



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ**

TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF EPIRUS

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ- ALZHEIMER ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»



ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ ΧΟΥΛΙΑΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΛΕΥΚΟΘΕΑ ΜΑΤΣΟΥΛΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

« Τι θα γινόμαστε δίχως μνήμη; Θα λησμονούσαμε τις φιλίες, τις αγάπες, τις χαρές, τη δουλειά μας. Οι σοφοί θα αδυνατούσαν να συγκεντρώσουν τις σκέψεις τους. Όλη η θέρμη των ερωτευμένων θα έσβηνε στη λήθη. Η ύπαρξή μας θα εξαντλούνταν στις διαδοχικές στιγμές ενός αέναα φευγαλέου παρόντος. Δεν θα υπήρχε καν παρελθόν. Τέτοια ταπεινά πλάσματα που είμαστε, η ζωή μας δεν είναι παρά καθρέφτισμα της μνήμης μας! »

Σατωβριάνδος, 1790

Περίληψη

Η αναμενόμενη αύξηση των περιστατικών με άνοια τύπου Alzheimer είναι ένα από τα προβλήματα που θα απασχολήσει έντονα την Ελλάδα τα επόμενα χρόνια. Είναι μια ιδιαίτερα επιβαρυντική νόσος και απαιτεί οργανωμένη προσπάθεια από την κοινωνία, την επιστήμη και την πολιτεία προκειμένου να υποστηριχθούν και να βοηθηθούν τόσο οι ασθενείς αλλά και οι οικογένειές τους. Η πρόωπη διάγνωση της νόσου, η στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η ευαισθητοποίηση του κοινού και η παρηγορητική φροντίδα είναι μέτρα στα οποία θα πρέπει να στρέψουν περισσότερο την προσοχή τους το ιατρικό προσωπικό και όσοι εμπλέκονται με την προάσπιση και την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Νόσος Alzheimer, άνοια, φροντίδα, φροντιστές στίγμα, Ποιότητα ζωής

ABSTRACT

One of the basic problems that Greece will have to deal with in the foreseeable future is the expected increase of a dementia type named Alzheimer . It is a very debilitating disease which needs a well-organised approach from the society, the scientists and the authorities in order to support and help the patients as well as their families. The early diagnosis of the disease, the support of the patients and their families, the improvement of the quality of patient's life, the public awareness and the compassionate support are some of the measures that the medical staff and the ones who work for the protection and promotion of the public health should take into serious consideration.

Keywords: Alzheimer Disease, dementia, care, carers, speckle, quality of life

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	3
Εισαγωγή	6
Ιστορική Αναδρομή	8
Επιδημιολογία	12
Κεφάλαιο 1^ο ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ- ALZHEIMER	17
1.1.Ορισμός	17
1.2.Προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου Alzheimer	19
1.3.Διάγνωση της νόσου Alzheimer	24
1.4.Διαφορική διάγνωση της νόσου Alzheimer	27
1.5.Κλινικές Εκδηλώσεις της Νόσου του Alzheimer	29
1.6.Θεραπεία της νόσου Alzheimer	31
1.7.Πρόγνωση της νόσου Alzheimer	35
Κεφάλαιο 2ο ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ- ALZHEIMER ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ..	36
2.1.Νοσηλευτική προσέγγιση	36
2.2. Νοσηλευτική διεργασία –Ο ρόλος του Νοσηλευτή	36
2.2.1. Φροντίδα ασθενούς στο σπίτι	39
2.2.2. Φροντίδα ασθενούς στις δομές	42
2.3.Τρόποι μακροχρόνιας φροντίδας	44
2.4. Ο ρόλος των φροντιστών και η διδασκαλία τους	48
2.5. Νεότερα άρθρα – περίληψη	52
Προτάσεις – Συμπεράσματα	72
Βιβλιογραφία	74

Εισαγωγή

Η Alzheimer's Disease International υπολογίζει ότι σε παγκόσμια κλίμακα περίπου 14.000.000 άνθρωποι πάσχουν από κάποια μορφή άνοιας, η οποία αποτελεί ίσως την μεγαλύτερη πρόκληση της Δημόσιας Υγείας του αναπτυγμένου κυρίως κόσμου. Ο επιπολασμός των ανοιών θα διπλασιαστεί έως το 2030 και θα τριπλασιαστεί έως το 2050. Στην Ελλάδα ο αριθμός των ατόμων με άνοια έχει υπολογιστεί περίπου στις 200.000 άτομα τα οποία αναμένετε με τον τριπλασιασμό να αγγίξουν ή και να ξεπεράσουν τις 600.000 έως το 2050. Την τελευταία εικοσιπενταετία έχουν σημειωθεί σημαντικές πρόοδοι στην αντιμετώπιση των ανοιών πράγμα που όμως δεν είναι αρκετό από ότι φαίνεται και τις αναγάγει σε μείζον πρόβλημα σε εθνικό αλλά και παγκόσμιο επίπεδο. Κύρια εμπόδια σε μια ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων με άνοια αποτελούν εκτός των άλλων η έλλειψη οικονομικών πόρων αλλά και το στίγμα (Σακκά και συν, 2016).

Πριν από 20 χρόνια οι άνοιες χαρακτηριζόντουσαν ως «επιδημία που πλησιάζει» (Plum, 1979). Το πρόβλημα των ανοιών εκτός από τον ιατρικό χώρο και τον χώρο των νευροεπιστημών και της έρευνας επεκτείνεται και σε όλο το φάσμα της κοινωνίας αλλά και της οικονομίας. Το φάσμα των ανοιών περιλαμβάνει περίπου 100 διαφορετικούς καταγεγραμμένους τύπους με διαφορετική αιτιολογία, η γνωστότερη είναι η άνοια τύπου Alzheimer, η οποία είναι υπεύθυνη για πάνω από το 70% των ανοϊκών συνδρόμων.

Η νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται πολυπαραγοντική και ποικίλοι παράγοντες ενοχοποιούνται για την εμφάνισή της, τέτοιοι είναι γενετικοί, περιβαλλοντικοί. Χαρακτηρίζεται επίσης ως εκφυλιστική νόσος η οποία προοδευτικά καταστρέφει τα εγκεφαλικά κύτταρα. Ο Γερμανός νευρολόγος Α. Alzheimer, πρώτος το 1907 περιέγραψε όσο τα συμπτώματα αλλά και τα νευροπαθολογοανατομικά ευρήματα δηλαδή τις πλάκες και τις νευροϊνιδιακές εκφυλίσεις στον εγκέφαλο και στον οποίο αποδίδετε το όνομα της νόσου.

Η συμπτωματολογία είναι ήπια με την έναρξη της νόσου και χαρακτηρίζεται από διαταραχή μνήμης και απώλεια των νοητικών λειτουργιών που μερικές φορές είναι απαρατήρητες τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από το οικογενειακό,

φιλικό περιβάλλον. Με την εξέλιξη της νόσου τα συμπτώματα γίνονται πιο εμφανή και επηρεάζουν όλο το φάσμα των κοινωνικών δραστηριοτήτων αλλά την εργασία του ασθενούς. Η εξέλιξη αυτών των συμπτωμάτων και η βαρύτητά τους οδηγεί το άτομο σε πλήρη εξάρτηση από το κοινωνικό τους περιβάλλον (οικογενειακό, φιλικό) για την εκπλήρωση ακόμα και βασικών αναγκών. Η νόσος χαρακτηρίζεται ως ανίατη, με συχνότερη αιτία θανάτου την πνευμονία η οποία οφείλεται στην αποδυνάμωση του ανοσολογικού συστήματος, στην απώλεια βάρους που αυξάνουν τον κίνδυνο λοιμώξεων του αναπνευστικού (ανώτερου , κατώτερου).

Ο όρος «νόσος Alzheimer» παλαιότερα αναφερόταν σε μια μορφή προγεροντικής άνοιας για να υπάρχει διαχωρισμός από την γεροντική. Η νόσος Alzheimer όμως έχει αποδειχθεί ότι μπορεί και προσβάλει άτομα τόσο πάνω όσο και κάτω από τα 65 έτη όποτε και αναφέρεται ως προ γεροντική ή γεροντική άνοια του τύπου Alzheimer .

Η διαρκής αύξηση των περιστατικών η κοινωνία θα πρέπει να δημιουργήσει όλες τις προϋποθέσεις για την αντιμετώπιση των αναγκών που θα κάνουν την εμφάνισή τους. Πλέον έχουν αποσαφηνιστεί τα συμπτώματα της νόσου από το γήρας και έχει πιο πολύ από ποτέ ξεκάθαρη η ανάγκη για έγκαιρη και αποτελεσματική πρόληψη. Η καλυτέρευση της ποιότητας ζωής των ασθενών με νόσο Alzheimer προϋποθέτει επίμονες προσπάθειες σε όλα τα επίπεδα τόσο ατομικά με επίμονες και ψυχοφθόρες προσπάθειες όσο και σε κοινωνικό (δέσμευση οικονομικών πόρων) επιβαρύνοντας όμως υπέρμετρα το σύστημα υγείας της κάθε χώρας. Είναι αντιληπτός πιά ότι ο καθημερινός αγώνας των λειτουργών υγείας για την εξάλειψη της νόσου είναι επιβαρυντικός σε πολλά επίπεδα που μπορεί να οδηγήσει σε έναν τρομακτικό εκφυλισμό της ανθρώπινης ύπαρξης μας.

Οι νοσηλευτές ως αρωγοί στο χώρο της αγωγής υγείας συμβάλουν σημαντικά ενημερώνοντας, εκπαιδεύοντας στις νέες μεθόδους θεραπείας και αποκατάστασης και στέκονται πάντα υποστηρικτικά δίπλα σε ασθενείς και στις οικογένειές τους. (Φουντούκη & Δημήτριος, 2012).

Η νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται ως επιδημία του 21ου αιώνα. Η προσπάθεια για την ανάπτυξη νέων και πιο ριζικών θεραπειών αλλά και αποτελεσματικών φαρμακευτικών παρεμβάσεων είναι καθημερινή και εντατική.

Μέχρι τότε , για όλες τις διαστάσεις της νόσου, τόσο η αυξημένη εγρήγορση όσο και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας είναι εξαιρετικά σημαντικές (Σακκά, 2016).

Ιστορική Αναδρομή

Πριν από 40 αιώνες περίπου, οι αρχαίοι Αιγύπτιοι, αν και υποστήριζαν πως η καρδιά και το διάφραγμα ήταν η έδρα των νοητικών ικανοτήτων (Boller & Forbes , 1998), εντούτοις γνώριζαν πως το γήρας μπορεί να συνοδεύεται από σημαντικές διαταραχές της μνήμης⁵. Απόδειξη αποτελεί ένα κείμενο του 25ου αιώνα π.Χ., γραμμένο στα ιερογλυφικά, από τον Αιγύπτιο αξιωματούχο Ptahhotep, ο οποίος περιγράφει έναν ηλικιωμένο άνθρωπο, αναφέροντας την απώλεια μνήμης ως πρώιμο σύμπτωμα της εξελικτικής διαδικασίας του γήρατος . Οι Αρχαίοι Έλληνες και Ρωμαίοι γιατροί, αλλά και φιλόσοφοι, περιέγραψαν τα συμπτώματα και ανέπτυξαν θεωρίες για την άνοια, οι οποίες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως «πρόγονοι» των σύγχρονων επιστημονικών ανακαλύψεων. Ο Σόλων, αναφέρει πως η κριτική ικανότητα δύναται να επηρεασθεί από «το φυσικό πόνο, τη βία, τα φάρμακα και τη μεγάλη ηλικία» (Boller et al, 2007).

Βασιζόμενοι σε ιστορικές πηγές, οι συγγραφείς Axel Karenberg και Hans Forstl, υποστηρίζουν σε άρθρο τους που δημοσιεύθηκε το 2006, πως οι Αρχαίοι Έλληνες είναι οι πρώτοι που αναγνώρισαν και περιέγραψαν την άνοια⁹. Σύμφωνα με την έρευνά τους, πριν από περίπου 2.400 χρόνια, ο Πλάτων, περιέγραψε μια ασθένεια, η οποία «προξενεί όλα τα είδη της λήθης και της ηλιθιότητας» (Πλάτων, 2010) . Ο Αριστοτέλης, υπέδειξε, πως η απώλεια μνήμης μπορεί να ερμηνευτεί αποκλειστικά ως το αποτέλεσμα της φυσικής φθοράς, που επέρχεται με το πέρασμα των χρόνων (Karenberg & Forstl, 2006) . Ο Πυθαγόρας, αναφέρεται στη φαινομενικά αναπόφευκτη μείωση των πνευματικών δυνατοτήτων σε άτομα μεγάλης ηλικίας, ενώ ο Γαληνός, επίσης συνέδεσε την απώλεια της γνωστικής ικανότητας και των διανοητικών δεξιοτήτων, με την προοδευτική διαδικασία του γήρατος, και επινόησε τον όρο «μώρωσις», (morosis=ψυχική βραδύτητα), για να περιγράψει τη συγκεκριμένη κατάσταση (Berchtold & Cotman , 1998).

Ο Ακαδημαϊκός Κορνήλιος Κέλσιος, είναι πιθανότατα ο πρώτος ο οποίος υιοθέτησε τη λατινική λέξη «dementia», ως ιατρική ορολογία για την άνοια. Ετυμολογικά ο όρος αποτελείται από το πρόθεμα -de-, που σημαίνει «χωρίς» και τη λέξη -ment-, από το mental=διανοητικός. Η κατάληξη -ia-, υποδηλώνει νοσηρή κατάσταση. Ο Αρεταίος ο Καππαδόκης, ιατρός της αρχαιότητας, έγραψε για τις οργανικές

διανοητικές διαταραχές, και πιθανολογείται πως ήταν ο πρώτος που εισήγαγε μια διάκριση μεταξύ οξέων και χρόνιων νευρολογικών-ψυχιατρικών παθήσεων. Συγκεκριμένα περιέγραψε τις οξείες διαταραχές, ως αναστρέψιμες, οι οποίες αντιστοιχούν σε αυτό που σήμερα αποκαλείται παραλήρημα. Οι χρόνιες διαταραχές χαρακτηρίστηκαν, ως μη αναστρέψιμες αναπηρίες ανώτερων νοητικών λειτουργιών, προκαλώντας στο νου, αυτό που αποκαλούμε άνοια (Karenberg & Forstl, , 2006) .

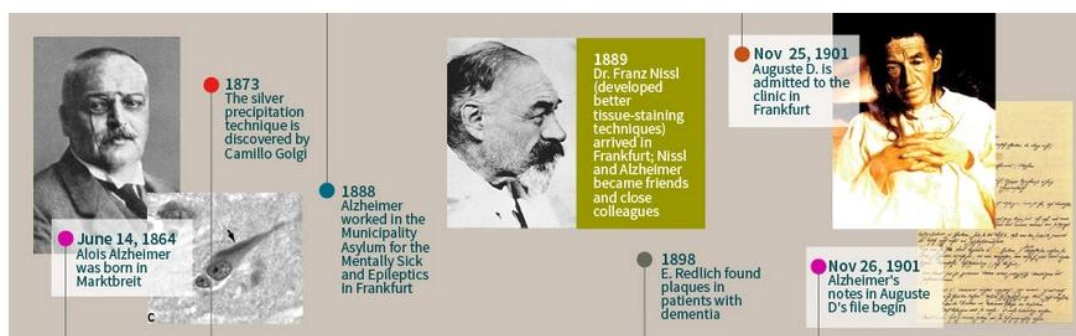
Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα, παρατηρείται απουσία οποιασδήποτε αναφοράς στη νόσο. Σύμφωνα με ένα άρθρο του 1998, στο ιατρικό περιοδικό «Neurobiology of Aging», από τους ερευνητές Berchtold και Cotman, σημειώνεται, πως μια από τις ελάχιστες αναφορές στη γεροντική άνοια, η οποία μπορεί να βρεθεί από αυτή την περίοδο, προέρχεται από τον Άγγλο φιλόσοφο Roger Bacon (1214-1294). Στο έργο του «Methods of preventing appearance of senility», αναγνωρίζει τον εγκέφαλο ως πηγή των πνευματικών λειτουργιών. Ο Bacon, πιθανολογείται πως ίσως είναι ο πρώτος που αναγνώρισε την άνοια ως ασθένεια του εγκεφάλου, σημειώνοντας στο έργο του πως «στο οπίσθιο τμήμα του εγκεφάλου, εμφανίζεται λήθη» και πως «η μεγάλη ηλικία είναι το σπίτι της λήθης». Επίσης, αναφέρει πως επέρχονται βλάβες στο μεσαίο τμήμα του εγκεφάλου που επηρεάζουν τη συλλογιστική ευχέρεια και στο πρόσθιο τμήμα που προκαλούν έκπτωση της φαντασίας (Karenberg & Forstl, , 2006) .

Ο Philippe Pinel (1745-1826), ο οποίος θεωρείται από πολλούς ως ο ιδρυτής της μοντέρνας ψυχιατρικής, παρείχε μια λεπτομερή περιγραφή της άνοιας. Ο Jean Etienne Esquirol (1772-1840), στο βιβλίο του «Des Maladies Mentales», που δημοσιεύθηκε το 1838, περιγράφει την άνοια ως «μια εγκεφαλική πάθηση, η οποία χαρακτηρίζεται από φθορά της ευαισθησίας, της ευφυΐας και της βούλησης». Επίσης παραθέτει μια λίστα αιτιών της άνοιας, η οποία στο μεγαλύτερο μέρος της στηρίζεται σε υποθέσεις, παρά σε επιστημονικά δεδομένα. Το έργο του αντανakλά τον ιατρικό τρόπο σκέψης στις αρχές του 19ου αιώνα (Hippius & Neundörfer, 2003).

Στις 4 Νοεμβρίου του 1906, κατά τη διάρκεια του 37ου επιστημονικού συνεδρίου ψυχιάτρων της Νότιο-Δυτικής Γερμανίας, ο Γερμανός ψυχίατρος και παθολόγος, Alois Alzheimer, περιέγραψε την περίπτωση μιας ασθενούς του, επονομαζόμενης ως August D., η οποία εμφάνισε άνοια σε ηλικία 51 ετών (Mauer et al., 1997). Το Νοέμβριο του 1901, η August D., εισήχθη σε νοσοκομείο της Φρανκφούρτης, όπου εξετάστηκε από τον Alzheimer. Σύμφωνα με τις μεταφρασμένες αυθεντικές σημειώσεις του, η August D., υπέφερε από συνεχή

νευρική και αγγώδη σύγχυση, καταστάσεις που της προκαλούσαν αϋπνία (εικόνα 3) . Ο Alzheimer, χαρακτηριστικά αναφέρει πως «δεν μπορούσε να ξαπλώσει και να χρησιμοποιήσει τα κλινοσκεπάσματα σωστά. Κάλυπτε τον εαυτό της με τα μαξιλάρια και στριμώχνονταν στην άκρη του κρεβατιού» (Maurer & Maurer , 2003; Hippus & Neundörfer, 2003) . Η ασθενής παρουσίαζε ένα σύνολο συμπτωμάτων, στα οποία συμπεριλαμβάνονταν μειωμένη κατανόηση και μνήμη, όπως επίσης και αφασία, διανοητική σύγχυση, διαταραχές στην αίσθηση του προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο, απρόβλεπτη επιθετική συμπεριφορά, παράνοια και ακουστικές ψευδαισθήσεις (Maurer et al, 2006; Maurer & Maurer , 2003; Hippus & Neundörfer, 2003; Maurer et al, 1997Beach, 1987).

Εικόνα 1: Ιστορία Alzheimer 1873-1901) (πηγή: <http://makingsenseofalzheimers.org/archived-stories/timeline/>)



Το 1903, ο Alzheimer, άφησε τη Φρανκφούρτη, και εργάστηκε στην ιατρική σχολή του Μονάχου, υπό τη διεύθυνση του Emil Kraepelin, ενός από τους σπουδαιότερους ψυχιάτρους εκείνης της εποχής. Συνέχισε να παρακολουθεί την περίπτωση της August D., μέχρι το θάνατό της, στις 8 Απριλίου του 1906, στη Φρανκφούρτη, όπου μετέβη και πάλι για να μελετήσει τις νευροπαθολογικές αλλοιώσεις που προκάλεσε η ασθένεια στον εγκέφαλό της. Η νεκροτομή αποκάλυψε αρτηριοσκληρωτικές αλλαγές, εγκεφαλική ατροφία, νευροϊνδιακές αλλοιώσεις και τις χαρακτηριστικές «γεροντικές πλάκες» (Maurer et al, 2006; Maurer & Maurer , 2003; Hippus & Neundörfer, 2003;Maurer et al, 1997Beach, 1987).

Εικόνα 2: Ιστοπαθολογικό εργαστήριο Αλτσχάιμερ στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο του Πανεπιστήμιο στο Μόναχο, το 1904 (πηγή: Hippus & Neundörfer, 2003) .

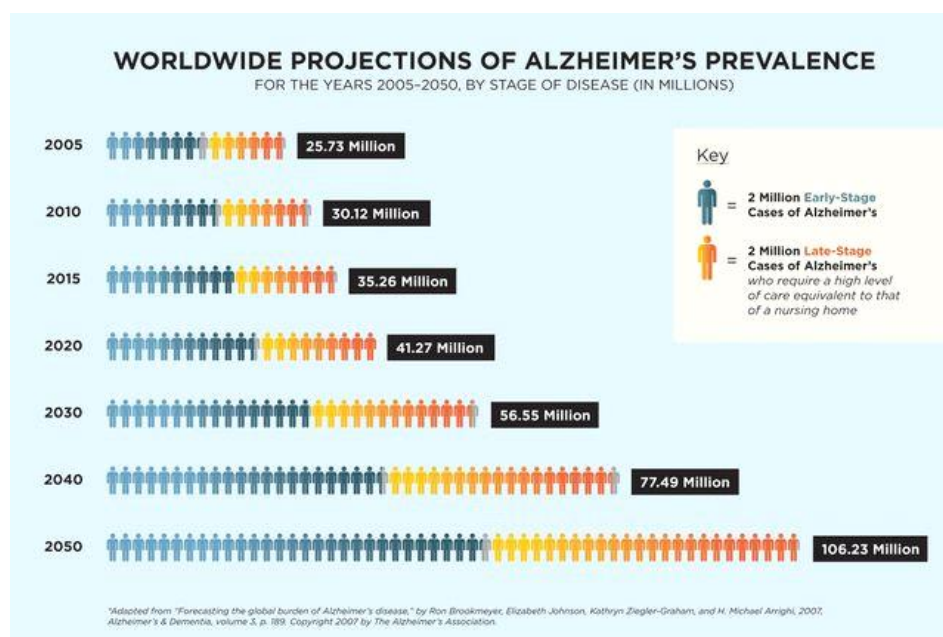


Πρώτος ο Emil Kraepelin. το 1910, στην 8η έκδοση του εγχειριδίου του «Handbook of Psychiatry», εισήγαγε τον όρο «Alzheimer Disease». Στο εγχειρίδιο αυτό αναφέρει πως οι σοβαρές αλλοιώσεις των νευρικών κυττάρων μελετήθηκαν και περιγράφηκαν από τον Alzheimer και χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τον καθιερωμένο πλέον όρο Alzheimer Disease (Mauer et al, 2006; Hippius & Neundörfer, 2003; Beach, 1987).

