση της Κοινωνικής Συναλλαγής: Σχετίζεται με προβλήματα στην επικοινωνία και αδυναμία στις αισθητηριακές/ γνωστικές/ αντιληπτικές λειτουργίες.
- Απώλεια Αντικειμένων και Άδικες Κατηγορίες: Συχνά ο ασθενής με άνοια ξεχνά που είναι τοποθετημένα διάφορα αντικείμενα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να κατηγορήσει άλλους ότι τα έχουν πάρει. Η συμπεριφορά αυτή προκαλείται από ανασφάλεια σε συνδυασμό με την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου και της μνήμης.

2.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όσον αφορά τη θεραπεία του ασθενή, είναι δύσκολο να περιγραφούν και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Παρ' όλα αυτά ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία των ασθενών με άνοια είναι καθοριστικός μιας και οι ίδιοι γίνονται η «μνήμη» των παθόντων. Το σημαντικότερο έργο των νοσηλευτών στο κομμάτι της θεραπείας είναι να παρακολουθούν τη σωστή λήψη φαρμάκων από τους ασθενείς. Ένα βασικό πρόβλημα όσων πάσχουν από Alzheimer είναι η έλλειψη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή. Εκεί ακριβώς έγκειται η σημαντικότητα της παρουσίας ενός νοσηλευτή για την καλή ροή της θεραπευτικής αγωγής.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει: τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα, τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

- ✓ Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
- ✓ Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς

εξαρτημένη κατάσταση.

- ✓ Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι:

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Να παρέχει βοήθεια -όπου είναι ανάγκη- για την κάλυψη των ποικίλων αναγκών του ασθενή.
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Να παρέχει ψυχολογική στήριξη, με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης.

Το έργο του δεν είναι καθόλου εύκολο μιας και οι ασθενείς εξαιτίας της μνήμης τους δεν αναγνωρίζουν πολλές φορές το νοσηλευτή με αποτέλεσμα να γίνονται αρνητικοί στη λήψη των φαρμάκων, να φοβούνται ή να γίνονται επιθετικοί απέναντι τους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειώσουμε πως αυτό δεν συμβαίνει μόνο με την φροντίδα που δέχονται από τους νοσηλευτές αλλά μπορούν να εκδηλώσουν ακριβώς την ίδια συμπεριφορά και σε συγγενικά τους πρόσωπα που τους φροντίζουν λόγω της αδυναμίας τους να τους θυμηθούν και να τους αναγνωρίσουν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η συμβολή του νοσηλευτή στη θεραπεία είναι καταλυτικής σημασίας μιας και κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις για να χειριστεί την κάθε περίπτωση με τον καταλληλότερο για αυτή τρόπο.

Αντιπροσωπευτικά παρουσιάζονται στη συνέχεια οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη φροντίδα αρρώστου με διαταραχή νοητικής και αντιληπτικής λειτουργίας.

- Λεπτή, φιλική και ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου. Οι άρρωστοι με άνοια τύπου Alzheimer συνήθως αντανακλούν το συναίσθημα των γύρω τους. Ένα εκνευρισμένο και βιαστικό πλησίασμα κάνει τον άρρωστο αγχώδη και αντιδραστικό. Ένα ευγενικό και ήρεμο, τον ανακουφίζει.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποιος είναι, να βλέπει στα μάτια τον άρρωστο και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Οι άρρωστοι με γνωστικές και μνημονικές διαταραχές έχουν ανάγκη να ακούν κάθε φορά το όνομα του νοσηλευτή. Αν δεν κερδηθεί η προσοχή τους, παρερμηνεύουν τα λόγια και τις πράξεις των νοσηλευτών και γίνονται συγχυτικοί και τρομαγμένοι.

- Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σε αυτούς τους αρρώστους.
- Κλείσιμο του ραδιοφώνου και της τηλεόρασης όταν ο νοσηλευτής μιλά στον άρρωστο. Η υπερφόρτιση με ερεθίσματα του προκαλούν σύγχυση.
- Μια ερώτηση ή μια φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις, για μείωση της σύγχυσης, βελτίωση της συγκέντρωσης και αύξηση της διάρκειας της προσοχής.
- Επανάληψη της ερώτησης αν ο άρρωστος δεν απαντά ή δεν φαίνεται να καταλαβαίνει. Χρησιμοποίηση όμως των ίδιων ακριβώς λέξεων. Η επανάληψη ενισχύει την κατανόηση. Η αλλαγή των λέξεων προκαλεί μεγαλύτερη σύγχυση. Όταν είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που ζητούν απαντήσεις, ναι ή όχι και αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν επιλογές ή λήψη κάποιας απόφασης.
- Υπομονητική αναμονή αν δεν απαντήσει ο άρρωστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι' αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορίας.
- Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά. Π.χ. «εδώ είναι τα γυαλιά σας» (παύση) «πάρτε τα γυαλιά σας από τη θήκη» (παύση) «βάλτε τα γυαλιά σας».
- Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων. (π.χ. μπισκότα, πετσέτες, πουλόβερ κ.α.).
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Διατήρηση φωτισμού και κατά τη νύχτα. Παροχή απαλής μουσικής.
- Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα.
- Προώθηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα τοποθετώντας σε εμφανές μέρος μεγάλο ρολόι, ημερολόγιο, το διαιτολόγιο κάθε ημέρας, το όνομα του νοσοκομείου και την πόλη. Έτσι ενισχύεται η οπτική μνημονική λειτουργία, ο προσανατολισμός και οι γνωστικές λειτουργίες.
- Τοποθέτηση γνωστών και αγαπητών αντικειμένων του αρρώστου κοντά του π.χ. φωτογραφίες της οικογένειας με το όνομα του κάθε προσώπου σε αντίστοιχη ετικέτα, για ενίσχυση της άνεσης, της εμπιστοσύνης και της μνήμης.

- Απασχόληση του αρρώστου με συχνές αναμνηστικές ασκήσεις αναθεωρώντας παλιές εμπειρίες κατά προτίμηση ευχάριστες. Έτσι χρησιμοποιείται η λειτουργική μακρόχρονη παλιά μνήμη και δημιουργούνται αισθήματα ευχάριστα ενώ ελαττώνονται η μοναξιά, η δυσθυμία, ο θυμός κ.α.
- Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτησης της πραγματικότητας των παραπόνων του ή των μυθοπλαστικών διηγήσεών του. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση και να αποσπαστεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο. Σκοπός η ελάττωση του άγχους και η πρόληψη διέγερσης ή επιθετικότητας.
- Εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για το άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
- Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών που μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία της μνήμης και να ελαττώσουν τη σύγχυση του αρρώστου. Έτσι διευκολύνεται η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αρρώστων και των οικογενειών τους. Π.χ. διδάσκονται πώς να οργανώσουν αναμνηστικές ασκήσεις, πώς να διατηρούν σταθερό το περιβάλλον και τη ρουτίνα της ημέρας και πώς να δείχνουν υπομονή και κατανόηση (Ραγιά, 2005).

2.3.1 ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΝΗΜΗΣ, ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΓΛΩΣΣΑΣ

Ήδη από το προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρθηκαν μέθοδοι θεραπείας της άνοιας. Έγινε αναφορά τόσο στην φαρμακευτική θεραπεία όσο και σε νέες μεθόδους που δεν βασίζονται σε φαρμακευτική αγωγή όπως η ατομική ψυχοθεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, η θεραπεία μέσω των αναμνήσεων – reminiscence, η θεραπεία μέσω της τέχνης (art therapy), αλλά και νέες θεραπείες.

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούν ορισμένες μέθοδοι που μπορεί να εφαρμόσει ένας νοσηλευτής προκειμένου να βοηθήσει έναν ανοϊκό ασθενή. Οι παρεμβάσεις αυτές αποσκοπούν στην ενδυνάμωση των νοητικών λειτουργιών. Οι ασκήσεις μνήμης, προσοχής και λόγου έχουν ως σκοπό την βελτιστοποίηση ή σταθεροποίηση της νοητικής ικανότητας του ασθενή και η νοητική παρέμβαση μοιάζει να έχει καλύτερα αποτελέσματα στα πρώιμα στάδια της νόσου (Wyss, 2011).

Ο νοσηλευτής σχεδιάζει το πρόγραμμα νοητικής παρέμβασης περιλαμβάνοντας ασκήσεις, μνήμης, προσοχής και λόγου ανάλογα με το πρόβλημα μνήμης και τα νοητικά ελλείμματα του κάθε ασθενή ώστε να μην προκαλείται μνημονικός φόρτος ενώ παράλληλα φροντίζει να δίνει κατάλληλες βοήθειες στην κωδικοποίηση και στην ανάκληση των πληροφοριών. Το κύριο ζητούμενο του νοσηλευτή πρέπει να είναι η μεταφορά των στρατηγικών δεξιοτήτων που αναπτύσσονται κατά την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων, στην καθημερινή ζωή του ασθενή του. Με αυτόν τον τρόπο, ο νοσηλευτής εξασκεί τον ασθενή του ώστε να επιτελεί «Διπλό Έργο», δηλαδή να εξασκεί την ικανότητα του να αποθηκεύει διάφορες πληροφορίες ενώ επεξεργάζεται ταυτόχρονα ένα δύσκολο γνωστικό έργο (Wyss, 2011).

2.3.2 ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΑΙΡΟΤΗΤΑ

Η απουσία περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και η έλλειψη επικοινωνίας επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών με Alzheimer και έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση του προσανατολισμού τους και την δημιουργία σύγχυσης στη ζωή τους. Για αυτό το λόγο δημιουργήθηκε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα γνωστό ως «Προσανατολισμός στην Επικαιρότητα», το οποίο καλλιεργεί τους μηχανισμούς απόκτησης, σχηματισμού, επεξεργασίας και χρήσης της γνώσης. Κατά την εκτέλεση του προγράμματος ο νοσηλευτής δίνει στον ασθενή διάφορες ασκήσεις που είναι ειδικά προσαρμοσμένες και επιλεγμένες και παρέχουν κυρίως οπτικοαντιληπτικά ερεθίσματα ανάλογα με το επίπεδο του (Wyss, 2011).

Τα υλικά που έχει στην διάθεσή του προς χρήση ο νοσηλευτής είναι οπτικά (εφημερίδες, φωτογραφίες, αποσπάσματα ειδήσεων, ντοκιμαντέρ), ακουστικά (μουσική- διάφοροι ήχοι), γευστικά, οσφρητικά, διάφορα ερεθίσματα καθώς και γνωστικές ασκήσεις. Αναπόσπαστο κομμάτι του υλικού του προγράμματος αποτελεί η ζωγραφική ενός θέματος σχετικού με αυτό που νωρίτερα ασθενής και νοσηλευτής συζήτησαν, στην οποία ο δεύτερος ενθαρρύνει τον πρώτο να αποθανάτισει λεπτομέρειες και χρώματα. Σκοπός του νοσηλευτή μέσα από τέτοια προγράμματα, είναι να ενισχύσει τον προσανατολισμό του ασθενή και να καλλιεργήσει συγκεκριμένους τομείς της μνήμης, της προσοχής, της γλώσσας/ λόγου και της αντίληψης του. Κατά την εφαρμογή του προγράμματος ο νοσηλευτής θα πρέπει να δείχνει τον απαραίτητο σεβασμός και κατανόηση στη ιδιοσυγκρασία και μοναδικότητα του κάθε ατόμου. τέλος σημαντική βαρύτητα πρέπει να αποδίδει ο

νοσηλευτής και στην δυναμικότητα της ομάδας, καθώς τα προγράμματα αυτά είναι καλύτερο να εφαρμόζονται σε ομάδες όπου πρέπει να επικρατεί ένα ήρεμο, φιλόξενο και ευχάριστο περιβάλλον (Wyss, 2011).

2.3.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΝΟΕΡΗΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ

Το πρόγραμμα χαλάρωσης είναι ένα ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα που απευθύνεται σε ασθενείς με άνοια καθώς και στους περιθάλποντες τους. Ο νοσηλευτής, εφαρμόζοντας ένα τέτοιο πρόγραμμα, έχει ως στόχο την μείωση του άγχους του ασθενή του και την ενίσχυσή του στην διαχείριση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που του προκαλεί η νόσος. Μέσα από ένα τέτοιο πρόγραμμα ο νοσηλευτής φροντίζει για την ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, την ελάττωση του ρυθμού των αναπνοών, την μείωση αίσθησης του πόνου, την ελάττωση της μυϊκής τάσης και την επίτευξη της ψυχικής ηρεμίας. Κατά την εκτέλεση του προγράμματος ο νοσηλευτής προσβλέπει στην καλλιέργεια νοητικών ικανοτήτων και στην βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας του ασθενή ώστε να εξασκείται η βραχύχρονη μνήμη, η επιλεκτική προσοχή, η συγκέντρωση, η φαντασία, η αντίληψη του χρώματος και τέλος οι κοινωνικές δεξιότητες του νοσούντα (Wyss, 2011).

2.3.4 ΣΥΜΒΟΛΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η διατροφή αποτελεί έναν από τους παράγοντες που έχουν προστατευτικό ρόλο σε ότι αφορά την εμφάνιση ή/ και την εξέλιξη του Alzheimer. Σύμφωνα με έρευνες το οξειδωτικό στρες και η συσσώρευση ελεύθερων ριζών εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της νόσου, ενώ έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ των γνωστικών ικανοτήτων και των επιπέδων συγκέντρωσης του φολικού οξέος, βιταμίνης B12, B6 και ομοκυστεΐνης στον ορό. Σε κάθε περίπτωση, οι διατροφικοί παράγοντες δεν μπορούν να μελετηθούν ξεχωριστά, αλλά σε συνδυασμό με τους υπόλοιπους παράγοντες που σχετίζονται με την νόσο, όπως γενετικοί, οιστρογόνα, χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Σε ότι αφορά το περιεχόμενο της διατροφής, εικάζεται ότι μια διατροφή ισορροπημένη σε ω-6 και ω-3 λιπαρά οξέα πιθανόν να βοηθήσει στην καθυστέρηση της εκδήλωσης του Alzheimer ή στη μείωση της προσβολής των εγκεφαλικών

λειτουργιών που αυτή προκαλεί. Έχει αποδειχθεί συσχέτιση μεταξύ της απώλειας της γνωστικής ικανότητας ή της νόσου Alzheimer και της ανεπάρκειας βιταμινών Β. Η ανεπάρκεια βιταμινών συμβάλει στην εξασθένηση των αντιδράσεων μεθυλίωσης, οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία του εγκεφάλου και οδηγεί σε υπερομοκυστεϊναιμία, ένα πρόσφατα αναγνωρισμένο παράγοντα επικινδυνότητας για τη δημιουργία θρόμβωσης, εμφρακτικής αγγειακής ασθένειας και εγκεφαλικού, τα οποία με τη σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν σε ισχαιμία του εγκεφάλου. Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι οι πάσχοντες από τη νόσο Alzheimer είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ομοκυστεϊνης στο πλάσμα, γεγονός που σχετίζεται με μακροχρόνια έλλειψη βιταμινών. Η παχυσαρκία ενοχοποιείται ως ένας παράγοντας εξασθένησης της μνήμης. Από την άλλη μεριά, οι πολύ αυστηρές δίαιτες που μειώνουν την πρόσληψη υδατανθράκων και στερούν πηγές αντιοξειδωτικών όπως το ελαιόλαδο που είναι εξαιρετική πηγή βιταμίνης Ε, οδηγούν στα ίδια αρνητικά αποτελέσματα. Η νόσος Alzheimer φαίνεται να σχετίζεται με την σημαντική απώλεια βάρους (Gu, et.al., 2010).

Σε ότι αφορά τον ρόλο του νοσηλευτή στην διατροφική αντιμετώπιση της νόσου, οφείλει να εκπαιδεύσει τον ασθενή του όπου αυτό είναι δυνατόν στην υιοθέτηση ενός υγιεινού διαιτολογίου. Στις περιπτώσεις που ασθενής δεν είναι ικανός να μεριμνήσει για την διατροφή του, ο νοσηλευτής εκπαιδεύει τον φροντιστή του ασθενή, ενώ αν είναι ο ίδιος ο φροντιστής προχωρά στη δόμηση ενός αποδεκτού προγράμματος. Σκοπός του νοσηλευτή είναι η καλλιέργεια στον ασθενή μιας σωστής διατροφικής συμπεριφοράς και φυσικής δραστηριότητας, με σκοπό να αναπτυχθούν στρατηγικές παρέμβασης που να επαναεγκαθιδρύσουν το ενεργειακό ισοζύγιο και τη διατήρηση της μυϊκής μάζας του ασθενή. Η σημασία τέτοιου είδους παρεμβάσεων έγκειται στο γεγονός ότι ίσως φανούν ικανές να αποτελέσουν πρακτικές και φτηνές στρατηγικές για το θεραπευτικό χειρισμό των ασθενών με Alzheimer (Luchsinger, et.al., 2007).

Κατά τον σχεδιασμό ενός προγράμματος διατροφής για ασθενή με Alzheimer, ο νοσηλευτής φροντίζει για την μεγαλύτερη δυνατή κατανάλωση ψαριών, φρούτων και λαχανικών και την προσήλωση σε διατροφικά σχήματα, όπως η μεσογειακή δίαιτα. Αντίστοιχα, σε ότι αφορά τα διατροφικά συστατικά, θα πρέπει να φροντίσει για την μεγαλύτερη κατανάλωση αντιοξειδωτικών, όπως βιταμίνη Ε, βιταμινών του συμπλέγματος Β, όπως φυλλικού οξέος, μονοακόρεστων και ω-3 πολυακόρεστων λιπαρών οξέων και μικρή κατανάλωση ολικών, κορεσμένων και trans λιπιδίων (Solfrizzi, et.al., 2007).

Η διατροφή για τη μνήμη έχει διατροφικά συστατικά, όπως: πράσινα φυλλώδη λαχανικά, ξηρούς καρπούς, μούρα, φασόλια, δημητριακά ολικής αλέσεως, ψάρια, πουλερικά, ελαιόλαδο. Τα σημαντικότερα θρεπτικά συστατικά για τη σωστή εγκεφαλική λειτουργία είναι όλες οι αντιοξειδωτικές ουσίες, τα ω-3 λιπαρά οξέα και οι βιταμίνες C, D, B12 και το φυλλικό οξύ. Οι βασικότερες γενικές διατροφικές συστάσεις που οφείλει να δίνει ο νοσηλευτής, για καλύτερη εγκεφαλική λειτουργία περιλαμβάνουν (Solfrizzi, et.al., 2007):

- Ημερήσια κατανάλωση 8 μερίδων φρούτων και λαχανικών
- Ημερήσια κατανάλωση 2 μερίδων γαλακτοκομικών χαμηλά σε λιπαρά
- Μέση ημερήσια πρόσληψη έως 180 γρ. ψαριού και κρέατος
- Ημερήσια πρόσληψη 40 γρ. ξηρών καρπών
- Ημερήσια κατανάλωση 6 μερίδων προϊόντων ολικής αλέσεως

Τέλος ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπόψη του μερικές αρχές που θα τον βοηθήσουν να βελτιώσει τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών του, οι οποίες είναι οι εξής (Solfrizzi, et.al., 2007):

- Οι ασθενείς με Alzheimer έχουν αλλαγές στην αντίληψη, μπορεί να σταματήσουν να τρώνε εξαιτίας παρανοϊκού και ψευδαισθητικού ιδεασμού για το φαγητό και τα υγρά. Σε αυτή την περίπτωση απαιτείται θεραπεία της υποβόσκουσας ψυχωτικής διαδικασίας.
- Το άτομο με άνοια μπορεί να τρώει από μόνο του για όσο διάστημα είναι δυνατό. Οι περιθάλποντες πρέπει να φροντίζουν το περιβάλλον στα γεύματα, το ίδιο το γεύμα, την προσέγγισή τους κατά το γεύμα, την εκτίμηση των νοητικών και φυσικών ικανοτήτων, την ικανότητα του ασθενούς να τρώει ανεξάρτητα, την όρεξη του ατόμου με άνοια και τη συναισθηματική του κατάσταση.
- Μερικές φορές και σε προχωρημένα στάδια είναι αναγκαίες σύντομες, βήμα-βήμα οδηγίες. για παράδειγμα: "Μπροστά σου υπάρχουν νόστιμα αυγά ομελέτα με τυρί", "Άνοιξε το στόμα σου", "Μάσησε". Για κάποιον που είναι πιο εξασθενημένος, μπορεί επίσης να χρειαστεί ελαφρό χάδι στο μάγουλο σαν υπενθύμιση για να μασήσει το φαγητό. "Κλείσε τα χείλη", "Κατάπιε".

2.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Το βασικό πρόβλημα που προκύπτει στους ηλικιωμένους λόγω της άνοιας είναι η απομόνωση τους από τον κοινωνικό περίγυρο και το αίσθημα κατάθλιψης που τους διακατέχει μιας και απογοητεύονται από την αδυναμία τους να αντεπεξέλθουν ικανοποιητικά σε καθημερινές συνήθειες.

Η κοινωνική απομόνωση χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το άτομο μπορεί να αισθάνεται ότι δεν δέχεται αλληλεπιδράσεις και δεν περιλαμβάνεται στο υποστηρικτικό δίκτυο (Dugan, 1994). Οι Dugan και Kivett (1994) μελέτησαν την σημασία της συναισθηματικής και κοινωνικής απομόνωσης σε σχέση με την μοναξιά σε πολύ ηλικιωμένα άτομα αγροτικών περιοχών. Το δείγμα αποτελείτο από 418 άτομα ηλικίας από 65 χρονών και άνω. Η έρευνα ήταν διαχρονική και η συλλογή στοιχείων έγινε τρεις φορές (1976, 1986, 1989) από εκπαιδευμένους συνεντευκτές.

Οι Dugan και Kivett (1994), ορίζουν την κοινωνική απομόνωση ως το αποτέλεσμα του να είναι κάποιος ή να αισθάνεται αποκομμένος από το κοινωνικό δίκτυο ή την κοινότητα. Τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα είναι πιθανόν να αισθάνονται πλήξη και να νιώθουν ευπαθή, ευάλωτα, περιθωριοποιημένα και αγχωμένα. Συγκεκριμένα, ο Weiss (1982) αναφέρει ότι η κοινωνική απομόνωση περιλαμβάνει αισθήματα πλήξης και ζωής χωρίς νόημα, σημασία και σκοπό.

Για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών απαιτείται να γίνεται σωστή εκτίμηση των ικανοτήτων του ανοϊκού που μπορούν ακόμη να χρησιμοποιηθούν για μια κοινωνική ένταξη ή επανένταξη, έστω και παροδική. Να μην αρκείται ο κλινικός να παρατηρεί τον ασθενή μέσα στο γραφείο του, αλλά να μελετάει την συμπεριφορά του μέσα στον καθημερινό χώρο της ζωής του σε σχέση με την οικογένεια ή το περιβάλλον του, ή εάν νοσηλεύεται, τις σχέσεις του με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους άλλους ασθενείς

Είναι σημαντικό ο ηλικιωμένος να δεχθεί υποστήριξη από ειδικούς για τα διάφορα προβλήματα που πιθανόν αντιμετωπίζει σε λεκτικό και κινητικό επίπεδο. Η φυσικοθεραπεία και οι άλλες θεραπείες αποκατάστασης προσαρμόζονται στο επίπεδο λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς. Ο μακροπρόθεσμος στόχος είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να διατηρήσει όσο μπορεί περισσότερο την ανεξαρτησία του. Σημαντικός στόχος είναι και η διατήρηση ή αύξηση της υπάρχουσας μυϊκής δύναμης.

Η σπαστικότητα αντιμετωπίζεται με ασκήσεις διάτασης, εκπαίδευση στο βάδισμα και χρήση στηριγμάτων, ναρθήκων ή άλλων βοηθητικών συσκευών. Για τη βελτίωση της ισορροπίας του, συστήνεται στον ασθενή να διευρύνει τη βάση στήριξης του, ανοίγοντας κάπως περισσότερο τα πόδια του. Περπατούρες και μπαστούνια μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να παράσχουν στήριξη και ισορροπία σε αταξικούς ασθενείς.

Η ομαδική προσέγγιση του προβλήματος της αποκατάστασης του ασθενούς περιλαμβάνει ποικιλία υποστηρικτικών υπηρεσιών: λογοθεραπεία για τα προβλήματα ομιλίας, εργοθεραπεία για να διατηρηθεί η δύναμη των άνω άκρων και η ικανότητα διεκπεραίωσης των απαραίτητων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και επαγγελματική συμβουλευτική. Επίσκεψη σε ουρολόγο ενδείκνυται σε περίπτωση προβλημάτων όπως ακράτεια ούρων, λοιμώξεις των ουροφόρων οδών, κατακράτηση ούρων και στυτική δυσλειτουργία. Επίσκεψη σε πνευμονολόγο μπορεί να χρειασθεί εάν ο ασθενής αναπτύσσει χρόνιες αναπνευστικές λοιμώξεις εξαιτίας της αδυναμίας του να βήξει, να αποβάλει τις εκκρίσεις ή να αναπνεύσει βαθιά, ιδίως καθώς η αναπηρία του αυξάνεται.

