



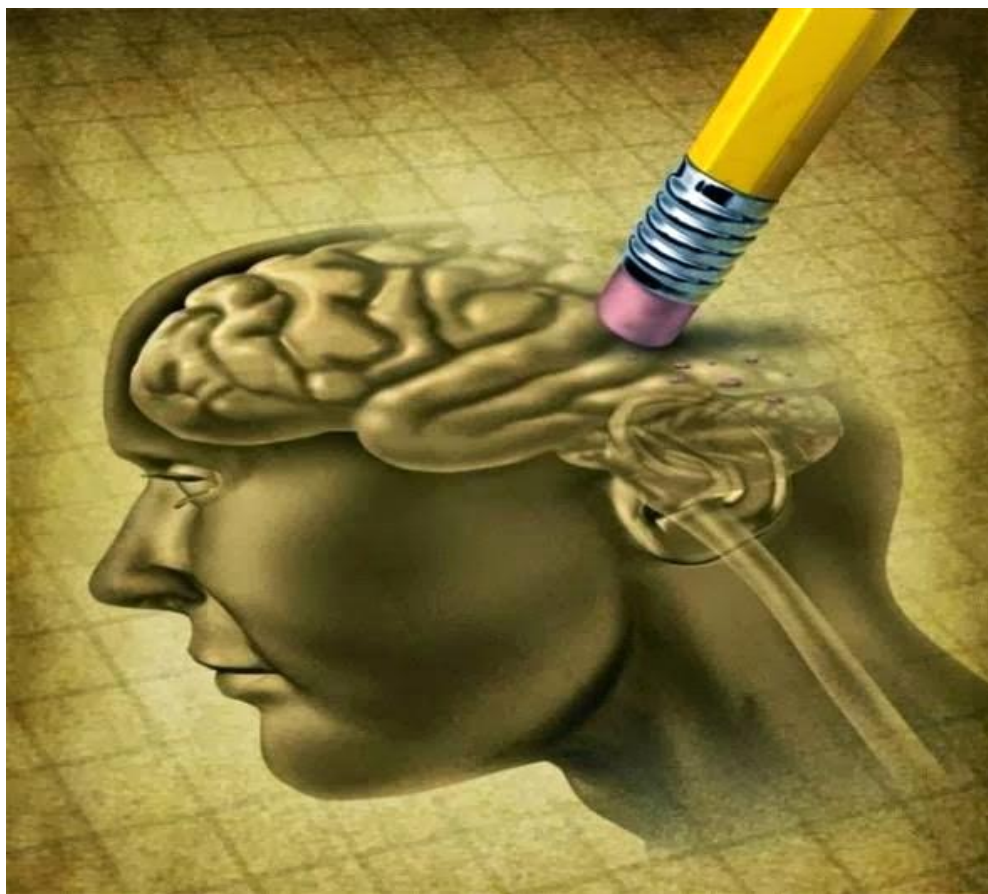
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

* ΑΝΟΙΑ - ALZHEIMER ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ



* ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ -ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

* ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

* ΠΑΤΡΑ-2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ΘΕΜΑ 1^ο	
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ	9
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ALZHEIMER.....	10
1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	11
1.4 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	14
1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	24
1.6 ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ.....	25
1.7 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ.....	38
1.8 ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	42
1.9 ΝΟΜΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ.....	42
ΘΕΜΑ 2^ο	
2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	45
2.2 ΦΟΡΤΙΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	47
2.3 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΦΥΓΗΣ ΤΟΥ ΑΝΟΙΚΟΥ.....	51
2.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ.....	56
2.5 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ.....	57
ΘΕΜΑ 3^ο	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.	
3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΝΗΜΗΣ.....	59
3.2 ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΓΧΥΣΗ.....	60
3.3 ΑΚΡΑΤΕΙΑ.....	61
3.4 ΠΑΡΑΛΥΤΙΚΕΣ ΙΔΕΕΣ ΚΑΙ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ.....	62
3.5 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ.....	64
3.6 ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑΣ.....	65
3.7 ΑΠΑΘΕΙΑ.....	66
3.8 ΑΓΧΟΣ.....	67
3.9 ΥΨΗΛΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ.....	69
3.10 ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΕΣ ΚΡΙΣΕΙΣ.....	70
3.11 ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ.....	71
3.12 ΕΠΑΝΑΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ.....	73
3.13 ΠΕΡΙΠΛΑΝΗΣΗ.....	74

3.14 ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΥΝΑΛΛΑΓΗΣ.....	75
3.15 ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ.....	77
3.16 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΑΡΜΟΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	79
3.17 ΘΛΙΨΗ.....	80
3.18 ΒΙΑ.....	81
3.19 ΑΣΦΑΛΕΙΑ.....	83
3.20 ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΔΙΚΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ.....	84
3.21 ΠΡΟΣΚΟΛΗΣΗ.....	85
ΘΕΜΑ 4^ο	
4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	87
4.2 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.....	89
4.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	92
4.4 ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	95
4.5 ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ.....	96
4.6 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ.....	97
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	107

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με τον όρο άνοια εννοούμε ανικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιήσει το νου του. Η άνοια αποτελεί ένα τεράστιο πρόβλημα κυρίως στις προηγμένες κοινωνίες που συνεπάγεται την πρόκληση ποικίλων ιατροκοινωνικών προβλημάτων, οι επιπτώσεις των οποίων επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους τους πάσχοντες και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και ευρύτερα το κοινωνικό σύνολο. Αυτό το φαινόμενο δημιουργεί την ανάγκη να αναζητηθούν ιδιαίτερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και πρακτικές οδηγίες για να εξασφαλίσουμε καλή ποιότητα ζωής για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι οι συστηματικές, επιστημονικές επιλύσεις ενός προβλήματος στην πράξη. Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του. Υπάρχουν μύθοι και παραπληροφόρηση σχετικά με την άνοια. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να διευκρινιστούν αυτά τα θέματα και να επιτευχθεί καλύτερη κατανόηση του τι προκαλεί τη νόσο, αλλά και του πως λαμβάνει χώρα η διαδικασία της διάγνωσης και της θεραπείας. Η πρώτη εμπειρική γνώση ότι η μνήμη μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας μπορεί να χρονολογηθεί από παρατηρήσεις των Αιγυπτίων το 2000 π.Χ., ενώ λεπτομερείς περιγραφές περιστατικών άνοιας έχουμε ακόμα από τον 9^ο αιώνα π.Χ. Η λέξη άνοια (dementia) αναφέρεται από τον Celsus (παράλληλα και με την ελληνική έννοια του όρου). Ο όρος άνοια γίνεται περισσότερο σαφής γύρω στο 600 μ.Χ. Περίπου το 1530 αναφέρεται η σημασία της κληρονομικότητας στην άνοια ενώ το 17^ο αιώνα περιγράφονται περιστατικά άνοιας μετά από αποπληξία. (Willis, 1670). Μόνο στις αρχές του 20^ο αιώνα γίνεται μια πιο επιστημονική προσέγγιση του πεδίου, με επιφανείς νευρολόγους και νευροπαθολόγους να περιγράφουν ουσιαστικά και να θέτουν τις βάσεις της διάγνωσης των κλινικών συνδρόμων που απασχολούν και σήμερα την νευρολογία στον τομέα της άνοιας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γνωστό, ότι τα τελευταία χρόνια στους αναπτυγμένους αλλά και στους αναπτυσσόμενους λαούς αυξάνει ο μέσος όρος ζωής και επομένως θα αυξηθούν, σε απόλυτο αριθμό, οι ασθενείς που πάσχουν από εκφυλιστικά νοσήματα του νευρικού συστήματος. Ταυτόχρονα, αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, όπου συμβαίνουν πολλά τροχαία ατυχήματα, ενώ δεν είναι μικρός ο αριθμός των ηλικιωμένων αλλά και των ενηλίκων που πάσχουν από κατάθλιψη ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Ακόμα, η παρατηρούμενη γήρανση του πληθυσμού συνέβαλε στην αύξηση της τρίτης ηλικίας, ειδικότερα των πολύ ηλικιωμένων ατόμων, που παρουσιάζουν πολλά προβλήματα τα οποία αυξάνονται με την ηλικία και απαιτούν ιδιαίτερη γνώση και νοσηλευτική φροντίδα. Ένα από τα αναρίθμητα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι και η άνοια. Η ανάγκη εκτίμησης αυτών των ασθενών είναι μεγάλη τόσο για τη διάγνωση όσο και για την αποκατάσταση, γι' αυτό και γίνεται προσπάθεια να κατασκευαστούν και να σταθμιστούν αξιόπιστες κλίμακες, οι οποίες θα βοηθήσουν την καθημερινή κλινική πράξη. Η προσπάθεια αυτή άρχισε στην Ελλάδα πριν από χρόνια (1992), όταν άρχισαν να εξετάζονται ασθενείς με άνοια και η ανάγκη να εκτιμηθούν οι επιμέρους νοητικές λειτουργίες, οι λειτουργικές ικανότητες, τα συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα ήταν μεγάλη. Ήδη εφαρμόζονται μια σειρά από κλίμακες με μοναδικό σκοπό να γίνει η καθημερινή εργασία με τους ασθενείς πιο εύκολη, πιο χρήσιμη και λιγότερο κουραστική κυρίως για τους ασθενείς.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής στις αναπτυγμένες χώρες, έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των παθήσεων της τρίτης ηλικίας. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι άνοιες. Σήμερα, οι άνοιες με συχνότερη τη νόσο Alzheimer (50-60% του συνόλου), αποτελούν μείζον ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα. Ο αριθμός των ασθενών αυξάνεται αλματωδώς. Είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου. Αρχικά της συμπτώματα αποτελούν η ήπια έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών που συχνά περνούν απαρατήρητα τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από τα μέλη της οικογένειάς του. Όσο όμως η νόσος εξελίσσεται, επηρεάζονται σταδιακά και οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, δηλαδή οι κοινωνικές σχέσεις, η διαχείριση των οικονομικών, η οδήγηση, η φροντίδα του εαυτού.

Με την πάροδο του χρόνου, οι δυσκολίες αυτές γίνονται τόσο σοβαρές ώστε ο ασθενής να εξαρτάται ολοκληρωτικά από τους άλλους. Στα παραπάνω προστίθενται ενίοτε και διαταραχές στη συμπεριφορά, απάθεια ή επιθετικότητα, διαταραχές ύπνου και όρεξης, υπερκινητικότητα. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ριζική θεραπεία για την νόσο Alzheimer. Σήμερα όμως έχουμε στη διάθεσή μας φάρμακα που καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της νόσου, ιδίως αν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια. Οι ασθενείς σε θεραπεία επιδεινώνονται πολύ βραδύτερα από ότι αυτοί που δεν λαμβάνουν θεραπεία, η ποιότητα ζωής τους είναι σαφώς καλύτερη, ενώ ευκολότερη γίνεται η φροντίδα τους και μικρότερο το βάρος για τις οικογένειές τους. Τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως χρησιμοποιούνται μη φαρμακευτικές θεραπείες, οι οποίες απευθύνονται κατά κύριο λόγο στους ασθενείς που βρίσκονται στο αρχικό ή μέσο στάδιο της νόσου και εφαρμόζονται σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή. Κοινός στόχος των μη φαρμακευτικών θεραπειών είναι η κινητοποίηση του ασθενούς, η ενίσχυση της αυτονομίας και της καθημερινής λειτουργικότητάς του και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του ίδιου, όσο και της οικογένειάς του.

Κατά την εξέλιξη της νόσου μπορεί να προκύψουν ηθικά ή νομικά ζητήματα. Οι φροντιστές πρέπει να τα επιλύσουν ακολουθώντας ορισμένες κατευθυντήριες

γραμμές, βάση των οποίων θα προσεγγίσουν τον ασθενή με σεβασμό, ειλικρίνεια, σοβαρότητα και σθένος παρά τη φυσική και συναισθηματική κόπωση που υφίσταται από τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του αρρώστου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

Life expectancy in developed countries is constantly raised. This fact increases the probability of diseases of third age. This increase includes mostly dementias . Today, the most common dementia is the Alzheimer's disease (50-60% of the total) which is currently a vast medical, social and economic problem. The number of patients is increasing by leaps and bounds. Alzheimer's is a degenerative brain disease. In the early stages of its emergence the symptoms are the mild memory loss and other cognitive functions, often unnoticed both by the patient himself and family members. But as the disease progresses it is slowly but surely affecting matters of daily living such as social relationships, managing finances, driving, taking care of oneself.

Over time, these difficulties become so serious that the patient is becoming unable to take care of himself, fact that makes him completely dependent on others.

Disturbances in behavior, apathy or aggression, sleep disorders and appetite can be added in all the symptoms mentioned above. As this thesis is presented there is no radical cure for the Alzheimer's disease. As a matter of fact we have drugs that delay significant disease progression, especially if prescribed in the early stages. Patients that are treated deteriorate slower opposed to those who are not, raising their life quality. The latest years non-drug therapies used worldwide and are addressed primarily to patients who are in the initial or medium stage of disease. These treatments are used in conjunction with pharmaceutical ones. The common objective of non-drug therapies is mobilizing the patient, enhancing autonomy and everyday functionality and quality of life of himself, as and his family.

During the course of the disease ethical or legal issues may arise. Caregivers need to resolve these by following certain guidelines, based on which will approach the patient with respect, sincerity, seriousness and vigor despite the physical and emotional fatigue suffered by the ever increasing needs of the patient.

QEMA 1⁰

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η Άνοια είναι ένα επίκτητο σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από πολλαπλά γνωστικά ελλείμματα στα οποία περιλαμβάνεται η διαταραχή της βραχυπρόθεσμης μνήμης και τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω :**Αφασία:** διαταραχή της γλώσσας(ιδίως προβλήματα στην ονοματολογία ή στην ανεύρεση της σωστής λέξης) **Απραξία:**διαταραχή της κινητικής μνήμης(π.χ δυσκολίες στην ένδυση) **Αγνωσία:**διαταραχή της αισθητικής μνήμης(ιδίως διαταραχή των οπτικοχωρικών δεξιοτήτων και της αναγνώρισης) **Αμνησία:**απώλεια μνήμης και ελλειμμάτων στο σχεδιασμό,την οργάνωση και την εκτέλεση διάφορων λειτουργιών.Τα ελλείμματα αυτά πρέπει να είναι τέτοιας έκτασης που να προκαλούν έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου και δεν πρέπει να οφείλονται σε κάποια άλλη σωματική ή ψυχική πάθηση.(Royden ,2010a)

Οι άνοιες διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς,με βάση την παθοφυσιολογία που οδηγεί στη βλάβη του εγκεφαλικού ιστού(π.χ πρωτοπαθείς εκφυλιστικές άνοιες και αγγειακές άνοιες,αντίστοιχα),σε φλοιώδες και υποφλοιώδες,με βάση την εντόπιση των πρωτοπαθών βλαβών(π.χ. Άνοια αλτσχάιμερ και άνοια σε έδαφος νόσος Πάρκινσον,αντίστοιχα),σε αναστρέψιμες και μη αναστρέψιμες αναλόγως του προσδόκιμου από την θεραπεία και σε πρώιμης και όψιμης έναρξης (αναλόγως του αν ξεκινούν πριν η μετά το 65⁰ έτος της ηλικίας). (Royden ,2010a)

Η έννοια του μη αναστρέψιμου δεν είναι στατική.Πολλές άνοιες που παλιότερα θεωρούνταν <<μη αναστρέψιμες>>όπως η άνοια αλτσχάιμερ μπορεί στην πραγματικότητα να είναι δυνατό να αναχαιπιστούν η έστω να επιβραδυνθούν.Κάποιες αναστρέψιμες άνοιες (όπως εκείνη που οφείλεται σε ανεπάρκεια της βιταμίνης B₁₂) μπορεί,αν τους επιτραπεί να προχωρήσουν χωρίς θεραπεία,να οδηγήσουν σε μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου.Πολλές από τις άνοιες αυτές θα ήταν καλύτερο να θεωρούνται<<τροποποιήσιμες>>και όχι πλήρως αναστρέψιμες.Μολαταύτα, η έννοια του αναστρέψιμου είναι χρήσιμη,καθώς αποτελεί τον βασικό άξονα γύρω από τον οποίο στρέφεται η εργαστηριακή διερεύνηση των ασθενών με συπτώματα άνοιας. .(Royden ,2010a)

1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΛΤΣΧΑΙΜΕΡ

Η Νόσος Αλτσχάιμερ είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας. Είναι μια ασθένεια μη θεραπεύσιμη, εκφυλιστική και θανατηφόρα η οποία περιγράφηκε αρχικά από τον Γερμανό ψυχίατρο και νευροπαθολόγο Αλοΐσιο αλτσχάιμερ το 1906 (εξου και το ονομά του). Γενικά εντοπίζεται στους ανθρώπους πάνω από 65 ετών, αν και το λιγότερο συχνά πρόωρο αλτσχάιμερ μπορεί να εμφανιστεί πολύ νωρίτερα, ίσως και πριν τα 50.

Η παθοφυσιολογία του συνίσταται σε μεγαλύτερη του αναμενόμενου συγκέντρωση νευριτιδικών πλακών (παθολογικά, αδιάλυτα στο νερό, θραύσματα της πρωτεΐνης αμυλοειδούς) και νευροϊνιδωδη νημάτια (παθολογικά συμπλέγματα πρωτεΐνης tau και μικροσωληνίσκων), ιδίως στην περιοχή του ιππόκαμπτου και την οπίσθια κροταφοβρεγματική χώρα. Παρατηρείται εκφύλιση του χολινεργικού συστήματος, με μειωμένα επίπεδα ακετυλοχολίνης και σημαντική απώλεια νευρώνων σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου όπως ο βασικός πυρήνας *meynert*. Η εκφύλιση ξεκινά από τον ενδορινικό φλοιό και προχωρεί σε άλλες περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος. Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνεται: η ηλικία, το οικογενειακό ιστορικό, γενετικοί παράγοντες (αλληλόμορφο γονίδιο απολιποπρωτεΐνης E4 {APO E-4} στο χρωμόσωμα 19 για την νόσο όψιμης έναρξης, μεταλλάξεις αυτοσωματικών κυρίαρχων γονιδίων στα χρωμοσώματα 1, 14 και 21 για την νόσο πρώιμης έναρξης), η εθνικότητα (αφροαμερικανοί συχνότερα των λευκών), η κατάθλιψη και πρώιμης έναρξης και η καταθλιπτική ψευδοάνοια. (Martyn & Geil 2000).

1.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Τα αρχικά συμπτώματα της νόσου αλτσχάιμερ είναι δυσδιάκριτα και η εξέλιξη της νόσου ύπουλη. Δεδομένου των προκαταλήψεων που υπάρχουν για την διαδικασία της γήρανσης τα πρώιμα στάδια της νόσου συνήθως παραβλέπονται. Άτυπες εκδηλώσεις υπάρχουν, αλλά η τυπική περίπτωση νόσους αλτσχάιμερ ξεκινά με απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης. Συχνά οι ασθενείς εκδηλώνουν αυξανόμενη αδυναμία ανάκλησης λέξεων και ονομάτων, στηριζόμενοι περισσότερο σε λίστες, ημερολόγια και σε μέλη της οικογένειας που θα τους βοηθούν στην υπενθύμιση. Η αποδιοργάνωση στην τήρηση των ραντεβού, στην εξόφληση λογαριασμών και στην λήψη της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής αποτελεί κοινό χαρακτηριστικό. (H. Royden, 2010b)

Τα μέλη της οικογένειας συχνά παρατηρούν στους ασθενείς αυξανόμενη επαναληψιμότητα. Οι ασθενείς ρωτούν ξανά την ίδια ερώτηση ή επαναλαμβάνουν την ίδια συζήτηση μερικά λεπτά αφού την έχουν ολοκληρώσει, επιπλέον δυσκολεύονται να χρησιμοποιήσουν σύνθετες προτάσεις. Είναι δυνατόν να ξεχάσουν να μεταβιβάσουν τηλεφωνικά μηνύματα, να κλείσουν τον φούρνο ή να εντοπίσουν την θέση που τοποθέτησαν κάποιο αντικείμενο. Επίσης εξασθενεί η ικανότητα να ανακαλούν αυτά τα γεγονότα, δηλαδή "ξεχνούν ότι ξεχνούν". Τα προσβεβλημένα άτομα μπορεί να υποπτεύονται άλλους και να έχουν παρανοϊκές ιδέες, πιστεύοντας ότι τους έχουν κλέψει αντικείμενα που δεν μπορούν να εντοπίσουν. (H. Royden, 2010b)

Η λειτουργία του λόγου βαθμιαία εκπίπτει. Αρχικά είναι αρκετά συχνή η δυσκολία εύρεσης λέξεων και ονομάτων. Η αδυναμία ταυτοποίησης ονομάτων και σταδιακή απώλεια κατανόησης, έκφρασης ή και των δύο εκδηλώνεται πάντα. Η αντίληψη της χρονικής ακολουθίας γεγονότων επηρεάζεται και ο αποπροσανατολισμός τελικά γίνεται διαβρωτικός. Ο γεωγραφικός προσανατολισμός εξασθενεί, αρχικά επηρεάζοντας την ικανότητα των ασθενών να κινούνται σε άγνωστο περιβάλλον και αργότερα μέσα στο σπίτι τους. Οι οπτικοχωρικές δεξιότητες εξασθενούν και η κατασκευαστική απραξία εκδηλώνεται νωρίς. Στα αρχικά στάδια οι ασθενείς διατηρούν τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Δεν είναι σπάνιο κατά την εκτίμηση των ασθενών να ανακαλύπτει κανείς ότι είναι πολύ ικανοί στην απόκρυψη των ελλειμμάτων τους. Ακόμα πεπειραμένοι

γηγίατροι μπορούν να ξεγελαστούν από την επιδεξιότητα πολύ ευχάριστων ασθενών.(Black and Andreasen,1999)

Η συμπεριφορά των ασθενών με νόσο αλτσχάιμερ δεν διατηρείται πάντα φυσιολογική.Ανησυχία,εριστικότητα,βία,ευερεθιστότητα,απογοήτευση και άγχος παρατηρούνται πάρα πολύ συχνά.Πολλοί ασθενείς αναζητούν ιατρική επίβλεψη μόνο όταν τα μέλη της οικογένειας θορυβηθούν από τοις μεταβολές της συμπεριφοράς,παρά την πρώιμη προοδευτική απώλεια μνήμης.Ψυχωτικά χαρακτηριστικά μπορεί να κυριαρχούν.Μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις,πιο συχνά οπτικές και ακουστικές,κατά την φυσική πορεία της νόσου.Αυτές πιθανόν να είναι καλοήθειες,υποτιμημένες,κρυφές ή τρομακτικές και μπορούν να οδηγήσουν σε έντονη ανησυχία. (H. Royden,2010b)

Καθώς οι νοητικές και συμπεριφορικές αλλαγές κάνουν την εμφάνισή τους,η ικανότητα των ασθενών να λειτουργήσουν ανεξάρτητα στην καθημερινότητά τους εκπίπτει.Αλλαγές στη φυσιολογική δραστηριότητα συμβαίνουν νωρίς και περιλαμβάνουν κακή διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής,οικονομική αποδιοργάνωση,καμένα φαγητά στο φούρνο και οδηγικά λάθη.Ενδεχομένως οι ασθενείς να χρειάζονται βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες:προσωπική υγιεινή/μπάνιο,φαγητό,ένδυση.Συχνά σε αυτό το στάδιο ασθενείς εκδηλώνουν παρκινσονικά σημεία,χαρακτηριζόμενα από δυσκαμψία κορμού,συμμετρική βραδυκινησία και υποκινησία,σκυφτή στάση και συρόμενη βάδιση.Ο κίνδυνος πτώσης αυξάνεται.Επιληπτικές κρίσεις συμβαίνουν σε πάνω από 20% των περιπτώσεων.Μυοκλονικοί σπασμοί παρατηρούνται συχνά σε προχωρημένα στάδια.(Black and Adreasen,1999)

Τα όψιμα στάδια της νόσου αλτσχάιμερ χαρακτηρίζονται από απώλεια του ελέγχου της ουροδόχου κύστης και του ορθού,αποτυχία στην αναγνώριση μελών της οικογένειας και τελικά σοβαρή ακινησία που απαιτεί συνολική νοσηλευτική φροντίδα.Η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι η πνευμονία από εισρόφιση.Κατα μέσο όρο,η νόσος αλτσχάιμερ έχει διάρκεια περίπου 8 χρόνων.Ωστόσο αυτό ποικίλλει σημαντικά.Μερικοί ασθενείς ζουν 20 χρόνια ή και περισσότερο.Οι πιο συχνές αιτίες για εισαγωγή τους σε μονάδες φροντίδας

ηλικιωμένων είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς, η ακινησία και η ακράτεια. (Black and Andreasen, 1999)

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που έχουμε να αντιμετωπίσουμε με έναν ανοϊκό ασθενή είναι η βία. Ο ασθενής γίνεται επιθετικός και βίαιος. Αυτό μπορεί να συμβεί για πολλούς λόγους, όπως για παράδειγμα λόγω της απώλειας της κοινωνικής χάρης, της κρίσης, της αδυναμίας να εκφράζει τα αρνητικά συναισθήματα με ασφαλή τρόπο και της αδυναμίας να κατανοεί τις πράξεις και τις προθέσεις των άλλων. Μερικοί τρόποι για να μπορέσουμε να διαχειριστούμε έναν ανοϊκό ασθενή όταν βρεθεί σε μια κατάσταση τέτοια:

- Διατηρείστε την ψυχραιμία σας, προσπαθήστε να μην δείξετε φόβο
- Προσπαθήστε να τραβήξετε την προσοχή του ασθενούς σε κάποια χαλαρωτική δραστηριότητα
- Δώστε του περισσότερο χώρο
- Βρείτε τι ήταν αυτό που προκάλεσε αυτή την αντίδραση και προσπαθήστε να το αποφύγετε στο μέλλον
- Αν εμφανίζονται συχνά επεισόδια βίας, θα πρέπει να ζητήσετε βοήθεια από το γιατρό. (Black and Andreasen, 1999)



1.4.ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η διάγνωση της νόσου αλτσχάιμερ αποτελεί μερικές φορές πρόκληση. Παρόλα αυτά όμως δεν πρέπει να μας ανυσηχεί διότι οι επιστήμονες νευροψυχολόγοι με όπλα τις εξετάσεις που κανουν φτάνουν στο συμπέρασμα αν έχει κάποιος την νόσο η όχι..Η υποκειμενική ενόχληση της μνημονικής εξασθένησης δεν αναδεικνύεται ως χρήσιμο ανιχνευτικό εργαλείο μιας και αυτή είναι κοινή σε ηλικιωμένα άτομα. Προοπτικές μελέτες απόμων ηλικίας 65 ετών, που παραπονούνται για απώλεια μνήμης δείχνουν ότι η άνοια ουσιαστικά προσβάλλει λιγότερους από το 9 % του συνόλου κατά την διάρκεια μιας 5ετούς παρακολούθησης. Παρολα αυτά η άνοια προσβάλλει κατά την διάρκεια 5ετούς παρακολούθησης το 50% των ασθενών ηλικίας 85 ετών που δεν παραπονούνται για απώλεια μνήμης και παρακολουθούνται στο πλαίσιο προοπτικών μελετών. Οι διαγνωστικές εξετάσεις που διενεργούνται είναι:

- Εξετάσεις αίματος για τον αποκλεισμό δευτεροπαθών ανοιών
- Ειδικές εξετάσεις αίματος (γονίδια Alzheimer, αλληλίο ApoE4 κ.α.)
- Πρωτοποριακές εξετάσεις στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ανίχνευση παθολογικών πρωτεϊνών – Αβ αμυλοειδές, Ταυ πρωτεΐνη, Phosphotau πρωτεΐνη)
- Ανατομική (ειδικά πρωτόκολλα MRI) ή λειτουργική απεικόνιση εγκεφάλου (HMPAO,SPECT,DAT,scan και τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων –PET scan)
- Νευρολογική και ψυχιατρική εκτίμηση (H. Royden,2010b)

Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Οι περιοχές του εγκεφάλου που παθαίνουν ατροφία στα πολύ αρχικά στάδια της ασθένειας του Αλτσχάιμερ, είναι δυνατόν να ανιχνεύονται με τη βοήθεια της μαγνητικής τομογραφίας (MRI).