Επιδημιολογία

Παγκοσμίως, σήμερα σχεδόν 44 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν Alzheimer. Από το 2005 που έφτανε τα 25,73 εκατομμύρια η πρόβλεψη των ειδικών αναφέρει σταδιακή αύξηση των περιστατικών που το 2050 θα αγγίζει τα 106,23 εκατομμύρια περιπτώσεις. Μόνο 1 στα 4 άτομα με νόσο Alzheimer έχουν διαγνωστεί. Η νόσος του Alzheimer και της άνοιας είναι πιο συχνή στη Δυτική Ευρώπη ενώ το Alzheimer είναι λιγότερο διαδεδομένη στην υποσαχάρια Αφρική. Το Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας είναι η κορυφαία αιτία για την αναπηρία. Τα 2 από τα 3 άτομα με Alzheimer είναι γυναίκες. Οι άνθρωποι με νόσο Alzheimer νοσηλεύονται τρεις φορές πιο συχνά από ό, τι οι ηλικιωμένοι χωρίς Alzheimer (ADI, 2016). Ο υψηλότερος Επιπολασμός και η ετήσια επίπτωση (δηλαδή τα νέα περιστατικά ανά 1000 άτομα) της άνοιας όσο αφορά την γεωγραφική κατανομή εμφανίζεται στην Β. Αμερική με ποσοστό 6,4% και 10,5 επίπτωση, στην Δυτική Ευρώπη με ποσοστό 5,4% και 8,8 επίπτωση ακολουθούν η Λατινική Αμερική με ποσοστό 4,9% και 9,2 επίπτωση η Κίνα και οι περιοχές του Δυτικού Ειρηνικού με ποσοστό 4,0% με επίπτωση 8,0. (Alzheimer's Association, 2016; Σακκά και συν, 2016).

Εικόνα 3: Παγκόσμια πρόβλεψη της νόσου Alzheimer (πηγή: Gordon, 2016)

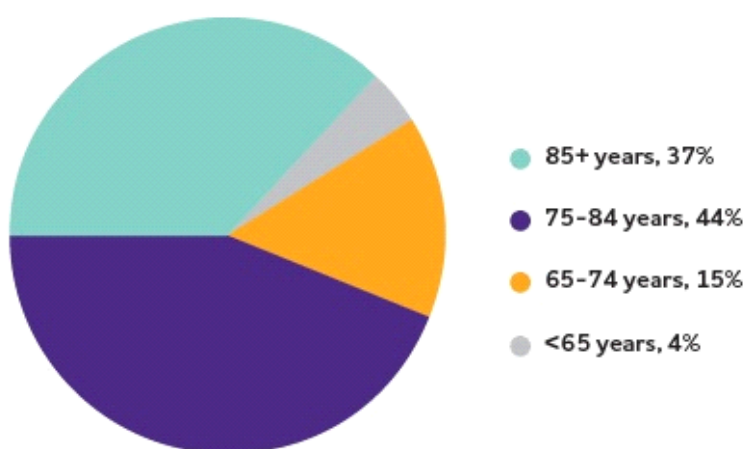


Η αιτία της ΝΑ δεν είναι γνωστές. Αυτοί που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι ότι γενετικοί παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί που μεταδίδονται από τους από τους γονείς στα παιδιά και περιλαμβάνουν 3 γονίδια που μεταδίδονται με πιθανότητα 50%. Η σπάνια αυτή μορφή των γονιδίων αντιπροσωπεύει το 2-3% και που αρχίζει σε πολύ νεαρά ηλικία (πχ ηλικία 50, 40 ή και 30 ετών). Οι Γενετικοί παράγοντες φαίνεται να ενοχοποιούνται σε μικρότερο ποσοστό στη συχνή «σποραδική» μορφή της νόσου από την οποία πάσχει το 97-98% των ασθενών (Σκαρμέας, 2012).

Κατ' εκτίμηση το 2016 στην Αμερική 5,4 εκατομμύρια όλων των ηλικιών θα νοσήσουν με Alzheimer. Ο αριθμός αυτό περιλαμβάνει 5,2 εκατομμύρια ηλικία 65 και άνω και περίπου 200.000 άτομα κάτω των 65 ετών (Alzheimer's Association, 2016; Hebert et al, 20013).

Η γήρανση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ανάπτυξης Alzheimer. Παρουσιάζει μεγάλη συχνότητα σε μεγάλες ηλικίες έτσι σε ηλικία πάνω από 85 έτη αγγίζει το 37%, στις ηλικίες 75-84 έτη το 44%, στις ηλικίες 65-74 στο 15% ενώ κάτω των 65 ετών το ποσοστό φτάνει το 4%. Στην Ηνωμένες Πολιτείες περισσότεροι από 5.000.000 πάσχουν από Alzheimer, αναμένεται αύξηση που θα αγγίζει τα 13.000.000 έως το 2050 (Alzheimer's Association, 2016).

Διάγραμμα 1: Ηλικίες των Ατόμων με νόσο Alzheimer στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 2016 (πηγή: Alzheimer's Association, 2016)



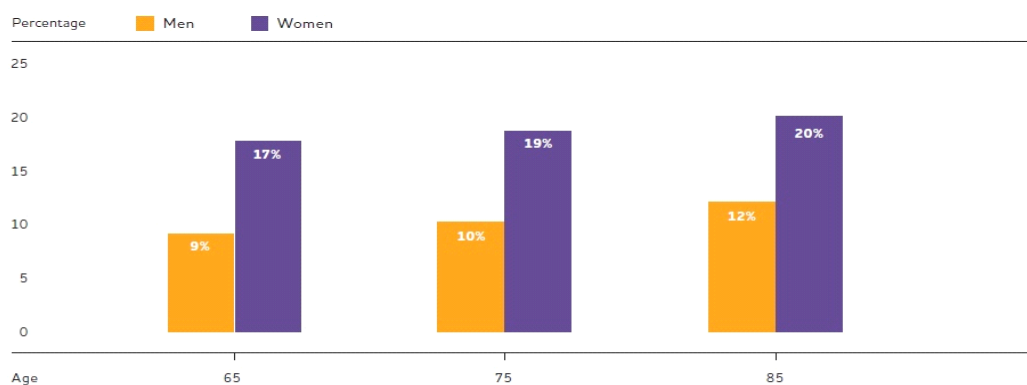
Περισσότερες γυναίκες από τους άνδρες πάσχουν από τη νόσο του Alzheimer και

άλλες μορφές άνοιας. Σχεδόν τα δύο τρίτα των Αμερικανών με Alzheimer είναι γυναίκες (Hebert et al, 2013) Από τα 5,2 εκατομμύρια ανθρώπους ηλικίας 65 ετών και άνω με Alzheimer στις Ηνωμένες Πολιτείες, 3,3 εκατομμύρια είναι γυναίκες και 1,9 εκατομμύρια είναι άνδρες Με βάση τις εκτιμήσεις από ADAMS, μεταξύ των ατόμων ηλικίας 71 και άνω, το 16% των γυναικών έχουν Alzheimer

ή άλλες μορφές άνοιας σε σύγκριση με το 11% των ανδρών (Sperling et al, 2011; Plassman et al, 2007).

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου και μάλιστα μη τροποποιήσιμος για την νόσο είναι η ηλικία. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2 στην ηλικία των 65 από το σύνολο των νοσούντων το 17% είναι γυναίκες ενώ το 9 % άνδρες, σε μεγαλύτερη ηλικία το 19% είναι γυναίκες και το 10% άνδρες ενώ στην ηλικία των 85 το 20% γυναίκες και το 12% άνδρες. (Alzheimer's Association, 2016).

Διάγραμμα 2: Παράγοντες κινδύνου, ανά φύλλο και ηλικία (μελέτη Framingham) (πηγή: Alzheimer's Association, 2016)



Αφροαμερικανοί και ισπανόφωνοι Αμερικανοί είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν Alzheimer από Καυκάσου Αμερικανοί. Η Βόρεια Ντακότα έχει ένα υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας της νόσου του Alzheimer από ό, τι οποιοδήποτε

άλλο κράτος. (54 θάνατοι Alzheimer ετησίως ανά 100.000 κατοίκους), Η θνησιμότητα της νόσου του Alzheimer είναι χαμηλότερα στη Νεβάδα. (11 θάνατοι Alzheimer ετησίως ανά κάθε 100.000 κατοίκους) το 30% των ατόμων με νόσο Alzheimer έχουν επίσης τις καρδιακές παθήσεις, και το 29% έχουν επίσης διαβήτη (ADI, 2016).

Το κόστος αντιμετώπισης της άνοιας παγκοσμίως για το έτος 2010 ήταν 604 δισεκατομμύρια \$, δαπάνη η οποία μπορούμε να πούμε ότι αντιστοιχεί σε περίπου το 1% του παγκόσμιου ΑΕΠ. Μπορούμε να πούμε ότι είναι ίσο με το ετήσιο κόστος ενός πολέμου π.χ. Ιρακ . Παρουσιάζεται δραματική αύξηση των ατόμων με άνοια λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, και της απουσίας προληπτικών μέτρων ή θεραπευτικών μεθόδων πράγμα που οδηγεί και σε αύξηση του Alzheimer. Οι προβλέψεις αναφέρουν τον επταπλασιασμό των δαπανών για την αντιμετώπιση στις επόμενες δεκαετίες (Alzheimer's Association, 2016; Σακκά και συν, 2016).

Παρά την σημαντικότητα της έρευνας για την άνοια οι επενδύσεις διεθνώς είναι δυσανάλογες σε σχέση με το κόστος αντιμετώπισης της νόσου. Ενδεικτικά ενώ το κόστος αντιμετώπισης της νόσου στις ΗΠΑ αγγίζει τα 200 δισεκατομμύρια \$ ετησίως , το κόστος για την έρευνα μόλις φτάνει περίπου 0,5 δισεκατομμύρια \$ ετησίως (Alzheimer's Association, 2016; Σακκά και συν, 2016).

Πάνω από 15 εκατομμύρια Αμερικανοί παρέχουν μη αμειβόμενη φροντίδα (πάνω από 17.900 εκατομμύρια ώρες) για τα άτομα με τη νόσο του Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας είναι (ADI, 2016) .

Ελλάδα

Η Ελλάδα δεν έχει πολλά και επαρκή επιδημιολογικά δεδομένα όσο αφορά την άνοια. Η Alzheimer's Disease International ανάγοντας δεδομένα από άλλες χώρες και αναφέρει ότι η άνοια στην Ελλάδα το έτος 2010 έφτασε τα 196.000 άτομα. Οι εκτιμήσεις λένε ότι το 2030 θα αγγίξει τις 276.000 περιπτώσεις ενώ το 2050 τις 365.000. (Σακκά και συν, 2016).

Τα δεδομένα όσο αφορά το κόστος της άνοιας στην χώρα μας δεν είναι επαρκή ούτε υπάρχουν στοιχεία για επιμερισμένο τους σε κατηγορίες, όπως άμεσο κόστος , έμμεσο κόστος , διάρκεια νοσηλείας, φαρμακευτική αγωγή και

συννοσηρότητα. Σε μια έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2005 από τον Κυριόπουλου και τους συνεργάτες του υπολογίστηκε ότι το μηνιαίο κόστος για έναν άτομο με άνοια στο στάδιο αυτονομίας ήταν 341€, στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι 957€ και στο στάδιο εξάρτησης σε ίδρυμα 1.267€, ήτοι ένα ετήσιο κόστος της τάξης των 4092-15204€. Το κόστος αυτό αφορά το κόστος της άτυπης φροντίδας και της απώλειας παραγωγικότητας. Όσο αφορά τους φροντιστές υπολογίστηκε ότι στο στάδιο εξάρτησης απαιτούνται 168ώρες / μήνα από μέλος της οικογένειας και περίπου 72 ώρες/μήνα για κάποια οικιακή βοηθό. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσο το άτομο μεταβαίνει από το στάδιο αυτονομίας στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι αυξάνεται η ιατρική φροντίδα ενώ μειώνεται όταν ο ασθενής κινείται προς κάποιο ίδρυμα. Έτσι η φροντίδα σε ίδρυμα αυξάνει το συνολικό κόστος φροντίδας του ατόμου με άνοια, ενώ μειώνει την δέσμευση της οικογένειας.(Κυριόπουλος και συν, 2005). Τα ίδια αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και μια πιο πρόσφατη έρευνα του 2013. (Καιτελίδου και συν, 2013).

Το συνολικό κόστος αντιμετώπισης της άνοιας στην Ελλάδα (άμεσο και έμμεσο) υπερβαίνει τα 3 δισεκατομμύρια € ετησίως και δύναται να προσεγγίζει τα 6 δισεκατομμύρια € ετησίως ποσά που έχουν υπολογιστεί με απλή αναγωγή διεθνών δεδομένων. Μια ορθολογική διαχείριση της νόσου μπορεί να οδηγήσει και στη δυνατότητα περιστολής του κόστους. Η Ελλάδα θα πρέπει να θέσει δεκαετή στόχο και να αυξήσει την χρηματοδότηση της εγχώριας έρευνας με ποσό που να φτάνει τα 60.000.000€ ετησίως. (Σακκά και συν, 2016).

Κεφάλαιο 1^ο ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ- ALZHEIMER

1.1.Ορισμός

Σύμφωνα με την "Δεκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσών και Προβλημάτων Άνοιας" (ICD-10), η άνοια χαρακτηρίζεται σαν σύνδρομο που οφείλεται σε κάποια χρόνια και προοδευτική εγκεφαλική πάθηση. Η εγκεφαλική αυτή πάθηση χαρακτηρίζεται από πολυάριθμες διαταραχές των ανώτερων λειτουργιών, οι οποίες επηρεάζουν την μνήμη, τον προσανατολισμό, την κατανόηση, τον υπολογισμό, την ικανότητα μάθησης, την σύλληψη των ιδεών, τον λόγο και τέλος την κρίση, οι οποίες συνοδεύονται από γενικότερη αποδιοργάνωση της κοινωνικής συμπεριφοράς, των κινήτρων και του συγκινησιακού ελέγχου. Σύμφωνα με αυτήν την ταξινόμηση η άνοια παρουσιάζει τις εξής μορφές: αγγειακή άνοια, άνοια της νόσου Alzheimer και άνοιες που συνδέονται με παθήσεις (νόσος του Parkinson, νόσος του Pick, νόσος του Huntington, νόσος Creutzfeldt-Jacob, νόσος του VIH) (ICD-10, 2010).

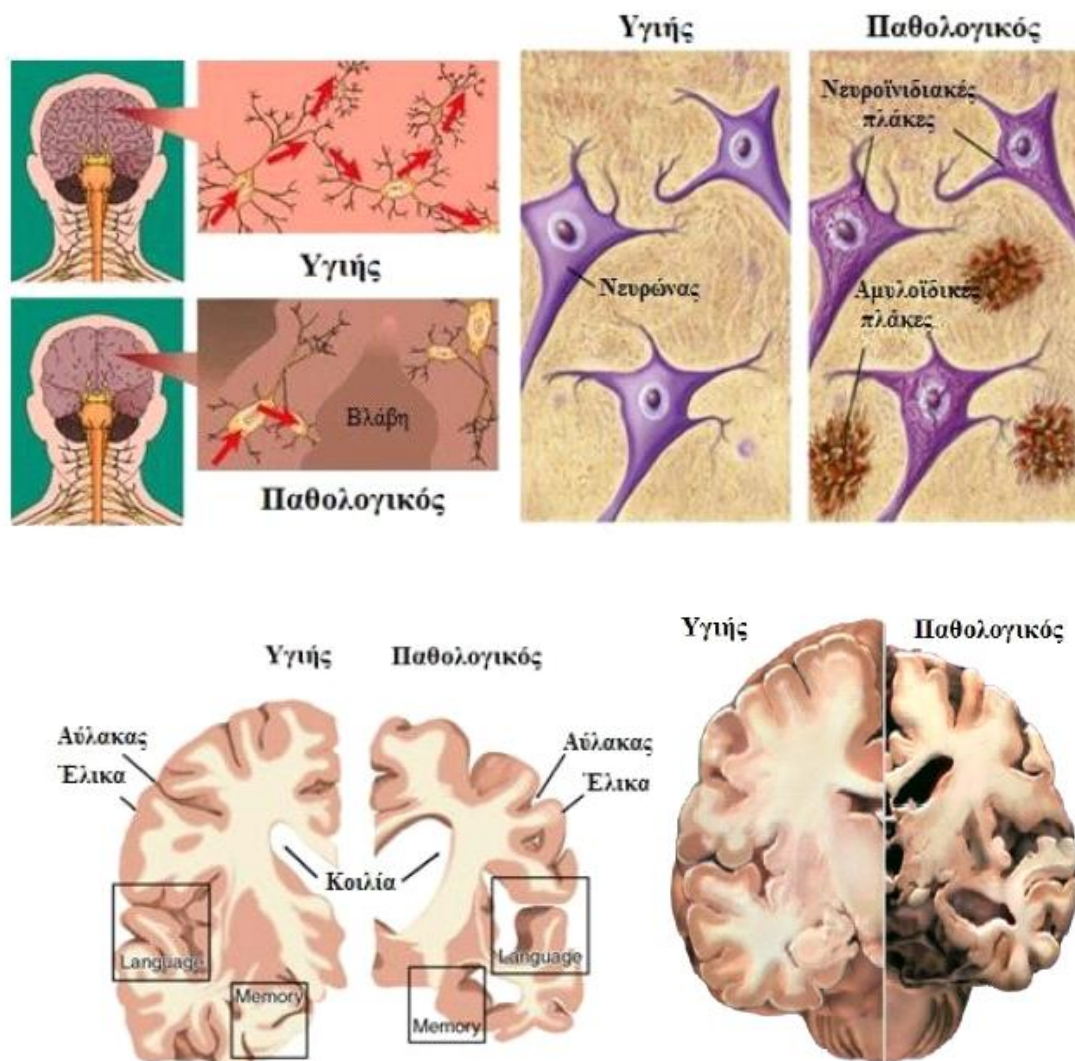
Σύμφωνα με το "Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών" DSM-IV, η άνοια χαρακτηρίζεται από πολλαπλά νοητικά ελλείμματα τα οποία προκαλούν διαταραχή της μνήμης αλλά και μία τουλάχιστον νοητική διαταραχή (αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή των εκτελεστικών λειτουργιών) ή παρουσιάζεται επιδείνωση όσο αφορά το λειτουργικό επίπεδο προηγούμενης φάσης (APA, 2013).

Η αιτία της νόσου Alzheimer παρόλα τα νευροχημικά αλλά και νευροπαθολογικά ευρήματα παραμένει βασικά άγνωστη, χαρακτηρίζεται όμως ως εκφυλιστική πρωτοπαθής νόσος του. Κατατάσσεται στις προγεροντικές άνοιες λόγω του ότι ο χρόνος έναρξης ξεκινάει στην μέση ενήλικη ζωή, παρά το γεγονός ότι εμφανίζεται περισσότερο στις πιο μεγάλες ηλικίες. (Guy et al, 2011; Χριστοδούλου, 2004).

Οι μορφές της νόσου είναι δύο α) οικογενής μορφή και β) σποραδική μορφή. Η οικογενής είναι κληρονομική ενώ η σποραδική όχι. Όσο αφορά τον χρόνο έναρξης τη νόσος ταξινομείται σε α) πρόιμη, ή β) όψιμη. Η πρώτη εκδηλώνεται σε

άτομα νεότερα των 65 ετών (συνήθως προσβάλλει άτομα ηλικίας 30 έως 60) και η δεύτερη εκδηλώνεται σε άτομα ηλικίας πάνω από 65 ετών. Η πρόωμης έναρξης νόσος είναι σχετικά σπάνια αλλά συχνά εξελίσσεται πιο γρήγορα από την όψιμη. (A et al, 2011; Graham & Warner , 2009; Χριστοδούλου, 2004).

Εικόνα 4: Μικροσκοπικά χαρακτηριστικά της νόσου Alzheimer (πηγή: Smirnov, 2003)



Εικόνα 5: Μακροσκοπικά χαρακτηριστικά της νόσου Alzheimer (πηγή: Smirnov, 2003)

1.2.Προδιαθεσικοί παράγοντες της νόσου Alzheimer

Η αιτιολογία της νόσου Alzheimer, δεν είναι πλήρως γνωστή από τους επιστήμονες. Πρόκειται για μια πολυπαραγοντική ασθένεια, η οποία είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς συνδυασμού γεγονότων, που λαμβάνουν χώρα στον εγκέφαλο κατά τη διάρκεια μιας μακράς περιόδου. Η επικρατέστερη θεωρία πάνω στην αιτιολογία της νόσου, επικεντρώνεται στην επίδραση γενετικών παραγόντων που σχετίζονται επιπρόσθετα με την ηλικία, τον τρόπο ζωής και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Υπάρχουν ενδείξεις για κληρονομική προδιάθεση, αν και οι περισσότερες περιπτώσεις στην κλινική πράξη είναι σποραδικές. Αξίζει να σημειωθεί πως η πιθανότητα νόσησης από Alzheimer, διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθώς υπάρχει ποικιλία στο γονιδιακό προφίλ και τον τρόπο ζωής (Σκαρμέας, 2012).

A. Ηλικία

Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για τη νόσο Alzheimer είναι η ηλικία. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι 65 ετών και άνω. Παρατηρείται διπλασιασμός της εμφάνισης της νόσου για κάθε πέντε χρόνια και για ηλικία πάνω των 65 ετών. Μετά τα 85, ο κίνδυνος προσεγγίζει περίπου το 50% (ADI,2016; Σακκά και συν, 2016; Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004).

B. Οικογενειακό ιστορικό

Έρευνες έχουν δείξει πως η ύπαρξη της πάθησης σε συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια), αυξάνει τον κίνδυνο κατά 3,5 φορές⁶⁰, ιδιαίτερα αν περισσότερα από ένα μέλη της οικογένειας πάσχουν. Ενοχοποιούνται η κοινή γενετική προδιάθεση μόνη της ή σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες (ADI,2016; Σακκά και συν, 2016; Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004).

Γ. Γονιδιακοί παράγοντες

Συγκεκριμένη μορφή του γονιδίου της πρωτεΐνης που ονομάζεται απολιποπρωτεΐνη E (ApoE), και βρίσκεται στο χρωμόσωμα 19 ενοχοποιεί ότι επηρεάζει θετικά ή αρνητικά, τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Η βασική λειτουργία της ApoE, συνίσταται στη συμμετοχή της στο μεταβολισμό των λιπιδίων. Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι της : ApoEe2, ApoEe3, ApoEe4. Κάθε άνθρωπος κληρονομεί ένα αντίγραφο κάποιας μορφής από τον κάθε γονέα.

- Η ApoEe2, είναι η πιο σπάνια μορφή και δρα προστατευτικά ενάντια στη νόσο.
- Η ApoEe3, είναι πιο συχνή μορφή και δρα ουδέτερα .
- Η ApoEe4, βρίσκεται στο 10-15% του γενικού πληθυσμού και περίπου στο 40-50% των ασθενών με Alzheimer.

Πολλές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει τη συσχέτιση της συγκεκριμένης μορφής του γονιδίου με την εμφάνιση της νόσου, χωρίς όμως να είναι κατανοητός ακόμη ο μηχανισμός. Ωστόσο, αν και η ApoEe4, είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τη νόσο, δεν προϋποθέτει και ότι θα υπάρξει εκδήλωση της νόσου. Δεν είναι απαραίτητη δηλαδή, για να αναπτυχθεί η πάθηση, ούτε ειδική. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, (Genome-Wide Association Study- GWAS), οι ερευνητές έχουν ταυτοποιήσει επιπρόσθετα έναν αριθμό γονιδίων, που μπορεί να αυξάνουν την εμφάνιση της νόσου Alzheimer, όπως τα PICALM, CR1, CLU (γονίδιο κλαστερίνης), BIN1. Η συνεχόμενη ερευνητική δραστηριότητα βοηθάει τόσο στην κατανόηση των αιτιών της πάθησης αλλά συμβάλει στην δημιουργία νέων φαρμάκων , θεραπείας και πρόληψης (ADI,2016; Σακκά και συν, 2016; Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004).

.

Δ. Περιβαλλοντικοί παράγοντες/ Τρόπος ζωής

Πρόσφατες έρευνες οδηγούν στο συμπέρασμα πως ο υγιεινός τρόπος ζωής μειώνει μερικές φορές την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου Alzheimer. Οι επιστήμονες υποστηρίζουν πως ορισμένοι παράγοντες κινδύνου για πρόκληση καρδιακών παθήσεων, όπως το κάπνισμα, ο διαβήτης, η υψηλή αρτηριακή πίεση, τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης και η παχυσαρκία, σχετίζονται σε σημαντικό ποσοστό με την εκδήλωση της νόσου (Σκαρμέας , 2012).