Ανάλογα με τις ατομικές τους ανάγκες, οι ασθενείς συχνά ωφελούνται από τη θεραπεία αποκατάστασης με έναν φυσικοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο ή και λογοθεραπευτή.

Οι φυσικοθεραπευτές μπορούν να εφαρμόσουν ένα ατομικό πρόγραμμα ασκήσεων για να βελτιώσουν τον συντονισμό, την ισορροπία, τον τρόπο βαδίσματος και την ικανότητα μετακίνησης. Είναι σημαντικό για την οικογένεια και το υγειονομικό προσωπικό να παρέχουν στον ασθενή επαρκή χρόνο προκειμένου να πραγματοποιεί όχι μόνο το πρόγραμμα των ασκήσεων αλλά και τις απαραίτητες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Οι δραστηριότητες δεν θα πρέπει να γίνονται βιαστικά.

Ο εργοθεραπευτής βοηθά τον ασθενή να προσαρμόσει τις μεταβαλλόμενες ικανότητες του σε ό,τι αφορά την εργασία, την αυτοεξυπηρέτηση και τις ψυχαγωγικές του δραστηριότητες. Μερικά κέντρα αποκατάστασης αναθέτουν στο προσωπικό εργοθεραπείας να ασχολείται μόνο με τις λειτουργίες του ασθενούς που καλύπτονται από τα άνω άκρα, ενώ οι φυσικοθεραπευτές ασχολούνται με το χειρισμό προβλημάτων από τα κάτω άκρα. Για παράδειγμα, δεξιότητες που σχετίζονται με το μαγείρεμα και τον καλλωπισμό του ασθενούς επιβλέπονται από τους εργοθεραπευτές,

ενώ η κινητικότητα και οι στάσεις του σώματος επιβλέπονται από τους φυσικοθεραπευτές.

Οι λογοθεραπευτές συχνά χειρίζονται όχι μόνο τα προβλήματα του ασθενούς σε ό,τι αφορά την ομιλία, αλλά και τη μάσηση και την κατάποση. Οι θεραπευτές αυτοί αξιολογούν τους ασθενείς και εκπονούν ειδικά σχέδια θεραπείας (Πανανουδάκη, 2000).

Μέγιστης σημασίας είναι και η κοινωνική υποστήριξη των ασθενών με ότι αυτό συνεπάγεται. Η Αναστασίου (1993) επικαλούμενη την Pender (1987) ορίζει την συμπαράσταση ως «υποκειμενικό συναίσθημα που έχει κανείς ότι ανήκει κάπου, είναι αποδεκτός, αγαπητός, χαίρει εκτίμησης, τον υπολογίζουν οι άλλοι και τον χρειάζονται».

Ακούγοντας προσεκτικά τα λόγια και παρατηρώντας τις πράξεις των ατόμων της τρίτης ηλικίας υπογραμμίζεται καθαρά η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στην προσπάθεια αποφυγής της περιθωριοποίησης σε αυτά τα άτομα.

Οι Luggen και Rini (1995) μελέτησαν κατά πόσον το κοινωνικό δίκτυο των ηλικιωμένων οι οποίοι ζουν στα σπίτια τους είναι ικανοποιητικό για να εμποδίσει την απομόνωση και να εμποδίσει τους πιθανούς παράγοντες που προκαλούν απομόνωση. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αξιολόγησης Lubben Social Network Scale για εντοπισμό των ατόμων τα οποία αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο της απομόνωσης. Η έρευνα ήταν περιγραφική και εξέτασε 62 άτομα ηλικίας 65 χρόνων και πάνω τα οποία ζούσαν σε δικούς τους χώρους, σε αγροτικές περιοχές. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με προσεγμένες συνεντεύξεις. Μέσα από τα πορίσματα της έρευνας φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την ευημερία και την ποιότητα ζωής όλων των ατόμων.

Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη είναι αλληλένδετη με την ψυχολογική ευημερία με διάφορους τρόπους. Οι Thompson και Heller (1990) εξέτασαν τις ανεξάρτητες επιδράσεις σε σχέση με τα μέτρα για διατήρηση κοινωνικού δικτύου και κοινωνικής υποστήριξης. Το δείγμα αποτελούσαν 291 ηλικιωμένες γυναίκες ηλικίας 65-93 ετών και με εισόδημα από 7000-9000 δολάρια.

Σύμφωνα με τους Thompson και Heller (1990), οι ελλείψεις στην κοινωνική υποστήριξη έχουν συσχετιστεί με την φτώχη υγεία και αύξησαν τους κινδύνους για θνησιμότητα. Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα των ηλικιωμένων περιορίζεται λόγω των θανάτων των φίλων και συγγενών. Έτσι την στιγμή που τα άτομα αυτά θα

χρειαστούν την υποστήριξη είναι πιθανόν να μην μπορούν να την έχουν (Long, 2000).

Αρκετοί δεν πιστεύουν ότι οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να προστατεύσουν την υγεία (Luggen, 1995). Αυτό λοιπόν, ενισχύει το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να έρχονται σε επαφή όχι μόνο με ένα αλλά με αρκετά κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα.

2.4.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Η πλειονότητα των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με νόσο του Alzheimer είναι σύζυγοι ή άλλα μέλη της οικογένειας. Επειδή η νόσος του Alzheimer είναι μια χρόνια νόσος που τελικά προκαλεί αναπηρία, οι παροχές φροντίδας μπορεί να αισθάνονται ανίκανοι να ανταποκριθούν στις ευθύνες τους. Ο σύζυγος που φροντίζει το σύντροφο του αντιμετωπίζει όχι μόνο την ευθύνη για τις πολλαπλές σωματικές ανάγκες του ασθενούς, αλλά ακόμη και οικονομικές και ψυχοκοινωνικές πιέσεις. Ένα θέμα που θα πρέπει να συζητηθεί είναι η ικανότητα του ασθενούς να οδηγεί αυτοκίνητο, και το κατά πόσο αυτό είναι ασφαλές. Αν και μπορεί να είναι απαραίτητο να του απαγορευθεί η οδήγηση, η απώλεια της ανεξαρτησίας που αντιπροσωπεύει η στέρηση της δυνατότητας οδήγησης μπορεί να πυροδοτήσει ακόμη περισσότερο άγχος και οργή. Ο φόβος για το μέλλον, η απώλεια εισοδήματος, η ουσιαστική απώλεια ενός συντρόφου, σε συνδυασμό με την κούραση, επιβαρύνουν σημαντικά το επιφορτισμένο με τη φροντίδα του ασθενούς άτομο. Τα άτομα αυτά μπορεί να εξαντληθούν σωματικά και ψυχικά και να απομονωθούν κοινωνικά κάτω από το βάρος της ευθύνης για την παροχή του συνόλου της φροντίδας στο ανήμπορο μέλος της οικογένειας.

- Διδάσκουμε στους φροντιστές τεχνικές αυτοφροντίδας όπως να εξασφαλίζουν περιόδους ανάπαυσης και να αποφεύγουν την κόπωση. Η κόπωση επιβαρύνει τα στρες και είναι πιθανόν να οδηγήσει σε δυσκολία λήψης σωστών αποφάσεων.
- Τους συμβουλεύουμε να φτιάξουν έναν κατάλογο και να λαμβάνουν τακτικά μέρος σε φυσικές δραστηριότητες που απολαμβάνουν, όπως το βάδισμα ή η κολύμβηση. Η τακτική φυσική άσκηση μειώνει το στρες.
- Τους παραπέμπουμε σε τοπικές ομάδες υποστήριξης ασθενών με νόσο του Alzheimer. Υποδεικνύουμε βιβλία σχετικά με το θέμα. Η σαφής υπόδειξη

συστημάτων υποστήριξης και η παροχή συγκεκριμένων πληροφοριών προάγουν την ικανότητα αντιμετώπισης του προβλήματος

- Συστήνουμε σε αυτούς που παρέχουν φροντίδα τη χρήση εταιρείας παράδοσης γευμάτων στο σπίτι, υπηρεσίας οικιακής βοήθειας, υπηρεσίας προσωρινής αντικατάστασης τους, καθώς και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών. Οι κοινωνικές υπηρεσίες μπορεί να ανακουφίσουν από κάποια καθημερινά βάρη, παρέχοντας έτσι χρόνο γι' άλλες δραστηριότητες. Τα προγράμματα που υποστηρίζουν τους επιφορτισμένους με τη φροντίδα του ασθενούς φαίνεται ότι καθυστερούν τον εγκλεισμό του ασθενούς σε κάποιο ίδρυμα.

Βεβαιωνόμαστε ότι η οικογένεια γνωρίζει ότι υπάρχουν και προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας για τα τελικά στάδια της νόσου του Alzheimer. Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να υποστηρίξουν την οικογένεια κατά τη δύσκολη εκείνη περίοδο (Πανανουδάκη, 2000).

Γ' ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΑΞΙΟΜΕΝΑ

Διάφορες μελέτες αποδεικνύουν πως η παροχή παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς με άνοια μπορεί να φέρει θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων. Παρόλα αυτά, κάτι τέτοιο δεν εφαρμόζεται συχνά. Αντιθέτως πολλές φορές εφαρμόζονται παρεμβάσεις το όφελος των οποίων είναι πολύ μικρό έως μηδαμινό. Η εφαρμογή της συγκεκριμένης παροχής φροντίδας συστήνεται από τον Π.Ο.Υ., και έχει ως στόχο να βοηθήσει τον ασθενή και το οικείο περιβάλλον του βελτιώνοντας τον τρόπο ζωής τους. Η παρηγορητική φροντίδα μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες όπως αυτές που παρέχουν ανακούφιση από τον πόνο και άλλα δυσάρεστα συμπτώματα. Έτσι λοιπόν κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την παρηγορητική φροντίδα και η ενθάρρυνση των ατόμων να συμμετέχουν σε δραστηριότητες με θεραπευτικά οφέλη. Προάγεται έτσι μια βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια (Volicer et al., 2015).

Η γήρανση και η ήπια μορφή άνοιας μπορεί να μειώσει την ικανότητα να αναγνωρίζουν τις μυρωδιές και διάφορες καταστάσεις που βασίζονται στην αίσθηση της όσφρησης π.χ. μυρωδιά για χαλασμένα τρόφιμα, βρώμικα ρούχα, διαρροές αερίου κ.ά. Αυτό μπορεί να μειώσει την ικανότητα αίσθησης κινδύνου, διατρέχοντας κίνδυνο για τη ασφάλεια και την υγιεινή των ηλικιωμένων (Hori et al., 2014).

Το φαινόμενο της άνοιας έχει διαφορετική αντίληψη σε διάφορους πολιτισμούς και εθνικότητες. Η άνοια όμως είναι κοινή μεταξύ των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα από την εθνική τους προέλευση. Στις Δυτικές χώρες όπου κυριαρχεί η φιλοσοφική σκέψη το φαινόμενο της άνοιας έχει μελετηθεί εκτενέστερα σε σχέση με άλλους ψυχικούς τομείς. Τα βιοιατρικά μοντέλα απ' την άλλη παρουσιάζουν την άνοια μόνο ως μια παθολογική κατάσταση που προκαλεί νευροεκφυλιστικές απώλειες και επικεντρώνεται στο άτομο χωρίς να λαμβάνει υπόψη τα κοινωνικό-πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Έτσι λοιπόν διερευνώντας το φαινόμενο της άνοιας σε εθνοτική πολυμορφία ομάδων και πολιτισμών παρατηρείται πως η εμπειρία της άνοιας δεν είναι καθολική, αλλά διαμορφώνεται βαθύτατα από τον πολιτισμό στον οποίο ζει το άτομο με άνοια, με αποτέλεσμα οι κοινωνικό-πολιτισμικές αντιλήψεις των

συμπτωμάτων της άνοιας να παραμένει ασαφής σε πολλές χώρες (Cipriani et al., 2014).