Με τον τρόπο αυτό η διάγνωση της πάθησης μπορεί να γίνεται πολύ νωρίς στην εξέλιξη της προτού ακόμη εκδηλωθούν στον ασθενή τα πρώτα συμπτώματα που επηρεάζουν αρνητικά τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Το γεγονός ότι η μαγνητική τομογραφία προσφέρει τη δυνατότητα διάγνωσης από τα πρώτα στάδια της νόσου Αλτσχάιμερ, έχει μεγάλη σημασία τόσο για την παρακολούθηση όσο και για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας με νέα φάρμακα. Για τους λόγους αυτούς διαφαίνεται η ανάγκη όπως στα κριτήρια διάγνωσης της ασθένειας Αλτσχάιμερ να περιλαμβάνονται μορφολογικά, απεικονιστικά κριτήρια βασισμένα στα ευρήματα της μαγνητικής τομογραφίας του εγκεφάλου. Εντάσσοντας την εξέταση MRI στην αξιολόγηση των ασθενών με προβλήματα μνήμης, η έγκαιρη διάγνωση της πάθησης μπορεί να τυποποιηθεί καλύτερα και να γίνεται με πολύ μεγαλύτερη ακρίβεια.

. Οι επιστήμονες χρησιμοποίησαν ένα νέο σύστημα αξιολόγησης της σοβαρότητας της ατροφίας στο μέσο κροταφικό λοβό του εγκεφάλου όπως αυτός απεικονίζεται σε εξετάσεις μαγνητικής τομογραφίας.

Συγκεκριμένα στο μέσο κροταφικό λοβό του εγκεφάλου υπάρχουν 3 δομές που έχουν καθοριστικό ρόλο στην ενσυνείδητη μνήμη για τα πράγματα και τα γεγονότα. Οι δομές αυτές είναι: ο ιππόκαμπος ο ενδορινικός φλοιός και ο περιρινικός φλοιός.

Ευρήματα, έδειξαν ότι υπήρχαν σαφείς διαφορές:

1. Οι ανωμαλίες της μνήμης που είχαν διαπιστωθεί κλινικά συσχετίζονταν με τα ευρήματα του MRI
2. Όσο πιο μεγαλύτερη ήταν η ατροφία του εγκεφάλου στις σημαντικές δομές του κροταφικού λοβού τόσο πιο προχωρημένο ήταν το κλινικό στάδιο εξέλιξης της νόσου Αλτσχάιμερ

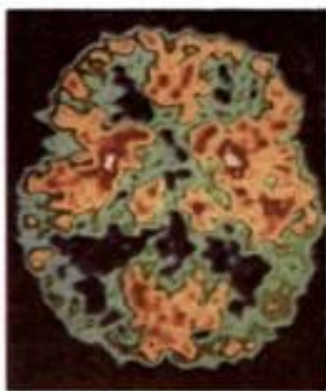
Οι επιστήμονες δηλώνουν ότι εάν ένας ασθενής δεν παρουσιάζει ατροφία στις τρεις σημαντικές για τη μνήμη δομές του κροταφικού λοβού του εγκεφάλου δηλαδή στον ιππόκαμπο, στο ενδορινικό και στον περιρινικό φλοιό, τότε αυτό σημαίνει ότι δεν πάσχει από ασθένεια Αλτσχάιμερ. Επιπρόσθετα επισημαίνουν ότι η τοποθέτηση με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο της διάγνωσης της νόσου Αλτσχάιμερ στο πολύ αρχικό στάδιο με τη βοήθεια του MRI, επιτρέπει την έναρξη χορήγησης φαρμάκων νωρίτερα. Όσο πιο γρήγορα αρχίσουν τα φάρμακα τόσο περισσότερο αυξάνονται οι πιθανότητες να σταματήσει η προοδευτική επιδείνωση της νόσου και να επωφεληθεί έτσι ο ασθενής.

Η διάγνωση της νόσου γίνεται με τη διαδικασία του αποκλεισμού διότι υπάρχουν πολλές άλλες ασθένειες ή διαταραχές που μιμούνται τα συμπτώματα της. Η ιστολογική εξέταση του εγκεφάλου μετά το θάνατο του ασθενούς είναι σήμερα ο μόνος τρόπος να επιβεβαιωθεί τελεσίδικα η διάγνωση. Στη διαδικασία της διάγνωσης οι γιατροί λαμβάνουν ένα λεπτομερές ιατρικό ιστορικό, ζητούν αναλύσεις αίματος, διενεργούν διάφορα τεστ, νευρολογικά και των πνευματικών λειτουργιών. Επίσης ζητούν απεικονιστικές εξετάσεις του εγκεφάλου όπως οι αξονικές ή μαγνητικές τομογραφίες για να βεβαιωθούν ότι δεν υπάρχουν άλλες αιτίες που προκαλούν ελλείμματα της μνήμης όπως για παράδειγμα τα εγκεφαλικά επεισόδια ή οι όγκοι στον εγκέφαλο. (**Neurology**, 2008)

Εγκεφαλονωτιαίο υγρό(ENY)

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό είναι άχρωμο και διαυγές.Βρίσκεται στον υπαραχνοειδή χώρο,στο σύστημα κοιλιών και δεξαμενών του εγκεφάλου και περιβάλλει τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελο.

Εξέταση πρωτεϊνών του Εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY): Έχει αποδειχθεί ότι η τιμή του β-αμυλοειδούς στο ENY είναι μειωμένη και της τ-πρωτεΐνης αυξημένη σε ασθενείς με νόσο Alzheimer συγκριτικά με φυσιολογικά άτομα, η λήψη του ENY πραγματοποιείται με οσφυονωτιαία παρακέντηση, μια διαδικασία που δεν την αποδέχεται εύκολα ο ασθενής.Βέβαια,τα ευρήματα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό μας δείχνουν αν κάποιος θα πάθει την νόσο Alzheimer αλλά δεν μας λένε το πότε. (American Psychiatric Association. DSM- IV 2004).



Απεικόνιση PET εγκεφάλου υγιή ενήλικα (αριστερά) και ασθενή που πάσχει από νόσο Alzheimer (δεξιά). Η αυξημένη επιφάνεια σκουρόχρωμων περιοχών στην εικόνα δεξιά δείχνει διαταραχές στην εγκεφαλική δραστηριότητα

Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι ένα σημαντικό κομμάτι της διερεύνησης για να αποκλειστούν οι μη αναστρέψιμες παθολογικές αιτίες μιας γνωστικής έκπτωσης. Οι οποίες είναι οι εξής:

- Γενική αίματος
- Ηλεκτρολύτες
- Σάκχαρο
- Ουρία
- Κρεατινίνη
- Έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας
- Ορολογικές εξετάσεις για σύφιλη και HIV
- Φυλικό οξύ
- Ανάλυση ούρων και εξέταση ανίσχνευσης φαρμάκων στα ούρα
- Ηλεκτροκαρδιογράφημα
- Ακτινογραφία θώρακος
- Οξυμετρία
- CT-εγκεφάλου ή MRI-εγκεφάλου (Νίκου,1997)

Ψυχιατρική εκτίμηση

Η κλινική νευροψυχολογία εξετάζει τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Οι ασθενείς αξιολογούνται με σταθμισμένες δοκιμασίες (τεστ) προκειμένου να αξιολογηθούν τα συμπτώματα, να εντοπιστεί η περιοχή της βλάβης αλλά και ο τρόπος με τον οποίο αυτή επηρεάζει τη λειτουργία των

νοητικών λειτουργιών και την καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Κατά τη διάρκεια της Νευροψυχολογικής Εκτίμησης αξιολογούνται λοιπόν, τόσο η συνολική νοητική κατάσταση, όσο και το επίπεδο των επιμέρους ανώτερων νοητικών λειτουργιών των ασθενών, όπως η προσοχή, η ικανότητα μάθησης, η μνήμη, ο λόγος, οι οπτικοχωρικές και οπτικοκατασκευαστικές δεξιότητες, οι εκτελεστικές λειτουργίες. Η επίδοσή τους συγκρίνεται με υγιή άτομα του ίδιου φύλου, ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου και τα ευρήματα συμβάλλουν στον καθορισμό της ύπαρξης ή μη γνωστικών ελλειμμάτων.(Varcarolis E, et all,2006)

Για να μπορέσει να φτάσει ο θεραπευτής σε ασφαλή διάγνωση, έχει την δυνατότητα να χρησιμοποιήσει μια σειρά από μέσα ανάλογα πάντα με την περίπτωση. Ο θεραπευτής θα πάρει συνέντευξη από τον ίδιο τον πάσχοντα ή την οικογενειά του. Θα πρέπει να δίνεται μεγάλη βαρύτητα στα παρακάτω:

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

- Πηγή παραπομπής
- Αίτημα
- Κύρια ενοχλήματα και προβλήματα
- Ιστορικό αυτών των προβλημάτων
- Αναπτυξιακό ιστορικό
- Οικογενειακό ιστορικό
- Ιατρικό ιστορικό
- Ιστορικό χρήσης ουσιών
- Εξέταση ψυχικών λειτουργιών (Καπάκη Ε. Παρασκευάς Γ. ,2000)

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

- Τεστ νοημοσύνης (wais-r)

- Τεστ προσωπικότητας προβλητικά τεστ (Rorschach, TAT)
 - Νευροψυχολογικά τεστ (Bender-Gestalt)
 - Δομημένες συνεντεύξεις (PSE, SADS, SCID)
 - Ψυχιατρικές κλίμακες (BPRS, HAMILTON, RATING SCALE FOR DEPRESSION)
- (Graham N. & Warner J. ,2009).

MINI MENTAL TEST

Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση, ιδιαίτερα με ασθενείς 85 ετών ή άνω, όταν θα εκτιμούν την νοητική λειτουργία. Τα καλύτερα όπλα στο οπλοστάσιο ενός γιατρού για την αναγνώριση της άνοιας εκτός από τις διαγνωστικές εξετάσεις είναι και τα παλαιότερα: ένα λεπτομερές ιστορικό, μια προσωπική φυσική εξέταση και μια λεπτομερής εξέταση της νοητικής κατάστασης συμπληρωματικά το Mini Mental State Exam ένα γρήγορο βασικό τεστ το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως σημαντικός δείκτης της γνωστικής εκπτώσεως. Το τεστ ελέγχει τον προσανατολισμό, την μνήμη, την κατασκευαστική ικανότητα, την ικανότητα ανάγνωσης, γραφής, υπολογισμών και μπορεί να γίνει γρήγορα. Η ανικανότητα κωδικοποίησης πληροφοριών αναγνωρίζεται όταν οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να ανακαλέσουν πληροφορίες ακόμα και μετά από εξάσκηση ή αφού τους δοθούν υποδείξεις ή βοηθητικά στοιχεία. (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002)

Ο εξεταστής μπορεί να το ελέγξει παρουσιάζοντας στον ασθενή μια λίστα 4 σχετων μεταξύ τους λέξεων προς απομνημόνευση. Στους ασθενείς θα πρέπει να δοθούν αρκετά περιθώρια να απομνημονεύσουν την λίστα, με την επανάληψη ή την χρήση βοηθητικών στοιχείων για να επιβεβαιώσουν την καταγραφή όλων των λέξεων. Στο τέλος ζητείται απ αυτούς να επαναλάβουν τις λέξεις μετά από πάροδο 7 εως 10 λεπτών. Αν ο ασθενής δεν κατορθώσει να ανακαλέσει όλες τις λέξεις αυθόρμητα, θα πρέπει να δοθούν βοηθητικά στοιχεία που θα διευκολύνουν την ανάκληση των λέξεων. Στα βοηθητικά στοιχεία μπορεί να είναι το αρχικό γραμμα (π.χ ένα χρώμα που ξεκινάει από την λέξη ρο και να είναι το ροζ), ακολουθώντας και άλλες παρόμοιες

ενέργειες.30 πόντοι είναι πιθανοί:ένα σκορ μικρότερο των 25 είναι ενδεικτικό γνωστικής έκπτωσης και ένα σκορ μικρότερο των 20 συνήθως δηλώνει σίγουρη έκπτωση. (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

*Βλέπε Παράρτημα

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η απουσία κινητικών ελλειμμάτων διαφοροποιεί την νόσο αλτσχάιμερ από τις πιο πολλές άνοιες.Ανοιες χωρίς σημεία από το κινητικό σύστημα είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν τα αμνησιακά σύνδρομα (εγκεφαλοπάθεια Korsakoff) ,την νοσο του Pick,την αγγειακή άνοια και την άνοια στο πλαίσιο λοίμωξης HIV.Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να παραγάγει ανοϊκού τύπου συμπτωματολογίας χωρίς όμως κινητικά ελλείμματα.Πτωχή συγκέντρωση και εξασθένηση της βραχυπρόθεσμης μνήμης προέρχονται από μειωμένη προσπάθεια,αδιαφορία και απόσπα.Η “ψευδοάνοια” οφειλόμενη σε κατάθλιψη είναι συνήθως μη εξελισσόμενη και η λειτουργική έκπτωση είναι δυσανάλογα έντονη σε σχέση με την νοητική έκπτωση. (Ραγιά Χ. Α., 2007).

Η άνοια με κινητικά ελλείμματα είναι πολύ πιο περίπλοκη.θυρεοειδοπάθεια,έλλειψη βιταμίνης B₁₂ και τριτοταγής νευροσύφιλης είναι συνήθεις αιτίες που πρέπει να ληφθούν υπόψη.Εντούτοις αυτές οι καταστάσεις συχνά εκδηλώνονται με χαρακτηριστικά αισθητικοκινητικά συμπτώματα.Η παρουσία σπαστικής ημιπάρεσης ή δυσαρθρίας ενισχύει την υποψία αγγειακής εγκεφαλικής νόσου.Ο παρκινσονισμός σχετίζεται με την νόσο του πάρκινσον και την άνοια με σωμάτια Lewy.Προοδευτική αταξία παρατηρείται στη πολυσυστηματική ατροφία.Η χορεία χαρακτηρίζει την νόσο Huntington.(Ραγιά Χ. Α., 2007).

Αναστέψιμες αιτίες άνοιας χωρίς κινητικά σημεία περιλαμβάνουν τις τοξικές και μεταβολικές αιτίες του χρόνιου παραληρήματος. Πάντα πρέπει να συνυπολογίζουμε την χρόνια χρήση φαρμακευτικής αγωγής με αντιχολινεργικές παρενέργειες (π.χ αντιισταμινικά και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) ως πιθανή αιτία χρόνιου παραληρήματος. Β-αποκλειστές, διγοξίνη, Η₂-αποκλειστές και ποικίλα αντιβιοτικά συντελούν στην εκδήλωση χρόνιου παραληρήματος. Ένα λεπτομερές ιστορικό και μια εξέταση της νοητικής κατάστασης είναι συνήθως επαρκή για την διαφορική διάγνωση του χρόνιου παραληρήματος από την νόσο αλτσχάιμερ. (Ραγιά Χ. Α., 2007).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΝΟΙΑ

Γενικές ιατρικές καταστάσεις

ΛΟΙΜΩΔΗ

- Μηνιγγίτιδα (φυματίωση, εξ' ίου)
- Εγκεφαλίτιδα (εξ' ίου)
- Νόσος Creutzfeldt-jacob
- AIDS (HIV)
- Τορούλωση
- Σύφιλη (μηνιγγοαγγειακή, προϊούσα γενική παράλυση)

ΤΡΑΥΜΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

- Τραύμα κεφαλής, οξυ (υποσκληρίδιο αιμάτωμα) ή χρόνιο (μποξέρ)
- Μείζων ενδοκρανιακή χειρουργική επέμβαση
- Επιληψία μετά τραύμα κατά τον τοκετό

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Υποϋποφισισμός
- Υποθυρεοειδισμός
- Υπερασβεστιαμία
- Νόσος παγκρέατος (διαβητική κετοξέωση, υπογλυκαιμία)

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Ηπατική εγκεφαλοπάθεια
- Νόσος του Wilson
- Ουραιμία
- Υποξαιμία (αναιμία)
- Πωρφυρία

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ

- Σύνδρομο Wernicke-korsakoff
- Κακοήθης αναιμία
- Πελλάγρα
- Ανεπάρκεια φολικού οξέος
- Μεταχρωματική λευκοδυστροφία
- Αδρενολευκοδυστροφίες
- Νόσος Tay-Sachs

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΕΚΦΥΛΙΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Νόσος του Alzheimer
- Χορεία του Huntington
- Νόσος Parkinson
- Πολλαπλή σκλήρυνση
- Νόσος Pick
- Παρεγκεφαλική εκφύλιση

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ

- Ογκος του εγκεφάλου
- Καρκίνος πνεύμονος ή μαστού
- Κακοήθες μελάνωμα

ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

- Πολλαπλά έμφρακτα (αγγειακή ή πολυεμφρακτική άνοια)
- Συστηματικός ερυθματώδης λύκος

ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

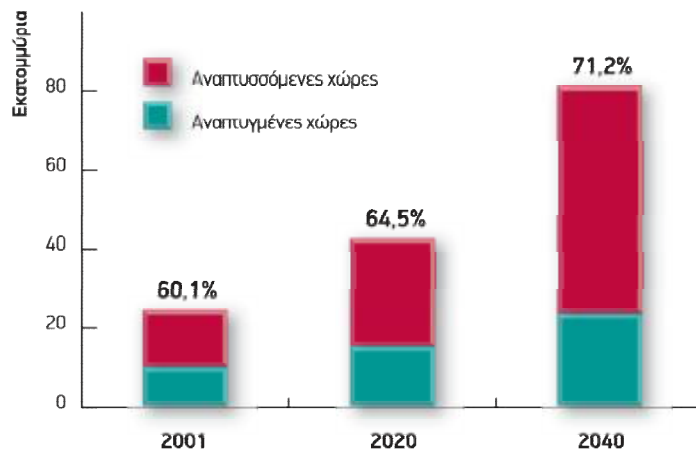
ΟΥΣΙΕΣ,ΦΑΡΜΑΚΑ,ΤΟΞΙΝΕΣ

- Κατάχρηση ουσιών όπως:αλκοόλ,εισπνεόμενες ουσίες,καταπραϋντικά
- Φάρμακα όπως:αντιεπιληπτικά,βρομιούχα,ενδορραχιαία,μεθοτρεξάτη
- Βιομηχανικές τοξίνες όπως:μόλυβδος,υδράργυρος,μαγγάνιο,μονοξειδίο του άνθρακα,οργανοφωσφωρικά εντομοκτόνα,βιομηχανικά διαλυτικά.

(Νίκου,1997)

1.5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

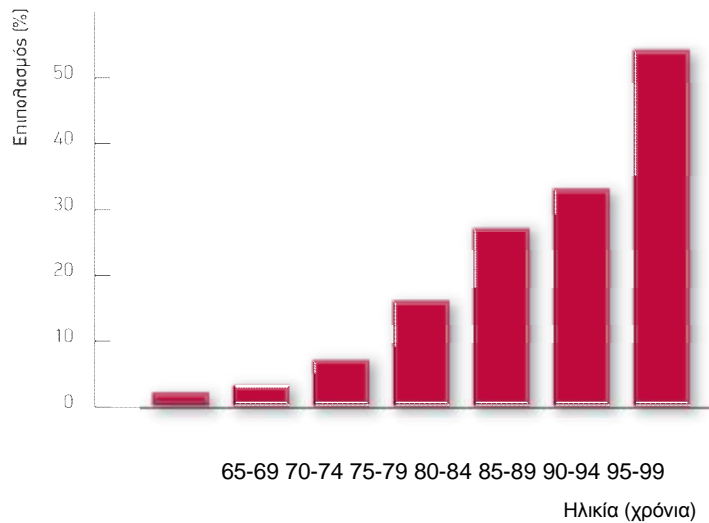
Η πιο κοινή αιτία άνοιας είναι η νόσος Alzheimer, αριθμώντας περίπου 4 εκατομμύρια περιπτώσεων άνοιας. Η επίπτωση αυτής της σχετιζόμενης με την ηλικία νόσου αυξάνει εκθετικά με την πάροδο της ηλικίας. Η νόσος Alzheimer επηρεάζει περίπου το 50% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 85 ετών. Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, η νόσος Alzheimer προβλέπεται να τετραπλασιαστεί μέχρι το 2050. (Γλατή, 2008).



(Ferri et al, 2005).

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής στις αναπτυσσόμενες και κυρίως στις υπό ανάπτυξη χώρες, έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των παθήσεων της τρίτης ηλικίας, όπως η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και οι άνοιες. Σήμερα, οι άνοιες με συχνότερη τη νόσο Αλτσχάιμερ (50-60% του συνόλου), αποτελούν μείζον ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα. Ο αριθμός των ασθενών αυξάνεται αλματωδώς: υπάρχουν 150 χιλιάδες ασθενείς στην Ελλάδα, 5 εκατομμύρια στην Ευρώπη και 25 εκατομμύρια παγκοσμίως. Λιγότεροι από το 50% των ατόμων με άνοια είναι επίσημα διαγνωσμένοι και ακόμα λιγότεροι λαμβάνουν ορθά τη διαθέσιμη φαρμακευτική αγωγή.

Αριθμός ανοϊκών ασθενών



Είναι η νόσος Αλτσχάιμερ κληρονομική;

■ Η νόσος Αλτσχάιμερ κληρονομείται σε ένα ποσοστό μικρότερο από 5%, σύμφωνα τουλάχιστον με τα επιστημονικά δεδομένα που έχουμε μέχρι σήμερα στη διάθεσή μας. Έχουν αναγνωρισθεί 3 γονίδια υπεύθυνα για προγεροντικές μορφές της νόσου. Στις περιπτώσεις αυτές, η ηλικία έναρξης της νόσου είναι ανάμεσα στα 40 και στα 60 χρόνια. (Σακκά,2007)

1.6. ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Μια πρόσφατη επιστημονική έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει καμία οριστική απόδειξη για την παροχή οποιασδήποτε προληπτικής στρατηγικής για την άνοια, ωστόσο, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι προληπτικές στρατηγικές που εστιάζονται στην τροποποίηση των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου, η τροποποίηση της διατροφής και συμπληρώματα διατροφής, η σωματική άσκηση και

οι κοινωνικές δραστηριότητες μπορούν να μειώσουν την επιβάρυνση της άνοιας. Οι ειδικοί τόνισαν:

- Υπάρχουν ήδη επαρκή ερευνητικά δεδομένα που δικαιολογούν την αναγκαιότητα άμεσης δράσης. Η πρόληψη της Άνοιας περιλαμβάνει την αξιολόγηση των παρακάτω παραγόντων: διαβήτης, κατάθλιψη, υπέρταση, βιταμίνες συμπλέγματος Β, ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, γνωστική άσκηση, φυσική άσκηση και κοινωνικές δραστηριότητες
- Οι πολιτικές για τη δημόσια υγεία θα πρέπει να ενθαρρύνουν τους μεσήλικες να διακόπτουν το κάπνισμα, να ασκούνται σωματικά, να ακολουθούν διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και ψάρια (Μεσογειακή δίαιτα), να ελέγχουν την παχυσαρκία, το διαβήτη και την υπέρταση και να αποφεύγουν την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Συνολικά, θα πρέπει να ενθαρρύνουμε τους ανθρώπους να υιοθετούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, ώστε να καταπολεμήσουν την Άνοια όπως ισχύει και για τις άλλες παθήσεις.
- Αξίζει να σημειωθεί ότι ο επιπολασμός της Άνοιας και η γνωστική έκπτωση σε ορισμένες δυτικές χώρες έχει μειωθεί σημαντικά σε σχέση με το αναμενόμενο, κι αυτό πιθανώς συμβαίνει ως αποτέλεσμα της αλλαγής του τρόπου ζωής συνδυασμένο με την σωματική άσκηση και τη μείωση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου.

Μια διατροφική προσέγγιση για την πρόληψη, αργή, ή να σταματήσει την εξέλιξη της νόσου είναι μια πολλά υποσχόμενη στρατηγική που έχει διερευνηθεί ευρέως. Πολλά επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η διατροφική πρόσληψη μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη και την πρόοδο της άνοιας του Alzheimer (AD). Υπάρχει δυνατότητα τροποποίησης περιβαλλοντικών αιτιών της άνοιας που περιλαμβάνουν πιθανές μεταβολικές διαταραχές που προκαλούνται από διαιτητικές ελλείψεις ή και υπερβάσεις που μπορούν να διορθωθούν με συμπληρώματα διατροφής ή τροποποίηση της διατροφής. Πολλά συμπληρώματα διατροφής περιέχουν μια μυριάδα των συστατικών που προάγουν την υγεία (αντι-οξειδωτικά, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, φλαβονοειδή, λιπίδια, ... κλπ). Έχοντας νέους μηχανισμούς δράσης που επηρεάζουν την κυτταρική υγεία και την αναγέννηση, η ίδια η διαδικασία της

γήρανσης, ή μπορεί ειδικά να διαταράξει τους παθογόνους οδούς στην ανάπτυξη της άνοιας.