Μελέτες σε πειραματόζωα αλλά και σε ανθρώπους, έχουν συνδέσει τις **υψηλές τιμές χοληστερόλης στο αίμα**, με τον κίνδυνο εμφάνισης Alzheimer. Σύμφωνα με έρευνα στο Πανεπιστήμιο Devis της Καλιφόρνια, η οποία δημοσιεύθηκε στο περιοδικό JAMA Neurology, αποδείχθηκε πως τα παθολογικά επίπεδα χοληστερόλης, μπορούν να προκαλέσουν υψηλότερα επίπεδα β-αμυλοειδικής πρωτεΐνης, που όπως είναι γνωστό συμμετέχει στην ανάπτυξη της νόσου. Συγκεκριμένα, 74 εθελοντές, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 75 ετών και άνω, με φυσιολογική έως μετρίως διαταραγμένη νοητική λειτουργία από τη νόσο, υπεβλήθησαν σε: α) τομογραφία εγκεφάλου μετά από χορήγηση σκιαγραφικής ουσίας που συνδέεται με τις συσσωρεύσεις της β-αμυλοειδικής πρωτεΐνης στον εγκέφαλο (που όπως προαναφέρθηκε δημιουργούν τις γεροντικές πλάκες), και β) εξετάσεις αίματος για τη μέτρηση των επιπέδων χοληστερόλης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όσο υψηλότερες ήταν οι τιμές της χοληστερίνης (και ιδιαίτερα της «κακής» χοληστερίνης LDL), τόσο μεγαλύτερη ήταν η συσσώρευση της πρωτεΐνης στον εγκεφαλικό φλοιό (Reed et al, 2014; Shepardson et al, 2011). Η συγκεκριμένη ανακάλυψη, δημιούργησε το ερώτημα, είναι δυνατόν τα φάρμακα που προκαλούν μείωση της μειώνουν της χοληστερίνης, να ελαττώνουν επίσης τον κίνδυνο για Alzheimer ή γενικότερα για άνοια. Μέχρι στιγμής όμως, η υπόθεση δεν έχει επιβεβαιωθεί από ανάλογες μελέτες.

Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας συσχετίζονται με αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης στο αίμα. Οι αυξημένες τιμές αυτές τιμές, είναι ένας σημαντικός ανεξάρτητος παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου, εγκεφαλικής ατροφίας, νοητικής έκπτωσης και άνοιας65. Πειράματα σε ποντίκια, έχουν αναδείξει πως αυξημένα επίπεδα του εν λόγω αμινοξέος, προκαλούν το θάνατο των εγκεφαλικών κυττάρων. Η τιμή της στο αίμα επηρεάζεται και μπορεί να πέσει σημαντικά με την κατανάλωση ορισμένων βιταμινών (όπως φυλλικό οξύ, B6, B12), κάτι που καθιστά σημαντική τη σύνδεσή της με τη νόσο Alzheimer (Smith et al, 2010; Morris, 2003).

Σύμφωνα με νέα μελέτη, **η υψηλή αρτηριακή πίεση** σε άτομα με γενετική προδιάθεση για τη νόσο Alzheimer, μπορεί να προκαλέσει την ανάπτυξη αμυλοειδικών πλακών στον εγκέφαλο και να βλάψει τα αγγεία του, με συνέπεια την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών και ιδιαίτερα της μνήμης. Τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε εθελοντές, απέδειξαν πως άτομα με υψηλή αρτηριακή πίεση και γενετικό παράγοντα κινδύνου, είχαν σημαντικά μεγαλύτερο

αριθμό αμυλοειδικών πλακών (καταδείχθηκε με μαγνητική τομογραφία), συγκριτικά με τους εθελοντές που είχαν μόνο τον ένα ή κανένα παράγοντα κινδύνου (Reinberg , 2013) .

Ο σακχαρώδης διαβήτης και η νόσος Alzheimer συσχετίζονται με τρόπους που δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Αν και δεν επιβεβαιώνουν όλες οι μελέτες τη σύνδεση, αρκετές έρευνες δείχνουν πως οι πάσχοντες από διαβήτη (κυρίως τύπου II), παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κινδύνου να εμφανίσουν Alzheimer (έως 65%) ή άλλες μορφές άνοιας (για παράδειγμα αγγειακή, που σχετίζεται με εγκεφαλικά επεισόδια). Η σύνδεση μεταξύ του διαβήτη και της νόσου Alzheimer, μπορεί να δικαιολογηθεί ως το αποτέλεσμα της επίδρασης που προκαλεί ο διαβήτης στην ικανότητα του εγκεφάλου να χρησιμοποιήσει τη γλυκόζη και να ανταποκρίνεται στην ινσουλίνη. Ο διαβήτης επιπρόσθετα, μπορεί να προκαλέσει ήπια γνωστική εξασθένηση που είναι δυνατό να εξελιχθεί σε Alzheimer. Οι ερευνητικές μελέτες συνεχίζονται, ώστε να διαπιστωθεί αν τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του διαβήτη, είναι αποτελεσματικά για τη νόσο Alzheimer (Moeira, 2013).

Παλαιότερες μελέτες είχαν υποστηρίξει ότι το **καπνισμα** πιθανώς να είναι προστατευτικό ως προς τη ΝΑ. Ωστόσο, νεότερες καλύτερες μελέτες που πασχουν από λιγότερα μεθοδολογικά σφάλματα καταδεικνύουν ότι το καπνισμα σαφώς αυξάνει την πιθανότητα ΝΑ (Rusanen et al, 2011; Anstey et al, 2007).

Σύμφωνα με έρευνα που έλαβε χώρα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Φιλανδίας, διαπιστώθηκε πως οι άνθρωποι που είναι βαρείς καπνιστές στη μέση ηλικία, υπερδιπλασιάζουν τον κίνδυνο εκδήλωσης νόσου Alzheimer, συγκριτικά με τους μη καπνιστές. Ο ακριβής μηχανισμός ωστόσο δεν είναι γνωστός. Πιθανολογείται πως δρα μέσω αγγειακών και νευροεκφυλιστικών οδών. Επιπρόσθετα υποστηρίζεται πως το κάπνισμα συμβάλλει στο οξειδωτικό stress και τη δημιουργία φλεγμονής, που πιστεύεται πως είναι σημαντικά στην εξέλιξη της νόσου (Hendrick, 2010).

Όσο αφορά την διατροφή και τον ρόλο της σχετικά με την εμφάνιση Alzheimer υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα (Sofi et al, 2011). Πιθανή αιτία των αντικρουόμενων δεδομένων είναι ότι στις έρευνες γίνεται μελέτη μεμονωμένων διατροφικών στοιχείων και όχι διατροφικών προτύπων. Έτσι σε άλλες έρευνες έχουν συσχετισθεί με μειωμένο κίνδυνο εμφάνιση Alzheimer ή άλλων ανοιών η υψηλή πρόληψη διαφόρων βιταμινών (C, E, B6, B12), ακόρεστων λιπαρών, φλαβονοειδών,

αλλά και ψαριών , συμπληρωμάτων διατροφής , αντιοξειδωτικών αλλά και μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ, ενώ σε άλλες έρευνες όχι (Luchsinger et al, 2007).

Πολλοί βιολογικοί μηχανισμοί που ενοχοποιούνται για την κατάθλιψη πιθανώς να σχετίζονται και με την νόσο Alzheimer. (Butters et al, 2008). Σε μελέτες γίνεται αναφορά ότι η παρουσία κατάθλιψης αυξάνει την πιθανότητα να αναπτυχθεί Alzheimer μετά από λίγα έτη. Από την άλλη είναι ερευνητικά αποδεδειγμένο ότι οι νοσούντες με Alzheimer εκδηλώνουν πληθώρα συμπτωμάτων που αφορούν την συμπεριφορά αλλά και ψυχιατρικά συμπτώματα όπως η κατάθλιψη. Δεν έχει όμως αποδειχθεί πλήρως αν η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο Alzheimer ή είναι μια πρόωρη εκδήλωση της νόσου. Σε άλλες μελέτες γίνεται αναφορά ότι η κατάθλιψη που εμφανίζεται στη μέση ηλικία υπάρχει πιθανότητα να αυξάνει τον κίνδυνο για Alzheimer μερικές δεκαετίες αργότερα. (Saczynski et al, 2010; Dotson et al, 2010) .

1.3.Διάγνωση της νόσου Alzheimer

Παρόλο το γεγονός πως η νόσος Alzheimer εμφανίζεται σε πολύ υψηλά ποσοστά στους ηλικιωμένους, εντούτοις συχνά παραμένει αδιάγνωστη στα πρώιμα στάδιά της, καθώς οι συγγενείς αλλά και αρκετοί γιατροί, θεωρούν λανθασμένα τα αρχικά συμπτώματα ως αναπόφευκτη συνέπεια του γήρατος. Η οριστική και ακριβής διάγνωση της νόσου είναι εφικτή μόνο μετά την αναζήτηση των χαρακτηριστικών παθολογοανατομικών αλλοιώσεων στον εγκεφαλικό ιστό, η μελέτη του οποίου μπορεί να διενεργηθεί μετά το θάνατο του ασθενούς. Εντούτοις, οι γιατροί διαθέτουν αρκετές μεθόδους που τους βοηθούν να προσδιορίσουν με σχετική ακρίβεια, πότε ένα άτομο με προβλήματα μνήμης, πάσχει πιθανώς από νόσο Alzheimer. Διαταραχές μνήμης, δεν προκαλούνται όμως μόνο από την άνοια. Για αυτό, πριν τεθεί η διάγνωση της νόσου θα πρέπει να αποκλεισθούν άλλες πιθανές αιτίες, όπως κατάθλιψη, χρήση φαρμάκων, αγχώδεις διαταραχές, όγκοι εγκεφάλου, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, μεταβολικές και ψυχιατρικές παθήσεις. Η διάγνωση του Alzheimer, απαιτεί προσεκτική ιατρική εκτίμηση, που περιλαμβάνει (ADI, 2016; Σακκά και συν, 2016):

α) Τη λήψη ενός λεπτομερούς **ιατρικού ιστορικού**, (κυρίως από το άμεσο περιβάλλον του ασθενούς, καθώς ο ίδιος συχνά δεν αντιλαμβάνεται ότι ξεχνά ή ότι είναι ανεπαρκής σε δραστηριότητες που συνήθιζε να διεκπεραιώνει σωστά). Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο γιατρός ρωτά τον ασθενή σχετικά με το κύριο πρόβλημα, την ύπαρξη άλλων συμπτωμάτων, τη χρήση φαρμάκων, παλαιότερες παθήσεις, το οικογενειακό ιστορικό, την ψυχική κατάσταση του και τον τρόπο ζωής που ακολουθεί (ADI, 2016; Σακκά και συν, 2016).

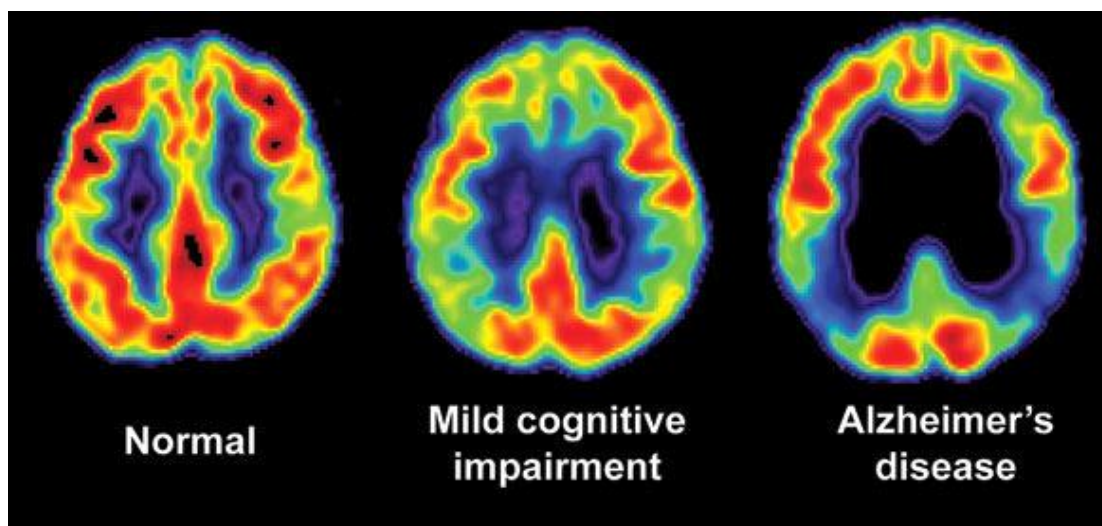
β) Την **κλινική εξέταση** και τη διενέργεια **εργαστηριακών εξετάσεων** αίματος, για να αποκλεισθούν άλλες παθήσεις που προκαλούν πιθανώς ίδια συμπτωματολογία (π.χ. παθήσεις θυρεοειδούς, έλλειψη βιταμίνης B12) (ADI, 2016; Σακκά και συν, 2016).

γ) **Νευρολογική εξέταση**, όπου ο γιατρός (συνήθως ο νευρολόγος), ελέγχει το άτομο για προβλήματα που σηματοδοτούν διαταραχές του εγκεφάλου, διαφορετικές από Alzheimer. Ο ειδικός αναζητά πιθανές ενδείξεις για εγκεφαλικό επεισόδιο, όγκους εγκεφάλου ή άλλες παθήσεις που προκαλούν προβλήματα μνήμης. Η εξέταση περιλαμβάνει έλεγχο των αντανακλαστικών, των οφθαλμικών κινήσεων, της ομιλίας,

της αισθητικότητας, της μυϊκής ισχύος και του συντονισμού των κινήσεων (ADI, 2016; Σακκά και συν, 2016).

δ) **Ο νευρολογικός έλεγχος**, μπορεί να απαιτεί και **απεικονιστική μελέτη** του εγκεφάλου, η οποία περιλαμβάνει αξονική (CT) και μαγνητική τομογραφία (MRI). Ως κύριο εύρημα, παρατηρείται διάταση των κοιλιών και συμμετρική ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού, κυρίως στους κροταφικούς λοβούς. Ωστόσο, οι αλλοιώσεις αυτές, μερικές φορές είναι γενικά αναμενόμενες για την ηλικία του ασθενούς. Επίσης, η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET-Scan) βοηθά στη διάγνωση, καθώς απεικονίζει τις β-αμυλοειδικές πλάκες που συσσωρεύονται στον εγκέφαλο, και αποτελούν το χαρακτηριστικό εύρημα της νόσου Alzheimer. Ο απεικονιστικός έλεγχος βοηθά σημαντικά στη διαφορική διάγνωση. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αποτελεί μια ιατρική εξέταση, η οποία εκτιμά τη λειτουργία του εγκεφάλου, αναλύοντας την ηλεκτρική δραστηριότητα που παράγεται από τα νευρικά κύτταρά του. Η μέτρηση πραγματοποιείται με τη βοήθεια ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στο κρανίο. Στη νόσο Alzheimer είτε είναι φυσιολογικό είτε μπορεί να υπάρχει μια διάχυτη βραδυαρρυθμία (ADI, 2016; Σακκά και συν, 2016).

Εικόνα 6: Εξέταση πρωτεϊνών του Εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) (πηγή: Μάλλιου-Κριαρά, 2014)



ε) **Τα tests για την εκτίμηση της διανοητικής κατάστασης**, εκτιμούν τη μνήμη, την ικανότητα επίλυσης απλών προβλημάτων, τη διάρκεια της προσοχής και άλλες νοητικές δεξιότητες. Τα συγκεκριμένα tests δίνουν μια γενική εικόνα για το αν ο ασθενής είναι γνώστης των συμπτωμάτων του, ξέρει την ημέρα, την ημερομηνία, το

μήνα της εβδομάδας, την ώρα και που βρίσκεται (τοποθεσία), αν μπορεί να συγκρατήσει μια μικρή λίστα από λέξεις, αν μπορεί να ακολουθεί οδηγίες και να κάνει απλούς μαθηματικούς υπολογισμούς. Τέτοια τεστ είναι ((Tsoi et al, 2015; McCarten et al, 2012; McCarten et al, 2011):

- Mini Mental State Examination (MMSE) (Kurlowicz & Wallace, , 1999)
- Mini-cog test (Borson et al, 2003)
- Αξιολόγηση ψυχικής κατάστασης (Σακκά και συν, 2016),
- Οικογενειακό ερωτηματολόγιο (Lazaroff & Dolloff, , 2001)
- Self - Administered Gerocognitive Examination (SAGE test) (Knapton, 2014)
- Sapphire II test (Sauer, 2014)

1.4. Διαφορική διάγνωση της νόσου Alzheimer

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις παθήσεις που εκδηλώνονται με συμπτώματα άνοιας αλλά και διάφορα αίτια που υπάρχει περίπτωση να προκαλέσουν άνοια, όπως διάφορες παθήσεις του θυρεοειδούς -παραθυρεοειδούς αδένων έλλειψη βιταμινών όπως της B12, σύφιλη, υπογλυκαιμία κ.ά. (Teng et al, 2008).

- Επίσης η γεροντική άνοια η οποία εμφανίζεται σε ηλικίες μεγαλύτερες των 65 ετών αναφέρεται από ερευνητές ότι είναι ίδια νόσος με το Alzheimer αλλά έχει διαφορετική αιτιολογία. (Burns & Iliffe, 2009). Η νόσος του Pick αφορά τις μετωποκροταφικές περιοχές του εγκεφάλου και χαρακτηρίζεται από εκφύλιση και η ατροφία του ΚΝΣ χαρακτηρίζεται κυρίως από διαταραχές της συμπεριφοράς, στο δε τελικό στάδιο έχει την ίδια συμπτωματολογία με εκείνη της νόσου Alzheimer (Munoz et al, 2003). Η νόσος των «τρελλών αγελάδων» (Jacob – Creutzfeldt) , χαρακτηρίζεται από ταχεία εξέλιξη της άνοιας (Broxmeyer, 2005). Τέλος η πολυεμφραγματική ή αγγειακή άνοια η οποία οφείλεται σε διάχυτη αρτηριοσκλήρυνση των αγγείων του εγκεφάλου οδηγεί σε πολλαπλά μικρά έμφρακτα κυρίως στις περικοιλιακές περιοχές και παρουσιάζει συμπτωματολογία παρόμοια της νόσου Alzheimer (Cunningham et al, 2015).

Άλλες διαταραχές να εξετάσουν κατά τη διαφορική διάγνωση της AD περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Teng et al, 2008):

- Εξασθένηση Μνήμης Σχετιζόμενη Με Την Ηλικία
- Κατάχρησης Αλκοόλ Ή Ναρκωτικών
- Κατάθλιψη
- Η Βιταμίνη B12
- Αγγειακή Εγκεφαλική Νόσο (Και Αγγειακή Άνοια)
- Ακοής Ή Όρασης
- Υπερνατρίαemia
- Υπογλυκαιμία

- Υποθυρεοειδισμός Ή Υπερθυρεοειδισμός
- Άνοια Με Σωματίδια Lewy
- Υδροκέφαλο Φυσιολογικής Πίεσης
- Νόσου Του Parkinson Με Άνοια
- Πολυφαρμακία
- Μείωση Του Όγκου
- Wernicke-Korsakoff Σύνδρομο

1.5.Κλινικές Εκδηλώσεις της Νόσου του Alzheimer

Η νόσος Alzheimer παρουσιάζει συγκεκριμένες νευροανατομοπαθολογικές αλλοιώσεις. Οι αλλοιώσεις αυτές εξελίσσονται με τέτοιο τρόπο που χαρακτηρίζονται από κλινική ετερογένεια και περιλαμβάνουν διαταραχές των νοητικών λειτουργιών αλλά και συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Οι διαταραχές εκφράζονται με τα 4 «Α» Αμνησία, Αφασία, Απραξία και Αγνωσία. Επηρεάζουν δε σημαντικότερες νοητικές λειτουργίες (τη μνήμη, το λόγο, τις οπτικοχωρικές δεξιότητες, και τις εκτελεστικές λειτουργίες) (Σακκά και συν 2016; McKhann et al, 2011; Lyketsos et al, 2011; Greenberg, 2004) :

- Η **αμνησία** : Η διαταραχή αυτή στα αρχικά στάδια επηρεάζει την βραχυπρόθεσμη μνήμη, δηλαδή την μνήμη στην οποία γίνεται η αποθήκευση των πρόσφατων πληροφοριών. Στο τελικό στάδιο προσβάλλεται και την απώτερη ή μακροπρόθεσμη μνήμη (αναμνήσεις).
- Η **αφασία**: Η διαταραχή αυτή αφορά την λεκτική έκφραση και την κατανόηση του λόγου. Χαρακτηριστικό είναι οι ασθενείς να μην μπορούν να βρουν την λέξη για την κατονομασία αντικειμένων (όνομα) ενώ μπορεί να το περιγράψουν σωστά. Χαρακτηρίζεται ως απώλεια της έννοιας ή του συμβολισμού της.
- Η **απραξία**: Η διαταραχή αυτή οδηγεί σε αδυναμία ή ανικανότητα στην εκούσια ολοκλήρωση πράξεων. Οι ασθενείς δεν μπορούν να εκτελέσουν σωστά τις καθημερινές τους πράξεις (π.χ. αλλαγή ρούχων).
 - Η **αγνωσία** : Η διαταραχή αυτή συνοδεύεται από την αδυναμία του ασθενή να αναγνωρίζει αντικείμενα και πρόσωπα

Τα συμπτώματα εξελίσσονται σε διάστημα 10 ετών από την έναρξη της νόσου έως στο τελικό στάδιο. Η αλαλία, η ακράτεια και η κατάκλιση είναι οι τελικές εκδηλώσεις και ο θάνατος εμφανίζεται χαρακτηριστικά σε 5 έως 10 χρόνια μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων (Greenberg, 2004).

Η κλινική εικόνα της νόσου Alzheimer χαρακτηρίζεται από : (McKhann et al, 2011q Lyketsos et al,2011):

- Διαταραχές που αφορούν την πρόσφατη μνήμη. Η μακροπρόθεσμη μνήμη συνήθως προσβάλλεται στο τελικό στάδιο της νόσου. Διαταραχές που

αφορούν την ικανότητα να κατανοήσει ο ασθενής αλλά και να εκφράσει τον λόγο (επικοινωνία) .

- Έκπτωση των επιτελικών λειτουργιών των οπτικοχωρικών ικανοτήτων, και της καθημερινής λειτουργικότητας .

Συνολικά τα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά και η χρονική ταχύτητα εξέλιξης της νόσου και επιβάρυνσης της κλινικής εικόνας επηρεάζει την πρόγνωση. Τα συμπτώματα των ασθενών με άνοια είναι τόσο συμπεριφορικά όσο και ψυχιατρικά και παρουσιάζονται στο 70-90% των περιπτώσεων.

Εικόνα 7: Χαρακτηριστικά ατόμων με νοητικές διαταραχές (πηγή: Αναστασιάδου, 2015)

Διάφορες μελέτες αναφέρουν ότι μεταβολή της προσωπικότητας παρουσιάζει το 90% των ασθενών με άνοια, καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσιάζει το 80%, παραληρητικές ιδέες το 73%, διαταραχές της αντίληψης το 50%, σύγχυση προσώπων μέχρι και 50%, επιθετικότητα και εχθρότητα το 20% και μανιακή εικόνα το 15% (Cerejeira et al, 2012).

Η έναρξη τα άνοιας αρχίζει ύπουλα και η επιδείνωση της μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια. Η έναρξή της μπορεί να χαρακτηριστεί από ασαφή σωματικά ενοχλήματα, όπως η κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα αλλά και η μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Η εξέλιξη της άνοιας εξαρτάται από την αιτιολογία της. Η θεραπεία των αιτιών μπορεί να οδηγήσει σε αναχαίτηση της άνοιας. Δυστυχώς η άνοια τύπου Alzheimer μετά από μεγάλο χρονικό διάστημα οδηγεί πάντα σε θάνατο που προέρχεται από την αδυναμία που παρουσιάζει το άτομο να φροντίσει τον εαυτό του. Η κακή διατροφή, οι κατακλίσεις, τα διάφορα ατυχήματα, οι λοιμώξεις και η πνευμονία οδηγούν το άτομο σε σίγουρο θάνατο (Καπάκη – Παρασκευάς, 2000).