Εκατομμύρια άνθρωποι κάποια στιγμή της ζωής τους βρίσκονται στη θέση να χρειαστεί να παράσχουν φροντίδα σε ένα οικείο τους πρόσωπο που πάσχει από άνοια. Έχουν χρησιμοποιηθεί συγκεκριμένες μελέτες για να ανακαλύψουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές των ατόμων με άνοια κυρίως στο τέλος της ζωής τους και πως προσπαθούν να τα επιλύσουν. Συλλέχθηκαν διάφορα στοιχεία μέσα από μια μελέτη έρευνας 101 συμμετεχόντων μέσω συνεντεύξεων είτε των ιδίων των ατόμων, είτε των φροντιστών τους, μέσω βιβλίων και απομνημονευμάτων από τους φροντιστές και μέσω άμεσης παρακολούθησης των ασθενών. Τα αποτελέσματα έφεραν στην επιφάνεια την ύπαρξη ενός βασικού κοινωνικού ψυχολογικού προβλήματος, αυτό της αδιέξοδου. Λόγω του ότι έχουν αφοσιωθεί στον ασθενή, έχουν φτιάξει έτσι τη ζωή τους ώστε καθετί να επηρεάζεται από το ρόλο τους σαν φροντιστές. Τι γίνεται όμως όταν αυτό το καθήκον πάψει να υπάρχει και να τους απασχολεί; Οι φροντιστές βρίσκονται σε μια θέση να προσπαθούν να επιλύσουν αυτό το πρόβλημα μέσω μιας βασικής κοινωνικής ψυχολογικής διαδικασίας που περνάει από 5 στάδια. Αυτά τα στάδια που ο άνθρωπος-φροντιστής ανακαλύπτει, συμπεριλαμβάνουν την απουσία του παρελθόντος, θυσιάζοντας τον εαυτό τους, τη λαχτάρα για απόδραση, την αναζήτηση της ταυτότητάς του καθώς και την εξεύρεση της χαράς. Στην επίλυση αυτού του προβλήματος μπορούν να συνεισφέρουν οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζοντας και προετοιμάζοντας τους φροντιστές για τα μελλοντικά στάδια και ενθαρρύνοντας τους για την αντιμετώπιση των προβλημάτων σε τέτοιες καταστάσεις (Levis, 2014).

Η απεικονιστική μελέτη του εγκεφάλου θεωρείται τυπική διαγνωστική διαδικασία της άνοιας κυρίως της νόσου Alzheimer. Με την εξέλιξη της τεχνολογίας κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει γίνει δυνατή η ακριβής χαρτογράφηση του εγκεφάλου. Χρησιμοποιώντας μια πολυπαραγοντική προσέγγιση απεικόνισης και λειτουργικών ομάδων του εγκεφάλου, μπορούν να χαρτογραφηθούν με ανατομική ακρίβεια παρέχοντας έτσι μεγαλύτερη κατανόηση των παθολογικών διαδικασιών στην άνοια. Επίσης μελετώντας ταυτόχρονα τη γονιδιακή χαρτογράφηση, μπορεί να προσδιοριστεί εάν το άτομο είναι ασυμπτωματικό ή γενετικά σε κίνδυνο για την ανάπτυξη της νόσου (Ramani, 2003).

Σε μια μελέτη περίπτωσης διαπιστώθηκε πως ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος σε μεγάλη ηλικία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο άνοιας στις γυναίκες. Τα

αποτελέσματα έδειξαν πως οι άνθρωποι που ήταν παχύσαρκα στα μέσα της ζωής τους, ήταν 74% πιο πιθανό να έχουν άνοια, ενώ υπέρβαροι άνθρωποι ήταν 35% πιο πιθανό να αναπτύξουν άνοια σε σύγκριση με άτομα με φυσιολογικό βάρος. Έτσι λοιπόν συμπεραίνουμε πως η παχυσαρκία στη μέση ηλικία αυξάνει τον κίνδυνο μελλοντικής άνοιας ανεξαρτήτως από την παρουσία κάποιας άλλης νόσου (Brookmeyer et al., 2000).

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο ενός ατόμου με άνοια μπορεί να επιφέρει σοβαρό αντίκτυπο στον οικογενειακό φροντιστή, τα καθήκοντα του οποίου αναλαμβάνουν πλέον οι επαγγελματίες υγείας. Η προσαρμογή του φροντιστή σε μια νέα καθημερινότητα όπου πρέπει να σταματήσει να παράσχει φροντίδα και να κάνει αυτά που έκανε μπορεί να είναι δύσκολη και να τον οδηγήσει σε διάφορα αισθήματα όπως απελπισία, μοναξιά, απώλεια του ελέγχου ακόμα και αίσθημα υποτίμησης. Πρόκειται για φυσιολογικές αντιδράσεις σε μια οδυνηρή πραγματικότητα . Όταν υπάρχει υποστήριξη από την υπόλοιπη οικογένεια τότε η προσαρμογή γίνεται πιο εύκολη αντιθέτως όταν υπάρχουν οικογενειακές συγκρούσεις και επιδεινώνουν την ψυχολογία του φροντιστή. Εξίσου μεγάλη σημασία έχει και η καλή επικοινωνία μεταξύ των νοσοκομειακών υπαλλήλων και του φροντιστή. Ο φροντιστής θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη διαδικασία λήψης αποφάσεων ως ‘ειδικός’ στη φροντίδα του ατόμου με άνοια (Bloomer et al., 2014).

Ο ύπνος είναι μια περίπλοκη κατάσταση συμπεριφοράς. Οι κατά βάση λειτουργίες του παραμένουν ελάχιστα κατανοητές. Όσο αυξάνει η ηλικία του ανθρώπου αρχίζει να διαταράσσεται η φυσιολογική πορεία του ύπνου δημιουργώντας έτσι καταστάσεις με περισσότερες νυχτερινές αφυπνίσεις και μεγαλύτερη τάση για ύπνο την ημέρα. Το μέγεθος του διαταραγμένου ύπνου μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από άνοια έχει σαφώς αποδειχθεί και είναι ένα σημαντικό κλινικό πρόβλημα στην άνοια. Συνυπάρχουσα αϋπνία και άλλες διαταραχές του ύπνου είναι συνήθεις σε ασθενείς με νευροεκφυλιστικές διαταραχές όπως η νόσος Alzheimer αλλά και οι άλλες μορφές άνοιας. Το πως και πότε εμφανίζονται τα προβλήματα ύπνου μπορεί να υποδηλώνουν τον τύπο άνοιας αλλά και το στάδιο αυτής. Ωστόσο η διαταραχή ύπνου στην άνοια είναι μια κατάσταση που εμφανίζεται κυρίως κατά τα πρώτα στάδια της νόσου απ’ ότι κατά τα μεταγενέστερα (Cipriani et al., 2014).

Πολλοί άνθρωποι βρίσκονται κάποτε σε μια θέση όπου πρέπει να παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με άνοια όταν αυτή βρίσκεται ακόμα στα πρώτα στάδια. Βρίσκονται σε μια θέση που δεν έχουν ξαναβρεθεί και δεν έχουν πληροφορίες

σχετικά με το τι πρέπει να κάνουν όμως πρέπει κάπως να τους φροντίσουν, πράγμα που αργότερα μπορεί να παρουσιαστεί και να κριθεί μη κατάλληλο. Αυτό δημιουργεί στο φροντιστή μια κατάσταση άγχους και στρες. Έτσι λοιπόν, τίθεται το ζήτημα για τις ανάγκες και επιθυμίες που πρέπει να υλοποιηθούν για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν. Σύμφωνα με μια μελέτη περίπτωσης ο φροντιστής αντιμετωπίζει 4 στάδια προσαρμοστικότητας τα οποία είναι: αρχικά το αντιμετωπίζουν σαν κάτι παράδοξο, έπειτα είναι η δυσκολία στην αποδοχή της νόσου και των καθηκόντων τους σαν φροντιστές, στη συνέχεια είναι οι διαμεσολαβητές ώστε να γίνει η κατάσταση αποδεκτή και τέλος η μετάβαση από την άρνηση στην προσαρμογή. Ενώ φαίνεται πως οι φροντιστές τονίζουν τη σημασία που έχει η αποδοχή ως προϋπόθεση για την επαρκή προσαρμογή, έπειτα το αποσύρουν λόγω έλλειψης γνώσης, δυσκολία στην αναγνώριση των αλλαγών και επικεντρώνονται στην 'απώλεια'. Όλα αυτά γίνονται πολύ γρήγορα όταν η ασθένεια βρίσκεται στα πρώτα στάδια και ο φροντιστής δεν ξέρει πως να το αντιμετωπίσει. Για να αποφύγει τέτοιες στρεσογόνους καταστάσεις έχει ανάγκη να κατανοήσει σε βάθος τη νόσο και γι' αυτό του χρειάζεται χρόνος. Επίσης απ' την αρχή της παροχής φροντίδας μπορεί να χρησιμοποιεί μια κατάλληλη συμπεριφορά, ίσως και με χιούμορ ώστε να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης με τον ασθενή και να συμβάλλει σε μια θετική αλληλεπίδραση. Έλος και πιο σημαντικό αυτό που πρέπει και χρειάζεται να έχουν οι περισσότεροι φροντιστές είναι και η πρώιμη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου ώστε να μπορέσουν και οι ίδιοι κλέβοντας χρόνο να προσδιορίσουν τις ανάγκες τους, να αυξήσουν τις γνώσεις και να αντιμετωπίσουν θετικά την κατάσταση αποτρέποντας στον εαυτό τους να επιβαρύνονται με δυσάρεστα συναισθήματα (Boots et al., 2015).

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα που καταλαμβάνει τις περισσότερες νοσηλευτικές κλίνες. Πολλοί από αυτούς εκτός από το παθολογικό κομμάτι, συμπάσχουν από κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας, το οποίο μπορεί και να μην διαγνωστεί καθόλου σε όλη τη διάρκεια της παραμονής τους. Η δημιουργία ενός ειδικού νοσηλευτικού ρόλου που σχετίζεται κυρίως με την άνοια μπορεί να εκτιμήσει την έκταση των ακάλυπτων αναγκών μεταξύ ασθενών, φροντιστών και νοσηλευτικού προσωπικού. Σε μια εξέταση πάνω από 30 ασθενών κάθε μήνα παρατηρήθηκε πως 6 έως 12 αυτών διαγνώστηκαν με άνοια. Το πλαίσιο αυτού του ρόλου περιλαμβάνει διάφορες δραστηριότητες όπως την παροχή πληροφοριών και υποστήριξη για τους φροντιστές καθώς και συμβουλές σχετικά με τη διαχείριση ανάλογων συμπεριφορών. Ο ρόλος αυτός θα περιλαμβάνει επιπλέον γραπτούς κανόνες, την ανάπτυξη πλάνου

φροντίδας και παροχή τυπωμένης και άτυπης διδασκαλίας για την άνοια. Εκτιμάται πως αυτός ο ειδικός ρόλος για την άνοια θα μπορεί να προσφέρει σημαντική συμβολή στο νοσοκομείο βελτιώνοντας την νοσηλευτική εμπειρία για τους εύάλωτους ηλικιωμένους και τους φροντιστές του (Elliot et al., 2011).

Υπάρχει ένα βασικό ερώτημα όσον αφορά το κατά πόσον και πώς αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζεται ο πόνος σε ασθενείς με άνοια. Από τα στατιστικά στοιχεία προκύπτει πως ο αριθμός ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών θα αυξηθεί σημαντικά τις επόμενες δεκαετίες και ένα σημαντικό μέρος αυτού του πληθυσμού θα αναπτύξει άνοια. Η γήρανση συνδέεται με ένα υψηλό ποσοστό επώδυνων καταστάσεων. Ως εκ τούτου ο αριθμός των ασθενών με άνοια που θα βιώσει επίπονες καταστάσεις είναι πιθανό να αυξηθεί. Σύμφωνα με παρακολουθήσεις οι ασθενείς με άνοια εκφράζουν τον πόνο με τρόπους που είναι εντελώς διαφορετικοί από εκείνους των ηλικιωμένων χωρίς άνοια. Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του πόνου δεν είναι αποτελεσματικές σε μη-επικοινωνιακούς ασθενείς με αποτέλεσμα να μην υπάρχει πλήρη αξιολόγηση του πόνου και ως εκ τούτου η αντιμετώπισή του να είναι ανεπαρκής. Έτσι λοιπόν ένα ποσοστό ασθενών με άνοια δεν θα λάβει πλήρη θεραπεία για την αντιμετώπιση του πόνου. Η ανάπτυξη εργαλείων μέσω των οποίων ο πόνος θα αναγνωρίζεται καλύτερα στους μη-επικοινωνιακούς ασθενείς με άνοια πρέπει να αποτελεί πρωταρχικούς στόχους των μελλοντικών ερευνών (Scherder, 2005).