Διατροφικές τροποποιήσεις έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι οικονομικά αποδοτικοί, εύκολοι στην εφαρμογή, κοινωνικά αποδεκτοί και γενικά ασφαλής και χωρίς σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, στις περισσότερες περιπτώσεις. Πολλές διατροφικές παρεμβάσεις έχουν μελετηθεί και συνεχίζουν να αξιολογούνται με την ελπίδα της εύρεσης μιας επιτυχούς έρευνας. Η τρέχουσα ανασκόπηση επικεντρώνεται στις διάφορες βασικές θρεπτικές ουσίες και διαιτητικές τροποποιήσεις που έχουν μελετηθεί σε ανθρώπους, και επιπλέον εξετάζει το σκεπτικό της χρησιμότητά τους για την πρόληψη και τη θεραπεία της άνοιας. Οι επιδράσεις των παρακάτω διατροφικών συστατικών συμβάλουν θετικά ως προς την πρόληψη της διαδικασίας που συνδέεται με τον νευροεκφυλισμό στην άνοια: Αντιοξειδωτικά, ιχνοστοιχεία, φλαβονοειδή, μεταβολικών υποστρωμάτων και ρυθμιστές, βιταμίνες και ωμέγα-3 λιπαρών οξέων, μεταξύ άλλων, έχουν όλα δείξει ότι ρυθμίζουν προς τα κάτω τις πολλές παθολογικές διεργασίες που συνδέονται με την ανάπτυξη της άνοιας, συμπεριλαμβανομένης της γήρανσης, απόθεση αμυλοειδούς, εκφυλισμού των νευροϊνιδίων, απώλεια συνάψεων, φλεγμονή, μεταβολικό συμβιβασμό, απώλεια της αγγειακής ακεραιότητας, και νευρωνική βλάβη και απώλεια. (Filipcik et al., 2006).

ANTIOΞΕΙΔΩΤΙΚΑ

Το αυξημένο οξειδωτικό στρες, έχει διαπιστωθεί ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας εκκίνησης ή συνεργάτης του νευροεκφυλισμού που παρατηρείται στην άνοια. Υπάρχει μεγάλη συζήτηση ως προς το είδος του αντιοξειδωτικού που μπορεί να παρέχουν την καλύτερη προστασία. Μερικά αντιοξειδωτικά κατά προτίμηση στοχεύουν στο κυτοσολικό οξειδωτικό στρες, ενώ άλλες χρησιμεύουν κατά προτίμηση ως μιτοχονδριακό στρες που μπορεί να μειώσει τους μηχανισμούς οξειδωτικού στρες. Τα αντιοξειδωτικά λειτουργούν με πολλούς τρόπους: μειώνοντας τα οξειδωμένα λιπίδια μεμβράνης, εμποδίζοντας την καρβονυλίωση των πρωτεϊνών, περιορίζοντας την βλάβη νουκλεϊκού οξέος και επηρεάζοντας το στρες κίνησης. Ανεξάρτητα από τις πολλές πιθανές περιοχές δράσης και επιρροές για πολύπλοκα κυτταρικά μονοπάτια επηρεάζεται από τα αντιοξειδωτικά. Η υπόθεση ότι

η αντιοξειδωτική θεραπεία μπορεί να αποτρέψει ή να επιβραδύνει την ανάπτυξη της άνοιας έχει οδηγήσει σε πολλές κλινικές μελέτες. . (Filipczik et al., 2006).

Εργαστηριακή έρευνα έδειξε ότι τα κυτοσολικά αντιοξειδωτικά, όπως η **βιταμίνη E** (α-τοκοφερόλη) , μπορεί να αποτρέψει την άνοια,όπως και τις αλλαγές στους εγκεφάλους. Άλλα αντιοξειδωτικά όπως είναι η σελεγιλίνη, ένας αναστολέας μονοαμίνης oxidase που επίσης αναστέλλει την οξειδωτική απαμίνωση, έχουν επίσης δείξει νευροπροστατευτικές ιδιότητες σε περιπτώσεις εκφυλιστικής νόσου. Σε μελέτη που εξέτασε αν η θεραπεία με σελεγιλίνη ή α-τοκοφερόλη επιβράδυνε την εξέλιξη της νόσου σε ασθενείς με μετρίως σοβαρή δυσλειτουργία από άνοια έδειξε ότι η αγωγή με σελεγιλίνη (15 mg δύο φορές ημερησίως) και α-τοκοφερόλη (1000 IU δύο φορές ημερησίως) αύξησε την διάμεση επιβίωση κατά 215 και 230 ημέρες κατά τη διάρκεια του εικονικού φαρμάκου, αντίστοιχα). Αυτά τα ευρήματα οδήγησαν σε ευρεία χρήση μία ημερήσια δόση 2,000 IU α-τοκοφερόλη για να επιβραδύνει την εξέλιξη στην άνοιας. Η Βιταμίνη E θα πρέπει να λαμβάνεται σε συνδυασμό με βιταμίνη C ως ένα αντιοξειδωτικό επαναφόρτισης που μεγιστοποιεί τη δόση της βιταμίνης E. Κάποιοι από τις καλύτερες πηγές τροφίμων βιταμίνη E είναι: φυτό σπαραγγιού, ηλίανθος και τα έλαια του, φυλλώδη πράσινα λαχανικά, και τα σπαράγγια.

Εκτός από τα αποτελέσματά της σε συνδυασμό με βιταμίνη E η **βιταμίνη C** (ασκορβικό οξύ), έχει μελετηθεί ευρέως για την πρόληψη και τη θεραπεία της άνοιας. Η βιταμίνη C είναι μία βασική βιταμίνη που δεν μπορεί να παραχθεί από τον άνθρωπο, από τη γλυκόζη ή άλλα υποστρώματα. Ευτυχώς διαιτητικές πηγές της βιταμίνης C είναι κοινά και περιλαμβάνουν τα εσπεριδοειδή, τα μούρα, και πολλά λαχανικά που είναι ένα κοινό μέρος των περισσότερων ανθρώπινων δίαιτων σε όλο τον κόσμο. Αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν διερευνήσει τη σχέση της βιταμίνης C με το Alzheimer και την γνωστική λειτουργία στους ηλικιωμένους ανθρώπους. (Filipczik et al., 2006).

Οργανικό σελήνιο είναι ένα άλλο αντιοξειδωτικό που ερευνάται επί του παρόντος σε ανθρώπινες κλινικές μελέτες. Είναι διαθέσιμο σε διάφορες μορφές, με ποικίλες βιολογικές δράσεις και είναι πολύ αποτελεσματικό. Ενώ ανόργανο σελήνιο απορροφάται ελάχιστα, η σεληνομεθειονίνη και οι ζυμομύκητες σεληνίου είναι πολύ περισσότερο βιοδιαθέσιμοι. Έχουν επίσης επιπτώσεις για την υγεία του εγκεφάλου και την ικανότητα να μειώσει σημαντικά την παθολογία άνοιας. Τα ευρήματα αυτά οδήγησαν στη χρήση της αντιοξειδωτικής θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των βιταμινών C, E, και το σελήνιο στη πρόληψη της άνοιας .. (Zhang et al., 2010)

Λιποϊκό οξύ, β-καροτένιο, και τα άλλα βιοφλαβονοειδή είναι μερικά μόνο από τα άλλα αντιοξειδωτικά που έχουν αξιολογηθεί για τις ενέργειές τους σχετικά με μιτοχονδριακά ένζυμα όπως η υπεροξειδική δισμουτάση και αφυδρογονάσης α-κετογλουταρικού. Τα αποτελέσματα από κλινικές δοκιμές με αυτούς τους παράγοντες δεν είναι επαρκή ή δικαιολογείται αλλαγές στις συστάσεις για την πρακτική. Είναι σαφές ότι περαιτέρω εργασία, συμπεριλαμβανομένων μελέτων πρόληψης σε πρώιμο στάδιο είναι απαραίτητες πριν από τη χρησιμότητα ή την έλλειψή της αντιοξειδωτικής θεραπείας για την πρόληψη και τη θεραπεία της άνοιας.

Ωμέγα-3 λιπαρά οξέα

Τα λιπαρά οξέα που βρίσκονται σε όλα τα κύτταρα του σώματος ως μέρος των κυτταρικών μεμβρανών και παίζουν σημαντικό ρόλο στη σταθερότητα της κυτταρικής μεμβράνης, στη ρευστότητα και στη συναπτική συνδεσιμότητα. Λιπαρού οξέος οξείδωση από τις ελεύθερες ρίζες οδηγεί σε βλάβη της κυτταρικής μεμβράνης και έχει βρεθεί ότι συνεισφέρει στην παθογένεση της άνοιας όπως και άλλους ρόλους των ακόρεστων λιπαρών οξέων: το σχηματισμό λιπιδικών σχεδίων και τη συντήρηση της συναπτικής ακεραιότητας έχουν ληφθεί σε ένα πρωταρχικό ρόλο στην υπόθεση ότι η συμπλήρωση με τέτοιους παράγοντες μπορεί να εμποδίσει ή να επιβραδύνει την εξέλιξη της άνοιας. **Δοκοσαεξανοϊκό οξύ** (DHA) και το **εικοσαπεντανοϊκό οξύ** (EPA) είναι τα κύρια ωμέγα-3 λιπαρά οξέα που έχουν μελετηθεί σε κλινικές δοκιμές σε ανθρώπους μέχρι σήμερα. Το δοκοσαεξανοϊκό οξύ είναι το πιο άφθονο ωμέγα-3

λιπαρό οξύ στον εγκέφαλο. Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (PUFA), όπως το DHA και EPA επιτρέπουν για το σχηματισμό λιπιδικών σχεδίων σε όλες τις ακόρεστες ομάδες τους να απορροφήσουν την οξειδωτική καταπόνηση των ελεύθερων ριζών και να αυξήσει την κυτταρική ρευστότητα της μεμβράνης που είναι αναγκαίες για τη δημιουργία λιπιδικών, και την διαμόρφωση αποτελεσματικών συναπτικών επαφών. Είναι προς το παρόν ασαφές ποια είναι η καλύτερη πηγή ή και συνδυασμό ειδικών ωμέγα-3 λιπαρών οξέων για την πρόληψη ή θεραπεία της άνοιας, και έχουν τόσες πολλές διαφορετικές πηγές και τα σκευάσματα που έχουν ελεγχθεί σε κλινικές δοκιμές σε ανθρώπους. (Jicha and Markesbery, 2010)

Ιχθυέλαιο, πλούσιο σε ωμέγα-3 λιπαρά οξέα, όταν καταναλώνονται τακτικά έχει βρεθεί να μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης της άνοιας σε επιδημιολογικές μελέτες. Αρκετές από αυτές τις μελέτες έχουν βρει συγχυτικούς παράγοντες, όπως η απολιποπρωτεΐνη E (ApoE) και η πρόσληψη ω-6 λιπαρών που έχουν περιορίσει την αξιοπιστία των μελετών σε όλες τις ομάδες. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει την έλλειψη σύνδεσης των ωμέγα-3 συμπληρωμάτων σε ένα φόντο από μια δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε ωμέγα-6 λιπαρά οξέα, τα οποία δρουν παρόμοια με τα κορεσμένα λιπαρά οξέα μειώνοντας την ρευστότητα της μεμβράνης σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των ωμέγα-3 λιπαρών οξέων. Αυτά τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι τα διατροφικά οφέλη μπορεί να ξεπεράσουν ή να ακυρώσουν την παρουσία των αρνητικών διατροφικών εισφορών. Είναι ενδιαφέρον ότι η δραματική αύξηση του επιπολασμού της άνοιας κατά τον τελευταίο αιώνα όχι μόνο παραλληλίζει την αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής, αλλά επίσης μια αύξηση από 2 έως περισσότερο από 20 έτη. (Jicha and Markesbery, 2010)

Παρ' όλα αυτά, τα επιδημιολογικά και επιστημονικά δεδομένα έχουν οδηγήσει σε αρκετές κλινικές δοκιμές μεγάλης κλίμακας των ωμέγα-3 λιπαρών οξέων στην άνοια και στην κανονική γήρανση. Η μελέτη διαπίστωσε ότι ημερήσια διαιτητική συμπλήρωση με 900 mg DHA παράγεται από επτά χρόνια βελτίωση στη γνωστική ηλικία πάνω από μόλις 24 εβδομάδες, σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο σε ηλικιωμένους ασθενείς με γνωστική εξασθένηση. Εκτός από τις δυνητικές άμεσες επιπτώσεις στον νευροεκφυλισμό σε άνοια, τα οφέλη των ωμέγα-3 λιπαρών οξέων

για τη μείωση της εγκεφαλοαγγειακής ασθένειας είναι ευρέως αναγνωρισμένη και μπορεί να παρέχει πρόσθετο όφελος σε άτομα που υποφέρουν από άνοια, στους οποίους η εγκεφαλική αγγειακή νόσος μπορεί να είναι η πιο κοινή νόσος. Τα Ωμέγα-3 λιπαρά οξέα μειώνουν τα κυκλοφορούντα επίπεδα χοληστερόλης, αναστέλλουν την συστηματική φλεγμονή στο κυκλοφορικό σύστημα και στο αγγειακό σύστημα, και αναστέλλουν και την συσσωμάτωση των αιμοπεταλίων. (Jicha and Markesbery, 2010)

Βιταμίνες B και φυλλικό οξύ

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης του ορού και τα χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης B12 σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο της άνοιας. Η σχέση του φυλλικού οξέος με το μεταβολισμό της ομοκυστεΐνης είναι καλά γνωστή. Οι περισσότερες από τις βιταμίνες του συμπλέγματος B, έχουν δείξει να συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με νευρωνικό σύστημα λόγω της εμπλοκής τους με τους νευρώνες. Βασικές λειτουργίες των βιταμινών B περιλαμβάνουν και το ρόλο τους στο μεταβολισμό της ενέργειας μέσω της δράσης τους ως δότες μεθυλίου. Έλλειψη αυτών των βιταμινών έχουν συνδεθεί άμεσα με την ανάπτυξη ειδικών νευρολογικών διαταραχών, όπως υποξεία συνδυασμένη με εκφύλιση (B12), πελλάγρα (ανεπάρκεια βιταμίνης B6), του Wernicke / του Korsakoff (έλλειψη B1). Οι τρέχουσες κλινικές συστάσεις περιλαμβάνουν εργαστηριακή ανάλυση ρουτίνας αυτών των επιπέδων βιταμίνης. Μόνο περιορισμένα στοιχεία είναι διαθέσιμα σχετικά με την επίδραση των συμπληρωμάτων με αυτές τις βιταμίνες, αν και μια μελέτη διαπίστωσε την ευεργετική επίδραση του συμπλέγματος B συμπληρώματα βιταμινών στην επιβράδυνση της εμφάνισης ή της προόδου της άνοιας στην εγκεφαλική φαιά ουσία. (Douaud et al., 2013).

Τριγλυκερίδια μέσης αλύσου (Αχονα και λάδι καρύδας)

Ενώ η γλυκόζη δρα ως κύριο μεταβολικό υπόστρωμα στον εγκέφαλο, σώματα κετόνης παράγονται από **τριγλυκερίδια μέσης αλύσου** (MCT) μπορεί να χρησιμεύσει ως εναλλακτική πηγή ενέργειας στον εγκέφαλο.. Ασθενείς με ανεπάρκεια μνήμης παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στη μνήμη μετά τη λήψη από του στόματος συμπληρωμάτων με MCTs που παρήγαγαν υψηλότερα επίπεδα κετόνης στο αίμα . Υψηλότερα επίπεδα κετονών όπως β-υδροξυβουτυρικού πλάσματος συσχετίζεται άμεσα με υψηλότερη απόδοση στις βαθμολογίες της μνήμης. Αρκετά ενδιαφέροντα τρόπο, τα οφέλη των υψηλότερων επιπέδων κετόνης παρατηρήθηκαν μόνο σε AroE4, παρόμοια με τις επιλεκτικές σε οφέλη των ωμέγα-3 συμπληρωμάτων λιπαρών οξέων. Το **λάδι καρύδας** μπορεί να είναι μια θεραπεία για την άνοια όπως δείχνουν οι δραματικές βελτιώσεις που έγιναν σε έναν ασθενή με νόσο Alzheimer ο οποίος τροποποίησε την διατροφή του και εισήγαγε σε αυτήν και το λάδι καρύδας.. Ο μηχανισμός για την επίδραση ήταν το περιεχόμενο του καπρυλικού οξέος, ένα MCT, που αποκατέστησε τη λειτουργία του εγκεφάλου, κλινικά στοιχεία για την επίδραση του ελαίου καρύδας για την πρόληψη ή θεραπεία της άνοιας μένει να δούμε και άλλα τέτοια παραδείγματα στο μέλλον. (Reger et al., 2004).

Ένα συμπλήρωμα διατροφής, χαρακτηρισμένη ως τροφή για ιατρικούς σκοπούς **Axona**, που περιέχουν οκτανοϊκό οξύ ή καπρυλικό οξύ έχει μελετηθεί για πιθανά οφέλη της στην άνοια. Η συμπλήρωση με Axona® στους ασθενείς με άνοια έχει δείχθει να παράγει βελτίωση στη γνωστική ικανότητα όταν μετράται σε 45 και 90 ημερών από την συμπλήρωση. Ενώ το όφελος παραμένει αβέβαιο, οι κίνδυνοι φαίνονται ελάχιστα, και η στρατηγική αυτή ριζώνει στον οπλισμό των θεραπειών, πολλοί κλινικοί γιατροί προσφέρουν στους ασθενείς τους με άνοια. Οι συνηθέστεροι λόγοι για τη διακοπή της Axona® ήταν ανεπιθύμητες ενέργειες όπως διάρροια, μετεωρισμός, δυσπεψία. Προσοχή θα πρέπει να ασκείται πριν από τη συνταγογράφηση Axona® ή άλλα συμπληρώματα που περιέχουν τα MCT σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, φλεγμονή του γαστρεντερικού, μεταβολικό σύνδρομο, διαταραχές στην νεφρική λειτουργία καθώς αυτά μπορεί να ενισχύσουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών. (Douaud et al., 2013).

Ιατρικές τροφές (Souvenaid)

Το Souvenaid είναι μια ιατρική τροφή σχεδιασμένη να περιέχει ακριβώς ένα τέτοιο συνδυασμό θρεπτικών συστατικών. Επίσης γνωστό ως Fortasyn, αυτή η τροφή για ιατρικούς σκοπούς έχει σχεδιαστεί για την προώθηση των συνάψεων, σχηματισμό και τη λειτουργία του συστήματος. Το προϊόν περιλαμβάνει προδρόμους (μονοφωσφορική ουριδίνη, Χολίνη, Φωσφολιπίδια, EPA, DHA) και συμπράγοντες (βιταμίνες E, C, B12 και B6, Φυλλικό οξύ, οργανικό Σελήνιο) που είναι αναγκαία για το σχηματισμό των συνάψεων. Η μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς σε πρώιμο στάδιο της άνοιας με υψηλότερη αρχική λειτουργία είχαν γνωστική βελτίωση με υψηλότερες δόσεις του Souven. (Jicha and Markesbery, 2010)

Καποιες αλλαγές που μπορούμε να κάνουμε στο καθημερινό διαιτολόγιό μας για να αποφύγουμε την άνοια. Είναι:

- **Δραστική ελάττωση της κατανάλωσης της ζάχαρης** και των συναφών γλυκαντικών και τελικά όλων των επεξεργασμένων υδατανθράκων. Έχετε υπόψη ότι και ο **διαβήτης** είναι ισχυρός προδιαθεσικός παράγοντας. Ο διαβήτης αυξάνει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου, επειδή η αυξημένη γλυκόζη (σάκχαρο) προκαλεί βλάβες στα αιμοφόρα αγγεία. Μείωση των επιπέδων της ινσουλίνης. Ο επιθετικός έλεγχος του σακχάρου που έχει ως αποτέλεσμα τα χαμηλά επίπεδα ώστε να είναι αναγκαία η επίσκεψη στο νοσοκομείο μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο άνοιας στους ηλικιωμένους με διαβήτη τύπου II.
- **Η υπερβολική κατανάλωση αλατιού** μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικές και καρδιακές βλάβες. Οι ηλικιωμένοι που ακολουθούν διατροφική συμπεριφορά πλούσια σε αλάτι και δεν ασκούνται αρκετά μπορεί να εμφανίσουν πνευματική εξασθένηση συντομότερα από εκείνους που προσέχουν τη διατροφή τους. Όπως αποκαλύπτει η μελέτη λίγο περισσότερο από ένα κουταλάκι του γλυκού αλάτι την ημέρα... «φέρνει πιο κοντά» τη νόσο του Alzheimer.. Η κακή επίδραση του αλατιού στις καρδιακές λειτουργίες είναι γνωστή όπως και για την επιδείνωση των εγκεφαλικών λειτουργιών των ηλικιωμένων. (Πλέσσας, 2010)

Σωματική άσκηση

Όλοι γνωρίζουμε πως η σωματική άσκηση έχει σημαντικά οφέλη για την καλή υγεία, και φυσική κατάσταση των ανθρώπων κάθε ηλικίας. Οι βασικές μορφές άσκησης που γίνονται περπάτημα, είναι: πεζοπορία, ελαφρύ τρέξιμο, αεροβική γυμναστική, κολύμπι, ασκήσεις με βάρη και άλλες. Το είδος της άσκησης που ενδείκνυται, εξαρτάται από την κατάσταση του ασθενούς. Σε πολλές περιπτώσεις η σωματική άσκηση, μπορεί να επιτευχθεί μέσω άλλων δραστηριοτήτων. Η σωματική άσκηση βοηθά στο να διατηρηθούν οι υπάρχουσες σωματικές, και νοητικές ικανότητες του ασθενούς επί μακρόν. Η σωματική άσκηση διατηρεί ακμαίες τις νοητικές λειτουργίες των ανθρώπων, και συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη όλων των μορφών άνοιας, και κατά συνέπεια βοηθάει να διατηρήσουν την αυτοαποτελεσματικότητά τους, και μια καλή ψυχολογική κατάσταση. Επίσης έρευνες έχουν δείξει, ότι οι ανοϊκοί ασθενείς ωφελούνται από την σωματική άσκηση, καθώς βελτιώνουν τις γνωστικές λειτουργίες τους, την ποιότητα ζωής τους, και ταυτόχρονα διασκεδάζουν και κοινωνικοποιούνται. (Σαββοπούλου Γ. Γ., 2006).

Πως όμως η σωματική άσκηση λειτουργεί σαν ασπίδα προστασίας; Οι επιστήμονες πιστεύουν ότι βελτιώνει τη ροή αίματος, και την παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο. Στις περιοχές εκείνες που σχετίζονται με την μνήμη, γίνεται καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου, οδηγώντας στην ενίσχυση της νοητικής λειτουργίας, και επομένως βελτίωση της μνήμης. Για τον λόγο αυτό η άσκηση, αποτελεί ένα σημαντικό μέσο παρέμβασης στην αντιμετώπιση της νόσου. Όταν η νόσος Αλτσχάιμερ αρχίζει να εκδηλώνεται σε κάποιον, η σωματική άσκηση είναι σε θέση να τον ωφελεί, και να επιβραδύνει την επιδείνωση. Ακόμη και σε ασθενείς που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της νόσου, η σωματική άσκηση βοηθά, συμβάλλοντας στην επιβράδυνση επιδείνωσης των δυνατοτήτων σκέψης τους. (Σαββοπούλου Γ. Γ., 2006).

Κοινωνικές δραστηριότητες

Η ζωγραφική, το σχέδιο, η γλυπτική, η αγγειοπλαστική και άλλες καλλιτεχνικές δραστηριότητες ενεργοποιούν το μυαλό και εξασκούν την επιδεξιότητα των κινήσεων, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας σε προχωρημένη ηλικία. Όσο περισσότερο ένας ηλικιωμένος απασχολείται με κάποια μορφή εικαστικών τεχνών, τόσο περισσότερο προστατεύεται από την πιθανότητα άνοιας και Αλτσχάιμερ. (Τσολάκη Μ., 2009).

Όπως διαπιστώθηκε έπειτα από τέσσερα χρόνια, όσοι είχαν τακτική ενασχόληση με τις τέχνες, είχαν κατά μέσο όρο 73% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν προβλήματα μνήμης και νόησης. Όσοι ασχολούνταν με άλλου είδους χειροτεχνικές και κατασκευαστικές δραστηριότητες, είχαν μειωμένο κίνδυνο κατά 45%, όσοι χρησιμοποιούσαν τακτικά το Ίντερνετ και τους υπολογιστές, είχαν μειωμένο κίνδυνο κατά 53% και όσοι συστηματικά έβγαιναν έξω για διασκέδαση, έχοντας πολλές κοινωνικές συναναστροφές, είχαν μειωμένο κίνδυνο κατά 55%. Η ενεργή ενασχόληση του νου μπορεί να προστατέψει τους νευρώνες (τα εγκεφαλικά κύτταρα), ώστε να μην πεθάνουν, βοηθώντας αντίθετα στη δημιουργία νέων νευρώνων σε προχωρημένη ηλικία. (Τσολάκη Μ., 2009).

Τα δημιουργικά χόμπι, όπως η ζωγραφική, το πλέξιμο, η ξυλογλυπτική ή η κεραμική θα μπορούσαν ενδεχομένως να συμβάλλουν στην οξύνοια του εγκεφάλου καθώς μεγαλώνουμε. Εκτός από τη χειροτεχνία και τις καλλιτεχνικές δραστηριότητες, βλέπουμε και τα μακροπρόθεσμα οφέλη κοινωνικών δραστηριοτήτων, όπως κινηματογράφο, μουσικά θεάματα, χρόνο με φίλους και ταξίδια. Επίσης λαμβάνουμε υπόψη τα οφέλη στον εγκέφαλο του χρόνου που αφιερώνει κάποιος στους υπολογιστές, όπως διαδίκτυο, ηλεκτρονικές αγορές και βιντεοπαιχνίδια. Όλα τα παραπάνω βοήθησαν, αλλά οι καλλιτεχνικές δραστηριότητες φάνηκε να είναι πιο αποτελεσματικές. (Τσολάκη Μ., 2009).