1.6.Θεραπεία της νόσου Alzheimer

Δεν υπάρχουν φάρμακα που να προλαμβάνουν ή να ανακόπτουν πλήρως την εξέλιξη της νόσου Alzheimer. Τα διάφορα σκευάσματα ουσιαστικά επιβραδύνουν την εκφύλιση του εγκεφάλου, είναι πιο αποτελεσματικά στα πρώτα στάδια. Η διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή βοηθάει στα συμπτώματα της νόσου Alzheimer επιτυγχάνοντας την διατήρηση ιδίων επιπέδων στις ουσίες που εμπλέκονται στην επικοινωνία των νευρικών κυττάρων επιβραδύνοντας έτσι τον εκφυλισμό. Παγκοσμίως οι νευρολόγοι ερευνούν τα αίτια της νόσου Alzheimer αποβλέποντας σε ανακάλυψη πιο αποτελεσματικών τρόπων που θα οδηγήσουν στην αναχαίτιση αλλά και στην πρόληψη της νόσου (Sindi1 et al, 2015;Vitaliano et al, 2003; Parks and Novielli, 2003).

A) Φαρμακευτική Αγωγή

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες που να μπορούν να παρέχουν θεραπεία για τη νόσο Alzheimer, επιβραδύνοντας ή σταματώντας τη δυσλειτουργία και το θάνατο των νευρικών κυττάρων. Ωστόσο, έχουν αναπτυχθεί φάρμακα που μπορούν να βελτιώσουν τα συμπτώματα ή να καθυστερήσουν προσωρινά την εξέλιξή τους (Alzheimer's Association, 2014; Vickeyet al, 2006).

Ο βασικός φαρμακευτικός στόχος στη θεραπεία της νόσου Alzheimer αποτελούν η βελτίωση των διαφόρων διαταραχών της συμπεριφοράς, η αντιμετώπιση της κατάθλιψης, η σταθεροποίηση των διαταραχών της νόησης αλλά και της λειτουργικότητας του ατόμου συμπτώματα τα οποία συνοδεύουν την νόσο. Οι ασθενείς θα πρέπει την έναρξη της θεραπείας αυτής θα πρέπει να επιβληθούν σε έναν πλήρη έλεγχο για τον εντοπισμό άλλων δευτεροπαθών αιτιών που μπορούν να θεραπευτούν με συμπτώματα παρόμοια της άνοιας. Τέτοιες παθήσεις είναι οι παθήσεις του θυρεοειδούς, τα μεταβολικά και τα συστηματικά νοσήματα, η λήψη φαρμάκων που επηρεάζουν δυσμενώς τις νοητικές λειτουργίες και η χρόνια υποξία. (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 2014; Alzheimer's Association, 2014).

Ο Food and Drug Administration- FDA , οργανισμός τροφίμων και φαρμάκων των ΗΠΑ, έχει εγκρίνει πέντε φάρμακα για τη νόσο Alzheimer (Alzheimer's Association, 2014; Vickeyet al, 2006):

- Δονεπεξίλη (εμπορική ονομασία Aricept) -χρησιμοποιείται σε όλα τα στάδια.
- Ριβαστιγμίνη (Exelon)- θεραπεία ήπιας έως μέτριας μορφής της νόσου.
- Γκαλανταμίνη (Razadyne)- θεραπεία ήπιας έως μέτριας μορφής της νόσου.
- Τακρίνη (Cognex)- θεραπεία ήπιας έως μέτριας μορφής της νόσου.
- Μεμαντίνη (Namenda)- θεραπεία μέτριας έως σοβαρής μορφής της νόσου.

Τα συγκεκριμένα φάρμακα δρουν ρυθμίζοντας τους νευροδιαβιβαστές, δηλαδή τις χημικές ουσίες που μεταδίδουν μηνύματα μεταξύ των νευρώνων. Μπορούν να βοηθήσουν έως ένα βαθμό στο να διατηρηθεί η σκέψη, η μνήμη, οι δεξιότητες ομιλίας και επίσης ορισμένα προβλήματα συμπεριφοράς. Παρόλα αυτά, τα φάρμακα δεν αλλάζουν τη διαδικασία της ασθένειας, είναι αποτελεσματικά σε ορισμένους ασθενείς αλλά όχι σε όλους και βοηθούν για περιορισμένο χρονικό διάστημα (Alzheimer's Association, 2014; Vickeyet al, 2006).

Η κατάθλιψη είναι ένα από τα βασικά συμπτώματα της νόσου του Alzheimer η οποία αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά. Στην περίπτωση αυτή τα αντισταμινικά και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά καλό είναι να αποφεύγονται γιατί μπορεί να προβούν σε αύξηση των συμπτωμάτων της νόσου. Τα αντιψυχοσικά όπως είναι η θειοριδαζίνη ή η αλοπεριδόλη μπορεί να χορηγούνται στους ασθενείς για την αντιμετώπιση της έντονης διέγερση τους. Όσο αφορά την πρόληψη ή την επιβράδυνση εμφάνισης της νόσου ερευνητές μελετούν άλλες θεραπευτικές επεμβάσεις όπως αυτές για θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης στις γυναίκες, την χορήγηση αντιοξειδωτικών (βιταμίνη E) κά (Σακκά και συν, 2016; Massoud &Gauthier, 2010; Vitaliano et al, 2003; Parks and Novielli, 2003).

B) Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες των Ανοιών

Η πολυπλοκότητα της συμπτωματολογίας του ανοϊκού συνδρόμου επηρεάζει σημαντικά όχι μόνο τους ασθενείς, αλλά και όσους έχουν αναλάβει την φροντίδα τους (φροντιστές) που συνήθως αποτελούν μέλη της οικογένειας του ασθενούς (παιδιά, αδέρφια, σύζυγοι κά'). Τα άτομα αυτά υποβάλλονται σε έντονη σωματική, ψυχολογική αλλά και οικονομική επιβάρυνση, έτσι ώστε να ανταπεξέλθουν στις ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας των ασθενών (Takeda et al., 2012).

Στην νόσο επιβάλλονται κατ' αρχάς για την αντιμετώπισή της φαρμακευτικές θεραπείες η ποικιλομορφία όμως των συμπτωμάτων επιβάλει και την χρήση άλλων μη φαρμακευτικών θεραπειών. Οι μη φαρμακευτικές θεραπείες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες σε αυτές που απευθύνονται α) στον ίδιο τον ασθενή όπως η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία, η γνωστική θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. και β) σε αυτές που απευθύνονται στους φροντιστές του, και είναι η ενημέρωση και εκπαίδευση και η οικογενειακή θεραπεία και συμβουλευτική. (Takeda et al., 2012; Vitaliano et al, 2003; Parks and Novielli, 2003; Rabins ,1998).

Οι θεραπείες που απευθύνονται στον ίδιο τον ασθενή περιλαμβάνουν νοητικές προσεγγίσεις, πολυδιάστατες στρατηγικές και ειδικές θεραπείες όπως είναι οι θεραπείες τέχνης, πολλές μορφές σωματικής άσκησης, κ.α. Εφαρμόζονται δε, ατομικά ή ομαδικά, από εξειδικευμένο προσωπικό σε ειδικά Κέντρα Μνήμης, Κέντρα Ημέρας και μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας για ασθενείς με άνοια. Έχουν επίδραση ακόμη και στους φυσιολογικούς ηλικιωμένους, είτε με κλασσικές μεθόδους είτε με την χρήση νέων τεχνολογιών (Rebok et al, 2014 ; Anguera et al, 2013). Ανασκόπηση της Cochrane Library υποστηρίζει την αποτελεσματικότητά τους (Woods et al, 2012).

Στην Ελλάδα η εμπειρία των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων είναι μεγάλη στα Κέντρα Ημέρας. Μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευτεί δύο μελέτες με πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα για τους ασθενείς με Ήπια Νοητική Διαταραχή (Tsolaki et al, 2011 ; Kounti et al, 2011). Επίσης, είναι υπό δημοσίευση μία μελέτη με ασκήσεις σε ηλεκτρονικό υπολογιστή (Chaldogeridis et al, 2014) . Αλλά και στην άνοια διεθνώς υπάρχουν πολλές μελέτες τις τελευταίες δεκαετίες που υποστηρίζουν

την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων (Aguirre et al, 2013; Olazarán et al, 2010).

Πίνακας 1: Μη Φαρμακευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με Ν. Alzheimer (πηγή: Takeda et al., 2012)

Θεραπεία	Νοητικές λειτουργίες	Καθημερινές δραστηριότητες (ADL)	BPSD
Snoozeleen / πολυαισθητηριακά ερεθίσματα	+	+	+
Προσανατολισμός στην επικαιρότητα	+	+	+
Θεραπεία δια των αναπολήσεων (Reminiscence therapy)	+	-	+
Σωματική άσκηση	+	+	+
Φωτοθεραπεία	+	-	+
Αρωμαθεραπεία	-	-	+
Θεραπεία με κατοικίδια	-	-	+

Η αποτελεσματικότητα των θεραπειών αυτών έχει εκτιμηθεί με τη βοήθεια λίγων τεκμηριωμένων τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών και κρίνεται ικανοποιητική. Συστήνονται όμως σαν καλή κλινική πρακτική από τους επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε δομές για ασθενείς με άνοια. Τέλος υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις αυξάνουν το καλό αποτέλεσμα των αναστολέων χολινεστερασών (Onder et al, 2005)

Βέβαια, απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς τους. Ωστόσο, μέχρι να βρεθούν φάρμακα τα οποία θα αλλάζουν την πορεία της ΝΑ ή θα προφυλάσσουν από την εμφάνισή της, η βελτίωση της ποιότητας ζωής ή η αύξηση της περιόδου που οι ασθενείς μας θα έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, είναι η πιο σημαντική κλινική εξέλιξη.

1.7.Πρόγνωση της νόσου Alzheimer

Η νόσος Alzheimer εξελίσσεται προοδευτικά, μελέτες έχουν αναφέρει ότι η νόσος Alzheimer εξελίσσεται σε διάστημα από 2-25 χρόνια με τις περισσότερες περιπτώσεις να εξελίσσονται από 8-15 χρόνια. Η νόσος Alzheimer εμφανίζει ύπουλη έναρξη με σταδιακή εγκατάσταση της συμπτωματολογίας και προοδευτική επιδείνωση τόσο των νοητικών λειτουργιών όσο και της λειτουργικότητας του ασθενούς γενικά. Η νοητική έκπτωση είναι συνήθως ταχύτερη στους ασθενείς με πρόωμη έναρξη συγκριτικά με τους ασθενείς όψιμης έναρξης (APA, 2007). Οι συμπεριφοριστικές και ψυχολογικές διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, αν και παρουσιάζουν την τάση να γίνονται πιο συνήθεις όσο η ασθένεια επιδεινώνεται (IPA, 2012). Η πορεία της ασθένειας μπορεί να εμφανίσει διακυμάνσεις αλλά πάντοτε η τελική κατάληξη είναι η πλήρης απώλεια της αυτονομίας του ασθενούς (Λύκουρας και συν, 2011). Το προσδόκιμο ζωής σε άτομα με άνοια ΝΑ μειώνεται σημαντικά σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με μέση διάρκεια ζωής από την έναρξη των συμπτωμάτων περίπου τα 8.5 έτη (APA, 2007).

Τα βασικότερα «σημάδια» για την αρχή της νόσου που μας βοηθάν στη πρόγνωση της συγκεντρωτικά μπορούμε να πούμε πως είναι τα εξής:

- Προβλήματα που παρουσιάζονται όσο αφορά την πρόσφατη μνήμη χωρίς να χαρακτηρίζονται από απώλεια της
- Έντονη δυσκολία ολοκλήρωσης ή εφαρμογής συνηθισμένων καθημερινών ασχολιών.
- Έντονα προβλήματα που αφορούν τον λόγο και την προφορική έκφραση, και οδηγούν σε μη σωστή χρήση των λέξεων. Επίσης προβλήματα στην αφαιρετική σκέψη (αδυναμία κατανόησης αφηρημένων εννοιών).
- Αποπροσανατολισμός ως προς τον τόπο και τον χρόνο που συνοδεύεται και από τοποθέτηση αντικειμένων σε λάθος θέση
- Μειωμένη κρίση (ακατάλληλο ντύσιμο, άκριτες αγορές)
- Μεταβολές της διάθεσης ή της συμπεριφοράς και αλλαγή της προσωπικότητας που συνοδεύεται από απώλεια πρωτοβουλιών και οδηγεί σε παθητικότητα. (Μαδιάνος, 2000).

Κεφάλαιο 2ο ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ- ALZHEIMER ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

2.1.Νοσηλευτική προσέγγιση

Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer συχνά χρειάζονται εντατική υποστήριξη με Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της νόσου. Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στη μακροχρόνια υποστήριξη των ασθενών αυτών, παρέχοντάς τους στους αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για συνέχιση της φροντίδας τους στα πλαίσια της κοινότητας (Lemone et al., 2011).

2.2. Νοσηλευτική διεργασία –Ο ρόλος του Νοσηλευτή

Η Νοσηλευτική Διεργασία θα διευκολύνει την ολική προσέγγιση υποστήριξης του ασθενούς και του φροντιστή καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας της νόσου. Η προστασία του ασθενούς από τραυματισμό, η αντιμετώπιση δυσλειτουργικών συμπεριφορών και η υποστήριξη του ασθενούς και του φροντιστή στις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής, είναι ο κύριος στόχος της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι έτοιμοι να βοηθήσουν τους οικογενειακούς φροντιστές στη διαχείριση της άρνησης, του θυμού, της ενοχής, του θρήνου ή της κλινικής κατάθλιψης, καθώς ο ασθενής επιδεινώνεται με σκοπό να βοηθήσει ο φροντιστής να προσαρμοστεί στις αλλαγές που σχετίζονται με τα στάδια εξέλιξης (Kittle, 2010).

Στην αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, σε συνεργασία με τον ασθενή καταστρώνει ο νοσηλευτής ένα ρεαλιστικό πρόγραμμα για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών. Ενθαρρύνοντας έτσι, τη μέγιστη δυνατή ανεξαρτητοποίησή του μέσα στους περιορισμούς της κινητικότητας που έχουν τεθεί. Για αυτό και διατηρεί ο νοσηλευτής τα αναγκαία αντικείμενα του ασθενούς κοντά του, βοηθάει τον ασθενή στις δραστηριότητές τις οποίες δεν μπορεί να εκτελέσει από μόνος του.

Ακόμη, εφαρμόζει μέτρα για τη διατήρηση του καλύτερου δυνατού επιπέδου κινητικότητας και τέλος ενημερώνει τους οικείους για τις ικανότητες τους ασθενούς να αυτοεξυπηρετείται. Να είναι συγκαταβατικό το περιβάλλον σχετικά με την κατάσταση της υγείας αλλά και την ηλικία και να επιτρέπουν να διατηρεί ένα βαθμό ανεξαρτησίας όπως και να του επιτρέπεται να ικανοποιεί τις καθημερινές ανάγκες με τον δικό του ρυθμό (Lemone & Burke, 2004).

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 πώς 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).

Η στρατηγική για την αντιμετώπιση της άνοιας περιλαμβάνει (Βορβολακος, 2012) :

- 1) Δραστηριότητες που οδηγούν στην έγκαιρη διάγνωση αλλά και στην Ευαισθητοποίηση του κόσμου
- 2) Δραστηριότητες που οδηγούν τόσο στην ποιοτική όσο και στην ικανοποιητική στήριξη ασθενών και φροντιστών
- 3) Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών σε όλα τα στάδια από την εμφάνιση έως το τέλος της ζωής τους
- 4) Έλεγχο αλλά και συντονισμό της έρευνας

Οι νοσηλευτές οργανώνουν και εφαρμόζουν υψηλής ποιότητας και επιπέδου νοσηλευτική φροντίδα η οποία βασίζεται σε έγχειρες επιστημονικές θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες. Η διδασκαλία των ασθενών και της οικογένειάς τους επικεντρώνεται αρχικά στην επεξήγηση της διαταραχής και τη διερεύνηση των διαθεσίμων συστημάτων υποστήριξης . Επίσης οι Νοσηλευτές (Βενιού και συν, 2016; Smyth et al, 2013).

- Προφέρουν επιδέξια νοσηλευτική φροντίδα στα άρρωστα άτομα.

- Αξιολογούν τόσο τις άμεσες όσο και τις μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας των ασθενών και των φροντιστών τους .
- Προσφέρουν ουσιαστική υποστήριξη και βοήθεια στους φροντιστές αλλά και συγγενείς των ασθενών οδηγώντας τους στην ενεργή συμμετοχή στην νοσηλευτική φροντίδα.
- Γνωρίζουν και χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα της κοινότητας έτσι ώστε να εξασφαλιστεί μια ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα.
- Συμμετέχουν σε εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν όλους τους και τις ομάδες της κοινότητας.
- Προφέρουν την γνώμη τους και τις προτάσεις τους σχετικά με τα διαφορά νοσηλευτικά θέματα και παρεμβάσεις στην κοινότητα.

Καθώς η γνώση επεκτείνεται και η Ιατρική στηρίζεται στη διά βίου μάθηση και ενημέρωση, το ιατρικό- Νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να απαγκιστρωθεί από τις παλαιές τεχνικές και να εμπλουτίσει τις γνώσεις του με νέες δεξιότητες που θα αποφέρουν οφέλη στο μέλλον (Βενιού και συν, 2016).

2.2.1. Φροντίδα ασθενούς στο σπίτι

Σημαντικός αριθμός ατόμων με τη νόσο που χαρακτηρίζονται ως λειτουργικά εξαρτημένοι, παραμένουν στην κοινότητα και λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι, η οποία προσφέρει στους ασθενείς καλύτερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης (Papastavrou, E., et al 2007). Ως εναλλακτική μορφή φροντίδας η νοσηλεία στο σπίτι χαρακτηρίζεται από άριστη φροντίδα με μικρό κόστος. Η εφαρμογή της νοσηλείας στο σπίτι συμβαίνει λόγω διαφόρων συνθηκών όπως (Statfone et al, 2009):

- Την έλλειψη κρεβατιών νοσηλείας στα νοσοκομεία. Αυτό συμβαίνει διότι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες που νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα καταλαμβάνουν κρεβάτια και συμβάλουν στην προβληματική διακίνηση των αρρώστων.
- Την σημαντικότερη αύξηση του κόστους νοσηλείας η οποία όπως γνωρίζουμε κλονίζει τα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα όλων των χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ από την άλλη η κατοίκων νοσηλεία εξασφαλίζει άριστη περίθαλψη με μικρό κόστος.
- Την αστικοποίηση του πληθυσμού αλλά και τις ουσιαστικές αλλαγές στη δομή της οικογένειας που σηματοδοτούν την σύγχρονη εποχή
- Την συνεχή αύξηση του προσδόκιμου επιβιώσεις η οποία οδηγεί σε αύξηση του ποσοστού ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα οι οποίοι έχουν και τα περισσότερα προβλήματα υγείας .
- Την βέλτιστη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών που οφείλεται στην νοσηλείας τους σε γνωστό περιβάλλον απ' ότι στο άγνωστο νοσοκομειακό περιβάλλον.
- Τον περιορισμό της αποχής των ατόμων τόσο από την εργασία όσο και από τις άλλες καθημερινές τους δραστηριότητες.
- Την δυνατότητα εφαρμογής πολλών διαφορετικών θεραπευτικών τεχνικών στο χώρο του σπιτιού.

Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί την πιο δημοφιλή εναλλακτική εξωνοσοκομειακή μορφή περίθαλψης που εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια και χαρακτηρίζεται από πολλά πλεονεκτήματα όπως (Statfone et al, 2009):

- Αποσυμφωρεί τα νοσοκομεία, δίνοντας έτσι την δυνατότητα να παρέχετε νοσοκομειακή περίθαλψη σε περισσότερους ασθενείς. Αποσυμφόρηση των νοσοκομείων.
- Παρέχει τεράστιο οικονομικό όφελος τόσο για τα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα αλλά και για την ίδια την οικογένεια.
- Παρέχει στους ασθενείς την δυνατότητα παραμονής στην οικογενειακή θαλπωρή.
- Παρέχει στους ασθενείς την δυνατότητα συνέχισης της εργασίας από το σπίτι όταν είναι δυνατόν.
- Συμβάλει στην πρόληψη προβλημάτων γιατί η εκάστοτε αξιολόγηση συντελείται σε όλη την οικογένεια και όχι μόνο στον ασθενή όπως αυτό συμβαίνει με την παραμονή στον νοσοκομείο.
- Τέλος διατηρεί τη συνοχή της οικογένειας και συμβάλει στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ασθένεια.

Οι νοσηλευτές κατ' εξοχήν είναι αυτοί που παρέχουν , οργανώνουν και αξιολογούν την νοσηλεία στο σπίτι που αποτελεί το βασικότερο μέρος της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας διεθνώς. Ο ρόλος των νοσηλευτών στην υγειονομική ομάδα είναι δομικός σε όλα τα στάδια της κατ οίκον νοσηλείας και πρέπει να συνοδεύεται από την κατάλληλη γνώση όσο αφορά το είδος της ασθένειας την οικονομική επιχορήγηση, τον χώρο ευθύνης καθώς και άλλους παράγοντες. (Κυριακίδου,2008).

Η εφαρμογή της νοσηλείας ξεκινάει από την λήψη λεπτομερούς νοσηλευτικού ιστορικού το οποίο αξιολογείται από τον νοσηλευτή και σε συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα θα γίνει ο προγραμματισμός της επίσκεψης στο σπίτι του ασθενούς η οποία χαρακτηρίζεται ως αναγνωριστική του περιβάλλοντος και τους ασθενούς. Η ενημέρωση του 'νοσηλευτικού ιστορικού πρέπει να είναι εμπεριστατωμένη και διαρκής και υπάρχει αντίγραφο τόσο στον σπίτι του ασθενούς όσο και στον φάκελό

του ώστε να υπάρχει άμεση πρόσβαση από όλα τα μέλη της ομάδας θεραπείας. Η προϊσταμένη υπηρεσία που αποτελεί τον σύνδεσμο μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή διενεργεί τους σχετικούς ελέγχους. Σημαντικότερος σκοπός του νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση του φροντιστή αλλά και του ίδιου του ασθενή (Statfone ,et al 2009).

Κατά το τελικό στάδιο τη ζωής του ασθενούς η νοσηλευτική φροντίδα είναι βασικά παρηγορητική και ο νοσηλευτής πρέπει να έχει μεγάλη εμπειρία για να διαχειριστεί την σωματική και ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται τόσο στον ασθενή όσο και στον φροντιστή. Η προσέγγιση του ασθενούς πρέπει να χαρακτηρίζεται από το όλον και όχι ως ένα μεμονωμένο περιστατικό. Ο νοσηλευτής πρέπει όμως να αντιμετωπίζει στο σπίτι τον ασθενή και την οικογένεια του ως μονάδα. (Κυριακίδου, 2008).

2.2.2. Φροντίδα ασθενούς στις δομές

Στην χώρα μας υπάρχουν αρκετά συστήματα υποστήριξης στην κοινότητα, τα οποία μπορούν να προσφέρουν βοήθεια τόσο σε ασθενείς με νόσο Alzheimer όσο και στο οικογενειακό-συγγενικό τους περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα, τα συστήματα υποστήριξης αναφέρονται στον παρακάτω πίνακα: (Σακκά και συν, 2016; Γεωργακίλα, 2011).