Μια από τις πιο σημαντικές πτυχές της φροντίδας στην άνοια είναι η διατήρηση της επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων με άνοια, της οικογένειας και του προσωπικού ώστε η παροχή φροντίδας να είναι κατάλληλα εξατομικευμένη. Η μεγάλη απώλεια επικοινωνίας καθώς και οι κοινωνικές απόψεις μπορεί να οδηγήσουν το άτομο με άνοια να νιώθει κοινωνικά απομονωμένος χωρίς να έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τις ανάγκες του. Η επικοινωνία επιδεινώνεται περισσότερο με την εξέλιξη της νόσου: οι άνθρωποι στα προχωρημένα στάδια της άνοιας χάνουν την ικανότητα της λεκτικής επικοινωνίας. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, οι αναλύσεις της μη-λεκτικής συμπεριφοράς αποτελούν σημαντικό μέσο για την αξιολόγηση συναισθηματικών καταστάσεων σε ανθρώπους με άνοια και μπορεί να βοηθήσει το προσωπικό και την οικογένεια να είναι σε θέση να τις ανακαλύψουν και να μπορέσουν να ενθαρρύνουν τις θετικές από τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις. Όταν το άτομο εισέρχεται σε ένα κέντρο μακροχρόνιας περίθαλψης η επικοινωνία με την οικογένεια μπορεί να μειωθεί ακόμα περισσότερο. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όταν η οικογένεια πιέζεται λόγω της δουλειάς, όταν υπάρχει

απόσταση μεταξύ της οικογένειας και του κέντρου φροντίδας όπου βρίσκεται ο ασθενής και όταν η οικογένεια αισθάνεται πως ο ρόλος της στην παροχή φροντίδας είναι περιορισμένος. Σήμερα όμως παρέχονται ευκαιρίες για να είναι συνδεδεμένοι η οικογένεια με το άτομο που ζει μακριά τους. Αυτό γίνεται δυνατό μέσω των νέων τεχνολογιών, όπως τα ρομπότ τηλεπαρουσίας. Μέσα από την τεχνολογία τηλεπαρουσίασης ο χειριστής μπορεί σχεδόν να μπει σε έναν άλλο χώρο μέσα από μια αμφίδρομη κάμερα και μπορεί να λειτουργήσει το ρομπότ μέσω του λογισμικού στον υπολογιστή του. Ο χειριστής μπορεί να αισθάνεται ότι είναι φυσικά παρόν στη θέση του ρομπότ. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα ρομπότ τηλεπαρουσίασης για διαπροσωπική επικοινωνία ενεργοποιεί το ηλικιωμένο άτομο να αναγνωρίσει το ρομπότ ως αναπαράσταση του χειριστή, ο οποίος μπορεί να είναι κάποιο μέλος της οικογένειάς του και αυτό θεωρείται πως οδηγεί σε μια αποτελεσματική επικοινωνία (Wendy et al., 2014).

Θεωρώντας ότι τα τηλεοπτικά μέσα ενημέρωσης επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τις στάσεις του γενικού κοινού όσον αφορά τα άτομα με ψυχικές παθήσεις πραγματοποιήθηκε μια μελέτη για την ακριβή απεικόνιση των κλινικών χαρακτηριστικών της άνοιας στις κινηματογραφικές ταινίες. Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 23 ταινίες με ημερομηνίες κυκλοφορίας μεταξύ Ιανουαρίου 2000 και Μαρτίου 2012 με θέμα την άνοια και τη νόσο Alzheimer. Τρεις ερευνητές παρακολούθησαν όλες τις ταινίες σημειώνοντας τα συμπτώματα, τις ικανότητες και τις συμπεριφορές που παρουσίαζαν στους ασθενείς. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν διάφορα χαρακτηριστικά στην καθεμία συμπεραίνοντας πως η κλινική εικόνα της άνοιας στις ταινίες μυθοπλασίας παρουσιάζεται πολύ ήπια και πολλές φορές μπορεί να είναι παραπλανητική εξυπηρετώντας συμφέροντα της ταινίας (Gerritsen, 2014).

Ένας σημαντικός παράγοντας για την ανθρώπινη ζωή είναι η κατάλληλη κατανάλωση τροφίμων. Είναι γνωστό πως οι άνθρωποι με άνοια παρουσιάζουν δυσκολίες στην ικανότητα διατροφής τους. Αυτό που δεν είναι γνωστό είναι ποιοι είναι οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα διατροφής αυτών των ανθρώπων. Σε μια μελέτη όπου παρακολουθήθηκαν διάφοροι ασθενείς με άνοια τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στη διατροφική ικανότητα των ασθενών σύμφωνα με γενικά χαρακτηριστικά όπως η πορεία της νόσου, ο βαθμός οπτικής αναπηρίας, ο χώρος του φαγητού (καθιστικό ή τραπέζα) και ο τύπος φαγητού (μαλακό ή υγρό). Επίσης παράγοντες όπως η γνωστική λειτουργία, η

διάρκεια της νόσου, ο χώρος φαγητού και ο τύπος του φαγητού είναι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την διατροφική ικανότητα των ανθρώπων με άνοια. Έτσι λοιπόν, είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί σε βάθος η ικανότητα διατροφής των ατόμων με άνοια και η ανάπτυξη κατάλληλων προγραμμάτων κατάρτισης για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της ικανότητας διατροφής τους. Η δημιουργία ενός ευχάριστου φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος για φαγητό θα μπορούσε επίσης να φανεί ευεργετικό (Lee, 2015).

ΑΡΘΡΟ 1

Poltroniere, S., & Cecchetto, F. (2011). **Alzheimer's disease and care needs: what do nurses know.**

The aim of this study is to show what nurses from hospitalization units know about Alzheimer's disease (AD) and the demands of care for patients and their families. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. The data were collected through semistructured interviews. Data saturation occurred after interviewing eleven nurses in two private hospitals. Six categories emerged from the content analysis: AD characterization, risk factors, ways to diagnose, complications, treatment medication, patient and family care. It was observed that nurses have partial knowledge regarding AD, focusing their care actions only on the clinical change that caused admission. They recognize signs and symptoms but only show themselves as supporting assistants, instead of acting more autonomously in dealing with care needs and family support.

Μετάφραση:

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να δείξει τι γνωρίζουν οι νοσηλευτές των μονάδων νοσηλείας για τη νόσο του Alzheimer (AD) και τις απαιτήσεις φροντίδας για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Αυτή είναι μια περιγραφική και διερευνητική μελέτη με μια ποιοτική προσέγγιση. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων. Τα δεδομένα έλαβαν χώρα μετά τη συνέντευξη έντεκα νοσηλευτών σε δύο ιδιωτικά νοσοκομεία. Έξι κατηγορίες προέκυψαν από την ανάλυση περιεχομένου: χαρακτηρισμός ΝΑ, παράγοντες κινδύνου, τρόποι διάγνωσης, επιπλοκές, θεραπευτική αντιμετώπιση και φροντίδα ασθενών και οικογένειας. Παρατηρήθηκε ότι

οι νοσηλευτές έχουν μερική γνώση σχετικά με την ΝΑ, οι πράξεις φροντίδας τους επικεντρώνονται μόνο στις κλινικές αλλαγές. Αναγνωρίζουν τα σημάδια και τα συμπτώματα αλλά βλέπουν τους εαυτούς τους σαν βοηθούς υποστηρικτές αντί να ενεργούν πιο αυτόνομα όσον αφορά την αντιμετώπιση των αναγκών φροντίδας και στήριξης της οικογένειας.

ΑΠΟΡΟ 2

Maaikje L De Roo, Jenny T van der Steen, Francisca Galindo Garre, Nele Van Den Noortgate, Bregje D Onwuteaka-Philipsen, Luc Deliens, Anneke L Francke (2014). **When do people with dementia die peacefully? An analysis of data collected prospectively in long-term care settings.**

Little is known about dying peacefully with dementia in long-term care facilities. Dying peacefully may be influenced by characteristics of the palliative care provided and characteristics of the long-term care setting. If so, dying peacefully may serve as a quality indicator for palliative care in dementia. This study aims to describe whether residents with dementia in Dutch long-term care facilities die peacefully and to assess which characteristics of the resident, the palliative care provided and the facilities are associated with dying peacefully.

We analyzed existing data from the Dutch End of Life in Dementia study, collected between January 2007 and July 2010 in 34 long-term care facilities in the Netherlands. We used descriptive statistics and Generalized Estimating Equation models. The sample consisted of 233 residents with dementia. Family members indicated that the resident died peacefully in 56% of cases. This percentage ranged from 17% to 80% across facilities. Residents were more likely to die peacefully if they had an optimistic attitude, if family found that there were enough nurses available and if residents died in facilities with a moderate (versus no) perceived influence of religious affiliation on end-of-life decision-making policies.

Only half of the residents with dementia in Dutch long-term care facilities die peacefully, as perceived by relatives. In addition to residents' optimistic attitude, facility characteristics are associated with dying peacefully, which suggests that 'the

percentage of relatives who indicate that the patient died peacefully' can function as a quality indicator.

Μετάφραση:

Λίγα είναι γνωστά για τον γαλήνιο θάνατο σε ασθενείς με άνοια σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας. Το να πεθαίνει κανείς ανώδυνα ίσως να οφείλεται στα χαρακτηριστικά της παροχή ανακουφιστικής φροντίδας και στα χαρακτηριστικά ρύθμισης της μακροχρόνιας περίθαλψης. Αν είναι έτσι, το να πεθαίνει κανείς γαλήνια μπορεί να χρησιμεύσει ως ένας δείκτης ποιότητας για την παρηγορητική φροντίδα στην άνοια. Η μελέτη αυτή έχει σκοπό να περιγράψει εάν οι κάτοικοι με άνοια στις ολλανδικές εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας πεθαίνουν γαλήνια και να εκτιμήσει ποια χαρακτηριστικά του κατοίκου, ποια της παρεχόμενη παρηγορητικής φροντίδας και ποιες παροχές συνδέονται με τον ανώδυνο θάνατο.

Αναλύσαμε υπάρχοντα δεδομένα από τη μελέτη *Ολλανδικό Τέλος της Ζωής στην Άνοια*, τα οποία συλλέχθηκαν μεταξύ Ιανουαρίου 2007 και Ιουλίου του 2010 σε 34 εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας, στις Κάτω χώρες. Χρησιμοποιήσαμε μοντέλα περιγραφικής στατιστικής και εκτίμησης γενικευμένης εξίσωσης.

Το δείγμα αποτελούνταν από 233 κατοίκους με άνοια. Μέλη της οικογένειας έδειξαν ότι ο κάτοικος πέθανε ειρηνικά στο 56% των περιπτώσεων. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 17% έως 80% σε όλες τις εγκαταστάσεις. Οι κάτοικοι είχαν περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν ειρηνικά αν είχαν μια αισιόδοξη στάση, αν η οικογένεια διαπίστωσε ότι υπήρχαν διαθέσιμες αρκετές νοσοκόμες και αν κάτοικοι έχασαν τη ζωή τους σε εγκαταστάσεις με μια μέτρια (ή και καθόλου) αντιληπτή επιρροή πάνω σε θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετικά με τις πολιτικές αποφάσεων για το τέλος της ζωής.

Μόνο οι μισοί από τους κατοίκους με άνοια στις ολλανδικές εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας πεθάνει ειρηνικά, όπως γίνεται αντιληπτό από τους συγγενείς. Σε αντίθεση με την αισιόδοξη στάση των κατοίκων, τα χαρακτηριστικά της εγκατάστασης που συνδέονται με τον γαλήνιο θάνατο, τα οποία υποδηλώνουν ότι «το ποσοστό των συγγενών που δείχνουν ότι ο ασθενής πέθανε ειρηνικά» μπορούν να λειτουργήσουν ως ένας δείκτης ποιότητας.

ΑΠΟΡΟ 3

Chenoweth L, Merlyn T, Jeon YH, Tait F, Duffield C. (2014) Attracting and retaining qualified nurses in aged and dementia care: outcomes from an Australian study.

As the number of older people with chronic conditions needing health care continues to increase research is needed to optimize nurse retention. Qualified nurses were surveyed with a set of items derived from four published nurse workforce questionnaires (Cronbach's alpha range 0.75–0.96). There were 3983 complete responses and 10 focus groups with 58 volunteer survey respondents.