Γνωστική άσκηση και νοητική ενδυνάμωση

Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης είναι μία από τις πιο αποτελεσματικές μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Στοχεύουν στη σταθεροποίηση ή ακόμα και στη βελτίωση της γνωστικής κατάστασης του ασθενούς μέσω της αξιοποίησης των γνωστικών του λειτουργιών που παραμένουν σε ικανοποιητικό επίπεδο. Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης αποτελούν μια εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση και περιλαμβάνουν:

- ασκήσεις μνήμης, προσοχής, λόγου κλπ,
 - προσανατολισμό στο χώρο, το χρόνο και την επικαιρότητα,
 - επανεκμάθηση υλικού (ονόματα οικείων, αντικειμένων κλπ),
 - εκπαίδευση στην εφαρμογή μνημονικών τεχνικών και στη χρήση εξωτερικών μνημονικών βοηθημάτων, κ. ά. (Λυμπεροπούλου Ο., Σακκά Π. 2006).
-
- Επιπλέον, κάποια μέτρα πρόληψης είναι: 1. **Έλεγχος σωματικού βάρους:** η **παχυσαρκία** συνδέεται με την αύξηση των κρουσμάτων άνοιας και Αλτσχάιμερ. **Οι υπέρβαροι κινδυνεύουν περισσότερο με άνοια.** Επιστημονική έρευνα καταδεικνύει ότι, οι υπέρβαροι στις δεκαετίες των 30, των 40 και των 50 ετών, έχουν 70% μεγαλύτερες πιθανότητες να προσβληθούν από γεροντική άνοια. 2. **Έλεγχος της υπέρτασης.** Ο ακριβής λόγος είναι, ότι στερεί τον εγκέφαλο από την αιματική ροή και το οξυγόνο που μεταφέρει το αίμα. Οι πάσχοντες από υπέρταση υποφέρουν από περιορισμένη αιματική ροή και συχνά περιγράφονται ως πάσχοντες από «αγγειακή άνοια», αναλογώντας περίπου στο ένα τέταρτο των πασχόντων από άνοια. 3. . Κόψιμο του **καπνίσματος** που συνδέεται άμεσα με τη μείωση της οξυγόνωσης του εγκεφάλου. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει πολυάριθμες τοξικές ουσίες οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα και ακεραιότητα των νευρώνων (πχ. το

μονοξειδίου του άνθρακα και κάποια είδη αντιδρώντος οξυγόνου, και αυτό μπορεί να επηρεάσει μακροπρόθεσμα την επιβίωση των νευρώνων (Λυμπεροπούλου Ο., Σακκά Π. 2006).

- Το κάπνισμα έχει σαν άμεσο αποτέλεσμα αύξηση στη ροή του αίματος και στο μεταβολισμό στην παρεγκεφαλίδα, στους μετωπιαίους και στους βρεγματικο-ινιακούς λοβούς των ενήλικων ατόμων. Το χρόνιο κάπνισμα έχει συνδεθεί με τη μειωμένη σφαιρική εγκεφαλική ροή αίματος και κατά τη διάρκεια των επεισοδίων οξείας κατανάλωσης, με μειωμένο μεταβολισμό γλυκόζης στην παρεγκεφαλίδα, το θάλαμο, και τον κροταφικό φλοιό άμφω. Οι ηλικιωμένοι με Ήπια Νοητική Διαταραχή ή Άνοια, παρουσιάζουν εκφύλιση σε πολλές από αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου. (Λυμπεροπούλου Ο., Σακκά Π. 2006).

Είναι η νόσος Αλτσχάιμερ θανατηφόρος;

Η φυσική πορεία της νόσου Αλτσχάιμερ οδηγεί τελικά τους ασθενείς στο θάνατο. Η εκφύλιση του εγκεφάλου αρχικά περιορίζεται σε δομές που σχετίζονται με τη μνήμη και τις νοητικές λειτουργίες γενικότερα. Στη συνέχεια όμως επεκτείνεται σταθερά σε ευρύτερες περιοχές του εγκεφάλου επηρεάζοντας σταδιακά όλες τις λειτουργίες και τα συστήματα του σώματος.

Η πιο συχνή αιτία θανάτου των ανοϊκών ασθενών είναι οι λοιμώξεις, καθώς η νόσος εξελίσσεται, το ανοσολογικό σύστημα όπως και ο οργανισμός συνολικά είναι αποδυναμωμένα.

1.7 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

Η διάγνωση της άνοιας, συνήθως, τίθεται στο χρονικό σημείο που ο ασθενής εμφανίζει έκπτωση της καθημερινής λειτουργικότητας και αδυναμία να επιτελέσει συνηθισμένες μέχρι τότε δραστηριότητες. Ριζική θεραπεία της νόσου Αλτσχάιμερ και των άλλων μορφών άνοιας δεν υπάρχει, ενώ οι υπάρχουσες φαρμακευτικές θεραπείες ελέγχουν εν μέρει τα συμπτώματα, όμως η νευροεκφυλιστική διεργασία στον εγκέφαλο των ασθενών δεν ανακόπτεται και ύπουλα εξακολουθεί τη φυσική εξέλιξή της.

Οι υπάρχουσες φαρμακευτικές θεραπείες είναι οι κεντρικοί αναστολείς χολινεστεράσης και η Μεμαντίνη. Ειδικότερα οι αναστολείς χολινεστεράσης (Δονεπεζίλη, Ριβαστιγμίνη, Γκαλανταμίνη) χρησιμοποιούνται ευρύτατα στην καθημερινή κλινική πράξη από ετών για τη θεραπεία της νόσου Αλτσχάιμερ αλλά και άλλων μορφών άνοιας (αγγειακή άνοια, άνοια με σωματία Lewy, άνοια νόσου Parkinson κ.ά.). Αποτελούν θεραπείες με επίσημη ένδειξη την ήπια ως μέτρια νόσο Αλτσχάιμερ και επιτρέπουν στους ασθενείς να παραμείνουν λειτουργικοί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, να διατηρούν κοινωνικές δεξιότητες και να απολαμβάνουν καλή ποιότητα ζωής μαζί με την οικογένειά τους. Οι αναστολείς χολινεστεράσης παρουσιάζουν μέτρια αποτελεσματικότητα, ιδίως εάν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια. Ο γιατρός συνιστά την μικρότερη δυνατή δόση φαρμάκων διότι ο οργανισμός των ασθενών με άνοια δεν ανέχεται τις παρενέργειες. (Τσολάκη Μ., Καζής Α., 2005)

ΦΑΡΜΑΚΑ	ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΟΝΟΜΑΣΙΑ	ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΟΣΗ/mg
Δονεπεζίλη	Aricept	5-10 mg
Γαλανταμίνη	Reminyl	8-24 mg
Μεμαντίνη	Nameda	10-20 mg
Ριβαστιγμίνη	Exelon	1,5-6 mg
Τακρίνη	Cognex	40-160 mg

Ριβαστιγμίνη

Στην συγκεκριμένη μελέτη, οι ίδιοι οι φροντιστές αξιολόγησαν τους ασθενείς τους σύμφωνα με την κλίμακα Progressive deteriorational scale, με σκοπό να αποδείξουν ότι η ριβαστιγμίνη είναι ένα σκεύασμα που σε μια διεθνή μελέτη μπορεί να προσφέρει βελτίωση στη μνήμη του ασθενή, βελτίωση στην λειτουργικότητα του και στις γενικότερες ικανότητες του, έτσι ώστε, να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας του. Έτσι, με βάση αυτά τα αποτελέσματα βλέπουμε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών που μπορεί να συζητά και να χειρίζεται τα οικονομικά του οφέλη καλύτερα, να ταξιδεύει μόνος, να φροντίζει τον εαυτό του χωρίς καμία εξωτερική βοήθεια και να χειρίζεται τα αντικείμενα που τον περιτριγυρίζουν με μεγαλύτερη ευκολία. (Πολίτης, 2000).

Γκαλανταμίνη

Η επίδραση της γκαλανταμίνης στις διαταραχές λειτουργικότητας των ασθενών έχει μελετηθεί με τη χρήση δύο διαφορετικών κλιμάκων αξιολόγησης, της ADCS-ADL (The Alzheimer's Disease Co-operative Study ADL inventory) και της DAD (Disability Assessment in Dementia). Μόλις στους 3 πρώτους μήνες χορήγησης γκαλανταμίνης καταγράφεται μια σημαντική διαφορά στη λειτουργικότητα των ασθενών, της τάξεως των 4,3 βαθμών της κλίμακα DAD, υπέρ των ασθενών που έλαβαν γκαλανταμίνη, σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν εικονικό φάρμακο. Η διαφορά αυτή αφορά τόσο τις βασικές, όσο και τις σύνθετες καθημερινές ανάγκες και δραστηριότητες του ασθενή. Η λειτουργικότητα των ασθενών που έλαβαν γκαλανταμίνη διατηρήθηκε στο αρχικό επίπεδο για τουλάχιστον ένα χρόνο, σε αντίθεση με τους ασθενείς που λάμβαναν το εικονικό φάρμακο και που στο τέλος παρουσίασαν σημαντική επιδείνωση. .(Τσολάκη Μ., Καζής Α., 2005)

Δονεπεζίλη

Σε μια ελεγχόμενη μελέτη που έγινε, της οποίας η διάρκεια ήταν 24 εβδομάδες, παρατηρήθηκε ότι σε ασθενείς με μέτρια ως σοβαρή άνοια, υπάρχει σημαντική βελτίωση στην κλίμακα NPI 4,6 βαθμών, σε αντίθεση με τους ασθενείς που έλαβαν ένα εικονικό φάρμακο. Για πρώτη φορά στην ιστορία παρατηρήθηκε

ότι ένας αναστολέας μπορεί να βελτιώσει τις διαταραχές συμπεριφοράς ακόμη και σε περιστατικά σοβαρής άνοιας και έτσι βλέπουμε να βελτιώνονται σε σημαντικό βαθμό το άγχος, η κατάθλιψη, η δυσφορία και η απάθεια του ασθενούς με αποτέλεσμα τη μείωση του ψυχολογικού βάρους που νιώθει ο περιθάλπων. (Πολίτης, 2000).

Οι φαρμακευτικές θεραπείες έχουν καλύτερα αποτελέσματα, όταν συνδυάζονται με μη φαρμακευτικές θεραπείες - προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης (θεραπεία δ' αναμνήσεων, προσανατολισμός στην πραγματικότητα, ασκήσεις μνήμης και προσοχής), καθώς η πλαστικότητα του εγκεφάλου διατηρείται μέχρι τα τελικά στάδια της άνοιας.

Μη Φαρμακευτικές Θεραπείες

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιούνται πολλές μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για ασθενείς με άνοια που στοχεύουν στην ενδυνάμωση των νοητικών λειτουργιών και στην αντιμετώπιση των συμπεριφορικών διαταραχών. Οι παρεμβάσεις αυτές συνδυαζόμενες με τη φαρμακευτική θεραπεία βοηθούν τον ασθενή να παραμείνει λειτουργικός και να διατηρήσει ικανοποιητική ποιότητα ζωής για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Τσολάκη & Καζής, 2005).

Πρόκειται για δομημένα προγράμματα, τα οποία πραγματοποιούνται με την εποπτεία και την καθοδήγηση ειδικά εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας στα Κέντρα Ημέρας και σε μονάδες μακροχρόνιας παραμονής για ασθενείς με άνοια. Προσαρμόζονται στο νοητικό επίπεδο των ασθενών, έχουν συγκεκριμένους στόχους και περιλαμβάνουν πλήθος δραστηριοτήτων.

Οι βασικότερες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις, για την ενίσχυση των νοητικών λειτουργιών των ατόμων με άνοια, η αποτελεσματικότητα των οποίων έχει τεκμηριωθεί με επιστημονικές μελέτες, είναι οι εξής:

- Νοητική ενδυνάμωση – ασκήσεις μνήμης
- Εργοθεραπεία – δημιουργική απασχόληση
- Λογοθεραπεία
- Θεραπείες Τέχνης
- Γυμναστική

Οι ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης αφορούν στην ενδυνάμωση της μνήμης, της προσοχής, της γλωσσικής ικανότητας, των εκτελεστικών λειτουργιών και της λογικής σκέψης. Γίνονται είτε με μολύβι και χαρτί είτε μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή. Τα τελευταία χρόνια, η νοητική ενδυνάμωση με τη βοήθεια υπολογιστή εφαρμόζεται και στην Ελλάδα (Τσολάκη & Καζής, 2005).

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις δεν έρχονται να αντικαταστήσουν την υπάρχουσα φαρμακευτική θεραπεία. Στόχος τους είναι η ενίσχυση της δράσης των φαρμάκων, βελτιώνοντας το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να επιδράσουν θετικά και στη λειτουργικότητα και στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Καθώς η νόσος εξελίσσεται και η νοητική έκπτωση επιδεινώνεται, αυτό που κρίνεται σημαντικό είναι η διατήρηση της αυτονομίας και της λειτουργικότητάς του σε σχέση με τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Επιπλέον όλες οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που αναφέραμε παραπάνω μειώνουν την συχνότητα εμφάνισης των συμπεριφορικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς με άνοια. Τα πλεονεκτήματα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην άνοια είναι:

- Δεν έχουν ανεπιθύμητες ενέργειες, σε αντίθεση με τα φάρμακα
- Είναι ευέλικτες και προσαρμόζονται απόλυτα στις ανάγκες του κάθε ασθενούς

- Ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στην αντιμετώπιση της νόσου του, δραστηριοποιείται και δεν περιμένει παθητικά τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής θεραπείας
(Τσολάκη & Καζής, 2005).

1.8 ΝΕΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Νέες και ευοίωνες εξελίξεις στον τομέα των δοκιμασιών και βοηθημάτων διάγνωσης βρίσκονται προ των πυλών. Σε φάση δοκιμών βρίσκονται 200 διαφορετικές θεραπείες ενώ παράλληλα δοκιμάζεται η προσέγγιση της χορήγησης νευροτρόπων παραγόντων μέσω της μύτης: αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα καθώς όταν ο παράγοντας εισάγεται από τη ρινική κοιλότητα, περνάει κατευθείαν στην εγκεφαλική ουσία και βοηθάει τα εγκεφαλικά κύτταρα να συνεχίσουν να ζουν. Επίσης, αναπτύσσονται νέες απεικονιστικές τεχνικές. Μία από αυτές περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση μιας χημικής ουσίας στον οργανισμό, η οποία προσδένεται στην αμυλοειδή πρωτεΐνη (η χημική ουσία που συγκεντρώνεται στον εγκέφαλο των ασθενών με νόσο Alzheimer) και καταγράφεται από τον ειδικό τομογράφο που ονομάζεται PET scanner.

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

1.9 ΝΟΜΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Οι διαταραχές της μνήμης και των υπολοίπων γνωστικών λειτουργιών που εμφανίζουν οι ανοϊκοί ασθενείς προκαλούν μεταξύ άλλων απώλεια της ικανότητας διαχείρισης πολύπλοκων ζητημάτων και περιορίζουν την ευθύνη των ασθενών για τις πράξεις τους. Διευθετώντας εγκαίρως τα οικονομικά και νομικά θέματα που προκύπτουν θα αποφύγετε καταστάσεις δυσάρεστες τόσο για εσάς όσο και για τον ασθενή.

Πληρεξούσιο

- Το πληρεξούσιο ορίζει έναν αντιπρόσωπο που χειρίζεται τις υποθέσεις του ασθενούς (υπογράφει επιταγές, συμβόλαια αντ' αυτού, διαχειρίζεται την περιουσία του) στην περίπτωση που εκείνος δεν μπορεί ή δεν θέλει να τις χειρίζεται μόνος του. Ως αντιπρόσωπος ορίζεται συνήθως ο βασικός φροντιστής του ασθενούς. Κάθε πληρεξούσιο δεν αφαιρεί αναγκαστικά τη νομική δύναμη του ασθενούς καθώς εξυπηρετεί συγκεκριμένη ανάγκη του.
- Ο ασθενής μπορεί να καταρτίσει ένα πληρεξούσιο διάρκειας το οποίο υπόκειται σε ετήσιο έλεγχο από το συμβολαιογράφο που το συνέταξε. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τι εντολές δίνει και σε ποιόν, το πληρεξούσιο δεν έχει ισχύ.
- Με το πληρεξούσιο φροντίδας υγείας ο ασθενής εξουσιοδοτεί ένα άτομο να πάρει αποφάσεις υγείας σύμφωνα με τις επιθυμίες του, όπως αυτές καθορίζονται γραπτά. Η δικαιοδοσία του πληρεξούσιου αυτού τίθεται σε ισχύ στην περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι πλέον σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του σχετικά με τη διαχείριση των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζει. Έσχατο μέσο προστασίας του ανοϊκού ασθενούς και των συμφερόντων του ενίοτε αποτελεί ο δικαστικός διορισμός συμπαραστάτη. (Aronson K. M. 1994)

Διαθήκη

Το θέμα της διαθήκης προκαλεί συχνά αμηχανία και τις περισσότερες φορές

η διευθέτησή του μετατίθεται χρονικά για κάποια στιγμή στο μέλλον.

- Βοηθήστε τον ασθενή να συντάξει τη διαθήκη του όταν βρίσκεται ακόμα στα αρχικά στάδια της νόσου ώστε να αποφύγετε τη δημιουργία σοβαρών ηθικών και διαδικαστικών προβλημάτων μεταξύ των ατόμων που διεκδικούν την κληρονομιά.
- Οι δικηγόροι και οι περισσότερες από τις τράπεζες διαθέτουν υπηρεσία διαθηκών. Σχετική καθοδήγηση μπορείτε να έχετε από δικηγόρο ή τις υπηρεσίες διαθηκών των τραπεζών.
- Ακόμα και αν η περιουσία του ασθενούς δεν είναι μεγάλη, αξίζει να υπάρχει μια ορθή διαθήκη για να εξασφαλιστεί ότι τα περιουσιακά του στοιχεία θα δοθούν όπου και όπως ο ίδιος επιθυμεί.
- Αν ο ασθενής δεν έχει διαθήκη και η κατάστασή του δεν του επιτρέπει να συντάξει μία, τότε η κληρονομιά του θα περάσει στους κοντινότερους συγγενείς του, σύμφωνα με καθορισμένους νομικούς κανόνες.
- Η σύνταξη μίας καινούριας διαθήκης ή η αλλαγή μίας υπάρχουσας γίνεται παρουσία δικηγόρου και προϋποθέτει από την πλευρά του ασθενούς γνωστική ικανότητα επαρκή ώστε να μπορεί να παίρνει συνειδητά αποφάσεις για τα ζητήματα που τον αφορούν.
- Κανείς δεν έχει το δικαίωμα να συντάξει και να υπογράψει μία διαθήκη για λογαριασμό του ασθενούς. Αυτό συμπεριλαμβάνει τους συγγενείς, το δικηγόρο ή οποιονδήποτε άλλο. .(Aronson K. M. 1994)

Πρακτικές συμβουλές για οικονομικά και νομικά ζητήματα.

- Ελέγχετε τη σύνταξη και τις άλλες χρηματικές αποδοχές ώστε να αποφύγετε προβλήματα που μπορεί να δημιουργηθούν εξαιτίας λανθασμένων χειρισμών του ασθενούς.
- Επιτρέψτε στον ασθενή να έχει πάνω του κάποια μετρητά. Αυτό είναι απαραίτητο για να αισθάνεται ασφαλής και ανεξάρτητος.
- Διαπραγματευτείτε με τον ασθενή την πιθανότητα συνεργασίας με δικηγόρο, ο οποίος θα αναλάβει τη σύνταξη της διαθήκης, τα θέματα κηδεμονίας κλπ. Οι σχετικές διαδικασίες θα πρέπει να γίνουνεγκαίρως, όσο δηλαδή ο ασθενής βρίσκεται στα αρχικά στάδια της νόσου και η γνωστική του κατάσταση του επιτρέπει να πάρει συνειδητά αποφάσεις σχετικά με τη διαχείριση των υποθέσεών του και να αναλάβει την ευθύνη των πράξεών του.
- Οι ασθενείς που δεν έχουν την οικονομική ευχέρεια να προσλάβουν δικηγόρο δικαιούνται δωρεάν νομικής συνδρομής. (Σακκά Π.,2007)

ΘΕΜΑ 2⁰

2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν την φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από την νόσο της άνοιας είναι δύσκολο να περιγραφούν. Αυτό γίνεται γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.(Πλατή Δ. Χ., 2008).

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:α) την χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για την μείωση τους αγχους,την βελτίωση του ύπνου,την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα,την επιθετικότητα β)την φυσική άσκηση,την κοινωνική δραστηριότητα,την κατάλληλη διατροφή,τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεος και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

Πρώτον:Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του

Δεύτερον:Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση

Τρίτον:Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στην φροντίδα,την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται.

Οι ακόλουθες παρεμβάσεις πρέπει να περιλαμβάνονται στην φροντίδα ατόμων σε κατάσταση σύγχυσης:

- Παρέχεται απλές και σαφείς οδηγίες,οι οποίες να εστιάζουν σε ένα καθήκον κάθε φορά.
- Καταναίμετε κάθε εργασία σε αρκετά μικρά και απλά βήματα.
- Ομιλείτε αργά και διατηρήστε το βλέμμα σας στο ίδιο επίπεδο με εκείνο του πάσχοντα,όταν επικοινωνείτε με άτομα που έχουν προβλήματα ακοής.Όταν φωνάζετε,παραμορφώνονται οι ήχοι υψηλής συχνότητας,ενώ ενδέχεται να τρομάξετε τον πάσχοντα.
- Επιτρέψατε στον πάσχοντα να έχει γύρω του οικεία αντικείμενα,ώστε να διατηρεί τον προσανατολισμό του στην πραγματικότητα,αλλά και να ενδυναμώνεται η αξιοπρέπια και η αυτοεκτίμησή του.

- Συζητάτε θέματα που είναι σημαντικά για τον πάσχοντα, όπως τα καθοριστικά γεγονότα της ζωής του, οικογένεια, εργασία, χόμπι και τα κατοικίδια ζώα του.
- Αποφεύγεται να αντεπιχειρηματολογείτε ή να προσπαθείτε να πείσετε τους πάσχοντες ότι οι παραληρητικές τους ιδέες δεν είναι πραγματικές.
- Διασφαλίστε ένα απλό, δομημένο περιβάλλον, με σταθερό προσωπικό και ρουτίνα, προκειμένου να ελαχιστοποιήσετε την σύγχυση, και να προαχθεί η ασφάλεια και η σταθερότητα στον πάσχοντα.
- Ενθαρρύνετε την ανάκληση και την συζήτηση των αναμνήσεων της ζωής, με την βοήθεια φωτογραφικού υλικού από το παρελθόν.
- Συζητάτε τις οικογενειακές παραδόσεις και τα έθιμα, τις αναμνήσεις από τα σχολικά χρόνια, τις φίλιες, τα αγαπημένα κατοικίδια ζώα και άλλα γεγονότα από το παρελθόν.
- Ενθαρρύνετε την οικογένεια/τους φροντιστές να εκφράζουν τα συναισθηματά τους, ιδιαίτερα την απογοήτευση και τον θυμό τους.
- Προσφέρετε έναν κατάλογο διαθέσιμων κοινοτικών υπηρεσιών και υποστηρικτικών ομάδων οι οποίες συμβάλλουν στην μείωση του στρες και της καταπόνησης της οικογένειας/φροντιστή. .(Πλατή Δ. Χ., 2008).

2.2 ΦΟΡΤΙΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Οι φροντιστές των νοσημάτων είναι συνήθως μέλη της οικογένειας, σπανιότερα φίλοι, γείτονες και επαγγελματίες (οικιακοί βοηθοί, συνοδοί ή προσωπικό των οίκων ευγηρίας). Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, οι οικογένειες συνήθως συνεχίζουν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους στο σπίτι. Μόνο το 1% των ατόμων άνω των 65 ετών ζουν σε οίκους ευγηρίας ή άλλα ιδρύματα. Το γεγονός αυτό, μεταφράζεται σε σημαντική επιβάρυνση των φροντιστών.

Οι φροντιστές - συγγενείς αναφέρουν αισθήματα απόγνωσης σε τριπλάσια συχνότητα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Επίσης, κάνουν μεγαλύτερη χρήση ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Συχνά βιώνουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση, ματαίωση, θυμό, σωματική εξασθένηση και χάνουν εύκολα την υπομονή τους. Ακόμη, αναφέρουν αϋπνία και μειωμένη ενεργητικότητα (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Στην αρχή, κάποια μέλη της οικογένειας μπορεί να δυσκολευθούν να δεχθούν τη διάγνωση της νόσου Alzheimer ή άλλου ανοϊκού συνδρόμου. Αρνούνται να δεχτούν ότι ο δικός τους άνθρωπος έχει άνοια, παραβλέπουν τα σημάδια της νόσου, αλλάζουν θεράποντες και ασχολούνται με εναλλακτικές ή "θαυματουργές" θεραπείες. Στα προχωρημένα στάδια της άνοιας, η οικογένεια συνήθως προσπαθεί να προσφέρει το καλύτερο δυνατό επίπεδο φροντίδας στον πάσχοντα, έχοντας συγχρόνως να αντιμετωπίσει τα δικά της συναισθήματα πόνου και πένθους για το αγαπημένο πρόσωπο. Οι φροντιστές πρέπει συστηματικά να επιλύουν σειρά καθημερινών προβλημάτων που αφορούν ζητήματα απλά όπως οι δυσκολίες στο ντύσιμο, μέχρι πιο σύνθετα όπως εκείνα της χρήσης της τουαλέτας, της ασφαλούς μετακίνησης και των δυσκολιών της συμπεριφοράς. Για την καλύτερη αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων οι φροντιστές καλούνται να αναλάβουν καινούργιους ρόλους, π.χ. οι άντρες πρέπει να μάθουν "γυναικείες" δουλειές - να μαγειρεύουν ή να φροντίζουν το νοικοκυριό - και οι γυναίκες "αντρικές" δουλειές, όπως η διαχείριση των οικονομικών, η οδήγηση κ.ά.

Το σημαντικότερο για τους φροντιστές είναι η συνειδητοποίηση ότι για να τα καταφέρουν πρέπει να μην παραμελήσουν τον εαυτό τους. Αξίζει ιδιαίτερα να τονισθεί η ανάγκη να ξεπεραστούν οι δισταγμοί να ζητήσει κάποιος βοήθεια. Η επιτυχής φροντίδα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι κάτι που ξεπερνά τις δυνατότητες ενός προσώπου και έτσι θα πρέπει να αξιοποιηθεί η συνδρομή του συγγενικού - φιλικού περιβάλλοντος και των ειδικών της υγείας. Ευτυχώς, υπάρχουν πλέον και στην Ελλάδα αρκετά συστήματα υποστήριξης στην κοινότητα, όπως ειδικά Ιατρεία Μνήμης κ.λπ.