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της χώρας μας δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο για θέματα που αφορούν σε ασθενείς με νόσο Alzheimer, οπότε δεν παρέχονται εξειδικευμένες δομές φιλοξενίας σε ασθενείς με άνοια, δεν δίνονται επιδόματα για όσους περιθάλπουν τους ασθενείς με άνοια ακόμα και σε προχωρημένο στάδιο και δεν διατίθενται κονδύλια για έρευνα και για πρόληψη. Τέλος, δεν περιλαμβάνει δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης για ανοϊκούς ασθενείς και οι ψυχιατρικές κλινικές δεν εντάσσονται πολλές φορές στα νοσοκομεία, αυξάνοντας έτσι το στίγμα του κοινωνικού αποκλεισμού (Βενιού και συν, 2016; Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Στα περισσότερα νοσοκομεία λειτουργούν ιατρεία μνήμης και σε ελάχιστα από αυτά παρέχονται, παράλληλα, υποστηρικτικές υπηρεσίες οι οποίες αφορούν στην άνοια και στα προβλήματα που παρουσιάζονται εξ αιτίας αυτής. Αντίθετα, οι σύλλογοι και οι μη κερδοσκοπικές εταιρείες ασχολούνται αποκλειστικά με την κατηγορία των ασθενών που πάσχουν από άνοια. Οι σύλλογοι παρέχουν ενημερώνουν και ευαισθητοποιούν το κοινό, υποστηρίζουν τους ασθενείς και τους συγγενείς τους και με την συνεργασία τους με κοινωνικούς φορείς συμβάλουν ουσιαστικά στην προαγωγή της ποιότητας ζωής τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους. (Βενιού και συν, 2016; Αλεξανδρόπουλος, 2009).

Πίνακας 2: συστήματα (δομές) υποστήριξης ασθενών με άνοια (πηγή: Σακκά και συν, 2016)

- Τα Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία ορισμένων νοσοκομείων που ασχολούνται με τη Νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας. Αυτά είναι τα λεγόμενα Ιατρεία «Μνήμης» ή «Άνοιας» ή «Νόσου Alzheimer» ή και «Οργανικών Ψυχοσυνδρόμων».
- Τα Ειδικά Ιατρεία των Εταιριών για τη Νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών που ονομάζονται συνήθως Ιατρεία «Νόσου Alzheimer» ή «Άνοιας».
- Τα Νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένες Ψυχογηριατρικές Κλινικές.
- Τα Νοσοκομεία που έχουν Ψυχιατρικές Κλινικές ή/και Νευρολογικές Κλινικές.
- Ορισμένες ψυχιατρικές δομές, είτε Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία είτε Κέντρα Ψυχικής Υγείας.
- Οι Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές
- Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) όλης της χώρας.
- Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Μονάδες Κοινωνικής Μερικής», τα οποία έχουν κατά κανόνα την έδρα τους στο Κ.Α.Π.Η. της περιοχής τους.
- Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).
- Τα Γηροκομεία και οι Οίκοι Ευγηρίας.
- Τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων.
- Τα Περιφερειακά και τα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία αλλά και τα Κέντρα Υγείας όλης της χώρας

2.3.Τρόποι μακροχρόνιας φροντίδας

Η μακροχρόνια ή συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα δεν μπορεί να οριστεί με ευκολία διότι τα όρια μεταξύ της πρωτοβάθμιας, της νοσοκομειακής και της μακροχρόνιας φροντίδας δεν είναι καθορισμένα με σαφήνεια. Ο ορισμός του δόθηκε από το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ το 1980 αναφέρει ότι η «μακροχρόνια φροντίδα αφορά όλες τις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται και απαιτούνται σε ένα άτομο με χρόνια ή μόνιμη σωματική βλάβη για μεγάλο διάστημα. Η παροχή αυτών των υπηρεσιών μπορεί να γίνει σε διάφορες δομές της κοινότητας ή και στο ίδιο το σπίτι του ασθενούς. Η θεραπεία δεν αποτελεί τον απώτερο στόχο της μακροχρόνιας φροντίδας, σκοπός της είναι η ουσιαστική βοήθεια των ανθρώπων έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν τις πάσης φύσεως αναπηρίες τους, μειώνοντας την εξάρτησή τους από τους άλλους αλλά μεταξύ των πραγματικών τους και των δυνητικών τους λειτουργιών» (National Health Council 1988).

Το 1985 κάνει την εμφάνισή τους ένας άλλος ορισμός που αφορά την μακροχρόνια φροντίδα και λέει τα εξής «Με τον όρο μακροχρόνια φροντίδα αναφερόμαστε στις υπηρεσίες υγείας, στέγασης και διάφορες άλλες κοινωνικές υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται στα άτομα με χρόνια αναπηρία και για μεγάλη περίοδο. Η ανάγκη της μακροχρόνιας φροντίδας αφορά όχι μόνο τους σωματικά αναπήρους αλλά και τους πνευματικά ανάπηρους όλους δηλαδή εκείνους που δεν έχουν την ικανότητα να φροντίσουν τον εαυτό τους και να εκτελέσουν τις καθημερινές δραστηριότητες» (National Health Council 1988). Σύμφωνα με τον ορισμό αξιοσημείωτο είναι ότι (Stone 2000):

- Η μακροχρόνια φροντίδα πρώτα εστιάζει στο να διατηρήσει και να βελτιώσει την δυνατότητα του ασθενή να λειτουργήσει όσο πιο ανεξάρτητα γίνεται και για μεγαλύτερο διάστημα.
- Η μακροχρόνια φροντίδα λαμβάνει υπόψη τόσο τις κοινωνικές όσο και τις περιβαλλοντολογικές ανάγκες των ασθενών σε αντίθεση με την νοσοκομειακή φροντίδα.
- Οι συνθήκες στέγασης στις δομές μακροχρόνιας φροντίδας είναι τόσο σημαντικές όσο και οι ίδιες οι παρεχόμενες υπηρεσίες. Ο χώρος (κοινωνικός,

φυσικός) που οι άνθρωποι ζουν μπορεί να ενισχύσει ή να περιορίσει την λειτουργική τους ικανότητα, την ανεξαρτησία και την ποιότητα ζωής του.

Με τον όρο μακροχρόνια φροντίδα δεν αναφερόμαστε απλά στην επέκταση της βραχείας φροντίδας. Συνήθως τα άτομα που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα χρήζουν επίσης και πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας. Γενικά τα όρια μεταξύ της μακροχρόνιας φροντίδας και της χρόνιας νοσοκομειακής φροντίδας (αποκατάστασης) είναι θολά. Η μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να παρέχεται σε μονάδες κλειστής και ανοιχτής περίθαλψης (Alzheimer's Disease International, 2013; Stone 2000).

Οι **μονάδες κλειστής περίθαλψης** Τέτοιες μονάδες είναι τα νοσοκομεία, τα νοσοκομεία των χρόνιων παθήσεων, τα κέντρα αποκατάστασης, τα νοσηλευτήρια (nursing homes), οι μονάδες ψυχικής υγείας και τέλος τα γηροκομεία. Οι μονάδες κλειστής περίθαλψης μπορεί να είναι κρατικοί φορείς ή, ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί ή μη οργανισμοί. (Gilmour et al, 2003; Sinclair et al, 1990).

Μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα σε νοσοκομεία : Τα νοσοκομεία είναι η ασφαλείς χώροι παροχής συνεχιζόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Πολλές χώρες όμως έχουν αναπτύξει εναλλακτικά άλλες μορφές παροχής μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας συμβάλλοντας έτσι αισθητά στην μείωση των κλινών των νοσοκομείων που καταλαμβάνονται για τέτοιου είδους φροντίδα. (Gilmour et al, 2003; Sinclair et al, 1990).

Μακροχρόνια φροντίδα σε ιδρύματα : Η φροντίδα αυτή παρέχεται σε ειδικά ιδρύματα ανάλογα με την βαρύτητα των περιπτώσεων και την διαφορετικότητα των προβλημάτων των ασθενών. τέτοια είναι:

- α) Τα γηροκομεία που στόχο έχουν την παροχή στέγασης και βασικής ιατρικής παρακολούθησης.
- β) Τα ημινοσηλευτικά ιδρύματα : Τα ιδρύματα αυτά είναι γνωστά με το όνομα νοσηλευτήρια ή αναρρωτήρια (nursing homes) είναι νοσοκομεία που παρέχουν φροντίδα στους χρόνια πάσχοντες ή και γηριατρικά νοσοκομεία.
- γ) Τα ειδικά διαμερίσματα. Οι χώροι αυτοί παρέχονται στους ασθενείς έναντι μικρού ποσού από το κράτος ή την τοπική αυτοδιοίκηση. Δεν παρέχεται καμία ιατρική παρακολούθηση ή περίθαλψη.

Η ανοιχτή μακροχρόνια φροντίδα. Η ανοιχτή μακροχρόνια φροντίδα μπορεί να προσφερθεί στην κοινότητα ή στο σπίτι του ασθενούς. Οι υπηρεσίες παρέχονται είτε από το κράτος, είτε από ιδιωτικούς κερδοσκοπικούς ή μη οργανισμούς ή ακόμα και στην φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι από τους άτυπους φροντιστές που δεν είναι άλλοι από την ίδια την οικογένεια. (σύζυγοι, αδέρφια, παιδιά, φίλοι κ.λ.π.) (Gilmour et al, , 2003; Sinclair et al, 1990).

Μακροχρόνια κοινοτική φροντίδα : Η παροχή της φροντίδας αυτής γίνεται από μονάδες όπως α) τα κέντρα και τα νοσοκομεία ημέρας. Στις μονάδες αυτές προσφέρονται διάφορες θεραπείες που σκοπό έχουν να συμβάλουν στην γενική αξιολόγηση της υγείας, στην αποκατάσταση της με απώτερο στόχο την διατήρηση της λειτουργικότητας των ασθενών. β) σε συγκροτήματα στέγασης, σε αυτά παρέχονται διάφορες ευκολίες που αφορούν την σίτιση, την κατ οίκον φροντίδα, κ.ά (Gilmour et al, , 2003; Sinclair et al, 1990).

Κατ' οίκον φροντίδα : Στην κατ οίκον φροντίδα παρέχεται μια ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα. Ο χώρος παροχής της φροντίδας αυτής είναι το ίδιο το σπίτι του ασθενούς, συνδυάζεται με, υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι. Οι υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι περιλαμβάνουν βοήθεια για τις οικιακές δουλειές, για τις σωματικές καθημερινές ανάγκες του ασθενούς, για τις κοινωνικές υποχρεώσεις του όπως την επικοινωνία με συγγενείς και φίλους, φυσικοθεραπεία ή Εργοθεραπεία κ.ά. (Gilmour et al, , 2003; Sinclair et al, 1990).

Η μακροχρόνια φροντίδα για τους ίδιους τους ασθενείς συνοδεύεται πολλές φορές από απώλεια της αυτονομίας και της ατομικότητά τους. Η καλής ποιότητας μακροχρόνια φροντίδα επεκτείνεται από τον σωστό σχεδιασμό έως και την καλή παροχή ιατρικών υπηρεσιών. (Γιωτάκος, 2009).

Η απόφαση μπει ένας ασθενής σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας είναι δύσκολη και η οικογένεια είναι αυτή που καλείτε να την πάρει. Τα συναισθήματα είναι πολλά και ανάκατα, από την μια ανακούφιση και από την άλλη συναισθήματα ενοχής και θλίψης. Η απόφαση της τοποθέτησης του ασθενούς στις μονάδες αυτές θα πρέπει να συνοδεύεται από σωστό σχεδιασμό μεταξύ της οικογένειας και της ομάδας που θα παρακολουθεί τον ασθενή. Μερικές φορές αυτή η τοποθέτηση συμβαίνει μετά από έντονη κλιμάκωση κρίσης και προβλημάτων που συμβαίνουν στον σπίτι του ασθενούς και οδηγούν στην μεταφορά του τέτοια μπορεί να είναι

σωματικά προβλήματα όπως ακινησία ή ακράτεια και διαταραχές της συμπεριφοράς ειδικά στα τελικά στάδια. (Γιωτάκος, 2009).

Οι Υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας περιλαμβάνουν ένα πλήρες πακέτο παροχών που ξεκινάει από την πρόληψη, την πρέπει να περιλαμβάνουν την πρόληψη, αποκατάσταση, τη θεραπεία και τη φροντίδα, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας στο τέλος της ζωής τους. Οι υπηρεσίες αυτές συνδυάζουν την υγειονομική και κοινωνική περίθαλψη για δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (φαγητό, μπάνιο, ντύσιμο, αναψυχή κ.λ.π.) (ADL) και καλύπτουν ουσιαστικά τις καθημερινές δραστηριότητες (διαχείριση των οικονομικών, χρήση τηλεφώνου, λήψη φαρμάκων κλπ (IADL) (WeDO, 2014).

2.4. Ο ρόλος των φροντιστών και η διδασκαλία τους

Οι άνθρωποι με άνοια έχουν ανάγκη από εντατική φροντίδα επιτήρησης για αρκετά χρόνια. Ως επί το πλείστον, αυτή η φροντίδα παρέχεται από τα μέλη της οικογένειας και συνήθως από τις γυναίκες (συζύγους, κόρες, νύφες) (Wolfs et al, 2012) . Οι φροντιστές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τους επίσημους φροντιστές και τους ανεπίσημους. Οι ανεπίσημοι είναι τα άτομα της οικογένειας που φροντίζουν τον ασθενή τους χωρίς κάποιο χρηματικό αντίτιμο (Vitaliano et al, 2003; Gallicchio et al, 2002). Το να παρέχει κάποιος φροντίδα σε έναν ασθενή με άνοια προκαλεί μια επιβάρυνση, η οποία έχει μεγάλες επιπτώσεις σε διάφορους τομείς στη ζωή του. Η επιβάρυνση είναι το αποτέλεσμα της εμφάνισης πολλών ψυχολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων. Περιέχει αντιδράσεις, όπως υπερένταση, αμηχανία, δυσχέρειες στον εργασιακό χώρο, δυσκολία στην επικοινωνία με άλλα άτομα, εγκλωβισμό και απομόνωση από το κοινωνικό σύνολο. Ιδιαίτερα οι ανεπίσημοι φροντιστές παρουσιάζουν τρεις φορές περισσότερο αισθήματα απόγνωσης σε σχέση με τους επίσημους φροντιστές (Vitaliano et al, 2003).

Οι αυξημένες ανάγκες των ατόμων που νοσούν, επηρεάζουν κάθε πτυχή της καθημερινής ζωής των φροντιστών τους, οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με νέες προκλήσεις. Πρέπει να προσαρμοστούν σε άγνωστους μέχρι τώρα ρόλους, να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές στην προσωπικότητα ενός αγαπημένου προσώπου και να λάβουν δύσκολες αποφάσεις. Οι ιδιαίτερες απαιτήσεις φροντίδας, επιδρούν στην υγεία των περιθαλπόντων, επηρεάζουν την κοινωνική τους ζωή, καθώς περιορίζεται ολοένα και περισσότερο ο προσωπικός τους χρόνος και επωμίζονται τεράστια οικονομικά βάρη. Ο όρος «φορτίο φροντιστών», έχει επικρατήσει διεθνώς και αφορά στη σωματική, ψυχική, συναισθηματική και οικονομική επιβάρυνση που υφίστανται τα άτομα που φροντίζουν χρονίως πάσχοντες ασθενείς από νόσημα που προκαλεί οποιουδήποτε είδους αναπηρία (Λυκέτσος, 2000).

Σε μελέτες έχουν καταδειχθεί οι υψηλές βαθμολογίες όσο αφορά τις κλίμακες άγχους και κατάθλιψης που εμφανίζουν οι φροντιστές των ασθενών με άνοια. Επίσης καταγράφεται αυξημένη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, ενώ ο κίνδυνος νόσησης με κατάθλιψη είναι υψηλός. Το βαρύτερο αυτό ψυχολογικό φορτίο που επωμίζονται οι

φροντιστές γίνονται προσπάθειες να ανακουφιστεί από τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας, στα πλαίσια της λειτουργίας τους (Κέντρα ημέρας) (Σταθάρου και συν 2012).

Στην Ελλάδα, λόγω της δομής της ελληνικής οικογένειας και σε αντίθεση με άλλες δυτικές χώρες, υπολογίζεται σύμφωνα με έρευνα ότι το 89% των ασθενών με νόσο Alzheimer, ακόμη και σε προχωρημένο στάδιο, παραμένει στο σπίτι. Χρέη φροντιστή αναλαμβάνουν μέλη της οικογένειας, με τις γυναίκες συγγενείς να επωμίζονται το μεγαλύτερο ρόλο (77%), ακόμη και στις περιπτώσεις που έχουν προσλάβει και κάποιο άλλο άτομο για να ενισχύσει αυτές τις υπηρεσίες (Sakka et al, 2010).

Οι φροντιστές, πρέπει να λαμβάνουν εξατομικευμένη, ειδική εκπαίδευση για να μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τους ασθενείς που φροντίζουν στην κοινότητα (Papastavrou, E., et al 2007).

Σημαντική είναι η ψυχική και σωματική υγεία των φροντιστών (συγγενών) έτσι ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν και να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή βοήθεια στις αλλαγές που επιφέρει η νόσος στον ασθενή. Κατανοώντας τα δικά του συναισθήματα μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς.

Κατά την διάρκεια της παροχής φροντίδας οι φροντιστές καλούνται και αναλαμβάνουν πολλούς και διαφορετικούς ρόλους, γίνονται οι προστάτες, οι φίλοι, οι σύντροφοι, σύμβουλοι απέναντι στους ασθενείς. Αναλαμβάνουν πολλές φορές και την ευθύνη της λήψης ουσιαστικών και βασικών αποφάσεων για τα άτομα που φροντίζουν, πολλές φορές μπορεί οι ασθενείς να νοιώσουν ακόμα και εχθρικά απέναντί τους : (Gwyther 2005). Έτσι λοιπόν το σύνολο της οικογένειας θα πρέπει να αναλάβει και να αντιμετωπίσει πληθώρα καταστάσεων ή προβλημάτων όπως (Gwyther 2005) :

- Να καθοριστούν περίπλοκες καταστάσεις και να ληφθούν μετά από διαπραγμάτευση σημαντικές αποφάσεις, που θα αφορούν την διάρκεια και την επάρκεια του επιπέδου φροντίδας. Να καθοριστεί ο τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας η ασφάλεια που προσφέρει στο άτομο, οι πιθανοί κίνδυνοι το πιθανό κόστος και οπωσδήποτε τα οφέλη.

- Να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες που αφορούν την πραγματοποίηση των διαδικασιών εκείνων σχετικά με την στενή σωματική επαφή με το άτομο λόγω του τεράστιου φόβου, αντίστασης και παρανόησης που διέπουν τους ασθενείς με άνοια.
- Η ανάληψη του ουσιαστικού ρόλου της επικοινωνίας από την οικογένεια μιας και οι ασθενείς με άνοια χάνουν σταδιακά την ικανότητα επικοινωνίας και της διαχείρισης των συναισθημάτων τους.
- Τροποποίηση των προσδοκιών από την οικογένεια τον φροντιστή τον ασθενή, τους επαγγελματίες υγείας αλλά και τις διάφορες υπηρεσίες κοινωνικής στήριξης.
- Ενίσχυση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων που έχουν απομείνει στους ασθενείς.

Τα διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν τους φροντιστές πραγματοποιούνται σε ομαδικές συνεδρίες από έμπειρους και εκπαιδευμένους συντονιστές, ολοκληρώνονται δε σε 10 έως 12 συναντήσεις. Βασικοί στόχοι των προγραμμάτων αυτών είναι η εκπαίδευση των φροντιστών στην άνοια αλλά και η διαχείριση του φορτίου και των συναισθημάτων που επιφέρει η φροντίδα ενός τέτοιου ασθενούς στους φροντιστές. Η θεματολογία των ομάδων είναι καλύπτει θέματα που αφορούν την εξέλιξη της νόσου την φροντίδα του εαυτού την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών κ.λ.π. (Σακκά και συν, 2016).

Ατομικά ή ομαδικά σε όλη την οικογένεια παρέχεται συμβουλευτική η οποία μπορεί να αφορά διάφορα πρακτικά ζητήματα φροντίδας των ασθενών αλλά και διαχείριση συμπεριφοριστικών συμπτωμάτων των ασθενών όπως είναι η ανησυχία, η άρση αναστολών, ή άρνηση για μπάνιο ή ντύσιμο κ.ά. Η συμβουλευτική μπορεί όμως να αφορά και τις διαμορφωμένες σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και του φροντιστή. Η ανάληψη ενός μέλους της οικογένειας της ευθύνης φροντίδας ενός ασθενούς με άνοια (π.χ αδελφού) επιφέρει μεγάλο ψυχολογικό φόρτο, το άτομο μπορεί να χρειαστεί να εμπλέξει και άλλα μέρη της οικογένειας στην προσπάθεια του να αποφορτιστεί (Σακκά και συν, 2016).

Στα προγράμματα αυτά η εκπαίδευση διαφέρει ανάλογα από τον ρόλο που έχει ο φροντιστής στην οικογένεια (αδελφός, σύζυγος, παιδί κ.ά.) βασικός στόχος είναι η εκμάθηση τεχνικών έτσι ώστε να βελτιωθούν οι σχέσεις μεταξύ των ατόμων και να γίνει καλύτερη διαχείριση του φορτίου της φροντίδας αναλύονται πολλές φορές θέματα που αφορούν αποκλειστικά τον φροντιστή χωρίς να σχετίζονται άμεσα με τον ασθενή (Efthymiou et al, 2011).

Η χρήση νέων τεχνολογιών όπως τηλέφωνα κινητά και με κάμερα (video chat), τάμπλετ , ηλεκτρονικές πλατφόρμες, dvds, συστήματα τηλεϊατρικής κ.α' έχουν μεγάλη εφαρμογή στον χώρο της φροντίδας και πολλά ερευνητικά προγράμματα χρηματοδοτούνται για την υποστήριξη των φροντιστών. Οι παρεμβάσεις σε αυτή την περίπτωση μπορεί να είναι σε ομαδικό ή ατομικό επίπεδο (Thompson et al, 2007) .

Η μείωση τους άγχους των φροντιστών αντιμετωπίζεται με την εφαρμογή παρεμβάσεων κάτω από το φάσμα του γνωσιακού - συμπεριφοριστικού υπόβαθρου που έχουν σύμφωνα με ερευνητές θετικά αποτελέσματα (Efthymiou et al, 2011). Η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία ενθαρρύνει την συμμετοχή του φροντιστή σε άλλες ευχάριστες δραστηριότητες έτσι ώστε να διαχειριστεί το χρόνο του με και να καλύψει έτσι και δικές του ανάγκες, τροποποιεί τις πεποιθήσεις του που συνδέονται με την νόσο και τον ρόλο του μέσα σε αυτή έτσι ώστε να οδηγηθεί σε μείωση του άγχους (Charlesworth et al, 2008; Akkerman et al, 2004).

Στην Ευρώπη υπάρχουν κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας για φροντιστές. Στα κέντρα αυτά οι φροντιστές μπορούν να οργανώσουν, να αγοράσουν ή να διαχειριστούν διάφορα προγράμματα υποστήριξης με σκοπό την ανακουφιστική φροντίδα ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών και τις δικές τους. Οι μονάδες αυτές μπορεί να προσφέρουν αι λειτουργό ψυχικής υγείας που θα παρέχει πληροφορίες για τα είδη των υπηρεσιών και βοηθειών που διατίθενται σε φροντιστές. Οι μονάδες αυτές επίσης μπορούν να συνδέουν τις διάφορες υπηρεσίες (δημόσιες υπηρεσίες, υπηρεσίες υποστήριξης ασθενών κ.ά.) και να παρέχουν σχετικές πληροφορίες (Καραγιαννίδου, 2013).

Η αποτελεσματικότητα των διαφόρων παρεμβάσεων που αφορούν τους φροντιστές έχουν διαφορετικά και αντικρουόμενα πολλές φορές αποτελέσματα που οφείλονται στην διαφορετικότητα των χαρακτηριστικών που έχουν οι φροντιστές και στον διαφορετικό τρόπο που αξιολογούν τον ρόλο τους στην φροντίδα των ασθενών και στην διαχείριση του άγχους που αυτή προσφέρει (Gallagher-Thompson et al, 2012; Lopez et al, 2007).