In addition to reporting a number of workplace issues, nurses also reported reasonable levels of satisfaction. Intrinsic factors related to caregiving, work relations and colleague support. Extrinsic factors included professional opportunities and organizational support.

Altruism is a primary motivation for choosing to nurse older people and persons with dementia. Nurses are most positive when they feel valued and supported by their organization and colleagues, through education, training, supervision, mentoring opportunities and appropriate remuneration.

Μετάφραση:

Καθώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων με χρόνιες παθήσεις που χρειάζονται φροντίδα υγείας συνεχίζει να αυξάνει, η έρευνα είναι απαραίτητη για την προώθηση του νοσηλευτικού προσωπικού στην παροχή φροντίδας ηλικιωμένων με άνοια. Ειδικευμένοι νοσηλευτές ρωτήθηκαν με ένα σύνολο από στοιχεία που προέρχονται από τέσσερα δημοσιευμένα ερωτηματολόγια του εργατικού δυναμικού των νοσηλευτών. (Cronbach's alpha εύρος 0,75 – 0,96). Υπήρχαν 3983 πλήρεις απαντήσεις και 10 ομάδες εστίασης με ερωτηθέντων 58 εθελοντών.

Εκτός από την αναφορά σε ορισμένα ζητήματα στο χώρο εργασίας, οι νοσηλευτές ανέφεραν επίσης τα λογικά επίπεδα ικανοποίησης. Εγγενείς παράγοντες που σχετίζονται με τη φροντίδα, τις εργασιακές σχέσεις και την υποστήριξη του συναδέλφου. Εξωγενείς παράγοντες που συμπεριλάμβαναν τις επαγγελματικές ευκαιρίες και την οργανωτική υποστήριξη.

Ο αλτρουισμός είναι ένα βασικό κίνητρο για την επιλογή να φροντίσει ηλικιωμένους ανθρώπους και άτομα με άνοια. Οι νοσηλευτές είναι πιο θετικοί, όταν αισθάνονται ότι εκτιμώνται και υποστηρίζονται από το σωματείο και τους συναδέλφους τους, μέσω εκπαίδευσης, κατάρτισης, επίβλεψης, καθοδήγησης, ευκαιρίες και κατάλληλη αποζημίωση.

ΑΠΟΡΟ 4

DiZazzo-Miller R, Samuel PS, Barnas JM, Welker KM. (2014). **Addressing everyday challenges: Feasibility of a family caregiver training program for people with dementia.**

The purpose of this study was to examine the feasibility and efficacy of the Family Caregiver Training Program for assisting with the basic activities of daily living of people with dementia.

A one-group pretest posttest research design with a 3-mo follow-up was used to examine the efficacy of a manualized education program for caregivers. The 6-hr training was delivered to 72 family caregivers over 3 consecutive weeks (2 hr/wk) by trained clinicians.

Caregivers showed a significant gain in knowledge of how to effectively assist with communication and nutrition, $t(52) = 7.05$, $p < .000$; transfers and toileting, $t(45) = 3.10$, $p < .003$; and bathing and dressing, $t(44) = 2.71$, $p < .01$, of their care recipients.

Our findings demonstrate that this manualized intervention protocol is a promising method of equipping family members with the skills needed to face their everyday challenges in caring for people with dementia.

Μετάφραση:

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει την σκοπιμότητα και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος Κατάρτισης Οικογενειακού Φροντιστή για την παροχή βοήθειας σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων με άνοια.

Ένα σχέδιο έρευνας πριν και μετά χρησιμοποιήθηκε σε μία ομάδα με τρίμηνη παρακολούθηση για να εξετάσει την αποτελεσματικότητα του προγράμματος εκπαίδευσης για τους φροντιστές. Η εξάωρη εκπαίδευση προσφέρθηκε σε 72 οικογενειακούς φροντιστές πάνω από 3 συνεχόμενες εβδομάδες (2 ώρες/εβδ) από εκπαιδευμένους ιατρούς.

Οι φροντιστές παρουσίασαν σημαντική αύξηση των γνώσεων για το πως να βοηθούν αποτελεσματικά στην επικοινωνία και τη διατροφή, $t(52) = 7.05, p < 0.000$; τη μετακίνηση και την τουαλέτα, $t(45) = 3.10, p < 0.003$; και το μπάνιο και το ντύσιμο, $t(44) = 2.71, p < .01$, των αποδεκτών της φροντίδας τους. Τα ευρήματά μας δείχνουν ότι αυτό το καινοτόμο πρωτόκολλο είναι μια πολλά υποσχόμενη μέθοδος εξοπλίζοντας τα μέλη της οικογένειας με τις δεξιότητες που απαιτούνται για να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές τους προκλήσεις στη φροντίδα για τα άτομα με άνοια.

ΑΠΟΡΟ 5

Fletcher, Tina S., Eckberg, Jonathan D.(2014). **The Effects of Creative Reminiscing on Individuals with Dementia and Their Caregivers: A Pilot Study.**

Reminiscing is known to enhance well-being, increase social participation and provide opportunities for self-expression. However, while reminiscing activities have become standard in many memory care facilities, their outcomes have not been systematically evaluated. This research explored the effects of creative reminiscence activities on the quality of life of clients with memory loss and on caregivers' self-perceived burdens associated with caring for an individual with memory loss.

Using time and attention control activities and creative reminiscing activities, the observed, self-reported, and caregivers' opinions of the quality of life of clients with moderate Alzheimer's disease was documented over the course of this study. Caregivers' perceptions of the burdens associated with caring for loved ones were also assessed.

Results of this pilot study showed significant increases in caregivers' perceptions of their loved ones' quality of life and decreases in the burdens they experienced during the intervention phase. No significant changes occurred in clients' self-reported or observed well-being during the study.

While using a carefully considered creative reminiscence activity intervention for clients with dementia can cause a decrease in caregivers' perception of their own burden and an increase in their perceptions of the loved ones' quality of life, future research is needed to determine the subtle nuances in well-being of individuals with memory loss and their caregivers

Μετάφραση:

Η αναπόληση είναι γνωστό ότι ενισχύει την ευημερία, την αύξηση της κοινωνικής συμμετοχής και παρέχει ευκαιρίες έκφρασης. Ωστόσο, ενώ η δραστηριότητα της αναπόληση έχει γίνει πρότυπο σε πολλές εγκαταστάσεις φροντίδας μνήμης, τα αποτελέσματα δεν έχουν συστηματικά αξιολογηθεί.

Η έρευνα αυτή διερεύνησε τις επιπτώσεις των δημιουργικών δραστηριοτήτων ανάμνησης σχετικά με την ποιότητα ζωής των πελατών με την απώλεια μνήμης και στα βάρη αυτό-αντίληψη των φροντιστών που συνδέονται με την φροντίδα για ένα άτομο με απώλεια μνήμης.

Χρησιμοποιώντας το χρόνο και τις δραστηριότητες ελέγχου προσοχής και δημιουργικές δραστηριότητες αναπόλησης, οι παρατηρούμενες, αυτοαναφερόμενες απόψεις φροντιστών της ποιότητας ζωής των πελατών με μέτρια νόσο Alzheimer είχε τεκμηριωθεί κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης. Αξιολογήθηκαν επίσης οι αντιλήψεις των φροντιστών σχετικά με τις επιβαρύνσεις που συνδέονται με τη φροντίδα των αγαπημένων τους.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν σημαντικές αυξήσεις στις αντιλήψεις των φροντιστών για την ποιότητα ζωής του αγαπημένου τους προσώπου και τη

μείωση του φόρτου που βίωσαν κατά τη φάση της επέμβασης. Δεν υπάρχουν σημαντικές αλλαγές στην αυτό-αναφερόμενη ή παρατηρούμενη ευημερία των πελατών κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Κατά τη διάρκεια χρήσης μιας προσεκτικά μελετημένης δημιουργικής παρεμβατικής δραστηριότητας ανάμνηση για πελάτες με άνοια, μπορεί να προκαλέσει μια μείωση στην αντίληψη των φροντιστών για τα δικά τους βάρη και μια αύξηση στις αντιλήψεις τους για την ποιότητα ζωής των αγαπημένων τους. Η μελλοντική έρευνα είναι απαραίτητη για να προσδιοριστούν οι λεπτές αποχρώσεις στην ευημερία των ατόμων με απώλεια μνήμης και τους φροντιστές τους.

ΑΠΟΡΟ 6

Ha, E., Kim, K. **Factors that influence activities of daily living in the elderly with probable dementia.**

The purpose of this study was to identify the factors that influence activities of daily living (ADL) in the elderly with probable dementia. The participants were 152 older adults who voluntarily visited a hospital to participate in a national dementia free screening program. General characteristics, health-related characteristics, ADL, Mini-Mental State Examination Korean Consortium (MMSE-KC) and the Geriatric Depression Scale (GDS) score were evaluated in this study. The data were analyzed using independent t-tests, Pearson's correlation and stepwise multiple regression. The ADL score of the participants was 14.3, and 88.2% of the participants were severe cognitive disorder. ADL scores were positively related with MMSE-KC scores ($r = 0.35$, $P < 0.001$) and negatively with GDS scores ($r = -0.20$, $P = 0.014$). Factors that influenced ADL were fecal and urinary incontinence, regularity of exercise, MMSE-KC score and stroke history; these five variables explained 30.8% of the ADL score for the elderly with probable dementia. Multidisciplinary interventions are essential to improve the ADL and prevent deterioration of cognitive function in elderly patients with probable dementia.

Μετάφραση:

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL) σε ηλικιωμένους με πιθανή άνοια. Οι συμμετέχοντες ήταν 152 ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας οι οποίοι επισκέφθηκαν εθελοντικά ένα νοσοκομείο για να συμμετάσχουν σε ένα δωρεάν εθνικό πρόγραμμα προβολής της άνοια. Γενικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά που αφορούν την υγεία, ADL, Mini-Mental State Examination Κορέας Consortium (MMSE-KC) και η Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS) αξιολογήθηκαν σε αυτή τη μελέτη. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ανεξάρτητο t-tests, συσχέτιση Pearson και βαθμιδωτή πολλαπλή παλινδρόμηση. Η ADL βαθμολογία των συμμετεχόντων ήταν 14,3 και το 88,2% των συμμετεχόντων είχαν σοβαρή νοητική διαταραχή. Οι ADL βαθμολογίες σχετίζονται θετικά με MMSE-KC βαθμολογίες ($r = 0,35$, $P < 0,001$) και αρνητικά με GDS βαθμολογίες ($r = -0.20$, $P = 0,014$). Παράγοντες που επηρέασαν τις ADL ήταν ακράτεια ούρων και κοπράνων, την κανονικότητα της άσκησης, οι MMSE-KC βαθμολογίες και ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου. Αυτές οι πέντε μεταβλητές εξηγούν το 30,8% της ADL βαθμολογίας για τους ηλικιωμένους με πιθανή άνοια. Διεπιστημονικές παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της ADL και την πρόληψη της υποβάθμισης της γνωστικής λειτουργίας σε ηλικιωμένους ασθενείς με πιθανή άνοια.

ΑΠΟΡΟ 7

Ericson-Lidman E, Larsson LL, Norberg A. Caring for people with dementia disease (DD) and working in a private not-for-profit residential care facility for people with DD.

Caring for people with dementia and working in dementia care is described as having both rewarding and unpleasant aspects and has been studied to a minor extent. This study aims to explore care providers' narrated experiences of caring for people with dementia disease (DD) and working in a private not-for-profit residential care facility for people with DD. Nine care providers were interviewed about their experiences, the interviews were recorded, transcribed and analyzed using thematic analysis. The analysis revealed that participants were struggling to perform person-centered care,

which meant trying to see the person behind the disease, dealing with troublesome situations in the daily care, a two-edged interaction with relatives, feelings of shortcomings and troubled conscience, and the need for improvements in dementia care. The analysis also revealed an ambiguous work situation, which meant a challenging value base, the differently judged work environment, feelings of job satisfaction and the need for a functional leadership and management. The results illuminate participants' positive as well as negative experiences and have identified areas requiring improvements. It seems of great importance to strive for a supportive and attendant leadership, a leadership which aims to empower care providers in their difficult work. Using conscience as a driving force together in the work group may benefit care providers' health.