Και μόνο το να μοιραστεί κανείς τα οδυνηρά συναισθήματά του, είναι συχνά ανακουφιστικό. Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης βοηθά πραγματικά στο να στηριχθούν οι φροντιστές για να μπορούν να τα βγάλουν πέρα. Είναι

σημαντικό να χτίσει και να ενισχύσει κανείς φιλικές και συγγενικές σχέσεις νωρίς στην ασθένεια. Η οικογένεια και οι φίλοι μπορεί να είναι μία πηγή άνεσης, βοήθειας και ευχαρίστησης. Μία ομάδα υποστήριξης μπορεί να βοηθήσει τις οικογένειες των πασχόντων από την νόσο Alzheimer και να αποτελέσει μία τεράστια πηγή κατανόησης πόρων και πληροφοριών (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Στην Ελλάδα η οικογένεια διατηρεί την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών ακόμη και όταν υπάρχουν επαγγελματίες βοηθοί ή νοσηλεύονται σε ιδρύματα. Οι υψηλές απαιτήσεις φροντίδας των ανοϊκών ασθενών επιδρούν στην υγεία των φροντιστών, επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, περιορίζουν τον ελεύθερο χρόνο τους, κλονίζουν την κοινωνική τους θέση και απειλούν την οικονομική τους ασφάλεια.

. Οι φροντιστές κάνουν αυξημένη χρήση ψυχοτρόπων ενώ διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο να αρρωστήσουν από κατάθλιψη. Η στενή επαφή με έναν ανοϊκό ασθενή κινητοποιεί ενοχές και φόβο θανάτου. Ιδιαίτερα ψυχοφθόρο είναι και το διαρκές αίσθημα άγχους. Ορισμένα από τα συναισθήματα που μπορεί να νιώσει ο φροντιστής είναι λύπη, ενοχή, θυμό, ντροπή, μοναξιά. Πρόκειται για φυσιολογικές αντιδράσεις σε μια οδυνηρή, άδικη στην ουσία της πραγματικότητα. Η κατανόηση και αποδοχή των συναισθημάτων του διευκολύνει σημαντικά το δύσκολο έργο του (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Πένθος

Είναι η ψυχική αντίδραση αυτού που βιώνει μίαν απώλεια, πραγματική ή συμβολική. Εξαιτίας της νόσου ο φροντιστής αισθάνεται ότι έχει χάσει τον σύντροφο, τον γονέα ή έναν φίλο. Βασανιστικές επανέρχονται οι αναμνήσεις και γίνονται οι συγκρίσεις με το παρελθόν. Και όταν κανείς νομίζει ότι έχει προσαρμοστεί, η νόσος εξελίσσεται και πάλι. Στα πιο προχωρημένα στάδια όταν ο ασθενής δεν αναγνωρίζει ενίοτε ούτε το φροντιστή του, τα συναισθήματα οδύνης γίνονται συντριπτικά. Η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι η συμμετοχή των φροντιστών σε μια ομάδα υποστήριξης είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Ενοχή

Είναι λογικό να αισθάνεστε ενοχές όταν ντρέπεστε για την ανάρμοστη συμπεριφορά του ασθενούς , όταν θυμώνετε μαζί του ή νιώθετε ότι δεν αντέχετε άλλο και εξετάζετε την πιθανότητα να τον βάλετε σε ίδρυμα. Το να μοιραστεί κάποιος αυτά τα δύσκολα συναισθήματα με άλλους φροντιστές ή με οικεία πρόσωπα μπορεί να τον ανακουφίσει σημαντικά (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Θυμός

Ο θυμός σας μπορεί να έχει πολλούς αποδέκτες. Μπορεί να απευθύνεται στον ασθενή, στον εαυτό σας , στο γιατρό, στο Θεό ή στην όλη κατάσταση, αναλόγως. Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι το θυμό σας τον προκαλεί η νόσος και οι δυσκολίες που συνεπάγεται και όχι ο ασθενής σαν πρόσωπο. Ορισμένες φορές, οι φροντιστές νιώθουν τόσο θυμωμένοι που κινδυνεύουν να κάνουν κακό στο άτομο που φροντίζουν. Αν αισθάνεστε έτσι, θα πρέπει να ζητήσετε άμεσα τη βοήθεια ειδικού (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Ντροπή

Μπορεί να αισθάνεστε ντροπή όταν ο ασθενής συμπεριφέρεται κατά τρόπο που σας εκθέτει δημόσια. Αυτό το συναίσθημα μπορεί να αμβλυυνθεί αν μιλήσετε για αυτό με άλλους φροντιστές που αντιμετωπίζουν ανάλογα προβλήματα. Επίσης, βοηθά να ενημερώσετε σχετικά με τη νόσο φίλους και γείτονες, έτσι ώστε να κατανοούν τη συμπεριφορά του ασθενούς (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003).

Μοναξιά

Πολλοί φροντιστές αποσύρονται κοινωνικά και περιορίζονται στο σπίτι τους με τον ασθενή που φροντίζουν. Το να παρέχει τέτοιου είδους φροντίδα κανείς καταλήγει να είναι μια πολύ μοναχική δραστηριότητα η πρότερη συντροφική σχέση με τον ασθενή χαλαρώνει ενώ περιορίζονται και οι άλλες κοινωνικές επαφές λόγω των αυξημένων απαιτήσεων στο σπίτι. Η μοναξιά δυσχεραίνει την αντιμετώπιση των προβλημάτων. Είναι χρήσιμο να δώσετε προτεραιότητα στο να διατηρήσετε τις φιλίες σας και τις κοινωνικές σας επαφές (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003)

2.3 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΦΥΓΗΣ ΤΟΥ ΑΝΟΪΚΟΥ

Το να ζείς με έναν ανοϊκό ασθενή είναι ψυχοφθόρο διότι ένας τέτοιος ασθενής χρειάζεται πολύ φροντίδα και προσοχή γιατί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι που συμβιώνουν μαζί τους είναι οι τάσεις φυγής που τους διακατέχουν ιδιαίτερα τις νυχτερινές ώρες. Για τον λόγο αυτό πρέπει να λαμβάνονται κάποια μέτρα, τα οποία είναι:

- α) Οι πόρτες να είναι κλειδωμένες και το κλειδί να μην βρίσκεται πανω στην πόρτα καθ'ολη την διάρκεια της ημέρας διότι μπορεί να ξεφύγει από την προσοχή μας και να φύγει.
- β) Τα παράθυρα σε περίπτωση που κατοικούμε σε μονοκατοικία καλό θα ήταν στην εξωτερική τους πλευρά να τοποθετούντε κάγκελα γιατί ο ασθενής στην προσπάθεια του να φύγει μπορεί να διαλέξει και αυτήν την έξοδο.
- γ) Να τοποθετηθεί ανιχνευτής κίνησης στις πόρτες και στα παράθυρα που θα μας προειδοποιεί σε πιθανή μετακίνηση του ασθενούς προς την έξοδο του σπιτιού
- δ) Να υπάρχουν πρόσφατες φωτογραφίες του ασθενή σε περίπτωση φυγής του, οι οποίες θα δοθούν στον κόσμο και στην αστυνομία για να διευκολύνουμε έτσι τον εντοπισμό του.
- ε) Ο ασθενής να φοράει πάντα ένα βραχιόλι-ταυτότητα με τα προσωπικά του στοιχεία (όνομα, επώνυμο, διεύθυνση και τηλέφωνο κατοικίας) ή κάποιο άλλο στοιχείο που να πιστοποιεί την ταυτότητά του.

στ)Συσκευή εντοπισμού:είναι ένα είδος gps το οποίο σε ενημερώνει ανα πάσα στιγμή στο κινητό σου με μήνυμα που βρίσκεται ο άνθρωπος σου.Το μηχανήμα εντοπισμού είναι ικανό να πιάνει ένα μεγάλο φάσμα χιλιομέτρων



και να σε ενημερώνει κάθε 5 λεπτά εφόσον ο ασθενής κινείται.

Με μέγεθος λίγο μεγαλύτερο από ένα κουτί σπίρτα και αρκετά μικρότερο από ένα πακέτο τσιγάρα,το μηχανήμα εντοπισμού μπορεί να χωρέσει οπουδήποτε.Σε τσέπες, σε χαρτοφύλακες, μέσα σε φόδρα από μπουφάν και όπου αλλού μπορεί να φανταστεί κανείς.

Μάλιστα, με την ειδική θήκη που το συνοδεύει μπορεί να δεθεί με ασφάλεια στην ζώνη του ανθρώπου που επιθυμούμε να προστατέψουμε.

ζ)Γραμμή ζωής: Είναι ένα δημόσιο σύστημα κοινοποίησης παγκοσμίως για να μεταδίδουν πληροφορίες σχετικά με τους αγνοούμενους - κυρίως ηλικιωμένους με τη νόσο του Αλτσχάιμερ , άνοια ή άλλες νοητικές αναπηρίες - προκειμένου να βοηθήσει στην αποκατάστασή τους.(Royden ,2010a)

Η γραμμή ζωής χρησιμοποιεί ένα ευρύ φάσμα των μέσων ενημέρωσης - όπως τους ραδιοφωνικούς σταθμούς , τηλεοπτικούς σταθμούς , και καλωδιακή_τηλεόραση - να μεταδίδουν πληροφορίες σχετικά με τους αγνοούμενους. Χρησιμοποιούν επίσης πινακίδες μεταβλητών μηνυμάτων σε δρόμους για να προειδοποιήσουν τους οδηγούς να είναι σε επιφυλακή για τους εξαφανισμένους ηλικιωμένους. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ένας αγνοούμενος πιστεύεται ότι έχει εξαφανιστεί από ένα συγκεκριμένο σημείο το σύστημα θα χρησιμοποιήσει Αντίστροφη 911 ή άλλα συστήματα κοινοποίησης έκτακτης ανάγκης για να ενημερώσει τους κατοίκους γύρω από το σημείο εξαφάνισης και την γύρω περιοχή για την τελευταία γνωστή θέση του αγνοουμένου.

Κριτήρια ενεργοποίησης

Κριτήρια ενεργοποίησης για την γραμμή ζωής διαφέρουν από πολιτεία σε πολιτεία. Ορισμένα κράτη περιορίζουν τις Ειδοποιήσεις του συγκεκριμένου συστήματος σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, οι οποίοι έχουν διαγνωσθεί με τη νόσο του Αλτσχάιμερ, άνοια ή νοητική αναπηρία. Άλλα κράτη θέλουν να επεκτείνουν το σύστημα για να συμπεριλάβει όλα τα παιδιά και τους ενήλικες με ψυχικές ή αναπτυξιακές αναπηρίες. Σε γενικές γραμμές, η απόφαση για την έκδοση της γραμμής ζωής γίνεται από την υπηρεσία επιβολής του νόμου που ερευνούν την έκθεση του αγνοουμένου. Ενημέρωση του κοινού συνήθως αποτελείται από το όνομα και την λεπτομερή περιγραφή του αγνοουμένου .

SILVER ALERT ... ΧΑΡΙΣΤΕ ΕΛΠΙΔΑ

Δεν χρειάζεται να μας συμβεί για να καταλάβουμε!

Καθημερινά δεκάδες ηλικιωμένοι συνάνθρωποι μας που οι πάσχουν από Άνοια, Alzheimer, από άλλες ασθένειες ή έχουν Διαταραχή μνήμης, βγαίνουν από το σπίτι τους και εξαφανίζονται!

Ας αγκαλιάσουμε την προσπάθεια που κάνει η Γραμμή ζωής για την φροντίδα των ηλικιωμένων.



ΚΑΛΕΣΕ ΤΩΡΑ

από κινητό ή σταθερό

στο 90 11 40 56 40

(Μετατόλ: Χρέωση από Σταθερό 3,99€ και κινητό 4,13€)



η) Ιδρυμα(ειδικές μονάδες φροντίδας): Οι μονάδες αυτές διαθέτουν ειδικά σχεδιασμένο περιβάλλον και εξειδικευμένα προγράμματα, προκειμένου να εξυπηρετούν τις ανάγκες των φιλοξενούμενων ατόμων με νόσο αλτσχάιμερ και συναφείς άνοιες.

Τα κέντρα αυτά θα πρέπει να διαθέτουν τις εξής προδιαγραφές:

1) ασφαλές, υπό εποπτεία, ειδικά διαμορφωμένο φυσικό περιβάλλον για να υποδεχτεί τη συμπεριφορά περιπλάνησης του πάσχοντος, τόσο στους

εσωτερικούς όσο και στους εξωτερικούς χώρους(κυκλική σχεδίαση,ασφαλείς διάδρομοι και αυλή).

2)ατομικά δωμάτια,επιπλωμένα με τα οικεία έπιπλα και αντικείμενα του πάσχοντα.

3)καθαρό,καλοσυντηρημένο και με κατάλληλο φωτισμό και παράθυρα περιβάλλον.

4)ερεθίσματα από κατοικίδια ζώα,όπως για παράδειγμα ενυδρείο με ψάρια ή κλουβι με πτηνά

5)λειτουργία των μονάδων κοντά σε χώρους εφαρμογής προγραμμάτων φροντίδας παιδιών για να λαμβάνει χώρα αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμων διαφορετικών ηλικιών.

6)δομημένα προγράμματα και δραστηριότητες που παρέχουν ποιοτική αλληλεπίδραση ανάμεσα στο προσωπικό,στους πάσχοντες και στις οικογενειές τους.

7)προσωπικό φροντίδας,εκπαιδευμένο σε προγράμματα ειδικής κατάρτισης που εξασφαλίζουν διαπίστευση για όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης.Συνολικά πρόκειται για σταθερό προσωπικό με καθορισμένες αρμοδιότητες.(Hogan,2012)

Βέβαια,σε σχέση με τον εγκλισμό σε ιδρύματα και την τοποθέτηση συσκευή εντοπισμού στους πάσχοντες μας βασανίζουν κάποια ερωτήματα τα οποία μας προκαλούν ενδοιασμούς για το αν θα πρέπει να τα εφαρμόσουμε ή όχι.

Η απόφαση να βάλουμε ένα συγγενή σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας είναι δύσκολη. Δημιουργεί αφενός αισθήματα ενοχής και θλίψης και αφετέρου ανακούφιση από την αϋπνία και τις συνέπειες των συμπεριφορικών διαταραχών. Το αν και πότε είναι σωστό να γίνει αυτή η τοποθέτηση μπορεί να σχεδιαστεί από κοινού, από το συγγενή και την ομάδα επαγγελματιών που παρακολουθεί τον ασθενή. Σε άλλες περιπτώσεις η τοποθέτηση σε στέγη περίθαλψης συμβαίνει μετά από μια κρίση ή από την κλιμάκωση των προβλημάτων στο σπίτι.

Όπως με όλα τα σοβαρά ζητήματα έτσι και με αυτό πρέπει πριν πράξουμε το οτιδήποτε να λάβουμε υπόψη τα υπερ και τα κατά.

2.4 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ

Ο ασθενής θα διαμένει σε ένα ασφαλές περιβάλλον ειδικά διαμορφωμένο για τις ανάγκες ενός ανοίκτου που θα σέβεται τις "ιδιαιτερότητες" κάθε προσωπικότητας ξεχωριστά. Το δυναμικό του ιδρύματος θα στελαχώνεται από έμπειρο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό το οποίο καθημερινά θα μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του στους ασθενείς. Στις ειδικές μονάδες φροντίδας οι ασθενείς θα έχουν ένα φυσιολογικό καθημερινό πρόγραμμα, το οποίο θα συμπεριλαμβάνει τις συγκεκριμένες ώρες γευμάτων, την υγιεινή τους φροντίδα (μπάνιο, ενδυμασία), την φαρμακευτική τους αγωγή και σίγουρα τον ελεύθερο χρόνο τους τον οποίο θα μπορούν να τον αξιοποιήσουμε όπως αυτοί επιθυμούν (μουσική, ζωγραφική κτλ). Στους οίκους αυτούς θα μπορούν να συναναστρέφοντε με άτομα της ίδιας ηλικίας με τα οποία θα μπορούν να συζητάνε, να λένε ιστορίες από τα παλιά και να παίζουν διάφορα επιτραπέζια παιχνίδια, με τον τρόπο αυτόν δεν θα αισθάνοντε μοναξιά.

Επίσης, το ίδρυμα διοργανώνει και κοινωνικές δραστηριότητες όπως: μονοήμερες εκδρομές, περιπάτους στην φύση, δημιουργία θεατρικής ομάδας που αποτελείται από τα μέλη του ιδρύματος, ομάδες εργαστηρίου που ασχολούνται με την (ζωγραφική, ξυλογλυπτική, αγγειοπλαστική) . Μέσα από αυτό το εγχείρημα ο ασθενής θα νιώθει χρήσιμος, χαρούμενος και δεν θα τον διακατέχει η πλήξη και η κατάθλιψη του σπιτιού. Ο οίκος σου δίνει την δυνατότητα να βλέπεις τον άνθρωπό σου στον χώρο του όποτε εσύ επιθυμείς μέσα στην ημέρα ή ακόμα και να τον πάρεις να πάτε μια βόλτα έξω και να κάνετε πράγματα μαζί.

Τέλος ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα αυτών των μονάδων είναι ότι οι ασθενείς παρακολουθούντε από ειδικευμένους γιατρούς κάθε ειδικότητας (φυσικοθεραπευτές, ψυχολόγους, παθολόγους κτλ) για την καλύτερη εξέλιξη της υγείας τους. Έτσι ανα πάσα στιγμή θα μπορείς να ενημερώνεσαι για την κατάσταση της υγείας του είτε ψυχολογική είτε σωματική, θα είσαι σίγουρος ότι λαμβάνει σωστά τα φαρμάκα του και δεν ξεχνάει κάποια δόση και θα υπάρχει άμεση παρέμβαση αν συμβεί κάτι. .(Stuart G. W. And Laraia M. T., 2005)

2.5 ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ

Κάποια από τα μειονεκτήματα μπορεί να είναι ψυχικά,σωματικά,οικονομικά,.. Το ψυχικό είναι σαφώς σημαντικότερο και το πιο εξατομικευμένο.Ορισμένα από τα συναισθήματα που μπορεί να νιώσει ο συγγενής του ασθενούς είναι λύπη, ενοχή, θυμό, ντροπή,και μπορεί να τον διακατέχει το διαρκές αίσθημα άγχους, η «έγνοια» για τον ασθενή, την ασφάλεια του και τα πιθανά καθημερινά απρόοπτα που μπορεί να του συμβούν και δεν θα είναι δίπλα του.

Ο άνθρωπός μας παρ'ότι ανοίκος μπορεί να αισθάνεται την αλλαγή του περιβάλλοντος και να μην αισθάνεται οικεία με τα πρόσωπα που τον περιβάλλουν,έτσι να γίνεται αρνητικός και να μην συνεργάζεται μαζί τους με αποτέλεσμα να διαταράσει το καθημερινό πρόγραμμα(διατροφή,υγιεινή),να αρνείται να παίρνει τα φαρμακά του.Όλα αυτά συμβαίνουν γιατί δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ανοίκοι έχουν “αναλαμπές μνήμης” και όταν τις παθαίνουν αντιλαμβάνονται ότι δεν βρίσκονται στο σπίτι τους και οι άνθρωποι που είναι γυρω τους είναι ξένοι.Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνονται παραμελημένοι,να στεναχωριούνται και να τους πιάνει κατάθλιψη.Συνέπεια της κατάθλιψης θα είναι η απώλεια σωματικού βάρους και πτώση του ανοσοποιητικού συστήματος.Τέλος,ένα μειονέκτημα που δεν θα μπορούσε να λείπει είναι η οικονομική επιβάρυνση.Οι ειδικές μονάδες φροντίδας έχουν ένα ακριβό κόστος στο οποίο η μέση οικογένεια είναι δύσκολο να ανταπεξέλθει. .(Stuart G. W. And Laraia M. T.,2005)

Εν κατακλείδι,όπως αντιλαμβανόμαστε μια τέτοια απόφαση είναι πολύ σημαντική γιατί αφορά τον δικό μας άνθρωπο και θα πρέπει να ζυγίσουμε και να σκεφτούμε καλά τα υπέρ και τα κατά προτού αποφασίσουμε.

Συσκευή εντοπισμού

Σε περίπτωση φυγής του ασθενούς ένα πολύτιμο εξάρτημα που θα μας βοηθήσει στον εντοπισμό και στην αποτροπή κάποιου ατυχήματος είναι η συσκευή εντοπισμού όπως αναφέραμε και παραπάνω. Μερικοί όμως θα σκεφτούν ότι τον περιορίζουμε καταπατώντας του την ιδιωτική ζωή και την ατομική του ελευθερία. Τα πράγματα δεν είναι έτσι ακριβώς, ο αγαπημένος μας συγγενής έχοντας χάσει το λογισμό μπορεί να χαθεί σε μέρη που παλιά του ήταν γνώριμα, με αποτέλεσμα να έχουμε οδυνηρές επιπτώσεις. Με αυτή την συσκευή θα μπορούμε να ξέρουμε που βρίσκεται ο άνθρωπός μας ώστε να δράσουμε σε τυχόν φυγή του. Αυτό γίνεται για την καλύτερη προστασία του ασθενούς και όχι για να τον ελέγχουμε για κάποιον άλλον λόγο. Έτσι λοιπόν το συγκεκριμένο εξάρτημα στην ουσία μόνο βοήθεια μπορεί να μας προσφέρει και να "είναι" μαζί με τον αγαπημένο μας εκεί που δεν μπορούμε να είμαστε εμείς.

ΘΕΜΑ 3^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία συστηματική σειρά νοσηλευτικών ενεργειών, που σκοπό έχουν την αντιμετώπιση των αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων υγείας των αρρώστων και της οικογένειάς τους. Είναι μία μέθοδος που τροποποιεί το ρόλο των νοσηλευτών, έτσι ώστε να ερευνά με επιστημονικό τρόπο 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).

3.1 Διαταραχή της Μνήμης.Χαρακτηριστικά στοιχεία:Η διαταραχή της μνήμης είναι μια νοσηλευτική διάγνωση που αφορά το αρχικό στάδιο της νόσου. Στο στάδιο αυτό, τεχνικές αντιμετώπισης της απώλειας της μνήμης θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διδασκαλία τόσο του ασθενούς όσο και του ατόμου που τον φροντίζει.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Ενθύμηση εμπειριών ζωής χρησιμοποιώντας λειτουργίες μακροχρόνιας μνήμης.
- Μερική αυτονομία του ασθενούς, ώστε η μνήμη του να ανταποκρίνεται, τουλάχιστον, στις βασικές ανάγκες και υποχρεώσεις του.
- Μείωση του στρες.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Υπόδειξη προς τις συμπληρωματικές θεραπείες, όπως είναι ο διαλογισμός, οι μαλάξεις ή η γυμναστική, έτσι ώστε να μειωθεί το στρες.
- Σύσταση στον ασθενή τη χρήση ημερολογίου ή καταλόγου με τις υποχρεώσεις ή εναλλακτικά την προσφυγή του σε κάποιο οικείο πρόσωπο που να του υπενθυμίζει τα ραντεβού του.
- Συμμετοχή του ασθενούς σε μερικές βασικές αποφάσεις στην καθημερινή του ζωή (π.χ. διαλέγει αγαπημένες τροφές ή τι θα φορέσει).
- Διαχωρισμός των φαρμάκων σε ειδικά κουτιά πάνω στα οποία θα αναγράφονται, η ημερομηνία και οι ώρες λήψης τους.
- Διδασκαλία του ασθενούς ώστε να καταστεί ικανός να ξαναγεμίζει το κουτί των φαρμάκων μόνος του, καθώς και της σημασίας αυτής της διαδικασίας.
- Έλεγχος και εκτίμηση σωστής χρήσης της παραπάνω διαδικασίας.
- Σύσταση στον ασθενή να ρυθμίζει το ρολόι του ή κάποιον υπολογιστή τσέπης να χτυπά σε συγκεκριμένες ώρες, ώστε να του υπενθυμίζει αυτά που έχει να κάνει (Vorvick & Zieve, 2009).

3.2 Χρόνια Σύγχυση Χαρακτηριστικά στοιχεία Οι ασθενείς με άνοια συχνά εμφανίζουν διαταραχές της μνήμης που δυσχεραίνουν τη λειτουργία τους σε μη γνώριμο και μη συγκροτημένο περιβάλλον. Πολλές από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη διάγνωση αυτή θα χρειαστούν τροποποιήσεις με τον καιρό, καθώς η γνωσιακή λειτουργία του ασθενούς συνεχίζει να επιδεινώνεται.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Απουσία ανοιχτού άγχους, φόβου και σύγχυσης.
- Προαγωγή της αίσθησης της ασφαλείας και της ανεξαρτησίας του ασθενούς.
- Εξωτερίκευση συναισθημάτων ανησυχίας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Απομάκρυνση των δυνητικά επικίνδυνων αντικείμενων, όπως μαχαίρια ή επικίνδυνα υγρά ή χημικά από το περιβάλλον του ασθενούς.
- Διατήρηση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων στο ελάχιστο, μειώνοντας την ένταση των θορύβων και μιλώντας ήρεμα και σιγανά.
- Χρήση τεχνικών που παρέχουν πληροφόρηση στον ασθενή με απώλεια μνήμης, όπως: η συνεχής υπενθύμιση του ονόματός του.
- Περιορισμός των ερωτήσεων προς τον ασθενή σε εκείνες που απαντώνται με ένα ναι ή ένα όχι.
- Προσανατολισμός του ασθενούς στο περιβάλλον του, σύμφωνα με το επίπεδο των δυνατοτήτων του, στα πρόσωπα και το χρόνο, με την τοποθέτηση μεγάλων ημερολογίων και ρολογιών στο οπτικό του πεδίο ή με την συνεχή υπενθύμιση προς αυτόν της μέρας ή της εποχής.
- Οριοθέτηση χώρων ασφαλείας με την τοποθέτηση κόκκινων ή κίτρινων ταινιών στο πάτωμα, ώστε ο ασθενής να κινείται σε ασφαλείς χώρους.

- Ανάλυση της συμπεριφοράς με σκοπό την ανίχνευση των αιτιών που προκαλούν σύγχυση (Τσολάκη, 1999a).

3.3 Ακράτεια: Σχετίζεται με γνωστικά ή αισθητηριακά ελλείμματα και ανικανότητα σύνδεσης σωματικών αισθήσεων με την πράξη. Χαρακτηριστικά στοιχεία: Ανάγκη ούρησης ή συσπάσεις της ουροδόχου κύστης που προκαλούν απώλεια των ούρων πριν φτάσουν στο κατάλληλο δοχείο.