- **Robin Digby , Susan Lee Allison Williams , Nurse empathy and the care of people with dementia, AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING Volume 34 Issue 1**

KEY WORDS

Dementia, empathy, nursing care, compassion, in-patient, hospital

ABSTRACT

Objective

Empathy is widely accepted as an essential nursing attribute yet the relationship between nurse empathy and the care of people with dementia in the hospital setting has rarely been explored. A number of themes have emerged from the relevant literature regarding the influences which shape a nurse's ability to deliver empathetic care to this patient cohort. These issues include a lack of hospital resources, an organisational focus on operational issues such as patient flow and risk management, and widespread stigmatisation of dementia in society.

Setting

Acute and sub-acute facilities.

Subjects

In-patients with dementia and nurses

Primary argument

Although there is widespread acknowledgment that nurses require empathy to deliver quality care, the complexity of caring for people with dementia in hospital creates further challenges for both nurses and patients. This issue has been discussed previously but there is little evidence that the situation has improved.

Conclusion

This paper details the relevant influences on the ability of nurses to care empathetically for people with dementia in hospital. The recognition that there are distinct factors related to this patient cohort is an important one and may assist nurses and health organisations to identify systemic and individual problems associated with hospitalisation and lead to the implementation of supportive strategies. Appropriate

nurse-patient ratios which consider the additional workload attached to caring for people with dementia, clinical supervision and targeted nurse education must be considered to ensure health systems deliver appropriate person-centred care to people with dementia.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η ενσυναίσθηση του Νοσηλευτή στην η φροντίδα των ατόμων με άνοια

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός

Η ενσυναίσθηση είναι μία έννοια ευρέως αποδεκτή ως βασικό χαρακτηριστικό του νοσηλευτικού επαγγέλματος, ωστόσο η σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης του νοσηλευτή και της φροντίδας των ατόμων με άνοια στο νοσοκομείο σπάνια έχει διερευνηθεί. Έχει προκύψει μια σειρά θεμάτων από την σχετική βιβλιογραφία σε σχέση με τις επιρροές που διαμορφώνουν την ικανότητα ενός νοσηλευτή να επιδείξει ενσυναίσθηση στην φροντίδα αυτής της ομάδας ασθενών. Τα θέματα αυτά περιλαμβάνουν την έλλειψη πόρων των νοσοκομείων, την εστίαση του οργανισμού σε επιχειρησιακά θέματα, όπως την ροή των ασθενών και την διαχείριση των κινδύνων και τον διαδεδομένο στιγματισμό της άνοιας από την κοινωνία.

Περιβάλλον

Νοσοκομειακές εγκαταστάσεις οξείας και υποξείας φροντίδας

Υποκείμενα

Ασθενείς με άνοια και νοσηλευτές

Κυρίως θέμα

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει ευρεία αναγνώριση ότι οι νοσηλευτές απαιτούν ενσυναίσθηση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας, η πολυπλοκότητα της φροντίδας σε άτομα με άνοια στο νοσοκομείο δημιουργεί επιπλέον προκλήσεις τόσο για τους νοσηλευτές, όσο και για τους ασθενείς. Το θέμα αυτό έχει συζητηθεί προηγουμένως, αλλά υπάρχουν λίγα στοιχεία σχετικά με το ότι η κατάσταση έχει βελτιωθεί.

Συμπέρασμα

Αυτή η μελέτη περιγράφει λεπτομερώς τις σχετικές επιδράσεις στην ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν φροντίδα με ενσυναίσθηση σε ανθρώπους με άνοια στο νοσοκομείο. Η αναγνώριση ότι υπάρχουν διακριτοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν την ομάδα ασθενών είναι σημαντική και μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές και τους οργανισμούς υγείας στον εντοπισμό των συστημικών και των μεμονωμένων προβλημάτων που σχετίζονται με την νοσηλεία και να οδηγήσει στην υλοποίηση υποστηρικτικών στρατηγικών. Οι κατάλληλες αναλογίες νοσηλευτών-ασθενών που λαμβάνουν υπόψη τον πρόσθετο φόρτο εργασίας που συνδέεται με την φροντίδα των ατόμων με άνοια, η κλινική παρακολούθηση και η στοχευμένη εκπαίδευση των νοσηλευτών πρέπει να λαμβάνονται επίσης υπόψη ώστε να εξασφαλίζεται ότι τα συστήματα υγείας παρέχουν την κατάλληλη προσωποκεντρική φροντίδα στα άτομα με άνοια.

- **Kenneth M Langa, Is the risk of Alzheimer's disease and dementia declining? Langa Alzheimer's Research & Therapy (2015) 7:34**

Abstract

Background: The number of older adults with dementia will increase around the world in the decades ahead as populations age. Current estimates suggest that about 4.2 million adults in the US have dementia and that the attributable economic cost of their care is about \$200 billion per year. The worldwide dementia prevalence is estimated at 44.3 million people and the total cost at \$604 billion per year. It is expected that the worldwide prevalence will triple to 135.5 million by 2050. However, a number of recent population-based studies from countries around the world suggest that the age-specific risk of dementia may be declining, which could help moderate the expected increase in dementia cases that will accompany the growing number of older adults.

Discussion: At least nine recent population-based studies of dementia incidence or prevalence have shown a declining age-specific risk in the US, England, The Netherlands, Sweden, and Denmark. A number of factors, especially rising levels of

education and more aggressive treatment of key cardiovascular risk factors such as hypertension and hypercholesterolemia, may be leading to improving ‘brain health’ and declining age-specific risk of Alzheimer’s disease and dementia in countries around the world.

Summary: Multiple epidemiological studies from around the world suggest an optimistic trend of declining population dementia risk in high-income countries over the past 25 years. Rising levels of education and more widespread and successful treatment of key cardiovascular risk factors may be the driving factors accounting for this decline in dementia risk. Whether this optimistic trend will continue in the face of rising worldwide levels of obesity and diabetes and whether this trend is also occurring in low- and middle-income countries are key unanswered questions which will have enormous implications for the extent of the future worldwide impact of Alzheimer’s disease and dementia on patients, families, and societies in the decades ahead.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Υπάρχει μείωση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου του Αλτσχάιμερ και της άνοιας?

Περίληψη

Ιστορικό: Ο αριθμός των ηλικιωμένων με άνοια θα αυξηθεί σε όλον τον κόσμο τις επόμενες δεκαετίες, καθώς γηράσκει ο παγκόσμιος πληθυσμός. Οι τρέχουσες εκτιμήσεις δείχνουν ότι περίπου 4,2 εκατομμύρια ενήλικες στις ΗΠΑ πάσχουν από άνοια και ότι το αναλογούν οικονομικό κόστος της φροντίδας τους είναι περίπου \$200 δις ετησίως. Η παγκόσμια επικράτηση της άνοιας εκτιμάται στα 44.300.000 άτομα και το συνολικό κόστος σε \$604 δις ετησίως. Αναμένεται ότι η παγκόσμια επικράτηση θα τριπλασιαστεί σε 135.500.000 μέχρι το 2050. Ωστόσο, μια σειρά από πρόσφατες μελέτες βασισμένες στον πληθυσμό χωρών από όλον τον κόσμο, δείχνουν ότι ο ειδικός, ως προς την ηλικία, κίνδυνος της άνοιας μπορεί να μειώνεται, κάτι που θα μπορούσε να βοηθήσει στον μετριασμό της αναμενόμενης αύξησης των περιπτώσεων άνοιας που θα συνοδεύσει τον αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων.

Συζήτηση: Τουλάχιστον εννέα τελευταίες μελέτες με βάση τον πληθυσμό που εξέτασαν την επίπτωση ή τον επιπολασμό της άνοιας έδειξαν μία φθίνουσα τάση του ειδικού κινδύνου άνοιας ως προς την ηλικία, στις ΗΠΑ, την Αγγλία, την Ολλανδία,

την Σουηδία και την Δανία. Μια σειρά από παράγοντες, κυρίως η αύξηση των επιπέδων της εκπαίδευσης και η πιο επιθετική αντιμετώπιση των βασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως η υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία, μπορεί να οδηγούν σε βελτίωση της υγείας του εγκεφάλου και σε μείωση του ειδικού, ως προς την ηλικία κινδύνου της νόσου του Αλτσχάιμερ και της άνοιας σε χώρες σε όλον τον κόσμο.

Περίληψη: Πολλαπλές επιδημιολογικές μελέτες από όλον τον κόσμο δείχνουν μια αισιόδοξη τάση μείωσης του κινδύνου άνοιας του πληθυσμού στις χώρες υψηλού εισοδήματος κατά τα τελευταία 25 χρόνια. Η άνοδος του επιπέδου της εκπαίδευσης και η πιο διαδεδομένη και επιτυχημένη θεραπεία των βασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου μπορεί να αποτελούν τους κινητήριους παράγοντες που ευθύνονται για αυτήν την μείωση του κινδύνου άνοιας. Το αν αυτή η αισιόδοξη τάση θα συνεχιστεί εν όψει την παγκόσμιας αύξησης των επιπέδων παχυσαρκίας και διαβήτη και το κατά πόσον η τάση αυτή παρατηρείται και στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, αποτελούν βασικά αναπάντητα ερωτήματα που θα έχουν τεράστιο αντίκτυπο σε παγκόσμιο επίπεδο για την μελλοντική έκταση των επιπτώσεων της νόσου του Αλτσχάιμερ και της άνοιας σε ασθενείς, οικογένειες και κοινωνίες κατά τις επόμενες δεκαετίες

- **Prem Prakash Gupta¹, Rishabh Dev Pandey², Diwakar Jha³, Vikesh Shrivastav⁴, and Sandeep Kumar, Role of Traditional Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs in Alzheimer's Disease: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials, American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 2015, Vol. 30(2) 178-182**

Abstract

The role of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in prevention of Alzheimer's disease (AD) has been evaluated in many studies. We performed a meta-analysis to summarize the existing evidence on the relation between use of classical NSAIDs and AD. Randomized controlled trials (RCTs) evaluating the role of classical NSAIDs in AD was searched using different search engines. The RCTs in patients who had the degree of AD measured on Mini-Mental State Examination (MMSE) or

AD Assessment Scale-Cognitive subscale (ADAS-cog) were included in the study. The RCTs and data (AD scores) were independently assessed by 2 reviewers, and data were included in meta-analysis only after a common consensus was reached. The pooled results from the ADAS-cog and MMSE scores failed to show any difference between the treatment and the placebo groups as opposed to findings from some observational studies. However, in view of heterogeneity of results, there is a need to conduct more RCTs to arrive at confirmatory findings.

Keywords

Alzheimer's disease, MMSE, ADAS-cog

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ο ρόλος των παραδοσιακών μη στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα κατά του Αλτσχάιμερ Νόσου: μια μετα-ανάλυση των τυχαιοποιημένων Κλινικές δοκιμές

Περίληψη

Ο ρόλος των μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων στην πρόληψη της νόσου του Αλτσχάιμερ έχει αξιολογηθεί σε πολλές μελέτες. Πραγματοποιήθηκε μία μετα-ανάλυση για να συνοψίσουμε τα υπάρχοντα στοιχεία για την σχέση μεταξύ της χρήσης των κλασικών μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων και της νόσου του Αλτσχάιμερ. Αναζητήθηκαν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που αξιολογούν τον ρόλο των κλασικών μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων στην νόσο του Αλτσχάιμερ με την χρήσης διαφορετικών μηχανών αναζήτησης. Συμπεριελήφθησαν στην μελέτη οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές σε ασθενείς που είχαν βαθμό της νόσου του Αλτσχάιμερ ο οποίος μετρήθηκε με την Ελάχιστη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης (MMSE) ή την Κλίμακα Αξιολόγησης της νόσου του Αλτσχάιμερ-Γνωστική υποκλίμακα (ADAS-cog). Οι τυχαιοποιημένες μελέτες και τα δεδομένα (βαθμολογίες της νόσου του Αλτσχάιμερ) εκτιμήθηκαν ανεξάρτητα από 2 ερευνητές και τα στοιχεία συμπεριελήφθησαν στην μετα-ανάλυση μόνο αφού επιτεύχθηκε κοινή συναίνεση. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα από τις βαθμολογίες ADAS-Cog και MMSE απέτυχαν να δείξουν οποιαδήποτε διαφορά μεταξύ των ομάδων θεραπείας και των ομάδων που έλαβαν εικονικό φάρμακο, σε αντίθεση με τα ευρήματα από κάποιες μελέτες παρατήρησης. Ωστόσο, ενόψει της ετερογένειας των αποτελεσμάτων, υπάρχει η ανάγκη για την διεξαγωγή περισσότερων

τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών προκειμένου να καταλήξουμε σε επιβεβαιωτικά ευρήματα.

Λέξεις Κλειδιά

Alzheimer's disease, MMSE, ADAS-cog

- Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurology*, 13(8), 788-794. 10.1016/S1474- 4422(14)70136-X

ABSTRACT

Background: Recent estimates suggesting that over half of Alzheimer's disease (AD) burden worldwide might be attributed to potentially modifiable risk factors do not take into account risk factor non-independence. This paper provides specific, and more realistic, estimates of preventive potential accounting for the correlation between risk factors.

Methods: The population attributable risk (PAR) of AD worldwide, USA, Europe and the UK relating to seven potentially modifiable risk factors for AD identified as having consistent evidence for an association (diabetes, midlife hypertension, midlife obesity, physical inactivity, smoking, depression and educational attainment) was estimated using relative risks from existing meta-analyses. The combined PAR associated with the risk factors was estimated, using data from the Health Survey for England 2006 to estimate and adjust for the correlation between risk factors.

Findings: Worldwide 19.1% of AD cases may be attributable to low educational attainment. In the USA, Europe and the UK the largest proportion of cases may be attributable to physical inactivity – 21.0%, 20.3%, and 21.8%, respectively. Assuming independence, the seven risk factors' combined worldwide PAR was 49.4% (i.e. contributing to 16.7 million out of 33.9 million cases). However, adjusting for the correlation between the risk factors the estimate reduced to 28.2% (i.e. contributing to 9.6 million out of 33.9 million cases). Similar combined PAR estimates were found for the USA, Europe and the UK.

Interpretation: Even after accounting for non-independence between modifiable risk factors for AD, assuming a causal relationship, around one-third of AD cases in Europe and the UK may be attributable to the risk factors considered. This provides an indication for the potential size of reduction of AD through the improvements in education and deploying effective methods for population reduction of vascular risk.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η πιθανότητα για την πρωτογενή πρόληψη της νόσου του Αλτσχάιμερ: η ανάλυση των δεδομένων βάσει του πληθυσμού

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιστορικό: Πρόσφατες εκτιμήσεις δείχνουν ότι πάνω από το ήμισυ της επιβάρυνσης της νόσου του Αλτσχάιμερ σε παγκόσμιο επίπεδο θα μπορούσε να αποδοθεί σε δυνητικά τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου που δεν λαμβάνουν υπόψη την μη ανεξαρτησία των παραγόντων κινδύνου. Αυτή η μελέτη παρέχει συγκεκριμένες και πιο ρεαλιστικές εκτιμήσεις για την δυναμική της πρόληψης λαμβάνοντας υπόψη την συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου.

Μέθοδοι: Εκτιμήθηκε ο κίνδυνος της νόσου του Αλτσχάιμερ που αναλογεί στον πληθυσμό σε παγκόσμιο επίπεδο, τις ΗΠΑ, την Ευρώπη και το Ηνωμένο Βασίλειο σε σχέση με τους επτά δυνητικά τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για την νόσο του Αλτσχάιμερ για τους οποίους έχει βρεθεί ότι έχουν κάποια συσχέτιση (διαβήτης, υπέρταση μέσης ηλικίας, παχυσαρκία μέσης ηλικίας, έλλειψη σωματικής άσκησης, κάπνισμα, κατάθλιψη και μορφωτικό επίπεδο) με τη χρήση σχετικών κινδύνων από τις υπάρχουσες μετα-αναλύσεις. Ο συνδυασμένος κίνδυνος της νόσου του Αλτσχάιμερ που σχετίζεται με τους παράγοντες κινδύνου εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Έρευνα Υγείας που διενεργήθηκε στην Αγγλία το 2006 για την εκτίμηση και την προσαρμογή της συσχέτισης μεταξύ των παραγόντων κινδύνου.

Ευρήματα: Παγκοσμίως, το 19,1% των περιπτώσεων νόσου του Αλτσχάιμερ μπορεί να αποδοθεί στο χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Στις ΗΠΑ, την Ευρώπη και το Ηνωμένο Βασίλειο το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη σωματικής άσκησης - 21,0%, 20,3% και 21,8%, αντίστοιχα. Υποθέτοντας

την ανεξαρτησία, ο συνδυασμένος κίνδυνος των επτά παραγόντων κινδύνου που αναλογεί στον παγκόσμιο πληθυσμό ήταν 49,4% (δηλαδή συμβάλλουν με 16,7 εκατομμύρια περιπτώσεις από τις 33,9 εκατομμύρια). Ωστόσο, η προσαρμογή για την συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου η εκτίμηση μειώθηκε στο 28,2% (δηλαδή συμβάλλουν με 9,6 εκατομμύρια περιπτώσεις από τις 33,9 εκατομμύρια). Παρόμοιες εκτιμήσεις συνδυασμένου κινδύνου που αναλογεί στον πληθυσμό προέκυψαν για τις ΗΠΑ, την Ευρώπη και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Ερμηνεία: Ακόμα και μετά τον συνυπολογισμό της μη-ανεξαρτησίας μεταξύ των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου για την νόσο του Αλτσχάιμερ, υποθέτοντας ότι υπάρχει μια αιτιώδης σχέση, περίπου το ένα τρίτο των περιπτώσεων με νόσο του Αλτσχάιμερ στην Ευρώπη και το Ηνωμένο Βασίλειο μπορεί να αποδοθεί στους παράγοντες κινδύνου που εξετάζονται. Αυτό παρέχει μία ένδειξη για το πιθανό μέγεθος της μείωσης της νόσου του Αλτσχάιμερ μέσω των βελτιώσεων στην εκπαίδευση και την ανάπτυξη αποτελεσματικών μεθόδων για την μείωση του αγγειακού κινδύνου του πληθυσμού.

- **Tony Wyss-Coray^{1,2} and Joseph Rogers³ Inflammation in Alzheimer Disease—A Brief Review of the Basic Science and Clinical Literature, Cite this article as Cold Spring Harb Perspect Med 2012;2:a006346**

Biochemical and neuropathological studies of brains from individuals with Alzheimer disease (AD) provide clear evidence for an activation of inflammatory pathways, and longterm use of anti-inflammatory drugs is linked with reduced risk to develop the disease. As cause and effect relationships between inflammation and AD are being worked out, there is a realization that some components of this complex molecular and cellular machinery are most likely promoting pathological processes leading to AD, whereas other components serve to do the opposite. The challenge will be to find ways of fine tuning inflammation to delay, prevent, or treat AD.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Φλεγμονή στο Νόσου Alzheimer, μια σύντομη ανασκόπηση της βασικής επιστήμης και της Κλινικής Λογοτεχνία

Οι βιοχημικές και νευροπαθολογικές μελέτες του εγκεφάλου από άτομα με νόσο του Αλτσχάιμερ παρέχουν σαφείς ενδείξεις για μια ενεργοποίηση των φλεγμονωδών οδών και την μακρόχρονη χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων που συνδέεται με τον μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Καθώς εξετάζονται οι σχέσεις αιτίας και αποτελέσματος μεταξύ της φλεγμονής και της νόσου του Αλτσχάιμερ, υπάρχει μια συνειδητοποίηση ότι ορισμένα συστατικά αυτού του πολύπλοκου μοριακού και κυτταρικού μηχανισμού πιθανά να προωθούν τις παθολογικές διαδικασίες που οδηγούν στην νόσο του Αλτσχάιμερ, ενώ άλλα συστατικά χρησιμεύουν για το αντίθετο. Η πρόκληση είναι να βρεθούν οι τρόποι κατάλληλης ρύθμισης της φλεγμονής για την καθυστέρηση, την πρόληψη ή την θεραπεία της νόσου του Αλτσχάιμερ.

- **Carson,Verna (2015)The Role of the Faith Community Nurse in Fostering Spirituality in those with Alzheimer's Disease," International Journal of Faith Community Nursing: Vol. 1: Iss. , Article 3.**

THE ROLE OF THE FAITH COMMUNITY NURSE IN FOSTERING SPIRITUALITY IN THOSE WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Alzheimer's disease (AD) strips individuals of so much that define who they are – their memories are gradually erased as if the “delete all” command on a computer was selected. It is easy to believe that the “loss of self” also means a “loss of soul as well” (Carson, Vanderhorst, & Koenig, 2015, p.87). However, we enter this world as spiritual beings and we leave this world in the same way. The ability to experience the Almighty definitely changes as the disease progresses but that ability to do so continues. Faith Community Nurses possess a unique opportunity to foster this connection in those with Alzheimer's as well as their caregivers who are members of the faith community in which the nurse provides service.

Those individuals with Alzheimer's, along with their caregivers, continue to have spiritual needs. For many people with Alzheimer's religious or spiritual experiences reside in their long-term memories and remain accessible until very late in the disease. Ancient memories of a parent praying with a child or singing hymns to comfort may date back to infancy and so are preserved in the brain well after verbal communication along with short term memory has been destroyed. Religious music continues to be one of the most powerful interventions for reaching those in the late stages of Alzheimer's. Music is stored in the brain through a complex neural network that preserves music when other areas of the brain are destroyed through AD (Mooney, 2004; Snyder, 2003).

This article discusses the many ways that the Faith Community Nurse is able to meet the spiritual needs of those with Alzheimer's (Carson, Vanderhorst, Koenig, pp.89-91).

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΠΙΣΤΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Η νόσος του Αλτσχάιμερ αποστερεί από τα άτομα τόσα πολλά από αυτά που καθορίζουν αυτό που είναι. Οι αναμνήσεις τους σταδιακά διαγράφονται σαν την εντολή της διαγραφής όλων σε έναν υπολογιστή. Είναι εύκολο να πιστέψει κανείς ότι η «απώλεια του εαυτού» σημαίνει επίσης την «απώλεια της ψυχής» (Carson, Vanderhorst, & Koenig, 2015, 87). Ωστόσο, μπαίνουμε σε αυτόν τον κόσμο ως πνευματικά όντα και αφήνουμε αυτόν τον κόσμο με τον ίδιο τρόπο. Η ικανότητα να βιώσουμε τον Παντοδύναμο σίγουρα αλλάζει καθώς η νόσος εξελίσσεται, αλλά η ικανότητα που το πράττει αυτό συνεχίζεται. Η Κοινότητα Πίστεως των Νοσηλευτών κατέχει μία μοναδική ευκαιρία για την προώθηση αυτής της σύνδεσης σε άτομα με Αλτσχάιμερ, καθώς και στους φροντιστές τους, οι οποίοι είναι μέλη της κοινότητας πίστης στην οποία ο νοσηλευτής παρέχει την υπηρεσία.

Εκείνα τα άτομα με νόσο Αλτσχάιμερ, μαζί με τους φροντιστές τους, συνεχίζουν να έχουν πνευματικές ανάγκες. Για πολλούς ανθρώπους με Αλτσχάιμερ οι θρησκευτικές ή πνευματικές εμπειρίες τους εδράζουν στην μακροπρόθεσμη μνήμη τους και παραμένουν προσβάσιμες μέχρι η νόσος να προχωρήσει πολύ. Αρχαίες αναμνήσεις ενός γονέα που προσεύχεται με ένα παιδί ή που τραγουδά ύμνους για να το ηρεμήσει

μπορεί να χρονολογούνται από την βρεφική ηλικία και έτσι σώζονται στον εγκέφαλο πολύ μετά που η λεκτική επικοινωνία μαζί με την βραχυπρόθεσμη μνήμη καταστραφούν. Η θρησκευτική μουσική συνεχίζει να είναι μία από τις πιο ισχυρές παρεμβάσεις για την προσέγγιση όσων βρίσκονται στα τελευταία στάδια της νόσου του Αλτσχάιμερ. Η μουσική αποθηκεύεται στον εγκέφαλο μέσω ενός πολύπλοκου νευρωνικού δικτύου που διατηρεί την μουσική όταν όλες οι άλλες περιοχές του εγκεφάλου καταστρέφονται λόγω της νόσου (Mooney, 2004; Snyder, 2003).