Μετάφραση:

Το να φροντίζεις τα άτομα με άνοια και να εργάζεσαι για την φροντίδα της άνοιας έχει και πτυχές επιβράβευσης αλλά και δυσάρεστες οι οποίες έχουν μελετηθεί σε μικρότερο βαθμό. Η μελέτη αυτή έχει ως στόχο να διερευνήσει τις εξομολογούμενες εμπειρίες φροντιστών υγειονομικής φροντίδας για τα άτομα με άνοια (DD) και εργαζομένων σε ιδιωτική μη κερδοσκοπική εγκατάσταση ιδρυματικής φροντίδας για τα άτομα με άνοια. Εννέα φορείς παροχής υγειονομικής φροντίδας ρωτήθηκαν για τις εμπειρίες τους, οι συνεντεύξεις καταγράφηκαν, μεταγράφηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας θεματική ανάλυση. Η ανάλυση αποκάλυψε ότι οι συμμετέχοντες αγωνίζονται να εκτελέσουν προσωποκεντρική φροντίδα, πράγμα που σημαίνει ότι προσπαθούν να δουν το πρόσωπο πίσω από την ασθένεια, ότι ασχολούνται με τις ενοχλητικές καταστάσεις της καθημερινής φροντίδας, μια αμφιλεγόμενη αλληλεπίδραση με τους συγγενείς, συναισθήματα των ελλείψεων και παραγμένη συνείδηση, και η ανάγκη για βελτιώσεις στη φροντίδα της άνοιας. Η ανάλυση αποκάλυψε επίσης μια ασαφή κατάσταση εργασίας, που σήμαινε μια αξιολόγηση προκλητική βάση, το διαφορετικά κρινόμενο περιβάλλον εργασίας, τα συναισθήματα της ικανοποίησης από την εργασία και την ανάγκη για μια λειτουργική ηγεσία και διαχείριση. Τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων φωτίζουν θετικές όσο και

αρνητικές εμπειρίες και έχουν προσδιορίσει τομείς που απαιτούν βελτιώσεις. Φαίνεται η μεγάλη σημασία να αγωνιστούν για μια υποστηρικτική και αναλογική ηγεσία, μια ηγεσία η οποία έχει ως στόχο να ενδυναμώσει τους παρόχους φροντίδας στο δύσκολο έργο τους. Χρησιμοποιώντας τη συνείδηση ως κινητήρια δύναμη μαζί με την ομάδα εργασίας μπορεί να ωφεληθεί την υγεία των παρόχων υγειονομικής φροντίδας.

ΑΠΟΡΟ 8

Margaret McGrath MSc, BSc (Hons) Cur.Occ., PGDip (Academic Practice), Occupational therapy and dementia care: A survey of practice in the Republic of Ireland.

There is a growing body of research to support the role of occupational therapy in dementia care. However, little is known about the extent to which this research is translated into occupational therapy practice. This study addresses this gap by considering current occupational therapy practice in the field of dementia care in Ireland. A cross-sectional online survey was used to gather data about current practice. Convenience sampling and snowball recruitment techniques were used to recruit occupational therapists. Data were analyzed using a combination of descriptive statistics and content analysis. Forty-seven therapists responded to the survey. The majority of respondents worked in primary care and provided services for people with early stage or mild dementia. Assessment practices were primarily focused on cognitive screening and functional performance. Limited attention was paid to occupational participation. Interventions typically addressed environmental modification, assistive devices and compensatory strategies. The ability of therapists to apply research evidence to practice appears to be strongly constrained by practice and organizational demands. There is a need for a global occupational therapy strategy to support knowledge translation in dementia care. At present although occupational therapists are aware of research evidence they face significant barriers in applying this evidence in practice.

Μετάφραση:

Υπάρχει ένα αυξανόμενο σώμα έρευνας για την υποστήριξη του ρόλου της εργοθεραπείας στην φροντίδα της άνοιας. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά σχετικά με το βαθμό στον οποίο αυτή η έρευνα μεταφράζεται στην πράξη εργοθεραπείας. Η μελέτη αυτή εξετάζει το κενό αυτό λαμβάνοντας υπόψη την τρέχουσα πρακτική εργοθεραπείας στον τομέα της φροντίδας της άνοιας στην Ιρλανδία. Μια συγχρονική διαδικτυακή έρευνα χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με την τρέχουσα πρακτική. Ευκολία δείγματος και τεχνικές πρόσληψης χιονοστιβάδα χρησιμοποιήθηκαν για την πρόσληψη εργοθεραπευτών. Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας ένα συνδυασμό περιγραφικής στατιστικής και ανάλυσης περιεχομένου. Σαράντα επτά θεραπευτές ανταποκρίθηκαν στην έρευνα. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εργαζόταν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και παρείχαν υπηρεσίες σε άτομα με πρώιμο στάδιο ή ήπια άνοια. Η αξιολόγηση των πρακτικών κατά κύριο λόγο επικεντρώθηκε στην γνωστική ελέγχου και τη λειτουργική απόδοση. Περιορισμένη προσοχή δόθηκε στην επαγγελματική συμμετοχή. Οι παρεμβάσεις που απευθύνονται συνήθως σε περιβαλλοντική τροποποίηση, βοηθητικές συσκευές και αντισταθμιστικές στρατηγικές. Η ικανότητα των θεραπειών να εφαρμόσουν στοιχεία της έρευνας για την πρακτική φαίνεται να περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την πρακτική και οργανωτικές απαιτήσεις. Υπάρχει ανάγκη για μια παγκόσμια στρατηγική για εργοθεραπεία για την υποστήριξη της μετάφρασης της γνώσης στη φροντίδα της άνοιας. Προς το παρόν, αν και εργοθεραπευτές έχουν επίγνωση των ερευνητικών αποδείξεων που αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην εφαρμογή της παρούσας απόδειξης στην πράξη.

ΑΡΘΡΟ 9

Aida Wen.(2014). **Behavioral Symptoms Among Patients Before and After Implementation of a Specialized Advanced Dementia Care Program in a Nursing Home**

Non-pharmacologic strategies are needed to prevent and manage behavioral symptoms in persons with dementia. We implemented a specialized program called

the Namaste Care Program designed for residents with advanced dementia. There are few studies examining dementia behaviors among residents receiving this approach. The aim is to compare behavioral symptoms of dementia among nursing home residents before & after program implementation.

The management of behavioral symptoms of advanced dementia should incorporate environmental changes and behavioral approaches into daily routines

The majority of residents were over the age of 89, with 68.9% moderately or severely impaired for cognitive skills for decision making and 11/45 (24.4%) residents participating in this program died within 6 months. There was a nonsignificant trend from baseline to the first quarter for the percentage of residents with any behaviors (38% to 23%, $p=0.15$) However, total behavioral scores decreased significantly (from 0.74 to 0.29, $p=0.007$), as did rejection of care (0.26 to 0.06, $p=0.005$). The effect waned somewhat by the third quarter, but there was a trend towards decreasing total behavior scores ($p=0.065$) and rejection of care scores ($p=0.050$). Numbers of antidepressant medications decreased slightly after intervention (13 vs. 11 by the 2nd and 3rd quarters).

Μετάφραση:

Μη φαρμακολογικές στρατηγικές είναι απαραίτητες για την πρόληψη και τη διαχείριση των συμπτωμάτων συμπεριφοράς σε άτομα με άνοια. Εφαρμόσαμε ένα εξειδικευμένο πρόγραμμα που ονομάζεται το Πρόγραμμα Φροντίδας Namaste σχεδιασμένο για τους κατοίκους με άνοια σε προχωρημένο στάδιο. Υπάρχουν λίγες μελέτες που εξετάζουν τις συμπεριφορές άνοιας μεταξύ των κατοίκων που λαμβάνουν αυτή την προσέγγιση. Σκοπός είναι να γίνει σύγκριση των συμπεριφορικών συμπτωμάτων της άνοιας μεταξύ των κατοίκων γηροκομείο πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος.

Η διαχείριση των συμπεριφορικών συμπτωμάτων της άνοιας προχωρημένου σταδίου πρέπει να ενσωματώνει και τις περιβαλλοντικές αλλαγές και τις συμπεριφορικές προσεγγίσεις μέσα στην καθημερινότητα. Η πλειοψηφία των κατοίκων ήταν ηλικίας άνω των 89, με 68,9% μέτρια ή βαριά διαταραχή στις γνωστικές δεξιότητες για τη λήψη αποφάσεων και οι 11 από τους 45 (24,4%) των συμμετεχόντων κατοίκων αυτού του προγράμματος πέθαναν μέσα σε 6 μήνες. Υπήρχε μια στατιστικά

ασήμαντη τάση, από την έναρξη έως το πρώτο τρίμηνο, για το ποσοστό των κατοίκων (38% έως 23%, $p=0.15$) με καμιά συμπεριφορά. Ωστόσο, η συνολική βαθμολογία της συμπεριφοράς μειώθηκε σημαντικά (0,74 - 0,29, $p=0.007$), όπως έκανε και η απόρριψη της φροντίδας (0,26 - 0,06, $p=0.005$). Το αποτέλεσμα εξασθένησε κάπως από το τρίτο τρίμηνο, αλλά υπήρχε μια τάση προς τη μείωση των συνολικών βαθμολογιών συμπεριφορά ($p=0.065$) και την απόρριψη των βαθμολογιών φροντίδας ($p=0.050$). Οι αριθμοί των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μειώθηκε ελαφρά μετά την παρέμβαση (13 εναντίον 11 από το 2ο και 3ο τρίμηνο).

ΑΡΘΡΟ 10

Malinowsky C, Rosenberg L, Nygård L. (2013) **An approach to facilitate healthcare professionals' readiness to support technology use in everyday life for persons with dementia.**

Everyday technologies (ETs) like microwave ovens and automatic telephone services as well as assistive technologies (ATs) are often used in the performance of everyday activities. As a consequence, the ability to manage technology is important. This pilot study aimed to clarify the applicability of a model for knowledge translation to support healthcare professionals, to support technology use among older adults with dementia and their significant others. An additional aim was to explore the process of translating the model into practice. The applicability of the model (comprising a one-day course, including introduction and provision of tools, followed by interviews during and after a period of practice) was clarified for 11 healthcare professionals using a constant comparative approach. The content of the model gave the participants an eye-opening experience of technology use among persons with dementia. They also described how they had incorporated the model as a new way of thinking which supported and inspired new investigations and collaborations with colleagues and significant others. This study provided an applicable model of how research knowledge about technology use can be translated into clinical practice and be used by healthcare professionals to support the use of technology for persons with dementia.

Μετάφραση:

Καθημερινά οι τεχνολογίες, όπως φούρνοι μικροκυμάτων και αυτόματες τηλεφωνικές υπηρεσίες, καθώς και των υποστηρικτικών τεχνολογιών χρησιμοποιούνται συχνά κατά την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Κατά συνέπεια, η ικανότητα της διαχείρισης της τεχνολογία είναι σημαντική. Αυτή η μελέτη έχει σκοπό να διευκρινίσει τη δυνατότητα εφαρμογής ενός μοντέλου για τη μετάφραση των γνώσεων για την υποστήριξη των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, να υποστηρίξει τη χρήση της τεχνολογίας μεταξύ των ηλικιωμένων με άνοια και τους οικείους τους. Ένας επιπλέον στόχος ήταν να διερευνηθεί η διαδικασία της μετάφρασης του μοντέλου στην πράξη. Η δυνατότητα εφαρμογής του μοντέλου (το οποίο περιλαμβάνει ένα μονοήμερο μάθημα, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής και την παροχή εργαλείων, που ακολουθείται από συνεντεύξεις κατά τη διάρκεια και μετά από μια περίοδο πρακτικής) διευκρινίστηκε για 11 επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιώντας μια σταθερή συγκριτική προσέγγιση. Το περιεχόμενο του μοντέλου έδωσε στους συμμετέχοντες μια εμπειρία εξ επαφής της χρήσης της τεχνολογίας μεταξύ των ατόμων με άνοια. Έχουν ακόμη περιγράψει πως ενσωμάτωσαν το μοντέλο ως ένα νέο τρόπο σκέψης που υποστηρίζει και εμπνέει νέες έρευνες και συνεργασίες με τους συναδέλφους και τους σημαντικούς άλλους. Η μελέτη παρέχει ένα εφαρμόσιμο μοντέλο για το πώς μπορεί να μεταφραστεί σε κλινική πρακτική ερευνητική γνώση σχετικά με τη χρήση της τεχνολογίας και να χρησιμοποιηθεί από επαγγελματίες του τομέα της υγείας για την υποστήριξη της χρήσης της τεχνολογίας για άτομα με άνοια.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η γεροντική άνοια αποτελεί μια πολύ σοβαρή νόσο. Η γρήγορη επέκτασή της σε όλον τον κόσμο αποτελεί γεγονός. Η αντιμετώπισή της είναι περιορισμένη καθώς δεν υπάρχει φάρμακο που να την γιατρεύει πλήρως, παρά μόνο κάποια συμπτώματά της. Ως εκ τούτου επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής του ασθενή. Εφόσον δεν υπάρχει πλήρη αντιμετώπιση της νόσου είναι απαραίτητη η παροχή φροντίδας στους ασθενείς