Νοσηλευτικοί σκοποί Ο ασθενής να

- παρουσιάσει μείωση στον αριθμό επεισοδίων ακράτειας.
 - συμμορφωθεί με το πρόγραμμα ατομικής σωματικής υγιεινής.
 - ενημερώνει το προσωπικό για την ανάγκη ούρησης.
- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**
- Εκτίμηση των αιτιολογικών παραγόντων της ακράτειας χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες παραμέτρους:
 - . Εκτίμηση της λειτουργίας εντέρου και κύστης.
 - . Προφίλ φαρμακευτικής αγωγής.
 - Εκτίμηση και τεκμηρίωση των αιτιών της ακράτειας.
 - Ικανότητα του ασθενούς να ανταποκριθεί σε παροτρύνσεις να ενεργηθεί.
 - Σωματική εξέταση για να αποκλεισθούν ανωμαλίες της λεκάνης που προκαλούν την ακράτεια

- . Εξέταση για απόφραξη του εντέρου
- Ανάλυση ούρων για να αποκλεισθεί ουρολοίμωξη.
- Υπολογισμός του όγκου υπολειμματικών κοπράνων μετά την κένωση.
- Εκτίμηση των σωματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων για την ακράτεια των ούρων.
- Εκτίμηση της ικανότητας κένωσης και η ακολούθηση οδηγιών.
- Εκτίμηση του αριθμού επεισοδίων ακράτειας σ' ένα 24ωρο.
- Έναρξη προγραμματισμού κενώσεων
- . Έπαινος – για τη διατήρηση της εγκράτειας και την προσπάθεια χρήσης της τουαλέτας..
- Περιορισμός των υγρών πριν τον ύπνο.
- Διατήρηση στεγνής και καθαρής της γεννητικής περιοχής, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε μεγαλύτερη σύγχυση και πιο εξαρτημένος.
- Να χρησιμοποιούνται πάνες και ν' αλλάζουν συχνά. (Coler & Vincent, 1997).

3.4 Παραλυτικές Ιδέες και Ψευδαισθήσεις. Χαρακτηριστικά στοιχεία Οι παραλυτικές ιδέες (όταν το άτομο πιστεύει ότι κάποιος προσπαθεί να τον κλέψει ή να του κάνει κακό) και οι ψευδαισθήσεις (όταν βλέπει ή ακούει πράγματα που δεν υπάρχουν στην πραγματικότητα) αποτελούν συχνό φαινόμενο στα άτομα με άνοια. Η λογική επεξήγηση των ιδεών και των ψευδαισθήσεων που βιώνει ο ασθενής, είναι άσκοπη.

Νοσηλευτικοί σκοποί παραλυτικών ιδεών Ο ασθενής να

- αναγνωρίζει αλλαγές στην σκέψη και τη συμπεριφορά
- διακρίνει τις παραλυτικές ιδέες από την πραγματικότητα.

- δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.
- διατηρεί τον προσανατολισμό στην πραγματικότητα.

Νοσηλευτικοί σκοποί ψευδαισθήσεων Ο ασθενής να

- συζητά το πρόβλημά του όταν αισθάνεται άγχος ή όταν αρχίσουν να τον ενοχλούν οι ψευδαισθήσεις.
- διακρίνει του εαυτού του σε σχέση με το περιβάλλον.
- κατανοεί και να διακρίνει την πραγματικότητα και πάψει να ακούει τις εσωτερικές φωνές ή να μην τις δίνει σημασία.
- παρουσιάζει βελτίωση στις λειτουργίες της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις παραλυτικών ιδεών

- Συνεχής εκτίμηση της παρουσίας, της έντασης, της διαταραχής των διεργασιών της σκέψης του αρρώστου.
- Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης.
- Χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για αποτελεσματική παρέμβαση.
- Θετική ενίσχυση της συγκροτημένης σκέψης. Αποφυγή έντονης αμφισβήτησης και άρνησης ή συμφωνίας με τις αποδιοργανωμένες σκέψεις.
- Χορήγηση φαρμάκων, που παραγγέλλονται από τον γιατρό υστέρα από συνεργασία με τον νοσηλευτή και υπολογισμό των κλινικών παρατηρήσεων του και των νοσηλευτικών διαγνώσεων.
- Συνεννόηση με τον γιατρό μήπως κάποια από τα φάρμακα που λαμβάνει συμβάλλουν σε αυτό το πρόβλημα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψευδαισθήσεων

- Διάθεση χρόνου για επικοινωνία με τον άρρωστο, ακρόαση με ενδιαφέρον και υποστήριξη των θετικών αλλαγών που κάνει.
- Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος με την αποφυγή λογομαχιών και αντιπαραθέσεων ή γελιοποίηση του ατόμου.
- Προσανατολισμός του αρρώστου στην πραγματικότητα με σαφή και συγκεκριμένη ομιλία.
- Διευκρίνιση της ώρας, του τόπου, των παρόντων προσώπων και των γεγονότων σε κάθε περίπτωση.
- Οριοθέτηση στην παρορμητική αντίδραση του αρρώστου προς τα παρερμηνευμένα ερεθίσματα.
- Παραμονή κοντά στον άρρωστο και απόσπαση της προσοχής του όταν είναι δυνατό.
- Ειλικρινής έκφραση φόβου αν έχει επισημανθεί δυνητική εκδήλωση επιθετικότητας.
- Χρησιμοποίηση τεχνικών εξωτερικού ελέγχου, αν χρειάζεται τοποθέτηση του αρρώστου σε ήσυχο μοναχικό δωμάτιο. (Σακκά, Λυμπεροπούλου, Νικολάου, 2002).

3.5 Διαταραχές Ύπνου Χαρακτηριστικά στοιχεία Ένα πολύ συνηθισμένο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με άνοια, είναι η απώλεια ύπνου κατά της βραδινές ώρες. Είναι πιθανόν να σηκωθούν πολύ νωρίς το πρωί πιστεύοντας ότι είναι μέρα να ετοιμαστούν και να πάνε στη δουλειά. Τα προβλήματα ύπνου το βράδυ επιτείνονται αφενός όταν το άτομο κοιμάται κατά την διάρκεια της μέρας και αφετέρου όταν δεν ασκεί το σώμα του.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Να αποκτήσει ο ασθενής ένα σωστό ωράριο ύπνου.
- Επαρκής ξεκούραση του ασθενή.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Ένταξη περισσότερης σωματικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Αποφυγή ύπνου κατά την διάρκεια της μέρας.
- Αποφυγή γευμάτων με βαριά εδέσματα και διεγερτικών ροφημάτων, όπως ο καφές, λίγο πριν πέσει για ύπνο.
- Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου με ελαστικότητα εφαρμογής όταν χρειάζεται.
- Τοποθέτηση ρολογιού στο δωμάτιο, έτσι ώστε να γνωρίζει συνεχώς την ακριβή ώρα.
- Δημιουργία μεγαλύτερης άνεσης κατά την διάρκεια του ύπνου.
- Συζήτηση με τον γιατρό για την χορήγηση φαρμάκων που μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του ύπνου.
- Εκτίμηση του τρόπου ανάπαυσης/ύπνου παρατηρώντας την ικανότητα του αρρώστου να κοιμάται και την ποιότητα του ύπνου καθώς και σχετικές διαταραχές
- Ακριβής ώρα ύπνου κάθε μέρα.

- Χρησιμοποίηση των προστατευτικών κάγκελων κατά τη διάρκεια του ύπνου για να αποτραπεί η περιπλάνηση (Vorvick, 2007).

3.6 : Υψηλός Κίνδυνος Δυσκοιλιότητας.

Παράγοντες κινδύνου

- Ανεπάρκεια αισθητηριακών / γνωστικών λειτουργιών
- Ακινησία
- Ανικανότητα να ανταποκριθεί σε σωματικές ενδείξεις ή αισθήσεις
- Αλλαγή της όρεξης και/ή τρόπου διατροφής
- Παρενέργειες των φαρμάκων
- Μειωμένη λήψη υγρών

Νοσηλευτικός σκοπός Ο ασθενής να έχει φυσιολογικά, μαλακά σχηματισμένα κόπρανα σε καθημερινή βάση.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση των συνηθειών κένωσης, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου, ποσότητας, ευκολίας κίνησης και χρώματος.
- Εκτίμηση διάτασης της κοιλιακής χώρας, μειωμένων πεπτικών θορύβων, αυξημένης ταραχής και άγχους.
- Εκτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής.

- Καθιέρωση σταθερού χρόνου χρησιμοποίησης τουαλέτας.
- Εκτίμηση της διατροφικής λήψης ινών και υγρών.
- Να συμπεριλαμβάνονται δαμάσκηνα στην διαίτα και άλλες τροφές με υπόλλειμα. Να αποφεύγεται η χρήση καθαρικών.
- Αν ο ασθενής κινείται, να παροτρύνεται να περπατά στο διάδρομο σε κάθε βάρδια.
- Εκπαίδευση της οικογένειας στις παρεμβάσεις που προλαμβάνουν τη δυσκοιλιότητα, τα συμπτώματα της και τη θεραπεία της (Coler & Vincent, 1997).

3.7 Απάθεια Χαρακτηριστικά στοιχεία Ο ανοϊκός ασθενής της περισσότερες φορές κάθεται σε μια καρέκλα ή στέκεται όρθιος για μεγάλο χρονικό διάστημα, μη θέλοντας να ασχοληθεί με κάτι. Χαρακτηριστικό στοιχείο της απάθειας είναι η απόσυρση του ατόμου ως συνέπεια της αδυναμίας του να επικοινωνήσει.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Απόκτηση ενδιαφέροντος για τη ζωή.
- Ενεργή συμμετοχή στα γεγονότα που διαδραματίζονται κάθε στιγμή.
- Επανεμφάνιση ενδιαφέροντος για επικοινωνία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Αποφυγή εξαναγκασμού του ατόμου με άνοια να κάνει κάτι χωρίς τη θέλησή του.
- Χρησιμοποίηση απαλής μουσικής ή κάποιας άλλης δραστηριότητας ως ερέθισμα για συναισθηματική δόνηση και κινητοποίηση του ενδιαφέροντος.

- Ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετάσχει σε δραστηριότητες στις οποίες τα καταφέρνει.
- Διατήρηση του μυαλού και του σώματος σε εγρήγορση.
- Επιβράβευση για οποιαδήποτε προσπάθεια ένδειξης ενδιαφέροντος.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να αναπτύξει φιλικές σχέσεις με άλλα άτομα, προκειμένου να αναπτύξει την κοινωνικότητά του (Τσολάκη, 1999).

3.8 Άγχος Χαρακτηριστικά στοιχεία Το άγχος είναι επώδυνη συναισθηματική εμπειρία εσωτερικής δυσφορίας, χωρίς ειδικό αντικείμενο, απροσδιόριστης προέλευσης, όπου κυριαρχεί το αίσθημα επικείμενου κινδύνου. Χαρακτηρίζεται από ασάφεια και έλλειψη αντικειμενικότητας και συνδέεται σχεδόν πάντοτε με την έννοια της απειλής.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Παρακίνηση για ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων, όπως ηρεμία και χαλάρωση.
- Απόκτηση της ικανότητας διαχωρισμού των επιπέδων του άγχους.
- Αποτελεσματική χρήση τεχνικών χαλάρωσης.
- Αναγνώριση και απομάκρυνση από τα περιστατικά που του προκαλούν άγχος.
- Ελάττωση στα σωματικά, νοητικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα άγχους.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Παρακολούθηση για πρώιμες εκδηλώσεις κόπωσης και εκνευρισμού.
- Απομάκρυνση του ασθενούς από στρεσογόνους παράγοντες, όπως οι θορυβώδεις δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν μεγάλες ομάδες ατόμων ή καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από πληθώρα ερεθισμάτων.
- Διάρθρωση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά. (π.χ. "εδώ είναι τα γυαλιά σας" –παύση- "πάρτε τα γυαλιά σας" –παύση- "βάλτε τα γυαλιά σας").
- Διατήρηση των καθημερινών συνηθειών με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συνέπεια, καθώς με την παροχή μιας αυστηρά δομημένης μέρας δημιουργείται μια αίσθηση οικειότητας με αποτέλεσμα την μείωση του άγχους του.
- Σχεδιασμός περιόδων ανάπαυσης και ωρών ηρεμίας κατά την διάρκεια της ημέρας.
- Παροχή ήσυχων δραστηριοτήτων όπως ακρόαση μουσικής ή ένας περίπατος.
- Χρήση χαλαρωτικών δραστηριοτήτων, όπως ελαφριές μαλάξεις με τα χέρια, που βοηθούν στην ηρεμία του ασθενούς.
- Εκτίμηση ύπαρξης τυχόν οργανικών αιτιών (μειωμένη οξυγόνωση, λοιμώξεις, κόπωση, δυσκοιλιότητα και διαταραχή της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών) σε περίπτωση επιμονής ή κλιμάκωσης του εκνευρισμού και της σύγχυσης (Zieve & Hoch, 2009).

3.9 Υψηλός Κίνδυνος Διατροφικών Αλλαγών Παράγοντες επικινδυνότητας

- Ανικανότητα διατήρησης του βάρους του σώματος.
 - Μειωμένο εύρος προσοχής/αυξημένη σύγχυση κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων, όπως φαγητό από το δίσκο που περιέχει διάφορα πράγματα.
 - Αναφερόμενη αλλοίωση της αίσθησης της γεύσης.

- Έλλειψη ενδιαφέροντος για φαγητό.
- Ταραχή.
- Ανορεξία.

Νοσηλευτικοί σκοποί Ο ασθενής να

- διατηρεί το σωματικό του βάρος σε φυσιολογικά επίπεδα.
- ακολουθεί τη διαδικασία του φαγητού/ταΐσματος με βοήθεια.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση της καθημερινής κατανάλωσης θερμίδων από γεύματα και υγρά (αναψυκτικά κ.λ.π.).
- Τακτική παρακολούθηση του βάρους (εβδομαδιαία ή καθημερινά).
- Εκτίμηση της ικανότητας να χειριστεί τη διαδικασία του φαγητού.
- Ενημέρωση από την οικογένεια για προτιμήσεις φαγητών.
- Περιορισμός του αριθμού πιάτων στο δίσκο ή στο τραπέζι.
- Παροχή βοηθημάτων για το φαγητό, ανάλογα με τις ανάγκες.
- Παροχή μικρών, συχνών γευμάτων.
- Διευκόλυνση του ασθενούς με το φαγητό σ' ένα ήσυχο δωμάτιο με λίγα ερεθίσματα. (Coler & Vincent, 1997c).

3.10 Επιληπτικές Κρίσεις Χαρακτηριστικά στοιχεία Οι επιληπτικές κρίσεις είναι συνέπεια της άνοιας και προκαλείται από απελευθέρωση ηλεκτρικής δραστηριότητας στα κύτταρα του εγκεφάλου.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Διατήρηση της ψυχραιμίας μετά το περιστατικό της κρίσης.
- Αποφυγή επιθετικών τάσεων από τον ασθενή μετά την κρίση.
- Προσπάθεια επανελέγχου του εαυτού του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Αποφυγή οποιασδήποτε παρέμβασης κατά τη διάρκεια της κρίσης, μέχρι το τέλος της εκδήλωσής της.
- Μετακίνηση του ατόμου στο πάτωμα και απομάκρυνση των αντικειμένων γύρω του.
- Χαλάρωση των ενδυμάτων του.
- Ανύψωση κεφαλής σε περίπτωση άπνοιας έτσι ώστε να ανοίξει η αναπνευστική οδός.
- Καθησύχηση του ατόμου μόλις περάσει η κρίση.
- Αποφυγή τραυματισμού κατά την διάρκεια την κρίσης.
- Ενημέρωση ιατρού, σε περίπτωση πρώτης κρίσης του ατόμου (Τσολάκη, 1999).

3.11 : Αποπροσανατολισμός Χαρακτηριστικά στοιχεία Τα άτομα με άνοια συχνά αποπροσανατολίζονται σε χρόνο και χώρο. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα σύγχυσης που προκαλείται λόγω αλλαγών στον εγκέφαλο, απώλεια μνήμης ή πιθανόν λόγω δυσκολίας αναγνώρισης ατόμων και αντικειμένων. Το "εσωτερικό ρολόι" που επιτρέπει στο άτομο να ξέρει περίπου πότε πρέπει να φάει ή να κοιμηθεί, τείνει επίσης να διαταραχθεί.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Μείωση του άγχους και της ανησυχίας που έχει ο ασθενής , όταν νιώθει ότι βρίσκεται σ' ένα παράξενο περιβάλλον όπου οτιδήποτε μπορεί να συμβεί.
- Αναγνώριση από τον ασθενή, όσο αυτό είναι δυνατό, του οικείου χώρου του.
- Σταδιακή ανάπτυξη της εμπιστοσύνης του ασθενούς στα άτομα που τον φροντίζουν, ώστε να νιώθει ήρεμος και ασφαλής.
- Συνειδητοποίηση του χρόνου με διάφορες τεχνικές.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και παροχή υποστήριξης.
- Επικέντρωση της προσοχής στο σήμερα και ενθάρρυνση της χρησιμοποίησης δεξιοτήτων και αναμνήσεων από το παρελθόν.
- Εύρεση τροπών που θα βοηθήσουν το άτομο με άνοια να συνειδητοποιήσει το χρόνο (π.χ. χρήση ενός ρολογιού ή μιας κλεψύδρας).

- Εύρεση τρόπων που θα βοηθήσουν το άτομο με άνοια να προσανατολιστεί στο χώρο (π.χ. εστίαση της προσοχής σε κάτι οικείο, όπως μια πολυθρόνα). □ Μείωση της ανησυχίας και της ανασφάλειας του ασθενούς λέγοντας του ότι βρίσκεται ανάμεσα σε φίλους και οικογένεια, ώστε να καθησυχάζει.
- Δημιουργία συνηθειών που θα βοηθήσουν τον ασθενή να κρατήσει επαφή με το χρόνο (π.χ. να ακολουθήσει μια σταθερή ρουτίνα με μερικά γεγονότα να σηματοδοτούν τη μέρα, πράγμα που του προσφέρει σωστή οργάνωση).
- Διατήρηση των πραγμάτων στην ίδια θέση.
- Τοποθέτηση μιας εικόνας ή λέξης στις πόρτες που να υποδηλώνουν το χώρο.
- Τοποθέτηση ταμπελών στα ντουλάπια και στα συρτάρια (Τσολάκη, 1999).

3.12 Επαναλαμβανόμενες Συμπεριφορές. Χαρακτηριστικά στοιχεία Ο ανοϊκός ασθενής μπορεί να ξεχνά από την μια στιγμή στην άλλη τι έχει ειπωθεί με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνει της ίδιες ερωτήσεις και πράξεις πολλές φορές.

Νοσηλευτικοί σκοποί Ο ασθενής να

- συνειδητοποιήσει τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και να μπορέσει να τις μειώσει.

- αποβάλλει το άγχος και την ανασφάλεια του, αφού σ' αυτά οφείλονται οι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.
- μπορεί να εκφράζει τις απορίες του χωρίς φόβο και χωρίς να τον απελπίζει μια αντίδραση από τους γύρω του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Σύντομες απαντήσεις στις επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις του ασθενούς με ήρεμη φωνή. Σε περίπτωση ταραχής από την πλευρά του ασθενούς θα πρέπει να καθισχύζεται με προσοχή και υπομονή.
- Χρήση σημειώσεων που αναγραφούν την απάντηση στις πιο συχνά επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις και εστίαση της προσοχής του σ' αυτές, βοηθά τον ασθενή να μην χρειάζεται την συνεχή προσοχή των φροντιστών του, κάνοντας τον έτσι πιο ανεξάρτητο.
- Απόσπαση της προσοχής του ατόμου από μια επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά σε μια άλλη ασχολία.
- Επινόηση διαφυγής από κάποιες ερωτήσεις που θα δημιουργήσουν άγχος και σύγχυση στον ασθενή.
- Φυγή λίγων λεπτών από το περιβάλλον του ασθενούς, αν αποτύχουν όλες οι παραπάνω παρεμβάσεις (Vornick, 2007).

3.13 Περιπλάνηση Χαρακτηριστικά στοιχεία Αυτό είναι ένα ανησυχητικό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Ο ασθενής με άνοια έχει την τάση να δραπετεύει από το χώρο του και νιώθει την ανάγκη να περιπλανιέται άσκοπα στους δρόμους,

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

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Μείωση επιθυμίας φυγής του ασθενούς.
- Τόνωση της αίσθησης ελευθερίας και ασφάλειας μέσα στο χώρο του, ώστε να αποφεύγεται η περιπλάνηση.
- Κατανόηση της επικινδυνότητας της κατάστασης από τον ασθενή και προσπάθεια ελέγχου της φυγής.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Δημιουργία μιας ετικέτας όπου θα αναγράφεται η ταυτότητα του ασθενούς, η διεύθυνση και τηλέφωνο επικοινωνίας, την οποία θα φέρει πάντα μαζί του.
- Δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος στο οποίο ο ασθενής θα νοιώθει καλά και δεν θα νιώθει την ανάγκη για φυγή.
- Ύπαρξη μιας πρόσφατης φωτογραφίας, σε περίπτωση αναζήτησης ασθενούς που έχει χαθεί.
- Αποφυγή ένδειξης θυμού όταν ο ασθενής έχει χαθεί και στη συνέχεια βρεθεί και πάλι, παρά μόνο ήρεμη ομιλία με αποδοχή και αγάπη.
- Συνεχής επίβλεψη του ασθενούς.
- Προγραμματισμός μιας ώρας μέσα στη μέρα όπου ο ασθενής, με την συνοδεία κάποιου δικού του ατόμου, θα πηγαίνει περίπατο,

διατηρώντας έτσι το αίσθημα ελευθερίας του, ώστε να μην αισθάνεται την ανάγκη για περιπλάνηση (Τσολάκη, 1999).

3.14 Έκπτωση της Κοινωνικής Συναλλαγής. Σχετίζεται με προβλήματα στην επικοινωνία και αδυναμία στις αισθητηριακές/ γνωστικές/ αντιληπτικές λειτουργίες. Χαρακτηριστικά στοιχεία:

- Εκφραζόμενη ή παρατηρούμενη δυσφορία σε κοινωνικές καταστάσεις.
- Εκφρασμένη ή παρατηρούμενη ανικανότητα να δεχτεί ή να μεταδώσει μια ικανοποιητική αίσθηση συμμετοχής, ενδιαφέροντος ή κοινής εμπειρίας.
- Παρατηρούμενη χρήση αναποτελεσματικών συμπεριφορών κοινωνικής συναλλαγής.
- Δυσλειτουργική συναλλαγή με συνασθενείς, οικογένεια, και/ή άλλους.
- Αναφορά της οικογένειας αλλαγής στο στυλ ή στη μορφή συναλλαγής.

Νοσηλευτικοί σκοποί Ο ασθενής να

- εκφράζει ικανοποίηση με τις δραστηριότητες κοινωνικοποίησης που παρέχονται.
- παρουσιάζει αυξημένη κατάλληλη συναλλαγή με οικογένεια/συνασθενείς.
- σχηματίσει θεραπευτική σχέση με το προσωπικό της μονάδας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση της ικανότητας να συναλλάσσεται κοινωνικά με άλλους ασθενείς κατά τη διάρκεια των γευμάτων, στο διάδρομο, και με συγκατοίκους, επισκέπτες, ή την οικογένεια.
- Εκτίμηση των συναισθημάτων του ασθενούς για την ποσότητα/ποιότητα των κοινωνικών συναλλαγών.
- Εξακρίβωση του κοινωνικού ιστορικού της οικογένειας, όπως αν είχαν πολλούς φίλους ή ήταν μοναχικοί.
- Παρατήρηση του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής συναλλάσσεται με το νοσηλευτικό προσωπικό, όπως εάν δημιουργεί κάποια σχέση με ένα ή περισσότερα μέρη του προσωπικού.
- Συμμετοχή σε ομάδες δραστηριοτήτων, όπως είναι η παθητική γυμναστική, η απασχολησιοθεραπεία, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, και οι ομάδες επικοινωνίας.
- Συμμετοχή των μελών της οικογένειας στον προγραμματισμό της θεραπείας και στις δραστηριότητες.
- Το πρόγραμμα αποθεραπείας θα πρέπει να περιλαμβάνει δομημένες καθημερινές δραστηριότητες (Coler & Vincent, 1997).

3.15 Απελπισία .Σχετίζεται με τα αρχικά στάδια της άνοιας όταν ο ασθενής έχει επίγνωση της κατάρρευσης των γνωστικών λειτουργιών του. Χαρακτηριστικά στοιχεία:

- Παθητικότητα
- Μειωμένη λεκτική έκφραση
- Μειωμένο συναίσθημα ή καταθλιπτική διάθεση
- Λεκτική ένδειξη, όπως «δεν μπορώ», αναστεναγμοί

- Έλλειψη πρωτοβουλίας
- Απομάκρυνση από το προσωπικό/οικογενειακά μέλη
- Κλείσιμο των ματιών, σήκωμα των ώμων σε κάποιον που τους μιλά
- Έλλειψη συμμετοχής στη φροντίδα/επιτρέποντας να τον φροντίζουν παθητικά

Νοσηλευτικοί σκοποί Ο ασθενής να

- συμμετέχει στην αυτό-φροντίδα και σε ευχάριστες δραστηριότητες μέσα στα πλαίσια των γνωστικών και/ή σωματικών του αδυναμιών.
- εκφράζει συναισθήματα θλίψης/ανησυχίας για την ανεπάρκεια των γνωστικών του ικανοτήτων.
- διατηρήσει την τρέχουσα κοινωνική στήριξη και να προσθέσει και άλλες.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση ιδεών αυτοκτονίας.
- Εξακρίβωση από την οικογένεια και τον ασθενή δραστηριοτήτων που απολάμβανε πριν την έναρξη της ασθένειας.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράζει τα συναισθήματα θλίψης και ανησυχίας για το μέλλον.
- Προοδευτική συμμετοχή σε δραστηριότητες της μονάδας (απασχολησιοθεραπεία, ομάδες επικοινωνίας, επίλυση προβλημάτων) (Coler & Vincent, 1997).