Αυτή η μελέτη ασχολείται με τους πολλούς τρόπους που η Κοινότητα Πίστης των Νοσηλευτών είναι σε θέση να καλύψει τις πνευματικές ανάγκες των ατόμων με Αλτσχάιμερ (Carson, Vanderhorst, Koenig, σσ. 89-91).

- **Alzheimer's Association Dementia Friendly Hospitals: Care Not Crisis, Alzheimer's Association, 2010.**

Introduction

The purpose of the Dementia-Friendly Acute Care training program is to address the reality that approximately one-third of people with Alzheimer's disease and other dementias are hospitalized each year for a total of 3.2 million hospital stays, a number that will greatly escalate as the population ages. (Analysis of 2000 Medicare data). Older hospital patients with dementia are at much higher risk for functional decline, delirium, falls, elopement incidents, dehydration, aggressive behaviors and physical restraint. Frequently, functional decline occurs during the hospital stay, which may lengthen stay and complicate discharge.

Based on discussions and focus groups with acute care leaders (2006-08), we know that hospital staff are often undertrained to recognize dementias. They need the skills necessary to deal with the associated problems, communicate effectively with family caregivers, and identify ways to better manage individual patient care needs. This will result in reduced staff burden, less family stress and improved patient outcomes. (Maslow, 2006).

As of October 2008, the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) no longer reimburse hospitals for certain complications that occur during a patient's stay.

Several of these adverse health events commonly happen to persons with dementia (infection related to the use of indwelling catheters, pressure ulcers, delirium, etc). These CMS changes further fuel the need for education and advocacy for improved outcomes during hospitalization.

Models of dementia-capable acute care delivery and training efforts have been documented and researched, but are not being implemented as standard practice. Responding to concerns voiced by family members, hospital staff and leadership, the Alzheimer's Association Education Institute (AAEI) St. Louis Chapter, in collaboration with the Washington University Alzheimer's Disease Research Center, initiated a training program to help hospital staff better meet the needs of hospitalized persons with dementia.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Άνοια σε φιλικό Νοσοκομείο : φροντίδα και όχι κρίση

Παρουσίαση

Ο σκοπός του προγράμματος «Επείγουσα Φροντίδα Φιλική προς την Άνοια» είναι να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα ότι περίπου το ένα τρίτο των ατόμων με τη νόσο του Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας νοσηλεύονται κάθε χρόνο με ένα σύνολο 3,2 εκατομμυρίων νοσοκομειακών διαμονών, ένας αριθμός που θα κλιμακωθεί σε μεγάλο βαθμό σε σχέση και με την γήρανση του πληθυσμού. (Analysis of 2000 Medicare data). Οι ηλικιωμένοι νοσοκομειακοί ασθενείς με άνοια διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο έκπτωσης των λειτουργιών, παραληρήματος, πτώσεων, επεισοδίων απαγωγής, αφυδάτωσης, επιθετικών συμπεριφορών και σωματικών περιορισμών. Συχνά, η λειτουργική έκπτωση επέρχεται κατά την διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο, η οποία μπορεί να επιμηκύνει την παραμονή και να περιπλέξει την έξοδο από το νοσοκομείο.

Με βάση τις συζητήσεις και τις ομάδες εστίασης με υπευθύνους στην οξεία φροντίδα (2006-08), γνωρίζουμε ότι το προσωπικό του νοσοκομείου συχνά δεν έχει την κατάλληλη εκπαίδευση για να αναγνωρίσει την άνοια. Χρειάζονται τις αναγκαίες δεξιότητες για την αντιμετώπιση των σχετιζόμενων προβλημάτων, την αποτελεσματική επικοινωνία με τους οικογενειακούς φροντιστές και την εξεύρεση τρόπων για την καλύτερη διαχείριση τις ατομικές ανάγκες φροντίδας των ασθενών. Αυτό θα οδηγήσει σε μείωση της επιβάρυνσης του προσωπικού, σε λιγότερο άγχος

της οικογένειας και σε βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς (Maslow, 2006).

Από τον Οκτώβριο του 2008, τα Κέντρα Medicare και Medicaid Services πλέον δεν αποζημιώνουν τα νοσοκομεία για ορισμένες επιπλοκές που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της παραμονής του ασθενούς. Αρκετές από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες υγείας συνήθως συμβαίνουν σε άτομα με άνοια (λοίμωξη που σχετίζεται με την χρήση μόνιμων καθετήρων, έλκη πίεσης, παραλήρημα, κλπ). Αυτές οι αλλαγές των κέντρων τροφοδοτούν περαιτέρω την ανάγκη για εκπαίδευση και υποστήριξη για την βελτίωση των αποτελεσμάτων κατά την διάρκεια της νοσηλείας.

Έχουν τεκμηριωθεί και ερευνηθεί μοντέλα προσπαθειών εκπαίδευσης και παροχής οξείας φροντίδας για την άνοια, αλλά δεν έχουν τεθεί σε εφαρμογή κατά πάγια τακτική. Ανταποκρινόμενο στις ανησυχίες που εκφράστηκαν από τα μέλη των οικογενειών και το νοσοκομειακό προσωπικό, το παράρτημα του Σεντ Λούις του Εκπαιδευτικού Ιδρύματος του Συλλόγου για την νόσο του Αλτσχάιμερ, σε συνεργασία με το Ερευνητικό Κέντρο της Νόσου του Αλτσχάιμερ του Πανεπιστημίου της Ουάσιγκτον, ξεκίνησε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης για να βοηθήσει το προσωπικό του νοσοκομείου να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες των νοσηλευομένων ατόμων με άνοια.

- **Melanie Handley , Frances Bunn and Claire Goodman Interventions that support the creation of dementia friendly environments in health care: protocol for a realist review , Handley et al. Systematic Reviews (2015) 4:180**

Abstract

Background: Improving health-care outcomes for people living with dementia when they are admitted to hospital is a policy priority. Dementia friendly interventions in health care promote inclusion of patients and carers in decision-making and adapt practices and environments to be appropriate to the needs of people with cognitive impairment. While there has been a wealth of activity, the number of studies evaluating interventions is limited, and the majority focuses on reporting staff and organisational outcomes. By focusing on patient and carer outcomes, this review will aim to develop an explanatory account of how and in what circumstances dementia

friendly environments in health care work for people living with dementia and with what outcomes.

Method/design: Realist review is a theory-driven method which seeks to produce explanatory accounts of why interventions work and specifically, what combination of components are most effective in producing particular outcomes. Stakeholder interviews, a review of the literature, and an expert steering group workshop will be used to explore the assumptions behind interventions that are designed to enhance health care for people living with dementia to understand the underlying programme theories. The review will focus on studies that report patient and carer outcomes, including involvement in decision-making, length of stay and referral to long-term care, adverse incidents (e.g. patient distress, delirium falls, nutrition and hydration and infection), antipsychotic medication prescribing, evidence of patient-centred care and patient and carer satisfaction.

Discussion: The review will provide an explanatory model about how dementia friendly interventions in hospital settings improve outcomes for people living with dementia and their family carers and in what circumstances for future testing and evaluation of future dementia friendly initiatives.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Οι παρεμβάσεις που υποστηρίζουν τη δημιουργία ενός φιλικού περιβάλλοντος για την αντιμετώπιση της άνοιας στον τομέα της υγείας: Ένα ρεαλιστικό πρωτόκολλο .

Περίληψη

Ιστορικό: Η βελτίωση των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας για τους ανθρώπους που ζουν με άνοια όταν εισάγονται στο νοσοκομείο αποτελεί προτεραιότητα. Οι παρεμβάσεις για την άνοια στον τομέα της υγείας προωθούν την ένταξη των ασθενών και των φροντιστών στην διαδικασία λήψης αποφάσεων και προσαρμόζουν πρακτικές και περιβάλλοντα ώστε να είναι κατάλληλα για τις ανάγκες των ατόμων με νοητική δυσλειτουργία. Αν και υπήρξε μια πληθώρα δραστηριοτήτων, ο αριθμός των μελετών που αξιολογούν τις παρεμβάσεις είναι περιορισμένες και η πλειοψηφία εστιάζει στις αναφορές του προσωπικού και στα αποτελέσματα των οργανισμών. Με έμφαση στα αποτελέσματα των ασθενών και των φροντιστών, αυτή η μελέτη έχει ως στόχο να αναπτύξει μία επεξηγηματική άποψη για το πώς και υπό

ποιες συνθήκες τα φιλικά προς την άνοια περιβάλλοντα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης λειτουργούν για τα άτομα που ζουν με άνοια και με ποια αποτελέσματα.

Μέθοδος: Η ρεαλιστική αναθεώρηση είναι μία μέθοδος με γνώμονα την θεωρία, η οποία επιδιώκει να παραγάγει επεξηγηματικές αφηγήσεις σε σχέση με το γιατί οι παρεμβάσεις λειτουργούν και συγκεκριμένα, ποιος συνδυασμός των συστατικών είναι πιο αποτελεσματικός στην παραγωγή συγκεκριμένων αποτελεσμάτων. Χρησιμοποιήθηκαν συνεντεύξεις με ενδιαφερόμενους, μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και μία ομάδα εμπειρογνομόνων για την διερεύνηση των υποθέσεων πίσω από τις παρεμβάσεις που έχουν σχεδιαστεί για την ενίσχυση της υγειονομικής περίθαλψης για τους ανθρώπους που ζουν με άνοια ώστε να κατανοηθούν οι υποκείμενες θεωρίες του προγράμματος. Η ανασκόπηση επικεντρώθηκε σε μελέτες που αναφέρουν τα αποτελέσματα των ασθενών και των φροντιστών, καθώς και την συμμετοχή στην λήψη αποφάσεων, την διάρκεια παραμονής και παραπομπής στην μακροχρόνια φροντίδα, τα δυσμενή συμβάντα (π.χ. δυσφορία, παραλήρημα, πτώσεις, διατροφή και ενυδάτωση και μόλυνση του ασθενούς), την συνταγογράφηση αντιψυχωσικών φαρμάκων, τα αποδεικτικά στοιχεία της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή και την ικανοποίηση του ασθενή και του φροντιστή.

Συζήτηση: Η ανασκόπηση παρέχει ένα επεξηγηματικό μοντέλο για το πώς οι φιλικές προς την άνοια παρεμβάσεις στα νοσοκομειακά περιβάλλοντα βελτιώνουν τα αποτελέσματα για τα άτομα που ζουν με άνοια και τους οικογενειακούς φροντιστές τους και υπό ποιες προϋποθέσεις, για τον μελλοντικό έλεγχο και την αξιολόγηση των μελλοντικών φιλικών προς την άνοια πρωτοβουλιών.

- **Kit Yee Chan, Wei Wang, Jing Jing Wu, Li Liu, Evropi Theodoratou, Josip Car, Lefk os Middleton, Tom C Russ, Ian J Deary, Harry Campbell, Wei Wang, Igor Rudan; on behalf of the Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG) Epidemiology of Alzheimer's disease and other forms of dementia in China, 1990–2010: a systematic review and analysis, Lancet 2013; 381: 2016–23**

Summary

Background China is increasingly facing the challenge of control of the growing burden of non-communicable diseases. We assessed the epidemiology of Alzheimer's

disease and other forms of dementia in China between 1990, and 2010, to improve estimates of the burden of disease, analyse time trends, and inform health policy decisions relevant to China's rapidly ageing population.

Methods In our systematic review we searched for reports of Alzheimer's disease or dementia in China, published in Chinese and English between 1990 and 2010. We searched China National Knowledge Infrastructure, Wanfang, and PubMed databases. Two investigators independently assessed case definitions of Alzheimer's disease and dementia: we excluded studies that did not use internationally accepted case definitions. We also excluded reviews and viewpoints, studies with no numerical estimates, and studies not done in mainland China. We used Poisson regression and UN demographic data to estimate the prevalence (in nine age groups), incidence, and standardised mortality ratio of dementia and its subtypes in China in 1990, 2000, and 2010.

Findings Our search returned 12 642 reports, of which 89 met the inclusion criteria (75 assessed prevalence, 13 incidence, and nine mortality). In total, the included studies had 340 247 participants, in which 6357 cases of Alzheimer's disease were recorded. 254 367 people were assessed for other forms of dementia, of whom 3543 had vascular dementia, frontotemporal dementia, or Lewy body dementia. In 1990 the prevalence of all forms of dementia was 1·8% (95% CI 0·0–44·4) at 65–69 years, and 42·1% (0·0–88·9) at age 95–99 years. In 2010 prevalence was 2·6% (0·0–28·2) at age 65–69 years and 60·5% (39·7–81·3) at age 95–99 years. The number of people with dementia in China was 3·68 million (95% CI 2·22–5·14) in 1990, 5·62 million (4·42–6·82) in 2000, and 9·19 million (5·92–12·48) in 2010. In the same period, the number of people with Alzheimer's disease was 1·93 million (1·15–2·71) in 1990, 3·71 million (2·84–4·58) people in 2000, and 5·69 million (3·85–7·53) in 2010. The incidence of dementia was 9·87 cases per 1000 person-years, that of Alzheimer's disease was 6·25 cases per 1000 person-years, that of vascular dementia was 2·42 cases per 1000 person-years, and that of other rare forms of dementia was 0·46 cases per 1000 person-years. We retrieved mortality data for 1032 people with dementia and 20 157 healthy controls, who were followed up for 3–7 years. The median standardised mortality ratio was 1·94:1 (IQR 1·74–2·45).

Interpretation Our analysis suggests that previous estimates of dementia burden, based on smaller datasets, might have underestimated the burden of dementia in

China. The burden of dementia seems to be increasing faster than is generally assumed by the international health community. Rapid and effective government responses are needed to tackle dementia in low-income and middle-income countries.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Επιδημιολογία της νόσου του Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές της άνοιας στην Κίνα, 1990-2010: μια συστηματική ανασκόπηση και ανάλυση

Περίληψη

Ιστορικό: Η Κίνα αντιμετωπίζει ολοένα και περισσότερο την πρόκληση του ελέγχου της αυξανόμενης επιβάρυνσης των μη μεταδοτικών ασθενειών. Εκτιμήθηκε η επιδημιολογία της νόσου του Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας στην Κίνα την περίοδο 1990-2010, για την βελτίωση των εκτιμήσεων της επιβάρυνσης της νόσου, για την ανάλυση των διαχρονικών τάσεων, καθώς και για την ενημέρωση των πολιτικών αποφάσεων για την υγεία που σχετίζονται με την ταχεία γήρανση του πληθυσμού της Κίνας.

Μέθοδοι: Στην συστηματική ανασκόπηση αναζητήθηκαν εκθέσεις για την νόσο του Αλτσχάιμερ ή την άνοια στην Κίνα, οι οποίες δημοσιεύθηκαν στην κινεζική και αγγλική γλώσσα από το 1990 έως και το 2010. Η αναζήτηση έγινε στις εξής βάσεις δεδομένων: China National Knowledge Infrastructure, Wanfang και PubMed. Δύο ερευνητές αξιολόγησαν ανεξάρτητα τους ορισμούς των κρουσμάτων της νόσου του Αλτσχάιμερ και της άνοιας: αποκλείστηκαν μελέτες που δεν χρησιμοποιούν διεθνώς αποδεκτούς ορισμούς των κρουσμάτων. Επίσης εξαιρέθηκαν αναθεωρήσεις και απόψεις, μελέτες χωρίς αριθμητικές εκτιμήσεις και μελέτες που δεν έγιναν στην ηπειρωτική Κίνα. Χρησιμοποιήθηκε παλινδρόμηση Poisson και δημογραφικά στοιχεία των Ηνωμένων Εθνών για την εκτίμηση του επιπολασμού (σε εννέα ηλικιακές ομάδες), την συχνότητα και την τυποποιημένη αναλογία θνησιμότητας της άνοιας και των υποτύπων της στην Κίνα για το 1990, το 2000 και το 2010.

Ευρήματα: Η αναζήτηση επέστρεψε 12.642 αναφορές, εκ των οποίων 89 πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης (75 αξιολογούσαν τον επιπολασμό, 13 την επίπτωση και 9 την θνησιμότητα). Συνολικά, οι μελέτες που συμπεριελήφθησαν είχαν 340.247 συμμετέχοντες, στις οποίες καταγράφηκαν 6.357 περιπτώσεις της νόσου του Αλτσχάιμερ. 254.367 άνθρωποι αξιολογήθηκαν για άλλες μορφές άνοιας, από τους οποίους οι 3.543 είχαν αγγειακή άνοια, μετωπιοκροταφική άνοια, ή άνοια σώματος

Lewy. Το 1990 ο επιπολασμός όλων των μορφών άνοιας ήταν 1,8% (95% CI 0,0-44,4) στα 65-69 έτη και 42,1% (0,0-88,9) στην ηλικία των 95-99 ετών. Το 2010 ο επιπολασμός ήταν 2,6% (0,0-28,2) στην ηλικία των 65-69 ετών και 60,5% (39,7 – 81,3) στην ηλικία των 95-99 ετών. Ο αριθμός των ατόμων με άνοια στην Κίνα ήταν 3,68 εκατομμύρια (95% CI 2,22-5,14) το 1990, 5,62 εκατομμύρια (4,42-6,82) το 2000 και 9,19 εκατομμύρια (5,92-12,48) το 2010. Κατά την ίδια περίοδο, ο αριθμός των ατόμων με νόσο Αλτσχάιμερ ήταν 1,93 εκατομμύρια (1,15-2,71) το 1990, 3,71 εκατομμύρια (2,84-4,58) άτομα το 2000 και 5,69 εκατομμύρια (3,85-7,53) το 2010. Η επίπτωση της άνοιας ήταν 9,87 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα-έτη, της νόσου του Αλτσχάιμερ ήταν 6,25 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα-έτη, της αγγειακής άνοιας ήταν 2,42 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα-έτη και για τις άλλες σπάνιες μορφές άνοιας ήταν 0,46 περιπτώσεις ανά 1000 άτομα-έτη. Ανακτήθηκαν τα δεδομένα θνησιμότητας για 1.032 άτομα με άνοια και 20.157 υγιείς μάρτυρες, οι οποίοι παρακολουθήθηκαν για 3-7 χρόνια. Η μέση τυποποιημένη αναλογία θνησιμότητας ήταν 1,94: 1 (IQR 1,74-2,45).

Ερμηνεία: Η ανάλυσή μας έδειξε ότι οι προηγούμενες εκτιμήσεις της επιβάρυνσης της άνοιας βασίζονται σε μικρότερα σύνολα δεδομένων και ενδεχομένως να έχουν υποτιμήσει την επιβάρυνση της άνοιας στην Κίνα. Η επιβάρυνση της άνοιας φαίνεται να αυξάνεται ταχύτερα από ό,τι θεωρείται γενικά από την διεθνή κοινότητα για την υγεία. Χρειάζονται άμεσες και αποτελεσματικές αντιδράσεις των κυβερνήσεων για την αντιμετώπιση της άνοιας στις χώρες χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος.

- **Tabitha J. Bane, MS, RN, ANP-BC, and Connie Cole, DNP, RN-BC, NP-C, Prevention of Alzheimer disease The roles of nutrition and primary care, The Nurse Practitioner • Vol. 40, No. 5, 2015**

Abstract: Risk factors for developing Alzheimer disease include hypercholesterolemia, hypertension, obesity, and diabetes. Due to lack of effective treatments for Alzheimer disease, nutrition and primary prevention becomes important

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η πρόληψη της νόσου του Αλτσχάιμερ Ο ρόλος της διατροφής και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης

Περίληψη:

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου του Αλτσχάιμερ περιλαμβάνουν την υπερχοληστερολαιμία, την υπέρταση, την παχυσαρκία και τον διαβήτη. Λόγω της έλλειψης αποτελεσματικών θεραπειών για την νόσο του Αλτσχάιμερ, η διατροφή και η πρωτογενής πρόληψη καθίστανται σημαντικές.

Προτάσεις – Συμπεράσματα

Στη σύγχρονη εποχή , με το σταθερά αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής στο Δυτικό κόσμο, η νόσος Alzheimer αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ιατρικά αλλά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα.

Η Νόσος Alzheimer, όπως έχει διαπιστωθεί, είναι μια νόσος που απασχολεί τις Επιστήμες Υγείας αλλά και την κοινωνία γενικότερα, στην προσπάθεια να αντιμετωπιστεί. Δεν είναι τυχαίο το ότι έχει χαρακτηριστεί ως η νόσος του αιώνα, λόγω της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης του γενικού πληθυσμού. Οι επιπτώσεις της Νόσου Alzheimer, δεν αφορούν μόνο την υγεία του ίδιου του ασθενούς, αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον, που “νοσεί” και αυτό με τη σειρά του.

Παρά τις έρευνες που διεξάγονται για να βρεθεί τόσο ο πραγματικός αιτιολογικός παράγοντας, όσο και οι νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις, τα αποτελέσματα δείχνουν πως δεν υπάρχει μέχρι στιγμής η κατάλληλη θεραπεία που θα συμβάλλει στην πλήρη ίαση του ασθενούς. Αντίθετα, η υπάρχουσα θεραπεία διαδραματίζει ρόλο επιβραδυντικό με στόχο την καθυστέρηση της πορείας της νόσου. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι, η Νοσηλευτική Επιστήμη να επαγρυπνεί σε επίπεδο ποιότητας ζωής των ασθενών, λαμβάνοντας υπ’ όψη πως είναι υποβαθμισμένη, προσφέροντας υποστήριξη τόσο στον ίδιο τον ασθενή, όσο και στον οικογενειακό περίγυρο.

Για την βελτίωση της ποιότητας ζωής στην άνοια βασικό ρόλο παίζουν οι Κυβερνήσεις, οι τοπικές κοινωνίες, τα άτομα με άνοια και οι φροντιστές,. Η κοινωνική πολιτική των Κυβερνήσεων με την ψήφιση νόμων μπορεί να παρέχει ουσιαστική οικονομική υποστήριξη τόσο στους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους (φροντιστές) συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας της κοινότητας για νέα παρεμβάσεις συμβάλλει στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Η παροχή πληροφοριών μέσω φυλλαδίων μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά ένα νέο διαγνωσμένο άτομο και την οικογένειά του.

Οι εταιρείες Alzheimer που δραστηριοποιούνται τόσο στον Ελληνικό χώρο όσο και παγκοσμίως εργάζονται σε όλα τα επίπεδα προσφέροντας ουσιαστική βοήθεια στα άτομα, αυξάνουν την ευαισθητοποίηση του κόσμου και την σφαιρική ενημέρωση τους σχετικά με τις υπάρχουσες βοήθειες και παροχές.

Ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης χρειάζεται να υπάρξουν παρεμβάσεις που θα επιφέρουν βελτίωση της υγείας τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους. Είναι απολύτως απαραίτητο να δημιουργηθούν υποδομές για την αποκλειστική φροντίδα ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer, με στόχο να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες σε σχέση με το κόστος. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται το ψυχοκοινωνικό και το οικονομικό φορτίο στις οικογένειες των ασθενών. Οι εν λόγω υποδομές μπορεί να περιλαμβάνουν τα κέντρα ημέρας και τους ξενώνες ανοϊκών ασθενών. Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι ασθενείς που φροντίζονται στους ειδικούς αυτούς ξενώνες έχουν μικρότερο κόστος από τους ασθενείς των οποίων η φροντίδα παρέχεται από το σπίτι και την οικογένεια.