με άνοια μέχρι το τέλος της ζωής τους. Οι φροντιστές είναι αναγκασμένοι να ενημερωθούν και να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα και παράλληλα να υποστούν τις συνέπειες που η ασθένεια θα προβάλλει πάνω τους. Οι συνέπειες μπορεί να είναι ψυχολογικές, οικονομικές, κοινωνικές και να επηρεάζουν γενικότερα την ποιότητα ζωής του φροντιστή. Παρατηρώντας πως η άνοια έχει μεγάλες επιπτώσεις στον ασθενή και στο κοινωνικό του σύνολο είναι σημαντική η ενημέρωση κι ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, έτσι ώστε αν χρειαστεί, να μπορεί να ανταπεξέλθει παρέχοντας σωστή φροντίδα στον ασθενή ανάλογη με τις ικανότητές του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΗ

- Αθανάτου, Κ. Ε. (2007). *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική*. Αθήνα, Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
- Αλεξανδρόπουλος, Κ. (2009). *Προσέγγιση και αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς*. Νοσοκομειακά Χρονικά, 71.
- Βασαμπούλου, Μ. (2005). *Ανοια: οδηγός για τους φροντιστές*. Αθήνα, Εκδόσεις Βαγιονάκης.
- Βαρσαμίδα, Κ. (2011). *Φυσιολογία του ανθρώπου*. Θεσσαλονίκη, University studio press.
- Δαρδαβέσης, Θ. (2005). *Επιδημιολογία της Ανοιας*, στο Τσολάκη, Μ., Κάζης, Α. (επιμ.) *Ανοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Καφετζόπουλος, Ε. (1995). *Εγκέφαλος, συνείδηση και συμπεριφορά*. Αθήνα, ΕΞΑΝΤΑΣ.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Μεντενόπουλος, Γ., Μπούρας, Κ. (2002). *Η νόσος του Alzheimer*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Μεγαλούδη, Φ. (2000). *Η νόσος του Alzheimer*. Β' έκδοση. Αθήνα. Ελληνικά γράμματα.
- Παναγιωτάκη, Η. (2000). *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική (Κριτική σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς)*. Αθήνα, Λαγός.
- Πλατή, Χ. (2008). *Γεροντολογική νοσηλευτική*. Η' έκδοση. Αθήνα. Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
- Πλάτη, Χ. (2004). *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα.
- Πολίτης, Α. (2000). *Ψυχικές διαταραχές των Ηλικιωμένων*. Εκλογή, Αθήνα
- Ραγιά, Α. (2005) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Ε' έκδοση, Αθήνα
- Ράπτης, Σ. (2006). *Εσωτερική Παθολογία*. Αθήνα, ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Σακκά, Π. (2011). *Νόσος Αλτσχάιμερ, Τι Είναι Η Νόσος Αλτσχάιμερ, Προστασία, Διάγνωση, Συμπτώματα, Θεραπευτικά "Όπλα", Που Απευθυνόμαστε*.

[http://camerastyloonline.wordpress.com/2011/09/21/alzheimer-](http://camerastyloonline.wordpress.com/2011/09/21/alzheimer-pagkosmia-imera-afieroma-21-9-2011/)

pagkosmia-imera-afieroma-21-9-2011/ (αναρτημένο 30-06-2012).

- Σμοκοβίτης, Α. (2007). *Φυσιολογία*. Θεσσαλονίκη, Αδελφών Κυριακίδη Α.Ε.
- Τσολάκη, Μ., Κάζης, Α. (2005). Άνοια ιατρική και κοινωνική πρόκληση. Αθήνα, University Studio Press.
- Τσολάκη, Μ. (2004). *Ζώντας με την νόσο Alzheimer*. Πρακτικός οδηγός για τους ασθενείς με άνοια. Εκδόσεις Mendor.
- Τσολάκη, Μ. (2008). Διαταραχές συμπεριφοράς. *Συνοδοιπόροι στο Alzheimer*. 3, 1-12.
- Cummings Jeffrey, L., Trimble Michael, R. (2009). *Συνοπτικός Οδηγός στη Νευροψυχιατρική και Συμπεριφορική Νευρολογία* (Δεύτερη εκδ.). Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.
- Duffy, J. R. (2012). *Νευρογενείς κινητικές διαταραχές ομιλίας*. (Γ. Ν. Ιγνατίου, Επιμ.) Αθήνα, Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Lezak Muriel, D., Howieson Diane, B., Loring David, W. (2009). *Νευροψυχολογική Εκτίμηση* (Τέταρτη εκδ., Τόμ. 1). (Μ. Κ. Λάμπρος Μεσσήνης, Μεταφρ.) GOTSIS
- Martin, N. G. (2005). *Νευροψυχολογία: Εγκέφαλος και συμπεριφορά* (2η εκδ.). (Γ. Α. Λάμπρος Μεσσήνης, Επιμ., & Γ. Α. Λάμπρος Μεσσήνης, Μεταφρ.) Αθήνα, Έλλην.
- Murdoch, B. E. (2008). *Προβλήματα Λόγου και Ομιλίας*. (Μ. Καμπανάρου, Επιμ.) Αθήνα, ΕΛΛΗΝ.
- Vander, A., Sherman, J., Luciano, D. (2001). *Φυσιολογία του ανθρώπου, μηχανισμοί και λειτουργίες του οργανισμού*. (Μ. Τσακόπουλος, & Ν. Γελαδάς, Επιμ.) Αθήνα, Πασχαλίδης

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ❖ Abraham, I. (2000). *Measuring the quality of nursing care to Alzheimer's patients*, USA.
- ❖ Adams, T. (2000). *New pharmacological treatments for Alzheimer's disease: implications for dementia care nursing*. Journal Adv Nurs, (5):1183-8.

- ❖ Aronson, K. M. (1994). Reshaping dementia care-practice and policy in long-term care. 1st ed. London. Sage publications.
 - ❖ Aronson, K. M. (1991). *Dementia: age-depended incidence, prevalence and mortality in the old-old*. Archives International Medicine 151:989-992.
 - ❖ Broadbent, D. (1958). *Perception and communication*. London, Pergamon Press.
- 2 Bloomer, M., Digby, R., Tan, H., Crawford, K., Williams, A.(2014). The experience of family carers of people with dementia who are hospitalized. *Dementia(London)*, 15(2), p.532-40.
 - 3 Boots, LM., Wolf, CA., Verhey, FR., Kempen, GI., de Vugt, ME. (2015). Qualitative study on needs and wishes of early stage dementia caregivers:the paradox between needing and accepting help. *Int Psychogeriatric* 8. p.1-10.
 - 4 Brookmeyer, R., Gray, S. (2000). Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases an aging populations: application in Alzheimer's disease. *Stat Med*, 19, p.1481-93.
 - 5 Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., Nuti, A. (2014). Sleep disturbances and dementia. *Psychogeriatrics* DOI:10.1111/psyg.12069.
 - 6 Cipriani, G., Borin, G. (2014). Understanding dementia in the sociocultural context. *Int J. Psychiatry*, 14(1), p.794.
 - 7 Coler, S. M. & Vincent, C. K. (1997). Psychological nursing care. 2st ed. London. British Medical association.
 - 8 Dugan, E., (1994). *The Importance of Emotional and Social Isolation 10 Loneliness Among very Old Rural Adults*. The Gerontologist.3A. 3. 340-346.
 - 9 Elliot, R., Adams, J. (2011). The creation of a dementia nurse specialist role in an acute general hospital. *J.Psychiatr Mental Health Nursing* 18(7), p.648-52.
 - 10 Gerritsen, DL., Kuin, Y., Nijboer, J.(2014). Dementia in the movies:the clinical picture. *Aging Mental Health*, 18(3), p.276-80.
 - 11 Gillis Rita, J. (1996). *Traumatic Brain Injury Rehabilitation for Speech-Language Pathologists*. USA: Butterworth-Heinemann.
 - 12 Graham, N. & Warner, J. (2009). Alzheimer's disease & other dementias.1st ed. British. Family doctor publications.
 - 13 Gu, et.al.(2010). Food combination and Alzheimer disease risk: a protective diet. *Arch Neurol*. 2010 Jun;67(6):699-706.
 - 14 Gwyther, L. (2005). Family car and Alzheimer's disease. What do we know? What can we do? *NC Med Journal*. Vol. 66, no 1

- 15 Halligan Peter, W., Kischka Udo., Marshall John, C. (2003). *Handbook of Clinical Neuropsychology*. NYC: Oxford University Press.
- 16 Hofman, A.(1997). The Epidemiology of Alzheimer's Disease. In: Alzheimer's Dementia. The 16th International Bayer Pharma Press Seminar, Paris.
- 17 Hori, Y., Matsuda, O., Ichikawa, S.(2014). Olfactory function in elderly people and patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*. 10.1111.
- 18 Johnson Alex F, Jacobson Barbara H. (2007). *Medical Speech-Language Pathology*.
- 19 *A practitioner's Guide* (Second edition). New York: Theme Medical Publishers.
- 20 Lee, KM., Song, JA. (2015). Factors influencing the degree of eating ability among people with dementia. *Journal of Clinical Nursing* 10.1111.
- 21 Lewis, L.F. (2014) . Care giving for a loved one with dementia at the end of life: an emergent theory of rediscovering. *American Journal of Alzheimer Disease and Other Dementias*.
- 22 Long, M. (2000). Personality, Relationship Closeness, and Loneliness of Oldest Old Adults and Their Children. *Journal of Gerontology: Psychological Science*. 55.5.311-319.
- 23 Luggen, A.S. (1995). *Assessment of Social Networks and Isolation in Community-Based Elderly Men and Women*. *Geriatric Nursing*. 16 (4). 179-181.
- 24 Luchsinger, et.al.(2007). Adiposity and Alzheimer's disease. *Curr. Alzheimer's Res*. 4, 127-134.
- 25 Martyn, C. & Geil, R. K. (2000). Patient memory and dementia.1st ed. British. Family doctor publications.
- 26 Payne, J. C. (1997). *Adult Neurogenic Language Disorders: Assessment and Treatment. A Comprehensive Ethnobiological Approach*. San Diego. London: Singular Publishing Group. Inc.
- 27 Singular Publishing Group. Inc.
- 28 Ramani, A., Jensen, J., Helpen, J. (2003). Quantitative MR imaging in Alzheimer disease. *BrMedBull*, 65(1), p.159-168.
- 29 Ritchards, S.S., Hendrieg, H.C.(1999) Diagnosis, management and treatment of Alzheimer disease. *Arch Intern Med* ,159:769-798.
- 30 Scherder, E., Oosterman, J., Swaab, D., Herr, K., Ooms, M., Ribbe, M., Sergeant, J., Pickering, G., Benedetti, F. (2005). Recent developments in pain in dementia. *British Medical Journey* 330(7489), p.461-4.

- 31 Solfrizzi, et.al.(2007). Alcohol consumption, mild cognitive impairment and progression to dementia. *Neurology*. 68(21).
- 32 Thompson, M.G.(1990). Facets of Support Related to Well Being: Quantitative Social Isolation and Perceived Family Support in a Sample of Elderly Women. *Psychology and Aging*. 5(4).435-544.
- 33 Weiss, R.(1982). Issues into the Study of Loneliness. In Peplum, L.A., Pearlman, D. (eds). *Loneliness: a source book of Current Theory. Research and Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- 34 World Health Organization (WHO) (2002). *Active Aging: A policy framework*, WHO/NMH/NPH/02.8, DIST. GENERAL, ORIG.ENGLISH.
- 35 Wyss, T.(2011). Inflammation in Alzheimer Disease – A Brief Review of the Basic Science and Clinical Literature. *Cold Spring Harbor Laboratory Press*. November 15.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

[\(\[www.psychologiein.dagorastos.net\]\(http://www.psychologiein.dagorastos.net\)\)](http://www.psychologiein.dagorastos.net)

[\(\[www.genenutrition.gr\]\(http://www.genenutrition.gr\)\)](http://www.genenutrition.gr).