3.16 Σεξουαλικά Ανάρμοστη Συμπεριφορά .Χαρακτηριστικά στοιχεία :Οι ασθενείς με άνοια δεν είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να εμφανίσουν σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά. Αλλά αν η συμπεριφορά αυτή εμφανιστεί μπορεί να έχει κάποια άλλη αιτία που να μην είναι κατά βάθος σεξουαλική αλλά μπορεί να οφείλεται, π.χ. σε σύγχυση ή σε αποπροσανατολισμό. Ακόμα και η συμπεριφορά εκείνη που είναι πραγματικά σεξουαλική, μπορεί να οφείλεται σε απώλεια των αναστολών του ατόμου, στην έλλειψη ευκαιριών για σεξουαλική έκφραση ή στην ανάγκη για επαφή, ασφάλεια και ζεστασιά.

Νοσηλευτικοί σκοποί Ο ασθενής να

- απαλλαγεί ο ασθενής από την ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά.
- αντιληφθεί το ακατάλληλο της συμπεριφοράς του.
- αποκτήσει ηθικές αναστολές και την αίσθηση της δημοσίας αιδούς.

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

- Ευγενική αλλά επίμονη αποθάρρυνση για παρόμοιες συμπεριφορές.
- Αναζήτηση των αιτιών που οδηγούν σε αυτή την συμπεριφορά.
- Αποφυγή τιμωρίας του ατόμου για τη σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά καθώς είναι σύμπτωμα της μειωμένης ικανότητας να ξεχωρίζει και να κρίνει το σωστό από το λάθος.

- Πληροφόρηση του ασθενούς σχετικά με την σεξουαλική συμπεριφορά.
- Ενημέρωση του ασθενούς ότι οι προτάσεις που χρησιμοποιεί είναι ανάρμοστες.
- . Διατήρηση ψυχραιμίας την ώρα του περιστατικού καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια υπερβολική αντίδραση από την πλευρά του ασθενούς (Σακκά, Λυμπεροπούλου, Νικολάου, 2000).

3.17 Θλίψη .Σχετίζεται με προοδευτική, μη-αναστρέψιμη ασθένεια ενός οικογενειακού μέλους/σημαντικού προσώπου. Χαρακτηριστικά στοιχεία :

- Πιθανή απώλεια ενός σημαντικού προσώπου.
- Απώλεια της ικανότητας να σχετίζεται με το γνωστό τρόπο με το αγαπημένο πρόσωπο.
- Έκφραση στενοχώριας για την πιθανή απώλεια
- Ενοχή, θυμός, θλίψη εκφραζόμενη από οικογενειακό μέλος.
- Μεταβολές στη συγκέντρωση, στη σεξουαλική διάθεση, στις συνήθειες ύπνου, στις διατροφικές συνήθειες.
- Αλλοιωμένες μορφές επικοινωνίας.

Νοσηλευτικοί σκοποί: Το σύστημα του ασθενούς να

- εκφράζει τα συναισθήματα απώλειας που σχετίζονται με την προοδευτική άνοια και απώλεια των λειτουργιών του συγγενικού προσώπου.

- διατηρεί ποιοτική σχέση με το οικογενειακό μέλος.
- καταφύγει σε εξωτερικές πηγές στήριξης και κοινωνικής συναλλαγής κατά τη διάρκεια της ασθένειας του συγγενικού προσώπου.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Εκτίμηση των γνώσεων της οικογένειας για τη νόσο, όπως, για την πρόοδο, την πορεία και την ειδική φροντίδα που απαιτείται.
- Εκτίμηση του τρέχοντος επιπέδου λειτουργίας του ασθενούς.
- Αξιολόγηση της σχέσης της οικογένειας με το ασθενή στο παρελθόν.
- Ενθάρρυνση της έκφρασης των συναισθημάτων θλίψης, απώλειας και θυμού.
- Συμμετοχή της οικογένειας στον προγραμματισμό της φροντίδας του ασθενούς.
- Ενθάρρυνση εξωτερικών δραστηριοτήτων με ομάδες υποστήριξης και φίλους.
- Εκτίμηση της διαδικασίας πένθους κατά την σταδιακή κατάρρευση του ασθενούς (Coler & Vincent, 1997).

3.18 Βία

- Μειωμένος έλεγχος των παρορμήσεων οφειλόμενος σε βλάβη των ανασταλτικών τμημάτων του εγκεφάλου.
- Αυξημένη κινητική δραστηριότητα (βηματισμός με ταραχή).
- Ιστορικό βίας.

- Στοχο-κατευθυνόμενη καταστροφή αντικειμένων του περιβάλλοντος.
- Καχυποψία, παραληρήματα, παραισθήσεις.
- Αυξανόμενα επίπεδα άγχους.
- Ταράζεται εύκολα από αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον.
- Ανικανότητα λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων και/ή επικοινωνίας με άλλους τρόπους.

Νοσηλευτικοί σκοποί Ο ασθενής να :

- αποφεύγει να επιτίθεται σε άλλους.
- παρουσιάζει προειδοποιητικά συμπτώματα αυξανόμενης ταραχής και να συμμορφώνεται με το πρόγραμμα συμπεριφοράς.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Παρατήρηση και τεκμηρίωση γεγονότων που προηγούνται ενός εχθρικού ή βίαιου επεισοδίου.
- Εκτίμηση των συμπεριφορικών προειδοποιητικών σημείων επικείμενης βίαιης συμπεριφοράς.
- Απομόνωση σε ένα ήσυχο περιβάλλον αν η παραγμένη συμπεριφορά αυξάνεται σε περιβάλλον με θόρυβο.
- Παροχή άνετου χώρου για βάδισμα ή εκτόνωση περιιπής ενέργειας εφόσον οι άλλοι ασθενείς και το προσωπικό είναι ασφαλείς.

- Προσέγγιση του ασθενούς κατά πρόσωπο μιλώντας χαμηλόφωνα.
- Διδασκαλία της οικογένειας και του προσωπικού για το σκεπτικό των συγκεκριμένων προσεγγίσεων ασθενών με ιστορικό επιθετικότητας.
- Εκτίμηση της συμπεριφοράς και της ανάγκης για ψυχοφαρμακευτική παρέμβαση ή περιορισμό (Coler & Vincent, 1997h).

3.19 Ασφάλεια Χαρακτηριστικά στοιχεία .Πολλά άτομα με άνοια υποφέρουν όχι μόνο από τα συμπτώματα της νόσου, όπως απώλεια μνήμης, σύγχυση και αποπροσανατολισμό, αλλά επίσης από φυσικά προβλήματα όπως ελλιπή όραση, αστάθεια στα πόδια και ελλιπή ακοή, συνεπώς κινδυνεύουν από πολλά ατυχήματα όπως κάψιμο, κόψιμο, πέσιμο, ηλεκτροπληξία ή δηλητηρίαση.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Διατήρηση της αίσθησης της ανεξαρτησίας και της ελευθερίας του και εξισορρόπηση τους σ' έναν περιορισμένο χώρο.
- Δημιουργία του αισθήματος της ασφάλειας στον ασθενή. ω
- Συμμόρφωση του ασθενούς με τους κανόνες ασφάλειας που του έχουν οριστεί.
- Μείωση του αριθμού των ατυχημάτων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Ένδειξη κατανόησης της κατάστασης του ασθενούς.
- Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που βρίσκονται κοντά στον ασθενή, όπως εξοπλισμός κουζίνας, φάρμακα, απορρυπαντικά.
- Αλλαγή θέσης των επίπλων, έτσι ώστε να είναι εύκολη η μετακίνηση του ατόμου μέσα στο χώρο.
- Τοποθέτηση σταθερών στηριγμάτων στους χώρους που κινείται ο ασθενής.
- Εξασφάλιση επαρκούς φωτισμού στα δωμάτια και στους διαδρόμους.
- Έλεγχος των ηλεκτρικών παροχών και απομάκρυνση των καλωδίων που βρίσκονται εκτεθειμένα στο πάτωμα.
- Εξασφάλιση ζεστού και άνετου περιβάλλοντος για το άτομο.
- Παρότρυνση της μετακίνησης του ασθενούς μέσα στο χώρο, έτσι ώστε να αισθάνεται ελεύθερος.
- Τοποθέτηση κλειδαριών και συστημάτων συναγερμού στις πόρτες και στα παράθυρα (Vorvick & Zieve, 2009b).

3.20 Απώλεια Αντικειμένων και Άδικες Κατηγορίες

.Χαρακτηριστικά στοιχεία :Συχνά ο ασθενής με άνοια ξεχνά που είναι τοποθετημένα διάφορα αντικείμενα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να κατηγορήσει άλλους ότι τα έχουν πάρει. Η συμπεριφορά αυτή προκαλείται από ανασφάλεια σε συνδυασμό με την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου και της μνήμης.

Νοσηλευτικοί σκοποί Ο ασθενής να :

- μην καταλογίζει ευθύνες στους άλλους για κλοπή και να είναι σε θέση να καταλάβει πως οι κατηγορίες δεν ωφελούν σε τίποτα. ω
- μπορέσει να συνειδητοποιήσει ότι η απώλεια των αντικειμένων οφείλεται στην ασθένεια του.
- συμμετέχει στην εύρεση των χαμένων αντικειμένων.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Καθησύχηση του ασθενούς ότι το χαμένο αντικείμενο θα βρεθεί.
- Ευγενική απάντηση στις κατηγορίες του ασθενούς χωρία αυτές να λαμβάνονται προσωπικά.
- Προτροπή προς τον ασθενή να συμμετάσχει κι αυτός στην ανεύρεση του χαμένου αντικειμένου.
- Παρακολούθηση φύλαξης διαφόρων αντικειμένων και ανακάλυψη κάποιας αγαπημένης κρυψώνας του ασθενούς.
- Μείωση του αριθμού πιθανών κρυψώνων.
- Έλεγχος της σακούλας απορριμμάτων για αντικείμενα του ασθενούς προτού πεταχτεί.
- Ύπαρξη σημαντικών αντικειμένων ή αντίγραφων σε εφεδρείες (κλειδιών, γυαλιών, εγγράφων κ.λπ.).
- Αναζήτηση κρυμμένων τροφίμων, για αποφυγή δηλητηρίασης από χαλασμένα τρόφιμα.
- Προειδοποίηση άλλων ατόμων να μην παίρνουν προσωπικά τις κατηγορίες (Σακκά, Λυμπεροπούλου, Νικολάου, 2002).

3.21 Προσκόλληση .Χαρακτηριστικά στοιχεία: Ο ασθενής με άνοια μπορεί να εξαρτηθεί υπερβολικά από τους φροντιστές του και να τους ακολουθεί παντού. Αυτό μπορεί να είναι ενοχλητικό, αντιμετωπίζεται δύσκολα και τους στερεί την ιδιωτική τους ζωή. Ο ασθενής μπορεί να συμπεριφέρεται έτσι λόγω της ανασφάλειας και του φόβου που τον διακατέχει.

Νοσηλευτικοί σκοποί

- Ο ασθενής να νιώθει ασφάλεια και με άλλα άτομα εκτός από το βασικό φροντιστή του.
- Ο ασθενής να νιώθει αυτοπεποίθηση ώστε να μην προσκολλάται στο φροντιστή του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Καλλιέργεια ενός κλίματος εμπιστοσύνης ώστε ο ασθενής να νιώθει περισσότερη ασφάλεια.
- Εναλλαγή των φροντιστών ώστε να αποφευχθεί, όσο το δυνατόν, η προσκόλληση σ' έναν από αυτούς.
- Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την αναχώρηση και την επιστροφή του φροντιστή του.
- Απασχόληση της προσοχής του με κάποιο αντικείμενο ή ασχολία κατά τη διάρκεια απουσίας του φροντιστή.
- Διαβεβαίωση από το φροντιστή του ότι θα επιστρέψει σύντομα κοντά του.

- Αποφυγή παρατεταμένης απουσίας του φροντιστή από τον ασθενή (Σακκά, Λυμπεροπούλου, Νικολάου, 2002d)

ΘΕΜΑ 4^ο

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ένα ακόμα δύσκολο θέμα που θα έχουμε να αντιμετωπίσουμε είναι η πιθανή εισαγωγή ενός ανοϊκού ασθενή στο νοσοκομείο για κάποιο παθολογικό αίτιο ή κάποια άλλη αιτία που θα έχει πλήξει την υγεία. Το κυριότερο πρόβλημα που θα έχουμε να αντιμετωπίσουμε σε μια τέτοια κατάσταση είναι η επικοινωνία. Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρουσιάζουν οι ανοϊκοί ασθενείς είναι κοινά. Η ομιλία είναι αόριστη, κενή νοήματος και συνήθως αυτόματη, ενώ στην τελική φάση της νόσου το άτομο μπορεί να μην μιλάει καθόλου. (Αλεξανδρόπουλος Κ. 2009)

Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο η τροφή και το νερό. Σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία των ανοϊκών ασθενών-νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνο το 10% του χρόνου τους για επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ διαθέτουν πολύ περισσότερο χρόνο για συζητήσεις μεταξύ τους. Τα επίπεδα απομονώσεως στους ανοϊκούς ασθενείς είναι προφανή σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους. Η μειωμένη αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχολογική του κατάσταση. Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια κ.α

Για να γίνει αποτελεσματικότερη η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι ανάγκη να ακολουθούνται οι οδηγίες:

- Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο
- Να χρησιμοποιείτε γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.

- Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοιχτές ερωτήσεις.
- Να αποφεύγετε το απαγορευτικό "μη" και να δίνεται θετικές οδηγίες.
- Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Να δίνετε απλές οδηγίες, που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής, περισσότερες από μια πράξεις
- Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
- Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.
- Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε να επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε την σύγχυση.
- Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας στο πάρει την θεραπεία του μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλό τρόπο, ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους
- Να αποφεύγετε τις χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψυθιρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα πάψει να σας έχει εμπιστοσύνη.
- Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή(Πλατή Δ. Χ., 2008).

Οι αναμνήσεις είναι ανακουφιστικό μέσο για τον ασθενή. Η υπενθύμιση γεγονότων που έχουν αποθηκευτεί στην μνήμη του λειτουργούν με δυο τρόπους: α) διαπιστώνουμε τι μπορεί να θυμηθεί ο ασθενής και β) πως αντιλαμβάνεται τη φάση του κύκλου της ζωής του.

Το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ανοϊκού ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία του ασθενή γίνεται πολύ

σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση.

Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα του είτε συγγενής είτε το νοσηλευτικό προσωπικό στη προσπάθειά τους να του παρέχουν άνεση,ασφάλεια και φροντίδα υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση.

Γι' αυτό το καθήκον του νοσηλευτή είναι:

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει βοήθεια όπου είναι ανάγκη για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή
- Να συνεργαστεί μαζί τους στο σχεδιασμό ενός προγράμματος κοινωνικοποίησης του ασθενή.
- Να παρέχει οδηγίες σχετικές με την πρόληψη ατυχημάτων.
- Να προτείνει να γραφτούν τα στοιχεία του ασθενούς, το τηλέφωνο και το νοσοκομείο το οποίο νοσηλεύεται ώστε όταν χαθεί να ειδοποιηθεί η οικογένεια ή το νοσοκομείο.
- Να δώσει οδηγίες για το διαιτολόγιο του ασθενή.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, με σκοπό την μείωση της συγκινησιακής και σωματικής έντασης. .(Αλεξανδρόπουλος Κ. 2009)

4.2 Παράδειγμα κλινικής περίπτωσης

Μια γυναίκα 85 ετών εισήσθη στο νοσοκομείο πριν 2 εβδομάδες με πιθανή διάγνωση ιογενούς πνευμονίας. Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο σημειώθηκε στο ιστορικό ότι πάσχει από την νόσο Alzheimer εδώ και 15 χρόνια. Μολονότι η γενική της ιατρική κατάσταση βελτιώθηκε σημαντικά, εξακολούθησε να εμφανίζει κατά διαστήματα: αποπροσανατολισμό, σύγχυση και ελλειμματική μνήμη, ιδιαίτερα τις νυχτερινές ώρες.

Αρχική αξιολόγηση κατά την εισαγωγή

1. Προσδιορισμό των ζωτικών σημείων, ο οποίος είναι απαραίτητος για την διαπίστωση ύπαρξης φλεγμονής, καρδιακών αρρυθμιών ή αγγειακών διαταραχών.
2. Σύντομη εξέταση των γνωστικών λειτουργιών μέσω του εργαλείου mini mental state examination, το οποίο αποτελεί σημαντικό μέσο συλλογής αντικειμενικών δεδομένων των γνωστικών διαταραχών, που μπορεί να χρησιμοποιηθούν για συγκριτικό έλεγχο.
3. Πλήρης κλινική εξέταση, με επικέντρωση στα παθολογικά ευρήματα προκειμένου να προσδιοριστεί κάποια πιθανή παθοφυσιολογική αιτία για την σύγχυση.
4. Συλλογή περαιτέρω πληροφοριών. Στην περίπτωση που παρεβρίσκεται κάποιο μέλος της οικογένειας, ζητείστε επιπρόσθετες πληροφορίες αναφορικά με τις προτιμώμενες ενασχολήσεις και τις διατροφικές προτιμήσεις της γυναίκας. Επιπλέον συγκεντρώστε οποιαδήποτε πληροφορία που αφορά την οικογένεια, η οποία θα εξυπηρετούσε την επικοινωνία με την θεραπευόμενη.

Νοσηλευτική διεργασία

Ανάγκες-προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Νοσηλευτική παρέμβαση	Εφαρμογή και εκτίμηση
πυρετός	Να πέσει ο πυρετός στις επόμενες 3-4 ώρες	Κομπρέσες, χλιαρό ντους, αντιπυρετικά	Απύρετος, θερμοκρασία φυσιολογική
Θωρακικός πόνος	Να μειωθεί ο πόνος εντός λίγων ωρών	Παυσίπινα-αναλγητικά	Ασθενής μα κλίμακα πόνου χαμηλή(δεν παρουσιάζει πόνο)
κακουχία	Να νιώσει καλύτερα	Ξεκούραση, καθαρή ενδυμασία	Ασθενής καθαρός, ξεκούρατος
Αποπροσανατολισμος	Να έχει αίσθηση του χώρου που βρίσκεται	Οικεία αντικείμενα και πρόσωπα στο χώρο	Ασθενής ήρεμος με την οικογενειά του
Διέγερση-σύγχυση	Να ελαχιστοποιηθεί η πρόκληση σύγχυσης	Τοποθέτηση προστατευτικών κιγκλιδωμάτων στο κρεβάτι, περιορισμός των θορύβων ή των σκιών στο χώρο, διαμόρφωση περιβάλλοντος με σταθερό προσωπικό ώστε να ελαχιστοποιηθεί η σύγχυση, διατήρηση αναμμένου φωτός στην τουαλέτα για να παρέχεται αίσθημα ασφάλειας στο ασθενή	Ξεπέρασε το αίσθημα σύγχυσης, ηρέμησε και προσαρμόστηκε στο περιβάλλον

Τακτικές προσέγγισης

1. Εφαρμογή της τεχνικής της αντανάκλασης συναισθήματος, αναφορικά με την υποκειμενική ανυσηχία της μητέρας της (π.χ φαίνεται πως σου λείπει η μητέρα σου, θα πρέπει να αισθάνεσαι μοναξιά εδώ χωρίς την παρουσία της)
2. Συζήτηση θεμάτων που έχουν ενδιαφέρον για τη μητέρα της, όπως γεγονότα που αφορούσαν το παρελθόν της οικογένειας. Επίσης χρήσιμο θα ήταν να σχολιάζει μαζί της φωτογραφίες των παιδιών και των εγγονιών της.
3. Ενημέρωση της κόρης της πάσχουσας ότι ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα και η θεραπεία επικύρωσης, που αναφέρεται κατά κύριο λόγο στα πρόσωπα του και στο χώρο και όχι στο χρόνο συμβάλλουν αποτελεσματικότερα στο περιορισμό της σύγχυσης. (Hogan, 2012)

4.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Υπάρχουν αρκετές κατευθυντήριες γραμμές που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας για τους ασθενείς που βρίσκονται σε κάποιο ίδρυμα ή τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια και βρίσκονται κάπου αλλού. Η πρώτη αρχή είναι η διατήρηση της ζωής και έχει να κάνει με την προοδευτική εξέλιξη και διατήρηση της αξιοπρέπειας και της ποιότητας της ζωής ενός ατόμου που αντιμετωπίζει κάποιο ανοϊκό σύνδρομο.

Δύο άλλες προαιώνιες αρχές είναι η επιτίμηση του "κάνε καλό" και του "μη βλάψεις κανέναν". Στην εφαρμογή αυτών των γραμμών είναι πιο κατάλληλο να αναδειχθεί ο προαπαιτούμενος σεβασμός στην τέταρτη αρχή, στην αυτονομία του ασθενή. Αυτό είναι ένα δικαίωμα που πρέπει να συνυπολογίζεται σε κάθε ασθενή καθώς υπάρχουν οφέλη αλλά και "φορτία" σε κάθε μια από τις προτεινόμενες προτάσεις φροντίδας του ασθενούς.

Η επόμενη αρχή έχει να κάνει με το να φέρονται οι επαγγελματίες υγείας με εντιμότητα. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι ειλικρινής με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, ενώ παράλληλα να σκέφτεται ρεαλιστικά τις προσδοκίες αλλά και τις συνέπειες ενός καινούργιου θεραπευτικού πλάνου που προτείνεται στον ασθενή. Σε μια συζήτηση για την πιθανότητα μιας επιτυχημένης θεραπείας, οι οικογένειες θα πρέπει να ενημερωθούν σχετικά με το τι να περιμένουν αν η ζωή του ανοϊκού ασθενή σωθεί. Μετά θα πρέπει να λάβουν υπόψιν τους την επιθυμία του ασθενή, δηλαδή από την μια πλευρά μπορεί να ζητήσει να θεραπευτεί από την πνευμονία και να διατηρηθεί η ζωή του με το όποιο επίπεδο ενέργειας του απομείνει, ή μπορεί να αρνηθεί την θεραπεία του από την πνευμονία και να τερματίσει ήρεμα την ζωή του (Aronson, 1994a).

Αυτά είναι μερικά δύσκολα ζητήματα, αλλά ταυτόχρονα είναι σημαντικά και πρέπει να διευθετούνται. Σε περίπτωση που ο ασθενής ή οικογένεια του δεν μπορούν να πάρουν την πιο αρμόζουσα απόφαση για κάποιο θέμα, τότε ο νόμος ορίζει την πιο σωστή πράξη που πρέπει να ακολουθηθεί.

Ο νόμος ποικίλει από χώρα σε χώρα και μπορεί να αλλάξει γρήγορα, συχνά σε σχέση με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις ενός ολοένα αυξανόμενου, μεγαλύτερου και καλύτερα οργανωμένου πληθυσμού. Συχνά το γράμμα του νόμου δεν τηρείται πλήρως. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας κάποιας έλλειψης πηγών, γνώσεων ή ενημέρωσης των νομικών θεμάτων από τη μεριά του δημόσιου πλήθους. Ο νόμος δίνει λύσεις για τα περισσότερα νομικά θέματα. Οι πολίτες που βρίσκονται σε ανάγκη μπορούν να ζητήσουν από τη πολιτεία να τους παράσχει αυτή τη βοήθεια. Η άνοια

παρουσιάζει μια αυξανόμενη κοινωνική σπουδαιότητα και το ενδιαφέρον το οποίο γεννάται σαν αποτέλεσμα της αυξανόμενης διάδοσης δημιουργεί νομικές απαιτήσεις προς την πολιτεία.

Σύμφωνα λοιπόν με το Αμερικανικό νόμο, κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να πεθάνει αρνούμενος να δεχτεί την θεραπεία που του προσφέρεται. Παρόλα αυτά ο νόμος αφήνει ελεύθερη κάθε πολιτεία να ορίσει την δική της πολιτική για το πότε το κάθε άτομο θα θεωρείται ικανό για να πάρει μια τέτοια απόφαση. Όπως έχει αναφερθεί, η πρόοδος της άνοιας οδηγεί σε μια αργή αύξηση της ανικανότητας, με αποτέλεσμα οι δραστηριότητες του ατόμου να επηρεάζονται. Συνήθως περιγράφονται ως "προχωρημένες", και είναι όλες εκείνες οι οποίες επιτρέπουν τη διεξαγωγή των κοινωνικών λειτουργιών και τη λήψη κατάλληλων αποφάσεων.

Αν το άτομο με άνοια δεν μπορεί πλέον να πάρει αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα του, η ομάδα φροντιστών της άνοιας και η οικογένεια σαν ενότητα θα πρέπει να σκεφτούν:

- Ποιες είναι οι επιθυμίες του ατόμου για τη φροντίδα του στο μέλλον;
- Ποιος θα επιλεγεί ως αντιπρόσωπος για να παίρνει αποφάσεις όταν πλέον η επικοινωνία δεν είναι δυνατή;
- Είναι τα ενδιαφέροντα, οι ανάγκες και τα βάρη των άλλων μελών της οικογένειας τόσο μεγάλα ώστε να μη μπορούν να κάνουν αυτό που είναι σωστό για τα άτομα με άνοια;

(Aronson, 1994a).

Οι απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις δεν είναι πάντοτε ξεκάθαρες. Κάθε φροντιστής γνωρίζει ότι τέτοιες συγκρούσεις υπάρχουν επειδή τα άτομα με άνοια και οι οικογένειές τους έχουν διαφορετικές ανάγκες, κάποιες από τις οποίες μπορεί να είναι νομικές και πρέπει να βρεθεί ένας τρόπος για να φτάσουν σε μια δίκαιη και λογική λύση για κάθε περίπτωση. Σύμβουλοι σε τοπικούς κλάδους της κοινωνίας της ασθένειας Alzheimer, κοινωνικοί λειτουργοί και δικηγόροι είναι

εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τέτοια θέματα. Είναι πολύ σημαντικό, οι φροντιστές και οι συγγενείς να ψάχνουν νομική λύση με την πρώτη δυνατή ευκαιρία για να αποφευχθούν νομικά ή οικονομικά προβλήματα στο μέλλον.

4.4 ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να παίρνει τις δικές του αποφάσεις για τη φροντίδα υγείας του και οι γιατροί, τα νοσοκομεία και τα νοσηλευτικά ιδρύματα έχουν τη νομική και την ηθική υποχρέωση να τον συμβουλεύονται, να ακολουθούν τις επιθυμίες του χωρίς να επιβάλουν τις αξίες τους και τις ιδέες τους

επάνω του. Αν ένα άτομο με άνοια, το οποίο έχει χάσει τις πνευματικές λειτουργίες του και δεν μπορεί να καταλάβει ή να επικοινωνήσει για τις αποφάσεις του, τότε κάποια άλλα άτομα πρέπει να πάρουν αποφάσεις για αυτόν. Αυτές οι αποφάσεις μπορεί να μην είναι πάντοτε αυτές που αυτός θα ήθελε. Ο καλύτερος τρόπος για να βεβαιωθεί ότι οι επιθυμίες του είναι γνωστές και σεβαστές είναι να υπογραφούν από την αρχή κάποια έγγραφα που να εκφράζουν αυτές τις επιθυμίες.