Το άτομο με άνοια συνεχίζει να είναι ένα άτομο με αξία και αξιοπρέπεια και έτσι πρέπει να το αντιμετωπίζουμε.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aguirre E, Woods RT, Spector A & Orrell M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing Res Rev*, 12(1), 253-262.
- Akkerman, R.L, Ostwald, S.K. 2004. Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *Am J Alzheimers Di Other Demen*, 19(2): 117-123
- Αλεξανδρόπουλος Κ. (2009). Προσέγγιση και αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς. *Νοσοκοκομειακά Χρονικά*, 71, Συμπλήρωμα, 43-50, 2009.
- Alzheimer's Disease International (ADI), World Alzheimer Report 2016 Improving healthcare for people living with dementia coverage, Quality and costs now and in the future, Published by Alzheimer's Disease International (ADI), London. September 2016.<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>
- Alzheimer's A. 2011 Alzheimer's Disease Facts and Figures. 2011; Available from: http://www.alz.org/downloads/Facts_Figures_2011.pdf.
- Alzheimer's Association. 2016 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's & Dementia* 2016;12(4). https://www.alz.org/documents_custom/2016-facts-and-figures.pdf
- Alzheimer's Association, 2014 Alzheimer's Disease Facts and Figures, *Alzheimer's & Dementia*, Volume 10, Issue 2. https://www.alz.org/downloads/facts_figures_2014.pdf
- Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2013 Journey of Caring An analysis of long-term care for dementia, <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>
- Alzheimer's Association Dementia Friendly Hospitals: Care Not Crisis, Alzheimer's Association, 2010.
- American Psychiatric Association (APA) . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . 5th ed. American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2013
- Αναστασιάδου Β, Ηλικιωμένοι Πάσχοντες από Νόσο Alzheimer, στο Αναστασιάδου, Β., Νάκα, Ό., Παντελίδου-Παπαδοπούλου, Ο., Σακελλάρη, Δ., Τοπίτσογλου, Β., Τορτοπίδης, Δ., 2015. Διαχείριση σύνθετων καταστάσεων στα πλαίσια της γηριατρικής οδοντιατρικής. [ηλεκτρ. βιβλ.] κεφ 19, 2015 <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3377>

- Anguera JA, Boccanfuso J, Rintoul JL, Al-Hashimi O, Faraji F, Janowich J, Kong E, Larraburo Y, Rolle C, Johnston E & Gazzaley A. (2013). Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature*, 501(7465), 97-101.
- Anstey KJ, von Sanden C, Salim A, O’Kearney R. Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Am J Epidemiol*. 2007 Aug 15;166(4):367-78.
- American Psychiatric Association (APA) , Practice Guideline for the Treatment of Patients with Alzheimer’s Disease and Other Dementias. Work group on Alzheimer’s Disease and other Dementias. US 2007
- Αθανάτου Κ. Ε., (2007). Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Η΄ έκδοση. Αθήνα. Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε.
- Bane T, and Cole C, Prevention of Alzheimer disease The roles of nutrition and primary care, *The Nurse Practitioner* • Vol. 40, No. 5, 2015
- Beach TG. The history of Alzheimer's disease: three debates. *J Hist Med Allied Sci* 1987, 42:327–349
- Βενιού Α., Βασιλειάδου Σ., Βελέτζα Δ., Μήλιος Μ, Τεντολούρης Ν Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της άνοιας τύπου Alzheimer, *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ* 2016, 33(1):107-114
- Berchtold NC, Cotman CW. Evolution in the conceptualization of dementia and Alzheimer’s disease: Greco-Roman period to the 1960s. *Neurobiology of Aging* 1998;19:173-89.
- Boller F, Forbes M. History of dementia and dementia in History: An overview. *Journal of the Neurological Sciences*, vol.158, Issue 2, 30 june 1998,p.125-133 (p.125).
- Boller F, Bick K, Duyckaerts C. They Have shaped Alzheimer disease the protagonist,well known and less well known. *Historical Paper, Cortex*, (2007)43, 565-569 (p.565).
- Borson S, Scanlan JM, Chen PJ et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1451–1454.
- Βορβολακος Θ , Άνοια: Αντιμετώπιση από υπηρεσίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής, *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ* 49, 55-59, 2012
- Broxmeyer L. Thinking the unthinkable: Alzheimer's, Creutzfeldt-Jakob and Mad Cow disease: the age-related reemergence of virulent, foodborne, bovine tuberculosis or losing your mind for the sake of a shake or burger. Med Hypotheses. 2005;64(4):699-705.

- Bruce Reed, Sylvia Villeneuve, Wendy Mack et al. Association between serum cholesterol levels and cerebral amyloidosis. *JAMA Neurol.* 2014;71(2):195-200.
- Burns, A; Iliffe, S (5 February 2009). "Dementia.". *BMJ (Clinical research ed.)*. 338: b75.
- Butters MA, Young JB, Lopez O, Aizenstein HJ, Mulsant BH, Reynolds CF, 3rd, et al. Pathways linking late-life depression to persistent cognitive impairment and dementia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2008;10(3):345-57.
- Cerejeira J, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, May 2012, 3 (73)
- Chaldogeridis A., Tsiatsos T., Gialaouzidis M. & Tsolaki M. (2014). Comparing data from a computer based intervention program for patients with Alzheimer's disease. *HCII 2014*.
- Chan K, Wang W, Wu J, Liu L, Theodoratou E, Car J, Middleton L, Russ T, Deary I, Campbell H, Wang W, Rudan I ; on behalf of the Global Health Epidemiology Reference Group (GHERG) Epidemiology of Alzheimer's disease and other forms of dementia in China, 1990–2010: a systematic review and analysis, *Lancet* 2013; 381: 2016–23
- Charlesworth, G., Shepstone, L., Wilson, E., Thalanany, M., Mugford, M. and Poland, F. 2008. Does befriending by trained lay workers improve psychological well-being and quality of life for carers of people with dementia, and at what cost? A randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 12 (4), 1–78.
- Cunningham, EL; McGuinness, B; Herron, B; Passmore, AP (May 2015). "Dementia". *The Ulster Medical Journal*. 84 (2): 79–87.
- Digby R, Lee S, Williams A, Nurse empathy and the care of people with dementia, *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING* Volume 34 Issue 1 2016
- Dotson VM, Beydoun MA, Zonderman AB. Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment. *Neurology*. 2010 Jul 6;75(1):27-34.
- Efthymiou, A, Sakka, P., Harila, N. 2011. Effectiveness of a stress management program for Greek caregivers of patients attending a Dementia Day Care Centre. 41st EABCT Annual Congress :Prevention, 31 Aug – 3 Sept, 2011, Reykjavik, Iceland
- Φουντούκη Α. & Δημήτριος Θ, Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή , Το Βήμα του Ασκληπιού ,11ος Τόμος, 1ο Τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2012, http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2012/VOLUME%2004_12/VA_REV_3_11_04_12.pdf

- Gallagher-Thompson, D., Tzuang, Y.M., Au, A., Brodaty, H et al, 2012. International perspectives on nonpharmacological best practices for dementia family caregivers: A review. *Clinical Gerontologist*, 35 (4): 316-355
- Gallicchio L, Siddiqi N, Langenberg P, Baumgarten M. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002, 17:154–163
- Carson,V (2015)"The Role of the Faith Community Nurse in Fostering Spirituality in those with Alzheimer's Disease," *International Journal of Faith Community Nursing*: Vol. 1: Iss. , Article 3.
- Γεωργακίλα, Ε., (2011). Το να είσαι φροντιστής είναι μία απαιτητική και σκληρή δουλειά. Στο 7^ο Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών. Θεσσαλονίκη 16-20 Φεβρουαρίου 2011 ο Πανελλήνιο Ιατρικό-Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου
- Gilmour H, Gibson F, Campbell J, People with Dementia in a Rural Community
- Issues of Prevalence and Community Care Policy , d e m e n t i a Volume: 2 issue: 2, page(s): 245-263
- Γιωτάκος Ο, Η μακροχρόνια φροντίδα των ασθενών με άνοια, 2009 <http://www.iator.gr/2009/12/10/makroxronia-frontida-asthenon-me-anoia/>
- Gordon D , Sounding the alarm on a future epidemic: Alzheimer's disease, UCLA biostatistics team forecasts prevalence of the disease under different circumstances January 05, 2016 <http://newsroom.ucla.edu/stories/sounding-the-alarm-on-a-future-epidemic:-alzheimer-s-disease>
- Graham N. & Warner J. (2009). Alzheimer's disease & other dementias.1st ed. British. Family doctor publications.
- Greenberg, D., (2004). Κλινική Νευρολογία. Επιμ. Φ, Φωτίου. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις ΠΑΠΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Guy M. McKhann et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging – Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* 2011,7:263 – 269
- Gupta P, Pandey R, Jha D, Shrivastav V, and Kumar S, Role of Traditional Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs in Alzheimer's Disease: A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 2015, Vol. 30(2) 178-182

- Gwyther L. (2005). Family car and Alzheimer's disease. What do we know? What can we do? NC Med Journal. Vol. 66, no 1.
- Handley M , Bunn F and Goodman C, Interventions that support the creation of dementia friendly environments in health care: protocol for a realist review , Handley et al. Systematic Reviews (2015) 4:180
- Hebert LE, Weuve J, Scherr PA, Evans DA. Alzheimer disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 Census. Neurology 2013;80(19):1778-83.
- Hendrick B. Smoking Linked to Alzheimer's Disease and Dementia, WebMD Health,
- Hippius H, Neundörfer G, The discovery of Alzheimer's disease, Dialogues Clin Neurosci. 2003 Mar; 5(1): 101–108.,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181715/>
- ICD-10: Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας Δέκατη Αναθεώρηση, Έκδοση 2008, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2010 , <http://www.psychargos.gov.gr/>
- The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. The International Psychogeriatric Association (IPA). US 1998, 2002, 2010, 2012
- Καπάκη Ε. & Παρασκευάς Γ. ,Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer & άλλων ανοϊκών διαταραχών,. Εκδόσεις BHTA medical arts. Αθήνα 2000
- Καραγιαννίδου Ι Μαρία, 2013, Υπ. Διδάκτωρ Ψυχολογίας Επιστημονικός συνεργάτης Ίνστιτούτου Ψυχιατρικής Α.Π.Θ, Συναισθηματικά προβλήματα των Φροντιστών ατόμων που πάσχουν από Alzheimer και τρόποι διαχείρισής τους. Φροντίδα για τους Φροντιστές, Διαθέσιμο στο: <http://www.alzheimer-hellas.gr/seminaria/dimotikh%20vivliothiki/> (πρόσβαση 26 Μαρτίου 2015)
- Karenberg A, Forstl H. Dementia in the Greco-Roman World. Review Article. Journal of the Neurological Sciences, vol.244 (2006), p. 6-7.
- Καιτελίδου Δ. και συν. Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της νόσου Alzheimer στην Ελλάδα: Πιλοτική μελέτη. Νοσηλεία και έρευνα. Απρ.2013
- Kittle, G., (2010). Φροντίδα ασθενούς με Χρόνιες Νευρολογικές Διαταραχές. In: K. Osborn, C. Wraa & A. Watson.eds. 2010. Medical-Surgical Nursing: Preparation for Practice. Μεταφράστηκε από τα Αγγλικά από Αγγελόπουλος Κωνσταντίνος .Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης- Broken Hill Publishers LTD.
- Knapton S, Alzheimer Disease: 15 minute test could spot early sign of dementia, 13 jan. 2014, available at:<http://www.telegraph.co.uk>.

- Kounti, F., Bakoglidou, E., Agogiatou C., Emerson Lombardo N.B., Serper L. L & Tsolaki, M. (2011). RHEA, a Nonpharmacological Cognitive Training Intervention in Patients With Mild Cognitive Impairment. Topics in Geriatric Rehabilitation, 27(4), 289–300.
- Κυριόπουλος Γ, Βανδώρου Φ, Ζάβρας Α, Δανιηλίδου Ν. Σο κόστος της Ανοιας Σύπου Alzheimer στην Ελλάδα. Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική πρόκληση. Σσολάκη Μ, Καζης Α (επιμ.) University studio press. Θεσσαλονίκη 2005
- Kurlowicz L, and Wallace M, The Mini Mental State Examination (MMSE), Issue Number 3, January 1999, <https://www.mountsinai.on.ca/care/psych/on-call-resources/on-call-resources/mmse.pdf>
- Κυριακίδου Θ. Ελένη, 2008, Κοινωνική Νοσηλευτική, 8η εκ. Αθήνα, Η Ταβιθά
- Langa K, Is the risk of Alzheimer’s disease and dementia declining? Langa Alzheimer’s Research & Therapy (2015) 7:34
- Lazaroff A, Dolloff J. Tools for early identification assessment and treatment for people with Alzheimer Disease and Dementia, a publication of the Chronic Care Consortium, alzheimer’s association, 1998, Revised June 2001
- Λογοθέτης Ι., Μυλωνάς Ι. Εκφυλιστικές νόσοι του νευρικού συστήματος. Νευρολογία Λογοθέτη, Θεσσαλονίκη, Studio University Press, 2004, τέταρτη έκδοση,
- Lemone, P. & Burke, K., (2004). Medical- Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care. 3η Έκδοση. Τόμος Β. Μεταφράστηκε από τα Αγγλικά από Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος
- Lemone, P., Burke, K. & Bauldoff, G., (2011). Medical- Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care. Τόμος Β. 5η : Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος Έκδοση. Μεταφρασμένο από αγγλικά από Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα
- Lopez J, Crespo M, Zarit S. Assessment of the Efficacy of a Stress Management Program for Informal Caregivers of Dependent Older Adults. The Gerontologist 2007 April; 47 (2): 205-214
- Luchsinger JA, Noble JM, Scarmeas N. Diet and Alzheimer’s Disease. Curr Neurol Neurosci Rep. 2007 Sep;7(5):366-72.
- Lyketsos CG, Carrillo MC, Ryan JM Khachaturian AS, Trzepacz P, Amatniek J, Cedarbaum J, Brashear R & Miller DS. 2011. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer’s disease. Alzheimer’s and Dementia, 7, 532-539.
- Λυκέτσος, Κ., (2000), Νόσος του Alzheimer. Στην Γ. Χριστοδούλου & Β. Κονταξάκης. 2000. Η Τρίτη ηλικία. Αθήνα: Εκδόσεις BHTA Medical Arts. σελ. 129-140.

- Λύκουρας Ε, Πολίτης Α, Γουρνάλλης Ρ, Μαΐλλης Α. Στοιχεία Ψυχογηριατρικής. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. Αθήνα 2011
- Μαδιάνος, Μ., (2000). Κλινική Ψυχιατρική. Αθήνα: Καστανιώτη
- Μάλλιου-Κριαρά Σ, Νόσος Alzheimer, 2014, <http://emedi.gr>
- Massoud F., Gauthier S. 2010. Update on the Pharmacological Treatment of Alzheimer's Disease, Current Neuropharmacology, Vol 8, No. 1
- Maurer K., Maurer U., (translated by Levi N., with Burns A.,). From Alzheimer: the life of a physician and the career of disease. New York: Columbia University Press, 2003.
- Mauer K, McKeith I, Cummings J, Ames D, Burns A. Has the management of Alzheimer's Disease changed over the past 100 years? Lancet, vol. 368, Nov. 4, 2006;368:1619-21 (p.1619).
- Mauer K, Volk S, Gerbaldo H. August D., and Alzheimer's Disease. Department of medical history. Lancet 1997;349:1546-99 (p.1546).
- McCarten J, Anderson P et al. Screening for cognitive impairment in an elderly veteran population: Acceptability and results using different versions of the Mini-Cog. J Am Geriatr Soc 2011; 59: 309-213.
- McCarten J, Anderson P et al. Finding dementia in primary care: The results of a clinical demonstration project. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 210-217
- Moeira PI. High-sugar diets, type 2 diabetes and Alzheimer's Disease. Curr. Opin. Clin. Metab. Care., 2013, Jul;16(4):440-5.
- Morris MS. Homocysteine and Alzheimer's Disease. Lancet Neurology., 2003, Jul;2(7):425-8.
- Munoz, DG; Dickson DW; Bergeron C; Mackenzie IR; Delacourte A; Zhukareva V. (2003). "The neuropathology and biochemistry of frontotemporal dementia". Annals of Neurology. 54. supp. S5
- National Research Council, Committee on National Statistics (1988): The Aging Population in the 21st Century: Statistics for Health Policy, Washigton. Διαθέσιμο από: <http://www.nap.edu/books/0309038812/html>.
- Norton, S., Matthews, F. E., Barnes, D., Yaffe, K., & Brayne, C. (2014). Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. Lancet Neurology, 13(8), 788-794. 10.1016/S1474- 4422(14)70136-X
- Nina E. Shepardson, Ganesh M. Shanker, Dennis J. Selkol. Cholesterol level and statin use in Alzheimer Disease. I.Review of epidemiological and preclinical study. JAMA Neurol. 2011;68(10):1239-1244.

- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, et al, Depression in Alzheimer's Disease Investigators, Am J Geriatr Psychiatry. 2008 Jun; 16(6): 469–477. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989660/>
- Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni GB, Bartorelli L, Carbone G, Lambertucci P, Silveri MC & Bernabei R. (2005). Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 187, 450-455.
- Orrell M, Feldman HH & Muñiz R. (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 30 (2), 161-178.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 446-457.
- Parks SM and Novielli KD. (2003) “Alzheimer’s disease caregivers: hidden patients” *Cinical Geriatrics*
- Plassman BL, Langa KM, Fisher GG, Heeringa SG, Weir DR, Ofstedal MB, et al. Prevalence of dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Neuroepidemiology* 2007;29(1-2):125-32.
- Πλάτων, Τιμαίος ή Περί Φύσεως, εκδόσεις Ζήτρος, 2010,
- Plum F. Dementia: an approaching epidemic. *Nature* 1979, 279: 372–373
- Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, Marsiske M, Morris JN, Tennstedt SL, Unverzagt FW & Willis SL. (2014). Ten-Year Effects of the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Cognitive Training Trial on Cognition and Everyday Functioning in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014 Jan 13.
- Reinberg S. High Blood Pressure may add to Alzheimer’s risk. Sources: Alzheimer’s Research Center, New York City; March 18;2013, *JAMA Neurology*, by News From Health Day, available at: <http://www.mebmed.com>
- Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP, Jr., Zhou J, Whitmer RA. Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Intern Med*. 2011 Feb 28;171(4):333-9.
- Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA, Au R. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology*. 2010 Jul 6;75(1):35-41.

- Σακκά Π, Πολίτης Α , Σκαρμζας Ν Κυριόπουλος Γ, Βιδάλης Π, Τάκης Δ, Βορβολάκος Θ, Κουλούρη Φ, , Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια- νόσο Alzheimer Υπουργείο Υγείας, 2016, http://www.alzheimer-drasi.gr/images/doc/ethniko_sxedio_drasis.pdf
- Σακκά Π, Ενημερωθείτε! Η νόσος Alzheimer μπορεί να αντιμετωπιστεί, Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών www.alzheimerathens.gr 2015, <http://dementia-community.gr/wp-content/uploads/2015/10/Enimerwtheite.pdf>
- Σακκά Π., Ευθυμίου Α., Ντανάση Ε., Καρπαθίου Ν., Βαμβακάρη Ε., Μαστρογιαννάκης Τ., Παντελίδου Σ., Λάβδας Μ., Εγχειρίδιο για Επαγγελματίες Υγείας: Βασικές αρχές για την άνοια, 2016, <https://s3.amazonaws.com/webprofile-ngos/Files/51>
- Sakka P., Towards a Dementia Action Plan in Greece. Athens Association of Alzheimer's Disease and Related Disorders, 20th Alzheimer Europe Conference: “Facing Dementia together”, Luxembourg 2010.
- Sauer A, Sapphire test might diagnose Alzheimer's, years before onset, Feb. 19, 2014, available at: <http://www.alzheimersmet.com>.
- Σκαρμέας Ν ,Προστατευτικοί και προδιαθεσικοί παράγοντες στις άνοιες – Νόσο Alzheimer, Νευρολογία 21: 2-2012, 11-15, http://www.jneurology.gr/en/images/pdf_2_2012/11-15.pdf
- Σταθάρου Α, Παπαθανασίου Ι, Γκούβα Μ, Μασδάκης Β, Μπερκ Α, Νταραγιάννης Δ, Κορωτσίου Ε. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, (2011), Διερεύνηση της επιβάρυνσης φροντιστών ψυχικά ασθενών, Τόμος 3 Τεύχος 2 σ. 59-69
- Sindi S, Mangialasche F and Kivipelto M, Advances in the prevention of Alzheimer's Disease, F1000Prime Reports 2015, 7:50
- Sinclair I, Parker R., Leat D., Williams J., (1990): The Kaleidoscope of care: A review of research on welfare provision for elderly people, National Institute for Social Work, London.
- Smith D et al. Homocysteine Lowering by B vitamins slows the rate of accelerated brain atrophy in Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. Published 08 September 2010.
- Smirnov I, “Mechanism of Possible Biological Effect of Activated Water on Patients Suffering from Alzheimer's Disease, Explore ! Volume 12, Number 5, 2003
- Smyth W, Fielding E, Beattie E, Gardner A, Moyle W, Franklin S , Hines S, and MacAndrew M, A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff, BMC Geriatr. 2013; 13: 2.

- Sofi F, Valecchi D, Bacci D, Abbate R, Gensini GF, Casini A, et al. Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med*. 2011 Jan;269(1):107-17.
- Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Fagan AM, et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011;7(3):280-92
- Statfone M, Jeanette L, 2009, Κοινωνική Νοσηλευτική, Τόμος 2, Αθήνα, Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Stone, R., "Long-Term Care for the Disabled Elderly: Current Policy, Emerging Trends and Implications for the 21 st Century," *The Milbank Quarterly* , special Electronic Article, January 2000
- Takeda M, Tanaka T, Okochi M & Kazui H. (2012). Non-pharmacological intervention for dementia patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 66(1), 1-7.
- Thompson, C.A., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C., & Adamson, J. 2007. Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 7, 18. doi:10.1186/1471-2318-7-18
- Tsoi K, Chan J et al. Cognitive tests to detect dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2015; E1-E9.
- Tsolaki M, Kounti F, Agogiatou C, Poptsi E, Bakoglidou E, Zafeiropoulou M, Soumbourou A, Nikolaidou E, Batsila G, Siambani A, Nakou S, Mouzakidis C, Tsiakiri A, Zafeiropoulos S, Karagiozi K, Messini C, Diamantidou A & Vasiloglou M. (2011). Effectiveness of Nonpharmacological Approaches in Patients with Mild Cognitive Impairment. *Neurodegener Dis*, 8(3), 138-145.
- Vickey BG., Miltan BS, et all. The effect of a disease managment intervention on quality and outcomes of dementia care: A randomized controlled trial. *Ann. Intern. Med*. 2006;145(10):713-26.
- Vitaliano PP, Zhang J and Scanlan JM. (2003). Is care giving hazardous to one's physical health? A Meta-Analysis, *Psychological Bulletin*
- WeDO , Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Ποιότητας για τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, (2010-2012), 2010 <http://www.lifelinehellas.gr/wp-content/uploads/2014/>
- Woods B, Aguirre E, Spector AE & Orrell M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Feb

- Wolfs Ca, Kessels A, Severens JI, Brouwer W, De Vugt Me, VerHey Fr Et Al. Predictive factors for the objective burden of informal care in people with dementia: A systematic review. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2012, 26:197–204
- Wyss-Coray T and Rogers J, Inflammation in Alzheimer Disease—A Brief Review of the Basic Science and Clinical Literature, Cite this article as *Cold Spring Harb Perspect Med* 2012;2:a006346
- Χριστοδούλου Γ. "Ψυχιατρική", α' τόμος. Εκδόσεις BHTA medical arts. Αθήνα 2004
- Υπουργείο Υγείας ,Κλινικές Κατευθυντήριες Οδηγίες (Κ.Ο.) , Κ.Ο.-1: Άνοια Προτάσεις για τη Διάγνωση και Αντιμετώπιση της Νόσου Alzheimer και άλλων Διαταραχών Σχετιζόμενων με Άνοια, Αθήνα Μάιος 2014