- Η διαθήκη είναι ένα έγγραφο το οποίο εκφράζει τις επιθυμίες του ανθρώπου για τη φροντίδα υγείας του, και τι αυτοί επιθυμούν σε περίπτωση που στο μέλλον είναι ανίκανοι να επικοινωνήσουν για αυτά που έχουν ανάγκη. Πάντως, αυτό το έγγραφο δεν είναι, προς το παρόν, νομικά κατοχυρωμένο σε κάποια χώρα αλλά οι γιατροί συχνά, δέχονται το περιεχόμενο του όταν αποφασίζουν να συνεχίσουν ή να σταματήσουν την πορεία μιας θεραπείας ή μιας υπηρεσίας.

- Το πληρεξούσιο φροντίδας υγείας είναι ένα έγγραφο όπου το άτομο εξουσιοδοτεί έναν πράκτορα φροντίδας υγείας να παίρνει αποφάσεις υγείας σύμφωνα με τις επιθυμίες του ατόμου όπως αυτές καθορίστηκαν γραπτά στην διαθήκη. Ένας εναλλακτικός πράκτορας φροντίδας υγείας μπορεί να διοριστεί. . (Aronson, 1994).

4.5 ΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ

Η άσκηση της Ψυχιατρικής συνδέεται με νομικά, ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που μπορεί να αφορούν αφενός στην προστασία της ελευθερίας του ατόμου, αφετέρου στην προστασία της αξιοπρέπειας και της περιουσίας του. Η δυνατότητα των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές να ασκούν τα αστικά τους δικαιώματα ρυθμίζεται με το Ν.2447/1996 που προσδιορίζει το θεσμό της δικαστικής συμπαράστασης. Ο θεσμός της δικαστικής συμπαράστασης αντικατέστησε τους παλαιότερους θεσμούς της δικαστικής απαγόρευσης και της δικαστικής αντίληψης, οι οποίοι ήταν περισσότερο δύσκαμπτοι και λιγότερο ευαίσθητοι σε ζητήματα προστασίας της δικαιοπρακτικής αυτονομίας των ασθενών.

Σε δικαστική συμπαράσταση μπορεί να υποβληθεί κάθε ενήλικος που εμφανίζει: α) ψυχική ή διανοητική διαταραχή (άνοια) ή σωματική αναπηρία και εξαιτίας των ανωτέρω αδυνατεί (εν όλω ή εν μέρει) να φροντίζει μόνος τις υποθέσεις του, β) ασωτεία, τοξικομανία ή αλκοολισμό και εξαιτίας των ανωτέρω θέτει σε κίνδυνο στέρη-σης τον εαυτό του, τον ή τη σύζυγό του, τους ανιόντες ή κατιόντες συγγενείς του [10] (άρθρο 1666). Η υποβολή σε δικαστική συμπαράσταση αποφασίζεται από το δικαστήριο ύστερα από αίτηση: α) του ίδιου του πάσχοντος, β) της συζύγου, των γονέων, των τέκνων, γ) του εισαγγελέα, αυτεπαγγέλτως. Τα όργανα κοινωνικών υπηρεσιών, οι προϊστάμενοι μονάδων ψυχικής υγείας οφείλουν να γνωστοποιούν στις αρμόδιες αρχές περιπτώσεις ατόμων που χρήζουν δικαστικής συμπαράστασης [10] (Άρθρο 1667).

4.6 ΑΝΟΙΑ: ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Για την αναγκαιότητα συμπαράστασης και για την καταλληλότητα του συμπαραστάτη αποφαίνονται ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι από Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Νοσοκομείο ή άλλη συναφή υπηρεσία ψυχικής υγείας. Για τη

λήψη της απόφασης το δικαστήριο χρησιμοποιεί στοιχεία που προκύπτουν από την ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη και από την έκθεση της κοινωνικής υπηρεσίας. Όσον αφορά την ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη της δικαστικής συμπαράστασης, για άτομα που πάσχουν από άνοια, κρίσιμα συμπτώματα αποτελούν τα εξής: η διαταραχή της κρίσης (η ικανότητα του ασθενούς να κάνει συλλογισμούς, να κάνει εύλογες προβλέψεις, να αξιολογεί, να υπολογίζει), η διαταραχή της μνήμης, διαταραχές της συναισθηματικής και συμπεριφορικής απαντητικότητας (π.χ. απάθεια, μωρία, παρορμητικότητα), η υποβολιμότητα, οι παραληρητικές ιδέες (π.χ. δίωξης).

Ως δικαστικοί συμπαραστάτες μπορούν να διοριστούν: α) άτομο που προτείνεται από τον ίδιο τον συμπαραστατούμενο, εφόσον κρίνεται από το δικαστήριο κατάλληλο, β) άτομο, φορέας ή ίδρυμα που ορίζεται από το δικαστήριο. Δεν επιτρέπεται να ορίζεται ως συμπαραστάτης άτομο συνδεδεμένο με τη μονάδα ψυχικής υγείας που παρακολουθεί τον συμπαραστατούμενο. Ανάλογα με την περίπτωση, το δικαστήριο που υποβάλλει ένα πρόσωπο σε δικαστική συμπαράσταση, είτε: 1.) το κηρύσσει ανίκανο για όλες ή για ορισμένες δικαιопραξίες, γιατί κρίνει ότι αδυνατεί να ενεργεί γι'αυτές αυτοπροσώπως (στερητική δικαστική συμπαράσταση, πλήρης ή μερική), είτε, 2.) ορίζει ότι για την εγκυρότητα όλων ή ορισμένων δικαιопραξιών του απαιτείται η συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη (επικουρική δικαστική συμπαράσταση, πλήρης ή μερική), είτε 3.) αποφασίζει κάποιο συνδυασμό των δύο προηγούμενων ρυθμίσεων. Το δικαστήριο δεν δεσμεύεται από την αίτηση, οφείλει όμως να επιβάλει στον συμπαραστατούμενο τους ελάχιστους δυνατούς περιορισμούς που απαιτεί προστασία των συμφερόντων του [10] (Άρθρο 1676).

Όταν το δικαστήριο υποβάλει τον συμπαραστατούμενο σε συνδυασμό στερητικής και επικουρικής δικαστικής συμπαράστασης, ορίζει ρητά στην απόφασή του ποιες πράξεις δεν μπορεί ο συμπαραστατούμενος να επιχειρεί αυτοπροσώπως και ποιες δεν μπορεί να επιχειρεί χωρίς τη συναίνεση του δικαστικού συμπαραστάτη του. Το άτομο που τίθεται υπό δικαστική συμπαράσταση καλείται να εκφράσει την άποψη του, η οποία συνεκτιμάται, καθώς και να προτείνει το άτομο που θέλει να δρα ως συμπαραστάτης του [10,11,12] (Άρθρο 1679).

Ποιος αποφασίζει για ένα χειρουργείο ενός ανοικτού ?

Στη χώρα μας, οι παγκόσμιες εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης και βιοτεχνολογίας αλλά και η νέα θεώρηση σχετικά με την προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενή, κατέστησαν αναγκαία την ψήφιση του Νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), ο οποίος αντικατέστησε τον Παλιό Κανονισμό Ιατρικής Δεοντολογίας (Β.Δ. 25.6/6.7.1955).

Η υποχρέωση του γιατρού να μη διενεργεί ιατρικές πράξεις χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς βρίσκει καταρχήν νομικό θεμέλιο στην Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική (Σύμβαση Οβιέδο του 1997) και συμπληρωματικά στο άρθρο 47 του Ν. 2071/ 1992 για τους νοσοκομειακούς ασθενείς.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) επανέλαβε τις ρυθμίσεις της Σύμβασης του Οβιέδο και ασχολήθηκε πιο αναλυτικά με το θέμα της συναίνεσης του ασθενούς στο άρθρο 12

Ο ασθενής έχει δικαίωμα να αποφασίζει, ύστερα από επαρκή ενημέρωση εκ μέρους του γιατρού, αν θα διενεργηθεί οποιαδήποτε επέμβαση στο σώμα ή την υγεία του. Το δικαίωμα του αυτό απορρέει από τη βουλευτική αυτονομία και την αυτοδιάθεση ως προς το σώμα του, που προστατεύονται συνταγματικά στα πλαίσια της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και της προστασίας της ανθρώπινης αξίας (άρθρο 5 παρ.1 και άρθ. 2 παρ.1 Σ). (Roussel L. and Swansburg C.,2010)

Συγκεκριμένα, η ιατρική πράξη που εκτελείται χωρίς την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς συνιστά «αυθαίρετη ιατρική πράξη» και παραβιάζει καταρχήν τη σύμβαση ιατρικής αγωγής που έχει καταρτισθεί μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Επίσης, προσκρούει στη *διάταξη 57 του ΑΚ*, καθώς αποτελεί προσβολή της προσωπικότητας υπό την έκφανση του δικαιώματος του προσώπου να αυτοκαθορίζεται σε σχέση με τη σωματική ακεραιότητα και την υγεία του.

Ήδη πριν ακόμη από τη θέσπιση του Νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), επικρατούσε η άποψη πως οι διατάξεις για τη δικαιοπρακτική ικανότητα εφαρμόζονται μόνο αναλογικά στη συναίνεση σε ιατρικές πράξεις. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, ένα πρόσωπο μπορεί να συναινέσει έγκυρα σε ιατρική πράξη, *εφόσον διαθέτει βουλητική ικανότητα, η οποία κρίνεται από την ωριμότητά του, και εφόσον μπορεί να αντιληφθεί τη σημασία, το σκοπό, τη φύση και την επικινδυνότητα της πράξης.*

Η άνω περιγραφόμενη ικανότητα συναίνεσης του ασθενούς, αλλάζει όταν έχουμε να κάνουμε με έναν ανοϊκό ασθενή.

Ιδιαίτερα δυσχερής εθεωρείτο ανέκαθεν η περίπτωση της ενημέρωσης και της συναίνεσης των προσώπων που πάσχουν από άνοια, ακόμη κι αν αυτά έχουν τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση. Αυτό συμβαίνει, διότι η ικανότητα για δικαιοπραξία μπορεί κάλλιστα να διαφέρει από την ικανότητα του ανοϊκού ασθενούς να κατανοήσει τις συνέπειες μιας θεραπείας ή την εξέλιξη και τις συνέπειες μιας ιατροχειρουργικής επέμβασης.

Σύμφωνα μάλιστα με τις νεώτερες αντιλήψεις της ψυχιατρικής, οι ανοϊκοί θεωρούνται πρόσωπα που έχουν συναίσθηση πολλών πραγμάτων και είναι δυνατόν παρά τις ιδιαιτερότητές της ασθένειάς τους, να μπορούν να αντιληφθούν την αρρώστιά τους καθώς και τις συνέπειες της θεραπευτικής τους αγωγής, ανεξαρτήτως του αν έχουν τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση.

Γι' αυτόν το λόγο, ο ιατρός οφείλει, κατά πρώτον να εξετάσει εάν στη συγκεκριμένη περίπτωση ο ανοϊκός ασθενής έχει επίγνωση της κατάστασης και μόνον εφόσον σιγουρευτεί ότι ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στην ενημέρωσή του, οφείλει να ζητήσει τη συναίνεση των νόμιμων εκπροσώπων του ασθενούς. Εξ' άλλου, το δυσχερές ζήτημα εάν ο ασθενής έχει την ικανότητα συναίνεσης μπορεί να κριθεί αποκλειστικά και μόνο από την ιατρική επιστήμη.

Συνεπώς και στην περίπτωση που ο ασθενής τελεί σε κατάσταση φωτεινού διαλείμματος, με την έννοια ότι έχει την ικανότητα να αντιληφθεί τη σημασία της ιατρικής αγωγής, τότε αυτός ο ίδιος πρέπει να ενημερωθεί και να συναινέσει στη θεραπευτική αγωγή, χωρίς να επηρεάζει το γεγονός αν έχει δικαιοπρακτική ικανότητα ή όχι.

Εντούτοις, όσον αφορά την κατεπείγουσα περίπτωση όπου συντρέχει άμεση ανάγκη για θεραπευτική αγωγή, τότε εφόσον ο ασθενής δεν έχει τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είναι εμφανές πως δεν έχει ικανότητα να συναινέσει, ο γιατρός μπορεί να τελέσει την ιατρική πράξη χωρίς να ενημερώσει ούτε να λάβει τη συναίνεση από τους οικείους του.

Αρχικά, με βάση το άρθρο 12 παρ. 2β)ββ του ΚΙΔ, αν ο ασθενής δε διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση της ιατρικής πράξης δίδεται από το δικαστικό συμπαραστάτη ενώ αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή.

Σχετικά με την άνω ρύθμιση, πρέπει να διευκρινιστούν κάποια κρίσιμα σημεία, για να αποφευχθεί η σύγχυση. Πρώτον, το γεγονός ότι κάποιο πρόσωπο τίθεται σε δικαστική συμπαράσταση, δε σημαίνει και ταυτόχρονη ανάθεση της επιμέλειάς του στο δικαστικό συμπαραστάτη, προϋπόθεση που είναι αναγκαία για τον τελευταίο ώστε να συναινέσει σε ιατρική πράξη. Συγκεκριμένα, η επιμέλεια αποφασίζεται ειδικά από το δικαστήριο (άρθρο 1680 του ΑΚ), ειδάλως ο συμπαραστατούμενος – από τον οποίο δεν έχει ρητά αφαιρεθεί η ικανότητα συναίνεσης σε ιατρικές πράξεις (άρθρο 1679 του ΑΚ)- διατηρεί την επιμέλεια ως προς το πρόσωπό του και συναινεί αυτοπροσώπως. Εξάιρεση στα παραπάνω αποτελεί η περίπτωση, κατά την οποία ο ασθενής σε μια από τις καταστάσεις του άρθρου 131 του ΑΚ.

Δεύτερο θέμα που θα αναλυθεί είναι η συναίνεση που δίνουν οι «οικείοι», σε περίπτωση που δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης. Η κατάσταση αυτή συντρέχει όταν το πρόσωπο, παρά το γεγονός ότι πάσχει από άνοια δεν έχει τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και επομένως είναι ικανό για δικαιοπραξία (άρθ. 127, 128, 129 του ΑΚ). Συνεπώς, το πρόσωπο αυτό καταρχήν είναι ικανό να συναινέσει αυτοπροσώπως σε ιατρική πράξη, εκτός αν κατά το χρόνο δήλωσης της συναίνεσης βρίσκεται σε έλλειψη συνείδησης ή σε ψυχική ή διανοητική διαταραχή που περιορίζει αποφασιστικά τη λειτουργία της βούλησής τους (αρθ. 131 του ΑΚ).

Ωστόσο, στο θέμα της συναίνεσης των «οικείων», προβληματισμό δημιουργεί η υπερβολική ευρύτητα με την οποία η διάταξη 1 παρ. 4β του ΚΙΔ ορίζει την έννοια «οικείοι». Ειδικότερα, σύμφωνα με την άνω διάταξη, στους «οικείους» ανήκει και ο μόνιμος σύντροφος των αδελφών του ασθενούς, αλλά και όλοι οι συγγενείς εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή. Το γεγονός αυτό καθιστά επισφαλή την ανάθεση

της συναίνεσης στους «οικείους» του ασθενούς, καθώς θα μπορούσαν να ληφθούν και αποφάσεις εις βάρος του ασθενούς από άτομα που δεν ανήκουν ουσιαστικά στον πραγματικά στενό του κύκλο.

Τελικά, συμπεραίνουμε πως θα ήταν πιο πρακτική και ρεαλιστική λύση σε τέτοιες περιπτώσεις να διορίζεται προσωρινός δικαστικός συμπαραστάτης, ο οποίος θα δίνει την εν λόγω συναίνεση. Αν ,όμως, συντρέχει κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας και δεν υπάρχει χρόνος για να διοριστεί προσωρινός δικαστικός συμπαραστάτης, ο γιατρός δεν υποχρεούται να ζητήσει συναίνεση, πριν προβεί στην ιατρική πράξη. Αυτό, άλλωστε καθιερώνεται ρητά από το άρθρο 12 παρ. 3 α του ΚΙΔ. .(Roussel L. and Swanburg C.,2010)

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς οφείλει να είναι ολική, να καλύπτει όλα τα επίπεδα, τα οποία διαμορφώνουν ένα ευρύ και βαθύ φάσμα ζωής, από την πιο υποκειμενική έως την πιο αντικειμενική της διάσταση.Γι' αυτό η καθημερινή κλινική πράξη πέρα από οποιεσδήποτε παρεμβάσεις, στάσεις, συμπεριφορές ή ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα, που σχετίζονται ή

απορρέουν από αυτήν, απαιτεί κάτι περισσότερο από εκείνα που ορίζει ο νόμος. Αυτό το κάτι έχει τις ρίζες του στην περιοχή των ηθικών διατάξεων και υπαγορεύεται από το νόμο της αγάπης, ο οποίος στρέφεται με δέος προς την αξία και την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης ύπαρξης και εκδηλώνεται με σεβασμό προς το δώρο της ζωής, άσχετα από την ηλικία που διανύει, το φύλο ή τη φυλή που ανήκει.

Αυτό το κάτι είναι οι πράξεις που δεν κοστίζουν και όμως δίνουν τόσα πολλά και μπορούν να γίνουν από όλους: ένα στοργικό βλέμμα, μια θετική κίνηση, ένα απλό χέδι στο ρυτιδωμένο πρόσωπο ή στο κυρτωμένο από το χρόνο κορμί. Η προσφορά νοσηλευτικής και κατ' επέκταση ανθρωπιστικής φροντίδας είναι καθήκον και χρέος απέναντι στα άτομα που πάσχουν από άνοια. Αν σήμερα κάποιοι αρνηθούν να την προσφέρουν, ίσως αύριο κάποιοι άλλοι αρνηθούν να τους τη δώσουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξανδρόπουλος Κ. (2009). Προσέγγιση και αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς. Νοσοκομειακά Χρονικά, 71, Συμπλήρωμα, 43-50

- 2.Αθανάτου Κ. Ε., (2007). Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Η΄ έκδοση. Αθήνα, 50-54
- 3.Καπάκη Ε. Παρασκευάς Γ. (2000). Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer & άλλων ανοϊκών διαταραχών. Εκδόσεις ΒΗΤΑ ,102-104
4. Λυμπεροπούλου Ο., Σακκά Π. (2006).Νοητική ενδυνάμωση ασθενών με Alzheimer. Έκδοση Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών,345-348
- 5.Μάνος Ν. (1998). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Α΄ έκδοση. Θεσσαλονίκη,213-221
- 6.Μεντενόπουλος Γ., Μπούρας Κ., (2002). Η νόσος του Alzheimer. Γ΄ έκδοση. Θεσσαλονίκη,108-112
- 7.Πλατή Δ. Χ., (2008). Γεροντολογική νοσηλευτική. Η΄ έκδοση. Αθήνα,44-46
- 8.Πλέσσας Σταύρος(2010) Τ. Διαιτητική του ανθρώπου,εκδόσεις φάρμακον Αθήνα,88-91
- 9.Πολίτης Α. (2000) Ψυχικές διαταραχές των Ηλικιωμένων, Εκδοση Αθήνα,30-43
- 10.Ραγιά Χ. Α., (2007). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. ΣΤ΄ έκδοση. Αθήνα,123-129
- 11.Σαββοπούλου Γ. Γ., (2006). Βασική νοσηλευτική – μια βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση. Ε΄ έκδοση. Αθήνα,124-125
- 12.Σακκά Π., Λυμπεροπούλου Ο., Νικολάου Κ. (2007). Εγχειρίδιο φροντιστών.Έκδοση Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών,234-239
- 13.Τσολάκη Μ., (1999). Ζώντας με τη νόσο Alzheimer. Γ΄ έκδοση. Αθήνα,78-93
- 14.Τσολάκη Μ., Κάζης Α., (2005). Άνοια ιατρική και κοινωνική πρόκληση. Β΄ έκδοση. Αθήνα,101-105

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 .American Psychiatric Association.(2004) DSM- IV:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,

- 2 Aronson K. M. (1994). Reshaping dementia care-practice and policy in long-term care. 1st ed.London.503-508
- 3 Coler S. M. & Vincent C. K., (1997). Sycological nursing care. 2st ed. London. British Medical association.438-502
- 4 Douaud et all (2013) Preventing Alzheimer's disease-related gray matter atrophy by B-vitamin treatment. Proceedings of the national academy of sciences of the United Stetes of America
- 5 Filipcik (2015) The ubiquitin proteasome system as a potential therapeutic target for treatment of neurodegenerative diseases. General Physiology and Biophysics
- 6 Graham N. & Warner J. (2009). Alzheimer's disease & other dementias.1st ed. British. Family doctor publications,222-228
- 7 Jicha and Merkesbey (2010) Two phase 3 trials of bapineuzumab in mildto-moderate Alzheimer's disease The New England Journal Of medicine
- 8 Linda Russel and C. Swansburg (2010) Management and leadership for nurse administrators, Jones and Bartlett Learning, 352-359
- 9 Martyn C. & Geil R. K. (2000). Patient memory and dementia.1st ed. British. Family doctor publications,320-332
- 10 Mary Ann Hogan (2012)Νοσηλευτική ψυχικής υγείας,εκδόσεις Πασχαλίδης,87-103
- 11 Neurology, (2008) Medial temporal lobe atrophy on MRI scans and the diagnosis of Alzheimer disease.
- 12 Royden H. Jones(2010) Παθολογία 2 Νευρικό σύστημα,Ά εκδόσεις Πασχαλίδης 334-337
- 13 Royden H. Jones(2010) Παθολογία 4 Νευρικό σύστημα ΄B εκδόσεις Πασχαλίδης,235-239
- 14 Stuart,G.W.Laraia,M.T.(2005).Principles and practice of psychiatric nursing
- 15 Varcarolis , E. Carson .V and Shoemaker, N. (2006) foundations of psychiatric mental health nursing 351-365

- 16 Vorvick. (2007). Dementia - behavior and sleep problems. (Update Date: 5/7/2015). Available at: www.dementiabeaviorandsleepproblems/medlineplus/medicalencyclopedia.mht(accessed 5 July 2015)
- 17 Vorvick & David Zieve. (2008). Dementia - daily care (Update Date: 10/8/2015). Available at: www.dementiadailycare/medlineplus/medicalencyclopedia.mht (accessed 10 August 2015).
- 18 Zieve & Daniel B. Hoch. (2009). Dementia - home care. (Update Date: 7/9/2015). Available at: www.dementiahomecare/medlineplus/medicalencyclopedia.mht (accessed 7 September 2015).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : / /

:

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION
Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

01. Προσανατολισμός

Ποιά είναι η ημερομηνία; Τσεκάρετε τις σωστές απαντήσεις	Ημέρα	Ημερ/νία ημέρας	Μήνας	Έτος
Που βρισκόμαστε; Τσεκάρετε τις σωστές απαντήσεις	Όνομα ή διεύθυνση	Όροφος	Πόλη	Νομός

02. Εγχάραξη

Θα ονομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. Να θυμάστε ποια είναι γιατί θα σας ξαναρωτήσω σε λίγο. Τσεκάρετε τα αντικείμενα που είναι σωστά με την ΠΡΩΤΗ προσπάθεια, εάν γίνει κάποιο λάθος στην πρώτη προσπάθεια, επαναλάβετε όλα τα ονόματα έως ότου ο ασθενής τα μάθει και τα τρία.	Αριθ. Επαναλήψεων	Μπάλα	Σημαία
--	----------------------	-------	--------

03. Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών

Αφαίρεση	Τώρα θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε άλλα 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε. Καταχωρήστε ως σωστή μία απάντηση κάθε φορά που η διαφορά είναι 7, ακόμη κι αν η προηγούμενη απάντηση είναι λάθος.	Καταγραφή απάντησης
		93
		86
		79
		72
		65
Απόδοση λέξης	Συλλαβίστε τη λέξη “πέτρα” ανάποδα (“ΑΡΤΕΠ”) Καταχωρίστε ως σωστό μόνον εάν τα γράμματα είναι με την σωστή σειρά	

Και οι δύο δοκιμές πρέπει να ολοκληρωθούν. Η τελική βαθμολόγηση (σωστές απαντήσεις) για αυτήν την ενότητα είναι η ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ εκ των δύο (Αφαίρεση ή Απόδοση λέξης)

04. Ανάκληση

Ποιά είναι τα τρία αντικείμενα που σας ζήτησα να θυμάστε;	Μπάλα	Σημαία
---	-------	--------

05. Γλώσσα

Ονομασία	Δείξτε δύο αντικείμενα (ρολόι, μολύβι) και ρωτήστε “Πως ονομάζεται αυτό το αντικείμενο;”	Ρολόι Μολύβι
Επανάληψη	Πρόκειται να πω κάτι και θα ήθελα να το επαναλάβετε μετά από εμένα: “Όχι αν, και ή αλλά” (Επιτρέπεται μία επανάληψη)	
Εντολές	Δώστε καθαρές οδηγίες με την πρώτη. “Θα σας δώσω ένα κομμάτι χαρτιού. Πάρτε το χαρτί με το δεξί σας χέρι, διπλώστε το στη μέση και ακουμπήστε το στο πάτωμα”. Αφού δώσετε στον ασθενή το χαρτί, επαναλάβετε την εντολή. Βαθμολογήστε ως σωστό, εάν οι εργασίες έγιναν με την σωστή σειρά.	Δεξί χέρι Δίπλωμα Στο πάτωμα
Ανάγνωση	Δείξτε την κάρτα που γράφει “Κλείστε τα μάτια σας” και ζητήστε από τον ασθενή να ακολουθήσει την οδηγία.	
Γραφή	Υποδείξτε στον ασθενή το τέλος της σελίδας σχεδίου (επόμενη σελίδα) και ζητήστε του να γράψει μία οποιαδήποτε ολοκληρωμένη πρόταση. Κατόπιν ζητήστε από τον ασθενή να σας πει τι έγραψε. Η ορθογραφία και η γραμματική δεν είναι σημαντικά. Η πρόταση θα πρέπει να έχει ένα υποκείμενο (ή αυτ	

Συνολική βαθμολόγηση :

(Ένας βαθμός για κάθε σωστή απάντηση)

web-psychiatry.gr